

BÖBREK DALAK VE PERİFERİK ARTERİYEL SEPTİK EMBOLİ İLE KOMPLİKE OLAN BRUSSELLA PROSTETİK KAPAK ENDOKARDİTİ: OLGU SUNUMU

Adem GÜLER, Mehmet ali SAHİN, Kıvanç ATILGAN, Ufuk DEMİRKILIÇ, Harun TATAR

ÖZ:

Günümüzde enfektif endokardit hala morbidite ve mortalite yönünden yüksek risk taşımaktadır. Tedavide olumlu sonuç alınabilmesi için hızlı teşhis, etkili tedavi ve komplikasyonların tanınması gereklidir. Ancak çoğu zaman spesifik tanı konulup etkili tedavi başlanana kadar zaman kaybedilmektedir. Enfektif endokardit tanısı için yapılan kan kültürü testi, streptokok ve stafilokok gibi nonspesifik organizmaları içine alan organizmalar için kullanılmaktadır. Eğer brusella gibi spesifik bir organizma enfektif endokarditten sorumlu ise klinisyen tanıya ulaşmak için hastanın semptomlarından şüphelenmelidir. Bu semptomlar nonspesifik brucellozis semptomları olabileceği gibi enfektif endokardite ve sebep olduğu komplikasyonlara bağlı septomlar da olabilir. Bu makalede visseral ve periferik arteriyel emboli ile prezente olan ve etkeni Brusella Melitensis olan enfektif endokarditli bir hasta üzerinde durulacaktır.

Anahtar Kelimeler: Brusella, Endokardit, Protez Kapak

BRUSSELLA PROSTHETIC VALVE ENDOCARDITIS COMPLICATED BY SEPTIC EMBOLISM OF THE RENAL, SPLENIC, AND PERIPHERIC ARTERY: A CASE REPORT

ABSTRACT:

Infective endocarditis still carries a high risk of morbidity and mortality in the current era. Rapid diagnosis, effective treatment, and prompt recognition of complications are essential for a good patient outcome. However, time is usually wasted until the specific diagnosis is made and effective treatment is started. Blood culture, the diagnostic test used in infective endocarditis, has been more commonly used for nonspecific organisms, including streptococci and staphylococci. If a specific organism like brucella is responsible for infective endocarditis, the clinician should be suspicious of the patient's symptoms to obtain an exact diagnosis. These symptoms can be not only the nonspecific brucellosis symptoms but also the symptoms related to infective endocarditis and its complications. This article focuses predominantly on a patient with infective endocarditis caused by *Brucella melitensis*.

Key words: Brucellosis, Endocarditis, Prosthetic Valve

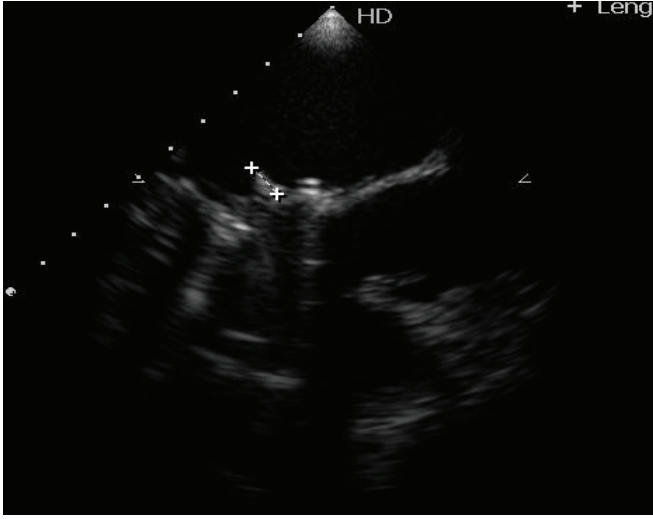
GİRİŞ

Brusella enfeksiyonu, Güney Amerika'da, Akdeniz sahillerinde, Arap ve Hindistan yarımadasında sık görülen bir zoonozdur. Enfekte hayvanla direk temas, pastörize olmamış süt ürünü ve enfekte hayvanın iyi pişirilmemiş etinin tüketimi ile insanlara bulaşır. Brusella endokarditi (BE), çoğunlukla aort kökünü tutan, ciddi embolizasyon riski taşıyan doku ülserasyonu ve büyük vejetasyonlar oluşturma potansiyeline sahip olan, medikal tedavi ile zor eradike edilebilen bir enfeksiyondur¹. Endokardit, brucellozlu hastaların 0,3%–0,6%'sında görülebilir². Brusella endokarditinde görülen nadir bir komplikasyon septik embolilerdir. Bu emboliler önemli morbidite ve mortalite nedeni olabilmektedir^{3,4}. Bu makalede, daha önce protez kapak replasmanı uygulanmış, septik embolilerle komplike olan brusella endokarditli bir vaka sunulmaktadır.

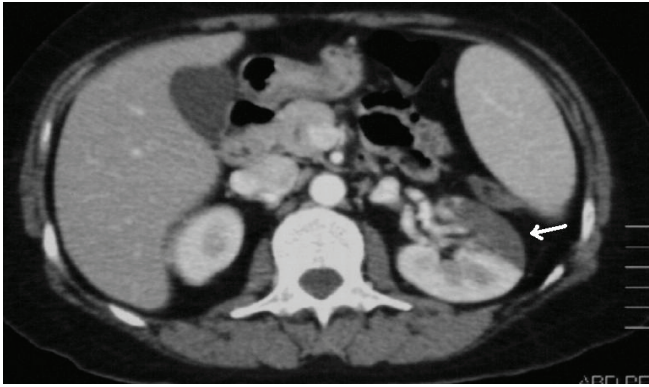
OLGU SUNUMU

Üç yıl önce kliniğimizde mekanik mitral kapak replasmanı operasyonu yapılan 43 yaşında bayan hasta, 20 gündür devam eden ateş, kusma, üşüme, titreme, sağ el ikinci parmakta ağrı ve şişlik ile bir haftadır devam eden sağ bacadaki ağrı yakınmalarıyla kliniğimize başvurdu. Öyküsünde hayvancılığın yaygın olduğu, Doğu Anadolu Bölgesine özgü bir ev yapımı peynir çeşidi tüketimi olan hastaya yapılan transözefageal ekokardiyografide mitral kapak atriyal yüzde vejetasyon görünümü saptandı (Resim 1). Hastanın öyküsü ve klinik bulgularından brucelloz olabileceği değerlendirildi. Alınan kan kültürlerinde Brusella Melitensis üredi ve spesifik tedavisine başlandı. Sağ el ikinci parmaktaki lezyon BE'ye bağlı gelişen septik emboli olarak değerlendirildi. Hastanede yattığı dönemde sağ baldır posteriorunda kas içinde hematoma saptandı. Karın ağrısı yakınması nedeniyle yapılan abdominal bilgisayarlı tomografi tetkikinde dalakta ve sol böbrekte enfarkt alanları tespit edildi (Resim 2). Hastaya operasyon öncesinde yedi gün süreyle üçlü antibiyotik baskısı yapıldı (seftriakson flakon 2x1000 mg, rifampisin kapsül 1x900 mg, doksisisiklin kapsül 2x100 mg). Daha sonra genel anestezi altında operasyona alındı. Bikaval ve aortik kanülasyonun ardından kardiyopulmoner bypassa girildi. Sol atriyotomi yaklaşımı ile enfekte protez mitral kapak eksplore edildi. Mekanik bileaflet protez mitral kapagın atriyal yüzünde 0.7x0.5 cm boyutlarında vejetasyon görüldü (Resim 3). Enfekte protez kapak,,anulus çevresindeki pannus dokusu ile birlikte eksize edilerek yerine mekanik bileaflet mitral protez kapak (St

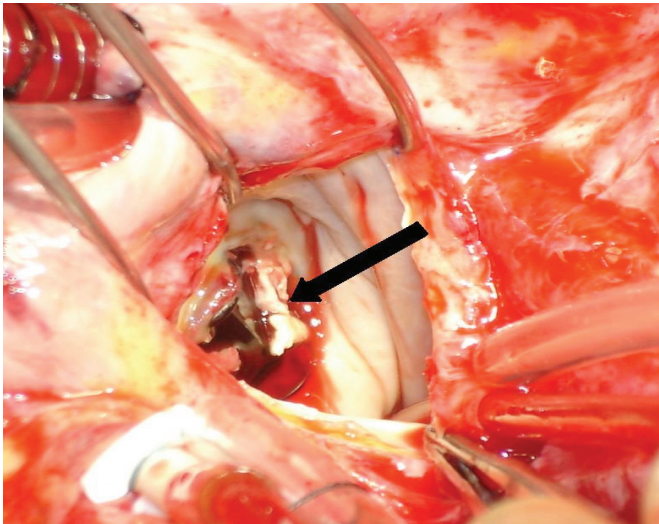
Jude® 25mm) implante edildi (Resim 4). Postoperatif dönemde enfeksiyon bulguları gerileyen hasta, 20. günde, rifampisin kapsül 1x900 mg, doksisiklin kapsül 2x100 mg, trimetoprim-sülfametoksazol (TMP-STX) tablet 2x160/800 mg tedavisi ile taburcu edildi.



Resim 1: TÖE'de protez mitral kapak üzerinde vejetasyon



Resim 2: BT'de sol böbrek septik emboliye bağlı oluşan enfarkt alanını



Resim 3: Enfekte protez kapağın intraoperatif görünümü



Resim 4: Eksize edilmiş enfekte protez kapak üzerinde vejetasyon ve çevre pannus dokusu ile görünümü

TARTIŞMA

Bruselloz, genellikle kırsal kesimde görülen ve tanısı çoğunlukla klinik olarak konulan bir zoonozdur. Ancak hastalığın kendine özgü belirti ve bulgusu olmadığından dolayı (yorgunluk, halsizlik, ateş vb.) tanı konması zordur. Kesin tanı; organizmanın kan kültüründe üretilmesi ile konulmaktadır. Ancak, brusella etkeninin kültürde üretilmesinin uzun sürebileceği düşünülerek, bir çok hastada serolojik testler pozitif çıktığında antibiyoterapinin başlanması önerilmektedir³⁻⁵.

Brusella endokarditi, tüm brusella enfeksiyonlu hastaların % 1'inden daha azında görülen nadir bir komplikasyon olmasına rağmen, brusellaya bağlı ölümlerin çoğunluğundan sorumludur^{2,6,7}. En sık aort kapağı tutar kapak ve çevre dokularından enfeksiyon ile birlikte aort kökü absesine yol açabilir⁸. Protez kapaklı veya geçici kalp pili olan hastalarda diğer kapak tutulumları da görülebilir. Bizim hastamıza üç yıl önce mekanik mitral kapak replasmanı yapıldığından, endokardite yatkınlık mevcut idi.

Brusella enfeksiyonu sistemik bir enfeksiyon olduğundan klasik semptomların yanısıra periferik vasküler komplikasyonlar, mikotik anevrizmalar ve septik emboliler de klinik tabloya eşlik edebilmektedir⁵. Hastamızda ilk semptomlardan birisi sağ el ikinci parmak distalinde görülen ağrı ve şişlik idi. Bunun yanında sonraki dönemlerde ani başlangıçlı sol bacak ağrısı ve kladikasyo şikâyetleri de gelişmiştir. Bu şikâyetleri periferik arteriyel emboli olarak düşünmüştür. Ancak sonrasında yapılan fizik muayenede ve arteriyel doppler ultrasonografik incelemede destekleyici bulgu saptanamamıştır. Hastaneye yattığı dönemde, karın ağrısı nedeniyle yapılan bilgisayarlı tomografide dalak ve böbrekte enfarkt alanlarının saptanması septik arteriyel emboli lehine bulgulardı. Hasta kliniğimize nakledildikten sonra embolik bulgularda ilerleme olmadı. Dalak ve böbrekte bulunan enfaktlar nedeniyle zaman zaman hastanın karın ağrısı yakınmaları tekrarlasa da, yapılan arteriyel doppler ultrasonografik incelemede organ perfüzyonunu engelleyecek embolik bulgu saptanmadı ve operasyon gününe kadar organ yetmezliği oluşmadı.

Brusella endokarditinde antibiyotik tedavisi genellikle tek

başına yeterli sayılmamaktadır. Ancak literatürde bildirilen ve sadece antibiyoterapi ile kür sağlanan nadir olgular mevcuttur⁹. Tedavide çeşitli antibiyotik kombinasyonları başarıyla kullanılmaktadır (rifampin, doksisisiklin, streptomisin, seftriakson ve ko-trimaksazol). Optimal kombinasyon ve süre kesin bilinmemekle beraber ikili veya üçlü kombinasyonlarla uzun dönem tedavi (2–12 ay) önerilmektedir¹⁰. Biz hastamızda preoperatif dönemde seftriakson flakon 2x1000 mg, rifampisin kapsül 1x900 mg ve doksisisiklin kapsül 2x100 mg tedavilerini kullandık ve postoperatif 10. günden sonra seftriakson yerine TMP-STX tb 2x160/800 mg tedavisine geçtik. Rifampisin alan olgularda warfarin sodyum dozunun çok iyi ayarlanması yapılması gerektiğini vurgulamak yararlı olacaktır. Hastamızda yüksek doz (10-15 mg/gün) warfarin sodyum kullanmamıza rağmen PTZ-INR seviyeleri optimal düzeye yükselmedi. Bundan dolayı hastanın reçetesine asetil salisilik asit 100 mg/gün dozunda ilave edildi.

Brusella endokarditli vakalar genellikle klinik durumunda düzelme görülür görülmez opere edilir, ancak hastada dekompanse kalp yetmezliği gelişiyor ise operasyon acil olarak yapılır. Operasyon ile enfekte dokular rezeke edilir ve enfekte kapak değiştirilir. Diğer operasyon endikasyonları ise medikal tedavi ile semptomların düzelmemesi, apse ve vetejasyon oluşumu ve protez kapak endokarditidir. Bizim hastamızda operasyon klinik durumun düzelmesini takiben uygulandı.

Endokarditli olgularda homogreftler kapak replasmanı için en ideal greft grubunu oluşturmaktadır. Ancak, ülkemizde halen homogreft kullanımı kısıtlıdır. Bu nedenle biz de hastamıza mekanik kapak kullandık ve yoğun antibiyotik tedavisi ile postoperatif dönemde sorun yaşamadık¹¹.

Sonuç olarak protez kapak endokarditi mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Etiyolojik olarak enfektif ajanlardan brusella, endokardit için sorumlu olarak tespit edilebilir. Bu nedenle hastaların enfektif endokardit etiolojik araştırılmasında spesifik olmayan ajanlar dışında brusella gibi spesifik bir ajanın olabileceği düşünülerek gerekli tanısal yaklaşım yapılmalıdır.

Yazışma Adresi: Adem Güler

GATA

Kalp Damar Cerrahisi, Ankara, Türkiye

Tel: 0506531 91 11

E-mail: drademguler@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Keles C, Bozbuğa N, Şişmanoğlu M, et al. Surgical treatment of brucella endocarditis. *Ann Thorac Surg* 2001;71(4):1160–3.
2. Fernandez-Guerrero ML. Zoonotic endocarditis. *Infect Dis Clin NorthAm* 1993;7(1):135–52.
3. Anderson DJ, Goldstein LB, Wilkinson WE, et al. Stroke location, characterization, severity and outcome in mitral vs aortic valve endocarditis. *Neurology* 2003;61(10):1341–6
4. Christopher H, Cabell CH, Pond KK, et al. The risk of stroke, and death in patients with aortic and mitral valve endocarditis. *Am Heart J* 2001;142(1):75–80
5. Erbay AR, Turhan H, Dogan M, Erbas S, Çağlı K, Sabah I. Brucella endocarditis complicated with a mycotic aneurysm of the superior mesenteric artery: a case report. *Int J Cardiol* 2004;93(2-3):317–9.
6. Delvecchio G, Fracassetti O, Lorenzi N. Brucella endocarditis. *Int J Cardiol* 1991;33(2):328–9.
7. Emirogulları ON, Ceyran H, Tasdemir K, Kahraman C, Uzun K. Brucella Endocarditis in Childhood and Surgical Treatment with Manouguian Procedure: Case Report. *Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci.* 2008;20(1):48–51.
8. Güray Y, Öztürk S, Boyacı A. A rare complication of brucellosis: mitral valve endocarditis. *Türk Kardiyol Dern Ars.* 2008;36(5):329–31.
9. Mert A, Kocak F, Ozaras R, et al. The role of antibiotic treatment alone for the management of Brucella Endocarditis in adults: a case report and literature review. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2002;8(6):381–5.
10. Reguera JM, Alarcon A, Miralles F, Pachon J, Juarez C, Colmenero JD. Brucella endocarditis: clinical, diagnostic, and therapeutic approach. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2003;22(11):647–50
11. Özsöyler İ, Yılık L, Bozok Ş, El S, Emreca B, Biceroglu S, et al. Brucella Endocarditis: The Importance of Surgical Timing After Medical Treatment (Five Cases). *Progress in Cardiovascular Diseases* 2005;47(4):226–9