

Doğal triküspit kapak endokarditinin nadir bir nedeni: Düşük

A rare cause of native tricuspid valve endocarditis: Abortus

Zuhal Arıtürk Atılğan¹, Faruk Hökenek², Ebru Öntürk Tekbaş¹, M.Sıddık Evsen³, Celal Yavuz²

Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, ¹Kardiyoloji Anabilim Dalı, ²Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, ³Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Diyarbakır, Türkiye

ÖZET

Gebeliğinin 7. Haftasında olan 28 yaşındaki kadın hasta karın ağrısı ve vajinal kanama şikâyetiyle başvurduğu başka bir merkezde spontan komplet abortus tanısıyla yatarak tedavi edilmiştir. Takip eden süreçte ateş, üşüme, titreme ve halsizlik yakınmalarının ortaya çıkmasıyla tekrar aynı merkeze başvurmuş. Hastaya bu kez nonspesifik antibiyotik tedavisi uygulanmış. Ancak şikâyetlerinin devam etmesi nedeniyle kliniğimize sevk edilmişti. Yapılan transtorasik ekokardiyografide triküspit kapakta vejetasyon saptanması üzerine infektif endokardit tanısı konarak, kliniğimizde tedavisine başlandı. Kan kültürlerinde üreme olmadı. Takip eden süreçte 15 günlük antibiyotik tedavisine rağmen vejetasyon çapının küçülmemesi üzerine operasyon kararı alındı ve triküspit kapağa biyoprotez uygulandı. Bu makalede gebeliğin 7. haftasında gelişen spontan abortus sonrası triküspit kapak infektif endokarditi olgusu sunularak, triküspit kapak endokarditinin çok nadir görülen nedenlerle de gelişebileceğini vurgulamayı amaçladık. *Klin Deney Ar Derg 2011; 2(1): 102-105*

Anahtar kelimeler: Triküspit kapak endokarditi, abortus, ekokardiyografi

ABSTRACT

A 28-year-old female patient, who at her 7 weeks of pregnancy, admitted to hospital with abdominal pain and vaginal bleeding. She had been hospitalized in another center with the diagnosis of spontaneous complete abortion. After discharge, her clinical process, deteriorated due to fever, chills and fatigue therefore she had been admitted to emergency unit of that hospital once again, and received non-specific antibiotics. She was referred to our clinic because of persistent complaints. Transthoracic echocardiography showed vegetations on the tricuspid valve leading to diagnosis of infective endocarditis, so treatment was started at our clinic. No microorganism isolated in blood cultures. Following 15-days antibiotic therapy no reduction was seen in the diameter of the vegetation, therefore surgical operation was planned and a bioprosthetic tricuspid valve was put into place. In this article we aimed to report the development of spontaneous abortus at 7 weeks of pregnancy, in order to emphasize that tricuspid valve endocarditis can be developed secondary to very rare causes. *J Clin Exp Invest 2011; 2(1): 102-105*

Key words: Tricuspid valve, endocarditis, abortus, echocardiography

Yazışma Adresi /Correspondence: Yrd. Doç. Dr. Zuhal Arıtürk Atılğan

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye E-mail: zariturk@yahoo.com

Geliş Tarihi / Received: 13.06.2010, Kabul Tarihi / Accepted: 08.07.2010

Copyright © Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi 2011, Her hakkı saklıdır / All rights reserved

OLGU

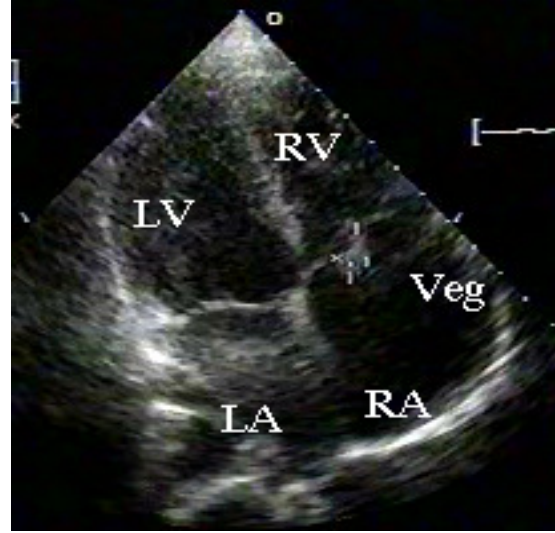
Gebeliğinin 7. haftasında olan 28 yaşındaki hasta karın ağrısı ve vajinal kanama şikâyetiyle başvurduğu başka bir merkezde spontan komplet abortus tanısı konulup küretaj yapılmaksızın medikal olarak tedavi edilmişti. Takip eden 4.günde ateş, üşüme, titreme ve halsizlik şikâyetlerinin ortaya çıkması üzerine tekrar acil polikliniğine başvuran hastaya ampirik antibiyoterapi uygulanmıştı. Hastanın uygulanan tedavi ile şikâyetleri azalmış fakat birkaç gün sonra yakınmalarının tekrar artması nedeniyle üçüncü kez

Hastanın sistemik bir hastalığı olmayıp herhangi bir madde bağımlılığı veya düzenli bir ilaç kullanımı veya herhangi bir nedenle hastaneye yatdığı saptanmadı. Yapılan fizik muayenede ise, ateş 39.5°C, nabız 128/dk, kan basıncı 100/70 mm Hg olarak belirlendi. Yapılan solunum ve kardiyovasküler sistem muayenelerinde akciğer sesleri doğal olmasına karşın sternumun sol tarafında 3/6 şiddetinde holosistolik üfürüm saptandı. Diğer sistem muayeneleri ise doğaldı. Laboratuvar bulgularında; eritrosit çökme hızı 57 mm/saat, C-reaktif protein 95 mg/dl, lökosit sayısı 24000/mm³ (%85 nötrofil), hemogloblin 10 gr/dl, hematokrit % 31 olarak saptanmış olup serum demiri 100 µg/dl (N: 37-145), demir bağlama kapasitesi ise 390 µg/dl (N:250-400) idi. Periferik yaymada parçalı hakimiyeti ve toksik granülasyon gözlemlendi. Kan üre azotu 12 mg/dl, açlık kan şekeri 81 mg/dl, sodyum 135 mEq/L, potasyum 4.5 mEq/L, klor 101 mEq/L, AST 55 U/L, ALT 36 U/L olarak bildirildi. Diğer biyokimya değerlerinde ve idrar tetkikinde özellik saptanmadı.

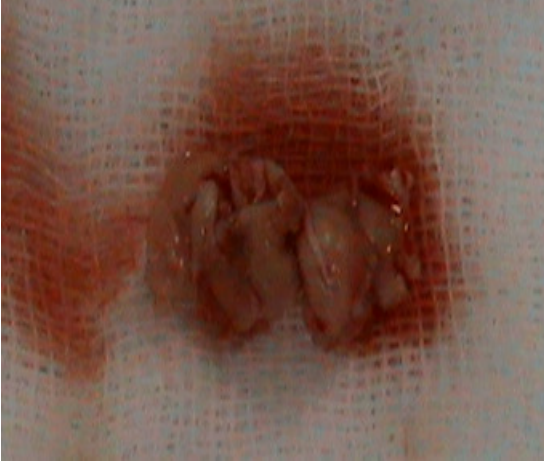
Hastanın EKG'sinde sadece sinus taşikardisi mevcuttu. Akciğer grafisi normal olarak değerlendirilmiş olup yapılan M Mode ve 2 boyutlu transtorasik ekokardiografik (EKO) incelemede triküspit kapağın anterior leafletine tutunmuş mobil bir kitle tespit edildi. Bu kitlenin apikal 4 boşluk görüntüsünde, 13 x 0.7 mm boyutlarında bir vejetasyon olabileceği düşünüldü (Şekil 1).

Doppler EKO incelemede ise önemli triküspit yetersizliği mevcut olup buradan pulmoner arter basıncının da 65 mmHg olduğu hesaplandı. Ayrıca EKO'da Ejeksiyon Fraksiyonu % 60 olarak ölçülmüş ve mitral, aortik ve pulmoner kapaklar normal olarak değerlendirilmiştir. Kalp boşluklarında trombüse rastlanmadı.

Transözofajiyal EKO'da triküspit kapak anterior leafletinin atrial yüzeyinde büyük ve hareketli bir vejetasyon ile ileri triküspit yetersizliği saptandı. Hastanın yatışını takiben ilk 24 saatte kan kültürü için 3 kez kan örneği alındı ve infektif endokarditi (İE) ön tanısı ile hastaya vankomisin 30 mg/kg/gün ve gentamisin 3 mg/kg/gün başlandı. Kan kültürlerinde infektif endokardite neden olabilecek spesifik bir patojen saptanmadı.



Şekil 1. Transtorasic ekokardiografi ile triküspit kapağa tutunmuş, sağ atriya doğru prolabe olan, vejetasyon izlenmekte (ok). RV: sağ ventrikül, VEG: vejetasyon, RA: sağ atriya, LA: sol atriya.



Şekil 2. Operasyon sonrası Triküspit kapaktan çıkarılan kitlenin makroskopik görüntüsü

Antibiyoterapiye (15 günlük) rağmen enfeksiyonun devam etmesi, mobil ve büyük (>10mm) vejetasyon olması nedeniyle cerrahi tedavi kararı alındı. Operasyonda triküspit kapak eksplorasyonunda anterior kuspisin yarısına yakın kısmında defekt görüldü. Subvalvüler yapıda anormal görünüm saptanmadı. Kapak koruyucu operasyon planlandı ve vejetasyonun eksizyonunu (Şekil 2) takiben küspisin geri kalan kısımları perikardiyal yama (patch) ile kapatıldı. Ancak ameliyat sırasında salin ile yapılan kontrolde triküspit kapakta ileri derecede kaçak olduğu saptanması ve anterior yaprakçıkta (leaflet) şekil bozukluğu görülmesi üzerine bioprotez kullanıldı. Takibinde komplikasyon gelişmeyen hasta şifa ile taburcu edildi. Cerrahi girişim sonrası 2. ve 6. ayda yapılan kontrol ekokardiografilerinde triküspit pozisyonunda biyoprotezin normofonksiyone olduğu saptanmış olup hasta infektif endokardit profilaksisi konusunda bilgilendirildi.

TARTIŞMA

Sağ taraflı İE, İE olgularının %5-10'undan sorumludur.^{1,2} Pacemaker, ICD, santral venöz kateter ya da konjenital kalp hastalığı bulunan hastalarda ortaya çıkmakla birlikte, bu durum çoğunlukla intravenöz ilaç kullananlarda ve insülin kullanan DM olgularında da görülebilmektedir.

Staphylococcus aureus baskın mikroorganizma³ olup daha seyrek olarak Pseudomonas aeruginosa, diğer gram negatif mikroorganizmalar, mantar, enterokok, streptokok ve bazen de polimikrobik ajanlar enfeksiyon nedeni olabilmektedir.

Jinekolojik ve doğum işlemleri sonrasında İE gelişme riski oldukça düşüktür. Sıklığı her 10.000 canlı doğumda 3-14 arasındadır.⁴ Elektif abortusda İE sıklığının çok daha düşük olduğu tahmin edilmektedir (0.001/ 1000 doğum).⁵ Kılavuzlar doğum ve abortus işlemleri için yüksek riskli (protez kapak, geçirilmiş İE, yapısal kalp hastalığı, intravenöz ilaç kullanımı) olmayan hastalarda İE profilaksisi önermemektedir.⁶ Gebelik ve doğumun İE ile ilgili kılavuzlarda İE için risk faktörü olarak kabul edilmemesine karşın bazı yayınlarda predispozan bir faktör olarak kabul edilmesi gerektiği ifade edilmiştir.⁷ Bunu destekler şekilde predispozan bir nedene bağlı olmadan da triküspit kapak endokarditi geliştiği bildirilmiştir.⁸

Olgumuz nadir olarak görülen, herhangi predispoze bir faktör olmadan, spontan abortus sonrası triküspit kapak endokarditi gelişmiş olması nedeniyle önem arz etmektedir. Tüm İE olgularının %2.5-31'inde kan kültürü negatif görülmesi genellikle tanıyı ve tedavinin başlatılmasını geciktirir. Kültür negatif endokarditin en sık karşılaşılan nedeni, önceki antibiyotik kullanımınıdır; bu durumda antibiyotiklerin kesilerek kan kültürünün yinelenmesi gerekir. Giderek daha sık karşılaşılan bir olasılık geleneksel kültür koşullarında sınırlı ölçüde çoğalan ya da zor üreyen ya da saptanması özel gereçler gerektiren mikroorganizmalarla enfeksiyondur.^{9,10} Bir diğer neden ise sistemik lupus eritematozuslu hastalarda görülen Libman-Sacks endokarditi gibi infektif olmayan endokarditlerdir. Bu doğrultuda olgudan alınan kan kültürlerinde üreme olmaması nedeninin hastaya daha önce uygulanmış antibiyotik uygulamalarına bağlı olabileceği kanısına vardık.

En sık rastlanan patojen olan Staphylococcus aureus mutlaka kapsam altına alınmalıdır. Tedavi-

de metisilin rezistan *Staphylococcus aureus*'un yerel prevalansına bağlı olarak, penisilinaza dirençli penisilinler veya bizim olgumuzda olduğu gibi vankomisin kullanılır.¹¹ Bizim olgumuzda olduğu gibi tedavi ile kontrol altına alınamayan enfeksiyon (apse, yalancı anevrizma, fistül, genişleyen vejetasyon) varlığında cerrahi tedavi düşünülmelidir.¹²

Günümüzde sağ kalp endokarditinin cerrahi seçenekleri; kapak koruması veya onarımıyla infekte doku debridmanı, vejetektomi, triküspid kapağın protez yerleştirilerek çıkartılması veya protez yerleştirmeden valvektomidir. Bu bilgiler doğrultusunda preoperatif değerlendirmede, hastanın triküspit kapağı korunarak vejetektomi planlanmıştır. Bununla birlikte, intraoperatif süreçte salın solüsyonu ile yapılan kapak fonksiyonu değerlendirilmesinde kapakta ileri derecede yetersizlik saptanmış ve bu nedenle triküspit kapak çıkartılarak bioprotez yerleştirilmiştir.

Sonuç olarak; herhangi predispoze bir faktör olmadan, spontan abortus sonrası rutin antibiyotik tedavisi ile kontrol altına alınamayan inatçı ateşi olan hastalarda nadir olarak görülebilen infektif endokardit olabileceği akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Frontera JA, Gradon JD. Right-side endocarditis in injection drug users: review of proposed mechanisms of pathogenesis. *Clin Infect Dis* 2000;30:374-379.
2. Wilson LE, Thomas DL, Astemborski J, Freedman TL, Vlahov D. Prospective study of infective endocarditis among injection drug users. *J Infect Dis* 2002;185:1761-1766.
3. Miro JM, del Rio A, Mestres CA. Infective endocarditis and cardiac surgery in intravenous drug abusers and HIV-1 infected patients. *Cardiol Clin* 2003;21: 167-184.
4. Seaworth BJ, Durack DT. Infective endocarditis in obstetric and gynecologic practice. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 154: 180-188.
5. Ward H: Bacterial endocarditis in pregnancy. *Aust N Z J ObstetGynaecol* 1997;11: 189-191
6. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, et al: Prevention of infective endocarditis recommendations by the American Heart Association. A guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group, *Circulation* 2007 9;116:1736-1754.
7. Bansal, RC. Infective endocarditis. *Med Clin North Am* 1995; 995;79:1205-1240.
8. Kido T, Nakata Y, Aoki K, et al. Infective endocarditis of the tricuspid valve in a non drug user. *Jpn J Med* 1991; 30:154-156.
9. Brouqui P, Raoult D. New insight into the diagnosis of fastidious bacterial endocarditis. *FEMS Immunol Med Microbiol* 2006;47:1-13.
10. Suzan Saçar, Derya Hırçın Cenger, Semra Toprak Kavas, Ali Asan, Melek Demir, Mustafa Saçar, Hüseyin Turgut. *Brucella Melitensis*'in Neden Olduğu *Brusella* Endokarditi. *Dicle Tıp Derg* 2008;35:58-60.
11. Crane LR, Levine DP, Zervos MJ et al. Bacteremia in narcotic addicts at the Detroit Medical Center. I. Microbiology, epidemiology, risk factors and empiric therapy. *Rev Infect Dis* 1986;8:364-73.
12. Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) İnfektif Endokardit Tanı, Önleme ve Tedavi Görev Grubu. İnfektif endokardit tanı, önleme ve tedavi kılavuzu (2009 Güncellemesi) *Eur Heart J* 2009;30:2369-2413.