

İntravenöz İlaç Kullanımına Bağlı Gelişen İzole Aort Kapak Endokarditi Olgu Sunumu

Aslı HAYKIR, Ferit FERİT, Barış ÖZTÜRK, Emin Ediz TÜTÜNCÜ, İrfan ŞENCAN

SB Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Özet;

İntravenöz (IV) ilaç kullanımı, infektif endokardit gelişimi açısından risk faktörleri arasındadır. Bu hastalarda, önceleri daha sık olarak sağ kalp kapaklarının tutulduğu bilinirken, son verilerde iki tarafın tutulumunun neredeyse eşit olduğu belirtilmektedir. Aort kapağının tutulmuş olması morbidite ve mortaliteyi belirgin olarak artırmaktadır.

Bu yazıda IV feniramin maleat bağımlısı olan bir hastada gelişen, aort kapağının tutulduğu infektif endokardit olgusu sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: İnfektif endokardit, intravenöz ilaç bağımlılığı

Isolated Aortic Valve Endocarditis Due To Intravenous Drug Abuse: A Case Report

Abstract;

IV drug addiction is one of the important risk factors for infective endocarditis. Although it is known that right sided endocarditis is more common in IV drug abusers, recent reports show that both sides are almost equally involved. Involvement of the aortic valve is associated with higher morbidity and mortality. Here we report a left sided infective endocarditis in a IV pheniramine maleate addicted patient.

Key Words: Infective endocarditis, intravenous drug abuse

Giriş

İnfektif endokardit, doğal ya da protez kalp kapaklarını etkileyen, mortalitesi yüksek bir enfeksiyon hastalığıdır (1). İntravenöz ilaç kullananlar (İVİK) infektif endokardit gelişimi açısından yüksek risk grubundadır. Bu risk, romatizmal kalp hastalığı olanlardan daha yüksektir. Bu hastaların kullandığı ilaçlar genellikle uyuşturucu niteliği olan ilaçlardır (2).

Uyuşturucu ilaç bağımlılarında görülen endokarditin, konakçının immün direncinin düşük olması ve enjektörlerin ortak kullanımı nedeniyle olduğu bilinmektedir. Sıklıkla da virülen ve antibiyotiğe dirençli mikroorganizmalar tarafından meydana getirilmektedir. İVİK'da sağ kalp kapakları daha sık tutulur (3). Bununla birlikte, sol kalp kapaklarının da eşit oranda tutulduğunu bildiren çalışmalar vardır (4). Aort kapağının tutulmuş olması mortalite ve morbiditeyi belirgin olarak artırmaktadır (5). Bu yazıda IV ilaç kullanımına bağlı gelişen aort kapak endokarditi sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

Otuz altı yaşında kadın hasta, acil servisimize 15 günlük ateş, halsizlik şikâyetleri ile başvurdu. Hasta bu şikâyetlerle 10 gün önce doktora başvurduğunu, verilen ateş düşürücü ilaçlardan fayda görmediğini ifade etti. Öyküsü derinleştirildiğinde, altı yıldır intravenöz feniramin maleat bağımlısı olduğu öğrenildi. İlacı, ortalama olarak haftada iki kez kendisi IV yoldan uygulamaktaydı. Fizik muayenesinde; ateşi 39°C, kan basıncı 110/70

mmHg, nabızı 96/dk, solunum hızı 22/dk tespit edildi. Aort odağında 3/6^o şiddetinde sistolik üfürüm duyulmaktaydı. Sağ ayak 5. parmak lateralinde ve tırnak yatağında Janeway lezyonları vardı (Resim 1).

Resim 1: Janeway Lezyonları



Her iki kol iç yüzünde enjektör giriş izleri görüldü (Resim 2). Tam kan sayımında beyaz küre 25900/mm³, hemoglobin 10,3 gr/dl, trombosit 551000/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı 110 mm/saat, CRP 217 mg/L ölçüldü. Biyokimyasal tetkiklerinde, üre 24,7 mg/dl, kreatinin 0,8 mg/dl, ALT 85 U/L, AST 127 U/L geldi. Bu bulgularla infektif endokardit düşünülerek, yatışının birinci gününde kan kültürleri alındıktan sonra vankomisin 2x1gr IV, gentamisin 3x80 mg iv başlandı. Aynı gün yapılan transtorasik ekokardiyografi'de (TTE) aort kapağı üzerinde 1,4x0,9 cm boyutlarında,

Olgu Sunumu

hareketli, sol ventriküle prolabe olan vejetasyonla uyumlu kitle görüldü (Resim 3).

Resim 2: Enjektör Giriş İzleri



Resim 3: Transtorasik Ekokardiyografide Görülen Vejetasyon



Doppler ekokardiyografi ile aort yetmezliği saptanırken, sol ventrikül çap ve fonksiyonu normal olarak belirlendi. Denenmesine rağmen, tolere edemediği için hastaya transözefageal ekokardiyografi (TÖE) yapılamadı. Hastadan alınan dört kan kültüründe metisilin sensitif *Staphylococcus aureus* (MSSA) üredi. İki gün sonra yapılan kontrol TTE'de vejetasyon boyutlarının 1,5x1,0 cm ölçülmesi üzerine hasta, kalp damar cerrahisi tarafından operasyona alındı. Postoperatif dönemde hipotansiyon gelişen ve yeniden operasyona alınan hasta, kalp yetmezliği gelişmesi nedeniyle eksitus oldu. Operasyon sırasında çıkarılan vejetasyonlardan yapılan kültürde de MSSA üredi (Resim 4).

Tartışma

Intravenöz ilaç kullananlar, infektif endokardit gelişimi açısından yüksek risk grubundadır. Bu hastaların kullandığı ilaçlar genellikle uyuşturucu niteliği olan ilaçlardır. Uyuşturucu bağımlılarında görülen endokardit, konakçının immün direncinin düşük olması, enjektörlerin ortak kullanımı gibi nedenlerle gelişebilir (2). Bizim sunduğumuz hasta feniramin maleat bağımlısı idi. Antihistaminik olarak kullanılan ve sedasyon yan etkisine sahip

olan bu ilacın bilinen bağımlılık potansiyeli yoktur ve immün direncin zayıflamasına neden olmaz. Hastamız feniramin maleatı sedasyon yan etkisi nedeniyle kullanmaktaydı. İnfektif endokardit gelişmesine zemin hazırlayan olan risk faktörünün uygunsuz enjeksiyon olduğu düşünüldü.

Resim 4: Operasyonda Eksize Edilen Vejetasyon ve Kalp Kapakçıkları



Ekokardiyografik bulgular, endokardit tanısında major kriterler arasındadır (1). Aynı zamanda hastalığın progresyonunu takip etmek için kullanılır ve cerrahi endikasyon hakkında fikir verir. Transtorasik ve transözefageal ekokardiyografinin tanı koyma ve progresyon takibindeki duyarlılıklarının karşılaştırıldığı çalışmalarda TÖE daha duyarlı bulunmuştur (7). Bizim hastamızda tanı TTE ile konuldu. Hasta TÖE'yi tolere edemediği için hastalığın takibi de TTE ile yapıldı. İkinci günde yapılan kontrol TTE'de vejetasyonda büyüme görülmesi üzerine komplikasyon geliştiği erken dönemde saptanan hasta opere edildi.

İVİK'da infektif endokardit etkeni genellikle *Staphylococcus aureus*'tur (8). Carozza ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada İVİK'larda sağ ve sol kalp endokardit etkenleri karşılaştırılmış ve sağ kalp endokarditinde *Staphylococcus aureus*, sol kalp endokarditinde ise *Streptococcus viridans* ve *Staphylococcus aureus*'un en sık etkenler olduğu bildirilmiştir (9).

Staphylococcus aureus, toplumda sağlıklı kişilerin cilt floralarında bulunabilir. Hastanede yatan immün sistemi sağlam ve bozuk olan hastalarda kolonizasyon yapabilir ve hastalık etkeni olabilir (10). Endokardit ve septisemi yapıldığında etkin ve erken antimikrobiyal tedavi verilse dahi mortalitesi yüksektir.

Bizim hastamızın altı yıldır kendi kendine enjeksiyon yaptığı biliniyordu. Etken ise, yapılan çalışmalarda İVİK'da en sık etken olarak gösterilen *Staphylococcus aureus* idi ve tedaviye rağmen mortal seyretti.

İVİK'da infektif endokarditin sağ kalp kapaklarında daha sık görüldüğü bilinir (3).

Olgu Sunumu

Bununla birlikte birçok çalışmada sol kalp kapaklarının da eşit oranda tutulduğu bildirilmektedir (2). Bizim olgumuzda da son çalışmalarda İVİK'da sıklığının arttığı bildirilen sol kalp kapağı endokarditi mevcuttu.

Lodise ve ark.'nın yaptığı çalışmada, infektif endokarditte etkenin MSSA olduğu görüldükten sonra beta laktam antibiyotiklere geçildiğinde, mortalitenin daha düşük olduğu belirtilmektedir (2). Sunduğumuz olgunun, tedavisi vankomisin ve gentamisin ampirik olarak başlanmıştı. Etkenin MSSA olduğu saptandığında kontrol TTE yapılmış ve vejetasyonda büyüme görülerek cerrahi girişim endikasyonu konulmuştu. Erken dönemde cerrahi gerekmesi nedeniyle tedavi değişikliği gerçekleştirilemedi ve ardından hastanın kalp yetmezliğinden eksitus olması nedeniyle de tedavi etkinliği değerlendirilemedi.

Pallasch ve ark.'nın yaptığı çalışmada sol kalp kapağı endokarditlerinde mortalitenin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (5). Bu olguda da sol kalp kapağı tutulumu vardı. Tedaviye, yatışı sonrası erken dönemde başlanması ve cerrahi gereksiniminin erken dönemde tespit edilerek opere edilmiş olmasına karşın hastamız exitus oldu. Hastanın hastaneye daha erken başvurusu durumunda hastalık daha iyi bir seyir izleyebilirdi.

İVİK'da infektif endokardit riskinin artmış olması ilacının niteliğinden çok uygunsuz enjeksiyona bağlıdır. İlaç hastada immün süpresyon yapmasa da enjeksiyonla deri florasının dolaşıma girmesi yoluyla infektif endokardit görülebilir.

İnfektif endokardit tanısı ile izlenen hastalarda etken olan mikroorganizmaların erken dönemde elde edilmesi; duyarlılığının saptanarak etkin tedavinin düzenlenmesi açısından değerlidir. Bu hastaların takibinde hastalığın izlemi, cerrahi gereksinimin tespiti için ekokardiyografinin önemi unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Fowler VG, Scheld WM, Bayer AS. Endocarditis and intravascular infections. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (eds). Mandell, Douglas and Bennet's Principles and Practice of Infectious Diseases. 6th ed.USA. Churchill Livingstone, 2005:975-1022.
2. Lodise TP Jr, McKinnon PS, Levine DP, Rybak MJ. Impact of Empirical Therapy Selection on Outcomes of Intravenous Drug Users with Methicillin Susceptible *Staphylococcus aureus* Infective Endocarditis. Antimicrob Agents Chemother 2007;51(10):3731-3.
3. Karchmer AW. Infective endocarditis. In: Braunwald, Zipes, Libby (eds): A Textbook of Cardiovascular Medicine. 6th Edition. W.B. Saunders Co., Philadelphia, 2001: 1723-48.

4. Dressler FA, Roberts WC: Infective endocarditis in opiate addicts: Analysis of 80 cases studied at necropsy. Am J Cardiol 1989; 63: 1240.
5. Pallasch J, Takahashi M, Kathryn A, et al. Infective Endocarditis: Diagnosis, Antimicrobial Therapy, and Management of Complications. Circulation 2005; 14; 111 (23): e394-434.
6. Baddour LM, Wilson WR, Bayer AS, et al. Infective endocarditis: diagnosis, antimicrobial therapy, and management of complications: a statement for healthcare professionals from the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Councils on Clinical Cardiology, Stroke, and Cardiovascular Surgery and Anesthesia, American Heart Association: endorsed by the Infectious Diseases Society of America. Circulation. 2005;111(23):394-434.
7. Cicioni C, Di Luzio V, Di Emidio L, et al. Limitations and discrepancies of transthoracic and transoesophageal echocardiography compared with surgical findings in patients submitted to surgery for complications of infective endocarditis. J Cardiovasc Med 2006; 7 (9): 660-6.
8. 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.
9. Carozza A, Romano G, De Feo M, et al. Infective endocarditis in intravenous drug users: prevalence of left heart involvement and changing microbiologic profile. Paper presented at: 7th International Symposium on Modern Concepts in Endocarditis and Cardiovascular Infections; June 26-28, 2003; Chamonix, France. Abstract 53.
10. Chang FY, Turnidge J. Staphylococcus aureus. In: Yu VL, Merigan TC, Barriere S, eds. Antimicrobial Chemotherapy. Baltimore: Williams and Wilkins, 1999: 389-404.

Dr. Aslı HAYKIR
Kent Koop. Mahallesi 237/3. Sok.
Siyasal 93 sitesi 10/1 Batıkent/Ankara
Tel: 0 312 251 86 44
Cep tel: 0505 857 98 89
E-posta: aahaykir@hotmail.com