



Kalp Kapağı Dışı Yerleşimli Vejetasyon: Olgu Sunumu

Mutlu Büyüklü¹, Eftal Murat Bakırcı¹, Hüsnü Değirmenci¹, Gökhan Ceyhun¹,
Ergün Topal¹

¹ Erzincan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye

ÖZET

Elli yaşında kadın ateş ve halsizlik şikayetiyle başvurdu. Transtorasik ve transözefageal ekokardiyografi (TTE, TEE)'de sol ventrikül lateral duvarında hareketli, mural bir kitle izlendi. Biz burada sol ventriküler mural vejetasyonla birlikte kültür negatif infektif endokardit olgusu sunduk. Bu literatürde ilk olgudur.

Anahtar Kelimeler: Mural vejetasyon; kültür-negatif infektif endokardit; mural endokardit

Nonvalvular Vegetation: A Case Report

ABSTRACT

A 50-year-old woman presented with fever and weakness. A large mobile mural mass was observed in the lateral side of the left ventricle using transthoracic and transesophageal echocardiography. We speculated this to be a case of culture negative infective endocarditis with left ventricular mural vegetation; to the best of our knowledge, this is the first reported case in the literature.

Key Words: Mural vegetation; culture-negative infective endocarditis; mural endocarditis

GİRİŞ

Kapak dışı endokardın infektif tutulumu çok nadirdir⁽¹⁾. Ancak valvüler vejetasyonun ikincil tutulumu şeklinde, miyokardiyal apse durumunda, endokardiyal plak varlığında veya ventriküler septal defekt gibi kardiyak bir anomali durumunda izlenebilir^(1,2). Vejetasyon ventriküler veya atriyal endokardiyum, östakian kapak, mural trombus ve büyük damarların endokardiyal yüzeylerinde izlenebilir^(1,3). Birincil mural vejetasyon çok nadir olarak izlenir. Bilgilerimize göre, kültür negatif infektif endokarditte mural vejetasyon izlenen bir olgu daha önce hiç sunulmamıştır.

OLGU SUNUMU

50 yaşında kadın hasta ateş ve halsizlik şikayetiyle başvurdu. Öncesinde başka bir hastalığı yokken son 1 haftadır şikayetleri başlamış. Son 3 gündür ampisilin + sulbaktam tb 2 x 1 kullanıyor. Şikayetlerinin gerilememesi nedeniyle hastanemize sevk edilmiş. Fizik muayenede vücut ısısı 30°C, arter kan basıncı 160/90 mmHg ve kalp hızı 120/dakika tespit edildi. Kardiyak muayenede kalp sesleri normal, ek ses ve üfürüm tespit edilmedi. Elektrokardiyografi ve telegrafi tetkikleri normal izlendi. Kan testlerinde C-reaktif protein 279 mg/L (normali < 5 mg/L), beyaz küre 15.000/mm³ tespit edildi. Kan ve idrar kültürleri alınan hastada infektif endokardit ön tanısı ile yapılan TTE tetkikinde sol ventrikül lateral duvarında 30 x 10 mm boyutunda, hareketli, sistol sırasında sol ventrikül çıkış yoluna uzanan kitle tespit edildi. Valvüler yapılar ve sol ventrikül fonksiyonu normaldi. Doğuştan kardiyak bir anomali tespit edilmedi. Kitlenin etyolojik olarak ayırıcı tanısının yapılması ve daha detaylı inceleme açısından TEE yapıldı (Resim 1). Ancak farklı bir patoloji tespit edilmedi.

Tespit edilen kitlenin ayırımının net yapılamaması nedeniyle hastaya antikoagülan (Varfarin) ve antibiyotik tedavi (ampisilin + sulbaktam, gentamisin) birlikte başlandı. İki hafta sonunda ilk alınan kültürlerde üreme olmadı. Kontrol TTE kontrolünde kitle boyutunda gerileme tespit edilmemesi nedeniyle emboli riski açısından cerrahi operasyon kararı verildi. Ancak hastanın kabul etmemesi nedeniyle tedaviye devam edildi. TTE'de orta derece

Yazışma Adresi

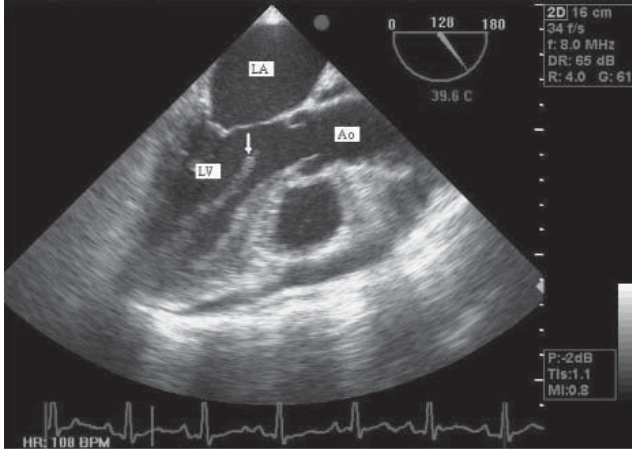
Mutlu Büyüklü

E-posta: mutlubuyuklu@gmail.com

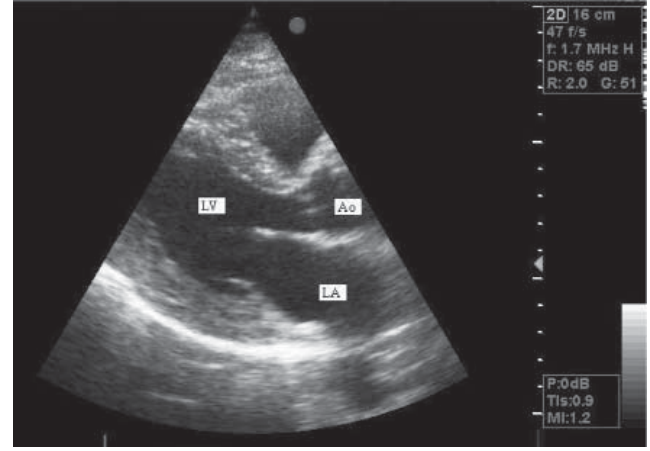
Geliş Tarihi: 14.03.2014

Kabul Tarihi: 07.04.2016

@Telif Hakkı 2016 Koşuyolu Heart Journal
metnine www.kosuyoluheartjournal.com
web adresinden ulaşılabilir.



Resim 1. Transözefagal EKO'da sol ventrikül lateral duvarında mural vejetasyon. LV: Sol ventrikül, Ao: Aort, LA: Sol atriyum, Ok: Vejetasyon.



Resim 2. Transtorasik EKO'da tedavi sonrası sol ventrikülde kitle izlenmiyor. LV: Sol ventrikül, Ao: Aort, LA: Sol atriyum.

perikardiyal efüzyon izlendi. Bu nedenle antikoagülan tedavi ikinci haftada kesildi. Antibiyotik tedavisi altı haftaya tamamlandı. Altıncı hafta sonunda yapılan kontrol TTE'de kitlenin gerilediği izlendi (Resim 2).

TARTIŞMA

Mural endokardit nadir bir durumdur. Bu duruma yol açan bazı risk faktörleri vardır. Mikroorganizmanın invazyonuna yol açan, regürjitan akımın neden olduğu endotelial hasar en önemli risk faktörünü oluşturur^(1,4). Diğer risk faktörleri arasında ise; konjenital şantlar, sistemik immün sistem baskılanması, prostetik kapaklar ve kalp pili tellerinin mevcudiyeti sayılabilir. Bizim olguda bu durumlar mevcut değildi.

Tespit edilen kitle, mural trombüs olabilir. Bu olguda mural trombüs için gereken sol ventrikül segmenter duvar hareket bozukluğu veya sol ventrikül çaplarında artış gibi risk faktörleri tespit edilmedi. Ancak mural trombüs oluşumu için gereken risk faktörleri olmadan, ülseratif kolit hastalarında mural trombüs geliştiği olgu sunumlarında bildirilmiştir⁽⁶⁾. Bu olguda ikinci haftadan sonra orta derecede perikardiyal efüzyon nedeniyle antikoagülan tedavi kesilmesine rağmen, sadece antibiyotik tedavi ile kitle geriledi. Bu durum bizi mural trombüs tanısından uzaklaştırdı.

Kültür negatif infektif endokardit (KNİE) görülme sıklığı %5 oranındadır. KNİE'ye Bartonella, Brusella ve Lejyonella gibi çeşitli mikroorganizmalar neden olabilir. Bu mikroorganizmalar spesifik antikorlarla tespit edilebilirler^(7,8). Diğer bakterilerden *Coxiella burnetti* serolojik yöntemlerle tespit edilebilir. HACEK grubu bakteriler ise uzun inkübasyon süresine sahip olmaları nedeniyle kültürlerde geç sonuç verirler. Ancak bir infektif endokardit hastasından kültür negatif olmasının en önemli nedeni, örnekler alınmadan önce antibiyotik kullanımıdır. Bu olguda da kültür örnekleri alınmadan önce ampisilin + sülbaktam kullanımı mevcuttu.

Ahmed ve arkadaşlarının sunduğu olguda, kültür pozitif biventriküler vejetasyon tespit edilmiştir⁽¹⁰⁾. Burada hasta antibiyotik tedavisine ilave olarak cerrahi rezeksiyon uygulanarak tedavi edilmiştir ve kitlenin tanısı patoloji ile konulabilmiştir. Biz olgumuzda hem tanısız hem de emboli riskini azaltmak için cerrahi rezeksiyon önerdik. Ancak hastanın kabul etmesi nedeniyle patolojik incelemesini yapamadık.

Sonuç olarak, biz burada literatürde ilk olarak tespit edilen kültür negatif infektif endokardit olgusunu sunduk. Bu olguyu altı haftalık antibiyotik tedavisi ile başarılı bir şekilde tedavi ettik.

KAYNAKLAR

1. Buchbinder NA, Roberts WC. Active infective endocarditis confined to mural endocardium. Arch Pathol 1972;93:435-40.
2. Herzog CA, Carson P, Michaud A, Asinger RW. Two-dimensional echocardiographic imaging of left ventricular mural vegetations. Am Heart J 1988;115:684-6.
3. Vilacosta I, San Roman JA, Roca V. Eustachian valve endocarditis. Br Heart J 1990; 64:340-1.
4. Kearney RA, Eisen HJ, Wolf JE. Nonvalvular infection of the cardiovascular system. Ann Intern Med 1994;121:219-30.
5. Bluhm G, Nordlander R, Ransjo U. Antibiotic prophylaxis in pacemaker surgery: a prospective double blind trial with systemic administration of antibiotic versus placebo at implantation of cardiac pacemakers. PACE 1986;9:720-6.
6. Chin WW, Van Tosh A, Hecht SR, Berger M. Left ventricular thrombus with normal left ventricular function in ulcerative colitis. Am Heart J 1988;116:562-3.
7. Millar BC, Altwegg M, Raoult D. Culture-negative endocarditis: causes, diagnosis and treatment. Rev Med Microbiol 2000;11:59-75.
8. Bayer AS, Bolger AF, Taubert KA. Diagnosis and management of infective endocarditis and its complications. Circulation 1998;98:2936-48.
9. Advisory Committee on Dangerous Pathogens. Supplement to categorisation of biological agents according to hazard and categories of containment. London: HSE Books, 1998.
10. Ahmed I, Katz DH, Croke CA, Li M, Doddamani S, Haramati LB, et al. Biventricular mural vegetations in a patient without valvular pathology. J Am Soc Echocardiogr 2006;19:938.e5-7.