

BİR BRUSSELLA ENDOKARDİT VE MYOKARDİT OLGUSU

GÜNERİ, S., ULUSAN, Z., ÜNDAR, B., KESKEN, S.,
KÜPELİOĞLU, A., ÖZER, M., FADİLOĞLU, Ş.

ÖZET: Pek çok organizma endokardit yapabilir. Brusella bakterisinin neden olduğu olgular %1'in altındadır. En sık rastlanan etken streptokokus viridanstir. Myokardit olguları ise daha da nadirdir. Olgu, 50 yaşında bir erkek hasta olup serolojik testlerde yüksek titrasyonda olumluluk tespit edilmiştir. Ekokardiyografik tetkikte aort kapağında kalsifikasyon ve verrü belirlenmiştir. Total atriyoventriküler blok nedeni ile geçici pacemaker takılmış olan hastaya tıbbi tedavi olarak rifampisin 2X300 mg, kotrimaksazol 2X240+1200mg, seftazidim 2X1gm, streptomisin 2X1gm, prednizolon 50mg, günlük dozlar şeklinde verilmiştir. Tromboembolik olaylar gelişmesi üzerine hasta kaybedilmiştir.

ABSTRACT: Zafer ULUSAN, Bulent ÜNDAR, Serdar KESKEN, Ali KÜPELİOĞLU, Mithat ÖZER, Şakir FADİLOĞLU, Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Department of Internal Medicine, Department of Neurology, Department of Pathology. A cases with endocarditis and myocarditis due to Brucellosis.

Numerous organism have been reported as the cause of infective endocarditis. Brucella bacteria may be a cause of less than %1 of all cases. The most common agent is streptococcus viridans. Myocarditis cases are more rare rather than endocarditis. 50 year old man presented with a deteriorated clinical condition and a strongly positive brucella agglutination test. Echocardiographic imaging showed calcification on aort valve and a vegetation on this place. He was treated with co-trimoxazole 2X240+1200mg, ceftazidime 2X1gm, streptomycin 2X1gm, prednisolone 50mg daily doses and temporary pacemaker. Nevertheless he died after a few days. This case was presented because brucella endocarditis and myocarditis cases are very rare.

Anahtar sözcükler: Brusella, endokardit, myokardit

Key words: Brucella, endocarditis, myocarditis

GİRİŞ: Enfektif endokardit nedeni olarak pek çok organizma bildirilmiştir(1). Brusellosiz olgularında da enfektif endokardit gelişebilir.

Yard.Doç.Dr.Sema GÜNERİ, Dr.Zafer ULUSAN, Dr.Bulent ÜNDAR, Dr.Serdar KESKEN, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Doç.Dr.A.Ali KÜPELİOĞLU, Patoloji Anabilim Dalı, Prof.Dr.Şakir FADİLOĞLU, Nöroloji Anabilim Dalı.

Ancak bu nadir rastlanılan bir durumdur(2,3). Brusellozisi olduğu bilinen olgularda kalpde daha önce duyulmayan bir üfürümün duyulması enfektif endokardit gelişmiş olabileceğini düşündürmelidir(1). Brusellozun neden olduğu endokardit olgularında %75 sıklıkta aort kapağı tutulmaktadır(2). Myokardit olgularında ise tedavi ile düzelebilen dal blokları ve çeşitli aritmiler görülebilir(4). Bu bakterinin kan kültürlerinden izole edilmesi zordur(3,5). Bu nedenle ekokardiyografide vejetasyonun görülmesi tanıyı koyma olasılığını arttırır(1,5,6).

OLGU: 50 yaşında erkek hasta. Mesleği çiftçilik. Hastaneye başvurmadan önceki son 8 ayda hastalığı nedeni ile değişik tedaviler uygulanmış. İlk yakınmaları 8 ay önce başlamış. Ateş, bulantı, kusma, halsizlik eklem ağrıları yakınmaları ile gittiği doktor yaptırdığı brusella agglutinasyon testinde 1/400 olumluluk saptamış. Bunun üzerine bruselloz tanısı koyarak 1 ay süre ile streptomisin 2X1gr/gün uygulamış. Hasta bu tedaviden kısmen yarar görmesine rağmen tam olarak iyileşmemiş. Bundan sonraki 3 ayda ilaç kullanmadan sadece yatak istirahati yapmış. Üç ayın sonunda daha önceki yakınmalarının artması ve bunlara öksürük, efor dispnesi eklenmesi ile tekrar doktora başvurmuş. Yapılan tetkiklerinde brusella agglutinasyon testlerinde 1/800 titrasyonda olumluluk bulunmuş. Brusellozun aktive olduğu kabul edilmiş. Ekokardiyografik tetkikte aort kapağında kalsifikasyon ve vejetasyon şüphesi ve EKG de 1. dereceden AV blok saptanması üzerine endokardit düşünülmüş. Yirmibirgün süre ile rifampisin 600kg/gün, doksisiklin 200mg/gün, prednizolon 24mg/gün kullanmış. Yakınmaları azalmış ancak tam olarak geçmemiş. Buna rağmen hasta tedaviyi yarım bırakmış. Bir kaç ayı daha bu şekilde geçiren hastada, hastaneye gelmeden 3 gün önce klinik durum hızla bozulmuş. Sol alt ve üst ekstremitelerinde güçsüzlük, uykuya eğilim, ortopne başlamış. Hastaneye yatırıldığında, muayenesinde, TA:110/80mmHg, N:50/dk ritmik, A:37 C, Solunum sayısı: 20/dk, genel durumu kötü, bilinci uykuya meyilli, kooperasyon zorlukla kuruluyor. Konjunktivalar soluk, skleralar, fundus muayenesi normal. Ağız mukozası normal. Akciğerler solunuma eşit katılıyor, alt zonlarda geç inspirium ralleri duyuluyor. Kalpte aort otağında 2/6 dereceden sistolik ejeksiyon üfürümü duyuluyor. Karaciğer ve dalak kot kavsinin 3'er cm geçiyor. Karında asit yok. Pretibial ödem yok. Tırnaklar ve ekstremitelerde derisi normal. Nörolojik muayenede solda yüzü de içine alan hemiparezi mevcut. Solda babinski olumlu. Laboratuvar tetkiklerinde: Hemogram, Eritrosit: 3400000/mm³, Lökosit: 4500/mm³, Hematokrit: %33, Hb:9 gm/dl, Trombosit: 200000/mm³, periferik yayma: Parçalı: %54, Lenfosit:%30, Monosit: %6, Stab:%10 idi. Eritrositlerde hipokromi ve anizositoz var. Sedimantasyon: 78mm/saat idi. İdrar tetkikinde patolojik bulgu yok. Kanın biyokimyasal tetkiklerinde şeker, Üre, elektrolitler, karaciğer fonksiyon testleri normal. Total lipid: 482mg/dl, Kolesterol: 183mg/dl, Trigliserid: 156mg/dl. Protein elektroforezinde gamma fraksiyonunda artma saptandı. Mikrobiyolojik testlerde: 12 kez alınan nemokültürlerde 1 aylık takipte

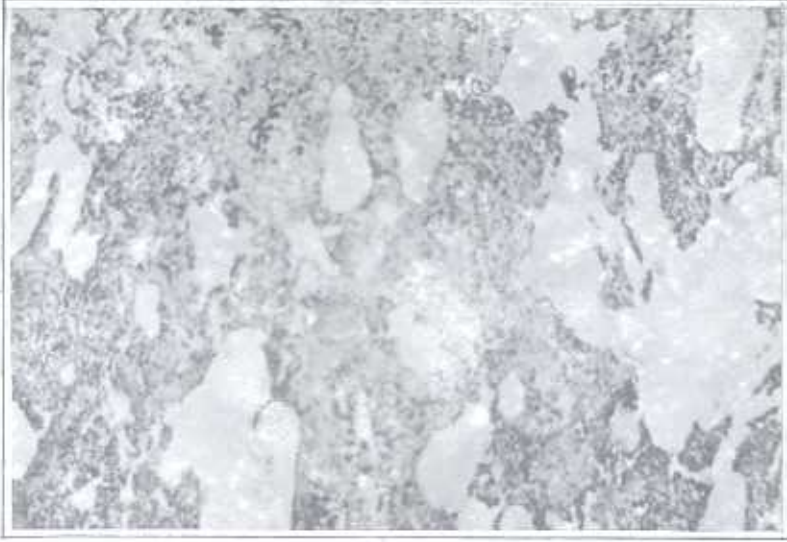
Üreme saptanmadı. Brusella agglutinasyon 1/800 titrasyonda olumlu, Rose Bengal olumlu idi. Grup agglutinasyonlarında TH, To, PTA, BO, BH olumsuz bulundu. Beyin omurilik sıvısının incelenmesinde, Wright ve Rose Bengal olumsuz idi. Pandı negatif, basınc normal, görünüm bulanık, şeker 67mg/dl, idi. Klor 705mEq/L, Mikroskopide 54 lökosit, 90 eritrosit saptandı. EKG de 2. dereceden AV blok vardı. Daha sonra hızla tam AV blok oluştu. Ekokardiyografik tetkikte aort kapağında kalsifikasyon ve vejetasyon izlendi.

Radyoloji tetkiklerde PA akciğer grafisinde sol ventrikülde büyüme vardı. Bilgisayarlı beyin tomografisinde sağ arter karotis alanında infarktüs alanı izlendi.

Bu bulgular ışığında hastaya bruselloza bağlı endokardit ve miyokardit, sol kalp yetmezliği, sağ hemisferde beyin infarktüsü tanıları konuldu. 2. dereceden AV bloktan 3. derecede AV bloğa geçiş ve kalp hızının da 36/dk olması nedeni ile geçici kalp pili takıldı. İlaç tedavisi için: rifampisin 2X300mg/gün, kotrimaksazol 2X240+1200mg/gün, seftazidim 2X1gm/gün, streptomisin 1gm/gün, prednizolon 5mg/gün başlandı. Hasta yoğun bakımda izlendiği esnada, 3' gün boyunca durumunda olumlu bir değişiklik olmadı. 3. günün sonunda ani bilinç kapanması ve derin koma ile hasta kaybedildi. Yapılan otopside aort kapağında stenoz ve kalsifikasyon ve 1,4cm çapında üsere vejetasyon, (Resim 1) endokardit ve miyokardit, akciğerde ödem, böbrek ve karaciğerde infarktüs alanları saptandı. Aşağıdaki resimlerde akciğerdeki ödem, (Resim 2) böbrekteki infarktüs (Resim 3) ve karaciğer infarktüs alanları (Resim 4) görülmektedir.



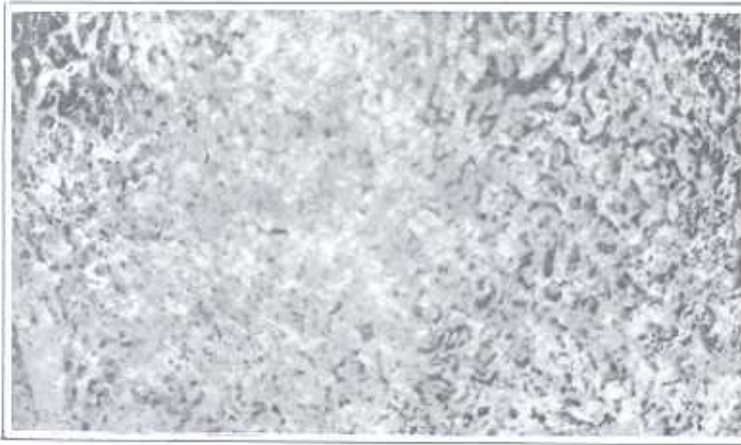
Resim 1. Aort kapağında kalsifikasyon ve vejetasyon



Resim 2. Akciğerde ödem ve infarktüs alanları



Resim 3. Böbrekte infarktüs



Resim 4. Karaciğer infarktüsü

TARTIŞMA: Bruselloziz yurdumuzda sık rastlanabilen bir hastalıktır. Bu olguların çoğunluğunda da tanı serolojik tetkikler ile konmaktadır(7). Kan kültürlerinde üreme oranı %10-15'i geçmemektedir(3). 1936 ile 1948 yılları arasında literatürde toplam 212 brusellozis olgusunun sadece 15'inde endokarditis bildirilmiştir. Giunchi, Pusic ve Tamburello(1951) 150 brusellozsalı olgudan dördünde, Spinki 244 olgudan 4 tanesinde endokarditis saptamıştır(3). Fratini ve Milli, brusella endokarditinin primer ve sekonder formlarını tanımlamışlardır. Primer olanın sağlam kapaklarda, sekonder olanının ise hasta kapaklarda oluştuğunu bildirmişlerdir(8). Pediatrik bir seride brusella olgularında endokardit sıklığının %1.7 olduğu belirtilmiştir(9).

Brusella endokarditinde yaş genellikle 50 yaşın altındadır. Hemen tüm olgular erkektir. %88 olguda önceden kalp hastalığı mevcut olup, ortalama semptom süresi 28 haftadır. %91 olguda kalp yetmezliği meydana gelir. Yeni üfürüm ya da üfürümler %75 oranında görülebilir. Arteriyel embolizasyon %88 olguda rastlanır. Tutulan kapak %75 olguda aort kapağı olup ölüm oranı bunlarda %83'tür. Valvüler enfeksiyonlarda en sık rastlanan etken, brusella abortustur(2). Olgumuzda da endokardit semptomları 5 aydan bu yana mevcut olup, aort kapağı tutulumu vardır. Kan kültürlerinden 1 aylık takibe rağmen etken izolasyonu sağlanamamıştır. Buna rağmen serolojik testlerde kuvvetli olumluluk ve valvüler vejetasyon ile AV blokların görülmesi bruselloza bağlı endokardit ve myokardit tanısı koydurmuştur.

Tedavide ise geç kalındığı için başarı sağlanamamıştır. Bu olgu nedeni ile bruselloz olgularında endokardit ve myokardit gelişme olasılığını düşünerek zamanında ve etkin tedavi yapılması gerektiğini vurgulamak istedik.

KAYNAKLAR

1. Dorney, RR.: Endocarditis. In Hurst JW, Logue RB. editors: The Heart. New York Mc Graw Hill Book Co 1985; p 1497.
2. Paul, S. Cohen, J. Maquiri, H. Weinstein, L.: Infective endocarditis caused by gram negative bacteria: A review of the literature 1945-1977. Progress in Card. Vasc Dis. 1980; 4: 205-41.
3. Övünç, O. Kürüm, T.: Brusella endokardisinin tedavi güçlüğü. Haydar-paşa Numune Hast. Tıp Dergisi 1988; 28: 52-56.
4. Özenci, M. Özenci, H. Gündoğan, F. ve ark.: Brusella myokarditine bağlı bir reversibl sol dal bloğu vakası. Selçuk Üniv. Tıp Fak. Dergisi 1984; 2: 75-80.
5. Daikos, GK. Popolyzos, N. Marketos, N. et al.: Trimethoprim-sulfamethoxazole in brucellosis. J Infect Dis. 1979; 128(suppl): 731.
6. Wray, TM.: The variable echocardiographic, M. and Philips, J.: Brucella melitensis endocarditis Circulation 1975; 658:52.
7. O'meara, JB. Eykyn, S. Jenkins, S. Braimbridge, M. and Philips, J.: Brucella melitensis enocarditis. Successful treatment of an infected prosthetic mitral valve. Thorax. 1974; 29: 377-381.
8. Fratini, M. Milli, GC.: Due casi endocardite in corso di grave sepsis brucellare G mal infett. Ing abtt 1969; 33: 373-377.
9. Lubani, M. Sharda, D. Helin. I.: Cardiac manifestations in brucellosis. Arch of Dis in Childhood 1986; 61: 567-572.