

VSD Yamas›ndan Kaynaklı Brusella Endokarditi ve Cerrahi Tedavisi

BRUCELLA ENDOCARDITIS OF VSD PATCH AND SURGICAL TREATMENT

Mustafa Yörlak, Uğursay Kızıltepe, Zeynep Baştıtüz el Eöilet en, Adnan Uysalel, Ercan Tutar, Semra Atalay, Hakk› Akal›n

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Ankara
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediyatrik Kardiyoloji Kliniği, Ankara

Özet

Brucella endokarditi potansiyel olarak ölümcül bir durumdur. Çoğunlukla prostetik ve nativ kapakta görölmekle beraber çok nadiren ventriküler septum defektinin (VSD) kapat›lmas›n› takiben kullanılan yamada geliştiği de bildirilmiştir. Bu olgu sunumu ile VSD yamas›nda brucella endokarditi gelişen nadir bir vakadaki deneyimimizi paylaşmak istedik. Bu hastada, postoperatif 1. ayda rekürren VSD gelişti. Hasta, yaman›n değiştirilmesine gerek kalmadan enfekte dokular›n debridman› ve defektin onar›m›na ek olarak uzun süreli antibiyotik uygulamas› ile başarıyla tedavi edildi.

Anahtar kelimeler: Brucella, endokardit, ventriküler septal defekt

Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg 2002;10:173-174

Summary

Brucella endocarditis is a potentially fatal condition. Mostly prosthetic and native cardiac valves are involved, but involvement of ventricular septal defect (VSD) patch is very rare. We would like to share our experience with a case of brucella endocarditis of a prosthetic VSD patch. The patient had a recurrent VSD at first postoperative month. He was treated succesfully with debridement and reattachment of the same patch without replacement of prosthetic patch in addition to long term antibiotic treatment.

Keywords: Brucella, endocarditis, ventricular septal defect

Turkish J Thorac Cardiovasc Surg 2002;10:173-174

Brucella endokarditi, brusellozisin ender görölen, ancak ölümcül bir komplikasyonudur. Bu enfeksiyon genellikle enfekte süt ürünlerinin taze olarak kullan›lmas›yla gelişir. Genellikle nativ ve protez kapaklar üzerinde tutulum olur [1]. Protez ventriküler septal defekt (VSD) yamas›ndan kaynaklanan endokardit daha da nadirdir. Ventriküler septal defekt yamas›n›n değiştirilmesi ve antibiyotik tedavisiyle tedavi edilen yalnızca bir olgu bildirilmiştir [2]. Oluştuğunda enfekte doku veya protez materyalin değiştirilmesi ve buna ek olarak uzun süreli antibiyotik tedavi tam kür sağlamak için önemle önerilmektedir [3,4]. Bu olgu sunusu ile yama değiştirilmeden, brucella endokarditine bağlı rezidüel VSD'nin plejlitli dikişlerle başarı ile kapat›ld›đ› olgumuzu sunmak istedik.

Olgu

Siyanoze, gelişme geriliği, efor k›st›l›đ› ışıkay etleri olan 12 yaş›ndaki erkek çocuğuna uygulanan ekokardiyografi ve kateterizasyon ile Fallot tetralojisi tan›s› kondu. Hasta operasyona al›narak VSD'nin dakron yama ve tek tek plejlitli dikişlerle kapat›ld›đ› ve ana pulmoner artere değin uzanan dakron yama kullan›larak uygulanan transannuler sağ ventrikül ç›k›m yolu genişletilmesinden oluşan total

koreksiyon ameliyat› başarıyla gerçekleştirildi. Erken postoperatif dönem sorunsuzdu ve erken postoperatif ekokardiyografide hafif-orta aras› pulmoner yetmezlik bulgusu varken, rezidüel VSD izlenmedi. Hasta postoperatif 9. günde şifa ile taburcu edildi. Ancak hasta iki hafta sonra hastaneye yüksek ateş ve artralji bulgular›yla tekrar yat›r›ld›. İlk çekilen ekokardiyografide VSD yamas›n›n kenar›nda hemodinamik öneme sahip olmayan küçük bir delik görölrken, belirgin vejetasyona rastlanmad›. Bu dönemde al›nan kan kültürlerinde herhangi bir mikroorganizma üremedi. Geniş spektrumlu antibiyotik ve ateş düşürücü tedavi başlandı. Eritrosit sedimentasyon hız› 95 mm ve CRP (+++) idi. Hastan›n ilerleyen dönemde genel durumu bozuldu, konjestif kalp yetmezliği gelişti ve tabloya kaba, pansistolik üfürüm eklendi. Yinelenen ekokardiyografide VSD yamas›n›n alt kenar›nda daha büyük ve hemodinamik önem taş›d›đ› izlenimi veren bir aç›lma gözlemlendi (½ ekil 1). Kardiyak kateterizasyonda Qp/Qs: 2.2 ve pulmoner arter bas›nc›: 45 mmHg olarak ölçüldü. Nüks VSD yaman›n trabeküler septum komşuluğundaydı. Tekrarlanan kültürler hala negatifti. Hastaya nüks VSD onar›m› için opere edilmeden önce kültür sonuçlar› negatif olduğundan 10 günlük vankomisin ve amikasin tedavisi uygulandı. Reoperasyonda sağ ventrikül kavitesine, sağ ventrikül ç›k›m yoluna konan yamadan

Adres: Dr. Mustafa Yörlak, Yeşilyurt Sokak, 49/1, Aşağ› Ayranc›, Ankara
e-mail: drsirlak@hotmail.com



Şekil 1. Yineleyen VSD'nin ekokardiyografik görüntüsü.

ulaşıldı. Protez yamanın trabeküler septuma bakan kenarında yaygın vejetasyonlar ve plejlitli dikişlerin destrüktif dokudan sıyrılarak büyük bir nöks VSD oluştuğu gözlemlendi. Hastanın preoperatif dönemde kan kültürlerinde herhangi bir mikroorganizma üretilmediği, buna ek olarak genel durumunun kötü olduğu ve uzun süreli kros klemp ve kardiyopulmoner bypass zamanına tolere edememesi göz önüne alınarak, protez yamanın rezeke edilip yenisinin dikilmesinin yerine, vejetasyonların kapsamlı debridman ve aynı yamanın septuma yeniden tutturulması tercih edildi. Yamanın 4 adet plejlitli dikişle sağlam olduğu düşünülen miyokardan geçilerek yeniden tutturulmasının takiben kalbin havası çıkarıldı ve kros klemp kaldırıldı. İşin sonrasından kolaylıkla çıktı. Kros klemp ve kardiyopulmoner bypass süreleri sırasıyla 46 ve 71 dakikaydı. Postoperatif dönem sorunsuzdu. Vankomisin ve amikasin tedavisine 10 gün daha devam edildi. Debride edilen dokudan alınan kültürler ve kan kültürleri *Brucella Melitensis* enfeksiyonunu gösterdiği için antibiyotikleri Doksisisiklin 200 mg/gün ve Rifampin 600 mg/gün ile değiştirildi ve bu antibiyotiklere 4 ay daha devam edildi. Bu dönemde yapılan *Brucella* agglütinasyonu 1/320 titrasyonunda pozitif idi. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyona rastlanmadı. Uzun dönem antibiyotik tedavisinden sonra hasta tamamen semptomsuzdu. Şimdi hasta postoperatif 2. yılında ve kan kültürleri ve serolojik testleri (*Brucella* agglütinasyonu) negatif olarak izlenmektedir. Ekokardiyografide ise hafif-orta arası pulmoner yetmezlikten

başka bulgu bulunmamaktadır.

Tartışma

Brusellozis, Akdeniz, Arap yarımadası, Hindistan yarımadası ve Güney-Merkezi Amerika'da daha sık görülür. Bir zoonozdur ve enfekte hayvanlarla direkt temasla ve daha sıklıkla pastörize olmamış süt ürünlerinin alınmasıyla bulaşır. Semptomlar genellikle etkenle karşılaşıldıktan 2-4 hafta arasında ortaya çıkar. Endokardit, bruselloza bağlı ölümlerin çoğundan sorumludur ve brusellozlu hastaların %2'sinden azında gelişir [1]. *Brucella* endokarditinin tedavisi hala tartışmalı bir konudur. Çoklukla agresif antibiyotik tedavisinin yanında enfekte kapakların çıkarılıp, kapak replasmanı yapılması önerilmektedir [1-4], salt antibiyotik tedavinin de yeterli olabileceği de nadir olmakla beraber bildirilmiştir [4].

Bizim olgumuzda hastanın genel durumu açık kalp ameliyatı için uygun olmamasına karşın, durumunun kötüye gitmesi nedeni ile gecikilmeksizin tekrar ameliyat edilmiştir. O dönemde brusella endokarditi düşünülmeyişi için ve hastanın kritik durumu değerlendirildikten sonra yamayı tamamen çıkarmamak ve nöks VSD'nin çabukça onarılması için plejlitli dikişler konmuştur. Yeterli ve uzun süreli antibiyotik tedavisinden sonra brusella enfeksiyonu tamamiyle eradike edilmiştir.

Sonuç olarak brusella endokarditi fatal bir olgu olmasına karşın gecikilmeksizin yapılan cerrahi girişim ve uygun antibiyotik tedavi başarılarıdır. Bizim olgumuzda, ideal cerrahi yöntem protez materyalin tümüyle çıkarılması olmasına karşın, salt vejetasyonların kapsamlı debridmanıyla cerrahi başarıları sağlanmıştır.

Kaynaklar

1. Young EJ. *Brucella* species. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Principles and Practice of Infectious Diseases. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000:2386-93.
2. Al-Kasab S, Al-Fagih MR, Al-Yousef, et al. *Brucella* infective endocarditis. Successful combined medical and surgical therapy. J Thorac Cardiovasc Surg 1988;95:862-7.
3. Quiroga J, Miralles A, Farinola T, et al. Surgical treatment of *Brucella* endocarditis. Cardiovasc Surg 1996;4:227-30.
4. Keleş C, Bozbuğa N, Zıfmanolu M, et al. Surgical treatment of *brucella* endocarditis. Ann Thorac Surg 2001;71:1160-3.
5. Cohen N, Golik A, Alon B, et al. Conservative treatment for *Brucella* endocarditis. Clin Cardiol 1997;20:291-4.