



Aort Kapak Tutulumu Gösteren Brusella Endokarditli Hastada Cerrahi Strateji

Hüseyin DURMAZ¹

GİRİŞ

Brucelloz, gram-negatif kokobasillerin neden olduğu sistemik zoonotik bir hastalıktır. Brucella türleri arasında en sık izole edilenler B. melitensis, B. abortus'tur. B. canis ve B. suis ise nadir suşlardır. Küresel bir dağılıma sahip olup, en çok Akdeniz havzası, Orta Doğu, Hindistan, Meksika ile Orta ve Güney Amerika'da yaygındır (1). Multiple organ ve sistemi tutabilen hastalık hayvanlardan insanlara inhalasyon, direk temas, enfekte süt ve süt ürünlerinin tüketilmesiyle bulaşır, kuluçka süresi 2-6 haftadır. Brusellozda kan kültürü, serolojik testler ve ekokardiyografi gibi tanısal araçlar kullanılabilir (2,3). Kan kültürünün duyarlılığı az olması nedeniyle serolojik testler bruselloz tanısında ön planda kullanılan testlerdir. Brusellozda genellikle halsizlik, ateş, iştahsızlık, terleme ve baş ağrısı gibi konstitüsyonel semptomlar olduğu için tanısı oldukça güçtür. Bruselloz genellikle kas-iskelet, genitoüriner, gastrointestinal, hematolojik, sinir, solunum sistemi, deri ve mukoza zarları tutulumunu içeren komplikasyonlara neden olabilir (4). Kardiyovasküler komplikasyonlar genellikle nadirdir, endokardit hastalığın en sık görülen kardiyak komplikasyonudur (5). Brusella enfeksiyonunda endokardit komplikasyonu gelişme riski düşük (%2'nin altında) olsa da bruselloza bağlı ölümlerin büyük oranında nedeni endokardittir, ülkemizde bu oran oldukça yüksek olup %9 seviyelerine ulaşmaktadır (6,7,8). Brusella endokarditi tedavi edilmediğinde en sık ölüm nedeni konjestif kalp yetmezliğidir (2,9). Brucella endokarditinde en sık etkilenen kapak Aort kapak olmasına rağmen Mitral kapağın etkilenme ihtimalide vardır (10,11,12). Ayrıca anuler apse, sinüs valsalva anevrizması, aort diseksiyonu, ventriküler anevrizma, myokardit ve myokardial apse tabloları oluşabilir.

¹ Uzm. Dr., Konya Şehir Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi, durmaz1@hotmail.com, ORCID iD 0000-0002-1739-5921

mese de, literatürde birkaç vakada tek başına antibiyotik tedavisiyle tam iyileşme rapor edilmiştir (19,20). Brusella endokarditinde cerrahi endikasyonlar antibiyotiğe dirençli abse, mekanik kapak endokarditi ve kontrol altına alınamayan konjestif kalp yetmezliğidir (21). Olgumuzda çoklu antibiyoterapi tedavi altında takip edilen hastada konjestif kalp yetmezliği bulgularında progresyon görülmesine bağlı olarak acil cerrahi karar alınmış olup hastaya çift kapak replasmanı ve dar aortik anülüs olduğu için aortik kök genişletme stratejisi uygulanmıştır. Cerrahide amaç enfekte alanın olabildiğince geniş çıkartılması ve yapısı bozulan kapakların revize edilmesidir. Olgumuzda düşük ejeksiyon fraksiyonu nedeniyle kardiyopulmoner baypas çıkışında ileri destek ihtiyacından dolayı hastaya ileri destek yöntemleri uygulanmıştır. Postoperatif dönemde antibiyotik tedavisinin ne kadar süreceği tartışmalıdır. Yapılan çalışmalarda 2 hafta ile 13 ay arasında tedavi devamlılığını önerildiği görülmektedir (22). Antibiyoterapinin ne zaman bırakılacağı hastanın kliniği ve aglütinasyondaki düşme yönlendirici olacaktır (23). Olgumuz cerrahi sonrası antibiyoterapi ile aglütinasyondaki düşme seviyelerine bakılarak ekokardiyogram ile takip edildi.

SONUÇ

Ülkemizde bruselloz endemik bir hastalıktır. Bruselloz farklı klinik bulgular ve semptomlarla ortaya çıkabilen bir hastalık olduğu için tanısı da zordur. Bruselloz tanısı sonrası hastanın kardiyak açıdan değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Olası kardiyak tutulumu olan bruselloz tanılı hastalar kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi kliniklerince yakın takip edilmeleri gerekmektedir. Uygun hastada cerrahi strateji planı yapılmalıdır. Cerrahi zamanlama ve ileri destek cihazlarının uygun hastalardaki kullanımı hastaların sağkalımlarını olumlu yönde etkileyeceği kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Pappas G, Papadimitriou P, Akritidis N, Christou L, Tsianos EV. The new global map of human brucellosis. *Lancet Infect Dis* 2006;6:91-9.
2. Jeroudi MO, Halim MA, Harder EJ, Al-Siba'i MB, Ziady G, Mercer EN. Brucella endocarditis. *Br Heart J*. 1987; 58(3): 279-83.
3. Lee SA, Kim KH, Shin HS, Lee HS, Choi HM, Kim HK. Successful medical treatment of prosthetic mitral valve endocarditis caused by Brucella abortus. *Korean Circ J*. 2014; 44(6): 441-3.
4. Efe C., Can T., Ince M., Tunca H., Yildiz F., Sennaroglu E. A rare complication of Brucella infection: myocarditis and heart failure. *Intern Med*. 2009;48(19):1773-1774.
5. Ulu-Kilic A, Metan G, Alp E. Clinical presentations and diagnosis of brucellosis. *Recent Patents Anti-Infect Drug Disc* 2013;8:34-41.

6. Young EJ. *Brucella* species. In: Mandell GL, Dolin R, Bennett JE, eds. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 6th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2005: 2669-74.
7. Fernández-Guerrero ML. Zoonotic endocarditis. *Infect Dis Clin North Am*. 1993; 7(1): 135-52.
8. Keles C, Bozbuga N, Sismanoglu M, et al. Surgical treatment of *Brucella* endocarditis. *Ann Thorac Surg* 2001; 71:1160-3.
9. Jacobs F, Abramowicz D, Vereersraeten P, Le Clerc JL, Zech F, Thys JP. *Brucella* endocarditis: the role of combined medical and surgical treatment. *Rev Infect Dis* 1990; 12:740-4.
10. Schutze GE, Jacops RF. *Brucella*. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, Stanton BF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 2007. p.1214-6.
11. Gür A, Geyik MF, Dikici B, Nas K, Cevik R, Sarac J, et al. Complications of brucellosis in different age groups: a study of 283 cases in southeastern Anatolia of Turkey. *Yonsei Med J* 2003;44(1):33-44.
12. Kandemir Ö, Şahin E, Kaya A. [The presentation of patients having complicated brucellosis]. *Türkiye Klinikleri J Microbiol-Infec* 2003;2(1):21-7.
14. Reguera JM, Alarcón A, Miralles F, Pachón J, Juárez C, Colmenero JD. *Brucella* endocarditis: clinical, diagnostic, and therapeutic approach. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2003;22:647-50
15. Colmenero JD, Reguera JM, Martos F, Sánchez-de-Mora D, Delgado M, Causse M, et al. Complications associated with *Brucella melitensis* infection: a study of 530 cases. *Medicine (Baltimore)* 1996;75:195-211.
16. Peery TM, Belter LF. Brucellosis and heart disease. II. Fatal brucellosis: a review of the literature and report of new cases. *Am J Pathol* 1960;36:673-97.
17. Quiroga J, Miralles A, Farinola T et al. Surgical treatment of *Brucella* endocarditis. *Cardiovasc Surg*. 1996; 4: 227-230
18. Al-Kasab S, Al-Fagih M.R, Al-Rasheed A et al. Management of brucella endocarditis with aortic root abscess. *Chest*. 1990; 98: 1532-1534
19. Cisneros J.M, Pachon J, Cuello J.A, Martinez A. *Brucella* endocarditis cured by medical treatment. *J Inf Dis*. 1989; 160: 907
20. Cohen N, Golik A, Alon I, et al. Conservative treatment for *Brucella* endocarditis. *Clin Cardiol*. 1997; 20(3): 291-4
21. Solera J, Martinez AE, Espinosa A. Recognition and optimum treatment of brucellosis. *Drugs*. 1997; 53:245-56.
22. Flugelman MY, Galun E, Ben-Chetrit E, Caraco J, Rubinow A. Brucellosis in patients with heart disease: when should endocarditis be diagnosed? *Cardiology*. 1990; 77:313-7.
23. Hadjinikolau L, Triposkiadis F, Zairis M, Chlapoutakis E, Spyrou P. Successful management of *brucella melitensis* endocarditis with combined medical and surgical approach. *Eur J Cardio-thorac*. 2001; 19:806-10.