

Brucella Endokarditi: Bir Vaka Bildirisi

A. Selim Yavuz¹, Aydın Türkmen¹, Taner Gören², Halûk Eraksoy³, Kâmil Adalet²
Rasim Berkmen², Murat Dilmener³, Semra Çalangu³

Özet: *Brucella melitensis* endokarditine bağlı fatal olarak sonuçlanan bir vaka bildirilmiştir. Bruselloz seyirinde nadir, ancak fatal bir komplikasyon olan endokarditte, valvül replasmanı ile kombine antimikrobik kemoterapinin en etkili tedavi biçimi olduğu, literatürün ışığı altında vurgulanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Bruselloz, endokardit

Summary: *Brucella endocarditis: a case report. A case of Brucella melitensis endocarditis with fatal ending is reported. It is also emphasized basing on the literature that antimicrobial chemotherapy combined with valve replacement is the most effective therapy of endocarditis, which is a rare, but fatal complication of brucellosis.*

Key Words: Brucellosis, endocarditis.

Giriş

Bruselloz yüksek morbiditesini günümüzde de koruyan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Tüm dünyada yılda yaklaşık 500 000 vaka bildirilmekte, ancak tüm vaka sayısının bildirilenin 26 katı kadar olduğu sanılmaktadır (1,2). Bir zoonoz olan bu infeksiyonun ana kaynakları, pastörize edilmemiş süt ve infekte hayvanlar ile temastır. İnsan brusellozu, genellikle spesifik belirtileri olmayan ateşli sistemik bir hastalık olarak görülmesine karşın, hemen her organda gelişen lokalize formları da bildirilmiştir. Bunlar sıklıkla kemik, merkezi sinir sistemi, akciğer, testisler, karaciğer, dalak, safra kesesi ve kalptir (1). Brusellozda ölüm, genellikle nadir bir komplikasyon olan endokardite bağlıdır. Fatal *Brucella* endokarditi, özellikle tek başına antibiyotikler ile tedavi edilen vakalarda görülür. Antibiyotik tedavisinin valvül replasmanı ile kombine olarak uygulanması, *Brucella* endokarditinin en etkili tedavisi olarak kabul edilmektedir.

Vaka

40 yaşında, Malatyalı, memur olarak çalışan erkek hastanın, 19 yıl önce eklem ağrıları ile birlikte olan ateşli bir hastalık geçirdiği ve bu dönemde penisilin ve aspirin kullandığı öğrenildi. Dört yıl öncesine kadar bir şikayeti olmayan hastaya, bu sırada bel ve eklem ağrıları ve sabah tutukluğu nedeniyle başvurduğu bir üniversite hastanesi romatoloji kliniğinde spondylitis ankylopoietica tanısı kondu ve indometasin tedavisi uygulandığı belirlendi. 6 ay önce tifoya bağlanan baş ağrısı, ateş, üşüme, terleme ve yaygın eklem ağrıları nedeniyle tedavi edilen hastanın, 15 gün önce bu yakınmalarının yinelenmesi üzerine, bu kez kalp hastalığı olduğu söylenerek, İstanbul Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalına sevk edilmesi öngörülmüştü.

Fizik muayenede soluk görünümlü, dispneik, hafif öne eğilerek yürüten hastanın aksiller ateşi 38°C olarak ölçüldü. TA 140/40 mm Hg ve nabız 112/dak ve ritmik idi. Aort yetersizliği, mitral yetersizliği ve mitral stenozuna uyan fizik

muayene bulguları saptandı. Endokardit lehinde periferik bulgu yoktu. Perküsyonla saptanan splenomegalisi vardı.

Laboratuvar incelemelerinde eritrosit sedimentasyon hızı 40 mm/saat, CRP (++) pozitif, RF 160 IU/ml ve HBsAg (+) pozitif olarak bulundu. Bruselloz yönünden yapılan rose-Bengal lam aglütinasyon testi pozitif olarak sonuçlandı. *Brucella* tüp aglütinasyon testi de 1/320 dilüsyonda pozitif sonuç verdi. İki gün üst üste en az birer saat arayla alınan toplam altı kan kültüründen beşi 12. günde pozitif olarak sonuçlandı. Üreyen Gram-negatif kokobasiller, *Brucella melitensis* olarak tanımlanmıştı. Ekokardiyografide mitral yetersizliği, mitral stenozu, aort yetersizliği ve aort stenozuna ilişkin bulgular ve aort kapağında sağ koroneriyen küspis üzerinde 0.6 cm çapında vejetasyon saptandı.

Konjestif kalp yetmezliğine yönelik tedaviye ek olarak 1M streptomisin (1 gr/gün) ve oral tetrasiklin (2 gr/gün) uygulanmaya başlandı. Bu tedavi ile hastanın ateşi düştü; konjestif kalp yetmezliği geriledi. Üçüncü haftada ototoksikite nedeni ile streptomisin kesildi ve antimikrobik tedavi, tetrasiklinin yanı sıra oral rifampisin (600 mg/gün) ile sürdürülmeye başlandı. Tedavi rejimine rifampisin eklendikten 35 gün sonra serum transaminaz düzeylerinde yükselme görülmesi üzerine, rifampisin ve tetrasiklin uygulamasına ara verildi. Hasta bu sırada aort kapak replasmanı için değerlendirilirken konjestif kalp yetmezliği tablosu içinde kaybedildi.

İrdeleme

Bruselloza bağlı ölümlerin en önde gelen nedeni endokardittir. Bazen myokardit ve perikardit de ölüm nedeni olarak ortaya çıkabilmektedir (3,4). Subakut veya kronik bir seyir gösteren *Brucella* endokarditinde (1,3), diğer bakterilere bağlı endokarditten farklı olarak, fibroz, hyalinizasyon ve kalsifikasyona eğilim vardır. Bu nedenle ölüm, sepsis ve embolilerden çok, genellikle konjestif kalp yetmezliğine bağlı olarak görülür (3). Aort valvülü diğerlerine göre daha sık tutulur ve genellikle önceden varolan valvüler bir lezyon, endokardite zemin hazırlar (1,3).

Literatürde yalnızca medikal tedavi ile şifa bulan çok az sayıda *Brucella* endokarditi vakası bulunmaktadır (1,5,6). Buna karşılık, valvül replasmanı ile birlikte antibiyotik tedavisi ile başarılı sonuçlar bildirilmiştir (1,2,7-11). Antibiyotik tedavisi olarak klasik tetrasiklin ve aminoglikozid (streptomisin veya gentamisin) kombinasyonuna yüksek doz kotrimoksazol (400+2000 mg) veya rifampisin (600-900 mg/gün) eklenmesi ve bu tedavinin en az 6 hafta sürdürülmesi

(1) İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Çapa-İstanbul

(2) İstanbul Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Çapa, İstanbul

(3) İstanbul Tıp Fakültesi, Klinik Bakterioloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Çapa-İstanbul

önerilmektedir (1,7,10).

Sunulan vakadaki *Brucella* endokarditi, febris rheumatica ve/veya spondylitis ankylopoietica'ya bağlı olarak gelişen valvülopati zemininde ortaya çıkmış olabilir. Hastada gelişen ototoksosite ve hepatotoksosite, antibiyotiklerin yoğun olarak kullanılmasını ve erken dönemde valvül replasmanına başvurulmasını engellemiş ve hastalık fatal olarak sonlanmıştır. Bu vakanın da öğrettiği gibi erişkinlerdeki *Brucella* endokarditinde, kombine antibiyotik tedavisi ile birlikte erken dönemde tutulan valvülün replasmanına başvurulmazsa prognoz kötüdür.

Kaynaklar

1. Jacobs F, Abramowicz D, Vereerstraeten P, Le Clerc JL, Zech F, Thyss JP. Brucella endocarditis: the role of combined medical and surgical treatment. *Rev Infect Dis* 1990; 5: 740-44.
2. Jeroudi MO, Halim MA, Harder EJ, Al-Siba MB, Ziady G, Mercer EN. Brucella endocarditis. *Br Heart J* 1987; 16: 214-6.
3. 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: 673-95.
4. Rivera JM, Garcia-Bragado F, Gomez FA, Grilo A, Lozano-Gutierrez F. Brucellar pericarditis [letter]. *Infection* 1988; 16: 254.
5. Lubani M, Sharda D, Helin I. Cardiac manifestations in brucellosis. *Arch Dis Child* 1989; 61: 569-72.
6. Hudson RA. Brucella abortus endocarditis: a case. *Circulation* 1957; 16: 411-3.
7. Fernandez-Guerrero ML, Martinell J, Aguado JM, del Carmen Ponte M, Fraile J, de Rabago G. Prosthetic valve endocarditis caused by Brucella melitensis. *Arch Intern Med* 1987; 147: 1141-3.
8. Pratt DS, Tenney JH, Bjork JM, Reller LB. Successful treatment of Brucella melitensis endocarditis. *Am J Med* 1978; 64: 897-900.
9. Pazderka E, Jones JW. Brucella abortus endocarditis: successful treatment of an infected aortic valve. *Arch Intern Med* 1982; 142: 1567-8.
10. Al-Kasab S, Al-Fagih MR, Al Yousef S, Ali Khan MA, Ribeiro PA, Nazzal S, Al-Zaibag M. Brucella infective endocarditis: successful combined medical and surgical therapy. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1988; 95: 862-7.
11. Skillington PD, McGriffin DC, Kemp R, Bett JHN, Holt G, Forgan-Smith R. Brucellosis complicated by aortic valve endocarditis. *Aust NZ J Med* 1988; 18: 872-3.
12. Al-Harhi SS. Association of Brucella endocarditis with intracerebral haemorrhage. *Int J Cardiol* 1989; 25: 321-4.