

İNFEKTİF ENDOKARDİT SONRASI GELİŞEN MİTRAL KAPAK RÜPTÜRÜ OLGUSU

Dr. Feridun KOŞAR *
Dr. Bektaş BATTALOĞLU **
Dr. Hakan GÜNEN ***
Dr. Alpay SEZGİN *
Dr. Ergün TOPAL *
Dr. İrfan BARUTÇU *
Dr. Ramazan ÖZDEMİR *

Mitral kapak rüptürü infektif endokarditin ciddi bir komplikasyonudur. Yaygınlığı % 1 ile 11 arasındadır. Bu makalede, mitral kapak rüptürü komplikasyonu gelişmiş subakut endokardit kliniği ile başvuran 19 yaşında erkek olguyu sunuyoruz. Hasta başarılı bir şekilde mitral kapak replasmanı ile tedavi edildi.

Anahtar kelimeler: Mitral kapak rüptürü, İnfektif endokardit

A Case of Mitral Valve Rupture after Infective Endocarditis

Mitral valve rupture is a serious complication of infective endocarditis. The prevalence ranges from 1 to 11%. In this report we describe a 19-year old boy presenting with subacute endocarditis, complicated with mitral valve rupture. He was successfully treated with a mitral valve replacement.

Key words: Mitral valve rupture, Infective endocarditis

* İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kardiyoloji AD
MALATYA
* İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs
Kalp Damar Cerrahisi AD
MALATYA
* İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs
Hastalıkları AD
MALATYA

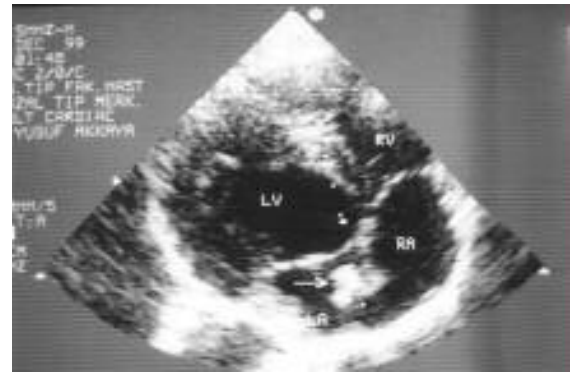
Yazışma adresi:
Dr. Feridun KOŞAR
İnönü Üniversitesi, Tıp
Fakültesi, Kardiyoloji AD
MALATYA

İnfektif endokarditin komplikasyonları arasında akut kalp yetmezliği, tromboembolizm, ring ve annüler abse oluşumu, ileti bozuklukları, akut miyokard enfarktüsü, pürülan perikardit, korda tendineya ve kapak rüptürü ve buna bağlı önemli kapak yetmezlikleri yer almaktadır.¹⁻⁶ Mitral kapak endokarditinde mitral kapak ve korda tendineya rüptürü %1 ile 11 oranında görülen komplikasyon olmakla birlikte prognozu oldukça kötüdür⁴⁻⁶ ve mitral kapak rüptürü gelişip asemptomatik veya kliniği silik olan olgu çok daha nadirdir. Enterokokal endokardit endokardit vakaların %10'undan sorumlu olmakla birlikte subakut klinik tablo nadir olarak görülür ve genellikle akut klinik tabloyla karşımıza çıkarlar.^{7,8} En değerli tanı yöntemi ekokardiyografi olup transözefagal ekokardiyografi (TEE) endokardit teşhisinde ve oluşan mekanik komplikasyonların saptanmasında çok duyarlı bir yöntemdir.⁹⁻¹⁴

OLGU

Hasta kardiyoloji polikliğine çarpıntı ve kalp ritminde düzensizlik nedeniyle başvurdu. Hastanın her-hangi bir zamanda, kısa süreli, aniden başlayıp kendiliğinden sonlanan çarpıntı şikayeti mevcuttu. Ayrıca bazen kalp atışlarında düzensizlik oluyormuş Hastanın bu şikayetleri 9 ay öncesinde titreme, ateş, halsizlik şikayetleri ile başlamış. Bu şikayetler ile başvurduğunda, İntaniye bölümüne brusella tanısı ile yatırılmış. Burada kendisine adını bilmediği ilaçlar 1 ay süre ile uygulanmış fakat ateş ve halsizlik şikayetleri geçmeyince Dahiliye bölümüne splenomegali etiyolojisi araştırılmak üzere yatırılmış. Alınan kan kültürlerinde üreme olup olmadığı bilinmemekle birlikte ampirik olarak gentamisin, kristalize penisilin, seftriakson başlanmış. Hasta bu tedavileri aldıktan sonra, yaklaşık 2 ay boyunca herhangi bir şikayeti olmamış. Hastanın özgeçmişinde ve soygeçmişinde herhangi bir bozukluk yoktu. Hastanın fizik muayenesinde, kan basıncı 125/85 mmHg, ateş:36.6°C, nabız 92 /dk idi. Kardiyovasküler sistem muayenesinde, S₁ yumuşak, sağ 2. interkostal aralıkta 1-2/6 sistolik ejeksiyon üfürümü, mitral odakta 3/6 şiddetinde sol koltuk altına yayılan holosistolik üfürüm duyuldu. Teleröntgenogram ve elektrokardiyogram normal sınırlarda idi.

Hastanın tam kan sayımında Hb: 12.2 mg/dl, Htc: %35.7, BK: 8.100/mm³, sedimentasyon hızı 45 mm/saat idi. Biyokimya parametrelerinde herhangi bir patoloji yok idi. Hastanın brusella ve salmonella hemaglutinasyon testleri normal idi. CRP (+), ASO ve RF (-) idi. Hastaya yapılan transtorasik (Resim 1) ve transözefagal ekokardiyografide (Resim 2) mitral anterior kapakta rüptür ve vejetasyon mevcuttu. Mitral kapak bazalinde eksantrik regürjitan akım gözlemlendi.



Resim 1. Transtorasik ekokardiyografide sol atrium içinde mitral ön kapakla bağlantılı vejetasyon ve mitral anterior kapakta da rüptür görülmektedir.



Resim 2. Transözefagal ekokardiyografik incelemede mitral anterior kapak rüptürünü gösteren mitral kapak tabanı seviyesinde ve sol ventrikül ve sol atrium arasında belirgin regürjitan akım ve mitral anterior kapakla yakın ilişkide olan vejetasyon görülmektedir.

Hasta kliğimize subakut bakteriyel endokardit öntanısıyla yatırıldı ve kan kültürleri alındı. Hastanın kan kültürlerinde enterokok üredi. Hastaya kristalize penisilin 20 milyon ünite/

İnfektif Endokardit Sonrası Gelişen Mitral Kapak Rüptürü Olgusu

gün, vankomisin 2x1 gr/gün ve gentamisin 2x80 mg/ gün başlandı ve operasyon planlandı. Hastanın operasyonunda mitral kapakda rüptür ve anterior kapakçıkta vejetasyona rastlandı, mitral kapak değiştirildi ve 31 numara gümüş St. Jude protez kapak kullanıldı. Çıkarılan kapakta üreme olmadı.

TARTIŞMA

İnfektif endokardit kalbin endotelial yüzeyinin mikrobiyal infeksiyonudur.¹ Nativ damarlarda % 80'den fazla vakada suçlu ajan olarak streptokok ve stafilokok saptanmıştır.²⁻⁵ Enterokok infeksiyonlarına %10 oranında rastlanmaktadır.⁶ Enterokoklar sıklıkla genitoüriner sistem, yaralanma sonrası ve intravenöz yolla tedavi verilen hastalarda infeksiyonlara yol açar ve genellikle nozokomial bakteriyemiler ile birlikte oluşur.^{7,8} İnfektif endokarditin karakteristik lezyonu genellikle kalp kapağı üzerinde veya endokardiyumun herhangi bir yerinde gelişen vejetasyondur.

İnfektif endokarditin komplikasyonları arasında kalp yetmezliği en ciddi olanıdır.^{4,15-17} Sağlıklı bireylerde veya daha önce kompanse sol ventrikül yetmezliği olan hastalarda akut ve subakut bakteriel endokarditlerde kapağın kendisinde veya korda tendinaya bağlı perforasyon ve destrüksiyona bağlı ani kalp yetmezliği gelişebilir.⁶ Nativ mitral kapaklarda infektif endokardite bağlı perforasyona %10 oranında rastlanmasına rağmen eşlik eden şiddetli mitral yetmezliği nedeniyle klinik tablo çoğunlukla ağır seyretmektedir.¹⁸ Bu bağlamda, sunduğumuz kliniği silik ve tesadüfen bulunan bu vaka çok nadir görülmektedir.

Ekokardiyografik çalışmalar infektif endokarditin teşhisinde çok önemli bir yere sahiptir.⁹⁻¹³ Transtorasik iki boyutlu ekokardiyografi ile birlikte renkli Doppler görüntüle infektif endokarditin tanı ve tedavisinde önemli bir yere sahip olmakla birlikte, vejetasyon, kapak perforasyonu, perikardit ve ventriküler fonksiyonun aydınlanmasında da yardımcıdır.⁹⁻¹¹ Vejetasyonların saptanmasında sensitivitesi %60-75 iken transöfageyal teknik ile bu oran % 95'e kadar yükselmektedir.^{10,14,19} Teşhis transtorasik ekokardi-

yografik incelemede mitral anterior kapakçıkta vejetasyon ve mitral anterior kapakçık tabanında perforasyon şüpesi ile hastaya transöfageyal ekokardiyografik inceleme yapılmasıyla kesinleştirildi. Bu tip vakaların tedavisinde uygun antibakteriyel tedavi ile birlikte ivedilikle cerrahi tedavi uygulanmalıdır.^{20,21}

Sonuç olarak, infektif endokardit sonrası pek sık rastlanmayan komplikasyonların yol açtığı kliniğin çoğunlukla ağır olması beklenirken, ciddi mekanik komplikasyonların asemptomatik ve silik bir klinik tablo göstermesinin nadir de olsa görülebileceği akla getirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Karchmer A.W. Infective Endocarditis. Braunwald Heart Disease : Textbook of Cardiovascular Medicine. Philadelphia, Saunders, 1997, Fifth edition, s:1077.
2. Van Der Meer JTM, Thompson J, Valkenburg HA, Michel MF. Epidemiologic aspects of infective endocarditis in the Netherlands. Arch Intern Med 1992; 152:1863-1868.
3. Lerner PI, Weinstein L. Infective endocarditis in the antibiotic era. N Eng J Med 1966; 274: 199-206;259-266;323-331;388-393.
4. Weinstein L, Rubin RH. Infective endocarditis-1973. Prog Cardiovasc Dis 1973; 16:239-273.
5. Pelletier LL, Petersdorf RG. Infective endocarditis: A review of 125 cases from the university of Washington Hospitals, 1963-72. Medicine 1977;56:287-313.
6. Durack D.T. Infective endocarditis: Hurst's Heart Disease. International edition, Mc Graw Hill, 1998, Ninth edition, s: 2205-2234.
7. Maki DG, Agger WA. Enterococcal bacteremia: Clinical features, the risk of endocarditis, and management. Medicine 1988;67:248-269.
8. Murray BE. The life and times of the enterococcus. Clin Microbiol Rev 1990;3:46-65.
9. Stewart JA, Silimperi D, Harris P, Wise NK, Fraker TD Jr, Kisslo JA. Echocardiographic documentation of vegetative lesions in infective endocarditis: Clinical implications. Circulation 1980; 61:374-380.
10. Mugge A, Daniel WG, Frank G, Lichtlen PR. Echocardiography in infective endocarditis: Reassessment of prognostic implications of vegetation size determined by the transthoracic and transesophageal approach. J Am Coll Cardiol 1989; 14:631-638.
11. Pavlides GS, Hauser AM, Stewart JR, O'Neill WW, Timmis GC. Contribution of transesophageal echocardiography to patient diagnosis and treatment: A prospective analysis. Am Heart J 1990; 120:910-914.
12. Daniel WG, Mugge Amartin RP, Lindert O, Hausmann D, Nonnast-Daniel B et al. Improvement in the diagnosis of abscesses associated with endocarditis by transesophageal echocardiography. N Eng J Med 1991; 324:795-800.
13. Dodds GAI, Durack DT. Criteria for the diagnosis of endocarditis and the role of echocardiography. Echocardiography 1995;12:663 -668.
14. Sokil AB. Cardiac imaging in infective endocarditis,. New York: Raven Press;1992:125-150.
15. Cates JE, Christie RV. Subacute bacterial endocarditis: A review of 442 patients treated in 14 centers appointed by the Penicillin Trials Committee Of Medical Research Council. Q J Med 1951;20:93-130.
16. Mills J, Utley J, Abbott J. Heart failure in infective endocarditis. Chest 1974; 66:151-159.
17. Lyte BW, Priest BP, Taylor PC, Loop FD, Sapp SK, Stewart RW et al. Surgical treatment of prosthetic valve endocarditis. J Thorac Cardiovasc Surg 1996; 111:198-207.
18. Fernicola DJ, Roberts WC. Clinicopathologic features of active infective endocarditis isolated to the native mitral valve. Am J Cardiol 1993;71(13):1186-97.
19. Mora LV, Salvador SA, Martinez DL, Miro PV, Almenar BL, Sotillo MJF, Algarra VFJ. Transesophageal echocardiography diagnosis of perforation of the mitral valve secondary to infective endocarditis. Rev Esp Cardiol 1993; 46(2):122-4.

Koşar ve ark

20. Cachera JP, Loisançe D, Mourtada A, Castanie JB, Heurtematte Y. Surgical techniques for treatment of bacterial endocarditis of the mitral valve. *J Card Surg* 1987;1:265-74.
21. Barlow JB, Marcus RH, Pocock WA, Barlow CW, Essop R, Sareli P. Mechanisms and management of heart failure in active rheumatic carditis. *S Afr Med J* 1990;78:181-6.