

Brucella Endokarditinde Splenik Apse Nedeni ile Yapılan Splenektomi

Dr. Vedat KIRIMLIOĞLU, Dr. Mehmet KARAHAN, Dr. Fuat ATALAY,
Dr. Hatice ŞAŞMAZ, Dr. Zafer ECEVİT, Dr. Hakan HALICI, Dr. M. Şerif ONARAN

Özet: *Brucella* ateş, titreme, halsizlik, kilo kaybı ile karakterize insanlara hayvanlardan yahut hayvansal ürünlerden bulaşan bir enfeksiyon hastalığıdır. Enfektif endokardit, nadir görülen ölümcül bir komplikasyon olup tedavisi kapak replasmanı ve antibiyotik verilmesidir. Makalemizde mitral valv replasmanı (MVR) geçiren, tedaviye rağmen oluşan splenik apse nedeni ile splenektomi yapılan bir olgu sunulmaktadır.

Summary: *SPLENECTOMY FOR SPLENIC ABSCESS IN BRUCELLA ENDOCARDITIS*

Brucellosis is an infectious disease characterized by fever, sweats, weakness, malasia and weight loss. Infection is transmitted to man from animals or animal product. Infective endocarditis is a rare complication but responsible for the majority of deaths related to this illness. The combination of antibiotic administration with valve replacement appears to be the most effective therapy for Brucella endocarditis. We report a case who previously have had. Mitral valve replacement and now splenectomy for. Splenic abscess.

Anahtar Kelimeler : Brucella endokarditi, splenektomi, splenik apse.

Key Words: Brucella endocarditis, splenic abscess, splenectomy

52 yaşında tarımla uğraşan hasta askerdeyken AER geçirmiş olup, 1979 yılından beri nefes darlığı, çarpıntı şikayetleri mevcutmuş, 20.8.1990 tarihinde MVR yapılmış. Halsizlik, nefes darlığı, ateş titreme, bir kat merdiveni çıkamama öyküsü ile, 28.11.1991 tarihinde TYİH Kardiyoloji polikliniğine müracaat etmiş. Yapılan ekografide mitral kapakta vejetasyon görülmesi üzerine protez kapak endokarditi ön tanısı ile servise yatırılmış.

FM'de ateş 38.8 derece, nabız 120/dak. TA 120/60 mmHg, KC 2-3 cm, dalak 4-5 cm ele geliyor, aritmisi ve bioproteze bağlı kapak sesi tesbit ediliyordu. EKG: Atrial fibrilasyon, Tele: de pulmoner konus belirgin, bronkovasküler görünümde artma mevcut. Lab.: Hb 8.6 g %, Hct 28 %, Lokosit 9600/mm³, PY: Normokrom, normositer, anizositoz, poikilositoz (+), rulo formasyon (+), ASO 125 U, CRP (+), üre 61 mg %, Trigliserid 223 U, LDH 337 U, AST 40 U, idrarda nadir eritrosit, protein (+) tesbit edildi. 3 adet kan kültürü alındıktan sonra endokardit tedavisi olarak 20 milyon penisilin - gentamisin 3x80 mg başlandı. 7 gün içinde hastanın ateşinin düşmemesi üzerine protez kapak endokarditi olabileceği düşü-

TYİH Gastroenteroloji Cerrahisi, Kardiyoloji ve Bakteri-yoloji Ünitesi
Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastalıkları Has. Enfeksiyon Ünitesi

nülerek vankomicin 2 gr. amikasinine 3x400 mg geçildi. Ancak kan kültürlerinde üreme olmadı. Bacaklı ateşi devam eden hastanın 6.12.1991 tarihinde yapılan üst batin ultrasonografisinde dalakta apse tesbit edildi. Anemisi taze eritrosit suspansiyonları ile düzeltilen hastaya 9.12.1991 tarihinde splenektomi yapıldı. 11.12.1991 tarihinde Brucella aglutinasyonu 1/640 + olan hastanın, ameliyat sonrası 4 kez alınan kan kültüründe Brucella melitensis üredi. Antiserumlar ile yapılan aglutinasyon testinde Brucella Melitensis olduğu saptandı. Hastaya 2x1 doxycycline, 900 mg Rifampin başlandı. Ateşi düştü, primer yara iyileşmesini takiben taburcu edildi.

Çarpıntı, nefes darlığı yakınmaları ile 2.1.1992. tarihinde hastanemiz KVC polikliniğine başvuran hasta, ateşi 38 C, nabız 115/dak. TA: 120/60, Apexte 6 IKA lokalize şiddetli M₁ ve sağda kot kenarını 2 cm geçen hepatomegalisi nedeni ile KVC kliniğine yatırıldı. EKG'de arial fibrilasyonu mevcut olan hastaya 5.1.1992 tarihinde sağ süp. Femoral arter emboli ve trombusu nedeni ile embolektomi yapılp 6.1.1992 tarihinde ST. Jude bileaflet mekanik protez takılıp 15.1.1992 tarihinde Brucella tedavisine devam edilmek üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA

Brucella ateş, titreme, halsizlik, kilo kaybı ile karakterize insanlara direkt hayvandan veya hayvansal ürünlerden bulaşan bir enfeksiyon hastalığı olup, hastalık etkeni küçük hareket-siz, spor oluşturmeyan gr (-) bir kokobasildir (1). En sık görülen tipi Br. Melitensis olup koyun ve keçilerden bulaşır (2). Deney hayvanlarına veya insanlara verildiğinde KC, kemik iliği, dalak, lenf dokusu gibi retikülo endotel (RE) hücreleri bol olan organlarda toplanır (3). Bir yıl içinde, tüm dünyada yaklaşık olarak 500.000 yeni olgu görülmektedir. Ancak hastalığın tanısı 26 olguda bir konulabildiği için, vakaların hepsi tedavi edilemez

(4). Mikroorganizma dolaşım, solunum, sindirim, retikülo endotel sistem (RES), kas iskelet sistemi gibi tüm sistemleri atake eder (5).

Endokardit brucellanın çok nadir görülen bir komplikasyonu olup 2106 vakalık bir seride 8 endokardit vakası 0.4 % saptanmıştır (6). Brucella mortalitesi düşük bir hastalık olmasına rağmen endokardit sık görülen ölüm nedenidir. En sıklıkla görülen komplikasyon % 86 ile konjestif kalp yetmezliği olup genelde ölüm nedenidir (7). Brucella endokarditi diğer endokarditlere göre hyalinizasyon ve fibrosiz daha yatkındır (8). İngiliz ve Fransız literatüründeki kesin brucella endokarditi tanısı konulan vakalar ve valv replasmanı (VR) ile tedavi edilmişlerdir (9-11).

Hastalık genelde erkeklerde görülür. Abortus, melitensis ve suis olmak üzere 3 tipi mevcuttur (2). B. melitensis diğer iki tipe göre daha sık görülüp komplikasyona neden olur.

Hastaların % 66'da mevcut bir kalp hastalığı vardır. Bunlar romatizmal, konjenital, veya diğer bir kalp hastalığı vardır. Bizim hastamızda romatizmal kalp hastalığı mevcut idi. Mikroorganizmanın her zaman üretilmemesinin nedeni özel besi yerlerine ihtiyaç olmasıdır. Bu gibi durumlarda serolojik testlerden yararlanılır. Bir seride verilen 39 hastanın % 87'de valv replasmanı gerçekleşmiştir (6). Diğer tip enfektif endokarditlerde olduğu gibi kapak replasmanı hastalığın akut döneminde de değiştirilebilir zira yeni takılan kapakta enfeksiyonun nüks etme olasılığı çok zayıftır.

Ameliyattan sonra hastalara genelde doxycycline + rifampin verilir. Bu tedavi şeması hakkında literatürde birlik yoktur. En az 6 hafta süre ile verilmesi önerilir. Bakterinin retikülo endotelial hücre içine girmesi dolayısı ile verilecek antibiyotığın hücre içine girmesi tedavi için yeterlidir. Tek bir antibiyotiğe çok çabuk rezistans gelişebileceğinden kombine tedavi tavsiye edilir' (12). Dünya Sağlık Teşkilatı tarafından tavsiye edilen 6 hafta Doxyc-

ycline ve 14 günlük streptomisin kürüdür (13). Streptomisinin uygulama güçlüğü ve oto-toksitesitesi yeni bir takım ilaçların denenmesini zorunlu kılmıştır (14). TMP SMZ'nin tek başına kullanılmasında %40 relaps görüldüğünden, ilgi bulmamıştır (15). Rifampin tedavisi yüz güldürücüdür fakat tek başına tatbik edildiğinde direnç oluştuğu görülmüştür (16).

Brucellanın kesin tedavisi bilinmemekle birlikte klasik Doxycycline 200 mg/günde ve ami-

noglikozid (streptomisin 1 g/günde, gentramisin 240 mg/günde) ilave olarak bakterisidal bir kombinasyonuna ajan olan Rifampin ile (900 mg/günde) birlikte veya rifampinsiz en az 6 hafta süre ile verilmesi uygun olur (1) (6).

Kronik relapsing olgularda veya hiperlenizmin komplikasyon kaynağı olduğu durumlarda antibiyotik tedaviye ilave olarak splenektomi yapılması uygun olur (17).

KAYNAKLAR

1. Wyngaarden JB, Smith LH: Cecil Textbook of Medicine. 17th edition, W.B. Saunders Comp. Philadelphia, p: 1614-1617, 1985.
2. Kingsbury DT, Wagner GE: Microbiology 2nd edition, Harwall Publishing Comp. Pennsylvania, p: 136-138, 1990.
3. Spink WW: Host-parasite relationship in human brucellosis with prolonged illness due to suppurative of the liver and spleen. Am. J. Med. Science p: 129-134, Feb. 1964.
4. Fincham RJ, Sahs AL, Juynt RJ. Protean manifestations of nervous system brucellosis: case histories of a wide variety of clinical forms. Jama. 184: 269-75, 1963.
5. Cohen PS, Maguire JH, Weinstein L. Infective endocarditis caused by gr. negative bacteria: A review of the literature. Prog. Cardiovasc. Dis 22: 205-42, 1980
6. Havas L, Problems and new developments in the treatment of acute and chronic brucellosis in man. Acta Trop (Basel) 37: 281-6, 1980.
7. Romero-Vivos J, Gurcia-Fernandez F, Munoz-Sanz A, Buzon LM, Nunez L, Bouza E, Successful treatment of Brucella endocarditis (abs no 875) In: Program and abstracts of the 23 rd Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Washington, DC: American Society for Microbiology, 1983.
8. Peery TM, Belter LF, Brucellosis and the heart disease. II. Fatal brucellosis: a review of the literature and report of new cases. Am J Pathol. 36: 673-95, 1960.
9. Iglesias A, Nunez L. Brucella melitensis endocarditis on a porcine heterograft bioprosthesis. Chest. 80: 747-9, 1981.
10. Pazderka E, Jones JW. Brucella abortus endocarditis: Successful treatment of an infected aortic valve. Arch. Intern. Med. 142: 1567-8, 1987.
11. Chaptal PA, Lapev G, Erolle R, Jonguet O, Bertrand A. Cause ver de remplacement valvulaire: l'endocardite brucellienne. Ann Chir. 36: 678-81, 1982.
12. Young EJ, Human brucellosis. Rev Infect Dis 5: 821-42, 1983.
13. Joint Food and Agriculture Organization/ World Health Organization Expert Committee on Brucellosis (fifth report). WHO Tech Rep Ser. no 464 Genova: World Health Organisation. 1971.
14. Aviza J, Gudiol F, Pallares R, Rufi E, Fernandez-Viladrich P. Comparative trial of rifampin-doxycycline versus tetracycline streptomycin in the therapy of human brucellosis. Antimicrob Agents Chemother 28: 548-51. 1985.
15. Aviza J, Gudiol F, Pallares R, Rufi G, Fernandez-Viladrich P. Comparative trial of cotrimoxazole versus tetracycline streptomycin in treating human brucellosis. Infect Dis 152: 1358, 1985.
16. Llorens-Terol J, busquets RM. Brucellosis treated with rifampicin. Arch. Dis Child 55: 486-8. 1980.
17. McGavity WC, Setarin D. Brucellosis. Indication for Splenectomy. Am J Surg 115: 355-63. 1968.