

Brusella endokarditine bağlı subvalvüler aort absesinde otolog perikardiyal yama ile birlikte aort kapak replasmanı

Aortic valve replacement with autologous pericardial patch in subvalvular aortic abscess due to Brucella endocarditis

Enfektif endokardit kalp kapakları, mural endokard, aort veya endokard ile dōşeli yapılardan herhangi birinin enflamasyonu ile başlayıp bu yapılarda hasara yol açan patolojik bir süreçtir. Tüm patojen mikroorganizmalar tarafından oluşturulabileceği gibi aseptik olarak da ortaya çıkabilir. Ana patoloji endokard ve kalp kapakları üzerinde enflamasyon, ülserasyon, nekroz, deformasyon, perforasyon, abse oluşumu ve vejetasyonların gelişmesidir (1).

Klinikte nadir olarak görülen Brusella endokarditine bağlı aortik kök absesi tanısıyla opere ettiğimiz bir hastanın tedavisini ve sonucunu paylaşmayı amaçladık.

Bir haftadır göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayeti olan 60 yaşındaki diyabetik erkek hastanın öyküsünde ateş gibi endokardit düşündürecek bulgular yoktu. Transtorasik ve transözofajiyal ekokardiyografisinde aorta kapağında 35mmHg sistolik gradiyent ile birlikte aortik sağ koroner kapakçıkta sol ventrikül içine prolabe olan vejetasyon ve poşla uyumlu görünüm mevcuttu. Brucella aglütinasyon testi pozitif (1/640) olan hastaya üç hafta süreyle Rifampicin + Doxycycline + Ceftriaxone kombinasyon tedavisi verildi. Bu süre sonunda sedimantasyon, akut faz reaktanları, beyaz küre sayısı ve biyokimya değerleri normale döndü. Bu dönemde kan kültüründe Brucella patojeni izole edilememekle birlikte aglütinasyon testi 1/320 olarak saptandı.

Operasyonda aortatomi yoluyla sağ koroner kapakçık ile nonkoroner kapakçığın altında subvalvüler alanda perimembranöz septum ve mitral anteriyör yaprakçığa doğru uzanan abse poşu boşaltılıp debride edildi. Bu bölge rifampisin'li mayi ile yıkandı. Önceden hazırlanmış otolog perikardiyal yama ile bu bölgede annulus oluşturularak abse poşu kapatıldı. Daha sonra 23 nolu mekanik kapak replase edildi. Yoğun bakımda 3 gün takip edilen hasta Brucella tedavisinin devamı için enfeksiyon hastalıkları, kardiyak yönden kontrolleri için de kardiyoloji ve kalp cerrahisi klinikleri tarafından takibe alınarak 10. günde şifa ile taburcu edildi. Hastanın operasyondan 1.5 yıl sonra yapılan en son kontrolünde herhangi bir şikayetinin olmadığı, yapılan kontrol ekokardiyografisinde mekanik kapak fonksiyonlarının iyi olduğu görüldü.

Konjenital bikuspid nativ aort kapağı enfektif endokarditin en kuvvetli predispozan faktörüdür. Romatizmal veya dejeneratif aort kapak lezyonları da diğer hazırlayıcı nedenlerdir (1). Aort kapağın yaprakçıklarının tutan, köke yayılmayan, annulusu harap etmeyen endokarditlerin herhangi bir prostatik kapakla tamiri çok iyi sonuçlar vermektedir. Ancak köke yayılarak abselere, fistüllere yol açan endokarditlerde ileri debridman yapılmalı, tüm enfekte ve nekrotik dokular çıkarılmalıdır. Bu konuda defektin yama ile kapatılması, kompozit prostatik kapak konduytinin implantasyonu, otolog perikard ile

rekonstrüksiyon, abse ile çevresindeki dokunun agresif debridmanı, aortik kapak translokasyonu ve aortik kökün ekstraanatomik baypası gibi çeşitli cerrahi teknikler bildirilmiştir (1, 2). Önemli paravalvüler harabiyet varlığında aort kökünün bir kompozit greftle veya homogreftle değiştirilmesi, koroner ostiyumların reimplantasyonu, Ross operasyonu ya da kriyoprezerve homogreftler de tercih edilebilir (3). Enfekte doku tam temizlenmezse antibiyotikler enfeksiyonun tekrarlamasını önlemeyeceklerdir (4).

Antibiyotik tedavisine cevap vermeyen aktif endokarditte erken operasyon bu hastaların tedavisinde yaygın bir şekilde kabul edilen stratejidir. Paravalvüler aortik kök enfeksiyonu halen yüksek mortaliteye sahiptir ve enfeksiyonun tekrarlama da sıktır. Bu, özellikle de büyük annular abse ve sol ventrikülo-aortik ayrılma durumunda sık görülür (5). Paravalvüler destrüksiyonlu aktif endokarditin cerrahi tedavi prensipleri: Enfekte odağın debridmanı, abse kavitesinin dolaşımdan uzaklaştırılması, ventriküler-aortik devamlılığın restorasyonu, kapak protezi için güvenli alan oluşturulması ve enfeksiyonun lokal tekrarının önlenmesidir (2, 5). Aortik kök abselerinin operasyonları yüksek riskli işlemlerdir ve ekip çalışması gerektirirler. Tedavinin tüm aşamaları kardiyoloji, kalp cerrahisi, ve enfeksiyon klinikleri tarafından birlikte planlanmalı ve yürütülmelidir.

**Haşmet Bardakçı, Mahmut Mustafa Ulaş,
Kerim Çağlı, Mehtap Temirtürkan, Utkan Sevük,
Uğursay Kızıltepe, Adnan Çobanoğlu**
**Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Ankara, Türkiye**

Kaynaklar

1. Demirtaş M. İnfektif endokarditler. In: Paç M, Akçevin A, Aka SA, Büket S, Sarıoğlu T, editörler. Kalp ve Damar Cerrahisi. İstanbul; MN Medikal & Nobel: 2004. p.458-68.
2. Prat AP, de Ibarra JIS, Vincentelli A, Decoene C, Fabre OH, Jegou B, et al. Ross operation for active culture positive aortic valve endocarditis with extensive paravalvular involvement. Ann Thorac Surg 2001; 72: 1492-6.
3. Bove EL, Parker FB, Morvasti MA. Complete extraanatomic bypass of the aortic root: treatment of recurrent mediastinal infection. J Thorac Cardiovasc Surg 1983; 86: 932-4.
4. Aslamaci S, Dimitri WR, Williams BT. Operative considerations in active native valve infective endocarditis. J Cardiovasc Surg 1989; 30: 328-33.
5. Watanabe G, Haverich A, Speier R. Surgical treatment of active infective endocarditis with paravalvular involvement. J Thorac Cardiovasc Surg 1994; 107: 171-7.