

# Mikotik Abdominal Aort Anevrizması ile Seyreden Enfektif Endokardit Olgusu

AN INFECTIVE ENDOCARDITIS CASE WITH ABDOMINAL MYCOTIC ANEURYSM

Yrd.Doc.Dr.Sultan DURMUŞ AYDOĞDU, Doç.Dr.Zübeyir KILIÇ,  
Dr.Mustafa AKÇAM, Uz.Dr.Ferit BÜYÜKAŞIK, Yrd.Doç.Dr.A. Kadir KOÇAK

Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, ESKİŞEHİR

## ÖZET

3 yıl önce akut eklem romatizması geçiren ve benza-tin penisilin profilaksisi almayan, ateş solunum güçlüğü nedeni ile getirilen 15 yaşındaki kız hastada apexte sol koltuk altına yayılan 2/6° den pansistolik, mezokardiyak odakta 1/6° den erken diastolik üfürüm, pretibial (++) gode bırakan ödem, sağ dirsek ekleminde artrit, Janeway lezyonları, splinter hemorajiler, sol konjonktivada peteşi, solda dismetri ve klonus mevcuttu. Ekokardiyografide mitral ve aort kapaklarında regürjitasyon, sol atriumda mitral kapak üzerinde 2x1.7 cm çapında vejetasyon, BBT de sağ serebellar apse görüldü. Kan kültüründe Stafilokokus Aureus üredi. Batın ultrasonografisi ve kompüterize tomografisinde abdominal aortada 3x2.5 cm boyutlarında anevrizma saptandı.

Hasta enfektif endokarditte nadir görülen bulguların nedeni ile sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Enfektif endokardit, Janeway lezyonları, Splinter hemorajiler, Mikotik anevrizma

T Klin Pediatri 1992, 1:84-87

Enfektif endokardit, konjenital ve romatizmal kalp hastalıklarının en çok korkulan komplikasyonlarından biridir (1). İlk tanımlandığı dönem olana XIX. yüzyılda hemen daima ölümlü sonuçlanmış, etiyoloji, epidemiyoloji ve patogenezinin daha iyi anlaşılması, antibiyotiklerin klinik kullanıma girmesi ile genel iyileşme oranı %85'e kadar yükselmiştir (2).

Enfektif endokardit'te gözlenen klinik bulgular içinde Janeway lezyonları, splinter hemorajiler, mikotik

Geliş Tarihi: 13.4.1992 Kabul Tarihi: 22.7.1992

Yazışma Adresi: Yrd.Doç.Dr.Sultan DURMUŞ AYDOĞDU  
Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk  
Sağlığı ve Hastalıkları ABD, ESKİŞEHİR

\* Olgu, Kardiyoloji Toplantısı, 10-13 Eylül 1991, Trabzon'da poster olarak sunulmuştur.

## SUMMARY

A 15 year-old girl was admitted to the hospital with fever and respiratory distress findings. She had acute rheumatic fever 3 years ago. On the physical examination, she had pansystolic murmur at the apex radiating to the axilla, arthritis at the right elbow, petechia on left conjunctiva, dismetri and clonus on the left side. There were Janeway's lesions at the palms and soles and splinter hemorrhages at the nail beds. Ecocardiography showed mitral and aortic regurgitation and vegetation of 2x1.7 cm, on mitral valv in left atrium. There was right cerebellar abscess on BBT. Staphylococcus Aureus grew in blood culture. Abdominal ultrasonography and computerized tomography displayed an aneurysm of abdominal aorta in size 3x2.5 cm.

The case was presented because of rare findings in infective endocarditis.

Key Words: Infective endocarditis, Janeway's lesions, Splinter hemorrhages, Mycotic aneurysm

Anatolian J Pediatr 1992, 1:84-87

anevrizmalar oldukça nadir görülürler (1). Olgumuz, nadir görülen bu bulgular, özellikle mikotik aorta anevrizması nedeniyle sunulmak istenmiştir.

## OLGU TAKDİMİ

3 yıl önce akut eklem romatizması geçiren ve benza-tin penisilin profilaksisi almayan 15 yaşındaki kız hasta ateş, solunum güçlüğü ve eklem ağrısı nedeniyle yatırıldı.

Fizik incelemede: Ateş 39°C, Nabız:120/dk, Solunum:40/dk, Kan basıncı:110/70 mmHg.

Genel durumu kötü, konfüzyon halinde ve ortopedikti. Her iki hemitoraksta kreptan raler, apexte sol koltuk altına yayılan 2/6° den pansistolik ve mezokardiyak odakta 1/6°den erken diastolik üfürüm duyuldu.

Sağ dirsek ekleminde şişlik, hassasiyet, ısı artımı ve hiperemi, pretibial (++) gode bırakan ödem ayak ta-

banında ve avuç içlerinde 1-10 mm genişliğinde palpasyonla hassas olmayan hemorajik alanlar (Janeyvay lezyonları) (Şekil 1), el ve ayak tırnak yataklarında 2-7 mm genişliğinde hemorajiler (Splinter hemorajiler) (Şekil 2), sol konjonktivada peteşi, sağda dismetri ve klonus mevcuttu.



Şekil 1. Janeyvay lezyonları.

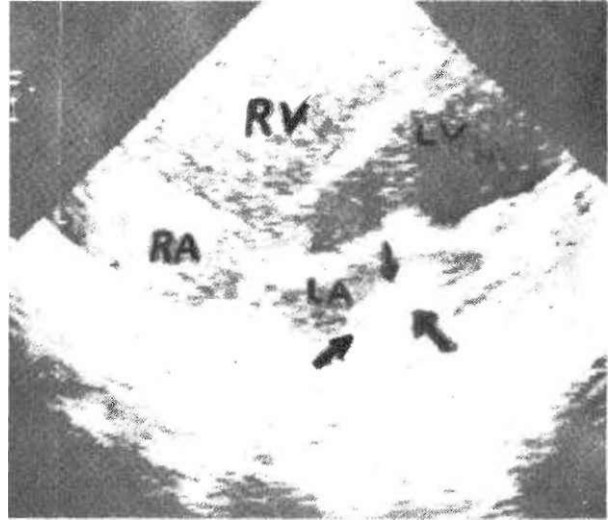


Şekil 2. Splinter hemorajiler.

**Laboratuvar incelemede:** Hb:7.1 gr/dl, BK: 12600/mm<sup>3</sup>, Trombosit: 350.000/mm<sup>3</sup>, Pehferik yaymada: Eritrosit morfolojisi normokron normasiter, %80 PMNL, %10 Çomak, %10 lenfosit vardı. Tam idrar tetkikinde: Reaksiyon: asit, dansite: 1015, Proteln:(—), Şeker: (—), Mikroskobisinde: 1-2 Lökosit görüldü. BUN ve elektrolitleri normaldi. ASO: 833 Todd Ü., Sedimentasyon: 150 mm/st., CRP: 96 mg/dl, Latex:(—), EKG'de: Voltaj düşüklüğü, göğüs derivasyonlarında T negatifliği, Teleradyogramda: Kardiyomegali, Ekokar-

diyografide: Mitral ve Aorta kapaklarında regürjitasyon. mitral kapak üzerinde Doppler ile v=477 cm/sn, 91 mmHg'lık sistolik gradient, arka mitral kapakçığının arkasında sol atrium tutulmuş, saplı, hareketli 2x1.7cm çaplarında vejetasyon (Şekil 3) tespit edildi. Kan kültüründe koagülaz (+) Stafilakokus Aureus üredi.

**Klinik İzlem ve Tedavi:** Hastaya enfektif endokardit tanısı konularak Pen. G. 24 milyon ünite/gün+ Amikasin 15 mg/kg i.v., Digoksin 1x1 tb, lasix 2 mg/kg/gün başlandı. Ancak, ateşinin devam etmesi ve kan kültüründe Stafilakokus Aureus üremesi üzerine Sefotaksim 4x2 gr i.v. verildi. 15 günlük tedaviye rağ-

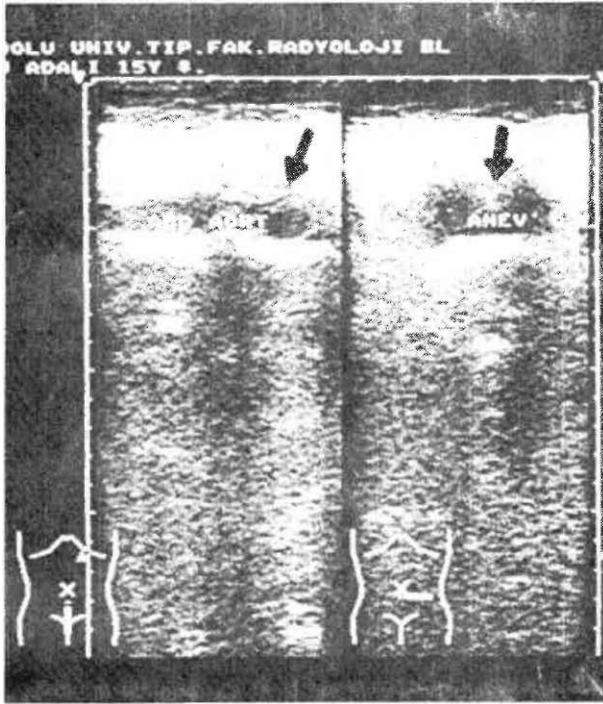


Şekil 3. Ekokardiyografide sol atriumda 2x1.7 cm vejetasyon.

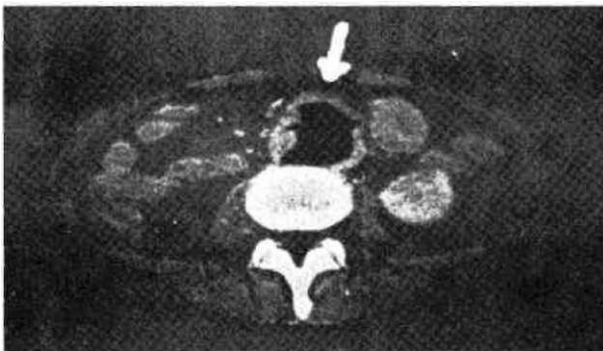


Şekil 4. Tedavinin 5. günü vejetasyonda küçülme.

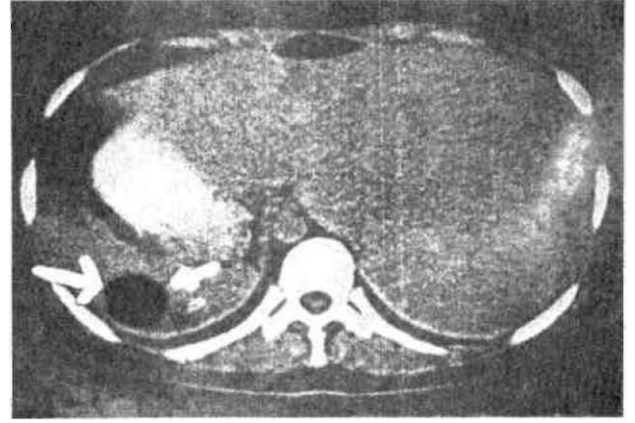
men tekrarlanan kan kültüründe aynı mikroorganizma üremesi ve ateşin devam etmesi üzerine Vankomisin 40 mg/kg/gün başlandı. Ateşte düşme olmasına rağmen tam olarak kontrol altına alınamadı. Tedavinin 6. gününde tekrarlanan ekokardiyografide vejetasyonda küçülme (1x1 cm) (Şekil 4). 13. gününde yapılan BBT'de sağ serebellar apse tesbit edildi. Klinik olarak konfüzyonu ve nörolojik muayene bulguları düzelen hastanın 25. gündeki kontrol BBT'sinde serebellar apse belirgin bir küçülme olduğu görüldü. Aynı günde batında göbeğin altında pulsasyon olduğu ve sistolik sufl alındığı dikkati çekti. Abdominal ultrasonografi ve kompüterize tomografide abdominal aortada 3x2.5 cm boyutlarında anevrizma (Şekil 5.6). ayrıca kompüterize tomografide dalakta infarkt (Şekil 7) saptandı. Cerrahi tedavinin gerekli olduğu düşünülen hasta başka bir merkeze refere edildi.



Şekil 5. Abdominal ultrasonografide aorta anevrizması



Şekil 6. Abdominal CT'de aorta anevrizması.



Şekil 7. Abdominal CT'de splenik infarkt.

## TARTIŞMA

Enfektif endokardit, endokard, kapaklar ve vasküler endotelin değişik mikroorganizmalar ile enfekte olmasıdır (1,3). Uygun tedavi ile ölüm oranının giderek azalması ve kardiyovasküler cerrahinin yaygın olarak tedaviye girmesi, hastaların daha uzun süre yaşamalarına ve pediatrik yaş grubunda hastalığın görülme sıklığının artmasına neden olmuştur (1). Enfektif endokarditli hastalarda çok büyük oranda altta yatan konjenital veya romatizmal yapısal bir kalp anomali bulunmakta ancak %4-17 hastada önceden var olan bir kardiyak lezyon saptanamamaktadır (3).

Enfektif endokarditte klinik bulgular hastalığın yaygınlık derecesine, vejetasyonlardan ortaya çıkan embolilere, immünolojik mekanizmanın aktivasyonuna bağlı olarak değişkenlik gösterir (3). En sık görülen bulgular ateş ve kardiyak üfürümlerdir, her ikisi de hastaların %10 kadarında saptanmayabilir (1,3). Hastalarda sık ve nadir olmayarak görülen diğer bulgular anoreksi, kilo kaybı, malazi, splenomegali ve dalakta infarkt, daha çok ağız mukozası, konjonktiva ve ekstremitelerde peteşiler, trombo-embolik olaylar, kalp yetmezliği, parmaklarda çomaklaşma, akut hemipleji, konvülsiyon, ataksi, afazi, fokal nörolojik bulgular, duyu kaybı, ve konfüzyon şeklinde nörolojik bulgular, artralji, artrit, gastrointestinal problemler, plevral effüzyon, göğüs ağrısı ve hepatomegalidir (3,4). Vejetasyonların 10 mm den büyük olması halinde embolizasyon riskinin daha fazla olduğu belirtilmektedir (5). Enfektif endokarditte nadir görülen bulgular olan Janeway lezyonları %0-10, splinter hemorajiler %0-10 ve Osler nodülleri %7-8 oranında görülmektedir. Bu lezyonların oluşmasında septik embolik olayların veya immün cevapla oluşan vaskülitin rol oynadığı konusu tartışmalıdır (3). Mikotik anevrizma çoğu klasik kitapta yer verilmeyen çok nadir görülen bir bulgudur (1,3,4).

3 yıl önce akut eklem romatizması geçiren hastamız, ateş ve kalp yetmezliği bulguları ile getirilmiş, en-

enfektif endokarditte sık ve nadir olmayarak görülen bir çok bulgunun yanında nadir görülen Janeway lezyonları, splinter hemorajiler ve çok daha nadir olan mikotik aort anevrizması göstermiştir.

Mikotik anevrizmalar, aterosklerotik plaktan oluşan bakteriler ile spontan olarak gelişebilir. İmmüno-supressif tedavi alanlar, invazif hemodinamik monitörizasyon, anjiyografi yapıları ve uyuşturucu bağımlılığı olanlarda daha fazla görülebilmektedir (4). Enfektif endokarditte embolizasyon ve daha çok da sistemik sepsis sırasında geliştiği belirtilmektedir (4,6,7). Enfektif endokardite bağlı olarak aorta dışında femoral, superior mezenterik arter, anterior tibial, popliteal, brakial ve pulmoner arterde mikotik anevrizmalar bildirilmiştir (4,8,9).

Enfektif endokardit olgularda tedavide etkeni yönelik antibiyotik ya da antibiyotik kombinasyonları kullanılır. Tıbbi tedaviye cevap vermeyen ağır kalp yetmezliği halinde, tekrarlayan embolilerin ve solda yerleşimli büyük mobil vejetasyonların varlığında, fungal endokarditlerde hemodinamik bozukluğu düzeltmek ve vejetasyonları temizlemek amacıyla cerrahi tedavi uygulanır (1,3). Erken cerrahi tedavinin mortaliteyi azalttığı belirtilmektedir (10).

Geldiğinde tıbbi tedaviye alınan hastamızda klinik olarak kısmen de olsa tedaviye cevap vermesi ve vejetasyonda küçülme olması nedeni ile erken dönemde cerrahi tedavi planlandı. Gönderildiği merkezde öpere edildiği, postoperatif dönemde kliniğinin iyi seyrettiği öğrenildi.

## KAYNAKLAR

1. Kaplan EL, Shulman ST. Endocarditis. In: Adams FH, Emmanouilides QC, Riemenschneider TA, eds. Heart Disease in Infants and Adolescent. (4th ed) Baltimore: Williams&Wilkins Co, 1989:718-30.
2. Tuncali T. Enfektif endokardit. Katkı 1983; 4(6):477-88.
3. Friedman RA, Starke JR. Infective endocarditis. In: Oskey FA, ed. in chief. Principles and Practise of Pediatrics. Philadelphia: JB Lippincott Co 1990; Vol 2:1475-85.
4. Reddy DJ. Mycotic Aneurysms. In: Migillian DJ, Quinn EL, ed. Endocarditis (1st ed). New York: Marcel Dekker Inc. 1986; 177-86.
5. Jaffe WM, Morgan DE, Pearlman AS, et al. Infective endocarditis 1983-1988: Echocardiography findings and factors influencing morbidity and mortality. Am Collage of Cardiol 1990; 15:6, 1227-33.
6. Anderson RH, Macartney FJ, Shinebourne EA, Tynan M, eds. Infective endocarditis. In: Paediatric Cardiology (1 st ed), London: Churchill Livingstone, 1987; Vol 2:1229-43.
7. Cave C, Longker MT, Merrick Scot, et al. Infective endocarditis and an embolomycotic aneurysm in a 25 month-old child. J Cardiovasc Surg 1990; 31:805-8.
8. Templeton JL, Barros D'Sa AAB. Mycotic aneurysm of the profunda femoral artery: A rare complication of bacterial endocarditis. J Royal Coll Surg Edinb 1987; 32(5):270-1.
9. Ohmi M, Kikuchi Y, Ito A, Ouchi M. Superior mesenteric artery aneurysm secondary to infectios endocarditis. J Cardiovasc Surg 1990; 31:115-7.
10. Çeliker A, Özme Ş, Paşaoğlu I ve ark. Çocukluk çağındaki enfektif endokarditlerde erken cerrahinin önemi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 1989; 32:111-8.