

# KALICI HEMODİYALİZ KATETERİ BULUNAN HASTADA ÇİFT KAPAK ENDOKARDİTİ

Dr. Turkey Özcan, Dr. İbrahim Rencüzoğlu, Dr. Sabri Seyis, Dr. Armağan Acele, Dr. Dilek Çiçek, Dr. Ahmet Çamsarı, Dr. V. Gökhan Cin

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Mersin

**İnfektif endokardit, kalbin endokard tabakasının sistemik enfeksiyonu sonucu oluşan semptomları, embolik olaylar ve endokard vejetasyonu ile kendini gösteren bakteriyel enfeksiyonudur. En belirgin klinik bulgularından biri ateş ve genel durum bozukluğudur. Kliniğimize 59 yaşında, aniden gelişen nefes darlığı, ateş, ayaklarda ödem ve halsizlik şikayetleri ile başvuran bir hasta sunulmuştur. Kronik böbrek yetersizliği olan hastanın bir yıldır kalıcı subklaviyen hemodiyaliz kateteri mevcut olup haftada 3 kez ayaktan tedavi ile**

**diyalize girmektedir.**

**Yapılan ekokardiografik ve laboratuvar incelemeler sonucunda metisilin dirençli koagülaz negatif stafilokok enfeksiyonuna bağlı infektif endokarditli olguyu sunduk.**

**Anahtar kelimer: İnfektif endokardit, Metisilin dirençli koagülaz negatif stafilokok, Vejetasyon**

**(Türk Girişimsel Kard. Der. 2009;13:79-81)**

## GİRİŞ

İnfektif endokardit, kalbin endokard tabakasının sistemik enfeksiyonu sonucu oluşan semptomları, embolik olaylar ve endokard vejetasyonu ile kendini gösteren bakteriyel enfeksiyonudur. Tanısal metodlarda ve tedavi alanındaki ilerlemeler infektif endokardit spektrumunu değiştirmiştir. Nosokomiyal endokarditler, infektif endokarditlerin yaklaşık %13-29'unu oluşturmaktadır<sup>1-2</sup>. Kardiyak kateterizasyon bakteriyeminin çok sık olmayan bir nedenidir, ancak işleme ilişkili endokardit riski kesinlikle vardır. Santral venöz kateter ilişkili endokarditlerin sayısı gittikçe artmaktadır. Bu vaka sunumunda hemodiyaliz için kalıcı subklavyan kateter kullanımına sekonder gelişen endokardit vakası sunacağız.

## VAKA SUNUMU

Elli dokuz yaşında haftada 3 kez ayaktan tedavi ile diyalize giren erkek hasta nefes darlığı, ateş, ayaklarda ödem ve halsizlik şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Hastanın diyabet, hipertansiyon ve kronik böbrek yetersizliği öyküsü mevcuttu. Hastanın bir yıldır kalıcı subklavyen hemodiyaliz kateteri mevcuttu. Has-

tanın fizik muayenesinde TA:170/90 mmHg, nabız 123 atım/dk' dir. Akciğer bazallerinde ince krepitan raller, apikal bölgede belirgin olmak üzere tüm odaklarda 3-4/6 sistolik üfürüm ve aort odağında 2/4 diyastolik üfürüm tespit edildi. Biyokimyasal tetkiklerinde CRP:106 mg/l, Sedimantasyon: 111 mm/saat, ALT:105 U/L, AST:104 U/L, Cr:6.7 mg/dl, Üre:131 mg/dl Hb:8,5 g/dl olarak tespit edildi. Diğer biyokimyasal parametreler normaldi. Elektrokardiografide sinüzal taşikardi

**Resim 1:** Transtorasik Ekokardiografide parasternal uzun aks görüntüde mitral anterior kapakta vejetasyon ile uyumlu görüntü

Yazışma Adresi: Dr. Turkey ÖZCAN

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi  
Kardiyoloji Öğretim Üyesi, PK:33070, MERSİN  
Tel: 0 324 3374300  
Fax: 0 324 337 43 05  
e-mail: iozcan@mersin.edu.tr  
Geliş Tarihi:18.11.2008  
Kabul Tarihi:08.01.2009

**Resim 2:** Transözefagial Ekokardiografide mitral anterior kapakta 2.1x1.0 cm ve 0,8x0,2 cm olmak üzere iki adet ve aort kapakta 0.5 cm'den küçük çok sayıda vejetasyon görünümü mevcuttur.

**Resim 3:** Operasyon sırasında mitral kapak üzerindeki vejetasyon görünümü

mevcuttu. Hastanın yapılan transtorasik Ekokardiografide sol ventrikül duvar hareketleri normal, özellikle posterior duvara komşu 1.1 cm perkardial mayi ve mitral anterior kapakta vejetasyon ile uyumlu görüntü, mitral ve aort kapaklarında 3-4. derece yetmezlik tespit edildi (Resim-1). Hastaya transözefagial Ekokardiografi planlandı. Transözefagial Ekokardiografide mitral anterior kapakta 2.1x1.0 cm ve 0,8x0,2 cm olmak üzere iki adet ve aort kapakta 0.5 cm'den küçük çok sayıda vejetasyon mevcuttu (Resim-2). Ek olarak 3-4 AY, 3 MY tespit edildi Ateşi nedeni ile ardışık olarak alınan kan kültüründe de metisilin dirençli koagülaz negatif stafilokok üredi. Bu bulgular ile hastaya infektif endokardit tanısı konuldu. Hastanın vejetasyon çaplarının yüksek olması ve genel durumunun bozuk olması nedeni ile hastaya acil cerrahi kararı alındı ve hasta cerrahiye verildi. Operasyon sırasında mitral kapak üzerindeki vejetasyon görünümü Resim-3'de gösterilmiştir. Cerrahi operasyonda aort kapak replasmanı ve mitral kapak replasmanı uygulanarak şifa sağlandı.

## TARTIŞMA

Subklaviyen kateter ile ilişkili endokardit hakkında olgu sunumları vardır. Yapılan hayvan çalışmalarında; kateter ile ilişkili endokardiyal hasarın, hayvanlar bakteriyemik olduğunda infektif endokardite yol açabileceğini göstermiştir<sup>3</sup>. Enfekte vejetasyonlar kateter ilişkili endokardiyal hasar ve takip eden bakteriyeminin direkt sonucudur<sup>4</sup>. Uzun zamandır koagülaz negatif stafilokokların doğal kalp kapaklarında infektif endokardit oluşturabileceği bilinmektedir<sup>5</sup>. İntravenöz

kateter sepsislerinde en sık görülen mikroorganizmalar Candida, Psödomonas, Enterokok ve Stafilokoklardır. Polimikrobiyal enfeksiyonlar daha ender görülür<sup>6</sup>. Teknolojik ilerlemeler ile pek çok hastane içi tanı ve tedavi için girişimsel prosedürler daha sık uygulanmaya başlanmıştır. Hemodiyaliz için venöz kateter yerleştirilmesi de bunlar arasında sayılabilir. Buna bağlı olarak nosokomiyal enfeksiyon sıklığı da artmaktadır. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada hastaların %17'sinde enfeksiyon kaynağı intravenöz kateter cihazlarıdır ve biri hariç hepsinde izole edilen mikroorganizma S. Aureustur<sup>2</sup>.

Nosokomiyal enfeksiyonlar sonucu oluşan infektif endokardit çoğu zaman çok dramatik seyretmektedir. Bu yüzden enfeksiyon riskini en aza indirecek şekilde önlemler alınmalıdır. Enfeksiyon riski, kateter uygulanacak alanın doğru tıraş edilmesi, aseptik tekniklere uyulması, ve antibiyotik profilaksisi önerilerine dikkat edilmesi ile azaltılabilir.

Sonuç olarak bizim olgumuzda olduğu gibi, hemodiyaliz takibinde olan ve kateter yerleştirilen hastalarda ateş, nefes darlığı, halsizlik gibi genel durum bozukluğu gelişen hastalarda infektif endokardit mutlaka ön tanılar içinde yer almalıdır.

## KAYNAKLAR

1. McGowan JE Jr. Changing etiology of nosocomial bacteremia fungemia and other hospital-acquired infections. Rev Infect Dis 1985;7(Suppl 3):357-70.
2. Chen SC, Dwyer DE, Sorrell TC. A comparison of hospital and community acquired infective

- endocarditis. *Am J Cardiol* 1992; 70:1449-52.
3. Garrison PK, Freedman LR. Experimental endocarditis 1. Staphylococcal endocarditis in rabbits resulting from placement of a polyethylene catheter in the right side of the heart. *Yale J Biol Med* 1970;42:394-410.
  4. Rowley KM, Clubb KS, Smith GJ, Cabin HS. Right sided infective endocarditis as a consequence of flow directed pulmonary artery catheterization. A clinicopathological study of 55 autopsied patients. *N Engl J Med* 1984; 311:1152-56.
  5. Etienne J, Eykyn SJ. Increase in native valve endocarditis caused by coagulase negative staphylococci: an Anglo-French clinical and microbiological study. *Br Heart J* 1990;64:381-
  6. Arnow PM, Quimosing EM, Beach M. Consequences of intravascular catheter sepsis. *Clin Infect Dis* 1993;16:778-84.