

BRUSELLOZA BAĞLI GELİŞEN PERİKARDİT OLGUSU A case of pericarditis in brucellosis

Öcal Sırmatel¹, Levent Elbeyli², Fatma Sırmatel³, Erol Ergüler⁴, Metin Bayram⁵,
İbrahim Baydar⁶

Özet: Brusellozis tüm organları etkilemekle birlikte, enfeksiyondan ötürü perikardit nadiren görülür. Ateş etiyojisi nedeni ile takip edilen ve bruselloz tanısı konulan bir olguda, perikardit gelişti. Ultrasonografi ile serbest perikardiyal mayi tespit edilerek perikardiyosentez ile boşaltıldı. Perikardiyosentez sıvısında *Brusella melitensis* suşu üretildi. Hastada aynı zamanda brusellozise bağlı sol orşit saptandı. Hastaya Rifam (900 mg/gün), Doksisisiklin (200 mg/gün) kombinasyonu başlandı. Bulgular on gün içinde geriledi. Bir yıllık takibinde nüks gözlenmemiş olup, hasta halen sorunsuzdur. Hasta sunulmuş ve literatür gözden geçirilmiştir.

Summary: Despite the fact that virtually all organ systems can be involved in brucellosis, pericarditis seems to be exceedingly rare as the main feature of the infection. A patient was admitted to our hospital due to fever. Several days after admission, pericarditis clinically became outstanding. Ultrasonography showed a moderate amount of pericardial effusion. By pericardiocentesis fluid was aspirated and *B. melitensis* grew in pericardial fluid culture. Orchitis was also diagnosed in the left testicle. Symptoms disappeared after ten days of oral rifampin (900mg/24h), Doxycycline (200mg/24h) treatment. According to a one-year follow up the patient remained in good clinical condition and free from symptoms. Here this case reported and the literature reviewed.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, Perikardit

Key Words: Brucellosis, Pericarditis

Brusella dünya çapında bir zoonoz olup bir çok ülkede endemik haldedir. Ülkemizde ve özellikle yöremizde çiğ süttten yapılan peynir tüketiminin fazla olması brusellozisin yaygın olarak görülmesine neden olmaktadır. Klasik brusellozun jeneralize formu ateş, artralji, myalji ve aşırı terleme ile karakterizedir. Brusellozda karaciğer, dalak, sindirim sistemi, ürogenital sistem, kardiyovasküler sistem, kemik iliği ve cilt tutulumu olur. Klinik ile birlikte kesin tanı, kan ve vücut sıvılarında pozitif serolojik test ile konulur (7). Brusellada perikardit nadir görülen klinik bir antitedir (8). Perikardiyal aspirasyon mayisinde hastalık etkenini kültür ile elde etmek mümkün olabilmektedir (2,3,4,9,12). Aynı zamanda modern ultrasonografik görüntüleme

yöntemleri perikardit tanısında kullanılmaktadır (10,11). İzole brusella perikarditi tıbbî tedaviye ve mevcut perikardiyal sıvının aspirasyonuna iyi yanıt vermektedir (9,12). Olgumuzda da bu tür tedavi olumlu sonuçlanmıştır.

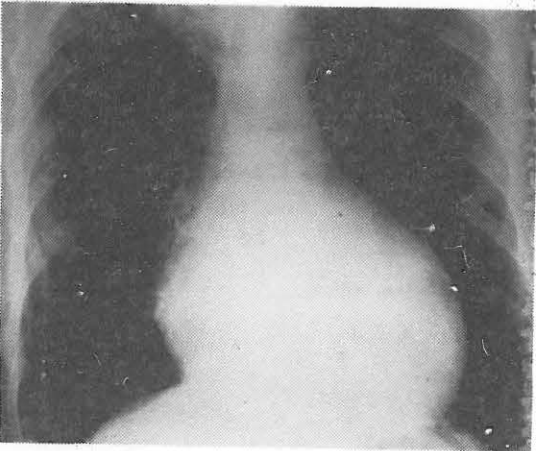
VAKA TAKDİMİ

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları AD'na 48037 prot. numaralı hasta ateş, zayıflama, nefes darlığı, göğüs ağrısı ve sol yuvarlıkta şişlik ile müracaat etti. Dört aydır yakınmaları mevcuttu. FİZİK MUAYENEDE: Genel durum orta, şuur açık ve koopere idi. Ateş 39 ° C, KB:100/80 mmHg, nabız: 110/dk idi. Dinlenmekle kalp seslerinde azalma, sol testiste ısı artımı olmayan ağırlı şişlik saptandı.

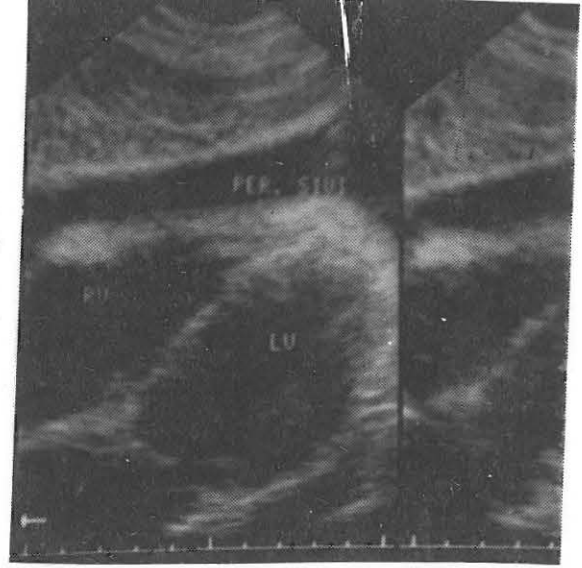
Laboratuvar Bulguları: Sedimentasyon: 98 mm/saat, CRP: +++, Brusella Aglutinasyon:

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Hastahanesi
GAZİANTEP
Radyodiagnostik. Öğr.Gör.Dr.¹, Öğr.Gör.Dr.², Göğüs Cerrahi.
Y.Doç.Dr.³, Enfeksiyon Hast. Y.Doç.Dr.³, Y.Doç.Dr.⁶ Nükleer
Tıp. Y.Doç.Dr.⁴.

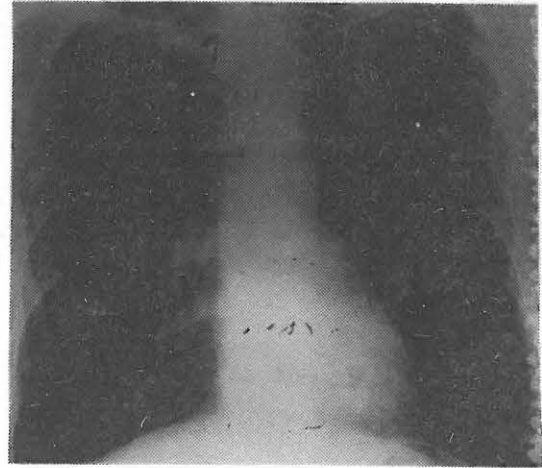
1/320(+), abdominal ultrasonografi normaldi. Sol testis US de 49*21*33 mm boyutunda hipoekoik kitle saptandı, testis sintigrafisi ile sol testis aktivite artışı gösterildi. Öyküden çiğ süttten yapılan peynirin hasta tarafından yenildiği öğrenildi. Hastanın laboratuvar ve klinik bulguları ile bruselloz olabileceğine karar verildi. Hastaya Rifam (900 mg/gün), Doksisisiklin (200 mg/gün) başlandı. Yatışın 2. gününde çekilen teleradyogramda kardiyotorasik endeksin büyüdüğü saptandı (Şekil 1). Santal venöz basınç: 18 cm H₂O ölçüldü. EKG perikardit örneği gösteriyordu. Ultrasonografi ile orta derece serbest perikardiyal mayi saptandı (Şekil 2). Kapak hareketleri normal gözlemlendi. Hastada kalp duvar hareketleri ve ejeksiyon fraksiyonunu hesaplamak amacıyla Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Bilim Dalında Multi-Gated Accusition (MUGA) tetkiki yapıldı. Bu yöntemle Tc 99 m pirofosfat ile eritrositler işaretlendi. Daha sonra EKG bağlantılı olarak Gama kamera altında görüntüler MUGA protokolü ile kayıt edildi. Görüntülerin analizi yapılarak sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu % 46 (normali % 55-70) olarak saptandı, görüntü olarak da perikardiyal mayi mevcudiyeti desteklendi. Akut gelişen perikardit düşünülerek perikardiyosentez yapıldı. 1000 cc sero-hemorajik mayi aspire edildi. Hastanın kan ve perikard sıvısı Brain Heart İnfision Agar besiyerine bifazik olarak (Casteneda yöntemi) ekildi. 21. günde brusella melitensis üredi.



Şekil 1. Perikardiyosentez öncesi çekilen teleradyogramda kalp konturları genişlemiş olarak izlenmektedir



Şekil 2. Kardiyak ultrasonografide perikardiyal mayi izlenmektedir



Şekil 3. Perikardiyosentez sonrası teleradyogram görülmüyor

Tbc lehine bulgu saptanmadı. ARB balgam ve perikardiyal sıvıda mikroskopik olarak görülmedi, spesifik tüberküloz kültüründe üreme yoktu. Radyolojik olarak tüberkülozu destekleyecek bulgu yoktu. Tedavinin 7. günü semptomlar geriledi. Orşit düzeldi. Perikardiyosentez sonrası çekilen

grafilerde kalp konturunun normal sınıra indiği saptandı (Şekil 3). Tekrarlanan EKG bağlantılı MUGA çalışmasında kalp duvar hareketlerinin ve enjeksiyon fraksiyonunun (% 55) normal sınırlara geldiği izlendi. Tedavi iki ay sürdürüldü. Hastanın patolojik laboratuvar bulguları normal sınırlara döndü. Bir yıllık takipte herhangi bir nüks izlenmedi.

TARTIŞMA

Brusella genellikle çiğ süttten yapılan peynir ile geçmektedir. Huelgas ve Rivera'nın yayımladığı perikardit olgularında da çiğ süttten yapılan peynir hastalıktan sorumlu idi (4,9).

Akut sero-hemorajik perikardit etiolojisinde idyopatik nedenler, kollagen hastalıklar, tüberküloz ve malign süreç belirtilmektedir (5) Brusella perikarditli hastalarının effüzyonunun hemorajik nitelikte olabileceği belirtilmektedir (4, 12). Tedavi etiyolojik nedene bağlıdır. Hastalık tüm organları tutabilir. Brusellada % 25 oranında birlikte orşit bulunabilmektedir (7). Hastamızda epididimiorşit ve perikardit birlikte bulunmuştur. Tanı mikrobiyolojik, radyolojik, ultrasonografik ve nükleer tıp yöntemleri ile konulmuştur. Endokardit olmaksızın perikardiyal effüzyon saptanabileceği literatürde belirtilmiştir. Brusella perikarditli hastaların effüzyonunun hemorajik vasıfta olabileceği belirtilmektedir (4,12). Perikardiyal mayiye bağlı gelişebilecek tamponatda terapötik ve diyagnostik olarak perikardiyosentez yapılmaktadır (5). Biz de radyolojik

olarak gözlenen ve ultrasonografik olarak teyid edilen çok miktardaki perikardiyal mayiyi perikardiyosentez ile boşalttık.

Brusellanın kardiyovasküler komplikasyonları nadirdir ve endokardit bunlar içinde en sık görülenidir. Bruselloz nedeniyle ölümlerin % 84'ü endokardite bağlıdır (aort kapak destrüksiyonu, major arteryal embolizm veya konjestif kalp yetmezliği) ve erken kapak replasmanı gerekir. Cerrahi uygulanmaz ise prognoz kötüdür (5,7,8). Endokardit ile birlikte perikardiyal effüzyon sıkıtır, ancak endokardit olmaksızın perikardit enderdir (6).

Cuisiner (1) ve diğer bazı ötetler (2,3,4) brusellaya bağlı perikardit olguları yayımlamışlardır. Brusella suşları kan ve vücut sıvılarından üretilebilir. Perikard sıvısında brusella suşunun üretilmesi zor olmaktadır(6). Rivera bir olgusunda perikardiyal mayiden B melitensis üretebilmiştir (9). Biz olgumuzda brusella suşunu Castaneda yöntemiyle ürettik.

Literatürde bildirilen tüm olgularda klasik brusella kliniği mevcuttu. Ateş ve göğüs ağrısı hemen semptom olarak gözlenmekte idi. Olgumuzda da aynı semptomlara ek olarak orşit de birlikte bulunuyordu. Akut perikardit kriterleri olgumuzla uyumlu olup, mikrobiyolojik, EKG, sintigrafik, ve ultrasonografik bulguları klinik ile uyumlu idi. Prognozu etkilemesi açısından biz, endemik bölgelerde perikardit olgularında brusellanın ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğine inanmaktayız.

KAYNAKLAR

1. Cuisiner Y, Blanc P, Doumeix JJ, et al: *Perikardite au cours de la brucellosis. Nouv Presse Med* 11; 3352-3, 1982.
2. Delmastro B, Libero L, Bordini C, et al: *Su di un caso di pericardite in corso di brucellosi acuta. Minerva Med* 80:1245-9, 1989.
3. Diaz Morant V, Montero Perez FJ, Anguita Lopez M, et al: *Brucellar pericarditis. An Med Interna* 9: 498, 1992.
4. Huelgas RG, DeMora M, Porras JJ, et al: *Brucella and Acute Pericarditis. J Infect Dis* 154:544, 1986.
5. Han Y, Oren R, and Ben-Chetrit E: *Acute pericarditis ; Etiology, Treatment and prognosis a study of 115 patients. Jpn Heart J* 32: 315-21, 1991.
6. Marcos SF, Vazquez GA, Juarez UF, et al: *Myocardial and pericardial symptoms as*

- apresentation of brucellosis. *An Med Interna* 8:100-1,1991.
7. Mikolich DJ. and Boyce JM: *Brucella Species*. Mandel GL, Douglas R,G, Bennett JE (Eds): *Infectious Diseases (Third Edition)* Churchill Livigstone, USA 1990 pp 1735-41.
 8. Peery TM, Belter LF: *Brucellosis and Heart Disease u. Fatal Brucellosis. A review of the literature and report of new cases. Am J Pathol* 36:673,1960.
 9. Rivare JM, Gaarcia B Gomez FA, et al: *Brucellar Pericarditis. Infection* 16:254,1988
 10. Sutton D: *Textbook of Radiology and Medical Imaging (vol.1) (fith ed)* Churchill Livingstone, London 1993 pp 536-537.
 11. Tuncel E: *Diagnostik Radyoloji (1. Baskı)* TAŞ Kitapçılık ve Yayıncılık. İstanbul 1988 ss 152-324.
 12. Ugartemendia MC, Curas Abadal A, Pujol Rakosnik M, et al: *Brucella Melitensis Pericarditis. Am Heart J* 109:1108,1985