Hardly Treated Infective Endocarditis Case Accompanied by Severe Erithrodermia

Şiddetli Eritroderminin Eşlik Ettiği Tedavisi Zor İnfektif Endokardit Vakası

Eritrodermi ve İnfektif Endokardit / Erithrodermia and Infective Endocarditis

Murat Ziyrek[1], Sinan Şahin[2], Uğur Kostakoğlu[3], Onur Şen[4], Hatice Ziyrek[5]
[1]Özel Yıldızlı Güven Hastanesi Kardiyoloji Bölümü, Trabzon, [2]Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, Trabzon,
[3]Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları Bölümü, Trabzon,
[4]Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü, İstanbul,
[5]Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eczanesi, Trabzon, Türkiye

Özet

Enfektif endokardit (EE), sık görülmemesine rağmen yüksek mortalite ve morbiditeye neden olabilen, çoğunlukla cerrahi müdahale gerektiren önemli bir hastalıktır. Eritrodermi özellikle yaşlılarda metabolik komplikasyonlara bağlı mortal seyredebilen dermatolojik acil durumlardan birisidir. Bu yazıda, medikal tedavi sonrası şiddetli eritrodermi gelişen fakat cerrahi müdahale gereksinimi olmaksızın tedavi edilen bir akut EE vakası sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler

Endokardit; Eritrodermi; Vejetasyon

Abstract

Although not commonly seen, infective endocarditis (IE) is an important disease because of high mortality/morbidity rates. IE commonly needs surgical intervention. Erithrodermia is a dermatalogical emergency, which might cause mortality especially in elderly due to metabolic complications. In this article we report an acute infective endocarditis case which was accompanied by severe erithrodermia and medically treated without need of surgical intervention.

Keywords

Endocarditis, Erithrodermia, Vegetation

DOI: 10.4328/JCAM.1177 Received: 29.06.2012 Accepted: 12.09.2012 Printed: 01.11.2013 J Clin Anal Med 2013;4(suppl 3): 340-2
Corresponding Author: Murat Ziyrek, Özel Yıldızlı Güven Hastanesi Kardiyoloji Bölümü, Devlet Sahil Yolu Cad. No: 46 Yıldızlı Beldesi, Akcaabat, Trabzon, Türkiye.
T.: +90 462446101 F.: +90 4622481828 E-Mail: muziyrek@yahoo.com

Giriş

Enfektif endokardit (EE), endokardın bakteriyel, viral veya fungal ajanlara bağlı olarak gelişen infeksiyonudur. EE insidansı ülkeden ülkeye değişiklik göstermekle beraber 100000 kişi-yılı başına 3 ile 10 vaka arasındadır [1]. Tanı yöntemlerinin gelişmesi, antimikrobiyal tedavi ve cerrahi tekniklerin iyileşmesine paralel olarak EE mortalite ve morbiditesinde belirgin azalma olmasına rağmen halen hayati tehdit oluşturan enfeksiyon hastalıklarından birisi olarak kabul edilmektedir [2]. Eritrodermi, cildin yaygın eritem, deskuamasyon ve papüler infiltrasyonu ile karakterize hastalığıdır. Dermatoloji polikliniklerine başvuran hastalar arasındaki insidansı 35/100000 dir [3]. Eritrodermiler genel olarak etiyolojide rol alan faktörlere göre süregelen deri hastalıkları, ilaçlar, malignitelerden kaynaklanan eritrodermiler ve idiyopatik olmak üzere dört grupta değerlendirilir [4]. Dermatolojik acil durumlardan birisidir. Özellikle yaşlı olgularda metabolik komplikasyonlar sonucunda fatal sonlanabilmektedir [5].

Burada antibiyoterapinin neden olduğu şiddetli eritroderminin eşlik ettiği bu nedenle tedavisinin oldukça zor olduğu bir akut EE vakası sunulmuştur.

Olgu Sunumu

43 yaşındaki erkek hasta döküntü şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastaya 4 gün önce üriner sistem enfeksiyonu tanısı ile ciprofloksasin başlandığı öğrenildi. Fizik muayenesinde; tüm vücutta yaygın eritematöz döküntü dışında özellik yoktu. Kan basıncı 110/70 mmHg, nabız 84 atım/dk, ateş 37.0 0C idi. Hastanın döküntülerinin ilaç kullanımına bağlı geliştiği düşünülerek dermatoloji servisine yatırıldı. Ciprofloksasin kesildi, metilprednisolon (40 mg 1x1) ve loratidin (10 mg 2x1) başlandı. Hastanın yatırıldıktan 2 gün sonra ateşinin 38.7 0C yükselmesi üzerine yapılan fizik muayenesinde aortik odakta yeni gelişen 2/6 ejeksiyon üfürümü ve 1/6 erken diyastolik üfürüm dışında özellik saptanmadı. Hastanın özgeçmişinde bilinen kardiyak problemi ve damardan madde kullanım öyküsü yoktu. Hastanın biyokimyasında: lökosit: 27600 mikroL, hematokrit: 39.8%, hemoglobin: 11.8 gr/dL, trombosit: 275000 mikroL ve hsCRP: 16.6 mg/L idi. Hastaya EE ön tanısı ile transtorasik ekokardiyografi (TTE) yapıldı. Aort kapak üzerinde vejetasyondan süphe edildi. Yapılan transözofageal ekokardiyografide (TOE) aort kapak üzerinde 14x17 mm boyutunda saplı vejetasyon saptandı (video pretee1). Hastadan 30 dakika arayla toplam 3 adet kan kültürü alındı ve ampirik olarak ampicillin (1000 mg 4x1) ve gentamisin (80 mg 3x1) başlandı. Daha önce başlanan metilprednisolone kesildi. Hastanın kan kültürlerinin tamamında ESBL (+) E. coli ve metisiline dirençli S. aureus üredi. Modifiye Duke [6] kriterlerine göre 2 major kriter (endokardiyal tutulum, pozitif kan kültürü) ile hastaya sol tarafta doğal kapaklarda gelişen EE tanısı konuldu. Kan kültürü ve antibiyogram sonucunda antibiyoterapisi Daptomisin (350 mg 3x1) ve imipenem (500 mg 2x1) olarak değiştirildi. Hasta kalp ve damar cerrahisi bölümü ile konsülte edildi. Konsültasyon sonucunda EE' in antibiyotik duyarlılığı olan mikroorganizmalardan gelişmesi nedeniyle medikal tedaviye cevabının beklenmesi yönünde fikir bildirildi. Hastada antibiyoterapi başlangıcından 5 gün sonra vücudunda bölgesel deskuamasyon başladı. Kan kültürüne göre antibiyoterapi değişikliği yapılmasına rağmen tedavi başlangıcından 14 gün sonra deskuamasyon tüm vücuduna yayıldı. Hastada ilaç kullanımına bağlı eritrodermi düşünülerek cilt biyopsisi yapıldı. Biyopsi sonucu sitotoksik ilaç reaksiyonu ile uyumlu geldi. Tedavisine vazelin topikal (2x1) ve klobetasol topikal (2x1) eklendi. Antibiyoterapi değişikliğinden 20 gün sonra hastanın ateşi tamamen kontrol altına alındı, lökosit ve hsCRP düzeyleri normale döndü. Yapılan kontrol TOE' de aort kapak üzerindeki vejetasyonda belirgin küçülme gözlendi. Hasta kalp ve damar cerrahisi ile tekrar konsülte edildi. Antibiyoterapiye yanıt alınması nedeniyle tedavisinin tamamlanması kararlaştırıldı. Hastanın antibiyoterapisine devam edildi. Tedaviye metilprednisolone (40 mg 1x1) eklendi. 6. Hafta sonunda yapılan kontrol TOE da vejetasyon tamamen kayboldu(video posttee1). Kontrol kan kültürü steril kaldı. Hastanın antibiyoterapisi sonlandırıldı. Metilpredisolone (40 mg 1x1), loratidine (10 mg 1x1), vazelin topikal (2x1) ve klobetasol topikal (2x1) devam edildi. Hastanın antibiyoterapisinin sonladırılmasının 10. gününde eritrodermi tamamen düzeldi. Hasta taburcu edildi.

Tartışma

Enfektif endokardit tek başına medikal tedavisi oldukça zor, sıklıkla cerrahi müdahale gerektiren, mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Günümüzde EE' de cerrahi müdahale endikasyonları belirli durumlar dışında çoğunlukla uzman görüşüne dayanır [6]. Genel görüş birliği olan durum; tedaviye dirençli EE' e sekonder gelişen ciddi kapak yetersizliği veya obstrüksiyonun neden olduğu akut sol kalp yetersizliği, akciğer ödemi, kardiyojenik şok gibi durumlarda acil cerrahi müdahale gerektiğidir [6]. Bizim vakamız hemodinamik açıdan stabil durumda idi. Doğal kapak EE' lerinde sistemik emboli gelişiminin önlenmesi amacıyla 15 mm' nin üzerindeki vejetasyonlarda ivedi olarak cerrahi müdahaleyi öneren uzmanlar mevcuttur [6].

Ciddi eritroderminin özellikle yaşlılarda mortal seyredebilmesi sebebiyle, neden olan ilacın kesilmesi ve steroid verilmesi ilk tedavi seçenekleridir. Literatürde farklı ilaç tedavilerine sekonder gelişen eritrodermi vakaları ile ilgili yayınlar bulunsa da EE tedavisine eşlik eden şiddetli eritrodermi ile ilgili yayın yoktur. Biz hastamızın genç olması, hemodinamik olarak stabil olması nedeniyle ilk etapta cerrahi müdahaleyi düşünmedik. Literatürde EE tedavisine farklı nedenlerle steroid eklenebildiğini gösteren yayınlar mevcuttur [7,8]. Fakat biz hastalık boyunca gelişebilecek ateşin maskelenmemesi ve İmmun supresif bir durum oluşturup EE' in komplike olmaması için enfeksiyon kontrol altına alınana kadar tedaviye steroid eklemedik. Metabolik durumunu yakından takip ederek antibiyoterapi uygulamayı uygun bulduk. Sonuç olarak ciddi eritroderminin eşlik ettiği EE vakasında metabolik olarak yakından takip ettiğimiz genç hastada ilacı kesmeden ve ilk aşamada steroid vermeden, tek başına antibiyoterapi ile başarılı sonuç aldık.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Hoen B, Alla F, Selton-Suty C, Beguinot I, Bouvet A, Briancon S et al. Changing profile of infective endocarditis: results of a 1-year survey in France. JAMA 2002; 288(1): 75–81.
2. Arnold S. Bayer, Ann F. Bolger, Kathryn A. Taubert, Walter Wilson, James Steckelberg, Adolph W. Karchmer et al. Diagnosis and management of infective endocarditis and its complications. Circulation 1998; 98(18): 2936-48.
3. Sehgal VN, Srivastava G. Exfoliative dermatitis: a prospective study of 80 pati-

ents. Dermatologica 1986; 173(6): 278-84.
4. Rothe MJ, Bernstein ML, Grant-Kels JM. Life-threatening erythroderma: diagnosing and treating the "red man". Clin Dermatol 2005; 23(3): 206-07.
5. Sehgal VN, Srivastava G, Sardana K. Erythroderma/exfoliative dermatitis: a synopsis. Int J Dermatol 2004; 43(1): 39-47.
6. The task force on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009). Eur Heart J 2009; 30(19): 2369-413.
7. Vincent Le Moing, Flore Lacassin, Michel Delahousse, Xavier Duval, Pascale Longuet, Catherine Leport et al. Use of corticosteroids in glomerulonephritis related to infective endocarditis: Three cases and review. Clinical Infectious Diseases 1999; 28(5): 1057-61.
8. Koya D, Shibuya K, Kikkawa R, Haneda M. Successful recovery of infective endocarditis-induced rapidly progressive glomerulonephritis by steroid therapy combined with antibiotics: a case report. BMC Nephrol. 2004; 21(5): 18-22.

How to cite this article:
Ziyrek M, Şahin S, Kostakoğlu U, Şen O, Ziyrek H. Hardly Treated Infective Endocarditis Case Accompanied by Severe Erithrodermia. J Clin Anal Med 2013;4(suppl 3): 340-2