

Staphylococcus Hominis Native Tricuspid Valve Endocarditis Following Spontaneous Abortus

Spontan Abortus Sonrasında Stafilokokus Hominis'in Neden Olduğu Nativ Triküspit Kapak Endokarditi

Hatice Ender Soydiç¹, Murat Yüce², Emine Sarı³, İbrahim Sarı², Cuma Yıldırım⁴, Vedat Davutoğlu², Süleyman Ercan²

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

³Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

⁴Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

Abstract

The patient had a spontaneous abortion in the fifth week of her pregnancy and had nonspecific treatment due to fever and chills that had started 3 days after the spontaneous abortion. She was diagnosed and treated as endocarditis as there was vegetation on the tricuspid valve on transthoracic echocardiography, and blood culture revealed Staphylococcus Hominis. The patient completely recovered from endocarditis after antibiotic treatment and had another pregnancy ending with normal birth without any complication. Staphylococcus Hominis is a coagulase negative microorganism that normally exists in skin flora, causing endocarditis more commonly in immunosuppressed subjects, patients with prosthetic valves and accessory devices. Here in this case report, we present a 31 year-old woman who had the complication of native tricuspid valve endocarditis after spontaneous abortus in her fifth week of pregnancy. To our knowledge, the present case is the first to be reported as a native valve endocarditis caused by Staphylococcus Hominis associated with pregnancy or abortus. (*JAEM 2012; 11: 47-9*)

Key words: Staphylococcus Hominis, infektive endokarditis, abortus, pregnancy

Received: 13.10.2009

Accepted: 14.10.2009

Özet

Gebeliğinin 5. haftasında spontan abortus meydana gelen ve abortustan 3 gün sonra yüksek ateş, titreme ve üşüme şikayetleri başlayan hastaya nonspesifik tedaviler başlanmıştır. Sonrasında yapılan transtorasik ekokardiyografide triküspit kapakta vejetasyon ve kan kültüründe Stafilokokus Hominis üremesi olması üzerine infektif endokardit tedavisi başlandı. Antibiyotik tedavi sonrası kliniği düzelen, vejetasyonu yok olan hasta tedaviden 1 ay sonra tekrar gebe kaldı ve sağlıklı bir doğum gerçekleştirdi. Stafilokokus Hominis cilt florasında bulunan daha çok protez kapak, yabancı materyal ve immünsüpre hastalarda endokardite yol açan koagülaz negatif stafilokok grubundan mikroorganizmadır. Biz bu yazıda sağlıklı 31 yaşındaki hastada 1. ay gebelik sırasında oluşan spontan abortus sonrası triküspit kapak infektif endokarditi gelişen olguyu sunmaya çalıştık. Bildiğimiz kadarıyla bizim vakamız gebelik veya abortusla ilişkili literatürdeki ilk nativ kapak Stafilokokus Hominis endokardit vakasıdır. (*JAEM 2012; 11: 47-9*)

Anahtar kelimeler: Stafilokokus Hominis, infektif endokardit, abortus, gebelik

Alındığı Tarih: 13.10.2009

Kabul Tarihi: 14.10.2009

Olgu

Daha önceden bilinen kardiyak hastalık veya şikayet öyküsü olmayan 31 yaşında kadın hastada ikinci gebeliğinin 5. haftasında (gravida 2, para 1) vaginal kanama şikayeti ile acil polikliniğe başvuran hastada komplet abortus saptanılıp takip ve tedavi ediliyor. Abortustan 3 gün sonra ateş, titreme, halsizlik yakınmaları başlayan hastaya dış merkezde nonspesifik antibiyotik tedavileri başlanmış şikayetleri düzelmeyen hasta abortustan 1 ay sonra hastanemize sevk edilmiş.

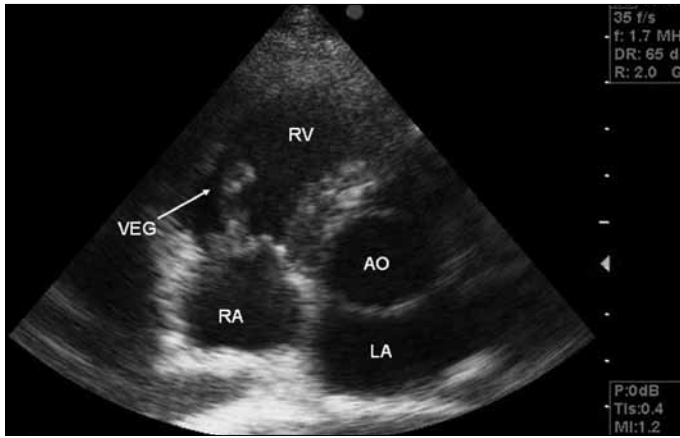
Kliniğimize gelişte hastanın yüksek ateş, halsizlik ve yorgunluk şikayeti vardı. Bilinen bir hastalığı yoktu ve düzenli ilaç kullanım öyküsü, madde bağımlılığı bulunmuyordu. Fizik muayenede ateş 39 derece,

nabız 128/dk, kan basıncı 90/60mmHg, arteriyel oksijen saturasyonu %95 idi. Akciğer sesleri doğal olmakla birlikte bazalarda solunum sesleri azalmıştı. Kalp sesleri doğal ek ses yoktu fakat sternumun sol tarafında holosistolik 2/6 şiddetinde üfürüm duyuldu. Batın ve pelvik muayenede özellik yoktu. Cilt muayenesi normaldi. Ödem ve siyanoz tespit edilmedi. Hastanın laboratuvar bulgularında sedimantasyon 60mm/saat, CRP 110 mg/dl, lökosit 30.000/mm³ ve nötrofil değerleri yüksek (%88) olarak tespit edildi. Tam idrar tahlilinde özellik yoktu. Diğer biyokimya değerlerinde özellik yoktu. Hastaya infektif endokardit şüphesi ile transtorasik ekokardiyografi (TTE) yapıldı ve triküspit kapak üzerinde 0.8x1.2 cm boyutunda vejetasyon, orta derece triküspit yetersizliği izlendi (Resim 1). Hastadan 3 adet kan kültürü alındı ve infektif endokarditi tanısı ile hastaya vankomisin 500 mg 4x1 ve imipenem 500 mg

4x1 tedavisi başlandı. Kan kültürlerinde metisiline dirençli koagulaz negatif stafilokok grubundan Stafilokokus Hominis üremesi oldu. Tedaviye 6 hafta devam edildi. Tedavi sırasında akciğer infeksiyonu bulguları izlenen hastada triküspit kapak vejetasyonundan septik emboliler oluşabileceği düşünülüp bilgisayarlı tomografi çekildi ve apse ile uyumlu bulgular izlendi. İnce iğne biyopsisi ile mayı alınmaya çalışıldı ama materyal gelmedi. Antibiyotik tedavisine teikoplanin ile devam edildi ve apse bulguları düzeldi. Tedavi sonrasında biyokimyasal değerler düzeldi ve vejetasyonda küçülme izlendi. Antinötrik tedavisine 2 ay daha devam edilip hasta taburcu edildi. Kontrol TTE takiplerinde vejetasyonu iyice küçülen hastada tedavinin 4. ayında yapılan TTE de vejetasyon izlenmedi (Resim 2) ve alınan kan kültürlerinde üreme olmadı. Hastaya transözefagal ekokardiyografi yapıldı vejetasyon izlenmedi. Tedavinin bitiminden 1 ay sonra hastamız tekrar gebe kaldı ve sağlıklı bir çocuk doğurdu.

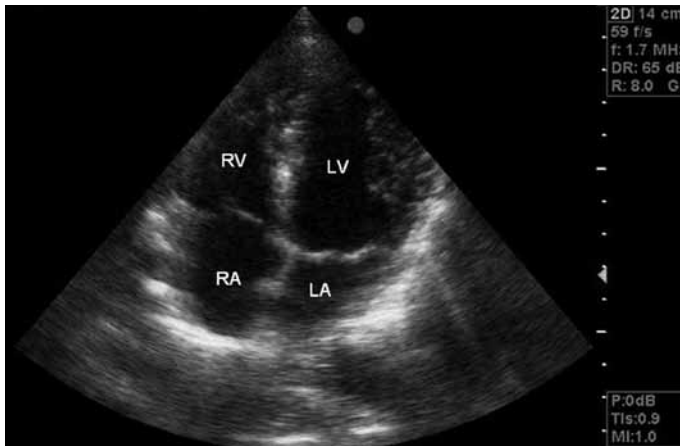
Tartışma

Koagülaz negatif stafilokoklar (KNS) daha çok cilt florasında bulunmasıyla birlikte gebelerin servikal kanalında normal flora



Resim 1. Tedavi öncesi, kalbin transtorasik ekokardiyografi ile kısa aks görüntülenmesi. Triküspit kapağa tutunmuş, sağ ventriküle doğru prolabe olan, embolizasyon potansiyeline sahip vejetasyon izlenmektedir (ok)

RV: sağ ventrikül, VEG: vejetasyon, RA: sağ atriyum, AO: aorta, LA: sol atriyum



Resim 2. Tedavi sonrası, kalbin transtorasik ekokardiyografi ile parasternal uzun aks görüntülenmesi. Triküspit kapaktaki vejetasyonun kaybolduğu izlenmektedir

RV: sağ ventrikül, RA: sağ atriyum, LV: sol ventrikül, LA: sol atriyum

olarak bulunmaktadır (1). Gebelikte KNS'un bakteriyemi oluşturma sıklığı bilinmemesine rağmen direk temas veya kan yoluyla bulaşma yönünden potansiyel oluşturduğu bilinmektedir. Biz de hastamızda abortus sonrası bakteriyemi ve sonrasında infektif endokardit gelişmiş olabileceğini düşündük.

KNS protez kapak endokarditlerinin önemli bir kısmından sorumludur (%17) (2), yabancı materyali olan, immünsüpre hastalardada endokardite yol açabilir. Ayrıca doğal kapak endokarditinde de yol açabilir. Doğal kapak endokarditinde ciddi mortalite ve morbidite nedenidir (3). Triküspit endokarditi genelde intravenöz ilaç bağımlılığı olan hastalarda olmakla beraber bizim hastamızda böyle bir durum yoktu. Hastamızda medikal tedavi uzun sürmesine rağmen komplikasyon izlenmedi ve vejetasyon tamamen düzeldi. Dahası hastamız tedavi ile düzeldikten 1 ay sonra gebe kalmış ve sağlıklı bir bebek dünyaya getirmiştir.

Jinekolojik ve doğum işlemleri sonrasında infektif endokardit gelişme riski düşüktür 0.03-0.14/1000 doğum (4, 5). Dahası elektif abortusda infektif endokardit sıklığının çok daha düşük olacağı tahmin edilmektedir 0.001/1000 doğum (4). Güncel kılavuzlar doğum ve abortus işlemleri için yüksek riskli (protez kapak, geçirilmiş infektif endokardit, yapısal kalp hastalığı, intravenöz ilaç kullanımı) olmayan hastalarda infektif endokardit profilaksisi önermemektedir (6). Bizim hastamızda infektif endokardit profilaksisi düşünülmüdü. Yalnız, hasta infektif endokardit geçirdiği için takip eden gebeliğinde endokardit profilaksisi uygulandı. Gebelik bazı yayınlarda infektif endokardit için predispozan faktör olarak kabul edilse de (7) genel görüş ve kılavuzlar gebelik ve doğumu infektif endokardit için risk faktörü olarak kabul etmemektedir.

Stafilokokus Hominis cilt florasında bulunan daha çok protez kapak, yabancı materyal ve immünsüpre hastalarda endokardite yol açan koagulaz negatif stafilokok grubundan mikroorganizmadır. Sağlıklı kişilerde native kapak endokarditine sebep olması çok nadirdir. Literatürde şu ana kadar bildirilmiş 3 olgu vardır. Birincisi, Sünbül ve arkadaşlarının (8) bildirdiği pacemaker leadine bağlı nativ triküspit kapak endokarditidir. İkincisi Cunha ve arkadaşlarının (9) bildirdiği hipertrofik obstrüktif kardiyomatili bir olguda nativ mitral kapak endokarditidir. Üçüncüsü ise Kessler ve arkadaşlarının (10) bildirdiği vazektomi sonrasında gelişen nativ kapak endokarditidir. Bildiğimiz kadarıyla bizim vakamız gebelik veya abortusla ilişkili literatürdeki ilk nativ kapak Stafilokokus Hominis endokardit vakasıdır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

1. Roth RR, James WD. Microbial ecology of the skin. Annu Rev Microbiol 1988; 42: 441-64. [CrossRef]
2. Chu VH, Miro JM, Hoen B, Cabell CH, Pappas PA, Jones P, et al. Coagulase-negative Staphylococcal Prosthetic Valve Endocarditis: A Contemporary Update based on the International Collaboration on Endocarditis - Prospective Cohort Study. 2009; 95: 570-6.
3. Chu VH, Woods CW, Miro JM, Hoen B, Cabell CH, Pappas PA, et al. Emergence of coagulase-negative staphylococci as a cause of native valve endocarditis. Clin Infect Dis 2008; 46: 232-42. [CrossRef]
4. Seaworth BJ, Durack DT. Infective endocarditis in obstetric and gynecologic practice. Am J Obstet Gynecol 1986; 154: 180-8.
5. Ward H. Bacterial endocarditis in pregnancy. Aust N Z J Obstet Gynaecol 1971; 11: 189-91.

6. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation* 2007; 116: 1736-54. [\[CrossRef\]](#)
7. Bansal RC. Infective endocarditis. *Med Clin North Am* 1995; 79: 1205-40.
8. Sunbul M, Demirag MK, Yilma O, Yilmaz H, Ozturk R, Leblebicioglu H. Pacemaker lead endocarditis caused by Staphylococcus Hominis. *Pacing Clin Electrophysiol* 2006; 29: 543-5. [\[CrossRef\]](#)
9. Cunha BA, Esrick MD, LaRusso M. Staphylococcus hominis native mitral valve bacterial endocarditis (SBE) in a patient with hypertrophic obstructive cardiomyopathy. *Heart Lung* 2007; 36: 380-2. [\[CrossRef\]](#)
10. Kessler RB, Kimbrough RC III, Jones SR. Infective endocarditis caused by Staphylococcus hominis after vasectomy. *Clin Infect Dis* 1998; 27: 216-7. [\[CrossRef\]](#)