

Penisilin ile Tedavi Edilen Bir Pelvik Aktinomikoz Olgusu

Ali Mert¹, Fehmi Tabak¹, Ali Dumankar¹, Mehmet Soy¹, Can Kavuzlu²,
Günay Girişken³, Yıldırım Aktuğlu¹

Özet: Bu çalışmada pelvik yerleşimli bir aktinomikoz olgusu sunulmuş ve konu ile ilgili literatür gözden geçirilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Aktinomikoz.

Summary: A case of pelvic actinomycosis treated with penicillin. In this article, a case of pelvic actinomycosis was presented and the literature about this subject has been reviewed.

Key Words: Actinomycosis.

Giriş

Aktinomikoz oldukça seyrek rastlanan, *Actinomyces*'lerin yaptığı, çoklu apseler, fistülleşen sinüsler, bol granülasyon ve fibröz doku oluşumu ile özellenen kronik, ilerleyici, süperatif bir enfeksiyon hastalığıdır (1-5). İnsanda aktinomikozu açan *Actinomyces israelii*, *A. naeslundii*, *A. odontolyticus*, *A. viscosus*, *A. meyeri*, *A. pyogenes* (*Corynebacterium pyogenes*), *Propionibacterium propionica* (*Arachnia propionica*) ve *Bifidobacterium dentium* adı verilen en az 7 tane *Actinomyces* türü vardır, ancak hastalığın % 78-95'i *A. israelii* tarafından oluşturulur (1-3).

Hastanemizde izlenen bir pelvik aktinomikoz olgusu ile bu konunun tartışılmasını ve gözden geçirilmesini uygun gördük.

Olgu

İki buçuk aydır karın alt kadranslarında ağrı, 7 kg zayıflama ve halsizlik yakınmaları olan 28 yaşındaki ev hanımı hastada, ağrısının artması sonucu başvurduğu jinekoloji kliniğinde, mesane ile uterusu arasında myomu düşündüren 4-5 cm büyüklüğünde sert bir kitle palpe edilmiştir. Pelvik ultrasonografide uterus ön duvarında mesaneyi iten, 5-6 cm çaplı uterus ekosundan yoğun eko veren ve myoma uteri'yi düşündüren bu kitle için laparotomi uygulanmıştır.

Laparotomi esnasında küçük pelviste ileum ansları ile birlikte bir gatonun mesane üstünde yerleşik olduğu, barsak yüzeyinin yaklaşık 2-3 mm çapında hafif parlak pembemsi, papülonodüler lezyonlarla kaplı olduğu, ileumda 4 cm'lik bir bölgenin ileri derecede kalınlaşmış olduğu ve mesane kubbesinde tümör izlenimi veren, yüzeyi nodüler ve fragil bir oluşum saptanmıştır. Mesane kubbesinden girilip, benzer lezyonların mukozada da olduğu görülünce, tümör metastazi düşüncesi ile muhtelif biyopsiler alınarak ve ileumdaki kalınlaşmış olan 4 cm'lik ans eksize edilip karın kapatılmıştır. Uterus, adneksler, karaciğer, dalak, mide ve tanımlanan bölge dışında barsaklar normal bulunmuştur.

Öz ve soygeçmişinde iki sağlıklı doğum, bir küretaj ve dört ay öncesine kadar üç yıl rahim içi araç kullanımı tanımlanmıştır. Apandisit anamnezi vermemiştir. Alınan materyalin histopatolojik incelemesinde barsak duvarında apse odakları ve bu alanlarda *Actinomyces* kolonilerine (mor hifsel yapılar) rastlanması üzerine (Resim 1 ve 2), hasta Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğine yatırılmıştır.

Fizik bakıda ateş 38.5°C, nabız 80/dakika, TA 110/70 mm Hg, konjunktivalar soluk olarak saptanmıştır. Operasyon skarı dışında diğer sistem muayenelerinde patolojik bulguya rastlanmamıştır.

Eritrosit sedimentasyon hızı 135 mm/saat, hematokrit % 29 (eritrositler normokrom, normositer), retikülosit % 1, lökosit 6200/

mm³ (formülde patoloji yoktu), CRP 40 mg/dl, total protein 8.30 gr/dl, albümin 3.46 gr/dl, globülin 4.87 gr/dl, serum demir 30 µg/dl, demir bağlama kapasitesi 200 µg/dl olması dışında diğer biyokimyasal tetkiklerinde patoloji saptanmamıştır.

İlk defa postoperatif yedinci günde akşamları, iltişime ve titreme olmaksızın 37.5-38°C'ye yükselen ateş olmaya başlamıştır. Piyeslerin histopatolojik tanısının aktinomikoz ile uyumlu olması üzerine günde 20 milyon ünite penisilin G başlanmış ve 45 gün devam edilmiştir. Tedavinin 14. gününde ateşi düşmüş genel durumu düzelmeye başlamıştır. Kırk beşinci günde eritrosit sedimentasyon hızı 64 mm/saat'e gerilemiş, hematokrit % 34'e yükselmiştir. Hasta 6 ay ağızdan günde 4 milyon ünite penisilin V almak ve ayaktan takip edilmek üzere taburcu edilmiştir. İki yıldır izlenen ve herhangi bir yakınması olmayan hastanın, son jinekolojik muayenesi ve ultrasonografisi, karın ve pelvik BT'si normal, eritrosit sedimentasyon hızı 20 mm/saat, hematokriti % 45 olarak bulunmuştur.

İrdeleme

Farklı yazarlar tarafından yapılan çalışmalarda, 1955-1964 yılları arasında 5 hastaneye başvuran 640 000 hasta arasından 2 ve bir derlemede 1850-1973 yılları arasında 128 abdominal aktinomikoz olgusu bildirilmiştir (1,3). Nadir olan aktinomikozun yıllık insidansı antibiyotiklerin bulunması ve dış bakımında ilerlemeler sonucu son yıllarda daha da azalmıştır (1,3,6).

Ülkemizden İçli ve Merdivenci (7) yaptıkları çalışmada, 1951-1970 yılları arasında yurdumuzun değişik yerlerinden gönderilen 83 344 materyali incelemişler ve 16 aktinomikoz olgusu tespit etmişlerdir. Hastalık, olguların dördünde boyun-yüzde, birinde göğüste, beşinde karında ve altısında ayakta saptanmıştır. Taşar ve arkadaşları (8) aktinomikotik bir submandibuler apse, Kiraz ve arkadaşları (9) rektus kası içinde gelişen bir aktinomikoz apsesi, Döşoğlu ve arkadaşları (10) aktinomikotik bir beyin apsesi ve Yüksel ve arkadaşları (4) bir pelvik aktinomikoz olgusu bildirmişlerdir.

Mukozaanın normal endojen florası olan *Actinomyces*'ler, mukozanın bütünlüğü bozulmadıkça giriş kapısı bulamazlar (1,3,5,6). İmmünosüpresyon bile kolaylaştırıcı bir faktör değildir (1). Doğadan üretilemez ve hastadan hastaya bulaşma saptanamamıştır (1,11).

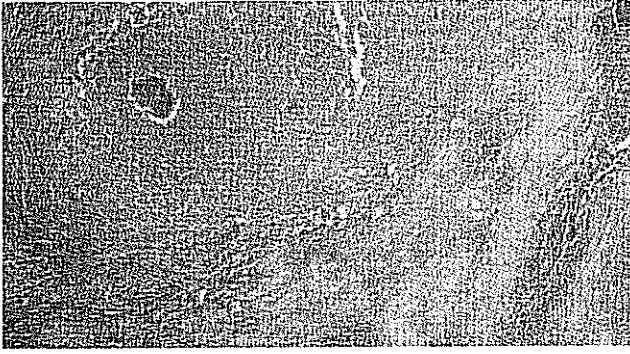
Mikroskopik olarak tipik bir aktinomikoz apsesinin dışını granülasyon dokusu, içerisini nötrofiller içeren pürülan materyal ve granüller oluşturur. Merkezi kısmında bulunan tipik granüllerin sayısı 1-6 arasındadır. Doku kesitlerinde, granüller mikroapselerin içinde bulunur. Granüller, bakterinin oluşturduğu dallanmış ve iç içe girmiş iplikli kitlelerden (filamanlar) oluşmakta ve hastalık için tanıtıcı özellik taşımaktadır. Bu iplikli koloniler, fistülize olmuş lezyonlardan dışarıya akan irin içerisinde 40 nm'den 200 nm'ye kadar, hatta 1 mm büyüklükte, sarı tanecikler "küçük tanecikler" şeklinde görülebilir. Doku kesitlerinden hazırlanan histolojik preparatların boyanması ile *Actinomyces* granülleri, etrafını lenfositlerin çevrelediği bir rozet şeklinde, Gram boyamasında ise granüllerin ortasında Gram-pozitif, dallanmış, birbirlerine karışmış ip-

(1) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

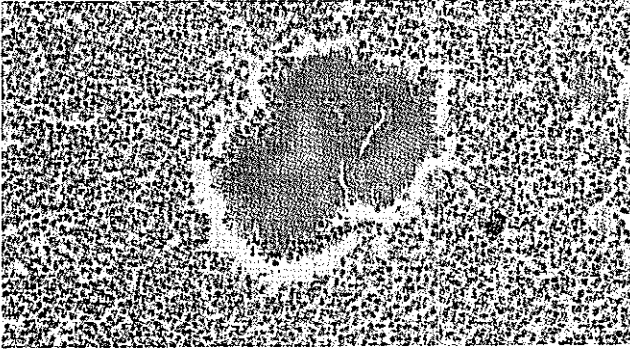
(2) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

(3) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

10. Türkiye Antibiyotik ve Kemoterapi Kongresi (6-9 Haziran 1995, Antalya)'nde bildirilmiştir.



Resim 1. İncebarsak duvarında, ortasında *Actinomyces* kolonisi bulunan apse odağı (hematoksilen eozin, x32).



Resim 2. Apsel odağı ve *Actinomyces* kolonisi (hematoksilen eozin, x200).

likçikler görülür. Olgumuzda da tanı incebarsak biyopsisinin histopatolojik incelemesinde, barsak duvarında apse alanları ve bu alanlar içinde *Actinomyces* kolonilerinin (mor boyalı hifsel yapı) saptanması ile konmuştur (Resim 1 ve 2).

Aktinomikozun servikofasyal, torasik, abdominal, pelvik, disemine ve merkezi sinir sistemine yerleşen klinik formları vardır (1,3,5-7,11). En sık servikofasyal bölgede yerleşir (% 55). Torasik tip, mikroorganizmanın orofarinksten aspirasyonu sonucu oluşur, olguların % 15'ini kapsar.

Abdominal tip, tüm aktinomikoz olgularının ortalama % 20'sidir (% 0-63). Apandiks ve ileoçekal bölge infeksiyonunun en sık yerleştiği yerlerdir. Özellikle perforasyonlu apandisit en sık karşılaşılan predispozan faktördür. Yine de abdominal aktinomikozlu olguların yarısına yakınında predispozan faktör saptanamaz (3). Karın aktinomikozunun oluşumunda üç evre gözlenebilir. Birinci evrede, sindirim sistemi duvarı içinde aktinomikotik apseler vardır. Bu evre daha subklinik geçer. İkinci evre, peritoneal tutulum ile karakterizedir. Çoğunlukla lokalize apse, daha az sıklıkla peritonda yaygın tutulma ile karşılaşılır. Olgumuz bu evreye uymaktadır. Üçüncü evre, karakteristik kükrüt tanecikleri bulunduran fistül oluşumu ile özellenir. Aktinomikotik apseler ortalama 3.5 cm çapında (6.3 mm-20 cm), tek veya çoklu olabilir. Apseler, ortalama 4.4 mm kalınlığında granülasyon dokusu ile sayısı 1'den 50'ye dek olabilen lokülasyonlara ayrılmıştır.

Pelvik aktinomikoz, abdominal aktinomikozu başlatan nedenler sonucu oluşabilir de, sıklıkla uterus içi korunma aracı (UİKA) kullanan kadınlarda görülmektedir (1-6, 11). Olgumuzda 4 ay öncesine kadar 3 yıl UİKA kullanımı tanımlanmıştır. Önce servisit, endometrit gelişir ve çok az bir kısmında pelvik organlar olaya karışarak pelvik aktinomikoz oluşur. PA olgularında 1973 yılından önce infeksiyon kaynağı olarak sıklıkla rüptüre olan apandiks kabul edilirken, bu tarihte Henderson'un UİKA kullanımı sonucu gelişen

ilk pelvik aktinomikoz olgusunu bildirmesinden günümüze kadar UİKA kullanımına bağlı çok sayıda olgu bildirilmiştir (12). Pelvik aktinomikoz, kadın hastalıkları ve doğum uzmanının ender karşılaştığı bir hastalık olup, 1982 yılına kadar Batı literatüründe 199, tüm dünyada ise 300'ün üzerinde olgu bildirilmiş bulunmaktadır (11). Pelvik aktinomikoz, UİKA en az iki yıl kalmadıkça nadiren oluşmakta ve süre uzadıkça risk artmaktadır. Klinik gidişi genellikle subakut veya kroniktir. Ateş, karın ağrısı, kilo kaybı ve vajinal kanama veya akıntı en sık semptomlardır. Olgumuzun kliniği subakuttur ve karın alt kadranda ağrı, kilo kaybı ve sonradan ateş oluşmuştur.

Pelvik aktinomikozda tanı için biyopsi ve biyopsi dışı üç yöntem kullanılmaktadır. Biyopsi ile kükrüt taneciklerinin gösterilmesi tanı koydurucudur. Biyopsi dışı tanı yöntemlerinden ilki, 1976 yılında yapılan bir çalışmada önerilen servikovajinal yaymasının Papanicolaou boyasında "Grupta cisimcikleri"nin (dar açılı dallanan, ışınal dizilmiş filamanları içeren kahverengi-siyah şekilsiz topluluklar) saptanmasıdır. Yöntemin güvenilirliği % 48-100 arasında değişmektedir. İkinci yöntem, servikal yaymanın direkt immünofluoresans (DFA) yöntemi ile incelenmesi olup duyarlılığı ve güvenilirliği son derece yüksektir. Üçüncü yöntem kültür olup duyarlılığı düşüktür (1). Aktinomisetler ağız ve kadın genital sisteminin normal florası oldukları için, kükrüt tanecikleri olmaksızın tek başına balgamdan, bronkoalveolar lavajdan, servikovajinal sekresyonlardan saptanmalarının önemi de düşüktür.

Antibiyotik öncesi dönemde infekte dokunun cerrahi olarak çıkarılması tek seçenektir. Antibiyotiklerin tedaviye girmesi ile cerrahi girişim (apselerin insizyonu ve drenajı, fistülotomi, sinüs sisteminin eksizyonu ve infekte dokunun çıkarılması gibi) yine de terk edilmemiştir. Antibiyotik olarak ilk seçenek yüksek doz ve uzun süreli penisilin G (18-24 milyon ünite/gün, IV, 2-8 hafta) tedavisidir. Takiben, penisilin veya amoksisilin ile 6-12 ay oral tedavi sürdürülür. Yaygın tutulumun olmadığı durumlarda (oral-servikal-fasyal bölge gibi) tedavi süresi daha kısa olabilir. Penisiline alerjik hastalarda tetrasiklin başarı ile kullanılmaktadır. Eritromisin ve klindamisin diğer uygun seçeneklerdir (1,3,6).

Biyopsi ile tanı konulan ve 45 gün penisilin G (20 milyon ünite/gün, IV) ve sonra 6 ay oral penisilin V (4 milyon ünite/gün) tedavisi sürdürülen hastamızda klinik ve laboratuvar olarak tam düzelmeye sağlandı. İki yıldır izlenen hastada nüks saptanmadı.

Kaynaklar

1. Russo TA. Agents of actinomycosis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Principles and practice of infectious diseases*. 4th ed. New York: Churchill Livingstone, 1995:2280
2. Koneman EW, Allen SD, Janda WM, Schreckenberger PC, Winn WC. *Color atlas and textbook of diagnostic microbiology*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott, 1992
3. Berardi RS. Abdominal actinomycosis. *Surg Gynecol Obstet* 1979; 149:257
4. Yüksel A, Yalçın ÖÖ, Babuna CC, Bengisu EE, Karahan U. Pelvik aktinomikozis. *Klin Gelişim* 1992; 2: 442
5. Anonymous. Case Records of the Massachusetts General Hospital. *N Engl J Med* 1992; 326: 692
6. Weese WC, Smith IM. A study of 57 cases of actinomycosis over a 36 year period. *Arch Intern Med* 1975; 135: 1562
7. İçli N, Merdivenci A. Türkiye'de insanda aktinomikoz olguları üzerine. *Tıp Fak Mecm (İstanbul)* 1972; 35: 486
8. Taşar F, Yuluğ N, Bayık S, Güleç N. Aktinomikoz. Bir olgu nedeni ile. *Ankem Derg* 1987; 1: 119
9. Kiraz N, Yaşar B, İhtiyar E. Rektus kasi içine gelişen aktinomikoz absesi. *Mikrobiyol Bül* 1993; 27: 254
10. Döşoğlu M, Orakdöğen M, Canbolat A, Ünal F, Bayındır Ç. Aktinomikotik beyin absesi. *Klinik Derg* 1993; 6: 39
11. Unat E. *Tıp Bakteriolojisi ve Virolojisi*. 2. baskı. İstanbul: Emek Matbaacılık, 1986
12. Henderson S. Pelvic actinomycosis associated with an intrauterine device. *Obstet Gynecol* 1973; 4: 726