

Abdominal Aktinomikozis: Kolon Tümörünü Taklit Eden Bir Olgu Sunumu

ABDOMINAL ACTINOMYCOSIS: A CASE REPORT MIMICKING COLON TUMOR

Dr. Ali TAMER,^a Dr. Yasemin GÜNDÜZ,^b Dr. Oğuz KARABAY,^c Dr. Hüseyin İKA,^d Dr. Ferda AKSEL^e

^aİç Hastalıkları AD, ^cEnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Tıp Fakültesi,

^bRadyoloji Kliniği, ^dGenel Cerrahi Kliniği, ^ePatoloji Kliniği, İzzet Baysal Devlet Hastanesi, BOLU

Özet

Actinomyces cinsi bakteriler, çoğul abseler, tekrarlayan sinüs ve fistüller ve bol granülasyon ile karakterize, histolojik olarak sülfür granülleri ile özelleşen, süreğen, ilerleyici, süpüratif bir enfeksiyona neden olurlar. Kolon aktinomikozu nispeten nadirdir ve tanısı zordur. Bu sunumda abdominal kitle nedeniyle opere edilen ve postoperatif olarak transvers kolon aktinomikozu tanısı alan olgunun, literatür derlemesi ışığında değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Abdominal aktinomikoz, transvers kolon

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2006, 26:330-333

Abstract

Actinomyces spp., cause a chronic suppurative, granulomatous disease which is characterized clinically by extensive abscess formation, recurrent draining sinuses and fistulae and histologically by the presence of the so-called sulphur granules. Colonic actinomycosis is relatively rare, and its diagnosis is difficult. In this paper, we present a patient operated due to abdominal mass and diagnosed as transverse colon actinomycosis postoperatively, and discuss this case by reviewing the literature.

Key Words: Actinomycosis, transverse colon

A *ctinomyces* spp., ağız, sindirim sistemi ve kadın genital sisteminin normal florasında bulunan gram pozitif, hareketsiz, kapsülsüz, sporsuz, anaerobik bakterilerdir.¹ *Actinomyces* spp. çoğul abseler, fistülleşen sinüsler ve bol granülasyon ile karakterize, histolojik olarak sülfür granülleri ile özelleşen, süreğen, ilerleyici, süpüratif bir enfeksiyona neden olurlar. İnsanda *Actinomyces*'lerin 6 türü enfeksiyona neden olmaktadır.² Ancak insanda aktinomikozu yol açan başlıca etken *Actinomyces israelii*'dir. Aktinomikoz klinik olarak servikofasiyal, göğüs, karın ve serebral aktinomikoz olmak üzere 4 farklı klinik şekilde görülebilir.¹ Klinik olarak en sık servikofasiyal aktinomikoz saptanır, karın aktinomikozu ise daha nadirdir. Bu sunumda abdominal kitle ayırıcı tanısı için ameliyat

edilen ve ameliyat sonrasında transvers kolonda aktinomikoz tanısı alan olgunun literatür derlemesi ışığında değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

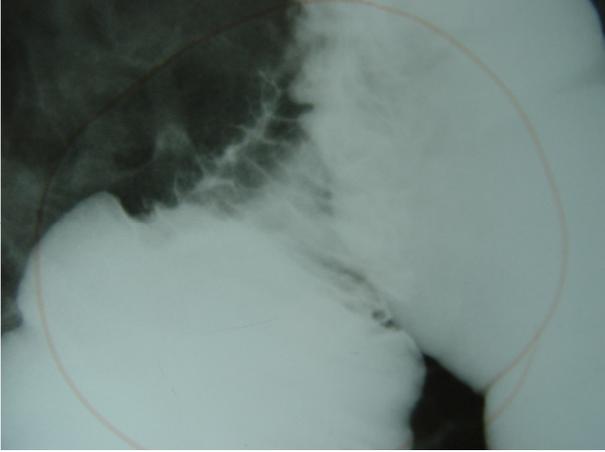
Olgu Sunumu

Yaklaşık 3-4 aydır sol inguinal ve suprapubik bölgede ağrı, şişkinlik ve bulantı yakınmaları olan 47 yaşındaki bayan hasta, Temmuz 2004 tarihinde tetkik edilmek üzere yatırıldı. Özgeçmişinde, 20 yıl önce sinüzit operasyonu ve penisilin alerjisi dışında özellik saptanmadı. Fizik muayenede ateş 36.5°C, suprapubik ve sol inguinal bölgede derin palpasyonla duyarlılığı olan ancak geri tepme vermeyen kitle saptandı. Tetkiklerinde Htc %37, lökosit 12200/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 84 mm/saat idi. Biyokimyasal kan tetkikleri normal bulundu. Karın ultrasonografisinde; mesane üstünde, transvers kolon orta bölümüne uyan lokalizasyonda 1.5 cm'ye ulaşan boyutlarda duvar kalınlaşması tespit edildi. Kolon grafisinde transvers kolonun orta bölümünde 2 cm'lik bir segmentte lümen çapında azalma, konturlarda düzensizlik ve rigidite tespit edildi (Resim 1). Tüm batın

Geliş Tarihi/Received: 03.11.2004 Kabul Tarihi/Accepted: 29.03.2005

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Ali TAMER
Abant İzzet Baysal Üniversitesi
İzzet Baysal Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları AD, BOLU
atamer200@yahoo.com

Copyright © 2006 by Türkiye Klinikleri



Resim 1. Transvers kolon duvar kalınlaşmasının baryumlu grafi görünümü.

bilgisayarlı tomografi (BT)'sinde transvers kolon orta bölümde 2 cm' ye ulaşan patolojik duvar kalınlaşması ve çevre yağlı dokularda milimetrik çapta lenf nodları saptandı (Resim 2). Pelvik, paraaortik lenf adenopati saptanmadı. Radyolojik bulguların transvers kolon tümörü ile uyumlu olduğu düşünüldü. Olguya transvers kolon tümörü ön tanısı ile laparotomi yapıldı. Laparotomide; batın ön duvarına ve mesane üstü peritona invaze, ince bağırsak ansını mediale doğru çeken yaklaşık 5 cm boyutlu transvers kolon kitlesi saptandı. Olguya transvers kolon rezeksiyonu uygulanarak, ileum ve mesane üstü peritona invaze ettiği alan çıkarıldı ve uç uca anastomoz uygulandı. Çıkarılan materyalin histopatolojik incelemesinde kalın bağırsak duvarında serozadan submukozaya ilerleyen, dallanan filamentöz yapıların polimorfonüveli lökositler ve monositler tarafından çevrelediği, şiddetli iltihap gözlendi (Resim 3). Olgunun anamnezinde penisilin alerjisi olması nedeniyle tedaviye ilk 2 hafta Ceftriaxone 3 gr/gün IV başlandıktan sonra doxycycline 100 mg günde 2 kez, oral olarak verildi. Tedavinin 6 aya tamamlanmasına karar verildi.

Tartışma

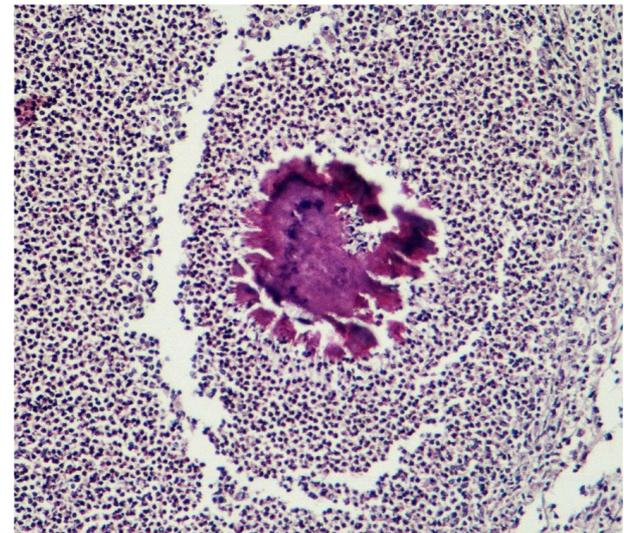
İnsanlarda en yaygın enfeksiyon nedeni *A. israelii*'dir. Daha az sıklıkla rastlanan diğer aktinomikoz türleri *A. meyeri*, *A. gerencseriae*, *A.*

naeshlundii, *A. viscosus*, *A. odontolyticus*'dur. İnsan aktinomikozunun prevalansı kentsel alanda 5/100000 iken, kırsal alanda 10 kat daha siktir. Erkek/kadın oranı 3/1'dir.³

Aktinomikoz ilk tanımlandığından bugüne kadar yaklaşık 100 yıl geçmiştir. Ancak aktinomikozun enfeksiyonunu başlatan faktörler halen tam olarak aydınlatılamamıştır. Abdominal aktinomikoz oluşumunda en çok suçlanan nedenler; immün yetmezlik, geçirilmiş karın cerrahisi, travma, rahim içi araç kullanımı, ağız cerrahisi ve orofaringeal aspirasyondur.¹ Olgumuzda risk faktörlerinden hiçbirisi saptanmamıştır.



Resim 2. Transvers kolondaki kitlenin BT'deki görünümü.



Resim 3. Biyopsi materyalinin histo-patolojik görünümü (HE & 100).

Aktinomikoz olgularının %55'i servikofasiyal, %15'i torasik, %20'si abdominal aktinomikoz şeklindedir.⁴ Genellikle yüksek ateş, kilo kaybı, bağırsak alışkanlığında değişme, karın ağrısı, kitle hissi gibi özgün olmayan bulgular vardır.⁴ Sol inguinal ve suprapubik bölgede karın ağrısı ve derin palpasyonda kitle ile başvuran olgumuzda enfeksiyon hastalıklarının temel bulgularından olan ateş, karında hassasiyet, toksik tablo gibi en olası bulgulardan hiçbirisi saptanmamıştır.

Actinomyces spp.'nin virülansı düşük olup, normal mukoza bariyeri bozulduğunda, apse, fistül veya kitle oluşumuna neden olabilir. Karın aktinomikozu; tümoral kitle, inflamatuvar bağırsak hastalığı, divertikülit kliniğine benzer klinik tablolarla hekime başvurabilen, süregelen bir enfeksiyon hastalığıdır. Genellikle çekum ve sağ kolonu tutar ve retroperitenoal fibrozis, sağ iliyak bölgeden cilde fistül yapabilir. Bu nedenle kolon aktinomikoz ayırıcı tanısında bağırsak tüberkülozu, ameboma, süregelen appendisit, regional enterit ve karsinoma da akılda tutulmalıdır.²

Kolon aktinomikozunun tanısı zordur. Radyolojik bulgular özgün değildir. Lee ve ark. abdominal aktinomikozlu 18 olgunun BT'lerini incelemeleri sonucunda; bağırsak duvarında kalınlaşma, perirektal ve perikolik infiltrasyon, peritoneal veya pelvik kitle, minimal lenfadenopati, hidronefroz ve hidroüreter gibi bulgular tespit etmişlerdir.⁶ Baryumlu inceleme sonucunda; mukozal duvarda kalınlaşma ve nodülarite, lümen- de daralma tespit etmişlerdir. Bu olguda da ameliyat öncesi yapılan tetkiklerinde tümörü andıran 2 cm'lik bağırsak duvar kalınlaşması tespit edilmiştir.

Karın aktinomikozunda karın kitleleri kolaylıkla tümörle karıştırılabileceği için genellikle tanı cerrahi girişimle konulur.⁷ Ateş, karın ağrısı, lökositoz, uzun süreli intra uterin araç kullanımı (spiral) ve BT'sinde bağırsak duvar kalınlaşması, bölgesel yaygın infiltrasyonu olan peritenoal ve pelvik kitle tespit edilen hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Aktinomikozun tanısında hayvan imokulasyon deneylerinin, deri testlerinin ve serolojik testlerin faydası yoktur. Laboratuvar tanı için, lezyonlardan alınan irin, balgam, fistül içeriği ya da doku biyopsi örnekleri incelenir. Bu klinik örnekler içerisinde genellikle sarı renkli olan ve gözle görülebilen sülfür granüllerinin varlığı araştırılır.^{8,9} Dokunun histopatolojisi tek ya da birden fazla sayıda, merkezde nekroz gösteren, çevresinde granülasyon ve fibrotik doku içeren sert duvarlı apse ile karakterizedir. Ayrıca fistülleşen lezyonlarda gözle sülfür granülleri görülebilir. Olgumuzda da literatürdeki- ne benzer şekilde, operasyonda alınan doku ve apse materyalinin mikroskopisinde; dallanan filamentöz yapıların polimorfonüveli lökositler ve monositler tarafından çevrelendiği, şiddetli iltihap gözlemlendi.^{10,11}

Aktinomikozun tedavisinde ilk seçenek penisilin G ve ampisilindir. Tedavide ilk 4-6 hafta penisilin G 18-24 milyon ünite parenteral ve sonra en az 6-12 ay süre ile penisilin V ya da ampisilin oral olarak önerilmektedir.¹² Olgumuzda penisilin alerjisi olması nedeniyle bu tedavi uygulanamamıştır. Olguya ilk 2 hafta Ceftriaxone (3 gr/gün IV) verildikten sonra doxycycline (ağızdan 100 mg günde iki kez) tedavisiyle devam edildi. Olgunun 3 aylık takiplerinde nüks gözlenmemiştir.

Sonuç olarak; karın ağrısı, lökositoz ve batin tomografisinde ve/veya kolon grafisinde bağırsak duvar kalınlaşması, peritenoal ve pelvik kitle tespit edilen olgularda (ateş ve uzun süreli rahim içi araç kullanım öyküsü olsun ya da olmasın) karın aktinomikozu da ayırıcı tanıda yer almalıdır.

KAYNAKLAR

1. Akgün Y. *Actinomyces* türleri. Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M, editörler. Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2002. s.1701-5.
2. Smego RA Jr, Foglia G. Actinomycosis. Clin Infect Dis 1998;26:1255-61.
3. Schaal KP, Lee HJ. Actinomycete infections in humans-a review. Gene 1992;115:201-11.
4. Pekmezci S, Mert A, Kapan M, Ağca B, Tabak F, Göksel S. Karın aktinomikozu. Klinik Gelişim 1996;9:4379-81.

5. Ferrari TC, Couto CA, Murta-Oliveira C, Conceicao SA, Silva RG. Actinomycosis of the colon: A rare form of presentation. *Scand J Gastroenterol* 2000;35:108-9.
6. Lee IJ, Ha HK, Park CM, et al. Abdominopelvic actinomycosis involving the gastrointestinal tract: CT features. *Radiology* 2001;220:76-80.
7. Drozd W, Beben P, Wilczek M. Actinomycosis of the large bowel. *Przegl Lek* 2003;60:836-8.
8. Karaarslan A. *Actinomyces*. Ustaçelebi Ş, editör. *Temel ve Klinik Mikrobiyoloji*. 1. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 1999. s.457-61.
9. Akan E. *Tıbbi Mikrobiyoloji*. 2. Baskı. İzmir: Saray Medical Yayıncılık; 1993. s.444-51.
10. Huang CJ, Huang TJ, Hsieh JS. Pseudo-colonic carcinoma caused by abdominal actinomycosis: Report of two cases. *Int J Colorectal Dis* 2004;19:283-6.
11. Hohenbleicher F, Hohenbleicher R, Hallfeldt KH. Actinomycosis of the sigmoid as obstructive space-occupying lesion of the pelvis. *Chirurg* 2002;73:733-5.
12. Leblebicioğlu H. Aktinomikozis. İliçin G, Ünal S, Biber-oğlu K, Akalın S, Süleymanlar G, editörler. *Temel İç Hastalıkları*. 1. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 1996. s.2255-6.