

## Pelvik Aktinomiçes'e Bağlı Üreterik Obstrüksiyon

Dr. Yakup BOSTANCI<sup>1</sup>, Dr. Cenk Y. BİLEN<sup>1</sup>, Dr. İlkser AKPOLAT<sup>2</sup>,  
Dr. Recep BÜYÜKALPELLİ<sup>1</sup>,

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji<sup>1</sup> ve Patoloji<sup>2</sup> Anabilim Dalları, SAMSUN

✓ Aktinomikozis yoğun fibröz dokunun varlığı ile karakterize kronik bir enfeksiyondur, tanısı genellikle zordur. Burada, laparotomi ve cerrahi sipesimenin incelenmesi ile tanı almış ve üreter obstrüksiyonuna neden olmuş bir vaka sunulmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Aktinomikozis, intrauterin araç, üreter obstrüksiyonu

✓ **Ureteric Obstruction Due to Pelvic Actinomycosis**

Actinomycosis is a chronic infection characterised by the presence of dense fibrous tissue, and the diagnosis is usually difficult. Here we present a case with pelvic actinomycosis and ureteral obstruction, which was diagnosed by laparotomy.

Key words: Actinomycosis, intrauterin device, ureteric obstruction

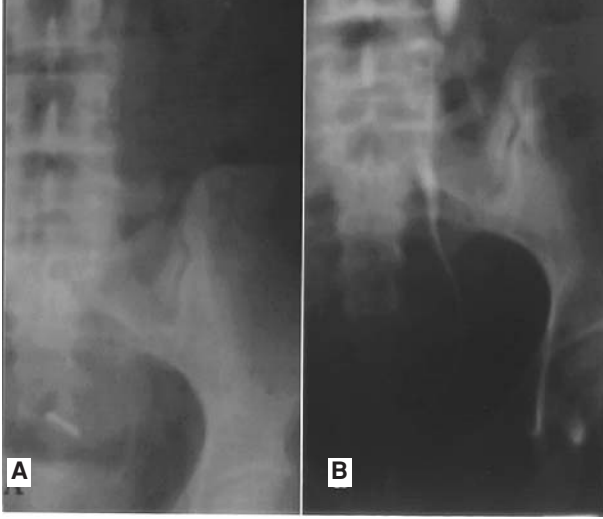
### GİRİŞ

İntrauterin kontraseptif araçların yaygın kullanımı ile birlikte kadınlarda pelvik aktinomikozis olguları da artmıştır<sup>(1,2)</sup>. Vajinal akıntı, tubo-ovarian abse gibi değişik kliniklerle karşımıza çıkabilir. Üreter obstrüksiyonu, pelvik aktinomikozis nadir bir komplikasyondur<sup>(3,4)</sup>. Aktinomikozis cerrahi öncesi tanısı genellikle zordur<sup>(5)</sup>. Klinik özellikleri ayırıcı olmadığından tanı çoğu zaman cerrahi materyalin incelenmesi ile konur.

### OLGU SUNUMU

30 yaşında bayan hasta, 3 ay önce başlayan sol yan ağrısı, idrar yaparken yanma, sık idrara çıkma ve son zamanlarda başlayan bulantı, kusma ve ateş yakınmaları ile kliniğimize başvurmuştur. İntrauterin aracı bulunan hasta benzer yakınmalar ile başvurduğu başka bir merkezde sol üreterde nonopak taş tanısıyla bir seans ESWL (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy) tedavisi görmüştür. Yapılan fizik incelemede hastanın ateşi 38 °C bulunmuş, sol kostavertebral açı hassasiyeti ve sol paraumbilikal bölgede kitle olduğu saptanmıştır. İdrar analizinde bol lökosit gözlenen hasta-

nın idrar kültüründe Pseudomonas aeroginosa üremiştir. Serum biyokimyasal değerleri normal sınırlarda bulunmuştur. Tam kan incelemesinde hemoglobin 10.8 gr/dl, beyaz küre sayısı ise 32.500/mm<sup>3</sup> olduğu gözlenmiştir. Ultrasonografik incelemede sol böbreğin 155x73 mm olduğu ve toplayıcı sistemin grade 2 hidronefrotik olduğu, sol üreterin distal 1/3'üne kadar genişlediği, sol adneksiyal alanda düzensiz kenarlı, kistik bileşenleri olan 65x80 mm ebatlarında solid oluşum izlenmiştir. Hastanın intravenöz pyelografisinde sol böbrek kalikslerinde genişleme gözlenmiş ve üreter net olarak değerlendirilememiştir (Şekil 1/A). Çekilen retrograd pyelografide sol böbrek kalikslerinde ve üreterin proksimal 1/3'ünde dilatasyon olduğu gözlenmiştir (Şekil 1/B). Pelvik bilgisayarlı tomografide sol ilak alanda yaklaşık 8 cm büyüklüğünde abse ile uyumlu görünüm saptanmıştır (Şekil 2). Hastanın yapılan eksplorasyonunda çevre dokulara oldukça yapışık, abse odakları içeren malign izlenimli kitle tamamen çıkarılmıştır. Abse kültüründe Bacteriodes türü mikroorganizmalar üreyen hastanın patoloji sonucu Aktinomikozis olarak değerlendirilmiştir (Şekil 3). Hasta



**Şekil 1. (A)** İVP: Sol böbrek kaliksleri genişlemiş ve üreter net olarak değerlendirilemiyor.  
**(B)** RGP: Sol böbrek kaliksleri ve üreterin proksimal 1/3'ünde dilatasyon

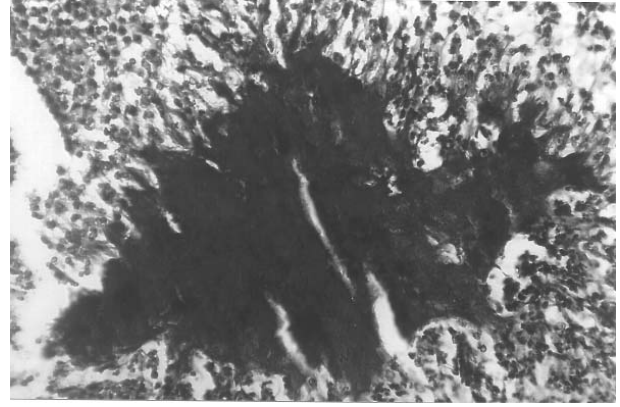


**Şekil 2.** Pelvik CT: Sol iliak alanda yaklaşık 8 cm. büyüklüğünde abse ile uyumlu görünüm.

oral penisilin tedavisi ile ameliyat sonrası 7. günde sorunsuz olarak taburcu edilmiştir. Ameliyat sonrası 1. ayda yapılan kontrolde hastanın hiçbir yakınması olmadığı öğrenilmiş, yapılan ultrasonografide sol böbreğin normal olduğu rapor edilmiştir.

### TARTIŞMA

Aktinomiçesler gram pozitif hareketsiz sporsuz mikroorganizmalardır. Mantarlar gibi miçelyum oluşturmalarına rağmen hücre duvarı yapıları, antibiyotiklere duyarlılıkları ve



**Şekil 3.** Aktinomiçes kolonisi çevresinde PMNL ve kronik iltihabi hücrelerden oluşan inflamasyon

çekirdek zarlarının olmaması nedeniyle bakteri olarak sınıflandırılırlar. İnsanlarda en sık patojen olan tür *Actinomyces israeli*, ağız ve gastrointestinal sistemin florasında yer alır. Mukoz zarların hasar görmesi durumunda veya yabancı cisim varlığında enfeksiyona neden olabilirler<sup>(6)</sup>.

Aktinomikozis yoğun fibröz dokunun varlığı ile karakterize kronik bir enfeksiyondur. Bu vakada olduğu gibi fizik incelemede, hatta laparotomide enfeksiyondan ziyade malign bir hastalık şüphesi uyandırabilir<sup>(7)</sup>. Sıklıkla servikofasiyal bölgede yerleşir. Kadınlarda 2 kat daha fazla görülür<sup>(6)</sup>. Pelvik yerleşim sık olmamakla birlikte intrauterin araçların kullanıma girmesi ile bu bölgenin enfeksiyonları da yaygınlaşmıştır<sup>(8)</sup>. Aktinomiçesler normal vajen florasında bulunmazlar, fakat anogenital yolla bulaşabilirler<sup>(9)</sup>. Bu vakanın muhtemel etiyolojisinde de yaklaşık olarak 6 yıldır bulunan ve hiç değiştirilmemiş olan intrauterin aracın önemli bir etken olduğu düşüncesindeyiz.

Aktinomikozis yoğun fibrotik cevap oluştursa da, pelvik aktinomikozis nedeniyle üreterik obstrüksiyon çok nadir bildirilmiştir. Belki de bu komplikasyon gözden kaçmaktadır. Pelvik aktinomikozis karakteristik olarak retroperitoneal yayılır<sup>(6)</sup>. Bu vakada olduğu gibi üreterlerde bası etkisiyle ve fibrozisle obstrüksiyona neden olmaktadır. Bu yüzden pelvik aktinomikozdan şüphelenilen tüm olgularda intravenöz pyelografi yapılmalı ve üreterik obstrüksiyon açısından dikkatle değerlendiril-

melidir. Ayrıca pelvik enfeksiyon varlığında üreterik obstrüksiyon mevcutsa mutlaka aktinomikoz akılda tutulmalıdır. Aktinomiçesler penisilinlere hassastır. Tedavide uzun süreli yüksek doz penisilinler kullanılır. Tetrasiklinler de tedavide başarılıdır. Tedavinin başarısını izlemede sedimantasyondaki düşüş önemli bir kriterdir. Ancak maligniteden şüphelenilen durumlarda eksplorasyon kaçınılmazdır. Cerrahi sonrası tanı konulan hastalarda uzun dönem penisilin tedavisi yeterlidir.

**Geliş Tarihi** : 18.03.2003

**Yayına kabul tarihi** : 28.05.2003

**Yazışma adresi:**

Dr. Yakup BOSTANCI

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Üroloji Anabilim Dalı

55139 Kurupelit / SAMSUN

#### **KAYNAKLAR**

1. Henderson SR. Pelvic actinomycosis associated with an intrauterine device. *Obstet Gynecol* 1973; 41: 726-732.
2. Hager WD, Douglas B, Majmudar B et al. Pelvic colonisation with actinomyces in women using intrauterine contraceptive devices. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 135: 680-684.
3. Wilscher MK, Mozden PJ, Olsson CA. Retroperitoneal fibrosis with ureteral obstruction secondary to *Actinomyces israelii*. *Urology* 1978; 12: 569-571.
4. Jennings M, Isaacs P. Bilateral ureteric obstruction in a patient with ileocaecal Crohn's disease complicated by actinomycosis. *Br J Urol* 1977; 49: 410.
5. Paalman RJ, Dockerty MB, Mussey RD. Actinomycosis of the ovaries and fallopian tubes. *Am J Obstet Gynecol* 1949; 58: 419-431.
6. Aird I. *A Companion in Surgical Studies*. 2nd. edition. E.& S Livingstone, Edinburgh and London 1958; 91-93.
7. Pollock PG, Meyers DS, Frable WJ, et al. Rapid diagnosis of actinomycosis by thin-needle aspiration biopsy. *Am J Clin Pathol* 1978; 70: 27-30
8. Galask RP, Larsen B, Ohm MJ. Vaginal flora and disease entities. *Clin Obstet Gynecol* 1976; 19: 61-81.
9. McCormick JF, Scorgie RDF. Unilateral tubo-ovarian actinomycosis in the presence of an intrauterine device. *Am J Clin Pathol* 1977; 68: 622-626.