

YUMUŞAK DOKU TÜMÖRÜNÜ TAKLİT EDEN PRİMER KARIN ÖN DUVARI AKTİNOMİKOZU

*Köksal BİLGEN¹, Ediz TÛTÛNCÛ², İbrahim ÇÖLHAN¹, Fulya KÖYBAŞIOĞLU³,
Tevfik Hadi KÛÇÛKPINAR¹*

ÖZET

Aktinomiçes enfeksiyonlarına A.israelii sebep olur. Primer karın ön duvarı aktinomikozları çok nadir görülen hastalıklardır. Karın ön duvarında yumuşak doku tümörleri daha sık görülürler.41 yaşında, 4 yıldır intrauterin kontraseptif araç kullanım öyküsü olan kadın hasta karında kitle ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede vital bulguları normal olarak bulundu. Yapılan karın muayenesinde umblikus etrafında orta hatta 5x8 cm' lik mobil kitle palpe edildi. Biz abdominal BT sonucu yumuşak doku tümörü olarak rapor edilen hastayı opere ettik. Kitle total olarak eksizye edildi. Postoperatif histopatolojik incelemede sülfür granülleri görülerek aktinomikoz tanısı kondu. Hastaya 30 gün intravenöz penisilin-G, sonrasında 3 ay oral ampisilin tedavisi uygulandı.

Anahtar sözcükler: Aktinomikoz, anterior abdominal duvar kitlesi, yumuşak doku tümörü

Primer Abdominal Wall Actinomycosis Mimicking Soft Tissue Tumor

SUMMARY

Actinomycosis infections are caused by Actinomyces israelii. Primer actinomycosis of anterior abdominal wall is a rare disease. Soft tissue tumor of anterior abdominal wall is more common. A 41-year-old female patient who had had an intrauterine contraceptive device for four years was admitted with abdominal mass and pain complaints. On physical examination, vital findings were normal, 5x8 cm mass was palpated on the periumbilical area in the midline. We operate the patient whose abdominal CT result is solid tissue tumor of abdominal wall. The mass was excised completely. Postoperative histopathological examination revealed sulfur granules consistent with actinomycosis. The patient received intravenous penicillin-G for 30 days and followed by oral ampicillin for three months.

Key words: Actinomycosis, anterior abdominal wall mass, soft tissue tumor

Aktinomikoz, ağız, kolon ve vajen florasında bulunabilen Actinomyces cinsine ait anaerobik ya da mikroaerofilik bakterilerin neden olduğu yavaş ilerleyici ve kronik karakterde bir enfeksiyondur. Actinomyces türleri endojen floranın üyeleridir ve mukozal bariyer hasarı, aktinomikozun patogeneğinde kritik öneme sahiptir. Aktinomikozun en sık olarak karşılaşılan etkeni Actinomyces israelii olmakla birlikte, diğer türlerin de aktinomikoz tablosuna yol açtığı bilinmektedir¹. Klinik olarak oral-servikofasiyal, torasik, abdominal ve pelvik hastalık tabloları en sık karşılaşılanlardır¹⁻³. Ancak hastalık sıra dışı tutulumlarla da kendini gösterebilir. Bu yazıda primer olarak karın ön duvarında gelişmiş ve yumuşak doku tümörünü düşündüren bir aktinomikoz olgusu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Kırkbir yaşında kadın hasta karında kitle ve ağrı yakınmalarıyla hastanemize başvurdu. Öyküsünden karın ağrısı yakınmasının yaklaşık altı ay önce başladığı, ardından da kitleyi fark ettiği öğrenildi. Bu yakınmalar dışında ateş, kilo kaybı, gece terlemesi yakınmaları yoktu. Özgeçmişinde diyabet ya da diğer

sistemik hastalıklar mevcut değildi. Hasta 5 yıldır rahim içi araç (RIA) kullanıyordu. Yapılan muayenesinde ateş 36,8°C, TA 110/80 mmHg, nabız 80 atım/dakika idi. Karında orta hatta, umblikus etrafında 8x5 cm'lik mobil sert kitle palpe ediliyordu. Tam kan sayımı ve biyokimyasal incelemelerde anormal sonuç saptanmadı. Abdominal tomografide umblikus düzeyinde, karın ön duvarı ile sınırları net ayrılamayan, mezenterik dokuda kirlenmeye neden olan 5x4x4 cm boyutlarında solid kitle görüldü (Resim 1).

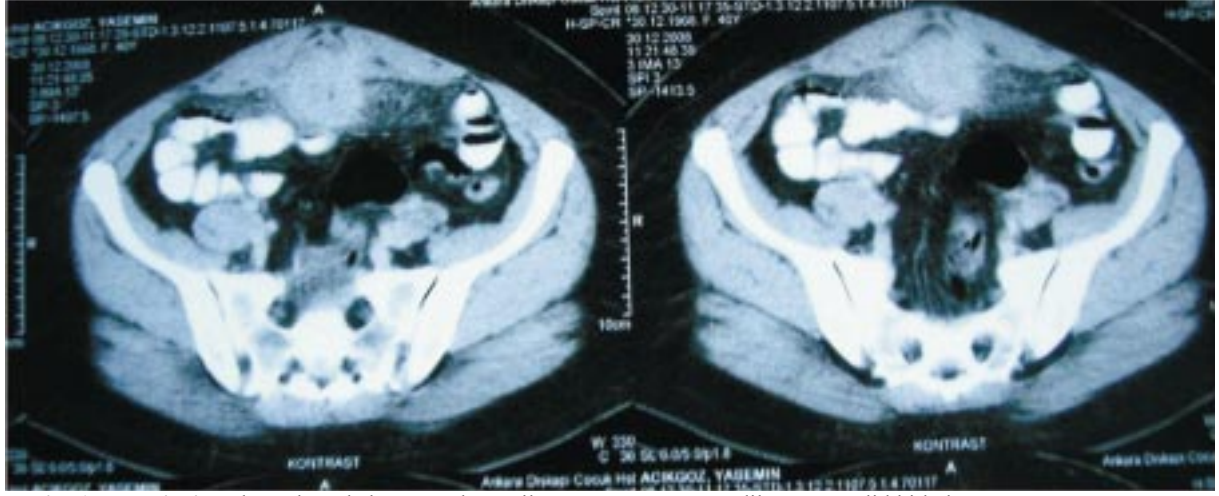
Hasta batında yumuşak doku tümörü ön tanısıyla opere edildi. Operasyonda kitlenin batın ön duvarı kas grubundan köken aldığı, omentum ile jejunumun 3-4 cm'lik bir ansını tuttuğu gözlemlendi. Kitle; etraf kas dokusu, omentum ve 7-8 cm'lik bir ince barsak ansıyla birlikte total olarak çıkartıldı. Postoperatif histopatolojik tanı, akut inflamatuvar eksuda içinde aktinomikotik granüllerin görülmesiyle, aktinomikoz olarak konuldu (Resim 2).

Hastaya operasyon sonrası 4 hafta parenteral Penisilin-G IV verildi. Ardından oral ampisilin 3x1 gr ile tedavi 3 aya tamamlandı. Üçüncü ay sonunda yapılan kontrolde ek sorunu olmayan hasta iyileşmiş olarak değerlendirildi.

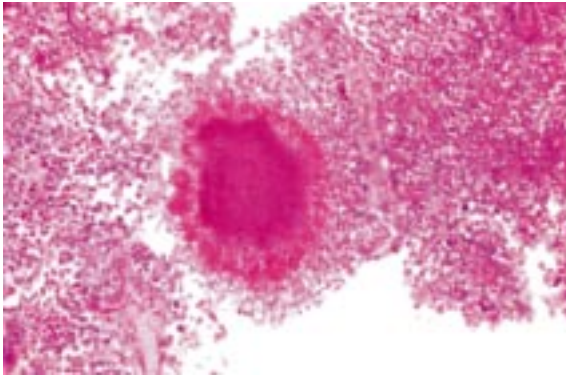
¹S.B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Genel Cerrahi, ANKARA, TÜRKİYE

²S.B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları, ANKARA, TÜRKİYE

³S.B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, ANKARA, TÜRKİYE



Resim 1: 5,5x 4x 4 cm boyutlarında karın ön duvarı ile ara sınırı net ayırt edilemeyen solid kitle lezyonu



Resim 2: Akut inflammatuar eksüda içerisinde aktinomikotik granül (HEX400). Rutin takip sonrası hazırlanan hematoksilen-eosin boyalı preparatlarda nötrofilden zengin inflammatuar reaksiyonda aktinomikotik granüller izlendi. Gram's boyası ile filamentöz Gram- pozitif organizmalar dikkati çekti.

TARTIŞMA

Aktinomikoz, aktinomiçes familyasında yer alan anaerobik türlerin neden olduğu kronik, süpüratif, fistül oluşumuyla seyreden, infiltratif bir hastalıktır. *Actinomyces israelii* aktinomikozdan sorumlu en yaygın türdür. Aktinomikozu neden olan diğer önemli türler ise: *A. odontolyticus*, *A. naeslundii*, *A. viscosus*, *A. meyeri*'dir. *A. israelii* Gram-pozitif anaerobik bir bakteridir². Travma, operasyonlar, endoskopik girişimler, immünsupresyon sonucu oluşan mukozal bariyer hasarı aktinomiçes bakteri penetrasyonuna sebep olur. Böylece bakteriler patojenite kazanır. Aktinomiçes olgularının %60'ı servikofasial, %15'i torasik, %20'si abdominal yerleşimlidir. Pelvik yerleşime de sık rastlanır^{4,5}. Abdominal duvar yerleşimli aktinomikozları ise çok seyrekler. Literatürde toplam 19 vaka bildirilmiştir³. Abdominal aktinomikozlar en sık olarak terminal ileum, sağ kolon, appendiks ve karaciğer yerleşimlidir⁶⁻⁸. Abdominal aktinomikoz

herhangi bir akut apandisit, divertikülit, kolon cerrahisi sonucunda ortaya çıkabilir. Pelvik aktinomikoz RIA kullanan kadınlarda daha sık gözlenir⁹. Yine primer abdominal duvar aktinomikozuyla RIA kullanımı arasında da ilişki bildirilmiştir¹⁰. Bizim vakamızda da 5 yıldır RIA kullanım anamnezi vardı. Aktinomikozda klinik belirtiler ve bulgular hastaya özgü değildir. Yüksek ateş, halsizlik, kilo kaybı gibi şikayetler görülebilir. Aktinomiçesler anaerobik kültür yöntemiyle üretilmek zorundadırlar. Bu yüzden başka mikroorganizmalar içeren materyelden saf kültür olarak izole edilmeleri zordur. Yine anaerobik koşullarda gerçekleştirilen biyokimyasal yöntemlerle de tanı kolay değildir. Görüntüleme yöntemleri hastalık tespitinde yetersiz olmasına rağmen bilgisayarlı tomografi (BT) yol göstericidir. BT'de solid veya apse odakları içeren kitle tespit edilir^{11,12}. Kesin tanı imkanı sağlamasa da BT ön tanı için en yararlı görüntüleme yöntemidir. Bizim vakamızda da ön tanı abdominal BT ile konuldu. BT'de görülen solid kitle lezyonu, ön tanı olarak primer abdominal duvar aktinomikozundan daha sık rastlanan yumuşak doku tümörünü düşündürdü¹³. Histopatolojik incelemeler aktinomiçes tanısını koymada diğer yöntemlere göre daha yararlıdır. Aktinomikotik lezyondan alınan iltihabi akıntıdan hazırlanan hemotoksilen-eosin boyalı preparatlarda aktinomikotik granüller görülür¹². Bu granüller sarı-kahverengi olduklarından sülfür granülleri olarak adlandırılırlar. Sülfür granülleri sadece aktinomiçesler tarafından oluşturulmazlar. *Nocardia*, streptomices ve bazı staphylococci 'ler tarafından da oluşturulabilir². Ancak aktinomikotik granüller, gram-pozitif, aside dirençli olmayan organizmalar içerir. Son yıllarda aktinomiçes türlerinin tanısında moleküler biyolojik yöntemler kullanılmaktadır. Polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) en sık kullanılanıdır. Duyarlı ve hızlı testlerdir. PCR, 16S rRNA gen bölgesini hızla çoğaltır. Bu bölgenin

tanımlanması aktinomiçes tanısında yeni altın standarttır².

Tedavi, cerrahi eksizyon veya apse drenajına ek olarak uygulanacak antibiyoterapidir. Antibiyoterapide, 4 hafta süreyle intravenöz 20 milyon IU/gün Penisilin-G, devamında 3-12 ay oral Penisilin'in 2-4 gr/gün kullanılması uygundur¹⁴. Primer anterior abdominal duvar aktinomikozları çok nadir görüldükleri için tanıda ilk olarak akla gelmezler. Biz de Abdominal BT sonucu karın ön duvarında solid kitle lezyonu saptadığımız hastada aktinomikoz ön tanısı düşünmedik. Postoperatif olarak yapılan histopatolojik incelemeler sonunda aktinomiçes tanısı koyduk.

Sonuç olarak primer abdominal duvar kaynaklı aktinomiçes olguları nadir de olsa tanıda düşünülmelidir. Böylelikle, aktinomiçes kesin tanısını koymak için yapılacak tetkiklerle hastanın tanısı operasyon öncesi konabilir.

KAYNAKLAR

1. Russo TA. Agent of actinomycosis. In: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R, editors. Principle and practice of infectious diseases. Churchill Livingstone, New York, 2005: 2924-34.
2. Kaya D, Demirezen Ş, Beksaç MS. Aktinomikozu genel bir bakış. Türkiye Klin J Med Sci 2009;29:510-9.
3. Filipovic B, Milinic N, Nikolic G, Ranthelović T. Primary actinomycosis of the anterior abdominal wall: case report and review of the literature. J Gastroenterol Hepatol 2005;20:517-20.
4. Hefny A F, Joshi S, Saadeldin Y A, Fadlalla H, Abu-Zidan F M. Primary anteriorabdominal wall actinomycosis. Singapore Med J 2006;47:419.
5. Yi F, Prasad S, Sharkey F, Kahlenberg M. Actinomycotic infection of the abdominal wall mimicking a malignant neoplasm. Surgical Infection 2008;9:85-9.
6. Karagülle E, Turan H, Türk E, Kıyıcı H, Yıldırım E, Moray G. Abdominal actinomycosis mimicking acute appendicitis. J Can Chir 2008;51:109-10.
7. Hallaç Keser S, Karadayı N, Yavuzer D, Karabulut H, Topal CS, Kurt N. Hepatik aktinomikoz: olgu sunumu. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 2004;3:175-7.
8. Tamsel S, Demirpolat G, Killi R, Elmas N. Primer hepatic aktinomikoz: inflamatuvar psödotümör olgusu. Tanı Girişim Radyol 2004;10:154-7.
9. Erkaya S, Kutlar İA, Koşan İ, Kutlay B, Akar İN, Tuncer R. Pelvik aktinomikoz (iki olgu sunumu). T Klin J Gynecol Obst 1999;9:284-7.
10. Lunca S, Bouras G, Romedea NS, Pertea M. Abdominal wall actinomycosis associated with prolonged use of an intrauterin device: a case report and review of the literature. Int Surg 2005;90(4):236-40.
11. Owen K, Flannery MT, Elaini AB, Rivera J. Actinomycotic tumor of the abdominal wall. South Med J 2004;9:175-7.
12. Sakrak O, Müderrisoğlu İ, Bedirli A, İnce O, Canoz O. Abdominal actinomycosis appearing as an intraabdominal tumoral mass. Turk J Med Sci 2003;33:53-5.
13. Sutton RJ, Thomas JM. Desmoid tumors of anterior

abdominal wall. Eur J Surg Oncol 1999;25:398-400.

14. Atad J, Hallak M, Sharon A, Kitzes R, Kelner Y, Abramovici H. Pelvic actinomycosis: is long-term antibiotic therapy necessary? J Reprod Med 1999;44:939-44.

YAZIŞMAADRESİ

Op. Dr. Köksal BİLGEN,
S.B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Genel Cerrahi, ANKARA, TÜRKİYE

E-Posta : koksabilgen@gmail.com

Geliş Tarihi : 24.07.2009

Kabul Tarihi : 04.10.2009