

AKTİNOMİKOZ: OLGU SUNUMU*

ACTINOMYCOSIS: A CASE REPORT*

Dr. Dt. Özlem FİLİZ BAYAR*

Prof. Dr. Gülsüm AK*

Makale Kodu/Article code: 2063
Makale Gönderilme tarihi: 11.01.2015
Kabul Tarihi: 10.02.2015

ABSTRACT

ÖZET

Aktinomikoz çenelerde nadir görülen kronik, ilerleyici bir enfeksiyon hastalığıdır. Enfeksiyon etkeni anaerobik bir bakteri olan Actinomyces israelii'dir. Bu makalede maksillofasiyal enfeksiyonlar içinde hem seyrek görülmesi hem de tedaviye dirençli olması açısından önemli olduğunu düşündüğümüz aktinomikoz olgusunu sunmayı amaçladık. Kliniğimize, sol alt çenede gömülü 20 yaş diş çekimini takiben iyileşmeyen ağırlı ekstraoral abse sebebiyle başvuran hastaya; klinik, radyografik ve mikrobiyolojik değerlendirilmeler sonucunda aktinomikoz tanısı konmuştur. Aktinomikoz tedavisinde cerrahi ve uzun süreli antibiyotik terapisi uygulanmaktadır. Hastada abse direnaji, i.m. ve oral penisilin tedavisi uygulanmıştır. 6 ay sonraki kontrollerde klinik ve radyografik olarak başarıyla iyileşme gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Aktinomikoz; Maksillofasiyal enfeksiyon; Ekstraoral abse

Actinomycosis is chronic, progressive, relatively uncommon infection of the jaws. This infection is usually caused by Actinomyces israelii which is an anaerobic bacteria. The aim of this article is to show actinomycosis that is one of the rare maxillofacial infection which is resistant to medical therapy. The patient was referred to our department with post operative pain and extraoral abscess, which was not healing, in the left submandibular region after extraction of the impacted wisdom tooth. The final diagnosis was established as actinomycosis consequence of clinical, radiographic and microbiological assessment. Actinomycosis is treated with surgical operation and long-term antibiotic therapy. Patient was treated with abscess drainage, i.m and oral penicilline therapy. After 6 months succesful healing was completely observed in radiographically and clinically.

Key Words: Actinomycosis; Maxillofacial infection; Extraoral abscess

GİRİŞ

Aktinomikoz; Actinomycetaceae familyasında yer alan anaerobik türlerin neden olduğu abseleşme, fistülleşme ve sülfür granülleri ile karakterize kronik , ilerleyici bir enfeksiyon hastalığıdır^{1,2}. Actinomyces israelii aktinomikozdan sorumlu en yaygın tür olmakla birlikte aktinomikoza neden olan diğer önemli Actinomyces türleri A. odontolyticus, A. meyeri, A. naeslundii ve A. viscosus'tur².

Aktinomikoz endojen kaynaklıdır ve insandan insana bulaşmamakta , topraktan ya da sudan da geçmemektedir^{3,4}. Bakteri normalde ağ ız florasında bulunmasına karşın düşük virülansından dolayı ancak sistemik ve lokal predispozan faktörlerin etkisi ile patojenite kazanmaktadır⁵.

İnsanda görülen aktinomikoz olgularının yakla - şık % 60'ı servikofasiyal bölgede , % 22'si abdominal bölgede, % 15'i toraks bölgesinde görülmektedir^{5,6}. En sık etkilenen servikofasiyal bölgeler parotis ,

*İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi A. D.

*Bu olgu 2014 yılında İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Kongresi'nde poster sunumu olarak yer almıştır



submandibuler bezler ve mandibula olup üst çenede ve temporomandibular eklemden nadiren görülür^{5,7}. Erkeklerde oral travmanın daha yoğun olması ve dental hijyenin zayıf olması nedeni ile kadınlardan 2-3 kat, kırsal kesimlerde ise şehir merkezlerinden 10 kat daha fazla görülmektedir^{8,9}. Bununla birlikte, aktinomikozun yaş, cinsiyet, mevsim veya sosyo-ekonomik durumdan etkilenmeyen bir hastalık olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır¹⁰. Bu olgu sunumundaki amacımız; günümüzde nadir görülen maksillofasial enfeksiyonlardan olan aktinomikoz olgusunu sunmak ve tedavisi hakkında bilgi vermektir.

OLGU SUNUMU

24 yaşındaki kadın hasta İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi A.D.'na sol alt çenesinde ekstraoral abse ve ağrı şikayetiyle başvurdu. Hasta öyküsünde 3 ay önce bir klinikte sol alt çeneden gömülü 20 yaş diş operasyonu geçirmesini takiben bu bölgedeki enfeksiyonun uzun süre antibiyotik kullanmasına rağmen devam ettiğini daha sonra da yanağında oluşan şişliğin iyileşmediğini ve zaman zaman şişliğin artıp ağrı yaptığını ifade etmiştir (Resim 1). Hastanın sistemik durumu sorgulanmış, herhangi bir sistemik hastalığının olmadığı öğrenilmiştir. Ancak hastanın oldukça solgun ve zayıf olduğu gözlenmiş, tam kan sayımı istenmiştir. Kan tahlili sonuçlarına göre anemik olduğu görülmüş ve İ.Ü. Dahiliye A.D.'na anemi tedavisi için yönlendirilmiştir. Hastanın ağız içi muayenesinde ağız hijyeninin iyi olduğu, sol alt çenede çürük bir diş olmadığı ve sol alt çenedeki 20 yaş operasyon bölgesinin iyileşmiş olduğu görülmüştür (Resim 2). Hastanın ayrıntılı değerlendirilmesi için dental volümetrik tomografi istenmiştir. Tomografi değerlendirmesinde sol alt çenesinde dişlerle ilişkili olmayan 20 yaş bölgesinden 1. büyük azı dişine doğru uzanan düzensiz radyolüsent alan tespit edilmiştir (Resim 3). Spesifik bir enfeksiyon olabileceği düşünülerek önce hastadan Bilgilendirilmiş Onam Formu alınmış sonra ekstraoral abse direne edilmiştir. Abse içeriğinde sulfur granülleri gözlenmiştir. Alınan biyopsi mikrobiyolojik incelemeye gönderilmiştir. Mikrobiyolojik inceleme sonucunda aktinomikoz teşhisi konulmuştur. (İ.Ü.Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı Protokol no:43417105364) Tedavi olarak hastaya 15 günlük

Penisilin G fosfat 1000000 IU (im) başlanılmıştır. Hasta konsültasyon amacıyla İ.Ü. Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı'na gönderilmiş orada da bizim başladığımız tedavi uygun görülmüştür. I.m penisilin sonrasında 6 ay oral yoldan penisilin (Pen-Os 1g tablet 12 saatte 1) kullanımına devam edilmiştir. Hasta düzenli olarak izlenmiş ve yakınmaları tamamen geçinceye kadar ilaç tedavisi 6 ay boyunca sürdürülmüştür. 6 ay sonrasında hastanın yanağında bulunan şişlik geçmiş (Resim 4) ve alınan panoramik röntgende tamamen iyileşme gözlenmiştir (Resim 5).



Resim 1. Tedavi öncesi ekstraoral görüntü



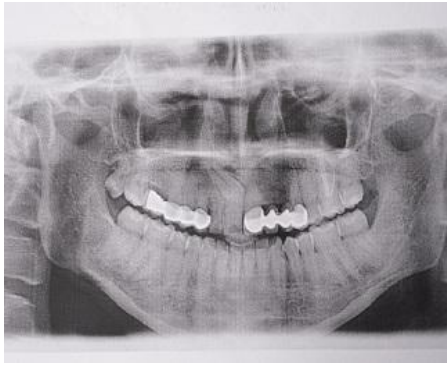
Resim 2. Tedavi öncesi ağız içi görüntü



Resim 3. Tedavi öncesi dental volumetrik tomografi görüntüsü



Resim 4. Tedaviden 6 ay sonra ekstraoral görüntü



Resim 5. Tedaviden 6 ay sonra panoramik röntgen

TARTIŞMA

Aktinomikoz; Actinomycetaceae familyasında yer alan anaerobik türlerden en sık Actinomyces israelii'nin sorumlu olduğu kronik, süpüratif ve granülatöz bir enfeksiyon hastalığıdır^{1,5,11}. Düşük

virülans gösteren bu bakterinin sistemik ve lokal predispozan faktörlerinin etkisi ile enfeksiyona neden olduğu belirtilmektedir^{1,5,11,12}. Günümüzde ilaç sektöründeki gelişmelere ve ağız hijyeni uygulamalarındaki artışa bağlı olarak dünya genelinde daha seyrek görülmeye başlamıştır¹¹.

Travma, dental işlemler ve kötü ağız hijyeninin enfeksiyon başlangıcında etkili olduğu düşünülmektedir¹¹⁻¹³. Olgumuzda; sol alt çeneden gömülü 20 yaş diş çekimini takiben aktinomikoz enfeksiyonu gelişmiştir. Gömülü 20 yaş diş çekimine bağlı oluşan travmanın hastada aktinomikoz gelişmesinde önemli rol oynadığını düşünmekteyiz. Ayrıca hastanın anemik olması sebebiyle de sistemik bir predispozan faktör mevcuttur.

Sıklıkla servikofasiyal bölgede odontojen kaynaklı görülen bu enfeksiyon, maksillada mandibula göre daha nadir görülmektedir^{11,13}. Hastamızda da genel yayılıma uygun olarak enfeksiyon mandibulada gözlenmiştir.

Enfeksiyon yavaş fakat ilerleyici tarzda yıkım meydana getirir. Yumuşak ve sert dokuda etkisini göstererek lokalize, geç iyileşen, fistül ağız bulunan bir lezyon oluşturur. Aktinomikoz, ayırıcı tanısı zor olan bir hastalıktır. Sistemik durum, laboratuvar testleri, mikrobiyolojik testler, biyopsi ve radyografik değerlendirmeler tanı konulmasını kolaylaştırmaktadır. Laboratuvar testleri sonucunda anemi, çok belirgin olmayan lökositoz ve eritrosit sedimantasyon oranında artış görülebilmektedir¹¹. Bu amaçla tedavisine başlamadan önce hastanın sistemik durumu değerlendirilmiştir. Anemi tanısı konmuş ve tedaviye başlanmıştır. Lezyondan biyopsi ile mikrobiyolojik inceleme yapılmıştır. Biyopside sülfür granüllerinin varlığı ve histolojik olarak miks, süpüratif ve granülatöz inflamatuvar reaksiyon, bağ dokusu proliferasyonu görülmesi aktinomikoz tanısını desteklemektedir¹¹. Aerobik ve aneorobik bakterilerin birlikte çoğalması ve A. israelii nin yavaş bir gelişim göstermesi nedeni ile olguların yalnızca % 10-20 'lik bölümünden pozitif kültür elde edilmektedir⁶. Dental volumetrik tomografi lezyonun neoplazma ya da inflamatuvar orijinli olup olmadığı konusunda bilgi verir^[5]. Radyografik ve mikrobiyolojik bulgular olgumuzun teşhisinde etkili olmuştur.

Aktinomikozun ayırıcı tanısında mantar enfeksiyonları göz önünde bulundurulmalıdır. Aktinomikozların diğer mikroorganizmalardan farklı özelliklere sahip

olmalarına rağmen , mantar enfeksiyonlarına benzer karakteristikte enfeksiyona sebep oldukları rapor edilmiştir¹⁴. Özellikle üst çene sinus bölgesini içine alan enfeksiyonlarda mantar enfeksiyonu ayırıcı tanıda akla gelmelidir. Bu noktada mikrobiyolojik inceleme tanıyı koydurucudur¹⁵. İnsandaki aktinomikozlar çoğu kez yanlış teşhis konularak neoplasm olarak düşünülür . İlk başta karsinoma olarak tanı konulan lezyonun biyopsisinin tekrarlanması sonucu patolojinin aktinomikoz enfeksiyonu olduğu rapor edilen olgular literatürde mevcuttur¹⁶.

Hastalığın tedavisi uzun süreli antibiyotik tedavisini ve cerrahi müdahaleyi içerir. Bu tedavi kombinasyonu günümüzde hala geçerliliğini korumaktadır. Cerrahi müdahalede küretajı takiben iyot solüsyonu ile yıkama ve eksizyon uygulanır^{1,5,13}. Aktinomikoz tedavisinde ilk seçenek olarak penisilin grubu antibiyotikler ve ikinci seçenek olarak da tetrasiklin, klindamisin, eritromisin, linkomisin grubu antibiyotikler tercih edilmektedir^{1,5,11}. Bizim de olgumuzda antibiyotik tedavisine ilk seçenek olan penisilin grubu antibiyotik ile başlanmıştır. Tedavi süresinin 6 ay ile 2 yıl arasında değişebileceği araştırmalarda belirtilmektedir⁵. Bizim hastamız da düzenli olarak izlenmiş ve yakınmaları tamamen geçinceye kadar ilaç tedavisi 6 ay boyunca sürdürülmüştür. 6 ay sonrasında hastanın dış görünüşünde ve alınan panoramik röntgende tamamen iyileşme gözlenmiştir.

Aktinomikoz olgularında tedavinin geciktiği ve hastalığın ilerlediği durumlarda komplikasyonlar gözlenebilmektedir. Sinir sistemi komplikasyonları, endokardit, hepatik aktinomikoz, çeneler, kaburgalar ve vertebralarda osteomyelit gibi komplikasyonlarla karşılaşabilmektedir. Bu tip komplikasyonların geliştiği bazı olgularda cerrahi ve antibiyotik tedavisine rağmen olgular ölümle sonuçlanabilmektedir^[10]. Cezairli ve ark.'nın olgu sunumunda olduğu gibi tedaviye başlanmadığı durumlarda aktinomikoz osteomyelitine bağlı patolojik mandibula fraktürü gibi komplikasyonlar meydana gelebilir¹⁷. Bizim olgumuzda erken teşhis ve tedavi yapılmış ve herhangi bir komplikasyon görülmemiştir.

Sonuç olarak; aktinomikoz dental işlemler, travma ve kötü ağız hijyeni sonucu ortaya çıkan, tanısında radyografik, mikrobiyolojik değerlendirme, laboratuvar testleri ve biyopsi gerektiren ayırıcı tanısı zor bir hastalıktır. Erken teşhis ve doğru tedavisi ile vakalarda başarılı sonuç alınmaktadır. Bizim olgumuz-

da 6 ay antibiyotik tedavisi ile cerrahi müdahale gereksinimi olmadan başarılı sonuç elde edilmiştir. Günümüzde antibiyotiklerin sık kullanılması nedeniyle aktinomikoz çene-yüz bölgesinde nadir görülen bir hastalıktır. Ancak aktinomikoz; predispozan faktörlerle birlikte çene-yüz bölgesinde görülebildiğinden, çene-yüz bölgesi enfeksiyonlarında aktinomikozun gözardı edilmemesi gerektiğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Ünür M, Onur ÖD. Ağız Hastalıklarının Tanı ve Tedavisi. 2. baskı. İstanbul, Quintessence Yayıncılık, 2008, s. 205.
2. Kaya D, Demirezen Ş, Beksaç MS. Aktinomikoz Genel Bir Bakış. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2009;29:510-9.
3. Schaal KP. Bergey's Manual of Systematic Bacteriology. 8th ed. Baltimore: Williams & Wilkins Co; 1974. p.1383-419.
4. Karaarslan A. Basic and clinical microbiology . 1st ed. Ankara: Güneş Bookstore; 1999. p.457- 61.
5. Palonta F, Preti G, Vione N, Cavalot AL. Actinomycosis of the masseter muscle: report of a case and review of the literature. J Craniofac Surg, 2003;14:91.
6. Iida T, Takushima A, Asato H, Harii K. Extensive actinomycosis of the face requiring radical resection and facial nerve reconstruction. Plast Reconstr Aesthet Surg, 2006;59:1372-6.
7. Sharkawy A. Cervicofacial actinomycosis and mandibular osteomyelitis. Infect Dis Clin North Am 2007;21:543-56.
8. Hillier S, Moncla B. Manual of Clinical Microbiology. 5th ed. Washington DC: WB Saunders; 1991. p.1700-1.
9. Beier KH, Rusnak RA. Unusual presentation of cervicothoracic actinomycosis complicated by pericardial effusion: a case report. J Emerg Med 1997;15:303-7.
10. Jacobs RF, Schutze GF. Nelson Textbook of Pediatrics. 16th ed. Philadelphia: WB. Saunders Co; 2000. p.823.
11. Özer S, Apaydın A. Aktinomikoz: Olgu Raporu. İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2008;42;1-2:5-9.



12. Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed. St. Lois, Mosby Year Book, Inc, 2003: p. 377-8.
13. Maurer P, Maurer P1, Otto C, Eckert AW, Schubert J. Actinomycosis as a rare complication of orthognathic surgery. Int J Adult Orthodon Orthognath Surg, 2002;17: 230.
14. Rothschild B, Naples V, Barbian L. Bone manifestations of actinomycosis. Ann Diagn Pathol 2006;10:24-7.
15. Yanık S, Eęe B, Keskinrüzgar A, Aras MH, Ay S. Maksiller sinüsle ilişkili aktinomiğes enfeksiyonu: vaka raporu. Cumhuriyet Dent J 2013;16:133-7
16. Pradhan S, Datta NR, Prasad KN, Ayvagari S, Pandey R. Actinomycosis mimicking carcinoma of the maxillary sinus, Indian J Cancer 1993;30:1-4.
17. Cezairli B, Yıldız K, andırlı C, Üngör C. Aktinomikoz osteomyelitine bağlı patolojik mandibular fraktürü: Olgu sunumu. J Dent Fac Atatürk Uni, 2014;Suppl.8:36-40.

Yazıřma Adresi

Özlem FİLİZ BAYAR
Site Mah. Sancar Sok. No:39 D:50
Ümraniye/ İstanbul
Tlf: 0530 2083998
e-mail: ozlemflz@gmail.com

