

Skrotum ve Memede Malign Kitle Ön Tanısı Alan İki Farklı Aktinomikoz Olgusu

Two Different Actinomycosis Cases Presented With Mass, Prediagnosed As Malignancy in Breast and Scrotum

Gönül Çiçek-Şentürk¹, Fatma Aybala Altay¹, Fulya Köybaşıoğlu², Ayşegül Ulu-Kılıç³, Emine Öztürk⁴, Yurdağül Albayrak¹, İrfan Şencan¹

¹Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

²Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Laboratuvarı, Ankara, Türkiye

³Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

⁴Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Laboratuvarı, Ankara, Türkiye

Özet

Aktinomikoz, apse formasyonu, doku fibrozu ve drene olan sinüs enfeksiyonuyla karakterize hastalık tablosu yapar. Aktinomikoz enfeksiyonlarına genelde *Actinomyces israelii* neden olur. Aktinomikoz enfeksiyonları sıklıkla servikofasiyal, torasik, abdominopelvik ve santral sinir sistemini tutar. Primer meme ve skrotum aktinomikozu çok nadir görülen bir durumdur. Bu makalede sağ memede kitle, apse nedeniyle takip edilen meme aktinomikozlu 26 yaşında kadın hastayla 39 yaşında skrotal kitle nedeniyle takip edilen skrotal aktinomikozlu iki hasta ele alınmıştır. Her iki hastada da başlangıçtaki klinik ve görüntüleme yöntemleri malignite lehine yorumlanmış, ancak histopatolojik olarak aktinomikoz tanısı koyulmuştur. Skrotal aktinomikozlu hastaya kombine medikal ve cerrahi, meme aktinomikozlu hastaya medikal tedavi başarıyla uygulanmış, her iki hastada da takip edilen bir yıl içinde relaps gözlenmemiştir. *Klimik Dergisi 2013; 26(3): 122-5.*

Anahtar Sözcükler: Aktinomikoz, memede apse ve kitle, skrotal kitle, malignite.

Abstract

Actinomycosis is a disease characterized by abscess formation, tissue fibrosis and drained sinus infections usually caused by *Actinomyces israelii*. Actinomycosis infections often involve cervicofacial, thoracic, abdominopelvic areas and central nervous system. Primary actinomycosis of either breast or scrotum is very rare. Aged 26 and 39 respectively, two actinomycosis patients who were followed with mass, in breast accompanied by abscess in the former and in scrotum in the latter, are discussed in this article. With each of the patients, initial clinical and imaging results were both evaluated as findings of malignancy but actinomycosis was the final diagnosis in the histopathological evaluation. Scrotal actinomycosis patient had been treated by combined medical and surgical approach, while breast actinomycosis patient had received medical treatment only. After successful treatment, no relapse was observed in both patients after one-year of follow up period. *Klimik Dergisi 2013; 26(3): 122-5.*

Key Words: Actinomycosis, breast abscess and mass, scrotal mass, malignancy.

Giriş

Aktinomikoz, apse, doku fibrozu ve drene olan sinüs- le karakterize bir enfeksiyon hastalığıdır. Etken olan *Actinomyces* türleri sporsuz, anaerop veya mikroaerofiliktir. Gram-pozitif, pleomorf, difteroid ya da kırılğan filamentöz bakterilerdir. *Actinomyces* türleri orofarinks, gastro-intestinal trakt ve kadın genital traktının normal florasında bulunabilirler. Bu nedenle insanlar, aktinomikoz enfeksiyonlarına neden olan *Actinomyces* türleri için doğal rezervuardırlar. İnsandan insana geçiş bildirilmemiştir.

Endojen florada bulduklarından dolayı mukozal bariyer hasarı, patogeneizde kritik öneme sahiptir. Ağızdan rektuma kadar herhangi bir girişimsel işlem (dental ve diğer cerrahi işlemler) veya travma, *Actinomyces* türlerinin giriş kapısıdır. Primer meme ve skrotum aktinomikozu nadir görülen bir durumdur (1,2).

Olgular

Olgu 1: Sağ memesinde şişlik ve kanlı pürülan akıntı olan 26 yaşında kadın hastaya, birinci basamak sağlık

Yazışma Adresi / Address for Correspondence:

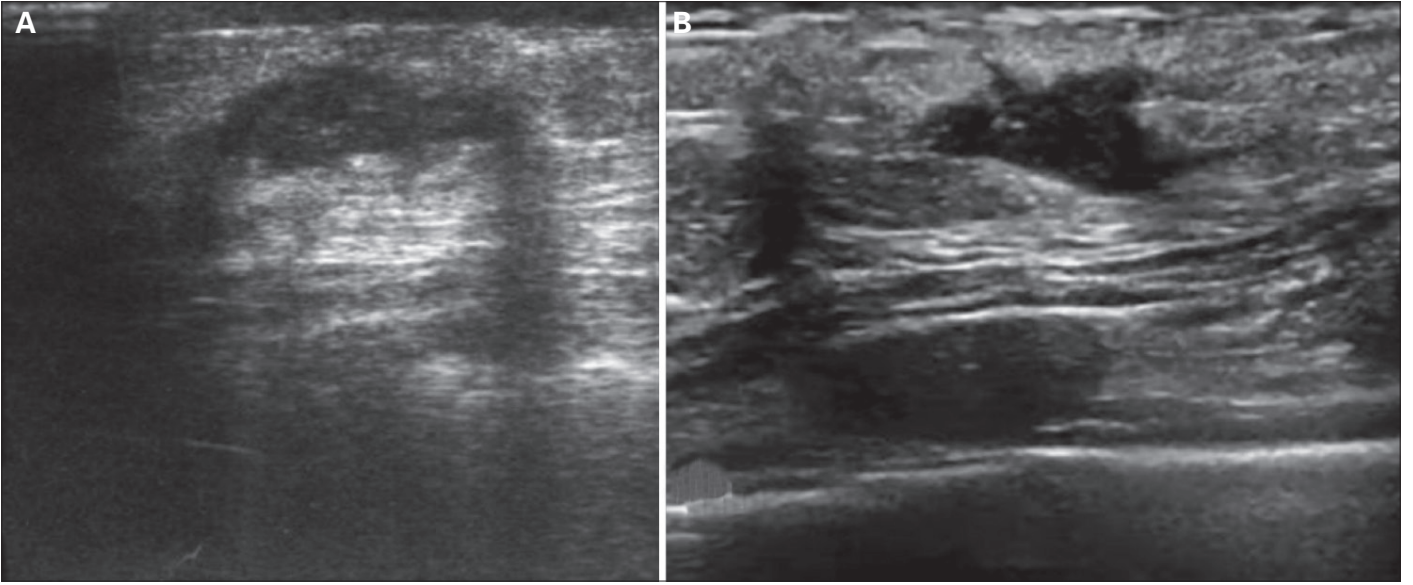
Gönül Çiçek-Şentürk, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Tel./Phone: +90 312 596 20 00 Faks/Fax: +90 312 318 66 90 E-posta/E-mail: drgonulcicek@hotmail.com

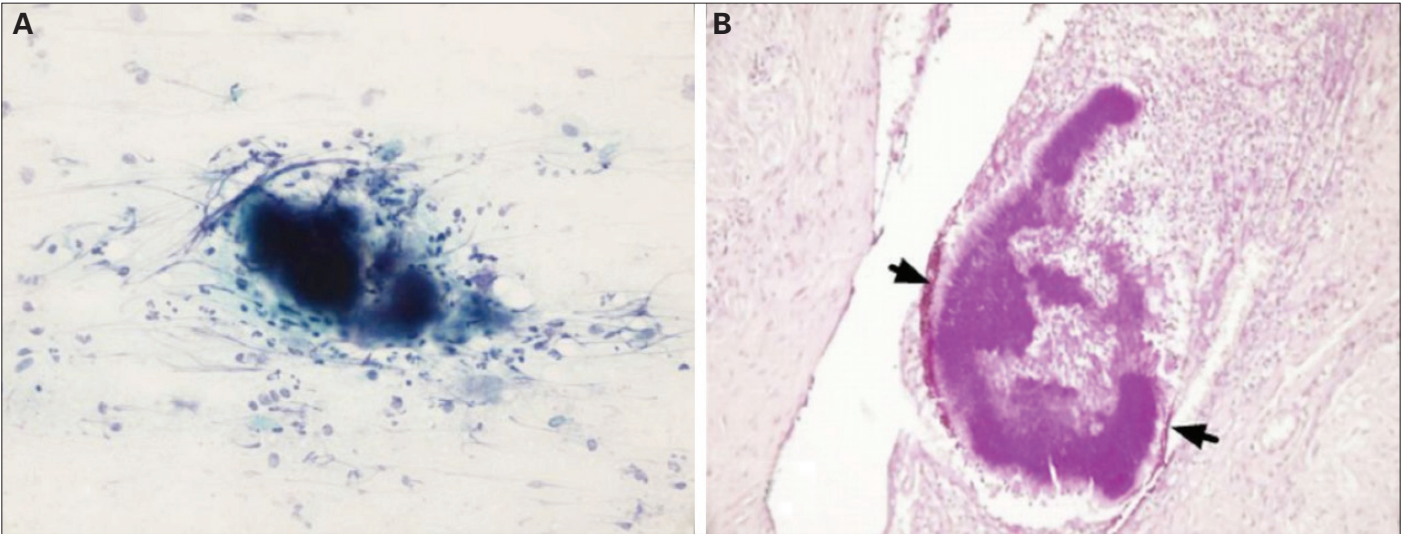
(Geliş / Received: 2 Mayıs / May 2013; Kabul / Accepted: 21 Kasım / November 2013)

DOI: 10.5152/kd.2013.35





Resim 1. A. USG incelemesinde sağ meme alt iç kadranda milimetrik anekoik alanlar içeren, posterior akustik güçlenmesi olan hipoeoik solid alan izleniyor. **B.** Tedaviyi takiben yapılan USG'de sınırları düzensiz olan kuşku maligen kriterde solid kitle izleniyor.



Resim 2. A. Debrili granüler zeminde yoğunlaşmış görünümde, yer yer periferinde ışınal fibriller düzenlenmeler gözlenen, granülleri seçilen *Actinomyces* toplulukları (200x PAP). **B.** Mikst inflamatuvar hücrelerin arasında *Actinomyces* kümeleri (400x HE).

kuruluşunda 14 gün siprofloksasin tedavisi verildiği, ancak şikayetlerinin gerilemediği öğrenilmiştir. Hastanemizin genel cerrahi polikliniğine başvuran hastanın fizik muayenesinde sağ memede sert ağrılı, hareketsiz şişlik tespit edilmiştir. Hematolojik ve biyokimyasal testleri normal olan hastanın meme ultrasonografi (USG) görüntülemesinde, sağ memede saat 4 hizasında 13x7 mm boyutlarında ciltle bağlantısı olan milimetrik anekoik alanlar içeren, posterior akustik güçlenmesi olan hipoeoik solid alan (organize apse) (Resim 1A) ve sağ aksillada 12x7 mm boyutlarında lenfadenopati tespit edilmiştir. Hastaya meme biyopsisi yapılmış, biyopsi sonucu kronik aktif inflamasyon, *Actinomyces* kolonizasyonu olarak yorumlanmıştır. Yayma preparatlarında, debrili granüler zeminde yoğunlaşmış görünümde, yer yer periferinde ışınal fibriller düzenlenmeler gözlenen, granülleri seçilen *Actinomyces* toplulukları görülmüştür (Resim 2A).

Hasta, 14 günlük 2x1000 mg oral penisilin tedavisi sonunda, kontrol USG'de malign patoloji ekarte edilemeyerek tarafımızca değerlendirilmiştir (Resim 1B).

Hastanın öyküsünde emzirme veya memeye yönelik travma yoktu. Hematolojik ve biyokimyasal testleri normaldi. Hastanın tanısını doğrulamak amacıyla USG eşliğinde inceleme için aspirasyon biyopsisi (İİAB) tekrar edildi. Patoloji sonucu tekrar aktinomikoz infeksiyonuyla uyumlu geldi.

Hastaya dört hafta boyunca ampisilin 50 mg/kg/gün İV verildi. Kontrol USG'de lezyonlarda belirgin gerileme saptandı. Hasta 4x500 mg/gün oral amoksisilin tedavisiyle taburcu edildi. Tedavinin üçüncü ayında çekilen kontrol USG'de lezyonların tamamen gerilediği saptandı. Tedavi sonlandırıldı. Takip eden bir yıl içinde hastada relaps görülmedi.

Olgu 2: Skrotumunda ağrı ve şişlik şikayetiyle üç hafta poliklinikten takip edilmiş olan 39 yaşında erkek hastanın, beş

yıl önce gluteal bölgede pilonidal sinüs nedeniyle opere edilmiş olduğu öğrenildi. Rutin biyokimyasal ve hematolojik testleri normal olan hastanın USG muayenesinde skrotum derisi kalındı ve subkütan dokuda nodül tespit edilmişti. Klinik ve görüntüleme yöntemi bulguları malignite lehine yorumlandı-ğından hastaya parsiyel skrotektomi uygulanmıştı.

Histopatolojik olarak yayma preparatlarında nötrofiller tarafından çevrelenmiş *Actinomyces* kolonileri görülen (Resim 2B) hasta tarafımızca değerlendirildi. Hastaya dört hafta 50 mg/gün İV ampisilin, devamında 4x500 mg/gün oral amoksisilin tedavisi verildi. Tedavinin sekizinci haftasında perianal fistülden sızıntı oluştu. Perianal bölgenin yüzeysel USG incelemesinde, subkütan dokuda lokalize internal ekojeniteler içeren 7x7 mm hipoekoik lezyon görüldü. Tekrarlanan mikrobiyolojik ve histopatolojik tetkiklerde önemli bir bulguya rastlanmadı. Toplam tedavinin 10. haftasında fistülü iyileşen hastanın tedavisi üç aya tamamlandı. Takip eden bir yıl içinde hastada relaps gözlenmedi.

İrdeleme

Actinomyces türleri endojen floranın üyesi olduklarından patogeneizde travma ve yabancı cisim varlığı önemli rol oynar. İnsanda aktinomikoz en sık servikofasiyal bölgede görülür. Tonsillektomi ameliyatı yapılan olguların retrospektif olarak değerlendirildiği bir çalışmada, klinik olarak malignite şüphesi olan 115 olgunun cerrahi materyalleri, histopatolojik olarak incelenmiş ve bunların %27.8'inde *Actinomyces* kolonileri saptanmıştır (3). Primer meme ve skrotum aktinomikozu çok nadir görülen bir durumdur. Primer meme aktinomikozunda etken memeden direkt inokülasyonla girer. Bu durum travma ve laktasyon sonucu meydana gelir. Sekonder meme aktinomikozuysa pulmoner infeksiyonun direkt yayılımıyla oluşmaktadır (4,5). Bizim meme aktinomikozlu hastamızda pulmoner infeksiyon yoktu. Anamnez sorgulamasında travma ve laktasyon tarif etmedi. Ancak hastanın çiftçi olması nedeniyle biz patogeneizde travmanın muhtemel olacağını düşündük. Skrotal aktinomikozlu hastamızdaysa pilonidal sinüs operasyonu hariç risk faktörü yoktu. Pilonidal sinüs, sakrokoksigeal bölgede sıklıkla uzun süreli inflamasyona neden olmaktadır. Bu durum aktinomikoz infeksiyonuna eğilimi artırmaktadır. Daha önce pilonidal sinüsle aktinomikoz infeksiyonu arasındaki ilişki rapor edilmiştir (6). Primer skrotal aktinomikoz nadir olarak daha önce bildirilmiştir (7,8). Bununla birlikte genellikle perianal aktinomikozun skrotuma yayılımı daha sık karşılaşılan bir durumdur (9).

Klinik ve laboratuvar bulgular aktinomikoz infeksiyonlarında genellikle normaldir. Her iki hastamızda da klinik olarak sistemik infeksiyon bulguları saptanmadı, ayrıca beyaz küre, C-reaktif protein ve sedimantasyon değerleri normaldi.

Aktinomikoz infeksiyonları, subakut veya kronik, reküran apse formasyonunda, doku fibrozu ve sinüs drenajıyla karakterizedir. Sinüs traktı akıntısı pürülan veya kanlı olabilir. Primer meme aktinomikozu memenin inflamatuvar kanserleriyle karışabilmektedir (10). Bizim meme aktinomikozlu hastamızda, ilk yapılan İLAB ile alınan materyalin histopatolojik inceleme sonucu aktinomikoz lehine değerlendirilmiş olup, verilen antibiyotik tedavisi sonrası yapılan kontrol görüntülemeye malignite yine ekarte edilememiştir. Aynı hastaya tekrar İLAB

yapılmış, alınan materyalin histopatolojik inceleme sonucu yine aktinomikozla uyumlu gelmiştir. Aktinomikoz infeksiyonları genellikle granülasyon ve doku fibrozu oluşturduğundan bu lezyonların tüberküloz gibi kronik granülom yapan infeksiyonlardan ve malignitelere ayırt edilmesi gerekir. Daha önce de memenin inflamatuvar karsinomunu taklit eden meme aktinomikozları rapor edilmiştir (10).

Meme aktinomikozunda mamografide düzensiz kenarlı kitle veya asimetrik dansite, ciltte kalınlaşma, USG'de sıklıkla meme başı arkasında yerleşen kalın cidarlı koleksiyon (apse) veya cilde fistülizasyon gösteren koleksiyon alanları izlenebilir (10). Bizim olgumuzda aktinomikoz lezyonu ulaşabildiğimiz literatürde bildirilenlerden farklı olarak USG'de meme başından uzakta yerleşim gösteren, solid görünümü, sınırları net seçilemeyen kitleyle uyumluydu. Olgumuza yaşı nedeniyle mamografi incelemesi yapılmadı. Meme aktinomikozunda mamografi ve meme USG incelemeleri, memedeki lezyonların varlığını ve yaygınlığını tespit etmek ve tedavi yanıtını değerlendirmek için kullanılan tanı yöntemleridir. Bu yöntemlerle memedeki lezyonların inflamatuvar bir prosese ait olabileceği düşünülebilir; ancak kesin tanı histopatolojik incelemeyle koyulur.

Skrotal aktinomikozlu hastamızda da başlangıçta hem klinik hem de görüntüleme yöntemleri malignite lehine yorumlanmış, ancak tanı histopatolojik incelemeyle koyulmuştur.

Aktinomikoz tanısı en çok atlanan hastalıklardan biridir. Aktinomikozun kesin tanısı klinik örneklerden, *Actinomyces* türlerinin kültürde üretilmesiyle koyulur (2). Ancak genellikle bakterinin üremesi için anaerob ortam gerektiğinden kültür sadece %50 hastada olumlu sonuç vermektedir (10). Tanı genellikle histopatolojik incelemede karakteristik sülfür granüllerinin ve/veya bakteri kolonilerinin görülmesiyle koyulur (2). Biz de her iki hastanın tanısını histopatolojik incelemeyle koyduk.

Aktinomikoz tedavisinde kombine medikal ve cerrahi veya tek başına medikal tedavi uygulanabilir. *Actinomyces* türleri penisilinler, kloramfenikol, tetrasiklinler, eritromisin, klindamisin, imipenem, streptomisin ve sefalosporinlere duyarlıdır. Florokinolonlar, aztreonam, fosfomisin ve aminoglikozidler bu mikroorganizmalara karşı düşük aktivite gösterdiklerinden tedavide kullanılmazlar (2). Tedavide ilk seçilecek ajanlar penisilin grubudur. Penisilin, ampisilin ve amoksisilin ardışık tedavide kullanılabilir. Biz kullanım kolaylığı açısından, başlangıçta da İV ampisilin kullanmayı tercih ettik. Kombine medikal ve cerrahi tedavi sıklıkla göğüs, batin, pelvis ve santral sinir sistemi aktinomikozu gibi komplike olgularda gerekir. Ancak tek başına cerrahi tedavi yeterli değildir (1). Biz de skrotal aktinomikozlu hastaya kombine medikal ve cerrahi tedavi, meme aktinomikozlu hastaya sadece medikal tedavi uyguladık. Meme aktinomikozlu hastamız iki hafta oral penisilin tedavisi almaya rağmen, kontrol USG'de lezyonları gerilememiştir. Biz bu durumu yetersiz tedavi olarak değerlendirdik. Bir yıllık izlem sonucunda her iki hastamızda da relaps gözlemedik.

Sonuç olarak, aktinomikoz infeksiyonları sıklıkla servikofasiyal, torasik, abdominopelvik tutulumun yanı sıra santral sinir sistemini ve nadir olarak diğer vücut bölgelerini tutarak kronik süpüratif infeksiyona neden olabilir. Bu nedenle tanı koyulamayan kronik süpüratif, granülamatöz infeksiyonlarda veya malignite ekarte edilemeyen kitle lezyonlarında ayırıcı tanıda aktinomikoz da düşünülebilir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

1. Russo TA. Agents of actinomycosis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 7th ed. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone Elsevier, 2010: 3209-19. [\[CrossRef\]](#)
2. Smego RA Jr, Foglia G. Actinomycosis. *Clin Infect Dis*. 1998; 26(6): 1255-63. [\[CrossRef\]](#)
3. Altuntaş EE, Engin A, Özer H, Müderris S. Tonsillektomize hastalarda aktinomikoz insidansı: 115 olgunun histopatolojik bulguları ve dil kökünde nadir bir aktinomikoz lokalizasyonu. *Klimik Derg*. 2010; 23(2): 55-9.
4. Salmasi A, Asgari M, Khodadadi N, Rezaee A. Primary actinomycosis of the breast presenting as a breast mass. *Breast Care (Basel)*. 2010; 5(2): 105-7. [\[CrossRef\]](#)
5. Kapotsis GE, Daniil Z, Klimopoulos S, et al. A painful and swollen right breast in a young male. *Eur Respir J*. 2004; 24(6): 1066-8. [\[CrossRef\]](#)
6. Chikkamuniyappa S, Scott RS, Furman J. Pilonidal sinus of the glans penis associated with actinomyces case reports and review of literature. *Scientific World Journal*. 2004; 4: 908-12. [\[CrossRef\]](#)
7. Romano C, Massai L, De Aloe GB, Schurfeld K, Miracco C. A case of primary cutaneous actinomycosis. *Acta Derm Venereol*. 2002; 82(2): 144-5. [\[CrossRef\]](#)
8. Jani AN, Casibang V, Mufarrij WA. Disseminated actinomycosis presenting as a testicular mass: a case report. *J Urol*. 1990; 143(5): 1012-4.
9. Coremans G, Margaritis V, Van Poppel HP, et al. Actinomycosis, a rare and unsuspected cause of anal fistulous abscess: report of three cases and review of the literature. *Dis Colon Rectum*. 2005; 48(3): 575-81. [\[CrossRef\]](#)
10. de Barros N, Issa FK, Barros AC, et al. Imaging of primary actinomycosis of the breast. *AJR Am J Roentgenol*. 2000; 174(6): 1784-6. [\[CrossRef\]](#)