

# Penisilin G ile Tedavi Edilen Abdominal Duvara İnvaze Omental Aktinomikoz: Bir Olgu Sunumu

## *Omental Actinomycosis with Abdominal Wall Invasion Treated by Penicillin G: A Case Report*

Berna Hocaoğlu<sup>1</sup>, Mustafa Fikretler<sup>2</sup>, Adnan Aras<sup>3</sup>, Şükrü Gökhan Gürkaynak<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Özel Haliç Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Özel Haliç Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

<sup>3</sup>Özel Haliç Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

<sup>4</sup>Özel Haliç Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

### Özet

Aktinomikoz, seyrek görülen süpüratif bir enfeksiyondur. *Actinomyces* türleri, genital sistem mukozal yüzeylerinin normal flora elemanları olmakla birlikte, bu mukozal yüzeylerde meydana gelen zedelenmelere bağlı olarak fırsatçı enfeksiyonlara neden olabilmektedirler. Omentum majus'ta aktinomikoz, çok seyrek görülmekle birlikte, ateş, lökositoz ve omental kitlesi olan vakalarda ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Aktinomikoz, yanlışlıkla malign tümör tanısı alan, teşhisi zor bir hastalıktır. Bu olgu sunumunda, abdominal duvarda yerleşimli, yanlışlıkla tümör ön tanısı almış olan ve cerrahi sonrası tanısı konulan omental aktinomikoz olgusu sunulmuştur. *Klimik Dergisi* 2011; 24(2): 135-7.

**Anahtar Sözcükler:** Aktinomikoz, omentum, penisilin G.

### Abstract

Actinomycosis is an uncommon suppurative infection. The *Actinomyces* species can cause opportunistic infections due to the disruption of the mucosal surface of the genital system although they are normal inhabitants of this surface. Actinomycosis of the greater omentum, though rare, should be included in the differential diagnosis of an omental mass, especially in patients with fever and leukocytosis. It can often be mistaken for a malignant tumor and presents a diagnostic dilemma. We report a case of omental actinomycosis with abdominal wall invasion, definitely diagnosed after surgery, which initially presented as a tumor. *Klimik Dergisi* 2011; 24(2): 135-7.

**Key Words:** Actinomycosis, omentum, penicillin G.

### Giriş

Aktinomikoz, anaerob Gram-pozitif bakterilerin neden olduğu kronik, fistül oluşumuna neden olabilen ve yayılabilen bir hastalıktır (1). İnsanda aktinomikoza yol açan *Actinomyces israelii*, *A. naeslundii*, *A. odontolyticus*, *A. viscosus*, *A. meyeri*, *A. pyogenes*, *Propionibacterium propionica* ve *Bifidobacterium dentium* adı verilen en az yedi *Actinomyces* türü vardır; ancak hastalığın %75-95'i *A. israelii* tarafından oluşturulur (1,2). Mukozanın normal endojen florası olan *Actinomyces*'ler, mukoza bütünlüğü bozulmadıkça giriş kapısı bulamazlar (1,3-6) ve immünoşüpresyon bile kolaylaştırıcı bir faktör değildir (1). Doğrudan üretilemezler ve hastadan

hastaya bulaşma saptanmamıştır (2). Aktinomikozların servikofasiyal, torasik, abdominal, pelvik, disemine ve merkezi sinir sistemine yerleşen klinik formları vardır (1,2,5). En sık %55 oranla servikofasiyal yerleşimlidir; ortalama %20'si abdominal yerleşimlidir. Birçok fungal mikroorganizmanın neden olduğu enfeksiyon klinik olarak aktinomikoza benzediği için, aktinomikoza tanı genellikle zamanında konulamamakta ya da yanlış tanı konulmakta, buna bağlı olarak da yanlış tedavi uygulanmaktadır. Birçok olguda doğru tanı ancak cerrahi işlemlerden sonra verilebilmektedir (7,8). Bu olgu sunumunda hastanemizde omental kitle nedeniyle operasyona alınmış olan ve ancak cerrahi işlem sonrası histopato-

### Yazışma Adresi / Address for Correspondence:

Berna Hocaoğlu, Özel Haliç Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Eyüp, İstanbul, Türkiye

Tel./Phone: +90 212 627 10 80 Faks/Fax: +90 212 627 11 22 E-posta/E-mail: bernahocaoglu@hotmail.com

(Geliş / Received: 10 Ocak / January 2011; Kabul / Accepted: 11 Mayıs / May 2011)

doi:10.5152/kd.2011.34

lojik incelemeyle tanı konulabilmiş bir omental aktinomikoz olgusu sunulmuştur.

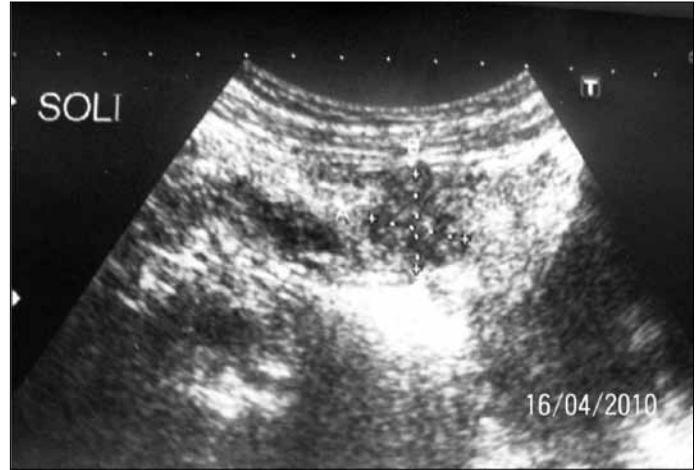
### Olgu

Üç aydan beri karın ağrısı, bulantı, kusma, zaman zaman 37.5°C'yi bulan ateş yakınmaları olan 49 yaşındaki kadın hasta, son 10 günlük periyotta şikayetlerinin artması üzerine Genel Cerrahi Polikliniğine başvurmuştur. Anamnezinde, hastaya 2 yıl önce rahim içi araç (RIA) takıldığı saptanmıştır. RIA'nın takılmasından 6 ay sonra başlayan ve zaman zaman tekrarlayan vaginal infeksiyonları karşısında, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği tarafından birkaç kez kültür alınmadan tedavi uygulanmıştır. Hastanın laboratuvar incelemelerinde tüm testleri normal bulunmuştur. Karında defans ve ağrı nedeniyle yapılan alt karın ultrasonografisi (USG)'nde, karın sol alt kadranda sigmoid kolona uyan lokalizasyonda barsak duvarında kalınlaşma ve komşuluğunda 20x21 mm boyutlu, heterojen yapıda kitle lezyon imajı bulunmuştur (Resim 1). Kolonoskopik inceleme normal bulunmuştur. Yapılan alt karın bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde, batın sol alt kadranda sigmoid kolonla ilişkili olduğu düşünülen düzensiz konturlu, heterojen iç yapıda, çevre yağlı dokularda kirlenmeye yol açan, kontrast sonrası incelemelerde kontrast tuttuğu görülen yaklaşık 20x22 mm çaplı, solid kitle lezyonu tespit edilerek ön planda tümör düşünülmüştür (Resim 2). Hastadan ameliyat öncesi bilgilendirilmiş onam alınarak genel anestezi altında yapılan eksplorasyonda, omentum majus'un en alt kısmında 9x6 cm'lik karın duvarına yapışık kitle eksize edilmiştir. Histopatolojik inceleme sonucu, *Actinomyces* ile uyumlu bakteri kolonileri içeren apse tanısı konulmuştur (Resim 3). Hastaya ameliyat sonrası 45 gün penisilin G 20 milyon Ü/gün IV olarak verilmiş ve oral amoksisilin 3x500 mg/gün ile taburcu edilerek tedavisinin 4 ayda tamamlanması planlanmıştır.

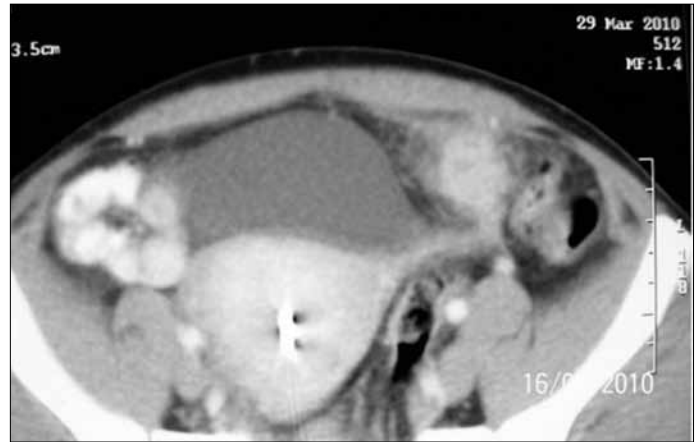
### İrdeleme

Abdominal aktinomikoz, başlangıçta sinsi seyreden ve semptomları belirsiz olan nadir bir durumdur (2). Olguların %65'inde perforé apandisit veya ülser hikayesi vardır. Hastalığın diğer nedenleri arasında divertikülit, inflamatuvar barsak hastalığı, RIA kullanımı, travma, intraabdominal yabancı cisim bulunması ve hastanın cerrahi girişim geçirmiş olması sayılabilir (1,7). Omental kitleler kistik ve solid olmak üzere ikiye ayrılır. Solid kitleler, primer neoplazi, sekonder neoplazi veya inflamatuvar ve infeksiyöz süreçler olabilir.

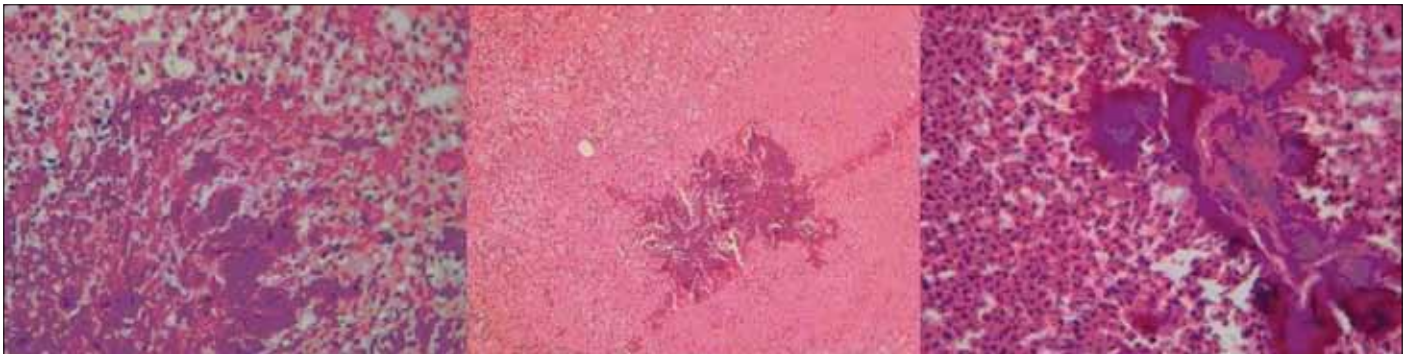
İnfeksiyöz nedenler arasında en sık omental tüberküloz %38'lik bir oranla yer almaktadır. Diğer infeksiyöz neden ise aktinomikozdur (2). Omental aktinomikoz, USG, klinik ve radyolojik bulgularla kolayca tanı konulamayan nadir bir hastalık olmasına rağmen, omental kitlelerde ayırıcı tanıda akla gelmesi gereken bir infeksiyon hastalığıdır (1,2). Bulgular nonspesifik olmakla birlikte, BT'de homojen olmayan kontrast tutulumlu infiltratif kitle varlığında, özellikle hastada lökositoz ve ateş varsa, ayırıcı tanıda akla gelmesi gereken bir hastalıktır



**Resim 1.** Alt karın ultrasonografisinde sol alt kadranda heterojen yapıda kitle lezyon imajı.



**Resim 2.** Alt karın bilgisayarlı tomografisinde sol alt kadranda solid kitle lezyon imajı.



**Resim 3.** Morfolojik olarak *Actinomyces* ile uyumlu bakteri kolonileri içeren apse.

(6). RİA gibi yabancı bir cisim varlığında, doku yüzeyinde meydana gelen zedelenme nedeniyle doku redoks potansiyeli düşer ve bölgesel korunma zayıflar. Buna bağlı olarak da *Actinomyces* türleri çoğalma ve dokuyu istila etme fırsatı bulabilirler (3). Erken tanı konulamayan ve dolayısıyla erken tedavi edilemeyen vakalarda, infeksiyonun ilerlemesiyle doku fibrozu ve abdominal bölgede apseler meydana gelmektedir. Tedavi edilmediği takdirde ölümcül olabilen infeksiyonlara neden olmaktadır (2). RİA kullanımında, RİA'nın iplik kısmının steril endometriyuma infeksiyon taşıyıcı aracı olması ve servikal mukus tıkaçını bozması nedenleriyle infeksiyon vaginadan endoserviks, endometriuma, tüplere ve overlere geçmektedir. RİA kullanan kadınlar arasında *Actinomyces* görülme sıklığının, RİA'nın kullanım süresi ve tipiyle ilişkili olduğu rapor edilmiştir. Pelvik aktinomikozlu hastaların %85'inin üç yıldan fazla bir süredir RİA kullandıkları tespit edilmiştir (3).

Olgumuzda da, 2 yıldır RİA kullanım öyküsü bulunmaktadır. Önce servisit ve endometrit gelişir ve çok az bir kısmında pelvik organlar olaya karışarak pelvik aktinomikoz oluşur. Vakamızda da zaman zaman tekrarlayan vaginal infeksiyon öyküsü bulunmaktadır. Klinik gidişi genellikle subakut veya kroniktir. Ateş, karın ağrısı, kilo kaybı ve vaginal kanama veya akıntı, sık görülen semptomlardır. Olgumuzun kliniği subakuttur ve alt kadran ağrısı, subfebril ateş bulunmakta, lökositoz ve infeksiyon bulguları bulunmamaktadır (1,2). Aktinomikozun tanısı için genellikle lezyonlardan alınan irin, balgam, vaginal akıntı, fistül içeriği ya da doku biyopsi örnekleri incelenmektedir. Bununla birlikte, örneklerde *Actinomyces*'i tanımlamak, diğer filamantöz ve anaerob bakteriler nedeniyle oldukça zordur. Bu nedenle tanı zamanında konulamamakta ya da yanlış tanı konmakta, buna bağlı olarak da yanlış tedavi uygulanmaktadır (2). Klinik ve radyolojik bulgular aktinomikoz için özgül olmadığı ve çok çeşitli olduğu için, olguların %90'ında tanı olgumuzda da olduğu gibi cerrahi işlemden sonra konulabilmektedir. *Actinomyces* türlerinin teşhisi zor olduğu için, cerrahi işlemden önce aktinomikotik kitleleri malign tümörlerden ayırt etmenin zor olduğu da bildirilmektedir. Bizim olgumuzda da ön tanı malignite üzerinde yoğunlaşmıştır. Aktinomikozdan şüphelenildiğinde, BT eşliğinde aspirasyon biyopsisi oldukça yardımcıdır. Cerrahi girişim, nekrotik dokuların debridmanında, persistan sinüslerin uzaklaştırılmasında ve kesin tanıda yararlıdır. Apse formasyonu gelişen aktinomikozun tedavisi cerrahi ve antibiyoterapidir (2,8). Son yayınlar, cerrahi rezeksiyon ve

kısa süreli antibiyoterapinin yeterli olduğu yönündedir (2,7). Günümüzde de ilk tercih hâlâ penisilindir. Derin yerleşimli infeksiyonların tedavisinde, intravenöz olarak 4-6 hafta süre ile 10-20 milyon Ü/gün penisilin G ve bunu takiben günde 4-6 gr oral penisilin V tavsiye edilmektedir (1). Oral tedavinin hastanın durumuna göre 6-18 aya veya lezyonlar tamamen kayboluncaya kadar devam etmesi gerektiği de bildirilmektedir. Penisilin alerjisi olan hastalar için tetrasiklin, eritromisin, doksisisiklin, klindamisin, imipenem, seftriakson ve siprofloksasin kullanılabilecek diğer ilaçlar olarak bildirilmektedir. Olgumuzda tanımlanan klinik ve laboratuvar bulguları ile hastaya ameliyat sonrası 45 gün penisilin G 20 milyon Ü/gün intravenöz olarak verildi. Ardından hasta oral amoksisilin 3x500 mg/gün ile taburcu edilerek, tedavisinin 4 ayda tamamlanması planlandı.

Sonuç olarak, bulgular nonspesifik olmakla birlikte, hastada uzun süreli RİA kullanım öyküsü, ateş, lökositoz ve karın tomografisinde homojen olmayan kontrast tutulumlu infiltratif kitle varlığı mevcutsa abdominal aktinomikoz ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

#### Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

#### Kaynaklar

1. Mert A, Tabak F, Dumankar A, et al. Penisilin ile tedavi edilen bir pelvik aktinomikoz olgusu. *Klimik Derg.* 1996; 9(2): 68-9.
2. Kaya D, Demirezen Ş, Beksaç MS. Aktinomikozu genel bir bakış. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi.* 2009; 29(2): 510-9.
3. Kaya D, Demirezen Ş, Beksaç MS. Genital aktinomikoz gelişiminde rol oynayan faktörler. *Klimik Derg.* 2008; 21(1) :3-6.
4. Abela J, Sciberras J, Meilak M, Felice AG, Degaetano J. Omental actinomycosis presenting with right lower quadrant abdominal pain. *J Clin Pathol.* 2004; 57(6): 671.
5. Karagulle E, Turan H, Turk E, Kiyici H, Yildirim E, Moray G. Abdominal actinomycosis mimicking acute appendicitis. *Can J Surg.* 2008; 51(5): E109-10.
6. Chou A, Hung C, Tsen J, Pan K, Yen P. Ultrasound and CT findings of actinomycosis of the greater omentum. *Chin J Radiol.* 2003; 28(3): 189-92.
7. Tsou KF, Yu CY, Hsu WH, Juan, YH, Huang, GS, Chang, WC. Omental actinomycosis with abdominal wall invasion: a case report. *Infect Dis Clin Pract.* 2010; 18(5): 332-3. [\[Crossref\]](#)
8. Sandin RL, Greene JN, Sarzier JS, et al. Pelvicobdominal actinomycosis associated with an intrauterine contraceptive device. A case of liver dissemination mimicking metastatic ovarian cancer. *Ann Clin Lab Sci.* 1993; 23(6): 448-55.