

BİR VAK'A DOLAYISIYLA AKTİNOMİKÖZİS

Dr. Kadir Güngör (x)

Dr. Gönül Ergenekon (xx)

ÖZET:

Yurdumuzda nadir görülen aktinomikozis hakkında literatürün ışığı altında kısa bilgi verilerek bir vak'a sunulmuştur.

Giriş:

Gram pozitif bakteri A. İsraellii'nin sebep olduğu, servikofasiyel bölge toraks ve karının kronik infeksiyöz hastalığı olup civardaki dokuya fibroze edici enflamasyonla yayılma ve süpürasyonla karakterize olan aktinomikozis, bazı özellikleri ve yurdumuzda nadir görülmesi nedeniyle yayınlanması uygun bulunmuştur.

VAK'A TAKNİMİ:

Y.B. 78 yaşında erkek hasta. Ezurum doğumlu Prot: 10492/10506. Sağ kasık bölgesinde şişlik üzerinde yaralar ve buradan hafif akıntı şikayetiyle müracaat etti. (Resim: 1). Hikayesinden 4 ay önce tarlada çalışırken karın ve kasık bölgesini çalılırlar çizdiği sıyrıkların birkaç günde geçtiği ancak bir ay kadar sonra sağ kasıkta ceviz büyüklüğünde şişlik oluştuğu, daha sonra açılarak içinde sarı tanecikler gözlediği az miktarda akıntı gelmeye başladığı, bu şişlik etrafında 3-4 adet yeni şişlikler oluştuğu, birkaç kilo zayıfladığı, geceleri aşırı terlediği ve halsizlikle iştahsızlığının olduğu öğrenildi.

Öz ve soy geçmişinde özellik yok.

Fizik muayene: Vital bulgular normal, genel durum iyi. Göğüs ön arka çapı genişlemiş, kalp ve solunum sesleri derinden geliyor. Bunun haricinde sistemik patolojik muayene bulgusu yok. Deri senil değişiklikler göstermekte. Sağ ingüinal kıvrımın alt yarısında deri renginde, nodoziteli, sert, skarlaşma ve çekilmeler gösteren

(x) Atatürk Ü. Tıp Fak. Dermatoloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

(xx) Atatürk Ü. Tıp Fak. Dermatoloji Anabilim Dalı Doçenti.

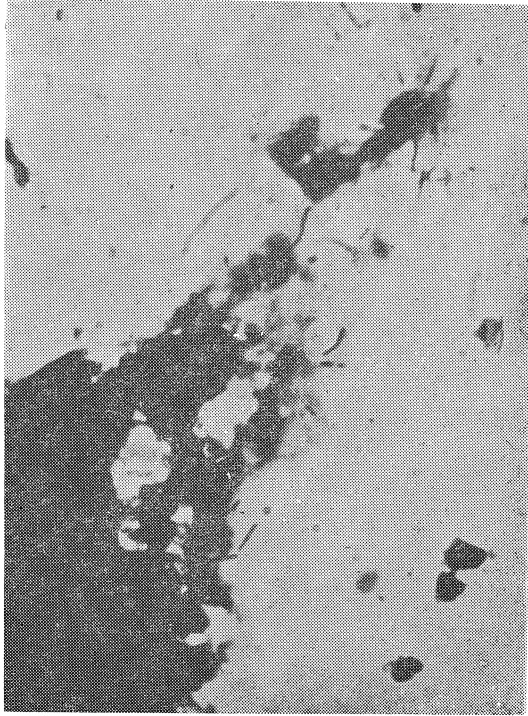
4-6 cm ölçülerdeki sahanın ortasından, içinde 1-3 mm çapta sarı-yeşil tanecikler gözlenen pü gelmekte. Sağ fossa iliakaya yapılan derin palpasyonla gelen pü miktarı artmakta. Sağ bacak hareketleri ağırlı fakat hareket kısıklığı yok.

Laboratuvar bulguları: İdrarda patoloji yok. Hb: 15 gr., Bk: 9.000, Periferik yayma: P: 64, L: 34, M: 2, Trombosit: Eritrosit morfolojisi: normositer, normokrom özellikte. Eritrosit sedimentasyon hızı: Bir saatte 60 mm. NPN: % 18 mg., Kreatinin: % 0.3 mg., Ürik asit: % 4 mg., SGOT: 68 Ü., SGPT: 26 Ü., AKŞ: % 86 mg., Na: 133 mEq., K: 3.9 mEq.

Drenaj materyali gram boya: Aktinomiçes ve sulgur granülleri görüldü (Resim 2).

Besi yeri ekimi: Üretilemedi.

Histopatolojik tetkik: Kronik enflamasyon dokusu tespit edildi. (Lab., Prot: 1451).



Resim: 1. İnguinal kıvrımda Aktinomikoz.

TARTIŞMA:

Aktinomikozis dünyanın her tarafında olmasına rağmen teşhis için özel deri testlerinin bulunmamasından dolayı insidansının tespiti zor olmaktadır. (1) Eski-

den sık rastlanmasına karşılık hastalık son zamanlarda nadir olarak görülmektedir. Bizim de kliniğimize başvuran hastalar arasında nadir rastlamamız kaynaklara uymaktadır. Hastalık 10 yaşın altında seyrek görülür. 15-30 yaş arasında pik yapar. Erişkinlerde erkeklerde iki kat sık görülür (2) Hastamızın yaşı bu özelliklere uymamaktadır.

İnsanda hastalık etkeni çoğu kez iki tipi ayrılmazsada A. İsrailii' ve A. Bovistir. A. İsrailii eksize tonsillerin yaklaşık % 50 sinde bulunduğundan ve insanda normal parazit olduğundan muhtemelen minor lokal travma sonucu civardaki dokuya direk yayılımla endojenöz kazanıldığı ileri sürülüyor (1,2,3). Eksojen kazanılan vak'aya Palalı ve arkadaşlarının yayınladığı "Kaposi sarkomuyla beraber aktinomikozis vak'ası" haricinde rastlıyamadık. Burada Kaposi sarkomu mevcudiyeti bir predispoze faktör olarak ileri sürülmektedir (5). Hastalığın geç fazındaki dekstrüsiyona fuziform bakteriler, anaerobik streptokoklar ve çeşitli gram-negatif bakteriler de katkıda bulunurlar (3,4).

Klinik olarak servikofasiyal % 60, torasik % 20 ve abdominal % 15 sıklıkta bildirilmekte (2). ancak son zamanlarda abdominal % 60, servikofasiyal % 25 ve torasik % 15 sıklıkta rastlandığı ileri sürülmektedir (1). Enfeksiyon nadiren kan akımıyla yayılma göstererek endokard ve menenjeride tutar (1). Servikofasiyal form yüzün alt kısmı ve boyunda şişme ve değişik yerlerde drene olup iyileşen, düzensiz, sert endüre lezyonlarla başlar. Bölgesel lenf nodu tutulması tipik olarak yoktur. Periostit ve osteomyelitis ile kemiğin invazyonu ve destrüksiyonu erken görülür. Torasik aktinomikoziste, kütanöz lezyon genellikle drene olan sinüs veya subkutan apsedir. Bazen sertlik ve deri renginde alacalılık, pulmoner semptomlar olarak ta balgamlı öksürük, plevral göğüs ağrısı görülür (1,2,4). Hastamızda bu bulgular yoktu. Üçüncü majör form olan abdominal aktinomikoziste, kütanöz lezyon yine drene sinüsler veya subkutan apseler olarak görülür. Abdominal kitle genellikle vardır ve bazen psoas apseleri görülür. Bazen inkomplet intestinal obstrüksiyonla, bunun işareti kusma ve kramp şeklinde ağrılar görülür. Bazen radyografik olarak sinüs gösterilebilir (1). Bizim hastamızda abdominal kitle ve intestinal belirtiler yok ancak psoas apsesi mevcut idi ki bu yönden özellik taşımaktadır.

Bu üç majör formun haricinde yerleşim nadir görülür (4).

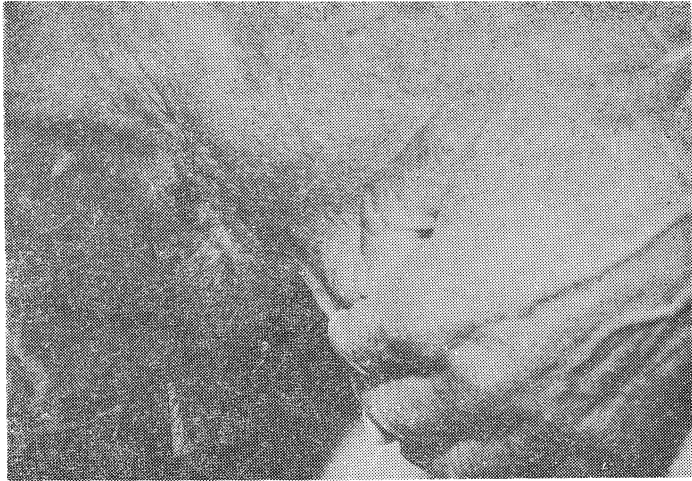
Hastalığın bütün formlarında ateş, titreme, aşırı gece teri, kilo kaybı ve çabuk yorulma gibi semptomlar olabilir (1). Hastamızda ateş hariç bütün bu bulgular vardı.

Normositer normokrom anemi sık lokositöz orta derecededir. bazen de yoktur. sedimantasyon genellikle artar. Anemi hariç hastamızda bu bulgular bulunmaktaydı.

Patolojik tablo enfeksiyonun yerleştiği yere değişir. Sinüslerle birbirine irtibatlı küçük, bazen büyük multipl apseler vardır. Doku çoğu zaman sarı, endüre

ve serttir. Sülfür granülleri bazen tanınabilir. Bunlar A. İsrailii'nin kümeler oluşturmuş hifal formlarından oluşan kum tanesi gibi partiküllerdir (1), Histopatolojik tetkikte kronik inflamasyon ve granülasyon dokusu, bazen dev hücreler, sık olarak ta çok sayıda makrofajlar görülür (1). Erken devrede lenfosit, plazma hücreleri, histiosit ve fibroblastlar; geç devrede fibroblastlar hakimdir (6), Hastamızda lezyonun makroskopisi uymaktaydı ve sülfür granülleri vardı. Mikroskopik tetkikte de kronik inflamasyon dokusu görüldü.

Teşhis karakteristik lezyon eksudatı veya dokusunun kültürlerinden etkenin izolasyonu ve tanısıyla konur. Pü, eksüdat ve doku kesitlerinde sülfür granülleri varsa teşhis kuvvetlenir. Laboratuvar teşhisinde balgam, bronş aspirasyonu, eklem ve perikar sıvıları, pü ve biopsi materyali hem yaş preparat hem gram boya ile çalışılmalıdır (1). Direk preparatta karakteristik olarak çomaklar ve hifal tipleri saran enflamatuar hücreler görülür. Gram boyamada A. İsrailii dallanan veya difteroid elemanlara ayrılan gram-pozitif küçük, dizilerek hifalar yapmış difteroid basiller olarak görülür (1,7). Bizim vakamızda hem direkt preparatta hem gram boyamayla etken ve sülfür granülleri görülmüştür (Resim 2).



Resim: 2. Drenaj materyalinde gram boya ile Aktinomiçes ve sülfür granüllerinin görünüşü.

Aktinomikoz kalp-beyin infüzyonlu besi yerinde ürer. Bizim vakamızda üreme olmadı.

Ayırıcı tanıda servikofasiyal form, M. Tüberkülozis, Nocardia asteroide ve diğer sistemik mukozlara bağlı kronik enfeksiyonlardan ayrılmalıdır. Abdominal form, tüberkülozu, bazende rejijonal enteritis ve malignensiyi andırabilir. Torasik form, tüberküloz, diğer fungal enfeksiyonlar ve malignensiden ayrılmalıdır (1,2). Ayırıcı teşhiste bu özelliklere dikkaz edildi.

Aktinomikoz tedavisi iki kısımdadır. Cerrahi olarak kronik avasküler fibrotik dokunun eksizyonu ile apselerin insizyon ve drenajı yapılır (1,3). Kemoterapide penisilin tercih edilen ilaçtır. Vakaya göre 10-20 milyon Ü. penisilin G olmak üzere dört hafta verilir. Bunu takiben günlük 4-6 gr. fenoksimetil penisilin devam edilir. Lezyon altı hafta stabil kalmadıkça veya tamamen iyileşmedikçe tedavi kesilmemelidir (1). Haftada iki kez 100 mg sulfonla Dapson) çabuk ve iyi sonuç alındığı bildirilmiştir (3), Penisiline allerjik kişilerde tetrasiklin, eritromisin ve kloramfenikol ile başarı sağlanabilir (1,2,3,4).

Bizim vakamızda 15 M.Ü./gün penisilin G dört hafta verildi. Lezyonda küçülme gözlemlendi, ancak tedavinin ikinci ayında barsak fistülü gelişti, Senilite dolayısıyla cerrahi tedaviyi kaldıramıyacağı anlaşılmakla 4 gr./gün fenoksimetilpenisilin tedavisiyle taburcu edildi.

Yukarıdaki bulgularla hastamızda aktinomikoz düşünülmüş, yurdumuzda nadir görüldüğünden klinik ve laboratuvar özellikleriyle vak'anın yayınlanması uygun bulunmuştur.

Summary

A Cases with Actinomycosis

A 78 years old man with Actinomycosis is presented. Because of rarity of this disease in our country literature is reviewed and the case is discussed.

Faydalanılan kaynaklar

1- Fitzpatrick, T.B.: Dermatology in General Medicine, McGraw-Hill Book Comp. Second Edition 1979 p. 1534.

2- Rook, A., Wilkinson, D.S., Ebling, F.J.G.: Textbook of Dermatology, Second Printing, 1969.

3- Dornik, A.N.: Disease of the skin. W.B. Saunders Comp. Seventh edition 1982 p. 396.

4- Moschella, S.L.: Dermatology, W.B. Saunders Comp. 1975 p. 687.

5- Palalı, Z. ve ark.: Aktinomikoz ve kaposi Sarkomunun bir arada bulunduğu bir vak'a. VIII. Ulusal Dermatoloji Kongresi. Uludağ Üniversitesi Basımevi 1982 p. 519.

6- Lever, W.F. and Schaumburg, G.: Histopathology of the skin, J.B. Lippincott Comp. Fifth Edition 195 p. 326.

7- Akman, M. ve ark.: Tıbbi Mikrobiyoloji. Hacettepe Üniversitesi yayınları II. baskı, A-14, 1974 P. 403.