

Bir Pelvik Aktinomikozis Vakası

A CASE OF PELVIC ACTINOMYCOSIS

Dr.Naile SOYEL, Dr.Vedat ÜNSÜR, Dr.Erol ALPAY, Dr.Cemal ATALAY

Ankara Numune Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, ANKARA

ÖZET

Pelvik veya abdominal aktinomikozis, rahim içi araçla (RIA) birlikte sık görülen, pek çok hastalığı taklit edebilen ve değişik klinik bulgular verebilen, nadir bir hastalıktır. Tüm bu nedenlerle bu hastalığın tanısı güç konulabilmektedir. Biz de pelvik aktinomikozis saptadığımız ve rahim için aracı olan vakamızda, başlangıçta genital kitle düşündüğümüz için tanı koymakta sıkıntı çektik.

Anahtar Kelime: Pelvik aktinomikozis, Rahim içi araç

T Klin Jinekoloj Obst 1993, 3:328-329

Actinomycosis israelii; diğer adıyla ışın mantarı, saprofit olarak ağızda, boğazda, barsaklarda yaygın şekilde bulunan anaerobik, flamantöz bakterilere bağlı arachinia türünden bir mikroorganizmadır (1,2). Normalde vaginada bulunmama ile birlikte, rahim için aracı olan kadınlarda %1,6-25'e varan oranlarda izole edildiği bildirilmektedir. Sağlam mukozaya penetre olma yeteneği yoktur, intestinal perforasyon, geçirilmiş cerrahi müdahaleler, diş çekimleri, neoplaziler, divertiküller, kolisitit, apendisit, steroid tedavisi, diabet, yabancı cisim mevcudiyeti gibi durumlarda fırsatçı bir organizma olması sebebiyle patojenite kazanır (3,4). Aktinomikozis en sık, baş-boyun ve abdomende, özellikle ileoçekal bölgede gözlenir. Kadın genital organları oldukça nadir tutulur. En sık tuboovaryen bölgeye, yaklaşık %80 sağ tarafa yerleşir (5). Gastrointestinal kanaldan direkt yayılım enfeksiyonun en çok bilinen yayılım yoludur. Ancak bazı vakalarda saptandığı gibi RIA enfeksiyon kaynağı olabilir ve vaginadaki diğer patojen mikroorganizmalar da enfeksiyonun yayılımında etkili olabilir. Preoperatif tanı, çok geniş klinik bulgu spektrumu olması ve pelviste nadir görülmesi nedeniyle vakaların %10'undan azında konulabilmektedir. Enfeksiyon genellikle subakut veya kronik seyridir; ağrı, konstipasyon, diare, lökore, menoraji, amenore, disüri, ateş, hal-

Geliş Tarihi: 10.3.1993

Kabul Tarihi: 13.7.1993

Yazışma Adresi: Dr.Naile SOYEL
Evren Sokak No: 23/1
Cebeci 06590
A.'KARA

SUMMARY

Pelvic or abdominal actinomycosis is a rare disease which is frequently associated with intrauterine device (IUD), mimics many diseases and may cause various clinical manifestations. For all these reasons, it is difficult to diagnose the disease. We also had trouble in diagnosing our case with intrauterine device and pelvic actinomycosis. Our initial diagnosis was pelvic mass.

Key Words: Pelvic actinomycosis, Intrauterine device

Anatolian J Gynecol Obst 1993, 3:328-329

sizlik, kilo kaybı, anemi, lökositöz, sedimentasyon yüksekliği gibi çeşitli semptom ve bulgular bulunabilir. Neoplazi, enflamatuvar barsak hastalığı, granülomatöz hastalıklar ve tüberküloz, ayırıcı tanıda düşünülmelidir (4,5,6).

VAKA TAKDİMİ

32 Yaşında, gravidası 5, paritesi 4, D and C 1 ve dört yıldır RIA'sı mevcut olan hasta, bir yıldan beri devam eden disüri, karın alt kadranda ağrı, iştahsızlık, kilo kaybı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. 21.8.1992'de 21713 protokol numarası ve genital kitle ön tanısıyla yatırıldı.

Hastanın yapılan fizik muayenesinde karın alt kadranda hassasiyet dışında başka bir patolojik bulgu saptanmadı. Jinekolojik muayenede vulva normal, vajine normal, corpus anteverte, hafif sağa deviyeye, öne itilmiş idi. Solda uterus arkasından uzanan, uterus ile sıkı ilişkili, 5-6 cm. çapında, yüzeysel düzensiz, sert, hassas tümöral oluşum, sağda ise 10 cm. çapında, arkaya ve yukarı doğru uzanmış, yer yer solid, yer yer kistik komponentli, yüzeysel düzensiz, yarı mobil kitle mevcuttu.

Yapılan laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin 11.0 g/dl, lökosit 9500 /mm³, sedimentasyon 60 mm/saat idi. idrar sedimentinde 25-30 lökosit, nadir eritrosit, bol epitel hücresi saptandı. Diğer biyokimya ve hematoloji tetkiklerinde patolojik değer yoktu. İntravenöz pyelogramda, sağ böbrek fonksiyonunda gecikme, sağ Kdronefroz ve hidroüreter, sağ üreter alt ucunda üreterde obstrüksiyona neden olan kitle saptandı. Transvaginal ultrasonografide, sağ ovaryen sistem seviyesinde, uterusu komşu, içerisinde anekoik oluşumlar içeren, sağ

üreter alt ucuna uyan bölgede itilme ve invazyon yapan yaklaşık 6 cm. çapında sağ ovaryen kitle ve mesane sol üst duvarda eksternal kitle basısı izlenmekte idi. Probe-küretaj işlemi sırasında intrauterin kavitede herhangi bir düzensizlik saptanmadı, histerometre 8 cm. olarak ölçüldü. Patoloji sonucu sekretuar endometrium ile uyumluydu.

Hasta tüm bu bulgular ve genital kitle ön tanısıyla laparotomiye alındı. Laparotomide uterus ve adneksler üzerinde barsaklarla yapışıklıklar mevcuttu. Sağ överde 10 cm. çapında kist vardı, sol tuba ödemli, sol överde abse oluşumu mevcuttu. Abse boşaltıldı ve lojdan kültür alındı; sağ övere kistektomi + sol salpingoofektomi yapıldı, abse lojuna dren kondu.

Hastaya postoperatif dönemde 4x600 mg/gün klindamisin, 3x80 mg/gün gentamisine başlandı. Postoperatif 7. günde dreni çekilip, 8. günde sütürleri alınan hastaya, patoloji sonucunun "Aktinomikozis, paraovarian kist" şeklinde gelmesi üzerine 2 aylık penisilin tedavisi başlandı. Hasta kontrole çağrılarak hastaneden şifa ile çıkarıldı.

TARTIŞMA

Aktinomikozisin inşalarda görülen beş klinik formu vardır. Bunlar serviko-fasiyal, torasik, abdominal, dissemine ve pelvik formlardır. Pelvik aktinomikoziste ateş, halsizlik, kilo kaybı, bulantı gibi nonspesifik semptomların yanı sıra kitle basısına bağlı semptomlar (karın ağrısı, karında gerginlik ve rahatsızlık hissi) ve kanama, lökore gibi jinekolojik semptomlar bulunabilir. Vakaların büyük kısmında sinüs ve fistül oluşumunun gözlenmesi, kısa süreli penisilin kullanımı ile semptom ve bulguların gerilemesi ise tanı için önemli kriterlerdir. Bizim hastamızda da halsizlik, kilo kaybı, karın alt kadranda ağrı gibi nonspesifik semptomlar vardı. Jinekolojik muayenede genital kitle saptadık (4,5,6).

Nonspesifik laboratuvar bulguları (lökositoz, anemi, sedimentasyon hızında artış, alkalin fosfatazda orta derecede yükselme, gama globulin düzeyinde artış vs.) saptanabilir. Bizim vakamızda lökositoz, orta derecede anemi, sedim yüksekliği ve piüri mevcuttu. Kitleye bağlı obürüksiyon, radyolojik tetkiklerle gösterilebilir (4,8,9). Vakamızda yapılan IVP'de de üriner obstrüksiyon saptandı. Ultrasonografi ve CT scande sınırları belirgin bir kitle veya diffüz doku kalınlaşması görülebilir. Organizmalar tarafından salınan proteolitik enzimlerin etkisiyle doku katmanları boyunca oluşan direkt yayılma bu diffüz kalınlaşmanın nedenidir. Yaptığımız transvaginal USG'de 6 cm çapında sağ överde kitle ve mesane sol üst duvarında kitle basısı gözlenmekteydi (4,6,7).

Pelvik aktinomikozis vakalarının %80'inde RIA mevcuttur. RIA'nın yerleştirilmesini takip eden 1-18 ay içerisinde, servikal ve vaginal smearlerde asemptomatik aktinomikozis saptanmıştır. RIA kullanımı ve aktinomikozis enfeksiyonunun gelişmesi arasında geçen süre vakadan vakaya değişir. 2-3 yıldan beri RIA'sı olan kadınlarda daha sık görülmektedir. Bizim vakamızda da hasta 4 yıldan beri RIA kullanılmaktaydı. RIA kullanımının yaygınlaşması ile birlikte genel olarak pelvik infla-

matuar disease (PID) insidansı da artmıştır. Pek çok otör aktinomikozisin, belirli bir bölgeden çok nadir izole edilebildiğine, genellikle başka organizmaların meydana getirdiği enfeksiyonlarla birlikte bulunduğu ve bir Aktinomikotik PID söz konusu olduğuna inanılmaktadır. Vakamızda olduğu gibi Aktinomikotik PID başladıktan sonra hızla ilerleyip, pekçok semptom vermekte ve genital tümörü taklit etmektedir (3,4,7,8).

Tüm bu semptom, klinik ve laboratuvar bulgular ile vakamızda olduğu gibi aktinomikozis tanısını koymak oldukça güçtür. Kesin tanı kültürde üretmeyle ya da histopatolojik inceleme ile konulur. Kültür örnekleri; mensürel kandan, servikal salgılardan, drene edilen sinüslerden, endometriumdan, RIA'dan ve operasyon piyeslerinden alınabilir. Biz vakamızda abse lojundan kültür aldık, ancak üreme olmadı. Histopatolojik inceleme tipik lezyon granülasyon dokusu ve fibröz doku ile çevrilmiş ortasında nekroz bulunan bir absedir. Absedeki pü sıklıkla sülfür granülleri içerir ve granüller koloniler oluşturur. Eğer uygun klinik tablo da mevcutsa aktinomikozis tanısı konulabilir. Biz de vakamızda kesin tanıyı spesmenin histopatolojik incelemesi ile koyduk (1,2, 4,7,8).

Tedavide; yüksek doz intravenöz penisilin (10-20 Milyon Ünite x 2/gün), bunu takiben 2-5 Milyon Ünite x 3/gün olarak 6 ay süre ile oral penisilin önerilmektedir. Penisilin allerjisi olanlarda ise, tetrasiklin, linkomisin, klindamisin kullanılabilir. Biz hastamıza klasik penisilin protokolünü başladık (6,7,8),

Genel olarak pelvik kitlesi olan hastalarda, RIA kullanım öyküsü, nonspesifik semptom, klinik ve laboratuvar bulgular mevcutsa, ayırıcı tanıda aktinomikoz da düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Lennette EH, et al. Manual of Clinical Microbiology, 5th ed. 1990.
2. Jo Baron E et al. Bailey and Scott's Diagnostic Microbiology, 8th ed. 1990.
3. Maenpaa J, Taina E, Grönroos M, Söderström KO, Ristimäki T, Narhinen L. Abdominopelvic actinomycosis associated with intrauterine devices. Arch Gynecol Obstet 1988; 243:237-41.
4. Williams CE, Lamb GHR, Lewis-Jones HG; Pelvic actinomycosis: beware the intrauterine contraceptive device. British J Radiology 1990; 63:134-7.
5. Waadegaard P, Dziegiel M. Actinomycosis mimicking abdominal neoplasm. Acta Chir Scand 1988; 154:315-6.
6. Henrikus EF, Pederson L. Disseminated actinomycosis. West J Med 1987; 147:201-4
7. Hoffman MS, Roberts WS, Solomon P, Gunesekarin S, Cavanagh D; Advanced actinomycotic pelvic inflammatory disease simulating gynecologic malignancy. J Reprod Med 1991; 36:543-5.
8. Snowman BA, Malviya VK, Brown W, Malone JM, Deppe G. Actinomycosis mimicking pelvic malignancy. J Gynecol Obstet 1989; 30:293-6.
9. Butterworth RJ, Davies DGL, Hart AJL. Actinomycosis causing ureteric obstruction. British J Urology 1990; 63:548-9.