

Pelvik Aktinomikoz (İki Olgu Sunumu)

PELVIC ACTINOMYCOSIS (PRESENTATION OF TWO CASES)

Salim ERKAYA*, A. İrfan KUTLAR*, İskender KOŞAN*, Baran KUTLAY*, Rahime AKARIN TUNCER*

* Dr., Zübeyde Hanım Doğumevi, ANKARA

Özet

Amaç: Pelvik inflamatuvar hastalık (PID) etkenlerinden birisi olan *Actinomyces israelii*'nin neden olduğu 2 pelvik aktinomikoz olgusunu sunmak.

Çalışmanın Yapıldığı Yer: Zübeyde Hanım Doğumevi, Ankara, Türkiye.

Materyal ve Metod: Pelvik ağrı yakınmasıyla başvuran hastalara jinekolojik muayene ve ultrasonograph yapıldı. Pelvik kitle öniamısı ile opere edilen hastaların materyalleri patolojik incelemeye gönderildi.

Bulgular: Her ikisinde de rahim içi araç bulunan hastaların yapılan tetkiklerinde ekstrasuterin gebelik ekarte edildi, laparotomi ile çıkarılan kitlelerin patolojik incelemesinde *Actinomyces israelii* tanısı kondu.

Yorum: Özellikle RİA varlığı, appendektomi, tonsillektomi ve denial enjeksiyon anamnezi olan PID'da da genital killed hastalarda pelvik aktinomikoz hatırlanmalı ve cerrahi tedaviyi takiben antimikrobiyal tedavi mutlaka uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Actinomyces israelii*, İntrauterin araç, Pelvik aktinomikoz

T Klin Jinekoloj Obst 1999, 9:284-287

Ülkemizde görülme sıklığı hakkında yeterli verilere sahip olmadığımız pelvik inflamatuvar hastalık (PID) ciddi morbidite ve dış gebelik, kronik pelvik ağrı, mferlute gibi sckellere yol açabilen ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Kanıtlanmış PID vakalarının çoğunun etkeni *Chlamydia Trachomatis* ya da *Neisseria Gonorrhea*'dır. Başka mikroorga-

Geliş Tarihi: 08. i 2.1998

Yazışına Adresi: Dr.Salim ERKAYA
Konur Sok 24/17
Kızılay, ANKARA

Summary

Objective: To present two pelvic actinomycosis cases caused by *Actinomyces israelii* which is a well known agent in the pathogenesis of pelvic inflammatory disease (PID).

Institution: Zübeyde Hanım Maternity Hospital, Ankara, Turkey.

Materials and Methods: Patients referring with a complaint of pelvic pain were evaluated by means gynecological and ultrasonographical examination. In patients operated due to pelvic mass, the surgically removed tissues were sent for pathologic evaluation.

Findings: Extrauterine pregnancy was excluded in both patients who had an IUD in uterine cavity. Examination of surgical materials obtained by laparotomy revealed the diagnosis to be *Actinomyces israelii* in both of the cases.

Conclusion: Pelvic actinomycosis should always to be kept in mind especially in patients who use IUD. and who have a history of appendectomy, tonsillectomy or denial infection. Following surgery antimicrobial therapy should be initiated.

Key words: *Actinomyces israelii*, Intrauterine device, Pelvic actinomycosis

T Klin J Gynecol Obst 1999, 9:284-287

nizmalar da PID'ye yol açabilir veya katkıda bulunabilir. *Actinomyces israelii* de bu mikroorganizmalardan biridir ve pelvik aktinomikozise yol açabilir (1,2).

Rahim içi araç (RİA) kullanımının yaygınlaşması ile pelvik aktinomikoz olgularının sıklığının arttığı ve bu iki olgu arasında yakın bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (3-5). Kültürlerde üretilmesi zor bir mikroorganizma olan *A. israelii*'nin tanısı çoğunlukla sitolojik ve histopatolojik değerlendirmeyle konmaktadır (5,6). Pelvistic nadir görülmesi ve klinik bulgu spektrumunun genişliği

nedeniyle olguların ancak % 10'u preoperatif olarak tanımlanabilir (5). Biz de iki pelvik aktinomikoz olgumuz nedeniyle, bu konuyu literatürü gözden geçirerek irdeledik.

Olgu 1

Otuzdört yaşında, gravidası 6, paritesi 3, D&C sayısı 3, menstruel sikluslan düzensiz, 2 yıldır RİA'sı bulunan hasta, sağ kasık ağrısı yakınmasıyla jinekoloji polikliniğimize başvurdu. Yapılan jinekolojik muayenede uterus normal büyüklükteydi. Uterusun sağında yakın komşuluk halinde yaklaşık 6 cm çaplı semisolid kitle mevcuttu. Hasta sağ adneksial kitle ön tanısıyla hastanemize yatırıldı. Yapılan sistemik muayenede dikkati çeken bir özellik saptanmadı. Laboratuvar incelemeleri sonucunda lökosit sayımının 20300/mm³, hemoglobin düzeyinin 11.6 g/dl, trombosit sayısının 438000/mm³, periferik yaymada %90 granülosit hakimiyetinin olduğu, eritrosit sedimentasyon hızının 32 mm/saat, B-hCG düzeyinin 0 mIU/ml ve kan biyokimyasının normal olduğu görüldü. Yapılan probe küretajın histopatolojik sonucu proliferatif endometrium olarak rapor edildi. Çekilen intravenöz pyelogram normaldi. Transabdominal ultrasonografide uterusun normal boyutlarda olduğu, sağ overin uterusu bitişik lokalizasyonda olup, sağ adneksial alanda 60x60 mm boyutlarında septalı, kistik alanlar içeren bir kitlenin bulunduğu saptandı. Sağ adneksial bölgede paraovaryan sıvı kolleksiyonu gözlemlendi. Sol over ve sol adneksial alan normaldi. Ultrasonografik tanı sağ tuboovaryan apse olarak rapor edildi.

Hasta preoperatif hazırlık sonrasında laparotomiye alındı. Genel anestezi altında yapılan laparotomide, uterus normal irilik ve sertlikte, sol over ve tuba normal görünümde idi. Sağ over ve hidrosalpinks halindeki sağ tubadan oluşmuş bir konglomerat uterusu bitişik durumda, Douglas'a doğru uzandığı görüldü. Kunt diseksiyon ile, kitle mobilize edildi ve sağ salpingoofektomi yapıldı. Hemostaz ve batin temizliğini takiben batin kapatıldı. Çıkarılan materyalin histopatolojik incelemesinde aktinomikozis için spesifik olan radyal filamentöz cisimcikleri içeren koloniler izlendi. Pelvik aktinomikoz tanısı konulan hastaya postoperatif 7 gün 2 x 1g İM seftriakson uygulandı. İzlemlerinde komplikasyon gözlenmeyen hasta postope-

ratif 9. günde 6 hafta süre ile 3 x 1g PO amoksisilin kullanmak üzere taburcu edildi. Üç ay sonra yapılan kontrol muayenesinde ve tetkiklerde patolojik bulgu saptanmadı.

Olgu 2

Yirmibeş yaşında, gravidası 2, paritesi 2 olan ve 3 yıldır RİA'sı bulunan hasta, karın ve bel ağrısı yakınmaları ile jinekoloji polikliniğimize başvurdu. Yapılan jinekolojik muayenede, Douglas'ın dolgun ve hassas, uterusun normal büyüklükte fakat mobil olmadığı, serviks uterusun öne symfizis pubise doğru itilmiş olduğu, sol adneksial alanda Douglas'a doğru uzanan yaklaşık 8 cm çaplı sert, yarımobil kitle saptandı. Spekulum ile serviks uteri gözlenemedi. Hasta sol adneksial kitle öntanısıyla hastanemize yatırıldı. Yapılan sistemik muayenede bir özellik saptanmadı. Laboratuvar incelemeleri sonucunda lökosit sayımının 7400/mm³, hemoglobin düzeyinin 8.1 g/dl olduğu, periferik yaymada %76 granülosit hakimiyetinin olduğu, eritrosit sedimentasyon hızının 85 mm/saat, B-hCG düzeyinin 0 mIU/ml olduğu, idrar sedimentinde 3-4 lökosit ve bol eritrosit bulunduğu saptandı. Ca125 düzeyi 28 U/ml idi. Transabdominal pelvik ultrasonografide uterusun kavitede ve normal lokalizasyonda RİA, sol adneksial bölgede 82x64 mm boyutlarında mikst eko yapısında kistik ve solid alanlar içeren kitle izlendi, intravenöz pyelogram ve PA akciğer grafileri normaldi. RİA'yı çıkarmak ve probe küretaj yapabilmek için hastaya genel anestezi verildi. Genel anestezi altında da servikse ulaşmak mümkün olmadı. Serviks symfizis pubise doğru itilmişti, RİA çıkarılmadı, probe küretaj yapılamadı. Hastaya 3 x 80mg İM gentamisin ve 4 x 600mg İM elindamisin tedavisi başlandı. Beş günlük gözlem sonunda, jinekolojik muayene ve ultrasonografik inceleme bulgularında değişiklik olmaması üzerine laparotomi kararı verildi. Hastaya preoperatif dönemde 3 ünite kan transfuzyonu yapıldı. Laparotomide sağ over ve rubanın normal görünümde olduğu izlendi. Uterus, sol tuba, over ve sigmoid kolon sert, fiks bir konglomerat oluşturmuş, Douglas'ı tamamen doldurmuş ve uterusu öne doğru itmişti. Yapışıklıklar ayrıldı. Sol tuba serbestleştirildi. Yaklaşık 3 cm genişliğindeki sol tubaya salpenjektomi yapıldı. Douglas'a doğru kunt diseksiyon yapılırken apse lojuna girildi. Apselere edildi ve kültür alındı. Uterus serbestleştiril-

lemedi ve vajinal yolla servikse ulaşılamayacağı düşünülerek RİA, uterus ön yüzüne yapılan 2 cm'lik bir histerotomi ile çıkarıldı. Apse lojuna bir adet lastik diren konularak batın usulüne uygun kapatıldı. Antibiyotik tedavisine aynı dozlar ile 3 gün daha devam edildi. Postoperatif 3. gün dren çıkarıldı. Operasyon sırasında alman kültürde üreme olmadı. Histopatolojik tanının aktinomiçes salpenjiti gelmesi üzerine gentamisin ve clindamisin tedavisi kesilerek 4x5 milyon U kristalize penisilin G 10 gün süreyle devam edildi. Komplikasyon gözlenmeyen hasta postoperatif 14. günde, 6 hafta süreyle 3 x 1 g PO amoksisilin kullanmak üzere taburcu edildi, iki ay sonra yapılan kontrol muayenesinde ve tetkiklerde patolojik bulgu saptanmadı.

Tartışma

Pelvik aktinomikozisten sorumlu olan Actinomyces israelii flamanlar yapan çomak şeklinde Gram pozitif, anaerob, aside dirençli olmayan bir mikroorganizmadır. Aktinomikozis insanlarda servikofasiyal, torasik, abdominal, jeneralize ve pelvik formda bulunabilir. Kadın genital organları oldukça nadir tutulur. Genital tutulum var ise burada sunulan her iki olguda da olduğu gibi sıklıkla tubo-ovaryan yerleşim gösterir (2,7).

Actinomyces israelii saprofit olarak ağızda ve barsaklarda bulunabilmesine karşın normal genital florada bulunmaz. Perfore apandisit, kolon divertiküliti, perforan barsak yaralanmalarında olduğu gibi, lokal yaydım, sistemik enfeksiyona bağlı hematojen yaydım, RİA kullanımında olduğu gibi assendan yolla kadın genital sistemi tutulabilir. Sıklıkla sağ adneksial bölgeye yerleşir (5,8).

RİA ile birlikte ilk aktinomikoz olgusu 1973 yılında Handerson tarafından bildirildikten sonra (9) çoğu araştırmacı tarafından pelvik aktinomikoz ile RİA kullanımı arasında yakın bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (3-5). Olgularımızın her ikisinde de RİA'nın mevcudiyeti ve aktinomikozisin vücutta diğer yerleşim yerleriyle ilgili öykü ve bulgu olmaması, olgularımızdaki pelvik aktinomikozis enfeksiyonlarının assendan yolla oluştuğunu düşündürmektedir. RİA uygulamasını takiben servikovajinal smearlerde asemptomatik aktinomikozis saptanabilir. RİA kullanan kadınların %5-10'unda A. israelii serviko-vajinal kültürde üretilmiştir. İki-üç

yıldan beri RİA'sı olanlarda semptom veren aktinomikoz enfeksiyonu daha sık görülmektedir (3-5, 10-13).

RİA kullanımının yaygınlaşması ile PİD insidansı da artmıştır (12). A. israelii genellikle başka mikroorganizmaların oluşturduğu enfeksiyonlarla birlikte bulunur ve aktinomikotik pelvik hastalık oluşur. Genital sistemin A. israelii ile tutulumu mikroapseler, sinüs ve fistül oluşumu ile karakterize bir PİD tablosu oluşturur (2,11,14). Oluşan bu PİD tablosu kronik bir seyir izler. Halsizlik, kilo kaybı, bulantı ve ateş gibi non-spesifik semptomların yanısıra oluşan kitleye bağlı karın ve kasık ağrısı, karında gerginlik hissi gibi bası semptomları, kanama ve vajinal akıntı şeklinde jinekolojik semptomlar da bulunabilir (1,5). Yapılan jinekolojik muayenede çoğunlukla, sunduğumuz olgularda olduğu gibi, pelvik kitle saptanabilir (6,8,11). Laboratuvar tetkiklerinde olgularımızdan birinde de olduğu şekilde lökositoz, her iki olgumuzda olduğu gibi eritrosit sedimentasyon hızında artma ve anemi, alkalen fosfataz düzeyinde yükselme, piyüri saptanabilir. Kolon grafisi ve İVP'de bası bulguları görülebilir (5,6,10,15). Biz olgularımızın her ikisinde de İVP'de bası bulgusu bulunmadığını gözledik, Ultrasonografik incelemede mikst eko yapısında kistik ve solid alanlar içeren kitle izlenebilir (5,10,11). Olgularımızdaki ultrasonografik görünüm tubo-ovaryan apse olarak değerlendirildi.

Yukarıdaki bulgulardan da anlaşılacağı gibi pelvik aktinomikoz tanısı koymak için gerek semptomlar ve gerekse klinik ve laboratuvar bulguları spesifik değildir. Bu yüzden tanı koymak oldukça güçtür. Kesin tanı için etkenin üretilmesi veya histopatolojik tetkik gereklidir. Kültür örnekleri menstruel kandan, servikal akıntından, endometriyundan, RİA'dan, ameliyatta çıkarılan materyallerden, direne olan akıntılardan elde edilebilir (5,7,10,11). Her iki olgumuzda ameliyat esnasında alman kültürlerde üreme olmadı.

Histopatolojik değerlendirmede polimorfonükleer lökosit ve plazma hücrelerinden zengin enfeksiyon zemininde ışınal tarzda dizili flamantöz çomakçıklardan oluşmuş sülfür gramilleri ve sitolojik değerlendirmedeki Gupta cisimcikleri Actinomyces için patognomoniktir (14,16). Olgularımızda

olduğu gibi kesin tanı genellikle ancak ameliyatla çıkarılan materyalin histopatolojik incelenmesi ile konabilmektedir.

Tedavinin esasını apsenin cerrahi olarak drenajı, mümkünse enfekte dokunun cerrahi eksizyonu ve uzun süreli antimikrobiyal tedavi oluşturur. A. israelii penisilin ve penisilin türevleri başta olmak üzere eritromisin, tetrasiklin ve kloramfenikole duyarlıdır (10,11,15).

Özellikle RİA varlığı, apendektomi, tonsillektomi ve dental enfeksiyon anamnezi olan PİD ya da genital kiteli hastalarda pelvik aktinomikoz hatırlanmalı ve cerrahi tedaviyi takiben antimikrobiyal tedavi mutlaka uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Sweet RI, Draper ÜL, Hadley WK. Etiology of acute salpingitis: Influence of episode number and duration of symptoms. *Obstet Gynecol* 1981; 58: 62-8.
2. Paavonen J, Geisala K, Efeinonen PK, et al. Microbiological and histological findings in acute pelvic inflammatory disease. *Br J Obstet Gynecol.* 1987; 94: 454-60.
3. Hager DW, Douglas B, Mojmudar B: Pelvic actinomycosis in women using intrauterine contraceptive devices. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 133: 60-3.
4. Reebler C, Chetwoni A, Sewotz R. Actinomycosis infection associated with IUD. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 145: 596-9.
5. Williams CE, Lanb GHR, Lewuis-Jones HG. Pelvic actinomycosis: Beware the intrauterine contraceptive device. *Brit J Radiol* 1990; 63: 134-7.
6. Soyel N, Ünsür V, Alpay E, Atalay C. Bir pelvik aktinomikozis vakası. *T Klin Jineköl Obst* 1993; 3: 328-9.
7. Jo Baron E, et al. Bailey and Scott's diagnostic microbiology. 8th ed, 1990.
8. Ergun B, Ibrahim L, Yayla M, Babuna C. Pelvik aktinomikozis. *Kadm Doğum Dergisi* 1989,2: 131-133.
9. Handerson S. Pelvic actinomycosis associated with an IUD, *Obstet Gynecol* 1973; 41(5): 726-32.
10. Hoffman MS, Roberts WS, Solomon P, et al. Advanced actinomycotic inflammatory disease simulating gynecologic malignancy. *J Reprod Med* 1991; 36: 543-5.
11. Snowman BA, Malviya UK, Brown W, et al. Actinomycosis mimicking pelvic malignancy. *J Gynecol Obstet* 1989; 30: 293-6.
12. Falley T M M, Rosenberg MJ, Rowe PJ, Chen JH, Meirik O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: An international perspective. *Lancet* 1992; 339: 785-8.
13. Kriplani A, Buckshee K, Relan S, Kapila K: Forgotten intrauterine device leading to actinomycotic pyometra, 13 years after menopause. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 1994; 53: 215-6.
14. Leopold GK. Diagnostic cytology and its histopathologic bases. Volume 1. Lippincott Co, 4th Ed, 1992: 341-61.
15. Buttlerworth RJ, Davies DGL, Hort AJI. Actinomycosis causing ureteric obstruction. *Brit J Urol* 1990; 63: 548-9.
16. Luff RD, Gupta PK, Spence MR. Pelvic actinomycosis and intrauterine contraceptive devices: A cytomorphologic study. *Am J Obstet Gynecol* 1978; 69: 581-5.