

Sigmoid kolonda kolon kanserini taklit eden aktinomikoz olgusu

Tamer ERTAN, Mehmet KILIÇ, A.Keşşaf AŞLAR, Ömer YOLDAŞ,
Erdal GÖÇMEN, Mahmut KOÇ

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 5.Cerrahi Kliniği, ANKARA

ÖZET

Abdominal aktinomikoz anaerobik bir bakteri olan *Actinomyces İsraili'nin* neden olduğu nadir görülen bir enfeksiyöz hastalıktır. Pelvik aktinomikoz sıklıkla intrauterin araç (İUA) kullanımıyla birlikte. Kronik süpüratif enfeksiyon pelvik maligniteyi taklit edebilir. Preoperatif dönemde doğru tanı konulması genellikle mümkün olmamaktadır. İUA kullanımının bu nadir komplikasyonunu farketmek hastayı gereksiz ameliyattan kurtarabilir. **Olgu:** 31 yaşında ve İUA kullanım öyküsü olan kadın hasta karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyeti mevcuttu. Bimanuel pelvik muayenesinde 8x10 cm'lik kitle mevcuttu. Transvajinal ultrasonda sağ overden köken alan 9x9cm'lik kistik kitle saptandı. Hasta sağ over kist torsiyonu tanısıyla acil ameliyata alındı. Ameliyatta sağ adneks, sigmoid kolon, sakrum ve sağ pelvik duvarı infiltrate eden kitle lezyonu saptandı. 10 cm'lik bir jejunum ansı'da bu kitle lezyonuna yapışıklık gösteriyordu ve sigmoid kolonda yaklaşık 5x6 cm boyutunda kitle palpe ediliyordu. Bu bulgular kolon karsinomunu destekliyordu ve intraoperatif genel cerrahi konsültasyonu istendi. Hastaya sağ salpingo-ooferektomi + sigmoid rezeksiyon + segmental jejunum rezeksiyonu yapıldı. Rezeksiyon materyalinin patolojik incelemesinde aktinomikozla uyumlu kronik inflamasyon doku saptandı. **Sonuç:** Özellikle İUA kullanan hastalarda pelvik kitlelerin ayırıcı tanısında nadir görülen bu enfeksiyöz hastalık akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Aktinomikoz, abdominal aktinomikoz, kolon kanseri

Selçuk Tıp Derg 2005; 21:63-66

SUMMARY

Actinomycosis of sigmoid colon : mimicking a colon cancer

Abdominal actinomycosis is a rare infectious disease caused by an anaerobic bacterium *actinomyces israeli*. Pelvic actinomycosis is generally associated with the use of intrauterin devices (IUD). This chronic suppurative infection can mimic pelvic malignancy. The diagnosis of the disease is frequently miss preoperatively. The surgeons must be aware of this rare complication in order to avoid an extensive surgical procedure. **Case:** We present the case of a 31 year old premenoposal woman with an abdominal pain and a history of IUD use for 6 years. On physical examination the patient had tenderness on right lower abdomen and a palpable cystic mass 8x10cm.in size on pelvic bimanual examination. A preoperative transvaginal USG showed a 9x9 cm cystic mass originated from right ovary. The patient was taken to the emergency operating suite with the diagnosis of torsion of the right cystic ovary by gynaecologist. During the exploratory laparotomy we observed an extensive diffusely infiltrating process involving right adnexa, sigmoid colon, sacrum and right pelvic wall. A loop of jejunum was adherent to this infiltrating process, and a mass 5x6 cm. in size was palpated in sigmoid colon. These findings were highly suggestive of a colonic carcinoma and the patient was consulted with a general surgeon intraoperatively. Right salpingo-ooferectomy + sigmoid resection+ segmental jejunal resection was performed. Pathologic findings showed chronic inflammatory tissue with evidence of actinomycosis. **Conclusion:** The case described here underlines that surgeons must be aware of this unusual infectious disease in the differential diagnosis of pelvic mass.

Key words: Actinomycosis, abdominal actinomycosis, colon cancer

Abdominal aktinomikoz anaerobik gram pozitif bir bakteri olan *Actinomyces İsraili'nin* neden olduğu nadir görülen enfeksiyöz bir hastalıktır (1). Pelvik aktinomikoz sıklıkla intrauterin alet (İUA) kullanımı ile birlikte görülür (2). Kronik süpüratif enfeksiyon lokal infiltratiftir ve enfekte doku planında derin

endürasyona yol açar. Ateş ve lökositozun yokluğunda bu endürasyon pelvik maligniteyi taklit edebilir. Preoperatif dönemde pelvik aktinomikoz tanısını koymak zordur. Pelvik kitlesi veya karın ağrısı olan bayan hastaların ayırıcı tanısında bu enfeksiyon tablosu akılda tutulmalıdır (1,2).

Haberleşme Adresi: **Dr.Tamer Ertan** Yunus Emre Cad. Tekin Apt. 45/9 06280 Incirli ANKARA
e-posta: tertan70@hotmail.com

Geliş Tarihi : 29.12.2004 Yayına Kabul Tarihi : 08.03.2005

OLGU SUNUMU

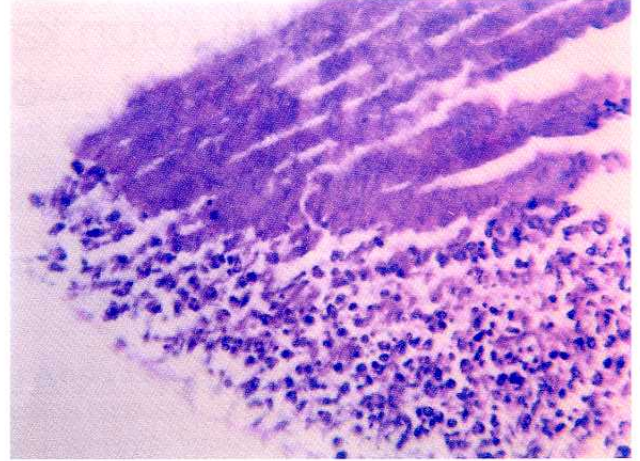
31 yaşında premenopozal bayan hasta karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın anamnezinden 1 yıldır devam eden karın ağrısı şikayetinin olduğu ve bu yüzden başvurusundan 2 gün önce 6 yıldır varolan intrauterin aracın (İUA) çıkarıldığı öğrenildi. Ateş, bulantı, kusma, vajinal kanama, bağırsak ve mesane alışkanlıklarında değişme tariflemiyordu. Fizik muayenede sağ alt kadranda hassasiyet ve pelvik bimanuel muayenede yaklaşık 8x10 cm boyutunda kitle palpe ediliyordu. Laboratuvar sonuçlarında; Hemogloblin 9.3 gr/dl, beyaz küre sayısı 12.000/mm³, trombosit sayısı 600.000/mm³ idi. Kan üre-elektrolitleri normal idi. Göğüs ve abdominal grafilerinde özellik yoktu. Beta HCG düzeyi normaldi. Preoperatif transvajinal ultrasonda sağ overden kaynaklanan 9x9cm'lik kistik lezyon saptandı. Hasta jinekologlar tarafından sağ over kist torsiyonu tanısıyla acil ameliyata alındı.

Eksplorasyonda sağ adneks, sigmoid kolon, sakrum ve sağ pelvik duvara infiltrate kitle saptandı. Yaklaşık 10 cm'lik jejunum ansı bu kitleye yapışıklık gösteriyordu. Sigmoid kolonda diffüz kalınlaşma ve endüryasyon mevcuttu ve sigmoid kolon içerisinde 5x6cm boyutunda kitle palpe ediliyordu. Bu bulgular kolon karsinomunu düşündürdüğünden intraoperatif genel cerrahi konsültasyonu istendi.

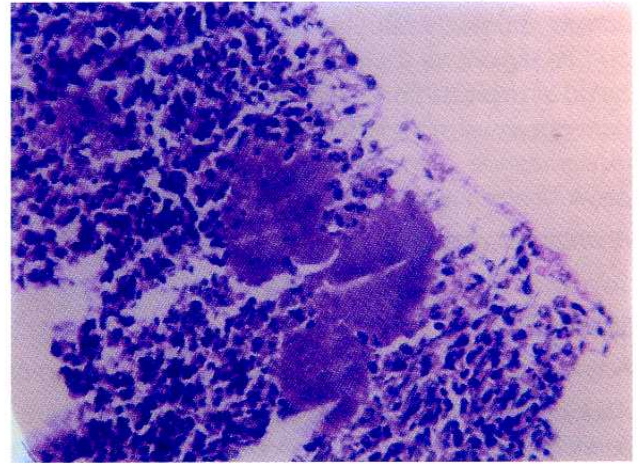
Hastaya sağ salpingo-ooferektomi+ segmental jejunal rezeksiyon + sigmoid rezeksiyon yapıldı. Etkilenen dokunun çıkarılmasını takiben sigmoid uç kolostomi ve uç-uca enteroenterostomi yapıldı.

Patolojik incelemede sağ over ve fallop tüpünde akut ve kronik inflamasyon bulguları mevcuttu , fakat malignite yönünde bulgu yoktu. Polimorfonükleer infiltrasyonun yoğun olduğu süperatif alanların merkezinde aktinomikoz türlerine ait kalıntılar izlendi (Şekil 1). Sigmoid kolonun histolojik incelemesinde, perikolonik yumuşak dokuda ve özellikle serozal yüzde belirgin olan akut ve kronik inflamasyon bulguları saptandı. Akut ve kronik inflamatuvar değişikliklere ve aktinomikoz türlerine ait kalıntılara dayanarak pelvik aktinomikoz tanısı konuldu (Şekil1,2).

Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. Hastaya yattığı 10 gün boyunca her 4 saatte bir intravenöz penisilin 1.2 milyon Ü/doz yapıldı. Üç ay boyunca kullanmak üzere oral Ampisillin 3g/gün verilerek taburcu edildi. Bu sürenin sonunda hastanın kolostomisi kapatıldı.



Şekil 1: Polimorfonükleer infiltrasyondan zengin süpürasyon alanlarının merkezinde aktinomikoz kalıntıları gözlemlendi.



Şekil 2: Akut ve kronik inflamatuvar değişiklikler ve aktinomikoz kalıntılarının varlığı

Kolostomi onarımı sırasında enfeksiyon tablosunun olmadığı ve başlangıçtaki endüryasyonun tamamen gerilediği gözlemlendi.

TARTIŞMA

Abdominal aktinomikoz anaerobik, gram pozitif bir bakteri olan Actinomyces Israeli ve nadiren A. Bovis veya A. Neuslundii'nin neden olduğu nadir görülen kronik süperatif enfeksiyöz hastalıktır (1). A. Israeli normalde oral , gastrointestinal ve genital florada bulunur. Organizma normal mukozal bariyerleri geçemediğinden fırsatçı enfeksiyonlar ancak altta yatan lokal hastalık, travma, cerrahi veya İUA gibi yabancı cisimlere bağlı bariyer bütünlüğünün bozulmasıyla ortaya çıkarlar (2). Pelvik aktinomikoz İUA kullanımının artmasıyla daha sık görülür hale gelmiştir (3). Henderson İUA kullananlarda pelvik aktinomikoz sıklığının arttığını saptamıştır (4). Grupta ve arkadaşları 1976'da bu grup bayanların serviko-vajinal smear'larında aktinomikoz varlığını açıklamışlardır (5).

1980'lerde İUA'ların geniş çaplı kullanıma girme- siyle servikste asemptomatik kolonizasyon insi- dansında artma saptanmıştır (6,7,8). Kolonizasyon riski İUA kullanım süresiyle ilişkilidir. İki-üç yıl içinde İUA'ların %25'inde *actinomyces* kolonizasyonu olur ve bu hastaların %2-4'ü semptomatik hale gelir (6,7,8). Klinik bulgular enfeksiyonun oluşum yeri ve yoluna bağlı olarak değişir. Enfeksiyon 3 şekilde görülür; Servikofasial aktinomikoz %60 ile en sık görülen formdur ve diş çekilmesi ile mak- sillofasial travmaya sekonder olarak oluşur. Diğer enfeksiyon formları %25 ile abdominal/pelvik aktinomikoz ve %15 ile torasik aktinomikoz'dur (9,11).

Karın içerisindeki enfeksiyonda en sık tutulan alan sağ kolon özellikle de çekum veya apendiks'tir fakat rektum, sigmoid ve transvers kolon tutulu- munun olduğu olgular da bildirilmiştir (9).

Aktinomikoz enfeksiyonu fistül, sinüs yada pseudoneoplastik formasyonu taklit eden kitle şeklinde belirti verir (10). Kronik enfeksiyon lokal infiltratiftir ve enfekte olan dokularda derin endürasyon oluşumuna yol açar. Bu endürasyon pelvik maligniteyi taklit edebilir.

Enfeksiyon esas olarak direk yayılımla ilerler ancak hematogen ve nodal tutulumun olduğu lenfatik yayılımda bildirilmiştir (2,3). Aktinomikoz pelvik kitleler içinde nadir görülen bir etyolojik ajandır fakat hekim İUA kullanım öyküsü olan hastalarda bu enfeksiyöz hastalığını akılda tutmalıdır. Genel olarak inflamatuvar süreç düşünülmez ve tanı sıklıkla preoperatif ileri evre kolon yada over karsi- nomu'dur (11). Sunulan olguda preoperatif tanı sağ over kist torsiyonu idi fakat operatif bulgular ileri evre kolon karsinomunu destekliyordu.

Hastalığın klinik bulguları , alt abdominal ağrı , subfebril ateş , vajinal kanama , adneksiyel kitle , kilo kaybı , güçsüzlük ve anemi şeklinde ortaya çıkabilir.Semptomlar akut,subakut veya kronik ola- bilir (12,13).Sunulan olguda tek semptom alt abdominal ağrı idi. Fizik muayenede adneksiyel kitle saptandı.

Bu enfeksiyöz hastalıkta semptom ve bulgular spe- sifik olmadığından tanı genellikle atlanır. Olguların %10'undan azında tanı cerrahi öncesi konur (14). Operatif bulgular sıklıkla olgumuzda olduğu gibi abse ve sert fibröz yapılarla örtülü endüre kitleler şeklindedir (2).

Kesin tanı aktinomikotik kalıntıların incelenmesi ile konur. Kalıntılar dokuda sıklıkla seyrek

olduğundan çok sayıda kesit incelenmelidir. Lezyonlarda dışta bir granülasyon tabakası ve merkezde sülfür granüllerini saran pürülan içerikli nötrofiller gözlenir (1,2). Granüllerin periferinden yayılan eozinofilik küp şeklindeki yapıların göste- rilmesi de aktinomikoz için demonstratiftir (15,16).

Pelvik aktinomikoz için önerilen tedavi protokolü ; İUA'nın çıkarılması,antibiyotik tedavisi ve kitlenin cerrahi eksizyonu şeklindedir (17). Geniş lezyonlar- da cerrahi rezeksiyon ve drenajı takiben uzun dönem antibiyotik tedavisi gerekmektedir (18,19). Seçilecek antibiyotik grubu penisilin ve türevleridir. 3-6 hafta süreyle 2-6 milyon Ü/gün IV Penisilin G tedavisini takiben 2-4 g/gün oral penisilin 2-12 ay boyunca kullanılmalıdır. Tedavinin abseyi çevreleyen avasküler fibroz alanına etki etmesi ve sülfür granüllerinin merkezine ulaşması açısından uzun süreli tedavi gerekmektedir. Fibröz alanlara düşük penetrasyon ve hastalığın yinelenme eğilimi nedeniyle de uzun süreli tedavi gerekmektedir (18). Bizim hastamız'da Atad ve arkadaşlarının önerdiği şekilde 10 gün boyunca 4 saatte bir 1.2 milyon U/doz IV Penisilin G verildi 3 ay boyunca 3g/gün oral Ampisillin kullanmak üzere taburcu edildi (17).

Sunulan olguda pelvik kitle ileri evre kolon karsi- nomunu taklit ediyordu. Preoperatif ve intraope- ratif değerlendirmede aktinomikoz veya diğer inflamatuvar nedenler düşünülmedi ve sigmoid rezeksiyon yapıldı. Preoperatif veya intraoperatif olarak aktinomikoz düşünülse dahi gerçekleştirilen ameliyat aynı olacaktı , çünkü aktinomikoz enfek- siyonunda etkilenen dokunun eksizyonu önerilen en uygun tedavi yöntemidir (8,20).

Hastalığın preoperatif tanısı hastayı kuşkuilanılan karsinom evrelemesi için gerekli agresif cerrahiye önleyebilir.

Pelvik aktinomikoz preoperatif dönemde tanı kon- ması zor olan ve nadir görülen bir hastalıktır. Pelvik kitlelerin ender sebeplerinden olmasına karşın, karın ağrısı veya pelvik kitle nedeniyle başvuran ve İUA kullanım öyküsü olan hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmalıdır.

Eğer preoperatif dönemde tanı konulursa başlangıç tedavisi parenteral penisilin olmalıdır. Ardından obstrüktif semptomların giderilmesi ve geniş pelvik absenin drenajı için erken cerrahi eksizyon gereklidir.Sınırlı bir cerrahi bayan hastaları agresif cerrahinin morbiditesinden korur.

KAYNAKLAR

1. Antonelli D, Kustrup JF Jr. Large bowel obstruction due to intrauterine device: associated pelvic inflammatory disease. *Am Surg* 1999; 65:1165-6
2. Scribner DR Jr, Baldwin J, Johnson GA. Actinomycosis mimicking a pelvic malignancy. A case report. *J Reprod Med* 2000; 45:515-8
3. Harris LF, Kakani PR, Selah CE. Actinomycosis : Surgical aspects. *Am Surg* 1985;51:262-4
4. Henderson SR. Pelvic actinomycosis associated with an intrauterine device. *Obstet Gynecol* 1973;41:726-32
5. Gupta PK, Hollander DH, Frost JK. Actinomycetes in cervico-vaginal smears: An association with IUD usage. *Acta Cytol* 1976;20:295-7
6. Cowill R, Quan SH. Colonic actinomycosis mimicking carcinoma. *Dis Colon Rectum* 1979 ; 1:45-6
7. Deshmukh N, Heaney SJ. Actinomycosis at multiple colonic sites. *Am J Gastroenterol* 1986;81:1212-4
8. Harris LA, Decosse JJ, Dannenberg A. Abdominal actinomycosis: evaluation by computed tomography. *Am J Gastroenterol* 1989;84:198-201
9. Waaddegaard P, Dziegiel M. Actinomycosis mimicking abdominal neoplasm. *Acta Chir Scand* 1988;154:315-31
10. Posnik MR, Potesman I, Abrahamson J. Primary perianal actinomycosis. *Eur J Surg* 1996;162:153-4
11. Berardi RS. Abdominal actinomycosis. *Surg Gynecol Obstet* 1979;149:257-66
12. Yoonessi M, Crickard K, Cellion IS. Association of actinomycetes and intrauterine contraceptive devices. *J Reprod Med* 1985;30:48-9
13. Goodman HM, Tuomala RE, Leavitt T. Actinomycotic pelvic inflammatory disease simulating malignancy. *J Reprod Med* 1986;31:625-7
14. Vallicenti JF Jr, Pappas AA, Graber CD, Williamson HO, Willis NF. Detection and prevalence of IUD associated actinomycetes colonization and related morbidity. *J Am Med Assoc* 1982;247:1149-52
15. Everts EC. Cervicofacial actinomycosis. *Arch Otolaryngol* 1970; 92:468-74
16. Brandenburg JH, Finch WW, Kirkham WR. Actinomycosis of the larynx and pharynx. *Otolaryngology* 1978;86:739-42
17. Atad J, Hallak M, Sharon A, Kitzes R, Kelner Y, Abramovici H. Pelvic actinomycosis: is long-term antibiotic therapy necessary. *J Reprod Med* 1999;44:939-44
18. Garland SM, Rawling D. Pelvic actinomycosis in association with an intrauterine device. *Aust NZ J Obstet Gynecol* 1993;33:96-8
19. Scully RE, Mark EJ, Mc Neely BW. Clinicopathological exercises. *N Engl J Med* 1992;326:692-9
20. Cintron JR, Del Pino A, Duarte B, Wood D. Abdominal actinomycosis. *Dis Colon Rectum* 1996;39:105-8