

AKTİNOMİKÖZİS - TANISAL KİSTASLAR VE YEDİ OLGUNUN İRDELENMESİ

Yrd. Doç. Dr. Figer DORAN (*) • Yrd. Doç. Dr. Fikret KIVANÇ (*) • Dr. Çetin KOÇAK (*)
Yrd. Doç. Dr. Akgün YAMAN (**) • Yrd. Dr. Levent SOYLU (***)

ÖZET: AKTİNOMİKÖZİS-TANISAL KİSTASLAR VE YEDİ OLGUNUN İRDELENMESİ. Aktinomikozis kronik, progressif, süpüratif bir hastalıktır. Multipl abselerle, direne olan sinüslerle, bol granülasyon ve yoğun fibröz doku ile karakterizedir. Anaerobik, gram-pozitif, filamentöz bir bakteri tarafından oluşturulur. En çok servikofasial bölgede, toraksda, abdomende ve pelvisde görülür. Sülfür granüllerinin tutulmuş dokulardan çıkması veya sinüs duvarlarında görülmesi karakteristikdir. Bu makalede ilgili literatürle birlikte, geçmiş sekiz yıl içerisinde Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tanı almış tüm aktinomikozis olguları yeniden irdelenerek tartışıldı.

ANAHTAR KELİME: Aktinomikozis.

SUMMARY: ACTINOMYCOSIS-DIAGNOSTIC CONSIDERATION AND REVIEW OF SEVEN CASES. Actinomycosis is a chronic, progressive, suppurative disease characterized by formation of multipl abscess, draining sinuses, abundant granulation and dense fibrous tissue. It is caused by anaerobic, gram positive filamentous bacterium. The most common sites of involvement are cervicofacial area, thorax, abdomen and pelvis. The appearance of sulfur granules in lesions, sinus walls or discharges of involved tissues is characteristic. Our seven cases of actinomycosis were presented and the literature was reviewed.

KEY WORD: Actinomycosis.

TARİHÇESİ

Günümüzde yaygınlığı oldukça sınırlı bir hastalık olan aktinomikozisin insanda ilk klinik tanısı 1845'de Von Langenbeck tarafından yapılmıştır (1,2,6,9). İlk kez 1956'da Le Blanc sığırlarda hastalığın klinik tanımını yapmış, 1957'de Lebert insanlarda ve sığırlarda aynı klinik tablonun görüldüğünü ortaya koymuştur (2,6,9). 1978'de Israel tipik sülfür granüllerini insan otopsisinde göstermiş, 1891'de aynı araştırmacı insan lezyonunda patojen mikroorganizmayı izole etmeyi başarmıştır (1,2,3,6,8,9).

MİKROBİYOLOJİK GÖRÜNÜM

Her ne kadar "Actinomyces" ismi Yunanca "Işınsal Fungus" anlamına geliyorsa da etyolojik ajanın gerçek bir bakteri olduğu gösterilmiştir (2). Ancak organizmaların fungusu hatırlatması gerekçesiyle pek çok otör bu mikroorganizmalara funguslar ve gerçek bakteriler arasında yer vermiştir. Mikroorganizmaların nükleer membranları yoktur, bu yüzden prekaryotik bakteriler olarak nitelendirilir. Yine bakterilerden farklı olarak mitokondriaları yoktur, hücre duvarlarında chintin ve muramik asit içermezler (1,2). Aktinomiçes yapısında dallanan filamentler fungusların filamentlerinden farklıdır. Tüm aktinomiçes değişik antibakteriyel antibiyotiklerden zarar görür fakat antifungal ajanlardan etkilenmezler (1,2,6).

İnsanlarda actinomikozise en çok Actinomyces Israeli neden olur (1). Nadiren diğer aktinomiçesler de hastalık yapar ki bunların en yaygın olanı Arachnia Propionica'dır. Bu ilginç varyant aktinomiçesler içerisinde klasifiye edilir, fakat glukoz metabolizmaları sırasında propionik asit üretmeleri sebebiyle ayrı bir genus olarak kabul edilmektedir (1,2,4,6). Bu durumda A. Israeli, A. Naeslundii, A. Viscosus, A. Odontolyticus'un insanda aktinomikozise neden olan temel etyolojik organizmalar olduğu kabul edilir. Tüm bu aktinomiçesler A. Israeli'nin oluşturduğu klinik tablodan farklı hastalık tabloları yapar (1). Normalde oral kavitede bulunabilen tüm bu organizmalar endojenözdür, yaygındır (1,2,6).

A. Israeli'nin tipik kolonileri 1-1,5 mm çaplı pürüzlü, beyaz opak, ıslak ekmek manzarasıdadır. İzole edilmeleri zordur. Kültürden önce taneciklerin veya granüllerin tuzlu su ile yıkanması gerekir. Sonra karbondioksitli anaerobik koşullarda tiyoglikolat veya beyin-kalp infüzyon kültürleri içerisinde inoküle edilerek üretilir. İnokülasyondan iki gün sonra dallanmış filamentler ve/veya beyaz irregüler benekler, minik kum tanecikleri şeklinde görülürler, 4-6 günde koloniler beyaz krem rengi opak kitleler halini alır. Katalaz negatif sütlü koagüle ederler ve jelasyon oluşturmazlar (1,2,3,6).

A. Israeli'nin tipik kolonileri 1-1,5 mm çaplı pürüzlü, beyaz opak, ıslak ekmek manzarasıdadır. İzole edilmeleri zordur. Kültürden önce taneciklerin veya granüllerin tuzlu su ile yıkanması gerekir. Sonra karbondioksitli anaerobik koşullarda tiyoglikolat veya beyin-kalp infüzyon kültürleri içerisinde inoküle edilerek üretilir. İnokülasyondan iki gün sonra dallanmış filamentler ve/veya beyaz irregüler benekler, minik kum tanecikleri şeklinde görülürler, 4-6 günde koloniler beyaz krem rengi opak kitleler halini alır. Katalaz negatif sütlü koagüle ederler ve jelasyon oluşturmazlar (1,2,3,6).

İNSİDANS

Aktinomikozis dünyanın her tarafında şehirlerde ve kırsal bölgelerde eşit yayılım gösteren bir hastalıktır (1). Geçmişte oldukça yaygın olarak gözlenen bu hastalığı Cope "Her nerede mikroskop ve laboratuvar varsa orada hastalık ortaya çıkarılır" şeklinde ifade etmiştir (2). Antibiyotiklerin kullanımı ile hastalığın insidansı belirgin ölçülerde düşme göstermiştir (6). Kadın/erkek oranı 1/3'dür, ilginç olarak bu oran geçmişte ve günümüzde değişmemiştir. Hastalığın dağılımındaki bu eşitsizlik kötü oral hijyen ve diş çürüklerinin predispozan faktör oldukları yolundaki düşüncüyü desteklemektedir (1,2,6,10). Çünkü erkeklerde maksillofasial travma oranı üç misli daha fazladır. (Kontakt sporlar, kişisel saldırılar, motorlu araç kazaları, daha agresif davranışlar gibi) (10,13).

PATOJENİTE

A. Israeli evsahibi defans hücrelerince başarı ile fagosite edilir, ancak fagositoz ile öldürülmezler (2). Fakültatif olarak intrasellüler parazitler şeklinde yaşarlar (1,3). Aktinomiçeslerin bu parazitik rolleri ilk kez 1976'da Bovin form-larda gösterilmiştir. Doğada bulunmayan aktinomiçeslerin 86°F altında fonksiyonları bozulur. Oral kavitede, tonsil

* Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Ana Bilim Dalı

** Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı

*** Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Tablo 1: Olguların Yaş, Cins, Meslek, Lokalizasyon, Öntanı, Bulgu ve Semptomlara Göre Dağılımı

Olgu No:	Yaşı-Cins	Mesleği	Lokalizasyonu	Öntanı	Bulgu ve semp.
1. (A.R)	33. E.	Şöför	Sağ servikofacial	Dişçekimi sonrası abse	Kronik ağrı ve süpüre kitle
2. (C.S)	55. E.	Emekli İşçi	Sağ servikofacial	Sialoadenit? Abse?	Süpüre kitle
3. (M.İ)	60. E	Emekli İşçi	Sol servikofacial	Travmatik Hematom Abse?	Ağrı Süpüre kitle
4. (A.H)	39. E	İlkokul Öğretmeni	Sol servikofacial	Postekstraksiyon absesi?, Ca? Aktinomikozis?	Ginjival şişme, sinüsler
5. (T.E)	36. E	İşsiz (Kr. Şizofreni)	Suprahepatik	Subfrenik abse?	Kr. Öksürük, kilo kaybı, sağ diy. yüks.
6 (M.E)	41. K.	Ev kadını	Endometrit	Endometrit	4 yıldır IUD.
7. (C.Y)	53. E.	Vinç Operatörü	Perinal bölge	Perianal fistül	Perianal süpüre kitle

kripterinde, diş yüzeyleri ve tükrükte de normalde saptanabilir. Bunlar saprofittir. A. Bovis insanda hiç bir zaman patojen olarak rapor edilmemiştir. A. Israeli ise nadiren sıgırlarda bulunmuştur. Aktinomikozislerin bazen gingivitelere veya dental periapikal abselere sebep oldukları bildirilmiştir (1,6,9).

Klinik olarak aktinomikozis düşünülen hastaların lezyonlarından elde edilen kültürler aktinomikozislerle diğer bakterilerin biraradalığını ortaya koymuştur (2). Bunlar anaerobik streptokoklar, fusiform basiller, hemafilus'lar ve diğer gram negatif basillerdir. Bunların hiç biri tek başına hastalık yapma kapasitesi taşımazlar, yani bir sekonder enfeksiyon söz konusu değildir (1). Bu bakteriler enfekte bölgenin periferinde rölâtif olarak anaerobik çevre meydana getirerek aktinomikozis enfeksiyonuna yardım ederler. Aktinomikozisler oral bölgenin dışında lakrimal pasajda, alt respiratuar yollarda, sindirim sisteminde de sağlıklı dokularda izole edilmiştir. Ancak fecesde herhangi bir boya ile gösterilmemiştir (1,12,13).

KLİNİK MANİFESTASYONLAR

İnsanda yaygın olarak üç farklı formda bulunan aktinomikozisin en sık görülen formu servikofasiyal tiptir (% 55) (1,2,3,4,5,6). Bunu abdomino pelvik form (% 15) ve pulmonotarakik form (% 15) izler. Dissemine form kural olarak çok nadirdir, hematogen yolla multipl organ sistemleri tutulursa hastalık öldürücüdür (1,11,12). Absdominopelvik formun en sık görüldüğü bölge anorektal bölge ve pelvisdir (2,4). Bunu sırasıyla ince barsak, safra kesesi, karaciğer, mide, kolon ve appendiks izler (3). Servikofasiyal formda minör oral travma, çürük diş organizmanın subkütanöz dokuya girmesini sağlayabilir (1). Bunun sonucunda mandibular köşede flüktüasyon veren, ağrısız, iyi sınırlı lezyon oluşur (1,9). Yayılım yollara lenfatikler değilse lenf nodları ancak geç dönemde büyür. Bu yüzden lenfadenomegali yaygın bir manifestasyon değildir (1,2,6,9).

Abdominopelvik aktinomikozisin patogenezi açıklayan şu teoriler klinik bulgulara ışık tutabilir (2,6). Ya organizma direk mukozal lezyon oluşturmuş ve submukozal dokuya

geçmiştir, ya normal gastrointestinal bariyer farklı bir nedenle bozulmuştur, ya da son yıllarda sık olarak rapor edildiği gibi bir intrauterin kontraseptif araç (IUD) kullanılması söz konusudur (2,6). Torasik form aktinomikozis primer olabilir ya da subdiyafragmatik enfeksiyonun penetrasyonu ile oluşabilir. Bazen pulmonoplevra fistüllerle sonuçlanan akciğer abselerine veya ampiyeme neden olur ki ileri evrelerde kostalar veya göğüs erode olabilir, hatta kolumna vertebralise ya da perikardial kaviteye ilerleyebilir (5).

Tüm formlarda kronik lokalize inflamatuvar parajisi ateş, lökositöz, sinüslerin oluşumu izler (1,6). Bazen birkaç günden birkaç haftaya uzanan latent bir dönem ya da geçirilmiş torakal veya abdominal

cerrahi girişim öyküsü bulunabilir (12). Drene olan sinüslerden yapılacak kültürlerde çoğunlukla sekonder enfeksiyon sonuçları elde edilir. Sülfür granüllerinin görülmesi karakteristiktir (5). Sinüs traktının derin bölgelerinden kültür alınacak olursa aktinomikozis üretilir. Bazen klinik tabloya anemi sedimantasyon hızında artış, zayıflama, bulantı, kusma eklenebilir (2,6).

MAKROSKOPİK VE MİKROSKOPİK GÖRÜNÜM

Aktinomikoziste inisyal evrede hücresel reaksiyon ve takiben uzamış lokal inflamasyon vardır. Geç evrede ise santral bölgelerinde semi-abse formasyonu ya da granüloma yapılırla belirlenen aktinomikozis lezyonları bu evrede sıklıkla tümörle karıştırılır ve psödötümör olarak adlandırılır. Kutanoz yüzeye doğru tipik sinüs traktları gelişir. Mevcut sinüs traktları kapanan ve spontan olarak tekrar açılan vasıftadır. Bazen derin dokulara doğru enfeksiyonun ilerlediği izlenebilir (2,6).

Işık mikroskopunda geç evrede izlenen kronik süpüre granümatöz lezyon ve etrafındaki fibrozis dikkat çekicidir (1,2,3,4,5,6,14). Bu arada oluşan drene fistüller makroskopik tanıda oldukça yardımcıdır. Lezyon çevresindeki duvar kalın, fibrotik ve dikkat çekecek derecede avaskülerdir. Lezyonun merkezinde yer alan eksuda içerisinde granüle, lobüle, mikrokoloniler halinde sülfür granülleri bulunur. Nötrofillerin yapışması ile tekerlek halini alır ve bu konglomerasyon hematokosilen-Eosin ile boyalı preparatlarda kolayca farkedilir. Bu merkezi topluluğun etrafında lenfositler, plazma hücreleri, epiteloid histositler ara sıra dev hücreler ve lipidle yüklü makrofajlar görülebilir (1,2,6,14). Bu granülasyon zonu 2 mm kalınlıktadır. Santral zonda nekroz nadirdir, olursa lifefaksiyon nekrozu şeklindedir. Değişik histokimyasal yöntemler (gram boyaları, methanaminsilver) mikroorganizmayı göstermede yararlı olabilir. Ancak taze dokuda boya yapılmaksızın da izlenebilir (6). Hemotoksilen-Eosin ile rozet yapısındaki bakterileri diziliminin santral bölgesi bazofilik, periferik bölgesi ise eozinofilik boyanır (6).

Tablo 1: Olguların Yaş, Cins, Meslek, Lokalizasyon, Öntanı, Bulgu ve Semptomlara Göre Dağılımı

Olgu No:	Yaşı-Cins	Mesleği	Lokalizasyonu	Öntanı	Bulgu ve semp.
1. (A.R)	33. E.	Şöför	Sağ servikofacial	Dişçekimi sonrası abse	Kronik ağrı ve süpüre kitle
2. (C.S)	55. E.	Emekli İşçi	Sağ servikofacial	Sialoadenit? Abse?	Süpüre kitle
3. (M.l)	60. E	Emekli İşçi	Sol servikofacial	Travmatik Hematom Abse?	Ağrı Süpüre kitle
4. (A.H)	39. E	İlkokul Öğretmeni	Sol servikofacial	Postekstraksiyon absesi?, Ca? Aktinomikozis?	Ginjival şişme, sinüsler
5. (T.E)	36. E	İşsiz (Kr. Şizofreni)	Suprahepatik	Subfrenik abse?	Kr. Öksürük, kilo kaybı, sağ diy. yüks.
6 (M.E)	41. K.	Ev kadını	Endometrit	Endometrit	4 yıldır IUD.
7. (C.Y)	53. E.	Vinç Operatörü	Perineal bölge	Perianal fistül	Perianal süpüre kitle

kripterinde, diş yüzeyleri ve tükrükte de normalde saptanabilir. Bunlar saprofittir. A. Bovis insanda hiç bir zaman patojen olarak rapor edilmemiştir. A. Israeli ise nadiren sığırlarda bulunmuştur. Aktinomişeslerin bazen gingivitelere veya dental periapikal abselere sebep oldukları bildirilmiştir (1,6,9).

Klinik olarak aktinomikozis düşünülen hastaların lezyonlarından elde edilen kültürler aktinomişesler ile diğer bakterilerin biraradalığını ortaya koymuştur (2). Bunlar anaerobik streptokoklar, fusiform basiller, hemafilus'lar ve diğer gram negatif basillerdir. Bunların hiç biri tek başına hastalık yapma kapasitesi taşımazlar, yani bir sekonder enfeksiyon söz konusu değildir (1). Bu bakteriler enfekte bölgenin periferinde rölâtif olarak anaerobik çevre meydana getirerek aktinomikozis enfeksiyonuna yardım ederler. Aktinomişesler oral bölgenin dışında lakrimal pasajda, alt respiratuar yollarda, sindirim sisteminde de sağlıklı dokularda izole edilmiştir. Ancak fecesde herhangi bir boya ile gösterilmemiştir (1,12,13).

KLİNİK MANİFESTASYONLAR

İnsanda yaygın olarak üç farklı formda bulunan aktinomikozisin en sık görülen formu servikofasiyal tiptir (% 55) (1,2,3,4,5,6). Bunu abdomino pelvik form (% 15) ve pulmonotorasik form (% 15) izler. Dissemine form kural olarak çok nadirdir, hematogen yolla multipl organ sistemleri tutulursa hastalık öldürücüdür (1,11,12). Absdominopelvik formun en sık görüldüğü bölge anorektal bölge ve pelvisdir (2,4). Bunu sırasıyla ince barsak, safra kesesi, karaciğer, mide, kolon ve appendiks izler (3). Servikofasiyal formda minör oral travma, çürük diş organizmanın subkütanöz dokuya girmesini sağlayabilir (1). Bunun sonucunda mandibular köşede flüktüasyon veren, ağrısız, iyi sınırlı lezyon oluşur (1,9). Yayılım yollara lenfatikler değilse lenf nodları ancak geç dönemde büyür. Bu yüzden lenfadenomegali yaygın bir manifestasyon değildir (1,2,6,9).

Abdominopelvik aktinomikozisin patogenezi açıklayan şu teoriler klinik bulgulara ışık tutabilir (2,6). Ya organizma direk mukozal lezyon oluşturmuş ve submukozal dokuya

geçmiştir, ya normal gastrointestinal bariyer farklı bir nedenle bozulmuştur, ya da son yıllarda sık olarak rapor edildiği gibi bir intrauterin kontraseptif araç (IUD) kullanılması söz konusudur (2,6). Torasik form aktinomikozis primer olabilir ya da subdiyafagmatik enfeksiyonun penetrasyonu ile oluşabilir. Bazen pulmonoplevra fistüllerle sonuçlanan akciğer abselerine veya ampiyeme neden olur ki ileri evrelerde kostal veya göğüs erode olabilir, hatta kolumna vertebralise ya da perikardial kaviteye ilerleyebilir (5).

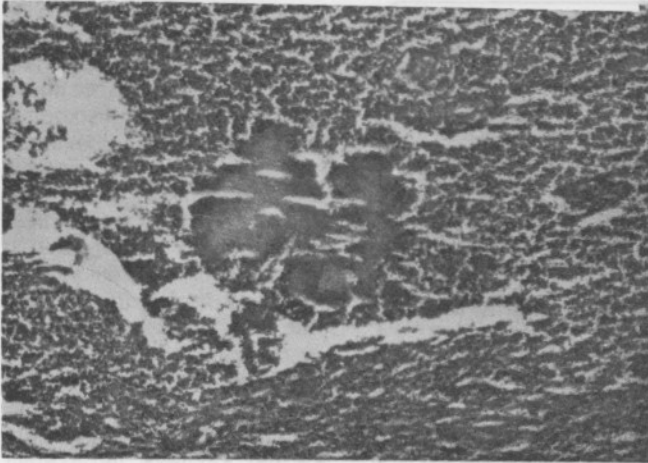
Tüm formlarda kronik lokalize inflamatuvar parjesi ateş, lökositoz, sinüslerin oluşumu izler (1,6). Bazen birkaç günden birkaç haftaya uzanan latent bir dönem ya da geçirilmiş torakal veya abdominal

cerrahi girişim öyküsü bulunabilir (12). Drene olan sinüslerden yapılacak kültürlerde çoğunlukla sekonder enfeksiyon sonuçları elde edilir. Sülfür granüllerinin görülmesi karakteristiktir (5). Sinüs traktının derin bölgelerinden kültür alınacak olursa aktinomişesler üretilebilir. Bazen klinik tabloya anemi sedimentasyon hızında artış, zayıflama, bulantı, kusma eklenebilir (2,6).

MAKROSKOBİK VE MİKROSKOBİK GÖRÜNÜM

Aktinomikozisde inisyal evrede hücresel reaksiyon ve tabiken uzamış lokal inflamasyon vardır. Geç evrede ise santral bölgelerinde semi-abse formasyonu ya da granüloma yapıları belirlenen aktinomikozis lezyonları bu evrede sıklıkla tümörle karıştırılır ve psödötümör olarak adlandırılır. Kutanoz yüzeye doğru tipik sinüs traktları gelişir. Mevcut sinüs traktları kapanan ve spontan olarak tekrar açılan vaşittir. Bazen derin dokulara doğru enfeksiyonun ilerlediği izlenebilir (2,6).

Işık mikroskopunda geç evrede izlenen kronik süpüre granülatöz lezyon ve etrafındaki fibrozis dikkat çekicidir (1,2,3,4,5,6,14). Bu arada oluşan drene fistüller makroskobik tanıda oldukça yardımcıdır. Lezyon çevresindeki duvar kalın, fibrotik ve dikkat çekecek derecede avasküldür. Lezyonun merkezinde yer alan eksuda içerisinde granüle, lobüle, mikrokoloniler halinde sülfür granülleri bulunur. Nötrofillerin yapışması ile tekerlek halini alır ve bu konglomerasyon hematokosilen-Eosin ile boyalı preparatlarda kolayca farkedilir. Bu merkezi topluluğun etrafında lenfositler, plazma hücreleri, epiteloid histositler ara sıra dev hücreler ve lipidle yüklü makrofajlar görülebilir (1,2,6,14). Bu granülasyon zonu 2 mm kalınlıktadır. Santral zonda nekroz nadirdir, olursa likefaksiyon nekrozu şeklindedir. Değişik histokimyasal yöntemler (gram boyaları, methanaminsilver) mikroorganizmayı göstermede yararlı olabilir. Ancak taze dokuda boya yapılmaksızın da izlenebilir (6). Hemotoksilen-Eosin ile rozet yapısındaki bakterileri diziliminin santral bölgesi bazofilik, periferik bölgesi ise eozinofilik boyanır (6).



Resim 1: Aktinomikozis olgusunda lezyonun merkezinde Eksuda içerisinde aktinomiçes flementleri görülmekte (HEx375).



Resim 2: Aktinomiçes filamentlerine nötrofillerin yapışması ile oluşan konglomerasyon izlenmekte (HEx600).

OLGULARIN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

1975-1991 yılları arasında Ç.Ü. Tıp Fakültesi Patoloji A.B.D.'da yedi olgu aktinomikozis tanısı almıştır. Dördü servikofasial, üçü abdominopelvik formdaki bu olgularda hastaların yaş dağılımı 33 ile 60 arasında değişmektedir (Tablo I). Ortalama yaş 45,2, kadın erkek oranı 1/6'dır. Servikofasial aktinomikozis olgularının üçünde (% 75)'inde geçirilmiş diş çekimi öyküsü, birinde (% 25) boyun-çene travması öyküsü mevcuttur. Suprahepatik aktinomikozis olgusunda daha belirgin olmak üzere tüm olgularda ağız hijyeni oldukça bozuktur. Serimizde yer alan tek bayan hastanın dört yıldır intrauterin kontraseptif kullanmış olduğu belirlenmiştir. Perianal fistülle seyreden pelvik aktinomikozisli hastamız ise uzun süredir psöriasis nedeniyle kortikosteroid kullandığını ifade etmiştir.

Suprahepatik ve endometrial aktinomikozis olgularının dışında tüm hastalarda drene olan sinüslerle seyreden kronik süpüratif bir hastalık tablosu izlenmiş, bu olguların biri hariç tamamın sinüs traktları boyunca sülfür granülleri saptanmıştır. Dört servikofasial aktinomikozis olgusunun yalnız birinde klinik olarak biyopsi öncesi aktinomikozis düşünülmüş, ancak tüm olgularda sinüs traktlarının derin bölgelerinden kültür örnekleri alınmıştır. Bu olguların bazılarında abse veya neoplazma ön tanısı ile yaklaşılmıştır.

Suprahepatik aktinomikozis olgusunda kronik öksürük, kilo kaybı, sağ diyafragmada yükselmenin mevcut olması nedeniyle subfrenik abse düşünülmüş, ancak peroperatuar sülfür granüllerinin görülmesi ile aktinomikozis ön tanısı konmuştur. Endometrial aktinomikozis olgusunda klinik olarak iltihabi bir süreç düşünülmüş, tekrarlanan smearlerle sonuç alınamayınca probe küretaj uygulanmış, aktinomikozis tanısı endometrial biyopsi örnekleri ile verilmiştir. Tüm olguların biyopsi örneklerinin makroskobik incelenmesinde ortada aktinomikozis filamentleri çevresinde bol polimorf nüveli lökositler, bunu çevreleyen lenfosit plazmasit bir kısmı lipidle yüklü histiyositler ile daha periferde damardan fakir bağ dokusu dikkati çekmiştir (Resim 1,2). Lezyon bölgesinden alınan materyalin kültür sonuçları altı olguda aktinomikozis tanısının doğrulanmıştır. Endometrial aktinomikozis olgu-

sunda ise kültür yapılmamıştır.

TARTIŞMA

Aktinomikozisin coğrafi olarak yaygın dağılım gösterdiği ve en sık servikofasial formları ile karşılaşıldığı bildirilmektedir. Ancak The Veterans Administration Medical Centre'da 1979 yılında yapılan bir araştırmada abdominopelvik formun en yüksek insidansda (% 46,2) görüldüğü rapor edilmiştir (6). Mayo Clinic'de Brewer ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada 1950-1974 yılları arasında tanı almış 74 Aktinomikozis olgusunun % 12'sinin anorektal yerleşim gösterdiği bildirilmiştir (6,9). Hepatik tutulum abdominal aktinomikozislerin yaklaşık % 15'inde görülür (3). Son yıllara kadar, kadın genital traktında aktinomikozisin nadir ve sporadik görülmesine karşın, günümüzde sık sık IUD ile birlikte pelvik aktinomikozisin bildirildiği olgular dikkati çekmektedir (11,14). Bu çalışmada 8 yıllık periyod içerisinde tanı almış yedi aktinomikozis olgusunun dördünün (% 55,4) servikofasial, üç olgusunun (% 44,6) abdominopelvik yerleşimli olduğu görülmüş, bu yıllar içerisinde pulmonotorasik form saptanmamıştır. Endometrial aktinomikozis olgusunda IUD kullanılması hastalığın patogenezinin ışık tutmuştur. Literatürde sistemik aktinomikozis son derece nadir olduğu bildirilmektedir. 1930-36 yılları arasında İrlanda'da dissemine aktinomikozis nedeniyle 60 vakanın öldüğü bildirilmiştir (5,14). Oysa günümüzde fatal sistemik aktinomikozise ait raporlar son derece nadirdir (5). En son olarak 1976 yılında De santo ve arkadaşları tarafından dializli bir hastada aktinomikozis peritoniti ve sistemik aktinomikozis takdim edilmiştir. Olgularımızın hiç birinde sistemik enfeksiyon bulgusu saptanmamıştır.

En çok adolesan ve orta yaş grubunu tutan aktinomikozis çok nadiren çocukluk çağında da görülür (9). Rusya'da 11 yıllık bir periyod içerisinde gözlenen 2000 aktinomikozis vakasından yalnızca birinin erken çocukluk döneminde görüldüğü rapor edilmiştir (9). Bizim serimizdeki insanlar orta yaş grubundadır. Ortalama yaş 45,2'dir. Oral-dental travmanın üç misli fazla görüldüğü erkek popülasyonda aktinomikozisin özellikle servikofasial formunun daha sık görül-

mesinin beklenen bir sonuç olacağı bildirilmiştir (10,13). Kö-tü oral hijyen ve diş çürükleri sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel düzeylerinin aktinomikozis olgularında söz konusu olabileceği ileri sürülmektedir. Ayrıca abdominopelvik aktinomikozislerde gastrointestinal trakt infeksiyonunun primer olarak oral kaviteden menşey aldığı hastalığın patogenezinde kabul edilen görüşler arasındadır (8). Bu araştırmada, hasta serimizde kadın erkek oranı 1/6 olarak bulunmuştur. Olguların tamamında kötü oral hijyen, üçünde diş çekimi öyküsü, birinde servikofasial travma, hemen tamamında düşük sosyo-kültürel düzey söz konusudur.

Aktinomikozisler, santral bölgelerindeki semi-abse yapısı, bazen olaya katılan likefaksiyon nekrozu ve granulomalar nedeniyle tümörle sık karıştırılır ve psödötümör olarak adlandırılır. Aktinomikozislerde anemi, yüksek sedimantasyon hızı gibi laboratuvar bulguları yanı sıra kompüterize tomografi, anjiyografik çalışmalar da tanıda oldukça yardımcıdır (2,6). Brown ve arkadaşları 51 abdominopelvik aktinomikozis olgusunun % 80'inde preoperatuar tanının abdominal kitle, % 20'sinde ise intraabdominal abse olarak belirlendiğini bildirmişlerdir (4). IUD kullanan olgularda Luff ve arkadaşları 30 aylık bir periyod boyunca 350 panservikovaginal smear'de modifiye Papanicolaou boyası ile ya da immülofloresan yöntemi ile aktinomikozis organizmalarının varlığını araştırmışlar, 44 olguda bu mikroorganizmaları göstermeyi başarmışlardır (11). Bu araştırmaya konu olan dört servikofasial aktinomikozis olgusunun üçünde ekstremsiyon absesi veya kitle düşünülürken bir olguda ön tanı travmatik hematoma ya da neoplazmadır. Sülfür granüllerinin görülmesi nedeniyle bir olguda ön tanılar arasındaki aktinomikozisin de yer aldığı görülmüş bir abdominopelvik aktinomikozis olgusunda da klinik olarak peroperatuar aktinomikozis düşünülmüştür. Perianal fistüllerle seyreden anorektal aktinomikozisde anal bölgede ağırlı endurasyon ve multipl sinüsler nedeniyle kronik, ülseratif kolit, regional ileit veya intestinal tüberküloz düşünülmüştür.

Lezyon bölgesinden alınan materyalden hazırlanan kültürlerde organizmanın üretilmesi zordur (1,2). Spesmenin nakli sırasında derinin ve mukozanın normal florası ile kontamine edilmemesi gerekir (1,2). Başarılı bir izolasyon, pürülan materyalin CO₂'li anaerobik koşullarda defalarca kültürü yapılarak sağlanır (1,2,12). Tipik koloniler 1-1.5 mm çaplı pürüklü beyaz ve opak (2). Sıklıkla varyasyonlar gösterir. Bir çalışma serisinde altı olguda, lezyon bölgesinden alınan materyala tekrarlanan kültürlerinde mikrobiyolojik olarak aktinomikozisler izole edilebilmiştir.

Olguların altısında patolojik spesmenlerde makroskopik

olarak spesifik sülfür granülleri görülürken. Mikroskopik örneklerde tüm olgularda Hematoksilen-Eozin ile boyanmış preparatlarda aktinomiçes mikroorganizmaları kolayca izlenmiştir.

SONUÇ

Sık görülmeyen ve kronik süpüratif bir enfeksiyon olan aktinomikozis klinikte tanı güçlüğü doğurabilir. Ancak özellikle servikofasial travma öyküsü, kötü oral hijyen IUD kullanımı durumlarında ve drene sinüslerle giden kronik iltihap olgularında daima bu hastalıktan şüphe edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Benhoff DF: Actinomycosis. Diagnostic and therapeutic considerations and review of 32 Cases. *Laryngoscope* 94: 1198-1217, 1984.
2. Berardi RS, Moines D: Abdominal actinomycosis. *Surg Gynecol Obstet* 149: 257-266, 1979.
3. Bhatt BD, Zuckerman MJ, Ho H et al: Multiple actinomycotic abscesses of liver. *Am J Gastroenterol* 85: 309-310, 1990.
4. Brewer NS, Spencer RJ, Nicholas DR: Primary anorectal actinomycosis *JAMA* 228: 1397-1400, 1974.
5. Burger LW, Loomis GW, Ware F: Systemic infection due to *Actinobacillus Actinomycetemcomitans*. *Am J Clin Pathol* 60: 412-415, 1973.
6. Davies M, Kaddie NC: Abdominal actinomycosis. *Brit J Surg* 60: 18-22, 1973.
7. De Santo NG, Altucci P, Giordona C: Actinomyces peritonitis with dialysis. *Nephron* 16: 236-239, 1976.
8. Duguid H, Duncan I, Parratt D: Actinomycosis and intrauterine devices *JAMA* 248: 1579-1580, 1992.
9. Holst E, Lund P: Cervicofacial actinomycosis: A Retrospective Study. *Int J Oral Surg* 8: 194-198, 1979.
10. Huelke DF, Compton CP: Facial injuries in automobile crashes. *J Oral Surg* 41: 241-244, 1983.
11. Luff RD, Gupta PR, Spence MR et al: Pelvic actinomycosis and intrauterine contraceptive device. A Cyto-histomorphologic study. *Am J Clin Pathol* 69: 581-586, 1978.
12. Miller BJ, Wright JL: Some etiologic concepts of actinomycosis of greater omentum. *Surg Gynecol Obstet* 146: 412-414, 1978.
13. Nahum AH: The prediction of maxillofacial trauma. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol* 84: 932-933, 1987.
14. Williams CE, Lamb GHR, Lewis-Jones HG: pelvic actinomycosis. Beware the intrauterine contraceptive device. *Brit Radiol* 63: 134-137, 1990.