

SUBMENTAL LENFADENOPATİ İLE PREZANTE OLAN BİR AKTİNOMİKÖZİS VAKASI

Uzm. Dr. M.Akif KARAN (*), Uzm. Dr. Kudret FERAH (**), Doç. Dr. Mehmet AĞAN (***), Dr. Nilgün Boz ERTEM (*), Uzm. Dr. Cemil TAŞÇIOĞLU (*), Doç. Dr. Türkan ERDEM (****), Prof. Dr. Abdülkadir KAYISI (*)

ÖZET: Çene altında şişlik şikayeti ile başvuran bir hastada aktinomikozis tespit edilmiştir. Beraberinde literatürde mutad olmadığı bildirilen reaktif lenfadenit mevcuttu. Hazırlayıcı faktör diş çekimi idi.

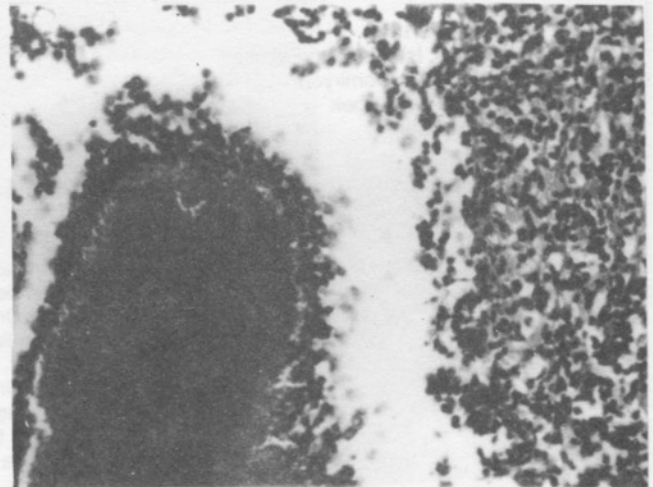
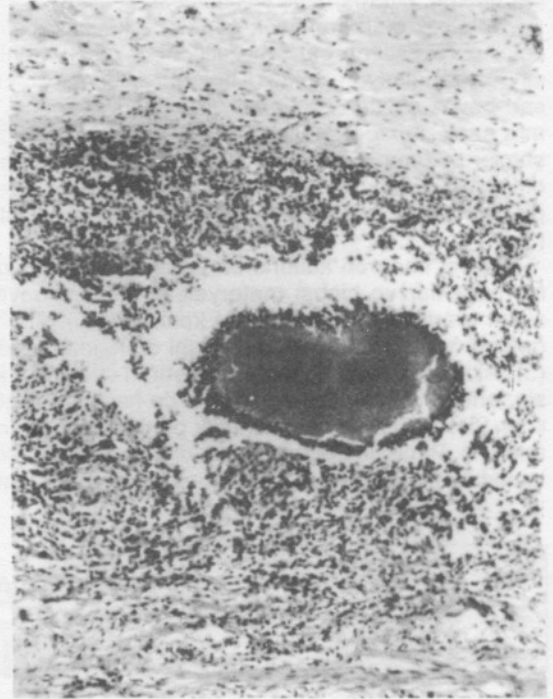
SUMMARY: A case of Actinomycosis Presenting as Submental Lymphadenopathy. A case of actinomycosis who had submental mass associated with reactive adenopathy presented. In the literature, active adenopathy is unusual. Predisposing factor is dental extraction.

GİRİŞ

Genellikle fistüllerle karakterize kitleler olarak karşımıza çıkan servikofasyal aktinomikozise günümüzde sık rastlanmamaktadır.

VAKA

P.K., 59 yaşında, Tokat'lı bayan hasta, ev hanımı. Çene altında şişlik şikayeti ile başvurdu. Diş tedavisi ve protez yaptırmak amacı ile İstanbul'a gelen hastanın 16 adet dişinin çekilmesi planlanmış ve çekimlere başlanmış. Bu arada çene altında ağrısız bir şişlik ortaya çıkmış, 2 hafta içinde bir yumurta ebadına ulaşmış. Öz ve soy geçmişinde bir özellik bulunmadı. Fizik muayenesinde zayıf yapılı olup submental bölgede 6x5x4 cm ebadında, bazı kısımları daha yumuşak olmakla birlikte orta sertlikte, birbirine ve zemine yapışık, palpasyonla hafif ağrılı, lenfadenomegali paketi olarak değerlendirilen kitle dışında patoloji yoktu. Laboratuvar bulguları: Hb: % 13.5 g, Lökosit: 12400/mm³, lökosit formülünde parçalı % 63, lenfosit % 33, monosit % 2, eozinofil % 2. Eritrosit sedimentasyon hızı 34 mm/saat. PPD: 22 mm endürasyon, kan şekeri, üre, kreatinin, SGOT, SGPT: 22 mm endürasyon, kan şekeri, üre, kreatinin, SGOT- SGPT, kolesterol, trigliserid normal sınırlarda. Akciğer grafisinde aortta kalsifiye aterom plağı dışında özellik yok. Direkt grafide mandibula normal görünümde. KBB muayenesi normal bulundu. Diş muayenesinde çürük dişler tespit edildi. Hastada nonspesifik lenfadenit düşünülerek amoksisilin+ klavülonik asit preparatı ile tedavi başlandı. 10 gün sonra şişlik yarı yarıya küçülmüştü, kıvamı daha da sertleşti. Kontrolde eritrosit sedimentasyon hızı 20 mm/saat, lökosit 9000/mm³ bulundu. Histolojik tanı amacı ile lenfadenomegalinin çıkarılmasına karar verildi. Cerrahi girişim sırasında kitlenin etrafa yapışık olduğu, kesitlerde makroskopik olarak tüberkülozu düşündüren beyaz renkli nekrotik dokular bulunduğu dikkati çekti. Histopatolojik incelemede folliküler tip reaktif hiperplazili lenf nodları, çizgili kas ve yağ dokuları ve seromüsinöz tükürük bezi lobülü ile çevrili bağ doku alanında; aktinomiçetik süpüratif granülom izlendi (Resim 1,2). Hastaya 2 ay penisilin V 3x1000 mg oral yolla verildi. 6 aylık takibinde operasyon yerinde nüks, fistül gözlenmedi, herhangi bir şikayeti olmadı.



Resim 1-2: Aktinomiçetik süpüratif granülom H+Ex125 ve H+Ex310

* İstanbul Tıp Fak. İç Hast. Anabilim Dalı İstanbul
** Kasımpaşa Deniz Hastanesi İstanbul
*** İstanbul Tıp Fak. Patoloji Anabilim Dalı İstanbul
**** SSK Okmeydanı Hast. 4. Dahiliye Kliniği İstanbul

TARTIŞMA

Aktinomikozis yavaş büyüyen, Gram (+) anaerobik, filamentöz bakteriler olan ve yanlış bir sınıflama ile funguslar arasına dahil edilen aktinomiset türlerinin etkeni olduğu süpüratif bir infeksiyon olup derin mikozlar arasında anılır (1,2,3). Sıklıkla abdominal bölgede rastlanır, çekum ve apendiks en sık tutulur. Eskiden % 60'ı bulan servikofasyal tipe rastlanma oranı bugün % 25'e kadar inmiştir (2). Etken normal ağız florasında bulunabilir. Diş çekimleri, diş infeksiyonları, gingivitis, gingival travma, kötü ağız hijyeni, diabet, malnütriyon, immunosupresyon, tümör veya radyoterapi sonucu lokal doku hasarı predispozan faktörlerdir (4). Hastalık genellikle 2 şekilde ortaya çıkar: 1) Yavaş büyüyen, hassas olmayan, multipl sinüslerin gelişerek fistüle olduğu sertçe kitleler. 2) Akut, endüre, sıcak, hassas kitle ile beraber üşüme, titreme, ateş yükselmesi (5).

Patolojik olarak multipl, genellikle küçük, koalesen abseler ve sinüslerin oluşumu dikkati çeker. Absenin çevresinde granülasyon dokusu bulunur. Absenin merkezinde sarı-beyaz eksüda ve "sülfür granülleri" olarak bilinen 1-5 mm çaplı, mikroorganizmanın hif formlarından ibaret oluşumlar bulunur. Zemindeki kemikte periostit ve hatta osteomyelite yol açabilir. Aktinomikoz direkt invazyonla yayıldığından reaktif lenfadenitin mutad olmadığı bildirilmektedir (2,4).

Etkeni anaerob kültürlerde üreterek, veya balgam, irin, seröz sıvılar ve biopsi materyelinin direkt muayenesinde sülfür granüllerini görerek tanı konulur (1,5). Antibiyotik çağından önce debridman ve cerrahi drenajdan faydalanılırdı (5). Aktinomiset penisiline hassastır. Tetrasiklin, klindamisin, eritromisin ve kloramfenikole de hassasiyet gösterebilirler. Tetrasiklin ve semisentetik penisilinlere direnç gösterirler (1). Penisiline dirençli ciddi olgularda ornidazol de kullanılabilir (6). Tedavi 3 aydan kısa olmaz, ilk 4 hafta 10-20

milyon ünite/gün penisilin G ve takiben oral penisilin V 3-6 g/gün verilmelidir.

Kronik nüksler seyrekir. Majör sekeli infeksiyon yerindeki nedbelerdir (4). Vakamızda submental lenfadenopati önce diş çürükleri ve diş eti infeksiyonu sonucu gelişmiş lenfadenit olarak değerlendirildi. Nonspesifik antibiyotik tedavisi ile yeterli cevap alınamayınca tüberküloz lenfadenit düşünülerek biopsi yapıldı. Histopatolojik tetkikte reaktif lenfadenit ile beraber aktinomiçetik süpüratif granülomlar görüldü. Literatürde diş çekiminin aktinomikozis için predispozan faktör olarak gösterilmesi (4) de uygunluk göstermekte idi. Lezyonun hızlı gelişimi, klasik olan cilde fistülleşmenin bulunmaması ve literatürde mutad olmadığı bildirilen reaktif lenfadenitin eşlik etmesi ilgi çekici bulunmuştur. Komplikasyon bulunmaması ve cerrahi olarak lezyonun çıkarılmış olması nedeni ile sadece oral penisilin V tedavisi ile hastamızı düzelmiştir.

Sonuç olarak, servikal lenfadenomegaliye sebep olan infeksiyon etkenleri arasında aktinomisetleri de katmak gerektiğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Arnold H.L., Odorn R.B., James W.D. Andrews' Diseases of the skin. Eight Edition. WB Saunders Company 1990 (369-70).
2. Dermatology in General Medicine. Third edition. Eds. Fitzpatrick T.B., Eisen A.Z., Wolff K., Freedberg I.M., Austen K.F. McGraw-Hill Book Company 1987, 2248-50.
3. Scully R.E., Mark E.J., McNeely W.F., McNeely B.U.: Case Records of the Massachusetts General Hospital. N Engl J Med 1990; 323: 183-9.
4. Feder H.M.: Actinomycosis Manifesting as an Acute Painless Lump of the Jaw. Pediatrics 1990; 85: 858-64.
5. Weese W.C., Smith I.M.A.: Study of 57 cases of actinomycosis over a 36 year period: a diagnostic "failure" with good prognosis after treatment. Arch Intern Med. 1975; 135: 1562-68.
6. Yöntemli F.: Olgu Sunusu: Servikofasyal aktinomikoz. Medicina Hexagon 1991; 2: 35-7.

TÜRK PATOLOJİ DERNEĞİ

1994 YILI KURS PROGRAMI

I. KURS: YUMUŞAK DOKU TÜMÖRLERİ VE TÜMÖRE BENZER LEZYONLARI

Tarih: 28.5.1994
Yer: İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi
Prof. Dr. Misten Demiryont
Uzm. Dr. Bilge Bavbek
Dr. Mehmet Sar

- Sınıflama
- Grade ve Stage
- Psödoparkomatöz ve sınır lezyonlar
- Ayırıcı tanıda histokimya, immünhistokimya ve EM
- Uygulama

II. KURS: NODAL NON-HODGKİN LENFOMALAR

- Tarih: 29.5.1994
Yer: İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi
- Lenf ganglionu biopsilerinin değerlendirilmesinde teknik özellikler
Uzm. Dr. Öner Doğan
 - Non-Hodgkin lenfomalarda sınıflama ve immünhistokimyasal özellikler
Doç. Dr. Mehmet Ağan
Uzm. Dr. Öner Doğan
 - Sınıflama dışı nodal lenfomalarda
Prof. Dr. Şevket Ruacan
 - Non-Hodgkin lenfomalarda karışık lezyonlar ve ayırıcı tanı
Doç. Dr. Mehmet Ağan

Başvuru için: Dr. Sıtkı Tuzlalı Tel: 0212-523 50 21