



Apandisit Taklit Eden Apendiks Aktinomikozu: Olgu Sunumu

Actinomycosis of the Appendix Mimicking Appendicitis: Case Report

Buşra Burcu¹, Özgür Ekinci¹, Meryem Yüvrük², Adem Aslan¹, Orhan Alimoğlu¹

Özet / Abstract

Aktinomikoz nadir görülen, kronik, enfeksiyöz bir hastalıktır. Servikofasial, torasik ve abdominopelvik tutulum olabilir. Abdominopelvik aktinomikoz en çok ileoçekal bölgeyi ve apendiksi etkiler. Bu yazıda sınırlanmış apendisial aktinomikozlu kadın hasta sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Aktinomikoz, ileoçekal bölge, apendiks

Actinomycosis is an uncommon chronic infectious disease. Common sites of involvement include the cervicofacial, thoracic, and abdominopelvic regions. In abdominopelvic actinomycosis, the ileocecal region and appendix are mostly affected. Here, we reported a female patient with limited appendiceal actinomycosis.

Keywords: Actinomycosis, ileocecal region, appendix

Giriş

Aktinomikozlar anaerob, sporsuz, kapsülsüz, AARB boyanmayan, gram (+) basiller olup; insanda nadiren patojen olarak saptanırlar. İnsanda *actinomyces israeli* ve *actinomyces meyeri* sıklıkla enfeksiyon oluştururlar (1). Aktinomikoz, abse ve fistül oluşumuna neden olabilen, kronik-süpüratif, aşırı granülasyon dokusu ile prezente bir hastalıktır. Bu yazıda akut apandisit kliniği ile bize başvuran elli yaşında kadın hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Elli yaşında kadın hasta bir gündür mevcut olan karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayeti ile bize başvurdu. Özgeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Fizik muayenede; sağ alt kadranda hassasiyet ve defans mevcuttu. Ateş 37,3°C, nabız 80/dk, kan basıncı 120/80 mm Hg idi. Laboratuvar incelemede; WBC: 17.700/mm³ HGB: 12,7 mg/dL HCT: 40 CRP: 0,33 mg/dL idi. Biokimyasal parametreleri ise doğaldı. Ultrasonografide (USG), apendiks vizualize edilememiş olup, sağ alt kadranda minimal ve pelviste belirgin olan serbest sıvı saptandı. Bilgisayarlı tomografi (BT)'de ise, sağ alt kadranda 12 mm çapında apendikolit ile uyumlu hiperdens oluşum ile 9 mm çapında, etrafı inflame apendiks gözlemlendi (Resim 1). Hastaya konvansiyonel appendektomi yapıldı; hiperemik-ödemli apendiks mevcuttu. Perforasyon ya da abse gözlenmedi. Operasyon sonrası şifa ile taburcu edilen hastanın histopatolojik incelemesinde; akut apandisit, peritoneal filamentöz bakteri topları görüldü. Periyodik Asit Schiff (PAS) ve grokot boyamada filamentöz oluşumda boyama saptanmış olup, aktinomiçesle uyumlu değerlendirildi (Resim 2-4). Hastaya penisilin tablet formu tedavi olarak verildi. Hastanın üç ay sonra yapılan kontrol USG, BT ve kolonoskopisinde özellik yoktu. Takibinin beşinci ayında olan hasta sorunsuz seyretmektedir. Hasta tanısı ve takibi ile ilgili bilgilendirilip, yayın onamı alınmıştır.

Tartışma

Aktinomiçes düşük virülansa sahip, insanda nadir hastalık yapan bir bakteridir. İnsanlar için en patojen tipi *A. israeli*'dir (2). Erkeklerde 2-4 kat daha sık görülen ve daha çok yaşlı nüfusu etkileyen kronik-granülatöz bir hastalıktır. Multipl abseler, sinüs ağzları, aşırı granülasyon, yoğun fibrozis hastalığın karakteristik seyrine dahildir (3). Maxillofasial alanda %50, torakal ve abdominal bölgede yaklaşık %40 hastalığa neden olur (4, 5). Lokalize kalma eğilimindedir. Sıklıkla lenfadenopati görülmez; lenfojen ve hematogen yayılım tipik değildir (6). Komşuluk yolu ile yayılır. Travma, abdominal cerrahi, apandisit, gastrointestinal perforasyon, yabancı cisim, endoskopik girişimler, immünsupresyon gibi predispozan faktörlerle oluşan mukozal bariyer hasarı bu bakterinin penetrasyonunu kolaylaştırır (7). Abdominal aktinomikozlar en sık terminal ileum, sağ kolon, apendiks ve karaciğerde yerleşir (8). Pelvik aktinomikoz ise rahim içi araç (RIA) kullanan kadınlarda daha sık görülür. Bizim olgumuzda geçirilmiş cerrahi, travma öyküsü, RIA kullanımı yoktu.

¹Istanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Istanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Yazışma Adresi

Address for Correspondence:

Buşra Burcu, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
Tel.: +90 535 559 88 21
E-posta: b_kargo_b@hotmail.com

Geliş Tarihi/Received:
23.06.2014

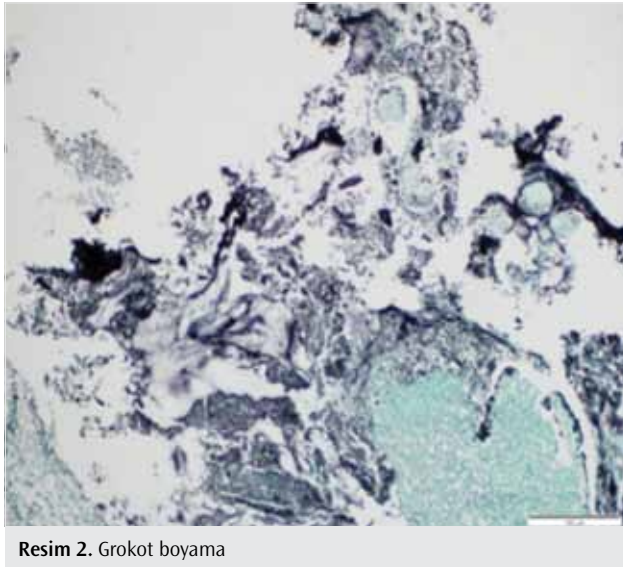
Kabul Tarihi/Accepted:
10.09.2014

© Copyright 2014 by Available online at
www.istanbulmedicaljournal.org

© Telif Hakkı 2014 Makale metnine
www.istanbultipdergisi.org web sayfasından
ulaşılabilir.



Resim 1. Hastanın BT görüntüsü

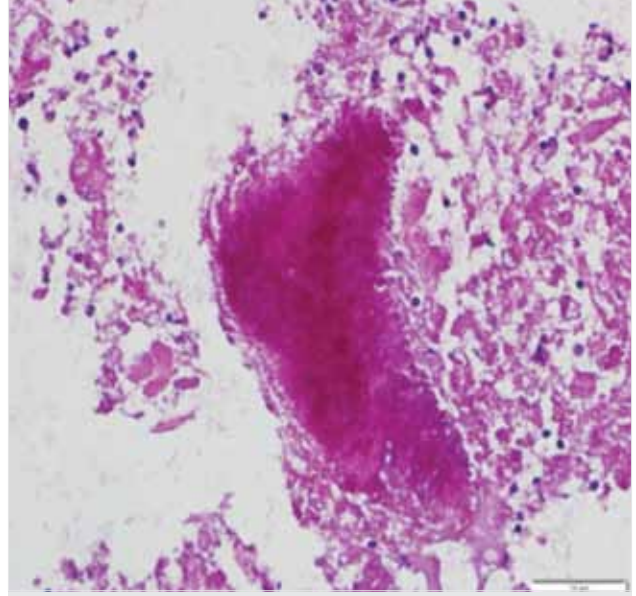


Resim 2. Grotok boyama

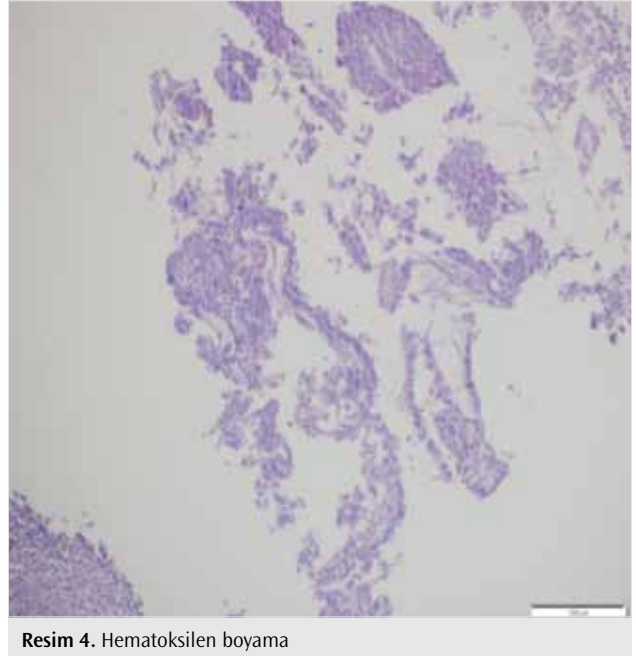
Aktinomikozda non spesifik semptomlar görülmekle birlikte, abdominal aktinomikozda sıklıkla karın ağrısı, ateş, halsizlik, kilo kaybı görülür. Batın içi kitle ve maligniteyi taklit edebilir. Laboratuvarında lökositoz ve akut faz reaktanlarında artış görülebilir. Bizim olgumuzda ayırıcı tanısında over kist rüptürü düşünülen, apandisit kliniği mevcuttu. Hastanın lökosit değeri de yüksekti.

Aktinomiçesler anaerob kültür yöntemi ile üretilebilirler. Anaerob koşullarda gerçekleştirilen biokimyasal yöntemlerle de tanı zordur. Görüntüleme yöntemleri çoğunlukla yetersiz kalsa da BT yol göstericidir. BT'de solid ve ya abse odakları içeren kitle tespit edilebilir. Alışılmamış agresiflikte infiltrasyon gösteren kitle en önemli radyolojik bulgusu olabilir (3, 9, 10).

Histopatolojik incelemeler rutin yöntemlere kıyasla tanı koymada üstündür. Aktinomikotik lezyondan alınan iltihabi akıntı ile hazırlanan hematoksilen-eosin boyalı preparatlarda aktinomikotik granüller görülür. Sülfür granülleri olarak adlandırılan bu görüntü Nocardia, Streptomyces ve bazı Staphylococci'ler de de izlenebilir. Aktinomiçes granüllerinin farkı ise, gram (+) ve aside dirençsiz olmalarıdır. Sülfür granülleri %50 olguda saptanır (5). Son yıllarda duyarlı ve hızlı bir yöntem olan Polimeraz zincir reaksiyonu(PCR), hastalık tanısında altın standart olmayı başarmıştır (11). Bizim olgumuzda operasyon sonrası histopatolojik inceleme ile kesin tanı konuldu.



Resim 3. PAS boyama



Resim 4. Hematoksilen boyama

Tedavi, cerrahi eksizyon, enfekte materyalin debridmanı, abse drenajı ve antibiyoterapidir. Önerilen; iki hafta intravenöz (IV) penisilin 18-24 milyon ünite, sonrasında oral amoksisilin ile 6-12 ay devam edilmesi şeklindedir. Penisilin alerjisi olanlarda tetrasiklin, klormfenikol, eritromisin, klindamisin ve imipenem kullanılabilir. Olgumuzda penisilin oral formu günde iki defa olmak üzere üç ay süre ile kullandık. Takiplerimizde; klinik, laboratuvar ya da görüntüleme olarak normalin dışında bulgu saptamadık.

Sonuç

Abdominopelvik aktinomiçesin cerrahi öncesi tanısı güçtür. Apandisit, divertikülit, kolon karsinomu, ülseratif kolit, tuba-ovarian abse ile benzerlik gösterir. BT tanıda bize en yardımcı teknik olarak görünmektedir. Cerrahi olarak ise debridman, abse drenajı uygulamalıyız. Literatürde penisilin IV formu iki hafta önerilmişse de,

biz erken cerrahi yapıp tanı konan, abse oluşumu gözlenmeyen hastalarda oral formun yeterli olacağı kanaatindeyiz.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu çalışmaya katılan hastadan alınmıştır.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - B.B.; Tasarım - B.B., Ö.E.; Denetleme - O.A.; Kaynaklar - B.B.; Malzemeler - M.Y.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi - A.A.; Analiz ve/veya Yorum - Ö.E.; Literatür taraması - B.B.; Yazıyı Yazan - B.B.; Eleştirel İnceleme - O.A.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu olgu için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Informed Consent: Written informed consent was not obtained from patient who participated in this study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - B.B.; Design - B.B., Ö.E.; Supervision - O.A.; Funding - B.B.; Materials - M.Y.; Data Collection and/or Processing - A.A.; Analysis and/or Interpretation - Ö.E.; Literature Review - B.B.; Writer - B.B.; Critical Review - O.A.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Kaynaklar

1. Alper E, Baydar B, Cantürk F, Örmeci B, Aslan F, Buyraç Z, Ünsal B. Penisillin tedavisine bağlı olarak konvülsiyon geçiren abdominal, pelvik ve hepatik abseleri olan hasta: olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi. *Ege Tıp Dergisi* 2010; 49: 217-20.
2. Lee SY, Kwon HJ, Cho JH, Oh JY, Nam KJ, Lee JH, et al. Actinomycosis of the appendix mimicking appendiceal tumor: A case report. *World J Gastroenterol* 2010; 16: 395-7. [\[CrossRef\]](#)
3. Lee IJ, Ha HK, Park CM, Kim JK, Kim JH, Kim TK, et al. Abdominopelvic actinomycosis involving the gastrointestinal tract: CT features. *Radio-logy* 2001; 220: 76-80. [\[CrossRef\]](#)
4. Brook I. Actinomycosis: diagnosis and management. *South Med J* 2008; 101: 1019-23. [\[CrossRef\]](#)
5. Garner JP, Macdonald M, Kumar PK. Abdominal actinomycosis. *Int J Surg* 2007; 5: 441-8. [\[CrossRef\]](#)
6. Çakıroğlu B, Gözükcük R, Aksoy S, Güçlü M, Ateş L. An Actinomycosis Case Presented With Renal Colic. *Abant Med J* 2013; 2; 245-7. [\[CrossRef\]](#)
7. Berchtenbreiter C, Bruning R, Auernhammer A, Reiser M. Misleading diagnosis of retro peritoneal actinomycosis. *Eur Radiol* 1999; 9: 1869-72. [\[CrossRef\]](#)
8. Karagülle E, Turan H, Türk E, Kıyıcı H, Yıldırım E, Moray G. Abdominal actinomycosis mimicking acute appendicitis. *J Can Chir* 2008; 51: E109-10.
9. Shah HR, Williamson MR, Boyd CM, Balachandran S, Angtuaco TL, McConnell JR. CT findings in abdominal actinomycosis. *J Comput Assist Tomogr* 1987; 11: 466-9. [\[CrossRef\]](#)
10. Ha HK, Lee HJ, Kim H, Ro HJ, Park YH, Cha SJ, et al. Abdominal actinomycosis: CT findings in 10 patients. *AJR Am J Roentgenol* 1993; 161: 791-4. [\[CrossRef\]](#)
11. Kaya D, Demirezen Ş, Beksaç MS. Aktinomikozu genel bir bakış. *Türkiye Klin J Med Sci* 2009; 29: 510-9.