



Birincil Derialtı Aktinomikozu: Olgu Sunumu

Primary Subcutaneous Actinomycosis: A Case Report

Ahu Kara¹, Umut Çayıröz², Nuri Bayram¹, Hurşit Apa³, Banu Yaman⁴, Taner Akalın⁴, İlker Devrim¹

¹ Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Kliniği, İzmir, Türkiye

² Katip Çelebi Üniversitesi İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

³ Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye

⁴ Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Özet

Aktinomikoz, *Actinomycetaceae* ailesinde yer alan türlerin neden olduğu süregen, irinli, fistül oluşumuna yol açabilen ve yayılabilen bir hastalıktır. Aktinomikoz iç kaynaklıdır, normal floradaki *Actinomyces* türlerinin mukozaya girebilmesi sonucu oluşur. Boyun-yüz, karın, göğüs, pelvis, beyin ve deri aktinomikozu olmak üzere çeşitli biçimleri vardır. Deri biçimi oldukça seyrekdir. Aktinomikoz tanısında genellikle gecikilmekte ya da yanlış tanı konulmaktadır, buna bağlı olarak da yanlış tedavi uygulanmaktadır. Birçok olguda doğru tanı ancak cerrahi işlem sonrası konulabilmektedir. Bu yazıda, sırtındaki kitle nedeniyle getirilen, ayırıcı tanıda kötü doğallı hastalık düşünülen ve eksizyonel biyopsiyle tanı konulan, dokuz yaşındaki bir aktinomikoz olgusu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Aktinomikoz, çocuk, derialtı

Abstract

Actinomycosis is a chronic, suppurative, granulomatous and spreading disease which is caused by anaerobic bacteria of the family *Actinomycetaceae*. It is an endogenous infection and is induced by some predisposing factors that introduce *Actinomyces* species, which are the normal inhabitants of the host, into the mucosa. There are a variety of forms including cervico-facial, abdominal, toracic, pelvic, cerebral, and cutaneous actinomycosis. Cutaneous actinomycosis is extremely rare. Further more, actinomycosis is frequently undiagnosed or misdiagnosed and thus is not treated correctly. In most cases, definitive diagnosis is made after surgical resection. We present 9-year-old boy who was referred to our center with the complaint of back mass and the histopathological examination of excisional biopsy which was performed for excluding malignancy revealed actinomycosis.

Keywords: Actinomycosis, child, subcutaneous

Giriş

Aktinomikoz, insanlarda ilk kez 1878 yılında Israel tarafından tanımlanmış olup, *Actinomycetaceae* ailesinde yer alan anaerobik gram-pozitif bakterilerin neden olduğu süregen, irinli, fistül oluşumuna yol açabilen ve yayılabilen bir hastalıktır (1,2). *Actinomyces* türleri üst solunum yolu, sindirim dizgesi ve kadın cinsel yollarının mukozasında normal flora bakterisi

olarak bulunur. *Actinomyces israelii* aktinomikozdan sorumlu en yaygın tür olarak kabul edilmektedir (3). Aktinomikoz olgularının büyük bir bölümü 15-35 yaş arasında, erkeklerde kadınlardan iki üç kat, kırsal bölgelerde kentlerden on kat daha sık görülmektedir (4,5). Bu yazıda, sırtındaki kitle nedeniyle getirilen, ayırıcı tanıda kötü doğallı hastalık düşünülen, eksizyonel biyopsiyle tanı konulan, bir aktinomikoz olgusu sunulmuştur.

Yazışma Adresi / Correspondence Address:

Ahu Kara

Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Çocuk Enfeksiyon Kliniği, İzmir-Türkiye

E-mail: ahukara01@hotmail.com

©Telif Hakkı 2017

Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Derneği -Makale metnine
www.cocukenfeksiyon.org web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2017 by Pediatric
Infectious Diseases Society -Available online at
www.cocukenfeksiyon.org

Olgu Sunumu

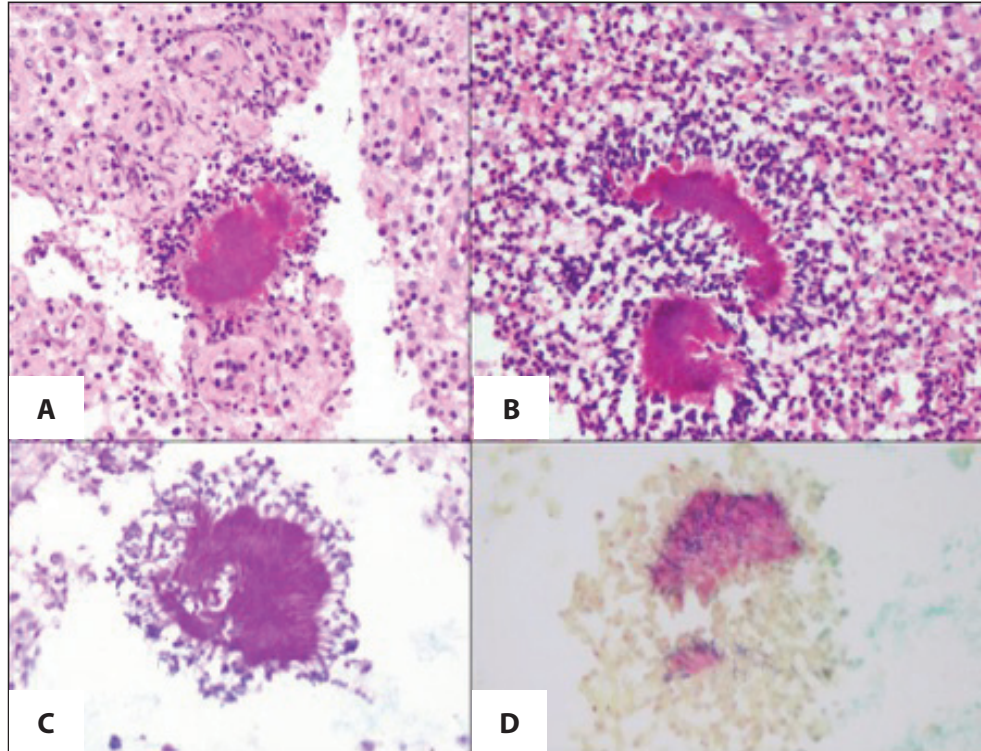
Dokuz yaşında erkek hasta bir aydır süren sırt ağrısı ve sırtında iki gündür var olan şişlik nedeniyle getirildi. Herhangi bir travma, hayvan ya da insan ısırığı öyküsü olmayan hastanın köyde yaşadığı öğrenildi. Aile öyküsünde özellik yoktu. Hastanın fizik incelemesinde sırtının sol tarafında kürek kemiği altında yaklaşık 10 x 6 cm boyutlu sert ve sabit bir kitle vardı. Kitle üzeri ve çevresinde duyarlılık, kızarıklık ve hafif sıcaklık artışı olan hasta selülit öntanısıyla yatırıldı. Hastanın diğer dizge incelemeleri normaldi. Laboratuvar incelemelerinde C-reaktif protein (CRP) 5.21 mg/dL (normal < 0.5 mg/dL), akyuvar sayısı 15.370/mm³, nötrofil sayısı 11.160/mm³ bulundu. Hastaya ampicilin-sulbaktam ve klindamisin tedavisi başlandı. Kitleye ait yüzeysel doku ultrasonografi (USG)'sinde arka bölge sol bölümde kürek kemiği altında derialtı yumuşak dokuda heterojenite ve derinliği 2 cm'ye ulaşan, sınırları düzensiz, yer yer septalı, azalmış yansılı alan belirlendi. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'de karın üst bölüme uyan yerleşimde arkada kas kümelerinin arasındaki yağ planlarını silen yaklaşık 63 x 59 mm boyutlu, kontrastlı dizilerde kontrast madde tutulumu gösteren, düzensiz sınırlı patolojik sinyal alanı izlendi. Komşu kaburga kemiklerinde patolojik sinyal ve destrüksiyon görünümü saptandı. Hastaya kemik tutulumu açısından bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Sol göğüs arka duvarında kas dokuları ve yağ planlarını silen, kaburga kemikleri arası

aralıktan göğüs içine uzanan 80 x 35 mm boyutlu yumuşak doku yapısı izlendi. Komşu kemik yapılarında belirgin invazyon ya da destrüksiyon bulgusu saptanmadı. Hastanın akciğer grafisi normaldi. İzleminde ateşi olmadı. Sırtındaki kitle tedavisinin beşinci gününde yumuşamaya başladı, üzerindeki kızarıklık bütünüyle kayboldu. Kitleden alınan eksizyonel biyopsi örneğinin histopatolojik incelemesinde, bol damarlı, çok parçalı çekirdekli akyuvarlardan zengin akut yangısal granülasyon dokusu içinde, lenfositlerle çevrili, aktinomikoz ait granül yapıları izlendi. Histokimyasal incelemelerde aktinomikoz granüllerinin PAS ve Gram boyalarıyla pozitif boyandığı görüldü (Resim 1). Hastanın tedavisi toplardamar yoluyla penisilinle sürdürüldü. Tedavinin dördüncü haftadan sonra ağız yoluyla 6-12 aya tamamlanması tasarlandı.

Tartışma

Aktinomikoz, *Actinomycetaceae* ailesinde yer alan anaerobik türlerin insan ve diğer sıcakkanlı hayvanlarda neden olduğu süregen bir hastalıktır. Bugüne kadar, *Actinomyces* cinsine ait 34 tür tanımlanmış, bu türlerden 21'inin insanlarda klinik açıdan önemli olduğu bildirilmiştir (6). *A. israelii* aktinomikozdan sorumlu olan en yaygın tür olarak kabul edilmektedir (3).

Aktinomikozun bedendeki yerleşimine göre, boyun-yüz, karın, göğüs ve pelvik aktinomikoz olmak üzere dört biçimi



Resim 1. Bol damarlı polimorf nüveli lökositlerden zengin akut yangısal granülasyon dokusu içerisinde lenfositlerle çevrili, PAS ve Gram boyaları ile pozitif boyanan aktinomikoz granülleri.

bulunmaktadır. Beyin, deri tutulumlu ve yayılmış aktinomikoz ise oldukça seyrek görülmektedir. Aktinomikozun tanısı için, genellikle lezyonlardan alınan irin, balgam, vajen akıntısı, fistül içeriği ya da doku biyopsi örnekleri incelenir. Aktinomikozda klinik belirti ve bulgular özgü olmadığından, tanı genellikle gecikmekte ya da yanlış konulmaktadır (7). Birçok olguda doğru tanıya cerrahi işlemden sonra ulaşılabilmektedir. Sunulan olguda da eksizyonel biyopsi yapılmış ve olası kötü doğallı hastalıklar dışlanmıştır.

Bir aktinomikoz lezyonunun irinli akıntısında filamentöz yapıdaki *Actinomyces* kümeleri içeren, < 1 mm çapındaki sarımsı, kahverengimsi parçacıklarda (sülfür granülleri), diğer çeşitli bakteriler, bu mikroplu merkezi sarmış olan doku reaksiyon yapıları, özellikle nötrofiller bulunur. Sülfür granülleri, *Actinomyces* dışında, *Nocardia*, *Streptomyces* ve bazı stafilokoklarca da oluşturulmaktadır. Bu nedenle, sülfür granülleri aktinomikozun tanısını sağlayan kesin bir özellik olarak kabul edilmemelidir (8). Aktinomikozdaki granüller gram-pozitif, aside dirençli olmayan bakteriler içermektedir (5). Hastamızdan alınan örnekte de sülfür granüllerinin gram-pozitif ve PAS pozitif olduğu saptanmıştır.

Aktinomikozun bütün klinik durumlarının tedavisinde, apselerin boşaltılması ya da sinüslerin cerrahi olarak çıkarılması gibi girişimler temel yaklaşımdır (9). Aktinomikozun penisilinle tedavisinin ilk kez 1940'lı yıllarda yapıldığı bildirilmiştir. Tedavide günümüzde de penisilin kullanılmaktadır (10). Derin yerleşimli enfeksiyonların çoğunda, toplardamar yoluyla 4-6 hafta süreyle, 10-20 milyon ünite penisilin G ve bunu izleyerek ağız yoluyla günde 4-6 g fenoksimetil penisilin önerilmektedir. Ağız yoluyla tedavinin, hastanın durumuna göre 6-18 ay ya da lezyonlar bütünüyle kayboluncaya değin sürmesi gerektiği bildirilmektedir (10).

Birincil deri ya da yumuşak doku aktinomikozu seyrek görülen bir durumdur. Deri bütünlüğünün bozulması *Actinomyces* türlerinin invazyonu için kolaylaştırıcı olabilir. Valour ve arkadaşları kulağına akupunktur yapılması sonrası kulakta ödem ve sol yüzde selülitte gelen 65 yaşında bir hasta bildirmiştir (11). Coppens ve arkadaşları da 1996 yılında akciğer lezyonları olan bir hastada uyluk arka kaslarında aktinomikoz bildirmiştir (12). Bu olgularda da görüldüğü gibi, çoğu olguda travma ya da giriş yeri bildirilmiştir (13). Hastamızda herhangi bir travma ya da ısırık öyküsü bulunmadığından, aktinomikozun oluşum yolu açıklanamamıştır. Literatürde herhangi bir travma olmaksızın derialtı aktinomikoz olguları bildirilmiştir. Bose ve arkadaşları 32 yaşında sırtının sol yanında ve sol koltuk altında püvy şeklinde akıntısı olan bir kadın hastayı bildirmiştir (14). Benzer bir olguyu da Roy ve arkadaşları Delhi'den bildirilmiştir; 26 yaşında sol üst kolunda yaklaşık bir yıldır pürülan akıntılı lezyonları olan bir hastaya aktinomikoz tanısı konmuş ve penisilin ile tedavi edilmiştir (15).

Ayırıcı tanıda, kitle görünümü yapan her türlü apse, selülit, follikülit, derialtı yağ nekrozu ve kötü doğallı oluşumlar; fistüllü nodüller yapan verem ve nokardiyoz düşünülmelidir. Aktinomikozun kesin tanısı histopatolojik olarak konulur. Hastamızda yapılan eksizyonel biyopsi doğru tanının gecikilmeden konulmasını sağlamıştır.

Sonuç

Derialtı aktinomikozu, klinik olarak diğer enfeksiyon hastalıkları ve kötü doğallı hastalıklara benzediğinden, olguların büyük bölgelerde tanı cerrahi işlemden sonra konabilmektedir. Kırsal bölgelerde yaşayan kuşku olgularda, travma öyküsü olmasa bile aktinomikoz akla gelmeli, kesin tanıyı koymak ve kötü doğallı hastalıkları dışlamak için biyopsi yapılmalıdır.

Hasta Onamı: Hastanın ailesinden ve kendisinden onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - İD; Tasarım - İD; Denetleme - İD, NB, HA; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi - İD, AK, UÇ, BY, TA; Analiz ve/veya Yorum - İD; Literatür Taraması- AK; Yazıyı Yazan- İD, NB, AK; Eleştirel İnceleme - İD, NB, HA.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

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

Kaynaklar

1. Petrone LR, Sivalingam JJ, Vaccaro AR. Actinomycosis an unusual case of an uncommon disease. *J Am Board Fam Pract* 1999;12:158-61. [CrossRef]
2. Chaudhry SI, Greenspan JS. Actinomycosis in HIV infection: a review of a rare complication. *Int J STD AIDS* 2000;11:349-55. [CrossRef]
3. Wong VK, Turmezei TD, Weston VC. Actinomycosis. *BMJ* 2011; 343:d6099. [CrossRef]
4. Hillier S, Moncla B. Anaerobic gram-positive nonsporing bacilli and rods. Balows A (ed). *Manual of Clinical Microbiology*, 5. ed. Washington DC: WB Saunders, 1991:1700-1.
5. Beier KH, Rusnak RA. Unusual presentation of cervico-thoracic actinomycosis complicated by pericardial effusion: a case report. *J Emerg Med* 1997;15:303-7. [CrossRef]
6. Trevino Salinas EM, Martínez Palones JM, Pérez Benavente MA, Xercavins Montosa J. Pelvic actinomycosis in menopausal patient, case review. *Ginecol Obstet Mex* 2003;71:532-6. [CrossRef]
7. Ertan T, Kılıç M, Keşşaf Aşlar A, Yoldaş Ö, Göçmen E, Koç M. Actinomycosis of sigmoid colon: mimicking a colon cancer. *J Selcuk Faculty Med* 2005;22:63-6. [CrossRef]
8. Lee YM, Law WL, Chu KW. Abdominal actinomycosis. *ANZ J Surg* 2001;71:261-3. [CrossRef]
9. Karaarslan A. *Actinomyces*. Ustaçelebi Ş (ed). *Basic and Clinical Microbiology*. 1. ed. Ankara: Güneş Yay, 1999:457-61.
10. de Feiter PW, Soeters PB. Gastrointestinal actinomycosis: an unusual presentation with obstructive uropathy: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 2001;44:1521-5. [CrossRef]

11. Valour F, Sénéchal A, Dupieux C, et al. Actinomycosis: etiology, clinical features, diagnosis, treatment, and management. *Infect Drug Resist* 2014;7:183-97. [\[CrossRef\]](#)
12. Coppens L, Ibebeke B, Widelec J, Lustman F. Muscular actinomycosis in the back. *Acta Clin Belg* 1996;51:94-6. [\[CrossRef\]](#)
13. Reiner SL, Harrelsen JM, Miller SE, Hill GB, Gallis HA. Primary actinomycosis of an extremity: a case report and review. *Rev Infect Dis* 1987;9:581-9. [\[CrossRef\]](#)
14. Bose M, Ghosh R, Mukherjee K, Ghoshal L. Primary cutaneous actinomycosis: a case report. *J Clin Diagn Res* 2014;8:YD03-YD05. [\[CrossRef\]](#)
15. Roy D, Gupta Roy P, Misra PK. An interesting case of primary cutaneous actinomycosis. *Dermatol Online J* 2003;9:17. [\[CrossRef\]](#)