

REKTUS KASI İÇİNDE GELİŞEN AKTİNOMİKÖZ ABSESİ (Bir Olgu Nedeniyle)

AN ACTINOMYCOSIS ABSCESS FORMED IN RECTUS MUSCLE

Nuri KİRAZ*, Bekir YAŞAR**, Enver İHTİYAR***

Özet: 36 yaşında erkek hasta, mide ameliyatı olduktan iki yıl sonra sağ alt rektus kılıfı içerisinde abse teşekkülü ile hastanemize başvurdu. Abse drene edildi. Daha sonra 6 ay aralarla sol alt ve sağ üst rektus kılıfı içerisinde abseler oluştu ve drene edildi. Abse örneklerinin rutin mikrobiyolojik ve tüberküloz yönünden yapılan incelemelerinde etken bulunamadı. Hasta 6 ay sonra sağ alt rektus kılıfı içerisinde de abse teşekkülü ile tekrar hastanemize başvurdu. Bu kez hastadan alınan örnek aktinomikoz şüphesiyle incelendi. Klinik ve mikrobiyolojik inceleme sonucunda etken *Actinomyces israeli* olarak değerlendirildi.

Summary: A 36 year old male patient having an abscess in right rectus muscle's cover 2 years after stomach operation; attended to our hospital. The abscess was discharged. Following this, at 6 months intervals new abscess were formed in left lower and right upper rectus cover and discharged. Samples from abscess were routinely observed microbiologically and for tuberculosis; but the etiologic agent could not be identified. Six months later the patient attended to our hospital with abscess in right lower rectus cover again. The sample taken from the patient was examined thinking actinomycosis. After clinical and microbiological observation, the causative agent was identified as *Actinomyces israeli*.

G İ R İ Ş

Aktinomikoz hastalığı insanlarda oldukça nadir rastlanan bir enfeksiyondur (1). Bu hastalığın en sık rastlanan şekli servikofasiyal tip olmakla birlikte diğer doku ve organlarda da görülmesi olasıdır. Abdominal aktinomikoz hastalığı klinisyen tarafından şüphe edilmedikçe rahatlıkla gözden kaçmakta, buna bağlı olarak da tedavide başarısızlık ve hastalığın nüksleri görülmektedir (2, 3, 4). Bu

* Yrd. Doç. Dr., Anadolu Üniversitesi, Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı.

* Doç. Dr., Anadolu Üniversitesi, Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı.

** Yrd. Doç. Dr., Anadolu Üniversitesi, Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı.

nedenle gastrektomi sonrasında karın duvarında oluşan ve üç kez tekrar etmiş abdominal aktinomikoz olgusunun sunulması uygun bulunmuştur.

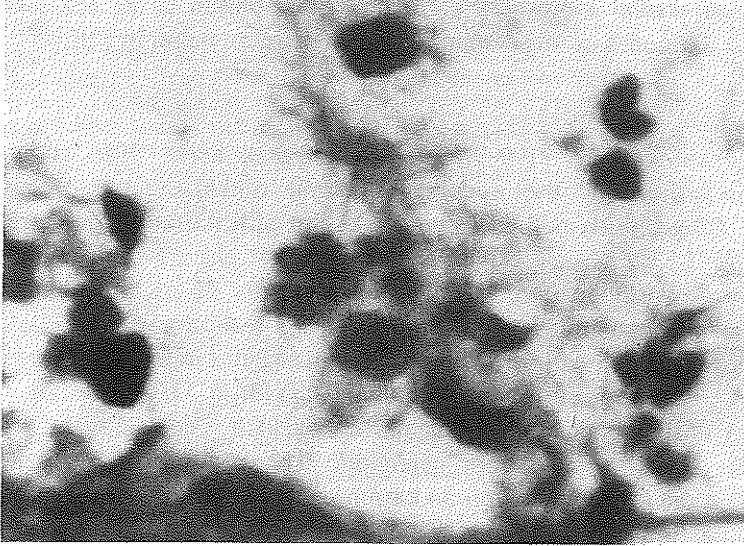
O L G U

Ş.E., protokol no: 219909, 36 yaşında erkek hasta. 1986 yılında D. D. Hastanesinde duodenal ülser nedeniyle bilateral trunkal vagotomi + gastrektomi ameliyatı olduğu, yaklaşık bir yıl sonra Eskişehir SSK hastanesinde marginal ülser geçirdiği ve 7-8 ay sonra ise hastanemiz genel cerrahi servisine müracaat ettiği hastanın anamnezinden öğrenildi. Hastanın perforate ülseri kapatıldı, inkomplet vagotomisi tamamlanarak 9.11.1987 tarihinde şifa ile taburcu edildi. Hasta taburcu edildikten yaklaşık iki yıl sonra karın duvarının sağ alt tarafında şişlik ve kızarıklık şikayetleri ile genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Hastada Tbc peritonit olabileceği düşünülerek araştırılmak üzere Eskişehir Verem Savaş Dispanserine gönderildi. Hasta bize 6 sonra geldiğinde Tbc yönünden bir patoloji tespit edilmediğini, bu arada şikayetlerinin karının sağ tarafında azalarak sol alt kadranda başlaması üzerine İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesine müracaat ederek orada absenin drene edildiğini ve hastalığı konusunda herhangi bir teşhis konulmadığını ifade etti. Yaptığımız fizik muayenede karın sağ üst kadranda rektus kılıfı içerisinde abse tespit edildi ve drene edildi. Hastada daha önce düşünülen Tbc peritonitte ısrar edilerek INAH + Streptomisin (20 gr) uygulandı. Hasta 6 ay sonra tekrar geldiğinde sağ alt kadranda ağrı ve şişlik mevcuttu. Hasta antitüberküloz tedaviden fayda görmemişti. Bunun üzerine hastayı aktinomikoz yönünden değerlendirmek üzere abse drenajı mikrobiyolog çağrılarak yapıldı. Rektus kılıfı içerisindeki abse drene edildiğinde sarı tanecikli partiküllerin (sülfür granülleri) gelmesi ve püyun vasfı aktinomikoz şüphesini güçlendirdi. Gram boyama, aerob ve anaerob ekim için örnekler alınarak mikrobiyoloji laboratuvarında değerlendirildi.

Mikrobiyolojik İncelemeler:

1. Alınan püyun örnekleri Gram ve asido-rezistan boyama yöntemleri ile boyandı. Püyun örnekleri çok koyu vasıfta olduklarından serum fizyolojik ile sulandırılarak preparatlar hazırlandı. Gram boyamada çok miktarda polimorfonükleer lökosit ve Gram pozitif filamantöz basiller görüldü (Şekil 1). Asido rezistan bakteri görülmedi.

2. Püyun örnekleri anaerobik bakteri araştırmak amacıyla tiyoglikolatlı buyyon besiyerine, aerobik bakteri yönünden kanlı ile EMB ve mantar yönünden inceleme için ise SDA besiyerlerine ekildi. Tiyoglikolatlı buyyonda 4. günde dipte granüler halde ve besiyerinde bulanıklık oluşturmeyen bir üreme tespit edildi (Şekil 2). Bu besiyerinden Gram boyama yapıldığında Gram pozitif filamantöz, granüllü bakteriler görüldü (Şekil 3). Diğer besiyerlerinde üreme gözlenmedi. Tiyoglikolatlı buyyondaki üremelerden brain-heart infüzyon agara pasaj yapılarak anaerobik şartlarda enkübe edildi. 4. günde 0.5-1 mm çapında R tipi koloniler tespit edildi.



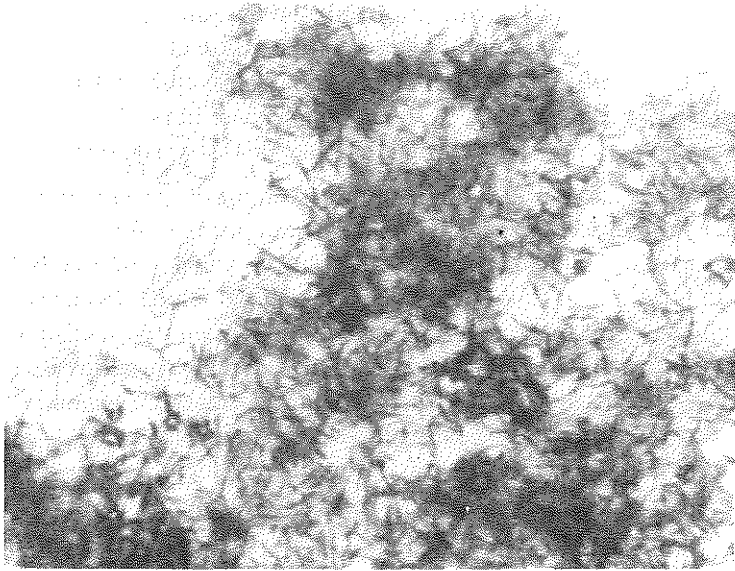
Şekil 1

Lezyondan hazırlanan Gram boyalı preparatın mikroskopik görünümü (100 X).



Şekil 2

Tiyoglikolath buyyonda üreyen Actinomyces israeli'nin oluşturduğu görünüm.



Şekil 3
Brian-heart infüzyon agar'da üreyen *Actinomyces israeli* kolonilerinden
hazırlanan Gram boyalı preparatın mikroskopik görünümü (100 X).

Bu koloniler, koloni mikroskopuyla incelendiğinde molar diş görünümünü andırıyordu. Klinik ve mikrobiyolojik inceleme sonucunda etken *Actinomyces israeli* olarak değerlendirildi (1-5).

T A R T I Ş M A

Aktinomikoz, dünyanın hemen her yerinde rastlanan bir hastalıktır. İnsanlar-
da görülen aktinomikoz olgularında en sık izole edilen *A. israeli*dir. Bu bakteri
Gram pozitif, Asido rezistan boyanmayan, dallı filamantöz, anaerobik üreme
özelliğine sahiptir. *A. israeli* oral kavitenin normal flora üyesidir. Sıklık sırasına
göre yerleşim yerleri serviko-fasiyal, torakal ve abdominaldır. Abdominal aktino-
mikoz, intraabdominal, pelvik, genitouriner ve karın duvarına yerleşebilir (1-5).

Duncan (6) 1955-1965 yılları arasında beş hastaneye başvuran toplam 640.000
hastadan sadece 2 hastada abdominal aktinomikoz olgusuna, Easridge ve ark. (7)
24 yıllık gözlemleri sonucunda beş abdominal aktinomikoz olgusuna rastladıklarını
bildirmişlerdir. Weesa and Smith (8) 36 yıllık bir süreçte 57 aktinomikoz olgusuna
rastlamışlar ve bunlardan sadece 3'ünün abdominal aktinomikoz olduğunu
bildirmişlerdir. Brown (4) 181 olguyu içeren insan aktinomikoz olgularını incelemiş
olup, bunlardan 7'sinin (% 9.4) perianal, pelvik ve abdominal bölgeye yerleşim

gösteren olgular olduğunu belirtmiştir. Brink and De Ruiter (9) gastrektominin geç komplikasyonu olarak oluşan abdominal aktinomikoz olgusu bildirmişler, ancak etken kültürde üretilemeyip tanı klinik ve mikroskopik bulgulara dayanarak konulmuştur. Lau ve ark. (10) ise abdominal duvar tümörü ön tanısı ile opere edilen 2 hastada primer abdominalaktinomikozu rastlamışlardır.

Aktinomikoz insanlarda rastlanan kronik, süpüratif, progressif bir hastalıktır. Abdominal aktinomikoz ise bu hastalığın sık rastlanmayan formlarından birisidir. Bu yüzden klinikte kolaylıkla gözden kaçabilir ve yanlış tanı konabilir. Sunulan olgu bunun bir örneğini teşkil etmektedir. Ayrıca ön tanıda abdominal aktinomikoz düşünülmemişse laboratuvar değerlendirmeleri en sık rastlanan etkenlere yönelik olacağından bakterinin izalasyonu mümkün olmayacaktır. Bu da tedavide başarısızlık ve yetersizlik nedeni olarak karşımıza çıkacaktır. Sunulan olguda ön tanıda düşünülmeyen etken laboratuvarında izole edilememiş, tedavide geç kalınmış, gereksiz tüberküloz tedavisi verilmiş ve nükslere sebep olunmuştur.

Sonuç olarak abdominal aktinomikoz özellikle cerrahi sonrası gelişen kitlelerde ayırıcı tanıda düşünülmeli ve laboratuvar bu yönden bilgilendirilmelidir. Bu yaklaşım abdominalaktinomikozun zamanında ve doğru teşhis ile tedavi edilmesini sağlayacak, hastaya gereksiz tedavi yaklaşımı ve nüksler önlenmiş olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Bilgehan EH: Klinik Mikrobiyoloji. Barış Yayınları, s. 374-384, İzmir, 1992.
2. Lerner PI: Actinomyces and Aracchnia species. p. 1932-41. In Mandell-Douglas-Bennett, Principles and Practice of Infectious, Wiley Med. Pub. New York, 1990.
3. Berardi RS: Abdominal Actinimycosis. Surg Gynecol and Obstet, 149: 257-66, 1979.
4. Brown JR: Human Actinimycosis. Human Pathology, 4: 319-30, 1973.
5. Finegold SM, Baren EJ: Bailey and Scott's Diagnostic Microbiology, The C.V. Mosby Company, St. Louis, Toronto, Princeton, 1986, p. 519-32.
6. Duncan JA: Abdominal Actinimycosis: changed concepts? Am J Surg, 110-48, 1965.
7. Eastridge CE, Prather JR, Hughes FA, et al: Actinimycosis: a 24-year experience. South Med J, 65: 839-51, 1972.
8. Weese WC, Smith IM: A study of 57 cases of actinomyces over a 36-year period: a diagnostic failure with good prognosis after treatment. Arch Intern Med, 135: 1562-73, 1975.
9. Brink PRG, De Ruiter: Abdominal actinimycosis - A late complication of gastrectomy. Neth J of Surg, 36: 80-82, 1984.
10. Lau WY, Boey J, Fan ST, Chan YF: Primary actinomyces of the abdominal wall, Aust. N.Z.J. Surg, 56: 873-75, 1986.