

Maligniteyi Taklit Eden Bir Pulmoner Aktinomikoz Olgusu

Actinomyces Diagnosed by Transthoracic Needle Aspiration That Imitate Malignancy

Halide Kaya¹, Erdoğan Çetinkaya¹, Güler Özgül¹, Gülşah Günlüoğlu¹, Emine Kamiloğlu¹, Atayla Gençoğlu¹, Nur Büyükpınarbaşılı²

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları AD, İstanbul

²Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji AD, İstanbul

ÖZET

Pulmoner aktinomikoz tanısı klinisyenler için hâlâ önemli bir problemdir. Klinik olarak diğer infeksiyon hastalıklarına ve malign hastalıklara benzediği için tanı, olguların büyük bir bölümünde ancak cerrahi işlemde sonra konulabilmektedir. Kliniğimize malignite ön tanısı ile sevk edilen 55 yaşındaki erkek hastanın akciğer grafisinde sol hemitoraksta antibiyotik tedavisine yanıtız nonhomojen dansite artışı mevcuttu. Toraks bilgisayarlı tomografide (BT) lingulada hilustan periferde üçgen şeklinde uzanan, geniş tabanlı ile plevral yüze oturan ve kaviteyi içeren konsolidasyon alanı vardı. Fiberoptik bronkoskopi ile tanı elde edilemedi. BT eşliğinde transtoraksik iğne aspirasyonu ile histopatolojik olarak pulmoner aktinomikoz tanısı kondu. Malignite ayırıcı tanısında pulmoner aktinomikozun da akla getirilmesi amacıyla bu olguyu sunduk.

Anahtar sözcükler: pulmoner aktinomikoz, malignite

ABSTRACT

Diagnosis of pulmonary actinomyces is still an important problem for clinicians. Since clinically it is similar to other infectious and malignant diseases, the majority of patients are diagnosed after the surgical procedure. Fifty five years old male patient was referred to our clinic with the prediagnosis of malignancy. The patient's chest X-ray revealed increased nonhomogeneous density in the left hemithorax unresponsive to antibiotic treatment. In his thoracic computed tomography (CT) a consolidation area with cavitation was observed in the lingular segment. The consolidation area was in the form of a triangle extending from the hilum to the periphery, with a large base area placed on the pleural surface. The diagnosis could not be obtained by fiberoptic bronchoscopy. With CT-guided transthoracic needle aspiration, diagnosis of pulmonary actinomyces was obtained histopathologically. Here, we are presenting this case to remind the clinicians that pulmonary actinomyces should also be considered in the differential diagnosis of pulmonary malignancy.

Keywords: pulmonary actinomyces, malignancy

GİRİŞ

Actinomyces familyasında yer alan sporsuz, aside dirençli olmayan, gram-pozitif anaerobik bakterilerin neden olduğu, kronik, cerahatli, fistül oluşumuna yol açabilen ve yayılabilen bir hastalık olan aktinomikoz, insanlarda ilk kez 1878 yılında İsrail tarafından tanımlanmıştır. Endojen kaynaklı olan bu infeksiyon, normal floradaki aktinomiçeslerin çeşitli nedenlerle zedelenen mukozaya girebilmesi sonucu oluşmaktadır. İnsanlarda hastalık yapan başlıca tür olan *Actinomyces israelii* tonsiller kriptler, dental

plağı da içeren ağız boşluğu, gastrointestinal sistem ve kadın genital sistemindeki mukozal yüzeylerden izole edilmiştir.¹ Vücuttaki yerleşimine göre farklı formları olan hastalığın klasik formu serviko-fasiyal tiptir. Ancak tüm sistemler etkilenebilir. Hastalığın diğer formları pulmoner, abdomino-pelvik, santral sinir sistemi, deri, kalp ve genitouriner sistem infeksiyonlarıdır. Hastalığa predispozan faktörler alkolizm, kötü ağız hijyeni, diş eti hastalıkları ve cerrahisi, yüz travması, diabetes mellitus ve amfizem, kronik bronşit, bronşektazi gibi kronik solunum sistemi hastalıklarıdır.² Aktinomikozun tanısı zordur. Klinik ve radyolo-

Alındığı tarih: 24 Ocak 2010; **Kabul tarihi:** 24 Ocak 2010

Yazışma adresi (Address for correspondence): Uzm. Dr. Güler Özgül, Yedikule Göğüs Hastalıkları Hastanesi 34790 İstanbul, Tel: 0 (212) 664 17 00; E-posta: gulerozgul@hotmail.com

© 2011 Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TÜSAD)

Solunum 2011;13(1): 46-48

Solunum Dergisi'ne www.solunum.org.tr adresinden ulaşabilirsiniz.

jik olarak tüberküloz, akciğer absesi veya akciğer kanserini taklit eder. Bu benzerlikler genellikle yanlış tanıya veya tanıda gecikmeye neden olur.³

OLGU SUNUMU

Elli beş yaşındaki erkek hasta kliniğimize öksürük, kanlı balgam, iştahsızlık, halsizlik ve kilo kaybı yakınması ile başvurdu. Dört aydır bu şikayetleri olan hastaya yaşadığı ildeki devlet hastanesi tarafından bir hafta parenteral ve ardından oral antibiyotik tedavisi uygulanmıştı. Klinik ve radyolojik yanıt alınmaması üzerine hasta malignite ön tanısı ile hastanemize sevk edilmişti. Özgeçmişinde diabetes mellitus nedeniyle 5 yıldır oral antidiyabetik kullanımı, 6 ay arayla 3 kez abse tedavisi ve ardından diş çekimi öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede genel durumu iyi, vital bulguları stabildi. Ağız hijyeni kötü olan hastanın diğer sistem muayeneleri doğaldı. Eritrosit sedimentasyon hızı 90 mm/saat; hemogramda beyaz küre 10,400/mm³, normokrom anemi (Hb: 11 g/dL, Hct %35,

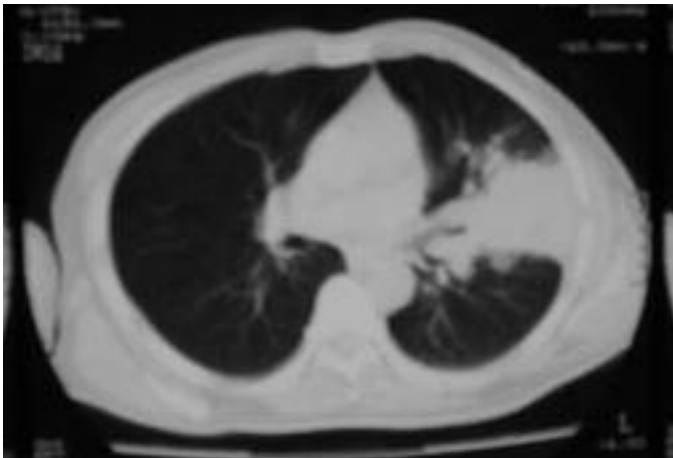
MCV 83 fl) saptandı. Biyokimyasal analizinde normal dışı değerler glikoz 108 mg/dL ve CRP 50 mg/dL idi. Balgam gram boyamada yoğun polimorf nüveli lökositler, kültürde normal üst solunum yolları flora elemanları gözlemlendi. Balgamda aside dirençli basil görülmüdü. Tüberkülin cilt testi negatif ölçüldü. P-A akciğer grafisinde sol akciğer orta ve alt zonda kalp kenarını silen, periferik kesimlere doğru yoğunlaşan nonhomojen dansite artışı görüldü (**Resim 1**). Toraks BT'de; lingula bölgesinde hilustan periferik üçgen şeklinde uzanan ve geniş tabanı ile plevral yüzeye oturan, hava bronkogramları ve 1.5 cm çaplı kavite içeren konsolidasyon gözlemlendi (**Resim 2**). Bronkoskopi tanısal değildi. Transtorasik iğne aspirasyonu materyalinin histopatolojik incelemesinde bazofilik fibriler materyal, bol polimorf nüveli lökositler, makro-fajlar ve nekrotik materyal saptandı. Bu bulgularla "aktinomikoz" ve "nokardiya" ön tanıları düşünüldü ve histokimyasal çalışmalar yapılarak Grocott (+), Gram (+), EZN (-) sonuçları alındı. Sitopatolojik ve histokimyasal bulgular aktinomikoz lehine değerlendirildi (**Resim 3, 4**). Tanı sonrası 4 hafta intravenöz (İV) ampisilin 50 mg/kg 4 eşit dozda ve ardından 4 ay oral amoksisilin tedavisi 3×500 mg uygulandı. Birinci ve beşinci ayın sonunda yapılan kontrollerde klinik, laboratuvar ve radyolojik olarak belirgin regresyon gözlemlendi (**Resim 5**).

TARTIŞMA

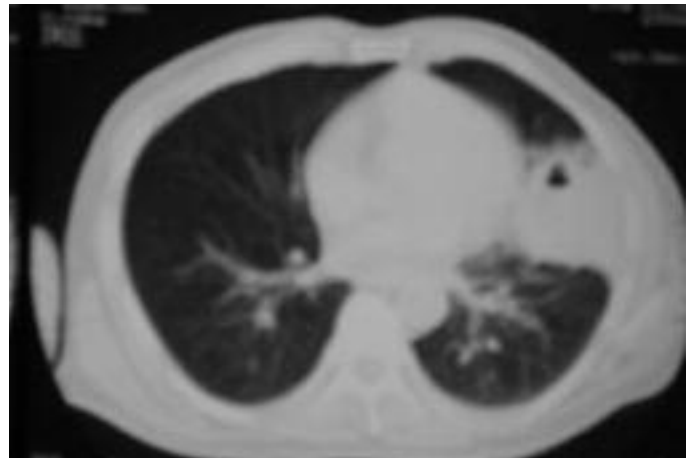
Aktinomikoz, aktinomikoz olarak adlandırılan bakterinin neden olduğu nadir görülen bir kronik infeksiyöz hastalıktır. Sık görüldüğü yaş aralıkları 10-20 yaşlar ile 40-50 yaşlardır. Erkekler kadınlara göre 2-4 kat daha fazla etkilenir.² Aktinomikoz klinik şüphesi hastanın öyküsü ve radyolojik bulguların kombinasyonu ile oluşur. Klinik özelliklerin ve radyolojik bulguların uygunluğunda, aynı zamanda altta yatan bir risk faktörü (alkolizm, kötü ağız hijyeni, diş eti hastalıkları, yüz travması veya amfizem, kronik bronşit, bronşektazi gibi kronik solunum sistemi hastalıkları) varsa

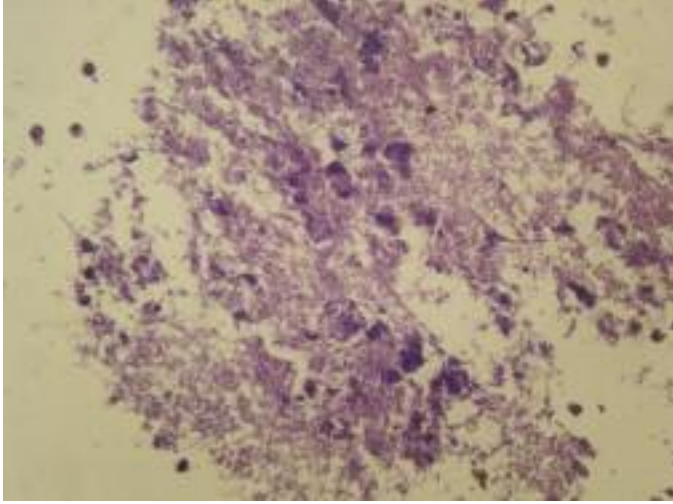


Resim 1. P-A akciğer grafisinde solda konsolidasyon alanı.

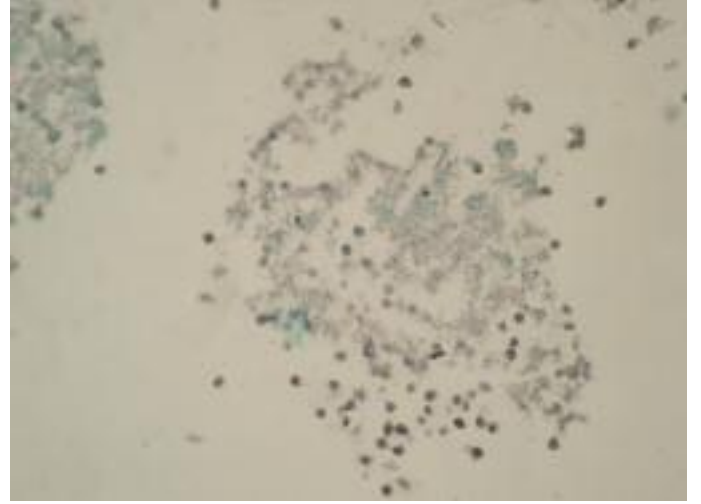


Resim 2. Toraks BT'de solda hilustan periferik uzanan ve içinde kavite içeren konsolidasyon alanı.





Resim 3. HE boyası ile ince fibriler bazofilik materyal.



Resim 4. Grocott ile pozitif boyanma.

pulmoner aktinomikoz akla gelmelidir.³ Hastamızdaki risk faktörleri kötü ağız hijyeni, geçirilmiş diş eti hastalıkları ve diş çekimi öyküsü ile diabetes mellitus idi.

Genellikle düz akciğer grafisi bulguları nonspesifiktir. Toraks BT’de plevra ve göğüs duvarını tutabilen, hava bronkogramları içeren yamalı konsolidasyon, multifokal nodüler görünüm, kavitasyon, plevral kalınlaşma, plevral efüzyon ve hiler ve/veya mediastinal lenfadenopati görülür.² Bir seride, tüm lezyonlar tek taraflı lokalizasyondaydı ve %75 olguda santralinde hava içeren yamalı konsolidasyon alanları vardı.⁴

Aktinomiçes normal solunum flora elemanı olarak kabul edildiği için pozitif balgam kültürünün klinik açıdan önemi azdır. Rutin tanı metodları ile tanı konulamıyorsa transtorasik iğne aspirasyonu, transbronşiyal biyopsi veya açık akciğer biyopsisi yapılmalıdır.⁵ Başta akciğer kanseri olmak üzere pek çok hastalığı taklit ettiği için tanı konulamayan hastalarda cerrahi biyopsi gerekir.^{6,7} Sık hemoptizisi olan ve abse, ampiyem, akıntılı fistül gibi komplikasyon gelişen hastalarda tedavi amacıyla cerrahi işlem gerekir.⁸ Çok az hastada transbronşiyal biyopsi ve perkütan ince iğne aspirasyonu veya biyopsisi ile tanı konulabilir.²

Tedavide infeksiyonun avasküler, skarlı, derin yerleşimli doğası nedeniyle uzun süreli antibiyotik tedavisi gereklidir. Önerilen tedavi İV 18-24 milyon Ü penisilin G (2-4 hafta) uygulanması ve ardından 3-12 ay oral penisilin veya amoksisilin ile idame tedavidir. Penisilin alerjisi olanlarda alternatif tedavi tetrasiklidir. Hamilelerde eritromisin güvenlidir.² Biz hastamıza uyguladığımız 4 hafta İV ampisilin ardından 4 ay oral amoksisilin tedavisi ile başarılı sonuç aldık.

KAYNAKLAR

1. Kaya D, Demirezen Ş, Beksaç M.S. Aktinomikozu genel bir bakış. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2009; 29(2):510-19
2. Mabeza GF, Macfarlane J. Pulmonary Actinomycosis. Eur Respir J 2003;21: 545-51



Resim 5. P-A akciğer grafisinde tedavinin 5. ayında belirgin regresyon.

3. Davies SF, Sarosi GA. Pulmonary Fungal Infections. In: Crappo JD, Glassroth J, Karlinsky J, King, JR TE eds. Baum’s textbook of pulmonary diseases. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004;341-71.
4. Cheon JE, Im JG, Kim MY, et al. Thoracic actinomycosis: CT findings. Radiology 1998;209:229-33.
5. Yılmaz U, Utkaner G, Yaluz E, Bayol Ü. Superior sulkus tümörü taklit eden pulmoner aktinomikoz (Olgu sunumu). Tüberküloz ve Toraks 1997;45: 125-8.
6. Tastepe AI, Ulasan NG, Liman ST, et al. Thoracic actinomycosis. Eur J Cardiothorac Surg 1998;14: 578-83.
7. Rizzi A, Rocco G, Della Pona C, et al. Pulmonary Actinomycosis: Surgical considerations, Monaldi Arch Chest Dis 1996;51:369-72.
8. Endo S, Murayama F, Ymaguchi T, et al. Surgical considerations for pulmonary actinomycosis. Ann Thorac Surg 2002;74: 185-90.