

BİR ACUT APPENDİCİTİS VAKASINDA AKCİĞER ACTYNOMYCES BOVIS'i ve TEDAVİSİ (*)

Dr. Kâmuran Arer - Dr. Kadir Yüçetürk

Türkiyede actynomyces Bovis vakalarının ender görülmesi bakımından hastamız özellik göstermektedir. Penicillin crystalise, Nystatin (Mikostatin) ve Mystecilin (sodyum hexaphosphate ile takviye edilmiş tetracyclin ve Nystatin preparatı) tedavisinden sonra klinik ve radyolojik iyileşme gösterildi.

Tarihçe: Cohn ilk defa 1874 yılında, gözyaşı kanalındaki bir aktinomikoz lezyonunda hastalık etkenini göstermiştir. 1877 yılında Hartz, bu mikroorganizmayı actynomyces Bovis diye tanımlamıştır. Fakat muayene maddelerinden aktinomiçes'i ayırmak amacıyla yapılan araştırmalar ancak 1891 yılında sonuç vermiştir. Wolff ve İsrail'in çalışmaları sonucunda aktinomiçes İsraili adını verdikleri, anaerob ortamda üreyen, dallanmış, gram (+), çomak şeklinde mikroorganizmanın özellikleri ortaya konulmuştur. 1910 yılında Lord, actynomyces İsraili'nin normal ağız florasında, çürük dişler ve tonsiller üzerinde bulunduğunu, uygun şartlarda endogen bir enfeksiyon getirebileceğini bildirmiştir. Son yıllarda, fluorescent-anticor tekniği ile aktinomikoz vakalarında teşhis kolaylaşmış ve serolojik reaksiyonlarda muhtelif tipler ayırt edilmiştir.

Etyoloji: Aktinomiçes bovis, dallanan, uçlarında çoğunlukla oval veya yuvarlak şişlikler gösteren, tek tek veya kümeler halinde bulunan düz veya bükük çomakçıklar ince flamanlar şeklinde sporsuz, hareketsiz, polimorf, anaerob veya mikroaerofil, gram (+) mikroorganizmalardır.

Oda derecesinde 18-22 gün ve buzdolabında (Havasız ortamda) 3-4 ay kadar dayanabilir. Kültürlerde çok uzun yaşayamaz. 60-65 derecede 1 saatte ölür. Optimal üreme derecesi 37'dir. Ph'ı 7,2-7,6'dır. Glikozlu buyyonda, beyazımtırak taneli koloni halinde ürer. Buyyon berrak kalır.

(*) Şişli Çocuk Hastanesi 3. Cerrahi Kliniği.

Sabouraud'nın glikozlu jeloz plakaları üzerinde, anaerop şartlarda 3-6 gün sonra beyaz, kesif, üzeri ve kenarları gayrı muntazam, lobüller manzarada ve 5-10 mm. çapında koloniler teşkil eder. Koloniler besi yerine yapışık olup tuzlu suda güç süspansiyone olurlar. Kanlı agarda 37 derecede kolonilerin boyu 4-6 günde 1-2 mm'yi bulur. Karbonhidratlardan dextrose ile diğer hexoslara gaz meydana getirmeden tesir eder.

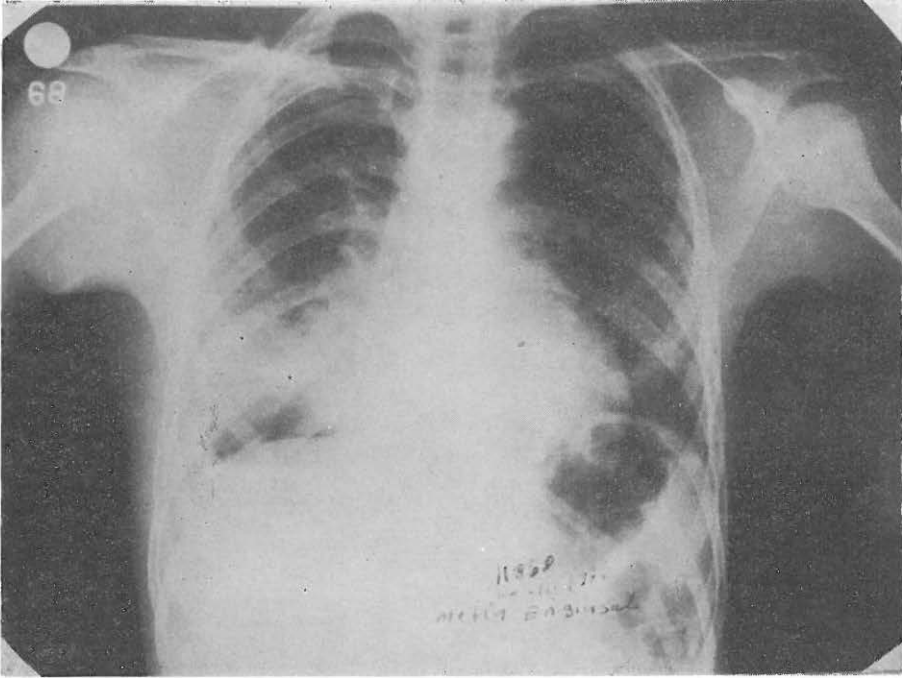
Aktinomiçesler protelytic ve hemolytic değildir. İndol yapmaz, nitratları redükte etmez. İnsandan insana ve hayvandan insana bulaşma saptanmamıştır.

Patogenez: Normal dokuların oksidasyon ve redüksiyon potansiyeli aktinomiçes bovisin çoğalmasını engelliyecek derecede yüksektir. Ancak vitalitesi kaybolmuş dokular (anaerob ortam), aktinomiçes'in çoğalması ve dağılmasını sağlar. Mikrop genel olarak ağız ve boğaz mukozasında diş, ve diş etleri arasında özellikle çürük dişlerde, tartırlarda, tonsillerin kriptalarında, tükürük bezleri kanallarında bulunur. Mikrobun hastalık meydana getirebilmesi için, dokulara girerek anaerob şartları ve uygun gıdaları bulması gerekir. Bunlarla birlikte yabancı cisimlerin girmesi, organizmanın savunma kuvvetinin azalması mikrobun dokulara yerleşmesine yardımcı olur. Anaerobik şartlar bilhassa akciğerdeki ateletazik sahalar aktinomiçes bovisin aspirasyonu veya cerrahi girişim sırasındaki entübasyonu sırasında pulmoner aktinomiçes meydana gelir. Ayrıca, pulmoner aktinomiçes ağızdaki enfekte bir fokustan, enfekte ve çürük diş çekiminden veya çene fraktürünü takiben mikrobun hematojen olarak yayılması sebebiyle de meydana gelir. Akciğerlerde sıklıkla alt loblar tutulur. Hastada yüksek ateş, zayıflama, öksürük ve hemoptizi vardır. Plevra veya göğüs duvarı direkt yayılma ile attake olursa, göğüs duvarının diffüz sert şişme, hassasiyet saptanır.

Bu pulmoner şekillerden başka:

a — Çenede, diş çekimi, çene fraktürü takiben yüz veya boyun-da 1 hafta sonra ağrılı, sert kitleler meydana gelir. Bu kitleler büyüdüğüce deri, mavi ve kırmızı renk alır. Fistüller meydana gelir. Vakalarda servikal adenopati nadirdir.

b — Abdominal aktinomiçes: Sıklıkla amebiasis, tüberküloz, çekum tümörü appendicitis, kadınlarda over tümörü veya tüberkülozun apsesi, ile karışabilir.



Grafi-1

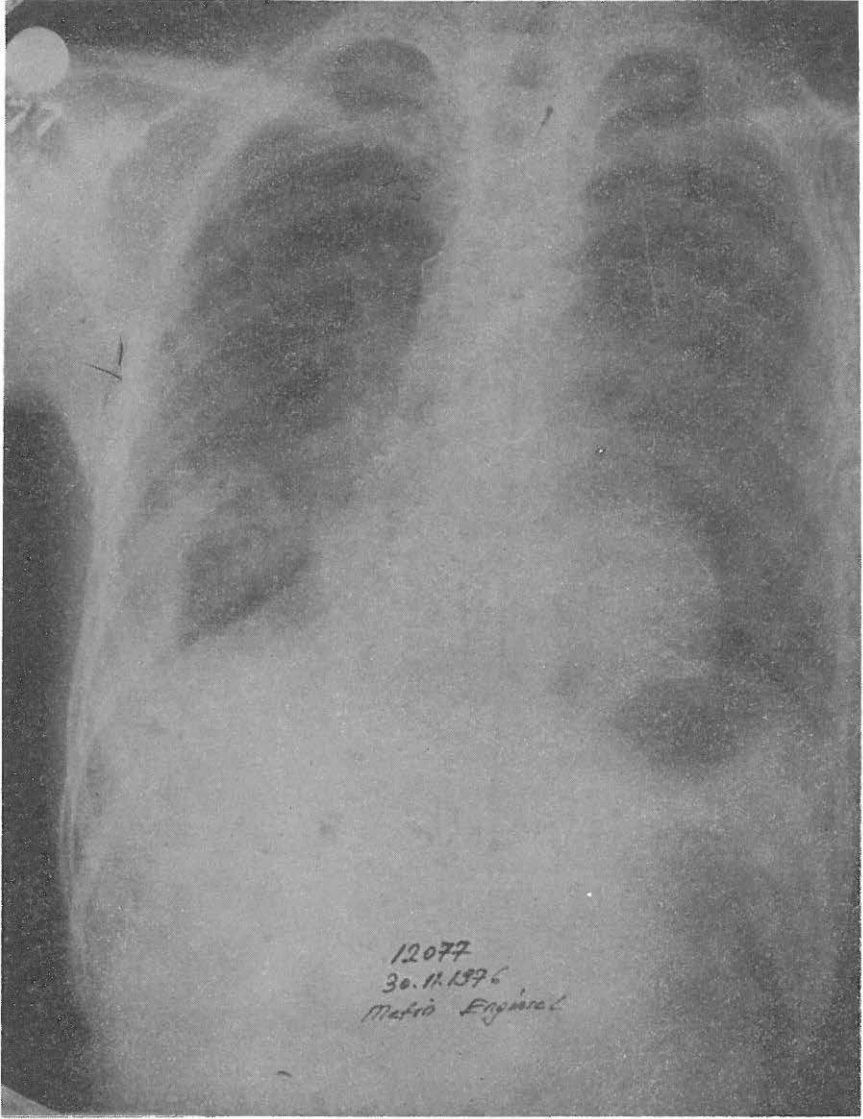
c — Nadir olarakta dissemine hematojen aktinomikosis vakalarında da rastlanılabilir. Lezyonlar vücudun her tarafında görülebilmektedir. Örneğin saçlı deride, sırtta, alt ve üst ekstremitelerde, deri altında, sert ağrılı nodüller saptanır.

Yukarıdaki bilgilerin ışığı altında, bu yazımızda bir akut apandisit vakasında acil girişim (appendectomy)den 3 gün sonra görülen aktinomiçes Bovis'in tedavisi için yapılan çalışmalar anlatılacaktır.

Vaka: M. E. 13 yaşında. Prot. No. 19322-867 Erkek. 22/11/1976 tarihinde saat 22 sıralarında akut apandisit tablosuyla kliniğimize müracaat eden vakanın gerekli fizik ve laboratuvar tetkikleri sonucu yatırılması uygun görüldü. Vaka, aynı gün ameliyata alınarak, hastaya appendectomy yapıldı. Vakanın gerek klinik, gerekse patolojik olarak akut olduğu belirlendi.

Klinik seyir: (Postoperatif dönem)

1. Gün: (23/11/1976) Hastanın genel durumu iyi. Sabah ateşi 36.4 Akşam ateşinde ani bir yükselme saptandı (39.5). Ateşin yükselmesinin nedenleri araştırıldı. Ameliyat yarası ve pansuman temiz olduğu

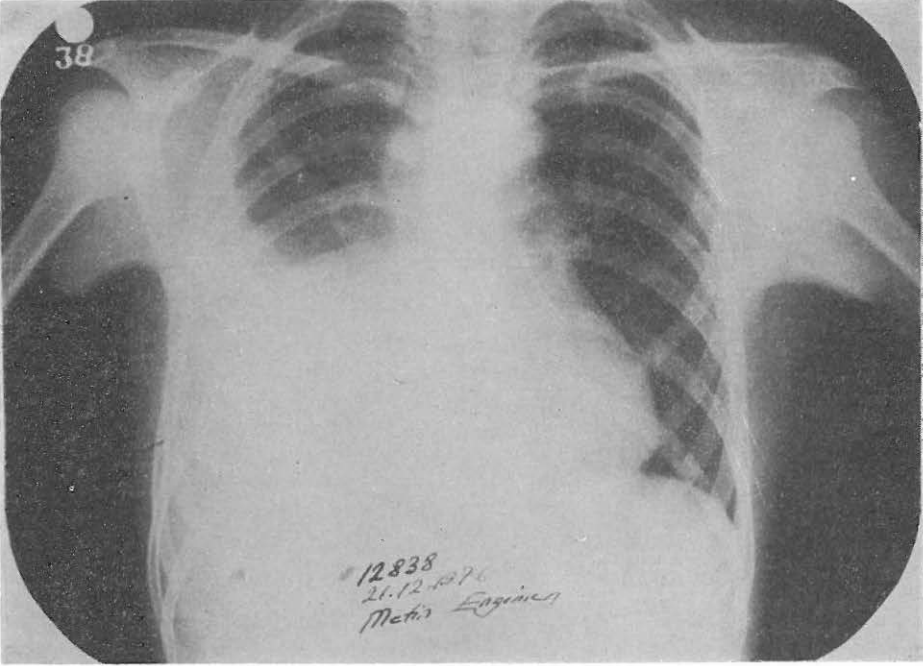


Grafi-2

görüldü. Batında bir patolojiye rastlanılmadı. Toraks oskulte edildiğinde, sağ hemitoraks alt kadranda kuru raller saptandı. Hastaya 800.000 Ü Penicilline (İ.M.) uygulandı.

~~12077~~

~~30.11.1976~~



Grafı-3

2. Gün: (24/11/1976). Ateş (sabah) 37.6, Hastanın bol miktarda kayısı ezmesi görünümünde balgam çıkardığı saptandı. Torak grafisi çekildi (Grafı-1)

Sağ hemitoraks alt lobta pnömoni infiltrasyonu görünümü gösteren imaj saptandı. Hastaya penicilline 800.000 Ü sabah-akşam (İ. M.) uygulandı. Hastanın ateşi (3-4-5-6-) günlerde 37.1 ile 38.5 arasında seyretti. Bu arada hastanın 3-4 kilo kadar zayıfladığı görüldü.

30/11/1976 (7. Gün): Hastada hemoptiziyle beraber yüksek ateş (39.8) görülerek toraks grafisi yenilendi. (Grafı-2)

Grafide sağ hemitoraks alt lobta bir önceki grafideki pnömonik infiltrasyon görünümü saptanan yerde kavite (1/2 el ayası kadar) olduğu saptandı. Hastanın öz ve soy geçmişinde Tbc konusunda yeterli bilgi alınmadı. Kanlı balgam, bakteriyolojik incelemeye gönderildi.

4/12/1976 (12. Gün) tarihinde bakteriyolojik muayene sonucu patojen mikroorganizmanın aktinomyces Bovis olduğu, antibiogramda da tetrasiklin grubu antibiyotiklere karşı hassasiyet gösterdiği

saptandı. Hastamıza beher kapsülde 250 mg. Tetracylin Hydrochlorur, 250.000 Ü Nystatin ihtiva eden (Mysteclin) 6 saatte 1 tane, ayrıca beher drajede 500.000 Ü Nystatin ihtiva eden (Mikostatin) den de 6 saatte 1 tane olmak üzere tedaviye geçildi.

Hastamızda bu uygulama sırasında ateşin 37 derecenin üzerine çıkmadığı, hemoptizinin azaldığı, balgamın gittikçe kansız bir şekle dönüştüğü, ameliyatın 28. gününde tamamen kesildiği görüldü. Ateşinde 36.5 C ye düşmesi nedeniyle tekrarlanan akciğer grafisinde (Grafı-3) kavitenin tamamen kaybolduğu, aynı yerde çok az enfiltasyonun olduğu görülerek tedaviye kısa bir süre daha devam edildi. Hasta 23/12/1976 tarihinde (ameliyattan 30 gün sonra) şifa ile taburcu edildi.

Özet

Bir acut appendicitis vakasında rastlanılan actinomycetes bovis'in klinik, radyolojik, bakteriyolojik bulguları takdir edildi.

Summary

Although cervicofascial and abdominal infections are more common, actinomycosis may infect the lungs. In many cases Actinomycetes israeli had been found as a pathogenic agent. Pulmonary form of the disease is produced by direct invasion of contiguous tissues (i.e. from carious teeth, infected tonsils, etc). Drug of choice for actinomycosis is penicilline.

In this paper a case of pulmonary actinomycosis with its clinical, radiological and bacteriological findings. The patient had been treated with penicilline, oxytetracycline and nystatin combination. Full recovery had been observed within thirty days and discharged in good condition.

LİTERATÜR

- 1 — Baumgörtel, Tr.: Illinische Darmbakteriologie für die Arztliche Praxis Georg Thieme, Verlag, Stuttgart 1954.
- 2 — Besson, A.: Technixue microbiologixue et Serotherapixue, J. B. Bailire et fils, Paris, 1928.
- 3 — Boecker, E. U., Kauffmann, F.: Bacteriologie Diagnostik. Julius Springer Berlin, 1931.

- 4 — Bibby, B. G. and Knigton, H. T.: The actinomyces of the Human Mouth. *J. Infect.* No. 15, 69: 148, 1941.
- 5 — Blake, G. C.: Sensitivite of Cilonies and Suspensions of Actinomyces Israeli to Penicillins, tetracyclines and erithromycin. *Br. Med. J.* 1: 145, 1964.
- 6 — Dopter Ch. et Sacxuèpeè, E.: Précis de bacteriologie. J. B. Bailliere et fils, Paris 1931.
- 7 — Dumas, J.: Bacteriologie Medicale. Les editiins Medicales Flammarion, Paris 1951.
- 8 — Gastinel, P.: Precis de bacteriologie Medicale. Masson et cie, Paris 1957.
- 9 — Hauduroy, P.: Dictionnarie des bacteries Pathogenes. Masson et cie, Paris 1953.
- 10 — Kraus, R. U. Uhlenhuth, P.: Handbuch der mikrobiologischen Tecinik urban U. Schwarzenberg, Berlin U. Wien, 1928-1931.
- 11 — Nevot, A.: Le diagnostic bacteriologixue en pratixue medicale. Masson et cie editeurs. Paris, 1954.
- 12 — Öktem, Z.: Tibbi Bakteriyoloji. Ateş Matbaası İstanbul, 1959.
- 13 — Todd, J. C., Sanford, A. H. and Stilwell, C. G.: Clinical Diagnosis by laboratory methods. 11. Edition W. B. Saunders Comp. Phila., London 1948.
- 14 — Winkle, S.: Mikrobiologische and serologische diagnostik. Gustace Fischer Verlag Stuttgart, 1955.