

Safra kesesi yerleşimli aktinomikoz: İki olgu sunumu

Actinomycosis of the gallbladder: Report of two cases

Tuğba TAŞKIN TÜRKMENOĞLU, Aysim ÖZAĞARI, Nedim POLAT
Fevziye KABUKÇUOĞLU, Cemal KAYA*, Uygur DEMİR*

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Laboratuvarı
*Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Genel Cerrahi Kliniği

ÖZET

Aktinomikoz kronik supuratif bir hastalık olup abse, fistül ve sülfür granüllerinin varlığı ile karakterizedir. En sık servikofasiyal olmak üzere torasik, abdominal ve pelvik bölgede görülür. Safra kesesi yerleşimi çok nadir olup literatürde bilindiği kadarıyla 19 vaka bildirilmiştir. Bu çalışmada safra kesesi yerleşimli iki adet aktinomikoz olgusu sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Aktinomikoz, safra kesesi

SUMMARY

Actinomycosis is a chronic suppurative disease which is characterised by abscess, fistula and sulphur granules. Cervicofacial region is the most common localization, other sites are thoracic, abdominal and pelvic regions. Gallbladder involvement by actinomyces is very rare and only 19 cases have been reported. Two cases of actinomycosis of the gallbladder are presented in this paper.

Key words: Actinomycosis, gallbladder

GİRİŞ

Aktinomikoz nadir görülen kronik supuratif bir enfeksiyon olup Actinomyces isimli Gram (+) filamentöz bakterilerce oluşturulur. Bu organizmalar ağız boşluğu ve barsakların endojen florasında yer alırlar (1, 2). Aktinomiçesler abse, fistül ve sülfür granülleri varlığıyla karakterli aktinomikoz hastalığına neden olurlar. Oluşturdukları tipik lezyon tek ya da birden fazla sayıda ortasında nekroz bulunan, fistüller aracılığı ile deri, müköz membran yüzeyleri ve organlara açılan abselerdir. Abseler içinde sülfür granülleri bulunur (1). Bu organizmalar geçmişte bazı özellikleri nedeniyle mantarlara benzetilmiş olmalarına rağmen günümüzde bakteri olarak sınıflandırılmaktadır (1, 3, 4, 5).

Aktinomikozların servikofasiyal, torasik, abdominal ve pelvik aktinomikoz olmak üzere başlıca dört klinik şekli vardır. Servikofasiyal

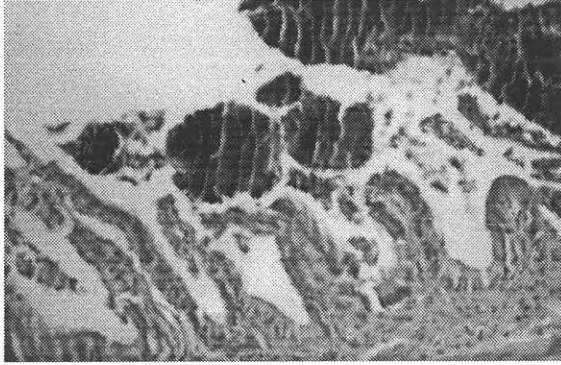
aktinomikoz olguların yaklaşık yarısını, torasik aktinomikoz %20'sini, abdominal aktinomikoz ise %15'ini oluşturur (1, 4). Pelvik aktinomikoz çoğunlukla rahim içi araç (RİA) kullanan kadınlarda görülür. Abdominal aktinomikoz en sık ileoçekal bölge yerleşimlidir (2, 6). Safra kesesi yerleşimi oldukça nadirdir. Bu makalede safra kesesinde saptanan iki aktinomikoz olgusu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMLARI

OLGU 1: 62 yaşında kadın hasta iki yıldır süren karın ağrısı, bulantı, kusma şikayetlerinin son üç günden beri şiddetlenmesi nedeniyle acil cerrahi kliniğine başvurdu. Yapılan muayenesinde batın sağ üst kadranda hassasiyet ve defans saptanan hastanın batın ultrasonografi incelemesinde, safra kesesi duvarında minimal kalınlaşma ve çok sayıda milimetrik hiperekojen kalküller saptandı. Hastanın kan biyokimyasında SGOT 1035 U/L, SGPT 531 U/L, LDH 844 U/L, amilaz 2801 U/L olarak bulundu. Bunun dışındaki tüm laboratuvar bulguları normal sınırlar içinde saptanan hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Hasta bu bulgularla akut pankreatit ön tanısı ile servise yatırıldı. Sıvı replasmanı yanı sıra Seftriak-

Yazışma Adresi:

Dr. Tuğba Taşkın TÜRKMENOĞLU
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Patoloji Laboratuvarı
PK:34710 İstanbul
Tel: (0212) 231 22 09 / 1340-1348
e-posta: tugbataskin78@hotmail.com

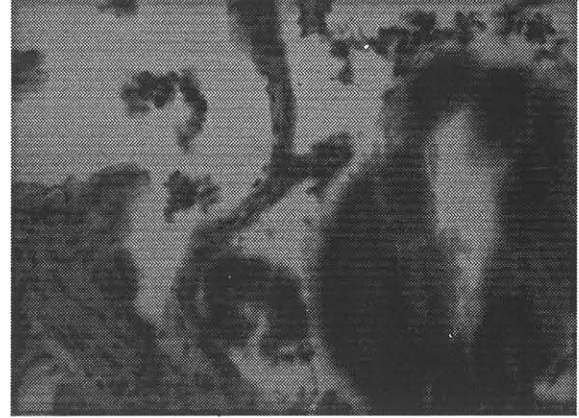


Resim 1: Birinci olguda safra kesesi lümeninde koloniler oluşturan filamentöz yapıda bazofilik bakteriler H&E x40

son sodyum 1 gr flakon (Eczacıbaşı, İstanbul), Lornoxicam 8 mg flakon (Abdi İbrahim, İstanbul), Famotidine 20 mg ampul (Mustafa Nevzat, İstanbul) ve Metoclopramid HCl (Biofarma, İstanbul) ile medikal tedavi uygulandı. Tedavi sonrası durumu düzelen hastaya kolesistektomi yapıldı ve durumunun stabil seyretmesi üzerine ameliyat sonrası beşinci günde taburcu edildi.

OLGU 2: Yaklaşık bir aydır aralıklı olarak özellikle yemeklerden sonra şiddetlenen karın ağrısı ve bulantı şikayetleri olan 59 yaşında kadın hasta bu şikayetlerine iki günden beri kusmanın eklenmesi üzerine hastanemiz acil servisine başvurdu. Düşkün görünümlü hastanın yapılan muayenesinde palpasyon ile defans ve rebound saptandı. Kan biyokimyası ve tam kan sayımında özellik bulunmayan hastaya yapılan ultrasonografi incelemesinde safra kesesi içinde milimetrik çok sayıda ekojen ve seviye veren safra çamuru izlendi. Hastaya akut kolesistit ön tanısı ile Seftriakson sodyum 1 gr flakon (Eczacıbaşı, İstanbul), Lornoxicam 8 mg flakon (Abdi İbrahim, İstanbul), Famotidine 20 mg ampul (Mustafa Nevzat, İstanbul) ve Metoclopramid HCl (Biofarma, İstanbul) ile üç gün süresince medikal tedavi ve sonrasında kolesistektomi uygulandı. Ameliyat sonrası dördüncü günde durumunun stabil seyretmesi üzerine hasta taburcu edildi.

Birinci olgunun makroskopik incelemesinde safra kesesi açılmış halde 8,5x4 cm boyutların-



Resim 2: İkinci olguda lümen içinde görülen aktinomikoz ile uyumlu bakteri kolonilerinin büyük büyütmede görünümleri H&E x100

daydı. Duvar kalınlığı 0,2 cm, serozası gri-yeşil, mukozası sarı-yeşil renkte olup lümeninde en büyüğü 0,4 cm çapında çok sayıda yeşil renkte taş izlendi.

İkinci olgunun makroskopik incelemesinde safra kesesi açılmış halde 10x5 cm boyutlarında, duvarı 0,1-0,2 cm kalınlığındaydı. Serozası gri pembe, mukozası sarı pembe renkli olup lümeninde taş görülmedi.

Her iki olgunun mikroskopik incelemesinde H&E boyalı preparatlarda lümeninde çok sayıda, farklı boyutlarda koloniler oluşturan filamentöz yapıda bazofilik bakteriler görüldü (Resim 1 ve 2). Lamina propria hafif derecede fibrozis, mononükleer hücre infiltrasyonu ve muskuler tabakada hafif kalınlaşma izlendi. Bakteri kolonileri sadece lümen yerleşimli olup yapılan PAS ve methenamine silver boyaları ile boyanma izlenmedi.

TARTIŞMA

Aktinomikoz etkeni Gram(+) filamentöz bir bakteri olan *Actinomyces*'tir. İnsanda en sık *A. israelii* izole edilirken *A. naeslundii*, *A. odontolyticus*, *A. viscosus*, *A. meyeri* ve *A. propionica*'ya daha az olarak rastlanır (1, 7, 6, 4). Aktinomikoz kronik supuratif bir hastalık olup abse, fistül ve sülfür granüllerinin varlığı ile karakterlidir (1, 4, 6). Bu organizmaların hastalık oluşturma mekanizmaları tam olarak aydınlatıl-

mamış olup genellikle bir travma veya cerrahi bir girişim sonrası sağlam mukozaya engelinin bozulduğu, bakterinin buradan girerek komşu dokuları invaze ettiği, nadiren de kan yayılımı yaptığı, pyojenik diğer enfeksiyonların ve aşırı duyarlılığın da hastalığın oluşumuna katkıda bulunduğu bildirilmektedir (1, 6, 8, 3). Aktinomikoz için predispozan faktörler diabetes mellitus, steroid tedavisi, neoplazi ve önceden geçirilmiş cerrahidir (5). *Actinomyces* türleri insanlarda ağız boşluğu ve barsakların endojen florasında yer alırlar (2, 3, 6, 7).

Aktinomikoz en sık servikofasial olmak üzere torasik, abdominal ve pelvik bölgede görülür. Servikofasial aktinomikoz olguların yaklaşık yarısını oluşturur. Diş çekimi, diş eti hastalığı ya da maksillofasial bir yaralanma sonrası ortaya çıkar. Torasik aktinomikoz ağızdaki materyallerin aspirasyonu, baş-boyun ve abdominal aktinomikozun mediastinuma yayılımıyla meydana gelir. Tüm aktinomikoz olgularının yaklaşık 1/5'ini oluşturur. Pelvik aktinomikoz çoğunlukla RİA kullanan kadınlarda görülür. Abdominal aktinomikozun yayılımı ile de meydana gelebilir (1,4). Abdominal aktinomikoz sıklıkla ileoçekal bölge ve daha az olarak apendiks, sigmoid kolon, rektum, karaciğer, subfrenik boşluklar, adneksler ve böbrekte görülür (2). Abdominal aktinomikoz tüm aktinomikozlar içinde en geç tanı alan formdur (1).

Aktinomikozla ilgili 32 vakalık en geniş serilerden birinde abdominal aktinomikozlu 3 vaka mevcut olup yerleşim yerleri apendiks, suprahepatik bölge ve uterusdur (3). 7 vakalık başka bir seride ise abdominal aktinomikozlu 1 va-

ka mevcut olup suprahepatik bölge yerleşimlidir (4). Her iki seride de safra kesesi yerleşimi izlenmemiştir. Safra kesesi aktinomikozu ile ilişkili karaciğer invazyonu gösteren safra kesesi karsinomlu bir olgu da bildirilmiştir (5).

Aktinomikoz tanısı doku kesitlerinde sülfür granüllerinin varlığı, Gram (+) organizmaların görülmesi ile (6, 7) veya lezyon bölgesinden hazırlanan kültürde *Actinomyces* türlerinin üretilmesi ile konulur (1, 6). *Actinomyces*'leri rutin bakteriyolojik kültürlerde üretmek zordur, ancak alınan örneklerin CO₂'li aneorobik koşullarda birçok kez kültürü yapılarak üretimi sağlanabilir (2, 3, 4). Serolojik testlerin de aktinomikoz tanısında değeri yoktur (5). Bu nedenle Aktinomikozis tanısı genellikle bakteriyolojik olmaktan ziyade histolojik olarak konulmaktadır (7). Safra kesesi yerleşimli Aktinomikoz olgularının çoğunda etken *A. israelii* veya *A. naeslundii* olarak saptanmıştır (3, 4). Burada sunulan her iki olguda da mikrobiyolojik kültür yapılamamıştır.

Her iki olguda, bakteri kolonilerinde PAS ve methenamine silver boyaları ile boyanma izlenmemesi ve mikrobiyolojik kültürün yapılmamasına rağmen kesitlerde izlenen karakteristik morfolojik bulgularla safra kesesi yerleşimli aktinomikoz tanısı verilmiştir.

Aktinomikoz tedavisinde uzun süreli, yüksek doz antibiyotik kullanımına ihtiyaç vardır. Penisilin bu amaçla en sık kullanılan antibiyotiktir (5, 6). Abse drenajı veya sinüslerin cerrahi olarak çıkarılması da gerekli görüldüğü takdirde uygulanabilecek tedavi seçeneklerindedir (2, 6).

KAYNAKLAR

1. Aydın Karaaslan: *Actinomyces*. In: Ustaçelebi Ş (ed.) *Temel ve Klinik Mikrobiyoloji*, Ankara, Güneş Kitabevi Ltd Şti, 1999,457-461.
2. Van Stensel CJ, Kwan TS: *Actinomyces* of the gallbladder, *Neth J Surg*, 40:23-25,1988.
3. Benhoff DF: *Actinomyces*: diagnostic and therapeutic considerations and a review of 32 cases, *Laryngoscope*, 94:1198-1217,1984.
4. Doran F, Kıvanç F, Koçak Ç, Yaman A, Soylu L: Aktinomikozis- tanısal kıstaslar ve yedi olgunun irdelenmesi, *Türk Patoloji Dergisi*, 8:84-87,1992
5. Hefny AF, Torab FC, Joshi S, Sebastian M, Abu-Zidan FM: *Actinomyces* of the gallbladder: case report and review of the literature, *Asian J Surg*, 28:230-232,2005
6. Ormsby AH, Bauer TW, Hall GS: *Actinomyces* of the cholecystic duct: case report and review, *Pathology*, 30:65-67,1998
7. Freland C, Massoubre B, Horeau JM, Caillon J, Drugeon HB: *Actinomyces* of the gallbladder due to *Actinomyces naeslundii*, *J Infect*, 15:251-257,1987
8. Merle-Melet M, Mory F, Stempfeler B, Maurer P, Regent D, Parent S, Tortuyaux JM, Bresler L, Boissel P: *Actinomyces naeslundii*, acute cholecystitis, and carcinoma of the gallbladder, *Am J Gastroenterol*, 90:1530-31,1995