

Rahim içi araç kullanımı ve pelvik aktinomikoz: Olgu sunumu

Use of intrauterin device and pelvic actinomycosis: Case report

Neslihan Çelik¹, Handan Alay², Melek Şahiner³, Berrin Göktuğ Kadioğlu⁴

Özet

Aktinomikozis, Aktinomycesler tarafından oluşturulan kronik bakteriyel bir enfeksiyondür. Hastalığın tanısı karakteristik semptom ve bulguları olmadığı için zordur. Semptomlar bazı malign pelvik tümörleri veya pelvik abseye neden olabilen diğer bakteriyel etkenleri, tüberküloz ve nokardiyayı taklit eder. Aile planlaması yöntemlerinden biri olan RİA kullanımı pelvik aktinomikoz için predispozan bir faktör olarak rol oynamaktadır. Tanı sıklıkla cerrahi sonrası histopatolojik tetkiklerle konulmaktadır. Bu sunumda 12 yıl aralıksız RİA kullanımı olan, pelvik kitle ayırıcı tanısıyla opere edilen, pelvik abse tedavisi başlanan, cerrahi sonrası pelvik aktinomiçes tanısı konulan bir vaka irdelendi.

Anahtar kelimeler: Rahim içi araç, aktinomikozis, pelvik kitle

Summary

Actinomycosis is a chronic bacterial infection caused by Actinomyces. Diagnosis of the diseases is difficult because of there is no characteristic symptoms and findings. Its symptomatology imitates some malignant pelvic tumours or other bacterial agents, tuberculosis and nocardiosis, causing abscesses. The use of RIA, one of the methods of family planning, is a predisposing factor for pelvic actinomycosis. Its diagnosis is often performed by histopathologic examinations post-operative. In this study, we reported a case with pelvic actinomycosis with uninterrupted use of RIA for 12 years that was operated for differential diagnosis with pelvic mass, pelvic abscesses treatment was initiated and diagnosed by post-operative.

Key words: Intrauterin device, actinomycosis, pelvic mass

¹ Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, Uzm. Dr., Erzurum

² Erzurum Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, Asist. Dr., Erzurum

³ Erzurum Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, Dr., Erzurum

⁴ Erzurum Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, Op. Dr., Erzurum

Giriş

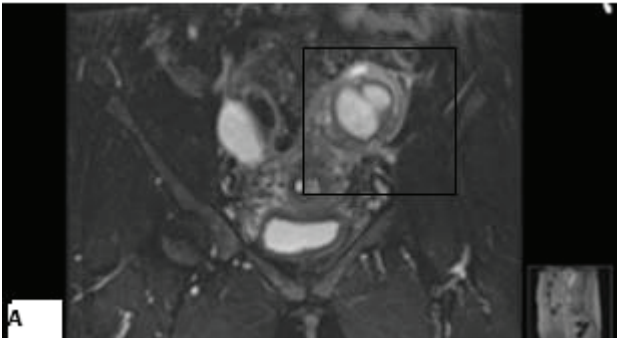
Aktinomikoz; actinomycetaceae familyasından gram pozitif anaerob özellikle basiller ile karakterize, gastrointestinal ve genital sistem florasının bir elemanı olan actinomyces'lerin çeşitli mukozalarda endojen kaynaklı kronik, süperatif inflamasyona sebep olduğu nadir görülen enfeksiyöz bir hastalıktır. [1,2]

Klinikte serviko-fasiyal, abdominal, pelvik, torasik ve çok ender serebral kütanöz türleri ile karşımıza çıkmakta, belirti bulgular yönünden fungal enfeksiyonlar ve malignite ile karıştırılarak tanısal pratikte zorluklara sebep olmaktadır.[3] Nadir görülen bir enfeksiyon hastalığı olması, cerrahi öncesi tanıda güçlükler yaşanması sebebiyle tanı ve tedavisinde literatürdeki olgu sunumları yardımcı olmaktadır.

Pelvik aktinomikozlar, tüm aktinomikozların yaklaşık %3'ünü oluşturmakta ve sıklıkla rahim içi araç kullanımı (RİA) bu hastalık için predispozan bir faktör olarak rol oynamaktadır. Nadiren abdominal aktinomikozun sekonder olarak yayılımı ile de gelişebilmektedir.[3-4] Tanı ve tedavide yaşanan gecikmeler ile intrauterin abselere ve organ yapışıklıklarına neden olarak, solid kitle şeklinde maligniteyi taklit edebilirler. Ayrıcı tanı genellikle histopatoloji ile konulmaktadır. Ancak bu durumun histerektomi ve salpingo-oferektomi gerektirebilecek, hastanın üreme fonksiyonlarını etkileyebilen çok ciddi bir tablo oluşturduğu unutulmamalıdır.[5]

Bu çalışmada pelvik kitle ön tanısı ile yatırılan ve subtotal histerektomi ve salpingo-oferektomi operasyonu sonrası gönderilen abse materyalinden histopatolojik incelemelerle pelvik aktinomikoz tanısı alan bir olguyu irdeledik.

Resim 1 - A: T1 AG Aksiyal kesitte sol adneksiyal lojda santrali nekrotik, periferik belirgin kontrastlanma gösteren lezyon



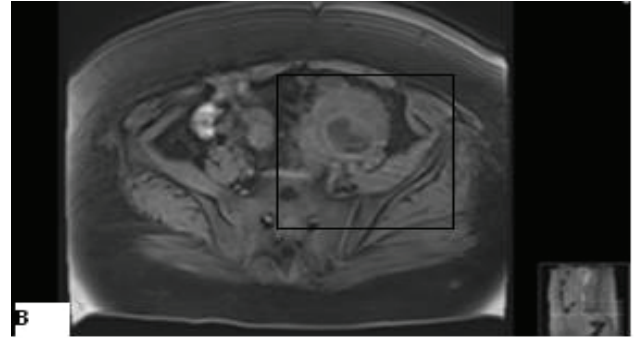
Olgu Sunumu

47 yaşında morbid obez hasta ateş, karın ağrısı ve dış ortamdan hissedilebilen kötü kokulu vajinal akıntı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Öz geçmişinde; Gravida 4, Abortus 1 ve Parite 3 ve 12 yıldır RİA kullanımı mevcuttu.

Fizik muayenede ateş 37 °C, karın alt kadranda ağrı tarif eden hastanın jinekolojik muayenesinde kötü kokulu vajinal akıntısı mevcuttu. Serviks vizualize edilemedi, derin vajen yapısı lökore görünümde ve palpasyonda özellik yoktu. Ultrasonografide (USG) RİA kavitede, sağ over normal, solda 70 mm kompleks bir yapı görüldü. Laboratuvar incelemelerinde, hemoglobin 10,14 mg/dl, lökosit 1100 / mm³, C- reaktif protein (CRP) 1,7 mg/dl, CA 125: 22,4 U/ml ve hastanın diğer tümör belirteçleri (CA 19-9, CEA ve CA 15-3) normal düzeylerde bulundu. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) incelemesinde sol böbrek pelvikaliksiyel yapılar ve sol üreter dilate, sağ overde birbirine komşu büyüğü yaklaşık olarak 4 cm ebatlı foliküller kist ile uyumlu görünüm mevcuttu. Pelvik düzeyde solda yaklaşık 6x6 cm ebatlı, santrali kistik, nekrotik, periferik, belirgin kontrastlanma gösteren lezyon dikkati çekmekteydi.

Ovaryan abse - tümoral patoloji ayırımı net yapamadığı için lezyonun histopatolojik değerlendirilmesi amacıyla hasta ameliyata alındı. Pelviste sağ tuba hidropik, uterus 8 hafta gebelik cesametinde global olarak büyümüş, sol adneksiyal lojda yaklaşık 12 cm çapında üzeri sigmoid kolon ile örtülü sert fikse kitle, sol tubanın ve overin hidropik ve fikse kitleye yapışık olduğu görüldü ve salpingo-oferektomi yapıldı. Vakanın enfekte olduğu, daha fazla

Resim 1 - B: T2 AG Coronal kesitte sol adneksiyal lojda santrali nekrotik lezyon



diseksiyon yapılamayacağı, diseksiyon esnasında bağırsak yaralanma riskinin yüksek olması nedeni ile hastaya subtotal histerektomi yapılmasına karar verildi. Sol over rezeksiyon materyaline ait histopatolojik kesitlerde yoğun nötrofil, eozinofil, köpüksü histiositler, dev hücreler, lenfositler ve plazma hücrelerinden oluşan abse odakları ve yer yer abse odaklarının içinde sülfür granülleri tespit edildi. Histokimyasal çalışmada PAS ve Retikülin ile pozitif boyanma izlendi.

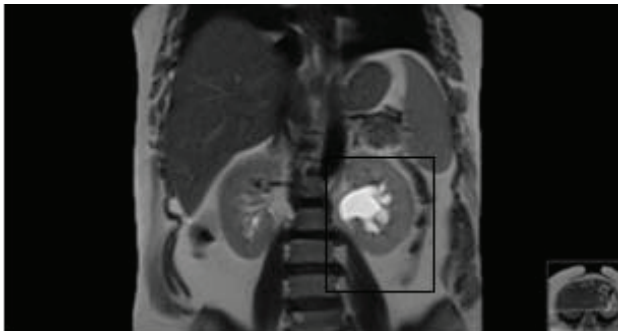
Histopatolojik incelemeler sonucu pelvik aktinomikoz tanısı konuldu ve 4 hafta süre ile intravenöz (IV) 20.000 ünite/gün Pencilin G tedavisi sonrasında oral Pencilin V (4gr/gün) tedavisi 6 aya tamamlanacak şekilde düzenlendi.

Tartışma

Actinomyces'ler gram pozitif anaerob sporsuz basillerdir. Gastrointestinal ve genital sistemin normal florasında bulunurken nadiren çeşitli vücut mukozalarına girerek enfeksiyona sebep olurlar.^[6] Olgumuz pelvik kitle şüphesiyle takip edilip cerrahi sonrası patolojik incelemesi Actinomyces olarak geldi. Tanıda histopatolojik incelemeler son derece değerlidir. İncelenen dokuda sülfür granülleri izlenmesi Actinomyces'i düşündüren güçlü bir bulgudur ancak yeterli değildir.

Burada oluşan sülfür granülleri esasen sülfür içermez konakçı-bakteri etkileşimine yanıt olarak gelişir ve bazı Nocardia, Streptomyces ve Staphylococci'ler tarafından da oluşturulabilir. Gram boyama tekniği ile tanı daha net bilgi verir çünkü Actinomyces'ler gram pozitif boyanan ve aside dirençli olmayan organizmalar içerir. Olgumuzda da abse odakları içerisinde sülfür granülleri mevcuttu, PAS ve Retikülin ile pozitif boyanma izlendi.^[7,8]

Resim 2. T2 AG Coronal kesitte Grade 2 hidronefroz ve sol böbrek pelvikaliksiyel yapı dilatasyonu



Pelvik aktinomikozların nadiren abdominal aktinomikozun sekonder yayılımı sonucu geliştiği bildirilmişse de büyük oranda RİA kullanımı ile ilişkili bulunmuştur. RİA kullanım süresinin uzaması ve aktinomikoz arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.^[3,9,10] Olgumuzda da 12 yıl süren RİA kullanımı en önemli predispozan faktör olarak saptanmıştır. Gorisek ve ark. yaptıkları bir çalışmada 3 yıldan uzun süreli RİA kullanımının pelvik aktinomikoz için risk oluşturduğunu belirtmişlerse de RİA'nın çıkartılmasından sonra da hastalığın semptom verebileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur.^[11-14]

Pelvik aktinomikozda hastanın yakınması sıklıkla pelvik ağrı, kötü kokulu vajinal akıntı ve kilo kaybı şeklindedir.^[15] Literatürde pek çok çalışmada uzun süreli RİA kullanımı, anemi, lökositoz, CRP ve CA 125 düzeylerinde artış, ağrı, kötü kokulu akıntı, kilo kaybı, sert fiske kitle ve hidronefroz bulguları bildirilmiştir. Olgumuzda kilo kaybı dışında bu bulguların tamamı mevcuttu. Bulguların normal olması durumunda pelvik kitle ile malignite sıklıkla karışabilir ve tanı cerrahi sonrası histopatoloji ile konulabilir.^[16,17] Histopatolojik incelemeler tanıyı kesinleştirirse de abse - tümoral oluşum ayrımı yapılamadığı durumlarda ince iğne aspirasyon biyopsisi ile tanıyı koymak mümkündür. Bu tekniğin hastanın üreme fonksiyonlarını koruyacak etkili bir yöntem olduğu akılda tutulmalıdır.^[1,18] Olgumuzda cerrahi girişimle pelvik abse net bir şekilde görülmüş olup, salphingo-ooferektomi ve subtotal histerektomi yapıldı.

Aile planlamasının amacı ailelerin istedikleri zaman çocuk sahibi olmalarını sağlamak, ana - çocuk sağlığını korumak ve geliştirmek olsa da, kullanılan yöntemlerin bazı istenmeyen etkileri olabilmektedir. RİA inflamatuvar bir yanıt oluşturması ile kullanılan bir kontraseptif yöntemdir. Fakat sıklıkla genital sistemin florasını bozarak servikal enfeksiyon insidansını artırıcı rol oynamaktadır. Pelvik Aktinomikozda RİA kullanım öyküsü mevcut ise cerrahi öncesi servikal sürüntü incelenmesi aktinomikoz açısından fikir verebilir. Ancak duyarlık ve özgülüğü histopatolojik incelemelere kıyasla düşüktür.^[19] Olgumuzda servikal sürüntü incelemesinde inflamasyon bulguları mevcuttu.

Tedavi, tutulumu olan bölgenin cerrahi eksizyo-

nu, absenin drenajı ve antibiyoterapidir. Antibiyoterapide ilk seçenek pencildir. Ancak alerji, tedaviye rağmen olumsuz laboratuvar bulgularının varlığı, konvülsiyon benzeri ciddi yan etkilerin geliştiği durumlarda tetrasiklin, klormfenikol, eritromisin, klindamisin ve imipenem kullanılabilir.^[20,21] Olgumuzda 4 hafta süre ile IV Pencilin G tedavisi kullandık. Sonrasında ise 6 ay oral Pencilin V tedavisi planladık.

Kitapçıoğlu ve ark. yaptıkları bir çalışmaya göre; çocuk sahibi olmak istemeyen annelerin kontraseptif yöntem olarak ilk tercihleri %48,8 oranla RİA kullanımındır.^[22] Pelvik kitle ve tümoral oluşum ayrımı yapılamayan durumlarda RİA kullanım öyküsü değerlendirilmeli ve aktinomikoz akılda bulundurulmalıdır. Hastanın üreme fonksiyonlarını korumak için ince iğne aspirasyon biyopsisi tekniği ve servikal sürüntü incelemeleri aktinomikoz açısından cerrahi öncesi fikir verebilir.

Kaynaklar

- Lee YC, Min D, Holcomb K, Buhl A, DiMaio T, Abulafia O. Computed tomography guided core needle biopsy diagnosis of pelvic actinomycosis. *Gynecologic oncology* 2000; 79(2): 318-23.
- Hsiao HL, Shen JT, Yeh HC, Wu WJ, Huang CH. Intra- and extra abdominal actinomycosis mimicking urachal tumor in an intrauterine device carrier: a case report. *Kaohsiung J Med Sci* 2008; 24(1): 35-40.
- Demirezen Ş, Beksaç MS. Aktinomikoz Genel Bir Bakış. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 2009; 29(2): 510-9.
- Çakır N, Berktaş M, Yaman G, Alkış İ, Özer TT. Servikal Örneklerden *Actinomyces israelii* İzolasyonu ve Antibiyotiklere Direnç Oranın İncelenmesi. *Van Tıp Dergisi* 2011; 18 (4):197-200.
- Merki-Feld GS, Lebeda E, Keller PJ. The incidence of actinomyces like organisms in Papanicolaou- stained smears of copper- and levonorgestrel- releasingintra- uterine devices. *Contraception* 2000;61(6):365-8.
- Treviño SE, Martínez PJ, Pérez BM, Xercavins MJ. Pelvic actinomycosis in menopausal patient, case review. *Ginecologia y obstetricia de Mexico* 2003; 71: 532-6.
- Akgün Y. *Actinomyces* türleri. Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi'de. Ed. Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M. 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2002; 1701-5.
- Garner JP, Macdonald M, Kumar PK. Abdominal actinomycosis. *Int J Surg* 2007; 5(6): 441-8.
- Durmuş, U.D.Ş.E. Servikal smearlerde RİA etkisinin incelenmesi. 25. Ulusal Patoloji Kongresi, Bursa 15.11.2015.
- Cibas ES. Laboratory management. *Cytology Diagnostic Principles and Clinical Correlates*'de. Eds. Cibas ES and Ducatman BS. 4th ed. Philadelphia, Elsevier Saunders, 2014; 538-45.
- Erkaya S, Kutlar Aİ, Koşan İ, Tuncer RA. Pelvik aktinomikoz. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics* 1999; 9(4): 284-7.
- İlhan M, Kalaycı MU, Temizgünöl KB. ve ark. Sol over tümörünü taklit eden pelvik aktinomikoz. *Genel Tıp Dergisi* 2011; 21(4): 152-4.
- Gorisek B, Rebersek-Gorisek H, Kavalar R, Krajnc I, Zavrnsnik S. Pelvic actinomycosis. *Wien Klin Wochenschr* 1999;111(15):603-7.
- Dejanović D, Ahnlide JA, Nilsson C, Berthelsen AK, Loft A. Pelvic actinomycosis associated with an intrauterine contraceptive device demonstrated on F-18 FDG PET/CT. *Diagnostics* 2015; 5(3): 369-71.
- Joshi C, Sharma R, Mohsin Z. Pelvic actinomycosis: a rare entity presenting as tubo-ovarian abscess. *Gynecol Obstet* 2010; 281(2): 305-6.
- Kayıkcioglu F, Akgul MA, Haberal A, Demir OF. *Actinomyces* infection in female genital tract. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2005; 118(1): 77-80.
- Özler A, Yıldız Ş, Cinbiş İO, Düzcan SE. Pelvic Actinomycosis. *Dicle Tıp Dergisi* 2011; 38 (1): 92-4.
- Ünsal İ, Anar C, Halilçolar H. ve ark. Toraks duvarına invaziv bir pulmoner aktinomikoz: Olgu sunumu. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi* 2011; 25(2): 129-35.
- Westhoff C. IUDs and colonization or infection with *Actinomyces*. *Contraception* 2007; 75(6): 48-50.
- Burcu B, Ekinci Ö, Aslan A, Alimoğlu O. Apandisit taklit eden apendiks aktinomikozu: Olgu sunumu. *İstanbul Medical Journal* 2014; 15: 227-9.
- Alper E, Baydar B, Cantürk F. ve ark. Penisillin tedavisine bağlı olarak konvülsiyon geçiren abdominal, pelvik ve hepatik abseleri olan hasta: Olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi. *Ege Tıp Dergisi* 2010; 49(3): 217- 20.
- Kitapçıoğlu G, Yanikkerem E. Manisa Doğumevinde doğum yapan kadınların doğurganlık öyküleri, aile planlaması davranışı ve doğum sonrası aile planlaması. *Ege Journal of Medicine* 2008; 47 (2): 87-92.

Geliş tarihi: 06.10.2017

Kabul tarihi: 22.12.2017

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.12.2017

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi;

Uzm. Dr. Neslihan Çelik

e-posta: drneslihancelik@yahoo.com.tr