

Göğüs ön duvarında kitle ile tanı alan torasik aktinomikoz Bir vaka takdimi

Erdoğan Yüzkollar¹, Tamer Özekinci², Seval Özdemir³, Elfi Divanlı⁴, Fatih Ünal¹
Yusuf Özmen⁵, Mehmet İzzet Avşar²

SSK Bursa Çocuk Hastanesi ¹Pedatri Uzmanı, ²Çocuk Cerrahisi Uzmanı, ³Mikrobiyoloji Uzmanı,
⁴Radyodiagnostik Uzmanı, ⁵Dermatoloji Uzmanı

SUMMARY: Yüzkollar E, Özekinci T, Özdemir S, Divanlı E, Ünal F, Özmen Y, Avşar Mİ. (Department of Pediatrics, Social Security Hospital, Bursa, Turkey). Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2005; 48: 46-48.

Actinomycosis is chronic, progressive but non-infectious disease characterized by abscess, fistulization and sulfur granules. The major clinical forms of actinomycosis are: cervicofacial, thoracal, abdominal, pelvic and systemic forms. The thoracal form accounts for 15% of all cases and most are localized within lungs. Extrapulmonary cases are extremely rare. Only 7% of all cases of actinomycosis have been diagnosed under the age of ten. In this article, a nine-year-old boy, complaining of pain and mass on the outer face of the chest wall, is discussed together with its rare localization and clinical presentation.

Key words: thoracal actinomycosis, mass on chest wall.

ÖZET: Aktinomikoz, apseleşme, fistülleşme ve sülfür granülleri ile karakterize kronik ilerleyici, bulaşıcı olmayan bir enfeksiyon hastalığıdır. Aktinomikoz enfeksiyonunun başlıca klinik formları, servikofasiyal, torasik, abdominal, pelvik ve sistemik aktinomikozistir. Torasik aktinomikoz, tüm olguların %15'ini oluşturur, olguların çoğu pulmoner yerleşimlidir, ekstrapulmoner tutulum çok seyrektiler. Aktinomikozis olgularının ancak %7'si on yaş altında görülür. Bu makalede, göğüs ön duvarında ağrı ve kitle ile getirilen, dokuz yaşında erkek hastada aktinomikozisin klinik formlarından olan torasik aktinomikozisli bir vaka sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: torasik aktinomikoz, göğüs duvarında kitle.

Aktinomikozis, Actinomycetos ailesinden, eksternal sinüslerinden karakteristik sülfür granülleri çıkaran anaerobik filamentöz bir bakterinin oluşturduğu, kronik süpüratif bir hastalıktır. İnsanda başlıca etiyolojik ajanı Actinomyces israeli' dir. Bu bakteri ağız boşluğu, intestinal ve kadın genital mikroflorasında düşük patojenitede endogen saprofit bir bakteridir¹⁻³. Yerel travma, cerrahi veya aspirasyon sonrası, çocuk yaş grubunda primer immün yetersizlik, özellikle kronik granülomatoz hastalık zemininde serviko-fasiyal, torasik, abdominal ve pelvik yerleşimli enfeksiyonlar oluşturabilir. Ancak olguların %15'ini torasik aktinomikoz oluşturur. Torasik aktinomikozun akciğer dışı seyrek tutulum yerleri ise mediasten ve vertebralardır¹⁻³. Çok yavaş ilerler, kronik seyir göstermesi nedeniyle tanıda güçlüklerle karşılaşılabilir. Bu nedenle öykü, klinik ve radyolojik bulgular yanında hasta örneklerinde

gerçek aktinomikotik sülfür granüllerinin görülmesi tanıda önemlidir. Granüllerde ve steril vücut bölgesi örneklerinde etkenin gösterilmesi ve üretilmesi ile tanı kesinleştirilir¹. Günümüzde seyrek görüldüğünden konuya dikkat çekmek için izlediğimiz bir hasta sunulmuştur.

Vaka Takdimi

Dokuz yaşında, erkek hasta, göğüs ağrısı ve göğüs sağ ön duvarında şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Göğüs ağrısı altı ay ve göğüs duvarındaki şişlik iki ay önce ortaya çıkan hastada, travma ve cerrahi girişim öyküsü yoktu. Soy geçmişinde özellik bulunmadı. Fizik muayenesinde; vücut ağırlığı 30 kg, boy 130 cm, vücut ısısı 36.9°C (aksiller), nabız dakikada 94 solunum hızı dakikada 18, tansiyon arteriyel 110/60 mmHg idi. Göğüs ön duvarında, sağ parasternal yerleşimli, meme hizasına uyan

bölgede 30x30 mm boyutlarında şişlik ve üzerindeki deride morumsu-kırmızı renk değişikliği olan, deriye süpüre olmayan, sert, ağrılı, fikse ve fluktuasyon vermeyen kitle lezyonu belirlendi. Her iki aksiler bölgede en büyüğü 15x10 mm boyutunda çok sayıda lenfadenomegali vardı. Üst çene dişlerinin hepsi çürük idi; diğer sistem muayenelerinde patoloji saptanmadı.

Laboratuvar incelemelerde; hemoglobin 12.8 gr/dl, lökosit sayısı 17.000/mm³, lökosit formülünde %62 parçalı lökosit, %28 lenfosit, %4 monosit, %4 çomak, %2 eozinofil olup, atipik hücre saptanmadı. Eritrosit sedimentasyon hızı 44 mm/saat, CRP (C-reaktif protein) negatif; serum IgG, IgM, IgE ve IgA düzeyleri normal değerlerde saptandı. Kronik granülomatöz hastalık açısından yapılan NBT (nitrobleu tetrazolium) testi normal bulundu. Tümör belirleyicilerinden alfa-fetöproteini ve karşi-noembriyonik antijen düzeyleri normal değerlerde saptandı. Boğaz kültüründe üreme olmadı. Çift BCG (Bacillus-Calmette-Guerin) aşı skarları olan hastamızda yapılan PPD (Pürifiye protein derivesi) testi 8 mm bulundu.

Akciğer radyogramında, sağ parakardiyak yerleşimli orta ve alt zona uyan bölgede non-homojen düzensiz opasite belirlendi (Şekil 1). Lateral toraks grafisinde tabanı retrosternal alanda hilusa doğru uzanan üçgen şeklinde havalanması azalmış bir zon izlendi. Bilgisayarlı toraks tomografisinde sağ akciğer orta zonda parakardiyak, perihiler yerleşimli solid kitle saptandı. Lezyona komşu göğüs ön duvar deri ve deri altı dokularında kalınlaşma izlendi. Mediastende sağ hilus ve sağ aksiller bölgede



Şekil 1. Akciğer radyogramında sağ parakardiyak yerleşimli orta ve alt zona uyan bölgede non-homojen düzensiz opasite.



Şekil 2. Aksiyel toraks BT kesitinde parakardiyak, perihiler yerleşimli solid kitle lezyonu; lezyona komşu göğüs ön duvar sağ kesiminde deri ve deri altı dokularında kalınlaşma.

multipl lenf nodülleri, lezyon distalinde sağ üst lobda total kollaps saptandı (Şekil 2). Karın ultrasonografisinde patolojik bulgu saptanmadı. Göğüs ön duvarındaki lezyondan alınan insizyonel biyopsi ile alınan gri, kahverengi renkte yumuşak dokunun mikroskopik incelemesinde dokuların stromasında yoğun polimorf hücreli lökosit, daha az oranda, lenfosit, plazmosit infiltrasyonu ve kanama alanları, kapiller damar proliferasyonu ve aktinomiçes kolonileri izlendi. Gram boyamada gram-pozitif dallanan filamanlar görüldü.

Hasta bu bulgularla torasik aktinomikoz tanısı aldı, yüksek doz penisilin G (250 000 Ü/kg/gün), dört saat aralıklı dozlarla bölünerek başlandı⁴. Dört hafta süre ile parenteral tedavi alan hasta hızla düzeldi ve cerrahi drenaja gerek duyulmadı. Tedavisi altı aya tamamlanmak üzere oral penisilin V başlandı. Derideki lezyonu üç hafta içinde kapanan hastada, yatışından üç hafta sonra çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde ön mediastende ve onunla bağlantılı sağ hemitoraks ön duvarındaki yumuşak doku kitlesinde küçülme saptandı. Taburcu olduktan sonra hasta aylık kontrollere çağrıldı, fizik muayene ve akciğer radyogramı ile izlenen hastada üçüncü ayda radyolojik bulgularında da belirgin düzelme saptandı. Hasta kliniğimiz tarafından halen takip edilmektedir.

Tartışma

Aktinomikoz enfeksiyonunun başlıca klinik formları, servikofasiyal, torasik, abdominal pelvik ve sistemik aktinomikozistir⁴. Aktinomikozis olgularının ancak %7'si on yaş altında görülür. Torasik aktinomikoz tüm olguların

%15'ini oluşturur¹. Torasik aktinomikoz, enfekte ağız içeriğinin aspirasyonu, travma veya seyrek olarak baş, boyun, abdominal enfeksiyonun doğrudan yayılımı ile meydana gelir¹. Hastalık çok yavaş ilerler ve röntgende kitle veya pnömonik bir görüntü verir, plevraya ilerlemesi ile ampiyem ve toraks duvarından deriye fistülizasyon oluşturabilir². Torasik aktinomikozisin, akciğer dışı tutulumu seyrek olup, mediasten, perikard ve vertebralar tutulabilir. Bizim hastamız göğüs ön duvarında kitle ve ağrı ile kliniğe başvurdu. Çekilen akciğer grafisinde sağ orta ve alt zona uyan homojen olmayan opasite vardı ve hastanın solunum sistemine ait şikayet ve fizik muayene bulgusu yoktu. Toraks tomografisinde göğüs ön duvarında kitle ile ilişkili ön mediasten yerleşimli solid kitle lezyonu saptandı.

Lee ve Rudoy⁵, İngiltere'de 25 yıl içerisinde saptanan 46 aktinomikozlu vaka ışığında iki pediatrik aktinomikozlu olguyu sundukları makalede ortalama tanı yaşı 10 yaş olup vakalar kitle, ateş, öksürük ile başvurmuşlardı. Bizim vakamız da dokuz yaşında idi göğüste ve mediastende kitle ile tanı aldı. Watt⁶ çocukluk çağındaki göğüs ön duvarı kitlelerinin etiyolojik değerlendirilmesinde, enfeksiyöz nedenler içinde tüberküloz ve aktinomikozu vurgulamış, kesin tanıda biopsi ve histopatolojik değerlendirmenin öneminden söz etmiştir. Espina ve arkadaşları⁷, immün yünden sağlıklı çocuklarda ilk on yaşta torasik apse nedeninin aktinomikozin olabileceğini belirtip tanı ve tedavide

ultrasonografi, tomografi ve manyetik rezonansın önemini vurgulamıştır. Ağız sağlığı bozuk toplumlarda bu enfeksiyon daha sık görüldüğü bildirilmiştir¹. Bizim hastamızda aktinomikoz enfeksiyonuna zemin hazırlayacak faktörlerden, sadece kötü ağız dış sağlığı saptandı

Sonuç olarak, göğüs ön duvarında ve medias-tende kitle ile getirilen bir histada seyrek görülen nedenlerden birisinin de aktinomikoz olabileceği vurgulandı.

KAYNAKLAR

1. Akgün Y Aktinomikoz ve Nokardiyoz. Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M (ed). *İnfeksiyon Hastalıkları*. İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri, 1996: 454-455.
2. Jacobs FR, Actinomycosis. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jensen HB (eds). *Nelson Textbook of Pediatrics*. (15th ed). Philadelphia: WB Saunders, 1996: 861-862.
3. Karadeniz L, Yıldız F, Kılıç K ve ark. Bir olgu nedeniyle polimikrobiyal beyin apsisi. *Klinik Bilimler ve Doktor Dergisi* 2000; 6: 373-376.
4. American Academy of Pediatrics. Actinomycosis infections. In: Peter G (ed). 1997 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases (24th ed). Elk Grove Village, IL American Academy of Pediatrics, 1997: 131-132.
5. Lee JB, Rudoy R. Pediatric thoracic actinomycosis. *Hawaii Med J* 2003; 62: 30-32.
6. Watt AJ. Chest wall lesions. *Paediatr Respir Rev* 2002; 3: 328-338.
7. Espina MA, Lopez-Menendez C, Ruiz-Martinez R, Molino-Trinidad C. ed. Pulmonary actinomycosis with thoracic soft tissue mass: a rare onset form *Eur J Radiol* 2001; 37: 195-199.