

BİLATERAL HİDROÜRETERONEFROZ VE FROZEN PELVİS NEDENİYLE OPERE EDİLEN BİR PELVİK AKTİNOMİKÖZ OLGUSU

Mine ERDENİZMENLİ*, Nur YAPAR*, Feyzullah UÇMAK**, Ali ANNAGÜR*, Mesut AKARSU**, Turan USLU***, Ayşe YÜCE*

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı *
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı **
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ***

ÖZET

Pelvik aktinomikoz oldukça nadir görülen bir durumdur. Olguların pek çoğunda rahim içi araç kullanımı da vardır ve bu olgulara sıklıkla cerrahi girişim uygulanır. Tanı cerrahi materyalin patolojik ve mikrobiyolojik incelemesi ile konur. En sık rastlanan yakınmalar; ateş, kilo kaybı, karın ağrısı, anormal vajinal kanama veya akıntı olarak belirtilmektedir. Laboratuvar bulguları olarak, anemi, lökositoz ve sedimentasyon yüksekliği saptanabilir. Bizim olgumuzda da sekiz yıldır rahim içi araç mevcut olup, malignite düşünülerek cerrahi girişim uygulanmıştır. Hastamızda aynı zamanda literatürde nadir olarak bildirilen üreteral obstrüksiyon ve operasyon sonrasında gelişen yara enfeksiyonu da saptanmıştır. Cerrahi materyalin patolojik incelemesi sırasında aktinomikotik elemanların gösterilmesi ile tanı konmuş ve hastaya tikarsilin klavulanat intravenöz yoldan uygulanmıştır. Anahtar sözcükler: Pelvik aktinomikoz, *Actinomyces israelii*, üreteral obstrüksiyon, rahim içi araç.

SUMMARY

Actinomycotic involvement of the pelvis is a very rare condition. Most of these cases are associated with the presence of intrauterine contraceptive devices (IUCD) and they commonly undergo surgical procedures. Diagnosis is based on pathologic and microbiologic investigations of surgical materials. Fever, weight loss, abdominal pain, abnormal vaginal bleeding or discharge are common symptoms. Laboratory findings are anemia, leukocytosis and increased erythrocyte sedimentation rate (ESR). Our patient had also bilateral ureteric obstruction which is a rare condition in the medical literature and surgical wound infection. Diagnosis was established by the pathological identification of actinomycosis from surgical material and ticarcilline-clavulanic acid was given to the patient intravenously.

Key words: Pelvic actinomycosis, *Actinomyces israelii*, ureteric obstruction, intrauterine contraceptive device

Actinomyces türleri, gram olumlu, anaerobik koşullarda ve yavaş üreyen, filamentöz bakterilerdir. Bilinen 14 türden altısı insanda hastalık yapmakta olup, en sık etken *Actinomyces israelii*'dir. Patojen türler doğada serbest olarak bulunmazlar, insanda orofarinks, gastrointestinal kanal ve kadında genital kanalda kommensal olarak bulunurlar. *Actinomyces* türleri, virulansı yüksek mikroorganizmalar değildir. Normal mukozal bariyerleri ancak bir travma veya enfeksiyon varlığında geçerek doku invazyonu

yapabilirler. Enfeksiyonları sinüslerle direne olan kronik abselerin oluşumu ile karakterizedir. En sık görülen klinik tablolar servikofasiyal, torasik, abdominopelvik ve serebral aktinomikozdur (1-3). Pelvik aktinomikoz ya abdominal enfeksiyonun pelvise yayılımı ya da primer olarak pelvik dokuların tutulması ile meydana gelebilir. Primer pelvik tutulumda rahim içi araçların kolonizasyonu ve enfeksiyonu önemli rol oynamaktadır. Pelvik aktinomikoz olgularının klinik seyirleri son derece sinsi ve belirtileri nonspesifiktir. Karın ağrısı, kilo

kaybı ve hafif ateş gibi belirtiler aylarca sürebilir ve hastalar sonunda batında kitle saptanması, frozen pelvis gelişimi ve malignite ön tanısıyla opere olabilirler. Tanı daha çok operasyondan sonra cerrahi materyalin patolojik ve mikrobiyolojik incelemesi sırasında konmaktadır. Rahim içi araç kullanan kadınlarda servikal smearlerin incelenmesi sırasında da *Actinomyces*'ler görülebilmekle beraber bunların sıklıkla infeksiyon etkeni olmayıp, kolonizan oldukları ve rahim içi aracın çıkarılması veya tedavi edilmesi gerekmediği belirtilmektedir. Rahim içi araç ile birlikte pelvik aktinomikoz ve abse saptanan olguların çoğunluğunda infeksiyonun polimikrobiyal olduğu gösterilmiştir. Burada *Actinomyces* dışında soyutlanan bakterilerin anaerobik ortam oluşumuna katkıda bulunarak infeksiyonu kolaylaştırdıkları düşünülmektedir. Pelvik veya diğer klinik formlardaki aktinomikozların tedavisinde birinci seçenek ilaçlar penisilinler olup, *Actinomyces*'ler penisilin G dışında tikarsilin klavulanat, imipenem ve sefalosporinler gibi beta laktam antibiyotiklere; kloramfenikol, tetrasiklinler, eritromisin ve klindamisine de duyarlıdırlar. Florokinolonlar, aztreonam ve aminoglikozidlerin etkileri zayıftır. Komplike olgularda cerrahi tedavi de gerekli olmakla birlikte tek başına yeterli değildir (1-4). Burada frozen pelvis ve rektuma bası nedeniyle opere olan ve aynı zamanda ureter dilatasyonu ve hidronefroza yol açan bir pelvik aktinomikoz olgusu sunulmuştur.

OLGU

Onuzaltı yaşında kadın hasta, yaklaşık bir aydır devam eden kabızlık, tenezm ve vaginal akıntı

yakınmaları ile başvurduğu hekimin pelviste kitle nedeniyle yaptığı araştırmalar sırasında batın ultrasonografisinde ve bilgisayarlı tomografisinde minör pelvisi doldurarak karın boşluğuna doğru yayılım gösteren frozen pelvis görünümü saptanması sonrasında hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisine kabul edildi. Yapılan tetkiklerinde ayrıca bilateral üreteral dilatasyon ve pelvikalisyel ektazi ve orta derecede bilateral hidronefroz olduğu görüldü. Pelvik malignite ön tanısıyla yatırılan hastanın fizik bakısında; ateş 38°C, nabız 96/dk., sistem bakıları olağandı. Jinekolojik bakısında perineum doğal görünümde, serviks multipar ve normal olarak belirtildi. Rahim içi aracının sekiz yıldır bulunduğu öğrenildi. Bimanuel vajinal muayenede göbek altına kadar uzanan sınırları düzensiz kitle saptandı. Laboratuvarında; idrarda 3-4 eritrosit, 2-3 epitel hücresi görüldü. Hemoglobün 9 g/dl, hematokrit %27, lökosit 16.000/mm³, sedimentasyon 104 mm/saat, kreatinin 0.9 mg/dl, BUN 30 mg/dl olarak saptandı, diğer biyokimyasal incelemeleri olağan sınırlardaydı. Kolonoskopide rektosigmoid bölgenin 20-30 cm'lik kısmında ve çekumda dıştan basıya bağlı lümeninde daralma saptandı. Pelvik malignite düşünülerek cerrahi girişim uygulanan hastanın operasyonu sırasında multipl abse odaklarıyla birlikte kitlenin omentuma, karın ön duvarına ve uterusu yapışık olduğu görüldü. Subtotal histerektomi, parsiyel omentektomi, pelvik abse drenajı, abse duvar eksizyonu ve mezenterde buluna 6-7 cm'lik kitlenin eksizyonu yapıldı. Post operatif dönemde hastaya batın içi infeksiyon nedeniyle tikarsilin klavulanik asid intravenöz olarak başlandı.

Operasyondan sonra servikal Papanicolaou smearlerinde aktinomiçes benzeri mikroorganizmalar ve sülfür granülleri görüldüğü rapor edildi. Operasyon sırasında alınan örneklerin patolojik incelenmesi sonucu pelvik aktinomikoz tanısı kondu. Daha sonra batından alınan aspirasyon örneklerinde *Enterobacter spp.* ürettiği bildirildi. Üç hafta süreyle intravenöz tikarsilin klavulanik asid (4X3.2g/gün) uygulanan hastanın alınan tüm batın aspirasyon örneklerinde anaerobik üreme veya mikroskopik olarak aktinomiçese ait yapılar gözlenmedi. İzlemi sırasında genel durumu iyiye giden hastanın böbrek fonksiyonları açısından bozulma saptanmadı. Bu sırada hasta kendi isteği ile hastaneden taburcu oldu ve kontrollere gelmesi uyarısına rağmen gelmediğinden takip edilemedi.

TARTIŞMA

Pelvik aktinomikoz, genellikle abdominal infeksiyonun pelvise yayılımı ile oluşan ancak primer tutulum durumunda rahim içi araçlarla birlikte olabilen nadir bir infeksiyondur. Rahim içi aracın kalış süresinin iki yıldan daha kısa olduğunda infeksiyon son derece nadir olup, iki yılı aşan sürelerde sıklığı süreyle doğru orantılı olarak artmaktadır (1). Sunulan olguda sekiz yıllık

bir rahim içi araç söz konusudur. Frozen pelvis ve üreteral dilatasyonla gelen olguda malignite ekarte edilemeyip operasyon uygulanmış ve cerrahi materyalden tanı konmuştur. Tanıda operasyon materyalinde aktinomiçeslerin üretilmesi son derece değerli olup, mikroskopik olarak da Gram boyaması ile incelemenin anlamlı olduğu, hematoksilen eosin ile saptanmasının zor olduğu belirtilmektedir (3-5). Hastanın cerrahi girişim sırasında da gözlenen intraabdominal infeksiyon bulguları, operasyon sonrasında yara yerinden akıntısının olması ve alınan aspirasyon örneklerinde gram olumsuz bakteri üremesinin de saptanması üzerine hastaya verilen tikarsilin klavulanat tedavisine devam edilmiştir. Literatürde rahim içi araçla birlikte pelvik aktinomikoz olguları bulunmakta olup, üreteral dilatasyon ve hidronefrozla birlikte giden olguların nadir olduğu bildirilmektedir (1,6). Üreteral obstrüksiyon sıklıkla cerrahi girişim sonrası renal fonksiyon kaybına yol açmamakta ancak nadiren ağır tablolara yol açabilmektedir. Bu olgu uzun süreli rahim içi aracı olan ve pelvik malignite kuşkusu olan kadınlarda pelvik aktinomikozun düşünülmesi gerektiğini ve nadir bir durum olan üreteral obstrüksiyonu vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Bartlett JG. Actinomyces In: Gorbach SL, Bartlett JG, Blacklow NI, eds. Infectious Diseases, 2nd edition. Philadelphia: WB Saunders Comp 1998;1973-1980.
2. Russo TA. Agents of Actinomyces. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R eds. Principles and Practice of Infectious Diseases, 4th edition. New York: Churchill Livingstone. Inc 1995;2280-2287.
3. Smego RA, Foglia G. Actinomyces. Clin Infect Dis 1998;26:1255-1263.
4. Lippes J. Pelvic actinomyces: A review and preliminary look at prevalence. Am J Obstet Gynecol 1999;180: 265-269.
5. Fiorino AS. Intrauterine contraceptive device-associated actinomycotic abscess and actinomyces detection on cervical smear. Obstet Gynecol 1996;86:142-149.
6. Jackson AE, Parry JRW, Shah PJR. Ureteric obstruction secondary to pelvic actinomyces. British Journal of Urology 1988;62:85-87.