

Transvers Kolonda Aktinomiçese Sekonder Gelişen Obstruksiyon: Akut Batının Nadir Bir Nedeni

43

Murat AKALİN¹
Buğra SAĞLAM²
Serdar AYDOĞAN³

GİRİŞ

Akut batın nedeniyle acil servise başvuran olguların %20'sini oluşturan akut intestinal obstrüksiyonlar, bağırsak içeriğinin distale geçişinin mekanik bir nedenden dolayı kesintiye uğramasından kaynaklanır¹⁻⁵. En sık nedenleri karın içi yapışıklık, malignite ve herniasyonlardır¹⁻⁵. Klinik incelendiğinde genellikle bulantı, kusma, kolik vasıflı karın ağrısı ve gaz-gayta çıkaramama eşlik eder; ancak semptomların şiddeti, semptomların süresine ve tıkanıklığın anatomik düzeyine bağlı olarak değişir. Karın distansiyonu, timpanik bağırsak sesleri ve hiperaktif bağırsak sesleri klasik bulgulardır.

¹ Araştırma görevlisi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi, akalınmurat@yandex.com

² Araştırma görevlisi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi, bugrasaglam92@gmail.com,

³ Uzman Hekim, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi, s.a1986@hotmail.com

Laboratuvar değerlendirmesi hemogram, elektrolit paneli, metabolik göstergeler ve arteriyel kan gazında serum laktat seviyesini içermelidir. Ayakta direk batın grafisi veya bilgisayarlı tomografi (BT) ile görüntüleme tanıyı doğrulayabilir ve tedavi planı için karar vermede yardımcı olabilir. Komplike olmayan tıkanıklıkların tedavisi; metabolik düzensizliklerin, nazogastrik dekompresyonun ve bağırsak istirahatının düzeltilmesi ile intravenöz sıvı resüsitasyonunu içerir. Ateş ve lökositozu olan hastalar gram negatif organizmalara ve anaeroblara karşı antibiyotik açısından değerlendirilmelidir. Vasküler tıkanıklık, perforasyon kanıtı veya yeterli nonoperatif tedavi ile kliniğin gerilememesi cerrahi müdahale gerekliliğinin bir göstergesidir¹⁻⁵.

Aktinomiçese bağlı mekanik bağırsak obstrüksiyonu nadir görülen bir akut batın nedenidir. Karın ağrısı ile acil servise başvuran ve akut batın hali olan vakada yapılan tetkik ve görüntülemelerde transvers kolonda obstrüksiyona neden olmuş kitlesel görünüm saptandı. Bu vakada mekanik bağırsak obstrüksiyonunun nadir nedenlerinden olan ve malignite taklidi yapan aktinomiçes hakkında bilgi vermeyi amaçladık.

te, Aktinomiçes türlerinin kültürlenmesinde bazı zorluklar şunlardır; özel anaerobik kaplarda taşınması ve ideal olarak derhal işlenmesi gereken irin veya doku gibi taze elde edilen malzeme gerektirir. Bu durum vakaların % 76 'sında olumsuz bir sonuca neden olabilir. Kükürt granülleri irin içinde sadece vakaların % 50'sinde görülür¹⁹⁻²³.

Düz karın grafileri mekanik bağırsak obstrüksiyonu gibi durumlarda aktinomiçesin sonucunu göstermektedir, ancak neden hakkında bir tanısal değer taşımamaktadır. Ultrasonografi ise batın içi kitle oluşumunu gösterebilmekle beraber yine tanısal anlamda yeterli sonuç vermemektedir. Ultrasonografi taraması batın içi kitleyle beraber apseyi de gösterebilir. Bu tip durumlarda perkütan drenaj denenerek apse örneğine ulaşıp tanı konabilir ve antibiyoterapi başlanarak tam semptomatik tedavi sağlanabilir.

Baryumlu lavman grafileri kronik lüminal daralma, mukozal kalınlaşma veya mukozal nodüleriteyi gösterebilir ama bunun tanısal anlamda değeri yoktur. Malignite⁶ veya inflamatuvar bağırsak hastalığında²⁴ da aynı görünüm elde edilebilmektedir.

BT taramada en yararlı görüntüleme yöntemi-
dir²⁵. Hem inflamasyon derecesini hem de organ tutulum derecesini göstermektedir. BT ayrıca solid/kistik kitle lezyonunun özelliklerini gösterebildiğinden ve BT kılavuzluğu ile drenaj yapılabilceğinden solid organ aktinomiçesini teşhis etmede de yararlıdır. Obstrüksiyon mevcut ise obstrüksiyon seviyesini de göstererek klinisyene tedavi sürecinde önemli ölçüde yol gösterir. Ancak unutulmamalıdır ki bilgisayarlı tomografi de tanısal anlamda yeterli değildir. Perianal aktinomiçes ve neden olabildiği fistül tanımlamak için manyetik rezonans görüntüleme spesifik endikasyonlarla birlikte kullanılabilir. Endoskopik olarak tespit edilen bir veya iki aktinomiçes vakası bildirilmiştir²⁶, ancak alınan örneklerin kültürü operatif olmayan bir tanıya izin verse de görünümle spesifik değildir. Kısacası, hiçbir radyolojik, hematolojik veya endoskopik tetkik; kolon ve diğer organlarda (üreterler, tubaovaryan yapılar vs.) aktinomiçesinin teşhis edilmesini sağlayan herhangi bir spesifik özellik göstermemektedir.

Aktinomiçes penisiline duyarlı gram pozitif bir basildir. Bu yüzden tedavide ilk tercih günde 4 defa 2,5-5 mg olarak parenteral olarak uygulanan penisilin G'dir. Akut dönemin sonrasında oral Penisilin preparatı ile tedaviye devam edilmektedir. Aktinomiçesin neden olduğu yoğun desmoplastik kitle vakalarında ilaç penetrasyonu zorlu olduğundan tedaviye 1 yıl boyunca devam edilebilmektedir. Penisilin alerjisi olan bireylerde ise tetrasiklin ve eritromisin uygun seçenekler olarak ön plana çıkmaktadır. Aktinomiçesin neden olduğu batın içi kitleler genellikle karsinom ile karıştığı için cerrahi rezeksiyon sonrası patolojik numune ile tanı konulan vakalar mevcuttur. Operasyon anında bile aktinomiçesin neden olduğu yoğun içerikli desmoplastik kitlenin aktinomiçes ile bağlantılı olduğunu düşünmek zordur. Rezeksiyonun bakteri yükünü hafiflettiği öngörülmekte olup operasyon sonrası antibiyotik tedavisine devam edilmesi genellikle tercih edilen yöntemdir. Aktinomiçes enfeksiyonu verilen ilk tedavi küratif değil ise tedaviden yıllar sonra tekrarlayabilmektedir²⁶.

Olgumuza postoperatif klinik izleminde bir hafta süreyle intravenöz antibiyoterapi uygulanmış olup taburculuğunda antibiyotik tedavisini 1 aya tamamlayacak şekilde oral antibiyoterapi devamı için Penisilin türevi ilaç reçete edilmiştir. Hastaya poliklinik kontrolü önerilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Patrick Jackson, Mariana Vigiola Cruz. Intestinal Obstruction: Evaluation and Management. Am Fam Physician. 2018 Sep 15;98(6):362-367.
2. Broek RP, Issa Y, van Santbrink EJ, et al. Burden of adhesions in abdominal and pelvic surgery: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2013;347:f5588.
3. Taylor MR, Lalani N. Adult small bowel obstruction. Acad Emerg Med. 2013;20(6):528-544.
4. Miller G, Boman J, Shrier I, Gordon PH. Etiology of small bowel obstruction. Am J Surg. 2000;180(1):33-36.
5. Barmparas G, Branco BC, Schnüriger B, Lam L, Inaba K, Demetriades D. The incidence and risk factors of post-laparotomy adhesive small bowel obstruction. J Gastrointest Surg. 2010;14(10):1619-1628.
6. Cintron JR, Del Pino A, Duarte B, Wood D. Abdominal actinomycosis. Report of two cases and review of the literature. Dis Colon Rectum 1996;39:105e8.
7. Koren R, Dekel Y, Ramadan E, Veltman V, Dreznik Z. Periappendiceal actinomycosis mimicking malignancy: report of a case. Pathol Res Pract 2002;198:441e3.
8. Postal A, Detry O, Louis E, Hardy N, Belarache J, Jacquet N. Ileocaecal actinomycosis: report of a case simulating complicated inflammatory bowel disease. Acta Gastroenterol Belg 2001;64(4):318e20.

9. J.P. Garner, M. Macdonald, P.K. Kumar. Abdominal Actinomycosis. *International Journal of Surgery* (2007) 5, 441e448
10. Deshmukh N, Heaney SJ. Actinomycosis at multiple colonic sites. *Am J Gastroenterol* 1986;81(12):1212e4.
11. Orr KB. Actinomycosis. *Br Med J* 1973;2:664.
12. Cowgill R, Quan SH. Colonic actinomycosis mimicking carcinoma. *Dis Colon Rectum* 1979;22(1):45e6.
13. Florent Valour, Agathe Sénéchal, Céline Dupieux, Judith Karsenty, Sébastien Lustig, Pierre Breton, Arnaud Gleizal, Loïc Bousset, Frédéric Laurent, Evelyne Braun, Christian Chidiac, Florence Ader, Tristan Ferry. Actinomycosis: etiology, clinical features, diagnosis, treatment, and management. *Infection and Drug Resistance* 2014;7 183–197
14. Lew DP, Waldvogel FA. Osteomyelitis. *Lancet*. 2004;364(9431):369–379.
15. Garner JP, Macdonald M, Kumar PK. Abdominal actinomycosis. *Int J Surg*. 2007;5(6):441–448.
16. Sung HY, Lee IS, Kim SI, et al. Clinical features of abdominal actinomycosis: a 15-year experience of a single institute. *J Korean Med Sci*. 2011;26(7):932–937.
17. Choi MH, Hong DG, Seong WJ, Lee YS, Park IS. Pelvic actinomycosis confirmed after surgery: single center experience. *Arch Gynecol Obstet*. 2010;281(4):651–656.
18. Russo T. Agents of actinomycosis. In: Mandell GL, Douglas R, Bennett JE, eds. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. Philadelphia. Elsevier, 2000:2647–2652.
19. Brown JR. Human actinomycosis. A study of 181 subjects. *Hum Pathol*. 1973;4(3):319–330.
20. Mabeza GF, Macfarlane J. Pulmonary actinomycosis. *Eur Respir J*. 2003;21(3):545–551.
21. Pine L. Recent developments on the nature of the anaerobic actinomycetes. *Ann Soc Belg Med Trop* (1920). 1963;43:247–257.
22. Hotchi M, Schwarz J. Characterization of actinomycotic granules by architecture and staining methods. *Arch Pathol*. 1972;93(5):392–400.
23. Heffner JE. Pleuropulmonary manifestations of actinomycosis and noardiosis. *Semin Respir Infect*. 1988;3:352–361.
24. Pringot J, Bodart P. Inflammatory disease. In: Margulis A, Burhenne J, editors. *Alimentary tract radiology*. 4th ed. St Louis: Mosby; 1989. p. 759e815.
25. Lee I-J, Ha HK, Park CM, et al. Abdominopelvic actinomycosis involving the gastrointestinal tract: CT features. *Radiology* 2001;220:76e80.
26. Piper MH, Schaberg DR, Ross JM, Shartsis JM, Orzechowski RW. Endoscopic detection and therapy of colonic actinomycosis. *Am J Gastroenterol* 1992;87(7):1040e2.