

AKTİNOMİKOZ: OLGU RAPORU

ACTINOMYCOSIS: CASE REPORT

Senem ÖZER¹, Ayşegül APAYDIN²

ÖZET

Aktinomikoz çenelerde seyrek görülen kronik, ilerleyici bir enfeksiyon hastalığıdır. Enfeksiyona sıklıkla bir anaerobik bakteri olan *Actinomyces israelii* neden olur. Bu makalede maksillofasial enfeksiyonlar içinde hem seyrek görülmesi hem de tedaviye dirençli olması açısından önemli olduğunu düşündüğümüz aktinomikoz olgusunu sunmayı amaçladık. Kliniğimize uzun süredir alt çenede ağrı, çene altı ve boyun bölgesinde şişlik ve ağız açmada zorlanma yakınmaları ile başvuran 24 yaşındaki erkek hastanın; yapılan klinik, radyolojik ve mikrobiyolojik incelemeleri sonrası aktinomikoz tanısı koyulmuş ve tedavisi gerçekleştirilmiştir. Aktinomikoz olgularında tedavi klasik olarak cerrahi ve medikal tedavinin kombinasyonu şeklinde yapılır. Bizim olgumuzda da benzer tedavi uygulanmış ve sonrasında; önce haftalık daha sonra aylık sürelerle izlediğimiz hastamızda sorunsuz iyileşme sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aktinomikoz, Maksillofasial enfeksiyon, Submandibuler lenfadenopati

ABSTRACT

Actinomycosis is a chronic, progressive, relatively uncommon infection of the jaws. This infection is usually caused by *Actinomyces israelii* which is an anaerobic bacteria. The aim of this article is to show actinomycosis as one of the rare maxillofacial infections, which is resistant to medical therapy. A 24-year-old male was referred to our department with the complaint of pain and swelling in the submandibular region and the neck with limiting mouth opening. According to clinical, radiographic and microbiological investigations, he was diagnosed as Actinomycosis and treated in this manner. Treatment modalities include combination of surgical intervention and antibiotherapy. In our case similar treatment was applied, the patient followed periodically for weekly then monthly, full recovery without any complication has been seen.

Key Words: Actinomycosis, Maxillofacial infection, Submandibular lymphadenopathy

¹ Dt. İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız-Diş-Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Ana Bilim Dalı
² Prof. Dr. İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız-Diş-Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Ana Bilim Dalı

GİRİŞ

Aktinomikoz; abseleşme, fistülleşme ve sülfür granülleri ile karakterize kronik, ilerleyici bir enfeksiyon hastalığıdır (1-5). İlk kez 1877'de Bolinger, sığırlarda çenede süpüratif şekilde seyreden bir hastalığı farketmiş ve Harz ile birlikte bu mikroorganizmalara *Actinomyces bovis* demişlerdir (1-3). Daha sonraları *A. bovis* insanda seyrek olarak hastalık yaptığı; hastalık oluşturan tiplerin *A. israelii* başta olmak üzere *A. naeslundii*, *A. odontolyticus*, *A. viscosus*, *A. pyogenes* ve *A. meyeri* olduğu belirlenmiştir (1-7).

Aktinomikoz genellikle dünyada; sosyoekonomik düzeyi düşük, ağız hijyenine önem verilmeyen ülkelerde daha fazla görülmektedir. Günümüzde ilaç sektöründeki gelişmelere ve ağız hijyeni uygulamalarındaki artışa bağlı olarak dünya genelinde daha seyrek görülmeye başlamıştır. Hastalığa 20-50 yaşlar arasında daha sık rastlanılmaktadır. Pelvik aktinomikoz dışında nedeni bilinmemekle birlikte erkekler kadınlardan daha çok etkilenmektedir (3:1). Irksal yatkınlık söz konusu değildir (8).

Bakteri normalde ağız florasında bulunmasına karşın bir takım predispozan faktörlerin etkisi ile patojenite kazanmaktadır (3, 9). Patojen mikroorganizma nekrotik pulpa, periodontal cep, çekim yarası veya ülserle mukozadan derin dokulara ulaşarak enfeksiyona yol açabilir (8, 10, 11). İnsanda görülen aktinomikoz olgularının yaklaşık % 60' ı servikofasiyal bölgede, % 22'si abdominal bölgede, % 15'i toraks bölgesinde görülmektedir (1, 3, 9, 12). Enfeksiyondan en sık etkilenen servikofasiyal bölgeler; parotis, submandibuler bezler ve mandibuladır. Daha seyrek olarak da enfeksiyonun burun, paranasal sinüsler, damak, orofarenks, hipofarinks, larinks, trakea ve nazofarenkste de görülebildiği bildirilmiştir (3, 9). İnsandan insana bulaşma saptanmamıştır (1, 2).

Bu olgu sunumunun amacı maksillofasiyal enfeksiyonlar içinde hem seyrek görülmesi, hem de tedaviye dirençli olması açısından önemli olduğunu düşündüğümüz bir aktinomikoz olgusu hakkında bilgi vermektir.

OLGU RAPORU

24 yaşındaki erkek hasta İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız- Diş- Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD'na uzun süredir alt çenesinde ağrı, çene altı ve boyun bölgesinde şişlik ve ağız açmada kısıtlılık yakınmaları ile başvurmuştur. Hasta öyküsünde yakınmalarının Ocak 2006 da alt çenenin sağ tarafında ikinci ve üçüncü büyük azı dişlerine karşı gelen bölgede, yanakta küçük bir

şişlik ve hafif ağrı ile başladığını, bu tarihten bir hafta kadar sonra sıkıntısının gerilediğini; Ağustos 2006 tarihinde şişliğin tekrar ettiğini ifade etmiştir. Hasta ağrı ve şişlik yakınmalarının tekrarlaması üzerine Eylül 2006 tarihinde kliniğimize başvurduğunu ve yapılan muayenesi sonucunda etken olarak düşünülen yarı gömük alt sağ üçüncü büyük azı dişinin çekildiğini ancak bu girişim sonrası belirtilerin gerilemeyerek şişliğin büyüdüğünü, çene altı ve boyun bölgesine doğru yayıldığını belirtmiştir. Hasta bu belirtilerin başladığı günden itibaren pek çok kez antibiyotik tedavisi gördüğünü, son olarak yaklaşık bir buçuk ay önce amoksisilin klavulanik asit kombinasyonundan oluşan bir antibiyotik kullandığını ifade etmiştir.

Hastanın yapılan klinik muayenesinde ağız içinde mandibulanın sağ tarafında ikinci küçük azı ve üçüncü büyük azı dişlerinin çekilmiş olduğu, oral hijyenin zayıf olduğu görülmüştür. Ekstraoral muayenesinde sağ submandibuler bölgede ve yanakta fluktuasyon vermeyen ve servikal bölgeye doğru yayılım gösteren, yüzeysel, sert şişlikler saptanmıştır (Resim 1).



Resim 1: Ekstraoral muayene görüntüsü.

Radyografik muayenede mandibular sağ üçüncü büyük azının çekim yuvası çevresinde çok belirgin olmayan radyolusens kontrast artışı ve sağ birinci büyük azı dişinin distalinde derin dentin çürüğü varlığı dışında spesifik bir bulguyla karşılaşılmamıştır (Resim 2, 3). Şişliğin bulunduğu bölgeden yapılan ponksiyonda elde edilen içeriğin, sarı-kırmızı renkli hafif saydam olduğu belirlenmiş ve bölgeye lastik dren yerleştirilmiştir. Alman sıvı, incelenmek üzere İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Mikrobiyoloji Bilim Dalı'na gönderilmiş, diğer spesifik enfeksiyonlarla (tüberküloz ve diğer granulomatöz hastalıklar) ayırıcı tanı yapmak üzere



Resim 2-3: Hastanın panoramik röntgen görüntüsü.



Resim 4-5: Hastanın tedavi sonrası ekstraoral görüntüsü.

akciğer grafisi istenmiştir. Hasta konsültasyon amacı ile İç Hastalıkları Anabilim Dalı'na yönlendirilmiştir. Sistemik tetkikleri ve grafileri değerlendirildiğinde spesifik bir bulguyla karşılaşmamıştır.

Vitalometrik kontrolde birinci büyük azı dişinin canlı, ikinci büyük azı dişinin cansız olduğu belirlenmiştir. Yapılan mikrobiyolojik inceleme sonucunda (kültür ve antibiyogram); aerob kültürde spesifik mikroorganizma izlenmemiş, anaerobik kültürde ise Actinomyces varlığı saptanmıştır (Protokol no: 200605090087). Tedavi olarak hastaya 10 günlük Penisilin G fosfat 1000000 IU (im) başlanmış, birinci büyük azı ve ikinci büyük azı dişlerinin tedavisi için İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Endodontik Tedavi bölümüne yönlendirilmiştir. Tünel tarzı fistül yolları kürete edilmiş, iki haftalık ilaç tedavisi ve drenaj sonucunda hastanın yakınmalarında gerileme başlamıştır. İki aylık izleme sonucunda absenin yüzey özellikleri iyileşerek tünel tarzı engebeli alanların düzleştiği ve hipereminin yavaş yavaş kaybolduğu izlenmiştir. Hasta düzenli olarak izlenmiş ve yakınmaları tamamen geçinceye kadar ilaç tedavisi sürdürülmüştür. (Resim 4, 5).

TARTIŞMA

Aktinomikoz genellikle *A. israelii* nin neden olduğu kronik, süpüratif ve granülomatöz bir enfeksiyon hastalığıdır. Actinomyces normalde çürük dişlerin yüzeyinde, dişeti cebinde ve tonsiller kriptte bulunan oral kavitenin endojen gram pozitif bir bakterisidir (1-5, 9). Normalde düşük virülansa sahip olmasından dolayı enfeksiyona neden olmayan bakteri sistemik ve lokal predispozan faktörlerin etkisi ile enfeksiyona neden olmaktadır (1, 3, 9, 10). Aktinomikozun patogenezi tam olarak açıklığa kavuşturulmamakla beraber pek çok olguda; travmanın, mikroorganizmanın giriş kapısı olması açısından önemli bir rol oynadığı görüşünde birleşilmektedir (9). Hastalık, servikofasiyal bölge dışında daha az sıklıkla torasik, abdominal ve pelvik bölgede de görülebilmektedir (8).

Servikofasiyal bölgede enfeksiyon sıklıkla odontojenik kaynaklıdır, mandibulada maksilladan daha sık görülür ve oromaksillofasiyal travma, dental işlemler ya da zayıf ağız hijyeni sonucunda oluşabilmektedir (4, 6, 10).

Hastalığın akut dönem belirtisi ağırlı bir selüldür. Ancak enfeksiyonun sessiz seyretmesi nedeni ile hastalar, genellikle kronik safhada hekime başvururlar. Enfeksiyon lokalizedir, yayılımı yavaş fakat ilerleyici ve dokuları tahrip edici tarzdadır. Kan ve lenf yolu ile yayılımı seyrek. Enfeksiyon daha çok yumuşak ve yağlı dokuda gelişmek ve yayılmak eğilimindedir (1).

Patojen mikroorganizma dokuya yerleştikten sonra burada çoğalarak yüzeysel pürüzlü, sert, mavimsi morumsu multipl abselerle kendini belli eder. Abse odakları çok sayıda tünellerle birbirleriyle ilişkilidir ve olgunlaştıkları zaman büyür, yumuşar, ortaları irinleşir ve fistülleşirler (1-6, 10-13). Abse odakları hastalığın ilk aşamalarında son derece hassas iken kronik ve tedavi edilmemiş olgularda hassas olmayan son derece sert bir hal alırlar (8). Odaklardan drene olan materyal içinde hastalık için tipik bir özellik olan sülfür granülleri bulunur. Lenfadenopati sıklıkla hastalığın geç evrelerinde görülmektedir (1-6, 10-13). Çiğneme kaslarının tutulumunda trismus gelişebilir (8).

Aktinomikoz ayırıcı tanısı zor yapılan bir hastalıktır. Klinik ve radyolojik bulgulara ek olarak mikrobiyolojik ve histolojik inceleme tanı koyulmasına yardımcı olur (1, 3, 9) Hastalık histolojik olarak miks, süpüratif ve granülatöz inflamatuvar reaksiyon, bağ dokusu proliferasyonu ve sülfür granüllerinin varlığı ile karakterizedir (3-5, 8). Aerobik ve aneorobik bakterilerin birlikte çoğalması ve *A. israelii* nin yavaş bir gelişim göstermesi nedeni ile olguların yalnızca % 10-20 lik bölümünden pozitif kültür elde edilmektedir (12). Laboratuvar testlerinde anemi, çok belirgin olmayan lökositoz ve eritrosit sedimentasyon oranında artış görülebilmektedir (8). Klinik belirtiler tipik olmadığı zaman aktinomikoz tümör olarak teşhis edilebilir. Yapılan bazı çalışmalarda hastalığın tanısında bilgisayarlı tomografi ya da diğer görüntüleme tekniklerinin kullanıldığı belirtilmektedir. Görüntüleme yöntemleri lezyonun neoplazma ya da inflamatuvar orijinli olup olmadığı konusunda bilgi verir. Bu ayırıcı tanı açısından önemli bir kriterdir (9). Bizim olgumuzda da mikrobiyolojik tetkik sonuçları radyolojik ve klinik bulgularımızı destekler nitelikteydi.

Hastalığın tedavisi tüm fistül yollarının eksizyonu, drenaj ve uzun süreli antibiyotik tedavisini içerir. Tedavi yöntemleri tartışılmakla birlikte cerrahi ve medikal tedavinin kombine uygulanması halen geçerliliğini korumaktadır (1-6, 9). Cerrahi tedavinin esası bütün enfekte odakların küretaj ve eksizyonla ortadan kaldırılmasına dayanır. *A. israelii* iyoda karşı duyarlı olduğu için iyot içeren solüsyonların kürete edilen bölgeye uygulanması ve boşlukla-

ra iyodoformlu fitil ve patların yerleştirilmesi eski yıllardan beri günümüze değin süregelen bir tedavi şeklidir (1). Günümüzde cerrahi tedavinin, uzun süreli antibiyotik tedavisine yanıt alınamayan dirençli aktinomikoz olgularında uygulanmasının daha doğru bir yaklaşım olduğu konusunda birleşilmektedir (14).

İlaç tedavisinde ilk seçenek penisilin grubu antibiyotiklerin kullanımınıdır. İkinci seçenek olarak ise tetrasiklin, klindamisin, eritromisin, linkomisin grubu antibiyotikler tercih edilir (1-5, 9, 15, 16). Bazı yazarlara göre tedavi süresi 6 ay ile 2 sene arasında olmalıdır, fakat pek çok araştırmacı servikofasiyal aktinomikozda 3 aylık antibiyotik tedavisi sonrası rekürrens görülmediğini ifade etmektedir (9, 17-20). Erken dönemde tanı koyulan ve doğru antibiyotik tedavisi uygulanan aktinomikoz olgularında tedavide başarılı sonuçlar alınmaktadır (1, 6, 9, 10, 20). Tedavide gecikilmiş ve ilerlemiş olgularda altçenede, kaburgalarda ve vertebralarda osteomyelit, beyin abseleri, kronik menenjit, kranial, epidural, subdural enfeksiyonlar gibi santal sinir sistemi komplikasyonları; endokardit, hepatik aktinomikoz gibi komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Bu gibi olgular agresif antibiyotik ve cerrahi tedavi uygulanmasına karşın ölümlerle sonuçlanabilir (3, 8).

SONUÇ

Aktinomikoz tanısı, klinik ve radyolojik muayene bulgularına ek olarak yapılan laboratuvar tetkikleri ışığında koyulur. Tedavideki temel yöntem, uygun antibiyotiğin uygun doz ve sürede kullanılmasıdır. Hastalığın seyri uzun sürmekle birlikte, bu şekilde tedavide başarılı sonuçlar elde edilmektedir. Bizim olgumuzda; etken olduğunu düşündüğümüz dişlerin çekimi ve tedavisi, abse drenajı ve uzun süreli, kontrollü antibiyotik uygulaması sonucu, yanakta ve boyundaki tünellerin neden olduğu engeli yüzeyler tamamen düzelmiş, yapılan haftalık ve aylık takipler sonrasında hastanın yakınmaları ortadan kalkmış ve sorunsuz iyileşme sağlanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Ünür M, Onur ÖD. Aktinomikoz: Ağız Hastalıklarının Teşhis ve Tedavisi. 1. baskı. İstanbul, Quintessence Yayıncılık, 2003, s. 175-77.
2. Kayser FH, Bienz KA, Eckert J, Zinkemagel RM. Medizinische Mikrobiologie. Stuttgart: Thieme, 1998, p. 252-54.

3. Burnett GW, Scherp HW. Oral Microbiology and Infectious Disease. 3th ed. Baltimore, 1968, p. 493-99.
4. Çetin ET. İnfeksiyon Hastalıkları. İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Ders Kitapları. Cilt 10. 3. baskı. İstanbul, 1979, s. 201-2.
5. Onul M. Sistemik İnfeksiyon Hastalıkları. 2. Baskı. Ankara, 1983, s.177-8.
6. Maurer P ve ark. Actinomycosis as a rare complication of orthognathic surgery. Int J Adult Orthodon Orthognath Surg, 2002: Fall 17: 230.
7. Eckert AW, Hohne C, Schubert J. Erregerspektrum und Resistenzstiuation bei rein anaeroben odontogenen Infektionen. Mund Kiefer Gesichtschir, 2000: 4:153-58.
8. <http://www.emedicine.com/med/topic31.htm>
9. Palonta F ve ark. Actinomycosis of the masseter muscle: report of a case and review of the literature. J Craniofac Surg, 2003: 14: 91.
10. Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR: Actinomycosis, in: Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed. St. Lois, Mosby Year Book, Inc, 2003: p. 377-78.
11. Sailer HF, Pajarola GF: Color Atlas of Dental Medicine. 1st ed. Thieme, New York, 1999: p. 154.
12. Iida T ve ark. Extensive actinomycosis of the face requiring radical resection and facial nerve reconstruction. Plast Reconstr Aesthet Surg, 2006: 59: 1372-76.
13. Amrikachi M ve ark. Actinomyces and actinobacillus actinomycetemcomitans-Actinomyces-associated lymphadenopathy mimicking lymphoma. Arch Pathol Lab Med, 2000: 124: 1502-05.
14. Ermis I ve ark. Actinomycosis of the frontal and parotid regions. Ann Plast Surg, 2001: 46: 55-8.
15. Weese WC, Smith IM. A study of 57 cases of actinomycosis over a 36 years period. Arch Intern Med, 1975: 135: 1562-68.
16. Leafstedt SW, Gleeson RM. Cervico facial actinomycosis. Am J Surg, 1975: 130: 496-98.
17. Bennhoff DF. Actinomycosis: diagnostic and therapeutic considerations and a review of 32 cases. Laryngoscope, 1984: 94: 1198-1217.
18. Peabody JW, Seaburg JH. Actinomycosis and nocardiosis: a review of basic differences in therapy. Am J Med, 1960: 28: 99-115.
19. Martin MV. Antibiotic treatment of cervicofacial actinomycosis for patients allergic to penicillin: a clinical and in vitro study. Br J Oral Maxillofac Surg, 1985: 23: 428-34.
20. Ward-Booth RP. Amoxycillin and alternative treatment for cervicofacial actinomycosis [letter]~ Br Dental J, 1982:153: 389.

Yazışma Adresi:**Dt. Senem ÖZER**

İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız-Diş-Çene Hastalıkları ve
Cerrahisi Ana Bilim Dalı Çapa-İstanbul, 34390.
Tel (İş): 0212 414 20 20-30289
Tel (Gsm):0505 498 51 33
Faks: 0212 531 22 30
e-posta: senemozr@hotmail.com