

MALİGN KİTLEYİ TAKLİT EDEN PULMONER AKTİNOMİKOZ: OLGU SUNUMU

PULMONARY ACTINOMYCOSIS MIMICKING MALIGNANT MASS: CASE REPORT

Mustafa Buğra COŞKUNER¹, Savaş Sedat ÖZSU¹,
Atila TÜRKYILMAZ²

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

² Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

Anahtar sözcükler: Aktinomikoz, Akciğer Hastalığı, Göğüs Cerrahisi

Keywords: Actinomycosis, Pulmonary Disease, Thoracic Surgery

Geliş tarihi: 12 / 11 / 2016

Kabul tarihi: 14 / 03 / 2017

ÖZ

Pulmoner aktinomikozis, aktinomiçes türlerinin neden olduğu akciğerde kitle saptanan nadir durumlardan biridir. Nonspesifik klinik ve radyolojik bulguları olması nedeni ile tanı konulmasında güçlük yaşanmakta birçok olgu malignite ön tanısı ile gereksiz cerrahiye gitmektedir. 38 yaş kadın hasta son 1 aydır devam eden öksürük, öksürükle birlikte pembe renkte balgam ve sırt ağrısı şikâyeti ile başvurdu. hastaya bronkoskopi ve EBUS yapıldı. Sonuç alınmadığından hasta operasyona verildi. Sağ üst lobektomi sonrası pulmoner aktinomikoz tanısı konuldu.

ABSTRACT

Pulmonary actinomycosis is one of the rare cases in which a mass in the lung is detected and the case is caused by kinds of actinomycetes. The diagnosis is difficult because of the presence of nonspecific clinical and radiological findings, and many cases result in unnecessary surgery with malignancy pre-diagnosis. A 38-year-old woman applied doctor for continuous coughing, coughing with pink mucous and back pain complications for the last month. Bronchoscopy and EBUS were performed on the patient. Since no results were obtained, the patient was operated on. Pulmonary actinomycosis was diagnosed after an upper right lobectomy.

GİRİŞ

Aktinomiçes türleri gram pozitif, sporsuz, fakültatif anaerob basillerdir ve oluşturduğu enfeksiyona aktinomikoz denir. Aktinomikozun vücuttaki yerleşimine göre serviko-fasiyal, abdominal, pulmoner ve pelvik olmak üzere başlıca dört formu vardır. Olguların yaklaşık %15'i toraksta meydana gelir (1-5). En sık belirtiler genellikle öksürük, düşük derece ateş, göğüs ağrısı, kilo kaybı ve kan tükürmedir. Klinik tablo yavaş ilerleyen bir süreçtir (4).

Bu vaka sunumunda malignensi şüphesi ile araştırılan ve pulmoner aktinomikoz tanısı konulan bir olgu literatür eşliğinde sunulmuştur.

OLGU

38 yaş kadın hasta son 1 aydır devam eden öksürük, öksürükle birlikte pembe renkte balgam ve sırt ağrısı şikâyeti ile başvurdu. Pnömoni ön tanısıyla başka merkezde antibiyoterapi verildiği ve düzelme olmayınca sevk edildiği anlaşıldı.

MALİGN KİTLEYİ TAKLİT EDEN PULMONER AKTİNOMİKOZ

Hastanın özgeçmişinde çocukluk çağında pnömoni geçirdiği ve 15 yıl önce akciğer tüberkülozu nedeni ile 6 ay tedavi aldığı öğrenildi.

Fizik muayenesinde bilateral inspiyumda ronküsü duyuldu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar tekniklerinde beyaz küre: $6,94 \times 10^3/\mu L$, Hemogloblin: 12.3g/dL, trombosit: $197 \times 10^3/\mu L$, CRP: 1.15 mg/dL (normal değer <0.5 mg/dL) olarak hafif yükselmiş olarak görüldü. Diğer laboratuvar tetkikleri normaldi. Akciğer grafisi'nde (Şekil 1) sağ hemitoraks orta zon süperiorda konsolidasyon izlendi. Bilgisayarlı tomografide(BT) paratrakeal, sağ hiler büyüğü 21x17 mm boyutunda LAP'lar ve sağ akciğer üst lob posteriorda sınırları atelektatik dokudan net olarak seçilemeyen yaklaşık 50x30 mm boyutlarında sağ majör fissüre, sağ üst lob posterior segment bronşlarına invaze kitle lezyonu izlendi. (Şekil 2a,b)

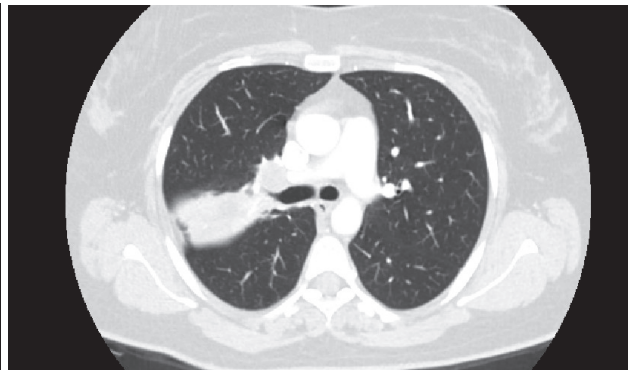
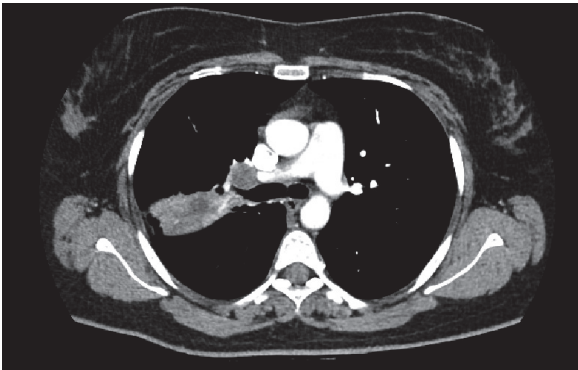
Sağ hiler LAP nedeniyle Endobronşial Ultrasonografi (EBUS) yapıldı. Patoloji sonucu, benign olarak raporlandı. EBUS esnasında yapılan bronş lavajında herhangi bir üreme olmadı. PET BT çekildi. Kitle lezyonun SUVmax değeri 5.4 olarak tespit edildi. (Şekil 3)

Daha önce dış merkezde bronkoskopi ve bronkoalveolar lavaj yapılması nedeniyle yeniden bu işlem yapılmadı. Yapılan tüm tetkikler

sonrasında tanıya gidilemediğinden malignite ön tanısı ile hasta cerrahiye verildi ve sağ üst lobektomi yapıldı. Lobektomi materyalinin patolojisi 'akciğer parankimini ortadan kaldıran yaygın fibrozis içerisinde germinal merkezleri belirgin lenfoid folikül oluşumları yanısıra bu adalar içerisinde aktinomiçes ile uyumlu bakteri kolonileri izlenmiştir, PAS reaksiyonunda aktinomiçes ile uyumlu alanlarda koloni periferinde filamentöz boyanma ve immünohistokimyasal çalışmada spesifik bulguya rastlanmamıştır' şeklinde raporlandı.



Şekil 1. Akciğer sağ hemitoraks orta zon süperiorda konsolidasyon



Şekil 2 a,b. Mediastinal paratrakeal, sağ hiler büyüğü 21x17 mm boyutunda LAP'lar ve sağ akciğer üst lob posteriorda sınırları atelektatik dokudan net olarak seçilemeyen yaklaşık 50x30 mm boyutlarında sağ majör fissüre, sağ üst lob posterior segment bronşlarına invaze kitle lezyonu

Bu haliyle hastaya pulmoner aktinomikoz tanısı konuldu ve amoksisilin klavulonik asit tedavisi verildi. Postop 1.ay akciğer grafisinde (Şekil 4) operasyona bağlı volüm kaybı dışında ek patoloji izlenmedi ve şikayetleri geriledi. Hasta 7 aydır takip edilmektedir.

TARTIŞMA

Pulmoner aktinomikoz nadir görülen bir klinik sorun olmakla birlikte tanı konulmasında yaşanan zorluklar nedeniyle klinisyenler için önemli bir problemdir. Klinik belirtiler, bulgular ve radyolojik görüntüleme hastalığa özgü olmadığından tanı zamanında konulamakta ya da yanlış konulmaktadır. (3,6) Hastamızın kliniğimize başvurusu sonrası tanı konulmasına kadar geçen süre 3 aydır.

Pulmoner aktinomikoz muhtemelen orofaringeal veya gastrointestinal sekresyonların aspirasyonu sonucunda gelişmektedir. (3,6) Histopatolojik olarak aktinomikozis tanısı alan 49 hastalı bir retrospektif çalışmada risk faktörleri sigara içiciliği (%61), alkolizm (%14), KOAH (%20) ve kötü ağız hijyeni (%31) olarak bildirilmiştir. (7) Yine AIDS li hastalarda ve infliximab gibi anti tnf tedavi alan hastalarda pulmoner aktinomikoz vakaları bildirilmiştir. (8,9) Hastamızın bildirilen risk faktörlerine sahip olmadığı görülmektedir ancak geçirilmiş akciğer tüberkülozu öyküsü göze çarpmaktadır. Literatürde benzer şekilde pulmoner aktinomikoz geçiren bazı vakalarda tüberküloz öyküsünün olduğu belirtilmiştir (4,10)

Pulmoner aktinomikozlu olgular farklı görüntüleme bulguları ile başvurabilirler. Flynn ve ark.nın 15 pulmoner aktinomikozlu hastada en sık saptadığı radyolojik bulgular kitle,kronik alveolar infiltrasyon ve kavite idi. (4). Yine histopatolojik olarak doğrulanmış 49 hastalı bir çalışmada 26 hastada periferik kitle/infiltrasyon görünümü, 12 hastada abse/enfekte kavite görünümü saptanmıştır (7) Pulmoner aktinomikoz inflamatuvar bir süreç olduğundan malign hastalarda olduğu gibi PET BT'de yüksek SUVmax değerlerinin saptanması

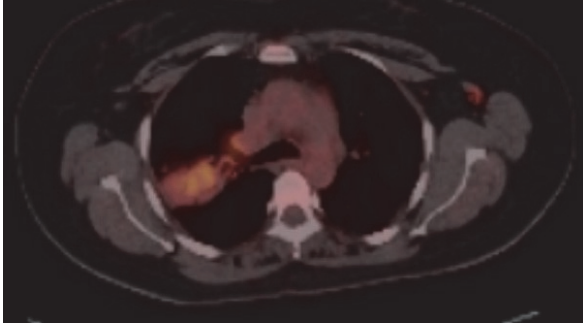
yanıltıcı olmaktadır. Literatürde pulmoner aktinomikozlu olgularda 33.1 e kadar yüksek SUVmax'lı değerler bildirilmiştir (11,12) Hastalığın laboratuvar bulguları ise nonspesifiktir. PNL hakimiyetinde lökositoz, normokrom anemi ve düşük derecede CRP artışı izlenebilir. (3) Radyolojik olarak kitle lezyonu saptanması bizim olgumuzda olduğu gibi malignite şüphesi uyandırmaktadır.

Fiberoptik bronkoskopi endobronşial lezyon olmaması halinde pulmoner aktinomikoz tanısı için genellikle tanısal değildir. Transbronşial ve transtorasik biyopsilerin histopatolojik kesin tanıya ulaşmada yetersiz kaldığı gösterilmiştir. Bu nedenle de birçok pulmoner aktinomikozlu olgu gereksiz cerrahiye gitmektedir (3,11). Hastamızda aktinomikoz için risk faktörü olmaması çeldirici olmasına rağmen, sigara içiciliğinin olmaması ve kitle lezyonunda tipik spikuler uzantı olmaması aslında malignite tanısından uzaklaştırmaktadır.

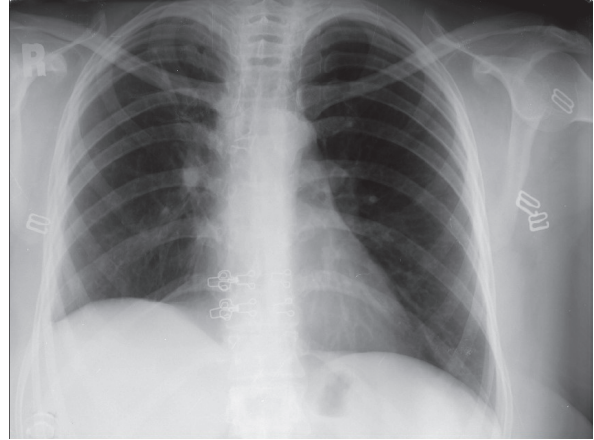
Pulmoner aktinomikoz tedavi edilmediği durumlarda ölümcül olabilir. Erken tanı hastalığın yayılmasını ve mortaliteyi azaltmaktadır. Antibiyoterapi yanıtı direk grafi ya da BT ile monitorize edilmelidir ve genellikle 1 ay içinde yanıt alınmaktadır. Eşlik eden bronş kanseri gibi durumlar radyolojik düzelmeyi geciktirir. Aktinomikoz antibiyotiklere genellikle duyarlı bir bakteridir. Tedavide bir ay süre ile intravenöz 18-24 milyon ünite kristalize penisilin, idame tedavide ise 6-12 ay oral beta laktam antibiyotikler önerilmektedir. Penisilin allerjisi durumunda tetrasiklinler iyi bir alternatif olabilir. Keza gebelerde yine eritromisin güvenli bir seçenek olabilir (3,5).

SONUÇ

Sonuçta pulmoner aktinomikoz nonspesifik semptomları, radyolojik olarak diğer pulmoner enfeksiyonlar ve neoplazmlara benzemesi, bronkoskopi, transbronşial ve transtorasik biyopsilerin tanısal faydasının kısıtlı olması nedeni ile olguların çoğunda ancak cerrahi işlemden sonra konulabilmektedir.



Şekil 3. Sağ akciğer üst lob posterior segmentte santralden periferik doğru uzanım gösterip posteriorda majör fissüre yaslanan, anterior komşuluğunda parankimde düzensiz 5.7x4mm suvmax 5.4 olan kitle ve Sağ akciğer hiler bölgede 2-3 adet hafif FDG tutulumlu lenf nodu (suvmax 4)



Şekil 4. Operasyona bağlı sağ hemitoraksta volüm azalması bulguları

KAYNAKLAR

1. Karaarslan A. Actinomyces. Ustaçelebi Ş, ed. Basic and clinical microbiology. 1sted. Ankara: Güneş Bookstore; 1999. P.45761.
2. D., Demirezen Ş., Beksaç M.S Aktinomikoza Genel Bir Bakış Kaya Türkiye Klinikleri J Med Sci 2009;29:510-9
3. Mabeza GF, Macfarlane J. Pulmonary actinomycosis. Eur Respir J 2003; 21:545-551.
4. Flynn MW, Felson B. The roentgen manifestations of thoracic actinomycosis. Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med 1970; 110:707-16.
5. Yıldız O, Doganay M. Actinomycoses and Nocardia pulmonary infections Curr Opin Pulm Med 2006 May12(3):228-34.
6. Bennhoff DF. Actinomycosis: diagnostic and therapeutic considerations and a review of 32 cases. Laryngoscope 1984; 94: 1198-217.
7. Kolditz M, Bickhardt J, Matthiessen W, Holotiuk O, Höffken G, Koschel D. Medical management of pulmonary actinomycosis: data from 49 consecutive cases. J Antimicrob Chemother. 2009 Apr; 63(4):839-41. doi: 10.1093/ jac/ dkp016. Epub 2009 Feb 13.
8. I. Marie Pulmonary actinomycosis in a patient with diffuse systemic sclerosis treated with infliximab Q J Med 2008; 101:419-22
9. Chaudhry SI, Greenspan JS. Actinomycosis in HIV infection: a review of a rare complication. Int J STD AIDS 2000; 11: 349-55.
10. Bunkar ML, Gupta PR, Takhar R, Rajpoot GS, Arya S. Pulmonary actinomycosis masquerading as lung cancer: Case Lung India. 2016 Jul-Aug;33(4):460-2. doi: 10.4103/0970-2113.184944.
11. Ünsal İ, Anar C, Çolar H, Büyüksirin M, Yücel N, Ozantürk E, Coşkun A Toraks duvarına invaze bir Pulmoner Aktinomikoz: Olgu Sunumu İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi, Cilt XXV, Sayı 2, 2011.
12. Hoekstra CJ¹, Hoekstra OS, Teengs JP, Postmus PE, Smit EF. Thoracic actinomycosis imaging with fluorine-18 fluorodeoxyglucose positron emission tomography Clin Nucl Med. 1999 Jul;24(7):529-30.

Yazışma Adresi:

Mustafa Buğra Coşkune
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye
mustafabugracoskuner@gmail.com