

Cihangir ALIAĞAOĞLU¹
Ümran YILDIRIM²
Hülya ALBAYRAK¹
Nadir GÖKSUGUR³
Derya ÖZÇELİK⁴

İletişim (Correspondance)

Hülya ALBAYRAK
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dermatoloji Anabilim Dalı DÜZCE

Tlf: 0380 529 13 00
e-posta: drhulyaalbayrak@gmail.com

Geliş Tarihi: 05/01/2010
(Received)

Kabul Tarihi: 08/04/2010
(Accepted)

¹ Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dermatoloji Anabilim Dalı DÜZCE

² Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi
Patoloji Anabilim Dalı DÜZCE

³ Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dermatoloji Anabilim Dalı BOLU

⁴ Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı DÜZCE



OLGU SUNUMU

DIYABETLİ BİR HASTADA PRİMER KUTANÖZ AKTİNOMİKOZ

Öz

Aktinomikozis, endojen Gr (+) bakterilerin yol açtığı kronik, süpüratif bir enfeksiyondur. Enfeksiyon genellikle baş, boyun, toraks ve abdomeni tutar. Primer kutanöz aktinomikoz çok nadirdir ve genellikle dıştan travma ve lokal iskemi ile birliktedir. Biz burada, diyabeti ve dıştan travma hikayesi olan 68 yaşında erkek bir hastada dirsek bölgesinde primer kutanöz aktinomikoz vakası bildiriyoruz. Hasta polikliniğimize 10-12cm boyutlarında mavi mor renkli plak şikayeti ile başvurdu. Deri biyopsisinde dermiste karakteristik sülfür granülleri gözlemlendi. Tanı sonrası ilk olarak Penisilin-cotrimaxazol ile tedavi edildi. Tedaviye yanıtı az oldu. Tedaviye amoksisilin-kotrimaxazol ile devam edildi. Bu ilaç tedavisine de kısmi yanıt verdi. İlaç tedavisi sonrası hastaya deri graft operasyonu yapıldı. Hastanın lezyonları graft operasyonundan altı ay sonra tekrarladı. İlaç tedavisi tekrar başlandı ve sürdürüldü.

Anahtar Sözcükler: Aktinomikozis; Tedavi; Diabetes Mellitus.



CASE REPORT

PRİMER CUTANEOUS ACTINOMYCOSIS IN DIABETIC PATIENTS

ABSTRACT

Actinomycosis is a chronic suppurative granulomatous infection caused by gram positive bacterium. Infection especially affects the head, neck, thorax and abdomen. Primary cutaneous involvement is uncommon and has an association with trauma and local ischemia. We present one such case of primary cutaneous actinomycosis on the elbow of a 68 year old man with diabetes and external trauma. This patient was admitted to our clinic with a 10-12cm size blue-purple plaque. Skin biopsy revealed the characteristic 'sulphur granules' of actinomycosis in the deep dermis. After the diagnosis, initially he was treated with penicillin and cotrimaxazol with a little effect. Treatment was continued with amoksisilin and cotrimaxazol and he respond to this medical treatment partially. After this medical therapy skin graft operation was performed. Lesions relapsed six months later. Medical therapy was repeated and still continues.

Key Words: Actinomycosis/pathology; Actinomycosis/drug therapy; Diabetes Mellitus.



GİRİŞ

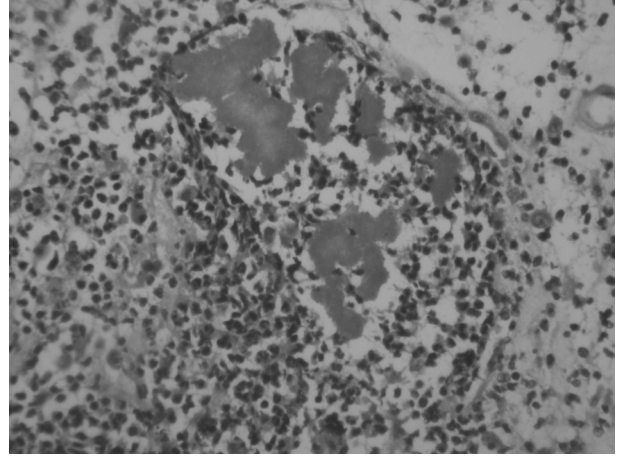
Aktinomikoz; granülatöz ve süpüratif özellikleri olan nadir bir enfeksiyondur. Enfeksiyona neden olan asıl etken *Actinomyces* ailesidir. Bunun dışında anaerobic ve mikroaerofilik gram pozitif bakteriler de bu tabloyu oluşturabilir. Bu basillerin spor oluşturmayan, pleomorfik, difteroidal veya sıklıkla filamentöz özellikleri vardır. *Actinomyces*ler doğada serbest patojen olarak bulunmazlar. Kadın genital sisteminde ve gastrointestinal sistemde ve orofarinks florasında bulunurlar. Kişiden kişiye geçtiğine dair herhangi bir döküman yoktur. Dental prosedürler, cerrahi girişim veya travma gastrointestinal sistemde mukozal bozulmaya neden olur. Enfeksiyon daha çok lokal yayılımla oluşurken, hematogen yayılım nadirdir. *Actinomyces*in dört klinik formu gösterilmiştir. Sınıflama enfeksiyonun tutulum yerine göre servikofasial, torasik, abdominal, ve pelvik olarak yapılır (1). Primer kutanöz aktinomiçes çok nadir ve genellikle dış travma ve/veya lokal iskekiye bağlı olarak oluşmaktadır (2).

OLGU

Polikliniğe 68 yaşında erkek hasta sol dirsek dış yanında oluşan şişlik şikayeti nedeniyle başvurdu. İlk olarak sekiz yıl önce bisikletten düşme sonrası o bölgede ağrılı bir nodül olduğu, lezyonun gittikçe büyüdüğü öğrenildi. Hastada sistemik herhangi başka bir şikayet yoktu. Dermatolojik muayenede sol dirsekte 10x12cm çapında mavi mor renkli sınırları belirgin plak saptandı (Şekil 1). Histopatolojik incelemede yoğun dermal nötrofilik infiltrasyon, nadir lenfosit ve histiyo-



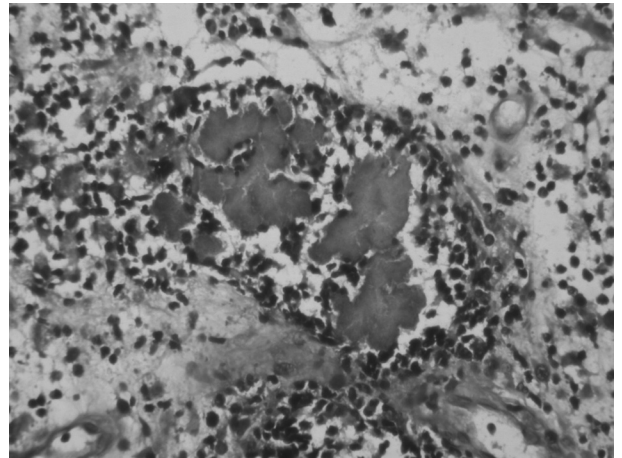
Şekil 1— Sol dirsekte mavi-mor plak.



Şekil 2— Yoğun dermal nötrofilik infiltrasyon, dermiste bazofilik granüllerin etrafında nötrofillerin çevrelediği sülfür granülleri (H&Ex10).

sit tespit edildi. Dermiste bazofilik granüllerin etrafında nötrofillerin çevrelediği sülfür granülleri saptandı (Şekil 2). Gram boyamada gram pozitif çomak şeklinde yapılar içinde filamentöz basil (Şekil 3) ve Zhiel-Nielsen boyamada asit fast bakteri negatif saptandı.

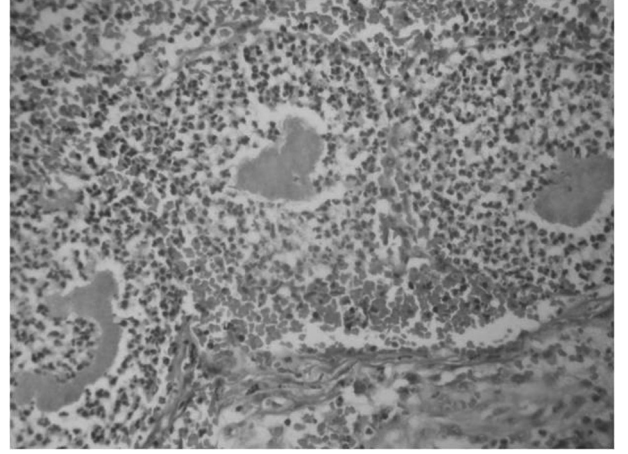
Klinik muayenede lenfadenopati saptanmadı. Genel durumu iyi olan hastanın 20 yıldır var olan diyabeti mevcuttu. Rutin laboratuvar testleri; yükselmiş glikoz ve glikolize hemoglobin değerleri dışında normal saptandı. Akciğer ve gastrointestinal direkt grafileri normaldi. Sol kol dirsek grafisinde osteomyelitle uyumlu bulgu saptanmadı. Tekrarlanan aktinomiçes, nokardia ve mikobakterium kültürü negatif bulundu.



Şekil 3— Sülfür granülleri içinde gram-pozitif filamentöz basiller (H&Ex10).



Şekil 4— Graft dokusu üzerinde granülasyon dokusu şeklinde nüks etmiş lezyon.



Şekil 5— Sülfür granülleri içeren kronik iltihabi süreç (H&Ex4).

Hasta başlangıçta penisilin G (5,000,000U q.i.d) ve kotrimoxazol (960mg b.i.d) kombinasyonu ile bir ay süre ile tedavi edildi. Çok az bir düzelme saptandı. Bundan sonra oral amoksisilin (2g/gün) ve kotrimoxazol (960mg b.i.d) kombinasyonu ile dört ay süreyle tedavi edildi ve belirgin bir düzelme saptandı.

Bir yıllık takip sonrasında hastanın ilaçlarını da düzensiz kullanması üzerine lezyonda tam iyileşme olmamış ve hasta eksizyon için yönlendirilmişti. Plastik cerrahi tarafından hastaya eksizyon ve greftleme yapıldı. Operasyon bölgesinin üzerinde 6 ay sonra granülasyon dokusu görünümünde lezyon (Şekil 4) nüks etmiş, yapılan yeni biyopside sülfür granülleri içeren kronik iltihabi süreç (Şekil 5) saptanmıştı. Hastaya 30 günlük kristalize penisilin 20MIU/gün ve klindamisin 600mg 3x1 (14 gün) tedavisi verildi. İdame tedavisi amoksisilin klavulanik asit 625mg 3x1 ile yapıldı. Hastanın tedavisi devam etmektedir.

TARTIŞMA

Primer aktinomikoz enfeksiyonları üst ekstremitelerde, alt ekstremitelerde, meme, kalça ve perianal bölgelerde görülür. Primer kutanöz aktinomikoz enfeksiyon mikroorganizmanın yapısı nedeniyle nadir görülmektedir (3). En sık kutanöz tutulum alt ekstremitelerde olmaktadır (2). Primer aktinomikoz enfeksiyonunun alttaki odaktan yayılım, direkt inokulasyon, enfeksiyonların septisemik fazında kan yoluyla yayılım, post travmatik ve böcek ısırması olan vakalar şeklinde beş yayılım şekli olduğu bilinmektedir (4,5). Bu olguda dış travma hikayesi mevcuttu.

Lenfatik lösemi, diyabet, uzun süre steroid tedavisi gibi immün yetersizliği olan hastalarda pek çok Aktinomikoz vakası bildirilmiştir (2). Bu yazıya konu olan olgu da diyabetik olup, oral antidiyabetik ilaç kullanmaktaydı.

Kutanöz aktinomikoz ayırıcı tanısı kutanöz tüberküloz, sporotrikozis ve nokardiazis gibi kronik inflamatuvar deri hastalıklarıyla yapılır. Kutanöz aktinomikozun özgün göstergesi fistülsü oluşturan nodüler lezyonlardır. Tanı histolojik örneklerde veya püde sülfür granüllerinin gösterilmesiyle konur. Pozitif kültürün olması tanı için tercih edilir (4,5). Pozitif kültürün saptanması tanıyı kesinleştirmesine rağmen vakaların dörtte birinden azında pozitif kültür saptanır (6,7). Biz vakamızda tanıyı histopatolojik örnekte saptanan sülfür granülleri ve tedaviye olan yanıtla koyduk

Tedavi süresi ve şekli tartışmalı olmasına karşın tedavide uzun süre yüksek doz penisilin seçilebileceği bildirilmiştir. Tetrasiklin, eritromisin ve klindamisin diğer alternatif etkin tedavi seçenekleridir. Kısmi cerrahi girişim ile birlikte antibiyotik tedavisinin bazı vakalarda oldukça iyi prognoz gösterdiği bildirilmiştir. Hiperbarik oksijen tedavisi ise diğer bir alternatiftir. Uzun süreli kombine antibiyotik tedavisi tercih edilmelidir (2). Bizim vakamızda başlangıçta bir ay süreyle intravenöz penisilin G ve oral kotrimaksazol ile kısmi bir düzelme oldu. Bundan sonra eksizyon ve greftleme yapıldı ve ardından antibiyoterapiye devam edildi. Tedavi devam etmektedir. Hastalığın nüksü veya ölüm; hastalığın süresinin iki ayı geçmesi, antibiyotik veya cerrahi tedavi yapılamaması, cerrahi eksizyon veya açık drenaj yerine iğne aspirasyonu yapılması durumunda gözlenebilmektedir. Bizim hastamızda da nüks



sün sebebi tedavinin geç başlaması veya hijyen eksikliği olabilir diye düşünülür.

Sonuç olarak; primer kutanöz aktinomikoz nadir görülen bir tablo olup klinik tanı için klinik şüphe önemlidir. Tedavi direnci önemli bir sorundur. Bizim vakamızda da saptadığımız dirsek tutulumu oldukça nadir görülen bir tablo olup literatürde nadiren bildirilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Wang YH, Tsai HC, Lee SS, et al. Clinical manifestations of actinomycosis in Southern Taiwan. *J Microbiol Immunol Infect* 2007;40(6):487-92. (PMID: 18087628).
2. Cocuroccia B, Gubinelli E, Fazio M, Girolomoni G. Primary cutaneous actinomycosis of the forehead. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2003;17(3):331-3. (PMID: 12702079).
3. Al-Niaimi F, Patel A, Blessing K, Fox R, Burden AD. Cutaneous actinomycosis presenting as chronic mastitis. *2010 Mar*;35(2):149-51. (PMID: 19438536).
4. Fazeli MS, Bateni H. Actinomycosis: a rare soft tissue infection. *Dermatol Online J* 2005 Dec 1;11(3):18. (PMID: 16409914).
5. Roy D, Roy PG, Misra PK. An interesting case of primary cutaneous actinomycosis. *Dermatol Online J* 2003;9(5):17. (PMID: 14996390).
6. Wee SH, Chang SN, Shim JY, Chun SI, Park WH. A case of primary cutaneous actinomycosis. *J Dermatol* 2000;27(10):651-4. (PMID: 11092269).
7. Sardana K, Mendiratta V, Sharma RC. A suspected case of primary cutaneous actinomycosis on the buttock. *J Dermatol* 2001;28(5):276-8. (PMID: 11436367).