

## Endobronşiyal Aktinomikoz

## Endobronchial Actinomycosis: Case Report

Deniz DOĞAN,<sup>a</sup>  
Kuthan KAVAKLI,<sup>b</sup>  
Ersin SAPMAZ,<sup>b</sup>  
Cantürk TAŞÇI,<sup>a</sup>  
Ali Fuat ÇİÇEK,<sup>c</sup>  
Sedat GÜRKÖK<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Göğüs Hastalıkları AD,  
<sup>b</sup>Göğüs Cerrahisi AD,  
<sup>c</sup>Patoloji AD,  
GATA, Ankara

Geliş Tarihi/Received: 09.12.2014  
Kabul Tarihi/Accepted: 15.04.2015

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Kuthan KAVAKLI  
GATA,  
Göğüs Cerrahisi AD, Ankara,  
TÜRKİYE/TURKEY  
kavaklikuthan@gmail.com

**ÖZET** Pulmoner aktinomikoz, oldukça nadir görülen ve uygun bir şekilde tedavi edilmediğinde mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Genellikle ağız hijyeni bozuk kişilerde ortaya çıkan bir enfeksiyondur. Radyolojik olarak genellikle konsolidasyon, kitle, plevral efüzyon, hiler ya da mediastinal kitle şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Bronkoskopik, transtorakal ya da cerrahi girişim ile alınan biyopsi materyalinde sülfür granüllerinin saptanması tanısalıdır. Uzun süreli antibiyotik tedavisi ile genellikle tama yakın yanıt alınmaktadır. Antibiyotik tedavisine tam yanıt vermeyen olgularda cerrahi debridman gibi alternatif yöntemler akılda bulundurulmalıdır. Ancak, mümkün olduğunca anatomic rezeksiyondan kaçınılmalıdır. Uzun süreli antibiyotik tedavisi uygulayarak takipte kaldığımız, ancak kontrol tetkiklerinde medikal tedaviye yanıt alamadığımızı gördüğümüz olgumuzda, cerrahi debridman ile tam yanıt alınmıştır. Bu çalışma, literatür verileri eşliğinde sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Aktinomikoz; astım; öksürük

**ABSTRACT** Pulmoner actinomycosis is seen extremely rare disease that and when do not treat appropriately, it has a high mortality rate. It usually develops in patients with poor mouth hygiene. Radiologically it is usually presented as consolidation, mass, pleural effusion or hiler or mediastinal mass radiologically. Determination of sulfur granules on biopsy specimen that obtain via bronchoscopy, transthoracic and surgery is diagnostic. Treatment with long period antibiotherapy is usually almost all curative. If the antibiotic treatment is not sufficient, other alternative options such as surgical debridement should be consider in mind. But anatomic resection should be avoided as possible. In this article, we aimed to present a case who was treated with long period antibiotherapy and surgery with literature findings.

**Key Words:** Actinomycosis; asthma; cough

**Türkiye Klinikleri Arch Lung 2015;16(2):40-2**

**A**ktinomikozis, gram pozitif anaerobik bakteri sınıfından Actinomyces ailesinin etken olduğu, vücutta süpüratif ve granülomatöz enfeksiyon ile karakterize, oldukça nadir gözlenen, kronik ve yavaş seyirli, bulaşıcı olmayan bakteriyel bir enfeksiyondur. İnsanda başlıca etyolojik ajan *Actinomyces israeli*'dir.<sup>1</sup>

Aktinomyces ailesinin bu üyesi, gastrointestinal sistemde, kadın genital sisteminde ve ağız boşluğunda saprofit bir bakteri olarak bulunmaktadır. Pulmoner tutulum, ayırıcı tanısı zor olan ve tedavisi uzun süren klinik bir tablodur.<sup>2</sup>

Pulmoner aktinomikozis tüm aktinomiçes enfeksiyonlarının yaklaşık %15'ini oluşturmaktadır. Bu enfeksiyon hemen hemen her organı tutabilmele birlikte en sık servikofasiyal tutulum gözlenmekte (%50), bunun yanında abdomino-pelvik tutulum (%20), santral sinir sistemi tutulumu (%2), kardiyak ve genito-üriner sistem tutulumu görülmektedir.<sup>3</sup>

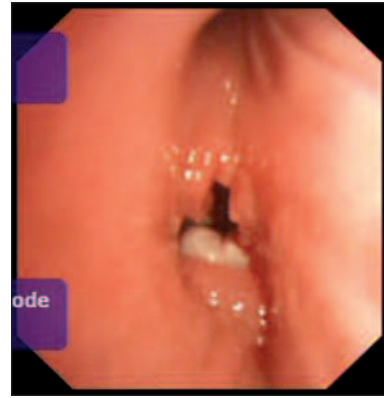
Sıklıkla akciğerlerde parankimal tutulum yapan ve penisilin grubu antimikrobiyal ajanlar ile etkin bir şekilde tedavi edilmekle birlikte, bizim olgumuz, tedavisinde cerrahinin de yer aldığı nadir bir tutulum şekli olan endobronşiyal aktinomikozlu bir olgu idi.

## OLGU SUNUMU

Kırk yedi yaşındaki kadın olguya, altı aydır devam eden öksürük şikâyeti ile müracaat ettiği bir göğüs hastalıkları polikliniği tarafından astım tanısı ile tedavi başlanmış. Düzenli bronkodilatör (uzun etkili beta 2 agonist ve inhale kortikosteroid kombinasyonu) tedavi kullanmasına rağmen şikâyetinde herhangi bir değişiklik olmamış. Olgunun şikâyeti nonproduktif şekilde ve eforla artmaktaymış. Tariflenen şikâyetinin zaman içerisinde artması nedeni ile polikliniğimize müracaat eden olgunun başvuru anındaki fizik muayenesinde; vital bulguların ve akciğer seslerinin normal olduğu saptandı. Hastaya PA akciğer grafisi çekildi ve grafinin normal olduğu görüldü. Hemogram, eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein değerleri normal aralıkta idi. Solunum fonksiyon test parametrelerinde obstrüktif patern mevcut olup, reversibilitesi negatif idi. Kronik öksürük etiyojisi yönünden tetkik edilen olguya üst solunum yolu ve gastroenterolojik yönden yapılan tetkiklerde herhangi bir patoloji saptanmaması üzerine toraks bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Şüpheli endobronşiyal lezyon saptanması üzerine, bronkoskopik inceleme planlandı (Resim 1). Yapılan fleksible bronkoskopiye; sağ bronş sistemine girildiğinde intermedier bronşun havalanmaya izin verecek, ancak bronkoskobun geçişine izin vermeyecek şekilde endobronşiyal lezyon ile daralmış olduğu, mukozanın beyaz renkli sedefi bir lezyon olduğu görüldü (Resim 2). Bronş lavajı aside rezistan basil (ARB) tetkiki dışında nonspesifik kültür örneği alınmadı. ARB sonucu da negatif olarak sonuçlandı. Ancak endobronşiyal lezyondan alınan biyopsinin histopatolojik sonucu sülfür granüllerinin yer aldığı "aktinomiçes ile uyumlu" olarak raporlandı (Resim 3). Bunun üzerine olguya oral penisilin tedavisi başlandı. Yaklaşık altı hafta tedavi sonrası kontrol toraks BT'de yeterli yanıt alınamadığının görülmesi üzerine, olgu rijit bronkoskopi uygulanmak üzere göğüs cerrahisi kliniğine refere edildi. Rijit bronkoskopi iş-



**RESİM 1:** Sağ intermedier bronşun distaline kadar uzanan endobronşiyal lezyonun görüldüğü aksiyel toraks tomografi kesiti.



**RESİM 2:** Sağ intermedier bronşta yer alan endobronşiyal lezyonun bronkoskopik görüntüsü.

lemine tolere edemeyen olguya sağ torakotomi ve bronkotomi ile endobronşiyal lezyon debridmanı ameliyatı uygulandı. Cerrahi girişim sonrası olguya iki ay intravenöz ve takiben yedi ay oral olmak üzere toplam dokuz aylık ampisilin+sulbaktam tedavisi uygulandı. Tedavisi tamamlandıktan sonra herhangi bir şikâyeti olmayan olgunun kontrol bronkoskopisinde intermedier bronşun tamamen açık olduğu ve solunum fonksiyon test parametrelerinin de normal olduğu görüldü (Resim 4).

## TARTIŞMA

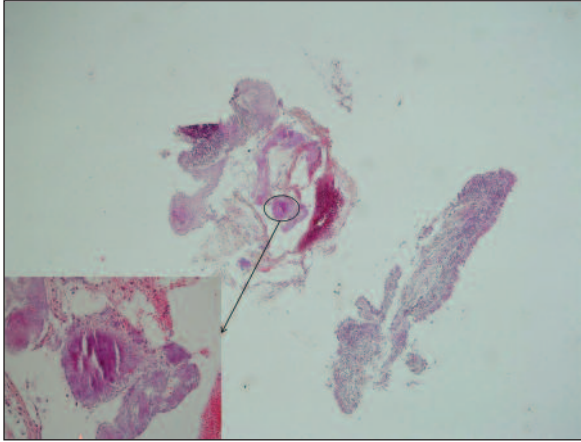
Endobronşiyal aktinomikozis oldukça nadir görülen bir enfeksiyöz hastalıktır ve ayırıcı tanısı zordur. Bu olgular genellikle uzun süre astım tanısı ile tedavi edilirler. Erkeklerde üç kat daha fazla görülürken, hayatın ilk iki dekadı ile 4-5. dekadlarında pik yapar. Bu olgular genellikle oral hijyeni bozuk, aspirasyon riski yüksek, diş problemleri olan veya

yüz travması geçiren bireyler olmakla birlikte, çoğu olguda hastalık herhangi bir risk faktörü bulunmadan ortaya çıkabilmektedir.<sup>4</sup> Bizim olgumuzda da herhangi bir risk faktörü yoktu.

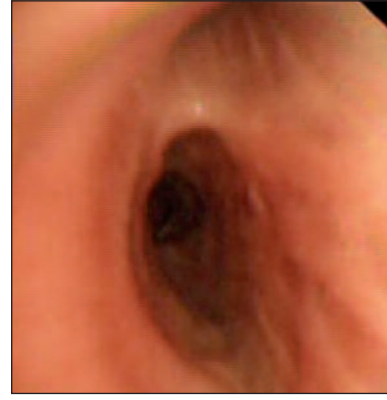
Pulmoner aktinomikozisli olgular sıklıkla öksürük, pürülan balgam ve nefes darlığı gibi klinik şikâyetlerle ve radyolojik olarak akciğerde parankimal infiltrasyonlar veya kitle lezyonu şeklinde prezente olmaktadır.<sup>5</sup>

Bizim olgumuzda olduğu gibi endobronşiyal tutulum oldukça nadir karşılaşılan bir klinik durumdur. Olguların klinik ve radyolojik durumları ile bu hastalık en sık akciğer kanseri, tüberküloz ve rezolüsyonu gecikmiş pnömoni ön tanıları ile tetkik edilmektedir.

Olgumuzda toraks BT'nin dikkatlice incelenmesi sonucunda endobronşiyal lezyon görülebildi. Akciğer parankiminde belirgin bir patoloji saptan-



**RESİM 3:** Mikroskopik incelemede inflamatuvar eksüda ve fibrin içerisinde supepitelyal bakteri kolonileri saptandı (Resim 20x H&E). Bu bakteri kolonilerinin hif gibi dallanma ağı gösteren mantar benzeri bir yapıya sahip olan filament ve çubuk bakteri kolonilerinden oluştuğu saptandı (sülfür granülleri) (Küçük resim 400x H&E).



**RESİM 4:** Olgunun cerrahi ve tıbbi tedavisi tamamlandıktan sonra yapılan kontrol bronkoskopisine ait görünüm.

mamıştı. Radyolojik ve bronkoskopik bulgularla ilk olarak endobronşiyal tüberküloz ve karsinoid tümör ön tanıları olan olguda aktinomikozis saptanması dikkat çekici bir durumdur.

Antibiyotik tedavisine radyolojik ve klinik olarak yanıt alınmaması üzerine bronşiyal obstrüksiyona yönelik gelişebilecek komplikasyonların önüne geçebilmek amacıyla endobronşiyal lezyon eksizeyonu kararı alındı. Olgunun rijit bronkoskopiye tolere edememesi üzerine torakotomi uygulanmış ve bronkotomi ile debridman uygulanarak işlem sonlandırılmıştır.

Literatürde endobronşiyal yabancı cisim etrafında aktinomikozis kolonizasyonu olduğu ve lobektomi ile tedavi edilen olguların olduğu görüldü.<sup>6</sup> Ancak olgumuzda aktinomikozise eşlik eden farklı bir patoloji yoktu.

Sonuç olarak, pulmoner aktinomikozisli olgularda uygun doz ve sürelerde uygulanan etkin antibiyotik tedavisi ve gerektiğinde cerrahi debridman da tedaviye eklenmesi ile genellikle kür elde edilir. Klinisyeni bu olgularda doğru tanıya götürürken durum ise hemen her zaman histopatolojik incelemedir.

## KAYNAKLAR

1. Ferreira Dde F, Amado J, Neves S, Taveira N, Carvalho A, Nogueira R. Treatment of pulmonary actinomycosis with levofloxacin. *J Bras Pneumol* 2008;34(4):245-8.
2. Smego RA Jr, Foglia G. Actinomycosis. *Clin Infect Dis* 1998;26(6):1255-61.
3. Mabeza GF, Macfarlane J. Pulmonary actinomycosis. *Eur Respir J* 2003;21(3):545-51.
4. Farrokh D, Rezaitalab F, Bakhshoudeh B. Pulmonary actinomycosis with endobronchial involvement: a case report and literature review. *Tanaffos* 2014;13(1):52-6.
5. Ünsal İ, Anar C, Halilçolar H, Büyüksirin M, Yücel N, Ozantürk E, et al. [A pulmonary actinomycosis involving to the chest wall: a case report]. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi* 2011;25(2):129-35.
6. Baek JH, Lee JH, Kim MS, Lee JC. Pulmonary actinomycosis associated with endobronchial vegetable foreign body. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg* 2014;47(6):566-8.