

Maksiller Sinüsün Aktinomikoz Enfeksiyonu: Olgu Sunumu

İmran Aydoğdu, Tolgar Lütfi Kumral, Ayça Tazegül Mutlu, Yavuz Uyar, Güler Berkiten

S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Servisi

ÖZ

Aktinomikoz, oral kavitede özellikle dişlerin etrafında yerleşik bir bakteri olan *actinomyces israelii*'nin neden olduğu bir durumdur. Paranasal sinüs yerleşimi oldukça ender olup, tanı alması zordur. Bu makalede izole olarak maksiller sinüs yerleşimli olup, endoskopik sinüs cerrahisi ve kısa süreli antibiyotikle tedavi edilen olgu sunuldu. Literatür gözden geçirilerek tartışıldı.

Anahtar kelimeler: aktinomikozis, maksiller sinüs, paranasal sinüs

ABSTRACT

Actinomycosis of Maxillary Sinus: Case Report

Actinomycosis is caused by *actinomyces israelii*, a commensal bacteria harboring human oral cavity usually around teeth. Actinomycosis of the paranasal sinuses is very rare and very difficult to diagnose. In our article, we report a case of an isolated *actinomyces* in maxillary sinus which was completely cured after endoscopic sinus surgery and short term antibiotic therapy. Literature is reviewed and discussed.

Keywords: actinomycosis, maxillary sinus, paranasal sinus

GİRİŞ

Aktinomiçesler, spor oluşturmeyen, değişen hücresel morfolojiye sahip zorunlu/fakültatif anaerob özellikte, dallanan filamentler gösteren sarı renkli sülfür granülleri üretmekle karakterize bakterilerdir. Aktinomiçes doğada bulunmaz ve servikofasiyal aktinomikoza yol açan alt türleri için tek doğal rezervuar insandır. Genellikle yavaş büyüdüğünden kültürlerde 2-3 hafta içerisinde üreme oluşur⁽¹⁾. İnsanlarda en fazla enfeksiyona neden olan türü *actinomyces israelii*'dir. Bu bakteri ilk tanımlandığında mantarlar içinde sınıflandırılmıştır⁽²⁾. Aktinomiçes enfeksiyonları abdominopelvik, servikofasiyal veya torasik formda karşımıza çıkabilir⁽³⁾. Enfeksiyonlarının %55-60'ı servikofasiyal bölge kaynaklıdır⁽¹⁾. Bu makalede, intranasal endoskopik girişimle tedavi edilen, maksiller sinüste izole aktinomikoz olgusu sunuldu ve ilgili literatür gözden geçirilerek çok sık izlenmeyen bu olgu ile ilgili farkındalık oluşturulmaya çalışıldı.

OLGU

Yirmi bir yaşında kadın hasta burundan nefes alma güçlüğü ve yüzünün sağ yarısında gelişen ağrı atakla-

rı yakınmasıyla başvurdu. Hasta dış merkezde iki kür antibiyotik tedavisi almasına rağmen, yakınmalarında bir azalma olmadığını belirtti. Hastanın sigara ve alkol kullanımı yoktu. Anterior rinoskopik muayenesinde sağ nazal kavitede pürülan akıntı mevcuttu. Nazal kaviteye yönelik endoskopik muayenede sağ nazal kavitede maksiller sinüs ostiumu etrafındaki mukoza oldukça ödemliydi (Resim 1). Koronal planda çekilen paranasal sinüs Bilgisayarlı Tomografi (BT)'sinde sağ maksiller sinüsü tamamen doldurup septumu sola iten kitle tespit edildi (Resim 2). Karaciğer, böbrek fonksiyon testleri, tam kan sayımı ve sedimentasyon değerleri normaldi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik saptanmadı. Diyabet veya immünsüpresyon öyküsü yoktu. Öncelikli olarak kronik sinüzit lehine değerlendirilen olgu için endoskopik yaklaşımla sağ maksiller sinüse yönelik cerrahi girişim kararı verildi. Cerrahi sırasında maksiller sinüs mukozası ödemli, hiperplazikti. Maksiller sinüs ostiumu iyice genişletilerek maksiller sinüs içindeki sarı renkli nekrotik dokular tamamen kürete edildi. Septumun karşı tarafa deviyeye olması ve ostiumun genişletilmesi maksiller sinüs tabanının kürete edilmesini kolaylaştırdı. Histopatolojik inceleme ve kültür için materyal gönderildi. Histopatolojik incelemede kronik granü-

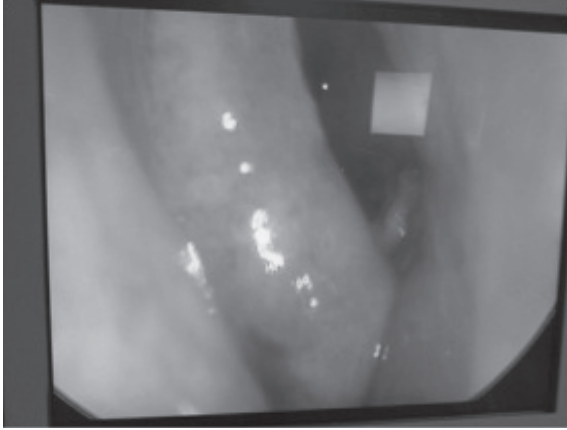
Alındığı Tarih: 07.02.2015

Kabul Tarihi: 03.11.2015

Yazışma adresi: Asistan İmran Aydoğdu, S.B. Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi 5. Kat KBB Servisi, İstanbul

e-posta: imran_aydogdu@hotmail.com

lomatoz inflamasyon, sülfür granülleri ve gram (+) bakterilerin izlenmesi sonucunda patolojinin aktinomikoz enfeksiyonuna bağlı olduğu tespit edildi. Altı hafta boyunca oral amoksisilin + klavulonik asit ve nazal irrigasyon tedavisi verildi. Post-operatif bir yıldır takibimizde olan hastada nüks veya komplikasyon lehine bulgu saptanmadı.



Resim 1. İntranasal endoskopik muayenede maksiller sinüsten taşan sarı-yeşil keratin benzeri materyal görülüyor.



Resim 2. Kontrastsız çekilen BT'de kitlenin merkezinde gaz birikimi ve periferinde oluşan kalsifikasyonlar dikkati çekmektedir.

TARTIŞMA

Aktinomikoz, granülatöz ve süpuratif özellik gösteren kronik bir enfeksiyon hastalığıdır. Aktinomiçes normal ağız florasında endojen olarak yer alan bakteri olmakla beraber cerrahi girişimler, travma ve kötü ağız hijyeni gibi nedenlerle patojen bir hal alabilir. Aktinomikoz daha çok orta ileri yaş erkek hastalarda görülürken çocuklarda enderdir. Bu yaş aralığı dental problemlerin yaş dağılımıyla uyumludur. Kadın erkek

oranı 1,5-3:1'dir. Olguların çoğunda immünsüpresyon veya altta yatan hastalık bulunmaz⁽⁴⁾. Aktinomiçes fırsatçı bir patojen olarak gruplandırılmamasına rağmen uzun süre steroid alan, malnütrisyonlu ve immünsüprese hastaları etkileyebilmektedir⁽⁵⁾. Olgumuzda da altta yatan herhangi bir hastalık olmayıp immün sistemi sağlıklıydı.

Aktinomiçes enfeksiyonu vücuttaki her organ ve sistemi tutabilir. Dental cerrahide mukoza hasarlanması paranazal sinüslerde aktinomikoz için zemin hazırlar⁽⁶⁾. Çok az olguda paranazal sinüs aktinomikozu rapor edilmiştir^(7,8). Klasik aktinomiçes enfeksiyonlarından farklı olarak maksillayı içine alan olgular generalize olmayıp lokalize yerleşimlidir. Maksiller sinüse sıklıkla yerleşmekle birlikte etmoid ve sfenoid sinüse de yerleşebilir. Ağrı, lokal şişlik ve sinüsten gelişen akıntı en sık görülen belirtilerdir⁽⁹⁾. Medikal tedaviye yanıt vermeyen, dental hastalık, dental tedavi veya fasyal travma öyküsü olan kronik sinüzitli hastalarda şüphelenilmelidir⁽⁶⁾.

Aktinomiçes sinüziti oldukça ender görülmesi ve tanıya götürecektir karakteristik özelliklerinin az olması nedeniyle zor tanı alır. Tek taraflı maksiller sinüs tutulumu, BT de kalsifikasyon odaklarının izlenmesi, sinüste opasite ve uzun süreli antibiyotik tedavisine yanıtızsızlık aktinomiçes sinüziti akla getirmelidir⁽¹⁰⁾. Orbita, kavernöz sinüs, optik kanal veya diğer intrakraniyal yapıların etkilenmesi durumlarında Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) de kullanılabilir⁽¹¹⁾.

Aktinomikoz tanısı, aktinomiçesin kültür izolasyonu, biyopsi spesmenlerinden histopatolojik identifikasyonu veya tipik sülfür granüllerinin izlenmesiyle konulur. Bununla birlikte diğer aerobik ve anaerobik bakteriler ile sinerji içinde olan türlerin izole edilmesi zor olabilir⁽¹²⁾. Ayırıcı tanıda benign lezyonlar, primer veya metastatik tümörler ve Wegener granülomatosisi düşünülebilir^(6,13).

Paranasal sinüsü tutan aktinomiçes enfeksiyonlarında en geçerli tedavi yaklaşımı uzun süreli antibiyotik tedavisi ve cerrahinin kombinasyonudur. Temel yöntem ise uygun antibiyotiğin yeterli dozda ve sürede kullanılması ve gerekli görüldüğü durumlarda; lezyonun çevresindeki enfekte dokular ile birlikte tamamen cerrahi olarak uzaklaştırılmasıdır. Maksiller sinüs içinde gelişen lezyonlarda vaskülarite gelişiminin az

olması nedeniyle tek başına antibiyotik tedavisi yetersiz kalabilmektedir ⁽³⁾. Ancak literatürde yalnızca nazal irrigasyon ve oral antibiyotik ile tedavi edilmiş olgular da bildirilmiştir ⁽⁷⁾. Cerrahinin amacı sinüs havalanmasının sağlanması ve enfekte dokuların çıkarılmasıdır. Olgumuzda endoskopik sinüs cerrahisi uygulandı. Bu cerrahi prosedürün eksternal insizyon olmaması, postoperatif ödem olmaması ve fonksiyonel bir cerrahi olması nedeniyle eksternal cerrahi prosedürlerine üstünlüğü vardır. Antibiyotik olarak ilk seçenek penisilin grubu antibiyotikler olup, cerrahi sonrası 2-6 hafta amoksisilin tedavisi önerilmektedir ⁽²⁾. Tedavide hiperbarik oksijen de kullanılabilir ⁽¹⁴⁾.

Aktinomiçes enfeksiyonu Kulak Burun Boğaz pratiğinde ender görülen bir durum olup, teşhis aşamasında çeşitli zorluklarla karşılaşılabilir. Kimi zaman fungal enfeksiyonlar veya malign tümörlerle karıştırılarak tedavisi gecikebilir. Bu nedenle paranasal sinüs yerleşimli lezyonlarda ayırıcı tanıda kesinlikle akılda kalmalı ve şüpheli durumlarda biyopsi ve kültür alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Smego RA Jr, Foglia G. Actinomycosis. *Clin Infect Dis* 1998;26:1255-61. <http://dx.doi.org/10.1086/516337>
2. Mabeza GF, Macfarlane J. Pulmonary actinomycosis. *Eur Respir J* 2003;21:545-51. <http://dx.doi.org/10.1183/09031936.03.00089103>
3. Bennhoff DF. Actinomycosis: diagnostic and therapeutic considerations and review of 32 cases. *Laryngoscope* 1984;94:1198-1217. <http://dx.doi.org/10.1288/00005537-198409000-00013>
4. Dominguez DC, Antony SJ. Actinomyces and nocardia infections in immunocompromised and nonimmunocompromised patients. *J Natl Med Assoc* 1999;91:35-9.
5. Chaudhry SI, Greenspan JS. Actinomycosis in HIV infection: a review of a rare complication. *Int J STD AIDS* 2000;11:349-55. <http://dx.doi.org/10.1258/0956462001916047>
6. Roth M, Montone KT. Actinomycosis of the paranasal sinuses: a case report and review. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1996;114:818-21. [http://dx.doi.org/10.1016/S0194-5998\(96\)70109-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0194-5998(96)70109-2)
7. Woo HJ, Bae CH, Song SY, Choi YS, Kim Y. Actinomycosis of the paranasal sinus. *Otolaryngology Head and Neck Surgery* 2008;1:460-2. <http://dx.doi.org/10.1016/j.otohns.2008.06.001>
8. Ozcan C, Talas D, Gorur K, Aydin O, Yildiz A. Actinomycosis of the middle turbinate: an unusual cause of nasal obstruction. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2005;262:412-5. <http://dx.doi.org/10.1007/s00405-004-0832-y>
9. Musser LB, Tulumello TN, Hiatt WR. Actinomycosis of the anterior maxilla. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1977;44:21-4. [http://dx.doi.org/10.1016/0030-4220\(77\)90236-5](http://dx.doi.org/10.1016/0030-4220(77)90236-5)
10. Kalioras V, Thanos L, Mylona S, Pomoni M, Batakis N. Scalp actinomycosis mimicking soft tissue mass. *Dentomaxillofac Radiol* 2006;35:117-8. <http://dx.doi.org/10.1259/dmfr/61817095>
11. Baliga S1, Shenoy S, Wilson G, Katara V. An unusual case of actinomycosis. *Ear Nose Throat J* 2002;81:44-5.
12. Won HR, Park JH, Kim KS. Simultaneous actinomycosis with aspergillosis in maxillary sinus. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2013;4:51-3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjoms.2012.03.003>
13. Saibene AM, Di Pasquale D, Pipolo C, Felisati G. Actinomycosis mimicking sinonasal malignant disease. *BMJ case reports* doi:10.1136/bcr-2013-200300
14. Park K, Lee K, Kim Y, Cho KR. A case of maxillary actinomycosis. *J Rhinology* 2010;17:129-32.