

Актиномикоза цекума која је опонашала карцином код жене са дуготрајном интраутерином спиралом

Радоје Чоловић¹, Никица Грубор¹, Марјан Мицев¹, Стојан Латинчић¹,
Славко Матић¹, Наташа Чоловић²

¹Институт за болести дигестивног система, Клинички центар Србије, Београд, Србија;

²Институт за хематологију, Клинички центар Србије, Београд, Србија

КРАТАК САДРЖАЈ

Увод Актиномикоза цекума и асцендентног колона је ретка, али, с друге стране, најчешћа локализација ове болести је у абдомену. Она најчешће опонаша малигнитет, ређе периапендикуларни апсцес или Кронову болест, а веома ретко је узрок илеуса или крварења.

Приказ болесника Приказана је 35-годишња жена која је више од три године имала интраутерину спиралу, да би се затим јавили болови, фебрилност, вагинална секреција и крварење који су опстајали и након одстрањења спирале. Ултрасонографским прегледом је поред утеруса уочена неправилна туморозна маса, која је ускоро довела до запаљења трбушног зида с флукуацијом, те се морала урадити инцизија. Бактериолошким прегледом није доказана актиномикоза, па је болесница оперисана. Током операције је, због туморске лезије која је обухватила терминални илеум, апендикс, цекум, колон асценденс и оментум, урађена десна хемиколектомија. Дијагноза актиномикозе постављена је хистопатолошким прегледом ресецираног препарата, те је хируршко лечење допуњено и антибиотском терапијом, чиме је постигнуто излечење.

Закључак Иако је данас ретка, актиномикозу цекума треба узети у разматрање у диференцијалној дијагнози туморских лезија тог дела колона, поготово кад уз тумор постоји и инфламаторна компонента.

Кључне речи: актиномикоза; цекум; запаљење; кутана фистула

УВОД

Актиномикоза је индолентна, споронапредујућа инфекција изазвана бактеријама из рода *Actinomyces*, које се као сапрофити нормално налазе у устима, колону и вагини [1]. Од више сојева актиномикозу најчешће изазивају *Actinomyces israeli* и *Actinomyces naeslundii*. Оштећење слuzнице може изазвати локалну инфекцију. Временом, међутим, локална гнојна формација прелази на околне структуре, правећи псеудотуморозне лезије које понекад могу фистулизирати. Растењем актиномицета настају тзв. сумпорне грануле. Актиномикоза је болест која се пре хируршког лечења често погрешно дијагностикује и превиђа, што доводи до извођења непотребних операција.

У антибиотичкој ери актиномикоза је постала ретка болест. Иако се може јавити свуда, њене најчешће локализације су ороцервикофацијална, цекална и пелвична, а знатно ређе хепатична. Иако се може јавити у свим узрастима, најчешћа је код средовечних особа. Лоша хигијена уста, ситне трауме, страна тела (као интраутеринске спирале), имунодефицијентна стања као *HIV*, хемотерапија и имуносупресивна терапија и вирусне инфекције, те инфекције потпомогнуте са херпес симплекс и цитомегаловирусом сматрају се предиспонирајућим стањима [1].

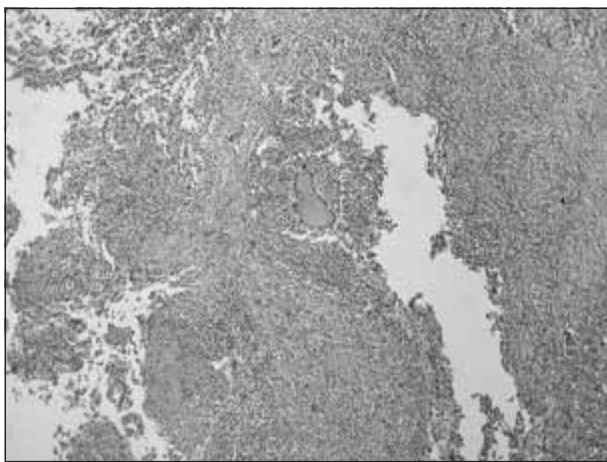
Раније смо лечили болесника с актиномикозом јетре [2], а сада приказујемо болесницу с актиномикозом цекума која је опонашала запаљењски тумор са захватањем и фистулизацијом кроз предњи трбушни зид.

ПРИКАЗ БОЛЕСНИКА

Тридесетпетогодишња жена је у априлу 1991. године осетила болове у карлици праћене сукрвицом у вагиналном секрету. После одстрањења утерусне спирале, коју је носила више од три године, дошло је само до пролазног побољшања. Три и по месеца касније упућена је у Гинеколошко-акушерску клинику „Народни фронт” у Београду, где је поред миоматозног утеруса ултрасонографски запажена и описана нехомогена сенка неправилног облика величине 30×66×64 mm. Два месеца касније јавили су се оток и црвенило предњег трбушног зида изнад препоне, више са десне стране. Ускоро се јавила коликвација, те је урађена инцизија; евакуисано је око 50 ml гноја, који је послат на бактериолошки преглед, а следећег дана болесница је примљена на Институт за болести дигестивног система Клиничког центра Србије. Тада је установљено да има и високу гликемију (23,3 mmol/l), високу седиментацију (70/1. h; 105/2. h), благу леукоцитозу (9,9×10⁹/l) и доста свежих еритроцита у урину, док су остали лабораторијски налази били у границама нормалних вредности. На ехотомографском снимку абдомена, поред калкулозе жучне кесе, описане тумефакције око утеруса и десних аднекса, уочена је течна колекција, а између црева до предњег трбушног зида уочене су танке течне колекције (Слика 1). Како је због калкулозе жучне кесе постојала индикација за операцију, одлучено је да јој се предложи холецистектомија и да се при том експлорише и доњи део абдомена, а по потреби и ту предузме потребна операција.



Слика 1. Ултразвучни снимак цистично-солидне тумефакције са танким слојем течности између вијуга црева
Figure 1. A solid cystic mass with some fluid between bowel loops



Слика 2. Актиномикоза се презентује као хронична супуративна лезија са типичним „сулфурним гранулама“ у пурулентном ексудату, формирањем фистула и обилном периферном фиброзом (HE, $\times 13$).

Figure 2. Actinomycosis presented of chronic suppurative lesion with characteristic “sulphure granules” in pus, with development of fistulae and abundant peripheral formation of fibrous tissue (HE, $\times 13$).

Болесница је оперисана средином септембра 1991. године. По отварању трбушне дупље медијалним резом уочен је инфламаторни тумор испод умбиликуса који је био срастао с предњим трбушним зидом, који је обухватао терминални део илеума, цекум, апендикс, део асцендентног колона и оментум. При одвајању, део инфламаторне масе остао је на трбушном зиду. Биопсија *ex tempore* показала је само неспецифичне запаљењске промене. Испрепарисани су десни колон и захваћени део илеума, те је урађена ресекција до здравог ткива, а затим је успостављен континуитет дигестивног тракта латеро-латералном илеотрансверзостомијом. Део инфламаторне масе која је остала на трбушном зиду је искиретиран. Због калкулозе жучне кесе, урађена је и холецистектомија.

Ресецирани препарат укључивао је терминални илеум, цекум с апендиксом и асцендентни колон с одговарајућим делом мезентеријума који је био јако заде-

бљан. Упадљиво чврст тумефакт на пресеку је садржавао бројне апсцесне шупљине, испуњене сивожућкастим гнојним садржајем. Лумен слепљених вијуга је на неколико места био цилиндрично сужен, слузница задебљана, нодулирана, са цртастим депресијама између нодула, али без макроулцерација. Није се могла утврдити комуникација између лумена и периинтестиналних, односно параинтестиналних апсцеса.

Микроскопски, у прегледаним деловима цекума, асценденса и апендикса није било битних промена. Промене у илеуму биле су ограничене на подручја стеноза, адхезија и фистулизације. Мукоза је била јако инфилтрирана мононуклеарима, еозинофилима и светлим хистиоцитима, фокално еродирана, али без класичних улцерација. Мукозно ткиво је било упадљиво хиперпластично. Сви слојеви зида су такође били инфилтрирани, али су садржавали апсцесе у којима су „пливале“ друзе актиномицеса (Слика 2). Исти такви апсцеси су се налазили и у суседним деловима мезоа и везиву које је спајало суседне вијуге.

Постоперациони ток је протекао нормално. Након добијања хистолошког налаза болесница је лечена пеницилином, најпре парентерално, а затим орално. Седамнаест година после операције болесница је без тегоба.

ДИСКУСИЈА

Актиномикоза је описана у свим узрастима, а најчешћа је код средовечних особа. Мушкарци оболевају три пута чешће, можда због лошије хигијене зуба и чешћих траума [1]. Прва и главна фаза у развоју актиномикозе је оштећење мукозе, што омогућава продор актиномицета из њиховог природног боравишта у доње делове дигестивног тракта и генитоуринарни тракт [1]. Запаљење се шири у околину, формирају се врећаста проширења која се могу спонтано затварати или отворати и продирати на кожу, у суседне органе, па чак и на кости, често опонашајући малигну болест. Страна тела попут интраутерине спирале потпомажу инфекцију. Ретко је могућа и хематогена дисеминација. После иницијалне акутне фазе настаје хронична индолентна фаза болести. Зидови апсцеса се описују као дрвенасти. Централна колекција садржи неутрофилне и сумпорне грануле. Актиномикоза се у абдомену најчешће јавља на цекуму, ређе на јетри и урогениталном тракту, када је обично у вези с интраутерином спиралом. За настајање актиномикозне инфекције потребно је време, па се болест ретко јавља ако је спирала ношена мање од годину дана. Ризик се повећава са дужином ношења спирале. Важно је напоменути да се актиномикоза може јавити и месецима након уклањања спирале [1].

Симптоми су типично благи. Најчешћи симптоми су умерене температуре, губитак у тежини, бол, вагинално крварење или вагинална секреција. Временом ендометритис еволуира у туморску масу у карлици или у тубооваријални апсцес. У запушеној фази настаје тзв. слеђена карлица, која личи на малигнитет или ендометриозу. Налаз Папаниколауовог размаза је че-

сто негативан чак и када је заступљена активна актиномикоза [1]. Актиномикоза цекума је чешћа од других локализација. У већини случајева је ограничена само на терминални илеум, апендикс, цекум и асцендентни део колона. Ретке су мултипле локализације на колону, а посебно је ретко да се доминантне промене налазе на левом колону, када могу одавати слику перфорације црева због карцинома или дивертикулитиса [3]. Илеоцекална актиномикоза може бити компликација Кронове болести [4, 5]. У већини случајева болест личи на малигни тумор [6-9], периапендикуларни апсцес и Кронову болест [6]. Веома ретко она може довести до опструкције терминалног илеума [10] или крварења из црева [11].

Постављање дијагнозе пре операције омогућава конзервативно лечење и излечење. Терапија је индивидуална. Код тешких инфекција препоручује се 18-24.000.000 јединица пеницилина *i.v.* током 2-6 недеља, а затим пеницилина или амоксицилина перорално још 6-12 месеци. Лакше инфекције захтевају мање дозе и краће лечење [1].

Због сумње на малигни тумор или друге хируршке болести, многи болесници се подвргавају ресекцијама црева, па се тачна дијагноза поставља тек патохистолошким прегледом ресеката, што се догодило и код приказане болеснице. То омогућава да се хируршко лечење допуни и антибиотском терапијом, обично пеницилином.

ЛИТЕРАТУРА

- Russo TA. Aktinomikozas. In: Braunwold E, Hauser SL, Fanci AS, Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, editors. Harrisonova načela interne medicine. 15th ed. Beograd: Bard-FIN; Banja Luka: Romanov; 2004. p.1008-111.
- Čolović R, Jovanović M, Ivica V, Bilanović D, Krivokapić Z. Aktinomikozas jetre – prikaz bolesnika. Gastroenterohepatol Arh. 1988; 7:193-5.
- Ferrari TC, Couto CA, Murta-Olivera C, Conceição SA, Silva RG. Actinomycosis of the colon: a rare form of presentation. Scand J Gastroenterol. 2002; 35:108-9.
- Postal A, Detry O, Louis E, Hardy N, Belaiche J, Jacquet N. Ileo-caecal actinomycosis: report of a case simulating complicated inflammatory bowel disease. Acta Gastroenterol Belg. 2001; 64:318-20.
- Alvarez Pérez JA, Granero Trancón JE, Seco Navedo MA, González González JJ, Navarrete Guijosa F, Aza González J. Ileocecal actinomycosis as a complication of Crohn's disease. Clinicopathologic aspect. Rev Esp Enferm Apar Dig. 1988; 73:601-5.
- Filippou D, Psimitis I, Zizi D, Rizos S. A rare case of ascending colon actinomycosis mimicking cancer. BMC Gastroenterol. 2005; 5:1.
- Isik B, Aydin E, Sogutlu G, Ara C, Yilmaz S, Kirimlioglu V. Abdominal actinomycosis simulating malignancy of the right colon. Dig Dis Sci. 2005; 50:1312-4.
- Huang CJ, Huang TJ, Hsieh JS. Pseudo-colonic carcinoma caused abdominal actinomycosis: report of two cases. Int J Colorectal Dis. 2004; 19:283-16.
- Koren R, Dekel Y, Ramadan E, Veltman V, Dreznik Z. Periappendiceal actinomycosis mimicking malignancy: report of a case. Pathol Res Pract. 2002; 198:441-3.
- Elazary R, Bala M, Almogy G, Khalaileh A, Kisselgoff D, Rav-Acha M, et al. Small bowel obstruction and cecal mass due to actinomycosis. Isr Med Assoc J. 2006; 8:653-4.
- García Izquierdo F, Fernández Balaguer P, Larrauri Martín J, Suárez Miguélez J, Asensio Prianes L, García-Sancho Martín L. Digestive hemorrhage secondary to ileocecal actinomycosis. Rev Esp Enferm Dig. 1992; 82:347-9.

Actinomycosis of the Caecum Simulating Carcinoma in a Patient with a Long-Term Intrauterine Device

Radoje Čolović¹, Nikica Grubor¹, Marjan Micev¹, Stojan Latinčić¹, Slavko Matić¹, Nataša Čolović²

¹Institut for Digestive System Diseases, Clinical Centre of Serbia, Belgrade, Serbia;

²Institut for Haematology, Clinical Centre of Serbia, Belgrade, Serbia

SUMMARY

Introduction Actinomycosis of the caecum is a rare, but most frequently an abdominally localized disease. It often simulates inflammatory malignancy, rarely a periappendicular abscess or Chron's disease and is only exceptionally the cause of intestinal obstruction or bleeding.

Case Outline The authors present a 35-year-old woman with an intrauterine device which remained inserted for over three years, causing the development of pain, fever, vaginal secretion and bleeding that continued even after the device was removed. Ultrasonography showed a tumorous mass of irregular form located close to the uterus, which after a few months developed into a colliquation filled with pus requiring incision.

Bacteriological examination failed to show actinomycosis. Due to the tumorous lesions involving the terminal ileum, appendix, caecum, ascending colon and omentum, a right hemicolectomy was performed. Based on histopathological findings of the resected sample the diagnosis of actinomycosis was made. Therefore, after surgery the patient began treatment with antibiotics resulting in full recovery.

Conclusion Although rare, actinomycosis of the caecum should be taken into consideration in the differential diagnosis of tumorous lesions of the caecoascending part of the colon, particularly if the tumour is associated with inflammation.

Keywords: actinomycosis; caecum; inflammation; cutaneous fistula