

Mesenterialis actinomycosis

Biró Adrienn dr.¹ ■ Ternyik László dr.¹ ■ Heckel Katalin dr.²
Bálint István dr.¹ ■ Káposztás Zsolt dr.¹

¹Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Sebészeti Osztály, Kaposvár

²Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Patológiai Osztály, Kaposvár

Egy 46 éves nőbeteg esetét ismertetjük, akinél láz és görcsös hasi fájdalom miatt kezdődött kivizsgálás. A hasi ultrahangvizsgálat során a colon transversum területén megvastagodott falú konglomerátum volt látható. A kolonoszkópia során organikus eltérés nem igazolódott. A hasi komputertomográfias vizsgálat retroperitonealis térfoglalást írt le, ezért onkológiai bizottság javaslata alapján műtét mellett döntöttünk. Egy hónappal a panaszok jelentkezése után megtörtént a műtét, melynek során úgy tűnt, hogy egy megközelítőleg 5 × 8 centiméteres, a vékonybélből kiinduló, a colon ascendenst és a sigmabélet is érintő, daganatnak imponáló terimét találtunk. Jobb oldali hemicolecotomiát végeztünk, és reszekáltuk a sigmabélfal részletét. A szövettani vizsgálat malignitást nem igazolt, hanem a bélfállal összefüggést nem mutató, mesenterialis actinomycosist írt le. A hasi, mesenterialis actinomycosis ritka kórkép, mégis fontos, hogy gondoljunk rá mint differenciáldiagnosztikai lehetőségre, így a beteg a lehető leghamarabb megkaphatja a megfelelő kezelést. Esettanulmányunk bemutatásával a kórkép ismeretének fontosságára szeretnénk felhívni a figyelmet.

Orv Hetil. 2021; 162(3): 116–119.

Kulcsszavak: actinomycosis, hasi, mesenterialis, daganat

Mesenteric actinomycosis

We present the case of a 46-year-old female, who presented with fever and abdominal pain. Abdominal ultrasound revealed a thickened-walled conglomerate near the transvers colon. Colonoscopy did not show any organic abnormality. Abdominal computed tomography described a retroperitoneal mass, so we decided on surgery based on the multidisciplinary team decision. One month after the onset of symptoms, laparotomy was performed, and it seemed that we found an approximately 5 × 8 centimetre tumour attached to the small intestine involving the ascending and sigmoid colon. We performed right hemicolecotomy and sigmoid colon wall resection. Histology result showed mesenteric actinomycosis with no connection to the intestinal wall, no malignancy was revealed. Although the abdominal, mesenteric actinomycosis is a rare disease, it is important to think of it as a differential diagnostic option, so the patient can get proper treatment and cured sooner. Our aim with presenting this case report is to highlight the significance of this disease.

Keywords: actinomycosis, abdominal, mesenteric, malignant

Biró A, Ternyik L, Heckel K, Bálint I, Káposztás Zs. [Mesenteric actinomycosis]. Orv Hetil. 2021; 162(3): 116–119.

(Beérkezett: 2020. június 28.; elfogadva: 2020. július 26.)

Rövidítések

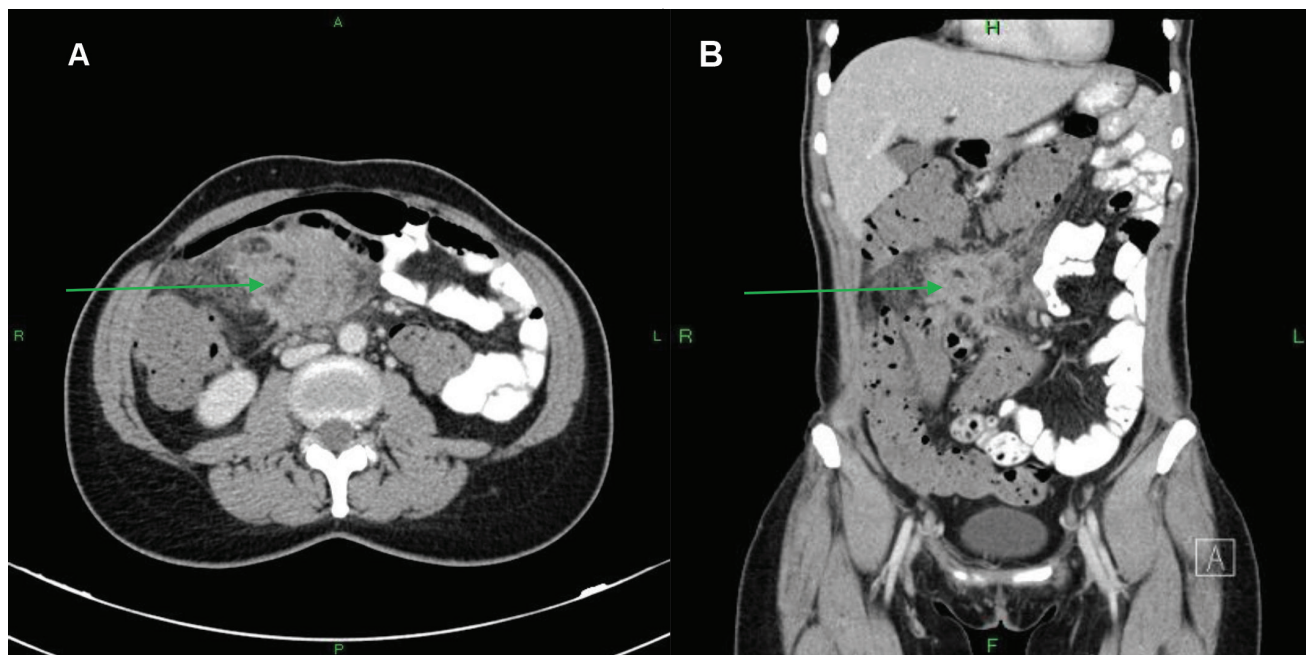
CD = (cluster of differentiation) differenciálódási antigén; CRP = C-reaktív protein; CT = (computed tomography) számítógépes tomográfia; IUD = (intrauterine device) méhen belüli fogamzásgátló eszköz; PAS = (periodic acid–Schiff) perjód-sav–Schiff

Az actinomycosis hasi, mesenterialis előfordulása igen ritka. A kórképet az *Actinomyces israelii* okozza, amely egy Gram-pozitív, anaerob, pálcá alakú baktérium, és a felső gastrointestinalis traktus normálflórájához tartozik.

Incidenciája 1/300 000, férfiakban háromszor gyakoribb, mint nőkben [1]. Gyakran ápolatlan, rossz fogak okozzák a megbetegedést. A méhen belüli fogamzásgátló eszközök felszálló úton okozhatnak a kismedencére lokalizálódó actinomycosist [2].

Esettanulmány

Egy 46 éves nőbeteg esetét szeretnénk ismertetni, akinek anamnézisében terhességmegszakítás, jóindulatú emlő-daganat miatti sebészi kimetszés és méhen belüli fogam-



1. ábra

CT-képek. A) (Axiális sík.) A kötegezetség és a lágyrész-terime (nyíllal jelölve) a szomszédos belektől korlátozottan különíthető el, a sigma és a colon descendens határát is eléri, a terminalis ileummal is viszonylag hosszabb szakaszon érintkezik. B) (Koronális sík.) A hasüregben, a középvonalban és attól jobbra az LII–III. csigolyák magasságában kb. 82 × 61 × 50 mm-es területen inhomogén, kontrasztanyagot halmozó, lágyrész-denzitású terület ábrázolódik mesenterialisán (nyíllal jelölve)

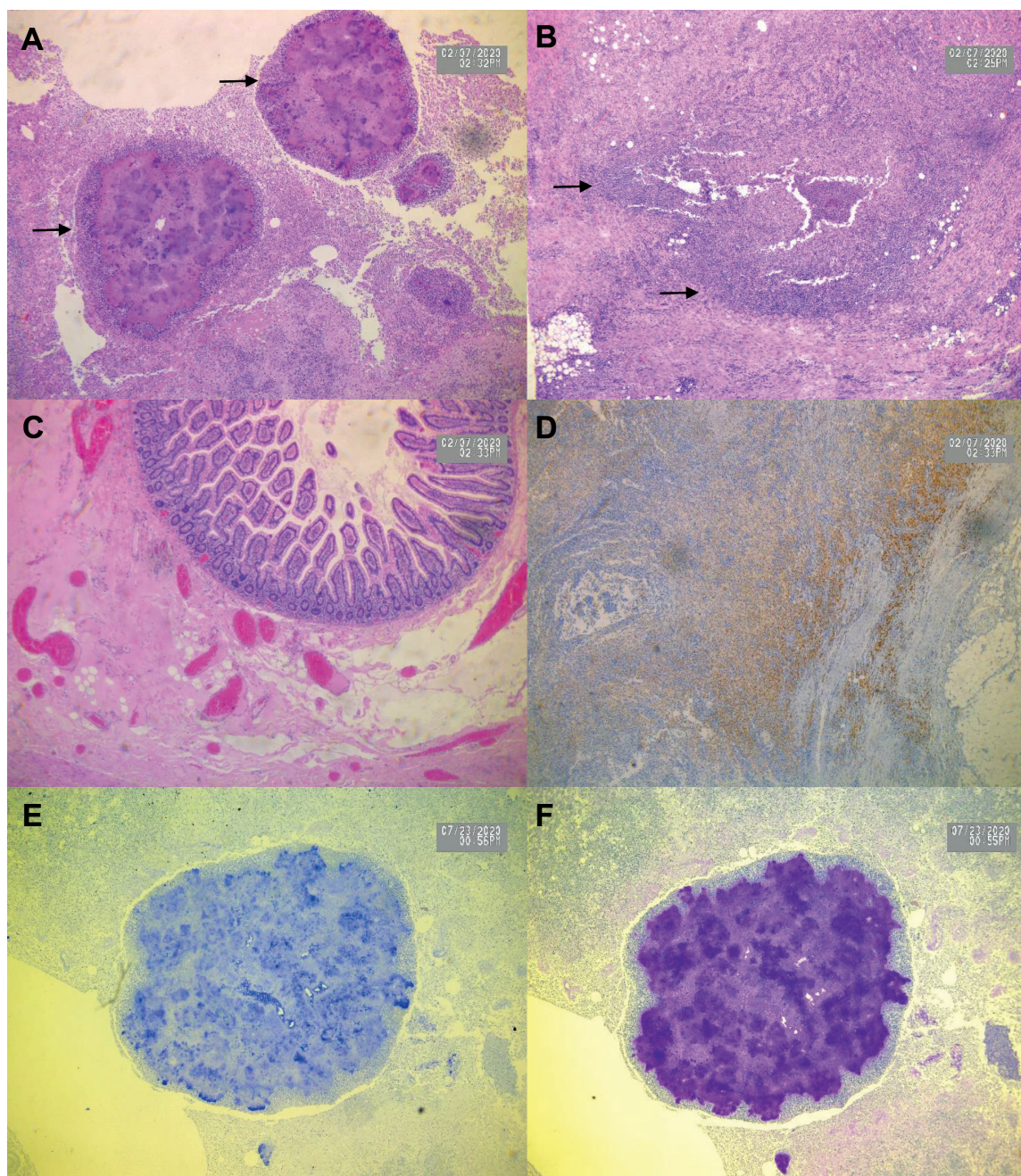
CT = számítógépes tomográfia

zástól eszköz felhelyezése szerepel. A betegnél 2019 októberében, akkor már két hete tartó intermittáló láz és időnként fellépő görcsös hasi fájdalom miatt kezdődött kivizsgálás. A fizikális vizsgálat során a köldöktől jobbra észleltünk rezisztenciát. Laboratóriumi értékeiben leukocytosis mellett mérsékelt emelkedett CRP igazolódott. A hasi ultrahangvizsgálat során a colon transversum területén volt látható megvastagodott falú konglomerátum. Az első kolonoszkópia sikertelen volt a nagyfokú fájdalom miatt, de a megismételt vizsgálat már eredményes volt, viszont organikus eltérést nem igazolt. Ezt követően nőgyógyász kezelőorvosa, tekintettel a visszatérő lázas állapotra, a beteg méhen belüli fogamzásgátló eszközét eltávolította. A gasztroenterológus kezelőorvosa által kért hasi CT-vizsgálat retroperitonealis térfoglalást írt le. A CT-eredmény alapján felvetődött a malignitás lehetősége, mely lehetett mesenterialis zsírszövetből kiinduló folyamat. Úgy tűnt, hogy a szomszédos bélka-csokkal is kapcsolatot mutat; a terminalis ileum egyértelműen érintettnek látszott, gyulladásos folyamat, esetleg a fedett perforáció lehetősége sem volt kizárható. A kötegezetség elérte a colon descendens–sigma átmenetet is, valamint patológiás megjelenésű hasi nyirokcsomók is ábrázolódtak (1. ábra). Tekintettel a retroperitonealis tumornak imponáló terimére, az onkológiai bizottság megbeszélése sebészeti feltárást, lehetőség szerint resekciót vagy mintavételt javasolt. Előkészítést követően 2019 novemberében elvégeztük a műtétet, melynek so-

rán úgy tűnt, hogy egy megközelítőleg 5 × 8 centiméteres, a vékonybélből kiinduló, a colon ascendenst és a sigmabelet is érintő, daganatnak imponáló terimét találtunk, mely miatt jobb oldali hemicolectomiát és sigmafal-resekciót végeztünk. Eseménytelen posztoperatív időszakot követően a beteget otthonába emittáltuk 10 nappal a műtétet követően.

A szövettani vizsgálat malignitást nem igazolt, hanem a bélfallal összefüggést nem mutató, mesenterialis actinomycosis került leírásra. A hematoxin-eozin festésű szövettani metszeteken jól láthatók voltak az *Actinomyces*-telepek átmetszetei a mesocolicus zsírszövetben, környezetükben intenzív gyulladásos reakcióval. A gyulladt terület széli részein többmagvú, idegen test típusú óriás-sejtek is nagy számban előfordultak, a gyulladás granulomatosus jellegű volt. A mesocolicus zsírszövetben észlelt gyulladásos folyamat a bélfalat nem érintette. Az eltávolítás ép szövetben történt, gyulladás jeleit sem a reszekált bélszakasz oralis, aboralis felszínén, sem a mesocolicus vascularis reszekciós vonalban nem észleltük. CD68-ellenes immunhisztokémiai reakcióval látható volt, hogy a gyulladásos infiltrátum alkotásában részt vevő macrophagok pozitivitást mutattak. PAS- és Gram-festéssel is igazolódott, hogy a morfológiai megjelenés az actinomycosis mellett szól (2. ábra).

A szövettani eredmény ismeretében a beteg 3 hónapos amoxicillin-klavulánsav kezelésben részesült a műtétet követően, és jelenleg is panaszmentes.



2. ábra

Szöveti képek. A) A mesocolicus zsírszövet 50x-es nagyítású, hematoxilin-eozin festésű szövettani metszete: *Actinomyces*-telepek átmetszetei a mesocolicus zsírszövetben (nyilakkal jelölve). B) A mesenterialis zsírszövet 50x-es nagyítású, hematoxilin-eozin festésű szövettani metszete: a gyulladt terület széli részén többmagvú, idegen test típusú óriássejtek (nyilakkal jelölve). C) A terminalis ileum 50x-es nagyítású, hematoxilin-eozin festésű szövettani metszete: a bélfal ép, a gyulladásos folyamat nem érinti. D) A mesenterialis zsírszövet 50x-es nagyítású, CD68-ellenes immunhisztokémiai reakció: a macrophagok pozitívítást mutatnak. E) 50x-es nagyítású, Gram-festésű szövettani metszet: Gram-pozitív *Actinomyces*-telep. F) 50x-es nagyítású, PAS-festésű szövettani metszet: PAS-pozitív *Actinomyces*-telep

CD = differenciálódási antigén; PAS = perjódsva-Schiff

Következtetés

Az actinomycosis hasi megjelenéséről először Bradshaw írt 1946-ban [2]. Irodalomkutatásunk során egy magyar esettanulmányt is találtunk 1999-ből, melyben – az általunk ismertetett esettel ellentétben – akut műtét során, malignus tumor képében jelentkezett hasi actinomycosis [3].

A betegség, amelynek tünetei nem specifikusak, krónikus gyulladást, malignus folyamatot utánozhat, a leggyakrabban az appendixet érinti, és jellemző a leukocytosis is [4]. *Eenhuis és mtsai* viszont akut hasi kórképet utánzó, pneumoperitoneumot okozó actinomycosisról számoltak be [5]. Amennyiben komplikált hasúri fertőzés formájában jelentkezik a betegség, a szepszis diagnó-

zisának felállításához segítséget nyújthat a rutin laboratóriumi paraméterek ellenőrzése mellett a neutrophil CD64-szint meghatározása is [6]. Flores-Franco és mtsai spontán bakteriális peritonitist okozó actinomycosis fertőzésről közöltek esettanulmányt, melyben az ascites citológiai vizsgálata során derült fény a diagnózisra [7]. Baintner állatkísérletek során vizsgálta a makromolekulák indukálta gyulladáscsökkentés különböző vonatkozásait [8].

A hasi, mesenterialis actinomycosis megjelenését tekintve CT alapján leírtak már szolid, cystosus képletet vagy akár tályogot. A betegség kialakulásában kockázati tényezőnek számít a korábbi műtét (appendectomia, cholecystectomy során a hasüregben hagyott kő), a hasi trauma, az IUD és a bélperforáció akár idegen test (például szálka) által vagy diverticulitis talaján [9]. Betegünknel feltehetőleg az IUD szerepelt etiológiai tényezőként, egyéb kórokra nem derült fény.

Tekintettel a gyors progresszióra, a nagy méretű, retroperitonealis tumornak imponáló képre, illetve arra, hogy ez leginkább a fiatalabb korosztályt érinti, gyakran kerülnek a betegek műtéti ellátásra. Ilyen esetben csak a szövettan bizonyítja a diagnózist. Ha a klinikai kép alapján felmerül az actinomycosis (az esetek 10%-ában), akkor CT-vezérelt finomtű-biopszia is végezhető, melynek pozitívítása esetén elkerülhetővé válik a műtét [10]. Kezelése legalább 3–6 hónapos penicillin- (túlérzékenység esetén doxiciklin-) kúra és szoros radiológiai követés, de a gyógyszerre rosszul reagáló esetekben szükségessé váló műtét és az ezt követő antibiotikumkezelés együttesen 90%-os gyógyulást biztosít [11].

Fontos, hogy gondoljunk a hasi, mesenterialis actinomycosisra differenciáldiagnosztikai lehetőségként, mert bár a betegség ritka, és a diagnózis igen nehéz, a terápia szinte mindig sikeres.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: Irodalomkutatás: B. A., T. L. Adatgyűjtés: B. A., T. L., H. K. A kézirat elkészítése, szerkesztése: B. A., T. L., H. K., B. I., K. Zs. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

Irodalom

- [1] Wong VK, Turmezei TD, Weston VC. Actinomycosis. *BMJ* 2011; 343: d6099.
- [2] Berardi RS. Abdominal actinomycosis. *Surg Gynecol Obstet.* 1979; 149: 257–266.
- [3] Molnár T, Nagy A, Ligeti E, et al. Abdominal actinomycosis presenting as a malignant tumor. Case report and review of the literature. [Malignus tumor képében jelentkező hasi actinomycosis. Esetismertetés és irodalmi áttekintés.] *Orv Hetil.* 1999; 140: 2453–2456. [Hungarian]
- [4] Kozawa H, Watahiki H, Takeda I. Actinomycosis of the transverse colon, report of case. *Stomach Intestine* 1981; 16: 1147–1153.
- [5] Eenhuis LL, de Lange ME, Samson AD, et al. Spontaneous bacterial peritonitis due to *Actinomyces* mimicking a perforation of the proximal jejunum. *Am J Case Rep.* 2016; 17: 616–620.
- [6] Dimitrov E, Enchev E, Halacheva K, et al. Neutrophil CD64 – A potential biomarker in patients with complicated intra-abdominal infections? – A literature review. *Acta Microbiol Immunol Hung.* 2018; 65: 245–254.
- [7] Flores-Franco RA, Lachica-Rodriguez GN, Banuelos-Moreno L, et al. Spontaneous peritonitis attributed to *Actinomyces* species. *Ann Hepatol.* 2007; 6: 276–278.
- [8] Baintner K. Mediation of inflammatory ascites formation induced by macromolecules in mice. *Acta Microbiol Immunol Hung.* 2018; 65: 151–162.
- [9] Cintron JR, Del Pino A, Duarte B, et al. Abdominal actinomycosis. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 105–108.
- [10] Harris LF, Kakani PR, Selah CE. Actinomycosis. *Surgical aspects.* *Am Surg.* 1985; 51: 262–264.
- [11] Brook I. Actinomycosis: diagnosis and management. *South Med J.* 2008; 101: 1019–1023.

(Bíró Adrienn dr.,
Kaposvár, Tallián Gy. u. 20–32., 7400
e-mail: b.adrienn5@gmail.com)