

Strokovni prispevek/Professional article

PRIKAZ PRIMERA PELVIČNE AKTINOMIKOZE V POVEZAVI Z MATERNIČNIM VLOŽKOM

A CASE OF PELVIC ACTINOMYCOSIS ASSOCIATED WITH AN INTRAUTERINE DEVICE

Mateja Pirš¹, Tatjana Lejko-Zupanc¹, Stelio Rakar²

¹ Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Klinični center, Japljeva 2, 1525 Ljubljana

² Klinični oddelek za ginekologijo, Klinični center, Zaloška 2, 1525 Ljubljana

Prispelo 2003-07-25, sprejeto 2004-01-13; ZDRAV VESTN 2004; 73: 63-7

Ključne besede: aktinomikoza; pelvična aktinomikoza; maternični vložek

Izvleček – Izhodišča. Aktinomikoza je redka, počasi napredujoča kronična okužba, ki jo povzročajo po Gramu pozitivne anaerobne bakterije iz rodu *Actinomyces*. Za bolezen je značilna tvorba abscesov, ki se širijo preko anatomskih pregrad in lahko prizadenejo kateri koli organ ali del telesa.

Bolniki in metode. V članku je prikazan primer 49-letne bolnice, pri kateri je prišlo do pelvične aktinomikoze v povezavi z materničnim vložkom. Bolnico smo uspešno zdravili s kombinacijo antibiotičnega in kirurškega zdravljenja.

Zaključki. Pelvična aktinomikoza je redka oblika aktinomikoze, ki lahko nastane kot posledica širjenja trebušne okužbe v malo medenico, lahko pa je posledica kolonizacije in okužbe materničnega vložka. Diagnoza je težavna, pogosto posumimo na maligno bolezen, prava diagnoza se velikokrat postavi šele ob operativnem posegu.

Uvod

Aktinomikoza je počasi napredujoča, kronična okužba. Klinični potek bolezni in simptomi so neznatni, zato je aktinomikoza diagnostični problem. Pogosto jo zamenjamo za maligno bolezen. Povzročajo jo bakterije, čeprav bolezen zaradi kroničnega poteka spominja na glivično okužbo. Aktinomikete so višje razvite po Gramu pozitivne bakterije, prokarioti. Znanih je štirinajst vrst aktinomiket, šest je potencialno patogenih za človeka: *A. israelii*, *A. naeshlundii*, *A. odontolyticus*, *A. viscosus*, *A. meyeri* in *A. gerencseriae*. Bakterije so del normalne flore ustne votline, šdebelega črevesa in nožnice.

Običajno je hkrati prisotna tudi okužba z drugimi bakterijami, torej je okužba tipično polimikrobna. Za katere spremljajoče bakterije gre, je odvisno od mesta okužbe. Najpogostejše pa so prisotni *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Eikenella corrodens*, *Fusobacterium*, *Bacterioides*, *Capnocytophaga*, *Staphylococcus*, *Streptococcus* in *Enterobacteriaceae*. Ni povsem razjasnjeno, koliko prispevajo k patogenezi aktinomikoze, verjetno pa je priporočljivo, da se pri načrtovanju antibiotičnega zdravljenja upoštevajo kot potencialne kopatogene (1, 2).

Aktinomikoza se pojavlja v vseh starostnih obdobjih, najpogostejše v srednjih letih. Moški obolevajo trikrat pogostejše kot

Key words: actinomycosis; pelvic actinomycosis; intrauterine device

Abstract – Background. Actinomycosis is a rare slowly progressive infection caused by Gram-positive anaerobic bacteria from the genus *Actinomyces*. The disease is characterized by the formation of the abscesses surrounded by dense fibrosis that extend slowly across natural anatomic boundaries.

Patients and methods. The case of a 49-year-old patient with pelvic actinomycosis associated with an intrauterine device is presented. The patient was successfully treated with the combination of antibiotic and surgical therapy.

Conclusions. Pelvic actinomycosis is a rare disorder. The infection may occur as a consequence of an abdominal disease or an ascending infection from the genito-urinary tract. Diagnosis of the actinomycosis can be difficult, malignant disease is often suspected. The diagnosis is frequently not established until after surgery.

ženske, možen, a nepreverjen razlog naj bi bila slabša ustna higiena pri moških in večja pogostnost poškodb v ustnem predelu.

Običajno se razvije pri osebah z normalnim imunskim odgovorom. Bakterije so malo virulentne. Pogoj za razvoj bolezni je poškodba tkiva. Opisani so tudi primeri aktinomikoze pri bolnikih z oslabiljenim imunskim odzivom, vendar zaenkrat še ni znano, ali je v teh primerih pogostnost aktinomikoze višja (1, 2).

Bolezen lahko prizadene kateri koli organ ali del telesa, tipične oblike aktinomikoze pa so cervikofacialna, torakalna in abdominalno-pelvična.

Za bolezen je značilna tvorba abscesov, ki se širijo preko anatomskih pregrad, tkivna fibroza in tvorba fistul ali sinusnih kanalov. Oralna in cervikofacialna bolezen je pogosto povezana s posegi na zobeh, poškodbami ali kirurškimi posegi v ustni votlini. Pljučne okužbe so pogosto povezane z aspiracijo, trebušne okužbe pa s kirurškimi posegi, divertikulitisom, vnetjem slepiča in tujki (npr. ribje kosti, maternični vložek). Nasploh so tujki pomemben dejavnik tveganja za razvoj aktinomikoze, povezava pa je najbolj očitna v primeru materničnega vložka (1).

Predstavitve bolnice

49-letna bolnica je bila sprejeta na Kliniko za infekcijske bolezni in vročinska stanja za diagnosticiranje in zdravljenje subfreničnega abscesa.

Bolnici so pred petindvajsetimi leti ugotovili jetrno cirozo etilčne etiologije. Kljub temu je še naprej uživala alkoholne pijače, a je pitje alkohola močno omejila. Sicer je bila pretežno zdrava. Do začetka leta 2002 je imela sorazmerno redne menstruacije, kasneje so postale neredne. Po rojstvu drugega otroka, pred devetimi leti, so ji vstavili maternični vložek.

V začetku leta 2002 je pričela opaziti rjavkast izcedek iz nožnice. Postopoma se je pojavil neprijeten občutek v spodnjem delu trebuha, kasneje tudi bolečina. Maja 2002 je bila pregledana pri ginekologu, ki se je zaradi bolečin v spodnjem delu trebuha in izcedka iz nožnice odločil za odstranitev materničnega vložka, predpisal ji je tudi antibiotično zdravljenje za 10 dni. Splošno počutje se je po tem za krajši čas izboljšalo, stanje pa se je kmalu ponovno poslabšalo, postala je zelo utrujena, oslabela, bila je brez teka, pričela je hujšati.

V začetku avgusta je bila zdravljena na enem od internističnih oddelkov zaradi febrilnega stanja in velikega ascitesa, v laboratorijskih izvidih je izstopala levkocitoza $31,9 \times 10^9/l$ z normalno diferencialno krvno sliko (DKS), hipoalbuminemijo in hiponatremijo. Abdominalna punkcija ni bila uspešna, kar so pripisali septiranemu ascitesu, ki so ga ugotovili pri ultrazvočnem pregledu trebuha. Sprva je bila zdravljena s cefotaksimom, ki so ga ob znižanju levkocitoze ukinili, ob ponovnem porastu vnetnih parametrov pa so ji uvedli ciprofloksacin in amoksicilin s klavulansko kislino, ki ju je skupno prejela 20 dni. Vzroka okužbe niso odkrili, za morebitni peritonitis pa niso našli dokaza. Ob odpustu so bili vnetni parametri v upadanju, še vedno pa so ostajali povišani.

Sredi septembra je bolnica pričela opaziti zbadajoče bolečine v prsnem košu ob globljem vdihu. Kašljala ni, povišane telesne temperature ni imela. Ob pregledu v ambulanti za pljučne bolezni ter boleznih srca in ožilja so ugotavljali redke inspiratorne pike nad pljuči ter palpatorno difuzno občutljiv in meteorističen trebuh. Bolnica je bila sprejeta na pulmološki oddelek za nadaljnjo diagnostiko. CT prsnega koša ni pokazal večjih sprememb, pač pa je bila v zgornjem trebuhu med jetri in diafragmo vidna približno 7 cm velika tekočinska kolekcija, ki se je kavdalno širila pred jetri in sprednjo trebušno steno. Stezna kolekcije je bila debela do 1 cm in neravnih kontur. Ultrazvočna preiskava (UZ) trebuha je pokazala lokuliran ascites v obliki gostotekočinskih kolekcij z zadebeljeno steno. Febrilno stanje v naraščajočimi vnetnimi parametri so pripisali subfreničnemu abscesu, zaradi česar je bila bolnica v oktobru 2002 sprejeta na Kliniko za infekcijske bolezni in vročinska stanja. Ob premestitvi je prejela ciprofloksacin in metronidazol. Trebuh je bil mehak, na otip neobčutljiv, v levem mezogastriju in pod LRL je bila tipna nejasna trša rezistenca. V laboratorijskih izvidih smo opazili povišane vnetne parametre s CRP 201 mg/l, levkocitozo $16,5 \times 10^9/l$, DKS: segmentirani nevtrofilci 74%,

nesegmentirani nevtrofilci 6%, limfociti 11%, monociti 8%, eozinofili 1%, SR 112 mm/h in anemijo ter patološki protrombinski čas 0,50 s in INR 1,79.

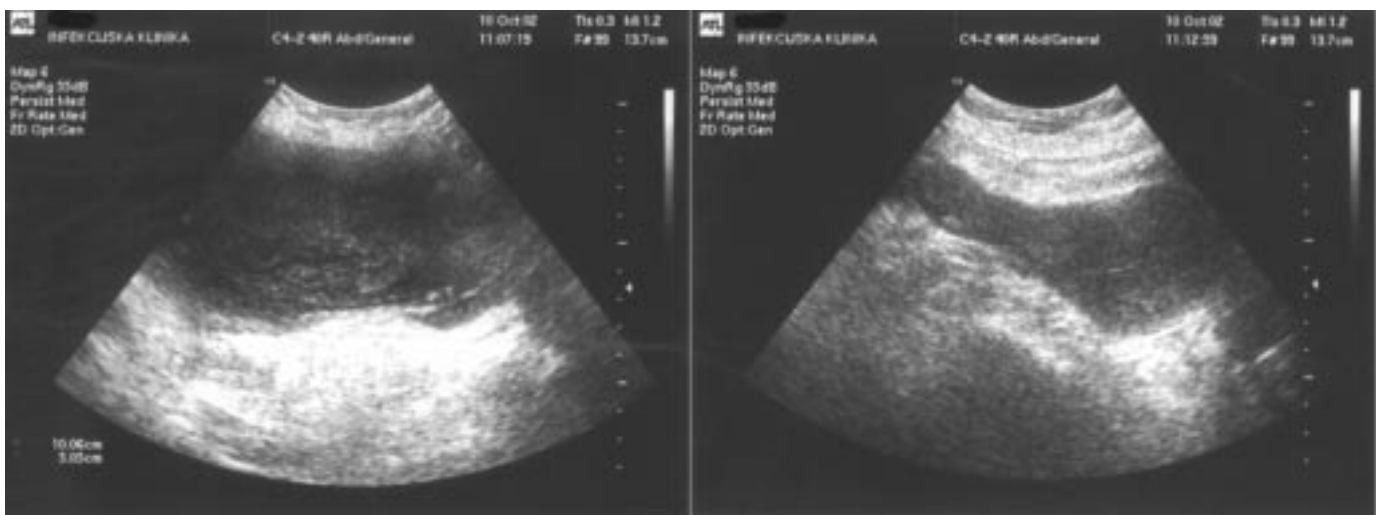
Ponovili smo UZ trebuha, ki je pokazal več gostotekočinskih kolekcij z debelo steno (sl. 1).

Tudi računalniška tomografska preiskava (CT) trebuha je pokazala intraperitonealne tekočinske kolekcije (sl. 2) - najverjetneje abscese med levim jetrnim režnjem in prepono pod sprednjo trebušno steno, veliko kolekcijo pod sprednjo trebušno steno v višini desne ledvice ter manjšo kolekcijo na levi strani. Vidna je bila tudi tekočinska kolekcija ob lateralnem robu vranice. V ginekološkem predelu ni bilo vidnih večjih patoloških mas.

Napravljena je bila punkcija abscesa pod UZ kontrolo. V direktnem razmazu punktata so bili prisotni po Gramu pozitivni koki, barvanje na mikobakterije je bilo negativno, barvanje po Giemsu pa je pokazalo razpadle celice. Acidorezistentnih bacilov niso našli. Bolnico je pregledal ginekolog, ki je ob transvaginalni ultrazvočni preiskavi ugotavljal 4 cm veliko cisto desno adneksno ter postavil sum na tuboovarijski absces. Zaradi suma na aktinomikozo smo ukinili ciprofloksacin in uvedli ceftriakson. Iz punktata abscesa so porasli streptokoki in aktinomicete. Bolnico smo premestili na Ginekološko kliniko za operativni poseg, ob premestitvi je prejela metronidazol in ceftriakson. Bolnico so konec oktobra operirali na Ginekološki kliniki in ji evakuirali abscese v trebušni votlini. V desnem epigastriju so evakuirali za pest velik absces ter za večje jajce velik absces med premo trebušno mišico in omentumom (sl. 3). Tanko in debelo črevo je bilo na več mestih priraščeno na sprednjo trebušno steno. Uterus je bil povečan in zmečkan. Desni adneksi so bili spremenjeni v absces, ki je bil čvrsto adherenten na sigmo, ob ločevanju je prišlo do odprtja sigme v dolžini 3 cm. Napravljena je bila totalna eksterpacija uterusa z adneksi. Abdominalni kirurg je pregledal zgornji abdomen. Zaradi številnih adhezij jeter ni otipal, zato niso nadaljevali z operativnim posegom v zgornjem delu abdomna.

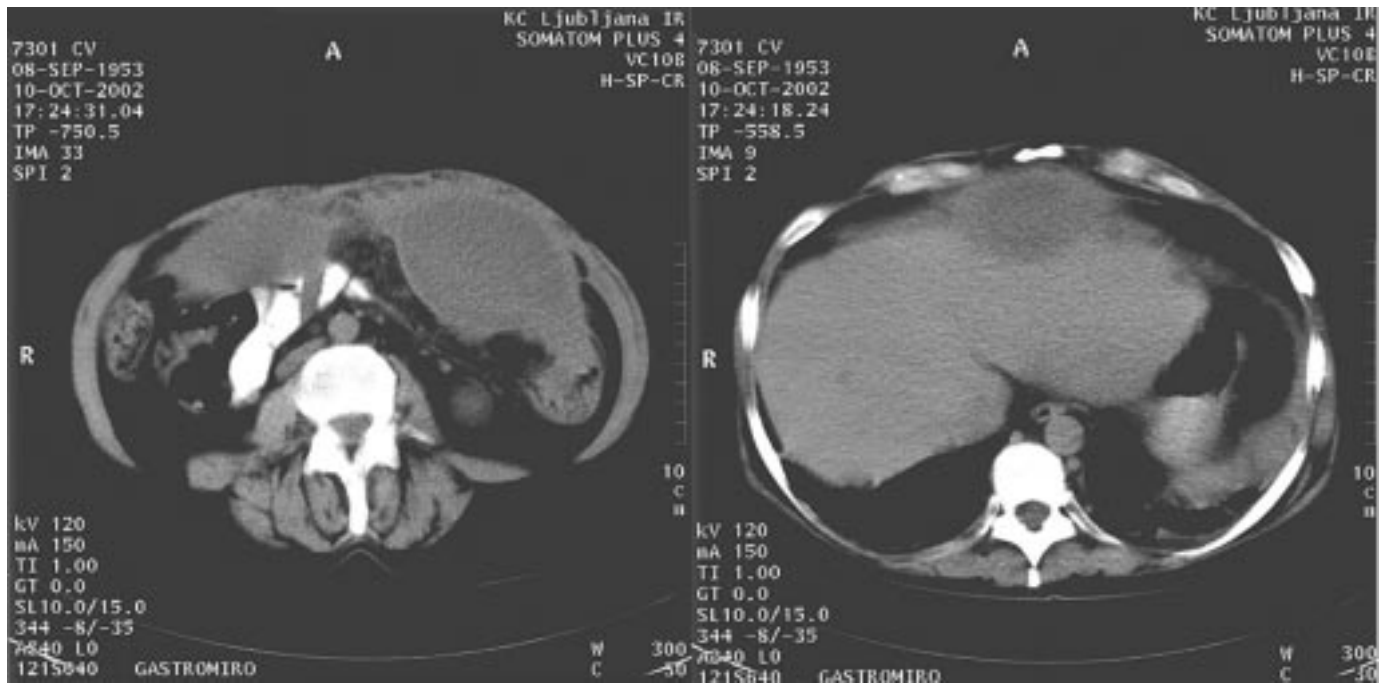
Pooperativni potek je potekal brez posebnosti. Bolnica je bila kardiokulacijsko stabilna. Jetrna ciroza je ostala kompenzirana. Iz vzorcev, odvzetih med operacijo, so osamili še *Enterococcus faecalis* in *Candido albicans*, zaradi česar je bilo uvedeno še zdravljenje s flukonazolom. Histopatološki pregled vzorcev, odvzetih med operacijo, je pokazal hudo kronično nespecifično vnetje adneksov, pokazal je tudi vnetne spremembe v biopsijskih vzorcih črevesne stene. Iz abscesne stene in vsebine ciste so osamili *Candido albicans* in *Actinomyces meyeri*.

Bolnica je bila novembra premeščena na Kliniko za infekcijske bolezni in vročinska stanja za nadaljevanje zdravljenja. Ob premestitvi je prejela benzilpenicilin in flukonazol. Med hospitalizacijo smo v zgornjem delu pooperativne rane tipali zatrdlino, prišlo je tudi do dehiscence rane, ki se je zarasla per sekundam. Bolnico smo odpustili in priporočili nadaljevanje antibiotičnega zdravljenja s fenoksimetilpenicilinom (Ospen®) 1500 mg na 8 ur in flukonazolom (Diflucan®) 400 mg na dan.



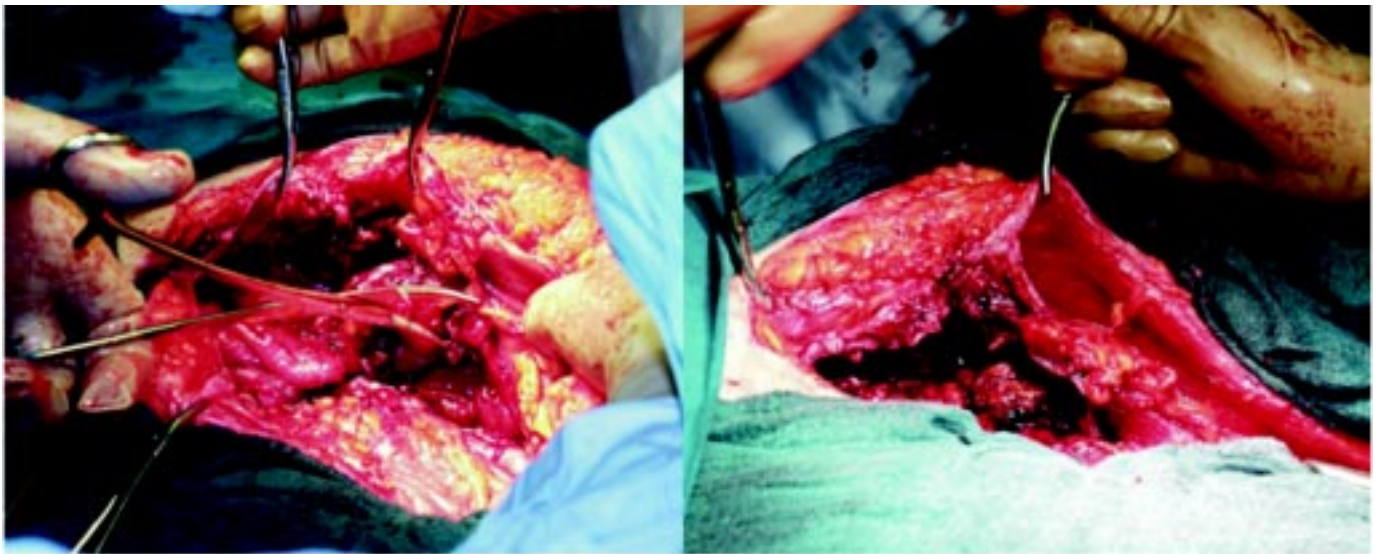
Sl. 1. UZ prikaz gostotekočinskih kolekcij z debelo steno v trebušni votlini.

Figure 1. Ultrasonic image of thick-walled fluid collection in abdominal cavity.



Sl. 2. CT prikaz intraperitonealnih tekočinskih kolekcij – najverjetneje abscesov v trebušni votlini.

Figure 2. CT image of intraperitoneal fluid collection – probably an intraabdominal.



Sl. 3. Operativna drenaža abscesnih votlin.

Figure 3. Operative drainage of abscess cavity.

Na kontroli marca 2003 je bila bolnica brez težav. Antibiotično zdravljenje je redno jemala, uživanje alkohola je zanikala, pridobila je na telesni teži. Somatski status je bil v mejah normale, prav tako so bili tudi laboratorijski izvidi praktično v mejah normale. Kontrolni CT je pokazal popolno rešitev vnetnih sprememb.

Razpravljanje

Pelvična aktinomikoza je redka bolezen in pomeni 3% vseh aktinomikoz (7). Patogeneza bolezni ni povsem jasna. Aktinomycete so del normalne flore ženskih spolovil. Prisotnost aktinomycet v spodnjih rodilih tako ne pomeni okužbe z aktinomycetami, temveč gre verjetneje za kolonizacijo, prav tako

pa tudi ni kazalec prihodnje okužbe (6, 13, 14). Izvor ascendentne okužbe z aktinomycetami je lahko presredek, obstaja pa tudi možnost oro- oz. anogenitalnega prenosa (5).

Do pelvične aktinomikoze lahko pride bodisi zaradi širjenja abdominalne okužbe v malo medenico (običajno izvor ileocekalna aktinomikoza), bodisi zaradi kolonizacije in okužbe materničnega vložka. Primarna oblika aktinomikoze v povezavi z materničnim vložkom je verjetno endometritis, s širjenjem okužbe v enostranski ali obojestranski tuboovarijski absces. Endometrijska aktinomikoza s širjenjem v jajcnike je največkrat posledica uporabe materničnega vložka, pesarja, septičnega abortusa ali zaostalnih šivov. Možno je tudi širjenje okužbe v malo medenico brez prizadetosti jajčnikov in jajce-

vodov. V primeru, da je primarno mesto črevesna okužba, največkrat ileocekalna okužba, so tipično prizadeti desni adneksi. Pri širjenju abdominalne aktinomikoze so največkrat prizadeti jajčniki, sledi prizadetost jajcevodov, maternice, vulve in materničnega vratu (1, 2).

Klinični potek bolezni je tipično zelo blag. Simptomi so neznatni, bolnice imajo običajno bolečine v spodnjem delu trebuha, dolgotrajne subfebrilne temperature, lahko navajajo tudi nenormalen izcedek iz nožnice ali krvavitve. Nekatere bolnice pričnejo izgubljati telesno težo. Ob pregledu lahko odkrijemo adneksno tvorbo (3, 4). V laboratorijskih izvidih običajno opazimo anemijo, levkocitozo in povišano sedimentacijo (3, 5). Opisani so tudi primeri s povišanimi tumorskimi označevalci, predvsem CA 125 IE/ml (6, 7).

Bolezen lahko zamenjamo za drug vnetni ali maligni proces v mali medenici (1, 2, 5). Zaradi pozne diagnoze je pogosto že prisotno širjenje na sečevode, mehur, rektum ali na trebušno steno, možna je tudi utesnitev tankega ali debelega črevesa s fistulami (8, 9). Redko se razvijejo akutni peritonitis, diseminirane spremembe v peritoneju, prizadetost pelvičnih kosti ali širjenje v prsni koš (1, 10, 11).

Kot zaplet pelvične aktinomikoze so bili opisani subdiaphragmatski, pljučni in miokardialni abscesi ter kožne fistule (2, 12).

Potek bolezni in klinična slika prikazanega primera sta tipična za pelvično aktinomikozo. Bolnične težave so bile dolgotrajne in nespecifične, zaradi česar je preteklo več mesecev do postavitve diagnoze in usmerjenega zdravljenja. Pri bolnici smo glede na klinično sliko kronično potekajočega abscedentnega vnetja pomislili na možnost okužbe z glivami ali mikobakterijami. Glede na anamnestični podatek o odstranitvi materničnega vložka pred nekaj meseci smo pomislili tudi na možnost aktinomikoze in zato uvedli antibiotično zdravljenje s penicilinom. V primeru abscedentnega vnetja v trebušni votlini se sicer le izjemoma odločimo za empirično zdravljenje s penicilinom. Običajno dajemo kombinacijo širokopspektrskega antibiotika z delovanjem proti po Gramu negativnim bakterijam in antibiotika, ki dobro učinkuje proti anaerobnim bakterijam (npr. cefalosporini ali kinoloni in metronidazol).

Diagnoza je bila potrjena s tankoigelnjo biopsijo abscesa v trebušni steni, ki je pokazal po Gramu pozitivne koke. Acidorezistentnih bacilov v direktnem razmazu niso našli. Iz punkta so bile osamljene aktinomycete in streptokoki, kar je potrdilo sum na aktinomikozo.

Diagnoza pelvične aktinomikoze je zelo težavna. Pogosto jo postavimo šele ob operativnem posegu (5, 7, 8). Diferencialno diagnostično moramo upoštevati možnost različnih benignih in malignih neoplazem ter drugih vnetnih in infektivnih bolezni (12). Pogosto posumimo na divertikulitis, vnetno bolezen črevesa (predvsem Crohnovo bolezen) ali tuberkulozni proces (12, 20). Aktinomikotične lezije se tipično širijo preko anatomskih pregrad in povzročajo hude poškodbe tkiva.

Za zdravljenje aktinomikoze večinoma zadošča antibiotično zdravljenje, vendar se pri obsežnejši bolezni običajno odločamo za kombinirano antibiotično in kirurško zdravljenje (1, 6). Prvo zdravilo izbire in klinično najbolj preizkušen antibiotik za vse klinične oblike bolezni je penicilin. Za zdravljenje omejene pelvične okužbe lahko zadošča že krajše antibiotično zdravljenje. Opisanih je več primerov zdravljenja omejene pelvične aktinomikoze od 6 do 8 tednov do 3 do 6 mesecev. V primeru, da je potreben tudi kirurški poseg, je priporočljivo predhodno antibiotično zdravljenje, saj na ta način lahko zmanjšamo obseg in zaplete operativnega posega. Kirurške resekcije so pogosto obširne in mutilirajoče zaradi suma na maligno bolezen. To dejstvo je še posebej problematično v primeru pelvične aktinomikoze, saj gre pogosto za ženske v rodnem obdobju, standardni kirurški poseg pa v teh

primerih običajno obsega odstranitev maternice z adneksi (5, 6, 8, 15). Opisani so primeri obsežnih operativnih posegov zaradi suma na malignom s precejšnjo kooperativno obolevnostjo, ob histološkem pregledu vzorcev pa se je kasneje izkazalo, da gre za aktinomikozo (8).

Zaradi obsežnih abscesov v trebušni votlini smo se tudi pri naši bolnici odločili za kombinirano antibiotično in operativno zdravljenje, ki je bilo zelo uspešno. Bolnica je sprva dobivala ceftriakson, po 14 dnevih antibiotičnega zdravljenja pa je bila napravljena kirurška odstranitev abscesov v trebušni votlini. Po približno mesecu dni parenteralnega antibiotičnega zdravljenja smo prešli na peroralno zdravljenje. Vnetni parametri so se znižali, kontrolne slikovne preiskave pa so pokazale zmanjšanje preostalih abscesov. Bolnica je antibiotično zdravljenje prejela leto dni, zadnje kontrolne slikovne preiskave so pokazale popoln umik sprememb.

Zdi se, da pogostnost pelvične aktinomikoze narašča, možno pa je, da gre le za boljšo diagnostiko (1). Bolezen je pogosto povezana z uporabo materničnega vložka, opisani pa so tudi primeri s primarnim izvorom okužbe v trebušni votlini ter nekaj primerov pelvične aktinomikoze pri moških. Do 70. let je bila pogostnost pelvične aktinomikoze višja pri moških, od 70. let dalje pa je ob velikem razmahu uporabe materničnih vložkov in podobnih kontraceptivnih sredstev pogostnost višja pri ženskah (9). Pogostnost pelvične aktinomikoze med letoma 1983 in 1997 je bila ocenjena s pomočjo podatkov iz šestih ameriških bolnišnic. Odkritih je bilo sedem primerov pelvične aktinomikoze, en primer je bil opisan pri moškem, pogostnost je bila ocenjena na 1 : 209.070 oziroma 1 : 126.313 žensk (13).

Tveganje za pelvično aktinomikozo v povezavi z materničnim vložkom je verjetno nizko, ni pa jasno, kolikšno je. Maternični vložek naj bi povzročal erozije endometrija, kar v povezavi s predhodnim pelvičnim vnetjem ali anaerobno okužbo omogoča razrast aktinomycet (12). Večja pogostnost aktinomikoze v povezavi z materničnim vložkom se pojavi v primerih, ko je bil vložek vstavljen več kot 8 let. Tveganje za okužbo se verjetno povečuje s trajanjem vstavitve, redko se razvije pri materničnem vložku, ki je vstavljen manj kot 1 leto (1, 5). Lahko se pojavi tudi več mesecev po odstranitvi materničnega vložka. Zato je pomemben tudi anamnestični podatek o predhodni uporabi vložka (1, 8).

V eni izmed študij so ugotovili, da se do 25% materničnih vložkov kolonizira z aktinomycetami v 2 do 3 letih. 2 do 4% od teh žensk naj bi sčasoma postalo simptomatskih. Pogostnost prisotnosti aktinomycet v spolovilih pri ženskah, ki so imele vstavljen maternični vložek, je v literaturi med 1,6 in 44%, povprečno med 8 in 16% (6, 15, 16).

Smiselnost presejalnega pregledovanja cervikalnih ali endometrijskih vzorcev na prisotnost aktinomycet je vprašljiva. Izsledki študij si nasprotujejo, ugotovljeno pa je, da je v prisotnosti materničnega vložka večja prevalenca in verjetno tudi število aktinomycet. Prevalenca je višja pri ženskah, ki imajo vložek vstavljen več kot 2 leti, poleg tega pa verjetno tudi ni pomembno, za kakšne vrste maternični vložek gre (1, 5, 13), čeprav nekateri avtorji navajajo razlike v pogostnosti kolonizacije z aktinomycetami med posameznimi vrstami materničnih vložkov (17). Ni jasno, ali prisotnost aktinomycet pomeni lokalno okužbo ali kolonizacijo, oziroma kako hitro v takem primeru pride do razvoja invazivne okužbe (14). Papanicolauovi brisi niso najbolj primerni za ugotavljanje prisotnosti aktinomycet v nožnici, saj so tudi pri aktivni pelvični aktinomikozi pogosto negativni (18).

Trenutno se zdi, da bi bilo priporočljivo odstraniti maternični vložek, če ima ženska bolečine v spodnjem delu trebuha, nenormalne krvavitve ali izcedek, ki ga ne moremo pripisati drugim patogenom ne glede na to, ali so osamili aktinomycete ali ne. Smiselno je tudi 14-dnevno zdravljenje s penicilinom ali tetraciklinom pri možni zgodnji pelvični aktinomikozi (1, 18).

V primeru, da najdemo aktinomicete, ženska pa nima težav, vložka ni potrebno odstraniti, priporočljive pa so redne kontrole in odstranitev že ob minimalni klinični simptomatiki (1, 5, 13, 19). Nekateri avtorji priporočajo vsakoletne citološke brise, v primeru, da so osamili aktinomicete oz. aktinomicetam podobne mikroorganizme, pa priporočajo zamenjavo vložka na 4 leta (6). Tudi dolgotrajna uporaba materničnega vložka v menopavznem obdobju lahko pomembno vpliva na nastanek vnetja. Zato nekateri priporočajo zamenjavo vložka po preteku štirih let (21).

Zaključki

Aktinomikoza je redka, počasi napredujoča kronična abscedentna okužba, ki lahko prizadene kateri koli organ ali del telesa. Zaradi svojega prikritega in neznačilnega poteka je precejšen diagnostični problem. Na aktinomikozo moramo posumiti pri kroničnih abscesih v področju obraza in vratu ter pri različnih destruktivnih procesih v prsni ali trebušni votlini in mali medenici, še posebej, če je prišlo do nastanka fistul, sinusov ali širjenja preko anatomskih pregrad. Zaradi obsežnih reaktivnih sprememb v okolnem tkivu s posledično fibrozo pogosto posumimo na maligno bolezen. Pri kroničnih indolentno potekajočih abscedentnih vnetjih moramo sicer pomisliti na okužbo z glivami, mikobakterijami, nokardijo in redkimi povzročitelji granulomastih vnetij (bartonela ipd.), v ustreznih epidemioloških razmerah pa tudi na amebozo. Diagnozo aktinomikoze lahko potrdimo s histološko in mikrobiološko preiskavo tkiva, ki ga lahko pridobimo s pomočjo biopsije, a se zaradi suma na malignom velikokrat odločimo za operativni poseg. Za zdravljenje aktinomikoze večinoma zadošča dolgotrajno antibiotično zdravljenje v visokih odmerkih, vendar se pri obsežnejši bolezni običajno odločimo za kombinirano antibiotično in kirurško zdravljenje. Obseg kirurškega posega lahko pomembno zmanjšamo, če prej uvedemo antibiotično zdravljenje.

Potek bolezni in klinična slika prikazanega primera sta značilna za pelvično aktinomikozo. Bolnične težave so se pričele povsem nespecifično. Do postavitve diagnoze in pričetka usmerjenega zdravljenja je zato preteklo več mesecev. Zaradi obsežnih abscesov v trebušni votlini smo se odločili za kombinirano antibiotično in operativno zdravljenje, ki je bilo zelo uspešno.

Literatura

1. Russo TA. Agents of actinomycosis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R eds. Principles and practice of infectious diseases. 4th ed. New York: Churchill Livingstone, 1995: 2645–54.
2. Smego RA Jr, Foglia G. Actinomycosis. Clin Infect Dis 1998; 26:1255–63.
3. Atad J, Hallak M, Sharon A, Kitzes R, Kelner Y, Abramovici H. Pelvic actinomycosis. Is long-term antibiotic therapy necessary? J Reprod Med 1999; 44: 939–44.
4. Gorišek B. Aktinomikoza ženskih genitalij. Zdrav Vestn 1984; 53: 443–4.
5. Fiorino AS. Intrauterine contraceptive device-associated actinomycotic abscess and Actinomyces detection on cervical smear. Obstet Gynecol 1996; 87: 142–9.
6. Lee YC, Min D, Holcomb K, Buhl A, DiMaio T, Abulafia O. Computed tomography guided core needle biopsy diagnosis of pelvic actinomycosis. Gynecol Oncol 2000; 79: 318–23.
7. Hamid D, Baldauf JJ, Cuenin C, Ritter J. Treatment strategy for pelvic actinomycosis: case report and review of the literature. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000; 89: 197–200.
8. Bercovich A, Guy M, Karayiannakis AJ, Gdalia M, Muriel E, Dgani R, Zbar AP. Ureteral obstruction and reconstruction in pelvic actinomycosis. Urology 2003; 61: 224–4.
9. Nawroth F, Foth D, Schmidt T, Römer T. Differential diagnosis and non-surgical treatment of pelvic actinomycosis. Acta Obstet Gynecol Scand 2000; 79: 1024–5.
10. Phupong V, Sueblinpong T, Pruksananonda K, Taneepanichskul S, Triratanachai S. Uterine perforation with Lippes loop intrauterine device-associated actinomycosis a case report and review of the literature. Contraception 2000; 61: 347–50.
11. Petrone LR, Sivalingam JJ, Vaccaro AR. Actinomycosis—an unusual case of an uncommon disease. J Am Boar Fam Pract 1999; 12: 158–61.
12. Tedeschi A, Di Mezza G, D'Amico G, Ermann A, Montone L, Siciliano M, Cobellis G. A case of pelvic actinomycosis presenting as cutaneous fistula. Eur J Obstet & Gynecol Reprod Biol 2003; 108: 103–5.
13. Lippes J. Pelvic actinomycosis: a review and preliminary look at prevalence. Am J Obstet Gynecol 1999; 180: 265–9.
14. Arend SM, Oosterhof H, van Dissel JT. Actinomyces and the intrauterine device. Arch Intern Med 1998; 8: 1270–0.
15. Bonacho I, Pita S, Gómez-Besteiro MI. Eight years with the same IUD. Contraception 1999; 59: 233–6.
16. Muntinghe FLH, Emmen L, Oeseburg HB, Wijnja L. Pelvic actinomycosis 5 years after removal of an intra-uterine contraceptive device. Neth J Med 1999; 55: 160–2.
17. Merki-Feld GS, Lebeda E, Hogg B, Keller PJ. The incidence of actinomyces-like organisms in Papanicolaou-stained smears of copper- and levonorgestrel-releasing intrauterine devices. Contraception 2000; 61: 365–8.
18. Russo TA. Actinomycosis. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL eds. Harrison's principles of internal medicine. 15th ed., London: McGraw-Hill, 2001: 1008–11.
19. Pretnar-Darovec A. Maternični vložek in vnetje rodil. Zdrav Vestn 1999; 68: 495–8.
20. Nugteren SK, Ouwendijk RJ, Jonkman JG, Straub M, Dees A. Colitis and lower abdominal mass by Actinomyces israelii in a patient with an IUD. Neth J Med 1996; 49: 73–6.
21. Nasu K, Matsumoto H, Yoshimatsu J, Miyakawa I. Uretral and sigmoid obstruction caused by pelvic actinomycosis in an intrauterine contraceptive device user. Gynecol Obstet Invest 2002; 54: 228–31.