

PROMIENICA MIEDNICY MNIEJSZEJ, OBEJMUJĄCA JAJNIK,
JAJOWÓD, PĘCZERZ MOCZOWY, ODBYTNICĘ I ESICĘ
ORAZ ŚCIANĘ MIEDNICY, IMITUJĄCA ROZSIANY
PROCES NOWOTWOROWY

ACTINOMYCOSIS OF THE PELVIS MINOR INVOLVING
THE OVARY, FALLOPIAN TUBE, BLADDER, RECTUM,
SIGMOIDEUM AND PELVIC WALL, MIMICKING
A DISPERSED NEOPLASTIC PROCESS

Dariusz Zaryjewski¹, Jan Adam Malarkiewicz¹,
Jarosław Ciuńczyk¹, Dariusz Onichimowski^{1,2}

¹ Oddział Położniczo-Ginekologiczny,

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Malarkiewicz i Spółka” w Olsztynie

² Katedra Podstawowych Nauk Medycznych,

Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

STRESZCZENIE

Wstęp. Promienica – *actinomycosis* jest chorobą wywoływaną przez beztlenową Gram dodatnią bakterię *Actinomyces israeli*. Jest zapaleniem swoistym o charakterystycznym obrazie patomorfologicznym (*sulfur granules* – ziarenka siarki), któremu towarzyszy włóknienie, powstawanie ropni, przetok. Może rozwijać się w każdym narządzie, choć najczęstszą lokalizacją jest twarz i szyja (63%), płuca (15%), jama brzuszna – w tym miednica mniejsza (22%). Mimo obserwowanego spadku ogólnej liczby zachorowań na promienicę, w ciągu ostatnich lat notuje się więcej zachorowań na promienicę jamy brzusznej i miednicy mniejszej u kobiet, co jest związane z używaniem wewnątrzmacicznych wkładek antykoncepcyjnych (IUD) [6, 9].

Cel pracy. Celem pracy było zaprezentowanie na podstawie własnych doświadczeń przypadku chorobowego promienicy wielonarządowej w obrębie miednicy mniejszej, która jako jednostka chorobowa jest zbyt rzadko brana pod uwagę w diagnostyce różnicowej zmian chorobowych o typie guza, wywodzącego się z narządu rodnego, dróg moczowych bądź przewodu pokarmowego.

Materiały i metody. Zastosowano metodę opisu i analizy przypadku klinicznego chorej, leczonej w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym NZOZ „Malarkiewicz i Spółka” w Olsztynie.

Opis przypadku. Przedstawiono przypadek promienicy miednicy mniejszej, obejmującej jajnik i jajowód lewy, pęcherz moczowy, odbytnicę i esicę oraz ścianę miednicy. Opisano proces diagnostyczny poprzedzający zabieg operacyjny, sam zabieg, podczas którego wykonano śródoperacyjne badanie histopatologiczne, umożliwiające postawienie ostatecznego rozpoznania i włączenie leczenia penicyliną. Zwrócono uwagę na trudności diagnostyczne, fundamentalność histopatologicznej oceny śródoperacyjnej oraz podkreślono związek promienicy narządów miednicy mniejszej ze stosowaniem wewnątrzmacicznych wkładek antykoncepcyjnych.

Wnioski. 1. Obraz kliniczny promienicy narządu rodowego może przypominać obraz procesu nowotworowego. 2. W przypadku guza miednicy mniejszej, zwłaszcza o niejednoznacznej lokalizacji oraz przy stosowaniu wkładki wewnątrzmacicznej jako metody antykoncepcji, należy przy stawianiu rozpoznania brać pod uwagę możliwość wystąpienia promienicy. 3. Pobranie materiału do badania histopatologicznego przy pomocy biopsji lub śródoperacyjnie ma decydujące znaczenie do postawienia ostatecznego rozpoznania i dalszego leczenia. 4. Ocena wartości diagnostycznej posiewu z kanału szyjki macicy w kierunku bakterii beztlenowych u kobiet z podwyższonym ryzykiem wystąpienia infekcji *Actinomyces israeli* wymaga dalszych badań na dużej grupie pacjentek.

ABSTRACT

Introduction. Actinomycosis is a disease caused by anaerobic Gramme positive bacterium *Actinomyces israeli*. This is a specific inflammation with characteristic pathomorphological changes (sulphur granules), which is accompanied by focuses of fibrosis and the formation of abscesses or fistulas. Actinomycosis may develop in any organ, but the most frequent localization involves face and neck (63%), lungs (15%) and abdominal cavity, including pelvis minor (22%). Regardless of the observed decrease in the total incidence of actinomycosis in recent years, the number of cases involving the abdominal cavity and pelvis minor localization in the population of women who use intrauterine contraceptive devices (IUD) has increased.

Aim. To present, on the basis of own experience, a case of multiorgan actinomycosis within the pelvis minor, as a disease which is too rarely considered in the differentiating diagnostic process in cases of tumour originating from the reproductive organ, urinary tract or alimentary tract.

Materials and methods. This article discusses a case of actinomycosis of the pelvis minor, involving the left ovary and tube, bladder, rectum, sigmoideum and pelvic wall. It describes the diagnostic process preceding the surgery, the surgery itself,

during which an intraoperative histopathological examination was performed, facilitating the final diagnosis and the application of penicillin therapy. Diagnostic problems involving actinomycosis and a significant role of intraoperative histopathological examination are emphasised. The relationship between pelvic actinomycosis and the application of intrauterine contraceptive device is highlighted.

Conclusions. 1. Clinical picture of actinomycosis localized in the reproductive organ may be similar to that of a neoplastic process. 2. In the case of tumours of the pelvis minor of non-specific localization, associated with the application of intrauterine device as a contraceptive method, the possibility of actinomycosis should be considered. 3 Histopathological examination, performed intraoperatively or by biopsy before the surgical procedure, is decisive in the diagnostic process and subsequent treatment. 4. The evaluation of a diagnostic value of bacteriological cultures taken from the uterine cervix to detect anaerobic bacteria in the female population with an increased risk of infection caused by *Actinomyces israeli* requires further research performed on a large group of patients.

Słowa kluczowe: promienica, miednica mniejsza, guz, IUD.

Key words: actinomycosis, pelvis minor, tumour, IUD.

WSTĘP

Promienica – *actinomycosis* jest chorobą wywołowaną przez beztlenową Gram dodatnią bakterię *Actinomyces israeli*. Bakteria ta jest pospolitym komensalem przewodu pokarmowego człowieka. Promienica jest zapaleniem swoistym o charakterystycznym obrazie patomorfologicznym (*sulfur granules* – ziarenka siarki), któremu towarzyszy włóknienie, powstawanie ropni, przetok. Może rozwijać się w każdym narządzie, choć najczęstszą lokalizacją jest twarz i szyja (63%), płuca (15%), jama brzuszna – w tym miednica mniejsza (22%). Promienica rozwija się zazwyczaj jako konsekwencja przebytego urazu, zabiegu operacyjnego, endoskopowego lub obecności ciała obcego [1]. Mimo obserwowanego spadku ogólnej liczby zachorowań na promienicę, w ciągu ostatnich lat notuje się więcej zachorowań na promienicę jamy brzusznej i miednicy mniejszej u kobiet, co jest związane z używaniem wewnątrzmacicznych wkładek antykoncepcyjnych (IUD) [6, 9].

Ustalenie przedoperacyjnie prawidłowego rozpoznania jest możliwe w około 10% przypadków [3]. Zazwyczaj jednak rozpoznanie ustalane jest dopiero w trakcie zabiegu operacyjnego lub po jego zakończeniu na podstawie badania histopatologicznego. Fakt ten opóźnia zazwyczaj wdrożenie prawidłowego leczenia przeciwbakteryjnego.

CEL PRACY

Zaprezentowanie na podstawie własnych doświadczeń przypadku chorobowego promienicy wielonarządowej w obrębie miednicy mniejszej, jednostki chorobowej zbyt rzadko branej pod uwagę w diagnostyce różnicowej zmian chorobowych o typie guza, wywołującego się z narządu rodnego, dróg moczowych bądź przewodu pokarmowego.

MATERIAŁ I METODY

Zastosowano metodę opisu i analizy przypadku klinicznego chorej, leczonej w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym NZOZ „Malarkiewicz i Spółka” w Olsztynie.

OPIS PRZYPADKU

Chora lat 36 została przyjęta do Oddziału Ginekologiczno-Położniczego NZOZ „Malarkiewicz i Spółka” w Olsztynie celem leczenia operacyjnego guza lewych przydatków, który po raz pierwszy został stwierdzony przed 4 miesiącami. W tym czasie chora miała silne dolegliwości bólowe lewego podbrzusza z towarzyszącą gorączką i ambulatoryjnie leczona była z powodu „zapalenia miednicy mniejszej” amoxicylina z kwasem klawulonowym z powodzeniem. Po zakończeniu leczenia ginekolog stwierdził u chorej guz miednicy mniejszej i skierował ją do leczenia szpitalnego. Z wywiadu ponadto ustalono, że miesiączkowała regularnie od 14 roku życia, 2 razy rodziła drogami i siłami natury, ostatni raz w 1992 r. Od 1993 do 2006 r. stosowała antykoncepcyjne wkładki wewnątrzmaciczne (IUD). Ostatnia IUD została usunięta z powodu upławów ropnych. Ponadto przeżyła operację usunięcia wyrostka robaczkowego w 6 roku życia. W badaniu przedmiotowym w chwili przyjęcia stwierdzono nieruchomy, twardy guz lewych przydatków wielkości około 8 cm, poza tym bez odchyień od stanu prawidłowego. W okresie przedoperacyjnym u chorej wykonano badania dodatkowe: morfologię krwi, antygen Ca-125, USG miednicy mniejszej, kolonoskopię, gastrokopię, cystoskopię. Wykonano również histeroskopię z diagnostycznym wyłężczkowaniem kanału szyjki i jamy macicy, z pobraniem wycinków z tarczy szyjki macicy. W badaniach dodatkowych stwierdzono: WBC – $14,34 \cdot 10^3/\mu\text{l}^3$; RBC – $4,34 \cdot 10^6/\mu\text{l}^3$; HGB – 11,8 g/dl; HTC – 37,6%; PLT – $396 \cdot 10^3/\mu\text{l}^3$; GRAN – 78%; LYM – 14,3%; MONO – 5,9%; EO – 1,5%; BASO – 0,3%; PT – 99%, INR – 1,01; czas protrombinowy – 13,1 s. Poziom antygeny Ca-125 wyniósł 37,43 U/ml.

W badaniu ultrasonograficznym miednicy mniejszej, wykonanym sondą przezbrzuszną i przezpochwową, uwidoczniło się prawidłowej wielkości macicę, na prawo od macicy prawy jajnik z kilkoma czynnościowymi pęcherzykami (prawidłowy). Lewego jajnika odrębnie nie uwidoczniło się. Przed macicą, nieco na lewo stwierdzono guz lity średnicy do 65 mm, leżący w kontakcie z tylną ścianą pęcherza moczowego, łączący się z nią i ze zmianami w obrębie pęcherza. W obrębie tylnej ściany pęcherza (badanie wykonano przy miernym wypełnieniu pęcherza) zgrubienie ściany i wyrostki endofityczne.

W badaniu kolonoskopowym aparat wprowadzono jedynie poza zagięcie odbytniczo-esicze, gdzie uwidoczniło się niecharakterystyczne zmiany w postaci obrzęku, ogniskowego przekrwienia śluzówki, powodujące wyraźne ograniczenie światła jelita. Dalszego badania nie forsowano ze względu na złą tolerancję badania oraz wrażenie wtórnego charakteru zmian jelitowych, pobrano wycinki do badania histopatologicznego, na podstawie którego rozpoznano *colitis chronica dispersa*. Wykonana gastroskopia nie przyniosła istotnych informacji klinicznych.

Ze względu na podejrzenie, że punktem wyjścia choroby mógł być pęcherz moczowy wykonano cystoskopię, w której stwierdzono: pojemność pęcherza prawidłową, uniesienie okolicy trójkąta i tylnej ściany przez patologiczną masę od strony pochwy, macicy, bardziej po stronie lewej. Śluzówka nad tym obszarem bez naczyń patologicznych, gładka, lekko rozpulchniona zapalnie, bez typowego obrazu egzofitycznego guza. Po stronie lewej w śluzówce, pojedyncze ogniska przebijającej się nitkowato ropy. „Nitki” ropy w świetle pęcherza. Ujścia moczowodowe obecne, o prawidłowym wyglądzie uniesione przez powyższy guz. Obraz sugerował ropny lub martwiczy charakter guza, który nie wychodził spoza pęcherza. W wykonanej histeroskopii stwierdzono: kształt, budowa kanału szyjki macicy prawidłowe, kształt jamy macicy prawidłowy, błona śluzowa pofałdowana, różowa ogniskowo przekrwiona; ujścia maciczne jajowodów widoczne, prawidłowe. W pobranym materiale do badania histopatologicznego wykazano: wyskrobiny z kanału szyjki macicy – *fragmenta endocervicis normalia*, wyskrobiny z jamy macicy – *fragmenta epithelii plani endocervicis et contentum purulentum*, wycinki z tarczy szyjki macicy – *erosio glandularis epidermisata*.

Chorą zakwalifikowano do laparotomii zwiadowczej, usunięcia guza przydatków z badaniem śródoperacyjnym. Zabieg przeprowadzono w znieczuleniu podpajęczynówkowym. Po typowym przygotowaniu pola operacyjnego cięciem poprzecznym nad spojeniem łonowym otwarto powłokę jamy brzusznej. Stwierdzono liczne zrosty płaszczyznowe wszystkich narządów miednicy mniejszej, początkowo nie dające wglądu w miednicę mniejszą. Poza zrostami o charakterze surowiczym stwierdzono zrosty grube, palpacyjnie twarde, szczególnie ściany guza z pęcherzem i jelita z pęcherzem. Po odpreparowaniu zrostów stwierdzono lity guz przydatków lewych wielkości około 5 × 7 cm (makroskopowo – biały o nierównej powierzchni) oraz niezmienną macicę, powiększony prawy jajnik, miękki, wielkości około 5 × 6 cm. Wycięto guz przydatków lewych, następnie wypreparowano torbiel jajnika prawego. Oba preparaty wysłano do badania śródoperacyjnego (wynik: lewe przydatki – promienica, torbiel prawego jajnika – zmiana łagodna). Dokonano inspekcji jamy brzusznej, stwierdzono: odbytnica palpacyjnie twarda „rurowata”, zgrubienia w ścianie pęcherza moczowego palpacyjnie bardzo twarde, podobne palpacyjnie zmiany stwierdzono w obrębie więzadła szerokiego lewego i na talerzu koło biodrowej lewej. W zatoce Douglasa pozostawiono dren ssący. Wykonano warstwową rekonstrukcję

powłok. Postawiono rozpoznanie pooperacyjne: promienica jamy brzusznej pod postacią guza przydatków lewych, promienicy pęcherza moczowego, odbytnicy i esicy, ściany miednicy mniejszej.

Ostateczny wynik badania histopatologicznego:

strona lewa – *Inflammatio acuta purulenta actinomycotica*,

strona prawa – *Corpus luteum cysticum haemorrhagicum et corpus albicans ovarii*.

W okresie pooperacyjnym stosowano penicylinę krystaliczną w dawce 15 ml na dobę. W stanie ogólnym i miejscowym dobrym pacjentkę wypisano do domu w czwartej dobie pooperacyjnej z zaleceniem dalszego ambulatoryjnego stosowania iniekcji z penicyliny. Podczas kontroli 2 tygodnie po wypisie zmieniono penicylinę G, podawaną dożylnie, na penicylinę V, stosowaną doustnie przez 10 tygodni. Kontrola ambulatoryjna 3 miesiące po przeprowadzeniu operacji wykazała całkowite ustąpienie dolegliwości, w badaniu przedmiotowym nie wykazano odchyień od stanu prawidłowego.

DYSKUSJA

Objawy promienicy brzusznej są niecharakterystyczne. Ustalenie przedoperacyjne prawidłowego rozpoznania jest możliwe w około 10% przypadków [4]. Zazwyczaj jednak rozpoznanie ustalane jest dopiero w trakcie zabiegu operacyjnego (raczej nie na podstawie obrazu klinicznego, który może imitować proces nowotworowy, lub chorobę swoistą jak gruźlica, a na podstawie śródoperacyjnego badania histopatologicznego) [6]. Jeszcze częściej dopiero na podstawie ostatecznego badania histopatologicznego. Przegląd literatury pokazuje, że 75% zarejestrowanych przypadków promienicy stwierdzono u kobiet, a 63% przypadków wystąpiło u osób, które stosowały IUD jako metodę antykoncepcji w okresie do kilku lat przed wystąpieniem infekcji [9]. W związku z tym w diagnostyce różnicowej nieprawidłowych mas w miednicy mniejszej należy uwzględnić promienicę, szczególnie u kobiet stosujących IUD obecnie lub w przeszłości [2, 7, 8]. Jest to ważne ze względu na sposób leczenia promienicy, który polega na stosowaniu antybiotyków i ewentualnie leczenia operacyjnego (w przypadku rozległego uszkodzenia tkanek, przetok, niedrożności, ropni) [6, 8]. Rekomendowanym sposobem leczenia w przypadku promienicy narządowej jest dożylnie podawanie penicyliny G (3–20 ml IU/dobę) przez 4 tygodnie, następnie doustnie penicyliny V (2–4 g/dobę) przez 2–12 miesięcy. W przypadku niemożności zastosowania penicyliny z dużym powodzeniem można podawać klindamycynę lub tetracyklinę [4].

Opisany przypadek nacieku w obrębie miednicy mniejszej, obejmującego lewe przydatki, więzadło szerokie po stronie lewej, pęcherz moczowy, odbytnicę i esicę oraz ścianę miednicy, sprawiał wrażenie guza nowotworowego o trudnej do ustalenia pierwotnej lokalizacji. Wykonanie śródoperacyjnej oceny histopatologicznej usuniętej zmiany umożliwiło ustalenie ostatecznego rozpoznania i zaniechanie roz-

szerzania zakresu operacji. Dalsze leczenie antybiotykiem, w tym przypadku penicyliną, dało chorej szansę na całkowite wyleczenie. Kombinowana terapia, polegająca na stosowaniu antybiotyków i leczenia chirurgicznego, pozwala na wyleczenie ponad 90% chorych. W tych przypadkach śmiertelność promienicy brzusznej jest bardzo niska [5].

W skład rutynowo przeprowadzanej diagnostyki ginekologicznej nie wchodzi izolacja ewentualnych patogenów, zwłaszcza beztlenowych, zasiedlających pochwę i kanał szyjki macicy. Również w opisywanym przypadku nie wykonano u pacjentki posiewu z kanału szyjki macicy w celu izolacji ewentualnych patogenów beztlenowych. Być może wykonanie tego prostego badania mogłoby pozwolić na wcześniejsze rozpoznanie promienicy i włączenie terapii antybiotykowej dużymi dawkami penicyliny przed operacją. W opisanym przypadku leczenie operacyjne miało przebieg niepowikłany, niemniej każda operacja, zwłaszcza w obrębie rozlanego procesu zapalnego niesie ze sobą ryzyko ciężkich powikłań, niekiedy prowadzących do zgonu. Przy braku pilności leczenia operacyjnego, może okazać się korzystne dla pacjentek wykonanie posiewu z kanału szyjki macicy i w przypadku stwierdzenia *Actinomyces israeli* zastosowanie celowanej terapii antybiotykowej przed wykonaniem operacji, w celu zmniejszenia nasilenia zmian zapalnych [8]. W pewnej grupie pacjentek takie leczenie może nawet być wystarczające i pozwoli uniknąć zabiegu operacyjnego [8]. W przypadkach wymagających leczenia operacyjnego ograniczenie procesu zapalnego z pewnością ułatwi wykonanie zabiegu i może przyczynić się do zmniejszenia liczby powikłań.

WNIOSKI

1. Obraz kliniczny promienicy narządu rodneego może przypominać obraz procesu nowotworowego.
2. W przypadku guza miednicy mniejszej, zwłaszcza o niejednoznacznej lokalizacji, oraz przy stosowaniu wkładki wewnątrzmacicznej jako metody antykoncepcji należy przy stawianiu rozpoznania brać pod uwagę możliwość wystąpienia promienicy.
3. Pobranie materiału do badania histopatologicznego przy pomocy biopsji lub śródoperacyjnie ma decydujące znaczenie do postawienia ostatecznego rozpoznania i dalszego leczenia.
4. Ocena wartości diagnostycznej posiewu z kanału szyjki macicy w kierunku bakterii beztlenowych u kobiet z podwyższonym ryzykiem wystąpienia infekcji *Actinomyces israeli* wymaga dalszych badań na licznej grupie pacjentek.

PIŚMIENNICTWO

1. Brown J.: *Human actinomycosis. A study of 181 subjects.* Hum. Path., 1973; 4: 319–330.
2. Durdevi A., Vejnovi A., Novakov A.: *Actinomycosis of the minor pelvis associated with prolonged use of intrauterine contraceptive devices (IUD).* Med. Przegł., 1993; 46(3–4): 101–104.
3. Chatawani A., Amin-Hanjani S.: *Incidence of actinomycosis associated with intrauterine devices.* J. Reprod. Med., 1994; 39: 585–586.
4. Ferrari T., Couto C., Murta-Oliveira C., Conceicao S., Silva R.: *Actinomycosis of the Colon: A Rare Form of Presentation.* Scan. J. Gastroenterology, 2000; 35: 108–109.
5. Filippou D., Psimitis I., Zizi D., Rizos S.: *A rare case of ascending colon actinomycosis mimicking cancer.* BMC Gastroenterol. 2005; 4(5): 1–2.
6. Hsiao H.L., Shen J.T., Yeh H.C., Wu W.J., Wang C.J., Huang C.H.: *Intra- and extra-abdominal actinomycosis mimicking urachal tumor in an intrauterine device carrier: a case report.* Kaohsiung J. Med. Sci., 2008; 24(1): 35–40.
7. Mnif H., Krichen Makni S., Khabir A., Samet Fakhfakh I., Trabelsi K., Charfi S., Ellouze S., Sellami Boudawara T.: *Pelvic actinomycosis: two cases.* Rev. Med. Interne, 2006; 27(12): 946–949.
8. Reyat F., Grynberg H., Sibony O., Molinie V., Galeazzi G., Barge J., Engelmann P.: *Pelvic actinomycosis.* Presse Med., 1999; 28(38): 2113–2116.
9. Wagenlehner F., Mohren B., Naber K., Manni H.: *Abdominal actinomycosis.* Clin. Mic. Inf., 2003; 9: 881–885.