

Primær aktinomykose i omentum majus

Helen Tesfalem & Jakob Kleif

KASUISTIK

Kirurgisk Afdeling,
Hillerød Hospital

Ugeskr Læger
2014;176:V06130418

Aktinomykose skyldes infektion med *Actinomyces*-arter, oftest den grampositive anaerobe *Actinomyces israelii*. *A. israelii* kan forekomme som en del af normalfloraen i mundhule, gastrointestinkanalen og luftvejene [1]. *Actinomyces* kan ikke bryde igennem intakt mucosa, hvorfor vævsskader på mucosa eller hud er en forudsætning for opportunistisk infektion [1]. Disponerende faktorer for abdominal infektion er divertikulitis, traume, kirurgi, spiral og appendicitis [1, 2]. Afhængig af indgangsporten for infektion inddeles den kliniske manifestation efter lokalisation i cervicofaciale, thorax og abdomen [1]. Abdominal aktinomykose uden involvering af intraabdominale viscera er en sjælden tilstand. I det følgende beskrives et patientforløb, hvor aktinomykose i omentum majus blev fjernet ved laparoskopi.

SYGEHISTORIE

En 47-årig kvinde blev indlagt pga. konstante smerter i nedre abdomen igennem et døgn. Fraset tidligere galdestensanfald var hun sund og rask. Objektivt fandt man direkte og indirekte ømhed i venstre side af abdomen, men ingen palpable udfyldninger.

Ved en gynækologisk undersøgelse fandt man normale forhold med en spiral in situ. De vitale parametre var upåfaldende. En biokemisk undersøgelse viste normalt hæmoglobinniveau, basisk fosfatase og

negativ S-humant choriongonadotropinniveau, men forhøjet C-reaktivt proteinniveau til 16 mg/l og alaninaminotransferaseniveau på 77 E/l. En CT af abdomen med i.v.-kontrast viste en atypisk inflammatorisk proces i venstre side af abdomen (**Figur 1** og **Figur 2**), og der blev udført diagnostisk laparoskopi på mistanke om inflammatorisk Meckels divertikel. Ved laparoskopien fandt man i omentum majus en solid tumor, som var adhærent til forreste bugvæg. Efter at man havde sikret sig, at der ellers var normale forhold intraabdominalt, blev tumoren laparoskopisk fjernet en bloc. Makroskopisk vurderet var tumoren 45 × 40 × 20 mm. På snitfladen var den fast heterogen med fedtvævs-lignende områder og nekroselignende forandringer centralt. Ved mikroskopi af omentet påvistes *Actinomyces* med karakteristiske *sulphur granules* bestående af bakterier og inflammatoriske celler (**Figur 3**). Dyrkning af ascitesvæske og podning fra IUD og cervix viste ingen vækst af *Actinomyces*. Efter konstatering af *Actinomyces* fik patienten fjernet spiralen og blev sat i i.v.-behandling med penicillin 5 mio. IE × 4 dagligt i 13 dage, efterfulgt af otte dages behandling med clindamycin 900 mg. Derefter blev patienten behandlet med amoxicillin 750 mg × 3 dagligt.

FIGUR 1

CT med kontrast: tværsnit af abdomen med en proces i omentet.



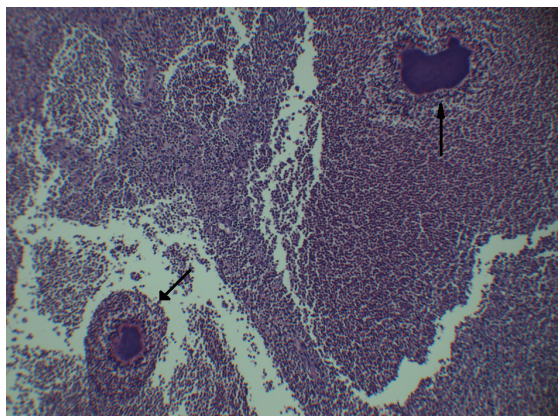
FIGUR 2

CT med kontrast: sagittalsnit af en proces adhærent til forreste bugvæg.




FIGUR 3

Actinomyces-koloni ses som en stor blåviolet struktur centralt omgivet af inflammatoriske celler (pile). Hæmatoxylin-eosin-farvning, x 400.



DISKUSSION

Abdominal aktinomykose kan give diagnostiske vanskeligheder, da symptomerne er ukarakteristiske og ofte opstår længe efter den udløsende årsag. Bil-leddiagnostik og laboratorieprøver er ligeledes uspecifikke, hvorfor symptomerne ofte tolkes som hid-rørende fra en malign tumor [3]. Ved abdominal aktinomykose har præoperativ diagnostik uden biopsi en succesrate på op til 10% [3]. CT fører ofte til kirurgisk indgreb pga. tumormistanke.

Aktinomykose i omentet er en sjælden tilstand, som ikke tidligere er beskrevet på dansk. I litteraturen om primær aktinomykose i omentum majus har behandlingen i alle tilfælde bestået af en kombination af kirurgisk resektion og penicillin. Varigheden af den efterfølgende penicillinbehandling har varieret fra to til fire ugers i.v.-behandling, mens tabletbehandling har varieret fra to uger til seks måneder. Ved abdominal aktinomykose anbefales i.v.-behandling med penicillin initialt efterfulgt af tabletbehandling i op til et år [4]. Ved kombination af penicillin og kirurgisk resektion af det inficerede område er heldbredelsesraten 88,8% [3].

Hovedparten af tidligere beskrevne patienter og patienten i denne sygehistorie havde et ukompliceret efterforløb. Da IUD menes at være en risikofaktor for abdominal aktinomykose [2], er det sandsynligt, at dette var indgangsport til infektion hos patienten i sygehistorien.

Abdominal aktinomykose bør overvejes som differentialdiagnose hos patienter med abdominale symptomer og disponerende faktorer for aktinomykose, hvor resultaterne af klinisk-kemisk undersøgelse

er uspecifikke. Den endelige diagnose kræver påvisning af *Actinomyces* i det afficerede væv. *Pomboe et al* [5] har påvist aktinomykose i omentet ved CT-vejledt grov nålsbiopsi af omentet. Ved klinisk og radiologisk mistanke om aktinomykose i omentet kan denne metode til diagnostik muligvis bidrage til forbedret præoperativ diagnostik. Muligheden for at drænere sig ud af en aktinomykoseabsces i omentet foreligger der p.t. ingen beskrivelser af i litteraturen.

SUMMARY

Helen Tesfalem & Jakob Kleif:

Primary omental actinomycosis

Ugeskr Læger 2014;176:V06130418

We report a case of omental actinomycosis in a female patient with an intrauterine device. A computed tomography had shown an inflammatory tumour in the abdomen. The patient was treated with laparoscopic resection of the tumour and prolonged antibiotic therapy. Abdominal actinomycosis should be considered as a differential diagnosis in patients with abdominal symptoms and unspecific clinical, radiological and laboratory findings. Definitive diagnosis of actinomycosis requires histological examination of affected tissue. Laparoscopic resection seems feasible as an alternative to open surgery.

KORRESPONDANCE: Helen Tesfalem, Kirurgisk Afdeling, Hillerød Hospital, Dyrehavevej 29, 3400 Hillerød. E-mail: helentesfalem@gmail.com

ANTAGET: 5. september 2013

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 13. januar 2014

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Papachristodoulou AJ, Angouras DC, Papavassiliou VG et al. Primary actinomycosis of the greater omentum. *J Infect* 2001;43:159-60.
2. Wan YL, Ng SH, Lee TY et al. Actinomycosis of the greater omentum. *Gastrointest Radiol* 1989;14:38-40.
3. Hirayama Y, Iinuma Y, Hashizume N et al. Abdominal actinomycosis masquerading as an omental tumor in a 12-year-old female. *J Infect Chemother* 2013;19:158-61.
4. Garner JP, Macdonald MK. Abdominal actinomycosis. *Int J Surg* 2007;5:441-8.
5. Pomboe F, Martin R et al. CT-guided core-needle biopsy in omental pathology. *Acta Radiologica* 1997;38:978-81.