

Meningokoksemik Septisemiye Bağlı Cilt Nekrozları: Olgu Sunumu

Dr. Ahmet DEMİR, Dr. Hayati AKBAŞ, Dr. Ethem GÜNEREN,
Dr. Lütfi EROĞLU, Dr. İbrahim ORAK

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Anabilim Dalı,
SAMSUN

- ✓ Meningokoksemik septisemi, hayatı tehdit eden ciddi bir hastalıktır. Bu hastalık, vücudun her yerinde oluşabilen geniş cilt nekrozları ve periferik kangren gelişimi gibi, sistemik trombo-embolik komplikasyonlarla beraberdir. Altı yaşında kız çocuğu olan olgumuzun meningokoksemik septisemiye bağlı tüm vücudunda yaygın cilt nekrozları mevcuttu. Debritleme ve pansumanlar ile olgu takip edildi. Doku nekrozunun fazla olduğu bölgelerde debritleme takiben cilt grefti ile defektler kapatıldı. Doku nekrozunun az olduğu bölgelerde konservatif yaklaşım yeterli oldu. Ameliyat sonrası ikinci ayda yara iyileşmesi normal sınırlar içerisinde idi. Bu yazıda meningokoksal septisemi sonrası yaygın cilt nekrozları olan bir olguyu sunarak, meningokoksal septiseminin cerrahi tedavi yöntemlerini gözden geçirdik.
- Anahtar kelimeler:** Meningokoksemik septisemi, cilt nekrozu, cerrahi tedavi

- ✓ **Skin Necrosis Induced by Meningococemic Septicemia: Case Report**
- Meningococemic septicemia is a severe life threatening illness. It is associated with systemic thromboembolic complications, as well as with extensive tissue necrosis throughout the body and the development of peripheral gangrene. Our case was a six years old girl, had extensive skin necrosis on whole body due to meningococemic septicemia. She was treated appropriate debridement and dressings. Large areas of tissue necrosis were grafted after debridement. Conservative management sufficed in remaining minor areas of tissue necrosis. Wound healing was normal at two months post-operatively. In this paper, we presented a case with extensive skin necrosis induced by meningococemic septicemia and discussed surgical treatment modalities of meningococemic septicemia.
- Key words:** Meningococemic septicemia, skin necrosis, surgical treatment

GİRİŞ

Meningokoksal septisemi sıklıkla fatal bir durumdur^(1,2). Bununla birlikte erken tanı ve yoğun bakım, yeni doğan ve çocuklarda mortaliteyi önemli ölçüde azaltır. Fulminant meningokoksal septisemi, sistemik trombo-embolik komplikasyonlarla beraberdir. Dissemine intravasküler koagülasyon ve tromboz ile ilişkili, yaygın vaskulite bağlı olarak aşırı doku nekrozu ve periferik kangren gelişebilir⁽³⁾.

Meningokoksal septisemi sonrası yaygın

cilt nekrozları olan bir olguyu sunarak, meningokoksal septiseminin cerrahi tedavi yöntemlerini gözden geçirdik.

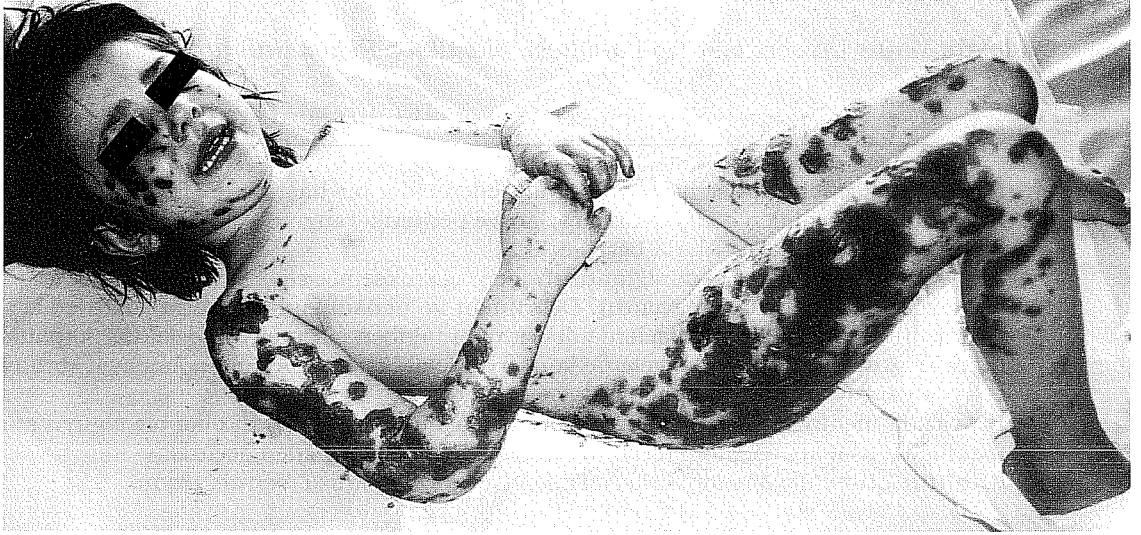
OLGU

Meningokoksal septisemi tanısı ile kliniğimizden istenen konsültasyon sonucu 6 yaşındaki kız çocuğu değerlendirildi. Hastanın hikayesinden, bir hafta önce yüksek ateş, bilinç sık sık kapanması ve ciltte yaygın döküntülerin nedeniyle hastaneye yatırıldığı daha

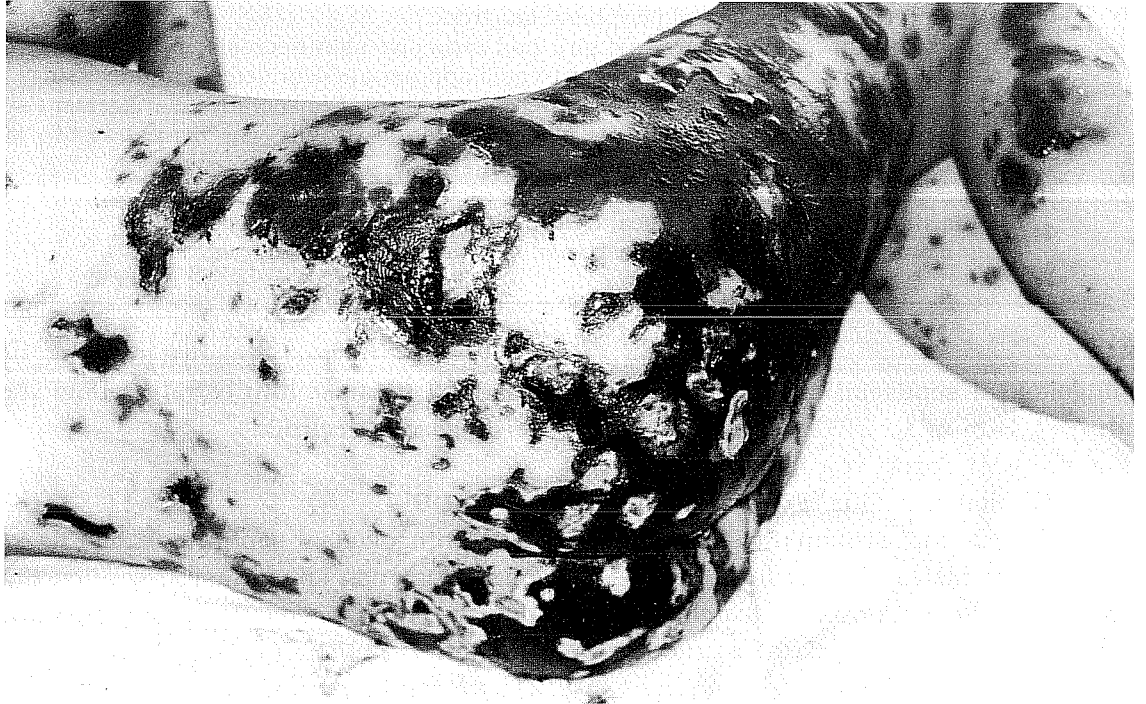
sonra döküntülerin hızla büllöz ve nekrotik lezyonlara dönüştüğü öğrenildi. Hastaya seftiakson ve fraksiparin başlanmıştır.

Fizik muayenede, gluteal bölge ve sağ uylukta daha yaygın olmak üzere, her iki üst ekstremitede, sağ deltoid bölgede ve yüzde multipl cilt nekrozları mevcuttu (Şekil 1A-B).

Olgumuzun ekstremitelerde distallerinde herhangi bir nekroze alanı yoktu. Hasta acil ameliyata alınarak multipl nekrozları debride edildi. Gluteal bölgedeki cilt adaları korundu (Şekil 2). Hasta yaklaşık bir hafta pansumanla takip edildi. Granülasyon dokusu geliştikten sonra hastanın gluteal ve uyluk bölgesindeki defektleri kısmi kalınlık-



Şekil 1A. Olgunun genel görünümü.



Şekil 1B. Sağ gluteal bölgenin yakın plan görünümü.

ta cilt greftinin mesh haline getirilmesi ile kapatıldı. Her iki üst ekstremité ve yüzdeki defektif alanlar debride edildi. Hasta iki hafta sonra tekrar ameliyata alınarak sağ deltoid bölgedeki defektif alanlar kısmi kalınlıkta cilt grefti ile kapatıldı ve geriye kalan alanlar debride edildi. Üst ekstremité ve yüzdeki defektif alanlar sekonder iyileşmeye bırakıldı. Greftlerde herhangi bir iyileşme sorunu olmadı ve hasta taburcu edildi. Hastanın iki ay sonraki kontrolünde greft sahalarında her hangi bir komplikasyonla karşılaşmadı (Şekil 3).



Şekil 2. Debrütman sonrası, gluteal bölgenin görünümü.

TARTIŞMA

Fulminant meningokoksal septisemi ciddi bir sistemik hastalık olup; uygun antibiyotik kullanımı, uygun sıvı replasmanı ve destekleyici tedaviyi içine alan medikal tedavi yanı sıra



Şekil 3. Ameliyat sonrası ikinci ay görünümü.

ra cerrahi tedavisi yönünden rekonstrüktif cerrahlara oldukça zorluklar yaşatmaktadır.

Cilt nekrozlarının oluşma mekanizması karmaşık olup muhtemelen multifaktoriyeldir⁽³⁻⁵⁾. Endotel hücrelere bakterilerin direkt etkisi ve endotoksinlerin lokal hücreler üzerindeki etkisi ile mikrodamarlarda fibrin birikimi olmakta ve kan akımını durdurmaktadır^(1,4). Periferik dokularda *N.Meningitis* hücre içi yerleşimli olup, özellikle dermal dokulara karşı etkili olan güçlü bir endotoksin salgılayarak, endotel hücrelerinden ve makrofajlardan bol miktarda vazoaaktif aminlerin salgılanmasını

başlatır. Endotelyal hasar, damarların geçirgenliğini arttırarak ve mikrovasküler dolaşımı durdurarak, yumuşak doku infarktına ve hemorajik nekroza yol açar⁽¹⁾. Tipik olarak tüm cilt tabakalarını tuttuğu gibi, altındaki yağ ve kas tabakalarını da tutabilir. Lokalize cilt lezyonlarından ekstremitelere nekrozlarına uzanan bir klinik tabloda kendini gösterebilir.

Hastalığın ilerlemesi durup hasta sepsisten çıktıktan sonra nekrozların erken debritleme ve cilt greftleri ile doku defektlerinin kapatılması en çok uygulanan cerrahi tedavi yöntemidir⁽¹⁻⁶⁾. Yara yatağının hazır olmadığı durumlarda erken greft uygulamasının başarı şansı azdır. Temiz ve canlı bir yara yatağı elde etmek için porcine ksenogreft, cilt flepleri, allogreftler, ve kültüre otolog keratinositler kullanılmaktadır⁽⁶⁾. Küçük nekrotik lezyonlara konservatif yaklaşım ile, sekonder yara iyileşmesine bırakılabilir^(5,6). Yıldırım ve arkadaşları, ameliyat öncesi canlı yara yatağı elde etmek ve yara kontaminasyonunu azaltmak, ameliyat sonrası da cilt grefti yaşam şansını arttırmak için hiperbarik oksijen tedavisi uygulamışlardır⁽⁶⁾.

Olgumuzda yara yatağını, greft uygulamasına elverişli olana kadar debritleme ve pansumanlar ile takip ettik. Küçük lezyonları sekonder iyileşmeye bırakarak, kalan diğer yerleri kısmi kalınlıkta cilt grefti ile kapadık.

Meningokoksal septisemideki cilt ve yumuşak doku defektlerinin örtülmesi için özel bir lokal flep tanımlanmamakla beraber, uygun vakalarda cilt grefti ile kombine veya tek başına kullanılabilir^(1,5). Mikrovasküler hasarın klinik olarak hangi seviyeye kadar uzandığına karar vermek zordur. Bu nedenle mikro dolaşımın tromboze olduğu komşu alanlardan hazırlanan lokal flepler büyük olasılıkla yaşamayacaktır. Meningokoksal septisemide uzak fleplerin kullanımı Potokar tarafından tanımlanmış olup, yumuşak dokusunu kaybetmiş el üzerine bir abdominal flep getirerek doku örtüsünü sağlamıştır⁽¹⁾.

Meningokoksal septisemide ekstremitelere kurtarılması için serbest doku naklini ilk olarak 1997'de Yuen tanımlamıştır⁽⁴⁾. İki taraflı diz eklemi açık ve alt ekstremitelerde yaygın do-

ku kaybı olan bir hastada, dizi korumak için cilt grefti, gastrokinemius ve latissimus dorsi fleplerini kombine olarak kullanmıştır. Daha sonra bazı yazarlar da serbest doku nakli ile ilgili deneyimlerini yayınladılar⁽³⁾.

Özellikle ekstremitelerin ve ekstremitelerin uzunluklarının korunabilmesi için tüm rekonstrüksiyon seçenekleri göz önünde tutulmalıdır. Tüm bu seçeneklerin faydasız olduğu durumlarda amputasyon kaçınılmazdır.

SONUÇ

Sonuç olarak meningokoksal septisemi, küçük cilt nekrozlarından ekstremitelere amputasyonlarına kadar uzanan geniş bir klinik tablo oluşturabilir. Medikal tedavisi yanında, cilt nekrozlarında erken debritleme, iyi yara bakımı ve uygun rekonstrüksiyon seçenekleri ile defektif alanların kapatılması cerrahi tedavide esastır.

Geliş Tarihi : 01.11.2001

Yayına kabul tarihi : 27.02.2002

Yazışma adresi:

Dr. Ahmet DEMİR

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim dalı

55139 SAMSUN

KAYNAKLAR

1. Potokar TS, Oliver DW, Russell RR, et al. Meningococcal septicaemia and plastic surgery—a strategy for management. *Br J Plast Surg* 2000; 53: 142-148.
2. Harris NJ, Gosh M. Skin and extremity loss in meningococcal septicemia treated in a burn unit. *Burns* 1994; 20: 471-472.
3. Ninkovic MM, Schwabegger AH, Hausler JH, et al. Limb salvage after fulminant septicemia using a free latissimus dorsi cross-leg flap. *J Reconstr Microsurg* 2000; 16: 603-607.
4. Yuen J. Free muscle-flap coverage of exposed knee joints following fulminant meningococemia. *Plast Reconstr Surg* 1997; 99: 880-884.
5. Mele JA, Linder S, Capozzi A. Treatment of thromboembolic complication of fulminant meningococcal septic shock. *Ann Plast Surg* 1997; 38: 283-290.
6. Yıldırım S, Avcı G, Aköz T, et al. The use of hyperbaric oxygen in treating meningococcal skin necrosis. *Ann Plast Surg* 2001; 46: 199-200.