

AYIN OLGUSU

Nizamettin Kılıç(*), Turgut Türkel(**), Belgin Yavaşçaoğlu(***), Hasan Doğruyol(***)



Resim 1: Nekrotizan fasiitis (preoperatif görüntü)



Resim 2: Postoperatif görüntü

Olgu

1,5 yaşında erkek çocuk Su çiçeği döküntülerinin başlamasını takiben 1.haftanın sonunda karın duvarının sağ üst yanında ve sağ kalçaya doğru iki

bağımsız noktada selülit gelişmeye başlamıştı. Hastanın bu dönemde yapılan incelemelerinde hemogram normal olmakla birlikte periferik formül değerlendirilmesinde sola kayma saptandı. Hemokültüründe etyolojik ajan üretilmedi. Lezyondan alınan kültürde str. pyogenes türünde bakteri üretilmesi üzerine hastaya penisilin ve amikasin kombinasyon tedavisi uygulanmaya başlandı. Medikal tedaviye ve tekrarlanan cilt altı aspirasyonlarına rağmen lezyonların bakteriyel süperenfeksiyonunu takiben ateş, lökositoz ve yumuşak doku nekrozu ile karakterize nekrotizan fasiitis tablosu gelişti. İkinci haftanın sonunda lezyon sınırlarının netleşmesi üzerine hastaya genel anestezi altında nekrotik dokuların debridmanı ve cilt greftlenmesi işlemi uygulandı. (Şekil 1,2) Operasyon sonrası sorunsuz seyreden hasta postoperatif 1.haftanın sonunda taburcu edildi.

Editörün notu:

Bu sayfa 'ayın olgusu' başlığı ile ilginç olgu bildirimlerine ayrılmıştır.

1-İlginç ve tanı koydurucu görüntüsü olan (resim, radyografi, ultrason, bilgisayarlı tomografi, magnetik rezonans veya patolojik inceleme) olgular kabul edilecektir.

2- Genel olarak derginin yazım kuralları bu sayfada da geçerlidir, kaynakça sayısı 10'u geçmemelidir,

3-Biçimsel olarak ilk sayfa olguya ait tanıya yardımcı görüntülemeler yanında kısaca olgu sunumu için ayrılmıştır, tanıya götüren bulgular vurgulanmalı, tanıdan bahsedilmemelidir. İkinci sayfada ise görüntülerin açıklaması, giriş, tanımlama, tarihçe, tanıya yardımcı laboratuvar incelemeleri, ayrııcı tanı özellikleri ve tedavi metodlarını açıklayan, olgudaki özelliklerin tartışıldığı, 12 puntuyla, iki aralıklı olarak yazılmış ve iki daktilo sayfasını geçmeyen özlü bilgiye yer verilecektir.

(*) Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, (Doç.Dr.)

(**) Bursa Çocuk Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği, (Opr.Dr.)

(***) Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, (Doç.Dr.)

(****) Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, (Prof.Dr.)

Tanı-Tartışma

Bir çocukta su çiçeği komplikasyonu olarak nekrotizan fasiitis

Suçiçeği sık görülen ve iyi seyirli bir çocukluk çağı hastalığı olmakla birlikte, hastalık sürecinde bazı komplikasyonlar görülebilmektedir. Bunlardan birisi de bakteriyel süperenfeksiyon sonucunda ortaya çıkan basit selülitistir (1). Özellikle A grubu streptokokların süperenfeksiyonu sonucunda bazen basit selülitisten derin dokularda nekroz ile seyreden nekrotizan fasiitise dönüşüm olabilmektedir. İki antitenin klinik benzerlikleri nedeniyle nekrotizan fasiitis tanısında gecikmeler ve bu gecikmeler sonucunda da artmış morbidite ve mortalite görülebilmektedir (2). Nekrotizan fasiitisin seyrek olarak görülmesi tanısız gecikmelerin diğer önemli nedenidir (3).

Hastalık ilk dönemde eritem, lokalize endürasyon ve infekte veziküller çevresindeki ağrı ile karakterizedir. Bazı ipuçları, hekimi basit selülitisten derin yumuşak doku enfeksiyona gidiş olduğu yönünde uyarabilir. Su çiçeği başladıktan sonra genellikle hastalar 48 saat içinde ateşsiz bir döneme girdiğinden dolayı devam eden ateş, odak araştırmasını gerektirir. Nekrotizan fasiitis gelişirken lezyon bölgesindeki ağrı hissi beklenenden çok daha fazla olmaktadır. Çocuk, özellikle ekstremitelere yakın lezyonların varlığında yürümeye karşı isteksizlik gösterebilir(4). Taşikardi, periferik formülde bant hakimiyeti ve sola kayma, hipotansiyon gibi bulgular bu dönemde beklenen durumlardır. Ciltte portakal kabuğu görüntüsü (peau d'orange) yada nekroz saptanabilir. Hipotansiyon gibi sistemik bulgular hastalığın geç dönemine rastlamaktadır(5). Ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans incelemeleri gibi görüntüleme yöntemleri tanıya katkıda bulunabilmekle birlikte cerrahi tedavinin uygulanmasını geciktirebilmektedirler.

Bu ciddi komplikasyon cilt, ciltaltı, fasya ve bazen de alttaki kas dokularını ilgilendiren nekroz ile seyreden mortal bir durumdur. Nekrotizan fasiitis beraberinde ciddi sıvı-elektrolit resüsitasyonu ve antibiyoterapi gerektiren septik şok tablosu ile seyredebilir. Tanıyı akılda tutmak ve erken cerrahi konsültasyondan yararlanmak nekrotizan fasiitis tanısının koyulması ve erken tedavi için önemli unsur-

lardandır. Parenteral antibiyoterapi, yoğun destek tedavisi, sıvı-elektrolit replasmanı ve nekrotik dokuların cerrahi debridmanı tedavinin önemli aşamalarıdır (6).

Nekrotizan fasiitisin tedavisinde hiperbarik oksijen tedavisinin etkinliğini destekleyen çok sayıda çalışma olmakla birlikte çocuklarda kullanımı halen tartışmalıdır (1,7). Biz olgumuzun yaşının küçük olması ve hastanemizde bu olanağa sahip olamamız nedeniyle, bu tedavi seçeneğini kullanmadık.

Suçiçeği seyri esnasında A grubu B hemolitik streptokoklarla seyreden selülit, nekrotizan fasiitis ve toksik şok sendromuna bir eğilim görülmektedir. Bu durumun nedeni açık değildir ve sadece hastalık seyri esnasında cilt bariyerinin kırılması ile izah edilememektedir (3).

Sonuç olarak, su çiçeğine bağlı nekrotizan fasiitis morbiditesi yüksek ve bazen mortaliteye neden olabilen bir hastalıktır.

Kaynaklar

1. Waldhausen JHT, Holterman MJ, Sawin RS: Surgical implications of necrotizing fasciitis in children with chickenpox. J Pediatr Surg 1996; 31: 1138-41.
2. Brogan TV, Nizet V: A clinical approach to differentiating necrotizing fasciitis from simple cellulitis. Infections in Medicine 1997; 14: 734-8.
3. Floret D: Virus-bacteria co-infections. Archives de Pediatrie 1997; 4: 1119-24.
4. Sawin RS, Schaller RT, Tapper DT, et al: Early recognition of neonatal abdominal wall necrotizing fasciitis. Am J Surg 1994; 167: 481-4.
5. Kosloske AM, Cushing AH, Borden TA, et al: Cellulitis and necrotizing fasciitis of the abdominal wall in pediatric patients. J Pediatr Surg 1981; 16: 246-51.
6. Laupland KB, Davies HD, Low DE, et al: Invasive group a streptococcal disease in children and association with varicella-zoster virus infection. Pediatrics 2000; 105: 601-7.
7. Erdmann D, Zamboni WA, Husman J, et al: Hyperbaric oxygen therapy improves outcome of streptococcal myositis in mice. Undersea Hyperb Med 1995; 22S: 13.