

# Göğüs Ön Duvarının Nekrotizan Fasiiti

Güzin Yeşim ÖZGENEL, Selçuk AKIN, Mesut ÖZCAN

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı

## ÖZET

Nekrotizan fasiit, fasya ve subkutan dokunun nekrozu ile karakterize, nadir görülen, ciddi seyirli bakteriyel bir enfeksiyondur. Hastalık sıklıkla ekstremitelerde, gövde ve perineal bölgeleri tutar. Göğüs ön duvarının tutulumu nadirdir. Bu makalede, göğüs ön duvarında nekrotizan fasiit tanısı ile tedavi edilen 2 olgu sunulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Göğüs ön duvarı. Nekrotizan fasiit. Yumuşak doku enfeksiyonları. Servikal nekrotizan fasiit.

## Necrotizing Fasciitis of The Chest Wall

## SUMMARY

Necrotizing fasciitis is an uncommon severe bacterial infection that is characterized by necrosis of the fascia and subcutaneous tissue. It is most commonly seen in the extremities, trunk and perineum. It scarcely affects the chest wall. In this report, two patients with necrotizing fasciitis of chest wall were presented.

**Key Words:** Anterior wall of the chest. Necrotizing fasciitis. Soft tissue infections. Cervical necrotizing fasciitis.

Nekrotizan fasiit (NF) primer olarak süperfisyel fasyal dokuları tutan mortalite ve morbiditesi oldukça yüksek ciddi bir bakteriyel enfeksiyondur.<sup>1</sup> Hastane gangreni, nekrotizan erizipel, hemolitik streptokokal gangren, süpuratif fasiit, bakteriyel sinerjistik gangren ve akut dermal gangren gibi çeşitli isimler altında tanımlanmıştır.<sup>2-4</sup> Hastalık sıklıkla ekstremiteleri, gövde ve perine bölgelerini tutar. Göğüs ön duvar tutulumuna sık rastlanmaz. Ayrıca odontojenik kaynaklı vakalarda çok nadirdir.<sup>5,6</sup> Bu klinik çalışmada, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi (UÜTF) Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniğinde göğüs ön duvarında NF tanısı ile tedavi edilen 2 olgu sunulmaktadır.

## Hastalar ve Sonuçlar

Her 2 olguda ilk önce enfeksiyon kliniğine başvurulmuş ve daha sonra kliniğimize NF tanısı ile yatırılmıştır.

Geliş Tarihi: 18.09.2003  
Kabul Tarihi: 05.11.2003

Dr. Güzin Yeşim ÖZGENEL,  
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı,  
El Cerrahisi Bilim Dalı,  
16059 Görükle/BURSA  
Tel: 0.224.442 81 93  
Faks: 0.224.442 80 79  
E-mail: gozgenel@yahoo.com

## Olgu 1

62 yaşındaki bayan hasta göğüs ön duvarında cilt, cilt altı doku ve fasyayı içine alan nekroz nedeni ile kliniğimize yatırıldı. Hikayesinde kaplıcaya gittikten 1 ay sonra yüksek ateş ve boğaz ağrısı şikayeti olduğu ve ilerleyen günlerde göğüs ön duvarında ısı artımı ve kızarıklık geliştiği öğrenildi. Fizik muayenede, göğüs ön duvarından başlayıp her iki meme dokusunu da içine alan ve boyuna yayılan hiperemi, ciltte bullöz oluşumlar ve yer yer nekrotik alanlar mevcuttu (Şekil 1).



**Şekil 1.**  
*Birinci olgunun preoperatif görünümü*

## Olgu 2

65 yaşında bayan hasta, göğüs ön duvarında şişlik, kızarıklık ve ağrı şikayeti ile kliniğimize yatırıldı. Anamnezinde, 1 ay önce diş çektirdiği öğrenildi. Fizik muayenede, göğüs ön duvarından başlayıp boyun ve submandibüler bölgeye yayılım gösteren enfeksiyon ve cilt altı krepitasyon mevcuttu (Şekil 2).



**Şekil 2.**

*İkinci olgunun preoperatif görünümü*

Her iki olguda da nekrotizan fasiit, derin servikal fasiite sekonder olarak göğüs ön duvarına yerleşti.

Olgulardan kliniğimize yatırıldıktan hemen sonra yara kültürü alınıp, kültür ve antibiogram için laboratuara gönderildi. İlk sonuçlar gelene kadar hastalara penisilin, gentamisin ve klindamisin üçlü kombinasyon başlandı. Antibiogram sonucu gelince gerekli düzenlenmeler yapıldı. Yara kültürlerinde, Pseudomonas aeruginosa üredi. Her iki olguda, predispozan faktörler diyabet ve şişmanlık idi.



**Şekil 3A.**

*Birinci olgunun postoperatif geç görünümü*

Bütün hastalara acil cerrahi girişim yapıldı. Cerrahi tedavi, uygun cilt insizyonları ile cilt altı lokalize koleksiyonun drenajı, bütün nekrotik dokuların kanamalı dokulara ulaşmaya kadar fasyada dahil debride edilmesini içermekte idi. Yara zemininde sağlıklı granülasyon dokusu geliştiğinde ve yara kültürü temiz geldiğinde rekonstrüktif cerrahi girişimler gerçekleştirildi. Her iki olguda da debridman

sonrası açığa çıkan defektler, kısmi kalınlıkta deri greftleri ile örtüldü (Şekil 3). Hastaların takip süresi 6 ay ile 5 yıl idi. Operasyon sonrası herhangi bir komplikasyon görülmedi. Her iki olguda meme rekonstrüksiyonu istemediği için buna yönelik bir girişim planlanmadı.



**Şekil 3B.**

*İkinci olgunun postoperatif erken görünümü*

## Tartışma

NF, erken ve agresif cerrahi tedavi gerektiren mortalitesi yüksek ve nadir görülen yumuşak dokunun bakteriyel enfeksiyonudur. Hemen hemen vücudun bütün anatomik bölgelerinde görülmekle birlikte, baş-boyun bölgesi ve göğüs ön duvarı tutulumuna nadiren rastlanılmaktadır.<sup>7-11</sup> En sık karşılaşılan etyolojik faktörler, travma ve operasyondur. Ancak bazı vakalarda, hiçbir sebep tespit edilemeyebilir. Burada sunulan olguların birinde etyoloji odontojenik kaynaklı iken, diğer olguda ise hiçbir etyolojik faktör saptanamamıştır.

NF, her yaşta görülebildiği gibi özellikle 65 yaş üzerindeki hastalarda daha sık görülmektedir. Sıklıkla immün sistemi etkileyen hastalıkları olan kişilerde özellikle diyabeti olanlarda görülür. Bunun dışında diğer risk faktörleri arasında yaşlılık, obezite, malignite, malnütriyon, alkolizm, immunosupresif tedavi, periferik damar hastalıkları ya da debilité sayılabilir.<sup>12-15</sup> Bu çalışmada sunulan 2 olguda predispozan faktör olarak diyabet ve şişmanlık tespit edilmiştir.

Bu hastalıkta erken tanı koymak oldukça zordur. Çünkü erken safhada, cilt normal görünümündedir. Odontojenik kaynaklı NF'de enfeksiyon erken safhada sadece derin fasyal dokularını tutar. Yüzeysel fasyayı tuttuğunda yayılım hızlanır ve klinik bulgular kendini gösterir. Hastada fizik bulguları ile paralellik göstermeyen ağrı şikayetleri gelişir.<sup>8,9,16</sup> Dolayısıyla klinik açıdan şüpheli yaklaşım, tanı ve cerrahi tedavinin erken dönemde yapılmasına olanak sağlar.

NF'de etken patojen çoğunlukla grup A streptokokların virulan formudur. Bazı vakalarda ise aerop ve anaerob bakterilerin sinerjistik etkileri fulminan en-

## Göğüs Ön Duvarının Nekrotizan Fasiiti

feksiyona neden olur.<sup>17-19</sup> Literatürde en sık rapor edilen bakteriler, Enterokok ve Streptokok gibi gram (+) aeroplara, Esherichia coli ve Pseudomonas aeruginosa gibi gram (-) aeroplara ve Clostridium ve Bacteriodes gibi anaeroplardır.<sup>12</sup> Bu çalışmada sunulan 2 olgunun yara kültüründe Pseudomonas aeruginosa üremiştir.

NF'in tedavisinde ana hedef, bütün nekrotik ve enfekte dokuların erken dönemde geniş cerrahi debridmandır. Cerrahi tedavide gecikme mortalite oranını artırır. Ek olarak, etkili bir antibiyoterapi de mortalite riskinin azaltılmasında önemlidir.<sup>12,9</sup> Burada sunulan her 2 olguda cilt, cilt altı doku ve fasyayı içeren geniş cerrahi debridman yapılmış ve pansumanlarla drenaj sağlanmıştır. Yara zemini granüle ve kültüründe bakteri üremediğinde rekonstrüktif girişimler gerçekleştirilmiştir. NF'li olguların çoğunda defektlerin kısmi kalınlıkta deri grefti ile örtümü yeterlidir.

Sonuç olarak, NF ilerleyici ve ölümcül seyirli bakteriyel bir enfeksiyondur. Mortalite oranı %27 ile 40 arasında değişmektedir.<sup>20,21</sup> Erken tanı, antibiyoterapi ve cerrahi debridman mortalite ve morbiditeyi azaltan faktörlerdir.

### Kaynaklar

1. Ripley DL. Necrotizing fasciitis. Prim Care Update Ob/Gyns 2000;7:142-7.
2. Meleney FL. Hemolytic streptococcus gangrene. Arch Surg 1924;9:317-35.
3. Gallia LJ, Johnson JT. Cervical necrotizing fasciitis. Otolaryngol Head Neck Surg 1981;89:935-9.
4. McCafferty EL, Lyons C. Suppurative fasciitis as an essential feature of haemolytic streptococcus gangrene, with notes on fasciotomy and early wound closure as treatment of choice. Surgery 1924;24:438-41.
5. Balcerak RJ, Sisto JM, Bosack RC. Cervicofacial necrotizing fasciitis. J Oral Maxillofac Surg 1988; 46:450-9.
6. Gaukroger MC. Cervicofacial necrotizing fasciitis. Br J Oral Maxillofac Surg 1992;30:111-4.
7. Sutherland ME, Meyer AA. Necrotizing soft-tissue infections. Surg Clin North Am 1994;74:591-607.
8. Urschel JD, Takita H, and Antkowiak JG. Necrotizing soft tissue infections of the chest wall. Ann Thorac Surg 1997;64:276-9.
9. Safran DB, and Sullivan WG. Necrotizing fasciitis of the chest wall. Ann Thorac Surg 2001;72: 1362-4.
10. Freischlag JA, Ajalat G, Busuttill RW. Treatment of necrotizing soft tissue infections: the need for a new approach. Am J Surg 1985;149:751-5.
11. Janevicius RV, Hann SE, Batt MD. Necrotizing fasciitis. Surg Gynecol Obstet 1982;154:97- 102.
12. Donaldson PMW, Naylor B, Lowe JW, Goulesbrough DR. Rapidly fatal necrotizing fasciitis caused by Streptococcus pyogenes. J Clin Pathol 1993;46:617-9.
13. Rae WJ, Wyrick WJ. Necrotizing fasciitis. Ann Surg 1970;172:957-64.
14. Addison WA, Livengood CH III, Hill GB et al. Necrotizing fasciitis of vulvar origin in diabetic patients. Obstet Gynecol 1984;63:473-9.
15. Kaul R, McGeer A, Low DE, et al. Population-based surveillance for group A streptococcal necrotizing fasciitis: Clinical features, prognostic indicators, and microbiologic analysis of seventy-seven cases. Am J Med 1997;103:18- 24.
16. Dellinger EP. Severe necrotizing soft-tissue infections: multiple disease entities requiring a common approach. JAMA 1981;246:1717-21.
17. Giuliano A, Lewis F, Hadley K, Blaisdell FW. Bacteriology of necrotizing fasciitis. Am J Surg 1977;134:52-7.
18. File TM Jr, Tan JS. Treatment of skin and soft-tissue infections. Am J Surg 1995;169(Suppl):27S-33S.
19. Forni AL, Kaplan EL, Schlievert PM, et al. Clinical and microbiological characteristics of severe group A streptococcus infections and streptococcal toxic shock syndrome. Clin Infect Dis 1995;21: 333-40.
20. Roberson JB, Harper JL, Jauch EC. Mortality associated with cervicofacial necrotizing fasciitis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1996;82:264-7.
21. Helmy SA, Salah MA, Nawara HA, et al. Life-threatening cervical necrotizing fasciitis. J R Coll Surg Edinb 1997;42:410-3.