

Nekrotizan Fasiite Farklı Bir Bakış: Vaka Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

A Different View of Necrotizing Fasciitis : Case Report and Review of the Literature

Soner TEZCAN¹, Çağla ÇİÇEK², Dürdane KESKİN², Candemir CERAN²,
Mustafa Erol DEMİR SEREN²

Öz

Nekrotizan fasiit: hızlı ilerleyen, progresif inflamatuvar fasya enfeksiyonu ve buna bağlı gelişen sekonder subkütan doku enfeksiyonu olarak tanımlanmaktadır. Yayılım hızı ise subkutan tabakanın kalınlığıyla doğrudan ilişkilidir. Diabetes mellitus, kanser, alkolizm, vasküler yetmezlikler, HIV enfeksiyonu, nötropeni ve organ transplantları gibi patolojilerin immün sistemi baskılanmış hastalarda artış göstermesi nedeniyle nekrotizan fasiit sıklığı da artış göstermektedir. Bu nedenle alt ekstremitelerde görülme sıklığı daha da fazla olan bu patolojinin değişik klinik prezentasyonlarına dikkat çekmeyi amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Nekrotizan fasiit, diyabetes mellitus, diyabetik ayak.

Abstract

Necrotizing fasciitis is characterised as a rapidly progressive inflammatory infection of the fascia, and thereby the secondary necrosis of the subcutaneous tissues. The speed of spread is directly proportional to the thickness of the subcutaneous layer. The frequency of necrotizing fasciitis has been on the rise because of an increase in immunocompromised patients with diabetes mellitus, cancer, alcoholism, vascular insufficiencies, organ transplants, HIV infection or neutropenia. So we aimed to highlight different clinical presentations of the necrotising fasciitis which could be seen in lower extremities more frequently.

Keywords: Necrotizing fasciitis, diabetes mellitus, diabetic foot.

İletişim Adresi:

Soner Tezcan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Pınarbaşı Mah. Sanatoryum Cad. Ardahan Sok. No:25 06380

Telefon: +90 312 356 90 00 • **E-posta:** soner.md@hotmail.com

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara/Türkiye

² Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara/Türkiye

Giriş

Nekrotizan fasiit: nadir görülen, fasya ve çevre yumuşak dokunun nekrozu ile karakterize ağır seyirli bir subkutan yumuşak doku enfeksiyonudur. Genellikle akut, nadiren subakut olmakla birlikte progresif seyir izlemektedir. Vücudun herhangi bir bölümünü etkileyebilmekte ama travmaya maruziyetin daha muhtemel olduğu ekstremitelerde sık görülmektedir^{1,2}. Diabetes mellitus, alkolizm, organ yetmezlikleri, yaşlılık gibi immün sistemin defektif olması da ilerleyici enfeksiyona neden olabilmektedir³.

Bu tür bir enfeksiyonun mortalite ve morbiditesi yüksek olduğundan tanı ve tedavisi aciliyet arz etmektedir. Bu nedenle antibiyoterapi ve cerrahi debridmanın acil şartlarda sağlanması gerekmektedir.^{4,5}

Bu sunumda nekrotizan fasiit tablosunun değişik klinik seyirlerle kendini gösterdiği üç olguyu sunarak, bu patolojik sürecin tanı ve tedavisine literatür taramasının da desteğiyle ışık tutmayı amaçladık.

Olguların Sunumu

Olguların Sunumu

Olguların Sunumu
40 yaşında erkek hasta yaklaşık iki gün önce sağ ayak tabanında başlayan ağrı, kızarıklık ve şişlik şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde hastanın ayak hijyeninin kötü olduğu ve 3-4. parmak pulplarında nekrotik doku defektleri olduğu dikkati çekmekte idi. Sağ ayak dorsumundan ilerleyerek sağ inguinal alana uzanan geniş bir ekimotik alan mevcuttu. Mevcut olan venöz yetmezlik arteriyel dolaşımda yetmezliğe neden olmuştu.



Resim 1: Olguların Sunumu - Uylukta fasyatomi sonrası defekt

Laboratuvar tetkiklerinde lökosit (beyaz küre): 22100/mm³, sedimentasyon: 87/h, C-reaktif protein:

17,2mg/L idi. Hastaya acilen sağ alt ekstremitte fasyatomileri ve yumuşak doku debridmanı yapıldı. Alınan doku kültürleri sonucunda Streptococcus pyogenes üremesi oldu. Hasta mevcut kardiyak problemleri nedeni ile postoperatif ikinci günde yoğun bakım ünitesinde exitus olarak kabul edildi.

Olguların Sunumu

Olguların Sunumu
Hikayesinde yaklaşık bir senedir sol ayak bileği medialindeki venöz ülser nedeniyle tedavi gördüğü öğrenilen 45 yaşında erkek hasta, acil servisimize bir hafta öncesinde başlayan ödem, kızarıklık ve hassasiyet şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenesinde sol ayak bileği medialinde yaklaşık 8 cm çaplı venöz ülser ve popliteal bölgeye ilerleyen eritem mevcuttu. Arteriyel dolaşım doppler usg ile kontrol edilerek normal olduğu görüldü. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit: 16000/mm³, sedimentasyon: 55/h, C-reaktif protein: 12,3mg/L idi. Hastaya acil cerrahi debridman planlanarak intravenöz profilaktik antibiyoterapi başlandı. Doku ve sürüntü kültürleri sonucunda Pseudomonas aeruginosa üremesi saptandı. Yapılan seri debridmanlar ve medikal tedavi sonucunda oluşan defekt kısmi kalınlıkta deri grefti uygulanarak kapatıldı.



Resim 2: Olguların Sunumu - Sol medial malleolde bulunan defekt kaynaklı nekrotizan fasiit

Olguların Sunumu

Olguların Sunumu
65 yaşında bayan hasta yaklaşık dört gün önce sağ bacak pretibial alanda başlayan ağrı ve ödem nedeniyle hastanemize acil servisine başvurdu. Fizik muayenesinde sağ bacak pretibial bölge medialinde yak-

laşık 2 cm çapında ülser lezyon ve ülser çevresinde posteriora uzanan 5x8 cm çapında nekrotik deri adası mevcuttu. Yapılan doppler usg sonucunda anterior ve posterior tibial arter proksimalinde %90'a yakın oklüzyon mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit: 12.500/mm³, sedimentasyon: 62/h, C-reaktif protein: 8,3mg/L olarak tespit edildi. Hastanın acil cerrahi debridman ve intravenöz antibiyoterapisi planlandı. Doku kültüründe Streptococcus pyogenes üremesi saptandı. Sıralı debridmanlar sonrasında yeterli yara iyileşmesi gözlenemeyen hastaya diz altı amputasyonu uygulandı. Gündük intakt olarak hasta taburcu edildi.



Resim 3: Olgu 3 - Sağ pretibial alanda fasyotomi sonrası oluşan defekt

Tartışma

Nekrotizan fasiit: immün sistem defekti olan hastalarda ortaya çıkan, fasyalar boyunca yayılım gösteren, cilt altı damar yapısında tromboza ve doku nekrozuna yol açan bir yumuşak doku enfeksiyonudur. Enfeksiyon genellikle küçük yaralanmaları takiben başlar. Olguların %70'inde diabetes mellitus görülmektedir. Bunun dışında ileri yaş, aşırı alkol tüketimi, maligniteler, kronik kalp ve akciğer hastalıkları, HIV enfeksiyonu, intravenöz ilaç veya uyuşturucu kullanımı, radyoterapi ya da immün sistemi baskılayıcı tedavi ve malnütrisyon nekrotizan fasiit gelişimi için diğer risk faktörleridir². Nekrotizan fasiit için en belirleyici klinik bulgu lezyonun fiziksel görünümü ile uyumsuz şiddetli ağrı ve lokal hassa-

siyettir. Enfeksiyon sırasında lökosit sayısı, eritrosit sedimentasyon hızı, glukoz ve C-reaktif protein artabilir ancak bunlar özgül olmayan bulgulardır^{6,7}. Bakteriyel lipazların etkisi ile mobilize olan derialtı yağlarından yağ asitleri açığa çıkmakta ve kalsiyum ile birleşerek sabunlaşma meydana gelmektedir. NF olgularında ortaya çıkan hipokalseminin nedeni buna bağlanmaktadır^{8,9}. Enfeksiyon etkenleri çoğunlukla polimikrobiyaldir. Pseudomonas aeruginosa da nadiren etken olabilmektedir. En sık Streptococcus pyogenes' in görüldüğü monomikrobiyal enfeksiyonlar, vakaların 1/3'ünü oluşturur. Tedavide asıl önemli olan erken tanı, uygun antibiyotik tedavisi, yeterli genişlikte debridman, sıvı-elektrolit dengesinin düzenlenmesi ve analjezinin sağlanmasıdır¹⁰

Sonuç

Hastalarımızın literatürle klinik uyumluluğu dikkati çekmekle birlikte, birbirinden farklı seyir izlemelerini nekrotizan fasiit tablosunun geniş bir perspektifte karşımıza gelebileceğinin göstergesi olarak değerlendirebiliriz. Bu bilgiler ışığında, acil tanı ve cerrahi tedavinin önemli olduğu bu klinik tablonun en iyi şekilde sonuçlandırılabilmesi için, tedavi basamaklarının eksiksiz yerine getirilmesinin önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Alblas J, Klicks RJ, Andrlessen A: A special case: treatment of a patient with necrotising fasciitis. British journal of nursing 2013, 22:S22-24, S26.
2. Cheung JP, Fung B, Tang WM, Ip WY: A review of necrotising fasciitis in the extremities. Hong Kong medical journal = Xianggang yi xue za zhi / Hong Kong Academy of Medicine 2009, 15:44-52.
3. Frisman E, Racz O, Beck J, Firment J, Bodnarova L: Fournier's gangrene (necrotising fasciitis) complicated by renal and respiratory insufficiency: a case report. Journal of wound care 2016, 25:34, 36-38.
4. Altmann S, Meyer F, Infanger M, Damert HG: [Plastic-surgical treatment options in necrotising fasciitis]. Zentralblatt fur Chirurgie 2015, 140:205-209.
5. Arifi HM, Duci SB, Zatriqi VK, Ahmeti HR, Ismajli VH, Gashi MM, Zejnullahu YM, Mekaj AY: A retrospective study of 22 patients with necrotising fasciitis treated at the University Clinical Center of Kosovo (2005-2010).

- International wound journal 2013, 10:461-465.
6. Banwell PE, Bovill E, Carter P, Ahmed S: Diagnosing necrotising fasciitis. *Journal of wound care* 2005, 14:110-111.
 7. Carter PS, Banwell PE: Necrotising fasciitis: a new management algorithm based on clinical classification. *International wound journal* 2004, 1:189-198.
 8. Khan A, Ahmad N: Necrotising fasciitis managed without any surgical intervention. *Eye* 2001, 15:811-812.
 9. Rietveld JA, Pilmore HL, Jones PG, Theis JC, Bowie DA, Dempster AG, Walker RJ: Necrotising fasciitis: a single centre's experience. *The New Zealand medical journal* 1995, 108:72-74.
 10. Garro Martinez P, Torradabella de Reynoso P, Caja Lopez V, Sarmiento Martinez X: [Penicillin ineffectiveness in a case of necrotising fasciitis caused by *Streptococcus pyogenes*]. *Medicina clinica* 1995, 104:278.