

Naltrekson İmplantına Bağlı Gelişen Nekrotizan Fasiit- İlk Olgu Sunumu

*Necrotizing Fasciit Associated with
Naltrexone Implant- First Case Report*

**Hakan ATAŞ¹, Hakan BULUŞ¹, Alper YAVUZ¹, Gökhan AKKURT¹,
Altan AYDIN¹, Utku TANTOĞLU¹, Mustafa ALİMOĞULLARI¹**

Öz

Nekrotizan fasiit (NF) cilt, cilt altı dokular ve yüzeysel fasyanın hızlı ilerleyen enflamasyon ve nekrozu ile karakterize, nadir görülen ve hayatı tehdit eden bakteriyel bir enfeksiyondur. NF'e neden olan çok sayıda tanımlanmış etyolojik faktör olmasına rağmen, literatürde Naltrekson implantları ile ilişkili NF hakkında kısıtlı bilgi mevcuttur. Biz de üç kez Naltrekson implantı uygulanan 26 yaşındaki opioid bağımlısı, erkek NF vakasını literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Nekrotizan fasiit, Naltrekson implantı, cerrahi debridman

Abstract

Necrotizing fasciit (NF) is an infrequent, life-threatening bacterial infection characterized by quickly progressive inflammation and necrosis of the skin, subcutaneous tissue and superficial fascia. Even though there are many defined ethiological factors that can predispose patients to NF, there is limited information on literature about the cases with NF that associated naltrexone implants. So, we presented a 26 year old, opioid dependent male patient with NF after a treatment by means of naltrexone implants for 3 times.

Keywords: Necrotizing fasciit, naltrexone implant, surgical debridement

İletişim Adresi:

Hakan Ataş
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği
Pınarbaşı Mah. Sanatoryum Cad. Ardahan Sk. No:25 Keçiören, 06380 Ankara
Telefon: +90 312 356 90 00 • **E-posta:** drhakanatas@gmail.com

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara/Türkiye

Giriş

Nekrotizan fasiit cilt, cilt altı dokular ve yüzeyel faysanın hızlı ilerleyen enflamasyon ve nekrozu ile karakterize, hayatı tehdit eden bakteriyel bir enfeksiyondur¹⁻³. Erken teşhis edilmediğinde sistemik toksisite ve mortaliteye neden olan bir hastalıktır. Hızlı cerrahi müdahale ve geniş spektrumlu antibiyotiklerle tedavisi mümkündür. Birçok hastalık NF için predispozan olabilir. Bunlardan en önemlileri; diyabet, yaşlılık, malignite, alkolizm, obezite, sigara, malnutrisyon, kronik karaciğer hastalığı, intravenöz(iv) ilaç kullanımı ve immun sistem bozukluklarıdır⁴. Biz de opioid bağımlılığı nedeniyle cilt altına yerleştirilen, bir opioid antagonisti olan Naltrekson implantına bağlı NF gelişen 26 yaşındaki erkek hastayı sunduk.

Olgu Sunumu

Karın sol alt kadranda ağrı, akıntılı yara ve ateş şikayeti olan 26 yaşındaki erkek hasta acil servise başvurmuş (Resim1). Hastanın 16 yaşından beri esrar, eroin, kokain, ve extasy kullandığı ve bir süre önce uyuşturucu bağımlılığından kurtulmak için özel bir merkeze başvurduğu öğrenildi. Hastanın karnının sol alt kadranda cilt altı bölgesine, ilki altı ay önce, ikinci ve üçüncüsü sırası ile 3 ay ve 2 hafta önce olmak üzere üç kez Naltrekson (opiyoat antagonisti) implantı yerleştirildiği anlaşıldı. Son implantın yerleştirilmesinden sonra ilgili bölgede kızarıklık, şişlik, morarma ve ağrı olmuş. Yara yeri açılan ve içinden yeşil cerahatli sıvı gelen hasta, acil servise başvurmuş. Yapılan fizik muayenede(fm) ateş: 38.2°C, arteriyel kan basıncı: 100/70 mm/Hg olarak ölçülen hastanın terlemesi mevcuttu. Karın sol alt kadranda yaklaşık 15 cm çaplı eritemli, endure bir sahanın ortasında yaklaşık 4 cm çaplı, pürülan akıntısı olan, palpasyonda ağrılı açık yara mevcuttu. Yara içeriği yeşil renkli, nekrotik ve kötü kokulu idi. Diğer kadranda normaldi. Hastanın gaz ve gaita çıkışı mevcuttu. Laboratuvar değerlendirmesinde; beyaz küre sayısı(WBC): 18500/ mm³, hemoglobin: 10.9 g/dL, platelet: 156 bin/ mm³, sedimentasyon(ESR): 67mm/s ve C-reaktif protein(CRP): 88 mg/L, glukoz: 176 mg/ dL, BUN: 50 mg/ dL, kreatinin: 1.25 mg/dL, Na: 134 mmol/ L, ALT: 58 U/L, AST: 60 U/ L olması

dışında diğer parametrelerde özellik yoktu. PA-Akciğer grafisi normal olan hastanın ayakta direk karın grafisinde cilt altında, enfekte sahayla uyumlu lokalizasyonda gaz gölgeleri izlendi. FM bulguları ve laboratuvar değerlendirmesi sonrası hastanın NF olduğu düşünülerek acil ameliyat planlandı. Genel anestezi altında enfekte dokulara debridman uygulandı, fasyatomi yapıldı ve yara yeri açık bırakıldı. Vakum yardımcı kapama uygulanarak iki günde bir yenilendi. Yara kültürlerinde staflokokkus aureus ve psödomonas aeruginoza üredi. Uygun antibiyoterapi sağlandı. Patolojik doku örneklerinde NF tanısı teyit edildi. Postoperatif 14. günde yara yerindeki enfeksiyonun gerilemesi ve yeterli granülasyonun gelişmesi üzerine, saha lokal fleple kapatıldı. Postoperatif 1. ayda yara yerinin tamamen iyileştiği görüldü.



Resim 1: Karın sol alt kadranda yara ve kızarıklık

Tartışma

Nekrotizan fasiit çeşitli nedenlerden dolayı iv ilaç kullananlarda giderek artan bir hastalık olmasına rağmen, klinisyenler için NF tanısı koymak halen güç olabilmektedir. Benign görümlü bir sellülit, aldatıcı şekilde altta yatan doku hasarını gizleyebilir. NF tanısını koymaktaki gecikme ciddi sonuçları beraberinde getirebilir hatta literatürde %19 ve %60 arasında değişen mortalite oranları bildirilmiştir^{3,4}. Bunun yanında ilk cerrahi debridmandaki gecikmenin mortaliteyi %71'e çıkarabileceği farklı yayınlarda ifade edilmiştir^{4,5}. Bu nedenle şüpheli davranmak tanıdaki önemli noktalardan biridir. Birçok olguda NF önce bölgesel bir enfeksiyon olarak başlamakta, daha sonra patojen mikroorganizmaların ve

predispozan faktörlerin de etkisiyle hızla yayılarak sepsis tablosu ile sonuçlanabilmektedir. En önemli predispozan faktörler; diyabet, yaşlılık, malignite, alkolizm, obezite, sigara, malnutrisyon, kronik karaciğer hastalığı, iv ilaç kullanımı ve immun sistem bozukluklarıdır. Hastalığı tetikleyen durumlar arasında iv enjeksiyonlar ve cerrahi insizyonlar ilk sırada yer almaktadır⁶. Enjeksiyonlar, böcek ısırıkları, yanıklar, laserasyonlar, cerrahi yaralar, künt travmalar, cilt biyopsileri, kronik cilt enfeksiyonları, fronkül ya da cilt abseleri gibi derinin bütünlüğünün bozulduğu durumlarda ise NF gelişme riski daha da artabilir⁴. Bizim olgumuzda bu faktörlerden iv ilaç kullanımı, cilt bütünlüğünün bozulmasına yola açan cerrahi müdahale ve buna bağlı gelişen apse mevcuttu.

NF'in tanısında fm ve şüpheli davranmak çok önemlidir. NF'li olgularda klinik; yüksek ateş ve üşüme, titreme, halsizlik, hipotansiyon, çarpıntı ve ağrı gibi non-spesifik semptomlardan ciddi organ yetmezliğine kadar uzanabilen geniş bir spektrumda değişiklik gösterebilir. Enfekte alanın muayenesinde; palpasyonda hassasiyet, ısı artışı, kızarıklık, ödem, bül formasyonu, deride fluktuasyon ya da endurasyon, hipoestezi, deride renk değişikliği ve ileri aşamada bakteriyel gaz oluşumuna bağlı cilt altında krepitasyon alınması olabilir⁷. Tüm bunlara rağmen tanı konulamayan olgularda ultrasonografi ile fasyal planlarda toplanmış sıvı ve kalınlaşma gösterilerek ya da bilgisayarlı tomografi ile cilt intakt iken cilt altı havanın izlenmesi tanı koymaya yardımcı olabilir. Bizim vakamızda ise yaklaşık üç-dört gündür devam eden, karın sol alt kadranda (implant sahasında) yumuşak doku enfeksiyonu ve kötü kokulu bir abse mevcuttu. Ciltte izlenen hassasiyet ve genişleme eğilimindeki hiperemi hastanın genel durum bozukluğu, laboratuvar bulguları ve direk karın grafisindeki cilt altı hava değerleri NF'i düşündürmekteydi.

Tüm enfekte ve nekrotik dokuların uzaklaştırılmasını sağlayan cerrahi debridman, NF olgularında tedavinin temelini oluşturur. Destek tedavi ve antibiyotikler ise diğer önemli noktalardandır. Antibiyotik tedavisine öncelikle ampirik olarak başlanır, kültür antibiyogram sonucuna göre değişikliğe gidilebilir. Polimikrobiyal

enfeksiyonların sıklığı göz önüne alınarak, ampirik tedavide olası mikroorganizmaların tümüne etkili, üçlü protokoller tercih edilmelidir. Birçok seçenek olsa da en yaygın kullanılan kombinasyon; Gram (+) koklar için penisilin, Gram (-) aeroblar için aminoglikozidler veya 3. kuşak sefalosporinler ve anaeroblar için ise klindamisin ya da metronidazoldür⁴. Bizim vakamızda cerrahi sonrası ampirik olarak 3. kuşak sefalosporin ve metronidazol kombinasyonu başlandı. Kültür antibiyograma göre de mevcut tedaviye devam edildi.

NF'in, yumuşak doku enfeksiyonları içinde en tehlikeli olması ve yüksek mortaliteyle seyretmesi, prognozla ilgili birçok çalışmayı da zorunlu kılmıştır. Clayton ve arkadaşlarının yaptığı çalışma genç hastalarda BUN < 50 mg/dL iken ve septik olmayan hastalarda mortalitenin belirgin olarak düşük olduğunu göstermiştir⁸. Kaul ve arkadaşlarının çalışmasında ise gazlı enfeksiyonlu olgularda hipotansiyon, bakteriyemi ve 65 yaşından büyük olmak yüksek mortalite ile ilişkilendirilmiştir⁹. Bunların aksine Faucher ve arkadaşları eşlik eden hastalıkların mortaliteyi etkilemediğini ileri sürmüştür¹⁰.

Sonuç olarak; NF tanısını koymaktaki zorluk ve buna bağlı olarak tedaviye başlamaktaki gecikme önemli mortalite ve morbidite sebebidir. Bu nedenle şüpheli her durumda erken cerrahi debridman, geniş spektrumlu antibiyotikler ve uygun beslenme desteği hayat kurtarıcıdır.

Kaynaklar

1. Trent JT, Kirsner RS, Diagnosing necrotizing fasciitis. *Adv Skin Wound Care* 2002; 15(3):135-8.
2. Schroeder JL, Steinke EE, Necrotizing fasciitis-the importance of early diagnoses and debridement, *AORN J* 2005; 82(6):1031-40.
3. Khamnuan P, Chonquksut W, Jearwattanakanok K, Patumanond J, Yodluangfun S, Tantraworasin A, Necrotizing Fasciitis: Risk Factors of Mortality. *Risk Manag Healthc Policy*. 2015; 8: 1-7.
4. Salcido RS, Necrotizing Fasciitis: Reviewing the Causes and Treatment Strategies. *Adv Skin Wound Care* 2007;20:288-93; quiz 294-5.
5. Kuncir EJ, Tillou A, Hill CR, Pitrone P, Kimbrell B, Ascencio JA: Necrotizing soft tissue infections, *Emerg Med Clin North Am* 2003; 21: 1075-87.

6. Özgönül A, Yazar S, Nekrotizan Fasiyit: 18 Hasta ile konunun irdelenmesi.Tıp Araştırmaları Dergisi 2007;5(3):111-114
7. Wong CH, Chang HC, Pasupathy S,Khin LW, Tan JL, Low CO. Necrotizing Fasciitis: Clinical Presentation, Microbiology and Determinants of Mortality. J Bone JOİNT Surg Am 2003;85-A:1454-60.
8. Clayton MD, Fowler JE Jr, Sharili R et al:Causes , presentation and survival of fifty-seven patients with necrotizing fasciitis of the male genitalia, Surg Gynecol Obstet 1990;170:49-5.
9. Kaul R, McGeer A, Low DE et al: Popoulation-based surveillance for group A streptococcal necrotizing fasciitis: clinical features, prognostic indicators, and microbiologic analysis of seventy-seven cases. Ontario grup A streptococcal study, Am J Med 1997; 103:18-24
10. Faucher LD, Morris SE, Edelman LS, Saffle JR: Burn center management of necrotizing soft tissue surgical infections in unburned patients, Am J Surg 2001; 182: 563-9.