

ÖLÜMLE SONUÇLANAN NEKROTİZAN FASİİT: OLGU SUNUMU

Fatal Necrotizing Fasciitis: A Case Report

İsmail ALTINTOP¹, Halit BAYKAN², Mehmet TATLI¹, Aynur YURTSEVEN¹, Yasemin AY ALTINTOP³

ÖZET

Amaç: Nekrotizan fasiit yumuşak doku ve fasyaları tutan, hayatı tehdit eden bir enfeksiyondur. Nadir görülmesine rağmen hızlı ilerleyen fasiyal nekroza ilerlediğinden yüksek ölüm riskine sahip olabilir. Hastamız acil servise sol dizinde şişme ve kızarıklık nedeniyle oluşan ağrı nedeniyle kabul edildi. Yapılan fizik muayenesinde sol diz fleksör yüzeyinde ısı artışı ile birlikte olan iki adet küçük ekimotik, büllöz lezyon ve hiperemi gözlemlendi. Venöz doppler tanıda nekrotizan fasiiti düşündürdü. Hastanın acil serviste takipleri esnasında bacağındaki kızarıklığın genişleyince plastik ve rekonstruktif cerrah tarafından ameliyat edilmesine karar verildi. Ameliyat sonrası hasta yoğun bakımdaki yatışının 14. gününde sepsis nedeniyle kaybedildi. Nekrotizan fasiit nedeniyle ölümle sonuçlanan vakamızla ilgili tecrübelerimizi aktarmak amacıyla bu vakayı sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Fasiit; Nekrotizan; Tanı; Soft tissue infections

ABSTRACT

Necrotizing fasciitis (NF) is a life-threatening infection of the subcutaneous tissue and fascia. Despite being rare, it could have a high death risk because it generally leads to rapid progressing fascial necrosis. Our patient was admitted to our emergency department (ED) due to pain of swollen and erythematous lesion on flexor side of his left knee. Two small ecchymosed and bullous lesions and hyperemia with increased temperature were marked on physical examination. Venous doppler ultrasonography suggested the diagnosis as NF. During his evaluation in ED hyperemia on the leg reached such an amount so Plastic and Reconstructive Surgeon decided surgery on the leg. Post operation patient was examined in Intensive Care Unit and on 14th day of his stay he was deceased due to sepsis. We aimed to share our experience about necrotizing fasciitis finalized with death.

Keywords: Fasciitis; Necrotizing; Yumuşak doku enfeksiyonları

¹Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri

²Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Kayseri

³Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi, Mikrobiyoloji Kliniği, Kayseri

İsmail ALTINTOP, Uzm. Dr.
Halit BAYKAN, Uzm. Dr.
Mehmet TATLI, Uzm. Dr.
Aynur YURTSEVEN, Uzm. Dr.
Yasemin AY ALTINTOP, Uzm. Dr.

İletişim:

Uzm. Dr. İsmail ALTINTOP
Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri, Türkiye
Tel: +90 536 973 46 70
e-mail: draltintop1@hotmail.com

Geliş tarihi/Received: 08.02.2016
Kabul tarihi/Accepted: 18.05.2016

Bozok Tıp Derg 2016;6(4):68-71
Bozok Med J 2016;6(4):68-71

GİRİŞ

Nekrotizan fasiit (NF), cilt ve cilt altı dokunun nekrozu ile kendini gösteren, nadir görülen, ilerleyici ve ölümcül seyredebilen bakteriyel bir enfeksiyondur (1). Bakteriyel etkenler sıklıkla grup A streptokoklar, *Vibrio vulnificus*, *Clostridium*lar, *Bacteroides fragilis* daha az sıklıkta *Pseudomonas aeruginosa* gibi mikroorganizmalardır (1,2). Sıklıkla gövde, perine bölgesinde ve alt ekstremitelerde görülen, cilt altı damar yapısında tromboza ve cilt dokusunda nekroza neden olan klinik bir tablodur (2).

Ekstremitelerde ortaya çıkan NF olgularında amputasyon hayat kurtarıcı olabilir. Ancak perinenin tutulduğu durumlarda amputasyon seçeneği olamayacağı için erken debridman ve yakın izlem mortalite oranlarını düşürmek için tek seçenektir. Tanıda en önemli faktör klinik bulgulara dayanarak NF'den şüphelenilmesidir. Saatler içerisinde hızla ilerleyen nekrotizan fasiit vakaları gelir gelmez zamana karşı yarış başlar. Ancak şüpheli yaklaşmak, vakaya çoğu zaman hayat kurtarıcı olan erken müdahale şansını kazandırır.

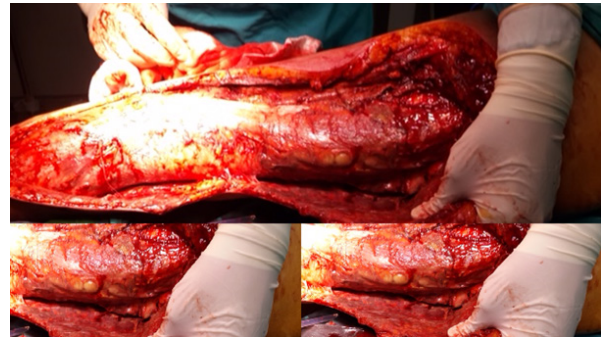
OLGU SUNUMU

Acil servisimize sol dizinde yeni başlayan ağrı ve kızarıklık şikâyeti ile başvuran 66 yaşında erkek hasta sunulmaktadır. Yapılan fizik muayenesinde sol diz fleksör yüzeyinde 2 adet ekimotik, büllöz küçük lezyon ve lezyonun çevresinde hafif hiperemi, beraberinde ısı artışı mevcut idi (Resim 1).



Resim 1: Sol bacak fleksör yüzde (popliteal bölgede) 2 adet ekimotik, büllöz küçük lezyon ve lezyonun çevresinde hafif hiperemi, beraberinde ısı artışı mevcuttur.

İki ekstremitte arası çap farkı yoktu ve periferik nabızlar alınıyordu. Özgeçmişinde bir özellik yoktu. Beyaz küre yüksekliği dışında kan değerleri normal aralıktaydı. Sol alt ekstremitte venöz doppler ultrasonografisinde; cilt-cilt altı dokular yaygın ödemli olup cilt altı dokular arasında, proksimalde belirgin olmak üzere yaygın serbest hava ekojeniteleri mevcuttu. Hastanın acil serviste takipleri esnasında bacağındaki kızarıklığın daha da genişlediği farkedilince NF düşünülmek üzere hızlı bir şekilde plastik cerrahi bölümüne konsülte edildi. Plastik cerrahi uzmanı hastaya cerrahi müdahale planladı. Ameliyata alınırken hastanın sol topuğundan femur başına uzanan kızarıklığı ve palpasyonla krepitasyonu mevcuttu. Ameliyatta; hızlı ilerleme gösteren tablo için plastik cerrahi, batın içi yayılımı tespit etmek üzere genel cerrahi uzmanı, skrotal bölge yayılımını tespit etmek üzere de üroloji uzmanı görev aldı. Debridmanı yapılan (Resim 2) hastanın batın tutulumu nedeniyle 1000 cc seröz mayi boşaltıldı. Hastaya loop kolostomi açıldı. Hasta ameliyat sonrası takip edilmek üzere yoğun bakıma alındı. Hastanın gelişinde alınan kan ve lezyon örneklerinden *Streptococcus pyogenes* üremesi oldu ve antibiyotik tedavisinde bir değişiklik yapılmadı. Enfeksiyon hastalıkları uzmanı tarafından gazlı gangren tanısıyla penisilin G 6x4 milyon Ü, Klindamisin 3x900 mg, vankomisin 4x500 mg başlandı. Ancak verilen antibiyotik tedavisi ve inotropik desteğin artırılmasına rağmen hipotansiyon gelişen hasta postoperatif sepsis nedeniyle yoğun bakımdaki yatışının 14. günü kaybedildi.



Resim 2: Sol bacakta yapılan geniş debridman ve lezyona ait enfektif alanlar.

TARTIŞMA

Nekrotizan fasiit, cilt ve cilt altı dokunun nekrozu ile kendini gösteren, nadir görülen, ilerleyici ve ölümcül seyredebilen bakteriyel bir enfeksiyondur (1). İnsidansı 100 bin olguda 0,4'tür (3-4). Dokularda hızla yayılan nekroz genellikle sistemik sepsise, toksik şok sendromuna ve multiorgan yetmezliğine neden olabilmektedir (2). Genel mortalite %15-52 arasında bildirilmiştir. İlk cerrahi debridmanın gecikmesi mortaliteyi % 71'e kadar çıkarabilir (6). Literatürde belirtildiği gibi oldukça nadir görülen vakamızda erken tanı konulmuş ve hızlı bir şekilde tedavisine başlanmıştır. NF, her yaşta ve iki cinsiyette de rastlanmakla birlikte, daha sık olarak 50-60 yaşlarındaki erkeklerde daha sık görülmektedir (7-8). Sıklıkla alt ekstremitelerde ve perine bölgesinde tutulum görülse de vücudun herhangi bir yerinde de ortaya çıkmaktadır (9).

NF tablosuna cerrahi insizyon, böcek sokması, yaralanma sonucu oluşan kesi, deri ülseri, perirektal apse, inkarsere fıtık, kıymık batması, yanık, doğum ve penetran yaralanmalar neden olabilir (10,11,12). NF bilinen bir etiyoloji sonrası oluşuyorsa sekonder NF olarak adlandırılır. Oysa olguların % 45'inde etiyoloji saptanamaz ve buna idiyopatik NF denir (13,14). Bizim vakamız da anamnezinde ve özgeçmişinde herhangi bir özellik olmamasından dolayı idiyopatik NF olarak değerlendirildi. Bu olgularda erken tanı hayat kurtarıcı olması açısından çok önemlidir. NF, klinik olarak eritemle seyreden diğer yumuşak doku enfeksiyonları ile kolayca karışabilmektedir. Önemli olan nokta hastayı değerlendiren hekimin NF'den şüphelenmesidir. Wong ve Wang tarafından tanımlanan evreleme klinik değerlendirmede oldukça yararlıdır (Tablo 1)(15,16). Bizim vakamız evre II' de bize başvurmuştur.

Tablo 1. Nekrotizan fasiitin evrelendirilmesi(15,16)

Evre	Klinik özellikler
I (erken)	Palpasyon ile hassasiyet (görünür deri tutulumunun dışına uzanan), eritem, şişme, kalor (deride ısı artışı)
II (orta)	Bül formasyonu (seröz sıvı), deride fluktuasyon
III (geç)	Krepitasyon, deride anestezi, deride renk koyulaşması, gangrene varan doku nekrozu

NF'nin erken evresinde klinik bulgular, erizipel ya da selülit gibi diğer yumuşak doku enfeksiyonlarından ayırdedilemeyebilir (17). Her ne kadar bül formasyonu, veziküller ve nekroz gibi deri değişiklikleri hastaların % 47'sinde bulunsun da en önemli semptomlardan biri, hemen her hastada görülen, lezyonla orantısız olan ciddi ağrıdır (17).

Olguların çoğunda etken grup A streptokokların virulan formudur (1,2). Bakteriyel etkenler sıklıkla grup A streptokoklar, *Vibrio vulnificus*, *Clostridium*lar, *Bacteroides fragilis*, daha az sıklıkta *Pseudomonas aeruginosa* gibi mikroorganizmalardır (1,2). Etken patojen ne olursa olsun, başlangıç döneminde nekrozlu alanın üzerindeki deride tutulum olmadığı için erken tanı oldukça zordur. Bu dönemde, bizim vakamızda olduğu gibi ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi incelemesi cilt altı dokudaki birikimlerin görüntülenmesi açısından gereklidir (18).

Tedavide erken tanı ve geniş cerrahi debridman çok önemlidir. Enfeksiyonun erken döneminde ağrı, erizipel ve ödem gözlenir. Başlangıçta fokal bulguların hafif olması ayırıcı tanıda yanılgılara neden olabilmektedir. Bu dönemde tanının konup erken cerrahi girişim yapılması çok önemlidir. Cerrahi tedavideki gecikme ölüm oranını artırmaktadır (19,20). Vakamızda erken dönemde acil serviste tanı konulmuş ve cerrahi debridman sağlanmıştır.

SONUÇ

NF literatürde belirtildiği gibi oldukça nadir görülen, saatler içerisinde hızla ilerleyen ve yüksek mortalitesi olan bir hastalıktır. En önemli sorunsu diğer yumuşak doku enfeksiyonları ile karışabilmesidir. Burada hekimin hızla ilerleyen NF vakaları gelir gelmez NF'den şüphelenmesi, zamana karşı yarışarak hızlı bir şekilde tedavisini planlaması vaka yönetiminin kilit noktasıdır. Erken tanı ve müdahale bu hastalarda mortaliteyi azaltmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Yagmur O, Erkocak EU, Sonmez H Alparslan A, Demircan O, Dalay C. Necrotizing fasciitis. Dig Surg 1995;12:106-10.

2. Fichev G, Kostov V, Marina M, Tzankova M. Fournier's gangrene: a clinical and bacteriological study. *Anaerobe* 1997;3:195-7.
3. Trent JT, Kirsner RS. Diagnosing necrotizing fasciitis. *Adv Skin Wound Care* 2002;15:135-8.
4. File TM Jr, Tan JS, DiPersio JR. Group A streptococcal necrotizing fasciitis. Diagnosing and treating the "flesh-eating bacteria syndrome". *Cleve Clin J Med* 1998;65:241-9.
5. Ward RG, Walsh MS. Necrotizing fasciitis: 10 years experience in a district general hospital. *Br J Surg* 1991;78:488-9.
6. Kuncir EJ, Tillou A, Hill CR, Pitrone P, Kimbrell B, Asencio JA: Necrotizing soft tissue infections, *Emerg Med Clin North Am* 2003;21:1075-87.
7. Addison WA, Livengood CH 3rd, Hill GB, Sutton GP, Fortier KJ. Necrotizing fasciitis of vulvar origin in diabetic patients. *Obstet Gynecol* 1984;63:473-9.
8. Kaul R, McGeer A, Low DE, Green K, Schwartz B. Population-based surveillance for group A streptococcal necrotizing fasciitis: clinical features, prognostic indicators, and microbiologic analysis of seventy-seven cases. Ontario Group A Streptococcal Study. *Am J Med* 1997;103:18-24.
9. Levine EG, Manders SM. Life-threatening necrotizing fasciitis. *Clin Dermatol* 2005;23:144-7.
10. Carter PS, Banwell PE. Necrotising fasciitis: a new management algorithm based on clinical classification. *Int Wound J* 2004;1:189-98.
11. Dufel S, Martino M. Simple cellulitis or a more serious infection? *J Fam Pract* 2006;55:396-400.
12. Bisno AL, Stevens DL. Streptococcal infections of skin and soft tissues. *N Engl J Med* 1996;334:240-5.
13. Mulla ZD. Treatment options in the management of necrotizing fasciitis caused by Group A Streptococcus. *Expert Opin Pharmacother* 2004;5:1695-700.
14. Taviloglu K, Yanar H. Necrotizing fasciitis: strategies for diagnosis and management. *World J Emerg Surg* 2007;2:19.
15. Wong CH, Wang YS. The diagnosis of necrotizing fasciitis. *Curr Opin Infect Dis* 2005;18:101-6.
16. Wang YS, Wong CH, Tay YK. Staging of necrotizing fasciitis based on the evolving cutaneous features. *Int J Dermatol* 2007;46:1036-41.
17. Young MH, Aronoff DM, Engleberg NC. Necrotizing fasciitis: pathogenesis and treatment. *Expert Rev Anti Infect Ther* 2005;3:279-94.
18. Oelbrandt B, Krasznai A, Bruyns T, Duinslaeger L, Reper P, Vanderkelen A, et al. Surgical treatment of Fournier's gangrene: use of cultured allogeneic keratinocytes. *Eur J Plast Surg* 2000;23:369-372.
19. Donaldson PM, Naylor B, Lowe JW, Gouldesbrough DR. Rapidly fatal necrotising fasciitis caused by *Streptococcus pyogenes*. *J Clin Pathol* 1993;46:617-20.
20. Forni AL, Kaplan EL, Schlievert PM, Roberts RB. Clinical and microbiological characteristics of severe group A streptococcus infections and streptococcal toxic shock syndrome. *Clin Infect Dis* 1995;21:333-40.