

# Nekrotizan Fasiitte Yaşam Kurtarıcı Yaklaşım: Erken Tanı ve Agresif Debridman: Olgu Sunumu

Mehmet Sıdık EVSEN \*, Muhammet Erdal SAK \*, Hatice ENDER SOYDİNÇ \*, Sadullah GİRGİN \*\*, Mehmet Zeki TANER \*

\* Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilim Dalı, \*\* Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Bilim Dalı

## ÖZET

Nekrotizan fasiit cilt, ciltaltı yumuşak doku ve fasyasının, ilerleyeci nekrozu ile karakterize invaziv bir enfeksiyonudur. Yetmiş yaşında diyabeti olan hasta, vulvar bölgede gelişen şişlik ve ağrı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede sağ vulvar kısımda şişlik, kızarıklık, hemorajik büll formasyonu ve nekroz izlendi. Klinik olarak nekrotizan fasiit tanısı konulan hastada acil agresif cerrahi debridman ve geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi uygulandı. Yatışından 6 hafta sonra şifa ile taburcu edildi. Bu makalede erken tanı ve acil cerrahi müdahale ile düzelen vulvar nekrotizan fasiit olgusunu sunmayı amaçladık.

**Anahtar kelimeler:** nekrotizan fasiit, vulva

## SUMMARY

**Life Rescue Approach in Necrotizing Fasciitis, Early Diagnosis and Aggressive Debridement: A Case Report**

Necrotizing fasciitis is an invaziv infection characterized by progressive necrosis of the skin, subcutaneous tissue and fascia. Seventy year-old diabetic patient was evaluated for swelling and pain on the vulvar region. Physical examination revealed swelling, erythema, hemorrhagic bullae formation and necrosis in the right vulva. The patient was diagnosed as necrotizing fasciitis, with emergent extensive debridement the necrotic tissues removed and broad-spectrum antibiotic treatment was initiated. She was discharged 6 weeks after admission. In this article we aimed to present vulvar necrotizing fasciitis which is improved by early diagnoses and emergent surgical treatment.

**Key words:** necrotizing fasciitis, vulva

## GİRİŞ

Nekrotizan Fasiit (NF) cilt, ciltaltı yumuşak doku ve fasyasının, ilerleyeci nekrozu ile karakterize yaşamı tehdit eden invaziv bir enfeksiyondur. Ender olarak görülen bu enfeksiyonun tedavisinde gecikme olursa, saatler içerisinde ilerleyerek % 60 oranında mortal olabilmektedir

(1). Enfeksiyon cilt ve altındaki fasyası boyunca alttaki kas ve kemik dokusunu etkilemeden ilerler. Diyabetes mellitus, malnutrisyon, yanık, travma, cerrahi operasyon, immün sistemin baskılanmış olması NF gelişimi için risk faktörleridir (2). Bu makalede vulva bölgesinde nekrotizan fasiit gelişen diyabetik hasta olgusu ve tedavisini literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

**Alındığı tarih:** 19.01.2011

**Kabul tarihi:** 21.03.2011

**Yazışma adresi:** Yard. Doç. Dr. Muhammet Erdal Sak, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilim Dalı, Diyarbakır

**e-posta:** drmesak@yahoo.com

## OLGU SUNUMU

Yetmiş yaşında, G6P6Y6 ve 16 yıldır menapozda olup, 3 yıldır diyabetes mellitus nedeniyle metformin kullanan hasta sağ kasık bölgesinde ağrı, kızarıklık ve şişlik nedeniyle kliniğimize başvurdu. Yakınmasının üç gün önce başladığı ve giderek arttığını tarif eden hastanın lezyon bölgesine travma öyküsü olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde; genel durumu orta olan hastanın, kan basıncı: 90/70 mmHg, nabız: 78/dk, ateş: 36.7°C olarak belirlendi. Genital muayenede mons pubisde merkezinde yaklaşık 3 cm çapında bül formasyonu bulunan, 8x5 cm boyutlarında düzensiz sınırlı nekrotik doku izlendi. Ayrıca tüm vulvada olmakla beraber sağ labium majusta, sağ labio-krural kıvrıma kadar uzanan ve mons pubisi içine alan sınırları düzensiz, ödematöz, hiperemik lezyon saptandı (Resim 1).



Resim 1.

Vajinal ve anal muayenede patoloji saptanmadı. Laboratuvar incelemesinde Hemoglobin:12.2 gr/dL (12.3-15.3), Lökosit: 28.8/mm<sup>3</sup> (4.4-11.3) Neutrofil: 28.4/mm<sup>3</sup> (2.0-6.9), eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) 65 mm/saat ve C-reaktif protein (CRP): 23.27 mg/dL saptandı. Biyokimyasal parametrelerden karaciğer ve böbrek fonksiyon

testleri normalken glukoz: 198 (70-109) mg/dL olan hastada nekrotizan fasiitis tanısı konulup acil operasyon kararı alındı. Kan kültürü ve yara yerinden kültür alındıktan sonra Ceftriakson 1 gr 2x1 ve ornidazol 500 mgr 2x1 antibiyotik tedavisi başlandı. Operasyon sırasında sağ gluteal bölgeden başlayıp inguinal alan ve mons pubise uzanan ödemli, kötü kokulu, nekrotik doku, normal doku sınırına ulaşana kadar eksize edildi (Resim 2).



Resim 2.

Debridman esnasında cilt altı fasyası ve yumuşak dokulardaki lezyonun ciltte fark edilen patolojiye kıyasla daha geniş olduğu saptandı. Patolojik incelemede; epitelyum altında yaygın eksuda, yoğun polimorfonükleer nüveli lökosit infiltrasyonu, tromboze vasküler yapılar ile nekrotik alanlar görüldü ve nekrotizan fasiit ile uyumlu olarak rapor edildi. Kültür sonuçlarında üreme olmadı. Dört hafta süresince günde 2 kez

pansuman yapıldı. Kan glukozu regülasyonu insülin tedavisi ile sağlanan hastanın operasyondan bir hafta sonra lökosit, CRP ve ESR normal sınırlarda olduğu saptandı. Tüm yara tabanı ve kenarları granülasyon dokusuyla kaplandıktan sonra defekt sekonder olarak kapatıldı (Resim 3). İki hafta sonra şifa ile taburcu edildi.



Resim 3.

## TARTIŞMA

Nekrotizan Fasiit seyrek görülen, hızlı seyir gösteren % 12-60 oranında mortalitesi olan bir enfeksiyondur.

Ciltaltı damarlarda tromboz, cilt ve ciltaltı fasyasında nekroz izlenir olgumuzda olduğu gibi derin kas yapıları ve kemik yapıları enfeksiyona eşlik etmez. Tek bir mikroorganizma türü neden olabileceği gibi olguların çoğu polimikrobiyaldir. Literatürde en sıklıkla Gram-negatif aeroplardan *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, Gram-pozitif aeroplardan Streptokoklar, *Staphylococcus* ve anaeroplardan *Peptostreptococcus* ve *Bacteriodes* türleri rapor edilmiştir. Olgumuzda patojen bir organizma saptayamadık. Literatürde olguların % 31'inde etken patojen izole edilemediği belirtilmiştir. Sinerjik etki-

ler ile polimikrobiyal olan olguların seyri daha fulminan olmaktadır<sup>(1-3)</sup>.

Klinik tabloda etkilenen alanda ödem, kızarıklık, ısı artışı, şiddetli ağrı olguların çoğu için tipiktir. Enfeksiyonun çok hızlı ilerlemesi, hemorajik bül formasyonu izlenmesi ve ciltteki nekroza sekonder mavi-mor renk değişikliği olgumuzda olduğu gibi nekrotizan fasiit tanısı akla getirmelidir. İlerlemiş olgularda ateş, taşikardi, hipotansiyon ve genel durum bozukluğu gibi septisemi bulguları saptanabilir. Şüphe duyulduğunda derideki lezyon sınırlarının çizilmesi ve saatler içerisinde tekrar bakılması uygun olacaktır. Laboratuvar incelemesinde olgumuzda izlendiği gibi belirgin lökositoz ve sola kayma, CRP ve ESR yükselmesi görülür<sup>(4)</sup>.

Nekrotizan Fasiit her iki cinsiyette ve yaş grubunda görülebilmektedir, ancak sıklıkla ileri yaş ve erkeklerde izlenmektedir. Özellikle immün sistemin baskılanmış olduğu durumlar, diyabetes mellitus ve diğer kronik hastalıklar, malignite, yanıklar, travma ve geçirilmiş cerrahi işlemler risk faktörleri olmakla beraber bazı hastalarda herhangi bir neden saptanamayabilir<sup>(2,3)</sup>. Hastamızda ileri yaş, diyabetes mellitus ve kötü perineal hijyenin enfeksiyon için predispozisyon oluşturduğunu düşünmekteyiz.

Tedavide; erken tanı, geride enfekte ve nekrotik doku kalmayacak şekilde geniş cerrahi debridman, geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı esastır. Hastanın kan şekerinin düzenlenmesi, günlük iki veya üç kez yara bakımı, hiperbarik oksijen tedavisi, gerektiğinde tekrar cerrahi debridman ve cilt defekti nedeniyle sıvı elektrolit açığının kapatılması tedavi başarısında önemlidir<sup>(5,6)</sup>.

Sonuç olarak NF seyrek görülmesi ancak yüksek oranda mortaliteye neden olması nedeniyle bilinmelidir. Erken tanı, geniş cerrahi debridman

ve multidisipliner yaklaşım ile tedavi edilmelidir.

#### KAYNAKLAR

1. **Horowitz IR, Buscema J, Majmudar B.** Surgical Conditions of the Vulva. In Rock JA, Jones HW eds, Te Linde's Operative Gynecology, Ninth edition. Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins 2003;872.
2. **Eke N.** Fournier's gangrene: a review of 1726 cases. Br J Surg 2000;87:718-728.
3. **Uluğ M, Çelen M.K, Geyik MF, Hoşoğlu S, Ayaz C.** İntramüsküler injeksiyon sonrası gelişen nekrotizan fasiit olgusu veliteratürün irdelenmesi. Klimik Dergisi 2009;22:103-105.
4. **Basoglu M, Ozbey I, Atamanalp SS, Yildirgan MI, Aydinli B, Polat O, Ozturk G, Peker K, Onbas O, Oren D.** Management of Fournier's gangrene: review of 45 cases. Surg Today 2007;37:558-563.
5. **Gürlek A, Fırat C, Öztürk AE, Alaybeyoğlu N, Fariz A, Aslan S.** Management of necrotizing fasciitis in diabetic patients. J Diabetes Complications 2007;21(4):265-271.
6. **Hollabaugh RS Jr, Dmochowski RR, Hickerson WL, Cox CE.** Fournier's gangrene: therapeutic impact of hyperbaric oxygen. Plast Reconstr Surg 1998;101:94-100.