

Klostridyal Miyonekroz (Gazlı Gangren): Olgu Sunumu

Clostridial Myonecrosis (Gas Gangrene): Case Report

Ali Murat Ceyhan, Pınar Yüksel Başak, Vahide Baysal Akkaya
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye

Özet

Spontan, nontravmatik klostridyal miyonekroz nadir görülen ve hayati tehdit edebilen klostridyum subtiplerinin neden olduğu enfeksiyöz bir hastalıktır. Sıklıkla gastrointestinal, hematolojik maliniteler, periferik damar hastalıkları ve diyabetes mellitus ile birlikte görülmektedir.

Bu makalede 65 yaşındaki diyabetik bir hastada, sağ ayakta travma öyküsü olmaksızın spontan olarak gelişen, klostridyum subtipinin neden olduğu, progresif seyirli atravmatik klostridyal miyonekroz olgusu sunulmuştur. (*Turkderm 2006; 40 (Özel Ek B): B68-B70*)

Anahtar Kelimeler: Atravmatik miyonekroz, diyabetes mellitus, klostridyum subtip

Summary

Spontaneous, non-traumatic clostridial myonecrosis is an uncommon, life threatening infection caused by a wide variety of clostridium species. It is usually associated with gastrointestinal or hematological malignancies, diabetes mellitus and peripheral vascular diseases. In this article, we report a case of a 65-year-old diabetic man who developed rapidly progressive clostridial myonecrosis of the right foot without prior trauma caused by clostridium species. (*Turkderm 2006; 40 (Suppl B): B68-B70*)

Key Words: Atraumatic myonecrosis, diabetes mellitus, clostridium spp

Klostridyal miyonekroz genellikle klostridyum perfringens tarafından oluşturulan ekstremiteleri tehdit eden ve hayati risk taşıyan, ciddi seyirli, kötü kokulu, seröz akıntılı nekrotik ülserlerle karakterize hızla yayılan anaerobik bir enfeksiyondur. Parçalı kırıklar, penetran yaralanmalar, arteriyel yetmezlikli hastalardaki ekstremiteler yaralanmaları gibi travmatik olayların yanı sıra kolon kanseri, lösemi veya diyabetes mellitus gibi alta yatan hastalık varlığında da oluşur¹⁻⁶.

Olgu

Altmışbeş yaşında erkek hasta sağ ayak sırtında kötü kokulu akıntılı yara yakınması ile başvurdu. Öyküsünden yakınmalarının polikliniğimize başvurmadan 10 gün önce sağ ayak 2. parmakta kahverengi siyah renk değişikliği ve şişlikler şeklinde başladığı daha sonra içi su dolu kabarcıklar halinde hızla ilerleyerek yara çapı-

nın arttığı, kötü kokulu ülserle dönüştüğü öğrenildi. Özgeçmişinde 7 yıldır diyabetes mellitusu olan hasta NPH insülin kullanmaktaydı. Soygeçmişinde ise herhangi bir özellik saptanmadı. Sistemik muayenesinde 38.5 C ateşi ve taşikardisi mevcuttu.

Dermatolojik muayenesinde her iki tibia ön yüzünde diyabetik dermatopati ile uyumlu olabilecek hiperpigmente maküler lezyonları ve sağ bacakta, sağ ayak sırtında ödem ile birlikte sağ ayak distali dorsolateral yüzünde 8x6cm ebatlarında derin yerleşimli, etrafı eritemli, palpasyonla hassas, krepitasyon hissi alınan, kötü kokulu, seröz akıntılı, nekrotik görünümde ülser lezyonu mevcuttu (Şekil1). Sağ ayak 2,3,4,5. parmaklarda ise kahverengi mor renk değişikliği ve ödem izlendi.

Rutin laboratuvar tetkiklerinde eritrosit sedimentasyon hızı: 84mm/saat, CRP: (+++), hemogloblin: 11.1gr/dl, hematokrit: %33, lökosit: 33000/mm³, %82

Yazışma Adresi: Dr. Ali Murat Ceyhan, Modern Evler Mah. 142. Cad. İstiklal Sitesi A Blok Kat: 5 No: 13 Isparta, Türkiye

Tel.: 0246 224 24 62 Faks: 0246 237 17 62 E-mail: muratceyhan@hotmail.com **Alındığı tarih:** 25.06.2004 **Kabul tarihi:** 01.11.2004

Not: 3-5 Haziran 2004 tarihinde 5. Prof.Dr. Lütfullah Aksungur Çukurova Dermatoloji Günleri'nde yazılı bildiri olarak sunulmuştur.



parçalı hakimiyeti mevcut idi. Kan biyokimyasında açlık kan şekeri: 185mg/dl, kan üre nitrojeni: 31mg/dl, kreatinin: 1.7mg/dl idi. Diğer biyokimyasal ve hematolojik parametreleri, tam idrar tetkiki normal bulundu. Posteroanterior akciğer grafisi ve EKG'sinde patolojik bulguya rastlanmadı.

Yara sürüntüsünden yapılan gram boyamada gram pozitif basıl gözlemlendi ve yara kültüründe klostridyum spp. üredi. Her iki ayağın karşılaştırmalı olarak değerlendirildiği anteroposterior direkt grafi incelemesinde sağ ayakta yumuşak dokuda ödem ile birlikte gaz oluşumları ile uyumlu olabilecek noktasal görünümde radyolüsent alanlar izlendi (Şekil 2).

Enfeksiyon hastalıkları konsültasyonunda antipsödomonal etki de göz önünde bulundurularak sefaperazon/sulbaktam kombinasyonu önerildi. Ortopedi konsültasyonu sonucunda değerlendirilen hasta sağ tibia 1/3 alt ucundan itibaren ampute edildi.

Tartışma

Gazlı gangren, patojenik klostridyum türü bakterilerin iskelet kaslarına invazyonu ile oluşan hızlı, progresif seyirli, toksemik ve yaşamı tehdit eden anaerobik enfeksiyondur. Anaerobik enfeksiyonlar, tüm bakteriyel deri hastalıkları arasında sıklıkla gözden kaçabilen enfeksiyonlardır ve en iyi bilineni gazlı gangrendir. Olguların çoğu ağır doku harabiyeti yapan travmaları ve cerrahi müdahaleleri takiben görülse de kolon kanseri, diyabetes mellitus, lösemi gibi altta yatan bir hastalık varlığında da ortaya çıkabilir¹⁻⁵. Bizim olgumuzda ise diyabetes mellitus mevcuttu.

Gazlı gangren tanısı esas olarak klinik verilere dayanır. Ciltte



Şekil 1. Sağ ayak sırtındaki etrafı eritematoz nekrotik görünümdeki ülser lezyon ve ödem

renk değişikliği ile birlikte ödem, krepitasyon, yaralardan sıran seröz veya hemorajik pis kokulu akıntının varlığı gazlı gangreni düşündürülen bulgulardır. Direkt mikroskopik incelemede gram pozitif basillerin görülmesi, radyolojik incelemede kas demetleri arasında gaz oluşumlarının tespit edilmesi tanıyı destekleyen diğer ip uçlarıdır. Ancak radyolojik inceleme her zaman diyagnostik değer taşımamaktadır. Ayrıca radyolojik bulguların geç dönemde ortaya çıkabileceği göz önünde bulundurularak bu bulguların saptanmaması nedeni ile cerrahi debridman geciktirilmemelidir. Kesin tanı ise anaerobik kültür ortamında klostridyumların üremesi ile konur^{2,6}. Olgumuzda gram boyamada gram pozitif basillerin görülmesi, direkt grafide yumuşak dokuda gazla uyumlu radyolüsent alanların gözlenmesi ve kültürde klostridyum üremesi gazlı gangren tanısını destekleyen bulgular idi.

Hemolitik streptokoklar, stafilokoklar veya gram negatif basillerin mikst enfeksiyonu olan nekrotizan fasiit ile gram negatif basiller, peptostreptokoklar, bakteriodesler veya streptococcus anginosus'a bağlı gelişen sinerjistik nekrotizan sellülit en çok karıştırılan enfeksiyonlardır. Bu enfeksiyonlarda deride nekrotik değişiklikler ile birlikte belirgin sistemik reaksiyonlar görülür. Krepitasyon ve gaz oluşumu streptococcus faecalis, proteus, klebsiella enfeksiyonlarında da görülür. Nadir olarak anaerobik streptokoksik miyozit de klostridyal miyonekrozun erken dönemini taklit edebilir. Bu olgularda yoğun nötrofilik infiltrasyon, bol streptokok görülmesi, ve kültür incelemeleri ile ayırıcı tanı yapmak mümkündür^{1,2,7,8}. Olgumuzda gram boyamada kokların, nötrofilik infiltrasyonun gözlenmemesi ve kültürde bu mikroorganizmaların üretilmemesi nedeni ile bu tanılardan uzaklaşıldı.

Gazlı gangrende en etkili tedavi yöntemi geniş ve radikal cerrahi debridmandır. Mikroorganizmanın üremesine ve toksin



Şekil 1. Sağ ayakta yumuşak dokuda ödem ve gazla uyumlu noktasal görünümde radyolüsent alanlar

oluşturmasına uygun bir ortam oluşturduğundan tüm nekrotik kaslar hızla uzaklaştırılmalıdır. Medikal tedavide penisilin G, klindamisin, metranidazol, ampisilin sulbaktam, hiperbarik oksijen tedavisi gibi seçenekler olsa da kas dokusunun hızlı yıkımı ve genellikle ağır toksemi tablosu gelişebileceğinden amputasyona kadar varabilen ölü dokunun acil debridmanı gerekmektedir^{1,2,6,9}. Ortopedi kliniği tarafından değerlendirilen hastamıza sağ diz altı amputasyon operasyonu yapıldı. Olgumuzda gazlı gangren tablosunun travma öyküsü olmaksızın spontan olarak gelişmesi, diyabetes mellitus ile birlikteliği, klinik, direkt grafi bulgularının tipik olması ve nadir görülmesi nedeniyle sunmaya değer bulduk.

Kaynaklar

1. Odom RB, James WD, Berger TB: Andrews' Diseases of the Skin. Ninth edition. Philadelphia, WB Saunders Company, 2000; 328-30.
2. Hacıbektaşoğlu A: Gazlı Gangren ve Diğer Anaerop Deri ve Yumuşak Doku Enfeksiyonları. *İnfeksiyon Hastalıkları*. Ed. Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M. İstanbul, Nobel Kitabevleri,1996; 785-94.
3. Abella BS, Kuchinic P, Hiraoka T, Howes DS: Atraumatic clostridial myonecrosis: case report and literature review. *J Emerg Med* 2003; 24: 401-5.
4. Hausmann R, Albert F, Geissdorfer W, Betz P: Clostridium fallax associated with sudden death in a 16 year old boy. *J Med Microbiol* 2004; 53: 581-3.
5. Burke MP, Opeskin K: Nontraumatic clostridial myonecrosis. *Am J Forensic Med Pathol* 1999 ; 20: 158-62.
6. Wilhelm MP, Edson RS, (Cev. Seber E): Deri ve Yumuşak Doku Enfeksiyonları. *Current İnfeksiyon Hastalıkları Tanı ve Tedavi*. Ed. Wilson WR, Sande MA, (Cev. Ed. Dündar İH) İstanbul, Nobel Kitabevleri, 2004; 177-90.
7. Shimizu T, Harada M, Zempo N, Sadamitsu D, Furumoto H: Non-clostridial gas gangrene due to Streptococcus anginosus in a diabetic patient. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40: 347-9.
8. Orimo H, Yamamoto O, Izu K, Murata K, Yasuda H: Four cases of non-clostridial gas gangrene with diabetes mellitus. *JUOEH* 2002;24:55-64 (Abstract).
9. Rouquette-Vincenti I, Petitjeans F, Villeveille T, et al: Obesity, diabetes mellitus and gas gangrene: a major therapeutic challenge. *Ann Endocrinol* 2001;62:525-8.

