

Olgu Sunumu

Servikal Nekrotizan Fasiit: Olgu Sunumu

Banu Atalay Erdoğan^{*}, Enver Avseren^{**}, Fatih Bora^{***}, Timur Batmaz^{****}

Özet

Nekrotizan fasiit, mortalite ve morbiditesi yüksek, hızlı ilerleyen bir yumuşak doku enfeksiyonudur. Baş boyun bölgesinde nadir olarak görülür ve genellikle diş ve farenks kökenli enfeksiyonlardan sonra gelişir. Servikal nekrotizan fasiit tedavisinde başarıyı etkileyen faktörler; erken tanı, uygun antibiyoterapi ve cerrahi debridmandan oluşmaktadır. Makalemizde diş enfeksiyonu sonrası boyunda gelişen nekrotizan fasiit vakasını sunduk.

Anahtar kelimeler: Nekrotizan fasiit, Boyun, Nekroz

Nekrotizan fasiit terimi ilk kez 1952 yılında Wilson tarafından yüzeysel fasyanın nekrozu ile karakterli, şiddetli yumuşak doku enfeksiyonunu tanımlamak için kullanılmıştır (1). Meleney, 1924 yılında streptokokların neden olduğu subkutan doku nekrozunu tarif etmiş ve "streptokokal gangren" terimini kullanmıştır (2). Fakat daha yeni çalışmalar, aeroblara ek olarak anaerobların da mikst enfeksiyon oluşturacak şekilde bulunduğunu göstermiştir (3). Çoğunlukla hastalık subkutan dokularla sınırlıdır ve kas tutulumu nadirdir (4). Nekrotizan fasiitin doku nekrozu yapması ve fasyal planlarda hızla ilerlemesi polibakteriyel oluşuna ve bakterilerce oluşturulan enzimlerin sinerjistik etkisine bağlıdır (3).

Baş boyun bölgesinin tutulumu nadirken ekstremitelerde, genital bölge ve abdomen yerleşimi daha sık görülmektedir (5-7). Hastalığın çok erken dönemi abse veya selülit

benzer. Deri genellikle kızamık ve gergindir. Dokunmakla hiperestezi veya anestezi saptanabilir. Tam olarak gelişmiş servikal nekrotizan fasiit hastasının muayenesinde ise demarkasyon hattının gözlemlendiği hızla büyüyen bir şişlik mevcuttur (3). Ortadaki siyah nekrotik alanı çevreleyen gergin, mor bir deri bölgesi ve bunun çevresinde geniş bir eritem alanı mevcuttur (8). Fakat antibiyotik tedavisi veya drenaj yoluyla tedavi edilebilen bu enfeksiyonlardan farklı olarak nekrotizan fasiitte nekrotik dokuların geniş cerrahi debridmanı gereklidir. Erken tanı, uygun ve yeterli tedavi başlanmazsa mortalite oranı yüksektir (8).

Olgu Sunumu

63 yaşında erkek hasta boyunda şişlik, kızamıklık, ağrı ve ateş şikayetleriyle acil servisimize başvurdu. Hasta 3 gün önce diş ağrısı nedeniyle diş hekimine başvurmuş ve diş absesi tanısı ile amoksisilin-klavulanat 1 gr tb 2x1 tedavisi almaya başlamış. İncelemede sağ bukkal bölgeden başlayan, mastoid apekse, sağ boyuna ve sternuma doğru yayılan ödem ve hiperemi mevcuttu. Oral hijyeni bozuk olan hastanın sağ alt 2. ve 3. molar diş eti çevresinde iltihabi ve nekrotik materyalin olduğu, bu dişlerin çürük olduğu gözlemlendi. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde lökosit:13.400/mm³, sedimentasyon:86/1 saat, C-reaktif protein (CRP):20.4 mg/dL olarak tespit edildi. Boyun manyetik rezonans incelemesinde (MR) sağ mandibula anterior kesimde korpus düzeyinden başlayıp, posteriorda angulus mandibulayı çevreleyen, özellikle iç kesimde massikatör alanda kraniokaudal olarak yaklaşık 73 mm uzanım gösteren 50x35 mm boyutlarında, T1 hipointens, T2 hiperintens karakterde koleksiyon izlendi. Koleksiyon süperiorda pterigoid kaslar

Bu makale 28 Ekim-1 Kasım 2009 tarihleri arasında Antalya'da düzenlenen 31. Ulusal KBB-BBC kongresinde basılı poster olarak sunulmuştur.

*Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB Kliniği, İstanbul

**Viranşehir Devlet Hastanesi, KBB Kliniği, Şanlıurfa

***Kafkas Üniversitesi KBB Anabilim Dalı, Kars

****Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB Kliniği, Ordu

Sorumlu Yazar: Dr. Banu Atalay Erdoğan

Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB Kliniği, E-5

Cevizli mevkii/ Kartal 34731/İstanbul/ TÜRKİYE

Tel: +902164413900

GSM: +905062480466

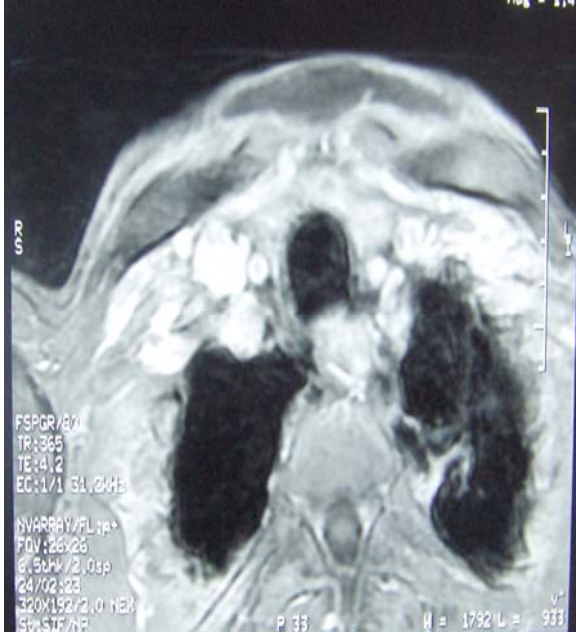
Fax: +902163520083

E-mail: banuatalay81@gmail.com

Makalenin Geliş Tarihi: 06.03.2012

Makalenin Kabul Tarihi: 11.03.2013

arasından başlayarak kaudalde vokal kordlar seviyesinde cilt,ciltaltı ve yumuşak dokular içerisinde uzanım göstermekteydi (Resim 1 ve 2). Hasta enfeksiyon hastalıkları kliniğiyle konsulte edildi ve parenteral ampisilin 1gr flk 4x1, metranidazol 500mg amp 4x1 ve destek tedavisi başlandı. 3 gün sonra CRP ve sedimentasyon değerlerinde düşme olmaması üzerine enfeksiyon hastalıklarıyla tekrar konsülte edilerek ampisilin dozu günlük 8 gr olacak şekilde artırıldı. Hastanın yatışının 5. gününde hastada cilt nekrozları görülmeye başlandı. Boyun ve sternum cildinde yer yer cilt defektleri oluştu. Ciltaltı yumuşak dokuların ve bu bölge fasya ve kaslarının nekrotik bir hal aldığı gözükmekteydi



Resim 1. T1 aksiyel kesit MR incelemede sternum önündeki cilt altı koleksiyonu.

(Resim 3). Bunun üzerine hastaya günlük yara pansumanı ve nekrotik materyal debridmanı yapıldı. Ek olarak 2,5 ATA 'da ikibuçuk saatlik 20 seans hiperbarik oksijen tedavisi uygulandı. Hasta kliniğimizde yattığı 24 günün sonunda cilt altındaki nekrotik dokular iyileşti. Laboratuvar değerleri normale geldi. Sternum ve boyun cildindeki defektler için plastik cerrahi ile konsulte edilen hastaya ek tedavi önerilmedi. Defektler sekonder iyileşmeye bırakıldı. Hastanın enfeksiyon odağı olduğu düşünülen çürük dişleri için diş hekimlerince gerekli tedavi yapıldı. Hastanın taburcu olduktan 2 ay sonraki kontrolünde cilt defektlerinin sekonder iyileşme ile tamamen kapanmış olduğu gözlemlendi.



Resim 2. T2 koronal kesit MR incelemede submandibuler ve parafarengel bölgedeki koleksiyon.



Resim 3. Enfeksiyonun 15. günündeki görünüm.

Tartışma

Servikal nekrotizan fasiit erkeklerde daha sık görülür. Dental patoloji en sık kaynak yeridir ve bunu parafarengel ve peritonsiller enfeksiyonlar izler (3,9). Odontojen kaynaklı enfeksiyonun nedeni sıklıkla mandibuladaki 2. ve 3. molar dişlerdir (10). Bu dişlerin apeksleri milohiyoid kasın mandibulaya yapışma yerinin altına uzandığı için buradan kaynaklanan enfeksiyonlar kolaylıkla submandibuler bölgeye yayılır. Sonrasında ise enfeksiyon yukarıda kafa tabanına aşağıda ise toraks boşluğuna ve mediastene doğru ilerleyebilir (11). Hastamızda 2. ve 3.molar diş enfeksiyonuna sekonder submandibuler bölgeye yayılan, sonrasında

boyunda ilerleyerek geniş bir bölgede nekroza neden olan bir enfeksiyon oluşumu mevcuttu. Servikal nekrotizan fasiit hastalarında tipik olarak beyaz küre sayısı artmıştır ve yüksek ateş görülür. Hastalık sürecindeki oral alım bozukluğuna ikincil olarak dehidratasyon ve malnütrisyon da genellikle mevcuttur (12). Beslenme bozukluğu olan hastalarda dolasımdaki lenfosit ve T hücre sayısı azalır ve aynı zamanda antikor cevabı ve polimorfonükleer hücre fonksiyonu bozulur. Bu faktörler enfeksiyona yeterli yanıt verilememesine belirgin katkıda bulunarak servikal nekrotizan fasiit gelişme şansını artırır. Bu nedenle hastalara gerekli beslenme ve hidrasyon desteği sağlanmalıdır. Nekrotizan fasiit oluşumunda risk faktörleri diabetes mellitus, malnütrisyon, obezite, periferik vasküler hastalık, şiddetli karaciğer hastalığı ve AIDS'tir (13).

Uygun radyolojik incelemeler hastalığın boyutunu ve hastanın hava yolunu doğru değerlendirebilmek için vakit geçirmeden istenmelidir. Bu tetkikler arasında bilgisayarlı tomografi incelemesi ve magnetik rezonans görüntüleme yer alır. BT ile subkutan gaz ve abse oluşumu görülebilir (14).

Cerrahi tedavide, geniş fasyotomi insizyonu yapılması ve fasyal planların eksplorasyonu ile tüm nekrotik dokuların drenajı ve eksizyonu gereklidir (14). Medikal tedavide ise geniş spektrumlu antibiyotikler ile sıvı ve elektrolit replasmanı gerekir (14). Odontojenik enfeksiyonlarda antibiyotik rejimi, enfeksiyonun en olası nedenlerine ek olarak nadir patojenleri de kapsayacak kadar geniş bir spektruma sahip olmalıdır (8). Kültür sonuçları alındığında, antibiyotik tedavisi etken organizmalara etkili olacak şekilde değiştirilir. Anaerobik mikroorganizmalar göz önünde bulundurularak hiperbarik oksijen tedavisi, destek amaçlı uygulanabilir. Bizim vakamıza 2,5 ATA 'da ikibuçuk saatlik 20 seans hiperbarik oksijen tedavisi uygulandı Uygun tedavi yapılmazsa patolojik süreç, derin dokuların tutulumu nedeniyle ölümcül potansiyeli olan vasküler komplikasyonlar, mediastinit ve multiorgan yetmezliğine yol açabilen septisemi ile sonuçlanabilir (10,11).

Sonuç

Nekrotizan faciitin boyunda görülmesi nadir olmasına rağmen ilerleyip ölümcül komplikasyonlara yol açabileceği akılda tutulmalı ve hastaya tedavi hızlıca başlanmalıdır.

Cervical Necrotising Fasciitis: Case Report

Abstract

Necrotising fasciitis is a soft tissue infection which has rapid progress and high mortality and morbidity rate. It is seen rarely in the head and neck region and usually occurs after dental infections. The factors affecting the success of necrotising fasciitis treatment are early diagnosis, adequate antibiotherapy and surgical debridement. In this article, we present a case of cervical necrotising fasciitis developed after dental infection.

Key words: Necrotising fasciitis, Neck, Necrosis

Kaynaklar

1. Wilson B. Necrotizing fasciitis. Am Surg 1952; 18(4):416-431.
2. Djupesland PG. Necrotizing fasciitis of the head and neck--report of three cases and review of the literature. Acta Otolaryngol Suppl 2000; 543:186-1869.
3. Banerjee AR, Murty GE, Moir AA. Cervical necrotizing fasciitis: a distinct clinicopathological entity? J Laryngol Otol 1996; 110(1):81-86.
4. Rapoport, Himelfarb MZ, Zikk D, Bloom J. Cervical necrotizing fasciitis of odontogenic origin. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1991; 72(1):15-18.
5. Casali RE, Tucker WE, Petrino RA, Westbrook KC, Read RC. Postoperative necrotizing fasciitis of the abdominal wall. Am J Surg 1980; 140(6):787-790.
6. Spirnak JP, Resnick MI, Hampel N, Persky L. Fournier's gangrene: report of 20 patients. J Urol 1984; 131(2):289-291.
7. Wang KC, Shih CH. Necrotizing fasciitis of the extremities. J Trauma 1992; 32(2):179-182.
8. Whitesides L, Cotto-Cumba C, Myers RA. Cervical necrotizing fasciitis of odontogenic origin: a case report and review of 12 cases. J Oral Maxillofac Surg 2000; 58(2):144-151.
9. Helmy AS, Salah MA, Nawara HA, Khatab H, Khalaf HA, Abd el-Maguid N. Life-threatening cervical necrotizing fasciitis. J R Coll Surg Edinb 1997; 42(6):410-413.
10. Fliss DM, Tovi F, Zirkin HJ. Necrotizing soft-tissue infections of dental origin. J Oral Maxillofac Surg 1990; 48(10):1104-1108.
11. Reed JM, Anand VK. Odontogenic cervical necrotizing fasciitis with intrathoracic extension. Otolaryngol Head Neck Surg 1992; 107(4):596-600.
12. McAndrew PG, Davies SJ, Griffiths RW. Necrotising fasciitis caused by dental infection. Br J Oral Maxillofac Surg 1987; 25(4):314-322.

Erdoğan ve ark.

13. Andreoli TE, Bennett JC, Carpenter CCJ, et al. Cecil's Essentials of Medicine (ed 3). Philadelphia. PA. Saunders 1993. pp 438-440.
14. Scher RL. Hyperbaric oxygen therapy for necrotizing cervical infections. Adv Otorhinolaryngol 1998; 54:50-58.