

Batında Yabancı Cisim Nedeniyle Gelişen Nekrotizan Fasiitis

Dr. Muammer KARAAVVAZ , Dr. Nuri Aydın KAMA , Dr. Aydın BİLGİN ,

Özet: Yüksek mortalitesi nedeniyle nekrotizan fasiitis ; erken teşhis, tıbbi tedavi ve radikal cerrahi debrümanı gerektiren bir hastalıktır. Etyolojisinde çeşitli faktörler suçlanmıştır. Batında unutulmuş yabancı cisme bağlı gelişen nekrotizan fasiitisli bir vakayı ilginç bulduk.

Anahtar Kelimeler: Karında yabancı cisim, nekrotizan fasiitis

Meleney (1) tarafından 1924'de tarif edilen nekrotizan fasiitis hala yüksek morbitite ve mortalite nedeniyle klinik önemini günümüzde de korumaktadır. Meleney enfeksiyonda anaerobik gelişmeyi düşünmesine rağmen kullandığı tekniklerle yalnız bir hastada anaerob enfeksiyonu izole edebilmiş ve tüm hastaların kültürlerinde beta hemolitik streptokok varlığını tespit etmiştir (1,2). Nekrotizan fasiitisde ölüm sepsis, solunum yetmezliği, böbrek yetmezliği ve multiorgan yetmezliğine bağlıdır. Çeşitli otörlerce mortalite oranı % 9-64 arasında bildirmektedir (2).

Tıp alanındaki hızla gelişen tanı ve tedavi yöntemlerine karşın mortalitenin yüksekliği dikkati çekmektedir. Mortalite yüksekliğinde en önemli etken teşhisin konulamaması, tedavinin geciktirilmesi. Kliniğimizde batında unutulmuş bir yabancı cisim nedeniyle gelişen nekrotizan fasiitisli bir vakayı sunmayı ve literatür bilgileri ışığında tartışmayı uygun bulduk.

Ankara Numune Hast. Acil Cerrahi Kli. Anabilim Dalı

Summary: NECROTIZING FASCIITIS CAUSED BY FOREIGN BODY IN ABDOMEN

Necrotizing fasciitis is a disease that needs early diagnose, medical treatment and radical surgical debriment because of its high mortality rate. Different factors have been accused for etology. We reported a patient with a necrotizing fasciitis caused by foreign body (gause compress) in abdomen.

Key Words: Foreign body in Abdomen, necrotizing fasciitis

VAKA TAKDİMİ

6 Mart 1991 tarihinde karında şişlik, kusma nedeniyle acil cerrahi polikliniğine başvuran 60 yaşında kadın hasta; yapılan fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri sonunda intestinal obstrüksiyon ön tanısı ile Acil Cerrahi Servisine yatırıldı. Hikayesinden bir başka merkezde Rektal Prolapsus nedeniyle Repstein ameliyatı geçirdiği, postoperatif 5. gün karında distansiyon, bulantı ve sol inguinal bölgede kızarıklık gelişmesi üzerine ileri tetkik için hastanemize gönderildiği öğrenildi.

Hastanın muayenesinde T.A: 90/50 mm Hg, Nb: 128/dk, Ateş: 38,5-39 C idi. Fizik muayenede şuur hafif bulanık olup, sol inguinalden sırtta ve hatta toraks arka duvarına doğru uzanan cildde ödem ve kızarıklık tespit edildi. Batında distansiyon ve barsak seslerinin hiperaktif olduğu belirlendi. Batında yabancı cisim veya kolleksiyon olabilir düşüncesiyle yapılan ultrasonografik tetkik normal olarak değerlendirildi. Diğer laboratuvar bulguları normaldi.



Hastaya subklaviyan katater kondu ve TPN başlandı. Kombine antibiyotik tedavisi (pen. kristalize + 3. generasyon sefalosporin) verildi. Yatışının 3. günü yapılan muayenesinde sol lumbal bölgedeki kızarıklık ve ödem artmasıyla nekrotizan fasiitis düşünüldü. Lokal anestezi altında cilt, ciltaltı fasyaya kadar uzanan birkaç insizyonla açıldı. Kesilerden serosanjinöz pis kokulu akıntının geldiği görüldü. Dekole edilen kesilerden fasyaların nekroza gittiğinin tespit edilmesi üzerine aktif pansuman ve debritleme yapıldı. Yara pansumanında oksijenli su, serum fizyolojik ve rifocin ampul kullanıldı. Hastanın ateşinde zaman zaman inip çıkmalar ve şuur bulanıklığı devam ediyordu. Sık sık yapılan pansumanlarla sol inguinal ve lumbal bölgedeki olaylar kontrol altına alındı. Yatışının 8. günü ameliyat insizyonundan seropürülan mayi sızdığı gözlemlendi. Göbek altı median insizyon sütürleri alındı. Yaradan bol pü geldiği görüldü. Hastaneye yatışının 20. gününde insizyon yerinin pansumanı esnasında gazlı bezin ucu görülecek şekilde (fotoğraf 3).



Yabancı cisim çıkarılmasından sonra ateşin düşerek olayın kontrol altına alındığı ve yaraların hızla düzeldiği gözlemlendi. Yatışının 35. günü açılan yaralara greft konarak iyileşmesi sağlandı. 43. günü şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Nekrotizan fasiitis, progresif ve genellikle hızla ilerleyen, subkutan yağ dokusu, superfisyel fasya ve derin fasyanın üst yüzünü etkileyen klinik bir sendromdur. Başlangıçta deri etkilenmez sekonder olarak kan damarlarının trombozu sonucu olaya karışır (3).

Mortalite ve morbititesi yüksek olan bu sendromun en sıklıkta travmadan sonra ve postoperatif olarak meydana geldiği bildirilmektedir (1). Bunların yanı sıra enjeksiyondan, diş çekimlerinden, küçük yaralanmalar ve böcek ısırıklarından sonrada nadiren de olsa görül-



mektedir. Nekrotizan fasiitisin boyun ve sırtı kapsayan vücut bölgelerini de etkilemesine rağmen en sık olarak ekstremiteleri tuttuğu bir çok araştırmacılar tarafından belirtilmiştir. Bazı yazarlarda anterior abdominal duvarında tutulduğunu belirtilmeşlerdir (1).

Hastanın 50 yaş üzerinde olması, arteriosklerozisin ve sistemik hastalıkların bulunması, malnutrisyon ve şişmanlık hallerinde sürviyi etkilediği görülmüştür (2).

Nekrotizan fasiitis spesifik bir enfeksiyon değil, klinik bir sendrom kompleksi olarak düşünülmektedir. Hastalarda genellikle yaygın doku ödemi nedeniyle hipovolemi görülebilir. Tedavinin esasını yeterli cerrahi debritleme, antibiyotikler, sıvı ve kan transfüzyonları teşkil eder. Erken cerrahi debritlemenin gerekliliği hastalığın tanındığı ilk günden beri vurgulanmaktadır.

Bizim vakamızda ilk anda şuur bulanıklığı, tansiyon düşüklüğü, taşikardinin olması septik bir tabloya doğru gidişi gösteriyordu. Hastanın göbek altı median insizyonu ve etrafında enfeksiyonu düşündürecek en ufak bir bulgu olmamasına rağmen sol inguinal bölgedeki kızarıklığın ve ödemin lumbal bölgeye

doğru yayıldığı görüldü. Nekrotizan fasiitis düşünülen hastaya tıbbi destekleyici tedavinin (I.V- sıvı+antibiyotik) yanı sıra hemen cerrahi debritleme ve sık sık pansuman yapılması tablonun düzelmesinde önemli yer tutmuştur. Bu sırada yabancı cismin çıkarılmasından sonra iyileşme dahada hızlandı. Enfeksiyonun ve nekrotizan fasiitisin sebebinin bu yabancı cisim olduğu kanaatine varıldı.

Deri belirtileri, süperfisyal fasya nekrozu ve sistemik toksisite belirtileri olan tüm hastalarda nekrotizan fasiitis düşünülmelidir. Postoperatif nekrotizan fasiitisin inkubasyon süresi 2-48 gündür. Klinik belirtileri insizyon yerinden başlamaktadır. Vakamızda insizyon yerinden uzakta başlaması ilginçtir.

Postoperatif olarak nadiren görülen bu sendromun yanı sıra olayın süratle ilerlemesine katkıda bulunabilecek bir yabancı cisminde araştırılması gereklidir. Varlığı halinde yabancı cismin çıkarılması, nekrotizan fasiitis tanısının erken konulması, yeterli cerrahi debritleme, modern tıbbi destekleyici tedavilere süratle başlamanın mortalite ve morbiditeyi azaltacağı kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Raymond V. Janevicius, M.D., Sang-Erk Hann, M.D., F.R.C.S (C), F.A.C.S., and Murray D. Batt, M.D. : Necrotizing Fasciitis., Surgery, Gynecology and Obstetrics. 1982, Vol: 154, 97-102.
2. Hossein Fallahzadeh, M.D., Eric Altenbernd, M.D., E. Truman Mays, M.D., F.A.C. : Necrotizing Fasciitis. Am. Surg., 1974,40:352-354.
3. Dr. Omer Şakrak, Dr. Mahmut Koç, Dr. Osman Doğru, Doç. Dr. Nuri Aydın Kama: T.Klin. Araştırma. 1991, 9: 117-119.
4. Armond Giuliano, MD, Frank Lewis, Jr, MD, Keith Hadley, MD, F. William Blaisdell, MD,: Bacteriology of Necrotizing Fasciitis. Am. J. Surg. 1977, 134:51-56.
5. Javier Sorra, MD, Xavier Matias-Gulu, MD, Ricard Calahuig, MD, Pedro Garcia, MD, Francisco J. Sancho, MD, and Jorge Puig La Callo, MD, FACS,: Surgical Gauze Pseudotumor. Am Surg. 1988, 155:235237.
6. William Rappaport, MD.: The Retained Surgical Sponge Following Intra-abdominal Surgery. Arch Surg. 1990, 125:405-407.
7. William O. Richards, MD Bijan Koramati, MD, & William A. Scovill, MD,: Fate of Retained Foreign Bodies in the Peritoneal Cavity. Southern Medical Journal. 1986,79:496-498.