

Gebe hastada diş absesine bağlı gelişen servikal nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonu: Nadir bir olgu

Servical necrotizing soft tissue infection due to tooth abscess in a pregnant patient: A rare case

Mehmet Erikoğlu*, Mehmet Aykut Yıldırım*, Gürcan Şimşek*

Nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonları, deri, subkutan dokular ve fasyaların ilerleyici nekrozu ile karakterize yaşamı tehdit eden mortalitesi ve morbiditesi yüksek enfeksiyonlardır. En sık nedeni küçük cerrahi girişimler ve travmalardır. Diyabetik ve immüno-supresiflerde etyolojik bir faktör olmadan da gelişebilir. Bu yazımızda; 24 haftalık gebe, 19 yaşında bayan hastada diş absesi sonrası gelişen servikal nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonu literatür eşliğinde tartışılmıştır. Diş absesi sonrası sağ submandibuler alanda servikal abse gelişen hastaya kulak burun boğaz hastalıkları kliniği tarafından abse drenajı yapılmış. Postoperatif 3. saatte drenaj yapılan insizyondan kötü kokulu akıntı olması, cerrahi alanın 5 cm etrafında krepitasyon alınması ve hastanın genel durumu bozulması üzerine tarafımızca konsülte edilen hasta nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonu ön tanısıyla acil ameliyata alındı. Ameliyatta servikal alanda nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonu tespit edildi ve radikal debridman yapıldı. Postoperatif dönemde tekrarlayan debridmanlar ve günlük ıslak pansumanlar ile doku canlılığı sağlanan hastaya başvurudan 16 gün sonra deri grefti uygulandı. Greftleme ameliyatından 10 gün sonra hasta sorunsuz olarak taburcu edildi.

Servikal bölgede nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonları oldukça nadirdir. Bunun en önemli nedeni bu bölgenin zengin kan akımına sahip olmasıdır. Servikal bölgede görülen nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonlarının kaynağı çoğunlukla dental patolojiler olup bunu parafarengeal ve peritonsiller enfeksiyonlar izler. Hastalardaki immüno-supresyon ve diyabet gibi sistemik hastalıklar en önemli predispozan faktörlerdir. Ayrıca hastanın mevcut gebelik durumunun enfeksiyon üzerinde ilerleyici bir etki yaptığını düşünmekteyiz. Radikal debridman, yoğun bakım desteği ve uygun antibiyoterapi ile hasta hayatta kalırsa geride kalan geniş defektin rekonstrüksiyonu da oldukça zorlu bir süreçtir. Bu nedenle nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonlarının tedavisinde multidisipliner bir yaklaşım gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Servikal enfeksiyon, nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonu, dental abse, gebelik

*Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Dr. Gürcan Şimşek
E-posta: gurcansimsek@gmail.com

Makale Geliş Tarihi: 20.01.2011
Makale Kabul Tarihi: 01.04.2011

GİRİŞ

Nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonları (NYDE) nadir görülen, fakat mortalitesi yüksek bir hastalık grubudur. Günümüzde hastalığın tanımlanmasında cilt nekrozunun her zaman olmadığı, fakat fasya nekrozunun değişmez bir bulgu olduğu Wilson tarafından belirtilmiştir (1). Hastalık çoğunlukla subkutan dokulara sınırlıdır, kas tutulumu nadirdir. NYDE'lerin doku nekrozu yapması ve fasyal planlarda ilerlemesi, bakteriler tarafından oluşturulan enzimlerin sinerjistik etkisine bağlıdır.

Baş boyun bölgesinin tutulumu nadirken ekstremiteler, genital bölge ve abdomen yerleşimi daha sık görülmektedir. NYDE'ler genel olarak diabetik-

lerde, alkoliklerde, immüno-supresif hastalarda, intravenöz ilaç bağımlılarında ve periferik damar hastalığı olanlarda daha sık görülmektedir. Sıklıkla cerrahi girişim ya da künt travmalar sonrası görülür. Nadiren küçük yaralanmalar (doku sıyrık ve kesileri, böcek ısırıkları, uygunsuz yapılan injeksiyon) sonrası da görülebilir. Her zaman etyolojik bir neden bulunamayabilir. Klinik olarak selülit ve abse gibi tablolara benzemesi ve enfeksiyonun cilt bulgularının belirgin olmayışı hastalığın tanısını güçleştirir. NYDE'lerin başlangıç bulguları, etkilenen bölgede ödem, kızarıklık, ısı artışı ve ağrıdır. Krepitasyon ise geç dönem bulgusudur. NYDE'lerin tedavisinde ise geniş cerrahi debridman ve yoğun antibiyotik tedavisi uygulanmalıdır (2). NYDE'lerin tanısı tamamen klinik gözleme

bağlıdır. Yarada şiddetli ağrı, kötü kokulu akıntı, krepitasyon olması mutlak NYDE'yi akla getirmelidir. NYDE'den klinik olarak şüphelenildiğinde cerrahi eksplorasyon yapılmalıdır.

OLGU

On dokuz yaşında 24 haftalık gebe, kadın hasta, boynunun sağ tarafında ağrı, kızarıklık ve şişlik şikayeti ile KBB kliniğine başvurmuş. Hastanın anamnezinde 7 gün önce diş absesi nedeniyle yüzde şişlik yakınmasının olduğu ve bu şişliğin boynuna doğru genişlediği mevcut. Diş enfeksiyonu nedeni ile antibiyotik kullanan hastanın yüzündeki şişlik gerilemiş ancak boyndaki şişlik artmaya devam etmiş. Hastanın sağ servikal bölgesini dolduran, sağ submandibuler alandan klavikula kadar uzanan, ağrılı, yumuşak kıvamlı, üzeri eritemli kitlesi KBB kliniği tarafından servikal abse olarak değerlendirilip drene edilmiş. Postoperatif 3. saatte hastanın genel durumunun bozulması, yara yerinde kötü kokulu akıntı olması ve drenaj yapılan insizyon hattının etrafında krepitasyon alınması üzerine hasta tarafımızca konsülte edildi. İlk değerlendirmede hastanın genel durumu kötü, şuur-u uykuuya eğilim gösteriyordu. Fizik muayenede Kan Basıncı: 100/60 mm-Hg, nabız: 110/dakika ve ateş 39,5 derece olarak tespit edildi. Hastanın sağda klavikula ortası hizasından 3 cm superiora klavikula paralel yapılmış 2 cm lik drenaj kesisi vardı. Bu kesinin etrafında tüm sağ servikal alanda ve inferiora sağ pektoral alana uzanan eritem, ödem, hassasiyet ve ısı artışı vardı. Kesi etrafında krepitasyon alınıyordu. İnsizyon yerinden kötü kokulu pürülan akıntı varlığı tespit edildi. Laboratuvar tetkiklerinde Hb: 9.0 gr/dl, Lökosit: 6700 K/uL, CRP: 73 mg/dl, prokalsitonin 0.4 ng/ml, glukoz: 105 mg/dl, Ca: 8.1 gr/dl, kreatinin: 0.5 mg/dl, üre: 13 mg/dl, K: 2.7 mg/dl, Na: 136 mg/dl olarak tespit edildi. Hasta NYDE ön tanısı ile acil ameliyata alındı.

Cilt kesisi yapıldıktan sonra kötü kokulu ve pürülan akıntıyla karşılaşıldı. Akıntıdan gram boyama ve kültür için numuneler alındı. Cilt ve cilt altı dokular flep şeklinde sağlam sınırlara kadar dekole edildi. Debridman yukarıda mandibulaya, aşağıda sağ meme başlangıcına, medialde orta hatta ve posterolateralde skapula üst kenarına kadar ilerletildi. Tüm nekrotik dokular debride edildi. Yüzeysel ve derin juguler ven-



Resim 1. Hastada, postoperatif 1. günde görülen debridman sahası.

lerin tromboze ve nekrotik olduğu görüldü. İnternal juguler ven tromboze ve nekrotik olduğu için bağlanıp eksize edildi. Nekrozun paratrakeal alana kadar yayıldığı tespit edildi ve diseksiyon bu alanlara kadar ilerletildi. Yara yıkandı ve açık bırakıldı. Hasta entübe ve mekanik ventilatöre bağlı olarak yoğun bakım ünitesinde takibe alındı. Gram boyamada gram pozitif koklar ve gram negatif basiller görüldü. Hastanın gebeliği de olduğu için kadın hastalıkları ve doğum kliniği ile konsülte edilerek hastaya ampirik olarak, imipenem ve meropenem başlandı. Postoperatif birinci günde ateşi 39 derece olan hastanın nabızı 110/dk ve TA: 100/70 mm-Hg'di. Postoperatif 1. gün ekstübe edilen hastanın yarası yatak başında değerlendirildi. Yarada kötü kokulu akıntı ve nekroz tespit edilmedi (Resim 1). Yara tekrar ıslak pansuman ile kapatıldı. Yarası günlük olarak yatak başında değerlendirilen hasta gebelik yönünden kadın hastalıkları ve doğum kliniği tarafından fetal US ile takip edildi. Fetüste problem tespit edilmedi. Hastanın yarasına her pansumanda enzimatik debridman için kollagenazlı preparat (Novuxol®) uygulandı. Postoperatif 3. günde ateşi 38 derece civarında seyreden hastanın antibiyotik tedavisine devam edildi. Günlük yara bakımı kollagenazlı preparat ile yapıldı. Postoperatif 5. günde ateşi 37.8 dereceye gerileyen ve oral gıda alımı olan hasta servise alındı.

Yara pansumanları kollagenazlı preparatla yapılan hastanın yarasında granülasyon dokusu oluşmaya başlayınca yaradan alınan kültür sonucunda üreme olmadı (Resim 2). Bunun üzerine yaranın kapatılması için postoperatif 16. günde hasta tekrar ameliyata alındı. Yara kenarları temizlendi. Sağ anterior, anterolateral ve anteromedialden alınan kısmı kalınlıktaki deri grefti stapler yardımıyla defekt alana adapte edildi (Resim 3). Bu ameliyattan sonra ve taburcu edilmeden önce hasta tekrar obstetrik olarak değerlendirildi ve fetüste problem tespit edilmedi. Hasta ikinci ameliyattan sonraki 10. günde taburcu edildi.

TARTIŞMA

NYDE'ler nadir fakat mortalitesi yüksek enfeksiyonlardır (3). NYDE'ler genellikle ekstremitelerde ve genital bölgelerde görülürler. Genital bölgeyi tutan NYDE'ye Fournier gangreni de denir. Tipik olarak kadınlarda labium majör, erkeklerde skrotumdan başlar ve perineal, gluteal ve karın bölgesine hızla yayılır. Servikal bölge kanlanmasının iyi olması ve büyük damarlara yakınlığı nedeniyle nadir olarak tutulan bir alandır.

Servikal NYDE'ler erkeklerde daha sık görülür. Dental enfeksiyonlar en sık nedendir. Bunu parafarengial ve peritonsiller enfeksiyonlar izler (4).

Literatürde NYDE'lerin en sık nedeni minör cerrahi girişimler ve künt travmalar olarak bildirilmiştir. Ancak her za-



Resim 2. Hastanın greftleme ameliyatı öncesi yarasının görünümü. Postoperatif 14. günde yara tamamen granülasyon dokusu ile örtülmüş ve enfeksiyon bulgusu mevcut değil.



Resim 3. Hastanın greftleme ameliyatı sonrası postoperatif 5. günde yarasının görünümü.

man etyolojik bir faktör bulunamayabilir. NYDE'ler yanıklar, travma, kronik deri hastalıkları ameliyat sonrası enfeksiyonlar, rektal abseler, doğum, hayvan ve böcek ısırması sonrası gelişebilir. Bazı olgularda bilinen bir neden olmadan spontan olarak da gelişebilir (5,6). Özellikle diyabetik ve immünosupresiflerde NYDE spontan olarak da gelişebilir. NYDE daha çok immünosuprese kişilerde görülür. Ayrıca diabetes mellitus, alkolizm, radyoterapi öyküsü, malnütrisyon ve uzun süreli NSAİ kullanımı NYDE gelişimi için risk faktörüdür (3,7).

Literatürde gebeliğin sağlıklı bir şekilde devamı için fizyolojik bir immünosupresyon olduğu bilinmektedir (8). Bu yazıda bildirilen hastada hiçbir risk faktörü olmamasına karşın, servikal bölge gibi kanlanması oldukça fazla bir lokalizasyonda NYDE gelişmesinde gebelik sürecinin bir risk faktörü olabileceği düşünülmüştür.

NYDE'lerin tanısı klinik olarak konulmaktadır (9). Radyolojik tetkikler ise tanıya sadece yardımcı olmaktadır. Hastada klinik olarak NYDE şüphesi cerrahi

eksplorasyon için yeterlidir. NYDE'lerin kesin tanısı ise ancak diseksiyon esnasında konur. NYDE'lerde enfeksiyona bağlı laboratuvar bulguları dikkat çeker. Hiponatremi, kreatinin yüksekliği, metabolik asidoz, koagülopati, şok tablosunun bulunması, lökosit değerinin 30.000'in üzerinde olması kötü prognostik faktörlerdir (10).

NYDE'ler çoğu zaman aerobik ve anaerobik mikroorganizmaları birlikte içerir yani polimikrobiyal karakterdedir. En sık rastlanan patojen mikroorganizmalar streptokoklar ve enterobakterlerdir (11). Bizim hastamızda da alınan gram boyamalarda gram pozitif kok ve gram negatif basiller görülmüş ve bu sonuca göre antibiyoterapi başlanmıştır. Hastanın kültüründe üreme olmadı. Bunun nedeni anaerobik kültür alınmaması ya da hastanın kültür alındığında antibiyotik kullanıyor olması olabilir. Bu nedenle ameliyatta gram boyama için numune alınması oldukça önemlidir.

NYDE'lerde tedavi başarısını etkileyen en önemli faktör debridmanın zamanlamasıdır. NYDE'lerde debridmanın zamanlaması kadar niteliği de prognostik bir faktördür (12). Literatürde ideal olarak NYDE'lerde üç aşamalı 0, 12 ve 36. saatlerde debridman önerilmektedir (13). Biz kliniğimizde radikal debridman sonrası enfeksiyon sahasının ilk değerlendirilmesinin aynı cerrah tarafından yatak başında yapılmasını ve gerekirse tekrar ameliyathane şartlarında debridmanı uyguluyoruz. Ameliyat sonrası ilk eksplorasyonun debridmanı yapan cerrah tarafından yapılması önemlidir. Çünkü doku planlarındaki bozulma ve enfeksiyondaki ilerleme daha net olarak tespit edilebilir.

Sonuç olarak NYDE'ler genellikle ekstremitte ve genital bölgede görülür. Ancak kanlanması fazla olan servikal bölge gibi lokalizasyonlarda oldukça nadirdir. Risk faktörleri olan olgularda dental enfeksiyonlar sonrası servikal lokalizasyonlu NYDE görülebileceği hatırlanmalıdır. Literatürde NYDE'lerle ilgili bir çok risk faktörü sayılmıştır. Gebelik bir risk faktörü olarak literatürde belirtilmese de immünosupresif etkisi nedeniyle bir risk faktörü olarak düşünülebilir. Bu nedenle gebelerde görülen NYDE olgularının bu yönden de değerlendirilmesi faydalı olabilir.

SUMMARY

Servical necrotizing soft tissue infection due to tooth abscess in a pregnant patient: A rare case

Necrotizing soft tissue infections (NSTI) are life threatening infections with high rates of mortality and morbidity. In the present article we discuss cervical NSTI following a tooth abscess in a 19-year-old female patient with 24 week pregnancy in comparison with the literature on the subject. The patient with cervical abscess in the right submandibular area following a tooth abscess underwent abscess drainage by the ear-nose-and throat surgery clinic. Because there was a bad smelling drainage from the incision from where a drainage was performed in the postoperative third hour, an occurrence of crepitation around 5 cm's of the surgical area, and the deterioration of the patient's general condition she was consulted by us and went into emergency surgery with a NSTI prediagnosis. NSTI was seen

intraoperatively in the cervical area and a radical debridement was performed. The patient's tissue vitality was enabled through recurrent debridements in the postoperative period.

The occurrence of NSTIs is quite rare in the cervical area. The most important reason for this is based on the fact that the area has a rich blood flow. The reason for the development of NSTIs of the cervical area is mostly dental pathologies and these are followed by para-farengeal and peritonsillar infections. We also think that the patient's pregnancy had a progressive effect on the infection. If the patient survives with radical debridement, intensive care support, and appropriate antibiotherapy, the reconstruction of the past wide defect proves to be a challenging process. Thus, NSTI treatment requires a multidisciplinary approach.

Key Words: Cervical infection, necrotizing soft tissue infection, dental abscess, pregnancy

KAYNAKLAR

1. Wilson B. Necrotizing fasciitis. Am Surg 1952; 18:416-431.
2. Wilson HD, Haltelin KC. Acute necrotizing fasciitis in childhood. Report of cases. Am J Dis Child 1973; 125:591-595. doi:10.1001/archpedi.1973.04160040087018
3. Özgenel GY, Akın S, Kahveci R, ve ark. Nekrotizan fasitli 30 hastanın klinik değerlendirilmesi ve tedavi sonuçları. Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi 2004; 10:110-114.
4. Banerjee AR, Murty GR, Moir AA. Cervical necrotizan fasiitis: a distinct clinopathological entity? Laryngol Otol 1996; 110:81-86. doi:10.1017/S0022215100132797
5. Green RJ. Necrotizan fasiitis. Chest 1996; 110:219-229. doi:10.1378/chest.110.1.219
6. Riefler J, Molavi A, Schwartz D, et al. Necrotizing fasciitis in adults due to group B streptococcus. Report of a case review of the literature. Arch Intern Med 1988; 148:727-729. doi:10.1001/archinte.1988.00380030233036
7. Gürlek A, Fırat C, Öztürk AE, et al. Management of necrotizan faciitis in diabetic patients. J Diabetes Complications 2007; 21:265-271. doi:10.1016/j.jdiacomp.2006.08.006
8. Poole JA, Claman HN. Immunology and pregnancy implication for the mother. Clin Rev Allergy Immunol 2004; 26:161-170. doi:10.1385/CRIAI.26.3:161
9. Tang WM, Ho PL, Fung KK, et al. Necrotizing fasciitis of a limb. J Bone Joint Surg 2001; 83:709-719. doi:10.1302/0301-620X.83B5.10987
10. Wall DB, de Virgilio C, Black S, et al. Objective criteria may assist in distinguishing necrotizing fasciitis from nonnecrotizing soft tissue infection. Am J Surg 2000; 179:17-21. doi:10.1016/S0002-9610(99)00259-7
11. Lorianni P, Oliver GC. Synergistic soft tissue infections of the perineum. Dis Colon Rectum 1992; 35:640-644.
12. Wall DB, de Virgilio C, Black S, et al. Objective criteria may assist in distinguishing necrotizing fasciitis from nonnecrotizing soft tissue infection. Am J Surg 2000; 179:17-21. doi:10.1016/S0002-9610(99)00259-7
13. Elliott DC, Kufera JA, Myers RA. Necrotizing soft tissue infections. Risk factors for mortality and strategies for management. Ann Surg 1996; 224:672-683. doi:10.1097/0000658-199611000-00011