

Memede Nekrotizan Fasiit

Necrotizing Fasciitis of The Breast
Genel Cerrahi

Başvuru: 19.01.2017
Kabul: 16.02.2017
Yayın: 24.03.2017

Ertuğrul Karabulut¹, Hüsamettin Bayraktar¹, Ceyhun Erdem¹, Burhan Hakan Kanat², Bülent Ünal¹

¹ İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
² Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Özet

Nekrotizan fasiit progresif bir yumuşak doku enfeksiyonudur. İdiyopatik olabileceği gibi travma, yabancı cisim reaksiyonu veya cerrahiye sekonder olabilir. Sıklıkla ileri yaş diyabetik hastalarda görülür. Obezite, sigara, steroid kullanımı, alkolizm, immünsüpresyon, kronik böbrek yetmezliği nekrotizan fasiit gelişimini kolaylaştıran faktörlerdir. Kutanoz , subkutanöz dokuları ya da fasyayı tutabilir. Literatürde meme tutulumu nadirdir. Acil şartlarda nekrozektomi ve debridman yaptığımız hastada mevcut patoloji çok hızlı ilerlemiştir. Toraks duvarına invaze olabilecek bu durum varlığında acil nekrozektomi ve debridman kaçınılmazdır.

Anahtar kelimeler: *Nekrotizan fasiit, Nekrozektomi , Debridman, Meme*

Abstract

Necrotizing fasciitis is a progressive infection of the soft tissue. As it can be idiopathic, it also can be secondary after a trauma, foreign body reaction or surgery. It often seen in older age patients with diabet. Obesity, smoking, alcoholism, use of steroids, immunosuppression, chronic kidney failure are the predisposing factors of the evolution of disease. It can keep the cutaneous and subcutaneous tissues or fascia. Breast involvement is rare on the literature. On our case which is required urgent necrosectomy and debridement , the pathology has progressed quite rapidly. In case of probability of chest wall involvement, urgent necrosectomy and debridement is unavoidable.

Keywords: *Necrotizing fasciitis, Necrosectomy, Debridement, Breast*

Giriş

Nekrotizan fasiit (NF) ya da güncel adlandırılması ile nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonları (NYDE), yumuşak doku ve fasyaların bakteriyel enfeksiyona bağlı olarak hızla yayılan nekrozu ile karakterize bir hastalıktır. Göz ardı edildiğinde ve uygun şekilde tedavi edilmediğinde ciddi morbidite ve mortalite oranına sahiptir¹. Tarihte ilk kez 1871 yılında ABD'li Joseph Jones 'hastane kangreni' olarak tanımlamış, ardından 1924'te Meleney 'akut hemolitik streptokokkal kangren' olarak isimlendirerek bakteriyel enfeksiyonla ilişkisini açıklamıştır. Nekrotizan fasiit terimini ilk kez 1952 yılında Wilson kullanmıştır².

Etkilenen hastalarda çoğu zaman ileri yaşta, obezite, alkolizm, immünsüpresyon, intravenöz ilaç kullanımı, kronik böbrek yetmezliği, periferik vasküler hastalıklar ve diyabet gibi altta yatan predispozan faktörler vardır³. Nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonları vücudun herhangi bir yerini etkileyebilmekle beraber memede nadir görülür. Literatürde memenin primer nekrotizan enfeksiyonu oldukça az sayıda bildirilmiştir^{4,5}.

Biz de bu yazımızda diyabeti olan obez ve kimsesiz bir kadın hastada gelişen memenin primer nekrotizan fasiiti olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Elli bir yaşında kadın hasta sağ memesinde kötü kokulu, akıntılı yara ile acil servise başvurdu. Hikayesinde yaklaşık 4 gündür memesinde ağrı ve kızarıklık ile başlayan ve giderek ilerleyen yarasının olduğu, 1 gündür de memesinin alt kısmının renk değiştirerek yarasının açıldığını söyledi. Özgeçmişinde 15 yıldır diyabeti olduğu öğrenildi. Diyabet hastalığı için oral antidiyabetik ilaç verilmiş ancak düzenli kullanılmıyormuş.

Yapılan fizik bakıda, sağ memede alt kadranda yaklaşık 10x2 cm alanda cildin nekroza gittiği ve kötü kokulu akıntı mevcut olduğu tesbit edildi. (Şekil 1). Kan basıncı:150/80 mmHg, solunum sayısı: 21/dk, nabız sayısı: 124/dk, ateş: 38.6°C olarak ölçüldü. Laboratuvar incelemesinde, beyaz küre değeri 31200/mm³ ve glukoz değeri 299 mg/dL idi. CRP değeri 34,6 mg/dL ve prokalsitonin değeri 0,828 ng/ml idi. Diğer parametreleri normaldi.

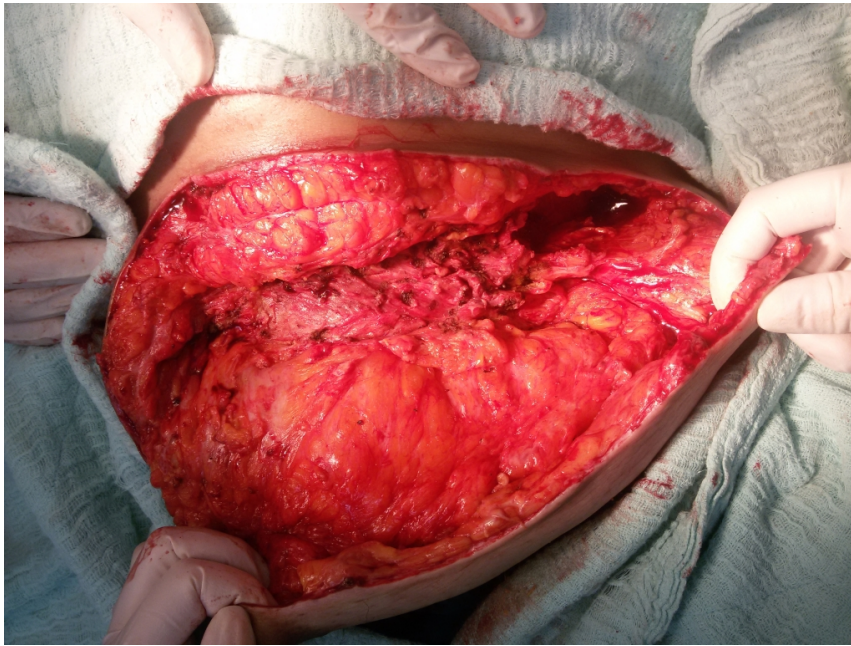


Şekil 1 : Sağ memede alt kadranda yaklaşık 10x2 cm alanda cildin nekrozu ve kötü kokulu akıntı

Acil serviste kan şekeri regüle edilen hasta NF ön tanısı ile acil şartlarda ameliyata alınarak nekrozektomi ve debritleme yapıldı (Şekil 2 ve 3).



Şekil 2 : Ameliyat sırasında nekrotik dokunun görüntüsü



Şekil 3 : Nekrozektomi ve debritleme sonrası kalan canlı dokunun görüntüsü

Yara % 0.2 Nitrofurazon Pomad ve Rifamisin ile hazırlanan gazlı bez ile pansuman yapılarak cilt aralıklı kapatıldı. Ameliyat sonrası servise alınan hastaya enfeksiyon hastalıkları ampicilin + sulbaktam 500 mg'dan 4x2 dozunda, Siprofloksasin 2x400 mg ve klindamisin 3x600 mg dozundan başladı. Postoperatif 1.gününde hastada areola komşuluğunda renk değişikliği oluşunca tekrar ameliyata alındı. Tekrar nekrozektomi ve debritleme yapılarak 1 adet dren konuldu ve yara kapatıldı (Şekil 4).



Şekil 4 : Ameliyat sonrası görüntü

Postoperatif servise alınan hastanın antibiyotik tedavisine devam edildi. Alınan doku kültürü mikrobiyoloji tarafından kontaminasyon olarak değerlendirildi. Takiplerinde beyaz küresi ve CRP düzeyleri geriledi. Postoperatif 7. gün dreni çekildi. Enfeksiyon Hastalıkları 10. günde antibiyotik tedavisini oral antibiyotik ile değiştirdi. Hasta 11. gün reçete verilerek ve poliklinik kontrolü önerilerek şifa ile taburcu edildi.

Tartışma

Nekrotizan fasiit, deri, deri altı doku ve yüzeysel fasiyayı tutan, hızla invazyon ve yayılım sonucu sistemik belirti ve bulgularıyla kendini gösteren ciddi bir enfeksiyon hastalığıdır ⁴⁻⁶. Çoğu zaman etkilenen hastalarda altta yatan predispozan faktör ya da faktörler vardır. Diyabet, sigara, obezite, kronik kalp hastalığı, alkol bağımlılığı, kanser, kemoterapi, kronik kortikosteroid tedavisi, periferik vasküler hastalık tanımlanmış risk faktörleridir. Bizim hastamızda da hem diyabet hem de obezite altta yatan predispozan faktördü.

Wong ve arkadaşları NF'i diğer yumuşak doku enfeksiyonlarından ayırt etmek için biyokimyasal risk belirteçlerini kullanan Laboratory Risk Indicator for Necrotizing fasciitis (LRINEC) skorlama sistemi (Tablo 1) öne sürmüşlerdir. Çünkü nekrotizan fasiit, diğer deri ve yumuşak doku enfeksiyonlarına göre daha sıklıkla ağır sepsis ile birlikte gelir. LRINEC skoru biyokimyasal değişiklikleri ölçen bir skorlama sistemidir. Bunlar; CRP, beyaz küre, hemoglobin, sodyum, kreatinin ve glikoz değerleridir ^{1,7}. Sunduğumuz hastanın bu skorlama sistemine göre skoru 4 olup, bu sisteme göre düşük risklidir.

Nekrotizan fasiit'in klinik özellikleri yine Wong ve Wang tarafından üç evreye ayrılmıştır ^{7,8}. Evre I (erken) palpasyon ile hassasiyet (görünür deri tutulumunun dışına uzanan), eritem, şişme, kalor (deride ısı artışı) olur. Evre II 'de (orta) Bül formasyonu (seröz sıvı), deride fluktuasyon varken, Evre III ise geç evredir ve krepitasyon, deride anestezi, deride renk koyulaşması, gangrene varan doku nekrozu vardır. Sunulan hasta bu evrelemeye göre geç evre olan üçüncü evrededir (Şekil 1).

Nekrotizan fasiitte izole edilen mikroorganizmaların tipi ve sayısı değişkenlik gösterebilmektedir. Monomikrobiyal olabileceği gibi daha çok polimikrobiyal olmaktadır. Monomikrobiyal formda *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus* ve diğer stafilokoklar ön planda iken polimikrobiyal formda çok çeşitli anaerobik ve aerobik mikroorganizmalar izole edilebilir⁶. Bizim aldığımız doku kültüründe üreme mikrobiyoloji tarafından kontaminasyon olarak değerlendirildiğinden etken mikroorganizma tanımlanamamıştır.

Nekrotizan fasiitte tedavinin en önemli aşaması agresif debritleme yani cerrahi işlemdir. Debridmanlarda özellikle avasküler dokular alınmalı ve kanlanan dokuya kadar hasarlı ve nekrotik dokular uzaklaştırılmalıdır. Hastanın hayatı söz konusu olabileceğinden gerektiğinde amputasyon bile düşünülmelidir. Ayrıca tekrarlayıcı debritlemlerden kaçınılmamalıdır. Bizim olgumuzda da olduğu gibi geniş spektrumlu kombine antibiyotik tedavileri mutlaka başlanmalı ve doku kültürüne göre tedavi yeniden şekillendirilmelidir. NF tedavisinde hastaya yaklaşım multidisipliner olmalı ve acil, genel cerrahi, ortopedi, enfeksiyon hastalıkları, mikrobiyoloji ve plastik cerrahi klinikleri iletişim içerisinde olmalıdır.

Sonuç olarak NF, vücudun bütün anatomik bölgelerinde görülebilen, cilt altı damar yapısında tromboza ve ciltte nekroza neden olan, mortalite ve morbiditesi yüksek ciddi bir bakteriyel enfeksiyondur.

C-Reaktif Protein	Puan
<150	0
>150	4
Lökosit 10 ³ /mm ³	
<15	0
15-25	1
>25	2
Hemoglobin düzeyi (g/dL)	
>13.5	0
11-13.5	1
<11.2	2
Sodyum düzeyi (mmol/L)	
≥135	0
<135	2
Kreatinin düzeyi (mg/dL)	
≤1.6	0
>1.6	2
Glikoz düzeyi (mg/dL)	
≤180	0
>180	1

(5 ve altı düşük risk, 6-7 orta dereceli risk, 8 ve üstü yüksek risk)
*1. ve 7. kaynaklardan uyarlanmıştır.

Tablo 1
LRINEC Skorum Sistemi

Referanslar

1. Vayvada H, Demirdöver C, Menderes A, Karaca C. Nekrotizan fasiit: Tanı, tedavi ve literatürün gözden geçirilmesi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2012;18 (6):507-13.
2. Köse R, Söğüt Ö, Kamaz A, Sayhan MB. Geniş tutulumlu nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonları: Literatürün gözden geçirilmesi ve iki olgu sunumu. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2008;5(3):30-6.
3. Avcı G, Akan M, Aköz T. Memede doku kaybına neden olan nekrotizan fasiitis. *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* 2010;30(4):1413-6.
4. Eugster T, Aeberhard P, Reist K, Sakmann K. Necrotizing fasciitis cause by beta-hemolytic streptococci with fatal outcome-a case report. *Swiss Surg.* 1997;3(3):117-20.

5. Shah J, et al. Necrotising fasciitis of the breast. Br J Plast Surg. 2001;54(1): 67-8.
6. Turhan Ö, et al. Nekrotizan fasiit tanısıyla izlenen 44 olgunun klinik değerdendirilmesi. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2011;17 (1):29-32.
7. Wong CH, et al. The LRINEC (Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis) score: a tool for distinguishing necrotizing fasciitis from other soft tissue infections. Crit Care Med 2004;32:1535- 41.
8. Wang YS, Wong CH, Tay YK. Staging of necrotizing fasciitis based on the evolving cutaneous features. Int J Dermatol. 2007;46:1036-41.