

NEKROTİZAN YUMUŞAK DOKU İNFEKSİYONLARI

Yavuz BOZFAKIOĞLU

Bu tür infeksiyonlar epidermis, dermis ve subdermis, kas fasyaları ve kasları tutmalarına göre dört ana başlık altında toplanır ve basit folikülitten, yaşamı ciddi şekilde tehlikeye atan klostridial miyonekroz gibi geniş bir yelpaze içinde yer alır.

Streptococcus pyogenes, *Staphylococcus aureus*, *Clostridium perfringens*, *Clostridium septicum* başlıca etkenlerdir. Perinede görülen bu tür infeksiyonlar ise daha çok polimikrobiyal olup, *Bacteroides*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Peptostreptococcus* ve koliform basiller olaya karışır.

Hastalarda bu infeksiyonların gelişmesi için diabetes mellitus, periferik vasküler yetersizlik, alkolizm, beslenme yetersizliği ve AIDS uygun ortamı hazırlar. Travmalı hastalarda yabancı cisim, canlılığını yitirmiş doku veya kan, sıvı toplanmaları, ödem bulunması infeksiyon gelişimini ve yayılmasını kolaylaştırır.

Klasik olarak yumuşak doku nekrotizan infeksiyonları lokalize ağrı ile kendini gösterir ve ilk bakısta öne senmeyebilir. İnfeksiyonun ciltaltı dokusunu tahrif ederek fasya katına ulaşması ile cildin siyanotik veya bronz bir renk olması söz konusu olur. İnfeksiyon bölgesinin tahta sertliğinde olması (indürasyon) ve gaz yapan mikroorganizmaların varlığında krepitasyon klinik tabloyu tamamlar. Cildin perforan damarlarında tromboz gelişimi ile dermal gangren ve epidermolizis ortaya çıkar. Bu lokal bulgulara ek olarak şiddetli ağrıya taşkardı, taşipne, şuur bulanıklığı, lökositoz, hiperglisemi, oligüri, ateş yükselmesi ve titreme, metabolik asidoz eşlik eder. Bakteriemi hastaların ancak % 10larında saptanır. Direkt grafsilerde yumuşak dokuda gaz birikimi, yabancı cisim veya komşu kemik dokusunda osteomiyelit bulgularına rastlanması mutaddır.

Tedavide hastanın yoğun bakım ünitesinde monitorize edilmesi esastır. Tetanus söz konusu olduğunda, hastanın immünizasyon durumuna göre planlama yapılır. Dört saatte bir yapılacak 3,000,000 ünite penisilin-G, aminoglikozid veya 3. kuşak sefalosporin, klindamisin veya metronidazol kombinasyonu aerobik ve anaerobik etkenlere karşı etkilidir.

Cerrahi debridman, fasyaların açılması ve nekrotik kas dokusunun eksize edilmesi tedavinin vazgeçilmez bir parçası olup, özellikle yoğun resüsitasyona rağmen genel durumu düzelmeyen hastalarda yapılmalı ve gerekiği sıklıkta tekrarlanmalıdır. Hiperbarik oksijen tedavisi sonuçları halen tartışmalıdır.

Streptokokkal infeksiyonlar: A grubu streptokoklar (*Streptococcus pyogenes*) ile oluşur. Başlıca klinik formları selülit, lenfanjit, impetigo, erizipel, nekrotizan fasiit, streptokokkal miyozittir. Kolaylaştırıcı bir organik lezyon olmadan ortaya çıkması dikkat çekicidir.

Klostridial infeksiyonlar: Travmalı veya genel durumu bozuk hastalarda ortaya çıkışsı beklenir. Travmalarda *Clostridium perfringens*, spontan miyonekrozda ise *Clostridium septicum* sorumludur. Canlılığını yitirmiş, debride edilmemiş travmatik yaralarda, açık kırıklarda, kolon ve safra yolları cerrahi girişimlerinde, cildin alkollle silindiği kasıçı infeksiyonlarda rastlanır. Basit kontaminasyon, anaerobik selülit ve miyonekroz (gazlı gangren) gibi tipleri vardır. Ağır klinik formlarında hemoliz, dokunun likefiye olması, artmış kapiller permabilité, krepitasyon, hemorajik büller, doku anfizemi, şiddetli ağrı görülür. İnfeksiyonun ekstremitelerde geliştiği hastaların % 25'inde amputasyon gerekmektedir.

Travmatik rektal perforasyon, perirektal abseler, hemoroidektomi ameliyatları, pilonidal kist, üriner kateterizasyon gibi girişimlerde perinede yumuşak doku nekrotizan infeksiyonu gelişebilir. Bu hastalarda sıkılıkla diabetes mellitus, alkolizm veya kanser gibi ek patolojilerin bulunduğu gözlenmiştir.

Ekstremitelerin yumuşak doku nekrotizan infeksiyonları ise genelde beslenme bozukluğu ortamında gelişir. Diabet en sık görülen ana nedendir. Amputasyon sıkılıkla gerekirken mortaliteninin, özellikle yaşlılarda % 25 dolayında seyrettiği belirlenmiştir.

KAYNAKLAR

- 1- Ahrenholz D H: Necrotizing soft-tissue infections, *Surg Clin N Amer* 68: 199 (1988).
- 2- Clayton M D, Fowler J E Jr, Sharifi R: Causes, presentation and survival of 57 patients with necrotizan fasciitis of the male genitalia, *Surg Gynec Obstet* 170: 49 (1990).
- 3- Ferrieri P, Kaplan E L, Handley J P: Invasive group A streptococcal infections, *Infect Dis Clin N Amer* 6: 149 (1992).
- 4- File T M, Tan J S: Treatment of bacterial skin and soft-tissue infections, *Surg Gynec Obstet* 172: 17 (1991).
- 5- Patino J F, Castro D: Necrotizing lesions of soft tissues: a review, *World J Surg* 15: 235 (1991).
- 6- Rudge F W: The role of hyperbaric oxygenation in the treatment of clostridial myonecrosis, *Milit Med* 158: 80 (1993).
- 7- Sutherland M E, Meyer A A: Necrotizing soft-tissue infections, *Surg Clin N Amer* 74: 591 (1994).
- 8- Wood T F, Potter M A, Jonasson O: Streptococcal toxic shock-like syndrome. The importance of surgical intervention, *Ann Surg* 217: 109 (1993).