



OLGU SUNUMU

F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg.
2014; 28 (2): 73 - 75
http://www.fusabil.org

Hakan ARTAŞ¹
Ahmet DEMİR²
Zeynep DOĞAN²
Burçin KAVAK³
Gökhan ARTAŞ⁴

¹Fırat Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Radyoloji Anabilim Dalı,
Elazığ, TÜRKİYE

²Elazığ Eğitim ve Araştırma
Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum
Kliniği,
Elazığ, TÜRKİYE

³Fırat Üniversitesi,
Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları Ve Doğum
Anabilim Dalı,
Elazığ, TÜRKİYE

⁴Fırat Üniversitesi,
Tıp Fakültesi,
Patoloji Anabilim Dalı,
Elazığ, TÜRKİYE

Geliş Tarihi : 10.02.2014
Kabul Tarihi : 27.05.2014

Yazışma Adresi Correspondence

Hakan ARTAŞ
Fırat Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Radyoloji Anabilim Dalı,
Elazığ-TÜRKİYE

hakanartas@yahoo.com

Sezaryen Sonrası Gelişen Nekrotizan Fasiitte Bilgisayarlı Tomografinin Rolü: Olgu Sunumu

Sezaryen operasyonu en sık uygulanan jinekolojik operasyondur. Nekrotizan fasiit, cilt, subkutanöz doku ve fasiaların nekrozu ile karakterize, hızla yayılan ve yaşamı tehdit eden bir yumuşak doku enfeksiyonudur. Sezaryen sonrası nekrotizan fasiit sıklığı literatürde 1.8/1000 olarak bildirilmektedir. Bu enfeksiyon, üzerindeki ciltte minimal değişiklik yapacak şekilde 2.5 cm/saate varabilen hızla yayılabilir. Mortalite ve morbitide oranları erken tanı ve tedaviye rağmen yüksektir. Bu nedenle erken tanı ve agresif tedavi şarttır. Bilgisayarlı tomografi etkilenen alanlardaki fasiyal kalınlaşmaları ve gaz varlığını gösterebilen ve geniş cerrahi debridman için kılavuzluk eden hızlı bir görüntüleme metodudur. Bizler burada sezaryen operasyonu sonrası nekrotizan fasiit gelişen 44 yaşındaki kadın olguyu sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Nekrotizan fasiit, bilgisayarlı tomografi.

Role of Computed Tomography at Necrotizing Fasciitis That Develops After Cesarean Section: A Case Report

The cesarean section is the most common gynecological operation. Necrotizing fasciitis is a progressive, rapidly spreading, and life threatening soft-tissue infection characterized by necrosis of skin, subcutaneous tissues and fasciae. The frequency of necrotizing fasciitis after cesarean section has been reported as 1.8/1000 in the literature. The infection can spread up to 2.5 cm/h, with minimal change in the overlying skin. Morbidity and mortality rates are high despite early diagnosis and treatment. Therefore early diagnosis and aggressive managements are essential. Computed tomography is a rapid imaging method that can show fascial thickening and the presence of gas at the affected area, and can guide the extensive surgical debridement. Herein we aimed to report a 44 years old woman who has necrotizing fasciitis which occurred after cesarean section as a case.

Key Words: Necrotizing fasciitis, computed tomography.

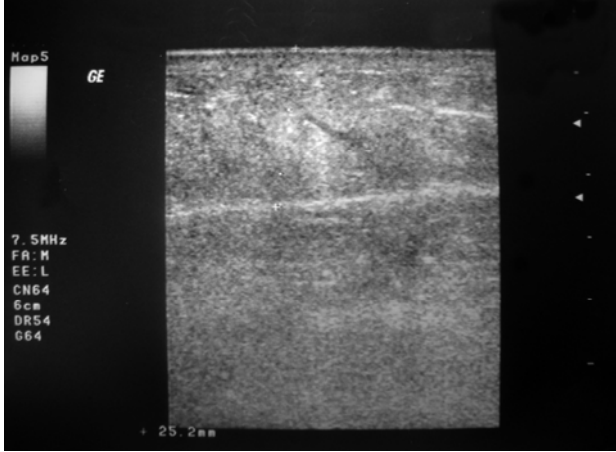
Giriş

Nekrotizan fasiit (NF), deri, subkutan dokular ve fasiyaların hızla ilerleyen nekrozu ile karakterize, yaşamı tehdit eden bir enfeksiyondur. Hastalığın seyirini belirleyen temel faktör etken patojenin virülansı ile birlikte olgu yaşı, enfeksiyonun genişliği, ilk debridmanın zamanı, eşlik eden sistemik hastalıklar ve malnütrisyonudur. Nekrotizan fasiit tanısının gecikmesinin en sık sebebi, şiddetli ağrı ve hassasiyet gibi klinik bulgular ile lezyonun ve hastanın fiziksel görünümü arasındaki uyumsuzluktur (1).

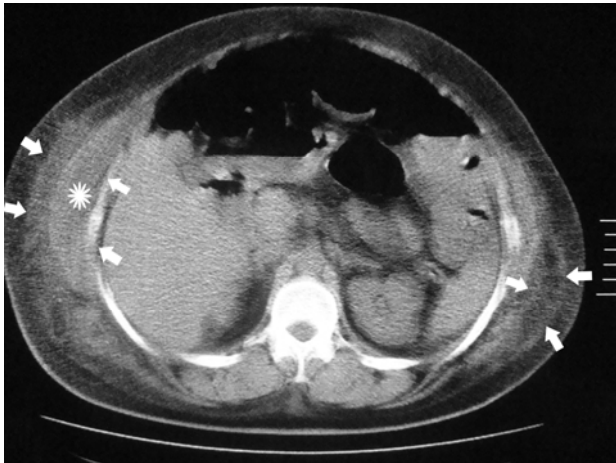
Burada sezaryen operasyonu sonrası karın duvarında nekrotizan fasiit gelişen olguda, tanı ve yayılımının belirlenmesinde, bilgisayarlı tomografinin (BT) rolü sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

44 yaşında, gravida 4, parite 3 olan gestasyonel diyabet ve intrauterin ölü fetus tanısı olan 33 haftalık gebe olgu, gebelik tahliyesi amacı ile hastanemize sevk edilmişti. Olgunun geçirilmiş sezaryen operasyonları öyküsünün bulunması nedeniyle, gebelik tahliyesi için olguya sezaryen operasyonu yapıldı. Postoperatif 3. günde insizyon hattı düzeyinde şiddetli ağrı, bül ve hiperemi oluşması nedeniyle ultrasonografi incelemesi yapıldı. Ultrasonografi incelemesinde insizyon düzeyinde, cilt ve cilt altı dokularda hava, belirgin ödem ve kalınlaşma izlendi (Şekil 1). Cilt-cilt altı dokulardaki hava, ödem ve kalınlaşma nedeniyle derin dokular ve intraabdominal yapılar ultrasonografik olarak değerlendirilemedi. Ultrasonografi incelemesinde bu ödemin süperior ve inferiora doğru geniş bir alana yayıldığı izlendi. Ancak sınırlar ultrasonografi incelemesi ile net olarak değerlendirilemedi. Lezyon sınırlarının belirlenmesi ve derin dokuların değerlendirilmesi amacıyla ultrasonografi incelemesini takiben acil Bilgisayarlı Tomografi (BT) incelemesi planlandı. Bilgisayarlı tomografi incelemesi olgunun kreatinin değerinin 1,4 mg/dL olması nedeni ile kontrastsız olarak yapıldı. Torako-abdominal BT incelemesinde, süperior torakal 10. ve 11. vertebralar hizasına, inferiora mons pubise kadar uzanan geniş bir alanda ciltte ve cilt altı dokularda kalınlaşma, mayii lokulasyonları ve hava değerleri izlendi (Şekil 2a-b).



Şekil 1. Cerrahi yara düzeyine yapılan ultrasonografi incelemesinde, ciltte ve cilt altı dokuda belirgin ödem ve kalınlaşma izlenmektedir.



Şekil 2. (a) Bilgisayarlı Tomografi incelemesinde pelvik alanda insizyon hattı düzeyinde cilt altında hava değerleri(ok başları) ve **(b)** torakal düzeyde cilt-ciltaltı dokularda kalınlaşma (oklar), mayii lokülasyonları (yıldız) izlenmektedir.

Vital bulguları; ateş 39.3 °C, kan basıncı 90/60 mmHg, nabız 110/dk olan olgunun laboratuvar tetkiklerinde kanda beyaz küre: 19280/mm³, C-Reaktif protein (CRP): 20 mg/dL, sedimentasyon: 100 mm/saat, glukoz: 324 mg/dL idi. Bu bulgularla nekrotizan fasiit ön tanısı alan olguya geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi, kan şekeri regülasyonu, sıvı-elektrolit desteği sağlandıktan sonra acil şartlarda geniş cerrahi debridman yapıldı. Patoloji sonucu nekrotizan fasiit ile uyumlu gelen olgu post-operatif 30. günde taburcu edildi.

Tartışma

Sezaryen operasyonu en sık uygulanan jinekolojik operasyon olup sezaryen sonrası NF sıklığı literatürde 1.8/1000 olarak bildirilmektedir (2). Yumuşak dokuların nekrotizan enfeksiyonlarının mortalite ve morbiditesi oldukça yüksektir. Bildirilen mortalite oranları %30-70 arasında değişmekte olup sıklıkla multiorgan yetmezliği, solunum yetmezliği, renal yetmezlik ve sepsis gibi nedenlere bağlıdır. Nekrotizan fasiit, yaşlı ve immünitesi düşük hastalarda sık görülmekle birlikte, kronik hastalıklar, intravenöz ilaç kullanımı, su çiçeği, malnütrisyon, obezite, malignite, HIV, uzun süreli nonsteroid antiinflamatuvar ve immün süpresif ilaç kullanımı da predispozan faktörler arasında sayılmaktadır (1).

Tanı temel olarak klinik bulgulara dayanır. Nekrotizan fasiit için en belirleyici klinik bulgu, lezyonun fiziksel görünümü ile uyumsuz şiddetli ağrı ve hassasiyettir. Ağrı enfeksiyondan saatler önce ortaya çıkabilir. Etkilenen bölgede takip eden günlerde ödem, kızarıklık, ısı artışı izlenir. Tedavi edilmeyen vakalarda 3-5 gün içerisinde bu bölgede ince duvarlı hemorajik büller oluşur (3). Nekrotizan fasiit, vücudun herhangi bir yerinde görülebilmekle birlikte en sık izlendiği alanlar, ekstremiteler, abdomen duvarı ve perinedir (1).

Nekrotizan fasiit olgularında üzerindeki ciltte minimal değişiklik olacak şekilde enfeksiyonun yayılım hızı 2.5 cm/saate kadar çıkabilmektedir (1). Bu nedenle hızlı yayılan, yüksek mortalite ile seyreden NF tanısında radyolojik görüntüleme oldukça önemli bir role sahiptir. Bu olgularda tedavinin acil cerrahi debridman olması nedeniyle, görüntüleme işlemleri cerrahi müdahaleyi geciktirmemeli, hızlıca, doğru tanıyı sağlayabilmelidir.

Direk grafi bulguları, selülit bulguları ile benzer olup karakteristik olan gaz varlığını göstermesi dışında tanısız değeri sınırlıdır ve çok az vakada bu bulgu izlenebilmektedir (4). Ultrasonografi incelemeleri pediatrik yaş grubunda tercih edilen bir görüntüleme metodudur. Ultrasonografik bulguları, kalınlaşmış fasial tabakalar, sıvı lokülasyonları ve subkutanöz doku ödemi. Cilt altı dokuda saptanan gaz varlığı, inceleme işlemi engellemekle birlikte gaz varlığının saptanması tanısız bir bulgudur (5). Manyetik Rezonans görüntüleme, nekroz varlığını ve cerrahi debridman gereksinimini belirlemede, çevre dokulara yayılımı saptamada oldukça yararlı bilgiler verebilir ancak acil şartlarda ulaşılabilirliğinin zor olması, inceleme süresinin uzun oluşu nedeniyle cerrahi müdahaleyi geciktirebilmesi,

hasta konforunun düşük oluşu ve klostrofobi en önemli dezavantajlarıdır (6). Bilgisayarlı tomografi NF olgularında fasiyal kalınlaşmaları, sıvı koleksiyonları, apse ve gaz varlığını gösterebilmekte, lezyon alanının genişliğini ve yayılımı hızlıca değerlendirilebilmeyi sağlayabilmektedir. Ayrıca nekrotizan fasiite sebep olabilecek altta yatan divertikülit gibi bir enfeksiyöz odağını veya komşu kemik tutulumunu gösterebilmektedir (7).

Nekrotizan fasiitiste tedavi, tanı sonrası sağlam dokulara kadar ulaşan ve gereğinde tekrarlanan

debridmanlar, geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi, sıvı-elektrolit dengesinin düzenlenmesi, enfekte bölgenin yeterli oksijenizasyonu ile birlikte yeterli nütresyonel destek ve analjezinin sağlanmasıdır (1).

Nekrotizan fasiitte erken tanı, klinik bulgular ve radyolojik tetkiklerle konmaktadır. Bilgisayarlı tomografi nekrotizan fasiit tanısı ve yayılımın belirlenmesinde hızlı bir şekilde değerlendirmeyi sağlayan radyolojik tanı metodudur.

Kaynaklar

1. Sarani B, Strong M, Pascual J, Schwab CW. Necrotizing fasciitis: Current concepts and review of the literature. *J Am Coll Surg* 2009; 208: 279-388
2. Goepfert AR, Guinn DA, Andrews WW, Hauth JC. Necrotizing fasciitis after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 409-412.
3. Simonart T. Group A beta-haemolytic streptococcal necrotizing fasciitis: early diagnosis and clinical features. *Dermatology* 2004; 208: 5-9.
4. Rehman J, Kaynan A, Samadi D, Fleischmann J. Air on radiography of perirenal necrotizing fasciitis indicates testis involvement. *J Urol* 1999; 162: 2101.
5. Donnelly L, Frush D, O'Hara SM, Bissett GS. Necrotizing myofasciitis: An atypical cause of "acute abdomen" in an immunocompromised child. *Pediatr Radiol* 1998; 28: 109-111.
6. Arslan A, Pierre-Jerome C, Borthne A. Necrotizing fasciitis: Unreliable MRI findings in preoperative diagnosis. *Eur J Radiol* 2000; 36: 139-143.
7. Wykosi MG, Santora TA, Shah RM, Friedman AC. Necrotizing fasciitis: CT characteristics. *Radiology* 1997; 203: 859-863.