

# NEKROTİZAN FASİİT GELİŞİMİ İÇİN SIRADIŞI BİR NEDEN: DIŞ ÇÜRÜĞÜNE YABANCI CİSİMLERLE MÜDAHALE

AN UNUSUAL REASON FOR THE DEVELOPMENT OF  
NECROTIZING FASCIITIS: INTERVENTION IN DENTAL CARIES  
WITH FOREIGN BODIES

Başvuru: 26.06.2020

Kabul: 17.08.2020

Yayın: 18.08.2020

Baş Boyun Cerrahisi

Yusuf Çağdaş Kumbul<sup>1</sup>, Vural Akın<sup>1</sup>, Bekir Büyükelik<sup>1</sup>, Mehmet Emre Sivrice<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi

## Özet

Nekrotizan fasiit, süperfisiyal fasyada gelişen, cilde ve kas dokulara ilerleyebilen, nekroza neden olan yüksek mortaliteye sahip bakteriyel enfeksiyondur. Genellikle ekstremiteler, abdomen ve genital bölgede görülür. Baş boyun bölgesinde nadirdir. Servikal nekrotizan fasiite sıklıkla dental patolojiler neden olmaktadır. İleri yaş, diabetes mellitus, malnutrisyon, AIDS gibi durumlar riski arttırmaktadır. Erken dönemde hafif semptomlara neden olur, nekroz ilerleyene kadar ciltte bulguya rastlanmayabilir. Ateş, krepitasyon, şişlik, eritem, şiddetli ağrı sık görülen bulgularıdır. Mortalitenin önlenmesinde en önemli faktör erken ve etkili cerrahi debritlemdir. Ayrıca tedaviye geniş spektrumlu antibiyoterapi de eklenmelidir. Bu yazımızda sağ 2. ve 3. mandibular molar dişlerindeki çürüklere yabancı cisimlerle müdahale eden ve sanayi tipi yağ uygulayan, sonrasında servikal nekrotizan fasiit gelişip kısa sürede mortalite ile sonuçlanan vakayı literatür eşliğinde sunacağız.

## Abstract

Necrotizing fasciitis is a high mortality bacterial infection that develops in the superficial fascia, can progress to the skin and muscle tissues, and causes necrosis. It is generally seen in the extremity, abdomen and genital region. It is rare in the head and neck region. Cervical necrotizing fasciitis is often caused by dental pathologies. Conditions such as advanced age, diabetes mellitus, malnutrition and AIDS increase the risk. It causes mild symptoms in the early period, and there may be no signs on the skin until necrosis progresses. Fever, crepitation, swelling, erythema, severe pain are common symptoms. The most important factor in preventing mortality is early and effective surgical debridement. In addition, broad-spectrum antibiotherapy should be added to the treatment. In this article, the case that applied industrial oil and foreign bodies on the caries in the right 2nd and 3rd mandibular molar teeth and resulted in mortality in a short time after development of cervical necrotizing fasciitis is presented in accordance with relevant literature.

**Anahtar kelimeler:** Nekrotizan Fasiit, Debritleman Yabancı Cisimler Boyun

**Keywords:** Necrotizing Fasciitis, Debridement Foreign Bodies Neck

## Giriş

Nekrotizan fasiit ilk defa 1952 yılında tanımlanmıştır[1]. Süperfisiyal fasyada seyreden, cilt ve derin kas tabakalarına doğru ilerleyen, hızlı ve etkin tedavi uygulanmazsa ciddi morbidite ve yüksek mortalite oranları ile sonuçlanan bakteriyel enfeksiyondur [2]. Görülme sıklığı yaklaşık olarak 4 / 1.000.000'dur [3]. Baş boyun bölgesinde nadir görülür ve bu alanda en sık dental patolojilere sekonder gelişir [4]. Servikal nekrotizan fasiitin mortalitesi %40-76 arasında bildirilmiştir [5]. Tedavinin temelini erken cerrahi debritleman ve geniş spektrumlu antibiyoterapi oluşturur [3]. Yazımızda dental fobi nedeniyle çürük dişine gres yağı ve tornavida ile kendi kendine müdahalede bulunan bir hastada gelişen ve ölümlü sonuçlanan servikal nekrotizan fasiit olgusunu ele alacağız.

## Olgu Sunumu

57 yaşında erkek hasta sağ boyun ve yüz yarısında şişlik, ağız açıklığında kısıtlılık, ateş, dispne ve genel durum bozukluğu şikayetleri ile acil servisten tarafımıza konsülte edildi. İki haftadır diş apsesi nedeniyle amoksisilin klavulonat (2x1000 mg p.o) ve metronidazol (3x500 mg p.o.) tedavisi alan hastanın şikayetlerinde azalma olmamış. Bilinen koroner arter hastalığı ve diabetes mellitusu olan hasta, sağ 2. ve 3. mandibular molar dişlerindeki çürüğün uzun süredir olduğunu dental fobi nedeniyle diş hekimine hiç başvurmamış, zaman zaman çürük dişlerine gres yağı dökerek tornavida ile müdahalede bulunduğunu ifade etti. Hastanın özgeçmişinde 30 paket yıl sigara kullanımı mevcuttu ve diabetes mellitus için tedavi almıyordu. Hastanın fizik muayenesinde bilinci açık, oryante ve koopereydi, fakat genel durumu kötüydü. Boynunun sağ tarafında; süperiorda temporal fossa, inferiorda klavikula, medialde boyun orta hattı, posteriorda sternokleidomastoid kas arka sınırı boyunca uzanan palpasyonla yoğun hassasiyet ve krepitasyon alınan, trismus neden olan şişlik görüldü. Sağ 2. ve 3. mandibular molar dişlerde çürük tespit edildi, ağız hijyeni kötüydü. Ateş 39,5°C, solunum sayısı 22 /dk, nabız 115/dk, kan basıncı 105/65 mmHg olarak ölçüldü. Kan tetkiklerinde lökosit  $43,2 \times 10^3/\mu\text{L}$  (%78.6 nötrofil hakimiyeti), hemoglobin 16,3 g/dL, C-reaktif protein 241.77 mg/L, açlık kan şekeri 306,3 mg/dL idi. Diğer laboratuvar tetkiklerinde bozukluk yoktu. Bilgisayarlı tomografide mandibula komşuluğunda, parafarengeal ve peritonsiller alan ile temporal kas düzeyine ve boyun karşı yarısına uzanan uzun eksenli 9 cm'ye ulaşan, cilt altında hava dansiteleri yapmış, apse ile uyumlu lezyon izlendi (Şekil 1,2,3).



**Şekil 1** : Sağda mandibula medialinde ve lateralinde yer alan hava dansiteleri içeren enfekte dokuların bilgisayarlı tomografi görüntüsü, aksiyal kesit

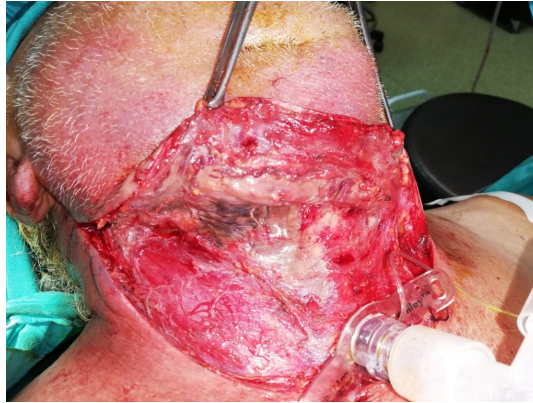


**Şekil 2** : Boyun orta hattı geçen, tiroid anteriorunda yerleşen hava dansiteleri içeren enfekte dokuların bilgisayarlı tomografi görüntüsü, aksiyal kesit



**Şekil 3** : Boyun sağ yarısından sağ temporal kasa kadar ulaşan enfekte alanlardaki hava dansitelerinin bilgisayarlı tomografi görüntüsü, koronal kesit

Hastaya acil olarak trakeotomi açıldı. Boyun flepleri superiorda zigoma, anteriorda mandibula korpusu görünecek şekilde kaldırıldı. Cilt altı doku geçildikten sonra yoğun kıvamlı kötü kokulu akıntı gelişi izlendi (Şekil 4).



**Şekil 4** : Operasyon esnasında cilt ve cilt altı doku geçildikten sonra görülen yoğun kıvamlı kötü kokulu akıntı

Karotid kılıfın tamamen nekrotik olduğu görüldü. Nekrozun kafa tabanına uzandığı tespit edildi. Boyundaki ve yüzdeki kaslarda nekrotik alanlar izlendi (Şekil 5).



**Şekil 5** : Karotid kılıf ve çevre kas dokularında nekrotize görünüm

Nekrotik dokular debride edildi. Boyun cildinden eksizyon yapılarak açık pansuman yapılacak şekilde bırakıldı. Cerrahi işlem esnasında izlenen akıntıdan kültür için numune alındı, nekrotik dokular histopatolojik incelemeye gönderildi. Hasta operasyon sonrası yoğun bakıma alındı. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji konsültasyonu ile vankomisin 2x1 g, piperasilin tazobaktam 4x4,5 g, metronidazol 4x500 mg intravenöz olarak başlandı. Odak olarak belirlenen sağ 2. ve 3. mandibular molar dişler çekildi. Kültürde Clostridium Difficile üredi. Histopatolojik incelemesi nekrotizan süpuratif inflamasyon lehine sonuçlanan hasta, postoperatif 2. günde septik şok nedeniyle kaybedildi.

## Tartışma ve Sonuç

Nekrotizan fasiit çoğunlukla ekstremitelerde, genital bölge ve abdomende görülmekle birlikte, baş boyun bölgesinde nadir görülmektedir [4]. Servikal nekrotizan fasiit erkeklerde daha sık görülür ve etiyolojide genellikle dental patolojiler sorumludur [6]. Dental etkenler en sık 2. ve 3. mandibular molar dişlerden köken alır [7]. Nekrotizan fasiit gelişimi için risk faktörleri, ileri yaş, diabetes mellitus, malnütrisyon, obezite, periferik vasküler hastalıklar,

alkol bağımlılığı, şiddetli karaciğer hastalığı ve böbrek hastalığı ile AIDS olarak sayılabilir [6]. Çok nadir olarak sağlıklı kişilerde de görülebilmektedir [8]. Basit yaralanmalar ve cerrahi girişimler sonrasında da gelişebilir [2]. Sunduğumuz nekrotizan fasiit hastası literatür ile uyumlu olarak 2. ve 3. mandibular molar dişlerde çürüğü olan bir hastaydı. Ayrıca hastada risk faktörü olarak tedavi edilmeyen diyabet varlığını ve çürük dişlerine gres yağı uygulayıp tornavida ile müdahale etmiş olmasını belirledik.

Nekrotizan fasiit erken dönemde hafif şikayetlerle kendisini gösterir ve diğer yüzeysel yumuşak doku enfeksiyonlarıyla ayrımı zordur [9]. Doku nekrozu ilerleyene kadar genellikle ciltte bulguya rastlanmaz, ilerlemiş vakalarda ciltte nekrotik görünüm ve akıntı izlenebilir [10]. Fizik muayenede tutulan alanda eritem, krepitasyon, şişlik ve ısı artışı ile sistemik ateş yanıtı görülebilir; genellikle palpasyonla hassasiyet mevcuttur [11]. Yumuşak dokudaki enfektif bulgulara ek olarak şiddetli ağrı ile ateş ve halsizlik gibi sistemik toksisite bulguları eşlik edebilir [12]. Özellikle boyun cerrahisi geçirmemiş fakat boyunda inflamasyon bulgularıyla birlikte krepitasyonu olan hastalarda nekrotizan fasiit ayırıcı tanılar arasında mutlaka düşünülmelidir. Çünkü hızlı tanı ve acilen yapılacak olan debridman hayat kurtarıcıdır.

Tanı anında direkt grafi, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve magnetik rezonans görüntüleme faydalanılabilir [13]. Hastamıza acil müdahale gerekliliğinden dolayı teknik olarak hızlı ve kaliteli görüntü sağlayan bilgisayarlı tomografiden faydalandık. Bilgisayarlı tomografi görüntülerinde subkutan hava görünümünün olması nekrotizan fasiit açısından uyarıcı oldu.

Nekrotizan fasiitte sık karşılaşılan etkenler arasında Streptokoklar, S. Aureus, Enterokoklar, E.Coli, P.Aeuriginosa, Clostridiumlar ve Bacteriodesler sayılabilir [14]. Hastamıza cerrahi debridman sonrasında sık görülen bu etkenler göz önünde bulundurularak geniş spektrumlu antibiyoterapi ampirik olarak başlandı. Bunun dışında adjuvan olarak hiperbarik oksijen tedavisinin de olumlu sonuçlar verdiğini belirten yayınlar mevcuttur [9]. Fakat hastanemizde hiperbarik oksijen tedavisi verilemediği için hastamıza uygulayamadık. Bununla birlikte hastaneye geç başvuru ve ilk debridmanın gecikmesi mortaliteyi arttırmaktadır [9]. Servikal nekrotizan fasiitte enfeksiyon kafa tabanına, toraksa ve mediastene yayılabilir [4]. Hızla yayılan nekroz; sepsis, toksik şok sendromu, vasküler patolojiler, mediastinit ve multiorgan yetmezliğine neden olabilir [4,8]. Biz de hastamızı septik şok nedeniyle kaybettik.

Özellikle dental patolojileri takiben gelişen baş boyun bölgesi şişliklerinde şiddetli ağrı, ateş, krepitasyon ve predispozan faktörlerin varlığında nekrotizan fasiit ayırıcı tanının parçası olmalıdır. Ciltte nekrotik görünümün hastalığın erken aşamalarında meydana gelmediği, ileri dönemlerde görüldüğü unutulmamalıdır. Başta bilgisayarlı tomografi olmak üzere radyolojik tetkikler tanıda önemlidir. Geç dönemde yapılan debridman mortaliteyi önlemede etkin gözükmemektedir.

## Kaynaklar

1. Wilson B. Necrotizing fasciitis. Am Surg. 1952;18:416-31.
2. Stevens DL. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the infectious diseases society of America. Clin Infect Dis. 2014;59:10-52.
3. Leiblein M. Necrotizing fasciitis: treatment concepts and clinical results. Eur J Trauma Emerg Surg. 2018;44:279-90.
4. Yılmaz M, Kızıl Y, Ceylan A. Boyunda diş kökenli nekrotizan fasiit: Bir olgu sunumu. KBB ve BBC Dergisi. 2004;12(3):132-5.
5. Schiodt M. Deep cervical infections: an uncommon but significant problem. Oral Dis. 2000;8:180-2.
6. Dakshika A. Cervical necrotizing fasciitis: Systematic review and analysis of 1235 reported cases from the literature. Head Neck. 2018;40:2094-102.



7. Bahu SJ. Craniocervical necrotizing fasciitis: an 11-year experience. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2001;125:245-52.
8. İlhan M. Nekrotizan fasiit tedavi yaklaşımları: 5 yıllık tek merkez deneyimi. *Bakırköy Tıp Dergisi.* 2014;10:70-4.
9. Altın G, et al. Servikal nekrotizan fasiitte adjuvant terapi olarak hiperbarik oksijen. *Istanbul Med J.* 2014;15:193-5.
10. Aimoni C, et al. Cervical necrotizing fasciitis. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 1999;256:510-3.
11. McDonald LS. Misdiagnosed pneumothorax interpreted as NF of the chest wall: Case report of potentially preventable death. *Patient Saf Surg.* 2014;8:20.
12. Freiman A, Borsuk D, Sasseville D. Dermatologic emergencies. *CMAJ.* 2005;173:1317-19.
13. Ocana Y, Ulloa-Gutierrez R, Yock-Corrales A. Fatal necrotizing fasciitis in a child following a blunt chest trauma. *Case Rep Pediatr.* 2013;2013:373712.
14. Napolitano LM. Severe soft tissue infections. *Infect Dis Clin North Am.* 2009; 23: 571-91.