

OLGU BİLDİRİSİ

Romatoid Artritli Bir Hastada Görülen Nekrotizan Fasiit

Dr. Gökçe Işıl Kurmuş,¹ Uzm. Dr. Ebru Karagün,¹ Uzm. Dr. Sevim Baysak,¹

Uzm. Dr. Can Ergin,¹ Uzm. Dr. Engin Deniz Yılmaz,² Doç. Dr. Müzeyyen Gönül¹

¹ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Ankara

² Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara

Yazışma adresi: Dr. Can Ergin, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Ankara.
E-posta: drcanergin@hotmail.com

Özet

Romatoid Artritli Bir Hastada Görülen Nekrotizan Fasiit

Nekrotizan fasiit, subkutan dokunun ve derin fasyanın hızla yayılan, progresif fulminan nekrozu ile karakterize, sistemik toksisite bulguları ve yüksek mortalite oranı olan bir enfeksiyon hastalığıdır. Sinonimleri, malign ülser, gangrenöz ülser, fajedenik ülser, Meleney gangrenidir. Tedavide ilk yapılması gereken geniş cerrahi debridmandır. Buna ek olarak uygun antibiyotik ve destek tedavisi mortalite ve morbiditenin azaltılması için gereklidir. Erken tanı çok önemlidir, çünkü nekrotizan fasiitin mortalite oranları %20 'nin üzerindedir. Bu yazıda diyabetes mellitus ve romatoid artrit tanısıyla sistemik steroid tedavisi alan bir hastada gelişen nekrotizan fasiit olgusu sunularak literatür bilgileri gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Nekrotizan fasiit, romatoid artrit, erken tanı, cerrahi debridman

Abstract

Necrotising Fasciitis in a Patient with Rheumatoid Arthritis

Necrotising fasciitis is rapidly progressive infection characterized by fulminant necrosis of the subcutaneous tissue and the fascia, systemic toxicity and high mortality rate. Necrotising fasciitis has also been referred to as malign ulcer, gangrenous ulcer, fajedenic ulcer and Meleney's gangrene. Main treatment for necrotising fasciitis is aggressive surgical debridement. In addition, appropriate antibiotic and supportive therapy is mandatory for reducing mortality and morbidity. Early diagnosis is extremely important since mortality rate of necrotising fasciitis is above 20%. In this paper, a case of necrotising fasciitis also having diabetes mellitus and rheumatoid arthritis and using steroid drugs was reported and the literature was reviewed.

Key Words: Necrotising fasciitis, rheumatoid arthritis, early diagnose, surgical debridement

Giriş

Nekrotizan fasiit (NF), subkutan dokunun ve fasyanın, progresif fulminan nekrozu ile karakterize, sistemik toksisite bulguları ve yüksek mortalite oranı olan bir enfeksiyon hastalığıdır. Sinonimleri, malign ülser, gangrenöz ülser, fajedenik ülser, Meleney gangrenidir (1-4).

Erken tanı hayati öneme sahiptir. Etkin cerrahi debridman, uygun antibiyotik ve destek tedavisi ile mortalite ve morbiditenin azaltılması mümkün olmaktadır. Bu yazıda nekrotizan fasiitli bir olgu sunularak literatür bilgileri gözden geçirilmiştir.

Olgu Bildirisi

Altmış beş yaşında bayan hasta sağ uyluk ön yüzünde yaygın kızarıklık, şişlik, deride içi şeffaf sıvı dolu kabarcıklar ve yürüme güçlüğü şikayeti ile başvurdu. Hastanın 5 yıldır romatoid artrit tanısı ile izlendiği ve değişen dozlarda sistemik steroid kullandığı öğrenildi. Hasta 10 gün önce düş-

tüğünü ve takibeden 3 gün içinde bacakta kızarıklık, ağrı ve şişlik oluştuğunu ifade etti. Sonrasında ise, lezyon üzerinde, şeffaf sıvı dolu kabarcıklar oluşmuş.

Hastanın dermatolojik muayenesinde, sağ uyluk anteromedialini büyük ölçüde kaplayan eritemli, ödemli ve üzerinde en büyüğü 3x2 cm boyutta 3 adet bülün izlendiği lezyon saptandı. Lezyonda ısı artışı mevcuttu. Ayrıca sağ alt ekstremitede hareket kısıtlılığı, hareketle artan şiddetli ağrı tespit edildi. Laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin 10,9 g/dl (12-18), hematokrit %32 (37-52), beyaz küre 8800/µl (5200-11400), nötrofil %95 (%40-74), eritrosit sedimentasyon hızı 112 mm/sa (0-15), CRP 201 mg/l (0-8), AST 82 U/L (0-34), ALT 67 U/L (10-49), üre 128 mg/dl (19-48), kreatinin 1,2 mg/dl (0.7-1.3), serum elektrolitleri ise normaldi.

Sağ alt ekstremitede direk grafilerinde, yumuşak doku şişliği dışında patolojik bulgu saptanmadı. Yüzeysel doku ultrasonografisinde deri, deri altı dokuların kalınlığı artmış olup lenfödem saptandı. Bilgisayarlı tomografide sağ uyluk proksimal kesimde deri, deri altı yağ dokusunda lineer dansiteler, sartoryus, tensor fascia lata ve vastus lateralis kaslarında serbest hava dansiteleri ile yer yer milimetrik koleksiyon alan-

ları saptandı. Bu bulgularla nekrotizan fasiit düşünülen hastanın sağ uyluk lezyonlarından yara kültürleri alındı. Hastaya intramüsküler olarak 4x500 mg ampisilin/sulbaktam ve oral 3x500 mg metronidazol tedavisi başlandı. Hospitalizasyonun ilk 24 saati içinde sağ uyluk ön yüzündeki büllöz lezyonlar hemorajik vasıflı hale gelip, tabanında fluktuasyon veren doku nekrozu gelişti (Resim 1). Takibinde lezyon keskin kenarlı derin bir ülsera dönüştü (Resim 2). Acil cerrahi debridman açısından ortopedi ve travmatoloji kliniğine konsulte edilen hastaya nekrotizan fasiit tanısıyla geniş cerrahi debridman yapıldı. Alınan yara kültüründe ESBL(+) Escherichia coli ve Providencia spp. üremesi üzerine enfeksiyon hastalıkları tarafından mevcut antibiyotik tedavisi 4x500 mg intravenöz imipenem (10 gün) ile değiştirildi.

Cerrahi debridman sonucu oluşan doku defekti plastik cerrahi kliniği tarafından kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarıldı. Hasta şifa ile taburcu edildi.

Tartışma

Nekrotizan fasiit az rastlanan ancak yüksek mortaliteye sahip, hızla yayılan, progresif inflamasyon ve fasyaların nekrozu ile karakterize bir hastalıktır. NF'in mortalitesi en iyi şartlarda bile % 20' den yüksektir. NF için risk faktörleri; malnütrisyon, ileri yaş, diyabetes mellitus, renal yetmezlik, periferik vasküler hastalıklar, immün yetmezlik, malignansi ve obezitedir. Cerrahi işlemler, i.v. ilaç kullanımı, penetran travmalar (böcek ve hayvan ısırıkları), yumuşak doku enfeksiyonları, yanık ve doğum NF'i tetikleyen faktörler arasındadır (4,5).

Hastanın 50 yaşından büyük olması, kadın cinsiyet, diyabetes mellitus veya ateroskleroz olması, gövde tutulumu olması, teşhis ve cerrahi müdahale süresi-

nin 7 günden uzun sürmesi, serum kreatinin ve laktik asit seviyesi yüksekliği kötü prognostik faktörlerdir (4, 5).

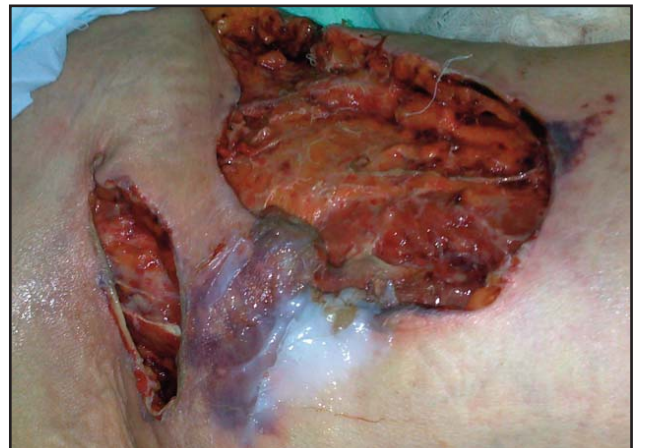
Literatürde biyolojik ajan veya sistemik steroid kullanan, romatoid artrit hastalarında gelişen NF olguları bildirilmiştir (6-11). Olgumuz, diyabet ve romatoid artrit hastası olup, sistemik steroid kullanırken NF gelişen bir olgudur.

Çocuklarda NF'e çoğunlukla A grubu streptokoklar neden olur. Erişkinlerde ise etken polimikrobial olup, aerob ve anaerob bakterilerin karışımı söz konusudur. En sık görülen etkenler streptokoklar, Stafilokokus aureus, Escherichia coli, Bacteroides ve Clostridium suşlarıdır. Daha nadir olarak, Vibrio vulnificus, Aeromonas hydrophila, Pseudomonas aeruginosa ve Haemophilus influenzae tip B de enfeksiyona neden olabilir (4). Olgumuzun alt ekstremitte bilgisayarlı tomografisinde kas içinde gaz gölgeleri görülmesi anaerob etkenleri düşündürmüş olup, alınan yara kültüründe Providencia spp. ve ESBL+ E. coli üremiştir.

Nekrotizan fasiit genellikle eritemli, hassas, ısı artışı, lokalize ağrı ve şişliğin eşlik ettiği, sistemik sepsis bulguları ile seyreden bir enfeksiyondur. Ağrının tipik özelliği klinik ile uyumsuz şiddette olmasıdır. Obliteratif vaskülitte sekonder oluşan progresif iskemi ve doku nekrozu ilerledikçe ağrı arttığı için bu ağrı 'kreşendo' olarak tanımlanmıştır (2-5). Olgumuzun yatışından 12 saat sonra ağrıları şiddetlenmiştir.



Resim 1. Hospitalizasyonun ilk gününde uylukta görülen hemorajik vasıflı büllöz lezyonlar.



Resim 2. Hospitalizasyonun ikinci gününde hızla nekroze olan lezyonlar.



Resim 3. Cerrahi debridman sonrası lezyonların görünümü.

Kutanöz bulgulara dayanılarak hastalık klinik olarak evrelendirilmiştir. Evre 1'in (erken evre) klinik bulguları hassasiyet, eritem ve doku ödemidir. Evre 2 (intermediate evre) bulguları vezikül ve büll oluşumudur. Son olarak evre 3 ise krepitus, deride anestezi ve nekrozu içerir (2-5). Olgumuz, evre 2 klinik bulguları ile polikliniğimize başvurmuş ve hospitalizasyondan sonra hızlıca evre 3'e dönüşmüştür.

Direkt grafilerde vakaların pek azında yumuşak doku içinde hava görülebilir (4). Olgunun sağ alt ekstremitede direk grafilerinde yumuşak doku şişliği dışında patolojik bulgu saptanmamıştır.

Bilgisayar tomografi ile görüntüleme tanıda yararlıdır. Asimetrik fasyal kalınlaşma ve yağ dokusunda çizgilenme vakaların %80'inde görülmektedir. Vakaların yaklaşık yarısında fasyal düzlemler boyunca gaz izlenebilmektedir (2-5). Olgumuzun bilgisayarlı tomografisinde deri, deri altı yağ dokusunda lineer dansiteler, sartoryus, tensor fasya lata ve vastus lateralis kaslarında serbest hava dansiteleri ile yer yer milimetrik koleksiyon alanları saptanmıştır.

Manyetik rezonans ile görüntüleme NF ve diğer yumuşak doku enfeksiyonlarının ayırıcı tanısında yararlıdır. MR yumuşak dokudaki anlamlı kontrast tutulumu ile tanıda duyarlı olup, sıvı koleksiyonlarının gösterilmesinde yüksek düzeyde sensitiftir. MR görüntüleme NF enfeksiyonunu saptamak için %100 duyarlı, fakat %86 özgüldür. Özgüllüğünün düşük olmasının sebebi, derin fasyal tutulumun yaygınlığını olduğundan fazla göstermesidir. Özgüllüğü düşük olduğu için, MR görüntüleme ilk başta kullanışlı olsa bile, tanı kesinleşmeden önce tek başına kullanılmamalıdır (2-5). Olgumuzda manyetik rezonans

görüntüleme yapılmadı. Çünkü, gerek hastanın kliniği ve laboratuvar sonuçları ve gerekse bilgisayarlı tomografi bulguları tanı için yeterli görüldü.

Nekrotizan fasiitin ayırıcı tanısına progresif bakteriyel gangren, gazlı gangren, streptokokkal miyozit, erizipel gibi diğer yumuşak doku enfeksiyonları girilmektedir. Primer olarak fasya tutulmuşsa tanı NF'tir. Eğer primer olarak kas enfekte ise tanıda streptokokkal miyozit ya da gazlı gangren düşünülmelidir (2).

Nekrotizan fasiit tedavisinde fasyatomi gibi geniş cerrahi debridman efektif tedavinin temelidir. Bazen amputasyon bile gerekebilir. Gram boyama sonucuna göre başlanan ampirik antibiyotik tedavisi, yara kültürü ve antibiyogram sonucuna göre revize edilir (3,12,13). Olgumuzun tedavisinde geniş cerrahi debridman ardından ortaya çıkan doku defekti greft ile kapatıldı. Yatışında hastamıza ampirik olarak i.m. 4x500 mg ampisilin sulbaktam ve oral 3x500 mg siprofloksasin başlandı. Ancak yara kültüründe ESBL+ E.coli üremesi üzerine bu tedavi intravenöz 3x500 mg imipenem ile değiştirildi.

Olgumuzu, nadir görülmesi, klinik olarak selülit taklit edebilmesi, saatler içerisinde fulminan doku nekrozuna sebep olabilmesi ve mortalitesinin yüksek olması nedeniyle sunmayı uygun bulduk.

Kaynaklar

1. Murray M, Dean J, Finn R. Cervicofacial necrotizing fasciitis and steroids: case report and literature review. *J Oral Maxillofac Surg* 2012; 70: 340-4.
2. Weiss A, Nelson P, Movahed R, Clarkson E, Dym H. Necrotizing fasciitis: review of the literature and case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2011; 69: 2786-94.
3. Hunter J, Quarterman C, Waseem M, Wills A. Diagnosis and management of necrotizing fasciitis. *Br J Hosp Med* 2011; 72: 391-5.
4. Millett CR, Halpern AV, Reboli AC, Heymann WR. Bacterial diseases. *Dermatology'de*. Ed. Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. 3. Baskı. Elsevier, China. 2012; 1187-1220.
5. Jeans WD, Berger TG, Elston DM. Andrew's Diseases of the Skin, *Clinical Dermatology*, Elsevier, Canada. 2006; 251-95.
6. Baghai M, Osmon DR, Wolk DM, Wold LE, Haidukewych GJ, Matteson EL. Fatal sepsis in a patient with rheumatoid arthritis treated with etanercept. *Mayo Clin Proc* 2001; 76: 653-6.

7. Chan AT, Cleeve V, Daymond TJ. Necrotising fasciitis in a patient receiving infliximab for rheumatoid arthritis. *Postgrad Med J* 2002; 78: 47-8.
8. Chikkamuniyappa S. Streptococcal toxic shock syndrome and sepsis manifesting in a patient with chronic rheumatoid arthritis. *Dermatol Online J* 2004; 10: 7.
9. Yoshida A, Ota T, Sasaoka S, Matsuura H, Fujimoto W, Morita Y. Necrotizing fasciitis in a patient with rheumatoid arthritis treated with tocilizumab. *Mod Rheumatol* 2012; 22: 317-8.
10. Smyth A, Houlihan DD, Tuite H, Fleming C, O'Gorman TA. Necrotising fasciitis of the shoulder in association with rheumatoid arthritis treated with etanercept: a case report. *J Med Case Rep* 2010; 4: 367.
11. Mok MY, Wong SY, Chan TM, Tang WM, Wong WS, Lau CS. Necrotizing fasciitis in rheumatic diseases. *Lupus* 2006; 15: 380-3.
12. Yılmaz M, Kızıl Y, Ceylan A. Nekrotizan fasiit: bir olgu sunumu. *KBB ve BBC Dergisi*. 2004; 12: 132-5.
13. Bayramgürler D, Odyakmaz Demirsoy E. Nekrotizan Fasiit. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2010; 3: 73-7.