KBB ve BBC Dergisi, 12 (3): 132–135, 2004

Boyunda Diş Kökenli Nekrotizan Fasiit: Bir Olgu Sunumu

Cervical Necrotizing Fasciitis of Dental Origin: A Case Report

Dr.Metin YILMAZ*, Dr. Yusuf KIZIL*, Dr. Alper CEYLAN*
*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı

ÖZET

Nekrotizan fasiit (NF), mortalite ve morbiditesi yüksek, hızlı ilerleyen bir yumuşak doku enfeksiyonudur. Baş boyun bölgesinde nadir olarak görülür, genellikle diş ve farenks kökenli enfeksiyonlardan sonra gelişmektedir. Servikal NF tedavisinde başarıyı etkileyen faktörler; erken tanı, uygun antibiyoterapi, cerrahi debridmandan oluşmaktadır. Bu makelede diş çekimi sonrası boyunda NF gelişen bir olgu sunulmuş; hastalığın klinik özellikleri, patogenezi ve tedavisi literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler
Yumuşak doku enfeksiyonu, nekrotizan fasiit, boyun bölgesi

ABSTRACT

Necrotizing fasciitis (NF) is a rapidly progressive soft tissue infection with high mortality and morbidity. Disease is seldom in head and neck region and it usually originates from dental and pharyngeal infections. Successful treatment of servical NF is based on early diagnosis, prompt use of broad spectrum antibiotics and surgical debridement. In this report a successfully treated servical NF case of dental origin is presented and clinical features, pathogenesis and treatment of the disesase is briefly discussed.

Keywords
Soft tissue infection, necrotizing fasciitis, cervical region

Çalışmanın yapıldığı klinik(ler): ***Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Beşevler/Ankara***
Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: ***19.11.2004*** • *Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih:* ***21.04.2005***

Yazışma Adresi
Dr. Metin YILMAZ
Gazi Üniversitesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı Beşevler/Ankara
Tel: 0 312 202 64 28 - 0 532 337 01 64 E-mail: drmyilmaz@gazi.edu.tr

GİRİŞ

Nekrotizan fasiit (NF) terimi ilk kez 1952 yılında Wilson tarafından süperfisyal fasyanın nekrozu ile karakterli, şiddetli yumuşak doku enfeksiyonunu tanımlamak için kullanılmıştır (15). Meleney, 1924 yılında streptokokların neden olduğu patognomonik subkutan nekrozu tanımlayarak streptokokal gangren terimini kullanmıştır (4). Daha yeni çalışmalar, aeroblara ek olarak zorunlu anaerobların da sinerjistik mikst bir enfeksiyon oluşturacak şekilde bulunduğunu belirtmektedir (2).

Hastalık çoğunlukla subkutan dokulara sınırlıdır, kas tutulumu nadirdir (8). NF'in doku nekrozu yapması ve fasyal planlarda hızla ilerlemesi polibakteriyel oluşuna ve bakterilerce oluşturulan enzimlerin sinerjistik etkisine bağlıdır (2). Baş boyun bölgesinin tutulumu nadirken ekstremite, genital bölge ve abdomen yerleşimi daha sık görülmektedir (3,11,13).

Hastalığın çok erken dönemi abse veya selülite benzer. Üzerindeki deri genellikle kızarık ve gergindir. Dokunmayla hiperestezi veya anestezi saptanabilir. Tam olarak gelişmiş servikal NF hastasının dikkatli muayenesinde demarkasyon hattının gözlendiği, hızla büyüyen bir şişlik mevcuttur (2). Ortadaki siyah nekrotik alanı çevreleyen gergin, mor bir deri bölgesi ve bunun çevresindeki geniş bir eritem alanı mevcuttur (14). Fakat antibiyotik tedavisi veya drenaj yoluyla tedavi edilebilen bu enfeksiyonlardan farklı olarak NF'de nekrotik dokuların geniş cerrahi debridmanı gereklidir. Erken tanı, uygun ve yeterli tedavi başlanmazsa mortalite oranı yüksektir (14).

OLGU SUNUMU

44 yaşında erkek hasta acil servise çene hareketlerinde güçlük, boyunda ağrı ve kötü kokulu akıntı şikayeti ile başvurmuştur. Hastanın öyküsünden 20 gün önce alt çeneden diş çektirdiği, bundan 4-5 gün sonra, aynı taraf çene bölgesinde şişlik ve ağrı başlaması üzerine diş doktoruna tekrar başvurduğu, hastaya abse tanısı konularak drenaj ve intramuskuler sefuroksim+ornidazol tedavisi uygulandığı öğrenilmiştir. Şikayetlerde önce bir azalma olmuş fakat sonrasında giderek artış görülmüştür. Bunun üzerine abse drenajı tekrarlanmış, fakat bu tedavi sonrasında da düzelme görülmemesi üzerine hasta hastanemizin acil servisine başvurmuştur. Acil serviste yapılan ilk muayene sonrası bölümümüze konsülte edildi. Fizik muayenede hasta kaşektik görünümdeydi. Sağ boyun bölgesinde arkada mastoid apeksten başlayıp ön üstte angulus mandibuya, ön altta suprasternal çentiğe ve arka altta klavikulaya kadar uzanan, dolgun, ekimotik, nekrotik ve yer yer defektif bir cilt lezyonu görüldü. Trismus mevcuttu ve kötü kokulu, pürülan akıntı cilt defektlerinden drene olmaktaydı. Oral hijyeni bozuk olan hastanın sağ alt 2. molar dişini çekilmiş olduğu, dişin çekildiği bölgede pürülan ve nekrotik materyal bulunduğu görüldü. Hastanın ankilozan spondilit, hipertansiyon (HT) ve kalp yetmezliğinin bulunduğu öğrenildi. Düzenli olarak Ramipril 2,5 mg/gün, Asetilsalisilik asit 100 mg/gün kullanmaktaydı. Arterial tansiyonu 110/70 mmHg, nabız 84 atım/dakika, solunum dakikada 12, ateşi aksiyel ölçümle 37 0C, beyaz küre sayısı 22000, hemoglobini 9 gr/dl, hematokriti 27,3 olarak bulundu. Boyun tomografisinde yüzeyel dokularda ödem, cilt altı hava kabarcıkları görüldü, apse ve derin dokularda tutulum izlenmedi. Bunun üzerine hasta nekrotizan fasiit tanısıyla bölümümüze yatırıldı. Nekrotik dokuların debridmanı yapılarak enfeksiyon hastalıkları bölümünün önerileri doğrultusunda intravenöz yolla piperasilin + tazobaktam 4x2,5 gr tedavisi başlandı. Yara yerinin debridmanı ve sonrasında sık pansumanlar yapıldı (Resim 1). Malnütrisyonu bulunan ve oral alımı trismus nedeniyle yeterli olmayan hastaya nazogastrik tüp takılarak enteral yolla beslenmeye geçildi. Aktif en-

Resim 1. Hastanın İV antibiyotik tedavisi, debridman ve topikal tedaviler sonrası 7. gün görünümü. Cilt defektinin bulunduğu bölgede enfeksiyonun gerilediği ve granülasyon dokusu ile kaplandığı görülmektedir.

feksiyon bulguları ortadan kalktıktan sonra defektin greft ile onarımı yapılmak üzere hasta Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ABD'na devredildi.

TARTIŞMA

Servikal NF erkeklerde daha sık görülür. Dental pataloji en sık kaynak yeridir ve bunu parafarengeal ve peritonsiller enfeksiyonlar izler (2,6). Odontojen kaynaklı enfeksiyonun nedeni sıklıkla mandibuladaki 2. ve 3. molar dişlerdir (5). Bu dişlerin apekslerinin milohiyoid kasının mandubulaya yapışma yerinin altına uzanıyor olması bu dişlerden kaynaklanan enfeksiyonların kolaylıkla submandibuler bölgeye ulaşmasına olanak sağlar. Sonrasında enfeksiyon yukarıda kafa tabanına aşağıda ise toraks boşluğuna ve mediastene doğru ilerleyebilir (9). Hastamızda 2. molar diş çekimi sonrası submandibüler bölgeye yayılan, sonrasında boyunda ilerleyerek geniş bir bölgede nekroza neden olan bir enfeksiyon oluşumu mevcuttu.

Servikal NF hastalarında tipik olarak beyaz küre sayısı artmıştır ve yüksek ateş görülür. Hastalık sürecindeki oral alım bozukluğuna ikincil olarak dehidrasyon ve malnütrisyon da genellikle mevcuttur (7). Beslenme bozukluğu olan hastalarda dolaşımdaki lenfosit ve T hücre sayısı azalır ve aynı zamanda antikor cevabı ve polimorfonükleer hücre foksiyonu bozulur. Bu faktörler enfeksiyona yeterli yanıt verilememesine belirgin katkıda bulunarak servikal NF gelişme sansını arttırır. NF oluşumunda risk faktörleri diabetes mellitus, malnütrisyon, obesite, periferik vasküler hastalık, şiddetli karaciğer hastalığı ve AIDS'tir (1). Hastamızda bulunan ankilozan spondilit (AS) bu risk faktörleri arasında yer almamaktadır. AS doğrudan immün sistem bozukluğu yapmamakla birlikte iştahsızlık ve kilo kaybı sıklıkla görülmektedir (12). Bu durum enfeksiyonun oluşumu ve ilerlemesi için uygun bir ortam oluşturmuş olabilir.

Uygun radyolojik incelemeler hastalığın boyutunu ve hastanın hava yolunu doğru değerlendirebilmek için vakit geçirmeden istenmelidir. Bu tetkikler arasında standart radyografik incelemeler ve bilgisayarlı tomografi incelemesi (BT) yer alır. BT ile subkutan gaz ve abse oluşumu görülebilir. BT görüntülemesi belirgin patoloji göstermese bile cerrahi girişim klinik bulgulara dayanarak uygulanabilir (10). Cerrahi tedavide, geniş fasyotomi insizyonu yapılması ve fasyal planların eksplorasyonu ile tüm nekrotik dokuların drenajı ve eksizyonu gereklidir (10).

Medikal tedavide geniş spektrumlu antibiyotikler ile sıvı ve elektrolit replasmanı gerekir (10). Odontojenik enfeksiyonlarda antibiyotik rejimi, enfeksiyonun en olası nedenlerinine ek olarak nadir patojenleri de kapsayacak kadar geniş bir spektruma sahip olmalıdır (14). Kültür sonuçları alındığında, antibiyotik tedavisi etken organizmalara etkili olacak şekilde değiştirilir. Hipokalsemi, subkutan dokuda yağ nekrozu sırasında yağ asitleri ile kalsiyumun birleşerek sabun oluşturması nedeniyle hastalık sürecinde genellikle görülmektedir (4). Oral alımın bozuk olması da sıvı ve elektrolit dengesindeki bozulmaya katkıda bulunur (2). Hiperbarik oksijen tedavisi gaz oluşumunun görüldüğü vakalarda endike olabilir (10).

Uygun tedavi yapılmazsa patolojik süreç, derin dokuların tutulumu nedeniyle ölümcül potansiyeli olan vasküler komplikasyonlar, mediastinit ve multiorgan yetmezliğine yol açabilen septisemi ile sonuçlanabilir (5,9).

KAYNAKLAR

1. Andreoli TE, Bennett JC, Carpenter CCJ, et al: Cecil's Essentials of Medicine (ed 3). Philadelphia. PA. Saunders 1993. pp 438-40.
2. Banerjee AR, Murty GE, Moir AA. Cervical necrotizing fasciitis: a distinct clinicopathological entity? J Laryngol Otol 110:81-6, 1996.
3. Casali RE, Tucker WE, Petrino RA, et al. Postoperative necrotizing fasciitis of the abdominal wall. Am J of Surg 140:787-90, 1980.
4. Djupesland PG. Necrotizing Fascitis of the Head and Neck—Report of Three Cases and Review of the Literature. Acta Otolaryngol Suppl 543:186–89, 2000.
5. Fliss DM, Tovi F. Zirkin HI: Necrotizing soft-tissue infections of dental origin. J Oral. Maxillofac Surg 48:1104, 1990.
6. Helmy AS, Salah MA, Nawara HA, Khatab H, Khalaf HA, Abdel-Maguid N. Life-threatening cervical necrotizing fasciitis. J R Coll Surg Edinb 42:410–3, 1997.
7. McAndrew PG, Davies SJ, Griffiths RW: Necrotising fasciitis caused by dental infection. Br J Oral Maxillofac Surg 25:314, 1987.
8. Rapoport Y, Himelfarhb MZ, Zikk D, et al. Cervical necrotizing fasciitis of odontogenic origin. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 72:15, 1991.

9. Reed JM, Anand VK: Odontogenic cervical nccrotizing fasciitis with intrathoracic extension. Otolaryngol Head Neck Surg 107:596, 1992.
10. Scher RL. Hyperbaric oxygen therapy for necrotizing cervical infections. Adv Otorhinolaryngol 54:50–8, 1998.
11. Spirnak JP, Resnick MI, Hampel N, Persky L. Fourniers gangrene:report of 20 patients. J Urol 131:289-91, 1984.
12. Taurog JD, Lipsky PE: Ankylosing spondylitis, reactive arthritis, and undifferentiated spondyloarthropathy. Fauci AS et al (Eds). Harrison's Principles of Medicine McGraw-Hill Companies. New York, 1998. Vol 2, pp 1904-1909.
13. Wang KC, Shih CH. Necrotizing fasciitis of the extremities. J Trauma 32:179-82, 1992.
14. Whitesides L, Cotto-Ctmba Q, M-yen RAM. Cervical necrotizing fasciitis of odontogenic origin: a case report and review of 12 cases. J Oral Maxillofac Surg 58:144-51, 2000.
15. Wilson B. Necrotizing fasciitis. Am Surg 18:416–31, 1952.