

CİDDİ BİR SU ÇİÇEĞİ KOMPLİKASYONU: NEKROTİZAN FASİİT: OLGU SUNUMU

Sadık ŞENTÜRK, Zekeriya TOSUN, Adem ÖZKAN, Zeynep KARAÇOR, Nedim SAVACI

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

ÖZET

Su çiçeği *Varicella zoster* virüsünün neden olduğu ve genellikle çocukluk çağında görülen viral, döküntülü bir hastalıktır. Çocuklarda su çiçeğinin en önemli ve yaygın komplikasyonu piyojenik bakterilerin (*A grubu β hemolitik streptokok*) sebep olduğu nekrotizan fasiittir.

Kliniğimize su çiçeği komplikasyonu nedeni ile başvuran 3 yaşındaki kız hastada alt abdominal bölgede yaklaşık 13 x 20 cm büyüklüğünde cilt ve cilt altı dokuları içeren nekroz mevcuttu. Ayrıca vücudun değişik bölgelerinde de küçük (2-3 cm çapında) ve lokalize cilt altı nekrozları tespit edildi. Debrütman, yara bakımı ve antibiyotik tedavisinden sonra cilt doku defekti abdominal ilerletme flebi ile kapatıldı. Çocukluk çağında görülen cilt nekrozlarının oldukça nadir rastlanan bir sebebi olduğundan sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Nekrotizan fasiit, suçiçeği, doku nekrozu.

SUMMARY

The Severe Complication of Chickenpox: Necrotizing Fasciitis
Chickenpox is one of the most common childhood diseases caused by the varicella-zoster virus. The most important complication of chickenpox is necrotizing fasciitis that were caused by group A β -hemolytic streptococci in childhood. Necrotizing fasciitis is a rapid, fatal soft tissue infection.

We present the case of an 3-years-old girl with necrotizing fasciitis of the lower abdomen. Necrosed tissue was debrided. Intensive wound care and systemic antibioterapy were applied. Skin tissue defect was covered by abdominal advancement flap. Early recognition, treatment with antibiotics, and aggressive surgical debridement are crucial to successful outcome. We present this case because of the rare reason of skin necrosis of the childhood.

Key Words: Necrotizing fasciitis, chickenpox, tissue necrosis.

GİRİŞ

Su çiçeği tüm dünyada yaygın olarak görülen viral, döküntülü bir hastalıktır. Genellikle komplikasyonsuz olarak iyileşmekle birlikte nadiren nekrotizan fasiit gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilir¹. Nekrotizan fasiitte sıklıkla grup A β hemolitik streptokoklar suçlanır bununla birlikte stafilokoklar, pseudomonas auriginoza, haemofilus influenza tip b de nekrotizan fasiit yapan diğer patojenlerdir². Hızlı seyirli ve fatal seyreden bir durumdur. Cerrahi debrütman, antibiyoterapi ve yara bakımı tedavinin başarıya ulaşması için gereklidir.

Suçiçeği sonrası gelişen nekrotizan fasiit nedeniyle kliniğimize kabul edilen olgu, nekrotizan fasiitin tanı ve tedavisini hatırlatmak amacıyla sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

3 yaşındaki kız çocuğu su çiçeği sonrası abdominal, aksiller ve lomber bölgede cilt, cilt altı doku ve fasyayı da içine alan nekroz nedeni ile kliniğimize kabul edildi. Hikayesinde su çiçeği lezyonları çıktıktan 4 -5 gün sonra abdominal bölgede ısı artışı, kızarıklık ve ağrı şikayeti olduğu ve ilerleyen günlerde de bu bölgelerde doku harabiyeti olduğu öğrenildi.

Fizik muayenede abdominal bölgede yaklaşık 13 x 20 cm büyüklüğünde lomber ve aksiller bölgelerde de

yaklaşık 3 x 3 cm büyüklüğünde cilt ve cilt altı dokuları içeren nekroz tesbit edildi (Şekil 1). Sistemik antibiyoterapiye başlandı. Genel anestezi altında nekrotik dokular debride edildi ve debrütman sırasında nekrozun fasyayı da içine aldığı gözlemlendi. Debrütman sonrası oluşan doku defektine 1 hafta günlük yara bakımı uygulandı (Şekil 2). Alt abdominal bölgedeki defekti kapatmak için abdominal cilt ve göbek serbestlenerek flep olarak kaldırıldı, göbek yeni yerine alındı; abdominal defekt flebin ilerletilmesi ile kapatıldı (Şekil 3). Lomber ve aksiller bölgelerdeki defektler ise primer olarak sütüre edildi.

TARTIŞMA

Su çiçeği tüm dünyada yaygın olarak görülen bir çocukluk çağı hastalığıdır. Genellikle komplikasyonsuz olarak ve herhangi bir tedavi gerektirmeden iyileşir. Su çiçeği sonrası görülen en ciddi komplikasyon cilt, cilt altı doku, fasya nekrozuna neden olan ve fatal seyredebilen nekrotizan fasiittir¹.

Nekrotizan fasiit tüm yaş gruplarında vücudun her yerinde oluşabilir. Etken patojen olarak genellikle grup A β hemolitik streptokoklar suçlanır bununla birlikte stafilokoklar, pseudomonas auriginoza, haemofilus influenza tip b de nekrotizan fasiit yapan diğer



Şekil 1: Abdominal cilt nekrozu.

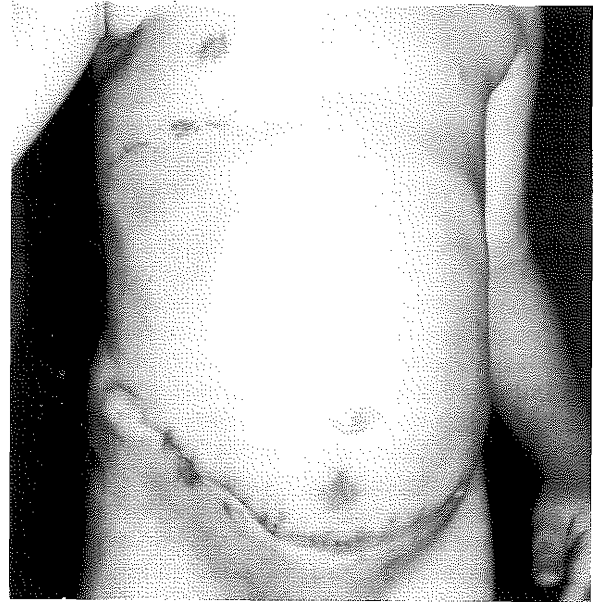


Şekil 2: Abdominal cilt doku defekti.

patojenlerdir ². Nonsteroid antienflamatuar ilaçlardan ibuprofen kullanımı da suçlanan ajanlar arasındadır ³. Olgumuzda yapılan yara kültüründe A grubu β hemolitik streptokok izole edilmiştir, nonsteroid antienflamatuar kullanımıyla ilgili bir veriye rastlanmamıştır ancak su çiçeği gibi viral enfeksiyonlarda bazı nonsteroid ajanların ciddi komplikasyonlara sebep olabilecekleri daima hatırlanmalıdır ³.

Nekrotizan fasiit; erizipel, gazlı gangren ve progresif bakteriyel gangren gibi diğer yumuşak doku enfeksiyonlarından ayırtedilmelidir ⁴. Olgumuzda suçiçeği anamnezinin olması ayırıcı tanıyı kolaylaştırmıştır. Bu tür olgularda sağlıklı bir anamnez alınması ayırıcı tanı için önemlidir.

Nekrotizan fasiit hızlı ilerleyen ve potansiyel olarak fatal seyredabilen bir hastalıktır. Bu yüzden erken tanı ve tedavi önemlidir. Etkili bir antibiyoterapi ve agresif cerrahi debrütman mortalite riskinin azaltılmasında



Şekil 3: Abdominal cilt doku defektinin abdominal ilerletme flebi ile onarımı.

etkilidir. Yara bakımı debrütman sonrası kalan devitalize dokuların uzaklaştırılması için gereklidir ⁵. Kliniğimize genel durumu kötü olarak gönderilen hastanın acil cerrahi debrütman, sistemik antibiyoterapi ve uygun yara bakımı sonucu mortalite riski azaltılmıştır.

Büyük defektler lokalizasyon uygunsa genellikle greft ile kapatılır yeterli doku mevcut ise flep ile onarım da yapılabilir ⁶. Ancak abdominal bölge gibi greft ile onarımın tercih edilmediği bölgelerde flep ile onarımda çok daha kabul edilebilir sonuçlara ulaşılır.

Nekrotizan fasiitin mortalite oranı %36- %45 arasında değişmektedir ⁶. Erken tanı antibiyoterapi ve cerrahi debrütman mortaliteyi azaltan faktörlerdir.

Dr. Sadık ŞENTÜRK

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı

KONYA

KAYNAKLAR

1. Holder EP. Necrotizing fasciitis in children: report of two cases and review of the literature. Arch Pediatr Adolesc Med 1996; 150: 105-108.
2. Wilson HD, Haltalin KC. Acute necrotizing fasciitis in childhood: Report of the cases. AJDC. 1973; 125: 591-595.
3. Rimailho A, Riou B, Richard C, Auzapy P. Fulminant necrotizing fasciitis and nonsteroidal anti-inflammatory drugs. J Infect Dis. 1987; 155: 143-146.
4. Goldberg GN, Hansen RC, Lynch PJ. Necrotizing fasciitis in infancy: report of three cases and review of the literature. Pediatr Dermatol. 1984; 2: 55-63.
5. Farrell LD, Karl SR, Davis PK, Bellinger MF, Ballantine TVN. Postoperative necrotizing fasciitis in children. Pediatrics 1988; 82: 874-879.
6. Falcone PA, Pricolo VE, Edstrom LE. Necrotizing fasciitis as a complication of chickenpox. Clin Pediatr. 1988; 7: 339-343.