



OLGU SUNUMU/CASE REPORT

Retroperitoneal nekrotizan fasciitis: yedi olgunun analizi ve literatürün gözden geçirilmesi

Retroperitoneal necrotizing fasciitis: analysis of seven cases and review of the literature

Halil İbrahim Taşcı¹, Tervfik Küçük kartallar², Mehmet Aykut Yıldırım³

¹ Reyhanlı Devlet Hastanesi, Hatay, Turkey

² Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya, Turkey

³ Yahyalı Devlet Hastanesi, Kayseri, Turkey

Cukurova Medical Journal 2016;41(3):595-599.

Abstract

Necrotizing fasciitis is a rare but rapidly spreading infectious disease of the subcutaneous tissue. Our aim, with these presented cases, is to present the surgical approach and experience of our clinic in the cases of retroperitoneal necrotizing fasciitis and clinical presentation, long-term follow-up results of disease with the literature. The data collected from 7 patients, who had had surgeries because of in Necmettin Erbakan University Medical School's general surgery clinic between January 2010 and January 2015, were retrospectively studied. Necrotizing fasciitis is a significant disease which can develop even after a simple incident like intramuscular injection or appendicitis and can lead to the death of a patient by spreading to the retroperitoneal area in the early phase in case of a delay in diagnosis. Pre-operative review of the retroperitoneal area by computerized tomography, especially in cases with potential delay, is important for both the planning of the surgical procedure and preventing insufficient debridement.

Key words: Fasciitis, necrosis, retroperitoneum

Öz

Nekrotizan fasciitis deri altı dokunun nadir, fakat hızlı yayılan enfeksiyöz bir hastalıdır. Sunulan bu olgular ile amacımız retroperitoneal nekrotizan fasciitis vakalarında kliniğimizin cerrahi deneyimini ve yaklaşımını, hastalığın klinik görünümünü ve uzun dönem takip sonuçlarını literatür eşliğinde ortaya koymaktır. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi genel cerrahi kliniğinde Ocak 2010 ve Ocak 2015 tarihleri arasında retroperitoneal nekrotizan fasciitis nedeni ile ameliyat edilen 7 hastanın verileri geriye dönük olarak değerlendirildi. Nekrotizan fasciitis, tanıda gecikildiği takdirde apandisit, ya da kas içi enjeksiyon gibi basit bir hadise sonrasında bile gelişebilecek, erken dönemde retroperitoneal alana yayılarak hastanın ölümüne sebep olabilecek ciddi bir rahatsızlıktır. Ameliyat öncesinde, özellikle gecikilmiş olduğu düşünülen vakalarda, bilgisayarlı tomografinin yardımı ile retroperitoneal bölgenin gözden geçirilmesi hem yapılacak cerrahi girişimin planlanması, hem de yetersiz debridmanı önlemek açısından önem arz etmektedir.

Anahtar kelimeler: Fasciitis, nekroz, retroperiton

GİRİŞ

Nekrotizan fasciitis (NF) deri altı dokunun nadir, fakat hızlı yayılan enfeksiyöz bir hastalıdır. Diyabet, kronik böbrek yetmezliği, ilaç kötüye kullanımı, ileri yaş gibi bağışıklık sistemini zayıflatan problemleri olan hastalar risk altındadır¹. Vücudun herhangi bir bölgesinde görülebilse de özellikle ekstremiteler, karın duvarı ve perinede sık görülür². Retroperitoneal bölgenin nekrotizan fasciiti ise çok

daha nadirdir ve literatürde az sayıda olgu bildirilmiştir³. Bulgularının spesifik olmaması, neticede tanıda gecikmeler ve bu bölgenin anatomik yapısından dolayı yeterli debridman işleminin çoğu zaman yapılamamasından dolayı ölüm oranı oldukça yüksek bir hastalıktır.

Sunulan bu olgular sonucu basit cerrahi girişimler ile tedavi edilebilecek iken tanıda gecikme ve ihmal sonrasında retroperitoneal nekrotizan fasciitis (RNF) tablosu ile hastanemize başvuran hastalar

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Halil İbrahim Taşcı, TC Sağlık Bakanlığı Reyhan Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Hatay, Turkey. E-mail: okcu1@myynet.com
Geliş tarihi/Received: 30.12.2015 Kabul tarihi/Accepted: 02.02.2016

değerlendirilmiş ve erken tanın önemi bir kez daha vurgulanmak istenmiştir.

OLGULAR

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi genel cerrahi kliniğinde Ocak 2010 ve Ocak 2015 tarihleri arasında RNF nedeni ile ameliyat edilen 7 hastanın verileri geriye dönük olarak değerlendirildi. Hastaların klinik özellikleri Tablo 1’de özetlenmiştir. Ortalama yaş 53.7 ± 12.8 yıl idi. Sadece 1 hasta kadın diğerleri erkekti.

Hastaların 3 (%42,8)’ü daha önceden diyabet tanısı ile takipli iken, bir hastada yeni tanı diyabet saptanmış. Dört (%57,1) hasta morbid obez görünümdeydi. Kalın barsak kanseri nedeni ile 1 hasta onkolojinin takibindeydi. Perfore apandisit sonrası RNF gelişen 1 hastada ise herhangi bir ek hastalık saptanmadı. Enfeksiyon başlangıç odağı olarak rektal apse saptanan 3 (%42,8) hastadan ikisi birkaç gündür makat etrafında kötü kokulu akıntı,

sonrasında ortaya çıkan genel durum bozukluğu ve karın ağrısı, diğer hasta 6 gündür olan makat etrafında ağrı şikayeti sonrasında gelişen ciddi karın ağrısı, genel durum bozukluğu ve septik bulgularla kliniğimize başvurdu.

Sosyokültürel düzeyi son derece yüksek, öz bakımı oldukça iyi, üniversitede öğretim üyesi olan başka bir hastamız skrotumunda 5 gündür olan yarada 2 gündür kötü kokulu akıntı, renk değişikliği olması, karın ağrısı gelişmesi ve genel durumunun bozulmasından dolayı başka bir sağlık kurumuna götürülmüş. Orada çekilen bilgisayarlı tomografide RNF bulguları saptanmış olmasına rağmen klinik imkanlardaki yetersizlikten dolayı herhangi bir işlem yapılmamış ve hasta ancak 8 saatlik yolculuk sonrası kliniğimize ulaşabilmiştir.

Herhangi bir ek hastalığı olmayan 47 yaşında diğer bir erkek hasta, 8 gündür olan sağ alt kadranda ağrısının 1 gündür yaygın hale gelmesi ve genel durum bozukluğu nedeni ile septik bulgularla kliniğimize başvurmuş.

Tablo 1. Hastaların klinik özellikleri

Yaş/ Cinsiyet	Meslek	Ek Hastalık	Yakınma	Yakınma Süresi (Gün)	Enfeksiyon Odağı	Mortalite
35/K	Ev hanımı	Morbid obez, DM	Gluteal akıntı, sonrasında gelişen karın ağrısı	3	İ.M. enjeksiyon sonrası gelişen gluteal apse	+
77/E	Öğretim üyesi	DM	Skrotal apse, sonrasında gelişen karın ağrısı	2	Skrotal apse	+
50/E	İnşaat işçisi	Morbid obez	Perianal akıntı, sonrasında gelişen karın ağrısı	5	Rektal apse	+
52/E	Aşçı	Morbid obez, DM	Karın ağrısı	2	Rektal apse	-
58/E	Kasap	Morbid obez, DM	Perianal akıntı, sonrasında gelişen karın ağrısı	3	Rektal apse	-
47/E	Çiftçi	-	Karın ağrısı	8	Perfore apandisit	-
57/E	Çiftçi	Kolon malign neoplazmı	Sakrokoksigeal bölgedeki bası ülserinden akıntı	6	Enfekte bası ülseri	+

Onkoloji kliniğinde kalın barsak tümörü nedeni ile takipli, yatağa bağımlı hasta, daha önceden var olan sakral bölgedeki bası ülserinden kötü kokulu akıntı, ciltte renk değişikliği sonrasında yaygın karın ağrısı olması sonucu ancak 6 gün sonra genel cerrahi kliniğine danışılmış. 35 yaşında, morbid obezite dışında bilinen ek hastalığı olmayan bayan hastaya eklem ağrısı nedeni ile sağlık personeli olmayan eşi tarafından gluteal bölgeden kas içi enjeksiyon yapılmış, sonrasında o bölgeden başlayan kötü kokulu akıntı nedeni ile başvurduğu sağlık kurumunda ayaktan antibiyotik tedavisi düzenlenmiş. Üç günün sonunda yaygın karın ağrısı, genel durum bozukluğu, bulantı-kusma şikayeti ve septik bulgularla kliniğimize başvurmuş. Hastaların tamamının ikincil şikayeti karın ağrısıydı ve bu şikayetin başlamasından kliniğimize başvuru arasında geçen süre ortalama 4.1 ± 2.3 gündü.

Hastaların tamamında başvuru esnasında karın ağrısı, bulantı, kusma, ateş, genel durum bozukluğu şikayeti vardı. Tüm hastalarda periton iritasyon bulguları saptanmış. Hiçbirinde karın duvarında renk değişikliği ya da krepitasyon yoktu. Taşikardi, takipne, yüksek ateş, tansiyon düşüklüğü, lökositoz, CRP yüksekliği tüm hastaların ortak bulgularıydı. 3 (%42,8) hastada ciddi metabolik asidoz, 2 (%28,5) hastada ise akut böbrek yetmezliği laboratuvar bulguları vardı. 5 (%71,4) hastaya ameliyat öncesinde çekilen tomografilerde retroperitoneal bölgede yaygın gaz görüldü (Resim 1). İki (%28,5) hastada ise fournier gangreni ön tanısı ile yapılan debritleme esnasında perirektal bölgedeki nekrotik alanın retroperitona ilerlediği saptanmıştır. Beş hastada yapılan göbek üstü- altı, skrotal fournier gangreni olan ve inguinal kanal aracılığı ile retroperitona ilerleyen 1 hastada sol inguinal, perfore apandiste bağlı RNF gelişmiş olan bir hastada ise sağ paramedian kesi ile retroperitona ulaşılarak bu bölgedeki nekrotik alan mümkün olduğunca geniş şekilde debride edilmiştir. İntraperitoneal bulaş olan 3 hasta bogota torbası ile takip edilmiş ve 3 hastaya saptıncı kolostomi açılmıştır. Hastalardan 3 (%42,8)'ü ilk 24 saat içinde metabolik sebeplerle yaşamını yitirmiştir. Diğerlerine, nekrotik alan tamamen temizlenene kadar ameliyathane şartlarında günlük debritleme işlemi uygulanmış. 1 (%14,2) hasta 15. günde gelişen pulmoner emboli neticesinde ölmüştür. 3 (42,8) hasta problemsiz şekilde taburcu edilmiş. Bu hastalardan birisinde, kolostomiye kabullenememeye bağlı, majör depresyon, birisinde ise uzun dönemde komplike perianal fistül gelişmiştir.

TARTIŞMA

NF ilk defa 16. yüzyılda Pare tarafından tanımlanan, mikroorganizmaların hızlı proliferasyonundan kaynaklanan, derinin, yüzeyel ve derin fasyaların, yumuşak dokuların enfeksiyon ve nekrozudur⁴. Retroperitoneal nekrotizan fasciitis ise NF'in çok nadir görülen bir şeklidir ve bu güne kadar çok az sayıda vaka bildirilmiştir. Yapılan bu çalışma ile kliniğimizde son 5 yılda RNF nedeni ile opere edilen 7 hastanın verileri literatür eşliğinde değerlendirilmiştir.

İleri yaş, kronik böbrek yetmezliği, diyabet, malignite öyküsü, kötü beslenme, düşük yaşam standartları ve kötü hijyen bu rahatsızlığın gelişmesindeki hazırlayıcı faktörler arasında sayılmaktadır⁴. Bizim hastalarımızdan da 3'ü daha önceden diyabet tanısı ile takipli iken, bir hastada yeni tanı diyabet saptanmış. Dört hastada morbid obezite vardı. Kalın barsak kanseri nedeni ile 1 hasta onkolojinin takibindeydi. Perfore apandisit sonrası RNF gelişen 1 hastada ise herhangi bir ek hastalık saptanmadı.

Daha önce sunulmuş olan RNF olgularında yan ağrısı, karın ağrısı, peritonit bulguları, ateş gibi çok farklı klinik bulgular görülmüştür⁵⁻⁷. Hastalarımızın şikayetleri makat etrafında, skrotal bölgede, gluteal bölgede akıntı, sağ alt kadrana sınırlı karın ağrısı, bası ülserinde gelişen kötü kokulu akıntı ve hepsinde bu şikayetlerin devamında gelişen, tüm karına yaygın ciddi karın ağrısı, ateş, genel durum bozukluğuydu. Hastaların fizik muayenelerinde ateş, taşikardi, takipne, tansiyon düşüklüğü gibi septik bulgular ve karın muayenesinde periton iritasyon bulguları vardı. Hiçbir hastada karın duvarında renk değişikliği ya da krepitasyon yoktu.

Hastalığın tanısı hikaye ve muayene bulgularına, direkt grafi ya da bilgisayarlı tomografide gaz imajının görüntülenmesine dayanmaktadır. Laboratuvar bulguları tanıyı desteklemede ve hastanın takibinde yol gösterici olmaktadır. Hastaların şikayetleri genel olarak spesifik olmadığı için şüphe duyulan olgularda bilgisayarlı tomografi erken tanıya ve böylece sağ kalımı artırmaya yardımcı olmaktadır. Ayrıca nekrozun yayılımı da detaylı bir şekilde görüntülenebildiğinden debritleme için uygun kesinin yapılmasına imkan sağlayabilmektedir⁸. Beş hastamızda ameliyat öncesinde çekilen tomografilerde retroperitoneal bölgede yaygın gaz görüldü. İki hastada ise fournier gangreni ön tanısı ile yapılan debritleme esnasında perirektal bölgedeki nekrotik alanın retroperitona ilerlediği saptanmıştır.

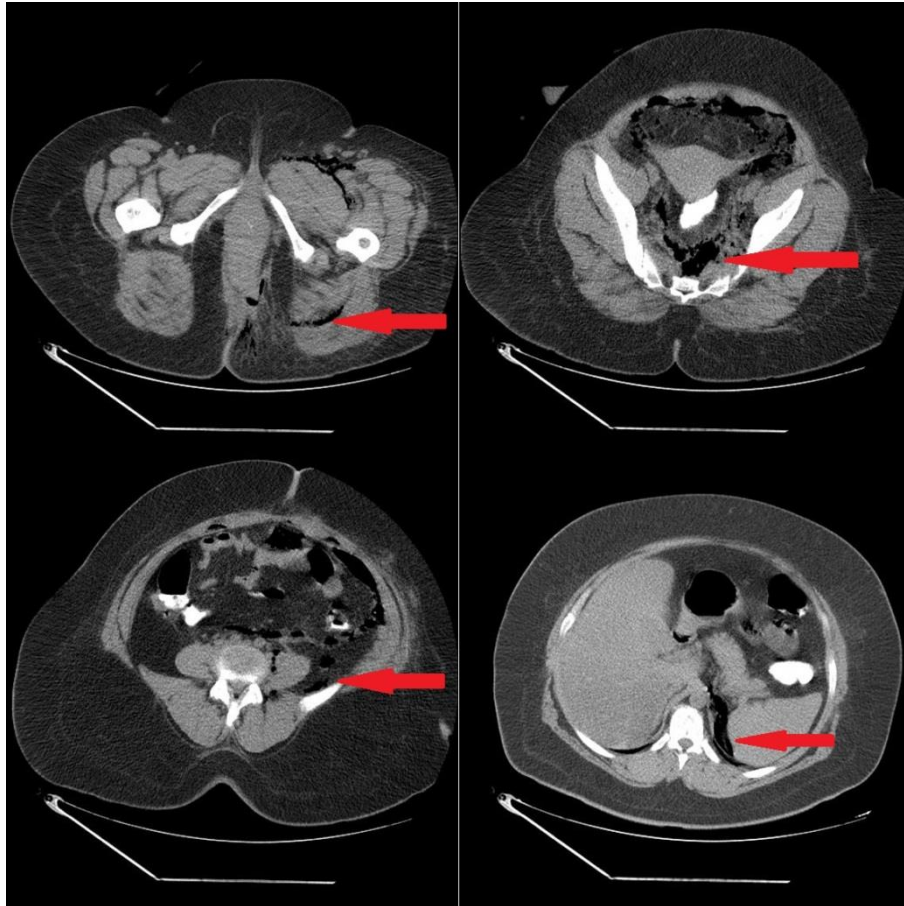
Lökositoz ve CRP yüksekliği tüm hastaların ortak bulgu iken 3 hastada ciddi metabolik asidoz, 2 hastada ise akut böbrek yetmezliği laboratuvar bulguları vardı.

Literatürde sunulan vakalarda enfeksiyon kaynağı sıklıkla divertikülit, perianal apse, kronik piyelonefrit, perinefritik apse, kolonik kanser, perforasyon, geçirilmiş hemoroidektomi olmuştur^{4,9}. Bizim hastalarımızda da enfeksiyon kaynağı olarak 3 hastada rektal apse, 1 hasta gluteal bölgeden yapılan kas içi enjeksiyon sonrası gelişen apse, 1 hastada bası ülseri, 1 hastada perfore retroperitoneal apandisit, ve 1 hastada skrotal apse olduğu görüldü.

Tedavinin temelini geniş debritleme, kombine antimikrobiyal tedavi ve yakın monitorizasyon oluşturmaktadır¹⁰. İlk debritleme işleminden sonra hastanın takibinin, sıkı monitorizasyon eşliğinde yoğun bakım şartlarında yapılması, nekrotik ya da

enfekte doku kalmayınca kadar ihtiyaca göre her 6 ila 48 saatte debritleme işleminin tekrarlanması önerilmektedir¹⁰. Antibiyotik tedavisi antibiyogram sonucu beklenmeden, mümkün olan en kısa sürede, muhtemel patojenlere yönelik geniş spektrumlu ajanları içerecek şekilde ikili ya da üçlü kombinasyonlar şeklinde düzenlenmelidir¹¹.

RNF tanısı koyduğumuz hastalarda acil şartlarda uygun kesiler ile retroperitoneal alana ulaşarak nekrotik alan mümkün olduğunca geniş şekilde debride edilmiş, intraperitoneal alana bulaş olan 3 hasta bogota torbası ile takip edilmiş ve perinede geniş defekti olan 3 hastaya sapirıcı kolostomi açılmıştır. Erken dönemde yaşamını yitiren 3 hasta dışındakilere ameliyathane şartlarında debritleme işlemi günlük tekrarlanmıştır. Enfeksiyon hastalıkları uzmanının önerileri doğrultusunda mümkün olan en kısa sürede kombine ampirik antibiyotik tedavileri düzenlenmiştir.



Resim 1. Bilgisayarlı tomografide sol gluteal bölgeden başlayıp, retroperitonda dalak lojuna kadar devam eden gaz görünümü.

Önceki yayınların çoğunda hastalığın hızlı ilerlemesine, tanı esnasında yaşanan zorluklar ve tedavide gecikmeye bağlı yüksek ölüm oranları bildirilmiştir⁴. Ayrıca retroperitoneal bölgenin anatomik yapısından dolayı yeterli debritleme çoğu zaman yapılamamaktadır ve bu da mortalite oranlarını %100'e yaklaştırmaktadır^{3,6,7,12}. Çalışmaya dahil ettiğimiz hastalardan 3'ü ilk 24 saat içinde metabolik sebeplerle yaşamını yitirmiştir, 1 hasta 15. günde gelişen pulmoner emboli neticesinde ölmüştür. Hastaların tamamındaki ortak özellik gerek hastaların kendi ihmali, gerekse diğer sağlık personelinin hataları neticesinde genel cerrahi kliniğine geç dönemde getirilmeleriydi. 3 hastamız problemsiz şekilde taburcu edilmiş. Bu hastalardan birisinde, kolostomiye kabullenememeye bağlı, majör depresyon, birisinde ise uzun dönemde komplike perianal fistül gelişmiştir.

Yapılan çalışmalarda tedavide sağ kalımı olumlu yönde etkileyebilecek cerrahi ve antibiyotik tedavisi dışında bazı faktörler de bahsedilmektedir. Bunlar: hasta yaşı, ek hastalık, iyi hasta bakımı, yeterli metabolik ve beslenme desteği ve psikolojik destek olarak sayılabilir^{10,13}. Burada özellikle üzerinde durulması gereken ve genellikle ihmal edilen durum hastalara cerrahi ve medikal tedavinin yanı sıra yeterli psikolojik desteğin sağlanmasıdır. Bir hastamız çok uzun süren bir tedavi süreci, tekrarlayan debritlemeler, uzun süren yoğun bakım takibi sonrasında taburcu edilebilmiş; fakat yeterli psikolojik destek sağlanamadığı için taburculuk sonrasında kolostomiye kabul edememeye bağlı major depresyon gelişmiştir.

Sonuç olarak NF, tanıda gecikildiği takdirde apandisit, ya da kas içi enjeksiyon gibi basit bir hadise sonrasında bile gelişebilecek, erken dönemde retroperitoneal alana yayılarak hastanın ölümüne sebep olabilecek ciddi bir rahatsızlıktır. Ameliyat öncesinde, özellikle gecikilmiş olduğu düşünülen vakalarda, bilgisayarlı tomografinin yardımı ile retroperitoneal bölgenin gözden geçirilmesi hem yapılacak cerrahi girişimin planlanması, hem de yetersiz debritleme önlemek açısından önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Patino JF, Castro D. Necrotizing lesions of soft tissues: a review. *World J Surg.* 1991;15:235-9.
2. Takakura Y, Ikeda S, Yoshimitsu M, Hinoi T, Sumitani D, Takeda H. Retroperitoneal abscess complicated with necrotizing fasciitis of the thigh in a patient with sigmoid colon cancer. *World J Surg Oncol.* 2009;7:74.
3. Pryor JP, Piotrowski E, Seltzer CW. Early diagnosis of retroperitoneal necrotizing fasciitis. *Crit Care Med.* 2001;29:1071-3.
4. Mahapatra SK, Nayak AK, Soren DN, Panda S, Jena J. Retroperitoneal necrotizing fasciitis with adnexitis presenting as acute abdomen in a 40 year unmarried female patient: a case report. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences.* 2014;68:13496-9.
5. Secil M, Topacoglu H. Retroperitoneal necrotizing fasciitis secondary to colonic diverticulitis. *J Emerg Med.* 2008;34:95-7.
6. Jayatunga AP, Caplan S, Paes TRF. Survival after retroperitoneal necrotizing fasciitis. *Br J Surg.* 1993;80:981.
7. Sugimoto M, Matsuura K, Takayama H, Kayo M, Le T. Extended retroperitoneal necrotizing fasciitis with genital involvement resembling Fournier's gangrene. *Surg Infect.* 2010;11:463-7.
8. Tandon T, Moss MC, Shaik M, Jadhav A, Goyal S. Perforated colonic diverticulum presenting as necrotizing fasciitis of the thigh. *J Orthop Sci.* 2005;10:534-6.
9. Woodburn KR, Ramsay G, Gillespie G, Miller DF. Retroperitoneal necrotizing fasciitis. *Br J Surg.* 1992;79:342-4.
10. Ammari J, Ahssaini M, Fassi M. Retroperitoneal-necrotizing fasciitis due to chronic pyelonephritis. *J Emerg Trauma Shock.* 2010;3:419-20.
11. Wall DB, de Virgilio C, Black S. Objective criteria may assist in distinguishing necrotizing fasciitis from nonnecrotizing soft tissue infection. *Am J Surg.* 2000;179:17-21.
12. Devin B, McCarthy A, Mehran R, Auger CC. Necrotizing fasciitis of the retroperitoneum: an unusual presentation of group A Streptococcus infection. *Can J Surg.* 1998;41:156-60.
13. Giri S, Kandel BP, Kansakar PBS, Vaidya P. Retroperitoneal necrotizing fasciitis presenting with peritonism in a 33-year-old Nepalese man: a case report. *Journal of Medical Case Reports.* 2012;6:53.