

Klostridyal Sellulit (Bir Olgu Sunumu)

CLOSTRIDIAL CELLULITIS (A CASE REPORT)

Davut KESKİN*, Naci EZİRMİK*, Orhan KARSAN**, Selahattin DEMİRCİOĞLU***

* Yrd.Doç.Dr., Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji AD,

** Doç.Dr., Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji AD,

*** Arş.Gör., Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji AD, ERZURUM

Özet

Klostridyal sellulit genellikle *Klostridium perfringens* tarafından oluşturulan ve dokular arasında gaz toplanması ile karakterize bir hastalıktır. Nadir görülen bu hastalığın prognozu iyidir. Ancak gazlı gangren ile karıştırılması sıklıkla gereksiz amputasyonların yapılmasına neden olmaktadır. Biz çalışmamızda, elinde oluşan küçük bir kesiden sonra sağ üst ekstremitede, hemitoraks ve karında klostridyal sellulit gelişen, penisilin G ile yapılan konservatif tedaviye hızla cevap veren ve cerrahi tedaviye gerek kalmayan 18 yaşında bir erkek olguyu, bu hastalıkla ilgili olarak hekimlerin dikkatini çekmek amacıyla yayınlamayı uygun gördük.

Ahtar Kelimeler: Klostridyal sellulit, Tedavi

T Klin Tıp Bilimleri 2000, 20:167-171

Summary

Clostridial cellulitis is a disease that is usually caused by the *Clostridium perfringens*, and it is characterized with the accumulation of gas along the soft tissues. The prognosis of this disease that rarely appears is good. However, that clostridial cellulitis is frequently misdiagnosed as gas gangrene causes the unnecessary amputations. We reported the case of 18 -year-old male with clostridial cellulitis in the right upper extremity, hemithorax and abdomen secondary to a minimal cut in his hand. He healed rapidly by the treatment of penicillin G, and the surgical treatment wasn't necessary. We published this article to save the interest of physicians on clostridial cellulitis.

Key Words: Clostridial cellulitis, Treatment

T Klin J Med Sci 2000, 20:167-171

Klostridyal sellulit dokular içerisinde gaz toplanması ile karakterize bir enfeksiyondur. Etken genellikle *Klostridium perfringens*'dir. Deri altında ve kasların arasında bol miktarda gaz toplanır. Kirli olan ve yeterince debride edilmemiş yaralarda görülür. Yara bölgesinde derinden gelen serosanginöz bir akıntı ve gaz çıkışı, ağrı, ödem vardır ve palpasyonla krepitasyon alınır. Lokal belirtilerin ciddi olmasına karşın hastanın genel durumu bozulmaz ve toksemi tablosu görülmez (1-6).

Çok sık görülmeyen ve literatürde hakkında çok az bilgi bulunan bu hastalık maalesef geçmişte

sık sık gazlı gangren ile karıştırılmış ve gereksiz ekstremitede amputasyonları yapılmıştır. Genellikle kirli, yeterince debride edilmemiş büyük yaralanmalardan sonra olduğu bildirilse de bizim vakamızda olduğu gibi küçük bir kesiden de kaynaklanabilmektedir. Bu hastalıkla karşılaşan hekimlerin hastanın hayatını kurtarmak amacıyla gazlı gangren olarak değerlendirip bir an önce amputasyon yapma aceleciliğine dikkati çekmek amacıyla karşılaştığımız bu ilginç vakayı ve konservatif tedaviyle kısa sürede elde ettiğimiz başarıyı yayınlamayı uygun gördük.

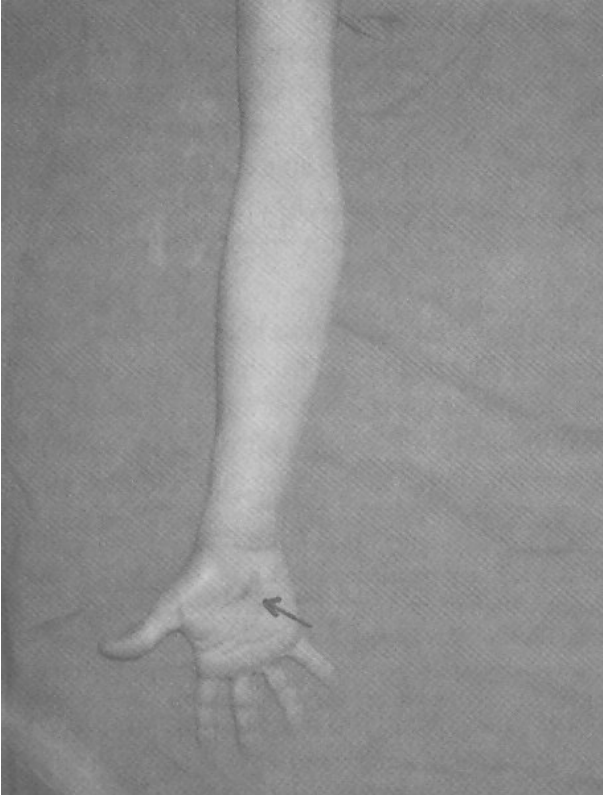
Olgu Sunumu

E.A., 18 yaşında, erkek. Araba tamirhanesinde çalışan hastanın 1 ay önce çalışırken sağ avuç içinde bir kesi olmuş. Doktora gitmeyen ve ilaç kullanmayan hasta yaralı eliyle çalışmaya devam

Geliş Tarihi: 15.09.1999

Yazışma Adresi: Dr.Davut KESKİN

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ortopedi ve Travmatoloji AD
25240, ERZURUM



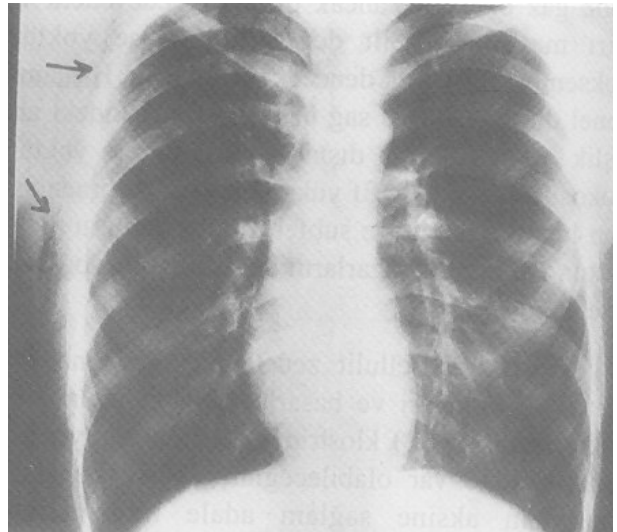
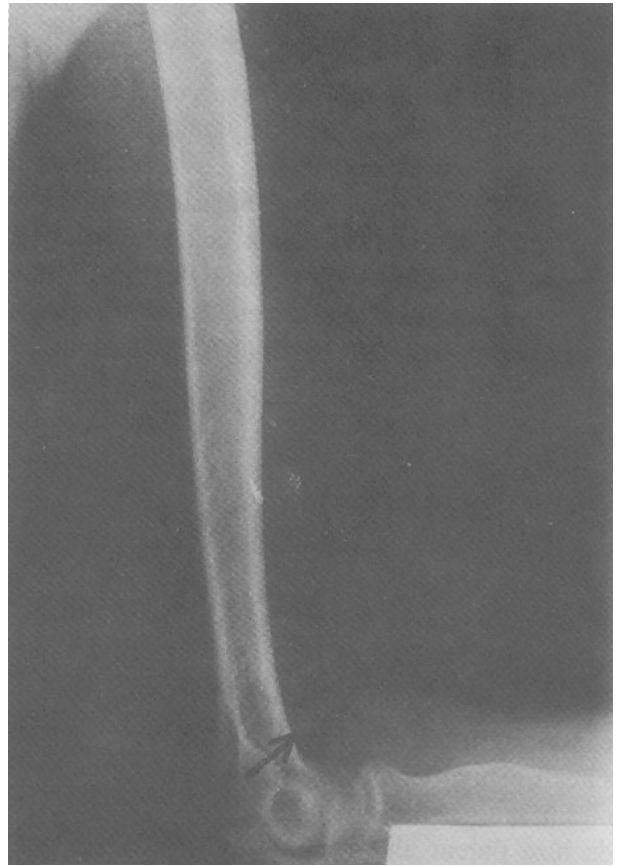
Şekil 1. Olgunun sağ üst ekstremitelerinin görünümü.

etmiş. Yarasında zaman zaman sulanma olması ve yaranın tam olarak iyileşmemesi dışında hiçbir şikayeti olmayan hastanın hastanemiz acil servisine başvurmadan 3 saat önce sağ eli aniden şişmeye başlamış. Kısa sürede şişlik koluna yayılmış ve ağrı oluşmuş. Bunun dışında bir şikayeti olmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde; genel durumu iyi vital bulgular stabil idi. Ateş: 37 C°, Nabız: 72/dk., Tansiyon A: 120/80 mmHg. Sağ avuç içinde 1 x 1 cm çapında, cilt ve cilt altını içeren, granülasyon teşekkül etmiş ve içinde çok az miktarda serosanginöz sıvı bulunan yara vardı. Sağ el, önkol ve kol orta derecede ödemli ve palpasyonla belirgin krepitasyon ve çok az ağrı vardı. Cildin rengi normal idi (Şekil 1). Ulnar ve radial nabazanlar alınıyordu ve sinir arazi yoktu. Çekilen direkt röntgen grafilerinde sağ el, önkol ve kolda yumuşak dokular arasında yaygın gaz birikimi olduğu gözlemlendi (Şekil 2,3,4). Yapılan laboratuvar tetkiklerinde; Hb: 14.4 g/dL, Htc: %42, BK: 11400/mm³, Sedimentasyon hızı: 15 mm/ 1 saat, 30 mm/ 2 saat.

Diğer bütün rutin kan ve idrar tahlilleri normal sınırlarda. Yara içindeki çok az miktardaki sıvı materyalin gram boyama ile yapılan incelemesinde gram pozitif basiller görüldü. Doku parçasından anaerob besiyerine ekim yapıldı (Daha sonra besiyerinde klostridium ürediği tesbit edildi. Ancak tip tayini yapılamadı). Yara bölgesine yapılan ponksiyonlardan hiçbir materyal elde edilemedi. Hasta 29.5.1999 tarih ve 10597-6207 no.lu protokol ile Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği'ne yatırıldı. Hasta yatağına alındığında dokular arasındaki gaz sağ hemitoraks ve karın bölgesine yayılmıştı (Şekil 5). Bu bölgelerde de şişlik ve palpasyonla belirgin krepitasyon vardı. Hastanın damar yolu açıldı, günde 20 milyon ünite kristalize penisilin G (İV) ve oral analjezik-antiinflamatuvar tedavisine başlandı. Hastanın vital bulguları, laboratuvar tetkiklerindeki değişiklikler sık aralıklarla takip edildi. Sağ üst ekstremitte, hemitoraks ve karın bölgesindeki şişlik ve gaz oluşumu proksimalden distale doğru hızlı bir şekilde geriledi. Beyaz küre sayısı normale düştü. Subfebril ateş normale döndü. Tedavinin 12. saatinde BK:7000/mm³ idi ve sağ hemitoraks ve karın bölgesindeki şişlik ve palpasyonla alınan krepitasyon belirgin bir şekilde azalmıştı. 24. saatte BK: 6100/mm³ ve klinik muayenede sadece kol, önkol ve elde krepitasyon (azalmış olarak) alınıyordu. 3. günde şişlik ve krepitasyon alınması tamamen kaybolmuş, BK: 5200/mm³, Sedimentasyon hızı: 8 mm/ 1 saat ve 15 mm/ 2 saat olarak bulundu. Hastanın zaten baştan beri bozuk olmayan genel durumu çok iyi görünüyordu. Tedavinin 5. gününde kristalize penisilin G tedavisi kesildi ve prokain penisilin G verilerek hasta taburcu edildi 1 hafta sonraki kontrolde antibiyotik verme işlemi sonlandırıldı. Hastanın hiçbir şikayeti ve avuç içinde henüz tam olarak kapanmayan yarası dışında fizik muayene bulgusu yoktu. Bütün laboratuvar tetkikleri normal idi.

Tartışma

Klostridyal sellulit literatürde çok fazla bahsedilmeyen, nadir görülen, ancak olduğunda da hekimler tarafından gazlı gangren ile karıştırılıp hastalıklı ekstremitenin amputasyonu yoluna gidilebilen bir hastalıktır. Geçmişte çok sayıda klostridyal sellulit vakası gazlı gangren sanılarak gereksiz amputasyonlar yapılmıştır (1,2). Oysa ki



Şekil 2,3,4,5. Olgunun sağ üst ekstremitate ve akciğer grafileri (yumuşak dokular içinde yaygın gaz birikimi görülüyor).

bu hastalıkta prognoz çok iyi ve mortalite oranı düşüktür (2,7).

Hastalık genellikle kirli veya yetersiz debridman yapılan (özellikle askeri) yaralarda, yaralanmadan 3-5 gün sonra oluşur (3,7,8). Yara bölgesinde gaz oluşumunun aşırı olmasına karşın gazlı gangrenin aksine relatif olarak çok az lokal ağrı, ödem, cilt değişiklikleri ve toksemi vardır (1,3,6,9). Baxter istisnai olarak aşırı derecede yumuşak doku ödemi oluştuğunu bildirmiştir (10).

Bizim olgumuzda yaralanma avuç içinde oluşan 1 x 1 cm çapında küçük bir kesiden ibaretti. Hastalık oluşması da yaralanmadan 1 ay sonraya rastlamaktadır. Bu durum, klostridyal sellulit'e sebep olan yaraların özellikleri ve inkübasyon süresi ile ilgili literatürde verilen bilgiler (3,7,8) ile uyuşmamaktadır. Ancak hastanın bir araba tamirhanesinde çalışıyor olması ve yaralanmayı takiben hiçbir önlem almadan çalışmaya devam etmesinin, hastalık etkenlerinin bu açık yaradan sürekli olguyu tehdit etmesine ve sonuçta hastalık oluşmasına neden olduğunu düşünmekteyiz. Bu da bize önlem alınmadığında küçük bir kesiden sonra bile hastalığın gelişebileceğini göstermektedir.

Olgumuzun yaralı ekstremitesinde aşırı derecede gaz oluşumu, ancak orta derecede ödem ve ağrı mevcuttur. Cilt değişiklikleri ise yoktur. Toksemi tablosu yok denecek düzeydedir. Hastanın genel durumu iyi ve sağ üst ekstremitesindeki ani şişlik ve hafif ağrı dışında bir şikayeti yoktur. Lokosit sayısında hafif yükselme olup sedimentasyon hızı normaldir ve subfebril ateş durumu mevcuttur. Bu durum yazarların belirttiklerini doğrular niteliktedir.

Klostridyal sellulit zedelenmiş veya normal konnektif dokuları ve hasarlı adaleleri istila eder (1). Altemeier (11) klostridyal sellulit'in myonekrozla birlikte var olabileceğini bildirirse de gazlı gangrenin aksine sağlam adale tutulumunun görülmediği pek çok araştırmacı tarafından bildirilmiştir (1,2,3,9).

Ancak klostridyal sellulit hafife alınacak bir durum değildir. Enfeksiyon dokular arasında hızla yayılabilir ve acil cerrahi drenaj gerektirir. Ameliyatta dokular dekomprese edilir. Yoğun bir

antibiyotik ve destek tedavisi verilir. En etkili antibiyotikler penisilin ve klindamisin'dir (1-4).

Konuyla ilgili yazılarda belirtildiği üzere, enfeksiyon dokular arasında hızla yayılabilir. Bu durum bizim olgumuzda da gerçekleşmiştir. Yumuşak doku şişliği ve gaz oluşumu şaşırtıcı bir hızla, birkaç saat içinde sağ üst ekstremiteye ve daha sonra da sağ hemitoraks ve karın bölgesine yayılmıştır. Biz olgumuzda büyük bir yaralanmanın olmaması ve genel durumunun çok iyi olmasını da göz önünde bulundurarak başlangıçta penisilin kristalize ile yoğun bir antibiyotik ve destek tedavisi uygulamayı, cerrahi tedaviyi ikinci aşamaya bırakmayı uygun gördük. Nitekim uyguladığımız tedavi çok kısa sürede başarılı oldu ve ameliyata gerek kalmadı. Bu da bize ürkütücü lokal belirtilere rağmen hastalığın tedaviye çok iyi cevap verdiğini göstermektedir.

Klostridyal sellulitli hastaların en büyük şanssızlıkları bu hastalığa yakalanmaktan çok gazlı gangren ile karıştırılmaları ve ekstremitelerini gereksiz olarak kaybetmeleridir. Oysa ki klostridyal sellulit antibiyotik ve cerrahi dekompresyon tedavisine çok iyi cevap veren ve prognozun iyi olduğu bir hastalıktır. Hekimlerin aslında her iki hastalık arasındaki bariz farkların var olduğunu bilme ve dikkate almaları durumunda bu olumsuzluğun da ortadan kaldırılacağı muhakkaktır. Çalışmamızın nadir görülen bu hastalıkla ilgili olarak hekimlerin dikkatini çekeceği kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Sim FH. Anaerobic infections. *Orth Clin North Am* 1975; 6: 1049-56.
2. Sökücü N. Cerrahi enfeksiyonlar. Değerli Ü, ed. Genel Cerrahi. İstanbul: Fatih Gençlik Vakfı Matbaa İşletmesi. 1983: 138.
3. Weinberg AN, Swartz MN. Bacterial diseases with cutaneous involvement. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg I, Austen KF, eds. *Dermatology In General Medicine*. 4th ed. New York: McGraw-Hill Inc. 1993: 2331.
4. Aydemir EH. Bakteriyele deri hastalıkları. Tüzün Y, Kotoğyan A, Aydemir EH, Baransü O, ed. *Dermatoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. 1994: 115.
5. Hacıbektaşoğlu A. Deri ve yumuşak doku enfeksiyonları: Gazlı gangren ve diğer anaerop deri ve yumuşak doku enfeksiyonları. Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M, ed. *İnfeksiyon Hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. 1996: 791.

6. Beers MH, Berkow R. The Merck Manual. 17th ed. West Point: Merck Co. 1999: 1179.
7. Kaiser RE, Cerra FB. Progressive necrotizing surgical infections-a unified approach. J Trauma 1981; 21: 349-55.
8. Lorber B. Gas gangrene and other clostridium-associated diseases. In: Mandell GL, Benett JE, Dolin R, eds. Principles and Practice of Infectious Diseases. 4th ed. New York: Churchill Livingstone. 1995: 2185.
9. Cohn IJ, Bornside GH. Infections. In: Schwartz S, ed. Principles of Surgery. New York: McGraw-Hill. 1979: 199-204.
10. Baxter C. Surgical management of soft tissue infections. Surg Clin N Amer 1972; 52: 1483.
11. Altemeier W, Fullen W. Prevention and treatment of gas gangrene. JAMA 1971; 217: 806.