

## *Pseudomonas aeruginosa*'ya Bağlı Nekrotizan Fasiitisli Bir Olgu

### A Case of Necrotizing Fasciitis Due to *Pseudomonas aeruginosa*

Dr. Hüseyin ÖKSÜZ,<sup>a</sup>  
Dr. Cengaver TAMER,<sup>a</sup>  
Dr. Yusuf ÖNLEN,<sup>b</sup>  
Dr. Sibel HAKVERDİ<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Göz Hastalıkları ABD,  
<sup>b</sup>Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon  
Hastalıkları ABD, <sup>c</sup>Patoloji ABD,  
Mustafa Kemal Üniversitesi  
Tıp Fakültesi, HATAY

Geliş Tarihi/Received: 13.11.2006  
Kabul Tarihi/Accepted: 08.05.2007

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. Cengaver TAMER  
Mustafa Kemal Üniversitesi  
Tıp Fakültesi,  
Göz Hastalıkları ABD, HATAY  
cengavertamer@yahoo.ca

**ÖZET** Nekrotizan fasiitis deri altı yağ dokusu ve derin fasiiaların akut fulminan enfeksiyonudur. Nekrotizan fasiitis periorbital bölgede sık görülmemektedir. Bu nedenle bu raporda böcek ısırması sonucu göz kapağında nekrotizan fasiitis gelişen olguyu sunmayı amaçladık. Klinik tanı konduktan sonra nekrotik doku debridmanı yapıldı, kültür antibiyogram ve histopatolojik inceleme için örnek alındı. Mikrobiyolojik incelemede *Pseudomonas aeruginosa* üredi ve histopatolojik inceleme nekrotizan fasiitis ile uyumlu idi. Olgu uygun antibiyotikle tedavi edilerek taburcu edildi. Tedavide öncelikli olarak nekrotik doku debridmanı yapılmalı ve etken olan mikroorganizmanın duyarlı olduğu antibiyotik başlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Böcek ısırması ve sokması, nekrotizan fasiitis

**ABSTRACT** Necrotising fasciitis is an acute fulminant infection of the subcutaneous fat and deep fascia. Necrotising fasciitis is very rarely seen in periocular area. Here we would like to present a case of periocular necrotizing fasciitis developed following an insect bite. Following clinical diagnosed, necrotic tissue was debrided and specimens were taken for microbiological and histopathological examination. Histopathological examination revealed necrotizing fasciitis and *Pseudomonas aeruginosa* was cultivated. The patient improved with surgical debridement and proper antibiotic treatment. The main standpoint of the treatment in necrotizing fasciitis is surgical debridement and proper antibiotic treatment.

**Key Words:** Insect bites and stings, fasciitis, necrotizing

**Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 2008, 17:51-53**

**N**ekrotizan fasiitis deri altı yağ dokusu ve derin fasiiaların akut fulminan enfeksiyonudur. Sıklıkla kasıkda, batında ve alt ekstremitede görülmemektedir. Baş, boyun bölgesinde ve periorbital bölgede daha az rastlanmaktadır. Travma, cerrahi sonrası ve idiopatik olarak gelişebilir.<sup>1</sup> En sık izole edilen etken A grubu beta hemolitik *Streptococcus* ve *Staphylococcus aureus*'dur.<sup>2</sup> Bu ikisi dışında bazen *Pseudomonas*'da etken olabilmektedir.<sup>3</sup> Erken tanı ve tedavi mortalite ve morbiditeyi azaltabilmektedir. Biz de böcek ısırması sonucu periorbital nekrotizan fasiitis gelişen bir olguyu sunduk.

## OLGU SUNUMU

Bir yaşındaki erkek olgu kliniğimize sağ göz alt kapağında iyileşmeyen apse nedeniyle sevk edildi. Annesi 2 hafta önce çocuğun sağ göz alt kapağını

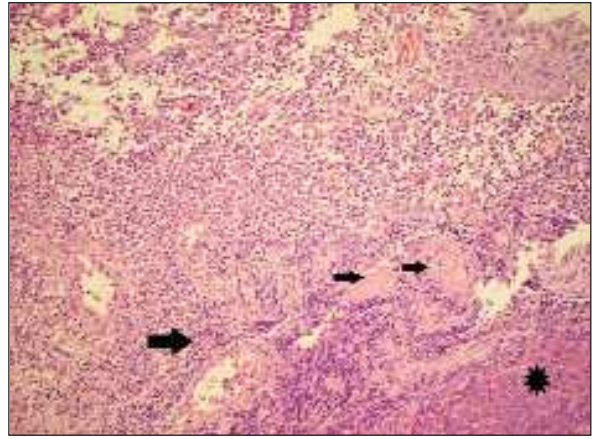
böcek ısırıldığını ve 2 gün sonra doktora başvurduğunu söyledi. Olgunun kliniğimize gelmeden önce başka bir merkezde 2 hafta yatırılarak ampisillin-sulbaktam flakon (Ampisid, Mustafa Nevzat) ile tedavi edildiği ve bu süre içinde kliniğinde bir düzelme olmadığı öğrenildi. Olgunun yapılan muayenesinde sağ göz alt kapağında 1.5 x 1.5 cm çapında şişlik, pürülan akıntı ve nekrotik alan vardı (Resim 1). Olgu yakınlarından aydınlatılmış onam formu alındı. Genel anestezi altında nekrotik doku temizlendi. Mikrobiyolojik ve patolojik inceleme için örnek alındı. Olgu enfeksiyon hastalıkları kliniğine konsülte edildi. Genel muayenede nabız 75 atım/dk, tansiyon arteriel 80/60 mm Hg, 36.6 derece ateş tesbit edildi. Laboratuvar incelemesinde sedimentasyon, beyaz küre sayısı normal sınırlarda idi. Ampirik olarak vankomisin (Vancorin Hemat) ve amikasin (Amikaver Biosel) intravenöz (iv) başlandı. Kültür sonucunda *Pseudomonas aeruginosa* üredi; kültür antibiogramda imipenem ve amikasi- ne hassas, siprofloksasine az hassas, ampisiline dirençliydi. Tedavi imipenem (Tienam MSD) iv (3X100 mg/gün), amikasin (Amikaver Biosel) iv (1X50 mg/gün) ve topikal siprofloksasin (Ciloxan pomad, Alcon) (2 x 1 gün) olarak yeniden düzenlendi. Bu tedavi protokolü ile 24 saat sonra ödem ve sekresyonda azalma oldu. İmipeneme bağlı olabilecek hepatotoksisite için üç günde bir SGOT ve SGPT seviyesine bakıldı. Tedavi süresince karaciğer enzimlerinde yükselme olmadı. Olgunun kliniği 14 günde tamamen düzeldi ve taburcu edildi (Resim 2). Olgu gözünü kapadığında korneası açıkta kalmamaktaydı.



RESİM 1: Tedavi öncesi sağ göz alt kapağın görüntüsü.



RESİM 2: Tedavi sonrası sağ göz alt kapağın görüntüsü.



RESİM 3: Histopatolojik görüntü (H&E X200). (Yıldız: nekrotik alanı, büyük ok: perivasküler enflamatuvar infiltrasyonu, küçük oklar: trombüs dolu damarı göstermekte).

Histopatolojik incelemede perivasküler enflamatuvar hücreler ve bazı damarların içinde trombüs vardı (Resim 3). Bu bulgular nekrotizan fasiitisin histopatolojik bulgularıyla uyumlu idi.<sup>4</sup> Dokuz ay süresince 3 ayda bir yapılan kontrollerde nüks görülmedi.

## TARTIŞMA

Nekrotizan fasiitis sıklıkla cerrahi veya travma sonrası ortaya çıkar. Cilt ve cilt altı dokuda kısa sürede nekroz gelişir. Erken dönemde tedavi edilmeyen fasial nekrotizan fasiitli olgularda mortalite %20'ye kadar çıkmaktadır.<sup>5</sup> Nekrotizan fasiitiste tedavi, nekrotik doku debridmanı ve iv antibiyotik

tedavisinden oluşmaktadır.<sup>6</sup> Nekrotizan fasiitide diabetes mellitus, ileri yaş, beslenme bozukluğu, immun supresyon, hastalığın yaygınlığı ve tedavide gecikme kötü prognostik faktörlerdir.<sup>7</sup>

Bildirmiş olduğumuz olgunun kan tetkikleri normal sınırlarda olup sistemik ek hastalığı yoktu. Olgu kliniğimize başvurduğunda nekrotik alan daha önce bildirilmiş olgularla kıyaslandığında oldukça sınırlıydı.<sup>8-10</sup> Poltelea ve Wearne'nin bildirmiş olduğu 68 yaşında lösemili olguda da böcek ısırması sonucu nekrotizan fasiitis gelişmiş olup kliniği oldukça ağırdır.<sup>1</sup> Bu olguya iv antibiyotik tedavisine ek olarak genişçe debridman yapılmış daha sonrada blefaroplasti uygulanmıştır. Lin ve Lin'in bildirmiş olduğu olguda nekrotizan fasiitis akut dakriosistit sonrası gelişmiştir.<sup>8</sup> Suner ve ark. blefaroplasti sonrası ağır nekrotizan fasiitis gelişen bir olgu bildirmişlerdir.<sup>9</sup> Bu olgu yaşlı olup ek olarak diabetes mellitusu vardır. Bizim bildirdiğimiz olguda nekrotizan fasiitis kliniğinin hafif olması, sistemik bulguların ve laboratuvar tetkiklerinin normal sınırlarda olması kötü prognostik faktörlere sahip olmamasına bağlı olabilir. Bizim bildirdi-

ğimiz olguda da sağ göz alt kapakta nekroz sonucu kapakta defekt gelişmişti; ancak gözünü kapadığında kornea açıkta kalmıyordu. Klinik görüntü histopatolojik çalışma ile de doğrulandı. Histopatolojik incelemede perivasküler enflamatuvar hücreler, yer yer nekrotik alanlar ve trombüsle dolu damarlar görülmekteydi. Bu histopatolojik bulgular nekrotizan fasiitis tanısı koydurmaktadır.<sup>4</sup>

Yapılan çalışmalarda *Pseudomonas* grubu Gram negatif bakterilerin penisilin grubu antibiyotiklere karşı dirençli olduğu gösterilmiştir.<sup>10</sup> Olgunun penisilin grubu antibiyotiğe yanıt vermemesi buna bağlı olabilir.

Mortalite ve morbiditesi yüksek olan enfeksiyonlarda tedaviye başlanmadan önce mikrobiyolojik tanı için numune alınmalı, kültür antibiyogram sonucu çıkmadan ampirik tedaviye başlanmalı ve gerekirse tedavi kültür-antibiyogram sonucuna göre değiştirilmelidir. Nekrotizan fasiitis sağaltımında erken tanı ve uygun tedavi önemlidir. Tedavide öncelikli olarak nekrotik doku debridmanı yapılmalı ve etken olan mikroorganizmanın duyarlı olduğu antibiyotik başlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Poitelea C, Wearne MJ. Periocular necrotizing fasciitis a case report. *Orbit* 2005;24: 215-7.
2. File TM Jr, Tan JS. Group A Streptococcus necrotizing fasciitis. *Compr Ther* 2000;26:73-81.
3. Brook I, Frazier EH. Clinical and microbiological features of necrotizing fasciitis. *J Clin Microbiol* 1995;33:2382-7.
4. Umbert IJ, Winkelmann RK, Oliver GF, Peters MS. Necrotizing fasciitis: a clinical, microbiologic, and histopathologic study of 14 patients. *J Am Acad Dermatol* 1989;20:774-81.
5. Shindo ML, Nalbhone VP, Dougherty WR. Necrotizing fasciitis of the face. *Laryngoscope* 1997;107:1071-9.
6. Isenberg JS, Smith K, Tu Q. Necrotizing fasciitis of the periorbita and forehead. *J Oral Maxillofac Surg* 1997;55:521-3.
7. Kronish JW, McLeish WM. Eyelid necrosis and periorbital necrotizing fasciitis: Report of a case and review of the literature. *Ophthalmology* 1991;98:92-8.
8. Lin PW, Lin HC. Facial necrotizing fasciitis following acute dacryocystitis. *Am J Ophthalmol* 2003;136:203-4.
9. Suner IJ, Meldrum ML, Johnson TE, Tse DT. Necrotizing fasciitis after cosmetic blepharoplasty. *Am J Ophthalmol* 1999; 128:367-8.
10. Dorobat OM, Moisiu A, Talapan D. Bacteria isolated from pleural fluid and their resistance to antimicrobials. *Pneumologia* 2006;55: 47-51.