

## YUMUŞAK DOKU ENFEKSİYONLARI



Dr. Can Özen  
Dr. Serkan Emre Eroğlu

Acil servise sık başvuru sebeplerindendir. Deri bütünlüğünü bozan travma, egzema, radyoterapi, varicella veya mantarların yüzeyel enfeksiyonları, dolaşım yetmezliği, ödem gibi durumlar enfeksiyon gelişmesine zemin hazırlar. Basit ve komplike enfeksiyonun ayrımının yapılması esastır. Uygun tedavi almayan hastalar sepsise veya doku kaybına kadar giden klinik tablolara ilerler. Bu nedenle immünkompramize hastalar, oral alımı olmayanlar, komorbid hastalıkları olanlar ve ilk basamak tedaviye yanıtızsız hastalar yatırılarak parenteral antibiyotik ile tedavi edilmelidir. <sup>(1)</sup>

En dikkat çeken etken metisiline dirençli *Staphylococcus aureus* (MDSA) olup toplum kökenli ve hastane kökenli bulaş olabilir. Toplum kökenli MDSA pürülan cilt enfeksiyonları yaparken hastane kökenli MDSA yara yeri enfeksiyonu, sepsis, endokardit gibi klinik durumlara yol açar.

Yumuşak doku enfeksiyonlarında epidemiyolojik olarak MDSA şüphesi varsa veya ilk basamak tedaviye yanıt alınamıyorsa MDSA tedavisi verilmelidir. <sup>(1)</sup>

**Sellülit ve Erizipel** Deri bariyerini aşan bakteriler nedeniyle oluşan enfeksiyonlardır. Ağrı, ısı artışı, kızarıklık ve ödem gelişimi tipiktir. Erizipel yüzeyel epidermis ve lenfatiklerin enfeksiyonudur. Demarkasyon hattı ile sağlam deriden ayrılan cilt yükseltiridir. Sellülit dermisi ve subkutan yağ dokusunu etkiler. Genelde diffüz şiş, kızarıklık bir bölge olarak görülür. Alt ekstremiteler, abdominal duvar, perianal bölge gibi dolaşımı daha kötü olan bölgedekiler daha sık etkilenir. <sup>(2)</sup>

**İmpetigo** Nonbüllöz ve büllöz formları olabilir. Nonbüllöz formun etkeni grup A beta hemolitik streptokoklar tarafından oluşturulan veziküler görünümülü yüzeyel enfeksiyonlardır. Pürülan akıntı eşlik edebilir. Birkaç günde kendini sınırlar ve skarsız iyileşme eğilimindedir.

Büllöz impetigo, *S. Aureus* kökenli olur içi pürülan, kötü kokulu sıvı ile dolu büller ile karakterizedir. Derin doku enfeksiyonlarına ilerleyebilir. Erişkin hastalar HIV enfeksiyonuna karşı taranmalıdır. <sup>(3)</sup> Uygun antibiyoterapi verilmelidir.

**Fronküül ve Karbonküül** Kıl foliküllerinin basit enfeksiyonu olan follikülitlerin subkutan yağ dokusu ve dermise yayılmasıdır. Nodüler lezyonlara yol açabilirler. Yüz, saçlı deri, aksilla, kalça sokusunda sık görülürler. Fronküüllerin birleşmesi ile pürülan akıntılı, ağrılı deri altı kitleleri oluşursa karbonküül adını alır. Deri katlantı bölgelerinde, boyun ve sırtta görülebilir.

ler. Her iki durumunda tedavisi cerrahi drenajdır. Antibiyoterapi için MD-SA'ya etkili ajanlar seçilmelidir.<sup>(4)</sup>

**Nekrotizan Enfeksiyonlar** Ampütasyon veya sepsis etkeni olabilen bu enfeksiyonların erken tanınması çok önemlidir. Klinikle uyumsuz ağrı olması uyarıcı olmalıdır. En sık etkenler *clostridium perfringens* ve *vibrio vulnificus*'tur. Genelde klinik ilerledikçe polimikrobiyal bir tablo oluşur. Muayenelede ele krepitasyon gelebilir. Laboratuvarla kreatinin kinaz yükselebilir.<sup>(1)</sup> Görüntülemelerde doku içinde gaz görülmesi tanıyı koydurur. Derin dokulara yayılım tomografi veya ultrason ile kontrol edilmelidir. Erken cerrahi konsültasyonu ve debridman gerekir. Ampirik antibiyoterapide MD-SA'ya etkili ajanlar seçilmelidir.<sup>(5)</sup>

Hastaneye yatması gereken komorbid hastalığı olan hastaları, komplike enfeksiyonları ayırt etmek gereklidir.

- Epidemiyolojik olarak MD-SA enfeksiyonundan şüpheleniliyorsa uygun antibiyoterapi verilmelidir.
- Basit enfeksiyonlarda bile derinin etkilenen bölümü kalemle işaretlenmeli ve hasta 2 gün sonra kontrole çağrılarak enfeksiyonun yayılımı kontrol edilmelidir. Antibiyoterapi etkisiz kalmışsa bir üst kuşağa geçilebilir.
- Nekrotizan enfeksiyonlarda klinik şüphe önemlidir. Cilt altı krepitasyon ve klinik süreçle uyumsuz derecede fazla ağrı hissi şüphe uyandırıcıdır, iler inceleme yapılmalıdır.
- Yara yeri kültürü gibi ileri incelemeler acil serviste seçilecek tedaviyi değiştirmeye de özellikle diyabetik ayak gibi kronik enfeksiyon süreçlerinde tedavi için faydalı olabilir.

### Taburculuk

Yumuşak doku enfeksiyonlarında hastaneye yatış kararı hastanın genel durumuna, diyabet gibi ek hastalıkların varlığına ve enfeksiyonun lokalizasyonuna göre verilmelidir. Sıvı resüsitasyonuna rağmen halen sistemik enfeksiyon bulguları (hipotansiyon, taşikardi, ateş, takipne, mental durum değişikliği) gösteren, enfeksiyon parametreleri yüksek, derin doku enfeksiyonu şüphesi olan, oral alımı olmayan, immün sistemi baskılanmış, renal veya hepatik fonksiyonları zarar görmüş hastalar parenteral antibiyotik ve destek tedavi için hastaneye yatırılmalıdır. Sayılan risk faktörleri olmayan hastalar ayakta paranteral veya oral tedavi ile taburcu edilebilir.<sup>(6)</sup>

### Kaynaklar

1. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the infectious diseases society of America. Clin Infect Dis 2014; 59:147.
2. McNamara DR, Tleyjeh IM, Barbari EF, et al. A predictive model of recurrent lower extremity cellulitis in a population-based cohort. Arch Intern Med. 2007;167(7):709.
3. Donovan B, Rohrsheim R, Bassett I, et al. Bullous impetigo in homosexual men—a risk marker for HIV-1 infection? Genitourin Med. 1992 Jun;68(3):159-61.
4. Moran GJ, Krishnadasan A, Gorwitz RJ, et al. Methicillin-resistant *S. aureus* infections among patients in the emergency department. Engl J Med. 2006;355(7):666.
5. Anaya DA, Dellinger EP. Necrotizing soft-tissue infection: diagnosis and management. Clin Infect Dis. 2007;44(5):70.
6. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the infectious diseases society of America. Clin Infect Dis 2014; 59:147.