



KLİMİK

TÜRK KLİNİK MİKROBİYOLOJİ VE
İNFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

Nekrotizan Fasiit Olgu Sunumu

Dr. Fatma Meral İnce

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik
Mikrobiyoloji AD

UYGULAMALI
YARA BAKIM
KURSLARI
/ 2025-2026

24-25 EKİM 2025 / DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ



OLGU

61 yaş, erkek hasta

Özgeçmiş: HT, SVO ,CABG ve DM(18 yıl)

Kullandığı ilaçlar: İnsülin (Novorapid)

Asetilsalisilik asit 100 mg tb (1x1)

Klopidogrel hidrojen sülfat 75 mg tb (1x1)

DÜ Tıp Fakültesi Acil birimine sol bacakta ağrı, büllü yaralar, şişlik ,kızarıklık şikayeti ile başvuruyor.

1. GÜN



2. GÜN



3. GÜN



OLGU

(26.08.2025)

- Acil serviste bakılan vital bulguları; Hastanın **genel durumu orta ,bilinç açık,oryante/koopere**
 - vücut sıcaklığı **36,6 °C,**
 - tansiyon **110/80,**
 - nabız **102/dk,**
 - solunum sayısı **24/dk.**



OLGU

FM(26.08.2025)

- Hastanın sol medial malleol hizasında yaklaşık 4x5 cm lik büyüklüğünde muhtemel bül zemininde eksfoliyatif lezyon
- Sol cruris orta hat anterolateralinde 2 adet yaklaşık 4x5 cm'lik hemorajik bül
- Cruris anterior proksimalinden distaline uzanan ekimotik alanlar mevcut.
- Sol alt ekstremitte cruriste ayak bileği - ayakta yaygın olmak üzere yaygın gode 3 ödem,ısı artışı, kızarıklık
- Krepitasyon yok



OLGU

FM(26.08.2025)

- Duyu muayenesinde hiperestezi
 - Periferik nabızları zayıf
 - Motor muayenesi doğal
-

OLGU

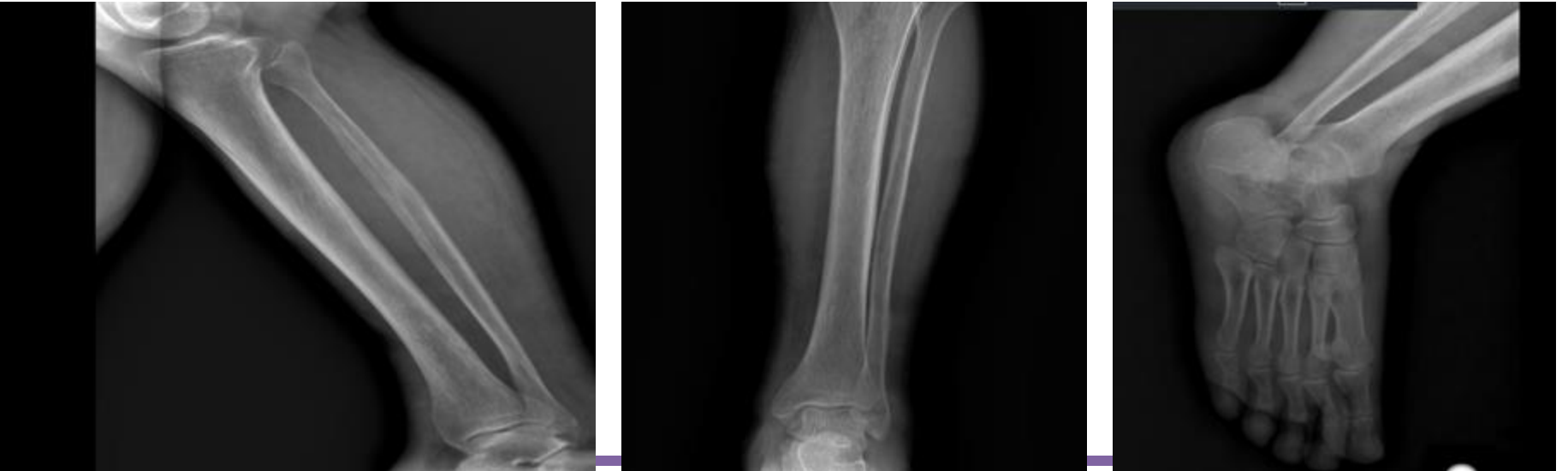
LABORATUVAR(26.08.2025)

- Kan glikozu: **284** mg/dL, HB A1C **9.5** %, C Peptid **5.9** ng/mL
 - Lökosit :**16.500**/mm³ (**%84,7** nötrofil),
 - C-reaktif protein: **311** mg/L,prokalsitonin:**5.435** ng/mL
 - Sedimantasyon: **12** mm/sa.
 - Üre **68.9** mg/dL, Kreatinin **1.79** mg/dL, Na **126** mmol/L, Hb **10.1** g/dl
-

GÖRÜNTÜLEME

Yüzeyel USG: Cruriste boylu boyunca **cilt-cilt altı kalınlık, ekojenite artışı** ve **lineer sıvı değerleri** izlenmiş olup fiziksel bakıda büllöz lezyon bulunan kesimlerde hemen cilt altı yerleşimli en derin yerde **11 mm ölçülen içerisinde ekojen septasyonlar bulunan kistik lezyonlar**

Direkt grafi: Akut osseoz patoloji yok, **gaz gölgesi yok**



GÖRÜNTÜLEME

- **Renkli Doppler USG:** Sol alt ekstremitede inceleme yapılan düzeylerde hemodinamik anlamı olan darlık izlenmedi.
 - **BT:** Sol kruris anteriorda daha belirgin **cilt -cilt altı yumuşak dokularda diffüz ödematöz dansite artışı ve fokal doku defekti** izlendi
-

OLGU

Ön Tanı:Nekrotizan Fasiit

- Kan kültürü alındı
- **Antibiyotik tedavisi** (Meropenem iv 3x1 gr+Daptomisin iv 8 mg/kg/gün) başlandı ve sıvı desteği sağlandı
- Tdap profilaksisi uygulandı
- Cerrahi birimlerce acil cerrahi müdahale düşünülmeydi
- Steril, **Rifocin ve Furacinli** mesh pansuman

OLGU

26.08.2025

- Hastanın yara bakımı ve antibiyotik tedavisinin sağlanması amacıyla Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'ne yatırışı yapıldı.
 - Kan şekeri regülasyonunun sağlanması amacıyla Endokrinoloji Kliniği'ne konsülte edildi.
-

Laboratuvar

Parametre	30.08.2025	08.09.2025	20.09.2025
CRP (mg/L)	180.83	14	25
Prokalsitonin (ng/mL)	0.416	0.198	0.15
Glukoz (mg/dL)	214.2	337	214.2
Üre (mg/dL)	59.9	36	43
Kreatinin (mg/dL)	0.94	0.85	0.83
Sedimentasyon (mm/saat)	68	75	62
WBC (x10 ⁹ /L)	13.14	9.25	9.68
Nötrofil (%)	82.5	63	64.6
Hb(g/dl)	10.2	9.3	10.06

Cerrahi İşlem

15.09.2025:PRC tarafından nekrotik yara debridmanı yapıp **VAC** uygulandı,derin doku kültürü alındı.

20.09.2025:Nekrotik alanlar debride edilip **BTM(Biodegradable Temporizing Matrix)**uygulandı.

BTM = Biodegradable
Temporizing Matrix

- *Biyolojik olarak parçalanabilir geçici doku matriksi.* Sentetik deri yerine geçen geçici kaplama materyalidir.

Amaç:

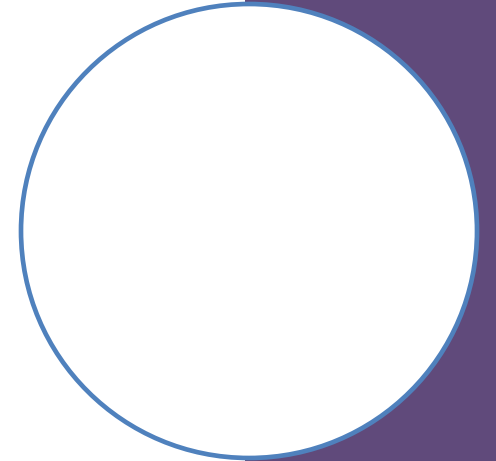
- Debridman sonrası **geçici deri bariyeri** oluşturmak,
- **Granülasyon dokusu gelişimini** desteklemek,
- Enfeksiyonu azaltmak ve daha sonra **definitif deri grefti (örneğin split thickness skin graft)** uygulanmasına zemin hazırlamaktır.



OLGU

23.09.2025: Ampisilin-Sulbaktam iv 4x2 gr tedavisine geçildi.

30/09/2025: BTM sonlandırıldı.Nekrotik doku debridmanı yapıldı





**Günlük steril pansuman parafin
emdirilmiş tül sargı bezi ile yapıldı.**

OLGU
(05.10.2025)

Ampisilin-Sulbaktam 13. günde

CRP 24 mg/L,

Glukoz 214.2 mg/dL

Üre 45 mg/dL, kreatinin 0.94 mg/dL

Sedimentasyon 57mm/saat

WBC 12 x10(9)/L, NEU% 68

HCT 30.08 %



OLGU

08.10.2025

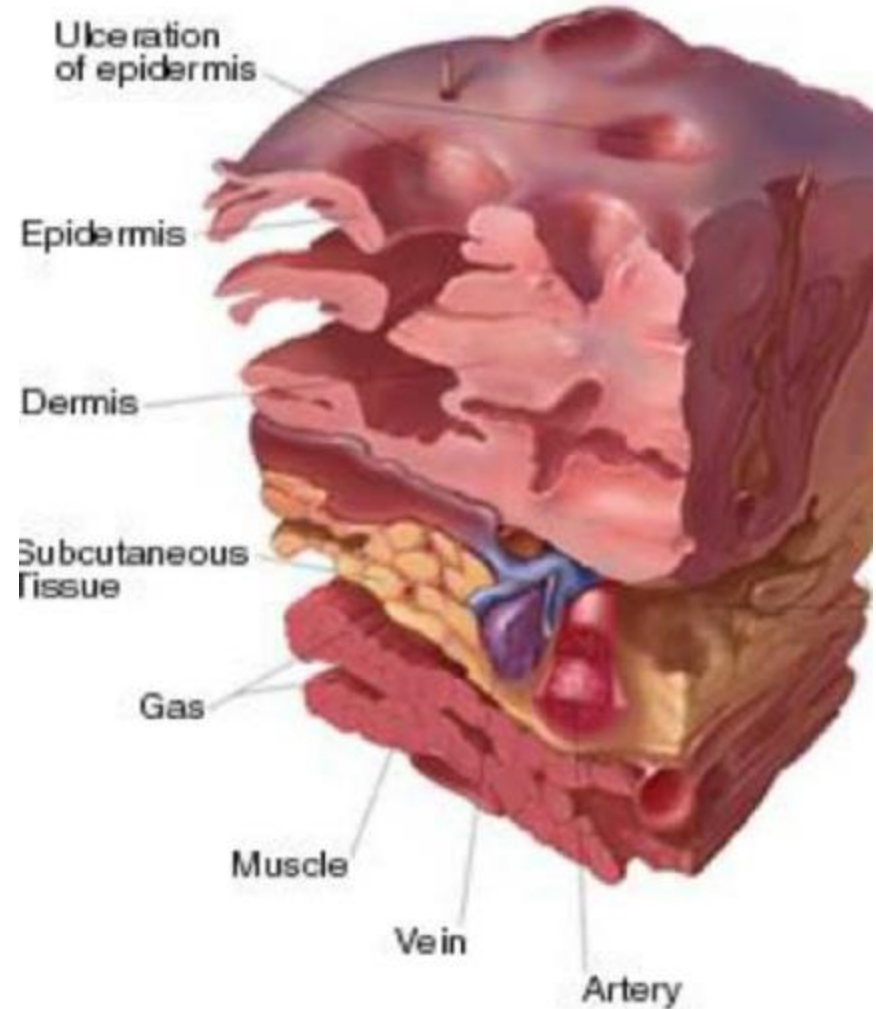
- Kas flebi için sol uyluk anterior lateral ve medialinden 4 adet **STSG**(split thickness skin graft) alındı.
- Alınan STSG' ler kas yapilarına greftlendi.
- 1 adet çok amaçlı **mesh kollajen** uygulandı.



Nekrotizan Fasiit

- Agresif şekilde subkutan doku ve fasyalara yayılan
- Hızlı seyirli yumuşak doku enfeksiyonu
- İdiyopatik veya sekonder (travma, cerrahi, yanık, kronik yara, deri lezyonu/abrazyonu...)
- Tüm vücut bölgelerini etkileyebilir
- Mortalite yüksek (%10-30)

NF Infected Skin

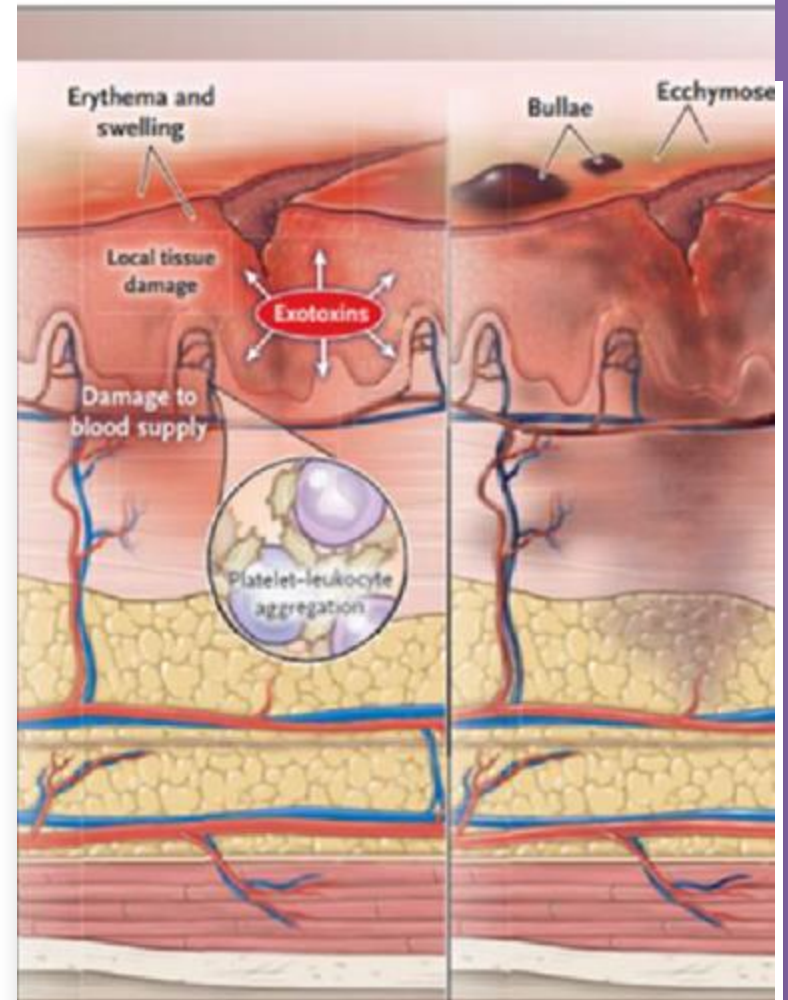


Risk Faktörleri

- Diyabet
- Travma
- Cerrahi
- Yanık
- Alkolizm
- Kanser
- Siroz (Kronik karaciğer hastalığı)
- Kalp kapak hastalığı
- Kronik böbrek yetersizliği
- Steroid kullanımı
- Akciğer hastalıkları
- Periferik vasküler hastalık
- Su çiçeği enfeksiyonu
- Lokal enfeksiyon odağı
(Dental, tonsil, sinüs, genitoüriner..)

Patogenez

- Süperfisyal fasyadan subkutan dokuyu istila eden mikroorganizmaların salgıladığı; Endotoksin, ekzotoksin, hiyalüronidaz gibi enzimleri ile enfeksiyonun hızlı yayılmasına; doku iskemisi, nekrozu ve sistemik hastalığa yol açar
- Lenfatik yayılım - **Ödem**
- Sinir invazyonu - **Ağrı**
- Kas invazyonu - **Miyozit, gaz oluşumu**



Sınıflandırma

Mikrobiyolojik

Tip	Yaygın Görülen Bölgeler	Enfeksiyon Profili	Yaygın Mikroorganizmalar	Risk Altındaki Popülasyonlar	Önemli Noktalar
Tip I (en yaygın)	Perine, gövde, abdomen, ekstremiteler	Polimikrobiyal	≥1 anaerobik (Streptokoklar ve Enterobacteriaceae) + 1 aerobik (Gram pozitif veya Gram negatif)	Bağışıklığı baskılanmış hastalar , yenidoğanlar (omtalit sonucu)	Kronik hastalıklar, bağışıklık baskılanması, madde kullanımı, travma, cerrahi, yanık, obezite, malnütrisyon
Tip II (daha az yaygın)	Ekstremiteler, baş ve boyun	Monomikrobiyal	β-hemolitik grup-A streptokoklar, <i>Staphylococcus aureus</i> , diğer streptokok türleri	Geçmiş travması/cerrahisi, lokal enfeksiyon odağı olan bağışıklığı sağlam bireyler	Toksik şok sendromu (%30 olgu)
Tip III (nadir)	Ekstremiteler, gövde, perine	Monomikrobiyal	<i>Vibrio</i> türleri (<i>V. vulnificus</i>), <i>Clostridium</i> türleri, <i>Aeromonas hydrophila</i>	<u>Vibrio</u> : Tuzlu suya maruz kalan yaralar <u>Clostridium</u> : Cerrahi yaralar, uyuşturucu kullanıcıları <u>Aeromonas</u> : Deniz ürünleri	Fulminan seyir Tedavi edilmezse çoklu organ yetmezliği
Tip IV (çok nadir)	Ekstremiteler, gövde, perine	Fungal	<i>Candida</i> türleri, <i>Zygomycetes</i>	Travma/yanık sonrası, ağır bağışıklık baskılanmış bireyler	Özellikle bağışıklık baskılanmış bireylerde agresif seyir

Klinik

Erken	Geç	Çok geç
Ateş	Mor renk değişikliği	Nekroz
Ağrı	Hemorajik büller	Bulaşık suyu benzeri akıntı
Eritem/Isı artışı	Krepitasyon	Hipoestezi
Hassasiyet	Hipotansiyon	
Endurasyon	Organ yetmezlik bulguları	

Tanı

Klinik ile konur

- Parmak testi: Lokal anestezi altında, derin fasyaya kadar 2 cm'lik bir kesi yapılır
- Parmak diseksiyonuna karşı minimal doku direnci (pozitif parmak testi), kanamanın olmaması, nekrotik doku varlığı ve/veya kesiden sonra bulanık ve gri ("bulaşık suyu") sıvı varlığı NF tanısını düşündürür

Tanı

Görüntüleme: Tanı belirsiz olduğunda yararlı bilgiler sağlayabilir

-Görüntüleme çalışmaları cerrahi konsültasyonu ve acil müdahaleyi geciktirmemeli!

Direkt grafi: NF enfeksiyonunu dışlamak için kullanılmamalı

-(Subkutan dokuda gaz varlığı, NF vakalarının az kısmında mevcut. Erken dönemde görülmeyebilir, *S. pyogenes* gibi aerob bakterilerde görülmeyebilir)

BT: Gaz varlığı, sıvı koleksiyonları ve asimetrik fasyal kalınlaşma ile fasya tutulumu ve kontrast enjeksiyonundan sonra kontrastlanma eksikliği spesifik bulgudur

MR: Stabil ve şüpheli vakalarda, MRI ekstremitelerdeki nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonlarını teşhis etmek için en etkili yöntemdir ancak acil durumlarda ilk tercih değil

Ultrason: Kritik hastalarda, selülit- nekrotizan fasiit ayırıcı tanısında yararlı

Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis (LRINEC)

Değer	LRINEC skoru
C-reaktif protein (mg/L)	
<150	0
>150	4
Beyaz kan hücresi sayımı (hücre/mm ³)	
<15	0
15-25	1
>25	2
Hemoglobin düzeyi (g/dL)	
>13.5	0
11-13.5	1
<11	2
Sodyum düzeyi (mmol/L)	
≥135	0
<135	2
Kreatinin düzeyi (mg/dL)	
≤1.6	0
>1.6	2
Glikoz düzeyi (mg/dL)	
≤180	0
>180	1

- Maksimum puan : 13
- 5 ve altı düşük risk
- 6-7 orta dereceli risk
- 8 ve üstü yüksek risk



Tedavi

- Nekrotizan fasiitte cerrahi müdahale çok önemli (Kanıt: A-III)
 - Ölü dokuların radikal cerrahi debridmanı
 - Hastaneye yatış
 - Uygun sıvı tedavisi
 - Tetanoz toksoidi
 - Kan kültürleri alınmalıdır.
 - Başlangıçta geniş spektrumlu ampirik tedavi uygulanır.
- [Vankomisin veya Linezolid veya Daptomisin] + [Piperasilin-tazobaktam veya bir karbapenem veya (Seftriakson + Metronidazol)]**
- Eğer streptokokal toksik şok sendromu şüphesi varsa, **Klindamisin** eklenmelidir.

ÖZETLE

Nekrotizan fasiit,

- * Yaşamı tehdit eden klinik durum, erken teşhis önemli
 - * Acil cerrahi değerlendirme ve debridman tedavinin temeli
 - * Ampirik geniş spektrumlu antibiyotik yaklaşımı gerekmekte
-



TEŞEKKÜRLER