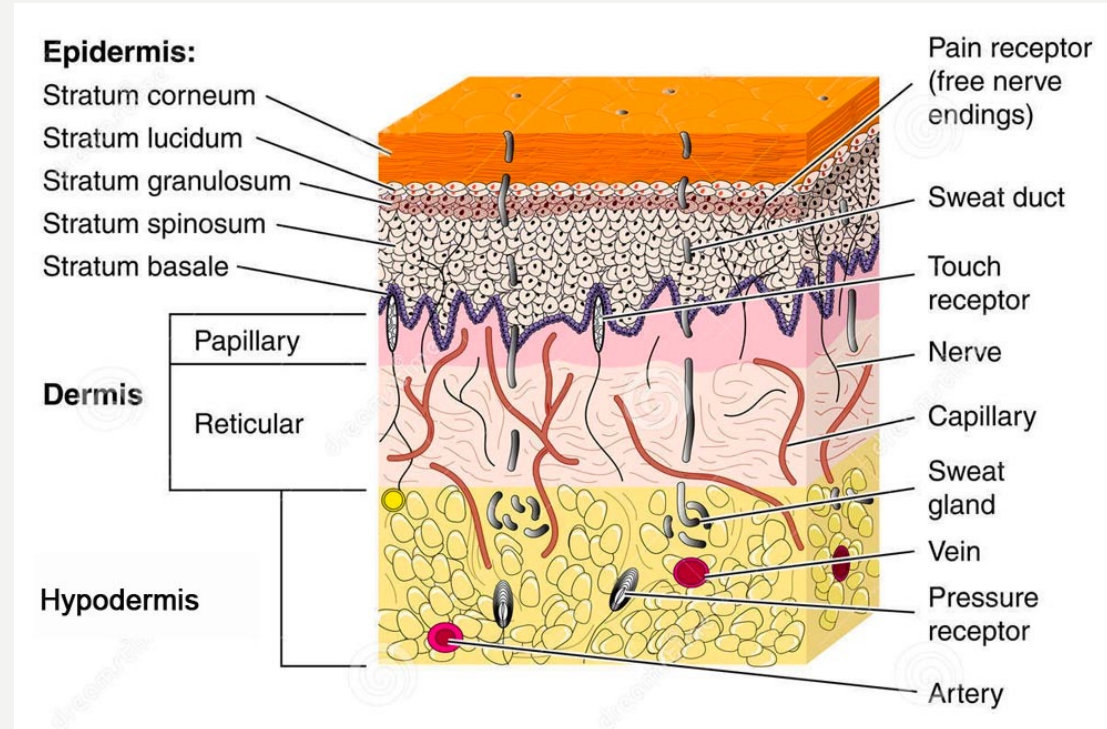


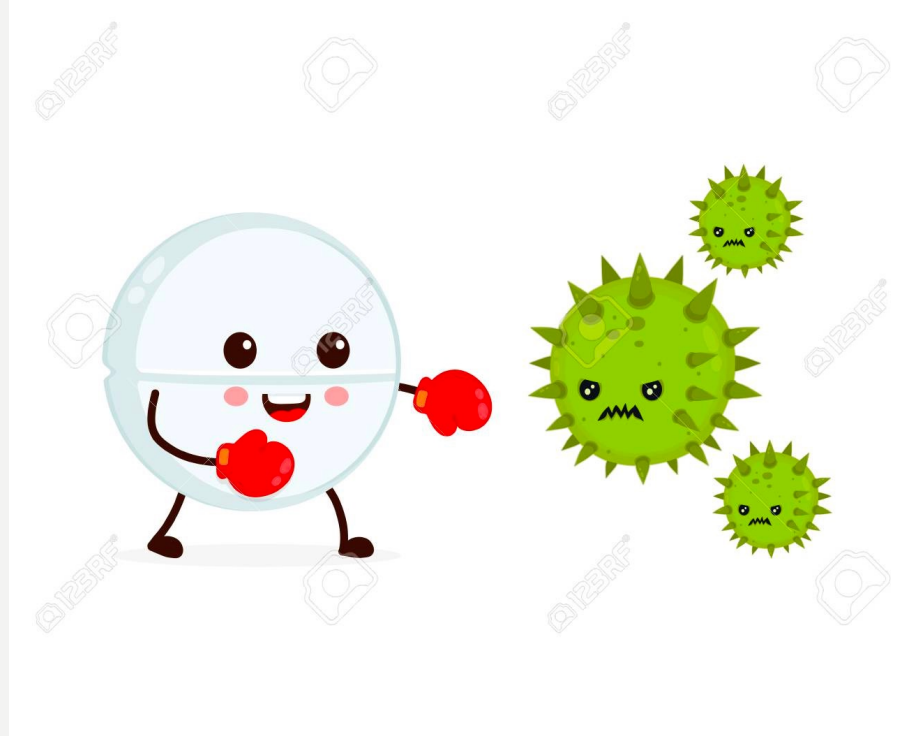
# **DERİNİN BAKTERİYEL ENFEKSİYONLARI**

**HAZIRLAYAN: ARŞ. GÖR. DR. FEYZA BULUT**

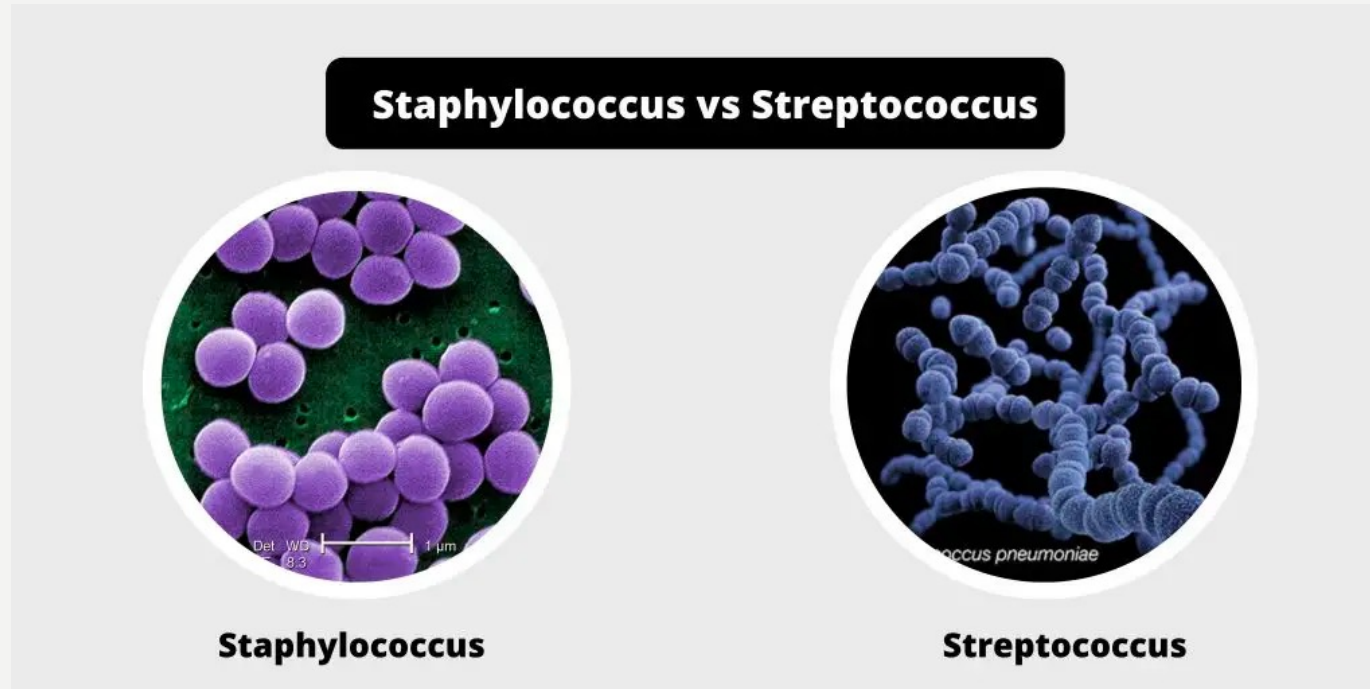
- Derinin katlarını anatomik olarak basit bir şekilde sıralamak gerekirse önce epidermis daha sonra deri ve dermis katları, yüzeysel (subkutan yağ dokusu, arter (ve venler) ve derin fasya son olarak da kas dokusu oluşturur.



- Deride bakteriyel enfeksiyon gelişimine karşı bazı savunma mekanizmaları vardır.
- Bunlar, asit mantosu, lipit bariyeri, sürekli olarak kendini yenilemesi ve üzerinde bulunan normal bakteri florasıdır.
- Kontamine olmuş yüzeysel bakteriler travma, immun sistemin bozulması, yabancı cisim, obezite hijyen eksikliği gibi sekonder nedenlerle kolonizasyon ile yumuşak dokuyu enfekte eder.



- Streptokoklar impetigo, ektima, erizipel, selülit, lenfanjite neden olurken;
- Stafilokoklar ise genellikle foliküler yerleşimli olup püstüllü lezyonlar büllöz impetigo, ektima, folikülit, fronkül, karbonküle neden olurlar.



- Yumuşak deri enfeksiyonlarını oral/intravenöz (iv)/intramusküler (im) antibiyotiğe cevap veren veya basit drenaj ile tedavi olabilen komplike olmayan deri enfeksiyonları ve hidrasyon veya hospitalizasyon gerektiren komplike alan deri enfeksiyonları şeklinde iki sınıfa ayırmak gerek tanı gerekse tedavi açısından hekimlerin işini kolaylaştıracaktır.

# KOMPLİKE OLMAYAN DERİ ENFEKSİYONLARI

## Yüzeyel Deri Enfeksiyonları

İmpetigo

Ektima

Paronişya

İntertrigo

## Derin Deri Enfeksiyonları

Selülit

Erizipel

Fronkül

Karbonkül

Follükülit

## Komplike Deri Enfeksiyonları

Nekrotizan Fasiit

Gazlı Gangren

# 1. SORU

17 yaşında erkek hasta aile hekimine 3 haftadır olan yüzünde kızarıklık şikayetiyle başvurmuş. Ağrısı yokmuş ancak kaşınıyor ve yanıyormuş. Öyküsünde 1 ay önce iki aylık yeğenine bakıcılık yaptığı ve onun da yüzünde kızarıklık olduğu öğreniliyor. Hasta steroidli krem kullanmış ancak rahatlama olmamış.

Fizik muayenesinde hastanın perioral altın sarısı kabuklanmalar ve minimal eritem gözlenmektedir.

Tanı aşağıdakilerden hangisine en uygundur?

- A) Akne vulgaris
- B) İmpetigo
- C) Orolabial HSV
- D) Seboraik dermatit
- E) Tinea faciei



- Doğru Cevap: B
- A) Akne vulgaris → daha çok komedon ve püstüler formda, krutlanmış plaklar çok beklenmez
- B) İmpetigo
- C) Orolabial HSV → gruplanmış ve birleşmiş veziküller beklenir, kabuklanmaya dönüşebilir impetigoyla kolayca karışabilir
- D) Seboreaik dermatit → eritematöz yamalar ve yağlı, sarı pullu plaklar beklenir
- E) Tinea faciei → eritemli, halka şeklinde pullu plaklar beklenirdi ancak sıklıkla hafif pullu eritematözdür



# İMPETİGO

- En sık 2-5 yaş arası
- Birincil ve ikincil impetigo
- Sistemik semptomlar genellikle **OLMAZ**.
- Bölgesel lenfadenit oluşabilir.
- Komplikasyonları: **Poststreptokokkal glomerülonefrit, Romatizmal ateş**

# BÜLLÖZ OLMAYAN İMPETİGO

- En yaygın form
- **Altın rengi**
- Yüz ve ekstremiteler
- Başlıca patojen *S. aureus*
- Kontakt dermatit, tinea enfeksiyonu, egzama herpeticum ve diğer herpes simpleks virüsü enfeksiyonları



# BÜLLÖZ İMPETİGO

- İlk olarak berrak sıvı olarak başlayıp → koyu ve bulanık
- Rüptüre olanlar ince kahverengi kabuk bırakır.
- Gövde daha sık
- Yetişkinde → **HIV enfeksiyonu??**
- Otoimmün kabarcıklı hastalıklar, akut kontakt dermatit, büllöz ilaç döküntüleri, yanıklar, büllöz böcek ısırığı reaksiyonları, su çiçeği



# EKTİMA

- Lezyonların epidermis boyunca ve dermisin derinliklerine doğru yayıldığı ülseratif bir impetigo şekli.
- Yükseltilmiş **menekşe** rengi kenarlarla çevrelenmiş, **sarı kabukla** kaplı "**delikli**" ülserler
- Grup A *Streptococcus* (GAS)
- Mikobakteriyel veya derin mantar enfeksiyonları veya piyoderma gangrenozum



## 2. SORU

- AŖağıdaki tedavi önerilerinden hangisi en uygundur?
- A) Yayılmayı azaltmak için el yıkama
- B) Topikal veya oral antibiyotikler
- C) Etkilenen bölgeyi antibakteriyel ile yıkayın sabun
- D) Yeğeninde hâlâ döküntü olup olmadığını kontrol edin
- E) Yukarıdakilerin hepsi

- AŖağıdaki tedavi önerilerinden hangisi en uygundur?
- A) Yayılmayı azaltmak için el yıkama
- B) Topikal veya oral antibiyotikler
- C) Etkilenen bölgeyi antibakteriyel sabun ile yıkayın
- D) Yeğeninde hâlâ döküntü olup olmadığını kontrol edin
- E) Yukarıdakilerin hepsi



# TEDAVİ

- **Sınırlı impetigo** : Sınırlı sayıda lezyon varsa impetigo için topikal tedavi uygulanmalıdır.
- Günde 3 kez Mupirosin
- **Yaygın impetigo ve ektima** : Çok sayıda impetigo lezyonu veya ektiması olan hastalara oral tedavi uygulanmalıdır.
- Kùltùrlerde yalnızca beta-hemolitik streptokoklar (genellikle grup A *Streptokok* [GAS]) ortaya çıkmadığı sürece , *impetigo* ve *ektima için reçete edilen oral antibiyotik hem S. aureus* hem de streptokok enfeksiyonlarının tedavisinde etkili olmalıdır.
- [Sefalekssin](#) ve [dikloksasilin](#) uygun tedavilerdir çünkü impetigo ve ektimadan elde edilen *S. aureus* izolatları genellikle metisiline duyarlıdır.

# PARONİŞİ

- Lateral ve proksimal tırnak kıvrımlarını içeren bir iltihaptır.
- Akut- Kronik
- Aşırı manikür yapma, tırnak yeme, şeytan tırnağı toplama, parmak emme, batık tırnak, diyabet ve ellerin sıklıkla suya batırıldığı meslekler
- Paronişinin ayrıca antiretroviral ajanlar, sistemik retinoidler, epidermal büyüme faktörü reseptörü (EGFR) inhibitörleri ve sitotoksik kemoterapi ajanlar
- Komplikasyonlar:Felon, osteomiyelit, kalıcı tırnak deformiteleri ve parmak ucunda iskemik nekroz
- Akut paronişinin geç komplikasyonları arasında tırnak plağının enine tırnak plağı olukları (Beau çizgileri), onikomadezis (tırnak plağının ayrılması) gibi tırnak plağının distrofik değişiklikleri ve kalıcı tırnak distrofisi



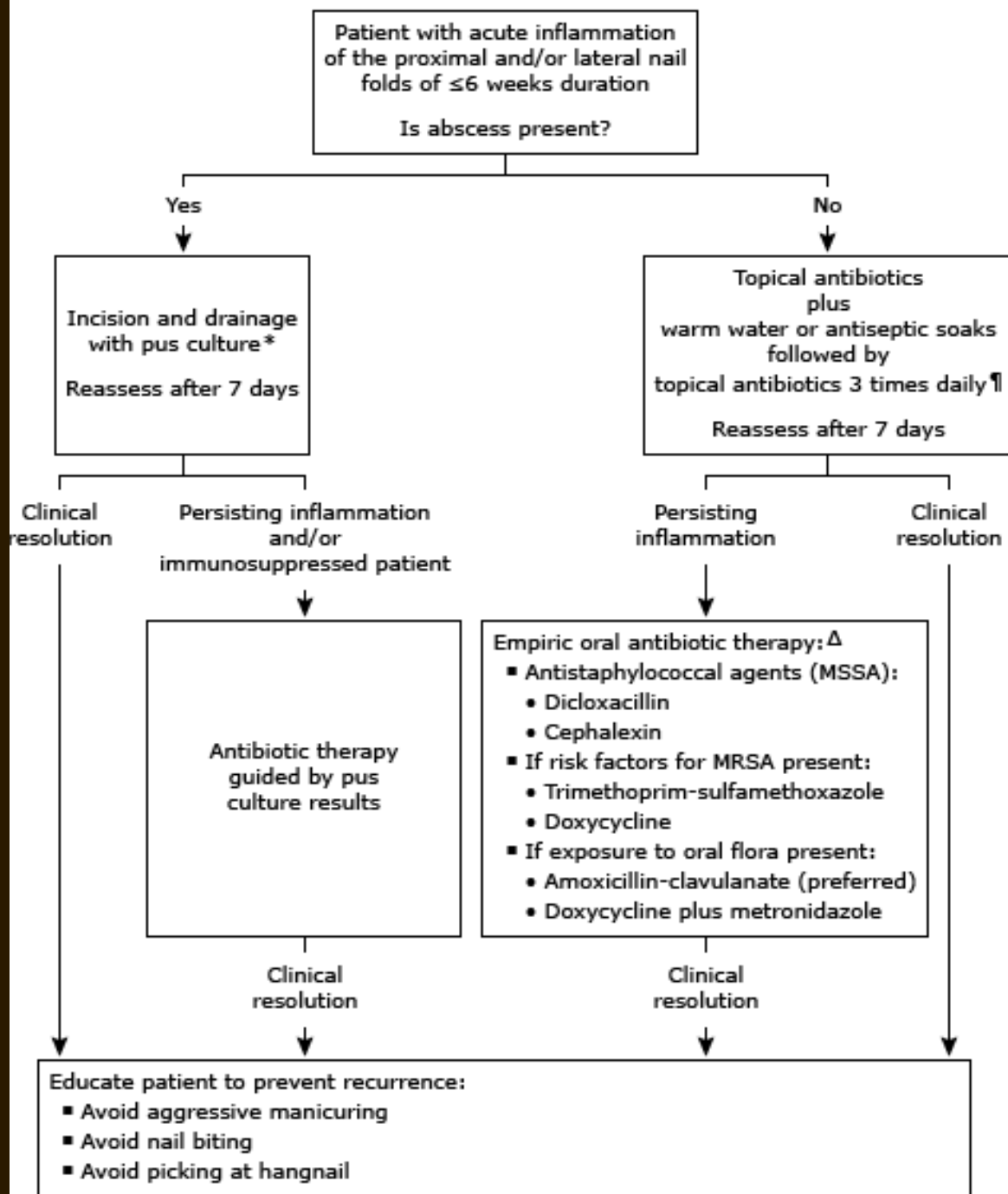
# TANISI

Lokal minör travma öyküsüne ve sıklıkla pürülan sıvı koleksiyonuyla ilişkili şişmiş, hassas proksimal veya lateral tırnak kıvrımlarının klinik bulgusuna dayanarak genellikle basittir.



Paronişial apsenin varlığını ve boyutunu belirlemek için basit bir yöntem olarak **dijital basınç testi** önerilmiştir. Etkilenen parmağın ucunun volar kısmına hafif bir basınç uygulandıktan sonra paronişiyumda ortaya çıkan beyazlama, apse varlığını gösterir.

Figure 2. Digital pressure test performed showing blanching of the skin overlying the abscess cavity.



MSSA: metisiline duyarlı *Staphylococcus aureus* ; MRSA: metisiline dirençli *Staphylococcus aureus* .

\*Bağıışıklık sistemi baskılanmış hastalara kültür sonucu beklenirken ampirik oral antibiyotik tedavisi uygulanır.

¶ Topikal antibiyotik merhemler:

- Üçlü antibiyotik (basitrasin-neomisin-polimiksin B) veya
- Mupirosin %2

$\Delta$  Oral antibiyotik tedavisi yetişkin dozu:

- Dikloksasilin 250 ila 500 mg günde 4 kez
- Sefalekssin 500 mg günde 4 kez
- Trimetoprim-sülfametoksazol Günde iki kez 1 ila 2 çift etkili tablet
- Doksisisiklin günde iki kez 100 mg
- Amoksisilin-klavulanat 875/125 mg günde iki kez
- Günde iki kez 100 mg doksisisiklin artı günde 3 kez 500 mg metronidazol

# İNTERTRİGO

- Karşılıklı iki deri yüzeyinin birbirine sürtünmesi
- Yüzeysel, enflamatuar dermatit
- İnguinal bölge, axilla, meme altı, perianal bölge, boyun, popliteal fossa
- Kaşıntı, yanma, kötü koku
- Başlangıçta keskin sınırlı eritem → eksudasyon → erozyon
- Tedavide topikal antibiyotikler veya antifungaller
- Yanma, kaşıntı fazla ise topikal steroidler
- İrritasyona yol açan faktörler ortadan kaldırılmalı, mevcut bölge havalandırılmalı, kuru tutulmalı
- Tekrarlayan olgulara pudra kullanımı, pamuklu elbiseler önerilebilir.



# 3. SORU

- 55 yaşında erkek hasta 5 gündür kötüleşen sağ alt ekstremitte ağrısı ve kızarıklık şikayeti ile tarafımıza başvuruyor. Bilinen artrit dışında ek bir rahatsızlığı yok. Ara sıra NSAİİ ve multivitamin kullanıyor. Bilinen ilaç allerjisi, sigara, alkol kullanım öyküsü yok.
- Vitaller Ta: 120/80, ateş 37,8 C, kalp hızı:80, ss: 18
- Fizik muayenede: Sağ medial malleol üzerinde eritamatoz plak, palpasyonla hassasiyet mevcut. Sağ inguinal lenf nodu hafifçe büyümüş.
- Lab: Wbc: 12.000( nötrofil hakimiyetinde)
- En olası tanı nedir?
- A) Bakteriyel folikülit
- B) Selülit
- C) Nekrotizan fasiit
- D) Staz dermatiti
- E) Tinea korporis





- En olası tanı nedir?
- A) Bakteriyel folikülit ( Sistemik semptomlar olmadan, püstül ve papülün kıl follikülü üzerinde olmasını beklerdim)
- **B) Selülit**
- C) Nekrotizan fasiit ( Hızla genişleyen, koyu renkli, ödemli, kırmızı plaklar beklerim.)
- D) Staz dermatiti ( Benzer lokasyonda olmasına rağmen genellikle sistemik semptomlar olmadan, pullu, kaşıntılı plaklar beklerim)
- E) Tinea korporis ( Ağrısız, sistemik semptomlar olmadan, kenarları yüksek halka şeklinde plaklar beklerim)

# SELÜLİT VE ERİZİPEL

- Ciltte **eritem, ödem ve sıcaklık alanları**
- Cilt bariyerindeki gedikler yoluyla bakteri girişi
- Eritematöz deride peteşi ve/veya kanama, yüzeysel büller
- Ateş ve enfeksiyonun diğer sistemik belirtileri
- Neredeyse her zaman **tek taraflıdır**
- En sık alt ekstremiteler



## Stasis Dermatitis vs. Cellulitis of the Lower Extremities

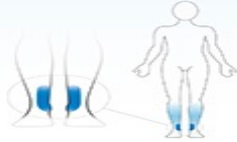
### Stasis Dermatitis

Inflammatory skin condition caused by venous insufficiency.

#### DISTRIBUTION

Lower extremity involvement is usually **bilateral** in patients with bilateral edema.

**Medial ankle** most frequently involved.



#### COURSE

- Chronic with acute exacerbations

#### CLINICAL FEATURES

- Poorly-demarcated, chronic, eczematous, scaly patches or plaques
- Pink to red, violaceous, or hyperpigmented color change
- Chronic edema
- Usually pruritic



Eczematous plaques

Skin color can influence the appearance of erythema. In lightly pigmented skin, stasis dermatitis and cellulitis usually exhibit prominent pinkness or redness. As pigmentation darkens, a subtle pink or violaceous color may be the most prominent color change. In skin of color, chronic stasis dermatitis may also cause brown to black hyperpigmentation.

#### ADDITIONAL FEATURES

##### Systemic symptoms:

Absent

##### Associated local findings:



Eczematous plaques



Hem siderin deposition



Varicose veins



Ulcers



Bullae

#### RISK FACTORS

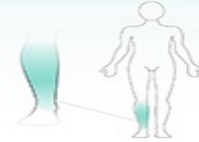
Chronic lower extremity edema.

### Cellulitis

Bacterial infection of the dermis and subcutaneous fat.

#### DISTRIBUTION

Lower extremity involvement is usually **unilateral**.

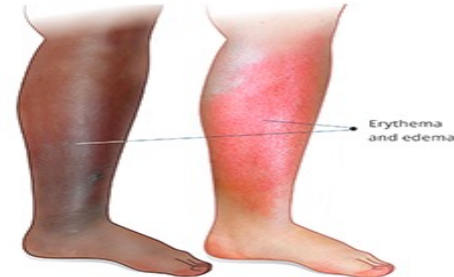


#### COURSE

- Onset over a few hours to a few days

#### CLINICAL FEATURES

- New or worsening erythema and edema
- Frequent shiny appearance of skin
- Warmth
- Tenderness



Erythema and edema

#### ADDITIONAL FEATURES

##### Systemic symptoms:

May have fever or other systemic symptoms

##### Associated local findings:



Petechiae and purpura



Lymphangitis



Bullae



Lymphadenopathy

#### RISK FACTORS

Chronic lower extremity edema, including lymphedema; skin infections on the foot (eg, *toe web intertrigo*, *tinea pedis*, *onychomycosis*), chronic lower extremity ulcers, chronic skin conditions (eg, *stasis dermatitis*, *eczema*).

# PREDİSPOZAN FAKTÖRLER

- Travmaya bağlı cilt bariyerinin bozulması (aşınma, delici yara, bası ülseri, venöz bacak ülseri, böcek ısırığı, enjeksiyonla ilaç kullanımı gibi)
- Deri iltihabı (egzama, radyasyon tedavisi, sedef hastalığı gibi)
- Lenfatik drenajın bozulması nedeniyle ödem
- Venöz yetmezliğe bağlı ödem
- Obezite
- İmmünsüpresyon (diyabet veya HIV enfeksiyonu gibi)
- Ayak parmakları arasında cilt kırılmaları ("ayak parmağı web intertrigo"); bunlar klinik olarak belirsiz olabilir
- Önceden var olan cilt enfeksiyonu (tinea pedis, impetigo, varicella gibi)
- Koroner arter baypas greft ameliyatı için önceden Safen ven toplanması



## Selülit

En sık orta yaşlı ve yaşlı erişkinler

En yaygın nedeni beta-hemolitik streptokoklardır (grup A, B, C, G ve F)

Grup A *Streptococcus* veya *Streptococcus pyogenes*

Derin dermis ve deri altı yağı

Cerahatla birlikte veya cerahat olmadan

Birkaç gün içinde lokalize semptomların gelişmesiyle birlikte daha yavaş seyirli



## Erizipel

Küçük çocuklarda ve yaşlı erişkinlerde

Beta-hemolitik streptokoklar

Üst dermis ve yüzeysel lenfatikler

Pürülan değildir

Ateş, titreme, şiddetli halsizlik ve baş ağrısı gibi sistemik belirtiler

Tutulmuş ve tutulmamış doku arasında net sınır

Klasik tanımlarında yüzün "kelebek" tutulumu



- Laboratuvar bulguları spesifik değildir ve lökositoz ile eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) ve C-reaktif protein (CRP) gibi yüksek inflamatuvar belirteçleri içerebilir.
- Tanı: Genellikle **linik bulgulara** dayanır. Selülit ve erizipeller deride eritem, ödem ve sıcaklık alanları olarak kendini gösterir.
- Komplikasyonlar:bakteriyemi, endokardit, septik artrit veya osteomyelit, metastatik enfeksiyon, sepsis ve toksik şok sendromu
- Ayırıcı Tanı:
- Nekrotizan fasiit; Hızlı ilerler, muayene bulgusuyla orantısız ağrı
- Toksik şok sendromu; fiziksel bulgulardan önce gelen ağrı, başlangıçta normotansif olabilir ancak daha sonra hipotansif
- Gazlı gangren veya miyonekroz; yakın zamanda geçirilmiş bir ameliyat veya travma durumu, ekstremitede ateş ve şiddetli ağrı varlığı

# KIRMIZI BAYRAKLAR

- Toksik Şok sendromu
- Nekrotizan fasiit
- Eklem tutulumu (protezli veya protezsiz)
- Vasküler greftin tutulumu
- Piyomiyozit
- Clostridial myonekroz (gazlı kangren)
- Kompartman sendromu



# 4.SORU

- Bu hastanın yönetiminde bir sonraki adım ne olmalıdır?
- A) Topikal antibiyotik uygulayın
- B) Topikal steroidler, kompresyon sargıları ve bacak elevasyonu
- C) Kapsamlı bir şekilde oral antibiyotiklere hemen başlayın ve bacağı eleve edin
- D) Görüntüleme yöntemi için sevk edin
- E) IV antibiyotik için sevk edin

- Bu hastanın yönetiminde bir sonraki adım ne olmalıdır?
- A) Topikal antibiyotik uygulayın
- B) Topikal steroidler, kompresyon sargıları ve bacak elevasyonu
- **C) Kapsamlı bir şekilde oral antibiyotiklere hemen başlayın ve bacağı eleve edin**
- D) Görüntüleme yöntemi için sevk edin
- E) IV antibiyotik için sevk edin

# PARENTERAL TEDAVİ ENDİKASYONLARI

- Ateş  $>38^{\circ}\text{C}$ , hipotansiyon veya sürekli taşikardi gibi sistemik toksisite belirtileri (refrakter hipotansiyon, toksik şok sendromunu akla getirmelidir)
- Eritemin hızlı ilerlemesi (örneğin, etkilenen alanın 24 saat içinde iki katına çıkması; özellikle birkaç saat içinde şiddetli ağrıyla birlikte genişlemesi, nekrotizan fasiit olasılığını akla getirmelidir)
- Yaygın eritem
- İmmün sistemi baskılayan durum (örn. nötropeni, malignite için kemoterapi gibi immünosüpresif ilaçların kullanımı)
- Oral tedaviyi tolere edememe veya absorbe edememe

## Antibiotic dosages for individuals with normal kidney function

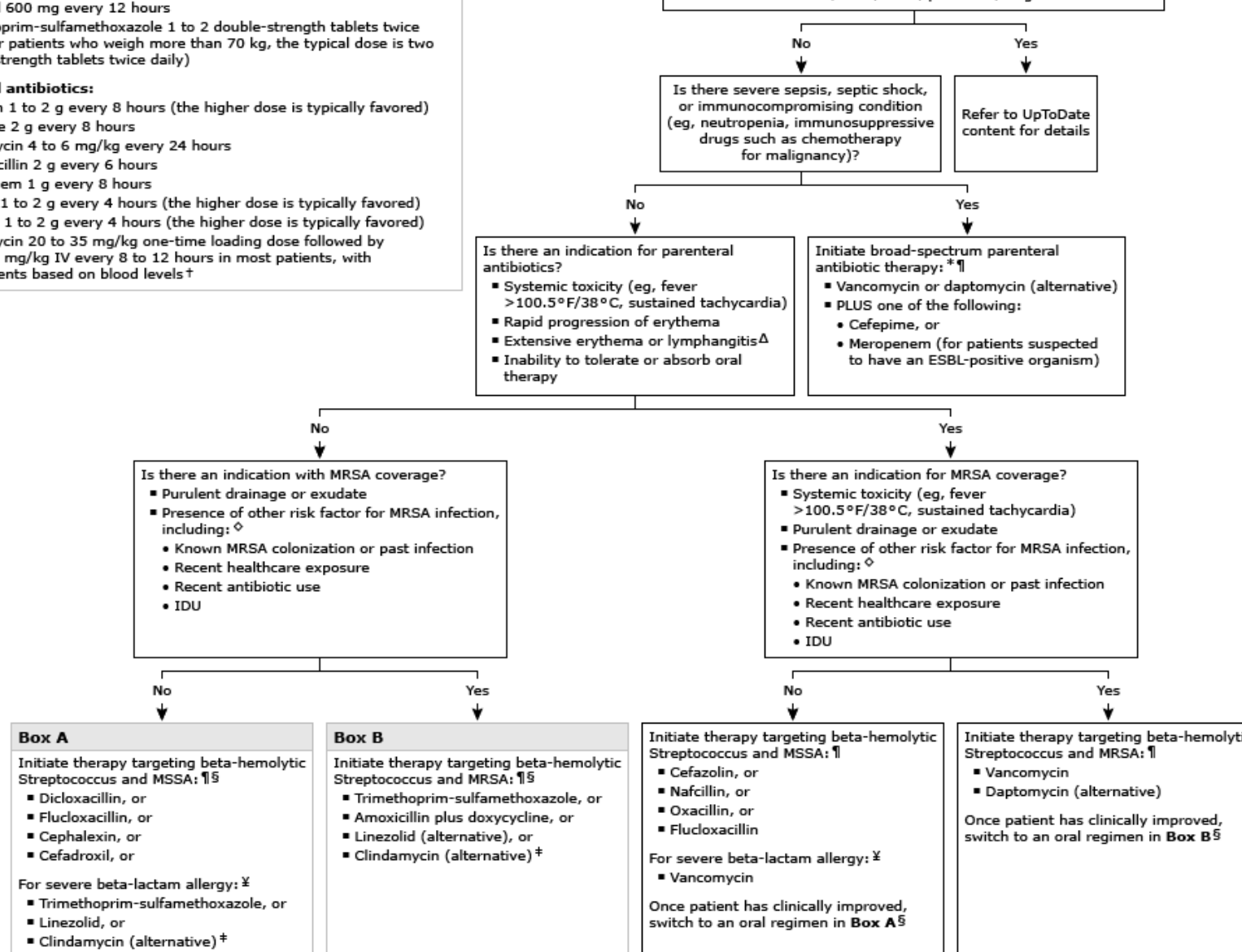
### Oral antibiotics:

- Amoxicillin 875 mg every 12 hours
- Cefadroxil 500 mg every 12 hours or 1 g once daily
- Cephalexin 500 mg every 6 hours
- Clindamycin 450 mg every 8 hours
- Dicloxacillin 500 mg every 6 hours
- Doxycycline 100 mg every 12 hours
- Flucloxacillin 500 to 1000 mg every 6 hours
- Linezolid 600 mg every 12 hours
- Trimethoprim-sulfamethoxazole 1 to 2 double-strength tablets twice daily (for patients who weigh more than 70 kg, the typical dose is two double-strength tablets twice daily)

### Parenteral antibiotics:

- Cefazolin 1 to 2 g every 8 hours (the higher dose is typically favored)
- Cefepime 2 g every 8 hours
- Daptomycin 4 to 6 mg/kg every 24 hours
- Flucloxacillin 2 g every 6 hours
- Meropenem 1 g every 8 hours
- Nafcillin 1 to 2 g every 4 hours (the higher dose is typically favored)
- Oxacillin 1 to 2 g every 4 hours (the higher dose is typically favored)
- Vancomycin 20 to 35 mg/kg one-time loading dose followed by 15 to 20 mg/kg IV every 8 to 12 hours in most patients, with adjustments based on blood levels<sup>†</sup>

- Are there features that warrant specific management considerations?
- Red-flag conditions, such as:
    - Toxic shock syndrome
    - Necrotizing infection
    - Deep infection (eg, pyomyositis, joint or graft infection)
    - Compartment syndrome
  - Wound or injury (eg, bite, diabetic foot ulcer, puncture wounds, pressure ulcer)
  - Environmental exposure (eg, water, travel)
  - Involvement of face, neck, hand, perineum, or genitalia



- Genel olarak, enfeksiyonu iyileşen komplikasyonsuz selülitli hastalar için beş ila altı günlük tedavi uygundur.
- **Yardımcı tedaviler**
- Yükseklik ve ödem yönetimi
- Cilt yönetimi
- **Tavsiye edilmeyen müdahaleler**
- Antiinflamatuar ilaçlar → inflamasyonun belirti ve semptomlarını maskeleyebilir, Tanıda Gecikme
- Topikal antibiyotikler → Epidermis altına etkisiz
- Hiperbarik oksijen tedavisi

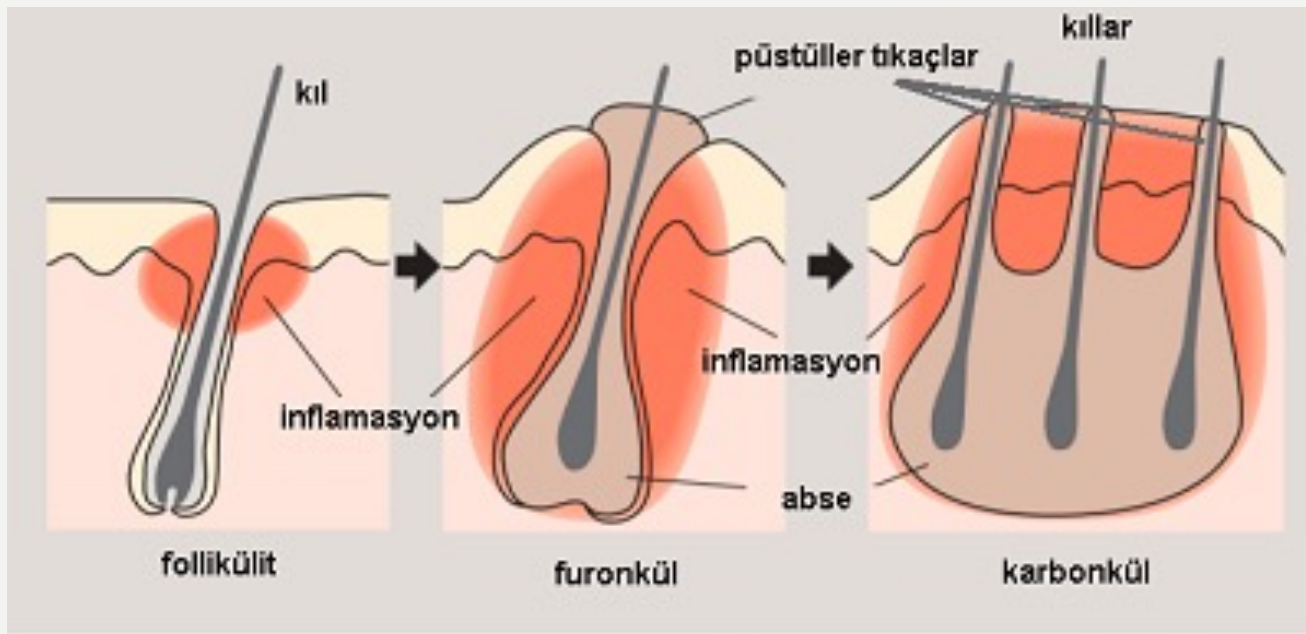


# 5. SORU

- 19 yaşında erkek hasta, 2 haftadır olan kasık bölgesinde çok sayıda sivilce şikayetiyle tarafımıza başvuruyor. Sık sık tıraş ettiği ve son 1 yıldır tek bir partnerle cinsel olarak aktif olduğu öğreniliyor.
- Fizik muayenede sağ kasıkta eritemli zeminde çoklu folliküler püstüller mevcut.
- Aşağıdakilerden hangisini yapmayı önerirsiniz?
- A) Oral antibiyotik reçete edin
- B) O bölgeyi tıraş etmeyi bırakmasını söyleyin
- C) Bölgeyi yıkamasını önerin (antibakteriyel sabun olabilir)
- D) Kız arkadaşında olup olmadığını sorun.
- E) Yukarıdakilerin hepsi



- Aşağıdakilerden hangisini yapmayı önerirsiniz?
- A) Oral antibiyotik reçete edin
- B) O bölgeyi tıraş etmeyi bırakmasını söyleyin
- C) Bölgeyi yıkamasını önerin (antibakteriyel sabun olabilir)
- D) Kız arkadaşında olup olmadığını sorun.
- **E) Yukarıdakilerin hepsi**



# FOLLİKÜLİT

Kıl köklerinin derin veya yüzeysel enfeksiyonu

Kıl follikülünde sarı-beyazımtarak cerahat vermeye hazır püstül

- Erkeklerde sakal çevresi- Kadınlarda bacak bölgesinde
- Çevre folliküllere yayılabilir
- Sıklıkla akne vulgaris ile karışır
- Ayırt edilemiyorsa kültür
- Sistemik bulgu nadir
- Yaygın lezyonlarda altta yatan hastalık



- Tedavide topikal mupirosin veya fusidik asit 7-10 gün
- Tekrarlayan olgularda kolonizasyonun sık görüldüğü perine ve burun delikleri gibi yerlerden kültür alınmalı
- Kültür sonucuna göre antiseptik ve antibiyotik seçilmelidir.



# FRONKÜL

- Çıban
- Akut, derin ve nekrotizan follikülit
- Tüm yaşlar
- S.aureus
- Dermis ve subkutan dokuda abseler
- Kıl folliküllerinin yoğun olduğu (axilla, meme altı, kasık, gluteal)
- Multiple fronkül → fronkülozis



- Kolaylaştırıcı faktörler;
- Anemi
- Lökopeni
- Hipogamaglobulinemi
- Yağlı maddelerle temas
- Kötü hijyen
- Alkolizm
- Malnutrisyon
- Diyabet
- İmmüsupresif ajan kullanımı
- Aşırı terleme

- Ağrılı, sert, kırmızı, fluktuasyon vermez
- Lezyonlar gergindir.
- 1-5 cm büyüklüğe ulaşır, 2-4 gün içinde beyaz baş verir
- Kendi kendine patlayabilir
- Koyu kıvamlı, kirli sarı, kanla karışık cerahat
- Boşalma sonrası ağrı geriler.





- Abse zamanla derin dokuya rezorbe olur
- Kendi kendine patlamazsa kesi ile drenaj yapılabilir
- Baş, boyun, burun, dudak çevresinde eksizyondan kaçınmalı
- Fluktuasyon vermeyen fronküllerin sıkılması boşaltılmasından sonra kavernöz sinüs trombozu, sepsis, endokardit, menenjit gibi komplikasyonlar
- Topikal ab nin yanına Beta laktam- beta laktamaz inhibitörlerinin kullanılması kısa sonuç verir.
- Burun mukozası ve perianal bölgelere uzun süreli topikal antiseptik ve antibiyotik kullanılması nöksleri azaltır.

# KARBONKÜL

- Şirpençe
- Komşu fronküllerin birleşimi
- İnflamatuvar kitle
- S.Aureus
- Kalın cilt (ense, sırt, omuz vb.)
- Ciltten kabarık, ortası çukur, sert
- Fronküle göre daha yavaş seyirli
- Zamanla mor renk, yumurta büyüklüğü



- Anamnezde diyabet sorgulanmalı
- Sistemik bulgular olabilir
- Yetersiz tedavi → bakteriyemi, visseral tutulum
- Sistemik antibiyotik
- İstirahat
- Mrsa şüphesi → vankomisin
- İyileşirken skar bırakabilir.

# 6. SORU

- 68 yaşında erkek, herni onarım operasyonu olacaktır. Hasta dün kendini çok iyi hissetmemesine rağmen operasyonu iptal etmek istememiş. Fizik muayenesinde ateş yüksekliği, taşikardi ve sol uylukta genişleyen kırmızı döküntüsü mevcutmuş. Hasta dermatoloji kliniğine yatırılmış.
- Bilinen tip 2 dm, ht tanıları mevcut. K.i.: lisinopril, insülin. Bilinen ilaç allerjisi ve alışkanlığı yok.
- Öyküsünden geçen hafta ağaç kestığı ve o gün derin bir morluk olduğu ve bir dalın derisini çizdiği öğreniliyor.
- Vital:Ateş: 39.1 cTa: 90/50 kalp hızı: 110 ss: 20
- Fizik muayenede büyük, eritematöz ortası koyu mavi olan hissizleşmiş plak, 1 saat sonra yapılan tekrar muayenede kızarıklık ortadan kalkmış, subkutan dokuda odunsu sertleşme meydana gelmiş.



Dermatolog ilk etapta ne yapmalı?

- A. Acil genel cerrahi konsültasyonu
- B. IV sıvılar ve dar kapsamlı antibiyotik başlamak
- C. Yarın için bir MRI planlamak
- D. Sabaha karşı cilt biyopsisi planlamak
- E. Yukarıdakilerin hepsi

- Dermatolog ilk etapta ne yapmalı?
- **A) Acil genel cerrahi konsültasyonu**
- B) IV sıvılar ve dar kapsamlı antibiyotik başlamak
- C) Yarın için bir MRI planlamak
- D) Sabaha karşı cilt biyopsisi planlamak
- E) Yukarıdakilerin hepsi

# NEKROTİZAN FASİİT

- Nadir ancak hayati tehdit eder
- Yüzeysel fascia ve subkutan doku
- Akut, ilerleyici seyir
- En sık alt ekstremitelerde
- S. Pyogenes, S. Aureus, V. Vulnificus, Aeromonas Hydrophila
- Travma, yaralanmaya sekonder, cerrahi girişim sonrası
- HIV taşıyıcılığı, Dm, Kır, Karaciğer yetmezliği, Periferik arter hastalığı, IV ilaç kullanımı, Kemoterapi almak risk faktörlerindedir.





- Başlangıçta eritemli görünüm ile selülit andırır.
- Ağrı olmadan ekimozlar
- Yumuşak dokuda gaz
- Hızlı ilerler
- Cilt altında gode bırakan ödem
- Kötü kokulu akıntı, nekroz
- Son evrede multipl organ yetmezliği, DIC, septik şok



- Tedavide sistemik antibiyoterapinin yanında cerrahi eksplorasyon gerekmektedir.
- Birinci basamak açısından başlangıç evresi önem arz eder.
- Tetanos profilaksisi
- Olguların 5 te 1 inde belirgin lezyon olmadığı kabul edilirse altta yatan hastalığa dikkat edilmesi, iyi bir anamnez alınmasıyla lezyonlar ileri evreye ulaşmadan tedavi edilebilir.



# GAZLI GANGREN

- Clostridium türü bakteriler ( en sık C. Perfringes)
- Travma veya cerrahi girişim sonrası kaslarda
- Nekroz ile karakterize toksik, progresif
- 3 te 1'i postoperatif komplikasyonlar sonucu



- Klinik gürültülü
- Ağrı, ödem, krepitasyon
- Hemogramda beyaz küre, eritrosit sedimentasyon hızı, CRP artışı
- İlerleyen dönemlerde kas yıkımına bağlı kreatin kinaz artışı
- Üre ve kreatinin yüksekliği böbrek hasarının başladığını gösterebilir.
- Görüntülemelerde yumuşak dokuda gaz görünümü

- Tedavide etkin antibiyotik ve cerrahi debridman şarttır
- Penisilin G, Sefotaksim, Seftriakson, Klindamisin veya Eritromisin verilebilir.
- Tedavi süresi 10-28 gün
- Hiperbarik oksijen tedavisi, debridman ve amputasyon esas tedavileri oluşturur.

# KAYNAKÇA

- Türkiye Klinikleri- Aile Hekimliğinde Sık Görülen Dermatolojik Hastalıklara Yaklaşım
- Uptodate
- American Academy of Dermatology- Bacterial Skin Infections