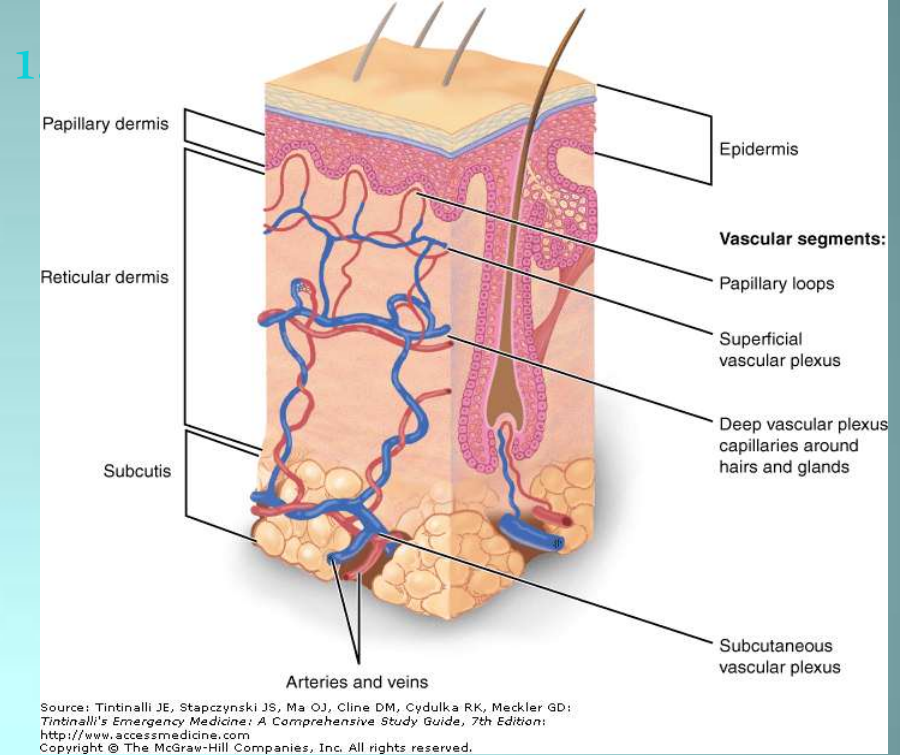


YUMUŞAK DOKU ENFEKSİYONLARI

Dr.Mesut Zorlu

ANATOMİ VE TANIMLAMALAR

- DERİ YÜZEYDE
*EPİDERMİS DERMİS VE
SUBKUTAN DOKUDAN*
OLUŞUR.DERİNİN
LENFATİK DOKUSU
ARTERLERLE
PARALEL
SEYREDERLER



- **SELÜLİT**: DERMİS VE SUBKUTAN YAĞ DOKUSUNUN ENFEKSİYONUDUR.
- **ERİZEPEL**: YÜZEYEL DERMİS VE LENFATİK DOKUNUN TUTULUMUYLA SEYREDEN DAHA YÜZEYEL BİR DERİ ENFEKSİYONUDUR.
- **FOLİKÜLİT**: KIL FOLİKÜLLERİNİN ENFEKSİYONUNA DENİR.
- **ABSE**: DERMİS VE DAHA DERİNDEKİ SUBKUTAN DOKUDA BULUNAN İÇLERİ İLTIHABİ HÜCRE VE ARTIKLARI İLE DOLU OLAN YAPIDIR.
- **FURONKÜL**: KIL FOLİKÜLLERİNİN SÜPÜRATİF TUTULUMUDUR.
- **KARBONKÜL**: MULTİPLE FURONKÜLLERİN ARASINDA BAĞLANTILAR VARDIR VE DERİYE DİRENE OLURLAR.

MRSA

- **MRSA YUKARIDA Kİ PATOLOJİLERİN BİR ÇOĞUNA SEBEP OLABİLEN VE ENFEKSİYONLARI DAHA PATOJEN OLAN BU NEDENLE BU KONUDA İLK TARTISILAN BAKTERİDİR.**
- **MRSA HASTANEDE YATMAKTA OLAN KİŞİLERDE GÖRÜLEBİLECEĞİ GİBİ AYNİ ZAMANDA TOPLUM İÇİNDEDE BAZI KİMSELER BU RİSKİ TAŞIR.**

MRSA için risk Faktörleri:

- **ANTİBİYOTİK KULLANIM HİKAYESİ**
- **HASTANEDE YATIS SURESİNİN UZUN OLMASI**
- **SAGLIK CALISANLARI ILE OLAN TEMAS**
- **DM**
- **HOSPITALIZASYON**
- **YOGUN BAKIMDA GECIRILEN ZAMANIN UZUNLUGU**
- **IV ILAC KULLANIMI**
- **INVAZIV GIRISIMLERDE KULLANILAN ALETLER**
- **HEMODİYALİZ VE PERITONEAL DİYALİZ**
- **ENDOTRAKEAL TUP YADA TRAKEOSTOMİ İLE OLAN MEKANİK VENTİLASYON**
- **NG**

- **GASTROSTOMİ**
- **FOLEY SONDA**
- **TPN**
- **CERRAHI YONTEM**
- **IMMUNOSUPRESYON**
- **KRONİK HASTALIKLAR**
- **TOPLU YASANAN ALNLAR(HAPISHANE OKUL ASKERİ KOĞUŞ)**
- **MRSA ENFEKSIYONU OLAN KISILERLE TEMAS HIKAYESI**
- **EVSIZLER**
- **GAYLER**
- **ÖRÜMCEK ISIRIĞI**

**MRSANIN NEKROTIZAN PNOMONI
VE EPIDEMİK FURUNKÜLOZİS
YAPAN SÜSLARİ PANTON
VALENTİN VİRÜLAN FAKTORUNU
İCERİRLER.**

**STAF AUREUS SÜŞLARINDAN MEC
GENİNİ TASİYANLAR ÖZELLİKLE
PENİSİLİN BAĞLAYAN PROTEİNİN
YAPISINI DEĞİSTİREREK
METİSİLİN DİRENC SAGLARLAR .**

KLİNİK:

TK-MRSA DAHA AGRESİF BİR ORGANİZMADIR SEPSİS KEMİK VE EKLEM ENFEKSİYONLARINA SEBEP OLUR. MRSA POTANSİYELİ BU KADAR YÜKSEK OLMASINA RAGMEN GENELLİKLE ABSE FRONKUL KARBONKUL GİBİ DERİ VE YUMUSAK DOKU ENFEKSİYONLARI İLE KARSİMİZA ÇIKAR.KLASİK OLARAK LEZYONLARI SICAK ERİTEMLİ HASSAS VE PURULAN NEKROTİK ARTIKLAR İÇERİR..

TANI VE TEDAVİ

TANI:

- **MRSA NIN TANISI KLİNİK DEĞERLENDİRME İLE YAPILMALIDIR . DOĞRU TEDAVİYE OLABILDIGINCE ERKEN BASLANMALIDIR. STAF AUREUS VE STREPTOKOK TURLERİNİN OLDUGU ENFEKSIYONLARDA TK MRSA NIN GELİSBİLME İHTİMALI FAZLADIR BU BAKTERİ TURLERİ BUTUN DERİ YUMUSAK DOKU ENFEKSIYONLARIYLA BERABER SEPSİSE VE FULMINAN PNOMONİYE NEDEN OLABİLİRLER.**

TEDAVİ:

- **MRSA YA BAĞLI SELULİT İÇİN TEDAVİ TARTISMALIDIR . ANTİBİYOTİK TEDAVİ DAHA NETLESMEMİSTİR SEFALEXİN VE DİCLOKSASİLİN KARSİ DİRENCLİDİR. CLİNDAMİSİN KARSİ OLAN DİRENCTE YUKSELMEKTEDİR MRSA İN MAKROLİT VE FLOROKİNOLON GRUBUNADA DİRENCİ YUKSELMEKTEDİR.**
- **MRSA İLE İLGİLİ ABSELERDE SADECE DRENAJ YETERLİ OLABİLİR. İKİ REPROSPEKTİF ÇALIŞMADA GOSTERMİSTİR Kİ MRSA NIN DUYARLI OLDUGU ANTİBİYOTERAPİLERDEN GENC YAŞLARDA GÜZEL YANIT ALINMIŞTIR . AMPİRİK TEDAVİLERDE ÖZELLİKLE SELÜLİTTE HEDEF GRAM POZİTİF BAKTERİLER VEDE MRSA YA ETKİN ANBİYOTİKLERİN KULLANIMINA DAYANIR.**

TANI:
MRSA NIN TANISI **KLİNİK**
DEGERLENDİRME İLE
YAPILMALIDIR . **DOGRU**
TEDAVİYE OLABILDIGINCE
ERKEN BASLANMALIDIR. STAF
AUREUS VE STREPTOKOK
TURLERININ OLDUGU
ENFEKSIYONLARDA TK MRSA
NIN GELİSBİLME İHTİMALI
FAZLADIR BU BAKTERİ TURLERİ
BUTUN DERİ YUMUSAK DOKU
ENFEKSIYONLARIYLA BERABER
SEPSİSE VE FULMINAN
PNOMONİYE NEDEN
OLABİLİRLER.

HAFİF SİDDETTTEKİ DERİ ABSELERİ VE SELÜLİTLERİN TEDAVİSİ

TMX/SMZ 2X1 + CEFALEKSİN 500 MG PO 4X1
CLINDAMISIN 300 MG 3-4X1 PO
ABSELERİN BİR KISMINDA İNSÜZYON
YETERLİDİR ANTİBİYOTİK KULLANILMAYABİLİR

ORTA SİDDETLİ SELÜLİTİ OLAN YADA İNSÜZYONU OLAN HASTANEDE YATAN HASTALAR İÇİN

CLINDAMİSİN 600-900 MG IV 3X1
VANKOMİSİN 1 GR 2X1
LİNEZOLİD 600 MG 2X1

SİDDETLİ OLAN OLGULARDA

VANKOMISIN 1 GR 2X1

LINEZOLIT 600 MG 2X1+MEROPENEM 500-1000 3X1

APIPERASILIN TAZOBAKTM 4.5 GR 4X1

IMIPENEM SİLSTATİN 500 MG 4X1

SELULİT VE ERİZİPEL

SELULİT İÇİN RISK FAKTORLERİ
IMMUNO SUPRESYON
PERİFERİK DAMAR HASTALIĞI
LENF ÖDEM
VENOZ YETMEZLİK
OBEZİTEDİR

ORTA YASLI VE DAHA YASLI HASTALARDA
SELULİT GÖZLENİRKEN

ERİZİPEL PEDIATRİK VE NİSBETEN YASI ÇOK
DAHA İLERİ OLANLARDA YAYGINDIR

Mikrobiyoloji

- **SELULITLERİN %80 GIBİ BİR MİKTARINA GRAM + LER NEDEN OLUR**
- **EN SIK RASTLANAN PATOJENLER HEMOLİTİK STREPTOKOK S.AUREUS**
- **BETA HEMOLİTİK STREPTOKOK ERİZEPELİN SEBEBİDİR**

PATOFİZYOLOJİ:

**BAKTERİ İNVAZYONU SONRASINDA
INFLAMATUVAR PROCES BASLAR 12 SAAT
İÇERİSİNDE BAKTERİLER TEMİZLENİR
INFLAMASYON ALANINA GELEN HÜCRELERİN
SALGILADIKLARI IL-1 VE TNF ALFA
LENFOSİTLERİN VE MAKROFAJLARIN DERİYE
INFİLTRASYONLARINI HIZLANDIRIRLAR**

KLİNİK ÖZELLİKLER:

SELÜLİT;

HASSAS SICAK ERİTEMLİ KIZARIK ŞİŞ
VE GENELLİKLE **DEMARKASYON HATTI**
TASIMAZ . KIL KÖKLERİNİN ETRAFINDA
OLUŞAN BİR ÖDEM **PORTAKAL KABUĞU**
OLUŞUMUNA SEBEP OLABİLİR
SEMPTOMLAR BİR KAÇ GÜN İÇERİSİNDE
YAVAŞ GELİŞİR
LENFANJİT VE LENFADENOPATİ EK
HASTALIĞI OLMAYANLARDA NADİREN
GÖRÜLÜR LOKAL İNFLAMASYON DAHA
YAYGINDIR.
SİSTEMİK BELİRTİLER
ATEŞ LÖKOSİTOZ BAKTERİYEMİ
İMMÜNSÜRESİF HASTALARDA DAHA
YAYGINDIR

**TEKRARLAYAN ATAKLARDA LENF
DRENAJINI AZALTIR KALICI ÖDEM
DERMAL FİBROZİS VE EPİDERMAL
KALINLAŞMAYA NEDEN OLUR BU
KRONİK DEĞİŞİKLİKLER ATAKLARIN
SIKLAŞMASINA PREDİSPOZAN ETKİSİ
VARDIR**



Source: Tintinalli JE, Stapczynski JS, Ma OJ, Cline DM, Cydulka RK, Meckler GD:
Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 7th Edition:
<http://www.accessmedicine.com>
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.



Source: Tintinalli JE, Stapczynski JS, Ma OJ, Cline DM, Cydulka RK, Meckler GD:
Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 7th Edition:

<http://www.accessmedicine.com>

Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

ERİZEPEL

- ERİZEPELDE ATEŞ KIZARIKLİK TİTREME KIRGINLIK SEMPTOMLARI VARDIR PRODRAMAL FAZINDA BULANTI GÖRÜLÜR SONRAKİ BİR İKİ GÜN İÇERİSİNDE YANMA HİSSİ İLE BİRLİKTE KÜÇÜK BİR ALANDA ERİTEM GELİŞİR **İNFEKSİYON İLERLEDİKÇE ETKİLENMİŞ DERİ BÖLGESİ KESİN SINIRLARLA AYRIŞABİLİR** .PORTAKAL KABUĞU GÖRÜNÜMÜ ERİZEPELDE ÇOK YAYGINDIR.KLASİK BİR TANIMLAMA OLAN “BUTTERFLY PATTERN” KELEBEK GÖRÜNTÜSÜNE RASTLANIR SEKİL

**ERİZİPELDE “MİLİAN KULAK İŞARETİ”
AYIRT EDİCİ BİR ÖZELLİKTİR ÇÜNKÜ
KULAK SELÜLİT İLE İLGİLİ DAHA DERİNDE
Kİ DERMİS DOKUSUNU
İÇERMEZ.PURBURA BÜL VE KÜÇÜK
NEKROTİK ALANLARI YUMUŞAK DOKU
ENFEKSİYONLARININ DERMATOLOJİK
VARYANTLARIDIR.INFEKSİYON
İYİLESTİKCE DESKUAMASYON OLUŞUR.**

TANI
SELÜLİT VE ERİZİPELDE TEŞHİS KLİNİĞE
GÖREDİR.HAFİF ENFEKSİYONLARDA KAN
KÜLTÜRLERİ İĞNE ASPİRASYONUN BİYOPSİNİN
LÖKOSİT SAYISI VE DİĞER LABORATUVAR
VERİLERİNİN FAYDASI YOKTUR.

**SELÜLİTTE İĞNE ASPİRASYONLARINDA ANCAK
%10 UNDA ÜREME OLMUŞTUR . BİYOPSİDE BU
ORAN ANCAK %20 LERDEDİR**

**SADECE ABSE OLAN FORMASYONLARDA BU
ORAN ARTABİLİR.KAN KÜLTÜRÜ %5 DEN
AZINDA POZİTİFTİR.**

ANCAK KAN KÜLTÜRÜNÜN BU ORANSAL AZLIĞINA RAĞMEN YAPILMASI GEREKEN DURUMLAR :

TOKSİSİTE

YAYGIN DERİ TUTULUMU

KOMORBİTLER

HAYVAN ISIRIKLARI

İLTİHABİ ODAKLAR OLMASI DURUMUNDA KAN KÜLTÜRÜ YAPILIR

RUTİN RADYOLOJİK DEĞERLENDİRME GEREKSİZDİR FAKAT OSTEOMYELİT VEYA

NEKROTİZAN YUMUSAL DOKU ENFEKSİYONLARINDA TERCİH EDİLEBİLİR

DOPPLER SELÜLİT VE DERİN VEN TROMBOZUNUN AYIRIMINDA KULLANILABİLİR.

• **AYIRICI TANI**

• **ENFEKTİF OLANLAR**

NEKROTİZAN YUMUSAK DOKU ENFEKSIYONU
HERPES ZOSTER

BURSİT

OSTEOMYELİT

TOKSİK ŞOK SENDROMU

NON ENFEKTİF DURUMLAR

DERİN VEN TROMBOZU

YÜZEYSEL TROMBOFLEBİT

BÖCEK ISIRIKLARI

KONTAKT DERMATİTİ

GUT ARTRİTİ

İLAÇ REAKSİYONLARI

MALİGNİTELER

TEDAVİ:

- SEFALEKSİN 500 MG PO 4X1
- CLİNDAMİSİN 150-450 MG PO 4X1
- DİKLOXASİLİN 500 MG PO 4X1
- SEFAZOLİN 1 GR IV 3X1
- OXASİLİN 1-2 GR IV 4X1
- NAFSİLİN 1-2 GR IV 4X1

ŞÜPHELİ MRSA TEDAVİSİ

- NON MRSA TEDAVİSİ ALMIŞ ANCAK BAŞARISIZ OLUNAN HASTALARDA MRSA ÖYKÜSÜ OLANLARDA VE CİDDİ ENFEKSİYON SİSTEMİK TOKSİTE İHTİMALİNDE AMPİRİK TEDAVİ ÖNERİLİR
- KLİNİK OLARAK MRSA SELÜLİTİNİ MDSA SELÜLİTİNDEN AYIRMAK ZORDUR TEDAVİDE BAŞARISIZLIK ORANLARI HEM BETA LAKTAM ANTİBİYOTİK HEMDE MRSA SİPESİFİK ANTİBİYOTİKLER İÇİN TEDAVİNİN BAŞARISIZ OLMA ORANI AYNIDIR.

ERİZEPEL TEDAVİSİNDE ANTİBİYOTİK KULLANIMI

ORAL TEDAVİ:

Penicilin 500 mg po günde 4 defa
Amoksisilin 500 mg po günde 3 defa

IV TERAPİ

Seftiriakson 1 gr iv günde 1 defa
Sefazolin 1-2 gr iv günde 3 defa,
Sefuroksim 750 mg -1.5 gr iv günde 4 defa

SEFAZOLİN HEM S. AUREUSA HEMDE BETA HEMOLİTİKLERE ETKİLİ OLDUĞU İÇİN SEKÜLİT VE ERİZEPEL AYRIMININ ZOR OLDUĞU DURUMLARDA TERCİH EDİLMELİDİR.

*Diyabet alkolizm immunsupresyon
gibi durumlarda* tedavide dikkatli
olunmalı buna uygun önerilerle
hasta taburcu edilmelidir.tedavinin
değerlendirilmesi ve tedaviye yanıt
2-3 gün içerisinde belirlenebilir.
Enfeksiyonun gerileme durumunu
objektif olarak belirlemek için cilt
işeretlenmelidir.

ABSE FRONKÜL KARBONKÜL

FRONKÜL VE KARBONKÜLLER EPİDERMİSİ İÇERİRLER ABSE İSE DAHA DERİN YUMUŞAK DOKU İLE İLİŞKİLİDİR.
ABSELER FRONKÜL VE KARBONKÜL RİSK FAKTÖRLERİ OLMADANDA GELİŞEBİLİRLER
BİR ABSE YADA BİR ENFEKSİYONA SAHİP OLANLAR İLE YAKIN TEMAS KURAN KİŞİLERDE RİSK ARTAR.

FİZYOPATOLOJİSİ:

DERİ ABSELERİ GENELLİKLE LOKAL SELÜLİT OLARAK BAŞLARLAR.NORMAL FLORADA BULUNAN BİR ÇOK ORGANİZMA LÖKOSİTLER VE HÜCRESEL YIKIM ÜRÜNLERİ NEKROZA VE ÖDEME NEDEN OLURLAR.ENFEKSİYON GELİŞTİKÇE VE LİKEFAKSİYON ALANI ARTTIKÇA ABSE DUVARI İNCELİR RÜPTÜRE OLARAK BOŞALIR. BU BOŞALMA DERİYE OLABİLECEĞİ GİBİ BAŞKA KOMPARTMANLARADA OLABİLİR.BU ENFEKSİYONA SEBEP OLAN TEK VEYA MULTİPLE PATOJENLERDİR BUNLARDA GENELDE NORMAL DERİ FLORASINDA VE MÜKÖZ MEMBRANLARDA BULUNUR.

ABSELERİN TEK BİR PATOJENLE YANI S. AUREUSLA OLDUĞU
DURUMLAR %60 A YAKINDIR
DERİNİN BARIYER FONKSİYONUNU AZALTAN HER NEDEN ABSE
İHTİMALİNİ ARTTIRIR BUNA ÖRNEK OLARAK
YABANCI CİSİMLER
BÖCEK ISIRMALARI
SIYRIKLAR
ABRAZYONLAR
IV İLAÇ BAĞIMLILIĞI
ENJEKSİYONLAR
DİYABET MELLİTUS
İMMUNSUPRESYON VERİLEBİLİR
ORAL REKTAL VE VULVOVAJİNAL ABSELER GENELLİKLE GRAM
NEGATİF ANAEROB BAKTERİLERLE ENFEKTEDİR

KLİNİK ÖZELLİKLER:

**FLUKTASYONU OLAN
ERİTEMLİ
HASSAIYETİ OLAN
ISI ARTIŞI OLAN
KİTLELERDİR**

**CİLT ABSELERİ FLUKTUASYON GÖSTEREN PÜRÜLAN MAYİSİ OLAN
AĞRILI ÖZELLİKLER TAŞIR. ETRAFI ERİTEMLİDİR. SPONTAN
DRENAJİ OLABİLİR VE LOKAL LENF ADENOPATİYE NEDEN
OLABİLİR. SİSTEMİK ETKİLERİ ATEŞ VE TİTREME BASİT
ABSELERDE NADİRDİR.**





- **FRONKULLER** KLİNİK OLARAK ABSELERE BENZERLER VE SİSTEMİK TOKSİSİTE ÇOK NADİR OLARAK GÖRÜLÜR. **KARBONKÜLLER** GENELLİKLE ATEŞ VE TİTREME İLE SEYREDEN DAHA SİSTEMİK ENFEKSİYONLARDIR.
- **KARBONKÜLLER** EN ÇOK SIRTIN ÜST KISMINDA GÖĞÜS KALÇA VE AKSİLLADA GÖRÜLÜR FAKAT **VÜCUDUN KIL TAŞIYAN HERHANGİ BİR BÖLGESİNDE** DE ORTAYA ÇIKABİLİR

TANI:

ABSE FRONKÜL VE KARBONKÜL **TANISI KLİNİK İLE** KONULUR.

ŞÜPHELİ BİR ABSEDE İNCE İĞNE ASPIRASYONU FİZİK MUAYENE TANIDA YARDIMCI OLUR.

ABSE İÇERİSİNDE HERHANGİ BİR YABANCI MADDE DÜŞÜNÜLMESİ DURUMUNDA GÖRÜNTÜLEME METODLARI KULLANILABİLİR.

HASTA HİKAYESİNDE Kİ YARALANMA ÖNEMLİDİR.

RADYOGRAFI RADYOOPAK BİR MADDE YADA OSTEOMYELITEN ŞÜPHELENİLMİYORSA GEREKSİZDİR. ABSEYİ TAKLİT EDEN BAZI HASTALIKLARA DİKKAT EDİLMESİ GEREKLİDİR

AYIRICI TANIDA
FOLİKÜLİT
HİDROADENİTİS SÜPÜRATİVA
SPOROTRIKOZİS SHENCKİ
LESMANYOZİS
TULAREMİA BALASTOMIKOZİSTEN
SUPHELENİLMELİDİR
IMMUN SİSTEMİ BASKILANMIS
KİSİLERDE NOKARDİA
CRYPTOCOCOCUS AKLA GELMELİDİR



Source: Tintinalli JE, Stapczynski JS, Ma OJ, Cline DM, Cydulka RK, Meckler GD:
Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 7th Edition:
<http://www.accessmedicine.com>
DR.MESUT ZORLU - KEAH ACİL TIP - 27.9.2011
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

TEDAVİ

ÇOK BÜYÜK ABSELERİ VE DERİN LOKALİZASYONLU OLANLARI AMELİYATHANE ŞARTLARINDA BOŞALTMAK EN UYGUN YÖNTEMDİR.

AVUÇ İÇİ AYAK TABANI NAZOLABİAL ABSELER KOMPLİKASYONLARA SEBEP OLABİLİRLER DİKKATLİ MÜDAHALE GEREKTİRİR.

SKAR OLUŞABİLME İHTİMALİNDEN DOLAYI KOZMETİK SORUN OLUŞTURABİLECEK BÖLGELERDE MÜDAHALENİN DİKKATLİ YAPILMASI GEREKİR.

KÜÇÜK FRONKÜLLER SÖZ KONUSU OLDUĞUNDA DRENAJİ ARTTIRMAK İÇİN SICAK KOMPRES UYGULANABİLİR BU DURUMDA BAŞKA TEDAVİDE GEREKSİZDİR.

KALÇA YADA PERİNE BÖLGESİNİN FRONKÜLLERİNDE OTURMA BANYOLARI YARDIMCI OLUR.

2-3 GÜNDE BİR OLACAK TEKRAR DEĞERLENDİRMELERDE CERRAHİ DİRENAJA GEREKLİLİĞE KARAR VERMEK İÇİN YETERLİ BİR ZAMAN VERİR.

BÜYÜK FRONKÜLLER KARBONKÜLLER VE DERİ ABSELERİ İNSÜZYON VE DRENAJ (İ&D) GERKTİRİR VE KÜLTÜR TESTLERİ YAPILMALIDIR.

MRSA ÇIKMADAN ÖNCE KÜLTÜRLER RUTİN OLARAK ELDE EDİLEMİYORDU FAKAT KÜLTÜR SONUÇLARI BİZİ ANTI MİKROBİYAL TERAPİYE YÖNLENDİREBİLİR AYRICA BU ORGANİZMALARIN KONTROLÜ VE ÖNLENMESİ İÇİNDE YARDIMCIDIR.

İNSÜZYON VE DRENAJ PROTOKOLÜ

ÖNCELİKLE ONAY ALINMALIDIR HASTAYA OLASI KOMPLİKASYONLAR AÇIKLANMALIDIR.

ABSE BOŞALTILMASI ESNASINDA OLABLECEK KONTAMİNASYONDAN KAÇINMAK İÇİN GÖZLÜK YÜZ MASKESİ KULLANILMALIDIR

ABSE DRENAJLARI HİS KAYBINA DAMAR YARALANMALARINA NEDEN OLABİLİR.
DİAYBET VE PERİFERİK DAMAR HASTALIĞI OLANLARDA YARA İYİLEŞMESİ GECİKEBİLİR.
KOZMETİK OLARAK ÖNEMİ OLACAK YERLERDE DAHA DİKKATLİ OLUNMALIDIR.
HASTAYA ABSEYE EN KOLAY NASIL YAKLAŞILABİLİYORSA POZİSYON VERİLİR
POVIDİN İYODÜR İLE STERİL BİR ALAN OLUŞTURULUR
LOKAL ANESTEZİ İÇİN ABSEYE YAN TARAFINDAN YAKLAŞILARAK UYGULANIR. ABSE DUVARI GEÇİLEREK OLUŞABİLECEK İÇ BASINCIDA HESABA KATARAK UYGULANIR.
LİDOKAİN ABSE DUVARI TARAFINDAN EMİLİR VE AĞRIYI AZALTIR

UYGUN ANESTEZİ SONRASINDA 11 YADA 15 NOLU NEŞTER KULLANILARAK İNSÜZYON FLUKTASYONUN EN FAZLA OLDUĞU BÖLGEDEN YAPILIR
ÇOK KÜÇÜK İNSÜZYONLARDA DİRENAJ EFEKTİF OLMAZ.DİKKATLİ BİR ŞEKİLDE SIKIŞTIRARAK MÜMKÜN OLABİLECEK EN FAZLA SIVININ DRENE OLMASI SAĞLANIR.
ABSE BOŞLUĞUNU İRRİGASYONU YAPILIR.SALİN İLE YIKAMAYA YARA KAVİTESİ TEMİZLENENE KADAR DEVAM EDİLİR .DRENAJİ TEŞVİK ETMEK İÇİN BOŞLUK AÇIK TUTULUR.
HASTALAR GÜNDE 3 DEFA SICAK KOMPRES UYGULANIR VE ISLATIRILIR.
2-3 GÜN İÇERİSİNDE MUTLAKA TEKRAR KONTROL EDİLİR.HALA KAVİTEDEN DRENAJ DEVAM EDİYORSA PANSUMANINI DEĞİŞTİRİN. İNSÜZYON AÇIK BIRAKILIR VE HAVANIN TEMAS ETMESİ SAĞLANIR.

ANTİBİYOTİKLER:

EK HASTALIĞI OLMAYAN BİRAYLERDE KOMPLİKASYONSUZ
ABSELERDE ANTİBİYOTİK KULLANIMI GEREKSİZDİR
BİRDEN FAZLA LEZYONU OLANLARDA
ÇEVRESİNDE GENİŞ SELÜLİTİ OLANLARDA
İMMUN SUPRESYON VEYA SİSTEMİK ENFEKSİYONU OLANLARDA
ANTİBİYOTİK TERAPİSİ BAŞLANIR.
CİDDİ ENFEKSİYONU OLAN MRSA HİKAYESİ OLAN BAŞLANGIÇ
TEDAVİSİNE CEVAP VERMEYEN YADA YÜKSEK MRSA PREVALANSI
OLAN BÖLGELERDEN OLAN HASTALARDA DA ANTİBİYOTİK
ÖNERİLİR.
GENİŞ SELÜLİTİ OLAN YADA SİSTEMİK TOKSİK ÖZELLİKLERİ
OLAN HASTALARDA PARNENTERAL TEDAVİ GEREKİR.
TEDAVİNİN SÜRESİ KLİNİK İYİLEŞMEYE BAĞLI OLARAK 5-7 GÜN
ARALIĞINDADIR.

ÖNERİLER VE TABURCULUK:

ABSE FRONKÜL VE KARBONKÜLÜ OLAN BİR ÇOK HASTA AYAKTAN TEDAVİ EDİLİR. SİSTEMİK TOKSİSİTESİ OLAN YADA AĞIR ENFEKSİYON GEÇİRENLER DE PARENTERAL TEDAVİ UYGULANIR VE HASTANEYE YATIŞ GEREKEBİLİR.

TABURCU EDİLENLER İÇİN YARANIN KAPALI TUTULMASI HATIRLATILMALI VE ENFEKSİYONUN EV HALKINA YAYILIMINI ENGELLEMELİK İÇİN SIK SIK EL YIKANMASI GEREKTİĞİ VURGULANMALIDIR.

YARALARI TAMAMEN İYİLEŞİNCEYE KADAR HASTALARIN CİLT TEMASININ BULUNDUĞU AKTİVİTELERDEN KAÇINMASI GEREKİR. BİREYLER HAVLU ELBİSE SABUN TRAŞ MAKİNASI YADA YARA İLE TEMAS EDEBİLECEK HERHANGİ BİR NESNEYİ PAYLAŞMAMALIDIRLAR.

NEKROTİZAN YUMUŞAK DOKU ENFEKSİYONU:

YUMUŞAK DOKU ENFEKSİYONLARI FULMİNAN SEYREDEN SİSTEMİK TOKSİK ETKİLERİ OLAN VE YÜKSEK MORTALİTE NEDENİ OLABİLEN ENFEKSİYONLARDIR.

BU ENFEKSİYONLAR BAŞLANGIÇTA ALDATICI OLARAK BENİNG KARAKTERDE OLABİLİR.

NEKROTİZAN YUMUŞAK DOKU ENFEKSİYONLARINI AÇIKLAMADA KULLANILAN TERİMLER:

FORUNIER GANGRENİ

NECROTİZAN FASİİT

NECROTİZAN YUMUŞAK DOKU ENFEKSİYONU VE
GAZLI GANGREN GİBİ

BU ENFEKSİYONLAR İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ:

- İLERİ YAŞ
- DİYABET
- ALKOLİZM
- PERİFERİK DAMAR HASTALIĞI
- KALP HASTALIĞI
- BÖBREK YETMEZLİĞİ
- HIV
- KANSER
- NSAID KULLANIMI
- DEKUBİT ÜLSERLERİ
- KRONİK DERİ ENFEKSİYONLARI
- IV İLAÇ KULLANIMI
- BAĞIŞIKLIK SİSTEMİ ZAYIF KİŞİLER
- RİSK ALTINDADIR.
- BUNUNLA BİRLİKTE ENFEKSİYON GENÇLERDEDE GÖRÜLEBİLİR

ÖLÜM ORANINI ARTTIRAN DİĞER FAKTÖRLER:

- 1 YASINDAN KÜÇÜK VE 60 YAŞINDAN BÜYÜK OLMAK
- İLAÇ KULLANIMI
- KOMORBIT DURUMLAR ÖZELLİKLE KANSER,KRONİK BÖBREK HASTALIĞI,KONJESTİF KALP YETMEZLİĞİ
- POZİTİF KAN KÜLTÜRÜ
- PERİNEAL TUTULUM
- PERİFERİK VASKÜLER HASTALIĞA BAĞLI ENFEKSİYON
- TEŞHİS YADA TEDAVİYE BAĞLI GECİKME GİBİ KLİNİK SEYİRDE MEYDANA GELEN BELİRLİ ÖZELLİKLERDİR

NEKROTİZAN YUMUŞAK DOKU ENFEKSİYONLARI ANATOMİK BÖLGE ENFEKSİYONUN DERİNLİĞİ VE MİKROBİYAL ETKENE GÖRE SINIFLANDIRILIR.

CLASİFİKASYON FAKTÖRLERİ:

Table 147-6 Classification of Necrotizing Soft Tissue Infection	
Klasifikasyon faktörleri	açıklama
Anatomic location	Fournier gangrene of perineum/scrotum
Depth of infection	Necrotizing adipositis (most common), fasciitis, myositis
Microbial cause	Type 1: Polymicrobial (most common) Type II: Monomicrobial (<i>Staphylococcus</i> , <i>Streptococcus</i> , <i>Clostridia</i> species and methicillin-resistant <i>S. aureus</i>) Type III: <i>Vibrio vulnificus</i> *

FİZYOPATOLOJİSİ:

hızlı **nekrotizan süreç travmaya bağlı olarak** subkütan dokudaki enfeksiyonla başlar(enjeksiyon cerrahi insizyon abse böcek ısırığı ülserler) yada perfore olabilecek organlardan(kolon rektum anal bölge) direkt olarak yayılır **spontan gelişimi nadirdir** ancak risk faktörleri olanlarda (diyabet ve malignite gibi)ihtimal artar.

Bakteriler subkutan dokuyu enfekte ederler **ekzotoksinlerini** salgırlarlar. Buda **doku iskemisini** başlatır likefaksiyon ve toksik bulgular artmaya başlar. Deri tutulumu sonrasındaki vaskülit ve tromboz arter perforasyonlarına neticede **iskemik alanın artışına ve bu çevrede bakteriyel üremenin artışına** neden olur.enfeksiyon saatler içerisinde yayılabilir. capiller yataktaki tromboz meydana gelir.gangren artar subkutan doku yağ dokusu kas ve iskelet doku dahi tutulur.

Polimikrobiyal enfeksiyonlarda **farklı bakteriler arasındaki simbiyotik bağ nekrotizan enfeksiyonu teşvik eder.**

Örneğin fakültatif gram negatifler oksijeni tüketir anaeroplara üremesini kolaylaştırır. anaeroplarda aerob bakteriler lehine fagosit fonksiyonunu engeller.

Clostridium türleri tarafından üretilen A TOKSİNİ doku nekrozuna ve kardiyovasküler kollapsa neden olur.

s.aureus ve streptokoklar ekzotoksin ve sitokin üretimini sağlarlar bu durum septik şok multiple organ yetmezliği ve sonunda da ölüme neden olurlar.

Tüm bu enfeksiyonlarda üretilen **doku iskemisi antibiyotik etkinliğini azaltarak** bakterilerin daha dayanıklı olmasına neden olur.

Bu sebeple tek başına kullanılan antibiyotikler nadiren etkindir.

Acil cerrahi müdahale başarısının artmasına neden olur

NEKROTİZAN YUMUŞAK DOKU ENFEKSİYONLARININ KLASİK SEMPTOMLARI

- Dokuda Ağrı
- Anksiyete
- Terleme

ağrı genellikle fizik muayene bulguları ile orantısızdır.teşhisin en önemli noktasıdır

“ORANTISIZ AĞRI!!!!”

Bazı hastalarda ağrı azdır ve durum ilerledikçe enfekte olmuş bölge

hissizleşmeye başlar

Hastalar yaklaşık **48 saat önce travma yada deri bütünlüğünü bozacak bir hikaye** anlatırlar

Enfeksiyonun başlangıcında **selülit bulguları(eritem ödem ve ağrı) baskın olabilir buda erken teşhisi zorlaştırır** bazende imkansız hale getirir

Muayenede **Ödem ve krepitasyon** beklenir. Krepitasyonun az olması tanıya yaklaşımı zorlaştırabilir

Enfeksiyonun ileri evrelerinde deri bronz yada kahverengimsi olabilir.bül oluşabilir. Kötü kokulu akıntı ortaya çıkabilir.

Tanı:

Tanıya **klirik özellikler** ile gidilir

x-ray subkutan gazı gösterebilir ancak bu derin fasial gazı göstermez böylece zayıf bir tanı aracıdır.

CT daha hassastır fasiada kalınlaşma ve ödem gösterir derinlerde ki koleksiyonu ve gaz formasyonlarını göstermede yardımcıdır

MRI daha duyarlıdır fakat tedaviyi geciktirir

Laboratuar aşağıdakilerden herhangi birini yada hepsini ortaya çıkarabilir

- Metabolik asidoz
- Lökositoz
- Anemi
- Trombositopeni
- Koagülopati
- Hiponatremi
- Miyoglobüni
- Kc yada böbrek yetmezliği

Tam kan

karaciğer enzimleri

koagülasyon testleri

Arteriyel kan gazı

Kan kültürleri

Serum laktat tayini alınmalıdır

TEDAVİ:

AGRESİF SIVI TEDAVİSİNE HEMEN
BAŞLANMALIDIR
GELİŞEN ANEMİYİ DÜZELTMEK İÇİN
ERİTROSİT SÜSPANSİYONU SAĞLANMALIDIR
VAZOKONSTRÜKTÖRLERDEN KAÇINILMALIDIR
ERKEN CERRAHİ MÜDAHALE CERRAHİ
DEBRİTMAN HAYAT KURTARIR
FASİYOTOMİ DEBRİDMAN AMPUTASYON
TETANOZ PROFİLAKSİSİ SAĞLANIR
HİPERBARİK O₂ TEDAVİSİ TEDAVİDEN FAYDA
SAĞLAYABİLİR

FOLİKÜLÜT:

Folikülit, enfeksiyon, kimyasal irritasyon yada derideki fiziksel bir yaralanmaya bağlı kıl köklerinde oluşan inflamasyondur. Epidermisteki pürülan materyalle beraber kıl köklerindeki yüzeysel bakteri enfeksiyonundan oluşur

Epidemiyoloji:

Folikülit genellikle *S. aureus* tarafından oluşur ve bu organizmanın nazal florada taşıyıcılığı folikülit için bir risk faktörüdür.

Yüzme havuzları hamamlar sıcak banyolar bu enfeksiyon için riskli bölgelerdir. Kuaförler jakuziler candida enfeksiyonuna zemin hazırlayabilecek geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı glukokortikoid kullanımı olan hastalar risk altındadır

Folikülit daha çok sırt göğüs kalça aksilla apokrin alanlar oluşur tıraşın tekrarlandığı bölgelerde sık meydana gelir Kaşıntılı eritemli lezyonlardır

Psödomal folikülit kontamine sulara maruz kalan yerlerde oluşur lezyonları daha geniştir.daha çok zencilerde görüle non enfeksiyonel bir durumdur . kıl folikülü sıkıştığında deri yüzeyine çıkamadığında bu duruma “sycosis barba” yada “folikülit barba” denir bunlar daha derin enfeksiyonlara neden olarak skarlara sbep olur

Tanı:

Folikülitis klinik olarak teşhis edilir ayırıcı tanıda aken vulgaris impetigo fungusitler kontakt dermatit skabies böcek ısırıkları herpes düşünülmelidir.

Taburculuk ve takip:

komplikasyonsuz folikülit ve ya sıcak sularda meydana gelen folikülit durumlarında lezyonlar temiz tutularak kendiliğinden iyileşir komplikasyonlu vakalarda basitrasin veya polimiksin-b kullanılabilir tercihe sıcak kompres uygulanır enfeksiyon gelişen bölgelerde traştan kaçınılmalıdır acılı yada daha şiddetli durumlarda sefalekssin azitromisin dikloksasilin gibi oral antibiyotikler önerilir.

HİDROADENİTİS SÜPÜRATİVA

GENELLİKLE AFRIKA KÖKENLİ KADINLARDA KOLTUK ALTLARINDA VE KASIK BÖLGELERDE APOKRİN BEZLERİN TEKRARLAYAN ENFLAMASYONUDUR. BULAŞICILIK VE KÖTÜ HİJYE KOŞULLARIYLA ALAKASI YOKTUR
TANISI KLİNİK OLARAK KONULUR
PİLONİDAL ABSE
ÜST GLUTEAL KAT BOYUNCA YUVALANIRLAR.
NEDEN OLARAK TRAVMA SONUCU SKUAMÖZ EPİTEK SAÇ KILLARI KERATİNÖZ MADDE ARTIKLARININ SİNÜS YOLUNU TIKAMASI SONUCU BAKTERİ KONTAMİNASYONU VE OLUŞAN ENFEKSİYONDUR
ENFEKSİYON ETKENLERİ GENELLİKLE NORMAL FLORADA ÇOK BULUNAN STAFİLOKOK TÜREVLERİDİR. PERİTONEAL VE FEKAL ORGANİZMALARLADA BULAŞ MÜMKÜNDÜR.

KLİNİK ÖZELLİKLER:
HASTALAR SEMPTOMLARINI GENELLİKLE
ERGENLİKLERİNİN SONUNDA VE 20 Lİ YAŞLARIN
BAŞLARINDA GELİŞTİRİRLER VE CERRAHİ MÜDAHALE
OLMAKSIZIN KRONİK FİSTÜLLERE DÖNÜŞEBİLİRLER.
PİLONİDAL ABSELER ŞİŞ HASSAS VE FLUAKTASYON
VEREN NODÜLLERDİR VE ÜST GLUTEAL BÖLGEDE
YUVALANIRLAR

TEDAVİSİ :CERRAHİDİR





BARTHOLİN ABSESİ

ÜREME ÇAĞINDA Kİ KADINLARIN HASTALIĞIDIR.
PERİMENOPÖZAL KADINLARDA Kİ ABSE JİNEKOLOJİK TAKİP
GEREKTİRİR .BARTOLİN BEZLERİ LABİA MINORADA SAAT 4 VE 8
POZİSYONUNDA YUVALANMIS BEZELYE GÖRÜNÜMLÜ BİR ÇİFT
BEZDİR PALPABL DEĞİLLERDİR ENFEKSİYON NÉTİCESİNDE
PALPABL HALA GELİR BU BEZLER VULVA İÇİN NEMLENDİRİCİDİR
MUKUS ÜRETEEN EPİTEL BOYUNCA SİRALANMIŞTIR.AĞRI VE
VULVADA RAHATSIZLIK HİSSİ ENFEKSİYONLA BERABER GÖRÜLÜR
ABSE GELİŞİMİ BEZE AİT KANALIN TIKANMASI NÉTİCESİNDE
GELİŞİR ENFEKSİYONLAR POLİMİKROBİYALDİR
VAJEN FLORASINDA BULUNAN ANAEROP VE PATOJEN OLAN
NEİSSERIA VE CHLAMYDİA ETKENDİR

TEDAVİ:

**ABSENİN MARSUPIALİZASYONUDUR
SPOROTRIKOZİS:**

**S.SCHENCKİ DEN KAYNAKLANAN MİKOTİK BİR ENFEKSİYONDUR
BAHÇIVANLAR VE TARIM İŞÇİLERİNDE YAYGIN
HASTALIKTIR.BİTKİNİ DİKENİNİN DERİYE PENETRE
OLMASINDAN SONRA GELİŞİR. İMMÜN SİSTEMİ BASKILANMIŞ
KİŞİLERDE DAHA KOLAY ORTAYA ÇIKABİLİR
PENETRASYONUN ORDUĞU BÖLGEDE SINIRLI VE KABUKLUBİR
ÜLSER VEYA VERRÜKÖZ PLAK GİBİ GÖRÜNÜRLER.ÇEVRE DERİ
ERİTEMLİ.YAYGIN LENF ADENİT YAPAR NİSBETEN
AĞRISIZDIRLAR
TEDAVİSİNDE
ITRAKANOZOL 3 İLE 6 AY BOYUNCA 100-200 MG**

SABRINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER