



ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΡΟΗΓΗΘΕΙΣΑ ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Νικολαΐδου Ειρήνη, MD, PhD¹; Αικατερίνη Γκουτούλα, MD²; Αθηνά Πέτσα, MD¹; Τσιλέρ Αλή Ογλού, MD²; Ευριπίδης Ευθυμίου, MD²; Αικατερίνη Παρασκευαΐδου, MD³; Μαρία Δρογούτη, MD, PhD(c)^{2,4}; Χαράλαμπος Μίρελης, MD, PhD²; Ιωσήφ Χατζής, MD, PhD²

¹Κλινική Πλαστικής, Επανορθωτικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Άκρας Χειρός - Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Εγκυματών Ενηλίκων, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου», ²Τμήμα Γενικής Χειρουργικής, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Δημήτριος», ³Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Δημήτριος» ⁴School of Medicine, European University of Cyprus

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νεκρωτική λοίμωξη μαλακών μορίων αποτελεί μία σπάνια και απειλητική για τη ζωή κλινική οντότητα. Ο επιπολασμός της υπολογίζεται στους 0,4 ανά 100.000 ενήλικες, ενώ η θνητότητα αυτής από 8,7-76%^{1,2}.

Τα ανωτέρω αναδεικνύουν τόσο την ανάγκη έγκαιρης διάγνωσης όσο και της άμεσης χειρουργικής αντιμετώπισης¹.

Με βάση το είδος των παθογόνων διακρίνεται σε 4 τύπους, αλλά σε ποσοστό έως και 90% απαντάται ο πολυμικροβιακός τύπος^{1,2}.

Οι συχνότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες περιλαμβάνουν το σακχαρώδη διαβήτη, την ανοσοκαταστολή, την κατάχρηση αλκοόλ ή ενδοφλέβιων ναρκωτικών, καθώς και η ηλικία >50 ετών².

Η εμφάνιση νεκρωτικής λοίμωξης μαλακών μορίων μετεγχειρητικά και ειδικά σε σημείο απομακρυσμένο από το χειρουργικό πεδίο, αποτελεί μία ακόμη σπανιότερη κατάσταση.

Σαν πιθανές αιτίες έχουν προταθεί τόσο η σχετιζόμενη με την ηπαρίνη νέκρωση του δέρματος, όσο και η επιμόλυνση του κοιλιακού τοιχώματος από τα χειρουργικά εργαλεία, ειδικά σε περίπτωση λαπαροσκοπικής^{3,4}.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή ενδιαφέρουσας κλινικής περίπτωσης ασθενούς με νεκρωτική λοίμωξη μαλακών μορίων τη 10^η μετεγχειρητική ημέρα μετά από προηγηθείσα, ανεπίπλεκτη, επείγουσα αριστερή κολεκτομή.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΙ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Άρρεν ασθενής 68 ετών με ελεύθερο ιστορικό προσήλθε στο ΤΕΠ με εικόνα αποφρακτικού ειλεού επτά ημέρες μετά από λαπαροσκοπική αποκατάσταση δεξιάς βουβωνοκλήλης (TAPP) αλλαχού. Κλινικά ο ασθενής εμφάνιζε εικόνα ψηλαφητού μορφώματος δεξιάς βουβωνικής χώρας και ακτινολογικά εικόνα ειλεού παχέος εντέρου.

Μετά από σταθεροποίηση του ασθενούς διενεργήθη επείγουσα αξονική τομογραφία με ανάδειξη αποφρακτικής μάζας κατιόντος και παρουσίας υγρού σε σημείο προηγηθείσας αποκατάστασης κήλης.

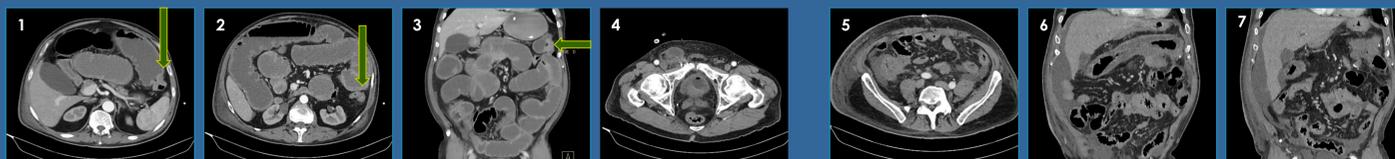
Διενεργήθηκε ενδοσκοπηση κατώτερου πεπτικού προς επιβεβαίωση ευρημάτων και επείγουσα ερευνητική λαπαροτομία.

Ο ασθενής υπεβλήθη σε επείγουσα αριστερή κολεκτομή και πλαγιο-πλάγια αναστόμωση λόγω αποφρακτικού όγκου σπληνικής καμπής.

Ο ασθενής έλαβε εξιτήριο την 7^η ημέρα μετά από ανεπίπλεκτη μετεγχειρητική πορεία. Τη 10^η μετεγχειρητική ημέρα ο ασθενής παρουσιάστηκε με εκτεταμένη νεκρωτική βλάβη δεξιού λαγονίου βόθρου με συνοδό παρουσία κριγμού, χωρίς συστηματική τοξικότητα.

Μετά από διενέργεια αξονικής τομογραφίας, η οποία δεν ανέδειξε ενδοκοιλιακή παθολογία, υπεβλήθη σε εκτεταμένη νεκρωσεκτομή, με ταυτόχρονη έναρξη προωθημένης αντιβιοτικής αγωγής.

Ο ασθενής παρουσίασε βελτιούμενη κλινική εικόνα μετά από επαναλαμβανόμενους επανελέγχους τραύματος. Οι καλλιέργειες ανέδειξαν μονομικροβιακή λοίμωξη από MRSA και μετά τη σταθεροποίηση της κλινικής εικόνας χρησιμοποιήθηκε σύστημα αρνητικής πίεσης ως θεραπεία γέφυρας μέχρι τη διενέργεια οριστικής επέμβασης αποκατάστασης.



Figures 1-4. Προεγχειρητική αξονική τομογραφία ασθενούς. Αναδεικνύεται η αποφρακτική μάζα (βέλος) καθώς και το υγρό στη βουβωνική χώρα Figures 5-7. Μετεγχειρητική απεικόνιση. Αναδεικνύεται οίδημα μαλακών μορίων ΔΕ πλάγιας κοιλίας καθώς και η περιοχή της αναστόμωσης στην AP άνω κοιλία



Figure 1. Νεκρωτική λοίμωξη ΔΕ λαγονίου βόθρου Figures 2-4. Εκτεταμένη νεκρωσεκτομή και χρήση συσκευής συνεχούς αναρρόφησης Figure 5. Ελεύθερος κρημνός μερικώς πάχους Figures 6-7. Πλήρους ενσωμάτωση δερματικού κρημνού

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι επαναληπτικές καλλιέργειες τραύματος δε ανέδειξαν λοίμωξη ή αποικισμό, ενώ ελήφθησαν βιοψίες δέρματος πέριξ του τραύματος προς αποκλεισμό μυκητίασης ή γαγγραινώδους πυοδέρματος.

Η τελική αποκατάσταση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ελεύθερου δερματικού μοσχεύματος μερικού πάχους.

Ο ασθενής παραμένει ασυμπτωματικός ένα μήνα μετά την τελική επέμβαση με άριστη πρόσληψη του μοσχεύματος.

Η ιστοπαθολογική εξέταση του παχέος εντέρου ανέδειξε αδενοκαρκίνωμα σταδίου pT3N0 και ο ασθενής παραπέμφθηκε για περαιτέρω αντιμετώπιση μετά από ογκολογικό συμβούλιο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η νεκρωτική λοίμωξη μαλακών μορίων είναι μία δυνητικά θανατηφόρα κατάσταση.

Στη συγκεκριμένη κλινική περίπτωση, η οποία προσθέτει στη βιβλιογραφία ένα ενδιαφέρον περιστατικό μετεγχειρητικής εμφάνισης της πάθησης, η αυξημένη κλινική εγρήγορση και η συνεργασία ειδικοτήτων συνεισέφερε στην επιτυχή αντιμετώπιση και αποκατάσταση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Morgan, M S. "Diagnosis and management of necrotising fasciitis: a multiparametric approach." *The Journal of hospital infection* vol. 75.4 (2010): 249-57. doi:10.1016/j.jhin.2010.01.028
- Guliyeva, Gunel et al. "Practical Review of Necrotizing Fasciitis: Principles and Evidence-based Management." *Plastic and reconstructive surgery, Global open* vol. 12.1 e5533. 19 Jan. 2024. doi:10.1097/GOX.0000000000005533
- Gan, Weh Kiat. "Delayed-onset heparin-induced skin necrosis: a rare complication of perioperative heparin therapy." *BMJ case reports* vol. 2017 bcr2017221388. 3 Nov. 2017. doi:10.1136/bcr-2017-221388
- Golash, Vishwanath. "Necrotizing fasciitis following laparoscopic total extra peritoneal repair of left inguinal hernia." *Journal of minimal access surgery* vol. 3.1 (2007): 26-8. doi:10.4103/0972-9941.30683

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Κωνσταντίνος Τσάντος, MD
Γ.Ν.Θ. «Ο Άγιος Δημήτριος»
Email: vniioxeiourg@gmail.com
Phone: 23133022125
Website: <https://www.oagiosdimitrios.gr/>