



7. TÜRKİYE EKMUD ULUSLARARASI KONGRESİ

8-13 Mayıs 2018 Susesi Kongre Merkezi - Belek **ANTALYA**

* Devlet Yüksek Öğretim Kurumlarının 27.12.2016 tarihli "Akademik Teşvik Ödeneği Yönetmeliği" Madde 7.3'te aranan Uluslararası Kongre koşullarını sağlamaktadır.



NEKROTİZAN YUMUŞAK DOKU ENFEKSİYONLARINA BAĞLI SEPSİSTE

ODAK KONTROLU



Dr. Atilla Çoruh



**Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı**

REVIEW ARTICLE

Dan L. Longo, M.D., Editor

Necrotizing Soft-Tissue Infections

Dennis L. Stevens, Ph.D., M.D., and Amy E. Bryant, Ph.D.

NECROTIZING FASCITIS IS A SURGICAL DIAGNOSIS CHARACTERIZED BY the presence of a necrotic area of the superficial fascia, discolored-gray exudate, and a rottable eschar. Necrotizing soft-tissue infections have diverse etiologies, anatomical locations, and pathogenic mechanisms, and they can result in widespread tissue destruction, which may extend to the underlying musculature.

They may occur after major traumatic injuries, as well as after lacerations, tears, abrasions, lacerations, or insect bites. Necrotizing soft-tissue injuries (e.g., muscle strain or contusions) and surgical procedures; they can also occur in postsurgical wounds (Fig. 1). Although necrotizing infections have occurred in patients who have been defined, such as progressive bacterial infections, necrotizing cellulitis, streptococcal gangrene, gas gangrene, and clostridial anaerobic cellulitis. Subtle distinctions exist between another, but the clinical approaches to diagnosis and treatment are similar.

In this review, we describe the clinical features of necrotizing fasciitis and other necrotizing soft-tissue infections, their pitfalls and recommended treatment approaches, and the impact of surgical intervention on mortality. (Details about the epidemiologic features and causes of necrotizing fasciitis are provided in the Supplementary Appendix, available with this article at NEJM.org.)

EPIDEMIOLOGIC FEATURES AND CAUSES OF NECROTIZING FASCITIS

TYPES I AND II INFECTIONS

Necrotizing fasciitis types I and II are distinguished largely by whether the cause is polymicrobial (type I) or monomicrobial (type II).¹ The annual incidence of necrotizing fasciitis ranges from 15.5 cases per 100,000 population in Thailand² to 0.3 to 5 cases per 100,000 in other regions.^{3,4} The relative incidence of type I and type II infections varies considerably. In some studies, type II infections have accounted for 55 to 87% of all cases of necrotizing fasciitis,^{5,6} whereas type I infections have been more prevalent, by a factor of approximately 2, in other studies,^{3,4} and in some studies, the incidence of the two types of infection has been similar.^{7,8}

Necrotizing fasciitis type I is a polymicrobial infection involving aerobic and anaerobic organisms. It is usually seen in the elderly or in those with underlying illnesses. Predisposing factors include diabetic or decubitus ulcers, hemorrhoids, rectal fissures, episiotomies, and colonic or urologic surgery or gynecologic procedures. Type I infection is often associated with gas in the tissue and thus is

From the Veterans Affairs Medical Center, Boston, (D.L.S.) and the University of Washington School of Medicine, Seattle. Address reprint requests to Dr. Bryant at the Veterans Affairs Medical Center, Infectious Diseases Section, 500 W. Fort St. (Mail Stop 151), Boise, ID 83720, or at amy.bryant@va.gov.

N Engl J Med 2017;377:2253-63.

DOI: 10.1056/NEJMra1606673

Copyright © 2017 Massachusetts Medical Society.

The 2016 Impact Factor of the New England Journal of Medicine is 72.406.

EKİP

- Yoğun Bakım
- Dermatoloji
- Enfeksiyon Hastalıkları
- Plastik Cerrahi
- Ortopedi
- Genel Cerrahi
- Radyoloji, Girişimsel Radyoloji
- Patoloji
- Anestezi ve Reanimasyon
- Gerektiğinde diğer disiplinler

NEKROTİZAN YUMUŞAK DOKU ENFEKSİYONLARI

- **Deri**
- **Derialtı dokusu**
- **Fasya**
- **Kas**

**Yumuşak dokuların hızlı ilerleyici,
hayatı tehdit eden bakteriyel
enfeksiyonlarıdır**

NEKROTİZAN FASİİTİS

CERRAHI ve PATOLOJİK TANIDIR!!

- Fasya Harabiyeti
- Bulaşık suyu görünümünde eksuda
- Püy Gözlenmez!

AMA

ACIL

**BAŞVURULARINDA
%50 YANLIŞ TANI
KONULUYOR!!**

ANATOMİK BÖLGELER GÖRÜLME SIKLIĞI

- Ekstremiteler (%73)
- Gövde (%13)
- Perine (%12.6)

NEKROTİZAN YUMUŞAK DOKU ENFEKSİYONLARI

- Major travmalar
- Deri ve mukoza bütünlüğünün bozulması
- ✓ Böcek ısırığı
- ✓ Laserasyon
- ✓ Yırtıklar
- ✓ Suçiçeği enfeksiyonu
- Delici olmayan yaralanmalar
- ✓ Aşırı eksersiz (kas hasarı; strain)
- ✓ Kas kontüzyonu
- ✓ Doğum ve jinekolojik hastalıklar
- ✓ İmmün yetmezliği olan hastalar

Nekrotizan Fasiitis epidemiolojisi, nedenleri ve özellikleri

- Nadir Görülür
- 0.3-0.5:100.000
- Tip I (polimikrobiyal)
- Tip II (monomikrobiyal)
- Overall Mortalite %23.5-27

NEKROTİZAN FASİİTİS TİP-I

✓ **POLİMİKROBİYAL**dir

❖ Aerob ve anaerob bakteriler

❖ Yaşlı ve yandaş hastalığı olanlar

❖ Diabetes Mellitus

❖ Basınç yaraları

❖ Hemorroidler

❖ Anal fissür ve fistül (peri-anal hastalıklar)

❖ Epizyotomiler, ürolojik ve jinekolojik girişimler, kolonik cerrahi, enflamatuvar barsak hastalıkları

NEKROTIZAN FASİİTİS TIP-I

- Sıklıkla doku içerisinde gaz ile karakterizedir; bu nedenle tanıda “gazlı gangren” den ayırmak güçtür
- Non-clostridial anaerobik sellülit ve sinerjistik nekrotizan selülit, Tip-I variantıdır; her ikisi de DM’li hastalarda sık gözlenir

NF TIP I

- ✓ anaeroblar; bacteriodes, fusiform, peptostreptococcus, clostridial
- ✓ fakültatif anaeroblar; streptokoklar (GAS hariç), e.coli, enterobakter, klebsiella, proteus
- ✓ aeroblar; p. aeruginosa

NEKROTİZAN FASİİTİS TİP-II

- Monomikrobiyaldir
- **Gram(+)**; Grup A streptokoklar ve daha az sıklıkta Staphylococcus Aureus (MRSA)
- **NF-I'** den farklı olarak, her yaş grubunda, yandaş kronik hastalığı olmayan bireylerde görülür

ENFEKSIYON AMİLLERİ

- ✓ **Staphylococcus Aureus (MRSA) %16-%22**
- ✓ **Streptococcus Pyojenes %17-%19 (GAS)**
Gram (-): E.Coli, Klebsiella %17-%18
- ✓ **Anaerob Bakteri %7-%8**

İnvaziv Grup A Streptokoksik Yumuşak Doku Enfeksiyonları

- İlk 24 saatte non-spesifik klinik şikayetler
- Halsizlik
- Kas Ağrısı
- Diarrea
- İştahsızlık

İnvaziv Grup A Streptokoksik Yumuşak Doku Enfeksiyonları

- 3-5:100.000
- Mortalite: %29
- Mortalite; Toksik şok sendromu ve Septik Şok: %38; %45

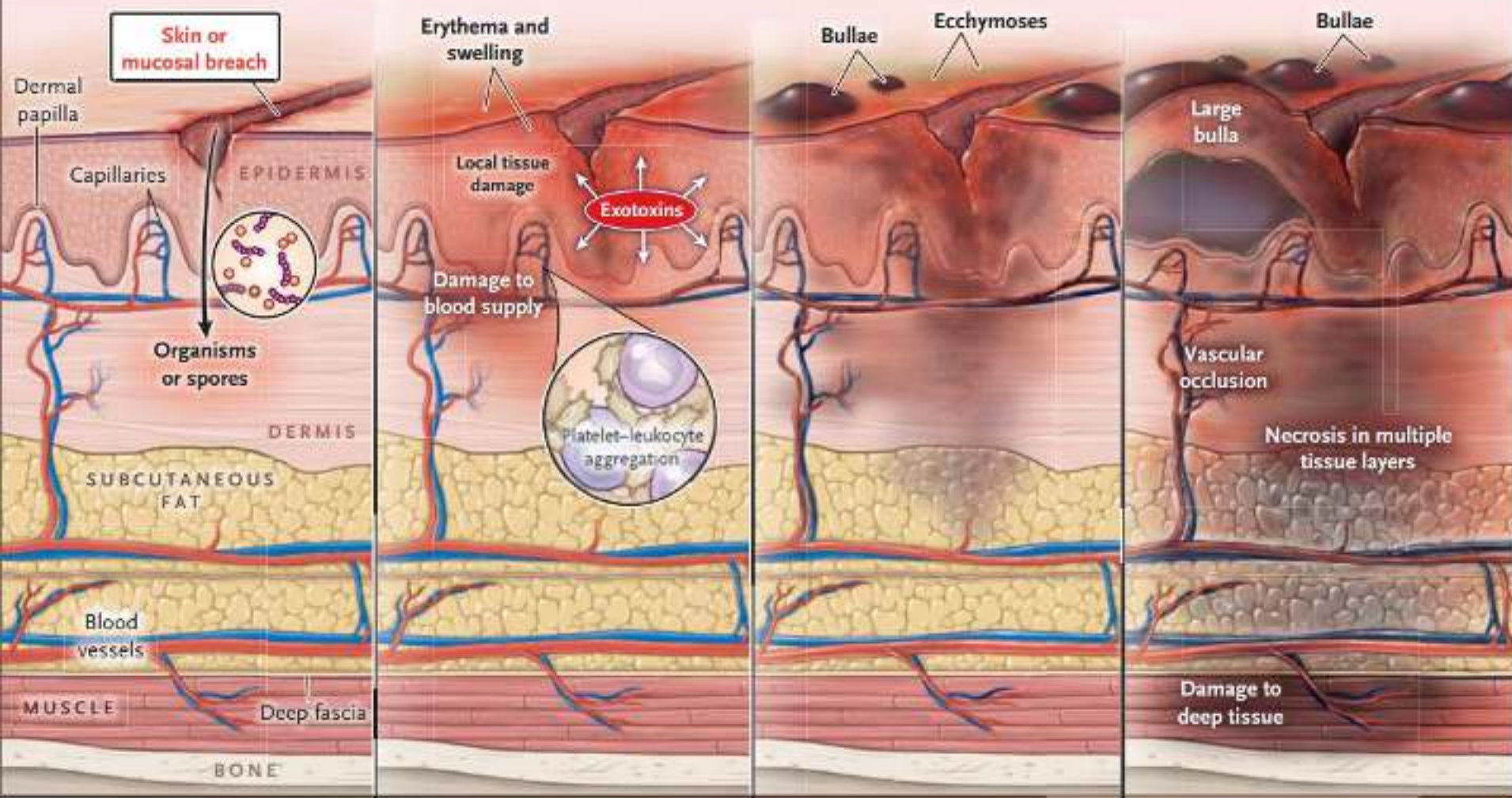
NEKROTİZAN KLOSTRİDİAL ENFEKSİYONLAR

- Gazlı gangren (**clostridial myonecrosis**) sağlıklı dokuların clostridial bakterilerce invazyonu sonucu ortaya çıkar
- Delici yaralanmalarda, damar hasarı nedeniyle bölgesel beslenme bozukluğu ve oksijensiz ortam oluşur
- Bu ortam sporlu anaerob bakterilerin gelişip çoğalmaları için çok uygundur

GAZLI GANGREN

- Etiolojide travma %70
- GI ve safra yolları cerrahisi
- IM epinefrin enjeksiyonu
- Plasenta kalıntısı (retained placenta)
- Uzamış plasental membran rüptürü
- İntrauterin fetüs ölümü
- Clostridium perfringens %80
- Diğerleri; C. septicum, C. novyi
C. histolyticum
- Mortalite %70-%100
- Hastane başvurusundan 2-4 gün sonra ölüm

A Defined Portal of Entry



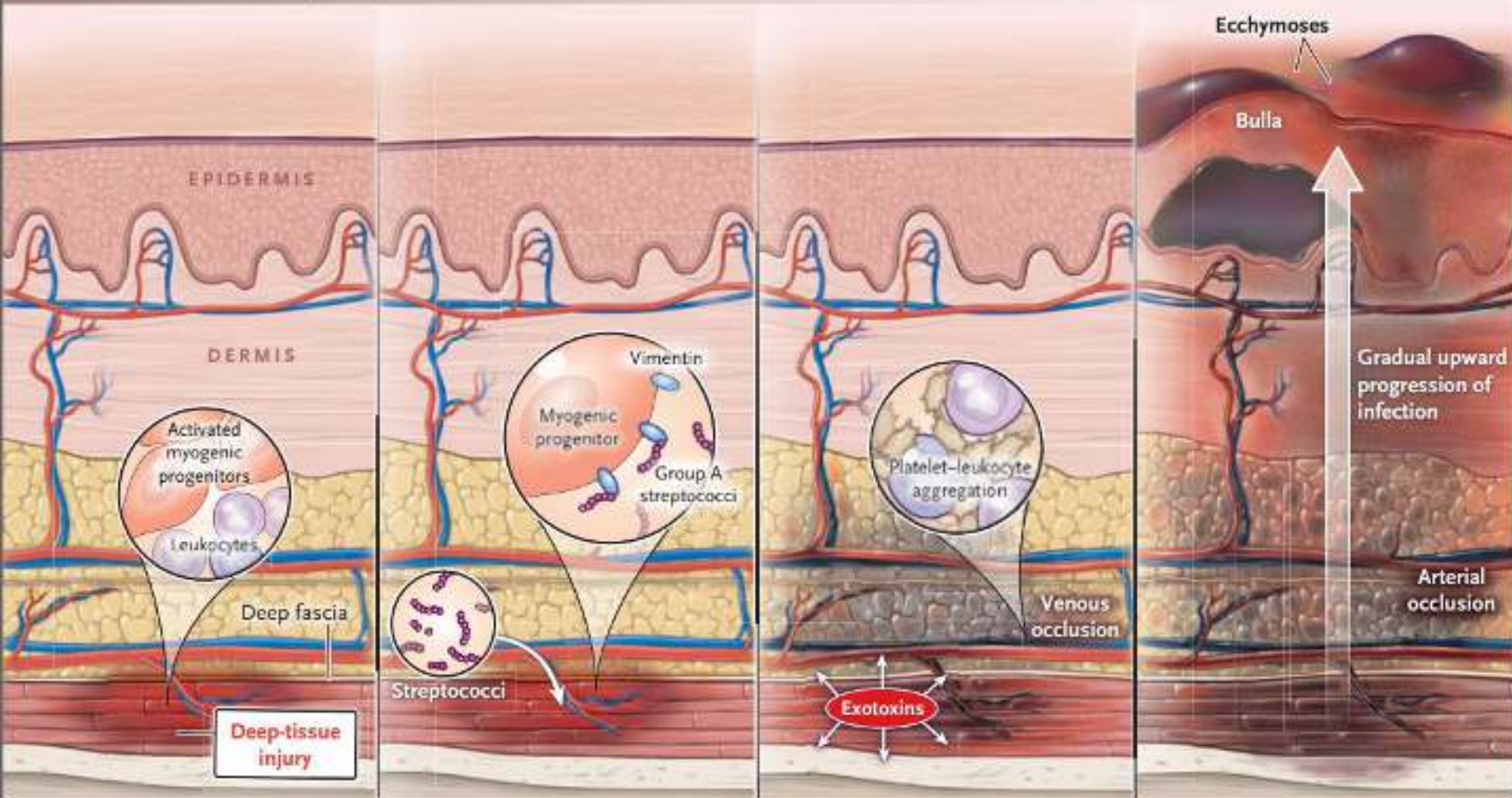
Organisms or spores are introduced into soft tissue. Exotoxins are released.

Exotoxins cause local tissue damage. Platelet-leukocyte aggregates occlude capillaries and damage vascular endothelium.

Erythema and swelling become widespread. Bullae and ecchymoses develop.

Deeper tissues become infected. Larger venules and arterioles are occluded. Necrosis affects all tissue layers.

B No Defined Portal of Entry



A nonpenetrating deep-tissue injury stimulates a repair response. There is an influx of leukocytes and activation of myogenic progenitor cells.

In susceptible hosts with transient bacteremia, organisms are trafficked to injury site in a vimentin-mediated process.

Exotoxins are released. Venous occlusion leads to necrosis in deep tissue.

Arteries become occluded, causing necrosis in deep tissue that spreads to upper tissue layers. Bullae and ecchymoses later develop.

Klinik

- Yumuşak Doku Ödemi (%75)
- Eritem (%72)
- Şiddetli Ağrı (%72)
- Palpasyonla Hassasiyet (%68)
- Ateş (%60)
- 24-72 saat sonra, deride bül veya nekroz (%38).

Bu safhada, uygun cerrahi tedavi yapılsa dahi mortalite çok yüksektir!!
(%70)

SÜREKLİ ARTIŞ GÖSTEREN ŞİDDETLİ AĞRI !!!!

- Analjezik alınmış olması (NSAID)
- Derin dokularda belirli bir giriş kapısı olmadan yumuşak doku hasarının oluşması
- Geçirilmiş ameliyatlara veya travma sonrası, cerrahi ağrı ile ayırıcı tanıya gidilmesindeki zorluklar
- Diabetik nöropati nedeniyle ağrının algılanamaması
- Mental problemler

AYIRICI TANI

- ❖ Aşırı ekzersiz, kas hasarı ve ağrı
- ❖ Derin vein trombozu
- ❖ GI bulgular
- ❖ Gıda zehirlenmesi
- **NSAID** lar da ağrıyı gölgeler ve tanıyı zorlaştırıp geçiktirebilir

BU DURUMDA TANI KOLAY?!

- Krepitasyon
- Hassasiyet
- Fasyal planlarda gaz
- Deri renginde koyulaşma
- Deride hemorajik büller
- Deride anestezi
- Deride nekroz
- Hastanın genel durumunda bozulma
- Sepsis bulguları
- MOF

Table 2. Pitfalls in the Diagnosis of Necrotizing Soft-Tissue Infection.*

Pitfall	Explanation
Absence of fever	Fever is often absent in patients with necrotizing soft-tissue infections because of NSAIDs that are self-administered or prescribed in the emergency department or in postsurgical settings. Fever is also absent in patients with necrotizing infection due to <i>C. sordellii</i> .
Absence of cutaneous manifestations	Patients with spontaneous or cryptogenic necrotizing infections (i.e., infections without an obvious bacterial portal of entry) that begin in the deep soft tissues often do not have cutaneous signs of infection until late in the course of the disease.
Attributing severe pain to injury or procedure	Severe pain is a key finding in patients with necrotizing infections. However, when such infections develop after surgery or parturition, pain may be erroneously attributed to the procedure itself. Similarly, perineal pain may be attributed to hemorrhoids, epididymitis, or vaginal or rectal trauma. Severe pain associated with spontaneous or cryptogenic infections is often wrongly attributed to muscle strain or venous thrombosis. If pain is out of proportion to the suspected cause or requires opioids or ketorolac for management, a developing necrotizing infection should be considered. Pain may be absent because of the use of narcotics or NSAIDs or because of neuropathy in patients with diabetes.
Nonspecific imaging tests	In patients with necrotizing infections, radiographs may show only edema, with no evidence of gas in the deep tissue. Since this finding is consistent with noninfectious causes (e.g., soft-tissue injury and postsurgical and postpartum conditions), it may confound the diagnosis.
Attributing systemic manifestations to other causes	Nausea, vomiting, and diarrhea may be early manifestations of toxemia from group A streptococcal infection, though they are often wrongly attributed to food poisoning or viral illness.

* NSAIDs denotes nonsteroidal antiinflammatory drugs.

RADYOLOJİK TETKİKLER

- CT
- MR T_2 ağırlıklı görüntü; kalınlaşmış intermusküler fasya
- ULTRASON
 - Gaz; Tip-I NF ve Gazlı Gangren
 - Ödem

ÇOK BELİRLEYİCİ DEĞİLLER!

The LRINEC (Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis) score: A tool for distinguishing necrotizing fasciitis from other soft tissue infections*

Chin-Ho Wong, MD, MRCS; Lay-Wai Khin, MD, MSC; Kien-Seng Heng, MD, FRCS;
Kok-Chai Tan, MD, FRCS; Cheng-Doi Low, MD, FRSC

Objective: Early operative debridement is a major determinant of outcome in necrotizing fasciitis. However, early recognition is difficult clinically. We aimed to develop a novel diagnostic scoring system for distinguishing necrotizing fasciitis from other soft tissue infections based on laboratory tests routinely performed for the evaluation of severe soft tissue infections: the Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis (LRINEC) score.

Design: Retrospective observational study of patients divided into a developmental cohort ($n = 314$) and validation cohort ($n = 140$).

Setting: Two teaching tertiary care hospitals.

Patients: One hundred forty-five patients with necrotizing fasciitis and 309 patients with severe cellulitis or abscesses admitted to the participating hospitals.

Interventions: None.

Measurements and Main Results: The developmental cohort consisted of 89 consecutive patients admitted for necrotizing fasciitis. Control patients ($n = 225$) were randomly selected from patients admitted with severe cellulitis or abscesses during the same period. Hematologic and biochemical results done on admission were converted into categorical variables for analysis. Univariate and multivariate logistic regression

was used to select significant predictors. Total white cell count, hemoglobin, sodium, glucose, serum creatinine, and C-reactive protein were selected. The LRINEC score was constructed by converting into integer the regression coefficients of independently predictive factors in the multiple logistic regression model for diagnosing necrotizing fasciitis. The cut-off value for the LRINEC score was 6 points with a positive predictive value of 92.0% and negative predictive value of 95.0%. Model performance was very good (Hosmer-Lemeshow statistic, $p = .910$); area under the receiver operating characteristic curve was 0.980 and 0.976 in the developmental and validation cohorts, respectively.

Conclusions: The LRINEC score is a robust score capable of detecting even clinically early cases of necrotizing fasciitis. The variables used are routinely measured to assess severe soft tissue infections. Patients with a LRINEC score of ≥ 6 should be carefully evaluated for the presence of necrotizing fasciitis. (*Crit Care Med* 2004; 32:1535-1541)

Key Words: early diagnosis; electrolytes changes; hematologic changes; necrotizing fasciitis; sepsis; systemic inflammatory response syndrome

Necrotizing fasciitis is a rare, rapidly progressive infection primarily involving the fascia and subcutaneous tissue. It is perhaps the most severe form of soft tissue infection and is potentially limb and life threatening. Early recognition and aggressive debridement of all necrotic fascia and subcutaneous tissue are major prognostic determinants, and de-

lay in operative debridement has been shown to increase mortality rate (1-8). The differentiation of necrotizing fasciitis from other soft tissue infections is therefore critically important. However, early clinical recognition of necrotizing fasciitis is difficult, as the disease is often indistinguishable from cellulitis or abscesses early in its evolution. Since Merley's (8) time, the mortality rate of this condition has remained high with a reported cumulative mortality rate of 34% (range, 6-76%) (8, 9). Delayed recognition is one of the main reasons for the high mortality rate (1-7). Although modalities such as computed tomography, magnetic resonance imaging (MRI), and frozen section biopsy have been shown to be useful in the early recognition of necrotizing fasciitis, routine application of these modalities in the evaluation of soft tissue infections has been limited by cost

and availability (10-14). We describe a novel, simple, and objective scoring system, the Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis (LRINEC) score, based on routine laboratory investigations readily available at most centers, that can help distinguish necrotizing fasciitis from other soft tissue infections.

MATERIALS AND METHODS

Patients. The developmental cohort consisted of all patients treated at the Changi General Hospital for necrotizing fasciitis between January 1997 and August 2002. Patients were identified through a computer-generated search through the Medical Records Department for all patients diagnosed with necrotizing fasciitis (*International Classification of Diseases—10th Revision*). Data were extracted retrospectively from hospital records. The following characteristics at operative exploration were used for definitive diagnostic presen-

*See also p. 1616.
From the Department of Plastic Surgery (C-HW, K-SH, K-CT), Singapore General Hospital, Singapore; Department of Orthopedic Surgery (L-WK, C-OL), Changi General Hospital, Singapore; and Clinical Trials and Epidemiology Research Unit (L-WK), National Medical Research Council (NMRC), Ministry of Health, Singapore.

Copyright © 2004 by the Society of Critical Care Medicine and Lippincott Williams & Wilkins

DOI: 10.1097/CCM.0000129801.25455.7D

Table 2. Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis (LRINEC) score

Variable, Units	β	Score
C-Reactive Protein, mg/L		
<150	0	0
≥ 150	3.5	4
Total white cell count, per mm ³		
<15	0	0
15–25	0.5	1
>25	2.1	2
Hemoglobin, g/dL		
>13.5	0	0
11–13.5	0.6	1
<11	1.8	2
Sodium, mmol/L		
≥ 135	0	0
<135	1.8	2
Creatinine, $\mu\text{mol/L}$		
≤ 141	0	0
>141	1.8	2
Glucose, mmol/L		
≤ 10	0	0
>10	1.2	1

Final model constructed using factors found to be independently predictive of necrotizing fasciitis on multivariate analysis. β values are the regression coefficients of our model after adjusting for a shrinkage factor of .89. The maximum score is 13; a score of ≥ 6 should raise the suspicion of necrotizing fasciitis and a score of ≥ 8 is strongly predictive of this disease. To convert the values of glucose to mg/dL, multiply by 18.015. To convert the values of creatinine to mg/dL, multiply by 0.01131.

16:23

LRINEC Score

Load Patient

C-Reactive protein	267 mg/L
White cell count	22300 c/mm ³
Hemoglobin	15 g/dL
Serum Na	128 mEq/L
Creatinine	1.20 mg/dL
Glucose	355 mg/dL

Score 8

Consider Necrotizing Fasciitis
High Risk

The LRINEC (Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis) score can be utilized to risk-stratify patients presenting with signs of cellulitis for likelihood of necrotizing fasciitis.

A score ≥ 6 prompts for further evaluation, whereby patients with a score ≥ 8 are at high risk.

Note that a score of less than 6 does not rule out necrotizing fasciitis. 10% of patients with such low

7 8 9
4 5 6
1 2 3
0

mg/dL Next
mg/L Previous
 $\mu\text{mol/L}$

16:27

LRINEC Score

C-Reactive protein	267 mg/L
White cell count	22300 c/mm ³
Hemoglobin	15 g/dL
Serum Na	128 mEq/L
Creatinine	1.20 mg/dL
Glucose	355 mg/dL

Score 8

Consider Necrotizing Fasciitis
High Risk

LABORATORY RISK INDICATOR FOR NECROTIZING FASCIITIS

CRP	≥ 150 mg/L	+4
WBC	15-25 $10^9/L$	+1
	> 25 $10^9/L$	+2
Hb	11-13.5 g/dL	+1
	< 11 g/dL	+2
Na	< 135 mmol/L	+2
Creatinine	> 141 $\mu\text{mol/L}$	+2
Glucose	> 10 mmol/L	+1

CLINICAL USE

The LRINEC (*Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis*) score can be utilized to risk-stratify patients presenting with signs of cellulitis for likelihood of necrotizing fasciitis.

A score ≥ 6 prompts for further evaluation, whereby patients with a score ≥ 8 are at high risk.

Note that a score of less than 6 **does not rule out necrotizing fasciitis**. 10% of patients with such low scores still had necrotizing fasciitis, even patients with 0 points. Clinical judgement always trumps any scoring system!

REFERENCES

1. Wong CH et al. Crit Care Med 2004 Jul;32(7):1535-41. PubMed

Streptococcus Pyogenesis **EXO-ENTERO TOXIN** “**Spe**” **CEPHANESI**

Before SpeB cleavage	After SpeB cleavage	Potential effects	References
Host proteins			
Interleukin-1 β precursor	Active interleukin-1 β	Induce inflammation	14
Pro-matrix metalloprotease (pro-MMP 2, 9)	Active MMP (2, 9)	Enhance tissue damage and bacterial invasion	21, 22
Fibronectin	Fragmented	Participate in bacterial colonization and invasive infection	15
Vitronectin	Degraded	Enhance tissue damage	15
Kininogen	Bradykinin	Increase vascular permeability; induce fever and pain	23
Immunoglobulin (IgA, IgM, IgD, IgE, IgG)	Cleavage into Fc and Fab fragments	Inhibit immunoglobulin-mediated opsonophagocytosis	12, 24, 25
C3b	Degraded	Escape phagocytosis	26
Plasminogen	Degraded	Reduce plasmin activity on GAS surface	27
Bacterial proteins			
Zymogen form of SpeB	Active SpeB	Degrade or cleavage of bacterial and host proteins	6–8, 28
M protein	Remove 24 amino acids from N-terminus; release from bacterial surface	Alter immunoglobulin binding properties; promote bacterial dissemination	10, 29, 30
Protein F1	Degraded	Reduce bacterial internalization	11, 17
EndoS	Degraded	Lost IgG glycan-hydrolyzing activity	9
SmeZ	Degraded	Abolish immune stimulatory activity	31
Fba	Degraded	Inhibit binding of FH and FHL-1	32
C5a peptidase	Release from bacterial surface	Degrade chemotactic complement factor C5a	10, 33, 34
Streptokinase	Degraded	Unknown	13, 19
Protein H	Release from bacterial surface	Promote bacterial dissemination	10
Sda1	Degraded	Decrease neutrophil extracellular trap clearance	35

Staphylococcus Aureus **EXO-ENTERO TOXIN** CEPHANESI

Virulence Factors	Biologic Effects
Structural Components	
Capsule	Inhibits chemotaxis and phagocytosis; inhibits proliferation of mononuclear cells; facilitates adherence to foreign bodies
Peptidoglycan	Provides osmotic stability; stimulates production of endogenous pyrogen (endotoxin-like activity); leukocyte chemoattractant (abscess formation); inhibits phagocytosis
Teichoic acid	Regulates cationic concentration at cell membrane; binds to fibronectin
Protein A	Inhibits antibody-mediated clearance by binding IgG ₁ , IgG ₂ , and IgG ₄ Fc receptors; leukocyte chemoattractant; anticomplementary
Cytoplasmic membrane	Osmotic barrier; regulates transport into and out of cell; site of biosynthetic and respiratory enzymes
Toxins	
Cytotoxins (α , β , δ , γ , P-V leukocidin)	Toxic for many cells, including leukocytes, erythrocytes, macrophages, platelets, and fibroblasts
Exfoliative toxins (ETA, ETB)	Serine proteases that split the intercellular bridges in the stratum granulosum epidermis
Enterotoxins (A-E, G-I)	Superantigens (stimulates proliferation of T cells and release of cytokines); stimulates release of inflammatory mediators in mast cells, increasing intestinal peristalsis and fluid loss, as well as nausea and vomiting
Toxic Shock Syndrome Toxin-1	Superantigen (stimulates proliferation of T cells and release of cytokines); produces leakage or cellular destruction of endothelial cells
Enzymes	
Coagulase	Converts fibrinogen to fibrin
Catalase	Catalyzes removal of hydrogen peroxide
Hyaluronidase	Hydrolyzes hyaluronic acids in connective tissue, promoting the spread of staphylococci in tissue
Fibrinolysin	Dissolves fibrin clots
Lipases	Hydrolyzes lipids
Nucleases	Hydrolyzes DNA
Penicillinase	Hydrolyzes penicillins

REVIEW

NSAID (Ketorolac, Ibuprofen)

- Nötrofil fonksiyonlarını baskılıyor
- Septik şok key mediatör, TNF- α \uparrow
- Ağrı kesici ve anti-enflamatuvar etki tanıyı geciktiriyor
- **ANCAK BUGÜN İÇİN DESTEKLEYİCİ GÜÇLÜ ÇALIŞMALAR ve SONUÇLARI YOK**

Clinical Symptoms

Systemic Signs

Radiographic Evidence

Immediate Surgery

Gram's Staining and Culture

Differential Diagnosis

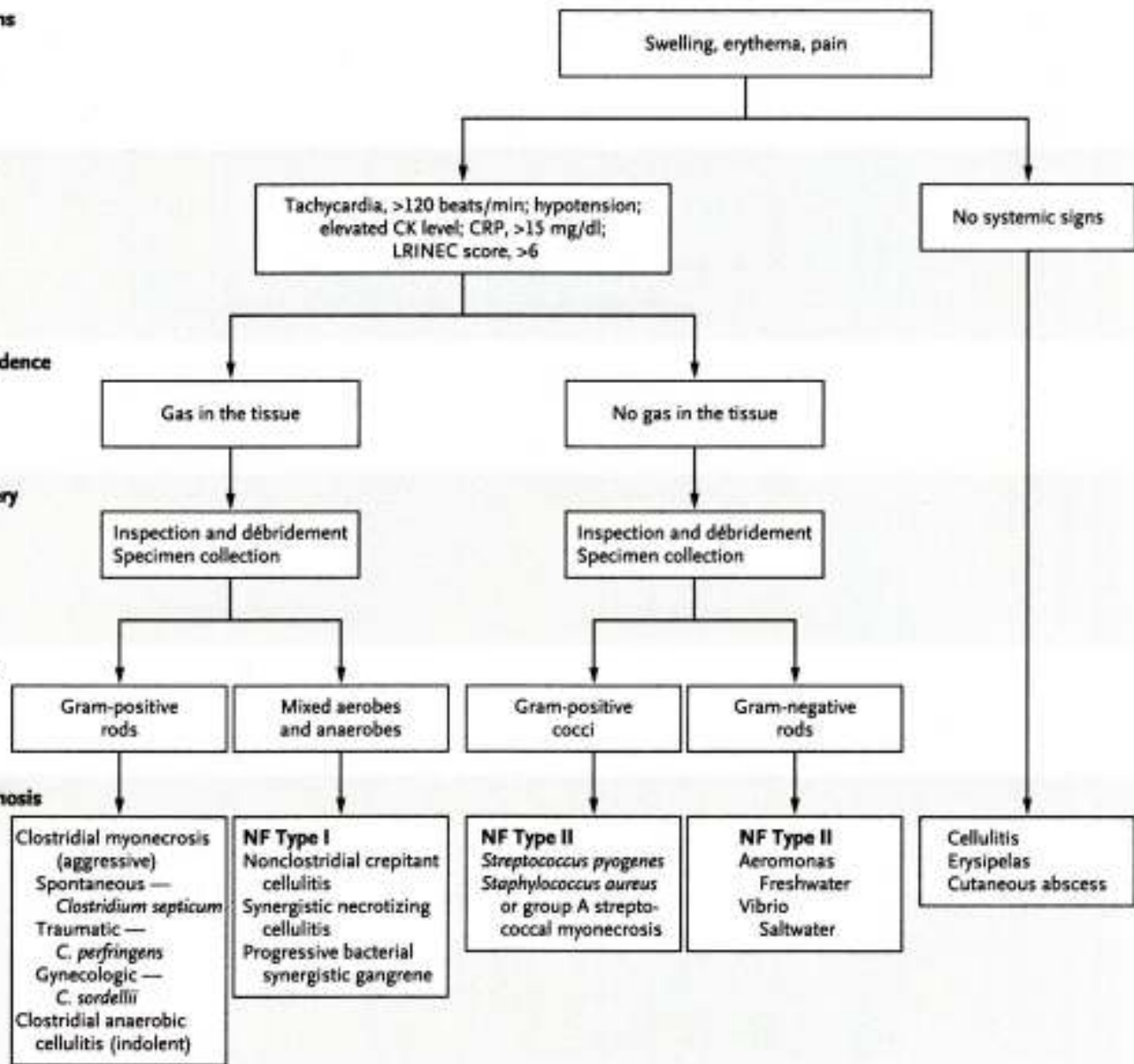


Figure 2. Algorithm for the Diagnosis of Necrotizing Infections.

In the algorithm, early clinical signs and symptoms and available results of laboratory tests and imaging studies are used to establish the diagnosis and cause of a diverse array of skin and soft-tissue infections. CK denotes creatine kinase, CRP C-reactive protein, LRINEC Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis, and NF necrotizing fasciitis.

NSTI CERRAHİ TEDAVİ

- Enfeksiyon boyutlarının tayin edilmesi
- Debridman ve ampütasyonların yapılması
- Gram boyama, doku örnekleri ve kültür için örnek alınması
- Eksüda direnaji
- Yaranın durumuna göre tekrarlayıcı cerrahi girişimler (24 saat aralıklı); 1:3 (ortalama 1 hasta 3 kez)
- Başvurudan itibaren 24 saat içinde cerrahi girişim yaşam oranlarını artırır
- Bu süre 6 saat ise, yaşam oranları çok daha fazla artar!

Tartışmalı Yardımcı Tedaviler

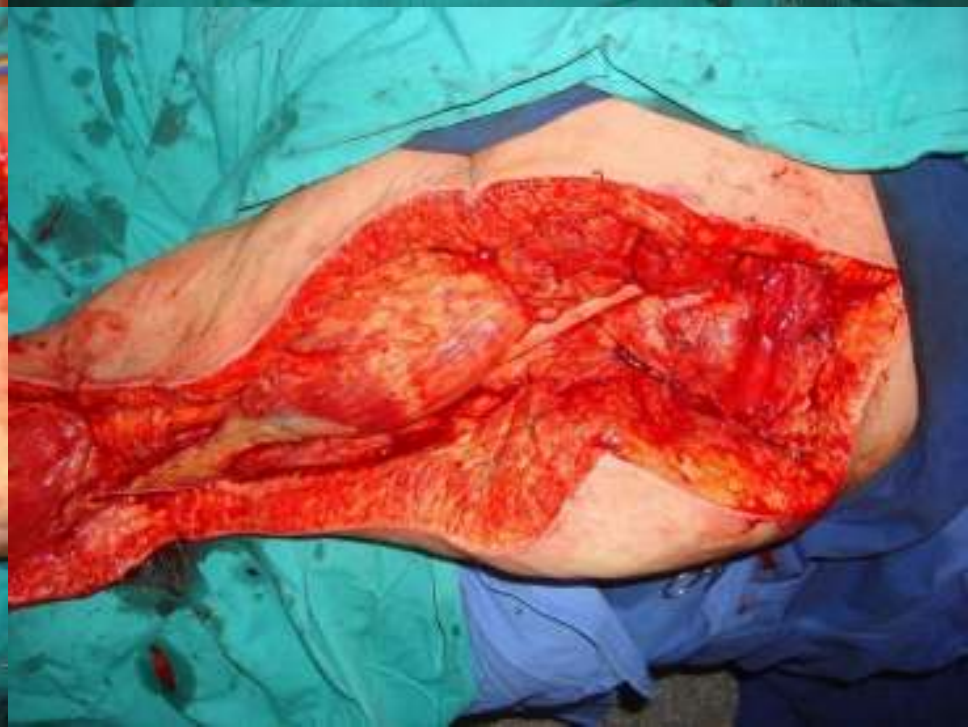
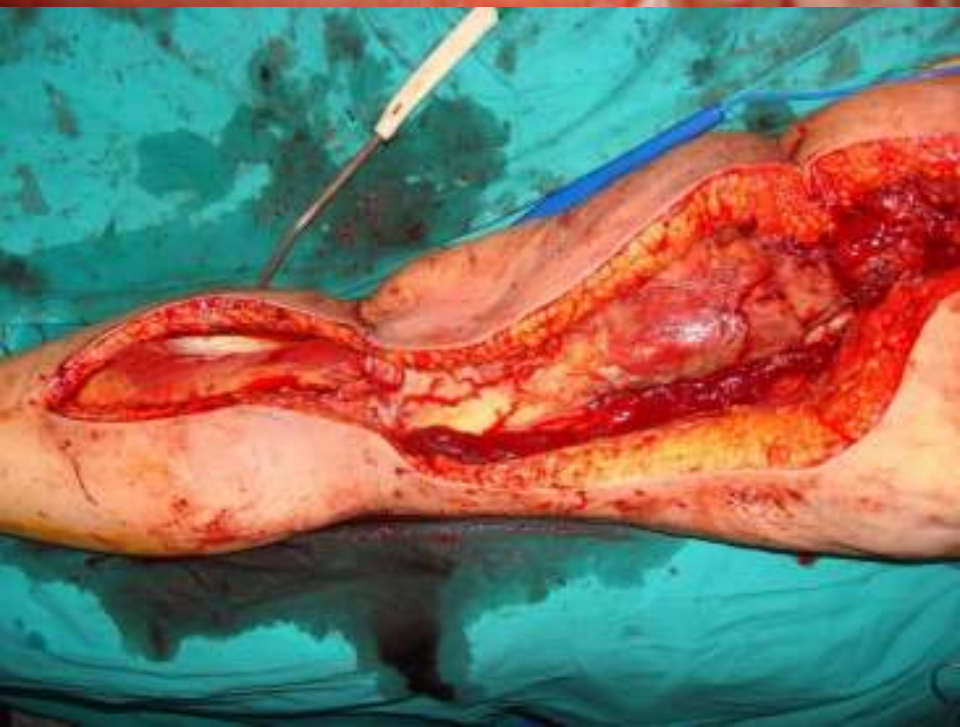
- Hiperbarik Oksijen
- **IVIG**

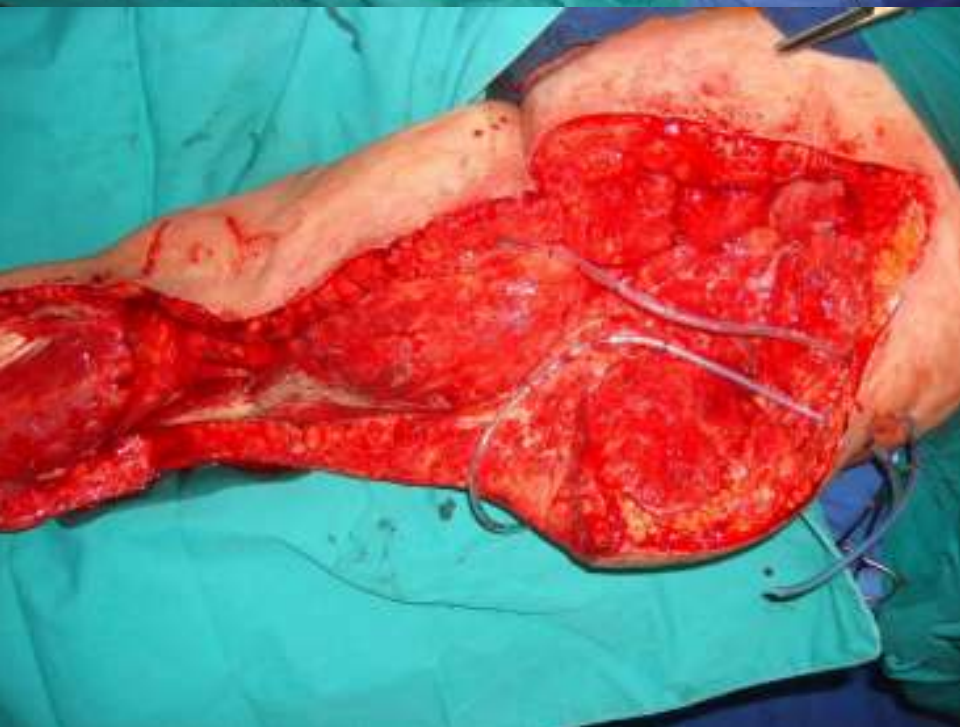
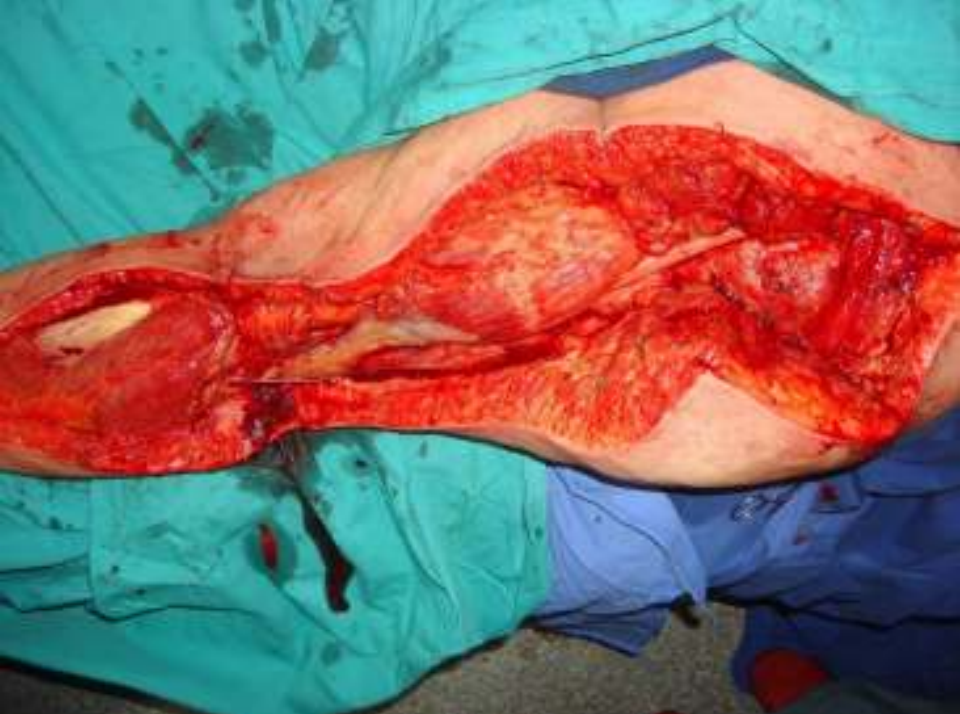
(dolaşımdaki streptococcus pyogenous toksinlerini nötralize ediyor)













T.C.
BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ
SAĞLIK İZLEMELERİ VE ARAŞTIRMALAR MERKEZİ
MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI
BAKTERİYOLOJİ BİRİMİ

Form No	1275-0102	Formun Seri No	1275-0102-001
Formun Adı	194-01	Formun Tarihi	1999
Formun Durumu	AYŞE YILMAZ	Formun Yürürlük Tarihi	15.02.1999
Formun No	194-01	Formun Durumu	Devlet
Formun Adı	SAĞLIK İZLEMELERİ VE ARAŞTIRMALAR MERKEZİ	Formun Seri No	1275-0102-001
Formun Durumu	AYŞE YILMAZ	Formun Yürürlük Tarihi	15.02.1999
Formun No	194-01	Formun Durumu	Devlet
Formun Adı	SAĞLIK İZLEMELERİ VE ARAŞTIRMALAR MERKEZİ	Formun Seri No	1275-0102-001
Formun Durumu	AYŞE YILMAZ	Formun Yürürlük Tarihi	15.02.1999
Formun No	194-01	Formun Durumu	Devlet
Formun Adı	SAĞLIK İZLEMELERİ VE ARAŞTIRMALAR MERKEZİ	Formun Seri No	1275-0102-001
Formun Durumu	AYŞE YILMAZ	Formun Yürürlük Tarihi	15.02.1999

Form No: 1275-0102
BAKTERİYOLOJİ

Form Tipi: YAKALDI

Formun Adı: SAĞLIK İZLEMELERİ VE ARAŞTIRMALAR MERKEZİ

Formun Adı: SAĞLIK İZLEMELERİ VE ARAŞTIRMALAR MERKEZİ

Formun Adı: SAĞLIK İZLEMELERİ VE ARAŞTIRMALAR MERKEZİ

Formun Adı: SAĞLIK İZLEMELERİ VE ARAŞTIRMALAR MERKEZİ

Formun Adı: SAĞLIK İZLEMELERİ VE ARAŞTIRMALAR MERKEZİ

Formun Adı: SAĞLIK İZLEMELERİ VE ARAŞTIRMALAR MERKEZİ

Formun Adı: SAĞLIK İZLEMELERİ VE ARAŞTIRMALAR MERKEZİ



T.C.
BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ
SAĞLIK İZLEMELERİ VE ARAŞTIRMALAR MERKEZİ
MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI
BAKTERİYOLOJİ BİRİMİ

Form No	1275-0102	Formun Seri No	1275-0102-001
Formun Adı	194-01	Formun Tarihi	1999
Formun Durumu	AYŞE YILMAZ	Formun Yürürlük Tarihi	15.02.1999
Formun No	194-01	Formun Durumu	Devlet
Formun Adı	SAĞLIK İZLEMELERİ VE ARAŞTIRMALAR MERKEZİ	Formun Seri No	1275-0102-001
Formun Durumu	AYŞE YILMAZ	Formun Yürürlük Tarihi	15.02.1999
Formun No	194-01	Formun Durumu	Devlet
Formun Adı	SAĞLIK İZLEMELERİ VE ARAŞTIRMALAR MERKEZİ	Formun Seri No	1275-0102-001
Formun Durumu	AYŞE YILMAZ	Formun Yürürlük Tarihi	15.02.1999
Formun No	194-01	Formun Durumu	Devlet
Formun Adı	SAĞLIK İZLEMELERİ VE ARAŞTIRMALAR MERKEZİ	Formun Seri No	1275-0102-001
Formun Durumu	AYŞE YILMAZ	Formun Yürürlük Tarihi	15.02.1999

Form No: 1275-0102
BAKTERİYOLOJİ

Form Tipi: DÜZE

Formun Adı: SAĞLIK İZLEMELERİ VE ARAŞTIRMALAR MERKEZİ

Formun Adı: SAĞLIK İZLEMELERİ VE ARAŞTIRMALAR MERKEZİ

Formun Adı: SAĞLIK İZLEMELERİ VE ARAŞTIRMALAR MERKEZİ

Formun Adı: SAĞLIK İZLEMELERİ VE ARAŞTIRMALAR MERKEZİ

Formun Adı: SAĞLIK İZLEMELERİ VE ARAŞTIRMALAR MERKEZİ

Formun Adı: SAĞLIK İZLEMELERİ VE ARAŞTIRMALAR MERKEZİ

Formun Adı: SAĞLIK İZLEMELERİ VE ARAŞTIRMALAR MERKEZİ



PATOLOJİ RAPORU

Dosya no : 2194110
B - 398 - 2013
İsteyen Doktor : ARŞ. GÖR. MÜGE YÜCE
YILDIRIM
Başvuru :
Biopsi alan doktor : ARŞ. GÖR. MÜGE YÜCE
YILDIRIM
Bilinişi : ACİL TIP
Biopsinin alındığı doku/organ : CİLT ALTI-KAS
Adı Soyadı : AYŞE YILMAZ
Biopsi/operasyon tarihi : 08.01.2013
Resmi / Yatış : Resmi, Ayaktan Hasta
Laboratuvarın geliş tarihi : 08.01.2013
Cinsiyeti : K
Biopsi/operasyon şekli : TOTAL
Yaşı : 44
Eski biopsi no : 398,170,214,
Ön tam :
Klinik Bilgi : Nekrotizan fasyit nedeniyle defrinitması yapılan gluteal bölge nekrotik dokuları

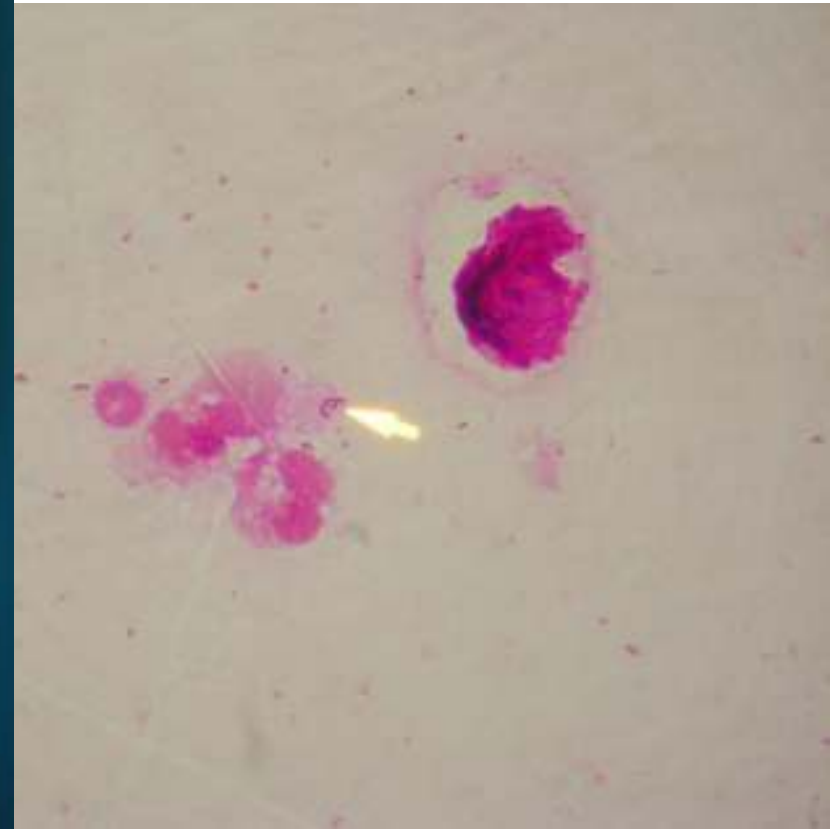
ÖLÇÜLERİ: Kayıtsız poşet içerisinde gönderilen 6x2 cm ölçülerinde yer yer
ilerinde deri dokusu bulunan nekrotik görünümde doku parçası 2 parça 2 kasette tabibe
alındı.

11.01.2013

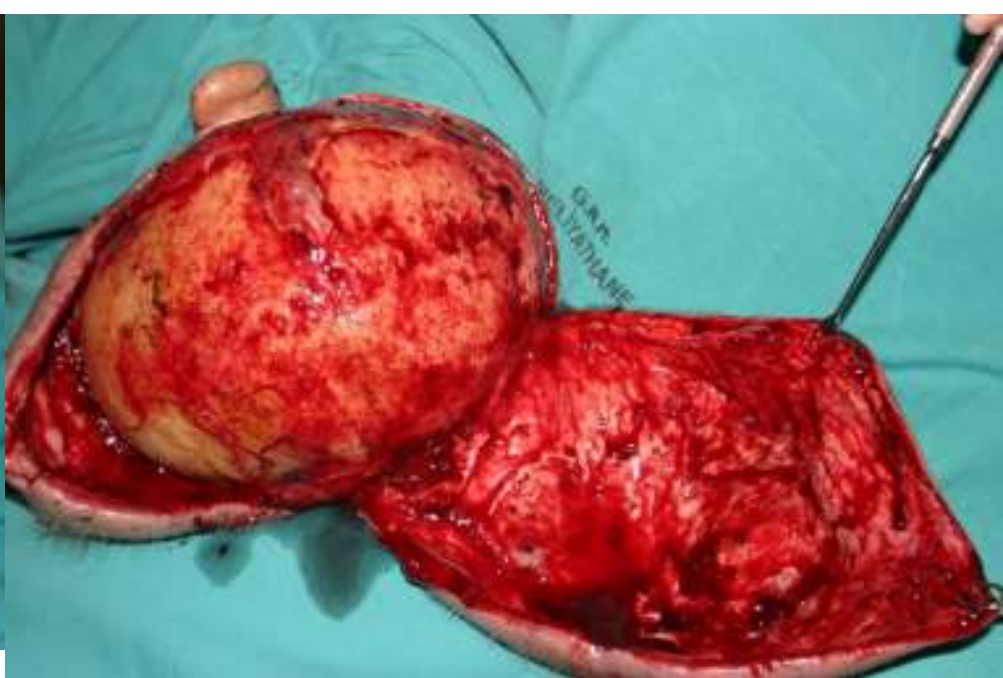
TANI : NEKROTİZAN İLTİHABİ OLAY, cilt ve cilt altı kas dokusu, eksizyonel
biyopsi materyali.

Dr.Sıray ERTEN
Dip. Tes. No: 139876

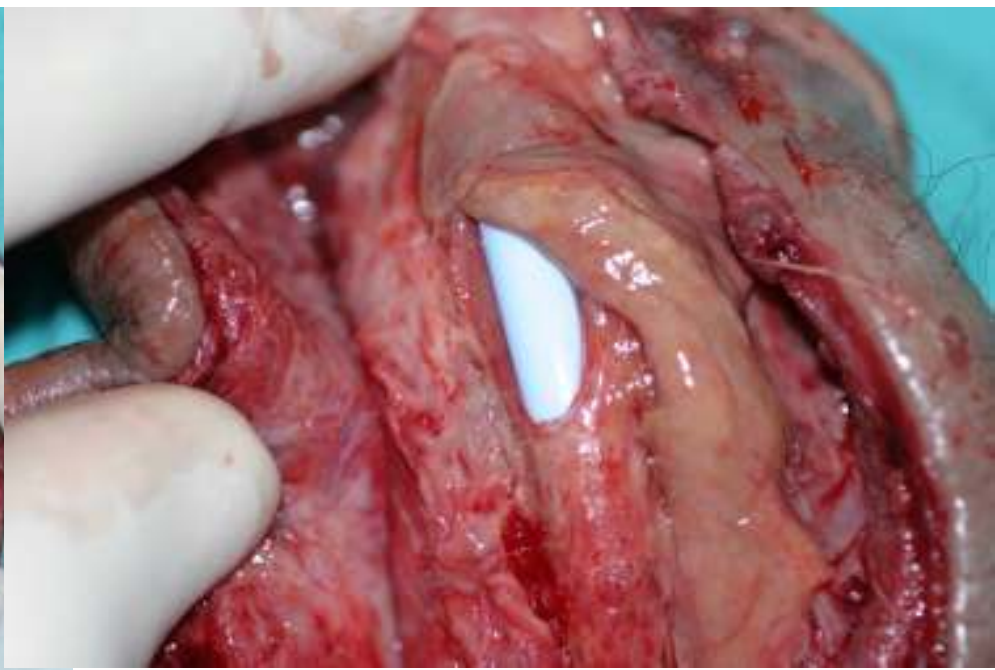
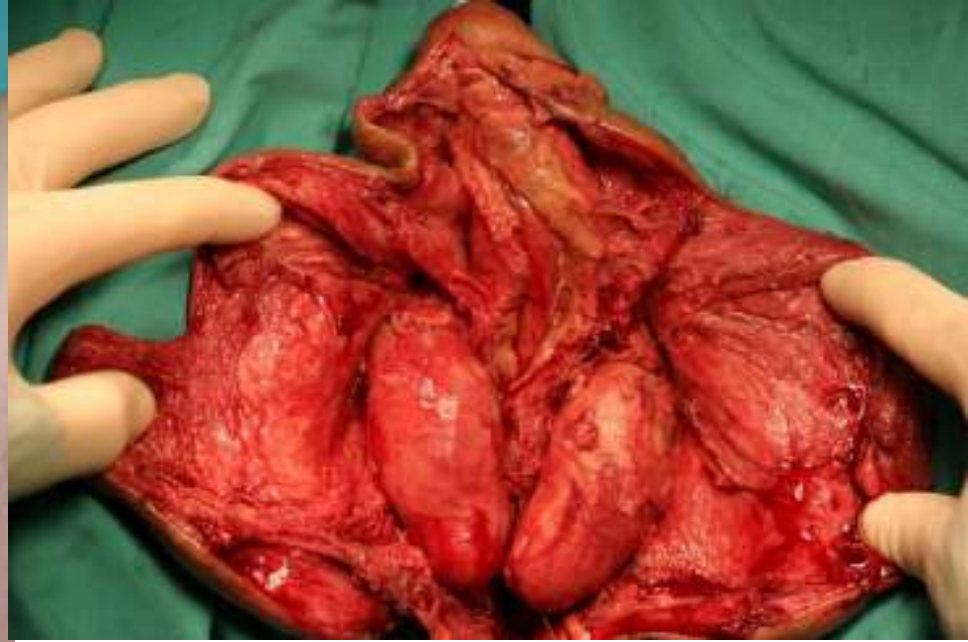
Prof.Dr. TURHAN OKTEN
Dip. Tes. No: 22336









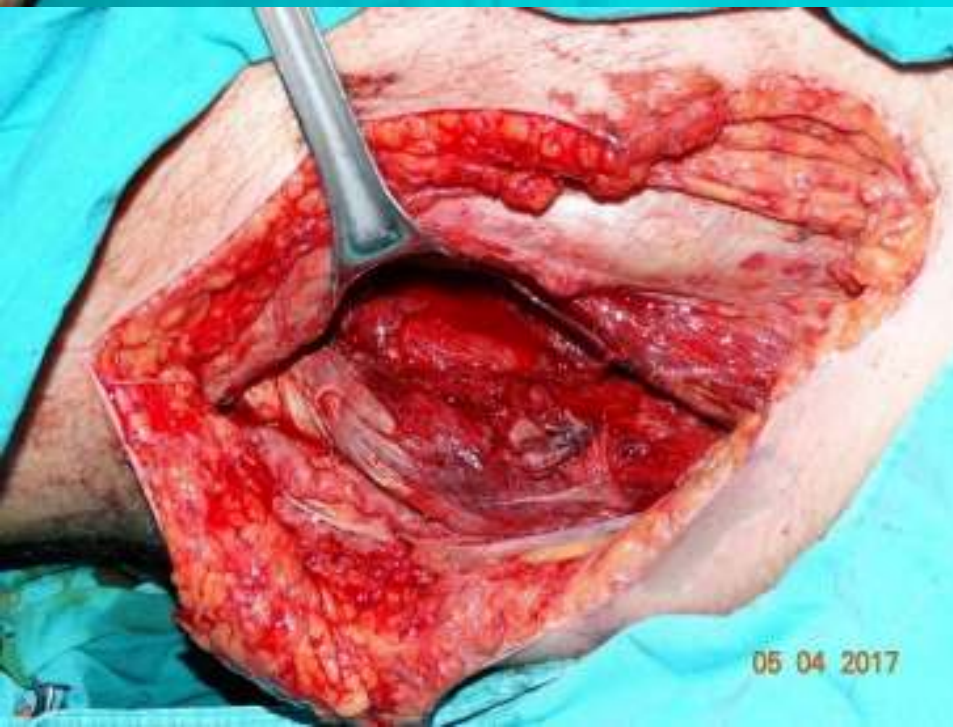












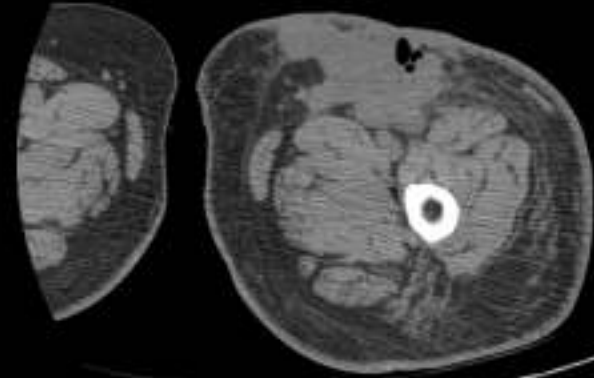


Hasta Adı Soyadı : Rüşan Alay
İşlem Adı : Yüzeysel Doku US
İstenen Gerekçesi : Uyluk iç yüzünde akıntı
Tarih : 29 Nisan 2018 Pazar

Sol uyluk iç yüzünde proksimalde cilt altında ~8x5 cm boyutlarında içerisinde gaz ekoları izlenen ve yer yer doppler bakıda vaskülaritenin izlendiği görünüm izlendi. (Abses?, Nekrotizan kitle?)

Dr. Muhammet İNCE

27.04.2018, 22:48:21
Gantry: 0°
Time: 843 ms
Kest: 1,25 mm
Couch: -361,6
Pos: FFS
ALAY*RUSAN***
FoV: 344 mm



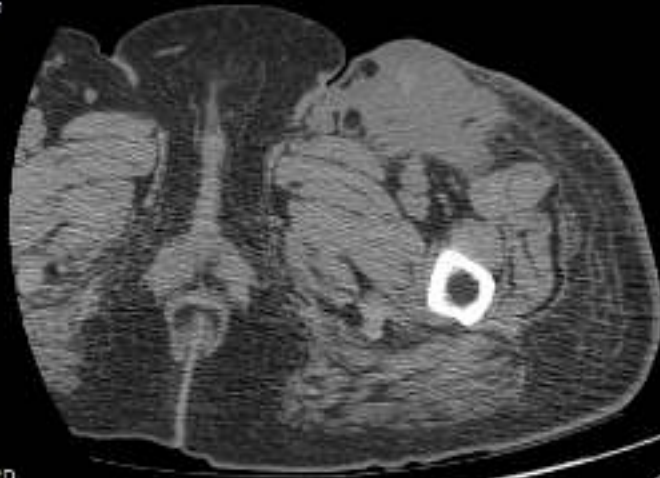
F: STANDARD
438 mA
120 kV
Series: 3
Image no: 171
Toplam 388 görüntüden 171.

27.04.2018, 22:48:21
Gantry: 0°
Time: 843 ms
Kest: 1,25 mm
Couch: -316,6
Pos: FFS
ALAY*RUSAN***
FoV: 344 mm

Cekildi
C: 45,0, W: 450,0
Mediasten 4/3

Cekildi
C: 45,0, W: 450,0
Mediasten 4/3

Time: 843 ms
Kest: 1,25 mm
Couch: -304
Pos: FFS
ALAY*RUSAN***
FoV: 344 mm

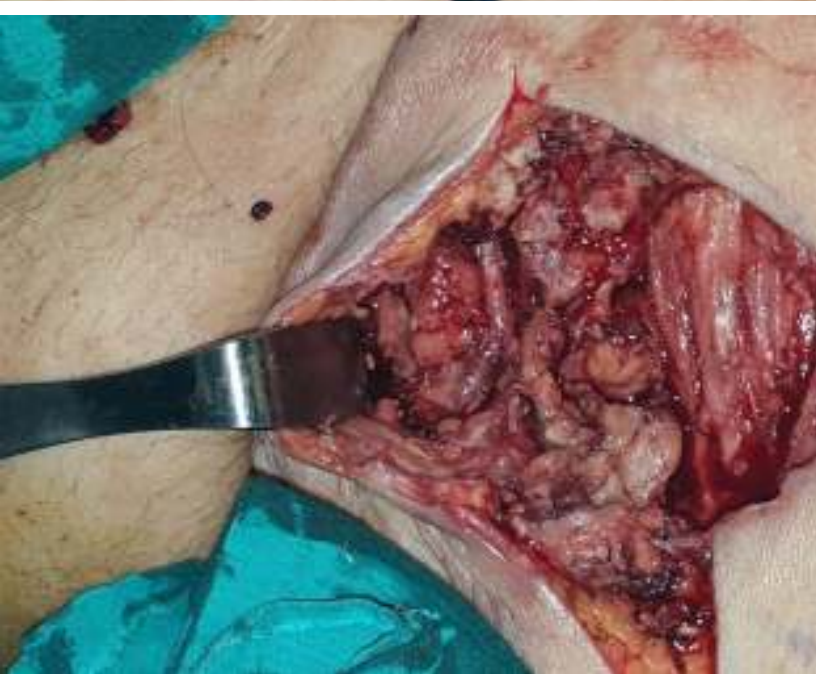


F: STANDARD
438 mA
120 kV
Series: 3
Image no: 133
Toplam 388 görüntüden 133.

F: STANDARD
438 mA
120 kV
Series: 3
Image no: 143
Toplam 388 görüntüden 143.

Cekildi
C: 45,0, W: 450,0
Mediasten 4/3

Cekildi
C: 45,0, W: 450,0
Mediasten 4/3



**“B”
HÜCRELİ
LENFOMA**

**KAYBETTİĞİM
HASTALARIM**



AMPUTASYONLAR %16



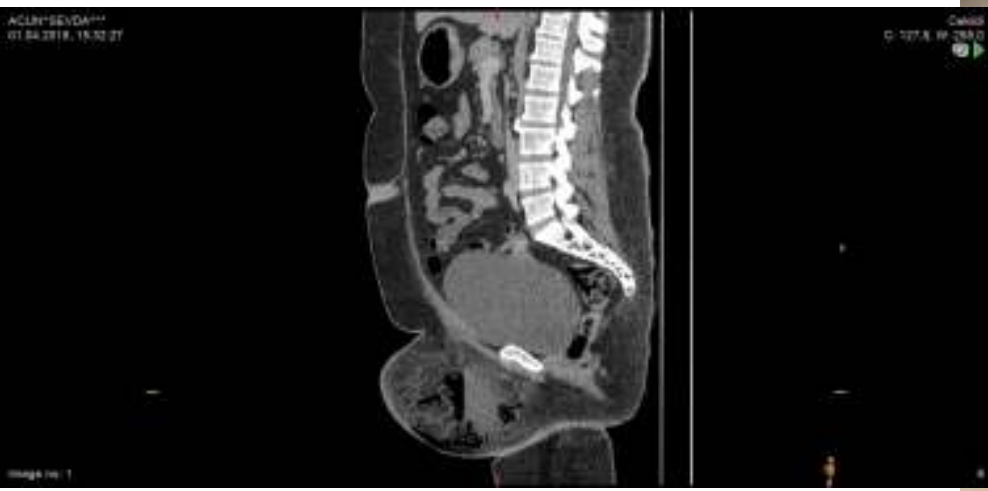


01.04.2018, 15:32:27
Gantry: 0°
Time: 500 ms
Kest: 1 mm
Couch: 416
Pos: FFS
ACUN SEVDA
FoV: 505.869 mm



F: FC18
333 mA
120 kV
Series: 3
Image no: 521
Toplam 683 görüntüden 521.

Cekildi
C: 40.0, W: 400.0
C=40.0, W=400.0 1/8



ACUN SEVDA***
01.04.2018, 15:32:27

Cekildi
C: 107.5, W: 254.0

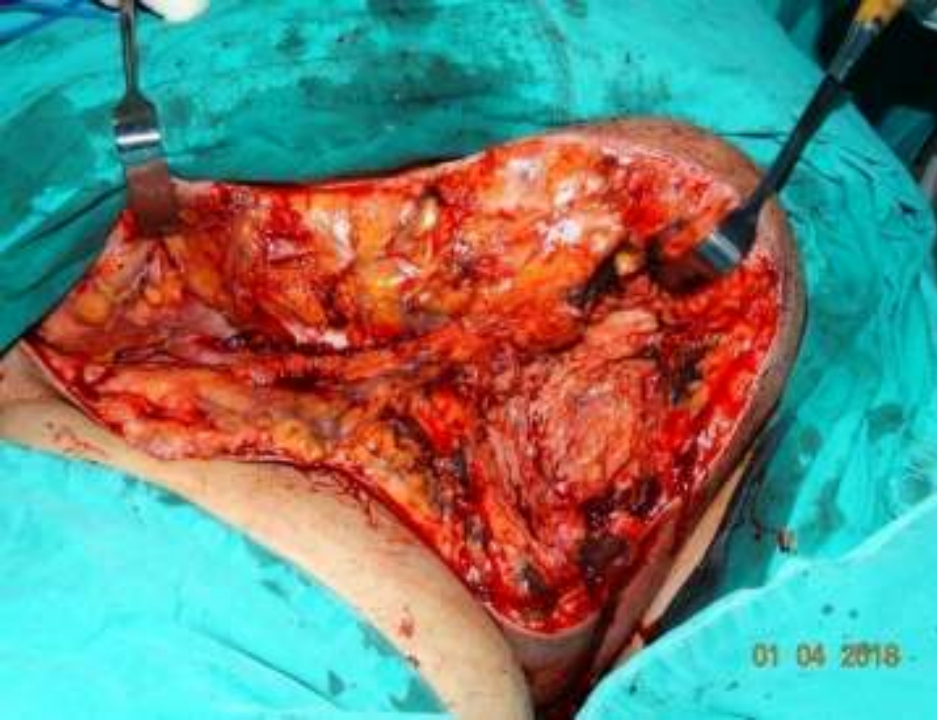
Image no: 1



01 04 2018

LRINEC SCORE
> 10

**BULAŞIK SUYU
MANZARASINDA
KISMEN HEMORAJİK
PİS KOKULU SIVI
PÜY YOK!!!!**



T.C. ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI
PATOLOJİ RAPORU

PATOLOJİ NO	B - 6520 - 2018	HASTANIN DOKTORU	ARŞ. GÖR. EMRE ÖZENALP
ADI SOYADI	SEVDA ACUN	GÖNDEREN BÖLÜM	ACİL TIP
YAŞI/CİNSİYETİ	37 / K	LAB.GELİŞ TARİHİ	02.04.2018
DOSYA NO	2596578856	RAPOR TARİHİ	18.04.2018
BAŞVURU/TAKİP NO	2020ZC1 / 01.04.2018	ESKİ BİYOPSİ NO	

KLİNİK BİLGİ:
PATOLOJİDE BAKTERİ TARAMASI YAPILMASI RICA OLUNUR

MAKROSKOPİ:
Yumuşak doku kayıtlı pozet içerisinde parçaları olarak gönderilen deri-deri altı dokular toplamca 13x4x6 cm ölçülerindedir. Yer yer normal görünümünde deri alanları, yer yer siyah renkli nekrotik görünümünde deri alanları mevcuttur. Farklı alanlarından alınan parçalar 3 kasette takibe alındı. İ/ı/gb/em/zd/04

İMMÜNOHİSTOKİMYA/HİSTOKİMYA: Hastaya 1 adet Histokimya GMS ile mantar mikroorganizması izlenmedi. Yer yer bakterel kümeleri görüldü. Kültür ile beydi deildir.

TANI:
SÜPÜRATİF İLTHABİ OLAY, DERİ-DERİ ALTI DOKULAR, SUPRAPUBİK BÖLGE, DEBRİTMAN MATERYALI

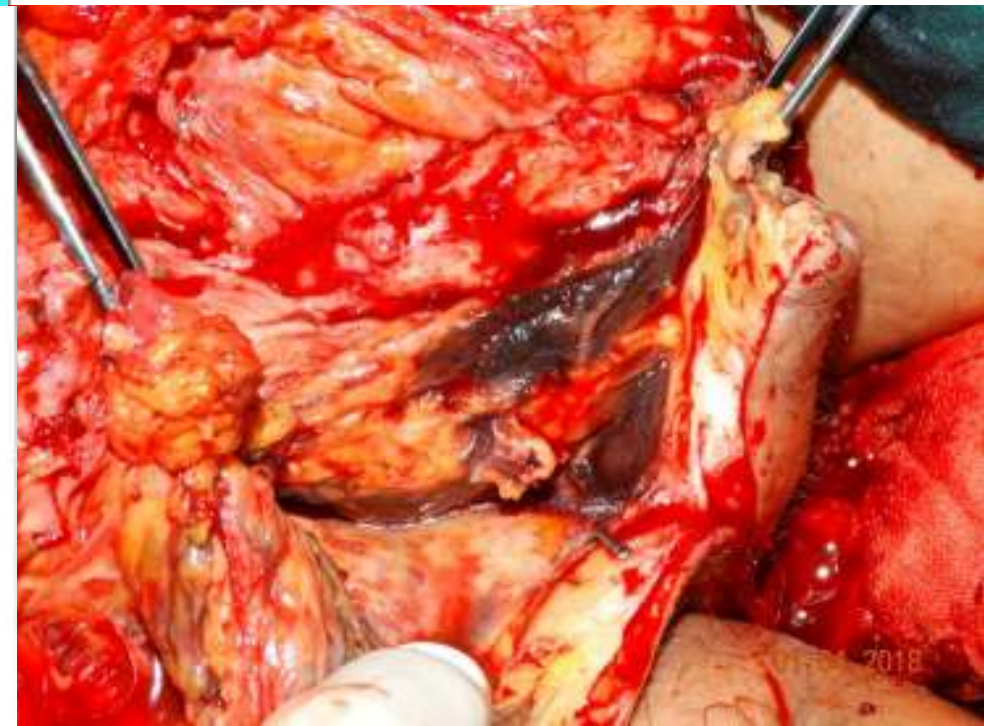
T.C. ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI
PATOLOJİ RAPORU

PATOLOJİ NO	B - 6594 - 2018	HASTANIN DOKTORU	ARŞ. GÖR. ECE NUR DURSUN
ADI SOYADI	SEVDA ACUN	GÖNDEREN BÖLÜM	ACİL TIP
YAŞI/CİNSİYETİ	37 / K	LAB.GELİŞ TARİHİ	02.04.2018
DOSYA NO	2596578856	RAPOR TARİHİ	24.04.2018
BAŞVURU/TAKİP NO	214FVA4 / 01.04.2018	ESKİ BİYOPSİ NO	

KLİNİK BİLGİ:
NEKROTİZAN FASİT, DEBRİTMAN MATERYALI

MAKROSKOPİ:
Kayıtsız pozet içerisinde gönderilen toplamca 10x10x4 cm ölçülerinde deri-deri altı dokulardır. Deri yer yer normal görünümünde yer yer ise sarı bordo renkli alanları içermektedir. Alınan parçalar 3 kasette takibe alındı. İ/ı/gb/em/zd/04

TANI:
SÜPÜRATİF İLTHABİ OLAY, DERİ-DERİ ALTI DOKULAR, PUBİK BÖLGE, DEBRİTMAN MATERYALI





T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
MERKEZ LABORATUVARI
BAKTERİYOLOJİ BİRİMİ



Istem No	: M1430-704	Tarih ve Saat	06.04.2018 / 14:54:55	Sayfa	: 1
Hasta Dosya Numarası	: 2596578856	Istek Durumu	: Normal		
Hastanın Adı Soyadı	: SEVDA ACUN	Cinsiyeti	: K	Yaş	: 37
Bölüm Adı	: ANESTEZİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ	Doğum Tarihi	: 06.01.1981		
Istemi Yapan Doktor	: MURAD MUSAYEV	Poliklinik / Klinik	: Klinik		
Çıkan Test Grupları	: BAKTERİYOLOJİ	Sevk Tarihi	: 01.04.2018	Sevk Sıra	: 4
HBYS Kayıt Tar.Saati	: 01.04.2018 / 19:55:09	Numune Alma Tar ve Saat	: 01.04.2018 / 19:58:01		
Lab. Kabul Tar ve Saat	: 01.04.2018 / 20:04:00	Onay Tar ve Saat	: 05.04.2018 / 14:53:03		
Istem Notu	:				

Örnek No : 17053617
BAKTERİYOLOJİ

Örnek Tipi : ANAEROP KÜLTÜR

ISTENEN TETKİK : ANAEROP KÜLTÜR
İNCELEME ÖRNEĞİ : ANAEROP KÜLTÜR
İŞLEM TİPİ :
SONUC :
FUSOBACTERIUM NUCLEATUM VE CLOSTRIDIUM PP. ÜREDİ.



MERKEZ LABORATUVARI
BAKTERİYOLOJİ BİRİMİ

Istem No	: M1430-704	Tarih ve Saat	10.04.2018 / 15:25:17	Sayfa	: 1
Hasta Dosya Numarası	: 2596578856	Istek Durumu	: Normal		
Hastanın Adı Soyadı	: SEVDA ACUN	Cinsiyeti	: K	Yaş	: 37
Bölüm Adı	: ANESTEZİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ	Doğum Tarihi	: 06.01.1981		
Istemi Yapan Doktor	: MURAD MUSAYEV	Poliklinik / Klinik	: Klinik		
Çıkan Test Grupları	: BAKTERİYOLOJİ	Sevk Tarihi	: 01.04.2018	Sevk Sıra	: 4
HBYS Kayıt Tar.Saati	: 01.04.2018 / 19:55:09	Numune Alma Tar ve Saat	: 01.04.2018 / 20:03:32		
Lab. Kabul Tar ve Saat	: 01.04.2018 / 20:04:00	Onay Tar ve Saat	: 01.04.2018 / 20:24:19		
Istem Notu	:				

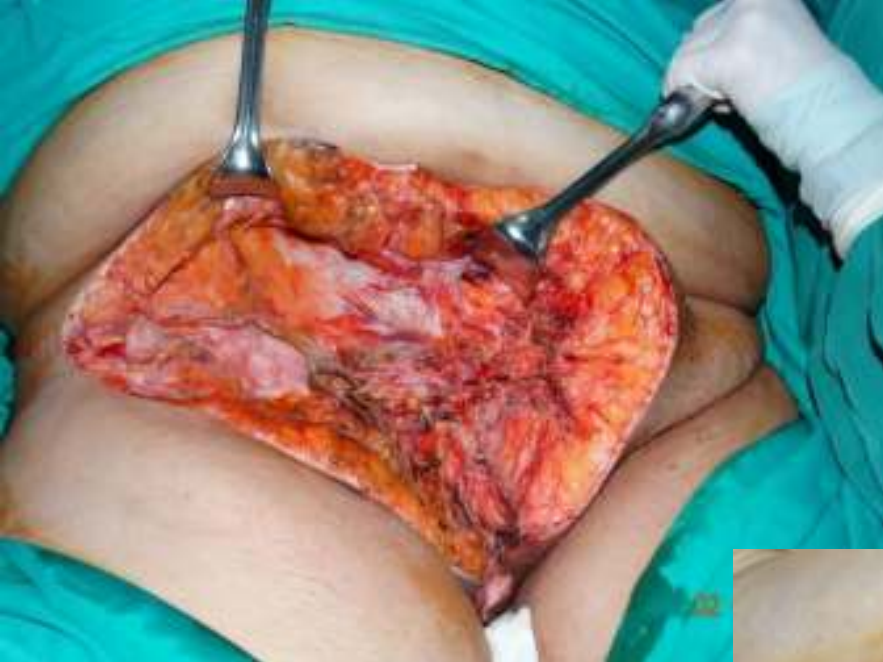
Örnek No : 55889059
BAKTERİYOLOJİ

Örnek Tipi : DOKU

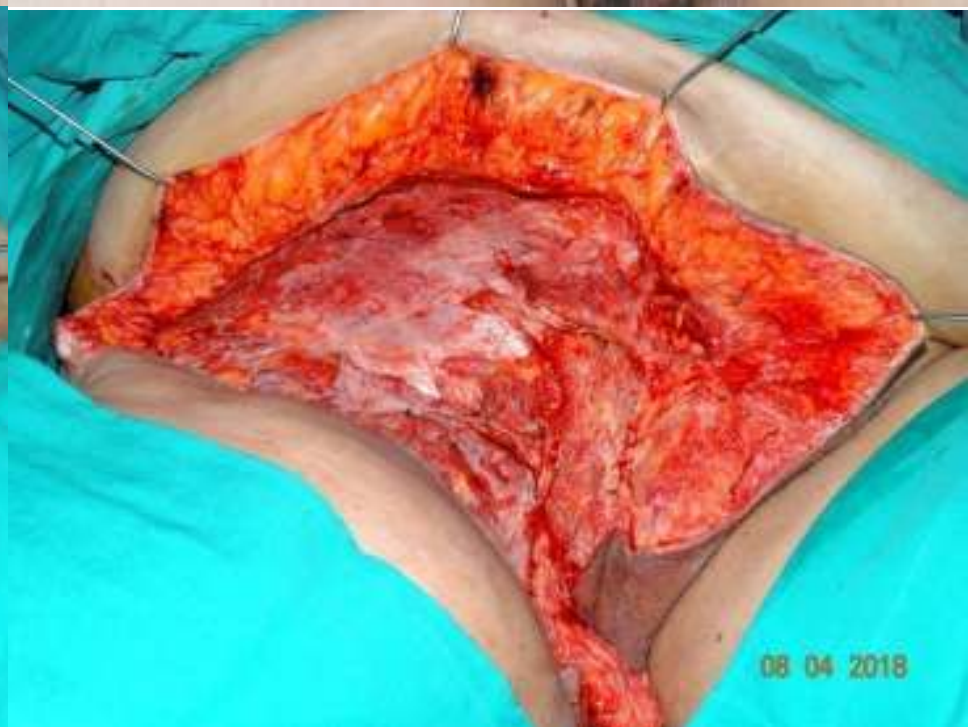
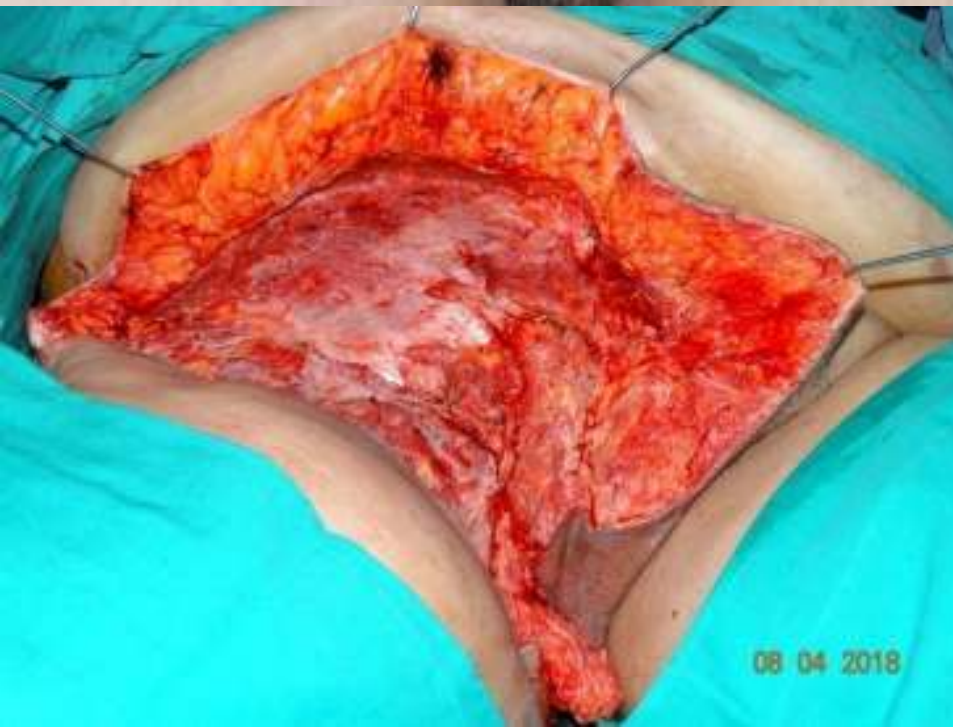
ISTENEN TETKİK : 7211521
İNCELEME ÖRNEĞİ :
İŞLEM TİPİ :
SONUC :
BOL PNL, AZ PNL VE BOL GRAM NEGATİF BASİL, AZ GRAM POZİTİF KOK, BOL GRAM POZİTİF
BASİL GÖRÜLDÜ.





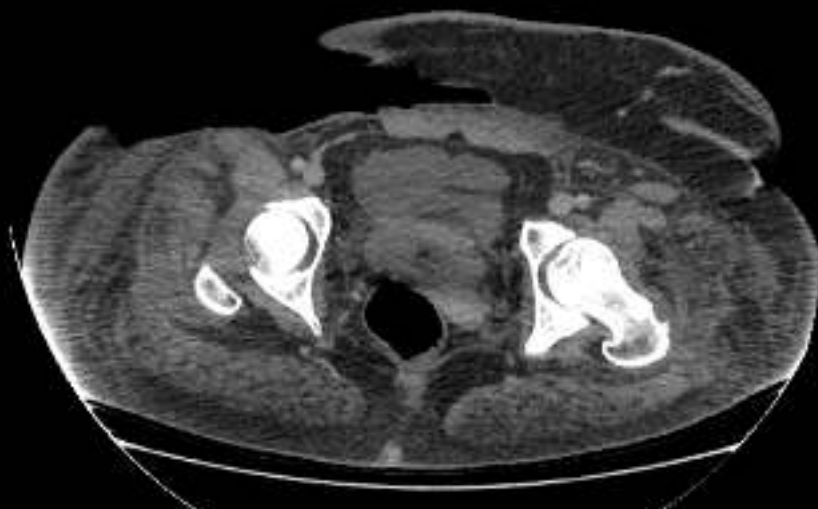






07.04.2018, 14:15:19
Contrast: CE
Gantry: 0°
Time: 500 ms
Kest: 1 mm
Couch: 612,8
Pos: FFS
ACUN SEVDA
FoV: 476,662 mm

Cekildi
C: 75,0, W: 459,2
C=40,0, W=400,0 * 1/8
↓

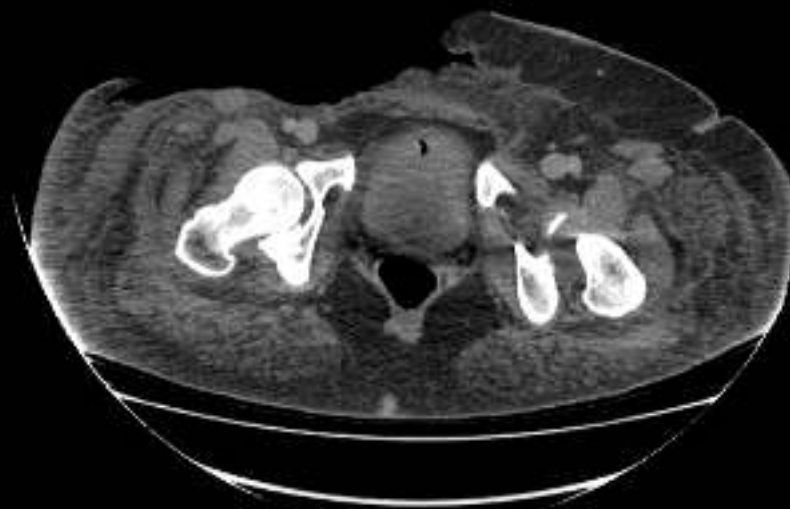


1/2

F: FC08
431 mA
120 kV
Series: 5
Image no: 627
Toplam 813 görüntüden 627.

07.04.2018, 14:15:19
Contrast: CE
Gantry: 0°
Time: 500 ms
Kest: 1 mm
Couch: 628,8
Pos: FFS
ACUN SEVDA
FoV: 476,662 mm

Cekildi
C: 75,0, W: 459,2
C=40,0, W=400,0 * 1/8
↓



1/2

F: FC08
411 mA
120 kV
Series: 5
Image no: 640
Toplam 813 görüntüden 640





T.C. ERÇİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI

PATOLOJİ RAPORU

PATOLOJİ NO	B - 7476 - 2018	HASTANIN DOKTORU	ARŞ. GÖR. ERMAN MENEKŞE
ADI SOYADI	SEVDA ACUN	GÖNDEREN BÖLÜM	ACİL TIP
YAŞ/CEHŞİYETİ	37 / K.	LAB.GELİŞ TARİHİ	13.04.2018
DOSYA NO	2596578856	RAPOR TARİHİ	18.04.2018
BAŞVURU/TAKİP NO	ZİRDYZ1 / 01.04.2018	ESKİ BİYOPSİ NO	

KLİNİK BİLGİ:

DEBRİTMAN MATERYALI

MAKROSKOPİ:

Kayıtlı poşette gönderilen topluca 7x4,5x2,5 cm ölçülerinde parçak yamşak dokulardır. Alınan parçalar 2 kasette tekibe alındı.

EM/BS/FS/ÇK

TANI:

SÜPÜRATİF İLTİHABİ OLAY, FİBROADİPÖZ DOKU, DEBRİTMAN MATERYALI



**21 Gün Sonra
Exitus Oldu
4 Gün Geç Geldi!!**



T.C. ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI

PATOLOJİ RAPORU

PATOLOJİ NO **B - 7691 - 2018**
ADI SOYADI **SEVDA ACUN**
YAŞ/İNSANİYETİ **37 / K**
DOSYA NO **2596578856**
BAŞVURU/TAKİP NO **2102K21 / 01.04.2018**

HASTANIN DOKTORU **ARŞ. GÖR. GÖÇME ARYOL**
GÖNDEREN BÖLÜM **ACİL TIP**
LAB. GELİŞ TARİHİ **17.04.2018**
RAPOR TARİHİ **27.04.2018**
EŞİĞİ BİYOPSİ NO

KLİNİK BİLGİ:
NEKROTIZÖN DEBRİDMAN MATERYALI

MAKROSKOPİ:
Naytsız poşet içerisinde gönderilen 4.5x1.5x1 cm ölçülerinde deri-deri altı dokusu eksizyon materyalidir. Alınan parçalar 2 kezette takibe alındı. e3/ene/bs/20/04

TANI:
KRONİK İNFLAMASYON VE FİBROZİS, ABDOMEN DERİSİ, EKSIZYONEL BİYOPSİSİ

12. Gün Geldi



T.C. ERZİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI
PATOLOJİ RAPORU

PATOLOJİ NO	B - 7982 - 2018	HASTANIN DOKTORU	ARŞ. GÖR. ECE NUR DURSUN
ADI SOYADI	HAMŞO HAC HALİL	GÖNDEREN BÖLÜM	ANESTEZİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ
YAŞ/CİNSİYETİ	54 / E	LAB.GELİŞ TARİHİ	20.04.2018
DOSYA NO	9580937848	RAPOR TARİHİ	26.04.2018
BASVURU/TANIŞ NO	2403FGL / 19.04.2018	ESKİ BİYOPSİ NO	

KLİNİK BİLGİ:

NEKROTİZAN YUMUSAK DOKU ENFEKSİYONU NEKROTİZAN TASTI

MAKROSKOPİ:

- A- 1 kayıtlı poşette gönderilen 8x4x2 cm ölçülerinde deri-deri altı dokudur, deri yüzeyi siyah nekrotizan görünümündedir, alınan 2 parça A1,2 kasetinde takibe alındı.
B- İki kayıtlı poşette gönderilen 18x10x1 cm ölçülerinde fibroadipöz doku, farklı yerlerden alınan 2 parça B1,2 kasetinde takibe alındı.
C- Üç kayıtlı poşette gönderilen parçak halde gönderilmiş büyüğü 8x2x2 cm, küçüğü 1x1x1 cm ölçülerinde deri-deri altı dokulardır, siyah renkli koyu renkli deri parçasından alınan 2 parça C1,2 kasetinde takibe alındı.
D- Dört kayıtlı poşette gönderilen 3 adet doku parçasıdır, toplam 4x3x1 cm ölçülerinde 3 adet doku parçasıdır, deri-deri altı dokulardır, alınan 2 parça D1,2 kasetinde takibe alındı.
E- 5 kayıtlı poşette gönderilen toplam 10x10x3 cm ölçülerinde deri-deri altı dokulardır, alınan 2 parça E1,E2 nolu kasetinde takibe alındı. F1/EM/ÜB/DPT/NT

TANI:

AKUT NEKROTİZAN İNFLAMASYON, 1,2,3,4,5 KAYITLI, SOL UYLUK BÖLGESİ EKSIZYONEL BİYOPSİLERİ





T.C. ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI
PATOLOJİ RAPORU

PATOLOJİ NO	B - 8177 - 2018	HASTANIN DOKTORU	ARŞ. GÖR. GÖZDE AKYOL
AD SOYADI	HAMŞO HAC HALİL	GÖNDEREN BÖLÜM	ANESTEZİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ
YAŞI/CİNSİYETİ	54 / E	LAB.GELİŞ TARİHİ	25.04.2018
DOSYA NO	9580997848	RAPOR TARİHİ	27.04.2018
BAŞVURU/TAMİF NO	ZİC03FGL / 19/04.2018	ESKİ BİYOPSİ NO	

KLİNİK BİLGİ:
DEBRİJMAN MATERYALI

MAKROSKOPİ:
Kayıtsız poşette gönderilen toplam 22x15x5 cm ölçülerinde deri- deri altı dokulandır, deri altı alanlar yer yer siyah renkli nekrotik? inflamasyon alanları izlenmekte, bu alanlar içerecek şekilde alınan 3 parça 3 kasette takibe alındı.
FK/EM/ÜB/CPT/NT

TANI:
NEKROTİZAN FASİLİT, SOL UYLUK ANTERİOR BÖLGESİ, EKSIZYONEL BİYOPSİSİ





T.C. ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI
PATOLOJİ RAPORU

PATOLOJİ NO	B - 8281 - 2018	HASTANIN DOKTORU	ARŞ. GÖR. GÖZDE AKYOL
ADI SOYADI	HAMŞO HAC HALİL	GÖNDEREN BÖLÜM	ANESTEZİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ
YAŞ/CİNSİYETİ	54 / E	LAB. GELİŞ TARİHİ	26.04.2018
DOSYA NO	9580997848	RAPOR TARİHİ	27.04.2018
BAŞVURU/TAKİP NO	ZJ03FGL / 19.04.2018	ESKİ BİYOPSİ NO	

KLİNİK BİLGİ:
DEBRİDMAN MATERYALİ

MAKROSKOPİ:
Kayıtsız poyette gönderilen topluca 9x7x4 cm ölçülerinde yumuşak kıvamlı doku parçalarıdır, dokulardan bir kısmının yüzeğinde deri dokusu izlenmekte olup inflamme görünümündedir, alınan 3 parça 3 kasette takibe alındı. E/EM/ÜB/DPT/50

TANI:
NEKROTİZAN FASİT, SOL UYLUK ANTERİOR BÖLGESİ, EKSIZYONEL BİYOPSİSİ





T.C. ERÇİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI

PATOLOJİ RAPORU

PATOLOJİ NO:	B - 8477 - 2018	HASTANIN DOKTORU:	ARŞ. GÖR. EMRE ŞAHBAZ
ADI SOYADI:	HAMŞO HAC HALİL	GÖNDEREN BÖLÜM:	ANESTEZİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ
YAŞI/ÖNSİYETİ:	54 / E	LAB.GEÜŞ TARİHİ:	27.04.2018
DOSYA NO:	9580997848	RAPOR TARİHİ:	03.05.2018
BAYIRU/TAKİP NO:	3103FQL / 19.04.2018	ESKİ BİYOPSİ NO:	

KLİNİK BİLGİ:
NEKROTİZANFASİT?

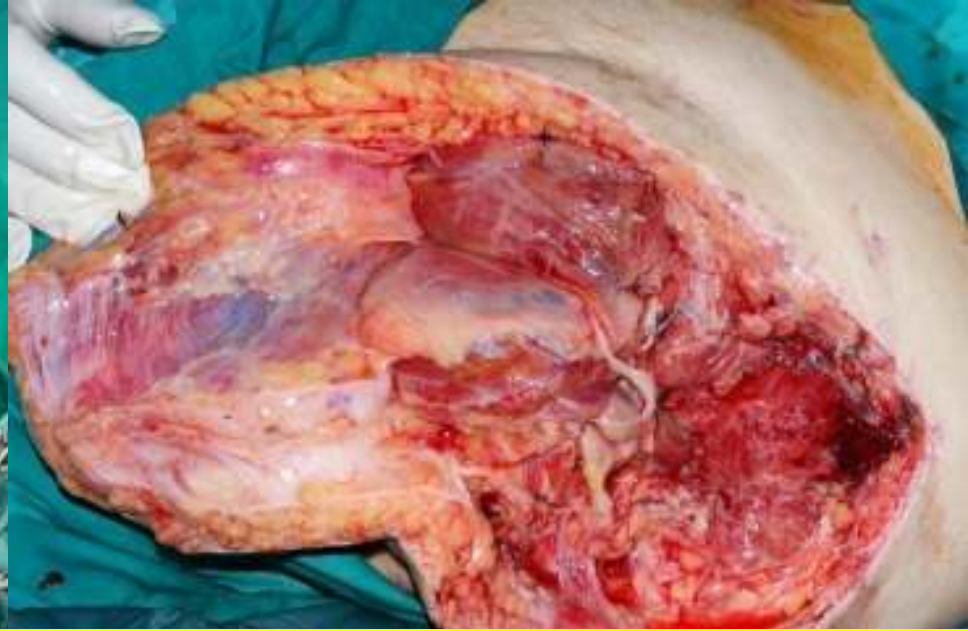
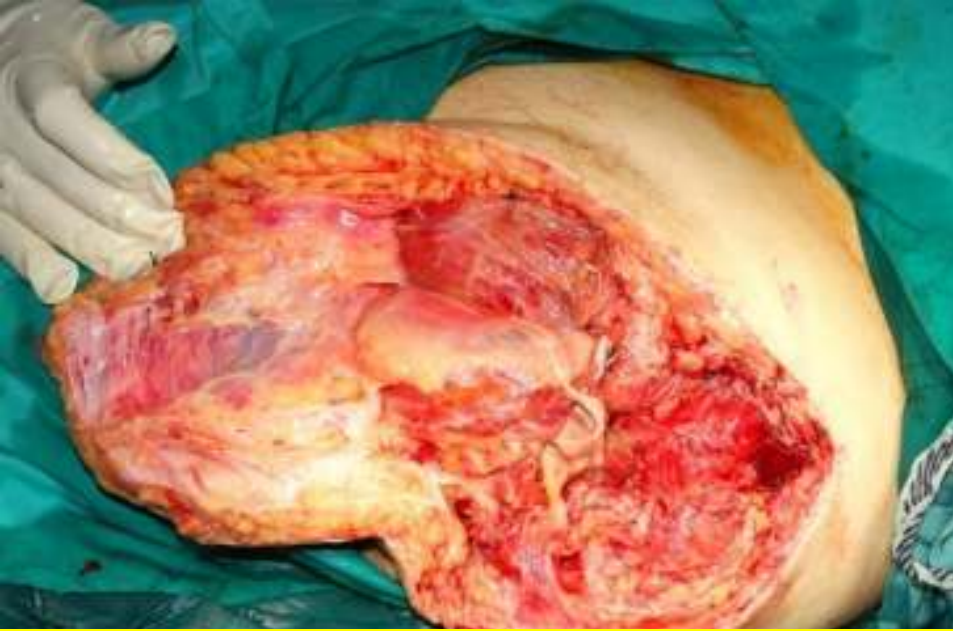
MAKROSKOPİ:

Kayıtsız poşet içerisinde gönderiler 76 cm uzunluğunda amputasyon materyalidir. Femur başı ve ayak izlenmektedir. Sol ayağa aktır. 5 adet parmak yapısı vardır. Ayaktan proksimale doğru 20. cm den itibaren başlayan 34 cm lik alanda insizyon vardır. Daha yukarı sağmenierde femur başından aşağı doğru 4.5. cm lik yegmentte deri bütünlüğü bozulmuştur. Bu alanlarda yer yer MBÜ kokulu pürülan materyaller gözlenmektedir. Bu alanlarda deri bütünlüğü yoktur. A,B,C- Nekrotik ve kanamalı olan dış etilemi çenesindeki alanlardan alınan parçalar 3 kasette takibe alındı. C- Damar yapılarından alınan parçalar lümenal arter ve vonden akan parçalar 1 kasette takibe alındı. G,L,F- Sol ayak anterior bölgesinde 10x5x2 cm lik alanda kas dokusu içinde kanamalı alanlar görüldü. Bu alanlardan alınan parçalar 3 kasette takibe alındı. e/ım/tst/zt/ak

TANI:

- 1- KRONİK AKTİF NEKROTİZAN İLTIHABİ OLAY, SOL BACAK
- 2- SOL KALÇA DEZARTİKÜLASYON MATERYALİ





AMPUTASYON-12+10. GÜN EXITUS YETERSİZ VE UYGUN OLMAYAN CERRAHİ MÜDAHALE!!

T.C. ERCHES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK YHULLAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI
PATOLOJİ RAPORU

PATOLOJİ NO	B-8555 - 2018	HASTANIN DOKTÖRÜ	A.Ş. GÖR. EMRE SAHBAZ
ADI SOYADI	HAMİŞO HAC HALİL	GÖNDEREN BÖLÜM	ANESTEZİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ
YAŞ/İNSİFETİ	54 / E	LABORATUVAR TARİHİ	30.04.2018
DOĞUM NO	9580297848	RAPOR TARİHİ	07.05.2018
BİŞMURLUYAKIP NO	3103151 / 10.04.2018	ESKİ BİYOPSİ NO	

KLİNİK BİLGİ:

MAKROSKOPİ:

Kaytarı peyret işerisinde gönderilen 2 adet dokudan biriyi 11x6x5 cm ölçülerinde olup izlenimle deri dokusu bulunmaktadı. Deri dokuların yağ dokudan zengin bölyeği 2cm, küpüğü 3x2x2 cm ölçülerindedir. Dokuların yer yer aritirli alanları izlenir. Dokudan alınan parçalar 5 kesitte taktik alındı. T1/b1/g1/b2/g1/b1

TANI:

KRONİK AKTİF NEKROTİZAN İLTİHABİ OLAY, SOL KAYITLI DEBRİTMAN MATERYALI



TEŞEKKÜR
EDERİM