

FASCIITE NECROZANTE ODONTOGENE

G. Melian, D. Gogălniceanu, Carmen Vicol, Otilia Lupașcu, M. Ciofu
Clinica de Chirurgie Orală și Maxilo-Facială Spitalul „Sf. Spiridon” Iași
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” Iași

ODONTOGENIC NECROTIZING FASCIITIS (Abstract): Necrotizing fasciitis is a severe group A β -hemolytic streptococcus infection that leads to necrosis of the subcutaneous tissue, adjacent fascia and blood vessels. It is a rare, rapidly progressing condition, with a poor prognosis and a mortality rate as high as 74%. Over a period of 11 years, 4616 with odontogenic infections were admitted to O.M.F. Surgery Department of Iași. Out of these 4616 patients, we established the necrotizing fasciitis diagnosis just in 4 cases. Treatment must be immediately initiated consisting in oro-tracheal intubation, cardiovascular monitoring, antibiotherapy, large surgical debridement and excision of necrotic tissue, hyperbaric oxygen therapy. After acute inflammation resolution, skin surgical reconstruction is needed.

KEY WORDS: NECROTIZING FASCIITIS, ODONTOGENIC INFECTIONS

Correspondență: Dr. G. Melian, Clinica Chirurgie O.M.F., Spitalul „Sf. Spiridon” Iași, Bd. Independenței, nr. 1, 700111

INTRODUCERE

Fasciita necrozantă este o infecție cu streptococ β -hemolitic din grupa A, ce determină necroza fasciei, a țesutului subcutanat și a vaselor sanguine. Are o evoluție rapidă și o rată înaltă de mortalitate (74% - după Gillen, 1995) [1].

MATERIAL ȘI METODĂ

Într-o perioadă de 11 ani (1994 - 2004) în Clinica de Chirurgie Orală și Maxilo-Facială Iași, au fost spitalizați 4616 bolnavi cu supurații odontogene cu localizări diferite orale și cervico faciale.

În 4 cazuri (0,08%) s-a stabilit diagnosticul de fasciită necrozantă:

- la 3 bolnavi localizarea a fost la nivelul capului și gâtului cu punct de plecare odontogen (parodontită apicală acută supurată),
- la 1 bolnav localizarea a fost pe scalp și peretele anterior al toracelui, consecutiv autoinjectării subcutanată de motorină.

La acești bolnavi s-a aplicat algoritmul terapeutic mai sus prezentat. Trei dintre ei s-au externat vindecați după o spitalizare cu o durată medie de 21 zile. La o bolnavă decesul a survenit în urma șocului toxico-septic.

În continuare vă prezentăm 2 cazuri clinice de fasciite necrozante odontogene:

Obs. 1: Bărbat în vârstă de 56 ani din mediul rural, a fost internat la data de 10 octombrie 1996. cu diagnosticul *Fasciită necrozantă latero-cervicală bilaterală, cervicală anterioară și toracică anterioară, consecutiv unei parodontite apicale acute supurate 46 (extracție în puseu acut); epilepsie de tip grand-mal*. Boala a debutat prin simptome de parodontită apicală acută supurată la 46 și tumefierea regiunii submandibulare drepte, pentru care pacientului i s-a practicat extracția dintelui de către o persoană necalificată. În următoarele 2 zile se instalează edem accentuat la nivelul gâtului și a peretelui anterior al toracelui, cu zone de necroză cutanată, stare febrilă - 38,2° C (Fig. 1A).

Tratamentul de urgență a constat în: excizia țesuturilor necrozate, debridări largi, drenajul spațiilor și lojelor gâtului și peretelui anterior al toracelui; spălături cu soluții antiseptice, antibioterapie (Ceftriaxon 4 g /zi, Gentamicină 1,6 mg și Metronidazol 2 g/zi) conform antibiogrammei și reechilibrare hidroelectrolitică, nutriție pe cale enterală și parenterală. Germenii izolați și identificați au fost Streptococi α și β hemolitici, *Escherichia coli*.

După dispariția fenomenelor inflamatorii acute locale zonele denudate (Fig. 1B) au fost acoperite cu lambouri cutanate de vecinătate. Bolnavul a fost externat vindecat după 21 zile de spitalizare.



Fig. 1: Fasciită necrozantă latero-cervicală bilaterală, cervicală anterioară și toracică anterioară, consecutiv parodontită apicală acută supurată: A – aspect la internare, B – înainte de plastic

Obs. 2: Femeie, 50 ani, din mediul urban internată la data de 27 iulie 2003 cu diagnosticul: *Fasciită necrozantă cervicală anterioară și perete toracic anterior consecutiv parodontită apicală acută supurată 48; poliartrită reumatoidă.*



Fig. 2: Fasciită necrozantă cervicală anterioară și perete toracic anterior consecutiv parodontită apicală acută supurată 48; poliartrită reumatoidă: A – aspect la internare, B – înainte de plastic

Debutul bolii a fost pe 24 iulie 2003, cu simptomatologie de parodontită apicală acută supurată 48 și tumefierea și congestia tegumentelor din regiunile submandibulară, maseterină dreaptă, cervicală anterioară și toracală anterioară. Submandibular drept și pe toracele anterior jumătatea superioară

existau zone extinse de necroză a pielii (Fig. 2A). Prezenta subfebrilitate ($37,6^{\circ}\text{C}$), T.A. = 90/60 mm Hg, puls 70/min.

Examenle de laborator au evidențiat: Hb=8,3 g/dl, Ht=27,9%, Tr=564000/mm³, leucocite=16700/mm³ (81% neutrofile), Na=135 mmol/l, K=3,4 mmol/l.

S-a instituit tratamentul de urgență: excizia zonelor de necroză și debridări extinse (Fig. 2B), antibioterapie (Tienam 2g/zi, Gentamicină 160 mg/zi și Metronidazol 2g /zi), reechilibrare hidroelectrolitică. Evoluție a fost favorabilă. După 45 zile de spitalizare se externează vindecată, în acest interval practicându-se și plastia pierderilor de substanță cutanată cu lambouri de vecinătate

DISCUȚII

Descrisă pentru prima dată ca entitate clinică de J. Jones în 1871 în timpul războiului civil din S.U.A. după tratarea a 2600 de cazuri și apoi de Fournier în 1883, o găsim în literatură și sub alte diferite denumiri: gangrenă nosocomială, erizipel necrozant, gangrenă streptococică, fasciită supurată, gangrena lui Meleny; abia în 1952 a fost introdus de Wilson, termenul de fasciită necrozantă [2-5].

Cel mai frecvent este interesat peretele abdominal și membrele, iar la cap și gât Sekeres a găsit publicate până în 2000 doar 40 cazuri. Localizările de la nivelul capului și gâtului îmbracă 2 forme:

- infecția scalpului și a pleoapelor;
- infecția feței și a gâtului, dintre acestea 65% evoluând spre peretele toracic și mediastin, cu o rată a mortalității de 27 - 80% (Sekeres, 2002) [6].

Aspectele clinice ale fasciitei necrozante sunt caracteristice. Astfel, la debut pacientul acuză o durere vie, puternică, localizată la nivelul tegumentelor feței vecine dintelui cauzal și o simptomatologie dento-parodontală săracă. Apar apoi eritemul, care se extinde rapid, echimozele, veziculele. Prezența lichidului hemoragic înrăutățește prognosticul prin anemia severă și sindromul hemoragic. Fără tratament, țesuturile devin gangrenoase în aproximativ 4 zile. Tabloul clinic general evoluează spre șoc toxico-septic, insuficiențe multiple de organ și chiar deces în 24 - 94 ore (Donaldson, 1993) [7].

Din punct de vedere fiziopatologic leziunea este localizată în stratul subcutanat, iar necroza cuprinde fascia superficială și țesutul grăos. Microorganismele astfel pătrunse produc exotoxina A care determină reacții chimice în cascadă cu eliberarea de citokine. Citokinele sunt responsabile de distrugerii tisulare întinse cu afectarea și a endoteliului vascular. Se produc astfel vasculite și tromboze care induc apariția hipoxemiei.

Tratamentul trebuie instituit cât mai precoce și constă în [1-4]:

- intubație endotraheală (pentru menținerea libertății căilor aeriene și suplimentarea cu oxigen a aerului inspirat),
- monitorizarea cardiovasculară și renală,
- antibioterapie,
- excizia zonelor necrozate și debridări cât mai largi,
- este obligatoriu consultul cu alte specialități (chirurgie generală, terapie intensivă, boli infecțioase, chirurgie plastică),
- ședințe repetate de terapie hiperbară,
- după stingerea fenomenelor inflamatorii acute se practică reconstrucția pierderilor de substanță tegumentară.

CONCLUZII

Fasciita necrozantă este una dintre cele mai grave supurații odontogene.

În fața virulenței microbiene exacerbate vârsta și starea generală nu mai constituie un factor de prognostic. Tratamentul acestor bolnavi trebuie efectuat în servicii de specialitate în urgență, în echipe multidisciplinare (chirurgie O.M.F., chirurgie generală, terapie intensivă, boli infecțioase, chirurgie plastică) fiind necesară asocierea la tratamentul chirurgical local, cel de susținere a stării generale și cel de reconstrucție a pierderilor de substanță.

Prognosticul rămâne rezervat cu toate realizările terapiei infecțioase și ale reanimării.

BIBLIOGRAFIE

1. Gillen PB. Necrotizing fasciitis: early recognition and progressive remain important treatment. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 1995 Sep; 22(5): 219-222
2. Burge TS, Watson JD. Necrotising fasciitis, *BMJ* 1994;308: 1453-1454
3. Ward RG. Necrotising fasciitis Immediate surgical opinion is essential, *BMJ* 1994;309: 341-342
4. Patino JF, Castro D. Necrotizing lesions of soft tissues: a review. *World J Surg* 1991;15: 235
5. Ward RG, Walsh MS. Necrotizing fasciitis: 10 years experience in a district general hospital. *Br J Surg* 1991;78: 488.
6. Sekeres LA. Necrotizing fasciitis. A perioperative case study. *Crit Care Nurs North Am.* 2000 June 12 (2): 181-186
7. Donaldson PM, Naylor B, Lowe JW, Goulesbrough DR. Rapidly fatal necrotising fasciitis caused by *Streptococcus pyogenes*. *J Clin Pathol.* 1993 June; 46(7): 617-620