

OLGU SUNUMU

Yavuz Özer
Osman Akyüz
Ali Kayıkçı

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Üroloji Anabilim Dalı, Düzce

Yazışma Adresi:
Dr. Ali Kayıkçı
Adres: Düzce Üniversitesi Tıp
Fakültesi Üroloji AD. Düzce
Tel: 05325126700
Email: aali1@mynet.com

Konuralp Tıp Dergisi
e-ISSN1309-3878
konuralptipdergi@duzce.edu.tr
konuralpgeneltip@gmail.com
www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

Fournier Gangreni

ÖZET

Fournier Gangreni gerçek bir ürolojik acildir. Genital organların nekrotizan enfeksiyonu olup son derece yüksek mortalite oranlarına sahiptir. Erken tanı ve etkin tedavi hayat kurtarıcıdır. Burada özellikle bir tanesi tanıdaki uzama nedeniyle geç müdahale edilen üç Fournier Gangreni tanısı konulan hasta sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Fournier, acil, mortalite

Fournier's Gangrene

ABSTRACT

Fournier's gangrene represents a clinical picture which must be considered a real urological emergency. It describes necrotizing fasciitis of the genital organs and has remarkably high mortality rates. Prompt diagnosis and treatment are required in order to save patient's life. We present three cases of Fournier's gangrene. One of them had significant delay in diagnosis.

Key Words: Fournier, emergency, mortality

GİRİŞ

Fournier Gangreni, nadir görülen perine ve genital organların nekrotizan enfeksiyonu ile seyreden gerçek ve çok önemli bir ürolojik cerrahi acildir. Ortalama mortalite hızı %20 seviyelerindedir. Ancak %75'lere varan oranlar da bildirilmektedir (1). Fournier Gangreni'ne tipik olarak ürogenital, kolorektal ve dermatolojik flora suşu neden olur. İntraoperatif kültürlerde en çok izole edilen bakteriler *Escherichia coli*, streptokoklar, stafilokoklar ve proteustur (2). ABD'de birincil enfeksiyonun önde giden nedenleri, anorektal ve genitoüriner patolojilerdir (3). Gelişmekte olan ülkelerde ise vakaların çoğunluğuna lokal deri enfeksiyonları yol açar (4). Erkeklerde kadınlardan on kat daha sık görülmektedir. Klinik tablo oldukça çeşitlilik göstermektedir. En sık semptomlar lokalize ağrı ve ödemdir (1,5-7). Diğer bulgular eritem, krepitasyon, üstteki deride nekroz, kötü koku ve pürülan akıntıdır. Sistemik olarak ateş, septik belirtiler ve organ yetersizliğine kadar gidebilen sonuçlara yol açabilir. Semptomların başlamasıyla, doğru tedavinin uygulanması arasında geçen süre çeşitlilik göstermekle birlikte ortalama 5 gün olarak bildirilmiştir (8). Enflamasyon sonucu salıverilen enflamatuar modülatörler ödem ve tutulmuş deri altı dokuda oksijen geriliminde azalmaya yol açar. Zamanla suprafasyal küçük damar trombozuna neden olarak lokal nekrozla sonuçlanır. Bu hipoksik doku polimikrobial üremeye zemin hazırlar. Cerrahi debrütman yapılmazsa enfeksiyon cilt altı dokudan fasyal düzlemler boyunca hızla yayılır. Fournier Gangreni gelişmesi açısından yüksek riskli gruplar; bağışıklık sistemi bozuk olan kişiler, diabetes mellitus, alkolizm, AIDS, malnütrisyon, düşük sosyoekonomik statü, hipertansiyon, obezite ve sigara kullanımı sayılabilir (1,3). Agresif debrütman, geniş spektrumlu antibiyotikler ve ciddi hasta bakımı tedavinin ana unsurlarıdır (9). Tanı ve tedavide hızlı ve etkin davranılması yaşam kurtarıcıdır. Burada bir yıl içinde tarafımızca tanı ve tedavisi yapılan üç vaka sunulmuş, erken tanı için özellikle birinci basamak tedavi hizmeti ile acil hekimlerinin hastalık hakkında bilgi sahibi olması gerekliliği vurgulanmak istenmiştir.

OLGU SUNUMU

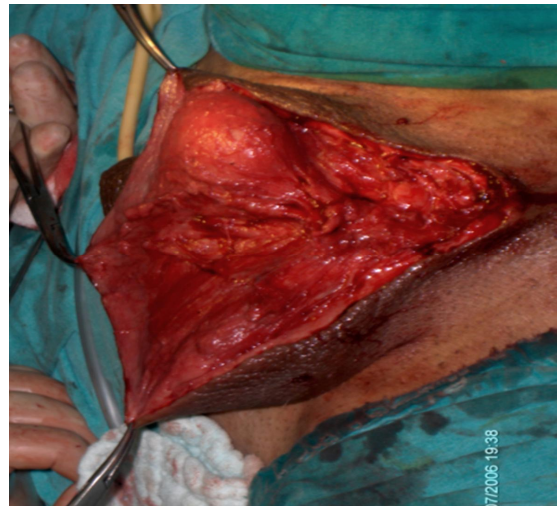
Acil servise bir yıl içerisinde üç hasta genital bölgede ağrı ve şişlik şikayeti ile başvurdu. Değerlendirmeler sonunda Fournier Gangreni tanısı konuldu. Hastalardan biri 68 ve diğer ikisi de 63 yaşlarında idi. Hastalar 33, 25 ve 10 yıldır diabetes mellitus hastası idi ve kan şekerleri regüle değildi. Tanı anında her üç hastanın da kan şekerleri 300 mg/dl' nin üzerindeydi. Hastaların sırasıyla 90, 50 ve 15 paket yılı sigara içme öyküsü mevcuttu. Hastaların 7, 10 ve diğerinin 20 gün önceye dayanan semptomları olduğu öğrenildi. Hekim başvurularında son vakada birinci basamak hekimince lokal antibiyotik uygulanması önerildiği ve bunun tanıda gecikmeye yol açmış olduğu tespit

edildi. Preoperatif görünüm, hiperemik, ödemli, yer yer cilt nekrozunun ve pürülan akıntının görüldüğü skrotal cilt (**Resim 1**) mevcuttu.



Resim 1. Fournier Gangreni tanısı konulan 68 yaşında ve 7 gündür şikayetleri olan hastada Preoperatif görünüm.

Fizik muayenede skrotal ve perineal bölgede ödem, nekroz, pürülan akıntı ve palpasyonla ağrı tespit edildi (**Resim 2**). Her üç hastanın da ateşi yoktu. Hastaların tam kan sayımında beyaz küre yüksekliği tespit edildi. Böbrek fonksiyon testleri ve tam idrar tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Tüm hastalarda HIV testi negatif idi. Kan şekeri regülasyonu amacıyla dahiliye konsültasyonu ve parenteral geniş spektrumlu antibiyotik başlanması amacıyla intaniye konsültasyonları yapıldı. Sonrasında hastalar acil operasyona alındı. Perine ve skrotal bölgeye agresif debrütman yapıldı.



Resim 2. Aynı hastada geniş debrütman sonrası görünüm

İki hastanın intraoperatif alınan yara kültürlerinde *Streptokok agalactia* ve *Staf. aureus* üretti. Diğer hastada ise *E. Coli* ve *Candida Glabrata* üremesi oldu. Antibiyotik rejimi buna göre tekrar gözden geçirildi. Kan kültürlerinde üreme olmadı. Yaklaşık 4 hafta uygulanan parenteral geniş spektrumlu

antibiyotikler ve günde iki kez yapılan debritleme pansumanlarla nekrotik alanlar tamamen temizlendi. Yara üzeri granülasyon dokusu ile kaplandı. Sonrasında primer veya gerektiğinde cilt flepleri ile defektler kapatıldı. Takipte sorun ile karşılaşılmadı (**Resim 3**).



Resim 3. Aynı hastada defektin primer sütürasyonla kapatıldıktan sonraki durumu.

TARTIŞMA

Fournier Gangreni gerçek ve çok önemli bir ürolojik acil olarak kabul edilmektedir. Son derece yüksek mortalite oranlarına sahiptir. Özellikle alkoliklerde ve diabet hastalarında yüksek mortalite söz konusudur (1). Dolayısıyla erken tanı ve son derece hızlı, agresif tedavi hayat kurtarıcıdır. İyi bir yönetimle agresif debritleme, geniş spektrumlu antibiyotik uygulanması ve iyi bir hasta bakımı ile mortalite ve morbiditede ciddi bir iyileşme sağlanmıştır. Hasta bakımında kan şekeri regülasyonu, nutrisyonel destek, sistemik hastalıklarının tedavisi ve günde birkaç kez yapılan debritleme pansumanlar çok önem arz etmektedir. Sonrasında uygulanan rekonstrüktif cerrahi ile

kozmetik açıdan çok güzel sonuçlar alınabilmektedir. Hastalarımızdan birinde semptomların başlamasıyla tanı konulması arasında 20 gün geçmiş olduğu ve lokal antibiyotik pomatlar kullandığı tespit edildi. Bu konuda ilk basamak tedavi hizmeti sunan acil hekimlerinin, dermatoloji ve aile hekimlerinin bilgilendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Bu üç vakada da dikkati çeken en önemli predispozan faktör diabetüs mellitus tanılarının mevcut olması idi. Dolayısıyla diabetüs mellitus öyküsü olan hastalarda skrotal ağrı, hiperemi, ödem gibi yakınmaların var olması durumunda mutlaka Fournier Gangreni akılda bulundurulmalıdır. Tedavide de debritleme beraber kan şekeri düzenlenmesi ihmal edilmemelidir. Diğer husus ise Fournier Gangreni tanısı konulan hastalarda da mutlaka başta diabetes mellitus olmak üzere olası risk faktörlerinin örneğin alkolizm, perianal patolojiler, AIDS gibi araştırılması gerekliliğidir. Tedavide debritlemenin etkin bir şekilde sağlam dokular sınırına ulaşılan kadar yapılması en önemli faktörlerdendir (1). Bu üç vakada da hızlı ve geniş bir debritleme yapılması tedavi başarısında önemli bir faktör olarak değerlendirilmelidir. Geniş spektrumlu antibiyotik tedavisinin de etkin olarak başlaması önemlidir. Anaerob bakteriler mutlaka dahil edilmelidir (1).

Bu üç vakada dikkati çeken bir husus vakaların birinde intraoperatif alınan kültürde candida üremesidir. Literatürde candidanın rol oynadığı Fournier Gangreni vakası sınırlı sayıda olduğu bilinmektedir (10). Bu durum intraoperatif kültür almanın gerekliliğini desteklemektedir. Bu hastada antifungal tedavi kültür sonucuna göre eklenmiştir. Sonuç olarak Fournier Gangreni'nin çok önemli ve yüksek mortalite oranlarına sahip bir ürolojik acil olduğu bilinmelidir. Birinci basamak tedavi hizmeti sunan hekimler ile aile hekimlerinin yanı sıra acil ve dermatoloji doktorlarının da bu hastalık hakkında bilgi sahibi olma gerekliliği ortadadır.

KAYNAKLAR

1. Lynch PJ. Cutaneous diseases of the external genitalia. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ, editors. Campbell's Urology. 6th ed. Pennsylvania: Saunders, 1992: 875.
2. Morpurgo E, Galandiuk S. Fournier's gangrene. Surg Clin North Am. 2002; 82(6): 1213-1224.
3. Vick R, Carson CC 3 rd. Fournier's disease. Urol Clin North Am. 1999; 26(4): 841-849.
4. Eke N, Echem RC, Elenwo SN. Fournier's gangrene in Nigeria: a review of 21 consecutive patients. Int Surg 2000; 85(1): 77-81.
5. Benizri E, Fabiani P, Migliori G, et al. Gangrene of the perineum. Urology. 1996; 47(6):935-939.
6. Baskin LS, Carroll PR, Cattolica EV. Necrotising soft tissue infections of the perineum and genitalia. Bacteriology, treatment and risk assessment. Br J Urol. 1990; 65(5):524-529.
7. Carroll PR, Cattolica EV, Turzan CW, et al. Necrotizing soft-tissue infections of the perineum and genitalia. Etiology and early reconstruction. West J Med. 1986; 144(2): 174-178.
8. Clalyton MD, Fowler JE Jr, Sharifi R, et al. Causes, presentation and survival of fifty-seven patients with necrotising fasciitis of the male genitalia. Surg Gynecol Obstet. 1990; 170(1): 49-55.
9. Spirnak JP, Resnick MI, Hampel N, et al. Fournier's gangrene: report of 20 patients J Urol. 1984; 131(2): 289-291.
10. Johnin K, Nakatoh M, Kadowaki T, et al. Fournier's gangrene caused by Candida species as the primary organism. Urology 2000; 56(1): 153.