

FETAL SEYİRLİ FOURNIER GANGRENİ: BİR OLGU SUNUMU

Mustafa Kemal ÇELEN, Mehmet ULUĞ, Recep TEKİN, Mehmet Faruk GEYİK, Celal AYAZ

Dicle Üniversitesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, DİYARBAKIR

ÖZET

Fournier gangreni, genital bölgenin ve perinenin aerobik ve anaerobik bakterilere bağlı olarak gelişen ve nadir görülen nekrotizan fasiitidir. Bu sinerjistik enfeksiyon multipl organ disfonksiyonu ve ölüm gibi ciddi komplikasyonlara yol açmaktadır. Bu hastalığın doğal olarak agresif tedavisi için öncelikli olan tanının erken konmasıdır. Tedavideki asıl nokta, geniş do-ku debridmanı ile birlikte geniş spektrumlu antibiyoterapinin uygulanmasıdır. Tedaviye rağmen mortalite yüksek seyretmek-tedir. Bu olguda ürosepsis ve genital bölgede mevcut nekrotik lezyonla acile başvuran yaşlı bir erkek hasta irdelenmiştir.

Anahtar sözcükler: Fournier gangreni, komplikasyon, tedavi

SUMMARY

Fournier's Gangrene with Fetal Outcome: A Case Report

Fournier's gangrene is a rare, necrotising fasciitis of the genitals and perineum caused by a mixture of aerobic and anaerobic microorganisms. The complications of this synergistic infection are multiple organ failure and death. Due to the ag-gressive nature of this condition, early diagnosis is crucial. Treatment involves extensive soft tissue debridement and broad-spectrum antibiotics. Despite appropriate therapy, mortality is high. Here we report a case of an elderly man who applied to Accident and Emergency Unit with ureosepsis and necrotic perineal areas.

Keywords: complication, Fournier gangrene, therapy

GİRİŞ

Günümüzde Fournier gangreni olarak adlandırılan hastalık ilk olarak 1764'te Parisli bir dermatolog olan Bauriense tarafından bildirilmiş, aslında aynı hastalık daha önce İbni Sina (980-1037) tarafından da tarif edilmiştir. Hastalığı skrotuma lokalize bir patoloji olarak ilk tanımlayan 1883'te Jean-Alfred Fournier olmuştur^(1,3). Perine, genital ve perianal bölgenin nadir görülen nekrotizan fasiitine özel olarak Fournier gangreni adı verilmektedir. Bazen spontan olarak oluşsa da, enfeksiyonun temelinde genitoüriner travma ve cerrahi ile ilişkili enfeksiyon varlığı sorumlu tutulmaktadır. Sıklıkla erkeklerde görülmekle beraber kadınlarda da bildirilmiştir. 50-60 yaş civarında görülme sıklığı

giderek artmaktadır. Hastaların çoğunluğunda altta yatan ve konak direncini bozan bir hastalık varken, olguların % 20'sinde altta yatan bir neden bulunamamıştır. Fournier gangrenine risk oluşturabilecek durumlar rektal apse, perianal fistül, erizipel, kolon divertikülüti, rektum kanseri, skrotal travma ve ürogenital cerrahisi şeklinde sıralanmaktadır⁽⁶⁾. Son derece sinsi başlangıçla seyreden hastalık, 1-2 gün içerisinde skrotum ve penis nekrozuna giden ve optimal cerrahi ve medikal tedavi sonucunda da % 10-40 oranında ölümcül seyreden önemli bir hastalıktır. Olguların çoğunda etken olarak *Staphylococcus* ve *Pseudomonas* baskın görünse de, hakim olan ajanlar aerobik ve anaerobik mikst bakterilerdir. Diabetes mellitus, karaciğer hastalıkları, dekübit ülserleri ve alkol kullanımı bu lezyona

Yazışma adresi: Mustafa Kemal Çelen. Dicle Üniversitesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, DİYARBAKIR

Tel.: (0412) 248 80 04/4923

e-posta: mkcelen@hotmail.com

Alındığı tarih: 26.12.2007, revizyon kabulü: 16.01.2008

yatkınlık oluşturmaktadır. İlerleyici ve yüksek mortalite riski nedeniyle enfeksiyon hastalıkları acilleri içinde önemli bir yere sahiptir. Tedavide agresif cerrahi girişim ile nekrotik dokuların temizlenmesi gerekmektedir. Antibiyoterapide, özellikle *Staphylococcus* ve *Pseudomonas* türlerini kapsayan ve anaerobik etkinliği iyi olan geniş spektrumlu antibiyotikler gerekmektedir⁽⁴⁾.

OLGU

Son beş gündür halsizlik, idrar yapamama, kalçasından genital bölgesine kadar uzanan makülopapüller lezyon ve genel durum bozukluğu nedeniyle hastanemiz acil servisine getirilen 73 yaşındaki obez hasta Aralık-2005'te ürosepsis öntanısıyla kliniğimize yatırılmıştır. Hastanın hikayesinde 15 yıldır diyabet hastası olduğu ve iki ay önce benign prostat hipertrofisi tanısı aldığı öğrenilmiştir. Hastanın yapılan fizik muayenesinde ateşi 35.8°C, tansiyon arteriyel:100/60 mmHg, nabız:124/dk., solunum:32/dk. iken sakral bölgede 4x5 cm boyutunda dekübit ülseri tespit edilmiştir. Glasgow koma skalasına göre 12/15 olan hastanın laboratuvar bulguları lökosit: 19200/mm³, platelet:234,000/mm³, CRP:312 mg/dl, ESR:102 mm/h, üre:87 mg/dl, kreatinin:1.1 mg/dl olarak bulunmuştur. Hastanın tüm kültürleri alındıktan sonra siprofloksasin 800 mg/gün I.V. şeklinde profilaktik antibiyotik tedavisine başlanmıştır. Hastadan alınan kan ve derin yara kültürlerinde aynı direnç paternine sahip (siprofloksasine duyarlı) *Escherichia coli* üremiştir. Hastanın kliniğimize yatışının altıncı saatinde, anal bölgeden perineye kadar uzanan ekimotik bir lezyon saptanmıştır. Hastanın Genel Cerrahi ve Üroloji klinikleri ile yapılan konsültasyonlar sonucunda, lezyonun skrotuma kadar ilerlemesi ve nekrotik görünümüne sahip olması nedeniyle hastaya "Fournier gangreni" tanısı konmuştur. Diabetli olan hastaya acil cerrahi operasyon planlanmıştır. Üroloji kliniğine transfer edilen hastanın antibiyoterapisi geniş spektrumlu olarak (penisilin, gentamisin ve metronidazol) değiştirilmiştir. Nekrozun hızla ilerlemesi nedeniyle penis rezeksiyonu ve nekrotik doku debridmanı, suprapubik üriner kateterizasyon ya-

pılmıştır. Nazogastrik sonda takılarak yoğun bakım ünitesine alınan hastada enteral beslenme yapılmış, fakat septik tabloda olan hastada oligoüri gelişmiştir. Solunum sıkıntısı nedeniyle entübe edilen hastada cerrahi girişim sonrası sekizinci saatte solunum arresti gelişmiş, mekanik ventilatöre bağlanan hastanın ateşi 40°C, lökosit:28,000/mm³ ve nabız:130/dk. olmuştur. Multi organ yetmezliğine giren hastada gelişen ventriküler fibrilasyon nedeniyle hasta kardiyak arrest ile kaybedilmiştir.

TARTIŞMA

Fournier gangreni sık görülen bir klinik tablo olmayıp tanısı ancak şüpheyle konmaktadır. Hastanın tedavisi hemodinamik stabilizasyon, geniş spektrumlu antibiyoterapi ve erken agresif cerrahidir⁽⁶⁾.

Ülkemizde ve yurt dışında yapılan bir çok seride olgu sayılarının az olduğu göze çarpmaktadır. İran'da yapılan ve oniki olgunun değerlendirildiği bir çalışmada hastaların yarısı diyabetli olup yaş ortalamaları 58.2±17.8 olarak saptanmıştır. Olguların başlangıç semptomu ile hastaneye gelişleri arasında ortalama süre 4.9 gün olup mortalite % 16.6 olarak belirlenmiş, hastaların beşine (% 41.7) deri grefti yapılmıştır. Fournier gangreninde mortaliteyi düşürmek için hızlı tanı ve acil cerrahi tedavi gerekliliği vurgulanmıştır⁽⁵⁾. Olgumuzda 73 yaşındaki diyabetli hasta şikayetlerinin ancak beşinci gününde ürosepsis ön tanısıyla kliniğimize yatırılmıştır. Kalçasındaki lezyon genital bölgesine yayıldıktan sonra istenen konsültasyonlar ile Fournier gangreni tanısından şüphelenilmiş, ama erken tedaviye rağmen hasta kaybedilmiştir. Bu durum Fournier gangreninin tanısız zorlukları nedeniyle multidisipliner bir yaklaşım gerektirdiğini ortaya koymaktadır.

Fournier gangreninde mortaliteyi etkileyen noktaları saptamak amacıyla yedi olgunun incelendiği bir çalışmada, olguların yaş ortalaması 61 ve tedavi süreleri 25.8 gün olarak saptanmış, mortalitenin % 14 olduğu bu seride diyabet önemli bir risk faktörü olarak belirlenmiştir. Özellikle üretrostenoz, hemoroid, anal fissür ve anal apse varlığında morbidite ve mortalite art-

maktadır. Mortaliteyi düşürmek için erken tanı, rasyonel antibiyoterapi ile agresif cerrahi müdahale gerekmektedir⁽²⁾. Hastanemizde 11 Fournier gangrenli olgunun izlendiği bir çalışmada mortalite % 27 olarak bulunmuştur⁽⁷⁾. Mortal seyreden üç olgumuzdan biri olan bu olguda da diyabet mevcuttu. Hasta septik tabloda olup çok hızlı ilerleyen bir olguydu ve kısa sürede kaybedilmiştir.

Ülkemizden 26 olgunun değerlendirildiği bir çalışmada, olguların % 69'u erkek, % 31'i kadın olup, hastalığın oluşumunda özellikle diyabet zemininde perianal bölgenin hastalığı, travma, cerrahi ve enjeksiyon öyküsü saptanmıştır⁽⁸⁾. En sık izole edilen patojenler olarak *E.coli* ve *Staphylococcus* spp. saptanmıştır. Hastanede ortalama yatış süresi 25 gün ve mortalite % 34.6 olarak bulunmuştur. Diyabetli hastalarda mortalite anlamlı dercede yüksek bulunmuş, Fournier gangrenine yaklaşımda erken tanı, agresif cerrahi ile birlikte etkin antibiyoterapi morbidite ve mortaliteyi düşürmekte altın standart olarak kabul edilmiştir⁽⁸⁾.

Uygun cerrahi tedavi ve antimikrobiyal tedaviye rağmen mortalite halen % 10-40 civarındadır. Hastalığın seyri hızlı olup 1-2 gün içerisinde ölüme yol açabilmektedir. Bu nedenle perine, genital ve perianal bölge lezyonlarında multidisipliner yaklaşımla Fournier gangreni-

nin ön tanılar içerisinde düşünülmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Eke N: Fournier's gangrene: a review of 1726 cases, Br J Surg 2000;87(6):718-28.
2. Fajdic J, Bukovic D, Hrgovic Z et al: Management of Fournier's gangrene-report of 7 cases and review of the literature, Eur J Med Res 2007;12(4):169-72.
3. Fournier JA: Gangrene foudroyante de la verge, Sem Med 1883;3:345.
4. Gorbach SL: Skin and soft tissue infections, "Gorbach SL, Bartlett JG, Blacklow NR (eds): Infection Diseases, 3rd ed." kitabında s.836-45, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia (2004).
5. Hosseini SJ, Hosseini SJ, Rahmani M, Razzaghi M, Barghi M, Hosseini Moghaddam SM: Fournier gangrene: a series of 12 patients, Urol J 2006;3(3):165-70.
6. Laucks SS 2nd: Fournier's gangrene, Surg Clin North Am 1994;74(6):1339-52.
7. Ulug M, Celen MK, Geyik MF, Ayaz C, Girgin S: The evaluation of Fournier's gangrene severity index score in 11 patients, 16th European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, Abstract Book p.1867, Nice (2006).
8. Unal B, Kocer B, Ozel E et al: Fournier gangrene. Approaches to diagnosis and treatment, Saudi Med J 2006;27(7):1038-43.