

FOURNIER GANGRENİ

FOURNIER'S GANGRENE

SÖZER, T., BİLGİN, A., KANBEROĞLU, H., ŞERİT, O., ÇEK, M., ERTAŞ, M., TUksAVULOĞLU, S.

Haydarpaşa Numune Hastanesi Üroloji Servisi

ÖZET

4 adet skrotal gangren olgusu münasebetiyle bu konu ile ilgili geniş bilgi verildi. Bu hastalık idiyopatik olabildiği gibi, enfeksiyon veya travmaya bağlı sekonder olarak da meydana gelebilir. Her iki etiyolojik faktörün % 50'ser şansı olduğunu belirtmek isteriz. Antibiyotik tedavisi ve yerel olarak nekroze kısımların temizlenmesini tedavinin prensipleri arasında sayabiliriz.

SUMMARY

Four cases of scrotal gangrene are reported. Review of the previously reported cases suggest that the process may be either idiopathic or secondary to adjacent infection or trauma. The two variants occur with about equal frequency. The relationship between host susceptibility and bacteria invasion in the etiology of this disease remains obscure. Antibiotic therapy and topical wound care have reduced mortality.

GİRİŞ

İlk defa 1884 yılında Fournier tarafından 50 olgu dolayısı ile Fournier gangreninin özelliklerine temas edilmiştir⁽¹⁾. Bu arada, bahis konusu patolojide skrotum inflamasyonunun adeta patlarcasına ortaya çıkması ve gangrene ait klasik bulguların olmamasına rağmen, skrotal dokuların nekroze olması ile karakterize olduğu bildirilmiştir⁽¹⁾.

Daha sonraları ise bir kısım araştırmacı tarafından evvela spontan fulminan gangren olarak bilinen bu rahatsızlığın, akut esansiyel gangren veya streptokoksik skrotal gangren olarak anılması uygun görülmüştür^(2, 3).

Skrotal bölgede yukarıda bahis konusu edildiği şekilde meydana gelip perineye doğru da uza-

nabilen Fournier gangreninde predispozan faktör olarak:

a- Skrotumun anatomik olarak mevcut gözeleli dokusunun hematomlara ve enfeksiyonlara çok müsait bir yapıya sahip oluşu,

b- Skrotum derisinin gevşek oluşu ve Dartos tabakasının da bu durumu kompanse edememesi ile enfeksiyonlara karşı direncin çok az oluşu ve böylece evvela yaygın ve flegmon tipi enfeksiyonların, daha sonra da gangrenin meydana gelmesine sebep olduğu ileri sürülmüştür⁽²⁾.

Genelde hastalığın başlaması çok ani olur ve skrotal bölgede şiddetli ağrı, kızartı, ödem ve cildin ileri derecede gerilemesi ile klinik tablo ortaya çıkar. Gangrene uğrayan bölgelerin, skrotumda sınırlı kaldığı söylenmekteyse de, takdim edilen olgularda daha ziyade perineye doğru uzandığını müşahade etmiş bulunmaktayız.

Literatürde de, gangrenin Colles ve Scarpe fasiyasının altından karına daha nadiren de göğüs ve aksiller bölgeye kadar yayıldığı bildirilmektedir. Bu arada; ateş, bulantı, kusma, terleme gibi genel belirtiler de ortaya çıkar. Hastalığın etiolojisinde, ciltten vücuda dahil olan bir mikroorganizmanın sorumlu olabileceği ileri sürülmektedir. Kaşıntı gibi cilde yapılan minor travmaların bu enfeksiyon amilinin vücuda girişini daha da kolaylaştırdığı gibi, periurethral flegmolar, uzak bölgelerden gelen bakteri emboller, urethral darlıklar, peri-rektal abseler de Fournier gangrenine neden olabilir.

Olguların çoğunda, cilt altında emphisema mevcut olup muayene sırasında krepatasyon alınır.

Fournier gangreninde etken olarak anaerobik streptokoklar, diğer mikroorganizmalarla birlikte bulunur. En sıklıkla hemolitik streptokok, proteus, gaz oluşturan anaerob mikroorganizmalara rastlanır.

Yılda ortalama 15500 hastanın muayene edilip, bunların 580'i (% 3.7) hospitalize edilen kliniğimizde yine yılda 480 hastaya cerrahi girişim uygulanmaktadır (% 82). Yılda 4 adet Fournier gangreni de yatırılıp tıbbi tedavi yanında cerrahi girişimde bulunanların arasındadır (% 0.8). Bu hastaların yaşları 17-22-68 ve 77 idi.

OLGU TAKDİMİ

Olgu 1: F.O., 77 yaşında olup (Prot. No. 4642/1985) sol skrotal bölgede, 3 gündür gittikçe büyüyen ağrılı şişlik ve ciltteki kızarıklık ile fistüle olup kötü kokulu bir akıntı meydana gelmesi üzerine gerekli tedavisi için yatırıldı. Aynı gün, gerekli hazırlıktan sonra, ameliyathaneye alınarak lokal anestezi altında sol skrotumdaki 4 x 5 cm. çapındaki yaraya debridman yapıldı ve alınan yara kültürüne Staph. albus üredi. Gerekli antibiyotik tedavisi ve yara hijyenine dikkat edilerek bir hafta sonra ikinci bir debridman daha yapıldıktan sonra 8. gün hasta iyileşerek çıktı.

Olgu 2: R.Ö., 68 yaşında olup (Prot. No. 12365/88) 5 gündür devam eden, perinesindeki ödem, kızarıklık ve hiperestezi şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. İlk defa, skrotal bölgede meydana gelen, yukarıda evsafı belirtilen şikayetler orandan perineye, sağ femoral bölgenin iç tarafına ve her iki inguinal bölgeye doğru genişlemiş olup krepitasyon veren bir hal almış. Hastanın özgeçmişinde diabetes mellitus mevcut olup, kan şekeri % 136 mg. olarak bulundu. Hastaneye yatırıldığında 38 C° bir ateş tablosu tesbit edildi. Abseleşmiş perine-skrotal bölgeden alınan kültürde Staph. albus üredi. 18.3.1988 tarihinde abse drenajı yapıldı ve bu arada yaradaki nekroze kısımlar da debride edildi. Skrotum antiseptik mayiler ile temizlendi ve gas-iodoform bırakıldı. Defekt çok büyük olduğundan ve orohitis de devam ettiğinden hastaya tek taraflı orchiektomi yapıldı ve bu son müdahaleden 10 gün sonra yara sekonder suture ile kapatıldı ve bilahare de hasta iyileşerek evine yollandı.

Olgu 3: H.Ç., 22 yaşında (Prot. No. 12087/88) olup sol skrotumdaki ödem, gittikçe artan ağrı, şişme ve hiperemik skrotal cilt şikayetle-

ri ile başvurduğunda 38 C° sıcaklık de tesbit edilip 20.000 leucocytosis ile yatırıldı.

Fizik muayenede, skrotum sağ tarafında 4 x 5 cm., sol tarafta ise 3 x 2 cm.'lik bir bölgede yer yer nekroze, ödemli ve hiperemik, aynı zamanda krepitasyon da veren sahalar mevcut olup, bu bölgelerden çok kötü bir koku geliyordu. Perineden, pürülan bir akıntı drene oluyordu. Rektal muayenede fluktuasyon veren peri-rektal absenin bulunduğu tesbit edildi. 05.09.1988 tarihinde 305/88 prot. no. ile ameliyata alındı. Skrotumdan başlayarak, her iki inguinal bölgeye doğru, buradan da her iki uyluk bölgesinin medialine doğru yapılan insizyonla cilt açılarak, fasiaya kadar varılıp salim olduğu gözlemlendi. Skrotumun nekroze olan kısımları tamamen debride edildi. Bu arada perirektal absesi de drene edildi, abse materyalinden kültür alındı. Bunda proteus vulgaris üredi. Yara antiseptik solüsyon ile yıkandı. Testislerin salim olduğu gözlemlendi. Kristalize penicilline (3 x 10⁶ Ü) + Gentacillin soulfate 80 mg. x 3 defa IM olarak verildi. Debridmandan 15 gün sonra, hasta skrotal rekonstrüksiyon için Plastik Cerrahi Servisi'ne nakledildi ve orada sol uyluktan alınıp "split thickness" şeklindeki graft koyulup bilahere iyileşerek çıkarıldı.

Olgu 4: M.E., 23 yaşında (Prot. No. 1051/89). 24.1.1989 tarihinde bir haftadır devam eden yüksek ateş, bel ve skrotal bölgedeki ağrılar nedeni ile kliniğimize başvurdu.

Hastanın 3 gün önce skrotal bölgesinde hasasiyet ve yanmalar başlamış, daha sonra yine aynı bölgedeki ağrılar şiddetlenip evvela kırmızı lekeler meydana gelmiş, sonra bunlar nekroze olmuş. Öz ve soygeçmişinde bir özellik bulunmayan hastanın klinik muayenesinde sağ skrotal bölgede 3 adet 1 x 1 cm. çapında, üzeri kabuk tutmuş yaralar ile sağ inguinal bölgede 3 adet palpabl lenf düğümü tesbit edildi. İdrarda, 10-15 lökosit bulunup, idrar kültüründe Staph. albus üredi. Lökosit sayımız 10.800 olarak bulundu. Sedimentasyon hızı 26-65 ve 100 mm. olarak bildirildi. (Resim 1)

24.1.1989 tarihinde hastaya skrotal debridman yapıldı ve yarada penrose dren bırakılıp suture edildi. Normal bir post-op. devreden sonra ve Cleocin 500 mg x 2 tablet ve gentasillin soulfate 80 mg x 2 amp. IM olarak tatbikiyle 8. gün çıkartıldı.



Resim 1: Olgu IV'ün skrotal debridmandan sonraki durumu.

TARTIŞMA

Fournier gangreni veya diğer ismi ile nekrotizan fasciitis, ürolojide acil tedavi gerektiren bir patolojidir. Sıklıkla, şişlik ve hiperemi gösteren ve skrotum ile perinede buluşmakla beraber inguinal ve anterior femoral bölgelere de yayılabilir. Bazen Colles ve Scarpa fasiyalarını da tutar ve hatta 12. kaburga kenarlarına kadar yayılabildiği de bildirilmiştir.

Gangren olgularının yarısında, hastanın özgeçmişinde enfeksiyon rastlanmaz. Diğer yarısında ise ürogenital enfeksiyon, ischio-rektal abse, anal fistül, perineal erisipel bulunabilir. Yine bu bölgede meydana gelebilen travmaların da etiolojik faktör olarak rol oynayabileceği ileri sürülmüştür^(2, 4). Birkaç araştırmacı da, enfeksiyonun, mikro-aerofilik, non-hemolitik streptococcusler veya mixt bir enfeksiyon olabileceği üzerinde durmuştur⁽⁷⁾.

Enfeksiyon amili burada takdim edilen olguların üçünde olduğu gibi Staphylococcusler olursa da yukarıda da değindiğimiz gibi diğer mikroorganizmalara da rastlanılır⁽⁸⁾.

Tedaviye ne kadar erken başlanırsa, lezyon o kadar dar bir sahada kalıp, derin tabakalara işlenmesi de önlenmiş olunur. Tedavide, geniş yara debridmanı ile nekroze eksizyonu ve gerekirse idrar yolu ve hatta intestinal yolun diversiyonunu gerektiren olgular mevcudiyeti bildirilmektedir. Eksizyon yanında antiseptikler ile yaranın sıkça lavajı ve yüksek doz antibiotik tatbikatı tedavinin ana prensiplerini oluşturmaktadır. Bu arada takdim edilen 2. olgudaki gibi mevcut diabetes mellitusun kontrol altına alınması da gereklidir. Skrotum ve perinede yapılan cilt debridmanlarından sonra, etraftan deri kaydırılarak ortaya çıkan defektlerin tedavisi yapılabildiği gibi, musculo-cutaneous gracilis greftleri de kullanılabilir.

Mortalitesinin antibiotiklerden evvel % 20-30 olduğu bildirilmekteyse de⁽⁶⁾, zamanımızda mortalite, modern tedavi yöntemleriyle sifra kadar indirilebilmiştir.

LİTERATÜR

- 1- Fournier, F.A.: Etude clinique de la gangrene foudroyante de la verge. Semaine Med., 4:69, 1884.
- 2- Mustafa, M.F.: Gangrene of the scrotum: an analysis of ten cases: Brit. J. Plast. Surg. 20:90, 1967.
- 3- Werner, H.J. and Falk, M.: Acute gangrene of the scrotum in an 8 year old. J. Pediat., 65:133, 1964.
- 4- Dunaif, C.B.: Fournier's gangrene. Report of a case and review of the literature. Plast. Reconstr. Surg. 33:84, 1964.
- 5- Mair, G.B.: Idiopathic gangrene of the scrotum. Lancet, 1:464, 1945.
- 6- Randall, A.: Idiopathic gangrene of the scrotum. J. Urol., 4:219, 1920.
- 7- Tan, R.E.: Fournier's gangrene of the scrotum and the penis. J. Urol., 92:508, 1964.
- 8- Burgee, J.F. and Edwards, P.: Fournier's gangrene. J. Urol., 107:812, 1972.