



## FOURNIER GANGRENI: ONBİR OLGULUK DEĞERLENDİRME

Cemal GÖKTAŞ<sup>1</sup>, Önder CANGÜVEN<sup>1</sup>, Erkan HİRİK<sup>1</sup>, Selami ALBAYRAK<sup>1</sup>

Fournier gangreni genellikle lokal travma, operasyon veya immün sistemi etkileyen hastalıklara bağlı gelişen, gram pozitif mikroorganizmalar, enterik basiller ve anaeroblar tarafından oluşturulan skrotum, penis ve perineyi etkileyen akut enfektif bir gangrendir. Ekim 2001-Şubat 2003 tarihleri arasında kliniğimizde Fournier gangreni tanısı ile tedavi gören 11 olgu değerlendirmeye alınmıştır. Etiyoloji 7 olguda ürogenital, 3 olguda anorektal ve 1 olguda deri kaynaklı idi. Ürogenital nedenler arasında 6 olguda periüretal abse, 1 olguda sürekli kateterizasyon vardı. Olgularımızda erken geniş rezeksiyon ve geniş spektrumlu antibiyotikler ile %100'lük başarı sağladık.

*Anahtar kelimeler: Fournier gangreni, debridman, skrotum*

### FOURNIER GANGRENE: EVALUATION OF ELEVEN CASES

Fournier gangrene is an acute infective gangrene involving the scrotum, penis or perineum caused by gram-positive organisms, enteric bacilli and anaerobes, usually resulting from local trauma, operative procedures or urinary tract disease. Eleven cases diagnosed and treated as Fournier gangrene in our clinics, between October 2001-February 2003 were included for evaluation. Etiologic origin of gangrene was urogenital in 7 cases, anorectal in 3 cases and dermal in 1 case. There were periurethral abscess in 6 cases and continuous catheterization in one case among urogenital causes. We achieved 100% success rate because of early wide resection and wide spectrum antibiotics.

*Key words: Fournier gangrene, debridement, scrotum*

Fournier gangreni ilk defa Jean Alfred Fournier'in 1883 yılında, skrotal bölgeye lokalize bir gangrenöz oluşumu tariflemesi ile tıpta kendi adı ile yerini almıştır<sup>1</sup>. Fournier gangreni genellikle lokal travma, operasyon veya immün sistemi etkileyen hastalıklara bağlı gelişen gram pozitif mikroorganizmalar, enterik basiller ve anaeroblar tarafından oluşturulan skrotum, penis ve perineyi etkileyen akut enfektif bir gangrendir. Mortalite ile sonuçlanabileceği için acil cerrahi ve medikal tedavi gerektirir. Kliniğimizde Fournier gangreni tanısı ile tedavi gören olguları tedavi prensiplerimiz yönünden retrospektif olarak değerlendirdik.

### HASTALAR VE YÖNTEM

Ekim 2001-Şubat 2003 tarihleri arasında kliniğimizde Fournier gangreni tanısı ile tedavi gören 11 olgu değerlendirmeye alınmıştır. Tanı öykü ve fizik muayene ile konulmuş, biyokimyasal ve bakteriyolojik incelemeler istenmiştir. Olgular yaş, lezyon yeri ve boyutu, predispozan faktörler yönünden incelenmiştir.

Tanı konulduktan sonra acil olarak operasyona alınmışlar, parenteral antibiyotikler (Sefazolin, gentamisin, klindamisin) kilolarına uygun olarak başlanmıştır. Üriner sistem patolojileri olan hastalara suprapubik diversiyon uygulanmıştır. Diyabet gibi predispozan faktöre yönelik uygun tedavi yapılmıştır.

<sup>1</sup> Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.Üroloji Kliniği

Başvuru tarihi: 31.12.2003, Kabul tarihi: 31.8.2004

### BULGULAR

Fournier gangreni nedeni ile tedavi gören 11 erkek hastanın yaş ortalaması 49 (32-61) idi. Olguların öyküleri ve mevcut bulguları göz önüne alındığında etiyojinin 7 olguda ürogenital, 3 olguda anorektal ve 1 olguda deri kaynaklı olduğu saptandı. Ürogenital nedenler 6 olguda periüretal apse, 1 olguda sürekli kateterizasyon idi. Anorektal neden ise fissür idi. Bir olguda ise deride ülser lezyonun kaşıma ile travmatize edilerek cilt altına yayılması bulundu. Predispozan faktör olarak 5 olguda diyabet, 1 olguda spinal kord yaralanmasına bağlı sürekli kateterizasyon, 4 hastada ise kötü hijyen tespit edildi. Olguların tamamı genital bölgelerindeki şişlik ve kızarıklık nedeni ile, ilk şikâyetlerinden ortalama 2 gün sonra acil servisimize veya polikliniğimize başvurmuşlardı.

Fizik muayenelerinde genital ve perineal bölgelerinde şişlik, kızarıklık ve krepitasyon bulguları mevcut idi. İlk 3 olgunun operasyonunda gözle görülen sınırlar rezeke edildi, hastalığın devam etmesi üzerine ortalama 2 gün sonra ikinci kez opere edilerek geniş debridman uygulandı. Daha sonraki olgularda gözle görülenden en az 3 cm. daha geniş bir alan rezeke edildi. İkinci grup diyebileceğimiz bu olgularda ikinci operasyona gerek olmadı.

Alınan kültürlerin sonucu mikst enfeksiyon olarak geldi. Gentamisine dirençli bulunan 5 olguya antibiyograma göre amikasin verildi. Günde 2 kez olmak üzere oksijenli su ve povidon iyot ile pansumanları yapıldı. Yara bakımları ortalama bir hafta süren olgular plastik cerrahi kliniğine devredildiler.



## TARTIŞMA

Fournier gangreni mortalitesi yüksek bir patoloji olup, bizim olgularımızda erken geniş cerrahi ve geniş spektrumlu antibiyotiklerle bu durum önüne geçtiğimize inanıyoruz. Literatür taramalarında mortalitenin %45'lere kadar çıkabildiği bildirilmektedir<sup>2</sup>. Mortalite nedeni olarak ağır sepsis ve diabetik ketoasidoz ön planda görülmektedir. Mortalitesi düşük merkezlerde en önemli etken erken tanı ve cerrahi ile geniş spektrumlu antibiyotiklerin hiç vakit kaybetmeden başlanmasıdır. Yapılan bir çalışmada gangrenin saatte 2 mm. hızla ilerlediği belirtilmekte, bu durum erken cerrahinin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır<sup>3</sup>.

Predispozan faktörler arasında diabet tüm yayınlarda yüksek oranda görülmektedir<sup>4</sup>. Çalışmamızda bu oran %45 olarak gözlenmektedir. Diabetin enfeksiyonu kolaylaştırıcı bir ortam oluşturması, immün sistemi zayıflatması, mikro sirkülasyonu bozması olayı başlatmakta ve alevlendirmektedir. Diabeti olduğunu bilmeyen 2 olgumuzda alınan kan sonuçları ile bu durum ortaya çıkmıştır. İlk etapta yapılan biyokimyasal çalışmalar bu konuda önem taşımaktadır.

İlk 3 olgumuzda sınırdaki bir rezeksiyon yapmamız bizi ikinci bir operasyona yöneltmiştir. Gözle görülen yapıların daha ilerisinde bu olayın mikro düzeyde devam etmekte olduğu aşikârdır. Daha sonraki rezeksiyonlarımızda agresif davranmamız ve iyi yanıt almamız bunun göstergesidir.

Sonuç olarak; erken tanı, erken ve gözle görülenden en az 3 cm. daha geniş rezeksiyon, geniş spektrumlu antibiyotikler ve predispozan faktörlere yönelik çok yönlü yaklaşım mortalite riskini azaltmakta ve erken iyileşmeyi sağlamaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Fournier JA. Gangrene foudroyante la verge. Sem Med 1883; 3: 345.
2. Morpurgo E, Galandiuk S. Fournier's gangrene. Surg Clin North Am 2002; 82: 1213-24.
3. Atakan IH, Kaplan M, Kaya E, et al. A life-threatening infection: Fournier's gangrene. Int Urol Nephrol 2002; 34: 387-92.
4. Nisbet AA, Thompson IM. Impact of diabetes mellitus on the presentation and outcomes of Fournier's gangrene. Urology 2002; 60: 775-9.