

## Bası yarasına sekonder Fournier gangreni olgusu ve konservatif yaklaşım

### *A case of Fournier's gangrene secondary to decubitus ulcer and conservative treatment*

Uğur TOSUN, Semra HACIKERİM KARŞIDAĞ, Özay ÖZKAYA, İsmail KURAN

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği

#### ÖZET

Fournier gangreni skrotum, penis ve perianal bölgenin akut, sinerjistik nekrotizan fasiitidir. 41 yaşındaki Fournier gangreni olgumuzda patoloji bası yarasına sekonder gelişmiştir. Hastaya uygulanan destekleyici ve cerrahi tedavi tarif edilmiştir. Bu olguyu nadir etyopatogenezi ve bu hastalarda konservatif tedavinin öneminin gösterilmesi bakımından bildirmekte fayda gördük. **Anahtar Kelimeler:** Fournier, dekübitus.

#### SUMMARY

Fournier gangrene is an acute, synergistic necrotizing fasciitis of scrotum, penis and perianal region. In this particular case who is 41-years old, pathogenesis is secondary to decubitus ulcer. The conservative and surgical therapy which was applied to the patient were described. We have decided to report this case for its rare ethiopathogenesis and to point out importance of conservative treatment in such patients.

**Keywords:** Fournier's, decubitus.

#### GİRİŞ

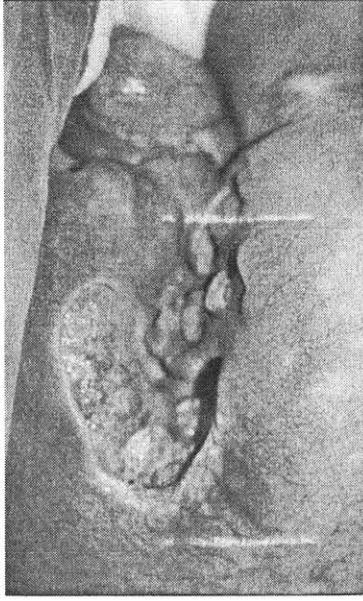
1883 yılında Fournier tarafından etyoloji tespit edilemediğinden idiopatik skrotal gangren olarak tariflenen Fournier gangreni penis, skrotum ve perinede oluşan nadir, akut fatal potansiyeli olan deri, derialtı yağ dokusu ve yüzeysel fasyanın gangrenöz, sinerjistik, bakteriyel bir enfeksiyonudur. Enfeksiyöz tablo fasya planı boyunca uyluk ve karına doğru yayılabilir. Diabetes mellitus en önemli ağırlaştırıcı faktördür ve hastaların %30-50 sine eşlik ettiği bildirilmiştir (1). Ayrıca immunsupresyon (HIV enfeksiyonu dahil), alkolizm, debilite, lösemi (2), Wegener granulomatozu (3) hastalığa eğilimi artıran diğer sistemik nedenlerdir. Primer vakalar dış genital organlardan kaynaklanan, idiopatik olanlardır. Sekonder vakalar ise üriner sistem, kolorektal bölgedeki enfeksiyon ve travma gibi olayları takiben meydana gelirler. %18-25 mortalite oranları bildirilmiştir ve gerçek bir üroloji acilidir.

#### OLGU SUNUMU

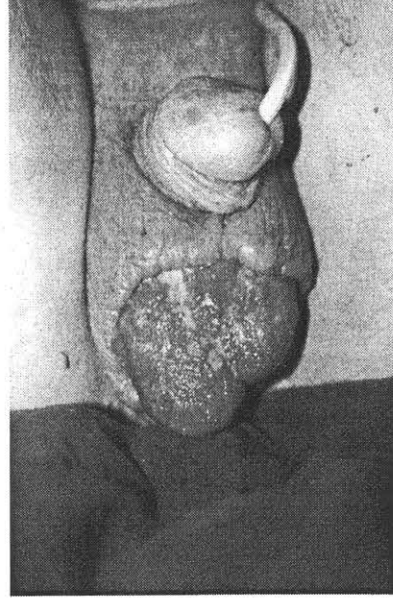
Geçirdiği AİTK sonrası 13 yıldır paraplejik olan 41 yaşındaki erkek hastanın 8 aydır mevcut olan bası yarası pansumanlarla takip edilmekteymiş. Skrotumunda şişlik, ağrı ve kızarıklık şikayetleri gelişmesi üzerine hastanemiz acil polikliniğine başvuran hastaya 1. üroloji kliniği tarafından Fournier gangreni tanısı konup, acil debridman ve imipenem, ornidazol ile geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi uygulanmıştır. Operasyon sonrası skrotumda gelişen defekt için kliniğimizden konsültasyon istenmiş ve postoperatif 10. günde hastanın kliniğimize interne edilmesine karar verilmiştir. Hastanın lokal bölge muayenesinde sakral bölgede 13X8 cm. boyutlarında, zemini granüle, akıntılı, grade 4, bası yarası olduğu, skrotumda heriki testisi ekspoz eden cilt defekti ve bu defektin kenarlarında retrakte skrotum derisi olduğu gözlemlendi. Yara ileri derecede enfekte ve akıntılıydı. (Şekil 1,2)

#### Yazışma Adresi:

Uğur TOSUN - Şişli Etfal Hastanesi -  
2. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği  
Tel:02122259484 Fax:02122259484  
e-mail:mdugurtosun@mynet.com



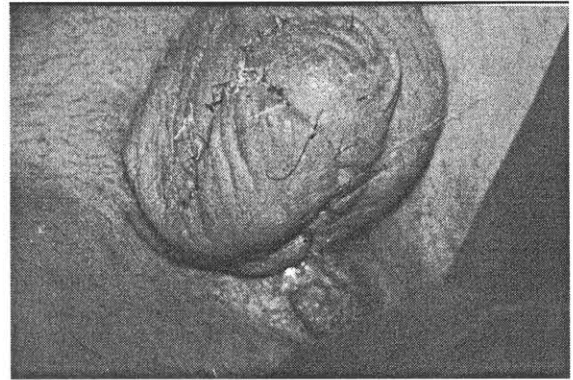
ŞEKİL1- Preoperatif sakral bası yarası



ŞEKİL 2- Preoperatif skrotal defekt

Sistemik değerlendirmede hastada solunum sıkıntısı yaratan akciğer ödemi, asit, heriki pretibial bölgede gode bırakan ödem tespit edildi. Hastanın laboratuvar değerlerinde anemi ( Hb: 8.2 mg/dl, Hct: 24.8 ), hiponatremi ( 124 meq/dl ), hipoalbuminemi ( albumin:1.5 mg/dl , globulin:4.4 mg/dl ) mevcuttu. Hastanın mevcut antibiyoterapisine devam edilirken mevcut hiponatremisi kompanse edildi, %10 albumin ve prokalamın solusyonları ile protein değerleri düzeltilmeye çalışıldı, günlük oturma banyoları ve minimal debridmanlar ile yara bakımı yapıldı. Yapılan Genel Cerrahi konsültasyonunda rektum mukozasının intakt olduğu , fistül mevcut olmadığı tespit edildi. Kolostomi gerekli görülmedi. Yapılan tam idrar tahlilinde üriner sistem patolojisi düşünülmedi. Hastanın solunum sıkıntısı için yapılan Dahiliye konsültasyonunda pulmoner ödeme yönelik parenteral teofilin, oksijen ve oral ekspektoran tedavisi uygun görüldü. Uygulanan tedaviyle elektrolit dengesizliği düzeltildi, albumin: 3.5 mg/dl , globulin 4.8 mg/dl, hb: 12.9 mg/dl değerlerine yükseltildi.Hastanın solunum sıkıntısı giderildi, asit ve ödem tablosu geriledi. Yara enfeksiyonu giderildi. Hasta kliniğimize interne edildikten 44 gün sonra operasyona alındı. Debridmanı takiben mevcut retrakte skrotum derisi

serbestleştirilip, orta hatta karşılıklı primer suture edilerek defekt kapatıldı. ( Şekil 3 )



ŞEKİL 3- Postoperatif 10. gün

Geldiği zamana oranla oldukça gerilediği için bası yarasına yönelik girişime gerek görülmedi. Postoperatif dönemde gelişen detaşmanlara yatağında suturasyonla müdahale edildi. Hasta kliniğimize interne edildikten 78 gün sonra tüm yumuşak doku defektleri iyileşmiş olarak sağlık ile taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Sekonder Fournier gangreni olgularında bildirilen en sık sebepler anorektal fistül ve abseler, üriner ve kolorektal bölge cerrahisi ve infeksiyonlardır. Olgumuzda mevcut bası yarası zemininde gelişen infeksiyonun ciltaltı yağ dokusu ve fasya planı boyunca ilerleyerek dış genitelyada gangrene yolaşması sözkonusudur. Literatürde bası yarasına sekonder gelişen olgu bildirimine rastlanmamıştır. Geçtiğimiz yüzyılda tanımlanmış olan bu klinik antitenin tedavisi günümüzde klasikleşmiştir. Geniş spektrumlu antibiyotik, aktif drenaj ve debridman, yoğun destekleyici tedavi, ilk aşamada hasta sağkalımı için büyük önem taşır. Mevcut enfeksiyonla mücadele ve sistemik olarak hastanın desteklenmesi septisemi ve multiorgan yetmezliği ile hastanın kaybedilmesinin önüne geçer. Hastanın genel durumu ve yara enfeksiyonu kontrol altına alındığında mevcut defektlerin rekonstrüksiyonu genelde retrakte derinin primer suturasyonu, serbest greftler veya lokal kas-deri flepleri ile yapılmaktadır ( 4 ) . Bizim hastamızda skrotumdaki Fournier gangrenine bağlı gelişen defekt retrakte dokunun serbestleştirilip, primer suture edilmesi ile tedavi edilmiştir. Sakral bölgedeki mevcut bası yarasına ait geniş defekt onarımı ise lokal yara bakımı ve sistemik destek tedavisi ile başarılmıştır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda hiperbarik O<sub>2</sub>

tedavisinin olumlu sonuçları gösterilmiştir ( 5 ) . Olgumuzda sosyal nedenlerle hiperbarik O<sub>2</sub> tedavisi uygulanamamıştır. Hastamızın tedavisinde gerek sistemik destek, gerek yara bakımı, gerekse de cerrahi onarım bakımından bu deneyimler benimsenmiş ve göz önünde tutulmuştur. Hastanın konservatif tedavisi hasta sağkalımı ve tedavi başarısı açısından anahtar rolü oynamıştır. Kliniğimizde tedavi etmiş olduğumuz bu olguyu nadir etyopatogenezi ve bu hastalarda konservatif tedavinin öneminin gösterilmesi bakımından bildirmekte fayda gördük.

## KAYNAKLAR

1. Dahm P, Roland FH, Vaslef SN, et al: Outcome analysis in patients with primary necrotizing fasciitis of the male genitalia. *Urology* , 56, 31-36, 2000.
2. Faber HJ, Girbes AR, Daenen S: Fournier's gangrene as first presentation of promyelocytic leukemia. *Eur J Surg*, 164, 251-255, 1998.
3. Sarmiento JM, Bannon MP, Bjornsson J, Matteson EL: Distinguishing fulminant perineal necrosis as a result of Wegener's granulomatosis from Fournier's gangrene. *Am J Med*, 108, 680-681, 2000.
4. Hacikerim S, Tatlıdede S, Sade Ç, Turgut G, Baş L: 12 Fournier Gangrenli hastanın değerlendirilmesi. *ŞEH Tıp Bülteni* 2000, 15-19.
5. Hollabaugh RS Jr, Dmochowski RR, Hickerson WL, Cox CE: Fournier's gangrene: therapeutic impact of hyperbaric oxygen. *Plast Reconstr Surg*, 101, 94-100, 1998.