

## FOURNIER GANGRENLİ OLGULARIN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Cankon GERMIYANOĞLU, Hakan ÖZKARDEŞ, Levent EMİR,

Levent PEŞKİRCİOĞLU, Uğur ALTUĞ, Demokan EROL

S.B. Ankara Hastanesi Üroloji Kliniği

### ÖZET

1984 ve 1992 yılları arasında Fournier gangreni tanısıyla tedavi edilen 12 hastanın bulguları gözden geçirilmiştir. 5 olguda primer odak saptandı, 4 hastada eşlik eden hastalık mevcuttu. Yara kültürleri 2 olguda negatif kaldı. Diğerlerinde patojen mikroorganizmalar saptandı. Hospitalizasyon süresi ortalama 36,3 gün idi. Sadece 1 hasta kaybedildi.

**Anahtar sözcükler:** Fournier gangreni, genitoüriner enfeksiyon

### SUMMARY

The outcome of 12 patients with Fournier's gangrene treated between 1984 and 1992 is reviewed. A primary focus was determined in 5 patients and 4 had associated disorders. Wound cultures were negative in 2 cases, while relevant microorganisms were identified in the rest. The mean hospital stay was 36.3 days and only 1 death occurred.

**Key words:** Fournier's gangrene, genitourinary infection

Penis ve skrotumun acil girişim gerektiren nekrotizan fasiiti ilk defa 1764 yılında Baurienne tarafından bildirilmiştir. Ancak bu hastalığın ayrıntılı tanımlanması, 1983'te, penis ve skrotumda açıklanmayan gangreni bulunan 5 hastada Fournier tarafından yapılmıştır.

Fournier'in tanımına göre; (a) sağlıklı genç erkeklerde ani başlangıç, (b) hızla gangrene ilerleme, ve (c) spesifik bir patojenin bulunmaması, hastalığın 3 ana bulgusudur. Bugün için ise, aynı klinik tabloya sahip hastaların birçoğunda etyolojik ajan saptanabilmektedir(1).

Bu çalışmada Fournier gangreni tanısıyla tedavi edilen olguların gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

### GEREÇ VE YÖNTEM

1984-1992 yılları arasında Fournier gangreni tanısı almış 12 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi. Olguların yaşları 30 ve 82 arasında değişiyordu (ortalama: 50.7 yıl). Tüm olgular, primer odak, predispozan hastalık, klinik bulgular, kültür sonuçları, uygulanan tedaviler ve alınan sonuçlar yönünden değerlendirildi.

## BULGULAR

Beş hastada primer odak saptandı. Bunlardan üçünde enfekte perineal fissür, birinde enfekte hemoroid ve birinde üretral fistül mevcuttu. 2 olguda diabetes mellitus, 1 olguda kronik böbrek yetmezliği ve 1 olguda mesane taşları mevcuttu. Bütün hastalarda suprapubik bölgeden başlayarak, penis ve skrotumu içeren ve perianal bölgeye uzanan, ödem, renk değişikliği ve yer yer nekrozun başladığı tipik hastalık görünümü saptandı. Dört hastada krepitasyon bulgusu vardı. Kan kültürlerinde üreme yoktu. Yara kültürleri 2 olguda negatif kalırken, diğer 10 olguda çeşitli mikroorganizmalar üremiştir. Üreyen bakterileri içerisinde yalnızca 1 olguda Clostridium perfringens mevcuttu.

Tedavi. Önce agresif debridman ve drenaj, daha sonra ise primer veya greft kullanılarak cilt ve skrotumun kapatılması biçiminde idi. Cerrahi girişim ve pansumanlar süresince geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi uygulanmıştır. Bu tedavi genellikle, penisilin ve aminoglikozidlerden oluşuyordu. 4 olguda bunlara ek olarak metronidazol veya ornidazol, 2 olguda ise klindamisin kullanılmıştır.

Skrotum bütün olgularda primer olarak kapatılmış, 3 olguda testislerin inguinal bölgede hazırlanan poşlara yerleştirilmesi gerekmiş ve 3 hastaya penil split-thickness cilt grefti konulmuştu. Hospitalizasyon süresi ortalama 36,3 gündü (30-60 gün arasında). Hastalardan sadece 1 tanesi 5. günde kaybedildi.

## TARTIŞMA

Fournier gangreni, açık tanımı ile penis, skrotum, perine ve karın ön duvarının nekrotizan fasiiti, genellikle 20-50 yaşlar arasında görülen bir hastalıktır. Yine de çocuk yaş grubunda 56, yenidoğan döneminden 1 olgu bildirilmiştir(2,3).

Hastalık sıklıkla halsizlik ve skrotal rahatsızlık gibi nonspesifik prodromal yakınmalarla başlar, skrotal ağrı ve perianal bölgede renk değişikliği ile devam eder. Daha sonra hastada irritasyon, ateş, titreme, skrotal ödem ve eritem gelişir. Sonraki aşama skrotal gangren gelişimi ve bulantı-kusma yakınmasının ortaya çıkmasıdır. Skrotumda bazen bül oluşabilir, kötü kokulu, sarı-kahverengi nekrotik akıntı gözlenebilir(4). Gangren başlangıcıyla birlikte oluşan bül nekrozu ve dermal nöral tutulum, ağrının, 4-5 gün içinde kaybolmasıyla sonuçlanır(5).

Olguların çoğunluğunda primer enfeksiyon odağı saptanabilmekte, sıklıkla genitouriner, rektal veya dermal kökenlerden birisine ulaşabilmektedir(6). Alt üriner sistem enfeksiyonları periüretal bezler, perirektal enfeksiyonlar yine komşuluk yoluyla colles fasyasına geçer. Colles fasyası tutulumuyla birlikte olay penis ve skrotuma, scarpa fasyası ile karın ön duvarına, kalçalara, iskiyorektal aralığa ve uyluğa yayılır(7). Olguların ileri dönemde görülmesi primer odağın belirlenmesini olanaksız duruma getirebilir. Buradaki seride 12 olgudan ancak 5'inde primer odak saptanabilmıştır, bunların çoğunluğu perianal olaylardır.

Etkili mikroorganizmalar oldukça değişkenlik göstermektedir. Olguların yaklaşık %50'sinde saptanan krepatasyon bulgusu aslında klostridyal enfeksiyonlardaki kas nekrozuna eşlik eden bir bulgudur fakat Fournier gangrenli olguların çok azında klostridyum izole edilmektedir ve diğer mikroorganizmalar yalnız veya karışık olarak daha fazla bulunmaktadır(6,8).

Predispozan faktör olarak alkolizm ve diyabet saptanmıştır.(7,9,10). Bu seride diyabet 2 olguda belirlenirken, 1 olguda mevcut olan kronik böbrek yetmezliği eşlik eden hastalık olarak ortaya çıkmaktadır.

Erken tanı için skrotal ultrasonografi ve ülser lezyondan biyopsi önerilmiştir (11,12). Direkt radyogramlarda perifasyal hava ve subkütan gaz görülebilir. Rektoskopi ve retrograd üretrogramlar da tanısal olabilir.

Tanı konulduğunda geniş spektrumlu antibiyotik baskısının hemen oluşturulması ve bunu izleyen cerrahi debridman ve drenaj, tedavinin ana hatlarıdır. Penisilin G ve aminoglikozidler oldukça geniş bir spektrumu içermektedir. Bunlara ek olarak anaerob etkili antibakteriyeller, klindamisin

veya kloramfenikol da kullanılabilir. Erken cerrahi girişim nekrotik dokuların debridmanı, karın ön duvarına merdiven basamağı şeklinde çok sayıda insizyon yapılması ve buralara yerleştirilen drenajlardan oluşur. Ayrıca fasya ve kas debridmanı gerekmemektedir. Apse veya diffüz epididimit yok ise orşiektomi gerekli değildir. Klostridyal enfeksiyonu bulunan toksik görünümde, subkütan amfizemi, kas nekrozu ve derin doku tutulumu olan olgularda hiperbarik oksijenle mortalitenin azaltılabildiği bildirilmiştir(13).

Cerrahi tedavinin ikinci aşaması ise rekonstrüktif girişimlerdir. Primer kapatma veya greftleme uygulanabilir. Derin doku kayıplarında uyluk tabanlı pediküllü flepler kullanılabilir.

Fournier gangreninin mortalitesi %7 ile %50 arasında değişmektedir. Bu serideki düşük mortalite olasılıkla iyi cerrahi debridman ve yeterli antibakteriyel tedaviye bağlıdır. Hospitalizasyon süreleri ile 180 gün arasında değişmektedir, ortalamalar serilere göre farklıdır(7,10).

Bu serideki bulguların çoğu literatürle uyum içerisindedir. Bazı serilere göre yüksek oranda fatal gibi görünen Fournier gangreni, uygun tedaviler ile daha yüz güldürücü biçimde sonlanabilir.

## KAYNAKLAR

1. Carrol PR, Cattolica EV, Turzan CW, et al. Necrotizing softtissue infections of the perineum and genitalis: etiology and early reconstruction. *West J Med* 1986; 144: 174-8.
2. Adams JR, Mata JA, Venable DD. Fournier's gangrene in children. *Urology* 1990; 35: 439-41.
3. Alders N. Scrotal gangrene in a newborn baby. *Arch Dis Child* 1954; 29: 160.
4. Le Frock AJL, Molavi A. Necrotizing skin and subcutaneous infections. *J Antimicrob Ther* 1982; 9(Suppl): 183.
5. Enriquez JM, Moreno S, Devese M. Fournier's syndrome of urogenital and anorectal origin. A retrospective comparative study. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 30-7.



6. Jones RB, Hirschmann JV, Brown GS, Trenzani JA. Fournier's syndrome: necrotizing subcutaneous infection of the male genitalia. *J Urol* 1979; 122: 279.
7. Spimak JP, Resnic MJ. Fournier's gangrene. Report of 20 patients. *J Urol* 1984; 131: 289-91.
8. Biswas M, Godec C, Ireland G, Cass A. Necrotizing infection of scrotum. *Urology* 1979; 14: 576.
9. Cohen MS. Fournier's gangrene-AUA Update Series. Third edition. Baltimore: Williams and Wilkins, 1986; 5: 6.
10. Baskin LS, Corroll PR, Cattolica EV, et al. Necrotizing soft tissue infections of the perineum and genitalia: Bacteriology, treatment and risk assessment. *Br J Urol* 1990; 65: 524-9.
11. Stamenković I, Lew PD. Early recognition of potentially fatal necrotizing fasciitis. The role of frozen section biopsy. *N Engl J Med* 1984; 310: 1689-984.
12. Varinli S, Tunalı N. Fournier gangreni olguları. *Türk Üroloji Dergisi* 1986; 12: 613-7.
13. Riseman JA, Zambani WA, Ross DO. Hyperbaric oxygen therapy reduces mortality and the need for debridement. *Surg* 1990; 108: 847-50.