

# Ateş Etiyolojisi Nedeni İle Araştırılan Hastalarda Tanısı Gecikmiş Mortal Bir Neden: Fournier Gangreni

Aziz Sümer, Ender Onur, Ediz Altınlı, Atilla Çelik, Serkan Senger, Neşet Köksal

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

## ÖZET

*Ateş etiyolojisi nedeni ile araştırılan hastalarda tanısı gecikmiş mortal bir neden: Fournier Gangreni*

**Giriş:** Fournier Gangreni hızlı ilerleyen, hayatı tehdit eden, erken tanı ve radikal cerrahi uygulamalarda dahi mortalitesi yüksek olan acilerden biridir.

**Amaç:** Bu çalışmada kliniğimizde Fournier Gangreni nedeni ile debridman ve medikal tedavi uygulanan olgular retrospektif olarak irdelenmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği'nde 2003–2004 yılları arasında ateş etiyolojisi nedeni ile araştırılan dört Fournier Gangreni olgusu başvuru şikayetleri, etiyolojik ve risk faktörleri, kliniğimize başvurma süreleri, fizik muayene ve laboratuvar bulguları, yapılan debridman sayıları, ostomi gerekliliği ve uygulanan tedavi protokolü açısından retrospektif olarak incelenmiştir.

**Bulgular:** Olguların ikisi erkek ikisi kadın olmak üzere yaş ortalaması 72 idi. Olguların tümüne sigmoid loop kolostomi + geniş debridman + üçlü antibiyoterapi uygulandı. İki olgu mortal seyretti, diğer iki olgunun tedavi sonrası 10. haftada kolostomileri kapatıldı.

**Sonuç:** Fournier Gangreni tanı ve tedavisinde geç kalındığı zaman mortalite oranları yüksek bir hastalıktır. Tüm hastalarda olduğu gibi özellikle ateş etiyolojisi ile başvuran hastalarda, fizik muayenenin tam olarak yapılması, tanının erken konmasını ve buna paralel olarak mortalitenin düşük olmasını sağlayan en önemli etmendir.

**Anahtar kelimeler:** Fournier Gangreni, ateş, cerrahi tedavi

## ABSTRACT

*A delayed mortal reason in diagnosis for patients investigated for fever etiology: Fournier's gangrene*

**Introduction:** Fournier's Gangrene is a life threatening, rapidly progressive surgical emergency with a high mortality rate even with early diagnosis and radical surgery.

**Aim:** To get a retrospective analysis of the patients who had wide debridement and medical treatment for Fournier's Gangrene in our clinic.

**Material and Methods:** Four patients were evaluated retrospectively who had wide debridement and medical treatment for Fournier's Gangrene in Haydarpaşa Numune Hospital, 2nd General Surgery Clinic between 2003 and 2004.

**Results:** Female to male ratio was 2/2 with a mean age of 72. Sigmoid loop colostomy + wide debridement + antibiotherapy was performed to all cases. Mortality rate was 50%. Remaining two cases had closure of colostomies after 10 weeks of treatment.

**Conclusion:** Mortality rate increases when there is a delay for diagnosis and treatment in Fournier's Gangrene. As seen in all of our patients, especially in the patients with fever, doing a thorough physical examination gives us an opportunity for early diagnosis and decreases the mortality rates.

**Key words:** Fournier's Gangrene, fever, surgical therapy

Bakırköy Tıp Dergisi 2005;1:57-59

## GİRİŞ

Fournier gangreni 1883 yılında Jean Alfred Fournier tarafından tanımlanmıştır (1). İlk tanımlandığı dönemlerde genç erişkin erkeklerde ortaya çıkan, skrotum ve penisin hızlı yayılan gangreni olarak tanımlanmasına rağmen son literatürde özellikle ileri yaştaki olgularda ve predispozan faktörlerin varlığında oluştuğu gösterilmiştir (2).

Fournier gangreni hayatı tehdit eden, perine ve ekstremital bölgede oluşan fasyal planlar arasında hızlı yayılan,

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Ediz Altınlı  
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
2.Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul - Turkey

Telefon / Phone: +90-212-414-4502/1533

Faks / Fax: +90-216-347-5144

Elektronik posta adresi / E-mail address: edizaltinli@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 17 Ağustos 2005 / August 17, 2005

Kabul tarihi / Date of acceptance: 26 Eylül 2005 / September 26, 2005

yumuşak doku nekrozu ile seyreden önemli cerrahi acilerde biridir. Hızlı tanı ve agresif cerrahi tedavi uygulanmadığı zaman mortalitesi oldukça yüksek seyretmektedir.

Bu yazıda amaç kliniğimizde Fournier gangreni nedeni ile geniş debridman ve medikal tedavi uygulanan 4 olgunun retrospektif analizi ve literatür eşliğinde irdelenmesidir.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği'nde 2003–2004 yılları arasında Fournier gangreni nedeni ile tedavi edilen dört hastanın dosya verileri yaş, cinsiyet, şikayetleri, etiyolojik ve risk faktörleri, kliniğimize başvurma süreleri, fizik muayene ve laboratuvar bulguları, yapılan debridman sayıları, ostomi gerekliliği ve uygulanan tedavi protokolü açısından retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

**Tablo 1: Olguların özellikleri. Tüm olgulara sigmoid loop kolostomi ve geniş debridman uygulanmıştır**

n	C	Yaş	Eşlik eden hastalıklar	Semptom	Bulgular	Tanı süresi
1	K	73	DM, HT	Ateş ve makatta ağrı	Vulvada eritem, ödem ve akıntı	4gün
2	E	70	DM	Ateş ve karın ağrısı	Sağ skrotumda 2x1 cm nekroz ve inguinal bölgeye yayılan eritem, ödem ve ciltaltı krepitasyon	4 gün
3	K	73	DM	Ateş	Perineden sağ labium majusa uzanan yer yer nekrotik, enflame alan ve cilt altı krepitasyonlar	4 gün
4	E	72	HT	Ateş ve makatta ağrı	Perineden başlayan sol gluteal bölgeye uzanım gösteren 10X10 cm boyutlarında ülser alan	3 gün



**Resim 1: İnguinal bölgeden aksillaya kadar uzanan nekrotik alan**



**Resim 3: Labium majus, inguinal bölge ve uyluk üst medial kısmını içine alan nekrotik alan**



**Resim 2: Labium majus ve vulva debridmanı**

## BULGULAR

Dört olgunun ikisi erkek (%50), diğer ikisi (%50) kadın olup yaş ortalaması 72 idi. Alınan anamnezlerinden olguların üçünün yaklaşık dört gündür olan ateş nedeniyle farklı merkezlere başvurdukları ve medikal tedavi uygulandığı tespit edildi. Diğer olgunun ise üç gün süresince özel bir hastane yoğun bakım ünitesinde genel durum bozukluğu ve ateş etyolojisi nedeniyle tedavi edildiği tespit edildi. Olguların yapılan muayenelerinde; birinci olguda vulvada eritem, ödem ve kötü kokulu akıntı, ikinci olguda perineden sağ skrotuma ve inguinal bölgeye yayılan eritem, ödem ve cilt altı krepitasyonu, üçüncü olguda

perineden sağ labium majusa uzanan yer yer nekrotik, enflame alan ve cilt altında krepitasyon, dördüncü olguda perineden başlayan sol gluteal bölgeye uzanım gösteren 10X10 cm boyutlarında ülser alan tespit edildi.

Olguların tümünde lökositoz mevcuttu. İki olguda serum kreatinin seviyesi 2 mg/dl'nin üzerinde olup prerenal azotemi mevcuttu. Olguların tümüne sigmoid loop kolostomi, geniş debridman ve üçlü antibiyoterapi rejimi (Penisilin ve/veya 3. kuşak sefalosporin, gentamisin ve metronidazol) uygulandı. Olgulardan alınan kültürler polimikrobiyal olarak tespit edildi (E.Coli ve Bakteroides fragilis). Olgulara ortalama 7 kez genel anestezi veya sedasyon altında geniş debridman uygulandı. Debridman sırasında ciltaltı dokudaki vasküler yapılarda yaygın trombozlar saptandı. Koter kullanımından canlı dokuyu görmek ve korumak amacıyla kaçınıldı. Belirgin major kanamalara sütur ligasyonu uygulandı (Resim 1,2,3).

İki kadın olguda mevcut olan kreatinin yüksekliği erken postoperatif dönemde artış gösterdi ve hastalarda prerenal akut böbrek yetersizliği gelişmesi sonucu diyaliz tedavisi uygulandı. Bu iki olgu mortal seyretti. İki erkek olgunun tekrarlayan geniş debridmanlar, antibiyoterapi ve oturma banyoları ile perineal yaraları iyileşti. Hastaların 10 hafta sonra sigmoid loop kolostomileri kapatıldı.

## TARTIŞMA

Fournier gangreni ilk kez 1764 yılında Baurinne tarafından genital bölgenin nekrotizan fasiiti olarak tanımlanmıştır. 1883 yılında Fournier bir olguyu bildirmiş ve hastalık Fournier adı ile anılmaya başlanmıştır. Bu olgularda cerrahi girişim ilk olarak Meloney tarafından 1920'li yıllarda ortaya atılmıştır (3). Günümüzde Fournier gangreni perine ve genital bölgenin nekrotizan fasiiti olarak tanımlanır (3). Hayatı tehdit eden, perine ve genital bölgede oluşan fasyal planlar arasında hızlı yayılan ve yumuşak doku nekrozu ile seyreden önemli cerrahi acillerden biridir (4,5).

Fournier gangreninde ana patofizyolojik olayın obliteratif endarterit olarak bilinen küçük çaplı damarların trombozu olduğu düşünülmektedir. Bu olay bu damarların beslediği bölge cildinin gangreni ile sonuçlanır (6). Fournier gangreninde izole edilen bakteriler örneğin bakteroidesler, hyaluronidaz, kollojenaz ve heparinaz üreterek, aerobik bakteriler trombosit agregasyonuna ve kompleman fiksasyonuna neden olarak, beta streptokoklar koagülaz üreterek, E. Coli, proteus ve Klebsiella gibi gram negatif bakteriler lipopolisakkarid gibi endotoksinler ile oluşan endarteritin devam etmesini sağlarlar (7). Etiyolojik faktör olarak özellikle gecikmiş olgularda perirektal abseler suçlanmaktadır. Bunun dışında perfor apandisit, kolorektal kanserler ve divertikülit gibi kolorektal kaynaklı hastalıklar da etyolojide gösterilmiştir. Üretral striktür, üretral taş ve renal abse gibi üriner sistem hastalıkları ve kadınlarda Bartholin kisti gibi jinekolojik hastalıkların da etyolojide rol oynadıkları gösterilmiştir (2). Olgularımızın üçünde perirektal abse ve bir olguda Bartholin kistine ikincil gelişmiş Fournier gangreni saptanmıştır.

En sık görülen predispozan faktör daha önceleri Fournier gangreninde mortalite ile ilişkisi olduğu düşünülen ancak günümüzde aynı sonuçlara ulaşılamayan diabetes mellitusdur (2). Diğer ko-morbid faktörler; kronik alkol alımı, ileri yaş, immün yetmezliğe neden olan siroz, renal

yetmezlik, steroid tedavisi ve kemoterapidir (7). Olgularımızın üçünde predispozan faktör olarak diabetes mellitus mevcuttu.

En sık görülen semptomlar sırası ile ağrı, eritem, akıntı ve krepitasyondur. Çoğu vakada perineal alandaki semptomlar olmadan enfeksiyona ait ateş ve halsizlik gibi genel semptomlar görülebilmekte ve bu da tanı ve tedavide gecikmeye neden olarak prognozu kötü yönde etkilemektedir (8). Ateş ve halsizlik gibi enfeksiyonun genel belirtileri olan hastalarda perine muayenesinin dikkatlice yapılması Fournier gangreninin teşhisinde ve tedaviye zamanında başlanması açısından önemlidir.

Tanı genel olarak klinik muayene ile konulmakla beraber, yüzeysel ultrasonografi, BT ve MR görüntüleme subkutan doku ve fasyada ödem ve gaz açısından bilgi verebilmektedir. Preoperatif BT ile nekrozun yaygınlığının tespit edilmesi cerrahi debridman uygulanacak alanı belirlemede yararlı olabilmektedir (4,9).

Ampirik antimikrobiyal tedavi anaerobik bakterilere, enterobacteriaceae üyeleri ve çeşitli streptokoklara yönelik olmalıdır. Antibiyoterapi ve agresif cerrahi debridmana rağmen özellikle yaşlı ve renal yetersizlikli olgularda mortalite oldukça yüksektir (5). Erken cerrahi müdahale esastır. Gangren hızlı bir şekilde ilerleyebilir ve yayılma hızı saatte 2 mm'ye ulaşabilir. Eğer Fournier gangreni tanısında geç kalırsa olgularda çok kısa zamanda septik şok, multiorgan yetersizliği ve ölüm ortaya çıkmaktadır (4).

Fournier gangreni hayatı tehdit eden, perine ve ekstrapenital bölgede hızlı yayılan ve yüksek mortalite oranlarına sahip olan bir hastalıktır. Tedavide agresif cerrahi debridman, antibiyoterapi ve uygun olgularda oturma banyoları uygulanır. Tanıda geç kalındığı zaman mortalite oranları artmaktadır. Tüm hastalarda olduğu gibi özellikle ateş etyolojisi ile başvuran hastalarda fizik muayenenin tam olarak yapılması tanının erken konmasına ve mortalite oranlarının azalmasını sağlayabilir. Anorektal bölgenin muayenesi ve digital rektal muayene fizik muayenenin ayrılmaz bir parçası olmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Fournier JA. Gangrene foudroyante de la verge. *Semin Med* 1883; 3: 345-348.
2. Eke N. Fournier's gangrene: A review of 1,726 cases. *Br J Surg* 2000; 87: 718-728.
3. Norton KS, Johnson LW, Perry T, Perry KH, Sehon JK, Zibari GB. Management of Fournier's gangrene: an eleven year retrospective analysis of early recognition, diagnosis, and treatment. *Am Surg* 2002; 68: 709-713.
4. Atakan IH, Kaplan M, Kaya E, Aktöz T, İnci O. A life-threatening infection: Fournier's gangrene. *Int Urol Nephrol* 2002; 34: 387-92.
5. Geraci G, Pisello F, Lupo F, Cajozzo M, Sciume C, Modica G. Fournier's gangrene: case report and review of recent literature. *Ann Ital Chir* 2004; 75: 97-106.
6. Vick R, Carson CC. Fournier's disease. *Urol Clin North Am* 1999; 26: 841-9.
7. Smith GL, Bunker CB, Dinneen MD. Fournier's gangrene. *Br J Urol* 1998; 81: 347-355.
8. Morpurgo E, Galandiuk S. Fournier's gangrene. *Surg Clin North Am* 2002; 82: 1213-1224
9. Tomono H, Kitamura H, Iwase M, et al.. Successful treatment of Fournier's gangrene with the assistance of preoperative computed tomography in an elderly man: report of a case. *Surg Today* 2004; 34: 383-385.