

Fournier Gangreni: Tek Merkez Deneyimi: 11 Olguluk Retrospektif Çalışma

Seyfi EMİR¹, Burhan Hakan KANAT¹, Fatih Mehmet YAZAR¹, Selim SÖZEN²,
Burak KAVLAKOĞLU¹, Zeynep ÖZKAN¹

¹ Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, ELAZIĞ.

² Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, ADANA.

ÖZET

Fournier gangreni debridman ve antibiyotik tedavisi gerektiren cerrahi bir acildir. Bu çalışmanın amacı, kliniğimizde Fournier gangreni nedeniyle takip edilen 11 olgunun retrospektif analizi ve literatür eşliğinde irdelenmesidir. Ocak 2005 ile Ekim 2012 tarihleri arasındaki yaklaşık 8 yıllık dönemde Fournier gangreni nedeni ile takip edilmiş olan on bir hasta incelendi. Hastaların 10'u erkek, 1'i kadındı. Ortalama yaş 46 yıl (34-64) olarak bulundu. En sık enfeksiyon nedenleri kolorektal hastalıklar ve ürogenital hastalıklar olarak tespit edildi. En sık predispozan faktörler diabetes mellitus (% 54.5), anorektal apse (%18.1) idi. Tüm hastalara cerrahi debridman uygulandı ve diversiyon kolostomisi 4 hastada (%36.3) gerekli oldu. Bir hastada (% 9.09) (diabetes mellituslu ve immünsüprese olan hasta) mortalite görüldü. Sonuç olarak tüm nekrotik dokuların geniş eksizyonu cerrahi tedavinin ana prensibini oluşturur. Erken tanı ve hızla uygulanan agresif cerrahi tedavi fournier gangrenli hastalarda morbiditeyi ve mortaliteyi azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Fournier Gangreni. Erken tanı. Cerrahi tedavi.

Fournier Gangrene: A Single Center Experience (A Retrospective Study of 11 Cases)

ABSTRACT

Fournier gangrene (FG) is a surgical emergency which is requiring debridement and antibiotic therapy. The aim of this study was to get a retrospective analysis of the 11 patients who had wide debridement and medical treatment for Fournier's Gangrene in our clinic. We retrospectively reviewed the data of patients with FG. Eleven patients treated for FG during a nearly 8-years period (from January 2005 to October 2012). Eleven patients with FG (10 males, 1 female; mean age, 46 years; range, 34-64 years) were analyzed. The most frequent causes of infections were colorectal diseases and urogenital diseases. The most common predisposing factors were diabetes mellitus (54.5 %), anorectal abscess (18.1 %). All patients underwent surgical debridement and diversion colostomy was necessary in 4 patients (%36.3). The overall mortality was 9.09% (which was immunocompromised patient with diabetes mellitus). Surgery with extensive debridement of all necrotic is the main stay of treatment. Early clinical identification and prompt, aggressive treatment are essential for reducing mortality and morbidity in patients presenting with this disease.

Key Words: Fournier's gangrene. Early diagnosis. Surgical treatment.

Fournier gangreni (FG) ilk kez 1764 yılında Baurienne tarafından tarif edilmiştir. Ardından 1883 yılında Fransız bir dermatolog olan Jean Alfred Fournier bir

olguyu bildirmiş ve daha sonra bu hastalık kendi adıyla anılmıştır^{1,2}.

Fournier Gangreni; dış genital, perineal veya perianal bölgeyi etkileyen, akut gelişen, hızla ilerleyen ve mortal seyredebilen bir nekrotizan fasiitdir. Bu tanım farklı literatürlerde değişik şekillerde tarif edilse de tedavide yapılması gereken aynıdır. Bir çok yazıda ortak tedavi şekli agresif radikal debridmanlardır¹⁻⁴. FG sıklıkla erkeklerde görülmesine rağmen kadın ve çocuklarda da bildirilmiştir³. En sık eşlik eden faktör diyabet olup dokuda dolaşımını bozan ve bağışıklık sistemini baskılayan her hastalık, her durum predispozan faktör olarak ileri sürülmüştür⁴.

Bu yazıda amaç; kliniğimizde Fournier gangreni nedeniyle takip edilmiş olan 11 olgunun retrospektif analizi ve literatür eşliğinde irdelenmesidir.

* 22-24 Kasım 2012 tarihlerinde İstanbul'da düzenlenen olan "XVI. Annual Meeting of the European Society of Surgery" kongresinde sunulmuştur.

Geliş Tarihi: 30 Aralık 2012
Kabul Tarihi: 31 Ocak 2013

Dr. Burhan Hakan KANAT
Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Genel Cerrahi Kliniği, ELAZIĞ
Tel: 0 424 233 35 55 - 2201
e-posta: ku318@mynet.com

Hastalar ve Yöntem

Ocak 2005 ile Ekim 2012 tarihleri arasındaki yaklaşık 8 yıllık dönemde Fournier gangreni nedeniyle takip edilmiş olan hastalar geriye dönük olarak incelendi. Veriler hastane arşivindeki kayıtlarından (ameliyat notları ve çıkış özetleri) elde edildi.

Kliniğimizde bu süreç içerisinde 21 tane FG hastası takip edildiği tespit edildi. Bu hastalardan takip sırasında ileri bir merkeze sevk edilen 7 tanesi ve verilerine tam olarak ulaşılamayan 3 tanesi çalışma dışına alınarak inceleme 11 hasta üzerinden yapıldı.

Hastalar yaş, cinsiyet, yandaş hastalık, etiyolojik faktör, debrütman sayısı, ek müdahale gereksinimi ve mortalite açısından incelendi.

Bulgular

Fournier gangreni nedeni ile takip edilen 11 hastanın 10'u erkek (%91), 1'i kadını (%9). Ortalama yaş 46 yıl (34-64) olarak bulundu. En sık enfeksiyon nedenleri kolorektal hastalıklar ve ürogenital hastalıklar olarak tespit edildi. En sık predispozan faktörler diabetes mellitus (%54.5), anorektal apse (%18.1) idi. Tüm hastalara cerrahi debrütman uygulandı. Ortalama debrütman sayısı 1.72 ve hastaların % 63'ünde tek debrütman yeterli oldu. Bir hastaya (mortal seyreden hasta) ise 5 kez debrütman yapıldı. Diversiyon kolostomisi 4 hastada (%36.3) gerekli oldu. Üç hastada (%27.3) etiyoloji saptanamazken, 3 hastada (%27.3) ürogenital orijin, 4 hastada (%36.3) ise etiyolojiyi perianal kaynaklı faktörlerdi. Bir hastada ise (%9.09) sebep kasık fitiği tamiriydi. İki hastada (%18.18) FG ameliyat sonrası (hemoroidektomi ve kasık fitiği tamiri) gelişti.

Diabetes mellituslu ve immünsüprese olan bir hastada (% 9.09), ki bu hasta kasık fitiği ameliyatı olmuş olan hasta, mortalite görüldü (Tablo).

Hasta	Cinsiyet	Yaş	Predispozan Faktör	Etiyolojik Faktör	Debrütman Sayısı	Ek Girişim	Mortalite
1	E	42	DM	Bilinmiyor	1	-	-
2	E	50	-	Ürogenital	1	-	-
3	K	48	DM	Ürogenital	2	-	-
4	E	37	-	Bilinmiyor	1	-	-
5	E	34	-	Perianal	2	-	-
6	E	38	-	Perianal (Hemoroidektomi)	3	Diversiyon kolostomisi	-
7	E	54	DM	Ürogenital	1	Diversiyon kolostomisi	-
8	E	64	-	Perianal	1	-	-
9	E	43	DM	Perianal	1	Diversiyon kolostomisi	-
10	E	60	DM ve lökopeni	Kasık Fitiği tamiri	5	Diversiyon kolostomisi	+
11	E	36	DM	Bilinmiyor	1	-	-

(E:Erkek K:Kadın DM: Diabetes Mellitus)

Tartışma

Fournier gangreni en sade tanımla perine ve genital bölgenin nekrotizan fasiiti olarak tanımlanabilir. Hızla yayılan ve hayatı tehdit eden özelliği ile tüm hekimlerin dikkatli olması gereken önemli bir cerrahi acildir. Literatürdeki olgular özellikle genel cerrahi, üroloji ve plastik cerrahi kliniklerinden bildirilmiş olsa da aslında bu hastalık başta bu üç klinik olmakla birlikte multidisipliner yaklaşım gerektiren bir durumdur^{1,5,6}.

Tedavide ve prognozda en önemli nokta erken tanıdır. Tanı genellikle fizik muayene ile konulmaktadır. Ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve magnetik rezonans görüntüleme yöntemleri de kullanılabilir^{3,6,7}. Bizim incelediğimiz olgularda tanı fizik muayene ile konuldu ve tanı için ek görüntüleme yöntemi kullanılmadı.

Hastalık her yaşta görülmekle birlikte sıklıkla genellikle erişkinlerin hastalığı olarak değerlendirilmekte ve 50-60 yaş civarında görülme sıklığı giderek artmaktadır^{8,9}. Bizim çalışmamızda yaş ortalaması 46 olup bu rakam literatüre göre daha düşüktür. Buradaki sebep ileri bir merkeze sevk edilen 7 hastanın çalışma dışında bırakılmasıdır. Sevk edilen bu hastaların yaşları irdelenen hastalardan daha yüksektir. Yine aynı şekilde bizim çalışmamızdaki mortalite oranı da (% 9.09) literatüre göre daha düşüktür^{9,10}. Bunda da sebep ileri yaş ve sıkıntılı hastaların sevk edilmesidir diye düşünmekteyiz. Bu nedenle ileri merkezlerin sunumlarındaki mortalite oranları düşük basamaklı kliniklerin mortalite oranlarından daha yüksektir. Örneğin ülkemizde 3. basamak ileri merkezde yapılan bir çalışmada mortalite oranı nerdeyse %50'lere ulaşmaktadır¹⁰.

Erken tanı, akılcı antibiyoterapi ile agresif cerrahi müdahale ile mortalite azaltılabilir⁹⁻¹¹. Bu üçlü kombinasyonda en önemli noktayı erken tanı kısmı oluşturmaktaysa da üçünün birlikteliği vazgeçilmezdir. Tanıdan sonra erken cerrahi müdahale esastır. Bununla birlikte erken dönemde sorumlu patojenlere yönelik uygun antibiyotikler uygulanırsa sağ kalım oranının artacağı vurgulanmaktadır^{1,4}. Ampirik antimikrobiyal tedavi anaerobik bakterileri mutlaka kapsayacak ikili, üçlü antibiyotiklerden oluşmalıdır^{1,4,9}. Bizde de takip edilen hastalarda ikili kombinasyonlarla geniş spektrumlu antibiyotiklerin verildiği izlendi.

Doku dolaşımını bozan her durum predispozan faktör olarak ileri sürülmekle birlikte en sık predispozan faktör diyabet olarak bildirilmiştir. Bu oran çalışmalarda %20-70 arasında olup bizim çalışmamızda da % 54.5'tir³. Risk faktörleri arasında ise rektal apse, perianal fistül, erizipel, kolon divertiküliti, rektum kanseri, tromboz, üretral tıkanıklık, skrotal travma ve ürogenital bölgeye uygulanan cerrahi girişimler sayılabilir^{5-8,12}. Bizim olgulardan 2 tanesi cerrahi işlem sonrası gelişti. Bunlardan biri hemoroidektomi sonrası ve diğeri de kasık fitiği tamiri sonrası gelişti. Etiyolojisinde kasık

Fournier Gangreni

fitiği tamiri olan hasta tek mortal seyreden hasta olup predispozan faktör olarak hem diyabet hem de lökopeni mevcuttu.

Tedavide nekrotik dokuların cerrahi olarak temizlenmesi çok önemlidir. Tutulan tüm deri, fasya ve kaslar radikal debrütman ile geniş şekilde eksize edilmelidir. Nekrozun uzanımı nereye kadar ise o alana dek eksizeyon uzatılmalıdır. Testiküler tutulum nadir olup orşiektomi testiküler gangren varsa endikedir. Canlı, parlak ve kanayan dokular izlenene kadar tekrarlayıcı ve geniş çaplı debrütmanlar tereddüt edilmeden yapılmalıdır⁴⁻⁷. İncelediğimiz olguların %63'ünde tek debrütman yeterli olmuş. En fazla debrütman mortal seyreden hastaya yapılmış. Debrütman sonrası oluşan defektlerde greftler kullanılabilir⁶⁻⁸.

Hastanın yaşamı söz konusu olduğu için form ve fonksiyon göz ardı edilir⁴⁻⁶. Nekrozun yayılım yerine göre kolostomi endike olabilir. Bu çalışmada kolostomi gereksinimi %36.3 oranında bulundu. Bu 4 hastanın 2 tanesinin kolostomisi ortalama 10 hafta sonrasında yine kliniğimizde kapatıldı. Hemoroidektomi sonrası FG gelişen ve diversiyon kolostomisi gereken hasta ise yetersiz anal tonus nedeniyle ileri bir merkeze sevk edildi.

Tedavinin bir diğer parçası yoğun sıvı ve elektrolit replasmanı ile nutrisyonel destektir. Kritik hastaların bakımı yoğun bakımda yapılmalıdır⁴. Bu olgulardan 2 tanesi yoğun bakımda takip edildi. Bunlardan bir tanesinin mekanik ventilatör ihtiyacı oldu.

Sonuç olarak Fournier gangreninin çok önemli ve mortal seyredebilecek bir cerrahi acil olduğu bilinmelidir. İlgili branş uzmanlarının yanı sıra acil, yoğun bakım, endokrinoloji ve dermatoloji uzmanları da bu hastalık hakkında bilgi sahibi olmalıdırlar. Ayrıca toplum sağlığı hizmeti veren hekimler ile aile hekimleri de bu tür hastalıkların erken tanısında önemli role sahiptirler.

Kaynaklar

1. Sümer A, Onur E, Altınlı E, Çelik A, Senger S, Köksal N. Ateş Etiyolojisi Nedeni ile Araştırılan Hastalarda Tanısı Gecikmiş Mortal Bir Neden: Fournier Gangreni. Bakırköy Tıp Dergisi 2005;1:57-9
2. Altarac S, Katušin D, Crnica S, Papeš D, Rajković Z, Arslani N. Fournier's Gangrene: Etiology and Outcome Analysis of 41 Patients. Urol Int 2012;88:289-93
3. Mallikarjuna MN, Vijayakumar A, Patil VS, Shivswamy BS. Fournier's Gangrene: Current Practices. ISRN Surg. 2012;2012:937-42
4. Sökmen S. Fournier gangreni. Ankem Derg 2012;26(Ek 2):331-6
5. Özer Y, Akyüz O, Kayıkçı A. Fournier Gangreni: Olgu sunumu. Konuralp Tıp Dergisi 2011;3(2):35-7
6. Özgenel GY, Akın S, Kahveci R, Özbek S, Özcan M. Fournier Gangreni: 22 Vakanın Sunumu. Turk Plast Surg 2004;12:106-9
7. Heiner JD, Baldwin K, Laselle B. Fournier gangrene: rapid diagnosis with bedside ultrasonography. CJEM. 2010 Nov;12(6):528-9.
8. Hosseini SJ, Rahmani M, Razzaghi M, Barghi M, Hosseini Moghaddam SM. Fournier gangrene: a series of 12 patients. Urol J. 2006;3(3):165-70.
9. Peker E, Temel H, Tuncer O, Başaranoglu M, Acar MN, Ceylan A. Yenidoğanda Tuzlamaya Bağlı Gelişen Fournier Gangreni: Vaka Sunumu. Çocuk Dergisi 2010;4:204-6
10. Yanar H, Taviloglu K, Ertekin C, Guloglu R, Zorba U, Cabioglu N, Baspınar I. Fournier's gangrene: risk factors and strategies for management. World J Surg. 2006 Sep;30(9):1750-4.
11. Fajdic J, Bukovic D, Hrgovic Z, Habek M, Gugic D, Jonas D, Fassbender WJ. Management of Fournier's gangrene--report of 7 cases and review of the literature, Eur J Med Res 2007;12:169-72.
12. Lehnhardt M, Steintraesser L, Druecke D, Muehlberger T, Steinau HU, Homann HH. Fournier's gangrene after Milligan-Morgan hemorrhoidectomy requiring subsequent abdominopereineal resection of the rectum: report of a case. Dis Colon Rectum. 2004 Oct;47(10):1729-33.

