

## FOURNIER GANGRENİ "18 OLGUNUN SUNUMU"

## FOURNIER'S GANGRENE "A PRESENTATION OF CASES"

Dr. Cemalettin MURAT Dr. Erdiç ÜNLÜER Dr. Gökhan TOKTAŞ Dr. Şaban MİMAROĞLU  
Dr. Cenk GÜRBÜZ Dr. Yalçın SERİN

**ÖZET:** Bu çalışmada ölümcül olabilen Fournier gangreni hakkında literatürü kendimizin tedavi ettiği 18 hasta ile birlikte tekrar gözden geçirdik. Kliniğimizde tedavi edilen 18 Fournier gangrenli hastanın tabii kayıtları kullanıldı. 10 hastada predispozan faktör olarak diabet saptandı. 17 hastada geniş debridman, 3 hastada sekonder sütürasyon ve 3 hastada sekonder olarak plastik cerrahi girişimler gerekti. 16 hastada iyileşme sağlandı. Erken tanı, predispozan faktörlerin göz önünde bulundurulması, geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi ve geniş cerrahi debridmanla Fournier gangreni kolaylıkla tedavi edilebilir bir hastalıktır.

**Anahtar Kelimeler:** Fournier gangreni

**SUMMARY:** In this study we reviewed the related literature about Fournier's gangrene with 18 patients admitted to our clinic with this entity. The records of 18 patients with Fournier's gangrene treated in our clinic were retrospectively reviewed. Diabetes mellitus was a predisposing factor in 10 patients. Extensive debridments were made to 17 patients, seconder suturing to three patients whereas 3 patients required secondary reconstructive surgery. 16 patients recovered primarily. With early diagnosis, treating predisposing factors, broad spectrum antibiotic therapy and extensive surgical debridment, Fournier's gangrene, a lethal disease, can easily be managed.

**Key Words:** Fournier's gangrene

Fournier gangreni literatürde ilk defa bir Fransız veneroloğu olan Fournier tarafından 1883 yılında bildirilmiştir. Bu orjinal makalede üç klasik bulguya dikkat çekilmektedir.

1. Görünüşte sağlıklı olan erkekte hastalığın ani başlangıcı,
2. Genital bölgede hızlı ilerleyen gangrenler,
3. Spesifik bir neden bulunmayışı (1),

Ancak günümüzde, klinik ve labaratuvar tanı yöntemlerinin etkinliğinin artması ile altta yatan çeşitli etyolojik faktörler ileri sürülebilmektedir.

Tedavide elde edilen başarılı neticelerle artık ölümcül olmaktan çıkan bu nadir hastalık, bu çalışmada kliniğimizde saptanan 18 hasta ile birlikte değerlendirilerek literatür tekrar gözden geçirilmiştir.

## MATERİYAL - METOT

Eylül 1992 ve Ekim 1997 tarihleri arasında SSK İstanbul Eğitim Hastanesi'ne başvuran 18 Fournier gangrenli hastanın klinik izlemleri ve yapılan tedavileri

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, Üroloji Kliniği  
Yazışma Adresi: Dr. Cemalettin MURAT  
Denişköşkler Mah. Yasin Sok. No: 11/2 Avcılar - İSTANBUL

değerlendirildi. Hastalar aktif hastalık dönemi ve tedavi sonucunda genel durum ve kozmetik açıdan kontrol edildi. Vakalardaki etyolojik ve predizpozan faktörlerin literatürle uyumlulukları gözlemlendi.

## SONUÇLAR

6 hasta hariç tüm hastalarda predispozan bir faktörün varlığı saptanmıştır. 10 hastada diabet ve beraberinde bir hastada behçet hastalığı, bir hastada obesite ve bir hastada da KLL vardı. Bir hasta ise terminal dönemde akciğer tümörü olan bir olgu idi. Bir hastada üremi predispozan faktör olarak tespit edildi.

Olgulara mümkün olan en geniş nekrotik doku debridmanı yapıldı. Vakaların tümüne biteral, aminoglikozid, penisilin kristalize kombinasyonu parenteral olarak uygulandı. Kaybedilen 3 hastamızdan biri, iyileşme sonrası primer hastalığı olan akciğer kanserine bağlı solunum yetmezliğinden, biri 2. gününde üremiye bağlı solunum yetmezliği ve diğeri ise 7. gününde sepsise bağlı dolaşım yetmezliğinden öldü. Üç hastada iyileşme sonrası sekonder sütür gerekti. Üç hastamız doku kaybının fazla olması nedeniyle plastik ve rekonstrüktif cerrahi bölümü tarafından sekonder greft uygulaması ile

tedavi edildi. Bir hastada oluşan penis nekrozu sonucu penektomi ve perineal üretrastomi uygulandı.

### TARTIŞMA

Genital bölgeyi tutan gangrenlerle seyreden bu nadir hastalık çoğunlukla erişkin erkeklerde görülmekle birlikte, yeni doğanlarda ve bebeklerde de görüldüğü ve

kadınlarda da olabileceği bildirilmiştir (2,3). Hastalık üriner veya perineal enfeksiyonların, hazırlayıcı bir takım faktörlerle Colles, Dartos ve scarpa fasyaları boyunca tüm abdominal duvara yüzeysel olarak yayılıp gangrenlerle seyretmesi ile ortaya çıkar (1). Hastalık bulgularının ortaya çıkıp yaygın nekroz oluşması saatler içerisinde dahi olabilir. Hastalık için hazırlayıcı faktörler başta diyabet, kronik alkol kullanımı, uyuşturucu kullanımı, kronik hastalıklar olmak üzere, kanserler, immün supresif ajan

Tablo I: Olguların Dökümü

Adı Soyadı	Yaş	Predispozan Faktör	Cerrahi Tedavi	Yatış süresi gün	Sonuç	Etyoloji
M.K.	41	Behçet, diyabet	Debridman	14	Sekonder sütün	Bipedal lenfanjit
İ.M.	70	Diyabet	Debridman	19	Sekonder sütün	Orşit
N.Ü.	68	Akciğer ca, kemoterapi	Debridman	34	Primer iyileşme (Akciğer ca-ex)	Üretral kataterizasyon
A.T.	68	Diyabet	Debridman	34	Primer iyileşme	Perianal abse ve üretral katater
F.M.	25	Yok	Multipl insizyon, drenaj	18	Deri grefti ile rekonstrüksiyon	Pubik bölgeye traş
İ.B.	63	Diyabet, obesite	Geniş debridman, penektomi	28	Sekonder sütün	Üretral katater uygulaması
Ö.Ç.	41	Diyabet	Geniş debridman	23	Deri grefti ile rekonstrüksiyon	Perianal abse
M.Y.	30	Yok	Geniş debridman	23	Deri grefti ile rekonstrüksiyon	Pubik bölgeye traş
C.D.	47	Yok	Debridman	9	Primer iyileşme	Pubik bölgeye traş
S.İ.	63	Diyabet	Debridman, drenaj	2	Sepsis - ex	Perianal abse
Ş.D.	96	Diyabet	Geniş debridman	10	Primer iyileşme	Üretral katater uygulaması
N.G.	61	Üremi	Geniş debridman	7	Solunum depresyonu-ex	Üretral katater uygulaması
N.B.	50	Yok	Debridman	10	Primer iyileşme	Pubik bölgeye traş üretral katater
N.Y.	57	Yok	Debridman	8	Primer iyileşme	Yok
M.Ş.	47	Diyabet	Debridman	14	Primer iyileşme	Pubik bölgeye traş
T.Y.	59	Diyabet, KLL	Debridman	8	Primer iyileşme	Yok
Ö.E.	65	Diyabet	Debridman	9	Primer iyileşme	Üretral Katater uygulaması
İ.C.	51	Yok	Debridman	57	Primer iyileşme	Perianal abse

kullanımı gerektiren durumlar, AIDS, üretral girişimler, prostatik masaj, penil protez operasyonları, vazektomi operasyonları gibi durumlardır (1,4,5,6).

Etyopatogeneizde perineal bölgedeki enfeksiyonların portal yolla yayılımının rol oynadığı söylenmektedir (7). Hastalığı seyri sırasında oluşan doku ödemi ve iskemisi anaerobik bir ortam oluşturmakta ve bundan dolayı anaerob bakteriler kolaylıkla üreyebilmektedir. Bu tip enfeksiyonlarda da doku tarafından absorbe edilmeyen hidrojen ve nitrojen gazları oluştuğu için dokular arasında gaz birikimi gözlenebilmektedir. Oluşan enfeksiyonlarda hemen hemen daima birden fazla mikroorganizma sorumlu olmaktadır (8,9).

Literatürde bu hastalık için % 9,1 - 45 arasında değişen mortalite oranları bildirilmektedir (10). Hastalığın seyrinde minimal doku kayıplarının yanında penis amputasyonuna kadar varabilen olgular bildirilmiştir.

Hastalığın tedavisinde asıl amaç, hastalığa mümkün olduğu kadar erken tanı koymak ve yukarıda bahsedilen predispozan faktörleri kontrol altına alıp, derhal cerrahi ve medikal tedaviye başlamaktır. Tedavide gerektiği kadar geniş debridman ve geniş spektrumlu antibiyotiklerin verilmesi, yapılması gereken ilk uygulamalardır. Hastalık ilk etapta bu uygulamalarla kontrol altına alınıp, daha sonra diabetin kontrolü, hiperbarik oksijen uygulanması, kolostomi açılması ve hiperalimentasyon gibi yardımcı tedaviler eklenebilir (11). Dokulardaki enfeksiyon tamamen düzeldikten sonra çeşitli plastik girişimlerle oluşan doku kayıpları düzeltilebilir.

Literatürde hastalığın diabetle birlikte görülmesi oranı % 68'e kadar bildirilmektedir (1). Bizim çalışmada bu oran % 55 bulundu. Hastalara yapılan erken ve gerektiği kadar geniş debridman sayesinde doku kaybı en aza indirilmiş olmasına rağmen, üç hastada sekonder deri greftine gereksinim oldu ve bir hastada nekroz sonucu penektomi uygulanmak zorunda kaldık. Hastalığın mikst bir enfeksiyon olması nedeniyle antibiotik tedavisinde gram negatif ve pozitif aerob gruplara etkili üçlü kombinasyonlar kullanıldı.

Sonuç olarak, tedavi edilmediği takdirde ölümcül

olabilecek bir hastalık olan Fournier gangreni erken tanı, geniş debridman ve geniş spektrumlu paranteral antibiyotik başarı ile tedavi edilebilmektedir. Hastalığın tanısında predispozan faktörler daima göz önünde bulundurulmalıdır.

#### KAYNAKLAR

1. Cohen MS.: Fournier's gangrene. *Current Therapy in Genitoürinary Surgery Resnick MI, Kursh E. (eds) Ontario B.C., Decker tric. 346-349, 1987.*
2. Silva-Villasenor-JA, Valesquez-Macias-RE, Suarez-JI et al. Fournier gangrene in a neborne. *Bol-Med-Hosp-Infant-Mex, 47:48-50, 1990.*
3. Herzog W.: Fournier's gangrene also in females? *Zentralbi-Chir. 112:564-76, 1987.*
4. Chantarasak ND, Basu PK: Fournier's gangrene following vasectomy. *Br. 3. Urol. 61:538-539, 1988.*
5. Wollach MD, Mac Dermoff 3<sup>rd</sup>, Stone AR et al: Treatment and complications of Fournier's gangrene. *Br. 3. Urol. 64:310-314, 1989.*
6. Walther P3, Andriani RT, Maggio MI et al: Fournier's gangrene: a complication of penil prostetic implantation in a renal transplant patient. *3. Urol, 137:299-300, 1983*
7. Lamb RC, Juler GL.: Fournier' 5 gangrene of the scrotum. A pony defined syndrom or misnomer *Arch. Surg. 118:38-40, 1983.*
8. Him M, Ninikoski 3.: Menagement of perineal necrotizing fascitis (Fournier's gangrene) *Ann. Chir. Gynocol. 78:277-281, 1989.*
9. Toktaş G, Uysal Z, Erkan I, Remzi D.: Fournier gangreni: 6 olgu takdimi. *Mikrobiyoloji Bülteni. 22:72, 1988.*
10. Spirnak JP, Resnick MI, Hampel N. et al: Fournier's gangrene: report of 20 patients. *J. Urol. 131:289-291, 1984.*
11. Scoff SD, Dawes RE, Tate 33. et al: The practical manegement of Fournier's gangrene. *Ann R. Coll. Surg. Engi. 70:16-20, 1988.*