

Normal CD4 Sayılı HIV Pozitif Bir Hastada Fournier Gangreni

Fournier's Gangrene at HIV Positive Patient with Normal CD4 Count

Rüçhan Bahadır Celep, Mustafa Özsoy, Ahmet Bal, Ziya Taner Özkeçeci, Ogün Erşen, Yüksel Arıkan

Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyon

Özet

Fournier gangreni, ağırlıklı olarak erkeklerde görülen, hızlı ilerleyen, mortalite oranı yüksek bir nekrotizan fasiittir. Yumuşak doku enfeksiyonları ile benzer etiyoloji göstermesine karşın özellikle immünsüpressif ve diabetli hastalarda hastalık çok daha hızlı seyir göstererek mortal seyredir. Hastalığın tedavisinde ana unsurlar erken tanı, erken cerrahi debridman ve uygun antibiyoterapidir. Bu çalışma predispozan faktör olarak insan immün yetmezlik virusu (HIV) pozitifliği olan bir hastada iskiorektal apse drenajı sonrasında Fournier gangreni gelişimini aktarmak ve bu hastalarda erken cerrahi debridmanın gerekliliğini vurgulamak amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Fournier gangreni, nekrotizan fasiit, insan bağışıklık yetmezlik virüsü.

Abstract

Fournier's gangrene mainly seen in men is rapidly progressive and necrotizing fasciitis and has a high mortality rate. Although the etiology of Fournier's gangrene is similar to the soft tissue infections, the disease especially could be mortality in patients with immunosuppressive and diabetes. The main factors in treatment of the disease are early diagnosis, surgical debridement and appropriate antibiotics. In this article we aimed to present developing Fournier's gangrene in a patient with human immunodeficiency virus (HIV) positive after iskiorectal abscess drainage and intended to highlight the need for early surgical debridement.

Keywords: Fournier's gangrene, necrotizing fasciitis, human immunodeficiency virus.

Giriş

Perineal ve genital bölgenin nekrotizan fasiiti olarak isimlendirilen Fournier gangreni ismini sifiliz ve diğer birçok zührevi hastalık üzerine çalışmalar yapan Jean Alfred Fournier isimli Fransız dermatologdan almıştır. 1924'te Meleney'in tanımladığı hastalığın jeneralize formu ise Meleney'in Sinerjistik Gangreni olarak isimlendirilmiştir. Hastalığın etiolojisinde travma, cerrahi, lokal deri enfeksiyonları gibi etkenler bulunmaktadır (1,2). Düşük sosyoekonomik düzey, immünsistem yetmezliği, diabet, obezite, malnutrisyon gibi lokal enfeksiyonlara yatkınlık yapan nedenler hastalığın risk faktörlerini oluştururlar (3). Burada HIV pozitif bir olgumuzda gelişen Fournier gangreni ve cerrahi tedavi prosedürümüzü sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Kırk sekiz yaşındaki HIV pozitif erkek hasta, karın ağrısı şikâyeti ile başvurdu. HIV enfeksiyonu dışında ek patolojiye rastlanmayan olgunun genel durumu iyi, vital bulguları normal sınırlar içerisinde idi. Hastanın beden kitle indeksi 28,6 idi. Fizik muayenesinde karında periton hassasiyeti tablosuna rastlanmadı. Ka-

rın ultrasonografisinde (US) patolojiye rastlanmayan olgunun karın bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol iskiorektal alanda, sol obturator kası medialinde, transvers uzunluğu 4 cm, anteroposterior uzunluğu 12 cm boyutlarında, düzensiz sınırlı, içerisinde hava değerleri bulunan heterojen içerikli apse ile uyumlu sıvı koleksiyon saptandı (Resim 1).



Resim 1. Karın BT'sinde sol iskiorektal alanda içerisinde hava değerleri bulunan apse odağı

Laboratuvar tetkiklerinde lökosit 19400 mm³, hemoglobin 11,9 gr/dl, hematokrit %36,5, eritrosit sedimentasyon hızı 75 mm/saat, C-reaktif

İletişim Bilgisi / Correspondence

Yard. Doç. Dr. Rüçhan Bahadır Celep, Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyon

E-mail: bahadircelep@hotmail.com

Geliş tarihi / Received: 30.07.2013 Kabul tarihi / Accepted: 20.09.2013

Çıkar Çatışması / Conflict of Interest: Yok / None

protein 16.9 mg/dl idi. Bir yıldır HIV enfeksiyonu tanısıyla izlenen hastanın CD4 pozitif T lenfosit sayısı $642/\text{mm}^3$ (normal) idi. Perkütan drenaj kateteri yerleştirilen hastaya 10 gün süre ile seftriakson sodyum (2gr/gün) ve metronidazol (500mg/gün) ile ikili antibiyotik tedavisine başlandı. Kateterden alınan örneğin kültüründe Escherichia coli üredi. Uygun antibiyoterapi ve drenaja rağmen takibin beşinci gününde anüsün sol lateralinde nekrotik odak saptandı. Fournier gangreni olarak nitelendirilen hastaya anüs ve rektum korunacak şekilde masif debritleme ve koruyucu kolostomi açılması operasyonu uygulandı (Resim 2).



Resim 2. İntraoperatif anüs ve rektum korunarak yapılan yara debritleminin görüntüsü.

Ameliyat sonrası üçüncü haftasında enfektif akıntının kesilmesi üzerine anüsün posterior duvarına kadar yaklaştırma sütürleri atıldı (Resim 3). Beşinci haftada ise anoplasti ile defekt tamamen kapatıldı (Resim 4).



Resim 3A. Debritleme sonrası defektin kademe kademe kapatılması

3B. Anoplasti sonrası görünüm.

Tartışma

Fournier gangreni, agresif progresyonuna karşılık karakteristik kokusu, nekroz görünümü ve lokalizasyonu ile tanısı tek başına fizik muayeneyle konulabilen bir hastalıktır. Ortalama ellili yaşlarda ve en sık erkeklerde görülen hastalıkta ağrı ve ödem en sık karşılaşılan şikâyetlerdir. Ancak Fournier gangreninin karakteristik özelliği hastalığa özgü kokudur. Ağrı bir süre sonra nekroz gelişmesi ile kaybolur. Hastalıkta spesifik tek bir patojen yer almaz; ürogenital, kolorektal ve cilt florasının beraber bulunduğu aerobik-anaerobik mikst bir enfeksiyondur (4). En sık anorektal flora suşları izole edilir. Patojenlerin yol açtığı enfeksiyon cilt ve fasya nekrozuna; bu nekroz ise mikro arteriolar trombuslara yol açar. Trombuslar sonucu iskemi ve tekrar nekroz gelişmesi hastalığın iskemi ve enfeksiyon kısır döngüsüyle hızlı bir şekilde ilerlemesine yol açar (4).

Görüntüleme yöntemlerinden US genelde subkutan amfizem dışında bulgu vermez. Manyetik rezonans görüntüleme ve BT ise hastalığın başlangıç noktasını ve nekrozun derinliğini göstermek açısından avantajlıdır (5). Olgumuzda kontrastlı karın BT ile primer odak saptandığı gibi cerrahi debritleminin genişliği nekrotik ve sağlıklı doku ayrımı yapılarak belirlendi. HIV enfeksiyonu progresyon evrelemede CD4 pozitif T lenfosit sayısı $>500/\text{mm}^3$ olan hastalar Evre I kabul edilir. Bu hastalarda fırsatçı enfeksiyonlara rastlanmaz iken hastamızda normal CD4 değerlerine sahip iken perineal apse sonrası Fournier gangreni geliştiği söylenebilir. Bu durum nadir bir klinik antite olmakla birlikte olgumuza benzer klinik tabloya sahip hastalara ait bilgiler Londra'da yapılan bir çalışmada gö-

rılmektedir (6). Benzer olarak Elem ve ark (7) yaptıkları bir çalışmada HIV enfeksiyonunun daha yaygın görüldüğü Güney Afrika bölgesinde Fournier gangreni ve HIV pozitifliği birlikteliği ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Fournier gangreni lokalizasyon itibarıyla hayati dokuları etkilemez, ancak ilerleyen vakalarda sistemik ateş, sepsis, multiorgan yetmezliği sonucu mortalite ile sonuçlanır. Hastalığın bulgularının başlaması ile tıbbi tedavi alma arasındaki süre ve etkilenen vücut yüzeyi mortalitede belirleyici rol alır (8). Fournier gangreninde mortalite oranları % 88'lere kadar çıkabilmektedir (9). Mortalite oranlarının halen yüksek olmasının önemli bir nedeni hastaların çoğunun başvurdukları sağlık merkezlerinde perianal apse veya selülit benzeri bir yumuşak doku enfeksiyonu olarak değerlendirilmeleri ve bu sebeple cerrahi debritlemenin gecikmesidir (10). Erken müdahaleyle hastalığın sepsise progresyonu engellendiği takdirde Fournier gangrenine bağlı ölüm oranları oldukça düşük olacaktır. Olgumuzda iskiorektal alandaki apse poşuna US eşliğinde drenaj kateteri konulması yanısıra seftriakson ve metronidazol ile yapılan antibiyoterapi Fournier gangrenine progresyonu engelleyememiştir. Fournier gangrenin hızlı ilerleyen kliniği ve mortalite oranları göz önüne alındığında, derin yerleşimli perineal, gluteal apseleri olan ve Fournier gangreni gelişimine zemin hazırlayacak malnutrisyon, diabetes veya altta yatan immünyetmezlik durumu mevcutsa konservatif girişimlerden daha ziyade agresif cerrahi tedavi yaklaşımı denenmelidir.

Sonuç olarak Fournier gangreninde, sinsi kliniği ve yüksek mortalite oranı sebebiyle erken müdahale ve agresif yaklaşım benimsenmelidir.

Kaynaklar

1. Thwaini A, Khan A, Malik A, Cherian J, Barua J, Shergill I, Mammen K. Fournier's gangrene and its emergency management. *Postgrad Med J* 2006; 82(970): 516-9.
2. Morpurgo E, Galandiuk S. Fournier's gangrene. *Surg Clin North Am* 2002; 82(6): 1213-24.
3. Sroczyński M, Sebastian M, Rudnicki J, Sebastian A, Agrawal AK. A complex approach to the treatment of Fournier's gangrene. *Adv Clin Exp Med*. 2013 Jan-Feb;22(1):131-5.
4. Bjurlin MA, O'Grady T, Kim DY, Divakaruni N, Drago A, Blumetti J, Hollowell CM. Causative pathogens, antibiotic sensitivity, resistance patterns, and severity in a contemporary series of Fournier's gangrene. *Urology*. 2013 Apr;81(4):752-8. doi: 10.1016/j.urology.2012.12.041. Epub 2013 Feb 20.
5. Romeo DY, Hervías EA, Lafuente CB, Peña MTM, Sinués EM, Toledo LS. Fournier's Gangrene In A 44-Year-Old Woman: Ct Scan Findings. *Arch. Esp. Urol*. 2009; 62 (6): 483-5
6. Ndirika SC, Melville R, Green J. Fournier's gangrene in a man who was HIV-positive with a high CD4 count. *UroToday International Journal*;2010;3(5):1-10.
7. Elem B, Ranjan P. Impact of immunodeficiency virus (HIV) on Fournier's gangrene: observations in Zambia. *Ann R Coll Surg Engl* 1995; 77: 283-6.
8. Benjelloun el B, Souiki T, Yakla N, Ousadden A, Mazaz K, Louchi A, Kanjaa N, Taleb KA. Fournier's gangrene: our experience with 50 patients and analysis of factors affecting mortality. *World J Emerg Surg*. 2013 Apr 1;8(1):13. doi: 10.1186/1749-7922-8-13.
9. Sroczyński M, Sebastian M, Rudnicki J, Sebastian A, Agrawal AK. A complex approach to the treatment of Fournier's gangrene. *Adv Clin Exp Med*. 2013 Jan-Feb;22(1):131-5.
10. 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(3): 289-93.

