

Yenidoğanda Tuzlamaya Bağlı Gelişen Fournier Gangreni: Vaka Sunumu†

Erdal PEKER *, Hayrettin TEMEL **, Oğuz TUNCER ***, Murat BAŞARANOĞLU **, Mehmet Nuri ACAR ****, Abdullah CEYLAN *****, Ercan KIRIMI *****

Yenidoğanda Tuzlamaya Bağlı Gelişen Fournier Gangreni: Vaka Sunumu

Fournier gangreni genellikle lokal travma, operasyon veya immün sistemi etkileyen hastalıklara bağlı gelişen, Gram pozitif mikroorganizmalar, enterik basiller ve anaeroblar tarafından oluşturulan skrotum, penis ve perineyi etkileyen akut enfektif bir gangrendir. Miadında 3,000 g ağırlığında, aralarında akrabalık olmayan sağlıklı anne-babadan doğan, 4 günlük erkek hasta yumurtalıklarında yara çıkması nedeni ile acil servisimize getirildi. Beyaz küre sayısı ve C-reaktif protein değerleri yaşına göre normaldi. Vaka Fournier gangreni tanısı aldı. Büyükanne tarafından çocuğun daha sağlıklı olması için tüm vücudunun tuzlandığı öğrenildi.

Bu vaka sunumu Fournier gangreni ile karışabilen durumlara bölgemizde halen bir yanlış gelenek olarak devam eden tuzlama vakalarına dikkat çekmek ve öykünün halen ne kadar değerli bir parametre olduğunu vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Fournier gangreni, tuzlama, yenidoğan

Çocuk Dergisi 2010; 10(4):204-206

A Case of Fournier's Gangrene Associated With Salting in a Neonate

Fournier's gangrene is an acute infective gangrene of scrotum, penis and perineum caused by Gram positive microorganisms, enteric bacilli and anaerobic microorganisms which is generally associated with local trauma, operative procedures or diseases affecting the immune system. A 4-day old male patient, with a birth weight of 3000 g and born to nonconsanguineous healthy parents, was brought to the emergency department of our hospital with wounds on his scrotum. His white blood cell counts and C-reactive protein values were normal for his age. He was diagnosed as Fournier's gangrene. It was ascertained that the grandmother salted the body of the child so that he could be healthier.

Our aim in presenting this case is to place emphasis on the harmful tradition of baby-salting which still prevails in our region and may cause Fournier's gangrene, and, importance of detailed history as an important diagnostic tool.

Key words: Fournier's gangrene, salting, newborn

J Child 2010; 10(4):204-206

GİRİŞ

Fournier gangreni, ilk kez 1883'te Jean-Alfred Fournier tarafından idiyopatik skrotal gangren ismi ile skrotuma sınırlı bir patoloji olarak tanımlamıştır

Alındığı tarih: 24.02.2010

Kabul tarihi: 11.05.2010

† Bu yazı 21-25 Ekim 2009 tarihinde Muğla Marmaris'te yapılan 53. Milli Pediatri Kongresi'nde poster özeti olarak sunulmuştur.

* Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, Yrd. Doç. Dr.

** Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, Uzm. Dr.

*** Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, Doç. Dr.

**** Çocuk ve Kadın Doğum Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, Uzm. Dr.

***** Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, Prof. Dr.

(1). Perine, genital ve perianal bölgenin ender görülen nekrotizan fasiitine özel olarak Fournier gangreni adı verilmektedir. Fournier gangreni genellikle lokal travma, operasyon veya immün sistemi etkileyen hastalıklara bağlı olarak gelişmektedir. Gram pozitif mikroorganizmalar, enterik basiller ve anaeroblar tarafından oluşturulan, skrotum, penis ve perineyi etkileyen akut enfektif bir gangrendir. Klinik olarak skrotum veya peniste ülserasyonlar gözlenir (1-7).

Anadolu'da bazı bölgelerde halen yaygın olarak "yenidoğan bebeği tuz ile ovalama" uygulaması yapılmaktadır. Geleneksel olarak devam eden bu yanlış uygulama sonucu yenidoğanda oluşan lezyonlar Fournier gangreni gibi bazı klinik tablolar ile karışabilmektedir. Bu yazıda Fournier gangreni ile

klirik görünüm olarak oldukça benzeyen bir vaka sunulmuştur. Klinisyenlere öykünün tanıdaki önemini vurgulaması açısından önemli bir vakadır.

VAKA SUNUMU

Dört günlük erkek bebek, skrotumda yara çıkması yakınması ile getirildi. Prenatal öyküsünde bir özellik yoktu. Özgeçmişinden 26 yaşındaki annenin, 3. gebeliğinden 3. canlı doğum olarak mükerrer sezaryen nedeniyle 39 haftalık olarak sezaryen ile doğurtulduğu öğrenildi. Doğar doğmaz ağladığı ve morarmasının olmadığı, soygeçmişinde aralarında akrabalık olmayan anne ile babadan istemli, ancak kontrolsüz bir gebelik sonrası doğduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde; genel durum iyi, bilinç açık, cilt ve sklera ikterikti. Vücut ağırlığı 3,000 g (50-75p) boyu 50 cm (50-75p) ve baş çevresi 34 cm (25-50p) idi. Emme, arama, yakalama ve Moro refleksleri normal olarak değerlendirildi. Ön fontanel 2x1.5 cm, normal bombelikteydi. Kalp tepe atımı 136/dak. arteriyel basınç 80/40 mmHg idi. Her 2 skrotumda nekroza doğru ilerleyen yaklaşık 3x4 cm büyüklüğünde lezyon vardı (Resim 1). Diğer sistem muayeneleri normaldi.



Resim 1. Skrotumda nekroza ilerleyen lezyon görülmektedir.

Tam kan değerlendirilmesi normaldi. Serum elektrolitleri, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. İndirekt bilirubin 9.5 mg/dL, direkt bilirubin 0.6 mg/dL idi. Protrombin zamanı ve aktive parsiyel tromboplastin zamanı normaldi. C-reaktif protein 3 mg/dL (Normal < 5 mg/dL) idi.

Hasta, skrotumun Fournier gangreni ön tanısıyla

yatırıldı. Meropenem ve metronidazol şeklinde antibiyotik tedavisi başlandı. Ancak, bakılan infeksiyon göstergeleri negatif saptandı. Hastanın annesinden yine ayrıntılı bir öykü alındı. Çocuğun daha sağlıklı olması için tüm vücudunun büyükanne tarafından tuzlandığı öğrenildi. Hastaya başlanan antibiyotik tedavisi kesildi. Lokal yara bakımı verildi. İzleminin 6. gününde yara tamamen iyileşti ve taburcu edildi.

TARTIŞMA

İlerleyici ve yüksek mortalite riski nedeniyle gerek çocuk ve gerekse erişkin infeksiyon hastalıkları acilleri içinde önemli bir yere sahip olan Fournier gangreni, erkeklerde daha sık görülmektedir. Derin fascianın bir kısmını ve derialtı fasyayı etkileyen bu hastalık vücudun her yerinde görülebilmekle beraber daha çok perine, karın duvarı ve uylukta görüldüğü rapor edilmektedir ^(1-3,6,7). Genellikle erişkinlerin hastalığı olarak değerlendirilmekte ve 50-60 yaş civarında görülme sıklığı giderek artmaktadır. Ancak, yenidoğanlarda dış genital bölgeyi etkilemesi de ender değildir. Hastaların çoğunluğunda sorumlu mekanizma, altta yatan ve konak direncini bozan bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte, vakaların yaklaşık % 20'sinde altta yatan bir neden saptanamamaktadır. Başlangıcı sinsi olan hastalıkta 1-2 gün gibi çok kısa bir süre içerisinde skrotum ve penis nekrozuna kadar gidebilir. Cerrahi ve medikal tedavilere rağmen, % 40'lara varan ölüm oranları bildirilmektedir ⁽¹⁻⁵⁾. Toplam 20 Fournier gangrenli hastanın değerlendirildiği bir çalışmada, vakaların % 40'ında skrotumdaki yara dan kaynaklanan sepsis, % 30'unda obstrüktif üropati, % 20'sinde filarial penoskrotal lenfödem ve % 10 vakada da travma tespit edilmiştir ⁽⁵⁾.

Ülkemizden 26 vakanın değerlendirildiği başka bir çalışmada, vakaların % 69'u erkek, % 31'i kadın olup, hastalığın oluşumunda özellikle diyabet zemininde perianal bölgenin zedelenmesi, travma, cerrahi girişimler ve enjeksiyon öyküsü saptanmıştır ⁽²⁾. Fournier gangreni mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Yapılan çalışmalarda en sık izole edilen patojenler; *Escherichia coli*, *Streptococcus pyogenes*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumonia*, *Proteus mirabilis*, *enterococci*, *Bacteroides fragilis* ve anaerobic *streptococcus* olarak saptanmıştır ⁽²⁻⁵⁾.

Mortaliteyi düşürmek için erken tanı, akılcı antibiyoterapi ile ağırsif cerrahi müdahale gerekmektedir⁽⁴⁾. Fournier gangrenine risk oluşturabilecek durumlar rektal apse, perianal fistül, erizipel, kolon divertiküliti, rektum kanseri, tromboz, üretral tıkanıklık, skrotal travma ve ürogenital bölgeye uygulanan cerrahi girişimler sayılabilir⁽²⁻⁵⁾.

Hastalığın tedavisinde nekrotik dokuların cerrahi olarak temizlenmesi çok önemlidir. Uygulanacak antibiyotik tedavisi *Staphylococcus*, *Pseudomonas* gibi bakterileri ve anareobik mikroorganizmaları mutlaka kapsamalıdır⁽¹⁻⁶⁾. Hastamızda ön tanı olarak infeksiyon düşündüğümüz için başlangıçta meropenem ve metronidazol şeklinde tedavi başladık. Ancak, infeksiyon kriterlerinin negatif saptanması ve ayrıntılı öyküde de lezyonun tuzlamaya bağlı olduğunun öğrenilmesi üzerine antibiyotik tedavisini kestik. Yalnızca lokal yara bakımı ile 6. günün sonunda lezyonlarda tam bir iyileşme sağlandı ve taburcu edildi.

Sonuç olarak, yenidoğan döneminde görülen skrotal

lezyonlarda, Fournier gangreniyle karışabilecek klinik durumlar arasında “yenidoğan bebeği tuz ile ovalama” (tuzlama) vakalarına ender de olsa rastlanabilmektedir. Klinisyenler ayırıcı tanıya varırken iyi bir öykü almalıdırlar.

KAYNAKLAR

1. **Fournier JA.** Gangrene foudroyante de loa verge, *Med Pract Paris* 1883;4:589-97.
2. **Unal B, Kocer B, Ozel E, Bozkurt B, Yildirim O, Altun B, Dolapci M, Cengiz O.** Fournier gangrene, Approaches to diagnosis and treatment. *Saudi Med J* 2006;27:1038-43. PMID:16830027
3. **Ulug M, Celen MK, Geyik MF, Ayaz C, Girgin S.** The evaluation of Fournier's gangrene severity index score in 11 patients, 16th European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, Abstract Book, 2006, 1867.
4. **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. PMID:17509961
5. **Efem SE.** The features and aetiology of Fournier's gangrene. *Postgrad Med J* 1994;70:568-71. <http://dx.doi.org/10.1136/pgmj.70.826.568> PMID:7937450 PMCID:2397697
6. **Laucks SS 2nd.** Fournier's gangrene, *Surg Clin North Am* 1994;74:1339-52. PMID:7985069
7. **Çelen MK, Ulug M, Tekin R, Geyik MF, Ayaz C.** Fatal seyirli bir fournier gangreni: bir vaka sunumu, *ANKEM Derg* 2008;22:39-41.