

Skrotal Tıraş Sonrası Sağlıklı Genç Hastada Gelişen Fournier Gangreni: Olgu Sunumu

Fournier Gangrene Developing In A Healthy Young Patient After Scrotal Shaving: Case Report

İbrahim DEMİR¹, Bülent KATI¹, Muhammed Nur KARADENİZ¹

¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa, TÜRKİYE

Öz

Fournier gangreni (FG), perianal ve genital bölgeyi etkileyen nekrotizan fasiit ile karakterize mikrobiyal bir enfeksiyöz hastalıktır. Hastaların büyük bir kısmında diyabet, sigara, alkol ve madde bağımlılığı, obezite, periferik damar hastalığı, travma, üretral darlık gibi nekrotizan fasiite yatkınlık yaratacak immüno-supresif durumlar bulunmaktadır. Fournier gangreninin tedavisinde geniş spektrumlu antibiyoterapi, sepsis açısından resusitasyon ve agresif cerrahi debridman bulunmaktadır. Kırk iki yaşında sigara,alkol kullanımı ve ek hastalığı olmayan sağlıklı erkekte, skrotal kılların temizliği sonrası oluşan 1 cm'lik yüzeysel jilet kesinin ilerleyerek Fournier Gangreni gelişebileceğini vurgulamayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Genç hastada Fournier Gangreni, Tanı, Tedavi, Skrotal tıraş

Abstract

Fournier's gangrene (FG) is a microbial infectious disease characterized by necrotizing fasciitis affecting the perianal and genital area. The majority of patients have immunosuppressive conditions that predispose them to necrotizing fasciitis, such as diabetes, smoking, alcohol and substance addiction, obesity, peripheral vascular disease, trauma, and urethral stenosis. Treatment of Fournier's gangrene includes broad-spectrum antibiotics, resuscitation for sepsis, and aggressive surgical debridement. We aimed to emphasize that a 1 cm superficial razor cut formed after cleaning the scrotal hair may progress to Fournier Gangrene in a 42-year-old healthy man who does not smoke, drink alcohol, or have any comorbidities.

Key Words: Fournier's Gangrene in a young patient, Diagnosis, Treatment, Scrotal shaving

Sorumlu Yazar/Corresponding Author

Dr. İbrahim DEMİR
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Üroloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa, TÜRKİYE

E-mail: ibrahimdemir6337@gmail.com

Geliş tarihi / Received: 07.04.2024

Kabul tarihi / Accepted: 30.05.2024

DOI: 10.35440/hutfd.1466506

Giriş

Fournier gangreni (FG), perianal ve genital bölgeyi etkileyen nekrotizan fasiit ile karakterize mikrobiyal bir enfeksiyöz hastalıktır (1). Fournier gangreni, ilk defa 1764 yılında Bauriense tarafından 45 yaşında yetişkin bir erkekte, bir ordu kasabında travmatik bir skrotal yaralanmaya bağlı dört gün gibi kısa bir süre içinde hızla ilerleyen bir skrotal nekroz ile kendini gösteren klinik durum olarak raporlanmış ve geniş yara yeri debridmanları ile tedavi edilmiştir (2). Her iki cinste de görülebilen, yaş gruplarını etkileyebilen bir patolojidir. Yaş aralığı sık olarak 55-65 olup; kadınlara nazaran erkeklerde yaklaşık olarak 10 kat daha fazla görülmektedir (3). Hastaların büyük bir kısmında diyabet, sigara, alkol ve madde bağımlılığı, obezite, periferik damar hastalığı, travma, üretral darlık gibi nekrotizan fasiite yatkınlık yaratacak immünosupresif durumlar bulunmaktadır (4). Etiyolojide diyabetes mellitus en yüksek oranla ilk sırada bulunurken ikinci sırada kronik alkol kullanımı bulunmaktadır (5). Fournier gangreninin tedavisinde geniş spektrumlu antibiyoterapi, sepsis açısından resusitasyon ve agresif cerrahi debridman bulunmaktadır (6). Avrupa Üroloji Birliği (EAU) Ürolojik Enfeksiyonlar kılavuzunda belirtildiği gibi, yetersiz cerrahi debridman veya gecikmiş tedaviler yüksek mortaliteye yol açabileceğinden, ilk ve en hızlı yaklaşımın nekrotik dokuların agresif, erken (<24 saat) ve dokunun tamamının cerrahi debridmanı şeklinde olmalıdır (7).

Bu olgu sunumunda; 42 yaşında sigara,alkol kullanımı ve ek hastalığı olmayan sağlıklı erkekte, skrotal kılların temizliği sonrası oluşan bir cm'lik yüzeysel jilet kesinin ilerleyerek Fournier Gangreni gelişebileceğini vurgulamayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Kliniğimize 42 yaşında sigara,alkol kullanmayan ve ek hastalığı bulunmayan genç hasta ayaktan başvurdu. Hastanın öyküsünde, yaklaşık iki hafta önce skrotal bölgeyi jilet ile tıraşlamak isterken sol hemiskrotum orta kesiminde yaklaşık 1 cm lik jilet kesisi olduğu mevcut. Hasta dış merkezde bir hafta boyunca oral antibiyoterapi almış fakat kesi yeri ve komşuluğunda pyürik akıntı oluşmaya başlamış.

Ardından bir diğer dış merkez üroloji polikliniğine başvurmuş. Burda da bir hafta boyunca sabah-akşam intramüsküler birinci kuşak sefalosporin ve NSAİİ reçete edilmiş, hasta bunları kullandıktan sonra kliniğimize başvurdu. Başvuru anında hastada şiddetli skrotal ağrı, sol hemiskrotumda yaklaşık 3-4 cm uzunluğunda dış yüzeyi nekrotik yara yeri mevcuttu(şekil 1).

Hastanın yapılan fizik muayenesinde, sağ testis ve hemiskrotum doğal, sol testis ve hemiskrotumda hassasiyet ve ısı artışı mevcuttu. Hastaya yapılan tetkiklerde Crp(C reaktif protein) hafif yüksek olup diğer tetkikleri normal değerlerdeydi. HgbA1c sonucu 5,7 idi, glukoz düzeyi normal aralıktaydı. Yapılan idrar kültürü sterildi. Hastaya acil agresif debridman ve antibiyoterapi açısından servise yatırıldı. Hasta aynı gün ameliyathanede steril ortamda anestezi altında sol hemiskrotumdaki nekrotik alanı agresif bir şekilde debride

edildi (şekil 2 ve şekil 3). Hastanın debride edilen alanın altındaki yaklaşık 2 cm çapındaki apseden kültür örneği alındı. Ayrıca yara yeri kültürü örneği alındı. Hastanın debride edilen alanından patoloji örneği gönderildi.



Şekil 1. Kliniğe ilk başvuru anındaki görünüm



Şekil 2. Yara kabuğu altındaki net izlenen Fournier Gangreni

Patoloji sonucu Süpüratif Nekrotizan Yangı şeklinde rapor edildi. Apse kültüründe üreme olmadı. Yara yeri kültürü sonucu "Achromobacter Denitrificans" şeklinde rapor edildi. Yapılan antibiyogram sonucunda meropenem duyarlı olduğu raporlandı. Ardından hastanın kültür sonuçları ve antibiyogram sonuçlarıyla enfeksiyon hastalıkları önerisi alındı. Enfeksiyon önerisiyle günde 3 defa 1 gr olacak şekilde meropenem tedavisi başlanarak 7 günlük tedavi tamamlandı. Serviste hergün düzenli olarak yara yeri bakımı ve pansumanı yapıldı. Hasta postop yedinci günde ameliyathane şartlarında anestezi altında yara yeri kapatılıp pernöz dren yerleştirildi (şekil 4). Post-op birinci günde drene geleni olmaması

üzerine dren çekilip taburcu edildi. Hastanın daha sonraki poliklinik kontrollerinde herhangi aktif şikayeti olmadığı ve yara yerinin tamamen iyileştiği gözlemlendi.



Şekil 3. Debride edildikten sonraki görünüm



Şekil 4. Yara yeri kapatıldıktan sonraki görünüm

Tartışma

Hızlı ilerleyen ve mortalite oranı oldukça yüksek olması nedeniyle, Fournier Gangreni tedavisinde erken tanı ve tedavi en temel ve kritik basamağı oluşturuyor (8). Anal, rektal, genital, üriner travma veya cerrahi sonrası ciltteki bütünlük bozulması sonrası meydana gelen enfeksiyonlar nedenler arasında en sık olanları oluşturmaktadır (9). Komplike hale gelmiş Fournier gangreni olgularında başarılı sonuç elde etmenin anahtarı klinik doğru şüphecilik, agresif cerrahi debridmanın erken yapılması, geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi, sıvı resüsitasyonu ve erken multidisipliner yaklaşımlar oluşturmaktadır (10).

Yapılan literatür taramasında Fournier gangreni olan hastaların komorbiditesi olan (özellikle diyabetes mellitus), ileri yaşta olan, travma öyküsü olan, anorektal veya ürogenital apsesi olan vs hastalarda geliştiği bariz göze çarpmaktadır. Ülkemizde yapılan tek merkezli 11 olguluk bir çalışmada hastaların 6 tanesinin diyabetes mellitus tanılı olduğu, 4 hastanın anorektal veya ürogenital apse sonucu Fournier gangrenine ilerlediği, 1 hastada ise etyolojinin saptanmadığı vurgulanmış (11). Yine ülkemizde yapılan başka bir çalışmada 3 hastalık olgu sunumu yapılmış olup hastaların ortak özelliğinin ileri yaş, diyabetes mellitus ve farklı komorbiditelere sahip oldukları vurgulanmış (12). Bursa'da yapılan 22 olguluk bir çalışmada hastaların 53,9 yaş ortalamasında olduğu, 12 olguda diyabet, 5 olguda debilite, 2 olguda şişmanlık, 1 olguda parapleji ve 2 olguda etiyoloji saptanmadığı vurgulanmış (13). Literatürde komorbiditesi olmayan genç hastada jilet kesisi veya skrotal başka kesi ile Fournier gangreni gelişen başka bir olguya rastlanmadı.

Hastamızın daha hafif bir klinik tablo ile dış merkeze başvurduğunda mevcut klinik durumun Fournier gangrenine ilerleyebileceğinin düşünülmediği görülmektedir. Hastamızın üroloji polikliniğimize başvurusundan kısa bir zaman sonrasında Fournier gangreni tanısı ile IV antibiyoterapi ve sıvı resüsitasyonu başlanarak ilgili bölüm konsültasyonları neticesinde üroloji servisine yatırılmıştır. Hastamız intravenöz antibiyoterapi ve acil cerrahi debridman sonrasında sağlığına kavuşmuş olup şifa ile taburcu edilmiştir. Hastamızın genç ve komorbiditesi olmayan bir hasta olarak, skrotal kesi sonucu oluşması, jilet kesisi travmasının Fournier Gangrenine ilerlemede önemli bir faktör olduğu göze çarpmaktadır. Skrotal kesilerin boyutu ne olursa olsun enfeksiyon gelişmeden ve Fournier Gangreni gibi ciddi durumlar oluşmadan dikkatlice tedavi edilmeli ve hastalar durumun ciddileşebileceği konusu vurgulanarak bilgilendirilmelidir. Fournier Gangreni şüphesi olan hastalar ayaktan değil, yatış verilerek ciddiyetle tedavi edilmelidir. Olgu sunumu yapılan hastamızda olduğu gibi düşük sosyoekonomik düzeyi olan hastaların buldukları ortamın temizlik düzeyi göz önüne alınarak daha ciddi enfeksiyona ilerleyebileceği akılda tutulmalıdır. Ayrıca Fournier Gangreni konusunda poliklinikte uyanık ve dikkatli olmak hem hastalığın önlenmesi hem de ilerlemesi noktasında büyük önem taşımaktadır.

Sonuç

Komorbiditeleri ve risk faktörleri olmayan genç erişkinlerde skrotal ciltteki basit denilebilecek yara yeri enfeksiyonlarının hızla Fournier gangrenine ilerleyebileceği akılda tutulmalıdır. Sosyoekonomik düzeyi düşük hastalar daha dikkatli değerlendirilmelidir.

Etik onam: Olgu sunumu yapılan hastanın "Aydınlatılmış Onam Formu" alınmıştır. Hastanın kimliği gizli tutulmuştur.

Yazar Katkıları:

Konsept: B.K., İ.D., M.N.K.

Literatür Tarama: B.K., İ.D., M.N.K.

Tasarım: B.K., İ.D., M.N.K.

Veri toplama: B.K., İ.D., M.N.K.

Analiz ve yorum: B.K., İ.D. , M.N.K.

Makale yazımı: B.K., İ.D. , M.N.K.

Eleştirel incelenmesi: B.K.,İ.D. , M.N.K.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Finansal Destek: Bu çalışma herhangi bir fon tarafından desteklenmemiştir.

Kaynaklar

1. Yılmazlar T. Fournier Gangreni: Sinsi, Öldürücü, Ancak Tedavi Edilebilir Hastalık. Turk J Colorectal Dis. 2012;22:45-49
2. Baurienne H. Sur une plaie contuse qui s'est terminée par la sphacèle de la scrotum. J Med Chir Pharm. 1764;20:251-256.
3. Hamdy, Freddie C; Eardley, Ian. Oxford Textbook of Urological Surgery. Oxford University Press.p. 76,2017.
4. Al Shukry S, Ommen J. Necrotizing fasciitis-report of ten cases and review of recent literature. J Med Life. 2013;6(2):189-194.
5. Thwaini A, Khan A, Malik A, Cherian J, Barua J, Shergill I, et al. Fournier's gangrene and its emergency management. Postgraduate medical journal. 2006;82(970):516-9.
6. Yılmazlar T, Işık Ö, Öztürk E, Özer A, Gülcü B, Ercan İ. Fournier's gangrene: review of 120 patients and predictors of mortality. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2014;20(5):333-7.
7. Bonkat G, Bartoletti RR, Bruyère F et al (2019) European Association of Urology - Infections in Urology Guidelines Panel, Copenhagen, EAU Guidelines Office, Arnhem. ISBN 978-94-92671-02-8
8. Chennamsetty A, Khourdaji I, Burks F, Killinger KA. Contemporary diagnosis and management of Fournier's gangrene. Ther Adv Urol 2015;7:203-15
9. Vick R, Carson CC3rd. Fournier's disease. Urol Clin North Am, Nov 1999; 26:841.
10. Althunayyan S, Karamitosos E. Fournier's gangrene in an obese female in third trimester of pregnancy. Saudi Med J. 2018 Apr;39(4):415- 418. doi: 10.15537/smj.2018.4.21780.
11. Emir S, Kanat BH, Yazar FM, Sözen S, Kavlakoglu B, Özkan Z. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2013;39 (1) 23-25
12. Özer Y, Akyüz O, Kayıkçı A. Konuralp Tıp Dergisi 2011;3(2):35-37
13. Özgenel GY, Akın S, Kahveci R, Özbek S, Özcan M. Türk Plast Rekonstr Est Cer Derg. 2004;12(2) 106-109