

RETROPERİTONEAL NEKROTİZAN FASİYİTİSİN NEDEN OLDUĞU AKUT SKROTUM: OLGU SUNUMU

ACUTE SCROTUM DUE TO RETROPERITONEAL NECROTIZING FASCIITIS: A CASE REPORT

Temuçin ŞENKUL*, Bülent ŞEN*, Yavuz KURT**, A. Kenan KARADEMİR*, Cüneyt İŞERİ*, Doğan ERDEN*

* GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Üroloji Kliniği, İSTANBUL

** GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

ABSTRACT

Introduction: Fournier's gangrene is a synchronous fasciitis of the perineum and the genitalia. Being a life-threatening condition, it needs an urgent diagnosis and treatment. Diabetes and poor hygiene are predisposing factors. The mortality is reduced with early diagnosis, multiple and aggressive debridements and administration of broad-spectrum antibiotics. Retroperitoneal necrotizing fasciitis is another form of the disease with rare occurrence but which is almost uniformly lethal. The lack of external clinical signs, the absence of anatomical barriers and the presence of coexisting conditions make the entity difficult to diagnose and to treat.

Materials and Methods: We present a case of retroperitoneal necrotizing fasciitis, developed following a perforated appendicitis, which presented with an acute scrotum. The patient was finally lost from septicemia.

Conclusion: Acute scrotum is a frequent clinical picture in urological practice. We wanted to emphasize that in such a patient, retroperitoneal necrotizing fasciitis should also be considered in the differential diagnosis. Although very rare, its prognosis is very poor.

Key Words: Retroperitoneal, necrotizing fasciitis, acute scrotum

ÖZET

Fournier gangreni, perine ve genital organların eş zamanlı nekrotizan fasiyitisidir. Hayatı tehdit eden bir klinik tablo olup, acil olarak teşhis ve tedavisi gereklidir. En sık diyabetik ve hijyeni bozuk olan bireylerde ortaya çıkar. Erken tanı, bir veya birden fazla agresif debridman ve geniş spektrumlu parenteral antibiyoterapi, hastalığın mortalite oranını azaltmaktadır. Nekrotizan fasiyitisin retroperitoneal olarak görülmesi, ender rastlanan ancak ölümle sonuçlanabilen bir klinik tablodur. Hastalığın gözle görülebilen bulgularının olmaması, anatomik bariyerlerin yokluğu ve eşlik eden diğer patolojiler nedeni ile teşhis ve tedavisi oldukça güçtür.

Bu olgu sunumunda apandisit perforasyonu sonrası, akut skrotum bulguları ile tanı konulabilen, ancak sepsis nedeni ile kaybedilen bir retroperitoneal nekrotizan fasiyitis olgusu tartışılmıştır.

Akut skrotum üroloji pratiğinde ender olmayan bir klinik tablodur. Bu tür yakınmalar ile başvuran bir hasta da, ender de olsa, retroperitoneal nekrotizan fasiyitisin ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Retroperitoneal, nekrotizan fasiyitis, akut skrotum

GİRİŞ

Fournier gangreni, perine ve genital organların eş zamanlı nekrotizan fasiyitisidir. 1883 yılında ilk kez tanımlanan hastalığın görülme sıklığı 1/7500 olarak tahmin edilmektedir¹. Hayatı tehdit eden bir klinik tablo olup, acil olarak teşhis ve tedavisi gereklidir. En sık diyabetik ve hijyeni bozuk olan bireylerde ortaya çıkar. Erken tanı, bir veya birden fazla agresif debridman ve geniş spektrumlu parenteral antibiyoterapi, hastalığın mortalite oranını azaltmaktadır². Nekrotizan fasiyitisin retroperitoneal olarak görülmesi, ender rastlanan ancak ölümle sonuçlanabilen bir klinik tablodur. Hastalığın gözle görülebilen bulguları-

nın olmaması, anatomik bariyerlerin yokluğu ve eşlik eden diğer patolojiler nedeni ile teşhis ve tedavisi oldukça güçtür³. Bu olgu sunumunda apandisit perforasyonu sonrası, akut skrotum bulguları ile tanı konulabilen, ancak sepsis nedeni ile kaybedilen bir retroperitoneal nekrotizan fasiyitis olgusu tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

10 gündür devam eden karın ağrısı, bulantı, kusma ve diyare şikayetleri olan ve bu nedenle bir başka merkezde akut gastroenterit tedavisi uygulanan 21 yaşındaki erkek hasta, yeni başlayan sol skrotal ağrı ve şişlik yakınması ile hasta-

nemiz acil servisine başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde batın sert, rebound pozitif, suprapubik bölge cildinde krepatasyon, skrotal ödem ve hiperemi tespit edildi. Hastanın perianal bölge ve penis cildi ödemli idi. TA: 90/50 mm/Hg, nabız: 120 atım/dk, ateş: 38.3°C, solunum hızı 24/dk olarak tespit edildi. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde lökosit 3800/mm³, hemoglobin 12 mg/dl, kreatinin 1 mg/dl, SGOT 31 u/ml, SGPT: 51 u/ml, total bilirübin 12 mg/dl, direk bilirübin 5.1 mg/dl olarak saptandı. Ayakta direkt batın grafisinde yaygın hava-sıvı seviyeleri gözlemlendi. Batın ultrasonografisinde karın ön duvarı kasları arasında ve bağırsakta yaygın serbest sıvı varlığı rapor edildi. Perkütan iğne ponksiyonu ile karın ön duvarı kasları arasından alınan sıvının kötü kokulu ve pürülan vasıflı olması üzerine hastanın eksplere edilmesine karar verildi. Orta hat kesisi ile yapılan abdominal eksplorasyonda bağırsak anslarının ileri derecede hiperemik ve ödemli olduğu ve peritoneal kavite içerisinde yoğun reaksiyonel sıvı varlığı gözlemlendi. Omentum ve bağırsak ansları alt kadrandan itibaren sağ karın yan duvarına yapışık ve gato oluşturmuştu. Bu yapı keskin ve künt diseksiyonlarla serbestleştirildiğinde çekumun tama yakın nekrotik görünümlü ve apandiks güdüğünün açık olduğu gözlemlendi. Retroperitoneal bölgede psoas kas fasyası nekrotik görünümlü idi ve retroperitoneal boşlukta kötü kokulu pürülan sıvı varlığı mevcut idi. Pürülan sıvı boşaltılıp nekrotik görünümlü tüm dokular geniş olarak eksize edildi. Nekroze olan çekum rezeke edildikten sonra ileostomi uygulandı. Karın ön duvarı cildini de içerecek şekilde geniş, agresif debridman uygulanırken, sağ skrotal bölgeye cildi de içerecek şekilde kısmi debridman uygulandı. Abdominal yara geçici steril irrigasyon torbasının cilde iştirilmesi ile kapatıldı (Resim 1). İntraoperatif olarak batın ve karın ön duvarından alınan sıvı kültürlerinde E. Coli ve B. Fragilis izole edildi. Hastaya gentamisin, ampisilin/sülbaktam, klindamisin ile antibiyoterapi başlandı ve günde 3 kez basitrasın ve kanamisinli solüsyonla debride edilen bölgelere temizlik yapıldı. Genel durum bozukluğu nedeni ile hiperbarik oksijen tedavisine alınamayan hasta ameliyat sonrası üçüncü günde septik şok nedeni ile eks oldu.



Resim 1. Geniş cerrahi debridman sonrası görünüm

TARTIŞMA

Nekrotizan enfeksiyonların kökenlerini ve yayılım yollarını açıklamak için 3 mekanizma ileri sürülmüştür. Birincisi, lokal travma cilt florasının subkütan dokuya girmesine neden olur ve nekrotizan enfeksiyon gelişir. Diğer iki mekanizma perinenin ilk etkilenen bölümü ile ilişkilidir. Perine iki üçgenden oluşur: Anteriyor ürogenital ve posteriyor anal üçgen. Kolles fasyası, perine ve alt abdomeni kuşatır. Laterallerde ramus pubisler ve fasya lata'ya yapışır. Arkada ürogenital üçgenin alt fasyası ile birleşir. Bu yapı ön tarafa devam ederek penis ve skrotumu içine alır ve dartos fasyası adını alır. Penoskrotal bileşkekte, Kolles fasyası yoğunlaşır ve yukarıya anterior abdominal duvarın Skarpa fasyası olarak devam eder. Anorektal kökenli çoğu enfeksiyon anorektal üçgen içerisinde kalır. Kolles fasyası bulbokavernöz kas ile birleşirken delikli hale geçer ve skrotuma dek bu halde kalır. Bu yapı enfeksiyonların ürogenital üçgene geçmesine yol ve retroperitoneal patolojilerin perinede nekrotizan fasiyitis yapmasına neden olabilir⁴. Olgumuzda da retroperitoneal bölgede başlayan nekrotizan enfeksiyonun yukarıda bahsedilen anatomik ilişkiler nedeni ile skrotuma dek yayıldığına inanıyoruz.

Perfore apandisit sonrası nekrotizan fasiyitis literatürde nadir olarak rapor edilmiştir^{5,6}. Bu olguların nerede ise tamamı akut dönemde tanı konulamamış apandisitli hastalardır. Apandisin retroçekal yerleşimi gibi durumlarda batın ile ilişkili bulguların silik olması, tanıyı güçleştirmekte ve tedaviyi geciktirmektedir. Olgumuzda da apandiksin olağandışı bir lokalizasyonda yerleştiğini düşünüyoruz.

Retroperitoneal yerleşimli nekrotizan fasiyitislerin prognozuna ilişkin literatürde farklı sonuçlar rapor edilmiştir. Woodburn ve arkadaşlarının 5 olguluk sunumlarında, olguların tümü erken dönemde eks olurken⁷, Mokoena 10 hastasının 8'inin tamamen iyileştiğini rapor etmiştir⁸. Yalnızca 1 olgu ile sınırlı olan deneyimimiz sağkalım oranları ile ilgili bir yorum yapmamıza engel olmakla birlikte, prognozun klasik Fournier gangreninden daha kötü olduğunu düşünmekteyiz.

Akut skrotum üroloji pratiğinde ender olmayan bir klinik tablodur. Bu tür yakınmalar ile başvuran bir hasta da, ender de olsa, retroperitoneal nekrotizan fasiyitisin ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gerektiğini düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

- 1- **Paty R, Smith AD:** Gangrene and Fournier's gangrene. Urol. Clin. N. Am. 19: 149-162, 1992.
- 2- **Spirnak JP, Resnick MI, Hampel N, Persky L:** Fournier's gangrene: Report of 20 patients. J. Urol. 131: 289-291, 1984.
- 3- **Pryor JP, Piotrowski E, Seltzer CW, Gracias VH:** Early diagnosis of retroperitoneal necrotizing fasciitis. Crit. Care Med. 29(5): 1071-1073, 2001.
- 4- **Gerber GS, Guss SP, Piolet RW:** Fournier's gangrene secondary to intra-abdominal processes. Urology 44(5): 779-782, 1994.
- 5- **Mazza JF Jr, Augenstein JS, Kreis DJ Jr:** Necrotizing fasciitis: A rare complication of appendicitis. South Med. J. 80(9): 1197-1198, 1987.
- 6- **Bobrow BJ, Mohr J, Pollack CV Jr:** An unusual complication of missed appendicitis. J Emerg. Med. 14(6): 719-722, 1996.
- 7- **Woodburn KR, Ramsay G, Gillespie G:** Retroperitoneal necrotizing fasciitis. Br. J. Surg. 79: 342-344, 1992.
- 8- **Mokoena T:** Survival after retroperitoneal necrotizing fasciitis. Br. J. Sur.; 81:772, 1994.