



Fournier Gangrenine Sekonder Penis Rekonstrüksiyonunda Pediküllü Kasık Flebi Kullanımı: Olgu Sunumu

Use of a Pediculated Groin Flap in Penile Reconstruction Secondary to Fournier Gangrene:

A Case Report

Mehmet Dadacı¹, Bilsev Ince¹, Zeynep Altuntaş¹, Fatma Bilgen²

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya
²Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Kahramanmaraş

Özet

Fournier gangreni, eksternal genital organları ve perineal bölgeyi tutan, hızla ilerleyerek karın, alt ekstremitelere ve göğüs bölgesine de yayılabilen, yüksek morbidite ve mortalite ile seyreden ilerleyici nekrotizan fasiit tablosudur. Sıklıkla aerob ve anaerob bakteriler tarafından oluşturulan polimikrobiyal bir enfeksiyondur. Tedavide ölü dokuların seri debridmanlarla uzaklaştırılması ve geniş spektrumlu parenteral antibiyotik uygulaması yer almaktadır. Bu olgu sunumunda Fournier gangreni nedeni ile penis sirkumferensiyel subglanüler alanda yaklaşık 6x3 cm'lik tam kat deri ve üretra defekti bulunan hastaya pediküllü kasık flebi ve üretra rekonstrüksiyonu ile sağlanan başarılı penis rekonstrüksiyonu sunulacaktır.

Anahtar kelimeler: Fournier gangren, kasık flebi, üretra rekonstrüksiyonu

Abstract

Fournier gangrene is a progressive clinical picture of necrotizing fasciitis with a high rate of morbidity and mortality, involving external genital organs and the perineal region, and may rapidly spread to other areas such as the abdomen, lower extremities and chest. It is a polymicrobial infection caused most frequently by aerobic and anaerobic bacteria. Treatment is achieved through the removal of dead tissues by serial debridement and broad spectrum parenteral antibiotic administration. In this case report, we present a successful penis reconstruction achieved by pedicled inguinal flap and urethra reconstruction in a patient with approximately 6x3 cm wide full-thickness skin and urethra defect secondary to Fournier gangrene.

Key words: Fournier gangrene, groin flap, urethra reconstruction

Giriş

Fournier gangreni, eksternal genital organları ve perineal bölgeyi tutan, hızla ilerleyerek karın, alt ekstremitelere ve göğüs bölgesine de yayılabilen, yüksek morbidite ve mortalite ile seyreden ilerleyici nekrotizan fasiit tablosudur¹.

İlk olarak genç erkek hastada skrotal bölgede etiyolojisi bilinmeyen bir klinik tablo olarak tanımlanmış, ancak günümüzde, her iki cinsiyette perineal, genital ve perianal bölgeyi tutabilen, derin fasyaya kadar ilerleyerek, ciltte

sekonder nekroz oluşturan ciddi bakteriyel enfeksiyonlar olduğu gösterilmiştir. Sıklıkla aerob ve anaerob bakteriler tarafından oluşturulan polimikrobiyal bir enfeksiyondur. Tedavide, ölü dokuların seri debridmanlarla uzaklaştırılması ve geniş spektrumlu parenteral antibiyotik uygulaması yer almaktadır. Akut enfeksiyon tablosu kontrol altına alındıktan sonra doku defektlerinin rekonstrüksiyonu diğer bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Cilt greftleri, fasya-deri ve kas-deri flepleri,

Corresponding Author / Sorumlu Yazar:

Dr. Fatma Bilgen
Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği,
Kahramanmaraş
Tel: +90 (344) 228 1440
E-postal : fatmabilgen81@gmail.com

Article History / Makale Geçmişi:

Date Received / Geliş Tarihi: 08.11.2014
Date Accepted / Kabul Tarihi: 12.11.2014

testislerin uyluk derisi içerisine gömülmesi cilt kaybı olan bölgeleri kapatmak için kullanılan yöntemlerdir¹⁻³.

Pediküllü kasık flebi (groin flep) süperfisiyal sirkumfleks iliak arterden köken alan aksiyel paternli fleptir. 10x20 cm boyutlarında kasık flebi kaldırılıp serbest ya da pediküllü olarak rekonstrüksiyonlarda kullanılır⁴.

Bu çalışmada Fournier gangrenine bağlı peniste oluşan doku defektinin rekonstrüksiyonunda pediküllü kasık flebi kullanımı sunulmaktadır.

Olgu sunumu

25 yaşında erkek hasta, yaklaşık 3 hafta üroloji kliniğinde Fournier gangreni nedeni ile seri debridman ve antibiyotik tedavisi ile takip edilip, enfeksiyon tablosunun geçmesi ve genel durumunun toparlanması üzerine, rekonstrüksiyon amacıyla tarafımıza konsülte edildi. Hastanın fizik muayenesinde, penis sirkumferensiyel subglanüler alanda yaklaşık 6x3 cm'lik tam kat defekt mevcuttu (resim 1).



Resim 1. Hastanın preoperatif görüntüsü

Aynı alanda üretra defekti olduğu gözlemlendi. Sonrasında yapılacak üretra rekonstrüksiyonuna da uygun ortam sağlaması amacı ile tam kat deri grefti yerine flep ile rekonstrüksiyonu planlandı. Peniste mevcut defekt alanına uygun olarak pediküllü kasık flebi hazırlandı (resim 2). Flep eleve edilerek defekt alanını kapatacak şekilde penise adapte

edildi (resim 3). 3 hafta sonra flep pedikülü ayrıldı ve flep penise transfer edildi.



Resim 2. İntraoperatif operasyon planı



Resim 3. Flep adaptasyonu sonrası görüntüsü

Ameliyat sonrası 1. ay flep inceltmesi yapıldı (resim 4). Tamamen yara iyileşmesi sağlandıktan sonra post operatif 3. ayında bukkal mukoza grefti ile üretra rekonstrüksiyonu yapıldı. Ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gözlenmeyen hastada tam olarak iyileşme ve miksiyon fonksiyonu 4. ayda sağlandı.



Resim 4. Postoperatif 4. aydaki görüntüsü

Tartışma

Fournier gangreni nadir görülen, % 4-43 arasında değişen mortalite oranı ile acil müdahale gerektiren perineal, genital ve perianal bölgenin hızlı ilerleyen nekrotizan bir enfeksiyonudur İlk olarak 1883 yılında Fournier tarafından idiopatik bir durum olarak düşünülmeye rağmen günümüzde sıklıkla kolorektal bölge, genitoüriner trakt, ya da genital bölge cildi kaynaklı lokal etkenlerle (enfeksiyon, travma, cerrahi, tümör) ortaya çıktığı gösterilmiştir¹⁻⁴.

Predispozan faktörler olarak başta diyabetes mellitus (DM) olmak üzere, alkolizm, immun yetersizlik durumları ve periferik damar hastalıkları en önemli yeri tutmaktadır. Fournier gangrenli hastalarda % 70'e varan oranda DM rastlanmaktadır^{2,5}. Doku iskemisine zemin hazırlayan küçük damar hastalığı, bakteriyel yayılımı kolaylaştıran fagositoz eksikliği ve üriner sistem enfeksiyonlarında insidans artışı bu birlikteliği açıklayan mekanizmalar olarak ortaya atılmıştır. Ayrıca erkeklerde kadınlara oranla 10 kat fazla görüldüğü ve yaşla birlikte de görülme sıklığı arttığı gösterilmiştir⁵.

Hastalığın ilk başlangıcında genital kaşıntı ve rahatsızlık hissi ile karakterize bir periyot gözlenir; hızla ilerleyerek genital eritem, ödem ve krepitasyon ile devam eder ve son olarak tutulan bölgede canlı ve nekrotik dokular arasında demarkasyon hattı belirginleşir. Bu tablonun yaklaşık 2-8 günlük bir sürede oturduğu gösterilmiştir⁶. Tanı klinik bulgular ile konulmakta ve tipik tablonun başlangıç safhasında yapılacak ultrasonografik inceleme ile cilt altında gaz birikimi gösterilerek de tanı desteklenebilmektedir^{6,7}. Tedavide, predispozan faktörlerin tedavisi, nekrotik dokuların seri debridmanlarla canlı dokulara ulaşana

kadar uzaklaştırılması, kültür antibiyograma uygun geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi ve oluşan doku defektlerinin uygun rekonstrüktif yöntemlerle kapatılması yer almaktadır^{3,7}. Cerrahi sırasında testislerin, penis ve skrotumdan ayrı bir kan akımına sahip olduğu ve nadiren gangrenöz sürece dahil oldukları akılda tutulmalıdır. Bu yüzden Fournier gangreninin tedavisinde orşiektomiden kaçınmak, hastaların ameliyat sonrası cinsel fonksiyonlarının korunması açısından önem taşımaktadır⁸.

Fournier gangreninde perineal ve penil bölgede oluşan doku defektlerinin tedavisi oldukça önemlidir ve onarım zor olabilmektedir. Bu bölge defektlerinin onarımında birçok rekonstrüktif seçenek tanımlanmış olup hastanın yaşı, genel durumu ile defektin boyutları ve derinliği seçilecek yöntemi belirlemektedir^{2,8,9}. Genel rekonstrüktif prensiplere uygun olarak küçük çaplı defektlerde primer onarım ilk tercih olmaktadır. Yüzeysel olan, testis ve spermatik kord gibi hayati yapıları açıkta bırakmayan ve zeminde iyi granülasyon dokusunun geliştiği daha büyük defektlerde deri greftleri uygunken, derin ve hayati yapıların açıkta olduğu defektlerde flep seçenekleri akla gelmelidir. Testislerin uyluk içinde hazırlanan ciltaltı ceplerde geçici ya da kalıcı olarak saklanması bir seçenek olmasına rağmen yüksek ısıya bağlı disfonksiyon, skrotum yokluğunun getirdiği estetik ve psikolojik sorunlar ve yürürken oluşan rahatsızlık hissi yöntemin popüler hale gelmesini önlemiştir⁷⁻⁹. Rekonstrüksiyonu en sıkıntılı ve tartışmalı bölge ise fertilizasyon için hayati organlar olan testisleri barındıran skrotumdur. Skrotum oluşturulması amacıyla fasyokutan uyluk flepleri, nörovasküler pudental uyluk flebi, kasık flebi, grasilis kas ya

da kas-deri flebi, rektus abdominis kas flebi ve anterolateral uyluk flebi başarıyla kullanılmıştır. Yine perine ve perianal bölge defektlerinde deri greftleri oldukça iyi sonuçlar vermektedir ancak ameliyat sonrası bakımları zordur ve gayta ile kontaminasyon riski yüksektir⁹.

Sunulan olguda olduğu gibi penis şaftını içeren defektlerde kısmi kalınlıkta deri greftleri, fasyokutan, muskulokutan flepler kullanılabilir. Kas flepleri ile rekonstrüksiyon üretral epitel tam rejenerasyonu için uygun bir ortam sağlamasına rağmen estetik olarak kaba bir görüntüye sebep olması ve yine buna bağlı olarak cinsel fonksiyonda kısıtlılık oluşturması nedeniyle kullanımı kısıtlamaktadır. Bu flepler daha çok daha büyük defektlerin onarımında tercih edilmektedir. Diğer bir seçenek olan kısmi kalınlıklı deri greftleri penis derisine uygun ince bir yapı oluşturmakta ancak skar kontraktürleri nedeniyle ereksiyon sırasında ağrıya neden olması kullanımı sınırlamaktadır. Sunulan olguda uyguladığımız pediküllü kasık flebi (groin flep) penis derisine uygun incelikte olması ve kontraktür oluşumunu engelleyen esnek yapısıyla penis şaftına uygun bir yumuşak doku örtüsü sağlamaktadır. Estetik ve fonksiyonel açıdan uygun seçeneklerden biridir. Ayrıca daha sonra yapılacak üretra onarımına da uygun ortam sağlayabilir⁸⁻¹⁰.

Fournier gangrenine sekonder penis rekonstrüksiyonunda pediküllü kasık flebi kullanımı, lokal flep olması, benzer doku özelliklerine sahip olması ve sonrasında yapılacak üretra rekonstrüksiyonu için uygun yumuşak doku desteği sağlaması nedeni ile tercih edilebilir.

Kaynaklar

1. Baskin LS, Carroll PR, Cattolica EV, McAninch JW. Necrotising soft tissue infections of the perineum and genitalia. Br J Urol 1990;65(5):524-9.
2. Yenyol CO, Suelözgen T, Arslan M, Ayder A. Fournier's gangrene: experience with 25 patients and use of Fournier's gangrene severity index score. Urology 2004;64(2):218-22.
3. Ince B, Gundeslioglu AO. A salvage operation for total penis amputation due to circumcision. Arch Plast Surg 2013;40(3):247-50.
4. Parkash S, Gajendran V. Surgical reconstruction of the sequelae of penile and scrotal gangrene: a plea for simplicity. Br J Plast Surg. 1984;37(3):354-7.
5. Borovikov A, Scheplev P. Axial flaps for treatment of penis lesions due to granulomas. Ann Plast Surg 1990;25(2):116-8.
6. Ersay A, Yilmaz G, Akgun Y, Celik Y: Factors affecting mortality of Fournier's gangrene: review of 70 patients. ANZ J Surg 2007;77(1-2): 43-8.
7. Morpurgo E, Galandiuk S. Fournier's gangrene. Surg Clin North Am 2002; 82(6):1213-24.
8. Atik B, Tan O, Ceylan K, Etlük O, Demir C: Reconstruction of wide scrotal defect using superthin groin flap. Urology 2006;68(2):419-22.
9. Vincent MP, Horton CE, Devine CJ Jr. An evaluation of skin grafts for reconstruction of the penis and scrotum. Clin Plast Surg 1988;15(3):411-24.
10. Hallock GG. Scrotal reconstruction following Fournier's gangrene using the medial thigh fascio-cutaneous flap. Ann Plast Surg 1990;24(1):86-90.