

## Χειρουργική αντιμετώπιση ασθενών με αεριογόνο γάγγραινα περινέου:

### Η εμπειρία μας από 2 περιπτώσεις

Σ. Γ. Κούλας, Α. Λιάσκος, Ι. Μπέτζιος, Φ.  
Σιάκας, Ζ. Λιάμης, Α. Πάρτζαλης,  
Ε. Κ. Τσιμογιάννης

Χειρουργική Κλινική Π.Γ.Ν.Ι.  
“Γ. Χατζηκώστα”

Η αεριογόνος γάγγραινα περινέου είναι μια ταχώς επιδεινούμενη, νεκρωτικής φύσεως κεραυνοβόλος φλεγμονή των μαλακών μορίων του όσχεου και του περινέου.

Η νόσος προσβάλλει όλες τις ηλικίες ενώ εμφανίζεται σχεδόν αποκλειστικά σε άνδρες. Οι γυναίκες προσβάλλονται μόνο σε ιδιαίτερες περιπτώσεις (ανοσοκαταστολή, συνύπαρξη άλλων παθήσεων) <sup>(1)</sup>.

Τραυματισμοί του όσχεου και του περινέου, διάφορες παθήσεις του ούρο-γεννητικού συστήματος καθώς και η συνύπαρξη περιεδρικού αποστήματος έχουν ενοχοποιηθεί σαν προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση της νόσου. <sup>(2,3,4)</sup>

Από τους ασθενείς που εμφανίζουν γάγγραινα Fournier (Γ.Φ.) ένα μεγάλο ποσοστό (32-67%) είναι διαβητικοί <sup>(3,4,5,6,8)</sup>; χρόνιος αλκοολισμός συνυπάρχει σε ένα 35% των άρρωστων <sup>(5,9)</sup>; τραύμα περινέου ανευρίσκεται σε ποσοστό 5-18% <sup>(1,3,4,8)</sup>; ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς εκδηλώνουν Γ.Φ. σε ποσοστό 8-12% <sup>(5,8,10)</sup>, ενώ η νόσος του Crohn συνυπάρχει στο 5-8% των ασθενών με Γ.Φ. <sup>(7)</sup>

Οι παθογόνοι μικροοργανισμοί που ανευρίσκονται στις καλλιέργειες είναι κυρίως το κολοβακτηρίδιο, ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος, ο πρωτέας, διάφορα αναερόβια {bacteroides species} καθώς και σπάνια, η morganella morgani <sup>(1,3)</sup>

#### Περιγραφή περιπτώσεων

Στην κλινική μας αντιμετώπισαμε 2 ασθενείς, άρρενες, με Γ.Φ. 63 και 75 ετών αντιστοίχως.

Ο πρώτος ασθενής με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτου νοσηλεύτηκε σε κέντρο υγείας λόγω περιεδρικού αποστήματος συνοδευόμενο από υψηλό πυρετό (θ=39,5) και παρέμεινε κλινίρης σε Κέντρο Υγείας επί τριήμερον υπό αντιβιοτική αγωγή ευρέως φάσματος.

Την 4η ημέρα διεκομίσθηκε στην χειρουργική κλινική του νοσοκομείου μας. Η κλινική εξέταση έδειξε οίδημα και νέκρωση των μαλακών μορίων της πυέλου, του όσχεου και του περινέου.

Ο ασθενής άμεσα οδηγείται στο χειρουργείο όπου υπό γενική αναισθησία διενεργούνται πολλαπλές σχάσεις στην όσχεο-περινεϊκή περιοχή, καθώς και ευρεία διάνοιξη των νεκρωμένων, αλλά και των ύποπτων προς νέκρωση, ιστών. Χορηγήθηκε δε στον ασθενή τριπλό σχήμα χημειοπροφύλαξης αποτελούμενο από πενικιλίνη, αμινογλυκοσίδη και μετρονιδαζόλη.

Ο ασθενής υποβάλλονταν σε πλύσεις του τραύματος 2 φορές ημερησίως για τις 2 πρώτες εβδομάδες και ακολούθως καθημερινά.

Μετά από 45 ημέρες νοσηλείας ο ασθενής εξήλθε του νοσοκομείου με πλήρη επούλωση των τραυμάτων.

Ο δεύτερος ασθενής μεταφέρεται στο τμήμα επει-

γόντων περιστατικών (τ.ε.π.) του νοσοκομείου μας μετά από αναφερόμενη πτώση και τραυματισμό της όσχεο-περινεϊκής περιοχής, από τριήμερου.

Παρουσιάζει υψηλό πυρετό ( $\theta=39,8$ ) ενώ η κλινική εξέταση αναδεικνύει νέκρωση του όσχεου και του περινέου.

Ο ασθενής οδηγείται επείγοντως στο χειρουργείο όπου με γενική αναισθησία υποβάλλεται σε εκτεταμένο καθαρισμό της περιοχής, γίνονται πολλαπλές σχάσεις ενώ διανοίγονται και οι ύποπτοι ιστοί.

Καθημερινά γίνονται αλλαγές και πλύσεις του τραύματος και του χορηγείται τριπλό χημειοθεραπευτικό σχήμα αποτελούμενο από πενικιλίνη, αμινογλυκοσίδη και μετρονιδαζόλη.

Μετά από 8 ημέρες νοσηλείας ο ασθενής παρουσίασε συμπτώματα οξείας κοιλιάς. Οδηγείται και πάλι στο χειρουργείο όπου και ανευρίσκεται ενδοκοιλιακό απόστημα με την δημιουργία έντερο-δερματικού συριγγίου. Διενεργείται εκτομή του συριγγώδους πόρου, παροχέτευση του αποστήματος και επέμβαση Hartman. Μετά το πέρας 60 ημερών νοσηλείας ο ασθενής εξέρχεται με πλήρη επούλωση των τραυμάτων.

Σύμφωνα με έρευνα των Hollabaugh και συν. η Γ.Φ παρουσιάζει θνητότητα περίπου 23% <sup>(9)</sup> ενώ από άλλη έρευνα των Olsafka και συν. η θνητότητα μετά από γάγγραινα του όσχεου ανέρχεται στο 38% <sup>(6)</sup> ειδικά σε ηλικιωμένους ασθενείς.

Οι Hollabaugh και συν. <sup>(9)</sup> αναφέρουν ακόμη ότι η πρόγνωση των ασθενών με Γ.Φ. εξαρτάται άμεσα από τους κάτωθι παράγοντες:

1. Ηλικία ασθενούς
2. Έκταση βλάβης
3. Υποκείμενες παθήσεις
4. Αιτιολογία (μικροβιακής ή άλλης αιτίας)
5. Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια

Οι Chen και συν. από μελέτη που πραγματοποίησαν σε 52 ασθενείς με Γ.Φ <sup>(9)</sup> αναφέρουν θνητότητα 31.3% σε εκτεταμένη φλεγμονή ποσοστό που όμως πέφτει στο 16.0% όταν η φλεγμονή είναι εντοπισμένη.

Τονίζεται ακόμη <sup>(9)</sup> ότι όταν ασθενείς με γάγγραινα περινέου μεταφερθούν στο Τ.Ε.Π. με εικόνα σηπτικού shock η θνητότητα φτάνει το 53.8%; το ποσοστό αυτό πέφτει στο 0% αν οι ασθενείς μεταφερθούν έγκαιρα, χωρίς εικόνα σήψης.

Τέλος οι ίδιοι συγγραφείς αναφέρουν <sup>(9)</sup> ότι η ηλικία, η έκταση της βλάβης καθώς και η ύπαρξη συμπαρομαρτούντων νοσημάτων δεν έχουν καμία επίπτωση στην πρόγνωση; η παρουσία σηπτικού shock στους ασθενείς αυτούς είναι ο μόνος παράγοντας που μπορεί να τους οδηγήσει στο θάνατο.

### Συμπέρασμα

Η έγκαιρη διάγνωση σε υποψία γάγγραινας Fournier κρίνεται αναγκαία γιατί από αυτήν εξαρτάται η ίδια η ζωή του ασθενούς <sup>(1,3,4,5,8,9,10,12,13)</sup>

Η διάνοιξη των νεκρωμένων ιστών, η άμεση αφαίρεση των νεκρωμάτων καθώς και η χορήγηση αντιβιοτικών ευρέως φάσματος αποτελούν επίσης βασικές αρχές για την ριζική καταπολέμηση της νόσου.

Ο συνδυασμός έγκαιρης διάγνωσης και αποτελεσματικής θεραπείας αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο για την ζωή του ασθενούς.

### Βιβλιογραφία

1. Kohagura K, Sesoko S, Tozawa M, et al. A female case of Fournier's gangrene in a patient with lupus nephritis. *Nippon Sinzo Gakkai Shi* 1998 Jul; 40 (5): 354-8
2. Basoglu M, Gul O, Yildiran I, et al. Fournier's gangrene: review of fifteen cases. *Am Surg* 1997 Nov; 63 (11): 1019-21
3. Benckroun A, Lachker A, Bjiou Y, et al. Gangrene of the external genital organs. Apropos of 55 cases. *J Urol (Paris)* 1997; 103 (1-2): 27-31
4. Hejase MJ, et al. Genital Fournier's gangrene: experience with 38 patients. *Urology* 1996 May; 47 (5): 734-9
5. Hollabaugh RS Jr, et al. Fournier's gangrene: therapeutic impact of hyperbaric oxygen. *Plast Reconstr Surg* 1998 Jan; 101(1): 94-100
6. Olsafka JN, et al. The continue challenge of Fournier's gangrene in the 1990s. *Am Surg* 1999 Dec; 65(12): 1156-9
7. Brings HA, et al. Crohn's disease presenting with Fournier's gangrene and enterovesical fistula. *Am Surg* 1997 May; 63 (5): 401-5
8. Pol AG, et al. [Fournier's gangrene]. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999 Oct 30; 143 (44): 2177-81
9. Chen CS, Liu KL, Chen HW, et al. Prognostic factors and strategy of treatment in Fournier's gangrene: a 12-year retrospective study. *Chang Keng I Hsueh Chih* 1999 Mar; 22 (1): 31-6
10. El khader K, el Fassi J, Nouri M, et al. Fournier's gangrene. Analysis of 32 cases. *J Urol (Paris)* 1997; 103 (1-2): 32-4
11. Benizzi E, Fabiani P, Migliori G, et al. Gangrene of the perineum. *Urology* 1996 Jun; 47 (6): 935-9
12. Toroc L, Fiscor E. Fournier's gangrene. *Orv Hetil* 1996 Oct 27; 137 (43) 2417-19
13. Roca B, et al. Hiv infection presenting with Fournier's gangrene. *Neth J Med* 1998 Oct; 53(4): 168-71