

Fournierova gangréna v současné urologické praxi

MUDr. Ivan Kolombo, FEBU¹, MUDr. Martina Poršová², MUDr. Richard Pabišta², MUDr. Jaroslav Porš³, MUDr. Jiří Poněšický¹, MUDr. Přemysl Grubský², MUDr. Jan Zaplatílek², MUDr. Robert Šverma², MUDr. Leoš Gronka³, MUDr. Milan Bartůněk¹

¹Centrum robotické chirurgie a urologie, Nemocnice Na Homolce Praha

²Urologické oddělení, Nemocnice Mladá Boleslav

³Urologická poradna, Městská nemocnice Turnov

Fournierova gangréna je infekční nekrotizující fasciitida a gangréna měkkých tkání zevního genitálu, perinea a perianální oblasti. Jedná se o vzácný, nicméně i dnes velmi závažný typ polymikrobiální infekce, která je spojena s vysokou morbiditou a mortalitou. V současnosti je možné podrobným vyšetřením odhalit příčinu a zdroj infekce až v 95 % případů. Infekce se obvykle šíří z oblasti anorekta, urogenitálního traktu či z oblasti kůže zevního genitálu. Terapie zahrnuje několik zásadních léčebných modalit. Již při prvních příznacích onemocnění je indikováno podání širokospektrých antibiotik (ATB) pokrývajících celé bakteriální spektrum včetně grampozitivních i gramnegativních aerobních i anaerobních bakterií a hospitalizace nemocného s intenzivní komplexní léčbou. Rovněž časná chirurgická léčba s provedením excize všech nekrotických a avitálních tkání je zcela nezbytná. Novou možností, která v rámci komplexního přístupu poskytuje šanci na lepší hojení ploch po provedené nekrektomii, je systém využívajícího řízený podtlak, známý také pod označením VAC (Vacuum-assisted closure). Dobrá mezioborová spolupráce je při péči o tyto nemocné nezbytná.

Klíčová slova: Fournierova gangréna, nekrotizující fasciitida, infekce zevního genitálu, aerobní a anaerobní bakterie, intenzivní péče, antibiotika, chirurgická léčba, hojení ran – Vacuum-assisted closure (VAC), mezioborová spolupráce.

Fournier gangrene in present urological practice

Fournier gangrene, is defined as a polymicrobial soft-tissue necrotizing infections of the perineal, perianal, or genital areas. It is rare infection of the genitalia that is associated with high morbidity and mortality. Fournier gangrene nowadays has an identifiable cause in approximately 95 % of cases. The necrotizing process commonly originates from an infection in the anorectum, the urogenital tract, or the skin of the genitalia. Treatment of Fournier gangrene involves several modalities. Initiate early broad-spectrum antibiotics as soon as possible. Providing coverage for gram-positive, gram-negative, aerobic, and anaerobic bacteria is essential. Early surgical therapy is also essential and all necrotic tissue must be excised. The use of vacuum dressing technologies – VAC (Vacuum-assisted closure) holds the potential to promote faster wound healing after debridement procedure. Interdisciplinary approach is a necessary and important for patients with Fournier's gangrene.

Key words: Fournier gangrene, Fournier's disease, genital infections, necrotizing fasciitis, aerobic and anaerobic bacteria, intensive care, antibiotics, surgical therapy, wound healing – Vacuum-assisted closure (VAC) therapy, interdisciplinary approach.

Urol. praxi, 2011; 12(4): 234–237

Úvod

V současnosti se jedná naštěstí o vzácné, nicméně stále velmi závažné, život ohrožující zánětlivé postižení zejména mužského zevního genitálu (1). Onemocnění většinou provází febrilie, třesavky (2) a další celkové příznaky v rámci toxicko-septické reakce organismu. Poprvé bylo toto onemocnění popsáno Bauriennem v roce 1764 a následně v roce 1883 Jeanem Alfredem Fournierem jako idiopatická gangréna skrota (3). Později došlo k redefinici tohoto onemocnění. Jedná se o infekční nekrotizující fasciitidu a gangrénu měkkých tkání zevního genitálu, perinea a perianální oblasti. V současné době tato definice zahrnuje i postižení stejného charakteru u žen (4), i když drtivou převahu

nemocných tvoří stále muži, u kterých je asi 10x častější. Rozhodujícím pro úspěšné zvládnutí této infekce je neodkladný, časně zahájený komplexní aktivní přístup v léčbě již při prvních projevech tohoto onemocnění (5).

Etiologie

Podobně jako u nekrotizující infekce a fasciitidy v jiné lokalizaci se jedná o infekci způsobenou extrémně virulentními mikroorganismy a nebo, což je v případě Fournierovy gangrény obvyklejší situace, se jedná o kombinaci synergického působení mikroorganismů v predisponovaném terénu imunokompromitovaného hostitele. Ze zánětlivě postižených tkání bývá obvykle vykultivována smíšená synergická ae-

robně-anaerobní bakteriální flóra, která většinou pochází z oblasti kůže, uretry, pochvy či rekta. Rovněž uretrální obstrukce při stenóze či extravazace při instrumentaci v dolních močových cestách přispívá k rozvoji onemocnění. Mezi nejčastěji identifikované bakteriální kmeny patří stafylokoky, streptokoky, koliformní bakterie, pseudomonády, bakteroidy, fusobakterie a clostridia (6, 7). Mezi další patogeny, které se mohou uplatnit při rozvoji tohoto onemocnění, patří také patogenní houby a kvasinky (8). V typických případech je rozvoj Fournierovy gangrény spojen s dalšími rizikovými faktory, mezi které patří imunodeficit doprovázející další systémové onemocnění (diabetes mellitus, malnutrice, nádorová onemocnění, chemoterapie, léčba

kortikoidy, chronický etylyzismus, HIV infekce). K závažným predisponujícím lokálním faktorům patří urologické příčiny (striktura uretry, absces skrota), chirurgické (periprotální absces, perforovaná apendicitis, divertikulitida, karcinom rekta či anální fisury a píštěle) (9, 10, 11, 12, 13, 14, 15), dermatologické zvláště v rozvojových zemích (16). Případy Fournierovy gangrény se vzácně mohou vyskytnout také u dětí a novorozenců (17). K méně obvyklým příčinám patří stavy spojené s hernioplastikou, vasektomií, ligací hemoroidů, uretrální katetrizace, neonatální cirkumcize, obliterující endarteritis a pudenda externa a interna, protražovaný porod nebo biopsie prostaty (4, 18, 19, 20). Příčinou může být i zevní poranění (škrábnutí, hmyz) a špatná hygiena (1) nebo stále více se objevující ozdobný piercing (obrázky 1A, B) v oblasti zevního genitálu (21) či injekční aplikace návykových látek (22). V současnosti se podrobným vyšetřením daří odhalit příčinu a zdroj infekce až v 95 % případů (15, 23).

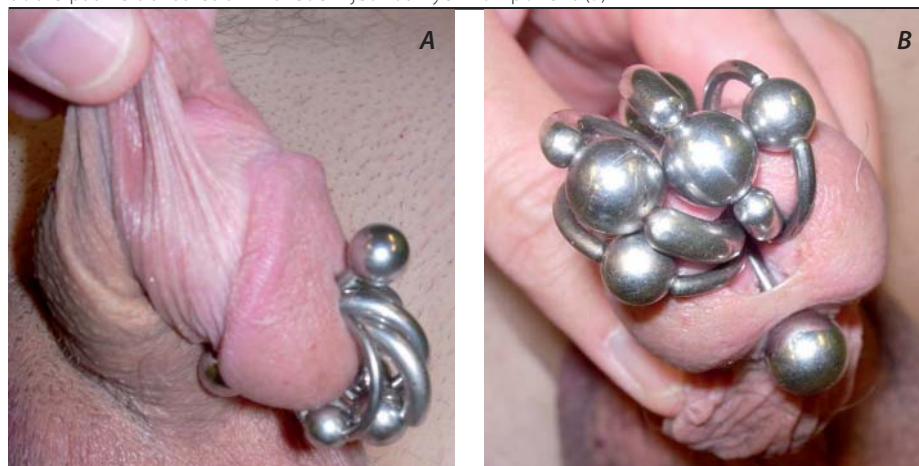
Patofyziologie

Onemocnění většinou rychle progreduje, což bývá spojeno s narušením imunity a odolnosti nemocného. Jedná se především o defekt postihující zejména celulární imunitní mechanismy (24). Spolu s dalším lokálním onemocněním či traumatem proto stav vyústí v rozvoj bakteriální infekce. Infekce je způsobena invazí mikrobů, které jsou většinou za normálních okolností pouhými komenzály v této oblasti. Toxiny produkované bakteriemi vedou k trombotizaci drobných subkutánních a kožních cév s rozvojem typických černých gangrenózních změn na kůži postižené oblasti. Produkce exotoxinů dále vede k nekrotizaci tkání a tvorbě plynu, což se projevuje krepitací při palpačním vyšetření. Podkožní emfyzém je typický pro anaerobní infekci a bývá označován jako plynatá sněť. Přítomnost krepitace může být odhalena až u 50 % postižených (25). Celková reakce organismu spojená leukocytózou a septickými febrilitami vyúsťuje v generalizovanou odpověď septického charakteru – SIRS. Narušení hemostázy a rozvoj diseminované intravaskulární koagulopatie (DIC) bývá vyjádřen u nejtěžších případů. DIC spolu s dalším rozvojem sepse vede k mutiorgánovému selhání (MOF). Nejvyšší mortalita je spojena s případy, které mají závažnou patologii v oblasti anorekta (24).

Diagnostika

Diagnóza je primárně stanovena na základě klinického obrazu a anamnézy. Často se dá

Obrázek 1A, B. Příklad piercingu v oblasti zevního genitálu – penisu u mladého nemocného, který je zdrojem laboratorního nálezu leukocyturie – pyurie. Celkový bočný pohled na tento piercing zavedený v oblasti glandu penisu (A). Detailní předozadní pohled na piercing u stejného nemocného, kdy je dobře patrné transuretrální zavedení jednotlivých komponent (B)



vystopovat spojitost s nedávnou instrumentací v oblasti dolních močových cest či genitálu, perineální trauma, uretrální stenóza asociovaná s STD, onemocnění anorekta či postižení kůže a podkoží při balanopostitidě nebo supurativní hidrosadenitidě. V typických případech dominuje bolest v místě lokálního postižení s horečkami a známkami generalizované toxemie (26). Při vyšetření je vhodné neopomenout per rektum vyšetření. Po individuálním zhodnocení nálezů je v některých případech vhodné pátrat dalšími zobrazovacími metodami po primární příčině onemocnění či okultním infekčním fokusu. Mezi zobrazovacími metodami se doporučuje provedení nativního rtg snímku, USG, CT, MRI eventuelně i endoskopické vyšetření (rektoskopie, kolposkopie). Při nejasném nálezu v časných fázích onemocnění, kdy ještě není rozvinut typický klinický obraz, je užitečná biopsie z podezřelých míst s vyšetřením metodou zmrazených řezů (27). V biotickém vzorku je charakteristický nález povrchně intaktní epidermis, dermální nekrózy, vaskulární trombózy a polymorfonukleární zánětlivé leukocytární infiltrace při podkožní tkáňové nekrotizaci. Nativní rtg vyšetření potvrzuje přítomnost emfyzému při suspekci na přítomnost krepitace v podkoží. V průběhu léčby je důležitá mikrobiologická diagnostika a pravidelná monitorace laboratorních parametrů, které slouží také k posouzení indexu závažnosti onemocnění (28). Běžně je těžký stav doprovázen elevací hodnot kreatininu, hyponatremií a hypokalcemií. Hypokalcemie je považována za sekundární, jako důsledek působení bakteriálních lipáz, které štěpí triglyceridy a uvolňované mastné kyseliny chelují ionizovaný kalcium (29). Právě pomýšlení na možnost vzniku Fournierovy gangrény a časná diagnóza je nepochybně klíčová ke zlepšení léčebných výsledků u této fulminantně probíhající infekce.

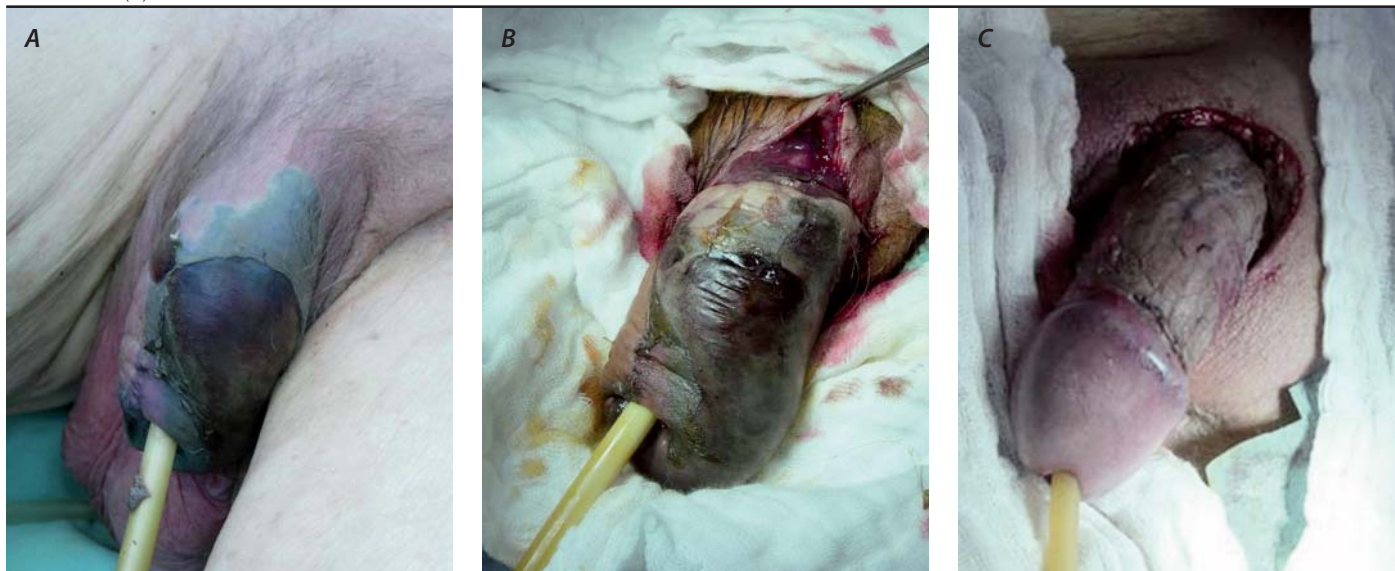
Klinický obraz

Infekce se obvykle projevuje jako celulitida postihující místo vstupu infekce. V časných fázích je místo vstupu infekce oteklé, zarudlé a bolestivé. Později dochází k postižení hlubokých faciálních vrstev a tmavě rudá ložiska rychle propadají nekrotizací (obrázky 2A, B, C) a následné extenzivní gangréně (29). V typických případech nacházíme zánětlivý bolestivý otok v oblasti zevního genitálu a zejména skrota s nekrotickými kožními okrsky a přítomný může být i krepitus při podkožním emfyzému. Stav je doprovázen celkovou schváceností s horečkami a třesavkami. Při lokálně pokročilém nálezu se flegmonózní zánět může šířit na přilehlou oblast břišní stěny, stehna a do oblasti anorekta. I při značně pokročilém nálezu na kůži a stěně skrota bývá postižení varlat raritním nálezem díky dobré vaskularizaci varlat přímo z aorty. Jsou-li vzácně postižena také varlata, je nutno pátrat po příčině infekce vycházející z retroperitonea a břišní oblasti (24). Často se objevuje anémie jako následek sepse, lokálních trombotických a ekchymotických projevů (29).

Léčba

Již při podezření na toto závažné onemocnění je indikováno podání širokospektrých ATB a hospitalizace nemocného. Velmi důležitá je prevence poruch cirkulace a hemodynamických změn. Musí být zahájena adekvátní infuzní hydratace se současnou přípravou k operačnímu výkonu. Indikována je miniheparinizace s preferencí nízkomolekulárních heparinů. Pacienti by měli být monitorováni na jednotce intenzivní péče. Zásadní je neodkladná chirurgická léčba, která zahrnuje radikální excizi všech gangrenózních a potenciálně postižených tkání a zajištění adekvátní drenáže dolních močových cest. V řa-

Obrázek 2A, B, C. Příklad Fournierovy gangrény postihující předkožku a kůži penisu. Nález před provedením nekrektomie (A). Peroperační foto u stejného nemocného, kdy proveden debridement a nekrektomie do již zdravé nepostižené okolní tkáně (B). Výsledný stav po dokončení nekrektomie u stejného nemocného (C)



Obrázek 3. Základní části systému pro hojení ran využívajícího řízený podtlak, známého také pod označením VAC (Vacuum-assisted closure). Do rány je nejprve vložena sterilní měkká porézní houba – destička (tvar a velikost vystřiháme přesně dle potřeby dané rány), která umožňuje svojí propustností odsávat hnisavý sekret a tkáňový detritus do přiloženého odsávacího terčíku s hadičkou přímo napojenou na vlastní jednotku pro nastavení a regulaci řízeného podtlaku. Vlastní fixace destičky a odsávacího terčíku v ráně je zajištěna sterilní lepicí folií, která také zajišťuje potřebnou vodotěsnost a udržení potřebného podtlaku v ráně



dě případů je vhodná punkční epicystostomie. Ranné plochy po excizních a debridementu jsou ponechány otevřené při primárním ošetření i po dobu probíhající sepse. V průběhu celé léčby je nezbytná dobrá multioborová spolupráce (30), podobně jako u dalších komplikovaných stavů. K sekundárnímu uzavření ranných ploch a plastické rekonstrukci přistupujeme po bezpečné stabilizaci nemocného a bezpečném zvládnutí sepse. V případech, že zdrojem infekce je anorektum a že Fournierova gangréna postihuje perirektální tkáň, je vhodné založit odlehčující kolostomii. Samotnou kolostomii v případě, že je potřebná, je vhodné založit již v rámci primárního chirurgického ošetření (9). V případě progresu onemocnění či sporné vitality okol-

ních tkání neváháme indikovat second look revizi v odstupu 24–48 hodin a opět s agresivním radikálním a extenzivním provedením debridementu a excizí postižených tkání. V antibiotické léčbě volíme empiricky kombinované režimy širokospektrých ATB pokrývajících celé bakteriální spektrum včetně grampozitivních i gramnegativních aerobních i anaerobních bakterií. Většinou volíme potencované aminopeniciliny s BLI, cefalosporiny III. generace (antipseudomonádové) či ureidopeniciliny v kombinaci s aminoklykosidy (gentamycin, netromycin, amikacin), nebo v kombinaci s klindamycinem a vždy metronidazolem. Rovněž prověření platnosti očkování proti tetanu eventuálně aplikace protitetanového séra může zabránit rozvoji dalších komplikací. Dobrý průnik i do hůře vaskularizovaných tkání mají také moderní fluorochinolony, jako například ciprofloxacin. V iniciačním a peroperačním období jsou antibiotika podávána především intravenózně. Parenterální podání se týká také případného podání preparátů s imunoglobuliny (31). Dříve diskutovaná aplikace antigangrenózního séra není v České republice aktuálně dostupná a některými autory není považována za efektivní (1). V období po potlačení infekce může být hojení reziduálních ranných defektů urychleno použitím plastických rekonstrukčních technik. Při rozsáhlých a hlubokých defektech hojení urychlují a zlepšují kosmetické výsledky zejména muskulokutánní laloky. Jednou z možností, jak zvýšit léčebný efekt je použití metody hyperbarické oxygenoterapie. Uvádí se možnost zkrácení hospitalizace, zlepšení raného hojení a zamezení šíření gangrény, pokud je hyperbarická oxygenoterapie použita spolu se standardním

chirurgickým debridementem a aplikováním ATB (26). Racionální zdůvodnění vychází ze skutečnosti, že hyperbarická oxygenoterapie zvyšuje množství kyslíku ve tkáních, což inhibuje růst či navozuje likvidaci anaerobních bakterií. Další potenciální výhodou hyperbarické oxygenoterapie je zmírnění systémové toxicity v rámci SIRS, zmenšení rozsahu nekróz a zlepšení demarkace gangrény. Nicméně užití této metody má i řadu limitací. Jedná se o horší dostupnost této léčebné metody a dle některých autorů lze čas nezbytný k převozu na pracoviště disponující tímto vybavením lépe využít k časnějšímu a agresivnímu chirurgickému debridementu (24). Rutinní použití hyperbarické oxygenoterapie by mělo být nahrazeno individuálně posouzenou aplikací této metody, zřejmě vhodnou především pro těžší případy (32). V současnosti, podobně jako u jiných hlubokých a infikovaných defektů, poskytuje možnost lepšího hojení systémem využívajícího řízený podtlak, známý také pod označením VAC (Vacuum-assisted closure) (33). VAC po provedené nekrektomii urychluje hojení ran růstem granulací, dále napomáhá mechanickému debridementu, odvádí v dostatečné míře exsudát z rány, a tím snižuje bakteriální kontaminaci rány. Nevýhodou VAC je bezprostřední vyšší ekonomická náročnost léčby, která je však kompenzována zkrácením léčby a tedy i ekonomicky náročnou hospitalizací.

Závěr

Přes pokroky v diagnostice a léčbě zůstává vysoká průměrná mortalita tohoto onemocnění kolem 20 % případů, v některých pracích však dosahuje mortalita až 75 % (29, 34, 35). Nejvyšších

hodnot dosahuje mortalita u diabetiků, alkoholiků, u nemocných s příčinou infekce v anorektální oblasti a u nemocných s pozdně diagnostikovanou a léčenou Fournierovou gangrénou. Pouze časná diagnostika a neodkladně zahájená kombinovaná léčba zahrnující agresivní ATB a chirurgickou léčbu může zlepšit výsledky u tohoto extrémně závažného a mnohdy fulminantně probíhajícího onemocnění. Nezbytná je dobrá mezioborová spolupráce (urolog, intenzivista, mikrobiolog, chirurg atd.) o tyto nemocné.

Literatura

1. Dvořáček J. Infekce močového ústrojí. In: Dvořáček J. Urologie praktického lékaře. ISV Praha, 2000; 101–116.
2. Eichenauer RH, Vanharpe H. Kritické stavy. In: Eichenauer RH, Vanharpe H. Urologie – klinika a praxe. Praha: SCIENTIA MEDICA, spol. s r.o., 1996: 94.
3. Fournier JA. Gangrène-foudroyante de la verge. *Semin Med* 1883; 3: 345.
4. Stephens BJ, Lathrop JC, Rice WT, Gruenberg JC. Fournier's gangrene historic (1764–1978) versus contemporary (1979–88) differences in etiology and clinical importance. *Ann Surg* 1993; 59: 149–154.
5. Kolombo I, Hanuš T, Porš J, Poršová M, Pabišta R, et al. Infekce močových cest pro praktické lékaře a specialisty. Praha: Galén, 2007: 1–281.
6. Cohen MS. Fournier's gangrene. *AUA Update Series* 1986; 5(6).
7. Miller JD. The importance of early diagnosis and surgical treatment of necrotizing fasciitis. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 157: 197.
8. Loulergue P, Mahe V, Bougnoux ME, Poiree S, Hot A, Lortholary O. Fournier's gangrene due to *Candida glabrata*. *Med Mycol*. Mar 2008; 46(2): 171–173.
9. Akcan A, Sozuer E, Akyildiz H, Yilmaz N, Kucuk C, Ok E. Necessity of preventive colostomy for Fournier's gangrene of the anorectal region. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2009; 15(4): 342–346.
10. Akita H, Hayashi J, Kojima M. Fournier's gangrene in a patient with perirectal abscess: a case report. *Hinyokika – Kiyo* 1995; 41: 633–635.
11. Gerber GS, Guss SP, Pilet RW. Fournier's gangrene secondary to intraabdominal processes. *Urology* 1994; 44: 779–782.
12. Katan S, Youssef A. Fournier's gangrene of the scrotum following anorectal disorders. *Int Urol Nefrol* 1994; 26(2): 215–222.
13. Kolombo I. Pohledy na diagnostiku a léčbu perirektálních abscesů. Atestační práce. Katedra chirurgie IPVZ Praha, 1997.
14. Picramenos D, Deliveliotis C, Macrichoris K, Alexopoulos K, Kostakopoulos A, Dimopoulos C. Fournier's gangrene: etiology, treatment and complications. *Prog Urol* 1995; 5: 701–705.
15. Spirnak JP, Resnick MI, Hampel N, Persky L. Fournier's gangrene report of 20 patients. *J Urol* 1984; 131: 289–291.
16. Eke N. Fournier's gangrene, the Nigerian experience. *Nig Postgrad Med J* 1999; 6: 99–102.
17. Ameh EA, Dauda MM, Sabiu L, Mshelbwala PM, Mbibu HN, Nmadu PT. Fournier's gangrene in neonates and infants. *Eur J Pediatr Surg* 2004; 14(6): 418–421.
18. Eke N. Fournier's gangrene: a review of 1726 cases. *Br J Surg* 2000; 87: 718–728.
19. Kočvara R. Pediatrická andrologie. In: Dvořáček J, a kol. Urologie, díl III. Praha ISV, 1998: 1389–1402.
20. Redman JF, Yamauchi T, Higginbotham WE. Fournier's gangrene of the scrotum in a child. *J Urol* 1979; 121: 827.
21. Ekelius L, Björkman H, Kalin M, Fohlman J. Fournier's gangrene after genital piercing. *Scand J Infect Dis*. 2004; 36(8): 610–612.
22. Mouraviev VB, Pautler SE, Hayman WP. Fournier's gangrene following penile self-injection with cocaine. *Scand J Urol Nephrol*. 2002; 36(4): 317–318.
23. Jamieson NV, Everett WG, Bullock KN. Delayed recognition of intersphincteric abscess as underlying cause of Fournier's scrotal gangrene. *Ann R Coll Surg Engl* 1984; 66: 434.
24. Quatan N, Kirby RS. Improving outcomes in Fournier's gangrene. *BJU Int* 2004; 93(6): 691–692.
25. Corman JM, Moody JA, Aronson WJ. Fournier's gangrene in a modern surgical setting: improved survival with aggressive management. *BJU Int* 1999; 84: 85–88.
26. Paty R, Smith AD. Gangrene and Fournier's gangrene. *Urol Clin North Am* 1992; 19: 149.
27. Stamenkovic I, Lew PD. Early recognition of potentially fatal necrotizing fasciitis: The role of frozen section biopsy. *N Engl J Med* 1984; 310: 1689.
28. Laor E, Palmer LS, Tolia BM, Reid RE, Winter HI. Outcome prediction in patients with Fournier's gangrene. *J Urol* 1995; 154: 89–92.
29. Schaeffer AJ. Infections of the urinary tract. In: Campbell's Urology CD-Rom, Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ, Volume 1, Section 4, Chapter 14, Copyright 2002, Elsevier Science (USA).
30. Kolombo I, Kolombová J, Beňo P, Toběrný M, a kol. Mezioborová spolupráce v urologii. *Urolog. Praxi* 2007; 8(6): 262–267.
31. Cawley MJ, Briggs M, Haith LR Jr, Reilly KJ, Guilday RE, Braxton GR. Intravenous immunoglobulin as adjunctive treatment for streptococcal toxic shock syndrome associated with necrotizing fasciitis: case report and review. *Pharmacotherapy*. Sep 1999; 19(9): 1094–1098.
32. Mindrup SR, Kealey GP, Fallon B. Hyperbaric oxygen for the treatment of Fournier's gangrene. *J Urol*. Jun 2005; 173(6): 1975–1977.
33. Kovacs LH, Kloeppel M, Papadopoulos NA, Reeker W, Bieemer E. Necrotizing fasciitis. *Ann Plast Surg*. Dec 2001; 47(6): 680–682.
34. Baskin LS, Carroll PR, Cattolica EV, et al. Necrotizing soft tissue infections of the perineum and genitalia: Bacteriology, treatment, and risk assessment. *Br J Urol* 1990; 65: 524.
35. Clayton MD, Fowler JE Jr, Sharifi R. Causes, presentation, and survival of 57 patients with necrotizing fasciitis of the male genitalia. *Surg Gynecol Obstet* 1990; 170: 49.
36. Grabe M, Bjerkland-Johansen TE, Botto H, et al. Guidelines on Urological Infections. 2011 edition. Update March 2011.

Článek přijat redakcí: 12. 2. 2011

Článek přijat k publikaci: 13. 3. 2011

MUDr. Ivan Kolombo, FEBU

Centrum robotické chirurgie a urologie
Nemocnice Na Homolce Praha
Roentgenova 2, 150 30 Praha 5
kolomboi@seznam.cz



Komentář k článku dr. Kolomba „Fournierova gangréna v současné urologické praxi“

Urolog. praxi 2011; 12(4): 234–237.

Vážení čtenáři,

dovolím si na tomto místě učinit drobnou faktickou a historickou poznámku z pozice recenzenta sdělení kolegy Ivana Kolomba a jeho kolektivu. Jde mi o to, že v pravém a původním významu je třeba Fournierovu gangrénu vidět jako primární idiopatické a typicky mužské onemocnění postihující skrotum a hráz. Z tohoto důvodu nebylo možné obdobně probíhající gangrény u žen, které skrotum nemají a gangrény sekundární, nazývat Fournierovými. Za vhodnější byl považován pojem „fournieriformní gangréna“. Tento „problém“ je nyní vyřešen autory uváděnou re-definicí onemocnění. Současné diagnostické možnosti, v době Fournierově zcela chybějící, odhalují příčinu infekční nekrotizující fasciitidy a gangrény měkkých tkání perinea až v uváděných 95 %. Činí tak původní Fournierovu idiopatickou gangrénu skrota v dnešní době vpravdě raritním onemocněním.

MUDr. Zdeněk Mucha

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc, I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc, muchaz@fnol.cz