

Fournierova gangréna u pacienta s nově diagnostikovaným tumorem rekta infiltrujícím prostatu

MUDr. Andrej Kolodzej, MUDr. Martin Novák

Urologické oddělení, Orlickoústecká nemocnice, a.s., Ústí nad Orlicí

V této kazuistice prezentujeme pacienta s náhodně diagnostikovaným tumorem rekta v rámci vyšetření na našem pracovišti. Pacient byl předán do péče příslušných odborníků z oboru chirurgie, onkologie a gastroenterologie k dokončení diagnostiky a plánu další léčby. Pacientův stav a rozvoj urologických komplikací však znemožnil kurativní léčbu. Prezentujeme management urologických komplikací – akutní retence moči s paradoxní ischurií a abscesu prostaty s následující Fournierovou gangrénou.

Klíčová slova: tumor rekta, retence moči, absces prostaty, Fournierova gangréna.

Fournier's gangrene in patient with new diagnosed rectal tumor infiltrating prostate

This case report presents patient with a new diagnosed rectal tumor, which was detected during the urological examination in our office. The patient was referred to specialists included surgeon, oncologist and gastroenterologist to complete the diagnostics and start treatment. Unfortunately patient's performance status and urological complications averted him from curative treatment. We present management of following urological complications – acute incomplete retention of urine, prostate abscess and extensive Fournier's gangrene.

Key words: rectal tumor, acute incomplete retention of urine, prostatic abscess, Fournier's gangrene.

Urol. praxi, 2014; 15(5): 239–240

Úvod

Fournierova gangréna je vzácná flegmóna a nekrotizující fascitida zevního genitálu muže, která má i přes veškeré naše úsilí i v dnešní době vysokou mortalitu. Infekce vychází nejčastěji z oblasti kůže, močové trubice nebo rekta (1). Popsaná byla poprvé v roce 1764 Bauriennem a 1883 Fournierem jako rapidní fulminantní gangréna genitálu idiopatického původu vedoucí k destrukci genitálu (2). Symptomatologie zahrnuje bolest, zarudnutí a otok genitálu, dále horečky, zimnici a třesavku s tendencí k rychlé progresi k rozsáhlým nekrotickým a septickým stavu. Nezřídka nalézáme podkožní emfyzém.

Léčba spočívá včasné diagnostice, komplexní agresivní antibiotické terapii v kombinaci (nejčastěji cefalosporiny vyšší generace, aminoglykosidy a metronidazol) a neodkladné chirurgické intervenci v podobě nekrektomie, incizí a kontraincizí (3, 4, 5).

Kazuistika

Třiasmdesátiletý muž byl vyšetřen v květnu letošního roku poprvé na urologické ambulanci dle doporučení praktického lékaře pro mikční obtíže a suspektní recidivu orchiepididymitidy vlevo. Dle doporučující dokumentace pacient prodělal již v březnu t.r. orchiepididymitidu vlevo. Mimo jiné byl léčen pro ischemickou chorobu srdeční (2 x stav po akutním infarktu myokardu), dislipidémii, stav po hluboké žilní

trombóze, chronickou fibrilaci síní s vyrovnanou odpovědí komor, pro kterou byl warfarinizován.

Při fyzikálním vyšetření byl fyziologický nálezná břicho a palpačně minimálně zduřelé a citlivé levé nadvarle. Při digitální rektální examinaci prostaty malá, hladká, nebolestivá, bez fluktuace – nesuspektní, v dosahu prstu však na sliznici rekta byla identifikována objemná tumorózní formace velikosti cca 5 cm. Močový sediment byl negativní, sonografický nálezná uropoetickém systému byl bez patologických změn. Pro nálezná nadvarleti byl nasazen empiricky doxycyklin a pacient byl odeslán k proktologickému vyšetření.

Při naší kontrole po dvou týdnech byl nálezná nadvarleti zrestaurován ad integrum, kultivace moči byla negativní, nicméně na uroflowmetrii byla patrná obstrukční křivka a sonografické postmiktické reziduum se pohybovalo okolo 50 ml. Pacient udával slabší proud moči a nykturii 3 x – byl proto nasazen alfa-blokátor. Další kontrola byla plánována za měsíc s výsledkem PSA ke zhodnocení efektu medikace. Nálezná konečniku byl ve stadiu vyšetřování.

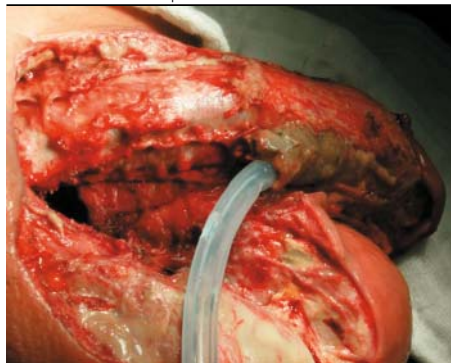
Ve druhé půlce června (tedy po 19 dnech) byl pacient odeslán z onkologie k předpisu inkontinenčních pomůcek pro nově vzniklou (7 dnů) inkontinenci moči při doposud histologicky neverifikovaném tumoru rekta cT4cN2M0 (dle CT byla patrná tumorózní infiltrace prostaty s výrazným prosáknutím okolí prostaty a vezikul) (obrázek 1).

Subjektivně byl pacient s pocitem přeplněného močového měchýře, nemožnosti se pořádně vymočit a byl nekontrolovatelně inkontinentní. Klinicky byl nově přítomný těstovitý otok kůže penisu a šourku, varlata byly bez patologické indurace či bolestivosti. Prostaty byla při vyšetření přes konečník edematózní, nicméně bez hmatné fluktuace či krepitace. Palpačně byl patrný přeplněný močový měchýř, sonograficky přes 800 ml, a byla přítomná oboustranná počínající dilatace dutého systému ledvin. Pacient byl afebrilní a bez bolestí, nejevil známky kardiální dekompenzace.

Vzhledem k dobrému klinickému stavu pacienta, normálnímu renálnímu souboru, nezvýšeným zánětlivým markerům a hlavně pro postoj

Obrázek 1. Tumor rekta infiltrující prostatu



Obrázek 2. Perioperační nález**Obrázek 3.** Perioperační nález

pacienta nepreferujícího hospitalizaci – byl zaveden permanentní katétr, kterým byl vypuštěn obsah měchýře, moč byla odeslána na kultivační vyšetření, empiricky byl nasazen ciprofloxacin a pacient byl propuštěn do domácího ošetřování. K plánované kontrole se měl pacient dostavit po proběhlé onkologické kontrole se zhodnocením výsledků kultivace moče.

Na plánovanou urologickou kontrolu se však pacient nedostavil, protože byl z onkologické indikace odeslán k zahájení paliativní radioterapie malé pánve. V den zahájení radioterapie (začátek července 2013) si personál onkologického oddělení všiml rozsáhlé nekrotické plochy na šourku a na těle penisu. Konziliární urolog doporučil ošetření pacienta na urologii v místě bydliště. Proto byla radioterapie odložena a pacient byl přeložen následující den na naše oddělení.

Zde byl při vstupním vyšetření patrný výrazný otok a zarudnutí kůže celého šourku zasahující až do podbřišku, palpačně byla přítomná fluktuace. Na kůži pravé poloviny šourku byly rozsáhlé kožní nekrózy v rozsahu 5 x 10 cm, které přecházely až na penis.

Pacient byl septický – mírně hypotenzní (100/60 Torr), s tachykardií 120/min, afebrilní 36,0 °C. V laboratoři byla patrná leukocytóza $28 \times 10^9/l$, elevace CRP 289 mg/l a středně významná renální insuficience – kreatinin 260 $\mu\text{mol/l}$, urea 26 mmol/l.

Dle poslední dostupné kultivace v moči *Escherichia coli* 10^8 CFU/ml byly nasazeny cefalosporiny III. generace, pro zvažovanou komunikaci s GIT připojen metronidazol. Po přípravě pacienta jsme přistoupili k neodkladné operační revizi. Po excizi nekrotické kůže byla vypuštěna objemná abscesová dutina, hnis byl odeslán ke kultivačnímu vyšetření. Po opakovaných výplachách byla patrna kompletní absence cca 8 cm penilní a bulbární uretry se zavedeným permanentním katétrem do močového měchýře. Provedli jsme rozsáhlý debridement, opakované výplachy rány dezinfekčními prostředky, zaslepili jsme oba pahýly uretry a založili jsme epicystostomii jako trvalou derivaci moči (obrázky 2, 3).

Výhled na rekonstrukci uretry vzhledem k prognóze pacienta a rozsahu nekrózy byl minimální. Rána byla ponechána k sekundární sutuře s vlhkým krytím. Po výkonu jsme pokračovali v kombinované ATB terapii a současně 3 x denně prováděli výplachy rány. Vzhledem k rozvoji ileózního stavu byla chirurgem založena odlehčovací dvouhlavňová sigmoideostomie. Další průběh hospitalizace byl již bez komplikací, pacient byl propuštěn v celkově uspokojivém stavu s čistě granulující ranou do domácího ošetřování (obrázek 4).

Závěr

Fournierova gangréna je pravá náhlá urologická příhoda. Mortalita je i přes adekvátní léčbu vysoká. Dle dostupných studií může dosahovat až 88% (6). V našem případě můžeme hovořit o relativně úspěšném výsledku, protože v současné době je pacient po urologické stránce zhojen ad integrum (obrázek 5), dochází na pravidelné výměny epicystostomie a na onkologii je připravován k paliativní radioterapii malé pánve. Cílem článku byla snaha poukázat na nutnost kvalitní komunikace nejen v rámci oboru samotného, ale zejména i mezi různými odbornostmi za účelem co nejefektivnější a včasné léčby našich pacientů.

Obrázek 4. Stav při dimisi**Obrázek 5.** Aktuální nález

Literatura

1. Kawaciuk I. Urologie, Galén, Praha, 2009, 215.
2. Shaeffer AJ. Infections of the Urinary Tract, In: Wein, et al. Campbell-Walsh, Urology, USA, 9th edition, Volume I, 301.
3. Votoček E. Náhle příhody v urologii, In: Dvořáček J. a spol., Urologie, ISV nakl., Praha 1998, III. díl, 1732–1733.
4. Ludwig M, Schroeder-Printzen I, Schiefer HG, et al. Diagnosis and therapeutic management of 18 patients with prostatic abscess. Urology. 1999 Feb; 53(2): 340–345. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9933051>
5. Sroczyński M, Sebastian M, Rudnicki J, Sebastian A, Agrawal AK. A complex approach to the treatment of Fournier's gangrene. Adv Clin Exp Med. 2013 Jan-Feb; 22(1): 131–135. Review. PubMed PMID: 23468272.
6. Sorensen MD, Krieger JN, Rivara FP, Broghammer JA, Klein MB, Mack CD, Wessells H: Fournier's Gangrene: population based epidemiology and outcomes. J Urol 2009; 181: 2120–2126.

Článek přijat redakcí: 12. 12. 2013

Článek přijat k publikaci: 20. 1. 2014

Autor prohlašuje, že zpracování článku nebylo podpořeno farmaceutickou firmou.

MUDr. Andrej Kolodziej

Urologické oddělení,

Orlickoústecká nemocnice, a.s.

Čs. armády 1076, 562 18 Ústí nad Orlicí

kolodziej1@gmail.cz