

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Ausgedehnte Fournier'sche Gangrän
mit partieller Urethranekrose: Ein
Fallbericht**

Engelhardt PF, Riedl CR

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2003; 10 (4)

(Ausgabe für Österreich), 28-29

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2003; 10 (4)

(Ausgabe für Schweiz), 27-28

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2003; 10 (4)

(Ausgabe für Deutschland), 21-22

Homepage:

www.kup.at/urologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



AUSGEDEHNTE FOURNIER'SCHE GANGRÄN MIT PARTIELLER URETHRANEKROSE: EIN FALLBERICHT

FALLBERICHT

KASUISTIK

Ein 62-jähriger Patient wurde vom Notarzt zu Hause komatös aufgefunden, intubiert und beatmet an die intensivmedizinische Abteilung überstellt. Anamnestisch bestand bei dem Patienten eine seit 3 Tagen zunehmende Verschlechterung des Allgemeinzustandes mit kaffeesatzartigem Erbrechen und hohem Fieber. Weiters waren ein chronischer Alkohol- und Nikotinabusus sowie ein Diabetes mellitus bekannt.

Die wegen Hämatemesis durchgeführte Gastroskopie zeigte eine massive Soorösophagitis ohne Blutungsquelle. Im Lungenröntgen fanden sich Zeichen einer Aspirationspneumonie, wobei bronchoskopisch reichlich Schleim sowie Fremdkörper abgesaugt wurden. Am zweiten stationären Tag wurde eine zunehmende Schwellung, Rötung und livide

Verfärbung beider Testes auffällig, so daß die Diagnose einer Fournier'schen Gangrän gestellt wurde (Abb. 1). In Zusammenschau mit den Laborparametern zeigte sich ein Fournier'scher Severity Index (FSI) von 6.

Bei dem daraufhin durchgeführten ausgiebigen Debridement fand sich ein tiefreichender perineal-skrotaler Abszeß mit dem typischen Bild der nekrotisierenden Fasziiitis. Die intraoperativ abgenommenen Abstriche ergaben *Streptokokkus anginosus* 10⁷ und *Bacteroides fragilis* 10⁷. Perioperativ erfolgte eine Antibiose mit Metronidazol, Amoxicillin und Refobacin. Am 2. postoperativen Tag mußte der Patient aufgrund einer deutlichen Verschlechterung des Lokalbefundes revidiert und nochmals eine ausgiebige Nekrosektomie durchgeführt werden.

In weiterer Folge kam es zu einer Stabilisierung des Allgemeinzustandes. Im Rahmen des intensivmedizinischen Aufenthaltes wurden noch zwei weitere geplante Wundrevisionen zur Nekrosektomie und Sekundärnaht durchgeführt. Im Rahmen der letzten Wundrevision wurde eine

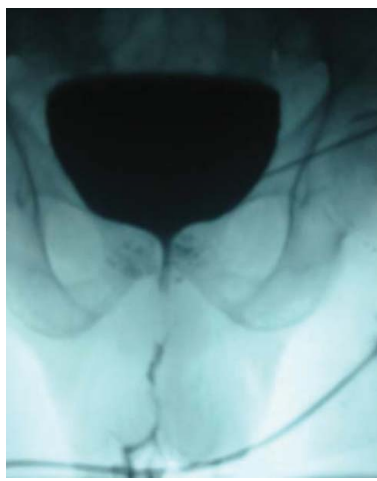
partielle Urethranekrose der bulbären Harnröhre mit einem Defekt von ca. 5 cm festgestellt. Neben der bereits vorhandenen suprapubischen Zystostomie wurde daraufhin ein Dauerkatheter Ch16 über den freiliegenden kranialen Urethrastumpf in die Blase eingelegt und durch die perineale Wunde ausgeleitet.

Im weiteren Verlauf granulierte die perineale Wundhöhle aus, wobei sich entlang des herausgeleiteten Kathethers spontan ein perineales Urethrastoma bildete (Dokumentation mittels Miktionsurethrographie in Abb. 2) Der Patient konnte nach insgesamt 10 Wochen Spitalsaufenthalt (davon 21 Tage auf der Intensivstation), nach aufwendiger Mobilisationstherapie, mit guter Spontanmiktion in häusliche Pflege entlassen werden.

Abbildung 1: Fournier'sche Gangrän präoperativ



Abbildung 2: MCU mit Darstellung des spontan gebildeten perinealen Urethrostomas nach DK-Entfernung



DISKUSSION

Fournier beschrieb und charakterisierte als Erster eine progressive nekrotisierende Fasziiitis, welche ihren Ursprung im Urogenitaltrakt hat [1]. Typisch dafür ist ein schneller und fulminanter Verlauf, wobei sich der entzündliche Prozeß primär subkutan ausbreitet und in weiterer Folge über eine Endarteriitis mit Hypoxie und Gangrän einen nekrotisierenden Verlauf mit Fasziiitis und Myositis nimmt. In letzter Folge entwickelt sich ein septisches Krankheitsbild mit der Gefahr eines Endotoxinschocks. Als Erreger lassen sich meistens Aerobier, Anaerobier, Candida und auch bakterielle Mischinfektionen identifizieren. Aufgrund der hohen Letalitätsraten von 30–50 % ist eine sofortige und großzügige Abtragung der Nekrosen mit gegebenenfalls vollständiger Entfernung des Skrotums (unter Schonung der Hoden durch Verlagerung in subkutane Taschen) notwendig [2].

Die Etablierung des sogenannten Fournier's Severity Index (FSI) durch Laor et al. erlaubt die Klassifikation entsprechend dem Ausmaß bzw. dem Schwerebild der Erkrankung [3]. Chwala et al. zeigten anhand einer retrospektiven Analyse bei 19 Patienten mit Fournier'scher Gangrän, daß die Gruppe der „Survivor“ einen deutlich erniedrigten FSI im Vergleich zur Gruppe der „Non Survivor“ (8,6 vs. 12,4) aufwies. Auch die Anzahl der durchschnittlich notwendigen Debridements war deutlich niedriger in der Gruppe der „Survivor“ (2,3 vs. 5,2) [4].

Nach unserem Wissen ist dies die erste Beschreibung einer partiellen

Urethranekrose bei Fournier'scher Gangrän. Die Einlage eines Dauerkatheters über den bulbären Harnröhrenstumpf war primär lediglich zur „trockenen“ Harnableitung gedacht. In weiterer Folge kam es jedoch bei liegendem, perineal herausgeleitetem Katheter zu einer Ausgranulation der Wundhöhle entlang des Dauerkatheters mit perinealem Urethrastoma. Eine aufwendige Rekonstruktion des über 5 cm langen Harnröhrendefekts kam zum einen aufgrund des schlechten Allgemeinzustandes des Patienten, zum anderen aufgrund des zum jetzigen Zeitpunkt zufriedenstellend bestehenden Ergebnisses bezüglich Spontanmiktion und Kontinenz nicht in Frage.

Literatur:

1. Fournier AJ. Gangrène foudroyante da la verge. *Semaine Med* 1883; 3: 345.
2. Walsh, Retik, Vaughan, Wein. *Campbell's Urology*. Eighth Edition, Saunders, Philadelphia, 2002; Vol. 1; 590–1.
3. Laor E, Palmer LS, Tolia BM, Reid RE, Winter HI. Outcome and prediction in patients with Fournier's gangrene. *J Urol* 1995; 154: 89–92.
4. Chwala SN, Gallop C, Mydlo JH. Fournier's Gangrene: An analysis of repeated surgical debridement. *Eur Urol* 2003; 43: 572–5.

Korrespondenzadresse:

*Dr. Paul F. Engelhardt, F.E.B.U.
Abteilung für Urologie und Andrologie
Thermeklinikum Baden
A-2500 Baden, Wimmergasse 19
E-mail:
paul.engelhardt@thermenklinikum-
baden.at*

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)