

ĐIỀU TRỊ THÀNH CÔNG MỘT BỆNH NHÂN MẮC HỘI CHỨNG FOURNIER

(Thông báo lâm sàng)

¹Nguyễn Thái Ngọc Minh, ¹Nguyễn Hải An, ²Lê Thị Lại Tâm

¹Bệnh viện Bỏng Quốc Gia Lê Hữu Trác

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

TÓM TẮT

Hội chứng Fournier là bệnh lý hiếm gặp thường xuất hiện ở nam giới. Tình trạng nhiễm trùng có thể gây ra do nhiều loại vi khuẩn làm suy giảm miễn dịch dẫn đến suy đa tạng và tử vong.

Ca lâm sàng: Bệnh nhân nam 33 tuổi tiền sử đái tháo đường, suy tuyến thượng thận, xuất hiện các mụn nhọt, chảy mủ vùng bẹn, bìu sinh dục tự điều trị bằng kháng sinh và chích rạch tại nhà. Vết thương không khỏi, biến chứng nhiễm trùng vết thương, sốc nhiễm khuẩn, viêm phổi thở máy được điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai.

Chuyển tới Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác với vết thương nhiễm khuẩn lan tỏa tầng sinh môn. Bệnh nhân được điều trị kết hợp hồi sức tích cực, hút áp lực âm truyền rửa (NWPTi-d) và phẫu thuật. Sau 3 lần phẫu thuật vết thương đã liền.

Thông báo này chúng tôi muốn đưa ra thêm lựa chọn cho các bác sĩ lâm sàng phương pháp để làm sạch vết thương nhiễm khuẩn phức tạp, chuẩn bị tốt cho cuộc phẫu thuật thành công.

Từ khóa: Hội chứng Fournier, liệu pháp hút áp lực âm truyền rửa

SUMMARY

Fournier syndrome is a rare disease that usually occurs in men. Infection can be caused by many types of bacteria that compromise immune systems, leading to multiple organ failure and death. Clinical case: 33-year-old male patient with a medical history of diabetes, and adrenal insufficiency. The patient had pimples and pus in the groin and scrotum areas and was self-treated with antibiotics and incisions at home. The wound did not heal, complications of wound infection, septic shock, and ventilator-associated pneumonia were treated at Bach Mai Hospital. The patient was transferred to the Le Huu Trac National Burn Hospital with diffuse wound infection of the perineum. The patient was treated with a combination of intensive resuscitation, negative pressure wound therapy

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thái Ngọc Minh, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Email: minhnguyennib@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/6/2024; Ngày nhận xét: 21/6/2024; Ngày duyệt bài: 26/6/2024

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2024.320>

with instillation and dwell time (NWPTi-d), and surgery. After three surgeries, the wound was healed. With this announcement, we want to give clinicians more options for methods to clean complicated infected wounds and prepare them well for successful surgery.

Keywords: Fournier syndrome, negative pressure wound therapy with instillation and dwell time

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Fournier lần đầu được ghi nhận bởi bác sĩ người Pháp Jean-Alfred Fournier (1832-1914) [1]. Hội chứng gây ra tình trạng nhiễm trùng lan toả các lớp cân nông, sâu vùng đáy chậu, bộ phận sinh dục hoặc quanh hậu môn. Tình trạng nhiễm trùng gây ra bởi nhiều loại vi khuẩn bao gồm các loài kỵ khí, hiếu khí trong đó phổ biến nhất là *Staphylococcus aureus*, *E. Coli* và *Pseudomonas aeruginosa* [2], [3].

Các trường hợp được báo cáo trên thế giới cho thấy có thể phát hiện ít nhất 3 loài vi sinh vật trên một bệnh nhân và ngoài vi khuẩn đã có báo cáo nuôi cấy dương tính với một số chủng vi nấm *Candida*. Hầu hết trong số này là các vi sinh vật bình thường vùng tầng sinh môn nhưng khi bệnh nhân có tình trạng suy giảm miễn dịch, các vi sinh vật trở nên nguy hiểm [1]. Các vi khuẩn hợp tác với nhau xâm nhập vào mô, giải phóng các enzyme gây hoại tử mô rất nhanh, tốc độ có thể lên đến 2 - 3cm mỗi giờ [2], [4]. Tình trạng bệnh nhân thường tiến triển xấu đi nhanh chóng do nhiễm khuẩn huyết, suy chức năng đa tạng và tử vong [4], [5]. Hội chứng rất hiếm gặp, theo thống kê chỉ chiếm < 0,02% số ca nhiễm trùng nhập viện, tỷ lệ mắc ở nam giới từ 1,6 đến 1,9 ca trên 100.000 và cao gấp 10 lần ở nữ giới [2], [3]. Mặc dù tỷ lệ mắc thấp nhưng tỷ lệ tử vong của hội chứng

rất cao, tỷ lệ chung từ 20% đến 40% và có thể lên đến 70% đến 80% nếu đã có biến chứng nhiễm khuẩn huyết khi nhập viện [2], [4].

Các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân có thể mắc hội chứng Fournier rất nhiều, bao gồm: Bệnh tim mạch, mắc các bệnh lý ác tính, nghiện rượu, sử dụng steroid kéo dài, đái tháo đường, sử dụng ma túy, nhiễm HIV, viêm ruột, xơ gan, nam giới, suy dinh dưỡng, bàng quang thần kinh, béo phì, áp xe quanh hậu môn, bệnh mạch máu ngoại biên, chấn thương hoặc phẫu thuật vùng hậu môn sinh dục, rò trực tràng, suy thận, chấn thương tủy sống, hẹp niệu đạo [3].

2. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân Lê Văn K., 33 tuổi, thể trạng béo phì, tiền sử mắc nhiều bệnh lý mạn tính: Đái tháo đường tuýp 2, suy tuyến thượng thận, sử dụng corticoid nhiều năm. Bệnh nhân là nhà sư tu tập tại chùa, phát hiện các mụn nhọt mưng mủ vùng bẹn, bìu, gần hậu môn viêm chảy dịch mủ vào ngày 07/11/2023. Do tâm lý ngại đến bệnh viện, nên bệnh nhân đã tự sử dụng kháng sinh và dùng vật nhọn chích rạch nặn mủ tại chỗ nhưng không đỡ. Bệnh nhân vào Bệnh viện Đa khoa Nghệ An điều trị từ ngày 8/11/2023.

Ngày 9/11/2023, tình trạng bệnh nhân chuyển biến nặng, biến chứng sốc nhiễm

khuẩn đã được chuyển tới Bệnh viện Bạch Mai điều trị. Tại Bệnh viện Bạch Mai, bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng Fournier, suy thượng thận.

Về điều trị: Duy trì an thần thở máy, lọc máu liên tục, kháng sinh phối hợp nhóm Carbapenem và Glycopeptide, mở hậu môn nhân tạo, dẫn lưu bàng quang trên xương mu, duy trì phác đồ bổ sung Hydrocortison đường tĩnh mạch.

Về điều trị tại chỗ: Vết thương đã được cắt lọc loại bỏ một hoại tử da và tổ chức dưới da. Sau 4 ngày tình trạng nhiễm trùng toàn thân cải thiện, ngừng phụ thuộc thuốc vận mạch nhưng vẫn duy trì thở máy do viêm phổi và vết thương tiếp tục hoại tử tiến triển. Bệnh nhân được chuyển đến Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác ngày 13/11/20223 (ngày thứ 6 từ khi khởi phát).

Tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác, qua thăm khám thấy bệnh nhân sốt cao, phù nề toàn thân, da niêm mạc nhợt, nhiều rêu lưỡi. Vết thương tại vùng tầng sinh môn do hội chứng Fournier với các triệu chứng: Vùng bìu, hai đùi, sinh môn và khe liên mông các mảng hoại tử lan rộng, sưng đau, diện tích rộng tương đương 3% diện tích cơ thể, nền vết thương còn nhiều các cân cơ và tổ chức dưới da đang giai đoạn viêm lan toả nhiễm trùng nặng, rất nhiều dịch mủ vàng mùi hôi.

Các xét nghiệm của bệnh nhân khi vào viện nổi lên tình trạng nhiễm trùng: Bạch cầu tăng 20,7 G/l, bạch cầu Neutro tăng 86,3%, Procalcitonin 6,7 ng/ml, tiểu cầu giảm 100 G/l, thiếu máu, huyết sắc tố 86 g/l. Bệnh nhân được cấy khuẩn vết thương và cấy máu nhiều lần trong quá trình điều

trị đều cho kết quả âm tính. Bệnh nhân được chỉ định điều trị toàn thân: Nâng đỡ thể trạng, tập vận động và phục hồi chức năng hô hấp cho bệnh nhân thở máy. Kháng sinh sử dụng theo phác đồ từ Bệnh viện Bạch Mai kết hợp đổi thuốc kháng sinh theo đợt điều trị. Các thuốc kháng sinh đã dùng gồm: Meronem, Tienam, Zavicefta, Vancomycin, Linezolid, Ciprofloxacin, Moxifloxacin, Netilmicin, Metronidazole, Cancidas. Với vết thương, phác đồ liệu pháp hút áp lực âm kèm truyền rửa được áp dụng để chuẩn bị vết thương trước phẫu thuật.

Sau 9 ngày từ khi nhập viện, bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật cắt bỏ lọc triệt để các tổ chức cân cơ hoại tử và chuyển vạt tại chỗ che phủ tinh hoàn. Do phần da lành vùng gần vết thương không đủ che các phần khuyết hồng phần mềm, bệnh nhân tiếp tục được duy trì hút áp lực âm kèm truyền rửa. Sau khi các tổ chức khuyết hồng đã được làm sạch và mô hạt đầy phẳng so với da lành, bệnh nhân tiếp tục được phẫu thuật lần thứ hai.

Phẫu thuật lần 2 vết thương được chuyển vạt tại chỗ che phủ các phần khuyết hồng còn lại vùng mặt trước cơ thể vào ngày thứ 21. Các vết thương vùng mặt sau cơ thể, vùng tý đờ, quanh hậu môn còn mô hạt được phẫu thuật ghép da tự thân bổ sung ngày thứ 42. Nguyên nhân của việc các lần phẫu thuật cách xa nhau là do trong quá trình điều trị xuất hiện nhiều biến chứng như: Sốc nhiễm khuẩn, xuất huyết tiêu hoá, viêm phổi thở máy, phụ thuộc máy thở. Bệnh nhân được phẫu thuật 3 lần vết thương đã liền sau 50 ngày điều trị.



Mỡ bàng quan trên xương mu

Mỡ hậu môn nhân tạo

Hình 2.1. Vết thương của bệnh nhân khi nhập viện



Hình 2.2. Sử dụng hệ thống V.A.C ULTA cho liệu pháp hút áp lực âm truyền rửa



Hình 2.3. Vết thương sau hút áp lực âm chuẩn bị phẫu thuật



Vết thương sau phẫu thuật

Vết thương khi ra viện

Hình 2.4. Vết thương sau phẫu thuật và trước khi ra viện

3. BÀN LUẬN

Hội chứng Fournier được đánh giá là một bệnh rất nguy hiểm, tuy là bệnh hiếm gặp nhưng các yếu tố nguy cơ ngày càng gia tăng ở nước ta như bệnh đái tháo đường, béo phì, nghiện rượu, tim mạch có thể làm tăng tỷ lệ mắc bệnh. Mặc dù tỷ lệ mắc bệnh thấp nhưng tỷ lệ tử vong cao đặc biệt quá trình tiến triển rất nhanh. Bệnh thường khởi phát âm thầm, đa số bệnh nhân không có triệu chứng nên phát hiện bệnh sớm rất quan trọng. Triệu chứng có thể là đau ở vùng sinh dục hoặc quanh hậu môn, có thể có hoặc không có tổn thương da rõ ràng, là những triệu chứng sớm nhất. Các đặc điểm nhiễm trùng đáng chú ý hơn xuất hiện khi tổn thương tiến triển đến bề mặt da. Da vùng tổn thương đổi màu, thường sẫm hơn. Sưng nề bìu là triệu

chứng phổ biến nhất, tiếp theo là nhịp tim nhanh, có mủ từ vùng đáy chậu, lép búp dưới da vùng tổn thương và sốt. Tiếng lép búp dưới da có mùi hôi thối là do hoạt động của vi khuẩn kỵ khí có thể xuất hiện ở giai đoạn cuối của nhiễm trùng [2], [3].

Ngoài các biện pháp khám lâm sàng, các biện pháp chẩn đoán hình ảnh gồm: Siêu âm, chụp cắt lớp vi tính (CT), chụp cộng hưởng từ (MRI) cũng đánh giá được tình trạng, phạm vi tổn thương và hỗ trợ trong lập kế hoạch phẫu thuật [4]. Trong những năm 2010 - 2011, tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác đã có thông báo lâm sàng với 4 ca bệnh bị hoại tử tầng sinh môn do hội chứng Fournier đã được điều trị thành công. Ngoài ra cũng có nhiều ca bệnh được báo cáo ở nhiều bệnh viện trên cả nước nhưng chưa có con số thống

kê cụ thể. Vì vậy, cần có thông báo lâm sàng và nghiên cứu thống kê đánh giá cũng như chia sẻ kinh nghiệm lâm sàng trong điều trị hội chứng Fournier.

Điều trị hội chứng Fournier cần được thực hiện theo 3 nguyên tắc: Phẫu thuật loại bỏ mô hoại tử sớm, hồi sức tích cực về huyết động và kháng sinh phổ rộng [1], [4]. Phẫu thuật cần phải loại bỏ triệt để tổ chức hoại tử, kết hợp chuyển hướng phân và nước tiểu phù hợp với vị trí tổn thương. Do được cung cấp máu riêng biệt từ dương vật và bìu nên tình hoàn thường không bị ảnh hưởng, tuy nhiên vẫn có báo cáo phải cắt bỏ tình hoàn do không thể bảo tồn [1]. Đối với chỉ định phẫu thuật trong một số trường hợp vẫn phải trì hoãn để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân nhưng vết thương vẫn cần phải được làm sạch hiệu quả. Để hỗ trợ điều trị tại chỗ vết thương và trì hoãn phẫu thuật liệu pháp hút áp lực âm (NPWT) đã được tất cả các báo cáo đánh giá hiệu quả tốt. Các bệnh nhân sử dụng liệu pháp hút áp lực âm có thời gian điều trị dài hơn và tỷ lệ tử vong giảm [4].

Hiệu quả của liệu pháp hút áp lực âm là thúc đẩy quá trình loại bỏ dịch tiết dư thừa, hoại tử, tăng dòng máu tới vết thương thúc đẩy quá trình liền vết thương, giảm diện tích phẫu thuật [2], [3].

Bệnh nhân của chúng tôi có độ tuổi trẻ (33 tuổi) nhưng đã mắc một số bệnh lý mạn tính nặng gồm đái tháo đường, suy tuyến thượng thận và tự điều trị không đúng cách dẫn đến diễn biến nhanh, sốc nhiễm khuẩn sau 3 ngày khởi phát bệnh. Bệnh nhân được điều trị hồi sức tích cực trước với các chỉ định lọc máu liên tục, sử dụng thuốc vận mạch, thở máy xâm nhập. Trong giai đoạn hồi sức tình trạng bệnh nhân vẫn diễn biến rất nặng do tình trạng viêm nhiễm trùng vết thương, bệnh nhân

đã được dẫn lưu bàng quang trên xương mu và mở hậu môn nhân tạo.

Về phương pháp điều trị, sau khi hội chẩn và quyết định trì hoãn phẫu thuật nhưng vẫn song song tiến hành hồi sức và cắt lọc làm sạch vết thương. Bằng liệu pháp hút áp lực âm kèm truyền rửa (NPWTi-d), chúng tôi sử dụng dung dịch nước điện hóa (Electrolyte water) làm dung dịch truyền rửa. Nước điện hóa được chứng minh có đặc tính kháng khuẩn, chống màng biofilm của vi khuẩn và thúc đẩy sự di chuyển của nguyên bào sợi trong liền vết thương [5].

Liệu trình hút truyền rửa bao gồm: Áp lực hút 125mmHg, chế độ hút Continuous, lượng dịch truyền rửa đo thực tế thể tích vết thương 40ml, chế độ truyền rửa bằng dung dịch nước điện hóa 6 giờ một lần, thời gian ngâm rửa 10 phút. Sau mỗi 72 giờ sử dụng liệu pháp hút áp lực âm truyền rửa, bệnh nhân được thay các vật tư là các miếng foam bằng polyurethane, và đây là thời cơ tiến hành làm sạch cắt lọc vết thương. Do vết thương luôn được duy trì độ ẩm và áp lực hút làm kéo các tổ chức hoại tử bám vào foam và dễ dàng loại bỏ khi cắt lọc, giảm nguy cơ chảy máu trong quá trình thực hiện.

Sau 9 ngày với 3 lần bộ băng foam hút vết thương đã giảm phù nề, giảm tình trạng viêm, tổ chức hoại tử đã được loại bỏ dễ dàng trong quá trình cắt lọc thay băng, mô hạt đỏ rớm máu đều. Các báo cáo lâm sàng của Hota (2012) và Cordova (2023) cũng áp dụng liệu pháp hút áp lực âm trên vết thương của hội chứng Fournier và có kết quả tương tự [6], [7]. Lợi ích của liệu pháp hút áp lực âm kèm truyền rửa so với hút áp lực âm thông thường là hiệu quả loại bỏ hoại tử và diệt khuẩn hiệu quả trong khi vết thương giảm thời gian phơi nhiễm với môi trường trong quá trình thay băng.

So với các báo cáo về tình trạng điều trị và phẫu thuật cho bệnh nhân hội chứng Fournier tương tự, ca bệnh nhân chúng tôi điều trị có số lần phẫu thuật thấp (3 lần phẫu thuật). Tổng số lần thay vật tư hút áp lực âm là 5 lần, tương tự các báo cáo của nước ngoài [6], [7].

4. KẾT LUẬN

Hội chứng Fournier là bệnh lý hiếm gặp có nguy cơ tử vong cao. Bệnh nhân cần được tiếp cận điều trị sớm phòng tránh xảy ra các biến chứng có thể xảy ra. Bên cạnh các nguyên tắc điều trị chính, liệu pháp hút áp lực âm kèm truyền rửa là lựa chọn hữu hiệu trong điều trị tại chỗ vết thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thwaini, A., Khan, A., Malik, A., Cherian, J., Barua, J., Shergill, I., & Mammen, K. (2006). Fournier's gangrene and its emergency management. *Postgraduate medical journal*, 82(970), 516-519.
2. Lewis, G. D., Majeed, M., Olang, C. A., Patel, A., Gorantla, V. R., Davis, N.,... & Lewis, G. (2021). Fournier's gangrene diagnosis and treatment: a systematic review. *Cureus*, 13(10).
3. Leslie, S. W., Rad, J., & Foreman, J. (2022). Fournier Gangrene. *StatPearls*. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549821/>> Accessed on June 5, 2023.
4. Chennamsetty, A., Khourdaji, I., Burks, F., & Killinger, K. A. (2015). Contemporary diagnosis and management of Fournier's gangrene. *Therapeutic Advances in Urology*, 7(4), 203-215.
5. Yan, P., Daliri, E. B. M., & Oh, D. H. (2021). New clinical applications of electrolyzed water: a review. *Microorganisms*, 9(1), 136.
6. Córdova, C. G., Aguilar, I. F., Martínez, E. G., Silva, L. P., & Castillo, R. D. (2023). Use of Vacuum-assisted closure (VAC) for the treatment of necrotizing fasciitis from Fournier's gangrene. *Cirugía Andaluza*, 34(3), 388-391.
7. Hota, P. K. (2012). Fournier's Gangrene: Report of 2 Cases. *Case Reports in Emergency Medicine*, 2012.