

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

SÍNDROME DE FOURNIER:
CUIDADOS DE ENFERMAGEM

JOÃO PESSOA – PB

2004

SÍNDROME DE FOURNIER: CUIDADOS DE ENFERMAGEM

LAPA, Cláudia Renata Freitas
COURA, Evelin Faucochio
SILVA, Karla Fernandes da
SOARES, Pollyana Lucena
RIBEIRO, Gerson da Silva

A Síndrome de Fournier é uma patologia infecciosa grave, rara, de rápida progressão, que acomete a região genital e áreas adjacentes, caracterizada por uma intensa destruição tissular, envolvendo o tecido subcutâneo e a fáscia. Essa patologia ocorre mais frequentemente em homens, podendo acometer também em mulheres. O índice de mortalidade está relacionado com a precocidade no diagnóstico e tratamento adequado. Este estudo teve como objetivo estudar a doença, visando desmistificar a Síndrome de Fournier através da obtenção de um conhecimento mais aprofundado da patologia, a respeito do conceito, etiologia, manifestações clínicas e possíveis formas de tratamento, com ênfase nos cuidados de enfermagem. A Síndrome de Fournier produz manifestações locais e sistêmicas. O paciente apresenta um “estado toxêmico com febre alta, calafrios, náuseas, vômitos e prostração em poucas horas”. Após o estabelecimento do diagnóstico, a conduta inicial é a estabilização do paciente desde o ponto de vista metabólico (controle de glicemia), hemodinâmico (líquidos e drogas vasoativas) e antibiótico de largo espectro, devido às bactérias aeróbicas e anaeróbicas; seguido de desbridamento cirúrgico amplo dos tecidos necróticos e desvitalizados. O presente estudo constitui uma pesquisa bibliográfica consubstanciada na literatura pertinente ao tema proposto, obedecendo aos critérios estabelecidos pela ABNT. A Síndrome de Fournier é uma fasciíte necrotizante de evolução rápida e progressiva, podendo levar o paciente à morte caso não tenha um diagnóstico rápido, e cuidados imediatos, originando-se a partir de uma pequena área afetada, que pode adquirir proporções enormes.

Palavras-chaves: Síndrome, Fournier e Enfermagem

THE FOURNIER'S SYNDROME: NURSING'S CARE

LAPA, Cláudia Renata Freitas
COURA, Evelin Faucochio
SILVA, Karla Fernandes da
SOARES, Pollyana Lucena
RIBEIRO, Gerson da Silva

Fournier's Syndrome is a serious infectious pathology, rare, of fast progression, that attack the genital region and adjacent areas, characterized for an intense destruction to tissue, involving the material subcutaneous. This pathology more frequently occurs in men, being able to also attack in women. The mortality index is related with the precocity in the diagnosis and adequate treatment. This study it had as objective to study the illness, being aimed at to more demystify Fournier's Syndrome through the attainment of a deepened knowledge of the pathology, regarding the concept, etiology, clinical manifestations and possible forms of treatment, with emphasis in the cares of nursing. Fournier's Syndrome produces local and systemic manifestations. The patient presents a "toxemic state with high fever, shivering, nauseas, vomits and prostration in few hours". After the establishment of the diagnosis, the initial behavior is the stabilization of the patient since the metabolic point of view (glucose control), hemodinâmico (liquid and vasoativas drugs) and antibiotic of wide specter, which had to the aerobic and anaerobic bacteria; followed of ample surgical desbridamento of deceased tissue. The present study it constitutes a bibliographical research pursuant to in pertinent literature to the considered subject, obeying the criteria established for the ABNT. Fournier's Syndrome is a necrotizante fasciíte of fast and gradual evolution, being able to take the immediate patient to the death in case that it does not have a fast diagnosis, and cares, originating from a small affected area, that can acquire gigantic ratios.

Keywords: Syndrome, Fournier and Nursing

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome de Fournier é uma patologia infecciosa grave, rara, de rápida progressão, que acomete a região genital e áreas adjacentes, caracterizada por uma intensa destruição tissular, envolvendo o tecido subcutâneo e a fáscia (FIGUEREDO, 1997).

Essa patologia ocorre mais freqüentemente em homens, de todas as idades, podendo acometer também em mulheres.

A predisposição à gangrena de Fournier está associada a estados de imunossupressão, doenças crônicas, alcoolismo, senilidade, obesidade, anormalidades no sistema urológico e doenças colo-retais (GUIMARÃES,1995).

O índice de mortalidade está relacionado com a precocidade no diagnóstico e tratamento adequado. Quando há demora no tratamento esta taxa pode chegar a 100% (RUZZARIN *apud* FIGUEREDO, 1997).

O interesse pelo tema do estudo surgiu da observação de dois casos de síndrome de Fournier, em mulheres, numa mesma clínica durante estágio curricular, o que chamou nossa atenção por não termos conhecimento aprofundado acerca da doença.

Por ser uma patologia rara e pouco divulgada, os profissionais de saúde correm o risco de prestarem cuidados tardios e pouco eficazes, prejudicando a situação do paciente.

Com isso, sentiu-se a necessidade de estudar a doença, visando desmistificar a Síndrome de Fournier através da obtenção de um conhecimento mais aprofundado da patologia, a respeito do conceito, etiologia, manifestações clínicas e possíveis formas de tratamento, com ênfase nos cuidados de enfermagem.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Goldman e Bennett (2001), a gangrena é uma necrose que ocorre, geralmente, na pele e no tecido subcutâneo, apresentando rápida progressão. Existem vários tipos de gangrena infecciosa, divididas clinicamente, como: gangrena gasosa, gangrena bacteriana sinérgica, celulite necrotizante sinérgica e gangrena de Fournier.

Essas três primeiras formas de gangrena podem ocorrer em qualquer região do corpo. Porém as que ocorrem na região genital e adjacências são caracterizadas como Síndrome de Fournier (FACIO et al, 2001).

A Síndrome de Fournier é “uma fasciíte necrozante sinérgica das regiões perineal, perianal e genital, levando a trombose de vaso e ao quadro de necrose da pele, devido à ação conjunta das bactérias aeróbicas e anaeróbicas” (www.curativoage.com.br, 2000).

Baurice, em 1764, descreveu a infecção necrotizante do períneo, no entanto, Jean A. Fournier, um venereologista francês, foi quem nomeou a doença em 1883, a partir do relato de casos de gangrena perineal, de origem idiopática e progressão rápida, em jovens (MÁRQUEZ,2000).

A Síndrome de Fournier é também conhecida por: Gangrena de Fournier, Gangrena idiopática do pênis e escroto, Gangrena fulminante espontânea do escroto, Fasciíte necrozante do escroto, ou da genitália masculina, Gangrena infecciosa do escroto e pênis, Gangrena escrotal, Gangrena sinérgica da genitália masculina, Erisipelas Gangrenosas do escroto, Gangrena estreptocócica do escroto (SANTORA, 2004)

q EPIDEMIOLOGIA

Quanto à incidência da Síndrome de Fournier, Santora (2004) destaca que:

“Numa análise do tópico em 1992, Paty e colaboradores calcularam aproximadamente 500 caso relatados na literatura desde o relato de Fournier, em 1883, e uma incidência de 1 em 7500 em homens e mulheres de todas as idades. Usando MEDLINE e as sinopses de seus periódicos, outros pesquisadores relatam aproximadamente 600 casos de gangrena de

fournier na literatura mundial desde 1996. é improvável que a frequência da doença tenha mudado apreciavelmente; em lugar disso, o aparente aumento na literatura, mais provavelmente se deve ao aumento das notificações. Felizmente a Gangrena de Fournier é uma doença incomum, mas não rara. Não ocorre variação sazonal, e a doença não é nativa de qualquer região do mundo, embora as maiores séries clínicas se originem do continente africano”.

Atualmente, sabe-se que a Síndrome acomete, na maioria dos casos, os homens adultos jovens, podendo incidir tanto a criança como o velho, e a mulher (GUIMARÃES, 1995).

Há diferenças na literatura sobre as taxas de mortalidade. No entanto, observa-se que os números referidos são aproximados. Figueredo (1997) refere uma taxa de mortalidade em torno de 20-50% em todos os casos, porém quando tratamento não ocorre no início da doença, essa taxa é de 100%. Facio et al (2001) menciona que essa taxa pode variar de 11 a 62%, devido a sepse, por diagnóstico tardio.

Guimarães (1995) divide os índices de mortalidade segundo o local de início das lesões: quando ocorre na área perianal, a taxa é mais elevada, em torno de 62%, na região urogenital, 30%, e 10% quando ocorre tratamento adequado.

Levando em consideração todas essas informações, conclui-se que a mortalidade é alta em todos os casos, tornando-se maior em decorrência da demora no tratamento.

q ETIOLOGIA

Os primeiros casos de gangrena de Fournier foram descritos em patologias de origem urológica. Nos últimos 20 anos tem sido observado que as de origem perineal são as mais frequentes (até em 50%). Os abscessos perineais (submucoso, isquiorretais, supraesfintéricos, interesfintéricos, etc.) associados com uma inadequada ou insuficiente técnica de drenagem ou a estados de imunossupressão, são tidos como os fatores anorretais mais comumente associados com a Síndrome de Fournier (MÁRQUEZ, 2000).

Em mulheres, ocorre uma infecção necrotizante do períneo e da vulva, secundária a abscesso das glândulas de Bartolin, episiotomia, endometrites por aborto, histerectomia ou bloqueios cervicais. Outras causas de Síndrome de Fournier são: os traumatismos tanto urológicos como proctológicos (feridas de reto), as biopsias retais, as ligaduras de hemorroidas com bandas, as dilatações anais, os procedimentos cirúrgicos anorretais e urológicos de rotina, o abscesso escrotal do diabético, as relações sexuais, os carcinomas, os cistos pilonidais, as diverticulites e até as hemodiálises (autor supracitado).

A Gangrena de Fournier é uma enfermidade de etiologia polimicrobiana, com bactérias aeróbicas e/ou anaeróbicas, entre os quais se encontram: Aeróbicos Gram-negativos (*Escherichia Coli Pseudomonas Aeruginosa Proteus Mirabilis Klebsiella Pneumoniae Providencia Stuartii*), Cocos Aeróbicos Gram-positivos, (*Enterococos Estafilococo Aureus Estafilococo Epidermidis*), Bactérias Anaeróbicas (*Bacteroides Fragilis Bacteroides Melaninogenicus Streptococos Clostridios*) (VALERO, 2004)

q FISIOPATOLOGIA

A infecção representa um desequilíbrio entre a imunidade do hospedeiro comprometida, fornecendo um ambiente favorável a infecção, e a virulência e variedade dos microorganismos, devido a produção de toxinas ou enzimas, as quais agem sinergicamente, promovendo um ambiente condutivo a rápida multiplicação microbiana e propagação da doença (SANTORA, 2004)). Por exemplo:

“Um microorganismo poderia produzir as enzimas necessárias para causar a coagulação dos vasos nutrientes. A trombose destes vasos nutrientes reduz a irrigação local; desta forma, caem as tensões teciduais de oxigênio. A hipóxia de tecido resultante permite o crescimento de anaeróbios facultativos e de organismos microaerófilos. Estes últimos microorganismos podem, por sua vez, produzir enzimas (lectinase, colagenase) que levam a digestão das barreiras das fâscias, assim abastecendo a extensão rápida da infecção” (autor supracitado).

Não se sabe a causa da preferência pela pele das regiões perianal, perineal e genital. Várias sugestões são apontadas, entre as quais, podemos citar: a falta de higiene, a evaporação menor de suor, as pregas de pele que alojam em ninhos as bactérias que penetram após pequenos traumas; as rugas da pele impedem uma circulação livre com baixa resistência à

infecção; o tecido celular subcutâneo muito frouxo facilitando a disseminação; o edema em trauma ou infecção menores, interferindo na vascularização correta da região; as trombozes de vasos subcutâneos de maneira extensa (www.boasaude.com, 2000).

Com relação à progressão rápida da doença, Zilberstein e cols *aput* Figueredo (1997), cita que isso ocorre especialmente no períneo e bolsa escrotal pois nesta região o tecido adiposo é escasso, dificultando o tratamento e aumentando a taxa de mortalidade.

Admite-se que a extensão da infecção pelas áreas adjacentes à lesão inicial dá-se através das fáscias expandindo-se tanto lateralmente quanto em profundidade. Atinge a fáscia de Buck do pênis, a de Dartos no escroto e a de Colles no períneo. Estas fáscias se encontram com a região abdominal anterior (fáscia de Scarpa), o que justifica a progressão da necrose tecidual para as regiões inguinal, abdominal (MÁRQUEZ, 2000).

Fortes (2001) relata que os testículos, comumente ficam expostos, porém, poupados da necrose por esta área apresentar vascularização rica e distinta.

q QUADRO CLÍNICO

A Síndrome de Fournier produz manifestações locais e sistêmicas. O paciente apresenta um “estado toxêmico com febre alta, calafrios, náuseas, vômitos e prostração em poucas horas” (PORTO, 2001, p.902).

Em casos mais graves, os sintomas da toxemia podem incluir “taquicardia, taquipnéia, hipotensão, alterações no sensório e coma” (FIGUEREDO, 1997, P.12).

Cavalini (2002 p. 111) menciona que os sintomas sistêmicos leves são sentidos logo após os sinais de desconforto escrotal, durante o qual, é comum ocorrer um leve edema sem lesão evidente, podendo ou não surgir sinais de inflamação local, progredindo, posteriormente, com pontos de endurecimento da derme, eritema, formação de bolhas permitindo que a infecção se espalhe pela fáscia avançando para ferida e necrose.

Ao exame físico observa-se: região genital edemaciada, eritema, dor, tecido epitelial escuro e necrosado, odor fétido (de mortificação), secreção fluida e marrom, e enfisema subcutâneo locorregional. Quando a dor referida é mínima, indica que já houve envolvimento dos nervos, fase mais grave da doença.

q DIAGNÓSTICO

Há grande importância para o diagnóstico precoce, por ser esse o principal motivo para a diminuição da mortalidade.

O diagnóstico se dá pela realização da história clínica completa, incluindo fatores predisponentes, tais como as condições de imunossupressão, sintomatologia colorretal, do exame físico, identificando as manifestações clínicas, e exames laboratoriais.

O estudo anatomopatológico, através de exames laboratoriais simples, como hemograma completo, glicemia e creatinina devem ser colhidos após a internação, debridamento cirúrgico associado à antibioticoterapia de largo espectro e acompanhamento da enfermagem (curativo). (FASCIO, 2001)

A Radiografia revela enfisema subcutâneo em 90% dos casos de Gangrena de Fournier. A Ecografia de tecidos moles delimita a fasciíte e oferece o diagnóstico diferencial para outras doenças. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética são úteis para detectar a evolução sistêmica como também a causa base da doença (MÁRQUEZ, 2000).

q TRATAMENTO

Após o estabelecimento do diagnóstico, a conduta inicial é a estabilização do paciente desde o ponto de vista metabólico (controle de glicemia), hemodinâmico (líquidos e drogas vasoativas) e antibiótico de largo espectro, devido às bactérias aeróbicas e

anaeróbicas; seguido de desbridamento cirúrgico amplo dos tecidos necróticos e desvitalizados. (VALERO, 2004)

Durante o desbridamento, por vezes, faz-se necessária à realização de desvios do trânsito urinário (citostomias) e/ou intestinal (colostomias), dependendo das áreas atingidas, e com posterior reconstrução.

A orquiectomia raramente se faz necessária, assim como a penectomia. (JONG et al, 1992 *apud* FORTES, 2001).

A segunda parte do tratamento consiste no suporte nutricional e nos cuidados com a ferida.

O suporte nutricional é fundamental durante o tratamento, visando suprir as necessidades metabólicas do paciente, aumentadas pela infecção, e prover as vitaminas e oligoelementos necessários a um adequado processo de granulação e cicatrização (VALERO, 2004)

Na maioria dos casos, há reaparecimento de tecido necrótico, por isso dá-se atenção especial os curativos, que são realizados diariamente e com agentes antibióticos, até mesmo sob anestesia geral, quando é preciso fazer mais desbridamentos (GUIMARÃES, 1995).

A terceira fase do tratamento inclui as “Biópsias seriadas dos tecidos infectados, para a realização de bacteriologia quantitativa, ajudam a determinar o tempo esperado para o fechamento da ferida” (FORTES, 2001).

q PROGNÓSTICO

Segundo Santora (2004), a sobrevida do paciente está relacionada à senilidade, ao nível de toxicidade sistêmica com a internação e à extensão dos tecidos lesados. Em geral, o prognóstico é bom. Quando ocorre envolvimento do pênis, cerca de 50% dos homens

apresentam dor durante a ereção, devido à mobilidade reduzida em consequência da cicatriz. Com a alteração da auto-imagem, alguns pacientes podem necessitar de tratamento psicológico. A drenagem linfática pode ser prejudicada, caso haja grande envolvimento de partes moles, resultando em celulite e edema.

3. POSSÍVEIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:

Dor relacionada a agentes lesivos (biológicos e psicológicos);

Integridade tissular prejudicada relacionado à circulação alterada;

Déficit de autocuidado para higiene íntima relacionada a dor;

Risco para impotência relacionada à lesão aguda;

Distúrbio da imagem corporal relacionada com uma alteração na aparência;

Déficit de conhecimento relacionado à falta de orientação;

Disfunção sexual relacionada à estrutura corporal da função alterada (processo de doença).

4. ASPECTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo constitui uma pesquisa bibliográfica consubstanciada na literatura pertinente ao tema proposto, com o intuito de realizar um levantamento bibliográfico sobre a Síndrome de Fournier.

De acordo com Polit & Hungler (1995), a principal vantagem nesse tipo de pesquisa é propor ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais amplos. Não há regras fixas que determinem e concretizem a realização de uma pesquisa bibliográfica, porém, há fatores que demonstram serem importantes neste caso: exploração de fontes bibliográficas, leitura do material e elaboração de fichas, ordenação de ficha e conclusões.

As fontes literárias constituíram de publicações variadas e atualizadas, tendo como fontes iniciais livros específicos, artigos de revistas e material na internet. Esta conduta se faz necessária para obtermos respaldo científico suficiente para assim podermos concluir a pesquisa.

O trabalho contou de dois momentos: em um primeiro momento selecionou-se os artigos mais relevantes de acordo com a temática. Em seguida analisou-se de maneira interpretativa cada artigo, de modo a desenvolver o estudo e alcançar os objetivos traçados.

O referido estudo foi realizado na Universidade Federal da Paraíba – campus I – com consulta ao acervo da biblioteca central e setorial do Hospital Universitário e Internet, durante os meses de maio e junho de 2004, obedecendo as regras preconizadas pela ABNT.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Síndrome de Fournier é uma fasciíte necrotizante de evolução rápida e progressiva, podendo levar o paciente à morte caso não tenha diagnóstico rápido e cuidados imediatos, originando-se a partir de uma pequena área afetada, que pode adquirir proporções enormes. Isto é bastante significativo para que não se subestime pequenas alterações na área genital, mesmo antes de se instalar um quadro de Síndrome de Fournier. Portanto, é imperativo que se obtenha conhecimento adequado sobre tal patologia e de uma interatividade multidisciplinar, para que se tenha um sucesso terapêutico.

Como esta Síndrome se trata de uma doença mutiladora, que acarretará problemas na sua auto-imagem, resultando em sentimento de perda, medo e insegurança, é de suma importância que a equipe de enfermagem, por se encontrar mais próxima ao paciente, esteja aberta ao diálogo, a fim de esclarecer suas dúvidas dando-lhe um suporte necessário.

A segunda parte do tratamento da Síndrome de Fournier consiste na avaliação da ferida e o suporte nutricional. Nesta fase, o paciente fica sob cuidados da enfermagem, por isso, é necessário que a equipe de enfermagem tenha pleno conhecimento da patologia. Caso a equipe não saiba identificar sinais de complicação da doença isso acarretará em prejuízo para o paciente.

As intervenções gerais da enfermagem incluem:

- q Observação rigorosa para sinais de sepse (temperatura elevada, frequência cardíaca aumentada, pressão de pulso alargada e pele ruborizada e seca nas áreas não afetadas);
- q Controle geral das intervenções clínicas e cirúrgicas;
- q Observar o surgimento de novas áreas de necrose e sinais de infecção no local;
- q Curativo conforme necessidade;
- q Prevenir trauma devido à extensão do local da lesão;
- q Orientar paciente e/ou família a respeito da patologia, sobre a prevenção de trauma e proteção para evitar reinfecção.

6. REFERÊNCIAS

CAVALINI, F.; MORIYA, T. M.; PELÁ N.T.R. Síndrome de Fournier: a percepção do seu portador. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*. v.36, n.2, p.108-114, jun, 2002.

Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2001-2002, Artmed, 2001, 231p.

FACIO JR, F.N.; PRANDI, J.C.; BUENO, M.A.X. et al. Análise clínica-epidemiológica de 24 pacientes com Síndrome Fournier tratados no Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. *H.B. Científica São José do Rio Preto, São Paulo*. v.8, n.2, p.77-82, maio/ago, 2001.

FIGUEREDO L.N.P.F. de et al. Fascíte necrotizante (Síndrome de Fournier). e revisão da literatura. *Revista da Universidade de Alfenas, Alfenas*. v.3, n.1, Supl. 1, p.11-17, ago.,1997.

FORTES, M.A.Q.R.; CORRÊA, M.A.G.; TORRES, L.A..M. Síndrome de Fournier - abordagem terapêutica agressiva. *Arquivos Brasileiros de Medicina Naval, Rio de Janeiro*. v.62, n.1,p.7-14, jan/dez.2001.

GOLDMAN, L.; BENNETT, J. C.C. Tratado de medicina 21ªed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro. V.2, p.1873, 2001.

GUIMARÃES A.S. et al. Síndrome de Fournier. *Medicina Ribeirão Preto*. v.28, n.4, p.722-724, out/dez, 1995.

MÁRQUEZ, J.R.; MARTÍNEZ,C.E.; ESCOBAR, J.; HORMAZA, J.A.; SÁNCHEZ, W. Fascitis necrotizante del periné: Gangrena de Fournier. Hospital Militar Central.Bogotá. *Rev. Col. Gastroenterol*, 2000, 3p. Disponível em: <www.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acesso em: 15 Jun. 2004.

NISBET, A.A.; THOMPSON, I.M. Impact Of Diabetes Mellitus On The Presentation And Outcomes Of Fournier's Gangrene. *Rev. Urology. Texas.* v. 60, 2002. p.775-779.

O que é Síndrome de Fournier? 2000. Disponível em: <www.boasaude.uol.com.br/lib/emailorprint.cfm?id=2589&type=lib> Acesso em: 24 maio 2004.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. 3ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SANTORA, T. Síndrome de Fournier Disponível em: <www.uronews.org.br/80_uro/80_indice.html> Acesso em: 15 maio 2004.

Síndrome de Fournier: uso de AGE + lanolina no curativos. Disponível em: <www.curativoage.com.br/fournier.shtml> Acesso em: 15 maio 2004.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 9ª ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro. 2002. p. 1461.

SPARKS, S.M.; TAYLOR, C.M.; DYER, J.G. Diagnóstico em enfermagem. Reichmann & Affonso Editores. Rio de Janeiro. 2000. 479p.

VALERO, F.; MONTAÑÉS, J.M. Gargena de Fournier: análisis descriptivo de 10 casos manejados en el hospital san juan de dios en el período comprendido entre 1989 y 1999. Disponível em: <www.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acesso em: 15 Jun 2004.