

# Kesici Delici Aletlere Bağlı Gluteal Bölge Yaralanmalarının Önemi

## Importance of Penetrating Wounds of the Gluteal Region

Erdinç Kamer

Haluk Recai Ünalp

Mehmet Ali Önal

Yalçın Karahan

Hasan Börekçi

Yeliz Yılmaz

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

### ÖZET

**Amaç:** Kesici alet yaralamasına bağlı gluteal bölge yaralanmaları nadirdir. Bu tarz penetran yaralanmalar hayati tehlike potansiyeli taşır. Bu nedenle bu özellikteki yaralanmaların zamanında değerlendirilmesi ve etkin tedavisi önemlidir. Çalışmamızın amacı bu tip yaralanmalardaki deneyimlerimizi sunmaktır.

**Yöntem:** Gluteal bölge yaralanması olan 42 hasta çalışmaya alındı. Hastaların demografik bilgileri, yaralanma tipi, ek yaralanmalar, yapılan tedaviler ve sonuçları retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:** Bir (%2.3) hastada sadece rektal yaralanma, bir (%2.3) hastada rektal yaralanmayla birlikte ileum yaralanması, bir (%2.3) hastada ise siyatik sinir yaralanması saptandı. Rektal yaralanmalı olgulara transanal yolla primer onarım ile birlikte sapırtıcı kolostomi, birine ayrıca ileum primer sütür, birinde siyatik sinir onarımı yapıldı. Postoperatif komplikasyon ve mortalite gelişmedi.

**Sonuç:** Gluteal bölgenin penetran yaralanmaları hayati tehlike potansiyeli taşır. Muayene sırasında major yaralanmadan şüphelenmek ve dikkatli gözlem tanı hatalarını önleyecektir ve erken etkin tedaviye olanak sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Gluteal bölge, kesici-delici alet yaralanmaları, travma

### SUMMARY

**Aim:** Stab wounds of the gluteal region are uncommon injuries. These penetrating injuries can be potentially life-threatening. Thus, they deserve timely evaluation and interventional management. The purpose of this retrospective study was to evaluate our experience with this special type of injury.

**Methods:** Forty-two patients who had gluteal penetration were included in this study. Patients were retrospectively reviewed for demographic data, type of injury and additional injuries, management and outcome.

**Results:** One (2.3%) patient suffered a rectal injury, one (2.3%) a rectal injury plus ileum perforation, and one a sciatic nerve injury. Rectal injuries were treated with primer repair by transanal route plus diverting colostomy, one with ileum repair and, one with sciatic nerve repair. There was no postoperative complication or mortality.

**Conclusions:** Penetrating injuries of the gluteal area can be potentially life-threatening. Meticulous evaluation and suspicion of a major injury during examination should prevent misdiagnosis and ensure early effective treatment.

**Key Words:** Gluteal area, penetrating wounds, trauma

Başvuru tarihi: 05.12.2006

*İzmir Tepecik Hast Derg 2006;16(3):119-122*

Kesici delici aletlere (KDA) bağılı gluteal yaralanmalar (GY) nadirdir ve rektum, uretra, mesane, seminal vezikül, prostat, siyatik sinir yaralanması, inferior ve süperior gluteal damarlar ve internal pudental damarlar gibi birçok organ yaralanmalarına sebep olabileceğinden önemlidir (1-3). Yaşamı tehdit edebilecek büyük visseral ve vasküler yaralanmalar hastaların yaklaşık %25'inde görülür. Erken tanı ve tedavi ile morbidite ve mortalite azaltılabilir (4).

Bu çalışmanın amacı; KDA bağılı gluteal bölge yaralanması olan olguları inceleyerek eşlik eden organ yaralanmaları oranını belirlemek, tanı ve tedavi yaklaşımlarımızı ortaya koyarak bu tip yaralanmaların önemine dikkati çekmektir.

## HASTALAR VE YÖNTEM

Hastanemiz acil servisine Mayıs 2002- Mayıs 2005 tarihleri arasında KDA yaralanması nedeniyle başvuran 248 hasta retrospektif olarak incelendi. Bu hastalardan KDA ile gluteal yaralanması olanlar çalışmaya alındı. Diğer penetran yaralanmalar ve yüzeysel yaralanmalar çalışma dışı bırakıldı. Bu olguların demografik özellikleri, gluteal yaralanmaya eşlik eden diğer organ yaralanmaları ve tedavi yaklaşımları retrospektif olarak incelendi.

Gluteal bölge, iliak kanatların süperioru, gluteal kıvrımın inferioru, trokanter majorun laterali ve natal krestin medialinden geçen hayali çizgilerin arasında kalan alan olarak tanımlandı (4).

Bütün hastalara lokal anestezi altında yaralanma yeri eksplorasyonu yapıldı. Rutin hemogram, idrar bakısı, anal baki ve rektal tuşe yapıldı. Stabil olmayan ya da abdominal yaralanma şüphesi olan hastalara batin ultrasonografisi (USG) yapıldı.

Eksplorasyonda gluteal kas ya da fasiyası intakt olan hastalar yaralanma yerleri sütüre edilerek taburcu edildiler. Stabil olmayan ya da abdominal yaralanması şüpheli hastalar gözleme veya cerrahi tedaviye alındılar. Rektal kanaması olan, anüs ya da perianal bölgeye yakın yaralanması olan hastalara rutin rektosigmoidoskopik baki (RSS) yapıldı (5). İmmunizasyonu yapılmamış hastalara intramusküler tetanoz aşısı yapıldı.

## BULGULAR

Kesici-delici alet yaralanmalı 248 hastanın 42 (%16.9)'sinde GY mevcuttu. Hastaların %85.7'si erkek ve ortalama yaş 39.8 yıl idi (15-86 yıl). GY'ya ilave olarak olguların 14 (%33.3)'ünde gluteal bölge dışı yaralanmaların da olduğu görüldü. Bunlar 6 (%14.2) olguda batin, 2 (%4.7) olguda toraks, 7 (%16.6) olguda alt ekstremitte, 1 (%2.3) olguda retroperitoneal yaralanma idi. Batin USG uygulanan 10 (%23.8) hastanın 6 (%14.2)'sında batin içi serbest sıvı saptandı. Batına nazif yaralanması olan tüm hastalara eksploratris laparotomi yapılırken retroperitoneal yaralanmalı bir (%2.3) hasta için konservatif tedavi uygulandı. Toraks yaralanması olan 2 (%4.7) olguda tüp drenaj uygulandı.

Gluteal yaralanmalı 42 hastanın 36 (%85.7)'sında bir adet, 6 (%14.2)'sında multipl yaralanma yeri mevcuttu. GY'larda en sık bulgu kanama idi (%81). Fizik bakıda 39 (%92.8) hastada GY'nın sadece yumuşak doku ve kas yaralanması olarak kaldığı saptandı. Hiçbir hastaya kan transfüzyonu gerekmedi.

İki (%4.7) hastada rektal yaralanma ve bir (%2.3) hastada da siyatik sinir yaralanması saptandı (Tablo 1). Rektal yaralanması olan olguların birinde tuşede anal kanaldan itibaren 7. cm.'de yaralanma yeri bulundu. Rektosigmoidoskopide rektum giriş çıkış yeri görüldü. Ancak bu hastada batına yönelik başka bir yaralanma olmamasına karşılık peritoneal irritasyon bulgularının gelişmesi üzerine laparotomi uygulandı. Eksplorasyonda ileumda yaklaşık 0.5 cm.'lik perforasyon görülerek onarıldı. Rektal yaralanma transanal yolla tamir edildi ve koruyucu sigmoid kolostomi açıldı. Diğer hastada ise rektal kanama vardı. Yapılan RSS'de 10. cm.'de yaralanma görüldü. Genel anestezi altında yaralanma transanal yolla onarıldı ve bu hastaya da koruyucu sigmoid kolostomi açıldı. İki olguda da postoperatif komplikasyon gelişmedi ve kolostomileri 2. ayda kapatıldı. Siyatik sinir yaralanması olan hastada ayrılan sinir uçlarının epinörümü mikrosütür tekniği ile (8-0 monofilament naylon sütür, Ethicon) sütüre edildi. Bu hastaların ortalama 10. gün sütürleri alındı.

**Tablo 1.** Gluteal yaralanmalara eşlik eden diğer yaralanmalar.

Yaralanmalar	Tedavi	n (%)
Alt ekstremité	Primer sütürasyon	7 (16.6)
İnce barsaklar	Primer onarım	6 (14.2)
Rektum	Primer onarım + koruyucu kolostomi	2 (4.7)
Toraks	Toraks tüpü	2 (4.7)
Retroperiton	İzlem	1 (2.3)
Nervus	Primer onarım	
Siyatikus		1 (2.3)

Tüm olguların 4 (%20)'ünde yara enfeksiyonu gelişti, postoperatif dönemde mortalite gelişmedi.

## TARTIŞMA

Kesici-delici alet yaralanmasına bağlı GY'larla ilgili literatürde çok az yayın vardır. Bu konuda literatürdeki ilk yayın 1979 yılında Maull ve ark. (6) tarafından yapılmıştır. Markin ve ark. (4), KDA bağlı GY'lara az rastlanıldığını bildirirse de, Susmallian ve ark. (1) sık rastladıklarını bildirmişlerdir. Ateşli silah yaralanmaları çıkarıldığında gluteal bölge yaralanmalarının minör yaralanma olduğu kabul edilir (1). Hastaların çoğu yaraya lokal tedavi uygulanarak taburcu edilmektedir. Bu tür yaralanmaya bağlı morbidite ve mortalitenin düşük olması nedeniyle acil servislerde bu hastalar az önemsenmekte ve bu yaralanmalara eşlik edebilecek ciddi vasküler, abdominal, nöral ve spinal kord yaralanmaları kolayca gözden kaçabilmektedir (1,2-7). Diğer yandan, eğer bu hastalarda GY'lar yanısıra abdominal, torakal ve/veya retroperitoneal yaralanmalar varsa, mortalite ve morbiditesinin daha yüksek olması nedeniyle diğer yaralanmalara öncelikle müdahale edilmesi ciddi GY'nın gözden kaçmasına neden olabilir (2). Bunun yanında gluteusa yönelik KDA'lerin yol açtığı diğer organ yaralanmaları erken dönemde semptom vermeyebilir. Tanıdaki gecikmeler morbidite ve mortalitenin ana nedenidir. Literatürde gluteal bölgeye penetran yaralanmalara bağlı hayatı tehdit edecek tarzda major vasküler ve organ yaralanmaları oranı %22-36 ve mortalite oranı ise %1.4-3.3 olarak bildirilmiştir (8,9). Ancak bu çalışmalarda kesici delici aletler yanı sıra ateşli silahlarla da olan GY'lar birlikte incelenmiştir.

Susmallian ve ark. (1) ise KDA bağlı GY'larda cerrahi tedaviye 2/39 olguda gerek duyduklarını bildirmişlerdir.

Cerrahların bu tarz yaralanmalara yaklaşımlarının nasıl olması gerektiği konusunda bir algoritim yoktur. Bu nedenle travma merkezleri arasında hastaya yaklaşım ve tedavi yöntemleri farklılıklar göstermektedir (4). Üzeri yağ tabakası ile kaplı gluteal kaslar ve kemik yapılar kesici delici alet yaralanmasından intraperitoneal ve retroperitoneal yapıları genellikle korusa da, bu sıkı koruma hekimlerin yanılmalarına yol açabilir.

İntertrokanterik hattın üst kısmında olan yaralanmalarda visseral, nöral ve major vasküler yaralanmalara daha sık rastlanıldığı bildirilmektedir. Bu nedenle bu bölgenin yaralanmasında stabil dahi olsa tüm hastalara anjiyografi yapılması önerilmektedir. Makrin ve ark. (4), intertrokanterik hattın üst kısmında yaralanması olan stabil hastaların %57'sinde pozitif anjiyografik bulgular saptadıklarını bildirmişlerdir. Bu nedenle kas içine girmemiş yüzeysel yaralanmalarda hastaların poliklinikten takip edilmesinde bir sakınca bulunmazken, kas dokusuna geçmiş yaralanmalarda eşlik eden diğer yaralanmaların tanı ve cerrahi tedavisinde agresif davranılması önerilmektedir. Diğer yandan intertrokanterik hattın alt kısmında olan yaralanmalarda rektum, posterior üretra ve vezikula seminalislerin yaralanması ile karşılaşılabilir (3). Kesici delici aletin giriş yeri anüsten ne kadar uzak ise hekim rektum yaralanması konusunda daha az endişe duyar. Ancak rektum yaralanması riski sadece yaralanma ile anüs arasındaki mesafe ile değil, aynı zamanda kesici delici aletin boyu ile de ilgilidir. Diğer yandan olguda rektal kanama olmaması ve hekimin de rektal tuşe yapmaması sonucu tanı kolayca atlanabilir. Biz bu hastalarda önce bir kateter yardımıyla veya dijital muayene ile yaralanma yerini değerlendirip, yaralanma yönünü ve derinliğini belirlemekteyiz. Eğer fasiyada defekt saptarsak genel durumu stabil dahi olsa olası major yaralanma riski nedeniyle hastayı gözleme almaktayız. Dijital rektal muayene yanı sıra bu hastalardan rektal yaralanma riski olanlara rektosigmoidoskopi yapmaktayız.

Çalışmamızda KDA bağlı GY'sı olan bir olguda rektum, bir olguda rektum ve ileum ve bir olguda da major nöral yaralanma saptamamız (3/42, %7.1) bu yaralanmalara eşlik edebilecek diğer organ yaralanmalarının çok da nadir olmadığını göstermektedir. Bu nedenle GY'lar da yaralanmanın lokalizasyonu, yönü ve derinliğinin ortaya konması, tanıda gecikmeye neden olmamak için eşlik edebilecek yaralanmalar konusunda dikkatli davranılması gereklidir (4).

Sonuç olarak, kesici-delici alet yaralanmasına bağlı gluteal bölge yaralanmaları nadir görülse de organ ve damar hasarı ile birlikte bulunabileceği için önemlidir. Bu bölge yaralanmalarında özellikle rektumun muayenesi ve multipl yaralanması olan hastaların tamamen soyularak dikkatlice muayenelerinin yapılması gerekmektedir.

#### KAYNAKLAR

1. Susmallian S, Ezri T, Elis M, Dayan K, Charuzi I, Muggia-Sullam M. Gluteal stab wound is a frequent and potentially dangerous injury. *Injury* 2005;36:148-50.
2. Feigenberg Z, Ben-Baruch D, Barak R, Zer M. Penetrating stab wound of the gluteus—a potentially life-threatening injury: case reports. *J Trauma* 1992; 33:776-8.
3. Rub R, Madeb R, Kluger Y, Chen T, Avidor Y. Posterior urethral disruption secondary to a penetrating gluteal injury. *Urology* 2000;56:509.

4. Makrin V, Sorene ED, Soffer D, Weinbroum A, Oron D, Kluger Y. Stab wounds to the gluteal region: a management strategy. *J Trauma* 2001;50:707-10.
5. Porter JM, Ursic CM. Digital rectal examination for trauma: does every patient need one? *Am Surg* 2001; 67:438-41.
6. Maull KI, Snoddy JW, Haynes BW Jr. Penetrating wounds of the buttock. *Surg Gynecol Obstet* 1979; 149:855-7.
7. Fallon W, Reyna T, Brunner R, Crooms C, Alexander R. Penetrating trauma to the buttock. *South Med J* 1988;81:1236-8.
8. Ivatury RR, Rao PM, Nallthambi M, Guadino J, Stahl WM. Penetrating gluteal injuries. *J Trauma* 1982;22: 706-9.
9. Mercer DW, Buckman RF Jr, Sood R, Kerr TM, Gelman J. Anatomic considerations in penetrating gluteal wounds. *Arch Surg* 1992;127:407-10.

---

#### Yazışma adresi:

Op. Dr. Erdinç KAMER  
İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
4. Genel Cerrahi Kliniği, Basinsitesi / İZMİR  
Tel : 0 232 2444444-2546  
Faks: 0 232 2434848  
e-posta: erdinc.kamer@gmail.com

---