

GLUTEAL ENJEKSİYONLAR; DÜŞÜNDÜĞÜMÜZ KADAR MASUM MU? OLGU SUNUMU

Gaye TAYLAN FİLİNTE,¹ Mithat AKAN,² Deniz FİLİNTE,³ Mehmet Ersin GÖNÜLLÜ,¹ Tayfun AKÖZ¹

¹Dr. Lütüf Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul;

²Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul;

³Kilis Devlet Hastanesi, Patoloji Kliniği, Kilis

Birçok hastalığın tedavisinde yararlandığımız gluteal enjeksiyonlar sadece tıp personelinin değil bu işlemde deneyim kazanmış yan komşumuzun da sıklıkla uyguladığı bir tedavi uygulama yöntemidir. Genelde ilk akla gelen komplikasyon olarak siyatik sinir hasarı düşünülse de, buzdağının görünen kısmı budur. Enjeksiyon yerinin intramusküler yerine hipodermal alanda kalması, özellikle tekrarlayan enjeksiyonlar sonrası, apseleşme ve ileri dönemde de ağrılı nekrozlara yol açmaktadır. Medikal tedavisi mümkün olmayan bu nekrotik alanların sıklıkla cerrahi olarak debride edilmesi düşünüldüğünden, çok daha büyük kraterlere yol açarak hastaları bir anda evre 3 bası yaralı hasta grubuna dönüştürmektedir. Sadece bu enjeksiyonların tekniği değil, enjeksiyonların yüzeysel uygulanımının yol açtığı ülser ve apselerin tedavisi de hafife alınmamalıdır.

Anahtar Sözcükler: Enjeksiyon; gluteal bölge; steril apse.

GLUTEAL INJECTIONS: AS HARMLESS AS WE THINK? CASE REPORT

Gluteal injections are therapeutic procedures frequently performed in our own homes as well by medical staff. Though the most frequent complication is thought to be sciatic nerve damage, this is only a small portion of the possible complications. When the drug is applied to a hypodermal plane instead of intramuscularly, it can lead to abscess formation and later to painful necrosis. As medical therapy is ineffective in treating these necrotic areas, they are surgically debrided, and as a result, evolve into deep craters, as seen with a grade 3 decubitus ulcer. Both of these injection techniques and the ulcer and abscesses caused by injections performed superficially should be seriously considered.

Key Words: Injection; gluteal region; sterile abscess.

Intramusküler enjeksiyonlar hastaların önemli bir kısmının kaçındığı, doktorların ise etkin ve hızlı cevap almasını sağladıkları için sıklıkla başvurdukları bir yöntemdir. Vücut bölgesi neresi olursa olsun bu uygulamada dikkat edilmesi gere-

ken iki önemli husus nörovasküler yapılara doğrudan hasar vermekten kaçınmak ve olabildiğince kas içine enjeksiyonu yapmaktır. Gluteal bölgede en sık karşımıza çıkan problem siyatik sinir yaralanmasıdır.^[1] Bu nedenledir ki gluteal en-

Başvuru tarihi: 10.5.2010 **Kabul tarihi:** 22.7.2010

İletişim: Dr. Gaye Taylan Filinte. Gözeç Sok., Babadan Apt., No: 2, D: 16, Erenköy, İstanbul.

Tel: +90 - 216 - 441 39 00 **e-posta:** gayetaylan@yahoo.com

Tablo I. Hasta özellikleri

No	Yaş	Cinsiyet	Bölge	Flep / primer kapama	Takip süresi (ay)
1	55	Kadın	Sağ gluteal	Primer kapama	5
2	70	Kadın	Sağ ve sol gluteal	Sol primer, sağ V-Y flep	14
3	68	Kadın	Sol gluteal	V-Y flep	8
4	5	Erkek	Uyluk	Primer kapama	16
5	57	Kadın	Sağ gluteal	Primer kapama	20
6	54	Kadın	Sağ gluteal	Primer kapama	15
7	66	Kadın	Sağ gluteal	V-Y flep	14
8	60	Kadın	Sol gluteal	Primer kapama	13

jenksiyon öğretilirken uygulamacılara tipik olarak gösterilen, kabaca enjeksiyon yerinin bu sinirden uzak olmasıdır. Halbuki öğretilmesi gereken diğer bir nokta enjeksiyonun olabildiğince derine yapılması gerektiğidir. Uygulamacı hastaya daha fazla acı verebileceğini öngörerek, enjeksiyonu yüzeysel bırakıp iğneyi yetersiz saplamanın hasta için daha konforlu olacağı yanılığısına düşmektedir. Enjeksiyonun yarattığı lokal travmanın dışında ilacın iritasyon özelliklerinin de apseleşme ve nekroza yol açtığı düşünülmektedir.^[2] Doku reaksiyonu, enjeksiyonun yeri ve sıklığının dışında ilacın kompozisyonuna bağlı olarak da değişmektedir.^[3]

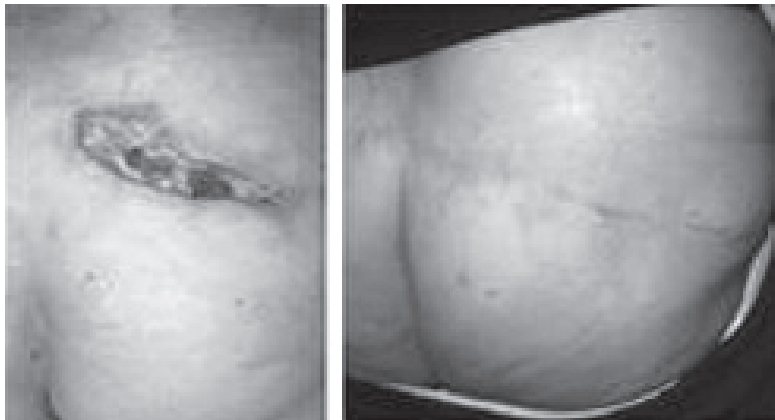
Kliniğimize başvuran 8 hastanın, 8'i gluteal bölgeye 1'i ise uyluk bölgesine uygulanmış, farklı ilaçların tekrarlayan enjeksiyonlarına bağlı apseleşme ve nekrozları cerrahi olarak tedavi edildi. Hastalarda oluşan defekt kas seviyesine kadar uzanmaktaydı. Dışarıdan palpe edilemeyen bir-

çok nekroz ve apse odakları saptandı. Tüm hastalarda, görülen nekrotik alanlar debridman sonrası lokal fleplerle (n=3) ve primer kapamayla (n=6) rekonstrükte edildi (Tablo I).

OLGU SUNUMU

Olgu 1- Sağ gluteal bölgesinde, tekrarlayan enjeksiyonlar sonucu, ağrılı, akıntılı yara şikayetiyle başvuran 55 yaşındaki kadın hastanın anamnezinde sistemik hastalık saptanmadı. Enjeksiyonların analjezi amacıyla yapıldığı ve farklı ilaçların kullanıldığı saptandı. Hasta ilk planda debridmanı kabul etmemesine rağmen takiplerinde bir düzelme olmaması üzerine ameliyat olmayı kabul etti.

Yapılan debridman sonrası lokal dokuların yeterli esnekliği sayesinde oluşan defekt primer olarak kapatıldı. Debride edilen nekrotik dokular patolojiye gönderilerek histopatolojik inceleme istendi. Hastaya hastanede kaldığı süre boyunca sıvı di-



Şekil I. Birinci olgunun görünümü.



Şekil II. İkinci olguya ait görünümeler.

yet ve intravenöz ya da oral ilaç tedavileri verildi. İkinci haftada dikişleri alınan hastanın yara yeri sorunsuz iyileşti. İki hafta boyunca yara bölgesi üzerine oturma ve yatma kısıtlandı. Beş aylık takibinde nüks gözlenmedi (Şekil I).

Olgu 2- Bilateral gluteal bölgede akıntılı ve nekrotik yaralarla başvuran 70 yaşında kadın hastanın anamnezinde romatizmal hastalık ve tip 2 diabetes mellitus saptandı. Hasta güçlükle yürümeye rağmen mobil bir hastaydı. Hastanın konforu düşünüldüğünden iki aşamalı operasyon gerçekleştirildi.

İlk aşamada sol gluteal nekrotik alan spinal anestezi altında debride edilerek oluşan defekt primer dikildi. İki hafta sonra yapılan 2. operasyonla sağ gluteal alan debride edildi. Oluşan defekt uyluk posteriorundan planlanan V-Y ilerletme flebi ile rekonstrükte edildi. Hastanın dikişleri operasyonlardan 2 hafta sonra alındı. Sıvı gıda ve yakın kan şekeri takibi yapıldı. Erken mobilizasyon önerilen hastada 2 hafta boyunca yara yerlerine baskıdan kaçınıldı. Birinci ay sonunda yara yerinin sorunsuz iyileştiği görüldü (Şekil II).

TARTIŞMA

Intramusküler enjeksiyon sonrası komplikasyon gelişme sıklığı %0,4 ile %19,3 arasında değişmektedir.^[4,5] Enjeksiyondan kaynaklanan problemler ya enjeksiyonun kendisinin neden olduğu lokal travma ya da ilacın zarar verici özelliklerine

bağlı gelişir.^[6] Görülen komplikasyonlar arasında kanama, hematoma oluşumu, damar içine enjeksiyon, sinir hasarı, ağrı, apse oluşumu, doku nekrozu, skar oluşumu, eklem kontraktürü ve tümör gelişimi yer alır.^[2]

Enfeksiyöz apseler iğne, şırınga ya da ilaçla bulaşan bakteri inokülasyonu sonucu oluşur. Bunun yanında intramusküler enjeksiyon sahasında görülen apseler genellikle steril apselerdir. Bunlar kas ve yağ dokusunun nekrozuna bağlı oluşmuş nodüllerdir. Enjektelerde edilen ilaç kas yerine subkütan dokuya bırakıldığında emilimi gecikir ve böylece daha fazla doku reaksiyonu görülür. Bu reaksiyon lokal doku nekrozu ve lifefasyona ve onların etrafında enflamasyona neden olur.^[5,7,8]

Enjeksiyon granülomlarının oluşumunda diğer bir etken de enjeksiyonların aynı bölgeye tekrar tekrar yapılmasıdır. Bu durumda iğnenin kendisi de lokal olarak dokuya zarar vermektedir. Yine etyolojide bahsedilen vasküler teoride ise enjeksiyon yapılan hipovolemik ve hipotansif hastaların subkütan yağ dokusunda gelişen fonksiyonel iskemi suçlanmaktadır.^[9]

Patolojik incelemeler yağ hücrelerinin nekrozundan enflamatuvar değişikliklerin eşlik ettiği yoğun fibröz doku oluşumuna kadar değişmekteydi. Bu iki durum arasındaki geçişte bazen yabancı cisim dev hücre oluşumu ara durum olarak gö-

rılmekteydi. Patolojik değişiklikler kas yerine yağ dokusuna enjekte edilen emilemeyen maddenin uzun dönem etkileriyle uyumluydu. Verilen madde önce yağ nekrozuna neden olup oluşturduğu değişiklikler sonucu fibrozisle sonuçlanmaktaydı.

Klinik bir kanı olarak, doğrudan kasa yapılan enjeksiyonlar lokal bir patolojik etkiye neden olmaktadır. Kasın bu şekilde verilen maddenin zararlı etkilerinden korunması sahip olduğu zengin kan dolaşımına bağlanmaktadır. Yağ dokusu, yetersiz drenaj kanallarıyla enjekte edilen maddele-re daha uzun süre maruz kalarak zararlı etkilerden daha fazla etkilenmektedir.^[9]

Genelde kullanılan enjeksiyon iğneleri 3,75 cm'lik yeşil uçlu iğnelerdir. Halbuki yapılan çalışmalarda, özellikle kadınlarda gluteal subkütan yağ kalınlığı bu ölçümün üstünde, yaklaşık 4,3 cm ve üzeri, olduğundan iğne genelde gluteus maksimum kasına ulaşmamaktadır.^[9] Özellikle gluteal bölgesinde fazla yağlanması olan bayanlarda bu problem daha uzun iğne uçlarının kullanımı ya da gluteus medius kasının tercih edilmesiyle giderilebilir. Ventral gluteal kasların olduğu bölgede subkutan doku posterior gluteal bölgedekinden daha azdır.^[9]

Gluteal enjeksiyon apseleri diğer bölgelerdeki apselere göre birtakım farklılıklar gösterir. Bunlar genellikle derin yerleşimli, düzensiz ve çok sayıda cebe sahip apselerdir. Doku laksitesi gluteal bölgede aksilla veya memeye göre farklılık gösterir. Bu yüzden bu apselerin eksizyonu sonrası oluşan kavitelelerin kapatılması oldukça zordur.^[10]

Bu çalışmada da yapılan debridman sonrası oluşan doku defektleri ancak yara kenarlarının ilerletilmesi ile ve yeterli gluteal cilde sahip hastalarda primer olarak kapatıldı. Diğer tüm hastalarda lokal fleplerle ölü boşluk dolduruldu. Bu nedenle görünenin aksine debridman sonrası cerrahın geniş bir doku defekti ile karşılaşacağını öngörmesi ve rekonstrüksiyon planını buna göre yapması önerilmektedir.

Yukarıda belirtilen gerçekler ve bulgular ışığında intramusküler enjeksiyonlarda dikkat edilmesi ge-

reken noktalar şunlardır;

- İğne boyu özellikle yağ dokusu kalın kişilerde 3,8 cm'den uzun olmalı,
- İğne vücuda dik olarak sokulmalı,
- Şüphe duyulduğunda, kas içinde olduğundan emin olmak için, iğne yana doğru hareket ettirmeye çalışılmalıdır. Kas içindeyken iğne yana doğru hareket edemez.
- Posterior gluteal yağ dokusu fazla olan kişilerde ön gluteal kaslar veya alternatif enjeksiyon bölgeleri tercih edilmelidir.
- Aynı bölgeye tekrarlayan enjeksiyonlardan kaçınılmalıdır.^[11]

Bunun yanında oluşan steril apse ve nekrotik dokular ivedilikle temizlenmeli, hastaya pansuman yaparak vakit kaybetmek yerine geniş debridman ve oluşan defektin lokal fleplerle ya da doku ilerletilmesi yoluyla kapatılması yoluna gidilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Woo E, Chan YW, Kwong YL, Yu YL, Huang CY. A dangerous gluteal injection. Journal of the Hong Kong Medical Association 1986;38(2):75-6.
2. Treadwell T. Intramuscular injection site injuries masquerading as ulcers. Wounds 2003;15(9):302-12.
3. Prosch H, Mirzaei S, Oschatz E, Strasser G, Huber M, Mostbeck G. Case report: Gluteal injection site granulomas: false positive finding on FDG-PET in patients with non-small cell lung cancer. Br J Radiol 2005;78(932):758-61.
4. Mayrink M, Mendonça AC, da Costa PR. Soft-tissue sarcoma arising from a tissue necrosis caused by an intramuscular injection of diclofenac. Plast Reconstr Surg 2003;112(7):1970-1.
5. Hay J. Complications at site of injection of depot neuroleptics. BMJ 1995;311(7002):421.
6. Greenblatt D, Divoll-Allen M. Intramuscular injection-site complications. JAMA 1978;240(6):542-44.
7. Waisbren BA. Hypersensitivity to meperidine. JAMA 1978;239(14):1395.
8. Zelman S. Abscesses from parenteral injection. JAMA 1978;240(1):23.
9. Michaels L, Poole RW. Injection granuloma of the

- buttock. Can Med Assoc J 1970;102:626-8.
10. Khanna YK, Khanna A, Singh SP, Laddha BL, Prasad P, Jhanji RN. Primary closure of gluteal injection abscess (a study of 100 cases). J Postgrad Med 1984;30(2):105-10.
11. McIvor A, Paluzzi M, Meguid MM. Intramuscular injection abscess--past lessons relearned. N Engl J Med 1991;324(26):1897-8.