

Sigmoid vajinoplasti: olgu sunumu

Sigmoid vaginoplasty: a case report

Abdullah Boztosun, İptisam İpek Müderris

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı (Yrd. Doç. Dr. A. Boztosun), Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, TR-58140 Sivas; Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı (Prof. Dr. İ. İ. Müderris), Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, TR-38039 Kayseri

Özet

Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) sendromu, uterovajinal ageneziye bağlı primer amenorenin nadir bir konjenital nedenidir. Yeniden vajen oluşturulmasında kullanılan çeşitli cerrahi teknikler vardır. Sigmoid greft uygulaması, yeterli uzunluğun sağlanabilmesi, doğal lubrikasyon ve erken cinsel fonksiyon kazanımı açısından en iyi yöntem olarak görülmektedir. Yirmi sekiz yaşında primer amenore ve ilk evliliğinde başarısız koitus öyküsü bulunan hastamız, vajinoplasti isteği ile kliniğimize başvurdu. Olguya sigmoid vajinoplasti operasyonu yapıldı. Postoperatif altıncı ayda evlilik yaptı ve 1.5 yıllık takipte herhangi bir komplikasyon görülmedi.

Anahtar sözcükler: Mayer-Rokitansky-Küstner-Hauser sendromu, sigmoid vajinoplasti

Abstract

The Mayer-Rokitansky-Küstner-Hauser (MRKH) syndrome is a rare congenital cause of primary amenorrhea, due to uterovaginal agenesis. Several surgical techniques have been used to create a neovagina. Neovagina construction with a sigmoid graft appears to be the best option, as it offers adequate length and natural lubrication, allowing early intercourse. A 28 years old women presented to our clinic with primary amenore and unsuccessful coitus at her first marriage whishing vaginoplasty. Sigmoid vaginoplasty performed for the patient. Six months after the operation our case had a marriage. For the one and a half year follow up no complication observed.

Keywords: Mayer-Rokitansky-Kustner-Hauser syndrome, sigmoid vaginoplasty

Geliş Tarihi/Received: 08 Haziran 2009; **Kabul Tarihi/Accepted:** 17 Kasım 2009

İletişim adresi:

Prof. Dr. İptisam İpek Müderris, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, , TR-38039 Sivas. Eposta: imuderris@gmail.com

Giriş

Mayer-Rokitansky-Küstner-Hauser sendromu (MRKH) ilk olarak 1829'da Mayer tarafından ve 1838'de müllerian disgenezili hastaların otopsi çalışmalarından sonra Rokitansky tarafından tanımlanmıştır. Kısaca Rokitansky sendromu olarak da bilinmektedir [1].

Müllerian kanaldan gelişen yapılar uterus, tubalar ve vajinanın 2/3 üst kısmını içermektedir. Vajinanın 1/3 alt kısmı ürogenital sinüsten gelişir. Müllerian agenezi, genellikle amenore, daha ileri yaşlarda koitus olamayışı veya infertilite ile bulgu verir. Canlı dışı doğumlarda 1/4000-5000 oranında görülür [1]. Uterus ve vajenin doğumsal yokluğu ile beraber genellikle rudimente uterin bulbus ve rudimente tubalar bulunur. Normal overyan anatomi ve fonksiyonlar mevcuttur. Genetik cinsiyet 46,XX olup fenotip olarak da dişidirler. Spinal kordu ilgilendiren iskelet anomalileri ve özellikle renal olmak üzere üriner anomaliler veya konjenital kalp anomalileri eşlik edebilir [2].

Genital organların rekonstrüksiyonu genellikle konjenital vajinal atrezi ya da agenezi, servikal kanser veya travma sonrası gelişen genital organ yaralanmalarında yapılır. Vajinal rekonstrüksiyon operasyonlarında asıl amaç doğal vajina fonksiyon ve duyusuna benzer vajina oluşturmaktır.

Literatürde yeni vajina oluşturmak amacıyla çeşitli yöntemler tanımlanmıştır. Bu amaçla seri dilatasyonlar, dilatasyonla birlikte labial flep, deri greftleri, periton ve amniyon zarı kullanılmıştır [3-6].

Yeni vajen oluşturmada izole barsak segmenti kullanma uzun süreli dilatasyon ve stent kullanımına ihtiyaç duyulmaksızın mükemmel sonuç sağlar [1, 7]. Bu metod ilk olarak 1907'de Baldwin tarafından uygulanmıştır, bu amaçla ileum ansı kullanılmıştır ve sigmoid kolon kullanımının daha iyi olacağı önerilmiştir. 1911'de sigmoid kolon başarıyla bu amaç için kullanılmıştır [8]. Turner-Warwick ve Kirby [9] vaginal konstrüksiyon için çekumu kullanmışlardır. Biz de olgumuzda vajinoplasti uygulamak amacıyla sigmoid flep kullandık.

Olgu

Yirmi sekiz yaşında 6 yıl önce uterin hipoplazi ve vaginal agenezi saptanarak MRKH sendromu tanısı almış olgunun jinekolojik muayenesinde vulva doğal görünümde, vajina iki santimetre derinlikte idi. Overler rektal muayenede palpe edilebilirken, uterus palpe edilemiyordu. Hasta, fenotipik olarak dişi görünümünde ve diğer sistem muayeneleri normaldi. Olgunun karyotipi 46, XX idi.

Direkt üriner sistem grafisinde kemik yapılar normaldi. Intravenöz pyelografide her iki böbrekte çift pelvis tek ureter varyantı mevcuttu (Resim 1). Kardiyolojik muayenesi normaldi.

Pelvik ultrasonografide ve pelvik magnetik rezonans görüntüleme 30x8 mm boyutlarında, endometrial ringi seçilemeyen hipoplazik uterus mevcuttu. Overleri ise yaklaşık 30x20 mm boyutlarında olup multiple folliküller içermekteydi.

Barsak temizliği ve profilaktik antibiyotik uygulaması sonrasında genel anestezi altında litotomi pozisyonunda operasyona alınan hastada, Pfannenstiel insizyonla batına girildi. Ekplorasyonda rudimente uterus ve tubalar ile normal overler tespit edildi (Resim 2).

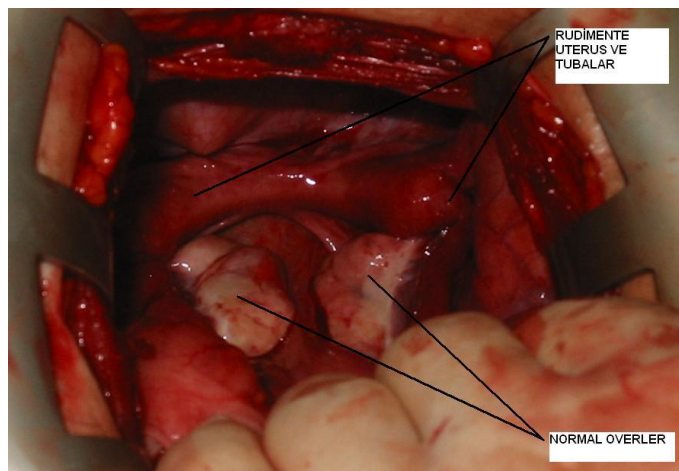
Uterus ve tubaların eksizyonu sonrasında sigmoid ansın yerleştirileceği rektovezikal planda, künt ve keskin diseksiyonla vajen loju oluşturuldu. Rektosigmoid bileşkeye 6-8 cm mesafeden yaklaşık 12 cm'lik sigmoid ansı, vasküler pedikülü ile serbestleştirildi (Resim 3).

Proksimal ve distal sigmoid kolonun ucucu anastomozu yapıldı. Sigmoid flep lümeni serum fizyolojik ve iyotlu antiseptik sıvı ile temizlendi. Eldiven değişimi sonrası proksimal uç 3/0 poliglaktin dikiş ile primer kapatıldı. Perine bölgesine geçilerek atretik vajinaya H şeklinde insizyon yapıldı. Batından oluşturulan loja ulaşarak sigmoid flebin yerleştirileceği tünel oluşturuldu. Sigmoid flep bu tünele izoperistaltik olarak yerleştirildi. Atretik vajina ile sigmoid flep distal ucu arasında 3/0 poliglaktin Lambert sütürlerle mukokutanöz bileşke oluşturuldu. Sigmoid flebin içerisine yağlı gaz tampon vulvadan sarkacak şekilde yerleştirildi. Batında sigmoid kolon mezosunda oluşan açıklık kapatıldı. Yeni vajinanın sakral promontoryuma 3/0 prolene dikişlerle tespiti yapıldı. Kanama kontrolünü takiben Douglas boşluğuna batın dreni konuldu ve batın katları primer kapatıldı.

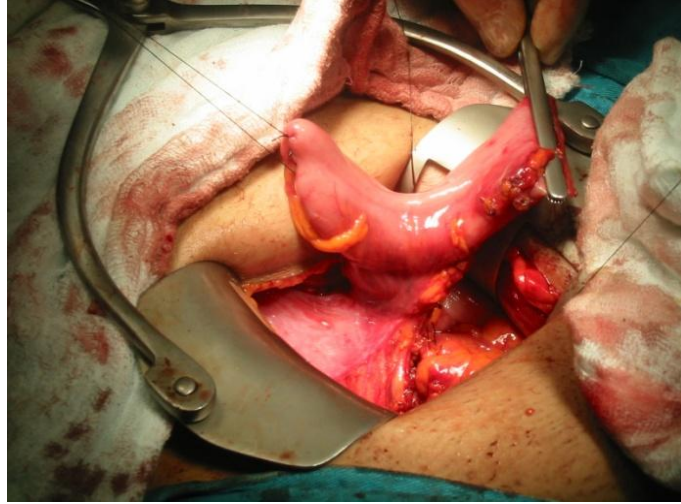
Yaklaşık 100 dk süren ameliyatta beklenenden fazla kanama olmadı. Postoperatif 24. saatte oral beslenme başlanan hastada hiçbir komplikasyon gelişmedi. Postoperatif 3. günde dreni çekilerek 4. günde taburcu edildi. Hasta gün aşırı kontrollere geldi. Postoperatif 12. günde vajinal sütürleri alındı. Postoperatif birinci ayda yeni bir vajen oluşmuş ve tam iyileşme sağlanmıştı ve 6 ay sonraki kontrole eşi ile birlikte gelen hasta vajinal ilişkide herhangi bir sorunlarının olmadığını beyan etti.



Resim 1. Çift pelvis ve tek üreter anomalisi.



Resim 2. MRKH sendromunda iç genitalerin görünümü.



Resim 3. Sigmoid flep.

Tartışma

Vajinal rekonstrüksiyon için birçok metod tarif edilmiştir. Rudimente vajene sahip hastalar seri dilatasyonlar veya labial konstrüksiyon ve dilatasyon ile tedavi edilmiştir [3]. Vajinal konstrüksiyon için en yaygın kullanılan split thickness deri grefti Banister ve McIndoe [4] tarafından tarif edilmiştir. Yeni vajen oluşturmak için periton, mesane mukozası ve amnion zarı gibi yapılarda kullanılmıştır, ancak bu yöntemlerin hemen hepsinde vajinal kanalın kapanmasını engellemek için seri dilatasyonlar ve uzun süreli stent (vajinal kalıp) kullanılmasına ihtiyaç duyulmaktadır [5, 6]. Lubrikasyon olmaması, komplet vajinal prolapsus, cinsel ilişki için yeterli vajinal uzunluk olmaması, disparoni ve kötü koku bu yöntemlerin diğer dezavantajlarıdır. Deri grefti ile oluşturulan vajinalarda vajinal uzunluk 6 cm'den az olursa disparoninin %100 insidansında olduğu bildirilmiştir [10].

Bizim olgumuzda operasyon sonrası yaklaşık 13 cm'lik vajinal uzunluk elde edildi. Herhangi bir dilatasyona ve stente ihtiyaç duyulmadı. Postoperatif minimal kötü koku hissettiğini söyleyen hastaya vajinal temizlik eğitimi verilerek bu sorun giderildi. Koitus sonrası disparoni olmadığı gibi tam bir vajinal fonksiyon olduğu öğrenildi.

İntestinal segment olarak çekum kullanıldığında ileoçekal valvin alınması sebebi ile morbidite görülebilmektedir. İleal segment kullanıldığında yüksek oranda stenoz görüldüğü ve mezenterinin kısa olması sebebi ile gergisiz anastomoz yapmanın zorluğu bildirilmiştir [11]. Aynı zamanda sürekli ileal mukus sekresyonu ve disparoni insidansı da yüksektir. [12]. Sigmoid kolonun mukus üretimi ince barsaktan azdır. Lümeni geniştir. Vasküler pedikülü daha kolay mobilize olmaktadır. Seksüel aktivite için daha uyumlu olduğu bildirilmektedir [13]. Sigmoid flep kullanılan rekonstrüksiyonlardan sonra aşırı mukus salgınımı olduğu ancak bunun 3-4 ay sonra azaldığı rapor edilmiştir [14]. Bizim olgumuzda sigmoid mezosu yeterli uzunlukta idi ve flep kolaylıkla hazırlandı. Bu durum operasyon süresini kısalttı. Postoperatif herhangi bir morbidite ve aşırı mukus üretimi gibi bir sorunla karşılaşılmedi. Sigmoid kolonun kullanıldığı hastalarda mukokutanöz bileşkede darlık bildirilmiş [15] olmasına rağmen bizim olgumuzda darlık gelişmedi.

Literatürde sigmoid vajinoplasti sonrası prolapsus olguları bildirilmiştir. Bu durumda sakrokolpopeksi önerilmiştir [16]. Bizim olgumuzda operasyon esnasında sakrokolpopeksi profilaktik olarak uygulandı ve bir buçuk yıllık takipte böyle bir komplikasyon görülmedi. Bu nedenle vajenin intestinal rekonstrüksiyonunun, hasta ve aile için kabul edilebilir bir cinsel yaşam kalitesi sağladığı ve ek tedavi masrafına neden

olmadığı görülmektedir.

Birçok çalışmada intestinal ans ile oluşturulan vajinal tüpün deri grefti ile oluşturulanlardan daha üstün olduğu gösterilmiştir. Buna rağmen jinekologlar barsak komplikasyonları ve cerrahi tekniğin emek gerektirmesi sebebi ile daha basit yöntemleri tercih etmekte veya hastaları başka kliniklere yönlendirmektedirler. Diğer yandan dikkatli barsak hazırlığı, teknik detaylara maksimum özenin gösterilmesi ve uygun yardımlar olarak ekip çalışması yapılması sonucunda intestinal prosedürlerde çok düşük morbidite insidansı ile mükemmel sonuçlar gösterilmiştir [1].

Olgu sunumuzda açıkladığımız teknik ve hasta izleme yöntemine uyulduğunda MRKH sendromu olgularında yüz güldürücü sonuçların alınmasının olası olduğunu düşünüyoruz. Benzer olgu sunumlarının artması konu hakkında daha iyi bir değerlendirmenin yapılmasına yardımcı olacaktır.

Kaynaklar

1. Kapoor R, Sharma DK, Singh KJ, Suri A, Singh P, Chaudhary H, Dubey D, Mandhani A. Sigmoid vaginoplasty: Long-Term results. *Urology* 2006; 67: 1212-5.
2. Şatıroğlu H, Berker B. Jinekolojik ve Obstetrikal Cerrahi. Güner H, Editör: Müllerien Anomaliler ve Cerrahi Tedavileri. 1. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2005, p: 701-6.
3. Flack CE, Barraza MA, Steven PS. Vaginoplasty: combination therapy using labia minora flaps and Lucite dilators-preliminary report. *J Urol* 1993; 150: 654-6.
4. Banister JB, McIndoe AH. Congenital Absence of the Vagina, treated by Means of an Indwelling Skin-Graft. *Proc R Soc Med.* 1938 ;31: 1055-6.
5. Martinez-Mora J, Isnard R, Castellvi A, López Ortiz P. Neovagina in vaginal agnesis: surgical methods and long term results. *J Pediatr Surg* 1992; 27: 10-4.
6. Ashworth MF, Morton KE, Dewhurst J, Lilford RJ, Bates RG. Vaginoplasty using amnion. *Obstet Gynecol* 1986; 67: 443-6.
7. Moudouni S, Koutani A, Attya AI, Hachimi M and Lakrissa A. The use of isolated sigmoid colon segment for vaginal replacement in young adults. *International Urology and Nephrology* 2004; 36: 567-71.
8. Goligher JC. The use of pedicled trasplants of sigmoid or other parts of the intestinal tract for vaginal construction. *Ann Roy Coll Surg Engl* 1983; 65: 353.
9. Turner-Warwick R, Kirby RS. The construction and reconstruction of the vagina with the coloecum. *Surg Gynec Obst* 1990; 170: 132.
10. de Souza AZ, Maluf M, Perin PM, Maluf Filho F, Perin LF. Surgical treatment of congenital uterovaginal agnesis: Mayer-Rokiyansky-Kuster-Hauser syndrome. *Int Surg* 1987; 72: 45-7.
11. Hensle TW, Reiley EA. Vaginal replacement in children and young adults. *J Urol* 1998; 159: 1035-8.
12. Pratt JH. Vaginal atresia corrected by the use of small and large bowel. *Clin Obstet Gynecol* 1972; 15: 639.
13. Rajimwale A, Furness III PD, Brant WO, Koyle MA. Vaginal construction using sigmoid colon in children and young adults. *BJU international* 2004; 94: 115-9.
14. Hanna MK. Vaginal construction. *Urology* 1987; 29: 272-5.
15. Tillem SM, Stock JA and Hanna MK. Vaginal construction in children. *J Urol* 1998; 160: 186-90.
16. Yokomizo R, Murakami T, Naitou H, Yamada A. Treatment for prolapse of the sigmoid neovagina in Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome. *Obstet Gynecol* 2002; 100: 1085-7.