

Vaginal Agenesis'te Gracilis Kas Deri Flebi ile Neovagen Oluşturulması

Mesut ÖZCAN*
Ramazan KAHVECİ**

ÖZET

Vaginal agenesis sanıldığından daha sık karşılaşılan bir konjenital malformasyondur. Onarımında değişik yöntemler uygulanmıştır. Bu yazıda güncel bir yöntem olan gracilis kas deri flebi ile rekonstrüksiyon uyguladığımız iki olgu bildirilmiş, konuya ilişkin kaynaklar gözden geçirilmiştir. Olgulardan elde edilen sonuçlar ve literatür verilerinin ışığı altında uyguladığımız yöntem umut verici olmuştur.

SUMMARY

Neo-vagina Reconstruction with Gracilis Myocutaneous Island Flaps in Vaginal Agenesis

Congenital vaginal agenesis is not as rare as it is thought. Several surgical procedures have been applied for vaginal reconstruction. In this paper two cases of vaginal agenesis operated on using gracilis myocutaneous flaps have been presented and the concerning literature have been reviewed. The results obtained on those cases and the literature data show the technique to be hopeful.

Fonksiyone bir vaginası olmadan doğanlar için koitus ve çocuk doğuramama büyük problemdir. Hasta bundan rahatsız olmakta hatta kendi feminitesinden şüpheye düşmektedir. Bu psikolojik bozukluk hastalarda tüm yaşamı etkilemektedir. Bazı hastalarda overin siklik fonksiyonlarını sürdürmesine bağlı olarak ciddi fizyolojik bozukluklar da gözlenebilir.

* Doç. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Plast. ve Rekonstr. Cer. Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

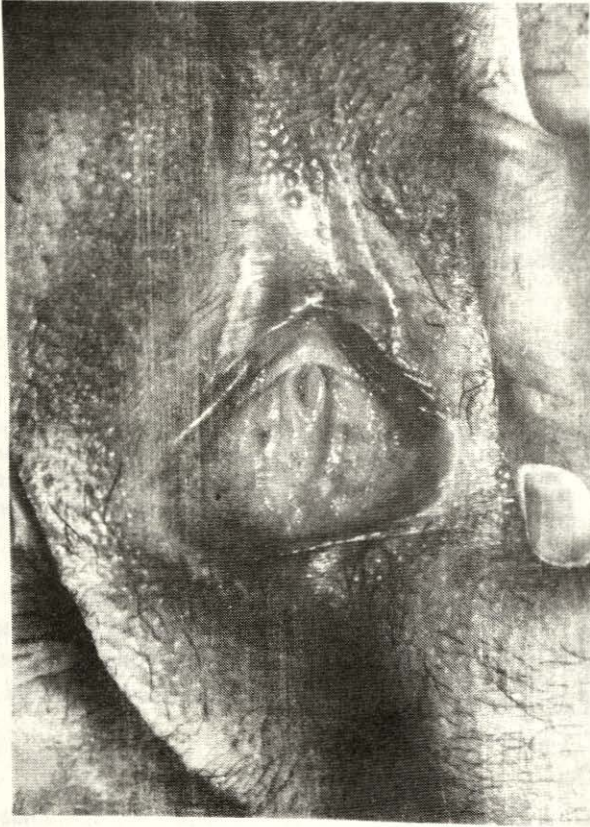
** Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Plast. ve Rekonstr. Cer. Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

Vaginal agenesis sanıldığı kadar az değildir ve primer amenorenin sık nedenlerinden biridir¹. Literatürde insidansı 4000-5000 kızda bir olarak belirtilmekle birlikte, 1500 kızda bir ile 80000 kızda bir arasında değişen literatür verileri de vardır^{1.2.3.4}. Vagenin tamamen veya kısmen olmaması bazı sendromlarla beraber görülebilir. Vaginal agenesisli olgularda neovagen oluşturmak için çeşitli yöntemler vardır. Bu yazıda grasilis kas deri flebinin neovagen oluşturulmasındaki uygulaması gözden geçirilecektir.

OLGULAR

Olgu 1. G.Ü. 24 yaşında bayan.

Evlendikten hemen sonra cinsel ilişkide bulunamama yakınması ile başvuran ve vaginal agenesis tanısı ile yatırılan hastanın öz ve soy geçmişinde özellik saptanmadı. Yapılan incelemelerde overlerin ve tüplerin normal olduğu, rudimenter bir uterusun bulunduğu, vaginasının ise hiç olmadığı (Resim 1), ancak sekonder seks karakterlerinin tam geliştiği saptandı.



Resim: 1
Birinci olguda vulvanın, operasyon öncesi görünümü
(Vaginal agenesis)

Olgu 2. S.Y. 26 yaşında bayan.

14 yaşında iken menstruasyonunun başlamaması nedeni ile doktora giden hasta 26 yaşında evlenmiş. Evlendikten bir hafta sonra cinsel ilişkide bulunamama yakınması ve vaginal agenesis tanısı ile Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine yatırılmış. Soy geçmişinde etyolojide rol oynamış olabilecek herhangi bir faktör saptanmadı. Yapılan incelemelerde overlerin ve tüplerin olduğu, rudimenter bir uterusun bulunduğu, vagenin ise hiç olmadığı görüldü. Sekonder seks karakterleri ise tam gelişmişti. Hasta operasyon için Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniğine nakledildi.

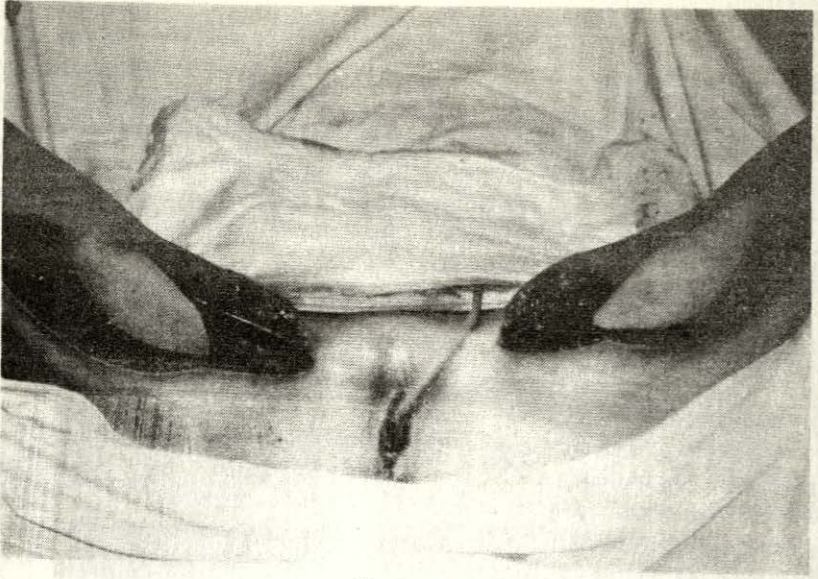
Her iki hastaya da bilateral kas deri flebi ile neovagen oluşturmayı amaçlayan girişimler uygulandı.

UYGULANAN CERRAHİ YÖNTEM

Genel anestezi altında ve jinekolojik pozisyonda (Resim 2) vulva poşu içinden transverse bir insizyonla girilerek künt diseksiyonla rektovezikal aralıkta uygun hacimde yeni bir vagen yatağı hazırlandı. Her iki uylukta grasilis kasları üzerlerindeki fuziform şekilde planlanan deri ile birlikte proksimal dominant vasküler pedikülü ve siniri korunarak ve distal tendonu kesilerek prepare edildi (Resim 3-4). Damar sinir pedikülünün diseksiyonu büyüteçli gözlükle yapıldı. Tüneleze edilen deri altından geçirilerek uyluk iç yüzünden perineal bölgeye taşınan grasilis kas deri flepleri, deri yüzeyleri içe kas tabakaları dışa gelecek şekilde sütüre edilerek yeni vagen oluşturuldu (Resim 5), daha önce hazırlanmış olan boşluğa yerleştirildi. Donör bölgeler primer olarak sütüre edildi.



Resim: 2
Grasilis kas deri flebinin planlanması

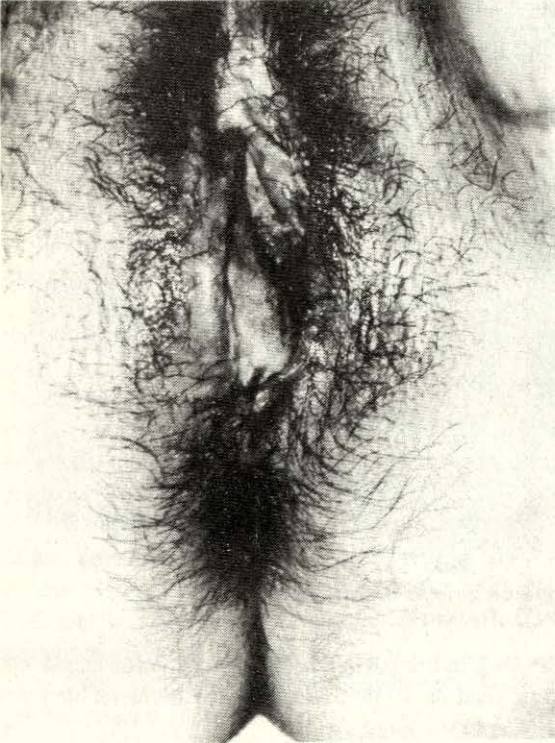
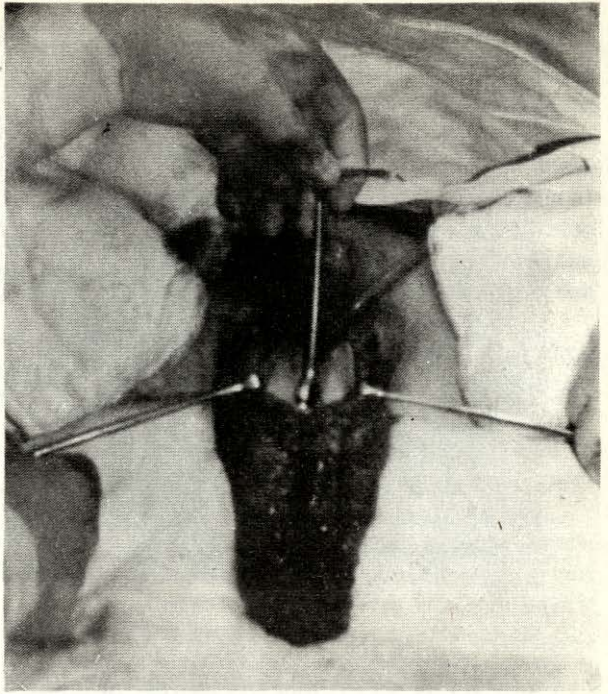


Resim: 3
Gracilis kas deri flebinin hazırlanışı

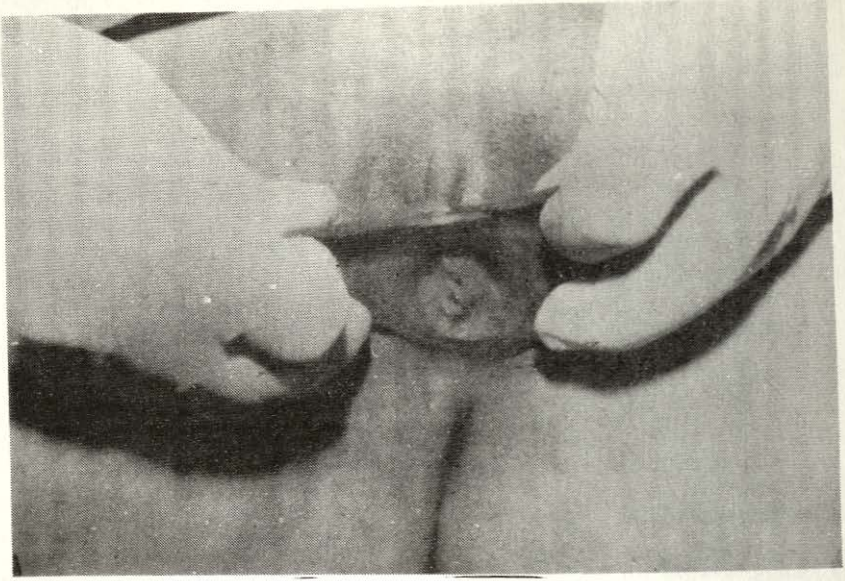


Resim: 4
Gracilis kas deri flebinin proksimal pediküllü olarak hazırlanmış şekli

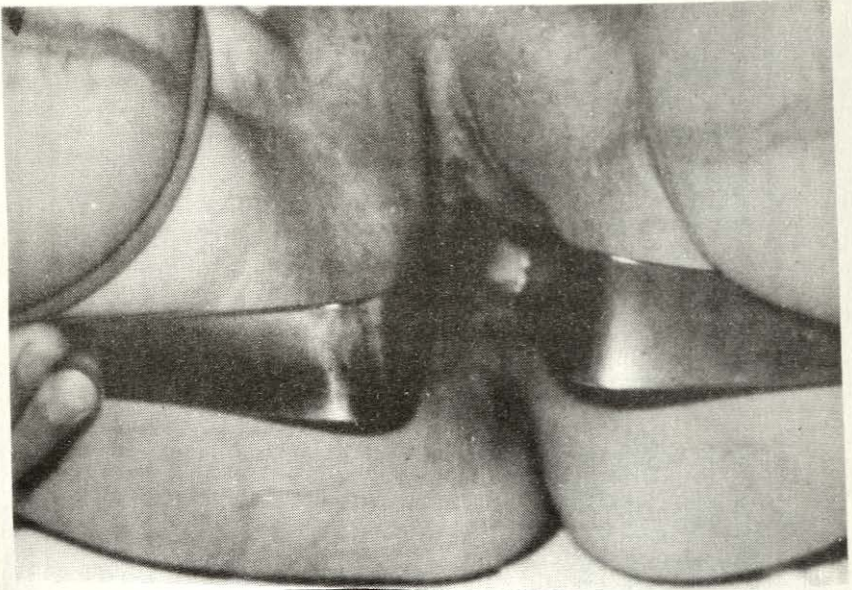
Resim: 5
Bilateral grasilis kas deri
flepleri ile oluşturulmuş
vagenin rektovezikal ara-
lıkta hazırlanan poşa
yerleştirilmeden önceki
görünümü



Resim: 6
Birinci olgunun girişim
sonrası görünümü



Resim: 7
İkinci olgunun girişim öncesi görünümü



Resim: 8
İkinci olgunun girişim sonrası görünümü

Girişim sonrası 15 gün süre ile klinikte izlenen hastalar problemsiz olarak çıktılar. Birinci olgu 2.5 yıl, ikinci olgu da 1 yıldır izlemde olup herhangi bir yakınmaları yoktur (Resim 6, 7, 8).

TARTIŞMA

Embriyonal hayatın 6. haftasında coelom epitelinde Müller kanalları adı verilen iki tübüler oluşum belirir. Distalde sağ ve sol kanallar birbirleri ile birleşir ve aralarındaki bölme kaybolduktan sonra bu parça tek bir kanal halini alır (Canalis utero-vaginalis), bu parçadan serviks uteri ve vaginanın üst bölümü oluşur. Kanalin orta ve proksimal kısımlarından korpus uteri ve tuba uterinale gelişir. Müller kanallarının birleşik distal kısımları sinus ürogenitalisin arka duvarına yaklaşır, sonra bu iki taslak birbirleri ile birleşirler. Aradaki perde kaybolur. Bu şekilde oluşmuş kanaldan boşluğun genişlemesi ve uzaması ile vagina meydana gelir⁵.

Vaginanın konjenital olarak yokluğu Rokitsansky-Kuster-Hauser¹ sendromu olarak bilinir. Bunun dışında testiküler feminizasyon sendromu, adrenogenital sendrom, Turner sendromu, hermafroditizm veya diğer interseks durumlarında da vaginal agenezis görülebilir. Androjenik kontraseptifler almakta iken gebe kalan ya da düşüğü önlemek amacı ile androjenik progestin alan anneler ile androjenik tümörü bulunan annelerde vaginal agenezisli kız çocuğu doğurabilirler⁶.

Konjenital vaginal agenezisli olgularda normal bayan karyotipi vardır. Genellikle primer amenore nedeni ile menarş çağında tanı konulur. Çoğunlukla vulva tam gelişmiştir, vagen hiç yoktur ya da 1-2 cm derinliktedir. Uterus ve serviks yoktur veya rudimenterdir. Ovariumlar genellikle normal ve fonksiyonedir. Sekonder seks karakterleri çoğunlukla tam gelişmiştir. % 10 olguda fonksiyone uterus serviks ve üst vagina vardır. Bu olgular hematometra, hematometris, siklik karın alt kadran ağrıları ve karın alt kadranında kitle ile tanınırlar⁷⁻⁸. Bu olgular vagina rekonstrüksiyonu sonrası hamile kalıp çocuk doğurabilirler. Olguların yaklaşık % 34-49'unda vaginal agenezis ile birlikte renal anomaliler^{1-9,10}, % 10-15'inde ise iskelet sistemi anomalileri¹ görülür.

Etyolojisi tam belirlenemeyen vaginal agenezisin kalıtsal geçiş gösterebileceği¹¹ veya multifaktöriyel¹² olduğu ileri sürülmektedir.

Vaginal agenezisli hastanın tanısında anamnez ve fizik muayene çoğunlukla yeterlidir. Hastanın anamnezi alınırken soy geçmişi ve maternal ilaç kullanımı konusunu özellikle araştırmak gerekir.

Tam sistemik muayene yapılmalı; eksternal genital organlar, kılınmanın dağılımı, meme gelişimi, abdominal ve inguinal yağlanmanın şekli ve diğer sekonder seks karakterleri dikkatle incelenmelidir. Rektal muayene çok önemlidir. Müllerian sistem hakkında ayrıntılı bilgi verir. Williams, konjenital vagen yokluğu olgularında, pelvis duvarının bir tarafından diğer tarafına — uterus veya vagen olmadığı için — orta hattan uzanan, uterosakral ligamentlerin, rektum önünde ele geldiğini ve bu bulgunun tipik olduğunu tanımlamıştır¹².

Karyotip tayini için bukkal smear mutlaka yapılmalıdır. Androjenler, östrojenler, kortikosteroidler ve gonadotropinler gerekli ise çalışılmalıdır. Renal sistem anomalilerini aydınlatmak için intravenöz pyelografi, sistoskopi ve retrograd pyelografi gibi tetkikler de yapılmalıdır. Sonografi, CT ve laparoskopi internal seks organlarının durumunu aydınlatır.

Tüm bunlardan yararlanılarak tanı konulabilmekte, tanısal laparotomiye nadiren gerek duyulmaktadır.

Vaginal agenesinin tedavisinde değişik yöntemler vardır. Robert Abbe⁶, Counsellar¹³ ve Sir Archibald Mc Indoe¹⁴ tarafından geliştirilen yöntemde, oluşturulan neovagen boşluğuna silastik bir stent etrafına dikilmiş parsiyel kalınlıkta deri grefti yerleştirilir. Hasta bir hafta kadar immobilize edilir, daha sonra stent çıkartılır. Bu yöntem ile tedavi edilen hastalar en az altı ay süre ile retraksiyona karşı profilaktik olarak vagen içinde mold taşımak zorundadırlar.

Frank'in¹⁵ nonoperatif yönteminde ise uretra ve rektum arasındaki mesafeye giderek artan kalınlıktaki cam dilatatörler ile baskı uygulanır. Bu işlemin uzun süre yinelenerek uygulanması ile yeni vagen poşunun oluşması ümit edilir. Başarı oranı genellikle düşük olan bu yöntemin avantajı, başarısızlık halinde diğer yöntemleri uygulama şansının devam etmesidir.

Lokal anestezi ile bile yapılabilen Williams'in¹⁶ vulvovaginoplastisinde vagen rekonstrüksiyonu için, labialardan yararlanır. Labia minoraların flep veya greft şeklinde kullanıldığı bu yöntem labia minoraların koitus ve cinsel duyudaki önemi göz önüne alınarak terk edilmiştir.

İleum, sigmoid ve diğer kolon segmentleri kullanılarak^{17,18} vagen oluşturulması ise; salgının fazla olması, abdominal bir girişim olması, koitus sırasında refleks tenezm ile birlikte mortalite ve morbiditenin fazla olması gibi nedenlerle tercih edilmemektedir.

Kas deri flepleri ile ilgili yapılan geniş araştırma ve uygulamalar sonunda ortaya çıkan veriler neovagen oluşturulmasında yeni ufuklar açmıştır. Bu amaçla kullanılabilen grasilis kası pubis kemiğinin alt kolundan başlar ve uyluğun iç yüzü boyunca distale doğru uzanır. Yuvarlak olan kirişi femurun iç kondilinin arkasından dolanarak tibia ön yüzüne çıkar. Kısmen tuberositas tibiaya yapışır, kısmen de kruris fasiyasına karışarak sonlanır. Grasilis kası iki eklem üzerine etki eden bir kastır. Diz eklemi aracılığı ile krurise fleksiyon az miktarda içe rotasyon hareketi yaptırır. Diz eklemi ekstansiyon durumunda iken ise kalça eklemine adduksiyon hareketi yaptırır. Nervus obturatorius'tan innerve olur. Bu kasın kas flebi olarak kullanımı bacağı fonksiyonlarında kayba yol açmaz çünkü aynı gruptan olan m. pectineus, m. adductor longus, m. adductor brevis, m. adductor magnus fonksiyonunun sürmesini sağlar⁵. Nitekim yazarlar anal sfinkter inkontinansı¹⁹, persistan perineal sinusun kapatılması²⁰ amacı ile grasilis kasını kullandıkları olgularda hastaların bacak fonksiyonlarında herhangi bir kayıp gözlelenmemişlerdir. Grasilis kası dominant arter pediküllü tip II vasküler patern içerir²¹. Arteria profunda femoristan ayrılan medial sirkumfleks femoral arter major pedikül olarak kasın 1/3 üst kısmından girer²¹. Superfisial femoral arterin bir veya iki dalı minör pedikül olarak grasilisin orta ve alt kısmından kasa girer. Uzun bir kas oluşu, dominant vasküler pedikülünün proksimalde oluşu, kanlanması iyi düzeyde olması grasilis kasının rotasyon yeteneğini arttırmaktadır. Bu özellikleri kasın kullanım alanını da genişletmektedir. Örneğin grasilis kas flebi ile perineal sinusun kapatılması^{20,22}, penis rekonstrüksiyonu²³, anal sfinkter rekonstrüksiyonu^{19,24} yapılabildiği gibi bölgedeki baskı yaralarının rekonstrüksiyonunda da²⁵ kullanılabilir.

Grasilis kas deri flebi ile vagen rekonstrüksiyonunun başlıca üstünlükleri şunlardır: Oluşturulan vagen hacminin küçülmemesi, yumuşak duvarlı ve duyuşal bakımdan daha elverişli bir vagen elde edilmesi, grasilis kasının kontraktilesini koru-

ması, yöntemin fonksiyonel ve fizyolojik açıdan en elverişli avantajlarıdır.

Başlıca dezavantajları olarak; yarattığı travmanın daha büyük oluşu, uylukta bıraktığı skatrisin kozmetik bir sakınca yaratma olasılığı, teknik olarak daha zor ve özellikleri olan bir girişim olması sayılabilir.

Olgularımızda fonksiyonel ve fizyolojik açıdan olumlu sayılabilecek sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonuçlar ve irdelenen literatür verilerinin ışığı altında *grasilis* kas deri flebi ile vagen rekonstrüksiyonu diğer konvensiyonel yöntemlere göre umut verici gözükmektedir.

KAYNAKLAR

1. GRIFFIN, J.E., EDWARDS, C., MADDEN, J.D., HARROD, M., WILSON, J. D.: Congenital absence of the vagina. *Ann Intern Med*, 85: 224, 1976.
2. CARPARO, V.I., GALLEGRO, M.B.: Vaginal agenesis. *Am J Obstet Gynecol* 124: 98, 1976.
3. DAVID, A., CARMIL, D., BAR-DAVID, E., SERR, D.M.: Congenital absence of the vagina. *Clinical and psychologic aspects. Obstet Gynecol*, 46: 407, 1975.
4. FORE, S.R., HAMOND, J.B., PARTON, R.T., ANDERSON, E.E.: Urologic and genital anomalies in patients with congenital absence of the vagina. *Obstet Gynecol*, 46: 410, 1975.
5. ODAR, I.V.: *Anatomi*, Cilt 1, 12. Baskı. Elif Matb. Ankara, 1978, s. 150.
6. LAUB, D.R., DUBIN, B.J.: Vaginal Agenesis. In: Grabb, W.C., Smith, J.W. (Ed.) *Plastic Surgery*. Boston: Little Brown and Company, 1979, p. 873.
7. GOLDITCH, I.M.: Vaginal aplasia. *Surg Gynecol Obstet*, 129: 361, 1969.
8. GREEN, T.H. Jr.: *Gynecology* (3rd ed) Boston, Little Brown, 1977, p. 671.
9. CALI, R.W., PRATT, J.H.: Congenital absence of the vagina. *Am J Obstet Gynecol*, 100: 752, 1968.
10. GARCIA, J., JONES, H.W.: The split thickness graft technique for vaginal agenesis. *Obstet Gynecol*, 49: 328, 1977.
11. JONES, H.W., MERMUT, S.: Familial occurrence of congenital absence of the vagina. *Am J Obstet Gynecol*, 114: 1100, 1972.
12. WILLIAMS, E.A.: Uterovaginal agenesis. *Ann R Coll Surg Engl*, 58: 266, 1976.
13. COUNSELLER, V.S.: Congenital absence of the vagina. *JAMA*, 136: 861, 1948.
14. MC INDOE, A.: Treatment of congenital absence and obliterative conditions of the vagina. *Br J Plast Surg*, 2: 254, 1950.
15. FRANK, R.T.: The formation of an artificial vagina without operation *Am J Obstet Gynecol*, 35: 1053, 1938.
16. WILLIAMS, E.A.: Congenital absence of the vagina: A simple operation or its relief. *J. Obstet Gynecol Br Common*, 71: 511, 1964.
17. BALDWIN, J.F.: The formation of an artificial vagina by intestinal transplantation. *Ann Surg*, 40, 398, 1904.
18. PRATT, J.H.: Vaginal atresia corrected by use of small and large bowel. *Clin Obstet Gynecol*, 15: 638, 1972.

19. ÖZCAN, M., KAHVECİ, R.: Gracilis kas flebi ile anal inkontinans tamiri. Uludağ Üniv. Tıp Fak. Der. Baskıda.
20. ÖZCAN, M., KAHVECİ, R., BİLGEL, H.: Gracilis kas flebi ile persistent perineal sinusun kapatılması. Uludağ Üniv. Tıp Fak. Der., Baskıda.
21. MATHES, S.S., NAHAI, F.: Clinical Application for Muscle and Musculocutaneous Flaps, St Louis, C.V. Mosby Co., 1982, p. 76.
22. COHEN, E.B., RYAN, J.A.: Gracilis muscle flap for closure persistent perineal sinus. Surg Gynecol Obstet, 137: 148, 1974.
23. IDEM, A.: New method of total reconstruction of the penis. Br J Plast Surg, 25: 347, 1972.
24. LEWIS, M.I.: Gracilis muscle transplant in anal incontinence. Dis Colon Rectum, 8: 141, 1965.
25. WINGATE, G.B., FRIEDLAND, J.A.: Repair of ischial pressure ulcers with gracilis myocutaneous island flaps. Plast Reconstr Surg, 62: 245, 1978.

Doç. Dr. Mesut ÖZCAN

Uludağ Üniv. Tıp Fakültesi

Plastik ve Rekonstrüktif Cer. Anabilim Dalı

BURSA