

## İLERİ DERECEDE POST-PARTUM TRAUMATİK VAGİNAL STENOZ VAKASI

Op. Dr. Haluk Güre (\*) Op. Dr. Doğan Cantekin (\*\*)

Vulvo-vaginal kanalın stenozları 4 ana gurup altında mütaala edilmelidir:

- 1 — Post - Traumatik stenozlar
- 2 — İnfeksiyöz stenozlar
- 3 — Tümöral stenozlar
- 4 — Genital Organların Trofik hastalıklarına bağlı stenozlar.

1 — *Post-Traumatik Stenozlar* :

Etyoloji : Vulvo-Vaginal bölgenin trauması en çok fötüs ve eklerinin expulsionu ve provoke Abortuslar esnasında görülür. Bu böleg gebelik hormonlarının yüksek tesir sahası altınd aolduğundan, mukavim olup ekspulsiyon esnasında azami olarak genişler. Ayrıyeten çok damarlı olmasıda, bölgenin genital infeksiyonlara karşı daha mukavim, yara ve yırtıkların ise daha çabuk sikatrize olmasını sağlar. Trauma frekansının sıklığına karşın sekeller daha azdır. Buna rağmen bazı faktörler, vaginal kanalda vahim lezyonların ve derin tabakalarda, trombusların neticesi, dekolmanların ortaya çıkmasına neden olurlar. Bu faktörleri şu şekilde sıralayabiliriz: Annede şeker hastalığı, iri çocuklarda posterior prezantasyonlar, yüksekte forceps tatbiki, sefalik büyük rotasyonlar ve versiyonlar. Husule gelen bu hematomlar dışarıya açılmadıklarından derin sikatris sahaları meydana getirerek vaginal kanalın daralmasına vede esnekliliğinin kaybolmasına sebebiyet verirler. Keza, inefksiyon da bu skleroz hadisesini hızlandırır.

Daha ziyade inkomplet olan darlıklar vagina üst kısmında lokalize olabilirler, etiolojisinde yüksekte oturmuş trombusların vaginanın bir yan duvarının decole sonrada retrakte olmasında rol oynarlar. Bazı kerelerde vaginal domun tamamını çevreleyerek kanalın total olarak kapanmasına sebebiyet verirler.

(\*) Süleymaniye Doğum evi Başhekimi ve Klinik Şefi.

(\*\*) Süleymaniye Doğum evi Klinik Şef Yardımcısı.

Servikal yırtıkların vaginaya yayılmış olduğu hallerde vertikal fibröz bridler teşekkül eder ve bunlarda o tarafın forniksini kuşatırlar.

Vaginanın 1/3 alt kısmı stenozları daha nadir olup, daha ziyade alt kısımlarda yerleşmiş olan trombusların drene olamayıp enfekte olması neticesi ortaya çıkarlar.

Vulvo-vaginal stenozlar fötüsün expulsionu esnasında perinede husule gelen yırtıkları takiben veya iki repare edilmemiş Episiotomilerden sonra ortaya çıkarlar.

Bölge esnekliğini kaybeder ve derinde, gayrı muntazam sikatris dokusunun altında, sert, ağırlı ve retraktıl bir saha mevcuttur. Böylelikle Vulva deforme olarak, asimetrik hale gelir, perine posterior ise sert ve elastikiyetini kaybetmiştir.

Bu tip lezyonların genezine 2 faktör iştirak eder: Perineo-vülver reparasyonların kötü yapıldığı haller ve ameliyat sonrası infeksiyon.

Post-Traumatik stenozların diğer bir etyolojik sebebi vagina mukozasının kostik maddelerle yarlanmasıdır. Düşük yapmak için tatbik edilen permanganat komprimeleri, daha ziyade arka fornikte nekrotik bir saha ve derin ülserasyonlar meydana getirirler. Stenozlar kostik maddelerin tekrarlarına bağlı olup, neticede vagina duvarları birbirine yapışarak sert, fibröz bridler husule gelir. Bu durumda vaginal kanal esnekliğini kaybetmiş ve genital sekresyonların akışına mani olmuştur.

Aynı amaç için kullanılan diğer kostik maddeler, ki bir kısmı solid olup, derin ve submüköz tabakaların lezyonlarına, likid olanlar ise mukozayı geniş satırlar halinde zedeleyerek, stenozların husulüne neden olurlar.

Küçük ve büyük dudaklarda şimik yanıklar neticesi husule gelen lezyonlarda sineşilere ve dolayısıyla Vulvo-vaginal kanalın kapanmasına yol açarlar.

Küçük kız çocuklarının zorla ırzına geçilme hallerindedeyaralanmalar neticesi stenozlar ortaya çıkabilir.

Keza, kazalara bağlı traumalarda daha ziyade dış genital organlar yaralanır, zira iç genital organlar kemik pelvis tarafından korunurlar. Vulva ve perine kontüzyonları pubis ve ischio-rektal çukurlara yayılan trombus ve hematomların teşekkülüne sebebiyet verir. Bu lezyonlara infeksiyonun ilavesiyle sistematik olarak genişleyen stenozlara neden olur.

Bunlardan başka, postraumatik stenozların etyolojisine giren diğer faktörleri şu şekilde sıralamak mümkündür:

- Cerrahi orijinli : geniş kolpektomi, sık dikilmiş Colpo-perineorafi posteriorlarda, mükerrer Bartholin bezi müdahalelerinden sonra.
- Fizyoterapik orijinli : Collum kanserlerinde tatbik edilen radium tedavilerini takiben.
- Ortopedik orijinli : Peser ve vaginaya konan yabancı cisimler gibi.

*Anatomik ve klinik Etüd :*

Post-traumatik vulvo-vaginal stenozların anatomo-klinik bir tasnifini yapmakta mümkündür:

Yüksekte.— katı kostik maddeler veyahut radium tedavisinden sonra husule gelmiş izole üst vaginal lezyonlarda vaginal kanal intakt kalabilir. Şaeyt stenoz sirküler ve total ise o takdirde lezyonun üst kısmında bir hematokolpos teşekkül eder.

Alt vaginal lezyonlar, daha sık olarak direk traumalardan sonra görülür, kanalın alt kısmıyla birlikte, ön vasküler bölge veyahut ischio-rektal çukurun adipö dokusunda yaralanır. Lezyonun üst kısmındaki vagina parçası normaldir, fakat perivaginal bağdokusu umumiyetle sklerozedir.

Post-traumatik vülver lezyonlar ön kısımda ise erektil organları ve üriner mea'yı deforme eder, arkada ise kısmi olarak vulva'yı daraltır. Total ise, büyük ve küçük dudakların sineşilerine sebebiyet vererek, vaginal sekresyonların ve idrarın akışına mani olur.

Derinde.— Perivaginal bağ dokusunun iştiraki ile geniş bir fibroz haoisesi ortaya çıkar ve neticede vaginal elastikiyet kaybolur. Oblik ve transversal bridler vaginanın formunu ve mobilitesini değiştirirler. Enfeksiyon ve hormonal yetmezlikler de hadisenin kötüleşmesinde ayrıca rol oynarlar.

Hülasa olarak, vaginal kanalın kompet atrezi ve stenozları nadir olup, daha ziyade kanaliküler ve halka şeklinde stenozlar görülmektedir.

*Klinik etüd :*

Post-traumatik stenozların başlıca semptomlarından olan Dyspareuni'yi aşağıdaki şekilde tasnif etmek mümkündür:

- Dyspareuni süperfisyel, vülvo-vaginal stenozlarda görülür.
- Dyspareuni profund, vagina derinliğinin brid ve atrezilerinde ortaya çıkar. Ağrılar, iltihabi ve periüterin enflamatuvar ha-

diselerde olanlardan, deęişiktir. Daha ziyade striktüral saha-  
da lokalize olup, çokaz yayılır.

— Dyspareuni total, Vaginal enfeksiyonunda hadiseye iştirak et-  
tięi hallerde görülür.

Vaginal ve rektal tuşeler, spekulum muayenesi stenoz veyahut  
atrezilerin diğer anatomik ve topografik karakterleri yanında, muko-  
za ve mukoza altı dokularının esnekliği hakkında bilgi vermesi bakı-  
mından önemli muayene usulleridir.

Bunlardan başka vaginanın, vesika ve rektumunda radiografik  
tetkikleri yapılarak lezyonların oturduğu yerler, peri-vaginal mobi-  
lite ve anatomik münasebetler tetkik edilmiş olur.

Ayrıca urethroskopi, sistoskopi ve rektoskopik muayenelerde  
organlar arasındaki fistül ihtimalleride aranmış olur.

Vaginanın komplet stenozlarında hematokolpos tablosu yanında  
üterin şikayetlerde ortaya çıkar. Coelioskopik muayeneye uterus ve  
adnekslerin durumu incelenir.

Inkomplet stenozlarda menstrüel kanın ve diğer rüterin sekres-  
yonların akışı bozulmuştur. Enfeksiyonun ilavesiyle, semtomatoloji-  
de Dyspareuni dışında erytematö veyahut granülö vulvo-vaginit ile  
birlikte sistit belirtileride ortaya çıkar.

Evolüsyon çok değişik olup, yaşa, etyolojiye ve sikatrisyel ste-  
nozların tedavisine bağlıdır.

## 2 — *Enfeksiyöz Stenozlar :*

Etyoloji : Sifiliz, Nicolas-Favre hastalığı, tüberküloz ve genital  
aktinomikoz gibi spesifik enfeksiyon hastalıklarında vulvo-vaginal  
stenozlar sekonder olarak teşekkül ederler. Değişik etyolojilere sa-  
hip non spesifik aajnlr ise stenozan lezyonları modifiye ettięi gibi  
tabloyu ağırlaştırırlarda.

Klinik olarak b uenfeksiyöz lezyonlarda 3 değişik tablo görülür:

- Ulsero-hypertrofik stenozlar, vulvada otururlar ve tüberküloz  
ve sifilitik orijinlidirler.
- Venerien stenozlar, sekonder olup, bölge endüre, şekilsiz ve  
koitusa müsait değildir.
- Esthiomen, stenozun yanında vulvanın elefantiazik proçeside  
mevcuttur. Peri-üethral, anal ve komisüral ülserasyonlar  
gittikçe yaygınlaşırlar. Neticede, vaginal ve üethral obstrük-  
siyonlar husule gelir. Rektal duvar enfilte olmuş ve kalın-

laşmıştır. Genital sürenfeksiyon, fistül ve inguinal adenopatiler klinik tabloyu tamamırlar. Bu tabloya Jersild'in ano-rekto-genital sendromu adı verilir.

Diagnoz : Laboratuar muayeneleriyle olur. Örneğın, Frei reaksiyonu, tüberkülinik ve sifilitik testler gibi. Keza ülsere lezyonlardan biopside yapılabilir.

Evolüsyon yavaş olup, lemfatik skleroz yapılan bütün plastik tedavilerin muvaffakiyetini tesadüfe bırakmamaktadır.

### 3 — *Tümöral Stenozlar :*

Vulva ve vagınanın tümöral stenozları, umumiyetle dystrofik veyahut traumatik lezyonların bir neticesi olarak ortaya çıkarlar.

#### — Vaginaya ait olanlar :

Selim kistler : Lateral olup embriyoner artıklardan (Gartner kanalı) menşeiını alırlar. Bazen hacımları çok büyük olur ve vaginal kanalı kapatarak Dyspareuni profund yapabilir. Enflamasyon ve kistlerin açılması lateral fistüllere ve neticedede sikatriysel bridlerin teşekkülüne sebebiyet verir.

Bunlardan başka, vagınanın selim solid tümörlerin, rekto-vaginal endometriosisin ve kanserlerinin seyri esnasında stenozlar teşekkül edebilir.

— Vulvaya ait olanlar ise : Vulva kanserleridir. Daha nadir olarakta küçük kız çocuklarında rastlanabilen sarkom ve melanosarkomlardada stenozlar ortaya çıkarlar.

### 4 — *Genital organların trofik hastalıklarına bağlı stenozlar :*

Fizyolojik menopoz, cerrahi veyahut redioterapik ovariektomi hadiseleri dış genitalorganlar üzerinde büyük rol oynamaktadırlar. Atrofik süreç hormonal yetmezliğe bağlıdır. Frotide, süperfisyel tabaka kaybolmuş, sahaya büyük çekirdekli, hyperkromatik ve dejenerasyon belirtileri (karyorrhexi) ihtiva eden parabazal ve bazal hücreler hakimdir. İşte umumiyetle bu safhada vulver atrofi, sonrada kraurosis meydana çıkmaktadır.

#### Genital organların trofik hastalıkları şunlardır:

— Senil Atrazi : yavaş fakat sürekli ilerliyen bir süreç olarak ortaya çıkar. Stenoz konsantrik olup, collumu örter. Vaginal kanal kısalmıştır. Vulvada ise, zamanla labium minorlar kaybolur, labium majorlar ise depigmente olmuşlardır. Üriner me'a'da ektropion mev-

cuttur. İlk önce süperfisyel. sonrada profund bir Dyspareuni teessüs eder. Östrojen yetmezliği, vaginal enfeksiyona ve sekonder priritlerin teşekkülüne hızlandırıcı faktör olarak yardım ederler.

— Kraurosis Vulva : Basit senil atrofının komplike olmuş en son safhası olup, ilk defa 1885 yılında Breisky tarafından tarif edilmiştir. Labium minor, major ve clitoris atrofiye olmuş ve vaginal orifis daralmıştır. Bu tabloya 2 proçes daha ilave olur, leucokeratoz ve kronik enflamasyon neticesi psödo-anjiometöz kırmızı lekeli sahalarn belirmesi.

— Bowen hastalığı : lankiküler bir dyskeratozdur.

— Paget hastalığının vülver şekli : çok nadir bir hastalık olup, bir çeşit ekzemadır. İlk önce labium majorda başlar, sonra bütün vulvaya yayılır.

*Ayrırcı Teşhis :*

a. Küçük kızlık çağı : Bu çağda husule gelen stenozlar, kaza ve ırza geçmeye bağlı traumalar, tümörler, vulva ve vaginanın konjenital neticesi husule gelebileceği hatırlanmalıdır.

b. Seksüel olgunluk çağı : Selim tümörlerden, spesifik enfeksiyon ve distrofik hastalıklardan, post-partum ve postabortum traumalardan sonra teşekkül eden vulvo-vaginal stenozlar, rektal, vezikal ve pelvisbağ dokusu lezyonları gibi ekstrensek faktörler neticesi husule gelenlerden ve hatta brid ve transversal septumların mevcut olduğu konjenital anomalilerdekinden kolaylıkla ayırd edilebilir. Keza, vulva ve vaginanın non hipertrofik enfeksiyöz lezyonlarına bağlı dyspareuni de elimine edilmelidir.

Kadın hayatının bu çağındaki dyspareunileri bazı kereler çok nazik olup narkoz altındaki jinekolojik bir muayeneyi ve psikiotrik konsültasyonu icab ettirmektedir. Bu şekilde, spazmodik stenozlar narkoz altında kaybolurlar.

c. Post-menopozik çağ : Nsoformasyonlar ayrırcı teşhis bakımından bir problem teşkil etmezler. Bununla beraber kanserin primer veya metastatik olduğunun bilinmesinde yarar vardır. Senil atrofi ve Kraurosis vulvanın, kaşıma lezyonları neticesi husule gelen vülver likenifikasyonlarından ayırd edilmesi lazımdır. Lökoplazi plaklarının dikkatle takip edilmesi lazımdır, zira her zaman dejenere olmaları mümkündür.

*Tedavi :*

Tedavide esas :

- Stenoz teşekkülünü önlemek,
- Kadının doğurganlığının ve seks hayatının devam edebilmesi için vulvo-vaginal kanalın normal kalibrini muhafaza etmek,
- Tıkanmanın sebebini radikal olarak ortadan kaldırmak,
- Mukoza beslenmesini temin etmek.

*A. Profilaktik tedavi :*

Vulvo-vaginal yaralar itinalı olarak repare edilmeli ve varsa hematom ve vaginal trombusların geniş olarak drenajı sağlanmalıdır. Post-enfeksiyöz ve post-traumatik skleroza mani olmak için sistematik olarak antibiotik ve antiehlamatuar ilaçları kullanmak gerekir. Vagina kalibrini muhafaza etmek ve yapışıklara mani olmak için meçler konur.

Vaginal diatermiden iyi neticeler eled edilip, böylelikle derin sklerozların azaltılması sağlanmış olur.

Gebelik esnasında her türlü perineal ve vaginal cerrahi müdahalelerden kaçınmak lazımdır, zira gebelik patolojik yapışıklıklara ve değişik sikatrisyel süreçlere zemin hazırlar.

Kraurosis ve vülver atrofilere mani olmak için, post-menopozik prurit ve dyspareuni şikayetleri olan hastalarda lokal, oral veyahut enjeksiyon yoluya östrojen tedavisi tatbik edilir.

*B. Küratif tedavi :*

Post-traumatik stenozlarda tedavi :

— Vülver stenozlar : Kortikoid ve anestetik infiltrasyon tedavisinin netice vermediği hallerde, cerrahi olarak bridler kesilerek sikatrisyel doku extirpe edilir ve bazı kerelerde arka kommisurada Z plastik operasyonu yapılır.

Kütaneo-müköz kısımların reparasyon ve sütürleri çok itinalı olmalıdır. Labium major ve minorlardaki yapışıklıklar kolaylıkla ayrılır ve exizyon sahaları dikilir.

— Aşağı vaginal stenozlar : Sirküler veya parsiyel stenozlarda tedavi bazı müelliflere göre şu şekilde yapılmaktadır. Parsiyel olanlarda, sikatrisyel doku 2 koher ile tutularak öne çekilir ve nedkenin gidış istikametine çapraz olarak yarıılır, genişletildikten sonra kesite dikey tekrar dikilir. Küçük nebdeler ise extirpe edilir.

Sirküler olanlarda ise nebde halkası en kuvvetli yerinden veya 2 karşılıklı yerden uzunlamasına istikamette yarılr ve kesit yerine capraz tekrar dikilir.

Diğer bazı müeliflere göre ise bu yeterli değildir, zira residivlere rastlanmaktadır. Onlarca, müdahelenin esasını, Rektum ve peri-üretal dokuyu zedelemeksizin bir klivaj yapıldıktan sonra, skleroze dokunun eksizyonu ve vaginal ştof yeterli ise kenar kenara dikilmesinden ibarettir. İlaveten, Z plastik ameliyatı veya amnios grefleri yapmak suretiyle sikatrizasyonu sağlayarak, antibiotik ve östrojen tedavilerini kolaylaştırmaktır.

— Yukarı vaginal stenozlar : Bunlarda tedavi daha naziktir.

Sirküler ve total olduğu hallerde, laparotomiden sonra, hematomkolpos ve ilave üterin, keza adneksiyel lezyonların tedavileri gerekmektedir. Duruma göre Hysterektomide yapılır.

Parsiyel ve inkomplet stenozların, asemptomatik olanlarında tedavi gerekmediği halde, diğerlerinde ise perineal veya abdominal yoldan müdahale icab edebilir. Bazende, dekole sahaların örtülmesinde, vaginal agenezilerin tedavilerinde olduğu gibi, pelvis peritonu kullanılır.

Sterilitenin ön planda olduğu durumlarda, kollum vaginanın sağlam kısmıyla ağzlaştırılır.

Ameliyat sonu, vezikaya 48 saat duracak bir sonda. vaginaya ise yağlı, hidrkortizonlu bir meç konur. Bu meç, ilk muayenede çıkartılır. Ameliyatın 6. ncı günü vaginaya orta çapta akrilik bir mandren konur. Ameliyatın 10. uncu gününden itibaren, sikatrizasyon tamamlandıktan sonra koitusa müsaade edilir. Post-operatif prognoz çok iyidir. Yalnız vaginismusun ilave olduğu vakalarda, iyileşme çok zordur. Psikiatrik tedavi lazımdır.

— Enfeksiyöz stenozların tedavisi : Patojen amile göre yapılır. Prevanatif olduğu gibi küratif de olabilir.

— Tümoral stenozlarda tedavi : Selim olanlarda sadece cerrahi tedavi yapılır. Vaginanın hab's urlarında ise küri ve radioterapi yanında cerrahi müdahalede yapılır.

Vulva kanserlerinde tedavi geniş vülvektomi ve lemfadenektomidir.

— Rekto-vaginal endometriosis'de tedavi : Hormonal olup, ileri derecede stenozun bulunduğu vakalarda cerrahi müdahalede yapılmaktadır.



— Vulvanın distrofik hastalıklarında ise östrojen tedavisi yanında, A vitamini, lokal hidrokortizon, vaginal fungusit ve antiseptik maddeler tatbik edilir. Sübmüköz anestetik enfiltrasyonlarda prurit ve ağrılara iyi gelir.

*Vulvo- vaginal stenozlarda obstetrikal problem.*

**Sterilite :** Vulvo-vaginal stenozlara bağlı sterilite vakalarında, uterus yeni yapılmış kaviteyle ağızlaştırılmalıdır. Bu tip ameliyatlara endikasyonu nadirdir, zira ilave enfeksiyon çoktan tüber bir steriliteye neden olmuştur.

**Gebelik :** Gebelik esnasında, traumatik menşei vulvo-vaginal stenozların cerrahi tedavileri konrendikedir. Şu halde travayı beklemek ve anatomik kondisyonların durumuna göre hareket edilmelidir. Tümoral hadiselerde ise vaginal yoldan doğum kontrendike olup, çocuk yaşama çağına gelince abdominal sezeryenle doğum sona erdirilir.

**Doğum :** Basit sineşi vakalarında vaginal yoldan doğum, episiotomi yapılmak suretiyle olur. Bilahere reparasyon ve episiotominin tamiri yapılır.

Tümoral stenoz veyahut ileri derecede atrezik vakalarda ise abdominal yoldan sezeryen ve aynı seansta stenozların reparasyonu yapılır; Lakin loşi, nekadar itinayla yapılsa bile, ikinci bir plastik operasyona neden olur. Bu sekonder stenozların, obstetrikal prognostığı, mutad olarak çok karanlıktır.

*Vaka :*

Hastamız 25 yaşında olup, dyspareuni ve dysmenore şikayetleri ile kliniğimize müracaat etmiş ve 11.3.1980 tarihinde 2338 protokol numarası ile yatırılmıştır.

**Hikayesi :** 17.5.1978 tarihinde evde ebe ile doğum yapan hasta, lohusalık devrinin hitamında, daha evvelce böyle bir şikayeti yokken, vaginasının koitusa müsait olmadığını farketmiş. Aynı zamanda, adetleride çok fazla sancılı olmaya başlamış. Zamanla kendiliğinden düzelir diye, bize gelinceye kadar hiç bir hekime müracaat etmemiş. Nihayet beyininde ısrarı ile kliniğimize müracaat ederek, yatmıştır.

**Öz geçmişi :** 2 seneye yakın bir zaman evvel ilk doğumunu yapmış olan hasta mühim bir hastalık geçirmemiş. Hiç düşük yapmamış. Adetleri 3 gün sürüyor fakat çok sancılı oluyormuş.

**Soy geçmişi :** Bir özellik yok.

*Jinekolojik muayene :*

Vulva enspeksiyonla normal bulundu. Vaginal tuşe yapılmak istendiğinde tek parmakla dahi muvaffak olunamadı.

Rektal tuşede, corpus antefleşi ve normal cesamette bulundu, adnex ve parametriumlarda patolojik bir bulgu tespit edilmedi.

Spekulum muayenesinde, introitus vaginanın takriben 1-2 santim yukarsında sirküler bir nedbe dokusu tespit edildi. Spekulumu daha yukarı iterek collumu görmek mümkün olmadı.

Laboratuar muayenelerinde normal değerler bulundu.

Hasta, 14.3.1980 tarihinde, lomber anestezi altında ameliyata alındı. İntroitus vaginanın hemen arkasında bulunan sirküler sikatrisyel doku karşılıklı 2 yerinden yarıldı ve elle künt olarak dilatasyon sağlandı. Valv konularak kollum meydana çıkarıldı. Tek dişli ile tutularak aşağıya çekildiğinde, sağ yan forniksın colluma yapışarak düzleşmiş olduğu görüldü. Kısmen künt, kısımda makasla vagina mukozası kollum üzerinden sıyrıldı. Yarılmış yerler kesit yerine çapraz olarak tekrar dikildi.

Vaginaya vazelinli rulo tampon, mesaneyede sonda konularak ameliyata son verildi.

Post-operatif devrede antibiotik ve antienflamatuar tedaviyle birlikte vaginal antiseptiklerle lavaj ve günlük vazelinli rulo tamponlarla sekonder sineşilere mani olundu.

Hasta 24.3.1980 tarihinde şifa ile taburcu edildi.

*Tartışma :*

Hastamızdaki bu vaginal stenoz hadisesi, doğum sonu traumasına bağlı olarak teşekkül etmiştir. Sikatrisyel doku sirküler olup, vagina alt kısmını daraltmıştır. Doğum esnasında, büyük bir ihtimal ile vagina derin tabakalarında husule gelmiş hematoma ve yan duvarlardaki yırtıkların dikilmemiş olması nedeniyle bilahere stenoz teessüs etmiştir.

Bu tip stenoz vakaları sık görülmemekle beraber, doğumların mutlaka ehil ellerde yapılmış olması, doğumdan sonra hematoma ve yırtıkların araştırılması, varsa tedavileri, keza yapılmış olan episiotomilerin kaidesine uygun olarak dikilmeleri lazımdır.

*Özet*

Bir post-partum vaginal stenoz vakası münasebetiyle, vaginal stenozların tasnifi, oluş nedenleri, klinik semptomları ve tedavileri

hakkında literatür kaynakları gözden geçirilmiş ve disküsyonu yapılmıştır.

*Summary*

A discussion and a survey of literature about the classification, etiologic causes, clinical manifestations and management of vaginal stenosis is made on an occasion of a case with post-partum vaginal stenosis.

**LİTERATÜR**

- 1 — Encycl. med. chir. Gyn., fasc. 210 A<sup>10</sup> (7 - 1966).
- 2 — H. Martius: Die gynak. oper. 1960.
- 3 — H. G. Robert: Nouv. trait. de tech. chirurg. tom. 14 1973.