

## Pediyatrik Yaş Grubunda Jinekolojik Obstrüksiyonlarda Ağrı

*Pain in Gynecologic obstructions in the pediatric age groups*

Op. Dr. Didem BASKIN

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahi Kliniği

Çocukluk çağında görülen jinekolojik obstrüksiyonlar sıklıkla doğumsal nedenlere bağlıdır. Genital sistem embriyolojisine bakıldığında bunun nedenini anlamak kolaylaşır. Embriyoda başlangıçta hem erkeğe ait seks tübüllerinin gelişebileceği mezonefrik duktuslar, hem de dişi organların gelişebileceği paramezonefrik kanallar, ya da müller kanalları bulunur. Erkeklerde müller kanallarını inhibe edici madde paramezonefrik kanalların gelişimini engeller. Testis yoksa, mezonefrik kanallar geriler ve dişi yönde gelişim ortaya çıkar. Müller kanalları mezodermal epitelin iki yandaki kıvrımlarından gelişir. Proksimal uçları periton boşluğuna açılır ve bunlardan fallop tüplerinin fimbriyal girişleri oluşur. Aşağıya doğru ilerleyerek mezonefrik kanalların ventralından geçerler ve uterovajinal primordiumu oluşturmak üzere birleşirler. Buradan orta hattı izleyerek daha da aşağı inerler ve gelişimin 9. haftasında ürogenital sinüsün arka duvarına açılırlar.

Vajenin kas duvarı, etrafını saran mezenkimden gelişir. Müller kanallarının ürogenital sinüsle birleştiği bölge, sinüs tüberküli olarak isimlendirilir. Bu noktadan bir çift endodermal çıkıntı (sinovajinal bulbuslar) ürogenital sinüs ve müller kanalları arasında büyür. Bu yapının orta kısmı dökülerek vajen lumenini oluşturur. Periferdeki hücreler ise vajen epiteli haline dönüşürler. Bu etki 12. haftada olur.

Vajen lumeni ile ürogenital sinüsün birleşim yeri himendir. Himen, fetal yaşamın geç dönemlerine kadar kapalı kalır, genellikle perinatal dönemde açılır. Vajen epitelinin kaynağı ile ilgili tartışmalar vardır. Bazı araştırmacılar, tüm epitelin vajen tabakasından, diğerleri de proksimal kısmın birleşen müller kanallarından, distalin ise ürogenital sinüsün endoderm uzantısı olan vajen tabakasından geliştiğini öne sürerler. İki kaynaktan oluşma teorisi, çeşitli düzeylerde görülen vajen obstrüksiyonlarını iyi açıklamaktadır. Alçak bir obstrüksiyon, ürogenital sinüs ile müller kanalları arasında basit bir birleşme kusurunu temsil ediyor

olabilir. Yüksek bir obstrüksiyon ise, müller kanalları ile vajen tabakası arasındaki birleşme kusurudur. Duplikasyonlar ve unilateral ageneziler, müller kanallarının birleşmemesini ya da tek taraflı gelişme eksikliğini temsil ederler (1).

Jinekolojik obstrüksiyonlar pediyatrik yaş grubunda genellikle kendini iki türlü gösterir: yenidoğan ve bebeklerde en sık görülen semptom kitle; daha büyük çocuklarda ise akut ya da kronik karın ağrılarıdır. Karın ağrısı tipik olarak menarş ile birlikte başlar. Obstrüksiyonun yerine göre ağrı, kronik ya da akut olabilir. Uterus içindeki obstrüksiyonlar daha çok akut ağrı nedeni olurken (2), vajen obstrüksiyonları, vajenin kolay dilate olabilme özelliği ile kronik karın ağrılarına neden olur. Çocuklarda karın ağrısına neden olan jinekolojik obstrüksiyonlar şu şekilde gruplandırılabilir:

1. Alçak tip vajinal obstrüksiyonlar: İmperfore himen
  2. Yüksek tip vajinal obstrüksiyonlar
  3. Vajinal duplikasyonlar
  4. Vajinal agenezi
  5. Vajendeki tümör ve kistler
  6. Uterusa bağlı obstrüksiyonlar
  7. Fallop tüplerine bağlı obstrüksiyonlar
- Birçok ara form da görülebilir. Karın ağrısı ile gelen bir kız çocuğu, mutlaka jinekolojik açıdan da değerlendirilmelidir.

### **Alçak tip vajinal obstrüksiyonlar**

Bu tip vajinal obstrüksiyonun en sık görülen nedeni imperfore himendir. Himen, yenidoğan bebekte ince, labialar arasında şeffaf bir zar şeklinde görülebilir. Genellikle yaşamın ilk haftasında kendiliğinden yırtılarak açılır. Bazen yırtılmaz ve menstruasyon başlayana kadar bulgu vermeden kalır. Menstruasyon siklusu başladığında, kramp şeklinde karın ağrıları ortaya çıkar ve çocuk adet göremez. Sikluslar tekrarladıkça biriken adet kanı, karında kitle olarak el gelir. Tanı fizik muayene ve ultrasonografide dilate vajen görülmesiyle doğrulanır. Genel anestezi altında membran kesilerek epital kenarları absorbe olabilen

dikişlerle karşılıklı getirilir.

Bazen daha yukarda kalın bir membranla karşılaşılabılır. Bu durumda manyetik rezonans görüntülemesi ya da transperineal sonografi gibi tekniklerle iki vajen ucu arasındaki uzaklığın saptanmasından ve duplikasyon gibi başka bir ek anomali olup olmadığının görülmesinden (3) sonra ameliyat yöntemine karar verilir. Genel anestezi altında dikkatli bir fizik muayene de çok yararlı olacaktır. Bir-iki santimetre kalınlığındaki membranlar transvajinal olarak açılabilir. Daha sonra, cinsel birleşme olana kadar dilatasyonlar gerekecektir.

### Yüksek vajinal obstrüksiyonlar

Bu tür vajinal obstrüksiyonlar genellikle komplike ve başka anomalilerle birlikte görülürler. Hidrometrokolpoza neden olduklarında yenidoğan döneminde kitle ile ortaya çıkarlar. Persistan, tam bir ürogenital sinüsle birlikte transvers septum vardır. Uterus ve vajen aşırı dilate olarak mesaneyi öne iter, diyaframa kadar uzanır ve yenidoğanda ciddi solunum sıkıntısına yol açarlar. Bu anomaliler sıklıkla karın ağrısı yapmaya fırsat bulamadan önce, kitle nedeniyle tanı alırlar.

### Vajen duplikasyonları

Müller kanallarının birleşmediği durumlarda uterus didelfis ve septat vajen oluşur. Hemivajende obstrüksiyon olması, salgıların birikerek yenidoğan döneminde kitle bulgusu vermesine yol açabilir, ancak tanı daha çok menarştan sonra ağrının ortaya çıkması ile konur. Tipik olarak kız çocuğu normal olarak adet görür, ancak tıkalı vajen nedeniyle karın ağrısı vardır. Bu anomali genellikle bir böbreğin angenezisi ile birlikte (1,4). Fizik muayenede vajen açıktır, serviks görülür, paravajinal kitle vardır. Manyetik rezonans (3) gibi görüntüleme yöntemleriyle dilate vajen, kendi

uterusu ve fallop tüpüyle gösterilebilir. Operasyonda iki vajen arasındaki septum kesilir, iki seviksi olan tek bir vajen elde edilir.

### Vajinal agenezi

Vajen yokluğu uterus yokluğu ile birlikte ya da tek başına olabilir. Çeşitli müller kanalı anomalileri ve renal agenezi ile birlikte ise Mayer-Rokitansky-Küster sendromu olarak adlandırılır. Uterus yoksa bulgu vermez. Adet görmesi beklenen bir kız çocuğu adet görmezse şüphelenilir ve ortaya çıkarılır. Uterus varsa diğer vajen obstrüksiyonları gibi davranır ve karın ağrısı ile semptom verir. Uterus varsa mutlaka vajen yapılması gerekir. Ne yazık ki, bugüne kadar denenen vajen oluşturma ameliyatlarının hiçbiri mükemmel sonuç vermemektedir.

### Vajendeki tümör ve kistler

Endodermal sinüs tümörü, botrioid sarkom ve Gaertner kanalı kisti gibi vajeni tıkayan yapılar, adet gören kız çocuklarında obstrüksiyona yol açarak karın ağrısı nedeni olabilirler (5).

### Uterusa bağlı obstrüksiyonlar

Kloakal anomalileri olan kız çocuklarında, müller kanalının anormal birleşmesi sonunda uterus komularında da obstrüksiyon olabilir. Bu tür anomaliler, kloakal malformasyonun onarımı sırasında gözden kaçabilir ve akut karın bulguları ortaya çıktığında tanı konabilir (3,6). Laparoskopik rezeksiyon mümkündür. Vajen yapıları asimetrik olan kız çocukları, adet görmeye başladıklarında, jinekolojik obstrüksiyonlar yönünden iyi izlenmelidirler (6)

### Fallop tüplerine bağlı obstrüksiyonlar

Rudimenter tüp (7) ve fallop tüpü torsiyonu (8) nadir görülen ve akut karın ağrısı ile bulgu veren patolojilerdir.

## KAYNAKLAR

1. Raffensperfer JG: Vaginal atresia and imperforate hymen. *Pediatric Surgery*. Editörler: Aschraft KW, Holder TM. İkinci baskı. 1993. WB Saunders Company. Sayfa 798-801.0
2. Amara DP, Nezhat F, Giudice L, Nezhat C: Laparoscopic management of a noncommunicating uterine horn in a patient with an acute abdomen. *Surg Laparosc Endosc* 1997 Feb; 7 (1): 56-9
3. Tanaka YO, Kurosaki Y, Kobayashi T, Eguchi N, Mori K, Satoh Y, Nishida M, Kubo T, Itai Y: Uterus didelphys associated with obstructed hemivajina and ipsilateral renal agenesis: MR findings in seven cases. *Abdom Imaging* 1998 Jul-Aug; 23(4): 437-41
4. Pinsonneault O, Golstein DP: Obstructing

malformations of the uterus and vagina. *Fertil Steril* 1985 Aug; 44(2): 241-7

5. Imai A, Furui T, Tamaya T: Gynecologic tumors and symptoms in childhood and adolescence; 10 years' experience. *Int J Gynaecol Obstet* 1994 Jun; 45(3): 227-34

6. Lewitt MA, Stein DM, Pena A: Gynecologic concerns in treatment of teenagers with cloaca. *J Pediatr Surg* 1998 Feb; 33(2): 188-93

7. Bugmann P et al: Intestinal obstruction caused by an ectopic fallopian tube in a child: case report and literature review. *J Pediatr Surg* 2001 Mar; 36(3): 508-10

8. Lineberry ID, Rodriguez H: Isolated torsion of the fallopian tube in an adolescent: a case report. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2000 Aug; 13(3): 135-7