

MAYER-ROKİTANSKY-KÜSTER-HAUSER SENDROMU VE LAPAROSKOPİK YARDIMLI NEOVAJİNA OLUŞTURULMASI (MODİFİYE VECCHIETTI)

Fatih ŞENDAĞ, Ali AKDEMİR, Levent AKMAN, Mehmet Kemal ÖZTEKİN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

ÖZET

Objektif: Kliniğimizde "Neovagina Set" kullanarak ilk kez laparoskopik yardımcı neovagina oluşturulmuş Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) sendromlu 3 hastanın 6 aylık sonuçlarının değerlendirilmesi.

Planlama: Prospektif değerlendirme.

Ortam: Üniversite hastanesi

Hastalar: MHRK sendromu tanılı üç hasta.

Girişim: Neovajina set ile laparoskopik yardımcı neovagina (Modifiye Vecchietti) oluşturulması.

Değerlendirme Parametreleri: Operasyon zamanı, per-post operatif komplikasyonlar, anatomik ve fonksiyonel vaginal uzunluk, postoperatif bakım ve takip, vaginal epitelizasyon ve cinsel ilişki memnuniyeti değerlendirilmiştir.

Sonuç: Operasyon süresi sırası ile 60, 55, 50 dakikadır. Hastanede kalış süresi üç hasta içinde 7 gündür. Operasyon sonrası anatomik vaginal uzunluk sırası ile 7, 8, 9.5 cm dir. Vajinal epitelizasyon sırası ile 24, 20 ve 24. haftalarda tamamlandığı tespit edildi.

Yorum: Neovajina oluşturulması için laparoskopik modifiye Vecchietti tekniğinin bu amaç için oluşturulmuş ve standardize edilmiş "neovajina set" kullanılarak gerçekleştirilmesi MHRK sendromu olan hastalar için ilk tedavi seçenekleri arasında olduğu akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: laparoskopik yeni vajen oluşturulması, Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser sendromu, neovajina set, vecchietti prosedürü

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2013; Cilt: 10, Sayı: 4, Sayfa: 260- 66

MAYER-ROKİTANSKY-KÜSTER-HAUSER SYNDROME AND LAPAROSCOPIC ASSISTED CREATION OF NEOVAGINA (MODIFIED VECCHIETTI)

SUMMARY

Objective: To report the postoperative 6 month results of three patients with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) syndrome who underwent laparoscopic assisted creation of neovagina (Modified Vecchietti) by using "Neovagina Set" for the first time in our clinic.

Design: Prospective evaluation.

Setting: University hospital

Patients: Three patients with MHRK syndrome.

Interventions: Laparoscopic assisted creation of neovagina (Modified Vecchietti) by using neovagina set.

Main outcome measures: Duration of surgery, duration of hospitalisation, intraoperative and postoperative complications, postoperative respect and maintenance, anatomical and functional results, sexual satisfaction, vaginal epithelization.

Results: Operation times were 60, 55, 50 minutes, respectively. Hospitalisation was 7 days for three patients.

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Ali Akdemir, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, 35040 İzmir

Tel.: (0505) 674 89 04

e-posta: ali.akdemir@ege.edu.tr

Alındığı tarih: 27.08.2012, revizyon sonrası alınma: 18.12.2012, kabul tarihi: 09.01.2013, online yayın tarihi: 10.01.2013

Anatomical vaginal lenght was 7, 8, 9.5 cm, respectively and vaginal epithelization was completed at 24, 20, 24 months after surgery, respectively.

Conclusions: Laparoscopic modified Vecchiatti technique with using "neovagina set", which was created and was standardized for this operation, to performe a neovagina should be kept in mind as one of the first step option for patients with MHRK syndrome.

Key words: laparoscopic creation of neovagina, Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome, Neovagina set, Vecchiatti procesure, *Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2013; Vol: 10, Issue: 4, Pages: 260- 66*

GİRİŞ

Mayer-Rokitansky-Küstner-Hauser (MRKH) sendromu, normal karyotipe sahip hastalarda çeşitli müllerian kanal anormallikleri ile birlikte vajina ve uterus agenezisi ve normal sekonder seks karakterleri ile karakterize nadir bir konjenital anomalidir. İnsidansı 4000-5000 canlı kız doğumunda bir olarak tahmin edilmektedir⁽¹⁾. Normal karyotip ve normal dış genitalyaya sahip oldukları için hastalar genellikle adolesan dönemde primer amenore şikayeti ile tanı almaktadırlar. Ayrıca bu sendroma üriner yola ve iskelet sistemine ait ek anomaliler eşlik edebilmektedir. Etiyopatogenetik mekanizma tam olarak bilinmemekle birlikte, müllerian kanalların gestasyonun 4 ile 12 haftaları arasındaki birleşme yetersizlikleri nedeni ile ortaya çıktığı bilinmektedir⁽²⁾.

Sendroma sahip hastaların fiziksel ve psikolojik olarak engelleri olmadığı için normal bir cinsel hayata sahip olabilmeleri için tedavide yeniden bir vajina oluşturulması gerekmektedir^(3,4). Bu amaçla literatürde çok sayıda operatif teknik ile ilgili bildiriler olduğu görülmektedir. Operatif tekniklere bakılacak olursa girişimsel olmayan seri dilatasyon uygulamalarından, girişimsel olan McIndoe, intestinal vajinoplasti, Vecchiatti prosedürü, Davydov prosedürü, Wharton-Sheares-George prosedürü vb. gibi birçok farklı tekniğin yeniden vajina oluşturulması için kullanıldığı anlaşılmaktadır^(3,5-8). Bu operatif tekniklerin birbirlerine karşı avantaj ve dezavantajları olmakla birlikte temelde hemen hemen hepsinin ortak dezavantajı morbiditesi yüksek operasyonlar olmasıdır. Literatüre bakıldığında, günümüzde tüm cerrahi alanlarda olduğu gibi jinekoloji alanında da laparoskopik cerrahi yöntemleri ile daha az girişimsel cerrahi uygulamaları giderek artan yoğunlukta uygulandığı görülmektedir. Bu bağlamda yeniden vajen oluşturulması için kullanılan bazı operasyonların modifiye edilerek laparoskopik yolla daha az girişimsel prosedürlere dönüştürülerek

uygulandığı da anlaşılmaktadır.

Bahsi geçen operasyonlardan Vecchiatti prosedüründe; abdominovajinal yoldan rektovajinal boşluk diseke edildikten sonra agenetik vagenin internal olarak gerilmesi yöntemi ile uzatılması sağlanarak neovajina oluşturulmaktadır⁽⁹⁾. Laparoskopik modifiye Vecchiatti prosedüründe ise rektovajinal boşluk diseke edilmeden aynı şekilde neovajina oluşturulması uygulanmaktadır^(5,6). Laparoskopik yolla gerçekleştirilen Vecchiatti operasyonun tarihsel sürecinde agenetik vagenin gerilmesi işlemi için çeşitli otörler tarafından farklı mekanizma ve aletler kullanıldığı görülmektedir. Son dönemde bu operasyonu gerçekleştirilmesinde "Neovagina Set" (Karl-Storz, Almanya) isimli bu operasyon için geliştirilmiş ve standardize edilip onaylanmış özel bir setin kullanımı dikkat çekmektedir.

Bizim bu bildirimizde amacımız kliniğimizde ilk kez gerçekleştirdiğimiz "Neovagina Set" kullanılarak laparoskopik yardımcı neovajen oluşturulmuş (modifiye Vecchiatti) 3 hastamızın sonuçlarını güncel literatür bakışı ile bildirmektir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Kliniğimizde 3 hastada "Neovajina Set" kullanılarak laparoskopik yardımcı neovajina oluşturulması (Modifiye Vecchiatti) operasyonu gerçekleştirilmiştir. Hastalar preoperatif olarak tam klinik muayene, karyotip tayini, sonografik ve manyetik rezonans görüntüleme tetkikleri ile değerlendirilmiştir. Operatif teknik ile ilgili sonuçlar (operasyon süresi, hastanede kalış süresi, komplikasyon), fonksiyonel sonuçlar (anatomik ve fonksiyonel vajinal uzunluk, vajinal genişlik, vajinal epitelizasyon), operasyon sonrası cinsel yaşam sonuçları (cinsel ilişkiye başlama zamanı, ilişki sırasında ağrı, lubrikant ihtiyacı, memnuniyet) değerlendirilmiştir. Hastalardan detaylı bilgilendirilmiş

gönüllü olur formu imzaları alınmıştır.

Operatif Teknik

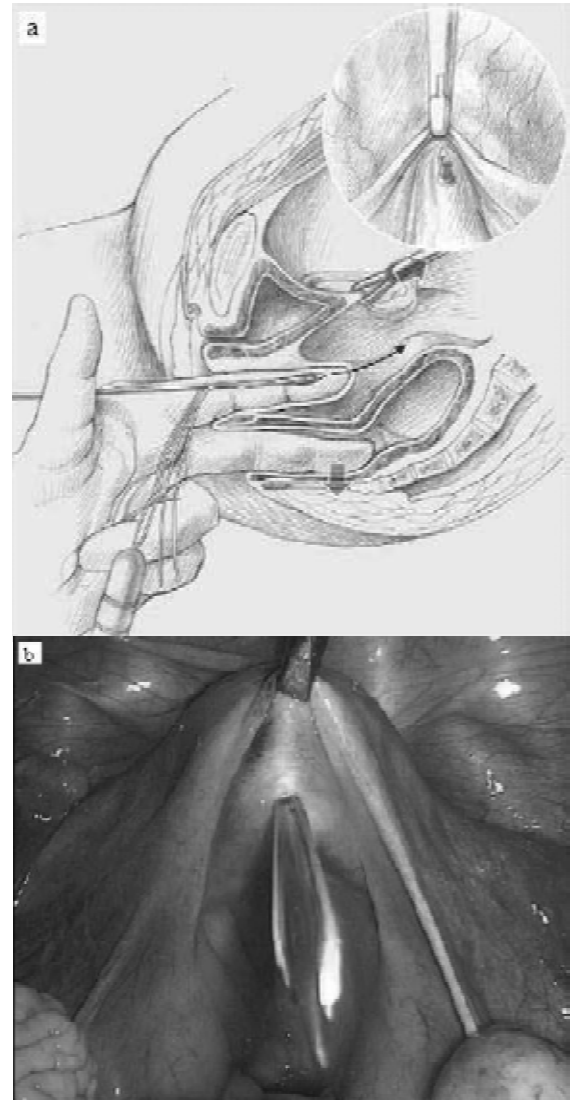
Bu operasyonu gerçekleştirmek içeriğinde traksiyon cihazı, düz ve eğri ip kılavuzları ve çeşitli boyutlarda vaginal kalıpları içeren bu operasyon için geliştirilmiş bir kit "Neovajina Set" (Karl-Storz, Almanya) kullanıldı (Resim 1).



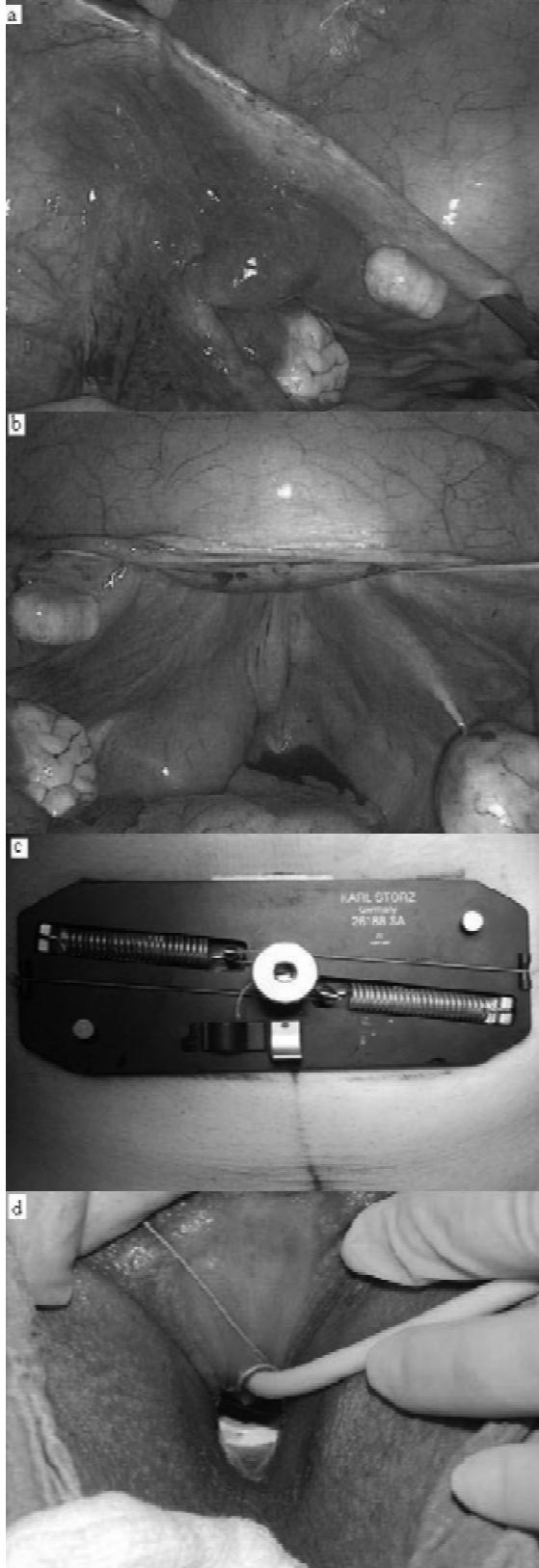
Resim 1: Neovajina Set, 1. traksiyon cihazı, 2. düz ip klavuzu, 3. eğri ip klavuzu, 4. farklı çap ve boyutlarda dilatatörler, 5. traksiyon ipi.

Her üç operasyonda endotrakeal genel anestezi altında dorsolitotomi pozisyonunda gerçekleştirilmiştir. İlk olarak umbilikustan veress iğnesi ile pnömoperitonyum sağlandıktan sonra umbilikustan 10 mm ve suprapubik 5 mm trokarlar batına girilerek pelvik gözlem yapılmıştır. Ardından laparoskopik ve sistoskopik gözlem eşliğinde kör vajen tepesinden düz ip kılavuzu kullanılarak batın içerisine 4 numara traksiyon ipleri (Trylene, Serag-Weissner KG, Naila, Almanya) gönderebilmek için yapılacak perforasyon düzenli belirlendi. Kör vajen tepesi bilateral işaret parmakları ile kontrollü bir şekilde abdomene doğru itilerek kör vajen tepesinde bir miktar gevşeme oluşması sağlandı. Ardından bir el orta parmağı rektumu posteriora doğru iterken, kör vajendeki işaret parmağının yönlendirmesi ile düz ip klavuzu ile kör vajen perfor edildi ve traksiyon ipleri batın içerisine alındı. Bu işlem sırasında mesane yaralanmasını önlemek için laparoskopik olarak rudimenter uterus laparoskopik forseps ile kraniyo ventral olarak çekildi (Resim 2). Vajenden dışarı doğru uzanan traksiyon ipleri 3 cm çapında 3 cm uzunluğunda vajen kalıbına bağlanarak operasyon sonunda uygulanacak traksiyon için hazır hale getirildi. Daha sonra traksiyon cihazı kraniyal kenarı mümkün olduğunca umbilikusun alt kavsının

hizasına yerleştirilecek şekilde cilt üzerine çizim yapılarak traksiyon iplerinin batın dışarısına çıkartılacağı noktalar işaretlendi. Bu noktalardan birkaç mm lik kesi yapılarak eğri ip kılavuzları batın içerisine alındı ve subperitoneal olarak kör vajen tepesine kadar ilerletildi (Resim 3). Bu işlem sırasında mesane yaklaşık 300 cc serum fizyolojik ile doldurularak sınırları belirginleştirildi ve eğri ip kılavuzu ile mesane yaralanması önlenildi. Kör vajen tepesinden batın içerisine alınan traksiyon ipleri eğri ip kılavuzuna takılarak subperitoneal olarak batın dışarısına alındı. Ardından batın üzerinde çizim yapılmış alana traksiyon cihazı yerleştirildi ve batın dışarısına alınan ipler traksiyon cihazına sabitlendi. Son olarak traksiyon cihazı üzerindeki vida kullanılarak traksiyon ipleri gerilerek kör vajen internal olarak gerildi ve operasyona son verildi (Resim 3).



Resim 2: Kör vajen tepesinin düz ip klavuzu ile abdomene perfor edilmesi. a. grafik çizim, b. peroperatif görüntü.



Resim 3: a. eğri ip klavuzu ile subperitoneal tünel oluşturulması, b. bilateral olarak iplerin subperitoneal tünelden dışarı alınması sonrası pelvik görünüm, c. traksiyon cihazının umbilikus hizasına yerleştirilmesi ve iplerin bağlanması, d. peroperatif traksiyon cihazının kurulması sonrası perineal görünüm.

Postoperatif 5 gün boyunca her gün traksiyon cihazı vida yardımı ile gerilerek kör vajende uzama sağlandı. Günlük traksiyonlarda oluşan ağrıların giderilebilmesi için epidural kateter aracılığı ile analjezi sağlandı. Hastaların traksiyon cihazı ile mobilizasyonları kısıtlı olduğu için foley idrar sondası 5 gün süre ile yerinde bırakıldı. Hastalara 5 gün boyunca profilaktik antibiyotik ve düşük moleküler ağırlıklı heparin tedavisi uygulandı.

Postoperatif 5. gün intravenöz sedasyon eşliğinde traksiyon ipleri kesilerek traksiyon cihazı ve traksiyon ipleri ile vajendeki kısa vagen kalıbı çıkartıldı. Aynı seansta vajen derinliği tespit edilerek estrogenli krem uygulanmış uygun boyut ve uzunluktaki vajen kalıpları vajene yerleştirildi ve foley idrar sondaları çıkartıldı. Hastalar postoperatif 7. günde 3 ay boyunca kendilerine verilen vajen kalıplarını cinsel ilişki, tuvalet ve banyo ihtiyaçları dışında çıkartmamaları konusunda uyarılarak taburcu edildi (Hastalara cinsel ilişki için 1 ay sonra izin verildi). Tüm hastalar 1 ay boyunca haftada bir, sonrasında ayda bir kez kontrol edildi. Hastalara verilen vajen kalıplarını her çıkarttıklarında sabun ile yıkamaları ve üzerine östrojenli krem sürdükten sonra tekrar vajene tatbik etmeleri konusunda bilgi verildi. Postoperatif 3. aydan sonra hastaların düzenli ilişkisi olmaması halinde 6. aya kadar haftada birkaç kez gece yatarken vajen kalıplarının uygun şekilde vajene yerleştirmeleri ayrıca öğütlendi.

Sonuçlar

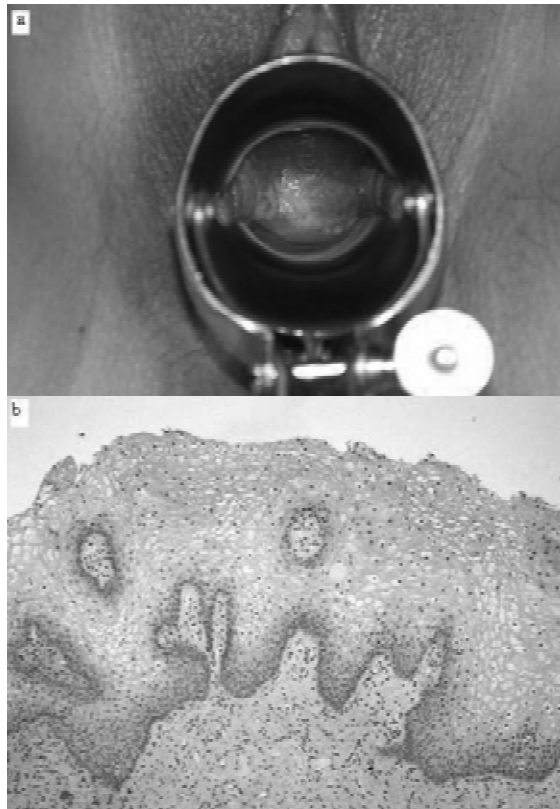
Hastaların yaşları sırası ile 24, 30 ve 36 idi. Her üç hastanın da daha önce geçirilmiş bir batın cerrahisi ve vaginal agenezi dışında herhangi bir ek anomalisi yoktu.

Operatif metod ile ilgili sonuçlar, fonksiyonel sonuçlar ile operasyon sonrası cinsel yaşam sonuçları sırası ile tablo 1 gösterilmiştir. Operatif teknik ile ilgili olarak peroperatif herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılmadı. Postoperatif 48. saatte 2 hastamızda 38.5 C yi bulan ve 2 gün süren ateş yüksekliği ve 1 hastamızda postoperatif 1. ayda idrar yolu enfeksiyonu görüldü ve medikal olarak tedavi edildi. Traksiyon cihazının postoperatif 5 gün boyunca hastada bulunduğu dönemde analjezi kontrolü için kullanılan epidural kateter ile ilgili herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılmadı. Her üç hastada operasyon sonrası 7. günde taburcu edilmiştir. Hastaların kontrollerinde vajinal epitelizasyonun değerlendirilmesi amacı ile

kolposkopik bakı ve Schiller testi uygulandı. Epitelizasyon kolposkopik olarak ve Shiller testi ile subjektif olarak tamamlandığı düşünüldüğünde vajinal biyopsi yapılarak patolojik olarak konfirme edildi (Resim 4).

Tablo 1: Operatif teknik, anatomik ve fonksiyonel sonuçlar ile operasyon sonrası cinsel yaşam sonuçları. Anatomik vajinal uzunluk vajen tepesinin her hangi bir şekilde abdomene doğru itilmeden, fonksiyonel vajinal uzunluk ise vajen tepesinin abdomene doğru hafifçe itilerek ölçülen uzunluk olarak hesaplanmıştır. (* postoperatif 6. ay itibari ile cinsel partneri yok).

| | Olgu 1 | Olgu 2 | Olgu 3 |
|--------------------------------------|--------|--------|--------|
| Operasyon süresi (dk) | 60 | 55 | 50 |
| Preoperatif vajinal uzunluk (cm) | 1.5 | 2 | 2.5 |
| Anatomik vajinal uzunluk (cm) | | | |
| 3. ay | 7.5 | 8.5 | 10 |
| 6. ay | 7.0 | 8.0 | 9.5 |
| Fonksiyonel vajinal uzunluk (cm) | | | |
| 3. ay | 9.0 | 9.5 | 11.5 |
| 6. ay | 8.5 | 9.0 | 11.5 |
| Vajinal genişlik (cm) | | | |
| 3. ay | 2 | 2 | 2.5 |
| 6. ay | 2 | 2 | 2.5 |
| İlk cinsel ilişki (hafta) | 6 | 5 | * |
| Lubrikant ihtiyacı | Yok | Yok | * |
| Cinsel ilişki sırasında ağrı | Hayır | Hayır | * |
| Vajinal epitelizasyon zamanı (hafta) | 24 | 20 | 24 |



Resim 4: a. Postoperatif 6. ayda spekulum muayenesi. b. Vajinal epitelizasyon.

Hastalarımızdan ikisi evli idi ve cinsel ilişki memnuniyeti sorulduğunda her iki hasta ve eşleri memnun olduklarını belirttiler. Bir hastamız ise post operatif 6. ay itibari ile henüz cinsel ilişki tecrübesi yoktu.

TARTIŞMA

MHRK sendromunda uterus, serviks ve 2/3 üst vajenin kombine agenezisi bulunmaktadır. Diğer taraftan bu hastaların fenotipleri, endokrinolojik durumları ve dış genitelyaları normaldir. Bu yüzden hastaların kendilerinin ve partnerlerinin normal bir cinsel yaşama sahip olma istekleri tedavide en önemli noktadır. Bu isteği yerine getirebilmek için uygulanacak cerrahi prosedürden normale en yakın anatomik ve fonksiyonel vajen boyutları oluşturması beklenirken, vajende gelişebilecek striktür oranının en az olması, operatif morbiditenin en az olması, genital bölgede ve diğer vücut kısımlarında kozmetik olarak iyi sonuçlarının olması bu prosedürden beklenen diğer sonuçlar olarak göze çarpmaktadır⁽¹⁰⁾. Bu sonuçlara ulaşabilmek için yıllardır çok sayıda operasyon tarif edilmiştir.

Artan çap ve uzunlukta dilatatörler kullanılarak yeniden vajen oluşturma çabası Frank tarafından 1938 de tarif edilmiştir⁽¹¹⁾. Bu teknik ile ilgili başarılı sonuçlar bildirilmiş olsa da hastaların tedaviye uyumu, anksiyetesi ve hastaların tedaviyi ileri derecede konforsuz bulmaları dezavantaj olarak bildirilmiştir (12).

McIndoe (Abbe-McIndoe-Reed) tekniği literatürde en sık bahsi geçen prosedürlerden biridir. Rektum ve mesane arasındaki boşluğun künt şekilde diseksiyonu sonrası oluşturulan boşluğa kalçadan, uyluktan ya da abdomenden alınan kısmi kalınlıktaki deri grefti ile sarılmış dilatatörün 7 gün boyunca uygulanması ile vajen oluşturulması tekniğidir. Greft ilerleyen süreçte epitelize olarak yeni oluşan vajeni kaplamaktadır. Abdominal yaklaşım gerektirmemesi ve düşük morbidite avantajları olarak sayılabilmekte iken, greft yerinde kötü kozmetik sonuç, operasyon sonrası dilatatör kullanımı gerektirmesi ve yeni oluşturulan vajende stenoz ve cinsel ilişki sırasında lubrikant kullanım ihtiyacı dezavantajları olarak sayılabılır^(6,13). Özellikle genç yaşta hastaların deri grefti alınan bölgelerdeki kozmetik şikayetlerinden dolayı vajen

döşemesini oluşturması amacıyla kör vajenden alınan doku örneğinin hücre kültür ortamında çoğaltılarak dilatatöre sarılması ve bu şekilde vajene yerleştirilmesi ile ilgili yüz güldürücü bildiriler de bulunmaktadır⁽¹⁴⁾. Bu sayede yeni oluşturulan vajen epitelizasyonu orjinal halini almış olmaktadır ve özellikle cinsel ilişki sırasında lubrikant kullanım ihtiyacı da azalmaktadır.

İntestinal vajinoplasti, rektum, sigmoid kolon ya da ileum segmenti kullanılarak yeni vajen oluşturulması tekniğidir. Serbestleştirilen 10-12 cm lik intestinal segment vasküler pedikülü korunarak pelvise traspoze edilir ve abdomende kalan proksimal uç kapatılır. Segmentin çıkartılması sonrası geride kalan intestinal bölüm ise uç uca anastomoz ile birleştirilir⁽³⁾.

Avantajları arasında postoperatif dilatasyon gerektirmemesi, erken incel ilişki, lubrikant kullanma ihtiyaç duyulmaması sayılırken, zor bir cerrahi teknik olması, morbiditesinin yüksek olması, postoperatif yoğun mukus içerikli vajinal akıntı görülmesi, postoperatif prolapsus riski ve yeni oluşturulan vajende göreceli yüksek neoplazi riski dezavantajlarıdır^(3,15). Bu nedenlerle günümüzde ilk basamak tedaviden daha çok daha önce başarısız cerrahi deneyimler geçiren hastalarda uygulanması önerilmektedir^(10,15).

Davydov prosedürü, yeni vajen oluşturmak için rekto vezikal boşluğun prineal yoldan açılması sonrası abdominal yoldan pelvik yan duvarlar ve douglas boşluğundaki serbestleştirilen peritonun perineye ulaştırılmasıdır. Anlaşılacağı üzere yeni oluşturulan vajenin döşemesi periton ile sağlanmaktadır. Prosedürün abdominal kısmı günümüzde laparoskopik olarak da yapılabilmektedir. Avantajları arasında düşük morbidite sayılırken, dezavantajları arasında postoperatif pelvik yapışıklıklar, postoperatif dilatatör gereksinimi, özellikle pelvik böbrek anomalisi olan hastalardaki operatif zorluklar gösterilmektedir^(7,16).

Vecchiatti tekniği yeni vajen oluşturulması için dilatasyon yerine vajen tepesinin ipler ile adomenden gerilerek çekilmesi temelinde uygulanan bir operasyondur. İlk zamanlarda abdominal ve vajinal yol kombine kullanımı tarif edilmiş olsa da günümüzde vajinal yoldan rektovezikal aralık açılmadan laparoskopik olarak kör vajen tepesinin özel cihazlar kullanılarak gerilmesi şeklinde yapılabilmektedir. Kullanılacak gergi cihazı ile ilgili önceleri bir ortak görüş olmamakla beraber farklı cerrahlar kendilerine göre metodlar kullanmışlardır. Son dönemde bu operasyon için geliştirilmiş, standardize edilmiş ve

onay almış bir set olan "Neovajina set" kullanılarak gerçekleştirilen operasyonlar ile standardize olmayan eski traksiyon cihazları kullanılarak gerçekleştirilen operasyonlara göre daha uygun yeni vajina oluşturulabileceği ve operasyon sürelerinin daha kısa ve daha az morbidite geliştiği yönünde bildireler göze çarpmaktadır⁽⁵⁾. Bununla beraber yeni geliştirilen bu traksiyon cihazının hastanın batın ön duvarındaki yerleşim yerinin neresi olması gerektiği üzerinde tartışmalarda mevcuttur. Bazı otörler suprapubik yerleşimi savunurken bazıları da bizim gibi umbilikus hizasına yerleştirilmesini ve böylece agenetik vajenin normal vajen aksına en uygun şekilde gerilebileceğini savunmaktadır⁽⁵⁻⁷⁾. Genel olarak laparoskopik Vecchiatti tekniğinin avantajları arasında kısa operasyon süresi, tekniğin öğrenilmesinin kolay olması, düşük morbidite, özellikle pelvik böbrek anomalisi olan hastalarda uygulanabilmesi, cinsel ilişki sırasında lubrikant kullanım ihtiyacı olmaması sayılırken, uzun hospitalizasyon süresi, uzun süreli mesane kateterizasyonu, postoperatif dilatatör gereksinimi dezavantajları arasında gösterilmektedir⁽⁵⁻⁷⁾. Ayrıca Neovajina Set' in kendi maliyeti ve operatif tekniğe bağlı olarak hastanede kalış süresinin uzun olmasından kaynaklanan yüksek maliyet dezavantajlar arasında unutulmamalıdır.

Yukarıda bahsi geçen çeşitli cerrahi prosedürlerin başarı ve cinsel hayatla ilgili başarı oranları birbirine yakın olarak bildirilse de özellikle "Modifiye Davydov ve Modifiye Vecchiatti" teknikleri laparoskopik olarak uygulanabilmeleri ve az komplikasyon oranları nedeniyle son yıllarda üzerinde çokça durulan operasyonlar olarak göze çarpmaktadır. Modifiye Vecchiatt operasyonu vajinal yoldan cerrahi müdahaleye ihtiyaç göstermemesi ve prosedürün kolay gerçekleştirilebilmesi nedeniyle biraz daha öne çıktığı düşünülebilir. Özellikle bizim bildirimimizde hasta sayısı her ne kadar 3 ile sınırlı olsa da anatomik ve fonksiyonel vajinal uzunluk oranlarının yeterli olması ve hastalardan ikisinin cinsel deneyimlerinden memnun olmaları ve operasyonun kolay uygulanabilme özelliği göze çarpmaktadır. Yinede özellikle traksiyon cihazının hasta üzerinde bulundurulduğu postoperatif 5 günlük sürecin yakın takip ve analjezi kontrolü gerektirdiği, taburcu sonrası hastaların dilatatör kullanımı ve hastane kontrollerine dikkat etmeleri gerekliliği unutulmamalıdır.

Sonuç olarak MHRK sendromuna sahip hastalar ile karşılaşıldığında tedavi seçeneklerinin hastalar ile

detaylıca tartışılması gerekliliğinin yanında uygulanacak yöntem ile ilgili cerrahın tecrübe ve deneyiminin de göz önünde bulundurulması gerektiği unutulmamalıdır.

Teşekkür

Neovajina Set kullanılarak laparoskopik yardımcı neovajina oluşturulması ile ilgili teknik bilgi ve tecrübelerini sınırsızca bizlerle paylaşan Dr. Sara Brucker' e teşekkürlerimizi sunarız.

KAYNAKLAR

1. Rock JA, Aziz R. Genital anomalies in childhood. Clin Obstet Gynecol 1987 Sep;30(3):682-96.
2. Oppelt P, Renner SP, Kellemann A, Brucker S, Hauser GA, Ludwig KS, et al. Clinical aspects of Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: recommendations for clinical diagnosis and staging. Hum Reprod 2006 Mar;21(3):792-7.
3. Karateke A, Haliloğlu B, Parlak O, Cam C, Coskuer H. Intestinal vaginoplasty: seven years experience of a tertiary center. Fertil Steril. 2010 Nov;94(6):2312-5.
4. Alpaslan Kaban, Uğur Ateş, Işık Kaban, Alim Özcan. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Sendromlu 35 yaşındaki hastanın siklik pelvik ağrı tedavisi. J Turk Soc Obstet Gynecol. 2012; 9(1):6-9.
5. Brucker SY, Gegusch M, Zubke W, Rall K, Gauwerky JF, Wallwiener D. Neovagina creation in vaginal agenesis: development of a new laparoscopic Vecchietti-based procedure and optimized instruments in a prospective comparative interventional study in 101 patients. Fertil Steril. 2008 Nov; 90(5):1940-52.
6. Fedele L, Frontino G, Motta F, Restelli E, Candiani M. Creation of a neovagina in Rokitansky patients with a pelvic kidney: comparison of long-term results of the modified Vecchietti and McIndoe techniques. Fertil Steril. 2010 Mar 1;93(4):1280-5.
7. Bianchi S, Frontino G, Ciappina N, Restelli E, Fedele L. Creation of a neovagina in Rokitansky syndrome: comparison between two laparoscopic techniques. Fertil Steril. 2011 Mar 1;95(3):1098-100.
8. Walch K, Kowarik E, Leithner K, Schätz T, Dörfler D, Wenzl R. Functional and anatomic results after creation of a neovagina according to Wharton-Sheares-George in patients with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome-long-term follow-up. Fertil Steril. 2011 Aug;96(2):492-7.
9. Vecchietti G. [Creation of an artificial vagina in Rokitansky-Küster-Hauser syndrome]. Attual Ostet Ginecol 1965 Mar-Apr;11(2):131-47.
10. Davies MC, Creighton SM. Vaginoplasty. Curr Opin Urol. 2007 Nov;17(6):415-8.
11. Ismail-Pratt IS, Bikoo M, Liao LM, Conway GS, Creighton SM. Normalization of the vagina by dilator treatment alone in Complete Androgen Insensitivity Syndrome and Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome. Hum Reprod. 2007 Jul;22(7):2020-4.
12. Liao L, Doyle J, Crouch NS, Creighton SM. Dilatation as treatment for vaginal agenesis and hypoplasia: a pilot exploration of benefits and barriers as perceived by patients. J Obstet Gynaecol. 2006 Feb;26(2):144-8.
13. Klingele CJ, Gebhart JB, Croak AJ, DiMarco CS, Lesnick TG, Lee RA. McIndoe procedure for vaginal agenesis: long-term outcome and effect on quality of life. Am J Obstet Gynecol. 2003 Dec;189(6):1569-72.
14. Panici PB, Bellati F, Boni T, Francescangeli F, Frati L, Marchese C. Vaginoplasty using autologous in vitro cultured vaginal tissue in a patient with Mayer-von-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. Hum Reprod. 2007 Jul;22(7):2025-8.
15. Hensle TW, Shabsigh A, Shabsigh R, Reiley EA, Meyer-Bahlburg HF. Sexual function following bowel vaginoplasty. J Urol. 2006 Jun;175(6):2283-6.
16. Giannesi A, Marchiole P, Benchaib M, Chevret-Measson M, Mathevet P, Dargent D. Sexuality after laparoscopic Davydov in patients affected by congenital complete vaginal agenesis associated with uterine agenesis or hypoplasia. Hum Reprod. 2005 Oct;20(10):2954-7.