

Modifiye Pudental Uyluk Flebi ile Vajen Rekonstrüksiyonu

VAGINAL RECONSTRUCTION WITH MODIFIED PUDENTAL THIGH FLAP

Tayfun AKÖZ, Bülent ERDOĞAN, Metin GÖRGÜ, Fikret ÇELİK, Orgun DEREN, Ahmet TERZİOĞLU

Ankara Numune Hastanesi 1. Plastik Cerrahi Kliniği

ÖZET

Amaç: Vajen rekonstrüksiyonunda son zamanlarda popülarize olan pudental Hepte yaptığımız modifikasyonu ve uyguladığımız olguları sunmak, sonuçları literatür bilgileri ile kıyaslamak.

Materyal ve Metod: Çalışmaya Müllerian tipi vajinal agenezili iki ve testiküler feminizasyon sendromlu bir hasta alındı. Bu hastalarda gerekli tetkikleri takiben vajen rekonstrüksiyonu planlandı. Yöntem olarak seçilen pudental uyluk flebi ve rekonstrüksiyonda oluşturulan neovajinanın kontrakte olmasını azaltmak üzere modifikasyon yapıldı. Yöntem sunularak modifikasyon nedeni açıklanıldı.

Bulgular: Postoperatif komplikasyon oluşmadı. Uzun dönemde neovajinada kontraktür gözlenmedi. Fizik muayenede üç ay içinde sağlam ve stabil bir vajen duvarı oluştuğu görüldü.

Sonuç: Erken ve geç dönem sonuçlarına göre, uygulanan teknik ve modifikasyon anatomiye uygun ve fonksiyonel vajina oluşturulmasını sağladı.

Anahtar Kelimeler: Vajen Rekonstrüksiyonu, Uyluk flebi, Pudental uyluk flebi.

T Klin Jineköl Obst 1995,5:115-118

Vajen rekonstrüksiyonunda kullanılan operatif teknikler, esas olarak yeni vaginanın düzgün akslı, yeterli büyüklükte, duyu taşır ve salgı yapar özellikleri sağlayacak yöntemleri sunmuşlardır (1-4).

Vajina rekonstrüksiyon metotları oldukça eskiye dayanmaktadır. Bu yöntemler tarihsel nitelikleri ile Goldwyn tarafından ele alınmıştır (4). İlk kez Dupuytren (1817) basit konstrüksiyonu (kavite disseksiyonu ve spontan epitelizasyon) denedi. Sirequiref (1892) vajina rekonstrüksiyonunda rektum ve kolonu kullandı.

Geliş Tarihi: 23.11.94

Yazışma Adresi: Tayfun AKÖZ
Mediha Eldem Sok. No: 60/2
06420, Kızılay, ANKARA

T Klin J Gynecol Obst 1995, 5

SUMMARY

Objective: To evaluate the effectiveness of a modified vaginal reconstruction method using pudental thigh flap that has recently become a preferred flap for this purpose, and to compare the results with the literature review.

Institution: Ankara Numune Community Hospital, 1st Plastic Surgery Clinic.

Materials and Methods: Three patients, two with Mullerian vaginal agenesis and one with testicular feminization syndrome were included to this study. All patients underwent vaginal reconstruction operation. We modified the pudental thigh flap that was the preferred method, in order to prevent contraction of neovagina. We presented the technique and explained the reason of the modification.

Findings: There was no postoperative complication. Neovaginal shrinkage and stenosis were not seen. In physical examination, durable and stable vaginal walls were found in three months.

Results: According to early and late postoperative results, the technique and the modification provide a functional and anatomically acceptable neovagina.

Key Words: Vaginal Reconstruction, Thigh Flap, Pudental Thigh Flap

T Klin J Gynecol Obst 1995,5:115-118

İlk kez Abbe (1898) kısmi kalınlıkta deri grefti ile astarlama yaptı. Bu teknik Mc Indoe (1938) ve Banister tarafından popülarize edildi. 1904'te Baldwin ileal flebi, Jewett labial grefti kullandı. 1938'de Frank operasyon gereksizinin intermitten basınçla dilatasyon tekniğini tarif etti. Vajinal kavitenin periton, amniyotik membran, mezenter, appendiks hernial sac ve anneden kızına vajinal transplant kullanarak astarlandığı teknikler de tarif edilmiştir. Hartramp, Schefflin ve Black tarafından rektus abdominis, Mc Graw ve Dibbel (1976) tarafından grasilis kas deri flefleri kullanılarak vajen rekonstrükte edilmiştir. 1981'de Huang kasık flebini, 1986'da Song ve arkadaşları labia major ve minörün bilateral Heplerini, yakın zamanda Wong ve arkadaşları suprafacial pleksusa dayalı medial üst uyluktan fasiokutanöz flebi tarif etmişlerdir. Günümüzde McIndoe tarafından popülarize edilen yeni vajinal boşluğun deri grefti ile

astarlama tekniği küçük modifikasyonlarla uygulanan hemen en yaygın tekniktir (4,5). Bununla birlikte bu tekniklerin bazılarında duyulan memnuniyetsizlik yeni arayışlara yol açmıştır. Perineal bölge ve üst uyluğun vasküler ve nöral yapılarının ayrıntılı incelenmesi, güvenilir vasküler pedikülü ve özel inervasyonu ile pudental uyluk flebini gündeme getirmiştir (6,7). Bu şekilde en iyiye uzanma çabaları, yeni teknik ve modifikasyonların ortaya çıkmasını sağlamaktadır.

MATERYAL ve METOD

Müllerian tipi vaginal agenezili iki ve testiküler feminizasyon sendromlu bir hastada modifiye ettiğimiz yöntemi kullandık. Oluşturulan vajinanın deri grefti ile rekonstrükte edildiği vakalarda kontraksiyonun çok fazla olması, donör saha morbiditesi, uzun süreli yer tutucu kullanma gerekliliği gibi olumsuz yönler nedeniyle fleple rekonstrüksiyonu tercih ettik. Bunun yanında uyguladığımız yöntemde kattığımız modifikasyonlarla, vajen boşluğunda oluşabilecek insizyon hattı striktürlerini önlemeyi ve donör sahanın karşılıklı üçgen fleplerle daha kolay ve daha az kontraksiyon ile kapanmasını amaçladık.

VAKA 1: 23 yaşında primer amenoreli hastanın yapılan fizik muayenesinde mons pubis kiılanması, labium majör ve minorlar normal, memeler hipoplazikti. Rektal tuşede uterus ve vajen palpe edilemedi. IVP ve USG tetkiklerinde sol ektopik böbrek ve ektopik över tespit edildi. Endokrinolojik tetkiklerinde T4, TSH, FSH, LH, progesteron normal, preovulatar estradiol düşük bulundu. Müllerian tipi vajinal agenezi tanısı kondu (Resim 1).

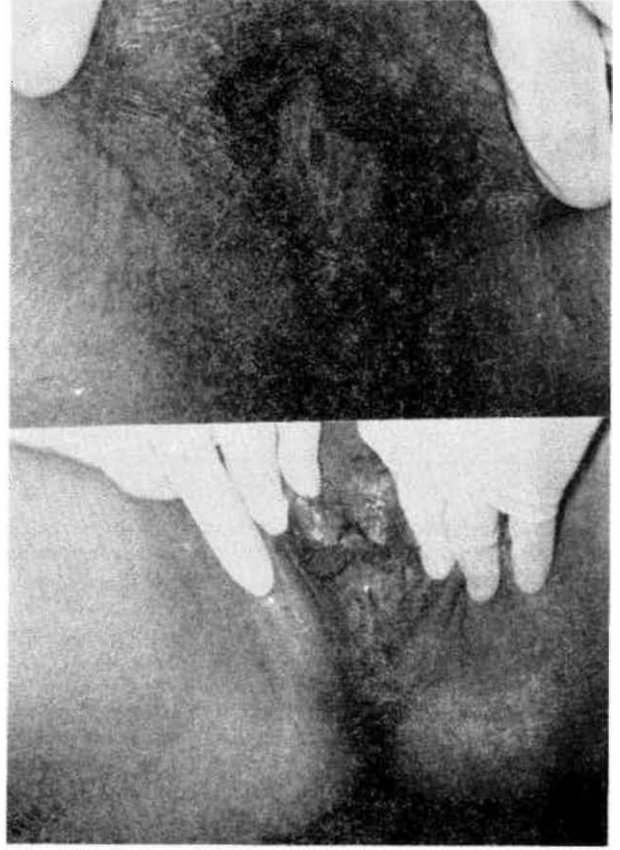
r amenore ve her iki uylukta kitle nedeniyle başka bir merkeze başvuran 18 yaşındaki hastanın yapılan tetkikleri ve kromozom analizleri sonucunda Testiküler Feminizasyon tanısı konulmuştu. Hastanın tarafımızdan vajen rekonstrüksiyonu için yatırıldı. Vakanın ilginç bir yanı, eksize edilen testislerden birinde adenom tesbit edilmesiydi. Postoperatif dönemde hastaya hormon replasmanı yapılmaya başlandı.

VAKA 3: 17 yaşındaki hasta, primer amenore nedeniyle başvurmuş, ilgili bölümce yapılan tetkikleri sonucunda Müllerian vajinal agenezi tanısı konulmuştu. Her iki bölümün ortak görüşü ile fleple rekonstrüksiyon planlandı.

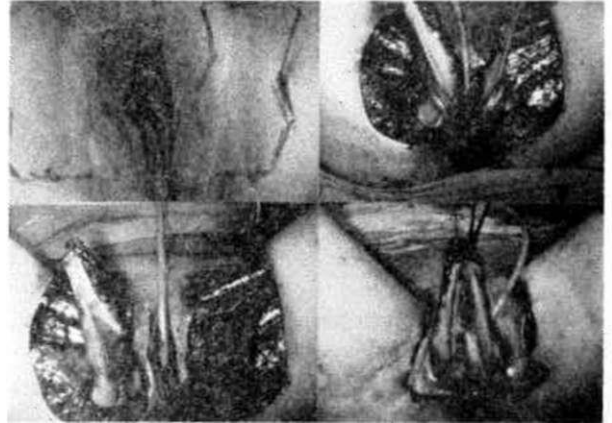
Her üç hastada da vajinal agenezi komplet denecek düzeydeydi.

CERRAHİ İŞLEM

Hasta genel anestezi altında litotomi pozisyonunda jinekoloji masasına yatırılır. Mesaneye uretral kateter yerleştirilir. Labium majör retratö© edilir ve maksimum ekspozisyonu sağlamak için gerekirse lateraie dikilir. Uretral kateter ve rektuma konan bir parmak, kör ve keskin disseksiyonla oluşturulacak yeni vajen boşluğunda mesaneyi ve rektumu tanımamıza yardımcı olur. Uretra posteriorunda rektum ile üretra arasında

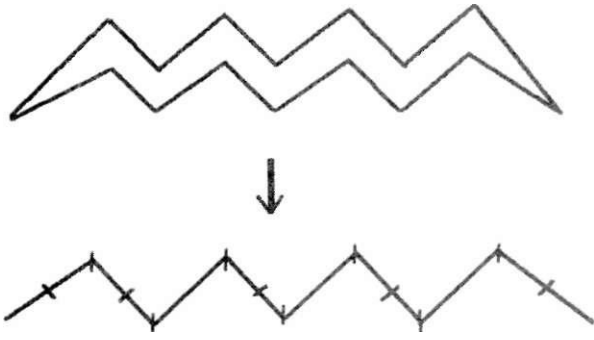


Resim 1: İlk vakanın preoperatif görüntüsü.
Figure 1: Preoperative appearance of the first patient.



Resim 2: Vakanın planlaması ve intraoperatif görünümü.
Figure 2: The planning of the operation and intraoperative view.

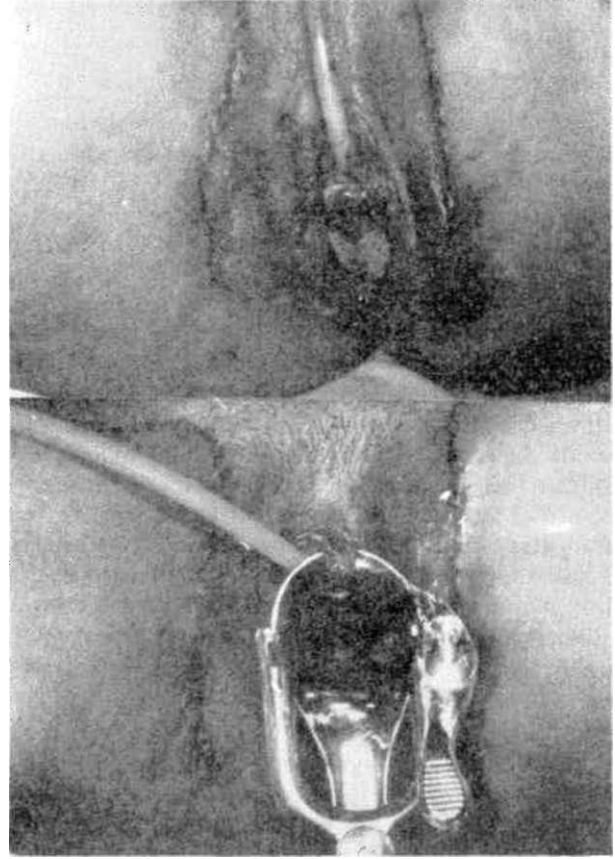
"U" şeklinde insizyonla yeni vagina poşu oluşturulmaya başlanır. Elektrokoter ve ligasyonla hemostaz sağlanır. Her iki vulvoperineal flep uyluk kriz hattı merkezde kalmak üzere planlanır (Resim 2). Flep çiziminde dikkat edilecek nokta, kenarların kırık çizgi tarzında olması ve flep elevasyonundan sonra donör sahanın primer



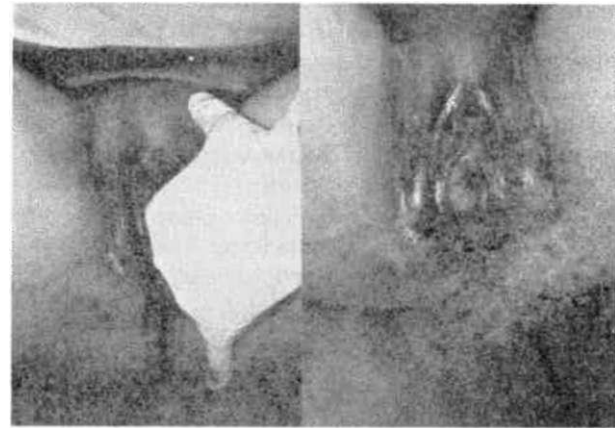
Şekil 1. W-plastinin uygulanış şekli.
Illustration 1 The application of W-plasty.

sütür esnasında karşılıklı içi içe girecek şekilde planlanmasıdır (Şekil 1). Modifiye ettiğimiz bu planlama, sütür hattında kontraktürü önlemeyi ve hem Heplerin birbirine sütüre edilmesinde hem de flep donör sahasının kapatılmasında gerilimi önlemeyi amaçlamaktadır. Bu flepler posterior labial arter bazlı ve pudental sinirin posterior labial dalını taşımaktadır. Pedikülünün sağladığı yüksek beslenme oranı ile 16x6 cm. ölçülerinde dahi flepler kaldırılabilir. Flep elevasyonuna lateral kenardan başlanır, adduktor longus kasına doğru disseksiyon yapılır. Adduktor longus fasyası insize edilip adduktor kasların epimisyumu da flebe katılarak Hepteki nörovas küler yapılar korunmalıdır. Daha sonra yeni vajinal orifis ve suprapubik çizgi arasında flebin medial kenarı eleve edilir. Fleplerin tabanı oluşturulan vajen girişi ile aynı transvers çizgide olmalıdır. Böylece özel innervasyonlu fasyokutanöz flepler kaldırılmış olur. Labiumun inferior kısmında, flepleri vajene taşıyacak bir subkutanöz tünel oluşturulur. Fleplerin bu tünele uyumlu kısımları dezepitelize edilir. Tünelden geçirilen her iki flep yeni vajen poşu önünde bir araya getirilir. Fleplerin deri yüzeyi birbirine bakacak şekilde tüp haline getirilmiştir. Fleplerin distal ucu ve posterior kenarları daha önceki insizyon planına uygun olarak devamlı kırık çizgi şeklinde birbirine sütüre edilir. Manüplasyon zorluğu taşımamasına rağmen anterior kenarlarda üçgen fleplerin uçlarına sütür konur. Eldiven parmağı haline getirilen her iki flebin deri altı dokusu da sütüre edilir. Tüp halindeki yeni vagina daha sonra poşa transpoze edilir. Apeks, poş tabanındaki pelvik yapılara sütür ile fikse edilir. Flep donör sahaları, yine kırık çizgi tarzında gerilmeye maruz kalmadan primer sütüre edilir. İçerisi doldurulmuş bir prezervatif yer tutucu olarak yeni vaginal poşa yerleştirilir. Yer tutucunun poş içinde kalması için labial sütürler konur. Postoperatif 10 gün yer tutucu tatbikiyle takip edilen hastalar hiçbir komplikasyon olmadan taburcu edildi (Resim 3).

Hastaların erken ve geç dönem kontrollerinde önemli bir komplikasyonla karşılaşmadı. Kısa bir süre



Resim 3: Vakanın erken postoperatif görünümü.
Figure 3: Early postoperative appearance of the patient.



Resim 4: Vakanın geç postoperatif dönem değerlendirilmesi.
Figure 4: The evaluation of the patient in late postoperative period.

için kullanılan yer tutucuya rağmen, vajende kontraksiyon ya da stenoz oluşmadı. Anatamik ve fonksiyonel sonuçlar oldukça iyiydi (Resim 4). Flep yumuşak dokusunun sağladığı sağlam ve stabil vajen duvarı oluşturul-

du. Yapılan takip ve fizik muayenelerle tekniğin arzulan sonuçları verdiği anlaşıldı.

TARTIŞMA

Vajen rekonstrüksiyonunda kullanılan tekniklerin çoğu rektum ve idrar kesesi arasındaki yeni bir açıklığın cerrahi olarak oluşturulmasından ibarettir. Bununla birlikte vajen duvarının astarlanması en çok ilgi çeken konu olmuştur. Mc Indoe greft tekniği genelde iyi sonuç alınan, kolay uygulanan, sıklıkla başvurulan bir metottür. Cerrahi teknik olarak kolaylıkla uygulanabilen bu yöntemde, yer tutucunun oldukça uzun bir süre kullanılması gerekmektedir ve vajinal boşluk kolaylıkla kontrakte olmaktadır (8). Frank'ın intermittant basınç tekniğinin dezavantajı, uzun süreli kontrol altında olunması ve sıklıkla üriner ve rektal fistüllerin meydana gelmesidir (2). Oluşacak vajina normal hormon etkisinde olmasına rağmen dilatasyon uzun, yorucu ve sıkıcıdır. Williams'ın vulvovajinoplastisi, üretra ve rektuma hasar vermeyen bir teknik olmasına rağmen anormal anteroposterior aksiste olup cinsel ilişki için ideal olmayan ve idrar birikmesine yol açacak yanlış bir oryantasyona sahiptir (9). İleal flepler aşırı mukus salgılaması ve stabil olmaması gibi dezavantajlara sahiptir (10). Genel olarak hiç bir teknik mükemmel değildir denilebilir.

Son zamanlarda fleple rekonstrüksiyon tercih edildiğinde ilk akla gelen yöntemlerden biri olan pudental uyluk flebini modifiye ederek kullandık. Bu yöntem, iyi kozmetik ve fonksiyonel sonuçlar veren, hormonal etki altında elastik vulvoperineal derinin kullanıldığı, özel nörovasküler pedikülü ile duyu taşıyan flepleri içeren, ancak teknik olarak uygulanması daha kompleks bir metoddür (6,7). Flepteki kan dolaşımının yeterli olması nedeniyle daha iyi yara iyileşmesi ile karşılaştığımız bu teknikte, rekonstrükte vagina stabil olduğundan uzun süre yer tutucu kullanımı gerekmez. Vajinanın eğim açısı doğala yakındır. Flep donör sahalarının kırık çizgi olarak kapatılması skar kontraksiyonuna engel olur ve bu skarlar groin krizi ile perineumda çok iyi gizlenir. Ayrıca flep donör sahasının primer kapatılması esnasında çevre yapılarında yer değişikliği oluşmaz (7). Benzer şekilde multipl "W" insizyonlarla lineer sütür hattının kırılması intravajinal kontraksiyon riskini en aza indirir.

Bu flep erkeklerde scrotum ve penis rekonstrüksiyonunda da kullanılabilir. Teknik çocuklar ve yetişkinlerde parsiyel veya total rekonstrüksiyon gerektiren bütün vaginal patolojilerde uygulanabilir. Bu yöntemin dezavantajı olan ve genital bölge kılınmasına bağlı olarak kısmen kıl içeren bir yüzeyin taşınması problemi, planlamada yapılacak küçük değişikliklerle önenebilir (7).

Modifikasyonumuzun ve alınan sonuçların tatminkar olmasını şöyle açıklayabiliriz: Düz ve uzun bir skar bulunduğu yerde kontraksiyon sonucu büzölmeye ve hipertrofiye olmaya eğilimlidir, halbuki kırık çizgi tarzında

değişik yöneltile sahip uzun tek ya da multipl skarda kontraksiyon eğilimi ve kontraksiyon derecesi çok az olacaktır (11). Borges'in tanımladığı W-plasti, insizyon skarının yöneltisini aralıklı olarak değiştirmekte, ayrıca karşılıklı iki flebin serbest kenarlarında oluşturulduğunda üçgen fleplerin birbiri içine girmesine imkan tanımaktadır (12). Flep planlamasında göz önüne alınan bu tarz bir çizim, yeni vajina duvarlarında karşılıklı gelen insizyon hattındaki kontraksiyonu önlemekte, flep donör sahasında kolayca kapanmasını sağlamaktadır.

Sonuç olarak tatminkar sonuçların alındığı bu yöntem ve modifikasyon, vajen rekonstrüksiyonunda göz ardı edilmemelidir. Çalışmanın daha sağlıklı olabilmesi için bu tekniğin daha fazla sayıda hastada uygulanması için çalışmaktayız.

KAYNAKLAR

1. Giraldo F, et al.: Treatment of vaginal agenesis with vulvoperineal faclocutaneous flaps. *Plast. Reconstr. Surg.* 1994, 93:131.
2. O'Brien BM, et al.: Treatment of vaginal agenesis with a new vulvovaginoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.* 1990, 85: 942.
3. Tobin GR., Day TG. Vaginal and pelvic reconstruction with distally based rectus abdominis myocutaneous flaps. *Plast. Reconstr. Surg.* 1988, 81:62.
4. Goldwyn RM. History of attempts to form a vagina. *Plast. Reconstr. Surg.* 1977, 59: 319.
5. Laub RD, Laub RD Jr. Müllerian and Ectodermal Vaginal Agenesis. In JW Smith, SJ Aston (Ed): *Plastic Surgery Boston Little Brown* 1991:1375-92.
6. WEE JTK, Joseph VT. A new technique of vaginal Reconstruction Using Neurovascular Pudental-Thigh Flaps: A Preliminary Report. *Plast. Reconstr. Surg.* 1994, 83: 701.
7. Karacaoğlan N, Velidedeoğlu H, Şahin U, et al. Reconstruction of vaginal agenesis by Singapore flap. *Eur. J. Plas. Surg.* 1994,18:4.
8. Ortiz-Monasterio F. et al. Congenital absence of the vagina-long term follow-up of 21 patients treated with skin grafts. *Plast. Reconstr. Surg.* 1972, 49:165.
9. Williams EA. Congenital absence of the vagina: A simple operation for its relief. *J. Obstet. Gynecol.* 1964, 71:511.
10. Magrina JF, Masterson BJ. Vaginal reconstruction in gynecological oncology: A review of techniques, *obstet. Gynecol. Surv.* 1981,63:1.
11. Borges AF. *Elective incisions and Scar Revision.* Boston: Little, Brown, 1973.
12. Borges A.F. improvement of antitension lines scar by the "W-Plasty" operation. *Br. J. Plast. Surg.* 1959,12:29.