

Gebelikte saptanan vajinal stenozda yaklaşım: Olgu sunumu

Şenol ŞENTÜRK, Gülşah BALIK, Mehmet KAĞITCI, Işık ÜSTÜNER, Ülkü METE URAL,
E. Seda GÜVENDAĞ GÜVEN

ÖZET

Edinsel vajinal darlık ender görülen bir klinik durumdur. Bu çalışmada gebe bir kadında, geçirilmiş sezaryen operasyonunda vajinal sütürasyon yapılmasına bağlı gelişmiş vajinal darlık olgusunun yönetiminin sunulmasını amaçladık.

Yirmi beş yaşında, gravida 2, parite 1, 33 hafta gebeliği olan hasta hafif preeklampsi ve intrauterin gelişme geriliği nedeniyle kliniğimize sevk edildi. Vajinal muayenede vajinanın üst 1/3'lik kısmının yalnızca 1 mm bir açıklık olacak şekilde kapalı olduğu ve serviksiz izlenemediği tespit edildi. Hastanın tıbbi kayıtlarında bir önceki sezaryen operasyonu sırasında gelişen vajinal yırtığın primer sütürasyonla tamir edildiği görüldü. Otuz dört gebelik haftasında fetal distress gelişen hasta sezaryene alındı. Fetusun doğurtulmasının ardından antegrad manuel eksplorasyonla serviks ve vajen üst kısmı izlendi. Aynı anda 6 numara dilatator retrograd olarak vagenden geçirildi ve vajinal darlık genişletildi. Doğumdan sonra vajinal akıntıda bir sorun izlenmedi. Postoperatif üçüncü ayda hastaya ofis histereskopi yapıldı ve vajinal darlık bölgesi düzeltildi.

Sezaryen operasyonu sırasında gelişen vajinal yırtıkların primer sütürasyonu vajinal darlık gelişmesine neden olabilir. Eğer vajinal darlığın tanısı gebelik sırasında konursa darlığın genişletilmesi sezaryen sırasında yapılmalı ve künt yöntemler tercih edilmelidir. Daha agresif tedavi metodlarının seçimi hastanın semptomları ve beklentileri göz önüne alınarak yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Vajinal striktür, vajinal stenoz, gebelik

Vajinal stenosis, konjenital veya edinsel nedenlerle görülen ender bir klinik durumdur. Vajinal agenezi ve farklı segmentleri tutan vajinal septa vajinal stenozu neden olan konjenital vajinal anomalilerdir ⁽¹⁾.

SUMMARY

Management of vaginal stenosis during pregnancy: Case report

Acquired vaginal stricture is a rare clinical entity. In this study, we aimed to present the management of acquired vaginal stenosis in a pregnant woman which had developed due to vaginal suturing performed during previous cesarean section.

A 25-year-old, 33 weeks pregnant woman gravida 2, para 1, referred to our clinic because of intrauterine growth retardation and mild preeclampsia. On vaginal examination, it was detected that the upper third of the vagina was closed with only a 1 mm hole at the vaginal dome. The cervix could not be seen. Her previous medical records revealed that vaginal tear developed during the previous cesarean section had been closed with primary suturing. When fetal distress developed in the 34th week, a cesarean section was carried out. At the same session, following delivery, antegrade manual exploration of the cervical canal was performed and upper portion of the vaginal canal was observed. At the same time, a 6 F stylet dilator was advanced retrogradely through the vaginal route, and the vaginal stricture was dilated. No interference with vaginal post-delivery flow was noted. In the third postoperative month an office hysteroscopy was performed and the vaginal stenosis was corrected.

Primary suturing of vaginal laceration at the time of cesarean section may cause vaginal stenosis. If the diagnosis of the vaginal stenosis is made during pregnancy, dilatation of vaginal stenosis should be done at the time of cesarean section and blunt techniques should be chosen. The symptoms and the expectations of the patients should be considered before selecting more aggressive treatment options.

Key words: Vaginal stricture, vaginal stenosis, pregnancy

Edinsel vajinal stenosis etiolojisinde Crohn hastalığı gibi inflamatuvar hastalıklar, lichen planus, Steven-Johnson sendromu, Graft Versus Host hastalığı gibi otoimmün hastalıklar ve iatrojenik nedenler

Geliş tarihi: 11.11.2013

Kabul tarihi: 30.01.2014

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

e-mail: dr.senturk@hotmail.com

bulunmaktadır. İatrojenik nedenler içinde hipoöstrojenik durum nedeniyle oluşan vajinal atrofi, triklorasetik asit gibi kostik kimyasal ajanlarla oluşan inflamasyon, jinekolojik ve rektal kanser nedeniyle radyoterapi tedavisi ve birçok jinekolojik cerrahi prosedür bulunmaktadır ⁽¹⁾. Vajinal stenoz; dispareni, postkoital kanama, üriner retansiyon, damla damla idrar yapma ve yineleyen idrar yolu infeksiyonu yakınmalarına yol açmaktadır. Pap smear testi yapılamamaktadır. Tam obstrüksiyonda sekonder amenore ve hematometra oluşmaktadır ⁽²⁾.

Bu yazıda, sezaryen operasyonu sırasında vajinal laserasyonun sütürasyonu sonucu proksimal parsiyel vajinal stenoz gelişen ve sonrasında spontan gebelik oluşan ve tanısı gebelik sırasında konulan olgunun yönetiminin sunulmasını amaçladık.

OLGU

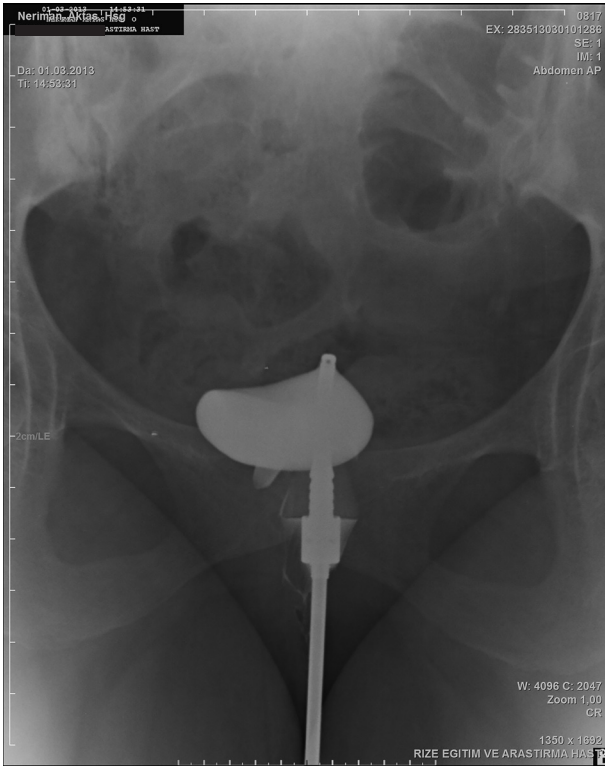
Yirmi beş yaşında gravida 2, para 1, son âdet tarihine göre 33 haftalık gebeliği olan hasta intrauterin gelişme geriliği ve hafif preeklampsi tanısıyla kliniğimize refere edildi. Yapılan muayenesinde ultrasonografide ortalama 28 haftalık ölçülen gebede oligohidramnionoz mevcut idi. Plasenta ön duvarda grade 1 kalsifikasyonları vardı. Yapılan obstetrik doppler ultrasonografide umbilikal arterde end diastolik akım kaybı saptandı. Vajinal muayenede uterin serviks ulaşılamadı. Spekulum muayenesinde ser-

viks izlenemedi. Vajen 1/3 distal kısmında 1 mm'lik bir delik izlendi (Resim 1). Hastanın öyküsünde 2 yıl önce 37. gebelik haftasında abruptio placentae nedeniyle in utero ex fetus ve durdurulamayan vajinal kanaması olduğu ve acil olarak sezaryenle doğum yapıldığı saptandı. Hasta dosyasının incelenmesinde sezaryen sırasında uterin insizyonun vajene uzadığı ve primer sütürasyonla tamir edildiği tespit edildi. Hasta gebelik öncesi dönemde düzenli âdet görüyordu. Ameliyat sonrasında loğusa akıntılarını ve sonrasında da normal adet kanamalarını görmüştü.

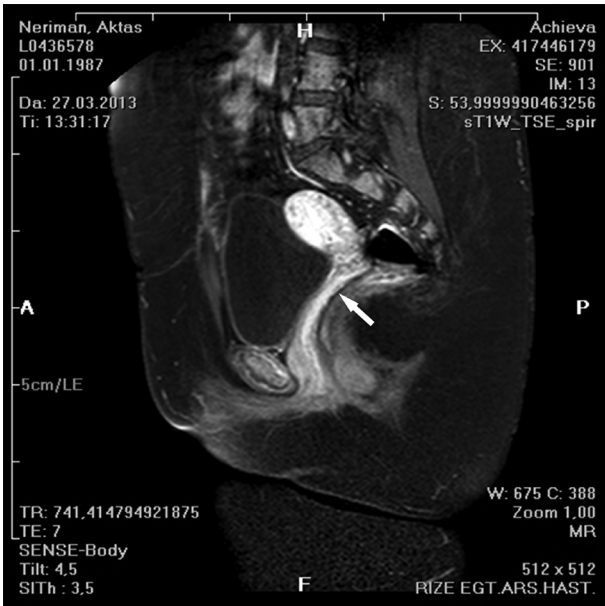
Transvajinal ultrasonografide servikal uzunluğunun 48 mm olduğu saptandı. Laboratuvar tetkik sonuçlarında (+1) proteinüri dışında normal değerler saptandı. Hafif ödemi olan hastanın TA: 120/80 mmHg, Nb: 84/dk., ateş: 36°C saptandı. Hastanın daha önceki takiplerinde alfa-metildopa 250 mg 2x1 ve asetilsalisilik asit 100 mg 1x1 dozlarında almaya devam ettiğini belirtti. Olguda fetal distress gelişmesi üzerine 1200 g bebek 1. dk. Apgar skoru 7 olarak sezaryenle doğurtuldu. Vajenden lohusa akıntısının akışının sağlanabilmesi için vajinal darlığın genişletilmesi için bebek çıktıktan sonra hasta dorsolitotomi pozisyonuna getirildi. Cerrah serviksten parmak ucuyla vajen üst boşluğuna girip vajinal darlık olan yere kadar parmağını ilerletti. Aynı anda bir asistan tarafından vajene steril bir spekulum yerleştirildi. vajinal yoldan 6 no'lu stileye kadar vajinal darlık genişletildi. Vajinal kanama endişesiyle daha fazla genişletilmedi ve operasyon tamamlandı. Bebek neonatal yoğun bakıma alındı. Hastanın normal vajinal loğusa akıntıları devam etti. Postoperatif dönemde sorun gelişmedi. Postoperatif 3. ayında vajinal darlıktan geçirilen bir kanülün içinden radyopak madde verilerek vajinal 1/3 üst kısmında darlık saptandı (Resim 2). Vajinal MR ile vajinal stenoz görüntülendi (Resim 3). Takiben ofis histeroskopi ile vajinal darlık bölgesi düzeltildi. Serviks ve vajen distal 1/3 kısmının duvarları normal görünümde izlendi. Ek bir yakınması olmayan hasta yıllık takibe alındı.



Resim 1. 33 haftalık gebelik sırasında vajinal stenozun görünümü (sadece 1mm çapında bir pasaj mevcut).



Resim 2. Postoperatif 3. ayında vajinal darlıktan geçirilen bir kanülün içinden radyopak madde verilerek çekilen HSG’de vajinal 1/3 distal kısmının görünümü.



Resim 3. Vajinal stenozun vajinal MR ile görüntülenmesi.

TARTIŞMA

Vajinal kubbe ve vajen duvarlarına müdahale edilen, histerektomi, sistosel, rektosel ve enterosel

tamiri ve mesh kullanılan veya kullanılmayan inkontinans cerrahisi gibi birçok jinekolojik cerrahi operasyon bulunmaktadır. Vajinal eksizyonun gereğinden fazla yapılması kısa vajene yol açmaktadır. Postoperatif inflamasyon, vajinal skar oluşumuna yol açacak gereksiz sütürasyon ve vajinal atrofi; vajen çap ve uzunluğunda azalmaya yol açabilmektedir. Özellikle pelvik radyoterapi, tekrarlayan vajinal cerrahi, endometriozis lezyonları ve mesh kullanımı erozyon ve skar oluşumuna neden olabilmektedir⁽¹⁾. Howard ve ark.⁽³⁾ vajinal doğum sonrasında vajinal aglütinasyon olgusu bildirmişlerdir. Doğum sonrası hipoöstrojenik durum ve vajende fark edilmemiş abrazyon veya laserasyon neden olarak ileri sürülmüştür.

Vajinal laserasyonların primer sütürasyonu yaralanmanın tamiri ve kanamanın durdurulması için etkili bir yöntemdir⁽⁴⁾. Sezaryen sırasında uterin insizyonun vajene uzaması durumunda da laserasyon hattının primer sütürasyonu tekniği ile tamiri kanamaları önler. Ancak bu durumda postoperatif dönemde vajinal daralmaya neden olunabileceği unutulmamalıdır. Cerrah kanamayı kontrol altına alırken vajinal bütünlüğü de korumalıdır. Bilebildiğimiz kadarıyla sezaryen sırasında gelişen vajinal laserasyonların tamiri sonrasında oluşan proksimal parsiyel vajinal stenosis ile ilgili literatürde sunulmuş olgu bulunmamaktadır.

Olgumuzda hastanın vajinal stenozisile ilgili bir yakınması yoktu. Rutin vajinal muayene sırasında tespit edilen bu darlık hastanın seksüel fonksiyonları ve yine gebe kalmasını engellememişti. Gebelik sırasında müdahale endikasyonu da oluşmamıştı. Ancak doğumdan sonra postpartum endometrit gelişmesinin önlenmesi için plasental artıkların atılması ve endometriumda oluşacak kanama ve pıhtının atılması için yeterli büyüklükte bir vajinal açıklığın sağlanması gerekli idi. Bu amaçla sezaryen sırasında 6 mm bujiye kadar bir asistan yardımıyla stenoz genişletildi. Bu sırada psodotrakt oluşumunun ve vajinal rüptürün engellenmesi için cerrahın parmağı serviksten geçip vajinal stenozun üst kısmına konularak kılavuz olarak kullanıldı. Gebelik sırasında

vajinal damarlanmanın artması ve dokuların ödemi nedeniyle sezaryen sırasında yapılacak daha agresif müdahaleler ciddi kanama riskini de beraberinde getirir. Bu nedenle löşinin akmasına yetecek kadar bir açıklığın künt bujiler kullanılarak sağlanması yeterlidir. Yakın anatomik komşuluk nedeniyle mesane ve üretranında bu sırada korunması akılda tutulması gereken bir diğer unsurdur.

Vajinal laserasyonlar sonrası mesane, üretra ve rektumda da yaralanmalar oluşabilir. Bu nedenle vajinal laserasyon tespit edilen hastaların bu komplikasyonlar açısından da araştırılması gerekir. Olgumuzda postoperatif 3. ayda çeşitli görüntüleme yöntemleri kullanılarak ek patoloji varlığı araştırılmıştır. Bu amaçla öncelikle vajinal MR ile vajenin komşu organlarla olan ilişkisi ve stenozun durumu tespit edilmiştir. Sonrasında fistül varlığı ve stenozun proksimalindeki vajen kısmının şeklinin tesbiti için vajen üst kısmındaki delikten HSG kanülü ile radyoopak madde verilerek direkt görüntüleme yöntemi uygulanmıştır. Son olarak ise histereskopla stenozis genişletilmiş ve proksimal vajen yan duvarları ve serviks gözle görülerek ek patoloji varlığı dışlanmıştır.

Bu olguda herhangi bir klinik semptom vermeyen vajinal stenozun künt dilatatörlerle uterin sınırların pasajına izin verecek kadar genişletilmesi yöntemi uygulanmıştır. Hastanın seksüel ve sosyal yaşamı-

na negatif bir etki olmaması nedeniyle daha agresif vajinal rekonsritif cerrahi prosedürleri tercih edilmiştir.

Sonuç olarak, sezaryen sırasında meydana gelen vajinal laserasyonların primer sütürasyonu sırasında vajinal stenozis gelişebileceği unutulmamalıdır. Gebelik sırasında vajinal stenozis tespit edilmesi durumunda ise cerrahi müdahale gebelik sonuna ertelenmelidir. Stenozun genişletilmesine yönelik müdahaleler sezaryen sırasında yalnızca lohusa akıntısının akmasına yetecek kadar ve künt yöntemler tercih edilerek yapılmalıdır. Daha agresif cerrahi tedavilere ise hastanın semptomları ve beklentileri göz önüne alınarak karar verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. **Amankwah YA, Haefner HK, Brincat CA.** Management of vulvovaginal strictures/shortened vagina. *Clin Obstet Gynecol* 2010;53:125-133. <http://dx.doi.org/10.1097/GRF.0b013e3181ce8a89>
2. **Yanai N, Shufaro Y, Or R, et al.** Vaginal outflow obstruction by graft-versus-host reaction. *Bone Marrow Transplant* 1999;24:811-812. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bmt.1701973>
3. **Howard TF, Lewicky-Gaupp C.** Postpartum vaginal agglutination: a case report. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2012;18:188-189. <http://dx.doi.org/10.1097/SPV.0b013e318253217a>
4. **Savaş A, Efesoy O, Çayan F, Çayan S.** Sexual injuries during consensual sexual activity. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery* 2012;18(6):519-523. <http://dx.doi.org/10.5505/tjtes.2012.47347>