

" واژینوپلاستی با استفاده از پرده آمنیون "_____ون"

دکتر هرمز دبیر اشرافی* دکتر فرخ تیره گری**

واژن جدید از آمنیون استفاده کرده ایم بشرح و بسط
بپردازیم .

بیماران مورد مطالعه و روش کار در آنان

Materials and Methods

۶ بیمار مورد مطالعه، همگی کارپوتایپ 46 XX داشتند . مشخصات این بیماران در (جدول ۱) نشان داده شده است . هر ۶ بیمار دارای صفات ظاهری طبیعی زنانگی بودند .

قبل از کاربرد پرده آمنیون در عمل جراحی واقعی ، دوره ای تجربی جهت مطالعه روش های مختلف تهیه پرده را طی نمودیم . در این مدت تجربی ، قسمتی از پرده ها (آمنیون + کوریون) را پس از زایمان طبیعی و یا عمل سزارین ، بدست آورده و پس از شستشوی کامل با محلول نرمال سالین در محیط کشت قرار می دادیم و رشد عوامل عفونی

فقدان کامل واژن در بیمارانی که ظاهر کاملاً " زنانه دارند بدلائل گوناگون بوجود می آید . یکی از این علل ، سندروم میراکی تانسکی (Mayer-Rokitansky) است ، که علائم آن شامل فقدان واژن و رحم*** در بیمارانی است که هم از نظر کروموزومی (Genotype) و هم از نظر ظاهری (Phenotype) بصورت زن طبیعی جلوه می کنند . در این افراد دستگاه تناسلی خارجی طبیعی است ، ولی ناحیه مدخل واژن (Introitus) به یک بن بست مسدودی ختم می گردد که غالباً " عمق آن ۱ تا ۳ سانتیمتر می باشد . تخمدان نیز در این بیماران عمل طبیعی دارد .

درمان بیماران مبتلا به آترزی واژن معمولاً " عمل جراحی است ، که با ایجاد فضایی بین نسوج نرم مثانه در جلو و رکتوم در عقب انجام می گیرد . سپس این فضا بانسوج مختلف بیولوژیکی پوشش داده می شود . در این مقاله میخواهیم به شرح تجربیات خود در ۶ بیمار که در آنها بعنوان پوشش

* استادیار زنان و مامائی - بیمارستان میرزا کوچک خان - دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران .

** استادیار پاتولوژی - بیمارستان امام خمینی - دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران .

*** ۸٪ این بیماران رحم دارند .

سپس حفره بوجود آمده را تا عمق ۱۲-۱۰ سانتیمتر و قطر ۴ سانتیمتر وسعت می‌بخشیم. پس از بستن عروق خون‌دهنده که بیشتر در نواحی سطحی (بطرف مدخل واژن) قرار دارند، کون تهیه شده با پرده آمنیون بر روی آن، درحالی که سطح تماس آمنیون و کوریون رو به خارج قرار گرفته است، در داخل این حفره گذاشته می‌شود. با سه بخیه از نسوع سیلک لب های بزرگ فرج را بهم نزدیک کرده تا از خروج کون جلوگیری گردد.

پس از تجربیات اولیه متوجه شدیم که بهتر است ابتدا فضای بین رکتوم و مثانه را باز نموده و سپس کون را متناسب با آن تهیه نمائیم، زیرا بهرحال همیشه حفره ایجاد شده دارای اقطار مشابه خواهد بود. در خاتمه عمل جراحی سوند ثابت در مثانه بیمار گذاشته و وی را با باطاق مراقبت های ویژه منتقل میکنیم.

مراقبت های پس از عمل، در هر بیمار مورد مطالعه یکسان بود. سه روز سوند مثانه در محل باقی می ماند. سه روز بیمار آنتی بیوتیک دریافت می داشت (معمولاً "پنی سیلین + جنتا مایسین). بین روزهای ۷-۱۰ پس از عمل جراحی، مجدداً "بیمار باطاق عمل منتقل شده و در زیر بیهوشی عمومی بخیه های سیلک را باز کرده و کون را خارج می نمودیم. در زمان خارج کردن کون بدقت سطح آنرا بررسی می کردیم. سپس سطح داخل واژن را با سرم فیزیولوژیک شستشو داده و دقیقاً مورد واریسی قرار می دادیم. این دقت و بررسی ها از نظر کشف دفع آمنیون (Rejection) صورت می گرفت. سپس، یک کون جدید که از اسفنج ساخته میشد و بر روی آن کوندوم میکشیدیم تهیه و پس از گرفتن اسمیر از جدار واژن جدید آن را در داخل این فضا قرار می دادیم. در صورت دفع پرده آمنیون، از پرده آمنیون دیگری استفاده نکردیم. مدت ۲۰ روز کون جدید بطور دائم در واژن بیمار قرار داشت و فقط روزی ۲ بار در هنگام اجابت مزاج و ادرار آنرا خارج می نمودیم. در هنگام گذاشتن مجدد کون، پس از هر بار نظافت، از نظر تسهیل کار و همچنین از نظر تحریک اپی تلیالیزاسیون (Epithelialization) جدار واژن جدید از پماد استروژن استفاده می کردیم، و گاهی پماد آنتی بیوتیک بکار می بردیم. پس از طی این دوره ۲۰ روزه، بیمار امرخص کرده و یک کون چوبی برای وی تهیه می نمودیم تا در چهار ماه آینده تنها در هنگام شب

(هوازی و بی هوازی) را تحت نظر می گرفتیم. در طی این مدت، تعداد ۵ کشت پرده از راه سزارین و یک نمونه کشت از طریق زایمان طبیعی تهیه گردید. در کمال تعجب، در تمام این موارد، حتی موردی که جفت از طریق زایمان طبیعی تهیه شده بود، پاسخ کشت منفی گزارش گردید. پس از طی این دوره تجربی، وارد مرحله مطالعه اصلی شدیم. در این مرحله از نظراحتیاط چنین قرار گذاشتیم که تنها از پرده هائسی استفاده کنیم که از زایمانهای سزارین تکراری (Repeat C.S) بدست آمده است (بدون درد و بدون دفع مکنونیوم). پس از خروج جفت، جراح آنرا به یکی از پزشکان که قبلاً دست شسته و دستکش استریل در دست داشت، می داد. این پزشک جفت را در یک ظرف استریل گذاشته و پرده های جنینی را از نزدیک محل اتصال به جفت قطع می نمود تا مقدار کافی از پرده مورد نیاز بدست آید. در این مرحله، پرده جنینی حاصل (کوریون + آمنیون) را چندین بار، با مصرف حتی تا ۲ لیتر سرم فیزیولوژیک، شستشو داده و هرنوع خون و بقایای مکنونیوم را از آن پاک می کردیم. سپس پرده شسته و تمیز را در یک ظرف استریل دیگر قرار داده و بر روی آن سرم فیزیولوژیک می ریختیم. ظرف استریل حاوی پرده و سرم فیزیولوژیک را در حرارت ۴ درجه سانتیگراد در یخچال قرار می دادیم تا بعداً از آن استفاده شود. در این ۶ بیمار، فاصله گرفتن نمونه تا استفاده از آن در عمل جراحی از حدود ۲ تا ۱۸ ساعت قبل از عمل تفاوت می کرد. در اطاق عمل، سپس جراح پرده را از داخل ظرف استریل خارج ساخته و مجدداً "با محلول سرم فیزیولوژیک بخوبی شستشو می داد و بدقت آمنیون را از کوریون جدا می نمود. در بعضی از مقالات از این روش استفاده شده که قبلاً "آمنیون از کوریون جدا و سطح تماس آن با کوریون علامت گذاری می شود تا در اطاق عمل مستقیماً" مورد استفاده قرار گیرد. مسئله مهم آنست که هیچ نوع خون و مکنونیوم بر روی پرده آمنیون نباید باقی بماند. در ضمن، سطح تماس آمنیون با کوریون علامت گذاری می شود بطوریکه پس از قرار دادن آن بر روی کون مخصوص این سطح بطرف خارج قرار گیرد.

پس از تهیه مقدمات فوق، در زیر بیهوشی عمومی و باقرار دادن بیمار در وضعیت لیتوتومی (Lithotomy)، برش افقی در فضای مسدود مدخل واژن ایجاد کرده، و با احتیاط لازم بملایمت حفره بین مثانه و رکتوم را باز می نمائیم.

برای وی کون مخصوص با پوشش آمینون گذاشته شد، بطوریکه نوک کون در سوراخ تعبیه شده در قسمت فوقانی قرار گیرد و از بسته شدن آن جلوگیری نماید. این بیمار در حال حاضر دارای واژن مناسب بوده و از راه آن قاعده می‌گردد، هرچند از راه مجرای باریک قبلی نیز خون قاعدگی دفع می‌شود. بیمار شماره ۲ نزدیکی نموده و هیچگونه اشکالی در هنگام مقاربت ندارد. اسمیر و بیوپسی وی نشان دهنده اپی‌تلیوم مطابق سنگفرشی است.

بیمار شماره ۳ پس از عمل دچار مشکلی نگردید. اسمیر و بیوپسی وی نشان‌دهنده مخاط طبیعی در واژن جدید می‌باشد.

بیمار شماره ۴- این بیمار عمق واژن مناسبی پیدا کرده و از نزدیکی رضایت دارد. یک هفته پس از عمل جراحی او، اسمیر نشان‌دهنده بافت مطابق سنگفرشی است. لیکن یکماه پس از عمل بیوپسی نسج گرانولاسیون را مشخص می‌سازد. دو اسمیر بعدی این بیمار سلولهای دژنره گزارش شده است. در هنگام تعویض کون در این بیمار در روز هفتم علائم دفع کلینیکی پرده آمینون مشاهده نگردید، ولی با توجه به پاسخ اسمیر شماره ۲ و ۳ بنظر می‌رسد جدار واژن جدید از بافت مطابق سنگفرشی پوشش نیافته است.

بیمار شماره ۵- در هنگام خارج کردن کون در روز هفتم عمل این بیمار متوجه شدیم که پرده آمینون دفع شده است. پس از برداشتن کون، پرده آمینون از جدار جدا و بداخل فضای آزاد واژن افتاد. برای این بیمار کون ساده بدون پرده آمینون گذاشتیم. بیوپسی این بیمار پس از یکماه از عمل نسج گرانولاسیون گزارش گردید. رنگ سطح واژن جدید در این بیمار بطور مشخص با سایر بیماران تفاوت نشان می‌داد و به رنگ قرمز متمایل بود. سه ماه پس از عمل، بیمار دوباره مورد معاینه قرار گرفت. در این حال واژن عمق مناسبی داشت و بیمار از عمل نزدیکی احساس رضایت می‌نمود، لیکن بیوپسی حاصل از جدار واژن بیمار در این تاریخ نیز مجدداً "نسج گرانولاسیون را نشان می‌داد. اسمیر این بیمار در تاریخ یک ماه و سه ماه پس از عمل نیز حکایت از نمای نکروز می‌نمود و علامتی از اپیتلیوم مطابق سنگفرشی را منعکس نمی‌ساخت. لازم به تذکر است که این بیمار دارای زمان انعقاد و سیلان طولانی تر از طبیعی بود ولی بررسی های خونی وی بیماری خاصی را نشان نمی‌داد. شاید خونریزی در زیر پرده آمینون

استفاده نماید. از روز ۴۰ پس از عمل بیمار اجازه مقاربت طبیعی داشت. معمولاً در روزهای ۷ و ۳۰ پس از عمل اسمیر گرفته و در روز ۳۰ عمل از جدار واژن جدید بیوپسی تهیه می‌نمودیم. در سه نفر از بیماران سه بار اسمیر تهیه کردیم. در یک بیمار دوبار بیوپسی نمودیم.

نتایج بررسی بیماران Results

بیمار شماره ۱- ۲۶ ساله و از شوهر اول خود جدا شده بود. این بیمار از عدم امکان مقاربت شکایت داشت. در هنگام عمل و در ضمن باز کردن فضای بین رکتوم و مثانه، اشتباهاً "باندازه ۱/۵ سانتیمتر جدار رکتوم باز شد. در اینحال، ابتدا جدار رکتوم در لایه های مجزا و در سه لایه تا واژن بخوبی ترمیم گردید و سپس کون با پرده آمینون در داخل آن قرار داده شد. در روز هفتم پس از عمل زیربیهوشی عمومی کون را خارج ساختیم. متأسفانه، در هنگام معاینه مشخص گردید که جدار رکتوم مجدداً "باز شده است. فضای واژن جدید بسیار خوب می‌نمود و پرده آمینون نیز دفع نشده بود. بدلیل عارضه فیستول رکتوواژینال مراقبت‌های بعدی این بیمار مطابق معمول سایر بیماران انجام نگردید. این بیمار بعداً "تحت عمل فیستول رکتوواژینال قرار گرفت. علیرغم تجربیات سایر محققین، که توصیه می‌کنند در صورت باز شدن جدار رکتوم و یا مثانه، به ترمیم قسمت ضایعه پرداخته و سپس عمل واژینوپلاستی ادامه یابد، پس از این تجربه، مؤلف بدین نتیجه رسیده است که در صورت باز شدن مثانه و یا رکتوم، ضایعه را ترمیم نموده و مابقی عمل را به زمان دیگر موکول نماید. این امر از آنرو منطقی بنظر می‌رسد که اولاً "با گذاشتن کون، پس از ترمیم قسمت باز شده، بخیه‌های محل ضایعه تحت کشش قرار می‌گیرند. ثانیاً، "ترشحات نسبتاً "عفونی ممکن است در آن ناحیه جمع گردد (به علت وجود کون ترشحات احتباس می‌یابد)، که این دو عامل، در مجموع، امکان باز شدن بخیه‌ها را افزایش می‌دهند.

بیمار شماره ۲ شرح حال جالبی داشت بدین صورت که علیرغم فقدان کامل واژن دارای رحم بود و خون قاعدگی از مجرای باریکی خارج میشد (شکل ۱). بیمار از عدم امکان مقاربت شکایت داشت. وی در ۱۳ سالگی بعلت شکاف کام تحت عمل جراحی قرار گرفته بود. پس از تهیه مقدمات لازم، این بیمار تحت عمل جراحی از راه شکم و پهرینه قرار گرفت و

مانع پیوند این پرده شده باشد .

بیمار شماره ۶ دارای عمق واژن مناسبی است . بیوپسی وی نشان دهنده اپی تلیوم طبیعی بوده و اسمیر نمودار اپی تلیوم مطابق سنگفرشی در جدار واژن است . در بیماران مورد مطالعه از حدود روز ۴۰ عمل ترشح واژینال کاهش یافته و قطع می‌گردد . سطح واژن جدید در این بیماران (بجز بیمار شماره ۵) بسیار لطیف تر و طبیعی‌تر از وقتی بود که از پوست بعنوان پوشش استفاده کرده بودیم (تجربه قبلی مؤلف) ، و رنگ واژن جدید طبیعی ترمی نمود . در بررسی‌های قبلی با کاربرد پوست بجای پرده آمنیون رنگ واژن تیره رنگ تر بنظر می‌آمد .

اظهار نظر Comment

اولین اقدام در عمل آترزی واژن که باز کردن فضای بین رکتوم و مثانه است مورد قبول همگان است . ولی ، در مرحله بعد ، در مورد استفاده از نوع پوشش بیولوژیکی اختلاف سلیقه بوجود می‌آید . برای این منظور از پوست^۱ ، روده^۲ ، مزوتلیوم (صفاق)^۳ و آمنیون^۴ استفاده شده است . Wharton^۵ (۱۹۳۸) اولین بار این عمل را بدین صورت انجام داد که حفره بین مثانه و رکتوم را باز می‌کرد و سپس یک کون با پوشش کوندوم (بدون پوشش بیولوژیکی) در داخل آن قرار می‌داد . اشکال این عمل که در آن از پوشش بیولوژیکی استفاده نمی‌شد ، ترشح مداوم واژینال و در نهایت تنگ و باریک شدن مجرای آن بود . Mc Indoe^۱ (۱۹۳۸) با اضافه کردن پوست بدن خود بیمار بر روی کون ، عمل Wharton را تغییر داد . لیکن ، روش مؤلف اخیر نیز خالی از اشکال نبود :

۱- این روش در دست مؤلفین مختلف با موفقیت‌های گوناگون همراه بوده است .

۲- میزان عفونت پس از این عمل زیاد است .

۳- احتمال نکروز پوست و پیدایش نسج اسکار وجود

دارد .

بعنوان یک پوشش بیولوژیکی جدید ، استفاده از آمنیون توصیه شده است^۶ . قبلاً " مطالعاتی درباره استفاده از آمنیون و نحوه استرلیزاسیون آن انجام پذیرفته است . Y Dino^۷ (۱۹۶۶) روش استرلیزاسیون آمنیون را مورد مطالعه قرار داد . او آمنیون را در محلول $\frac{1}{40}$ سدیم هیپوکلراید قرار

می‌داد و ثابت نمود که تا ۳۰ روز بعد از تهیه نیز گشت نمونه منفی باقی می‌ماند . همین نتیجه با قرار دادن آمنیون در ۴۰۰ میلی لیتر محلول نرمال سالین همراه با ۵۰۰۰۰ واحد پنی سیلین و یک گرم استرپتومایسین حاصل شد . Trelford-Sauder^۸ (۱۹۷۷) متوجه شد که اگر پرده آمنیون را در محلول نرمال سالین قرار داده و بر روی آن پلی میکسین ، آمپی سیلین ، جنتامایسین و آموترتریپسین B اضافه نماید و در ۴ درجه سانتیگراد قرار دهد ، در انتهای ۴۸ ساعت ، پرده استریل میگردد . ولی بنظر ما هیچیک از این روش‌ها مزیتی بر تهیه پرده آمنیون بصورت تازه در اطاق عمل و استفاده سریع از آن ندارد . ما پرده آمنیون را در اطاق عمل تهیه نموده و در شرایط استریل در محلول نرمال سالین قرار می‌دادیم و هیچگونه آنتی بیوتیکی به آن اضافه نمی‌کردیم . با کمال تعجب هیچیک از ۶ بیمار مورد مطالعه ما دچار عفونت نگردیدند .

پرده آمنیون انسانی پوششی است که بفراوانی در اختیار بوده ، کم خرج است ، و گفته می‌شود که پیدایش اپیتلیوم در جدار واژن جدید را تحریک می‌کند . بنظر عده‌ای از محققین ، هیچگونه مشکلی در رابطه با دفع ایمنولوژیکی این پرده وجود ندارد ، زیرا این پرده ، در صورتیکه بخوبی از کوریون جدا گردد ، فاقد آنتی ژنهای است که موجب دفع نسجی می‌گردند . Akle^۹ ، متوجه شد که وقتی پرده آمنیون را در زیر جلد افراد داوطلب پیوند زند هیچگونه دفع نسجی بوقوع نمی‌پیوندد . پرده آمنیون از عفونت نیز جلوگیری می‌کند که احتمالاً ناشی از پوششی است که این پرده بر روی سطح واژن جدید بوجود می‌آورد . بعلاوه ، آنزیم هائی در پرده آمنیون وجود دارد که دارای اثرات ضد میکربی میباشند^{۱۰} .

در بیماران مورد مطالعه ما در آنهایی که پرده آمنیون دفع نگردید ، جدار واژن نرم‌تر و طبیعی‌تر از مواردی می‌نمود که از پوست استفاده کرده بودیم . بیماران قبلی ما از سوزش محل برداشتن پوست و زشتی محل اسکار آن شکایت دارند . اگر بیمار اول را کنار بگذاریم که دچار عارضه گردید و پیگیری نشد ، از ۵ بیمار باقیمانده ، میزان رضایت از عمل ۱۰۰٪ بوده است (که با معاینه بالینی و رضایت از عمل نزدیکی سنجیده شده است) . دفع واضح پرده آمنیون در موارد ، فقدان پوشش مطابق سنگفرشی در اسمیرهای بعد از عمل در

۲ موارد، پیدایش اپی تلیوم مطبق سنگفرشی در جدار واژن در $\frac{3}{5}$ موارد مشاهده گردید (جدول ۲).

مطالعات گذشته نشان داده اند که پس از عمل، سریعاً " اپی تلیوم مطبق سنگفرشی سطح واژن جدیداً را می پوشاند. بعقیده عده‌ای از محققین، استفاده از پوست در طریقه McIndoe بدین منظور است که پوست مورد استفاده به جدار حفره واژه جدید بچسبد و به پوشش آن بدل گردد. لیکن، اگر چنین امری صحت دارد، چگونه با استفاده از پرده آمنیون ویا صفاق نیز پس از مدتی جدار واژن دارای اپی تلیوم مطبق سنگفرشی می شود. در اینحال عده‌ای از محققین این نظر را مطرح ساخته اند که شاید نسج پیوند زده شده (آمنیون) متاپلازی پیدا کرده و به بافت مطبق سنگفرشی (پوشش طبیعی واژن) تبدیل می گردد. از طرفی، یکی از محققین^{۱۱} چنین نظر داده که شاید منشاء اپی تلیوم واژن جدید از اپی تلیوم غددی پارامزوفریک ناشی شده باشد و نه از متاپلازی آمنیون (و یا صفاق). ولی در حال حاضر هیچ مدرکی قطعی دال بر صحت این نظر وجود ندارد. بنا بر نظریه اخیر بقایای بافت لوله مولر در جدار بین مثانه و رکتوم موجود بوده و پس از ایجاد حفره، متاپلازی پیدا کرده و سطح واژن جدید را می پوشاند. البته، نظریه دیگری نیز وجود دارد، بدین ترتیب که بنظر گروهی از محققین حتی اگر از پوشش بیولوژیکی برای پوشاندن سطح واژن جدید استفاده نشود، این حفره دارای اپی تلیوم طبیعی خواهد شد. منشاء این اپی تلیوم را از رشد مخاط ناحیه وستیبول بطرف بالا و بر روی سطح واژن جدید می دانند^{۱۲}. پس از تجربه حاصل از بیمار شماره ۵ ما به مکانیسم اخیر اعتقاد چندانی نداریم، زیرا سطح واژن جدید در این بیمار از پوشش مطبق سنگفرشی پوشیده نشده و پاسخ آن در هر دو بار بیوپسی، نسج گرانولاسیون بوده است. در این بیمار بنظر می رسد واژن از قسمت انتهایی بوسیله نسج گرانولاسیون پرمی شود. اگرچه، در عین حال این موضوع رانیز نمی توان نادیده گرفت که شاید حفره ایجاد شده بعنوان واژن جدید از نسج گرانولاسیون پرمی شود، بلکه، اپی تلیوم ناحیه وستیبول پیشرفت کرده و روی قسمتی از سطح آنرا می پوشاند، بطوریکه مرتباً " ناحیه سطح قرمز ته واژن کوچکتر از قبل جلوه می نماید. تفکیک این دو امر مشکل بوده و احتیاج به تحقیقات بیشتری دارد.

با تجربه بیمار شماره ۵ که در روز ۷ عمل پرده آمنیون

را دفع کرده بود، ما در حال حاضر تغییری در روش خود داده ایم، بدین ترتیب که در روز ۷ عمل که قرار است کون بیمار را خارج نمائیم، یک نمونه پرده آمنیون جدید تهیه می کنیم تا در صورت دفع پرده قبلی برای بار دوم از آن استفاده نمائیم. ما این موضوع را در دست بررسی داریم که شاید دفع قبلی پرده آمنیون، ناشی از دفع بدن این بیمار نسبت به هر نوع پرده آمنیون نباشد، و احتمال دارد پرده آمنیون جدید دفع نگردد. بعضی از محققین در تمام بیماران از دوبار پرده آمنیون استفاده می کنند^{۱۰}. بدین ترتیب که در روز هفتم عمل و پس از خارج کردن کون قبلی، کون دیگری با پرده آمنیون تهیه و در داخل حفره واژن جدید قرار می دهند. از طرفی، بعقیده گروهی دیگر، یک بار استفاده از پرده آمنیون کافی می باشد^۶.

فقدان پوشش مطبق سنگفرشی در بیمار شماره ۵ در بیوپسی های حاصل که یک ماه و سه ماه پس از عمل تهیه شده، نشان دهنده آنست که پرده آمنیون نقش مهمی در پیدایش مخاط واژن جدید دارد. چنانکه در بیماران شماره ۲ و ۳ و ۶ که در آنها علائمی از دفع پرده مشاهده نشد، این اپیتلیوم بخوبی تشکیل گردید. اگر منشاء اپیتلیوم جدید از بقایای غدد پارامزوفریک و یا از پوشش ناحیه وستیبول بود، بیماران شماره ۴ و ۵ نیز باید مثل سایر بیماران دارای اپی تلیوم طبیعی واژن می گردیدند. با اینحال، نتیجه اخیر بهتر است در بیماران بیشتری مورد بررسی قرار گیرد تا حقایق امر آشکار شود.

مطالعه بیمار شماره ۴ نکته مهمی را خاطر نشان می سازد که بنا بر معلومات مؤلفین در هیچیک از مقالات گذشته بدان اشاره نشده است^{۱۰-۶}:

" ممکنست دفع کلینیکی پرده آمنیون بوجود نیاید و در عین حال نتیجه نهائی نیز پیدایش اپی تلیوم مطبق سنگفرشی نباشد."

اسمیر اول در بیمار شماره ۴ اپی تلیوم مطبق سنگفرشی گزارش شده است ولی اسمیرهای ۲ و ۳ و همچنین بیوپسی این بیمار نشان دهنده دفع پرده آمنیون است. بدین ترتیب برای بررسی نتیجه نهائی عمل بهتر است بیمار در زمانهای مختلف تحت بررسی بافت شناسی قرار گیرد، وگرنه عدم دفع بالینی پرده آمنیون دلیل بر پیوند و قبول دائمی آن نمیباشد.

چگونه بیماران شماره ۵۰۴، با وجود عدم تشکیل پوشش مطابق سنگفرشی بر جدار واژن جدید از نزدیکی رضایت داشته و در معاینه بالینی نکته‌ای غیرعادی دال بر چسبندگی و پیدایش نسج اسکار نشان نمی‌دهند، موضوع جالبی است که احتیاج به بررسی‌های بیشتری دارد.



شکل ۱- قسمت بالای واژن از راه مجرای باریک به ناحیه وستیبول متصل شده است. رحم و لوله‌های آن در تصویر مشاهده می‌گردند.

تعداد بیماران	طول واژن قبل از عمل به	طول واژن بعد از عمل به	مدت پیگیری به روز	اسمیر شماره ۱	اسمیر شماره ۲	اسمیر شماره ۳	اسمیر شماره ۴	بیوپسی شماره ۱	بیوپسی شماره ۲	رضایت از عمل بیمار	رضایت از عمل بیمار
۱	۴	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
۲	۱-۲	۸/۵	۲۶۰	5/85/10	20/70/10	15/85/0	SE	SE	-	رضایت دارد	رضایت دارد
۳	۱-۲	۸	۹۷	DC	5/90/5	5/90/0	SE	SE	-	نزدیکی نکرده است	
۴	۲-۳	۸	۹۰	5/90/5	DC	DC	DC	GT	-	رضایت دارد	رضایت دارد
۵	۴	۹	۹۰	DC	DC	-	GT	GT	GT	رضایت دارد	رضایت دارد
۶	۲	۹	۶۳	5/85/10	5/90/5	-	SE	SE	-	رضایت دارد	رضایت دارد

DC = Degenerated cells SE = Squamous epithelium GT = Granulation tissues

مدول ۲- نتیجه پیگیری بیماران

شماره بیماران	سن	علت مراجعه	صفات ثانویه جنسی	عکسبرداری از استخوانهای اسکت	پیلوگرانی وریدی	کاربویاتیمپ	بوگال اسمیر
۱	۳۶	عدم توانایی در نزدیکی آمنوره + اولیه	زن طبیعی	طبیعی	طبیعی	46 XX	انجام نشده
۲	۲۴	عدم توانایی در نزدیکی	زن طبیعی	طبیعی	Cleft palate ترمیم شده	46 XX	Positive %۲۵
۳	۱۶	عدم توانایی در نزدیکی	زن طبیعی	آپلازی کلبه چپ	اسپینا بیفیدا S1-S2	46 XX	Positive
۴	۱۸	عدم توانایی در نزدیکی آمنوره + اولیه	زن طبیعی	طبیعی	طبیعی	46 XX	انجام نشده
۵	۲۵	عدم توانایی در نزدیکی	زن طبیعی	دوپلکاسیون پیلوگالیس چپ	طبیعی	46 XX	Positive
۶	۲۰	عدم توانایی در نزدیکی	زن طبیعی	طبیعی	طبیعی	46 XX	Positive %۳۰

جدول ۱- مشخصات بیماران مورد مطالعه.

REFERENCES

- 1) McIndoe, A.H., Banister, J.B.: An operation for the cure of congenital absence of the vagina. *J. Obstet. Gynecol. Brit. Emp.* 45: 490, 1938.
- 2) Kun, M.: Application of various intestinal segments in vagina formation. In colpopoiesis from the colon. Budapest, Akademiai Kiado, 1975, P. 53.
- 3) Davydov, S.N.: Twelve year's experience of colpopoiesis with the help of peritoneum. In proceedings of the ninth world congress of Obstetrics and Gynecology, Tokyo, 1979.
Amsterdam, Excerpta Medica, 1980, P. 793.
- 4) Tozum, R.: Homotransplantation of the amniotic membrane for the treatment of congenital absence of the vagina. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 14: 553, 1976.
- 5) Wharton, L.R.: A simple method of constructing a vagina. *Ann. Surg.* 107, 842-854, 1938.
- 6) Dhall, K.: Amnion graft for treatment of congenital absence of the vagina. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 91: 279-282, 1984.
- 7) Dino, B.R., Eufemio, G.G. & De Villa, M.S.: Human Amnion: The establishment of an amnion bank and its practical application in surgery. *J. Philippine Med. Assoc.* 42, 337, 1966.
- 8) Trelford-Sauder, M., Trelford, J.D. & Matolo, N.M.: Replacement of the peritoneum with amnion following pelvic exenteration. *Surg. Gynecol. Obstet.* 145, 699-701, 1977.
- 9) Akle, C.A., Adinolf, M., Welsh, K.I., et al: Immunogenicity of human amniotic epithelial cells after transplantation into volunteers. *Lancet* ii: 1003, 1981.
- 10) Ashworth, M.F., Morton, K.E., et al: Vaginoplasty using Amnion, *Obstet. Gynecol.* 67: 443, 1986.
- 11) Herman C.J.: Artificial vaginas: Possible sources of epithelialization, *Human Pathology*, 13: 1100-1105, 1982.
- 12) Ayre, J.E.: Cyclic ovarian change in artificial vaginal mucosa. *Am.J. Obstet. Gynecol.* 48: 690, 1944.