

مقایسه نتایج دو روش جراحی در واژینوپلاستی

چکیده

زمینه و هدف: سندرم راکی تانسکی، به عدم رشد کافی یا فقدان مادرزادی رحم و واژن در نوزاد دختر اطلاق می‌شود. از مشخصات این سندرم، فنوتیپ کاملاً زنانه با کاریوتایپ ۴۶XX می‌باشد. این آنومالی ممکن است با سایر آنومالی‌های مادرزادی مثل اسکلتی و اورولوژیک همراه باشد. روش‌های مختلف طبی و جراحی در درمان و اصلاح آژنری واژن موجود است که شایع‌ترین روش آنها جراحی به روش درمان Mc-Indoe است. در این روش از گرافت‌های مختلف مثل پوست، روده و آمنیون استفاده می‌شود.

روش بررسی: این مطالعه از نوع کوهورت تاریخی است که در دو گروه از بیماران که به دلیل آژنری واژن تحت عمل جراحی واژینوپلاستی (با یا بدون گرافت آمنیونی) براساس استانداردهای جراحی آن زمان قرار گرفته بودند، صورت گرفت. اطلاعات از پرونده بیماران، تماس تلفنی و در صورت امکان معاینه فیزیکی بدست آمد. پرسشنامه بیماران بیشتر روی پیامد طولانی مدت و رضایت جنسی بیماران و همسرانشان تأکید داشت.

یافته‌ها: ۳۵ بیمار از ۵۵ بیمار به پرسشنامه جواب دادند، میانگین سنی بیماران ۲۸/۴ سال (۱۷ تا ۴۸ سال) و میانگین زمان بررسی پس از عمل ۷ سال (۲ تا ۱۲ سال) بود. در ۱۵ بیمار (۴۲٪)، واژینوپلاستی با آمنیون و در مابقی (۲۰ بیمار = ۵۷٪) بدون گرافت انجام شده بود. هیچ ارتباطی بین نوع عمل و پیامد طولانی مدت و رضایتمندی جنسی دیده نشد ($P=0.34$ و $P=0.75$).

نتیجه‌گیری: از آنجایی که رضایت جنسی و پیامد طولانی مدت بین دو نوع عمل واژینوپلاستی با روش Mc-Indoe پیدا نشد (تفاوت معنی دار نبود) و شیوه بدون گرافت آمنیون ساده‌تر با طول زمان کمتر عمل همراه بود، همچنین خطر انتقال بیماری ویروسی به ویژه HIV را نداشت، پیشنهاد ما این است که واژینوپلاستی بدون گرافت، جایگزین واژینوپلاستی با گرافت آمنیون گردد.

کلمات کلیدی: واژینوپلاستی، آمنیون گرافت، سندرم راکی تانسکی

- * دکتر زینت قنبری^۱
دکتر مژگان دهاقین^۱
دکتر مرضیه غفارنژاد^۲
دکتر طاهره افتخار^۱
دکتر منصور دادیار^۱

۱- مرکز تحقیقات بهداشت باروری،
بیمارستان امام خمینی، دانشگاه علوم
پزشکی تهران
۲- بیمارستان میرزا کوچک خان

*
نشانی: تهران، انتهای بلوار کشاورز، بیمارستان
امام خمینی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری،
تلفن: ۰۶۹۳۹۳۲۰، نمایر: ۶۶۹۳۷۳۲۱
پست الکترونیک: a3064@sina.tums.ac.ir

مقدمه

فیستول‌های رکتوواژینال، اورتروواژینال، ترشحات واژینال، مقارب دردنک و تنگی و خشکی واژن باشد.

روش بررسی

در این مطالعه cohort Historical، تمام بیماران مبتلا به سندروم راکی تانسکی که طی سال‌های ۱۳۷۰-۱۳۸۲ لغایت ۱۳۸۲ در بیمارستان‌های ولی‌عصر و میرزاکوچک خان تهران تحت عمل واژینوپلاستی قرار گرفته بودند، در دو گروه با و بدون آمنیون بررسی شدند.

معیارهای ورود؛ ابتلا به سندروم راکی تانسکی و انجام عمل واژینوپلاستی و معیارهای خروج؛ عدم امکان دسترسی به اطلاعات پرونده یا خود بیمار و عدم همکاری بیمار در پاسخگویی بودند.

متغیرهای سنجیده شده (بر اساس پرسشنامه) شامل علت مراجعه در نوبت اول و نوبت‌های بعدی (با پیگیری‌های یک وسه ماهه و به مدت دو سال یا بیشتر) بررسی از بابت رضایت برقراری ارتباط جنسی زوجین بودند.

داده‌ها با استفاده از پرونده بیماران و تماس تلفنی با آنها و در صورت مراجعه حضوری، انجام معاینه بالینی، در پرسشنامه SPSS (ویرایش ۱۱) بطور رایانه‌ای ذخیره و سپس تحت نظر کارشناس آماری و سپس با استفاده از نرم افزار آماری SPSS تحلیل شد. آمار، با استفاده از آمارهای استنباطی chi-square گرافت شکم، پوست جنین، پوست کثالة ران، ولو، روده و آمنیون استفاده می‌شود. [۸-۱۱]. در ایران استفاده از گرافت آمنیون رایج تر است [۷]. جهت استفاده از گرافت آمنیونی، نیاز به انجام حداقل دو سزارین با آمنیون HIV سالم است که خطر انتقال بیماری‌های ویروسی بخصوص HIV را می‌تواند به همراه داشته باشد. عوارض عمل می‌تواند

سندروم راکی تانسکی به صورت عدم رشد کافی یا فقدان مادرزادی رحم و واژن در نوازد دختر تعریف می‌شود. از مشخصات این بیماران می‌توان به عملکرد طبیعی تخمدان (نظیر تخمک‌گذاری)، فنوتیپ زنانه شامل: رشد پستان‌ها، وضعیت بدن، توزیع مو و دستگاه تناسلی خارجی و ژنوتیپ زنانه (کاریوتایپ ۴۶XX) اشاره کرد [۱]. علت اصلی و اولیه این سندروم ناشناخته باقی مانده است. همزمانی سایر آنومالی‌های مادرزادی اسکلتی، اورولوژیک و به خصوص کلیه، مطرح کننده علت تراوثرن است که طی ۶ هفته اول جنینی القاء می‌شود (زمانی که ساختمان‌هایی همچون لوله‌های فالوب، رحم و سرویکس از مجاری مولرین بوجود می‌آیند) [۲]. درمان این گونه بیماران ایجاد واژن است که می‌تواند به دو روش طبی و جراحی صورت گیرد.

هدف از تصحیح این آنومالی، ایجاد یک واژن با ظاهر مناسب و عملکرد جنسی نرمال می‌باشد که با متدهای مختلفی از جمله تکنیک فرانک (تکنیک فشار متناوب) یا درمان جراحی صورت می‌گیرد. هر دوی این روش‌ها موانع خاص به خود را دارند و ترغیب بیمار به استفاده از گشاد کننده واژن به تنهایی برای یک دوره طولانی واقعاً مشکل است [۳-۱۲].

مرسوم ترین روش جراحی Mc-Indo می‌باشد که در آن از گرافت‌های مختلف مثل پوست شکم، پوست جنین، پوست کثالة ران، ولو، روده و آمنیون استفاده می‌شود. [۸-۱۱]. در ایران استفاده از گرافت آمنیون رایج تر است [۷]. جهت استفاده از گرافت آمنیونی، نیاز به انجام حداقل دو سزارین با آمنیون HIV سالم است که خطر انتقال بیماری‌های ویروسی بخصوص HIV را می‌تواند به همراه داشته باشد. عوارض عمل می‌تواند

یافته‌ها

(۰.۵۷/۱) در بیمارستان میرزاکوچک خان تحت عمل قرار گرفته بودند.

در این مجموعه ۲۰ مورد (۰.۵۷/۱) بدون آمنیون و ۱۵ مورد (۰.۴۲/۹) با آمنیون واژینوپلاستی شده بودند.

در مجموعه بررسی شده، ۳۱ نفر (۰.۸۸/۵) از همسران بیماران از نتیجه عمل راضی و تنها ۴ نفر (۰.۱۱/۵) ناراضی بودند که عمل واژینوپلاستی هر ۴ مورد از نوع با آمنیون بود (جدول ۲).

در این مطالعه ۵۵ زن مراجعه کننده جهت انجام عمل جراحی واژینوپلاستی بررسی شدند که ۳۵ نفر از آنها در بیمارستانهای میرزاکوچک خان و ولیعصر تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند.

میانگین سنی آنها ۲۸/۴ سال و بالاترین و پایین‌ترین سن به ترتیب ۴۸ و ۱۷ سال بودند. بیشترین علت مراجعه آمنوره بود (جدول ۱). ۱۵ بیمار (۰.۴۲/۹) در بیمارستان ولیعصر و ۲۰ نفر

جدول ۱- فراوانی علل مراجعه بیماران

علت	فراآنی	درصد
آمنوره	۳۳	٪۹۴/۱
نازایی	۱۷	٪۴۸/۵
اشکال در مقایرت	۱۷	٪۴۸/۵

نیست. در ارتباط بین رضایت از عمل و نوع عمل ، تست کای دو انجام شد که $P=0.34$ بدست آمد.

لازم به توضیح است به دلیل این که برخی بیماران بیش از یک علت مراجعه داشتند (مثل آمنوره و اشکال در مقایرت به طور همزمان) امکان جمع بستن کل موارد در این جدول ممکن

جدول ۲- رضایت جنسی بیماران بر حسب نوع عمل

رضایت بیمار	بدون آمنیون	با آمنیون	جمع
+	۱۶(٪۸۰)	۸(٪۵۳/۳)	۲۴(٪۶۸/۵)
-	۴(٪۲۰)	۷(٪۴۶/۷)	۱۱(٪۳۱/۵)
جمع	۲۰(٪۱۰۰)	۱۵(٪۱۰۰)	۳۵(٪۱۰۰)

جدول ۳- فراوانی وجود عوارض بلند مدت بر حسب نوع عمل		
با آمنیون	بدون آمنیون	عارضه بلند مدت
۲(٪۱۲/۳)	۲(٪۱۰)	وجود داشت
۱۳(٪۸۶/۷)	۱۸(٪۹۰)	وجود نداشت
۱۵(٪۱۰۰)	۲۰(٪۱۰۰)	جمع

آمنیون،...) انجام داده و نتایج رضایت‌بخشی در افزایش کیفیت زندگی و عملکرد جنسی بدست آورده‌اند [۴، ۵، ۷، ۸]. در این مطالعه نیز واژینوپلاستی با آمنیون، نتایج رضایت‌بخشی را از لحاظ عملکرد جنسی (٪۵۳) و عارضه طولانی مدت (٪۱۲/۳) نشان داد، اما در روش با آمنیون باید متظر انجام دو سزارین برای انجام عمل بود. در مجموع با توجه به این که در موارد بدون آمنیون رضایت کلی بیماران بیشتر بوده (٪۸۰) (هرچند رابطه معنی‌داری بین رضایت بیمار و نوع عمل مشاهده نگردد) (جدول ۲) و عارضه طولانی مدت در روش بدون آمنیون کمتر بود (جدول ۳). چنین استنباط می‌شود که وجود آمنیون تاثیری در رضایت‌مندی زوجین از واژینوپلاستی ندارد. متسافانه در جستجوهای انجام شده، مطالعه‌ای که عمل Mc-Indoe را بدون بافت پیوندی انجام داده باشد موجود نبود تا بتوانیم با مطالعه حاضر مقایسه‌ای انجام دهیم. علت عمله نارضایتی بیماران، نیاز به استفاده از مولد می‌باشد که بکارگیری آن برای بیماران دشوار و نارضایتی نسبی ایجاد می‌کند. مطالعه Gabrys, Fliegner, Roberts P در مطالعه‌اش این مدعای است [۲، ۶، ۱۳]. هر چند Sabino در مطالعه‌اش خلاف این واقعیت را نشان داده است [۱۲].

بطور کلی در این مطالعه تفاوت بارزی بین استفاده و عدم استفاده از آمنیون مشاهده نشد. از آنجا که بکارگیری آمنیون نیاز به انجام حداقل دو عمل سزارین به طور همزمان یا حداقل یک روز قبل با آمنیون سالم برای هر بیمار داشته و بر

عارضه کوتاه مدت شامل ترشح خونابهای و سوزش ادرار، ارتباط معنی‌داری با نوع عمل نداشت ($P=0/75$). همان‌طور که در جدول ۳ آمده است، ارتباط آماری معنی‌داری میان عوارض بلند مدت (چسبندگی و کوتاه شدن واژن) و نوع عمل در دو گروه مشاهده نشد. نتیجه نهائی این که رضایت عملکرد جنسی زوجین در هر دو گروه یکسان بود (جدول ۲). بنابراین بین عوارض بلند مدت و نتیجه نهائی عمل و تکنیک جراحی اختلاف واضحی دیده نشد ($P=0/34$).

بحث

محدوده سنی ۱۷ تا ۴۸ سال بیانگر این است که بیشتر بیماران تا قبل از سن ازدواج یا متوجه آن نشده و یا در صورت تشخیص آن را پیگیری نکرده‌اند که شاید علت آن مساله فرهنگی و بومی مردم باشد؛ اما مطالعات دیگر محدوده پائین‌تری (۱۲-۴۹ سال) را گزارش کرده‌اند [۱]. همان‌طور که در جدول ۱ ذکر شد، شکایت اولیه بیماران آمنوره، اشکال در مقایسه و نازایی بود.

درمان این بیماران مشکل نیست و تنها با یک بار مراجعه و جراحی امکان‌پذیر است. توجه به علل مراجعة برای بار دوم، نشان‌دهنده عوارض ناشی از عمل است.

مطالعات متعددی روش Mc-Indoe را با گرافتهای مختلف (پوست کولون سیگموئید، روده باریک، مخاط بوکال

نتیجه گیری

- ۱- با توجه به عدم مشاهده تفاوت آماری معنی دار بین دو تکنیک عمل انجام شده ، ساده‌تر بودن روش بدون آمنیون و از سوی دیگر فقدان خطر انتقال ویروس HIV ، توصیه به واژینوپلاستی بدون آمنیون می شود.
- ۲- برای نتیجه گیری مناسب‌تر در آینده، نیاز به مطالعه با تعداد بیشتر و کارآزمائی بالینی (RCT) می باشد.

اساس متون بررسی شده، خطر انتقال عفونت (انتقال ویروس HIV و) وجود دارد، می‌توان جهت کاهش این عوارض با اصلاح شیوه جراحی، استفاده از آمنیون را محدود کرد.

References

1. Klingele CJ, Gebhart JB, Croak AJ, Di-Marco CS, et al. McIndoe procedure for: long vaginal agenesis -term outcome and effect on quality of life. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 1569-73.
2. Gabrys M, Woyton J, Heimrath J. Congenital absence of the vagina-its diagnostic-therapeutic implications-case report. *Ginekol Pol* 2002; 73: 56-60.
3. Lin WC, Chang CY, Shen YY, Tsai HD. Use of autologous buccal mucosa for vaginoplasty: A study of eight cases. *Hum Reprod* 2003; 18: 604-7.
4. Hensle TW, Reiley EA. Vaginal reconstruction in girls and young adults. *Arch Esp Urol* 1998; 51: 527-36.
5. Miao SX. Comparison of three types of vaginoplasty. *Zhongguo Xiu Fu Chong Jian Wai Ke Za Zhi* 2001; 15: 104-5.
6. Roberts CP, Haber MJ, Rock JA. Vaginal creation for mullerian agenesis. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185: 1349-52.
7. Dhall K. Congenital absence of the vagina-simple surgical procedure for its relief. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1987; 27: 240-4.
8. Parsons JK, Gearhart SL, Gearhart JP. Vaginal reconstruction utilizing sigmoid colon: Complications and long-term results. *J Pediatr Surg* 2002; 37: 629-3.
9. Morton KE, Dewhurst CJ. Human amnion in the treatment of vaginal malformations. *Br J Obstet Gynaecol* 1986; 93: 50-4.
10. Ashworth MF, Morton KE, Dewhurst J, Lilford RJ, Bates RG. Vaginoplasty using amnion. *Obstet Gynecol* 1986; 67: 443-6.
11. Nisolle M, Donne J. Vaginoplasty using amniotic membranes in cases of vaginal agenesis or after vaginectomy. *J Gynecol Surg* 1992; 8b: 25-30.
12. Sa ino Neto M, Baracat EC, Ferreira LM. Technique vaginal reconstruction by McIndoe with a vaginal expander mold. *Int J Gynaecol Obstet* 2001; 73: 1657.
13. Fliegner JR. A simple surgical cure for congenital absence of the vagina. *Aust N Z J Surg* 1986; 56: 505-8.

A comparison between two surgical vaginoplasty methods

Z. Ghanbari^{1*}
M. Dahaghein¹
M. Ghafarnejad²
T. Eftekhari¹
M. Dadyar¹

1. Reproductive health research center, Imam Khomeini hospital, Tehran University, Tehran, Iran
2- Mirza-Kochak Khan Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background: To evaluate long-term outcome and satisfaction of MacIndo surgery with and without amnion graft.

Methods: This is a historical cohort study of patients who were treated with the McIndo procedure for vaginal agenesis. Participants answered a structured questionnaire to describe outcome in sexual function and satisfaction. Patient characteristics along with short and long-term endings were abstracted from the medical records.

Results: Thirty-five patients responded to the questionnaire. Average age ($\pm SD$) at surgery was 28.4 ± 3 years (range 17- 48 years). The mean number of years ($\pm SD$) since surgery was 7 years (range 2-12 years). In 15 patients (42.8%) amniotic graft were amniotic graft were used only in is patients (42.8%). There was no relation between two types of surgery (long-term outcome and satisfaction with p-values of 0.346 and 0.758 respectively).

Conclusions: Since there was not a statistical difference between these two types of McIndo methods, it is recommended to apply the procedure in which amnion is not used. This procedure (without amnion graft), is an easier method with less operation time and reduced viral (HIV...) transmission.

Keywords: Rokitansky syndrome, long-term outcome, vaginoplasty

* Imam Khomeini Hospital, Keshavarz Blvd., Tehran, Iran, Tel: +98 (21) 66939320, Fax: +98 (21) 66937321, E-mail: a3064@sina.tums.ac.ir