

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 می شود. از مشخصات این سندرم، فنوتیپ کاملاً زنانه با کاریوتایپ ۴۶XX می باشد. این آنومالی ممکن است با سایر آنومالی های مادرزادی مثل اسکلتی و اورولوژیک همراه باشد. روش های مختلف طبی و جراحی در درمان و اصلاح آرنزی واژن موجود است که شایع ترین روش آنها جراحی به روش درمان Mc-Indoe است. در این روش از گرافت های مختلف مثل پوست، روده و آمیون استفاده می شود.

روش بررسی: این مطالعه از نوع کوهورت تاریخی است که در دو گروه از بیماران که به دلیل آرنزی واژن تحت عمل جراحی واژینوپلاستی (با یا بدون گرافت آمیونی) 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.

یافته ها: 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 (۴۲/۸٪)، واژینوپلاستی با آمیون و در مابقی (۲۰ بیمار = ۵۷/۲٪) بدون گرافت انجام شده بود. هیچ ارتباطی بین نوع عمل و پیامد طولانی مدت و رضایتمندی جنسی دیده نشد (P=۰/۳۴ و ۰/۷۵).

نتیجه گیری: 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 آمیون ساده تر 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 آمیون گردد.

کلمات کلیدی: واژینوپلاستی، آمیون گرافت، سندرم راکی تانسکی

دکتر زینت قنبری^{۱*}

دکتر مزگان 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: ۶۶۹۳۹۳۲۰، نمابر: ۶۶۹۳۷۳۲۱.

پست الکترونیک: a3064@sina.tums.ac.ir

مقدمه

فیستول‌های رکتوواژینال، اورتروواژینال، ترشحات واژینال، مقاربت دردناک و تنگی و خشکی واژن باشد.

روش بررسی

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

معیارهای ورود؛ ابتلا به سندرم 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 و سه 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 جمع‌آوری و سپس با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (ویرایش ۱۱) بطور رایانه‌ای ذخیره و سپس تحت نظر کارشناس آمار، با استفاده از آمارهای استنباطی chi-square تحلیل شد.

جهت رعایت اصول اخلاق پزشکی، اطلاعات پرونده بیماران در نزد پزشک محفوظ بود و عمل جراحی با اخذ رضایتنامه کتبی از بیماران انجام شده بود.

سندرم راکی تانسکی به صورت عدم رشد کافی یا فقدان مادرزادی رحم و واژن در نوزاد 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 (کاربوتایپ ۴۶XX) اشاره کرد [۱].

علت اصلی و اولیه این سندرم ناشناخته باقی مانده است. همزمانی سایر آنومالی‌های مادرزادی اسکلتی، اورولوژیک و به خصوص کلیه، مطرح کننده علت تراژون است که طی ۶ هفته اول جنینی القاء می‌شود (زمانی که ساختمان‌هایی همچون لوله‌های فالوپ، 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 واقعا مشکل است [۱۲-۳].

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

یافته‌ها

(۱/۵۷٪) در بیمارستان میرزا کوچک خان تحت عمل فرار گرفته بودند.

در این مجموعه ۲۰ مورد (۱/۵۷٪) بدون آمنیون و ۱۵ مورد (۹/۴۲٪) با آمنیون واژینوپلاستی شده بودند.

در مجموعه بررسی شده، ۳۱ نفر (۵/۸۸٪) از همسران بیماران از نتیجه عمل راضی و تنها ۴ نفر (۵/۱۱٪) 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 میرزا کوچک خان و ولیعصر تحت عمل جراحی فرار گرفته بودند.

میانگین سنی آنها ۲۸/۴ سال و بالاترین و پایین‌ترین سن به ترتیب ۴۸ و ۱۷ سال بودند. بیشترین علت مراجعه آمnore بود (جدول ۱). ۱۵ بیمار (۹/۴۲٪) در بیمارستان ولیعصر و ۲۰ نفر

علت	فراوانی	درصد
آمنوره	۳۳	۹۴/۲٪
نازایی	۱۷	۴۸/۵٪
اشکال در مقاربت	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 مقاربت به طور همزمان) امکان جمع بستن کل موارد در این جدول ممکن

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		
عارضه بلند مدت	بدون آمینون	با آمینون
وجود داشت	۲(۱۰٪)	۲(۱۲/۳٪)
وجود نداشت	۱۸(۹۰٪)	۱۳(۸۶/۷٪)
جمع	۲۰(۱۰۰٪)	۱۵(۱۰۰٪)

عوارض کوتاه مدت شامل ترشح خونابه‌ای و سوزش ادرار، ارتباط معنی‌داری با نوع عمل نداشت ($P=0/75$). همان طور 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 (۴۹-۱۲ سال) را گزارش کرده‌اند [۱]. همان طور که در جدول ۱ ذکر شد، شکایت اولیه بیماران آموره، اشکال در مقاربت و نازایی بود.

درمان این بیماران مشکل نیست و تنها با یک بار مراجعه و جراحی امکان‌پذیر است. توجه به علل مراجعه 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

آمینون...) انجام داده و نتایج رضایت‌بخشی در افزایش کیفیت زندگی و عملکرد جنسی بدست آورده‌اند [۴، ۵، ۷، ۸]. در این مطالعه نیز واژینوپلاستی با آمینون، نتایج رضایت‌بخشی را از لحاظ عملکرد جنسی (۵۳٪) و عارضه طولانی مدت (۱۲/۳٪) نشان داد، اما در روش با آمینون باید منتظر انجام دو سزارین برای انجام عمل بود. در مجموع با توجه به این که در موارد بدون آمینون رضایت کلی بیماران بیشتر بوده (۸۰٪) (هرچند رابطه معنی‌داری بین رضایت بیمار و نوع عمل مشاهده نگردید) (جدول ۲) و عارضه طولانی مدت در روش بدون آمینون کم‌تر بود (جدول ۳). چنین استنباط می‌شود که وجود آمینون تأثیری در رضایت‌مندی زوجین از واژینوپلاستی ندارد. متأسفانه 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 عمده نارضایتی بیماران، نیاز به استفاده از مولد می‌باشد که بکارگیری آن برای بیماران دشوار و نارضایتی نسبی ایجاد می‌کند. مطالعه Gabrys, Fliegner, Roberts P نیز شاهدهی بر این مدعا 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 آمینون مشاهده نشد. از آنجا که بکارگیری آمینون نیاز به انجام حداقل دو عمل سزارین به طور همزمان یا حداکثر یک روز قبل با آمینون سالم برای هر بیمارداشته و بر

نتیجه گیری

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

۱- با توجه به عدم مشاهده تفاوت آماری معنی دار بین دو تکنیک عمل انجام شده ، ساده تر بودن روش بدون آمینون و از سوی دیگر فقدان خطر انتقال ویروس HIV ، توصیه به واژینوپلاستی بدون آمینون می شود.

۲- برای نتیجه گیری مناسب تر در آینده، نیاز به مطالعه با تعداد بیشتر و کارآزمایی بالینی (RCT) می باشد.

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 Gyne-col* 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 vagi-noplasty: A study of eight cases. *Hum Reprod* 2003; 18: 604-7.
4. Hensle TW, Reiley EA. Vaginal reconstr-uction 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 vaginasi-ple 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: Compli-cations 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, Donnez J. Vaginoplasty using amn-iotic 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. Tech-nique vaginal reconstruction by McIndoe with a vaginal expander mold. *Int J Gynaecol Obstet* 2001; 73: 1657.
13. Fliegner JR. A simple surgical cure for conge-nital 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

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

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 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