

## اولین عمل جراحی واژینوپلاستی موفقیت‌آمیز با روش اب وار تون مک ایندو<sup>(۱)</sup> با استفاده از Rigid vaginal form و گرفت<sup>(۲)</sup> آمینون در بیماری با آژنزی مادر زادی واژن، در شهر زنجان

دکتر منیره آهنچیان \*

### خلاصه:

خانم ۳۳ ساله‌ای با آمنوره اولیه که به دلیل عدم توانایی Coit مراجعه کرد و با تشخیص آژنزی کامل مولرین (سندرم مایر راکیتانسکی) تحت عمل جراحی واژینوپلاستی موفقیت‌آمیز با روش مک ایندو قرار گرفت.

واژه‌های کلیدی: ایران، زنجان، دانشگاه علوم پزشکی، مجاری مولرین، آژنزی واژن، واژینوپلاستی، Vaginal From، یا Vaginal cone، تکنیک مک ایندو

### مقدمه:

ممکن است همراه با این آنومالیها باشد، که شایعترین آن مربوط به سیستم ادراری است که در ۴۰ درصد موارد دوپلیکاسیون سیستم ادراری، ۱۵ درصد آژنزی یک کلیه (۱) و ۱۲ - ۵ درصد آنومالیهای اسکلتی می‌باشد (۶).  
تئوریهایی که برای عدم نمو یا پیشرفت این مجاری ارائه شده است عبارتند از (۳):

- ۱- تولید نابجای ماده مهارکننده نمو این مجاری از گناد بیمار مبتلا.
- ۲- توارث اتوزومال غالب که محدود به جنس مؤنث می‌باشد و توسط یک ژن موتانت از یک فامیل مذکر انتقال می‌یابد (معمولاً ارتباط پدری در زن مبتلا وجود دارد).
- ۳- در معرض تراتوژنها قرار گرفتن امبریو در

حدود ۳۷ روز بعد از لقاح، مجاری مولرین برای اولین بار در نزدیکی مهرة T4 (مهرة چهارم توراسیک) جنین قابل شناسایی است. (۳) از رشد و نمو این مجاری، رحم، سرویکس، لوله‌های رحمی و  $\frac{4}{5}$  فوقانی واژن تشکیل می‌گردد (۱).

اختلالات نمو مجاری مولرین در دوران جنینی منجر به انواع آنومالیهای مادر زادی سیستم تناسلی زنان می‌گردد. به عدم تشکیل واژن در دوران جنینی آژنزی مادر زادی واژن می‌گویند. آژنزی مادر زادی واژن می‌تواند به صورت منفرد باشد و یا همراه با آژنزی سایر قسمتها شامل رحم، سرویکس، لوله‌های رحمی که به آن سندرم مایر راکیتانسکی (Mayer Rokitansky) گفته می‌شود. آنومالیهای سیستمهای دیگر بدن نیز

1 - the Abbe wharton McIndoe

2 - Graft ( بافت مورد استفاده برای پیوند )

\* متخصص زنان و زایمان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان.

IVF و قرار دادن تخم لقاح یافته به داخل رحم یک زن دیگر (رحم اجاره‌ای) وجود دارد (۲).

#### معرفی بیمار :

بیمار زن ۳۳ ساله‌ای است که آمنوره اولیه داشته ولی با شکایت عدم توانائی Coit مراجعه کرد. در حالی که ۱۶ سال از ازدواج او می‌گذشت و به رغم مراجعات متعدد وی به مراکز درمانی، به علت عدم استطاعت مالی برای مراجعه به بیمارستانهای تهران، بیمار طی این سالها، دپسپارونی شدید را تحمل کرده بود. در معاینه بالینی به جز واژن کور، نکته پاتولوژیک دیگری نداشت. صفات ثانویه جنسی مطابق با یک زن بالغ نرمال بود گناد و تروپینها بالا بود. در سونوگرافیهای متعدد که قبلاً برای بیمار درخواست شده بود، رحم هیپوپلاستیک بسیار کوچک و عدم وجود کانال واژن گزارش شده بود. جهت بررسی آنومالیهای احتمالی سیستم ادراری IVP درخواست شد که در نتیجه آن مشخص گردید.

بیمار آژنزی کلیه ندارد، جایگاه آناتومیک هر دو کلیه طبیعی، سیستم ترشحي کلیه‌ها منفرد، و مثانه نیز طبیعی است.

به دلایل زیر برای بیمار کاربوتیب درخواست نشد.  
۱- بیمار ۳۳ ساله بود و در بررسی آمنوره اگر گناد و تروپینها بالاتر از نرمال باشد و سن بیمار کمتر از ۳۰ سال باشد کاربوتیب ضروری است (۱). در بیمار فوق گناد و تروپینها بالا نبود و سن بیمار نیز بالاتر از ۳۰ سال بود. در نتیجه تعیین کاربوتیب ضرورتی نداشت.

۲- انجام کاربوتیب در زنجان مقدور نیست و بیمار باید به تهران ارجاع می‌کرد.

۳- بیمار بضاعت لازم برای پرداخت هزینه کاربوتیب را نداشت.

بیمار در تاریخ ۱۳۷۸/۴/۳۱ با تشخیص قبل از عمل آژنزی واژن مورد عمل جراحی قرار گرفت. آنتی بیوتیک وریدی از ۱۲ ساعت قبل از عمل تجویز شد و

روزهای ۳۷ تا ۴۱.

۴- فقدان یا کاهش اسپتورهای استروژن در مجاری مولرین.

۵- نقص در مزانشیم القاکننده این مجاری.

انواع آنومالیهای مولرین به ۷ گروه تقسیم می‌شوند (۴).

۱- هیپوپلازی سگمنتال که خود شامل ۵ زیر گروه است:

A- آژنزی واژن، B- آژنزی سرویکس، C- آژنزی فوندوس، D- آژنزی لوله، E- نوع مرکب.

۲- رحم یک شاخه

۳- رحم دی دلفوس

۴- رحم دو شاخ

۵- نقایص سپتوم

۶- رحم قوسی

۷- آنومالیهای مربوط دی اتیل استیل ستروئول.

در واژن در ماه سوم زندگی آمبریونیک تشکیل و  $\frac{4}{5}$  فوقانی واژن از سیستم مجاری مولرین و  $\frac{1}{5}$  تحتانی آن از سینوس اروژنیتال تشکیل می‌گردد (۱). کانالیزاسیون واژن تا ماه ششم زندگی جنینی کامل می‌شود (۴).

بیمار معرفی شده در گروه I در زیر گروه E قرار می‌گیرد که در آن واژن، سرویکس، رحم و لوله‌ها تشکیل نمی‌شوند. در آژنزی واژن بر اساس رفرنس (۳)، عمل جراحی واژینوپلاستی (ایجاد یک واژن با عمل جراحی) معمولاً بین سنین ۱۷ تا ۲۰ سالگی که بیمار به مرحله بلوغ عاطفی رسیده است انجام می‌شود، ولی در کشور ما، این عمل جراحی پس از ازدواج انجام می‌شود

با این عمل کانال واژن فقط برای عمل جنسی رضایت بخش؛ ایجاد می‌گردد و در بارداری بیمار تأثیری ندارد. این نکته برای بیمار مورد بحث نیز تفهیم گردید. امکان فرزند دار شدن زنان با آژنزی مولرین، در صورت سوپراوولاسیون و باز یافت تخمک از طریق

( Rokitansky kuster Hanser می‌باشد. در این سندرم رحم سرویکس و  $\frac{4}{5}$  فوقانی واژن تشکیل نمی‌شود. تخمدانها معمولاً نرمال است (۱). شیوع آژنسزی واژن یک مسورد در هر ۱۰۵۸۸ تولد دختر است (۳).

این بیماران در سنین بین ۱۴ تا ۱۶ سالگی به دلیل آموره اولیه به ژنیکولوژیست مراجعه می‌کنند. یک معاینه دقیق دستگاه تناسلی خارجی لازم است. بی دقتی در معاینه، سبب به تأخیر افتادن تشخیص و تجویز داروهای هورمونی متعدد جهت القای قاعدگی می‌گردد (۵).

پس از تشخیص عدم وجود واژن، بوکال اسمیر برای بررسی کروماتین بادی انجام می‌گیرد و اگر وجود نداشت آنالیز کروموزومی کامل صورت می‌گیرد. بیمار معرفی شده به دلیل عدم توانائی Coit مراجعه کرده بود. پس از اقدامات اولیه، عمل جراحی واژینوپلاستی با تکنیک مک ایندو برای وی انجام شد. در این عمل از پرده آمنیون یا پوست به عنوان گرفت استفاده می‌شود. در بیمار مورد نظر نیز، از پرده آمنیون به عنوان گرفت استفاده شد. پرده آمنیون به عنوان گرفت از یک زایمان به صورت سزارین که مایع آمنیوتیک مکنونیال نبود و قبل از زایمان پارگی پرده‌ها وجود نداشت، تهیه گردید (۳). در تکنیک مک ایندو میزان موفقیت ۸۰ تا ۱۰۰ درصد ذکر شده است (۳). عوارض جدی این عمل فیستول یورترو واژینال، وزیکو واژینال و رکتو واژینال، عفونت پس از عمل و خونریزی حین عمل و بعد از عمل می‌باشد. شکست گرفت به عنوان عارضه در بعضی از مطالعات وجود داشته است. شکست به دلیل تشکیل نسج گرانولاسیون است که اگر کم باشد، با نیترات نقره قابل درمان است. در بیمار معرفی شده تب پس از عمل جراحی برای ۵ روز ادامه یافت که با آنتی

تا ۷ روز پس از آن ادامه یافت. عمل جراحی با ایجاد یک انسزیون عرضی در حد فاصل مجرای ادرار و آنوس آغاز گردید (۳). blunt dissection با انگشت در دو طرفه رافه میانی در حد فاصل مجرای ادرار و رکتوم انجام و سپس رافه میانی با استفاده از قیچی قطع گردید. در حین عمل کاتتر ثابت ادراری داخل مثانه گذاشته شد و انگشت اندکس دست چپ جراح برای جلوگیری از آسیب به رکتوم در داخل آن قرار گرفت. عمل دایسکشن بدون آسیب رساندن به مثانه یا رکتوم صورت گرفت. پس از ایجاد فضای کافی و هموستاز نقاط خون ریزی دهنده، گرفت آمنیون بر روی Cone<sup>(۱)</sup> کشیده شد و سوراخهایی مطابق با سوراخهای Cone، در آن ایجاد گردید تا ترشحات خارج گردد. سپس Cone داخل واژن جدید قرار داده شد و با چند سوچور به ولو ثابت گردید (۳).

یک هفته بعد، با باز کردن سوچور، Cone خارج گردید و داخل واژن جدید با نرمال سالین استریل تستشو داده شد. پس از آموزش کافی به بیمار در مورد نحوه مراقبت و جای گذاری واژینال فرم؛ ترخیص گردید. سپس پی‌گیری بیمار به صورت هفته‌ای یک بار انجام شد و در هر مراجعه حفره مراقبت واژن جدید از نظر وجود نکروز فشاری بررسی می‌گردید. به بیمار آموزش داده شد تا ۶ هفته پس از ترخیص فقط در هنگام defecation و urination فرم را بردارد. پس از ۸ هفته از زمان عمل جراحی اجازه Coit به بیمار داده شد. بیمار باید برای ۱۲ ماه آینده شبها فرم را قرار دهد و روزها خارج سازد.

#### بحث:

آنومالیهای مولرین سبب بروز علایم و عوارض متعددی برای بیماران مبتلا می‌گردند. شایعترین نمونه از آنسومالیهای ارگسانوژنز واژن سندرم Mayer (

۱- Rigid vaginal form (cone) وسیله‌ای به شکل استوانه تو خالی از جنس پلاستیک فشرده است که از سوراخهای متعددی جهت خروج ترشحات واژن جدید استفاده می‌گردد.

Gynecology 8th ed 1997.

4 - Williams, obstetrics 20th Edition. 55

5 - Knab, Mullerian agenesis : a review  
Bethesda , Maryland ,1983, 260.

6 - Griffin JE, Edwards, Congenital  
absence of the vagina. Ann Intern  
Med, 1976. 75.

بیوتیک تراپی وسیع الطیف، تب بدون عارضه قطع شد.

گرچه در بعضی ها واژن با طول ۴ سانتی متر کافی  
است ولی در اغلب موارد واژن کمتر از ۴ سانتی متر  
مشکلی جدی می باشد. در بیمار معرفی شده، طول  
نهایی واژن ۷ سانتی متر می باشد و بیمار دیسپارونی  
ندارد.

#### کتابنامه:

1 - Novak's Gynecology , 12th ed  
Berek 1996.45

2 - Speroff, L et al clinical - Gynecolo -  
Endocrinology and infertility, speroff  
1998, 102

3 - Rock , J.A Te linde's operative