



DOI: 10.38136/jgon.943264

**Tedavi sonrası vajinismus hastalarının gebelik sonuçları, obstetrik ve perinatal sonuçlarının değerlendirilmesi****Examination of pregnancy outcomes, obstetric and perinatal outcomes of vaginismus patients after treatment**Tunay KİREMİTLİ<sup>1</sup>Sevil KİREMİTLİ<sup>1,2</sup> Orcid ID:0000-0002-4531-827X Orcid ID:0000-0002-2545-416X<sup>1</sup> Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye<sup>2</sup> Erzincan Özel Neon Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Erzincan, Türkiye**ÖZ**

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı; vajinismus tedavisi sonrası spontan gebe kalabilmiş primer vajinismus hastalarının obstetrik ve perinatal sonuçlarını irdeleyerek, vajinismus olmayan gebeler ile karşılaştırmaktır.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışmaya, 1 Ocak 2018-1 Ağustos 2020 tarihleri arasında, 8 haftayı geçmemiş gebeliği bulunan, 18-35 yaş arasında, daha önceden primer vajinismus tedavisi almış, nullipar, spontan gebe kalmış 50 hasta dahil edildi. Kontrol grubunda ise 56 nullipar gebe bulunmaktaydı. Hastaların dosyaları retrospektif taranarak, demografik verileri, karakteristik özellikleri, doğum haftaları, doğum induksiyonu gerekliliği, doğum şekilleri, sezaryen endikasyonları, fetüslerin doğum kiloları, apgar skorları ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi ihtiyaçları kaydedildi ve gruplar arasında karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Vajinismus grubunda 31(%68.9) hasta, kontrol grubunda ise 16(%31.4) hasta sezaryen doğum yaptı(p<0.01). Vajinismus grubunda 14 hastanın 1'i, kontrol grubunda ise 35 gebenin 2'si epizyotomiziz doğum yaptı(p=0.6). Vajinismus grubunda en sık görülen sezaryen endikasyonları; vaginal muayede güçlük ve hasta isteğiydi, kontrol grubu ile fark istatistiksel olarak anlamlıydı(sırasıyla, p=0.04, p=0.03).

**Sonuç:** Tedavi sonrası spontan gebe kalabilen vajinismus hastalarında sezaryen ile doğum ihtimali artmaktadır. Hasta isteği ve vaginal muayeneye uyumsuzluk sezaryen artışının sebebi olarak görülmektedir. Bu hastalar tedavi almış olmalarına rağmen, doğumu yaptıran obstetrik ekibin hastanın vaginal muayeneye uyum göstermede güçlük çekebileceğini ve bu hastaların sezaryen beklentisinin fazla olabileceğini bilmeleri önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Primer vajinismus; perinatal sonuç; sezaryen.

**ABSTRACT**

**Aim:** The aim of this study is to examine the obstetric and perinatal outcomes of primary vaginismus patients who were able to conceive spontaneously after vaginismus treatment and to compare them with the results of pregnant women without vaginismus.

**Materials and Methods:** Fifty nulliparous and spontaneous pregnancies between the ages of 18-35, who had previously received PV treatment between January 1, 2018 and August 1, 2020, were included in the study. There were 56 nulliparous pregnant women in the control group. The patients' files were scanned retrospectively, and their demographic data, characteristics, delivery weeks, labor induction requirement, delivery types, cesarean indications, birth weights of fetuses, apgar scores and neonatal intensive care unit needs were recorded and compared between the groups.

**Results:** Caesarean delivery was performed by 31 patients (68.9%) in the vaginismus-group and 16 (31.4%) patients in the control-group (p<0.01). Among the patients who delivered vaginally, 1 of 14 patients in the vaginismus-group and 2 of 35 patients in the control-group gave birth without episiotomy (p=0.6). The most common cesarean indications in the vaginismus-group are; the difficulty in vaginal examination, and the patient's request, the difference in the control-group was statistically significant (p=0.04, p=0.03, respectively).

**Conclusion:** The probability of delivery by cesarean section increases in vaginismus patients who can conceive spontaneously after treatment. The patient's request for cesarean section and patient's incompatibility of the vaginal examination are seen as the reason for the increase in cesarean section. Although these patients have received treatment, it is important for the obstetric team to know that the patient may have difficulty in adapting to the vaginal examination and that these patients may have a high expectation of cesarean section.

**Key words:** Primary vaginismus; perinatal outcome; cesarean section.

**Sorumlu Yazar/ Corresponding Author:**

Tunay KİREMİTLİ

Adres: Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Erzincan

E-mail: tkiremitli@hotmail.com

Başvuru tarihi :26.05.2021

Kabul tarihi : 11.10.2021

## GİRİŞ

Vajinismus; hastanın, pelvik kaslardaki istemsiz kontraksiyonlara bağlı, vajinaya penis, parmak, tampon girişine, jinekolojik muayeneye tekrarlayıcı ve kalıcı olarak uyum sağlayamaması durumudur (1). İlk olarak 19. yüzyılda Amerikalı jinekolog Sims tarafından “artan fizyolojik uyarılma ile beraber vajinal sfinkterin spazmodik kasılması” şeklinde tanımlanmıştır. DSM IV’de vajinismus, vajinanın dış üçte birlik bölümündeki kasların tekrarlayan veya kalıcı istemsiz spazmı sonucu cinsel ilişkinin engellenmesi olarak yer almıştır (3). DSM V’te ise DSM IV’deki “cinsel ağrı bozuklukları” başlığı ve bu başlıktaki vajinismus ve disparoni tanımları kaldırılmıştır ve iki tanıyı da içine alan “cinsel organlarda, pelviste ağrı / penetrasyon bozukluğu” olarak tanımlanmıştır. DSM V’e göre en az 6 ay boyunca aşağıda belirtilen kriterlerden bir ya da daha fazlasının sürekli ve tekrarlayan şekilde yaşanması ile “cinsel organlarda, pelviste ağrı / penetrasyon bozukluğu” tanısı konur. 1. Vajinal ilişki / penetrasyon sırasında belirgin bir zorluk 2. Vajinal ilişki / penetrasyon sırasında belirgin vulvavajinal ya da pelvik ağrı 3. Vajinal penetrasyonda vulvavajinal veya pelvik ağrı konusunda belirgin bir korku ya da anksiyete 4. Vajinal penetrasyon teşebbüsü sırasında pelvik kasların belirgin bir şekilde kasılması / gerilmesi (4).

Vajinismusun etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte çevresel faktörler, katı cinsel mitler, cinsel travma öyküsü, ağrılı fiziksel muayene ve psikiyatrik bozukluklar vajinismus ile ilişkilendirilmiştir (5,6) Vajinismus görülme sıklığını % 1-6 oranında bildiren literatürlere karşın ülkemizde bu oran % 15.3 olarak bildirilmiştir (7). Literatürde en sık kullanılan sınıflama primer ve sekonder vajinismustur. Primer vajinismusta herhangi bir zamanda herhangi bir şeyin vajene sokulması imkansızdır ve hiç olmamıştır. Sekonder vajinismus ise normal seks hayatı ve vajinal penetrasyon öyküsü olan bir kadında gelişir (8). Tedavisinde bilişsel ve kognitif terapi, seksüel terapi, psikoterapi, pelvik kasların spazmına yönelik gevşeme yöntemleri, botulinum toksin enjeksiyonu, dilatasyon tedavisi ve hipnoterapi sıklıkla kullanılan yöntemlerdir (9,10) .Vajinismusun bir sonucu olarak bu hastalarda artan infertilite sıklığı ve yardımcı üreme teknikleri ihtiyacı daha fazladır (11). Ayrıca yardımcı üreme tekniklerine ihtiyaç duyan hastalarda vajinismusun altta yatan ve atlanabilen bir neden olduğu gösterilmiştir (12). Literatürde vajinismus hastalarının obsterik ve perinatal sonuçlarını irdeleyen sınırlı çalışmaya rastlanmaktadır. Vajinismus hastalarında sezaryen oranı ve doğum komplikasyonlarında artış bildirilmiştir (13). Perinatal mortalite ve morbidite açısından ise fark gösterilememiştir (14).

Yapılan bir çalışmada vajinismuslu hastaların primipar kalma oranının yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuç hastaların doğuma özellikle de vajinal doğuma ikincil geliştirdikleri kötü anıları ile ilişkilendirilmiştir (15).

Vajinismus; artmış obstetrik komplikasyonların yanında, gebelik takibi esnasında vajinal muayene korkusu, utanç ve takipsiz gebelik riski (tıbbi personel ile yaşadığı anlaşmazlık sonucu) oluşturmaktadır (8).

Vajinismusun artmış sezaryen oranı ve artan obstetrik komplikasyonlarla ilişkisini gösteren sınırlı çalışmaya rağmen, literatürde tedavi sonrası primer vajinismus hastalarının obstetrik ve perinatal sonuçlarını araştıran herhangi çalışmaya rastlamadık. Bu çalışmada vajinismus tedavisi sonrası spontan gebe kalabilmiş hastaların obstetrik ve perinatal sonuçlarını irdelemeyi hedefledik. Bu çalışmanın amacı; vajinismus tedavisi sonrası spontan gebe kalabilmiş primer vajinismus hastalarının obstetrik ve perinatal sonuçlarını irdeleyerek, vajinismus olmayan gebelerin sonuçları ile karşılaştırmaktır.

## MATERYAL VE METOD

Bu çalışma Helsinki Bildirgesi prensiplerine uygun olarak planlanmış ve yapılmıştır. Etik Kurul onayı Üniversitemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı’nın 22.03.2021 tarihli, 05 sayılı toplantısında 05/08 sayılı kararında alınmıştır. Çalışmamıza 1 Ocak 2018-1 Ağustos 2020 tarihleri arasında 18-35 yaşlarında daha önceden primer vajinismus tedavisi almış (herhangi bir zamanda, herhangi bir yerde) herhangi bir yardımcı üreme tekniğine gerek duymadan spontan gebe kalmış ve 22 hafta üzerine ulaşmış 50 nullipar hasta, kontrol grubuna ise vajinismus öyküsü olmayan spontan gebe kalabilmiş 56 sağlıklı nullipar gebe dahil edildi. Çalışmaya, hem vajinismus grubu hem de kontrol grubu için, belirtilen tarih aralığında BhcG pozitif ve 8 haftayı geçmemiş olan gebeler dahil edildi. Hasta ve yenidoğan bilgilerine retrospektif olarak hasta kayıtları taranarak ulaşıldı. Kontrol grubuna dahil edilen hastalar, tanı konulmuş vajinismus olmayan, gebe ilk muayeneler arasından rastgele alındı. Hastaların dosyada kayıtlı demografik verileri, karakteristik özellikleri, doğum haftaları, doğum induksiyonu gerekliliği, doğum şekilleri, sezaryen endikasyonları, fetüslerin doğum kiloları, apgar skorları ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi ihtiyaçları kaydedilerek gruplar arasında karşılaştırıldı.

Primer vajinismus için tedavi olmuş olma kriteri; bir jinekolog, seksüel terapist, psikolog veya psikiyatrist tarafından; bilişsel ve kognitive terapi, psikoterapi, hipnoterapi, vaginal dilatatör, vagi-

nal botilium toksin uygulanmasından bir ya da birkaç metod ile tedavi sonrası başarılı koit gerçekleştirilmesi olarak tanımlandı. Hasta ve kontrol grubunda tüm gebeler spontan gebe kalmıştı. Ovulasyon indüksiyonu, yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan hastalar, çoğul gebeler, intrauterine ex fetüsler ve 22 hafta öncesi eylemi başlayan hastalar (abortus) çalışma dışı bırakıldı. Sezaryen endikasyonlarından biri olan vajinal muayenede güçlük tanısı; vajinal muayeneye uyum gösteremeyen, muayene masasına çıkmayı kabul etmeyen, vaginal muayene sırasında bacaklarını kapatarak ve/veya vaginal muayeneyi yapan sağlık çalışanına müdahalede bulunarak optimal muayeneye engel olan, doğum sırasında kendisine ve/veya fetüse zarar verebileceği düşünülen hastalara tecrübeli bir obstetrisyen tarafından konulmuştur.

Verilerin analizinde IBM SPSS ver. 21 (IBM Corp., Armonk, N.Y., USA) kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile sınıandı. Normal dağılım gösteren verilerin karşılaştırılmasında Student's t test kullanıldı ve veriler ortalaması ± standart sapma olarak sunuldu. Normal dağılım göstermeyen veriler ise The Mann-Whitney U test kullanılarak karşılaştırıldı ve ortanca (minimum-maksimum) değer olarak sunuldu. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Ki-kare testi kullanıldı. p değerinin <0.05 olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## BULGULAR

Çalışmamıza hasta grubuna 50, kontrol grubuna 56 olmak üzere toplam 106 hasta dahil edildi. Vajinismus grubunun yaş ortalaması  $27.72 \pm 3.65$  iken kontrol grubunun  $25.81 \pm 5.68$  idi ve iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark vardı ( $p=0.04$ ). Hastalara ait demografik ve karakteristik özellikler Tablo 1'de sunuldu.

**Tablo 1.** Demografik veriler ve Karakteristik özellikler

	Vajinismus	Kontrol	p
Yaş (yıl)	$27.72 \pm 3.65$	$25.81 \pm 5.68$	<b>0.04*</b>
VKİ (kg/m <sup>2</sup> )	$22.5 \pm 2.33$	$22.73 \pm 3.25$	0.6*
Gravida	1 (1-3)	1 (1-3)	0.8**
Abortus	0 (0-1)	0 (0-2)	0.4**

VKİ: Vücut kitle indeksi \* Student's t test kullanıldı. \*\* Mann-Whitney U test kullanıldı.

Tedavi sonrası vajinismus hastalarının gebe kalma süresi  $5.4 \pm 2.9$  aydı. Vajinismus grubunda 5 (% 10) ve kontrol grubunda 5 (% 8.9) hastada gebelik abort ile sonuçlandı ( $p = 0.5$ ). Vajinismus grubunda vaginal doğum yapan 14 hastanın 1'inde epizyotomi açılmamış iken, kontrol grubunda 35 hastanın 2'si epizyotomiz doğum yaptı. Epizyotomi gerekliliği açısından her iki

grup arasında anlamlı fark yoktu ( $p = 0.6$ ). Vajinismus grubunda 2 (% 4.4) hastada 3. derece perine yaralanması izlenirken, kontrol grubunda hiçbir hastada perine yaralanması izlenmedi, fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $p = 0.13$ ). Vajinal doğum esnasında vakum vajinismus grubunda 3 hastada, kontrol grubunda ise 1 hastada uygulandı, fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $p = 0.6$ )

Vajinismus grubunda 31 (% 68.9) hasta, kontrol grubunda ise 16 (% 31.4) hasta sezaryen doğum yaptı, fark istatistik olarak anlamlıydı ( $p < 0.01$ ). Vajinismus grubunda en sık görülen sezaryen endikasyonları; vaginal muayenede güçlük ve hasta isteğiydi. Bu iki endikasyon için kontrol grubu ile karşılaştırılınca fark istatistiksel olarak anlamlıydı (sırasıyla,  $p = 0.04$  ve  $p = 0.03$ ). Her iki grup için sezaryen endikasyonları Tablo 2'de gösterildi.

**Tablo 2.** Sezaryen Endikasyonları

	Vajinismus n (%)	Kontrol n (%)	Toplam n (%)	p
Hasta isteği	13 (41.9)	1 (6.3)	14 (29.8)	<b>0.04*</b>
VM'de güçlük	6 (19.4)	0	6 (12.8)	<b>0.03*</b>
SPU	2 (6.5)	4 (25)	6 (12.8)	0.5*
Fetal Distres	1 (3.2)	3 (18.8)	4 (8.5)	0.1*
İlerlemeyen Eylem	2 (6.5)	4 (25)	6 (12.8)	0.1*
Makrozomi	3 (9.7)	2 (12.5)	5 (10.6)	0.4*
Malprezentasyon	1 (3.2)	1 (6.3)	2 (4.3)	0.4*
Plasenta Previa	1 (3.2)	0	1 (2.1)	0.5*
Preeklampsi	1 (3.2)	1 (6.3)	2 (4.3)	0.4*
Gebelik Kolestazi	1 (3.2)	0	1 (2.1)	0.5*

VM: Vajinal muayene SPU: Sefalopelvik uyumsuzluk \* Ki-kare testi kullanıldı.

Vajinismus grubunun doğum haftası 38 hafta 5/7 gün iken kontrol grubunun doğum haftası 38 hafta 1/7 gündü ( $p = 0.07$ ). Obstetrik ve perinatal parametreler Tablo 3'te gösterilmiştir.

**Tablo 3.** Obstetrik ve perinatal parametrelerin gruplar arası karşılaştırılması

	Vajinismus n, (%)	Kontrol n, (%)	p
Doğum Haftası	38 h 5/7g (32-41 h)	38 h 1/7 g (31-41 h 5/7 g)	0.07*
Prematür doğum (< 37. gebelik haftası)	2 (4.4)	2 (3.9)	0.91**
Postmatür doğum (> 41. gebelik haftası)	4 (8.9)	3 (5.9)	0.46**
Doğum indüksiyonu	9 (20)	18 (35.3)	0.09**
Epizyotomiz vaginal doğum	1 (2.2)	2 (3.9)	0.6**
Vakum kullanımı	3 (6.7)	1 (1.9)	0.6**
3. derece perine laserasyonu	2 (4.4)	0	0.13**
Sezaryen ile Doğum	31 (68.9)	16 (31.4)	<b>&lt;0.01**</b>
Doğum Kilosu (gram)	$3283.48 \pm 421.04$	$3114.5 \pm 428.62$	0.06***
Düşük doğum ağırlığı (< 2500 gram)	2 (4.4)	4 (7.8)	0.49**
Makrozomik fettüs (> 4000 gram)	4 (8.9)	2 (3.9)	0.31**
1.dakika Apgar skoru < 7	5 (11.1)	3 (5.9)	0.32**
5.dakika Apgar skoru < 7	1 (2.2)	1 (1.9)	0.90**
YYBÜ'ne yatış	5 (11.1)	3 (5.8)	0.28**

\* Mann-Whitney U test kullanıldı. \*\*Ki-kare test kullanıldı. \*\*\* Student's t test kullanıldı. h: hafta. g: gün. YYBÜ: Yenidoğan yoğun bakım ünitesi.

## TARTIŞMA

Primer vajinismusların tedavi sonrası obstetrik ve perinatal sonuçlarını irdelediğimiz bu çalışmada, vajinismusun tedavi sonrasında dahi sezaryen oranını arttırdığı görüldü.

Tedavi sonrası başarılı koit gerçekleştiren vajinismus hastalarında cinsel foksionun iyileştiği ve depresif belirtilerin gerilediği bilinmektedir (10,16). Ancak vajinismus tedavisi sonrası obstetrik ve perinatal sonuçları gösteren veriler kısıtlıdır. Derent ve ark. vajinismus tedavisi almış hastalarda başarılı koit gerçekleştirebilen ve başarılı koit gerçekleştiremediği halde inseminasyon ile (kendi kendine ya da sağlık profesyenelleri tarafından) gebe kalan hastalarda sezaryen ve müdahaleli doğum (vakum veya forceps) oranını yüksek bulmuşlardır (17). Goldsmith ve ark. yaptıkları çalışmada vajinismus tanısı almış olmanın sezaryen için bağımsız bir risk faktörü olduğu bulunmuş ve bu hasta grubunda en sık sezaryen endikasyonu vaginal muayenede güçlük olarak bildirilmiştir (14). Möller ve ark. ise vajinismus hastalarında en sık sezaryen endikasyonunu doğum korkusu olarak bildirmişlerdir (15). Tamamı tedavi sonrası başarılı koit ile spontan gebe kalmış hastalardan oluşan çalışma grubumuzda, sezaryen oranı % 68.9'du ve vajinismus öyküsü olmayan hastalara göre istatistiksel anlamlı derecede yüksek izlendi. En sık endikasyonlar hasta isteği ve vaginal muayenede güçlüktü. Tedavi sonrasında başarılı koitus gerçekleşse de bu hasta grubunda doğum korkusunu ve tekrar vajinismus olma endişesini sezaryen isteğinin altında yatan neden olarak düşünmekteyiz. Ayrıca; doğumu yönetecek hekimlerin vajinismus tanısı olan hastalarda (tedavi edilmiş olsalar bile) sezaryen doğuma daha ılımlı ve kabul edilebilir yaklaşımları artmış sezaryen oranı ile ilişkilendirilebilir. Vajinismus bazı çalışmalarda, sefalopelvik uyumsuzluk (SPU), ilerlemeyen eylem ve fetal distress nedeniyle artmış sezaryen oranlarıyla da ilişkilendirilmiştir, altında yatan en önemli nedenin hastaların perineal gevşeme ve ıkmaya özellikle de doğumun 2. evresindeki ıkmaya uyum gösterememesi olarak belirtilmiştir (14,18). Ancak bizim çalışmamızda SPU, ilerlemeyen eylem ve fetal distress endikasyonlarında kontrol grubuyla vajinismus grubu arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu (sırasıyla,  $p = 0.5$ ,  $p = 0.1$ ,  $p = 0.1$ ).

Vajinismus hastalarında vaginal doğum esnasında müdahaleli doğum ve perineal yaralanma riski daha fazla bildirilmiştir (13). Bu durum doğumun 2. evresindeki ıkmama defekti ve hasta uyumsuzluğu ile ilişkilendirilmiştir (13). Çalışmamızda vajinal muayeneye uyumsuzluk ve hasta isteği dışında diğer sezaryen endikasyonlarında artış izlenmedi. Müdahaleli doğum, perineal

yaralanma ve epizyotomi gerekliliği her iki grup arasında benzerdi. Bu veriler ışığında tedavi sonrası vajinismusun vaginal doğuma istekli ve vaginal doğuma uyum gösterebilen hastalar için vaginal doğum komplikasyonlarını ve diğer sezaryen endikasyonlarını arttıran bir etkisi görülmedi. Bu grupta göze çarpan artmış sezaryen oranları belki de doğum ile ilişkilendirilebilecek komplikasyonların az olmasında etken olabilir. Vajinal muayene ve doğuma tam uyum gösteren tedavi edilmiş vajinismus hastalarının vaginal doğumlarında komplikasyon oranı normal hasta grubundan farklı değildir.

Gebelik takiplerinde vaginal muayene endişesi ve / veya travmatik, zorlayıcı olarak tanımladıkları vaginal muayene maruz kalma durumu, vajinismus hastalarında gebelik takibini bırakma, obstetrik takip bakımından uzaklaşma ve doğum sonrası vajinismusun derinleşmesi riskini arttırmaktadır (8). Yine bu hastalarda nullipar kalma oranının yüksek olduğu bu sonucun ise travmatik doğum anısına bağlı olduğu bilinmektedir (15).

Literatürde vajinismus hastalarında, altta yatan kaygı ve endişenin sonucu olarak postterm gebeliğin arttığı bildirilmiştir (19). Bu durumun aksine postterm gebelik ile vajinismus arasında ilişki olmadığını bildiren yayınlar da bulunmaktadır (15). Çalışmamızda gūnaşımı gebelikler açısından her iki grup arasında fark yoktu. Tedavi ile birlikte doğum kaygısının azalmasının yanı sıra, gūnaşımına ulaşmadan yapılan isteğe bağlı sezaryen oranının fazla olmasının da bu sonuç ile ilişkili olduğunu düşünmekteyiz.

Artmış müdahaleli doğum ve sezaryen oranlarına karşın, apgar skorunun düşmesi, perinatal mortalite ve morbidite vajinismus ile ilişkilendirilmemiştir (18). Çalışmamızda benzer şekilde artmış sezaryen oranına rağmen vajinismus tedavisi sonrası gebe kalan hastalarda 1 ve 5. dakika apgar skorları, yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatış oranı açısından kontrol grubu ile anlamlı fark yoktur. Çalışmamızın sonuçlarına göre vajinismus öyküsü perinatal sonuçları etkilememektedir. Vajinismus hastalarında düşük doğum ağırlıklı fetüs doğurma sıklığı daha fazladır (14,18). Bunun altta yatan kronik stres ve bu hastalarda gebelik boyunca antidepresan ve myorelaksan kullanımının daha fazla olmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür (14,18). Çalışmamızda vajinismus öyküsü düşük doğum ağırlığı ile ilişkili bulunmadı. Hastalarımızın hepsinin tedavi almış vajinismus hastası olması ve gebelik boyunca antedipresan ya da anksiyolitik ilaç kullanmamış olması, ayrıca kronik stresin vajinismusu çözememiş hastalara göre belirgin oranda az olmasının bu sonucun nedenleri olduğunu düşünmekteyiz.

Sonuç olarak tedavi sonrası başarılı koit ile spontan gebe ka-



lan vaginismus hastalarında, vaginismus öyküsü sezaryen ile doğum ihtimalini arttırmaktadır. Bu hastalarda vaginismusun tekrarlama korkusu ile ilişkilendirilebilecek sezaryen isteğinin fazla olması ve vaginal muayeneye uyumsuzluk sezaryen artışından sorumlu görülmektedir. Bu hastalar tedavi almış olmalarına rağmen, doğumu yaptıran obstetrik ekibin hastanın vaginal muayeneye uyum göstermede güçlük çekebileceğini ve bu hastaların sezaryen beklentisinin fazla olabileceğini bilmeleri önemlidir. Bunun yanında literatürde tüm vaginismus hastalarını kapsayan çalışmalarda bildirilen diğer sezaryen endikasyonları, müdahaleli doğum, perineal yaralanma sıklığındaki artış, tedavi almış ve başarılı koit ile gebe kalabilmiş vajinismus hastalarında izlenmemiştir.

### KAYNAKLAR

1. Basson R, Leblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, Graziottin A, Heiman JR, Laan E, Meston C, Schover L, van Lankveld J, Schultz WW. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003 Dec;24(4):221-9.
2. Sims MJ. On Vaginismus. *Trans Obstet Soc London* 1861;3:356–67.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic criteria from DSMIV-TR. American Psychiatric Publications; 2000.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Publications; 2013.
5. Stanley E. Vaginismus. *BMJ* 1981;282:1435–1437.
6. Crowley T, Richardson D, Goldmeier D. Recommendations for the management of vaginismus: BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction. *Int J STD AIDS* 2006;17:14–18.
7. Konkan R, Bayrak M, Gonullu GO, Senormanci O, Sungur MZ. Sexual function and satisfaction of women with vaginismus. *J Psychiatry Neurol Sci*. 2012;25:305–311.
8. Achour R, Koch M, Zgueb Y, Ouali U, Ben Hmid R. Vaginismus and pregnancy: epidemiological profile and management difficulties. *Psychol Res Behav Manag*. 2019 Mar 12;12:137-143.
9. Melnik T, Hawton K, McGuire H. Interventions for vaginismus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Dec 12;12(12):CD001760. doi: 10.1002/14651858.CD001760.pub2.
10. Pacik PT, Geletta S. Vaginismus Treatment: Clinical Trials Follow Up 241 Patients. *Sex Med*. 2017 Jun;5(2):e114-e123.
11. Berger MH, Messori M, Pastuszak AW, Ramasamy R. Association Between Infertility and Sexual Dysfunction in Men and Women. *Sex Med Rev*. 2016 Oct;4(4):353-365.
12. Souza MDCB, Gusmão MCG, Antunes RA, Souza MM, Rito ALS, Lira P, Mancebo ACA, Tamm MA, Panaino TR, Bahia MJ. Vaginismus in Assisted Reproductive Technology Centers: an invisible population in need of care. *JBRA Assist Reprod*. 2018 Mar 1;22(1):35-41.
13. Tourrilhes E, Veluire M, Hervé D, Nohuz E. Pronostic obstétrical des femmes atteintes de vaginisme primaire [Obstetric outcome of women with primary vaginismus]. *Pan Afr Med J*. 2019 Apr 8;32:160. French.
14. Goldsmith T, Levy A, Sheiner E, Goldsmith T, Levy A, Sheiner E. Vaginismus as an independent risk factor for cesarean delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2009 Oct;22(10):863-6.
15. Möller L, Josefsson A, Bladh M, Lilliecreutz C, Sydsjö G. Reproduction and mode of delivery in women with vaginismus or localised provoked vestibulodynia: a Swedish register-based study. *BJOG*. 2015 Feb;122(3):329-34.
16. Özdel K, Yılmaz Özpolat A, Çeri Ö, Kumbasar H. Factors that might be predictive of completion of vajinismus treatment. *Turk Psikiyatri Derg*. 2012 Winter;23(4):248-53.
17. Drenth JJ, Andriessen S, Heringa MP, Mourits MJ, van de Wiel HB, Weijmar Schultz WC. Connections between primary vajinismus and procreation: some observations from clinical practice. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1996 Dec;17(4):195-201.
18. Rosenbaum TY, Padoa A. Managing pregnancy and delivery in women with sexual pain disorders. *J Sex Med*. 2012 Jul;9(7):1726-35; quiz 1736.
19. Quiret-Rousselle B. Vaginisme et grossesse: une meilleure compréhension pour une prise en charge adaptée. *Vocation sage-femme*. 2012;11(99):14–8.