

LABİUM MINUS HİPERTROFİSİNİN ANATOMİK FARKLILIKLAR DİKKATE ALINARAK REKONSTRÜKSİYONU

RECONSTRUCTION OF LABIUM MINUS HYPERTROPHY TAKING INTO ACCOUNT ANATOMICAL DIFFERENCES

*Melike Güngör, **Emin Sır, *Diren Çelik, *Ahmet Seyhan,*Levent Yoleri

* Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

** İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ÖZET

Giriş: Labioplastide kama rezeksiyon yöntemi uygulama kolaylığı ve alınan iyi sonuçlar nedeni ile tercih edilen bir methodur. Tanımlanan kama rezeksiyon modellerinde belli bir bölgeden ve genellikle belli bir açı ile eksizyon önerilmektedir. Ancak hipertrofiye uğramış labium minusların birbirinden farklı özellikler gösterdiği aşıkardır. En çok protrüzyon gösteren bölüm, fazlalık miktarı ve deri laksitesi her vaka için farklıdır. Bu nedenle eksizye edilecek olan üçgenin yeri ve tepe açısı vakaya özel planlanmalıdır. Biz bu nedenle kama rezeksiyonun hangi bölümden yapılacağını ve üçgenin tepe açısını hastanın anatomisini göz önüne alarak belirledik.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimizde bu yöntemle gerçekleştirilen 14 labioplasti vakasını retrospektif olarak inceledik. 14 hastanın 11'ine (% 78.5) santral kama rezeksiyon, 2'sine (%14.2) inferior kama rezeksiyon, 1'ine (% 7.1) iki ayrı bölgeden (santral ve inferior) kama rezeksiyon yapıldı. Prepisyum klitorisde fazlalığı olan 2 (%14.2) hastaya bu bölgeden yapılan eksizyon da eklendi. Kama rezeksiyonda üçgen tepe açısı 60 ila 120 derece arasında değişmekteydi.

Bulgular: Hasta takiplerinde hastaların tamamında labium minusların majuslar tarafından örtüldüğü görüldü. Hiçbir hastada introitusda darlık ve skar hattında kontraksiyon izlenmedi. Hastaların tamamı preoperatif şikayetlerinin kaybolduğunu ya da azaldığını söyledi. Postoperatif memnuniyet derecelerini 9 (% 64.2) hasta çok iyi şekilde değerlendirirken, 5 (% 35.7) hasta iyi şekilde değerlendirdi. Toplam 2 (% 14.2) hastada komplikasyon görüldü. 1 hastada sütür hattında ayrılma, 1 hastada ise asimetri meydana geldi.

Sonuçlar: Bu çalışmanın sonuçları hasta labium minus anatomisindeki farklılıklar göz önüne alınarak yapılan redüksiyonlarda başarılı sonuçlar elde edildiği yönündedir.

Anahtar Sözcükler: Labioplasti, labium minus, labium minus redüksiyonu

ABSTRACT

Introduction: In labioplasty, wedge resection is a preferential method because of easy application and good results. In the identified wedge resection models certain zones and usually certain angles have been recommended. However, it's obvious that each enlarged labium minus shows different properties from another. The most protuberant portion, the excess volume and skin laxity are different for each case. Therefore, the zone of the triangle that will be resected and the apical angle should be planned specially for each case. Thus, we determined wedge resection zone and apical angle taking into account patient's anatomy.

Material and Methods: We evaluated retrospectively 14 patients underwent labioplasty with this method. 11 (78.5 percent) patients underwent central, 2 (14.2 percent) patients underwent inferior and 1 (7.1 percent) patient underwent two different zones (central and inferior) wedge resections. We also excised redundant preputium clitoris in 2 (14.2 percent) patients. In wedge resection, apical angle varied between 60-120 degrees.

Results: In all patients, the labia minoras were covered by the labia majoras. None of the patients showed introitus narrowing and scar contraction. All of the patients reported that preoperative complaints disappeared or diminished. 9 (64.2 percent) patients evaluated postoperative satisfaction degree as very good and 5 (35.7 percent) patients as good. Complications were observed in 2 (% 14.2) patients. In 1 patient dehiscence of the suture line and in 1 patient asymmetry occurred.

Conclusions: The results of this study demonstrate that we can get successful results when taking into account each labium minus anatomical differences.

Keywords: Labioplasty, labium minus, reduction of labium minus.

GİRİŞ

Geçmişte kadın dış genital organına yönelik operasyonlar yalnız adrenogenital sendrom, ambigüus genitale gibi zorunlu durumlarda gerçekleştirilmekte idi.¹ Fakat dış genital organ görünüşü konusunda gelişen farkındalık nedeni ile artık bu bölgenin estetik operasyonları da gündeme gelmiştir. Kadın dış genital organlarına yönelik en sık yapılan operasyon labium minus redüksiyonu-labioplastidir.²

Estetik olarak ideal labium minusların, labium majuslardan protrüde olmayan ancak introitus vajinayı örten boyutlarda olması gerektiği genel kanıdır. Ancak her kadın bu konuda farklı bir görüşe sahip olabilir.¹ Labium minuslarının büyük ve deforme olduğunu düşünen bir kadın cinsel açıdan özgüvenini kaybedebilir. Ayrıca labium minus hipertrofinde kişi dar kıyafetler giyinmede; oturma, bisiklete binme gibi günlük aktivitelerde; cinsel ilişki sırasında ve hij-

yenı açısından problemler yaşayabilir.^{3,4}

Labium minus hipertrofisi sıklıkla konjenitaldir.^{5,6} Kazanılmış hipertrofinin nedenleri ise mekanik irri-tasyon, tekrarlayan enfeksiyon ve dermatitlere bağı kronik irri-tasyon, ekzojen androjenlere maruziyet, lenfödem ve miyelodisplastik sendromdur.^{7,8}

Labium minus redüksiyonu için farklı teknikler tanımlanmıştır. Bu tekniklerin hemen hepsi belirli bölgelerden eksizyonu standardize ederek her has-taya aynı eksizyon modelini uygulamışlardır.^{4,9-11} Ancak biz eksizyon yerine ve miktarına karar verir-ken bu tip bir standardizasyonun yerine hastanın labium minus anatomisinin göz önüne alınmasının doğru olacağı kanaatindeyiz. Bu çalışmada, kliniği-mizde labium minus anatomisindeki farklılıklar dik-kate alınarak yapılan labioplasti vakaları retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Nisan 2008-Aralık 2009 tarihleri arasında top-lam 14 hastaya labioplasti uygulandı. Hastaların yaş ortalaması 30.6 idi (20-52). Hastaların temel yakın-maları (Tablo 1)'de özetlenmiştir. Bazı hastalar bir-den fazla yakınma bildirmişti.

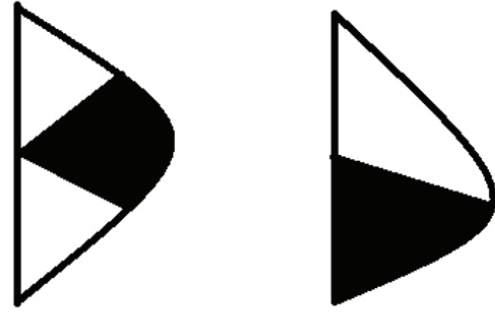
Onbir (% 78.5) hastada konjenital labium minör hipertrofisi mevcutken, 2 (% 14.2) hastada tekrarla-yan enfeksiyonlara, 1 (% 7.1) hastada ise geçirilmiş Bartholin kisti operasyonuna bağı hipertrofi mevcut-tu. 12 (% 85.7) hastada bilateral, 2 (% 14.2) hastada unilateral hipertrofi saptandı.

Her hasta preoperatif dönemde litotomi pozis-yonunda labium minuslara hafif lateral traksiyon uygulanarak değerlendirildi. En fazla protrüzyon gösteren labium minus bölgesi saptanarak bu böl-geden kama rezeksiyon yapılması kararlaştırıldı (Şekil 1). Eğer labium minus birden fazla bölgede protrüzyon gösteriyorsa her bölgeden ayrı kama rezeksiyon yapılması planlandı. Prepisyum klitorisde fazlalık mevcutsa bu bölgeden at nalı şeklinde ek-sizyon yapılması kararlaştırıldı. Rezeksiyon miktarı, labium minuslar labium majusların altında kalacak, ancak vajinal introitusu örtecek şekilde hesaplandı. Penset yardımıyla kama çıkarıldıktan sonra kalacak doku miktarı simüle edildi. İşlem sonunda vajinal introitusta gerginlik oluşmayacağı iki parmak yer-leştirilerek test edildi. Kama rezeksiyonda çıkarılan üçgenin sabit bir yeri olmadığı gibi sabit bir sayısı ve sabit bir tepe açısının da olmadığı, labium minus anatomisindeki farklılıklara göre değişkenlik göster-diği gözlemlendi.

Cerrahi Teknik: Tüm hastalar litotomi pozisyo-nunda ve ek cerrahi işlem uygulanmayacaksa lo-kal anestezi altında operasyona alındı. Preoperatif planlamaya uygun olarak, önce medial ardından la-

Tablo 1. Hastaların temel yakınmaları

Yakınma	Hasta sayısı (%)
Estetik problemler	12 (85.7)
Cinsel ilişkide rahatsızlık	2 (14.2)
Dar kıyafet giymede güçlük	5 (35.7)
Spor ve günlük aktivitelerde güçlük	3 (21.4)
Hijyen problemleri	2 (14.2)



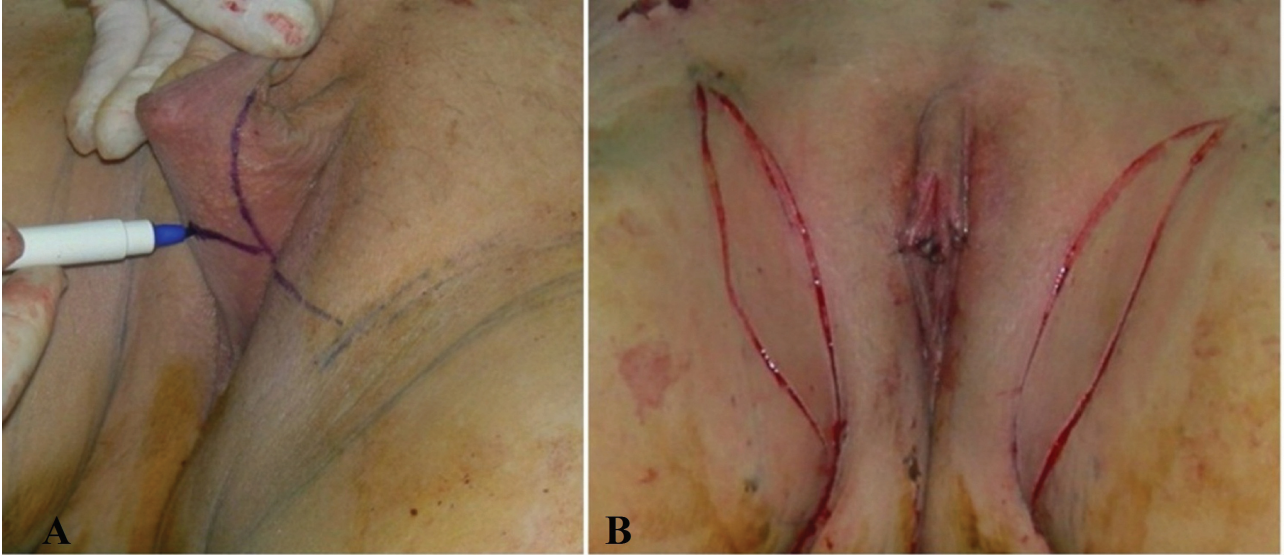
Şekil 1. Kama rezeksiyon planlaması, En fazla protrüzyon gösteren la-bium minus bölgesi dikkate alınarak yapılan kama rezeksiyon planla-ması. A. Santral rezeksiyon. Rezeksiyon sonrasında superior ve inferior kenarlar direkt yaklaştırılır. B. İnferior rezeksiyon. Rezeksiyon sonras-ında superior pediküllü flep tabana dikilerek rekonstrüksiyon yapılır.

teral yüzde insizyonlar yapılarak kama rezeksiyon tamamlandı. Santral kama rezeksiyon yapılan va-kalarda superior ve inferior kenarlar direkt yaklaştı-rılırken, inferior kama rezeksiyon yapılan vakalarda superior pediküllü fleple rekonstrüksiyon uygulandı. Prepisyum klitorisde fazlalık mevcutsa bu bölgeden at nalı şeklinde eksizyon da eklendi. Tüm vakalarda ince hemoostaz yapıldı ve defektler iç-dış mukoza ve submukozal doku olacak şekilde, 3 tabaka halinde 4/0 poliglaktin ile onarıldı. Dren yerleştirilmedi. Pro-filaktik 5 gün oral antibiyotik kullanımı ve antibiyotikli pomadla yara bakımı önerildi. Hastalar postoperatif 1. hafta, 2. hafta, 3. ay ve 6. ayda değerlendirildi.

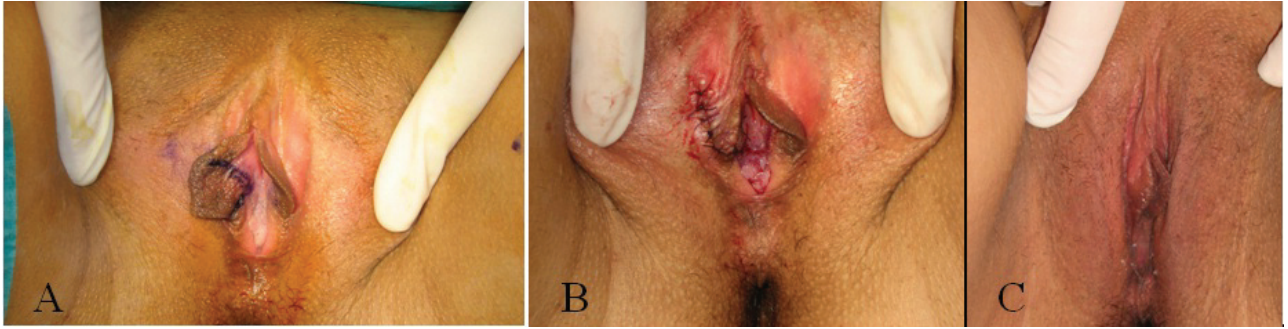
BULGULAR

Toplam 14 hastanın 11'ine (% 78.5) santral kama rezeksiyon, 2'sine (% 14.2) inferior kama rezeksiyon, 1'ine (% 7.1) iki ayrı bölgeden (santral ve inferior) kama rezeksiyon yapıldı. Prepisyum klit-orisde fazlalığı olan 2 (% 14.2) hastaya bu bölgeden yapılan at nalı şeklinde eksizyon da eklendi. Kama rezeksiyonda üçgen tepe açısı 60 ila 120 derece arasında değişiyordu (Şekil 2 ve 3).

Hasta takiplerinde, hastaların tamamında labi-um minusların majuslar tarafından örtüldüğü görüldü. Vajinal introitus 2 parmak girişine izin verecek şekilde idi. Hiçbir hastada skar hattında kontraksi-



Şekil 2. Santral kama rezeksiyon uygulanan hasta, A. Çizim aşaması. B. Postoperatif erken dönem görüntüsü.



Şekil 3. İnfirior kama rezeksiyon uygulanan hasta, A. Çizim aşaması. B. Postoperatif erken dönem görüntüsü. C. Postoperatif 6. ay görüntüsü.

yon izlenmedi. Hastaların tamamı postoperatif 6. ayda uygulanan mini anket sonucunda preoperatif şikayetlerinin kaybolduğunu ya da azaldığını söyledi. Postoperatif memnuniyet derecelerini 9 (% 64.2) hasta çok iyi şekilde değerlendirirken, 5 (% 35.7) hasta iyi şekilde değerlendirdi (Tablo 2).

Toplam 2 (% 14.2) hastada komplikasyon görüldü. 1 hastada sütür hattında ayrılma meydana geldi. Yara dudakları tazelenip tekrar sütüre edildi. Bir hastaya asimetri nedeni ile revizyon uygulandı. Büyük olan tarafa reeksiyon yapıldı.

TARTIŞMA

Geçmiş yıllarda genişlemiş ve büyümüş labium minuslar anatomik bir varyasyon olarak görülse de günümüzde kadınlar için psikolojik ve fonksiyonel açıdan can sıkıcı bir durum olarak kabul edilir.^{1,4,6} Labioplasti isteği ile başvuran kadın sayısı giderek artmakta bu da farklı metodların gelişimine olanak sağlamaktadır.

Geçmişte sıklıkla uygulanan teknik basit bir şekilde protrüde olan labium minus kenarlarının düz

Tablo 2. Anket

SORU	HASTA SAYISI (%)
1. Operasyon öncesi varolan şikayetleriniz operasyon sonrası geriledi mi?	
Şikayetlerim tamamen geriledi	12 (% 85.7)
Şikayetlerim azaldı	2 (% 14.2)
Şikayetlerimde değişiklik olmadı	0
Şikayetlerim arttı	0
2. Operasyondan memnuniyet dereceniz nedir?	
Çok iyi	9 (% 64.2)
İyi	5 (% 35.7)
Orta	0
Kötü	0

amputasyonuydu.^{1,5-7} Basit bir yöntem olmasına karşılık labial kenarların fragil sütür hattı ile yer değiştirmesi yöntemin önemli dezavantajıydı.^{4,10-13} Metod normal labial kontür ve pigmentasyon kaybına bağlı estetik olmayan bir görüntü, skar kontraktürü ve lokal irritasyon ile sonuçlanıyordu.² Bu kötü sonuçlardan kaçınmak için Maas ve Hage 1999'da protrüde olan labiumun devam eden W şeklinde rezeksiyonunu önermiştir.⁴ Bu zigzag teknik skar kontraktürünün önüne geçip yumuşak geçişli labial

kenar elde ettiğini söylese de normal pigmente labial kenar kaybına neden olmakta idi.² Alter 1998'de santral kama rezeksiyonu tanımlamış ve 2000'de Rouzier bu metodu modifiye etmiştir.^{12,13} Rouzier inferiordan 90 derecelik tepe açısı ile kama eksizyon ve superior pediküllü fleple onarımı önermiştir.¹³ 2006'da Munhoz ve arkadaşları Rouzier'in aksine sabit bir tepe açısı yerine, fazlalık ve deri laksitesini göz önüne alarak hastaya göre tepe açısını belirlemişlerdir. Ancak yine standart bir şekilde inferior kama eksizyon yapmışlardır.⁹ Yani çıkarılacak üçgenin tepe açısını belirlemede anatomik farklılıkları dikkate almalarına karşılık, üçgenin yerini belirlemede sabit bir kurala bağlı kalmışlardır. Alter'e göre bu metod uzun superior pedikülün zayıf vaskülaritesi nedeni ile distal flep nekrozuna ve sütür hattında ayrılmaya sebep olmaktadır.² Nitekim Munhoz'un 21 hastalık serisinde distal flep nekrozu ve sütür hattında ayrılma oranı % 14.2 olarak saptanmıştır.⁹ Kama rezeksiyon metodlarının temel dezavantajı skar kontraktürü ve introitusta darlık olarak bildirilmiştir. Bu nedenle Giraldo ve arkadaşları Alter'in santral kama rezeksiyonunu 90 derecelik z-plasty ile kombine etmiştir.¹⁰ Ancak Alter 2008 yılında 407 hastalık serisinde vajinal darlık ile karşılaşmadığını, skar kontraktürüne bağlı gerginliğin ise yalnızca % 4.2 oranında görüldüğünü bildirmiş ve bu nedenle z-plasty uygulamasının gereksiz ve komplike olduğuna işaret etmiştir.² Choi ve Kim santral kısmın de-epitelizasyonu ile redüksiyonu tanımlamışlardır. Ancak bu metod labium uzunluğunu değiştirmemiş ve şiş labium minus görüntüsüne neden olmuştur.¹¹

Labioplastide kama rezeksiyon yöntemi uygulama kolaylığı ve alınan iyi sonuçlar nedeni ile tercih edilen bir methoddur. Ancak tanımlanan kama rezeksiyon modellerinde belli bir bölgeden ve genellikle belli bir açı ile eksizyon önerilmektedir.^{2,9,10,13} Ancak, hipertrofiye uğramış labium minusların birbirinden farklı özellikler gösterdiği aşikardır. En çok protrüzyon gösteren bölüm, fazlalık miktarı, mukoza ve deri laksitesi her vaka için farklıdır. Bu nedenle eksize edilecek olan üçgenin yeri ve tepe açısı da her vaka için farklı olacak ve vakaya özel planlama gerektirecektir.

Biz, bu nedenle labium minus redüksiyonunda kama rezeksiyonun hangi bölümden yapılacağına ve üçgenin tepe açısına standart kurallar yerine hastanın anatomisini göz önüne alarak karar verdik. Labium minusun en çok protrüzyon gösteren bölümü santralde ise santral kama rezeksiyon uyguladık. Oluşan defekti superior ve inferior kenarları direkt yaklaştırarak onardık. En çok protrüzyonun inferiorda olduğu vakalarda inferior kama rezeksiyon ve superior pediküllü fleple rekonstrüksiyon uyguladık. Çıkarılan üçgenin tepe açısına da fazlalık miktarını, deri ve mukoza laksitesini dikkate alarak karar verdik ve penset yardımı ile oluşacak nihayi sonucu

simüle ettik. Postoperatif sonuçları değerlendirdiğimizde, bu yöntemle hem komplikasyon oranlarının düşük olduğunu hem de hasta memnuniyetinin yüksek olduğunu saptadık.

Bu çalışmanın sonuçları hasta labium minus anatomisindeki farklılıklar göz önüne alınarak yapılan redüksiyonlarda başarılı sonuçlar elde edildiği yönündedir. Bu nedenle, bizler standart kurallar yerine labium minus anatomik farklılıklarına uygun kama rezeksiyon modelini önermekteyiz.

Dr. Melike GÜNGÖR

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi

Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Manisa

E-posta: mumin@deu.edu.tr

KAYNAKLAR

1. Hodgkinson D, Hait G. Aesthetic vaginal labioplasty. *Plast Reconstr Surg*. 1984;74(3):414-6.
2. Alter GJ. Aesthetic labia minora and clitoral hood reduction using extended central wedge resection. *Plast Reconstr Surg*. 2008;122(6):1780-9.
3. Gowen RM, Martin VL. Labia minora reduction in an iron-lung disabled woman. *Obstet Gynecol*. 1988;71(3 Pt 2):488-9.
4. Maas SM, Hage JJ. Functional and aesthetic labia minora reduction. *Plast Reconstr Surg*. 2000;105(4):1453-6.
5. Capraro VJ. Congenital anomalies. *Clin Obstet Gynecol*. 1971;14(4):988-1012.
6. Radman HM. Hypertrophy of the labia minora. *Obstet Gynecol*. 1976;48(1 Suppl):785-795.
7. Chavis WM, LaFerla JJ, Niccolini R. Plastic repair of elongated, hypertrophic labia minora: A case report. *J Reprod Med*. 1989;34(5):373-5.
8. Kato K, Kondo A, Gotoh M, Tanaka J, Saitoh M, Namiki Y. Hypertrophy of labia minora in myelodysplastic women: Labioplasty to ease clean intermittent catheterization. *Urology*. 1988;31(4):294-9.
9. Munhoz AM, Filassi JR, Ricci MD, Aldrighi C, Correia LD, Aldrighi JM, et al. Aesthetic labia minora reduction with inferior wedge resection and superior pedicle flap reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 2006;118(5):1237-47.
10. Giraldo F, Gonzalez C, de Haro F. Central wedge nympectomy with a 90-degree Z-plasty for aesthetic reduction of the labia minora. *Plast Reconstr Surg*. 2004;113(6):1820-5.
11. Choi HY, Kim KT. A new method for aesthetic reduction to the labia minora (the deepithelialized reduction labioplasty). *Plast Reconstr Surg*. 2000;105(1):419-22.
12. Alter GJ. A new technique for aesthetic labia minora reduction. *Ann Plast Surg*. 1998;40(3):287-90.
13. Rouzier R, Louis-Sylvestre C, Paniel BJ, Haddad B. Hypertrophy of labia minora: Experience with 163 reductions. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;182(1 Pt 1):35-40.