



**Aytül Hadımlı**  
**Nurten Atay**

Ege University, İzmir-Turkey  
aytul.pelik@ege.edu.tr; nurten.atay@hotmail.com

DOI	<a href="http://dx.doi.org/10.12739/NWSA.2018.13.2.4B0017">http://dx.doi.org/10.12739/NWSA.2018.13.2.4B0017</a>	
ORCID ID	0000-0003-4096-7964	
CORRESPONDING AUTHOR	Aytül Hadımlı	

**NEOVAJİNA OPERASYONLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI**

**Öz**

Vajinal agenezi 4000-10000 doğumda bir görülen ve kişinin sosyal hayatını derinden etkileyen tedavisi zor bir durumdur. Kendisini öncelikle adölesan dönemde amenore şikâyeti sonrasında koitus problemleri ile gösteren tablo tedavi edilmediği takdirde kişilik problemlerine, vücut imajında bozulmaya ve gebe kalamamaya bağlı düşük özgüvene yol açabilir. Konjenital vajen yokluğunun tedavisinde cerrahi ve cerrahi olmayan yöntemler kullanılmaktadır. Vajinanın sürekli dilatasyonu olan Frank Metodu'nda hastanın motivasyonu en önemli faktördür. Operatif tekniklere bakıldığında ise McIndoe ve Vecchietti Prosedürü başta olmak üzere birçok farklı tekniğin kullanıldığı görülmektedir. Bu operasyonlar ülkemizde kadın hastalıkları ve doğum uzmanları tarafından daha sık uygulanır hale gelmiştir. Operasyon gerek preoperatif dönemdeki psikososyal ve fiziksel hazırlık süreci gerekse postoperatif dönemde diğer jinekolojik operasyonlara göre daha uzun hastane yatış süresi gerektirmesiyle hemşirelik bakımı bağlamında da ele alınması gereken bir konudur. Yapılan literatür incelemesinde neovajina operasyonlarının pre-operatif hemşirelik bakımı ile ilgili kısıtlı sayıda yayın olduğu görülmüştür. Bu bağlamda makalede neovajina operasyonlarının hemşirelik bakım süreci hakkında bilgi verilmesi amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Vajinal Agenezi, Neovajina, Hemşirelik Bakımı, Hasta Eğitimi ve Danışmanlık, Psikososyal

**NEOVAJİNA OPERATIONS AND NURSING CARE**

**ABSTRACT**

Vaginal agenesis a severe condition that affects one's social life and is seen in 4000-10000 births is a difficult situation. The table shows itself firstly in the adolescent period with the coitus problems after the amenorrhea complaint if not treated, can lead to low self-esteem due to personality problems, deterioration of the body image and low self-esteem as a result of not conceiving. Surgery and non-surgical methods are used in the treatment of congenital vaginal absence. The patient's motivation is the most important factor in the Frank Method, the continuous vaginal dilatation of the vagina. When operative techniques are used, it is seen that many different techniques are used, especially the McIndoe and Vecchietti Procedure. These operations have become more frequent in our country by gynecologists and obstetricians. The operation requires psychosocial and physical preparation in the preoperative period and longer hospitalization period than the other gynecologic operations in the postoperative period, so it should be considered in terms of nursing care. In the literature review, it was seen that limited publication of neovagina operations related to pre-operative nursing care. In this article, it is aimed to give information about the nursing care process of neovagina operations.

**Keywords:** Vaginal Agenesi, Neovagina, Nursing Care, Patient Education and Counselling, Psychosocial

**How to Cite:**

Hadımlı, A. ve Atay, N., (2018). Neovajina Operasyonları Ve Hemşirelik Bakım, **Life Sciences (NWSALS)**, 13(2):21-31, DOI: 10.12739/NWSA.2018.13.2.4C0017.

## 1. GİRİŞ (INTRODUCTION)

Uterus, fallop tüpleri, serviks ve vajinanın 2/3 proksimal kısmı, Müllerian kanallardan köken alır. Embriyogenez sırasında, Müllerian kanal gelişimindeki herhangi bir kusur, Müllerian Kanal Anomalileri (MKA) adı verilen uterovajinal yapısal bozukluklara neden olur. Overler, primitive yolk sak'tan ve distal 1/3 vajina, ürogenital sinüsten köken aldığı için MKA'da dış genitalerin ve overlerin gelişim bozukluklarına rastlanmaz. Müllerian kanal anomalilerinin genel popülasyondaki gerçek prevalansı tam olarak bilinmemekle beraber, %1-5 arasında değişen bir orandan söz edilmektedir [1]. Müllerian kanal anomalilerinden biri olan vajinal agenezi cerrahi ve cerrahi olmayan yöntemler ile tedavi edilebilen bir anomalidir. Sendroma sahip hastaların çoğu kez fiziksel olarak engelleri olmadığından normal bir cinsel hayata sahip olabilmeleri için tedavide yeniden bir vajina oluşturulması gerekmektedir [1]. Neovajina operasyonları ülkemizde kadın hastalıkları ve doğum uzmanları tarafından daha sık uygulanır hale gelmiştir [2 ve 6]. Tüm cerrahi girişimlerde olduğu gibi perioperatif dönemdeki tedavi ve bakım cerrahinin başarısını etkileyen önemli unsurlardır.

## 2. ÇALIŞMANIN ÖNEMİ (RESEARCH SIGNIFICANCE)

Neovajina operasyonları, gerek preoperatif dönemdeki psikososyal ve fiziksel hazırlık süreci gerekse postoperatif dönemin diğer jinekolojik operasyonlara göre daha uzun hospitalizasyon süresi gerektirmesiyle hemşirelik bakımı yönünden de ele alınması gereken bir konudur. Yapılan literatür incelemesinde operasyonların sonuçları ve komplikasyonları üzerine çok sayıda çalışma bulunurken özellikle hazırlık ve bakım üzerine yoğunlaşan çalışma sayısı sınırlıdır. Bu bağlamda neovajina operasyonlarının hemşirelik bakım süreci hakkında bilgi verilmesi konu ile ilgili yapılacak hemşirelik çalışmalarına da kaynak olması açısından önemlidir.

## 3. KONJENİTAL VAJİNA AGENEZİSİ (CONGENITAL VAGINA AGENESIS)

Organogenezis döneminde müllerian kanallar fallop tüplerini, uterin korpus ve serviksi ve vajenin bir parçasını oluşturmak üzere gelişim göstermektedir. Vajinal agenezi, bir mülleriyen kanal anomalisidir. Genellikle alt vajen normal, ancak orta ve 2/3 üst kısım olmadığından mülleriyen kanalın aplazisi veya displazisi olarak adlandırılmaktadır. Bu sendromun insidansı 1/4000 ile 1/10000 arasında değişmektedir. Tanı sıklıkla, adölesan dönemde menstruasyon yokluğu nedeniyle kadın hastalıkları ve doğum uzmanına başvuran hastada genital muayenede vajina agenezisinin tespit edilmesi ve görüntüleme teknikleri ile konulmaktadır. Bu kişilerde normal kromozomal yapı bulunmakla birlikte overler ve dış genitaler dahil olmak üzere sekonder sex karakterleri normaldir [4 ve 7]. Müllerian agenezinin etyolojisi hala belirsizliğini korumaktadır. Başlangıçta, sporadik bir anomali olarak kabul edilmiştir. Ancak ailesel vakaların sayısının artması, değişken ekspresyon ve eksik penetrans ile sınırlı kromozomal dengesizlik otozomal dominant geçiş gösteren genetik etiyoloji hipotezini desteklemektedir [8]. Bazı araştırmacılar vajen yokluğunun gerçek bir sendrom olmayıp semptomlar kompleksinin bir parçası olduğunu belirtmiştir. Vajinal ageneziye uterus yokluğunun eşlik ettiği duruma Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Sendromu (MRKH) denir. Sendroma bu ismin verilmesinin nedeni farklı bilim insanlarının farklı zamanlarda sendromla ilgili bulguları saptamalarıdır. Mayer 1829'da vajen yokluğunu birçok doğumsal bozukluğu olan ölü doğumlarda bulunan anomalilerden biri olarak açıklarken; Rokitansky 1838'de ve Kuster 1910'da vajinanın olmadığı, overlerin normal olduğu ve küçük bir

uterusun olduğu ve diğer organ anomalilerinin sık izlendiği bir klinik tabloyu açıklamışlardır. Hauser ve ark. ise diğer ürogenital problemlerin ayırıcı tanısını yapmıştır [9 ve 10].

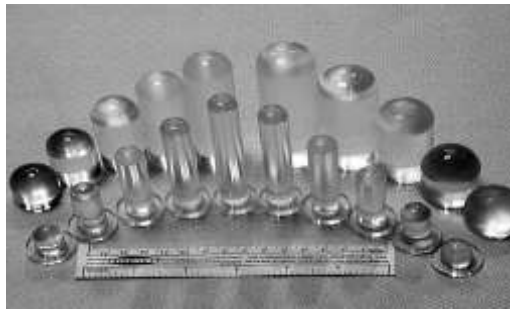
#### 4. TEDAVİ YÖNTEMLERİ VE ZAMANLAMASI (TREATMENT METHODS AND TIMING)

Konjenital vajen yokluğunun tedavisinde cerrahi ve cerrahi olmayan yöntemler literatürde yer almaktadır. Bu hastaların ne zaman tedavi edilmesi gerektiği konusunda da tartışmalar bulunmaktadır. Bazı pediatrik cerrahlar, bu anormallikleri hastalar adölesan döneme girmeden önce cerrahi olarak tedavi etmeyi seçerken The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (Amerikan Jinekoloji ve Obstetrisyenler Derneği), ameliyatın zamanlamasının hastaya ve planlanan prosedürün türüne bağlı olduğunu belirtip, cerrahi prosedürlerin geç adölesan dönemde veya hastanın postoperatif dilatasyona uyum sağlayabilecek kadar olgunlaştığı dönemde yapılmasını önermektedir [7 ve 11]. MRKH sendromunun tedavisinde ister cerrahi ister cerrahi olmayan yöntem kullanılsın en önemli faktör hasta uyumudur. Cerrahi olmayan yöntemlerden vajinanın sürekli vajinal dilatasyonu ile yapılan yöntemlerde hastanın motivasyonu çok önemlidir. Cerrahi olarak da birçok seçenek bulunmakla birlikte hasta seçimi ve operatörün deneyimi başarıyı etkileyen faktörlerdir [2 ve 4].

##### 4.1. Cerrahi Olmayan Yöntemler (Non-Surgical Methods)

ACOG, tarafından iyi bir konsültasyon ve emosyonel hazırlık ile birlikte hasta kontrollü olarak vajinanın uzatılması yönteminin birçok hasta için cerrahi tekniklerden daha başarılı olduğu ve ilk yöntem olarak tercih edilmesi gerektiği belirtilmektedir [7].

- **Frank Metodu (Frank Method)** Frank, 1938'de operasyonsuz suni vajen oluşturma yöntemini tanımlamıştır. Frank metodunda, hasta litotomi pozisyonunda vajinal poşa dilatatörleri (Resim 1) kendisi bası ile uygulayarak yeni vajen oluşturmaktadır. Yöntem sırasında hastanın uygun pozisyonu bulmak için harcadığı çaba, yorgunluk ve elle bası uygulama gerektirmesi yöntemin dezavantajları olarak sayılabilir. Bu yöntem yüksek motivasyonlu genç kadınlar için uygundur [7, 11 and 12].



Resim 1. Akrilik dilatatörler [11]

- **Ingram Metodu (Ingram Method):** Ingram'ın yöntemi, neovajinanın oluşturulması için cerrahi olmayan bir başka tekniktir. Bu yöntem, vajinal dilatörlerin kullanımını içerdiği için Frank'in metoduna benzer; ancak Ingram Metodu'nda, dilatasyona ve hastanın pozisyonuna yardım için bisiklet taburesi ya da tekerlekli tabure kullanılır. Bisiklet taburesinin eyerine dilatatörler yerleştirilir. Hasta, özel bisiklet selesi

sandalyesi ile kendi vücut ağırlığından faydalanıp dilatatörleri içeri iterek pasif dilatasyon sağlar ve 15-30 dakikalık aralıklarla günde en az 2 saat hafif öne eğik olarak dilatatör üzerinde oturur. Her ay kontrolde bir büyük dilatatöre geçilir. Tedaviye genellikle cinsel ilişkide tatmin gerçekleşene ya da hasta cinsel yaşantısı yok ise altı ay kadar devam edilir [13].

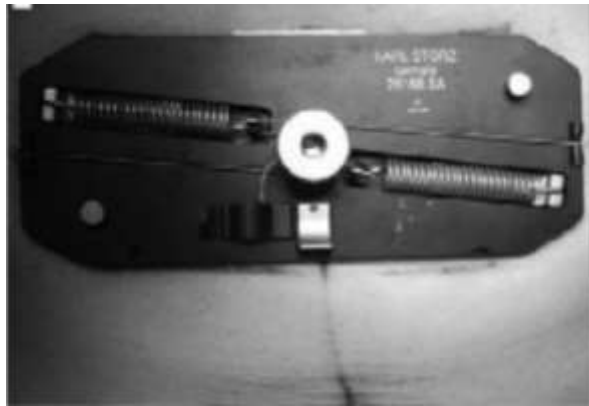
Vajina agenezisi olan kadında tedavide cerrahi olmayan yöntem uygulanacak ise sağlık bakımı verenler yalnızca dilatasyonun teknik becerisini öğretmekle kalmayıp, aynı zamanda, ortaya çıkması olası komplikasyonları (kanama, ağrı, üriner semptomlar) değerlendirmek ve gidermek için hazırlıklı olmalıdır [14].

#### 4.2. Cerrahi Yöntemler (Surgical Methods)

- **McIndoe Prosedürü (McIndoe Procedure):** Operasyon ilk kez 1938 yılında tanımlanmıştır. McIndoe Prosedürü'nde, önde üretra ve mesane ile arkada rektum arasındaki alana bir diseksiyon yapılır ve uyluk veya gluteal bölgeden alınan bir deri grefti ile bu alana bir kanal oluşturulur [15]. Alternatif olarak başka materyaller de neovajinanın içini kaplamak için kullanılabilir. Bunlar literatürde amniyotik membran, kutanöz/miyokutanöz flepler, bukkal mukoza ve emilebilir adezyon materyalleri olarak sayılmaktadır [16]. Cerrahi prosedürde şu adımlar yer almaktadır: Öncelikle genel anestezi altında en az kıl gelişiminin olduğu bölge seçilerek cilt grefti alınır. Hastaya dorsal litotomi pozisyonunun verilmesinin ardından perine temizliği ve foley kateter uygulanır. Genellikle üretranın altında vestibülde bir çukurluk gözlenir ve bu alana 2-3 santimetrelik bir insizyon açılması ile operasyon başlar. Açılan alanda yaklaşık 10-12 santimetre derinliğinde, üç parmak genişliğinde bir kanal oluşturulur. Bu arada alınan greft bir kalıp etrafına yerleştirilip kenarlardan sütüre edilerek kalıbın şeklini alması sağlanır. Kalıp, oluşturulan boşluğa yerleştirildikten sonra kalıbın distal ucundaki cilt greftinin uçları vajinal açıklığa geç emilen sütürler ile dikilmektedir. Greft ilerleyen süreçte epitelize olarak yeni oluşan vajeni kaplamaktadır [16 ve 17]. McIndoe operasyonunun avantajları; abdominal yaklaşım gerektirmemesi ve düşük morbidite olarak sayılabilmekte iken, greft yerinde kötü kozmetik sonuç, operasyon sonrası dilatatör kullanımı gerektirmemesi, yeni oluşturulan vajende stenoz ve cinsel ilişki sırasında lubrikant kullanım gereksinimi bu yöntemin dezavantajlarıdır [2].
- **Intestinal Vajinoplasti (Intestinal Vaginoplasty):** Prensip yaklaşık 10-15 santimetre vasküler pedikülü intakt barsak segmentinin, pelviste rektum ve mesane arasında oluşturulan boşluğa transpose edilip, proksimal ucunun kapanması esasına dayanmaktadır. Segmentin çıkartılması sonrası geride kalan intestinal bölüm ise uç uca anastomoz ile birleştirilmektedir [2, 4 ve 13]. Bu metod ilk olarak 1907'de Baldwin tarafından uygulanmış ve ileum ansı kullanılmıştır. 1911'de ise sigmoid kolon başarıyla bu amaç için kullanılmıştır [18]. Literatürde, operasyonun laparoskopik olarak gerçekleştirilmesi ile abdomendeki skar izinin daha az olması nedeniyle estetik kaygıların giderildiği bununla birlikte enfeksiyon oranlarının daha düşük olduğu belirtilmektedir [19]. Operasyon çocuklukta erken dönemde yapıldığında sigmoid neovajen hasta ile birlikte büyümektedir. Uzun süreli stent ve aralıklı dilatasyona ihtiyaç duyulmadığı için hasta bunların getirdiği fizyolojik ve

psikolojik travmadan korunmuş olur [13]. Tüm bunların yanı sıra zor bir cerrahi teknik olması, aşırı mukus üretimi, introital stenoz, kötü koku ve postoperatif prolapsus riski bu yöntemin dezavantajları olarak belirtilmektedir [2 ve 20].

- **Davydov Prosedürü (Davydov Procedure):** Davydov Prosedürü'nde, vajinal boşluk oluşturmak için vezikorektal alan perineal yol ile diseke edilirken periton abdominal yoldan ya da laparoskopik yardımıyla neovajinaya astar oluşturmak için kullanılır. Abdominal yoldan pelvik yan duvarlar ve douglas boşluğundaki serbestleştirilen periton perineye ulaştırılır. Periton, daha sonra neovajinanın üst kısmını oluşturmak üzere kapatılır. Laparoskopik olarak gerçekleştirilen Davydov prosedürünün avantajları literatürde prosedürün hızlı, komplikasyon riskinin düşük olması, estetik açıdan iz bırakmaması, neovajenin uzunluğunun iyi olması ve ameliyattan 3-6 ay sonra cinsel ilişkiye izin vermesi şeklinde belirtilirken, hastaların aralıklı postoperatif vajinal dilatasyona gereksinim duymaları bu yöntemin dezavantajıdır [20 ve 21].
- **Vecchietti Prosedürü (Vecchietti Procedure):** Vecchietti tarafından 1965'de tanımlanan yöntem Frank Tekniği'ne dayalı bir prosedürdür. Ancak, Frank Tekniği'nden farkı yeni vajen oluşturulması için dilatasyon yerine vajen tepesinin ipler ile abdomenden gerilerek çekilmesidir [22]. İlk zamanlarda abdominal ve vajinal yol kombine kullanımı tarif edilmiş olsa da 1992'de vajinal yoldan rektovezikal aralık açılmadan laparoskopik olarak kör vajen tepesinin özel ekartörler kullanılarak gerilmesi şeklinde yöntem tarif edilmiştir [2 ve 22]. Son dönemde bu operasyon için geliştirilmiş özel enstrüman setinin kullanımı ile birlikte, diğer yöntemlere göre daha güvenli, daha hızlı ve daha etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur [2, 13 ve 22]. Laparoskopik Vecchietti Tekniği, düşük riskli olması, minimal invaziv cerrahi ile gerçekleşmesi, uzun süren ve ağrı veren kendi kendine dilatasyon yöntemine göre daha avantajlıdır [22]. Traksiyon cihazının (Resim 2) hastanın batin ön duvarındaki yerleşim yerinin suprapubik bölge mi yoksa umblikus hizası mı olması gerektiği konusunda tartışmalar bulunmaktadır. Uzun süreli mesane kateterizasyonu, uzun hospitalizasyon süresi ve postoperatif dilatatör gereksinimi bu operasyonun dezavantajları arasında sayılmaktadır [2 ve 15].



Resim 2. Traksiyon Cihazı [2]  
(Figure 2. Traction Device)

## **5. Neovajina Operasyonları ve Hemşirelik Bakımı (Neovajina Operations and Nursing Care)**

### **5.1. Hastanın Psikolojik Hazırlığı (Psychological Preparation of Patient)**

Jinekolojik cerrahide bireyin vücut bütünlüğünü tehdit eden stress ile birlikte üreme ve cinsel fonksiyonları da tehdit altındadır. Söz konusu konjenital anatomik bozukluk hem üreme hem de cinsel yaşamın devamlılığını olumsuz etkileyen bir sorun olması nedeniyle hastaların daha fazla bilgi ve desteğe gereksinimleri bulunmaktadır [23]. Konjenital vajina aplazisi bulunan bir hastaya koitus için bir perineal boşluk yapılmasıyla problemin her yönüyle çözülebileceğini düşünmek doğru bir yaklaşım olmamakla birlikte cinsel fonksiyonun düzenlenmesi için sadece bir yönüdür. Bu hastaların büyük bir kısmında mevcut problemin yanı sıra psikiyatrik sıkıntılar da görülebilmektedir. Bu nedenle gerekli olan psikiyatrik yardımın operasyon öncesi başlaması gerekmektedir [4]. Hemşire aynı zamanda bir terapist gibi ekipte yer almaktadır. Literatürde hastanın ve ailesinin yaşayabileceği sorunlar şu şekilde belirtilmiştir:

- Aile kuramama/evlenememe önündeki engeller konusunda endişe, şüphe ve güvensizlik,
- Ailesi ve benzer sorunu olmayan kardeşler ile çatışması,
- Durumun kabul edilmesiyle birlikte ortaya çıkan hüznün,
- Eşi tarafından reddedilme korkusu,
- Yalnızlık korkusu,
- İlave teşhis ve tedavi olasılığı ile ilgili endişe,
- İlk cinsel ilişki ile ilgili endişe,
- Biyolojik çocuk sahibi olma önündeki engeller ile ilgili endişe [10].

Bu sorunlara yönelik gerekli bilgi ve danışmanlık, tedavi sürecinin tüm aşamalarında hemşire tarafından ekip işbirliği ile verilmelidir. Danışmanlık sırasında başlıklar şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

- Vajinoplastiye kadar uzanan tıbbi ve hormonal koşulların çeşitliliği
- Çocuklarda yapılacak operasyonlar için konunun kanunlara aykırı olup olmadığı
- İnfertil kişinin toplum içindeki durumu ve insanların çocuksuz kişilere genel bakış açısı
- Semptomları yönetmede ortaya çıkan problemler
- Yalnızlık
- Cinsellik

Operasyon sürecinde hastalar ve eşleri/aileleri ile tanı ve tedavi seçenekleri tartışılmalı, olası tüm komplikasyonlar, postoperatif bakım ve kalıp kullanımı (kullanacak hastalarda) ile birlikte cerrahi prosedür ayrıntılı olarak açıklanmalıdır [8]. ACOG benzer sorunu deneyimleyen hastaların oluşturduğu destek gruplarına katılmanın da hastanın yaşadığı psikolojik sorunları aşma konusunda fayda sağladığını belirtmektedir [7]. Fertilite, yukarıda da belirtildiği üzere bu hastalar için en önemli sorunlardan birisidir. Çocuk sahibi olabilmek için gelecekte değerlendirilebilecek seçenekler (evlat edinme, etik ve hukuki olarak tartışmalar devam etmekle birlikte yasal olan ülkelerde taşıyıcı annelik) hastalarla birlikte ele alınmalıdır. Literatürde uterus transplantasyonu ve canlı doğuma ilişkin veriler bulunmakla birlikte işlem şuan deneysel kabul edilmektedir. Adölesanların ve genç kadınların gelecekteki doğurganlık



seçeneklerini ve ebeveyn olma potansiyellerini anlamaları teşhis ve tedavi yöntemleri ile baş etmelerine de yardımcı olacaktır [7].

### 5.2. Bilgilendirilmiş Onam (Informed Consent)

Tüm cerrahi girişimler öncesinde olduğu gibi yapılacak operasyon türü, süresi, neden bu operasyonun seçildiği, başarı oranları ve olası komplikasyonları hakkında hastaya ayrıntılı bilgi verilmeli ve onam alınmalıdır. McIndoe prosedürü uygulanacak bir hasta greft alınacağını, Vecchietti prosedürü uygulanacak hasta ameliyat sonrası karnında bir ekartör olacağını yine Davydov ya da Vecchietti prosedürü uygulanacak hasta ise operasyon sonrası aralıklı dilatasyon gereksinimi olacağını bilmeli, dilatatörleri görmeli ve sağlık ekibi ile işbirliği içinde çalışabilmelidir [4 ve 23].

### 5.3. Hastanın Operasyona Hazırlanması (Preparing the Patient for Operation)

Psikososyal ve eğitim ihtiyacının yanısıra preoperatif ve postoperatif bakım diğer abdominal ve vajinal cerrahi prosedürler ile benzerlik göstermektedir. Bununla birlikte aşağıda belirtildiği üzere operasyona özgü hazırlıklar da gerçekleştirilmektedir [10, 23 ve 24]. Operasyon öncesi teşhis muayenesi cerrahi ya da mediko-yasal komplikasyonun önlenmesi açısından çok önemlidir. Teşhis muayenesi birkaç basamaktan oluşmaktadır ve bu basamakların yapılaş amaçları hastaya açıklanmalıdır [25].

- **Klinik Muayene (Clinical Examination):** İkincil cinsiyet karakterlerin değerlendirilmesi ve herhangi bir endokrinopati de dahil olmak üzere kapsamlı rektoabdominal muayeneyi de içeren fizik muayene yapılmalıdır. Bu muayene sırasında hemşirenin hastanın yanında bulunması ve destek vermesi çok önemlidir [25 ve 26].
- **Kromozom Analizi (Chromosomal Analysis):** Tüm hastalarda tam bir kromozom analizi yapılmalıdır. Yumurtalık disgenezisi, androjen insensitivite sendromu ya da bir Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser varyantından şüphelendiğinde cinsiyet belirleme için Y kromozomu bölgesi Y geni (SRY) analizi yapılmaktadır [25 ve 26].
- **Renal Değerlendirme (Renal Evaluation):** Tüm hastalarda intravenöz pyelogram (IVP) ya da ultrasonografi (USG) ile böbreklerin pozisyonunun değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Operasyon sırasında rektum ve üretra arasında boşluk oluşturulurken, anatomik olarak daha aşağı yerleşim gösteren böbrek, yanlışlıkla zarar görebilmektedir [25 ve 26].

### 5.4. Preoperatif Bakım (Preoperative Care)

Ameliyat öncesi bilgilendirilmiş onam alındığından emin olunmalıdır. Cerrahiden önceki mekanik barsak hazırlığı önemlidir. Bu hazırlık intestinal vajinoplastide daha da önem kazanmaktadır. Ameliyattan önceki gece yapılacak oral bağırsak hazırlığı yanı sıra hasta operasyona dek 3-4 gün düşük posalı diyet ile beslenmelidir. Yine operasyondan önceki iki gün süre ile intestinal antiseptik tedavi ile birlikte lavman intraoperatif ve postoperatif kontaminasyonu ve enfeksiyonu önlemek amaçlı yapılmalıdır [25]. Operasyon günü preoperatif istemlenmiş antibiyotik yapılır. Varsa protez, lens, gözlük çıkarılır ve yakınlarına teslim edilir [16, 23 ve 24]. Operasyon öncesi sormak istediği sorular varsa yanıtlanır.

### 5.5. Postoperatif Bakım (Postoperative Care)

Neovajen operasyonlarının postoperatif döneminde hemşirelik bakımı diğer jinekolojik operasyonlar ile birçok ortak nokta olmakla birlikte gerçekleştirilen neovajen prosedürüne göre bakımda bazı farklılıklar da olmaktadır. Tüm postoperatif hastalarda olduğu gibi yaşam bulgularının, bilinç düzeyinin, ağrı şiddetinin, aldığı-çıkarıldığı sıvı miktarının, idrar çıkışının (rengi, miktarı) ve komplikasyon belirtilerinin düzenli takibi gerekmektedir [16, 23 ve 24]. McIndoe Prosedürü uygulanan hastalarda, operasyon sonrası vajinal kalıp ve foley sonda yedi gün yerinde kalır. Kalıbın çıkma ihtimalini azaltmak ve yara yeri enfeksiyonunu önlemek için defekasyon sınırlandırılmalıdır. Bu yüzden düşük posalı diyet verilir. Diyete uyum konusunda hastaya bilgi verilmesi önemlidir. Yedi gün sonra kalıp ameliyathanede genel anestezi altında çıkarılır. Bu hastaların hastanede yatış süresi iki haftaya kadar uzayabilmektedir. Kalıp çıkarıldıktan sonra dilatator uygulamasına geçilir. Bu süreçte hasta kanama ve enfeksiyon bulguları yönünden izlenmelidir. Dilatatör ilk altı hafta defekasyon dışındaki zamanlarda sürekli takılı kalır. Sonraki altı haftada yalnız gece kullanılır. Bu üç aylık süreden sonra hastalara haftada iki kez cinsel ilişki ya da gece dilatator kullanma önerilir. Bu süre bazı çalışmalarda altı ay olarak belirtilmiştir. Dilatatörlerin temizliği enfeksiyon gelişiminin önlenmesi açısından önemlidir. Defekasyon sonrasında el hijyeni sağlandıktan ve dilatator sabunlu su ile yıkanıp iyice durulandıktan sonra uygulanmalıdır. Bu konuda hastanın bilgilendirilmesi önemlidir [15, 16 ve 27]. Davydov Prosedürü'nde, dilatatör ameliyattan 48 saat sonra çıkarılmaktadır. Hastalar, dilatörü uygulamayı öğrendikten sonra taburcu edilmelidirler. Taburculuk sonrası üç ay boyunca dilatör günde yaklaşık 6-8 saat süre ile oluşturulan neovajende kalmalıdır. Bundan sonra dilatör ihtiyaca göre takılabilir. Neovajina ameliyatından yaklaşık 3-6 ay sonra epitelizeasyonun gerçekleşmesinin ardından cinsel ilişkiye izin verilmektedir [28].

Vecchietti Prosedürü uygulanan hastalarda operasyon sonrasında foley sonda, neovajina oluşturmak üzere yerleştirilmiş vajen kalıbı ve batında ekartör yer almaktadır. Ekartör ve vajen kalıbı 5-7 gün kalmakta ve her gün vajen kalıbından ekartöre bağlı ipler gerilerek vajinanın derinliği arttırılmaktadır. Bu işlem sırasında hasta ağrı duyduğundan epidural kateter aracılığıyla ya da parenteral yol ile analjezik uygulanmaktadır. Postoperatif 5-7. günlerde traksiyon ipleri kesilerek traksiyon cihazı ve vajen kalıbı çıkartılır. Foley sonda da aynı gün çıkarılabilmektedir. Taburculuk sonrası 4-6 hafta süre ile cinsel ilişki önerilmemektedir. Dilatatörler ise McIndoe Prosedürü'nde olduğu gibi üç ay süre ile tuvalet ve banyo ihtiyacı dışında sürekli kullanılmalıdır. Hastalara dilatatörleri temizlendikten sonra tekrar yerleştirilirken ve yine cinsel ilişki sırasında lubrikasyonu sağlamak için östrojen içerikli kremler kullanmaları önerilmektedir [2, 13 ve 15]. Taburculuk öncesi eğitimde enfeksiyon bulgularının, genel hijyen kurallarının ve tehlike belirtilerinin (kanama, akıntı, batında ve cinsel ilişki sırasında/dilatator yerleştirirken ağrı, defekasyon ve idrar yaparken ağrı gibi) yer alması önemlidir. Hastanın partneri varsa tüm eğitim süreçlerinde onun da yer alması sağlanmalıdır.

### 6. SONUÇ VE ÖNERİLER (CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS)

MHRK sendromunda uterus, serviks ve vajenin agenezisi sözkonusudur. Hastanın dış görünüşleri ve endokrinolojik özellikleri farklılık göstermezken vajenin yokluğu hasta ve partneri açısından sorun olmaktadır. Vajenin oluşturulmasına yönelik cerrahi ve cerrahi olmayan pek çok yöntem başarıyla uygulanmakla birlikte perioperatif



hemşirelik bakımı da hasta memnuniyeti ve operasyon sonuçları açısından önemlidir. MRKH hastalarına bakım veren hemşirenin bu konuda bilgi ve beceri sahibi olması danışmanlık sunmada çok önemlidir. Yapılan operasyon ile hasta bir vajinaya ve cinsel yaşama sahip olabilmekle birlikte uterusun olmamasına bağlı üreme problemi devam etmektedir. Operasyon sonrası fiziksel, psikolojik ve cinsel açıdan danışmanlık ekip ile işbirliği halinde devam etmelidir. Literatürde operasyon sonrası hastaların cinsel yaşam kalitelerini değerlendirmeye yönelik birçok çalışma yer almaktadır. Bu sendromun fiziksel ve psikolojik etkileri göz önüne alındığında bakımı, genel yaşam kalitesi ve psikolojik durumu değerlendirmeye yönelik prospektif çalışmaların yapılması önerilebilir.

#### **NOT (NOTICE)**

Bu çalışma, 5-8 Eylül 2017 tarihleri arasında Tiflis (Gürcistan)'da düzenlenen 2<sup>nd</sup> International Science Symposium'da sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

#### **KAYNAKLAR (REFERENCES)**

1. Erden, A., (2015). Uterovajinal Anomaliler. Trd Sem. Ss:36-46. DOI: 10.5152/trs.2015.184.
2. Şendağ, F., Akdemir, A., Akman, L. ve Öztekin, M.K., (2013). Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Sendromu ve Laparoskopik Yardımlı Neovajina Oluşturulması (Modifiye Vecchietti). J Turk Soc Obstet Gynecol. Volume:10, pp:260-66. DOI ID:10.5505/tjod.2013.24392.
3. Gürbüz, A., Karateke, A., Haliloglu, B., and Kır, F., (2004) Procedures Applied in Vaginal Agenesis Cases and Our Results. Turk J Obstet Gynecol. Volume:2, pp:258-260.
4. Parlak, O., (2009). Müllerian Anomalili Olgularda Yapılan Rekonstrüktif Cerrahinin Sonuçları. Uzmanlık Tezi. İstanbul: Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği.
5. Karateke, A., Haliloğlu, B., Parlak, O., Cam, C., and Coşkuer, H. (2010). Intestinal Vaginoplasty: Seven Years Experience of a Tertiary Center. Fertil Steril. Volume:94, Number:6, pp:2312-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.01.004>.
6. Beksac, M.S., Salman, M.C., and Doğan, N.U., (2011). A New Technique for Surgical Treatment of Vaginal Agenesis Using Combined Abdominal-Perineal Approach. Case Reports in Medicine, DOI:10.1155/2011/120175.
7. ACOG Committee Opinion, (2018). Müllerian Agenesis: Diagnosis, Management, and Treatment. Erişim: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Adolescent-Health-Care/Mullerian-Agenesis-Diagnosis-Management-and-Treatment> (Erişim tarihi: 01.02.2018).
8. Gari, A., (2017). McIndoe Neovagina in Patients with Mullerian Agenesis: A Single Center Experience. Pak J Med Sci. Volume:33 Number:1, pp:236-240. DOI: 10.12669/pjms.331.11867.
9. Keni, F.M., Çiçek, S., Çelik, S.K. ve Dursun, A., (2013). Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Sendromlu Bir Olgu Sunumu. Mersin Üniversitesi. Sağlık Bilim Dergisi. Cilt:6, Sayı:3, ss:29-32.
10. Gontarczyk, K., Kozłowska, D., and Kopański, Z., (2012). Specific Problems of Nursing Patients Suffering from Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome. Journal of Public Health, Nursing And Medical Rescue. Volume:1, pp:44-47.



11. Foley, S. and Morley, G.W., (1992). Care and Counseling of the Patient With Vaginal Agenesis. *The Female Patient*, Volume:17, pp:73-80.
12. Lee, M.H., (2006). Non-surgical Treatment of Vaginal Agenesis Using a Simplified Version of Ingram's Method. *Yonsei Medical Journal*. Volume:47, Number:6, pp:892-895. DOI:10.3349/ymj.2006.47.6.892.
13. Bombard, D.S. and Mousa, S.A., (2014). Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser Syndrome: Complications, Diagnosis and Possible Treatment Options: A Review. *Gynecol Endocrinol*. Volume:30, Number:9, pp:618-623. DOI: 10.3109/09513590.2014.927855.
14. Oelschläger, A.A., Debieca, K., and Appelbaum, H., (2016). Primary Vaginal Dilatation for Vaginal Agenesis: Strategies to Anticipate Challenges and Optimize Outcomes. *Curr Opin Obstet Gynecol*, Volume:28, pp:345-349. DOI:10.1097/GCO.0000000000000302.
15. Fedele, L., Frontino, G., Motta, F., Restelli, E., and Candiani, M., (2014). Creation of a Neovagina in Rokitansky Patients with a Pelvic Kidney: Comparison of Long-Term. *Gynecol Endocrinol*, Volume:30, Number:9, pp:618-23. DOI:10.1016/j.fertnstert.2008.12.020.
16. Hoffman, B., Schorge, J.O., Schaffer, J.I., Halvorson, L.M., Bradshaw, K.D., and Cunningham, F.G., (2015). *Williams Jinekoloji*. (Çev. Ed. Yıldırım, G.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
17. Hojsgaard, A. and Villadsen, I., (1995). McIndoe Procedure for Congenital Vaginal Agenesis: Complications and Results. *Br J Plast Surg.*, Volume:48, pp:97-102.
18. Boztosun, A. and Müderris, İ.İ., (2010). Sigmoid Vajinoplasti: Olgu Sunumu. *Cumhuriyet Tıp Derisi.*, Cilt:32, ss:98-102
19. Kim, S.K., Park, J.W., Lim, K.R., and Lee, K.C., (2017). Is Rectosigmoid Vaginoplasty Still Useful? *Arch Plast Surg.*, Volume:44, pp:48-52. DOI:10.5999/aps.2017.44.1.48
20. Bouman, M.B., Van Zeijl, M., Buncamper, M.E., Meijerink, W., van Bodegraven, A., and Mullender, M.G., (2014). Intestinal Vaginoplasty Revisited: A Review of Surgical Techniques, Complications, and Sexual Function. *J Sex Med.*, Volume:11, pp:1835-1847. DOI:10.1111/jsm.12538.
21. Giannesi, A., Marchiolo, P., Benchaib, M., Chevret-Measson, M., Mathevet, P., and Dargent, D., (2005). Sexuality After Laparoscopic Davydov in Patients Affected by Congenital Complete Vaginal Agenesis Associated With Uterine Agenesis or Hypoplasia. *Human Reproduction*. Volume:20, Number:10, pp:2954-2957. DOI:10.1093/humrep/dei152.
22. Baptista, E., Carvalho, G., Nobre, C., Dias, I., and Torgal, I., (2016). Creation of a Neovagina by Laparoscopic Modified Vecchiotti Technique: Anatomic and Functional Results. *Rev Bras Ginecol Obstet*. Volume:38, pp:456-464. DOI:10.1055/s-0036-1593775.
23. Coşkun, A.M., (2012). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
24. Taşkın, L., (2015). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
25. Nagrath, A., (2013). *Congenital Anomalies-A Colour Atlas of Ileal Neovagina*. Jajpee Brothers Medical Publishers Ltd.
26. Malhotra, N., Puri, R. and Malhotra, J., (2014). *Operative Obstetrics & Gynecology*. JP Medical Ltd.



- 
27. Karapınar, O.Y., Özkan, M., Okyay, A.G., Şahin, H., and Dolapçioğlu, K.S., (2016). Evaluation Of Vaginal Agenesis Treated With The Modified Mcindoe Technique: A Retrospective Study. *J Turk Ger Gynecol Assoc*, Volume:17, pp:101-5. DOI:10.5152/jtgga.2016.16013.
  28. Takahashi, K., Nakamura, E., Suzuki, S., Shinoda, M., Nishijima, Y., Ohnuki, Y., Kondo, A., Shiina, T., Suzuki, T., and Izumi, S., (2016). Laparoscopic Davydov Procedure for the Creation of a Neovagina in Patients with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome: Analysis of 7 Cases. *Tokai J Exp Clin Med.*, Volume:41, Number:2, pp:81-87.