

HİSTEROSALPİNGOGRAFI (HSG) SONRASI GELİŞEN VAJİNİZMUS: OLGU SUNUMU

Sinan Tetik*, **Eylem Ünlübilgin****, **İhsan Aksoy*****, **Özlem Moraloğlu Tekin******

*Uz. Psk., Psikolog, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etik Zübeyde Hanım Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi,

**Uz. Dr., Kadın Hastalıkları ve Doğum, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etik Zübeyde Hanım Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi,

***Uz. Dr., Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etik Zübeyde Hanım Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi,

****Prof. Dr., Kadın Hastalıkları ve Doğum, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etik Zübeyde Hanım Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi

sinantk06@gmail.com, 03125674633

eylembilgin@gmail.com, 03125674633

drihsanaksoy@gmail.com, 03125674619

ozlem.moraloglu@hotmail.com, 03125674700

ÖZET

Klinik pratikte yaşam boyu vajinismus ile sık karşılaşılmaması nedeniyle edinsel vajinismusun prevalansı ve etiyolojisi ile ilgili bilimsel çalışmalar sınırlıdır. Bu olgu bildiriminde histerosalpingografi (HSG) sonrası cinsel birleşmeden kaçınma yakınması ile başvuran hastanın değerlendirme ve izlem süreci sunulacaktır. Tedavi sürecinde cinsel birleşme girişimlerinden kaçınmayla ilgili psikoterapinin yanı sıra anksiyöz duygudurumuna yönelik antidepresan tedavisi düzenlenmiştir. İki aylık izlem sonrası hasta tekrar cinsel birleşme yaşayabilmiş, cinsel birleşme ve jinekolojik muayene olmayla ilgili kaygıları azalmıştır. Bu olgu ağırlı jinekolojik girişimin cinsel işlev üzerine olumsuz etkisinin multidisipliner yaklaşımla kısa sürede tedavisine bir örnek oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: *anksiyete, edinsel vajinismus, jinekolojik girişim, histerosalpingografi*

ACQUIRED VAGINISMUS AFTER HYSTEROSALPINGOGRAPHY(HSG): CASE REPORT

ABSTRACT

Studies on the prevalence and etiology of acquired vaginismus are limited due to the lifelong vaginismus has encountered in clinical practice frequently. The evaluation and follow-up of the patient who presented with the complaint of avoiding sexual intercourse after hysterosalpingography (HSG) will be discussed in this case report. Psychotherapy interventions to avoidance of sexual intercourse and antidepressant drug treatment for anxious mood were regulated in the treatment of the patient. After two months of follow-up, the patient was able to do sexual intercourse and her anxiety about doing sexual intercourse and having gynecological examination decreased. This case presents a successful example of the short-term treatment of the adverse impact of a painful gynecological intervention on sexual functions with a multidisciplinary approach.

Keywords: *acquired vaginismus, anxiety, gynecological intervention, hysterosalpingography*

GİRİŞ

Yaklaşık 150 yıldır kullanımda olan vajinismus ve disparoni tanımı Amerikan Psikiyatri Birliği (APA, 2013) tarafından hazırlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabında (DSM-5) Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/İçerme Bozukluğu olarak değiştirilmiştir. Bu durum her iki tanı arasındaki farklarla ilgili yeterli görgül kanıtın saptanmaması ve cinsel işlevin boyutsal yaklaşımla değerlendirilmesi ile ilişkilendirilmiştir (Binik, 2010). İçerme bozukluğu; birleşme sırasında vajinaya girme veya girme girişimleri sırasında vulvovajina ya da pelviste ağrı duyma, ağrı duymayla ilgili olarak belirgin bir korku ya da kaygı duyma şeklinde tariflenmiştir. Tanı için yakınmanın en az altı ay boyunca sürmesi ve kişide klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya yol açması gerekmektedir. Vajinismusun Türkiye'de cinsel işlev yakınması ile yapılan başvurulardaki en yüksek grubu oluşturduğu (Tuğrul ve Kabakçı 1997; Doğan, 2009; Yıldırım ve ark., 2011) ve normal popülasyonda görülme sıklığının %15,3 olduğu bildirilmiştir (Yılmaz ve ark., 2010).

Edinsel vajinismus cinsel birleşememenin sonradan ortaya çıkması ile yaşam boyu vajinismustan ayrılmaktadır. Klinik pratikte yaşam boyu vajinismus ile sık karşılaşılmamasına rağmen edinsel vajinismusun prevalansı ve etiyolojisi ile ilgili bilgilerimiz sınırlıdır. Binik (2014), yaşam boyu vajinismusun edinsel vajinismustan temelde farklı olduğuyla ilgili sistematik verilerin bulunmadığını bildirmiştir. Genellikle cinsel saldırı veya tecavüz sonrası gelişen edinsel vajinismusun literatürde vulvar vestibulit sendromu gibi çeşitli vulvo-vajinal durumlara bağlı olarak ortaya çıkan akut veya kronik bir cinsel ağrı öyküsü (Seo ve ark., 2005; Bertolasi ve ark., 2009; ter Kuile, 2009); kötü onarılmış epizyotomi (Sungur, 1994) ve epilepsi cerrahisi sonrası (Varkal ve ark., 2012) gibi farklı nedenlerle gelişebildiği bildirilmiştir.

Bu olgu sunumunda histerosalpingografi (HSG) sonrası cinsel birleşememe yakınması ile başvuran bir hastanın değerlendirme ve tedavi süreci tartışılacaktır. Hastadan olgu sunumu ile ilgili yazılı ve sözlü izin alınmıştır.

OLGU

Lise mezunu, 23 yaşında kadın hasta ve 27 yaşında işçi olarak çalışan eşi görüşmeye birlikte geldiler. Uzaktan akraba olan çift 3 yıldır evliydi ve çocukları yoktu. Evliliğin başından beri cinsel birleşme olmasına rağmen çocuk sahibi olamama nedeniyle ikamet ettiği şehirdeki hastanenin infertilite polikliniğine başvuran hastaya rahim ve tüplerin değerlendirilmesi amacıyla 6 ay önce anestezi altında HSG yapılmış. İşlem sonrasında hasta pelvik ağrı duymuş, vajinal kanaması olmuş, bir süre vajinasına dokunamamış, eşiyle cinsel birleşme girişimlerinden kaçınmaları başlamış. Hasta işlemden bir ay sonra cinsel birleşme olmaması nedeniyle tekrar aynı hastanenin kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvurduğunda vajinal muayene olamamış. Bununla beraber giderek artan şekilde sinirlilik, gerginlik, sıkıntı hissi, nefes darlığı, gevşeyememe, dalgınlık ve unutkanlık şikayetleri başlamış. Olgu çocuk istemi nedeniyle hastanemiz infertilite kliniğine başvurmuş ancak vajinal muayene olamamıştır. Vajinismus şikayetinin olması ve diğer mevcut yakınmalarının anamnezinde belirlenmesi üzerine olgu hastanemizin cinsel işlev bozuklukları polikliniğine yönlendirilmiştir.

Öyküsünde; on dört yaşında menarşi olan hasta cinsellikle ilgili ilk bilgilerini yengesinden almış. Mastürbasyonunun ne olduğunu bilmiyormuş. İlk flörtü 16 yaşında olmuş, 2 yıl sürmüş, flörtü trafik kazasında hayatını kaybetmiş. Hasta eşiyle uzaktan akrabaymış, bir yıl nişanlılık döneminden sonra severek evlenmişler. Evlenmeden önce eşi ile öpüşme dışında cinsel yaklaşması olmamış. İlk gece cinsel birleşme yaşamışlar, ağrı ve kanama olmuş. İlerleyen zamanda cinsel ilişki sırasında ağrısı olmamış. Hasta altı ay öncesine kadar cinsel ilişkiden haz alıyormuş. Cinsel ilişkiyi genellikle eşi başlatıyor, ön sevişme yapıyorlarmış. İlişki sıklığı haftada 2-3 kezmiş. Ruhsal öyküsü derinleştirildiğinde hastanın 10yıl önce trafik kazası geçirdiği, kazada annesini kaybettiği, kendisinin sağ gözünde görme kaybı olduğu öğrenilmiştir. Kazayla ilgili unutkanlık, kaçınma ve yeniden yaşantılama gibi şikayetleri olmamış. Evlenmeden önce genel olarak kaygılı ve gergin olduğu, kendisinin veya yakınlarının başına kötü bir olay geleceği korkularının olduğu, dalgınlık, dikkatsizlik ve unutkanlık şikayetleri bulunduğu için yaklaşık 1 yıl

süreyile ismini hatırlamadığı bir antidepresan tedavisi almış. Evlendikten sonra daha iyi olduğunu düşündüğü ve çocuk sahibi olmak istediği için tedavisini kendi kendine bırakmış.

Ruhsal durum muayenesinde hastanın yaşında gösterdiği, ilk muayenede tedirgin görüldüğü, giyiminin sosyoekonomik durumuyla uyumlu olduğu, öz bakımının yeterli olduğu, psikomotor etkinliğinin doğal olduğu gözlemlendi. Konuşması amaca uygun, duygudurumu anksiyöz ve duygulanımı duygudurumu ile uyumluydu. Düşünce içeriğinde çocuk sahibi olamayacağına dair korkular ve tedaviyle ilgili tasalar hakimdi. Hastanın anksiyete düzeyini belirleme amacıyla Beck Anksiyete Ölçeği, cinsel işlevlerini değerlendirme amacıyla Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRISS) uygulandı. Beck anksiyete ölçeğinin puanı 30 olarak hesaplandı. GRISS'in sıklık, iletişim, kaçınma, dokunma, doyum, vajinismus, anorgazmi, cinsel ilişkinin niteliği alt boyutlarında vajinismus ve kaçınmada sorun saptandı. Görüşme ve test sonuçları değerlendirildiğinde DSM 5 kriterlerine göre hastaya vajinismus ve yaygın anksiyete bozukluğu tanısı konuldu.

Tedavi

Çift klinik değerlendirmeden sonra cinsellik, anatomi, cinsel fizyoloji hakkında bilgilendirildi, cinsellikle ilgili mitler tartışıldı. Hastanın kaygılarının yatışması amacıyla çiftle birlikte bir süre cinsel birleşme girişimlerinde bulunmama konusunda anlaşıldı. Yaygın anksiyete bozukluğu tedavisi ve terapötik işbirliğini artırmak için essitalopram 10 mg/gün olarak tedavi başlandı.

Haftada bir, kırk dakikalık görüşmeler yapıldı. Hastadan egzersizlerle ilgili düzenli kayıt tutması istendi. Kayıtlar üzerinde uyarılmayı ketleyen, kaygı yaratan düşünceler bilişsel yeniden yapılandırma ile ele alındı. Duyumsal farkındalığı sağlama amacıyla duyuşsal okşama egzersizleri (sensitive focus) kullanıldı. Hastadan her egzersiz öncesinde gevşeme tekniklerini kullanması istendi. Vajinal kasılmanın üstesinden gelebilmesi için kegel egzersizleri öğretildi. Hasta masturbasyonla ilgili bilgilendirildikten sonra orgazm olabildiğini bildirdi. Hastadan kulak çöpü ve tampon egzersizleri yapması istendi. Hastanın yabancı cisimden rahatsızlık duyması üzerine kademeli olarak parmak egzersizleri ve eşli parmak egzersizlerine geçildi. Kaygı düzeyi azaldıktan sonra tedavinin sonunda cinsel birleşme girişimlerinde bulunulması istendi.

Cinsel birleşme sağlandıktan bir ay sonra çift kontrole çağırıldı. Cinsel birleşmede herhangi bir ağrı tariflemeyen hastaya ve eşine GRISS uygulandı. Hastanın ve eşinin tedavi öncesi ve sonrası GRISS puanları karşılaştırıldığında hastanın vajinismus ve kaçınma, eşinin sıklık puanlarında (Tablo 1) belirgin şekilde azalma izlendi. Hastanın Beck Anksiyete Ölçeği 12 olarak ölçüldü ve hastanın çocuk sahibi olmak istemesi nedeniyle essitalopram ilacı iki hafta içinde azaltılarak kesildi.

Tablo 1. Çiftin Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRISS) Puanları

GRISS Puanı	Kadın		Erkek	
	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası
Sıklık	1	2	4	1
İletişim	1	1	3	1
Kaçınma	9	3	4	0
Dokunma	4	3	4	0
Doyum	8	1	3	1
Vajinismus/Erektile disfonksiyon	15	2	1	1
Anorgazmi/Erken boşalma	7	4	3	0
Cinsel ilişkinin niteliği	7	3	4	3

TARTIŞMA

Uygun sıklıkta bir yıl korunmasız ilişkiye rağmen gebe kalamama infertilite olarak tanımlanır. İnfertilite kadın veya erkek kaynaklı olabilir ya da herhangi bir nedene bağlanamayabilir. Bu nedenle çiftin her ikisi de öykü, fizik muayene ve bazal testler ile değerlendirilmelidir. Ovulatuvar disfonksiyon, tubal/ pelvik hastalıklar, uterin ve servikal kaynaklı faktörler ve erkek faktörü olup olmadığı yapılan testlerle belirlenmeye çalışılır. Sunulan olguda 3 yıl korunmasız ilişkiye rağmen çocukları olmayan çift infertilite nedeniyle başka bir merkeze başvurmuştur. Hastaya infertilite nedeninin araştırılması için diğer testlerle birlikte HSG de yapıldığı öğrenilmiştir.

HSG menstrüasyonun bitimini takiben ilk 2-5 günde sterilizasyon kurallarına uygun olarak yapılır. HSG öncesi pelvik enfeksiyonu düşündürecek; pelvik muayenede kitle, hassasiyet, serviks hareketlerinde ağrı, yoğun vajinal akıntı ve enfeksiyon belirtilerinde yükselme gibi bulgular varlığında HSG mutlaka ertelenmeli ve öncelikle enfeksiyonun tedavisi yapılmalıdır. Bu olgunun HSG tetkiki hastanemizde yapılmadığı için işlem öncesi muayene bulguları bilinmemektedir. HSG; servikal kanala radyopak kontrast madde enjeksiyonu ile endoservikal kanal, endometrial kavite, fallop tüplerinin lümeni ve açıklığının değerlendirildiği floroskopik bir yöntemdir (Chalazonitis ve ark. 2009, Simpson ve ark. 2006). İşlem sırasında kontrast maddenin verilmesi için serviks tek dışli tenakulum ile tutulur. İşlem bittikten sonra serviks mutlaka kanama açısından değerlendirilir. Tenakulum yerinin kanaması bazen sütürasyon gerektirebilir. İşlemden sonra hafif lekelenme tarzında kanamalar 24 saat kadar sürebilir. Sunulan olguda bu değerlendirmenin yapıp yapılmadığı bilinmemektedir. İşlem sırasında verilen kontrast madde eğer hızlı verilirse uterusda kontraksiyon, spazm ve kramplar gelişebilir. Sunulan olguda işlemin anestezi altında yapılması nedeniyle kontrast maddenin hızlı verilmiş olabileceği ve bu nedenle şiddetli kramp ağrılarının maruz kalmış olabileceği düşünülmüştür.

HSG'nin en sık görülen komplikasyonu ağrıdır. Olguların %80 den fazlasında ağrı hafif-orta şiddettedir (Woltz ve ark., 1958) ve kısa sürelidir. Hastalar genellikle ağrıyı tolere edebilir. İşlemden 30 dakika öncesinde non-steroid antiinflamatuvar ilaç kullanımı ağrıyı önlemek için önerilebilir. Ağrının şiddeti kişiye göre farklılık gösterebilir. Ağrı prevalansı, işlemin tekniğine ve yapan kişinin tecrübesine göre değişir. İşlem sırasında balon kateter kullanımı sırasında balonun yavaşça şişirilmesi ya da radyo opak maddenin yavaş verilmesi ağrıyı azaltmaktadır (Forsey ve ark., 1990). Ancak sunulan olguda hastada hangi tekniğin kullanıldığı ya da yapan kişinin tecrübesi bilinmemektedir. Ağrı, nadiren işlemin sonlanmasına rağmen devam edebilir. Yapılan bir çalışmada 500 HSG işlemi sonrası 2 hastada ağrının 24 saatten fazla sürdüğü tespit edilmiştir (Stumpf ve March, 1980). Sunulan olguda da benzer şekilde ağrı komplikasyonu beklenenden uzun sürmüş olup sekonder vajinismus gelişmesinin nedenlerinden biri olabileceği kanısına varılmıştır. Birçok hasta inatçı ağrı olasılığı nedeniyle bu işlemde kaçınılmazdır (Shalev ve ark., 2000). Şiddetli ağrı olacağı endişesi olan hastalara HSG anestezi altında yapılabilir. Bizim olgumuzda da hastanın işlemin ağrısız yapılması talebi nedeniyle HSG'yi anestezi altında yaptırdığı öğrenilmiştir. Hasta yapılan işlemi anestezi nedeniyle hatırlamadığını ancak işlem sonrasında şiddetli pelvik ağrısının ve vajinal kanamasının olduğunu ifade etmiştir. Anestezi işlemini takiben olguda yüzeysel uygulanan anesteziden uyanması sonrası hiperaljezi gelişmiş olabileceği kanısına varılmıştır.

HSG'nin görülen diğer komplikasyonları; akut pelvik enfeksiyon, pelvik ağrı, radyo opak maddenin ekstrasvazasyonu, uterus perforasyonu, vajinal kanama ve vasovagal reaksiyonlardır. HSG sonrası enfeksiyon nadiren görülür. Yüksek riskli hastalarda bile enfeksiyon oranı %1-3 tür (Sanfilippo ve ark., 1978; Katzberg, 1991). Ancak yine de rutin olarak HSG öncesi profilaktik antibiyotik (doksisisiklin 2*100 mg) ve antiinflamatuvar kullanımı yaygındır. Dökümante edilmiş pelvik enfeksiyon durumunda HSG sonrası enfeksiyon yaygın hale gelmektedir ve yatarak tedavi edilme gereksinimi oluşabilmektedir. Kullanılan radyo opak maddenin ekstrasvazasyonunun görülme sıklığı %7 civarındadır, (Yoder, 1988) özellikle yağ bazlı kontrast madde kullanımında emboli riski nedeniyle işleme hemen son verilmelidir. Kullanılan radyo opak maddeye karşı alerjik reaksiyon (iyot alerjisi) nadir görülür. Tetkik öncesi hastalara iyot alerjisi olup olmadığı mutlaka sorulmalıdır. İyot alerjisi olmasa bile bazı vakalarda iyot periton ile temas ettiğinde alerjik reaksiyon veya periton reaksiyonu gelişebilir. Bu durumda hastaya acil müdahale edilmesi gereklidir (Yıldırım, 2008). HSG işlemi sırasında uterus perforasyonu ve hidrosalfenks rüptürü görülebilir. Bu komplikasyonlar

geliştiğinde batın içi kanama riski nedeniyle hastanın mutlaka gözlem altına alınması gereklidir (Yıldırım, 2008). Olgumuzda hastanın monitörize edilmediği ve işlem sonrasında evine gönderildiği öğrenilmiş olup bu komplikasyonların gelişmediği anlaşılmıştır. HSG yapılan hastalarda vasovagal reaksiyon sonucu hipotansiyon, bradikardi ve sonrasında senkop gelişebilir bu durumda işleme son verilmelidir.

HSG sonrası pelvik ağrının giderek şiddetlenmesi, vajinal kanamanın artması ve 1-2 günden uzun sürmesi komplikasyonlar açısından hastanın tekrar değerlendirilmesini gerektirir. Sunulan olguda HSG sonrası şiddetli ağrı ve vajinal kanama şikayetlerinin devam etmesi üzerine hasta tekrar değerlendirilmiş ve ciddi bir komplikasyona rastlanmadığı öğrenilmiştir. Ancak hastanın çocuk sahibi olamama korkusunun ve yapılan işlem sonrası anksiyetesindeki artışın hastanın cinsel birliktelikten kaçınmasına ve edinsel vajinismus gelişmesine neden olduğu düşünülmüştür. Bu anlamda olgumuz başvuru, değerlendirme ve tedavi süreciyle ilgili önem taşımaktadır.

Vajinismusun etiolojisi tam olarak bilinmese de (Okan ve ark., 2010) cinsel birleşmede ağrı olabileceğiyle ilgili korkunun vajinismusun ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde önemli bir rol oynadığı bildirilmiştir (Ward ve Ogden 1994). Nitekim Yıldırım ve ark. (2018) anksiyete bozukluklarının vajinismus hastalarında genel topluma göre daha yaygın olduğu saptanmıştır. Edinsel vajinismusun ise nadir görüldüğü, jinekolojik girişimler, komplikasyonlu doğum gibi deneyimlerden sonra ortaya çıkabildiği belirtilmiştir (İncesu, 2004).

Yaşam boyu vajinismusun tedavisinde sıklıkla cinsel eğitim, grup terapisi (Yargıç ve Kayır, 1996) kegel egzersizleri, gevşeme teknikleri, vajinal dilatasyon, göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR) ve farmakoterapi uygulanabilmektedir (Reissing, 2012). Literatür taramasında HSG işlemi sonrası vajinismus gelişen bir vaka sunumuna rastlanmamıştır. Travmatik olaylara bağlı vajinismus gelişen vakalar bildirilmiş olup EMDR uygulanmasından fayda gören vaka sunumları da mevcuttur (Torun, 2010). Bizim hastamızda HSG işlemi ile ilgili tekrarlayan anıların, canlı imajların veya rüyanın olmaması, kolay irkilme gibi aşırı uyarılma belirtileri göstermemesi nedeniyle travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) düşünülmemiştir, dolayısıyla EMDR yöntemi yerine bilişsel davranışçı yöntem tercih edilmiştir. Yapılan bir çalışmada (Watts ve Nettle, 2010) vajinismus olan kadınlarda durumsal ve süreklilik anksiyete seviyelerinin yüksek olduğu, bu nedenle anksiyeteye yatkın olmanın vajinismus için ortaya çıkarıcı bir faktör olabileceği belirtilmiştir. Bizim hastamızda çocuk sahibi olamama ve evliliğinin geleceği ile ilgili denetleyemediği endişelerinin olması, ayrıca yorgunluk, dikkat bozukluğu ve konsantrasyon güçlüğü nedeniyle terapötik uyumun artırılması ve yaygın anksiyete bozukluğu belirtileri için tedaviye antidepresan eklenmesi uygun görülmüştür.

SONUÇ

Hastaların bir kısmı çeşitli gerekçelerle kaçınmalarına rağmen jinekolojik muayene işlemleri üreme sağlığıyla ilgili tanılar için önemli bir bileşendir. Muayene işlemleri hastalarda utanç, suçluluk yaratabildiği gibi olgumuzda olduğu gibi genital ağrı neticesinde cinsel işlev kaybına yol açabilmektedir. Bu anlamda ağırlı jinekolojik girişimlerin ardından hastaların cinsel işlevle ilgili olası yan etkileri ile ilgili bilgilendirilmeleri önemlidir.

KAYNAKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı: Beşinci Baskı (DSM5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (İng. çev. E Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s.210.

- Bertolasi, L., Frasson, E., Cappelletti, J. Y., Vicentini, S., Bordignon, M., & Graziottin, A. (2009). Botulinum neurotoxin type A injections for vaginismus secondary to vulvar vestibulitis syndrome. *Obstetrics & Gynecology*, *114*(5), 1008-1016. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181bb0dbb.
- Binik, Y. M. (2010). The DSM diagnostic criteria for vaginismus. *Archives of sexual behavior*, *39*(2), 278-291. doi: 10.1007/s10508-009-9560-0
- Binik, Y. M. (2014). Will vaginismus remain a “lifelong” baby? Response to Reissing et al.(2014). *Archives of sexual behavior*, *43*(7), 1215-1217. doi: 10.1007/s10508-014-0336-9
- Chalazonitis, A., Tzovara, I., Laspas, F., Porfyridis, P., Ptohis, N., & Tsimitselis, G. (2009). Hysterosalpingography: technique and applications. *Current problems in diagnostic radiology*, *38*(5), 199-205. doi: 10.1067/j.cpradiol.2008.02.003
- Dogan, S. (2009). Vaginismus and accompanying sexual dysfunctions in a Turkish clinical sample. *The journal of sexual medicine*, *6*(1), 184-192. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.01048.x
- Forseyl, J. P., Caul, E. O., Paul, I. D., & Hull, M. G. R. (1990). Chlamydia trachomatis, tubal disease and the incidence of symptomatic and asymptomatic infection following hysterosalpingography. *Human reproduction*, *5*(4), 444-447. doi:10.1093/oxfordjournals.humrep.a137120
- İncesu, C. (2004). Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *7*(3), 3-13.
- Katzberg, R. W. (Ed.). (1991). *The contrast media manual*. Williams & Wilkins.
- Okan, E.R., Özdel, K., & Ayşe, G. Y. Ö. (2010). Vajinismus. *Kriz Dergisi*, *18*(3), 37-46.
- Reissing, E. D. (2012). Consultation and treatment history and causal attributions in an online sample of women with lifelong and acquired vaginismus. *The journal of sexual medicine*, *9*(1), 251-258. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02534.x
- Sanfilippo, J. S., Yussman, M. A., & Smith, O. (1978). Hysterosalpingography in the evaluation of infertility: a six-year review. *Fertility and sterility*, *30*(6), 636-643. doi: 10.1016/S0015-0282(16)43689-7
- Seo, J. T.,Choe, J. H., Lee, W. S., & Kim, K. H. (2005). Efficacy of functional electrical stimulation-biofeedback with sexual cognitive-behavioral therapy as treatment of vaginismus. *Urology*, *66*(1), 77-81. doi: 10.1016/j.urology.2005.01.025
- Shalev, J., Krissi, H., Blankstein, J., Meizner, I., Ben-Rafael, Z., & Dicker, D. (2000). Modified hysterosalpingography during infertility work-up: use of contrast medium and saline to investigate mechanical factors. *Fertility and sterility*, *74*(2), 372-375. doi: 10.1016/S0015-0282(00)00632-4
- Simpson WL Jr, Beitia LG, Mester J. (2006). Hysterosalpingography: a reemerging study. *Radiographics*; *26*(2), 419-431. doi: 10.1148/rg.262055109
- Sungur, M. (1994). Evaluation of couples referred to a sexual dysfunction unit and prognostic factors in sexual and marital therapy. *Sexual and Marital Therapy*, *9*(3), 251-265. doi: 10.1080/02674659408409591
- Stumpf, P. G., & March, C. M. (1980). Febrile morbidity following hysterosalpingography: identification of risk factors and recommendations for prophylaxis. *Fertility and sterility*, *33*(5), 487-492. doi: 10.1016/S0015-0282(16)44712-6
- Ter Kuile, M. M.,Bulté, I., Weijenberg, P., Beekman, A., Melles, R., & Onghena, P. (2009). Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: A replicated single-case design. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*(1), 149-159. doi: 10.1037/a0014273
- Torun, F. (2010). Vajinismusun EMDR Yöntemi ile Tedavisi: İki Olgu Sunumu. *Türk Psikiyatri Dergisi*,*21*(3), 243-248.

- Tuğrul, C., & Kabakçı, E. (1997) Vaginismus and its correlates. *Sex Marital Ther*, 12, 23-34. doi: 10.1080/02674659708408199
- Varkal MD, Ozmen M, Ozkara C, Acıkgöz S. (2012). Vaginismus after epilepsy surgery. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 24(2), E35.
- Ward E, Ogden J. (1994). Experiencing Vaginismus sufferers' beliefs about causes and effects. *Sex Marital Ther*. 9, 33–45. doi: 10.1080/02674659408409565
- Watts, G., & Nettle, D. (2010). The role of anxiety in vaginismus: A case-control study. *The journal of sexual medicine*, 7(1), 143-148. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01365.x
- Woltz, J. H. E., Bradford, W. Z., Bradford, W. B., & McCoy, J. B. (1958). Complications of hysterosalpingography. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 76(4), 736–741.
- Yargıç, İ., & Kayır, A. (1996) Vajinismus: Bir Grup Psikoterapisi Sunumu. *Düşünen Adam*, 9 (1), 31-34.
- Yılmaz, E., Zeytinci, I. E., Sarı, S., Karababa, I. F., Çilli, A. S., & Kuçur, R. (2010). Konya İl Merkezi'nde yaşayan evli nüfusta cinsel sorunların araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(2), 126-134.
- Yıldırım, E. A., Akyüz, F., Hacıoğlu, M., Eşsizioğlu, A., Çakmak, A. C., Çakmak, E., & Erdiman, S. (2011). Cinsel İşlev Bozuklukları Kliniğine Başvuran Olgularda Başvuru Yakınması ile Klinik Tanı Arasındaki İlişki. *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 48, 24-30.
- Yıldırım, E. A., Yıldırım, M. H., & Karuş, H. (2018). Yaşam Boyu Vajinismus Tanısı Konulan Kadınlarda Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarının Yaygınlığı ve Cinsel İşlevlerle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. (Baskıda).
- Yıldırım, M., (2008). Reprodüktif endokrinoloji ve infertilite (İkinci baskı). Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi (ss 1621-26). Ankara: Güneş Tıp Kitapevi.
- Yoder, I. C. (1988). Hysterosalpingography and pelvic ultrasound: imaging in infertility and gynecology. Little Brown & Company.