

بررسی تاثیر استفاده از گرافت آمیون در بیماران با آژنزی واژن

دکتر مرضیه مهرافزا (MD)^۱ - مونا عودی (BS)^۱ - دکتر پروانه عبدالهیان (MD)^۱ - دکتر زهرا محمدتبار (MD)^۱ - دکتر کیمیا شادمانی (MD)^۱ -
دکتر زهرا نیکپوری (MD)^۱

*نویسنده مسئول: رشت، بلوار شهید انصاری، خیابان ارشاد، مؤسسه درمان ناباروری مهر

پست الکترونیک: dr_mehrafza@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۸۷/۱۲/۲۱ تاریخ پذیرش: ۸۸/۷/۱۹

چکیده

مقدمه: آژنزی واژن می‌تواند مادرزادی یا اکتسابی باشد. فقدان واژن می‌تواند سبب آمنوره یا هماتومتر اولیه یا ثانویه شود. هدف: بررسی تاثیر استفاده از گرافت آمیون در بیماران با آژنزی واژن.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه ۱۴ نفر از بیماران با آژنزی واژن مراجعه کننده طی سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۷ بررسی شدند. در این عمل از پرده آمیون بیماران تحت عمل سزارین انتخابی و از اسفنج یا باندکشی کشیده شده دور سرتک ۲۰ میلی‌لیتر، استفاده گردیده بیماران با آژنزی واژن تحت عمل واژینوپلاستی بروش فراتک با روکش غشای آمیونی به‌عنوان مولد قرار گرفتند.

نتایج: ۱۲ نفر از بیماران سندرم راکي تانسکی و ۲ نفر تنها آژنزی واژن با کارکرد طبیعی رحم داشتند. محدوده سنی بیماران ۲۰ تا ۲۶ سال گزارش شد. قاعدگی طبیعی بعد از یک‌ماه در بیماران با کارکرد طبیعی رحم، شروع شد. وضعیت لگن در سونوگرافی طبیعی گزارش شد. تنگی واژن در یک بیمار (۷/۱٪) عنوان شد که با انجام مقاربت اصلاح شد. تمام بیمارانی که ازدواج کرده بودند رضایت کامل از ارتباط جنسی داشتند. بروز ناهنجاری‌های ارولوژیک (۲۱/۴٪): کلیه نعل اسبی در دو بیمار و در یک بیمار وجود تنها یک کلیه گزارش شد. پیامد عمل در تمام بیماران خوب بود. نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد استفاده از آمیون نتایج خوبی در ایجاد واژن جدید داشته و عمق و کالیبر خوبی را فراهم می‌کند.

کلید واژه‌ها: آمیون/بیماری‌های واژن

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره هجدهم شماره ۷۲، صفحات ۶۵-۶۱

مقدمه

امکان بارداری با آژنزی مولرین در صورت سوپراوولاسیون و بازیافت تخمک از طریق IVF و قراردادن تخم لقاح یافته به داخل رحم یک زن دیگر وجود دارد (۳). درمان این‌گونه بیماران ایجاد واژن است که به دو صورت مکانیکی یا جراحی انجام می‌گیرد. جراحی با روش مک ایندو یکی از روش‌های رایج است که در آن از گرافت‌های مختلف پوست شکم، کشاله ران، ولو، روده و آمیون استفاده می‌شود. عوارض جدی این عمل فیستول یورتروواژینال، وزیکوواژینال و رکتوواژینال، عفونت پس از عمل و خونریزی حین عمل و بعد از عمل است. شکست گرافت به عنوان عارضه در برخی مطالعات بدلیل تشکیل نسج گرانولاسیون وجود داشته اما بطور کلی مزایای عمل در مقایسه با عوارض بسیار عالی و مطلوب است. اگرچه روش فراتک غیرجراحی است اما موفقیت آن غیرقابل پیشگویی و متغیر است. هدف از تصحیح آژنزی واژن، ایجاد یک واژن با ظاهر مناسب و عملکرد

نبودن واژن ناهنجاری مادرزادی بوده که ناشی از سندرم راکي تانسکی است یا می‌تواند به دلیل تومور لگن و جراحی یا رادیوتراپی ناشی از آن باشد. بروز آژنزی مادرزادی واژینال یک از هر ۴۰۰۰-۱۰۰۰۰ تولد گزارش می‌شود. به علاوه آژنزی واژن می‌تواند با نقص سیستم اسکلتی (۱۲٪) و کلیوی (۳۴٪) همراه باشد. آژنزی واژن می‌تواند مادرزادی یا اکتسابی باشد. فقدان واژن می‌تواند سبب آمنوره یا هماتومتر اولیه یا ثانویه شود (۲۱). اما ناتوانی در انجام مقاربت و در نتیجه عدم بارداری سبب مشکلات روحی، روانی و اجتماعی می‌شود. ایجاد یک واژن مصنوعی کیفیت زندگی فرد را به طور کلی تغییر می‌دهد. معمولاً انجام جراحی پلاستیک نقش پایه در ترمیم واژن دارد. عمل واژینوپلاستی معمولاً در سن ۱۷ تا ۲۰ سالگی که بیمار به بلوغ عاطفی رسیده است انجام می‌شود. با این عمل کانال واژن فقط برای عمل جنسی رضایت‌بخش می‌شود و در بارداری بیمار تأثیر ندارد.

یک بیهوشی سبک بخیه لبیماژور باز شد و مولد خارج شد. شستشوی واژن جدید با محلول طبیعی سالین انجام گرفت و یک مولد جدید با پوشش کاندوم برای بیمار گذاشته شد و به بیمار آموزش داده شد تا هنگام دفع ادرار یا اجابت مزاج مولد را خارج و دوباره در واژن قرار دهد. بعد از یک ماه، مولد فقط روزها در واژن گذاشته و شب‌ها آن را خارج نمایند. تمام بیماران ۲، ۴ و ۶ ماه بعد از عمل مورد بررسی مجدد قرار گرفتند.

نتایج

در این مطالعه از ۱۴ بیمار مبتلا به آژنزی واژن، ۱۲ مورد سندرم راکی تانسکی و ۲ نفر تنها آژنزی واژن با کارکرد طبیعی رحم داشتند. محدوده سنی بیماران ۲۰ تا ۲۶ سال گزارش شد. تمام بیماران صفات ثانویه جنسی را داشته اما به دلیل آمنوره مراجعه نمودند. معاینه دقیق دستگاه تناسلی خارجی عدم وجود واژن را نشان داد. آزمایش‌های هورمونی نیز طبیعی بود. انجام سونوگرافی و IVP، وجود تخمدان دارای فولیکول را در تمام بیماران، کلیه نعل اسبی در ۲ مورد و داشتن تنها یک کلیه در یک بیمار را نشان داد. طول مدت عمل یک ساعت بود و میزان خونریزی کمتر از ۱۰۰ میلی‌لیتر عنوان شد. هیچ‌یک از بیماران دچار عارضه مهمی نظیر مشکلات ادراری، فیستول و ... نشدند. در یک بیمار از دو مورد با کارکرد طبیعی رحم، یک ماه بعد از عمل، قاعدگی طبیعی شروع شد. وضعیت لگن در سونوگرافی طبیعی گزارش شد. تنگی واژن در یک بیمار گزارش شد که با انجام مقاربت اصلاح شد. تمام بیمارانی که ازدواج کرده بودند رضایت کامل از ارتباط جنسی داشته و پیامد عمل در آنان خوب بود.

بحث و نتیجه‌گیری

ناهنجاری‌های مولرین سبب بروز علائم و عوارض متعددی برای بیماران مبتلا می‌شود. شایع‌ترین نمونه از ناهنجاری‌های ارگانوژنز واژن، سندرم راکی تانسکی است. در این سندرم رحم، سرویکس و چهار پنجم

جنسی طبیعی است که با روش‌های مختلفی از جمله روش فرانک (روش فشار متناوب) یا درمان جراحی انجام می‌شود (۱۰-۴). تمام این روش‌ها موانع خاص خود را دارند و ترغیب بیمار به استفاده از گشادکننده واژن به تنهایی و برای یک دوره طولانی واقعاً مشکل است.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه ۱۴ نفر از بیماران با آژنزی واژن مراجعه‌کننده به یک کلینیک تخصصی زنان و زایمان طی سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۷ بررسی شدند. معاینه دقیق دستگاه تناسلی خارجی، سونوگرافی، IVP و آزمایش‌های هورمونی نیز در تمام بیماران انجام شد. بعد از مشاوره، برای انتخاب بهترین روش جراحی با گرفت آمنیون در نظر گرفته شد. قبل از جراحی تنقیه روده انجام شده و برای بیمار آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی تجویز شد. سپس بیمار در وضعیت لیتوتومی قرار گرفت و یک سوند فولی در مجرای ادرار و حدود رکتوم با معاینه مداوم رکتال توسط کمک جراح مشخص شد. یک برش عرضی به طول ۳ سانتی‌متر در مسیر واژن داده شد و یک کانال ۱۰ سانتیمتری بین مثانه و رکتوم با فشار ملایم انگشت و قیچی تا بن‌بست دوگلاس انجام شد. هموستاز کامل با الکتروکوتر انجام شد. کانال توسط اسفنج یا باندکشی با قطر ۳ سانتی‌متر با پوشش آمنیون به‌عنوان مولد پوشانده شد. در این عمل از پرده آمنیون بیماران تحت عمل سزارین انتخابی که با انجام آزمایش‌های خونی، عدم ابتلای آن‌ها به بیماری‌های ویروسی مشخص شده و قبل از زایمان دچار پارگی پرده‌ها یا دفع مکونیوم نبوده‌اند، استفاده شده سپس گرفت آمنیون در ۲۰۰ میلی‌لیتر طبیعی سالین + ۲ گرم سفازولین برای انجام واژینوپلاستی در دمای ۴ درجه سانتی‌گراد نگهداری شد.

بعد از قراردادن مولد در واژن تازه ساخته شده، برای جلوگیری از خروج آن، لبیا ماژور با نخ سیلک صفر به هم نزدیک شده و برای تخلیه ادرار سوند سوپراپوبیک به مدت ۱۰ روز برای بیمار گذاشته شد. در روز یازدهم با

با ایجاد عامل‌های آنژیوژنیک شود. شواهدی دال بر رد آمیون ایمپلنت شده گزارش نشده است. با توجه به موارد فوق، آمیون گزینه مناسبی برای پوشش داخلی واژن می‌باشد. آمیون همچنین سبب تولید لیزوزیم که ضدباکتری است، وقتی بافت غیرآلوده مزانشیمال آمیون برای تونل ایجاد شده واژن استفاده می‌شود، سبب چسبندگی به قسمت زیرین شده و از بافت گرانوله حمایت می‌کند و سبب تسهیل در فرایند اپیتلیزاسیون می‌شود. آمیون قادر به متابلازی به اسکواموس سل اپی‌تیوم است، اما مکانیزم این عمل مشخص نیست. استفاده از آمیون به عنوان پوشش مولد سبب کاهش نیاز به گرافت پوستی می‌شود (۱۳).

میزان موفقیت عمل با روش مک ایندو ۸۰ تا ۱۰۰٪ گزارش شده است. امکان شکست گرافت به دلیل تشکیل بافت گرانوله وجود دارد که اگر کم باشد با نیترا نقره قابل درمان است. در مطالعه آهنچیان تب پس از عمل تنها عارضه گزارش شده بود که به مدت ۵ روز ادامه داشت که با آنتی‌بیوتیک درمان شد (۳). در بررسی دیگری از ۱۱ بیمار تحت عمل واژینوپلاستی قرار گرفته یک مورد دیس‌پارونی گزارش شد (۷). در بررسی Zafar و همکاران نیز هیچ عارضه‌ی کوتاه و بلندمدتی عنوان نشد (۱۳). در مطالعه Nisolle و Donnez نیز عمق و اندازه واژن در بیماران با گرافت آمیون مناسب اعلام شد (۱۴).

گرچه در بعضی موارد واژن با طول ۴ سانتی‌متر کافی است اما در غالب موارد واژن کمتر از ۴ سانتی‌متر مشکل جدی ایجاد می‌کند (۳). در بررسی حاضر تنگی واژن در یک بیمار عنوان شد که با انجام مقاربت اصلاح شد. تمام بیمارانی که ازدواج کرده بودند، رضایت کامل از ارتباط جنسی داشته و پیامد عمل در تمام آنان خوب بود. طول نهایی واژن ۱۰-۸ سانتی‌متر بود.

به نظر می‌رسد استفاده از آمیون پیامد خوبی در ایجاد واژن جدید داشته و عمق خوبی ایجاد می‌گردد (۱۴) و منجر به رضایت بیمار و شریک جنسی‌اش می‌شود.

فوقانی واژن تشکیل نمی‌شود. تخمدان‌ها معمولاً طبیعی است. ناهنجاری‌های دیگر مانند سیستم ادراری: ۴۰٪ موارد، دوپلیکاسیون سیستم ادراری: ۱۵٪، آژنزی کلیه و ۱۲-۵٪ ناهنجاری‌های اسکلتی است (۱، ۲ و ۱۱).

درمان ایده آل برای آژنزی واژن مورد شک و تردید است. مهم‌ترین اندیکاسیون واژینوپلاستی، فقدان مادرزادی واژن ناشی از سندرم راکی تانسکی، تومور مادرزادی واژن، تغییر جنسیت و آترزی ثانویه واژن است (۱۲). Dupuytren's (۱۸۱۷) اولین گزارش از واژینوپلاستی با استفاده از تامپون برای حفظ بازشدگی واژن را نشان داد.

Abbe در سال ۱۸۹۸ اولین کسی بود که از مولد و گرافت پوستی استفاده کرد. Mc Indoe و Bannister نیز تأکید کردند که استفاده از گرافت پوستی برای ترمیم واژن مفید است. روش‌های جراحی دیگر شامل ایجاد واژن جدید از سیگموئید، ایلوم، سکوم، pudental, gracilis myocutaneous flaps, fasciocutaneous labiaminora flaps، پریتوئن، مثانه و آمیون است که استفاده از هر کدام مزایا و معایبی دارد؛ به عنوان مثال گرافت از روده سبب ایجاد اسکار روی پوست به علت جراحی شکم، انسداد روده، بوی نامطبوع و اولسر مخاط می‌شود. استفاده از پریتوئن سبب باز شدن فضای شکمی شده و همچنین استفاده از برخی گرافت‌ها با رشد مو در محل ترمیم همراه است (۲، ۱۰ و ۱۲).

استفاده از آمیون نیز کمی پیچیده است زیرا نیاز به دسترس بودن بانک آمیون، نگهداری طولانی مدت، برنامه‌ریزی برای سزارین انتخابی، همچنین خطر انتقال بیماری‌های ویروسی از اهدا کننده را در بر دارد. با این وجود در صورت پیشگیری از خطرات احتمالی، استفاده از آمیون یکی از بهترین روش‌ها برای ایجاد واژن جدید به نظر می‌رسد (۲، ۱۳).

استفاده از غشای آمیون یکی از روش‌های در دسترس است؛ هزینه کمی داشته و نقش بیولوژیک در برابر زخم‌ها و سوختگی‌ها دارد. همچنین می‌تواند سبب تحریک بافت گرانوله شده و سبب ایجاد رگ‌های جدید در محل برش

منابع

1. Lin WC, Chang CY, Shen YY, Tsai HD. Use Of Autologous Buccal Mucosa For Vaginoplasty: A Study Of Eight Cases. *Hum Reprod* 2003; 18(3):604-7.
2. Panici PB, Bellati F, Boni T, Francescangeli F, Frati L, Marchese C. Vaginoplasty Using Autologous In Vitro Cultured Vaginal Tissue In A Patient With Mayer-Von-Rokitansky-Kuster-Hauser Syndrome. *Hum Reprod* 2007; 22(7): 2025-8.
3. Ahangchian M. The First Successful Vaginoplasty with McIndo Method by Using Rigid Vaginal form and Amnion Graft in Patient with Congenital Vaginal agenesis. *Zanjan University of Medical Sciences* 2000; 91-93.
4. Bulsa M, Rzepka-Górska I, Malecha J, Uzar A, Błogowska A. [Congenital Agenesis Of Vagina And Cervix]. *Ginekol Pol* 2002;73(2):124-7.
5. Chatterjee SR. Two Case Reports on Vaginoplasty In Cases Of Congenital Absence Of Vagina. *J Indian Med Assoc* 2003; 101(10): 606-7.
6. Hyde SE, Hacker NF. Vaginal Reconstruction in The Fibrotic Pelvis. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1999; 39(4): 448-53.
7. Hensle TW, Seaman EK. Vaginal Reconstruction In Children And Adults. *Tech Urol* 1995; 1(4):174-80.
8. Mhaskar R. Amniotic Membrane For Cervical Reconstruction. *Int J Gynaecol Obstet* 2005; 90(2): 123-7.
9. Tillem SM, Stock JA, Hanna MK. Vaginal Construction In Children. *J Urol* 1998; 160(1): 186-90.
10. Del Rossi C, Attanasio A, Del Curto S, D'Agostino S, De Castro R. Treatment Of Vaginal Atresia At A Missionary Hospital In Bangladesh: Results And Follow Up Of 20 Cases. *J Urol* 2003;170(3):864-6.
11. Moudouni S, Koutani A, Attya AI, Hachimi M, Lakrissa A. The Use Of Isolated Sigmoid Colon Segment For Vaginal Replacement In Young Adults. *Int Urol Nephrol* 2004; 36(4):567-71.
12. Sánchez Contreras J, Pasos Romero I, Celio Mancera J, Hernández Vivar LE. [Surgical Correction Of Vaginal Agenesis]. *Ginecol Obstet Mex* 2006; 74(1):37-47.
13. Zafar M, Saeed S, Kant B, Murtaza B, Dar MF, Khan NA. Use Of Amnion In Vaginoplasty For Vaginal Atresia. *J Coll Physicians Surg Pak* 2007; 17(2):107-9.
14. Nisolle M, Donnez J. Vaginoplasty Using Amniotic Membranes In Cases Of Vaginal Agenesis Or After Vaginectomy. *J Gynecol Surg* 1992 ;8(1):25-30.

Survey the Amnion Graft in Treatment of Congenital Absence of the Vagina

*Mehrafza M.(MD)¹- Oudi M.(BS)¹- Abdolalian P.(MD)¹- Mohammad tabaar Z.(MD)¹- Shadmani K. .(MD)¹-
Nikpouri Z.(MD)¹

*Corresponding Address: Mehr Institute, Ershad St., Shahid Ansari Blv., Rasht, IRAN

E-mail: dr_mehrafza@yahoo.com

Received: 12/Mar/2009 Accepted: 11/Oct/2009

Abstract

Introduction: Vaginal atresia can be congenital or acquired. Absence of a functional vagina can lead to primary or secondary amenorrhea and haematometra.

Objective: Survey the Amnion Graft in Treatment of Congenital Absence of the Vagina.

Materials and Methods: In this study, 14 cases of vaginal agenesis between 1997 until 2008 years were analyzed. The amnion membrane of elective cesarean section was kept in new space using a 20ml syringe covered by sponge or elastic band as a mould. Patients with vaginal agenesis underwent vaginoplasty using amniotic membrane grafts according to Frank method.

Result: Twelve patients had Mayer-von-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome (MRKHS) and others (2) had vaginal agenesis with normal functional uterus. All patients were between 20 and 26 years old. Regular menstrual periods were observed in two patients that had normal uterus one month after operation. The follow-up pelvic ultrasonography was normal. After operation one of the 14 patients (7.1%) developed vaginal stenosis; that were corrected with sexual intercourse. All of married patients were satisfied of sexual function. The incidences of urologic abnormalities were (21.4%): congenital horseshoe kidney found in two patients and one patient had only one kidney. Stenosis of the vagina was reported in one patient. All patients achieved a good outcome

Conclusion: Using amniotic membrane as an allograft for vaginal reconstruction showed very good outcome with a resultant good caliber new vagina.

Key words: Amnion/ Vaginal Diseases

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 73, Pages: 61-65