

Erkekten Kadına Transseksüel Dönüşüm Operasyonuna Bağlı Ortaya Çıkan Rekto-Neo-Vajinal Fistül Olgusunun Edorektal Flep Kaydırma Yöntemi ile Onarımı: Olgu Sunumu

Treatment of Recto-Neovaginal Fistula Secondary to Vaginoplasty in Male-to-Female Reassignment Surgery with Endorectal Mucosal Advancement Flap: Report of a Case

SÜLEYMAN ÖZDEMİR¹, ETHEM GEÇİM²

¹Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.D., ²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.D., Ankara

ÖZET

Rektovajinal fistül kadınlarda fiziksel, psikolojik ve sosyolojik olarak en fazla yıkıma neden olan hastalıklardan biridir. Rektovajinal fistülün nedenleri, ülke ve bölgelere göre değişkenlik göstermekle birlikte etyolojisinde sıklıkla obstetrik travmalar, jinekolojik ve kolorektal cerrahi komplikasyonları, kriptoglandüler hastalık ve Crohn hastalığı sayılmaktadır. Erkek transseksüel vajinoplasti operasyonundan sonra ortaya çıkan rektovajinal fistül olgusu cerrahi literatürde nadir gözlenen bir durumdur. Biz burada vajinoplasti

ABSTRACT

Rectovaginal fistula is one of the most deteriorating anal pathologies for women that cause physical, psychological and social trauma. Although the reasons for rectovaginal fistula varies to countries and geographic regions, etiology mostly depends obstetric trauma, complication of gynaecological and colorectal surgery, benign anorectal disease and Crohn's disease. Rectovaginal fistula secondary to vaginoplasty in male-to-female reassignment surgery is a rare condition in the literature. A case of repair of rectovaginal fistula secondary to an abscess

✉ Dr. Süleyman Özdemir

Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dr. Rıdvan Ege Hastanesi

Mevlana Bulvarı 86-88 Balgat/ Ankara

Tel: 0533 3232502, İş Tel: 2044066

e-mail: drsozdemir71@yahoo.com

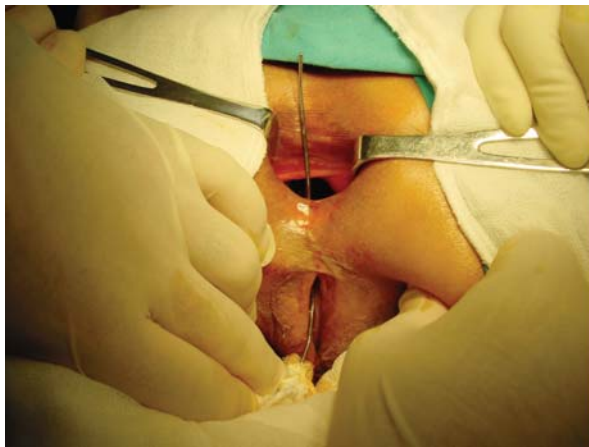
operasyonundan 2 yıl sonra ortaya çıkan bir abseyi takiben gelişen rektoneovajinal fistülün endorektal mucosa advancement flap yöntemi ile opere edilip, 5 yıllık takip sonucunda nüks saptanmayan bir olguyu sunacağız.

Anahtar kelimeler: *Rektovajinal fistül, erkek transseksüel operasyonu, endorektal mukozal flep kaydırma yöntemi*

occurring two years after initial surgery following vaginoplasty procedure with endorectal mucosal advancement flap technique without any recurrence after 5 year's follow-up is presented in this paper.

Key words: *Rectovaginal fistula, vaginoplasty in male-to-female re-assignment surgery, endorectal mucosal advancement flap*

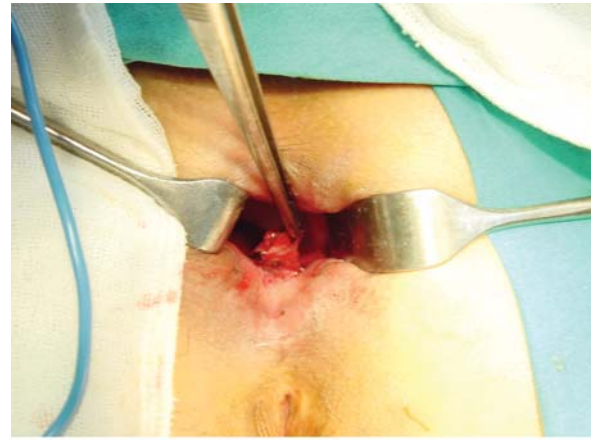
Rektovajinal fistül rektum anterior duvarı ile vajen posterior duvarı arasında oluşmuş epitelle kaplı anormal bir birleşimdir. Hastalar genellikle kronik vajinal akıntı ve koku, ağrılı seks ve vajenden gaz ve gayta kaçığından şikayetçidir. Rektovajinal fistülün ana nedenleri; obstetrik travmalar, seksüel birleşme sırasında meydana gelen travma, lokal enfeksiyonlar, cerrahi komplikasyonlar ve enflamatuar barsak hastalıklarıdır.¹ Erkek transseksüel vajinoplasti operasyonuna ikincil olarak ortaya çıkan rektovajinal fistül olgularına literatürde az rastlanmaktadır.^{2,3} Rektovajinal fistüllerde septik ve pozitif basınçlı rektum kavitesi ile negatif basınçlı vajen kavitesi arasındaki birleşim olduğu için spontan iyileşme kolay gözlenmemektedir. Bu durum aynı zamanda nükslerin de ana nedenidir.⁴ Rektovajinal fistüllerde ana tedavi yöntemi cerrahidir. Bunun yanı sıra son yıllarda domuz kollajeninden yapılan tıkaçlar (anal plug) ve fibrin glue'da tedavide kullanılmakta ise de bu yöntemlerin başarı oranları tartışmalıdır.^{5,6}



Resim 1. *Jackknife pozisyonunda rektovajinal fistülün görüntüsü.*

Olgu sunumu

35 yaşında kadın hasta, 4 yıl önce erkek transseksüel vajinoplasti operasyonu yapılmış. 2 yıl sonra ağrılı cinsel ilişki, vajenden gaz ve fekaloid gelmesi nedeniyle Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi kliniğine başvurdu. Yapılan muayenede rektum anterior duvarda dentate çizginin hemen distali ile vajen arka duvarı arasında bir fistül ağzı tesbit edildi. Hastaya fistülografi yapıldı ve fistül traktı gözlemlendi. Hasta daha sonra rektovajinal fistül tanısı ile opere edildi. Hastanın operasyon sonrası 5 yıllık takibinde nükse rastlanmadı.



Resim 2. *Rektovajinal fistül traktının eksize edilmesi.*

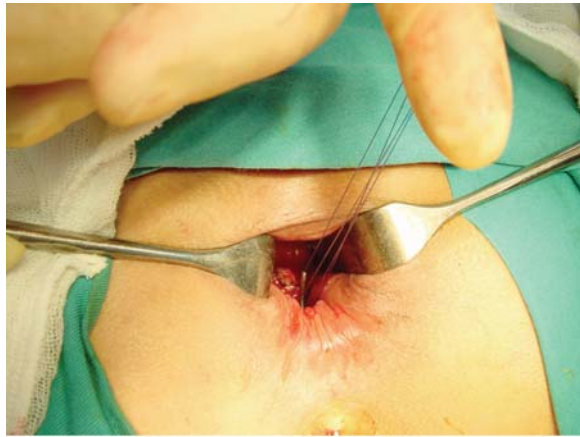
Hastaya operasyon öncesi sabah tek doz fleet enema ile barsak temizliği ve operasyondan 30 dakika önce profilaksi amaçlı 1gr cefazolin uygulandı ve 2 doz daha idame profilaksi verildi. Hastaya jackknife pozisyonu verildi. Cerrahi alanı daha iyi görmek için kalçalara flaster yapıştırılıp birbirinden ayırdı ve betadine ile alan temizliği yapıldı (Resim 1). Ferguson-Hill retraktörlerini yerleştirdikten sonra submukozaya 1:200.000'lik epinefrin solüsyonu enjekte edildi. Fistülün etrafından yapılan transverse eliptik kesi ile fistül ağzı ve fistül traktı eksize

edildi (Resim 2). Flebi hazırlamak için mukozaya, submukozaya ve sirküler kaslara fistül ağzından 3 cm proksimaline kadar sefalik yönde makasla diseksiyon yapıldı. Kaslar ortaya konulup laterale deviye edildi. Defekt, kas düzeyinde poliglaktin sütürlerle vertikal düzlemde gerginlik yaratmayacak biçimde tamir edildi (Resim 3). Ardından mukozal flap bu tamir edilen kısmın



Resim 3. Fistül traktının tamir edilmesi.

üzerine serilerek kenarlarından esas mukozaya tek tek poliglaktin dikişlerle dikildi (Resim 4). Vajinal taraftaki fistül ağzı drenaj sağlamak amacıyla açık bırakıldı.



Resim 4. Endorektal mukozal kaydırma yöntemi ile rektovajinal fistül tamiri.

Tartışma

Rektovajinal fistülün iyileşmesini belirleyen etkenler fistülün tipi ve bunlara uygulanacak cerrahi yöntemlere bağlıdır. Rektovajinal fistüller basit ve kompleks olarak

ikiye ayrılmaktadırlar. Basit fistüller <2.5 cm olup travma veya sepsise ikincil olarak ortaya çıkmakta ve vajen orta veya alt bölümünde yer almaktadır. Kompleks fistüller >2.5cm olup genellikle inflamatuvar barsak hastalıklarında veya nüks rektovajinal fistüllerde gözlenmektedirler.⁷ Rektovajinal fistül için uygun tedavi yöntemini ortaya koymak için literatürde pek çok yayın bulunmaktadır. Cerrahi tedavi yöntemleri 3 ana kategoride gruplanmıştır. Bunlar; transanal, transperineal ve transvajinal yaklaşımlardır. Uygun tedavi yöntemi cerrahın tecrübesine, sfinkter hasarı olup olmamasına ve hastanın daha önce fistül operasyonu olup olmamasına bağlı olarak değişmektedir. Basit fistüllerde endorektal mukozal flep kaydırma ve vaginal mukozal flep kaydırma yöntemleri sık kullanılan yaklaşımlardır. Endorektal mukozal flep kaydırma yöntemi genel cerrahlara oranla kolorektal cerrahlar tarafından daha fazla oranda kullanılmaktadır. Bu yöntemle rektovajinal fistülün rektum tarafında açık olan ve yüksek basınca daha fazla maruz kalan ağzı tarafında çalışılarak, vajinal mukozal flep kaydırma yöntemine üstünlük sağlanmaktadır. Bununla birlikte bu yöntemin dezavantajı eksojürün yeterli sağlanamamasıdır. Anal inkontinansı ve sfinkter yetmezliği bulunmayan hastalarda aşağı seviyeli basit fistüllerde rektal mukozal flep kaydırma yönteminin başarı oranı %70 ile %100 arasındadır.^{4,8} Vajinal mukozal flep kaydırma yöntemi ile başarı oranı ise %75 olarak bildirilmiştir.¹ Obstetrik travmalara bağlı gelişen rektovajinal fistüllerde uygulanan endorektal mukozal flep kaydırma yönteminde başarı oranları ise %41 ile %100 arasındadır.^{9,10} Bizim hastamızda rektovajinal fistül <2.5 cm, vajen alt tarafta ve cerrahi bir işleme ikincil olarak 2 yıl sonra ortaya çıkmış basit bir fistüldü. Rektoneovajinal fistüllerin belki de en önemli etyolojik nedeni neovajenin striktürünü ve kapanmasını önlemek amacıyla lümeninde bulundurulmuş dilatatördür. Bu dilatatörün sert ve aşırı kullanımı yaralanmalara, dekübitlere ve septik komplikasyonlara yol açabilir. Bu vakamıza endorektal mukozal flep kaydırma yöntemi uygulanmış, dilatatör kullanımı ve cinsel davranış konusunda rehberlik verilmiş olup ve 5 yıllık takip sonrasında nüks saptanmamıştır. Sonuç olarak, erkek transseksüel vajinoplasti operasyonundan sonra ortaya çıkan rektoneovajinal fistül olgusunda endorektal flep kaydırma yöntemi uygun ve güvenilir bir yöntemdir.

Kaynaklar

1. Casadesus D, Villasana L, Sanchez IM, *et al.* Treatment of rectovaginal fistula: a 5-year review. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2006;46:49-51.
2. Revol M, Servant JM, Banzet P. Surgical treatment of male-to-female transsexuals: a ten-year experience assessment. *Ann Chir Plast Esthet* 2006;51:499-511.
3. Li S, Liu Y, Li Y. Twelve cases of vaginal reconstruction using neurovascular pudendal-thigh flaps. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2000;35:216-18.
4. Devesa JM, Devesa M, Velasco GR, *et al.* Benign rectovaginal fistulas: management and results of a personal series. *Tech Coloproctol* 2007;11:128-34.
5. Ellis CN. Bioprothetic plugs for complex anal fistulas: an early experience. *J Surg Educ* 2007;64:36-40.
6. van Koperen PJ, Wind J, Bemelman WA, Slors JF. Fibrin glue and transanal rectal advancement flap for high transsphincteric perianal fistulas; is there any advantage? *Int J Colorectal Dis* 2008;23:697-701.
7. Rosenshein NB, Genadry RR, Woodruff JD. An anatomic classification of rectovaginal septal defects. *Am J Obstet Gynecol* 1980;137:439-42.
8. Kodner IJ, Mazor A, Shemesh EI, *et al.* Endorectal advancement flap repair of rectovaginal and other complicated anorectal fistulas. *Surgery* 1993;114:682-89.
9. Tsang CB, Madoff RD, Wong WD, *et al.* Anal sphincter integrity and function influences outcome in rectovaginal fistula repair. *Dis Colon Rectum* 1998;41:1141-46.
10. Khanduja KS, Yamashita HJ, Wise WE, Aguilar PS, Hartmann RF. Delayed repair of obstetric injuries of the anorectum and vagina. A stratified surgical approach. *Dis Colon Rectum* 1994;37:344-49.