

LABİAL FÜZYONUN NEDEN OLDUĞU İŞEME ZORLUĞU

LABIAL FUSION CAUSING MICTURITIONAL DISTURBANCE

Ahmet SOYLU, Mehmet SARIER, Mürsel DAVARCI, Yaşar Can BAYDİNCİ
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, MALATYA

ABSTRACT

Introduction: Labial fusion is the complete or partial adherence of the vulval labia majora or labia minora in the midline. The condition is most frequently seen in girls between the ages of 6 months to 6 years. The cause is unknown, but it may be related to the low levels of circulating estrogen and to irritation that erodes vulvar epithelium. The urinary tract is rarely affected in patient with labial fusion.

Materials and Methods: We report a case of labial fusion that caused micturitional disturbance. She is treated by surgery.

Conclusion: Therapy usually consists of estrogen cream application to the contact surface of the labia minor. If estrogen therapy fails, surgical therapy may be necessary.

Key Words: Labium minora, fusion, micturitional disturbance

ÖZET

Labial füzyon, labium minor veya labium majorun orta hatta kısmi veya tam yapışıklığıdır. Sıklıkla 6 ay-6 yaş arası kız çocuklarda görülür. Nedeni tam olarak bilinmemekle beraber dolaşımdaki estrogen seviyesindeki azalma veya irritasyona bağlı vulvar epitelyumun aşınması ile ilişkili olabilir. Nadir olarak üriner sistem yakınmalarına neden olmaktadır. Bu makalede kliniğimize zor idrar yapma yakınması ile başvuran ve cerrahi olarak yapışıklığın açıldığı labial füzyonlu bir olgu sunulmaktadır

Anahtar Kelimeler: Labium minor, füzyon, işeme zorluğu

GİRİŞ

Labial füzyon (labial adezyon, vulvar sineşi) labium minor veya labium majörün orta hatta kısmi veya tam yapışıklığıdır. Nedeni tam olarak bilinmemekle beraber dolaşımdaki estrogen seviyesindeki azalma veya irritasyona bağlı vulvar epitelyumun aşınması sonucu labiumların yapışması ile ilişkili olabilir. Bununla birlikte enfeksiyonlar, inflamatuvar durumlar, dermatolojik hastalıklara bağlı irritasyonlar da etiyolojide sorumlu tutulmaktadır^{1,2}. Yeni doğan döneminde görülmez. Sıklıkla 6 ay - 6 yaş arası kız çocuklarda görülür. Genel olarak çocukluk çağında görülme insidansı %1,8 iken 13-23 ay arası çocuklarda bu oran %3,8'e çıkmaktadır³. Nadir olarak obstrüktif üropatiye neden olmaktadır^{4,5}. Bu makalede kliniğimize zor idrar yapma yakınması ile başvuran labial füzyonlu bir olgu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

20 yaşında bekar, bayan hasta idrar yaparken zorlanma ve damla damla idrar yapma yakınmaları ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünden yakınmalarının 1 yıldır devam ettiği ve giderek şiddetlendiği öğrenildi. Hasta adetinin de idrara karışık olarak geldiğini ifade etmekteydi. Özgeç-

mişinde ve soy geçmişinde bir özellik yoktu. Fizik muayenede labium minusun yapışık olduğu görüldü. Yapışıklık klitoristen başlamakta ve posteriyora kadar devam etmekteydi (Resim 1). Eksternal meatus hizasında 1-2 mm'lik bir açıklık mevcuttu ve hasta idrarını zorladığında damla damla bu açıklıktan yapmaktaydı (Resim 2). İdrar kültüründe 100.000 koloni E.Coli üredi. Kan estradiol düzeyi normal sınırlarda (251 pg/ml) ölçüldü. Abdominopelvik ultrasonografide 100 cc rezidü idrar dışında patolojik bir bulgu saptanmadı. Böbrek fonksiyon testleri normaldi. Hasta Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ile konsülte edildi. Kan estradiol seviyesinin normal olması üzerine operasyon planlandı. Spinal anestezi altında uygun yerel alan arıtımı ve örtümünü takiben yapışık labium orta hatta vertikal olarak kesilerek, kendi üzerine 4.0 krome katküt ile sütüre edildi. Üretra ve hymen tanımlandı, introitus vajina tamamen açıldı (Resim 3). 20 Fr sistoskopi girilerek üretroskopi ve sistoskopi yapıldı. Üretra doğal, orifisler normal lokalizasyonda izlendi. Mesanede minimal trabekülasyon artışı dışında patoloji izlenmedi. Ameliyat sonrası komplikasyon gelişmedi, topikal estrogen krem tedavisi ile taburcu edildi. Hasta 1. ay kontrolde tam

Dergiye Geliş Tarihi: 24.12.2003

Yayına Kabul Tarihi: 11.02.2004

İdrar tetkiki, idrar kültürü, üroflowmetri ve pelvik ultrasonografi ile tekrar değerlendirildi. İdrar tetkikleri ve üroflowmetri parametreleri normaldi. Ultrasonografide işeme sonrası rezidü idrar görülmedi.



Resim 1. Klitoriyustan başlayarak posteriyora kadar uzanan füzyon



Resim 2. Hastanın idrarının geldiği, 6 F besleme sondasının zorlanarak geçtiği açıklık

TARTIŞMA

Labial füzyon sıklıkla erken çocukluk ça-ğında görülmesine rağmen doğuma bağlı yırtık-

lar nedeniyle postpartum dönemde ve menapoz sonrası kadınlarda da görülebilmektedir^{6,7}. Postmenapozal yaş grubunda, inkontinansın yüksek oranda olması sonucu idrarın yaptığı irritatif etki artmakta ve azalmış estrogen seviyeside yapışıklığın ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır⁷. Ayrıca etiolojide genital liken sklerozis, primer genital herpes ve kadın sünneti suçlanan diğer sebeplerdir⁸⁻¹⁰. Bizim olgumuzda labial füzyon literatürde de çok nadir olarak görülen 20 yaşında gelişmiş olup, füzyonun sıklıkla görüldüğü prepubertal, postpartum ve postmenapozal dönemlerin hiçbirine uymamaktadır. Kan estradiol seviyesinin normal olması ve etiolojide suçlanan pek çok patolojinin hastada olmaması, füzyonun bir idrar yolu enfeksiyonuna ve buna bağlı görülmesi olası inkontinansın veya vulva cildindeki kronik bir inflamatuvar olayın irritatif etkisiyle oluşmuş olabileceğini düşündürmektedir.



Resim 3. Füzyon açıldıktan sonra 18 F foley sonda takılı olan üretra, hymen ve kendi üzerine sütüre edilen labium minusun görünümü

Labial füzyon tanısı basitçe fizik muayene ile konur. Fizik muayenede en belirgin özellik direkt olarak füzyonun görülmesi ve hymenin izlenememesidir (Resim 1). Füzyon genelde klitoriyusun birkaç milimetre aşağısından başlayıp eksternal üretral meatusun hemen önünde sonlanır. Nadiren vajinal orifis komple kapanır. Bu durum vajinal sekresyonların yeterince drene edilememesi ve idrarın vajinaya dolmasıyla sonuçlanabilir. Mebranda birkaç delik olması veya yapışıklı-

ğın sadece anteriyorda veya posteriyorda olması da görülebilen diğer durumlardır. Aileler sıklıkla normal vajinal görünümün olmamasıyla endişeye düşerek hekime başvururlar¹. Labial füzyon bir çok vakada asemptomatiktir. Pubertede estrogen seviyesinin normale gelmesiyle birlikte yaklaşık %80 vaka kendiliğinden ayrılır. Bu yüksek ayrılma oranı nedeniyle pek çok vakada tedavi endikasyonu yoktur. Hastalarda idrar akışında bozulma, disüri, üriner sistem infeksiyonu veya vajinal ağrı gibi belirtiler başlamışsa tedavi endikasyonu vardır. Belirtiler genelde yapışıklığın inflamasyonunda ve/veya yapışıklığın idrar ile temasından sonra vajinal ağrı şeklinde ortaya çıkar¹¹. Tedavi olarak sıklıkla topikal estrogen içeren kremler kullanılır. İlk 3 hafta günde 2 kez daha sonraki 3 hafta günde 1 kez uygulanır. Tedavi bitiminden 2 hafta sonra hasta kontrol edilir. Eğer yapışıklık devam ediyorsa günde 1 kez uygulanan premarin içeren kremlerle tedaviye 1 hafta daha devam edilir¹. Medikal tedaviye dirençli, semptomatik olgularda anestezi altında yapışıklığın cerrahi olarak açılması tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır¹¹. Tedavi yöntemine bakmaksızın hastaların %10-15'inde yapışıklık tekrarlamaktadır¹. Biz hastamızda Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ile de yapılan konsültasyon sonucu medikal tedaviyi seçmedik. En önemli nedeni topikal estrogen tedavisinin önerildiği pre-pubertal veya post-menapozal dönemlerdeki gibi kan estrogen seviyesinin normalin altında olmamasıydı. Ayrıca hastanın semptomlarının oldukça rahatsız edici olması, üriner sistem infeksiyonunun varlığı ve hastanın en az 6 hafta sürecek olan medikal tedaviyi istememesi de cerrahi tedaviyi tercih etmemizin diğer nedenleriydi.

Sonuç olarak; Labial füzyonun sıklıkla erken çocukluk döneminde olmakla birlikte değişik yaş dönemlerinde de görülebilen, nadiren de olsa üretra çıkışında tıkanıklığa yol açarak obstrüktif üropatiye ve işeme zorluklarına neden olabilecek bir patoloji olduğu akıld tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- **Ryan JK (ed):** Kistner's Gyneecology&Women's health. 7th ed. Mosby Inc. 250-251, 1999.
- 2- **Papagianni M, Stanhope R:** Labial adhesions in a girl with isolated premature the larche: The importance of estrogenization. J Pediatr Adolesc Gynecol, 16: 31-32, 2003.
- 3- **Leung AK, Robson WL, Tay-Uyboco J:** The incidence of labial fusion in children. J Pediatr Child Health, 29: 235-236, 1993.
- 4- **Norbeck JC, Ritchey MR, Bloom DA:** Labial fusion causing upper urinary tract obstruction. Urology, 42: 209-211, 1993.
- 5- **Wheeler RA, Burge DM:** Urinary obstruction due to labial fusion. Br J Urol, 67: 102, 1991.
- 6- **Arkin AE, Chern-Hughes B:** Case Report: Labial fusion postpartum and clinical management of labial lacerations. J Midwifery Women's Health, 47: 290-292, 2002.
- 7- **Hatada Y:** Two-step surgical approach to labial adhesions in a postmenopausal woman. Acta Obstet Gynecol Scand. 82: 1054-1055, 2003.
- 8- **Gibbon KL, Bewley AP, Salisbury JA:** Labial fusion in children: A presenting feature of genital lichen sclerosis. Pediatric Dermatology, 16: 388-391, 1999.
- 9- **Herieka E, Dhar J:** Labial adhesions following severe primary genital herpes. Sex Transm Infect 77: 75, 2001.
- 10- **Brisson P, Patel H, Feins N:** Female circumcision. J Pediatr Surg, 36: 1068-1069, 2001.
- 11- **Nurzia MJ, Eickhorst KM, Ankem MK, Barone JG:** The surgical treatment of labial adhesions in pre-pubertal girls. J Pediatr Adolesc Gynecol, 16: 21-23, 2003.