



Surgical reconstruction in female genital mutilation

Kadın sünnetinde cerrahi rekonstrüksiyon

İsmail Burak Gültekin¹, Orhan Altınboğa¹, Rıza Dur², Osman Fadıl Kara¹, Tuncay Küçüközkan¹

ABSTRACT

Female genital mutilation (FGM) is an unusual condition for our country. However, an increase in FGM in future days can be predicted with the increasing numbers of exchange students coming from African countries, migration of refugees and socioeconomic relations with the African countries. We want to share our experience of two FGM victims admitted to our clinic with the request of reconstructive vulvar surgery before their marriage. Both women had WHO Type III FGM. Physical examination findings and surgical reconstruction techniques were presented.

Keywords: Female circumcision; genital mutilation; iatrogenic labial fusion; urogenital complication; vulvar reconstruction.

ÖZ

Kadın Genital Mutilasyonu (KGM) ülkemiz için alışılmadık bir durumdur. Özellikle yabancı öğrenci değişim programları, Afrika ülkeleri ile ekonomik ve sosyal ilişkilerdeki gelişmeler ve artan göçler sonucu ilerleyen günlerde daha sık görüleceğini öngörülebilir. Kliniğimize farklı zamanlarda başvuran Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sınıflamasına göre Tip III KGM saptanan 2 vakanın muayene bulguları ve uygulanan cerrahi rekonstrüksiyon teknikleri güncel literatür verileri eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Kadın sünneti; genital mutilasyon; iyatrojenik labial sineşi; ürogenital komplikasyon; vulvar rekonstrüksiyon.

Giriş

Daha önce kadın sünneti olarak bilinen, ancak uygulanan işlemin doğası ve sonuçları nedeniyle kalıcı hasar (sakatlık) oluşturmasından dolayı “Kadın Genital Mutilasyonu (KGM)” olarak adlandırılan işlem her yıl yaklaşık 2 milyon kadının maruz kaldığı yaygın bir halk sağlığı sorunudur. Günümüz itibarı ile yaşayan 130 milyon genç kız ve kadına bu işlemin uygulandığı tahmin edilmektedir.^[1] Sudan bu işlemin yaygın uygulandığı ülkelerden biridir.^[2] Dini ve sosyolojik nedenli olarak özellikle Sahra Altı Afrika Bölgesi’nde yaygın olarak halen uygulanmakta olan KGM, insan hakları sorunu olarak da güncelliğini koruyan bir konudur.^[3] KGM, önceleri Avrupa ve Kuzey Amerika gibi gelişmiş batı toplumları ve sağlık profesyonelleri tarafından yeterince bilinmezken, artan göçler sonucunda son yıllarda daha görünür hale gelmiştir.

Kadın Genital Mutilasyonu uygulaması sırasında ve kısa dönemde şiddetli perineal ve pelvik ağrı, kanama, steril olmayan koşullara bağlı enfeksiyon gibi komplikasyonlar görülürken, uzun dönemde de idrar ve gayta pasajında bozulma, ağrılı menstrual sikluslar, tekrarlayan üriner sistem ve vajinal enfeksiyonlar, dispareni, libido kaybı, anksiyete ve depresyon sıklığında artış rapor edilmiştir. Düzeltici cerrahi işlemin uygun yapılmadığı vakalarda ise sezaryen doğum oranlarında artış, artmış intrapartum kan kaybı, düşük doğum ağırlıklı fetus, perinatal mortalite artışı ve özellikle Tip III KGM vakalarında daha sık görülen uzamış doğum eylemi sonrası neonatal ve maternal ölüm hızlarında artış rapor edilmiştir.^[4]

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) KGM’yi 4 tip olarak sınıflandırmaktadır: a) Klitorisin tamamının ya da bir kısmının eksize edilmesi, b) Klitoris ile birlikte labium minusların parsiyel

¹Clinic of Obstetrics and Gynecology, Dr. Sami Ulus Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

²Clinic of Obstetrics and Gynecology, Etlik Zübeyde Hanım Gynecological Diseases Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

Submitted:
27.04.2015

Accepted:
03.07.2015

Correspondence:
İsmail Burak Gültekin
E-mail:
burakgultekin@yahoo.com

©Copyright 2016 by Turkish Association of Urology

Available online at
www.turkishjournalofurology.com

ya da tamamının eksizyonu, c) İnfibulasyon (klitoris, labium minus ve bazen labium majusların iç yüzeylerinin de dahil edildiği tüm eksternal genitalianın eksize edilmesi ve sonrasında iyatrojenik labial füzyon uygulanması), d) Aşındırıcı madde uygulaması, yakma veya piercing gibi diğer genital mutilasyon uygulamaları.^[5]

Ülkemiz için alışılmadık bir durum olan KGM'nin özellikle yabancı öğrenci değişim programları, Afrika ülkeleri ile ekonomik ve sosyal ilişkilerdeki gelişmeler ve artan göçler sonucu ilerleyen günlerde daha sık görüleceği öngörülebilir. Kliniğimize farklı zamanlarda başvuran iki KGM vakasının muayene bulguları, uygulanan tedavi ve cerrahi yöntemler ve olası komplikasyonlar sunulmuştur.

Olgu sunumu

Evlilik öncesi kliniğimize başvuran, eşleri eğitim amacı ile ülkemizde bulunan ve çocukluk döneminde KGM uygulanmış iki vakanın bulguları ve tedavi sonuçları sunulacaktır. Ülkemiz için yabancı olduğumuz bir durum olan KGM vakaları ilerleyen yıllarda göçler, eğitim, sağlık ve ticaret odaklı ilişkilerin artması sonucu kliniklerimizde daha sık görülecektir.

Yaşları 17 ve 19 olan vakaların öykülerinde KGM işleminin 4-5 yaşlarında iken uygulandığı, temel yakınmalarının pelvik/perineal ağrı, metroraji ve tekrarlayan alt üriner sistem semptomları olduğu öğrenildi. Hastaların kendilerinden ve eşlerinden edinilen ve daha sonra literatür taramasında da doğrulanan bilgilere göre KGM amacıyla klitoris, labium minuslar ve labium majus medial bölgelerinin eksizyonunu takiben, yerel olarak bazı bitkilerden elde edilen bir karışımın vulvaya uygulandığı ve sadece idrar yapılabilecek ve menstrual kan akımının sağlanabileceği küçük iki orifis dışında tam bir sineşi oluşuncaya kadar bu topikal uygulamanın tekrar edildiği ve uygulamalar sonrasında çocukların her iki bacağına bağlanarak uzun süreli yatırıldıkları öğrenildi. Yapılan genital muayenelerinde her iki hastanın da DSÖ sınıflamasına göre Tip III KGM olduğu görüldü. Eksternal genitalerin tamamının iyatrojenik füzyon halinde olduğu ve sadece milimetrik üretral ve vajinal drenaj amaçlı iki orifisin olduğu saptandı. İki mm çapındaki bir kanülün rahatlıkla geçebildiği, ancak standart bir pipelin zorlanarak geçebildiği gözlemlendi (Resim 1, 2).

İlk başvuru vizitinde istenen idrar analizinde (dipstick ve mikroskop) iki hastanın da afebril üriner enfeksiyon bulgularının mevcut olduğu, ancak idrar kültürlerinde üreme olmadığı saptandı. Preoperatif hazırlık aşamasında istenen rutin kan testlerinde herhangi bir anormallik saptanmadı. Suprapubik ultrasonografi (US) uygulanan hastalardan birinde bulgular tamamen normal iken, diğer hastada, menstrual dönemde olduğu için görüldüğünü düşündüğümüz, orta dereceli hematometra



Resim 1. Tip III KGM, üretral ve vajinal orifisler
KGM: kadın genital mutilasyonu



Resim 2. Tip III KGM, üretral ve vajinal orifisler
KGM: kadın genital mutilasyonu

ile uyumlu bulgular mevcuttu. Ancak bilateral tubalarda patolojik bir görünüm izlenmedi. Üriner sistem US bulguları her iki hastada da normal olarak rapor edildi. İdrar yaparken zorlanma ve boşaltma sürelerinin uzun olduğu ifadesi üzerine yapılan



Resim 3. Disseksiyon sonrası himenal halka, vajinal introitus ve üretranın görünümü



Resim 4. Operasyonun tamamlanmış durumu

sonografik residü idrar ölçümlerinin her iki hastada da normal olduğu tespit edildi.

Elektif şartlarda planlanan operasyon öncesi hastalardan ve eşlerinden bilgilendirilmiş yazılı onam formları alındı. Genel anestezi altında litotomi pozisyonunda muayeneyi takiben operasyona geçildi. Üretral orifis ile anatomik ilişkinin net belirlenmemesi nedeniyle işleme uterin drenajı sağlayan açıklıktan başlanmasına ve bu bölgeden kontrollü disseksiyon ile üretral bölgeye ilerlemeye karar verildi. Vajinal drenajı sağlayan ori-

fisten başlayacak şekilde keskin disseksiyon sonrası sineşinin sadece labial düzeyde olduğu, himenal düzleme kadar devam etmediği ve üretral orifislerin sineşi ile doğrudan ilişkisinin ve adezyon gelişiminin olmadığı gözlemlendi (Resim 3). Yapılan dijital muayene ve sonrasında uygulanan spekulum muayenesinde vajenin himenal kaideden itibaren normal izlendiği, tuşede elastisitesinin normal olduğu ve serviksin doğal görünümde olduğu saptandı. Postoperatif cinsel ilişki açısından vajinal introitus dijital muayene ile değerlendirildi. Dijital muayenede 2 parmağın zorlanmadan vajinal introitustan geçebilmesi koitus için yeterli olarak kabul edildi. Kanama kontrolünü takiben dissekte edilen labial kenarlar primer sütüre edildi (Resim 4).

Yapılan KGM işlemi ve sonrasında uygulanan irritasyon ve muhtemelen inflamatuvar yanıt oluşturan bitkisel uygulama nedeniyle, doğal üretral orifisin bir hastada tamamen normal olduğu görülürken, diğer hastada striktür geliştiği gözlemlendi. Üretral striktür tespit edilen hastaya buji ile üretral dilatasyon uygulandı. Sadece uygulanan bu işlemler ile vakaların her ikisinde de takip sonrası sorunsuz cinsel ilişki gerçekleştiği öğrenildi. Postoperatif 1. ay kontrollerinde her iki hastanın da alt üriner sistem semptomlarının düzeldiği ve subjektif idrar yaparken zorlanma yakınmalarının geçtiği öğrenildi. Cinsel tatmin ile ilgili sorgulama sağlıklı olarak yapılmadı ve her iki hastadan da yanıt alınmadı. Hastalara ve eşlerine psikolojik danışmanlık ile ilgili gerekli bilgilendirilmeler ve önerilerde bulunuldu, ancak bu tür bir desteğe gerek duymadıklarını söyleyerek kabul etmediler.

Tartışma

Kadın genital mutilasyonu sadece tıbbi bir sorun olarak değil, bir insan hakları sorunu olarak da güncelliğini koruyan bir durumdur. Batı toplumları tarafından ilk aşamada ilkel bir cinsel kısıtlama eylemi olarak değerlendirilmiş olsa da, etnik kimliğin bir sembolü, ergenlik başlangıcının önemli bir ritüeli, evlilik için bir gereklilik, dinsel inançlar ile ilişkisi ve seksüel organ estetiği algısı ile ilişkili daha karmaşık bir sorun olduğu anlaşılmıştır. Kenya ve Sudan gibi bazı ülkelerde KGM uygulanmamış kadınlar ancak ikinci veya üçüncü eş olarak evlenebilmekte ve bazı durumlarda “kirli kan” olarak adlandırılıp evlilik bile yapamamaktadır.^[6] Sahra Altı Afrika bölgesinde sık bir uygulama olmasına karşın, uzun süre batı toplumları ve ülkemiz için yabancı olan ve tanınmayan bir sağlık sorunu olarak kalmıştır. Ancak artan göçler, öğrenci değişim programları, sağlık turizmi ve sosyal-ticari ilişkiler ile ülkemizde de tanınır hale gelmiştir ve ilerleyen yıllarda daha da sık karşılaşılabileceği öngörülebilmektedir. KGM, yaş grubu göz önünde bulundurulduğunda pediatrik cerrahi, jinekoloji, üroloji ve psikiyatrinin de içinde bulunduğu multidisipliner bir yaklaşımı gerektirir.

İki doğal açıklığın obstrüksiyonu ile birlikte bulgular temel olarak alt üriner sistem ve genital sistemlerde görülmektedir. KGM vaka-

larında sık olarak tanımlanan idrar yolu enfeksiyonu (İYE) tartışmalarının ve olası komplikasyonların merkezinde yer almaktadır. Sudan kaynaklı 1962-1966 yıllarını kapsayan 4,024 KGM vakası üzerinde yapılan bir çalışmada pozitif idrar kültürü oranlarının Tip III KGM'de %28, Tip I KGM'de %8 olduğu bildirilmiştir.^[7] İdrar testlerinde İYE bulgularının tespit edilmesine rağmen klinik olarak uyumlu enfeksiyon bulgularının olmayışı bazı yayınlarda tartışılmıştır. Tartışmanın odak noktasında, anatomik değişiklikler sonucu idrar, lökosit ve diğer sekresyonların üretra sonrası 3. kompartman olarak adlandırılan labial sineşi bölgesinde birikmesi ve lokal inflamasyona neden olduğu bulunmaktadır. Bu nedenle KGM vakalarında sık olarak İYE laboratuvar bulgularının varlığı bildirildiği ancak gerçekte bu durumun lokal inflamasyon ile sınırlı olduğu ve klinik İYE bulgularına neden olmadığı düşünülmektedir. Ancak prepubertal lokal hipoöstrojenik durumun neden olduğu üretral striktür ve İYE nedeniyle, 7 yaş altı grupta bu durumun geçerli olmadığı ve idrarda lökosit varlığı durumunda ileri inceleme yapılması önerilmektedir.^[8,9]

Kadın genital mutilasyonu hastalarında vulvar oklüzyon sonucunda, doğal sekresyonların ve menstrual akım drenajındaki kısıtlanmalar nedeniyle, vulvovajinit sıklığı artmıştır. Ancak vulvovajinitin yalnızca lokal etki olduğu ve asıl sorunun üst genital sistemin etkilenmesi olduğu ile ilgili bulgular da rapor edilmiştir. 2004'te yapılan bir araştırmada KGM'nin lokal etkisi haricinde anlamlı derecede artmış post-inflamatuvar adneksiyal değişikliklerle birlikteliği ve ilerleyen dönemlerde bir infertilite sorunu şeklinde karşılaşılabileceği rapor edilmiştir. Saklı patoloji olarak adlandırılan bu durum klinik olarak ancak cerrahi düzeltme ve ilerleyen dönemde reproduktif arayış sonrası görünür hale gelmektedir. KGM hastaları bu konuda bilgilendirilmesi ve gerekli destek ve izlem olasılıkları sunulmalıdır.^[10]

Geniş ölçekli ve kontrollü çalışmaların eksikliği nedeniyle KGM vakalarında hangi bulguların doğrudan KGM ile ilişkili olduğu, hangi durumlarda tedavi başlanması gerektiği (özellikle İYE laboratuvar bulguları varlığında) halen açık değildir. Düzeltici cerrahi işlem sıklıkla hemen evlilik öncesi dönemde uygulanmaktadır, ancak bu dönem beklenmeksizin daha erken yaşlarda düzeltici cerrahi uygulamanın yapılmasının sağlayacağı uzun dönem sağlık kazanımları birçok çalışmada belirtilmektedir. Konu ile aktif olarak ilgilenen sivil toplum örgütlerinin, özellikle infertilite ve kalıcı üreter hasar gibi konularda, ebeveynleri ve toplumu bilinçlendirmesi ve farkındalığın artırılması ile önemli bir halk sağlığı sorunu olan bu durumda gelişmeler sağlanacaktır. Öncelikle üroloji ve jinekoloji disiplinlerinin alanında görünmesine karşılık pediatrik cerrahi, üroloji, jinekoloji ve psikiyatrinin ortak çalışmasını gerektirecek multidisipliner bir yaklaşım tercih edilmelidir.

Informed Consent: Written informed consents were obtained from the patients who participated in this case report.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - İ.B.G.; Design - İ.B.G., O.A.; Supervision - T.K.; Resources - İ.B.G.; Materials - İ.B.G.; Data Collection and/or Processing - İ.B.G.; Analysis and/or Interpretation - O.F.K.; Literature Search - R.D., O.A.; Writing Manuscript - İ.B.G.; Critical Review - T.K.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu olguya katılan hastalardan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - İ.B.G.; Tasarım - İ.B.G., O.A.; Denetleme - T.K.; Kaynaklar - İ.B.G.; Malzemeler - İ.B.G.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi - İ.B.G.; Analiz ve/veya Yorum - O.F.K.; Literatür Taraması - R.D., O.A.; Yazıyı Yazan - İ.B.G.; Eleştirel İnceleme - T.K.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Female Genital Mutilation: An Overview. Geneva: World Health Organization, 1998.
2. Sudan Demographic and Health Survey 1989/1990: Department of Statistics, Ministry of Economic and National Planning, Khartoum, Sudan. Institute for Resource Development/Macro International, Inc. Columbia, Maryland USA, 1991.
3. El Dareer AA. Epidemiology of female circumcision in the Sudan. Trop Doct 1983;13:41-5.
4. Perron L, Senikas V, Burnett M, Davis V. Female genital cutting. J Obstet Gynaecol Can 2013;35:1028-45. [\[CrossRef\]](#)
5. World Health Organization. Female Genital Mutilation: Report of a WHO Technical Working Group, Geneva, 17-19 July 1995. Geneva: World Health Organization, 1996.
6. Patra S, Singh RK. Attitudes of circumcised women towards discontinuation of genital cutting of their daughters in Kenya. J Biosoc Sci 2015;47:45-60. [\[CrossRef\]](#)
7. Shandall A. Circumcision and infibulation of females. Sudan Med J 1967;5:178-212.
8. Leung AK, Robson WL. Labial fusion and asymptomatic bacteriuria. Eur J Pediatr 1993;152:250-1. [\[CrossRef\]](#)
9. Podolsky ML. Labial fusion: a cause of recurrent urinary tract infections. Clin Pediatr (Phila) 1973;12:345-6.
10. Almroth L, Elmusharaf S, El Hadi N, Obeid A, El Sheikh MA, Elfadil SM. Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study. Lancet 2005;366:385-91. [\[CrossRef\]](#)