

SERBEST OSTEOKÜTAN FİBULA FLEBİ İLE TRANSSEKSÜEL OLGUDA FALLOPLASTİ

Mustafa ŞENGEZER

GATA Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, ANKARA

Bu makalede kadından erkeğe transseksüel hastalarda erkek genital organlarının rekonstrüksiyonu amacıyla ülkemizde duyulu serbest osteokutan fibula flebinin kullanıldığı henüz pek az olgudan birisi sunulmaktadır.

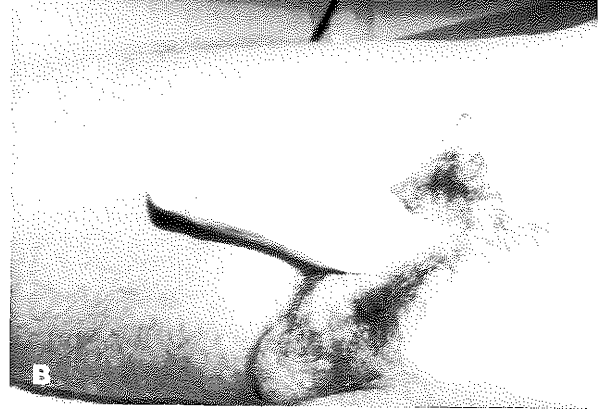
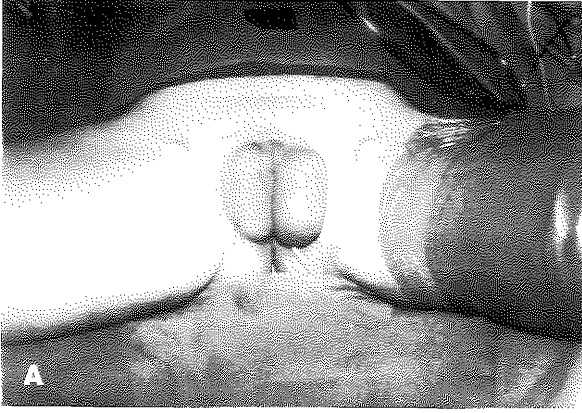
Sonuç bölümünde yazarların yönteminin bir çok avantajına ek olarak en önemli avantajının penisin cinsel işlevini gerçekleştirebilecek sertliğe sahip olması gerçeğini vurgulamaları sevindiricidir. Transseksüel hastalarda penis rekonstrüksiyonu, biyolojik olarak erkek hastalardaki total penis kaybı sonrası penis rekonstrüksiyonu ile karşılaştırıldığında ek güçlükler gösterir. Herşeyden önce, üretral anastomoz hattında üretrokütanöz fistül gelişme riski daha yüksektir. Üretranın full-thickness deri grefti kullanılarak yapılmış olması ya da vaskülarize olması anastomoz hattında fistül gelişmesinde farklılık göstermez. Biemer 14 transseksüel hastanın 9'unda neoüretra ile doğal üretranın birleşme yerinde fistül geliştiğini bildirmiştir¹. Söz konusu olguda fistül gelişmemesi çok sevindiricidir. Gerek transseksüel gerekse total penis kaybı söz konusu biyolojik olarak erkek hastalarda neoüretra ile doğal üretra arasındaki üretrokütan fistül gelişme insidansının yüksekliğinin bir nedeni de içinde neoüretra bulunan tübularize edilmiş fibular flebin genital yöreye transferinden sonra üretral anastomozun teknik güçlüğüdür. Bu nedenle biz küçük bir modifikasyonla önce kateter çevresinde tübularize edilmiş neoüretra ile doğal üretra arasında üretral anastomozu gerçekleştirdikten sonra daha önce fibular flep içine yerleştirilmiş aynı kalınlıkta kateter yardımıyla neoüretrayı transfer edilen fibular fallus içine yerleştirmekteyiz. Böylelikle üretral anastomoz sırasındaki teknik güçlük ortadan kalktığı gibi anastomoz daha sağlıklı olmaktadır. Doğala yakın üriyasyon için neoüretranın ventral konumlu olması gerekmektedir. Bu olguda olduğu gibi fibular fallusta neoüretranın dorsal konumda olmaması için fibular flebin cilt bölümünün tübularizasyonu sırasında neoüretranın sonuçta ventral konumlu olacak biçimde yerleştirilmesine özen gösterilmelidir.

Neofallusun kozmetik olarak kabul edilebilir olması vazeçilmez ideal falloplasti kriterleri arasındadır. Söz konusu olguda değişik glansplasti yöntemlerinden birisi uygulanarak peniste daha kabul edilebilir görünüm sağlanabildi. Özellikle kadından erkeğe transseksüellerde skortumun olmaması nedeniyle kozmetik olarak doğala yakın genital organ rekonstrüksiyonu daha güçtür. Falloplasti girişimi, skortum yapılması ile tamamlanmalıdır. Skortum yapımında tarafımızdan tanımlanan labium majusların doku genişletilmesi yöntemiyle genişletildikten sonra testiküler protezlerin yerleştirilmesi şeklinde özetlenebilecek yöntem kullanılarak doğala çok yakın skortum gerçekleştirilebilir² (Şekil 1 a,b).

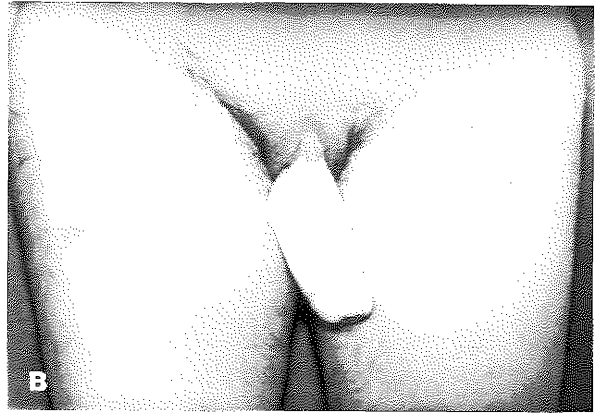
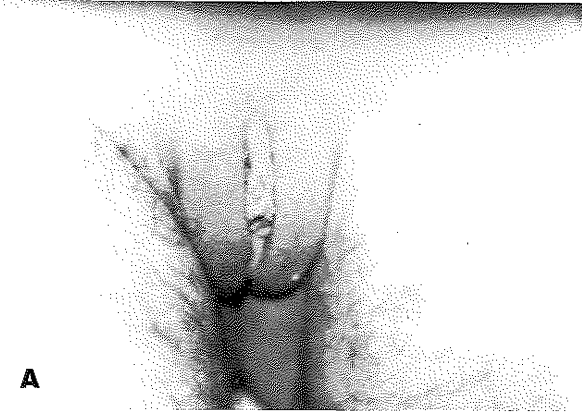
Penisin cinsel işlevini gerçekleştirebilmesi için yeterli uzunluk konusu tam açık değildir. Penis uzunluğu konusunda yapılan bir çalışmada ortalama penis uzunluğu erekte konumda 12.9 cm. olarak bulunmuştur³. Yazarlar başlangıçta 12 cm. lik fibula segmentini içerecek biçimde planlama yapmışlar ancak sonuçta 8 cm. lik bir fallus elde etmişlerdir. Bu durum muhtemelen pedikül boyunu uzatmak amacıyla ortaya çıkmıştır.

Aslında fibular kemik deri adasından daha uzun planlanmalıdır. Çünkü fibular kemik periostu aracılığı ile erkeklerde korpus kavernosum güdüğüne, transseksüellerde ise klitoral korpus kavernosuma tunika albuginea aracılığı ile tespit edilmelidir. Bu tespitin seviyesi fallik ve pubik deri arasındaki sütür hattından daha proksimalde olacaktır. Bu durumda da neofallusun glans bölümünün yumuşak olmasını önlemek amacıyla flebin kemik bölümü cilt adasından yaklaşık 2 cm. daha uzun planlanmalıdır^{4,6}. Fibular falloplastide 12 cm. lik penis boyu elde etmek mümkündür (Şekil 2a,b).

Lateral sural sinirin fibular flebe dahil edilmesiyle ortalama postoperatif 6. ayda neofallusun distal ucuna kadar duyu ulaşmaktadır. Biz, duyu varlığını pin-prick ve dokunma duyusu testleriyle inceledik. Transseksüel bir olgumuzda klitoral sinirler bulunduktan sonra birisi kesilerek lateral sural sinir ile koapte edildi ve klitorisin aynı yarısı ampute edildi. Glans klitorisin diğer yarısı ile penopubik bileşkeye sütüre edildi. Böylece pubik kıllar



Şekil 1: A) Labium majusların doku genişleticiler ile genişletilmesi. B) Postoperatif 6. ayda fibular fallus ve labium majusların ekspansiyonu ve testiküler protezlerin yerleştirilmesi ile elde edilen çok doğal görünümdeki skrotum görünümüdür.



Şekil 2: A) Kadından-erkeğe transseksüel olgunun preoperatif görünümü. B) Postoperatif 14. ayda fibular fallusun görünümü. Küçültülmüş ve penopubik bileşkeye yerleştirilmiş klitoris eksizyonundan önce görülmektedir.

içinde gizlenen hemiklitoris ile erojen duyu korunmak istendi (Şekil 2b). Ancak postoperatif 14. ayda hasta gerek masturbasyon gerekse cinsel ilişki sırasında klitoral uyarıya gerek olmaksızın orgazm tamamlayarak küçültülmüş klitorisin eksizyonunu istedi. Ayrıca cinsel uyarı sırasında geride kalan klitorisin büyümesinden rahatsızlık duyduğunu belirtmesi üzerine klitoris ampute edildi. Hem biyolojik olarak erkek hastalarda hem de transseksüel hastalarda fibular falloplasti sırasında lateral sural sinirin dorsal penil sinire ya da klitoral sinire koaptasyonu ile hastalarda hem protektif hem de erojen duyu gelişmektedir. Ancak, sunulan olguda postoperatif 8. ayda duyunun, bulgular bölümünde penis ortasına ve tartışma bölümü sonunda ise distale ulaştığını belirten çelişkili ifadeler vardır. Hage ve arkadaşları preoperatif olarak lateral sural sinir dağılım alanının belirlenmesiyle peniste duyunun daha iyi olabileceğini bildirmekte ve bu nedenle de deri adasının daha proksimal konumda planlanmasını önermektedirler⁷. Fakat bu tür planlama ile pedikül boyunda ciddi kısılma oluşacak ve de

interposisyonel ven grefti kullanılması gerektiği ortaya çıkacaktır.

Fibular falloplasti sonrası fibulanın rezorbsiyonu konusunda olumlu ya da olumsuz faktörler vardır. Olumlu faktörler; kemiğin vaskularize olması, periostunun varlığı ve cinsel aktivite sırasında 'stress'e maruz kalması şeklinde özetlenebilir. Olumsuz faktörler ise; kemiğin endokondral olması, tespit edilmemesi ve kemik temasının olmaması olarak sıralanabilir⁴. Düzenli izlenebilen olgularımız arasında en fazla takip 3 yıldır ve bu olgumuz dahil hiçbir olguda ciddi kemik rezorbsiyonu ile karşılaşılmanıştır. Yazarların post-op 8. ayda fibulada tanımladıkları yaklaşık %30 oranındaki rezorbsiyon bizim olgularımızla uyumsuzluk göstermektedir.

Yazarları kutluyor, fibular falloplastinin penis rekonstrüksiyonunda iyi bir seçenek olduğu düşüncelerine katılıyor, diğer olgularını ve sonuçlarını bekliyoruz.

Doç. Dr. Mustafa ŞENGEZER
GATA Plastik Cerrahi AD Öğretim Üyesi
06018 Etlik/ANKARA

KAYNAKLAR

1. Biemer, E.: Penile construction by the radial arm flap. Clin. Plast. Surg. 15:425,1988
2. Şengezer M, Sadove, R.C.: Scrotal construction by expansiyon of labia majora in biologic female transsexuals. Ann. Plast. Surg. 31:372,1930
3. Wessels, H., Lue, T.F., McAninch, J.W.: Penile lenght in flaccid and erect states: Guidelines for penile augmentation. J. Urol. 156:995,1996
4. Sadove R.C., Şengezer M., Mc.roberts, W., Wells, M.D.: One stage total penile reconstruction with a free sensate osteocutaneous fibula flap. Plast. Reconstr. Surg. 92:1314,1993
5. Şengezer, M., Deveci, M., Güler, M.M.: Total penile reconstruction by free sensate osteocutaneous fibula flap. Türk Plastik Cerrahi Derg. 2:85,1995
6. Şengezer M., Işık S., sezgin, M.: First sexual experience following free sensate osteocutaneous fibula flap phalloplasty. Plastic Surgical Forum. 175,1996
7. Hage, J.J., Winters, H.A.H., Lieshout J.V.: Fibula free flap phalloplasty: Modifications and recommendations. Microsurgery. 17:358,1997