

## REFERATE GENERALE

**COLPOPOEZA ÎN AGENZIA VAGINULUI  
(SINDROMUL MAYER-ROKITANSKI-KÜSTER-HAUSER)****COLPOPOIESIS IN VAGINAL AGENESIS  
(MAYER-ROKITANSKI-KÜSTER-HAUSER SYNDROME)****Gheorghe Paladi<sup>1</sup>, Eugen Guțu<sup>2</sup>, Corina Iliadi-Tulbure<sup>3</sup>**<sup>1</sup>- *academician AȘM, dr. hab. în med., profesor universitar, Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF, USMF „Nicolae Testemițanu”*<sup>2</sup>- *dr. hab. în med., profesor universitar, Catedra Chirurgie Generală, USMF „Nicolae Testemițanu”*<sup>3</sup>- *dr. în med., asistent universitar, Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF, USMF „Nicolae Testemițanu”***Rezumat**

Lucrarea dată prezintă informații din literatura contemporană, referitoare la problema ageneziei vaginului, frecvent întâlnită în sindromul Mayer-Rokitanski-Küster-Hauser și metoda optimă de tratament. Luând în considerare complexitatea diferențierii și dezvoltării sistemului urogenital, nu este surprinzătoare incidența posibilelor malformații congenitale, care, la rândul lor, influențează atât indicii perinatali, cât și calitatea vieții femeii la distanță. Paciente cu absența congenitală a vaginului se adresează la ginecolog în perioada pubertară. Acuzele acestora, de obicei, se rezumă la amenoree și imposibilitatea efectuării actului sexual normal. Cu toate acestea, aproximativ 2/3 dintre paciente indică modificări ciclice lunare. Tratamentul ageneziei vaginale are drept scop crearea unui neovagin prin colpopoeză. Pe parcursul anilor au fost propuse numeroase tehnici de corectare a acestei anomalii de dezvoltare. Atunci când există un rudiment vaginal, metoda de tratament Frank, caracterizată prin presiunea perineală și dilatarea vaginală, este de preferat. Plastia cu piele liberă, despicată sau în toată grosimea, este simplă, cu riscuri intraoperatorii reduse, cu necesitatea întreținerii neovaginului prin stenturi sau contact sexual, astfel încât se indică doar la vârsta adultă. Neocolpopoeza din colonul sigmoid își are propriile indicații. Intervenția chirurgicală este făcută de chirurghi-plasticieni, ginecologi sau urologi. Aceasta trebuie să fie simplă, cu riscuri perioperatorii reduse, rezultate bune și să realizeze un aspect cosmetic superior, permițând dezvoltarea psihosexuală normală a pacientei.

**Summary**

This study presents contemporary information about vaginal agenesis, frequently encountered in Mayer-Rokitanski-Küster-Hauser syndrome and its optimal treatment method. Taking into account the complexity of differentiation and development of the urogenital system, the incidence of possible developmental abnormalities, which influence not only perinatal indices, but also women's life quality is not surprising. Patients come to gynecological consulting because of amenorrhea and inability to lead a normal sexual life, mostly in pubertal period. However, approximately two thirds of patients show cyclic changes monthly. The treatment of vaginal agenesis aims at creating a neovagina by colpopoiesis. Over the years, numerous techniques have been proposed to correct these malformations. When there is a vaginal rudiment, Frank treatment method characterized by perineal pressure and vaginal dilatation is preferable. Neocolpopoiesis with full thickness graft in vaginal reconstruction is simple, with low intraoperative risk and necessity to maintain the neovagina through sexual contact. Neocolpopoiesis performed from sigmoid colon has its own indications. Surgery can be performed by surgeons, gynecologists or urologists. The treatment method should be simple, with low morbidity and high success rate. It should produce better anatomical results and provide a normal psychosexual development of the patient.

**Introducere**

Organele genitale feminine sunt formate din ducturile paramezonefrale, care converg în sistemul urogenital. Vaginul provine din bulbii sinovaginali, ce apar din pereții dorsali ai sinusului urogenital în locul confluenței ducturilor mülleriene. Regiunile proximale ale ducturilor paramezonefrale confluează și formează uterul. Un sector din ductul paramezonefral al fiecărei părți nu fuzionează cu cel omonim, ci dă naștere trompei uterine din partea sa. Organele genitale externe parcurg în dezvoltare două stadii: stadiul I – indiferent, când la embrionii de sex potențial diferit nu sunt deosebiri, și stadiul

II – de diferențiere, când în lipsa sau în prezența androgenilor secretați de gonadele deja diferențiate se apreciază direcția de formare a sexului genital. Anterior de sinusul urogenital, către a 4-a – a 5-a săptămână de dezvoltare, în afară de tuberculul genital, se situează plica genitală. Mai lateral și puțin mai caudal se află eminențele genitale. La embrionii de gen feminin din tuberculul genital ia naștere clitorisul, din plicile genitale se formează labiile mici, iar eminențele genitale servesc ca primordiu pentru formarea labiilor mari [9,16]. Luând în considerare complexitatea și perioada îndelungată a diferențierii și dezvoltării sistemului urogenital, nu este surprinzătoare incidența posibilelor malformații congenitale. Malformațiile rămân a fi

o problemă importantă, deoarece se depistează la aproximativ 10% din numărul total de copii și constituie 20% de cazuri de deces perinatal. Se disting următoarele malformații ale vaginului: absența congenitală (agenezia), vagin septat (longitudinal și transversal), hipoplazia vaginului. Anomaliile vaginului se asociază frecvent cu cele ale sistemului urinar (7-15%) și ale rectului [6,9]. Cauzele sunt dificil de apreciat, datorită faptului că integritatea germenului urovaginal și a sinusului urogenital la diferențierea normală a vaginului rămâne discutabilă. În situațiile date are loc influența complexă a factorilor genetici, endocrini și exogeni, determinate de dereglările embriogenezei [6,9,16].

Lipsa congenitală a vaginului (agenezia) poate surveni datorită fuziunii incomplete a germenului uterovaginal cu sinusul urogenital. Agenezia vaginului este diagnosticată când porțiunea inferioară a acestuia constă numai din țesut fibros, pe când structurile superioare adiacente (în particular uterul) sunt bine diferențiate. În 90% dintre cazuri agenezia vaginală este prezentată de sindromul Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser, care se asociază cu un uter rudimentar, bicorn și necanalizat, trompele și ovarele având aspect normal [2,4,9,11]. Atrezia vaginului a fost descrisă pentru prima dată de către Realdus Columbus în anul 1572, frecvența acesteia variind, în funcție de datele literaturii de specialitate, între 1:4000-1:80000 cazuri [6,14]. Incidența malformațiilor tractului genital este mai joasă decât cea de facto, din cauza adresabilității scăzute a pacientelor. Pacientele cu absența congenitală a vaginului se adresează la ginecolog în perioada pubertară. Acuzele acestora de obicei se rezumă la amenoree și imposibilitatea efectuării actului sexual normal. Cu toate acestea, aproximativ 2/3 dintre paciente indică modificări ciclice lunare ca: dureri în regiunea inferioară a abdomenului de diversă intensitate, lombalgii, modificări ale glandelor mamare, cefalee, eliminări hemoragice etc. Obiectiv, pacientele au o constituție normală, cu organe genitale externe și semne sexuale secundare bine dezvoltate [6,9].

De-a lungul anilor au fost propuse numeroase tehnici pentru corectarea acestei anomalii de dezvoltare, unele dintre ele având, în prezent, doar interes istoric [9,16]. Pentru prima dată tehnica de formare a vaginului artificial sau colpopoezei este elaborată de către Dupuytren în anul 1810, când a fost efectuată intervenția pentru tratarea hematometrei în cazul diagnosticării lipsei congenitale de vagin. Autorul a propus formarea unui canal în profunzimea țesutului dintre vezica urinară și intestinul gros, cu scopul de a crea un flux al sângelui menstrual și a oferi posibilitatea femeii de a duce o viață sexuală normală. Metoda în sine nu a dat rezultate satisfăcătoare din cauza apariției cicatrizării secundare. Însă disecția țesutului dintre vezica urinară și rect a rămas, până în prezent, o etapă importantă și necesară în efectuarea colpopoezei. Alte surse ale literaturii de specialitate susțin că prima încercare a fost efectuată încă în anul 1594 de către F. Platter [16].

Tratamentul ageneziei vaginale are drept scop crearea unui vagin artificial (neovagin) prin colpopoeză (vaginoplastie). Intervenția chirurgicală este făcută de chirurghi-plasticieni, ginecologi sau urologi [8]. Substituția vaginală ideală ar trebui să fie lipsită de riscuri, să aibă aspect cosmetic acceptabil, întreținere facilă și funcție bună, imediat și la distanță, ca suport major pentru imaginea corporală și satisfacția sexuală [8,14]. Alegerea unei metode depinde de contextul clinic, experiența chirurgului și preferințele pacientei. Datele literaturii

de specialitate prezintă câteva metode de colpopoeză: fără utilizarea metodei chirurgicale, folosirea diverselor porțiuni ale intestinului și cea cu utilizarea procedurilor plastice, care include auto-, homo- și alloplastia [4,9,10,13,16]. La ultima grupă poate fi atribuită și metoda lui Dupuytren de utilizare a preparatelor, care favorizează epitelizarea canalului format de novo. Pe parcursul anilor, au fost propuse un șir de modificări și îmbunătățiri ale metodelor existente de tratament.

Colpopoeza fără utilizarea metodei chirurgicale se bazează pe extinderea țesutului rudimentului vaginului și perineului. Pentru prima dată a fost efectuată în anul 1832 de către Ammusat. Dilatarea non-chirurgicală a vaginului posedă un nivel scăzut de morbiditate, fiind posibilă de efectuat doar în ageneziile superioare incomplete. Metoda constă în aplicarea sistematică a unei presiuni perineale, asupra țesuturilor pe parcursul rudimentului vaginului și în profunzimea planșeului pelvin (spațiul dintre uretră și anus). Durata procedurii este de 9-10 zile, fiind dificil de suportat pentru pacientă. În anul 1938, Frank a introdus unele modificări, care au constat în utilizarea unor dilatoare de dimensiuni progresive, durata manoperei fiind de 6 luni. Autorul a descris 6 cazuri tratate. Presiunea este aplicată intermitent și gradat, până la senzația de disconfort ușor. Forța externă, care realizează întinderea tegumentelor și deprimarea spațiului perineal este aplicată până când dilatoarele de dimensiune maximă pot fi introduse în pungea cutanată și menținute confortabil. Metoda este aplicabilă în special la paciente motivate și perseverente, la care există un rudiment vaginal. Întrucât neovaginul este constituit din tegumente, contactul sexual necesită utilizarea de creme lubrifiante. Într-un studiu, metoda a fost urmată de succes la 91,9% (34 din 37) de paciente cu agenezie mülleriană și într-un alt studiu la 65% (25 din 39) dintre acestea [8]. Metoda Vecchietti constă în realizarea unei depresiuni vaginale, prin aplicarea unei tracțiuni asupra unei proteze acrilice în formă de măslină. Firele de tracțiune sunt trecute prin peretele abdominal și în continuare prin spațiul dintre rect și vezică și apoi dintre rect și rudimentul müllerian, pentru a ajunge la foveea retrohimenală. Firele trecute prin abdomen sunt tensionate zilnic cu ajutorul unui dispozitiv plasat pe peretele abdominal. După realizarea unui neovagin de 7 cm prin tracțiune timp de 7-10 zile, tracțiunea este sistată și înlocuită de dilatoare vaginale progresive. Alți autori recomandă înlocuirea dilatoarelor cu inițierea imediată a activității sexuale. În cadrul propriului studiu, Brun și coaut. au raportat rezultate la distanță foarte bune la 16 dintre 18 paciente tratate prin tehnica Vecchietti, cu libido prezent la 100% [2,8].

Prima reconstrucție vaginală cu lambouri libere a fost făcută de Abbe în anul 1889, însă metoda a rămas necunoscută încă 60 ani, până când, în anul 1950, McInoe o popularizează și aplică la 63 de paciente [3,16]. Au fost utilizate colonul sigmoid [5,7], rectul și ileonul. În anul 1892, V. Sneghirov (Rusia) a publicat pentru prima dată propunerea de a efectua vaginul artificial din rect. Operația a constat din două etape, incluzând înlăturarea coccisului și formarea anusului artificial. Peste două săptămâni porțiunea inferioară a rectului era scoasă în canalul format prin disecarea țesutului dintre vezica urinară și rect. Metoda nu a fost pe larg utilizată din cauza survenirii complicațiilor, fiind cu timpul modificată. În anul 1909 D. Popov a refuzat înlăturarea coccisului și a propus suturarea porțiunii superioare deschise a rectului în planșelul pelvin în spatele porțiunii inferioare a intes-

tinului deplasat anterior, ceea ce a îmbunătățit funcția anusului format artificial. Metoda menționată a fost îmbunătățită de către Shubert (1911), care a propus ca după rezecția porțiunii inferioare a rectului, porțiunea superioară să fie coborâtă și suturată cu anusul păstrat, iar porțiunea rezecată să fie situată în septul vezico-rectal. Strassman (1914) a propus secționarea rectului cu 4-5 cm mai sus de anus, ceea ce ar putea îmbunătăți funcția sfincteriană, iar pentru formarea unui neovagin de dimensiuni normale – separarea rectului până la trecerea acestuia în sigmoid [16]. Cel mai înflăcărat adept al colpopoezei din porțiunea intestinului gros a fost Mandelshtam, care a îmbunătățit tehnica acestei intervenții. Autorul a efectuat secționarea circulară a intestinului fără separarea preventivă a peretelui anterior al vezicii urinare, ceea ce a permis fixarea fornixului vaginului format. Păstrarea anusului a permis reținerea gazelor și maselor fecale, drenarea țesutului pararectal în profunzimea perineului, astfel micșorând complicațiile septice. În anul 1938 Mandelshtam a publicat datele tratamentului aplaziei vaginului (25 cazuri), cu efectuarea metodei de colpopoeză propusă, neatestând niciun caz letal [16]. Trebuie menționat faptul că numărul adeptilor acestui tip de colpopoeză a scăzut cu trecerea anilor, din cauza unui număr mare de complicații severe care pot surveni în perioada postoperatorie (nivel înalt de letalitate, formarea fistulelor, dereglarea funcției aparatului sfincterian al rectului, secreția greu de tolerat a neovaginului).

O răspândire largă a primit efectuarea colpopoezei din ansele intestinului subțire, propusă de către Baldwin (1904). Esența operației constă în faptul că după formarea lojei pentru vagin, prin separarea țesutului vezico-rectal până la buzunarul peritoneului spațiului Douglas, ultima se tamponează și se recurge la laparotomie. Ansele intestinului subțire se mobilizează în porțiunea sa distală, se restabilește permeabilitatea anastomozelor termino-terminale sau latero-laterale și se trece la implantarea porțiunii rezecate în loja vaginului. Pentru aceasta este deschis peritoneul spațiului Douglas și coborâtă ansa rezecată a intestinului, după ce cavitatea abdominală este închisă, iar porțiunea intestinului coborât cusută la intrarea în vagin. Astfel se formează vaginul cu sept, care ulterior este rezecat [13].

Primele date despre efectuarea colpopoezei din peritoneul planșeului pelvian a fost atribuită lui D. Ott (1929) care susține că a efectuat intervenția la o femeie diagnosticată cu aplazia vaginului și prezența uterului, ulterior înlăturat din cauza hematometrei, fiind format un canal din peritoneu. În anul 1933 M. Xido a descris utilizarea peritoneului parietal al planșeului pelvian într-un caz de aplazie a vaginului la o pacientă de 21 de ani cu constituție normală, semne sexuale secundare bine dezvoltate și vagin rudimentar (lungimea unei falange de deget). M. Glowinski (1937) a descris formarea vaginului artificial din peritoneul spațiului Douglas la o pacientă în vârstă de 33 de ani [14]. În cadrul literaturii de specialitate este cunoscută cercetarea efectuată de către A. Kocerghinshii (1960), care a descris operația de colpopoeză la 6 paciente, cu vârsta cuprinsă între 19-25 ani, ce acuzau primordial imposibilitatea de a duce viața sexuală și amenoree. La toate pacientele a fost apreciată dezvoltarea insuficientă a organelor genitale externe, reprezentată de către un himen subțire la intrarea în vagin. Palpator ovarele erau fără particularități, iar trompele uterine nu putea fi apreciate. Amplasarea topografică a uretrei și vezicii urinare era în limitele normei. Preoperator pacientele au fost supuse unei investigații clinico-paraclinice minuțioase

(analizele generale ale sângelui, urinei, prelevarea frotiului vaginal și uretral, radiologia porțiunii inferioare a intestinului și investigații urologice specifice în caz de necesitate – urografia excretorie, cromocistoscopia, renografia radioizotopică și scannarea rinichilor). În toate cazurile a fost efectuată colpopoeza în trei etape, cu utilizarea peritoneului planșeului pelvian. Prima etapă a constat din pregătirea lojei pentru viitorul vagin, efectuată sub anestezie. A doua etapă a reprezentat un abord chirurgical prin laparotomie, iar a treia etapă a permis unirea porțiunii anterioare a peritoneului extras cu intrarea în vagin, altfel spus – formarea neovaginului. În perioada postoperatorie în vaginul nou format era plasată o proteză timp de 7-8 zile, cu scop de hemostază și pentru menținerea elasticității pereților formați. Rezultatele precoce și la distanță au fost apreciate ca fiind satisfăcătoare. La examinarea pacientelor peste trei ani după intervenție, vaginul era spațios, cu pereți elastici, inclusiv la introducerea valvelor ginecologice [14].

Colpopoeza din peritoneul spațiului Douglas are o prioritate vs celelalte metode, în special operația într-un singur timp (S. Davâdov), care permite crearea vaginului artificial cu un grad mai mic de traumatizare și oferă pacientei un neovagin funcțional. Concomitent cu modificările efectuate, a decăzut necesitatea secționării circulare a peritoneului și suturării separate mai sus și mai jos de locul secționării pentru separarea vaginului și a cavității peritoneale, cum propunea M. Xido, deoarece s-a concluzionat că plasarea suturii „în chiset” este suficientă. În prezent, nu mai sunt secționate lambourile foitelor peritoneale din ligamentul lat, precum a propus I. Arist, deoarece dimensiunile spațiului Douglas sunt suficiente pentru mobilizarea peritoneului în caz de separare corectă în timpul secționării țesutului vezico-rectal. Toate modificările relatate mai sus permit efectuarea mai ușoară a intervenției din punct de vedere tehnic și fără riscul apariției complicațiilor severe [4,14]. Colpopoeza cu utilizarea peritoneului are priorități vs metoda de utilizare a membranelor fetale, care frecvent generează apariția plicaturării secundare a vaginului, și vs metoda de prelevare a transplantelor, care duce la uscăciune și creșterea piloziității în neovagin. Este o metodă cu un nivel scăzut de morbiditate și risc chirurgical redus. Un moment important de menționat este și faptul că neovaginul format din peritoneu nu își modifică în timp forma și dimensiunea, posedă o structură, reinnervație, microfloră, pH-ul, reacția epitelului la nivelul hormonilor ovarieni asemănătoare cu cele ale vaginului natural. Colpopoeza efectuată din peritoneu, în modificarea sa contemporană, este considerată o intervenție care permite restabilirea anatomică și funcția sexuală normală a femeii.

Conform datelor literaturii contemporane, operația Abee McInoe sau neocolpoplastia cu piele liberă despicată s-a dovedit de-a lungul anilor metoda preferată de majoritatea chirurgilor, în special datorită evitării inconveniențelor și riscurilor laparotomiei. Panci utilizează în loc de piele țesut vaginal autolog, obținut prin cultura in vitro a celulelor vestibulare. Întrucât menținerea plastiei presupune dilatarea intermitentă sau contactele sexuale, metoda este indicată pentru pacientele, la care se anticipează activitatea sexuală postoperatorie. Rezultatele plastiei cu piele liberă despicată, imediate și la distanță sunt satisfăcătoare [3,8]. D. Alessandrescu pe o cazuistică de 201 paciente operate într-o perioadă de 50 ani la Spitalul Polizu din București, descrie o mortalitate nulă și complicații imediate la mai puțin de 10 paciente (perforație rectală, infecții ale plastiei sau regiunii gluteale

donatoare) [1]. Plastia vaginală cu piele liberă de toată grosimea are o serie de avantaje față de pielea liberă despicată. Con tracția grefei este limitată, astfel încât protezarea postoperatorie cu stenturi este mai scurtă și riscul de stenoză diminuat. Iar datorită rezistenței crescute poate fi utilizată și pe țesutul cicatriceal rezultat după plastii vaginale anterioare nereușite. Întrucât nu necesită activitate sexuală pentru menținere, plastia vaginală cu piele liberă pe toată grosimea poate fi făcută oricând după pubertate, permițând o dezvoltare psihosexuală normală a pacientelor cu agenezii vaginale. Grefa crește odată cu creșterea corporală, iar aspectul cosmetic la locul donator este mai bun decât după recoltarea de piele liberă despicată [8]. În cadrul lucrării *Neocolpopoeza cu piele liberă în tratamentul ageneziei vaginale*, autorii V.Muntean, D.M.Muntean și-au propus studiul retrospectiv al rezultatelor imediate și la distanță la 22 paciente cu agenezie vaginală, operate într-un interval de 25 de ani. Neocolpopoeza cu piele liberă despicată a fost practică la 10 paciente, iar cea cu piele liberă pe toată grosimea la 12 paciente. În perioada postoperatorie imediată s-au produs trei necroze parțiale ale grefelor, toate tratate conservativ. Tendința de stenoza vaginală a fost observată la 5 din 7 paciente, toate cu plastie cu piele liberă despicată. Din cele 15 paciente urmărite la distanță, sunt active sexual 13. O pacientă a prezentat dispareunie prin tendința de stenoza a neovaginului. În concluzie autorii susțin că la pacientele cu agenezie vaginală, la care procedeul Frank nu este indicat sau eșuează, neocolpopoeza cu piele liberă este metoda de elecție, datorită simplității în efectuare, riscuri perioperatorii reduse și rezultate bune [8].

În urma efectuării diverselor metode de tratament propuse, pot apărea rezultate și consecințe nesatisfăcătoare datorate: alegerii, preparării incorecte și dimensiunilor insuficiente a lambourilor utilizate pentru reconstrucție, unei acoperiri genitale inadecvate, contaminării fecale în cazul pregătirii insuficiente a colonului. Pot fi atestate leziuni uretrale sau rectale în timpul disecției spațiului perineal sau dificultățile legate de imobilizarea grefelor în perioada postoperatorie.

Complicațiile frecvent manifestate la distanță sunt: stenoza neovaginului, datorată absenței unei activități sexuale regulate și dilatărilor periodice, fistulele recto-neovaginale, prin utilizarea prelungită de dilatatoare vaginale și necroza peretelui posterior al neovaginului [8,12,15]. Mai rar pot fi determinate: prolapsul neovaginului, carcinomul pe grea cutanată, colita ulcerativă pe plastia vaginală cu colon sigmoid, carcinomul pe o plastie vaginală cu colon sigmoid [12]. După plastiile cu piele liberă despicată sunt frecvente cicatricile cheloide la locul donator [8]. Se poate manifesta reducerea stimei de sine și a încrederii ca partener sexual, tulburări ale libidoului și orgasmului, depresie și anxietate legate de malformația congenitală sau intervenția efectuată. În situațiile date, este absolut necesară susținerea psihologică a familiei. Pacientele cu un grad înalt de inteligență, informare și motivarea de a susține o activitate sexuală trec mult mai ușor peste modificările menționate anterior, atât în perioada postoperatorie precece, cât și ulterior.

### Concluzii

Datorită complexității și perioadei îndelungate a diferențierii și dezvoltării sistemului urogenital, nu este surprinzătoare incidența posibilelor malformații congenitale. Una dintre cele mai frecvent întâlnite malformații este agenezia vaginului, prezentată de sindromul Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser. Pe parcursul anilor au fost propuse un șir de metode de tratament ale patologiei date, cu modificări tehnice efectuate pe parcurs. În ageneziile vaginale congenitale, atunci când există un rudiment vaginal, metoda de tratament Frank, caracterizată prin presiunea perineală și dilatarea vaginală, este de preferat. Plastia cu piele liberă, despicată sau pe toată grosimea, este simplă, cu riscuri intraoperatorii reduse, cu necesitatea întreținerii neovaginului prin stenturi sau contact sexual, astfel încât se indică doar la vârsta adultă. Neocolpopoeza din colonul sigmoid își are propriile indicații, fiind urmată de o perioadă postoperatorie precece și la distanță satisfăcătoare. Cu toate acestea, considerăm că sunt necesare studii asupra rezultatelor chirurgicale, în ceea ce privește rezultatele la distanță, funcția și satisfacția sexuală.

### Bibliografie

- Alessandrescu D., Peltecu G.C., Buhimschi C.S., Buhimschi I.A. Neocolpopoiesis with split-thickness skin graft as a surgical treatment of vaginal agenesis: retrospective review of 201 cases. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1996; 175:131-38
- Brun J.L., Belleannee G., Grafeille N., Aslan A.F., Brun G.H. Long-term results after neovagina creation in Mayer-Rokitanski-Kuster-Hauser syndrome by Vecchietti's operation. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2002;103:168-72.
- Coskun A., Coban Y.K., Vardar M.A., Dalay A.C. The use of a silicone-coated acrylic vaginal stent in McInoe vaginoplasty and review of the literature concerning silicone-based vaginal stents: a case report. *BMC. Surg.* 2007;7:13-13
- Grio R., Ambroggio G.P., D'Addato F., Bello L., Leotta E., Tersiev P. et al. A new method of neovagina in Rokitansky's syndrome. A review of the literature and description of a series. *Minerva Ginecol.* 2002;54:161-70
- Imparato E., Alfei A., Aspesi G., Meus A.L., Spinillo A. Long-term results of sigmoid vaginoplasty in a consecutive series of 62 patients. *Urogynecol. J. Pelvic. Floor. Dysfunct.* 2007;18:1465-69
- Lesavoy M.A., Carter E.J. Reconstruction of female genital defects: Congenital. In: Mathes SJ, ed. *Plastic Surgery*, Saunders Elsevier, 2006:Vol.6, pp 1281-94
- Moudouni S., Koutani A., Attya A.I., Hachimi M., Lakriss A. The use of isolated sigmoid colon segment for vaginal replacement in young adults. *Int. Urol. Nephrol.* 2004;36:567-71
- Muntean V., Muntean D.M., Neocolpopoeza cu piele liberă în tratamentul ageneziei vaginale. *J Obstetrica și Ginecologia*, ianuarie-martie 2009, Seria nouă, vol. LVII, Număr 1, 35-43
- Paladi Gh., Embriologia. Anomaliile congenitale ale organelor genitale feminine. În: *Ginecologie*, editura Arc, Chișinău, 1997, 34-45
- Panici P.B., 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;22:2025-28
- Robson S. Oliver G. Management of vaginal agenesis: review of 10 years practice at a tertiary referral centre. *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.* 2000;40:430-33
- Schult M., Hecker A., Lelle R.J., Senninger N., Winde G. Recurrent rectoneovaginal fistula caused by an incidental squamous cell carcinoma of the neovagina in Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome. *Gynecol. Oncol.* 2000;77:210-12
- Templeman C., Hertweck P., Levine R., Reich H. A new technique for the creation of a neovagina. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* 2000; 13:99
- Thomas J.C., Brock J.W. Vaginal substitution: attempts to create the ideal replacement. *J. Urol.* 2007; 178:1855-59
- Xwun K.S., Hoon P.J., Cheol L.K., Min P.J., Tae K.J., Chan K.M. Long-term results in patients after rectosigmoid vaginoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.* 2003;112:143-51
- Кренар И. Пластическая хирургия в гинекологии, Авиценум. Прага, 1980, 254с.