

Kadın Genital Bölgesinde Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahiler

DGGG, DGPRÄC, OEGGG ve SGGG Kılavuzu

(S2k Seviyesi, AWMF Kayıt No. 009/019, Mayıs 2022)

Yazarlar

Matthias W. Beckmann¹, Ada Borkenhagen², Christine Fahlbusch¹, Daniela Gold³, Juergen Hoffmann⁴, Bettina Löhns⁵, Hanna Luze⁶, Ursula Mirastschijski⁷, Dan M. O'Dey⁸, Patrik Pöschke¹, Eugenia Remmel⁹, Dirk Schaefer¹⁰, Carla E. Schulmeyer¹, Tobias Schuster¹¹, Michael Sohn¹², Uwe von Fritschen¹³, Justus P. Beier¹⁴

Bağlı Kurumlar

- 1 Frauenklinik des Universitätsklinikums Erlangen, Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), Comprehensive Cancer Center Erlangen/Europäische Metropolregion Nürnberg (CCC ER-EMN), Erlangen, Germany
- 2 Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universität Magdeburg, Magdeburg, Germany
- 3 Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Abteilung für Gynäkologie, Medizinische Universität Graz, Graz, Austria
- 4 Brustzentrum, Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Germany
- 5 Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie, Klinikum Landshut, Landshut, Germany
- 6 Klinische Abteilung für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, Abteilung für Chirurgie, Medizinische Universität Graz, Graz, Austria
- 7 Mira-Beau Gender Esthetics Berlin, Berlin, Germany
- 8 Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie, Zentrum für Rekonstruktive Chirurgie weiblicher Geschlechtsmerkmale, Luisenhospital Aachen, Lehrkrankenhaus der RWTH, Aachen, Germany
- 9 Plastische & Ästhetische Chirurgie im Rheinland, Bonn, Germany
- 10 Klinik für Plastische, Rekonstruktive, Ästhetische und Handchirurgie, Universitätsspital Basel, Basel, Switzerland
- 11 Abteilung für Kinderchirurgie, Klinikum Augsburg, Augsburg, Germany
- 12 Klinik für Urologie, Agaplesion Markus-Krankenhaus, Frankfurt am Main, Germany
- 13 Klinik für Plastische- und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie, Helios Klinikum Emil von Behring, Berlin, Germany
- 14 Klinik für Plastische Chirurgie, Hand- und Verbrennungschirurgie, Universitätsklinik RWTH Aachen, Aachen, Germany

Anahtar Kelimeler

guideline, reconstructive surgeries, aesthetic surgeries, female genitalia, female genital mutilation (FGM)

Schlüsselwörter

Leitlinie, rekonstruktive Operationen, ästhetische Operationen, weibliches Genitale, weibliche Genitalverstümmelung (FGM)

alındı 8. 3. 2023
revizyon sonrası kabul edildi 26. 3. 2023

Kaynakça

Geburtsh Frauenheilk 2023; 83: 802-826

DOI 10.1055/a-2065-4458

ISSN 0016-5751

© 2023. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Yazışmalar

Prof. Dr. Matthias W. Beckmann

Frauenklinik Erlangen, Comprehensive Cancer Center Erlangen-EMN, Friedrich Alexander Universität Erlangen-Nürnberg

Universitätsstraße 21-23, 91054 Erlangen, Germany

matthias.beckmann@uk-erlangen.de

ÖZET

Amaç

Bu resmi kılavuz, Alman Kadın Hastalıkları ve Doğum Derneği (DGGG), Alman Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği (DGPRÄC), Avusturya Kadın Hastalıkları ve Doğum Derneği (OEGGG) ve İsviçre Kadın Hastalıkları ve Doğum Derneği (SGGG) tarafından koordine edilerek yayımlanmıştır. Kılavuz, ilgili literatürün değerlendirilmesine dayalı olarak, kadın genital bölgesinde rekonstrüktif ve estetik cerrahilerle ilgili konsensüs temelli bir genel bakış sunmayı amaçlamaktadır.

Yöntemler

Bu S2k kılavuzu, DGGG, DGPRÄC, OEGGG ve SGGG'nin kılavuz komitesinin adına, farklı tıbbi branşlardan temsilci üyeler tarafından, yapılandırılmış bir konsensüs süreci kullanılarak geliştirilmiştir.

Öneriler

Elde edilen değişikliklerin epidemiyolojisi, etyolojisi, sınıflandırması, semptomları, tanısı ve tedavisi ile ilgili ifadeler ve öneriler sunulmuş ve özel durumlar tartışılmıştır.

I Kılavuz Bilgileri

DGGG, OEGGG ve SGGG Kılavuz Programı

Kılavuz programı hakkında bilgi için, lütfen kılavuzun sonunda belirtilen bölüme bakınız.

Alıntı Formatı

Kadın Genital Bölgesinde Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahiler. DGGG, DGPRÄC, OEGGG ve SGGG Kılavuzu (S2k-Seviyesi, AWMF Kayıt No. 009/019, Mayıs 2022). Geburtsh Frauenheilk 2023; 83: 802–826

Kılavuz Belgeleri

Almanca olarak hazırlanmış tam uzun versiyon ve bu kılavuzun slayt versiyonu ile birlikte, tüm yazarların çıkar çatışmalarını içeren liste, AWMF'nin ana sayfasında mevcuttur:

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/009-019>

Kılavuz Yazarları Bakınız

► Tablolar 1 ve 2

► Tabla 1 Kılavuzun baş yazarı ve/veya koordinatörü.

Yazar	AWMF profesyonel topluluğu
Prof. Dr. M. W. Beckmann	German Society for Gynaecology and Obstetrics [<i>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.</i>] (DGGG)
Univ.-Prof. Dr. J. Beier	German Society for Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery [<i>Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie</i>] (DGPRÄC)

► Table 2 Katkıda bulunan kılavuz yazarları

Yazar Yetkili	DGGG çalışma grubu (AG)/AWMF/AWMF dışı profesyonel toplum/organizasyon/dernek
Prof. Beckmann ^{1,2}	German Society for Gynaecology and Obstetrics (DGGG)
Prof. Beier	German Society for Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery (DGPRÄC)
PD. Dr. phil. Borkenhagen ¹	German Society for Psychosomatic Gynaecology and Obstetrics [<i>Deutsche Gesellschaft für psycho- somatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e. V.</i>] (DGPFG)
Dr. Fahlbusch ^{1,2}	German Society for Paediatric and Adolescent Medicine [<i>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.</i>] (DGKJ)
Assoc. Prof. PD Dr. D. Gold	Austrian Society for Gynaecology and Obstetrics [<i>Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe</i>] (OEGGG)
Dr. Hoffmann ^{1,2}	German Society for Gynaecology and Obstetrics (DGGG)
Dr. Löhrs ^{1,2}	German Society for Gynaecology and Obstetrics (DGGG)
Dr. Luze ¹	Austrian Society for Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery [<i>Österreichische Gesellschaft für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie</i>] (ÖGPRÄC)
Prof. Mirastschijski	German Society for Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery (DGPRÄC)
PD Dr. O'Dey ^{1,2}	German Society for Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery (DGPRÄC)
Dr. Pöschke	
Dr. Remmel ^{1,2}	German Society of Surgery [<i>Deutsche Gesellschaft für Chirurgie</i>] (DGCH)

Continued next page

► Table 2 Katkıda bulunan kılavuz yazarları (Devamı)

Yazar Yetkili	DGGG çalışma grubu (AG)/ AWMF/AWMF dışı profesyonel toplum/organizasyon/dernek
Prof. Schaefer ^{1,2}	Swiss Society for Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery [<i>Schweizerische Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie</i>] (SGPRÄC)
Dr. Schulmeyer	
Dr. Schuster ^{1,2}	German Society for Paediatric and Adolescent Medicine (DGKJ), German Society for Paediatric Surgery [<i>Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e. V.</i>] (DGKCH)
Prof. Sohn ^{1,2}	German Society of Urology [<i>Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V.</i>] (DGU)
Dr. von Fritschen	German Society for Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery (DGPRÄC)
¹ Participated in the online survey carried out from 29.11.2021 to 23.12.2021	
² Attended the online consensus conference with voting rights on 21 January 2021	

- Hastane bazlı ürologlar
- Özel muayenehane ürologlar

Kılavuz, aşağıdaki kişiler için bilgi sağlamaktadır:

- Hastane bazlı çocuk hekimleri
- Özel muayenehane çocuk hekimleri
- Hemşirelik personeli

Kabul ve Geçerlilik Süresi

Bu kılavuzun geçerliliği, katılımcı tıbbi meslek birliklerinin, çalışma gruplarının, organizasyonların ve derneklerin yönetim kurulları/temsilcileri ile DGGG ve DGGG Kılavuz Komitesinin yanı sıra DGPRÄC, SGGG ve OEGGG yönetim kurullarının Nisan 2022'de onaylanmış ve tamamen kabul edilmiştir. Bu kılavuz, 30 Nisan 2022 ile 1 Mayıs 2027 tarihleri arasında geçerlidir. Kılavuzun içeriği nedeniyle, bu geçerlilik süresi sadece tahmini bir süredir.

Kılavuz, Dipl.-Biol. Simone Witzel ve Dr. rer. medic. Susanne Blödt, MScPH tarafından yönetilmiştir (AWMF Tıbbi Bilgi Yönetimi Enstitüsü).

II Kılavuz Uygulaması

Amaç ve Hedefler

Kullanılan prosedürler, uzmanlar arasında disiplinler arası bir uzlaşma temelinde değerlendirilmiş olup, doktorlar ve hastalar için finansal çıkarlar olmadan nötr bir destek sağlamaktadır. Amaç, estetik ve rekonstrüktif cerrahi prosedürlerin hangi durumlarda her zaman rekonstrüktif prosedürler olduğunu net bir şekilde göstermektir. Bunu yapmak için, bu kılavuz diğer kılavuzlardan farklı olarak cerrahileri kısmi adım adım şekilde de açıklamaktadır.

Hedeflenen Sağlık Hizmeti Alanları

Yatan hasta, ayaktan tedavi.

Hedef Kitle

Bu kılavuz aşağıdaki kişiler için hazırlanmıştır:

- Hastane bazlı plastik cerrahlar
- Özel muayenehane plastik cerrahlar
- Hastane bazlı kadın hastalıkları ve doğum uzmanları
- Özel muayenehane kadın hastalıkları ve doğum uzmanları
- Pediatrik cerrahlar

III Metodoloji

Temel İlkeler

Bu kılavuzun hazırlanma yöntemi, kılavuzun atandığı sınıfa göre belirlenmiştir. AWMF Kılavuz Rehberi (versiyon 1.0), farklı kılavuz sınıfları için ilgili kuralları ve gereksinimleri belirlemiştir. Kılavuzlar, en düşük (S1), orta (S2) ve en yüksek (S3) sınıf olarak ayrılmaktadır. En düşük sınıf, temsilci olmayan bir uzman grubunun bir araya getirdiği eylem önerilerinden oluşan bir set olarak tanımlanır. 2004 yılında, S2 sınıfı iki alt sınıfa ayrılmıştır: sistematik kanıta dayalı alt sınıf (S2e) ve yapısal uzlaşıya dayalı alt sınıf (S2k). En yüksek S3 sınıfı, her iki yaklaşımı birleştirir. Bu kılavuz, **S2k** olarak sınıflandırılmıştır.

Önerilerin Derecelendirilmesi

Sistematik bir arama, değerlendirme ve kanıt tabanının sentezine dayalı olarak elde edilen kanıtların derecelendirilmesi ve bunun ardından önerilerin derecelendirilmesi, S2k kılavuzları için öngörülmemektedir. Bireysel ifadeler ve öneriler sadece sözdizimiyle farklılaştırılmıştır, sembollerle değil (► Tablo 3).

► Table 3 Önerilerin derecelendirilmesi (based on Lomotan et al., Qual Saf Health Care 2010).	
Bağlayıcı Özelliğin Tanımlanması	İfade
Son derece bağlayıcı karaktere sahip güçlü öneri	zorunludur
Orta derecede bağlayıcı karaktere sahip düzenli öneri	önerilebilir
Sınırlı bağlayıcı karaktere sahip açık öneri	değerlendirilebilir

İfadeler

Bu kılavuzda yer alan, belirli gerçekler, durumlar veya problemlerle ilgili doğrudan eylem önerisi içermeyen açıklamalar veya izahlar “ifadeler” olarak adlandırılmaktadır. Bu ifadeler için kanıt seviyesi hakkında herhangi bir bilgi sağlanması mümkün değildir.

Uzlaşma Sağlama ve Uzlaşma Seviyesi

Yapılandırılmış NIH tipi uzlaşıya dayalı konferanslarda (S2k/S3 seviyesi), oturuma katılan yetkili katılımcılar taslak ifadeler ve öneriler üzerinde oylama yaparlar. Süreç şu şekildedir: Bir öneri sunulur, içeriği tartışılır, önerilen değişiklikler yapılır ve tüm önerilen değişiklikler oylanır. Eğer bir uzlaşma (> %75 oy) sağlanmazsa, bir başka tartışma turu yapılır ve ardından yeniden oylama yapılır. Son olarak, uzlaşma düzeyi katılımcı sayısına göre belirlenir (► Tablo 4).

► Tablo 4: Anlaşma Derecesine Dayalı Uzlaşma Seviyesi		
Sembol	Uzlaşma Seviyesi	Yüzde olarak anlaşma seviyesi

+++	Güçlü fikir birliği	Katılımcıların > 95% i katılıyor
++	Fikir birliği	Katılımcıların > 75-95% i katılıyor
+	Çoğunluk anlaşması	Katılımcıların > 50-75% i katılıyor
–	Fikir birliği yok	Katılımcıların < 51% i katılıyor

Uzman Uzlaşısı

Bu terim zaten gösterdiği gibi, özellikle literatürde önceden sistematik bir arama yapılmadan (S2k) veya kanıt eksikliği olan durumlarda (S2e/S3) yayımlanan öneri/ifadelerle ilgili alınan uzlaşma kararlarını ifade eder. Burada kullanılan “uzman uzlaşısı” (EC) terimi, diğer kılavuzlarda kullanılan “iyi klinik uygulama” (GCP) veya “klinik uzlaşma noktası” (CCP) terimleriyle eş anlamlıdır. Önerinin gücü, daha önce “Önerilerin Derecelendirilmesi” bölümünde açıklandığı gibi, yalnızca semantik olarak (“zorunlu”/“zorunlu değil” veya “gerekli”/“gerekli değil” veya “izin verilebilir”/“izin verilemez”) derecelendirilir ve semboller kullanılmaz.

IV Kılavuz

1 Ameliyat Öncesi Hazırlık

1.1 Cerrahinin Planlanması

Cerrahi planlama, hastanın bildirdiği semptomlar ve bozukluklar ile klinik bulgulara dayanır ve ek tanısal yöntemlerle desteklenir. Ameliyat öncesinde, cerrahi olmayan ve alternatif tedavi seçenekleri ile cerrahinin mümkün olduğu sınırlar hastaya açıklanmalıdır.

Bu bölüm herhangi bir ifade veya öneri içermemektedir.

Ameliyat öncesi tanı

Konsensüye dayalı öneri 1.E1

Uzman konsensusu

Konsensus seviyesi +++

Klinik muayeneler ve tanısal prosedürler gerçekleştirilirken, özellikle pediatrik veya ergen hastalarda fiziksel ve psikolojik travmalardan kaçınılmalıdır.

Konsensüye dayalı öneri 1.E2

Uzman konsensusu

Konsensus seviyesi +++

Üriner sistemin de dahil olduğu durumlarda, ek tanısal incelemeleri (örneğin, üriner sistem ultrasonu) içerebilecek bir üroloji veya pediatrik üroloji konsültasyonu yapılmalıdır.

1.2 Hastanın Sigortasının Maliyeti Karşıladığı Tanılar

Konsensüye dayalı öneri 1.E3

Uzman konsensusu

Konsensus seviyesi +++

Kadın genital bölgesine yönelik estetik cerrahi prosedürler, beden algı bozukluğundan şüphelenildiği durumlarda gerçekleştirilmemelidir. Bu durumda, hasta spesifik değerlendirme için uygun bir bölüme yönlendirilmelidir.

1.3 Hasta Bilgilendirme

Konsensüye dayalı öneri 1.S1

Uzman konsensusu

Konsensus seviyesi +++

Standart cerrahi risklere, örneğin kanama, enfeksiyonlar, yara iyileşme bozuklukları ve nedbe oluşumu, cilt/doku/sinir hasarı gibi komplikasyonlara ek olarak, planlanan prosedüre ve hastanın bireysel durumuna özgü riskler de hastaya açıklanmalıdır. Kadın genital bölgesine yönelik cerrahi işlemlerle ilgili spesifik riskler, özellikle hastanın cinsel yaşamını etkileyebilecek olası komplikasyonları içermektedir.

Konsensüye dayalı öneri 1.S1

Uzman konsensusu

Konsensus seviyesi +++

Kadın genital bölgesini etkileyen tüm işlemlerden önce, hastaya enfeksiyonlar, duyarlılık değişiklikleri, dispareni (ağrılı cinsel ilişki), adezyonlar ve nedbe oluşumu gibi spesifik riskler ile hastanın cinselliğini etkileyebilecek olası değişiklikler hakkında ayrıntılı bilgi verilmelidir.

1.4 Dökümantasyon Gerekliliği

Hastanın kadın genital bölgesine yönelik rekonstrüktif veya estetik cerrahiye olan bağımsız isteğini veya bu cerrahiye yönelik tıbbi endikasyonu tetikleyen tam tıbbi geçmişi yazılı olarak belgelenmelidir. Klinik bulgular, tanısal sonuçlar ve diğer tıbbi uzmanlıklarla yapılan konsültasyonlar da belgelenmelidir. Bu incelemelerin sonuçları şeffaf bir şekilde açıklanmalıdır. Ayrıca, hastaya ameliyat öncesinde mevcut olan semptomlar ve problemler hakkında özellikle sorular yöneltilmelidir.

Konsensüye dayalı öneri 1.E5

Uzman konsensusu

Konsensus seviyesi +++

Taniya temel oluşturan kapsamlı bilgiler, hastanın cerrahi işleme onayı ve cerrahi müdahale risklerini kabul ettiği beyanı, sorumlu hekim tarafından tarih ve saat belirtilerek bireysel olarak yazılı şekilde belgelenmelidir.

2 Kadın genital bölgesinin anatomisi ve terminolojisi

Bu bölüm herhangi bir ifade veya öneri içermemektedir. Bu bölüm, dış kadın genital bölgesinin anatomisi, kadın pelvik

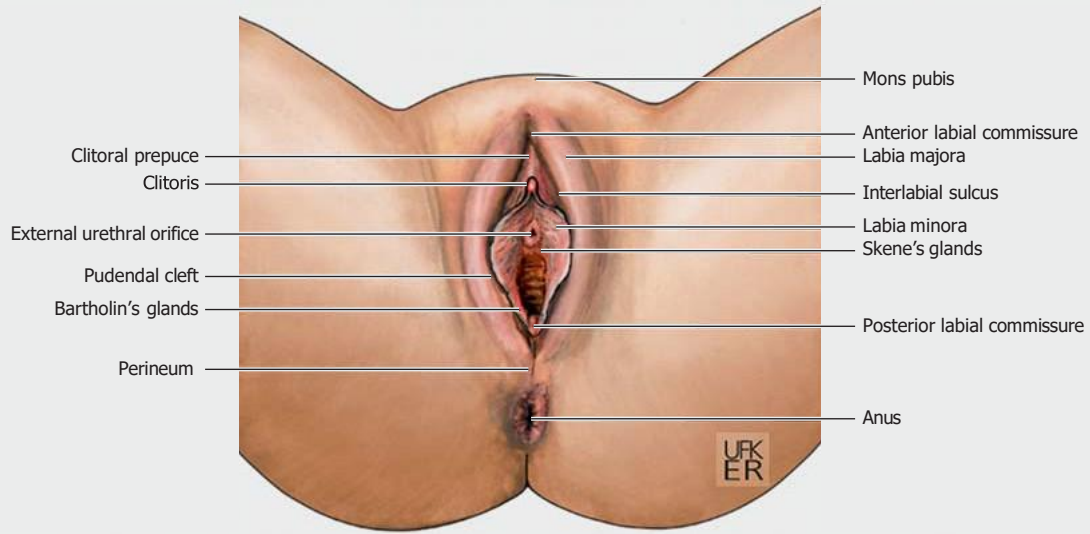
tabanının yapısı ile pelvik tabandaki sinirler ve kan dolaşımı hakkında temel bilgileri sunmaktadır (► Şekil 1, 2 ve 3).

2.1 Kadın dış genital bölgesi

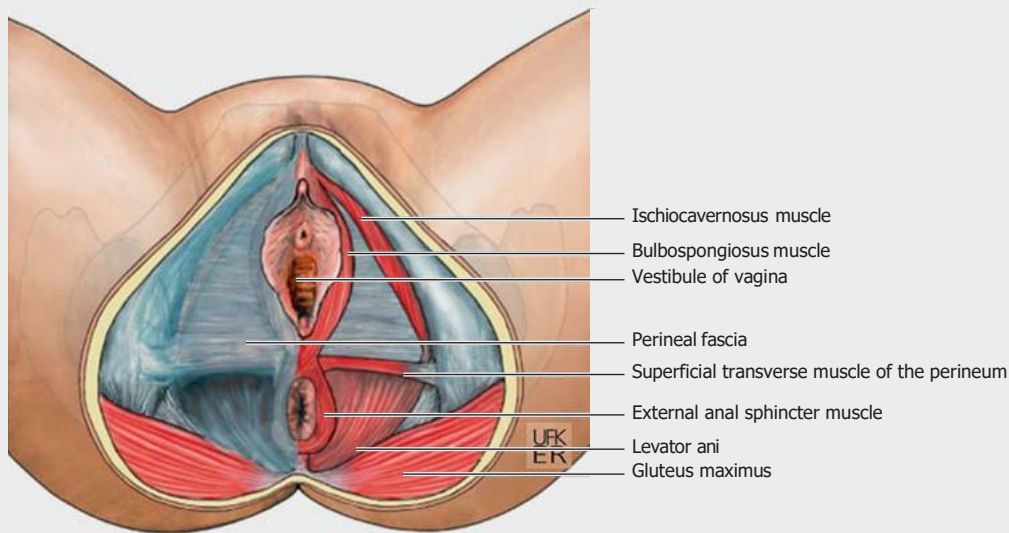
Bkz. ► Şekil 1.

2.1.1 Damarlanma, inervasyon ve lenfatik dolaşım

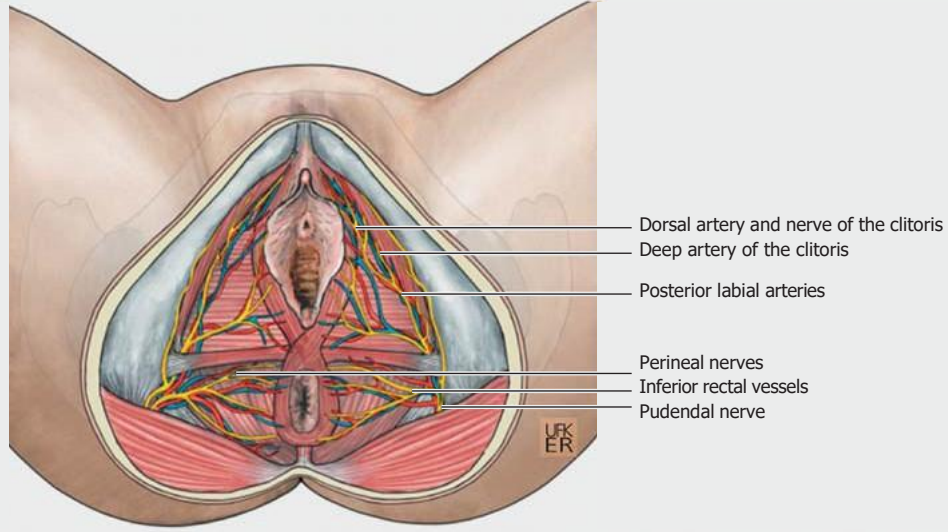
Bkz. ► Şekil 2.



► Fig. 1 External genitalia and anal region. Source: Jörg Pekarsky with the kind permission of Prof. M. W. Beckmann. [rerif]



► Fig. 2 Structure of the female pelvic floor. Source: Jörg Pekarsky with the kind permission of Prof. M. W. Beckmann. [rerif]



► Fig.3 Nerves and vasculature of the female pelvic floor. Source: Jörg Pekarsky with the kind permission of Prof. M. W. Beckmann. [rerif]

2.2 Kadın İç Genital Organları - Vajina

Bkz. ► Şekil 3.

3 Kadın Genital Bölgesine Yönelik Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahiler

3.1 Giriş

Kadın dış genital bölgesine yönelik rekonstrüktif ve estetik cerrahiler, geniş bir teşhis ve tedavi seçeneklerini içerir. Mevcut seçeneklerin çeşitliliği nedeniyle, bu prosedürler hâlâ standartlaştırılmamış ya da yeterince standardize edilmemiştir. Bu nedenle, farklı cerrahi seçenekler ve olanaklar hakkında güncel bilgilere sahip olmak, hastalara bireyselleştirilmiş tedavi sunabilmek için önemlidir. Ameliyatın amacı, anatomik olarak uyumlu sonuçlar elde etmek olmalı ve kullanılacak teknik buna göre seçilmelidir.

3.2 Tıbbi Geçmiş

Hastanın tıbbi geçmişi alınırken, mevcut morfolojik bozukluklar/değişiklikler ile olası psikoseksüel etkileşimler belirlenmelidir. Bu, teşhisi beklenen iyileşme/terapötik başarıya en uygun şekilde uyarlamak için önemlidir.

3.3 Endikasyonlar ve Kontrendikasyonlar

Kadın genital bölgesine yönelik rekonstrüktif ve estetik cerrahiler, vulvanın form ve fonksiyonunun kısmi veya tam rezeksiyon sonrası yeniden yapılandırılmasını veya yaklaşık olarak eski haline getirilmesini içerir. Bu işlemler, doğuştan gelen ve/veya sonradan edinilen bozukluklar, hastalığa veya yaşa bağlı değişiklikler ya da hastanın sonucu belirli bir şekilde talep ettiği durumlarda uygulanabilir. Kontrendikasyonlar, tıbbi-etik değerlendirmelerden veya yaşa bağlı sınırlamalardan kaynaklanır.

3.3.1 Sünnet ritüeli (kadın genital sakatlama)

Kadın sünneti veya FGM (kadın genital sakatlama), bazı ülkelerde yaygın olarak görülen, kültürel köklere dayalı bir ritüel uygulamadır. Almanya ve Avusturya'da FGM, fiziksel bütünlüğe zarar verme eylemi olarak kabul edilir ve bu nedenle Alman anayasasında tanımlandığı şekliyle fiziksel bütünlük ve öz belirlenim hakkını ihlal eder. ► Tablo 5, kadın genital sakatlama sonrası ortaya çıkan birincil ve ikincil komplikasyonları özetlemektedir.

► Tablo 5 Kadın Genital Sakatlama (FGM) Sonrası Birincil ve İkincil Komplikasyonlar

Birincil Komplikasyonlar	
Somatik	■ Ağrı ■ Kanama ■ Şok ■ Enfeksiyon ■ Üriner obstrüksiyon (idrar yolu tıkanıklığı) ■ Yara iyileşme bozuklukları ■ Hipertrofik nedbe oluşumu ■ Üretra travması ■ Klitoral travma ■ Klitoral duyarlılık kaybı
Psikolojik	■ Anksiyete bozukluğu ■ Stres tepkisi (ör. Peritratmatik dissosiyasyon)

Continued next page

► Table 5 Kadın Genital Sakatlama (FGM) Sonrası Birincil ve İkincil Komplikasyonlar (Devamı)

İkincil Komplikasyonlar

Somatik	■ Dizüri ■ Nedbeye bağlı adet problemleri ■ Tekrarlayan enfeksiyonlar ■ Epidermoid/klitoral kistler ■ Klitoris dorsal sinirinde nöroma ■ İdrar retansiyonu, idrar taşları ■ İdrar kaçırma, sıkışma hissi, aşırı aktif mesane ■ Dismenore ■ Hematokolpos ■ Hematometra ■ Disparoni ■ Fistül ■ Distosi ■ Neonatal sonuçlar ■ Daha yüksek epizyotomi oranı/daha yüksek perineal yırtık oranı ■ Daha yüksek sezaryen oranı ■ Jinekolojik tanı/kateterizasyonun zor veya imkansız hale gelmesi
Psikolojik	■ Travma sonrası stres bozuklukları, görsel istilalar/geri dönüşler/aşırı uyarılma ■ Cinsel işlev bozukluğu ■ Anksiyete bozukluğu/depresyon

Konsensüye dayalı öneri 3.S2

Uzman Konsensusu	Konsensus Seviyesi +++
Kadın genital sakatlama (FGM), 2013 yılından itibaren ICD sistemi (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması) kapsamında yer almakta olup, fiziksel ve zihinsel acı olarak tanınmış ve tanımlanmıştır.	

Konsensüye dayalı öneri 3.S3

Uzman Konsensusu	Konsensus Seviyesi +++
Listelenen her bir kadın genital sakatlama (FGM) formu, ilgili fiziksel ve/veya zihinsel şikayetler ve bozukluklar mevcut ise tıbbi tedavinin gerekli olduğu tanısını haklı kılar.	

Konsensüye dayalı öneri 3.E6

Uzman Konsensusu	Konsensus Seviyesi +++
Kadın genital sakatlamadan (FGM) etkilenen kız çocukları ve kadınların tedavisinde disiplinler arası bir yaklaşım kullanılmalıdır. Bu yaklaşım, standart bir formatta merkezi (merkez bazlı altyapı) veya yerel (iş birliği altyapısı) düzeyde sağlanabilir.	

FGM'nin şiddetindeki farklılıklar, ritüel uygulamanın deneyimlenme biçimindeki değişiklikler ve etkilenen kadınların ve kız çocuklarının fiziksel ve zihinsel gelişimindeki değişiklikler nedeniyle, ortaya çıkan somatik ve psikolojik semptomlar ve şikayetler de farklılık göstermektedir.

Konsensüye dayalı öneri 3.S4

Uzman Konsensusu	Konsensus Seviyesi +++
Özellikle Tip III FGM'ye sahip kadınlar, travmatik obstetrik ve vestibüler-perineal komplikasyonlar ile ikincil fistül oluşumu gibi ürogenital bölgeyi etkileyen kalıcı sağlık sorunları açısından daha yüksek risk altındadır.	

Defibülasyon, idrar yapma, adet kanının geçişi, cinsel penetrasyon ve vajinal doğum gibi işlevleri genel olarak iyileştiren bir cerrahi işlemdir [2, 3] (► Tablo 6).

► Tablo 6 Tip III FGM sonrası obstetrik defibülasyon.

Doğum öncesi cerrahi açma	Ürogenital komplikasyonları azaltır, örneğin: ■ Enfeksiyonlar ■ Kanama riski ■ Vestibüler, perineal, üretral yırtıklar Doğum öncesi tanısal değerlendirmeye olanak sağlar, örneğin: ■ Muayene ■ Mikrobiyolojik yaymalar ■ Sitoloji ■ Vajinal ultrasonografi
Doğum sırasında cerrahi açma.	Hastanın cerrahi stresini azaltır.

Konsensüye dayalı öneri 3.E7

Uzman Konsensusu	Konsensus Seviyesi +++
Gebelik sırasında defibülasyon, doğum öncesinde (anteartum) veya doğum sırasında (intrapartum) gerçekleştirilebilir. Anteartum defibülasyon, gebeliğin ikinci trimesterinden itibaren yapılmalıdır. Intrapartum defibülasyon ise doğumun birinci evresinde, doğum sürecinin izlenmesini kolaylaştırmak ve gerekirse mesane kateterizasyonunu gerçekleştirmek amacıyla uygulanmalıdır.	

3.3.2 Vulva ve Vajina Displazileri (VIN, VaIN)

Konsensüye dayalı öneri 3.E8

Uzman Konsensusu	Konsensus Seviyesi +++
Eğer hastada serviks, vulva ve vajina displazisi mevcutsa, hastanın tanısı, tedavisi ve takibi, ilgili S3 kılavuzları olan “Servikal Kanserin Önlenmesi” (AWMF kayıt numarası 015-027OL) ve “Servikal Kanserde Tanı, Tedavi ve Takip” (AWMF kayıt numarası 032-033OL) ile S2k kılavuzları olan “Vajinal Kansere ve Öncü Lezyonlarında Tanı, Tedavi ve Takip” (AWMF kayıt numarası 032-042) ve “Vulvar Kansere ve Öncü Lezyonlarında Tanı, Tedavi ve Takip” (AWMF kayıt numarası 015-059) doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.	

3.3.3 Vulvanın Paget Hastalığı

Ekstramamarian Paget hastalığı, tüm vulvar malignitelerin %1'inde görülen çok nadir bir durumdur. Vulvar Paget hastalığının birincil tedavisi, lezyonun cerrahi olarak çıkarılmasına dayanır.

3.3.4 Liken Skleroz/Liken Planus

Liken skleroz ve liken planus, anogenital bölgeyi etkileyen ve sıklıkla tanı konulamayan inflamatuvar deri hastalıklarıdır. Belirtileri arasında ağrı, yanma, kaşıntı, cinsel işlev bozukluğu, idrar yolu disfonksiyonu, labiaların ve/veya vajinal girişin atrofi ve sklerozu ile giriş stenozu yer alır. Lokal tedavi, düzenli yağlayıcı veya nemlendirici bakım ile birlikte kortikosteroid kremler (metilprednizolon aseponat veya klobetazol propiyonat) kullanılarak yapılır [4].

3.3.5 Vulvanın Benign Tümörleri

Vulvanın benign tümörleri arasında sifiliz şankırı, Behçet hastalığı, follikülit, kondilom, granülomlar, apseler, Bartholin bezi kistleri (bkz. bölüm 3.3.7) ve diğer kistler yer alır.

3.3.6 Doğum Travması ve Epizyotomi

Doğum travması sonrası veya dikiş materyallerinin artan kullanımı gibi durumlarda dikiş granülomları ya da keloid oluşumu, disparoni, otururken veya hareket ederken ağrı gibi semptomlara yol açabilir [5]. Semptomlar üç ila altı ay sonra devam ederse cerrahi revizyon düşünülebilir.

3.3.7 Bartholin bezi kisti ve vulvar abse

Bartholin bezlerinde kist veya apse gelişebilir. Tedavi, bir insizyon yapılarak kateter yerleştirilmesi veya marsupializasyon işlemi ile gerçekleştirilir. Kist veya apse tekrarlama durumunda kist veya bez cerrahi olarak çıkarılabilir [6].

3.3.8 Cinsiyet Uyumsuzluğu

Okuyucular, şu anda revize edilmekte olan “Cinsiyet Uyumsuzluğu ve Cinsiyet Disforisi için Cerrahi Cinsiyet Geçiş Önlemleri” başlıklı S2k-kılavuzuna (kayıt numarası 043-052) yönlendirilmektedir.

4 Topografik Anatomiye Göre Sınıflandırılmış Cerrahiler

4.1 Mons pubis

Bu bölüm herhangi bir ifade veya öneri içermemektedir. Mons pubis bölgesindeki deformiteler dört dereceye ayrılmıştır (► Tablo 7).

Dereceler ve bunlara yönelik tedaviler burada gösterilmiştir

► Tablo 7.

► Table 7 Mons pubis deformitelerinin sınıflandırılması ve uygun tedavi yöntemleri	
Sınıflandırma	Tedavi
Derece 1: Labia majörün minimal veya kısmi örtüsü ile hafif çıkıntı	Liposuction
Derece 2: Labia majörün kısmi örtüsü ile orta düzeyde çıkıntı	Pannikülektomi ve liposuction
Derece 3: Labia majörün tam örtüsü ile belirgin çıkıntı	Pannikülektomi, liposuction, dermal-fasiyal süspansiyon süturu ve dikey kama rezeksiyonu
Derece 4: Labia majörün kısmi veya tam örtüsü ile çıkıntı olmaması, güçlü ptozis(sarkma),	Dermal-fasiyal süspansiyon süturu ve dikey kama rezeksiyonu

4.2 Vulva/labia majora

Konsensüye dayalı öneri 4.E9

Uzman Konsensusu

Konsensus Seviyesi +++

Klitoris ve klitoris çevresindeki dokunun büyük ölçüde hacim kaybına uğramasından kaçınılmalıdır, çünkü bu durum klitorisin ağrılı bir şekilde ortaya çıkmasına neden olur.

Konsensüye dayalı öneri 4.S5

Uzman Konsensusu

Konsensus Seviyesi +++

Çok zayıf olan, aşırı kilo kaybı yaşayan veya yaşa bağlı involüsyon/atrofi yaşayan hastalarda çok ince veya çok küçük labia majora estetik olarak hoş görülmeyebilir ve tedavi gerektiren disparoni (ağrılı cinsel ilişki) ile ilişkili olabilir.

4.3 Labia minora

Labia minora hipertrofisi kazanılmış (örneğin, varis, inflamasyon, kültüre bağlı uzama) veya doğuştan olabilir [7]. Eğer bir hasta orantısız şekilde büyük labia minora nedeniyle rahatsızlık yaşıyorsa, aşırı derinin çıkarılmasıyla estetik olarak tatmin edici bir görüntüm elde edilebilir [8]. Aşağıdaki görseller, labia minorayı küçültmek için kullanılan eksizyon tekniklerini ve farklı flep-plasti prosedürlerini göstermektedir (► Şekil 4, 5 ve 6).

4.4 Klitoral Prepus

Bu bölümde herhangi bir açıklama veya öneri yer almamaktadır. FGM sonrası vulva rekonstrüksiyonu da önemli bir rol oynamaktadır (bkz. Bölüm 5). Örneğin, "omega kubbeli" flep prosedürü (OD flep), prepusun yeniden yapılandırılması için özel olarak geliştirilmiş bir lokal flep-plasti prosedürüdür.

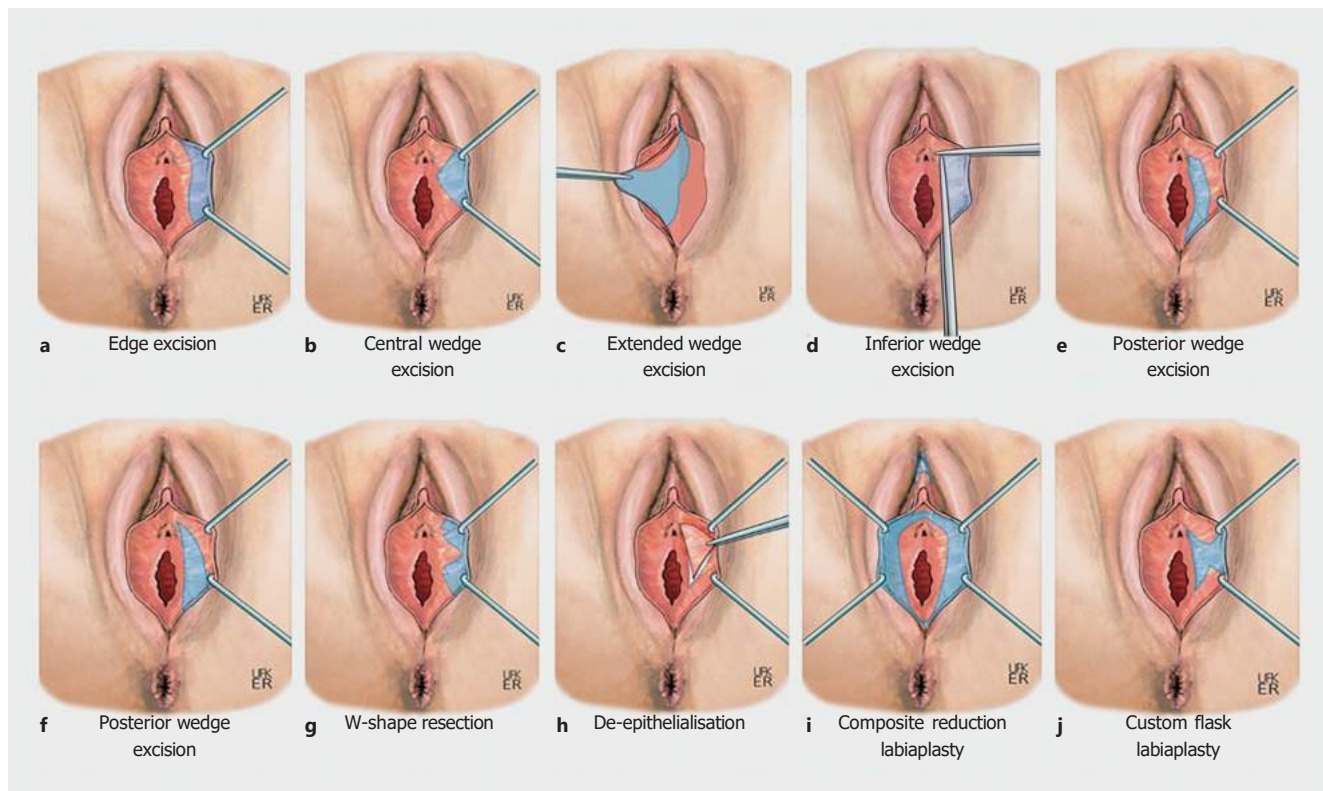
4.5 Vagina

Kadın genital prolapsusunun tanı ve tedavisi, Nisan 2016 itibarıyla AWMF kayıt numarası 015-006 olan "Pelvik Organ Prolapsusunun Tanı ve Tedavisi" kılavuzuna dayanmalıdır. Kadın inkontinansının tanı ve tedavisi, şu anda revize edilmekte olan AWMF kayıt numarası 015-005 olan "Kadın Üriner İnkontinansının Tanı ve Tedavisi" kılavuzuna dayanmalıdır. Kadın genital malformasyonlarının tanı ve tedavisi ise Mart 2020 itibarıyla AWMF kayıt numarası 015-052 olan "Kadın Genital Malformasyonları" kılavuzuna dayanmalıdır.

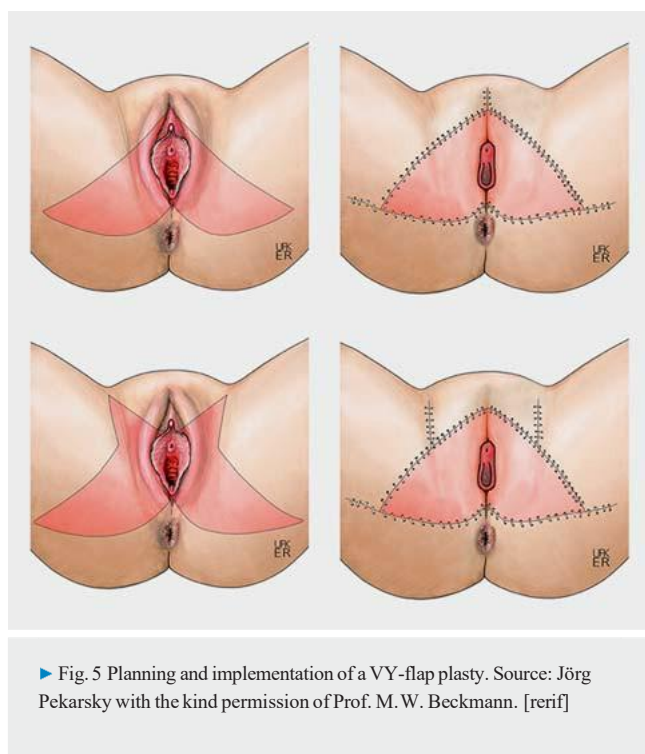
4.6 Vaginal introitus

Kızlık zarı rekonstrüksiyonu, kadın bekâretine veya daha doğrusu kızlık zarının bütünlüğüne ahlaki bir önem atfedilen kültürel bölgelerde özel bir rol oynar. Tanı ve tedavi, Mart 2020 itibarıyla AWMF kayıt numarası 015-052 olan "Kadın Genital Malformasyonları" kılavuzuna dayanmalıdır.

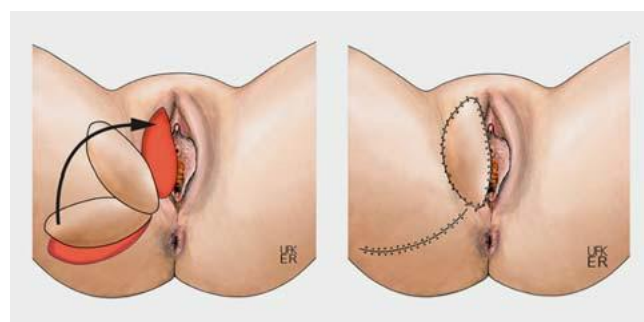
Kızlık zarı rekonstrüksiyonunda olduğu gibi, vajinal girişin de yeniden yapılandırılması mümkündür. Tanı ve tedavi yine Mart 2020 itibarıyla AWMF kayıt numarası 015-052 olan "Kadın Genital Malformasyonları" kılavuzuna dayanmalıdır.



► Fig. 4 Excision techniques to reduce hypertrophic labia minora (based on [7]). Source: Jörg Pekarsky with the kind permission of Prof. M. W. Beckmann. [rerif]



► Fig. 5 Planning and implementation of a VY-flap plasty. Source: Jörg Pekarsky with the kind permission of Prof. M. W. Beckmann. [rerif]



► Fig. 6 Planning and implementation of a lotus petal flap procedure (lotus petal/Singapore flap). Source: Jörg Pekarsky with the kind permission of Prof. M. W. Beckmann. [rerif]

4.7 G-spot

G-noktasına otolog yağ veya dolgu maddesi enjeksiyonu, Alman Sosyal Kanunu Beşinci Kitap (SGB) kapsamında tıbben endike bir prosedür olarak tanımlanmamaktadır. Bu, sağlık sigortası şirketlerinin bu prosedürün maliyetini karşılamayacağı anlamına gelmektedir.

5 Kadın Genital Mutilasyonu

5.1 Temel Bilgiler

Kadın dış genital organlarının ritüel kesimi (kadın genital mutilasyonu/FGM), küresel bir olgu olup özellikle Afrika, Asya ve Güney Amerika'da yaygındır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) tahminlerine göre, dünya genelinde yaklaşık 200 milyon kız çocuğu ve kadın bu durumdan etkilenmektedir [9]. WHO, FGM'nin biçimlerini dört farklı türe ayırmaktadır: Tip I–IV (► Tablo 8).

Tablo 8 Kadın genital mutilasyonu (FGM) türleri, Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 1997 sınıflandırmasına göre.

Type I	Klitoral glansin ve/veya prepus/klitoral kapağın kısmi ya da tamamen çıkarılması
Type Ia	Klitoral kapağın çıkarılması
Type Ib	Klitoris ve klitoral kapağın çıkarılması
Type II	Klitorisin ve labia minoranın kısmi ya da tamamen çıkarılması, labia majoranın çıkarılmasıyla birlikte veya olmadan (eksizyon)
Type IIa	Labia minoranın çıkarılması
Type IIb	Klitorisin ve labia minoranın kısmi ya da tamamen çıkarılması
Type IIc	Klitorisin, labia minoranın ve labia majoranın kısmi ya da tamamen çıkarılması
Type III	Vajinal açıklığın daraltılması ve skar dokusu ile kaplanması, labia minora ve/veya labia majoranın çıkarılması ve dikilmesiyle birlikte, klitoral prepus/klitoral glans ve kapağın çıkarılmasıyla birlikte veya olmadan (infibülasyon)
Type IIIa	Labia minoranın çıkarılması ve dikilmesi
Type IIIb	Labia majoranın çıkarılması ve dikilmesi
Type IV	Kadın genital organlarına zarar veren, tıbbi bir amacı olmayan diğer tüm zararlı işlemler; örneğin, delme, kesme, kazıma, dağlama, kimyasal yakma.

5.2 Reconstruction procedures

Reconstructive surgical procedures of the external female genitalia include many indications and treatment options, few of which are standardised. As regards the technique, there are several standardised flap-plasty techniques which can be used for vulva reconstruction, each of which has different advantages and disadvantages [10–16]. Inadequate transfer of tissue has a negative effect on vulva reconstruction, e.g., through the creation of excessive volume with unnatural projection, tissue rigidity, deformation, and functional limitations. The choice of flap-plasty technique must be balanced very carefully.

5.2.1 Reconstruction of the clitoral prepuce

This chapter contains no statements or recommendations. In patients with FGM type I to III, the prepuce has usually been affected and often no longer exists. The anatomical area where the tip of the clitoris protrudes from the scarred skin may be excised and removed to obtain surgical access to the clitoral stump or it can be used for a local flap-plasty procedure.

5.2.2 Klitoral Glans Rekonstrüksiyonu

Bu bölümde herhangi bir açıklama veya öneri yer almamaktadır. Klitoral rekonstrüksiyon, FGM sonrası vulva rekonstrüksiyonunun temel bir prosedürüdür, çünkü bu işlem, normal cinsel işlev için temel organ bütünlüğünü yeniden sağlamayı amaçlamaktadır.

5.2.3 Labia majora/minora Rekonstrüksiyonu

Bu bölümde herhangi bir açıklama veya öneri yer almamaktadır. FGM Tip II ve III sonrası labia minora ve labia majora rekonstrüksiyonu, bölgedeki geniş doku kaybı nedeniyle genellikle yalnızca doku grefti kullanılarak mümkündür.

5.2.4 Vaginal Vestibule Rekonstrüksiyonu

Bu bölümde herhangi bir açıklama veya öneri yer almamaktadır. Vulvar dokunun esnekliği, geniş doku defektlerine rağmen genellikle primer yara kapanmasının mümkün olmasını sağlar. Ancak anatomik işlev açısından, bu tür defektlerin yara kapanmaları şekil ve işlevi etkileyebilecek kısıtlamalara yol açabilir; örneğin, deformasyonlar, elastikiyet kaybı ve doku gerginliği.

5.3 Sekonder Yaralanmalar ve/veya Değişiklikler Sonrası Rekonstrüksiyon

Sekonder yaralanmalar ve/veya FGM sonrası değişiklikler sonrasında uygulanabilecek rekonstrüktif seçenekler oldukça geniş bir yelpazeye sahiptir ve fonksiyonu iyileştirmeye yönelik işlemlerden, skar dokusu düzeltilmesi ve fistül onarımı dahil olmak üzere perineal rekonstrüksiyona, tümörler ve klitoral kistlerin çıkarılmasına, hatta karmaşık doku transferlerine kadar uzanmaktadır [17].

Konsensüye dayalı öneri 5.E10

Uzman Konsensusu

Konsensus Seviyesi +++

FGM (Kadın Genital Mutilasyonu) sonrası rekonstrüksiyon sırasında, sekonder değişiklikler ve bozukluklar da anamnez ve klinik değerlendirme ile tanımlanmalı, uygun şekilde sınıflandırılmalı ve cerrahi planlamaya dahil edilmelidir.

6 Diğer Kadın Genital Organlarının Rekonstrüksiyonu Prosedürleri

6.1 Laser Kullanılarak Vajinal Lifting

Konsensüye dayalı öneri 6.E11

Uzman Konsensusu

Konsensus Seviyesi +++

Tıbbi bir tanı olmaksızın, tamamen kozmetik nedenlerle CO2 lazerler, non-ablatif erbium-YAG (itriyum alüminyum granat) lazerler veya radyofrekans terapisi kullanılarak gerçekleştirilen vajinal lifting işlemlerinin klinik etkinliği ve yan etkileri hakkında prospektif randomize çalışmalarla kanıt bulunmamaktadır. Bu nedenle, bu prosedürler yalnızca klinik çalışmalar kapsamında hastalara sunulmalıdır.

6.2 Radyofrekans Terapisi (RF) Kullanılarak Vajinal Lifting

Bu bölümde herhangi bir açıklama veya öneri yer almamaktadır. Vajinal gevşeklik üzerinde radyofrekans terapisinin etkisini tanımlayan çeşitli prospektif çalışmalar rapor edilmiştir.

6.3 Kas Eğitimi Kullanılarak Vajinal Lifting

Kas eğitimi kullanılarak vajinal gevşekliğin giderilmesi konusunda şu anda prospektif randomize çalışmalar bulunmamaktadır. Bu nedenle herhangi bir öneride bulunulamaz. Bu bölümde herhangi bir açıklama veya öneri yer almamaktadır.

8.1 Rate of complications

7 Postoperatif Prosedür

Kadın genital organlarına yönelik cerrahi sonrası takip tedavisi, cerrahi müdahalenin türüne ve kapsamına ile hastanın fiziksel durumuna bağlıdır. Çoğu estetik prosedür, ayakta tedavi esasına göre gerçekleştirilmelidir.

7.1 Postoperatif İzlem

Bu bölümde herhangi bir açıklama veya öneri yer almamaktadır. Postoperatif izlemenin temel prensipleri sunulmaktadır.

7.2 Perioperatif ve Postoperatif Medikal Tedavi

Bu bölümde herhangi bir açıklama veya öneri yer almamaktadır. Mukozal ortamı gereksiz yere etkilememek için lokal analjeziklerin (kremler/spreyler) kullanımı önerilmemektedir. Antibiyotiklerin profilaktik olarak uygulanması, cerrahi prosedürün türüne ve hastanın tıbbi geçmişine bağlıdır (bkz. S3 kılavuzu “Hastanelerde Antibiyotiklerin Rasyonel Kullanımı ve Uygulama Stratejisi”, AWMF kayıt numarası 092/001).

7.3 Pansuman Değişimi ve Hijyen

Bu bölümde herhangi bir açıklama veya öneri yer almamaktadır. Pansuman değişiklikleri ve hijyenin temel yöntemleri ile postoperatif yaralarda yapışıklıkların önlenmesi gibi diğer önemli konular açıklanmaktadır.

7.4 Takip Tedavisi

Bu bölümde herhangi bir açıklama veya öneri yer almamaktadır. Temel postoperatif takip prosedürleri açıklanmaktadır.

8 Kadın Genital Organlarının Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahileri Sırasındaki Komplikasyonlar

Komplikasyon oranı, prosedürün türüne, hastanın yaşına ve eşlik eden hastalıklarına bağlıdır. Cerrahi prosedürlerle genellikle ilişkilendirilen tüm komplikasyonlar ortaya çıkabilir [18]. Bu tür komplikasyonları doğru bir şekilde kaydetmek için çeşitli raporlama ve sınıflandırma sistemleri (örneğin, Clavien-Dindo sınıflandırması [19]) geliştirilmiştir. Literatürde, vakaların %22'sinde komplikasyon oranları ve %0.8 ölüm oranı bildirilmiştir [20]. Dikkatli preoperatif değerlendirme, hasta seçimi ve önceden planlama, komplikasyon oranı üzerinde olumlu bir etki yaratabilir.

8.2 Genel Cerrahi Komplikasyonlar

Bu bölümde herhangi bir açıklama veya öneri yer almamaktadır. Kadın genital organlarına yönelik cerrahiler özel komplikasyonlara neden olabilir. Bu komplikasyonlar bu bölümde belirtilmiştir.

8.3 Otolog Doku Kullanılarak Yapılan Prosedürler Sonrası Komplikasyonlar

Bu bölümde herhangi bir açıklama veya öneri yer almamaktadır. Otolog doku kullanılan prosedürler, tüm flep-plasti işlemlerini içerir. Flep dokusunun hayatta kalması ve dolayısıyla cerrahinin başarısı için arteriyel kan akışı ve venöz drenaj kritik öneme sahiptir.

8.4 Otolog Olmayan Malzemeler Kullanılarak Yapılan Prosedürler Sonrası Komplikasyonlar

Bu bölümde herhangi bir açıklama veya öneri yer almamaktadır. Otolog olmayan malzemeler temelde tüm silikon implant türlerini, emilemeyen sütür malzemelerini ve hücreli dermal matrisi (ADM) içerir. Otolog olmayan malzemelerle ilişkili en yaygın komplikasyonlar enfeksiyonlar ve seromalardır; bu durumlar takip müdahaleleri gerektirebilir.

8.5 Revizyon ve Takip Cerrahileri

En yaygın akut revizyon indikasyonu kanamadır ve bu durum acil müdahale gerektirir. Kanamanın aciliyeti, yerleşim yeri (arteriyel veya venöz), ikincil kanamanın şiddeti, hastanın genel durumu ve laboratuvar test sonuçlarına (hemogloblin testi) bağlıdır.

Arteriyel kan akışının azalması veya venöz drenajın bozulduğu durumlarda cerrahi revizyon derhal gerçekleştirilmelidir. Herhangi bir gecikme flep nekrozuna yol açabilir. Bu tür durumlarda vasküler anastomozun revizyonu gereklidir.

9 Çocukları ve Adölesanları Etkileyen Özel Durumlar

9.1 Çocukluk Döneminde Kadın Genital Organlarının Rekonstrüksiyon ve Estetik Cerrahisi Hakkında Genel Bilgiler

Çocukluk ve ergenlik dönemindeki rekonstrüktif ve estetik cerrahi müdahalelerin en önemli yönleri, semptomlar (bkz. Bölüm 9.2) ve işlevsellikle ilgilidir. Özellikle doğurganlık kısıtlamaları (örneğin, Müllerian agenezis/Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser sendromu [MRKH] ve tam androjen duyarlılık sendromu [CAIS] gibi iç üreme organlarının aplazisi bağlamında) ve idrar yolu ile bağırsak sisteminin sürekliliğinin ve kontinansın korunmasındaki işlev azalması önemli bir yer tutar. Bu konular hakkında bilgi, S2k kılavuzu "Kadın Genital Malformasyonları" (AWMF kayıt numarası 015/052) [21] üzerinden edinilebilir.

Konsensüye dayalı öneri 8.S6	
Uzman Konsensusu	Konsensus Seviyesi +++
Kadın genital organlarının rekonstrüktif ve estetik cerrahileriyle ilişkili spesifik komplikasyonlar için şu anda resmi istatistikler veya kalite göstergeleri bulunmamaktadır.	

Konsensüye dayalı öneri 9.E12	
Uzman Konsensusu	Konsensus Seviyesi +++
Tıbbi olarak gerekli olmayan kadın genital organlarına yönelik cerrahiler çocukluk döneminde uygulanmamalıdır.	

9.2 Konjenital Malformasyonlar için Rekonstrüktif Prosedürler

Konjenital malformasyonların tedavisine yönelik rekonstrüktif prosedürler için, okuyucular AWMF kayıt numarası 015/052 olan "Kadın Genital Malformasyonları" kılavuzuna [21] yönlendirilmiştir.

9.3 Cinsel Gelişim Varyantları İçin Genital (Hizalama) Cerrahisi

Bu bölümde herhangi bir açıklama veya öneri yer almamaktadır. Önceden, cinsel gelişim varyantları durumunda genital cerrahi için hastanın velisi onay veriyordu. Ancak bu durum temel olarak değişmiş olup bireyin kendi kaderini tayin hakkı özellikle vurgulanmaktadır. Bu konuya özel bir vurgu yapılmak üzere, S2k kılavuzu "Cinsel Farklılaşma Varyantları" (AWMF kayıt numarası 174/001) şu anda revize edilmektedir.

9.4 Kadın Genital Mutilasyonu Sonrası Çocukluk Döneminde Kadın Genital Organlarının Rekonstrüktif Cerrahisi

Çocukluk döneminde rekonstrüktif bir prosedür uygulanması çok kesin bir tıbbi endikasyon gerektirir. Bu nedenle, çocuklarda gerçekleştirilecek müdahaleler yalnızca açıkça tıbbi bir gereklilik durumunda düşünülmelidir. Almanya'da çok nadir görülen ürogenital veya rektovajinal fistüller dışında, tıbbi endikasyon genellikle yalnızca infibülasyon veya vulvanın kısmi stenozu (darlığı) vakaları için değerlendirilebilir.

Konsensüye dayalı öneri 9.E12	
Uzman Konsensusu	Konsensus Seviyesi +++
FGM ve buna bağlı sorunlarla yaşayan hastaların tedavisi, özellikle çocuklar veya ergenler için, ilgili karmaşık sosyokültürel ve tıbbi yönlerin kapsamlı bir şekilde anlaşılmasını gerektirir.	

Konsensüye dayalı öneri 9.E13

Uzman Konsensusu	Konsensus Seviyesi +++
Çocukluk ve ergenlik döneminde hastalara gereksiz ve duyarsız muayeneler yapılmasının neden olduğu fiziksel ve psikolojik travmalardan kaçınılmalıdır.	

10 Psikosomatik Yaklaşım

10.1 Seksüel Disfonksiyon

Bu bölümde herhangi bir açıklama veya öneri yer almamaktadır. Cinsel işlev bozuklukları üzerine çeşitli çalışmalar sunulmaktadır.

10.2 Kontrendikasyon:Psikolojik Problemler

Bu bölümde herhangi bir açıklama veya öneri yer almamaktadır. Beden dismorfik bozukluğu, kadın genital organlarına yönelik kozmetik cerrahiler için bir kontrendikasyondur, çünkü bu psikolojik bozuklukla ilişkili gerçeklik algısındaki bozulma, hastanın bilinçli karar verme yetisini ve onay verme kapasitesini olumsuz etkiler.

10.3 Hasta Memnuniyeti ve Yaşam Kalitesi

Konsensüye dayalı öneri 9.E12

Uzman Konsensusu	Konsensus Seviyesi +++
Genital bölgesiyle ilgili beden memnuniyetsizliği yaşayan hastalar için, estetik ve fonksiyonel cerrahi tedavi, cinsel öz-imajlarını ve cinsel tatminlerini iyileştirmek amacıyla değerlendirilebilir.	

Çıkar Çatışması

Yazarların çıkar çatışmaları, kılavuzun uzun versiyonunda listelenmiştir.

Guideline Program

Editors

Leading Professional Medical Associations

German Society of Gynecology and Obstetrics
(Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie
und Geburtshilfe e.V. [DGGG])
Head Office of DGGG and Professional Societies
Jägerstraße 58-60, D-10117 Berlin info@dggg.de
http://www.dggg.de/

President of DGGG

Prof. Dr. med. Barbara Schmalfeldt
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Klinik
und Poliklinik für Gynäkologie Martinstraße 52,
D-20251 Hamburg

DGGG Guidelines Representatives

Prof. Dr. med. Matthias W. Beckmann
Universitätsklinikum Erlangen, Frauenklinik
Universitätsstraße 21-23, D-91054 Erlangen

Prof. Dr. med. Tanja N. Fehm
Universitätsklinikum Düsseldorf
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Moorenstraße 5, D-40225 Düsseldorf

DGGG Guidelines Program Coordination
Dr. med. Paul Gaß
Universitätsklinikum Erlangen, Frauenklinik
Universitätsstraße 21-23, D-91054 Erlangen
leitlinien@dggg.de https://www.dggg.de/leitlinien

Austrian Society of Gynecology and Obstetrics
(Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und
Geburtshilfe [OEGGG])
Frankgasse 8, AT-1090 Wien
stephanie.leutgeb@oeggg.at
http://www.oeggg.at

President of OEGGG

Prof. Dr. med. Bettina Toth
Universitätsklinik für Gynäkologische Endokrinologie und
Reproduktionsmedizin
Department Frauenheilkunde, Medizinische Universität
Innsbruck
Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck

OEGGG Guidelines Representatives

Prof. Dr. med. Karl Tamussino
Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Graz
Auenbruggerplatz 14, AT-8036 Graz

Prof. Dr. med. Hanns Helmer Universitätsklinik für
Frauenheilkunde Wien Währinger Gürtel 18-20,
AT-1090 Wien

Prof. Dr. med. Bettina Toth
Universitätsklinik für Gynäkologische Endokrinologie und
Reproduktionsmedizin
Department Frauenheilkunde, Medizinische Universität Innsbruck
Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck

gynécologie suisse

Swiss Society of Gynecology and Obstetrics
(Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und
Geburtshilfe [SGGG])
Gynécologie Suisse SGGG
Altenbergstraße 29, Postfach 6, CH-3000 Bern 8 sekretariat@sggg.ch
http://www.sggg.ch/

President of SGGG

Dr. med. Roger Rytz, eHnv hôpital d'Yverdon-les-Bains, Entremonts
11, CH-1400 Yverdon-les-Bains

SGGG Guidelines Representatives

Prof. Dr. med. Daniel Surbek Universitätsklinik
für Frauenheilkunde Geburtshilfe und feto-
maternale Medizin Inselspital Bern
Effingerstraße 102, CH-3010 Bern

Prof. Dr. med. Brigitte Leeners
Universitätsspital Zürich
Klinik für Reproduktions-Endokrinologie
Rämistrasse 100, CH-8091 Zürich

Prof. Dr. med. Michael Mueller
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Theodor-Kocher-Haus Friedbühlstrasse
19, CH-3010 Bern

Stand: März 2023