

İNFERTİL KADINLARDA HİSTEROSKOPİNİN ÖNEMİ*

Dr. Mustafa KÜÇÜK *

ÖZET :

Histeroskopi uterin kavitenin değerlendirilmesinde faydalı bir metottur. Histeroskopi uterin lezyonları lokalize edebilir ve özelliklerini histerosalpingogram dan daha doğru olarak tayin edebilir. Bununla birlikte bazı küçük lezyonlar ve onların infertilite ile olan ilişkileri araştırılmak üzere kalmaktadır.

Histerosalpingografi infertil kadında uterin kavitenin ve tuboperitoneal faktörün araştırılmasında ilk adım olmalıdır. Histerogramda herhangi bir infertilite sebebi bulunmadığında histeroskopi laparoskopi ile kombine edilmelidir. Uterin lezyonların teşhisini laparoskopi eşliğinde cerrahi tedavi takip etmelidir.

GİRİŞ :

Modern histeroskopinin interfilitide iki büyük kullanım alanı vardır. Teşhis ve intrauterin defektlerin tedavisi. Diagnostik bir alet olarak histeroskopi interfilitenin değerlendirilmesinde, intrauterin defektlerin değerlendirilmesinde direkt gözlem olanağı sağlar. Uterin kavitenin değerlendirilmesinde histeroskopinin histerosalpingografinin yerini aldığı şeklinde yanlış bir kanı vardır. İnfertil kadınlarda histeroskopinin bir başka kullanım alanı intrauterin lezyonların tedavisidir ki bu durumda histeroskopi seçilecek en iyi metottur.

Histeroskopinin diagnostik ve terapötik kullanımı:

Histeroskopinin uterin kavite hakkında daha fazla bilgiye gerek duyulduğunda endikasyonu olduğu düşünülmelidir. Direkt olarak uterin faktörlerle ilgili infertilite diğer etyolojik faktörlerin % 10-15 inden daha fazla değildir (1). Buna rağmen infertilite araştırmasında histeroskopik değerlendirmenin önemi histeroskopi ile tanımlanan uterin anomalilerin infertil kadınlarda % 34 ile % 62 oranında olduğunu bazı araştırmacılar vurgulamışlardır (2,3). Açıklanamayan infertilitesi olan hastaların yaklaşık % 50'sinde histeroskopi ile uterin anomaliler gösterilmiştir (3).

Diagnostik histeroskopi özellikle submukoz myomları, polipleri, uterin sinesileri ve Müllerien füzyon defektlerini tesbit etmede değerlidir. Sübmüköz

* Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D. Öğretim Üyesi, Yrd. Doç.

myomların ve poliplerin yerleşimi ve morfolojik görünimleri tanımlanabilir. Bu nedenle bulguların tanımlanmasında çok dikkatli olunmalıdır. Submüköz myomlar ve polipler kolayca yanılmalara yol açabilir. Myomlar daha sert ve beyaz renkle-riyle ayırdedilebilirler. Polipler açısından, histeroskopi yapılacak olan bir uterin kürtaja rehberlik edebilir ve polipin çıkarılıp çıkarılmadığını doğrulayabilir.

Son zamanlarda, histeroskopide laser teknolojisi terapötik bir araç olarak kullanım alanına girmiştir. Neodymium-Yttrium-Aluminum-Garnet (Nd: YAG), argon ve KTP (Potassium titanyl Phosphate) laserleri başarıyla kullanılmaktadır.

Habituel abortuslar, sterilite ve menstruel bozukluklar intrauterin adezyonlarla ilişkili olabilir (4). Adezyonların giderilmesi ile % 50 oranında gebelik ve % 75 olguda da menstruel bozuklukların kaybolduğu bildirilmiştir (5,7).

İnfertil olgularda diğer teşhis metodlarıyla daha önce tesbit edilmemiş intrauterin patolojilerin histeroskopi ile tesbit oranı % 19-62 olarak bildirilmektedir. (6,9).

Adezyonlar histerosalpingografi (HSG) ile de teşhis edilebilir. Bununla birlikte histeroskopi adezyonların mevcudiyetini ve yerleşimini daha güvenli olarak gösterebilir. Ayrıca histeroskopi direkt gözlem altında adezyonların çıkarılmasına olanak sağlar.

Sugimoto histeroskopik muayene altında üç değişik tip adezyon tanımlamıştır (8). Merkezi adezyonlar uterus duvarları arasında bir köprü gibi yer alırlar. Marginal adezyonlar uterus duvarında bir çıkıntı gibi görülürler. Multipl adezyonlar santral ve marjinal adezyonların bir kombinasyonudur ve üçüncü tip olarak tanımlanırlar. Aynı yazar doku oluşumalarına göre makroskopik olarak adezyonları sınıflandırmıştır: Endometrial Adezyonlar (bunlar endometrium çevresinde görülürler), Myofibröz Adezyonlar (üzerleri çok sayıda galandüler yapı ile kaplıdır) ve Konnektif Adezyonlar (bağ dokusu içeren sert yapılardır). Olguların hemen hemen % 50'sinde adezyonlar merkezidir ve myofibröz dokudan oluşmuştur (7,8).

Endometrial adezyonlar çoğunlukla histeroskopi kılıfının itilmesi ile kolayca ayrılabilir. Myofibröz adezyonların ayrılması daha fazla bir güç gerektirir ve ancak künt diseksiyonla ayrılabilirler. Multipl myofibröz adezyonları olan olgularda lysisi tamamlamak için çoğunlukla rezektoskopun kullanımı gerekebilir. Uterin perforasyon nedeniyle bazı olgularda laparoskopi ve histeroskopinin birlikte kullanımı endikedir. Konnektif adezyonlar genellikle rezektoskop kullanımı gerektirirler. Elektrosurgical histeroskopinin kullanım alanına girmesinden sonra artık abdominal yoldan sineşektomi gereksiz hale gelmiştir. Histeroskopi sonrası rahim içi araç yerleştirilmesi ve hormonal tedavi başarı oranını artırmaktadır (4). Artık çoğu olgularda postoperatif foley kateter yerleştirilmektedir. Estrojen replasmanı ise cerrahi işlemden 10-15 gün sonra başlamaktadır.

Mülerien füzyon defektlerinin habitüel abotusların potansiyel bir sebebi olduğuna inanılmaktadır. Böylece, bu anomalilerin bazı olgularda düzeltilmesi gerekmektedir.

Histeroskop, infertilite de diğer muhtemel etyolojik faktörlerin araştırılmasında tamamlayıcı diagnostik bir alet olarak kullanılmıştır:

1- Histeroskop uterus fundusu ve tubal ostiumdan mukus elde etmek için kullanılabilir (cinsel ilişkiden sonra sperm motilitesini değerlendirmek için). Bu "Extended sperm migrasyon testi" erkek faktörü hakkında postkoital testten daha iyi bir bilgi sağlar.

2- Histeroskopun yardımıyla tubalara ince bir katater yerleştirilebilir. Bu da tubal cerrahi öncesi oksitosin ile müsküler aktivitenin stimülasyonundan sonra tubal fonksiyonu değerlendirmede kullanılabilir. Lübke ve Hindenburg histeroskopi ile tubal ostiumu inceledikleri olguların % 10'unda tubal polip bulmuşlardır (7). Bu uygulamalar diagnostik prosedürler olarak başarıyla uygulama alanına girmişlerdir.

3- Histeroskopi ile tubal isthmusun kateterizasyonundan sonra kimyasal maddelerin selektif enjeksiyonu özellikle HSG de conual oklüzyon görüldüğünde yararlı olabilir.

4- Histeroskopi aynı zamanda IVF veya GIFT'e gidecek hastalarda tubalara gametlerin veya preembriyonların yerleştirilmesinde kullanılabilir. Bununla beraber, ultrason rehberliğinde gametlerin transferi de bildirilmiştir (7).

Histeroskopi karşısında histerosalpingografi (HSG)

HSG ve Histeroskopiye uterin lezyonlarda diagnostik bir araç olarak karşılaştıran çalışmalar tartışmalıdır. Bazı yazarlar HSG nin üzerine histeroskopi-nin yararlı olduğunu göstermiş olsalar da (3) diğer bazıları da HSG nin negatif olduğunda histeroskopinin çok küçük bir yarar sağladığını ileri sürmüşlerdir (9). Uterus adezyonlarının, endometrial poliplerin ve submüköz myonların teşhisinde anlamlı farklılık vardır (10,11,12). Bu fark birkaç faktörle açıklanabilir. Uterin sineşilerin histeroskopi ile gösterilmesinde servikal dilatasyonu falsa pozitif sonuçlar verebilmektedir. Şöyleki, dilatasyon endometrium kısımlarının itilmesi sonucu artefart oluşabilmektedir (13). Bunlar da endometrial adezyonlar olarak identifiye edebilir.

Histeroskopi ile 4 mm'den daha küçük polipler identifiye edilebilir ki bunlar histerogramda görülmez. Bununla beraber iki nokta önemlidir. Histeroskopik görüntü ile histolojik bulgular ve bu bulguların anlamlılıklarının karşılaştırılması; Endoskopik bulgular ile histolojik bulguların anlamlılıklarının karşılaştırılması;

Endoskopik bulgular ile histolojik bulguların karşılaştırılması bazı yanıltıcı sonuçları göstermiştir. HSG de % 24 false negatif ve false pozitif sonuçlar olmasına rağmen histeroskopide % 5.5 false negatif sonuç ve % 50 false pozitif sonuç olduğu tesbit edilmiştir (7). False negatif sonuçlar esas olarak endometriti-sin mevcudiyetine bağlıdır.

Edström ve Femström histeroskopi ile endometrial poliplerin teşhisinde %

50 oranında false pozitif sonuçlar göstermiştir (10). Lübte ve Hindenburg 160 hastada histolojik bulgular ile histeroskopik bulguları karşılaştırmışlardır. Sadece 7 olguda (% 4) histolojik bulgu doğrulanmıştır (7).

İkinci sorun bu lezyonların fertilité ile ilgili olup olmadığıdır. Son bilgilere göre polipler veya submuköz myomlar ile infertilite arasındaki ilişkiyi destekleyen bir kanıt yoktur. Böylece, histeroskopi kullanılsa bile bu tanının doğruluğunun tam olmadığı kabul edilmiştir. Ek olarak küçük defektlerin infertilite ile ilişkisi demografik olarak kalmaktadır.

HSG de kontrast madde loklize uterin uterin spazm meydana getirebilir ki bu da uterin defekt olarak değerlendirilebilir (7). Böyle bir lezyondan şüphe edildiğinde izlenecek yol histeroskop ve diagnostik laparaskoplinin kombine kullanımıdır. Bu durumda bir septumun teşhisi laparaskopi rehberliğinde rezektoskop ile cerrahi çıkarımı izleyebilecektir.

Son çalışmalarda HSG nin normal ve anormal uterin kavitelerin teşhisinde histeroskopi kadar doğru olabileceği bulunmuştur (11). HSG uterin kavitenin değerlendirilmesinde önemli bir araştırma prosedürüdür. Histeroskopinin intrauterin anormalliklerin doğrulanmasında ve tedavisinde kullanılmak üzere saklanması uygun olduğu görüşü de mevcuttur (7).

Histerogramda herhangi bir lezyon görüldüğünde bunu doğrulamak ve lezyonun lokalizasyonunu tayin etmek için histeroskopi endikedir. Bununla beraber histeroskopi, histerogram bulgularının yaklaşık % 30'u false pozitif olduğundan bazı lezyonları ekarte etmede kullanılabilir. Histerogram herhangi bir intrauterin anomali göstermezse bu durumda histeroskopinin endikasyonu bir sorun olarak kalabilmektedir.

HSG sonrası histeroskopi ile değerlendirme yapılan değişik çalışmalarda yalancı pozitiflik % 0-32, yalancı negatiflik % 0-50 arasında değişmektedir (7).

Taylor radyolojik olarak normal uterin kavite diye kabul edilen 16 hastada yaptığı histeroskopide olguların 9'unda adezyon, 5'inde polip, 1 tanesinde adezyon ve polip, 1'inde ise septum tesbit etmiştir (14).

Endström ve Fernström HSG ve histeroskopiden elde ettikleri sonuçları 3'e ayırarak değerlendirmişlerdir (15).

1- Birinci grupta histerografik bulgular, histeroskopi ile doğrulanmaktaydı. Bunun izahı, bu hastaların sekretuvar fazda olmaları ve bu fazda servikal ve endometrial mukozanın daha kalın olması ile bunların yanlıya yol açabilecekleri şeklinde yapıldı.

2- İkinci grup hastalar histerografik bulguların histeroskopi ile doğrulandığı ancak bulguların yaygınlığının değiştiği vakalardır. Grafide yaygın görülen değişiklikler histeroskopide daha az olup, bu da yine sekresyona bağlanmıştır.

3- Üçüncü grup hastalar, histerografide normal gözüktü, histeroskopide

kesinlikle patolojik olan vakalardır.

Burada histeroskopik olarak polip ve fibroid tesbit edilmiş ve histopatolojik olarak doğrulanmıştır.

Son yayınlarda HSG ile false negatif sonuçların düşük insidansı, herhangi bir uterin anomali göstermeyen HSG olgusunda, histeroskopinin gerekli bir endikasyon oluşturmadığı belirtilmektedir (7). Diagnostik laparoskopi gibi genellikle düzenli infertilite araştırmasında son adımdır.

Açıklanamayan infertil hastalarda pozitif histeroskopinin insidansının yüksek olduğu bildirilmiştir (3,7).

Bazı koşullarda, histeroskopi uterin kavitenin incelenmesi için yegane metod olabilmektedir. (Örneğin iod içeren kontrast maddenin hastalarda muhtemel yan etkileri gibi).

SUMMARY

THE IMPORTANCE OF HYSTEROSCOPY IN INFERTILE WOMEN.

Hysteroscopy is a useful diagnostic method in the evaluation of the uterin cavity. Hysteroscopy can localize the uterin lesions and determine their extent with more accuracy than the hysterosalpingogram. Hysterosalpingography should be the first step in the evaluation of the uterin cavity and the tuboperitoneal factor in an infertile woman. Hysteroscopy should be combined with laparoscopy when any lesion is suspected on the hysteroqram, or when no other causes of infertility has been found. The diagnosis of uterine lesions can be followed by surgical treatment under laparoscopic guidance.

LİTERATÜR

1. Wallach EE; The uterine factor in infertility, Fertil Steril, 23; 138, 1972.
2. Lindemann Hj, Mohr J; Co2 hysteroscopy diagnosis and treatment. Am. J. Obstet Gynecol, 124; 129, 1974.
3. Valle RF; Hysteroscopy in the evaluation of female infertility. Am. J. Obstet. Gynecol, 137; 245, 1980.
4. Schenker J.G., Margolioth EJ; Intrauterin adhesions; an updated appraisal. Fertil Steril 37; 593, 1982.
5. March CM, İsrail R., March AD; Hysteroscopic management of intrauterin adhesions Am. J. Obstet. Gynecol. 130; 653, 1978.

6. Faye, J.A. Mutie G, Schenider PJ.; The diagnostic value of HSG and Hysteroscopy in infertility investigation. *Am. J. Obstet Gynecol*, 156; 1210, 1987.
7. Pellicer A: Hysteroscopy in the infertile woman . In DeCherny A.H. (Ed). *Hysteroscopy. Obstet etrics and Gynecology clinics of North America* 1988-1 WB. Saundersl Comp.
8. Sugimoto O; Diagnosis and therapevtic hysteroscopy for travmatic intrauterine adhesions. *Am J. Obstet Gynecol* 131; 539, 1978.
9. Snowden EU., Jarret JC, Dawood MY.; Comparison of diagnostic accuracy of laparoscopy, hysteroscopy and hysterosalpinogoraphy in evaluation of female infertility. *Fertil Steril* 41; 709, 1984.
10. Edström K, Fernström I; The diagnostic possibilities of a modified histerioscopic tecniue. *Acta Obst. Gynaecol. Scand.* 49; 327, 1970.
11. Fayez J.A. Mutie G, Schneider PJ; The diagnostic value of hysterosalpingography and hysteroscopy in infertility investigation. *Am J. Obstet. Gynecol.* 156; 558, 1987.
12. Keisser L, Lancet M; Hysteroigraphy and hysteroscopy; a comparasion *Fertil Steril* 46; 709, 1986.
13. Taylor PJ. Lewinthal D, Leader A et al; A comparison of dextran 70 with carbon dioxide as the distention medium for hysterscopy in patients with infertility or requesting reversal of a prior tubal sterilization. *Fertil Steril* 47; 861, 1987.
14. Taylor P.J Correlation in infertility, symptomatology. HSG, hysteroscopy, laparoscopy. *J. Reprod. Med.* 18; 125, 1977.
15. Joelsson I, Levine RU. Maberger G: Hysteroscopy as an adjunct in determining the extent of carcinoma of the endometrium *Am. J. Obset. Gynecol.* 12; 18, 1971.