



ARAŞTIRMA YAZISI

İNFERİLİTEDE TANISAL LAPAROSKOPİ MUTLAK GEREKLİ MİDİR?

Recep Yıldızhan, Necdet Süer

SB Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3.Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye

ÖZET

AMAÇ:Histerosalpingografi (HSG) infertilite için vazgeçilmez bir tanı yöntemidir. Tanısal laparoskopi infertil olguların değerlendirilmesinde son yıllarda neredeyse rutin yapılırken günümüzde tartışılır hale gelmiştir. **YÖNTEM:** Kliniğimizde 2004-2006 yıllarında önceden HSG çekilen 121 infertil olgunun yapılan Tanısal Laparoskopi sonuçlarını değerlendirdik. Bu olguları HSG sonuçlarına göre değerlendirip grupladık. **BULGULAR:**1. gruptaki 68 olgunun HSG'si normal, 2. gruptaki 16 olgunun tubaları tek taraflı kapalı, 3. gruptaki 37 olgunun ise tubalarının çift taraflı kapalı olduğu görülmektedir. Tanısal laparoskopi sonuçlarına baktığımızda, 1. ve 2. grup olguların tubal değerlendirme sonuçlarının HSG sonuçları ile uyum gösterdiği ancak 3. grup olgulardan 14'ünün tubalarında anormal bir durum saptanmamıştır. **SONUÇ:** Tubal faktör değerlendirilirken HSG ilk uygulanması gereken prosedürdür. Ancak peritubal adhezyonlar açısından tek başına değersizdir. HSG sonucunda bilateral tıkanıklık izlenmişse tanısal laparoskopi mutlaka yapılmalıdır.

Anahtar sözcükler: İnfertilite, Histerosalpingografi, Tanısal laparoskopi

IS DIAGNOSTIC LAPAROSCOPY ABSOLUTELY INDICATED IN INFERTILITY?

ABSTRACT

OBJECTIVE:Hysterosalpingography (HSG) is a basic diagnostic procedure in infertility. In recent years, diagnostic laparoscopy has become popular and used in almost every infertile patient. However, nowadays agreement on this approach is not so clear.**METHOD:** In our clinic, between 2004-2006 we evaluated the result of diagnostic laparoscopy of 121 infertile women who had HSG formerly. We classified the cases according to HSG results. In the first group, the HSG results of 68 cases were normal. In the second group, there was unilateral tubal obstruction in 16 cases. In the third group, obstruction was bilateral in 37 cases. Diagnostic laparoscopy and HSG results of 1. and 2. group revealed similarity. In contrast no abnormality was observed in 14 cases of the 3. group. **CONCLUSION:** HSG is the first line procedure while evaluating tubal alone patency. However, regarding peritubal adhesions alone is of no value. In the case of bilateral tubal obstruction determined in HSG, diagnostic laparoscopy is absolutely indicated.

Keywords: Infertility, Hysterosalpingography, Diagnostic laparoscopy

GİRİŞ

Laparoskopi jinekoloji alanında önceleri sıklıkla tüp ligasyon için kullanılmışsa da günümüzde neredeyse laparotomi ile yapılan tüm girişimler laparoskopik yapıla-

bilmektedir. Tanısal laparoskopi özellikle infertil olguların değerlendirilmesinde son yıllarda rutin kullanımda iken günümüzde gerekliliği tartışılmaktadır. İnfertil olgunun tanısal laparoskopisinde üst batın, pelvis,

İletişim Bilgileri:

Op. Dr. Recep Yıldızhan

SB Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3.Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, Turkey

e-mail: recepyildizhan@yahoo.com

Marmara Medical Journal 2008;21(1);007-010



uterus, overler, tubalar ve peritoneal faktörler değerlendirilir. Tanısal laparoskopinin en önemli katkısı bu faktörleri sağlıklı değerlendirip aynı seansta olgunun tedavi edilebilmesidir. Kromopertubasyon ile tubalarda geçiş olup olmadığı izlenir. Tanısal laparoskopi ile gözlenen pelvik adezyon ve endometrial odakların rezeksiyonu ve ablasyonu ile gebelik oranlarının arttığı tespit edilmiştir¹.

HSG infertil hastalar için halen vazgeçilmeyen ilk basamak tanı yöntemidir^{2,3}. Fallop tüplerinin açıklığı ve uterus anatomisi değerlendirilir⁴. Tubal tıkanıklığın HSG ile gözlenmesini güvenilir bulan otörler laparoskopi ile teyidini gereksiz buluyorlar. Negatif HSG'nin ise fallop tüplerinin ve peritoneal faktörlerin normal olduğunun yeterince kesin bulgusu olamayacağını ve HSG'deki tubal açıklığın biraz daha fazla laparoskopik araştırma gerektirdiğini belirtiyorlar. Başka araştırmalarda ise HSG'de atlanmış pelvik patoloji insidansının yüksek olması nedeniyle HSG sonrası laparoskopinin önemini vurguluyorlar⁵.

GEREÇ-YÖNTEM

2004-2006 yıllarında kliniğimize infertilite şikayeti ile başvuran 121 olguya önce HSG sonra da tanısal laparoskopi yapılmıştır. Retrospektif çalışmamızda bunların sonuçlarını karşılaştırarak değerlendirdik. Olguları üç gruba ayırdık. İlk gruptaki 68 olgu HSG sonucu normal olan, yani uterin kavite ve tubaların normal görüldüğü ve kontrastın periton boşluğuna iki taraflı serbest dağıldığının gözlemlendiği olgulardı. İkinci gruptaki 16 olgunun HSG sonuçlarında tek taraflı tıkanıklık gözlenmiştir, kontrast periton boşluğuna tek taraflı serbest dağılmıştır. Üçüncü gruba ise HSG sonuçlarında tubaların iki taraflı tıkalı olduğu ve kontrastın periton boşluğuna geçemediği izlenen 37 olgu oluşturdu. Bu üç gruba tanısal laparoskopi yapılmış. Bazı olgularda hafif ve orta derecede adezyonların varlığı ve bunların giderildiği yazılıydı. Bunlar kriter olarak ele alınmadı. Kromopertubasyon ile tubalarda

geçiş olup olmadığı izlenimleri dikkate alındı. Bu bulgular HSG sonuçları ile birlikte değerlendirilip karşılaştırıldı. Çalışmadaki olguların HSG ve tanısal laparoskopileri farklı uzmanlar tarafından yapılmış ve yorumlanmıştır. Kullanılan kontrast tüm olgularda aynıdır.

BULGULAR

1. grubu oluşturan 68 olgunun HSG bulguları normal olup yapılan tanısal laparoskopi sonucunda 66 olgunun tubal geçişleri yine normal ama 2 olguda tek taraflı tüp tıkanıklığı gözlenmiş. 2.grubu oluşturan 16 olgunun HSG bulgularında tek taraflı tüp tıkanıklığı izlenmiş. Aynı olguların yapılan tanısal laparoskopilerinde sadece iki olguda tek taraflı tüp tıkanıklığı teyid edilmiştir. Diğer 14 olgunun her iki tüpünde geçiş normal olarak izlenmiş. 3.grubu oluşturan 37 olgunun HSG bulgularında her iki tüpün tıkanık olduğu izlenmiş. Bu grubun yapılan tanısal laparoskopilerinde sadece 23 olguda iki taraflı tüp tıkanıklığı teyid edilmiş. 9 olguda tek taraflı tüp tıkanıklığı görülmüş. Geri kalan 5 olgunun ise tüpleri açılmış.

HSG bulgusu normal ve tek taraflı tıkalı olanları birlikte ele alırsak 121 olgunun 84(%69)'ü normal diyebiliriz. Grup 3'te ise 37(%31) olguda iki taraflı tüp tıkanıklığı mevcuttur.

Tanısal laparoskopi yapıldıktan sonra elde edilen oranlara bakılırsa grup 1 ve grup 2 olguların toplamı 98(%81)'dir. Grup 3'te ise 23(%19) olguda iki taraflı tüplerde tıkanıklık izlenmiştir.

HSG bulgusunda normal veya tek taraflı tüpün tıkalı olduğu olguların sayısı (grup 1 ve grup 2 toplamı) 84(%69) iken tanısal laparoskopi sonrası olguların sayısı 98(%81)'e çıkmaktadır.

HSG bulgusunda iki taraflı tüplerin tıkalı olduğu olguların sayısı yani grup 3 olgular tüm olguların %31'ini oluştururken, tanısal laparoskopi sonrasında bu oran %19'a düşmüştür.



Tablo: HSG ve Tanısal laparoskopi bulguları

TANISAL LAPAROSKOPİ BULGULARI				
HSG BULGULARI	NORMAL	TEK TARAFLI TIKALI	ÇİFT TARAFLI TIKALI	TOPLAM
NORMAL	66	2	----	68
TEK TARAFLI TIKALI	14	2	----	16
ÇİFT TARAFLI TIKALI	5	9	23	37
TOPLAM	85	13	23	121

TARTIŞMA

Kodaman PH ve arkadaşları infertil olgunun tubal faktörü değerlendirilmesinde HSG'nin yaygın kullanıldığını, laparoskopik kromopertubasyonun tubal hastalıkların tanısında altın standart olduğunu savunmuşlardır⁶. Laparoskopi geleneksel olarak infertil olgunun değerlendirilmesinde sadece bir tanısal basamak olarak kullanılırken birçok enstrümanın gelişimi ve lazer cerrahisinin dahil olmasıyla konvansiyel laparatominin yerine geçmiştir. Bu enstrümanlarla laparoskopik asiste in vitro fertilizasyon yanı sıra laparoskopik tubal cerrahi sonrası gebelik oranlarını arttıracak aynı zamanda bu prosedürün güvenliğini de arttıracak⁷. İntrauterin inseminasyon yapılmadan önce uygulanan tanısal laparoskopi sonrasında tedavi kararları değişebilir. Prospektif çalışmalarla tanısal laparoskopinin etkinliği ve gebelik oranlarına etkisi daha iyi anlaşılacaktır⁸. HSG ve Tanısal laparoskopi birbirini tamamlayan ve infertilite değerlendirilmesinde gerekli prosedürlerdir⁹. Hem HSG hem de tanısal laparoskopinin avantaj ve dezavantajları vardır. Sadece her ikisinin kullanılması ile kesin tanı alabilecek, infertiliteye neden olan tubal, uterin ve ovaryan bulgular elde edilebilir¹⁰. Fatum ve arkadaşları tanısal laparoskopinin açıklanamayan infertil olgularda yapılmayabileceğini ve bu olgulara ovulasyon induksiyonu ve intrauterin inseminasyon

yapılmasını, başarısız olunması halinde yardımcı üreme tekniklerinden faydalanılması gerektiğini bildirmişlerdir¹¹. Corson SL ve arkadaşları ise infertil olguda pelvik patoloji düşünülüyorsa olgunun yardımcı üreme teknikleri programına yönlendirme kararında etkili olabileceği düşüncesiyle tanısal laparoskopiyi önermektedirler¹².

Çalışmamızdaki 37 olgunun HSG bulgusunda tüplerin iki taraflı kapalı olduğu ancak tanısal laparoskopi sonucunda 14'ünde ya tek taraflı tüp tıkanıklığı ya da her iki tüpünün de açık olduğu görüldü. %38 lik bu yalancı pozitiflik oldukça anlamlıdır.

HSG'deki tubal tıkanıklığın tanısal laparoskopide görülmemesi kontrast madde ile metilen mavisi arasındaki viskozite farkına, filmleri değerlendiren uzmanların yorum farkına veya teknik artefaktlara bağlıdır. HSG'deki tubal açıklığın tanısal laparoskopide kapalı görülmesi ise her iki işlem arasında oluşan pelvik inflamatuvar hastalık veya teknik sorunlarla ilgilidir⁴.

İnvazif ve pahalı bir yöntem olmasını çalışmamız sonuçları ile birleştirerek HSG'si normal veya tüpleri tek taraflı kapalı infertil olgularda tanısal laparoskopi yapmanın tedavi programını oluşturmada fazla yararı olmayacaktır. Ancak infertil olgunun HSG'sinde tüpler iki taraflı kapalı ise yalancı pozitif olma olasılığı ile mutlaka tanısal laparoskopi yapılmalıdır.



KAYNAKLAR

1. Marcoux S, Maheux R, Berube S. Laparoscopic surgery in infertile women with minimal or mild endometriosis. Canadian Collaborative Group on Endometriosis. N Eng J Med 1997;337:217-222.
2. Okonofua FE, Essen UI, Nimalaraj T. Hysterosalpingography versus laparoscopy in tubal infertility: comparison based on findings at laparotomy. Int J Gynaecol Obstet 1989 ;28:143-147.
3. Shah SM, Towobola OA, Masihleho M. Diagnosis of fallopian tube patency. East Afr Med J 2005;82:457-462.
4. Lavy Y, Lev-Sagie A, Holtzer H, et. al. Should laparoscopy be a mandatory component of the infertility evaluation in infertile women with normal hysterosalpingogram or suspected unilateral distal tubal pathology? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004;114:64-68.
5. Feyer JA, Mutie G, Schneider PJ. The diagnostic value of hysterosalpingography and laparoscopy in infertility investigation. Int J Fertil 1998: 33:98-101.
6. Kodaman PH, Arici A, Seli E. Evidence-based diagnosis and management of tubal factor infertility. Curr Opin Obstet Gynecol 2004;16:221-229.
7. Kosasa TS. The role of laparoscopy in the management of the infertility patient. Hawaii Med J 1999;58:10-11.
8. Tanahatoe S, Hompes PG, Lambalk CB Accuracy of diagnostic laparoscopy in the infertility work-up before intrauterine insemination. Fertil Steril 2003;79:361-366
9. Hassanein MS, El Sayes E, El Gendy A. Hysterosalpingography versus laparoscopy in infertile women. Popul Sci 1991; 10:1-6.
10. Vasiljevic M, Ganovic R, Jovanovic R, et. al. Diagnostic value of hysterosalpingography and laparoscopy in infertile women. Srp Arh Celok Lek 1996;135-138.
11. Fatum M, Laufer N, Simon A. Should diagnostic laparoscopy be performed after normal hysterosalpingography in treating infertility suspected to be of unknown origin? Hum Reprod 2002;17:1-3.
12. Corson SL, Cheng A, Gutmann JN. Laparoscopy in the "normal" infertile patient: a question revisited. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2000; 7:317-324.