

TÜP İNFERTİLİTESİNDE LAPAROSKOPİNİN DEĞERİ

Mülazım Yıldırım*

Mazhar Ülker**

Erkin Kandemir***

Özellikle tüp ve over gibi pelvis organlarının direkt olarak görülmesi, infertilite tetkikleri içinde ayrı bir önem taşımaktadır. Soğuk ışığın modern endoskopik araştırma alanına girmesinden sonra, kuvvetli aydınlanma sayesinde iç genital organların iyi bir şekilde incelenme olanağı doğmuştur.

Transparyetal yapıldığında laparoskopi, peritoneskopi, çölioskopi diye isimlendirildiği gibi, transvajinal yapıldığında kuldoskopi, dougloskopi diye de bahsedilebilir.

Fransız dili literatüründe daha çok Çölioskopi diye bahsedildiği halde, Anglo-Sakson literatüründe, laparoskopi ismi kullanılmaktadır. Biz de daha yaygın olan lapararoskopik olarak bahsedeceğiz.

Transparyetal laparoskopik 1901 yılında Kelling tarafından köpekler üzerinde yapıldı. 1912 yılında ise İsveç'te Jacobaeus insanda kullandı. 1937 Kuddock ve Hope, bozulmamış dış gebelik teşhisinde laparoskopik araştırmadan faydalanmıştır (3).

Jinekolojik alana tam olarak girmesi bir müddet daha gecikmiştir. Overlerin ve tüplerin, Trendelenburg pozisyonunda, lig. latum ve uterus arkasında kalarak görülmemesi gerekçe olarak gösterilmiştir. 1943 yılından sonra bu sorun da ortadan kaldırılmıştır. Uterus içine sokulan bir kanülle, uterus istenildiğinde ve istenildiği kadar baskı ile edilerek, overlerin ve tüplerin de iyi bir şekilde görülmeye olanağı ortaya çıkartılmıştır.

Bir çok jinekolojik alanda rutin tetkik metodu haline gelen laparoskopinin, tüp infertilitesi konusunda önemi iyice artmıştır (1,2,7). Bu nedenle mevcut literatürü de gözden geçirerek, tüp infertilitesinde laparoskopinin yerini toplu olarak gözden geçirmeyi uygun bulduk.

TÜP İNFERTİLİTESİNDE LAPAROSKOPİK TETKİK :

Kadında sterilite nedenleri araştırılırken, tüplerin ve overlerin incelenmesinde laparoskopinin özel bir yeri vardır. Sterilite tetkikleri arasında laparoskopik araştırma, en önce yapılan bir yöntem değildir. Ancak yapılması kaçınılmaz bir araştırma metodudur.

* A.Ü. Tıp Fak. Kadın Hastalıkları ve Doğum K. Uz. Asistanı

** A.Ü. Tıp Fak. Kadın Hastalıkları ve Doğum K. Profesörü

*** A.Ü. Tıp Fak. Kadın Hastalıkları ve Doğum K. Kürsü Başkanı

Tüp sterilitesinde laparoskopik inceleme iki evrede yapılır :

- 1 — Operasyondan önce,
- 2 — Operasyondan sonra.

1 — Operasyondan önce : Bilindiği gibi, spermogram, HSG, premenstüriyel probe küretaj ve Sims-Huhner testi gibi dört büyük ana tetkik yapıldıktan sonra laparoskopik araştırma yapılması düşünülmelidir. Ancak bu durum, laparoskopinin her vakada rutin yapılacağını göstermez. Fakat tüp sterilitesi olan ve HSG si şüpheli bulunan tüm vakalarda yapılması bir ilmi zorunluluktur.

Tüplerin açık olup-olmadığının kontrolü HSG ile yapılarak bir fikir sahibi olunursa da, bu tetkik metodu tüp hakkında anlamlı bir sonuç vermez. Hatta tüp içine gönderilen radyopak maddenin batin içine geçmiş olması, tüpün açık olduğunu gösterse bile, açık olan yerin durumu hakkında bir fikir vermez (1,7). Bu nedenle kapalı tüplerde ve HSG de şüpheli görülen vakalarda laparoskopi yapılmalıdır.

LAPAROSKOPİNİN HSG ye AVANTAJLARI :

1—) Tek veya çift taraflı ampullardan kapalı tüplerde, operasyona yaklaşım açısından kesin bir kanaat verir. Kapalı kısmın, çevresi ile olan ilişkisi ve anatomopatolojik durumu direkt olarak görülerek, hastaya şansının ne kadar olabileceği söylenirken yanılma payı az olacaktır. HSG de görüldüğünde iyi sonuç almır gibi görülen vakalarda, ileri derecede yapışıklık saptandığında, sonucun yüz güldürücü olmayacağı önceden anlaşılabılır.

2—) Tüpler içine verilen opak maddenin batin içine geçmesine rağmen, ampullalarda fimosis mevcut olabilir. Böyle bir tüp ovumu yakalayamayacağı için, tüp HSG de açık görülmesine rağmen, fonksiyonunu yapamayacaktır. Pratikte HSG ile açık olarak değerlendirilen bu durum, ancak laparoskopik tetkik ile tesbit edilebilmektedir (1,2,7).

3—) HSG de tüpler açık olarak görülse bile, geçirilmiş enfeksiyonlara bağlı olarak, kıvrılmalar ve katlanmalar nedeniyle, bir takım dirseklenmeler olacak ve hatta uzak çevrelere yapışarak anatomik pozisyonları değişerek overlerden uzaklaşacaklardır. Böyle bir durum da sterilite nedeni olacaktır. HSG ile tesbit edilemeyen bu durum, laparoskopi ile kolayca saptanabilir.

4—) Vakaların çoğunda, perituba-ovarial aderanslar mevcuttur. Bu aderanslar, bazan tüpün distal ağzını bir perde gibi kapatır, bazan da overler üzerini bir kapsül, tarzında sararak, tüp ağzı ile over arasında mekanik bir engel teşkil ederler. HSG de tüplerin açık olduğu görülse bile, bu aderanslar bir sterilitte nedeni olacaktır. HSG ile tesbit edilemeyen bu aderansların temizlenmesi halinde gebelik şansının % 50 oranda arttığı bildirilmiştir (3).

5—) Tüpler HSG de ister kapalı, ister şüpheli görülsün, bu durumu yaratan etiyojinin saptanmasında en anlamlı araştırma, laparoskopi ile yapılabilir.

Laparoskopi ile etyolojinin tbc, endometriosis veya nospesifik bir enfeksiyon durumunun tesbiti, tedavinin ana ilkeleri düzenlenirken hekime en büyük yardımcı olmaktadır.

6—) Laparoskopi ile tüpler etüd edilirken, aynı seansta overlerin de incelenme olanağı vardır.

ENDİKASYONLAR :

1—) Ampullaları kapalı tüplerde, operasyon yaklaşımını tayin etmek için operatörün düşünce ve tutumuna yön vermesi bakımından yapılmalıdır.

2—) Batına geçişin şüpheli olduğu vakalarda, kesin bir kaniya varmak için gereklidir.

3—) Kornuların kapalı olduğu durumlarda, tüpün diğer kısımlarının araştırılması için uygulanır.

4—) Daha önce tüp sterilizasyonu yapılan vakalarda, proksimal parçanın, HSG ile tesbit edilme olanağı vardır. Distal parçanın durumu hakkında bir fikir sahibi olunmak istendiğinde yapılır.

5—) Yapılan sterilite tetkiklerinde hiç bir patolojik neden tesbit edilemeyen vakalarda uygulanmalıdır.

2 — Operasyondan sonra : Laparoskopik araştırma, salpingoplastiden sonra da yapılmaktadır (4,5,6). Postoperatif laparoskopi iki neden ve iki dönemde yapılmaktadır. Yazarların çoğu operasyondan sonra 6. cı aya kadar gebe'lik meydana gelmemiş ise, laparoskopi yapılmasını önermektedirler. Burada bir yandan, tüplerin geçirgenliği metilen mavisi deneyi yapılarak araştırılır, bir yandan da, postoperatif durum ve yapışıklıklar yeniden gözden geçirilir.

Bir kısım yazarlar ise çok daha erken devrede, postoperatif 8. ci ve 12. ci günlerde laparoskopi yapmaktadır (5,6). Burada laparoskopi hasta daha taburcu edilmeyen yapıldığı için, hastanın tekrar hastahaneye yatırılmasına gerek yoktur. Tek seansta operasyon ve laparoskopi yapılmaktadır. Fakat burada asıl amaç teşhis için değil, tedavi içindir. Erken postoperatif devrede meydana gelebilecek ade-ransların laparoskopi ile koterize ederek temizlenmesidir.

SONUÇ

Bilindiği gibi sterilite tetkik metodları arasında HSG nin önemli bir yeri vardır. Fakat HSG ile tetkik tamamlanmış değildir. Tüplerin açık'lığı bazan şüpheli olabilir. Kapalı olanlarda ise, tüpün çevresi ile olan ilişkisi bilinmemektedir. Yalnız HSG ile tedavi düzenlenebileceği düşünülürse, laparatomi yapıldığında, durumun hiçte önceden düşünüldüğü gibi olmadığı ortaya çıkabilir. Bu gibi hallerde operatör, kendisini sonucu önceden belli olmayan bir çıkmaza sokmuş olacaktır. Ayrıca hastaya ümit vermenin ezikliği ve başarısızlığın burukluğunu hissedecektir.

İşte tüp sterilitesi vakalarında HSG ile başlayan tetkik, laparoskopi ile tamamlanmalıdır. Görünüşte laparoskopi, HSG nin tamamlayıcısı gibi düşünülürse, gerçek hiçte böyle değildir. Tüplerin etraflı bir şekilde incelenmesi ancak

laparoscopi ile olur. Fakat bir yandan hastanın hastahaneye yatırılması, tüm operasyon hazırlığından geçmesi, Kullanılan aletlerin çok pahalı olması ve her yerde temin edilememesi, öteyandan, anestezi gerekmesi nedeniyle, laparoscopi, HSG gibi her yerde herkes tarafından uygulanan bir metod değildir. Böyle olmakla beraber, dünyanın büyük sterilite merkezlerinde laparoscopi hemen hemen rutin olarak yapılmaktadır. Gün geçtikçe de yaygın hale gelmektedir. Laparoscopi ile bir yandan tüpler etraflı olarak incelenirken, öteyandan, tedavinin düzenlenmesinde hekime iyi bir yaklaşım olanağı doğacaktır.

Bunun dışında, salpingop'astiden sonra, 6 ay içinde bir gebelik söz konusu olmayan vakalarda, yeniden laparoscopi yapılarak tüpler ve çevre organlar ile olan ilişkileri araştırılmalıdır. Bazı yazarlar salpingoplastiden sonra erken devrede, pelvik aderansların temizlenmesi için, laparoskopinin tedavi edici özeliğinden faydalanmışlardır. Birkaç merkezde yapılan bu uygulama, halen yaygınlaşmış değildir. Ayrıca biz laparoskopinin sadece teşhis niteliğinden bahsettik.

ÖZET

Tüp infertilitesi konusunda laparoskopinin değerini inceledik. Bu, tüplerin durumunu açıklamak için zorunlu bir methoddur. HSG ile başlayan etüd, laparoscopi ile devam etmelidir. Tüp sterilitesi konusunda laparoscopi yapılmadığı zaman, bu eksik yapılan bir incelemedir.

RESUME

La valeur de la laparoscopie au sujet d'infertilité tubarie.

Nous avons étudié la valeur de la laparoscopie au sujet d'infertilité qui concerne les trompes. La laparoscopie, c'est une méthode qui est obligatoire a fin d'explorer les trompes. L'étude qui commence avec HSG, doit continuer avec laparoscopie. En ce qui concerne stérilité tubaire, quand la laparoscopie ne fait pas, c'est une étude qui a été fait incomplet.

KAYNAKLAR

- 1 - Bruhat, M.A. et Col. : Place de la coelioscopie dans le bilan de stérilité féminine. J. Gyn. Obst. Repr. 9 : 337, 1980.
- 2 - Brun, G., Cossard, F. : L'évolution des indications de la coelioscopie entre 1973 et 1977. J. Obst. Biol. Repr. 8 : 299, 1979.
- 3 - Cohen, J., Palmer, R. : Stérilité conjugale. Ed. Masson, Paris, 1979.
- 4 - Dubuisson, J.P., Barbot, J., Henrion, R. : La coelioscopie de controle précoce après microchirurgie tubaire. J. Gyn. Obst. Biol. Repr. 8 : 655, 1979.
- 5 - Henry-Suchet, J., Lofredo, V. : Prévention de la récurrence des adhérences au cours des plasties tubaires. (I). J. Gyn. Obst. Biol. Repr. 8 : 451, 1979.
- 6 - Henry-Suchet, J., Loffredo, V. : Prévention de la récurrence des adhérences au cours des plasties tubaires (II). J. Gyn. Obst. Biol. Repr. 8 : 549, 1979.
- 7 - Kamran, S.M., Gun, S.S. : Correlation between hysterosalpingography and pelvic endoscopy for the evaluation of tubal factor. Fertility and Sterility. 26 : 1178, 1975.