

İnfertil Hastalarda Diagnostik Histeroskopinin Rutin Kullanımı

Ebru Çoğendez, Suna Soğuktaş, Kemal Altınkaş, Akif Alkan, Sadiye Eren

Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Yazışma Adresi : Atatürk Cad. Yücel Apt. No: 30/17 Sahrayıcedid-kadıköy 34730 İstanbul – Türkiye

Tel: 0 216 391 06 80 Cep: 0 505 744 99 19 e-mail: ebrucogendez@gmail.com

ÖZET :

Amaç: Temel infertilite araştırmasında diagnostik histeroskopinin yerini inceledik.

Materyel ve Metod: Uterin kavitenin değerlendirilmesi amacıyla hastanemiz Yardımcı Üreme Teknikleri Ünitesi ve infertilite polikliniğinden endoskopik cerrahi kliniğimize refere edilen 53 primer infertil ve 28 sekonder infertil hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Primer infertil grupta 23 hastaya infertilite araştırmasının bir parçası olarak, 30 hastaya anormal histerosalpingografi bulgusu endikasyonu ile; sekonder infertil grupta ise hastaların tümüne anormal histerosalpingografi bulgusu endikasyonu ile tanısal histeroskopi yapıldı. Endometrial polip, submuköz myom ve intrauterin adhezyonlar edinsel anomali, mülleryen anomaliler konjenital anomali olarak kabul edildi.

Bulgular: 81 hastanın tümüne diagnostik histeroskopi yapıldı. Primer infertil grupta 29 (%54.7) hastada anormal histeroskopi bulgusuna rastlanırken, sekonder infertil grupta 16 (%57.1) hastada anormal histeroskopi bulgusu saptandı. Primer ve sekonder infertil hasta grupları arasında anormal histeroskopi bulgusu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Primer infertil grupta intrauterin patolojilerin dağılımı 11 endometrial polip, 3 submuköz myom, 4 intrauterin adhezyon, 5 uterin septum, 1 didelfis uteri, 1 bicornuat uterus, 1 unicornuat uterus, 2 arcuat uterus ve 1 rudimenter horn + vajinal septum olup; sekonder infertil grupta bu bulguların dağılımı 8 endometrial polip, 2 intrauterin adhezyon, 3 uterin septum, 2 bikornuat uterus, 1 arkuat uterus şeklindeydi.

Sonuç: İnfertil hastalarda rutin diagnostik histeroskopi infertilite araştırmasının bir parçası olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite, dignostik histeroskopi, uterin patoloji

SUMMARY :

Routine use of diagnostic hysteroscopy in infertile patients

Objective: We examined the place of hysteroscopy in investigation of basic infertility.

Material and Methods: To investigate the uterine cavity, 53 primary infertile and 28 secondary infertile patients were evaluated by Endoscopic Surgery Clinic, which were referred from Assisted Reproductive Technics Unit and infertility polyclinic. We planned diagnostic hysteroscopy to 30 of 53 primary infertile patients because of abnormal hysterosalpingography findings, to 23 of 53 primary infertile patients as a part of infertility investigation and to all secondary infertile patients because of abnormal hysterosalpingography findings. Endometrial polyp, submucous myoma and intrauterine adhesions were inserted in acquired pathologies, müllerian abnormalities were inserted in congenital pathologies.

Results: Diagnostic hysteroscopy was applied to 81 infertile patients. We met abnormal hysteroscopic findings in 29 (%54.7) primary infertile patients and in 16 (%57.1) secondary infertile patients. There was no determined statistically significant difference between primary and secondary infertile groups for abnormal hysteroscopy finding ($p>0.05$). The rate of abnormalities in primary infertile group were 11 endometrial polyp, 3 submucous myoma, 4 intrauterine adhesions, 5 septate uterus, 1 uterus didelphys, 1 bicornuate uterus, 1 unicornuate uterus, 2 arcuate uterus and 1 rudimenter horn-septate vagina. In secondary infertile group 8 endometrial polyp, 2 intrauterine adhesion, 3 septate uterus, 2 bicornuate uterus and 1 arcuate uterus were detected.

Conclusion: Routine diagnostic hysteroscopy should be part of an infertility workup in infertile patients.

Key Words: Infertility, diagnostic hysteroscopy, uterine pathology

GİRİŞ

Kadınlarda infertilite nedenleri ovulatuvar, tubal-peritoneal ve uterin patolojiler olarak sınıflandırılabilir. İnfertil kadınlarda intrauterin patoloji sıklığı farklı çalışmalarda yaklaşık %50 oranında belirtilmektedir(1,2). Bu yüksek prevalans nedeniyle infertil kadınlarda temel araştırmada uterin kavite rutin olarak değerlendirilmelidir. Günümüzde histeroskopi uterin kavitenin değerlendirilmesinde altın standart bir yöntemdir. Özellikle ofis histeroskopi ile uterin kavitenin direkt olarak gözlemlenebilmesi transvajinal ultrasonografi(TVS) veya histerosalpingografi (HSG) gibi indirekt yöntemlere göre histeroskopiye önemli bir üstünlük sağlar(3). Histeroskopi, HSG ve TVS ile karşılaştırıldığında fertilitayı etkileyebilecek en küçük intrauterin lezyonu dahi daha kesin olarak tanıyabilmektedir. Bu çalışmanın amacı diagnostik histeroskopinin temel infertilite araştırmasındaki yerini saptamaktır.

MATERYEL VE METOD

Şubat 2005 ve Mart 2007 tarihleri arasında hastanemiz infertilite polikliniğine başvuran ve tanısal amaçlı histeroskopi yapılan 53 primer ve 28 sekonder infertil hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, infertilite süreleri ve HSG bulguları kaydedildi. HSG’de düzgün yüzeyle, yuvarlak görümlü, ardışık filmlerde sebat eden ve yer değiştirmeyen dolun defektleri polip veya submüköz myom olarak değerlendirildi. Kavite konturlarında düzensizlik, hatta bazen konturları açılacak kadar keskin dolun defektleri uterin adhezyonlar olarak sınıflandırıldı. Basınçlı enjeksiyona rağmen kontrast madde geçişi sağlanamayan vakalarda servikal stenoz veya komplet adhezyondan şüphelenildi. Çift uterin kavite izlenen olgularda uterin anomali düşünüldü. Ancak anomalinin ayırıcı tanısı HSG ile net yapılamadı. Küçük tabanlı ve ince lezyonlar septum lehine yorumlandı. HSG’de bir taraf tubanın ve kornual bölgenin izlenemediği hastalar unikornuat uterus olarak değerlendirildi. Hastalara menstrüel siklus bitiminde erken proliferatif fazda tanısal histeroskopi uygulandı. Ofis şartlarında 30 derece 5-mm rijid histeroskop (Olympus

Optical, Germany) kullanılarak tanısal işlem gerçekleştirildi. Distansiyon mediası olarak izotonik sodyum kullanıldı. Histeroskopi ile servikal kanal ve tüm uterin kavite değerlendirildi. Uterin septum, arkuat uterus, unikornuat uterus, didelfis uteri konjenital uterin anomaliler; polip, adhezyon ve submüköz myomlar ise edinsel uterin anomaliler olarak değerlendirildi. Fundal protrüzyon uterin kavitenin beşte birinden daha azını kaplıyorsa arkuat uterus olarak tanımlandı. Septum ve bikornuat uterus ayırımında transvajinal ultrasonografiden faydalanıldı. Histeroskopun operatif kanalından biyopsi forsepsi kullanmak suretiyle polip ve benzeri küçük intrauterin lezyonlardan patolojik inceleme için biyopsi alındı. İşlem sırasında lokal anestezi ve servikal dilatasyon yapılmadı. İntrakaviter patoloji saptanan olgulara bir sonraki sikluste menstürasyon bitiminde operatif histeroskopi planlandı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra ki-kare, duyarlılık, özgüllük, pozitif kestirim değeri ve negatif kestirim değeri hesaplanmıştır.

BULGULAR

Toplam 81 infertil hastaya tanısal histeroskopi uygulandı. Hastaların 53’ü (%65.4) primer infertil, 28’i (%34.6) sekonder infertil olup; yaş ortalaması primer infertil grupta 28.3 5.44 yıl sekonder infertil grupta 31.2 4.36 yıl olarak saptandı. Ortalama infertilite süresi primer infertil olgularda 8.2 yıl (min.1-maks.22), sekonder infertil olgularda 5.7 (min.2-maks.10) yıl idi.

Primer infertil grupta 23 hastaya infertilite araştırmasının bir parçası olarak, 30 hastaya anormal HSG bulgusu endikasyonu ile; sekonder infertil grupta ise hastaların tümüne anormal HSG bulgusu endikasyonu ile tanısal histeroskopi yapıldı. Anormal HSG bulguları kavitede düzensizlik, dolun defekti, uterin anomali ve kavitenin izlenememesi şeklinde 4 grupta incelendi. Primer infertil grupta anormal HSG bulgularının dağılımı 10(%18.9) irregüler kavite, 9(%17) dolun defekti, 4(%7.5) uterin anomali, 7(%13.2) kavitenin izlenememesi

şeklinde olup sekonder infertil grupta bu bulguların dağılımı 11(%39.3) dolum defekti, 7 (%25) irregüler kavite, 4(%14.3) uterin anomali ve 6(%21.4) kavitenin izlenememesi şeklindeydi. HSG’de bilateral tubal geçiş izlenmeyen 8 primer infertil ve 4 sekonder infertil olguya tanısal histeroskopi sonrası diagnostik laparoskopi yapıldı. HSG’nin tüm infertil hasta grubunda intrauterin patolojileri tespit etmedeki duyarlılığı %93, özgüllüğü %43, pozitif prediktif değeri %53, negatif prediktif değeri %91 bulundu. Primer infertil grupta 29(%54.7) hastada anormal histeroskopi bulgusuna rastlandı. Bu patolojiler içinde 18(%34) hasta edinsel anomali ve 11(%20.7) hasta konjenital anomali tanısı aldı. Bu anormalliklerin dağılımı 11 endometrial polip, 3 submuköz myom, 4 intrauterin adhezyon, 5 uterin septum, 1 didelfis uteri, 1 bicornuat uterus, 1 unicornuat uterus, 2 arcuat uterus ve 1 rudimenter horn + vajinal septum şeklindeydi. Sekonder infertil grupta 16(%57.1) hastada anormal histeroskopi bulgusuna rastlandı. Bu patolojiler içinde 10(%35.8) hasta edinsel anomali, 6(%21.4) hasta konjenital anomali tanısı aldı. Bu grupta uterin patolojilerin dağılımı 8 endometrial polip, 2 intrauterin adhezyon, 3 uterin septum, 2 bikornuat uterus, 1 arkuat uterus şeklindeydi. Primer ve sekonder infertil kadınlar arasında patolojik histeroskopi bulgusu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (**Tablo 1**).

Tablo 1 : Histeroskoik bulgular

Bulgular	Primer infertilite n:53(%)	Sekonder infertilite n:28(%)	P
Normal uterin kavite	24(%45.3)	12(%42.9)	AD
Anormal uterin kavite	29(%54.7)	16(%57.1)	AD
Edinsel anormallikler	18(%34)	10(%35.8)	AD
Endometrial polip	11	8	AD
Submuköz myom	3	-	AD
Adhezyon	4	2	AD
Konjenital anomali	11(%20.7)	6(%21.4)	AD
Arkuat uterus	2	1	AD
Unicornuat uterus	1	-	AD
Bicornuat/Septate	6	5	AD
Uterus didelfis	1	-	AD
Rudimenter horn	1	-	AD
Toplam	53	28	

AD: Anlamlı değil ($p>0.05$)

TARTIŞMA

Uterin kavitedeki anormallikler edinsel ve konjenital olarak iki gruba ayrılabilir. Edinsel anomaliler endometrial polip, endoservikal

polip, submuköz myom ve intrauterin adhezyonları içerir. Edinsel anomaliler embryonun implantasyonu ve gelişimi üzerine olumsuz etki etmek suretiyle infertiliteye yol açmaktadır(4). Tanısal histeroskopi, endometriumun reseptivitesi ve embryonun implantasyonu üzerine olumsuz etki yapabileceği düşünülen tüm intrauterin patolojilerin kesin tanısını koymamızı sağlar. Shushan ve arkadaşları başta HSG olmak üzere diğer tanı metodlarına göre çok daha kesin tanı koyduran histeroskopinin, infertilite araştırmasının bir parçası olarak uterin kavitenin değerlendirilmesinde yeri olduğunu göstermişlerdir(5).

Preutthipan ve arkadaşları 336 infertil hastaya HSG sonrası tanısal histeroskopi yapmışlar ve HSG’nin intrakaviter patolojileri saptamadaki duyarlılığını %98, özgüllüğünü %34.9, pozitif prediktif değerini %69.9 ve negatif prediktif değerini %92 bulmuşlardır(6). Biz çalışmamızda HSG’nin intrakaviter patolojileri saptamadaki duyarlılığını %93, özgüllüğünü %43, pozitif prediktif değerini %53 ve negatif prediktif değerini %91 bulduk. HSG indirekt görüntüleme yöntemi olup, halen infertil çiftlerin değerlendirilmesinde birinci basamak testler arasında yer almaktadır. İnfertilite araştırmasında çoğu zaman histeroskopi HSG’de patolojik bulgu saptandığında tamamlayıcı bir yöntem olarak uygulanmaktadır. Uterin kavitenin ve tubaların değerlendirilmesinde (geçirgenlik ve morfoloji) HSG önemli bilgiler verir. Ancak yorumcular arasında büyük farklılıklar göstermesi, pelvik radyasyon ve radyoaktif iyot maruziyeti HSG’nin dezavantajlarıdır. Histeroskopi uterin kavitenin direkt olarak gözlemlenmesine olanak sağlayan bir yöntem olduğu için günümüzde altın standart kabul edilmektedir(7,8). Uterin kavite ile birlikte servikal kanalın da değerlendirilmesini sağlamak ve saptanan patolojiler histeroskopik olarak tedavi edilebilmektedir. Nitekim HSG’de kavitenin izlenemediği 13 olgunun 6’sında tanısal histeroskopide servikal stenoz saptadık. HSG’de anormal bulgu saptanan 58 olgunun 27’sinde histeroskopide uterin kaviteyi normal bulduk. Tüm infertil hasta grubunda ise 48(%59) hastada uterin kavite normal bulundu. Literatürde bu oran %43 ile %69 arasında

değişmektedir(9-11). Çalışmamızda primer ve sekonder infertil kadınlar arasında patolojik histeroskopi bulgusu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. İnfertil hastalarda uterin malformasyon sıklığı ortalama %3.4(%1-26)'tür. Pansky ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları bir çalışmada konjenital uterin anomali sıklığı primer infertil kadınlarda %12, sekonder infertil kadınlarda %11 bulunmuştur(12). Biz çalışmamızda bu oranı primer ve sekonder infertil kadınlar için sırasıyla %20.7 ve %14.2 bulduk.

İnfertil hastalarda asemptomatik endometrial polip insidansı yaklaşık %10'dur(13). Endometrial poliplerin infertilitedeki muhtemel rolü henüz tam olarak açıklanamamıştır. Ancak polipektomi sonrası infertil hastalarda üreme prognozunun düzeldiğini gösteren çalışmalar vardır(14,15). Çalışmamızda primer ve sekonder infertil hastalarda endometrial polip sıklığını sırasıyla %20.7 ve %28.5 bulduk. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamadık. Sekonder infertilite ile çoğu zaman abortus veya doğum sonrası uygulanan küretaj nedeniyle oluşan intrauterin adhezyonlar arasında bir ilişki olduğu bilinmesine rağmen; biz çalışmamızda primer ve sekonder infertil hastalar arasında intrauterin adhezyon sıklığı açısından anlamlı bir farklılık saptamadık. İntrauterin adhezyonların değerlendirilmesinde TVS'nin sensitivitesi ve pozitif prediktif değeri %0 iken HSG'nin sensitivitesi %75, pozitif prediktif değeri %50'dir(7). HSG'de intrauterin adhezyon varlığı saptanan 138 olgunun ofis histeroskopi ile değerlendirilmesinde olguların yalnızca %50'sinde intrauterin adhezyon saptanırken %29 olguda normal histeroskopik bulgular saptanmıştır(6). Uterin kavitede adhezyon varlığı doğru tanısı konulmasında altın standart histeroskopidir(16). Hinckley ve arkadaşları 2004 yılında in vitro fertilizasyon öncesi 1000 infertil hastaya tanısal histeroskopi yapmışlar; %62 hastada kaviteyi normal bulmuşlar, %32 endometrial polip, %3 intrauterin adhezyon, %3 submuköz myom saptamışlardır(17). Biz çalışmamızda primer infertil kadınlarda %5.6 submuköz myom saptarken, sekonder infertil grupta submuköz myoma rastlamadık.

Bizim sonuçlarımız tüm infertil kadınlarda konjenital ve edinsel uterin anomali sıklığının yaklaşık %50 olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, temel infertilite araştırmasında tanısal histeroskopinin rutin kullanımını doğrulamaktadır. Hasta toleransı, güvenli bir yöntem olması ve aynı seansta cerrahi işlem uygulanabilirliği tanısal histeroskopiye ideal bir prosedür haline getirmiştir. İnfertil hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığından tanısal histeroskopinin, primer ve sekonder infertilite için eşdeğer önem taşıdığını düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Cumming DC, Taylor PJ. Combined laparoscopy and hysteroscopy in the investigation of the ovulatory female. *Fertil Steril* 1980;33:475-478.
2. Prevedourakis C, Loutradis D, Kalianidis C, Markis N, Asavantinos D. Hysterosalpingography and hysteroscopy in female infertility. *Hum Reprod* 1994;9:2353-2355.
3. Demirel A, Gürgan T. Effect of treatment of intrauterine pathologies with Office hysteroscopy in patients with recurrent IVF failure. *Reprod Biomed Online* 2004;8:590-594.
4. Krynicki E, Kaminski P, Szymanski R, et al. Comparison of hysterosalpingography with laparoscopy and chromopertubation. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1996;3:22-23.
5. Shushan A, Rojansky N. Should hysteroscopy be a part of the basic infertility workup? *Hum Reprod* 2000;7: 1650.
6. Preutthipan S, Linasmitav V. A prospective comparative study between hysterosalpingography and hysteroscopy in the detection of intrauterine pathology in patients with infertility. *J Obstet Gynecol Res* 2003;29:33-37.
7. Soares SR, Barbosa dos Reis MM, Camagos AF. Diagnostic accuracy of sonohysterography, transvaginal sonography, and hysterosalpingography in patients with uterine cavity diseases. *Fertil Steril* 2000;73:406-411.
8. Loverro G, Nappi L, Vicino M, Carriero C, Vimercati A, Selvaggi L. Uterine cavity assessment in infertile women: comparison of transvaginal

sonography and hysteroscopy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2001;100:67-71.

9. Prevedourakis C, Loutradis D, Kalianidis C, Makris N, Aravantinos D. *Hysterosalpingography and hysteroscopy in female infertility. Hum Reprod 1994;9:2353-2355.*

10. Nagele F, O'Conner H, Davies A, Badawy A, Mohamed H, Magos A. *2500 outpatient diagnostic hysteroscopies. Obstet Gynecol. 1996;88:87-92.*

11. Brown SE, Coddington CC, Schnorr J, Toner JP, Gibbons W, Oehninger S. *Evaluation of outpatient hysteroscopy, saline infusion hysterosonography and hysterosalpingography in infertile women: a prospective, randomized study. Fertil Steril 2000;74:1029-1034.*

12. Pansky M, Feingold M, Sagi R, Herman A, Schineider D, Halperin R. *Diagnostic hysteroscopy as a primary tool in a basic infertility workup. JSLS 2006;10:231-235.*

13. Shalev J, Meizner I, Bar-Hava I. *Predictive value of transvaginal sonography performed before routine diagnostic hysteroscopy for evaluation of infertility. Fertil Steril 2000;73:412-417.*

14. Shrokeir TA, Shalan HM, El-Shafei. *Significance of endometrial polyps detected hysteroscopically in eumenorrheic infertile women. J Obstet Gynecol Res.2004;30:84-89.*

15. Varasteh NN, Neuwirth RS, Levin B Keltz MD. *Pregnancy rates after hysteroscopy polypectomy and myomectomy in infertile women. Obstet Gynaecol 1999;42:276- 289.*

16. Sanders B. *Uterine factors and infertility. J Reprod Med 2006;51:169-176.*

17. Hinckley MD, Milki AA. *1000 office-based hysteroscopies prior to in vitro fertilization: feasibility and findings. JSLS.2004;8:103-107.*