

Jinekolojik hastalıklarda tanısal laparoskopisi sonuçları#

Birol VURAL (*), Gülseren YÜCESOY (*), Aydın ÇORAKÇI (*), İzzet YÜCESOY (**), Ahmet ERK (**), Onur KARABACAK (***)

ÖZET

Amaç: Kliniğimizde yapılan diagnostik laparoskopilerin sonuçlarını değerlendirmek.

Yöntem: Bu çalışmada 9.7.1997-17.8.1998 tarihleri arasında kliniğimizde yapılan 72 diagnostik laparoskopisi vakası incelenmiştir.

Bulgular: İnfertilite (% 76.39) ve kronik pelvik ağrı (% 12.5) ile başvuran hastaların diagnostik laparoskopisi endikasyonlarının büyük çoğunluğunu oluşturduğu saptandı. 46 primer infertil vakanın 28'inde ve 9 sekonder infertil vakanın 7'sinde, pelvik patoloji tesbit edildi. İnfertil vakaların % 38.1'inde tubal faktör saptandı. Kronik pelvik ağrı vakalarının ise 4'ünde endometriosis ve 3'ünde adezyon bulundu. Diagnostik laparoskopisi yapılan tüm vakaları incelediğimizde; % 25 (n=18)'inde adezyon ve % 12.5 (n=9)'unda ise endometriosis saptandı.

Sonuç: Tanısal laparoskopisi infertilite ve kronik pelvik ağrı gibi jinekolojik hastalıkların etyolojilerinin tesbitinde standart bir yöntemdir. Endometriosis ve adezyon tanısında ise kullanılan en kesin yöntemdir.

Anahtar kelimeler: Tanısal laparoskopisi, infertilite, kronik pelvik ağrı, adezyon, endometriosis

SUMMARY

The diagnostic laparoscopy results in gynecologic diseases

Objective: To evaluate the diagnostic laparoscopy cases in our clinic.

Methods: We evaluated 72 diagnostic laparoscopy cases performed in our clinic from July 1997 to August 1998.

Results: The infertility (76.39 %) and chronic pelvic pain (12.5 %) were the most common indications for diagnostic laparoscopy in our clinic. The pelvic pathologies were demonstrated in 28 of the primary infertility cases (46 case) and 7 of the secondary infertility cases (9 case). In the cases with chronic pelvic pain; we found endometriosis (4 case) and adhesions (3 case). Tubal factor were determined in 38.1 % of the infertile cases. When we evaluated the all diagnostic laparoscopy findings; 18 (25 %) with adhesions and 9 (12.5 %) with endometriosis.

Conclusion: The diagnostic laparoscopy procedure is a standard method for the etiologic differentiation of gynecologic cases such as infertility and chronic pelvic pain and it is the gold standard method for the diagnosis of endometriosis and pelvic adhesion.

Key words: Diagnostic laparoscopy, infertility, chronic pelvic pain, adhesion, endometriosis

GİRİŞ

Hasta olan insanların dışarıdan inspeksiyonla görülemeyen içi boş organlarını ve vücut boşluklarını gözlemek için yapılan endoskopik girişimlere ait ilk bilgiler M.Ö. 460 yıllarına da-

yanmaktadır (1). Eski dönemlerden bu yana, değişik yöntemler kullanarak kadınların genital organları incelenmeye çalışılmış, ancak 1952 yılında Fourestier ve ark. soğuk ışık kaynağını, aynı yıl içinde Hopkins ve Kapani'nin kablolu-optik sistemini ve 1963 yılında Semm'in otomatik insuflasyon sistemini bulmaları diagnostik laparoskopinin güvenli, rutin bir yöntem olarak kullanılmasını sağlamıştır (2).

Günümüzde diagnostik laparoskopisi (L/S) 4 yöntemle yapılmaktadır. Bunlar; standart yöntem, açık laparoskopisi, minilaparoskopisi ve fe-

5. İnfertilite ve Reprodüktif Endokrinolojide Temel Tanı ve Tedavi Kursu'nda poster olarak sunulmuştur (31 Ekim-2 Kasım 1997, Ankara).

(* Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Y. Doç. Dr.

(**) Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Doç. Dr.

(***) Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Prof. Dr.

toskopidir. Laparoskopi sistemleri genellikle infertilite, endometriozis, kronik pelvik ağrı, pelvik kitlelerin ayrımı ve akut batın durumlarında tanısal amaçlı olarak kullanılmaktadır. Tanısal amaçlı girişimlerin bir kısmında ise operatif laparoskopik yöntemler kullanılarak ek faydalanım sağlanmaktadır.

Bu çalışmada; kliniğimizde gerçekleştirilen tanısal laparoskopi vakalarının incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamızda Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 9.7.1997-17.8.1998 tarihleri arasında tanısal laparoskopi yapılan 72 hasta değerlendirilmiştir.

1. Tanısal laparoskopinin standart uygulama tekniği

a) Poliklinikte değerlendirilerek tanısal laparoskopi endikasyonu verilen ve herhangi bir kontrendikasyonu olmayan hastalara, elektif koşullarda, genel anestezi altında girişim yapmak üzere preoperatif hazırlık yapıldı.

b) Uygun laparoskopik girişim pozisyonu verilen hastaya, genel anestezi uygulandı. Virgo olmayan hastalara rutin kanülü ya da tek kullanımlık uterin elevatör takıldı. Verres iğnesi ile pnömoperitoneum uygulanıp, 10 mm'lik trokar ile batına girilmesini takiben, teleskop ve video-kamera sistemi adapte edildi. Tanısal girişim yapılan hastaların batın alt kadranından ve damarsız bir bölgeden, 5 mm'lik 2 trokar bilateral olarak uygulandı (3 delik yöntemi).

2. Tanısal laparoskopide değerlendirme

Tanısal yaklaşımda ilk olarak batın içi organların anatomik bütünlüğü, peritona ait bulgular, asit, sıvı, kitle mevcudiyeti, sağ diyafram altı ve karaciğer değerlendirildi. Daha sonra tubal anatomik yapının düzeni, yapışıklıklar, adneksiyal kitleler, overin yapısı, boyutu, folliküler yapısı, yapışıklık mevcudiyeti, uterus ve Douglas'a ait laparoskopik gözlemler kaydedildi. Tanısal işlemlerin en son aşaması olarak metilen mavisi verilerek tubalardan geçiş olup olmadığı (kromopertubasyon) tesbit edildi.

SONUÇ

Çalışmamızda 9.7.1997 ve 17.8.1998 tarihleri arasında tanısal laparoskopi yapılan 72 hasta incelenmiştir. Bu hastaların yaş ortalaması 29.54 ± 6.20 (16-47) olup, endikasyonlara göre yaş dağılımı Tablo 1'de özetlenmiştir. Tanısal laparoskopi çoğunlukla primer infertilite (% 63.89), daha sonra sırasıyla sekonder infertilite (% 12.50), kronik pelvik ağrı (% 12.50), primer amenore (% 5.55), sekonder amenore (% 2.78) ve over kisti (% 2.78) ön tanularıyla yapılmıştır (Tablo 1).

Primer infertilite ön tanısı ile laparoskopi yapılan 46 hastadan 18 (% 39.13)'inde normal bulgu ve 28 (% 60.87) hastada ise genital sisteme ait patolojik bulgular elde edildi. 11 hastada pelvis veya pelvis ile batın organları arasında adezyon, 5 hastada endometriozis, 8 hastada tubal patoloji ve 4 hastada ise overe ait patolojik olay tesbit edildi.

Sekonder infertilite ön tanılı 9 hastadan 4'ünde adezyon, 2'sinde tubal patolojik olay ve 3'ünde ise normal genital bulgular gözlemlendi (Tablo 2). Tubal açıklığı tesbit etmek üzere, metilen mavisi (kromopertubasyon) uygulandığında; primer infertil hastalardan 2'sinde (adezyon görülen vakalar) bilateral, 1'inde (adezyon görülen vaka) ise unilateral olarak metilen mavisi geçişi izlenmedi. Sekonder infertil vakaların kromopertubasyon testinde 2 hastada (bir vakada adezyon ve diğer vakada normal L/S bulguları elde edilmişti) unilateral geçiş gözlenmedi.

Sonuç olarak; 9 sekonder infertil hastadan 7 (% 77.78)'sinde (L/S'de gözlenen patoloji+kromopertubasyon) patolojik bulgu gözlenmiş ve 2 (% 22.22)'sinde gözlenmemiştir.

Tablo 1. Diagnostik laparoskopi endikasyonları

Endikasyon	Sayı	%	Yaş
Primer infertilite	46	63.89	30.20±4.74
Sekonder infertilite	9	12.50	28.33±5.68
Primer Amenore	4	5.55	19.75±4.35
Sekonder Amenore	2	2.78	22.00±4.24
Over kisti	2	2.78	25.00±4.24
Kronik pelvik ağrı	9	12.50	34.67±8.49
Toplam	72	100	29.54±6.20

Tablo 2. İnfertil hastalara ait diagnostik laparoskopi bulguları

LAPAROSKOPİDE TESBİT EDİLEN PATOLOJİK BULGULAR					
Primer infertilite	Over	Tuba	Adezyon	Normal	Toplam
Sekonder infertilite	4	8	11	18	46
	-	2	4	3	9
Toplam	4	10	15	21	55

Tablo 3. Kronik pelvik ağrı şikayeti olan hastaların laparoskopi bulguları

Laparoskopi Bulguları	Sayı	%
Endometriozis	4	44.45
Adezyon	3	33.33
Basit over kisti	1	11.11
Normal bulgular	1	11.11
Toplam	9	100

Kronik pelvik ağrı ön tanısı ile ve ağrının kaynağını araştırmak üzere tanısız L/S yapılan 9 vakadan 4'ünde endometriozis, 3'ünde adezyon, 1'inde basit over kisti ve 1'inde normal bulgular gözlemlendi (Tablo 3). Pelvik adezyonu bulunan 1 hastada bilateral, endometriozisi olan 2 hastada ise unilateral olarak metilen mavisini geçişi izlenmedi.

Primer amenore ön tanısı ile L/S yapılan 3 vakada, overler fibrotik bant şeklinde, uterus-tubalar rudimenter görünümde idi ve 1 vakada uterin anomali, batın içi yaygın yapışıklık tesbit edildi. Sekonder amenore ön tanılı hastalarda ise normal laparoskopik bulgular izlendi.

Genel olarak tüm vakalar incelendiğinde 9 (% 12.5) hastada endometriozis ve 18 (% 25) hastada adezyon tesbit edilmiştir. Yapılan 72 tanısız L/S işleminde komplikasyon görülmemiştir.

TARTIŞMA

Klinik olarak değerlendirildikten sonra, elde edilen bulgularla ön tanısı konulan hastalara diagnostik laparoskopi yapılarak kesin tanı ko-

nulur ve hastalık ile ilgili objektif sınıflama imkanı doğar. Ayrıca bu hastalara uygun endikasyonlarla ve aynı zamanda operatif laparoskopi yapılarak tedavi de gerçekleştirilmiş olur.

Günümüzde, klasik video-laparoskopi sistemleri yanında daha az invaziv, kullanımı daha kolay, etkili, ucuz ve ofis şartlarında lokal anestezi ile uygulanabilen minilaparoskopi sistemlerinin kullanıma girmesi tanısız L/S alanında büyük kolaylıklar sağlamıştır (3,4). Bunun yanında intrapelvik organların L/S işlemi sırasında, laparoskopik ultrasonografi yardımıyla izlenmesi tanısız gücü daha da arttırmıştır (5).

Tanısız L/S işlemi genellikle infertilite sebebiyle yapılmaktadır. İnfertil hasta ilk müracaat ettiğinde bazal değerlendirmesi yapılır ve herhangi bir risk faktörü tesbit edilmezse en son aşama olarak L/S planlanır. Luteal fazda korpus luteumun tesbit edilebilmesi, LUF (luteinize rüptüre olmamış follikül) sendromunun izlenebilmesi, endometriozis odaklarının daha belirgin olması ve aynı zamanda endometriyal biyopsi alma imkanı olduğundan dolayı, bu dönemde tanısız L/S yapılması tavsiye edilmektedir (1).

İnfertilite araştırılmasında ultrasonografi, histerosalpingokontrast sonografi ya da histerosalpingografi (HSG) primer tetkiklerdir. Ultrasonografinin pelvik patolojik olaylardaki tanısız değerinin araştırıldığı bir çalışmada, en doğru tanısız kriter olarak L/S ele alınarak kıyaslama yapılmış ve ultrasonografinin sensitivitesi; % 57.69, spesifitesi; % 92.06, pozitif belirleyici değeri; % 85.71 ve negatif belirleyici değeri; %

72.50 olarak tesbit edilmiş ve infertilite tanısında etkinliğinin düşük olduğu belirtilmiştir (6). İşlemi yapan kişinin tecrübesine göre değişmekle birlikte, histerosalpingokontrast sonografinin laparoskopik kromopertubasyon ile uyumluluğu % 92.5 ve HSG ile uyumluluğu ise % 94.4 bulunmuştur (7).

Yine HSG'nin, en doğru tanısal kriter olarak laparoskopi ile kıyaslandığı bir çalışmada HSG'nin tubal patolojiyi tesbit etmedeki sensitivitesi % 65 ve spesifitesi % 83 olarak tesbit edilmiştir (8). HSG ve L/S birbirini tamamlayan tetkiklerdir. Çalışmamızda incelenen 72 tanısal L/S vakasının 55 (% 76.39)'ini infertil (primer ve sekonder) hastalar oluşturmaktaydı. Hastaların 10 (% 18.18)'unda tubal anatomik bozukluk, 15 (% 27.27)'inde adezyon (10'unda peritubal adezyon) bulunmaktaydı.

Peritubal adezyonu mevcut olan hastalardan 4'ünde ve normal anatomik gözlem olanların 1'inde tubal oklüzyon tesbit edilmiştir. Bu bulgular ışığı altında 21 (% 38.18) (peritubal adezyon+tubal anatomik bozukluk+sadece tubal boya geçişi yok) hastada tubal faktör mevcut olduğu görülmektedir.

İnfertil ve tüp ligasyonu yapılan kadınların değerlendirildiği prospektif bir çalışmada infertil kadınların % 48'inde endometriozis tesbit edilirken, fertil kadınların sadece % 5'inde endometriozis tesbit edilmiştir (9). Bu çalışmada, infertil hastalardan 5 (% 9.09)'ine laparoskopik olarak endometriozis tanısı konulmuştur. Çalışmamızda, toplam olarak infertil hastaların 35 (% 63.64)'inde herhangi bir genital patolojik bulguya rastlanmıştır.

Siklik olmayan, 6 aydan fazla süren ve nonsteroid antienflamatuar ilaçlara yanıt vermeyen pelvik ağrılar, kronik pelvik ağrı (KPA) olarak tanımlanır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan laparoskopilerin % 10-35'i KPA nedeniyle yapılmaktadır (10). Yapılan bir çalışmada, KPA olan hastaların % 71'inin en az bir çocuğunun olduğu ve yaş ortalamasının ise 32.4 olduğu belirtilmiştir (11).

Bu çalışmada, laparoskopi yapılan kadınların % 12.5'una KPA sebebiyle L/S yapıldığını ve KPA olan hastaların yaş ortalamasının

34.67±8.49 olduğunu tesbit ettik. Goldstein ve ark. (12) yaptığı bir çalışmada 140 pelvik ağrılı adolesan hasta değerlendirilmiş % 52'sinde endometriozis, % 13'ünde adezyon ve % 14'ünde ise hiçbir patolojik bulgu elde edilememiştir.

Kresh ve ark. (13) yaptığı çalışmada ise KPA şikayeti olan 100 hastadan % 51'inde adezyon, % 32'sinde endometriozis tesbit etmiş ve bu grubu hiç bir şikayeti olmayan 50 hasta ile karşılaştırdıklarında ise asemptomatik grubun % 12'sinde adezyon ve % 15'inde endometriozis tesbit etmişlerdir.

Cunanan ve ark. (14) pelvik ağrı sebebiyle L/S yapılan 1194 hastayı değerlendirdiklerinde; hastaların % 30'unda normal pelvis, % 22'sinde pelvik enflamatuar hastalığa ait bulgular, % 19'unda pelvik adezyon ve % 3.6'sında endometriozis tesbit etmişlerdir. Literatür incelendiğinde KPA şikayeti olan kadınlarda L/S ile pelvik patolojik olay tesbit etme oranları genel olarak % 9-80 arasında değişmektedir.

Çalışmamızda, KPA'lı hastaların % 44.45'inde endometriozis, % 33.33'ünde adezyon, % 11.11'inde normal bulgular elde ettik. 72 hasta içinde 18 (% 25) hastada adezyon ve 9 (% 12.5) hastada endometriozis mevcuttu. Yapılan bir çalışmada adezyon oranları değerlendirilmiş ve KPA şikayeti olanların % 26'sında, infertilite şikayeti olanların % 39'unda adezyon tesbit edilmiştir (15). Bu çalışmada infertil hastaların % 27.27'sinde, KPA'sı olanların ise % 33.33'ünde adezyon tesbit ettik.

Sonuç olarak, kliniğimizde gerçekleştirdiğimiz tanısal L/S işlemleri çoğunlukla infertilite sebebiyle (% 76.39) yapılmıştır. İnfertilite sebebiyle yapılanların % 63.64'ünde patolojik bulgu elde edilmiş ve bu bulgular sıklık sırasına göre adezyon (% 27.27), tubal anatomik bozukluk (% 18.18), endometriozis (% 9.09), overe ait patoloji (% 7.27) ve L/S'de normal olarak değerlendirilen 1 (% 1.83) hastada tesbit edilen, kromopertubasyondaki geçiş kısıtlılığıdır.

Kromopertubasyonla tubal geçirgenlik tesbit edildikten sonra infertil hastalarımızdaki tubal faktörün % 38.18 oranında olduğu belirlenmiştir. Tanısal L/S ikini sıklıkla, kronik pelvik ağrı etyolojisini araştırmak amacıyla yapılmış ve et-

yolojiden sorumlu olmak üzere, endometriozis % 44.45 ve adezyon % 33.33 oranında tesbit edilmiştir. Hastalarımızın genelini ele aldığımızda, % 25 hastada adezyon ve % 12.5 hastada endometriozis tanısı konulmuştur.

Bu bulguların ışığında, laparoskopinin, minimal invaziv kesin tanıya götürücü, objektif kriterleri ortaya koyarak tedavide doğru yönetim ve maksimum faydalanımı sağlayan bir yöntem olduğunu söyleyebiliriz.

KAYNAKLAR

1. Hassa H. Laparoskopi. T.C. Anadolu Üniversitesi Eğitim, Sağlık ve Bilimsel Araştırma Çalışmaları Vakfı Yayını, Eskişehir, 1987.
2. Nezhat CR, Nezhat FR, Luciano AA, Siegler AM, Metzger DA, Nezhat CH. Operative gynecologic, laparoscopy, principles and techniques. McGraw-Hill Inc Health Professions Division, Newyork, 1995.
3. Downing BG, Wood C. Initial experience with a new microlaparoscope 2 mm in external diameter. Aust N Z J Obstet Gynecol 1995; 35:202-4.
4. Bauer O, Devroey P, Wisanto A, Gerling W, Kaisi M, Diedrich K. Small diameter laparoscopy using a microlaparoscope. Hum Reprod 1995; 10:1461-4.
5. Hurst BS, Tucker KE, Awoniyi CA, Schlaff WD. Endoscopic ultrasound. A new instrument for laparoscopic surgery. J Reprod Med 1996; 41:67-70.
6. Preutthipan S, Hesla JS. A comparative study between pelvic ultrasonography and laparoscopy in

the detection of pelvic pathology in the initial workup of subfertile women. J Med Assoc Thai 1995; 78:565-9.

7. Degenhardt F, Jibril S, Einsenhauer B, Mschlöser HW. Vaginal hysterosalpingo-contrast sonography. BMUS Bulletin, Nov 1993.
8. Swart P, Mol BW, Van der Veen F, Van Beurden M, Redekop WK, Bossuyt PM. The accuracy of hysterosalpingography in the diagnosis of tubal pathology: a meta-analysis. Fertil Steril 1995; 64:486-91.
9. Strathy JH, Molgaard CA, Coulam CB, Melton LJ. Endometriosis and infertility: a laparoscopic study of endometriosis among fertile and infertile women. Fertil Steril 1982; 38:667-72.
10. Levitan Z, Eibschitz I, De Vries K. The value of laparoscopy in women with chronic pelvic pain and a "normal pelvis". Int J Gynecol Obstet 1985; 23:71.
11. Beard RW, Reginald PW, Wadsworth J. Clinical features of women with chronic lower abdominal pain and pelvic congestion. Br J Obstet Gynaecol 1988; 95:153.
12. Golstein DP, deCholnoky C, Emans SJ, Leventhal JM. Laparoscopy in the diagnosis and management of pelvic pain in adolescents. J Reprod Med 1980; 24:251.
13. Kresch AJ, Seifer DB, Sachs LB, Barrese I. Laparoscopy in 100 women with chronic pelvic pain. Obstet Gynecol 1984; 64:672.
14. Cunanan RG Jr, Courey NG, Lippes J. Laparoscopic findings in patients with pelvic pain. Am J Obstet Gynecol 1983; 146:589.
15. Rapkin AJ. Adhesions and pelvic pain: a retrospective study. Obstet Gynecol 1986; 68:13.

Alındığı tarih: 12 Ekim 1998

Yazışma adresi: Y. Doç. Dr. Birol Vural, Yavuz Sultan Mah. Öznur Sokak, As-Yapı Denizkent Sitesi, Manolya Apt. 60 Evler, D.8, 41900 Derince-İzmit
