

Dismenore Etiyolojisinin Aydınlatılmasında Eş Zamanlı Laparaskopi ve Histeroskopinin Tanısal Etkinliğe Katkısı

Cenk GÜVEN, Ali BALOĞLU, İncim BEZİRCİOĞLU, Ali YAVUZCAN

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İZMİR

Özet

Amaç: Bu çalışmada dismenore yakınması bulunan ve anamnezinde pelvik organ patolojisini düşündüren, fizik muayene ve ultrasonografik incelemeleri sonucunda organik neden saptanmayıp, laparoskopiyeye referans edilen hasta grubunda laparoskopiyeye eş zamanlı histeroskopi uygulanmasının tanısal etkinliği, işlem süresi, peri ve postoperatif mortalite ve morbiditesi literatürdeki sadece laparoskopiyeye uygulanan vakalardaki veriler ile karşılaştırmak amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne sekonder dismenore ön tanısı ile tanısal laparoskopiyeye referans edilen 37 olguluk seride laparoskopiyeye eş zamanlı histeroskopi uygulanması tanısal etkinlik, işlem süresi, hastanede kalış süresi, operatif morbidite ve mortalite açısından, literatürdeki sadece laparoskopiyeye uygulanan olgu serileri ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Laparoskopide %57, histeroskopide %19, laparoskopiyeye ve histeroskopi birlikte değerlendirildiğinde %75 oranında sekonder dismenorenin nedenini açıklayacak bulgu ortaya kondu. Ortalama operasyon süresi 47.3 dk, analjezik ihtiyacı 2.3 amp, ortalama hastanede kalış süresi 2.9 gün, febril morbidite %8 bulundu.

Sonuç: Dismenore etiyolojisinin aydınlatılması için laparoskopiyeye histeroskopi eklenmesi tanısal etkinliğin artırılmasına katkı sağlamaktadır.

Anahtar sözcükler: Dismenore, laparoskopiyeye, histeroskopi

Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi 2006; 13(4): 167-172

Summary

Diagnostic Effectiveness of Simultaneous Application of Laparoscopy & Hysteroscopy in Determination of Dysmenorrhea Etiology

Purpose: The aim of this study was to examine the diagnostic effectiveness, procedural duration and peri and postoperative mortality and morbidity rates of simultaneous application of hysteroscopy and laparoscopy in a group of patients complaining of dysmenorrhea whose patient histories suggested pelvic organ pathology and the physical and ultrasonographic examinations did not reveal any organic cause and who were consequently referred to laparoscopy. Our findings were compared with the data in the literature about the patients to whom solely laparoscopy was applied.

Materials and Methods: The data regarding the diagnostic effectiveness, procedural duration, duration of hospital stay, operative mortality and morbidity rates of hysteroscopy application with simultaneous laparoscopy applied to a case series of 37 patients who were referred to laparoscopy in the 1st Obstetrics and Gynecology Department of Izmir Atatürk Education and Research Hospital with preliminary diagnosis of secondary dysmenorrhea were compared to the data obtained from the case series in the literature including patients to whom laparoscopy was applied alone.

Results: Findings regarding the cause of secondary dysmenorrhea were determined via laparoscopy in 57% and hysteroscopy in 19% of the patients. When laparoscopy and hysteroscopy were applied together this rate was 75%. The average duration of operation was 47.3 minutes. The average analgesic requirement was 2.3 ampules. The average duration of hospital stay was 2.9 days and febrile morbidity rate was 8%.

Conclusion: In determining the etiology of dysmenorrhea, hysteroscopy applied simultaneously with laparoscopy contributes to diagnostic effectiveness.

Key words: Dysmenorrhea, laparoscopy, hysteroscopy

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery 2006; 13(4): 167-172

Giriş

Ağrı veya sıkıntılı adet görme anlamına gelen dismenore, birey ve toplum sağlığı açısından önemli problemler oluşturabilir. Ortaya çıkış yaşı ve klinik prezentasyonuna göre primer ve sekonder dismenore olarak iki alt tipe ayrılır. Primer dismenore genellikle diğer pelvik patolojilerden bağımsız olarak menarş ile birlikte kendini gösterirken, sekonder dismenore daha ileri yaşlarda ve altta yatan bir pelvik patolojini sonucu olarak ortaya çıkmaktadır^{1,2}.

Tedavi yaklaşımlarının birbirinden tamamen farklı olmasından dolayı primer sekonder ayrımının yapılması oldukça önemlidir. Dismenorenin tiplendirilmesinde anamnez en önemli basamaktır. Ayrıca laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri de bu ayrımın yapılmasında yardımcı olur².

İnvaziv diagnostik prosedürlerden laparoskopi ile histeroskopi pelvik ve intrauterin problemlerin tanınması, gereğinde tedavisi için etkin araçlardır. Medikal tedaviye dirençli dismenore olguların değerlendirilmesinde laparoskopi yaygın ve etkin

olarak kullanılmaktadır. Anamnez, laboratuvar incelemeleri ve laparaskopi de dahil tüm tanısal yöntemler uygulansa dahi bir grup tedaviye dirençli sekonder dismenoreli hastada organik neden ayırt edilememektedir. Bu olgular ile muayene ve ultrasonografide intrauterin patolojiden şüphelenilen olgularda histeroskopi dismenorenin tanısal değerlendirmesi için kullanılmaktadır^{3,4}.

Bu çalışmada dismenore yakınması bulunan ve anamnezinde pelvik organ patolojisini düşündüren, fizik muayene ve ultrasonografik incelemeleri sonucunda organik neden saptanmayıp, laparaskopiye refere edilen hasta grubunda laparaskopiye eş zamanlı histeroskopi uygulanmasının tanısal etkinliği, işlem süresi, peri ve postoperatif mortalite ve morbitidesi literatürdeki sadece laparaskopi uygulanan vakalardaki veriler ile karşılaştırmak amaçlandı.

Gereç veYöntem

Dismenore yakınması ile Kasım 2002 - Mart 2004 tarihleri arasında İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran hastalar ayrıntılı anamnez, fizik ve pelvik muayene ve ultrasonografik incelemeye tabi tutuldu. İlk değerlendirme sonucu primer dismenore düşünülen veya alta yatan organik neden aydınlatılan sekonder dismenore hastaları çalışma dışı bırakıldı. Fizik muayene ve ultrasonografik incelemeleri sonucunda organik neden saptanmayıp sekonder dismenore ön tanısı ile tanısal laparaskopiye refere edilen hastalar çalışmaya dahil edildi.

Hastalar preoperatif hazırlık sonrası operasyondan 1 gün önce kliniğe yatırıldı. Hastalar 0.5 mg atropin ve 10 mg diazepamdan oluşan premedikasyondan sonra operasyon odasına alındı. Profilaktik amaçla operasyondan 30 dk önce Cefazolin 1 gr intravenöz olarak kullanıldı. Tüm hastalara genel anestezi uygulandı. Operasyon sonrası 75 mg diklofenak sodyum (Diclomec SR®) intramusküler uygulandı. Analjezik uygulaması hastanın gereksinimi olduğunda aynı preparat kullanı-

larak tekrarlandı ve her uygulama kaydedildi.

Tüm laparaskopi ve histeroskopi operasyonları bu alanda deneyimli aynı uzman doktor ve 2 asistan tarafından gerçekleştirildi.

Tüm laparaskopi operasyonlarında infraumbilikal 0.5 cm.lik insizyondan veres iğnesi ile girilerek 2-4 lt. CO₂ ile pnömoperitoneum sağlandı. Aynı yerden batına 10 mm'lik torakar girilerek optik kamera yerleştirildi. Manüplasyon amacıyla her iki ingüinal bölgeden 5 mm'lik torakar girilerek gresper pensler yerleştirildi.

Histeroskopi operasyonlarında kollumun tek dişli pens ile tutulmasını takiben 4 mm dış çaplı diagnostik histeroskop servikal dilatasyon yapılmaksızın uygulandı. Distansiyon mediası olarak izotonik NaCl kullanıldı.

Her hasta için sekonder dismenorenin nedenini açıklayabilecek laparoskopik ve histeroskopik bulgular kaydedildi. Sekonder dismenore ile bağdaştırılabilecek gözlem mevcut ise uygulanan operasyon 'pozitif', sekonder dismenore ile bağdaştırılabilecek gözlem mevcut değil ise operasyon 'negatif' olarak değerlendirildi. Abdominal insizyonun başlaması ile histeroskopun uterustan dışarı alınması arasındaki süre total operasyon zamanı olarak kaydedildi.

Operasyon süresince karşılaşılan sıra dışı durumlar ve genel tıbbi literatürde komplikasyon olarak kabul edilen durumlar her hasta için ayrı ayrı kaydedildi

Postoperatif dönemde analjezi ihtiyacı, vital bulgular ve genel durum ile belirlenen morbidite ve eğer oluşmuş ise mortalite ve hastaneden taburcu süresi her hasta için ayrı ayrı kaydedildi.

Elde edilen veriler benzer hasta grubunda olup sekonder dismenorenin etiyojisinin aydınlatılması için sadece laparoskopinin uygulanan hastaların literatürdeki verileri ile karşılaştırıldı.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 37 hastanın yaş aralığı 22-43 olup, ortalama yaşı 28±2.8 idi. Tanısal et-

kinlik açısından bakıldığında; sadece laparoskopide pozitif gözlem mevcut olan 21 (%57), sadece histeroskopide pozitif gözlem mevcut olan 7 (%19) olgu saptandı. Toplam 28 (%76) olguda sekonder dismenorenin etiolojisini aydınlatacak pozitif gözlem mevcuttu. Hem laparoskopi hem de histeroskopik gözlem sonucunda 12 (%25) olguda sekonder dismenorenin nedenini açıklayacak bulgu ortaya konamadı. Veriler tablo 1'de toplu olarak sunuldu.

Olguların hiç birinde peroperatif komplikasyon gelişmedi. Ortalama operasyon süresi en kısa 37 ve en uzun 68 dakika olup, ortalama 47.3 ± 9.4 dakika idi. Postoperatif analjezi ihtiyacı, ortalama 2.3 ± 1.1 ampul oldu. İlk 48 saat içerisindeki postoperatif febril morbitide 37 hastanın 3'ünde (%8) gözlemlendi. Bu üç hastada da operasyon süresi 60 dakika üzerinde idi. Ortalama ameliyattan sonraki hastanede kalış süresi 2.9 ± 0.7 gün olarak saptandı.

Tartışma

Hem kesin tanıyı sağlama hem de aynı anda tedavi etme olanağı sağlayan cerrahi bir işlem olan laparoskopi ile pelvik ağrı ve dismenoreni bulunan hastaların %65'ine kesin teşhis konulmaktadır^{5,6}. En sık karşılaşılan patolojiler endometriyozis ve pelvik adhezyonlardır. Ayrıca laparoskopiyile tanınabilen diğer pelvik ağrı nedenleri arasında pelvik konjesyon, adenomyozis vb. sayılabilir^{5,7}.

Pelvik ağrı olgularında laparoskopinin tanısallık etkinliği ile ilgili Vercini, Reese, Laufer, Goldstein ve Chatman & Ward sırasıyla %60, %94, %89, %86, %88 olarak farklı görüş ve oranlar bildirilmektedir⁵⁻⁹. Oranlardaki bu farklılıklar hasta seçiminde kullanılan farklı kriterlere atfedilmektedir. Sonuçta laparoskopi gibi invaziv bir prosedür sonrasında bile %6-40 olguda pelvik ağrı etiolojisi tam olarak aydınlatılamamaktadır. Tanıdaki bu belirsizlik tedavinin belirlenmesi konusunda probleme neden olmaktadır.

Ağrının ortadan kaldırılması hekimin hastasına kazandırabileceği en büyük faydalardan biri-

dir. Ancak pelvik ağrıda en ileri invaziv tanı yöntemleri ile dahi önemli kısım bir hastada tanı ortaya konamamakta ve tedavi tam olarak biçimlendirilememektedir.

Intrauterin patolojilerin tüm pelvik ağrı nedenleri arasında % 6-10'luk bir kısmı oluşturdukları kabul edilmekle birlikte, bu oranın daha yüksek olabileceğini iddia eden görüşlerde mevcuttur¹⁰⁻¹³. Bu görüşe sahip araştırmacılar pelvik ağrı nedeni olarak sayılan intrauterin patolojilerin sadece histerektomi spesmenlerinde gösterildiği ve histerektomi uygulanmayıp da tam etiolojik neden aydınlatılmadan idiyopatik veya psikojenik pelvik ağrı tanısı alan hasta grubunda da önemli sayıda intrauterin patoloji mevcut olabileceğini savunmaktadırlar.

Histeroskopik inceleme teknolojik gelişmelere paralel olarak kullanım kolaylığı ve güvenliği ile günümüzde intrauterin değerlendirilmede altın standart olarak kabul edilmektedir. Ancak pelvik ağrının değerlendirilmesinde hastanın anamnez, muayene ve ultrasonografik incelemesinde rahim içi araç kullanımı, submuköz myom ve endometriyal polip gibi intrauterin patoloji şüphesi olmadıkça ilk seçenek olarak akla gelmemektedir^{14,15}.

Pelvik ağrı etiolojisinin aydınlatılması için histeroskopi ve laparoskopi bulgularının birlikte değerlendirilmesi fikri ilk defa Carter tarafından ortaya atılmış ve histeroskopik bulgular ile laparoskopik bulguların birleştirilmesi ile pelvik nedenin %90 civarında bir oran ile ortaya konulduğu bildirilmiştir¹⁶. Daha sonra Nezhat ve arkadaşları 500 vakalık serilerinde laparoskopik ve histeroskopinin eş zamanlı kullanımı ile %85 civarında oranlar bildirmişlerdir¹⁷.

Bizim çalışmamızda sadece laparoskopi %57 ve sadece histeroskopi ile %19 oranında pelvik ağrının nedeni ortaya konabilmiştir. Her iki operasyon birlikte düşünüldüğünde bu oran %76 olarak karşımıza çıkmaktadır. Bizim verilerimizde literatüre oranla düşük oranlar muhtemelen az hasta popülasyonuna, diagnostik histeroskopideki tecrübe ve deneyim eksikliğine ve hasta

seçiminde intrauterin patolojilerin histeroskopi dışı yöntemler ile önceden tanıyıp çalışma dışı bırakılmasına bağlıdır.

Literatürde laparaskopi ve histeroskopinin birlikte kullanımının tanısız faydasının yanında, operatif işlemlerin güvenilirlik ve uygulanabilirliğinin göstergeleri olan operasyon süresi, peri ve postoperatif komplikasyonlar, postoperatif hastanede kalış süresi gibi parametreleri pelvik ağrı nedenini ortaya koymak için sadece laparaskopi uygulanması ile oluşan benzer veriler ile karşılaştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle verilerimiz yayınlanmış laparaskopi verileri ile karşılaştırıldı.

Tanısal laparoskopide operasyon süresi hangi amaçla yapılıyor olduğuna bağlı olarak değişmektedir. Literatürde Newham, Howard ve Kresch laparoskopide ortalama operasyon süresini infertilite değerlendirmesi için yapıldığında sırasıyla 33, 46, 39 dakika, pelvik ağrı etiyojisinin değerlendirilmesi için yapıldığında 22, 35, 27 dakika olarak yayınlamışlardır¹⁸⁻²⁰. Çalışmamızda ortalama operasyon süresi 47 dakika idi. Sadece 6 hastada operasyon 60 dakikadan uzun sürdü ve bu altı hastanın 3'ünde febril mortalite izlendi. Bu açıdan bakıldığında laparoskopiyeye histeroskopini eklenmesi operasyon süresi açısından kabul edilebilir bir uzamaya sebep olmaktadır.

Kaloo ve Mirhashemi tanısal laparaskopi sırasındaki toplam komplikasyon oranını 34/1000 ve mortalite oranını 0,08/1000 olarak bildirmişler-

dir^{21,22}. Mortalitenin en önemli sebebi torakar kaynaklı büyük arter yaralanmalarıdır. Febril morbidite en sık görülen erken dönem komplikasyondur. Operasyon süresinin uzaması ve genel anestezi kullanımı ile ilişkili bulunmuştur. Bizim çalışmamızda 3 hastada febril morbidite gelişti. Bu olguların %8'ine karşılık gelmektedir. Bu üç hastanın da operasyon süresi 60 dakikanın üzerindedir.

Operatif girişimlerin oluşturduğu doku hasarı ve buna bağlı orta çıkan postoperatif ağrı ve analjezi ihtiyacı, operasyonların hasta konforu açısından yeterliliğinin sorgulanması amacıyla kullanılmaktadır²³. Tanısal laparaskopi jinekolojik operasyonlar arasında postoperatif ağrı ve analjezi ihtiyacının oldukça az olması nedeniyle dikkat çekmektedir. Çeşitli araştırmacıların tanısal laparaskopi sonrası toplam hastanede kalış süresi boyunca uygulanan analjezik miktarı aşağıdadır. Newham, Howard ve Kresch olgu başına uygulanan toplam analjezik miktarını 2.1, 2.8 ve 2.3 olarak bildirmektedirler¹⁸⁻²⁰. Çalışmamızda laparoskopiyeye histeroskopi eklenmesine rağmen postoperatif analjezik gereksinimi 2.3 ampul olmuştur.

Uygulanan tanısal invaziv girişimin güvenilirliği, mantığı ve maliyeti açısından hastanede kalış süresi önemlidir. Tanısal laparoskopide ortalama hastanede kalış süreleri Newham, Howard ve Kresch tarafından 1.7, 1.9 ve 2.0 gün olarak bildirilmektedir¹⁸⁻²⁰. Bizim çalışmamızda laparaskopi ve histeroskopinin eş zamanlı uygulandığı vaka-

Tablo 1
Laparaskopi ve Histeroskopinin Sekonder Dismenore Tanısındaki Etkinliği

Sekonder Dismenorenin Nedenini Açıklayacak Gözlem N=37	Pozitif bulgu		Negatif bulgu	
	N	%	N	%
Laparaskopi	21	57	16	43
Histeroskopi	7	19	31	81
Laparaskopi+Histeroskopi	28	76	12	25

larda ortalama hastanede kalış süresi yaklaşık olarak 2.9 gün olarak bulundu. Literatüre göre yüksek olan bu değerlerin laparoskopik girişime histeroskopi eklenmesi ile mi oluştuğunun tam olarak irdelenmesi için daha geniş popülasyonlu ve sadece laparoskopik uygulanan vakalardan oluşan kontrol gruplu randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak dismenorede pelvik ağrı nede nin ortaya konması için laparoskopiyeye referen edilen hastalarda laparoskopiyeye eş zamanlı tanısal histeroskopi uygulaması tanı oranlarını artırmakta, komplikasyon ve hasta konforu açısından olumsuz bir durum oluşturmamaktadır.

Kaynaklar

1. Akerlund M. Pathophysiology of dysmenorrhea. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1979; 87: 27-32.
2. Akerlund M, Stromberg P, Forsling ML. Primary dysmenorrhoea and vasopressin. *Br J Obstet Gynaecol* 1979; 86: 484-7.
3. Andersch B, Milsom I. An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 144: 655-60.
4. Barbieri RL, Propst AM. Physical examination findings in women with endometriosis: uterosacral ligament abnormalities, lateral cervical displacement and cervical stenosis. *J Gynecol Tech* 1999; 135: 102.
5. Vecillini KA, Reddy S, Rock JA. Endometriosis in an adolescent population: the Emory experience. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1996; 9:125-8.
6. Reese DW, Wilson E, Stillman RJ, et al. The relation of endometriosis to menstrual characteristics, smoking, and exercise. *JAMA* 1986; 255:1904-8.
7. Laufer R, Rodriquez F, Pijoan JI, et al. Epidemiology of endometriosis in infertile women. *Fertil Steril* 1995; 63: 34-8.
8. Goldstein DP, de Chohnoky C, Emans SJ, Leventhal JM. Laparoscopy in the diagnosis and management of pelvic pain in adolescents. *J Reprod Med* 1980; 24: 251-6.
9. Chatman DL, Ward AB. Endometriosis in adolescents. *J Reprod Med* 1982; 27:156-60.
10. Ugur M, Turan C, Mungan T, et al. Endometriosis in association with mullerian anomalies. *Gynecol Obstet Invest* 1995; 40: 261-4.
11. Parazzini F, Ferraroni M, Fedele L, et al. Pelvic endometriosis: reproductive and menstrual risk factors at different stages in Lombardy, northern Italy. *J Epidemiol Community Health* 1995; 49: 61-4.
12. Gruppo Italiano plSde. Risk factors for pelvic endometriosis in women with pelvic pain or infertility. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999; 83: 195-9.
13. Djursing H, Petersen K, Weberg E. Symptomatic postmenopausal endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1981; 60: 529-30.
14. Kaminski P, Wiczorek K, Marianowski L. Usefulness of hysteroscopy in diagnosing sterility. *Ginekol Pol* 1992; 63: 634-7.
15. Vasiljevic M, Ganovic R, Jovanovic R, Markovic A. Diagnostic value of hysterosalpingography and laparoscopy in infertile women. *Srp Arh Celok Lek* 1996; 124: 135-8.
16. Carter JE. Combined hysteroscopic and laparoscopic findings in patients with chronic pelvic pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1994; 2: 43-7.
17. Nezhat F, Nezhat C, Nezhat CH, Levy JS, Smith E, Katz L. Use of hysteroscopy in addition to laparoscopy for evaluating chronic pelvic pain. *J Reprod Med* 1995; 40: 431-4.
18. Mewham AP, van der Spuy ZM, Nugent F. Laparoscopic findings in women with chronic pelvic pain. *S Afr Med J* 1996; 86: 1200-3.
19. Howard FM. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. *Obstet Gynecol Surv* 1993;48:357-87.
20. Kresch AJ, Seifer DB, Sachs LB, Barrese I. Laparoscopy in 100 women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1984; 64: 672-4.
21. Kaloo PD, Cooper MJ, Reid G. A prospective multi-centre study of major complications experienced during excisional laparoscopic surgery for endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006; 124: 98-100.
22. Mirhashemi R, Harlow BL, Ginsburg ES, Signorello LB, Berkowitz R, Feldman S. Predicting risk of complications with gynecologic laparoscopic surgery. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 327-31.
23. Carranza Lire S, Bobadilla Valenzuela R, Gaona Arreola R, Garcia Luna A. The laparoscopic findings in patients with chronic pelvic pain and dysmenorrhea. *Gynecol Obstet Mex* 1994; 62: 82-4.