



ALTMİŞBEŞ OLGUDA DİAGNOSTİK HİSTEROSKOPI BULGULARIMIZ

İlknur AKÖZ¹

Bu çalışma, Ankara Numune Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde değişik endikasyonlarla histeroskopiye alınan 65 vakanın değerlendirilmesiyle yapıldı. Histeroskopik olarak, anormal uterin kanamalı 22 vakadan 6'sında normal uterin kavite, 7'sinde submüköz leiomyom, 3'ünde endometrial polip, 2'sinde servikal polip, 2'sinde endometrial hiperplazi, 2'sinde atrofik endometrium tespit edildi. Histeroskopinin, anormal uterin kanamada organik sebeplerin ayırımında, transvaginal ultrasonografiden sonra ikinci basamak tetkik olduğu ve ardından yapılacak probe küretaja yol gösterdiği saptandı. Histerosalpingografi(HSG)'si normal uterin kavite olarak değerlendirilen 16 infertil hastanın tamamında histeroskopik olarak da patoloji saptanmadı. HSG'de dolma defekti olan 11 hastadan 3'ünde ise bunu açıklayacak histeroskopik bulgu tespit edilmedi. Servikal eksternal orifisten ipi izlenemeyen RİA nedeniyle histeroskopi yapılan 9 vakadan 8'inde RİA'nın, kavite içinde olduğu saptandı ve 5'inde pozisyonu düzeltilerek yerinde bırakıldı. İnkomplet abortus sonrası rest küretaj yapılan 6 vakadan birinde plasental retansiyon ve uterus rüptürü şüphesi olan bir vakada da rüptür yeri tespit edildi.

Anahtar Kelimeler : Histeroskopi, Tanı, Ayırıcı Tanı

DIAGNOSTIC HYSTEROSCOPIC FINDINGS IN OUR 65 CASES

This clinical study was performed at Ankara Numune Hospital and 65 patients with different pathologies were examined by hysteroscopy. 22 patients with abnormal uterin bleeding were analysed. It was obtained that 6 patients had normal uterin cavity, 7 patients with submucosal leiomyoma, 3 patients with endometrial polyp, 2 with cervical polyp, 2 with endometrial hyperplasia, 2 with atrophic endometrium. By this way, we think that hysteroscopy is secondary procedure to transvaginal ultrasonography when examining abnormal uterine bleeding. Hysteroscopy could be a guide to probe curettage. Both hysteroscopy and hysterosalpingography(HSG) gave same results in 16 patients with normal uterin cavity. 3 of 11 patients with filling defects in HSG were found that there was no reason to explain the pathology with hysteroscopy. 9 patients with missing intrauterin device were examined by hysteroscopy and it was found that 8 of them were placed in uterin cavity. 5 of all were corrected for normal position. 6 patients with incomplet abortion were examined by resting curettage and hysteroscopy. One of them had retantion of the placenta. When examining the patient with conspicion of rupture of the uterus, rupture site was located with hysteroscopy.

Key Words : Hysteroscopy, Diagnosis, Differential Diagnosis

Histeroskopi, servikal kanal, uterus kavitesi ve tubal ostiumların incelenmesi, gereğinde biyopsi alma veya cerrahi girişimde bulunma imkanı veren kompleks olmayan bir yöntemdir. Disfonksiyonel uterin kanama(DUK)'larda, submüköz myom ve endometrial polip gibi organik bir nedenin ekarte edilmesinde ve körlemesine küretajda atlanabilecek fokal lezyonlarda küretin yönlendirilmesinde kullanılabilir¹. İnfertilite ve habitual abortus vakalarında, "Müllerian" füzyon defekt'lerinin ve intrauterin adezyonların tanısında, histerosalpingografi(HSG)'de dolma defekti varlığında sıklıkla kullanılır^{2,3}. Daha az oranda ise kayıp Rahim İçi Araç(RİA)'nın yerinin tespitinde, rest küretaj sonrasında kavite kontrolünde, uterin perforasyon şüphesinde de kullanılmaktadır⁴.

Biz bu çalışmayı, tekniğine adapte olmak ve değişik endikasyonlarda histeroskopinin tanısal değerini belirlemek için planladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Ankara Numune Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde değişik endikasyonlarla yatarak

tetkike alınan 65 vaka üzerinde yapılmıştır. Olguların yaşları 25–60 arasında değişmekte olup ortalama yaş 35.8'dir. Vakaların endikasyonlarına göre dağılımı Tablo I'de görülmektedir.

Tablo I. Olguların endikasyonlarına göre dağılımı.

Endikasyon	Hasta sayısı
Anormal uterin kanama	22
Premenopozal DUK	17
Postmenopozal kanama	5
İnfertilite	27
HSG'de dolma defekti olanlar	11
HSG'de dolma defekti olmayanlar	16
Kayıp RİA	9
Rest küretaj sonrası kontrol	6
Uterin perforasyon şüphesi	1

Histeroskopik inceleme için, "Storz" marka 30° açılı panoramik tip rijid 4 milimetrelik histeroskop, ışık kaynağı olarak da "Storz" marka 250 Watt'lık Ksenon soğuk ışık kaynağı kullanıldı. Uterin distansiyonu için %0.9'luk NaCl solüsyonu hastadan yaklaşık 1 metre yükseklikteki serum seti aracılığı ile verildi.

Ankara Onkoloji Hastanesi, Kadın Hastalıkları Kliniği¹Uzmanı



Pnömetra oluşturmak için “Wisap” marka bir histeroinsüflator kullanıldı ve basınç 80 mm Hg’de tutuldu. Olgular mesaneleri boş olarak dorsal litotomi pozisyonunda ameliyathane şartlarında steril olarak hazırlandı. Damar yolunun açılması ve intravenöz olarak 10mg. Diazepam ve 50mg. Pethidin tatbikinden sonra spekulum yerleştirilerek %1’lik Lidokain ile paraservikal blok yapıldı. Servikal kanal histeroskopik olarak izlenerek endometrial kaviteye girildi ve sırasıyla, arka duvar, fundus, her iki kornual bölge, ön duvar ve istmik bölge gözlemlendi. Normal histeroskopik bulgu olarak submuköz leiomyom, endometrial polip görülmemesi veya anormal bir endometriumun tespit edilmemesi kabul edildi. Postmenopozal kanama nedeniyle histeroskopi yapılan 5 vaka dışında servikal kanalın dilatasyonu gerekli olmadı. Bütün olgularda histeroskopik inceleme tamamlandıktan sonra 4 mm.lik “Karman” kateteri ile küretaj yapıldı. İnfertilite nedeniyle incelenen vakalarda siklusun proliferatif fazı tercih edildi. Hiçbir vakada kemoproflaksi uygulanmadı. İşlem süresi ortalama 7.6 dakika idi.

BULGULAR

Bulgularımız, Tablo II’de özetlenmiştir. Premenopozal dönemde DUK nedeniyle histeroskopi yapılan 17 vaka, postmenopozal kanama ile de 5 vaka vardı. Bunlardan servikal polipi olan 2 vakada poliplerin uterin kavite ile ilgisi olmadığı saptandıktan sonra ekstirpe edildi. Histeroskopik olarak 7 vakada submuköz leiomyom, 3 vakada endometrial polip, 2 vakada endometrial hiperplazi, 2 vakada atrofik endometrium saptanırken 6 vaka ise normal histeroskopik bulgu olarak değerlendirildi.

Tablo II. Histeroskopik bulgularımız.

Endikasyon Histeroskopik bulgu	Hasta sayısı
Anormal uterin kanama	22
Submuköz leiomyom	7
Endometrial polip	3
Servikal polip	2
Endometrial hiperplazi	2
Atrofik endometrium	2
Normal uterin kavite	6
İnfertilite	27
HSG’de dolma defekti olanlar	
Submuköz leiomyom	5
Endometrial polip	3
Normal uterin kavite	3
HSG’de dolma defekti olmayanlar	
Normal uterin kavite	16
Kayıp RİA	9
Uterin kavite içinde	8
Uterin kavite içinde değil	1
Rest küretaj sonrasında kontrol	6
Plasental retansiyon	1
Normal uterin kavite	5
Uterin perforasyon	1

Yirmiyedi infertil vakadan 16’sında HSG’de normal uterin kavite, 11 vakada dolma defekti tespit edilmişti. HSG’de normal olarak değerlendirilen vakalarda, histeroskopik olarak da bir patoloji saptayamadık. Dolma defekti olan 11 vakanın 3’ünde endometrial polip, 5’inde submuköz myom tespit edilirken 3 vakada ise dolma defektini açıklayacak bir patoloji saptanmadı.

Kayıp RİA nedeniyle histeroskopi yapılan 9 vakadan 8’inde RİA’nın ipleri ile birlikte kavitede olduğu saptandı. RİA 2 vakada çıkarıldı, 5 vakada ise pozisyonu düzeltilerek yerinde bırakıldı. Bir vakada ise uterin kavite boş olarak gözlemlendi. Ardından laparotomiye alınan hastada omentumdaki RİA çıkarıldı.

Rest küretaj sonrası kavite kontrolü amacıyla histeroskopi yapılan 7 hastadan 2’sinde plasenta retansiyonu tespit edildi. Uterus perforasyonu düşünülen bir vakada laparotomiden önce histeroskopi yapılarak perforasyon yeri ve büyüklüğü saptanmaya çalışıldı. Kanama nedeniyle net izlenememekle birlikte, rüptür yerinin fundusta sol korna yakın olduğu düşünüldü. Laparotomide teşhis doğrulandı ve primer suture edildi.

TARTIŞMA

Dilatasyon ve küretaj, DUK’ların ayırıcı tanı ve tedavisinde en sık kullanılan, en temel yöntem olmasına rağmen her vakada tatminkar sonuçlar vermeyebilir. Dilatasyon ve küretaj (D&C) ve aspirasyon küretajda, çok sayıda semptomatik endometrial polip ve submuköz leiomyom teşhis edilemeyerek atlanır. Stock ve Kanbour, probe küretajdan sonra histerektomiye giden olgularda, probe küretajın uterus kavitesinin ne kadarına yapıldığını araştırmışlar ve hastaların %60’ından fazlasında uterus kavitesinin yarısını, %16 hastada ise kavitenin 1/4’ünden az bir kısmının kürete edilmiş olduğunu saptayarak küretajda endometrial poliplerin, submuköz myomların ve endometrial karsinom odaklarının atlanmasının nadir olmadığını göstermişlerdir⁵.

DUK’larda histeroskopi ile fokal lezyonların tespiti, küretin yönlendirileceği yerin belirlenmesinin, endometrial poliplerin ve submuköz myomların teşhisinin yanısıra uterin kavitenin normal olduğunun tespiti ile de tedavide yol göstericidir. Değişik araştırmacıların^{6,7,8}, DUK ve postmenopozal kanamalı toplam 150 hastadaki histeroskopi bulgularına göre; %40.6 normal uterin kavite, %14 endometrial polip, %13.3 atrofik endometrium, %10 endometrial karsinom, %8.7 submuköz leiomyom, %6.1 endoservikal polip, %4 endometrial hiperplazi saptanmış, %3.3 oranında yetersiz olarak değerlendirilmiştir. Buna göre; D&C gereken hastalarda önce histeroskopi yapılmasının D&C’lerin %40–50’sini engelleyeceği, körlemesine yapılacak D&C yerine histeroskopi eşliğinde veya histeroskopiye takiben küretaj yapılması savunulmaktadır⁹.



Biz bu çalışmada, premenopozal DUK ve postmenopozal kanama ile histeroskopi yaptığımız toplam 22 vakanın 6'sında, endometrial görünümü normal olarak değerlendirdik. Normal histeroskopik bulgu için değişik araştırmalarda verilen %40-50 oranlarının¹⁰ gerisinde olmamızı, vaka sayımızın azlığına bağladık.

Transvaginal ultrasonografi(TVUSG) ile submuköz leiomyom tanısı almış 7 vakanın tamamında histeroskopik olarak da submuköz leiomyom saptadık. Endometrial polip saptadığımız 3 vaka ise daha önceki tetkiklerinde polibin görülmediği vakalardı. Buna göre; submuköz myomların şekli ve boyutlarını belirlemede TVUSG'nin daha güvenilir olduğu, buna karşın endometrial poliplerin tanısında histeroskopinin daha başarılı olduğu sonucuna vardık. Bu konuda Fedele ve ark.larının yaptığı çalışmada varılan sonuç, TVUSG'nin tarama amacıyla kullanılması, kesin tanı için histeroskopinin tercih edilmesi olmuştur¹¹.

HSG uzun yıllar boyunca infertil vakalarda uterus kavitesinin incelenmesinde kullanılan yegane metod olmuştur. Ancak çalışmalar göstermiştir ki yalancı pozitif sonuçlara sadece kan, mukus ve debris değil; kontrast maddenin hızlı enjeksiyonu ile uterus spazmı gelişmesi de sebep olabilmektedir¹². Kısacası HSG, değerlendirilmesi yoruma açık bir yöntemdir. HSG'de küçük bir dolma defektinin temsil edebileceği polip, submuköz myom, gebelik, uterus duvarının asenkron kasılması gibi sebeplerin gerçek natürleri ancak histeroskopi ile ayırdedilebilir. Çalışma grubumuz içindeki infertil olguların, HSG'si normal uterin kavite olarak değerlendirilenlerin tamamında histeroskopik olarak ta patoloji saptamadık. Dolma defekti olan 11 vakanın 3'ünde ise dolma defektini açıklayacak bir bulgu saptamadık. Buna göre, infertil vakalarda anormal HSG bulgusu olanlara, histeroskopi yapılmasının gerektiği sonucuna vardık.

Eksternal servikal orifiste ipleri görülemeyen RİA (kayıp RİA) da en sık karşılaşılan sebep iplerin kavite içine dönmesidir. Oysa RİA, genellikle kavite içinde ve normal pozisyonadadır. Bu durumda topuzlu ve forceps gibi aletlerle RİA'nın körlemesine aranması, hastanın travmatize olmasına ve RİA'nın gereksiz yere çıkarılmasına neden olur. Burada amaç sadece RİA'nın kavitede olup olmadığının tespiti değildir. Bunun tespitinde USG de kullanılabilir. Ancak USG bile RİA'nın tamamının kavitede serbest olup olmadığını göstermekte yeterli değildir. Valle ve ark.larının 91 kayıp RİA'lı hasta serisinde, uterin kavite içerisinde izlenen RİA'ların %15'inin endometriuma kısmen gömülmüş olduğu tespit edilmiştir¹³. Kayıp RİA durumunda histeroskopi ile RİA'nın yeri ve pozisyonu görülüp çıkarılabileceği gibi, diğer yöntemlerden farklı olarak RİA kırılmış veya ipi kopmuş olmadıkça, hasta aynı kontrasepsiyon yöntemini kullanmak istiyorsa uygun pozisyona getirilerek yerinde bırakılabilir. Kayıp RİA nedeniyle histeroskopi yaparak RİA'nın kavitede olduğunu

saptadığımız 8 vakanın 5'inde, RİA normal pozisyona getirilerek yerinde bırakıldı.

Gebelik tahliyesinden sonra uterusun tam olarak boşaltıldığından emin olamamak, submuköz myom, endometrial polip veya perforasyon şüphesinde histeroskopi hem tanı imkanı verir hem de konservatif veya cerrahi tedavi yapılacak hastanın ayrımını sağlar¹⁴. Bizim çalışmamızda inkomplet abortus sonrası rest küretaj yapılan 6 vakadan 1'inde histeroskopide uterin kornlar hizasında plasental retansiyon tespit ettik. Uterus perforasyonu şüphesi olan bir olguda da rüptür yerini kanamaya rağmen gözleyebildik.

Biz bu 65 vakadaki deneyimimiz sonucunda histeroskopinin anormal uterin kanamalarda, HSG'de dolma defekti olan infertil olgularda, kayıp RİA durumunda, gebelik tahliyesi sonucunda intrauterin lezyon veya rüptür şüphesinde kullanılabilecek basit, kolay ve etkin bir yöntem olduğu kararına vardık.

KAYNAKLAR

1. Choo YC, Mak KC, Hsu C, et al. Postmenopausal uterine bleeding of nonorganic cause. *Obstet Gynecol* 1980; 66 :225.
2. Valle RF. Hysteroscopy in the evaluation of female infertility. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 137:425.
3. Siegler AM. Hystero-graphy and hysteroscopy in the infertile patient. *J Reprod Med* 1977; 18:143.
4. Valle RF, Sciarra JJ, Freeman DW. Hysteroscopic removal of intra-uterine devices with missing filaments. *Obstet Gynecol* 1977; 49 : 55.
5. Stock RF, Kanbour A. Prehysterecyomy curettage: an evaluation. *Obstet Gynecol* 1975; 45:537.
6. Valle RF, Sciarra JJ. A useful diagnostic adjunct in gynecology. *Am J Obstet Gynecol* 1975; 122:160.
7. Duncan GR. et al. The diagnostic possibilities of a modified hysteroscopic technique. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 98 : 101.
8. Goldrath MH, Sherman AI. Office hysteroscopy and suction curettage. *Am J OBStet Gynecol* 1985; 152 : 220.
9. Fraser IS. Hysteroscopy and laparoscopy in women with menorrhagia. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 162: 1264.
10. Valle RF. Hysteroscopic evaluation of patients with abnormal uterine bleeding *Surg Gynecol Obstet* 1981;153 : 521.
11. Fedele L et al. Transvaginal ultrasonography versus hysteroscopy in the diagnosis of uterine submucous myomas. *Obstet Gynecol* 1991; 77 : 745.
12. Faye JA, Mutie G, Schneider PJ. The diagnostic value of hysteroscopy and hysterosalpingography in infertility investigation *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156 : 110.
13. Valle RF, Freeman DW. Hysteroscopy in the localisation and removal of intrauterine devices with "missing strings" contraception. *Fertil Steril* 1975;11 : 110.
14. Valle RF, Sabbagha RE. Management of first trimester pregnancy termination failures. *Obstet Gynecol* 1980; 55 : 625.