

Bölüm 30

OFİS VE OPERATİF HİSTEROSKOPI; HAZIRLIK VE ENSTRUMENTASYON

Ergül DEMİRÇİVİ BÖR¹

Histeroskopi minimal invaziv bir işlem olarak endometrial kavite patolojilerinde tanı ve tedavi amacı ile yaygın olarak kadın doğum pratiğinde kullanılmaktadır. İşlem sırasında kullanılan aletlerin daha ince hale gelmesi ve ofis ortamında bile kullanılacak kadar basitleşmesi ile yaygın ve etkili bir tanı ve tedavi yöntemidir. Daha çok tanı amacı ile ameliyathane koşulları ve anestezi gerektirmeksizin kullandığımız ofis histeroskopi ile endometrial kavitedeki patolojilere kolaylıkla tanı koyabildiğimiz gibi biopsi alma yada tedavi amacı ile girişimlerde yapabilmekteyiz. Operatif histeroskopi ise daha komplike ve büyük endometrial kavite patolojilerinin ameliyathane koşullarında ve anestezi eşliğinde kaviteye daha fazla kalibreli (kalın) aletlerle girilerek manipülasyon kapasitemizi arttırarak tanı ve tedavilerini yapabilmekteyiz.

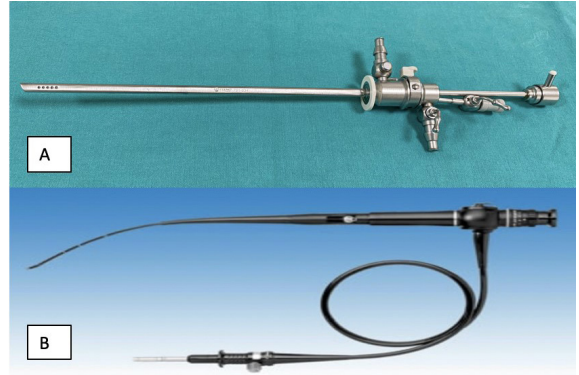
ENSTRUMENTASYON

Histeroskopi enstruman olarak; histeroskop, operatif aletler, kavite genişletici sıvılar (distansiyon mediumları), kamera, ışık kaynağı ve koterizasyon aletleri kullanılmaktadır.

Histeroskoplarda

Rijid ve fleksibl tipleri mevcuttur. Rijid olanların kamera, sıvı giriş-çıkışı ve enstruman

geçışı için kanalları vardır ve görüntü kalitesi daha iyidir fakat kalındırlar ve intra operatif ağrıya sebep olabilirler. Fleksibl olanlar ise daha az ağırlı fakat daha fazla maliyetlidir ve çoğunlukla düzensiz kavitelere kullanımı tercih edilir. (Şekil 1)



Şekil 1. Rijid a) ve Fleksibl b) histeroskoplarda

Histeroskop çapları 3,1-10 mm arasında değişmektedir. İnce çaplılar daha çok ofis histeroskopi ortamında ağrısız ve tanı amacı ile kullanılırken, daha kalın olanlar (>5mm) için servikal dilatasyon gerektiğinden ağırlı bir işlemdir ve analjezi gerektirmektedir. (Şekil 2)

Histeroskopinin boyları da 160-302 mm arasında değişmektedir. Uterus boyutu ve vajina uzunluğuna göre uygun boyda histeroskoplarda seçilebilir.

¹ Op. Dr., İstanbul Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, drergul@yahoo.com

Servikal Hazırlık ve Dilatasyon

Histeroskopi esnasında yeterli servikal dilatasyon komplikasyonların önlenmesi için önemli bir aşamadır. Özellikle histeroskopi öncesi misoprostol ile serviksi hazırlamak ve küçük çaplı histeroskop ile işlem yapmak ağrıyı azaltmak için seçenekler arasındadır. (5) Servikal dilatasyon preoperatif olarak serviks genişletici ajanlar (misoprostol, dinoprostone) veya vajinal osmotik dilatörler (laminaria) ile yapılırken mekanik (dilatörler) olarak intraoperatif de yapılabilir. (6) Özellikle geniş çaplı histeroskopi ile işlem yapılacak hastalara, servikal stenoz veya cerrahi öyküsü olan hastaya ve postmenapoz hastalara histeroskopi öncesi yada sırasında servikal dilatasyon yapmak gerekmektedir.

Antibiyotik Profilaksisi

Histeroskopi işlemi sonrasında enfeksiyon yada endokardit profilaksisi için antibiyotik önerilmektedir. Histeroskopi öncesi vajina temizliği için povidon iyot kullanılabilir. (7)

Ağrı Yönetimi

Histeroskopi sırasında serviks tenekulum takılması, serviks dilatasyonu, histeroskopi girişi, uterin distansiyon ve uterin biyopsi işlemleri ağrı hissedilen basamaklardır. İntraoperatif ağrı için nonsteroid analjezikler ile profilaksi işe yaramasa da postoperative ağrıyı azaltmak için kullanılabilir. (8) Dar çaplı histeroskoplarla (<3,5 mm) yapılan histeroskopilerde servikal dilatasyon ve dolayısı ile ağrı hissi daha azken 4 mm den büyük çaplı histeroskoplar için para-servikal blok ağrı yönetimi için tercih edilebilir. (9) Lokal anesteziye rağmen ağrı kontrolü sağlanamayan hastalarda genel anestezi de tercih edilebilir.

KAYNAKLAR

1. AAGL Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide, Munro MG, Storz K, Abbott JA, Falcone T, Jacobs VR, Muzii L, Tulandi T, Indman P, Istre O, Jacobs VR, Loffer FD, Nezhat CH, Tulandi T. AAGL Practice Report: Practice Guidelines for the Management of Hysteroscopic Distending Media: (Replaces Hysteroscopic Fluid Monitoring Guidelines. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2000;7:167-168.). *J Minim Invasive Gynecol.* 2013 Mar-Apr;20(2):137-48. doi: 10.1016/j.jmig.2012.12.002.
2. Readman E, Maher PJ. Pain relief and outpatient hysteroscopy: a literature review. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2004 Aug;11(3):315-9. doi: 10.1016/s1074-3804(05)60042-4.
3. Grow DR, Iromloo K. Oral contraceptives maintain a very thin endometrium before operative hysteroscopy. *Fertil Steril.* 2006 Jan;85(1):204-7. doi: 10.1016/j.fertnstert.2005.06.044.
4. Cicinelli E, Pinto V, Tinelli R, Saliani N, De Leo V, Cianci A. Rapid endometrial preparation for hysteroscopic surgery with oral desogestrel plus vaginal raloxifene: a prospective, randomized pilot study. *Fertil Steril.* 2007 Sep;88(3):698-701. doi:10.1016/j.fertnstert.2006.11.151.
5. Bradley LD. Complications in hysteroscopy: prevention, treatment and legal risk. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2002 Aug;14(4):409-15. doi: 10.1097/00001703-200208000-00008.
6. Al-Fozan H, Firwana B, Al Kadri H, Hassan S, Tulandi T. Preoperative ripening of the cervix before operative hysteroscopy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Apr 23;(4):CD005998. doi: 10.1002/14651858.CD005998.pub2.
7. ACOG Practice Bulletin No. 195: Prevention of Infection After Gynecologic Procedures. *Obstet Gynecol.* 2018 Jun;131(6):e172-e189. doi: 10.1097/AOG.0000000000002670.
8. Nagele F, Lockwood G, Magos AL. Randomised-placebo controlled trial of mefenamic acid for premedication at outpatient hysteroscopy: a pilot study. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997 Jul;104(7):842-4. doi: 10.1111/j.1471-0528.1997.tb12031.x.
9. Tangsirawatthana T, Sangkomkamhang US, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Paracervical local anaesthesia for cervical dilatation and uterine intervention. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Sep 30;(9):CD005056. doi: 10.1002/14651858.CD005056.pub3.