

Bölüm 39

TRANSVAJİNAL HİDROLAPAROSKOPİ

Esra CAN¹

GİRİŞ

Tubal faktör önemli infertilite nedenlerinden biridir (1). Tuba uterinolar laparoskopi ile direkt görüntülenerek değerlendirilebileceği gibi klamidya antikor testi ve histerosalpingografi (HSG) gibi indirekt olarak da değerlendirilebilir (2). İndirekt yöntemlerin tanısal duyarlılık ve özgüllükleri düşük olduğundan tubal hastalıkların değerlendirilmesinde laparoskopi altın standart yöntemdir. Transvajinalhidrolaparoskopi (THL); laparoskopinin cerrahi ve anestezi risklerinin mevcut olması nedeniyle daha çok Avrupa ve Çin'de tubaovaryen yapıların ve tubal pasajı değerlendirmede kullanılan, ameliyathane şartları gerektirmeyen ve lokal anestezi altında ofis şartlarında yapılabilen bir yöntemdir. 1990'larda Dr. Stephan Gordts tarafından pelvik hastalık öyküsü olmayan hastalarda kolaylıkla uygulanabilirliği tanımlanmış olup, 1990 yılların sonuna doğru Dr. Watrelot tarafından THL'ye kromopertubasyon, salpingoskopi, mikrosalpingoskopi ve histeroskopi eklenerek modifiye edilmiş ve Fertiloskopi adıyla 1993 yılında lisans hakkı kazanmıştır (3-4).

Laparoskopi ile elde edilebilecek bilgileri ofis ortamında sunması, tubaovaryen yapıların durumu, tuba over ilişkisi ve koromopertübasyon ile tüplerin açıklığını göstermesi laparoskopiye üstünlüğü iken; işleme salpingoskopi eklenerek tubal mukozanın direkt olarak gözlemlenmesi de geleneksek HSG ye göre de avantajıdır.

TRANSVAJİNAL HİDROLAPAROSKOPİ TEKNİĞİ

Hasta ve hekim tercihinine göre ameliyathanede veya ofis ortamında işlem yapılabilir. Uterusun aksını, boyutunu ve hareketliliğini değerlendirmek ve Douglas boşluğundaki pelvik kitleleri veya patolojiyi değerlendirmek için vajinal ve rektovajinal muayene yapılır. Ardından vajinaya bir spekulum yerleştirilir. Vajinal mukozaya lokal anesteziğin pamuklu çubukla sürülmesini takiben 10 dakika sonra paraservikal blok gerçekleşir.

THL sistemi Veress iğnesi, tanısal trokar, 2.7mm 300' lik rijit teleskop ve operatif trokar kılıftan oluşur. (Şekil 1)

Serviks, tenakulum ile saat 8 hizasından tutulur ve serviksin 1 cm altından bir Veress iğnesi ile Douglas boşluğuna giriş sağlanır. Rektal yaralanma riskini en aza indirmek için, Veress iğnesini, spekulumun arka valfi ile rektum aşağıya doğru kaydırıldıktan sonra arka valfe paralel bir şekilde yerleştirmek önemlidir.

Veress iğnesi yerleştirildikten sonra 150 mL ile 200 mL serum fizyolojik periton içine bırakılır. Veress iğnesi çıkarılır ve 3mm trokar ile Douglas boşluğuna girilir. Trokarın giriş ağzından gelen salin solüsyonu doğru yerleştirildiğini gösterir. 30° teleskoplu 2,9 mm çapında bir optik sistem trokar kılıfından geçirilir ve periton boşluğu gözlemlenebilir hale gelir. (Şekil 2)

¹ Uzm. Dr. , İstanbul Kanuni Sultan Süleyman EAH, Kadın ve Doğum Hastalıkları Kliniği, dresraoten@yahoo. com

KAYNAKLAR

1. Goldberg JM, Falcone T, Diamond MP. Current-controversies in tubaldisease, endometriosis, andpelvicadhesion. *Fertil Steril*. 2019 Sep;112(3) :417-425. doi: 10. 1016/j. fertnstert. 2019. 06. 021. PMID: 31446901
2. Dishuck CF, Perchik JD, Porter KK, Gunn DD. Advanced Imaging in FemaleInfertility. *CurrUrolRep*. 2019 Nov 16;20(11) :77. doi: 10. 1007/s11934-019-0942-0. PMID: 31734736.).
3. Gordts S, Campo R,et al. Transvaginalhydrolap-
aroscopy as an outpatientprocedureforinfertilityin-
vestigation. *Hum Reprod*1998;13;99–103
4. Watrelot A. Place of transvaginalfertiloscopy in
themanagement of tubalfactordisease. *Reprod-
Biomed Online*. 2007 Oct;15(4) :389-95. doi: 10.
1016/s1472-6483(10) 60363-x. PMID: 17908399.
5. James M. Synopsis of adverseeventswhenusingth-
efertiloscope. *FertilityFocus*, Ltd; September 2008.
6. Shibahara H, Shimada K, et al. Majorcompl-
icationsandoutcome of diagnosticandoperative-
transvaginalhydrolaparoscopy. *J ObstetGynaecol
Res*2007;33(5) :705-9.
7. Ma C, Wang Y, et al. Trans-abdominalultrasound-
guidedtransvaginalhydrolaparoscopy is associat-
edwithreducedcomplication rate. *Eur J ObstetGy-
necolReprodBiol* 2012;160(2) :166-169.
8. Cicinelli E, Matteo M, Causio F, et al. Tolerability
of the mini-panendoscopicapproach (transvagi-
nalhydrolaparoscopyandminihysteroscopy) ver-
sushysterosalpingography in an outpatientinfer-
tilityinvestigation. *Fertil Steril*. 76(5) :1048 –1051,
2001 Nov.)
9. Balsak D, Uysal F, Sadık S, Güler A, Tınar S,
Taşkın O. Comparison of hysterosalpingogra-
phyandtransvaginalhydrolaparoscopy in pa-
tientswithtubalfactorinfertility: a prospectiveco-
hortstudy. *WideochirInne Tech Maloinwazyjne*.
2014; 9(2) :190-195. doi:10. 5114/wiitm. 2014.
41055
10. Campo R, Gordts S, Rombauts L, et al. Diagnosti-
caccuracy of transvaginalhydrolaparoscopy in in-
fertility. *Fertil Steril*. 1999 Jun;71(6) :1157–1160.)
11. Watrelot A, Nisolle M, Chelli H, et al. ; Inter-
national GroupforFertiloscopy Evaluation. Is
laparoscopystillthegoldstandard in infertilit-
yassessment? A comparison of fertiloscopyver-
suslaparoscopy in infertility. Results of an inter-
nationalmulticentreprospective-trial: the ‘FLY’
(Fertiloscopy-Laparoscopy) study. *Hum Reprod*.
18(4) :834–839, 2003 Apr.
12. Watrelot A, Dreyfus JM, Andine JP. Evaluation
of theperformance of fertiloscopy in 160 consec-
utiveinfertilepatientswithnoobviouspathology.
Hum Reprod. 14:707–711, 1999 Mar.