

JİNEKOLOJİK ONKOLOJİDE HİSTEROSKOPİNİN YERİ

Dr. Murat DEDE (*)

Gülhane Tıp Dergisi 44 (4) : 464 - 471 (2002)

ÖZET

Günümüz obstetrik ve jinekoloji pratiğinde histeroskopi infertil kadınların evaluasyonu ve tedavisinde, uterin anomalilerin anatomik incelemesinde, anormal uterin kanamaların tanı ve yönetiminde temel araç olmuştur. Uterin kavite ve alt uterin segmentin benign, premalign ve malign lezyonlarının tanı ve tedavisinde santral bir öneme sahiptir. Histeroskopi : minimal invazif oluşu, yüksek sensitivite ve spesifiteye sahip oluşu, güvenli ve çabuk oluşu, ofis tabanlı ve hastanın konforunu bozmayacak tanı ve tedavi aracı olması, kısa süreye ihtiyaç duyması, takip aşamasında tekrar edilebilirliği ile değeri her geçen gün daha da artan bir tanı aracıdır.

Anahtar Kelimeler : Jinekolojik Onkoloji, Histeroskopi.

SUMMARY

Practise of Hysteroscopy in Gynecologic Oncology

Nowadays in obstetrics and gynecologic practice hysteroscopy is a basic tool in evaluation and treatment of infertile women, in functional and anatomical searching of uterine anomalies, in the investigation and method of anormal uterine bleeding. And has a central importance in the investigation and treatment of benign, premalign and malign lesions of uterine cavity and low uterine segment. Hysteroscopy: is a investigation tool whose value is increasing daily by being minimal invasive, owing high sensitivity and spesivity, being reliable and fast, could be done in office and is a investigation tool which doesn't give discomfort to the patient, needing short time, and could be done in every follow-up stage.

Key Words: Gynecologic Oncology, Hysteroscopy.

(*) GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum AD
Reprint Request : Dr. Murat DEDE, GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, 06018 Etlik - ANKARA
Kabul Tarihi : 14.8.2002

GİRİŞ

Histeroskopi, medikal literatürde tarif edilen en eski endoskopik prosedürlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. İlk olarak 1804'de Bozzini tarafından ilk endoskop dizaynı yayınlanmış ve uterusun da dahil olduğu bir çok bölgede kullanılabileceği tanımlanmıştır(1). 1854'de Desormeaux ilk sistoskopi yapmış ve ilk histeroskopik girişim bu alet yardımıyla 1869'da Pantaleoni tarafından gerçekleştirilmiştir. Histeroskopideki gelişme uterin kavitenin distansiyonundaki güçlük nedeniyle diğer endoskopik işlemlere göre göreceli olarak daha yavaş gerçekleşmiştir. Günümüz obstetrik ve jinekoloji pratiğinde histeroskopi özellikle infertil kadınların evaluasyonu ve tedavisinde, uterin anomalilerin fonksiyonel ve anatomik incelemesinde ve anormal uterin kanamaların tanı ve yönetiminde temel araç olmuştur. Özellikle son 20 yılda minimal invazif cerrahinin öneminin artmasıyla öncelikle diagnostik ve dolayısıyla operatif histeroskopinin teknik kullanımı ve endikasyonları daha fazla uygulama alanı bulmuştur. Daha küçük çaplı rijit ve fleksibl enstrümanların kullanımı, elektrocerrahi araçları ve lazer teknolojisindeki gelişmeler sayesinde histeroskopik cerrahi değişmiş ve gelişmiştir(2). Daha da ötesi küçük ka-libreli endoskopların geliştirilmesi histeroskopiye minimal morbidite ve hastaya en az zarar veren diagnostik amaçlı bir teknik olarak ön plana çıkarmıştır(3).

Histeroskopi son yıllarda bir ofis prosedürü olarak oldukça yaygınlaşmış ve başarıyla kullanılır hale gelmiştir. Gerçekte histeroskopi kolay, güvenilir, çabuk ve efektif bir metod olup tanı ve/veya operatif ofis tekniği olarak geliştirilmiştir.

Uterin kavite ve alt uterin segmentin benign, premalign ve malign lezyonlarının tanısında histeroskopinin santral bir öneme sahip olduğu uluslararası bir kanıdır. Tüm bahsedilen lezyonlar çoğunlukla karşımıza anormal uterin kanama şeklinde çıkmaktadır. Yapılan jinekolojik konsültasyonlar sonucunda premenopozal ve postmenopozal kadınların %30-75'inin ana semptomu anormal uterin kanamadır (Tablo-I: Anormal uterin kanama nedenleri).

TABLO - I
Anormal Uterin Kanama Nedenleri

PREMENOPOZAL:

- 1) Gebelikle ilişkili (ektopik, abortion)
- 2) Ekzojen hormon kullanımı
- 3) Endokrin sebepler (hipo-hipertiroidi)
- 4) Koagülopati
 - Trombositopeni
 - Lösemi
 - Faktör VIII eksikliği
- 5) Anatomik sebepler
 - Leiomyoma
 - Endometrial polip
 - Adenomyozis
 - Servikal lezyonlar (polip, kondilom, HSV enfeksiyonu, servisit)
 - Naboth kistleri
- 6) Enfeksiyöz hastalıklar (Klamidya, servisit)
- 7) Neoplaziler
 - Servikal neoplazi
 - Vajinal neoplazi
 - Endometrial hiperplazi/neoplazi

POSTMENOPOZAL:

- 1) Ekzojen hormon kullanımı (% 30)
- 2) Atrofik endometritis/ vaginitis (% 30)
- 3) Endometrial kanser (% 15)
- 4) Endometrial veya servikal polip (% 10)
- 5) Endometrial hiperplazi (% 5)
- 6) Diğer sebepler (servikal maligniteler, uterin sarkom, üretral karinkül, travma) (% 10)

Anormal uterin kanamanın evaluasyonunda modern jinekolojide geçerli ve kabul edilmiş 6 diagnostik teknik geçerlidir. Bunlar:

- 1) D&C (Dilatasyon-Küretaj)
- 2) Endometrial biyopsi (Pipelle, Karman, Novak v.b)
- 3) Transvajinal ultrasonografi
- 4) Saline infüzyon sonohisterografi
- 5) Histerosalpingografi
- 6) Histeroskopi

Tüm bu metodlar içerisinde en ideal olanı; sensitivite ve spesifitesi yüksek , kolay uygulanabilir, maliyeti düşük, efektif, hasta tarafından tolere edilebilir olanıdır (4).

Özellikle endometrial patolojilerin tanısında bu metodların kombinasyonu veya ardışık kullanımı uygun olacaktır. Bu metodların sensitivite ve spesifitesine bakacak olursak; (5,6,7,8) (Tablo-II).

Tablo-II'deki gibi yüksek ve düşük değerlerle karşılaşmaktayız. Altın standart olarak patolojik doku tanımı kullanan çalışmalarda D&C'ın, pipelle ile endometrial biyopsinin ve transvajinal ultrasonografinin endometrial patolojili hastanın tanısında düşük sensitivite gösterdiği tespit edilmiştir. Bu üç yöntem özellikle polipler ve submüköz myomların

tanısında yetersiz kalabilmekte ve patolojiler atlanabilmektedir. Tüm bu veriler ışığında altın standart olarak histeroskopi kabul edilmelidir.

TABLO - II
Diagnostik Metodların Sensitivite ve Spesifiteleri

Metod	Sensitivite (%)	Spesifite (%)
D&C	65	100
Pipelle	44,6 - 51	98,5
Transvajinal USG	82	80
Saline infüzyon sonografi	100	80
Histeroskopi	97 - 98	93 - 100

Tanımlanan ve klasifiye edilen tüm bu patolojilerin büyük çoğunluğu histeroskopinin ana endikasyonunu oluşturmaktadır. Premenopozal, perimenopozal ve özellikle postmenopozal popülasyonda vagen, alt uterin segment ve uterin kavitenin direkt gözlenmesi şüpheli lezyonlardan biyopsi alınmasında bazı intrauterin patolojilere direkt tedavi olanağı sunduğundan, özellikle endometrial patolojilerin evaluasyonunda multidisipliner bir yaklaşım olarak göze çarpar (Tablo-III).

TABLO - III
Jinekolojik Onkolojide Histeroskopi Endikasyonları

Diagnostik

- 1) Endometrial patolojilerin tespiti
 - Anormal endometriumun evaluasyonu
 - Endometrial polip
 - Endometrial hiperplazi
 - Endometrial neoplazi
- 2) Submüköz myomların tespiti
- 3) Tamoksifen kullanan meme kanserli kadınlarda endometriumun evaluasyonu
- 4) Endometrial karsinomada klinik evreleme amaçlı (servikal, vaginal yayılım)
- 5) Anormal uterin kanama evaluasyonu
- 6) AGUS evaluasyonu ve takibi (Mikrokolpohisteroskopi)
- 7) Kolposkopinin tatminkar olmadığı durumlar (Mikrokolpohisteroskopi)
- 8) Servikal adenokanserlerin evaluasyonu (Mikrokolpohisteroskopi)
- 9) Gestasyonel trofoblastik hastalıklar
- 10) SİL ve glandüler intraepitelyal lezyonların tanısı (Mikrokolpohisteroskopi)
- 11) Hematometra ve pyometra evaluasyonu

Terapötik

- 1) Endometrial polip rezeksiyonu
- 2) Endometrial hiperplazilerin histeroskopik rezeksiyonu
- 3) Endometrial kanser ve sarkomun histeroskopik rezeksiyonu (organ koruyucu cerrahi)
- 4) Rezidüel trofoblastik hastalık

Tüm bu endikasyonların çoğunda histeroskopi ayaktan gelen hastalara ofis prosedürü şeklinde uygulanmaktadır. Ofis histeroskopi, çabuk, güvenli, kolay, tekrarlanabilir ve efektif bir metod olarak göze çarpmaktadır. Bu sayede şüpheli fokal lezyonlar dahil tanı konabilmekte ve histopatolojik tanı için biyopsi ile örnekleme yapılabilmektedir. Aynı zamanda hastaya en az zarar veren ,minimal morbiditeye sahip bir metoddur. Histeroskopi uygulanması için en uygun dönem erken folliküler faz olarak bildirilmiştir (9). Ayaktan gelen hastalara histeroskopi uygulanmasının başarısı anestezinin gelişimiyle paralellik göstermektedir. Servikse lokal lidokain sprey uygulamasının, enjektabl lokal anestetiklerin yerini aldığı gösterilmiştir. Bu durum histeroskopiye tolerabiliteyi %100'lere çıkarmıştır. Aynı zamanda serviksi yumuşatmak ve operatif prosedürü kolaylaştırmak için preoperatif lokal prostoglandin tatbik edilebilir (10,11).

Mikrokolpohisteroskopi

Endometrial kanserde klinik evreleme, AGUS (Atypical glandular cells of undetermined significance) evaluasyonu ve takibi, kolposkopinin tatminkar olmadığı durumlar, servikal adenokanserlerin evaluasyonu ve SIL (Squamous intraepithelial lesion) ve GIL'un (Glandular intraepithelial lesion) teşhisi amacıyla kullanılan endoskop mikrokolpohisteroskopidir. (MKH) MKH, J. Hamou tarafından bulunup geliştirilen yeni bir endoskopi tekniğidir x1 - x 150' lik büyütme genişliği vardır. Özellikle büyük büyütmelerde x60 - x150 Lugol, Wasserman, asetik asit gibi mukoza boyaları gereklidir. Dış çapı 4,5 mm civarında olup minimal invagiftir. Serviksin mekanik dilatasyonuna ve anestezide gerek duyulmaz. Mikroskopik düzeyde bir inceleme olduğu için jinekoloğun önemli ölçüde patoloji bilgisine sahip olması gereklidir. Panoromik ve kontakt vizyon şeklinde kullanılır. Kontakt vizyon ışık yansımalarını engeller, detayları ve renkleri belirginleştirir. Panoromik vizyon ise lezyonun tam lokalizasyonunu ve şeklini tanımlar.

DIAGNOSTİK

Endometrial patolojiler

Normal-anormal endometrium

Histeroskopi normal ve anormal endometriumun ayırımı göstermede ideal tanı yöntemi olmakla birlikte tanının konfirmasyonu için histopatolojik destek gereklidir. Anormal endometriumun tanımlanmasında endometriumda renk değişikliği, doku farklılığı ve atipik damarlanmanın varlığı önemlidir. Histeroskopide anormal görüntü, kalın endometrial mukoza ve distorsiyone uterus kavite mevcut ise

endometrial örnekleme önerilir.

Anormal uterus kanama (AUK)

Tüm endometrial patolojiler genellikle anormal uterus kanama ile kendilerini göstermektedir. Artan yaş ile orantılı olarak klimakterik popülasyon da göz önüne alındığında anormal uterus kanamada yapılan histeroskopi oranı % 70'lere yükselmektedir.

Tamoksifen kullanımı

Bir nonsteroidal antiöstrojen ajan olan tamoksifen (TMX), 1 cm'den büyük ve özellikle östrojen (+) meme kanserli olgularda standart uygulamaya sahip bir terapötik ajan olarak kabul görmektedir. Saf östrojen antagonisti değildir. Postmenopozal kadınlarda vaginal epitel, myometriumda antiöstrojenik etki gösterirken, endometriumda östrojenik etki gösterir. Tamoksifen kullanan meme kanserli kadınlarda ilacın kullanımına bağlı olarak endometrial polipden endometrial karsinoma kadar değişen endometrial patoloji spektrumu gelişebilir. Bu nedenle bu hastalarda riskin tesbiti amacıyla görüntüleme metodlarına başvurulmuştur. Sonohisterografi ile kombine transvaginal ultrasonografi Tamoksifen kullanımına sekonder değişikliklerin ortaya konmasında histeroskopiye göre daha üstündür (12).

Transvaginal ultrasonografi taraması sonucunda elde edilen endometrial patoloji histeroskopik veya histopatolojik olarak teyid edilmelidir (13,14).

AGUS evaluasyonu ve takibi

AGUS'un klinik önemi yaklaşık % 10 oranında servikal preinvazif ve invazif patolojilerle birlikteliğinden kaynaklanmaktadır. AGUS (önemi belirlenmemiş atipik glandular hücreler)'un klinik işlemi kaynağına, sitolojik takibine, kolposkopi, biyopsi, endoservikal veya endometrial küretaj, histeroskopi, HPV tipleme, konizasyon ve histerektomiye bağlıdır (16).

Kolposkopinin tatminkar olmadığı durumlar

Servikal patolojilerin tanısında kullanılan kolposkopi, alt genital traktın direkt gözlenmesinde kullanılan bir metoddur. Kolposkopinin tatminkar olduğu durumlarda kolumnar epitel, skuamöz epitel ve transformasyon zonunun görülmesi gereklidir. Eğer bu yapılar gözlenmiyor ise kolposkopi tatminkar değildir. Bu durumda intraservikal kanalın evaluasyonu şarttır. Bu amaçla kolposkopi eşliğinde mikrokolpohisteroskopi yapılması uygundur (17).

Servikal adenokanserlerin evaluasyonu

İnvazif serviks kanserinin yaklaşık % 10'unu

oluşturur. 50'li yaşlarda sık görülür. Prognozu skuamöz kanserlerden daha kötüdür. Çünkü uzun süre bulgu vermeden sessiz kalabilirler. Bu nedenle evaluasyonunda probe küretaj, transvaginal sonografi, MRI, histeroskopi gibi görüntüleme yöntemleri multidisipliner bir yaklaşım içerisinde kullanılmalıdır (15,18).

Endometrial Polip

Kayda değer olarak anormal uterin kanama izlenen hastaların yarısında atrofik endometriuma beraber % 20 oranında endometrial polipe rastlanmaktadır. Polipler fonksiyonel (premenopozal, 2-5 mm çaplı uzun pediküllü poliplerdir.), nonfonksiyonel (sıklıkla menoraji oluşturan, fonksiyonel poliplerden büyük, yüzey vaskülaritesi artmış poliplerdir) ve dejeneratif (normal endometriuma benzer) olarak sınıflandırılırlar. Polip ve hiperpoliposisin histeroskopik yapısı;

- 1) Nonhomojen endometrial kalınlık
- 2) Vaskülarizasyonda artış
- 3) Glandüler yapıda fazlalaşma ile karakterizedir.

Endometrial premalign ve malign lezyonlarının tanısında daha çok kullanılan (x1-20 büyütme) panoramik görüntüdür.

Endometrial Hiperplazi

Endometrial hiperplaziler, histeroskopik karakterlerine göre geniş sınırları olan lezyonlardır ve bunların tek bir histeroskopik pencereden tanısını koymak zordur. Endometrial hiperplaziler histolojik olarak,

- a) Basit hiperplazi
- b) Basit atipik hiperplazi
- c) Kompleks hiperplazi
- d) Kompleks atipik hiperplazi olarak sınıflandırılmaktadır.

Ancak hem histolojik hem de histeroskopik kriterlere göre sınıflandırdığımızda;

1) Düşük risk endometrial hiperplazi: anormal uterin kanama, hiperöstrojenik durum oluşturan hem basit hem de kompleks formları da içeren benign endometrial hiperplazidir. Histeroskopik görüntüsü normal endometriyumun varyantı ile benzerdir. Görüntü karakteristikleri ;

- Artmış endometrial rejenerasyon
- Artmış vaskülarizasyon
- Silier görüntü
- Kistik dilatasyon
- Polipoid görüntü
- Nekrotik alanlar
- Glandüler orifisin konsantrasyonu ve irregülaritesinde artış şeklindedir. Bu karakteristik-

lerden bir veya daha fazlasının görülmesi endoskopistin endometrial hiperplazi konusunda şüphelenmesini direkt biyopsi almasını gerektirir.

2) Yüksek risk endometrial hiperplazi:

Endometrial intraepitelyal neoplazi veya atipik hiperplazi olarak bilinir. Histeroskopik ve histolojik görüntüleri neoplastik lezyonlarla uyumludur. Görüntü karakteristikleri ;

- Polipoid büyüme
- Artmış vaskülarizasyon
- Süperfisiyal kapiller vaskülarizasyon
- Glandüler açılım çevresinde anormal damarlanma şeklindedir.

Tanısal yaklaşım kolposkopidekine benzer olmalı, şüphelenilen bölgeden biopsi alınmalıdır. Maalesef histeroskopik muayene sırasında preinvazif ile invazif lezyonu ayırtetmede kullanılacak asetik asit ve lugol gibi herhangi bir kimyasal ajan mevcut değildir.

Endometrial Kanser

Endometrial karsinoma, teknik ve anatomik nedenlerle panoramik görüntülemeye pek uygun değildir. Histeroskopik görünüm karakteristikdir ve CO₂ ve sıvı ortamlar kullanılır. CO₂, ışıklı bir atmosfer yaratmakta, ancak kıvrımları ve yüzeyi düzleştirmektedir. Sıvı ortam ise dokuların serpilmesine olanak sağlamakta, görüntü alanı daralmakta ve renkler soluklaşmaktadır. Tanıda pek sorun teşkil etmemektedir. Bununla birlikte endometrial karsinomanın histeroskopik görüntü paterni kullanılan teknik ve enstrumantasyondan etkilenmektedir.

Sıvı ortamda Sugimoto kanserin 4 tipini tanımlamıştır:

- 1) Polipoid tip (endometrial polip mevcut, yüzeyi düzensiz, damarları dilate ve kıvrımlı olarak izlenir.)
- 2) Nodüler tip (geniş tabanlı, atipik vasküler yapısı olan sert yüzeyli görünüm mevcuttur)
- 3) Papiller tip (nodüler, polipoid yapı mevcuttur)
- 4) Ülsere tip (tüm tiplerin yüzeyi ülserli olanıdır)

CO₂ ortamlı histeroskopiyle kanserin 3 tipi tanımlamıştır;

- 1) Vejetan tip (papiller + nodüler tip)
- 2) Polipoid tip
- 3) Serebroid tip

Diagnostik histeroskopi ,uterin kaviteyi görüntülemesiyle endometrial patolojilerde neredeyse mükemmel bir tanı aracıdır ve fokal lezyonlara müdahale imkanı tanır. Tüm bunlara rağmen şunu önemle belirtmeliyiz ki malign ve atipik lezyonlar halen major cerrahi müdahale gerektirmektedir.

Endometrial Kanserde Klinik Evreleme

Endometrial kanser, jinekolojik kanserler arasında en sık rastlanılan olup görülme sıklığı yaşla artmaktadır. %80 oranında erken semptomatolojisi sebebiyle erken evrede teşhis edilmekte ve bu nedenle iyi prognoza sahip olmaktadır. Histeroskopik preoperatif evaluasyon ve operatif bulgular tedaviye temel teşkil eder. Toki ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada küretaj ile evre I olarak kabul edilen vakaların % 16'ında histeroskopi ile servikal tutulum saptanmıştır. Stelmachow'un yaptığı çalışmada ise HSG ve küretaj ile evre I olarak kabul edilen hastaların histeroskopik değerlendirilmesinde % 40'ının evre II olduğu ortaya konmuştur. Prognozun evaluasyonunda lokal yayılım, myometriuma invazyon, tümörün histolojik evresi ve lenf nodu veya peritonun tutulumu temel kriterlerdir (14,16).

Gestasyonel Trofoblastik Hastalıklar

Rezidüel trofoblastik dokuların tesbit ve teşhisinde sonohisterografi ile birlikte histeroskopi etkili ve güvenli bir yöntem olarak öne sürülmektedir. Özellikle kalın endometrial mukozaya sahip kadınlarda ve anatomik olarak bozulmuş uterin kaviterde endikedir (19).

SIL ve Glandüler İnterapitelial Neoplazilerin (GIL) Teşhisi

Serviksin neoplazileri belirgin bir prekanseröz morfolojik lezyon oluşturarak terapötik yaklaşım öncesi erken ve kesin tanıya olanak sağlarlar. SIL 'in teşhis ve terapötik evaluasyonunda mikrokolpohisteroskopi minimal invazif cerrahi yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Low grade SIL'de mikrokolpohisteroskopi yaklaşık % 70 'lik sensitiviteye ve % 60'lık spesifiteye sahiptir. High grade SIL ve servikal kanserde bu değerler %100 / %30 olmaktadır (20). SIL genişliği ve derecesi konusunda MKH endikasyonu vardır.Konservatif cerrahi yaklaşım için SIL üst ve alt limitlerinin saptanmasında yardımcı olacaktır. Tüm bunlara karşın MKH'nın % 30 gibi düşük spesifiteye sahip olması klinik kullanımını sınırlandırmaktadır.

Hematometra ve Pyometra

Asemptomatik postmenopozal kadınlarda uterin kavitede görülen sıvının preneoplastik veya endometrial karsinoma ile ilişkili olup olmadığı mutlaka araştırılmalıdır. Bu amaçla transvajinal ultrasonografinin yanında histeroskopinin yeri çok önemlidir (21).

TERAPÖTİK

Endometrial polip rezeksiyonu

Anormal uterin kanamaların primer sebepleri arasında yer alan endometrial poliplerin tedavisinde günümüzde

histeroskopi önemli bir yer tutmaktadır. Bu patolojilerde tanı ile tedavi genellikle eş zamanlı olmaktadır. Bu durum mutlaka histopatolojik tanı ile desteklenmelidir (22).

Endometrial hiperplazilerin rezeksiyonu (endometrial ablasyon)

Günümüzde histeroskopik olarak uygulanan ve uterusun alınmasına gerek duyulmayan alternatif bir yöntem olarak sunulmuştur. Bu yöntemin temeli; endometriumun tüm kalınlığının ve aynı zamanda myometriyumun süperfisiyal tabakasının alınmasına bağlıdır. Bu amaçla histeroskopik olarak Histeroskopik rezekteskop ve roller ball aracılığıyla kullanılan elektrokoterizasyon (TRCE) (Medyum olarak elektrolitden fakir % 1,5 glisin, %3 sorbitol ve %5 mannitol) kullanılır. Operasyon öncesinde endometrial kavitenin GnRH analogları ve danazol ile hazırlanması gereklidir. Takiben uygun zamanlama gereklidir (erken proliferatif dönem). Bu yöntemlerin başarı oranları % 80-90'lar civarındadır. Komplikasyon oranları ise % 2- 6 arasındadır. (Pulmoner ödem, allerjik reaksiyonlar, dekstran 70 ve glisine bağlı gelişen toksisite, hava embolisi, sıvı yüklenmesi, uterin perforasyon, servikal laserasyon, termal injuri ve anestezi komplikasyonlar). Tüm bu metodların başarılı olma kriteri semptomatolojinin ortadan kalkmasıdır ve histopatolojinin yinelememesidir (2,22,23). 2 yıldan uzun postoperatif izleme sahip geniş olgu serilerinin yayınlanmasıyla klinik başarı %70'ler civarında sınırlanmaktadır. Bu prosedür ilerleyen dönemlerde gebelik, adenomyozis, dismenore gelişimi, HRT tedavisindeki monitörizasyonun güçlüğü, tanının konulmasının güçlüğü karsinom gelişimi gibi nedenlerle etkinliği sorgulanmaya başlanmış bir seçenek haline gelmiştir. Ayrıca son yıllarda levonorgestrol içeren rahim içi araçların devreye girmesi, cerrahi seçeneğin uygulanmadığı olgularda bu işlemin uygulama gerekliliği kondüsyonunu kısmen ortadan kaldırmıştır. Endometrial rezeksiyon ,endometrial hiperplazinin gerilemesinde ve tekrarlamasının önlenmesinde etkili olabilir (24).

Endometrial kanser ve sarkomların rezeksiyonu (organ koruyucu cerrahi)

İyi differansiye ve evre Ia endometrial kanserlerde medikal tedaviye alternatif ve sadece cerrahi tedavinin kontrendike olduğu durumlarda ikinci seçenek olarak radyoterapiye ek bir prosedür olarak histeroskopik endometrial rezeksiyon olgu sunumları şeklinde rapor edilmiştir (25).

Uterin sarkomlarda da olgu serisi şeklinde rapor edilmiştir (26). Ancak bu tür yaklaşımlar henüz olgu sunumu tarzında olup, etkinliği kanıtlanmamıştır.

Rezidüel gestasyonel trofoblastik hastalıklar- da tedavi

Gestasyonel trofoblastik hastalık nedeniyle takip edilen rezidüel trofoblastik dokuya sahip hastalarda nonselektif kör olarak yapılan küretaja alternatif olarak operatif histeroskopik olarak yapılan selektif küretaj yeni ve güvenli bir yöntem olarak ileri

sürülmüştür (27).

TARTIŞMA

Tüm bu gelişmelere rağmen günümüzde halen tartışmalı birtakım konular mevcuttur. Bunlar :

1) Histeroskopinin tümörün veya premalign hücrelerin lokal veya metastatik yayılımına katkıda bulunup bulunmadığı : Dilatasyon ve küretajın sensitivitesini arttırmak yerine son yıllarda anormal uterin kanamalı hastaların değerlendirilmesi için ulaşılabilir ve yaygın olarak kabul gören histeroskopi geliştirilmiştir. Yaygın uygulamalara rağmen histeroskopinin endometrium karsinomunun teşhisindeki yeri tam olarak belirlenmemiştir. Artan sayıdaki çalışmalar endometrial karsinomlu hastada histeroskopi esnasında malign hücrelerin intraabdominal yayılımından bahsetmektedir (28,29,30). Bu güne kadar histeroskopi ile yayılan tümör hücrelerinin sistemik olarak araştırılması etik nedenlerden dolayı başariyolmamıştır. Burada myometriuma invazyon derecesi oldukça önemlidir. Eğer invazyon ½ 'den az ise peritoneal sitoloji (+)'liği daha nadir olmaktadır. Olgu sunumları şeklinde histeroskopi ve küretaj ile peritoneal kaviteye disseminasyona ait yayınlar mevcuttur. Leveque ve ark. 19 hastalık serilerinde yüksek oranda peritoneal sitoloji (+)'liği saptamışlar ve retrospektif inceleme sonucunda bu vakalara preoperatif histeroskopi yapıldığını yayınlamışlardır. Temelde tubokornual bileşkedeki fizyolojik spazm sıvının peritoneal kaviteye geçişini önler. Eğer müdahale esnasında genel anestezi kullanılırsa spazm ortadan kalkmakta ve geçiş kolaylaşmaktadır. Creasman ve arkadaşları ise sızıntının fallop tüplerinden başka yollarla olabileceğini iddia etmişlerdir. Tüm bu raporlardan histeroskopi ile D&C'nin birlikte yapıldığı hastalarda, tek başına D&C yapılan hastalara oranla malign hücre yayılımının daha fazla olduğu kanıtlanmıştır (34). D&C öncesi yapılan histeroskopi esnasındaki irrigasyon ve devamlı akım transtubal yolu açmakta, takiben küretaj esnasında uterusun manipülasyonu ve enstrumanların tatbiki uterusu irrite etmekte, prostoglandinler artmakta ve bu durum endometrial hücrelerin dökülmesine yol açmaktadır.

2) Kullanılan sıvı ortamları peritoneal kaviteye geçişi ne derece etkilemektedir?Histeroskopinin uygulaması esnasında kullanılan uterin distansiyon ortamları da transtubal abdominal yayılım açısından oldukça önemlidir. En sık kullanılan distansiyon ortamları :

CO₂, saline, mannitol-sorbitol karışımı, glisindir. CO₂'nin distansiyon ortamı olarak kullanılması esnasında intrauterin basıncın 100 mm Hg'yi

geçmediği, ancak sıvı distansiyon ortamında ise 130-140 mm Hg basınca ihtiyaç duyulduğu ve sürekli bir akım gerektiği ortaya konmuştur. Oluşan bu basınçların etkisiyle transtubal yayılım sıvı distansiyon ortamında daha belirgin olarak saptanmıştır (31,32,33).

3) Histeroskopi esnasında oluşturulan intrauterin basınç peritoneal kaviteye geçişte ne kadar etkilidir ? Baker ve Adamson 100 mm Hg'lik intrauterin basıncın her iki tüpten boyanın akması için ortalama intrauterin perfüzyon basıncı olduğunu ortaya koymuşlardır. 70 mm Hg'nin altında sızıntının olmadığını belirtmişlerdir. Bu doğrultuda sıvı ortam kullanıldığında 100 mm Hg üzerinde bir intrauterin basınca ve devamlı akıma ihtiyaç duyulduğundan sıvı ortamlı histeroskopide daha fazla peritoneal geçiş görülmektedir.

4) Peritoneal kaviteye geçen hücreler implante olup nüklere yol açabilir mi ?

Transtubal disseminasyonla intraabdominal boşluğa yayılan hücrelerin implantasyon veya metastazla sonuçlanıp sonuçlanmayacağı henüz belli değildir. Bu nedenle prospektif randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

Pozitif peritoneal sitolojinin evre I endometrium kanserli hastaların prognozunu etkileyip etkilemediği güncel bilimsel tartışmaların konusudur. Bazı çalışmalar peritoneal yıkantılarda artmış malign hücre konsantrasyonunun hastalığın rekürrensini kısalttığı, bazı çalışmalar ise ekstrauterin bir hastalık ortaya çıkana kadar bunun hastalığın prognozu ile bağdaşmadığını öne sürmektedirler. Gücer ve ark histeroskopi yapılan ve yapılmayan erken evre endometrial kanserleri 2 yıl izlemiş ve erken rekürrens açısından fark olmadığını rapor etmişlerdir.

SONUÇ

Histeroskopi ve uterin kaviteyi görüntüleyerek endometrial patolojilerde neredeyse mükemmel bir tanı ve fokal lezyonlara müdahale imkanı tanınmasına karşın malign ve atipik lezyonlar halen major cerrahi müdahale gerektirmektedir.

Bu tekniğin asıl değeri değeri diagnostiktir. Histeroskopik tanının güvenilirliği yüksek olsa da endometrial biopsi ile birleştirilmesi şarttır. Özellikle endometrial malignite yönünden riskli olan, seçilmiş hasta grubunda kullanıldığında direkt biyopsi ile birlikte uygulanmalıdır.

Endometriumun evaluasyonu, fokal anomalilerin tesbiti yetenekli ve başarılı bir histeroskopist sayesinde olur.

Bu kapsamda histeroskopi :

- 1) Minimal invazif oluşu
- 2) Yüksek sensitivite ve spesifiteye sahip oluşu
- 3) Güvenli ve çabuk oluşu
- 4) Ofis tabanlı ve hastanın konforunu bozmayacak tanı aracı olması
- 5) Kısa süreye ihtiyaç duyması
- 6) Takip aşamasında tekrar edilebilirliği ile tüm jinekoloji ve obstetrik pratiği ve özellikle jinekolojik onkolojide değeri her geçen gün daha da artan bir tanı aracıdır.

KAYNAKLAR

1. Bozzini, P. *Der Lichtleiter oder Beschreibung einer einfacher Vorrichtung und ihrer Anwendung zur Erleuchtung innerer Höhlen und Zwischenraume des lebenden animalischen Körpers.* Weimar; Landes-industrie-Comptoir, 1807.
2. Wieser, F., Clemens, T., Kurz, C., Nagele, F. *Hysteroscopy in 2001: A comprehensive review.* *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 80: 773-783, 2001.
3. Gubbini, G., Penacchioni, P., Casadio, P. *Indications and procedure for operative hysteroscopy in oncology.* *Tumory, Sep-oct;* 87 (5):15-16, 2001.
4. Cooper, J.M., Brady, R.M., *Hysteroscopy in the management of abnormal uterine bleeding.* *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America.* March;26 (1);217-237,1999.
5. Loffer, F.D.: *Hysteroscopy with selective endometrial sampling compared with D&C for abnormal uterine bleeding. The value of a negative hysteroscopic view;* *Obstet. Gynecol.* 73:16-20, 1989.
6. Van den Bosch, T., Vandendal, A., Van Schoubroeck, D. : *Endopap v.s pipelle sampling in the diagnosis of postmenopausal endometrial disease.* *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 64: 91, 1996.
7. Van den Bosch, T., Vandendal, A., Van Schoubroeck, D., et al: *Combining vaginal ultrasonography and office endometrial sampling in the diagnosis of endometrial disease in postmenopausal women.* *Obstet Gynecol.* 85:349, 1995.
8. Widrich, T., Bradley, L.D., Mitchinson, A.R., et al: *Comparison of saline infusion sonography with office hysteroscopy for the evaluation of the endometrium.* *Am. J. Obstet. Gynecol.* 174:1327, 1994.
9. Valle, R.F. *Office hysteroscopy.* *Clinical Obstet Gynecol Jun;* 42(2):276-289,1999.
10. Hald, F., Kristoffersen, S.E., Gregersen, E. *Prostaglandin vaginal suppositories in non pregnant women requiring cervical dilatation prior to hysteroscopy.* *Acta Obstet Gynecol. Scand.* 67;219-222,1988.
11. Preutthipan, S., Herabutya, Y.A. *randomized controlled trial of vaginal misoprostol for cervical priming before hysteroscopy.* *Obstet Gynecol* 106:1259-64,1999.
12. Timmerman, D., Deprest, J., Bourne, T., Van den Berghe, I., Collins, W.P., Vergote, I. : *A randomized trial on the use of ultrasonography or office hysteroscopy for endometrial assessment in postmenopausal patients with breast cancer who were treated with tamoxifen.* *Am. J. Obstet. Gynecol. Jul:* 179 (1) : 62-70, 1998.
13. Mourits, M.J., Van Der Zee, A.G., Willemse, P.H., Ten Hoor, K.A., Hollem Vries, E.G. *Discrepancy between ultrasonography and hysteroscopy and histology of endometrium in postmenopausal breast cancer patients using tamoxifen.* *Gynecol Oncol: April;*73 (1):21-6, 1999.
14. Mourits, M.J., De Vries, E.G., Willemse, P.H., Ten Hoor, K.A., Hollema, V., Derzee, A.G. *Tamoxifen treatment and gynecologic side effects; a review.* *Obstet Gynecol, May;*97 (5t+2):855-66; 2001.
15. Willams, A.S., Kost, E.R., Hermann, J., Zahn, C. *Hysteroscopy in the evaluation and treatment of mucinous adenocarcinoma.* *Obstet Gynecol. Mar;* 99(3):509-11,2002.
16. Giacalone, P.L., El Gareh, N., Haddad, O., Bonnier, P., Laffargue, F. *Evaluation and treatment of endometrial cancer.* *Rev Prat. Sep* 1;51(13):1444-8, 2001.
17. Cenci, M., Chieppa, A., Vecchione, A. *Controversial categories in cytopathology of the uterine cervix AGUS; atypical glandular cells of undetermined significance.* *Minerva Ginecol. Feb;*53(1):57-62, 2001.
18. Pitynski, K., Bosta, A. *Colposcopy and microcolpohysteroscopy qualification for a loop excision of the transformation zone (LLETZ) in the management of cervical intraepithelial neoplasia.* *Eur J.Gynecol Oncol:*20(3):209-11, 1999.
19. Geisler, J.P., Hiett, A.K., Geisler, H.E., Shade, A., Cudahy, T.J., Moore, D.K. *Papillary serous carcinoma of the cervix:ultrasonographic findings.* *Eur. J. Gynaecol. Oncol.* 19 (6) : 519-521, 1998.
20. Zalel, Y., Cohen, S.B., Oren, M., Seidman, D.S., Zolti, M., Achiron, R., Goldenberg, M. *Sonohysterography for the diagnosis of residual trophoblastic tissue.* *J. Ultrasound Med. Aug;* 20(8):877-81, 2001.
21. Pitynski, K., Basta, A., Kolawa, W., Szkutnik-Ryczek, K. *The value of micro-colpo-hysteroscopy in the diagnosis and therapeutic evaluation of squamous intraepithelial lesions.* *Przegl.Lek.* 56(1):41-4, 1999.
22. Bedner, R., Rzepka-Gorska, I. *Diagnostic value of uterine cavity fluid collection in the determination of pre-neoplastic lesions and endometrial carcinoma in the asymptomatic postmenopausal*

- women. *Gynecol Pol.* May;69 (5):237-40,1998.
23. Dueholm, M., Jensen, M.L., Laursen, H., Kracht, P. Can the endometrial thickness as measured by transvaginal sonography be used to exclude polyps or hyperplasia in pre-menopausal patient with abnormal uterine bleeding. *Acta Obstet Gynecol Scan. Jul;80(7):645-51, 2001.*
 24. Vilos, G.A., Ettler, H.C. Atypical complex endometrial hyperplasia treated with the Gynelase system. *J. Am. Assoc. Gynecol Laparoscopy. Feb;9(1):73-8, 2002.*
 25. Cianferoni, L., Giannini, A., Franchini, M. Hysteroscopic resection of endometrial hyperplasia. *J. am. Assoc. Gynecol Laparoscopy. May;6(2):151-4,1999.*
 26. Lafranboise, S., Milosevic, M., Leyland, N. Hysteroscopic endometrial resection and high-dose rate Brachytherapy: Treatment of endometrial cancer in a medically compromised patient. *Gynecologic Oncology. 75, 149-151, 1999.*
 27. Lissoni, A., Carmio, G., Bonazzi, C., Perego, P., Lomonico, S., Gabrielle, A., Bratina, G. Fertility-sparing surgery in uterine leiomyosarcoma. *Gynecol Oncol. 70,348-350,1998.*
 28. Cohen, S.B., Kolter-Feber, A., Weisz, B.S., Zalel, Y, Seidman, D.S., Mashing, D., Lider, A.L., Zolti, M., Goldenberg, M. Hysteroscopy may be the method of choice for management residual trophoblastic tissue. *J Am. Assoc. Gynecol Lap. May;8 (2):199-202,2001.*
 29. Romano, S., Shinani, Y., Murake, D., Shalev, E. Retrograde Seeding of Endometrial Carcinoma during hysteroscopy. *Gynecol Oncol. 44:116-118, 1992.*
 30. Egarter, C., Kirsten, C., Kurz, C. Abdominal dissemination of malignant cells with hysteroscopy. *Gynecol Oncol. 63:143-144, 1996.*
 31. Workman, R.D., Wang, D.S., Pitts, W.C. Embolic vascular seeding of endometrial adenocarcinoma a complication of hysteroscopic endometrial biopsy. *Gynecol Oncol. 72:261-264,1999.*
 32. Nagele, F., Wieser, F., Deery, A., Hart, R., Magos, A.: Endometrial cell dissemination at diagnostic hysteroscopy: a prospective randomized cross-over comparison of normal saline and carbon dioxide uterine distension. *Human Reprod:14(11):2379-42,1999.*
 33. Obermair, A., Gerama, M., Gucer, F., Denison, U., Graf, A.H., Kopshammer, E., Neunteufel, W., Frech, I., Kaider, A., Kainz, C. Does hysteroscopy facilitate tumor cell dissemination? *Cancer, 88,139-143, 2000.*
 34. Kuzel, D., Toth, D., Kohilkova, J., Dahnolova, A. Peritoneal washing cytology fluid hysteroscopy and after curettage in woman with endometrial carcinoma. *Acta Cytologica, 45:931-935, 2001.*