

УТЕРИНИ ФАКТОР КАО УЗРОК ИНФЕРТИЛИТЕТА ЖЕНА

Станојевић Б.¹, Војводић Љ.², Богавац М.³

¹ Здравствени центар, Јагодина

² Институт за гинекологију и акушерство КЦ Србије, Београд

³ Клиника за гинекологију и акушерство, Нови Сад

UTERUS FACTOR AS A REASON OF INFERTILITY OF THE WOMAN

Станојевић Б.¹, Војводић Љ.², Богавац М.³

¹ Health center, Jagodina

² Institute for gynecology and obstetrics of CC of Serbia, Beograd

³ Clinic for gynecology and obstetrics, Novi Sad

SUMMARY

The tests were made at department of infertility at the Gynecology and Obstetrics Institute of Clinical Center of Serbia in the period from 01.01. until 31.12.1998. The three hundred patients, on which hysterosalpingography (HSG) was made, and patients, on which chromolaparoscopy was made, were involved by prospectus studies. In the laparoscopy the larger anomalies of the uterus and significant hypoplasia coincide with HSG finding, while hypoplasia in the lower level or uterus arcuatus always can not be established by laparoscopy. The higher frequency of all pathological alterations of the uterus, except the myoma of the uterus, was established by HSG, relating to laparoscopy. Associate pathological alterations were established in the higher percent by HSG than by the laparoscopy, while the single changes were diagnosed in the lower percent. The deficit in the loading of the uterus by the contrast medium, also the changes at the endometrium, could be proved by HSG only. Intravasation can be identified by the both methods. In the diagnosis of the myoma of the uterus, laparoscopy is more important method than HSG. Pathological alterations of the uterus, especially higher anomalies of the uterus and hypoplasia were established in the higher percent by HSG than by the laparoscopy, but statistically the more significant difference was not established in the application of the both methods.

Key words: Pathological alterations of the uterus, Hysterosalpingography, Laparoscopy, Woman infertility.

САЖЕТАК

Проспективним испитивањем обухваћено је 300 пацијенткиња, код којих је урађена хистеросалпингографија (ХСГ) и 150 пацијенткиња код којих је извршена хромолапароскопија. Конгениталне аномалије материце и хипоплазија утврђене су ХСГ-ом у вишим процентима у односу на лапароскопију. Хистеросалпингографијом је утврђена већа учесталост свих патолошких промена на материци, изузев миома материце, у односу на лапароскопију. Патолошке промене на материци регистроване су у вишем проценту у односу на број испитиваних пацијенткиња, јер је код појединих особа утврђено истовремено присуство две или више промене. Удружене патолошке промене утврђене су у вишем проценту хистеросалпингографијом у односу на лапароскопију, док су појединачне промене дијагностиковане у нижим процентима. Дефицити у пуњењу материце контрастним средством, као и промене на ендометријуму могу се доказати само хистеросалпингографијом. Интравасација се може утврдити помоћу обе методе. За дијагностику миома материце, лапароскопија је далеко значајнија метода од хистеросалпингографије.

Кључне речи: Патолошке промене материце; Хистеросалпингографија; Лапароскопија; Инфертилитет жена.

УВОД

Конгениталне аномалије материце настале услед неправилног спајања Милерових канала утврђене су у релативно високом проценту како у целокупном узорку, тако и код пацијенткиња код којих је вршена компарација ХСГ-ових и лапароскопских налаза. Хипоплазија материце, посебно мањег степена такође је доказана у нешто вишим процентима. Лапароскопски се веће аномалије материце и изражена хипоплазија поклапају са налазом ХСГ-а, док се хипоплазија мањег степена или uterus arcuatus не могу увек утврдити лапароскопијом (1,2,3).

У гинеколошкој литератури много се писало о утицају миома на фертилитет. Миом може бити узрок инфертилитета, уколико се налази на тубарним остијумима, које може да оклудира и да деформише јајоводе. Затим, миоматозни чвор може да се налази на порцији или на грлићу, па представља органску сметњу, а ремети и механизам излучивања цервикалних жлезда. Уколико проминира у шупљину материце, субмукозни миом смањује површину која је неопходна за имплантацију и нидацију (Buttram i Reiter, 1981) (1,4,5). Субмукозни миом може да буде директан узрок инфертилитета, поготову

када се налази на петељци и испуњава материчну дупљу у целини, па својим притиском стално надражује миомеријум и општењује слузокожу материце, изазивајући притом контракције и крвављења (6,7).

На миоми материце ХСГ-ом се може посумњати уколико су ближи кавуму, док се субсерозни, а веома често и интрамурални не могу овом методом дијагностиковати.

Међутим, не може се у свим случајевима сматрати да је миом узрок неплодности.

Патолошке промене на материци регистроване су у вишем проценту у односу на број испитиваних пацијенткиња, јер је код појединих особа утврђено истовремено присуство две или више промене.

Циљ рада је да се прикаже утерини фактор као узрок инфертилитета жена, на основу ХСГ-а и лапароскопског испитивања.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ

Испитивања су обављена на одељењу инфертилитета Института за гинекологију и акушерство Клиничког центра Србије, у Београду од 01.01. до 31.12.1998. године.

Добијени налази су табелирани и графички представљени, а онда је урађена процентуална обрада података. Извршена је статистичка обрада података непараметријском методом, хи-квадрат тестом.

РЕЗУЛТАТИ

Табела 1. - Патолошке промене материце дијагностиковане хистеросалпингографијом (HSG) и лапароскопијом.

| Налаз | HSG | | Лапароскопија | |
|-------------------------------|-----|-------|---------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Аномалије материце | 24 | 8.0 | 6 | 4.0 |
| Хипоплазија | 32 | 10.7 | 11 | 7.3 |
| Дефиц. у пуњ. материце контр. | 20 | 6.7 | - | - |
| Интравазацја | 22 | 7.3 | 7 | 4.7 |
| Промене на ендометријуму | 14 | 4.7 | - | - |
| Миоми | 13 | 4.3 | 29 | 19.3 |
| Укупно патолошких промена | 125 | 41.7 | 53 | 35.3 |
| Нејасан налаз | 6 | 2.0 | - | - |
| Укупно | 300 | 100.0 | 150 | 100.0 |

Анализом табеле 1, утврђена је хистеросалпингографијом у односу на лапароскопију процентуално већа учесталост аномалија материце (8,0% : 4,0%) и хипоплазије (10,7% : 7,3%), али није утврђена статистички значајна разлика ($\chi^2_{\text{EMT}} = 2,57$; $p > 0,05$).

Даљом анализом исте табеле, као и графикана 4, запажа се да је већа учесталост свих патолошких промена на материци утврђена хистеросалпингографијом (41,7%), у односу на лапароскопију (35,3%), што је и потврђено статистичком обрадом, при чему је утврђена високо значајна статистичка разлика ($\chi^2_{\text{EMT}} = 20,556$; $p < 0,01$).

С друге стране, миоми материце утврђени су у знатно вишем проценту лапароскопијом у односу на ХСГ (19,3% : 4,3%), па је обрадом података потврђена високо значајна статистичка разлика ($\chi^2_{\text{EMT}} = 26,588$; $p < 0,01$).

Патолошке промене на материци регистроване су у вишем проценту (41,7%:35,3%), у односу на број испитиваних пацијенткиња, што је последица удружених промена, јер је код појединих особа утврђено истовремено присуство две или више промена (табела 2 и графикон 2). Ово је истовремено и објашњење насталих нумеричких и процентуалних разлика.

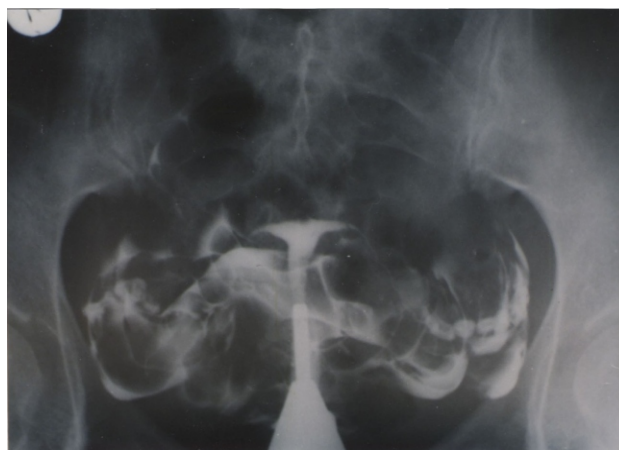
Табела 2. - Појединачне и удружене промене на материци.

| Налаз | HSG | | Лапароскопија | |
|---------------------------|-----|-------|---------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Појединачне промене | 39 | 13.0 | 38 | 25.3 |
| Удружене промене | 49 | 16.3 | 3 | 2.0 |
| Укупно патолошких промена | 88 | 29.3 | 41 | 27.3 |
| Уредан налаз | 212 | 70.7 | 109 | 72.7 |
| Укупно | 300 | 100.0 | 150 | 100.0 |

Уредан налаз на материци хистеросалпингографијом доказан је код 212 (70,7%), а лапароскопијом код 109 (72,7%). Патолошке промене утврђене су код 88 (29,3%) : 41 (27,3%). Није утврђена статистички значајна разлика у оквиру уредних и патолошких налаза дијагностикованих помоћу обе методе ($\chi^2_{\text{EMT}} = 0,195$; $p > 0,05$).

Међутим, запажене су разлике у оквиру појединачних, односно удружених промена на материци. Удружене патолошке промене утврђене су у вишем проценту хистеросалпингографијом у односу на лапароскопију (16,3%:2,0%), док су појединачне промене дијагностиковане у нижим процентима (13,0% : 25,3%). Разлика је високо статистички значајна ($\chi^2_{\text{EMT}} = 19,95$; $p < 0,01$).

Може се закључити да је лапароскопија референтна метода за постављање дијагнозе миома материце, мада се не сме занемарити могућност веома једноставне дијагностике ових тумора сонографијом.



Слика 1. - Хипоплазија материце са обострано пролазним јајоводима.



Слика 2. - Дефект ендометријума леве бочне извице материце са израженом интравазацијом.



Слика 3. - Субмукозни и интрамурални миом у фундусу (појављен хистеросалпингографијом и лапароскопијом).

ДИСКУСИЈА

Дефицити у пуњењу материце контрастним средством, као и промене на ендометријуму могу се доказати само хистеросалпингографијом. Овим испитивањем поменути промене утврђене су код 11,4%, што је у складу са резултатима осталих испитивача који их описују код 8,5% (Санфилипо, 1978), 16,5% (Рице и сар. 1986) и 21,0% (Сновден, 1984) (8,9,10).

У целокупном узорку интравазација је нађена код 7,3%:4,7% испитаница. У доступној литератури нема много података који би омогућили поређења. Getmann, 1992. године износи учесталост интравазације код 2,0% пацијенткиња (11).

Готово сви аутори који износе статистичке податке о инциденцији миома материце се слажу да њихова учесталост код жена старијих од тридесет година износи између 20,0% и 30,0% (Novak, Woodruff, 1979) (6), а преко 35 година и 40,0% (Vollenhoven и сар. 1990) (7). Описује се да ретко доводе до настајања неплодности, и да

око 5,0% пацијенткиња које се лече због инфертилитета има миоме. С друге стране наводи се да је 27,0% пацијенткиња код којих је урађена миомектомија, анамнестички дало податке о неплодности (Buttram и Reiter, 1981) (1).

Компјутеризована томографија се може користити у дијагностици аднексалних тумора, мада је од мањег значаја од ултразвучне дијагностике промена у малој карлици. Магнетна резонанца је без већег значаја у евалуацији промена ван материце, посебно пелвичних обољења. Значајна је за разликовање аденомиозе од леомиоматозе (11,12,13,14).

ЗАКЉУЧАК

1. Патолошке промене на материци, посебно веће аномалије материце и хипоплазија утврђене су у вишем проценту хистеросалпингографијом у односу на лапароскопију, али није утврђена статистички значајна разлика у примени обе методе.

2. Међутим, остале патолошке промене на материци, са изузетком миома материце, утврђене су у значајно вишем проценту хистеросалпингографијом, у односу на лапароскопију, што је и статистичком обрадом потврђено као статистички значајна разлика.

- Компарацијом хистеросалпингографских и лапароскопских налаза добијени су слични резултати, односно није утврђена статистички значајна разлика у погледу уредних (70,7% : 72,7%) и патолошких промена (29,3% : 27,3%) дијагностикованих помоћу обе методе.

- Патолошке промене на материци регистроване су у вишем проценту (41,7%:35,3%) у односу на број испитиваних пацијенткиња, јер је код појединих особа утврђено истовремено присуство две или више промене.

- Удружене патолошке промене утврђене су у вишем проценту хистеросалпингографијом у односу на лапароскопију (16,3%:2,0%), док су појединачне промене дијагностиковане у нижем проценту (13,0%:25,3%). Статистичком обрадом података утврђена је значајна разлика у погледу учесталости појединачних и удружених промена на материци.

- Дефицити у пуњењу кавума контрастом, као и промене на ендометријуму могу се доказати само хистеросалпингографијом, док се интравазација може утврдити помоћу обе методе, мада се налази некад не поклапају.

- Хистеросалпингографија представља најзначајнију методу за дијагностиковање интраутерине патологије. Код свих пацијенткиња са поменути променама неопходно је урадити хистероскопију, која се у неким ситуацијама комбинује са лапароскопијом (15,16).

3. Миоми материце утврђени су у статистички значајно вишем проценту лапароскопијом, па се сматра да је ова метода референтна за постављање дијагнозе миома, мада се не сме занемарити веома једноставна дијагноза ових тумора сонографијом. На миоме материце хистеросалпингографијом се може посумњати уколико су ближи кавуму, док се субсерозни, а веома често и интрамурални не могу овом методом дијагностиковати (17).

ЛИТЕРАТУРА

1. Buttram VC jr, Gibbons WE. Müllerian anomalies: A proposed classification (an analysis of 144 cases). *Fertil Steril* 1979; 32:40.
2. American Fertility Society The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal ligation, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, Müllerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil Steril* 1988;49:944-55.
3. Blandau RJ, Bergsma D. Morphogenesis and malformation of the genital system. The national Foundation-March of Dimes Birth Defects: Original Article series XIII: 197, Allan R. Liss;1977.
4. Cramer SF, Patel A. The nonrandom regional distribution of uterine leiomyomas: A clue to histogenesis? *Hum Pathol* 1992; 23:635-8.
5. Graves WP. Tumours of the uterus. In : Curtis AH. Philadelphia: WB Saunders; Obstetrics and Gynecology; 1993.
6. Novak ER, Woodruff JD. Myoma and other benign tumors of the uterus. In Novaks Gynecologic and Obstetric Pathology. Philadelphia: WB Saunders; 1979.
7. Vollenhoven B, Lawrance A, Heally D. Uterine fibroids: A clinical review. *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 97:285-98.
8. Rice J, London S, Olive D. Reevaluation of hysterosalpingography in infertility investigation. *Obs.-Gyn.* 1986; 67: 718.
9. Siegler AM. Hysterosalpingogram. *Fertil Steril* 1983; 40: 139.
10. Semmes JP. Congenital defects of the reproductive tract: Clinical implications. *Contemp Obstet Gynecol* 1975; 5:95.
11. Stovall DW. The role of hysterosalpingography in the evaluation of infertility. *Am Fam Physician* 1997; 55/2/:621-8.
12. Mc Rae MA. Hysterosalpingography. In: Garcia CR, Mastroiani L Jr, Amelar RD, Dubin L, ur Current therapy of infertility-3. Toronto: BC Decker; 1988. p. 1-3.
13. Nunley WC, Bateman BG, Kitchin JD, Pope TL. Intravasation during hysterosalpingography using oil base contrast medium-a second look. *Obstet Gynecol* 1987;70:309.
14. Yoder IC, Hall DA. Hysterosalpingography in the 1990s. *Am J Radiol* 1991;157:675-83.
15. Green LK, Harris RE. Uterine anomalies. Frequency of diagnosis and associated obstetric complications. *Obstet Gynecol* 1976;47:427.
16. Heinonen P K, Sarikoski S, Pystynen P. Reproductive performance of women with uterine anomalies. *Obst Gynecol Acta Scandinavica* 1982;61:157.
17. Seigler AM. Hysterosalpingography. New York: Medcom Press;1974.