

ТУБО-ПЕРИТОНЕАЛНИ ФАКТОР КАО УЗРОК ИНФЕРТИЛИТЕТА ЖЕНА

Станојевић Б.¹, Војводић Љ.², Богавац М.³, Релић Г.⁴

¹ Здравствени центар, Јагодина

² Институт за гинекологију и акушерство КЦ Србије, Београд

³ Клиника за гинекологију и акушерство, Нови Сад

⁴ Клиника за гинекологију и акушерство, Нови Сад, Медицински факултет Приштина, Косовска Митровица

TUBAL PERITONEAL FACTOR AS A REASON OF INFERTILITY OF THE WOMAN

Станојевић Б.¹, Војводић Љ.², Богавац М.³, Релић Г.⁴

¹ Health center, Jagodina

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

³ Clinic for gynecology and obstetrics, Novi Sad

⁴ Clinic for gynecology and obstetrics, Novi Sad Medical faculty Priština, Kosovska Mitrovica

SUMMARY

Nowadays, hysterosalpingography and laparoscopy are routine methods of exploration of the oviduct passability. 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. The analysis shows, that between hysterosalpingographical and laparoscopical investigation of the passability of the oviducts there exists an extremely high statistical difference in the distributions of findings of particular modalities of the passability of the oviduct. Two-way passability of the oviducts with growths of tissue has been established in a higher percentage in the patients who were examined laparoscopically, while the other alternations have been diagnosed hystero-graphically i a higher percentage. A statistical processing of data resulted in a significantly high statistical difference in the patients with two-way occlusion of the oviducts, whereas for other modalities no statistically significant difference has been established. The most researchers describe high percentages of growths of tissue, from 64,0% to 72,0%, which have not been established by HSG. Growths of tissue have been confirmed by this investigation in a high percentage (70,0%). Establishing the passability of the oviducts is particularly important for further treatment of the patients.

Key words: Passability of the oviducts, Hysterosalpingography, Laparoscopy, Woman infertility.

САЖЕТАК

Данас се за испитивање пролазности јајовода рутински примењују хистеросалпингографија и лапароскопија. Циљ рада је да се прикаже тубо-перитонеални фактор као узрок инфертилитета жена, на основу ХСГ-а и лапароскопског испитивања. Проспективним испитивањем обухваћено је 300 пацијенткиња, код којих је урађена хистеросалпингографија (ХСГ) и 150 пацијенткиња код којих је извршена хромолапароскопија. Испитивања су обављена на одељењу инфертилитета Института за гинекологију и акушерство Клиничког центра Србије, у Београду од 01.01. до 31.12.1998. године. Између хистеросалпингографског и лапароскопског испитивања пролазности јајовода постоји високо значајна статистичка разлика у дистрибуцијама налаза појединих модалитета пролазности јајовода. Обострана пролазност јајовода, уз постојање прираслица, утврђена је у вишем проценту код пацијенткиња код којих је рађена лапароскопија, док су остале промене дијагностиковане хистеросалпингографијом у вишем проценту. Статистичком обрадом података, добијена је високо значајна статистичка разлика код пацијенткиња са обостраном оклузијом јајовода, док код осталих модалитета није утврђена статистички значајна разлика.

Кључне речи: Пролазност јајовода; Хистеросалпингографија; Лапароскопија; Инфертилитет. жена.

УВОД

Данас се за испитивање пролазности јајовода рутински примењују хистеросалпингографија и лапароскопија, док се инсуфлација користи изузетно ретко или се уопште не примењује (1,2,3).

У појединим светским институцијама препоручује се у току лапароскопије и салпингоскопија која омогућава најпрецизније податке о изгледу мукозе јајовода. Поступак је и даље у експерименталној фази и њен

терапијски значај још увек није тестиран (4,5).

Циљ рада је да се прикаже тубо-перитонеални фактор као узрок инфертилитета жена, на основу испитивања код 300 пацијенткиња код којих је урађен ХСГ и 150 пацијенткиња код којих је извршено лапароскопско испитивање.

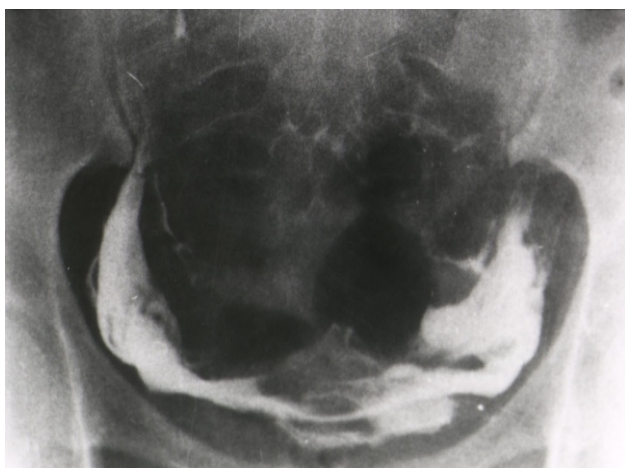
МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ

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

Анализом табеле 1. запажа се да између хистеросалпингографског и лапароскопског испитивања пролазности јајовода постоји високо значајна статистичка разлика у дистрибуцијама налаза појединих модалитета пролазности јајовода ($\chi^2_{\text{емп}}=23,106; p < 0,01$).

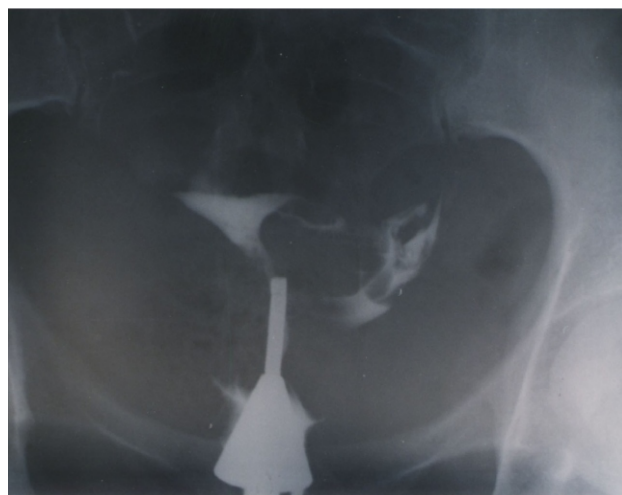


Слика 1. - Оба јајовода пролазна, уз обострано изражене прираслице (појављено лапароскопијом).

Табела 1. - Пролазност јајовода дијагностикована хистеросалпингографијом (HSG) и лапароскопијом.

Пролазност јајовода	HSG		Лапароскопија	
	n	%	n	%
Обе тубе пролазне	83	27.7	49	32.7
Обостр. пролазн. уз прирасл.	36	12.0	32	21.4
Једнострана пролазност	57	19.0	23	15.3
Једностр. пролазн. уз прирасл.	36	12.0	14	9.3
Обострана оклузија	82	27.3	14	9.3
Обостр. оклузија уз прирасл.	-	-	16	10.7
Укупно	300	100.0	150	100.0

Обострана пролазност јајовода, уз постојање прираслица (табела 1 и слика 1), утврђена је у вишем проценту код пацијенткиња код којих је рађена лапароскопија, док су остале промене дијагностиковане хистеросалпингографијом у вишем проценту.



Слика 2. - Проксимална оклузија десног јајовода, леви јајовод пролазан.



Слика 3. - Обострана дистална оклузија са сактосалпинксима.

Статистичком обрадом података, добијена је високо значајна статистичка разлика код пацијенткиња са обостраном оклузијом јајовода (слика 3) ($\chi^2_{\text{емп}} = 18,777$; $p < 0,01$), док код осталих модалитета није утврђена статистички значајна разлика ($\chi^2_{\text{емп}} = 2,578$; $p > 0,05$).

ДИСКУСИЈА

Трансцервикална катеризација јајовода је релативно новија дијагностичка и терапијска метода (Thurmond и сар. 1987) (6), која се користи уколико постоји оклузија проксималног сегмента, док преостали део јајовода не показује патолошке промене. Дијагнозу интерстицијалне тубарне опструкције понекад је тешко поставити због транзиторне опструкције или корнуалног спазма (Alper и сар. 1985) (7), који може да настане и у току хистеросалпингографије и лапароскопије. Овом интервенцијом може се разликовати права патолошка оклузија од спазма, може се утврдити узрок опструкције и, у зависности од налаза, посебно ако нема атрофичних и фиброзних промена зида јајовода на месту оклузије, може се приступити реканализацији. Преко цервикалне каниле, у материчну дупљу се уводи катетер којим се сондира ушће јајовода, а преко њега балон катетер или катетер за реканализацију. Поступак се може извршити и хистероскопски (Confino и сар. 1988, Deaton и сар. 1990) (8,9), али се тада комбинује са лапароскопијом. О начину извођења ове методе, мишљења су подељена. Док једни препоручују извођење ове интервенције под рентгеноскопском, односно ултразвучном контролом, други указују на неопходност лапароскопије. Чињеница је да само лапароскопски могу да се искључе друге промене, посебно на дисталном делу тубе и карличном перитонеуму, али и да се утврди тачно место оклузије, евентуалне промене зида тубе, као и могућа перфорација утеруса и туба у току извођења интервенције.

Место и улогу радионуклеотид хистеросалпингографија у евалуацији тубарног фактора инфертилитета такође тек треба одредити. У овом поступку албуминске микросфере, обележене са радиоактивним техницијумом - 99, се уводе у цервикс, а њихов каснији прелаз у горње делове гениталног тракта се мониторује гама камером. Неслагање између резултата добијених класичном ХСГ и радионуклеотид ХСГ методом указују да је неплодност често последица поремећаја механизма јајовода (који још увек нису адекватно дефинисани), него његове пасаже (Brundin и сар. 1989) (10).

Соносалпингографија је једноставан поступак који се користи за испитивање пролазности јајовода (11). Уведена је 1985. године, са циљем да се избегне озрачење унутрашњих гениталних органа, посебно јајника. С обзиром да сонографски не могу да се утврде фине ендоцервикалне, интраутерине, ендогубарне и перитубарне промене, то је њена примена ограничена само на случајеве у којима је хистеросалпингографија контраиндикована.

Од осталих техника које су мање инвазивне користе се колор доплер ултрасонографија (Peters и Coulam, 1991) (12,13), којом се може утврдити пролазност туба, али не и њихова унутрашња грађа. Користи се у

стањима у којима обољење јајовода изгледа да није узрок инфертилитета. Може се радити код пацијенткиња са ановулаторним циклусима, код којих је неопходна индукција овулације, а код којих није претходно тестирана пролазност туба. Веома је једноставна за извођење, а у току рада не долази до озрачења унутрашњих гениталних органа.

Веома ограничено место у евалуацији тубоперитонеалне патологије имају компјутеризована томографија и магнетна резонанца.

Највећи број испитивача описује високе проценте прираслица, од 64,0% (Marthuis и сар. 1972, Габрић и сар. 1988) (14,15) до 72,0% (Hutchins, 1977) (16) које нису утврдили ХСГ-ом.

ЗАКЉУЧАК

Овим испитивањем прираслице су потврђене у високом проценту (70,0%).

Утврђивање пролазности јајовода од посебног је значаја за даљи третман стерилитета код пацијенткиња (17).

ЛИТЕРАТУРА

1. Condos P. Experience with gynecological laparoscopy. *J Obstet Gynecol* 1972;12:188.
2. Blaustein A. Pathology of the female Genital Tract. New York: Springer-Verlag; 1982.
3. Zuo W, Wang P. Comparative study on assesment of tubal patency among tubal insufflation, hydrotubation, hysterosalpingography and chromotubation under laparoscopy. *Frist Hospital of Beijing Medical University. Chung Hua Fu Chan Ko Tsa Chih* 1996;31/1/:29-31.
4. Galle PC. Peritoneal factor in infertility. U: Garcia CR, Mastroiani L Jr, Amelar RD, Dubin L ur Current therapy of infertility-3. Toronto: BC Decker; 1988. p. 95-8.
5. Karasick S, Goldfarb AF. Peritubal adhesiones in infertile women: Diagnosis with hysterosalpingography. *Am J Roentgenol* 1989; 152:777.
6. Thurmond AS, Novy M, Uchida BI, Rosch J. Fallopoian tube obstruction: selective salpingography and recanalization - work in progress. *Radiology* 1987; 163:511-4.
7. Alper MM, Garner PR, Spence JEH. Hysocine bytilbromide to relieve uterotubal obstruction at hysterosalpingography. *Br J Radiol* 1985; 58:915.
8. Confino E, Friberg J, Gleicher N. Preliminary experience with transcervical balloon tuboplasty. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 159:370-5.
9. Deaton J, Gibson M, Riddick D, Brumsted. Diagnosis and treatment of cornual obstruction using a flexible tip guide-wire. *Fertil Steril* 1990; 53:232-6.
10. Brundin A, Dahlborn M, Ahlberg - Ahre E, Lundberg HJ. Radionuclitide hysterosalpingo-graphy for measurement of human oviductal function. *Int J Gynecol Obstet* 1989; 28:53.
11. Sclicf R, Diechert U. Hysterosalpingo-contrast-sonography of the uterus and fallopian tubes. *Radiology* 1991; 178:213-5.
12. Peters Aj, Coulam CB. Hysterosalpingography with color Doppler ultrasonography. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164: 1530-34.
13. Battaglia C, Artini PG, Dambogio G, Genazzani AR. Volpe color Doppler hysterosalpingo-graphy in the diagnosis of tubal patency. *Fertil Steril* 1996;65/2/:317-22.
14. Marthuis J.B, Horbach J.G.M, Van Hall E.V. A comparasion of the results of hystrosalpingo-graphy and laparoscopy in the dijagnosis of Fallopoian tube dysfunction. *Fertil Steril* 1972; 23:428-31.

15. Gabrić Z, Jurić-Vitanović A, Šestanović Z, Čecuk S, Poljak B. Dijagnostička valjanost histerosalpingografije i laparoskopije u neplodnih žena. *Jugosl Ginekol Perinatol* 1988; 28 /5-6/:131-4.
16. Hutchins C. J. Laparoscopy and hysterosalpingography in the assessment of tubal patency. *Obstet Gynecol* 1977; 49:325-7.
17. Alvarez Murphy A. Diagnostic and operative laparoscopy. U: Thompson JD, Rock JA, ur Te Linde's operative gynecology. Philadelphia: JB Lippincott 1992;361-84.