

ROLUL FERTILOSCOPIEI ÎN MANAGMENTUL INFERTILITĂȚII FEMININE

Tatiana Revencu

Catedra Obstetrică-Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

The role of fertiloscopy in the management of female infertility

The diagnosis of the cause of infertility is not very easy especially when it is necessary to establish the status of the Fallopian tubes. Hysterosalpingography(HSG) is very often practised for this purpose, but the rate of false negative and even false positive is very high as shown by laparoscopy. In contrast, laparoscopy is considered as the gold standard to explore tubo peritoneal infertility. Unfortunately, laparoscopy presents some risks which can be very serious. Fertiloscopy is a new surgical minimally invasive procedure and a combination at the same time of a transvaginal hydropelviscopy, a dye-test, a salpingoscopy, a microsalingoscopy and lastly an hysteroscopy performed under local anaesthesia.

Rezumat

Diagnosticarea cauzelor infertilității este dificilă, în special când este necesar de a determina starea trompelor Fallopian. Histerosalpingografia este fregvent practică în aceste situații, dar fregvența rezultatelor fals negative și chiar fals pozitive este foarte înaltă comparativ cu laparoscopia. Laparoscopia rămâne a fi standartul de aur în explorarea infertilității peritoneal-tubare. Din nefericire, laparoscopia prezintă riscuri ce pot fi foarte serioase. Fertiloscopia este o metodă nouă, mini invazivă și o cuplare în acelaș timp a unei hidropelviscopii transvaginale, dye-test, salpingoscopii, microsalingoscopii și la sfârșit a histeroscopiei efectuate sub anestezie locală.

În structura infertilității feminine, forma peritoneal-tubară ocupă aproximativ 40-70%. Factorii peritoneal-tubari și patologia endometriului reprezintă cauzele principale în tulburarea funcției reproductive la pacientele cu sterilitate [14].

Metodele tradiționale de apreciere a stării organelor bazinului mic se efectuează cu ajutorul metodelor indirecte (histerosalpingografie, ecohisterosalpingoscopie) și a metodelor cu vizualizare directă (laparoscopia).

Utilizarea histerosalpingografiei, ecohisterosalpingoscopiei, hidrotubației ne permit obținerea unui număr mare de rezultate falsnegative, iar diagnosticarea formei peritoneale a infertilității și a focarelor de endometrioza prin aceste metode este imposibilă. Deaceea, laparoscopia, la ora actuală, rămâne metoda de bază în diagnosticarea stării organelor bazinului mic, însă nici ea nu este lipsită de complicații.

Fertiloscopia – o metodă relativ nouă, mini-invazivă de exploarare a bazinului mic, a fost elaborată în 1997 de S. Gordts din Belgia și A. Watrelot din Franța, [6,13] propusă pentru examinarea pacientelor cu sterilitate de geneză necunoscută. Poate fi definită ca o asociere în acelaș timp a unei hidropelviscopii transvaginale; „dye” test (permiabilitatea trompelor uterine); unei salpingoscopii; microsalingoscopii și a unei histeroscopii. În ansamblu această procedură poate fi efectuată sub anestezie locală sau intravenoasă în condiții de ambulator și durează aproximativ 10-20 min[3,4,9].

Atunci când indicațiile sunt stabilite corect, Fertiloscopia poate fi considerată o alternativă a laparoscopiei diagnostice. La moment, indicațiile de bază în efectuarea fertiloscopiei sunt:

1. Diagnosticarea formelor peritoneal-tubare și uterine a infertilității;
2. Examenul de control după tratamentul endometriozei, operațiilor reconstructive a trompelor uterine;

3. Fertilosopia poate fi recomandată când laparoscopia este considerată mai periculoasă (paciente obeze, suspjecția unui proces aderențial pronunțat în etajul superior al abdomenului) [2,11,12].

Toate aceste manopere se efectuează cu unul și același set de instrumente speciale propuse de diferiți producători: Soprane France; Karl Storz, Germany; Transvaginal Douglas Fertilscope FTO 1.40 (Wallace Portex Ltd. UK);

Metoda se bazează pe introducerea unei sisteme optice cu diametrul 2.9mm, prin fornixul posterior al vaginului prin punția lui și aprecierea stării organelor bazinului mic după crearea hidroperitoneumului (soluție fiziologică ~250-400ml). Este important de a efectua punția fornixului posterior folosind acul Veress – un ac special care permite evitarea stratificării peretelui sacului Douglas. După exploararea detaliată a organelor bazinului mic, pentru controlul permeabilității trompelor uterine, printr-un cateter uterin se introduce soluție albastru de metilen. În situația depistării unei patologii a trompelor uterine, la această etapă poate fi efectuată salpingoscopia cu utilizarea aceluiaș endoscop. La sfârșitul procedurii endoscopul se înlătură și lichidul liber se scurge din cavitatea bazinului mic prin canalul trocarului. Aplicarea suturilor în locul introducerii troacaruului nu este indicată.

La sfârșitul manoperei se efectuează histeroscopia. Diametrul opticii și a troacaruului diagnostic (3mm) permit desfășurarea histeroscopiei fără utilizarea valvelor vaginale, fără fixarea colului uterin cu pensa de col, și nu este necesar de dilatat canalul cervical. Prin această manoperă este posibilă vizualizarea cavității uterine și înlăturarea polipilor, nodulilor miomatoși, sinechiilor sau efectuarea biopsiei pentru tratarea disfuncțiilor endometriale.

Aprecierea efectivă a stării organelor bazinului mic prin fertilosopia, conform datelor diferitor autori, constituie de la 76,8% până la 95%. Dificultăți în vizualizarea și aprecierea stării organelor pelviene prin fertilosopia apar în caz de proces aderențial pronunțat în fornexul posterior, în special în caz de endometrioză.

A fost efectuat un studiu comparativ a rolului fertilosopiei și laparoscopiei în diagnosticarea patologiei tubare, endometriozei și gradul de severitate a procesului aderențial. Conform datelor lui Darai et al. [4], diagnosticarea patologiei tubare prin fertilosopia în raport cu laparoscopia reprezintă 92,3% cazuri, a procesului aderențial în 78,2% cazuri, iar în endometrioza externă în 54,5% cazuri. Ultimele rezultate se explică prin prezența procesului aderențial pronunțat și localizarea heterotopiilor endometriale în regiunea fornixului antero-uterin. În același timp, diagnosticarea aderențelor între ovare și pereții pelvisului este mai informativă prin fertilosopia decât prin laparoscopia, ce reprezintă 90% și 75% [4,9].

Etapa următoare constă în realizarea salpingoscopiei și ulterior a microsalingoscopiei. Numeroase studii au demonstrat că gradul de răspândire a aderențelor intratubare nu este în raport direct cu procesul aderențial peritubar pronunțat. Salpingoscopia permite exploararea regiunii ampulare și istmice, iar hidroflotația ușurează diagnosticarea aderențelor neânsemnate. Pentru efectuarea salpingoscopiei, endoscopul se introduce în regiunea ampulară a trompei uterine și se mișcă spre regiunea istmică. Mișcarea endoscopului în lumenul trompei uterine este facilitată din contul irigației, realizând o distensie moderată a ampulei [13].

Brosens [1] după rezultatele salpingoscopiei a propus clasificarea stării mucoasei trompelor uterine:

1 stadiu – plicaturarea mucoasei este păstrată

2 stadiu – plicile mucoasei sunt nivelate, dar păstrate

3 stadiu – aderențe fine între plicile mucoasei (este implicată mai puțin de 50% din mucoasă)

4 stadiu – proces aderențial pronunțat

a) cu păstrarea pliurilor

b) mucoasa este nivelată

5 stadiu – scleroza și lipsa plicaturării mucoasei

Compararea valorilor predictive a acestei clasificări cu clasificarea Societății Americane a Fertilității (1988), arată că la pacientele cu mucoasa normală (st. 1 și 2) sarcina uterină survine în 59% cazuri, iar cea ectopică în 5% cazuri. În stadiul 3 a patologiei intratubare – în 20% și respectiv 10% cazuri; în stadiul 4 – mai puțin de 5% și 50%. Datele relatate permit elaborarea unui algoritm de conduită a acestor cupluri[10].

Marconi et al. în studiile sale propune efectuarea unei explorări mai detaliate a epiteliului tubar prin microsalingoscopie. Pentru această examinare se utilizează endoscopul – HAMOU-III (Karl Storz, Germany). La baza acestei explorări se află evaluarea numărului de nuclee celulare colorate cu albastru de metilen: cu cât mai multe nuclee colorate în albastru cu atât mai mult este alterată mucoasa tubară.

Marconi a propus o cotare în 4 stadii, în ordinea creșterii severității. Conținând , însă un caracter încă subiectiv, A. Waterlot clasează patologia mucoasei în două grupe:

A – lipsesc sau sunt puțin nuclee colorați și nu se vizualizează celule inflamatorii

B – când se vizualizează mulți nuclee colorați și celule inflamatorii.

Scopul de bază a fertiloscopiei este diagnosticarea, dar în ultimii ani au apărut studii privind posibilitatea efectuării unor intervenții operative minime. În caz de proces aderențial slab pronunțat (aderențe peritubare și periovariene), unele forme de endometrioză, sindromul ovarelor polichistice este posibil efectuarea tratamentului chirurgical. Intervențiile se efectuează prin trocarul operator cu utilizarea instrumentelor cu diametrul de 5Fr. (1,5 mm): coagulator bipolar, foarfece, clește pentru biopsie. Prin această metodă pot fi efectuate următoarele intervenții:

- adezio- fimbrioliza limitată;
- „drilling” ovarian;
- biopsia țesuturilor organelor pelvine;
- coagularea focarelor de endometrioză;
- chistectomia;
- alpingoneostomia; [1,5,8,13].

La moment fertiloscopia este contraindicată în următoarele situații:

- patologia obstructivă a spațiului Douglas (retoversie fixată, nodul miomatos voluminos pe peretele posterior al uterului sau chist ovarian voluminos)
- infiltrarea sacului recto-vaginal de un proces endometrial
- infecții genitale
- hemoragie intraabdominală

Utilizarea anesteziei locale, lipsa necesității insuflării CO₂ și a poziției Trendelenburg și probabilitatea scăzută de lezare a vaselor magistrale plasează fertiloscopia în grupul metodelor cu risc minim de complicații. Practica, stabilirea corectă a contraindicațiilor și deasemenea examinarea preoperatorie ultrasonografică și vaginală deasemenea micșorează frecvența complicațiilor.

În timpul efectuării fertiloscopiei sunt posibile următoarele complicații:

- 1) perforația intestinului rect;
- 2) hemoragie din locul puncției;
- 3) durere;
- 4) complicații infecțioase; [6].

Numeroase studii au demonstrat că frecvența lezării intestinului prin fertiloscopie este mai mare în timpul efectuării primelor 50 proceduri (1,35%), după care scade până la 0,25%. Toate leziunile au fost diagnosticate în timpul fertiloscopiei, diametrul traumei nu a depășit 3-5mm iar conținutul intestinului niciodată nu a nimerit în cavitatea peritoneală. Tratamentul conservativ cu antibiotice a fost efectuat în 92% cazuri, chirurgical – în 2%, nu s-a depistat nici un caz de sepsis sau complicații tardive, nici un caz letal. Dacă comparăm frecvența lezării intestinului prin fertiloscopie și laparoscopie, atunci după datele diferitor autori frecvența acestei complicații prin laparoscopie se întâlnește de la 3 până la 0,3%, iar diagnosticul în timpul operației nu a fost stabilit în 10 -24% și letalitatea a constituit 21-33% [6,9].

Hemoragia din locul puncției se întâlnește rar și necesită sau coagularea vasului sângerând sau aplicarea suturii pe plaga vaginală. Nu a fost descris nici un caz de complicație infecțioasă după fertiloscopie, dar majoritatea autorilor recomandă administrarea profilactică a antibioticilor la pacientele din grupul de risc.

În această măsură, fertiloscopia reprezintă o metodă mai informativă în ce privește explorarea trompelor uterine și a cavității uterine comparativ cu histerosalpingografia și laparoscopia diagnostică.

Concluzii

1. Criteriile înalte ale valorii predictive a fertiloscopiei permit de a recomanda această metodă în implimentarea largă în practica clinică în calitate de metodă-scrining la etapele inițiale de examinare a pacientelor cu sterilitate.
2. Implimentarea fertiloscopiei în practica cotidiană va conduce la elaborarea unei tactici adecvate în conduita cuplurilor cu sterilitate și ar permite la timp aplicarea intervențiilor endoscopice, în caz de necesitate sau recomandarea unor tehnici de procreare medical asistată.
3. Fertiloscopia ar putea fi propusă ca o procedură standart pentru evaluarea stării trompei uterine în managementul infertilității feminine.

Bibliografie

1. Brosens I. The value of salpingoscopy in tubal infertility. *Reprod. Med. Rev.*, 1996, N5, 1-11p.
2. Brosens I., Campo R., Puttemans P., Gordts S. One-stop endoscopy- based infertility clinic. *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* 2002;14:4:397—400p.
3. Campo R., Gordts S., Brosens I. Minimally invasive exploration of the female reproductive tract in infertility. *Reprod. Biomed. Online.* - 2002, Vol 4, N 3. 40-45p.
4. Darai E., Dessole L., Lecuru F. Transvaginal hydrolaparoscopy compared with laparoscopy for the evaluation of infertile women: a prospective comparative blind study. *Hum. Reprod.* 2000, Vol. 15, N11. 2379-2382p.
5. Gordts S., Campo R., Brosens I. Office transvaginal hydrolaparoscopy for early diagnosis of pelvic endometriosis and adhesions. *J Am Ass Gynecol Lap* 2000;7:1:45—49p.
6. Gordts S., Watrelot A., Campo R., et al. Risk and outcome of bowel injury during transvaginal pelvic endoscopy. *Fertil. Steril.* 2001, Vol. 76, N6. 1238-1241p.
8. Marconi I., Quintano R. Methylene blue dyeing of cellular nuclei during salpingoscopy, a new in vivo method to evaluate vitality of tubal epithelium. *Hum.Reprod.*, 1998, 13, 3414-3417p.
7. Gordts S., Campo R., Puttemans P. et al. Investigation of the infertile couple: a one-stop outpatient endoscopy-based approach. *Hum Reprod* 2002;17:7:1684—1687p.
9. Moor M., Cohen M., Liu G. Experience with 109 cases of transvaginal hydrolaparoscopy. *J. Am. Assos. Gynecol. Laparosc.* - 2003, Vol.10, N2. 282-285p.
10. Puttemans P.J., De Bruyne F., Heylen S.M. A decade of salpingoscopy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998;81:2:197—206p.
11. Watrelot A., Dreyfus J.M., Andine J.P. Evaluation of the performance of fertiloscopy in 160 consecutive infertile patients with no obvious pathology. *Hum Reprod* 1999;14:3:707—711p.
12. Watrelot A., Gordts S., Andine J.P., Brosens I. Une nouvelle approche diagnostique: La Fertiloscopie. *Endomag* 1997;21:7—8p.
13. Watrelot A., Dreyfus J.M., Cohen M. Systematic salpingoscopy and microsallpingoscopy during fertiloscopy // *J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc.* - 2002. - Vol. 9, N4. 453-459p.
14. Кулаков В.И. Структура бесплодия. Акушерство и гинекология . 2001, N3. 33-36с.