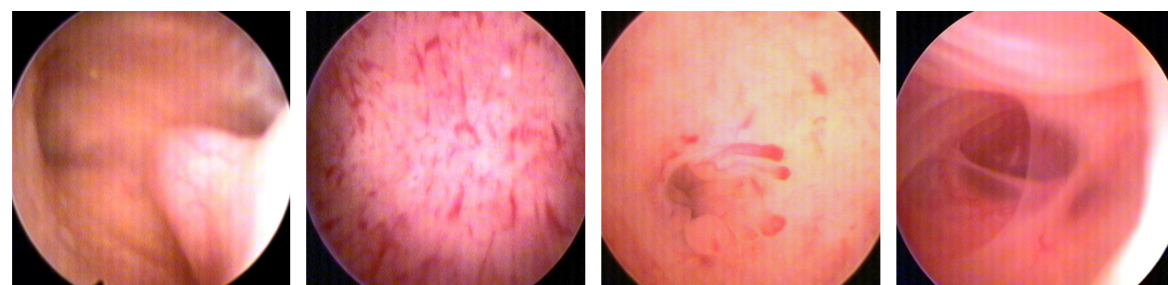


Histeroskopia w niepłodności

Histeroskopia – czy należy jej się bać? O zaletach, wadze i sposobie przeprowadzania tego badania opowiada **dr n. med. Grzegorz Głąb, GMW – Embrio Sp. z o.o. Opole, Grupa Medyczna Parens.**



Polip na tylnej ścianie jamy macicy

Przewlekłe zapalenie błony śluzowej macicy

Ujście jajowodu

Zrosty w jamie macicy

CO TO JEST HISTEROSKOPIA?

Jak każda inna „skopia”, polega na ocenie wzrokowej – w tym przypadku wnętrza jamy macicy i kanału szyjki macicy. Polega na wprowadzeniu optyki o kilkukrotnym powiększeniu od strony pochwy przez ujście zewnętrzne, kanał szyjki macicy, ujście wewnętrzne do jamy macicy i, po rozprężeniu jamy najczęściej tzw. płynem fizjologicznym (0,9% NaCl), dokładnym obejrzeniu ścian macicy, dna i rogów z ujściami macicznymi jajowodów. Najwygodniej wykonać badanie tuż po miesiączce, gdy kanał szyjki jest jeszcze fizjologicznie drożny, a błona śluzowa z poprzedniego cyklu uległa złuszczeniu. Obecnie stosujemy optyki o małej średnicy od 2,7 do 4 mm. Tak zminiaturyzowane urządzenia nie wymagają bolesnego rozszerzenia kanału szyjki macicy i głębokiego znieczulenia. W optyce umieszczony jest światłowod, który oświetla jamę macicy, kanał doprowadzający i odprowadzający płyn, rozprężający jamę macicy, i kanał roboczy, przez który można wprowadzić mikronarzędzia. Obraz jest transmitowany przez kamerę cyfrową na dowolny ekran (np. telewizyjny lub komputera).

DLACZEGO HISTEROSKOPIA JEST LEPSZA NIŻ INNE METODY BADANIA JAMY MACICY?

Dzięki histeroskopii możemy zobaczyć w kilkukrotnym powiększeniu wszystkie części macicy, wykryć, zlokalizować, a nawet usunąć zmiany nieprawidłowe i sprawdzić, czy nic nie pozostało. Badanie USG, nawet najlepszym aparatem, to jedynie „teatrzyk cieni”. Część zmian chorobowych, jak pasmowate zrosty, przegrody, zmiany zapalne śluzówki macicy, w USG są niemożliwe do zobrazowania. Stosowane w poprzednich latach diagnostyczne tyżeczki jamy macicy to brutalny zabieg wykonywany bez kontroli wzrokowej (na ślepo). Przy tyżeczkowaniu zgodność pobranego materiału z tym, co faktycznie znajduje się w całej jamie macicy, to tylko 50%. Można pominąć zmiany zlokalizowane w rogach macicy lub pozostawić duże fragmenty zmian chorobowych. Obecnie mikrohisteroskopia określa się jako „złoty standard” diagnostyki jamy macicy. Zabiegi trwają 3 do 5 minut, wykonywane mogą być w trybie ambulatoryjnym w znieczuleniu miejscowym lub sedoanalgezji, podobnie jak gastroscopia i cystoscopia.

KIEDY WYKONUJE SIĘ HISTEROSKOPIĘ?

Jest to badanie weryfikujące nieprawidłowości uwidocznione w badaniu USG. Dzięki histeroskopii można wiarygodnie różnicować polipy, mięśniaki wpuklające się do jamy macicy, zmiany przerostowe zapalne rozrostowe,

a także nowotworowe. Badanie można wykonać w każdym wieku, jeśli są do tego wskazania. Najczęściej jednak histeroskopie wykonujemy u kobiet pomiędzy 35 a 55 rokiem życia, bo wtedy choroby endometrium są najczęstsze. Nie tylko zaburzenia prawidłowego rytmu miesiączkowania pod koniec okresu rozrodczego, ale także krwawienia po menopauzie to wskazania do diagnostyki endoskopowej. U starszych kobiet po menopauzie zarówno pojawienie się krwawienia, jak i bezobjawowe pogrubienie błony śluzowej w macicy powyżej 5 mm lub współistnienie innych nowotworów gruczołowych innych narządów to powód do wykonania histeroskopii. Chodzi o wiarygodne wykluczenie zmian nowotworowych w endometrium. Ostatnio w wielu ośrodkach diagnostyczna histeroskopia jest jednym z badań wstępnych u kobiet z niepłodnością.

CZY HISTEROSKOPIA POMAGA W NIEPŁODNOŚCI?

To coraz częściej wykonywane badanie, bardziej wiarygodne niż USG czy histerografia radiologiczna. Dzięki histeroskopii można wykluczyć przegrody i zrosty zniekształcające anatomicznie jamę macicy. Można uwidocznic ujścia maciczne jajowodów, uwidocznic ich fizjologiczną aktywność (otwieranie i zamykanie), możliwe jest pośrednie badanie drożności jajowodów. Jeśli jednocześnie użyjemy aparatu USG z opcją Color lub Power Doppler, można uwidocznic przepływ płynu rozprężającego jamę macicy z jamy przez jajowód do jamy otrzewnej. Zasada badania jest podobna do salpingografii radiologicznej, sonograficznej z użyciem żelu czy laparoskopowej z zastosowaniem barwnika. Dzięki histeroskopii można wykryć zmiany zapalne w endometrium, które niekoniecznie muszą być związane z aktywnym zakażeniem. W obrazie endoskopowym widoczne jest przekrwienie podścieliska błony śluzowej, zmienione naciekowo grudki chłonne (tzw. obraz truskawki), drobne polipowate zmiany przerostowe. Obraz USG w takich przypadkach jest prawidłowy, a kobieta nadal nie zachodzi w ciążę, ani w sposób naturalny, ani po inseminacji domacicznej, ani po embriotransferze.

CO TO JEST SCRATCHING?

Od kilku lat jest coraz więcej doniesień o korzystnym wpływie zabiegów związanych z mechanicznym „zochowaniem”, podrapaniem (ang. scratching) endometrium na większą szansę na zagnieżdżenie transferowanego w kolejnym cyklu zarodka. Doniesienia te dotyczą specyficznej sytuacji klinicznej kobiet z RIF (Recurrent Implantation Failure), u których dochodzi do parokrotnego niepowodzenia na etapie zagnieżdże-

nia się zarodka w jamie macicy. Zauważono, że po zabiegach diagnostycznych (histeroskopia, biopsja endometrium sondą Pippela) w cyklu poprzedzającym kolejny transfer odnotowano statystycznie większy odsetek udanych implantacji (5-10%). Wśród specjalistów nie ma jednolitego stanowiska co do wyjaśnienia tego fenomenu w sposób przekonujący. Ja skłaniam się do poglądu prof. Dominique de Ziglera z Paryża, że część kobiet z RIF ma nierozpoznane nieswoiste (bez uchwytej przyczyny) przewlekłe zmiany zapalne, których nie można rozpoznać badaniami mikrobiologicznymi ani w USG. Ułatwienie złuszczenia endometrium, wyptukanie jamy macicy jałowym płynem (fizjologicznym 0,9% roztworem NaCl) pozwala na usunięcie zapalnie zmienionego endometrium, aby po miesiączce odrastała błona śluzowa bez zmian zapalnych, a proces zagnieżdżenia miał szansę przebiegać w sposób fizjologiczny. Jedną z naszych pacjentek, której próbowałem wytłumaczyć zasadność wykonania histeroskopii diagnostycznej przed kolejnym transferem (ostatni zarodek), podała inne wytłumaczenie: „No tak, jak na wiosnę sadzimy sadzonki w ogródku, to najpierw trzeba starannie spulchnić glebę, żeby roślinki się ukorzeniły”. Nic dodać, nic ująć.

Reasumując, mikrohisteroskopia diagnostyczna znalazła trwałe miejsce w arsenale aktualnie zalecanych metod diagnostycznych nie tylko w ginekologii, lecz zwłaszcza u kobiet borykających się z problemem niepłodności. Mała inwazyjność, możliwość wykonania w trybie ambulatoryjnym, a zwłaszcza możliwość uzyskania obiektywnych informacji niedostępnych innymi metodami to argumenty za coraz powszechniejszym stosowaniem tej metody w codziennej praktyce w ośrodkach leczenia niepłodności. ■

Centrum Leczenia Niepłodności PARENS
al. 29 Listopada 155c
31-406 Kraków



GMW – Embrio Opole
ul. Obrońców Stalingradu 61
45-594 Opole



PARENS Rzeszów
ul. Podwistocze 21
35-309 Rzeszów



Spotkajmy się na Facebooku!

