MAGYAR NŐGYÓGYÁSZOK ENDOSZKÓPOS TÁRSASÁGA
Alapítva: 1998

HÍRLEVÉL

V. évf. 1. szám
1999. április

Kiadja a Magyar Nőgyógyászok Endoszkópos Társasága
Felelős kiadó: *dr. Rákóczi István* a MNET elnöke Főszerkesztő: *dr. Gerő György*
Felelős szerkesztők: *dr. Molnár-G. Béla, dr. Nemes András* Szerkesztőségi tel./fax: 06-62-432-243, 06-76-416-283

Az Endoszkópos Centrumokról...

Az utóbbi időben - elsődlegesen - Budapesten számos helyen jöttek létre u.n. Endoszkópos Centrumok. A hazai endoszkópos tevékenységben résztvevők között ezen centrumok megalapítása, propagálása különböző reakciókat váltott ki. Első pillanatban talán igazat lehet adni azoknak, akik ezen centrumok deklarálását szakmailag nem megalapozottnak, csak puszta elnevezésnek, esetleg helyi (kórházi) taktikai lépésnek, pénzszerzési lehetőségnek tartják. Való igaz, számos helyen Budapesten és az országban folyik nagyon magas színvonalú endoszkópos gyakorlat és nem nevezik ezeket a helyeket "centrumnak". Úgy gondolom, hogy nem az elnevezésen múlik , hogy egy adott helyen milyen színvonalon végeznek laparoscopos illetve hysteroscopos beavatkozásokat. Az "Endoszkópos Centrum" elnevezéssel személyesen nekem csak egy problémám van. Ez pedig nem is az elnevezéssel kapcsolatos. Úgy gondolom, hogy a MNET-nak, minden endoszkópos szakembernek örülni kell, hogy terjednek az endoszkópos műtétek, és nincs abban semmi különleges, hogy ennek különböző kereteket adunk (pl.:Endoszkópos Centrum). A probléma számomra az, ha ezt úgy propagálják (laikus magazinok, rádió, televízió), hogy ez az egyetlen hely, ahol ilyen műtéteket végeznek!? (Esetleg éppen ilyen centrumban a legkisebb az endoszkópos aktivitás.) Vagy esetleg elhallgatják, hogy máshol már végeztek ilyen műtéteket!? És ez már etikai probléma, amelyet nem lehet megkerülni, amely mellett nem is szabad elmenni vélemény nélkül. Tiszta szívből azt kívánom, hogy minél több helyen legyenek endoszkópos műtétek, szaporodjanak az Endoszkópos Centrumok. De ezen centrumok csak akkor szolgálják a modern betegellátást, ha tartalommal töltjük ki!

Prof. dr. Rákóczi István
a MNET elnöke

A leckekönyvről:

A Magyar Nőgyógyászok Endoszkópos Társasága egy korábbi közgyűlésén jóváhagyta a Társaság laparoszkópos és hiszteroszkópos oktatási programját. A tervezet szerint az elméleti oktatás az egyetemi klinikákon, a gyakorlati képzés a klinikákon és az akkreditált intézetekben történne. Az elméleti ismeretek elsajátítását követően a gyakorlati képzés egyénileg folyna a meghatározott műtéti szám eléréséig. A Társaság Oktatási Programját a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium elfogadta. A Vezetőség javaslatára most elkészült a "leckekönyv", melyet minden tagunknak eljuttatunk. A leckekönyv lehetőséget nyújt az elméleti és gyakorlati képzés, a tudományos kongresszusokon való részvétel, valamint a tudományos előadások és közlemények egységes formában történő regisztrálására. A kivehető lapokat eljuttatjuk az oktató intézeteknek, illetve minden tagunk számára folyamatosan biztosítjuk az utánpótlást. A korábbi időszak endoszkópos tevékenységét az intézet, ill. az osztály vezetője igazolhatja. Reméljük, hogy a leckekönyv minden tagunknak hasznos segítséget nyújt további munkája során.

Dr. Sziller Péter
főtitkár

BEMUTATKOZIK:

a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház Szülészet-Nőgyógyászati Osztálya

A Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház 1998. decemberében ünnepelte fennállásának negyvenedik évfordulóját. Az Észak-Kelet magyarországi régió legnagyobb kórháza éves teljesítményét tekintve az ország egészségügyi intézményei között - néhány klinikát is megelőzve - a 3-4. helyen áll. A DOTE oktató kórháza. A betegellátó és diagnosztikai osztályok a szívsebészet kivételével, szülészet-nőgyógyászati osztályunk az IVF és az invaziv genetikai vizsgálatok kivételével a betegellátás teljes skáláját műveli.

Az 1997-ben történt vezetőváltást követően számos változás történt osztályunkon, illetve megyénkben:

1. Új szűrővizsgálati és terápiás protokoll kidolgozásával megújítottuk a terhegondozást.
2. Teljes körűvé tettük a baba-barát újszülöttellátást osztályunk kiérdemelte a "Baba-barát Kórház" címet.
3. Továbbfejlesztettük a megye perinatológiai adatszolgáltatási rendszerét, elindítottuk a megyei fekvőbeteg ellátás morbiditási és mortalitási adatszolgáltatását.
4. Új diagnosztikai és terápiás protokoll kiadásával és az előrehaladott esetek osztályunkon történő centralizált ellátásának biztosításával átszerveztük az onkoginekológiai betegek ellátását. Bevezettük a Wertheim-műtéteket, megszerveztük a rákos betegek 5 éves gondozását, követését.
5. Nagyforgalmú, napi 8 órában működő menopausa ambulanciát indítottunk, amely azóta elnyerte a regionális osteoporozis centrum akkreditációt.
6. Megyei endokrinológiai és meddőségi centrumot hoztunk létre.
7. Végül, de nem utolsó sorban: gyors ütemben továbbfejlesztettük osztályunkon a nőgyógyászati endoszkópiát.

Néhány fontos forgalmi mutató az 1998-as évből:

Ágyszám:	120
Fekvőbeteg:	7370
Szülésszám:	2431
Császármetszés:	558
Műviabortus:	1493
Hysterectomia:	402
Wertheim-műtét:	17
Laparoscopia:	157
Hysteroscopia:	96

folytatás a 2. oldalon

BEMUTATKOZIK:

a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház Szülészet-Nőgyógyászati Osztálya

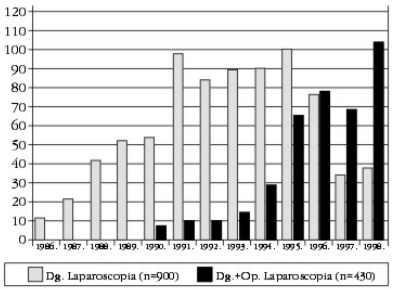
folytatás az 1. oldalról

Orvoslétszám: 25, hat kolléga két szakvizsgával rendelkezik. Az osztálynak főállású neonatulógusa és belgyógyásza van. Két kollégánk PhD-vizsgára készül. Az osztályról 1998-ban 14 közlemény jelent meg, a kongresszusi előadások száma: 46. Orvosaink az elmúlt évben 8 nemzetközi kongresszuson voltak jelen. Részt vettünk a szülésznők emelt szintű képzésében és bekapcsolódtunk a Miskolci Egyetemen szervezett védőnő képzésbe.

1986. óta végzünk laporoszkópos, 1994. óta hysteroscopos beavatkozásokat. Osztályunkon ezideig összesen 1300 laparoscopia és 265 hysteroscopia történt.

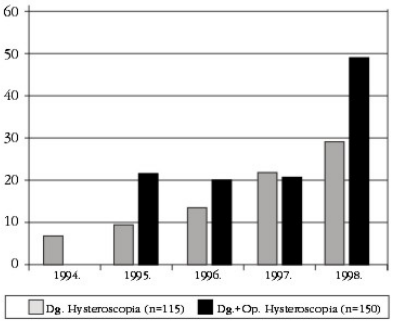
Az 1. ábrán a laparoscopos beavatkozások évenkénti megoszlását mutatjuk be. Látható, hogy az utóbbi években dinamikusan növekszik az operatív beavatkozások száma. Ezzel párhuzamosan csökkent a kizárólag diagnosztikai célból végzett beavatkozások száma.

LAPAROSCOPOS BEAVATKOZÁSOK MEGOSZLÁSA 1986. JAN. 01. ÉS 1998. DEC. 31. KÖZÖTT



A 2. ábrán a hysteroscopos aktivitás fejlődését mutatjuk be. A fejlődés itt is dinamikus.

HYSTEROSCOPOS BEAVATKOZÁSOK MEGOSZLÁSA 1994. JAN. 01. ÉS 1998. DEC. 31. KÖZÖTT



1994. óta rendelkezünk endoszkópos műtővel. A műtő felszereléséhez tartozik 2 db. komplett endoviziós rendszer, laparoscopiás és laparotomiás célokra is alkalmas ultrahangos coaguláló és vágókészülék, nagyfrekvenciás generátor, 4 operatív laparoscopiás tálca a szükséges kézi műszerekkel, optikákkal és 2 szívóöblítő készülék. Rendelkezünk 1 db. diagnosztikus, 2 db. operatív hysteroscoppal, valamint 1 resectoscoppal. A vérzéscsillapítás lehetőségei - beleértve a Roeder-hurokkal történő vérzéscsillapítást, az intra- és extracorporalis csomózást, a mono- és bipoláris elektrokoagulációt, a clipp használatát, az UH-vágókészülék alkalmazását - a thermocoagulatio és a laeserrel történő vérzéscsillapítás kivételével rendelkezésünkre állnak.

Osztályunk endoszkópos munkacsoportjának főorvosai (Dr. Papp Gyula a team vezetője, Dr. Takács Tibor, Dr. Sziray Zoltán, Dr. Hagymásy László és jómagam) részben szervezett, részben egyéni továbbképzések keretében hazai és külföldi egyetemeken, ill. nemzetközi kongresszusokon és work shoppokon sajátították el az endoszkópia elméletét és gyakorlati tudnivalóit. Rajuk kívül 7 szakorvosunk vett részt a hazai klinikák álltal szervezett alapszintű endoszkópos tanfolyamokon. Kiválóan képzett főműtősnőnk mellett minden műtősnőnk elsajátította a számunkra szükséges endoszkópos ismereteket.

Műtéti statisztikánk mellett endoszkópos tevékenységünk színvonalát mutatja az országos szakmai folyóiratokban megjelent három közleményünk és nemzetközi konferenciákon elhangzott nyolc idegennyelvű előadásunk. Aktivitásunkat tükrözi a Magyar Nőgyógyászok Endoszkópos Társasága ülésein megtartott 27 előadás, poster, illetve video-demonstráció is.

Másfél éve vettem át az osztály vezetését. Endoszkópiában jártas kollégáim némi aggodalommal várták: vajon az új főnök fékezni igyekszik-e majd lendületüket, avagy további bátorítást ad az endoszkópos aktivitás fokozásához. Nem kellett sokat várniuk a bizonysággal: az 1998. évi statisztikánk (3. ábra) - úgy vélem - meggyőzően igazolja, hogy messzemenőleg pártolom az endoszkópia fejlesztését. A Hírlevél legutóbbi számában beszámoltam már arról, hogy milyen következtetéseket vontam le az 1998-évi nőgyógyászati endoszkópos világkongresszuson hallottak és tanultak alapján. Nem vagyok híve a szélsőséges megoldásoknak, meggyőződésemmé vált azonban, hogy a biztonsággal végezhető endoszkópos diagnosztikai és műtéti beavatkozásokkal nagy hasznára lehetünk a betegeknek és a kórháznak, továbbá a betegek gyógyításához pénzügyi fedezetet biztosító társadalomnak is.

Az osztály összesített (1990-98 évi) és 1998. évi operatív endoszkópos statisztikája.

Operatív laparoscopiák	Össz.	1998-ban
sterilizáció:	237	57
kiterjedt adhaesiolysis:	43	14
cystectomia:	29	11
extraut. grav. műtét:	16	6
adnexectomia:	10	4
oophorectomia:	8	4
salpingectomia:	5	2
LAVH:	3	2

Operatív hysteroscopiák	Össz.	1998-ban
biopsia:	67	30
TCRE:	33	17
TCRM:	6	3
septotomia:	3	3

(folytatás a 3. oldalon)

Szerkesztői üzenet!

Kedves Kollégák!

Kérjük, hogy a kollégák által a Hírlevélben megjelentetni kívánt anyagaikat rovat megjelöléssel lehetőség szerint egy printelt példánnyal együtt floppyn *juttassák el a szerkesztők címére vagy* Email-en *az alábbi címre:*

molnargb@tiszanet.hu

Köszönjük a segítséget.

Várjuk további jó tollú **Hírlevélírók** *jelentkezését* LAPZÁRTA *jeligére.*

folytatás a 2. oldalról

Néhány szó terveinkről. Kórházunk vezetése messzemenően támogatja endoszkópos törekvéseinket. Két hónapon belül közel 7 millió forint értékű új eszközökkel sikerült bővíteni eszközparkunkat. A Semmféle morcellátor bevezetésével immár az uteruson is végezhetünk bonyolultabb beavatkozásokat: myoma enucleatiót, laparoscoppal asszisztált vaginális hysterectomiát, de akár laparoscopos hysterectomiát is. A Wert-heim-műtétek végzésével és a koráb-binál radikálisabb ovarialis tumor-műtétekkel szerzett tapasztalataink alapot teremtenek majd az onkológi-ai vonatkozású endoszkópos műté-tekhez is. A társszakmákat is érintő diagnosztikai nehézségek áthidalása érdekében a nap 24 órájában biztosí-tani kívánjuk az akut szelektív la-paroscopia hozzáférhetőségét, az a-kut hasi kórképek differenciál di-agnosztikájában, esetleges endoszkó-pos műtéti megoldásban. Céljaink között szerepel a gáz nélküli laparoscopia tárgyi feltételeinek megteremtése. Edigi gyakorkatunknak megfelelően a továbbiakban is törekszünk a laparoscopia és a hysteroscopia "együlésben" történő alkalmazására elsősorban a sterilitás-infertilitás kivizsgálásában az organikus okok tiszázása, a krónikus kismedencei fájdalom diagnosztikája során, illetve myomás uterus esetén a göbök pontos lokalizációjának meghatározása, azok esetleges endoszkópos eltávolítása érdekében. A vakon végzett fractionált abrasiónál informatívabbnak tartjuk a hysteroscopia + anyagvételt, ezért az eddigieknél kiterjedtebb alkalmazását tervezzük a vérzészavarok okainak tisztázásában. Törekszünk továbbá az altatást nem igénylő ambuláns hysteroscopia tárgyi feltételeinek megteremtésére, a járóbetegellátás keretei között.

Bízunk abban, hogy a Borsod-Aba-új-Zemplén Megyei Kórház Szülészet-Nőgyógyászati Osztálya a laparoscópia mellett a hysteroscopia gyakorlati oktatásához is akkreditációt kaphat a Társaság vezetésétől.

MNET VII. KONGRESSZUSA 1999.

Szervezi:
A Pest Megyei Flór Ferenc Kórház Szülészeti és Nőgyógyászati Osztálya
Időpont: **1999. október 8-9.**
Helyszín: Közép Európai Egyetem (CEU) Szálló és Konferencia Központ
1106 Budapest, Kerepesi út 87.
Szállíslehetőség: a kongresszus helyszínén, a CEU-ban

Fő témák:
- diagnosztikus hysteroscopia,
- endometrium ablatio,
- operatív laparoscopia

Technikai szervező: Congress Rendezvényszervező Kft.,
1026 Budapest, Szilágyi E. fasor 79. Tel.: (1) 212-0056
Fax: (1) 156-6581

Első értesítés: minden magyar nőgyógyász megkapja a Magyar Nőorvosok Lapjával.
Második értesítés: csak azok az érdeklődők kapják, akik az első értesítő válaszkártyáját visszaküldik. Ez tartalmazza a részletes programot, valamint a részvételi feltételeket és a jelentkezési lapokat.
Bővebb információ: 06-28-470-344

Dr. Gerő György
a Szervező Bizottság elnökétől

Dr. Szabó László Sándor
a Szervező Bizottság titkárától

Az International Society for Gynecologic Endoscopy (ISGE) Regionális konferenciája 2000 Budapest

Nagy megtiszteltetés érte a magyar nőgyógyászati endoszkópos társadalmat.

Az ISGE felkérésére a MNET szervezésében az ISGE 2000. augusztus 30. - szeptember 2. között tartja Regionális Konferenciáját Budapesten.

A témája: *Laparovaginalis surgery.* A konferencia célja, hogy a hagyományos hüvelyi sebészet és a laparoszkópia művelőinek képviselőit összehozva lehetőséget teremtsen a közös kérdések megvitatására. Egyértelmű a tendencia, hogy az új évezredben a hüvelyi és laparoszkópiás sebészet, valamint ezen két nőgyógyászati technika kombinációja, alapvető lesz a nőgyógyászati műtéti problémák megoldásában. A konferencia tervei között szerepel élő műtéti közvetítés is (laparoszkópos lymphadenectomia - Schauta, vaginális felfüggesztő műtét, LAVH stb.).

Biztos vagyok abban, hogy ez az esemény nem csak megtiszteltetés a magyar nőgyógyászati endoszkópiát művelők számára, de szakmailag hasznos lesz mindannyiunknak.

Mindenkit szeretettel várunk. A naptárba már most kérjük beírni: 2000. augusztus 30. - szeptember 02.

A következő körkérdés:

Ön szerint mi a követendő kezelési stratégia, egy
- 42 éves, egyebekben panaszmentes nőbetegnél (2 sima szülés)
- UH lelete: R-nagy uterus, az endometrium vastagsága 11 mm,
az uterus mellett jobb oldalon 55x66 mm-es echo szegény rezisztencia, bal oldali ovárium 21x13 mm,
UH Dg: Endometriosis ov.l.d.

Gyógyszeres vagy/és műtéti beavatkozás javasolt?
Mit? hogyan? mikor? hányszor?
Kérjük írja meg osztályos gyakorlatukat, tapasztalataikat, indokaikat.
A következő számokban folyamatosan közölni fogjuk a válaszokat.

Kérjük a kollégákat, hogy válaszukat lehetőség szerint E-mail-en, vagy floppyn juttassák el a szerkesztők címére.

KONGRESSZUSI NAPTÁR

A Magyar Nőorvosok, Sebészek, Urológusok I. közös hazai tudományos konferenciája
1999. április 15-17.
Cím: Convention Budapest Kft. 1461 Budapest Pf: 11

8th Annual Congress of The International Society for Gynaecologic Endoscopy
1999. April 25-28. **Montreal, Quebec, Canada**
Cím: Felicissimo Associates Inc., 205 Viger Avenue West, suite 202 Montreal, Quebec H2Z 1G2, Canada
Tel: 514 331-1998, *Fax:* 514 334-5200, *E-mail:* felicissimototal.net

The Regional ISGE Meeting "Controversies in Gynecological Endoscopy"
1999. September 09.
Cím: Assaf Fertility Center, 19 Wizaraa El-Ziraa Str., Dokky, Cairo, Egypt
Tel: 202 3613636, *Tel/Fax:* 202 3613646, *E-mail:* aassafritsec 2.com.eg

Endosurgery and Minimal Invasion 8th Congress of the European Society for Gynaecological Endoscopy
1999. September 16-18.**, Stockholm, Sweden**
Cím: Stockholm Convention Bureau, 8th ESGE, PO Box 6911, S-10239 Stock-holm, Sweden
Fax: +46 8 348441, *Tel:*+46 8 7361500
E-mail: esgestocon.se

9th Annual Meeting of the International Society for Gynaecologic Endoscopy
2000. April 16-22.
Cím: Destination Event Management, 18 Hallam Road, Hallam 3803, Melburne Australia
Tel: 61 3 9703 2666, *Fax:* 61 3 9703 2999
E-mail: eventsdestevent.com.au

9th Congress of the European Society for Gynaecological Endoscopy
2000. Október 19-21. **Párizs, Franciaország**
Congress Secreteriat: Convergences-Gynendo 2000 120 avenue Gambetta-F-75020 Paris
Phone: 33 1 43 64 77 77,
Fax: 33 1 40 31 01 65,
E-mail: convergeiway.fr

Nőgyógyászati endoszkópos tanfolyamok 1999

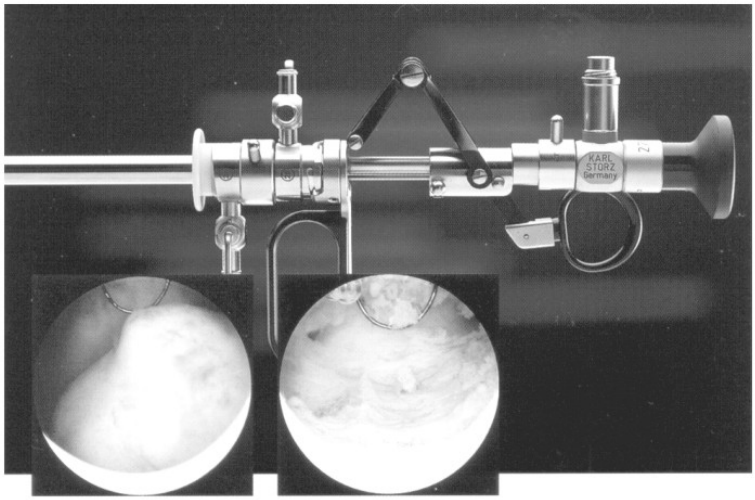
Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
1999. október 29-30.

Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
1999. március 29. - április 02.
"A nőgyógyászati endoszkópia korszerű lehetőségei"

Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
1999. május 17-21.
1999. november 08-12.
"Endoszkópia a nőgyógyászatban"

Pécsi Orvostudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
1999. március 08-12.
"Diagnosztikus laparoszkópia"
1999. június 07-11.
"Diagnosztikus hysteroscopia"

Rezektoszkóp és magas-frekvencia
az intrauterin sebészetben



Az endoszkópos magas-frekvencia sebészetben a KARL STORZ név régóta fogalom. A Hopkins-optikai rendszer, a folytonos öblítéssel és elszívással rendelkező tubusok, az automatikusan vezérelt magas-frekvencia sebészeti vágó kifejlesztése hozzájárult ahhoz, hogy az elektrorezekció az urológiában egy biztos és hatékony eljárássá válhasson.
Ezen tapasztalatok összessége most a nőgyógyász-sebész számára is rendelkezésre áll. Az intrauterin magas-frekvencia sebészethez egy optimális rendszert nyújtanak a KARL STORZ rezektoszkópok, a speciálisan kifejlesztett tartozékokkal és az új Hopkins II. optikával együtt.
Kérjük, győződjön meg termékeink minőségéről és kérjen munkatársainktól egy műszerbemutatót.

ENDOSCOP HUNGARIA Kft.
2351 Alsónémedi, Haraszti út 134.
Tel.: 06-29-337-298 Fax: 06-29-337-690

STORZ
KARL STORZ - ENDOSKOPE
képviselete

KÖRKÉRDÉS

Diagnosztikus hysteroscopia végzése infertilitas esetén

Kedves kollégák! Az első **KÖRKÉRDÉS** sok pozitív reakciót váltott ki, ez biztat bennünket a folytatásra. Ezúttal hysteroscopos témát választottunk. A professzoroktól, az IVF-centrumok vezetőitől és azoktól kértünk választ, akik köztudottan sok hysteroscopos beavatkozást végeznek. Véleményünk szerint ezek a válaszok is rendkívül érdekesek és sok tanulsággal szolgálnak. Külön örömünkre szolgált, és köszönjük, hogy az intézetvezető professzorok fontosnak tartották álláspontjukat megfogalmazni.

A kérdés ezúttal a következő volt:

"Mely esetekben (és időrendben) tartja indokoltnak a diagnosztikus hysteroscopia végzését infertilitas esetén a kivizsgálás-kezelés azon fázisában, amikor a páciensnél IVF-ET jön szóba?"

A rovatot folytatni szeretnénk. Az általunk választott kérdéseken kívül szívesen vesszük, ha bárki más kérdéseket javasol (a megkérdezendők körének megjelölésével). Az összes beérkezett választ ez alkalommal is szószerint adjuk közre.

A Szerkesztők

Dr. Dévai István:

Diagnosticus hysteroscopiát a meddő házaspár nőtagjánál a rutin kivizsgálás során elvégezzük. Megjegyzem, hogy mérlegelendő, ha a vaginális UH-n nem találunk kóros elváltozást, a szorosan vett IVF-ET-eljárást követően lenne szükséges a diagnosticus hysteroscopia.

Prof. Doszpod József:

Az infertilitás kivizsgálásában a hysteroscopiát nem tartom rutin eljárásnak (annak ellenére, hogy néhány nagyobb nyugat-európai centrumban javasolják a rutin eljárások között).

Ha az elvégzett ultrahangvizsgálat valamilyen anatómiai elváltozást - az uterus cavumának deformitását, endometrium polypust vagy polypusokat - mutat, úgy a vizsgálat indokolt.

Elvégzendő akkor is, ha a beteg anamnézisében méhen végzett előzetes műtét (septum kiírtás, myoma enucleatio) szerepel, vagy Asherman syndromája volt, vagy egyéb krónikus gyulladás igazolható. Meggondolandó az előzetes császármetszés után végzett hysteroscopia.

Indokolt a vizsgálat három sikertelen IVF-ET után is, különösen akkor, ha a sikertelenség oka biztonság-gal nem igazolható.

Prof. Egyed Jenő:

A felvetett kérdés megítélésem szerint is abszolút aktuális, hiszen teljesen természetes, hogy kellően széles hazai tapasztalatok nélkül nem alakukhat ki egyértelmű állásfoglalás a hysteroscopia indikációs területével kapcsolatban sem. Más oldalról az is nyilvánvaló, hogy a gyors technikai fejlődés következtében minden un. társmódszer (laparoscopia, ultrahang, HSG, diagnosztikus abrasio, stb.) információtartalmának és egymáshoz viszonyított indikációjának összehasonlító felülvizsgálata is folyik.

Mint aki régóta foglalkozik a sterilitás diagnosztikus protokolljaival, az a véleményem, hogy a fentiek alapján a hysteroscopia ma nem tekinthető un. elsőlépcsős módszernek az IVF beavatkozások előkészítése során. Más szóval nem tartom jelenleg elfogadhatónak "a hysteroscopia nélküli IVF, mint műhiba elvét". Viszont a módszer egyértelmű esetenkénti előnyeit maximálisan akceptálva, helyesnek tartanám, ha az első két sikertelen ET után a harmadik kísérlet általában a diagnosztikus hysteroscopia közbeiktatásával történhetne csak meg.

Dr. Fülöp Tamás:

Mivel hazánkban a megfelelő szintű UH vizsgálat könnyen elérhető, az intraruterin anatomiai viszonyok tisztázására első lépésben a vaginális UH vizsgálatot, illetve ahol lehetséges, a folyadékfeltöltéssel végzett vaginális UH vizsgálatot megfelelőnek tartom.

Amennyiben ennek során bármilyen pathologia felmerül, ennek további pontosítására és megoldására hysteroscopia szükséges. A tubasarokban előforduló kis polypok csak ilyen úton távolíthatók el.

Mivel az IVF igen költséges beavatkozás, mindenképpen szükségesnek látom ezt megelőzően az intraruterin anatomiai viszonyok pontos vizsgálatát. A sikertelen IVF után végzett hysteroscopia során az esetek 20-30%-ban találtunk olyan anatómiai elváltozást, amely oka lehetett a sikertelenségnek.

Dr. Hercz Péter:

Az infertilitásban szenvedő párok vizsgálatánál a legkevésbé invaziv és a leghatékonyabb utat célszerű követni. Először a menstruációs ananmnézist értékeljük, HSG-t végzünk és ellenőrizzük a sperma és a spermiumok tulajdonságait.

Ugyanakkor hiszteroszkóppal haladéktalanul áttekintjük a nyakcsatornát és a méhüreget menstruációs zavarok, korai vetélés, abnormális bimanuális tapintási lelet esetén, illetve ha a nőbeteg 35 évnél idősebb. Ha kismedencei megbetegedés gyanúja miatt laparoszkópia történik, akkor azt hiszteroszkópiával egészítjük ki.

Az ovuláció és/vagy andrológiai eltérés mellett méhen belüli elváltozás gyanujakor előbb az endoszkópos vizsgálat javasolt és a szükséges kezeléseket pedig csak ez után kezdjük meg. Ha nem vetődik fel a méhüreg esetleges elváltozása, akkor először 6 hónapig ovuláció indoctiot, illetve andrológiai kezelést javasolunk, hiszteroszkópiát ezek sikertelensége esetén javasolunk.

Prof. Kovács László:

Az asszisztált reprodukciós kezelések utolsó lépcsőfoka az IVF-ET kezelés. Az eljárás az ART közül a leginkább költséges, így mindenképpen csak megfelelően kivizsgált betegen szabad alkalmazni. A kivizsgálás része kell, hogy legyen a diagnosztikus hysteroscopia is. Több ország protokolljában a diagnosztikus hysteroscopia és laparoscopia megelőzi a IVF-ET kezelést. Magyarországon a legtöbb beteg átesik laparoscopos vizsgálaton - tekintetel arra, hogy ezt az eljárást ma már széleskörűen alkalmazzuk. A hysteroscopia azonban még nem terjedt el ilyen mértékben, annak ellenére, hogy lényegesen kisebb invazivitású és kevésbé költséges. Ha arra gondolunk, hogy diagnosztikus hysteroscopia során a sterilitásban szenvedő asszonyok 2-22%-ban lehet intrauterin eltérést találni - mely akadály lehet sikeres IVF-ET, sőt AIH és AID kezelésnek is -, akkor mindenképpen prioritást kell, hogy élvezzen akár a laparoscopiával, akár az IVF-ET kezeléssel szemben. A kívánatos sorrend tehát diagnosztikus hysteroscopia, laparoscopia, EVF-ET kezelés.

Dr. Lintner Ferenc:

Infertilitas esetén hysteroscopia végzése minden esetben indokolt, ha a

folytatás a 6. oldalon

Diagnosztikus hysteroscopia végzése infertilitas esetén

folytatás az 5. oldalról

HSG, vagy az UH vizsgálat kóros anatómiai struktúrát tételez fel. Ez vonatkozik a különböző fejlődési rendellenességekre, submucosus myomagöbökre, valamint az endometrium polypokra. Ilyen esetekben a hysteroscopia az IVF+ET előtt is elvégzendő. Az IVF programba történő besorolás esetén a kivizsgálás része a HSG, illetve a vaginalis UH vizsgálat. Indokolt lehet a hysteroscopos vizsgálat Ashermann syndroma, secunder amenorrhea esetén is.

Két vagy három sikertelen IVF-ET esetén ugyancsak javasolt lehet a diagnosztikus hysteroscopia végzése rejtett intrauterin pathológiai eltérések, az endometrium állapotának megítélésére.

Dr. Németh Lajos

Infertilitás esetén valamennyi esetben a diagnosztika első lépései között célszerű szerepelnie a hiszteroszkópiának, karöltve a laparoszkópiával. Ilyenkor, ha anatómiai rendellenességre derül fény, egy ülésben annak műtéti korrekciójára is sor kerülhet, tehát időrendben jóval azt megelőzően, hogy IVF-ET jönne szóba (ami esetleg el is kerülhető a beavatkozás eredményeként).

Dr. Papp Gyula

Felfogásunk szerint a "minimálisan invaziv" laparoscopia és hysteroscopia a noninvaziv módszerekkel szembeni nagyobb scecificitásuk következtében napjainkban már a meddőségdiagnosztika alapvizsgálatai közé tartozik. A hysteroscopia nélkülözhetetlen módszer az uterus ürege felől észlelhető organikus elváltozások felderítésében.

Kirsop (1991) és Goldenberg két sikertelen IVF-ET után elvégzett hysteroscopia során 28, ill. 21%-ban tudott a sikertelenségért felelős olyan okot kimutatni, melyet noninvaziv módszerekkel nem tudtak diagnosztizálni a kivizsgálás során. Dicker (1992) előzetes negatív hysteroscopos lelet birtokában 3, vagy több sikertelen IVF-ET-t követően ismételt hysteroscopia végzése kapcsán az esetek 18,2 %-ában észlelt az eltelt idő alatti ujonnan képződött olyan organikus eltérést, amely felelős lehetett a kezelés eredménytelenségéért. Golan (1992) és Malhota (1997) a noninvanziv HSG alacsony specificitása miatt minden esetben hysteroscopia végzését tartja indokoltnak IVF-ET előtt.

Véleményünk szerint szakmai, financiális és etikai szempontok is indokolják a hysteroscopia alapvizsgálataként történő alkalmazását nemcsak IVF-ET előtt, de minden meddőség-kivizsgálás során, ahol a hysteroscopia végzésének feltételei adottak. A miskolci Megyei Kórházban osztályunkon kialakított diagnosztikai protokoll alapján meddőségben menszesz után, a proliferativ szakban "egyesülésben" végezzük el a dg. laparoscopiát + hysteroscopiát + chromohydrotubatiot.

Prof. Papp Zoltán
Dr. Urbancsek János

A diagnosztikus hysteroscopia végzését IVF-ET kezelésben részesülő meddő betegnél negativ hysterosalpingographias méhűri lelet birtokában csak akkor tartjuk indokoltnak, ha legalább 2-3 alkalommal elvégzett embriótranszfert nem követi terhesség. Azt, hogy adott esetben kettő vagy három, esetleg több, terhességet nem eredményező IVF kezelés után nyúlunk a diagnosztikus hysteroscophoz, olyan faktorok alapján döntjük el, mint például a beteg életkora, a méhnyálkahártya ultrahanggal megállapított vastagsága az ovulációindukció idején, a beültetett embriók száma és minősége. A diagnosztikus hysteroscopia első IVF kezelést megelőző, rutinszerű alkalmazását nem tartjuk indokoltnak, mert tudjuk, hogy a méh üregének HSG vizsgálattal még nem felismerhető, kis elváltozásainak a meddőség kialakulásában, vagy pontosabban az embrió beágyazódásának megakadályozásában betöltött esetleges szerepét eddig nem sikerült egyértelműen meghatározni. Természetesen minden IVF kezelésre kerülő betegünknél, már az első IVF kezelés előtt HSG vizsgálatot végzünk a méhüreg megítélése céljából, és amennyiben ez felveti a méhüreg bárminemű kóros elváltozását, akkor következő lépésként hysteroscopos vizsgálatot tervezünk az elváltozás tisztázására, esetleges műtéti megoldása céljából.

Prof. Paulin Ferenc

Klinikánk rutin meddőségi kivizsgálási procedurájában IVF-ET előtt diagnosticus hysteroscopiat nem végzünk, bár jól felszerelt és gyakorlattal rendelkező intézetben kívánatos lenne.

A diagnosticus hysteroscopia elvégzését indokoltnak tartjuk és el is végezzük, szükség esetén operativ hysteroscopiara convertalva, amennyiben:
- egyéb képalkotó eljárások (TVS, HSG) - melyek a jelenlegi gyakorlat részét képezik tervezett IVF-ET előtt- felvetik intrauterin elváltozás lehetőségét (polypus myoma submucosum, fejlődési anománia, adhaesio...stb.)
- ismert, vagy teszt dózis kapcsán felismert kontrasztanyag allergia (HSG)
- sikertelen, de ismételten tervezett IVF-ET esetén.

Prof. Szabó István, Dr. Drozgyik István, Dr. Mánfai Zoltán:

A hysteroscopia végzését akkor tartjuk indokoltnak, ha a betegnek 2- vagy több egymást követő kora- vagy középidős terhessége vetéléssel végződött.

Az IVF-ET-vel kapcsolatos jogszabály kimondja: a beavatkozás azon pároknál végezhető el, ahol a nő méhe alkalmas a terhesség kiviselésére. Ennek eldöntése korrekt módon diagnosztikus hysteroscopia végzésével lehetséges, ezért indokoltnak tartjuk annak elvégzését. Azonban, ha a meddőség kivizsgálásának korábbi szakaszában más intézetben HSG történt, mely során az uterus részéről elváltozást nem észleltek, akkor nem ragaszkodunk a hysteroscopia elvégzéséhez, de a betegnek felajánljuk azt. Három sikertelen IVF beavatkozást követően a méhtükrözés ismételt elvégzését javasoljuk.

Dr. Szabó László, Sándor

A meddőség intrauterin okainak tisztázásában a vaginális ultrahang vizsgálat az első választandó módszer, információ-tartalma és kisebb invazivitása miatt. Ráadásul hazánkban a vaginális ultrahangkészülékek elterjedtsége és a vizsgálatokkal szerzett tapasztalat sokkal magasabb fokon áll. A mai valós helyzetet figyelembe véve sajnos Magyarországon sem tárgyi, sem személyi feltétele nincs meg az IVF előtti hiszteroszkópos vizsgálat rutinszerű elvégzésének. Csak azokban az intézetekben, ahol nagy számban végeznek diagnosztikus vagy operativ hiszteroszkópiát, szabad a kivizsgálás sorába beilleszteni ezt a beavatkozást. De minden olyan esetben, ahol a meddőség intrauterin eredete felvetődik, el kell végezni a vizsgálatot és ha van rá mód, az ok műtéti megszüntetését (polypus, septum, fonál) is. Több, de talán már egy sikertelen IVF után, negatív leletek birtokában is elvégezném a hiszteroszkópos beavatkozást, mivel ezen esetek nagyrészében az uterusban lehet olyan eltérést találni, mely a sikertelenséghez vezet. Centrumokban, ahol a feltételek légyegesen jobbak, a diagnosztikus hiszteroszkópia kockázata minimális, ezért megelőzheti az ennél nagyobb kockázatú IVF-et. Saját osztályunk minden betegnek az IVF előtt megajánlja a diagnosztikus hiszteroszkópiát.