

# CERRAHİ TIP BİLİMLERİ

## Kadın Doğum

### Tubal Sterilizasyon

Mülazım YILDIRIM\*

Halen hem gebeliği önleyen, hem de kadın organizmasına zararlı olmayan mükemmel bir kontrasepsiyon metodu tesbit edilmiş değildir. Mükemmel bir kontrasepsiyon metodunun olmaması, günümüzde hem hekimleri hem de hastaları devamlı bir kontrasepsiyon metodu olan tubal sterilizasyona yöneltmiştir. Son 10 senedir mikrocerrahinin yaygın ve başarılı olarak uygulanır olması nedeniyle, tubal sterilizasyon daha da taraftar bulmakta ve yaygın olarak uygulanmaktadır.

Biz bu yazımızda, sterilizasyon konusunda çalışmaya yapacak meslektaşlarımıza, bu konudaki tüm klasik bilgileri toplu olarak sunmayı uygun bulduk.

**TARİF:** Tubal pasajının mekanik olarak ortadan kaldırılmasına. "Tubal Sterilizasyon" denir. Bir başka ifade ile, devamlı kontrasepsiyon amacıyla tuba pasajının ortadan kaldırılmasına "Tubal Sterilizasyon" denir.

Tıbbın son derece ilerlemiş olduğu günümüzde, halen gebeliği önleyen ve kadında fizyolojik düzeni bozmayan mükemmel bir kontrasepsiyon metodu bulunmuş değildir. Çeşitli kuruluşlar bu konuda, hem kadın sağlığına zarar vermeyen, hem de gebeliği önleyen bir kontrasepsiyon yöntemi bulabilmek için milyarlar harcamaktadırlar. Ama hala bu konuda istenilen netice alınmış değildir.

Halen günümüzde mükemmel bir kontrasepsiyon metodunun mevcut olmayışı hem hekimleri hem de hastaları devamlı kontrasepsiyon metodu olan tubal sterilizasyona yöneltmiştir. Hatta son 10 senedir dünyada mikrocerrahinin yaygın ve başarılı olarak uygulanır olması ve bu yöntemle evvelce sterilizasyon yapılmış tubaların mikrocerrahi ile yeniden açılabilirle şansının çok yüksek olması nedeniyle tubal sterilizasyon, kontrasepsiyon metodu olarak oldukça taraftar bulmakta ve yaygın olarak kullanılmaktadır.

Halen dünyada elimizdeki kayıtlara göre, 50 milyon kadının kontrasepsiyon amacıyla oral kontrasep-

tifler ve intrauterin araçlardan faydalanmasına karşın (1), 100 milyona yakın kadın ise kontrasepsiyon amacıyla tubal sterilizasyondan faydalanmaktadır (2).

Biz burada öteki kontrasepsiyon metodlarından da yaygın olarak kullanılır hale gelmesi nedeniyle; ve hem meslektaşlarımıza gerekli bilgiyi sunmak, hem de bu konuda çalışma yapacak kişi ve kuruluşlar arasında bir birlik sağlamak amacıyla, tubal sterilizasyon hakkında temel bilgiyi sunmak istiyoruz.

Tubal sterilizasyon iki kelime ile "tubaların bağlanması" olarak tarif edilirse de, konuya daha geniş bir yaklaşımla bakılması gerekmektedir. Hele, mikrocerrahi ile bağlanan tubanın yeniden açılabilirliği göz önüne getirildiğinde konunun detaylı olarak bilinmesinde fayda vardır. Tuba sterilizasyonu için senelerden beri pekçok teknik uygulanmıştır. Bu tekniklerin birbirlerine göre avantaj ve dezavantajları mevcuttur. Günümüzde bu konuda uygulamada bulunanlar veya bulunmak isteyenlerin, bu tekniklerin avantaj ve dezavantajlarını bilmesinde fayda vardır. Bu uygulama ile mademki devamlı bir kontrasepsiyon söz konusudur, o halde tubal sterilizasyonun basit bir olay değil, ciddi bir konu olduğu hiçbir zaman akıldan çıkartılmamalıdır.

Biz tuba sterilizasyonuna yaklaşımda, konuyu presterilizasyon, persterilizasyon ve poststerilizasyon olmak üzere 3 ana bölümde incelemekteyiz (3).

**Presterilizasyon:** Presterilizasyon denilen dönem hekim ve hasta yönünden bir hazırlık dönemidir. Bu devrede iki sorun vardır. Bu sorunlara açıklık getirilmelidir. Bunlardan biri hasta seçimi, diğeri sterilizasyonun ne zaman yapılacağıdır.

a) Hasta Seçimi: Sterilizasyon yapılacak kadınları iki grupta toplamak mümkündür.

**1. Mutlak sterilizasyon gerektirenler:** Bu gruptakilerde önemli bir hastalık mevcuttur. Kadın mevcut hastalığı nedeniyle olabilecek gebeliği taşıyamaya-

\* Gazi O.Tıp Fak. Kadın Hast. ve Doğum A. B. D. Öğ. Üyesi

cağından veya olabilecek bir gebelik kadında var olan hastalığı daha da ağırlaştıracağından, bu kadınlarda devamlı kontrasepsiyon yöntemi olan tubal sterilizasyon yapılır. Bu tip hastaların seçiminde bir tartışma söz konusu değildir. Kadının kendi sağlığı yönünden devamlı kontrasepsiyon zorunludur.

2. İsteğe bağlı sterilizasyon: Bu gruptaki hastalarda sterilizasyon için tıbbi bir endikasyon yoktur. Eşler, tubal sterilizasyona birlikte karar verdikleri takdirde tubal sterilizasyon yapılabilir. Ancak bu, her isteyene sterilizasyon yapılır anlamına gelmez. İşte hasta seçiminin önemi burada ortaya çıkmaktadır.

Tubal sterilizasyon yapıldıktan sonra, her ne kadar mikrocerrahi ile pasajın yeniden temini mümkünse de, bu şansın %100 olmadığı akıldan çıkartılmamalıdır. Bize ulaşan yayınlara göre sterilizasyondan sonra, mikrocerrahi ile pasajın yeniden temini %50-80 arasında değişmektedir (4-7). Kişisel tecrübelerimiz ve görüşlerimiz bu rakamların biraz daha yukarılara çıkacağı yönündedir. Burada başanyı etkileyen, operatörün tecrübesi kadar, evvelce yapılan sterilizasyonun tekniğinin de önemi vardır. Şayet sterilizasyon konservatif olarak yapılmışsa, tuba pasajının yeniden temini daha başarılı olacaktır. Eğer sterilizasyon esnasında tuba tahrip edilmiş ve bazı bilgi ve kaideler göz ardı edilmişse, tuba pasajının yeniden temininde basan düşecektir. Kaldı ki tuba pasajı yeniden temin edilse bile, gebelik %100 veya tubanın açılma yüzdesiyle orantılı olmayacaktır. Olabilecek gebelik tubanın bağlanan yerine göre değişiklik gösterecektir. Evvelce yapılan sterilizasyon ile tubada önemli bir fonksiyon kaybı olmuşsa, gebelik şansı son derece düşük olacaktır. Daha az fonksiyone bir bölgede sterilizasyon yapılmışsa gebelik şansı yüksek olacaktır.

Tubal sterilizasyonda hekimlerin ailelere yapacağı öneriler son derece önemli olduğundan, hekim aileyi tam inceleyerek önerisini ve kararını çiftlere anlaşılır bir ifade ile açıklamalıdır. Tubaya sterilizasyon yapıldıktan sonra bunun geri döndürülme şansının ne olduğu, özel ve pahalı bir cerrahi teknikle yapılabileceği etraflı bir şekilde açıklanmalıdır. Hatta sterilizasyon ile, bundan böyle ailede çocuk sorununun gündemden kesin olarak ortadan kalkacağı anlaşılır bir ifade ile ortaya konulmalıdır. Konunun ifade edilmesinde ve son kararın verilmesinde, ailenin çocuk sayısı, kadının yaşı, ekonomik durumunda iyi değerlendirilmesi gerekmektedir. Kadının yaşının 35'in üzerinde olması, ve çocuk sayısının 2 veya 3 olması sterilizasyon için yeterli kriterler olarak kabul edilebilir. Çocuk sayısı 3'ten daha fazla ise, bu konuda tereddüte gerek yoktur. Salvat, bu konuda karar vermek için, Kanadalılar Skoru'nu önermektedir (8). Bu skoru Benbassa tarif etmiştir. Benbassa'ya göre

$$(\text{Kadının yaşı} \times \text{çocuk sayısı}) + 10 = 100$$

Bu skor 100 veya 100'ün üstünde olduğunda, sterilizasyon yapılmalıdır.

Ancak kanımıza göre, sadece kadının yaşı ve çocuk sayısı değil, ailenin genel durumu iyi değerlendirilmelidir. Ekonomik ve özellikle kültür seviyesi son derece önemlidir. Sterilizasyondan sonra bir fikir değiştirme durumu iyi hesap edilmelidir. Çünkü, sterilizasyon yapılan vakaların %1-3'ünün yeniden tubalan açtırmak istediği görülmektedir (2). Oysa tubal sterilizasyon, yeniden açılmak için veya böyle bir şansın olduğu için yapılmamalı, nihai karar iyi verilmelidir.

b) Sterilizasyon Zamanı. Presterilizasyon devresinde hasta seçimi yapıldıktan sonra ikinci aşama, sterilizasyon zamanının tayinidir. Başka bir ifade ile sterilizasyon ne zaman yapılmalıdır? Bunun için 4 alternatif vardır.

1. Bir başka nedenle laparotomi yapıldığında
2. Postpartum dönemde
3. Postabortif dönemde (küretaj sonu)
4. Herhangi bir zamanda

1. Bir başka nedenle laparotomi yapıldığında: İsteğe bağlı sterilizasyona karar verildiğinde, bir başka nedenle laparotomi yapıldığında sterilizasyon yapılabilir. Konuyu biraz açacak olursak, sezaryenden sonra, genç hastalarda myomektomi yapıldıktan sonra, over kisti için laparotomi yapıldığında, dış gebelik nedeniyle batin açıldığında öteki tubaya sterilizasyon girişiminde bulunabilir.

2. Postpartum devrede: Tubal sterilizasyon için, 1970'den sonra mini laparotomi yöntemi uygulanmaya başlanmıştır. Bu yöntem ise doğumdan hemen sonra lokal veya hafif genel anestezi ile uygulanabilir. Doğumdan sonra uterus yüksekliği göbek seviyesinde olduğunda göbek altı orta hattan 3 cm'lik bir insizyon yapılarak, operatör bu insizyon yerinden parmakla uterusun pozisyonunu değiştirip tubaları dışarıya alma olanağı vardır. Bu şekilde önce bir tarafta sonra öteki tarafta olmak üzere sterilizasyon tamamlanmış olur.

3. Postabortif devrede (küretaj sonu): Burada da yapılan işlem mini laparotomi ile uygulanabilir. Sistem doğum sonu yapıldan farklı değildir. Ancak insizyonun bu sefer göbeğin hemen altında değil, simfiz üstü transvers yapılması lazımdır.

4. Herhangi bir zamanda: İsteğe bağlı sterilizasyona karar verilen hastalarda myom, over kisti vs. gibi bir laparotomi endikasyonu yoksa veya postpartum ve postabortif sterilizasyon düşünülmemiş veya düşünülmüyorsa bu vakalarda sterilizasyon herhangi bir zamanda yapılabilir.

Burada uygulama postpartum ve postabortif devrelerde uygulandığı gibi mini laparotomi ile yapılabilirse de, buralarda en çok tercih edilen laparoskopik uygulamadır. Tubaların mekanik olarak klips, ring ve bandlar ile kapatılması veya kuagüle edilmesi laparoskopi ile mümkün olmaktadır.

Laparoskopik uygulama, bilindiği gibi ameliyathane şartlarında yapılmaktadır. İşlem bittikten ve anestezinin etkisi geçtikten sonra hasta evine gidebilmektedir.

### Persterilizasyon

Bu devrede sterilizasyonun yani müdahalenin yapıldığı devredir. Bir başka ifade ile sterilizasyon şeklidir. Halen uygulanmakta olan pek çok yolla pek çok sterilizasyon şekli vardır. Bunlardan biri uygulamada seçilebilir.

Sterilizasyon uygulama yollarını ve çeşitlerini şu şekilde sıralayabiliriz.

#### Uygulama Yolları

1. Laparotomi
2. Mini laparotomi
3. Kolpotomi posterior (vajinal)
4. Laparoskopisi
5. Histeroskopisi

#### Uygulama Tipleri

- Pomeroy metodu
- Madlener metodu
- Irving metodu
- Cooke metodu
- Parkland (Pritchard) metodu
- Uchide metodu
- Yıldırım metodu (bizim metodumuz)
- Fimbriektomi
- Monopolar kuagülasyon
- Bipolar kuagülasyon
- Klipsler
- Bandlar
- Nitrat d'arjan ile
- Çinko klorid ile
- Fenol ile

Burada, bu konuda çalışma yapacak hekimler önüne seçebilecekleri pek çok uygulama teknikleri sergilenmektedir. Biz bu tekniklerin ayrıntılarına girmeden önce önemli gördüğümüz bazı noktaları açıklamak istiyoruz. Bu açıklamaların ışığı altında uygulama yapacak hekimde, bu tekniklerden birini gönül rahatlığı ile seçmiş olacaktır.

Sterilizasyon için tıbbi bir endikasyon söz konusu olduğu zaman, uygulama yöntemlerinden herhangi birisinin seçilmesinin fazlaca bir önemi yoktur. Burada önemli olan hangi yol ve teknikle olursa, olsun tubaların bağlanmasıdır. Ancak isteğe bağlı olarak yapılan sterilizasyonda, birgün şu veya bu nedenle tubaların yeniden açılmasının istenebileceği hiçbir zaman hatırdan çıkartılmamalıdır. Elimize geçen yazılara göre, kendi istekleri ile tubalarını bağlatan kadınların %1-3 kadarının yeniden tubalarını açtırmak için başvurdukları ifade edilmektedir. Buna göre uygulamada

yol ve tekniğin önemi vardır. Burada, tubal sterilizasyonda uygulanacak tekniğin seçilmesinde bazı temel bilgiler yol gösterici olabilir.

Bu önemli notları şu şekilde sıralayabiliriz:

1. Sterilizasyon yapılırken kesinlikle tubanın herhangi bir parçası rezeke edilmemeli ve rezeke edilmiş şekilde bağlanmamalıdır. Fertilizasyon için tubanın her segmentinin önemi vardır. Eğer bir parça rezeke edilecek olursa daha sonra mikrocerrahi ile tuba pasajı yeniden sağlansa bile rezeke edilen yerin önemine göre değişik derecede hipofonksiyon meydana gelebilir.

2. Tubanın en az fonksiyone bölgesi istmik parçası olduğundan bağlanacak kısım bu parça olmalıdır. Bu kısım bağlanırken, özellikle istmo-ampuller bölgeden uzak durulmalıdır. Tuba pleksusu bu bölgede olduğundan, şayet bu bölge bağlanacak veya rezeke edilecek olursa, daha sonra tuba pasajı yeniden sağlansa bile gerek salgı gerekse adale fonksiyonu yönünden hipofonksiyon meydana gelecektir. Ayrıca istmo-ampuller anastomoz yapılmak istendiğinde de, iki uç arasında çap farkı meydana geleceğinden operasyon güç olmaktadır.

3. Sterilizasyon esnasında pelvik peritonuna fazla dokunulmamalı özellikle fimbrialardan uzak durulmalıdır.

4. Tubal sterilizasyon yapılan devrede açık veya gizli bir enfeksiyon olmamalıdır.

5. Sterilizasyon için reaksiyon yapmayan sütür materyali kullanılmalıdır.

Bu genel ve önemli bilgileri verdikten sonra, sırasıyla sterilizasyon tekniklerini açıklayabiliriz.

#### Pomeroy Tekniği:

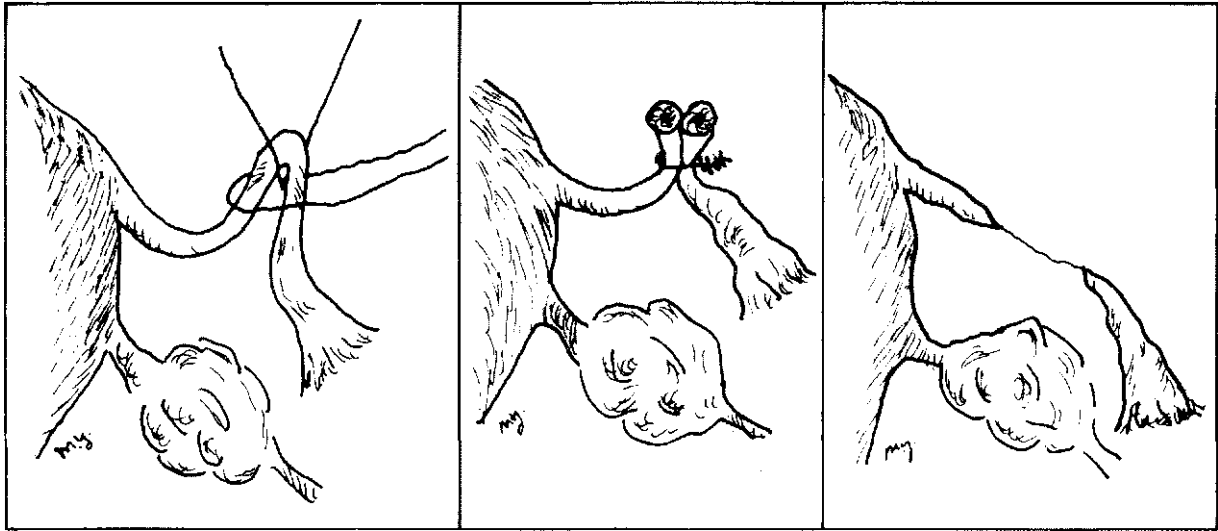
İlk defa 1930'da tarif edilen bu teknik dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır (9). Bu teknikte, tubanın ampulla kısmından daha fazla olmak üzere, tuba bir yerinde tutularak yukarıya kaldırılır ve kaidesi katgüt ile bağlanır. Bağlanan yerin üstü kesilir. Zamanla katgüt rezorbe olduğundan, tubanın iki ucu birbirinden uzaklaşır. Bu teknik ile tubanın 3-4 cmlik kısmı tahrir olur. (Şekil 1,2,3)

#### Madlener Tekniği :

Aynen Pomeroy'da olduğu gibi tuba yukarıya kaldırılarak kaideden nonrezorbabl sütür materyali ile bağlanır. Ancak kasılmaz (9). Öteki metoda göre daha az güvenilir olduğundan günümüzde pek yaygın olarak kullanılmamaktadır (Şekil 4,5).

#### Irving Tekniği

Eski ve günümüzde hemen hemen uygulanmayan bir metoddur. Tuba kesilir, proksimal parça uteru myometriumu içine distal uç ise tuba mezosu için gömülür. Çok etkili bir teknik olmasına karşın, tubanın rekanalizasyonunda cerrahı zorlar. (Şekil 6)

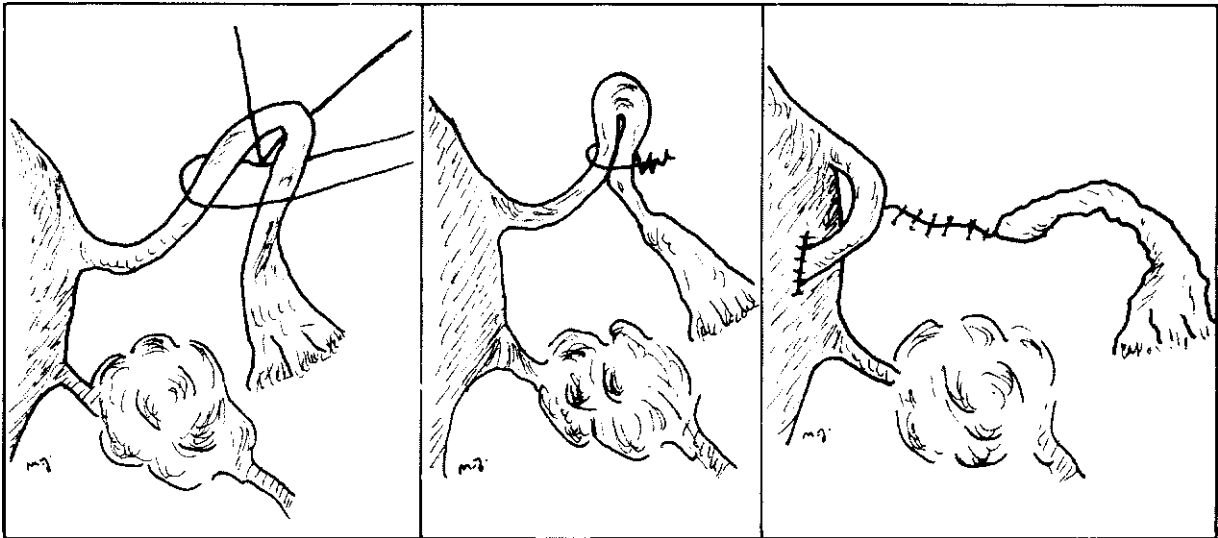


Şekil-1. Tuba istmo-ampuller segmentten tutularak yukarıya kaldırılır.

Şekil-2. Tuba kaideden bağlanır ve düğüm üzerinden kesilir.

Şekil-3. Daha sonra tubanın aldığı şekil,

#### POMEROY TEKNİĞİ



Şekil-4. Tuba istmo-ampuller bölgeden tutularak kaldırılır.

Şekil-5. Kaideden bağlanır, fakat kesilmez.

Şekil-6. Tuba ortadan kesilerek iki uç bağlanır. Proksimal uç myometriyum içine, distal uç ise, tuba mezosu içine gömülür.

#### MADLENERTEKNİĞİ

#### IRVING TEKNİĞİ

#### Cooke Tekniği

Tuba kesilir, her iki ucu bağlanır. Proksimal uç lig. rotundum altına gömülür. (Şekil 7)

#### Parkland (Pritchard) Tekniği

Tubanın küçük bir parçası mezodan rezeke edilerek ayrılır. Ayrılan tuba segmentinin her iki ucu kromik katgüt ile bağlanır ve orta kısmı rezeke edilir. Bu tekniğin Birleşik Amerika'da yaygın olarak kullanıldığı ifade edilmektedir (Şekil 8,9).

#### Uchide Tekniği

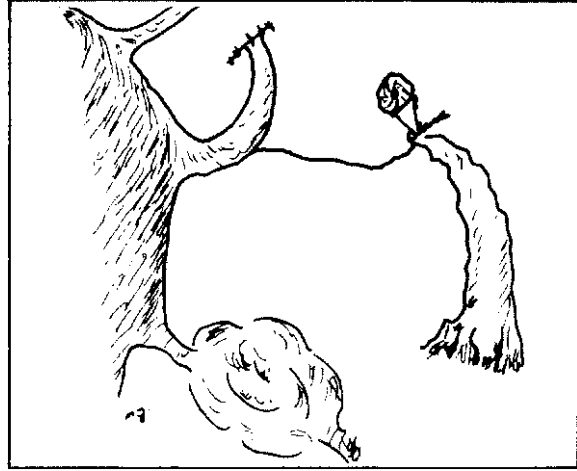
1940'larda Japonya'da geliştirilen bu teknik, Japonya'da yaygın olarak kullanılmasına rağmen, ötek ülkelerde çok daha az uygulanmaktadır. Tubanın proksimal ucu broad ligament içine gömülmektedir.

#### Yıldırım Tekniği

Biz bu tekniği, sezaryen esnasında veya başka nedenle laparotomi yapıldığında tubaların bağlan-

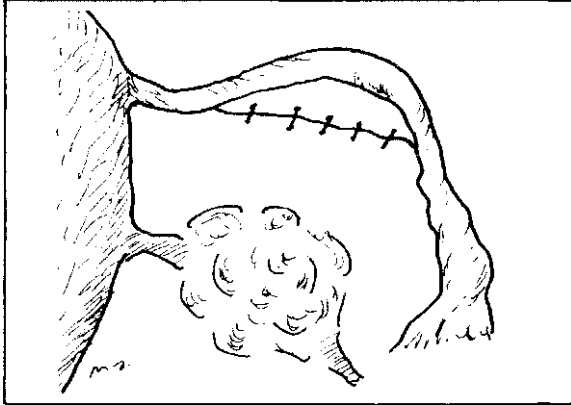
ması için uygulamaktayız (10). Kornuya 2 cm kadar mesafeden tubayı çift bağlayıp ortadan bistürü ile kesmekteyiz. Bazen tubalann kesilen yerinin mezosunda kanama olabilir. Şayet kanama olursa tek bir sütürle bağlanabilir (Şekil 10-12).

Bu teknikle tubalann herhangi bir segmenti çıkartılmamaktadır. Tuba pasajı yeniden temin edilmek istendiğinde, reanastomozu kolay yapılabileceği gibi, gerek sterilizasyon gerek anastomoz esnasında, tuba kaybı total olarak 0,5-1 cm kadardır. Tubanın bağlanarak kesilen uçlarının yeri kornuya yakın olduğu ve tubanın distal tarafı, kendi ağırlığı ile proksimal uçtan uzaklaştığı için emin bir sterilizasyon yöntemi olduğu görülmüştür.

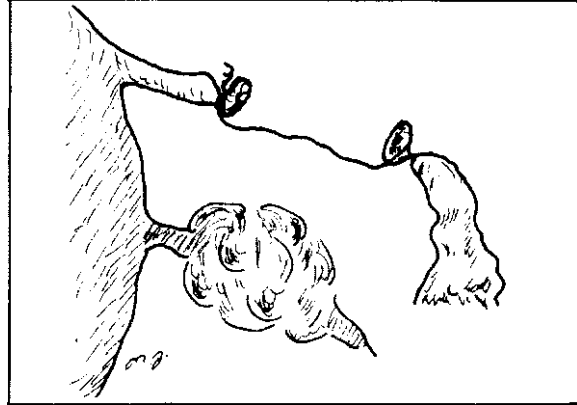


Şekil-7. Tuba kesilir, bağlanır. Proksimal uç lig.rot mezosuna gömülür.

#### COOK TEKNİĞİ

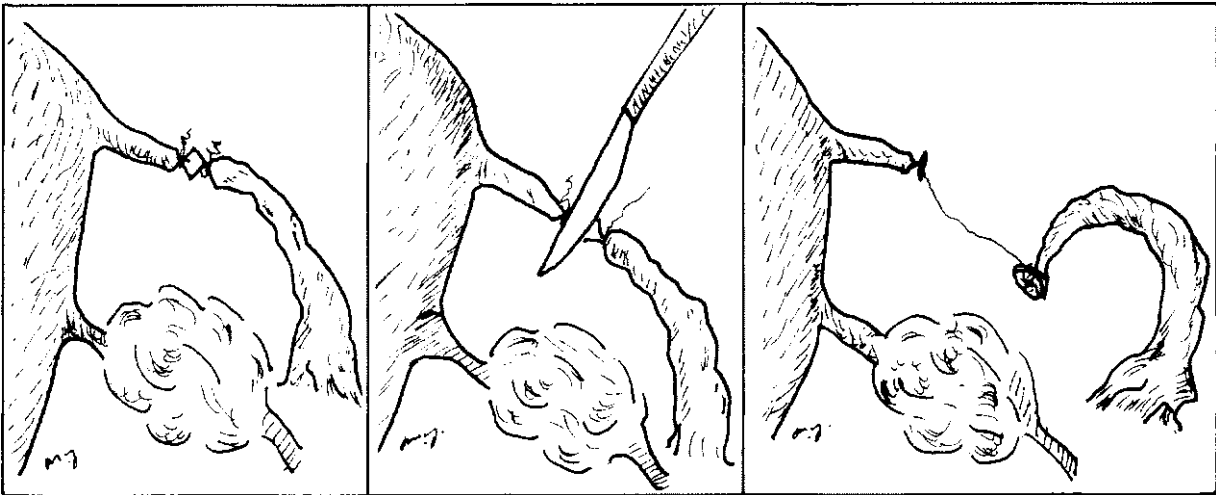


Şekil-8. Tuba, istmo-ampuller bölgeden mezosundan ayrılarak serbestleştirilir.



Şekil-9. Serbestleştirilen parça çıkartılır, uçları bağlanır.

#### PARKLAND TEKNİĞİ



Şekil-10. Tuba, kornuya 1,5-2 cm'den birbirine çok yakın şekilde iki defa bağlanır.

Şekil-11. Bağlı kısımların arası, bir bistürü ile nazikçe kesilir.

Şekil-12. Tubanın distal kısmı, kendi ağırlığı ile, proksimal uçtan spontan olarak uzaklaşır.

#### YILDIRIM TEKNİĞİ

### Fimbriektomi

Fimbriaların tam olarak ekstirpe edilmesidir. Bunun bir ilave devresinde tubaların tam olarak çıkartılmasıdır. Tekrar gebelik istendiğinde, tuba açılabilir, gebelik şansı son derece azdır, hatta yok gibidir.

### Elektrokuagülasyon

Sterilizasyon amacıyla tuba pasajını ortadan kaldırmak için monopolar veya bipolar kuagülasyondan faydalanmak mümkündür. Monopolar kuagülasyonda tuba ile birlikte mezosayıpınkte kuagüle olabilir. Bu durumda mezodaki büyük damarların cidarı da kuagüle olduğundan, kuagülasyon esnasında olmasa bile ileri günlerde damar rüptürü ve iç kanamalar meydana gelebilir. Oysa bipolar kuagülasyonda böyle bir tehlike yoktur. Kuagüle olan kısım sadece tuba olduğundan mezoda herhangi bir zararlanma meydana gelmez.

Bu tip uygulamada derin bir deneyimimiz mevcut değildir. Ancak elimize geçen bilgilere göre %4-10 oranında gebeliklerin meydana geldiği ifade edilmektedir (2).

Çeşitli yazarlara göre uygulama şekli değişmektedir. Bazıları kornudan itibaren 3 cm'den tubayı kuagüle etmekte, 120 derecede 20-30 saniyelik bir süre yeterli olmaktadır. Tubanın beyaz bir renk alması kuagülasyon belirtisidir. Bazıları başka yerden kuagüle etmektedir. Bir kısımda kuagülasyondan sonra tubayı kesmektedir. Bu yolla en emin teknik tubal kuagülatör (endokuagülatör) isimli aygıtlar ile yapılan uygulamadır. Burada akım düşük olduğundan, çevreye zarar verilmemektedir.

Kanımız odur ki, bu teknik, ancak bu konuda yetişmiş özel eğitim görmüş kişiler tarafından uygulanabilir. Tüm jinekologlar tarafından yaygın uygulanabilir bir metod değildir.

### Klips ve Ringler

Klips ve ringler tubal sterilizasyon amacıyla yaygın olarak uygulanmaktadır. Özel geliştirilmiş aletler ile laparoskopi yapılmaktadır. Ringler klipslere göre daha emindir. Ancak bir tuba üzerine iki klips uygulandığında, klipsin de ring kadar güvenilir olabileceği ifade edilmektedir. Klipste tubada tahribat daha az olmakta, ringte ise tubanın 3-5 cm kadar (kullanılan alete göre) bir bölümü oblitere edilmektedir.

### Kimyasal Bileşikler

Nitrat D'arjan, çinko klorit ve fenol gibi kimyasal bileşiklerin tubaların intramural kısmına verilerek obstriksiyon yapması amacıyla kullanılmasına başlanılmıştır, istikbal vaat edecek gibi görülen bu uygulamalar halen günümüzde yaygın kullanılmadıkları gibi sonuçları hakkında da elimizde yeterli bilgiler mevcut değildir.

### Poststerilizasyon

Sterilizasyon yapılan hastaların zaman zaman takibi gerekmektedir. Herşeyden önce, özellikle bizim ülkemizde, sterilizasyon yapılan kadın tubalannın bağlanmış olduğunun çevresi tarafından bilinmesini istemez. Bu konuda hekimin dikkatli olması gerekir. Ayrıca tubaları bağlanarak en büyük silahlarından biri olan doğurganlık özelliği kadının elinden alındığından, zaman zaman psikolojik desteğe ihtiyacı olabilir. Hekimlerin bu desteği kadınlara vermesi gerekmektedir. Öte yandan az da olsa tubalarını açtırmak isteyen kadınlara, hekimin, hastasına yardım ederek, mikrocerrahi yapılan merkeze gitmesi ve operasyon için yol gösterici olması gerekmektedir.

### Bağlanan Tubaların Yeniden Açılması

Hernekadar tuba sterilizasyonu yapılmadan önce, hastaya konu etraflı bir şekilde anlatılarak, çocuk meselesinin gündemden kalkacağı anlatılırsa da, vakaların %1-3 oranında yeniden tubaların açılması için müracaat ettiği ortadadır. Günümüzde mikrocerrahi ile tubanın rekanalizasyonu mümkündür. Tuba rekanalizasyonunda başarı oranı bu konuda çalışanlara göre %50-70 arasındadır. Bu başarı cerrahın tecrübesine, sterilizasyon yapılan tuba segmentine ve sterilizasyon tekniğine göre değişmektedir. Bizim görüşümüze göre bu oranın daha yüksek olması gerekmektedir. Ancak tuba pasajı yeniden temin edilse bile gebelik sonucu aynı nisbette yüksek olacağı beklenmemelidir.

Tubal sterilizasyondan sonra, rekanalizasyon amacıyla 5 ayrı teknik mikrocerrahi metodu mevcuttur (11). Biz burada bu tekniklerin detayına girmek istemiyoruz. Ancak bu konuda çalışanların bu teknikleri bilmesi gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

1. De Brux J: Histopathologic Gynécologique. 2. Ed. Masson, Paris s. 411-412, 1982.
2. Aile planlaması: Ankara Jinekoloji Derneği Yayın No: 44 s 105-151 1986
3. Yıldırım M: Ankara jinekoloji derneği yayın No: 44 (Aile planlaması) s. 138-140, 1986.
4. D'Arjan JB, Aubriot FX, Henrion R: Desterilisations microchirurgicales. J.Gyn.Obst.Biol.Repr.15:223-229, 1986.

5. GomeI V: Tubal reanastomosis by microsurgery. Fertil-Steril. 28:59-61, 1977.
6. Rock AJ, Guzick DS, Katz E, Zacur HA, KingTM: Tubal anastomosis: Pregnancy succes following reversal of fallope ring or monopolar cautery sterilization. Feral. Steril, 48:13-17, 1987.
7. Lavy G, Diamond MP, Decherney AH: Pregnancy following tubocornual anastomosis. Fertil Steril 46:21-25, 1985.
8. Salvat J, Rambeaud JJ, Berthet J, Nahmanovici C, Radnet C: Indication et technique de sterilisation tubaire par voie vaginale. J. Gyn.Biol.Repr.6:851-859, 1977.
9. Encyclopédie Medico-Chirurgicale. s.41535-(6-8).
10. Yıldırım M: Tuba sterilizasyonunda yeni bir teknik 14. Uluslar arası jinekoloji ve obstetrik kongresinde tebliğ edildi. 25-27 Mayıs, İstanbul, 1988.
11. Yıldırım M: Kadın infertilitesi ve mikroşinirji. Er Ofset, basımevi, Ankara s.l 11-125, 1983.