

HISTEROSCOPIA, METODĂ MINIM INVAZIVĂ DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN INFERTILITATEA DE CAUZĂ UTERINĂ

Nora (Dumitriu) Miron, Ivona Anghelache-Lupașcu, Demetra Socolov,
Cristina David, R.Socolov
Catedra de Obstetrică și Ginecologie
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa” Iași, România

HYSTEROSCOPY, A MINIMALLY INVASIVE METHOD FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT OF UTERINE INFERTILITY (ABSTRACT): Hysteroscopy is an endoscopic procedure which consists of introducing a telescope connected to a camera through the dilated cervical canal into the uterine cavity for the visualisation of the cervical canal, uterine cavity and tubal ostiums. It is a minimally invasive method that allows diagnosis and / or treatment of a wide variety of pathologies affecting the proper functionality of internal female genitalia (menstrual and reproductive function). *Objectives:* It seeks to examine both the frequency and types of endouterine pathology involved in female infertility (intrauterine adhesions, fibroids, polyps, endometritis, adenomiosis). *Material and methods:* The study was conducted on 161 infertile patients admitted in "Cuza Voda" Hospital, Iasi, between January 2008 - March 2010. *Results:* We have investigated patients aged 21-41 years (mean 31 years) with primary infertility - 66 cases (40.99%) and secondary infertility - 95 cases (59.01%). All patients were examined by hysteroscopy combined with laparoscopy for an infertility investigation protocol under general anaesthesia. There was no recorded incident or complication. *Conclusions:* Hysteroscopy proved to be a useful and relatively "easy to perform" manoeuvre in the diagnosis and treatment of endouterine pathology. It is important to note that one can identify diseases not diagnosed by ultrasound or hysterosalpingography (endometriosis and filmy adhesions).

KEYWORDS: FEMALE UTERINE INFERTILITY; HYSTEROSCPY; ENDOMETRIAL PATHOLOGY.

Correspondență: Nora (Dumitriu) Miron, doctorand Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Iași Tel: 0722299940, e-mail: nora.miron@yahoo.com .

INTRODUCERE

Afecțiunile endouterine care au implicații în fertilitatea feminină se constituie într-o patologie complexă care pune probleme de diagnostic și tratament. Dintre acestea, cel mai frecvent întâlnite sunt sinechia uterină, polipii endometriali, fibroamele intracavitare, malformațiile și corpii străini (dispozitivele intrauterine sau fire de sutură).

Factorul uterin reprezintă 2-3% din cauzele de infertilitate, dar leziunile intrauterine sunt mult mai frecvente la femeile infertile (40-50%), pentru toate aceste patologii relația de cauzalitate cu infertilitatea nefiind foarte clară. Histeroscopia este considerată „standardul de aur” în evaluarea cavității uterine [1]. Totuși, OMS recomandă histerosalpingografia ca procedeu de primă intenție în explorarea cavității uterine, deoarece în același timp se poate evalua și starea trompelor Fallope. Histeroscopia diagnostică este recomandată de OMS doar dacă ecografia transvaginală sau histerosalpingografia indica un aspect patologic [1] sau după un eșec fertilizare in vitro [1].

* received date: 13.12.2010

accepted date: 25.01.2011

Și totuși, în ultimii ani tot mai mulți practicieni recomandă histeroscopia de ambulator de rutină, ca metodă inițială de explorare a cavității uterine, din cauza frecvenței crescute a patologiei uterine la pacientele infertile. Acest fapt se datorează atât acurateței crescute a metodei, cât și miniaturizării echipamentului de histeroscopie, care permit efectuarea tehnicii în ambulator, chiar fără anestezie.

Acest studiu retrospectiv își propune ca obiective, evaluarea patologiei endouterine într-un lot de paciente infertile care au efectuat histeroscopie, analizând următoarele aspecte: frecvența, principalele tipuri de patologii întâlnite, repartitia lor pe vârste, corelația cu rezultatele ecografiei transvaginale, histerosonografiei și ale histerosalpingografiei pentru cazurile la care toate aceste date au putut fi obținute.

MATERIAL ȘI METODĂ

Am efectuat un studiu retrospectiv pe 159 paciente, internate în Clinica a II-a Ginecologie a Maternității Cuza-Vodă și în Clinica Ginecologie a Maternității Elena-Doamna din Iași, în perioada ianuarie 2008 - martie 2010, care au efectuat o histeroscopie în cadrul unui bilanț de infertilitate.

Investigația a fost efectuată în cadrul unui protocol mai complex pentru depistarea cauzelor de infertilitate. Acest protocol inițial, cuprindea verificarea permeabilității tubare (prin histerosalpingografie și ultrasonografie cu ser fiziologic barbotat cu aer), urmate de o laparoscopie diagnostică cu Dye test cuplată cu o histeroscopie; evaluarea rezervei ovariene prin dozări hormonale (FSH, LH, Estradiol-în ziua 2-3 de ciclu menstrual), monitorizarea ecografică a ovulației, analize de microbiologie (pentru depistarea infecțiilor cu *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* și *Neisseria Gonorrhoeae*), precum și verificarea factorului masculin (spermogramă și spermocultură).

Atât histeroscopia, cât și laparoscopia au fost efectuate cu aparatura Karl Storz Endoskope, Germania, 2008. Pentru histeroscopie s-a folosit histeroscopul rigid cu canal de lucru cu dublu flux (telescop de 2,7 mm. și vedere la 30° cu teaca externă cu diametrul de 6,5 mm. și canal operator de 5 FR). Presiunea s-a realizat cu ajutorul endomatului Hammou, iar ca mediu de distensie s-a folosit serul fiziologic. Pentru toate cazurile s-a efectuat anestezie generală.

Histeroscopiile s-au efectuat conform unui protocol de lucru, ce cuprinde: inspecția canalului cervical; inspecția cavității uterine; verificarea celor două orificii tubare; prelevarea unei biopsii de endometru; tratamentul leziunilor existente (dacă situația impune).

REZULTATE

Pacientele din studiu au avut o vârstă cuprinse între 21-41 ani (mediana - 31 ani), fiind investigate pentru infertilitate primară – 66 cazuri (40,99 %) și infertilitate secundară – 95 cazuri (59,01%) cu durata de peste 1 an.

La 46 de paciente (28,57%) histeroscopia a fost normală, iar la 115 paciente (71,43%) s-au decelat diverse patologii după cum urmează: sinechie uterină 63 cazuri (54,78%); fibrom intracavitar - 4 cazuri (3,47%); polipi intracavitari - 12 cazuri (10,43%); hiperplazie simplă de endometru - 3 cazuri (2,6%); stenoza orificiului intern al colului uterin - 2 cazuri (1,74%); malformații uterine - 14 cazuri (12,17%); corpi străini intrauterini - 1 caz (0,87%); endometru hipotrofic neconcordant cu faza ciclului menstrual (endometru cu stimul estrogenic insuficient) - 8 cazuri (6,95%); endometrită cronică - 8 cazuri (6,95%) (Fig. 1).

În 46 cazuri endometrul a fost de aspect normal, corespunzător cu faza ciclului menstrual declarată de pacientă.

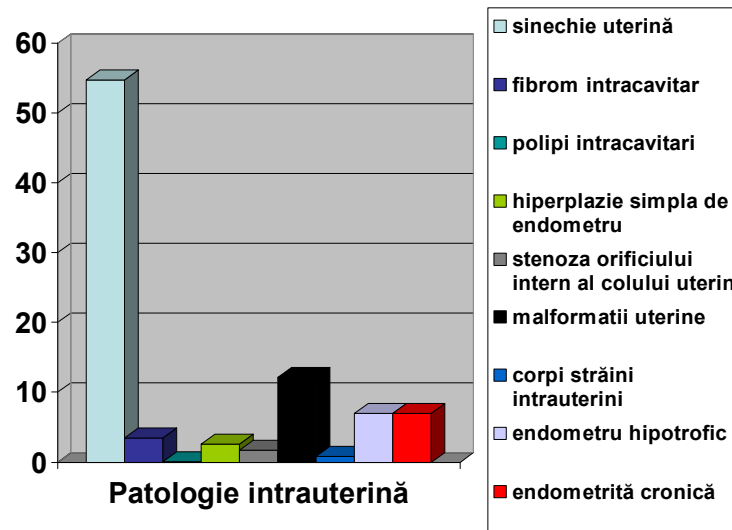


Fig.1 Distribuția procentuală a patologiei endouterine diagnosticate histeroscopic

Dintre cazurile diagnosticate cu sinechie uterină (Fig. 2), 48 cazuri au prezentat aderențe velamentoase (gradul 1 după Wansteker) care au fost desfăcute cu histeroscopul în momentul pătrunderii în cavitatea uterină, iar sinechiile vechi, fibroase (10 cazuri – gradul 2; 3 cazuri – gradul 3; 2 cazuri – gradul 4 după Wansteker), au fost desfăcute cu foarfecul sau cu pensa prin trocarul de lucru al histeroscopului (Fig. 3,4).



Fig.2 Sinechie uterină

În aceste din urmă cazuri, după liza sinechiei a fost montat un dispozitiv intrauterin (DIU) temporar, pentru a menține depărtați pereții cavității uterine și pentru a permite endometrului să se refacă corespunzător.



Fig.3 Sinechie uterină desfăcută cu foarfecele prin canalul de lucru al histeroscopului



Fig.4 Sinechie uterină desfăcută cu pensa prin canalul de lucru al histeroscopului

Polipii intracavitari diagnosticați histeroscopic (12 cazuri), au fost în majoritate unici (10 cazuri), iar în 2 cazuri s-au evidențiat polipi multipli. Cei mai mulți au fost polipi pediculați (11 cazuri), iar localizarea în ordinea frecvenței a fost următoarea: istmică - 58,33%; în coarnele uterine - 25%; fundică - 8,33%; cervicală - 8,33%.

Polipii intracavitari pediculați (Fig. 5) au fost extrași cu pensa prin torsiune (Fig.6), apoi s-a efectuat chiuretajul cavității uterine și rezultatul s-a reverificat histeroscopic. Produsul s-a trimis la examen anatomo-patologic.



Fig.5 Polip pediculat ce ocupă întreaga cavitate uterină



Fig.6 Polip uterin

Fibroamele intracavitare (Fig. 7) au fost inițial vizualizate ecografic și s-a constatat ca volumul lor este între 1 și 3 cm, iar localizarea este predominant submucoasă (condiția ca ele să poată fi rezecate histeroscopic este ca raportul ecografic să fie 2/3 intracavitar și 1/3 intramural).

În toate cele 4 cazuri s-a practicat extracția nodulilor fibromatoși cu foarfecele și chiureta, cu rezultate satisfăcătoare.



Fig.7 Fibrom intracavitar (perete anterior uterin)

Malformațiile uterine diagnosticate histeroscopic au fost: sept complet de la fundul uterului până la orificiul intern al colului – 1 caz; sept incomplet – 5 cazuri; fund uterin arcuat – 2 cazuri (sept < 2 cm. măsurat ecografic); cavitate uterină cilindrică (cu diametrul transvers îngustat) – 3 cazuri; cavitate uterină hipoplazică grad I – 2 cazuri (diametrul transvers < 3 cm. măsurat ecografic); cavitate uterină asimetrică, cu hipoplazia cornului stâng uterin – 1 caz.

Dintre acestea, cazurile diagnosticate cu sept complet sau incomplet au fost rezolvate pe cale histeroscopică, efectuându-se rezecția septurilor cu foarfecele; celelalte cazuri au beneficiat doar de diagnostic.

Am diagnosticat un caz cu corp străin intrauterin, respectiv fire neresorbabile de nylon chirurgical restante după operație cezariană efectuată în urmă cu 10 ani. S-a practicat extragerea firelor cu pensa prin canalul de lucru al histeroscopului, apoi s-a efectuat chiuretaj uterin biopsic.

DISCUȚII

Utilizarea histeroscopiei în investigarea infertilității de cauză uterină, intră din ce în ce mai mult în practica ginecologică. Avantajele tehnicii sunt reprezentate de posibilitatea diagnosticului direct macroscopic, eventual suplimentat de examenul microscopic, și de opțiunile terapeutice conservatoare accesibile tehnicii endoscopice.

Caracterul invaziv al metodei, cândva un impediment major, devine tot mai puțin important datorită miniaturizării echipamentului și pregătirii adecvate a specialiștilor.

În ceea ce privește principalele etiologii ale infertilității de cauză uterină, remarcăm că la cele la care histeroscopia a decelat o patologie, ea a fost cel mai frecvent legată de sinechii (54,78% din total). Aceasta este o particularitate a situației de la noi, în care endometrul este traumatizat prin chiuretaje, agresiuni perinatale sau inflamații persistente, în timp ce în alte țări, ponderea sinechiilor între cazurile de infertilitate este

mai mica [2-5] și se datorează mai mult unor gesturi terapeutice intrauterine (miomectomie, polipectomie).

Sinechia reprezintă o problemă majoră de infertilitate și prin posibilitățile limitate terapeutice. Liza histeroscopică este o manevră dificilă, cu risc de complicații, iar rata de recidivă este mare atât în experiența noastră cât și în literatură [6,7]. De câțiva ani, plasarea unui dispozitiv intrauterin în cavitatea uterină după liza sinechiei și menținerea acestuia timp de 3 luni, este considerată metoda standard de prevenție a aderențelor intrauterine [5,8].

Restul patologiilor uterine determinând infertilitate s-au întâlnit în cazurile noastre cu o frecvență apropiată de cea din literatură [9-11]. Fibroamele intracavitare au fost rezolvate de asemenea pe cale histeroscopică, sub control pre și postoperator ecografic, iar polipii prin torsiune cu pensa histeroscopică.

Malformațiile uterine au fost reprezentate în mai mult de jumătate din cazuri de utere septate, suspectate premergător intervenției și confirmate intraoperator și la care septurile incomplete au fost rezecate “la rece” cu foarfecele histeroscopic, metoda recomandată de altfel în literatură ca având un risc mai mic de perforații [9,12]. Rezecția histeroscopică a septurilor uterine ajută la creșterea ratei de obținere a sarcinilor și de asemenea la reducerea ratei avorturilor spontane și a nașterilor premature [6,13].

Analizând sensibilitatea, specificitatea, valoarea predictiv pozitivă și valoarea predictiv negativă a histerosalpingografiei, a histerosonografiei cu ser fiziologic barbotat și a ecografiei transvaginale, constatăm că, prin neefectuarea histeroscopiei în cadrul bilanțului inițial, rămân nediagnosticate un număr mare de leziuni cu o implicare potențială în infertilitate. Acest fapt ne permite să propunem histeroscopia diagnostică în bilanțul inițial al unei infertilități.

CONCLUZII

Frecvența crescută a patologiei endouterine la pacientele infertile, cât și acuratețea diagnostică a histeroscopiei, neegalată de celelalte metode de explorare a cavității uterine (histerosalpingografia, histerosonografia cu ser fiziologic barbotat și ecografia transvaginală) ne permit să o propunem ca metodă de rutină în bilanțul inițial al unui cuplu infertil. În acest studiu, toate histerosopiile au fost efectuate sub anestezie generală, datorită protocolului de investigare particular adoptat de clinica noastră (în majoritatea cazurilor histeroscopia a fost efectuată concomitent cu laparoscopia diagnostică). Miniaturizarea instrumentarului de histeroscopie, ne oferă posibilitatea practicării tehnicilor minim invazive în condiții de ambulator, chiar cu anestezie locală. În acest fel, ar putea fi introdusă ca metodă de rutină pentru investigarea infertilității feminine.

BIBLIOGRAFIE

1. Koskas M, Mergui JL, Yazbeck C, Uzan S, Nizard J. Office hysteroscopy for infertility: a series of 557 consecutive cases. *Obstet Gynecol Int.* 2010; 2010: 168096.
2. Fedele L, Vercellini P, Viezzoli T, Ricciardiello O, Zamberletti D. Intrauterine adhesions: current diagnostic and therapeutic trends. *Acta Eur Fertil* 1986; 17(1): 31–37.
3. Feng ZC, Huang YL, Sun JF, Yang BY, Xue BR, Zhuang LQ. Diagnostic and therapeutic hysteroscopy for traumatic intrauterine adhesion. Clinical analysis of 70 patients. *Chin Med J (Engl)*. 1989; 102(7): 553-558.
4. Friedler S, Margalioth EJ, Kafka I, Yaffe H. Incidence of post-abortion intra-uterine adhesions evaluated by hysteroscopy: a prospective study. *Hum Reprod* 1993; 8(3): 442–444.

5. Valle RF, Sciarra JJ. Intrauterine adhesions: hysteroscopic diagnosis, classification, treatment, and reproductive outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158(6 Pt 1): 1459-1470.
6. Weiss A, Shalev E, Romano S. Hysteroscopy may be justified after two miscarriages. *Hum Reprod* 2005; 20(9): 2628–2631.
7. Pabuçcu R, Atay V, Orhon E, Urman B, Ergun A. Hysteroscopic treatment of intrauterine adhesions is safe and effective in the restoration of normal menstruation and fertility. *Fertil Steril* 1997; 68(6): 1141–1143.
8. Nappi C, Di Spiezio Sardo A, Greco E, Guida M, Bettocchi S, Bifulco G. Prevention of adhesions in gynaecological endoscopy. *Hum Reprod Update* 2007; 13(4): 379–394.
9. Heinonen PK, Pystynen PP. Primary infertility and uterine anomalies. *Fertil Steril* 1983; 40(3): 311–316.
10. Pritts EA, Parker WH, Olive DL. Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence. *Fertil Steril* 2009; 91(4): 1215–1223.
11. Spiewankiewicz B, Stelmachow J, Sawicki W, Cendrowski K, Wypych P, Swiderska K. The effectiveness of hysteroscopic polypectomy in cases of female infertility. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2003; 30(1): 23–25.
12. Letterie GS. *Structural abnormalities and reproductive failure: Effective techniques of diagnosis and management*. New York. Blackwell Science. 1998; p. 98-32.
13. Homer HA, Li TC, Cooke ID. The septate uterus: a review of management and reproductive outcome. *Fertil Steril* 2000; 73(1): 1–14.