

Managementul actual al pacientelor cu aderențe intrauterine

Current management of patients with intrauterine adhesions

Octavian Munteanu¹,
Diana C. Secară¹,
Alexandra Zlătianu²,
Elvira Brătîlă^{2,3},
Monica M. Cîrstoiu^{1,2}

1. Spitalul Universitar de Urgență București
2. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București
3. Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Pantelimon”

Correspondență:
Dr. Octavian Munteanu
e-mail: octav_munteanu@yahoo.com

Abstract

Intrauterine adhesions are bands of fibrous tissue between the walls of uterine cavity. The uterine adhesions are determined by a vicious endometrial cicatrize, which follows obstetrical, infectious or haemorrhagic complications. The rate of success and obstetrical prognosis are influenced by the type, location and the volume of intrauterine adhesions. Therefore the management of a patient with intrauterine adhesions is a real challenge for any gynaecologist due to the fact that it requires a strictly individualised approach. Hysteroscopy is an essential maneuverer in establishing the diagnosis, treatment and post-operative follow up.

Keywords: intrauterine adhesions, diagnosis, classification, treatment

Rezumat

Aderențele intrauterine sunt benzi de țesut fibros dispuse între pereții cavității uterine, apărute ca urmare a unor cicatrizări vicioase endometriale, fiind sechelele unor complicații obstetricale, infecțioase sau hemoragice. Rata de succes a tratamentului și prognosticul obstetrical al pacientei sunt influențate de tipul, localizarea și amploarea aderențelor intrauterine. Din acest motiv managementul pacientei cu aderențe intrauterine reprezintă o reală provocare pentru specialistul ginecolog, necesitând o abordare strict individualizată. Histeroscopia este esențială în stabilirea diagnosticului, a tratamentului, precum și a follow up-ului post-operator.

Cuvinte-cheie: aderențe intrauterine, diagnostic, clasificare, tratament

Definiție

Aderențele intrauterine sunt benzi de țesut fibros dispuse între pereții cavității uterine, apărute ca urmare a unor cicatrizări vicioase endometriale^(1,2). Sinechiile uterine sunt sechele ale unor complicații obstetricale, infecțioase sau hemoragice⁽¹⁻⁵⁾. Totuși, deoarece în grupul pacientelor cu aderențe intrauterine există o proporție mare de bolnave la care nu poate fi decelat un factor trigger, actualmente se consideră că există și o predispoziție genetică⁽⁶⁻⁸⁾.

Sindromul Fritsch-Asherman

Primul caz de sinechie intrauterină a fost publicat în 1894 de Heinrich Fritsch, însă în 1948 Joseph Asherman a fost cel care a descris manifestările patologice ale aderențelor intrauterine și a speculat că acestea apar datorită unei traume endometriale^(6,9). Sindromul Fritsch-Asherman este reprezentat de triada: tulburări menstruale (amenoree sau hipomenoree), tulburări neuro-vegetative (similare celor din menopauză) și sterilitate/infertilitate^(1,2,10). Totuși manifestările clinice depind de sediu, dimensiuni și vechimea aderențelor⁽²⁾. Procesele aderențiale pot fi parțiale (ex. - sinechia uterină) sau totale (simfiza uterină). În funcție de sediul topografic, frecvența sinechiilor este următoarea: simfize uterine 5%, sinechii uterine 70%, sinechii cervico-istmice 15%, sinechii asociate uterine și cervico-istmice 10%⁽¹¹⁾.

Diagnosticul aderențelor intrauterine

Diagnosticul de aderențe intrauterine se stabilește clinic pe baza simptomelor, corelate cu antecedentele pacientei,

care sunt ulterior confirmate de investigațiile imagistice (cervicohisterosalpingografia, ecografia, sonohisterografia) și vizualizarea directă prin histeroscopie.

Cervicohisterosalpingografia are avantajul că respectă proporțiile, măsurând exact suprafața amputată și/sau deformată, substanța de contrast traversând cele mai mici orificii⁽⁶⁾. Totuși procesele aderențiale care exclud anumite zone din cavitatea uterină nu corespund integral realității macroscopice. Imaginile lacunare pot masca și/sau sugera o sinechie, când de fapt este vorba de prezența unei formațiuni intracavitare, precum fibrom uterin, polip fibros, hiperplazie endometrială focală^(2,6).

Ecografia transvaginală reprezintă cea mai utilizată metodă de investigare a cavității uterine și cu cea mai mare acceptabilitate în rândul pacientelor^(1,2,6). În cursul evaluării ultrasonografice, aderențele intrauterine apar ca iregularități endometriale, hiperecogene în interiorul cavității uterine, fără vascularizație în modul Doppler color, care se evidențiază cel mai bine în cursul fazei luteale a ciclului menstrual (vezi figura 1)^(1,12,13). Ecografia 3D prezintă o sensibilitate și specificitate crescută în diagnosticul sindromului Asherman^(14,15).

Sonohisterografia reprezintă una dintre cele mai moderne metode de evaluare ale tractului genital feminin, care probabil va înlocui tehnica radiologică - cervicohisterosalpingografia⁽¹⁶⁾. În cazul pacientelor cu sinechii uterine, metoda combinată -ecografie 3D cu infuzia unei substanțe saline are o eficacitate diagnostică comparabilă cu histeroscopia^(6,14,16-18).

Histeroscopia reprezintă metoda gold standard de evaluare a aderențelor intrauterine, având cea mai mare sensibilitate

și specificitate comparativ cu cervicohisterosalpingografia și examinarea ultrasonografică^(2,6,12). Prin vizualizare directă a cavității uterine este stabilit sediul și sunt estimate dimensiunile sinechiilor uterine. Histeroscopia diagnostică permite de asemenea diferențierea proceselor aderențiale de alte procese cu localizare endocavitară^(2,6). În plus, histeroscopia reprezintă de asemenea metoda gold standard de tratament a aderențelor intrauterine, în cursul aceleiași proceduri putându-se efectua manevre cu viza curativă^(2,6).

În cazul aderențelor intrauterine, în vederea creșterii eficienței diagnostice și a scăderii incidenței complicațiilor periprocedurale este indicată evaluarea ecografică transvaginală înainte de efectuarea histeroscopiei terapeutice și asistarea ultrasonografică a intervențiilor endoscopice dificile^(1,6,19,20).

Clasificarea aderențelor intrauterine

De-a lungul timpului s-au propus mai multe clasificări ale aderențelor intrauterine, însă până în prezent nu există un consens în această privință. În 1978, March împarte aderențele intrauterine în trei grade de severitate, având la bază exclusiv rezultatele obținute pe cale histeroscopică (vezi tabelul 1)^(2,4,6,21). Această clasificare este una dintre cele mai folosite de majoritatea clinicienilor, datorită simplității, însă are dezavantajul că nu realizează și o împărțire prognostică⁽⁶⁾. Astfel, cu cât procesul aderențial este mai extins, cu atât prognosticul este mai nefavorabil. Atingerea fundului și coarnelor uterine de către procesul aderențial conferă o gravitate deosebită, mai ales în sensul infertilității.

În 2000, Nasr propune o clasificare clinico-histeroscopică a aderențelor intrauterine în funcție de caracteristicile ciclului menstrual, istoricul obstetrical și aspectul histeroscopic, acest sistem evaluând obiectiv prognosticul obstetrical al pacientei (tabelul 2)⁽²²⁾.



Figura 1. Aspect ecografic de aderențe intrauterine evidențiate sub formă de punți hiperecogene neregulate



Figura 2. Aspect histeroscopic de aderențe intrauterine marginale subțiri (Colecția Clinicii de Obstetrică-Ginecologie a Spitalului Universitar de Urgență București)



Figura 3. Aspect histeroscopic de aderențe intrauterine centrale subțiri (Colecția Clinicii de Obstetrică-Ginecologie a Spitalului Universitar de Urgență București)



Figura 4. Aspect histeroscopic de aderențe intrauterine fibroase marginale (Colecția Clinicii de Obstetrică-Ginecologie a Spitalului Universitar de Urgență București)

Tabelul 1 Clasificarea March (1978) a aderențelor intrauterine în funcție de severitate

Severitate	Caracteristici histeroscopice
Mică	<ul style="list-style-type: none"> ■ <1/4 din cavitate afectată ■ Aderențe transparente sau membranoase ■ Fund uterin indemn sau minim afectat
Moderată	<ul style="list-style-type: none"> ■ Afectarea cavității uterine între 1/4 -3/4 ■ Aderențe simple, fără aglutinarea pereților ■ Fundul și coarnele uterine minim afectate
Mare	<ul style="list-style-type: none"> ■ >3/4 din suprafața uterină afectată ■ Pereți aglutinați și/sau benzi fibroase groase ■ Fundul și coarnele uterine alipite

Tabelul 2 Sistemul clinico-histeroscopic Nasr (2000) de evaluarea a pacientelor cu aderențe intrauterine

Aspectul histeroscopic		Scor
Fibroza istmică		2
Aderențe transparente	> 50% din cavitatea uterină	1
	< 50% din cavitatea uterină	2
Aderențe dense	0 singură bandă	2
	Benzi multiple	4
Ostiurile tubare	Ambele ostiuri tubare vizualizabile	0
	Un singur ostiu tubar vizualizabil	2
	Ostiuri tubare nevizualizabile	4
Caracteristicile ciclului menstrual		
Normal		0
Hipomenoree		4
Amenoree		8
Istoricul obstetrical		
Fără antecedente obstetricale		0
Avorturi spontane		2
Infertilitate	Mică	0-4
	Moderată	5-10
	Severă	11-22

Tratamentul aderențelor intrauterine

Strategia terapeutică a aderențelor intrauterine presupune patru etape⁽⁶⁾:

I. Tratamentul aderențelor intrauterine

■ **chiuretajul cavității uterine după dilatare** (metodă abandonată în prezent din cauza riscului crescut de perforație, precum și o incidență crescută a recidivelor).

■ **histerotomie** (deoarece este o manevră invazivă, acest procedeu este rezervat doar cazurilor extrem de dificile care fac tratamentul endoscopic este imposibil^(2,6)).

■ **histeroscopic** - secționarea endoscopică (folosind instrumentar clasic - pense sau foarfeci, curent de înaltă frecvență pentru tăiere și coagulare (resectoscopul), sau fibre laser cu cuarț (endochirurgie laser) reprezintă actualmente metoda gold standard de tratament al aderențelor intrauterine^(2,4,6,23). Este recomandată o abordare retrogradă a aderențelor intrauterine, de la nivelul cervixului către fundul uterului și dinspre medial către lateral - se indică inițial secționarea sinechiilor centrale și ulterior a celor marginale^(2,4,6). Această tehnică are cel mai mic risc de complicații periprocedurale și recidivă, precum și cel mai bun prognostic obstetrical^(2,4,6,23-25); totuși fertilitatea este influențată de patternul ciclului menstrual, severitatea aderențelor intrauterine și rata recurenței^(1,6,26).

II. Prevenția recidivelor

Deoarece rata de recidivă după secționarea histeroscopică a aderențelor intrauterine ajunge chiar și la 20% din cazuri, prevenția recurențelor este esențială în managementul corect al acestor paciente^(2,6). Deoarece în prima etapă sinechiile uterine post-operatorii sunt subțiri și transparente, principiul evitării recidivelor constă în prevenirea contactului dintre pereții cavității uterine prin^(6,23,27-32):

- montarea unui dispozitiv intrauterin
- montarea unui cateter intrauterin
- instilarea unui gel cu acid hialuronic în interiorul cavității uterine

III. Refacerea endometriului

■ **Tratament hormonal** - terapia combinată estro-progestativă (pre și post-operatorie) determină o proliferare rapidă a endometriului, împiedicând cicatrizarea vicioasă care predispoaze la apariția aderențelor intrauterine^(6,23,24).

■ **Stimularea celulelor stem și a regenerării endometriale** - deoarece la nivel endometrial au fost decelate celule mezenchimale, se poate tenta regenerarea endometrială prin stimularea acestora sau prin autotransplant cu celule progenitoare medulare^(6,33,34).

IV. Follow up

Datorită incidenței crescute a recidivelor, pacientele cu aderențe intrauterine trebuie reevaluate sistematic, în special în vederea îmbunătățirii prognosticului obstetrical^(2,4,6,23,24). Metodele de evaluare cel mai frecvent folosite sunt:

- Evaluarea ecografică
- Cervicohisterosalpingografia
- Histeroscopia

Concluzii

Managementul pacientei cu aderențe intrauterine reprezintă o reală provocare pentru specialistul ginecolog, necesitând o abordare strict individualizată. În acest sens, histeroscopia este esențială în stabilirea diagnosticului, a tratamentului, precum și a follow upului post-operator. ■

Bibliografie

1. Kurjak A, Chervenak FA, Vlădăreanu R. Tratat de ultrasonografie în Obstetrică-Ginecologie, Donald School, Ed 3-a, Ed. Med Amaltea, București, 2012, 756-7.
2. Yu D, Wong YM, Cheong Y, Xia E, Li TC. Asherman syndrome-one century later, Fertil Steril, 2008 89(4):759-9.
3. Schenker JG, Margalioth EJ. Intrauterine adhesions: an updated appraisal, Fertil Steril, 1982 37(5):593-610.
4. Deans R, Abbott J. Review of intrauterine adhesions, J Minim Invasive Gynecol, 2010;17(5):555-69.
5. Al-Inany H. Intrauterine adhesions. An update, Acta Obstet Gynecol Scand, 2001 80(11):986-93.
6. Conforti A, Alviggi C, Mollo A, De Placido G, Magos A. The management of Asherman syndrome: a review of literature. Reprod Biol Endocrinol, 2013 11(1), 118-29.
7. Tao Z, Duan H. Expression of adhesion-related cytokines in the uterine fluid after transcervical resection of adhesion, Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi, 2012 47(10):734-7.
8. Chen Y, Chang Y, Yao S. Role of angiogenesis in endometrial repair of patients with severe intrauterine adhesion, Int J Clin Exp Pathol, 2013 6(7):1343-50.
9. Asherman JG. Amenorrhoea traumatica (atretica), J Obstet Gynaecol Br Emp, 1948 55(1):23-30.
10. Mencaglia L, Colafranceschi M, Gordon AG. Is hysteroscopy of value in the investigation of female infertility?, Acta Eur Fertil, 1988 19:239-242.
11. Sirbu P, Pandele A, Chiricută I, Setiace D. Chirurgia ginecologică - tehnica și tactica operatorie, Ed. Med, București, 1982.
12. Soares SR, Barbosa dos Reis MM, Camargos AF. Diagnostic accuracy of sonohysterography, transvaginal sonography, and hysterosalpingography in patients with uterine cavity diseases, Fertil Steril, 2000;11:406-411.
13. Hajishaiha M, Ghasemi-Rad M, Karimpour N, Mladkova N, Boromand F. Transvaginal sonographic evaluation at different menstrual cycle phases in diagnosis of uterine lesions, Int J Womens Health, 2011;3:353-7.
14. Sylvestre C, Child TJ, Tulandi T, Tan SL. A prospective study to evaluate the efficacy of two- and three-dimensional sonohysterography in women with intrauterine lesions, Fertil Steril, 2003;79(5):1222-5.
15. Knopman J, Copperman AB. Value of 3D ultrasound in the management of suspected Asherman's syndrome, J Reprod Med, 2007;52(11):1016-22.
16. Acholonu UC, Silberzweig J, Stein DE, Keltz M. Hysterosalpingography versus sonohysterography for intrauterine abnormalities, JSLS, 2011;15(4):471-4.
17. Makris N, Kalmantis K, Skartados N, Papadimitriou A, Mantzaris G, Antsaklis A. Three-dimensional hysterosonography versus hysteroscopy for the detection of intrauterine abnormalities, Int J Gynaecol Obstet, 2007;97(1):6-9.
18. Abou-Salem N, Elmazny A, El-Sherbiny W. Value of 3-dimensional sonohysterography for detection of intrauterine lesions in women with abnormal uterine bleeding, J Minim Invasive Gynecol, 2010;17(2):200-4.
19. Schlaff WD, Hurst BS. Preoperative sonographic measurement of endometrial pattern predicts outcome of surgical repair in patients with severe Asherman's syndrome, Fertil Steril, 1995;63(2):410-3.
20. Kresowik JD, Syrop CH, Van Voorhis BJ, Ryan GL. Ultrasound is the optimal choice for guidance in difficult hysteroscopy, Ultrasound Obstet Gynecol, 2012;39(6):715-8.
21. March CM, Israel R, March AD. Hysteroscopic management of intrauterine adhesions, Am J Obstet Gynecol, 1978;130(6):653-7.
22. Nasr AL, Al-Inany HG, Thabet SM, Aboulghar M. A clinicohysteroscopic scoring system of intrauterine adhesions, Gynecol Obstet Invest, 2000;50(3):178-81.
23. March CM. Management of Asherman's syndrome, Reprod Biomed Online, 2011;23(1):63-76.
24. Kodaman PH, Arici A. Intra-uterine adhesions and fertility outcome: how to optimize success? Curr Opin Obstet Gynecol, 2007;19(3):207-14.
25. Roy KK, Baruah J, Sharma JB, Kumar S, Kachawa G, Singh N. Reproductive outcome following hysteroscopic adhesiolysis in patients with infertility due to Asherman's syndrome, Arch Gynecol Obstet, 2010;11:355-61.
26. Yu D, Li TC, Xia E, Huang X, Liu Y, Peng X. Factors affecting reproductive outcome of hysteroscopic adhesiolysis for Asherman's syndrome, Fertil Steril, 2008;11:715-22.
27. Shokeir TA, Fawzy M, Tatong M. The nature of intrauterine adhesions following reproductive hysteroscopic surgery as determined by early and late follow-up hysteroscopy: clinical implications, Arch Gynecol Obstet, 2008;11:423-7.
28. Amer MI, Abd-El-Maeboud K H. Amnion graft following hysteroscopic lysis of intrauterine adhesions, J Obstet Gynaecol Res, 2006;11:559-66.
29. Orhuc AA, Aziken ME, Igbefoh J O. A comparison of two adjunctive treatments for intrauterine adhesions following lysis, Int J Gynaecol Obstet, 2003;11:49-56.
30. Mais V, Cirronis MG, Peiretti M, Ferrucci G, Cossu E, Melis GB. Efficacy of auto-crosslinked hyaluronan gel for adhesion prevention in laparoscopy and hysteroscopy: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2012;11:1-5.
31. Carta G, Cerrone L, Iovenitti P. Postoperative adhesion prevention in gynecologic surgery with hyaluronic acid, Clin Exp Obstet Gynecol, 2004;11:39-41.
32. Robertson D, Lefebvre G, Leyland N, Wolfman W, Allaire C, Awadalla A, Best C, Contestabile E, Dunn S, Heywood M. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada - SOGC clinical practice guidelines - Adhesion prevention in gynaecological surgery, Int J Gynaecol Obstet, 2010;11:193-7.
33. Gargett CE, Nguyen HP, Ye L. Endometrial regeneration and endometrial stem/progenitor cells, Rev Endocr Metab Disord, 2012;11:235-51.
34. Nagori CB, Panchal SY, Patel H. Endometrial regeneration using autologous adult stem cells followed by conception by in vitro fertilization in a patient of severe Asherman's syndrome, J Hum Reprod Sci, 2011;11:43-8.