

Ameliorarea fertilității cuplului după metroplastia perhisteroscopică

Improved fertility of couple after the hysteroscopic metroplasty

M. Niculescu, Luiza Hodovanu, Valentina Dinu, C. Cristescu

Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Prof. Dr. Panait Sârbu" București

Abstract

Among of couples with reproductive disorders, the congenital uterine malformations are more frequently causes of infertility from miscarriage instead of difficulty in achieving conception, because hinder rather pregnancy instead conception.

Being the most common congenital malformation, the septate uterus is responsible for the biggest rate of recurrent spontaneous abortions and preterm delivery because the pathology of the uterus.

Because the most septate uteri are asymptomatic, there are discovered at the full-age, either by routine pelvic examination or by investigation of infertility of couples.

Because only the septate uterus is amenable to hysteroscopic metroplasty, the main difficulty is differentiation from bicornuate uterus. The distinction must be made by demonstrating a normal external fundal contour with an uterine septum, an opposed to the presence of two uterine horns in a bicornuate uterus.

But the inspection and the vaginal examination don't discover the uterine anomaly because there isn't a fundal notching, palpated abdominally, it is compulsory to use a standard protocol from investigation, that will compose of an hys-

terosalphingogram or a sonohysterography, an high-resolution transvaginal sonography and an hysteroscopy. Laparoscopy may be necessary for confirmation of the absence or presence of an external division of the uterus, in selected cases and depending on the practical routine of the hospital.

The hysteroscopic metroplasty may be done by three ways: it is being divided by a hysteroscopic rigid scissor, it is cut by an electric monopolar needle or with the loop of resectoscopes. Pregnancy outcome is equal with all three methods of septum division; usually, the method used depends on practical routine and the experience of surgeon with those technics.

Although the rate of pregnancies after hysteroscopic metroplasty is almost equal to those of metroplasty performed using laparotomy, a lot of advantages are for endoscopic operation. Hysteroscopic metroplasty is the present treatment of choice for management of the uterine septum, the remaking of the morphology of the uterine cavity using usually everytime when this congenital malformation is discovered at a patient who is examined for infertility.

Keyword: septate uterus, bicornuate uterus, hysterosalphingogram, metroplasty

Introducere. Importanța problemei

În cadrul cuplurilor cu tulburări de reproducere, malformațiile uterine congenitale sunt mai frecvent cauză de infertilitate decât de sterilitate, împiedicând mai curând gestația decât concepția.

Fiind cea mai frecventă anomalie congenitală, uterul septat este responsabil de cel mai ridicat procent de avorturi spontane și nașteri premature.

Material și metodă

Lucrarea de față este un studiu retrospectiv pe o perioadă de 14 ani (1995 - iunie 2008) când în Clinica "Prof. dr. Panait Sârbu" s-a efectuat un număr de 4.820 de histeroscopii, majoritatea pentru investigarea cauzelor sterilității și infertilității cuplului.

Examenul histeroscopic a devenit investigație de rutină a acestor cupluri începând cu anul 1997, când numărul de histeroscopii a crescut de la circa 40/an în 1995, 1996 la aproximativ 300 în anul 1997 și respectiv 890 de histeroscopii în anul 2007.

S-a constatat astfel că incidența malformațiilor uterine congenitale, în cadrul cuplurilor cu tulburări de reproducere a fost de 6,53% (315 de cazuri), majoritatea acestor paciente fiind diagnosticate cu sept uterin, total sau parțial (265 de cazuri), deci o incidență a septului uterin în cadrul cuplurilor cu tulburări de reproducere de 5,5% în clinica noastră.

În cadrul anomaliilor uterine, proporțiile diferitelor tipuri de malformații au fost:

- uter septat - 84% (265 de cazuri);
- uter arcuat - 4% (12);

Rezumat

În cadrul cuplurilor cu tulburări de reproducere, malformațiile uterine congenitale sunt mai frecvent cauza de infertilitate decât de sterilitate, împiedicând mai curând gestația decât concepția.

Fiind cea mai frecventă anomalie congenitală, uterul septat este responsabil de cel mai ridicat procent de avorturi spontane și nașteri premature cauzate de patologia uterină. Pentru că majoritatea uterelor septate sunt asimptomatice, ele sunt depistate la vârsta adultă, fie accidental, fie cu ocazia investigării cauzelor sterilității sau infertilității cuplului.

Având în vedere că tratamentul histeroscopic poate fi aplicat doar în cazul uterului septat, principală dificultate constă în diferențierea acestuia de uterul bicorn, în cazul căruia suprafața externă a corpului uterin este divizată impunând intervenția pe cale abdominală.

Deoarece examenul clinic și tușeul vaginal combinat cu palparea abdominală nu evidențiază modificări datorită morfologiei externe normale a uterului, este obligatorie folosirea unui protocol de investigații care să cuprindă histerosalpingografia, ecografia transvaginală, histeroscopia și, în cazuri selecționate și în funcție de experiența clinicii, laparoscopia.

Metroplastia perhisteroscopică pune la dispoziție trei metode: secționarea cu foarfeca histeroscopică, cu acul monopolar sau electrorezeția cu rezectoscopul. Nu există diferențe semnificative în privința rezultatelor diferitelor metode; în general, metoda folosită depinde de familiaritatea și experiența chirurgului cu aceasta.

Deși rata sarcinii după metroplastia perhisteroscopică este sensibil egală cu cea obținută după intervențiile chirurgicale clasice, o multitudine de avantaje pledează pentru intervenția endoscopică; metroplastia perhisteroscopică este astăzi procedura de elecție în tratamentul septului uterin total sau parțial, refacerea anatomiei intrauterine normale practicându-se de rutină ori de câte ori această malformație este diagnosticată la o pacientă care se investighează pentru sterilitate sau infertilitate.

Cuvinte-cheie: uter septat, uter bicorn, histerosalpingografie, metroplastie

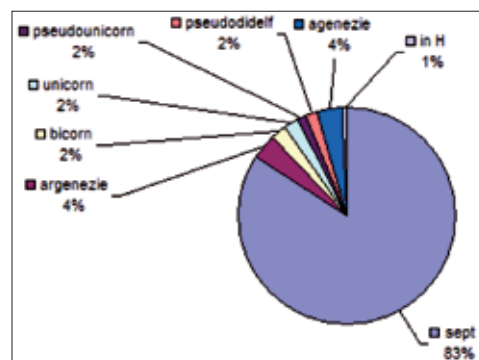


Figura 1. Structura loturilor analizate



Figura 2. Motivele internării. Anamneza. Simptomatologie

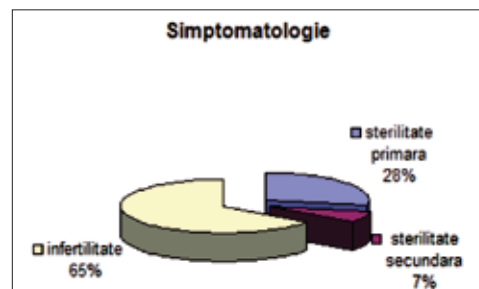


Figura 3. Ex. clinic la femeile cu sept uterin a fost în majoritatea cazurilor normal

Tușeul vaginal combinat cu palparea abdominală NU a evidențiat modificări datorită morfologiei externe normale a uterului.

Protocolul de investigații

HSG a stabilit diagnosticul de malformație uterină fără a putea preciza și tipul acesteia (se știe că uterul septat se aseamănă radiologic cu cel bicorn, deși în unele cazuri unghiul făcut de cele 2 cavități uterine poate sugera diagnosticul corect) - figura 4.

- Uter septat
- Uter bicorn
- Uter didelf

Ex. ecografic transvaginal efectuat ulterior la toate pacientele a evidențiat de asemenea prezența malformației uterine, făcând în majoritatea cazurilor (în plus, față de HSG) și diferențierea uterului bicorn de cel septat.

- uter bicorn - 2,34% (7);
- uter pseudodidelf - 2,34% (5);
- uter unicorn - 2,34% (7);
- uter pseudounicorn - 1,68% (5) - în 2 cazuri s-a practicat ablația hemiuterului rudimentar per Laparoscopic;
- uter în "H" - 0,67% (2);
- agenezie uterovaginală (sdr. Rokitanski) - 4% (12). În 5 cazuri s-a practicat neocolpopezie asistată per laparoscopic (figura 1).

Distribuția pe grupe de vârstă a pacienților cu malformații uterine congenitale arată că majoritatea au vârsta cuprinsă între 25 și 40 de ani, cu un vârf la 31 de ani (figura 2).

Motivele internării.

Anamneza. Simptomatologie

Pentru că majoritatea uterelor septate sunt asimptomatice, ele sunt depistate la vârsta adultă, fie accidental, fie cu ocazia investigării cauzelor sterilității sau infertilității cuplului.

Astfel, pacientele diagnosticate cu uter septat (total sau parțial) s-au prezentat în principal pentru:

- infertilitate (65%);

- având în antecedentele obstetricale 2 sau 3 avorturi spontane (acestea au fost în general caracteristice: avorturi în trimestrul II, care au debutat cu contracții uterine și hemoragii; fătul expulzat a fost totdeauna viu și fără malformații);

- urmate uneori de o naștere prematură și doar 28% pentru sterilitate I; 7% pentru sterilitate II, care, așa cum vom vedea în continuare, s-au datorat patologiei ovariene sau tubare asociate (figura 3).

- 28% pentru sterilitate I
- 7 % pentru sterilitate II care, așa cum vom vedea în continuare, s-au datorat patologiei ovariene sau tubare asociate.)

În caz de existență a septului vaginal, aceste femei acuzau uneori dispareunie.

Examenul clinic la femeile cu sept uterin a fost în majoritatea cazurilor normal.

Doar în 26 de cazuri (9,8%), ex. valve a evidențiat modificări semnificative:

- în 12 cazuri, sept vaginal longitudinal, care se continuă cu cel cervical;
- în 8 cazuri, doar sept cervical;
- în 6 cazuri, doar sept vaginal longitudinal incomplet în 1/3 superioară a vaginului.

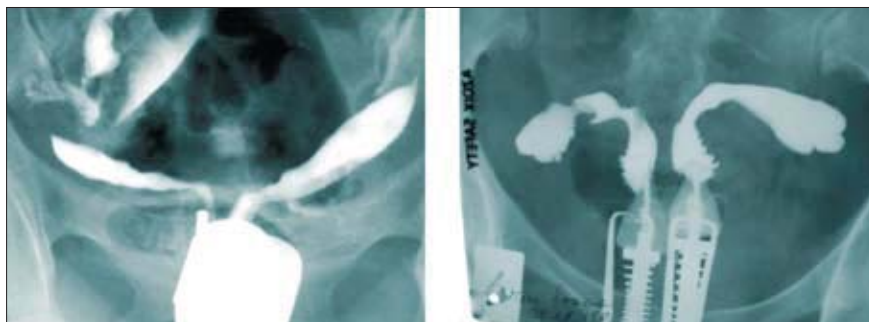
Uter septat



Uter bicorn



Uter didelphi



Ex. histeroscopic a vizualizat direct septul median și cele 2 hemicavități uterine, fiecare cu câte un orificiu tubar (figura 5).

Astfel, majoritatea uterelor au fost:

- uter septat corporal - 48% - 127 de cazuri;
- uter septat subtotal - până la nivel istmic - 39% - 103 cz;
- uter septat total - 20 cz, din care 12 au fost asociate și cu sept vaginal.

Histeroscopia diagnostică s-a practicat anterior procedurii operatorii la 17,61% dintre paciente, pentru că la majoritatea - 82,4% - să se practice în aceeași ședință

- fire nylon post-operatie cezariană - 1 cz - 0,6.

Existența patologiei asociate tuboovariene a fost relevată în cazurile în care laparoscopia s-a practicat concomitent cu examinarea histeroscopică (64 de cazuri - 36,3%).

Astfel, în 26 de cazuri -15% - s-au constatat:

- OMPC - 14 cz - 8%;
- aderențe perituboovariene - 7 cz - 4%;
- Sactosalpinx - 3 cz - 1,7%;
- OIMB - 3 cz - 1,7% și s-a procedat la rezolvarea acestei patologii (cu excepția

Principala problema este diagnosticul diferențial între uterul septat și cel bicorn.

Dintre cele 265 de septuri uterine diagnosticate, la 176 (67%) s-a practicat metroplastia perhisteroscopică, în același timp operator cu histeroscopia diagnostică 82% sau într-un timp ulterior - 18%. Spre deosebire de intervențiile chirurgicale clasice, care se practicau doar la cazuri selecționate, astăzi indicația chirurgicală endoscopică este mult mai largă, la paciente cu sterilitate I, precum și la toate pacientele candidate la tehnici RUA.

Dacă la începutul aplicării acestei proceduri în Clinica "Prof. dr. Panait Sârbu" în anii 1997, 1998 și 1999 toate metroplastiile se practicau sub control laparoscopic, o dată cu anul 2000, laparoscopia s-a practicat numai în cazul:

- unui diagnostic incert (pentru diferențierea uter septat/bicorn) - 21,6% din cazuri;
- în caz de suspiciune a unei patologii asociate tuboovariene care impunea a fi corectată - 14,7%.

În cazurile de sept uterin total asociate cu sept vaginal, intervenția a debutat prin secționarea septului vaginal în același timp operator (10 cazuri din 12) sau într-un timp premergător metroplastiei.

S-a secționat septul fie cu bisturiul monopolar, fie cu foarfeca între 2 pense, până la nivelul colului, după care s-a suturat hemostatic tranșa de secțiune cu fire separate sau cu surjet de catgut superior și inferior.

În ceea ce privește septul cervical (20 paciente), el a fost păstrat atunci când condițiile tehnice au permis (5 cazuri) pentru a menține continența cervicală în vederea unei viitoare sarcini.

S-a folosit rezectoscopul de 10 mm; secționarea s-a făcut în cele mai multe cazuri cu acul monopolar - 76,7% (135 cz), mai rar ansa - 14% (25).

În ultimii 2 ani s-a folosit tot mai mult foarfeca, mai ales în cazul septurilor subțiri 16 cz - 27% în ultimii 2 ani.

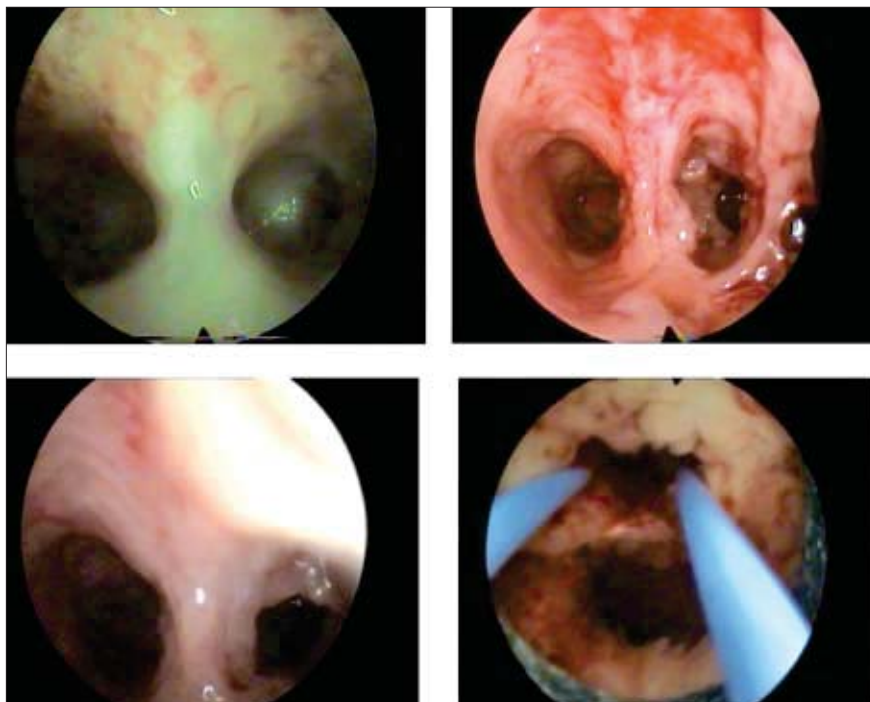
Indiferent de metoda folosită, intervenția s-a practicat în faza foliculară precoce a ciclului menstrual.

Perioada de spitalizare a fost de 2-3 zile, rareori 5-6 zile în caz de sângerare persistentă sau la paciente la care tratamentul patologiei asociate a impus-o (figura 8).

Tratamentul post-operator - antibiotico terapie intraoperatorie continuată 3 zile post-operator și antiinflamator; uneori tratament estrogenic.

Perioada de contracepție a fost redusă prin această tehnică de la 8-10 luni (chirur-

1958-1967	operate	sarcini	termen	prematur	avort
STRASSMANN	12	10-83.3%	6-50%	2	2-16.6%
JONES-TE LINDE	3	1	1	-	-
TE LINDE HERVET	3	3	2	-	1
TOTAL	18	14-77.8%	9-50%	2	3-16.6%
1976-1980	14	12-85.7%	9-75%	2	2-14.28%
BRET					
PERHISTEROSCOPIC	176	151-86%	134-76%	12	5-2.8%
1995-2006					



gia clasică) la circa 2 luni.

Rezultatul intervenției a fost verificat la 2-3 luni, fie prin HSG (48% dintre cazuri), fie prin histeroscopie de control (30%), care a evidențiat sept restant la 3 paciente (1,7%); la 2 s-a practicat reintervenția (sept gros și sângerare semnificativă la prima intervenție).

Nici una dintre pacientele care s-au prezentat la control nu a acuzat modificări de flux menstrual; la nici una dintre paciente nu s-a constatat sinechie uterină post-intervenție.

Rezultate

Dintre cele 176 de cazuri de sept uterin la care s-a practicat metroplastia perhisteroscopică, 151 (86%) au obținut sarcina:

- cel mai bun procent aparține pacientelor cu infertilitate - 91% (105 sarcini din 115

operate);

- urmează cele cu sterilitate I - 75% (27 de sarcini din 36 operate);

- cele cu sterilitate II - 50% (6 sarcini din 12 operate).

Explicația acestor rezultate diferite constă în tipul patologiei asociate.

Dintre cele 3 cazuri cu OIMB confirmată laparoscopic, 2 paciente au optat pentru FIV; la una dintre ele s-a obținut sarcina.

La 95% din sarcini s-a practicat cerclajul profilactic al colului uterin în săptămânile 16-17 de sarcină, știindu-se că uterul malformat se însoțește și de incontinență cervico-istmică, confirmată în multe cazuri de HSG.

Evoluția sarcinilor a fost:

- la termen - 89% (134 de cazuri din 151 de sarcini) - 76% dintre operate;

- 12 nașteri premature (8% din sarcini) -

11 nou-născuți au supraviețuit;

- 5 sarcini (3,3%) terminându-se prin avort spontan în săptămânile 6-18.

Modul de terminare a nașterii a fost:

- 112 cz (83,5%) dintre paciente prin operație cezariană;

- 22 de paciente - naștere pe cale vaginală (16,4%).

Nou-născuții au avut greutate cuprinsă între 1.600 și 4.000 g cu evoluție normală; unul a decedat la 10 zile post-partum prin prematuritate.

Comparând aceste rezultate ale intervenției endoscopice (86% rata de sarcini) cu rezultatele obținute prin intervențiile chirurgicale clasice în aceeași clinică, în diferite perioade de timp (tabel).

Concluzii

Deși rata sarcinii după metroplastia perhisteroscopică este sensibil egală cu cea obținută după intervențiile chirurgicale clasice, o multitudine de avantaje pledează pentru intervenția endoscopică:

- fără laparotomie - fără aderențe intra-peritoneale;

- fără cicatrice uterină corporală - fără indicație absolută de operație cezariană;

- minim invazivă - morbiditate și mortalitate scăzută, complicații post-operatorii minime;

- durată de spitalizare mult redusă;

- preț de cost scăzut;

- confort psihic;

- perioadă scurtă de contracepție.

Nefiind grevată însă de dezavantajele intervențiilor chirurgicale clasice, metroplastia perhisteroscopică este astăzi procedura de elecție în tratamentul septului uterin total sau parțial, refacerea anatomiei intra-uterine normale practicându-se de rutină ori de câte ori această malformație este diagnosticată la o pacientă care se investighează pentru sterilitate sau infertilitate.

Bibliografie selectivă

1. Drutz, Harold; Herschorn, Sender; Diamant, Nicholas E. (Eds.)-Female Pelvic Medicine and Reconstructive Pelvic Surgery -Springer Verlag-2003,
2. Edstrom K.- Intrauterine surgical procedures during hysteroscopy, Endoscopy 6:175-1974,
3. Fajez JA -Comparison between abdominal and hysteroscopic metroplasty, Obstet Gynecol 68:399-1986,
4. Godwin M-Infertility management and assisted reproduction- Cambridge University Press-2001,
5. Jacques Donnez An Atlas of Operative Laparoscopy and Hysteroscopy - Parthenon Publishing-2003,
6. Leon Speroff MD- Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility Lippincott Williams Wilkins-2005.
7. Niculescu M -Ameliorarea fertilitatii la femeile cu uter bicorn, dupa operatia Bret- Obstetrica , vol XXVIII, no 4-1980,
8. Perino A., Mencaglia L., Hamou J.-Hysteroscopy for metroplasty of uterine septa: a report of 24 cases, Fertil Steril 48:321-1987,
9. Ronald S Gibbs MD- An Atlas of Operative Laparoscopy and Hysteroscopy Parthenon Publishing-2001
10. Ronald S Gibbs MD- Danforth's Obstetrics and Gynecology- Lippincott Williams Wilkins-2008
11. Rowe P., Cornhaire E., Hargreave T, Mahmoud A - WHO Manual for the Standardized investigation, diagnosis and Management of the Infertile Male-Cambridge University Press-2000,
12. Siegler A., Valle R., Lindemann H., Mencaglia L.- Therapeutic Hysteroscopy. Indications and Techniques-Mosby Company-1990,
13. Sirbu P-Chirurgia functionala a uterului-Ed Medicala-1971,
14. Valle RF and Sciarra JJ- Hysteroscopic treatment of the septate uterus- Obstet Gynecol 67:253-1986.