

Histeroskopik Adezyolizis Yapılan Olguların Prognozu

Prognosis of the Cases with Completed Hysteroscopic Adhesiolysis

Demet AYDOĞAN KIRMIZI, Aşlı İRİŞ, Cüneyt Eftal TANER

İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ÖZET

Amaç: Histeroskopi ile intrauterin adezyozyon saptanan ve adezyolizis yapılan olguların prognozunu incelemek.

Yöntemler: Hastanemizde histeroskopik adezyolizis yapılan 18 olgunun verileri retrospektif olarak incelendi. Adezyonlar American Fertility Society (AFS) Intrauterin Adezyon Sınıflandırması'na göre sınıflandırıldı. Histeroskopi sonrası, olgularla görüşülerek menstrual paternleri ve gebelik durumları sorgulandı.

Bulgular: Infertilite nedeniyle histeroskopi yapılan toplam 18 infertil olgu çalışmaya alındı. Olguların 13'ü evre I, 2'si evre II ve 3'ü evre III olarak değerlendirildi. Olguların 9'unda küretaj öyküsü bulunmamaktaydı, diğer 9 olguda ortalama 1.4 (1-5) küretaj öyküsü olduğu saptandı. Operasyon sonrası tüm olgulara siklik östrojen-progesteron tedavisi verildi. Olgulardan 1'ine RİA, diğer olgulara ise intrauterin balon yerleştirildi. On sekiz olgunun 2'sinde gebelik gelişirken, yalnızca 1 olgunun gebeliği term canlı doğum ile sonuçlandı. Hipomenore/amenore yakınması bulunan 6 olgudan 4'ünün histeroskopik adezyolizis sonrası yakınmalarında düzelme görüldü.

Sonuç: Intrauterin adezyon şüphesinde histeroskopi ile kesin tanı, evreleme ve tedavi olanakları değerlendirilmelidir.

Anahtar kelimeler: intrauterin adezyon, asherman, histeroskopi

SUMMARY

Objective: To observe the prognosis of cases, of which intrauterine adhesion is determined and adhesiolysis is carried out, via hysteroscopy.

Methods: In our hospital, we examined retrospectively the data belonging to 18 cases of which hysteroscopic adhesiolysis was accomplished. Adhesions were classified according to Intrauterine Adhesion Classification by American Fertility Society (AFS). In the wake of hysteroscopy, we interviewed the patients, and enquired their menstrual patterns and pregnancy status.

Results: A total of 18 infertile cases were incorporated in the study, which had undergone hysteroscopy due to infertility. 13 cases were assessed as stage I, where as 2 and 3 cases were classified as stage II and III, respectively. 9 cases did not have curettage history; whereas an average 1.4 (1-5) curettage history was determined in 9 cases. After operation, all cases were subject to cyclic estrogen-progesterone treatment. IUD was applied to 1 case, whereas intrauterine balloon was implemented on others. Pregnancy occurred in 2 of 18 cases, and the pregnancy of only 1 case resulted in live birth. The complaints of 4 of 6 cases, who suffered from hypomenorrhea/amenorrhea, were reduced.

Conclusion: Definitive diagnosis, staging and treatment possibilities by hysteroscopy should be assessed with respect to intrauterine adhesion suspect.

Key words: intrauterine adhesion, asherman, hysteroscopy

GİRİŞ

Intrauterin adezyonlar ilk kez 1894 yılında Fritsch'in bildirdiği postpartum küretaj sonrası

amenore izlenen yirmi beş yaşındaki bir olgunun sunulmasıyla literatüre girmiştir⁽¹⁾. 1948 yılında ise Joseph Asherman tarafından kendi ismiyle anılmaya başlamıştır^(2,3). Asherman Sendromu

Alındığı tarih: 18.05.2012

Kabul tarihi: 28.08.2012

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Demet Aydoğan Kırmızı, Gazi Caddesi, Yenışehir / İzmir

e-posta: aydogandemet2003@yahoo.com

adezyonlar sonucu uterin kavitenin tamamen ve kısmi obliterasyonu ile menstrual sorunlar, infertilite veya tekrarlayan gebelik kaybıyla sonuçlanan bir hastalıktır ⁽⁴⁾. İntrauterin adezyon insidansında günümüzde artış görülmektedir. Bunun iki nedeni; adezyon tanısının kolaylaşması ve adezyon oluşmasına neden olabilen intrakaviter uterin cerrahi uygulamalarının artmış olmasıdır ^(5,6). İntrauterin adezyonların patogenezinde, endometrial hasarın sklerozis ile iyileşmesi ve buna sekonder adezyon formasyonunun oluşması rol oynamaktadır. Endometriyal hasar oluşmadaki en sık neden endometriumun bazal tabakasının travma görmesidir. Erken postpartum dönemdeki küretajlar en önemli travmalardır ⁽⁶⁾. İkinci en sık neden erken gebelik kaybı sonrası yapılan küretajlardır (% 30.9). Diğer nedenler arasında genital tüberküloz, puerperal enfeksiyonlar ve pelvik radyasyon maruziyeti yer almaktadır. Farklı endikasyonlarla histerosalpingografi uygulanmış hastaların %1,5'inde, tekrarlayan gebelik kayıplarından yakınan hastaların % 5-39'unda ve artık gebelik ürünleri için girişim geçiren hastaların % 40 kadarında intrauterin adezyonlar saptanmıştır ⁽⁷⁻¹¹⁾. Adezyonlara bağlı semptomlar uterin kavitenin fiziksel obliterasyonu sonucu gelişir. En sık menstrual bozukluklar arasında amenore, hipomenore ve dismenore görülür. Hastaların yakınmalarının şiddeti ile intrauterin adezyon derecesi korele olmayabilir. Siklik ağrılar obliterasyonun üzerindeki aktif endometriumdan kaynaklanan siklik kanamanın drenajının bozulması ve uterin kavitede birikmesiyle oluşur. Bu durum uzayan süreçte hematometraya ve retrograd menstruasyona bağlı sekonder endometriosise neden olabilir. Histeroskopi intrauterin adezyon tanısını doğrulama yanında tedavi olanağı da sağlar. Günümüzde altın standart kabul edilmektedir. Bu çalışmada histeroskopi ile intrauterin adezyon saptanan olgular tekrar gözden geçirilerek adezyon skorları belirlenmiş, adezyolizis sonrası

fertilite ve siklus düzenleri sorgulanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Hastanemizde amenore, hipomenore ve/veya infertilite nedeniyle histerosalpingografi çekilen ve/veya histeroskopi yapılan olgular gözden geçirildi. 2009-2011 yılları arasında histeroskopi ile intrauterin adezyon saptanan 18 olgu çalışma grubunu oluşturdu. Tüm hastalara standart histeroskopi prosedürü uygulandı ve distansiyon medyumunu olarak %1,5 Glycine kullanıldı. İntrauterin ortalama 150 mmHg basınç oluşturarak adezyolizis işlemi yapıldı. Tüm hastalara postoperatif antibiyotik tedavisi verildi. Retrospektif olarak hasta kayıtları alınarak yaş, gebelik, parite, abortus, küretaj durumlarına bakıldı. Histeroskopi öncesi ve sonrası menstrual paternleri ve fertilite durumları telefon irtibatı ile sorgulandı. Hastaların ameliyat raporlarına göre etkilenen kavite oranı ve adezyon çeşidi belirlendi. AFS sistemi (Tablo 1) kullanılarak olgular evre I (hafif), evre II (orta) ve evre III (ağır) olarak sınıflandırıldı.

BULGULAR

Çalışma grubumuzu intrauterin adezyon nedeniyle histeroskopi işlemi yapılan 18 infertil olgu oluşturdu. Olguların yaş, evlilik süresi ve gebelik sayıları Tablo 2'de gösterilmiştir. Dört olgu

Tablo 1. American Fertility Society (AFS) intrauterin adezyon sınıflaması.

Etkilenen kavite oranı	<1/3	1/3-2/3	>2/3
Puan	1	2	4
Adezyon çeşidi	Filmy	Filmy&dens	Dens
Puan	1	2	4
Menstrual patern	Normal	Hipomenore	Amenore
Puan	0	2	4
Toplam puan	Adezyon evreleri		
1-4 puan	Evre 1 (hafif)		
5-8 puan	Evre 2 (orta)		
9-12	Evre 3 (ağır)		

Tablo 2. Yaş, evlilik süresi, gebelik sayısı.

	Yaş	Ort. evlilik süresi	Ort. gebelik sayısı
Median	35.40	6.50	1
Percentiles	% 25 30.50	4.75	0
	% 75 37.50	11.25	1
Minimum	20 yaş	3 yıl	0
Maximum	42 yaş	20 yıl	6

sezaryen ile doğum yapmıştı. Beş olgunun daha önceden abortus öyküsü (1-3) bulunmaktaydı. Olguların küretaj sayılarına bakıldığında ortalama 1 kez küretaj yapıldığı saptandı (0-5). Olguların 9'unda küretaj öyküsü bulunmamaktaydı. Olguların 6'sında hipomenore/amenore öyküsü bulunmaktaydı (%33.3). Olguların biri myomektomi, biri sezaryen sonrası infertilite ve hipomenore/amenore yakınmasıyla histeroskopiye alındı ve evre III adezyon tanısı konuldu. Olguların 17'sine postoperatif 5 gün süreyle intrauterin balon (5 cc) yerleştirilmiş, birine postoperatif 2 ay süreyle copper-T RİA uygulanmıştı. Tüm olgulara siklik östrojen ve progesteron tedavisi verilerek endometrium gelişimi desteklendi ve postoperatif antibiyotik profilaksisi verildi. AFS sınıflamasına göre sınıflandırıldığında hastaların 13'ü evre I, 2'si evre II ve 3'ü evre III olarak değerlendirildi. Postoperatif 4 olgunun hipomenore /amenore yakınması düzelmedi. Evre III tanısı alan 2 olgunun yakınmaları düzelmedi.

Histeroskopik adezyolizis sonrası gebelik gelişimine bakıldığında sekonder infertil, eski sezaryenli bir olguda fundusta yer alan sineşilerin (evre I) giderilmesi sonrasında miadında canlı doğum gerçekleşti. Öyküsünde 1 abortus olan bir olgumuzda adezyolizis sonrası gebelik gerçekleşti fakat abortusla sonuçlandı. Olgulardan 3'üne daha sonrasında IUI, 7'sine IVF uygulanmış fakat başarılı sonuç alınamamıştı. Gebelik oranı 2/18, canlı doğum oranı 1/18 olarak saptandı.

TARTIŞMA

İntrauterin adezyon formasyonundan şüphelenilen hastaların kesin tanısı ve tedavisi için histeroskopik değerlendirme gerekmektedir. Histeroskopik adezyoliziste primer amaç normal kavite oluşacak şekilde uterusun restorasyonudur. Bununla birlikte postoperatif dönemde tekrar oluşabilecek yapışıklıkları engellemek amacıyla diseksiyon yapılan yüzeylerin üzerinde endometrial gelişmeyi uyarmak gerekmektedir. Histeroskopik adezyolizis başarısında, intrauterin adezyonların tipi ve yaygınlığı en önemli kriterdir. Kabul edilebilir anatomik sonuçların elde edilme oranı, bir ya da iki histeroskopik girişim sonrasında %63.8-97 olarak belirtilmiştir^(7,8,9). Sieger ve Valle'nin 800 hastayı postoperatif değerlendirdiği çalışmalarında %60 gebelik ve %38.8 canlı doğum oranı bildirilmiştir⁽¹⁰⁾. Birçok çalışmada doğum oranları %30-40^(5,9) oranında verilirken, bu oranın %60-70'lere ulaştığı yayınlar da mevcuttur⁽⁵⁾. Valle'nin geniş serili bir çalışmada ise hafif, orta, ağır adezyolisiz uygulanan hastalarda sırasıyla gebelik oranları %93, %66, %32 ve canlı doğum oranları %81, %66, %32 olarak bildirilmiştir⁽⁶⁾. Menstruasyon bozuklukları açısından tedavi sonuçlarının değerlendirildiği bir çalışmada hastaların %75-100'inde semptomlarda azalma bildirilmişlerdir. Myers ve ark.⁽¹²⁾ ciddi Asherman Sendromu bulguları ve amenoresi olan 12 olguyu inceledikleri çalışmalarında olguların tümüne preoperatif ve postoperatif oral östrojen tedavisi verilmiş ve histeroskopi sonrası uterin balon kateter / RİA yerleştirilmiştir. Olgular 6 ay-10 yıl süreyle izleme alınmış ve 39 yaş altındaki 9 olgunun 6'sında gebelik geliştiği, 4'ünün term ve terme yakın doğum yaptığı ve tümünde amenore yakınmasının düzeldiği belirtilmiştir. Roy ve ark.⁽¹³⁾ çalışmalarında Asherman Sendromu nedeniyle histeroskopik adezyolizis yapılan 89 olguyu incelemiş, 2 ay sonra olgulara

ikinci kez histeroskopi yapılmışlar ve 12 olguda adezyon reformasyonu görüldüğünü belirtmişlerdir. Kümülatif doğum hızı 2 yıl içinde %86.1 olarak bildirilmiştir. Histeroskopik adezyolizis sonrası takiplerin nasıl yapılacağı kesinlik kazanmamıştır. Sınırlı sayıdaki çalışma tekrarlayan operatif girişimler arasında 6-8 haftalık periyotlar bırakılarak yoğun adezyonu olan hastalarda bir-iki siklus çekilme kanaması sonrası ofis histeroskopinin tekrarının gerekebileceği yorumunda bulunmuştur ⁽¹⁴⁾. Myers ve ark. ⁽¹²⁾ hasta takibinde histerosalpingografi ve transvajinal ultrason kullandıklarını belirtmiştir. Çalışmamızda olgulara postoperatif standart takip planı uygulanmamış olup, diğer infertilite faktörlerini de taşıyan olgular durumlarına spesifik olarak takip edilmiştir.

Çalışmamızda operasyon sonrası canlı doğum gelişen olgumuzun AFS skoru 2 (evre I) idi. Operasyondan 10 ay sonra gebelik gelişti. Antepartum ve postpartum takiplerinde herhangi bir komplikasyon görülmedi. Gebelik oluşarak abortusla sonuçlanan diğer olgumuzun ise daha önceden bir abortus öyküsü vardı. Olgunun AFS skoru 4 (Evre I) olarak değerlendirilmişti. Çalışma grubumuzda canlı gebelik oranının düşük olmasının infertiliteye yol açan diğer faktörlerin varlığına ve adezyon reformasyonuna bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Menstruasyon bozuklukları değerlendirildiğinde; hipomenore/amenore yakınması olan toplam 6 olgunun 4'ünde düzelme görülmüştür. Bu hastalar evre I-II grubunda yer almaktaydı.

Adezyon nükslerini engellemek için intraoperatif foley kateteri veya rahim içi araç yerleştirilmesi uygulanmakta, postoperatif hormon tedavisi ve postoperatif antibiyotik tedavisi eklenmektedir. İntrauterin araçlar yaklaşık 1-3 ay kavitede tutulur ⁽¹⁵⁾. Foley kateter ise 5-14 gün

süreyle uygulanabilir. Hormon tedavisi için literatürde değişik protokoller belirtilmiştir. Endometrial dokunun rejenerasyonunu sağlamak için östrojen tedavisi 2-3 ay süre ile 2,5 mg/g konjuge östrojen veya 28 gün 4 mg/gün estradiol tablet son 10 gün 10 mg/gün medroksiprogesteron asetat tedavisi uygulanabilir veya bir çalışmada belirtildiği gibi preoperatif de uygulanabilir ⁽¹²⁾. Kliniğimizde postoperatif olarak 11 gün 2 mg estradiol valerat, 10 gün 2 mg estradiolvalerat ve 0.5 mg norgestrel içeren tedavi tüm intrauterine adezyon saptanan hastalara uygulanmaktadır.

Histeroskopi sırasında en sık görülen iki komplikasyon uterin perforasyon ve servikal travmadır. Uterin perforasyon oranı %0.7-0.8 civarındadır ⁽¹⁶⁾. Servikal laserasyon ve uterin perforasyonların çoğu serviksin dilatasyonu sırasında olmaktadır. Histeroskopi sırasında oluşabilecek uterin perforasyon eşzamanlı ultrasonografi veya laparoskopi kullanılarak değerlendirilebilir. Bu durum olguya ve operatörün tercihinine bağlıdır. Özellikle servikal stenozda, aşırı uterin antefleksiyon veya retrofleksiyonda, alt segment yerleşimli myomlarda risk artmaktadır ⁽¹⁷⁾. Çalışma grubumuzdaki 18 olguda histeroskopik adezyolizis operasyonlarında perforasyon ve servikal travma gibi herhangi bir komplikasyon izlenmedi.

Sonuç olarak, intrauterin adezyon şüphesinde histeroskopik yaklaşım ile kesin tanı, evreleme ve tedavi olanakları değerlendirilmelidir. Histeroskopik adezyolizis işleminin gebelik oranlarına etkisini göstermek ve olguların postoperatif izlemlerinin standardizasyonunu sağlamak için daha fazla sayıda olgu içeren prospektif çalışmalara gerek duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Fritscfi J. Einfall von volligen Schwund der

- Gebermutterhohle nach Auskratzung. *Zentralbl Gynaekol* 1894;52:337.
2. **Asherman JG.** Amenorrhoea traumatica (atretica). *J Obstet Gynecol Br Emp* 1948;55:20-30. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.1948.tb07045.x>
 3. **Asherman JG.** Traumatic intra-uterine adhesions. *J Obstet Gynecol Br Emp* 1950;57:892-896. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.1950.tb06053.x>
 4. **Klein SM, Garcia C-R.** Asherman's syndrome :a critique and current review. *Fertil Steril* 1973; 24:722-735. PMid:4725610
 5. **Pabuccu R, Atay V, Orhon E, et al.** Hysteroscopic treatment of intrauterine adhesions is safe and effective in the restoration of normal menstruation. *Fertil Steril* 1997;68:1141-1143. [http://dx.doi.org/10.1016/S0015-0282\(97\)00375-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0015-0282(97)00375-0)
 6. **Valle RF, Sciarra JJ.** Intrauterine adhesions: hysteroscopic diagnosis, classification, treatment and reproductive outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1988;158:1459-1470. PMid:3381869
 7. **Sugimoto O.** Diagnostic and therapeutic hysteroscopy for traumatic intra-uterine adhesions. *Am J Obstet Gynecol* 1978;131:539-547. PMid:677196
 8. **Hamou J, Salat-Baroux J, Siegler AM.** Diagnosis and treatment of intra-uterine adhesions by microhysteroscopy. *Fertil Steril* 1983; 39:321-326. PMid:6825866
 9. **March CM, Israel R.** Gestational outcome following hysteroscopic lysis of adhesions. *Fertil Steril* 1981;36:455-459. PMid:6269905
 10. **Siegler AM, Valle RF.** Therapeutic hysteroscopic procedures. *Fertil Steril* 1988;50:685-701. PMid:3053254
 11. **Protopapas A, Shushan A, Magos A.** Myometrial scoring: a new technique for the management of severe Asherman's syndrome. *Fertil Steril* 1998; 69:860-864. [http://dx.doi.org/10.1016/S0015-0282\(98\)00036-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0015-0282(98)00036-3)
 12. **Myers EM, Hurst BS.** Comprehensive management of severe Asherman syndrome and amenorrhea *Fertil Steril*. 2012;97(1):160-164. Epub 2011 Nov 17.
 13. **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;281(2):355-361. Epub 2009 May 20. <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-009-1117-x> PMid:19455349
 14. **Fedele L, Bianchi S, Frontino G.** Septums and synechiae: approaches to surgical correction. *Clin Obstet Gynecol* 2006;49:767-788. <http://dx.doi.org/10.1097/01.grf.0000211948.36465.a6> PMid:17082672
 15. **Orhue AA, Aizken ME, Igbefoh JO.** A comparison of two adjunctive treatments for intrauterine adhesions following lysis. *Int Gynaecol Obstet* 2003;82:49-56. [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292\(03\)00030-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(03)00030-4) PMid:20695826
 16. **Jansen FW, Viedevogd CB, Van Ulzen K.** Complications of hysteroscopy: a prospective, multicenter study. *Obstet Gynecol* 2000;96:266-70 [http://dx.doi.org/10.1016/S0029-7844\(00\)00865-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0029-7844(00)00865-6)
 17. **Loffer FD.** Contraindications and complications of hysteroscopy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1995;22:445-455. PMid:8524530