

İNTRAUTERİN ADEZYONLARA HİSTEROSKOPIK YAKLAŞIM

Fatih ŞENDAĞ, Ayşegül DİKMEN, Levent AKMAN, Kemal ÖZTEKİN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

ÖZET

Objektif: Kliniğimizde histeroskopik intrauterin adezyolizis uyguladığımız hastaların demografik, klinik özellikleri ile beraber operasyon sonuçlarını sunmaktır.

Gereç ve yöntemler: 2004-2008 yılları arasında kliniğimizde 24 histeroskopik adezyolizis uygulanmıştır. Hastaların yaş grubu 25-39 yaş aralığında idi. En sık başvuru şikayetleri amenore ve infertilite idi.

Bulgular: Adezyon için risk faktörü olarak 10 hastada geçirilmiş gebelik küretajı ve 4 hastada geçirilmiş sezaryen operasyonu mevcuttu. İntrauterin adezyon sınıflandırıldığında 5 hasta Grade I, 6 hasta Grade II, 10 hasta Grade III ve 3 hasta Grade IV olarak tespit edildi. Tüm hastalarda histeroskopik makas kullanılarak adezyolizis yapılmıştır. Postoperatif dönemde 10 hastaya estrogen-progesteron içeren ilaç, 11 hastaya hormon ile beraber rahim içi araç ile 3 hastaya foley katater balon uygulanmıştır. Hastaların izleminde tekrar adezyondan şüphelenilen 5 hastaya tekrar histeroskopi yapılmıştır. Hafif adezyon saptanan 3 hastada adezyonlar tekrar giderilmiştir.

Sonuç: Tüm amenoreik hastalarda menstrüel periyot geri dönmüştür. Yardımcı üreme tedavisi uygulanmış 4 hastaya ulaşılabilmektedir. Dört gebelik elde edilmiş ve üçü terme ulaşmış, bir tanesi de abortus ile sonuçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: adezyolizis, histeroskopi, infertilite, uterin sineşi

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2013; Cilt: 10, Sayı: 1, Sayfa: 21- 5

HYSTEROSCOPIC MANAGEMENT OF INTRAUTERIN ADHESION

SUMMARY

Objective: Assessment of preoperative and postoperative outcomes of patients that were performed hysteroscopic intrauterine adhesiolysis.

Material and method: We reviewed 24 patients that underwent hysteroscopy with the complaints of amenorrhea, hypomenorrhea, recurrent pregnancy loss between 2004-2008. The most complaints of patients were infertility amenorrhea.

Results: Adhesions occurs mainly as a result of trauma to the gravid uterine cavity in 14 patients. When classifying patients with their intrauterine adhesions, Grade 3 was the most frequently seen. Adhesiolysis was performed with hysteroscopic scissors in all patients. In postoperative period following synechiolysis, 10 patients were treated with estrogen and progestogen, 11 of them used intrauterine device with estrogen and progestogen therapy, foley catheter was used in 3 patients. Hysteroscopy was performed in 5 patients for second time because of adhesion suspicions. The re-adhesiolysis performed to 3 patients because of determined to mild adhesion.

Conclusion: After hysteroscopic adhesiolysis, all patients with the complaint of amenorrhea had regular menstruation. Pregnancy after treatment occurred in 4 patients but live birth rate was 75%

Key words: adhesiolysis, hysteroscopy, infertility, uterin synechia

Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2013; Vol: 10, Issue: 1, Pages: 21- 5

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Levent Akman, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, 35100 İzmir

Tel.: (532) 462 30 09

e-posta: leventakman@gmail.com

Alındığı tarih: 20.05.2012, revizyon sonrası alınma: 18.07.2012, kabul tarihi: 28.08.2012, online yayın tarihi: 29.08.2012

GİRİŞ

İntrauterin adezyonlar, intrauterin travma sonucunda gelişir ve küçük ince bant yapılarından ön ve arka uterin duvarın birbirine yapışıp, kavitenin tamamen kapanmasına kadar olabilir. Adezyonlar uterus cerrahisi veya tanısal küretajlardan sonra gelişebilse de, genellikle ciddi adezyonlar gebelik komplikasyonları (postpartum kanama, missed veya inkomplet abortus, plasenta retansiyonu) için yapılan küretajlar ile ilişkilidir⁽¹⁾. Gebelik sonlandırılması için yapılan tekrarlayan küretajlarda, adezyon gelişimi riski üçüncü kürtaj sonrası %30'dan fazladır⁽²⁾. Enfeksiyonda adezyon oluşumuna katkıda bulunur. Özellikle, genital tüberküloz uterin kavitenin tamamen kapanmasına neden olan ciddi adezyonların nedenidir⁽³⁾.

İntrauterin adezyonlar asemptomatik olabilir. Ancak genellikle sıklık sırasına göre infertilite, menstrüel düzensizlikler (hipomenore, amenore), siklik pelvik ağrı ve tekrarlayan gebelik kayıpları ile ilişkilidir⁽¹⁾. İntrauterin adezyonların tanısı dolaylı olarak görüntüleme yöntemleri ile konabileceği gibi, tanıda altın standart tedavinin de eş zamanlı olarak yapılmasını sağlayan histeroskopi'dir.

Bu çalışmada amacımız, intrauterin adezyon nedeniyle histeroskopik adezyolizis uyguladığımız hastaların klinik özellikleri ve infertil grupta fertilitte sonuçlarını değerlendirmektir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

2004-2008 yılları arasında, kliniğimizde intrauterin adezyon saptanan 24 hasta değerlendirilmeye alınmıştır. Hipomenore/amenore şikayeti tüm hastalarda mevcuttu. Tüm hasta grubunda infertilite şikayeti olan hasta sayısı 14 idi. Hastalar operasyon öncesinde ultrasonografi, histerosalpingografi ve progesteron çekilme sonuçları ile değerlendirildiler. Abdominal ultrasonografi eşliğinde histeroskopi sırasında Avrupa Histeroskopi Derneği'nin intrauterin adezyon sınıflamasına göre adezyonlar sınıflandırılmıştır⁽⁴⁾(Tablo I).

Histeroskopik adezyolizis tüm hastalara genel anestezi altında tek bir operatör (F.Ş) tarafından yapılmıştır. İşlemin amacı, uterin kavitede normal anatomiyi sağlamaktır. Erken follüküler fazda, servikal kanal dilate edilerek 5.5 mm rijid histeroskop (Karl Storz, Germany) ile uterin kaviteye girilmiştir.

Distansiyon solusyonu olarak izotonik kullanılmıştır. Sürekli akım altında keskin makas kullanılarak abdominal ultrasonografi eşliğinde adezyonlar giderilmiştir. Fundal kısımda pembe myometrium dokusu görülene kadar işleme devam edilmiştir ve her iki tubal ostium izlenmeye çalışılmıştır. İşlem boyunca sıvı giriş ve çıkışı takip edilerek sıvı dengesi kontrol altında tutulmuştur. Kanama kontrolü sonrasında işleme son verilmiştir. Ortalama işlem süresi 20 dakikadır. Operasyon sonrası tekrar adezyon oluşumunun önlenmesi amacıyla operasyonu takiben 1-3 ay arası dönemde 10 hastaya oral hormonal tedavi (21 gün 2 mg estradiol valerat ve son 10 gün 0.5 mg norgestrel ilavesi) ve 11 hastaya hormonal tedaviye ek olarak T şeklinde rahim içi araç uygulaması, kalan 3 hastaya da 7-10 gün süresince foley kateter balon uygulaması yapılmıştır. Hastaların hepsi aynı gün taburcu edilmiştir. Hiçbir hastada komplikasyon gelişmemiştir. Hastaların takibinde sıklık hormonal tedavide menstrüasyon sağlanamadıysa, ikinci ayda tekrar histeroskopi ile değerlendirilmiştir. Saptanan adezyonlar daha önce anlatıldığı gibi giderilmiş ve işlem sonrasında sıklık hormonal tedavi verilmiştir. İki'den fazla histeroskopi gereken hasta olmamıştır.

Tablo I: Avrupa Histeroskopi Derneği'nin intrauterin adezyon sınıflaması.

1. **İnce adezyonlar:** Histeroskop kılıfı ile kolayca yırtılır. Kornual bölge normal.
2. **Tek dens adezyonlar:** Uterin kavitede ayrılan bölümler birbiri ile bağlantılıdır. Tubal ostiumlar normaldir. Sadece histeroskopun kılıfı ulanılarak yırtılmazlar.
2a: Adezyon sadece internal servikal ostiumdadır, uterin kavite normaldir.
3. **Multiple dens adezyonlar:** Uterin kavitede ayrılan bölümler birbiri ile bağlantılıdır. Tubal ostium unilateral kapalıdır.
3a. Amenore veya hipomenore ile beraber uterin duvarlarda yoğun skar.
3b. 3 ve 3a'nın birlikteliği.
4. Uterin duvarların birbirine yapışması ile yoğun dens adezyonlar. En az bir tubal ostium kapalıdır.

BULGULAR

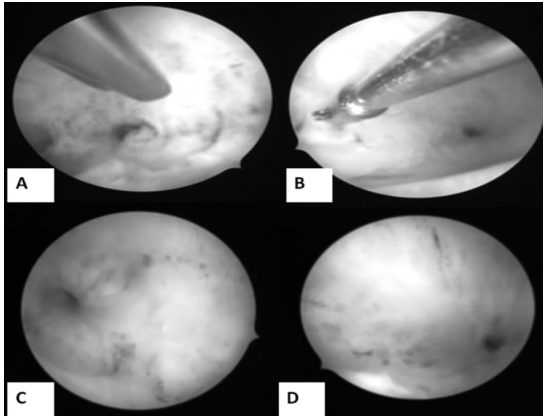
2004-2008 yıllarında kliniğimize menstrüel düzensizlik ve infertilite nedeniyle başvuran, incelemelerde intrauterin adezyon saptanan 24 hastaya histeroskopik adezyolizis uygulanmıştır. Ortalama hasta yaşı 25-39 idi. Bu hastaların menstrüel düzenlerine

bakıldığında, 8 hastada amenore %30 ve 16 hastada hipomenore (%70) mevcuttu. Menstrüel düzensizliklere ilaveten 14 hasta infertil idi.

Hastalarda hazırlayıcı faktörler incelendiğinde, %42 (10/24) geçirilmiş gebelik küretajı ve %16 (4/24) geçirilmiş sezaryan operasyonu mevcuttu. Geri kalan hastalarda herhangi risk faktörü izlenmedi.

Beş hasta Grade 1, 6 hasta Grade 2, 10 hasta Grade 3 ve 3 hasta Grade 4 olarak sınıflandırılmıştır. Tüm hastalar da histeroskopik makas kullanılarak adezyolizis yapılmıştır. Hastaların izleminde siklik menstrüasyon sağlanamayan Grade 4 adezyonu olan 2 hasta ve Grade 3 adezyonu olan 3 hastada tekrar kontrol histeroskopi yapılmıştır. Grade 1 adezyon saptanan 3 hastada aynı şekilde adezyonlar giderilmiştir ve diğer iki hastada ikinci histeroskopi sonrasında siklik hormon tedavisi ile menstrüasyon sağlanmıştır.

Hastaların hepsinde normal menstrüel kan akımı ve düzen sağlanmıştır. Hiçbir hastada operasyon sırasında ve sonrasında komplikasyon izlenmemiştir. Ondört infertil hastanın uzun dönem takipte dördünün kayıtlarına ulaşabilmiş ve bu 4 hastada yardımcı üreme teknikleri kullanılarak gebelik elde edilmiştir. Gebeliklerden üçü (%75) term dönemde, diğeri de 6. Gebelik haftasında spontan abort ile sonlanmıştır. Terme ulaşan gebeliklerden biri normal spontan vajinal yolla, diğer ikisi obstetrik nedenlerle sezaryan ile doğum gerçekleşmiş ve bebekler sağlıklıdır.



Resim 1A: Keskin makas kullanılarak adezyonların giderilmesi. **B:** Histeroskopik görüntüde, kapalı görülen sağ tubal ostiumdaki adezyonların giderilmesi, sol tubal ostium net görülmektedir. **C:** Kontrol histeroskopi işleminde adezyonların giderildiği, sağ tubal ostium ve sol **(D)** tubal ostiumun net şekilde izlendiği görülmektedir.

TARTIŞMA

İntrauterin adezyonlara bağlı amenore gelişimi 1900'lü yılların başında ilk tanımlansa da, daha sonra 1948 yılında Joseph Asherman tarafından bir hastalık olarak tanımlanmıştır ve bu nedenle Asherman Sendromu olarak da adlandırılır⁽⁵⁾. Yapılan patolojik incelemelerde glandüler dokunun da eşlik edebildiği fibröz bağ doku bantları izlenmektedir. İntrauterin adezyon sıklığı son yıllarda artış göstermektedir⁽²⁾. Elektif gebelik sonlandırılmasındaki intrauterin adezyon riski genellikle düşüktür. Fakat adezyonların prevalans ve ağırlığı yapılan işlem sayısı ile orantılı olarak artmaktadır. Doğum veya düşük sonrasında ilk dört hafta, endometriumun bazalis tabakası hasarlanmaya çok uygundur, bu nedenle gerekli olmadıkça bu dönemde küretaj işlemi uygulanmamalıdır. Histerometrinin kavitede ilerlememesi ve amenoreik kadınlarda negatif progesterin testi adezyon tanısını düşündürmektedir⁽⁵⁾.

Tanısal histeroskopi, intrauterin adezyonların tanısında altın standarttır. Bu işlem tanı ile beraber eş zamanlı olarak tedaviye de izin verir ve diğer körleme yapılan işlemlere göre endometrium daha az travmaya maruz kalır. Tanı olarak şüphelenmek çok önemlidir. Şüphelenildiğinde transvajinal ultrasonografi (TVUSG), histerosalpingografi (HSG) ve salin infüzyonlu sonohisterografi de tanı da yardımcıdır. Bu üç yöntemin histeroskopi ile karşılaştırıldığı, 65 infertil hastayı içeren çalışmada, HSG ve sonohisterografi intrauterin adezyon tanısında eşit sensitivitede bulunmuştur⁽⁶⁾. TVUSG'nun ise adezyon tanısında kullanılabilirliği sınırlı bulunmuştur.

İntrauterin adezyonların tedavisi ile ilgili randomize kontrollü çalışmalar bulunmamaktadır. Standart tedavi direk gözlem altında cerrahi ile adezyonların giderilmesidir. Adezyonların giderilmesi ile hem normal anatomiye sahip bir kavitenin oluşturulması hem de fonksiyonel bir endometrium sağlanması amaçlanır. Tedavide operatif histeroskopi tercih edilir. Devamlı sıvı infüzyonu altında basınç uygulanarak gerekirse mekanik keskin makas, elektrocerrahi ve lazer aparatlar eklenerek direkt gözlem altında yapışıklıklar giderilebilir. Ciddi adezyonlarda servikal kanalın dilatasyonu sırasında dikkat edilmelidir. Servikal kanalda oluşturulabilecek yanlış yollar nedeniyle kaviteye geçiş zor olabilir ve uterin perferasyona neden olabilir. Hastalık ağır ise anatomi

net olarak tanımlanamıyorsa transabdominal USG veya laparoskopi eşliğinde işlem uygulanmalıdır. Biz tüm işlemlerimizi transabdominal USG eşliğinde ve keskin makas kullanarak gerçekleştirdik. Histeroskopik adezyolizis sırasında nadir olarak komplikasyon izlenir. Akut olarak uterin perforasyon, sıvı yüklenmesi, elektrolit dengesizliği, hemoraji ve enfeksiyon görülebilir. Geç dönem komplikasyonu ise tekrarlayan adezyonlar ve sonraki gebelikte uterin rüptürdür. Uterin adezyonlar sıklıkla inkomplet abortus (%50), postpartum kanama (%24) ve elektif gebelik sonlandırılması (%17) sonrasında izlenmektedir⁽⁷⁾. Daha az sıklıkla etyolojide myomektomi, histerotomi, tanısal küretaj, sezeryan, tüberküloz ve uterin kompresyon sütürleri ile paketleme bildirilmiştir^(1,8). Bizim serimizde de %42 (10/24) geçirilmiş gebelik küretajı ve %16 (4/24) geçirilmiş sezeryan operasyonu mevcuttu. Gebelik sonlandırılması sonrasında hastaların 3. ve 12. Ayda histroskopi ile adezyon açısından değerlendirildiği bir çalışmada⁽⁹⁾ hastaların %37'sinde küretaj sonrası farklı derecelerde adezyon saptamışlardır. Uterin anomaliler, myomlar ve servikal stenoz gibi gebelik sonlandırılmasındaki başarısızlık sebepleri yanında intrauterin adezyonlar da belirtilmektedir⁽⁴⁾.

Operasyon sonrasında yeni adezyon oluşumunu önlemek amacıyla hormonal tedavi, rahim içi araç veya balon kataterler kullanılabilir. Bunların etkinliğini tedavi edilmeyen hastalarla karşılaştıran çalışma yoktur. İşlem sonrası kullanılan östrojen ve progestin tedavisinin adezyonları önlediği söylenmiş olmasına rağmen etkinliği kanıtlanmamıştır⁽¹⁰⁾. Operasyon sonrası rahim içi araç ile balon kateteri karşılaştıran bir çalışma mevcuttur⁽⁸⁾. Normal menstrüasyonun sağlanmasında balon katater grubunda %81, rahim içi araç grubunda %63 bulmuşlardır. Bizim serimizde de, hafif adezyonları olan hastalarda hormonal tedavi seçilirken, yoğun adezyonları olan hastalarda hormonal tedaviye ilaveten rahim içi araç veya balon katater tercih edilmiştir. Tedavi sonrası reproduktif sonuçlar ve menstrüel düzenin geri dönmesi adezyonların şiddeti ve yoğunluğu ile korelasyon göstermektedir⁽¹¹⁻¹⁴⁾. Tedavi sonrası endometrium normal kalınlığına gelemeyebilir. Bu da gebelik sonuçlarını olumsuz etkiler. Minimal adezyonlar, gebelik oranları ve term doğumlar yönünden daha iyi prognoza sahipken⁽³⁾, şiddetli ve yoğun adezyonlarda gebelik sonuçları daha düşük seyretmektedir. 187 hastanın histeroskopik olarak tedavi edildiği seride, 143 gebelik elde edilmiş; bunların %79'u (114/143) terme ulaşmış,

%18 (26/143) spontan düşükle sonlanmış ve %2 (3/143) ektopik gebelik gelişmiştir. Adezyonları şiddeti ile değerlendirildiğinde ise, ılımlı adezyonlarda gebelik oranı %81.3 iken ciddi adezyonlarda %31.9 bulunmuştur⁽⁷⁾. Bizim serimizde, tüm hastalarda menstrüel düzen geri gelmiştir. Elde edilmiş gebeliklerden %75'i (3/4) terme ulaşmışken, 1 hastada (%25) spontan abortus ile sonuçlanmıştır. Operasyon sonrası elde edilen gebeliklerde spontan abortus, erken doğum, plasenta yerleşim anomalisi ve fetal prezentasyon anomalileri görülebilmektedir. Bu nedenlerle gebenin yakın takip ve izlemi gerekmektedir.

Sonuç olarak, intrauterin adezyonların tanı ve tedavisinde histeroskopik değerlendirme komplikasyonu az ve güvenilir bir yöntemdir. Hastalığın lokalizasyonunu ve yayılımını göstermedeki başarısı yüksektir.

KAYNAKLAR

1. Schenker JG. Etiology of and therapeutic approach to synechia uteri, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1996; 65: 109- 11.
2. Letterie, GS. Structural abnormalities and reproductive failure: effective techniques for diagnosis and management, Blackwell Science, Massachusetts 1998.
3. Netter A, Musset R, Lambert A, Salomon Y, Montbazet G. Tuberculous endo-uterine symphysis; an anatomo-clinical and radiologically characteristic syndrome. Gynecol Obstet. 1955; 54: 19.
4. Valle RF, Sciarra JJ. Intrauterine adhesions: hysteroscopic diagnosis, classification treatment and reproductive outcome. Am J Obstet Gynecol 1988; 158: 1459- 70.
5. Berman JM. Intrauterine adhesions Semin Reprod Med. 2008; 26: 349- 55.
6. 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; 73(2): 406.
7. Salzani A, Yela DA, Gabiatti JR, Bedone AJ, Monteiro IM. Prevalence of uterine synechia after abortion evacuation curettage Sao Paulo Med J. 2007;125: 261- 4.
8. Luk J, Allen RH, Schantz-Dunn J, Goldberg AB. Intrauterine adhesions as a risk factor for failed first-trimester pregnancy termination Contraception. 2007; 76: 331- 3.
9. Colacurci N, Fortunato N, Nasto R, Mele D, Errico G, De Franciscis P, Zarcone R, Reproductive outcome of hysteroscopic lysis of intrauterine adhesions, Minerva Ginecol. 1997; 49: 325- 7.

10. Goldenberg M, Sivan E, Sharabi Z, Mashiach S, Lipitz S, Seidman DS Reproductive outcome following hysteroscopic management of intrauterine septum and adhesions, Hum Reprod. 1995; 10: 2663- 5.
11. Pabuccu R, Onalan G, Kaya C, Selam B, Ceyhan T, Ormek T, et al. Efficiency and pregnancy outcome of serial intrauterine device-guided hysteroscopic adhesiolysis of intrauterine synechiae, Fertil Steril. 2008; 90: 1973- 7.
12. Zikopoulos KA, Kolibianakis EM, Platteau P, de Munck L, Tournaye H, Devroey P, et al. Live delivery rates in subfertile women with Asherman's syndrome after hysteroscopic adhesiolysis using the resectoscope or the Versapoint system. Reprod Biomed Online 2004; 8: 720- 5.
13. Capella-Allouc S, Morsad F, Rongières-Bertrand C, Taylor S, Fernandez H. Hysteroscopic treatment of severe Asherman's syndrome and subsequent fertility. Hum Reprod 1999; 14: 1230- 3.
14. Katz Z, Ben-Arie A, Lurie S, Manor M, Insler V. Reproductive outcome following hysteroscopic adhesiolysis in Asherman's syndrome. Int J Fertil Menopausal Stud 1996; 41: 462.