

STUDIUL CLINIC ȘI STATISTIC AL EVOLUȚIEI SARCINII PE UTERUL MALFORMAT. PROGNOSTIC ȘI MODALITATE DE FINALIZARE A NASTERII

Maria Chifan¹, C. Fătu², C. Zanoschi², Mihaela Puișor²

1 - Spitalul Rădăuți, jud. Suceava, doctorand . Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T.Popa” Iași

2 Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T.Popa” Iași, Catedra de Anatomie

CLINICAL AND STATISTICAL STUDY OF PREGNANCY EVOLUTION ON MALFORMED UTERUS. PROGNOSTIC AND BIRTH MODALITIES (ABSTRACT): Our study aims to communicate the author's experience concerning the pregnancy evolution at 316 women with various uterus malformations. At the beginning of this study, none of them was pregnant. The proportions of the various types of malformations encountered at the 316 cases were: septate uterus – 83%, arcuate uterus – 3%, bicornuate uterus – 3%, pseud unicorn – 3%, pseudodidelphys – 2%, “H” shaped – 1%, Rokitansky-Kuster-Hauser – 4%, uterine hypoplasia – 1%. The diagnosis was established clinically and paraclinically (non-pregnant women). The paraclinical methods that were used were: ecography at all the patients, hysterosalpyngography at 80% of the cases, hysteroscopy at 60% of the cases, RMN at 10% of the cases, celioscopy at 10% of the cases, the exam of the sexual chromatin and caryotype at 5% of the cases, hormonal dosage at 5% of the cases. The conventional as well as endoscopic surgery was performed with a successful rate of 67 – 82% of the cases. The author concludes that uterine malformations precociously found benefit the best of surgical treatment, the difficult cases having the most reserved prognostic. The cause of reduced fertility in patients with endometriosis but patent fallopian tubes is not clear. In the mild stages of the disease a full course of hormonal suppression therapy should be the first therapeutic modality. In the advanced stages, a microsurgical approach, together with hormonal suppressive drugs, should be offered to the patients.

KEY WORDS: UTERUS MALFORMATION, ECOGRAPHY, HYSTEROSALPYNGOGRAPHY, HYSTEROSCOPY, HYSTEROSCOPIC METROPLASTY

Correspondență: D. Maria Chifan, Spitalul Rădăuți, jud. Suceava, e-mail: mariachifan29@yahoo.com*

INTRODUCERE

Importanța cunoașterii morfogenezei malformațiilor uterine și a manifestărilor clinice cu simptomatologie polimorfă se impune datorită faptului că multe din acestea trec neobservate în cursul vieții genitale.

Majoritatea uterelor malformate sunt asimptomatice, depistate la vârsta adultă, fie accidental, fie cu ocazia investigării cauzelor sterilității sau infertilității cuplului. Diagnosticul precoce și tratamentul corespunzător îmbunătățesc atât prognosticul ginecologic cât mai ales pe cel obstetrical.

* received date: 07.03.2010

accepted date: 24.05.2011

Frecvența relativ mare a malformațiilor congenitale ale aparatului genito-urinar (3-4 dintr-o sută de femei și dintre acestea 28-30% malformații uterine) și răsunetul acestora asupra patologiei ginecologice și mai ales obstetrical, dau o importanță deosebită studiului embriogenezei și organogenezei și atrag atenția asupra necesității examenului clinic atent începând chiar de la naștere. Incidența malformațiilor uterine congenitale în cadrul cuplurilor cu tulburări de reproducere a fost de 6,8%.

Constatăm totuși că frecvența totală a malformațiilor uterine este dificil de apreciat din cauza cazurilor asimptomatice (aproximativ 50%).

Incidența anomaliilor tractului genital a fost estimată în Franța în anul 2009 la 0,02% din populația feminină, dar frecvența sa ar putea fi în creștere datorită ingestiei în scop anticoncepțional a DES (dietilstilbestrol) - substanță care crește frecvența anomaliilor cavității uterine, apărând modificări ale lumenului uterului, cavități uterină în "T", anomalii cervicale și tubare.

Din totalul de 3-4 % malformații uterine, Musset găsește uter unicorn și pseudunicorn - 12,5%, uter bicorn - 37,5%, uter septat - 50% [1-4].

MATERIAL ȘI METODĂ

Materialul clinic studiat a constatat într-un lot de 316 paciente urmărite în perioada iunie 2002-iulie 2009. La începutul studiului nici o pacientă nu a fost însărcinată. Distribuția pe grupe de vârstă a pacientelor cu malformații uterine congenitale arată că majoritatea au vârsta cuprinsă între 25-40 ani cu un vârf de aproximativ de 31 ani (Fig. 1).

Dintre acestea la 60,2 % paciente s-au dezvoltat sarcini normale în timp ce la 9,8% din cazurile cu malformații uterine a fost diagnosticată sterilitatea (la jumătate din ele acuzând și cauze hormonale sau endometrioza) și în 30% din cazuri au apărut avorturi spontane

Ca metode de diagnostic s-au folosit: ecografia pelvină, histerosalpingografia, histeroscopia, celioscopia, rezonanța magnetică nucleară (IRM), ecografia renală și urografia intravenoasă, dozare de steroizi, determinarea cromatinei sexuale și a cariotipului.

Din cele 316 paciente urmărite, 21 au beneficiat de intervenții chirurgicale convenționale în timp ce la 175 s-au practicat intervenții perhisteroscopice.

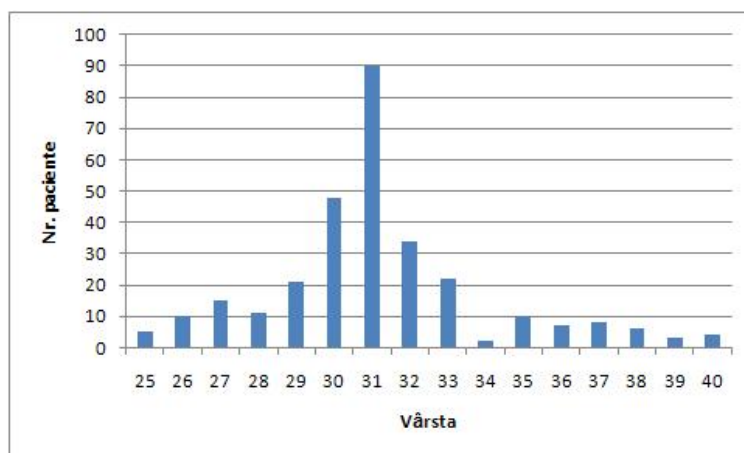


Fig. 1 Distribuția pe grupe de vârstă a pacientelor cu malformații congenitale uterine

REZULTATE ȘI DISCUȚII

Diagnosticul tipului de malformație uterină a fost realizat clinic și paraclinic. Semnele clinice au fost reprezentate de amenoree - 4%, dismenoree - 3%, dispareunie - 2%, infertilitate – 24,67%, antecedente obstetricale - (avorturi repetate - 30%, nașteri premature - 29%, prezentații distocice - 2%, întârziere în creșterea intrauterină - 2%, accidente la delivrare - 2%, septuri vaginale - 0,66%, palparea unor mase pelvine anormale - 0,33%, palparea unui corp uterin cu anomalii morfologice - 0,33%).

Examenul paraclinic este reprezentat de:

- **ecografia pelvină** precizează conturul extern și intern al uterului, apreciază aspectul anexelor și verifică starea rinichilor. Ecografia pelvină a fost efectuată la **toate pacientele** și așa am putut descoperi uterul unicorn, uterul cu un corn rudimentar, uterul bicorn, uterul septat. Ecografia renală și urografia intravenoasă, pun în evidență eventualele malformații renale asociate [5].
- **histerosalpingografia** a fost efectuată la 80% din cazuri și a depistat uter dublu, uter unicorn, uter pseudunicorn, uter septat asimetric, uter bicorn bicervical cu retenție menstruală unilaterală. HSG este singura metodă de explorare a uterului comunicant și permite în plus aprecierea stării anexelor (trompelor) [5].
- **histeroscopia** a fost efectuată la 82% din cazurile urmărite. Ea are un interes diagnostic limitat în cazul uterelor duble și nu poate depista decât septul parțial la fundul uterului. De asemenea este foarte utilă în tratamentul endoscopic al uterelor septate (rezolvare 100%).
- **rezonanță magnetică nucleară (IRM)** practicate la 10% din cazurile urmărite conferă imagini de o mare sensibilitate în diagnosticul malformațiilor uterine, inconvenientul fiind acela că nu pot fi folosite de rutină [6].
- **celioscopia** poate preciza tipul de malformație uterină și poate face bilanțul unor leziuni asociate (endometrioza). A fost folosită tot la 10% din cazuri dar este un examen invaziv și nu a fost propusă decât la cazurile la care histerosalpingografia nu a fost suficientă pentru stabilirea diagnosticului.

Evoluția sarcinii la cazurile studiate ne-a permis să evidențiem perturbări grave. Astfel, la 30% din pacientele cu malformații uterine sarcinile s-au finalizat cu avorturi spontane. Deasemenea au mai fost 2 sarcini extrauterine tubare și 1 sarcină în corn uterin rudimentar).

În alte 29% din cazuri, gravidele au născut prematur. La 6% din cazuri au apărut disgravidie tardivă și retard în creștere uterină. La 2% din cazuri au apărut prezentații pelvine care au necesitat naștere prin operație cezariană.

La 2% din cazuri a apărut decolare prematură de placentă normal inserată și de asemenea anomalii de contractilitate a miometrului cum ar fi hemoragia de delivrență 2%.

În 1% din cazuri au apărut malformații fetale secundare, de compresiune (picior plat sau strâmb congenital) iar în 28% din cazuri sarcinile au evoluat fără manifestări clinice.

La cele 316 cazuri urmărite am găsit următoarele **tipuri anatomice** repartizate astfel (Fig. 2): uter septat - 83%, uter arcuat - 3%, uter bicorn - 2%, uter pseudodidelf - 2%, uter unicorn -2%, uter pseudunicorn - 2%, uter în “H”- 1%, sindrom Rokitansky-Küster-Hauser - 4%, hipoplazie uterină - 1%.

La femeile urmărite cu utere malformate fiziopatologia eșecului reproducerii incriminează micșorarea cavității uterine, vascularizație inadecvată pe septuri, anomalii de structură anatomică, anomalii de contractilitate a miometrului, anomalii ale filierei genitale, anomalii secundare accidentelor obstetricale (beanță, sinechie, salpingită).

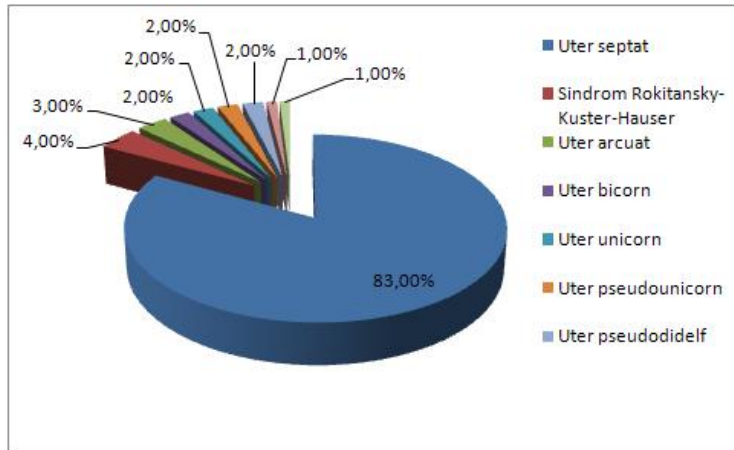


Fig 2 Tipuri de malformații congenitale uterine

Tratamentul în cazul uterelor malformate a fost endoscopic [7] chirurgical și a presupus reconstituirea unei cavități uterine anatomice și funcționale. Uterele malformate care au beneficiat de intervenții chirurgicale sunt reprezentate în proporții de 85% de uterul septat și bicorn [8]. În 5% din cazuri am folosit **intervențiile chirurgicale convenționale** (Tabel 1): Strassmann, Bret-Palmer, Te Lindes și Jones (aplicate mai ales la uterele septate). Rezultatele histeroplastiei chirurgicale au fost excelente: au diminuat numărul avorturilor spontane de la 80% la 10% și au crescut numărul gravidelor care au dus sarcina la termen de la 5% la 60-65%. **Intervențiile chirurgicale endoscopice** (Tabel 2) apărute recent reprezintă un tratament de primă intenție, metroplastia perhisteroscopică în același timp operator cu histeroscopia diagnostică fiind practică în 82% sau într-un timp ulterior-18%.

Tabel 1
Intervenții chirurgicale convenționale practicate

2002-2009	Opera te	Sarci ni	La termen	Premat ur	Av ort
Strassmann	12	10	6	2	2
Jones, Telin de	6	4	3	-	1
Bret-Guillet	3	3	2	-	1
TOTAL	21	17	11	2	4

Tabel 2
Intervenții chirurgicale endoscopice

PERHISTEROSCOPIC 2002-2009	175	151	134	12	5
---------------------------------------	-----	-----	-----	----	---

Histeroscopia operatorie permite rezecția septului uterin [9] și este preferată metroplastiilor clasice pentru că agresivitatea este mică, peretele uterin nu se secționează, mortalitatea și morbiditatea sunt aproape nule, prețul de cost este scăzut, numărul zilelor de spitalizare este minim și confortul psihologic al femeii este foarte bun. Histeroscopia operatorie se practică la primele experiențe sub control pelviscopic sau ecografic. Controlul ecografic este mai ușor doar că nu dă aceeași siguranță ca și cel pelviscopic fiind preferat de cele mai multe paciente. La două luni după histeroscopia operatorie am practicat o histerosalpingografie de control și o histeroscopie de control pentru a verifica calitatea cicatrizării sau existența unei eventuale sinechii.

În timp ce la metroplastiile clasice tradiționale [10], incidența operației cezariene a fost de 100%, în rezecțiile perhisteroscopice echoghidate [11] a fost între 35-40%. De asemenea incidența placentei hiperaderente s-a situat între 0 și 4%.

CONCLUZII

Frecvența malformațiilor congenitale uterine ca rezultat al unor defecte ale embriogenezei este într-o continuă creștere, proporțională cu creșterea incidenței factorilor teratogeni (fizici, chimici, medicamentoși, infecțioși, hormonal, ereditatea) care, alături de cei genetici, pot altera produsul de concepție. Tipurile de malformații uterine sunt extrem de diverse dar dintre acestea 62-65% sunt compatibile cu graviditatea.

Diagnosticul de primă intenție a malformațiilor uterine este realizat de ecografia pelvină care, atunci când nu este suficientă trebuie completată de o metodă de explorare cavitară (histerosalpingografia și histeroscopia). Uterele malformate nu împiedică concepția propriu-zisă, ci păstrarea unei sarcini până la termen și din această cauză tratamentul corespunzător este cel care a scăzut numărul de avorturi spontane și de nașteri premature. Marea realizare este că prognosticul obstetrical al uterelor septate poate fi ameliorat prin secțiunea histeroscopică a septului (tratament endoscopic) sub control ecografic. Cu toate că nici histeroscopia operatorie nu este perfectă, în tratamentul uterului septat (majoritatea cazurilor), ea a devenit o achiziție de valoare, constituind indiscutabil metoda de elecție pentru rezolvarea eficientă a malformațiilor endouterine.

BIBLIOGRAFIE

1. Magre S, Fridmacher V. Initial stagnes of gonadal differentiation. *Contracept. Fertil. Sex.* 1994; 22(9): 535-538.
2. Rudigoz RC, Gaucherand P, Dargent D. The obstetrical outlook in uterine malformations *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 1989; 18(2): 185-191.
3. Heinonen PK, Pystynen PP. Primary infertility and uterine anomalies. *Fertil Steril* 1983; 40(3): 311-316.
4. Woodward PJ, Wagner BJ, Farley TE. MR Imaging in the evaluation of female infertility. *Radiographics* 1993; 13: 293-310.
5. Blanc B, D'Ercole C, Gaiato ML, Boublil L. Endoscopic treatment of the septate uterus. *J. Gynecol Obstet Biol Reprod* 1994; 23: 596-601.
6. Soutoul JH, Kamina P, Bertrand J. Anatomie médico-chirurgicale de l'appareil génital féminin. *Encyclopedie Médico-Chirurgicale, Paris, Gynécologie*, 1993; 10A, 4.4.11.
7. Sentilhes L, Sergent F, Roman H, Verspyck E, Marpeau L. Late complications of operative hysteroscopy: predicting patients at risk of uterine rupture during subsequent pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 120(2): 134-138.

8. Porcu G, Cravell L, D'Ercole C, Cohen D, Roger V, Blan B. Hysteroscopic metroplasty for septate uterus and repetitive abortions: reproductive outcome. *Europ J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000; 88: 81-84.
9. Fedele L, Arcaini L, Parazzini F, Vercellini P, Di Nola G. Reproductive prognosis after hysteroscopic metroplasty in 102 women: life-table analysis. *Fertil Steril* 1993; 59: 768-772.
10. Querleu D. Echoguided resection of the septate uterus. *J Ginecol Obstet Biol Reprod* 1994; 23: 603-605.
11. Jourdain O, Joyeux P, Lajus C, Sfaxi I, Harle T, Roux D, Dallay D. Endometrial Nd-YAG laser ablation by hysteroscopy: long-term results of 137 cases. *Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 1996; 69: 103-107.