

Ανασκόπηση

Σύνδρομο Asherman

Θ. Ταντανάσης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το σύνδρομο Asherman περιγράφηκε από τον J. Asherman και αφορά την ανάπτυξη ενδομήτριων συμφύσεων που οδηγεί σε κλινική συμπτωματολογία. Σε αυτό το άρθρο, αναλύονται η συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου, η κατάταξή του, η αιτιολογία του, η παθολογία του, η συμπτωματολογία του, οι μέθοδοι διάγνωσης του και η θεραπευτική του αντιμετώπιση.

Όροι ευρετηρίου: σύνδρομο Asherman, ενδομήτριες συμφύσεις, αιτιολογία, συμπτωματολογία, διαγνωστικές μέθοδοι, θεραπευτική αντιμετώπιση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ήδη το 1948, που ο J. Asherman ασχολήθηκε με το φαινόμενο των ενδομήτριων συμφύσεων, καθιερώθηκε ο όρος «σύνδρομο Asherman»¹. Ο ίδιος περιέγραφε στις εργασίες του ενδομήτριες συμφύσεις, που προέκυψαν μετά από απόξεση σε εγκυμονούσα μήτρα. Σήμερα βέβαια, γνωρίζουμε ότι υπάρχουν και άλλοι λόγοι που οδηγούν σε ενδομήτριες συμφύσεις.

Σε ό,τι αφορά το ίδιο το σύνδρομο Asherman, αυτό αναφέρεται σε γυναίκες με κλινική συμπτωματολογία. Υπάρχουν όμως, και περιπτώσεις όπου η παρουσία ενδομήτριων συμφύσεων δε συνδυάζεται με κλινικά συμπτώματα. Σε αυτήν την περίπτωση, καλό είναι να μιλάμε για «ασυμπτωματικές ενδομήτριες συμφύσεις».

Οι συμφύσεις, ως γνωστόν, αποτελούνται από συνδετικό ιστό, ο οποίος μπορεί να συνδέει επιφάνειες μεταξύ τους. Υπάρχει όμως, και το ενδεχόμενο να υπάρχει συνδετικός ιστός υπό τη μορφή ίνωσης, χωρίς να προκαλέσει σύμπτυξη επιφανειών. Αυτός ο συνδετικός ιστός μπορεί να είναι μόνο στην επιφάνεια, μπορεί όμως και να καλύπτει μεγαλύτερη περιοχή και να διαπερνά μέχρι και το μυομήτριο χωρίς να προκύψει ανάπτυξη συμφύσεων.

Με βάση τα προαναφερθέντα, η ομάδα του κέντρου υστεροσκόπησης του Πανεπιστημίου του Πεκίνου² καταθέτει την πρόταση ότι η διάγνωση του συνδρόμου Asherman πρέπει να βασίζεται στα εξής:

1. κλινικά συμπτώματα, όπως: αμηνόρροια, υπομηνόρροια, υπογονιμότητα, επαναλαμβανόμενες αποβολές ή ιστορικό με ανώμαλη θέση του πλακούντα (προδρομικός ή διεισδυτικός πλακούντας)
2. παρουσία ενδομήτριων συμφύσεων, που διαγνώστηκαν υστεροσκοπικά

Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική
Αριστοτελείου Πανεπιστημίου
Θεσσαλονίκης

Αλληλογραφία:

Θ. Ταντανάσης, Επίκουρος Καθηγητής

Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική

Αριστοτελείου Πανεπιστημίου

Θεσσαλονίκης

Τηλ.: 2310 892130

Κατατέθηκε: 30/7/08

Εγκρίθηκε: 5/9/08

ή και παρουσία στην ενδομήτρια κοιλότητα ίνωσης επιβεβαιωμένης ιστολογικά.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Η συχνότητα διαφέρει από χώρα σε χώρα και εξαρτάται και από τον πληθυσμό που μελετήθηκε. Παραδείγματος χάρι, το 1982 σε 2981 περιπτώσεις που μελετήθηκαν³ βρέθηκε ο εξής αριθμός περιπτώσεων Asherman: στο Ισραήλ 770, στην Ελλάδα 456, στην Ν. Αμερική 445.

Η διαφορετική συχνότητα εμφάνισης αποδίδεται:

- α) στους ίδιους τους γιατρούς,
- β) στον αριθμό εκτρώσεων ανά χώρα,
- γ) στο είδος της επέμβασης στη μήτρα,
- δ) στην παρουσία φυματίωσης του γεννητικού συστήματος ή άλλων ενδομητρίων λοιμώξεων και
- ε) στα διαγνωστικά κριτήρια που τέθηκαν για αξιολόγηση.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Ο τραυματισμός της ενδομήτριας κοιλότητας σε εγκυμονούσα μήτρα θεωρείται ότι είναι η κύρια αιτία για τη δημιουργία του συνδρόμου Asherman.

Μία στατιστική μελέτη των Schenker και Margalioth³ κατέδειξε ότι:

- α) το 90,8% των περιπτώσεων με Asherman αφορούσε εγκυμονούσα μήτρα,
- β) στο 66,7% προηγήθηκε απόξεση μετά από αποβολή ή παλίνδρομη κύηση,
- γ) στο 21% έγινε απόξεση μετά τον τοκετό,
- δ) στο 2% προηγήθηκε καισαρική τομή και
- ε) στο 0,6% έγινε εκκένωση της μήτρας λόγω μύλης κύησης.

Μία πιθανή εξήγηση είναι τα χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων κατά ή μετά την επέμβαση, στη φάση δηλαδή που το ενδομήτριο χρειάζεται τα οιστρογόνα για την ανάπλασή του. Άλλη εξήγηση θα μπορούσε να είναι το γεγονός ότι το ενδομήτριο είναι σε μία πιο ευαίσθητη φάση μετά την κύηση, γεγονός που καθιστά τη βασική στοιβάδα του ενδομητρίου πιο ευπαθή σε τραυματικούς χειρισμούς, όπως η απόξεση.

1. Τραυματισμός στο ενδομήτριο μη εγκυμονούσας μήτρας

Οι Schenker και Margalioth³ αναφέρουν σχετικά τα εξής: Asherman μπορεί να παρουσιαστεί μετά από διαγνωστική απόξεση (σε 16%), κοιλιακή ινομυεκτομή (1,3%), σε αφαίρεση τραχηλικού πολύποδα (0,5%), εισαγωγή ενδομητρίου σπειράματος (0,2%) ή σε χρήση ραδίου (0,05%).

Μετά από υστεροσκοπική χειρουργική επέμβαση, ο Taskin⁴ αναφέρει παρουσία Asherman σε 6,7% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε αφαίρεση διαφράγμα-

τος και σε 31,3% έως 45,5% όσων υποβλήθηκαν σε αφαίρεση ινομυωμάτων από την ενδομήτρια κοιλότητα. Σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε θερμική καταστροφή του ενδομητρίου με μπαλόνι, το 36,4% εμφάνισε ενδομήτριες συμφύσεις.

2. Φλεγμονή

Υπάρχει αντιπαράθεση ως προς το εάν μία φλεγμονή θα μπορούσε να είναι η γενεσιουργός αιτία για τη δημιουργία συνδρόμου Asherman. Μία σειρά ερευνητών⁵ υποστηρίζουν ότι μπορεί να συμβεί αυτό, ειδικότερα μετά από χρόνια ή υποξεία ενδομητρίτιδα. Υπάρχουν όμως, και άλλοι ερευνητές που υποστηρίζουν το αντίθετο, όπως ο Polishuk⁶ ο οποίος εξέτασε 171 γυναίκες μετά από καισαρική τομή. Από αυτές, μόνο 28 εμφάνισαν ενδομητρίτιδα. Οι 171 γυναίκες υποβλήθηκαν σε υστεροσαλιγγιογραφία, δε βρέθηκε όμως σημαντική διαφορά ως προς την ανάπτυξη ενδομητρίων συμφύσεων ανάμεσα σε αυτές με ενδομητρίτιδα και σε εκείνες χωρίς. Συνοπτικά, μπορεί να ειπωθεί ότι, σύμφωνα με την άποψη ορισμένων ερευνητών, ο μηχανισμός μίας φλεγμονής σε συνδυασμό με τραύμα, θα μπορούσε να συμβάλει στην ανάπτυξη συμφύσεων. Τέλος, ως μην ξεχάμε τη φυματίωση του ενδομητρίου, που σύμφωνα με τους Schenker και Margalioth³ ανέρχεται στο 4%.

3. Ανωμαλίες διάπλασης της μήτρας

Οι Stillman και Asarkof⁷ μελέτησαν 43 γυναίκες με διάφραγμα της ενδομήτριας κοιλότητας και βρήκαν σε 16% σύνδρομο Asherman. Πιθανολογείται όμως, ότι σε τέτοιες περιπτώσεις είναι αυξημένο το ενδεχόμενο αποβολής και, κατά επέκταση, τραυματισμού της μήτρας ιατρογενώς, γεγονός που θα εξηγούσε και το σχηματισμό ενδομητρίων συμφύσεων.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Ιστολογικά, το σύνδρομο Asherman αποτελεί μία κατάσταση κατά την οποία το ενδομήτριο υφίσταται ίνωση⁸. Τμήματα του ενδομητρίου στρώματος έχουν αντικατασταθεί από ινώδη ιστό και η αρχιτεκτονική του ενδομητρίου, όπου ξεχωρίζουν η βασική από τη λειτουργική στοιβάδα, έχει χαθεί. Η λειτουργική στοιβάδα έχει αντικατασταθεί από ένα μονό επιθηλιακό στρώμα, το οποίο δεν αντιδρά σε ορμονικά ερεθίσματα. Ακόμη, μπορεί να υπάρχουν εστίες επασβέστωσης ή οστεοποίησης στο στρώμα, οι αδένες να είναι ελάχιστοι, ανενεργοί ή κυστικά διατεταγμένοι. Στις περισσότερες περιπτώσεις, δεν υπάρχουν αγγεία, ενώ αν υπάρχουν είναι διατεταγμένα και με λεπτό τοίχωμα.

Οι συμφύσεις είναι δυνατό να έχουν διαβρώσει όλα τα στρώματα της μήτρας. Ανάλογα με την υφή τους, μπορεί να περιέχουν ινώδη ιστό ή και μυϊκές ίνες και να καλύπτονται από λεπτό στρώμα ενδομητρίου ή όχι.

Πίνακας 1. Κατάταξη των ενδομήτριων συμφύσεων
(European Society of Gynecological Endoscopy-ESGE) (1995)

| Βαθμός | Έκταση των ενδομήτριων συμφύσεων |
|--------|---|
| I | Λεπτές συμφύσεις. Εύκολα τέμνονται με υστεροσκοπιο/περιοχή κεράτων μήτρας κ.φ. |
| II | Μονήρης σκληρή σύμφυση. Δε διασπάται με το υστεροσκοπιο. Συνδέει δύο αντίθετες επιφάνειες της κοιλότητας. Στόμα σαλπγγων κ.φ. |
| III | Πολλαπλές σκληρές συμφύσεις. Ένα στόμιο σάλπιγγας κλειστό. |
| IV | Εκσεσημασμένες σκληρές συμφύσεις με μερικό αποκλεισμό της κοιλότητας και τα δύο σαλπγγικά στόμια κλειστά. |
| Va | Εκσεσημασμένη ουλοποίηση και ίνωση ενδομητρίου σε συνδυασμό με συμφύσεις ή I ή II βαθμού. Αμηνόρροια ή υπομηνόρροια. |
| Vb | Εκσεσημασμένη ουλοποίηση και ίνωση ενδομητρίου σε συνδυασμό με συμφύσεις III ή IV βαθμού. Αμηνόρροια. |

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

1. Διαταραχές περιόδου

Υπομηνόρροια και αμηνόρροια συνυπάρχουν σε ποσοστό 68% με σύνδρομο Asherman. Η αμηνόρροια μπορεί να οφείλεται είτε σε συμφύσεις του τραχηλικού αυλού είτε σε μεγάλο βαθμού ίνωση, λόγω καταστροφής του ενδομητρίου. Σε ποσοστό 3,5%, μπορεί να εμφανιστεί και δυσμηνόρροια. Ακόμη, σε αποκλεισμό του έσω τραχηλικού στομίου μπορεί να υπάρχει δευτερογενώς αμηνόρροια, δυσμηνόρροια, αιματόμητρα και αιματοσάλπιγγα^{3,9}.

2. Υπογονιμότητα

Σύμφωνα με τα στοιχεία που ανέλυσαν οι Schenker και Margalioth³, υπάρχει υπογονιμότητα σε περίπου 43% των περιπτώσεων. Αυτό πιθανώς οφείλεται σε αποκλεισμό των σαλπγγικών στομίων, του τραχηλικού αυλού ή σε μείωση της ακεραιότητας της ενδομητριας κοιλότητας. Ακόμη, οι συμφύσεις είναι δυνατόν να παρεμποδίζουν την κίνηση των σπερματοζωαρίων ή και την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στο ενδομήτριο.

3. Επαναλαμβανόμενες αποβολές

Όπως προαναφέρθηκε, εκτεταμένου βαθμού συμφύσεις προκαλούν υπογονιμότητα, όμως και μικρότερου βαθμού συμφύσεις μπορεί να προκαλέσουν επαναλαμβανόμενες αποβολές.

Οι λόγοι:

- ελάττωση του χώρου της ενδομητριας κοιλότητας,
- έλλειψη στρώματος ενδομητρίου ικανού να συντελέσει στην εμφύτευση αλλά και στη συνέχεια στην ανάπτυξη του πλακούντα και
- έλλιπης αγγειοποίηση του ενδομητρίου¹⁰.

4. Λοιπές επιπλοκές κύησης

Το ποσοστό αυτόματης σύλληψης σε σύνδρομο Asherman ανέρχεται σε 45,5%. Σύμφωνα με τους Schenker και Margalioth, το ποσοστό αυτόματων αποβολών φθάνει το 40% ενώ του πρόωρου τοκετού το 23%. Το 30% αντιπροσωπεύει τελειόμηνες κυήσεις. Λοιπά ενδιαφέροντα στοιχεία: το 13% των περιπτώσεων έχουν σπιφρό πλακούντα και το 12% εξωμήτριες κυήσεις³.

5. Υστεροσκοπική καταστροφή ενδομητρίου

Οι Hare και Olah¹¹ αναφέρουν ότι μία εγκυμοσύνη με την εφαρμογή της ανωτέρω τεχνικής συνδέεται με σοβαρούς κινδύνους, όπως έκτοπος κύηση σε 1,4%, αυτόματη αποβολή σε 21%, πρόωρος τοκετός σε 18,6%, IUGR σε 4%, σπιφρός πλακούντας σε 14,3%. Στη μελέτη τους από 70 περιπτώσεις, μόνο 4 (5,7%) εξελίχθηκαν ομαλά. Αλλά και το ενδεχόμενο σοβαρού τραυματισμού του εμβρύου λόγω ενδομητρίων συμφύσεων είναι υπαρκτό.

6. Νεοπλασία ενδομητρίου

Σύμφωνα με μία αναφορά του Sandbridge¹², είναι δυνατό να συνυπάρχουν το σύνδρομο Asherman και αδενοκαρκίνωμα ενδομητρίου.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

1. Υστεροσαλπγγογραφία (ΥΣΓ)

Ακόμη και σήμερα, θεωρείται ότι αποτελεί ένα αρχικό χρήσιμο τεστ για τη διάγνωση του συνδρόμου Asherman. Έχει το πλεονέκτημα ότι, με τον τρόπο αυτό, σκιαγραφείται η ενδομήτρια κοιλότητα και οι σάλπιγγες και αξιολογείται η βατότητά τους.

Υπάρχουν διάφορες μελέτες που συγκρίνουν την ΥΣΓ με την υστεροσκόπηση. Σε μία¹³ παρουσιάζεται η

ΥΣΤ να έχει 38,3% ψευδώς θετικά αποτελέσματα. Σε άλλη μελέτη του Soares¹⁴, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η ΥΣΤ έχει μία ευαισθησία της τάξεως του 75% σε ό,τι αφορά τη διάγνωση των ενδομήτριων συμφύσεων και μία θετική προγνωστική αξία του 50%.

Συνοπτικά, πρόκειται για μία απλή μέθοδο, η οποία έχει όμως μία σειρά από περιορισμούς σχετικά με την εφαρμογή της. Κατά πρώτον, δεν παρέχει τη δυνατότητα διάγνωσης της ίνωσης του ενδομητρίου σε περιπτώσεις χωρίς συμφύσεις. Δεύτερον, έχει υψηλό ποσοστό ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων. Τρίτον, απαλές συμφύσεις πιθανόν να μην καταδειχθούν μέσω της ΥΣΤ και τέταρτον, φυσαλίδες, βλέννη και προϊόντα κυτταρικής απόπτωσης μπορεί να προκαλέσουν σύγχυση στην εικόνα και να οδηγήσουν σε λάθος συμπεράσματα.

2. Υπερηχοτομογραφία

Πρόκειται για μία μη επεμβατική τεχνική που προσφέρεται για απεικόνιση της ενδομητρίου κοιλότητας σε περιπτώσεις όπου, λόγω απόφραξης, δεν είναι δυνατή η χρήση της υστεροσαλπιγγογραφίας ή της υστεροσκοπησης.

Οι συμφύσεις απεικονίζονται σαν πυκνές, υπερηχογενείς «γέφυρες» που συνδέουν μεταξύ τους τα τοιχώματα της ενδομητρίου κοιλότητας. Όμως, η ευαισθησία και η ειδικότητα της μεθόδου υστερούς σημαντικά. Ειδικότερα σε ό,τι αφορά στην κολπική υπερηχοτομογραφία, η ευαισθησία της φθάνει το 52% και η ειδικότητα της το 11%¹⁵. Η 3D υπερηχοτομογραφία δε βρήκε ακόμη ευρεία αποδοχή σε ό,τι αφορά αυτό το θέμα. Η ειδικότητα της αναφέρεται να είναι περίπου 45%.

3. Υπερηχογραφική υστερογραφία (ΥΥ)

Συνδυάζει την τεχνική της κολπικής υπερηχοτομογραφίας με τη διακολπική έγχυση στην ενδομήτρια κοιλότητα 20-30 ml ισότονου διαλύματος.

Σε μία συγκριτική μελέτη ανάμεσα σε ΥΥ και ΥΣΤ, είχαν και οι δύο την ίδια ευαισθησία (75%) και ειδικότητα (14%). Σε ό,τι αφορά στις ενδείξεις χρήσης της, η ΥΥ, όπως και η ΥΣΤ, έχει σημασία να χρησιμοποιηθούν μόνο σε περιπτώσεις όπου οι ενδομήτριες συμφύσεις δεν προκαλούν αποκλεισμό πρόσβασης προς την κοιλότητα της μήτρας. Ακόμη, η ΥΥ έχει θέση σε περιπτώσεις όπου, ενώ η κολπική υπερηχοτομογραφία δεν ήταν σε θέση να καταδείξει ενδομήτριες συμφύσεις, υπήρχε η κλινική υποψία για την ύπαρξή τους.

4. Μαγνητική τομογραφία

Έχει ήδη χρησιμοποιηθεί για τη διάγνωση του συνδρόμου Asherman, όμως μέχρι τώρα δεν είναι ακόμη σύγουρη η αξιολόγηση των ευρημάτων, σε ό,τι αφορά την παρουσία ενδομήτριων συμφύσεων¹⁶. Παρόλα αυτά, η μέθοδος μπορεί να αποτελέσει μία συμπληρωματική επιλογή, όταν η πρόσβαση προς την ενδομήτρια

κοιλότητα δεν είναι εφικτή και δεν είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί υστεροσκοπηση.

5. Υστεροσκοπηση

Είναι μέθοδος, η οποία προσφέρει την καλύτερη δυνατή αξιολόγηση της ενδομητρίου κοιλότητας.

Ο Al-Ipany¹⁷ περιγράφει τρεις τύπους συμφύσεων, κατά την υστεροσκοπηση:

- η κεντρική σύμφυση, που μοιάζει σε μία στήλη που συνδέει τα τοιχώματα της μήτρας μεταξύ τους,
- η περιφερική σύμφυση, που παρομοιάζεται σαν μία «κουρτίνα» που μπορεί να κρύβει ένα τμήμα της κοιλότητας και
- ένα σύμπλεγμα συμφύσεων, το οποίο κατατέμνει την ενδομήτρια κοιλότητα σε μικρότερα, ανομοιογενή διαμερίσματα.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ο στόχος στην αντιμετώπιση του συνδρόμου Asherman είναι πολλαπλός: να αποκαταστήσει το μέγεθος του χώρου, αλλά και την επιφάνεια της ενδομητρίου κοιλότητας, να αποτρέψει την επαναδημιουργία συμφύσεων και τέλος, να συμβάλει στην επούλωση και αναζωογόνηση του ενδομητρίου κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να επανέλθει η απολεσθείσα φυσιολογική λειτουργία.

1. Συντηρητική αντιμετώπιση

Σύμφωνα με τους Schenker και Margalioth³, από 23 γυναίκες με αμηνόρροια (από στοιχεία της βιβλιογραφίας) που δεν αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά, σε 18 επανεμφανίστηκε η περίοδος σε φυσιολογικό ρυθμό μετά από πάροδο 1 έως 7 ετών. Σε ό,τι αφορά γυναίκες με στόχο την τεκνοποίηση, από 292 γυναίκες χωρίς θεραπεία, ένα 45,5% συνέλαβε χωρίς καμία είδους αγωγή.

2. Διαστολή τραχήλου και απόξεση

Πριν την εμφάνιση της μεθόδου της υστεροσκοπησης, η ανωτέρω επέμβαση αποτελούσε μία επιλογή. Βέβαια, οδηγούσε και σε υψηλό ποσοστό συμφύσεων και ως εκ τούτου, είχε χαμηλό ποσοστό επιτυχίας. Σήμερα, δε χρησιμοποιείται πλέον για την αντιμετώπιση του συνδρόμου Asherman.

3. Μητροτομή

Εδώ διατέμνεται η μήτρα στην περιοχή του θόλου της για να υπάρξει πρόσβαση προς την ενδομήτρια κοιλότητα. Αναφέρονται στη βιβλιογραφία 52% ως ποσοστό σύλληψης και 25,8% ως ποσοστό επιτυχούς έκβασης της εγκυμοσύνης. Σήμερα, σπανίως χρησιμοποιείται αυτή η τεχνική καθώς απαιτείται λαπαροτομία. Παρόλα αυτά, όπως αναφέρουν οι Reddy και Rock¹⁹, τη χρησιμοποίησαν σε τρεις περιπτώσεις, όπου οι συμφύσεις ήταν τέτοιου βαθμού, που ακόμη και η υστεροσκο-

Πίνακας 2. Η συχνότητα επιπλοκών από διάφορους ερευνητές κατά την υστεροσκοπική λύση των ενδομήτριων συμφύσεων

| Μελέτη | Έτος δημοσίευσης | Επιπλοκές | Σύνολο περιπτώσεων | Βαριές περιπτώσεις |
|-----------------------------|------------------|------------------------|--------------------|--------------------------|
| Valle and Sciarra (32) | 1988 | Διάτρηση | 5/187 (2,7%) | 3/47 (6,4%) |
| Pistofidis et al. (105) | 1996 | Αιμορραγία | 5/86 (5,8%) | 3/11 (27,3%) |
| Pabuccu et al. (89) | 1997 | Διάτρηση | 1/40 (2,5%) | 1/10 (10%) |
| McComb and Wagner (101) | 1997 | Διάτρηση Αιμορραγία | - | 3/6 (50%) 1/6 (16,7%) |
| Broome and Vancaillie (97) | 1999 | Διάτρηση | - | 2/55 (3,6%) |
| Feng et al. (85) | 1999 | Διάτρηση | 4/365 (1,1%) | 4/39 (10,3%) |
| Capella-Allouc et al. (103) | 1999 | Διάτρηση | - | 4/31 (12,9%) |

πική προσπάθεια απέτυχε. Και στις τρεις περιπτώσεις, επανήλθε η περίοδος. Πρέπει όμως, να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει μακρόχρονη παρακολούθηση αυτών των γυναικών για την ώρα.

Συνοψίζοντας, αυτή η τεχνική θα μπορούσε να αποτελέσει μία επιλογή μόνο σε σπάνιες περιπτώσεις όπου η πρόσβαση προς την κοιλότητα της μήτρας δεν είναι υστεροσκοπικά εφικτή λόγω των συμφύσεων.

4. Υστεροσκόπηση

Η υστεροσκοπική λύση των ενδομήτριων συμφύσεων σήμερα αποτελεί τη μέθοδο εκλογής. Πρόκειται για ελάχιστα επεμβατική τεχνική υπό άμεση οπτική καθοδήγηση.

Η εκτομή των συμφύσεων μπορεί να γίνει είτε με τη χρήση ηλεκτροχειρουργικών εργαλείων, είτε χωρίς τον ηλεκτρισμό με χρήση υστεροσκοπικών ψαλιδιών ή λαβίδων σύλληψης και βιοψίας¹⁹.

Η ηλεκτροχειρουργική τεχνική προσφέρεται και για ταυτόχρονη αιμόσταση. Τέλος, αξ αναφερθεί και η χρησιμοποίηση laser²⁰ για τη λύση των συμφύσεων. Η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια της υστεροσκοπικής χειρουργικής καλό θα είναι να ελέγχεται μέσω λαπαροσκόπησης, για αποφυγή ενδεχόμενης διάτρησης της μήτρας.

Διάφορες παραλλαγές στην υστεροσκοπική τεχνική αναφέρονται στη βιβλιογραφία όπως: μέσω του υστεροσκοπίου, έγχυση στην ενδομήτρια κοιλότητα σκιαγραφικού υγρού και παρακολούθηση της επέμβασης ακτινολογικά^{21,22}. Το πρόβλημα εδώ είναι βέβαια η έκθεση σε ακτινοβολία. Αναφέρεται ακόμη και η χρήση διακοιλιακής υπερηχοτομογραφίας για τον έλεγχο της υστεροσκοπικής επέμβασης, όπως και η τοποθέτηση λαμιναρίων για 24 ώρες στον τράχηλο πριν την επέμβαση για βελτίωση της βατότητας του τραχήλου. Σε ένα

μικρό αριθμό ασθενών, οι Coccia και συν.²³ χρησιμοποίησαν την υπό πίεση συνεχή έγχυση φυσιολογικού ορού στην ενδομήτρια κοιλότητα για λύση συμφύσεων που όμως ήταν μέσου βαθμού. Παρόλα αυτά, χρειάστηκε σε μερικές ασθενείς να ολοκληρωθεί η προσπάθεια υστεροσκοπικά.

5. Επιπλοκές

Στον πίνακα 2, απεικονίζεται η συχνότητα επιπλοκών από διάφορους ερευνητές κατά την υστεροσκοπική λύση των ενδομήτριων συμφύσεων.

Στον πίνακα 3, απεικονίζεται το μετεγχειρητικό αποτέλεσμα μετά από υστεροσκοπική λύση συμφύσεων

6. Ενδομήτριο σπείραμα (IUD)

Η χρήση IUD έχει προταθεί σε πολλές μελέτες για πρόληψη επανεμφάνισης συμφύσεων²⁴. Χρησιμοποιήθηκαν σπειράματα χαλκού²⁵ αλλά και άλλου είδους (σε σχήμα T). Φαίνεται ότι τα σπειράματα χαλκού έχουν καλύτερη δράση στη μετεγχειρητική πρόληψη. Σε μία προοπτική μελέτη, οι Vesce και συν.²⁵ αναφέρουν ότι από 48 γυναίκες με λειτουργική δευτεροπαθή αμηνόρροια, που χρησιμοποιήθηκε IUD χαλκού, οι 40 είχαν φυσιολογικό κύκλο λίγες εβδομάδες μετά την τοποθέτηση.

Παρόλα αυτά, δεν υπάρχουν τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες για την επιβεβαίωση αυτής της άποψης.

7. Καθετήρας Foley

Υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν την τοποθέτηση καθετήρα Foley μερικές μέρες μετά τη λύση των συμφύσεων. Οι Orhue και συν.²⁶ συνέκριναν τη χρήση IUD με αυτή του Foley. Στην ομάδα με IUD, η εμφάνιση φυσιολογικής έμμηνου ρύσης ήταν 62,7%, ενώ στην ομάδα με Foley 81,4%. Στην ομάδα IUD το ποσοστό σύλληψης ήταν 22,5%, ενώ στην ομάδα Foley 33,9%.

Πίνακας 3. Το μετεγχειρητικό αποτέλεσμα μετά από υστεροσκοπική λύση συμφύσεων

| Μελέτη | Έτος δημοσίευσης | Φυσιολογική κύηση μετεγχειρητικά | Επανεμφάνιση συμφύσεων | Επανεμφάνιση συμφύσεων σε βαριές περιπτώσεις |
|--------------------------------|------------------|----------------------------------|------------------------|--|
| Fedele et al. (84) | 1986 | 11/21 (52.4%) | - | - |
| Valle and Sciarra (32) | 1988 | 149/169 (88.2%) | 44/187 (23,5%) | 23/47 (48.9%) |
| Pabuccu et al. (89) | 1997 | 29/34 (85.3%) | 8/40 (20%) | 6/10 (60%) |
| Feng et al. (85) | 1999 | 294/351 (3.8%) | - | - |
| Capella - Allouc et al. (103) | 1999 | - | - | 10/16(60%) |
| Preutthipan and Linasmita (90) | 2000 | 45/50 | 2/65 (3,1%) | 2/10 (20%) |

Οι Amer και συν.²⁷ αξιολόγησαν τη χρήση του Foley για μία εβδομάδα μετά την υστεροσκοπική επέμβαση για λύση συμφύσεων. Ο υστεροσκοπικός έλεγχος, 6-8 εβδομάδες μετά, έδειξε τα εξής: στην ομάδα με Foley υπήρχε στο 33,3% επανεμφάνιση συμφύσεων, ενώ στην ομάδα ελέγχου στο 50%.

Επομένως, η χρήση καθετήρα Foley σαν μέσο πρόληψης μπορεί να αποτελέσει μία επιλογή, όμως πρέπει να ληφθούν τα εξής υπόψη:

- ο κίνδυνος φλεγμονής λόγω της παρατεταμένης παραμονής του καθετήρα στη μήτρα,
- λόγω της πίεσης που ασκεί ο καθετήρας στα τοιχώματα υπάρχει η πιθανότητα, λόγω ελάττωσης της αιμάτωσης, να μη μπορεί να αναπλαστεί το ενδομήτριο και
- η παραμονή του ενδομητρίου καθετήρα μπορεί να προκαλεί σημαντικό βαθμού δυσανεξία στην ασθενή.

8. Υαλουρονικό οξύ (ΥΟ)

Το υαλουρονικό οξύ είναι ένα συστατικό στοιχείο που υπάρχει στον οργανισμό. Μετά από κατάλληλη επεξεργασία, μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για την πρόληψη των συμφύσεων. Χρησιμοποιήθηκε από τους Tsapanos και συν.²⁸, υπό τη μορφή ενός λεπτού φιλμ (Seprafilm, Genzyme Corporation). Στην ομάδα μελέτης, μόνο 10% εμφάνισαν ενδομητρίες συμφύσεις. Στην ομάδα ελέγχου ήταν το 50%.

Σε άλλη μελέτη²⁹, χρησιμοποιήθηκε υπό μορφή gel (Hyalobarrier gel, Baxter). Μετά από 3μηνο, υστεροσκοπικά βρέθηκαν στην ομάδα μελέτης στο 14% συμφύσεις, σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου που είχε στο 31,7%.

9. Ορμονική θεραπεία

Στοχεύει στην αύξηση του πάχους του ενδομητρίου. Οι Farhi και συν.³⁰ μελέτησαν 60 γυναίκες μετά από απόξεση, λόγω αποβολής 1^{ου} τριμήνου κύησης. Μετά

την επακόλουθη λύση των συμφύσεων, δόθηκε σε μία ομάδα σχήμα οιστρογόνου-προγεστερόνης. Σε αυτήν την ομάδα μελέτης, σαφώς το ενδομήτριο ήταν σημαντικά πιο παχύ από ό,τι στην ομάδα ελέγχου (0,84 cm έναντι 0,67 cm). Δυστυχώς, δεν υπάρχει καμία ελεγχόμενη τυχαιοποιημένη μελέτη που να πιστοποιεί ότι η χρήση ορμονικών σκευασμάτων βοηθά αποτελεσματικά στην αποτροπή επανεμφάνισης συμφύσεων.

Παρόλα αυτά, σε αρκετά κέντρα συνιστάται η χορήγησή τους. Για παράδειγμα, στο Πεκίνο και στο Σέφφιλντ δίνεται estradiol valerate 4 mg/ημερησίως για 4 εβδομάδες και προγεσταγόνο (π.χ. medroxyprogesterone acetate 10 mg/ημερησίως) τις τελευταίες 2 εβδομάδες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Το σύνδρομο Asherman είναι μία παγκοσμίως διαδεδομένη πάθηση. Η χειρουργική, και ιδιαίτερα η υστεροσκοπική, αντιμετώπιση στοχεύει στην αποκατάσταση της ανατομίας της ενδομητρίους κοιλότητας. Το αποτέλεσμα όμως, ως προς τη δυνατότητα επίτευξης αναπαραγωγής, εξαρτάται από το βαθμό ίνωσης του ενδομητρίου.

Ένα άλλο πρόβλημα είναι η πιθανότητα επανεμφάνισης συμφύσεων μετά από μία χειρουργική αντιμετώπιση του Asherman. Βέβαια, σε γυναίκες που δεν επιθυμούν τεκνοποίηση, ένα κλινικό δεδομένο που αποδίδει την επιτυχία της χειρουργικής αντιμετώπισης είναι η επανεμφάνιση του φυσιολογικού κύκλου της έμμηνου ρύσης.

Η δυνατότητα επιτυχούς επεμβατικής παρέμβασης έχει όμως, με τα σημερινά δεδομένα, τα όριά της. Εδώ, πρέπει να τονιστεί ότι ειδικότερα σε βαριά περιστατικά, η πρόγνωση δεν είναι η καλύτερη δυνατή. Για αυτό το λόγο, η περαιτέρω έρευνα σε ό,τι αφορά τη δυνατότητα ανάπλασης του ενδομητρίου, σε επίπεδο πλέον μοριακής βιολογίας, είναι δυνατόν να οδηγήσει σε καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύ-

πουν από την παρουσία του συνδρόμου Asherman.

Summary

Tantanasis T.

Asherman Syndrome

Helen Obstet Gynecol 20(4):330-337, 2008

Asherman syndrome was described by J. Asherman and it concerns endometrial adhesions leading to clinical symptoms. In this article, the incidence of the syndrome, its classification, its pathology, its symptomatology, the methods of diagnosis, and its therapeutic treatment are analyzed.

Key words: *Asherman syndrome, endometrial adhesions, etiology, symptoms, diagnosis, treatment.*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Asherman JG. Amenorrhoea traumatica J Obstet Gynaecol Br Emp 1948; 55: 23-30.
2. Dan Yu, Yat-May Wong, Ying Cheong, Enlan Xia, Tin-Chiu Li. Asherman syndrome one century later. Fertil Steril 2008; 89: 759-779.
3. Schenker JG, Margalioth EJ. Intrauterine adhesions: an updated appraisal. Fertil Steril 1982; 37: 93-610.
4. Taskin O, Sadik s, Onoglu A, Gokdeniz R, Erturan E, Burak F., Wheeler JM. Role of endometrial suppression on the frequency of intrauterine adhesions after resectoscopic surgery. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 2000; 7: 351-4.
5. Taylor PJ, Cumming DC, Hill PT. Significance of intrauterine adhesions detected hysteroscopically in eumenorrhic infertile women and role of antecedent curettage in their formation. Am J Obstet Gynecol 1981; 139: 239-42.
6. Polishuk WZ, Anteby SO, Weinstein D. Puerperal endometritis and intrauterine adhesions. Int Surg 1975; 60: 418-20.
7. Stilman PJ, Asarkof N. Association between Mullerian duct malformations and Asherman Syndrome in infertile women. Obstet Gynecol 1985; 65: 673-7.
8. Buckley CH. Normal endometrium and non-proliferative conditions of the endometrium. In: Fox 4, Wells M eds. Obstetrical and gynaecological pathology. 5th ed. London: Churchill Livingstone, 2002: 391-442.
9. Letteries GS. Structural abnormalities of the uterus: intrauterine adhesions. In: Letterie GS, ed. Structural abnormalities and reproductive failure: effective techniques for diagnosis and mangement. Malden, MA: Blackwell Science, 1998: 251-73.
10. Polishuk WZ, Sadvovsky E. A syndrome of recurrent intrauterine adhesions. Am J Obstet Gynecol 1975; 123: 151-8.
11. Haare AA, Olah KS. Pregnancy following endometrial ablation: a review article. J Obstet Gynecol 2005; 25: 108-14.
12. Sandbridge DA, Councell RB, Thorp JM. Endometrial carcinoma arising within extensive intrauterine synechiae. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1994; 56: 147-9.
13. Raziell A, Arieli S, Bukovsky I, Caspi E, Golan A, Investigation of the uterine cavity in recurrent abortions. Fertil Steril 1994; 62: 1080-2.
14. Soares SR, Barbosa dos Reis MM, Camargos AF. Diagnostic accuracy of sonohysterography, transvaginal sonography, and hysterosalpingography in patients with uterine cavity disease. Fertil Steril 2000; 73: 406-11.
15. 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: 1222-5.
16. Bacelar AC, Wilcoc D, Powell M. Worthington BS. The value of MRI in the assessment of traumatic intra-uterine adhesions. Clin Radiol 1995; 50: 80-3.
17. Al-Inghy H. Intrauterine adhesions. An update. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80: 986-93.
18. Reddy S, Rock JA. Surgical management of complete obliteration of the endometrial cavity. Fertil Steril 1997; 67: 172-4.
19. Feng ZC, Yang B, shao J, Luis. Diagnostic and therapeutic hysteroscopy for traumatic intrauterine adhesions after induced abortions: clinical analysis of 365 cases. Gynecol Endosc 1999; 8: 95-8.
20. Chapman R, Chapman K. The value of two stage laser treatment for severe Asherman's syndrome. Br J Obstet Gynecol 1996; 103: 1256-8.
21. Broome JD, Vancaillie TG. Fluoroscopically guided hysteroscopic division of adhesions in severe Asherman syndrome. Obstet Gynecol 1999; 93: 1041-3.
22. Gleicher N, Pratt D, Levrant S, Rao R. Balin m, Karande D. Gynecoradiological uterine resection. Hum Reprod 1995; 10: 1801-3.
23. Coccia ME, Becattini C, Bracco GL, Pampaloni G, Bargelli G, Scarselli G. Pressure lavage under ultrasound guidance: a new approach for outpatient treatment of intrauterine adhesions. Fertil Steril 2001; 75: 601-6.
24. March CM. Intrauterine adhesions. Obstet Gynecol Clin North Am 1995; 22: 491-505.
25. Verce F, Jorizzo G, Bianciotto A, Gotti G. Use of the copper intrauterine device in the management of secondary amenorrhoe. Fertil Steril 2000; 73: 162-5.
26. Orhue AA, Aziken ME, Igbefoh JO. A comparison of two adjunctive treatments for intrauterine adhe-

- sions following lysis. *Int Gynecol Obstet* 2003; 82: 49-56.
27. Amer MI, El Nadim A, Hassanein K. The role of intrauterine balloon after operative hysteroscopy in the prevention of intrauterine adhesion: a prospective controlled study. *MEFS J* 2005; 10: 125-9.
28. Tsapanos VS, Stathopoulou LP, Papathanasopoulou VS, Tzingounis VA. The role of Seprafilm bioresorbable membrane in the prevention and therapy of endometrial synechiae. *J Biomed Mater Res* 2002; 63: 10-4.
29. Acunzo G, Guida M, Pellicano M, Tommaselli GA, Di Spiezio Sardo A, Bifulco G. Effectiveness of auto-cross-linked hyaluronic acid gel in the prevention of intrauterine adhesions after hysteroscopic adhesiolysis: a prospective randomized, controlled study. *Hum Reprod* 2003; 18: 1918-21.
30. Farhi J, Bar-Hava, Homburg R, Dicker D, Ben-Rafael Z. Induced regeneration of endometrium following curettage for abortion: a comparative study. *Hum Reprod* 1993; 8: 1143-4.