

Poród u ciężarnej po leczeniu z powodu zespołu Ashermana – opis przypadku

DARIUSZ SOSNOWSKI, MARCIN SERAFIN, JAROSŁAW KALINKA

Streszczenie

Zespół Ashermana (ZA) jest chorobą jamy macicy, występującą m.in. jako powikłanie po zabiegach w jamie macicy (łyżeczkowanie, biopsja endometrium, histeroskopia, założenie IUD, brachyterapia). Objawia się jako zrosty w jamie macicy, które zamykają częściowo lub całkowicie jej światło. Głównymi objawami ZA są wtórny brak miesiączki, skąpe miesiączki, bolesne miesiączkowanie, poronienie nawykowe lub nawet wtórna niepłodność. Uszkodzenie endometrium, skutkujące patologicznym zbliznowaceniem i zrostami, może być również rezultatem przewlekłego stanu zapalnego błony śluzowej jamy macicy. Niski poziom estrogenów poprzez indukcję fibrogenezy może przyczynić się do wystąpienia ZA. Poniższa praca jest opisem przypadku ciężarnej z ZA, jako powikłania zabiegu łyżeczkowania jamy macicy po porodzie siłami i drogami natury, która po pełnej diagnostyce i kilkuletnim leczeniu ZA zaszła w kolejną ciążę i urodziła donoszonego noworodka drogą cięcia cesarskiego. Powyższy przypadek przedstawiono w kontekście najnowszej wiedzy na temat ZA.

Słowa kluczowe: zespół Ashermana, krwotok poporodowy, łyżeczkowanie macicy

Wstęp

Zespół Ashermana to zespół objawów występujący po nadmiernym wyłyżeczkowaniu jamy macicy, gdy powstają w jej wnętrzu bliznowate zrosty zamykające częściowo lub całkowicie światło narządu [1]. Zrosty powstają w wyniku uszkodzenia błony śluzowej. Główne objawy zespołu to wtórny brak lub skąpe miesiączki, bolesne krwawienia, a także poronienia nawykowe, niepłodność wtórna [2].

Główną przyczyną rozwoju zespołu Ashermana jest uszkodzenie błony śluzowej jamy macicy. Do urazu takiego dochodzi najczęściej w przypadku łyżeczkowania jamy macicy po porodzie, poronieniu samoistnym lub przerwaniu ciąży albo po cięciu cesarskim [3]. W ciąży ściany macicy są znacznie bardziej podatne na urazy, a pod wpływem zabiegów łyżeczkowania bardzo łatwo ulega uszkodzeniu błona podstawna endometrium. Dodatkowym czynnikiem obniżającym zdolności naprawcze endometrium po zabiegach łyżeczkowania jest niskie stężenie estrogenów [4]. Ponadto do uszkodzenia endometrium i powstania zrostów dochodzi najczęściej po zabiegu diagnostycznego wyłyżeczkowania jamy macicy, usunięciu polipów szyjki macicy, po założeniu wkładki wewnątrzmacicznej oraz po zabiegach histeroskopowych [5]. Niektórzy badacze uważają, że u podłoża powstania wewnątrzmacicznych zrostów leżą przewlekłe stany zapalne endometrium [6]. Część autorów podkreśla, że proces zapalny w istotny sposób wpływa na uszkodzenie endometrium i razem z czynnikami mechanicznymi wywiera synergistyczny wpływ na powstawanie zrostów wewnątrzmacicznych [7].

Uraz macicy oraz toczący się proces zapalny razem z niskim poziomem estrogenów mogą powodować proces włóknienia. Klein i wsp. podkreślają wpływ predyspozycji genetycznych na powstawanie zrostów wewnątrzmacicznych,

które stwierdzano u kobiet, u których nie przeprowadzono żadnych procedur zabiegowych [8].

Opis przypadku

34 letnia M.O. ciężarna CII PII 39 hbd, urodziła pierwsze dziecko siłami i drogami natury w 2001 r. – SZD 3550 g. W trzecim okresie porodu wykonano zabieg ręcznego wydobycia łożyska z następowym wyłyżeczkowaniem jamy macicy. Z powodu nadmiernego krwawienia z dróg rodnych wykonano zabieg łyżeczkowania jamy macicy powtórnie w drugiej dobie po porodzie. Ze względu na utrzymujące się krwawienia zabieg ten został przeprowadzony po raz trzeci 3 tygodnie później. Po dwóch latach ze względu na podejrzenie zespołu Ashermana (wtórny brak miesiączki, niepłodność) pacjentka rozpoczęła w grudniu 2003 r. trwające 24 miesiące leczenie w Katedrze Ginekologii i Położnictwa, Klinice Ginekologii, Położnictwa i Onkologii w Krakowie.

W grudniu 2003 r. na podstawie badania histeroskopowego stwierdzono lite zarośnięcie cieśni oraz części centralnej jamy macicy. Podczas tego zabiegu dokonano częściowego uwolnienia zrostów w okolicy ujścia wewnętrznego i cieśni. W styczniu 2004 r. wykonano ponownie histeroskopię z uwolnieniem zrostów, zabieg wspomagany laparoskopowo i sonograficznie (TRUS – *transrectal ultrasound*, ultrasonografia przezodbytnicza).

W maju 2004 r. pacjentka została poddana trzeciemu zabiegowi histeroskopowemu i drugiemu wspomaganemu sonograficznie. Podczas badania stwierdzono zrosty i zlepki włókniste w obrębie dystalnej części kanału szyjki i cieśni, które przecięto pod kontrolą TRUS, co umożliwiło wprowadzenie histeroskopu do dalszej części jamy macicy, gdzie stwierdzono prawidłowego kształtu, pokrytą endo-

metrium fazy proliferacyjnej część jamy macicy, z prawidłowym prawym rogiem i drobnym ujściem macicznym prawego jajowodu. Lewa część jamy macicy zarośnięta litym zrostem od poziomu ciśni.

We wrześniu 2004 r. poddano pacjentkę czwartej histeroskopii, podczas której odtworzono lewy róg macicy przecinając lite zrosty, uwidaczniając w obrębie lewego rogu szczelinowaty otwór będący najprawdopodobniej ujściem macicznym jajowodu lewego.

Podczas kontrolnego badania w styczniu 2005 r. w trakcie histeroskopii stwierdzono, iż odtworzona podczas wcześniejszych zabiegów lewa część jamy macicy i lewy róg macicy uległy zarośnięciu.

Pacjentka cały czas nie miesiączkowała. Planowała kolejną ciążę.

W listopadzie 2007 roku stwierdzono sonograficznie 5-tygodniową ciążę z terminem porodu wg USG na 01.08.2008 r. W 6. tygodniu pacjentka była hospitalizowana z powodu zagrażającego poronienia. Odbyła 10 wizyt w poradni K. Przyjmowała luteinę i preparaty witaminowe. Przebieg ciąży po 6. tygodniu prawidłowy. Wyniki badań laboratoryjnych w granicach normy. Badania ultrasonograficzne wykazywały prawidłowy rozwój płodu.

09.07.2008 r. w 38. tygodniu ciąży zgłosiła się do Kliniki Perinatologii, I Katedry Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, w celu odbycia porodu.

Badanie ultrasonograficzne wykonane 10.07.2008 r. wykazało biometrię płodu odpowiadającą 36-37. tyg. ciąży, masę płodu ok. 3000 g, łożysko III stopnia dojrzałości zlokalizowane w dnie i na ścianie przedniej, prawidłową ilość płynu owodniowego. Wykonano rutynowe badania dodatkowe t.j. badanie ogólne moczu, morfologię, białko, elektrolity – wszystkie badania laboratoryjne w granicach normy.

Ze względu na stan po operacyjnym leczeniu zespołu Ashermana oraz możliwość śródoperacyjnej oceny jamy macicy, ciężarną zakwalifikowano do planowego cięcia cesarskiego. W dniu 17.07.2008 r. drogą cięcia cesarskiego urodziła noworodka płci żeńskiej o masie 3150 g w stanie ogólnym dobrym – Apgar 10. łożysko dwupłatowe urodzono kompletne. Wygląd jamy macicy nie odbiegał od typowego wyglądu jaki obserwowany jest w trakcie cięcia cesarskiego. Profilaktycznie celem obkurczenia macicy podano dożylnie 1 ampulkę karbetocyny (Pabal). Mięsień macicy obkurczył się prawidłowo. Cięcie cesarskie wykonano w sposób typowy, bez powikłań. Utrata krwi podczas zabiegu ok. 350 ml. Położnica została wypisana do domu w 4. dobie po cięciu cesarskim w stanie ogólnym dobrym.

Dyskusja

W roku 1948 Joseph Asherman jako pierwszy spróbował scharakteryzować objawy podmiotowe w połączeniu z obrazami radiologicznymi w zespole zaburzeń zwanych później zespołem Ashermana. Do objawów tych zaliczamy występowanie jednego lub kilku objawów klinicznych takich jak brak lub skąpe miesiączki, zmniejszona

plodność, kilkakrotna utrata ciąży lub nieprawidłowa lokalizacja łożyska w obecnej ciąży oraz stwierdzenie zrostów wewnątrzmacicznych podczas badania histeroskopowego lub histologicznym potwierdzeniu procesu włóknienia wewnątrzmacicznego [9, 10]. Dzięki rozwojowi technik endoskopowych uzyskano możliwości lepszego diagnozowania i leczenia pacjentek z tą patologią. Najpoważniejszą konsekwencją wystąpienia zespołu Ashermana jest jego negatywny wpływ na płodność kobiety.

W diagnostyce zespołu Ashermana bardzo dużą rolę, zwłaszcza przed rozwojem endoskopii, odegrała diagnostyka obrazowa.

W każdym przypadku podejrzenia zrostów wewnątrzmacicznych u kobiety planującej ciążę zalecane jest wykonanie histerosalpingografii (HSG), która pozwoli zobrazować jamę macicy, ponadto odpowie nam na wątpliwości związane z drożnością jajowodów [11]. Dodatkowym badaniem umożliwiającym uwidocznienie jamy macicy jest badanie ultrasonograficzne, przydatne zwłaszcza wtedy, gdy nie możemy wykonać HSG z powodu niedrożności dolnej części jamy macicy lub szyjki.

Kolejnym badaniem umożliwiającym szczegółową ocenę macicy, w tym jej jamy i błony mięśniowej, jest histerosonografia (SHG). Jest to przezpochwowe USG podczas którego do jamy macicy podajemy 0,9% roztwór NaCl. Metoda okazała się równie skuteczna do rozpoznania zrostów wewnątrzmacicznych jak HSG, natomiast bez potrzeby wykonywania zdjęć RTG [12].

U kobiet, u których występowało zarośnięcie kanału szyjki macicy metodą pozwalającą zobrazować jamę macicy powyżej poziomu zrostów jest tomografia rezonansu magnetycznego (MRI) [13].

Obecnie podstawową metodą diagnostyki zrostów wewnątrzmacicznych jest badanie histeroskopowe pozwalające na uwidocznienie zrostów, ocenę ich rozległości oraz stopnia zaawansowania, jak również dające możliwość oceny stanu endometrium.

Leczenie zespołu Ashermana polega na uzyskaniu prawidłowego kształtu jamy macicy oraz zapobieganiu ponownemu powstawaniu zrostów, co może przywrócić płodność.

Podstawową metodą leczenia w obecnym czasie jest histeroskopowe uwalnianie zrostów, nazwane m.in. przez Magosa [14] złotym standardem leczenia zespołu Ashermana. Dużą zaletą histeroskopowego uwalniania zrostów za pomocą nożyczek i kleszczyków biopsyjnych jest możliwość odpreparowania zrostów i jednoczesnego uniknięcia powikłań związanych z użyciem źródeł energii [14].

Często zabiegi histeroskopowe wspomagane są laparoskopowo, w celu zapobieżenia przebicium macicy, zwłaszcza w przypadkach obecności spoistych zrostów [15, 16]. Drugą metodą wspomagającą histeroskopię jest badanie ultrasonograficzne przezbrzuszne lub transrektalne. Metody te zmniejszają ryzyko przebicium macicy, są metodami nieinwazyjnymi i powszechnie dostępnymi.

Zabiegi uwalniania zrostów wewnątrzmacicznych są obarczone ryzykiem powikłań pod postacią przebiccia ściany macicy, krwawienia oraz zakażenia narządów i tkanek miednicy mniejszej [14].

Często, mimo skutecznego leczenia, obserwujemy nawroty zrostów wewnątrzmacicznych. Celem zapobieżenia nawrotom stosuje się najczęściej wkładki wewnątrzmaciczne (IUD) [17].

Inną metodą jest wprowadzenie cewnika Foleya z wypełnionym balonikiem na kilka dni do jamy macicy po histeroskopowym uwolnieniu zrostów [17]. W ostatnich latach opisywane są próby zastosowania preparatów kwasu hialuronowego, który znamienne ogranicza tworzenie się nowych zrostów wewnątrzmacicznych [18].

Zastosowanie histeroskopii w leczeniu zespołu Ashermana pozwoliło na zwiększenie odsetka ciąż z ok. 48% do 74%. Należy podkreślić, że pacjentki, które zaszły w ciążę po leczeniu zespołu Ashermana klasyfikowane są do grupy ciąż zwiększonego ryzyka wystąpienia powikłań w jej przebiegu, takich jak poronienia samoistne, porody przedwczesne, nieprawidłowa lokalizacja łożyska, hipotrofia płodu, pęknięcie macicy w trakcie ciąży lub porodu. W opisywanym przypadku przebieg ciąży był całkowicie prawidłowy.

Wskaźnik poronień samoistnych po usuwaniu zrostów wewnątrzmacicznych wynosi ok. 20% [14]. Opisywane są dość częste przypadki łożyska przyrośniętego [19] lub wrośniętego [20-22] zakończone okołoporodową histerektomią [21]. Shiau i wsp. [23] opisali przypadek pęknięcia macicy podczas porodu, gdy podczas pilnie wykonywanego cięcia cesarskiego stwierdzili pęknięcie mięśnia macicy na odcinku 10 cm na bocznej ścianie macicy oraz około 1500 ml. krwi w jamie brzusznej.

Literatura donosi o przypadkach skutecznego leczenia pacjentek z zespołem Ashermana, które zdołały również zajść w kolejną ciążę i urodzić dziecko. Niemniej jednak leczenie to wymagało dużego wysiłku i zaangażowania wielu specjalistów, co jednocześnie znacząco podnosiło koszty leczenia [24]. Dlatego bardzo ważne wydaje się ściśle monitorowanie wszystkich ciężarnych po leczeniu z powodu zespołu Ashermana, zwłaszcza w III trymestrze ciąży oraz położenie nacisku na aktywne prowadzenie trzeciego okresu porodu u każdej rodzącej.

Piśmiennictwo

- [1] March C.M. (2011) *Asherman's syndrom*, Semin. Reprod. Med. 29 (2): 83-94. Epub 2011 Mar 24.
- [2] Poujade O., Grosetti A., Mougell L. et al. (2011) *Risk of synechia following uterine compression sutures in the management of major postpartum haemorrhage*. BJOG, 118 (4): 433-9, Epub 2010 Dec 24.
- [3] Yu D., Wong Y.M., Cheong Y. et al. (2008) *Asherman syndrome - one century later*. Fertil. Steril. 89 (4): 759-79.
- [4] Westendorp I.C., Ankum W.M., Mol B.W. et al. (1998) *Prevalence of Asherman's syndrome after secondary removal of placental remnants or a repeat curettage for incomplete abortion*. Hum. Reprod. 13: 3347-3350.
- [5] Deans R., Abbott J. (2010) *Review of intrauterine adhesions*. J. Minim. Invasive Gynecol. 17(5): 555-69. Epub 2010 Jul 24.
- [6] Blanc J., Courbiere B., Desbriere R. et al. (2011) *Is uterine-sparing surgical management of persistent postpartum hemorrhage truly a fertility-sparing technique*. Fertil. Steril. 95(8): 2503-6, Epub 2011 Feb 11.
- [7] Shaffer W., (1986) *Role of uterine adhesions in the cause of multiple pregnancy losses*. Clin. Obstet. Gynecol. 29: 912-924.
- [8] Klein S.M., Garcia C.R. (1973) *Asherman's syndrome: a critique and current review*. Fertil. Steril. 24: 722-735.
- [9] Asherman J.G. (1950) *Traumatic intrauterine adhesions*. J. Obstet. Gynecol. Br. Emp. 57: 892-896.
- [10] Asherman J.G. (1957) *Traumatic intrauterine adhesions and their effects on fertility*. Int. J. Fertil. 2 :49-54.
- [11] Soares S.R., Barbosa dos Reis M.M., Camargos A.F. (2000) *Diagnostic accuracy of sonohysterography, transvaginal sonography, and hysterosalpingography in patients with uterine cavity diseases*. Fertil. Steril. 73: 406-411.
- [12] Salle B., Gaucherand P., de Saint Hillare P., Rudigoz R.C. (1999) *Transvaginal sonohysterographic evaluation of intrauterine adhesions*. J. Clin. Ultrasound 27: 131-134.
- [13] Bacelar A.C., Wilcock D., Powell M. et al. (1995) *The value of MRI in the assessment of traumatic intra-uterine adhesions (Asherman's syndrome)*. Clin. Radiol. 50(2): 80-3.
- [14] Magos A. (2002) *Hysteroscopic treatment of Asherman's syndrome*. Reprod. Biomed. 4 Suppl 3: 46-51.
- [15] Valle R.F., Sciarra J.J. (1988) *Intrauterine adhesions: hysteroscopic diagnosis, classification, treatment and reproductive outcome*. Am. J. Obstet. Gynecol. 158: 1459-1470.
- [16] Chen F.P., Soong Y.K., Hui Y.L. (1997) *Successful treatment of severe uterine synechiae with transcervical resectoscopy combined with laminaria tent*. Hum. Reprod. 12: 943-947.
- [17] Myers E.M., Hurst B.S. (2012) *Comprehensive management of severe Asherman syndrome and amenorrhea*. Fertil. Steril. 97(1): 160-4, Epub 2011 Nov 17.
- [18] Tsapanos V.S., Stathopoulou L.P., Papathanassopoulou V.S. et al. (2002) *The role of Septrafilm bioresorbable membrane in the prevention and therapy of endometrial synechiae*. J. Biomed. Mater. Res. 63: 10-14.
- [19] Al-Serehi A., Myohan A., Brown M. et al. (2008) *Placenta accrete an association with fibroids and Asherman syndrome*. J. Ultrasound Med. 27(11): 1623-8.
- [20] Berman J.M. (2008) *Intrauterine adhesions*. Semin. Reprod. Med. 26(4): 349-55.
- [21] Capella-Allouc S., Morsad F., Rongieres- Bertrand C. et al. (1999) *Hysteroscopic treatment of severe Asherman's syndrome and subsequent fertility*. Human Reprod. 14(5): 1230-3.
- [22] Kodaman P.H., Arici A. (2007) *Intra-uterine adhesions and fertility outcome: how to optimize success? Curr. Opin. Obstet. Gynecol. 19(3): 207-14.*
- [23] Shiau C.S., Hsieh C.C., Chiang C.H. et al. (2005) *Intrapartum spontaneous uterine rupture following uncomplicated resectoscopic treatment of Asherman's syndrome*. Chang Gung Med. 28(2): 123-127.
- [24] Barash A., Granot I., Fieldust S. et al. (2009) *Successful pregnancy and delivery of a healthy baby after endometrial biopsy treatment in an in vitro fertilization patient with severe Asherman syndrome*. Fertil. Steril. 91(5): 1956.e1-3. Epub 2009 Mar 17.

✉ Jarosław Kalinka
Klinika Perinatologii
I Katedra Położnictwa i Ginekologii
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
ul. Wileńska 37, 94-029 Łódź
j.kalinka@csk.am.lodz.pl

The Asherman's syndrom – case report

The Asherman's syndrom (AS) is a disease which affects uterine cavity after excessive curettage and appears as a multiple adhesions, that partly or totally obturate the cavity of the uterus. The major symptoms of AS is secondary amenorrhea or hypomenorrhea, painful periods, recurrent abortion or even secondary infertility. Damage to the endometrium resulting in pathological adhesions is mostly connected to curettage of the uterine cavity after the labour, miscarriage, abortion or during cesarian section. Invasive manipulations to endometrium (i.e. biopsy, hysteroscopy, insertion of IUD, radiotherapy) may also cause the injury that results in multiple adhesions. The inner walls of uterine cavity covered with endometrium are very vulnerable and prone to injuries. Low estrogen level is another risk factor of AS. There are some theories that chronical inflammation in endometrium may cause the AS as well. The inflammatory process, mechanical trauma to the endometrium and low estrogen level may induce fibrogenesis that finally leads to adhesions. Other authors say that some genetic predispositions may lead to adhesions in women that have never underwent any procedure on the uterine cavity.

Key words: Asherman's syndrom, postpartum hemorrhage, curettage