

IL RUOLO DELL'ADESIOLISI ISTEROSCOPICA IN AMBIENTE OFFICE IN PAZIENTI CON AMENORREA SECONDARIA E SINDROME DI ASHERMAN CERVICO-ISTMICA

AUTORI: Maria Rita Talamo, Francesca Guasina, Giulia Magnarelli, Concetta Leggieri, Ciro Morra, Paolo Casadio

Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia. S. Orsola-Malpighi, Ospedale Universitario, Università di Bologna, Bologna, Italia

OBIETTIVI: dimostrare la relazione tra amenorrea, infertilità e la Sindrome di Asherman sita a livello dell'area istmica, indipendentemente dal grado di occlusione (completa/incompleta). La regione cervico-istmica sembrerebbe giocare un ruolo determinante nella funzione neuro-endocrina dell'endometrio poiché in seguito al trattamento isteroscopico sono stati osservati la ripresa del normale ciclo mestruale e il miglioramento della fertilità. La ripresa del normale ciclo mestruale e il miglioramento della fertilità a seguito del trattamento isteroscopico implica che questa particolare area dell'utero gioca un ruolo determinante nella normale funzione neuro-endocrina dell'utero

DISEGNO DELLO STUDIO: studio prospettico

SETTING: ospedale universitario di III livello

PAZIENTI: sessantaquattro pazienti, di età compresa tra 26 e 44 anni, con amenorrea secondaria ed infertilità, nelle quali è stata dimostrata la presenza di Sindrome di Asherman totalmente ostruttiva o subostruttiva sita esclusivamente a livello dell'area cervico-istmica.

Criteri di inclusione: pazienti con anamnesi positiva per revisione di cavità uterina (dilatazione del canale cervicale e curettage) a seguito di aborto spontaneo, aborto ritenuto, interruzione volontaria di gravidanza e dopo parto spontaneo.

Criteri di esclusione: donne con altre cause di infertilità o altre cause di sinechie endocervicali.

MATERIALI E METODI: tutte le pazienti selezionate sono state valutate prima del trattamento isteroscopico con ecografia transvaginale 3D la quale ha posto un alto sospetto di Sindrome di Asherman cervico-istmica. L'isteroscopia office è stata utilizzata allo scopo di confermare la

diagnosi, classificare la localizzazione ed il grado di severità della condizione secondo i criteri della Società Europea di Ginecologia Endoscopica (ESGE, 1995).

Nessuna delle pazienti è stata sottoposta ad un trattamento farmacologico pre-operatorio. L'adesiolisi è stata eseguita mediante strumenti a lama fredda da 5 Fr (forbici) dallo stesso chirurgo esperto in tecniche isteroscopiche. Dopo 40 giorni è stato verificato il corretto ripristino dell'anatomia uterina tramite un second-look isteroscopico.

PRINCIPALI OUTCOME: ripresa dei normali cicli mestruali, miglioramento dell'outcome riproduttivo (gravidanza e nati vivi)

RISULTATI: l'isteroscopia diagnostica ha rilevato in 9 casi una severa stenosi del canale cervicale, in 22 casi una completa occlusione e in 33 casi una occlusione incompleta dell'area cervico-istmica. In tutte le pazienti l'isteroscopia ha mostrato un endometrio eutrofico ad aspetto misto proliferativo/secretivo o ad aspetto proliferativo persistente. L'adesiolisi isteroscopica è stata completa in tutte le pazienti. In nessun caso si sono verificate complicanze intra o post-operatorie. Solo in 5 casi è stato necessario eseguire la procedura sotto guida ecografica. In 60 pazienti si è verificata la ripresa del normale ciclo mestruale entro 4 settimane dalla prima isteroscopia. Il second look isteroscopico ha rilevato la recidiva di alcune lasse sinechie solo in 4 casi: queste pazienti sono pertanto state sottoposte ad una seconda adesiolisi.

CONCLUSIONI: l'adesiolisi isteroscopica offre il gold standard per la diagnosi e il trattamento delle pazienti con amenorrea secondaria e infertilità ad alto sospetto di Sindrome di Asherman; questa procedura infatti consente la ripresa del normale ciclo mestruale e il miglioramento dell'outcome riproduttivo in un'alta percentuale di pazienti. Tutte le pazienti selezionate erano affette da Sindrome di Asherman a livello dell'area istmica/cervicale ed in nessun caso è stata documentata la presenza di ematometra; ipotizziamo pertanto l'esistenza di un riflesso neuroendocrino ad origine da questa particolare area dell'utero in grado di poter spiegare questa condizione. In futuro saranno necessari ulteriori studi per comprendere la fisiopatologia di tale fenomeno e per dimostrare l'esistenza di un possibile arco nervoso riflesso responsabile di una alterata responsività recettoriale a livello endometriale o della zona giunzionale o di una possibile alterata regolazione dell'asse ipotalamo-ipofisario.