

تأثیر درمان هیستروسکوپیک عیوب رحمی بر میزان باروری

دکتر عطاءاله قهیری^۱، دکتر الهه رفایی علی‌آبادی^۲، دکتر علی اکبر طاهریان^۳

خلاصه

مقدمه: عیوب کوچک ساختاری رحم مانند سپتوم‌ها، میوم، پولیپ و چسبندگی ممکن است تأثیرات مهمی در لانه‌گزینی و باروری ایجاد کنند و باعث نتایج باروری نامطلوب و خون‌ریزی غیر عادی رحمی شوند. در این مطالعه اثر مداخلات درمانی با استفاده از هیستروسکوپ در بهبود نتایج باروری در زنان مبتلا به ناباروری، سقط مکرر و خون‌ریزی غیر طبیعی رحم مورد بررسی قرار گرفت.

روش‌ها: این مطالعه به صورت آینده‌نگر و مداخله‌ای در مدت ۵ سال (۸۸-۱۳۸۳) بر روی ۶۵ نفر از زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های الزهرا (س) و سینا با شکایت نازایی اولیه و ثانویه و یا سقط مکرر که تشخیص سپتوم رحمی، میوم زیر مخاطی و چسبندگی رحمی با استفاده از هیستروسالپینگوگرافی، سونوگرافی و یا هیستروسکوپ در آن‌ها تأیید شده بود، انجام شد. سپس با استفاده از هیستروسکوپ در این زنان متروپلاستی، میومکتومی، باز کردن چسبندگی و پولیپکتومی با نظارت لاپاراسکوپ انجام شد. بیماران از نظر بروز حاملگی و عاقبت بارداری تا یک سال پس از مطالعه پی‌گیری شدند.

یافته‌ها: بهترین نتیجه‌ی درمانی از نظر حاملگی در گروه دارای سپتوم و پولیپ مشاهده شد؛ به طوری که در ۶۵ درصد زنانی که متروپلاستی هیستروسکوپیک شده بودند، حاملگی رخ داد که نزدیک به ۷۰ درصد از این افراد به حاملگی ترم و فرزند زنده دست یافتند. خون‌ریزی غیر طبیعی رحم بیش از سایر شکایات بهبود یافت.

نتیجه‌گیری: اعمال جراحی هیستروسکوپیک علاوه بر این که باعث بهبود میزان باروری در زنان مبتلا به آنومالی‌های رحمی می‌شوند، با بهبود سایر علائم از جمله خون‌ریزی غیر طبیعی رحم کیفیت زندگی این افراد را افزایش می‌دهند.

واژگان کلیدی: هیستروسکوپ، میومکتومی، متروپلاستی، نازایی، سپتوم رحمی.

مقدمه

که به نحو قابل ملاحظه‌ای باعث بهبود عواقب و پروگنوز باروری در زنانی می‌شود که به علت سپتوم رحمی دچار سقط شده‌اند (۱۲-۲). برداشتن میوم‌های زیر مخاطی و آزاد کردن چسبندگی‌های رحمی دو عمل جراحی دیگری هستند که به خوبی با استفاده از هیستروسکوپ قابل اجرا بوده و عوارض ناشی از این اعمال در حین جراحی بسیار اندک گزارش شده است (۱۶-۱۳). این اعمال چنانچه توسط جراحی ماهر انجام شوند، عوارض اندکی به دنبال دارند. خون‌ریزی غیر طبیعی رحمی یکی دیگر از شایع‌ترین علل مراجعه به

هیستروسکوپ اولین بار در سال ۱۸۶۹ توسط پانتیه لئونی معرفی شد و امروزه به عنوان روشی جهت اعمال جراحی همچون متروپلاستی، میومکتومی، پولیپکتومی، از بین بردن چسبندگی‌ها و بررسی حفره‌ی رحمی به صورت سرپایی یا بستری در آمده است (۱). سپتوم‌های رحمی به عنوان شایع‌ترین اختلالات ساختاری رحم و فراوانی بالای اختلالات باروری همراه آن‌ها، به خصوص سقط‌های مکرر، اهمیت دارند. متروپلاستی با استفاده از هیستروسکوپ روشی ساده و بی‌خطر است

* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دستیار تخصصی به شماره‌ی ۳۸۸۳۱۷ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است

^۱ دانشیار، گروه زنان و زایمان، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۲ دستیار، گروه زنان و زایمان، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۳ استاد، گروه زنان و زایمان، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

Email: refaei@med.mui.ac.ir

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر الهه رفایی علی‌آبادی

متروپلاستی بر اساس نوع اختلال ساختاری به عنوان مثال سپتوم، با استفاده از کوتر مونوپلار، لوپ الکتروود از نوع Cutting ۶۰w باز شد. این عمل با هدایت لاپاراسکوپ (karl storz GmbH & Co.KG, Germany, tuttlingen) و تا حد رؤیت هر دو Ostium انجام شد.

میومکتومی توسط کوتر Cuttin مونوپلار Angeled loop electrode و به صورت تکه تکه (Slice-slice) انجام شد (۱۵) و نمونه جهت پاتولوژی ارسال شد.

چسبندگی های درجه ی اول با استفاده از مایع و توسط هیستروسکوپی باز شد. چسبندگی های درجه ی II و III با استفاده از قیچی یا Cutting coater از نوع مونوپلار و یا با استفاده از Straight loop و با هدایت لاپاراسکوپی آهسته باز شد، تا حدی که هر دو سوراخ لوله های رحمی رؤیت شوند. پس از اتمام عمل جراحی به منظور جلوگیری از چسبندگی، بیمار قرص خوراکی استروژن به صورت Sequential و به مدت دو ماه با دوز روزانه ۱/۲۵ میلی گرم از ابتدای قاعدگی تا ۲۵ روز دریافت کرد، سپس در ۱۰ روز آخر روزانه ۱۰ میلی گرم پروژسترون تجویز شد.

۳ تا ۶ ماه پس از عمل جرای بیمار از نظر بروز حاملگی و عاقبت بارداری با مراجعه به درمانگاه و پس از آن به مدت ۶ ماه به صورت تلفنی پی گیری شد (در کل یک سال پس از جراحی). پاسخ به درمان در این مطالعه به صورت حاملگی ترم، سقط، عدم پاسخ به درمان، و بهبود علائم گزارش گردید. اطلاعات در فرم جمع آوری اطلاعات ثبت شد. سپس داده ها با استفاده از آزمون های آماری توصیفی و χ^2 و توسط نرم افزار SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL) آنالیز گردید.

پزشک زنان است که به خوبی با هیستروسکوپی قابل درمان است (۱۷). هدف از مطالعه ی حاضر، بررسی نتیجه ی درمان هیستروسکوپی ناهنجاری های رحمی از نظر باروری و بهبود علائم بیماران در میان زنان نابارور و یا مبتلا به سقط مکرر بود.

روش ها

مطالعه ی حاضر به روش مداخله ای آینده نگر بر روی ۶۵ نفر از زنانی که به علت نازایی اولیه، ثانویه و سقط مکرر (که سایر علل نازایی در آن ها رد شده بود) با تشخیص سپتوم رحمی، میوم زیر مخاطی با درجه ی صفر، یک و دو، پولیپ رحمی و چسبندگی درجه ی یک، دو و سه داخل رحمی که با استفاده از هیستروسالپینگوگرافی، سونوگرافی همراه با نرمال سالین (Sis) و یا هیستروسکوپی تأیید شده بودند، انجام شد. درجه بندی میوم زیر مخاطی و چسبندگی بر اساس طبقه بندی European associated hysteroscopic classification انجام شد (۱۸-۱۹). کلیه بیماران جهت جراحی هیستروسکوپی با هدایت لاپاراسکوپی در بیمارستان بستری شدند. اعمال جراحی همگی در نیمه ی اول سیکل قاعدگی و در فاز پرولیفراتیو آندومتر انجام شد. هیستروسکوپی با استفاده از هیستروسکوپ اشتروس با لنز ۱۲ (Germany, tuttlingen, storz) انجام شد. برای جلوگیری از آسیب سرویکس حین هیستروسکوپی و تسهیل باز کردن سرویکس، شب قبل از عمل از لامیناریا استفاده شد و در صورت آماده بودن (Ripe) سرویکس بدون استفاده از لامیناریا، در حین عمل از دیلاتور هگار شماره ی ۹ برابر با French: ۲۷ استفاده شد. جهت متسع نمودن رحم از گلیسین یا محلول دکستروز ۵ درصد و اتر استفاده شد.

یافته‌ها

مشاهده شده در هیستروسکوپی در جدول ۱ نشان داده شده است.

شکایت شایع در میان مبتلایان به میوم های زیر مخاطی خونریزی غیر طبیعی رحمی (AUB یا Abnormal Uterine Bleeding) بود، در حالی که سقط شایع ترین شکایت در مبتلایان به سپتوم رحمی بود. ارتباط میان نتیجه ی درمان و پاتولوژی رحمی در جدول ۲ گزارش شده است.

تست حاملگی مثبت، در ۲۹ نفر از ۶۵ بیمار (۴۴/۶ درصد) دیده شد (حاملگی ترم ۲۳ مورد و سقط ۶ مورد). با تفکیک بر اساس نوع پاتولوژی مشخص گردید که در ۱۳ نفر (۶۵ درصد) از زنانی که متروپلاستی هیستروسکوپیک شده بودند، حاملگی رخ داد. ارتباط میان نوع ناباروری و نتیجه ی درمان در سه گروه از زنان (نازایی اولیه، ثانویه و سقط مکرر) در جدول ۳ نشان داده شده است.

میانگین سنی افراد مورد بررسی $31/49 \pm 5/7$ سال (حداقل ۲۰ و حداکثر ۴۴ سال) بود. قبل از شروع درمان فراوانی باروری در میان زنانی که یک یا بیش از یک بار حامله شده بودند محاسبه گردید و از میان ۱۰۸ مورد حاملگی در گروه مورد بررسی ۸۷ مورد به سقط منتهی شده بود (۸۰/۵۵ درصد).

با توجه به شرح حال بیماران علت نازایی در ۲۰ نفر نازایی اولیه، در ۳۷ نفر نازایی ثانویه و در ۸ نفر سقط مکرر (بیش از سه بار)، ثبت گردید. در حالی که طبق گزارش خود بیماران در ۲۴ نفر علت مراجعه و شکایت اصلی ناباروری، ۲۷ نفر علاوه بر ناباروری خونریزی غیر طبیعی رحمی (اولیگومنوره یا پلی منوره) و در ۱۴ نفر باقی مانده ی سقط بود.

پس از انجام هیستروسکوپی، بیماران بر اساس پاتولوژی مشاهده شده در هیستروسکوپی دسته بندی شدند. شکایت اصلی بیماران بر اساس نوع پاتولوژی

جدول ۱. فراوانی شکایات بالینی بیماران بر اساس نوع پاتولوژی مشاهده شده در هیستروسکوپی

پاتولوژی شکایت	سپتوم تعداد	میوم تعداد	پولیپ تعداد	چسبندگی تعداد
شکایت اصلی				
خونریزی غیر طبیعی رحم و نازایی	۰	۱۴	۷	۶
سقط و نازایی	۱۲	۰	۱	۱
نازایی	۸	۲	۵	۹

جدول ۲. توزیع فراوانی نتیجه ی درمان هیستروسکوپی بر حسب نوع پاتولوژی

نتیجه ی پاتولوژی	عدم پاسخ به درمان (درصد) تعداد	حاملگی ترم (درصد) تعداد	سقط (درصد) تعداد	بهبود علایم (درصد) تعداد
سپتوم	۷ (۳۵)	۹ (۴۵)	۴ (۲۰)	۰
میوم	۳ (۱۸/۷)	۴ (۲۵)	۰	۹ (۵۶/۳)
پولیپ	۲ (۱۵/۲)	۶ (۴۶/۳)	۰	۵ (۳۸/۵)
چسبندگی	۷ (۴۳/۸)	۴ (۲۵)	۲ (۱۲/۵)	۳ (۲۶/۲)

($P < 0/009$)

جدول ۳. توزیع فراوانی نتایج باروری و درمان بر اساس نوع ناباروری در زنان مورد مطالعه

نوع ناباروری	نتیجه	بهبود علایم بدون حاملگی (درصد) تعداد	سقط (درصد) تعداد	حاملگی ترم (درصد) تعداد	عدم حاملگی (درصد) تعداد
اولیه	۱ (۵)	۴ (۲۰)	۶ (۳۰)	۹ (۴۵)	
ثانویه	۱۶ (۴۳/۲)	۲ (۵/۴)	۱۱ (۲۹/۸)	۸ (۲۱/۶)	
سقط مکرر	۰	۰	۶ (۷۵)	۲ (۲۵)	

(P < ۰/۰۰۲)

جدول ۴. توزیع فراوانی پاتولوژی‌های رحمی بر اساس نوع ناباروری

نوع ناباروری	پاتولوژی	سپتوم	میوم	پولیپ	چسبندگی
ناباروری اولیه	۵ (۲۵)	۳ (۱۵)	۳ (۱۵)	۳ (۱۵)	۹ (۴۵)
ناباروری ثانویه	۸ (۲۱/۶)	۱۲ (۳۲/۴)	۱۰ (۲۷)	۷ (۱۸/۹)	
سقط مکرر	۷ (۸۷/۵)	۰	۱ (۱۲/۵)	۰	

(P < ۰/۰۰۴)

جدول ۵. توزیع فراوانی نتیجه‌ی درمان بر اساس شکایت اولیه‌ی بیمار

شکایت اصلی	نتیجه	عدم پاسخ به درمان (درصد) تعداد	حاملگی ترم (درصد) تعداد	سقط (درصد) تعداد	بهبود علایم بدون حاملگی (درصد) تعداد
خون‌ریزی و نازایی	۴ (۱۴/۸)	۸ (۱۸/۵)	۱ (۳/۷)	۱۷ (۶۲/۹)	
سقط و نازایی	۵ (۳۷/۵)	۸ (۵۷/۱)	۱ (۷/۱)	۰	
نازایی	۱۰ (۴۱/۷)	۱۰ (۴۱/۷)	۴ (۱۶/۷)	۰	

(P < ۰/۰۰۰)

علت اول در ناباروری ثانویه و سپتوم علت اصلی سقط مکرر بود. ۶۲ درصد از بیمارانی که به علت AUB هیستروسکوپی شده بودند، پس از درمان بهبود یافتند که با افزودن موارد حاملگی در این افراد می‌توان نتیجه گرفت که ۹۰ درصد از مبتلایان به AUB پس از هیستروسکوپی بهبود یافتند. ۵۷ درصد از کسانی که به علت سقط درمان هیستروسکوپی شدند، پس از درمان به حاملگی ترم دست یافتند و تنها یک نفر از آن‌ها سقط کرد. نتیجه‌ی باروری بر اساس شکایت بالینی که توسط خود بیماران مطرح شده بود در ۲۴ نفر شکایت اصلی ناباروری، ۲۷ نفر علاوه بر ناباروری AUB

نتایج این بررسی نشان داد که بهترین نتیجه‌ی درمانی در زنانی که به علت سقط مکرر تحت درمان قرار گرفتند، به دست آمد و ۷۵ درصد این افراد پس از درمان به حاملگی ترم دست یافتند. تست مثبت حاملگی در ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به نازایی اولیه و در ۳۸ درصد از مبتلایان به نازایی ثانویه مشاهده گردید.

علاوه بر این نوع و تعداد پاتولوژی‌های رحمی بر اساس نوع ناباروری در جدول ۴ دسته بندی شده است.

چسبندگی شایع‌ترین علت ناباروری اولیه، میوم

(اولیگومنوره یا پلی منوره) و در ۱۴ نفر سقط بود که این نتایج در جدول ۵ نشان داده شده است.

دو مورد تب پس از عمل دیده شد که به اقامت طولانی تر در بیمارستان منجر شد. یکی از افراد مورد مطالعه که به علت نازایی اولیه و با تشخیص چسبندگی هیستروسکوپیک شده بود به علت آبسه ی تخمدانی، بستری مجدد و با توجه به عدم پاسخ به درمان آنتی بیوتیکی اوو فورتومی شد. یکی از بیماران دارای میوم نیز به علت تشدید خونریزی و عدم پاسخ به درمان ۶ ماه بعد هیستروکتومی شد.

بحث

در این مطالعه زنان دارای سپتوم رحمی بیشترین درصد حاملگی را داشتند (۶۵ درصد). نتایج مطالعه ی انجام شده در سال ۲۰۰۰ توسط Porcu و همکاران نشان داد که شانس حاملگی پس از متروپلاستی به ۸۰ درصد می رسد (۱۱). در مطالعه ای در ترکیه مشخص گردید که متروپلاستی شانس سقط را از ۶۰ درصد به ۱۵ درصد کاهش می دهد و شانس بارداری از ۵ تا ۲۰ درصد به ۸۱ درصد افزایش می یابد (۸) که در مطالعه ی حاضر نیز بهبود در باروری به خصوص در گروهی که متروپلاستی شده بودند، مشاهده شد.

درصد پائین حاملگی در میان بیمارانی که هیستروسکوپیک میومکتومی شده بودند (۲۵ درصد) می تواند ناشی از تأثیر این عمل بر مخاط آندومتر و چسبندگی احتمالی ناشی از آن، باشد. علاوه بر این تأثیر سایر علل ناباروری به طور همزمان در این بیماران قابل انکار نیست (۱۴). لازم به ذکر است که در مطالعه ی حاضر میومکتومی به وسیله ی هیستروسکوپ باعث بهبود علائم در بیش از ۵۰ درصد از بیماران شد که این

تأثیر در سایر مطالعات نیز تأیید شده است (۱۶-۱۴).

موارد سقط در گروه دارای سپتوم بیش از سایر گروه ها بود که می توان آن را به بیشتر بودن تعداد نمونه در این گروه و همچنین تأثیر سایر عوامل در سقط در این بیماران، مربوط دانست (۱۵).

حاملگی ترم در گروه دارای پولیپ نیز قابل توجه بود. چنین به نظر می رسد که پولیپ های رحمی پیا پیا هم زدن فضای طبیعی رحم شانس سقط را افزایش می دهند و برداشتن آن ها علاوه بر این که تأثیری بر مخاط آندومتر نمی گذارد، باعث بهبود چشمگیر در نتایج می شود (۲۱-۲۰، ۱۷).

با توجه به نتایج بررسی ما و مطالعات قبلی می توان نتیجه گرفت که هیستروسکوپیک یک روش درمانی بسیار کم هزینه و کم عارضه است که حتی به صورت سرپایی و تحت بی حسی موضعی در درمان پاتولوژی های رحمی قابل استفاده می باشد (۵، ۱).

در این مطالعه پس از هیستروسکوپیک نزدیک به نیمی از کسانی که به علت ناباروری اولیه تحت درمان قرار گرفتند تست حاملگی مثبت داشتند که در بین آن ها بیش از نیمی به حاملگی ترم دست یافتند. از آن جا که اغلب کسانی که به علت نازایی ثانویه بررسی شدند شکایات همزمانی همچون AUB را ذکر می کردند، علاوه بر حاملگی بهبود این علائم در آن ها نیز مورد توجه قرار گرفت. با وجود حاملگی ۳۴ درصدی، در این گروه بهبود علائم چشمگیر بود و با احتساب موارد حاملگی ترم به عنوان بهبودی، بیش از ۷۰ درصد بیماران بهبود داشتند.

نتایج حاصل از مطالعه ی حاضر نشان داد که درمان هیستروسکوپیک نه تنها با افزایش قابل ملاحظه ای در میزان باروری همراه است بلکه با بهبود شکایات بیماران، باعث افزایش کیفیت زندگی در آن ها نیز می شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب تقدیر و تشکر خود را از مساعدت

و راهنمایی‌های دلسوزانه‌ی اساتید گرامی سرکار خانم دکتر خانی و سرکار خانم دکتر دانش ابراز می‌دارند.

References

1. Valle RF. Development of hysteroscopy: from a dream to a reality, and its linkage to the present and future. *J Minim Invasive Gynecol* 2007; 14(4): 407-18.
2. Cunningham FG, Williams JW. Reproductive tract anomaly. In: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong KY, Editors. *William's Obstetrics*. 23rd ed. New York: Mc Graw Hill; 2010. p. 890-911.
3. Berek JS, Novak E. Berek and Novak's gynecology. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 688-734.
4. Rock JA, Jones HW. Te Linde's operative gynecology. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 319-35.
5. Homer HA, Li TC, Cooke ID. The septate uterus: a review of management and reproductive outcome. *Fertility and Sterility* 2000; 73(1): 1-14.
6. Cicinelli E, Matteo M, Causio F, Schonauer LM, Pinto V, Galantino P. Tolerability of the mini-pan-endoscopic approach (transvaginal hydro-laparoscopy and minihysteroscopy) versus hysterosalpingography in an outpatient infertility investigation. *Fertil Steril* 2001; 76(5): 1048-51.
7. Ventolini G, Zhang M, Gruber J. Hysteroscopy in the evaluation of patients with recurrent pregnancy loss: a cohort study in a primary care population. *Surg Endosc* 2004; 18(12): 1782-4.
8. Saygili-Yilmaz E, Yildiz S, Erman-Akar M, Akyuz G, Yilmaz Z. Reproductive outcome of septate uterus after hysteroscopic metroplasty. *Arch Gynecol Obstet* 2003; 268(4): 289-92.
9. Valli E, Vaquero E, Lazzarin N, Caserta D, Marconi D, Zupi E. Hysteroscopic metroplasty improves gestational outcome in women with recurrent spontaneous abortion. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2004; 11(2): 240-4.
10. Fedele L, Bianchi S. Hysteroscopic metroplasty for septate uterus. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1995; 22(3): 473-89.
11. Porcu G, Cravello L, D'Ercole C, Cohen D, Roger V, De Montgolfier R, et al. Hysteroscopic metroplasty for septate uterus and repetitive abortions: reproductive outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000; 88(1): 81-4.
12. Saygili-Yilmaz ES, Erman-Akar M, Yilmaz Z. A retrospective study on the reproductive outcome of the septate uterus corrected by hysteroscopic metroplasty. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 78(1): 59-60.
13. Rama Raju GA, Shashi Kumari G, Krishna KM, Prakash GJ, Madan K. Assessment of uterine cavity by hysteroscopy in assisted reproduction programme and its influence on pregnancy outcome. *Arch Gynecol Obstet* 2006; 274(3): 160-4.
14. Yu D, Li TC, Xia E, Huang X, Liu Y, Peng X. Factors affecting reproductive outcome of hysteroscopic adhesiolysis for Asherman's syndrome. *Fertil Steril* 2008; 89(3): 715-22.
15. Camanni M, Bonino L, Delpiano EM, Ferrero B, Migliaretti G, Deltetto F. Hysteroscopic management of large symptomatic submucous uterine myomas. *J Minim Invasive Gynecol* 2010; 17(1): 59-65.
16. Somigliana E, Vercellini P, Daguati R, Pasin R, De Giorgi O, Crosignani PG. Fibroids and female reproduction: a critical analysis of the evidence. *Hum Reprod Update* 2007; 13(5): 465-76.
17. Lasmar RB, Dias R, Barrozo PR, Oliveira MA, Coutinho Eda S, Da Rosa DB. Prevalence of hysteroscopic findings and histologic diagnoses in patients with abnormal uterine bleeding. *Fertil Steril* 2007; 89(6): 1803-7.
18. Lasma RB, Bassil R, Dias R, De Oliveria P. Submucous fibroids: pre-surgical classification to evaluate the viability of hysteroscopic surgical management. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2004; 26(4): 305-9.
19. Salma U, Xu D, Sheikh SA. Diagnosis and treatment of intrauterine adhesion. *World Journal of Medical Sciences* 2011; 6(2): 46-53.
20. Chi-feng Y, Chyi-long L, Chin-jung W, Yung-Kuei S, Arici A. Successful pregnancies in women with diffuse uterine leiomyomatosis after hysteroscopic management. *Fertil Steril* 2007; 88(6): 1667-73.
21. Shokeir T, El-Shafei M, Yousef H, Allam AF, Sadek E. Submucous myomas and their implications in the pregnancy rates of patients with otherwise unexplained primary infertility undergoing hysteroscopic myomectomy: a randomized matched control study. *Fertil Steril* 2010; 94(2): 724-9.

Reproductive Outcomes Following Hysteroscopic Repair of Uterine Lesions

Atta Allah Ghahiri MD¹, Elaheh Refaei Aliabadi MD², Ali Akbar Taherian MD³

Abstract

Background: Small intrauterine lesions such as septum, adhesion, polyp, and Submucos myomas may have a great role in causing implantation failure, poor reproductive performance and abnormal uterine bleeding (AUB). We studied the effectiveness of therapeutic intervention through operative hysteroscopy in improvement of pregnancy outcome and in women with pregnancy and fertility problems.

Methods: This prospective cohort study was performed between 2003-2009 on 65 patients' referred to Alzahra and Sina hospital, Iran, with primary or secondary infertility or recurrent abortion and structural uterine lesions reported in sonography or hysterosalpingography. After hysteroscopic metroplasty, myomectomy, adhesiolysis and polypectomy under laparoscopic guide, we evaluated reproductive outcome in these patient during one year after surgery.

Findings: pregnancy rate after metroplasty was 58%. Among patients with recurrent abortion 6 patients (75%) complete their pregnancy successfully. Abnormal uterine bleeding was improved in 62% of patients. Reproductive outcome was poor after Myomectomy and Adhesiolysis.

Conclusion: Our study shows improvement in conceptional outcome and abnormal utrein bleeding after hysteroscopic surgery of these anomalies.

Keywords: Hysteroscopy, Metroplasty, Myomectomy, Adhesiolysis, Infertility.

* This paper is derived from a specialty thesis No. 388317 in Isfahan University of Medical Sciences.

¹ Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

² Resident, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

³ Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Elaheh Refaei.Aliabadi MD, Email: refaei@med.mui.ac.ir