

# Uterine årsager til infertilitet – hjælper kirurgi?

## LEDER

Bugge Nøhr

Ugeskr Læger  
2019;181:V70400

Infertilitet defineres if. WHO som forsøg på opnåelse af graviditet i mere end et år og er forårsaget af faktorer som høj alder, tubar patologi og nedsat sædkvalitet. Assisteret reproduktiv teknologi (ART) er standard-behandling til infertile par. Hidtil har fokus i høj grad været på optimering af embryokvaliteten, mens uterine forhold, der potentielt kan påvirke implantation og efterfølgende graviditet ikke er så velbelyste. Uterine patologier som endometriepolypper, uterine fibromer og anomalier er blevet associeret til infertilitet, men evidensen er lav. Disse tilstande er hyppigere forekommende hos infertile end hos fertile og afhænger af faktorer som alder, etnicitet og genetisk disposition. At diagnosticere en patologisk tilstand i uterus med infertilitet som eneste symptom er dog en ting – noget andet er, om behandling af tilstanden så bedrer kvindens/parrets fertilitet.

I 2018 var vi en gruppe med interesse for reproduktiv kirurgi under Dansk Fertilitetsselskab og Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik, som gennemgik den eksisterende litteratur vedrørende behandling af potentielle uterine årsager til infertilitet med henblik på udarbejdelse af en dansk guideline [1]. Som ventet var evidensen præget af lav kvalitet.

I et nyligt publiceret Cochranereview [2] har man forsøgt at samle alle randomiserede studier om hysteroskopisk behandling af uterine patologier (*major uterine cavity abnormalities*) forud for graviditet hos infertile kvinder. De uterine patologier består af: endometriepolypper, uterine fibromer, intrauterine adhærencer og septat uterus. Emnerne er gennemgået enkeltvist i reviewet. Ligesom i et Cochranereview af samme forfattere fra 2015 fandt man de samme to randomiserede studier fra hhv. 2005 og 2006. Begge studier har forinden været igennem Cochranereview hver for sig (ved andre forfattere) i hhv. 2012 og 2014. Det ene studie [3] omhandler 215 infertile kvinder med UL-verificerede endometriepolypper, som blev randomiseret til enten hysteroskopisk polypektomi eller hysteroskopisk biopsi, efterfulgt af op til fire intrauterine inseminationsforsøg. Gruppen af polypektomerede kvinder havde en signifikant fordobling af graviditets-hyppigheden (64/101 = 63%) sammenlignet med biopsigruppen (29/103 = 28%) (11 var *lost to follow-up*). Hyppigheden af spontane aborter og levendefødte børn blev ikke undersøgt i studiet. Risikoen for informationsbias blev vurderet til at være høj og evidensgraden lav. I det andet studie [4] var der inkluderet 94 infertile kvinder med primært submukøse fibromer. Deltagerne blev randomiseret til enten hysteroskopisk fibromfjernelse eller ingen behandling. Gruppen af

kvinder med hysteroskopisk fjernede submukøse fibromer havde en ikkesignifikant fordobling af graviditets-hyppigheden (21/52 = 40%) sammenlignet med kontrolpersoner uden myomektomi (9/42 = 21%). Hyppigheden af levendefødte børn blev ikke undersøgt i studiet. Risikoen for informationsbias blev vurderet til at være høj og evidensgraden meget lav. Man fandt ingen randomiserede studier om intrauterine adhærencer og septat uterus. Som en bemærkning fandt forfatterne 162 artikler siden forrige review, fordelt på de fire førnævnte uterine patologier, som af forskellige årsager ikke kunne leve op til kriterierne for veludførte kliniske randomiserede studier. Det er uægteligt mange publicerede studier, som ikke har løftet evidensniveauet, og næste skridt bør derfor være at producere større, metodemæssigt velgennemførte studier.

Oftestår vi som klinikere i fertilitetsforløb, hvor vi skal overveje, om behandling af en uterin patologi vil øge kvindens sandsynlighed for at blive (vedvarende) gravid. Med henvisning til den eksisterende evidens må man konkludere, at vi i de fleste tilfælde er usikre på, om behandling hjælper på fertiliteten. Det kræver derfor en betydelig medinddragelse af kvinderne/parrerne i beslutningsprocessen forud for eventuel kirurgi. Hysteroskopi er et relativt enkelt indgreb, som oftest kan foregå ambulant – med fordel på en indgrebsstue tilknyttet fertilitetsklinikken for at minimere forsinkelse i behandlingsforløbet. Det er dog vigtigt at undgå overbehandling – i ønsket om at gøre noget godt for patienten – og i værste fald gøre mere skade end gavn.

## LITTERATUR

1. Gynækologisk guideline: uterine årsager til infertilitet, 2018. [www.dsog.dk](http://www.dsog.dk) (1. feb 2019).
2. Bosteels J, van Wessel S, Weyers S et al. Hysteroscopy for treating subfertility associated with suspected major uterine cavity abnormalities. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;12:CD009461.
3. Pérez-Medina T, Bajo-Arenas J, Salazar F et al. Endometrial polyps and their implication in the pregnancy rates of patients undergoing intrauterine insemination: a prospective, randomized study. *Hum Reprod* 2005;20:1632-5.
4. Casini ML, Rossi F, Agostini R et al. Effects of the position of fibroids on fertility. *Gynecol Endocrinol* 2006;22:106-9.

## KORRESPONDANCE:

Bugge Nøhr, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling, Herlev Hospital. E-mail: [noehr@dadlnet.dk](mailto:noehr@dadlnet.dk)

## INTERESSEKONFLIKTER:

ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med artiklen på [Ugeskriftet.dk](http://Ugeskriftet.dk)