

# VAI TRÒ CỦA NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG TRONG ĐIỀU TRỊ HIẾM MUỘN

BS. Nguyễn Thị Thanh Ngân

Bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ

## GIỚI THIỆU

Nội soi buồng tử cung đã tạo nên một bước ngoặt lớn trong phẫu thuật phụ khoa, là phương pháp sử dụng một ống nội soi tử cung có gắn máy quay phim và nguồn sáng để quan sát các cấu trúc bên trong buồng tử cung và lỗ trong ống dẫn trứng, qua đó chẩn đoán các bất thường buồng tử cung. Ngoài ra, việc quan sát trực tiếp giúp xác định chính xác các tổn thương nghi ngờ để sinh thiết làm giải phẫu bệnh. Đặc biệt, các phương pháp điều trị có thể được tiến hành trong lúc soi buồng tử cung, giúp xử lý các tổn thương mà bệnh nhân không cần phải can thiệp bằng các phẫu thuật lớn. Đây là phương pháp xâm lấn tối thiểu, chi phí thấp, thời gian nằm viện ngắn và tỷ lệ biến chứng thấp.

Vì vậy, nội soi buồng tử cung được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán và điều trị các bất thường lòng tử cung. Trong hiếm muộn, nhiều bệnh lý được chẩn đoán và xử lý một cách hiệu quả qua nội soi buồng tử cung như: polyp nội mạc tử cung, u xơ tử cung dưới niêm, khuyết sẹo mổ lấy thai cũ, dị dạng tử cung, dính buồng tử cung, thất bại làm tổ nhiều lần...

## POLYP NỘI MẠC TỬ CUNG

Polyp nội mạc tử cung là tình trạng tăng trưởng tại chỗ quá mức của nội mạc tử cung,

chứa các tuyến và mô đệm. Một số cơ chế gây hiếm muộn của polyp nội mạc tử cung:

- Cơ học: cản trở vận chuyển tinh trùng hay chiếm mất không gian cho phôi làm tổ.
- Tuyến và mô đệm trong các polyp nội mạc tử cung không đáp ứng với kích thích của progesterone dẫn đến khiếm khuyết làm tổ tại vị trí polyp nội mạc tử cung.
- Thay đổi phản ứng viêm tại chỗ, làm cản trở làm tổ và phát triển bình thường của phôi.
- Giảm mức độ RNA thông tin của HOXA 10 và HOXA 11, là các marker phân tử của sự tương thích nội mạc tử cung.

Có 3 hướng chính trong điều trị polyp nội mạc tử cung. Một là, theo dõi tự nhiên, vì đa phần polyp là lành tính và 27% polyp nhỏ (< 10 mm) có thể tự thoái triển. Hai là, điều trị nội khoa (như sử dụng dụng cụ tử cung có chứa levonorgestrel, GnRH đồng vận). Tuy nhiên, phương pháp này có vai trò hạn chế trong xử lý polyp nội mạc tử cung và ít có dữ liệu ủng hộ điều trị nội khoa là bước lựa chọn đầu tiên trong xử lý polyp nội mạc tử cung. Phương pháp ngoại khoa hiệu quả và đang được sử dụng rộng rãi hiện nay để điều trị polyp nội mạc tử cung là nội soi buồng tử cung. Một tổng quan hệ thống nghiên cứu kết quả sinh sản sau khi cắt polyp nội mạc tử cung ở những bệnh nhân hiếm muộn thực hiện bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI)

(Pérez – Medina và cs., 2005). Tỷ lệ có thai lâm sàng sau 4 chu kỳ IUI là 63% ở nhóm cắt đốt polyp so với nhóm chứng (nhóm không điều trị polyp) 28%. Tỷ lệ mang thai tự nhiên ở nhóm cắt bỏ polyp là 29% so với 3% ở nhóm chứng<sup>[15]</sup>. Tác giả Lê Viết Nguyên Sa (2020) đánh giá kết cục chu kỳ chuyển phôi trữ sau phẫu thuật nội soi cắt polyp và so sánh với các chu kỳ chuyển phôi trữ sau trữ phôi toàn bộ do các nguyên nhân khác trong 379 chu kỳ IVF. Kết quả có thai ở 18 trường hợp chuyển phôi trữ sau cắt polyp nội mạc tử cung, tỷ lệ thai lâm sàng, tỷ lệ làm tổ lần lượt là 50% và 26,9%<sup>[11]</sup>. Điều này cho thấy, việc nội soi cắt polyp nội mạc tử cung trước điều trị hiếm muộn có thể làm tăng tỷ lệ đậu thai. Tuy nhiên, cần cân nhắc nhiều yếu tố như vị trí, kích thước polyp nội mạc tử cung cũng như các biến chứng sau phẫu thuật. Năm 2006, Isikoglu M và cộng sự đánh giá ảnh hưởng của polyp nội mạc tử cung có kích thước < 1,5 cm đối với chu kỳ ICSI. Nhóm 1: phát hiện polyp trong lúc kích thích buồng trứng (n = 15); nhóm 2: bệnh nhân được cắt polyp qua nội soi tử cung trước chu kỳ ICSI (n = 20) và bệnh nhân không có polyp (n = 956). Tỷ lệ mang thai lần lượt là 53,3%, 45% và 40,1%. Không có sự khác biệt thống kê về tỷ lệ mang thai và làm tổ giữa ba nhóm. Vì vậy, cần thêm các nghiên cứu lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên (Randomized controlled clinical trial – RCT), đa trung tâm để đưa ra các khuyến cáo điều trị nội soi buồng tử cung đối với polyp nội mạc tử cung.

### U XƠ TỬ CUNG DƯỚI NIÊM

Từ lâu người ta chấp nhận rằng u xơ tử cung dưới niêm mạc làm giảm khả năng sinh sản do ảnh hưởng đến buồng tử cung. Một đánh giá có hệ thống của Pritts và cộng sự, kết luận rằng u xơ dưới niêm mạc (FIGO L0 đến L2) gây biến dạng buồng tử cung dẫn đến

giảm tỷ lệ thai lâm sàng, làm tổ và thai diễn tiến, cũng như tăng tỷ lệ sảy thai tự nhiên<sup>[16]</sup>.

Nội soi buồng tử cung cắt bỏ u xơ tử cung L0, L1 giúp phục hồi kích thước buồng tử cung, từ đó cải thiện kết cục sinh sản. Nguy cơ tổn thương nội mạc tử cung, dính buồng tử cung ảnh hưởng đối với việc thụ thai phải được thảo luận với bệnh nhân trong quá trình tư vấn trước phẫu thuật.

Đối với u xơ tử cung FIGO L2 (<50% khối u nằm trong lòng tử cung) thì khó cắt bỏ hơn và có thể trải qua nhiều thì, đặc biệt nếu kích thước lớn hơn 3 cm. Camani và cộng sự đã chứng minh rằng phương pháp nội soi buồng tử cung phù hợp với u xơ có đường kính lên tới 5 cm<sup>[4]</sup>. Tuy nhiên cần phải cẩn thận đánh giá để cân nhắc các kỹ thuật phù hợp để xử trí u xơ tử cung L2 có kích thước lớn. Khi không thể cắt hết được khối u xơ trong một lần (bơm dịch quá nhiều, chảy máu nhiều...) nên ngưng thủ thuật và chờ đợi 2 – 3 tháng, trong thời gian đó khối u xơ sẽ dần dần nhô vào buồng tử cung để thực hiện cắt đốt lần thứ 2. Nội soi ổ bụng có thể được thực hiện nếu u xơ tử cung to hoặc đa nhân xơ, tuy nhiên cần lưu ý trình độ phẫu thuật viên, thời gian mổ dài và nguy cơ vỡ tử cung trong khi mang thai và chuyển dạ sau này.

### KHUYẾT SẸO MỔ LẤY THAI CŨ

Khuyết sẹo mổ lấy thai cũ (Previous lower uterine segment caesarean scar defect – PCSD) là sự mất liên tục của nội mạc tử cung và một phần hay toàn bộ cơ của thành trước tử cung, xảy ra trong suốt quá trình lành sẹo mổ lấy thai. Bệnh lý này thường gây ra triệu chứng xuất huyết âm đạo bất thường, thống kinh và hiếm muộn thứ phát. Một số cơ chế gây hiếm muộn ở phụ nữ có khuyết sẹo mổ lấy thai cũ như: tích tụ máu tại sẹo hở làm giảm chất nhầy cổ tử cung, gây hạn chế vận

chuyển tinh trùng qua kênh cổ tử cung hoặc cản trở sự làm tổ của phôi, quá trình viêm khu trú tại vùng khuyết.

Có 3 phương pháp chính trong điều trị ngoại khoa khuyết sẹo mổ lấy thai cũ. Đó là nội soi ổ bụng, phẫu thuật đường âm đạo và nội soi buồng tử cung. Hiệu quả của 3 phương pháp này còn nhiều tranh cãi. Các lập luận ủng hộ phương pháp nội soi buồng tử cung bao gồm việc dễ dàng thực hiện quy trình và thời gian phục hồi tối thiểu với khả năng giải quyết triệu chứng tốt. Tuy nhiên, các lập luận chống lại cách tiếp cận này bao gồm nguy cơ tổn thương bàng quang và đóng kín khiếm khuyết không hoàn toàn gây ra các triệu chứng dai dẳng. Vì thế một số khuyến cáo cho rằng nên sử dụng phương pháp này ở các bệnh nhân có độ dày cơ tử cung còn lại  $\geq 3$  mm<sup>[12]</sup>.

Cơ chế điều trị soi buồng tử cung trong khuyết sẹo mổ lấy thai cũ là: (1) Làm đầy khuyết; (2) Khép hai mép vùng khuyết; (3) Tạo dính tại vị trí hở. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy nội soi buồng tử cung hiệu quả trong việc khôi phục khả năng sinh sản ở phụ nữ có khuyết sẹo mổ lấy thai cũ. Gubbini và cộng sự (2011) đã thực hiện soi buồng tử cung cắt sửa sẹo hở cho 41 bệnh nhân và cả 41 bệnh nhân đều có thai, 37 người (90,2%) được sanh mổ và 4 người (9,8%) bị sẩy thai trong tam cá nguyệt một<sup>[10]</sup>. Năm 2020, Tsuji S và cộng sự nghiên cứu 38 phụ nữ hiếm muộn thứ phát do khuyết sẹo mổ lấy thai cũ được thực hiện nội soi buồng tử cung tại Bệnh viện Đại học Y Shiga từ tháng 7 năm 2014 đến tháng 7 năm 2019. Sau đó theo dõi bệnh nhân từ 3 đến 40 tháng sau phẫu thuật. Không có biến chứng được ghi nhận sau phẫu thuật và có 27 bệnh nhân (71%) mang thai. Trong số những người có thai, 85% thụ thai trong vòng 2 năm sau phẫu thuật<sup>[19]</sup>. Hiện tại, nội soi buồng tử cung có nhiều ưu điểm trong chẩn đoán và

điều trị khuyết sẹo mổ lấy thai cũ. Tuy nhiên, cần nghiên cứu thêm về các phương pháp điều trị khác cũng như cách khắc phục hạn chế của phương pháp này.

## DI DẠNG TỬ CUNG

Tử cung có vách ngăn (Septate uterus) thường gặp nhất trong các loại dị dạng tử cung, chiếm 35%. Bất thường bẩm sinh ở tử cung này làm tăng nguy cơ biến chứng sản khoa, sẩy thai liên tiếp, hiếm muộn, sinh non, dị tật thai cũng như giảm tỷ lệ thành công khi điều trị thụ tinh trong ống nghiệm<sup>[17]</sup>.

Việc quản lý tử cung có vách ngăn còn nhiều tranh cãi. Do đó, chẩn đoán chính xác việc phối hợp với các phương tiện hình ảnh như chụp tử cung vòi trứng cản quang (HSG), cộng hưởng từ (MRI) là rất cần thiết trong việc lên kế hoạch điều trị<sup>[17]</sup>. Một trong những biện pháp can thiệp là cắt bỏ vách ngăn qua nội soi buồng tử cung, một phương pháp được cho rằng mang lại kết quả sinh sản tốt hơn ở những bệnh nhân có tiền sử sẩy thai hoặc sinh non. Đối với bệnh nhân hiếm muộn thực hiện các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, các số liệu cho thấy tỷ lệ thai và tỷ lệ sẩy thai ở bệnh nhân được nội soi buồng tử cung tạo hình vách ngăn là tương đương so với các bệnh nhân có khoang tử cung bình thường<sup>[3]</sup>. Một nghiên cứu hồi cứu của Tomažević và cộng sự (2010) khảo sát 235 bệnh nhân, chia làm 2 nhóm. Nhóm 1 bao gồm những bệnh nhân được chẩn đoán có vách ngăn không hoàn chỉnh (n = 119), đáp ứng hai tiêu chí độ dày cơ tử cung vùng đáy (Fm) > 11 mm và Fm – Cm > 5 mm (Cm: độ dày cơ tử cung ở góc), những bệnh nhân này đã được rạch nội soi phần vách ngăn không hoàn chỉnh. Nhóm 2 bao gồm 116 bệnh nhân đối chứng phù hợp với độ tuổi có khoang tử cung bình thường đã trải qua IVF trong cùng khoảng thời gian. Kết quả cho thấy: Mặc dù bệnh nhân nhóm 1

có tiền sử sảy thai tự nhiên nhiều hơn nhóm 2 (14,20 so với 6,03%,  $P = 0,04$ ) cũng như tỷ lệ thất bại IVF trước đó cao hơn (32,7 so với 20,6%,  $P = 0,04$ ). Tuy nhiên, sau phẫu thuật chỉnh vách ngăn ở nhóm 1, kết quả có thai IVF tương tự nhau ở cả hai nhóm (thai lâm sàng lần lượt là 47,8% so với 46,50%). Nghiên cứu của Antonio Mollo và cộng sự (2009) đánh giá khả năng sinh sản của bệnh nhân hiếm muộn sau khi nội soi buồng tử cung cắt vách ngăn (nhóm A) với bệnh nhân hiếm muộn không rõ nguyên nhân (nhóm B). Tỷ lệ mang thai (38,6% so với 20,4%) và tỷ lệ sinh sống (34,1% và 18,9%) ở nhóm A cao hơn đáng kể so với nhóm B. Phân tích tỷ lệ sống sót cho thấy xác suất mang thai trong 12 tháng theo dõi là cao hơn đáng kể ở những bệnh nhân đã trải qua phẫu thuật tạo hình so với những phụ nữ bị vô sinh không rõ nguyên nhân<sup>[14]</sup>. Điều này cho thấy, phẫu thuật nội soi buồng tử cung cắt vách ngăn có thể cải thiện tỷ lệ thai, giảm nguy cơ sảy thai và sinh non.

## DÍNH BUỒNG TỬ CUNG

Dính buồng tử cung được định nghĩa là tình trạng các dải xơ xuất hiện trong buồng tử cung. Tổn thương nhiều mức độ từ vài dải xơ mỏng đến thể nặng các dải dính dày đặc bám từ thành trước đến thành sau tử cung. Đa số bệnh nhân đến khám vì tình trạng vô kinh hoặc hiếm muộn. Hiện nay, nội soi buồng tử cung được xem là một công cụ an toàn và hiệu quả nhất trong chẩn đoán cũng như xử trí tổn thương dính buồng tử cung, khôi phục lại kích thước và hình dạng bình thường của khoang tử cung. Nội soi buồng tử cung cho phép gỡ các dải dính dưới sự quan sát trực tiếp và được phóng đại. Sự căng phồng của tử cung khi thực hiện cũng có thể làm các mảng dính nhẹ bong ra và dễ dàng tách bằng đầu của ống soi tử cung<sup>[18]</sup>. Các dụng cụ phẫu

thuật điện đơn cực<sup>[5]</sup>, lưỡng cực<sup>[20]</sup> và laser Nd – YAG<sup>[9]</sup> được sử dụng để tách dính, ưu điểm của cắt chính xác và cầm máu tốt. Nhược điểm là tăng nguy cơ thủng tử cung, tổn thương nội mạc tử cung làm dính buồng tử cung tái phát, chi phí và mức độ giãn cổ tử cung để chứa dụng cụ phẫu thuật<sup>[13]</sup>.

Chen L và cộng sự (2017) đã nghiên cứu về hiệu quả của nội soi buồng tử cung trong điều trị dính buồng tử cung trên 332 bệnh nhân. Sau phẫu thuật, bệnh nhân được theo dõi trong khoảng thời gian trung bình là  $27 \pm 9$  tháng và tỷ lệ thụ thai chung sau khi bóc tách dính qua nội soi tử cung là 48,2%. Thời gian thụ thai trung bình sau khi bóc tách dính buồng tử cung là  $9,7 \pm 3,7$  tháng, tỷ lệ sảy thai là 9,4%<sup>[7]</sup>. Perrine Capmas và cộng sự (2020) nghiên cứu trên 202 bệnh nhân có dính buồng tử cung được điều trị nội soi buồng tử cung, kết quả có 112 (55%) phụ nữ có thai. Trong số đó, có thai trong tử cung ở 58 phụ nữ (52%)<sup>[6]</sup>. Một vấn đề đặt ra sau can thiệp là nguy cơ dính buồng tử cung tái phát, chiếm tỷ lệ 3,1 đến 23,5%, phụ thuộc vào mức độ nặng của tình trạng dính ban đầu. Trong hội chứng Asherman nặng (giai đoạn 3 hoặc 4), có thể xảy ra ở 63% phụ nữ<sup>[11]</sup>. Những giải pháp được đưa ra để chống dính như sử dụng gel acid hyaluronic, gel polyethylene oxide – sodium carboxymethyl cellulose, liệu pháp estrogen đường uống, bóng chèn, dụng cụ tử cung cũng đang được các nhà khoa học tập trung nghiên cứu.

## THẤT BẠI LÀM TỔ NHIỀU LẦN

Thất bại làm tổ nhiều lần (Recurrent Implantation Failure – RIF) được định nghĩa: “Không có thai lâm sàng sau khi đã chuyển ít nhất 4 phôi chất lượng tốt trong ít nhất 3 chu kỳ chuyển phôi tươi hoặc phôi trữ ở một phụ nữ dưới 40 tuổi”<sup>[8]</sup>. Có nhiều nguyên nhân dẫn tới RIF trong đó có các yếu tố tại

tử cung như viêm nội mạc tử cung mãn tính, polyp nội mạc tử cung, u xơ tử cung, adenomyosis... Hiện nay, các phương tiện khảo sát bất thường buồng tử cung phần lớn được thực hiện gián tiếp như siêu âm phụ khoa, siêu âm bơm nước buồng tử cung, HSG. Do vậy, khả năng chẩn đoán không cao và không phát hiện được một số bệnh lý.

Nội soi buồng tử cung là một phương pháp có nhiều ưu điểm, giúp quan sát trực tiếp toàn bộ buồng tử cung, giúp phát hiện các bất thường nhỏ mà các phương pháp chẩn đoán gián tiếp bỏ sót, đồng thời còn giúp xử trí các bất thường phát hiện được. Vũ Thị Ngọc và cộng sự (2023) nghiên cứu trên 151 bệnh nhân RIF nhận thấy có 55% tổn thương bị bỏ sót sau siêu âm và HSG, đặc biệt viêm nội mạc tử cung mạn tính chiếm 29,8%<sup>[2]</sup>. Năm 2018, Al – Turki HA nghiên cứu trên 266 phụ nữ RIF. Sau khi trải qua nội soi buồng tử cung, có 104 người (39,1%) có bệnh lý buồng tử cung được phát hiện. Tỷ lệ thai lâm sàng ở nhóm bất thường buồng tử cung sau điều trị cao hơn (39,4%). Điều này cho thấy, nội soi tử cung có thể phát hiện các bệnh lý trong tử cung mà các phương tiện chẩn đoán khác đã bỏ sót. Vì vậy, những bệnh nhân có tiền sử RIF nên nội soi buồng tử cung trước khi thực hiện chu kỳ điều trị tiếp theo.

## KẾT LUẬN

Nội soi buồng tử cung có vai trò quan trọng trong chẩn đoán và điều trị các bất thường tử cung liên quan hiếm muộn. Với sự phát triển của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản và điều trị hiếm muộn như hiện nay, nội soi buồng tử cung cần được tập trung nghiên cứu và phát triển để đưa ra các khuyến cáo

điều trị cụ thể, giúp tăng tỷ lệ thành công ở bệnh nhân hiếm muộn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Viết Nguyễn Sa, Hoàng Ngọc Sơn, Lê Việt Hùng (2021), "Polyp nội mạc tử cung phát hiện trong quá trình kích thích buồng trứng và kết cục chu kỳ chuyển phối tử sau cắt polyp", Tạp chí Phụ sản. 18(4), 33 – 40.
2. Vũ Thị Ngọc, Lê Quang Đò, Nguyễn Minh Thủy (2023), "KẾT QUẢ SOI BUỒNG TỬ CUNG NGOÀI TRÚ TRÊN BỆNH NHÂN THẤT BẠI LÀM TỔ LIÊN TIẾP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH", Tạp chí Y học Việt Nam. 524(2),
3. Abuzeid, M, G Ghourab, O Abuzeid, M Mitwally, M Ashraf and M Diamond (2014), "Reproductive outcome after IVF following hysteroscopic division of incomplete uterine septum/arcuate uterine anomaly in women with primary infertility", Facts Views Vis Obgyn. 6(4), 194 – 202.
4. Camanni, M, L Bonino, E M Delpiano, B Ferrero, G Migliaretti and F Deltetto (2010), "Hysteroscopic management of large symptomatic submucous uterine myomas", J Minim Invasive Gynecol. 17(1), 59 – 65.
5. Capella – Allouc, S, F Morsad, C Rongières – Bertrand, S Taylor and H Fernandez (1999), "Hysteroscopic treatment of severe Asherman's syndrome and subsequent fertility", Hum Reprod. 14(5), 1230 – 1233.
6. Capmas, P, A Mihalache, L Duminiil, L S Hor, A – G Pourcelot and H Fernandez (2020), "Intrauterine adhesions: What is the pregnancy rate after hysteroscopic management?", Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction. 49(7), 101797.
7. Chen, L, H Zhang, Q Wang, F Xie, S Gao, Y Song, J Dong, H Feng, K Xie and L Sui (2017), "Reproductive Outcomes in Patients With Intrauterine Adhesions Following Hysteroscopic Adhesiolysis: Experience From the Largest Women's Hospital in China", J Minim Invasive Gynecol. 24(2), 299 – 304.
8. Coughlan, C, W Ledger, Q Wang, F Liu, A Demiroglu, T Gurgan, R Cutting, K Ong, H Sallam and T C Li (2014), "Recurrent implantation failure: definition and management", Reprod Biomed Online. 28(1), 14 – 38.
9. Duffy, S, P C Reid and F Sharp (1992), "In – vivo studies of uterine electrosurgery", Br J Obstet Gynaecol. 99(7), 579 – 582.
10. Gubbini, G, G Centini, D Nascetti, E Marra, I Moncini, L Bruni, F Petraglia and P Florio (2011), "Surgical hysteroscopic treatment of cesarean – induced isthmocele in restoring fertility: prospective study", J Minim Invasive Gynecol. 18(2), 234 – 237.
11. Hanstede, M M, E van der Meijl, L Goedemans and M H Emanuel (2015), "Results of centralized Asherman surgery, 2003 – 2013", Fertil Steril. 104(6), 1561 – 1568.e1561.
12. Laganà, A S, L A Pacheco, A Tinelli, S Haimovich, J Carugno and F Ghezzi (2018), "Optimal Timing and Recommended Route of Delivery after Hysteroscopic Management of Isthmocele? A Consensus Statement From the Global Congress on Hysteroscopy Scientific Committee", J Minim Invasive Gynecol. 25(4), 558.
13. Magos, A (2002), "Hysteroscopic treatment of Asherman's syndrome", Reprod Biomed Online. 4 Suppl 3(46 – 51).
14. Mollo, A, P De Franciscis, N Colacurci, L Cobellis, A Perino, R Venezia, C Alviggi and G De Placido (2009), "Hysteroscopic resection of the septum improves the pregnancy rate of women with unexplained infertility: a prospective controlled trial", Fertil Steril. 91(6), 2628 – 2631.
15. Pérez – Medina, T, J Bajo – Arenas, F Salazar, T Redondo, L Sanfrutos, P Alvarez and V Engels (2005), "Endometrial polyps and their implication in the pregnancy rates of patients undergoing intrauterine insemination: a prospective, randomized study", Hum Reprod. 20(6), 1632 – 1635.
16. Pritts, E A, W H Parker and D L Olive (2009), "Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence", Fertil Steril. 91(4), 1215 – 1223.
17. Seet, M J, M S K Lau, J K Y Chan and H H Tan (2015), "Management of complete vagina – uterine septum in patients seeking fertility: Report of two cases and review of literature", Gynecology and Minimally Invasive Therapy. 4(4), 140 – 145.
18. Sugimoto, O (1978), "Diagnostic and therapeutic hysteroscopy for traumatic intrauterine adhesions", Am J Obstet Gynecol. 131(5), 539 – 547.
19. Tsuji, S, A Takahashi, A Higuchi, A Yamanaka, T Armano, F Kimura, A Seko – Nitta and T Murakami (2020), "Pregnancy outcomes after hysteroscopic surgery in women with cesarean scar syndrome", PLoS One. 15(12), e0243421.
20. Zikopoulos, K A, E M Kolibianakis, P Platteau, L de Munck, H Tournaye, P Devroey and M Camus (2004), "Live delivery rates in subfertile women with Asherman's syndrome after hysteroscopic adhesiolysis using the resectoscope or the Versapoint system", Reprod Biomed Online. 8(6), 720 – 725.