

Bölüm 8

ENDOMETRİAL POLİPLERİN YÖNETİMİNDE HİSTEROSKOPI

Sevda YELEÇ¹

Giriş

Endometrial polipler endometrial mukozadan kaynaklanan, stromal bir eksen çevreleyen silindirik epitelden oluşan benign tümörlerdir ve farklı oranlarda kan damarları içerirler (1). Her ne kadar insidental bir bulgu olarak saptanabilirlerse de, genellikle anormal vajinal kanama ve/veya infertilite gibi klinik semptomlarla birliktelik gösterirler.

Endometrial polipler tekli veya çoklu, geniş kaideli (sapsız) veya saplı olabilirler (2). Ayrıca damarlanma derecelerine göre farklı boyut ve renklerde de olabilirler. Kullanılan tanıma, tanısal yöntem ve hedef popülasyona göre değişmekle birlikte endometrial poliplerin prevalansının %5 ile %35 arasında olduğu bilinmektedir. Sıklığının yaşlanma ile arttığı da kabul edilmektedir.

Sınıflandırma

Histopatolojik olarak endometrial polipler aşağıda belirtildiği şekilde sınıflandırılabilir:

Hiperplastik polipler: Bazal endometrial tabakadan kaynaklanırlar. Bu tabaka östrojene duyarlı olduğu için progesteron tarafından dengelenmeyen östrojen stimülasyonu etkisi ile oluşurlar. Bu tip polipler yaygın endometrial hiperplazi ile birlikte görülebilirler. Ayrıca -özellikle postmenapozal kadınlarda- fokal atipi alanları ile de birliktelik gösterebilirler.

Fonksiyonel polipler: Bu polipler menstruel siklusun hormonal uyarılarına yanıt verdikleri için çevrelerindeki endometriumda olana benzer glandüler değişiklikler gösterirler.

Atrofik polipler: Tipik olarak postmenapozal kadınlarda görülen bu polipler genellikle fonksiyonel veya hiperplastik poliplerin regresyona uğramış formlarını temsil ederler.

¹ Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, S.B.Ü Gaziyaşargil E.A.H, dr.sevda_yelec@hotmail.com

Psödopolipler: Yapıları çevredeki endometriuma benzeyen küçük, geniş kaideli (sesil, sapsız) lezyonlardır. Bu tip polipler sadece menstruel siklusun sekretuar fazında gözlenebilirler ve menstruel kanamalar ile gözden kaybolurlar.

Adenomatöz polipler: Bu polipler değişen oranlarda düz kas hücreleri ve fibröz doku içerirler. Atipik olan formlarında benign endometrial bezler ve daha çok düz kas ilişkili yapısal atipi içeren stroma mevcuttur. Bunlarda endometrial kansere dönüşüm riski %10 civarındadır.

Sevda YELEÇ, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, S.B.Ü Gaziyaşargil E.A.H, dr.sevda_yelec@hotmail.com

Etyoloji

Polip oluşumunun kesin nedeni bilinmemektedir ancak multifaktöryel bir sürecin sonunda oluştuklarına inanılmaktadır (3). Bu konuda ileri sürülmüş olan hipotezlere göre polip oluşumuna neden olabileceğine inanılan faktörler aşağıda sınıflandırılmıştır:

1. Genetik ve ailesel faktörler: 6. ve 12. kromozomlarda gözlenen bazı gen kümesi anomalileri proliferasyon sürecini etkileyip endometrial aşırı büyümeyi tetikleyebilir ve polip formasyonunu indükleyebilir. Ayrıca ailesel adenomatöz polipozis, diyabet ve hipertansiyon ile de ilişkili olabilecekleri düşünülmektedir.
2. Hormonal faktörler: Dengelenmemiş hiperöstrojenizm ile ilişkili durumlar olan obezite, polikistik over sendromu, östrojen sekresyonu yapan gonadal stromal tümörler, menapozda gecikme ve kronik karaciğer hastalığı olası hormonal faktörler olarak suçlanmaktadır.
3. İnflamatuar faktörler: Yapılan çalışmalar endometrial polipleri olan kadınların endometrial matris metalloproteinaz ve sitokin düzeylerinin kontrollerden belirgin derecede farklı olduklarını göstermiştir. Bu farklılıkların endometrial polip oluşum sürecinde rolü olduğu düşünülmektedir.
4. İatrojenik faktörler: Meme kanseri tedavisinde verilen toremifen ve tamoksifen endokrin faktörlere benzer etkiler göstererek polip oluşum sürecini tetikleyebilmektedir.

Semptomatoloji

Endometrial polipler tamamen asemptomatik olabilecekleri gibi bazı semptomlarla kendilerini göstermeleri de mümkündür:

1. Anormal uterin kanama: Endometrial polipi olan premenapozal ve postmenapozal kadınlarda en sık görülen semptomdur (4). Yapılan çalışmalara göre sıklığı %70 civarındadır. Bununla birlikte -özellikle beraberinde servikal po-

lipleri olan- bazı olgularda intermenstruel veya postkoital lekelenme de olası semptomlar arasındadır. Her ne kadar anormal uterin kanama endometrial polipleri olan hastalarda en sık görülen semptomsa da, anormal uterin kanama ile başvuran hastalarda endometrial polip saptanması her zaman poliplerin kanamaya neden olduğu anlamına gelmez. Bu hastalarda polipler anormal kanamanın başladığı dönemdeki hiperöstrojenik durumun bir belirtisi olarak ortaya çıkmış olabilirler. Hastalar değerlendirilirken bu durum hesaba katılmalıdır. Tabi ki, endometrial poliplerin anormal uterin kanamanın direkt sebebi olabileceği de düşünülmelidir. Bu ihtimal endometrial poliplerin gerek sayı, gerekse de hacimleri nedeniyle uterin kavitede çok yer kaplamasıyla artar. Bu vakalarda endometrium ülserasyonu riski ile birlikte kanama riski de artmaktadır. Endometrial polipleri olan postmenapozal kadınlarda anormal uterin kanama poliplerin sayısı, boyutu ve vaskularitesine göre değişkenlik göstermekle birlikte genellikle poliplerin birinde malign dönüşüm riski mutlaka akla getirilmelidir.

2. İnfertilite: Her ne kadar aradaki sebep-sonuç ilişkisi net olarak saptanmış olmasa da, infertilite nedeniyle başvuran kadınların %20'sinde endometrial polip saptanır (5-7). Ostium fonksiyonunu ve sperm migrasyonunu bozan mekanik obstrüksiyon veya embryogenezi bozan biyokimyasal etkilerin varlığı olası hipotezler arasındadır (6). Ayrıca akılda tutulması gereken başka bir durum da infertilite nedeniyle gonadotropin tedavisi verilen kadınların östrojen düzeylerindeki yükselme nedeniyle endometrial polip oluşumuna daha yatkın olduklarıdır (7). Pekçok çalışma polipektomi sonrası %15-25 oranında fertilitate artışı bildirmiştir. Ancak bu konudaki randomize çalışmaların eksikliği polipektomi ile fertilitate artışı arasındaki ilişkiyle ilgili net bir sonuca varılmasını engellemektedir.
3. Nadir semptomlar: Endometrial polipi olan hastalarda uterusun refleks kontraksiyonları nedeniyle nadiren farklı şiddetlerde olabilen ağrı da görülebilir. Söz konusu kontraksiyonlar bazen polipi deplase ederek servikse doğru itebilir ve bazı nadir olgularda polipin komplet olarak dışarıya atılmasına (polip ekspulsiyonu) neden olabilir. Bazen de büyük polipler nekroza gidebilir ve hastalarda kötü kokulu vajinal serözanjinöz akıntıya yol açabilirler.

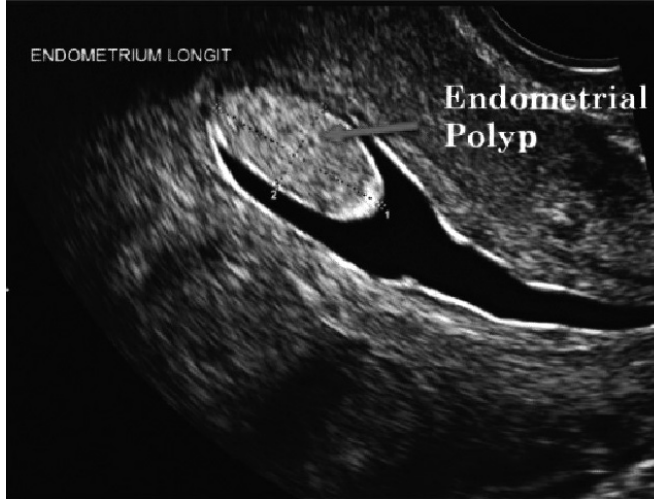
Çoğu endometrial polip benignidir. Bununla birlikte %15'e varan oranlarda malign dönüşüm bildiren vaka serileri mevcuttur (8). Malign dönüşüme uğramış endometrial poliplerin en yüksek oranda gözlendiği hasta grubu postmenapozal semptomatik kadınlardır. Endometrial polipte lokalize karsinom oranları da farklı serilere göre %0 ile %5 aralığındadır. Premenapozal kadınlarda endometrial poliplerin malign dönüşüme uğrama riskinin artan yaşla pozitif korelasyon

gösterdiği, ayrıca polip boyutunun 1,5cm'den fazla olmasının, hipertansiyon ve tamoksifen kullanımı öykülerinin varlığının da riski arttırdığı bildirilmiştir (9). Ultrasonografi endometrial poliplerin neoplastik değişimlerine ilişkin ipuçları verebilir; şüphe halinde endometrial kalınlık daha invazif tetkiklere gerek duyulup duyulmaması konusunda karar verdirici role sahiptir (10).

Tanı

Transvajinal ultrasonografi

Endometriumun fokal ve hiperekoik kalınlaşma gösterdiği ve kalınlaşmasının iyi tanımlandığı olguların üçte ikisinde endometrial polip gözlenir. Bazı olgularda polip ince bir hipoekoik şerit ile çevrelenmiş olabilir. Bazen polipler non-spesifik endometrial kalınlaşma veya endometrial kavite içinde fokal bir kitlesel lezyon gibi de görünebilirler. Bu tip ultrasonografik bulgular poliplere spesifik değildir, zira submukozal myomlar gibi farklı endometrial anormallikler de benzer görüntü verebilir (11-13). Endometrial polipin tipik transvajinal ultrasonografik görüntüsü Figür 1'de gösterilmiştir (Figür 1) (12).



Figür 1: 2D transvajinal ultrasonografide endometrial polip görüntüsü

Transvajinal sonografi (TVS) için premenapozal kadınlarda en uygun zaman siklusun 10. gününden önceki dönemdir (12). Bu yaklaşımla endometriumun en ince olduğu dönem yakalanabilir ve yanlış-pozitif ve yanlış-negatif bulguların uygulayıcıyı yanıltma riski en düşük düzeye indirgenmiş olur. Özellikle doğurganlık çağındaki kadınlarda Doppler ile polipin vasküler eksenini görüntülemek çoğunlukla mümkündür. Ayrıca 3D ultrason multiplanar rekonstrükte görüntüler or-

taya koyabilen yeni bir görüntüleme yöntemi olarak akılda tutulmalıdır (13). Bu teknikte koronal kesitler özellikle fundus ve kornual alanda en faydalı görüntüleri sağlayacaktır.

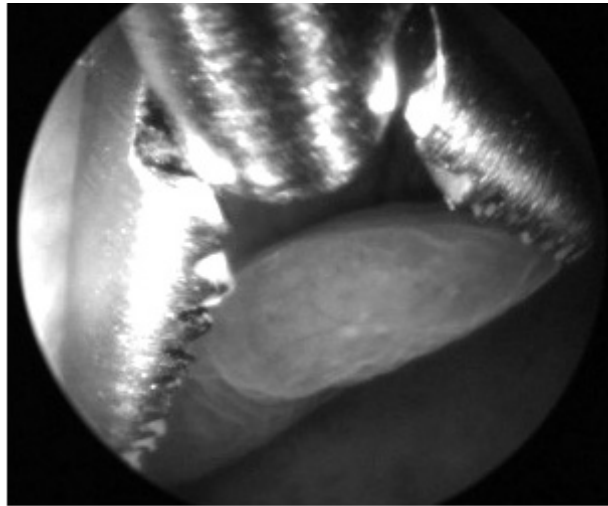
Sonohisterografi

Salin infüzyon sonografisi veya sonohisterografi endometrial kavitenin sonografik kontrastını artırır ve böylece endometrial polipin boyut ve yer başta olmak üzere pekçok özelliğini ortaya çıkartır (14). Polip geniş tabanlı veya saplı ekojenik intrakaviter bir kitlesel lezyon olarak görünür. Bu teknik tanısal doğruluğu artırır, polipin pedikülünün uterin duvardan rezeke edilebilmesine olanak tanır, polip boyutunu doğrulukla ölçer ve yerini doğrulukla tayin eder (15).

Histeroskopi

Histeroskopi kılavuzluğunda biyopsi alınması endometrial poliplerin tanısında altın standart olan yöntemdir (16, 17). Bu yöntem sadece hızlı tanısal konfirmasyon sağlamaz, aynı zamanda optimal tedavi yaklaşımı için gerekli olabilecek ek klinik bilgilerin de alınmasını sağlar. Endometrial poliplerin endoskopik muayenesi aşağıdaki parametrelere ilişkin bilgiler verir:

Sayı ve boyut: Uterin kavite histeroskop ile taranarak polip sayısı saptanır. Boyut ölçümü için bir timsah forseps (aligatör forseps) kullanılabilir. Bir 5F timsah forsepsinin maksimum açılma aralığının 6 mm olduğu hesaba katılarak forseps polipe yaklaştırılır ve dişleri açılır; bu şekilde polip boyutuna ilişkin bilgi sahibi olunur (Figür 2) (16).

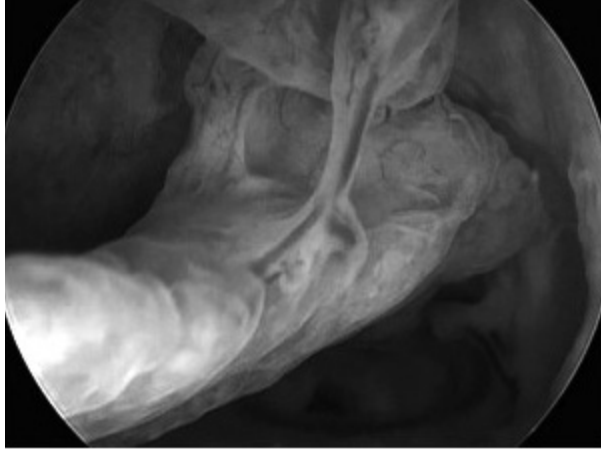


Figür 2: Histeroskopi sırasında timsah forsepsin ağızı açılarak endometrial polip boyutunun ölçülmesi

Doku/kıvam: Polipler genellikle yumuşak kıvamlıdır ancak bazen sert veya semi-miyomatöz (özellikle adenomatöz polipler) kıvamda olabilirler.

Yer, tubal ostium ile ilişki ve implantasyon alanının özellikleri: Polipin yeri ve tubal ostium ile ilişkisi histeroskopi ile görüntülenebilir. Ayrıca polipin geniş kaideli (sesil) veya saplı olduğu anlaşılır.

Üzerini örten mukoza: Polipin yüzeyini örten endometrial tabakanın spesifik özelliklerinin tayini fonksiyonel polipleri ayırtetmede kritik öneme sahiptir. Hiperplastik poliplerin aksine fonksiyonel poliplerin üzerini örten endometrial tabaka komşu endometrium ile benzerlik gösterir. Ayrıca, nekroz veya inflamasyon alanları içeren düzensiz bir yüzeyin varlığı, endometrial hiperplaziyi düşündürmektedir (Figür 3) (17).



Figür 3: Düzensiz yüzeyli ve belirgin damarlanması olan bir endometrial polipin histeroskopik görünümü

Yüzeysel vaskularizasyon: Belirgin ve kıvrımlı (tortuoöz) yüzeysel damarlanma endometrial polipte atipik değişimlere işaret ediyor olabilir.

Eşzamanlı ek patolojiler: Polipler ile birlikte myom, adenomyozis ve Müller kanalı anomalileri varsa bunların da farkına varılabilir.

Ofis histeroskopisi son on yılda popülerlik kazanmış olan ve uterin kavite ile ilişkili patolojilerin direkt olarak gözlenebilmesini sağlayan bir görüntüleme yöntemidir (17). Bu yöntem histopatolojik inceleme olanağı tanıyan biyopsi ile de birleştirilebilir. Ayrıca, düşük anestezi riski, hız, maliyet-etkinlik (kost-efektiflik) ve hızlı iyileşme gibi avantajları da vardır (18).

Tedavi

Endometrial poliplerin histeroskopik eksizyonunun iki temel gerekçesi vardır (19, 20). Bunlardan ilki semptomları gidermek, ikincisi ise neoplastik dönüşüm olasılığını kesin bir şekilde ekarte edebilmektir.

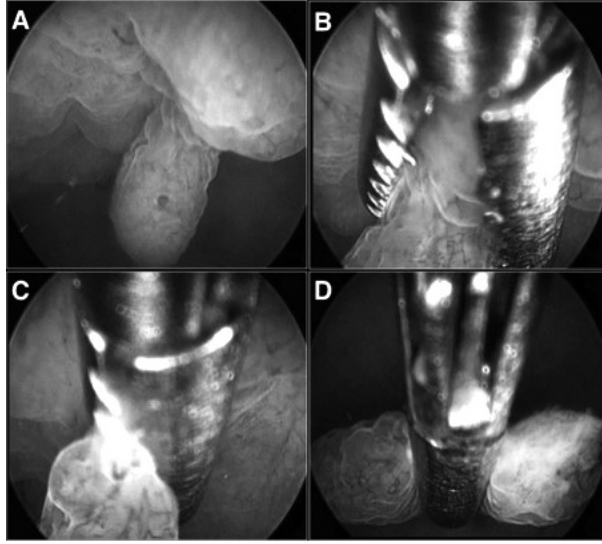
Cerrahın tecrübesi, polipin boyutu (2 cm'den büyük veya küçük oluşu) ve anatomik lokasyonu (fundal ve/veya kornual) ambulator cerrahi yaklaşım kararının önemli belirleyicileri olarak kabul görmektedir. Ayrıca doğurganlık çağındaki kadınlarda işlem için en uygun dönem olarak erken proliferatif dönemin tercih edilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Akılda tutulması gereken başka bir husus da kalınlaşmış bir endometriumun polipin tek bir cerrahi seansta komplet olarak rezeke edilmesine izin vermeyebileceğidir.

Literatüre göre histeroskopik polipektomi endometrial polip kaynaklı anormal uterin kanamaların tedavisi için uygun bir yöntemdir (19). Ayrıca etkin ve güvenilir bir metod olarak kabul edilmektedir. Tedavi sonrası iyileşme hızlıdır, hastalar normal hayatlarına hızlıca dönebilirler. Randomize çalışmaların eksikliğine karşın, randomizasyon içermeyen çalışmalar polipektominin gebelik riskini arttırdığını bildirmiştir (6, 7, 19, 20).

Ayaktan histeroskopik tedavi

Geleneksel yaklaşım uterin polipektominin hastanede genel anestezi altında yapılmasıdır. Bununla birlikte, endoskopik teknoloji ve tekniklerdeki ilerlemeler sayesinde polipektomi prosedürü hastayı hastaneye yatırılmadan histeroskopi kılavuzluğunda (ofis histeroskopisi) uygulanabilir hale gelmiştir (20, 21). Bunda histeroskopların çalışma ve devamlı akım kanallarının çaplarının küçültülmesiyle inceltilmiş olmalarının da etkisi vardır. Bu şekilde histeroskopi pek çok uterin patolojinin servikal dilatasyon ve anestezi gereksinimi olmadan ayaktan (ambulator) tedavisinde uygulanabilmektedir. Ayrıca tanı ve tedavinin “*see-and-treat*” (gör-ve-tedavi et) yaklaşımı ile aynı anda yapılabilmesi mümkün olabilmektedir (21-24).

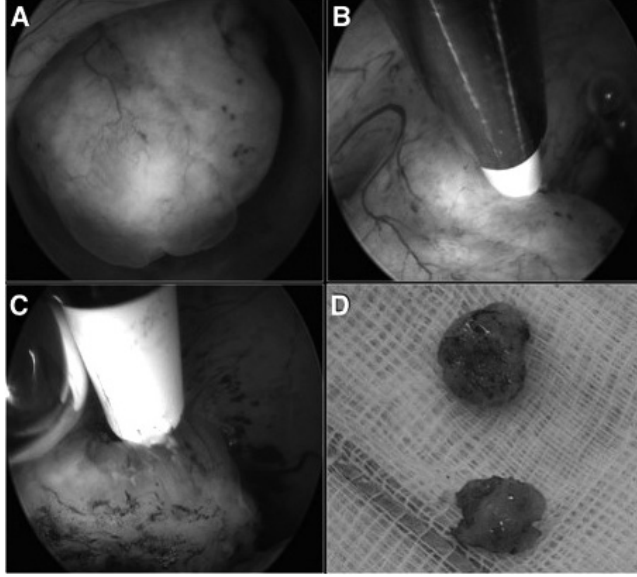
Küçük (<0,5cm) polipler 5F mekanik enstrümanlar (keskin forsepsler ve yakalama forseps) ile çıkarılabilirler. En sık kullanılan teknik yakalama forsepsinin kullanımını gerektirir. Bu teknikte polipe forseps ile yaklaşılar, forsepsin ağzı polipin tabanına yaklaştırılır ve forsepsin ağzı tabanda kapatılarak ağzı kapalı olan forseps uterin fundusa doğru itilir. Bu işlem polipin tabanı pariyetal implantasyon sahasından tamamen koparılanaya kadar tekrarlanır (Figür 4) (24).



Figür 4: Timsah forseps ile yapılan histeroskopik endometrial polipektomi işlemi

Daha büyük (>0,5cm) polipler yalnızca internal uterin orifis ekstraksiyona izin verecek genişlikteyse *en bloc* olarak (veya lezyonun implantasyon sahasının bir forseps veya bipolar koter yardımıyla rezeke edilmesiyle) çıkarılabilirler. Alternatif olarak polip elektrotla küçük fragmanlara bölünebilir ve bunlar bir yakalama forseps (timsah forseps veya tenekulum forseps) ile uterin kavite dışına çıkarılabilir.

İnternal uterin orifisten daha geniş olan bir endometrial polipe en iyi histeroskopik cerrahi yaklaşım için üzerinde fikir birliğine varılmış tek bir yöntem yoktur. Bu poliplere yaklaşırken polipin morfolojisi ve uterin kavitedeki lokasyonunu gibi pek çok faktör hesaba katılmalıdır. Bununla birlikte, temel kural, lezyonun tabanına prosedürün yalnızca son aşamalarında yaklaşılmasıdır. Bu aşama subendometrial sinir uçlarına yakınlık nedeniyle en ağırlı aşamadır. Polipin tabanını tam olarak çıkarabilmek ve bunu miyometriumun derin tabakasına geçmeden yapabilmek için kullanılan bipolar elektrodun ucunu bir kanca elektrottaki gibi kıvrımının faydalı olduğu gösterilmiştir. Yakın zamanda hazır bipolar kanca elektrotlar da bu amaçla kullanıma girmiştir (Figür 5) (24).



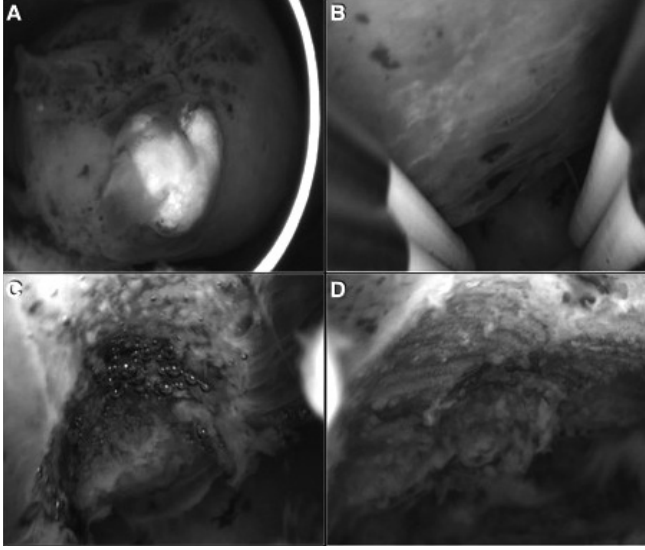
Figür 5: 5F bipolar elektrot ile yapılan histeroskopik polipektomi işlemi

Yakın zamanda kullanıma giren başka bir enstrüman da histeroskopik morselatördür (21, 24). Bu enstrüman sayesinde mekanik olarak tümör küçük parçalara ayrılır ve parçalar aspirasyon ile uterin kavite dışına alınır. Bu yöntem öncelikle myom ve polip tedavisinde uygulanan geleneksel rezektoskopi işlemine güvenli ve etkili alternatif bir metod olarak ortaya çıkmıştır (23, 24). Günümüzde, yeni ve daha küçük olan histeroskopik morselatörler kullanılmaya başlanmıştır ve bunlarla yapılan işlemlerin sonuçları yüz güldürücüdür. İntrauterin morselatör kullanımı ile ilgili hem ofis hem de hastane vakalarını içeren bir çalışmaya göre Versapoint bipolar elektrot kullanılarak yapılan ofis histeroskopik polipektomilerinde total komplikasyon oranı %10 iken, Truclear 5.0 histeroskopik morselatör (Smith&Nephew Endoscopy Inc.) ile yapılanlarda komplikasyon oranı %1,5'tir (22, 24). Bu bulgular histeroskopik morselatörün ofis histoskopilerinde tercih edilmesi gerektiğini destekler niteliktedir.

Rezektoskopik tedavi

Günümüzde rezektoskopik polipektomi işlemi için boyut, lokasyon veya lezyon sayısı gibi kriterler olduğuna dair bir kılavuz bilgisi mevcut değildir (23, 24). Genellikle endometrial poliplerin rezektoskopik tedavisi ambulator cerrahi prosedürlere karşı toleransı olmayan veya polip boyutu ile sayısı gereği relatif olarak uzun süreli bir cerrahi gerektirebilecek olan hastalarda tercih edilmektedir. Geniş kaideli (sapsız) polipleri olan olgularda rezektoskopik teknikte polipin serbest

ucundan başlanıp implantasyon sahasına doğru ilerlenerek polipin devamlı rezeksiyonu (*dilimleme*) yapılır (Figür 6) (22).



Figür 6: 26F bipolar rezektoskop ile yapılan histeroskopik endometrial polip rezeksiyonu işlemi

Saplı (pedinküle) endometrial polip olgularında ise en uygun metod -eğer boyutları polipin servikal kanaldan çıkarılmasına izin verecekse- doğrudan pedikülün rezeksiyonuna yönelmektir. Böyle vakalarda cerrah polipi bütün olarak tutar, diatermi bacağına rezektoskopun distal ucuna doğru çeker, böylece dokuyu enstrumanın kendisi ile aynı anda vücut dışına çekme işlemi yapılabilir. Bununla birlikte, büyük boyutlu pedinküle poliplerde uygulanan teknik daha önce geniş kaideli (sapsız) polipler için bahsedilen ile benzerdir.

Bir kural olarak polipektomi polipin rezeksiyonunu ve fragmanların dışarıya çıkarılmasını sağlayan açılı bir kesici bıçak yardımıyla yapılır. Ne var ki, açılı bir bıçağın uygulanmasının zor olduğu lokasyonlarda daha spesifik bıçakların kullanılması gerekir. Polip tabanının uterin fundusta bulunduğu durumlarda düz bir kesici bıçağın kullanımı önerilir. Uterin fundusa paralel manevralar ile polip tabanı düzenli ve etkin bir biçimde rezeksiyon edilir ve derin dokulara zarar verme riski en aza indirgenmiş olur.

Yeni enstrumentasyonlar ve teknolojiler arasında, histeroskopik morselatörün intrauterin lezyonların tedavisinde -hem tecrübeli hem de tecrübesiz ellerde- geleneksel rezektoskopiye güvenli ve etkin bir alternatif teşkil edebileceği bildirilmiştir (21, 24). Histeroskopik morselatörün en önemli özelliklerinden biri salin (serum fizyolojik) kullanımınıdır. Salinin aşırı emilimi ve buna sekonder vücutta

sıvı yüklenmesi ihtimalleri açılarından dikkatli olunması gerekir. Ancak kaçak akım oluşması ve buna ikincil elektrik yanığı gibi riskler yoktur (24). Rezektoskopiden farklı olarak, hedef intrauterin lezyonun çevresine zarar verilmez, ortaya hava kabarcıkları çıkmaz. Ayrıca doku fragmanlarının aspirasyonu temiz bir görüş sağlar ve bu nedenle histopatolojik incelemeler açısından ideal bir yöntemdir. Tersine, rezektoskopide doku fragmanları histeroskopik görüntüyü bloke edebilir; bunların tek tek çıkarılmaları gerekir. Bu sırada tekrarlanan giriş-çıkışlar olur ve bu durum uterin hasar ve doku fragmanlarının kaybı gibi riskleri arttırır (23, 24). Histeroskopik morselatörün önemli bir dezavantajı işlem sırasında gözlenen kanamalı damarları koagüle etme olanağının bulunmamasıdır (21).

Atipik fokal hiperplazisi olan endometrial poliplerin konservatif tedavisi

Bu olgularda ilk basamak tedavi histerektomidir (23-25). Ancak polipin implantasyon sahasının ve komşu alanların hastalısız olduğu ve endometrial düzeyde multifokalite şüphesinin ekarte edildiği olgularda rezektoskopik polipektomi ile konservatif ve minimal invazif bir tedavi uygulanabilir. Perimenapozal ve postmenapozal kadınlarda, fertilitenin korunması arzusu olmayan kadınlarda rezektoskopik global endometrial ablasyon yeterli bir cerrahi tedavi seçeneği olabilir. Fertilitenin korunmasını isteyen hastalarda ise fokal atipik hiperplazisi olan polipler konservatif olarak tedavi edilmelidir. Bu amaç için polipin implantasyon sahasına komşu endometriumu içeren rezektoskopik polipektomi işlemi ve sonrasında uygulanacak hormonoterapi için hastanın hastaneye yatırılması uygun olacaktır.

Kanıtı dayalı öneriler listesi

Vitale ve ark. MEDLINE, Scopus, PROSPERO, EMBASE, CINAHL, Cochrane, Scielo ve Google Scholar veritabanlarında, kuruluşlarından Mayıs 2020'ye kadar yayınlanmış olan ve endometrial poliplerin tanı ve tedavisi ile ilgisi bulunan tüm yayınlardaki önerileri AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument) kriterlerine göre incelemiştir (25). AGREE II, praktis kılavuzlarının kalitesini değerlendiren uluslararası bir araçtır. Yazarlar bu inceleme sonucunda 2021 yılının Mart ayında yayınladıkları kanıtı dayalı tanı ve tedavi kılavuzunda endometrial poliplerin yönetimine ilişkin olarak aşağıda sıralanan önerilerde bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada öneriler kanıt düzeylerine göre sınıflandırılmıştır. Bu sınıflamada A düzeyi tutarlı bilimsel kanıtlara dayanan öneriler, B düzeyi sınırlı ve tutarsız bilimsel kanıtlara dayanan öneriler, C düzeyi ise uzman görüşlerine dayanan öneriler için kullanılmıştır:

Asemptomatik postmenapozal kadınlardaki endometrial poliplerin tanısında salin kontrast sonohisterografi yüksek doğruluk derecesine sahiptir (kanıt düzeyi B)

Vajinal kanaması olan ve endometrial polipten şüphelenilen postmenapozal kadınlara tanısız histeroskopi ve polip görülürse histeroskopik polipektomi yapılmalıdır (kanıt düzeyi B)

Ofis histeroskopisi uterin kavitenin premalign ve malign patolojilerinin tanısında yüksek tanısız doğruluğa sahiptir (kanıt düzeyi B)

Malignite olasılığı nedeniyle polipin histopatolojik analizi yapılmalıdır (kanıt düzeyi B)

Kör teknikler ve küretajdan, polip ve malignite tanılarını koymadaki yetersizlikleri nedeniyle kaçınılmalıdır (kanıt düzeyi A)

Endometrial polipin boyutlarından bağımsız olarak, semptomatik postmenapozal kadınlara -malignite riski nedeniyle- “bekle-ve-gör” veya “aktif izlem” önerilmez (kanıt düzeyi B)

Histeroskopik polipektomi düşük nüks riski olan güvenli bir prosedürdür ve semptomatik düzelme sağlar (kanıt düzeyi B)

Histeroskopik polipektomide farklı enerji kaynakları (bipolar, mekanik doku çıkarımı, lazer vb.) benzer cerrahi sonuçlara sahiptir (kanıt düzeyi B)

Polip üzerinde atipik endometrial hiperplazi veya karsinom bulunması durumunda postmenapozal kadınlarda ve fertilitate kaygısı olmayan premenapozal kadınlarda histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi önerilir (kanıt düzeyi B)

Postmenapozal kadınlardaki asemptomatik endometrial polipler, 2cm'den büyüklerse veya hastada endometrium kanseri için bilinen risk faktörleri varsa, çıkarılmalıdırlar (kanıt düzeyi B)

Postmenapozal asemptomatik hastalarda bulunan 2cm'den küçük poliplerin çıkarılması maliyet-etkin değildir (kanıt düzeyi B)

Genç kadınlardaki asemptomatik poliplerin rezeksiyonu endometrium kanseri için bilinen risk faktörleri varsa ve polip 2.2cm'den büyükse düşünülmelidir (kanıt düzeyi B)

KAYNAKLAR

1. Salim S, Won H, Nesbitt-Hawes E, et al. Diagnosis and management of endometrial polyps: a critical review of the literature. *J Minim Invasive Gynecol.* 2011;18(5):569-581. doi: 10.1016/j.jmig.2011.05.018
2. Anastasiadis PG, Koutlaki NG, Skaphida PG, et al. Endometrial polyps: prevalence, detection, and malignant potential in women with abnormal uterine bleeding. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2000;21(2):180-183.
3. Dal Cin P, Vanni R, Marras S, et al. Four cytogenetic subgroups can be identified in endometrial polyps. *Cancer Res.* 1995;55(7):1565-1568.
4. Lo KW, Yuen PM. The role of outpatient diagnostic hysteroscopy in identifying anatomic pathology and histopathology in the endometrial cavity. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2000;7(3):381-385. doi: 10.1016/s1074-3804(05)60482-3
5. Garuti G, Centinaio G, Luerti M. Outpatient hysteroscopic polypectomy in postmenopausal women: a comparison between mechanical and electrosurgical resection. *J Minim Invasive Gynecol.* 2008;15(5):595-600. doi: 10.1016/j.jmig.2008.07.001
6. Stamatellos I, Apostolides A, Stamatopoulos P, et al. Pregnancy rates after hysteroscopic polypectomy depending on the size or number of the polyps. *Arch Gynecol Obstet.* 2008;277(5):395-399. doi: 10.1007/s00404-007-0460-z
7. Cholkeri-Singh A, Sasaki KJ. Hysteroscopy for infertile women: a review. *J Minim Invasive Gynecol.* 2015;22(3):353-362. doi: 10.1016/j.jmig.2014.12.163
8. Wang JH, Zhao J, Lin J. Opportunities and risk factors for premalignant and malignant transformation of endometrial polyps: management strategies. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010;17(1):53-58. doi: 10.1016/j.jmig.2009.10.012
9. Cohen I. Endometrial pathologies associated with postmenopausal tamoxifen treatment. *Gynecol Oncol.* 2004;94(2):256-266. doi: 10.1016/j.ygyno.2004.03.048
10. Alcázar JL, Galan MJ, Mínguez JA, et al. Transvaginal color Doppler sonography versus sonohysterography in the diagnosis of endometrial polyps. *J Ultrasound Med.* 2004;23(6):743-748. doi: 10.7863/jum.2004.23.6.743
11. Tahmasebi F, Stewart S, Mitra A, et al. Transvaginal Saline Contrast Sonohystography to Investigate Postmenopausal Bleeding: A Systematic Review. *Cureus.* 2020 Aug 28;12(8): e10094. doi: 10.7759/cureus.10094
12. Bafna UD, Shashikala P, Nagarathna DS. Correlation of endometrial ultrasonography and endometrial histopathology in patients with postmenopausal bleeding. *J Indian Med Assoc.* 2006;104(11):627-629.
13. Laifer-Narin S, Ragavendra N, Parmenter EK, et al. False-normal appearance of the endometrium on conventional transvaginal sonography: comparison with saline hysterosonography. *AJR Am J Roentgenol.* 2002;178(1):129-133. doi: 10.2214/ajr.178.1.1780129.
14. Syrop CH, Sahakian V. Transvaginal sonographic detection of endometrial polyps with fluid contrast augmentation. *Obstet Gynecol.* 1992;79(6):1041-1043.
15. Makris N, Skartados N, Kalmantis K, et al. Evaluation of abnormal uterine bleeding by transvaginal 3-D hysterosonography and diagnostic hysteroscopy. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2007;28(1):39-42.
16. Bettocchi S, Nappi L, Ceci O, et al. What does 'diagnostic hysteroscopy' mean today? The role of the new techniques. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2003;15(4):303-308. doi: 10.1097/01.gco.0000084241.09900.c8
17. Sharma M, Taylor A, di Spiezio Sardo A, et al. Outpatient hysteroscopy: traditional versus the 'no-touch' technique. *BJOG.* 2005;112(7):963-967. doi: 10.1111/j.1471-0528.2005.00425.x
18. Kayatas S, Meseci E, Tosun OA, et al. Experience of hysteroscopy indications and complications in 5,474 cases. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2014;41(4):451-454.
19. Richlin SS, Ramachandran S, Shanti A, et al. Glycodelin levels in uterine flushings and in plasma of patients with leiomyomas and polyps: implications for implantation. *Hum Reprod.* 2002;17(10):2742-7. doi: 10.1093/humrep/17.10.2742

Güncel Kadın Hastalıkları ve Doğum Çalışmaları III

20. Di Spiezio Sardo A, Bettocchi S, Spinelli M, et al. Review of new office-based hysteroscopic procedures 2003-2009. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010;17(4):436-448. doi: 10.1016/j.jmig.2010.03.014
21. van Dongen H, Emanuel MH, Wolterbeek R, et al. Hysteroscopic morcellator for removal of intrauterine polyps and myomas: a randomized controlled pilot study among residents in training. *J Minim Invasive Gynecol.* 2008;15(4):466-471. doi: 10.1016/j.jmig.2008.02.002
22. Garuti G, Luerti M. Hysteroscopic bipolar surgery: a valuable progress or a technique under investigation? *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2009;21(4):329-334. doi: 10.1097/GCO.0b013e32832e07ac
23. Garuti G, Mirra M, Luerti M. Hysteroscopic view in atypical endometrial hyperplasias: A correlation with pathologic findings on hysterectomy specimens. *J Minim Invasive Gynecol.* 2006;13(4):325-330. doi: 10.1016/j.jmig.2006.03.010
24. Di Spiezio Sardo A, Calagna G, Guida M, et al. Hysteroscopy and treatment of uterine polyps. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2015;29(7):908-919. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2015.06.005
25. Vitale SG, Haimovich S, Laganà AS, et al. Endometrial polyps. An evidence-based diagnosis and management guide. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021; 260:70-77. doi: 10.1016/j.ejogrb.2021.03.017