

Bölüm 35

ENDOMETRİAL POLİPLERİN YÖNETİMİNDE HİSTEROSKOPI

Sevda YELEÇ¹

GİRİŞ

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 birlikte 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.

SINIFLANDIRMA

Histopatolojik olarak endometrial polipler aşağıda belirtildiği şekil de sınıflandırılabilir:

Hiperplastik polipler: Bazal endometrial tabakadan kaynaklanırlar. Bu tabaka östrojene duyarlı olduğu için progesteron tarafından dengelenmeyen östrojenstimulasyonu 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 menstrual siklusun hormonal uyarılarına yanıt verdikleri için çevrelerindeki endometriumda olana benzer glanduler değişiklikler gösterirler.

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

Psödopolipler:Yapıları çevredeki endometriumuna benzeyen küçük, geniş kaideli (sesil, sapsız) lezyonlardır. Bu tip polipler sadece menstrual siklusun sekretuar fazında gözlenebilirler ve menstrual 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.

ETYOLOJİ

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:

Genetik ve ailesel faktörler:6. ve 12. kromozomlarda gözlenen bazı gen kümesi anomalileri

¹ Op. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil EAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, dr.sevda_yelec@hotmail.com

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, çıkarılmalıdır (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)

Özet

Endometrial polip sıklığı yaşla artan nadiren kötü huylu olan bir jinekolojik hastalıktır. Transvajinal sonografi gibi non-invazif yöntemler tanı için güvenilirdir ve kontrast kullanımı ile doğruluk oranları artar. Histeroskopik polipektomi güvenilir ve etkin bir yöntem olarak endometrial poliplerin tedavisinde altın standart yaklaşım olarak kabul görmektedir. Bu yöntem histopatolojik incelemeye de imkan tanımaktadır. Eksizyon için kör yaklaşımlar tercih edilmemelidir.

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. Cholkari-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 Investi-

- gate 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
 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 intra-uterine 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