

Endometriyal polip eksizyonunda keskin küretaj ile histeroskopik polipektomi sonuçlarının karşılaştırılması

Mustafa Ulubay(*), Mustafa Öztürk(*), Uğur Keskin(*), Ulaş Fidan(*), İbrahim Alanbay(*),
Kazım Emre Kardeşahin(*), Ali Ergün(**)

ÖZET

Amaç: Endometriyal polip eksizyonu, histeroskopik polipektomi veya keskin küretaj yöntemleri ile yapılabilir. Bu çalışmada, polip eksizyonu için keskin küretaj veya histeroskopik polipektomi yapılan grupların 6. aydan sonraki rekürrens ve şikayetlerinin değerlendirilip, karşılaştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: 2011 Ocak–2014 Nisan yılları arasında, anormal uterin kanama (menoraji, menometroraji, metroraji) şikayetleri ile başvuran, transvajinal ultrasonografi ve salin infüzyon sonografi ile değerlendirme sonucunda endometriyal polip ön tanısı alan ve opere edilen 128 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların klinik verileri retrospektif olarak tarandı. Hastalar, Keskin küretaj (Grup 1) ve histeroskopik polipektomi (Grup 2) ile polip rezeksiyonu yapılan hastalar olmak üzere iki gruba ayrıldı. Gruplar arasında, poliplerin rekürrens ve şikayetlerinin devam edip etmediği 6.aydan sonraki kontrol muayene bulguları ile karşılaştırıldı.

Bulgular: 128 hastadan 62' sine keskin küretaj (Grup 1), 66' sine histeroskopik polipektomi (Grup 2) işlemi uygulandı. Grup 1'in ortalama yaşları 34,5±4,1 (min-max: 30-44), grup 2'nin ise 35,6±3,7 (min-max: 30-44) olarak saptandı. Altıncı aydan sonraki kontrol muayenelerinde, poliplerin rekürrensi açısından Grup 1 de % 27,4, grup 2 de ise % 1,5 oranında rekürrens saptandı (p 0.001).

Sonuç: Endometriyal polip saptanan hastalarda histeroskopik polipektomi rekürrens gelişmemesi açısından daha üstün gözükmetedir. Polip rezeksiyonu sonrasında şikayetleri düzelmeyen hastalarda polip rekürrensi yada inkomplet cerrahi olabileceği akıld tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Endometriyal Polip, Histeroskopik polipektomi, Keskin küretaj, Rekürrens

SUMMARY

Comparison of hysteroscopic polypectomy with dilatation and curettage in the excision results of endometrial polyps

Objective: Endometrial polyp excision can be done with hysteroscopic polypectomy or dilatation and curettage methods. In this study, We aimed to compare the groups who performed excision of polyp with dilatation and curettage procedure or hysteroscopic polypectomy after the 6-month recurrence and whether complaints continued after the procedure.

Materials and Methods: One hundred twenty eight patients; pre-diagnosed endometriyal polyp with transvaginal ultrasonographic evaluation, salin infusion sonography imaging or hysteroscopy and abnormal uterine bleeding (menorrhagia, menometrorrhagia, metrorrhagia) with complaints were evaluated retrospectively between the years of 2011 January-2014 April. Clinical data of the patients were reviewed. Patients were divided into two groups dilatation and curettage (Group1) and hysteroscopic polypectomy (group2). Patients were compared with recurrence frequency and whether complaints continued after 6 months the operation.

Results:The study enrolled 128 patients. Of these, 62 patients performed dilatation (Group 1) and curettage and 66 patients were operated with hysteroscopy (Group 2). Group 1's mean age were 34.5 ± 4.1 (min-max: 30-44), in group 2 were 35.6 ± 3.7 (min-max: 30-44) respectively. There was a statistically significant differences between group1 and group 2 in terms of the frequency of recurrence of polyps four or six month later the operation (27.4%,1.5%) p:0.001

Conclusion: Hysteroscopic polypectomy seems to be superior in terms of endometrial polyp recurrence. Patients with unresolved complaints or recurrence of polyps after polyp resection may be incomplete surgery should be kept in mind.

Key words: Endometrial polyps, hysteroscopic polypectomy, dilatation and curettage, recurrence

* Kadın Hst. ve Doğum AD. GATA Tıp Fakültesi ANKARA TÜRKİYE.

** Kadın Hst. ve Doğum Servisi Etimesgut Asker Hastanesi ANKARA TÜRKİYE.

Reprint request: MUSTAFA ÖZTÜRK
Kadın Hst. ve Doğum Servisi Etimesgut Asker Hastanesi ANKARA TÜRKİYE.
(drmozturk@gmail.com)

Makalenin Geliş Tarihi: Jul 11, 2014 • Kabul Tarihi: Nov 29, 2014 • Çevrim İçi Basım Tarihi: 10 Haziran 2016

Giriş

Endometriyal polipler (EP), endometriyal gland ve stromanın hiperplazisi sonucu oluşan benign lezyonlardır. EP' ler menoraji, meno-metroraji veya metroraji semptomları ile karşımıza çıkabilmektedir (1). Endometriyal polipler, genellikle menstürel kanama düzensizliklerine yol açsalar da, asemptomatik olarak bulunup jinekolojik muayenelerde insidental olarak da saptanabilmektedir(2).

Endometriyal patolojilerin tanısında genellikle ultrasonografi, salin infüzyon sonografi (SİS), keskin küretaj ile ofis histeroskopi yöntemleri kullanılmaktadır. Keskin küretaj işlemi endometriyal patolojilerin tanı ve tedavisinde halen yaygın olarak kullanılan konvansiyonel bir yöntemdir. Anormal uterin kanamalı hastalarda hem tanı hem de tedavi amaçlı olarak kullanılmaktadır.

Histeroskopi endometriyal patolojilerin tanısında ve tedavisinde yaygın olarak kullanılan endoskopik bir prosedürdür. Lezyonların direk olarak optik sistem sayesinde izlenebilmesi ve müdahale edilebilmesi en büyük avantajıdır.(3).

Çalışmamızda EP tedavisinde keskin küretaj ile histeroskopik polipektomi uygulanmış hastaların işlem sonrasındaki 6. Ay ve sonrasındaki kontrol muayenelerinde, şikayetlerinin devam edip etmediğini ve poliplerin rekürrens oranını karşılaştırmayı amaçladık.

Materyal Metod

Bu çalışma için yerel etik kurul onayı alınmıştır. 2011 Ocak–2014 Nisan yılları arasında, anormal uterin kanama (menoraji, menometroraji, metroraji) şikayetleri ile başvuran, 35- 44 yaş arası reproduktif dönemdeki hastalar, transvajinal ultrasonografi (TVUSG) ve salin infüzyon sonografisi (SİS) ile değerlendirildi. Endometriyal polip ön tanısı konulan 128 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar keskin küretaj (Grup 1 n:62) ve histeroskopik polipektomi (Grup 2 n:66) uygulanan hastalar olarak iki gruba ayrıldı.

Tüm hastalarda gebelik tespiti için serum Bhcg seviyeleri araştırıldı. Gebe olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Kanama diatezi olan hastalar, anormal pap-smear varlığı, jinekolojik maligniteler, oral kontraseptif kullanan hastalar, tamoksifen kullanan hastalar ve geçirilmiş polip cerrahisi olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Endometriyal polip ön tanısı için tüm hastalara TVUSG ve SİS işlemi yapıldı. SİS prosedürü için sert uçlu inseminasyon kanülü kullanıldı.

SİS prosedürü; Dorsal litotomi pozisyonunda uygun spekulum yerleştirildikten sonra %10 povidon iyot ile vagen temizlendi. Aseptik şartlarda eksternal servikal ostiumdan uterin kaviteye inseminasyon kanülü yerleştirildi. Daha sonra spekulum çıkarıldı ve TVUSG yerleştirilerek 20 cc steril serum fizyolojik infüzyonu yapıldı. Endometriyal polip olup olmadığı ve varsa lokalizasyonu not edildi.

Histereskopi: Sedasyon anestezisi ile dorsal litotomi pozisyonunda işlem gerçekleştirildi. İşlemler sırasında ofis histeroskop (Karl Storz, Tuttlingen, Almanya) 5mm kullanıldı. Vagen içerisinden eksternal servikal oşa ulaşılarak endometriyal kaviteye geçildi. Uterin distansiyon için %1,5 glisin solüsyonu kullanıldı. Histeroskopik makas ile polipektomi gerçekleştirildi. Rezeke edilen spesimenlerin tümü patolojik incelemeye gönderildi.

Keskin küreta: Sedasyon anestezisi ile dorsal litotomi pozisyonunda işlem gerçekleştirildi. Vajenine steril spekulum yerleştirildi. Serviks ve vajen temizliği %10'luk povidon iyot solüsyonu ile yapıldı. Serviks tenakulum ile traksiyona alındı. Sıfır numara keskin küret ile endometriyal kavite kürete edildi. Kürete edilen materyal patolojik incelemeye gönderildi.

Haftaların TVUSG ve SIS ile yapılan kontrol muayene sonuçları incelendi. Semptomlarındaki düzelme kriterleri olarak; menoraji, metroraji, menometroraji şikayetleri olup olmadığı araştırıldı.

SİS prosedürü, herhangi bir anestezi yöntemi kullanılmadan gerçekleştirildi. Keskin küretaj işlemi ve histeroskopik polipektomi lokal anestezi ile gerçekleştirildi. Lokal anesteziyi kabul etmeyen veya tolere edemeyen hastalar ise sedasyon

anestezisi ile işlem gerçekleştirildi. İntraoperatif olarak cerrahi profilaksi için tek doz 2 gram sefazolin sodyum intramusküler yolla uygulandı. Cerrahi işlemler sırasında keskin küretaj yapılan bir hastada uterin perforasyon oluştu. 24 saat gözlem altında tutulan hasta ek bir cerrahi girişim gereksinimi olmadan taburcu edildi. Post- operatif dönemde perforasyon gelişen bir olgu haricinde, olguların tümü 4 saat içinde taburcu edildi. Postoperatif olarak antibiyoterapi reçete edilmedi.

Grup 1 ve 2 arasındaki Kontrol rekürens ve şikayetleri karşılaştırması için ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık olarak p<0.05 değeri kabul edildi. Analizlerin yapılmasında SPSS 15.0 yazılım programı kullanıldı.

Sonuç

Grup 1 ve grup 2 için ortalama yaşlar sırasıyla 34,5±4,1 (min-max: 35-44), 35,6±3,7 (min-max: 35-44) olarak saptandı Tablo 1. Tüm olguların başvuru semptomları incelendiğinde; menoraji (n:50 %39), menometroraji (n:36 %28), metroraji (n:29 %23) ve dismenore (n:13 %10) olarak saptandı.

Grup 1 de, işlem sonrası 6. ay TVUSG ve SIS ile kontrol muayenesinde, 62 olgunun 17' sinde EP (%27,4) tespit edildi. Bu hastaların şikayetleri incelendiğinde ise menoraji şikayeti olan 16 hastadan 10' unda EP (10/26, %38,4), menometroraji olan 14 hastanın 5 inde EP (5/14, % 35,7), metroraji şikayeti olan 10 hastanın 3 sinde (3/10, % 30) ve dismenore şikayeti olan 13 hastanın 2 sinde EP (2/13, %15,4) izlenmiştir. (Şekil 1)

Grup 2 de işlem sonrası 6. ay TVUSG ve SIS kontrolünde, 66 olgudan birinde EP (%1,5) izlenmiş ve şikayetleri, menoraji 1/22 (%4,5) saptanmıştır. (Şekil 1). 6 ay ve üzerindeki kontrol muayenesinde, grup 1 de %27,4 ve grup 2 de % 1,5 oranında

Tablo1: Histeroskopi ve Keskin Küretaj gruplarının yaş, şikayet ve kontrol karşılaştırması

	Histeroskopi		Keskin Küretaj		p
	Operasyon öncesi	Kontrol*	Operasyon öncesi	Kontrol*	
Yaş (ortalama yıl)	35,6±3,7		34,5±4,1		0,475
Menoraji (n)	24	10	26	0	
Metroraji (n)	14	2	15	1	
Menometroraji (n)	22	5	14	0	
Kontrol* şikayet devamı	27,40%		1,50%		0,001

*6ay ve üzerinde kontrole gelen hasta

polip rekürrensi saptanmıştır . Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.(p<0.001) Tablo 1.

Grup 1 de kontrol muayenesinde polip izlenen vakaların %58,8 i menoraji, %29,4 ü menometroraji, %11,7 si de metroraji şikayeti ile başvurmuştur. İki hastada da dismenore şikayetleri, polip izlenmemesine rağmen devam ettiğini görülmüştür.

Tartışma

Histeroskopik polipektominin anormal uterin kanamalı hastalarda literatürdeki çalışmalar değerlendirildiğinde

en değerli tanı ve tedavi metodu olduğu belirtilmiştir (3). Dilatasyon küretaj ise EP'lerin %86'sında tanı koydurucu olduğu bildirilmiştir (4). Bizim tanısı konulan EP lere uygulanan tedavi yöntemlerinin etkinliğinin karşılaştırmayı amaçladığımız çalışmamızda da benzer şekilde histeroskopik polipektominin etkin bir tedavi yöntemi olduğu izlenmiştir. Histeroskopik polipektomi sonrasında, poliplerin tekrar izlenmesi rekürrens olarak değerlendirildiğinde oranının % 1,5, keskin küretajda ise bu oranın % 27,4 olduğunu izlenmektedir. Polip saptanan hastaların en sık şikayeti menoraji olarak izlendi. Tedavi sonrası tekrarlayan vakalarda da en sık şikayet yine menoraji olarak

izlendi. Altıncı aydan sonraki kontrol muayenesinde polip izlenen vakaların %58,8 i menoraji, %29,4 ü menometroraji, %11,7 si de metroraji şikayeti ile başvurdu

Dilatasyon küretaj ise EP'lerin %60 ında tamamen tedavi edici olduğu bildirilmiştir (4). Demirtaş ve ark tarafından yapılan çalışmada, histeroskopi uygulanan hastaların 62'sinde (%91.1) ek tedaviye gerek kalmaz iken dilatasyon küretaj yapılan hastalardan 14'ünde (%51.8) polipin tamamen rezeke edildiği izlenmiştir (5). Biz çalışmamızda, keskin küretaj işlemi ile poliplerin tamamen rezeke edilme oranını % 72,6 olarak tespit ettik. Bu oranın literatürdeki (5) çalışmalara göre yüksek olduğunu izlenmektedir.

Histeroskopik polipektomi yapılan grupta %1,5 oranında rekürrens tespit ettik. Paradisi ve ark (6) histeroskopik polip eksizyonu sonrası rekürrens oranları %13 civarında bulmuştur. Paradisi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, kontrol muayenesinin süresi ortalama 26 ay olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızdan farklı olarak bu oranın bulunmasının nedeni ise uzun dönem takipte endometriyal poliplerin yeniden oluşması şeklinde yorumlanabilir.

EP ler, her yaşta görülmekle beraber, en sık 40-55 yaş arasındaki kadınlarda karşılaşılan benign anatomik lezyonlardır. Endometriyal poliplerin malignite potansiyeli tartışmalıdır ve özellikle postmenopozal dönemde poliplerin malign dejenerasyon olasılığı vardır (7). Ancak, bizim çalışmamızda histopatolojik tanıda maligniteye rastlamadık.

Poliplerin tedavisi ile anormal uterin kanama ve dismenore yakınmasını giderebildiği bildirilmiştir (8,9) Dismenore tedavisinde sınırlı sayıda vakamız olmasına rağmen hem grup 1 de hemde grup 2 de vakaların %28-33 ünde şikayetlerinin polip tedavisi sonrası da polip izlenmemesine rağmen devam ettiğini saptandı. Bu durumun sadece polip ile açıklanamayacağı endometriozis başta olmak üzere anovulatuvar bozukluklar, polikistik over hastalığı ve diğer hastalıklarında eşlik etmesinin muhtemel olduğunu düşünmekteyiz. Macbean ve ark (10) endometriozisli hastaların %84 ünde endometriyal polip izlendiğini rapor etmiştir.

Tanısal olarak; TVUSG, endometriyal kavite içinde yer kaplayan lezyonların tanılarında hassas bir metottur (11). TVUSG ile poliplerin %24'ünün atlanabileceği belirtilmiştir (12). Saidi ve arkadaşları da, sonohisterografinin sensitivitesini %90, spesifitesini %83, transvajinal ultrasonografinin sensitivitesini %95, spesifitesini %65 bildirmiştir (13).

Histeroskopinin polip rezeksiyonunda altın standart olduğu bilinmektedir. Bizim çalışmamızda da bu gösterilmiştir. Fakat çalışmamızın amacı bunu göstermenin yanında histeroskopi imkanı olmayan hastanelerde uygulanacak keskin küretaj başarısı ve rekürrens sıklığını araştırmaktır. Hastalara bu konuda bilgi vermektir.

Sonuç olarak; Endometriyal polip tespit edilen, fertilesini tamamlamış reproduktif yaş grubunda ve histeroskopi imkanı olmayan merkezlerde, lokalizasyona uygun keskin küretaj önerilebilir. Fakat %27,4 oranında (yaklaşık üçte bir) tekrarlama ve şikayetlerinin devam etme olasılığı hakkında ayrıntılı bilgi verilmelidir.

Referans

1. Dreisler E, Stampe-Sorensen S, Ibsen PH, Lose G. Prevalence of endometriyal polyps and abnormal uterine bleeding in a Danish population aged 20-74 years. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009;33(1):102-8.
2. Goldstein SR, Monteagudo A, Popielek D, Mayberry P, Timor-Tritsch I. Evaluation of endometriyal polyps. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(4):669-74.
3. Bakour SH, Jones SE, O'Donovan P. Ambulatory hysteroscopy: Evidence-based guide to diagnosis and therapy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2006;20(6):953-75.
4. Liberis V, Dafapoulus K, Tsikouras P, et al. Removal of endometriyal polyps by use of grasping forceps and curettage after diagnostic hysteroscopy. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2003;30(1):29-31.
5. Demirtaş Ö, Yeniel Ö, Ergenoğlu M, Demirtaş G, Aşkar N. Klinik olarak endometriyal polip tanısı alan olguların retrospektif analizi. *Ege Tıp Dergisi* 2012;51(4):239-244
6. Paradisi R, Rossi S, Scifo MC, Dall'O' F, Battaglia C, Venturoli S. Recurrence of Endometriyal Polyps. *Gynecol Obstet Invest.* 2014;78(1):26-32
7. Anastasiadis PG, Koutlaki NG, Skaphida PG, Galazios GC, Tsikouras PN, Liberis VA. Endometriyal polyps: prevalence, detection, and malignant potential in women with abnormal uterine bleeding. *Eur J Gynaecol Oncol* 2000;21(2):180-3.
8. Veresten NN, Neuwirth RS, Levin B, Keltz MD. Pregnancy Rates after Hysteroscopic Polypectomy and Myomectomy in infertile women. *Obstetrics and Gynecology* 1999 94;2:168-171
9. Feng LM, Wang WJ, Zhang HX, Zhu YZ. Clinical Study of Hysteroscopic Surgery for endietrial polyps *Zhonghua Fu, Chon Ke Ka Zhai* 2003 October; 38(10):611-613.
10. McBean JH, Gibson M, Brumsted JR. The association of intrauterine filling defects on hysterosalpingogram with endometriosis. *Fertil Steril* 1996;66:522-6.
11. La Torre R, De Felice C, De Angelis C, Coacci F, Mastrone M, Cosmi EV. Transvaginal sonographic evaluation of endometriyal polyps: a comparison with two dimensional and three dimensional contrast sonography. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 1999;26(3-4): 171-173
12. Kazandi M, Akşehirli S, Cirpan T, Akercan F. Transvaginal sonography combined with saline contrast sonohysterography to evaluate the uterinecavity in patients with abnormal uterine bleeding and postmenopausal endometrium more than 5 mm. *Eur J Gynaecol Oncol* 2003;24(2):185-90.
13. Saidi MH, Sadler RK, Theis VD, Akright BD, Farhart SA, Villanueva GR. Comparison of Sonography, Sonohysterography and Hysteroscopy for Evaluation of abnormal uterine bleeding. *J Ultrasound Med* 1997;16:587-91