

Zastosowanie histeroskopii u kobiet po menopauzie z podejrzanymi obrazami ultrasonograficznymi endometrium

The usefulness of hysteroscopy in postmenopausal women with suspected ultrasonographic images of endometrium

Tomasz Wierzbowski, Leszek Gottwald, Katarzyna Kowalczyk-Amico, Jacek Suzin

Podjęte obrazu ultrasonograficzne, takie jak poszerzone lub niejednorodne echo endometrium, a także obecność płynu w jamie macicy u kobiet w wieku pomenopauzalnym wymagają weryfikacji histopatologicznej. Celem pracy była ocena przydatności badania histeroskopowego w weryfikacji podejrzanego obrazu ultrasonograficznego endometrium u 56 kobiet po menopauzie, nie stosujących hormonalnej terapii zastępczej. Stwierdzono, że badanie histeroskopowe jest wysoce przydatne w weryfikacji nieprawidłowych obrazów ultrasonograficznych błony śluzowej trzonu macicy u kobiet po menopauzie, a szczególnie w lokalizowaniu i usuwaniu polipów endometrialnych oraz zrostów wewnątrzmacicznych.

Słowa kluczowe: histeroskopia, ultrasonografia, patologia endometrium

(Przegląd Menopauzalny 2004; 1: 58–62)

Rak trzonu macicy zajmuje piąte miejsce pod względem częstości występowania wśród wszystkich nowotworów złośliwych u kobiet w Polsce, a trzecie w grupie nowotworów narządu rodowego [1]. Najbardziej charakterystycznym i najczęściej występującym objawem raka endometrium jest krwawienie z jamy macicy po menopauzie. Jednak tylko u części chorych wystąpienie tego objawu towarzyszy miejscowemu zaawansowaniu nowotworu. Z tego powodu istnieje potrzeba stosowania metod diagnostycznych, pozwalających na rozpoznawanie stanów przednowotworowych i wczesnych postaci raka endometrium w populacji bezobjawowych kobiet. Najbardziej przydatną, nieinwazyjną, łatwo dostępną metodą oceny błony śluzowej macicy jest ultrasonografia przeżochnowa [2].

Podjęte obrazu ultrasonograficzne, takie jak poszerzone powyżej 4 mm, a wg niektórych autorów nawet powyżej 3 mm, lub niejednorodne echo endometrium, a także obecność płynu w jamie macicy u kobiet w wieku pomenopauzalnym wymagają weryfikacji histopatologicznej [3–5]. Obrazy te mogą być związane z patologią błony śluzowej trzonu macicy (nowotworowe i nienowotworowe rozrosty endometrium, polipy endometrialne czy też zrosty wewnątrzmaciczne), ale również mogą być spowodowane nieprawidłowościami w obrębie warstwy mięśniowej macicy (mięśniaki podśluzówkowe). Niejednokrotnie, pomimo utrzymującego się nieprawidłowego obrazu ultrasonograficznego nie znajduje się zmian mikroskopowych w materiale pobranym metodą *ślepej biopsji* endometrium. Uważa się, że w przypadku łyżeczkowania jamy maci-

I Klinika Ginekologii i Onkologii Ginekologicznej Instytutu Ginekologii i Położnictwa UM w Łodzi, kierownik Kliniki i dyrektor Instytutu: prof. dr hab. med. Jacek Suzin



cy *na ślepo* u ok. 20% chorych z patologią endometrium uzyskuje się wyniki fałszywie negatywne [6]. Zmniejszeniu ryzyka takich sytuacji ma służyć wizualizacja jamy macicy podczas histeroskopii [6–9].

Cel pracy

Celem pracy była ocena przydatności badania histeroskopowego w weryfikacji podejrzanych obrazów ultrasonograficznych endometrium u kobiet po menopauzie.

Materiał i metody

Badaniem objęto 56 kobiet co najmniej 12 mies. po menopauzie w wieku 49–77 lat, niestosujących hormonalnej terapii zastępczej, diagnozowanych w latach 1998–2002 w I Klinice Ginekologii i Onkologii Ginekologicznej z powodu ultrasonograficznego podejrzenia patologii endometrium. W każdym przypadku wykonano histeroskopię diagnostyczną, w trakcie której dokonano wizualizacji wnętrza jamy macicy, a następnie pobrano materiał do badania histopatologicznego drogą wyłuszczenia jamy macicy. Badania przeprowadzono histeroskopem STORZ z optyką 30°. Przeanalizowano obrazy histeroskopowe i porównano je z wynikami badań histopatologicznych.

Wyniki

U 2 kobiet obraz histeroskopowy błony śluzowej trzonu macicy uznano za podejrzany o proces nowotworowy. U obu tych chorych histopatologicznie rozpoznano gruczolakoraka endometrium. U 1 chorej z poszerzonym i niejednorodnym echem endometrium uwidoczniona histeroskopowo zmiana w okolicy ujścia macicznego jajowodu sugerująca zrost okazała się rakiem. W 7 przypadkach obraz histeroskopowy sugerował nie nowotworowy rozrost endometrium, co we wszystkich 7 przypadkach znalazło potwierdzenie w wynikach badań histopatologicznych. U 17 kobiet uwidoczniono polipy endometrialne, co umożliwiło całkowite usunięcie tych zmian. W 12 przypadkach stwierdzono podczas histeroskopii zrosty wewnątrzmaciczne i dokonano ich przerwania. W 15 przypadkach dzięki badaniu histeroskopowemu udało się ustalić, że nieprawidłowy obraz ultrasonograficzny był związany z obecnością mięśniaków podśluzówkowych. W żadnym przypadku nie stwierdzono zmian w badaniu histeroskopowym nie rozpoznano patologii endometrium w badaniu mikroskopowym wyskrobin z jamy macicy.

Dyskusja

Ultrasonografia jest uważana za bardzo użyteczną metodę do wstępnej oceny trzonu macicy u kobiet po

menopauzie [3–7, 10–15]. Jest ona szczególnie przydatna do ustalania lokalizacji mięśniaków w ścianie macicy, ale również do oceny endometrium. W rozpoznawaniu atrofii endometrium Persiani i wsp. uzyskali 100% zgodność w ocenie ultrasonograficznej, histeroskopowej i histopatologicznej błony śluzowej trzonu macicy przy granicznej szerokości błony śluzowej w badaniu ultrasonograficznym 3 mm [5]. Jednocześnie Loizzi i wsp. stwierdzili patologię endometrium u 28% bezobjawowych kobiet po menopauzie z endometrium 4 lub więcej mm [4].

Jednak w badaniu ultrasonograficznym różnicowanie polipa, mięśniaka, czy przerostu błony śluzowej trzonu macicy może być trudne. Przy podejrzeniu tych chorób, jak również przy szerokości błony śluzowej przekraczającej 4 mm u kobiet w okresie pomenopauzalnym powinno się wykonać histeroskopię diagnostyczną z pobraniem materiału do badania histopatologicznego [3, 13, 14]. Według Symonds i wsp. oraz Wierzbowskiego i wsp. wskazania do wykonania histeroskopii występują także w przypadkach stosowania hormonalnej terapii zastępczej, u kobiet z nawracającymi krwawieniami oraz u pacjentek przyjmujących Tamoxifen [14].

Jednak nie wszyscy autorzy potwierdzają korzyści z zastosowania histeroskopii w diagnostyce chorób trzonu macicy. Jako przykład można tu przytoczyć badanie Ben-Yehud i wsp., którzy po przeanalizowaniu 373 obrazów histeroskopowych u kobiet po menopauzie, u których następnie z różnych wskazań wykonano histerektomię stwierdzili, że wykonanie u nich histeroskopii nie zwiększyło czułości wykrywania patologii endometrium [16].

Uzyskane przez nas wyniki są jednak odmienne i wskazują, że histeroskopia jest bezpieczną, szybką i efektywną metodą w diagnostyce chorób endometrium i są to wyniki zgodne ze stanowiskiem prezentowanym przez licznych autorów [6, 17, 18]. Umożliwia ona bezpośrednie uwidocznienie jamy macicy, identyfikację i różnicowanie polipów i mięśniaków podśluzówkowych [7, 12, 15, 18]. Pokazało to przeprowadzone badanie. Jednocześnie wykonać też można biopsję celowaną z miejsc podejrzanych, usunąć z jamy polip, mięśniak podśluzówkowy, czy też zrost wewnątrzmaciczny [17, 19]. Szczególnie w tych grupach chorych z niezłośliwymi chorobami trzonu macicy, stosując histeroskopię zabiegową uzyskuje się zadowalający efekt terapeutyczny, przy jednoczesnej minimalizacji inwazyjności stosowanej diagnostyki i leczenia [20].

Wnioski

1. Badanie histeroskopowe jest wysoce przydatne w weryfikacji nieprawidłowych obrazów ultrasonograficznych błony śluzowej trzonu macicy



u kobiet po menopauzie, a szczególnie w lokalizowaniu i usuwaniu polipów endometrialnych oraz zrostów wewnątrzmacicznych.

2. Wykonanie histeroskopii zmniejsza ryzyko otrzymania fałszywie ujemnych wyników badań histopatologicznych.

Summary

Postmenopausal women with suspected ultrasonographic images like exceeded endometrial thickness, heterogenic endometrial echo or intrauterine fluid presence need histopathological verification. These images may concern not only endometrial pathology like malignant and non-malignant proliferations or intrauterine adhesions but also uterine muscle abnormalities like submucous myomas. Despite the abnormal ultrasonographic image, histopathological abnormalities in the endometrial "blind biopsy" frequently cannot be found.

Objectives: Evaluation of hysteroscopy in the verification of abnormal ultrasonographic images of endometrium in postmenopausal women.

Materials and methods: 56 postmenopausal women aged 49–77 without hormonal replacement therapy hospitalized in the 1st Department of Gynecology and Gynecological Oncology of the Medical University of Łódź in 1998–2002 because of abnormal ultrasonographic images of endometrium were investigated. In each case diagnostic hysteroscopy with visualization of the uterine cavity was performed and then histopathological biopsy by way of curettage was performed. Hysteroscopic images were analyzed and compared with the histopathological results.

Results: 2 women had suspected hysteroscopic images in oncological terms. In both cases endometrial adenocarcinoma was histopathologically confirmed. One patient with exceeded endometrial thickness in vaginal ultrasound during hysteroscopy showed intrauterine adhesion which in histopathological examination appeared to be adenocarcinoma. In all 7 patients with hysteroscopic images suggesting non-malignant endometrial proliferation, endometrial hyperplasia was found. 17 times hysteroscopic visualisation of endometrial polyps enabled their complete detruncation. In 12 cases intrauterine adhesions were found and disrupted. 15 patients showed submucous myomas during hysteroscopic investigation. Any patient with the absence of hysteroscopically found uterine abnormalities had a poor histopathological result.

Conclusions: Hysteroscopic investigation is very useful in the verification of abnormal ultrasonographic images of endometrium in postmenopausal women particularly in the visualisation of endometrial polyps and intrauterine adhesions. Hysteroscopic investigation in postmenopausal women with abnormal ultrasonographic images of endometrium reduce the risk of false negative histopathological result.

Key words: hysteroscopy, ultrasonography, endometrial pathology

Piśmiennictwo

1. Didkowska J, Wojciechowska U, Tarkowski W, et al. *Nowotwory złośliwe w Polsce w 1999 roku*. Centrum Onkologii — Instytut M. Skłodowskiej-Curie. Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów. Krajowy Rejestr Nowotworów. Warszawa 2002.
2. Sobczuk A, Pertyński T, Stetkiewicz T. *Przydatność biopsji aspiracyjnej endometrium u kobiet po menopauzie*. Ginekol Pol 2003; 74 (10): 1370-5.
3. Conoscenti G, Meir Y, Fischer-Tamaro L, et al. *The diagnostic capacities of transvaginal echography and hysteroscopy in the characterization of endometrial pathology*. Minerva Ginekol 1995; 47 (7-8): 293-300.
4. Loizzi V, Bettocchi S, Vimercati A, et al. *Hysteroscopic evaluation of menopausal women with endometrial thickness of 4 mm or more*. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2000; 7 (2): 191-5.
5. Persiani P, Perotti F, Riccardi A, et al. *Diagnostic accuracy in transvaginal echography in benign endometrial diseases and its comparison with hysteroscopic biopsy*. Minerva Ginekol 1995; 47 (3): 63-7.
6. Ludwin A, Pityński K, Szczudrawa A, et al. *Wartość sonohisterografii i histeroskopii w diagnostyce utrzymujących się podejrzanym ultrasonogramów endometrium po zabiegach wyłęczekowania z niepodejrzanym wynikiem histologicznym u kobiet po menopauzie*. Ginekol Pol 2003; 74 (9): 786-92.
7. Korczyński J, Sobkiewicz S. *Ocena ultrasonograficzna i histeroskopowa zmian w obrębie macicy oraz weryfikacja histopatologiczna wyników biopsji endometrium u kobiet w okresie okołomenopauzalnym*. Menopauza. Wydawnictwo ADI 2000: 179-84.



8. Sajdak S. *Histeroskopia*. W: Markowska J. *Onkologia ginekologiczna*. Urban & Partner, Wrocław 2002: 716-9.
9. Śpiewankiewicz B, Stelmachow J, Sawicki W, et al. *Hysteroscopy with selective endometrial sampling after unsuccessful dilatation and curettage in diagnosis of symptomatic endometrial cancer and endometrial hyperplasias*. Eur J Gynaecol Oncol 1995; 16 (1): 26-9.
10. Bańczerowska M, Wróbel A, Suchocki S, et al. *Ocena wiarygodności metod diagnostycznych stosowanych w wykrywaniu raka endometrium*. Ginekol Pol 2002; 74 (11): 991-6.
11. Guida M, Bramante S, Acunzo G, et al. *Evaluation of endometrial carcinoma using hysteroscopy and transvaginal echography*. Tumori 2003; 89 (4 Suppl): 253-4.
12. Morello F, Bettocchi S, Greco P, et al. *Hysteroscopic evaluation of menopausal patients with sonographically atrophic endometrium*. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2000; 7 (2): 197-200.
13. Mortakis A, Mavrelis K. *Transvaginal ultrasonography and hysteroscopy in the diagnosis of endometrial abnormalities*. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1997; 4 (4): 449-52.
14. Symonds I. *Ultrasound, hysteroscopy and endometrial biopsy in the investigation of endometrial cancer*. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2001; 15 (3): 381-91.
15. Tahir M, Bigrigg M, Browning J, et al. *A randomised controlled trial comparing transvaginal ultrasound, outpatient hysteroscopy and endometrial biopsy inpatient hysteroscopy and curettage*. Br J Obstet Gynecol 1999; 106 (12): 1259-64.
16. Ben-Yehuda O, Kim Y, Leuchter R. *Does hysteroscopy improve upon the sensitivity of dilatation curettage in the diagnosis of endometrial hyperplasia or carcinoma?* Gynecol Oncol. 1998; 68 (1): 4-7.
17. Śpiewankiewicz B. *Ocena wartości i efektywności operacyjnej histeroskopii w przypadkach wewnątrzmacicznej patologii*. Ginekol Pol 1999; 70 (4): 214-7.
18. Wierzbowski T, Gottwald L, Bieńkiewicz A, i wsp. *Histeroskopowa ocena błony śluzowej macicy u pacjentek po menopauzie z krwawieniem z dróg rodnych*. Ginekol Pol 2003; 74 (9): 892-6.
19. Lo K, Yuen P. *The role of outpatient diagnostic hysteroscopy in identifying anatomic pathology and histopathology in the endometrial cavity*. J Am Assoc Gynecol laparosc 2000; 7 (3): 381-5.
20. Gebauer G, Hafner A, Siebnzehrubl E, et al. *Role of hysteroscopy in detection and extraction of endometrial polyps: results of a prospective study*. Am J Obstet Gynecol 2001; 184 (2): 59-63.

Adres do korespondencji

I Klinika Ginekologii i Onkologii Ginekologicznej
Instytutu Ginekologii i Położnictwa
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ul. Wileńska 37
94-029 Łódź

