

טיוטה
עדיין לא מאושרת



הצעה לנייר עמדה 118:

הגישה לטיפול בפוליפ אנדומטריאלי

מטרת נייר העמדה:

קביעת קריטריונים לטיפול בפוליפ רחמי לפי תסמינים, גיל, גורמי סיכון, וקביעת הגישה הטיפולית המומלצת לפי הספרות העולמית העדכנית והמלצות האיגודים האמריקאי לאנדוסקופיה גינקולוגית (AAGL) והבריטי (RCOG) למיילדות וגינקולוגיה

רקע ודברי הסבר (1-4)

- פוליפ אנדומטריאלי הוא ממצא תוך רחמי שמקורו מצמיחת יתר של רירית הרחם, ומופיע כממצא בודד או מספר ממצאים במימדים שונים בין מספר מילימטרים למספר סנטימטרים, על גבעול דק או על בסיס רחב ומורכב מבלוטות, משתית וכלי דם.
- בנשים בגיל הפוריות שכיחותו מגעת עד 10%, ובנשים בגיל המנופאזה אפילו עד 20%.
- רוב הנשים בגיל הפריור עם פוליפ אנדומטריאלי (64%-88%) סימפטומטיות, עם הופעה של מנורגיות, דימומים לא סדירים, דימום לאחר יחסים או דימומים בין וסתיים. בנשים פוסטמנופאזליות עם פוליפ תוך רחמי, דווח כי 56% מופיעות עם סימפטומים של דמם לאחר גיל המעבר.
- רוב הפוליפים האנדומטריאליים שפירים. דווח על השתנות ממארת בפוליפ בשיעור של 1-1.5% בנשים בגיל הפוריות ועד 4.5% בנשים סמפטומטיות בגיל המנופאזה.
- קיימות גישות שונות לטיפול בפוליפים רחמיים בהתייחס לסימפטומטולוגיה, הגיל, והמצב המנופאזלי.
- בעשורים האחרונים, עם כניסת היסטרוסקופיה האבחנתית והניתוחית מוכרות פעולות אילו כפעולת הבחירה (Gold Standard) לאבחון וטיפול בפוליפים.

הגדרות

אבחון פוליפ רחמי

- ניתן לאבחן פוליפ רחמי באמצעות אולטראסאונד, הידרוסונוגרפיה, צילום רחם, ביופסיה מרירית הרחם ו/או היסטרוסקופיה אבחנתית. גרידה אבחנתית אינה מהווה

כיום אמצעי מקובל לאבחון פוליפ רחמי. היסטרוסקופיה אבחנתית שמאפשרת צפיה ישירה בחלל הרחם היא בדיקת הבחירה לאיבחון פוליפ אנדומטריאלי.

טיפול בנשים עם פוליפ אנדומטריאלי (8-11)

טיפול הבחירה הניתוחי בפוליפ אנדומטריאלי הוא : כריתת הפוליפ בהיסטרוסקופיה ניתוחית(5) .

א. לנשים סימפטומטיות עם פוליפ אנדומטריאלי, בין אם בגיל הפוריות ובין אם לאחר גיל המעבר, יש התוויה ברורה להסרת הפוליפ באמצעות היסטרוסקופיה ניתוחית. לכריתת הפוליפ יתלוו ביופסיות מרירית הרחם סביב הפוליפ לשלילת ממאירות באנדומטריום.

ב. נשים אסימפטומטיות בגיל הפוריות

- לפוליפים קטנים מ-10 מ"מ יש נטיה להיספג (6)
- מומלץ לכרות היסטרוסקופית פוליפ בנוכחות הפרעת פיריון (7)
- הסרת פוליפ אסימפטומטי תבוצע עפ"י שיקול קליני של הרופא המטפל

ג. נשים אסימפטומטיות בגיל המנופאזה

- ניתן לשקול טיפול שמרני בפוליפים קטנים (מתחת ל-2 ס"מ)
- כריתה היסטרוסקופית תבוצע לפי שיקול קליני

ההמלצות בנייר העמדה לפי LEVEL OF EVIDENCE II-B

בדיון להכנת נייר העמדה השתתפו:

- חברי ועד החברה לאנדוסקופיה גינקולוגית:
 - ד"ר שלומי כהן-אילון-יוזם נייר העמדה
 - פרופ' מוטי פנסקי-יו"ר החברה
 - ד"ר משה בוסתן-גזבר
 - ד"ר איציק פיינשטיין-גזבר
- יועצים מתחום הגינקולוגיה האונקולוגית ויו"ר לשעבר של החברה לאנדוסקופיה גינקולוגית:
 - פרופ' עמי פישמן
 - פרופ' מוטי גולדנברג
 - ד"ר חן גולדשמידט

References:

1. Wethington SL, Risk and Predictors of Malignancy in Women with Endometrial Polyps, *Ann Surg Oncol*; 18:3819–3823, 2011
2. Vilos G, GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF ABNORMAL UTERINE BLEEDING, SGOC clinical practice guidelines 2001
3. Silberstein T, Endometrial Polyps in Reproductive-Age Fertile and Infertile Women, *IMAJ* 2006;8:192–195
4. RCOG , Endometrial polyps - query bank, 2011
5. RCOG/BSGE Joint Guideline, Best Practice in Outpatient Hysteroscopy, 2011
6. . Salim S, Diagnosis and Management of Endometrial Polyps: A Critical Review of the Literature, *JMIG*, 18, 569–581, 2011
7. AAGL Practice Report: Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Endometrial Polyps, *Journal of Minimally Invasive Gynecology* (2012) 19, 3–10
8. Golan A, Endometrial polyp: Symptomatology, Menopausal Status and Malignancy, *Gyn Obstet Inves*, 70, 107-112, 2010.
9. Lieng M, Hysteroscopic Resection of Symptomatic and Asymptomatic Endometrial Polyp, *J Minim Invasive Gynecol*, 14, 189-194, 2007.
10. Papadia A, The Risk of Premalignant and Malignant Pathology in Endometrial polyps: Should Every Polyp Be Resected?, *Minerva Gynecol*, 59, 117-124, 2007.
11. Saveli L, Histopathologic Features and Risk Factors For Benignity, Hyperperplasia and Cancer in Endometrial Polyp. *Am J Obstet Gynecol*, 188, 927-931, 2003.