



A rendellenes méhvérzések új diagnosztikai lehetőségei

Török Péter dr., Csákó Éva*, Major Tamás dr.

*IV. éves orvostanhallgató, Debreceni Egyetem

Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika (Igazgató: Póka Róbert dr., egyetemi tanár)

Összefoglaló: A szervi eredetű rendellenes méhvérzések kórismezésében kivételesen nagy segítséget nyújt az office hiszteroszkópia. Minden egyéb képalkotó módszernél nagyobb specificitással és érzékenységgel rendelkezik, és a módszer kifejezett előnye, hogy gyorsan, ambulánsan elvégezhető, szükségtelen az anesztézia, valamint nem szükséges kórházi ellátás utána sem.

A klinikánkon rendellenes méhvérzéssel jelentkező páciensek office hiszteroszkópos vizsgálata lehetővé tette a felvetődő strukturális háttér igazolását. Összesen 90 vizsgálatot végeztünk a rendellenes méhvérzések hátterének felderítésére és eredményeink korreláltak a nemzetközi tanulmányok elemzéseivel, vagyis ahol az előzetes ultrahangvizsgálatokkal szervi elváltozás nem volt igazolható, a hiszteroszkópos vizsgálat 71%-ban bizonyított kóros hátteret.

A leggyakrabban előforduló elváltozás a polip és a mióma volt, de néhány esetben korábban ismeretlen méhüregi sövény, endometriumrák és reziduális méhlepény került felismerésre.

Az office hiszteroszkópia rutin vizsgálati módszerként való bevezetése a nőgyógyászati diagnosztika forradalmi újítását jelentené, további vizsgálatoktól megkímélve mind a páciens, mint az ellátót.

Kulcsszavak: vérzészavar, ambuláns méhtükrözés, hiszteroszkópia, méhvérzés, méhenbelüi elváltozás

Török P dr., Csákó É*, Major T dr.

New opportunities in the diagnosis of AUB

Summary: In the diagnosis of abnormal uterine bleeding with organic background office hysteroscopy is an excellent method.

It has greater sensitivity and specificity than any other imaging procedure and has exceptional benefits: it is quick, can be performed during outpatient care, anesthesia and analgesia is unnecessary, and no hospitalization is needed after the procedure.

The examination with office hysteroscopy of the patients coming with AUB to our clinic gave us the chance to verify the probabilities (according to the new nomenclature of the FIGO Congress 2009) of structural changes.

90 examinations were performed to evaluate the background of AUB and our results correlated with international studies: in cases where ultrasound imaging could not verify organic changes, office hysteroscopy showed an organic failure in as many as 71% of the patients.

The most common causes were polyps, myomas and in some cases previously undiscovered uterine septum, endometrial carcinomas and placental remnants were revealed.

Introduction of the office hysteroscopy as a routine method could be a revolutionary innovation in gynecology diagnostics, sparing further examinations both for the patients and physicians.

Keywords: abnormal uterine bleeding, office hysteroscopy, intrauterine pathology

A rendellenes méhvérzésekkel kapcsolatos konzultációk az összes nőgyógyászati vizsgálat több mint egyharmadát teszik ki; a rendellenes hüvelyi folyások után ez a második leggyakoribb oka a kivizsgálásoknak. A peri- és

posztmenopauzális korban lévő nők esetében ez az arány a különböző szervi okok megjelenésének (a méh daganatos megbetegedései, endometriumpolip) életkori eltérései miatt tovább növekszik, akár a kétharmadot is meghaladhatja.

Rendellenes méhvérzésnek tekinthető minden olyan elváltozás, amely bizonyíthatóan nem az alsó genitális traktusból ered és a normális menstruációs vérzés-től időben, vagy mennyiségben és/vagy gyakoriságban jelentősen eltér. Objektív számadat kapható az ún. Pictorial Blood Assessment Chart [PBCA] pontrendszerével - ennek segítségével a menstruáció ideje alatt a beteg által folyamatosan vezethetővé válik a menstruáció erőssége azáltal, hogy az adott táblázatban minden higiéniai termék cseréje során a nő egy érme méretéhez tudja hasonlítani a jelentkező vérzést. Külön feljegyzésre kerülnek a kivételesen erős folyások és a vérrögök is. A megadott pontrendszer alapján az orvos számára összehasonlíthatóvá és objektívvá tehető a vérzés mennyisége az adott periódusban, így 100, vagy annál több pont esetében biztosan felállítható az erős vérzés diagnózisa [1].

A vérzésszavar etiológiája és súlyossága határozza meg a további kezelések szükségességét, melyek alapvető célja a későbbi szövődmények megelőzése (például anémia), illetve a normális ciklus helyreállítása. Ebből a szempontból megkülönböztethető krónikus és akut rendellenes méhvérzés.

Krónikus méhvérzés a jelenlegi állásfoglalások szerint olyan rendellenes méhvérzés, amely a páciensnél az elmúlt hat hónap nagy részében fennállt, de nem igényel azonnali beavatkozást.

Az akut méhvérzés ezzel szemben sürgős intervenciót igényel a további vérvesztés megakadályozása érdekében. Előfordulhat akut vérzés meglehetősen korábban fel nem fedezett krónikus méhvérzés talaján, vagy akár önmagában, előzmények nélkül is.

A 2009-ben a Dél-Afrikában, Fokvárosban rendezett FIGO (*International Federation of Gynecology and Obstetrics*) Kongresszuson sikerült új nomenklatúrát elfogadni a nem-terhes, nem fertőző hátterű irreguláris méhvérzések rendszerezésére, így az eltéréseket alapvetően két -organikus és nem-organikus-, eredetre osztották fel, melyet a könnyebb megjegyezhetőség kedvéért a PALM-COEIN betűszóba rendeztek: a PALM utal a strukturális, anatómiai elváltozásokra, amelyek fizikális vizsgálattal és egyéb technikákkal diagnosztizálhatóak:

- (1) *Polip,*
- (2) *Adenomiózis,*
- (3) *Leiomióma,*
- (4) *Malignitás és hiperplázia,*

A COEIN "csoport" pedig a különböző képkalkotó technikákkal nem lokalizálható, nem diszkrét elváltozásokat foglalja magában:

- (5) *Koagulopátia,*
- (6) *Ovariális diszfunkció,*
- (7) *Endometriális eredetű elváltozások,*
- (8) *Iatrogen,*
- (9) *Nem besorolható.*

A fenti, abnormális méhvérzéseket okozó elváltozások közül jelen cikk a PALM csoport méhüri képkalkotó vizsgálatok által tapasztalható megjelenési formáit mutatja be.

A hüvelyi kismencedei ultrahangvizsgálat (TVS - transzvaginális szonográfia) szerepe a rutin vizsgálatokban jelentős, azonban specificitása és érzékenysége elmarad az újabb eszközök és az egyéb, nőgyógyászati gyakorlatot kiegészítő képkalkotó eljárások (CT, MRI) mögött, melyekkel a diagnózis felállítása is biztosabbá, pontosabbá vált.

A rendellenes méhvérzés diagnosztikájában és a vérzés csökkentésében a beavatkozások közül még napjainkban is a legelterjedtebb a hagyományos kürettázs. Ennek során a méhnyak tágítását követően nyerünk kaparekót a méhnyálkahártyából. A beavatkozás a diagnosztikus szerepe mellett akut méhvérzések esetében terápiás jelentőséggel is bír, azonban lokális elváltozások esetében a szenzitivitása igen alacsony.

Az alapvetően meddősségi kivizsgálás során alkalmazott, de a méhvérzések feltárásában is hasznos HYCOSY (hisztero-kontraszt-szonográfia) diagnosztikai módszer a méhür megítélésében a transzvaginális szonográfiánál specifikusabb képkalkotást tesz lehetővé, de használatához kontrasztanyag szükséges.

Szintén elsősorban az infertilitás kivizsgálásában használt a hiszteroszalpingográfia, mely a WHO jelen ajánlása szerinti a first-line diagnosztikai módszer, amely láthatóvá teszi a méh üregét és a petevezetékeket [2]. Jól tolerálható, gyors és non-invazív beavatkozás, azonban a vizsgálat sugárterhelésnek teszi ki a pácienseket.

Az Association of Professors of Gynecology and Obstetrics 2002-es ajánlása óta a hiszteroszkópiát tekintjük a diagnosztikai eljárások gold-standardjának. A hiszteroszkópos vizsgálat egy olyan minimálisan invazív endoszkópos eljárás, melynek során a méh teljes belső felszíne vizsgálhatóvá válik, valamint a szem ellenőrzése mellett, az optikán keresztül követve célzott szöveti biopsziát, operatív beavatkozást tesz lehetővé. A módszer a vakon végzett biopsziához és kürettázshoz képest lényegesen biztonságosabb és pontosabb. Használata nem igényel kontrasztanyagot.

A hiszteroszkóppal végzett vizsgálatok céljától és eljárási módjától függően megkülönböztetünk diagnosztikus, illetve operatív hiszteroszkópiát - előbbi szolgálhat korábbi eredmények (például ultrahangvizsgálat, szalpingográfia)

megerősítésére, egyéb műtétek (pl. kürettázs) előtti pontos diagnózis felállítására. Nem igényel teljes általános érzéstelenítést, rövid vénás narkózisban, vagy esetenként helyi érzéstelenítésben is elvégezhető. Operatív hiszteroszkópia során nem csak a kóros elváltozások felismerése, hanem azok kezelése is lehetségessé válik: szeptumok, összenövéssek, illetve rendellenes méhvérvzéseket okozó méhen belüli elváltozások is megoldhatók. A hiszteroszkópia jelentős előnye, hogy megelőzhető vele a hasüreg és méh feltárása, olcsó, biztonságos, gyors beavatkozás és nem igényel hosszú kórházi tartózkodást.

A feltárást, dezinficiálást, illetve a nyakcsatorna tágitását követően a portio megragadásával lehetővé válik a hiszteroszkóp felvezetése, majd áramló folyadékkal feltöltve a méhüret, az optikának köszönhetően láthatóvá válik annak teljes belfelszíne, a petevezetékek szájadéka, illetve a jelenlévő kóros elváltozások. Szövődmények – nemzetközi retrospektív tanulmányok alapján is – kivételesen ritkán fordulnak elő, csaknem minden esetben a vakon végzett nyakcsatorna-tágítás kapcsán lépnek fel [4].

Újdonságot jelent az office hiszteroszkópia, amely egyéni minden diagnosztikus eljárás előnyét. Nem igényel kórházi kezelést, a beteg az ambuláner végzett vizsgálat után folytathatja mindennapos rutinját, hiszen a beavatkozáshoz nem szükséges anesztézia, lokális fájdalomcsillapítás nélkül végezhető és mindössze 10-15 percet igényel. A páciensek jól tolerálják, hiszen rendkívül gyors és fájdalommentes eljárás. Az altatásban végzett egyéb beavatkozásokkal ellentétben további előnyt jelent, hogy az office hiszteroszkópia közben a beteggel folyamatos kommunikáció lehetséges.

Korábban felvetődött az endometriális carcinomasejtek hiszteroszkópos vizsgálat által okozott intraperitoneális disszeminációja, azonban a retrospektív tanulmányok alapján jelenleg nincs arra bizonyíték, hogy a hiszteroszkópos vizsgálaton átesett betegek rosszabb prognózisra számíthatnának, mint az egyéb diagnosztikus vizsgálatokon résztvevők [3], azonban a kezelés megítélésében, lokális kezelési formákban, valamint a prognózis felállításában nyújthat segítséget.

Az office hiszteroszkóppal végzett vizsgálatok közben az alábbi elváltozások jelenléte teljes biztonsággal igazolható, illetve kiváltható.

Polip

A méhüri polip az endometrium epitheliummal borított bazálmembrán-hyperplasiája, amely a rendellenes méhvérvzések jelentős hányadában igazolható. Incidenciája az életkorral egyenes arányban nő, a menopausa utáni korban tetőzik, míg prepubertásban kifejezetten ritka. Megjelené-

senek oka nem tisztázott, néhány kutatás rizikófaktoroként említi az elhízást, a magasvérnyomás-betegséget, illetve a diabéteszt is [5]. Méretük és számuk változatos, típusos megjelenésnek tekinthetjük a fibrotikus magot (75%), intramurális cystákat (55%) [6]. Előfordulhat szesszilisz, vagy kocsányos megjelenés. Felszínükön a progesteron- és ösztrogénreceptorok sűrűbben helyezkednek el az egészséges méhnyálkahártyával összehasonlítva.

Az endometrialis polipok torzíthatják a méh üregét, ezáltal gátolva a beágyazódást, a sűrűbb receptorelhelyezkedés pedig csökkentheti a méhre ható hormonhatásokat.

Adenomiózis

Az endometriózis egyik megjelenési formája (endometriózis interna). Benignus, ösztrogénfüggő elváltozás, amelynek során ektópiás endometriumszövet (stróma és mirigyek) jelenik meg a méhizomzatban.

Adenomiózis interna esetén a beszűrődő endometriumszövetek a normális méhnyálkahártyával közvetlen összeköttetésben állnak, intramurális adenomiózis esetén a méhizomzatban izolálva fordulnak elő, míg az adenomiózis externa esetén a hashártyaborítás alatt találhatóak meg.

Korábban retrospektív módon, legtöbbször méheltávolítás után kórismézték, azonban a modern diagnosztikus eszközök alkalmazásával a műtét előtt azonosított esetek száma jelentősen megnövekedett [7]. A rutinszerűen alkalmazott képalkotókkal nem specifikus a megjelenése, így lehetőség szerint kiegészítő - MRI és CT - vizsgálat indokolt, illetve a méhürön belüli elváltozások kivizsgálásában nagy segítséget nyújt a hiszteroszkópos vizsgálat során kivitelezett szöveti biopszia is lehetővé válik a méh falából.

Kezelése hormontartalmú gyógyszerekkel, hormontartalmú méhenbelüli eszközzel, vagy az elváltozás elhelyezkedésétől és nagyságától függően műtéti beavatkozással történik.

Leiomióma

A méhizomzatból kiinduló, többnyire a 35-50 éves korosztályban előforduló monoklonális jóindulatú daganat. Bár megjelenésében a közvetlenül szülés előtt álló, megvastagodott méhizomzathoz hasonlít, azzal ellentétben dedifferenciálódása és apoptózis általi regressziója nem következik be. A terhességben létrejövő hiperösztrogenizmus miatt a várandósságok 0,1-5%-ában is előfordulhat. Mivel az elváltozás a megnövekedett peptid- és hormonreceptor-expresszióknak köszönhetően a terhesség előrehaladtával nő, a várandósságot, illetve szülést több súlyos szövőd-

mény is kísérheti: spontán vetélés, magzati anomáliák, szülés utáni vérzés, másodlagos méhatónia.

Méhen belüli elhelyezkedése alapján lehet szubszeroszus, intramurális, szubmukózus. Leggyakoribb elváltozás az intramurális és a szubmukózus, körülírt és multiplex előfordulás. Tipikus vérzészavarhoz kapcsolódó tünetekkel járó esetben a választandó terápia a levonorgesztrelt kibocsátó IUS, illetve a tavalyi év során szabadalmaztatott, uliprisztál-acetátot tartalmazó gyógyszer. Előbbi posztmenopauzális jellegű ösztrogén-deficitet hoz létre a szervezetben, míg utóbbi per os alkalmazása során progeszteron receptor moduláló hatást fejt ki, folyamatos volumensökkenést okozva ezzel a miómában.

Malignitás és hiperplázia

Az endometriumrák elsősorban a peri- és posztmenopauzális életkorban fordul elő, gyakorisága az életkorral nő.

A hiszteroszkópia vizsgálati képe alapján differenciálható az elváltozás és célzott szöveti biopszia válik lehetővé, mely során megállapíthatóvá válik a méhüri diszplázia mértéke, valamint eltávolíthatóvá válnak a kisebb diszkrét elváltozások.

A hiszteroszkópiát az újszerű vizsgálati módszerrel, a keskenysávú képalkotással kiegészítve [8] – melynek során a fénynek csak egy bizonyos spektrumát használva kontrasztosabb kép kapható –, mind az atipikus endometriális hiperplázia, mind az endometriumkarcinóma felismerésének szenzitivitását növeli, hiszen a vizsgálat során láthatóvá válnak a méhüri nyálkahártya erei és mikrostrukturái is, amely mind a diagnózis felállításában, mind az eredmények kiértékelésében segítséget nyújt.

Betegek és módszer

Az office hiszteroszkópiával végzett vizsgálataink 2008-ban kezdődtek, az infertilitás okainak kivizsgálásával kapcsolatban. Bevezetése óta több mint 400 vizsgálat történt. A 2009-es Dél-afrikai FIGO Kongresszus új nomenklatúrájának ismertetése után a vizsgálatok kiterjesztésre kerültek az abnormális méhvérvések organikus okainak diagnosztikájára.

Rendellenes méhvérvés javallat alapján 90 esetben végeztünk diagnosztikus office hiszteroszkópiát. A vizsgálatok 2009.11.01 és 2011.01.01 között, a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján történtek, ambuláns körülmények között [9].

A vérzészavar miatt kivizsgálásra jelentkező páciensek korábban ultrahang vizsgálaton vettek részt. Méhüri el-

változások gyanúja esetén az elváltozás kezelése operatív hiszteroszkópia segítségével megtörtént. Azokban az esetekben, ahol ultrahang vizsgálat során nem igazolódott semmilyen organikus elváltozás, továbbra is fennálló abnormális méhvérvés esetén office hiszteroszkóppal történő vizsgálatra került sor.

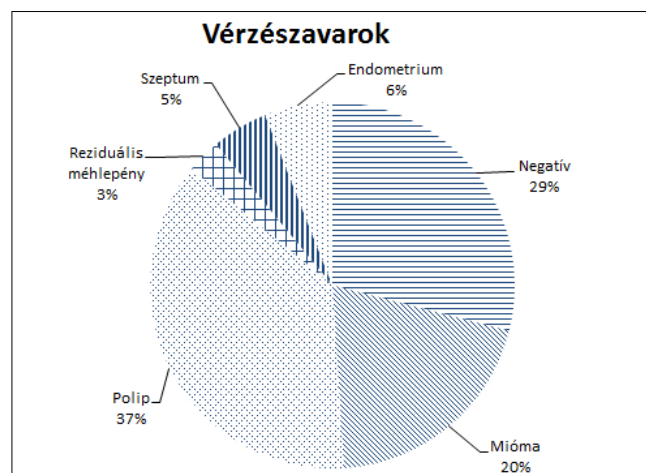
Eredmények

A tanulmány során összesen 90 beteg vizsgálata történt meg, az átlagéletkor 42,78 év volt.

A korábbi negatív ultrahangvizsgálati eredmények ellenére, az esetek 71%-ában (64 beteg) sikerült kóros elváltozást bizonyítani, míg mindössze 29% (26 beteg) esetében értékeltük negatívnak az eredményeket. Ez az arány megfelel a nemzetközi tanulmányok által kapott eredményeknek is: korábbi közleményekben [10] az intrauterin okok miatt fellépő abnormális méhvérvések aránya 52-94% közé tehető. Ultrahang vizsgálat során diagnosztikai nehézséget jelenthet a méh üregében elfekvő polip, mely gyakran vasos méhnyálkahártyának imponálhat. A másik leggyakoribb elváltozás, a mióma esetében pedig a méh üreg deformálásának kérdése okozhat nehézséget az ultrahang vizsgálat alkalmával. Ezekben az esetekben jelenthet plusz segítséget a pontos méhüri viszonyok tisztázásában a hiszteroszkópia.

A vizsgált esetek között a leggyakrabban előforduló elváltozás a polip volt 37%-ban (33 beteg), illetve a mióma 20%-ban (18 beteg), amelyek összesen a patológiás elváltozások közel felét (47%) jelentették. Nemzetközi tanulmányok ezen két ok jelenlétét az esetek 9,1-45,9%, valamint 16-28%-ban állapították meg.

További 5 esetben szeptum jelenléte (mely nem oka a vérzészavarnak) igazolódott. Ezen túl 5 esetben endometriumkarcinóma, illetve 3 esetben reziduális méhlepény gyanúja merült fel a vérzészavar hátterében, mely gyanút a szövettani vizsgálatok igazoltak. Ezek szintén megfelelnek a nemzetközi irodalomban található adatoknak.



Összefoglalás

Az office hiszteroszkópia egyesíti a nőgyógyászati gyakorlatban eddig meglévő eljárás előnyeit a méhűri szervi elváltozások felismerésével és kezelésével kapcsolatban. A módszer ambulánsan végezhető, a nőgyógyászati vizsgálattal akár egy időben és gyors, biztonságos, minimálisan invazív és jól tolerálható.

Az anesztézia szükségtelensége révén elkerülhetőek az ezzel kapcsolatos műtéti szövődmények, a kórházi kezelés, illetve a műtéti seb hiánya miatt pedig a betegek compliance-e is magasabb, amely így eredményesebb együttműködést és nagyobb elégedettséget eredményez.

Az office hiszteroszkóppal végzett vizsgálatok során az előzetes ultrahangos képalkotás negatív eredménye ellenére a rendellenes méhvérvéssel jelentkező páciensek közel kétharmadában igazoltunk látható elváltozást, amely korrelál a nemzetközi tanulmányok eredményeivel.

Irodalom

- [1] *Zakherab MS, Sayed GH, El-Nashar SA, Shaaban MM.*: Pictorial blood loss assessment chart in the evaluation of heavy menstrual bleeding: diagnostic accuracy compared to alkaline hematin. *Gynecol Obstet Invest.* 2011;71(4):281-4. doi: 10.1159/000320336.
- [2] *Stefanescu A, Marinescu B.*: Diagnostic Hysteroscopy - A Retrospective Study of 1545 Cases *Maedica (Buchar).* 2012 December; 7(4): 309–314. PMID: PMC3593281
- [3]. *Takac I, Zegura B.*: Office hysteroscopy and the risk of microscopic extrauterine spread in endometrial cancer. *Gynecol Oncol.* 2007 Oct;107(1):94-8
- [4] *van Kerkvoorde TC, Veersema S, Timmermans A.*: Long-term complications of office hysteroscopy: analysis of 1028 cases. *J Minim Invasive Gynecol.* 2012 Jul-Aug;19(4):494-7. doi: 10.1016/j.jmig.2012.03.00
- [5] *Nappi L, Indraco U, Di Spiezio Sardo A, Gentile G, Palombino K, Castaldi MA, Spinelli M, Greco P.*: Are diabetes, hypertension, and obesity independent risk factors for endometrial polyps? *J Minim Invasive Gynecol.* 2009 Mar-Apr;16(2):157-62. doi: 10.1016/j.jmig.2008.11.004.
- [6] *Hase S, Mitsumori A, Inai R, Takemoto M, Matsubara S, Akamatsu N, Fujisawa M, Joja I, Sato S, Kanazawa S.*: Endometrial polyps: MR imaging features. *Acta Med Okayama.* 2012;66(6):475-85.
- [7] *Levy G, Debaene A, Laurent N, Lernout M, Collinet P, Lucot JP, Lions C, Poncelet E.*: An update on adenomyosis. *Diagn Interv Imaging.* 2013 Jan;94(1):3-25. doi: 10.1016/j.diii.2012.10.012.
- [8] *Kisu I, Banno K, Kobayashi Y, Ono A, Masuda K, Ueki A, Nomura H, Hirasawa A, Abe T, Kouyama K, Susumu N, Aoki D.*: Narrow band imaging hysteroscopy: a comparative study using randomized video images. *Int J Oncol.* 2011 Nov;39(5):1057-62. doi: 10.3892/ijo.2011.1131.
- [9] *Török P, Major T.*: Office hiszteroszkópia – új vizsgálati lehetőség a nőgyógyászati gyakorlatban *Orv. Hetil.,* 2011, 152, 51–54.
- [10] *Schwärzler P, Concini H, Bösch H, Berlinger A, Wohlgenannt K, Collins WP, Bourne TH.*: An evaluation of sonohysterography and diagnostic hysteroscopy for the assessment of intrauterine pathology. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1998 May;11(5):337-42.

Levelezés:

Török Péter dr.

DEOEC Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

4032 Debrecen, Nagyerdei krt 98.

Email: drtorokp@freemail.hu