

Endometriepolypper

Sist oppdatert: 01.12.24

[Mer informasjon](#)

Utgiver: Norsk gynekologisk forening

Versjon: 1.1

Forfattere: Line Korbøl, Kristine Flaten, Morten Kvello, Ingrid Volløyhaug

[Tidligere versjoner](#)

[Kopier lenke til dette emnet](#)

Kopiert

[Foreslå endringer/gi kommentarer](#)

ANBEFALINGER

- Vi *anbefaler* å fjerne endometriepolypper hos postmenopausale kvinner med blødning (II).
- Vi *anbefaler* å fjerne endometriepolypper hos kvinner med økt risiko for malignitet (II).
- Vi *anbefaler* å fjerne endometriepolypper ved transcervical hysteroskopisk reseksjon (TCPR) og ikke ved abrasio (II).
- Vi anbefaler å ta pipelleprøve ved funn av polypp (III).
- Vi anbefaler væskesonografi for preoperativ kartlegging (III).
- Vi anbefaler polypfjerning ved størrelse >2 cm uavhengig av symptom hos både pre- og postmenopausale kvinner (II).

DEFINISJON

Endometriepolypper er lokaliserte tumores i livmorhulen som utgår fra livmorslimhinnen. En endometriepolypp kan være stilket eller ha en bred base og størrelsen kan variere fra få millimeter til flere centimeter. Polypper består av bindevev og mindre kar kledd med endometrium. Diagnosen stilles endelig histologisk.

ETIOLOGI/PATOGENESE

Endometriepolyppers etiologi og patogenese er lite kjent. Hormonell ubalanse, genetikk og livsstilsfaktorer kan være involvert (1).

RISIKOFAKTORER

Endometriepolypper og endometrecancer har flere sammenfallende risikofaktorer:

- Økende alder (2) Tamoxifen (2)
- Overvekt, diabetes (2)
- Hypertensjon (2)
- Nullipara (3)
- Lynch og Cowden syndrom

Det er mulig assosiasjon mellom forekomst av andre godartede gynekologiske tilstander (myom, cervixpolypp og endometriose) og endometriepolypp.

FOREKOMST

Endometriepolypp er en vanlig gynekologisk tilstand, og insidensen er ukjent siden mange kvinner med endometriepolypp er uten gynekologiske plager/symptomer. I en dansk screeningstudie var forekomst av polypp 6 % hos premenopausale kvinner og 12 % hos postmenopausale kvinner (4). I en norsk studie var prevalensen 12,1 % hos kvinner i alderen 45-50 år.(5)

Malignitetsforekomst

Hos premenopausale uten risikofaktorer er malignitetsforekomsten ved polypp svært liten.

Hos postmenopausale kvinner med blødning er forekomsten av malignitet i størrelsesorden 4-5 %, uten blødning anslås forekomsten å være 1-2 %(2, 6-9).

Det er ikke sett økt overlevelse hos postmenopausale kvinner hvor endometriecancer ble diagnostisert mens de fortsatt var asymptomatiske sammenlignet med dem som hadde hatt blødning (10, 11).

DIAGNOSTIKK

Symptomer

De fleste endometriepolypper er asymptomatiske (4)

Hos premenopausale kvinner kan endometriepolypper gi blødningsforstyrrelser som intermenstruelle blødninger/spotting og menoragi.

Hos postmenopausale kvinner er blødning det vanligste symptomet på endometriepolypp.

Studier tyder på at forekomsten av endometriepolypp er økt hos kvinner med infertilitet. Fjerning av endometriepolypp kan bedre fertiliteten hos infertile som skal til fertilitetsbehandling, men evidensen er svak (12-15).

Utredning

Endometriepolypper diagnostiseres ved *transvaginal ultralydundersøkelse* eller hysteroskopi og diagnosen bekreftes ved histologisk undersøkelse.

Installasjon av saltvann i livmorhulen (*væskesonografi*) anbefales ved mistanke om endometriepolypp ved transvaginal ultralydundersøkelse (II) (16). 2D og 3D ultralyd har samme diagnostiske verdi (17).

Vi anbefaler at det tas *pipelleprøve* ved mistanke om polypp hos alle postmenopausale og hos premenopausale med blødningsforstyrrelser eller risiko for malignitet.

Kvinner med postmenopausal blødning bør få utført TCPR selv ved benign pipelle pga risiko for malignitet ikke fanges opp på pipelle ved postmenopausal blødning (18)

Ved stenotisk cervix som umuliggjør pipelle, eller ved ikke representativ prøve, bør man gå videre med hysteroskopi og vurdere forbehandling med Vagifem og Cytotec. (19) Ved benign pipelleprøve hos postmenopausale uten blødning, bør kvinnen informeres om å kontakte lege dersom blødning oppstår.

Differensialdiagnoser:

Myoma uteri
Retinerte svangerskapsprodukter
Fortykket/ sekretorisk endometrium

BEHANDLING

Indikasjon for fjerning av endometriepolypp *Premenopausale*

- Vi anbefaler ikke å fjerne asymptomatiske polypper hos kvinner uten risiko for malignitet.
- Endometriepolypp som gir plagsomme symptomer foreslås fjernet.
 - Det er ikke dokumentert sikker effekt på blødningsforstyrrelser ved fjerning av polypp alene, og tilleggsbehandling med hormoner (hormonspiral) eller endometrieablasjon bør vurderes (20, 21).
- Ved infertilitet foreslås polypp fjernet.
- Ved økt risiko for malignitet (se over) anbefales polypp fjernet.
- Polypper > 20 mm anbefales fjernet (12).

Postmenopausale

- Ved postmenopausal blødning anbefales polypp fjernet.
- Ved økt risiko for malignitet (se over) uavhengig av symptomer anbefales polypp fjernet.
- Polypper > 20 mm anbefales fjernet (12).
- Ved asymptomatisk polypp < 20 mm hos kvinner uten økt risiko for malignitet (se over) er malignitetsrisikoen lav. Vi foreslår at legen i samråd med kvinnen vurderer om polyppfjerning er hensiktsmessig.

Behandlingsmetode

Endometriepolypper anbefales fjernet ved transcervical hysteroskopisk reseksjon (22) fortrinnsvis gjort i lokalbedøvelse (paracervical blokade).

Det er ingen evidens for hvilke typer analgetika som er tryggest eller mest effektive (23). Basert på klinisk erfaring foreslår vi 1g Paracetamol + 800 mg Ibuprofen 1 time før planlagt prosedyre.

Hysteroscop med minst mulig diameter som minsker behovet for dilatasjon, anbefales.

Hos postmenopausale kan lokale østrogener daglig i to uker før prosedyren gjøre inngrepet enklere.

Ved stenotisk cervix som umuliggjør pipelle, eller hos nullipara, kan Misoprostol 400 mcg po kvelden før prosedyren gjøre dilatasjon enklere og mindre smertefull (19).

For å få bedre oversikt over kaviteten foreslås hysteroskopi gjort i proliferasjonsfasen hos premenopausale. Basert på klinisk erfaring foreslår vi å vurdere forbehandling med gestagener eller p-piller.

Fjerning av endometriepolypp ved abrasio anbefales ikke da det er stor risiko for at man ikke får fjernet hele polyppen (II) (24).

Komplikasjoner

Komplikasjoner er sjeldent. De vanligste komplikasjonene ved transcervical reseksjon av endometriepolypp er knyttet til dilatasjonen av cervix hos nullipara, kvinner med tidligere kirurgi på cervix og postmenopausale kvinner (II) (25).

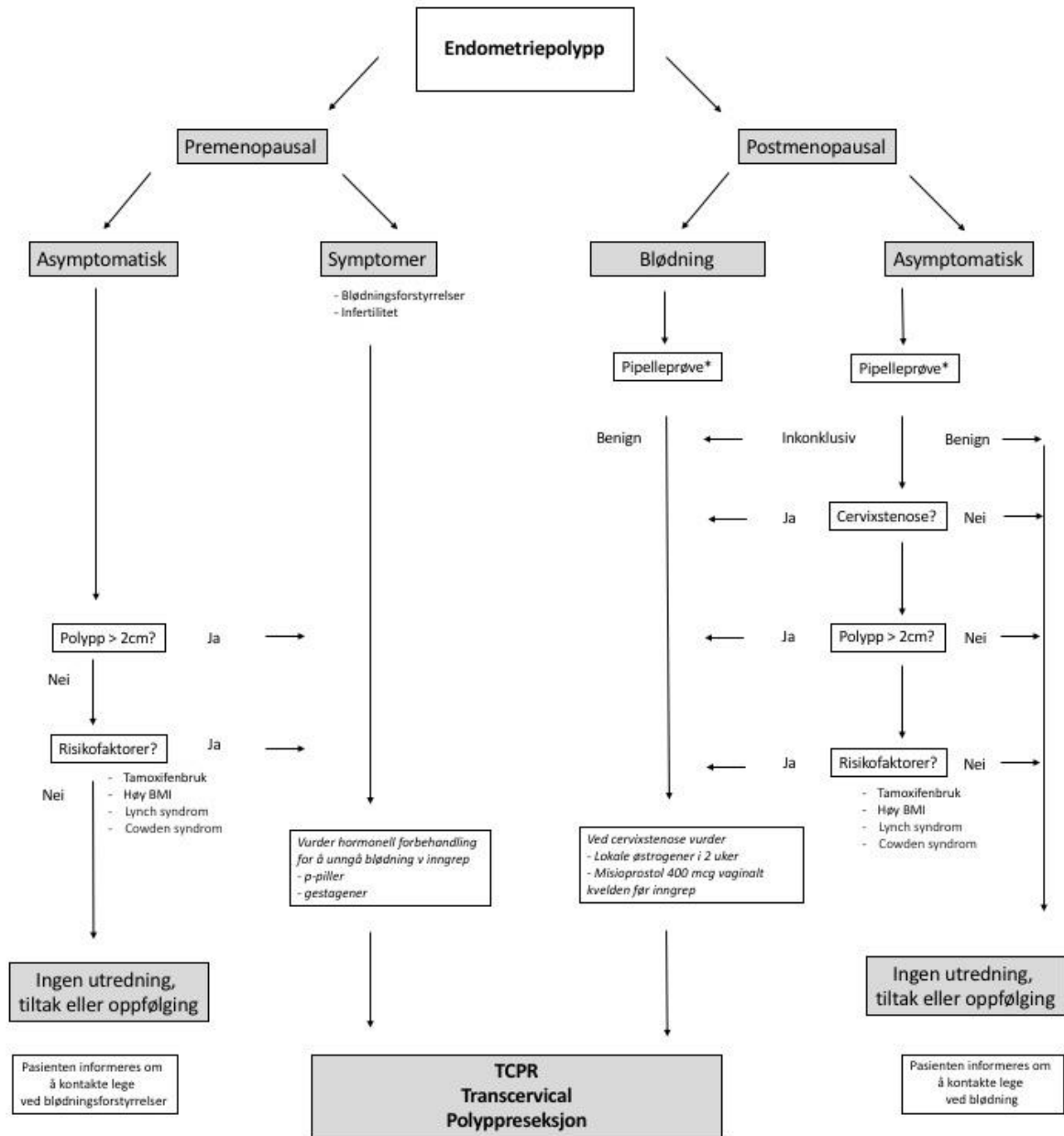
OPPFØLGING

- Det anbefales ikke rutinemessig kontroll etter fjerning av endometriepolypp.
- Dersom man ikke finner indikasjon for å fjerne en polypp, er det heller ikke grunn til å kontrollere den.
- Dersom en avstår fra å fjerne polypper hos postmenopausale kvinner bør hun informeres om å ta kontakt hvis hun får blødning.
- Ved histologisk påvist atypisk hyperplasi eller malignitet hos kvinne med endometriepolypp, se [Nasjonalt Handlingsprogram for gynekologisk kreft](#).

ICD-10

- N84.0 Polypp i livmorlegeme (corpus uteri).

FLYTSKJEMA



Poliklinisk prosedyre i lokalanestesi er mest kostnadseffektivt
Paracetamol 1g og Ibuprofen 600 mg 1 time før inngrep

* Pipelle: Hos kvinner med postmenopausal blødning anbefales TCPR også ved benign pipelle, pga økt risiko for malignitet.
Ved malignitet, følg handlingsprogram for gynekologisk kreft.

REFERANSER

1. Kossaï M, Penault-Llorca F. Role of Hormones in Common Benign Uterine Lesions: Endometrial Polyps, Leiomyomas, and Adenomyosis. *Adv Exp Med Biol.* 2020;1242:37-58.
2. Sasaki LMP, Andrade KRC, Figueiredo A, Wanderley MDS, Pereira MG. Factors Associated with Malignancy in Hysteroscopically Resected Endometrial Polyps: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2018;25(5):777-85.
3. Karakas LA, Atilgan AO, Akilli H, Kuscu UE, Haberal A, Ayhan A. Nulliparity and postmenopausal status are independent factors of malignancy potential of endometrial intraepithelial neoplasia in polyps. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021;152(3):433-8.
4. Dreisler E, Stampe Sorensen S, Ibsen PH, Lose G. Prevalence of endometrial polyps and abnormal uterine bleeding in a Danish population aged 20-74 years. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2009;33(1):102-8.
5. Lieng M, Istre O, Sandvik L, Qvigstad E. Prevalence, 1-year regression rate, and clinical significance of asymptomatic endometrial polyps: cross-sectional study. *J Minim Invasive Gynecol.* 2009;16(4):465-71.
6. Lee SC, Kaunitz AM, Sanchez-Ramos L, Rhatigan RM. The oncogenic potential of endometrial polyps: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2010;116(5):1197-205.
7. Bel S, Billard C, Godet J, Viviani V, Akladios C, Host A, et al. Risk of malignancy on suspicion of polyps in menopausal women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;216:138-42.
8. Lieng M, Istre O, Qvigstad E. Treatment of endometrial polyps: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010;89(8):992-1002.
9. Uglietti A, Buggio L, Farella M, Chiaffarino F, Dridi D, Vercellini P, et al. The risk of malignancy in uterine polyps: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019;237:48-56.
10. Gerber B, Krause A, Müller H, Reimer T, Külz T, Kundt G, et al. Ultrasonographic detection of asymptomatic endometrial cancer in postmenopausal patients offers no prognostic advantage over symptomatic disease discovered by uterine bleeding. *Eur J Cancer.* 2001;37(1):64-71.
11. Gerner O, Segev Y, Helpman L, Hag-Yahia N, Eitan R, Raban O, et al. Is there a survival advantage in diagnosing endometrial cancer in asymptomatic postmenopausal patients? An Israeli Gynecology Oncology Group study. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;219(2):181.e1-.e6.
12. Vitale SG, Haimovich S, Laganà AS, Alonso L, Di Spiezio Sardo A, Carugno J. Endometrial polyps. An evidence-based diagnosis and management guide. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021;260:70-7.
13. Pérez-Medina T, Bajo-Arenas J, Salazar F, Redondo T, Sanfrutos L, Alvarez P, et al. Endometrial polyps and their implication in the pregnancy rates of patients undergoing intrauterine insemination: a prospective, randomized study. *Hum Reprod.* 2005;20(6):1632-5.
14. Munro MG. Uterine polyps, adenomyosis, leiomyomas, and endometrial receptivity. *Fertil Steril.* 2019;111(4):629-40.
15. Bosteels J, van Wessel S, Weyers S, Broekmans FJ, D'Hooghe TM, Bongers MY, et al. Hysteroscopy for treating subfertility associated with suspected major uterine cavity abnormalities. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;12(12):Cd009461.
16. Vroom AJ, Timmermans A, Bongers MY, van den Heuvel ER, Geomini P, van Hanegem N. Diagnostic accuracy of saline contrast sonohysterography in detecting endometrial polyps in women with postmenopausal bleeding: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2019;54(1):28-34.
17. Nieuwenhuis LL, Hermans FJ, Bij de Vaate AJM, Leeftang MM, Brölmann HA, Hehenkamp WJ, et al. Three-dimensional saline infusion sonography compared to two-dimensional saline infusion

sonography for the diagnosis of focal intracavitary lesions. Cochrane Database Syst Rev. 2017;5(5):Cd011126.

18. van Hanegem N, Breijer MC, Slockers SA, Zafarmand MH, Geomini P, Catshoek R, et al. Diagnostic workup for postmenopausal bleeding: a randomised controlled trial. *Bjog*. 2017;124(2):231-40.

19. Oppegaard KS, Lieng M, Berg A, Istre O, Qvigstad E, Nesheim BI. A combination of misoprostol and estradiol for preoperative cervical ripening in postmenopausal women: a randomised controlled trial. *Bjog*. 2010;117(1):53-61.

20. Henriquez DD, van Dongen H, Wolterbeek R, Jansen FW. Polypectomy in premenopausal women with abnormal uterine bleeding: effectiveness of hysteroscopic removal. *J Minim Invasive Gynecol*. 2007;14(1):59-63.

21. Lieng M, Istre O, Sandvik L, Engh V, Qvigstad E. Clinical effectiveness of transcervical polyp resection in women with endometrial polyps: randomized controlled trial. *J Minim Invasive Gynecol*. 2010;17(3):351-7.

22. AAGL practice report: practice guidelines for the diagnosis and management of endometrial polyps. *J Minim Invasive Gynecol*. 2012;19(1):3-10.

23. Ahmad G, Saluja S, O'Flynn H, Sorrentino A, Leach D, Watson A. Pain relief for outpatient hysteroscopy. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(10)(10):Cd007710.

24. Bettocchi S, Ceci O, Vicino M, Marelllo F, Impedovo L, Selvaggi L. Diagnostic inadequacy of dilatation and curettage. *Fertil Steril*. 2001;75(4):803-5.

25. Munro MG, Christianson LA. Complications of Hysteroscopic and Uterine Resectoscopic Surgery. *Clin Obstet Gynecol*. 2015;58(4):765-97.