

Polypen von Korpus und Zervix uteri

Epidemiologie, Krankheitsbild, Diagnostik, Therapie

Endometriale Korpuspolypen (Cavumpolypen) und Zervixpolypen sind häufig ein Zufallsbefund im Rahmen einer spekulären Untersuchung der Zervix oder transvaginalen Ultraschalluntersuchung des Uterus. Sie sind in vielen Fällen harmlos, können aber - analog zum umgebenden Endometrium - auch eine prä-maligne oder maligne Histologie aufweisen. In diesem Artikel werden in der Praxis relevante Themen evidenzbasiert erläutert.

SUSANNE LANZ, MICHAEL MUELLER
VIOLA HEINZELMANN-SCHWARZ (REVIEW)

Als Polypen werden hyperplastische Vorwölbungen der Schleimhaut bezeichnet. Im Uterus kommen sie als endometriale Korpuspolypen (Synonym: Cavumpolypen) sowie als Zervixpolypen vor.

Polypen sind ein häufiges Phänomen – oft oligo- oder asymptomatisch, oft ein Zufallsbefund im Rahmen einer spekulären Untersuchung der Zervix oder einer transvaginalen Ultraschalluntersuchung des Uterus.

Folgende Fragen sind relevant und sollen in diesem Beitrag evidenzbasiert erläutert werden:

- Bedürfen asymptotische Polypen einer Therapie?
- Wie werden Polypen korrekt entfernt?
- Ist das Vorgehen unterschiedlich bei prä- oder postmenopausalen Patientinnen?
- Bei asymptomatischen oder mit abnormen uterinen Blutungen (AUB) symptomatischen Patientinnen?
- Können Polypen eine maligne Histologie aufweisen? Wenn ja: Gibt es Parameter zum Abschätzen des Malignitätsrisikos?
- Welchen Stellenwert haben Endometriumpolypen im Zusammenhang mit Fertilität/Sterilität?



EGONE für Ihre Aus-, Weiter- und Fortbildung

Die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) stellt mit **EGONE** ein E-Learning für die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Fachbereiche Gynäkologie, Geburtshilfe, Neonatologie und Endokrinologie zur Verfügung. Die Schweizer Bildungsanbieterin pnn ag ist im Auftrag der SGGG für den Betrieb und die Weiterentwicklung von EGONE zuständig. Angeboten werden:

EGONEbasic ist für die Ausbildung der Studierenden in der klinischen Medizin konzipiert (Vorbereitung auf das Staatsexamen). An Schweizer Universitäten immatrikulierte Medizinstudenten haben kostenlos Zugriff auf EGONEbasic.

EGONEplus vertieft mit ergänzenden Inhalten für die Weiterbildung zum Facharzt sowie deren Fortbildung. Mitglieder der SGGG haben Zugriff auf EGONEplus; Ärzten in Weiterbildung wird der Zugang zu EGONEplus von der Weiterbildungsklinik zur Verfügung gestellt.

Die Inhalte werden laufend überarbeitet und die jeweils neueste Version ist online bei EGONE abrufbar. Englisch ist Hauptsprache: Seit 2018 werden alle Skripts nach der Überarbeitung auf Englisch übersetzt, damit alle Inhalte in Englisch und zusätzlich in einer Landessprache (Deutsch oder Französisch) verfügbar sind.

In Vereinbarung mit der Redaktion der **Schweizer Zeitschrift für GYNÄKOLOGIE** werden Artikel parallel in der Printausgabe und online (Rosenfluh Publikationen und DOCINSIDE) publiziert.

Verlinkung:

- <http://egone.pnn.ch/de>
- www.ch-gynaekologie.ch
- www.docinside.ch

Definitionen

Korpuspolypen

Diese entstehen aus einer lokalisierten Hyperplasie des Endometriums. Sie können breitbasig auf der Schleimhaut sitzen oder gestielt ins Uteruscavum hineinragen und können wenige Millimeter klein oder mehrere Zentimeter gross sein (*Abbildung 1*). Grosse oder sehr langstielige Korpuspolypen können sogar durch die gesamte Zervix reichen und vor dem äusseren Muttermund sichtbar werden (= in statu nascendi).

Zervixpolypen

Diese entstehen aus Hyperplasien der endozervikalen Schleimhaut. Sie liegen eingezwängt im Zervikalkanal oder ragen aus dem äusseren Muttermund (*Abbildung 2*).



Abbildung 1: Hysteroskopische Bilder von Cavumpolypen.

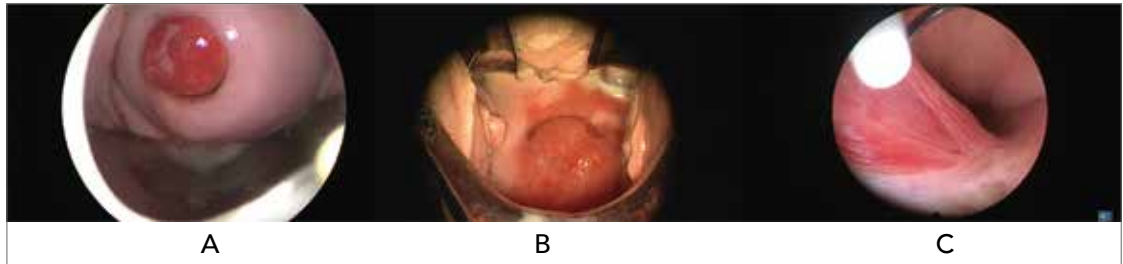


Abbildung 2:
 A und B: Kolposkopische Ansicht von Zervixpolypen
 C: Hysteroskopische Ansicht des Stiels eines Polypen (Bild B)

Endometriumpolypen

Diese bestehen aus:

- endometrialen Drüsen
- Stroma
- Blutgefässen.

Epidemiologie

Endometriumpolypen sind häufig; die exakte Inzidenz ist unklar, da sie oft asymptomatisch sind. Durch die heutzutage grosszügige Durchführung von transvaginalen Ultraschalluntersuchungen, oft auch bei Routinekontrollen ohne klare Indikation und dank verfeinerter Technik der Geräte, werden auch solche asymptomatischen Polypen immer häufiger diagnostiziert. In Studien wird die Prävalenz – abhängig von der untersuchten Population – mit zirka 8-35% angegeben. Bekannte Risikofaktoren sind: Alter, Adipositas, Hypertonie, Diabetes, Tamoxifen-Therapie.

Zum natürlichen Verlauf von Endometriumpolypen gibt es wenige Daten. Gemäss einer Studie können Polypen innerhalb eines Beobachtungszeitraums von einem Jahr in bis zu 27% der Fälle spontan verschwinden.

Die Prävalenz von Polypen mit prämaligener (Hyperplasie mit Atypien) und maligner (Endometriumkarzinom) Histologie beträgt zwischen 3,4% und 4,9% bei postmenopausalen und 1,1% bei prämenopausalen Frauen. Das Risiko ist dabei deutlich höher bei symptomatischen als bei asymptomatischen Frauen; die oben aufgelisteten Risikofaktoren erhöhen zusätzlich auch das Risiko für Malignität.

Krankheitsbild

Korpuspolypen

- Kleinere Polypen sind meist asymptomatisch. Manchmal führen sie zu blutig-braunem Fluor («spotting»).
- Grössere Polypen können eine Hypermenorrhö, Menorrhagien oder auch Metrorrhagien verursachen. Die Rolle von Korpuspolypen in der Abklärung von Sterilität wird kontrovers diskutiert (s. u.).
- Ein Durchtritt des Polypen durch den Zervixkanal kann wehenartige Schmerzen erzeugen.

Merke:

40% der Blutungen in der Postmenopause gehen von Korpuspolypen aus!

Zervixpolypen

- Häufig asymptomatisch
- Gelegentlich vermehrter Fluor und/oder Kontakt- oder Schmierblutungen.

Polypen und Malignitätsrisiko

Weitaus die meisten Endometriumpolypen sind gutartig. Aber wie im normalen Endometrium können in endometrialen Polypen prämaligene (atypische Hyperplasien) oder maligne (Karzinome, Karzinosarkome) Histologien vorkommen. Ist ein Polyp mit atypischer Hyperplasie hysteroskopisch entfernt worden, dann beträgt das Risiko für ein gleichzeitig vorliegendes Karzinom im umgebenden Endometrium 30,8%. Postmenopausalen Frauen mit dieser Konstellation wird man daher klar die Hysterektomie (meist mit bilateraler Adnexektomie) empfehlen, prä-

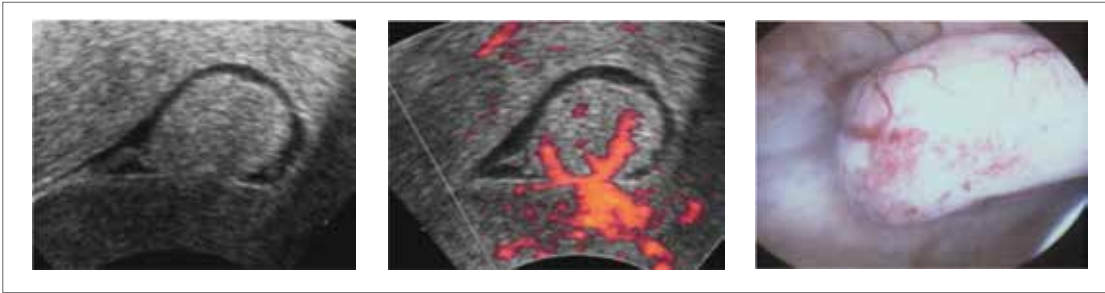


Abbildung 3: 2D-Sonografie, Power-Doppler-Sonografie und hysteroskopisches Bild eines Korpuspolypen

menopausalen Frauen je nach Situation ebenfalls die Hysterektomie oder – in ausgewählten Fällen, vor allem bei Wunsch nach Erhalt der Fertilität – eventuell eine Gestagentherapie.

Generell ist das Risiko für prä-maligne oder maligne Polypen höher bei postmenopausalen (knapp 5%) als bei prämenopausalen Frauen (1,1%). Es ist zudem höher bei Frauen mit abnormen uterinen Blutungen (AUB) (5%) als bei asymptomatischen Frauen (1,8%). Als Risikofaktoren für das Vorliegen einer prä-malignen oder malignen Histologie in einem Endometriumpolypen gelten die bekannten Risikofaktoren für ein Endometriumkarzinom wie Adipositas, Alter und Diabetes.

Bestrebungen, weitere Parameter (beispielsweise die Grösse im Ultraschall) zur Abschätzung des Malignitätsrisikos zu definieren, waren bisher nicht erfolgreich. Gerade aus dem Grund, dass keine klar definierten Kriterien vorliegen, die ein Malignom sehr wahrscheinlich machen oder aber mit hoher Sicherheit ausschliessen können, wird man im praktischen Alltag den betroffenen Patientinnen sehr grosszügig die hysteroskopische Resektion der Polypen empfehlen. Der operative Aufwand ist dabei gering, das Komplikationsrisiko niedrig und die Treffsicherheit des Ergebnisses in der Histologie nach vollständiger Resektion sehr zuverlässig.

Polypen und Fertilität/Sterilität

Bei Frauen im reproduktionsfähigen Alter finden sich in zirka 8% bis 12% Endometriumpolypen. Ihre blosse Präsenz ist nicht klar mit verminderter Fertilität verknüpft.

Bei Sterilitätspatientinnen steigt aber die Prävalenz von Polypen auf zirka 32%. Mögliche Erklärungen für den negativen Einfluss von Polypen auf die Fertilität sind nebst dem mechanischen Effekt die Sekretion von gewissen Molekülen, die den Spermientransport oder die Implantation des Embryos beeinflussen und die sogenannte endometriale Rezeptivität verschlechtern können. Als Beleg für die Verantwortung der Polypen für die Sterilität konnten in einer randomisierten Studie von Sterilitätspatientinnen mit Endometriumpolypen in der Gruppe mit hysteroskopischer Polypektomie vor einer intrauterinen Insemination doppelt so viele

Schwangerschaften erzielt werden wie in der Gruppe, in der die Polypen in utero belassen wurden.

Diagnostik

Bei abnormen uterinen Blutungen (AUB) wird der allgemein übliche Abklärungsgang eingeleitet:

- spekuläre Einstellung der Portio
- transvaginale Ultraschalluntersuchung (wobei hier die 3D-Sonografie mit Doppler der 2D-Sonografie noch etwas überlegen ist). Bei schwieriger sonografischer Abgrenzung zwischen hoch aufgebautem Endometrium und Korpuspolyp kann eine Hydrosonografie (das Cavum uteri wird durch via Zervikalkanal eingebrachte Kochsalzlösung distendiert) hilfreich sein.
- diagnostische Hysteroskopie.

Korpuspolypen

Sie werden anlässlich einer Vaginalsonografie oft als Zufallsbefund entdeckt (Abbildung 3).

Zervixpolypen

Diese variieren in der Grösse von einigen Millimetern bis zu mehreren Zentimetern. Wenn direkt sichtbar, imponieren sie an der Portio als glattbegrenzte, runde, meist rötliche Raumforderungen (Abbildung 4).

Differenzialdiagnose

Zervixpolypen haben ein typisches Erscheinungsbild und werden daher kaum je mit anderen Pathologien verwechselt.

Alle Endometriumpolypen werden histologisch aufgearbeitet zur Abgrenzung gegenüber:

- Adenom/Adenomyom
- submuköses Myom
- Karzinom (differenzialdiagnostisch bedeutsamste Blutungsursache!)
- Sarkom
- Restmaterial nach Schwangerschaft/Plazentapolyp.

Therapie

Endometriumpolypen werden immer unter Sicht abgetragen. Das instrumentelle Abtragen des Polypen (immer mit Stiel) erfolgt mit meist folgenden (differenzialdiagnostisch indizierte) Zusatzmassnahmen:

Korpuspolypen

- Erscheint ein Polyp vor dem äusseren Muttermund, darf er bei prämenopausalen, regelmässig menstruierenden Frauen (also ohne AUB) einfach abgedreht werden. (histopathologische Auffälligkeiten vorbehalten erfolgen ansonsten keine weiteren Massnahmen).
- In allen anderen Fällen (Sitz im Cavum, Postmenopause, AUB) ist eine Hysteroskopie zur gezielten Resektion unter Sicht indiziert. Welches technische Instrumentarium dabei bevorzugt werden sollte, ist noch ungenügend belegt: Es kommt die Resektion mit der elektrischen Schlinge oder mit Hilfe von hysteroskopischen Geräten, die das Gewebe mit rotierenden oder vibrierenden Klingen abtrennen und direkt aspirieren in Frage.
- Um kein Endometriumkarzinom und keine sarkomatöse Veränderung zu verpassen, wird die hysteroskopische Resektion bei entsprechenden Risikopatientinnen mit einer Kürettage des Cavums ergänzt.
- Anmerkung: «Blinde» Entfernungsversuche mittels alleiniger Korpuskürettage (ohne Hysteroskopie) sind obsolet.

Die Hysterektomie ist zu erwägen, insbesondere in der Postmenopause:

- bei zahlreichen Polypen im Sinne einer Polyposis endometrii
- bei zusätzlichen Pathologien (z. B. Adenomyose, Myome etc.)

Vor Durchführung einer Hysterektomie muss obligat eine Histologie der Schleimhaut gewonnen werden, entweder mit einer Pipelle de Cornier (alleine, falls Ergebnis darin Malignität bestätigt) oder durch eine Hysteroskopie/Resektoskopie und fraktionierte Kürettage.

Merke:

Durch das Kombinieren der hysteroskopischen Polypektomie mit einer Kürettage wird mit hoher Treffsicherheit ein Endometriumkarzinom diagnostiziert oder ausgeschlossen.

Zervixpolypen

- Gestielte Polypen werden bei prämenopausalen Frauen ohne AUB durch Abdrehen möglichst an der Basis entfernt. Eine Histologie wird empfohlen.
- In der Postmenopause oder bei differenzialdiagnostischer Unsicherheit (beispielsweise unklare Angaben zu AUB, sonophobe Verhältnisse) sollen zusätzlich der Abtragung des Zervixpolypen auch eine Hysteroskopie zur Beurteilung des Cavums und eine vollständige Kürettage erfolgen. ■



Abbildung 4:
Gestielter, in die Vagina
ragender, gefiederter
Polyp (am längs
eröffneten Uterus).

Dr. med. Susanne Lanz

E-Mail: susanne.lanz@insel.ch

Prof. Dr. med. Michael Mueller

E-Mail: michael.mueller@insel.ch

Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Inselspital
3010 Bern

Alle Abbildungen mit freundlicher Genehmigung der Autorin S. Lanz.

Literatur:

1. American Association of Gynecologic Laparoscopists: AAGL practice report: practice guidelines for the diagnosis and management of endometrial polyps. *J Minim Invasive Gynecol.* 2012 Jan-Feb;19(1):3-10.
doi: 10.1016/j.jmig.2011.09.003. PMID: 22196255.
2. 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):1197-1205.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20966706>
3. Lieng M, Istre O, Qvigstad E: Treatment of endometrial polyps: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010; 89(8):992-1002. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20528202>
4. Bignardi T, Van den Bosch T, Condous G: Abnormal uterine and post-menopausal bleeding in the acute gynaecology unit. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009; 23(5): 595-607.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19576858>
5. Papadia A, Gerbaldo D, Fulcheri E, Ragni N, Menoni S, Zanardi S, Brusacà B: The risk of premalignant and malignant pathology in endometrial polyps: should every polyp be resected? *Minerva Ginecol.* 2007 Apr;59(2):117-124. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17505453>
6. de Rijk SR, Steenberg ME, Nieboer TE, Coppus SF: Atypical endometrial polyps and concurrent endometrial cancer: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2016 Sep;128(3):519-525.
doi: 10.1097/AOG.0000000000001566. PMID: 27500332.
7. Jacobs I, Tibosch R, Geomini P, Coppus S, Bongers MY, van Hanegem N: Atypical endometrial polyps and the incidence of endometrial cancer: a retrospective cohort study. *BJOG.* 2020 Jul;127(8):994-999.
doi: 10.1111/1471-0528.16194. Epub 2020 Apr 9. PMID: 32133762.
8. Uglietti A, Buggio L, Farella M, Chiapparino F, Dridi D, Vercellini P, Parazzini F: The risk of malignancy in uterine polyps: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019 Jun;237:48-56.
doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.04.009. Epub 2019 Apr 15. PMID: 31009859.
9. Bel S, Billard C, Godet J, Viviani V, Akladios C, Host A, Faller E, Boisrame T, Hummel M, Baldauf JJ, Lecointre L, Garbin O: Risk of malignancy on suspicion of polyps in menopausal women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017 Sep;216:138-142.
doi: 10.1016/j.ejogrb.2017.07.013. Epub 2017 Jul 15. PMID: 28763739.
10. Munro MG: Uterine polyps, adenomyosis, leiomyomas, and endometrial receptivity. *Fertil Steril.* 2019 Apr;111(4):629-640.
doi: 10.1016/j.fertnstert.2019.02.008. PMID: 30929720.
11. Afifi K, Anand S, Nallapeta S, Gelbaya TA: Management of endometrial polyps in subfertile women: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010; 151(2):117-121.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20430512>