

## هیپرپلازی آندومتر؛ نامه به سردبیر

دکتر منصور مقیمی<sup>۱</sup>، دکتر حمیدرضا سلطانی<sup>۲</sup>، دکتر نسرين پرتوی<sup>۳</sup>، دکتر الهام سلطانی<sup>۳</sup>

هیپرپلازی آندومتر که به تازگی آن را نئوپلازی داخل اپیتلیالی آندومتر (Endometrial intra-epithelial hyperplasia یا EIN) نامیده‌اند، بیانگر طیفی از تغییرات مورفولوژیک و بیولوژیک غدد و استرومای آندومتر است که در محدوده‌ی تشدید وضعیت فیزیولوژیک تا کارسینوم در جای آندومتر متغیر می‌باشد. در بیشتر مطالعات چاقی، پرفشاری خون، دیابت، مصرف هورمون خارجی، تعداد حاملگی، نازایی، نولی پاریتی و تحصیلات عالی به عنوان عوامل خطر ساز مستعدکننده‌ی هیپرپلازی آندومتر گزارش شده‌اند (۱). رایج‌ترین طبقه‌بندی هیپرپلازی آندومتر طبقه‌بندی سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۴ است که بر اساس ریخت‌شناسی ساختاری و بی‌نظمی سلولی با و یا بدون آتیپی سلولی تعریف شده است و شامل انواع هیپرپلازی ساده و کمپلکس با یا بدون آتیپی سلولی می‌باشد (۲). طبق مطالعات انجام شده احتمال پیشرفت هیپرپلازی آندومتر به کارسینوم آندومتر در ۱ درصد هیپرپلازی‌های ساده (۳)، ۳ درصد هیپرپلازی‌های کمپلکس، ۸ درصد بیماران مبتلا به هیپرپلازی ساده آتیپیک و ۲۹ درصد مبتلایان به هیپرپلازی کمپلکس آتیپیک (۴-۵) وجود دارد. از آن جایی که شانس بروز کارسینومای آندومتر در انواع هیپرپلازی به ویژه هیپرپلازی با آتیپی به شدت افزایش پیدا می‌کند. تشخیص به موقع و انتخاب برنامه‌ی درمانی مناسب تا حد زیادی در پیش‌گیری از عوارض بعدی مؤثر خواهد بود. نکته‌ی حایز اهمیت و بحث برانگیز در مورد درمان این بیماران، انتخاب روش هیستریکتومی یا رژیم با دوز بالای مدرکسی پروژسترون است. گروهی بر این باور هستند که در بیماران با تمایل به حفظ باروری، برنامه‌ی درمانی دارویی به جای روش جراحی ارجح است (۶)؛ اگر چه رژیم داروی پروژستین یک رژیم درمانی انتخابی برای بیماران با هیپرپلازی غیر آتیپیک می‌باشد (۷). با توجه به مطالب فوق، شناخت عوامل مستعدکننده‌ی هیپرپلازی آندومتر می‌تواند پزشکان را در شناخت گروه‌های پرخطر و ارائه‌ی برنامه‌های پیش‌گیری و غربالگری مؤثر کمک نماید تا ضمن تشخیص به موقع از بروز عوارض ناخواسته و برگشت‌ناپذیر آن جلوگیری نماید.

## References

1. Ricci E, Moroni S, Parazzini F, Surace M, Benzi G, Salerio B, et al. Risk factors for endometrial hyperplasia: results from a case-control study. *Int J Gynecol Cancer* 2002; 12(3): 257-60.
2. Silverberg SG, Mutter GL, Kurman RJ, Kubik-Huch RA, Nogales F, Tavassoli FA. Tumors of the uterine corpus: epithelial tumors and related lesions. In: Tavassoli FA, Stratton MR, editors. WHO classification of tumors: pathology and genetics of tumors of the breast and female genital organs. Lyon: IARC Press; 2003. p. 221-32.
3. Barbieri R, Berkowitz R, Dunaif A, Ryan MD. *Kistner's Gynecology & Women's health*. 7<sup>th</sup> ed. New York: Mosby; 1999.
4. Kurman RJ, Norris HJ. Evaluation of criteria for distinguishing atypical endometrial hyperplasia from well-differentiated carcinoma. *Cancer* 1982; 49(12): 2547-59.
5. Tavassoli F, Kraus FT. Endometrial lesions in uteri resected for atypical endometrial hyperplasia. *Am J Clin Pathol* 1978; 70(5): 770-9.
6. Lindahl B, Willen R. Spontaneous endometrial hyperplasia. A 5 year follow-up of 82 patients after high-dose gestagen treatment. *Anticancer Res* 1994; 14(6B): 2831-4.
7. Horn LC, Schnurrbusch U, Bilek K, Hentschel B, Eienkel J. Risk of progression in complex and atypical endometrial hyperplasia: clinicopathologic analysis in cases with and without progestogen treatment. *Int J Gynecol Cancer* 2004; 14(2): 348-53.

<sup>۱</sup> استادیار، گروه پاتولوژی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

<sup>۲</sup> پزشک عمومی، عضو انجمن علمی پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد، یزد، ایران

<sup>۳</sup> پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر حمیدرضا سلطانی

## Endometrial Hyperplasia; A Letter to the Editor

Mansour Moghimi MD<sup>1</sup>, Hamidreza Soltani MD<sup>2</sup>, Nasrin Partoei MD<sup>3</sup>, Elham Soltani MD<sup>3</sup>

### Abstract

One of the most common abnormalities in the female genital system, especially during the premenopausal period, is abnormal uterine bleeding caused by endometrial hyperplasia. Prevalence of endometrial hyperplasia is 5-20% with different risk factors such as hypertension, diabetes mellitus (DM), multiparity, nulliparity, advanced age, and estrogen consumption. A brief description of the prevalence, risk factors and treatment of different types of endometrial hyperplasia is given in this letter.

**Keywords:** Endometrial hyperplasia, Gynecological oncology

<sup>1</sup> Assistant Professor, Department of Pathology, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

<sup>2</sup> General Practitioner, Member of Scientific Society of Medicine, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran

<sup>3</sup> General Practitioner, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

**Corresponding Author:** Hamidreza Soltani, MD, Email: hrsgmed@yahoo.com