



Anormal Uterin Kanamalı Hastaların Tanısında Dilatasyon ve Küretaj Sonuçları ile Histeroskopi Sonuçlarının Karşılaştırılması

Dilation and Curettage Results in the Diagnosis of Patients with Abnormal Uterine Bleeding Comparison of Hysteroscopy Results

Esin KASAP¹  **Fatma HORASAN²** 

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İzmir, Türkiye

²Özel Kadın Hastalıkları ve IVF-Doğum Kliniği, İzmir, Türkiye

Öz

Amaç: Anormal uterus kanamaları, kadını, hayatının değişik dönemlerinde fizyolojik psikolojik ve patolojik anlamda etkileyen önemli bir yakındır. Sebepleri oldukça geniş bir spektrum içerir. Bu çalışmamızda; anormal uterus kanaması olan premenapozal ve postmenapozal dönemdeki kadınların endometrial patolojilerinin teşhisinde, diagnostik histeroskopinin dilatasyon ve küretaja göre etkinliği ile karşılaştırdık.

Gereç ve Yöntemler: Şubat 2002 ve Aralık 2003 yılları arasında SBÜ, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne (eski ismi SSK Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Hastanesi) jinekoloji polikliniğine başvuran anormal uterin kanaması olan veya uterin patolojiden şüphelenilen 40 hasta çalışmaya alındı. Hastaların küretaj materyallerinin histopatolojik bulguları ile histeroskopik bulguları karşılaştırıldı.

Bulgular: Olguların %67.5'unda kanama paterni menometroraji iken %20 'inde metroraji, %12.5'unda postmenopozal kanama şeklinde idi. Çalışma grubu içerisinde %52.5 oranında anormal histopatolojik bulgularla karşılaşılan, %47.5 olgunun histopatolojik incelemeleri normal olarak değerlendirildi. Bu dönemde en çok karşılaşılan patolojik bulgu %17.5 oranında hiperplazi iken bunun %15 oranında endometrit, %10 oranında endometrial polip ve %7.5 oranında yetersiz materyel (atrofi) takip etmiştir. Myoma ise %2.5 oranında rastlanmıştır. Hiperplazilerin tamamı basit atipisiz formdaydı. Endometrial maligniteye ise olgularımızda rastlanılmadı.

Sonuç: Dilatasyon ve küretaj öncesi histeroskopi yapılırsa uterin kavite direk olarak görüntülenmiş olur, böylece anormal endometrial alanlar lokalize edilir ve daha fazla forse küretajdan kaçınmak mümkün olur.

Anahtar Sözcükler: Anormal uterin kanama; histeroskopi; dilatasyon ve küretaj

Abstract

Aim: Abnormal uterine bleeding is an important complaint that affects women physiologically, psychologically and pathologically at different stages of their life. The causes include a fairly broad spectrum.

Materials and Methods: Forty patients with abnormal uterine bleeding or suspected uterine pathology who applied to the gynecology outpatient clinic of SSK Ege Maternity and Gynecology Hospital between February 2002 and December 2003 were included in the study. The histopathological findings of the curettage materials of the patients were compared with the hysteroscopic findings.

Results: While the bleeding pattern was menometrorrhagia in 67.5% and metrorrhagia was in 20% of the cases, it was postmenopausal bleeding in 12.5% of the cases. While 52.5% of the study group encountered abnormal histopathological findings, Histopathological examinations of 47.5% of the cases were evaluated as normal. In this period, the most common pathological finding was 17.5% hyperplasia, 15% of which was endometritis, 10% endometrial polyp, and 7.5% insufficient material (atrophy). Myoma was found at a rate of 2.5%. All hyperplasias were in simple form without atypia. Endometrial malignancy was not encountered in our cases.

Conclusion: If hysteroscopy is performed before dilation and curettage, the uterine cavity will be directly visualized, so that abnormal endometrial areas have been localized and it is possible to avoid further forced curettage.

Keywords: Abnormal uterine bleeding; hysteroscopy; dilation and curettage

Bu yayın Dr. Esin Kasap'ın uzmanlık tezinden türetilmiştir.

Giriş

Anormal uterin kanaması (AUK) genellikle iyi huylu durumların bir belirtisidir; bununla birlikte, aynı zamanda endometriyal hiperplazi veya kanserin de en sık görülen semptomudur, AUK her yaştan kadını etkileyen önemli bir sorundur (1). AUK' nın neden olduğu anemi ve bitkinlik sosyal, ekonomik ve psikolojik sorunları da beraberinde getirmektedir. Anormal mestruel fonksiyonun tanı ve yöntemi, normal siklusun regülasyonuna katılan fizyolojik mekanizmaların anlaşılması temeline dayanmaktadır. Mestruel siklus, hipotalamik-pitüiter-ovaryal eksen temelinde işlev göstererek, endometriumdaki histolojik değişiklikler ile karşımıza çıkan olayların hormon kontrollü bir sürecidir. Menstrüel siklusun uzunluğu foliküler büyüme ve gelişmenin oranı ve kalitesi tarafından belirlenmektedir ve hastaya göre değişim göstermesi de normaldir. Bu konuda en geniş kabul gören bilgilerin elde edildiği (sonuçların büyük ölçüde benzer olduğu) iki longitudinal çalışma mevcuttur: Vollman' ın 650 kadından takip edilen 30000'den fazla siklusu kapsayan çalışması ve Treolar' ın 2700 civarındaki kadında izlenen 25000' den fazla kadın yılını kapsayan çalışması (2,3). Vollman ve Treolar' ın gözlemleri menstrüel siklusalardaki süre ve varyasyonun normal evrimini dökümanete etmiştir.

Birçok kadın yıllarca aynı adet düzenine sahiptir. Adet kanaması genellikle 4-6 gün sürmekte ancak bazen iki gün gibi kısa, 8 gün gibi uzun sürede devam edebilmektedir. Adet kanaması ile kayıp normalde 30 ml. Kadardır (4). 80ml.'den fazla kanama anormaldir. Kanamanın en fazla olduğu dönem ilk 3 gündür. Adet süresi uzamadan da aşırı kanama görülebilir (5,6). Yukarıda bahsedilen normal şartların geçerli olduğu menstrüasyon kanamaları dışındaki kanamalara, disfonksiyonel uterin kanamaları adı verilir. Endometriyal karsinomu doğrulamak veya ekarte etmek için klinik pratikte kullanılan teşhis yöntemleri; Ofis endometriyal biyopsi veya histeroskopi ile yönlendirilmiş dilatasyon ve küretajdır (D&C)(1,7).

Kör D&C ile karşılaştırıldığında, histeroskopi eşliğinde yapılan D&C, özellikle menopoz sonrası kanaması ve kalınlaşmış endometriyumu olan kadınlarda daha yüksek doğruluk ve üstün teşhis olanağı sağlar (8).

Biz de çalışmamızda; anormal uterus kanaması olan premenapozal ve postmenapozal dönemdeki kadınların endometrial patolojilerinin teşhisinde, diagnostik histeroskopinin dilatasyon ve küretaja göre etkinliği ile karşılaştırdık.

Gereç ve Yöntem

Prospektif çalışmamızda, Şubat 2002 ve Aralık 2003 yılları arasında SBÜ, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne (eski ismi SSK Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Hastanesi) jinekoloji polikliniğine başvuran anormal uterin kanaması olan veya uterin patolojiden şüphelenilen 40 hasta çalışmaya alındı. Gebe olanlar, rahim içi araç kullananlar, son bir ay içinde bu şikayeti nedeni ile invaziv girişime maruz kalanlar ve medikal tedavi kullananlar çalışma grubuna alınmadı. Bu prospektif karşılaştırmalı çalışma,

Helsinki Deklarasyon İlkelerine uygun olarak hastanemiz etik kurulu tarafından (2003/03-67 sayılı karar) onaylandı. Hastaların jinekolojik muayenelerinde uterusları altı haftalık gebelik cesametinden küçüktü ve adneksiyel patoloji bir hastadaki sağ overiyal dört cm'lik kist dışında yoktu. Hastalar 38 ile 53 yaşları arasındaydı. Hastalara histeroskopiye gerekçe olan nedenin önemi ve oluşabilecek komplikasyonlar anlatıldı.

Tüm hastalara yapılacak girişim hakkında bilgi verilip, imzalı onay formları alındıktan sonra; kısa süreli intravenöz genel anestezi altında histeroskopi uygulanmıştır. İşlem, 5.5 mm rijid skopi ile yapılmıştır. Uterin distansiyon %0.9 NaCl sürekli akım ile sağlanmıştır.

Dilatasyon ve küretaj ile optik gözlemede izlenen kavite içindeki oluşum elde edilemezse, tekrar histeroskopi uygulanarak optik gözlem eşliğinde çıkarılmıştır. Histeroskopi bulgularının sınıflaması yapılırken Loffler F.D'nin tanımlamaları esas alınmıştır (9). Histopatolojik inceleme sonuçları Kurman R.J.'nin tanımlamaları esas alınarak atrofik, benign patoloji, atipik hiperplazi, endometrial kanser olarak bildirilmiştir (10). Hastaların kesin tanılarına histopatolojik inceleme sonrasında varılmıştır. Çalışmamızda, optik gözlemede elde edilen sonuçlar histopatolojik inceleme sonrasında belirlenen kesin tanımlar ile karşılaştırılmıştır.

Bulgular

Anormal kanaması olan 37 premenapozal ve üç postmenapozal hastayı çalışma grubumuza aldık. Olguların ortalama yaşları 44.8 idi. Ortalama gravida 3.7 idi (Tablo 1).

Tablo 1: Olguların karakteristik özellikleri

	Ortalama	Std. Sapma	Aralık
Yaş	44.8	5.0	36–56
Gravida	3.7	1.6	0–6
Parite	2.3	0.8	0–5
Abort	0.4	0.7	0–3
Tahliye küretaj	0.9	1.1	0–4
Hemoglobün	9.6	1.7	6.0–12.5

Olguların çoğunluğu (%50) 41-45 yaşları arasında iken, %15'i 36-40 yaşları arasında, %15'i 51 yaş üzerinde ve %20'si 46-50 yaş arasında idi. Olguların %2.5 (1/40) nullipar iken %97.5'u en az bir kez doğum yapmıştı. Nullipar olguda histeroskopik olarak submüköz myom saptandı. Myom hem menoraji hem de infertilite etkeni olarak düşünüldü. Beş kez tahliye olan iki olguda kavite içinde dens yapışıklıklar mevcuttu.

Olguların %67.5'unda kanama paterni menometroraji iken %15'inde metroraji %10'unda metroraji ve %12.5'unda postmenopozal kanama şeklinde idi (Tablo 2).

Çalışma grubu içerisinde %52.5 oranında anormal histopatolojik bulgularla karşılaştıkça, %47.5 olgunun histopatolojik incelemeleri normal olarak değerlendirildi. Bu dönemde en çok karşılaşılan patolojik bulgu %17.5 oranında hiperplazi iken bunun %15 oranında

endometrit %10 oranında endometrial polip ve %7.5 oranında yetersiz materyel (atrofi) takip etti. Myoma ise %2.5 oranında rastlanıldı. Hiperplazilerin tamamı basit atipisiz formdaydı. Endometrial maligniteye ise olgularımızda rastlanılmadı.

Tablo 2: Olgularımızla Minihisteroskopi Endikasyonları

Endikasyon	N	%
Menometroraji	27	67.5
Postmenopozal vajinal kanama	3	7.5
Menoraji	4	10
Metroraji	6	15

Histeroskopik incelemede %57.5 olguda patoloji saptanırken %42.5 olgunun uterin kavileri normal görünümde idi. Patolojik histeroskopik bulgular içerisinde en çok %17.5 ile endometrial polip ve % 15 submüköz myom izlenirken, sineşi, endometrit, endometrial hiperplazi %5 oranlarında, atrofi ise %7.5 oranında görüldü (Grafik 1).

Histeroskopik olarak izlenen yedi polip olgusunun üçü küretaj patolojisinde normal olarak değerlendirilirken dördüne polip tanısı konulmuştur. Küretaj ile polip gibi lokal lezyonların atlanabilmesi mümkündür. Histeroskopik olarak myom izlenen altı olgunun birinde patoloji sonucu myom gelirken, birinde hiperplazi diğerlerinde ise normal endometrium geldi. Histopatolojik olarak endometrial hiperplazi şeklinde değerlendirilen yedi olgunun ikisinde histeroskopik olarak tanı koyarken, dört tanesi ise normal endometrium olarak yorumladık. Histopatolojik olarak, endometrit şeklinde değerlendirilen altı olgunun ikisinde histeroskopik olarak endometrit olarak yorumlanırken, iki tanesinde yoğun sineşi, bir tanesinde endometrium tam olarak değerlendirilemedi ve bir tanesi normal endometrium olarak yorumlandı. Histeroskopik olarak atrofi saptanan üç hastanın "yetersiz" histolojik değerlendirilmeleri normal kabul edildi.

Histeroskopik olarak normal değerlendirilen 17 olgunun 12'si histopatolojik olarak doğrulanırken, üçü endometrial polip, dördü submüköz myom olarak izlendi.

Histeroskopinin sensitivitesi %72, spesivitesi %63, pozitif prediktif değeri ise %71 olarak hesaplandı (Tablo3).

İstatistiki veriler endometrial polip, submüköz myom ve endometrial hiperplazilerin histeroskopik ve histolojik olarak saptanmaları açısından karşılaştırılmış olup ki kare testi ile yapılmıştır. Endometrial polip, submüköz myomlar için histeroskopik yaklaşımın sensitivitesi histopatolojik yaklaşıma göre daha yüksek iken; endometrial hiperplazide histopatolojik yaklaşımın sensitivitesi histeroskopik yaklaşıma göre daha yüksek bulunmuştur.

Endometrial polip için ($p<0.05$) anlamlıdır, submüköz myom için ($p<0.05$) anlamlıdır, endometrial hiperplaziler için ($p<0.05$) anlamlı bulunmuştur. Histeroskopik bulgular %67.5 olguda histopatolojik sonuçlarla uyumlu bulundu. Normal histeroskopik bulgular.

Altı kronik nonspesifik endometrit ve dört endometriyal benign polip bulguların da dahil olmak üzere histolojik

bulguların tümü benign idi. Maligniteye olgularımızda rastlamadık. Atrofik endometrium histeroskopik bulgusu olan üç hastadan da yeterli materyel alınamadı.

Tartışma

Anormal uterin kanama perimenopozal ve postmenopozal yaş grupları birlikte hesaba katıldığında jinekolojik başvuruyu gerektiren şikayetlerin %69'unu oluşturmaktadır (11). Bizim de hastalarımızın %70'i perimenopozal yaş grubu iken %15'i postmenopozal dönemde idi.

Günümüzde noninvaziv veya invaziv diagnostik tekniklerde ilerlemeler anormal uterus kanamalarının değerlendirilmesinde önemli bir dönemin başlamasına sebep olmuştur (12).

Histopatolojik değerlendirme amacıyla endometrial dokudan örnekleme yapmak için en sık uygulanan jinekolojik işlem dilatasyon ve küretajdır (13).

Grimes'in yaptığı 13.592 olguluk bir çalışmada; endometrium örneklemede dilatasyon ve küretajın primer prosedür olmaması gerektiği söylenmektedir(14). Histeroskopi teknik gelişmelerle birlikte intrauterin problemleri teşhis ve tedavisinde modern jinekolojideki yeri giderek önem kazanmaktadır (15).Endometrium kavitesinin direkt olarak görülebilmesi ve şüphelenilen olgularda biopsi alınması nedeniyle artık histeroskopi, dilatasyon ve küretajdan daha fazla tercih edilmektedir.

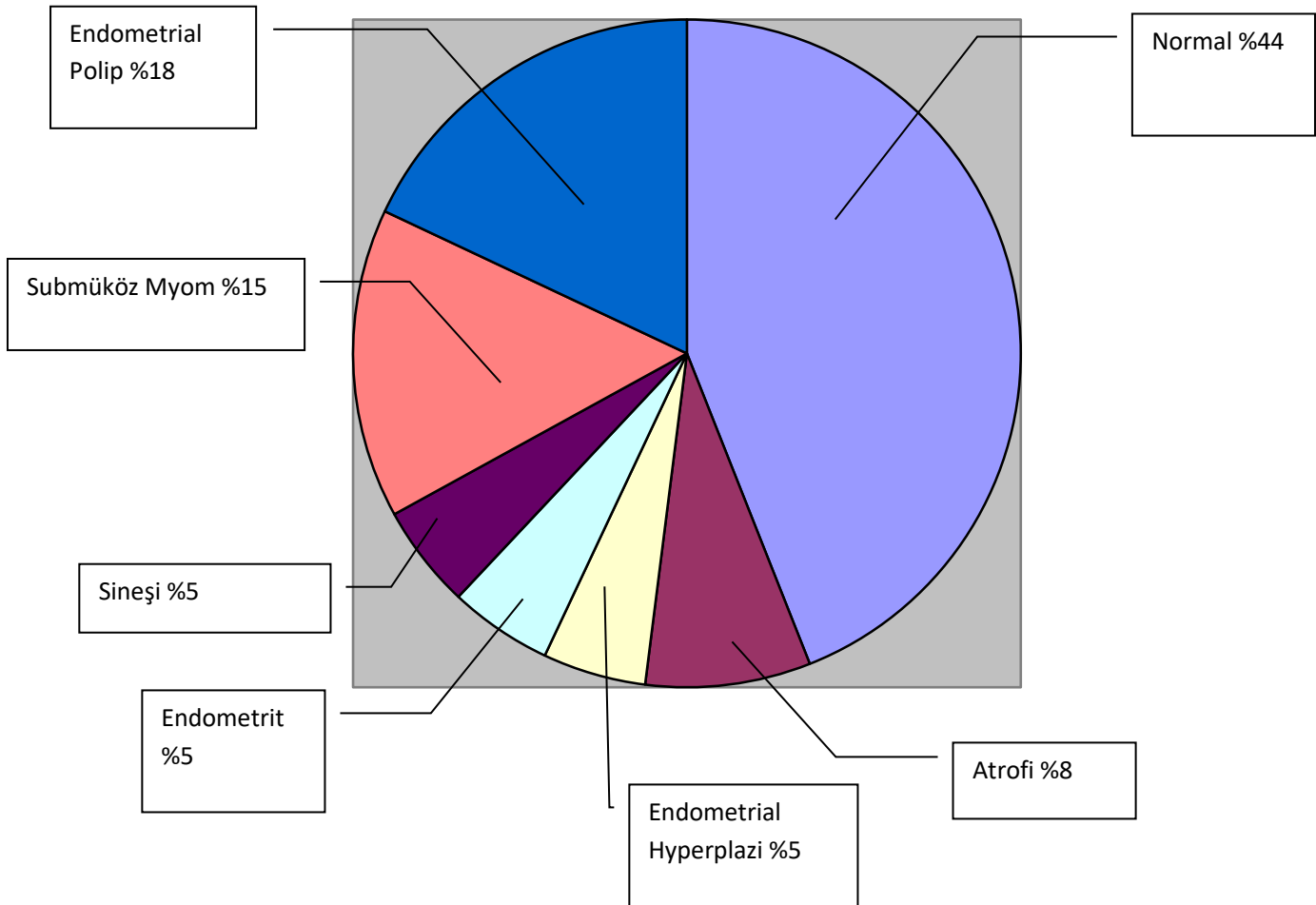
Çalışma grubu içerisinde %57.5 oranında anormal histeroskopik bulgularla karşılaşılrken, %42.5 olgunun histeroskopileri normal olarak değerlendirildi. Preuttiyan ve arkadaşları 125 diagnostik histeroskopi içinde %72,8 oranında intrauterin anomali tespit etmişlerdir(16). Premenopozal dönemde submüköz myomlar en önemli bulgu iken, post menopozal dönemde ise %59 oranında atrofidir (17). Bununla birlikte polip ve karsinom da postmenopozal dönemde daha sıklıkla görülür (18). Olgularımız içinde premenopozal dönemde en çok karşılaşılan bulgular %17,5 oranında endometrial polip iken, bunu %15 oranında submüköz myom, %5 oranında sineşi ve endometrial hiperplazi takip etmekteydi, postmenopozal dönemdeki tüm hastalarımız atrofik endometrium olarak değerlendirildi. Loffer ve ark. çalışmalarında, premenopozal dönemde en çok saptadıkları patoloji submüköz myom (%11.2) iken bunu endometrial polip (%9.6) izlemiştir (9).

Olgularımızda endometrial maligniteye rastlanılmadı. lossa ve ark. ise 2007 olguluk histeroskopik serisinde %2.1 oranında endometrial kanser bildirmişlerdir (19).

Serimizde histeroskopinin sensitivitesini %72'sini, spesivitesini %63, pozitif prediktif değerini %65 ve negatif prediktif değerini %71 olarak bulduk. Haller ve ark. histeroskopi için ise sensitivite %95.3 spesivite %93.9 PPD %95.3 NPĐ %93.9 olarak bulunmuştur (20). Bizim çalışmamızda istatistiki verilerin düşük çıkmasını, çalışma grubundaki hasta sayısının az olmasına bağladı.

Tablo 3: Olguların histeroskopi ile histopatolojik bulgularının karşılaştırılması

Histeroskopik Bulgular	Histolojik Bulgular							TOPLAM
	Normal	Polip	Myom	A t r o f i	Endometrit	Yetersiz Materyal	Endometrial Hiperplazi	
Normal	12	-	-	-	1	-	4	17
Endometrial Polip	3	4	-	-	-	-	-	7
Submüköz Myom	4	-	1	-	-	-	1	6
Atrofi	-	-	-	-	-	3	-	3
Kötü Görüntüleme	-	-	-	-	1	-	-	1
Sineşi	-	-	-	-	2	-	-	2
Endometrial Hiperplazi	-	-	-	-	-	-	2	2
Endometrit	-	-	-	-	2	-	-	2
TOPLAM	19	4	1	-	6	3	7	40

**Grafik 1.** Olguların histeroskopik bulguları

Ohad ark. yaptıkları anormal uterin kanamalı 373 olguluk anormal uterin kanamalı hastalarda, endometrial hiperplazi ve karsinomlarda tanısal değer olarak histeroskopi ve D&C'i karşılaştırmışlardır. Bu hastaların %46' sı postmenopozal dönemde imiş. Histopatolojik olarak 61 adet endometrial hiperplazi tespit edilen olgunun, 32 tanesinde histeroskopik olarak hiperplaziden şüphelenmiş ve histolojik olarak 10 adet endometrial karsinom tanısı konan hastalardan iki tanesinde histeroskopik olarak karsinom tanısı almıştır. Sonuç olarak histeroskopinin endometrial hiperplazi ve karsinomlarda sensitivitesini D&C' a göre daha düşük bulmuşlardır (21). Bizde kendi olgularımızda, histopatolojik olarak endometrial hiperplazi tespit edilen yedi olgunun iki tanesinde histeroskopik görünüm olarak hiperplaziden şüphelenildi (%28.5).

Çalışmamızın en önemli kısıtlı tarafı, çalışma grubu sayımızın az olmasıdır.

Sonuç olarak; D&C öncesi histeroskopi yapılırsa uterin kavite direk olarak görüntülenmiş olur böylece anormal endometrial alanlar lokalize edilmiş ve buralara daha fazla forse küretaj yapmama imkanı doğar. Persistan postmenopozal kanamalarının sebeplerinin %90'nın polip ve myom olduklarını göz önüne alınacak olursa tanısal yönden histeroskopi, D&C ile sıklıkla teşhis edilemeyen fakat anormal uterin kanamaların önemli sebeplerden olan myom ve poliplerin rahatlıkla teşhis edilmesinde küretaja nazaran oldukça üstün görünmektedir. Histeroskopik gözlem sonrasında %56 hastada D&C' in gereksiz olduğu düşünülmüş nitekim yapılan D&C sonrasında bu olgularda bir patoloji izlenmemiştir. Geriye kalan olgularda ise histeroskopi daha bilgilendirici olmuştur. Bu nedenle anormal uterin kanamaların aydınlatılmasında histeroskopi altında alınan biopsinin D&C'in yerini alması gerektiği kanaatindeyiz.

Çalışmada hiçbir hibe veya destek kaynağı kullanılmamıştır. Yazarların herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Bu çalışma Dr. Esin Kasap'ın tezinden türetilmiştir. EK: Çalışmanın tüm aşamalarında, FH: Veri toplama ve literatür taraması ve yazma aşamalarında araştırmayı desteklemişlerdir. Tüm yazarlar çalışma tasarımında yer almış ve makalenin son halini onaylamıştır.

Kaynaklar

1. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS, Haththotuwa R, Kriplani A, Bahamondes L et al. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *Int J Gynecol Obstet.* 2018;143:393-408.
2. Volman RF; The menstrual cycle, in Freidman E, editor, Major problems in obstetrics and gynecology, WB Saunders Co., Philadelphia, 1977.
3. Treolar AE, Boynton RE, Borghild GB, Brown BW. Variation of the human menstrual cycle through reproductive life. *Int J Fertil.* 1967;12:77

4. Vasilenko P, Kraicer PF, Kaplan R, de Masi A, Freed N. A new and simple method of measuring menstrual blood loss. *J Reprod Med.* 1988;33:293-7.
5. Mc Calusland AM. Hysteroscopic myometrial biopsy; its use in diagnosis adenomyosis and its clinical application. *Am J Obstet Gynecol.* 1992;166:1619-26.
6. Derman SG, Rehnstorm J, Neuwirh RS. The long term effectiveness of hysteroscopic treatment of menorrhagia and leiomyomas. *Obstet and Gynecol.* 1991;77:591-4
7. Abdelazim IA, Abdelrazak KM, Elbiaa AAM, Al-Kadi M, Yehia AH. Accuracy of endometrial sampling compared to conventional dilatation and curettage in women with abnormal uterine bleeding. *Arch Gynecol Obstet.* 2015; 291:1121-6.
8. Sauvan M, Pourcelot A-G, Fournet S, Fernandez H, Capmas P. Office hysteroscopy for postmenopausal women: Feasibility and correlation with transvaginal ultrasound. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2018;47:505-10.
9. Loffer FD. Hysteroscopy with selective endometrial sampling compared with D&C for abnormal uterine bleeding: the value of a negative hysteroscopic view. *Obstet Gynecol.* 1989;73:16-20.
10. Mutter LG, Frerencya. Anatomy and histology of the uterine corpus. In: KurmanRJ(ed). *Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract.* 5th edition. New York: Springer: 2002. Chapter 9, p: 383- 419.
11. Emanuel MH, Verdel MJC, Stas H, Wamsteker K, Lammes FB. An audit of true prevalence of intra-uterine pathology: the hysteroscopic findings controlled for patient selection in 1202 patients with abnormal uterine bleeding. *Gynaecol Endosc.* 1995;4:237-41.
12. Jennigs JC. Abnormal uterine bleeding. *Med Clin North Am.* 1995;79:1357-76.
13. Hemalatha AN, Pai MR, Raghuvver CV. Endometrial aspiration cytology by various techniques. *J Indian Med Assoc.* 2011;109:426-7.
14. Grimes DA. Diagnostic dilatation and curettage: a reaprasial. *Am J Obstet Gynecol.* 1982;142:1-6
15. Itzkowic D. Hysteroscopy. Its place in modern gynaecology. *Aust Fam Physician.* 1992;21:425-9.
16. Preuttipan S, Linasmita V, Theppisiai U. Diagnostic hysteroscopy: a result of 125 patient AT Ramathudbodi Hoapital. *J Med Assoc Thai.* 1997;80:575-9.
17. Kulkarni S, Wynter HH. Diagnostic hysteroscopy. *West Indian Med J.* 1992;41:160-1.
18. Ceonhe HS. Diagnostic hysteroscopy after postmenopausal uterine bleeding. *A Afr Med J.* 1978;66: 773-7.
19. Iossa A, Coanferoni L, Ciatto S, Cecchini S, Campatelli C, Lo Stumbo F. Hysteroscopy and endometrial cancer diagnosis: a review of 2007 consecutive examinations in self referred patients. *Tumori.* 1991;77:479-83.
20. Haller H- Matejcic N, Rukacina B, Krasevic M, Rupcic S, Mozetic D. Transvaginal sonography and hysteroscopy in women with postmenopausal bleeding. *Int J Gynaecol Obstet.* 1996;54:155-9.
21. Ohad M, Ben-Yehuda M, D, Young B, Kim M, D. Does hysteroscopy improve upon the sensitivity of dilatation and curettage in the diagnosis of endometrial

hyperplasia or carcinoma? *Gynecologic Oncol.* 1998; 68: 4-7.

22. Townsend DE, Fields G, Mc Causland A et al. Diagnostic and operative hysteroscopy in management of persistent postmenopausal bleeding. *Obstet Gynecol.* 1993;82:419-21.

23. Finikiotis G. Hysteroscopy: an analysis of 523 patients. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1989;29:253-5.