

Yüksek Dereceli Skvamöz İntraepitelyal Lezyon Olgularında Transformasyon Bölgesi Eksizyonu Sonrası Endoservikal Cerrahi Sınır Pozitifliği Endocervical Surgical Margin Positivity After the Excision of Transformation Zone in High Grade Squamous Intraepithelial Lesions

Dr. Mustafa Coşan TEREK,^a
Dr. Yılmaz DİKMEN,^a
Dr. Ahmet Aydın ÖZSARAN,^a
Dr. Volkan TURAN,^a
Dr. Gülşah Selvi DEMİRTAŞ,^a
Dr. Osman ZEKİOĞLU,^b
Dr. Necmettin ÖZDEMİR^b

^aKadın Hastalıkları ve Doğum AD,
^bPatoloji AD,
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İzmir

Geliş Tarihi/Received: 23.12.2010
Kabul Tarihi/Accepted: 22.02.2011

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Volkan TURAN
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,
İzmir,
TÜRKİYE/TURKEY
volkanturan@yahoo.com

ÖZET Amaç: Yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon olgularında transformasyon bölgesi cerrahi eksizyonu sonrası endoserviks cerrahi sınır pozitifliğinde yönetimin değerlendirilmesidir. **Gereç ve Yöntemler:** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalında Ağustos 2000-Ekim 2010 tarihleri arasında yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon nedeni ile soğuk konizasyon (n= 9) ve elektrocerrahi eksizyon işlemi (n= 52) uygulanan 61 olgu çalışmaya alındı. Altmış bir olgunun 14 (%22.9)'ünde işlem sonrası endoservikal cerrahi sınır pozitifliği saptanmıştır. Hastaların demografik verileri cerrahi sınır pozitifliği ile karşılaştırılmıştır. **Bulgular:** Endoservikal cerrahi sınır pozitifliği saptanan 14 olgunun 12'sinde endoservikal cerrahi sınır pozitifliği ve 2.sinde endoservikal kanal küretaj pozitifliği bulunmuştur. Endoservikal cerrahi sınır pozitif olguların 12'sine kalıntı hastalığı çıkartmak için üç ay içinde konizasyon tekrarı yapılmıştır (soğuk konizasyon n= 3, elektrocerrahi eksizyon n= 9). İki hastaya histerektomi yapılmıştır. İkinci cerrahi işlemde ve histerektomi materyallerinde invaziv hastalık bulunmamıştır. Endoservikal cerrahi sınır pozitifliği ile birden fazla servikal kadran tutulumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (p=0.73). Sigara kullanımı öyküsü birden fazla servikal kadran tutulumu ile anlamlı ilişkili bulunmuştur (p= 0.043). **Sonuç:** Yüksek dereceli servikal intraepitelyal lezyonlarda kalıntı hastalık için ikinci kez cerrahi işlem yapılması etkili bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Konizasyon; uterin servikal tümörler

ABSTRACT Objective: To review the management of endocervical surgical margin positivity after the excision of transformation zone in high grade squamous intraepithelial lesions. **Material and Methods:** Sixty one patients who underwent cold conization (n= 9) or loop electrosurgical excision procedure (n= 52) in Department of Obstetrics and Gynecology Ege University Faculty of Medicine between August 2000 and October 2010 because of high grade squamous intraepithelial lesion were included in the study. Endocervical margin positivity was discovered in 14 (22.9%) patients. The demographic parameters of the patients were correlated with surgical margin positivity. **Results:** 14 out of 61 (22.9%) patients were established endocervical surgical margin positivity after conization. While 2 of them was subsequent to endocervical canal curettage, 12 of them were endocervical surgical margin positivity. Reconization (cold conization n= 3, loop electrosurgical excision procedure n= 9) was performed to 12 patients in order to excise the residual disease in 3 months. Two patients underwent hysterectomy. Invasive disease does not present in reconization and hysterectomy materials. Endocervical surgical margin positivity was not significantly correlated with multiquadrant involvement (p= 0.73). History of cigarette smoking was significantly correlated with multiquadrant involvement (p= 0.043). **Conclusion:** Surgical management of residual disease is an effective method for high grade squamous intraepithelial lesions.

Key Words: Conization; uterine cervical neoplasms

Histopatolojik yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon tanısında hücrel anormallikler serviks epitelinin üst 1/3 kısmına kadar uzanmakta ve nükleer hiperkromazi, pleomorfizm ve birkaç mitoz görülebilmektedir. Yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon sitolojik sonucu ile başvuran olguya kolposkopik bakı ile transformasyon bölgesinin tam bir değerlendirmesi yapılmalıdır. Kolposkopik bakı ile birlikte çok sayıda servikal biyopsi ve endoservikal kanal küretaj transformasyon bölgesi ekstirpasyonu öncesi yapılması gereken işlemlerdir. Transformasyon bölgesi genişliğine ve serviksin anatomik durumuna göre bu bölgenin çıkartılması, soğuk konizasyon ya da elektrocerrahi işlem ile yapılabilir.

Bu çalışmanın amacı, yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon olgularında transformasyon bölgesi cerrahi eksizyonu sonrası endoserviks cerrahi sınır pozitifliğinde yönetimin değerlendirilmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalında Ağustos 2000-Ekim 2010 tarihleri arasında yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon nedeni ile soğuk konizasyon (n= 9) ve elektrocerrahi eksizyon işlemi (n= 52) uygulanan 61 olgu çalışmaya alındı. Hastaların hepsine kolposkopik bakı altında servikal “punch” biyopsi ve endoservikal kanal küretajı rutin olarak yapılmıştı. Altmış bir olgunun 14 (%22.9)’ünde işlem sonrası endoservikal cerrahi sınır pozitifliği saptanmıştır. Endoservikal cerrahi sınır pozitifliği saptanan 14 olgunun 12’sinde endoservikal cerrahi sınır pozitifliği ve 2.sinde endoservikal kanal küretaj pozitifliği bulunmuştur. Hastaların cerrahi işlem öncesi sitolojik tanıları Tablo 1’de görülmektedir. Servikal biyopsi tanısı öncesi başvuru yakınmaları ise Tablo 2’de görülmektedir. Olguların demografik verileri de Tablo 3’te görülmektedir.

Soğuk konizasyon öncesi saat 3 ve 9 hizalarına hemostatik dikiş atılmıştır. Kolposkopik bakı ile belirlenen transformasyon bölgesi genişliğine göre cerrahi işlem yapılmıştır. Elektrocerrahi eksizyon

TABLO 1: Yüksek dereceli intraepitelyal lezyon nedeni ile cerrahi işlem uygulanan hastaların sitolojik bulguları.

Sitolojik tanı	n	%
ASC-US	13	21.3
ASC-H	1	1.6
LGSIL	21	34.4
HGSIL	26	42.7

TABLO 2: Yüksek dereceli intraepitelyal lezyon hastalarının servikal biopsi öncesi başvuru yakınmaları.

Başvuru yakınması	n	%
Vajinal akıntı	25	40.9
Anormal vajinal kanama	19	31.1
Postkoital vajinal kanama	11	18.3
Rutin muayene	5	8.1
Vulva kondilomu	1	1.6

TABLO 3: Yüksek dereceli intraepitelyal lezyon hastalarının demografik verileri.

n= 61	Değer
Ortalama yaş ± SD / yıl	32.2 ± 4.25
Multipar hasta	41/61 (%67.2)
Sigara kullanımı	17/61 (%27.8)
Serviksin birden fazla kadran tutulumu	42/61 (%68.8)
Konizasyon materyalinde koilositoz	44/61 (%72.1)

işlemi için diatermi halkası (BEI Medical Systems Electrosurgical Loop Electrodes) 15-20 mm uç kullanılmıştır. İşlem öncesi servikse dört kadran submukozal seyreltik epinefrin solüsyonu enjekte edilmiştir. İşlem genel anestezi altında ameliyathane koşullarında yapılmış ve yaklaşık 30 dakika sürmüştür. Geniş transformasyon bölgeleri için birden fazla parça çıkartılmış ve endoservikal tutulum şüphesi olan olgularda kanal küçük elektrot ile ayrıca çıkartılmıştır. Soğuk konizasyon ve elektrocerrahi eksizyon işlemleri sonrasında endoservikal kanal küretajı yapılmıştır. Tüm materyaller Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Ana Bilim Dalında incelenmiştir.

Tüm hastaların demografik verileri ve sitolojik sonuçları cerrahi sınır pozitifliği ile karşılaştırılmıştır. İstatistiksel işlemler için SPSS 15 for Windows paket programı kullanılmıştır.

BULGULAR

Sitolojik bulguları Tablo 1'de izlenen hastaların kolposkopik bakıyla yapılan biyopsi sonuçlarına göre 61 hastanın 20'sinde servikal intraepitelyal neoplazi (SİN) 3, diğer hastalarda ise SİN 2 saptanmıştır.

Endoservikal cerrahi sınır pozitif olguların 12'sine kalıntı hastalığı çıkartmak için üç ay içinde konizasyon tekrarı yapılmıştır (soğuk konizasyon n= 3, elektrocerrahi eksizyon n= 9). Otuz dört yaşında, bir çocuğu olan ve 46 yaşında, bir çocuğu olan iki olguya histerektomi yapılmıştır. İkinci cerrahi işlemde ve histerektomi materyallerinde invaziv hastalık bulunmamıştır.

Endoservikal cerrahi sınır pozitifliği olan 14 olgunun (9 hasta SİN 3, 5 hasta SİN 2 nedeni ile opere olmuştu) 9'unda ve negatif olan 47 olgunun 32'sinde servikste birden fazla kadran tutulumu bulunmuştur. Endoservikal cerrahi sınır pozitifliği ile birden fazla servikal kadran tutulumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (p= 0.73). Sigara kullanımı öyküsü, birden fazla servikal kadran tutulumu ile anlamlı ilişkili bulunmuştur (p= 0.043).

TARTIŞMA

Elektrocerrahi eksizyon işlemi sonrası sebat eden ya da kalıntı hastalık %1.9-66.8, ortalama %15 oranında ortaya çıkmaktadır.¹ Endoservikal cerrahi sınır tutulumu ve endoservikal glandüler tutulum yineleme riskini arttırmaktadır.² Tam olarak lezyonun eksizyone edilemediği ya da cerrahi sınırda servikal intraepitelyal neoplazi bulunan olgularda yineleme riski artmaktadır.³

Ayhan ve ark.nın⁴ çalışmasında pozitif ekzoservikal cerrahi sınırı olan ve konizasyon tekrarı

yapılan servikal intraepitelyal neoplazi-3 olgularında ikinci işlemde mikroinvaziv servikal karsinom saptanmıştır. Endoservikal cerrahi sınır pozitifliği ile konizasyon işlemi tekrarı yapılan hastalarımızda invaziv servikal kanser saptanmamıştır.

Yüksek dereceli servikal intraepitelyal lezyonlarda cerrahi sonrası kalıntı hastalığı saptamada rezeksiyon sınırlarının durumu sınırlı bilgi vermektedir. Tek başına cerrahi sınır pozitifliği ile konizasyon tekrarı ya da histerektomi kararı verilmemelidir. İşlemden 4-6 ay sonra sitoloji, kolposkopik bakı ve endoservikal küretaj tekrarı yapılabilir.⁵ Bu çalışmada endoservikal cerrahi sınır pozitifliği olan ve endoservikal kanal küretajı pozitif olan tüm hastalara konizasyon işlemi tekrarı yapılmış ya da histerektomi uygulanmıştır.

Primer servikal intraepitelyal neoplazi tedavisinde ve pozitif cerrahi sınır varlığında konizasyon işleminden hemen sonra histerektomi yapılması önerilmemektedir. Cerrahi sınır tutulumu olan ve konizasyondan 6 hafta sonra histerektomi yapılan olguların %35'inde kalıntı hastalık bulunmamıştır.⁶

Yüksek dereceli servikal intraepitelyal lezyon nedeni ile konizasyon geçiren hastaların takipleri konusunda net bir fikir birliği yoktur.⁷ Cerrahi sınır pozitif ve yüksek riskli human papilloma virüs ile enfekte olan hastalara daha sıkı takip gereklidir. Tüm hastalara en az 10 yıl takip gereklidir. Takip işleminin temelini sitolojik tarama oluşturmaktadır. Normal sitoloji olan olguların hiçbirinde histolojik servikal intraepitelyal neoplazi yinelemesi saptanmamıştır. Takipte kolposkopik bakı sitolojik taramaya çok az katkıda bulunmaktadır.^{8,9}

Sonuç olarak, kalıntı hastalık için ikinci kez cerrahi işlem yapılması etkili bir yöntemdir. Histerektomi yapılacak olguların iyi seçilmesi gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Prato B, Ghelardi A, Gadducci A. Correlation of recurrence rates and times with posttreatment human papillomavirus status in patients treated with loop electrosurgical excision procedure conization for cervical squamous intraepithelial lesions. *Int J Gynecol Cancer* 2008;18(1):90-4.
2. Jakus S, Edmans P, Dunton C. Margin status and excision of cervical intraepithelial neoplasia: a review. *Obstet Gynecol Surv* 2000;55(8):520-6.
3. Gonzales DI, Zah CM, Retzlöft MG. Recurrence of dysplasia after loop electrosurgical excision procedures with long-term follow-up. *AJOG* 2001;184(3):315-21.
4. Ayhan A, Boynukalin FK, Guven S. Repeat LEEP conization in patients with cervical intraepithelial neoplasia grade 3 and positive ectocervical margins. *Int J Gynaecol Obstet* 2009;105(1):14-7.
5. Paraskevaidis E, Kitchener H, Adonakis G. Incomplete excision of CIN in conization: further excision or conservative management? *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol* 1994;53(1):45-7.
6. Kim HJ, Kim KR, Mok JE. Pathologic risk factors for predicting residual disease in subsequent hysterectomy following LEEP conization. *Gynecol Oncol* 2007(2);105:434-8.
7. Beşe T. [Treatment modalities in precancerous lesions]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics* 2009;2(1):96-102.
8. Aerssens A, Claeys P, Beerens E. Prediction of recurrent disease by cytology and HPV testing after treatment of cervical intraepithelial neoplasia. *Cytopathology* 2009;20(1):27-35.
9. Ortac F, Gungor M, Taskin S. [Management of margin positive cases after loop electrosurgical excision procedure]. Ayhan A, Gültekin M, Dursun P, editörler. *Textbook of Gynaecological Oncology*. Ankara: Güneş Publishing; 2010. p.40-4.