

Kronik Servisit Tedavisinde Elektrokoterizasyon ve Kriyoterapinin Karşılaştırılması

THE COMPARISON OF ELECTROCAUTERISATION AND CRYOTHERAPY IN THE TREATMENT OF CHRONIC CERVICITIS

A. Aktuğ ERTEKİN, Ercüment MÜNGEN, Yusuf Ziya YERGÖK, Akif YILMAZ

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kl.

ÖZET

Amaç: Kronik servisit tedavisinde elektrokoterizasyon ve kriyoterapi tedavisinin etkinliğini karşılaştırmak.

Çalışmanın Yapıldığı Yer: GA TA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği.

Materyal ve Metod: Yapılan prospektif çalışmada malignité ekarte edildikten sonra 152 hastaya elektrokoterizasyon 159 hastaya da kriyoterapi uygulanarak 4., 8. ve 12. haftalarda kontrol edildiler.

Bulgular: Tek seanslık tedaviyi takip eden 12. haftadaki kontrolde elektrokoterizasyon ile %68.4, kriyoterapi ile %86.2 oranında iyileşme olduğu ve lezyon çapı 3 cm den büyük olgularda kriyoterapinin daha etkili olduğu gözlemlendi.

Sonuç: Kronik servisit tedavisinde her iki yöntem de etkilidir, ancak komplikasyonları az olduğu ve 3 cm den büyük lezyonlarda tedavi daha etkili olduğu için kriyoterapi tercih edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Servisit, Kriyoterapi, Elektrokoterizasyon

T Klin Jinekoloj Obst 1995, 5 111-114

Jinekoloji polikliniklerine başvuran hastalarda ana semptomlardan birisi olan lökore sebepleri arasında kronik servisit (KS) ön planda gelmektedir. Servikal stromanın, endoservikal glandların ve skuamöz epitelin inflamasyonu ile karakterize bir lezyon olan servisit kadınlarda %50 ye yakın bir oranda görülür. Günümüze kadar uygulanan tedaviler arasında tentürdiyot, merkurum, metiolat, gümüş nitrat, formalin gibi tedavilerin yanısıra günümüzde sıklıkla uygulanan elektrokoter (EK),

Geliş Tarihi: 30.11.1994

Yazışma Adresi: Dr. A. Aktuğ Ertekin
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi
Kadın Hast. ve Doğum Kliniği
Kadıköy-İSTANBUL

T Klin J Gynecol Obst 1995, 5

SUMMARY

Objective: The comparison of the therapeutic effectiveness of electrocauterisation and cryotherapy in the treatment of chronic cervicitis.

Institution: Gülhane Military Medical Academy, Haydarpaşa Training Hospital, Obstetrics and Gynecology Department.

Materials and Methods: in this prospective study cervical malignancy was excluded and electrocauterisation was performed on 152 and cryotherapy was performed on 159 patients and follow-up evaluations were done on fourth, eighth and twelfth weeks.

Findings: The cure rates were 68.4% and 86.2% after 12 week follow-up evaluation with single electrocauterisation and cryotherapy procedure respectively and cryotherapy was more effective in patients who had lesion diameters more than 3 cm.

Results: Both therapeutic procedures were effective in the treatment of chronic cervicitis but it was better to treat patients with cryotherapy who had lesion diameters more than 3 cm because of its better effectiveness and less complications.

Key Words: Chronic Cervicitis, Cryotherapy, Electrocauterisation

T Klin J Gynecol Obst 1995, 5:111-114

kriyoterapi (KT), karbondioksit laseri ve soğuk koagülasyon yöntemleri bulunmaktadır (1,2,3). KS nedeni ile tedaviye karar vermeden önce maligniteyi ekarte etmek için smear, kolposkopik muayene ve kolposkopi ile yönlendirilmiş biyopsi yapılmalıdır. Tedavide amaç enfekte fakat malign olmayan anormal ektoservikal epitelin fiziksel tahribi ve takiben bu sahalarda rejenerasyon oluşturulmasıdır (1,2).

EK'da elektriğin şiddeti lezyon büyüklüğüne ve naboth kistlerinin mevcudiyetine göre ayarlanır. Bu işlemden 6-10 gün sonra nekroze olmuş doku düşmeye başlar ve bu esnada bazen kanama olabilir. İyileşme genellikle 4-10 hafta arasında gerçekleşir (4).

KT çok düşük derecelerde (-50, -60C) donma sağlanarak hücre bütünlüğünün bozulması ve nekroz

oluşması sonucu patolojik yapıların tahrip edilmesi esasını temel alır (3). Donan yerler beyaz bir görünüme sahiptir, buz topu olarak adlandırılır. Donmanın derinliği proptan laterale doğru uzayan buzun genişliği kadardır ve nulliparlarda KT'nın daha başarılı olduğu bildirilmiştir (3,5,6). Çoğu aletle 2-3 dakikada yeterli buz topu oluşumu sağlanır. Dondurma işlemi 3 teknikle yapılır; tek dondurma tekniği; lezyon etrafındaki sağlam dokunun 3-4 mm lik kısmını içine alacak şekilde buz topu oluşuncaya kadar süren dondurma tekniğidir. Çift dondurma tekniği; genellikle 3 dakikalık bir dondurmaya takiben 5 dakika aradan sonra yeniden 3 dakikalık dondurma işlemidir. Multipl dondurma tekniği ; lezyon çok büyükse periferden başlayarak kiremit gibi birbiri üzerine binen buz topu oluşturulması yöntemidir (3).

MATERYAL VE METOD

Bu çalışma Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Jinekoloji polikliniğine çeşitli şikayetlerle başvuran, sitolojik, kolposkopik ve kolposkopik punch biyopsi tetkikleri ve muayene sonucu malignite ekarte edilen ve KS tanısı konulan, yaşları 18-56 arasında değişen toplam 348 hastayı kapsamaktadır. Bunlardan 172 hastaya EK, 176 hastaya da KT uygulanmıştır. EK yapılan 20 hasta ile, KT yapılan 17 hasta kontrollere gelmediklerinden dolayı değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Çalışmamızda EK için Martin Elektrotom 60 marka elektrokoter, KT için soğutucu olarak karbondioksitin kullanıldığı Universal Cryo-unit cihazı ve kolposkopi için Leisegang marka kolposkop kullanılmıştır.

Tedaviden 4 hafta sonraki ilk kontrolde jinekolojik muayene ve sitolojik inceleme yapıldı. Lezyon sahasındaki serviksın makroskobik olarak normal görünüm kazanması, sitolojide süperfisiyel hücrelerin, daha az olmak üzere intermediyer hücrelerin hakimiyeti ve tüm yüzeyde rejenerasyon mevcudiyeti tam iyileşme, %50-75 rejenerasyon kısmı iyileşme ve %50'nin altındaki rejenerasyon ise yetersiz iyileşme kabul edildi. Olması muhtemel komplikasyonlar araştırıldı, başvuru şikayetlerindeki değişiklikler saptandı. Oniki hafta sonunda kısmi veya hiç iyileşme görülmeyen hastalara tekrar KT uygulandı ve aynı şekilde takip edildi.

Tablo 2. Hastalarda EK ve KT ile iyileşme Oranları

Table 2. The cure rates of patients with electrocauterisation and cryotherapy

		Tam iyileşme		Kısmi iyileşme		Yetersiz iyileşme	
		EK	KT	EK	KT	EK	KT
4. hafta	n	34	28	55	57	63	74
	%	22	18	36	35	41	46
8. hafta	n	72	97	39	33	41	29
	%	47	61	25	20	27	18
12. hafta	n	104	137	16	10	32	12
	%	68	86	10	6	21	7

Tablo 1. Hastaların Sitolojik ve Kolposkopik Biopsi Sonuçları

Table 1. Cytologic and colposcopic findings of the patients

Sitoloji-Biopsi	Hasta Sayısı	%
Class I	41	13.2
Class II-Kronik Servisit	164	52.7
Class II-Erozyone Servisit	67	21.5
Class III	2	0.1
Kr.Servisit-Skuamöz Metaplazi	37	11.9

İstatistik! çalışmalar student-t testleri veya ki-kare testleri ile yapıldı, 0,05'den küçük p değerleri istatistiki olarak anlamlı, 0,001'den küçük p değerleri ileri derecede anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya alınan hastaların yaşları 18-56 arasında değişiyordu. Vakaların büyük çoğunluğu (%68.8) 20-39 yaş grubunda idi. Hastaların %87.5'i 1-3 doğum yapmıştı ve 13 hasta hiç doğum yapmamıştı.

Hastaların poliklinik başvuru şikayetlerinden en sık görülenler vaginal akıntı, pelvik ağrı, üriner sistemle ilgili şikayetler ve dispareni idi.

Tedavi öncesi sitolojik değerlendirmede Class III olan 2 hastaya kolposkopik biopsi yapıldı ve sonucu KS, skuamöz metaplazi olarak değerlendirildi (Tablo 1).

Lezyonların çoğunluğunun çapı 2-3 cm idi (Tablo 3). KT uygulanan vakalarda lezyon çapı 2-3 cm olanlara tek dondurma yeterli olurken, 3 cm den büyük lezyonlarda çift veya multipl dondurma tercih edildi.

Dört hafta sonraki ilk kontrolde EK uygulanan hastaların %22.4 ü, KT yapılanların ise %17.6'sı tam iyileşmişlerdi. Sekizinci haftada EK ile %47.4, KT ile %61 tam iyileşme ve 12. haftada EK ile %68.4, KT ile %86.2 tam iyileşme sağlandı (Tablo 2).

Onikinci hafta sonunda KT ile sağlanan şifa oranı EK'a göre yüksek bulundu (p<0.05). Kısmi iyileşme saptanan EK yapılmış 16 hasta ile KT yapılmış 10 hastaya tekrar KT uygulanarak aynı takip protokoluna

Tablo 3. Hastaların Lezyon Büyüklüğüne Göre Dağılımı ve Şifa Oranları
Table 3. The lesion diameter and cure rates of the patients

Lezyon Çapı	Toplam Olgu		EK			KT		
	n	%	n	Tam	%	n	Tam	%
<2 cm	30	9.6	18	18	100	12	12	100
2-3 cm	216	69.4	102	90	88	114	107	93
>3cm	65	20.9	32	12	37	33	28	84

n: Olgu sayısı

Tablo 4. Tedavi Uygulanan Hastalarda Komplikasyon Görülme Sıklığı

Table 4. The complication rates of patients after therapy

	EK		KT	
	n	%	n	%
Ağrı	92	60.5	58	36.5
Vazomotor Reak.	-	-	8	1.2
Akıntı	57	37.5	153	100
Kanama	3	2.0	2	1.2
PID	1	?	-	-

n: Olgu Sayısı

alındılar. Çift veya multipl dondurma yapılan, lezyon çapı 3 cm den büyük 33 hastanın 281 12 hafta sonunda iyileştiler. EK'dan şifa görmeyen 32 hastanın 20'sinde lezyon çapı 3 cm den büyük 12'sinde ise lezyon çapı 2-3 cm idi. 3 cm den büyük lezyonlu KS olgularında KT uygulamasının EK'a göre daha başarılı olduğu gözlemlendi ($p<0.001$), (Tablo 4).

EK yapılan hastalardan 92'sinde alt abdomende ağrı oldu, KT de ise 58 hastada benzer şikayetler oldu. KT uygulanan 8 hastada vazomotor reaksiyonlar olurken, EK yapılanların hiçbirinde benzer şikayetler gözlemlenmedi. Vajinal akıntı KT yapılan 159 hastanın hepsinde mevcuttu ve giderek azalıp 4. hafta sonunda tamamen kaybolurken EK yapılan hastaların 57'sinde de ilk 2 haftada nispeten az bir akıntı oldu. Vajinal kanama EK yapılan 3 hastada, KT yapılan 2 hastada görüldü. EK yapılan bir hastada 12. gün pelvik inflamatuvar hastalık (PID) saptanarak tedavi edildi (Tablo-IV).

Tedavi sonu 15 hasta gebe kaldı. Onikisi isteyerek tıbbi tahliye yaptırdı, üçü normal spontan doğum yaptı.

TARTIŞMA

Jinekolojik hastalıkların en sık rastlanılanı olan KS kadınların %50 sinden çoğunda üretkenlik çağında görülmektedir (1,2) ve bu çalışmamızda da 20-39 yaş grubunda (%68.8) en siktir. Evli ve doğum yapmış kadınlarda daha çok görülmekte ve etyolojide travma faktörü üzerinde durulmaktadır. Olgularımızın 204 tane-

sinde evlilik süresi 2-10 yıl arasında ve %87.5'i doğum yapmıştır.

EK ve KT, kronik servisit tedavisinde yaygın olarak kullanılan fiziksel yöntemlerdir. EK ile yeterli tedavi için 2-4 kez uygulama gerektiği, tek bir uygulama ile %39, 2-5 kez uygulama ile %42,5 ten fazla uygulama ile %9 olmak üzere toplam %90 başarı bildirilmektedir (7).

Özalp ve ark. lan EK uyguladıkları 200 KS'li olguda 4 hafta sonra %70 başarı oranı, kalan vakaların tekrar koterizasyonu ile 12 hafta sonunda %97 başarı oranı bildirmişlerdir (8). Kalaycıoğlu ve ark. lan 120 olguluk çalışmalarında EK ile %75 iyileşme olduğunu, en iyi sonucun ise (%85.7) elektrokoterizasyon yapılanlarda olduğunu bildirmişlerdir (9).

Çalışmamızda EK ve KT uygulanan hastalar rastgele seçilmişlerdir. Tek seans EK uyguladığımız 152 hastanın oniki hafta sonraki kontrolünde 104 ünün (%68.4) iyileşmiş olduğunu gözledik. Sonuç literatürle uyumlu görülmektedir.

KT kronik servisit ve erozyon dışında servikal polip ve CİN vakalarında da etkili, güvenilir, kolay uygulanabilir ve minimal komplikasyonları olan bir yöntemdir (10,11,12). Dilek ve ark. lan benign servikal lezyonlu 192 hastada tek seans KT ile 8 hafta sonunda %89.5 iyileşme bildirmişlerdir (13). Çalışmamızda tek seans KT uyguladığımız 159 hastadan 137'si 12 hafta sonunda iyileşmişti (%86.2), elde ettiğimiz sonuç literatürle uyumludur

Miller ve Elstein toplam 105 hastalık çalışmalarında EK ve KT tedavisinde benzer başarı oranı bildirmişlerdir (14). Jackson yaptığı çalışmada 52 hastaya EK, 50 hastaya KT uygulamış ve 12 hafta sonraki kontrolde KT ile %83 ve EK ile %62 başarı bildirmiştir (7). Kendi çalışmamızda KT ile %86.2, EK ile %68.4 iyileşme saptadık ($p<0.05$). Lezyon çapı 3 cm den büyük olgularda KT ile %84.8, EK ile %37.5 iyileşme saptadık ($p<0.001$).

EK ve KT analjezi ve anestezi gerekmeden uygulanabilen tedavi yöntemleridir. Seyrek olarak hastalarda kramp tarzında ağrı olduğunu bildiren çalışmalar vardır (3,5). Çalışmamızda EK yapılan hastaların 92'sinde (%60.5), KT yapılan hastaların 58 inde (%36.5) 24-36 saat içinde kendiliğinden geçen ağrılar oluştu. KT ile te-

dav) sırasında vazomotor reaksiyonlar da görülebilmektedir (baş dönmesi, senkop, yüzde kızarma) ve bu oran çeşitli yayınlarda %2 ile %25 arasında değişmektedir (15,16). Bizim çalışmamızda da EK yapılan hastaların hiçbirinde vazomotor reaksiyon görülmedi, KT yapılan hastaların ise 8'inde (%5.0) görüldü. Çeşitli çalışmalarda EK ve KT sonrası özellikle KT den sonra lekelenmeden profüz kanamaya kadar değişen tipte kanamalar bildirilmiştir (16), ancak kanama bildirilmeyen olgular da mevcuttur (17).

Çalışmamızda EK yapılan hastaların 3'ünde (%2), KT yapılan hastalarında 2 sinde (%1.2) vaginal kanama gözlemlendi. KT sonrası 3-4 hafta süren bol sulu vaginal akıntı en sık görülen komplikasyondur (15,16,17). Bizim çalışmamızda KT yapılan hastaların hepsinde bol sulu şekilde başlayıp gittikçe azalan, 4 hafta süreli bir akıntı uymuştur. EK yapılan hastaların hepsinde 2 hafta süreli daha az miktarda akıntı oldu. Oniki hafta sonraki kontrolde EK yapılan 48 hasta ile (%31.6) KT yapılan 22 hastanın (%13.8) akıntı şikayeti devam ediyordu.

KT ve EK sonrası servikal stenoz oldukça az görülen bir komplikasyondur (10) ve fertilizasyon üzerinde olumsuz etki olmadığı da bildirilmiştir. Biz de çalışma grubumuzdaki olgularda stenozla rastlamadık. EK yapılan 8, KT yapılan 7 hastada gebelik saptadık. KT sonrası PID oluşumu da oldukça az görülür (18). Kendi olgularımızda EK yapılan tek bir hastada PID saptadık (%0.3).

Sonuç olarak KT ve EK tedavisi kronik servisit olgularında etkili olduğu, fertilité üzerinde olumsuz etkilerinin olmadığı, kompiikasyonların ihmal edilebilecek ölçülerde olduğu, KT ile şifa oranının daha yüksek olduğu ve özellikle lezyon çapı 3 cm den büyük olgularda KT nin tercih edilmesinin uygun olacağı kanaatine vardık.

KAYNAKLAR

1. Ansan K: Kadın Hastalıklarından: Kronik servisitler, 1991 sayfa: 489-490.
2. Jones HW, Wentz AC, Burnett LSB: Novak's Textbook of Gynecology In: Cryotherapy. Jones HW III. 1988, pp: 666-668.
3. Sciarra JJ: Gynecology and Obstetrics In: Cryosurgery. Cain JM, Greer BE, Figge DC, Tamimi HK. 1992, 1(33), pp:2-3.

4. Newton M, Newton E: Complications of Gynecologic and Obstetric Management In: Complications of operations on the vulva, vagina and cervix. Newton M, 1988, pp: 134-135.
5. İlgaz N: Jinekolojide soğutma tedavisi. Ankara Ün. Tıp Fak. Mec. 1973,26:769-772.
6. Matanyi S: Factors affecting the cold transfer during cryotherapy. ActaChir. Hung. 1990, 31(1):33-37.
7. Jackson WD: Comparative trial of cryosurgery and diathermy cauterisation in the treatment of cervical erosion. J Obstet Gynecol Br. Comm. 1972,79:756-760.
8. Özalp S, Hassa H, Karacadağ O: Benign servikal patolojiler ve tedavide elektrokoterizasyon etkinliğinin araştırılması. Anadolu Tıp Dergisi, 1984,11:1-7.
9. Kalaycıoğlu H., Taner E, Yiğit S, Şumnulu I: Kronik servisitlerde patolojik özellikler ve tedavi sonuçları. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 1989,21:653-659.
10. Coney P, Walton LA, Edelman DA, Fowler WC: Cryosurgical treatment of early cervical intraepithelial neoplasia. Obstet Gynecol, 1983,62:463-470.
11. Alvarez BA: Cryosurgery of the uterine cervix. Our experience In 3184 cases. Ginecol Obstet Mex. 1991,59: 105-111.
12. Dilek S, Baser I, Pabucçu R, Yergök YZ, Kayki O: Benign serviks uteri lezyonlarında krioterapinin değeri. GATA Bülteni. 1989.31:151-162.
13. Miller JF, Elstein M: A comparison of electrocautery and cryocautery for the cervical erosions and chronic cervicitis. J Obstet Gynecol Br Comm. 1973,80:658-663.
14. Ferenzy A: Comparison of cryo and carbon laser therapy for cervical intraepithelial neoplasia. Obstet Gynecol. 1985,66:795-795.
15. Townsend DE, Ostergard DR, Lickrish GM: Cryosurgery for benign disease of the cervix. J Obstet Gynecol. 1971,78:667-671.
16. Young C, Malrern J, Chamberlein G: Outpatient cervical cryosurgery. J Obstet Gynecol Br Comm. 1972,79:753-757.
17. Curry WE, Weed JC, Creasman WT: Pyometra, a complication of cervical cryosurgery. Obstet Gynecol. 1974,40:499-501.