

Kronik Servisit Tedavisinde LEEP'in Yeri (Loop Electrosurgical Excision Procedure)

THE ROLE OF LEEP IN THE TREATMENT OF CHRONIC CERVICITIS (LOOP ELECTROSURGICAL EXCISION PROCEDURE)

Cem DANE*, Abdullah ÇANDAR*

* Op.Dr., 600 Yataklı Hava Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, ANKARA

Özet

Amaç: Kronik servisitın tanı ve tedavisinde LEEP'in etkinliğinin değerlendirilmesi

Çalışmanın Yapıldığı Yer: Hava Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği Etimesgut / ANKARA.

Materyal ve Metod: Kronik servisitli 60 hastanın tedavisinde değişik bir tedavi yaklaşımı olarak LEEP uygulandı. İşlemden önce tüm hastalara servikal smear ve kolposkopi uygulandı. Bu yöntemin tanı koydurucu ve tedavi edici özellikleri değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların ikisi dışında lezyonlarda tam olarak iyileşme saptandı. Toplam dört hastada kanama, üç hastada enfeksiyon komplikasyonu görüldü.

Sonuç: LEEP yalnızca basit, ekonomik, poliklinik şartlarında yapılabilen, öğrenmesi ve uygulaması kolay bir yöntem değil, aynı zamanda histopatolojik inceleme için yeterli servikal doku elde etmenin iyi bir yoludur.

Anahtar Kelimeler : Kronik servisit, LEEP

T Klin Jinekoloj Obst 2002, 12:155-158

Summary

Objective: To evaluate the effectiveness of LEEP in the diagnosis and the treatment of the chronic cervicitis.

Institution: Department of Gynecology and Obstetrics. Air Force Hospital Etimesgut / ANKARA.

Material and Methods: An alternative therapeutic modality, LEEP was performed in the treatment of the 60 patients with chronic cervicitis. Before the procedure cervical smear and colposcopic examination were performed in all patients. We evaluated the procedure in terms of its diagnostic and therapeutic efficacy.

Results: We observed complete healing in all but two patients. Four patient were complicated with bleeding whereas three patient were complicated with infection.

Conclusion: We concluded that LEEP is not only simple, economic, easy to learn and perform outpatient procedure, but also is the best way to obtain sufficient cervical tissue for histopathologic examination.

Key Words : Chronic cervicitis, LEEP

T Klin J Gynecol Obst 2002, 12:155-158

Jinekoloji polikliniklerine başvuran kadınlarda en sık rastlanan semptom olan akıntının en yaygın nedeni kronik servisitir. Kronik servisitın tedavisinde antibiyotiklerin tedavi değeri sınırlı olmasına rağmen, akut servisitlerde antibiyotikler etkin olarak kullanılmaktadır. Kronik servisitli vakaların tedavisine ilişkin değişik görüşler bulunmaktadır. Son yıllarda doktorların çoğu tedavilerini asemptomatik kronik servisit vakalarını da içine alacak şekilde genişletmişlerdir. Bu hastalarda tedavinin amacı anormal servikal epiteli ortadan kaldırmak ve kollumun tümüyle sağlam squamöz epitelle kaplanmasını sağlamaktır (1,2). Herhangi bir servikal lezyon ablasyon veya eksizyonla tedavisinden önce malignitenin ekarte edilebilmesi için kolposkopi ve servikal sitoloji ile değerlendirilmelidir.

Kronik servisitın ve serviksin prekanseröz lezyonlarının tedavisinde ablasyon yöntemi olarak

krioterapi, elektrokoagülasyon, CO₂ laser vaporizasyon; konizasyon yöntemi olarak da soğuk konizasyon ve CO₂ laser konizasyon uygulanır. Lokal destrüktif tekniklerin avantajı, basit ve kolay olmasıdır. Ancak operasyon sonrasında lezyonun histolojik olarak değerlendirilmesi imkansızdır. İşlemden sonra invaziv kanser saptanabildiğinden bazı araştırmacılar CO₂ laser konizasyon veya soğuk konizasyonu önermektedirler. Bu yöntemler daha pahalı alet ve ekipmana ihtiyaç göstermektedir. LLETZ (large loop excision of transformation zone) veya LEEP (loop electrosurgical excision procedure) dokuda hem kesme hem de koagülasyon yapabilen işlemlerdir.

Lokal intraservikal blok kullanılarak minimal kan kaybı ile servikal dokudan büyük miktarlar çıkarılabilir (3). Bu çalışmada kronik servisit tedavisinde kullanılan LEEP'in etkinliğini ve morbiditesini prospektif olarak değerlendirildi.

Hastalar ve Yöntemler

Kronik servisitli 60 hastaya Ocak 1996 ile Kasım 1998 tarihleri arasında Hava Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde LEEP uygulandı. Kronik servisit tanısı; müköpürülen vajinal akıntı, servikte hipertrofik görünüm, ektoserviksde Naboth kistleri, erozyon, ektopion ve eversiyon ile konuldu. En az altı aylık süre içinde bu semptomların tekrar etmesi ve en az bir kere medikal tedavi alması çalışmaya alınma için ön koşul olarak ileri sürüldü. Gebe olanlar ve son üç ay içinde doğum yapmış olanlar, son 10 gün içinde aspirin vb. kanamayı artırıcı ilaç almış olanlar ve kanama diatezi olanlar çalışma kapsamına alınmadı. LEEP'den veya LLETZ'den önce serviks kolposkopi ve smear ile değerlendirildi. Servikal sitolojide Papanicolaou sınıflaması kullanıldı. Sitoloji sonuçlarına göre 43 olgu Class 1, geri kalan olgular Class 2 olarak değerlendirildi. Sitoloji ve kolposkopi sonuçları benign olan hastalar çalışma kapsamına alındı. İşlemden önce hastalara bilgi verildi. İşlemin menstrüasyondan sonra yapılması sağlanarak menstrüasyon kanı ile işleme ait bir kanamanın karıştırılması önlenmiş oldu.

Vajen spekulum ile görünür hale getirildi ve collum betadine ile silindi. 2-4 ml citanest, [Citanest HCL, 5 mg / ml(a-n-propylaminopropion-o-toluidine), Eczacıbaşı] ile servikse saat 3, 6, 9, 12 hizalarına verildi. Kalçaya topraklama pedi yerleştirildi. Daha sonra lezyonu çıkarabilecek uygun uzunluk ve genişlikte loop (Ellman W1DL - 15 ve 25 mm Loop ve W18D - 5mm Ball Leofarma seçildi. Güç kaynağı olarak Ellman Surgitron kullanıldı. Diatermi gücü 35-55 Watt'a ayarlandı. En çok 15 mm genişliğinde ve 12 mm uzunluğunda olan looplara kullanıldı. Lezyonun 5 mm dış tarafından servikal dokuya yaklaştırıldı ve derinliği 5-7 mm olacak şekilde bastırıldı. Loop yavaşça lezyon boyunca servikse paralel olarak kenardan merkeze doğru tüm portio kenarını içerecek ve konik bir parça elde edilecek şekilde ilerlendi. Eğer ilk seferde tüm lezyon alınmadıysa ikinci veya üçüncü defa uygulandı. Özellikle bu işlem sırasında telin spekuluma değdirilmemesi gerekir. Aksi halde vajende yanıklar ortaya çıkabilir ve tel kırılabilir. Dokunun ortadan kaldırılmasından sonra 5 mm lik topuz uçlu koter (50-60 wattta sabitlenip) kullanılarak yara yüzeyinden olabilecek kanamaları önlemek için koterizasyon yapıldı. İşlem bittikten sonra servikte çok düzgün yüzeyli bir krater şeklinde görünüm izlendi. İşlem sırasında ve sonrasında ek olarak analjezi, antibiyotik ve tampon kullanılmadı. Çıkarılan doku örnekleri histopatolojik olarak incelendi. Cinsel ilişki ve vajinal duş, tampon kullanımı, ağır eksersizler bir ay yasaklandı. Hastaların hepsi operasyondan bir ay, iki ay ve üç ay sonra görüldü. Servikal sitoloji ve kolposkopik değerlendirme yapıldı.

Sonuç

Çalışma grubumuzda hastaların ortalama yaşı 31.32 ± 5.87 (20 - 41) olarak saptandı. Ortalama parite 2.24 ± 3.2 (0 - 6) bulundu. Hastalarda yakınma olarak uzun süreli akıntı 45 hastada, vulvar kaşıntı 24 hastada ve postkoital kanama 5 hastada bulundu. Ortalama operasyon süresi 3.45 ± 1.99 dakika (4 - 16) bulundu. Vakaların hepsinde işlemden iki hafta sonrasına kadar kanlı akıntı görüldü.

İki vakada operasyon sırasında serviksten yoğun kanama görüldü. Bunun nedeni serviksin saat 3 ve 9 hizalarından geçen uterin arterlerin servikal dallarıdır. Tekrar elektrokoterizasyon ile koagülasyon yapıldı. Bir gün süre ile gaz tampon konuldu. İki hasta işlemden üç - altı gün sonra vajinal kanama ile hastaneye başvurdu. Vajinal tampon konuldu ve geniş spektrumlu antibiyotik başlandı. Cerrahi işlemden 10 ile 20 gün sonra üç hasta kötü kokulu akıntı nedeniyle hastaneye başvurdu, yapılan muayenelelerinde servikslerinde sekonder enfeksiyon tanısı konan vakalara metranidazol ve doksisisiklin verildi.

Tüm doku örnekleri histopatolojik olarak değerlendirildi. Örneklerde ısıya bağlı hasarlanma ihmal edilebilecek düzeyde idi, sadece iki vakada doku örneğindeki cerrahi sınır hafif olarak hasarlandırılmıştı.

Operasyon öncesi sitoloji ve kolposkopide normal olarak saptanmasına rağmen histopatolojik incelemede üç hastada CIN 1, iki hastada CIN 2 görüldü. Bu hastalar bir yıl süre ile servikal smear ve kolposkopi ile izlendi. Birinde CIN 1 tekrarladı. Bu hastaya soğuk konizasyon yapıldı.

Tüm vakalar tedaviden bir ay, iki ay ve üç ay sonra tekrar değerlendirildi. Makroskopik olarak normal görünümde serviks ve hastanın yakınmalarının geçmesi tam iyileşme olarak kabul edildi. Üç aylık izleme sonucunda hastaların ikisi dışında hepsi tam olarak iyileşti. Bu iki hasta işlemden 10 gün sonra başvuran ve sekonder enfeksiyon tanısı konan üç hastadan ikisiydi. Hastalar dokuz ay daha izlendi ve hiçbirinde tedavi sonrası stenoz görülmedi. Takip sırasında dört hastada gebelik görüldü.

Tartışma

Kronik servisit ; seksüel aktivite ve üreme çağındaki genç kadınların en sık jinekolojik hastalığıdır. Bu lezyonun etyolojisinde koital travma, doğumla ilgili yırtıklar ve akut enfeksiyonlar önemli rol oynar. Kronik servisit tedavisinde antibiyotiklerin yeri sınırlıdır. Sistemik antibiyotikler ancak birlikte pelvik iltihabi hastalık varsa kullanılabilir (4).

Kronik servisit çocuk isteyen genç kadınlarda sık görülmektedir. Bu gibi durumlarda hastanın yakınmalarını önlemek, fertilitiyi korumak ve olabilecek cinsel fonksiyon bozukluklarını önlemek için sınırlı ve ısrarcı vakalarda kolluma konservatif yaklaşım olarak konizasyon veya ablasyon uygulanabilir. Konizasyon tekniği olarak soğuk konizasyon veya CO₂ laser konizasyon , ablasyon tekniği

olarak da elektrokoagülasyon, krioterapi ve CO₂ laser vaporizasyon kullanılabilir.

Bu çalışmada hastaların yaşının genç olması ve aile planlamasını tamamlamadıkları düşünülerek ileride fertilitate problemi ortaya çıkmasını önlemek için loop diatermiyi tercih ettik.

Elektrokoterizasyon, lezyonun yakılarak yok edilmesi yöntemidir. Bu teknikte histopatolojik olarak incelenecek doku elde edilemez, ayrıca iyileşme yüzeyi düzensiz olmakta ve iyileşme süreci değişkenlik göstermektedir (5).

Soğuk konizasyon da çıkarılan doku rahatlıkla incelenebilir ve güvenle histopatolojik olarak invazif karsinom olup olmadığı anlaşılır. Bu yöntemin %13 kanama riski, %17 servikal stenoz, daha sonra infertilite, % 4 düşük ve genel anestezi riski sayılabilir. Ayrıca çıkarılan alanın genişliği ve derinliği CO₂ laser konizasyona göre net olarak belirlenemez (6,7). CO₂ laser cerrahisinin avantajları; alanın derinlik ve genişliğinin tamamıyla kontrol edilebilmesi ve tedavi sonrası hızlı iyileşme devresidir. Dezavantajları daha pahalı olması, işlemin uzun sürmesidir. Laser ısısu dokuyla temas ettiğinde hücrelerde bulunan su tarafından emilir, ısıya dönüşür ve dokuyu vaporeze eder. Güç ayarlanarak ya doku vaporeze edilir veya bistüri gibi kullanılarak konizasyon yapılır. CO₂ laser konizasyonda laser ışını 0.2-0.5 mm watt olacak şekilde sabitlenir. Laser cerrahisinde ısıya bağlı hasarın genişliği histopatolojik olarak 0.1 mm den küçük olarak belirlenmiştir. Çıkarılan doku histolojik olarak iyi şekilde incelenebilir (8).

Krioterapi, hücrelerarası suyu kristalize ederek serviksin yüzey epitelinde hücrelerin bütünlüğünün bozulmasına ve nekroza neden olur. Komplikasyonu azdır, stenoz riski seyrek ve sonrasında kanama pek görülmez. Dezavantajı uzun sürmesi ve doku destrüksiyon derinliğinin net olarak ayarlanamamasıdır (5).

Ablasyon metodlarının en önemli dezavantajı işlem öncesinde klinisyenin kolposkopi, biopsi ve endoservikal küretaj ile invaziv karsinomu tanıma zorunluluğudur. Çünkü işlem sonrasında histopatolojik doku elde edilemez.

Bu çalışmada poliklinik hastaları için patolojik değerlendirmeye imkan sağlayan, geniş doku parçası çıkarabilen, işlem sonunda düzgün iyileşme yüzeyi oluşan, kısa sürede uygulanabilen, basit, kolay öğrenilen ve ucuz bir yöntem olan LEEP' i öneriyoruz (9).

Ayrıca CIN olgularında gerçekten altın standard olarak kabul edilen bir yöntemdir.

Bu yeni teknik ilk defa Cartier tarafından punch biyopsi yerine serviksten küçük loop şeklinde biyopsi almak için ortaya konmuş ve 'diathermy loop excision' terimi kullanılmıştır (10). Daha sonra Prendiville ve Cullimore tarafından geliştirilmiş ve loop diatermi, LEEP ve LLETZ olarak adlandırılmıştır (11).

Elektriğin dokuya etkisi; elektronların konsantrasyonuna (telin boyutuna), gücüne (watt) ve dokunun su içeriğine bağlıdır. Düşük güç veya geniş çaplı tel kullanılması halinde etki elektrokoter olacak ve dokunun termal hasarı yoğun olacaktır. Gücün yüksek (35-55 watt) ve telin küçük olması (0.5mm) halinde etki elektrocerrahi olacaktır. Sonuçta dokudaki termal hasar az olacaktır. Kesme işlemi; tel ile su yüklü dokular arasında oluşan buhar zarı doku boyunca iletilir ve elektron oluşumu ile dokuyu ayırır (12).

Bu tekniğin komplikasyonları; operasyon sırasında, operasyon sonrasında ve uzun süreli olmak üzere üçe ayrılır. Operasyon sırasında ve sonrasında dört hastada kanama görüldü. Vakaların üçünde işlemden sonra servikal dokuda sekonder enfeksiyon saptandı. LEEP ile yapılan diğer çalışmalarda kanama komplikasyonları %2-5 olarak bulunmuştu (13). Çalışmamızda postoperatif kanama komplikasyon riski, yapılan diğer çalışmalarla uygunluk göstermektedir.

Bu tekniğin uzun süreli etkileri henüz bilinmemektedir. LEEP ile laser konizasyonu karşılaştıran bir çalışmada servikal stenoz oluşumunun laser de % 10.2 iken LEEP de % 4.3 bulunmuştur (14). Wright ve arkadaşları LEEP uygulanan 432 hastanın iki tanesinde servikal stenoz bildirmişlerdir (15). Yapılan bir çalışmada servikal stenoz oranı LEEP sonrası % 0.5 - 1.3 bulunmuştur. Bizim çalışmamızda servikal stenoz hiç rastlamadık.

LEEP sonrasında fertilitate korunmasına ilişkin olarak yapılan bir çalışmada vaka sayısı sınırlı olmasına rağmen gebe kalmak isteyen 12 hastanın 11'nde gebelik ortaya çıkmıştır (16).

Thomas tarafından yapılan bir çalışmada LEEP sonrasında endoservikal hücrelerde nükleuslarda berraklığını kaybetme, sitoplazmalarında uzama, sitoplazmanın büzülerek hücresel depozitlerin kaybolması nükleer genişlemeler gözlenmiştir (17,18). Bu değişikliklerin bilinmesi işlem sonrasında yeni ortaya çıkabilecek olan malignitelerin erken tanısı ve ayırıcı tanısında fayda sağlayabilir. Mikroskopik değerlendirmede histolojik örneklerde ısıya bağlı doku hasarı ihmal edilebilir düzeyde idi ve yalnızca iki hastanın patoloji raporunda hafif olarak doku destrüksiyonu görüldüğü bildirilmiştir.

CIN saptanmasında sitolojinin çok önemli değeri olmasına rağmen Stafli % 1.8 ile 25 yanlış negatif sonuçlar olduğunu ileri sürmüşlerdir (19). Bu konuda farklılık olmasının nedenleri teknik yetersizlik, laboratuvar yanlışlığı ve hatalı yorumlamalar olabilir. Normal smear bulunan vakalarda bile CIN çıkması nedeniyle yapılan çalışmalarda LEEP sırasında endoservikal küretajın da eklenmesini önerenler vardır (20,21).

Biz LEEP' in çabuk, basit, öğrenmesi ve uygulaması kolay, ekonomik olduğunu ve kronik servisitini tanı ve tedavisinde, lokal anestezi ile belirgin bir morbidite yarat-

madan güvenle kullanılabilceğini düşünüyörüz. Isıya bağılı minimal doku hasarı ve minimal kan kaybı ile mükemmel doku parçası elde edilir. İşlem öncesi yapılan sitolojik incelemede benign olduğı bildirilen servikslerden, histopatolojik incelemede serviksin prekanseröz lezyonlarının çıkabileceğı de akıldan çıkarılmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Arısan K. Kadın Hastalıkları. Kronik servisitler. 1995 s.489 - 490.
2. Atasü T, Aydınlı K. Jinekoloji - Kadın Hastalıkları .1996.s 245 -8.
3. Uran B, Demir N. Kronik servisitlerin tanı ve tedavisinde loop elektrokoterin etkinliğı. T Klin Jineköl Obst 1995;5:50-3.
4. Kalaycıoğlu H,Taner E. Kronik servisitlerde patolojik özellikler ve tedavi sonuçları. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 1989;21:653-9.
5. Ertekin A, Müngen E. Kronik servisit tedavisinde elektrokoterizasyon ve kriyoterapinin karşılaştırılması. T Klin Jineköl Obst 1995;5:111-4.
6. Claman Ad, Lee N. Factors that relate to complications of cone biopsy. Am J Obstet Gynecol 1974;129:124-8.
7. Turner MJ, Rasmussen MJ. Outpatient loop diathermy conization as an alternative to inpatient knife conization of the cervix . J Reprod Med 1992;37:314-6.
8. Gunasekera PC, Phipps JH. Large loop excision of the transformation zone (LLETZ) compared to carbondioxide laser in the treatment of CIN: a superior mode of treatment. Br J Obstet Gynaecol 1990;97:995-8.
9. Mor-Yosef, Lopes A. Loop diathermy cone biopsy. Obstet Gynecol 1990;75:884-7.
10. Cartier R. Practical Colposcopy .2nd edi.1984,139-56.
11. Prendeville W, Cullimore J. Large loop excision of the transformation zone (LLETZ). A new method of management for women with cervical intraepithelial neoplasia. Br J Obstet Gynecol 1989;96:1054-60.
12. Berek J, Adashi E. Novak Jinekoloji .1998: 469-72.
13. Luesley DM, Cullimore J. Loop diathermy excision of the cervical transformation zone. Br Med J 1990;300:1690-3.
14. Baldauf JJ. Consequences and treatment of cervical stenoses after laser conization or loop electrosurgical excision. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1997;26:64-70.
15. Wright TC, Gagnon S. Treatment of cervical intraepithelial neoplasia using the loop electrosurgical excision procedure . Obstet Gynecol 1992;79:173 -178.
16. Turlington WT, Wright BD. Impact Of The Loop Electrosurgical Excision procedure on future fertility. J Reprod Med 1996;41:815-8.
17. Thomas PA. Cytomorphologic characteristics of thermal injury related to endocervical brushing following loop electrosurgical excision procedure (LEEP). Diagn Cytopathol 1996;14:212 -5.
18. Baggish MS, Barash F. Comparison of thermal injury zones in loop electrical and laser cervical excisional conization. Am J Obstet Gynecol 1992;166:545-9.
19. Stafı A, Friedrich EG. Detection of cervical neoplasia-reducing the risk of error. Obstet Gynecol 1973;16:238 -240.
20. Baldauf JJ, Dreyfus M. Cytology and colposcopy after loop electrosurgical excision: implications for follow-up. Obstet Gynecol 1998;92:124 -30.
21. Prevost MR, Fung MF. Should endocervical excision and curettage be done during LEEP? Eur J Gynaecol Oncol 1997;18:104 -7.

Geliş Tarihi: 12.06.2001

Yazışma Adresi: Dr.Cem DANE
600 Yataklı Hava Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğı, ANKARA