

Servikal Intraepitelyal Neoplazilerin Loop Eksizyon Diyatermi ile Tedavisi

DIATHERMY LOOP EXCISION IN THE MANAGEMENT OF CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA

Ercüment MÜNGEN, A. Aktuğ ERTEKİN, Yusuf Ziya YERGÖK, Orhan ATEŞER, İbrahim ÖZTEK

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

ÖZET

Amaç: Servikal intraepitelyal neoplazilerin tedavisinde loop eksizyon diyaterminin etkinliğini araştırmak.

Çalışmanın yapıldığı yer: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi, İstanbul.

Materyal ve Metod: Jinekoloji polikliniğinde alınan rutin PAP smear sonucu diskaryotik olan veya klinik olarak şüphelenildiği için yapılan kolposkopik servikal biyopsi sonucu servikal intraepitelyal neoplazi olarak rapor edilen, invaziv kanserin ekarte edildiği 51 hastaya lokal anestezi altında poliklinik şartlarında loop eksizyon diyatermi uygulandı, intraoperatif bulgular, eksizyon materyalinin patolojisi ve postoperatif takipteki bulgular irdelendi.

Bulgular: Olguların %60.8'inde loop eksizyon materyali tek parça halindeydi. Lokal anestezi, eksizyon işlemi ve hemostaz dahil tedavi süresi %78.4 olguda 5 dakikadan azdı. Intraoperatif kanama %23.5 olguda hiç olmadı, %66.7 olguda hafif derecedeydi. Loop eksizyon diyatermi hastalar tarafından oldukça iyi tolere edildi; tedavi süresince %86.3 olguda hiç rahatsızlık hissi olmadı. Loop eksizyon materyalinin histolojik incelenmesinde, eksizyon kenarındaki termal hasar zonunun ortalama kalınlığı 45.8 ± 11.7 mikron olarak bulundu ve histolojik değerlendirmeyi etkilemedi. Histolojik olarak %88.6 olguda eksizyonun tam olduğu saptandı. Meydana gelen postoperatif komplikasyonların hepsi de hafif derecedeydi. Tedaviye bağlı servikal stenoz olmadı. Tedaviden 3 ay sonraki sitolojik, histolojik ve kolposkopik değerlendirmede, başarı oranının %91.4 olduğu saptandı; rezidüel hastalık oranı %8.6 idi.

Sonuç: Servikal intraepitelyal neoplazi tedavisinde loop eksizyon diyatermi hızlı, uygulaması kolay, güvenli, ucuz bir yöntemdir; lokal anestezi altında poliklinik şartlarında uygulanabilir, hasta toleransı ve başarı oranı yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Servikal intraepitelyal neoplazi, loop eksizyon diyatermi.

T Klin Jinekoloj Obst 1995, 5:123-127

Geliş Tarihi: 30.11.1994

Yazışma adresi: Dr. Ercüment Müngen
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi
Kadıköy-İstanbul

T Klin J Gynecol Obst 1995, 5

SUMMARY

Objective: The purpose of our study was to investigate the efficiency of loop diathermy excision in the management of cervical intraepithelial neoplasia.

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

Materials and Methods: The study group consisted of 51 patients with dyskaryotic cervical smears or colposcopically directed punch biopsies from clinically suspected areas consistent with cervical intraepithelial neoplasia. Diathermy loop excision was performed after the absence of invasive disease was revealed with cytologic, histologic and colposcopic examinations. Intraoperative findings, histologic results of loop excision specimens and postoperative follow up findings were evaluated.

Results: Single cohesive tissue specimens were obtained in 60.8% of patients treated by diathermy loop excision. The time taken to complete the procedure from infiltration of local anesthetic until achieving hemostasis was less than 5 minutes in 78.4% of cases. Intraoperative bleeding did not occur in 23.5% of patients and mild bleeding occurred in 66.7% of patients. Diathermy loop excision was well tolerated by patients; 86.3% of patients had no sensation of discomfort during the operation. On histopathologic examination, the mean thickness of thermal damage at the margins of excision was 45.8 ± 11.7 microns, and histologic interpretation was not affected by thermal artifact. Excision was histologically complete in 88.6% of cases. All of the postoperative complications were mild, stenosis of the cervical canal due to the treatment was not observed. The success rate of diathermy loop excision, as defined by absence of cytologic, histologic or colposcopic lesions 3 months after treatment was 91.4%; residual disease was detected in 8.6% of cases.

Conclusion: Diathermy loop excision is a reliable, safe, time-saving, well-tolerated, inexpensive and efficient technique which can be accomplished as an out-patient procedure under local anesthesia.

Key Words: Cervical intraepithelial neoplasia, diathermy loop excision.

T Klin J Gynecol Obst 1995, 5:123-127

Son birkaç dekatta PAP smear'in giderek daha yaygın kullanılması, kolposkopik muayene olanaklarının artmasıyla, serviksin prekanseröz lezyonlarının tanısı önemli ölçüde artmıştır, servikal intraepitelyal neoplazi (CIN)'lerin tedavisinde ya eksizyonel yöntemler veya

lokal destrüksiyon yöntemleri kullanılmaktadır. Kriyoterapi, CO2 laser vaporizasyon, soğuk koagülasyon gibi lokal destrüksiyon yöntemleri, uygulanmaları kolay, ucuz ve başarı oranları yüksek olmasına karşın, preoperatif olarak kolposkopi, biyopsi ve endoservikal küretajda deneyimli bir klinisyen tarafından detaylı araştırma yapılmadığı takdirde, invaziv kanserin atlanma olasılığı her zaman mevcuttur (1,2).

Hem invaziv kanserin ekarte edilebilmesi, hem de tedavinin tam olup olmadığının gösterilebilmesi bakımından, lokal destrüktif yöntemler yerine eksizyonel yöntemlerin tercih edilmesi gerektiği bildirilmektedir (3,4). Laser eksizyonel konizasyon ve soğuk konizasyon gibi eksizyonel yöntemler çoğu kez hastane şartlarında genel anestezi ile yapılabilen, pahalı cihazlar ve belli bir deneyim gerektirmektedir. Son yıllarda yeni bir eksizyonel yöntem olarak loop eksizyon diyatermi (LED) geniş bir şekilde araştırılmakta; yapılması kolay, ucuz, komplikasyonu az ve başarı oranı yüksek bir yöntem olduğu bildirilmektedir (5-11).

Çalışmamızın amacı, servikal intraepitelyal neoplazi tedavisinde loop eksizyon diyaterminin etkinliği araştırmaktır.

MATERYAL VE METOD

Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğinde yapılan jinekolojik muayenelerde alınan rutin PAP smear sonucu diskaryotik çıkan, veya klinik olarak şüphelenildiği için yapılan kolposkopik servikal biyopsi sonucu CİN olarak rapor edilen hastalar çalışma kapsamına alındı.

Tüm hastalara invaziv kanseri ekarte etmek için sitolojik ve kolposkopik inceleme yapıldı. Kolposkopide, transformasyon zonunun tam olarak görülüp görülemediği kaydedildi, anormal kolposkopik bulgulara sahip alanlardan punch biyopsi yapıldı. Aynı seansta endoservikal küretaj da yapıldı. Biyopsiden 4-6 hafta sonra loop eksizyon uygulandı.

Çalışmamızda LED için "Finesse II Eelectrosurgical Generator and Smoke Evacuation System, Utah Medical Products ine." cihazı kullanıldı. Eksizyonda, transformasyon zonunun şekli ve büyüklüğüne göre, boyutları 20 mm genişlik X12 mm derinlik, 15 mm genişlik X 12 mm derinlik veya 10 mm genişlikX10 mm derinlik olan elektrotlardan biri kullanıldı.

Uygulamada, üzerine aspiratör tesbit edilebilen vaginal spekulum kullanıldı. Servikse %3'lük asetik asit ile mukustan temizlendikten sonra %2'lik citanest ile saat 12,3,6 ve 9 hizasından dental iğne ile her kadrana 1 cc verilerek lokal anestezi uygulandı. Serviks lugol solüsyonu ile boyanarak lezyonun sınırları tam olarak görülmeye çalışıldı.

işlem sırasında piyesin tek bir parça halinde çıkarılmasına çalışıldı. Doku çıkarıldıktan sonra erken ve geç dönemde olabilecek kanamaları önlemek için tüm krater yüzeyi 5 mm lik küresel elektrot ile koterize edildi.

Operasyondan sonra 3 hafta süre ile günde iki kez betadine vaginal ovul tedavisi verildi, 2 ay süre ile koitus yasaklandı.

Piyeslerin patolojik İncelemesinde termal hasar zonu İki kısımda değerlendirildi; hemen rezeksiyon hattına komşu, yoğun kömürleşmenin olduğu ve histolojik değerlendirmenin yapılamadığı kısma karbonlaşma zonu, bu zondan daha geniş ve değişken bir alanı içeren fakat histolojik değerlendirmenin etkilenmediği bölgeye koagülasyon zonu adı verildi (8).

Tedaviden 3 ay sonra yapılan kontrolde kolposkopik, sitolojik ve gerekirse histolojik değerlendirme yapıldı. Kolposkopide skuamokolumnar bileşke ve yeni transformasyon zonu görülmeye çalışıldı. Geç kanama, ağrı, akıntı, dismenore ve menstruel değişiklikler araştırıldı.

Operasyon süresi, lokal anestezi uygulamasından hemostaz sağlanıncaya kadar geçen süre olarak kabul edildi. Operasyon sırasında hastaların duydukları rahatsızlık hiç, hafif, orta ve ağır olarak değerlendirildi. İntraoperatif kanama yine hiç, hafif, orta ve ağır olarak sınıflandı. Operasyon seyrini etkilemeyen ve operasyon süresini uzatmayan kanamalar hafif, kanama kontrolü için operasyon süresinin uzadığı kanamalar orta, cerrahi girişim gerektiren kanamalar ise ağır olarak değerlendirildi.

İstatistiksel değerlendirmede Ki-kare testi kullanıldı. P değerinin 0.05'den küçük olması anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmamızdaki olguların yaşları 26 İle 58 arasında değişmekteydi. Ortalama yaş 39.7 ±8,5 idi.

Hastaların ilk cinsel ilişki yaşı, 2 olguda (%3.9) 15 yaş ve altında, 25 olguda (%49) 16-19 yaşlarda, 20 olguda (%39.2) 20-25 yaşlarda, 4 olguda (%7.9) ise 26 yaş ve üzerindeydi.

Loop eksizyon piyeslerinde ortalama parça sayısı 1.61 ±0.92 idi. Loop eksizyon piyesleri olguların 31'inde (%60.8) tek parçadan, olguların 13'ünde (%25.5) 2 parçadan, olguların 7'sinde (%13.7) 2'den fazla parçadan oluşmaktaydı.

Operasyon süresi 40 olguda (%78.4) 5 dakikadan az, 11 olguda (%21.6) 5-10 dakika arasındaydı. Olguların 12'sinde (%23.5) intraoperatif kanama olmadı. 34 olguda (%66.7) hafif, 5 olguda (%9.8) ise orta derecede kanama oldu. İntraoperatif ağır kanama olmadı. 44 olguda (%86.3) intraoperatif rahatsızlık hissi olmadı, 7 olguda (%13.7) hafif derecede rahatsızlık hissi oldu. İşlem sırasında orta ve ağır derecede rahatsızlık hissi gözlenmedi.

Loop eksizyon piyeslerinde karbonlaşma zonunun ortalama kalınlığı 45.8 ±11.7 mikron, koagülasyon zonunun ortalama kalınlığı ise 386.4±163.7 mikron idi. 41 olguda (%80.4) karbonlaşma zonu 50 mikrondan azdı,

Tablo 1. Tedavi öncesi sitoloji ile loop histolojisinin karşılaştırılması

Table 1. Comparison between preoperative cervical cytology and histologic diagnosis on loop excision

Sitoloji	Loop eksizyon piyesinin histolojisi						Toplam
	Negatif	HPV*	CİN I	CİN II	CİN III	MIC**	
Normal	6		3		-		9
Hafif diskaryozis	8	1	11	5	1	-	26
Orta diskaryozis	1	-	3	3	2	1	10
Ağır diskaryozis -	-	-	1	1	3	1	6
Toplam	15	1	18	9	6	2	51

*HPV: Human papillomavirus, **MIC: Mikroinvaziv karsinom.

Tablo 2. Tedavi öncesi punch biyopsi sonuçları ile loop histolojisinin karşılaştırılması

Table 2. Comparison between preoperative punch biopsy histology and final loop excision histology

Punch biyopsi	Loop eksizyon piyesinin histolojisi						Toplam
	Negatif	HPV*	CİN I	CİN II	CİN III	MIC**	
Negatif	7	-	3	-	-	-	10
HPV	-	1	-	-	-	-	1
CİN I	7	-	13	5	2	-	27
CİN II	-	-	2	4	2	-	8
CİN III	1	-	-	-	2	1	4
MIC"	-	-	-	-	-	1	1
Toplam	15	1	18	9	6	2	51

*HPV: Human papillomavirus, "MIC: Mikroinvaziv karsinom.

10 olguda (%19.6) 50 mikrondan azdı, 10 olguda (%19.6) 50-100 mikron arasındaydı. Koagülasyon zonu 10 olguda (%19.6) 0-200 mikron, 16 olguda (%31.4) 200-400 mikron, 21 olguda (%41.2) 400-600 mikron, 4 olguda (%7.8) ise 600-800 mikron kalınlığında idi.

Preoperatif endoservikal küretajlarda anormal patolojik sonuç rapor edilmedi.

Loop eksizyon piyeslerinin histolojik incelemesinde CİN saptanan 35 hastanın 31'inde (%88.6) eksizyon tam olarak değerlendirildi. 4 olguda (%11.4) eksizyonunun inkomplet olduğu saptandı.

Olguların tedavi öncesi sitolojik (smear) bulgularıyla, loop eksizyon piyeslerinin histolojik bulguları arasındaki ilişki Tablo 1'de, preoperatif punch biyopsi tanısıyla loop piyeslerinin histolojik tanısı arasındaki ilişki ise Tablo 2'de gösterildi.

Preoperatif sitolojide atipik hücre olmayıp loop histolojisinde CİN saptanan 3 olgudan 2'si punch biyopside saptanmıştı (Tablo 1).

Tedavi öncesi sitolojik bulgularla loop histolojisi karşılaştırıldığında %45.1 olguda tam uygunluk vardı. %25.5 olguda loop histolojisi preoperatif sitolojiden daha ağırdı, %29.4 olguda loop histolojisi sitolojiden daha hafif bir lezyon göstermekteydi. Preoperatif punch biyopsi sonuçlarıyla loop histolojisi karşılaştırıldığında, %54.9 olguda tam uygunluk mevcuttu, %25.5 olguda loop histolojisi daha ağır, %19.6 olguda ise loop histolojisi punch biyopsiden daha hafifti.

Punch biyopsi sonuçları ile loop histolojisi uyuşmayan 22 olgunun 20'sinde (%90.9) fark 1 grade idi. 2 olguda (%9.1) uygunsuzluk 2 grade ve üzerindedeydi.

Servikal sitolojisi diskaryotik olan bulguların %76.2'sinde loop histolojisinde CİN veya MIC saptandı; kolposkopik punch biyopsi sonucu CİN olan olguların %80'inde loop histolojisinde CİN veya MIC saptandı, arada istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$). Servikal sitolojide ağır derecede diskaryozis bulguları olan hastaların %66.7'sinde loop histolojisinde CİN III veya MIC saptanırken, kolposkopik punch biyopside CİN III tanısı konan hastaların %75'inde loop histolojisinde CİN III veya MIC saptandı; arada istatistiksel anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

LED uygulanan hastaların postoperatif dönemde 4'ünde (%7.8) sekonder hemoraji oldu. Kanama tedaviden 2 hafta sonra oldu, herhangi bir cerrahi girişim gerekmedi ve azalarak 2 hafta pembe bir akıntı olarak devam etti.

Tedavi sonrası akıntı 39 hastada (%76.5) 2 hafta veya daha az sürdü. 9 hastada (%17.6) 2-4 hafta, 3 hastada (%5.9) 4-6 hafta devam etti. En fazla akıntı ilk 1 hafta içinde gözlendi, daha sonra azalmış olarak devam etti.

Tedaviye bağlı servikal stenoz olmadı.

Olguların 7'sinde (%13.7) tedavi sonrası menstrüasyonların daha ağırlı olduğu saptandı. Postoperatif ta-

kipte olguların birinde gebelik tesbit edildi. Gebelik ve doğum komplikasyonsuz seyretti.

Tedaviden 3 ay sonra yapılan kontrollerde, loop piyesinde CİN saptanan 35 hastanın 3'ünde (%8.6) vaginal smear'de atipik hücreler gözlemlendi. Loop piyeslerindeki histolojik incelemede bu 3 olgunun 2'sinde (%66.7) inkomplet eksizyon tesbit edilmişti. Üç aylık takip sonunda CİN saptanan 35 olgunun 32'sinde (%91.4) tek tedavi ile başarı sağlanmış oldu.

TARTIŞMA

Uygulanmasının kolay olması, lokal anestezi altında poliklinikte yapılabilmesi, hasta toleransının çok iyi olması, hem tanı hem tedavi olanağı sağlaması gibi nedenlerle LED, CIN'lerin tanı ve tedavisinde giderek diğer yöntemlerin yerini almaktadır.

LED ile histolojik olarak değerlendirilebilecek bir spesmen elde edildiğinden, destrüktif yöntemlerden üstündür. Eksizyonel yöntemlerde spesmenin tek parça olarak çıkarılması amaçlanır; parça sayısı arttıkça histolojik değerlendirme zorlaşmaktadır. Soğuk konizasyon ve laser konizasyon ile elde edilen spesmenlerin histolojik değerlendirme için daha elverişli olduğu öne sürülmesine karşın (6), bu yöntemlerin LED'den üstün olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (7). Çalışmamızda da olduğu gibi LED ile olguların çoğunda spesmen tek parça olarak çıkartabilmekte, tek parça olarak çıkarılamayan olgularda ise genellikle yeterli histolojik değerlendirme yapılabilmektedir (5,10,12).

Çalışmamızda olduğu gibi, lokal anestezi ile yapılan LED'lerde operasyonun genellikle 5 dakikadan daha kısa sürdüğü bildirilmektedir (7,12). Oyesanya ve ark. nın randomize, karşılaştırmalı çalışmasında, LED olgularında operasyonun ortalama süresi 2.5 ± 3.6 dakika iken, laser eksizyonel konizasyonda bu süre ortalama 24.2 ± 11.8 dakika idi; arada istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0.001$) (7).

Çalışmamızda sadece hafif ve orta derecede intraoperatif kanama oldu; literatürdeki çalışmalarda da benzer sonuçlar rapor edilmiştir (5,12). LED sırasında ağır kanama nadirdir; sadece Murdoch ve ark. nın 600 olguluk çalışmalarında 2 hastada transfüzyon gerektiren kanama olmuştur (5). Eksizyon derinliği arttıkça kanama riski artmakta, ancak eksizyon kraterinin yuvarlak (ball) elektrotla rutin olarak koterizasyonu bu komplikasyonu minimuma indirmektedir.

Çalışmamızdaki bulgular ve literatürdeki veriler lokal anestezi ile yapılan LED'de hastaların minimal rahatsızlık duyduklarını göstermektedir (5,7,12). Oyesanya ve ark. lokal anestezi ile yapılan C02 laser ile LED'yi karşılaştırdıkları çalışmalarında, laser konizasyonda hastaların çok daha fazla rahatsızlık duyduklarını göserdiler (7).

Wright ve ark. nın LED ve C02 laser konizasyon piyeslerini karşılaştırdıkları çalışmada, histolojik değerlendirmenin yapılamadığı karbonizasyon zonunun kalın-

lığı her iki yöntemde de olguların çoğunda 50 mikronun altındaydı ve her iki grupta da termal hasar histolojik olarak tanı konmasında güçlüğe neden olmadı (8); bu bulgular bizim çalışmamıza benzerdir. Krebs ve ark. biraz farklı sonuçlar elde ettiler; doku fragmentasyonu ve termal artefakt loop eksizyon grubunda %19 olguda, laser konizasyon grubunda %14 olguda histolojik oriyantasyonu bozdu ve dokunun kenar kısımlarında histolojik tanıya engel oldu (6).

LED sonrası sekonder hemoraji üçüncü haftaya kadar görülebilmekle beraber genellikle ilk hafta içinde olmaktadır. Sekonder hemoraji insidansı literatürde %1 ile %8 arasında değişmektedir; bu çalışmalarda sekonder hemoraji elektrokoterizasyon veya vaginal tampona cevap vermiştir, nadiren sütürasyon gerekmiştir, hiçbir olguda transfüzyon gerekmemiştir (7,10-13). Hastanın menstruel siklus günü, yaşı, paritesi, kontraseptif yöntemi, lezyonun genişliği ve eksizyonun derinliğinin sekonder hemoraji dahil tedavi sonrası morbidite üzerine etkisi olmadığı bildirilmiştir (14).

LED sonrası servikal setnoz görülme sıklığı yaklaşık %1 olarak bildirilmektedir (10,12). Geniş serilerde LED'nin menstrüasyon, fertilité ve gebelik seyri üzerine olumsuz etkisi olmadığı gösterilmiştir (9,10,15). Literatürde 1 mesane ve 1 rektum laserasyonu gibi nadir komplikasyonlarda rapor edilmiştir (6).

CIN'nin şiddeti, lezyonun büyüklüğü fazla olduğunda ve endoservikal tutulumun varlığında, LED'de inkomplet eksizyon olasılığı artmaktadır (17). Çalışmamızda loop eksizyon piyeslerinin patolojik incelenmesinde %8.6 oranında komplet eksizyon rapor edilmesine karşın postoperatif 3 aylık takip sonundaki sitolojik, kolposkopik ve histolojik değerlendirmede %91.4 olguda tedavinin başarılı olduğu saptandı, %86 olguda rezidüel hastalık mevcuttu. Loop histolojisinin inkomplet eksizyon olarak rapor edilmesi mutlaka rezidüel hastalık anlamına gelmemektedir. Literatürdeki birçok çalışmada da benzer bulgular elde edilmiştir (9,16,17); bunu açıklayacak birkaç neden ileri sürülmüştür. LED sonrası lezyon tabanı koterize edilirken rezidüel CİN de tahrip edilmektedir (9,16,17). Diğer bir neden, piyesteki sağlam dokunun termal destrüksiyonu sonucu lezyonun piyes kenarına ulaşması ve yanlış olarak inkomplet eksizyon tanısına neden olmasıdır (17). Bir başka olası neden, LED'ye karşı konakçının inflamatuvar cevabının, insizyon kenarındaki rezidüel CIN'in rezolüsyonuna neden olabilmesidir (17). Murdoch ve ark. 721 olguyu kapsayan çalışmaları sonucunda, loop histolojisi inkomplet eksizyon olarak rapor edildiğinde herhangi bir ilave tedavinin gerekli olmadığı, sitolojik ve kolposkopik olarak takibin yeterli olduğu sonucuna vardılar (17). Bizim çalışmamızın sonuçları da bu görüşü desteklemektedir.

Çalışmamızda loop eksizyon histolojisi ile preoperatif sitolojik sonuçları karşılaştırdığında %54.9 olguda diskordans olduğu görülmektedir. Literatürde, özellikle

anormal sitoloji sonucuna göre LED uygulanan çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (5,10). Bu nedenle, özellikle erken evre epitelyal neoplazilerin tanısında sadece sitolojiyle karar vermek uygun değildir; tanı kolposkopik punch biyopsi ile desteklenmelidir.

Çalışmamızda punch biyopsi sonuçları ile loop ekzizyon histolojisi arasında %45.1 oranında diskordans mevcuttu. Bu oran Buxton ve ark. nın çalışmasında %54 (18), Bonardi ve ark. nın çalışmasında %56.4 olarak bulunmuştu (19). Punch biyopside loop histolojisine göre daha ağır lezyon çıkmasının açıklaması olarak, punch biyopside tüm patolojik dokunun alınmış olması, inflamatuvar reaksiyona bağlı dokudaki değişiklikler ve patolojiler arası değerlendirme farkı ileri sürülmektedir (7,13,18,19). Loop histolojisinin punch biyopsiye göre daha ileri lezyon göstermesi, biyopsiden loop ekzizyonuna kadar geçen süre ve kolposkopistin deneyimsizliği ile açıklanmaktadır (13,18,19).

Kolposkopik punch biyopsilerin gerçek lezyonu göstermede yetersiz olduğunu öne süren bazı araştırmacılar, sitolojik ve kolposkopik olarak anormal bulguları olan hastalarda direkt olarak LED yapılması gerektiğini bildirmektedirler (10,13,18). Karşıt görüşü savunanlar, sitolojik olarak anormal bulgulara sahip olan tüm hastalara LED yapılmasının aşırı invaziv bir uygulama olacağını, kolposkopi ve patolojide daha deneyimli elemanların kullanılmasıyla, punch biyopsi ile loop ekzizyon arasındaki uygunsuzluğun minimuma indirilebileceğini bildirmektedirler (7,19,20). Bonardi ve ark. punch biyopsi ile loop histolojisi arasındaki uygunsuzluğun çoğu olguda, çalışmamızda olduğu gibi, 1 grade olmasını göz önüne alarak, punch biyopside CİN II rapor edilen olgularda veya sitoloji ve kolposkopi bulguları punch biyopsinin olması gerekenden düşük bir lezyon gösterdiğini düşündürüyorsa LED yapılmasını önermektedirler (19).

Bu verilerin de gösterdiği gibi, konizasyon dolayısı ile LED endikasyonları konusunda literatürde tam bir görüş birliği yoktur. Konizasyona karar vermeden önce servikal sitoloji, kolposkopi ve kolposkopik punch biyopsi sonuçlarının birlikte değerlendirilmesi ve son kararı klinisyenin vermesi gerektiği görüşündeyiz.

Sonuç olarak, konizasyon endikasyonu olduğunda; yapılmasının kolay olması, poliklinik koşullarında lokal anestezi ile yapılabilmesi, hasta toleransının çok iyi olması, elde edilen sonuçların ve başarı oranının diğer ekzizyonel yöntemler kadar iyi olması nedeni ile loop ekzizyon diyatermi ideal bir yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. Pearson WE, Whittaker J, Ireland D, Monaghan JM: Invasive cancer of the cervix after laser treatment. Br J Obstet Gynaecol. 1989,96:486.
2. Benedet JL, Anderson GJ, Boyes DA: Colposcopic accuracy in the diagnosis of microinvasive and occult invasive carcinoma of the cervix. Obstet Gynecol. 1985,65:557.

3. Baggish MS: A comparison between laser excisional conization and laser vaporization for the treatment of cervical intraepithelial neoplasia. Am J Obstet Gynecol. 1986,155:39.
4. McIndoe GJ, Robson MS, Tidy JA, Mason WP, Anderson MC: Laser excision rather than vaporization: the treatment of choice for cervical intraepithelial neoplasia. Obstet Gynecol. 1989,74:165.
5. Murdoch JB, Grimshax RN, Monaghan JM: Loop diathermy excision of the abnormal cervical transformation zone. Int J Gynecol Cancer. 1991,1:105.
6. Krebs HB, Pastore L, Helmkamp BF: Loop electrosurgical excision procedures for cervical dysplasia: experience in a community hospital. Am J Obstet Gynecol. 1993,169:289.
7. Oyesanya OA, Amerasinghe CN, Manning EAD: Outpatient excisional management of cervical intraepithelial neoplasia. Am J Obstet Gynecol. 1993,168:485.
8. Wright TC, Richart RM, Ferenczy A, Koutas J: Comparison of specimens removed by CO2 laser conization and the loop electrosurgical excision procedure. Obstet Gynecol. 1992,79:147.
9. Bigrigg A, Haffenden DK, Sheehan AL, Codling BW, Read MD: Efficacy and safety of large-loop excision of the transformation zone. Lancet. 1994,343:32.
- 10- Keijser KGG, Kenemans P, Zanden PHTH, Schijf CPT, Vooijs GP, Rolland R: Diathermy loop excision in the management of cervical intraepithelial neoplasia: diagnosis and treatment in one procedure. Am J Obstet Gynecol. 1992,166:1281.
11. Wright TC, Gagnon S, Richart RM, Ferenczy A: Treatment of cervical intraepithelial neoplasia using the loop electrosurgical excision procedure. Obstet Gynecol. 1992,79:173.
12. Luesley DM, Cullimore J, Redman CWE, Lawton FG, Emens JM, Rollason TP, et al.: Loop diathermy excision of the cervical transformation zone in patients with abnormal cervical smears. Br Med J. 1990,300:1690.
13. Howe DT, Vincenti Ac: Is large loop excision of the transformation zone (LLETZ) more accurate than colposcopically directed punch biopsy in the diagnosis of cervical intraepithelial neoplasia? Br J Obstet Gynaecol. 1992,99:82.
15. Haffenden Dk, BMkjrigrig A, Codling BW, Read MD: Pregnancy following large loop excision of the transformation zone. Br J Obstet Gynaecol. 1993,100:1059.
16. Whiteley PF, Olah KS: Treatment of cervical intraepithelial neoplasia: experience with the low-voltage diathermy loop. Am J Obstet Gynecol. 1990,162:1272.
17. Murdoch JB, Morgan PR, Lopes A, Monaghan JM: Histological incomplete excision of CIN after large loop excision of the transformation zone (LLETZ) merits careful follow up, not retreatment. Br J Obstet Gynaecol. 1992,99:990.
18. Buxton EJ, Luesley DM, Shafi MI, Rollason M: Colposcopically directed punch biopsy: a potentially misleading investigation. Br J Obstet Gynaecol. 1991,98:1273.
19. Bonardi R, Cecchini S, Grazzini G, Ciatto S: Loop electrosurgical excision procedure of the transformation zone and colposcopically directed punch biopsy in the diagnosis of cervical lesions. Obstet Gynecol. 1992,80:1020.
20. Giles JA, Gafar A: The treatment of CIN: do we need lasers? Br J Obstet Gynaecol. 1991,98:3.