

SERVİKSİN BENİGN VE PREMALIGN LEZYONLARINDA LUP ELEKTROCERRAHi EKSiZYON (LEEP) UYGULANAN OLGULARIN ANALİZİ

Sadiye EREN¹, Umur KUYUMCUOĞLU², Ferda ERBAY³, Akif ALKAN¹, Karsel ERTEKİN⁴

Serviksin benign ve premalign lezyonlarının tedavisinde LEEP in etkinliğini araştırmak amacıyla, polikliniğimize başvuran hastalardan sitolojik tarama testlerinde anormal sitoloji bulgusu olanlara kolposkopik inceleme, endoservikal küretaj, gerekenlere kolposkopi ile yönlendirilmiş biopsi ve tümüne LEEP uygulandı. Tüm hastalarda LEEP materyalinin histopatolojik tetkiki yapıldı. LEEP sonrası 3 ve 6. aylarda endoservikal fırça ile yapılan sitolojik tetkikleri benign bulundu. Olgularda postoperatif kanama, infeksiyon, servikal stenoz gibi komplikasyonlar gelişmedi. Sonuç olarak LEEP, kolay, ucuz, hızlı, lokal anestezi ile poliklinik şartlarında uygulanabilen, hasta toleransı iyi, önemli bir komplikasyon görülme-yen ve histopatolojik tetkik şansına sahip, başarılı bir tedavi yöntemi olarak değerlendirildi.
Anahtar kelimeler: LEEP, Serviks, Premalign Lezyon

ANALYSIS OF LOOP ELECTRO SURGICAL EXCISION FOR BENIGN AND PREMALIGN CERVICAL LESIONS

In order to investigate the LEEP technique's efficiency in the treatment benign and premalign lesions of the cervix, out of the patients who were examined in our polyclinic, those whom, in the cytological screening tests resulted in an abnormal cytological result were colposcopically investigated, further endocervical curettage and where necessary biopsy was conducted. All the patients were treated with LEEP. All the LEEP materials were pathologically investigated. The cytological testing in the 3rd and 6th months after the LEEP were found to be benign. Complications such as postoperative bleeding, infection, cervical stenosis was not observed in the patients. As a result LEEP has been confirmed to be an easy, cost effective, fast, and office procedure with local anesthesia with high tolerability, without significant complications and with a pathological specimen, and overall a successful method of treatment.

Key words: LEEP, Cervix, Premalign Lesion

Serviks preinvazif lezyonları asemptomatik olmalarına rağmen, spesifik yöntemlerle saptanabilmektedir. Erken tanıda PAP smear, halen en geçerli tarama yöntemidir^{1,2}. Servikal lezyonların tedavisinde destrüktif ve eksizyonel yöntemler kullanılır^{3,4}. Eksizyonel yöntemler, histopatolojik inceleme açısından giderek daha çok kabul görmektedir. Bu yöntemlerden LEEP (loop elektrocerrahi eksizyonel prosedür), ayaktan uygulanabilen, histopatolojik tanı olanağı sağlayan, çabuk öğrenilebilen, cihaz ve sarf maliyeti düşük bir teknik olarak, diğer yöntemlere üstün bir alternatiftir^{5,6}.

LEEP yönteminde transformasyon zonu değişik çap ve şekillerde olabilen sert bir tel ile düşük voltajda hem kesilmekte, hem de koagülasyon yapılmaktadır. Ayaktan tedavi esnasında hem tanısal hem terapötik operasyonu aynı anda yapma avantajına sahiptir. Elektrik gücü yüksek (35-45 Watt) ve tel çapı küçük olduğu için termal hasar az olmakta ve histopatolojik inceleme mümkün olmaktadır.

LEEP endikasyonları:

1-Sitolojik ve/veya kolposkopik olarak skuamöz intraepitelial neoplazi şüphesi,

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği ¹ Şef Yardımcısı, ² Şefi Doç Dr ³ Asistan ⁴ Baş Asistan

- 2-Adenokarsinoma in situ veya skuamöz mikroinvazif hastalık şüphesi,
- 3-Sitolojik anormallik ile birlikte uyumsuz kolposkopik bulgu varlığı,
- 4-Persiste CIN III ve hasta uyumunun olmadığı CIN I olguları,
- 5-Semptomatik servikal ektropion varlığı.

LEEP esnasında veya sonrasında kanama, servikal stenoz ve sekonder infeksiyon, işlemin nadir görülen komplikasyonlarıdır.

Bu çalışmanın amacı, serviksin benign ve premalign lezyonlarının tedavisinde LEEP in etkinliğini araştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Aralık 1996- Kasım 1998 tarihleri arasında Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekoloji polikliniğine başvuran hastalardan, PAP smearde anormal sitolojik bulgu saptanan 32 olguda LEEP uygulandı.

Olgu değerlendirme formuna hastaların yaş, eğitim durumu, mesleği, gravida-paritesi, ilk koitus yaşı, koitus sıklığı, öz ve soy geçmişindeki özellikler,

sigara kullanımı, kontrasepsiyon durumu, lökore, postkoital kanama, dismenore, disparoni gibi şikayetlerinin olup olmadığı kaydedildi. Olguların tümüne kolposkopi yapıldı. Bu işlem, 8-12-20 büyütme Carl Zeiss Zena Colposcopy 6V, 30 W kolposkopi yapıldı. Bütün hastalara 00 keskin kürele endoservikal küretaj uygulandı. Gerekli olgularda kolposkopi ile yönlendirilmiş biopsi, Keworkian pensi kullanılarak alındı.

LEEP tüm olgularda ameliyathane koşullarında uygulandı. Genel anestezi uygulanan olgularda Thiopentane sodium , lokal anestezi uygulanan olgularda Xilocain paraservikal blok için kullanıldı. LEEP Ellman Surgitron FF PF çıkış voltajı 110-260 Volt, çıkış frekansı 3.8 MHz olan elektrocerrahi cihazı kullanıldı. Eksizyon , lezyonun büyüklüğüne uygun halka loop ile 40 Watt güçte yapıldı. Koagülasyon, top elektrot ile sağlandı. Eksizyon materyali saat 12 hizasında işaretlenerek % 10 formalin içinde patoloji laboratuvarına gönderilerek histopatolojik incelemeye alındı. Hastalar işlem sonrası 12-24 saat gözlem altında tutuldu. Profilaktik antibiotik kullanılmadı. Hastalara 1 ay süre ile koitus yasaklandı. 8 hafta sonra jinekolojik muayene ile kontrol edilen hastalara 3 ve 6. aylarda PAP smear tekrarlandı.

BULGULAR

Olgularımızda yaş ortalaması 36.00±0.96 (25-50), parite 3.2±0.29 olup, hepsi cinsel yönden aktiftiler.

Tablo I: Olguların smear sonuçlarına göre dağılımı

	Sayı	% Oranı
Kronik servisit	2	6.25
ASCUS	7	21.88
LGSIL	19	59.38
HGSIL	4	12.50
TOPLAM	32	100.00

Tablo II: Kolposkopi bulguları

	Sayı	% Oranı
Normal	5	15.63
Puntuasyon	8	25.00
Beyaz epitel	7	21.88
Mozaik	6	18.75
Atipik damarlanma	3	9.38
Yetersiz kolposkopi	3	9.38
TOPLAM	32	100.00

İlk koitus yaşı ortalaması 18.00±0.48 (13-27), aylık koitus sayısı 4.60±0.42 (2-12) idi. LEEP öncesi PAP smear bulgularında en büyük grubu %59.38 ile LGSIL

oluşturuyordu (Tablo I).

Tablo III: Olguların histopatoloji sonuçlarına göre dağılımı

	Sayı	% Oranı
LGSIL	21	65.63
HGSIL	4	12.50
Kronik servisit	4	12.50
Normal	3	9.38
TOPLAM	32	100.00

Anormal kolposkopi bulgularından en sık görüleni puntuasyon (%25), sonra sırasıyla beyaz epitel (%21,8), mozaik (%18,75) ve atipik damarlanma (%9,38) idi (Tablo II).

Operasyon süresi 3-10 dakika arasında idi. Bir olguda peroperatuar kanama top elektrod koagülasyonu ile kontrol altına alınamadı, sütür ile hemostaz sağlandı. LEEP materyalinin histopatolojik değerlendirilmesinde en büyük grubu %65.63 ile LGSIL oluşturdu (Tablo III).

Yalnızca bir olguda cerrahi sınırdaki termal hasar gözlemlendi, diğer olgularda oluşan termal değişikliğin histopatolojik incelemeye engel olmadığı, patoloji departmanınca bildirildi. Olguların hiçbirinde endoservikal küretajda malign lezyon saptanmadı.

Postoperatif 6 ay boyunca izlenen olguların hiçbirinde servikal stenoz, infeksiyon, disparoni, postkoital kanama gibi komplikasyonlara rastlanmadı. Olgulardan ikisinde postoperatif 4 ve 9 ucu aylarda gebelik saptandı.

TARTIŞMA

Geçtiğimiz son 40 yıl içerisinde serviks preinvasif lezyonları gittikçe daha kolay tanınır hale gelmiştir^{1,2}. Bu lezyonlar daha çok doğurganlık çağındaki kadınlarda görülmektedir. Tedavide ablatif (elektrokoagülasyon , LASER vaporizasyon ve krioterapi) ve eksizyonel yöntemler (LASER konizasyon, soğuk konizasyon, elektrokonzasyon ve histerektomi) uygulanabilir. Ablatif yöntemlerin avantajı, ofis koşullarında uygulanabilmesi ve gelecekteki bir gebeliğe engel olmaması, dezavantajı ise histopatolojik inceleme yapılabilecek bir spesimenin olmamasıdır. Eksizyonel yöntemlerde spesimen elde edilir ancak ameliyathane koşullarında ve genel anestezi ile yapılır ve histerektomi sonrası gebelik olanaksızdır. Düşük voltajlı, yüksek frekanslı ince tel lup elektrod kullanılan LEEP yöntemi, hem ablatif yöntemler gibi ofis koşullarında lokal anestezi ve düşük maliyet ile yapılmakta , hem de patolojik inceleme için iyi bir spesimen sağlamakta ve gelecekte gebeliği mümkün kılmaktadır^{5,6,7,8}. Olguların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde 32 olgunun

27-50 yaşları arasında olduğu ve ortalama yaşın 36.00 ± 0.96 olduğu görülmüştür. Bu aralık çeşitli araştırmacıların serileri ile uyum göstermektedir^{1,2,3}.

Çalışma kapsamına alınan olgular, farklı şikayetlerle jinekoloji polikliniğine başvurduğunda yapılan sitolojik tetkik sonucuna göre seçilmiştir. Çeşitli yazarlar, servikal sitoloji tarama yöntemi olarak kullanıldığında %10-20 olgunun atlanabildiğini bildirmişlerdir^{2,3,9}. Bazı çalışmalarda bu oranın endoservikal fırça (endobrush) ile çok daha aza (%5) indirilebileceği bildirilmiştir^{9,10}. Günümüzde bazı otörler, kolposkopistin deneyimsizliği halinde kolposkopik biopsinin, gerçek lezyonun tümünü göstermekte yetersiz olduğunu, sitopatoloji sonrası uygun olguların direk LEEP ile tanı ve tedavisine gidilmesi gerektiğini bildirmektedirler^{3,4,5,8,11,12}. Bazı otörler ise anormal sitolojili tüm hastalara LEEP uygulamayı aşırı invazif bulmakta ve kolposkopik deneyimin arttırılmasının, sorunu çözeceğine inanmaktadır^{1,9,13}.

Çalışmamızda LEEP uygulaması sırasında patolojik doku alanının küçük olduğu olgularda tek hareketle, geniş olduğu olgularda 2 ya da 3 hareketle eksizyon yapılmıştır. Bu şekilde uygulama ile cerrahi sınırdaki lezyon saptanmadı. Birçok araştırmacı, lezyonun genişlik ve derinliğine göre birkaç hareketle kesinin daha uygun olacağını ve bu şekilde rezidü olasılığının ortadan kalkacağını bildirmektedir^{9,13,14}. Çalışmamızda operasyon süresi 3 ile 10 dakika arasında idi ve bu süreler literatüre uygunluk göstermekteydi^{5,14}.

Çalışmamızda genel olarak hemostaz için elektrokoagülasyon yeterli olmuş, bir olguda hemostaz, sütür ile sağlanmıştır. Operasyon sonrası erken ve geç kanama, dismenore, disparoni, postkoital kanama, infeksiyon, servikal stenoz gibi komplikasyonlar görülmemiş ve bu konudaki bulgularımız literatür ile uyumlu bulunmuştur^{5,6,15}. İki olgudan biri 4 diğeri 9 uncu aylarda gebe kalmıştır. Turlington⁶ ve Baldauf¹⁵ LEEP in gelecekteki fertilitiyi etkilemediğini bildirmişlerdir. Bizim olgularımızdan kontraseptif yöntem uygulamayan ikisinde gebelik görülmesi, bu otörlerin fertilitiyeye ilgili görüşlerini desteklemektedir. Çeşitli çalışmalarda infertilitiyeye neden olan servikal stenoz komplikasyonu %1 oranında verilmektedir. Bizim çalışma grubumuzdaki olgularda servikal stenoz görülmemesi nedeni uygulamada gösterilen özen ve deneyime bağlı olduğu gibi, daha geniş vaka serilerinde değerlendirmek istatistiksel açıdan daha değerli olabilecektir.

Serviks lezyonlarının LEEP ile tedavisinde başarı oranı %100 olarak bulunmuştur. Çeşitli çalışmalarda LEEP başarısı %98 olarak bildirilmiştir^{3,4,5,12,14}. Bizim çalışmamızdaki başarı oranı ilgili literatüre uygunluk göstermektedir. Literatürde LEEP

endikasyonları konusunda tam bir görüş birliğine varılmadığı görülmektedir. Yayınların bir kısmı sitopatolojik değerlendirme sonrası kolposkopi, daha sonra biopsi önerirken^{1,9,13,14}, diğer bir kısmı kolposkopistin de hata yapabileceğini ve şüpheli sitopatoloji sonrasında direk olarak LEEP yapılması gerektiğini bildirmektedir^{11,12}. Bizim görüşümüz, tekniğine uygun Pap smear alınması, deneyimli sitopatologlar tarafından yapılan incelemeler ve gerektiğinde tekrarlanan veya konsülte edilen kolposkopik inceleme ve yönlendirilmiş biopsi ile, LEEP gerektiren olguların sınırlı sayıda kalacağı şeklindedir. Ancak bütün bu değerlendirmelerimize rağmen, servikal lezyonların tanısı ile birlikte tedavisine de olanak vermesi, hospitalizasyon gerektirmeden lokal anestezi ile kolay ve kısa sürede uygulanabilen bir işlem olması, nadiren komplikasyonlara yol açması ve elde edilen dokunun histopatolojik değerlendirmesinde güçlük yaratmaması gibi nedenler dikkate alındığında LEEP, aynı amaçla kullanılan diğer yöntemlere tercih edilebilecek bir yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. Creasman WT, Disaia PJ: Clinical Gynecologic Oncology, St Louis, Mosby-Year Book Inc. 1993, pp:1-33
2. Bozkurt S: Jinekolojik onkolojide servikovajinal sitoloji, in: Atasü T, Aydın K (Eds): Jinekolojik onkoloji İstanbul, Logos, 1996, 182-208
3. Gundersen JH, Nichols S. LEEP: Early experience with a new approach to cervical lesions. Wis Med J. 1994; 93:58-62
4. Mayeaux EJ Jr, Herper MB. Loop electrosurgical excision procedure. J Fam Pract. 1993; 36:214-219
5. Saidi MH, Setzler Jr FD, Sadler RK, Farhart SA, Akright BD. Comparison of office loop electrosurgical conization and cold knife conization. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 1994; 1:135-139
6. Turlington WT, Wright BD, Powel JL. Impact of the LEEP on future fertility. J Reprod Med. 1996; 41:815-818
7. Yıce K, Ayhan A, Küçükali T. A new method in the treatment of chronic cervicitis: Loop diathermy. Acta Reprod Turc. 1992; 14:147-159
8. Milla-Villada RH, Gurrola-Medrano T. Diathermic loop treatment of subclinical cervical infection by HPV short term effectiveness. Gynecol Obstet Mex. 1995; 63:293-296
9. Berkman S, Ermiş H. Cervical intraepithelial neoplazi (CIN), in: Atasü T, Aydın K (Eds). Jinekolojik onkoloji, İstanbul Logos, 1996, 229-250.
10. Atasü T, Şahmay S. Serviks selim lezyonları, in: Jinekoloji. İstanbul, Üniversal dil hizmetleri ve yayıncılık A.Ş. 1996; 245-251
11. Del Priore G, Gilmore PR, Maag T, Warshal DP, Cheon TH. Colposcopic biopsies versus LEEP cone histology in HIV+ women. J Reprod Med. 1996; 41:653-657
12. Ferris DG, Hainer BL, Pfenninger JL, Zuber TJ. See and treat electrosurgical loop excision zone. J Fam Pract. 1996; 42:253-257
13. Hatch KD, Hacker NF. Intraepithelial disease of cervix, vagina and vulva, in: Berek JS, Adashi EY, Hillard PA (Eds): Novak's gynecology, Baltimore, Williams and Wilkins. 1996, 447-487
14. Wright VC: Management of LGT intraepithelial neoplasia, in. ESO Course on Gynecological Oncology, Ankara, European School of oncology press, 1998 mar, Vol 1.
15. Baldauff JJ, Dreyfus M, Ritter J, Meyer P, Philippe E. Risk of cervical stenosis after large loop excision. Obstet Gynecol. 1996; 88:933-938