

T1264



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
ANABİLİM DALI

KRONİK SERVİSİT TEDAVİSİNDE LEEP'İN ETKİNLİĞİ

T1264/1-1

Uzmanlık Tezi

Dr.Sezai ERTÜRK

Tez Danışmanı : Yrd.Doç.Dr.C.Gürkan ZORLU

"Tezimden kaynakça gösterilerek yararlanılabilir"

Antalya, 1997

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
Merkez Kütüphane

Bu çalışmada değerli katkı ve yardımlarını esirgemeyen Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof.Dr.Orhan ERMAN'a, Sayın Prof.Dr.Mine ÜNER'e, Sayın Doç.Dr.Bilal TRAK'a, Sayın Yrd.Doç.Dr.C.Gürkan ZORLU'ya, Sayın Yrd.Doç.Dr.Kemal ÖZGÜR'e, Sayın Uzm.Dr.Tayup SİMŞEK'e, Sayın Uzm.Dr.Zeki AKSİNCİ'ye ve araştırma görevlisi arkadaşlarıma içtenlikle şükranlarımı sunar, teşekkür ederim.

Dr Sezai ERTÜRK
Antalya, 1997

İçindekiler

	<u>Sayfa No :</u>
Giriş	1 - 2
Genel Bilgiler	3 - 11
Materyal ve Metod	12 - 15
Bulgular	16 - 20
Tartışma	21 - 24
Sonuçlar	25 - 27
Özet	28 - 30
Kaynaklar	31 - 34

GİRİŞ ve AMAÇ

Kronik servisit tüm jinekolojik lezyonlar içerisinde en sık görülen servikal lezyondur. Doğum yapmış kadınların % 90-95'inde kronik servisit bir belirtisi bulunur. Fakat bu genellikle minimal, asemptomatik düzeyde bir enflamasyondur (1).

Semptomatik hastalarda görülen kasık ağrısı, disparoni, postkoital lekelenme, mukopurülan ve kötü kokulu lökore, kadının günlük yaşamında huzursuz olmasına, kendini rahatsız hissetmesine ve hatta seksüel yaşantısının da olumsuz olarak etkilenmesine neden olur. Sonuçta kadın kendini sağlıksız hisseder, özgüveni azalır.

Jinekologlar, bu derecede yaygın olan ve kadını huzursuz eden bu tablo karşısında, etkili tedavi yöntemleri bulmak çabasında olmuşlardır. Kriyoterapi, elektrokoagülasyon (koterizasyon), soğuk konizasyon ve lazer tedavisi, bu çabalar sonucu ortaya çıkan geleneksel tedavi yöntemleridir. Bu ablatif yöntemlerle, patolojik inceleme için lezyonlu doku örneği elde edilememektedir. Ne varki, lezyonlu dokularda benign değişimlerin yanında, premalign veya malign birtakım değişimler olabileceği için, patolojik inceleme gereklidir (1).

Patolojik inceleme; pap smear, direkt biopsi ve uygulanan tedavi sonucu elde edilen dokunun incelenmesi şeklinde olabilir. Artık günümüzde, önce patolojik inceleme için biopsi alınıp, histopatolojik incelemeden sonra, ayrı bir seansta tedavi yapılması yerine aynı seansta

hem tedavinin yapıldığı, hem de incelenmek üzere lezyonlu dokunun elde edildiği eksizyonel yöntemler öncelik kazanmaktadır.

Servikal preinvazif lezyonların (sıl'lerin) tanı ve tedavisinde son zamanlarda popüler hale gelen, yaygın kullanım alanı bulan leep'in (loop elektrocerrahi eksizyonel prosedür) veya Iletz (büyük loop ile transformasyon zonunun eksizyonu) benign servikal lezyonlarda ve kronik servisitte kullanımı ve etkinliği ile ilgili çok az sayıda çalışma vardır. Bu çalışmalarda leep'in kolayca uygulanabilir bir yöntem olduğu, morbiditesinin az olduğu, tedavi sonuçlarının memnun edici olduğu ve bu nedenle kronik servisitte etkin bir tedavi yöntemi olarak kullanılabileceği ileri sürülmektedir (2, 3). Ancak bu konudaki yayınlar oldukça sınırlıdır.

Biz de bu çalışmamızda, yeni bir tedavi yöntemi kullanılan leep'in etkinliğini, morbiditesini ve geleneksel tedavi yöntemlerine bir alternatif yöntem olup olamayacağını araştırmak için geleneksel yöntem olan kryoterapi ile karşılaştırmalı olarak kronik servisit tedavisinde kullandık.

Bu amaçla jinekolojik muayenesinde kronik servisitle uyumlu bulguları olan ve bundan dolayı çeşitli yakınmaları olan hastaların bir bölümüne kryoterapi, bir bölümüne de leep tedavisi yapıldı.

Her iki gruptaki hastalar belirtilen sürelerde kontrollere çağrıldı ve bulgular oluşturulan çalışma formlarına kaydedildi. Elde edilen veriler istatistiki olarak değerlendirildi.

GENEL BİLGİLER

Tanım :

Servisit ; Serviksin enflamatuvar hastalığına denir. Serviksin iltihabi hastalığı akut ya da kronik iltihabi değişiklikler şeklinde karşımıza çıkar.

Akut servisitinin en sık nedeni gonokoksik enfeksiyondur. Clamidy, Streptokok, Stafilokok, Enterokok, Haemophilus vaginalis'te akut servisit etkenleri arasındadır. Akut servisitte enfeksiyon büyük ölçüde endoservikal bezlerde sınırlıdır, az da olsa, ektoserviks iltihabi olaya katılabilir ve bu duruma "*akut ektoservisit*" denir (1). Serviksin kronik enflamatuvar değişiklikler içeren şekline de "*kronik servisit*" denir.

İnsidans :

Serviksin iltihabi hastalığı oldukça yaygındır. Doğum yapmış kadınların % 90-95'inde kronik servisitinin bir belirtisi bulunur. Fakat genellikle semptomlar minimal, hatta asemptomatik ve klinik belirti taşımayan türden iltihaptır (1).

Erişkin bir kadında serviks devamlı travmaya açık bir haldedir. Koitus, doğum, tıbbi müdahaleler gibi etkenler serviksin travmatize olmasına ve enfeksiyona açık hale gelmesine sebep olurlar.

Kronik servikal enfeksiyon kadınların tüm yaşamları boyunca yarısından fazlasını etkileyen bir patolojidir ve en sık gözlenen jinekolojik lezyonlardan biridir. Fakat gün geçtikçe obstetrik özendeki

artış asemptomatik kronik servisit insidansının azalmasını sağlamaktadır (4, 5).

Etyoloji. Patogenez:

Kronik servisitte etken mikroorganizmalar, zedelenmiş servikse yerleşen, vajen florasında bulunan mikroorganizmalardır. Bunlar Streptokok, Stafilokok, Koliform bakteriler gibi nonspesifik mikroorganizmalar olup, tek başına veya kombine olarak serviksi atake ederler. Ayrıca herpes grubu viruslar da servisite neden olurlar.

Etyolojide diğer rol oynayan faktörler ise; anovajinal kontaminasyonla karakterize kötü hijyen, hypoöstrojenizm, hipovitaminoz ile sekonder olarak azalmış, enfeksiyona direnç ve peser gibi yabancı cisimlerin yol açtığı irritasyondur (4).

Patoloji:

Kronik enflamatuar hücreler difüz ya da lokalize bir şekilde subepitelyal stromada lokalizedir. Endoserviksin yarık ve tünelleri pürülan aksuda ile doludurlar, enfeksiyonun yol açtığı sekonder değişiklikler nabothi kistlerinin oluşmasına neden olur.

Uzun süreli kronik enfeksiyon servikal stromada fibröz bağ dokusu proliferasyonuna yol açar. Bu da serviksin hipertrofisine neden olur. Skuamokolumnar bileşkedeki kolumnar epitelin çok katlı yassı epitele dönüşümü ile karakterize skuamöz metaplazi, nabothi kistlerinin oluşmasına yol açar.

Endoservikal bezler şiş ve ödemli ve dışa açık durumdadır. Bu nedenle kolayca travmatize olarak hafif kanamaya sebep olabilirler. Enfekte endoservikal bezlerin eversiyonu servikal os çevresinde kırmızı, granüler bir bölge oluşmasına neden olur. Bu görünüm yanlış olarak

erozyon olarak tanımlanabilir. Erozyon ifadesini servikal mukozanın kaybıyla seyreden durumlarda kullanmak daha doğru olur.

Kronik servisite parametritisde eşlik edebilir. Bu durum alt abdominal ve lumbosakral ağrıların, dismenore ve disparoni gibi şikayetlerin oluşmasına yol açar.

Ayrıca subvezikal lenfanjite bağlı olarak kronik servisit olgularında sistitizm bulguları görülebilir (4). Bu hastaların sistoskopik incelemesinde akut veya kronik trigonitisin varlığı görülebilir (1).

Klinik :

Lökore belirgin ve bazen tek semptom olabilir. Akıntı çoğu kez mukopürülandır. Bazen de koyu yapışkan yumurta beyazı şeklindedir.

Daha önce belirttiğimiz patooljik değişimlere bağlı olarak postkoital lekelenme şeklinde kanama görülebilir. Enfeksiyonun ilerlemesi sonucu oluşan lenfanjit ve parametrit tablosu dismenoreye, disparoniye, lumbosakral sırt ağrılarına yol açar. Ayrıca üriner sistem şikayetleri olarak sıklıkla dizüri ve urgency oluşabilir.

Teşhis :

Klinik bulgular ve muayene bulgularıyla kronik servisit kolayca teşhis edilebilir. Muayenede hipertrofik serviks, servikal lökore, psödoerozyon, nabothi kistleri nedeniyle normal görünümünü kaybetmiş bir serviks görünümü mevcuttur. Bu şekildeki bir serviks görünümü, aşikar semptomlara yol açan belirgin bir kronik servisit tablosunu tanımlar.

Fakat bu şekilde sadece spekulum muayenesi ile benign bir servikal lezyon olan kronik servisitle, serviksin premalign veya malign değişimlerini ayırt etmek mümkün değildir. Tabloya serviksin preinvaziv veya invaziv değişiklikleri eşlik edebilir. Bu nedenle

günümüzde tüm servikal lezyonların patolojik incelemesinden sonra tedavisi, benimsenmiş bir yaklaşımdır.

Patolojik incelemeyi, pop smear şeklinde sitolojik inceleme ya da direkt punch biopsi şeklinde inceleme oluşturur. Yapılacak patolojik incelemeden sora olayın sadece serviksin kronik iltihabi bir hastalığı mı, ya da başka bir preinvaziv veya invaziv hastalığın eşlik edip etmediği anlaşılır ve uygulanacak tedavi yöntemine karar verilir.

Kronik servisit tedavisi :

Tedavi medikal veya cerrahi tedavi olarak iki gruba ayrılır ;

1- Medikal tedavi : Servikal müköpürölan akıntısı olan, başka servikal lezyonu olmayan hastalarda kültür antibiogram yapıldıktan sonra, oral veya parenteral antibiyotik tedavisi verilmelidir. Lokal vajinal ovul ve kremlerin derin yerleşimli endoservikal enfeksiyona etkisi olmaz (4).

Eğer medikal tedaviye 2-3 ay içinde yanıt alınmazsa minor cerrahi tedavilere geçilmelidir (4).

Ayrıca, viral etyolojili kronik servisitte (HPV-16, HSV tip 2, CMV) rekombinant alfa-1 interferon ile % 93 oranında klinik düzelme bildirilmiştir (6).

DNA hibridizasyonu, ELISA ve virus izolasyon yöntemleri ile viral etyoloji saptanabilir (7).

2 - Cerrahi yöntemler : Cerrahi yöntemlerdeki tedavi prensibi kronik iltihabi değişikliklere uğramış servikal dokuyu ortadan kaldırıp, yeni rejenerasyon dokusuyla iyileşmenin sağlanması şeklindedir. Bu amaçla destrüktif veya eksizyonel yöntemler kullanılır.

Bunlar ;

Koterizasyon (Elektrokoagülasyon) : Kronik servisitın tüm dünyada yaygın olarak kullanılan geleneksel tedavi yöntemidir. Serviks dış kısmı ışınsal olarak koterize edilir. Ancak servikal kanala uygulanmaz. Koterin servikal kanala uygulanmasıyla seyrek olmayan bir komplikasyon olarak servikal stenoz oluşabilir.

Koterizasyon sonucu servikte kötü görünümlü nekrotik doku meydana gelir. Bunu granülasyon dokusu ve daha sonra da sert nedbeleşme izler. Yaklaşık 7-8 haftada iyileşme tamamlanır. Ucuz bir yöntem olmasına karşın, bol akıntılı endoservisitlerde etkili olmaması, hastada yakılma duygusunun verdiği huzursuzluk gibi nedenlerle günümüzde yerini kryoterapi, lazer tedavisi ve diğer yöntemlere bırakmıştır.

Konizasyon (Soğuk konizasyon) : İltihabi değişiklikler içeren ektoserviks ve endoserviks koni şeklinde bıçakla çıkarılır. Kronik servisit ile birlikte pap smear'de preinvaziv değişiklikler saptanmışsa özellikle endikedir. İşlemin genel anestezi altında yapılması, hospitalizasyon gerekmesi ve hemoraji riski gibi dezavantajları vardır. Diğer tedavi yöntemlerine göre daha invaziv bir tedavi yöntemidir. Günümüzde kronik servisit tedavisinde soğuk konizasyon tamamen terkedilmiş, yerini diğer yöntemlere bırakmıştır.

Kryoterapi : Servikal yüzeyin dondurularan tahrip edilmesi esasına dayanan bir yöntemdir. İşlem sonucunda hücre içi intraselüler sıvı kristalleşerek iltihaplı hücre hasarlanmasına ve ölümüne yol açar.

Bu etkinin oluşması için -20, -30°C ısıya ihtiyaç vardır. CO₂, freon, nitroz okside basınçlı tüplerden bir boru yardımı ile servikse uygulanacak proba gelir ve burada istenilen donmayı sağlar. Nitroz oksid ile -89°C, CO₂ gazı ile -65°C'ye kadar donma sağlanır. Proben çevresinde 5 mm'lik buz topu oluşuncaya kadar işlem yapılmalıdır.

Kryoterapide dondurma süresi 3-7 dakika kadardır. Tek veya çift dondurma şeklinde yapılır.

Kryoterapi uzun süreden beri yaygın olarak kullanılan bir yöntem olduğu için, etkinliği ve yan etkileri hakkında yeterli bilgimiz vardır.

Kryoterapi, CIN I-II'de % 90-95 oranında, CIN III'de % 80-85 oranında küratif tedavi sağladığı bildirilmiştir (8,9).

Ancak, endoservikal lezyonlarda ve lezyonun büyük olduğu durumlarda etkinliği düşüktür (9). Kryo aletinin probunun büyüklüğü, serviksin pozisyonu, eksternal os'un şekli, işlemin süresi kryoterapinin etkinliğinde rol oynayan faktörlerdir (10).

Kryoterapi hem benign servikal lezyonların (ektrapion, erozyon, servikal condyloma), hem de servikal neoplazilerin tedavisinde kullanılır.

Kryoterapinin yan etkileri oldukça büyük serilerde incelenmiştir: 400 hastalık bir seride 3 hastada işlemden sonraki 6 gün içinde mukometra görülmüştür (18).

Kryoterapide proflaktik antibiyotik kullanımını öneren araştırmacılar vardır. Yapılan bir çalışmada kryoterapi yapılan hastaların % 9'unda 1 ay içinde pelvik inflamatuvar hastalık, % 3 hastada servikal stenoz ve hematometra saptanmıştır (11).

Matony 1248 hastada kryoterapinin yan etkilerini araştırmış ve vajinal akıntı, hipogastrik rahatsızlık ve vasküler reaksiyonu başlıca yan etki olarak bildirmiştir. Ayrıca bazı araştırmacılar kryoterapinin gebelerde güvenle kullanılabileceğini belirtmektedirler (12,13).

Kryoterapi sonrası 2-3 hafta cinsel ilişki önerilmemektedir. İyileşme ise yaklaşık 3-4 haftada olmaktadır.

Lazer tedavisi : Lazer hem ablatif amaçlı (lazer vaporizasyon), hem de eksizyonel amaçlı (lazer konizasyon) kullanılır. Yüksek enerjili ışın demeti lezyonlu bölgeye yönlendirilerek hücreler tahrip edilir. CO₂, KTP, Arġon, Nd:YAG gibi çeşitli tipleri vardır. Bunların birbirinden farkı, sağladıkları ışının dalga boylarının farklı olmasıdır. Kolpaskopi eşliğinde kullanılabilirler. Tahrip edilen doku derinliği ve sınırları iyi bir şekilde kontrol edilebilir (14,15).

Endoservikal kanala doğru yayılmış lezyonlarda iyi sonuç verir. Özellikle servikal intraepitelyal lezyonlarda lazer tedavisinin kullanımı ile ilgili oldukça yeterli çalışma vardır (14).

Lazer vaporizasyonu ile CIN I'de % 83-98, CIN II'de % 85-97, CIN III'de % 77-93 oranında başarı bildirilmektedir (4).

Lazer konizasyonu sonucu oluşan peroperatif ve postoperatif kanama riskinin %2.3-%12.2 kadar olduğu bildirilmektedir (14).

Ayrıca servikal stenoz ve postoperatif enfeksiyon lazer tedavisinin diğer komplikasyonlarıdır.

Lazerle tedavi yönteminde ekipman maliyetinin fazla olması ve kullanım için özel bir tecrübe gerektirmesi, bu tedavi yönteminin yaygın bir şekilde kullanılmasını kısıtlamaktadır.

LEEP (Loop Electrosurgical Excision Procedure) :

Düşük voltajlı, yüksek frekanslı ince loop elektrodla servikal lezyonların eksizyonu esasına dayanır. LETZ (Loop excision transformation zone), LLETZ (Large loop excision transformation zone) olarak da adlandırılır.

İlk olarak Cartier (4) 1984 yılında CIN lezyonlarını küçük çelik loop elektrodlarla çıkardı. Daha sonra 1989'da Prendville ve arkadaşları (4) büyük diatermi loop'u kullanarak lezyonun hem biyopsisinin, hem de tedavisinin gerçekleşmesini sağladılar.

Leep ile benign servikal lezyonların (kronik servisit, erozyon, eversiyon, condyloma acuminata), servikal intraepitelyal lezyonların (CIN) ve mikroinvaziv servikal malignitelerin tedavisi yapılabilir. Loop ile eksizyondan sonra servikal kanamaları kontrol etmek için ball elektrodla koagülasyon yapılır ve demir sülfatlı Monsel's solüsyonu servikal yüzeye sürülerek sızıntı şeklinde kanamalar kontrol edilir (14).

Literatürde leep'in CIN'lerde kullanımı ile ilgili oldukça çok sayıda yayın olmasına karşın, kronik servisitte kullanımı ile ilgili olarak sınırlı çalışma vardır (2,3). İşlemin kaç voltluk güçle yapıldığı, loop'un büyüklüğü, dokuda oluşan termal hasarın miktarında etkilidir. İşlem sırasında küçük loop kullanıldığında ve voltaj yüksekliğinde termal hasar azalır. Hemostaz için kullanılan ball kater ne kadar fazla kullanılırsa skar dokusu da o kadar fazla oluşur, işlem sonrası enfeksiyon geç dönem kanama riski de artar.

Leep'in komplikasyonları ise peroperatif ve postoperatif kanama, servikal stenoz, postoperatif enfeksiyon, vajinal yanıktır (14).

Leep'in fertilité üzerine olumsuz etkisi olmadığı, hatta servikal faktörü iyileştirerek olumlu etki sağladığına ilişkin çalışmalar vardır. Ayrıca daha sonra gebe kalan hastaların gebelik sorunlarına olumlu etkisi olmadığı bildirilmiştir (16).

Leep'in komplikasyonları servikal intraepitelyal lezyonların tedavisinde oldukça yaygın olarak kullanılması nedeniyle ortaya konmuştur. Ayrıca leep, soğuk konizasyon ve lazer konizasyon çeşitli çalışmalarda karşılaştırmalı olarak incelenmiştir.

Mathevet ve arkadaşları (17) çalışmalarında CIN'lerde 3 konizasyon yöntemini karşılaştırmışlardır.

Leep konizasyon grubu : ortalama operatif kanama ; 5.4 cc
ortalama operasyon süresi ; 5.5 dk

Soğuk konizasyon grubu : ortalama operatif kanama ; 16 cc
ortalama operasyon süresi ; 14 dk

Lazer konizasyon grubu : ortalama operatif kanama ; 21 cc
ortalama operasyon süresi ; 15.6 dk

olarak saptanmıştır.

Leep sonucu elde edilen lezyonlu doku patolojik incelemeye gönderilir. Servikal iyileşme yaklaşık 6-8 haftada olur. Bu dönemde cinsel ilişkide bulunulmamalıdır.

MATERYAL VE METOD

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine vajinal akıntı, postkoital lekelenme, bel ve kasık ağrısı gibi şikayetlerle başvuran ve jinekolojik muayenesi kronik servisitile uyumlu olan 84 hastanın 41'sine kryoterapi tedavisi, 43 hastaya leep tedavisi uygulandı.

Hastalara tedavi öncesi yapılacak tedavi hakkında bilgi verildikten sonra eşinin ve kendisinin onayı alındı. Kryoterapi grubunda 11, leep grubunda 9 hasta kontrollere gelmediği için değerlendirme dışı bırakıldı. Sonuçta leep grubundan 34, kryoterapi grubundan 30 hasta çalışmaya dahil edilerek değerlendirildi.

Jinekolojik muayenede hipertrofik serviksin, nabothi kistlerinin erozyonun, ekstrapionun gözlenmesi ve lökorenin tespit edilmesiyle kronik servisit tanısı konuldu. Bütün hastalardan tedavi öncesi pap smear alındı. Leep sonucu eksize edilen lezyonlu doku % 10'luk formol içinde incelenmek üzere patolojiye gönderildi.

Leep ve kryoterapi mestruasyondan sonraki hafta içinde uygulandı. Hem leep grubuna, hem de kryoterapi grubuna postoperatif enfeksiyon profilaksisi için doksisisiklin (100 mg/gün, 1x1, 14 gün) başlandı. Ayrıca hastalara tedavi sonrası oluşabilecek ağrıların tedavisi için, ağrısı olunca kullanılmak üzere 550 mg naproksen sodyum içeren

(2x1 /gün) preparat reçete edildi. Hastalara, kendilerine reçete edilen analjezikleri ancak rahatsız edici ağrıları olduğunda kullanmaları söylendi.



Şekil 1. Leep tedavisinde kullanılan araç ve gereçler topluca görülmektedir.

Kryoterapi için CO₂'li kryo cihazı (Erbe kryo cihazı) kullanıldı. Tüm hastalara 3 cm çapında konik kryo probu kullanıldı. Hastalara 4 dakika dondurma şeklinde işlem uygulandı. İşlem sırasında lokal veya sistemik analjezik verilmedi.

Leep için Ellman Surgitron, FFPF, radiotermal jeneratör (Ellman International Inc., Hewlett, NY) kullanıldı.

Loop olarak 15, 20, 25 mm çapında kesme derinliği ayarlanabilir Utah Prendville loop ve Elman Iletz disposable limit elektrod kullanıldı. Lezyonun büyüklüğüne göre, kullanılacak loop'un büyüklüğü seçildi.

Fazla kanamaları durdurmak amacıyla Wallach Disposable Ball (5 mm) kullanıldı. İşlem sırasında meydana gelen dumanları emmek için duman ünitesi kullanıldı (Ellman Vapor - Vac smoke plume evacuator, Ellman International). Kesme ve koagülasyon için jeneratör 60 Watt'a ayarlandı. İşlemden önce disposable plastik spekulum kullanıldı.

Hastalar jinekolojik masaya alındıktan sonra kalçasına, cilde yapışan dönüş elektrodu (Patch electrode) yapıştırıldı. Vajene plastik spekulum yerleştirildikten sonra serviks lugol solusyonu ile boyandı. Lokal anestezi olarak kullanılan % 2 lidokain + 1/100.000 epinefrin solusyonu 25 gauge iğne ile servikal parankime 4-6 yerden 6-10 ml enjekte edilerek lokal anestezi sağlandı. Ayrıca oral veya iv. analjezik verilmedi. Lokal anestezi 2-3 dakika sonra loop kalem şeklindeki işlem kontrol çubuğuna takılarak tedaviye başlandı. Loop serviks bir kenarından diğer kenarına doğru enflamasyonlu ve lasere yüzeyi çıkaracak şekilde yeterli derinlik sağlandıktan sonra servikal yüzeye paralel olarak ilerletilerek işlem yapıldı. Servikal eksizyonun bir defada yapılamadığı durumlarda iki veya üç defa aynı işlem yapılarak amacımıza uygun servikal eksizyon sağlandı. Böylece servikal erozyon, nobathi kistleri, lazerasyonlar ortadan kaldırıldı. En fazla 1 cm derinlikte eksizyon yapıldı.

Eksizyon işlemi bitirildikten sonra servikal yüzeyde kanayan damar uçları ball elektrodla koagüle edildi. Daha sonra sızıntı şeklinde kanamaları önlemek için ucu pamuklu aplikatörle servikal yüzeye Monsel's solusyonu (% 26 ferrik sülfat, Wallach Surgical Devices Inc.) sürüldü. Kanama kontrolü bittikten sonra işleme son verildi. Tüm leep hastalarında işlemin süresi kaydedildi. Loop ile eksizyonun başlangıcından ball kateteri ile kanama kontrolünün bitimine kadar olan süre, işlem süresi olarak belirlendi. Müdahale sırasında meydana gelen

kanama miktarı, müdahale sırasında kullanılan karegaz sayısına göre değerlendirildi.

Leep ve kriyoterapi yapılan tüm hastalara müdahale sırasında hissettikleri ağrı ve müdahale hakkındaki görüşleri soruldu.

Kriyoterapi grubundaki hastalar 4 hafta sonra kontrole çağrıldılar. Leep grubundaki hastalar ise 3. haftada ilk, 6. haftada ise ikinci kontrollerine çağrıldılar. Hastalara şiddetli kasık ağrısı, kötü kokulu vajinal akıntı, ateş yükselmesi veya vajinal kanama gibi şikayetleri olduğunda kontrol zamanını beklemeden acilen kliniğimize başvurması gerektiği anlatıldı. Kriyoterapi grubundaki hastalara 4 hafta, leep grubundaki hastalara 6 hafta cinsel ilişkide bulunmamaları önerildi.

BULGULAR

Kontrollerine düzenli olarak gelen leep grubundan 34, kryoterapi grubundan 30 hasta değerlendirmeye alındı.

Kryoterapi grubundaki hastaların yaş ortalaması ; 32,2 (Range: 23-49). Ortalama pariteleri : 2,3 (Range 1-4).

Leep grubundaki hastaların yaş ortalaması : 37.8 (Range 24-47), ortalama pariteleri : 2,9 (Range 1-6).

Leep yapılan hastalarda ortalama operatif kanama : 5,2 karegaz \cong 15,6 ml (kullandığımız karegazların yaklaşık 3 ml kadar kan absorbe ettiği varsayıldı).

	Kryoterapi (n:30)		Leep (n:34)	
	n	%	n	%
* Tam iyileşme	14	46.6	30	88.2
** Kısmi iyileşme	11	36.6	3	8.8
*** Başarısız tedavi	5	16.6	1	2.9

Tablo 1. Servikal bulgulardaki düzelme dereceleri ve tedavinin etkinliği.

- * Tam iyileşme : Servikal erozyonun, ektrapionun, nabothi kistlerinin olmaması, sağlıklı bir servikal yüzey epitelinin oluşması ve müköpürülan lökorenin görülmemesi,
- ** Kısmi iyileşme : Servikal boyutlarda tedavi öncesine göre önemli ölçüde iyileşme olmasına karşın, az da olsa erozyon, ektrapion, nabothi kistlerinin olması,
- *** Başarısız tedavi: Servikal bulgularda düzelmenin olmaması veya çok az olması.

Tablo 1'de görüldüğü gibi leep grubunda tam iyileşme % 88.2, kriyoterapi grubunda ise % 46.6 olarak bulundu. Tedavide başarısızlık ise leep grubunda % 2.9, kriyoterapi grubunda % 16.6 olarak bulundu.

	Kriyoterapi (n:30)		Leep (n:34)	
	n	%	n	%
Ağrı tanımlamadı	13	43.4	-	-
Hafif	17	56.6	25	73.6
Orta şiddette	-	-	9	26.4
Şiddetli	-	-	-	-

Tablo 2. Operatif ağrı.

Hastaların müdahale sırasında hissettikleri ağrı subjektif olarak hafif, orta, şiddetli ve ağrı olmadı şeklinde değerlendirildi (Tablo 2). Kriyoterapi grubunda orta ve şiddetli derecede ağrı saptanmadı. Leep grubunda ise hastaların önemli bir kısmı hafif gibi tariflerken, yaklaşık 1/4'ü orta derecede ağrı tarif etti. Ağrı nedeniyle müdahalenin sonlandırıldığı hasta olmadı.

Leep grubunda hiçbir hastada transfüzyon gerektirecek, servikal sutür atılmasını gerektirecek aşırı operatif kanama olmadı. Kanamayı durdurmada elektrokoagülasyon ve Monsel's solusyonu yeterli oldu.

Leep grubunda 26 hastanın tedaviden sonraki günlerde analjezik almaya gereksinim olmayacak hafif ağrısı olmuş, 8 hasta ise ağrı nedeniyle analjezik kullanmış, kriyoterapi grubunda ise postoperatif analjezik gereksinimi olmamıştır.

Müdahale sonrası görülen komplikasyonlar değerlendirildiğinde leep grubunda 4 hastada postoperatif vajinal kanama saptandı.

Bunlardan 2 hasta kanama nedeniyle kliniğimize başvurdu ve servikal kanama odakları koterize edilerek kanama durduruldu. Diğer 2 hasta ise kliniğimize tedavileri için başvurmadıklarını ve zamanla kanamaların azalarak kesildiğini belirttiler. Leep grubunda 3 hastada postoperatif pelvik inflamatuvar hastalıkla uyumlu bulgular saptanarak geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi verildi.

Kryoterapi grubunda ise 1 hastada fungal vajinitis, 1 hastada nonspesifik vajinit, 1 hastada ise akut servisit saptanarak uygun tedavi verildi.

Leep grubunda ortalama müdahale süresi 5.6 dakika, kryoterapi grubunda ise 4 dakika olarak bulundu.

Kryoterapi grubundaki tüm hastaların pap smearleri kronik servisitle uyumlu idi. Leep grubundaki hastaların pap smearlerinde ise 7 hastada kronik servisitle birlikte low sıl (low grade intraepitelyal lezyon) saptandı. Pap smeari low sıl gelen 7 leep hastasının tedavi sonucu gönderilen dokunun patolojik incelemesinde 5 tanesi low sıl'le uyumlu geldi. Diğer 2 hastanın histolojik incelemesinde intraepitelyal lezyon saptanmadı. Pap smearlerinde sıl saptanmayan 5 hastanın tedavi sonrası yapılan histolojik incelemesi low sıl'le uyumlu geldi (Tablo 3).

Olgu	Tedavi öncesi smear sonucu	Leep spesmeninin patoloji sonucu
1	Kr. servisitte uyumlu bulgular	Low sıl, kr polipoid seirvisit, yassı epitel metaplazisi
2	Kr servisitte uyumlu bulgular	Kr polipoid servisit
3	Kr servisitte uyumlu bulgular	Kr servisit, erozyon, yassı epitel hücre metaplazisi
4	Kr servisitte uyumlu bulgular	Kr servisit, erozyon, nabothi kistleri
5	Kr servisit, low sıl'le uyumlu bulgular	Kr servisit low sıl
6	Kr servisitte uyumlu bulgular	Kr polipoid servisit, servikal erozyon
7	Kr servisit, low sıl ile uyumlu bulgular	Kr. servisit, servikal erozyon
8	Kr. servisitte uyumlu bulgular	Akut ataklı kronik servisit, nabothi kistleri, servikal erozyon

Olgu	Tedavi öncesi smear sonucu	Leep spesmeninin patoloji sonucu
9	Kr servisitile uyumlu bulgular, yassı epitel hücre metaplazisi	Kronik servisit, low sil
10	Kr servisitile uyumlu bulgular	Akut ataklı kr polipoid servisit erozyon, nabothi kistleri
11	Akut ve kronik yangı hücreleri içeren servisitile uyumlu bulgular	Foliküler servisit, erozyon
12	Kr servisitile uyumlu bulgular	Kr servisit, erozyon, nabothi kistleri
13	Kr servisit ve erozyonla uyumlu bulgular	Kr servisitile uyumlu bulgular, yassı epitel hücre metaplazisi
14	Kr servisitile uyumlu bulgular	Kr servisit, erozyon, nabothi kistleri
15	Kr servisitile uyumlu bulgular	Low sil, nabothi kistleri, kr servisitile uyumlu patolojik bulgular
16	Low sil, immatür yassı epitel metaplazisi, kr servisitile uyumlu bulgular	Kr servisit, low sil
17	Kr servisit, low sil	Low sil, koilositik atipi
18	Kr servisitile uyumlu bulgular	--
19	Kr servisitile uyumlu bulgular	Kr servisit, flat condylom
20	Kr servisit, low sil ile uyumlu bulgular	Kr servisit, low sil, yassı hücre metaplazisi
21	Kr servisitile uyumlu bulgular	Akut ataklı kr servisit, nabothi kistleri
22	Kr servisitile uyumlu bulgular	Kr servisit, nabothi kistleri
23	Kr servisitile uyumlu bulgular, low sil	Kr servisit, erozyon, nabothi kistleri
24	Kr servisitile uyumlu bulgular	Kr servisitile uyumlu bulgular, nabothi kistleri, yassı epitel hücre metaplazisi
25	Kr servisitile uyumlu bulgular	Kr servisit, low sil
26	Kr servisitile uyumlu bulgular	Kr servisit, nabothi kistleri
27	Kr servisit, low sil	Kr servisit, nabothi kistleri, low sil
28	Kr servisitile uyumlu bulgular	Kr servisit, nabothi kistleri
29	Kr servisitile uyumlu bulgular	Kr servisit, erozyon, low sil, nabothi kistleri
30	Kr servisitile uyumlu bulgular	Kr servisit, low sil, nabothi kistleri
31	Kr servisitile uyumlu bulgular	Kr servisit, nabothi kistleri
32	Kr servisitile uyumlu bulgular	Kr servisit, erozyon, low sil
33	Kr servisitile uyumlu bulgular	Kr polipoid servisit, erozyon, nabothi kistleri
34	Kr servisitile uyumlu bulgular	Kr servisit, nabothi kistleri, endoservikal glandüler hiperplazi

Tablo 3. Leep grubundaki hastaların smear ve tedavi sonrası elde edilen spesmenlerin patoloji sonuçları.

Leep sonrası patolojik incelemeye gönderilen spesmenin tümünün patolojik sonucu alındı. Termal hasar ve artefakt nedeniyle değerlendirilemeyen spesmen olmadı. Ayrıca patoloğlar tarafından termal hasarla ilgili bir sorun iletilmedi.

TARTIŞMA

Kronik servisit tedavisinde geçmişten günümüze kadar birçok tedavi modaliteleri denenmiştir. Sistemik veya lokal antibiyoterapi, koterizasyon, soğuk konizasyon, kryoterapi ve lazer bunlardan başlıcalarıdır. Son yıllardaki az sayıda yayında ise leep tedavisinin kronik servisitte başarı ile kullanıldığı ve tedavi sonuçlarının memnuniyet verici olduğu belirtilmektedir (2,3).

Kronik servisitte antibiyoterapinin etkinliği sınırlıdır. Ancak enfeksiyon parametriuma ve endometriuma yayılmışsa kullanımı gereklidir (4,19).

Kronik servisit tedavisinde enflamasyonlu servikal dokunun elektrokoterizasyonu eskiden yaygın olarak kullanılan bir yöntem olmasına karşın, skar oluşumu, ağırlı bir işlem olması, enfeksiyon ve servikal stenoz gibi komplikasyonların fazla olması nedeniyle günümüzde terkedilen bir tedavi yöntemidir (4). Elektrokoterizasyonun yerini günümüzde kryoterapi ve lazer tedavisi almıştır (1).

Modern jinekolojide servikal lezyonların ablatif tedavisinden önce malignite olasılığının ekarte edilmesi gerektiği nedeniyle ablatif tedaviden önce sitolojik, kolposkopik ve biopsi ile histolojik inceleme gibi değerlendirmeler yapılmaktadır. Bu nedenle ablatif yöntemler

yerine hem tanı için lezyonlu dokunun elde edildiği, hem de tedavinin sağlandığı eksizyonel yöntemler öncelik kazanmıştır.

Geleneksel olarak kullanılan eksizyonel yöntem soğuk konizasyondur (cold krife conization). Fakat genel anestezi gerektirmesi, hospitalizasyon gerektirmesi, operatif ve postoperatif kanama ve enfeksiyon gibi riskleri nedeniyle başka alternatif yöntemlerin aranmasına neden olmuştur. Son yıllarda lazerle konizasyon benign veya premalign lezyonlarda kullanılmaya başlanmıştır (22,23,24).

Ancak ekipmanın pahalı olması ve işlemin özel bir tecrübe gerektirmesi gibi dezavantajları, bu yöntemin yaygın olarak kullanılamamasına sebep olmuştur.

Loop diaterminin daha ucuz bir teknik olması ve işlemin özel bir tecrübe gerektirmemesi nedeniyle servikal premalign lezyonlarda oldukça yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bu nedenle leep'in kullanımı ve komplikasyonları ile ilgili oldukça yeterli çalışma literatürde yayınlanmıştır. Tüm bu yayınlarda leep'in morbiditesinin oldukça az olduğu vurgulanmaktadır (2,3,20,21,25,26).

Leep ile ilgili çalışmalarda; Yüce ve arkadaşları (2) % 2.5, Mor-Yosef ve arkadaşları (20) % 2, Wright (26) % 0 oranında intraoperatif aşırı kanama meydana geldiğini bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise aşırı intraoperatif kanama olmadı.

Postoperatif geç dönem kanama ise; Guenesekara ve arkadaşlarının (27) çalışmasında % 0, Luesley ve arkadaşlarının (28) çalışmasında ise % 5.8 olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda ise 2 hastamızda tedavi gerektiren geç dönem kanama oldu (% 5.8).

Luesley ve arkadaşları (28) % 1, Wright (26) %0.5 oranında tedavi sonrası servikal stenoz geliştiğini belirtmektedirler. Bizim yaptığımız çalışmada hiçbir hastada servikal stenoz gelişmemiştir.

Postoperatif enfeksiyon ise Yüce ve arkadaşlarının çalışmasında % 5, Ergin ve arkadaşlarının çalışmasında % 1.68, bizim çalışmamızda ise % 8.8 oranında saptandı.

Leep, teşhis ve tedavi yöntemi olarak pratiğe girince eksize edilen dokuda oluşan termal hasarın miktarı da önem kazanmıştır. Bu konuda yapılan çalışmalarda loop'un büyüklüğünün, işlem sırasında kaç watt güçte akımın kullanıldığının ve işlemin yapılış şeklinin termal hasarın derecesinde önemli olduğu belirtilmekle birlikte, çoğunlukla termal hasarın çok ciddi boyunda olmadığı belirtilmektedir (20,21). Özellikle premalign ve malign servikal lezyonlarda termal hasar önem kazanmaktadır. Bizim çalışmamızın kronik servisitte leep tedavisi uygulandığı bir çalışma olmasına karşın, bazı hastalarımızda iltihabi lezyona low sıl'in eşlik etmesi bu konunun önemli olabileceğini düşündürmektedir. Fakat gönderilen tüm spesmenlerin histopatolojik sonucu gelmiş ve patologlar tarafından bize termal hasarla ilgili histolojik incelemeyi etkileyecek düzeyde termal hasar bildirilmemiştir.

Kronik servisitli olgularda human papilloma virusun (HPV16) normal servikse göre daha fazla bulunduğu saptanması, kronik servisit serviks kanseri için bir risk faktörü olabileceği fikrini düşündürmektedir (6). Dolayısıyla kronik servisit tedavisi ile hastanın yakınmalarının giderilmesinden başka serviks kanseri için risk faktörü olan bir durumun eradikasyonu sağlanabilmektedir.

Çalışmamızda kriyoterapiye göre leep'in daha yüksek oranda küratif olmasının (% 46.6 - % 88.2) sebebi kriyoterapi probunun geniş servikal lezyona tam etki etmemesi, serviksin hipertrofik olması,

kryoterapinin sağladığı doku nekrozu derinliğinin yetersiz olması gibi nedenlere bağlı olabilir. Ayrıca emmet ve diğer servikal yüzeydeki laserasyonları leep etkin bir şekilde ortadan kaldırmaktadır ve nullipar özellikte servikal görünüm oluşmaktadır. Sonuçta çalışmamızda leep; kryoterapiye göre kronik servisit tedavisinde istatistiki olarak anlamlı bir oranda daha küratif bir yöntem olarak bulunmuştur ($p<0.05$).

Yine yapılan çalışmalarda leep'in uzun süreli morbiditesi incelenmiştir. Fertiliteye, gebeliğe, doğum eylemine ve menstrual regülariteye olumsuz etkisi olmadığı belirtilmektedir (16,20,21).

Leep 'in lokal anesteziyle başarılı bir şekilde yapılabilmesi, ofiste ayaktan tedavide kullanılabilmesine olanak tanımıştır. Guenesevara ve arkadaşları lokal anestezi ile yapılan lazer konizasyonu ve leep eksizyonunun hastaya verdiği rahatsızlığı incelemişler ve sonuçta; leep grubunda % 92, lazer grubunda % 32 hasta tedavi ile ilgili herhangi bir memnuniyetsizlik belirtmemişlerdir. Bu sonuçtan da görüldüğü gibi, lazere göre leep'in daha az rahatsız edici bir tedavi yöntemi olabileceği fikri akla gelmektedir.

SONUÇLAR

Benign servikal lezyonlarda leep'in jinekolojik pratikte kullanımı henüz yenidir. Kronik servisitte konvansiyonel bir tedavi yöntemi olan kryoterapi ile yeni bir tedavi yöntemi olan leep'i bu çalışmada uygulayarak her ikisinin karşılaştırmalı olarak etkinliği ve yan etkilerini gözleme fırsatı bulduk. Böylece kronik servisit tedavisinde leep'in ne kadar yeri olabileceğini, uygulanabilir bir yöntem olup olmadığını ve etkinliğini anlamaya çalıştık.

Bu çalışmada elde ettiğimiz bulgular ve tecrübeler neticesinde bazı sonuçlar çıkarmamız mümkün oldu. Bu sonuçları şu şekilde sıralayabiliriz ;

- 1 - Kryoterapinin özellikle servikal laserasyonun, geniş erozyonun, nabothi kistlerinin olduğu ve düzgün olmayan servikal yüzeyi olan kronik servisitli hastalarda başarısının sınırlı olduğu görüldü. Leep'in ise bu tür olgularda oldukça etkin olduğu ve hastaların birçoğunda tedavi sonrası nullipar özellikle servikal görünüm sağladığı görüldü.
- 2 - Leep'in lokal anestezi altında hastaya çok fazla rahatsızlık vermeden ayaktan poliklinik hastalarına rahatlıkla uygulanabileceği görüldü.

- 3 - Çalışmamızda tecrübesizliğe bağlı iatrojenik komplikasyonlarının görülmemesi, leep için özel bir tecrübenin gerekmediğini düşündürmektedir.
- 4 - Leep'in 5 dakika gibi kısa bir sürede uygulanabilmesi, bu tedavinin daha yaygın bir şekilde kullanımına olanak verebilir.
- 5 - Müdahale sırasında 15 ml kadar kanama olması, operasyonda aşırı kanaması olan hastanın olmaması leep'in fazla invaziv bir tedavi olmadığını düşündürmektedir.
- 6 - Proflaktik antibiyoterapiye (Doksisiklin 100 mg, 1x1) rağmen 3 hastada pelvik enflamatuvar hastalığın gelişmesi, proflaktik antibiyotığın gerekliliği konusunda bizi düşünmeye sevketti, çünkü literatürde proflaktik antibiyotik kullanılmamasına rağmen benzer oranlarda postoperatif enfeksiyon bildirilmektedir. Belki de, leep yapılan hastalarda eğer akut servikal kronik enflamatuvar bulguları tedavi etmek, sonradan pelvik enflamatuvar hastalık gelişme riskini azaltabilecektir.
- 7 - Leep'ten sonra hastalara analjezik reçete etmek, doğru bir yaklaşım gibi gözükmektedir. Çünkü hastaların bir bölümünde analjezik ihtiyacı hissettirecek derecede ağrı olabilmektedir.
- 8 - Biz bu çalışmada kryoterapinin % 46.6 oranında tam bir tedavi sağladığını gördük. Bu sonuca bakarak kronik servisitle uyumlu lezyonlarda kryoterapi etkisizdir diyemeyiz. Düzgün servikal yüzeyi olan olgularda, çok geniş olmayan erozyonu ve

ektropionu olan seçilmiş olgularda kryoterapide yeterli olabilmektedir. Kryoterapi ile tedavi edilebilecek bu tür vakalarda oldukça rahat ve pratik bir yöntem olan kryoterapi yerine, biraz daha ağırlı ve biraz daha invaziv bir yöntem olan leep uygulamak çok gerekli değil gibi görünmektedir. Ayrıca leep yapılan vakalarda servikal iyileşme biraz daha geç olduğundan, bu tür olgularda kryoterapi daha uygun bir seçim olabilir.

- 9- Bu çalışmamızda da görüldüğü gibi her zaman pap smear ile leep sonucu elde edilen materyalin histolojik incelemesinin korele olmaması, çok daha değerli olan histolojik tanının (biopsi) gerekliliğini göstermektedir. Biz de leep yaptığımız hastalarda hem tedavi yaparken, hem de histolojik tanı için lezyonlu dokuyu incelemeye göndererek daha kesin bir şekilde teşhis ve tedavi yapmış olduk.
- 10- Leep sonrası patolojiye gönderilen tüm materyallerin sonucunun gelmesi bizde ilk etapta termal hasarın çok ciddi olmadığı gibi bir düşünce oluşturduysa da, termal doku hasarının tam olarak değerlendirilebilmesi için patoloji ile ortak bir çalışmaya gerek vardır. Ancak bu şekilde doğru bir sonuca varabiliriz.
- 11- Çalışmamızda 2 hastada postoperatif dönemde kanama (% 5.8), 3 hastada postoperatif enfeksiyon (% 8.8) dışında komplikasyonların görülmemesi leep'in, morbiditesi az olan bir yöntem olduğunu düşündürmektedir.

Ö Z E T

Serviksin kronik enflamatuvar değişikliklerine özellikle doğum yapmış kadınlarda sıkça rastlanır. Gerek özel ofislere, gerekse hastanelerdeki jinekoloji polikliniklerine başvuran hastaların hiçte azımsanmayacak bir bölümünü kronik servisite bağlı semptomlarla gelen hastalar oluşturur. Dolayısıyla jinekologlar kronik servisitın etkin bir şekilde tedavisini yapabilmek için birçok tedavi yöntemlerinden yararlanmışlardır. Daha önceleri ablatif yöntemler sıkça kullanılırken, günümüzde lezyonlu dokunun histopatolojik incelemesinin gerekliliğinin daha iyi anlaşılması nedeniyle, ayrıca biopsi alınmasına gerek kalmadan tek seansta teşhis ve tedaviye olanak veren eksizyonel yöntemler güncellik kazanmıştır.

Biz de çalışmamızda kronik servisit tedavisinde henüz yeni kullanılmaya başlayan eksizyonel bir yöntem olan leep'i, konvansiyonel ablatif tedavi yöntemi olan kriyoterapi ile karşılaştırarak etkinliğini, yan etkilerini, kullanılabilirliğini araştırmaya çalıştık.

Bu amaçla Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran ve kronik servisit tanısı konan 41 hastaya kriyoterapi, 43 hastaya ise leep tedavisi uyguladık. Kontrollere düzenli

olarak gelen 34 leep ve 30 kriyoterapi grubu hastası değerlendirmeye alındı.

Kriyoterapi 4 dakikalık tek dondurma şeklinde uygulanarak enflamasyonlu servikal doku tahrip edilmeye çalışıldı. İşlem sırasında oral veya iv. analjezik verilmedi.

Leep ise servikal lokal anestezi altında yapıldı. Radiotermal jeneratör 60 watt'a ayarlandı ve 15, 20, 25 mm çapındaki loop'lar ile eksizyon yapıldı. Servikal lezyonun durumuna göre ençok 1 cm derinliğinde eksizyon yapılarak servikal erozyon, nabothi kistleri, servikal laserasyonları içeren kronik enflamatuvar doku eksize edildi. Daha sonra ball katerle ve Mondel's solüsyonu ile kanama kontrolü sağlandı.

İşlemin süresi, meydana gelen kanama miktarı, hastanın subjektif olarak hissettiği ağrının şiddeti saptanarak kaydedildi.

Tedaviden sonra her iki gruba enfeksiyon profilaksisi için 100 mg/gün, 1 x 1, 14 gün doksisisiklin ve ağrısı olunca kullanılmak üzere 550 mg noproksen sodyum içeren preparattan 2 x 1 gün reçete edildi.

Kriyoterapi grubundaki hastalar 4 hafta sonra, leep grubundaki hastalar 3 haftada ilk, 6. haftada ikinci olmak üzere kontrollere çağrıldı.

Kontrollerde hasta muayene edilerek bulgular kaydedildi. Ayrıca hastalara tedavi sonrası şikayetleri analjezik ihtiyacı hissedip hissetmedikleri soruldu, meydana gelen komplikasyonlar kaydedildi.

Değerlendirmeler sonucu kriyoterapi grubunda tam iyileşme 14 hastada (% 46.6), kısmi iyileşme 11 hastada (% 36.6), tedavide başarısızlık 5 hastada (% 16.6) saptandı.

Leep grubunda ise tam iyileşme 30 hastada (% 88.2), kısmi iyileşme 3 hastada (% 8.8), tedavide başarısızlık 1 hastada (% 2.9) saptandı. Leep grubunda tedavide başarı oranı daha yüksek olarak bulundu ve sonuç istatistiki olarak anlamlı idi.

Leep grubunda 9 hasta (% 26.4) orta şiddette ağrı tanımlamış, geri kalan 25 hasta (% 73.6) hafif şiddette ağrı tanımladı. Kryoterapi grubunda 17 hasta (% 56.6) hafif ağrı tanımladı, diğerleri ise ağrı tanımlamadı.

Postoperatif günlerde kryoterapi grubundaki hastaların hiçbirinin analjezik ihtiyacı olacak kadar ağrısı olmazken, leep grubunda 8 hasta ağrı nedeniyle analjezik kullanma ihtiyacı hissetmiştir.

Kryoterapi grubunda ciddi sayılabilecek bir postoperatif komplikasyon görülmezken, leep grubunda 3 hastada pelvik enflamatuvar hastalık saptandı. 2 hastada ise postoperatif dönemde tedavi gerektiren servikal eksizyon bölgesinden kaynaklanan kanama meydana geldi. Bu komplikasyonların oranı ise literatürdeki yayınlarla benzer bulundu.

Leep'te ortalama işlem süresi 5,6 dakika, ortalama operatif kanama miktarı 15,6 ml olarak hesaplandı.

Leep tedavi sonucu elde edilen lezyonlu servikal dokular patolojiyle gönderildi ve tümünün patoloji sonucu geldi. Termal hasar nedeniyle patolojik değerlendirmenin yapılamadığı spesmen olmadı.

Tüm bu bulgular ışığında bizde; kronik servisit tedavisinde leep'in pratik, morbiditesi düşük, fazla invaziv olmayan, etkin bir tedavi yöntemi olduğu ve güvenle kullanılabileceği kanaati oluştu.

KAYNAKLAR

1. Danforth ED (Ed). Ass Ed : Di Sara PJ, Scott JR, Hommons CB, Spellacy WN. Danforth's Obstetrics and Gynecology. Lippincott Co., Philadelphia. Fifth edition, 1986; 1037-1040.
2. Yüce K, Ayhan A, Küçükali T. A new method in treatment of chronic cervicitis : Loop Diathermy. Acta Reproductiva Turcica. 1992; 14(4); 147-159.
3. Uran B, Demir N, Keleş R, Arun İ. Kronik servisitlerin tanı ve tedavisinde loop elektrokoterin etkinliği. T Klin Jinekolojisi. 1995; 5; 50-53.
4. Hill EC. Benign disorders of the uterine cervix. Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment. Ed by ML Pernoll, Appleton and Large. Connecticut 1991; 719-731.
5. Paavonen J, Critelow CW, De Rounen T, et al. Etiology of cervical inflammation. Am J Obstet Gynecol 1986; 154; 556-564.
6. Qian ZW, et al. Viral etiology of chronic cervicitis and its therapeutic response to a recombinant interferon. Chin Med J 1990 Aug; 103(8); 645-551.

7. Qian ZW. Infection caused by viruses and clamymia trachomatis on uterine cervix. *Chung Hua Fu Chan Ka Tsa Chih* 1990 Sep: 25(5); 266-8, 3/5.
8. Anderson ES, Throup K, Larsen G. Results of cryosurgery for CIN. *Gynecol Oncol* 1988; 30; 21-25.
9. Townsend DE. Cryosurgery for CIN. *Obst and Gynecol Surg* 1979; 34; 828.
10. Boonstra H, et al. Analysis of cryolesions in the uterina cervix : Application techniques- extension and failures. *Obstet Gynecol* 1990 Feb: 75(2); 232-239.
11. Hillard PA, Biro FM, Wildey L. Complication of cervical cryotherapy in adolescents. *J Reprod Med* 1991 Oct: 36(10); 711-716.
12. Metany S. Side effects and complications of cervical cryotherapy. *Acta Chir Hung* 1992-93; 33(1-2); 157-162.
13. Bergmann A, Maturaga J, Bhatia NN. Cervical cryotherapy for condylomata acuminata during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1987 Jan: 69(1); 47-50.
14. Berek JS, Adashi EY, Hillard PA. *Novak's Gynecology*. Twelfth edition. Williams and Wilkins Co 1996; 466-469.

15. Dorsey JH. Application of laser in Gynecology. In Thompson JD, Rock JA (Eds). Te Linde's Operative Gynecology. Seventh edition, Philadelphia, JB Lippincott Co 1992; 499-507.
16. Cruickshank ME, Flannelly G, Campbell DM, Kitchener HC. Fertility and pregnancy outcome following large loop excision of the cervical transformation zone. Br J Obstet Gynecol 1995 Jun: 102(6); 467-470.
17. Mathevet P, Dargent D, Rey M, Beay G. A randomized prospective study comparing three techniques of conization : cold knife, laser and leep. Gynecol Oncol 1994 Aug: 54(2); 175-179.
18. Guijon FB. Mucometry a rare complication of cryosurgery. Am J Obstet Gynecol 1988 Jul: 159(1); 26.
19. Pavoren J, Critchiow CW, DeRouen T, et al. Etiology cervical inflammation. Am J Obstet Gynecol 1986: 154; 556-564.
20. Mor Yosef LA, Pearson S, Mnaghan JM. Loop diathermy cone biopsy. Obstet Gynecol 1990: 75; 884-886.
21. Prendiville W, Cullimore J, Normon S. Large loop excision of transformation zone (LLETZ). A new method of management for women with cervical intraepithelial neoplasia. Br J Obstet Gynecol 1989: 96; 1054-1060.

22. Bortofte E, Berget A, Larsen JF, Hjortkjaer Pederson P, Rank F. Conization by carbondioxide laser or cold knife in treatment of cervical intraepithelial neoplasia. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1986; 65; 179-202.
23. Boggish MS, Dorsey JH, Adelson M. A ten year experience treating cervical intraepithelial neoplasia with CO₂ laser. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 92; 394-398.
24. Wright VC. Laser surgery for cervical intraepithelial neoplasia. *Acta Obstet Gynecol* 1984; 125; 17.
25. Whiteley PF, Olsh KS. Treatment of cervical intraepithelial neoplasia; experience with the low voltage diathermy loop. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162; 1272-1277.
26. Wright TC, Gagnon S, Richart RM, Ferency A. Treatment of cervical intraepithelial neoplasia using the loop electrosurgical excision procedure. *Obstet Gynecol* 1991; 79; 173-178.
27. Gunsekera PC, Phipps JH, Levis BV. Large loop excision of the transformation zone (LLETZ) compared to carbondioxide laser in the treatment of CIN : a superior mode of treatment. *Br Obstet Gynecol* 1990; 97; 995-998.
28. Luesley DM, Cullimore J, Redman CWE, Lawton FG, Emens JM, Rollason JP, et al. Loop diathermy excision of the cervical transformation zone in patient with abnormal cervical smears. *BMJ* 1990; 300; 1690-1693.