

T. C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Kadın Hast. ve Doğ. Anabilim Dalı
BAŞKANI:
Prof. Dr. İsmail ŞUMNULU

DİCLE ÜNİVERSİTESİ
MERKEZ KÜTÜPHANESİ

KRONİK SERVİSİTLİ OLGULARDA PATOLOJİK ÖZELLİKLER VE TEDAVİ SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

(UZMANLIK TEZİ)

DİCLE ÜNİVERSİTESİ	
MERKEZ KÜTÜPHANESİ	
Demirbaş No.	38275
Tasnif No.	618.142
	KAL
	1989

Dr. Hüseyin KALAYCIOĞLU

T. C.	
DİCLE ÜNİVERSİTESİ	
KÜTÜPHANESİ	
Demirbaş No.	
Tasnif No.	

DİYARBAKIR — 1989

İÇİNDEKİLER

- 1- Önsöz
- 2- Giriş ve Amaç
- 3- Genel Bilgiler
- 4- Materyâl ve Metod
- 5- Bulgular
- 6- Tartışma
- 7- Sonuç
- 8- Özet
- 9- Literatör
- 10- Ek

Ö N S Ö Z

Kronik servisitler seksüel aktif çağdaki kadınların en önemli sorunlarının başında gelmekte ve jinekoloji polikliniklerinde sıklıkla rastlanmaktadır.

Kronik servisitler medikal tedaviye sıklıkla direçli olmaları çok değişik etyolojik faktörlere bağlı olması ve oluşan atipik hücresel değişikliklerle teşhis, tedavi ve takiplerinde çeşitli sonuçlara karşılaşılan ve o ölçüde ilgi çeken bir rahatsızlıktır.

Bu çalışmada kronik servisitlerin patolojik özellikleri, tedavi yöntem ve sonuçlarının karşılaştırılması üzerinde durulmuştur.

Araştırmanın hazırlık, takip ve sonuç aşamasında yakın ilgi ve yardımlarını gördüğüm, klinikteki çalışmalarım sırasında değerli bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren, destek olan, yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen kliniğimiz çok değerli öğretim üyelerinden Sayın Prof.Dr. İsmail Şumnulu, Sayın Prof.Dr.Ali Ceylan Erden, Sayın Yrd.Doç.Dr.Samet Kafkas ve tüm çalışma arkadaşlarıma teşekkürü borç bilirim.

Dr.Hüseyim Kalaycıoğlu

GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik servisitler, akıntı, kronik bel ağrısı ve leke tarzında kanamalar gibi endişe verici ve ruhsal yönden rahatsız edici semptomlarıyla hastaların jinekoloji polikliniklerine en sık başvuru nedenini oluşturmaları.

Olguların çoğunun etyolojisinin non-spesifik olması, medikal tedaviye direnç göstermesi, oluşturdukları atipik hücresel değişiklikler nedeniyle kronik servisitler jinekolojinin önemli bir problemi olmaya devam etmektedir.

Serviks iltihabına eşlik eden iltihabi değişiklikler epitel hücrelerinde dejeneratif ve rejeneratif değişikliklere neden olurlar ve bu değişikliklerden daha şiddetli olanları servikal intraepitelyal neoplazi sınırına ulaşır (1).

Çalışmamızda, her zaman için güncelliğini koruyan bu hastalığın, patolojik özelliklerini, kliniğimizde uygulanan tedavi yöntemlerini ve sonuçlarını karşılaştırmayı amaçladık.

GENEL BİLGİLER

SERVIKSİN ANATOMİ VE HİSTOLOJİSİ

Seksüel olgunluk çağındaki bir kadında en aktif fonksiyon gören organın serviks olduğu çeşitli otörlerce bildirilmektedir.

Serviks üreme çağı boyunca devamlı olarak endojen ve eksojen travmalara maruz kalmaktadır. Bir yandan koitus esnasında penis, semen ve dış genital organların enfeksiyonları ile eksojen olarak, diğer yandan menstrual kan, doğumlar ve östrojenler ile endojen olarak devamlı bir etki altındadır. Bu travmalara serviksın çok yönlü fonksiyonu ve histolojik yapı özelliği de eklenince o organa ait patolojik durumlarda sık olarak karşımıza çıkmaktadır. Burada önemli olan serviks hastalıklarının çeşitliliği değil mevcut patolojilerin sürekliliği ve kronikleşmesidir. Serviks anatomik özellikleri nedeniyle diğer genital organlar ile çeşitli yollarla ilişkilidir. Servikste mevcut bir patoloji kısa bir sürede diğer genital organlarıda dolaylı olarak ilgilendirmektedir. Bu nedenle serviks hastalıklarının ayrıntılı olarak bilinmesinde yarar vardır.

Serviks, uterusun en alt kısmını oluşturur. Kısmende vajina içerisine doğru iner. Vajina dairesel ve oblik olarak serviksın distal bölümü ile çepecevre kaynaşmakta ve serviksın üst(supravajinal) ve alt(vajinal) bölümlere ayırmaktadır. Serviksın vajina içerisindeki kısmına portio vaginalis denir. Serviks hiç doğurmamış erişkinlerde 2.5-3.0 cm uzunluğunda olup normal duruşu hafifçe aşağı ve arkaya doğru yöneliktir.

Serviksin eksoserviks olarak adlandırılan vajinal bölümü (portio vaginalis) ön ve arka fornikslerle sınırlanmakta ve konveks elips şeklinde bir yüzeyi bulunmaktadır. Doğurmamışlarda halka veya doğurmuşlarda yarık şeklinde olabilen bir açıklık dış orifisi oluşturur. Portio ön ve arka dudaklara ayrılabilir. Bunlardan öndeki daha kısa olup karşısındaki arka dudaktan daha aşağıda kalır. Dış orifis servikal kanal aracılığı ile istmusa (iç orifise) bağlanır. Servikal kanal en geniş çapı 8 mm. olan elips şeklinde bir boşluktur. Uzunlamasına mukoza kıvrımları (plica palmaria) içermektedir. Endoserviks ve endometrium boşluğu arasındaki kısım istmus veya uterus alt segmenti olarak adlandırılmaktadır.

Serviksin arterial kanı: paraservikal bağların (mackenrot'un ön kardinal bağları) üst kenar boyunca yan duvarlara ulaşan arterinin inen dalları tarafından sağlanır.

Serviksin venaları, arterlerine paralel olarak seyrederler. Servikal pleksus ile mesane boynunda yer alan venler arasında bağlantılar vardır.

Serviksin lenfatikleri : mukoza altında ve bağ dokusu stromasının derin kısımlarından olmak üzere iki bölgeden kaynaklanır. Her iki sistemde de istmustaki iki yan pleksusa kavuşur ve buradan ayrılan eferent kanalın başlangıcını oluştururlar.

1. Eksternal iliac ve obturator nodülleri.
2. Hipogastrik ve iliaca communis nodülleri.
3. Sakral nodülleri.
4. Mesane arka duvarındaki nodüllere giden kanallar.

Serviksin innervasyonu : başlıca endoservikte, eksoserviksin periferik derin kısmında sınırlanmıştır. Bu dağılım portio vaginalisin ağız karşısındaki nisbi duyarsızlığını açıklayabilmektedir. Servikal sinirler pelvisin otonom sisteminde superior, median ve inferior hipogastrik pleksuslarından gelmektedir.

Serviks fibröz müsküler ve elastik dokuların karışımından meydana gelir. En çok fibröz bağ dokusu bulunur. Yapının yaklaşık % 15'ini oluşturan düz kas dokusu daha ziyade endoserviktedir. Portio vaginalis gerçekte düz kas liflerinden yoksundur. Serviksin dıştaki vajinal bölümü keratinize olmayan çok katlı epitel ile örtülüdür. portio epiteli üreme yaşamı boyunca proliferasyon ve dökülme olaylarıyla sürekli olarak yenilenir. Her 4-5 günde bir epitelin yerini tamamen yeni bir hücre popülasyonu alır.

Serviksin olgun yassı epiteli vagina epiteline benzer. Bu üç hücre tabakasını içerir.

1-Epitelin devamlı yenilenmesinden sorumlu olan bazal veya germinal hücre tabakası.

2-Epitelin en hacimli bölümünü meydana getiren orta tabaka veya stratum spinosum.

3-En olgun hücrelerden yapılmış olan süperfisiyel tabaka.

Bazal hücrelerin başlıca fonksiyonu epitel regenerasyonudur. Orta tabakanın alt 1/3 bölümü bazal tabaka hücrelerinden daha büyük ve nispeten daha bol sitoplazmalı hücreler içerir. Bu hücreler buldukları yer nedeniyle parabazal hücreler olarak adlandırılırlar. Süperfisiyel tabaka yassı epitelin en çok farklılaşmış kısmını oluşturur. Bu tabakadaki hücreler yassılaştırmış olup altlarındaki intermedia hücrelere göre daha büyük bir sitoplazma alanı gösterir ve daha küçük piknotik çekirdekler içerirler.

Servikal kanalın (endoserviks) mukozası, mukus salgılayan tek tabakalı silindirik epitelten oluşmuştur. Karakteristik olarak bazalde yerleşmiş çekirdekleri ve uzun müsinöz damlacıklarla dolu ince partiküllü sitoplazmaları vardır. Serviksin yassı silindirik epitel sınır, squomocolumnar junction çok katlı yassı epitelin, endoserviksin mukus salgılayan silindirik epiteli ile karşılaştığı çizgidir. Buna fizyolojik veya fonksiyonel yassı-silindirik epitel sınırı adı verilir.

Üreme çağındaki kadınların hemen tümünde endoserviksin mukus salgılayan silindirik epiteli servikal portioya uzanır. Endoservikal ektopion veya ektopiyi oluşturur. Bu olay ön dudakta, arka dudaktakinden iki defa daha sık görülür. Dışarı dönük olan endoserviks mukozası, komşu yassı portio epitelinin pembe ve parlak görünümü ile kontrast oluşturan kırmızı ve yumuşak bir alan gözükür. Makroskobik görünümünden dolayı klinisyenlerden tarafından genellikle servikal erozyon (Erozyon de coll) deyimi kullanılır. Ancak bu deyim yanlıştır. Çünkü epitel kaybı (gerçek erozyon) bulunmamakta fakat kolposkopi ile bakıldığında sayısız villuslar veya papillalar tarzında değişik büyüklükte üzüm salkımı şeklinde gelişmeler gözlenmektedir. Endoservikal ekstropionun patogenezi kesin olarak bilinmemektedir.

Serviks Uterin in Benign Lezyonları:

Serviks uterin in enfeksiyonlarına servisit adı verilir. Servisit akut veya kronik olabilir. Portiöyü, endoserviksi veya daha sık olarak her ikisini birden tutabilir. Serviks enfeksiyonları hiçbir zaman izole enfeksiyon halinde görülmez. Hemen her zaman beraberinde laserasyon, erozyon, ektopion, servikal polip vs. gibi başka bir patolojik durum mevcut olabilir. Enfeksiyon daha evvel mevcut olan yukarıda sayılan bir patolojik zemin üzerinde gelişebilir. Laserasyon dışında kalan patolojiler ve serviks enfeksiyonların oluşması için predispozan faktör endojen östrojenlerin patolojik olarak salgılanmasıdır (2).

Servisitisin etyolojisi çoğunlukla bakteriyeldir. Streptokokların çeşitli suçları, viral, protozoer veya fungal infestasyondan oluşabilir. Ciddi enfeksiyon durumlarında özellikle septik abort durumlarında giriş kapısı daima servikstir. Sık görülecek şekilde enfeksiyon daha ılımlı şekilde seyreder ve çoğu kez bir dereceye kadar laserasyon gösteren servikste kronik bir şekilde yerleşir. Tek semptomu çoğunlukla inatçı bir lökore olmak üzere burada senelerce sebat edebilir.

Etyoloji ve Patogenez:

1- Akut Servistis:

Serviksin primer enfeksiyon sonucu oluşabildiği gibi vaginal veya uterin enfeksiyona sekonder olarak da oluşabilir. Oral kontraseptiflerin yaygın kullanımı sonucu vaginitis ve servisitisin en sık görülen etkeni candida albicans olmaktadır. İkinci sırayı trikomonal vaginitis alır. Gardenella vaginalisde diğer bir etkendir. Neisseria gonore ise endoservikal mukozayı direkt ve yüzeysel olarak tutar. Akut servisitise neden olabilir. Enterokok, streptokok veya stafilokok gibi nonspesifik organizmalar ile, puerperal enfeksiyon, laserasyonlar veya endometrit sonucu servisit oluşturabilir. Serviks chlamidya Trachomatis önemli yerleşim yerlerinden biridir. Özellikle Herpes simplex virus Tip-II olmak üzere virüslarda servisite neden olabilirler. Virüsler mukozada geçici yüzeysel lezyonlar oluştururlar. Bu lezyonlar kısa sürede ülserleşir, Condyloma accuminata ile karıştırılabilir. Bu lezyonlar gözden kaçırılırsa CIN (servikal intraepitelyal neoplazi) gelişme riski artar.

2- Kronik Servisitisi:

Genellikle akut servisitisi izleyerek oluşurlar (3) Serviks stromasının endoserviksteki glandların ve silindirik epitelin iltihabı ile karakterizedir. Beraberinde serviks ve servikal ostaki bazı değişikliklerde bulunur. Bu sahalarda büyüklük, şekil ve görünüm bakımından, çeşitli değişikliklere rastlanır. Obstetrik bakımın gelişmesi akut enfeksiyonlarla mücadelede kullanılan antibiyotiklerin etkinliği ve periyodik jinekolojik muayenelere gösterilen eğilimin artması nedeniyle servikste görülen hastalıkların ve kronik enfeksiyonların sıklığı giderek azalmıştır.

Klinik:

Kronik servisit hemen hemen her multipar kadında bulunur. Spesifik olarak kabul edilebilecek çok az semptom bulunabilir. en sık görülen semptom mukö-pürülan vaginal akıntıdır. Ayrıca leke tarzında genital kanama, pelvik ağrı, sırt ağrısı, kaşıntı, postkoital kanama serviks hastalığını akla getirir. Bu servisitisi semptomu olabilmekle beraber daha çok malign hastalıklarda görülebilir.

Görülebilien ve palpe edilebilien bulgular semptomlardan daha önemlidir ve teşhiste esas rolü oynarlar. Serviks hipertrofi olabileceği gibi unilateral, bilateral ve hatta multiple ülseratif lezyonlarda olabilir. Endoservikal kanaldan dışarı doğru uzanan bol müko-pürülan bir akıntı görülür. Os servikale etrafında kırmızı sahalalar bulunabilir. Ve skuamöz epitelin dökülmüş olduğu tespit edilir. Erozyon olarak isimlendirilen bu saha çeşitli boyutlarda ve şekillerde ortaya çıkabilir. Fakat genellikle düzensiz olma eğilimindedir. Serviks yüzeyinde mavi renkli, etrafa göre 1-3 mm. kabarık nodüller şekilde, nabothian kistleri meydana gelir. Nabothian kistlerinin nedeni endoservikal guddelere ait muküsün retansiyonudur. İyileşmiş olan serviks yırtıkları endoservikal kanalın bir kısmınının dışarı doğru çıkmasına neden olur. Eversiyon adı verilen granüler, kırmızı renkli bir saha meydana getirirler. Columnar epitelle örtülmüş ekzoserviks lezyonlarına erozyon, eversiyon ve ektropion isimleri verilir. Kronik serviks hastalığı, serviks veya etrafındaki parametriumda gerginliğe neden olabilmektedir. Endoserviks muküsün mikroskopik muayenesi teşhiste yardımcı olmaktadır. Normal muküste lökositler bulunmaz. Kronik iltihabın mevcut olduğu durumlarda, muküste bol miktarda lökosit

tespit edilir ancak siklusun 12-13-14. günlerinde ve bu günlere yakın günlerde mukosta lökosit deşarjı olabileceği unutulmamalıdır. Bütün bu bulgular semptomu meydana getirmeden de mevcut olabilmektedir.

Patoloji:

Skvamöz epitelin altında, endoservikal guddelerin bitişiginde bulunan servikal stromada, mononüklere lökositler toplanır. Endoserviks, papiller kıvrımlara doğru çekilebilir ve bu kıvrımların tümsek kısımlarında yoğun bir lökosit infiltrasyonu meydana gelir. Yeni gelişen kapillerde proliferasyon vardır ve erozyonda yüzey epiteli mevcut değildir. Endoservikal kolumnar epitel, eversiyonla portio üzerine uzanır.

Inflamasyon veya hormonal değişimin sonucunda endoserviksin kolumnar epiteli yerine çokkatlı epitel (Stratifiye skuamöz epitel) gelişir. Endoservikal guddelerin içi skuamöz hücrelerle dolabilir. Bu olaya epidermidalizasyon skuamöz metaplazi, rezerv hücre hiperplazisi denir. Epidermidalizasyon, skuamöz epitelin, kolumnar epitel yerine, yukarıya doğru gelişmesi anlamındadır. Skvamöz metaplazi kolumnar hücrelerin in situ değişimle skuamöz hücreler haline gelmesidir. Sonuçta süperfisiyel kolumnar hücrelerle, skuamöz görünümlü bazal hücrelerden ibaret stratifiye epitel meydana gelir. Rezerv hücre hiperplazisi, skuamö-kolumnar birleşme bölgesinde bulunan ve kolumnar veya skuamöz hücrelere değişme şeklinde bipotansiyel değişim özelliği gösteren küboidal subkolumnar hücrelerin gelişmesi anlamına gelir. Rezerv hücreler bebeklerin serviksinde tespit edilebilir ve bütün hayat boyunca kalabilir. Bazı yazarlar bu hücrelerin serviks kanserinin histogenezinde önemli olduğunu ileri sürmektedir.

Daha az görülen bir patolojik bulgu ise adenomatöz hiperplazidir. Adenomatöz hiperplazi birbiri ile sık bir bağlantı oluşturan ve tipik kolumnar hücrelerden ziyade kuboid epitelle örtülü olan endoservikal guddelerin bir araya toplanmasıdır. Aynı zamanda subkolumnar rezerv hücrelerini içine alan bu lezyon oral steroid kontraseptif alan hastalarda görülmektedir. Bu durumdaki bezlerin açıkça immatür oluşları nedeniyle, lezyon yanlışıyla adenokarsinoma sanılabilmektedir.

Tanı:

Serviksin spekülüm muayenesinde bazen kronik enfeksiyon yalnızca endoservikal mukazayı tutabilir. öyleki tanı normal görünümlü bir portio ile bir arada koyu, yumurta beyazı benzeri bir eksüdanın varlığına dayanır. Servikal malignitenin erken dönemlerinde hiçbir makroskopik anormallik göstermediği bilinmelidir. Bazen enfekte hipertrofik bir serviks erken bir maligniteden daha dehşet verici görünebilir.

Bazı olgularda vaskülerizasyon ve proliferatif eğilim kesin kanser şüphesini yönetecek kadar belirgindir. Sitolojik smearler veya kolposkopik incelemeler tanıya yardımcı olabilir. Fakat kesin tanıyı ancak biyopsi koldurur. Çoğu kere servikal malignensi ile beraberdir. Bu nedenle neoplazi olasılığı daima gözönünde bulundurulmalı ve ayırd edilmemelidir.

Tedavi:

Tedavi ve hastanın yaşı, çocuk isteği, serviksteki enfeksiyonun şiddeti ve salpingitis gibi komplikasyonların bulunmamasına göre tedavi planlanır. Benign serviks hastalıkları ile daha sonra gelişebilecek malignite arasında ilişki nedeniyle doktorların çoğu, semptom vermeyen serviks hastalığı alanları da tedaviye dahil etmeyi ve portionun sağlam skuamöz epitelle tamamen örtülmesine kadar tedavinin devam ettirilmesinin savunmaktadırlar (4).

A - Akut Servisit:

Trikomonas vaginalis için metranidazol (Metrajil) kullanılır. 2 gm. oral olarak tek toz halinde uygulanılır. Gebeliğin ilk trimestrinde teratojenik etkisi nedeniyle kontrendikedir.

Candida ise nystatin benzeri fungusitler, vaginal ovül olarak 10. gün günde iki defa uygulanılır.

Gardnerella vaginalis ise tetrasiklin ve ampisinelere cevap verir. Lokal olarak sulfonamidli pomadlar kullanılabilir.

Chlamidyada ise tetrasiklin 4x250 mg. 7 gün kullanılır. Kadın gebe ise tetrasiklin yerine eritromisin kullanılır.

B - Kronik Servisit:

Asemptomatik de olsa tedavi edilmelidir. Kronik serviks hastalığının tedavisi, önleyici tedbirlerin alınması ile başlanmalıdır. Obstetrik hastasının dikkatle izlenmesi, doğum sırasında oluşabilecek serviks yaralanmalarının hemen repare edilmesi ve serviksin postpartum dönemde dikkatle tedavi edilmesi kronik servist insidansını azaltmaktadır. Serviks lezyonlarının tedavisi için en uygun zaman postpartum takip muayeneleridir. En basit herhangi bir tedaviye başlamadan önce malign hastalık olasılığını ekarte etmek için yeterli önlemlerin alınması gerekmektedir.

Medikal Tedavi:

Lokal tedaviye yanıt az olduğundan oral tedavi tercih edilir. 2-3 aylık tedavi cevap vermezse minör cerrahi önerilir. Basit bir tedavi ile başlanmasında yarar vardır (4).

Daha önceki senelerde kronik servisit tedavisi için iodine solüsyonu, mercurchrome, merthiolate ve bunun gibi antiseptik veya kostik maddeler kullanılıyordu. % 5-10 arasındaki solüsyonlar halinde kullanılan gümüşnitrat popüler bir uygulama olmuştur. Bu lokal uygulamaların oldukça etkisiz olduğu ileri sürülmektedir (3).

Cerrahi Tedavi:

1- Serviks Koterizasyonu:

Serviks koterizasyonu, jinekolojide hastaneye yatırılmadan uygulanabilen başlıca cerrahi yöntemlerden biridir. Isı koteri ve elektrokoter bugün sık olarak kullanılmaktadır. Servikal koterizasyon kronik servisitinin tedavisinde en çok kullanılan yöntemdir. En sık olarak tespit edilen endikasyon, servikste erozyonla birlikte semptomatik müköz akıntı bulunmasıdır. Koter doku histolojisini tahrip ettiği için servikal kanserin bulunup bulunmadığı tespit edilmelidir.

Serviks iki valfli bir spekülüm ve mümkün olan en iyi aydınlatma sistemi ile iyice görünür hale getirilir. Vagina ve servikal kanaldaki bütün eksüda tamamen temizlenir. Serviks ısıya karşı nispeten duyarsızdır. Mümkünse tenakülüm kullanılmamalıdır. Koter uçu servikal kanala radier bir şekilde tatbik edilir. Servikal kanalın küçük olduğu durumlarda

koterin ucu kanala sokulmamalıdır. Koterizasyon hastaların çoğunda kanalin tamamen dış kısmında yapılır. Koterin servikal kanala zarar verebilme tehlikesi, servikaste daralmanın meydana geldiği durumlarda ortaya çıkar. Bu da az olmayan bir komplikasyondur.

Koterizasyon, grimsi ve yeşil renkte nekrotik bir doku meydana getirir. Bu nekrotik doku yaklaşık olarak 2 hafta içinde kaybolur. Bunu takiben granülasyon dokusu oluşur. Daha sonrada skatrizasyon meydana gelir. Tam iyileşme için 7-8 haftanın geçmesi gerekir. Bu sırada antiseptik pomat vejellerin kullanılması tavsiye edilir. Koterizasyondan 1-2 ay sonra kontrol muayenesi yapılması gereklidir. Hastanın üç hafta süre ile koitustan korunması gerekmektedir.

Servikal koterizasyon araçları nispeten ucuzdur. Isı koterizasyonu ve elektrokoterizasyon aletlerinin çeşitli şekilleri vardır. Kullanımları çok kolaydır. Çoğunda doku harabiyetinin hızını ve yoğunluğunu düzenleyebilen kontrol sistemleri bulunur.

Kriyoterapi:

Servikal epitelin dondurularak tahribi kronik servisitinin yönteminde sık kullanılan bir tekniktir. azot oksit (Freon) veya sıvı azot gibi dondurucular serviksle temasa gelecek şekilde yerleştirilen sonda aracılığıyla verilir. Likid nitrojen karbondioksit karı ve solid karbondioksit (-78⁰c) ve diğer dondurma metodları ile çeşitli tedavi şekilleri uygulanmıştır. Donma nekrozundan sonraki doku onarımı elektrokoterizasyondan farklı değildir. Müdahaleden sonra ortaya çıkabilecek akıntı, kanama ve ağrı gibi belirtiler esas olarak koterizasyonda olduğu gibidir. Yara iyileşmesi, genellikle sekiz hafta içersinde tamamlanmaktadır. Doku tahribatı, donma işleminde, ısıya kıyasla daha kesindir. Müdahaleden sonra görülebilen inflamatuvar reaksiyon biraz daha azdır. Sonuç esas olarak aynıdır. Osterged ve arkadaşlarının yanısıra Miller ve Elestein Benign servikal hastalıklarda kriyoterapi ile elektrokoterinin sonuçlarını karşılaştırmışlardır (5-31). İyileşim oranlarının aynı fakat tedavi sırasındaki rahatsızlıklar kriyoterapi yapılan hastalarda daha az olduğunu saptamışlardır. Kriyoterapi ile yapılan müdahalelerde postoperatif kanama veya stenoz komplikasyonları da görülmez. Fakat endocervikal junction servikal kanalın içine çekilir.

Elektrokonzasyon:

Elektrokoterizasyon veya kriyoterapiden yapılan tedavi en kolay metod olmakla beraber kronik servisitte bol akıntılı, yaygın endoservitis, geniş erozyonlu ve elektrokoterizasyona cevap vermeyen olgularda genellikle en çok uygulanan ve en etkin olan metod Hyams'ın konzasyon tekniğidir (3). Bu metotta servikal doku yüksek frekanslı elektrot vasıtasıyla konik olarak çıkarılır. Kanama ihtimali nedeniyle hafif bir anestezi ve hospitalizasyon gerekir. Fakat bir hafta veya daha sonrada sekonder kanama meydana gelmektedir.

Soğuk Konzasyon:

Karsinoma in situ veya invaziv kanser vakalarının teşhisinde kullanılmak üzere doku örneği alınırken konzasyon işlemi tercih edilmelidir. Konzasyon mutlaka hastanede yapılır. Koni biyopsisi ve soğuk konzasyon terimleri sıklıkla sinonim olarak kullanılırlar. Servixin koni biyopsisi olarak bildiğimiz işlemi ilk defa Lisfranc (1815) tanımlamıştır. Lisfranc erken kanser şüpheli hastalarda servixin internal os'na kadar uzanan kanama şeklinde doku parçasına çıkarmıştır. Sims (1860) ve Emmet (1874) orjinal Lisfranc işlemini operasyona bağlı aşırı granülasyon dokusunun yol açtığı stenozu önlemek için modifiye etmişlerdir. Bu erken konzasyonların çoğu benign servikal olayları tedavi etmek için kullanıldı. Martzloff (1938) servikal biyopsiyi, kendisinin karsinomatid diye tanımladığı pre-malign görünümleri saptamak için kullandı. Günümüz pratiğinde CIN tedavi planında (koni biyopsinin kullanıldığı durumlarda) bu işlem hem tanı ve hemde tedavi gibi yaklaşım kombinasyonuna olanak verir. Optimal şartları sağlamak için konzasyonda çıkarılan doku yalnızca anormal epitelin yanı sıra tüm transformasyon zonunu içermelidir. Ancak bu şekilde bir konzasyon tanısız olduğu ve sonuç olarak trapotik olduğu kabul edilir.

Operasyon Tekniği:

Bu işlem için olgunun hastahaneye yatması ve hastanın genel anestezi alması gerekir. Uzun süreli postoperatif hospitalizasyondan fazla bir yarar görülmemektedir (6). Cerrahi işlemi takip eden gün eve gidebilirler. Hasta litotomi pozisyonunda yatırılır ve genel anestezi uygulanır.

Vagen iyodajini takiben serviks bilateral hemostatik sütür atılır. Serviks tek dişli ile tutulur. Servixin lateralinde derin strlar olarak uterin arterin servikal dallarının öncelikle bağlanması sağlanır. Bu strlar değerli retraktrler olarak kalır ve sonraki işlemlerde servixin immobilizasyonu için kullanılır. n ve arka strlar aynı zamanda kullanılabilir sonra Beaver bıçağı ile ektoservikal insizyon yapılır. Servikal lezyon koni şeklinde çıkarılır. Dönüşüm bölgesinin dış sınırını bir kaç milimetre lezyonsuz kısmında dahil edildiğinden emin olunmalıdır. Görülebilen herhangi bir fokal kanama odağı ligatüre ve koterize edilir(6).

Kan kaybını azaltmak için değişik sütür teknikleri tanımlanmıştır. Bunlardan şervikse sturmdorff tekniği ile sütür atılarak yapılan operasyonda kan kaybı çok az olmaktadır (7). Hans. B.Krebs'ise normal servikal anatominin oluşması ve en iyi hemostazı sağlayan çevresel sütür tekniğini kullanmıştır (8).

Laser Uygulaması:

Lazer uygulaması ise hücrelerde tam bir buharlaşma oluşturarak etkili olup, nekrotik doku oluşturmadığından lkoreye neden olmaz. Hücre harabiyeti kolayca kontrol edilebilir ve diğer yöntemlere göre daha az nedbe bırakır. Tek dezavantajı pahalı olmasıdır (2,32).

Komplikasyonlar:

Tedavi sonrası iyileşme süresi ortalama 6 haftadır. Kontrol bu süre sonunda yapılmalıdır. Genellikle elektrokoterizasyonda ikinci bir koterizasyona gerek kalmaz. Ancak gerekiyorsa bir iki ay sonra yapılmalıdır. Koterizasyon akut servisitisi sırasında uygulanmamalıdır. Endocervikal kanala doğru yapılan derin koterizasyon sonucu servikal stenoz gelişebilir (2).

Yaygın kronik servisiti olan yaşlı ve ocuk doğurma problemi olmayan hastalarda total histerektomi en iyi tedavi metodudur. Ayrıca servikal displazi semptomatik pelvik relaksasyon veya sterilizasyon isteği varsa yine histerektomi uygulanabilir (6). ocuk doğurmayı düşünen kadınlarda ise konizasyon veya servikal amputasyon uygulanabilir.

Komplikasyonların Tedavisi:

1. Servikal Hemoraji : Kanama odaklarının koagülasyonu genellikle

yeterli olur. Damarlara suture edilip ligasyon yapılabilir veya Negatol (Negaton) benzeri vazokonstriktör ilaçlar etkili tampon uygulanması yapılır kullanılabilir.

2. Salpenjitis : Gelişmişse geniş spektrumlu antibiyotikler kullanılır.

3. Lökore : Genellikle pyojen organizmalara bağlıdır. Kültür sonucuna doğru antibiyotikler verilir.

4. Servikal Stenoz : 2-3 ay süre ile intermenstrüel periyotta her hafta olmak üzere nazik bir şekilde servikal dilatasyon uygulanır.

5. İnfertilite : Konjuge ostrojen preparatları (Premarin ve ekuvalanları 0,625 - 1,25 mgr/gün) ovulasyonda 3-4 gün önce ve ovulasyon sırasında kullanılır. Böylece kalan endocervikal hücrelerden daha fazla mukus sekresyonu stimule edilmiş olur.(2).

IV - MATERYEL VE METOD :

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı polikliniğine Ocak 1988 - Mart 1989 tarihleri arasında müracaat eden kronik servisit teşhisine varılan hastalar çalışmamızın temelini oluşturdu. Hastaların seçiminde belirli semptomlar ve bulgular dikkate alındı. Akıntı, kaşıntı, kokulu akıntı, sadece kaşıntı, leke tarzında genital kanama disporanei post koital kanama şikayetleri olan ve spekulum muayenesinde servix uteride, Erezyon tespit edilen hastalar tetkik edildi. Servikal malignite bulguları olan veya malignite yönünden şüphe çeken hastalar ve tetkikleri herhangi bir aşamada ve herhangi bir nedenle terk eden hastalar çalışmamıza alınmadı.

Servikal lezyonlu hastalardan başka, materyal olarak spekulum, tahta spatül, smear fiksasyon solusyonu, ve koter cihazı kullanıldı.

Litotomi pozisyonunda muayeneye hazırlanan hastalarda antiseptik bir solusyon içinde bir miktar nemlendirilmiş olan spekulumla, vajinal ve servikal inspeksiyon yapıldı. İnspeksiyonda servikal bir lezyon saptanan olgularda önce servikal smear alındı. Servikal smear için tahta spatülle serviks kazınması yöntemi kullanıldı. Bu yöntemle serviks ortaya çıkarmak için bir vajinal spekulum ve basit bir tahta spatül veya bu maksat için özel olarak hazırlanmış bir spatül kullanıldı.

Serviks spekulumla ortaya konduktan sonra ektoserviks ve squamo-Clumna birleşme bölgesi direkt olarak görülerek hafifçe kazındı. Erozyonlu veya anormal görümlü her sahanın kazınma işine alınmasına özellikle dikkat edildi. Materyal bu şekilde alındıktan sonra bir camlam'a aktarıldı. ve hücrelerin zarar görmemesi dikkate alınarak, materyal hafif bir şekilde yayıldı. Ve havada kurumaması için de bu işlem mümkün olduğu kadar çabuk yapıldı. Smearler yayılınca içi fiksatif bir solusyon ile dolu küçük bir cam bardağa bırakıldı. Fiksasyon solusyonu olarak % 95 oranında absolut alkol kullanıldı.

Servikal smear sonuçları Papanicolaou sınıflandırmasına göre değerlendirildi (9).

Class I : Atipik veya anormal hücre bulunmaz

Class II : Atipik hücreler vardır. Fakat malignite bulgusu yoktur.

Class III : Maligniteyi düşündürebilir, fakat herhangi bir kesin delil mevcut değil.

Class IV : Malignite ihtimali çok fazladır.

Class V : Kesinlikle malignite gösterir.

Çalışmamıza materyal olan 120 olgu Hyams ve matthews metoduna göre değerlendirildi ve tedavileri planlandı. Olgulara medikal tedavi, elektrokoterizasyon, elektrokonzasyon, soğuk konizasyon tedavileri yapıldı. Medikal tedaviye tabi tutulan ve kontrole gelen hastalar değerlendirildi. Oral antibiyotik ve vaginal ovül uygulandı. Elektrokoterizasyon tedavisi de aynı şekilde adet kanamasının bitimini takip eden ilk günlerde yapıldı.

Kliniğimizde elektrokoterizasyon tedavisi için batı Alman malı Martin elektrotonu 30 - marka elektrokoteri aleti kullanıldı.

Aletin açma düğmesine basıldıktan sonra ayakla kumanda edilebilen bir pedalı mevcuttur. Lezyona uygulanan probun ucu küçük bir metal küreden ibarettir. Hastalar, jinekolojik masada litotomi pozisyonunda hazırlanır. Spekulum ile portio ve lezyon açık ve görünür hale getirildi. Portiodan birikmiş olan sekresyon uzaklaştırıldı. Aletin açma düğmesine basılarak çalışır hale getirildi. Tedavi merkezden periferde doğru sağlam yassı epitel sahasına kadar radial (ışınsal) olacak şekilde yapıldı. İşlem sırasında probun spekulum vagina duvarı vulva ve diğer yakın dokulara temas etmemesine dikkat edildi. Elektrokoterizasyon plikasyonun esnasında hiç bir hastaya aneljezi ve anestezi uygulanmadı. Tedavi bittikten sonra epitelizeasyonu kolaylaştırıcı bir tedavi verildi. Kronik pelvik enfeksiyonu mevcut olan hastalara ek olarak sistemik antibiyotik tavsiye edildi. Hastaların tümü hospitalize edilmeden gönderildi Elektrokonzasyon için Batı Alman malı siemens marka radyotom - 619 adlı koter cihazı kullanıldı.

Elektrokonzasyon ve soğuk konizasyon yapılan hastaların tümü hospitalize edildi. Genel Ameliyathane şartları altında operasyona alındı. Olguların değerlendirilmesi için ayrı bir form bastırıldı (Ek I) elde edilen sonuçlar bu formlar işlendi. İstatistiki değerlendirmeler ve literatür ile karşılaştırılarak tartışmaya sunuldu.

**Tablo I : Kronik Servisitın Patolojik özellikleri ve Tedavi Sonuçlarının Karşılaştırılması
(Hyams ve Matthews Modifikasyon)**

Klinik Sınıflama	Hafif	Orta	Belirgin	Aşırı
Süre	Enfeksiyon veya doğumdan 3-12 hafta sonra	Enfeksiyon veya doğumdan 3-12 ay sonra	Enfeksiyon veya doğumdan 2-5 yıl sonra	Enfeksiyon veya doğumdan 15-40 yıl sonra
Laserasyon	Hafif	Orta	Belirgin	Aşırı
Eversiyon	Bazen	Hafif	Hafif	Orta
Derin Enfeksiyon	Yok	Orta	Orta	Belirgin
Nabothian kistleri	Yok	Az	Cok sayıda	Çok sayıda
Hipertrofi	Yok	Yok	Hafif	Orta
Tedavi	Işık koterizasyonu veya koagulasyonu	Tekrar tekrar yapı- ışık koterizasyonu + kriyoterapi + ılımlı koagulasyon + koni- zasyon	Kriyoterapi tekrar tekrar yapılan ılımlı koterizasyon + tekrarlayan ılımlı koagulasyon + koni- zasyon + trakelo- rafi	Kriyoterapi trakelo- rafi serviks ampu- tasyonu + belki histerektomi

İstatistiksel değerlendirmede tek örneklem "chi - kare" testi kullanıldı.

V - BULGULAR :

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı polikliniğine genital akıntı, kasık ağrısı, bel ağrısı, kaşıntı, leke tarzında kanama, disparyuniya, post koital kanama akıntı, menstruasyon düzensizliği şikayetleri ile müracaat eden hastalar arasında kronik servist ve eritroplakisi olan hastalarda servikal smear alındı, neticesi Class I olan olgular; çalışmamıza dahil edilmedi. Class II, Class III olan 120 olgu çalışmamıza alındı. Önce çalışmaya alınıp, kontrole gelmeyen olgular, bu 120 olguya dahil edilmedi.

Olgularımız genellikle 2-3 yakınma ile kliniğimize başvurular. Bunlar Tablo II'de görülmektedir.

Tablo II : Kronik Servisitli olguların başvurma yakınmalarına göre dağılımı

Yakınmalar	N	%
Akıntı	102	85
Kaşıntı	65	54.16
Kokulu akıntı	22	18.33
Genital kanama	24	21.42
Pelvik ağrı	94	78.33
Postkoital ağrı	73	60.83
Postkoital kanama	21	17.50
RİA Kontrolü	7	5.83
Menstruasyon bozukluğu	5	4.16

RİA = Rahim içi araç, N, = Olgu sayısı.

Kliniğimize kronik servist tanısıyla başvuran 120 olgu hastalığın patolojik özelliğine göre sınıflandırıldı, ve incelendi. Değerlendirmeler modifine Hyams ve Matthews metoduna göre yapıldı.

Tablo III :Kronik Servisitli Olguların Patolojik özelliklerine göre dağılımı

Hafif		Orta		Belirgin		Aşırı	
No	%	N	%	N	%	N	%
4	3.3	42	35	58	48.3	16	13.3

$\chi^2 = 60$. $P < 0.001$ (S). Kronik servisitli olguların patolojik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği "tek örneklem chi - kare testi" ile kontrol edildi. Farklılığın istatistiksel alanda anlamlı olduğu saptandı ($P < 0.001$).

120 olgunun 4'ü hafif (% 3.3), 42'si orta derecede (% 35) 58'i (% 48.3) belirgin lezyonlu, 16'sını (% 13.3'ünün) aşırı derecede olduğu saptanmıştır.

Tablo IV :Kronik Servisitli Olguların yaş dağılımı

Klinik sınıflama	Hafif		Orta		Belirgin		Aşırı		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Yaş										
13-19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20-25	1	25	8	19.14	11	18.96	-	-	20	16.66
26-30	2	50	21	50	35	60.34	2	12.5	60	50.00
31-35	1	25	7	16.66	8	13.79	4	25	20	16.66
36-54	-	-	6	14.28	4	6.89	10	62.5	20	16.66
Toplam	4	100	42	99.98	58	99.98	16	100	120	99.98

$\chi^2 = 40$ $P < 0.001$ (S)

Kr. servisitli olguların yaş gruplarının toplam olguların dağılımları arasında (13-19 yaş grubu dışında) anlamlı farklılık olduğu saptandı. ($P < 0.001$).

Olguların yaş dağılımı 20-54 yaşları arasında değişmekteydi. 26-30 yaş grubu arasında (hafif, orta, belirgin kronik servisitli) olgular pik yaparken, aşırı lezyonlu olgularda 36-54 yaş arasında pik yapmaktaydı. Olguların yaş dağılımı Tablo - 4'te gösterilmiştir.

Tablo V :Kronik Servisitli olguların parite dağılımı

Klinik sınıflama	Hafif		Orta		Belirgin		Aşırı		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nullipar	-	-	2	4.76	2	3.44	-	-	4	3.33
1-2	1	25	12	28.57	14	24.13	1	6.25	28	28.33
3-4	1	25	13	30.95	21	36.20	3	18.75	38	31.66
5 ve üstü	2	50	15	35.71	21	36.20	12	75	50	41.66
Toplam	4	100	42	99.99	58	99.97	16	100	120	99.98

$$x^2 = 38.133 \quad P < 0.001 \quad (S).$$

Kronik servisitli olguların toplam parite olgularına göre dağılımları arasında anlamlı farklılığın olduğu saptandı ($P < 0.001$).

120 olgunun 4'ü hariç hastaların hepsi doğum yapmıştı. Doğum sayısı arttıkça lezyonun derecesi de artmaktaydı. Hafif olguların 2'si (% 50), orta derecede olguların 15'i (% 35.71), belirgin olguların 21'i (%36.20), aşırı lezyonlu olguların 12'si (% 75) daha fazla doğum yapmıştı. Olguların parite dağılımı Tablo - V'te gösterilmiştir.

Tablo VI :Kronik Servisitli olguların evlenme yaşlarına göre dağılımı

Klinik Sınıflama	Hafif		Orta		Belirgin		Aşırı		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Evlenme Yaşı										
13-19	4	100	32	76.19	38	65.51	11	68.75	85	70.83
20-25	-	-	10	23.80	18	31.03	4	25	32	26.66
26-30	-	-	-	-	2	3.44	1	6.25	3	2.50
31-35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
36 ve üstü	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Toplam	4	100	42	99.99	58	99.98	16	100	120	99.98

$$2^x = 37.588 \quad P < 0.001 \quad (S).$$

Ençok evliliğin görüldüğü (13-19) yaş grubundaki kronik servisit

olgularının patolojik özelliklerinin dağılımı arasında anlamlı farklılığın olduğu saptandı ($P < 0.001$).

120 olgumuzda evlenme yaşı 13-30 yaş arasında değişmekteydi. Hafif lezyonların 4'ü (% 100), orta derecede ki lezyonların 32'si (% 76.19), belirgin lezyonlu 38'i (% 65.51), aşırı lezyonlu olguların 16'sı (% 68.75), 13-19 yaşları arasında evlenmişlerdi. Olguların evlilik yaşına göre dağılımı Tablo - VI'da gösterilmiştir.

Tablo VII :Kronik Servisitli olgularla Doğum kontrol Yöntemleri arasındaki ilişki

Klinik Sınıflama	Hafif		Orta		Belirgin		Aşırı		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doğum kontrol Yöntemi										
RİA	2	50	5	11.90	27	46.55	5	31.25	39	32.50
O.C.	1	25	9	21.42	5	8.62	3	18.75	18	15
Prezervatif	-	-	4	9.52	3	5.17	-	-	7	5.83
Coitus interruptus	-	-	2	4.76	3	5.17	2	12.15	7	5.83
Vaginal lavaj	1	25	16	38.09	12	20.68	6	37.5	35	29.16
Tüp ligas.	-	-	2	4.76	3	5.17	-	-	5	4.16
Laktasyon	-	-	2	4.76	3	5.17	-	-	5	4.16
Hiç biri	-	-	2	4.76	2	3.44	-	-	4	3.33
Toplam	4	100	42	99.97	58	99.97	16	100	120	99.97

$$\chi^2 = 95.6 \quad P < 0.001 \quad (S).$$

Kronik servisitli olguların, doğum kontrol yöntemlerine dağılımları arasında anlamlı farklılığın olduğu saptandı ($P < 0.001$).

Kronik servisitli , 120 olgunun 39'u (% 37.5) RİA, 35'i (% 29.16), vaginal lavaj, 18'i (% 15) O.C. (oral kontraseptif) kullanmaktaydı. Hafif derecedeki servisitlerde, RİA kullanımı 2 (% 50). Orta derecedeki servisitlerde RİA kullanımı 5 (% 11.90), Belirgin derecedeki servisitlerde RİA kullanımı 27 (% 46.55), Aşırı derecedeki servisitlerde RİA kullanımı 5 (% 31.25) bulunurken Oral kontraseptif kullanımı;

Hafif derecede servisitli olgularda 1 (% 25)

Orta derecede servisitli olgularda 5 (% 21.42)

Belirgin derecede servisitli olgularda 5 (8.62)

Aşırı derecede servisitli olgularda 3 (% 18.75) olarak bulunmuştur.

Doğum kontrol amacıyla diğer sık kullanılan yöntem vaginal lavaj yöntemidir. Kronik servisitli olgularla doğum kontrol yöntemleri arasındaki ilişki Tablo - VII'de gösterilmiştir.

Tablo VIII : Kronik Servisitli olguların Spontan veya kriminal abortusla ilişkisi

Klinik Sınıflama	Hafif		Orta		Belirgin		Aşırı		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Abortus										
Yok	2	50	19	45.23	33	56.89	8	50	62	51.66
1-2	1	25	21	50	20	34.48	7	43.75	49	40.83
3-4	1	25	2	4.76	4	6.89	1	6.85	8	6.66
5 ve üstü	-	-	-	-	1	1.72	-	-	1	0.83
Toplam	4	100	42	99.99	58	99.98	16	100	120	99.98

$\chi^2 = 90.33$ $P < 0.001$ (S) Kronik servisitli olguların, spontan ve kriminal Abortus'a göre dağılımları arasında anlamlı farklılığın olduğu saptandı ($P < 0.001$).

120 olgunun 58'inde (% 49.34) spontan ve kriminal ve abortus öyküsü saptandı.

Tablo IX ; Kronik Servisitli olguların Uterus Pozisyonu ile ilgisi

Klinik Sınıflama	Hafif		Orta		Belirgin		Aşırı		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Uterus										
Antevert	3	75	30	71.42	41	70.68	11	68.75	85	70.83
Retrovert	1	25	12	28.57	17	29.31	5	31.25	35	29.16
Toplam	4	100	42	99.99	58	99.99	16	100	120	99.99

$\chi^2 = 20.833$ $P < 0.001$ (S). Kronik servisitli olguların uterus pozisyonuna göre dağılımları arasında farklılık olduğu saptandı ($P < 0.001$).

120 olgunun 85'inde (% 70.83) uterus antevert 35'inde (% 29.16)

retrovert uterus pozisyondaydı. Uterusun pelvis içindeki konumu ile kronik servistler arasındaki ilişki Tablo - IX'da gösterilmiştir.

Tablo IX: Kronik Servisitli olguların Tedavi Yöntemlerinin karşılaştırılması

Klinik Sınıflama	Hafif		Orta		Belirgin		Aşırı		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tedavi										
Medikal	2	50	7	16.66	8	13.79	1	6.25	18	15
Elektrokoter	2	50	14	33.33	13	22.41	2	12.50	31	25.83
Medikal + Elektrokoter	—	—	2	4.76	3	5.17	—	—	5	4.16
Elektrokonzilyasyon	—	—	15	35.71	17	29.31	3	18.75	35	29.16
Soğuk Konizasyon	—	—	4	9.52	14	24.13	6	37.50	24	20
T.A.H	—	—	—	—	3	5.17	4	25	7	5.89
Toplam	4	100	42	99.98	58	99.98	16	100	120	99.98

$$\chi^2 = 38 \quad P < 0.001 \quad (S)$$

Kronik servisitli olguların, tedavi yöntemlerine göre dağılımları arasında anlamlı farklılıkların olduğu saptandı ($P < 0.001$).

Hafif lezyonlu olgularda medikal tedavi ve elektrokoterizasyon en seçkin yöntem iken, orta lezyonlu olgularda elektrokonzilyasyon 15 olguda (% 35.71) soğuk konizasyon 4 olguda (% 9.52) olmak üzere seçilen yöntem olmuştur. Belirgin lezyonlu 17 olguda (% 29.31) elektrokonzilyasyon, 14 olguda da (% 24.13) soğuk konizasyon uygulanmıştır.

Hastanın yaşı ve beraberindeki patolojilere bağlı olarak 7 olguda T.A.H. uygulanmıştır. Alınan koni biopsinin patolojik tanısı 4 olguda displazi 3 olguda diskaryadik değişiklik olarak gelmiştir. Olguların tedavi yöntemleri Tablo - X'da gösterilmiştir.

Tablo XI : Kronik Servisitli olguların iyileşme oranı

Klinik Sınıflama	Hafif		Orta		Belirgin		Aşırı		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
İyileşme	3	75	32	76.19	41	70.68	11	68.75	87	72.50
Kısmi iyileşme	1	25	8	19.04	9	15.51	3	18.75	21	17.50
İyileşme yok	—	—	2	4.76	8	13.79	2	12.25	12	10
Toplam	4	100	42	99.98	58	99.98	16	99.75	120	100

$$\chi^2 = 83.85 \quad P < 0.001 \quad (S)$$

Kronik servisitli olguların sonuç alınımına göre dağılımları arasında anlamlı farklılık olduğu saptandı ($P < 0.001$).

120 olgunun 87'sinde (% 72.5) iyileşme saptanırken, 21'inde (%17.5) kısmi iyileşme saptandı. 12 olguda da (% 10) iyileşme saptanmamıştır.

İyileşme oranı elektrokonzilyasyon ile tedavi edilen 30 olguda (% 85.7) soğuk konizasyon ile tedavi edilen 23 olguda (% 95.83) başarılı bulunmuştur.

Komplikasyonlar:

Tedavi komplikasyonları açısından uygulanan yöntemlerde elde edilen sonuçlar birbirinden farklıdır en fazla recürens medikal tedavide tespit edildi (% 80.84). Bunu elektrokoterizasyon takip etmektedir. En fazla kanama elektrokoterizasyonda bulunmuştur (% 17). Bunu soğuk konizasyon takip etmektedir (% 5). Olguların hiçbirinde stenoz ve anestezi komplikasyonu olmamıştır. Soğuk konizasyon uyguladığımız bir olguda sütür yetersizliği ve kanama tespit edilmiş ve olgu antibiyotik ve tampon uygulanmasına olumlu cevap vermiştir.

VI - TARTIŞMA :

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine kronik servisit tanısı ile araştırmakta olduğumuz hastalarda en fazla yakınma bulgusunun, akıntı (102 olgu % 85) olduğunu gördük. Bu hastaların yakınmaları mevcut patolojinin şiddetine bağlı olarak değişmekle beraber çoğu zaman birden fazladır ve kadının hem normal yaşantısına hem de cinsel dünyasını etkilemektedir. Hastalardaki mevcut şikayetlerin bir çoğu Malign orijinli hastalıklarında maskeliyebileceğinden hastanın her şikayetini jinekolog tarafından iyice irdelenmesi gerektiği aşikar bir şekilde ortadadır. Nitekim Cramer ve Cutler, ABD'deki bütün invaziv kanserlerin % 30'unun serviksten kaynaklandığını geçmiş yıllara göre düşüş kaydetmekle beraber yine de bir genç dönem hastalığı olduğunu ve olguların çoğunun ilk teşhis yakınmalarını benign hadiselerle beraber olduğunu göstermişlerdir (10).

Benzer nedenlerden ötürü, Singer ve Walker'de yaş gözetilmeksizin her olguya rutin periyodik kolposkopik uygulama gerektiğine işaret etmektedirler (11).

Olgularımızın patolojik özelliklerine göre dağılımını yaptığımızda en fazla oranın belirgin derecede servisiti olan (58 olgu % 48.3) olduğu dikkatimizi çekmiştir. Bölgenin sosyoekonomik yapısının düşük olmasına karşın şiddetli lezyonlarla fazla karşılaşmamamızın sebebi üniversite hastanemizin bir referans hastanesi niteliğinde olması ve gelen olguların, çoğunluğunun resmi kanalla başvurmasındandır.

Modifiye Hyams ve Matthews sınıflandırmasına göre yaptığımız gruplandırmada temelde etmen kriterlerin esası subjektif verilere dayanmaktadır. Objektif kriterlere dayanarak serviks uterusunun benign ve malign hastalıklarının tanımlanmasının yapılması çeşitli ötörlerce düşünülmüştür (2).

Twigs ve arkadaşları serviks uterusunun skuamöz metaplazisinde bazal cell pseudopatları (yalancı ayakları) ile matürasyon derecesi arasında bir ilişki kurmaya çalışmışlardır (12). Swan ve Roddick ise servikal kanser klasifikasyonunda hücre tipi ile klinik patolojik korelasyon aramışlardır (13).

Biz olgularımızın kümülasyonunu 26-30 yaş grubu arasındaki kadınlarda saptadık. Bu grupta her dağılımda, yüksek yüzdelerin elde edilmesi

şu şekilde yorumlanabilir. Bu yaş grubu genelde tüm kadınlar için cinsel olgunluk yaşı olarak nitelendirilebilir. Sık koituslar, ard arda yapılan doğumların servikal patolojiyi etkileyebileceği düşünülmektedir. Böyle bir durumda gelişmesi yıllar alabilecek görünüm dağılımında bizim bulduğumuz yaş konumuna uymaktadır. Yaş ilerledikçe tedavi görmemiş olguların daha şiddetli lezyonlar şeklinde karşımıza çıkması kaçınılmazdır. Kendi çalışmamızda da aşırı derecede kronik servisit sınıflandırmasına soktuğumuz gruptaki en fazla dağılımı, 36-54 yaş gurubu arasında tespit ettik. Bu durum diğer ötürlerin bulgularıyla uygunluk göstermektedir. Sık ve ard arda yapılan doğumların serviks uteride sebep olabileceği travmalardan ötürü servikal patolojilerin yerleşmesinde predispozan bir faktör olabileceği ön görülmektedir (1).

Bölgemizin kültürel yapısı ve kadınlarımızın eğitim düzeyleri düşünüldüğünden gebelik oranının, Türkiye'nin hemen hemen her bölgesinde daha fazla miktarda görülebileceği düşünülebilir. Nitekim çalışmaya aldığımız olguların ağırlığını 5 ve 5'in üzerinde pariteye sahip hastalar oluşturmuştu (% 41.66). Bu rakam dünya standartları içinde oldukça yüksek kabul edilebilir şiddetli lezyonlarda en fazla görüldüğü grupta burada toplanmaktadır. Bu da mevcut genel kanaati doğrulamaktadır.

Olgularımızın öykülerinde ortalama evlenme yaşını 13-19 yaş grubu arasına rastladığını saptadık (% 70.83'tü). 31 yaş üzerinde evlenen olmadığını saptamamızda ilgi çekicidir.

Yaş ve parite dağılımında ileri sürdüğümüz, benzer nedenlerden ötürü bölgemizde evlenme yaşı küçüktür. Erken cinsel hayat ise travma ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar nedeniyle serviks uterinin benign ve malign patolojilerinde önemli bir yer işgal edebilmektedir. Özellikle venerial hastalık olarak bilinen cinsel yolla bulaşan organizmaların özellikle malign hadiselerin kökeninde rol oynayabileceği şüphesi giderek çok sayıda araştırmacının dikkatini çekmektedir.

Gujyan ve arkadaşları bilinen cinsel yolla bulaşan patejenlerle CİN (cervikal intraepitelial neoplazi) arasında partner sayısına paralel olarak ilişki kurulamayacağını ortaya koymuşlardır (14).

Bradkear ise son yılların en moda hastalığı olan Hiyv (insan immün yetmezlik virüsü - Aids etkeni) de risk faktörü olabileceğini ortaya koymuştur (15).

Çalışmamızın eksik olan tarafı özellikle çeşitli virüsler örneğin

Human papillomavirus hücre kültürleriyle birlikte olgularımızın değerlendirilmesi yapılmamış olmasıdır. Böyle bir çalışmanın benign natürlü patolojiler içinde daha anlamlı bir açıklık getireceği kanaatindeyiz.

Olgularımızın öykülerinde doğum kontrol amacıyla yüksek oranda RIA kullandıkların (% 29.16) bunu su veya kimyasal metodlar kullanarak yapılan postkoital lavajların izlediğini saptadık. Dünya Sağlık Örgütü'nün verdiği rakamlara göre RIA kullanımına paralel olarak PID (pelvik inflamatuvar hastalığı) insidansının normal populasyonun 4 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir. Ancak RIA kullanımı ile serviks uterinin benign ve malign dağılımları arasında ilişkiyi belirliyecek bir çalışma mevcut değildir. Ancak çalışmamızda elde ettiğimiz aşırı gruptaki yüksek yüzde oranları bize RIA kullanımının bu tür patolojilerde predispozan bir faktör olabileceği düşüncesini vermiştir. Postkoital lavaj uygulamasının ise vaginal mikrobik florayı bozarak predispozan bir faktör olabileceğine inanıyoruz. Biz kendi serimizde oral kontraseptif kullanımı ile servikal lezyon şiddeti arasında bir ilişki saptamadık. Ayrıca diğer korunma yöntemleri ile kronik servisit gelişmesi arasında anlamlılık saptamadık.

Teşhis ettiğimiz olgularımız içersinde,infertil hasta olmaması ilginçtir. Bunun sebebi olarakda infertil hastaların hastaneye birinci yakınma sebebi olarak başvurularının çocuk isteği olmasıdır. Keza serviksteki benign ve malign değişikliklerin infertilite üzerine fazla bir etki yapmadığı bilinmektedir. Hatta Buller ve Jones servikal konizasyonu takip eden gebelik oranlarında da çok fazla değişiklik olmadığını konizasyon sekelinin bile eylemin ilk döneminde sadece uzamaya sebep olabileceğini ileri sürmektedirler (16).

Olgularımızın anemnezlerinde elde ettiğimiz bilgilerde spontan ve kriminal abortus sayısının ikinin üzerinde fazla olmadığını gördük. Gerek populasyon dağılımında, gerekse olguların yayılımlarında abortus sayısı açısından guruplar arasında fazla bir anlamlılık dikkati çekmemiştir. Sık ve aşırı yapılan D-C işlemlerinin servikste travma oluşturabileceği düşüncesi yaygın bir kanaat olmakla beraber bizim kendi gözlemlerimiz bunu doğrulamamaktadır. En şiddetli lezyon gelişimi D-C veya abortus olmayan grupta saptanmıştır (% 50). Rutin D-C işlemi patolojik mikroskopiye etkilememektedir.

Arene ve Parente servikal konizasyonla birlikte rutin D-C işlemini tartışmaya açmışlar (17). Helmkamp ve arkadaşları ise bunun gerekmediğini belirtmişlerdir (18). Batıda giderek yaygınlaşan yeni eğilim yenisi yerine alternatif olabilecek (Vabra aspirasyon) VĀ metodunun hem daha ucuz, hemde kullanışlı olması sebebiyle daha çok rağbet gördüğü belirtilmektedir. (19).

olgularımızın muayenelerinde % 70.83'ünde uterus pozisyonunun AV, % 29.16'sında RV olarak tespit ettik. Kendi çalışmamızda uterus pozisyonu ile kronik servisit şiddeti arasında bir ilişki saptamadık. Konu ile ilgili olarak yaptığımız literatör taramalarında herhangi bir yayın bulamadık.

Çalışmaya aldığımız olgulara çeşitli tedavi yaklaşımlarında bulduk. Hafif orta derecede kronik servisitli olgulara, daha konservatif işlemler uygularken belirgin ve aşırı lezyonlu olgular sitolojik görünümü maligniteden de ayırdetmek, amacıyla radikal yaklaşımları tercih ettik.

Soğuk konizasyon ve histerektomiye belirgin ve aşırı lezyonları olan hastalarda uyguladık. Bu hastalarda alınan materyalin patolojik tanısı 4 olguda serviks displazisi 3 olguda diskaryozisti soğuk konizasyon ve papsmear sonuçları şüpheli yada anormal kolposkopik görünümü olan olgularda mutlak uygulanması gereken bir prosedür olduğu belirtilmektedir (20). Şüpheli durumlarda ECC (Endoservikal küretaj) ve kolposkopik değerlendirmelerin bile yetersiz kalabileceği düşünülmektedir (21,22).

Günümüzde serviks uterinin benign, premalign ve CIN (Servikal intraepitelial neoplazi) tedavisinde en çok kullanılan yöntemler elektrokoagülasyon, krio surgery ve son yılların en moda tedavi şekli olan lazer konizasyonudur (23,24,25). Esas olan yaklaşım dejenere dokunun tahrip edilmesi esasına dayanmaktadır. Bu sıralanan yöntemler arasında şüphesizki en az komplikasyon vermesi ve daha iyi bir iyileşim sağlaması açısından, lazer aplikasyonu en iyi tedavi yaklaşımıdır. Hatta günümüzde lazerle konizasyon yerine silindirik eksizyon kullanılmasının daha olumlu sonuçlar verebileceği öne sürülmektedir (26).

Lazer komplikasyon bakımındanda soğuk konizasyona oranla daha olumlu sonuçlar vermektedir (27).

Biz Türkiye için çok modern aynı zamanda pahalı görülen bu yeni teknolojinin kendi hastanemizde kullanılmasının bölgenin ve hastanemiz için çok olumlu sonuçlar getirebileceği kanatindeyiz.

Olgularımızın takibinde hafif, orta ve belirgin lezyonu olan hastaların çoğunluğunda tam bir iyileşmenin olduğunu, aşırı lezyon olan grupta buna yakın bir iyileşmenin olduğunu tespit ettik. 12 olguda ise hastalara uygulanan tedaviden fayda görmediler. İyileşme oranları en anlamlı bir şekilde soğuk konizasyon grubunda olmuş ve bu grupta anlamlı bir komplikasyon gelişmemiştir. Literatürde konizasyon çapının büyüklüğü ve kullanılan yöntemle paralel olarak tedavi sonuçlarının değişebileceği, komplikasyonların ise farklı olabileceği bildirilmektedir (28,29,30). Eksiklerimizi ileriki çalışmalarımızda tamamlamayı amaçlıyoruz.

VII- S O N U Ç :

Kronik servisit olgularını, erken yaşta evlilik yapan ve fazla doğum yapmış kadınlarda daha sık görmemiz oldukça anlamlıdır.

Bu nedenle hastalığın sıklığının ve lezyon derecesinin azaltılması açısından, erken yaşta yapılan evliliklerin doğuracağı sakıncalar konusunda ve aile planlamasının gerekliliği ile ilişkili eğitim kampanyası yaygınlaştırılmalıdır. İlkel bir korunma yöntemi olarak uygulanan Vajinal lavajın-yararsızlığı ve sakıncaları vurgulanmalıdır.

Serviks kanserinde de erken yaşta evlilik ve gebeliklerin üç çocuktan fazla doğum yapmanın predispozan bir faktör olduğu gözönüne alınırsa, kronik servisitli olguları serviks kanseri açısından da tetkik etmek gerektiği ortadadır. Kronik servisitte en sık görülen patolojik değişiklik squamöz metaplazidir. Squamöz metaplazinin uzun süre devam etmesi çeşitli etkenlerle CIN'e dönüşme nedeni olabilir. Bu nedenle kronik servisitlerde her olguda pap smear alınmalı, anormal pap smear sonucu gösterenlerde tekrarlayan kontroller yapılmalıdır.

Aşırı derecede lezyonu olan olguların gerek serviks kanserini atlamamak, gerekse tedavi amacıyla soğuk konizasyon seçilecek tedavi yöntemi olduğu kanaatindeyiz.

VIII- Ö Z E T :

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı polikliniğine Ocak 1988 - Mart 1989 tarihleri arasında başvuran 120 kronik servisit olgusunda serviks lezyonu patolojik özellikleri, tedavi yöntemleri ve sonuçları prospektif olarak incelendi.

Değerlendirmeler Modifiye "Hyams ve Matthews metoduna göre yapıldı. Olguların çoğu belirgin ve aşırı derecede lezyonu olan grupta (% 47.13).

Bu olgular değişik tedavi yöntemleri uygulandı ve karşılaştırıldı. En iyi iyileşme oranı ve komplikasyon ve rekürens azlığı oranı, soğuk konizasyon tekniği uygulanan grupta tespit edildi (%95.83).

Kronik servisit erken yaşta evlilik yapan ve fazla doğum yapmış kadınların önemli problemlerinden biri olup aşırı derecede lezyonlu olgularda, gerek serviks kanserini ekarte etmek ve aynı zamanda tedavi olarak kullanılacak soğuk konizasyon yöntemi, komplikasyonları az olması sebebi ile tercih edilmesi gereken methodur.

IX - LİTERATÜR .

- 1- Albert Singer A. anormal servikal smear. Br.Med.J. Cilt.293 sayı 6561. 13 Aralık 1986. sayfa : 1551 - 1556.
Çeviri (Literatör aylık dergisi sayı 34. Mart 1987).
- 2- Hill.E.C., M.D. Disorders of the uterine cervix in current obstetric and treatment 5 th edition Ch : 10 PP : 228-234 1984. Lange medical publications Los Altas California.
- 3- Danfarth scott. J. M.D. Mernill J.A. Benign lesions of the cervix uteri in Danfarth D.N. (ed) Obstetrics and Gynecology. 4 th ed PP 1046 - 1050. Philadelphia, Harper and Row 1982.
- 4- Novak's Textbook of Gynecology 1981. Janes Seegar Georgeanna M.D. Jones Haward W.Jr.M.D. Chapter : 11. Chranre Cervixitis. PP. 350-358.
- 5- Ostergard D.Rh. Townsend D.E. Comparison of elektro couterization and cnyosurgery for the treatment of benign disease of uterin cervix. Obstet and Gynecol. 33.57 1969.
- 6- Sharp Frank Cordiner. Jawes W.
The treatment of CIN; Cone biopsy and husterectomy. Clinics in obstetries and gynecology March 1985 Chapter: 8 PP. 133-148.
- 7- Clifford R. Wheoless Jr. Atlasof pelvik surgery. Conization of cervix 1981. Philodelphia page 154.
- 8- Hans. B. Krebs.M.D. Outpatient cervical Conization 1984-63 (3) March 430-4. Obstetrics and Gynecology.
- 9- Kretzschmar? Robert M. Cauterization of the cervix Chapter ; 31 page; 1-2. Ed. Sciarra. John.J. Gynecology and obstetrics. Volume; 1. Md.Harper and Row. Publishers phile dalphia. 1984.

- 10- Cramer D.W.M.D. and Cutler S.J. Sc.D. Incidence and histopathology of malignancies of the female genital organs in the United States
Am.J.Obstetrics and Gynecology 1974 (Feb).118 (4) 443-60.
- 11- Walker P. Colposcopy; Who, When, Where and by Whom. Br.J.Obstetrics and Gynecology. 94: 1011-3 1987.
- 12- Twiggs. L.B.M.D. Clork. B.A.B.S. Okogaki T.M.D. pH.D. Basal cell pseudopodia and the degree of maturation of squamous metaplasia of the uterine cervix; A morphometric quantification Am.J. Obstetrics and Gynecology 146 : 69 1983.
- 13- Swan.D.S.M.D.Roddick.J.W.M.D. A clinical pathological correlation of cell type classification for cervical cancer. Am.J. Obstetrics and Gynecology. 116 (5) : 666 - 70. 1973.
- 14- Guijen F.B.M.D. Pacankevan M.MD. and Brunhau .R.M.D. The association of sexually transmitted diseases with cervical intraepithelial neoplasia. A case-control study. Am.J. Obstetrics and Gynecology 1985 : 151 : 185-90.
- 15- Bradbeer C. Is infection with HIV a risk factor for cervical intraepithelial neoplasia. Lancet. 1987 (Nov) 28 : 2 (8570) 1277-8 (letter).
- 16- Buller. R.E.M.D.PH.D.Jones III. H.W. M.D. Pregnancy following cervical conization. Am.J. Obstetrics and Gynecology. 142:506 1982.
- 17- Arona V. M.D. and Paunte J.T. M.D. Routine dilatation and curettage during cervical conization. Am. J. Obstetrics and Gynecology 149 (1) 105 - 6 1984.
- 18- Helmkaup. B.F. M.D. et al. Cervical conization; When is uterine dilatation and curettage also indicated ?
Am.J.Obstetrics and Gynecology. 146: 893. 1983.

- 19- Gimes D.A. M.D. Diagnostic dilatation and curattage: A reoppeacial
Am.J. Obstetrics and Gynecology 65 (3): 449-50 1985.
- 20- Towinsend D.E.M.D. Cervical conization (letter). Obstet and
Gynecol 65 (3): 449-50 1985 .
- 21- Anderson. W.M.D. et al. Sensitivity and specifity of endocervical
curettage and the endocervical brush for the evacuation of the
endocervical canal.
Am.J. Obstet Gynecol. 159 : 702 - 7 1988.
- 22- Benedet. J.L. M.D. Anderson G.H.M.B. Simpson ML.MD. et al.
Colposcopy, conization and hysterectomy practics; A current
perspective. Obstetrics and Gynecology 1982 (Nov.) Vol. 60 Number 5
PP 539 - 45.
- 23- Schuurmans S. Nan M.D. F.R.C.S. (c) and et all. Treatment of cervical
intraepithelial neoplasia with electrocoutery : Report of 426 cases
Am. J. Obstet. Gynecol. 146:69 1983.
- 24- Crisp. W.E.M.D., and et all. Cryo surgical treatment of pre malignant
- disease of the uterine cervix.
Am. J. Obstet Gynecol 107 (5) . 737-42 1970.
- 25- Townsend D.E.M.D., and Morks E.S. MPH. Cryosurgery and the CO₂
laser concer. 48 : 632-637 1981.
- 26- Wright. V.C. M.D. Davies E. M.D. and Riopelle M.A. B.A. Laser
Cylindrical excision to replace conization.
Am. J. Obstet Gynecol 150 704-9 1984.
- 27- Larsson G.M.D. Gullberg Bo.PhD. and Grund sell H,M.D. A compazision
of couplifications of laser and cold knife conization. Obstetrics and
Gynecology. Vol. 62 No: 2: 213-7 1983.

- 28- Boitofte E. et al Conization by Carbondioxide Laser or cold knife in the treatment of cervical intra-epithelial neoplasia. Acta Obstet Gynecol Scand. 65: 199-202 1986.
- 29-Killackey M.A.,M.D. Jones W.B. M.D. and et al Diagnostic conization of the cervix. Review of 460 consecutive cases. Obstet. Gynecol. 1986 June Vol. 67 No: 6 PP. 766 - 70.
- 30- Lvesley. D.M. et al. Complications of cone biopsy related to the dimensions of the cone and the influence of prior colposcopic assesment. Br.J. Obstet. Gynecol 92: 158 - 64 1985.
- 31- Greer. E. Benjamin cryosurgery chopter. 33. page 1-5. Ed.Sciame John.J. Gynecology and Obstetrics Woluve . 1. Hanper and Row puplishers philedelphia 1984.
- 32- Boggish michoel S. Lasers in Gynecology. Chopter : 34. Page. 1-28 Ed. Sciarra John. J. Gynecology and obstetrics. Volume. 1 Harper and Row Publishers philedelphia : 1984.

KR. SERVİSİTLERDE TANI VE TEDAVİ

Adı - Soyadı :.....
Yaşı :..... Evlenme Yaşı :.....
Dosya No :..... Protokol No :.....
Gebelik.....Parite..... Abort.....Mullipar..... Küretaj.....

Başvuru Yakınması :

Akıntı..... Rengi..... Süresi..... Kaşıntı.....
Diğerleri.....
Kanama.....Menst /
Ağrı.....
Postkoital Ağrı.....Postkoital Kanama

Muayene :

VV
Coll
Corpus
Adnexler
Erozyonun Özelliği
Smear
Biopsi
- Endoservical küretaj
Probe küretaj

Korunma Yöntemi RİA Oral Kontraseptif
Diğerleri Süresi
Önceden Tedavi Evet Hayır
Tedavi Görmüşse Medikal.....Operatif.....

Medikal Tedavi
Elektrokoterizasyon
Soğuk konizasyon
Elektrokonizasyon

TEDAVİ SONUÇLARI :