

# KONİZASYON SONRASI OLUŞAN SERVİKAL STENOZUN FOLEY SONDA İLE TEDAVİSİ

Dr. Simender Mesci Haftacı,<sup>1</sup> Dr. M. Faruk Köse<sup>2</sup>

## ÖZET

Servikal konizasyon özellikle genç hastalarda ileri lezyonlarda altın standart olmakla beraber, jinekolojide komplikasyon oranı en yüksek cerrahilerden biri olarak kabul edilmektedir. Konizasyon komplikasyonları; intra operatif ve postoperatif kanama, infeksiyon, servikal stenoz, servikal mukus sekrete eden glandların kaybına bağlı olarak infertilite oranında artma ve servikal yetmezlik olarak sıralanabilir (1). Servikal stenoz nispeten sık görülen, yönetimi zor, ve eşlik eden faktörler ve yönetime yaklaşımının henüz tam ortaya konulmadığı bir komplikasyon olarak gözükmektedir. Servikal stenoz ve hematometra yönetimi ile ilgili kabul edilen kesin bir yönetim şekli olmamakla beraber servikal dilatasyon ve abdominal yoldan histerotomi gibi yöntemler kullanılmaktadır. Biz olgu sunumumuzda soğuk konizasyon sonrası oluşan servikal stenoz yönetiminde foley sonda ve hormon replasman tedavisinin kullanımı ve sonuçlarını yayınlamayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** Serviks; Konizasyon, Servikal Stenoz.

## ABSTRACT

Cervical conization is regarded as gold standart in the patients with high grade lesions. However it has the highest complication rate of any type of gynaecologic surgery. Complications of conization include intraoperative and postoperative bleeding; infection, cervical stenosis, loss of cervical mucus-secreting glands causing infertility and cervical incompetence (1). Cervical stenosis is relatively common, difficult to manage, and still remains unknown because of lack of acknowledgement about risk factors and accompanying factors. There is no certain modality of management about cervical stenosis and hematometra; but cervical dilatation and transabdominal hysterotomy are being used. We aimed the using urinary catheter and hormon replasman treatment in management of servical stenosis following cold-knife conization in our case report.

**Key Words:** Cerviks, Conization, Cervical Stenosis.

## GİRİŞ

Servikal preinvaziv lezyonlardan CIN 2 ve CIN 3 yüksek grade lezyonlar olarak kabul edilmektedir. CIN3 lezyonları için tedavi edilmemiş durumlarda invaziv kansere dönüşüm oranı %12-40, spontan regresyon oranları da %32-47 olarak bildirilmektedir (2,3) CIN2 ve CIN3 lezyonları için bazı özel durumlar hariç yeterli kolposkopiyle beraber eksizyonel ve ablatif tedaviler kabul görmektedir. Soğuk konizasyon serviks yüzeyinden servikal kanala doğru cerrahi bistüri ile serviksin koni şeklinde çıkarılmasını ifade et-

mekte; bu yöntem geniş doku çıkarılmasını sağladığından tanı için yeterli materyal ile beraber eş zamanlı tedavi olanağı da sağlamaktadır. Diğer eksizyon yöntemleri olan LEEP veya laser konizasyondan farklı olarak soğuk konizasyon kenarlarında yanma defekti olmadan, tek bir cerrahi spesimen elde etme avantajını da sağlamaktadır. Soğuk konizasyon LEEP'e göre daha iyi küratif sonuçlar verebilmekle beraber muhtemel adenokarsinoma in situ, ve adenokarsinom şüphesinde tercih sebebidir. Diğer yandan konizasyon da dahil hiçbir yöntemin HPV infeksiyonu-

Geliş tarihi: 27/12/2012

Kabul tarihi: 20/01/2013

<sup>1</sup>Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği DÜZCE

<sup>2</sup>İstanbul LIV Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İSTANBUL

İletişim: Dr. Simender Mesci Haftacı

Düzce Atatürk Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği DÜZCE

Tel: 0216 418 77 26

E-Posta: simendermesci@hotmail.com

nun küratif tedavisinde yeri yoktur (1). Son zamanlarda yayınlanan bir meta-analizde 1 prospektif kohort ve 19 retrospektif çalışma değerlendirilmiş, soğuk konizasyon önemli oranda artmış perinatal mortaliteyle beraber bulunmuştur (rölatif risk 2.87 %95, güvenlik aralığı 1.42- 5.81) ve yine daha fazla oranda artmış erken doğum riski (2.78, 1.72-4.51), çok artmış erken doğum riski (5.33 1.63- 17.40) ve <2000 g düşük doğum ağırlığı riski (2.86, 1.37-5.97) olarak bildirilmiştir (4).

Konizasyonun uzun dönemde perinatolojik komplikasyonlarının dışında postoperatif erken ve geç dönemde görülen birçok komplikasyonu da bulunmaktadır. Konizasyon 'jinekolojik cerrahide komplikasyon oranı en yüksek olan cerrahi prosedür' olma özelliği taşımaktadır. Bu komplikasyonlar intraoperatif ve post-operatif kanama, infeksiyon, servikal stenoz, servikal mukus sekrete eden glandların kaybına bağlı olarak infertilite oranında artma, ve servikal yetmezlik olarak sıralanabilir (1). Genç hastalarda altın standart olarak kabul edilen soğuk konizasyon prosedürü cerrahi sınırı negatif bırakma amacı taşımakta, bu nedenle dokunun olabildiğince geniş çıkarılmasını gerektirmektedir. Dokunun geniş çıkarılması da servikal stenoz riskini arttırmaktadır. Servikal stenoz nispeten sık rastlanan bir komplikasyon olmakla beraber etyolojisi, eşlik eden durumlar, risk faktörleri kesin olarak ortaya konulamamıştır. Hangi faktörlerin etkin rol oynadığının bilinmemesi de yönetim ve tedavisini zorlaştırmaktadır. Hematometra ile görülen servikal stenoz vakaların yaklaşık %1'ini oluşturmaktadır. Tedavi protokolü net olmamakla beraber en sık servikal dilatasyon kullanılmaktadır. Biz konizasyondan 4 ay sonra, şiddetli karın ağrısı ile başvuran, hematometra ile görülen servikal stenozlu hastamızda foley sonda ile tedavi protokolümüzü sunmak istedik.

## OLGU

34 yaşında Gravida1, yaşayan 1 (vajinal doğum) ve reproduktif dönemde olan hastamızda KETEM rutin taraması sırasında servikal smear sonucu HGSIL olarak geldi. Düzce KETEM ekibi tarafından konsültan hekime yönlendirilen hastaya kolposkopik muayene yapıldı ve şüpheli lezyonlardan biyopsi alındı. Biyopsi sonucu CIN3 olarak geldi. Hastaya soğuk konizasyon yapıldı. Cerrahi sınır negatif olarak gelen hasta post-operatif 2. günde taburcu edildi. Hastanın

postoperatif hiç kanaması olmadı. Operasyonu takiben 2 ay şikayeti olmadığını ifade eden hasta sonrasında şiddetli karın ağrısıyla acile başvurdu. Yapılan transvaginal ultrasonografi de hastada hematometra ve uterusun büyük olduğu saptandı. Hastaya genel anestezi altında bujilerle servikal dilatasyon yapıldı. Serviksin çok fibrotik olduğu ve vajinal yaklaşımda servikal osun güçlkle saptanması nedeniyle servikal dilatasyon zorlukla yapıldı. En fazla 7 nolu buji kullanılarak yapılan işlemde kavitedeki hematoma boşaltıldı. Kanaması devam eden hasta ertesi gün taburcu edilerek aylık takibe çağrıldı. Hasta aylık kontrolüne gelmedi ancak, tekrar 2 ay adet görmemesi üzerine yine şiddetli karın ağrısıyla 112 ambulansıyla acile başvurdu. Tekrar servikal dilatasyon yapılan hastanın bu sefer öncesine göre daha az kanaması olduğu fark edildi. Hasta serviste izleme alındı. Servikal dilatasyon sonrası post operatif 1. Günde hastanın tekrar kanamasının durduğu gözlemlendi. Hastaya uterin kavite içinde 14 lük foley sonda 20 cc kadar şişirilerek kavitede bırakıldı. Antibiyoterapi olarak; doksisisiklin 100 mg po 2x1 ve düşük doz oral kontraseptif başlandı. Sondadan dolayı ağrısı tekrar başlayan hastaya analjezik verildi. Hastadaki foley sonda balonu ertesi gün 10 cc ye düşürüldü. Hastanın ağrısı biraz daha azaldı, lekelenme ve az kirli pedlik kanama şeklinde kanaması takip edildi. Hasta 7 gün serviste izlendi. 8. Günde kavitedeki foley sonda çıkarıldı. Oral kontraseptifi kutu bitene kadar kullanması önerildi. Şikâyeti olmayan hasta taburcu edildi. Aylık takibe alınan hastanın sonraki sikluslarında her hangi bir problem olmadı. Hasta 5 aydır problemsiz adet görmektedir.

## TARTIŞMA

Soğuk konizasyon ayaktan yapılan prosedürlerde, uygulamadan 6 saat sonra taburcu edilebilmekle beraber, 2 veya 3 hafta sonra hasta kontrole çağrılmalı, yara iyileşmesi ve genel durum açısından değerlendirilmelidir. Hastalar ağır aktivitelerden (ağır ev işi, spor) uzak durmaları konusunda bilgilendirilmelidir. Cinsel ilişki en az 14 gün yasaklanmalıdır. Her hangi bir jinekolojik operasyondan sonra görülebilen perioperatif ve postoperatif komplikasyonlar konizasyondan sonra da görülebilmekle beraber; bu komplikasyonlar nispeten daha az karşımıza çıkmaktadır. En nadir komplikasyonlar mesane ve rektum hasarıyla veya kollateral uterin arter hasarıyla beraber görülen kanamadır. Tüm bu sayılan komplikasyonlar ge-

nellikle cerrahın deneyim eksikliği ile ilgilidir. En sık karşılaşılan komplikasyon ise postoperatif kanamadır. Postoperatif kanama genellikle çıkarılan dokunun hacmiyle bağlantılı olmakla beraber soğuk konizasyon sonrası elektrokoterizasyon veya sutur ihtiyacı vakaların %1-3'ünü geçmemektedir. Postoperatif kanama en sık operasyondan sonra ilk 24 saat içinde görülmektedir. Postoperatif kanama insidansı 10. Gün civarında tekrar pik yapmakla beraber 14 günde tamamen kaybolduğu görülmektedir. Erken postoperatif komplikasyonlar aynı zamanda hematoma ve enfeksiyonu da içermekle beraber, bu sayılanlar çok nadir görülmektedir. Geç komplikasyonlardan dismenore, pelvik ağrı, anormal kanama gibi durumlar muhtemel endometrit ile ilişkilendirilebilir. Fertilitate problemleri klasik olarak infertilite, düşük ve premature doğum riskinde artış olarak bilinmektedir (1).

Bunlardan başka geç komplikasyonlardan olan servikal stenoz ile bilgilerimiz daha sınırlıdır. Özellikle yüksek gradeli genç hastalarda kütatif olabilen soğuk konizasyonunda amaç olabildiğince geniş dokuyu çıkarmak ve negatif cerrahi sınırlara ulaşmak olduğundan bu hasta grubunda servikal stenoz riski de artmaktadır. Servikal stenoz genellikle hematometra ve şiddetli ağrı ile seyretmekte, hastanın hayat kalitesini önemli ölçüde düşürmekte, bu nedenle servikal stenozun yönetimi önem teşkil etmektedir. Risk faktörleri ve eşlik eden faktörler net ortaya konulamadığı için, yönetim konusunda da kesin kriterler olmaması klinisyeni zorlamaktadır. Günümüzde en sık yaklaşım bujilerle dilatasyon uygulaması olmakla beraber olgumuzda olduğu gibi her zaman iyi sonuç alınmamaktadır. Hastamız ilk servikal stenoz tablosuyla geldiği zaman genel anestezi altında efektif bir buji dilatasyon yapılmış, kavitedeki hematoma boşaltılmış ve hasta postoperatif ağrısız ve normal kanamayla gönderilmiş olmasına ve 2 ay boyunca hiçbir şikâyeti olmamasına rağmen, ikinci ayda öncekine göre çok daha şiddetli bir tabloyla acile başvurmuş-

tur. Hasta o kadar ağrılı bir durumdaydı ki, açlık süresinin dolması beklenmeden tekrar servikal dilatasyon için ameliyathaneye alındı. Söz konusu tablo aynı hastada ikinci kez olduğundan ek bir dilatasyon yöntemine ihtiyaç duyularak foley sonda yerleştirilmesi planlandı. Bizim olguyla ilgili diğer önemli problemimiz hastanın postoperatif olarak intrakaviter foley sondayla uyandıktan sonra şiddetli ağrı hissetmesiydi. Bu nedenle analjezik başlandı ve sonda balonu 20 cc' den 10 cc' ye indirildi. Bu iki uygulamaya ağrısı sınırlamadı ancak hafifletti. Oral kontraseptifle desteklenen servikste, sondanın uyguladığı mekanik basıncın servikal kanalı muhtemelen yeniden yapılandırarak, eski fonksiyonuna dönmeye yardımcı olduğu düşünülmektedir. Burada dikkat edilmesi gereken önemli bir nokta aynı semptomlarla ikinci kez gelen hastada tedavi ve yönetim modalitesinin genişletilmesi gerektiğidir. Ayrıca servikal stenoz sonrası osun görünümü de değiştiğinden, uygulanan tedavi ne olursa olsun servikal preinvaziv lezyon yönetiminde hayati olan smear ve kolposkopi takiplerinin de daha zor olacağı akılda tutulmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Ali Ayhan, Nicholas Reed, Murat Gültekin, Polat Dursun: Textbook of Gynaecological Oncology, Güneş Publishing, 2012.
2. Gustafsson L, Adami HO. Natural history of cervical neoplasia: consistent results obtained by an identification technique. Br J Cancer 1989;60:132,
3. McCredie MR, Sharples KJ, Paul C, et al. Natural history of cervical neoplasia and risk of invasive cancer in women with cervical intraepithelial neoplasia 3: a retrospective cohort study. Lancet Oncol 2008; 9: 425.
4. Arbyn M, Kyrgiou M, Simoons-Smit AM, Raifu AO, Koliopoulos G, Martin Hirsch P, Prendiville W, Paraskevaidis E. Perinatal mortality and other severe adverse pregnancy outcomes associated with treatment of cervical, intraepithelial neoplasia: meta-analysis. BMJ 2008 Sep 18; 337: a1284. doi: 10.1136/bmj.a1284. Review.