

Conisatio diatermiás hurokkal: új módszer a méhnyak rákmegelőző állapotainak ambuláns kezelésére

PÓKA RÓBERT DR., LAMPÉ LÁSZLÓ DR.

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Női Klinikája (igazgató: Lampé László dr., egyetemi tanár) és a Southend NHS Trust Hospital, Rochford, United Kingdom (chairman: John Kingsley Ward dr.) közleménye

Összefoglalás: A méhnyak rákmegelőző állapotainak pontos diagnózisára és kezelésére a szerzők 98 betegen végeztek ambuláns diatermiás conisatiót. A betegek többsége a citológiai vizsgálat kóros eredménye miatt került kolposzkópos vizsgálatra és egyidejű diatermiás conisatióra. Az esetek 90%-ában a teljes transzformációs zónát egy darabban sikerült eltávolítani. A szövettani vizsgálat az anyagok 89%-ában mutatott diszpláziát és 4 esetben pedig cervix karcinómát igazolt. A szövettani vizsgálat szerint az ekto- és endocervikális metszések határok egyidejű épsége 68%-os gyakorisággal fordult elő. A hagyományos conisatioval összehasonlítva az új módszer lényegesen egyszerűbb és olcsóbb. A műtét helyi érzéstelenítésben, járóbeteg rendelésben végezhető és posztoperatív hospitalizációt nem igényel. A narkózisok számának, a nőgyógyászati műtők terhelésének, valamint a kórházi ápolási napok számának csökkentésével a módszer hatékonyan hozzájárul a kórházi költségvetés javításához.

Kulcsszavak: ambuláns, diatermiás, conisatio.

Elsőként Cartier javasolta a diatermiás hurok alkalmazását a cervicalis intraepithelialis neoplasia (CIN) biopsziájára [1, 2, 3]. A francia eredet ellenére a módszer Nagy-Britanniában talált a legnagyobb támogatásra. A hurokszerű vékony fémszállban haladó nagyfrekvenciájú, kifszűlt-ségű áram a közvetlen környezetben lévő szövetekre vágó hatást fejt ki és az átmetszett ereket is koagulálja. A lézeres conisatiótól eltérően a szövetek karbonizációja nem következik be, mivel a koaguláció pillanatában a hurok és a szövet kontaktusa megszűnik. A nagyobb hurok a teljes transzformációs zóna összefüggő kimetszését teszi lehetővé [5, 6, 17]. A próbakimetszésekkel szemben a diatermiás hurok conisatumok szövettani értékelése minimális többlet költséget jelent a diagnosztikus pathológiai információ egyidejű jelentős növekedésével [4].

A módszer széles körű alkalmazásáról Prendiville, majd egy nagyobb anyagban Murdoch számolt be [14, 17]. A nyomonkövetéssel igazolt sikeres kezelések több mint 95%-os aránya miatt a módszer csaknem teljesen kiszorította a koráb-

ban széles körben alkalmazott lézeres és krioterapiás módszereket, valamint a hidegkés conisatiót [14]. A helyi ablatív módszerek, mint például a kriokauterezés, hideg koaguláció vagy a lézeres vaporizáció, mindegyikének hátránya, hogy előzetes biopsziás diagnózist és szoros kolposzkópos nyomonkövetést igényelnek [20]. Még ilyen feltételek mellett is gyakran előfordul, hogy az egyidejű mikroinvazív folyamat nem került felismerésre a kezelés előtt. A Birmingham-i munkacsoport anyagában a kolposzkópos vizsgálat 62%-os szenzitivitással észlelt mikroinvaziót [18]. Az egy ülésben végzett próbakimetszések és hurok diatermiás conisatio szövettani anyagának összehasonlítása egyértelműen igazolta az utóbbi magasabb diagnosztikai értékét [7]. A módszert megjelenése óta igen kevesen kritizálták. A Brit Klinikai Citológiai Társaság érvényben lévő javaslata szerint az első alkalommal diagnosztizált CIN-I nem igényel kezelést. Legalább hat hónap elteltével ismételt szövettanilag igazolt CIN-I esetében javasol a Társaság ablatív kezelést vagy kimetszést. A Luesley tanulmányában ismertetett 5%-

os normális szövettani eredményt, a 22%-ban észlelt CIN nélküli koilocitózist és a 18%-os előfordulását CIN-I-et együttvéve egy szerkesztőségi levélben elfogadhatatlanul magas arányú, 45%-os túlkezelésnek és káros beavatkozásnak minősítettek [8]. Luesley a próbakimetszések pontatlanságára, valamint a diatermiás hurok conisatio szövétkimelő jellegére hivatkozva utasította vissza a módszert ért vádakát [9, 10]. Az első nagyobb közlést követő vita óta egyre többen, egyre nagyobb anyagról számolnak be és már nyoma sincs a módszert visszautasító véleménynek.

Betegek és módszer

A 98 beteg többsége diszkariózist mutató vagy ismételt gyulladásra utaló kenet miatt került vizsgálatra a Southand NHS Trust Hospital kolposzkópos szakrendelésén (Rochford, Essex). Két esetben a kolposzkópos vizsgálatot korábbi ablatív kezelés indokolta. A vizsgálatot és az egyidejű diatermiás hurok conisatiót a szerzők egyike végezte el (P. R.). A kolposzkópos vizsgálat befejeztével a cervix helyi érzéstelenítését végeztük 0,03IU/ml felipresszin tartalmú 3%-os prilocain oldattal. A 2, 4, 8 és 10 óra irányában befecskendezett oldat teljes térfogata a kóros hám kiterjedésétől függően 4-6 ml volt. A Valleylab Force 2 elektrosebészeti egységet keverék (vágó és koaguláló) üzemmódban 35 vagy 50 W kimenő teljesítménnyel alkalmaztuk. Az elváltozás méretétől függően 15-25 mm-es átmérőjű többször használatos Valleylab vagy Eschmann típusú finomszájú diatermiás hurokokat használtunk arra törekedve, hogy a teljes átmeneti zóna egy darabban kerüljön eltávolításra. Az eszközt alkalmazás közben mutatja be az 1. ábra. A kimetszést követően gombban végződő koagulációs feltétet alkalmaztunk vérzéscsillapításra. A seb felszín koagulációját követően a betegek egy részénél szulfonamid tartalmú krém (Sultrin) helyi alkalmazását kezdtük meg, amit a beteg további 7 napig folytatott otthonában. A többi betegnél napi háromszor 200 mg metronidazol adtunk egy hétig. Az invazív eseteket kivéve a betegek hat hónap múlva ismételt kenetvizsgálaton vettek részt (1. ábra).



1. ábra. Conisatio diatermiás hurokkal

Eredmények

Kóros citológiai lelet miatt vagy korábbi ablatív kezelés nyomkövetéseként kolposzkópos vizsgálatra került 98 beteg citológiai eredményének megoszlását az I. táblázat mutatja. A vizsgálatot megelőző kenet az esetek 94,9%-ában utalt preinvazív folyamatra és csak egyetlen esetben gyanított invazív cervix carcinomát.

I. táblázat

Citológiai diagnózisok a kezelést megelőzően

| Kenet eredménye | Esetszám | |
|-----------------------|-----------|--------------|
| | n | (%) |
| Negatív | 2 | (2) |
| Enyhe dyskaryosis | 32 | (32,7) |
| Mérsékelt dyskaryosis | 40 | (40,8) |
| Súlyos dyskaryosis | 21 | (21,4) |
| Invasív neoplasia | 1 | (1) |
| Értékelhetetlen | 2 | (2,1) |
| Összesen | 98 | (100) |

A méhnyak átmeneti zónájának kolposzkópos megítélése 88 esetben utalt CIN jelenlétére és 5 esetben pedig invazív folyamatra (II. táblázat). Ez utóbbiak közül csak egy bizonyult preinvazívnek súlyos diszpláziával. Megjegyzendő, hogy a citológia az öt esetből csak egynél utalt invazív folyamatra. Három esetben végeztünk diagnosztikus diatermiás conisatiót negatív kolposzkópos kép ellenére. Közülük kettőnél a szövettan ép hámot igazolt, a harmadik esetben pedig csak enyhe diszplázia volt kimutatható.

II. táblázat

Kolposzkópos diagnózisok a kezelés előtt

| Kolposzkópos diagnózis | Esetszám | |
|--------------------------|-----------|--------------|
| | n | % |
| Ép vagy gyulladással hám | 3 | (3) |
| CIN-I | 33 | (33,7) |
| CIN-II | 40 | (40,9) |
| CIN-III | 15 | (15,3) |
| Invasív neoplasia | 5 | (5,1) |
| Értékelhetetlen | 2 | (2) |
| Összesen | 98 | (100) |

Diatermiás hurokkal végzett conisatio során a betegek 90%-ánál egy darabban sikerült a transzformációs zóna eltávolítása. A szövettani vizsgálatra küldött anyagok három dimenziója átlagosan 19, 16 és 11 mm volt, sorrendben 5, 5 és 4 mm-es standard deviációval.

A conisatumok 89%-ában volt diszplázia kimutatható és 4 esetben igazolódott méhnyakrák. Az invazió mélysége három betegnél nem érte el az 5 mm-t. A szövettani diagnózisok megoszlását a III. táblázat mutatja.

III. táblázat

Szövetteni diagnózisok diatermiás conisatumokban

| Szövetteni diagnózis | Esetszám | |
|----------------------|----------|--------|
| | n | (%) |
| Ép hám | 7 | (7,1) |
| CIN-I | 28 | (28,7) |
| CIN-II | 39 | (39,8) |
| CIN-III | 20 | (20,4) |
| Adenocarcinoma | 1 | (1) |
| Squamosus carcinoma | 3 | (3) |
| Összesen | 98 | (100) |

A kimetszési határok épségének szövettani megítélésére 87 (89%) mintában volt lehetőség. Diszpláziától mentes ectocervikális kimetszési határ 67 esetben, ép endocervikális metszésvonal pedig 65 betegnél volt kimutatható. Mindkét metszésvonal az értékelhető esetek 68%-ában volt ép (IV. táblázat). Mérsékelt vagy súlyos diszplázia esetén 61% volt az épsben való kimetszés aránya.

IV. táblázat

Ecto- és endocervicalis metszésvonal épsége

| Szövetten | Ép szöveti határ | | |
|--------------|------------------|---------|-----------|
| | Ecto | Endo | Ecto+Endo |
| CIN-I | 25 | 25 | 24 |
| CIN-II | 29 | 28 | 24 |
| CIN-III | 13 | 12 | 11 |
| Összesen (%) | 76 (77) | 65 (75) | 59 (68) |

Diatermiás hurokkal végzett conisatiót követően szövödményeket ritkán észleltünk. Varratot vagy transzfúziót igénylő vérzéses szövödmény nem fordult elő. Nehezen csillapítható szivárgó vérzés miatt egy beteg igényel hazabocsátás előtti néhány órás kórházi megfigyelést. Egy további beteg a műtét után egy héttel került kórházi megfigyelésre posztkoitális vérzés miatt. Beavatkozásra nem volt szükség és a beteg 24 órán belül hazabocsátásra került. Anyagunkban a sebfelszín vérzéséhez vezető vagy lázat okozó fertőzőes szövödmény nem fordult elő. Emiatt a tanulmányban alkalmazott kétféle antibiotikus profilaxis hatékonyságának összehasonlítására nem volt lehetőség. A betegek mindegyike panaszkodott hüvelyi váladékozásról, de ez csak az esetek 9%-ában tartott 3 hétnél tovább.

Megbeszélés

A conisatio diatermiás hurokkal való elvégzése nem igényel drága lézer készüléket. További előny a lézerrel szemben, hogy sokkal gyorsabban elvégezhető (20-30 perc helyett 2-3 perc alatt) és az így nyert conisatum szövettani vizsgálatra alkalmasabb. Arteriolák vérzéscsillapítása lézerrel igen nehéz és időigényes. Az erre a célra készített 3-5 mm átmérőjű fémgombban végződő diatermiás feltéttel az ilyen vérzések is könnyen megszüntet-

hetők. A módszer igen hamar elsajátítható. A hagyományos hidegkés conisatioval szemben legfontosabb előnye az, hogy nem igényel műtéti előkészítést, kivizsgálást, műtői személyzetet és felszerelést. A diatermiás hurokkal végzett conisatiók jelentős aneszteziológiai, műtősegédi és ápolói munkát szabadítanak fel. A kórházi fekvőbeteg-ápolás csökkentése jelentős anyagi megtakarítást eredményez.

Diatermiás hurokkal végzett conisatiók eredményeként több cervix carcinoma kerül felismerésre mikroinvazív stádiumban, amikor az esetek egy része radikális műtét nélkül is kezelhető [15].

Tanulmányunkban mindössze két betegnél volt szükség a műtét elhalasztására a helyi érzéstelenítés elégtelensége miatt. Később narkózisban elvégzett műtéteket követően ezek a betegek sem igényeltek fél napnál hosszabb hospitalizációt. Egy korábbi tanulmányban a betegek 29%-ánál alkalmaztak általános anesztéziát, de ez ma már feleslegesnek tekinthető.

Rövid távon a diatermiás hurokkal végzett conisatio szövödményeinek aránya minimális. Monaghan anyagában több mint 500 diatermiás hurok conisatiót követően az esetek 2%-a igényelt hospitalizációt, 1,5%-ban volt szükség vérzéscsillapító hüvelyi tampon alkalmazására, 1%-ban végeztek varratot és 2 beteg igényelt transzfúziót [14]. A lézeres vagy hideg-koagulációs kezeléseket 70-80%-ban követi egy hónapot meghaladó vízszűrő hüvelyi folyás. Az átmeneti zóna diatermiás hurokkal végzett kimetszését követően jelentkező folyás az esetek 70%-ában két hétnél kevesebb ideig tart. Anyagunkban a sebfelszín vérzéséhez vezető vagy lázat okozó fertőzőes szövödmény nem fordult elő.

Birmingham-i tapasztalatok szerint a több mint 600 hurok diatermiás conisatio során 5%-ban észlelt negatív szövettan, illetve 22%-ban talált CIN nélküli koilocitózis elfogadható túlkezelési arányt jelent [18]. Howe anyagában 35%-ban nem volt szövettanilag kimutatható CIN és az esetek 7%-ában volt CIN nélküli, csak HPV-fertőzésre utaló szövettani kép [7]. Anyagunkban a conisatumok 89%-ában volt jelen diszplázia és 4 esetben invazív folyamat igazolódott.

A conisatio diatermiás hurokkal való végzése olcsó, egyszerű és kevés szövödménnyel jár. A módszerhez szükséges elektroesebészeti egység a hazai kórházakban is rendelkezésre áll. Az alacsony morbiditás és a sikeresen kezelt súlyos diszpláziás és mikroinvazív esetek jelentős aránya a módszer széles körű alkalmazását támogatja.

Irodalom

- [1] Atkinson K. Symposium on cervical neoplasia. Diathermy loop excision. Colpos Gynaecol Laser Surg 1984/85; 1: 285-289.

- [2] Cartier R, Spoená B, Cartier I. The use of the diathermy loop in the diagnosis and treatment of lesions of the uterine cervix. *Proc Int Fed Cerv Pathol Colp* 1981;
- [3] Cartier R. Practical colposcopy. 2nd ed. Paris: Laboratoire Cartier, 1984: 139—156.
- [4] Codling BW, Bigrigg A, Pearson P, Read MD, Swingler GR. Histological interpretation of tissue removed by diathermy loop excision. *J Obstet Gynaecol* 1992; 11: 221—223.
- [5] Gunasekera PC, Patel K, Phipps JH. Large loop diathermy of the cervix. Varying diathermy power and quality of histological specimens. *J Obstet Gynaecol* 1992; 12: 195—197.
- [6] Hiller C. Loop diathermy excision (letter) *Br Med J* 1990; 301: 343.
- [7] Howe DT, Vincenti AC. Is large loop excision of the transformation zone (LLETZ) more accurate than colposcopically directed punch biopsy in the diagnosis of cervical intraepithelial neoplasia? *Br J Obstet Gynaecol* 1991; 98: 588—591.
- [8] Ismail SM. Loop diathermy excision (letter). *Br Med J* 1990; 301: 343.
- [9] Luesley DM. Loop diathermy excision (letter). *Br Med J* 1990; 301: 343.
- [10] Luesley DM, Cullimore J, Redman CWE, Lawton FG, Ement JM, Rollason TP, Williams DR, Buxton EJ. Loop diathermy excision of the cervical transformation zone in patients with abnormal smears. *Br Med J* 1992; 300: 1690—1693.
- [11] Luesley D, Shafi M, Finn C, Buxton J. Haemorrhagic morbidity after diathermy loop excision: effect of multiple pre-treatment variables including time of treatment in relation to menstruation. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99: 82—83.
- [12] Mor-Yosef S, Lopes A, Pearson S, Monaghan JM. Loop diathermy cone biopsy. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 884—886.
- [13] Murdoch JB, Morgan PR, Lopes A, Monaghan JM. Histological incomplete excision of CIN after large loop excision of the transformation zone (LLETZ) merits careful follow up, not retreatment. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99: 990—993.
- [14] Murdoch JB, Grimshaw RN, Monaghan JM. Loop diathermy excision of the abnormal cervical transformation zone. *Int J Gynecol Cancer* 1991; 1: 105—112.
- [15] Murdoch JB, Grimshaw RN, Morgan PR, Monaghan JM. The impact of loop diathermy on management of early invasive cancer. *Int J Gynecol Cancer* 1992; 2: 129—113.
- [16] Prendiville W, Gullimore J, Norman S. Large loop excision of the transformation zone (LLETZ). A new method of management for women with cervical intra-epithelial neoplasia. *Br J Obstet Gynaecol* 1989; 96: 1054—1060.
- [17] Prendiville X, Davies R, Berry PJ. A low voltage diathermy loop for taking cervical biopsies: a qualitative comparison with punch biopsy forceps. *Br J Obstet Gynaecol* 1986; 93: 773—776.
- [18] Redman CWE, Buxton EJ, Cullimore J, Luesley DM. Loop diathermy excision of the cervical transformation zone in the management of cervical intraepithelial neoplasia. *Contemp Rev Obstet Gynaecol* 1990; 2: 53—58.
- [19] Shafi MI, Cheney R, Buxton EJ, Luesley DM. Invasive cervical disease following large loop excision of the transformation zone. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99: 614.
- [20] Shafi MI, Jordan JA. The treatment of CIN. *Current Obstet Gynaecol* 1991; 1: 137—142.

Póka R, Lampé L. *Loop diathermy cone biopsy: a new method of treatment for preinvasive lesions of the cervix.*

In order to make accurate diagnosis and to carry out treatment of cervical preneoplastic disease, large loop diathermy excision of the transformation zone was performed in 98 patients. The colposcopic assessment was indicated by an abnormal smear and followed by loop cone biopsy. The entire transformation zone could be excised in one piece in 90% of the cases. Histological examination of the specimens confirmed dysplasia in 89% of patients and in 4 cases an invasive cervical disease was revealed. The ectocervical and endocervical excision margins were free of dysplastic epithelium in 68% of the cases. As compared to traditional cone biopsy, the new method is cheaper and more simple. Loop diathermy excision of the transformation zone can be performed under local anaesthesia as an out-patient procedure and there is no need for postoperative hospitalization. By reducing the number of general anaesthesia, the workload in gynaecological theatres and by elimination the need for postoperative hospital stay, the method substantially contributes to the improvement of the hospital budget.

Key-words: outpatient, diathermy, cone-biopsy.

Közlésre elfogadva: 1994. január 6.