

SERVİKAL PREMALİGN LEZYONLARDA KOLPOSKOPİNİN YERİ

THE NECESSITY OF COLPOSCOPY IN CERVICAL PREMALIGN LESIONS

Oya Soylu Karapınar¹, Kenan Dolapçioğlu¹, Cahit Özer²

ÖZET

Amaç: Servikal premalign lezyon nedeni ile polikliniğimize başvuran hastalarda kolposkopinin tanılma değeri araştırıldı.

Materyal ve Metod: Bu prospektif çalışmaya, 1 Ocak 2009 ile 31 Ocak 2010 tarihleri arasında Mustafa Kemal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran, yapılan smear sonucunda servikal premalign lezyon tespit edilen 80 kadın hasta dahil edildi. Tüm olgulara aynı zamanda endoservikal küretaj (ECC) ve probe küretaj uygulandı. Elde edilen verilerle ilgili istatistik hesaplamalarda SPSS-13.0 programı kullanıldı.

Bulgular: Olguların 38'i (%47,5) ASCUS, 21'i (%26,3) ASC-H, 7'si (%8,8) LSIL, 12'si (%15) HSIL, 2'si (%2,5) AGNOS idi. Çalışmaya dahil edilen patolojik smearli tüm olgulara uygulanan kolposkopi işlemi sonucunda 33 (%41,3) hastanın kolposkopisi normal, 47 (%58,8) hastanın kolposkopisi ise patolojik olarak değerlendirildi. Kolposkopi eşliğinde servikal biyopsi uygulanan hastaların patoloji sonuçlarını değerlendirdiğimizde 16 hastanın sonucu normal idi. 26 hastada servisit ve erezyon, 3 hastada koilositik değişiklikler, 35 hastada ise patolojik sonuçlar (LSIL, HSIL, SCC) görüldü. Kolposkopinin servikal premalign lezyonları belirlemedeki sensitivitesi %85,7, spesifitesi %62,2, Pozitif Prediktif Değeri (PPD) %63,8, Negatif Prediktif değeri (NPD) %84,8 olarak bulundu.

Sonuç: Kolposkopi körlemesine 4 kadın biyopsi, gereksiz konizasyon ve invaziv cerrahi prosedürlerin azalmasını sağlamıştır. Kolposkopi yönlendirilmiş biyopsi servikal premalign lezyonların tanısında altın standarttır. Diğer yandan ise kişisel bir prosedürdür, yüksek oranda gözlemcinin değerlendirmesine bağlıdır. Ancak sitolojik, kolposkopik ve histolojik verilerin birlikte incelenmesiyle hastaya en doğru yaklaşım yapılmış olur.

Anahtar Kelimeler: Servikal Premalign Lezyon; Kolposkopi; Histopatoloji.

ABSTRACT

Objective: To investigate the diagnostic accuracy of colposcopy who had applied to our policlinic with abnormal pap smear.

Material and Method: This was a prospective trial involving 80 patients who had an abnormal pap smear. This study involves 80 patient who attend to Mustafa Kemal University Obstetric and Gynecology policlinic with abnormal smear between January 2009 and January 2010. After the approval of patients, first a colposcopic examination and then colposcopy induced biopsy was performed. To all patients endocervical and endometrial curettage were performed. Patient data was calculated with SPSS-13.0 for istatistical analyzes.

Results: From 80 patients 38 case (%47,5) was ASCUS, 21 (%26,3) ASC-H, 7 (%8,8) LSIL, 12 (%15) HSIL, 2 (%2,5) AGNOS. After the colposcopic examination 33 (%41,3) patients colposcopy is normal, 47 (%58,8) patients colposcopy is pathologic. We performed colposcopy induced biopsy. When we evaluated the outcomes; 16 patients results is normal. 26 patients pathology is cervisit, erosion, 3 patients coilositotic findings and 35 patients outcome pathologic (LSIL, HSIL, SCC). Colposcopy showed a sensitivity %85,7, specificity %62,6, positive predictive value (PPV) %63,8, negative predictive value (NPV) %84,8 in cervical premalign lesions.

Conclusion: Colposcopy has made major contributions by reducing the number of blinded four quadrant biopsies, unnecessary conizations and invasive surgical procedures. Colposcopy induced biopsy is the gold standart in cervical premalign lesions. On the other hand, colposcopy is considered a subjective procedure that is highly dependent on observer evaluation. Eventually, by review of cytologic, colposcopy and histopathologic data together the most true approach is done for the patient.

Key Words: Cervical Premalign Lesion; Colposcopy; Histopathology

Geliş Tarihi: 24/02/2016

Kabul Tarihi: 21/07/2016

¹Mustafa Kemal Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Hatay

²Mustafa Kemal Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Hatay

İletişim: Oya Soylu Karapınar

Ürgerpaşa Mahallesi, 41. Sokak, Esen Apartmanı, Daire 7, Antakya, Hatay, Türkiye

Tel: 0 505 502 51 48

E-posta: oyakarapinar@hotmail.com

GİRİŞ

Servikal kanserler genellikle uzun bir preinvaziv hastalık evresini izlerler. Mikroskopik olarak, invaziv karsinomlara ilerlemeden önce hücrel atipiden, değişen derecelerde servikal intraepitelial neoplazilere (CIN) ilerleyen prekürsor lezyonlar spektrumu ile karakterizedir. Servikal kanser ve CIN gelişimine katılan bir dizi risk faktörü belirlenmiştir. Bunlar; bazı human papillomavirus (HPV) tipleri ile enfeksiyonu, erken yaşta cinsel ilişkiyi, çok sayıda cinsel eşi, multipariteyi, uzun süreli oral kontraseptif kullanımını, sigara kullanımını, düşük sosyoekonomik durumu, herpes simplex tip 2 ile enfeksiyonu, yetersiz beslenmeyle sebze ve meyveden yoksun diyeti kapsar (1).

CIN ile ilişkili spesifik bir belirti veya görülebilir bir bulgu mevcut değildir. CIN'ın kesin tanısı serviksten alınan doku örneklerinin histopatolojik incelenmesi ile konulur. CIN I lezyonlarının da en az 2/3'ü, CIN II lezyonlarının yarısı, CIN III lezyonlarının 1/3'ü gerilemekle birlikte hangi lezyonun ilerleyeceğini hangi lezyonun gerileyeceğini önceden tahmin etmek imkansızdır (2,3).

CIN, üreme çağında daha sık görülen bir hastalıktır. A.B.D.'de yapılan bir taramada 15 yaşından itibaren kadınlar 19 yıllık takip programına alınmış, insidansın 12/100.000'den 34-39 yaş grubunda 86/100.000'e hızla yükseldiği saptanmıştır. CIN I ve II'nin pik yaptığı yaş, 25-35 arasındadır (4).

Servikal sitoloji tarama metodlarından hem sıvı bazlı hemde konvansiyonel yöntemler taramada kullanılabilir (5). Kolposkopi esas olarak asemptomatik erken invaziv serviks kanserinin dışlanması için kullanılmış, fakat şimdi preinvaziv servikal hastalık teşhisinde kullanılır. Sonuç olarak sitolojik, kolposkopik ve histolojik verilerin birlikte incelenmesiyle hastaya en doğru yaklaşım yapılmış olur. Sitoloji ve kolposkopi birbirine rakip değil, tam tersine birbirini tamamlayıcı yöntemlerdir (6) ve kolposkopi ile körlemesine dört kadran biyopsi, gereksiz konizasyon ve invaziv cerrahi prosedürlerin azalması sağlanmıştır. Diğer yandan ise kişisel bir prosedürdür, yüksek oranda gözlemcinin değerlendirmesine bağlıdır (7).

MATERYAL VE METOD

Bu çalışmada Mustafa Kemal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine, Ocak 2009 ile Ocak 2010 tarihleri arasında başvuran PAP smear sonuçları patolojik bulunan (ASCUS, ASC-H, LSIL, HSIL ve AGUS) 80 olgunun

kolposkopik tanı ve kolposkopik biyopsi sonuçlarını değerlendirdik. Çalışma düzeni prospektif olarak planlandı. Olguların yaş, obstetrik durum, sosyoekonomik düzey, öğrenim durumu, partner sayısı, cinsel ilişki ile bulaşan hastalık anamnezi, kondom, OKS, RIA kullanıp kullanmadığı, tüp ligasyon öyküsü, sigara alışkanlığı sorulup alınan cevaplar kaydedildi.

Gebe olanlar, konizasyon ve histerektomi operasyonu geçirenler ve vajinal kanaması olanlar, smear sonucunda servikal kanser şüphesi olanlar çalışmaya alınmadı. Çalışma başlangıcında hastane etik kurulu onayı alındı. Hastalara smear alınmadan önce çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek yazılı onam formu alındı.

Seksen hastanın tümüne kolposkopik gözlem, kolposkopi altında biyopsi ve fraksiyone küretaj uygulandı. Kolposkopik sonuçları patolojik bulunan olgularda şüpheli alanlardan, kolposkopisi normal değerlendirilen olgularda ise 4 kadran biyopsi yapıldı.

Kolposkopik muayeneler 4,5 ile 30 büyütme yapabilen, yeşil filtre bulunan binoküler Welch Allyn marka kolposkopi aleti ile yapıldı. Serviks önce serum fizyolojik ile yıkandıktan sonra küçük büyütmede taranıp yeşil filtre ile damarlanma patolojileri araştırıldı. Ardından % 3'lük asetik asit uygulandı ve en az 60 saniye bekledi ve ardından küçük ve büyük büyültmelerde serviks yeniden tarandı. Aseto-beyaz alanların ve damarsal patolojilerin yerleri tespit edildikten sonra Lugol solusyonu uygulandı. Lugol solüsyonu ile serviks boyandıktan sonra iyot tutmayan alanlar belirlendi. Asetobeyaz, mozaik, punktuasyon, lökoplaki, atipik damarlanma gözlenen ve iyot tutmayan alanlardan servikal biyopsi forsepsi ile biyopsi alındı. Normal ve yetersiz kolposkopik bulgular varlığında ise 4 kadran biyopsi uygulandı. Tüm hastalara fraksiyone küretaj uygulandı. Patolojik kolposkopik bulguları olan hastalara tedavi amaçlı koterizasyon veya LEEP işlemi uygulandı. Materyalleri formaldehit içinde patoloji laboratuvarına gönderildi. Çalışmaya alınan olgulardan elde edilen verilerin istatistiksel analizleri SPSS 13.0 paket programı kullanılarak yapıldı.

BULGULAR

Çalışmaya alınan olguların smear sonuçları şu şekildeydi; 38'i (% 47,5) ASCUS, 7'si (% 8,8) LSIL, 12'si (% 15) HSIL, 2'si (% 2,5) AG-NOS.

Olguların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Olguların 69'u (% 86) adet düzeni normal iken, onbir (% 13,8) hasta menapozda idi. Hastaların 14'ü (% 17,5) sigara kullanıyordu. Hastaların evlilik

Tablo 1 • Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

	Ortalama (Mean)	Standart sapma	Minumum	Maksimum
Yaş	41,23	9,42	22	65
Gravida	4,03	2,63	0	15
Parite	3,26	2,28	0	15
Abort + küretaj sayısı	0,75	1,0	0	4
Evlilik yaşı	19,85	4,57	13	38
Evlilik süresi	21,25	10,46	0	47

Tablo 2 • Hastaların Smear ve Patoloji Sonuçlarının Karşılaştırılması

		Histopatolojik Tanı				Servisit, Erozyon	Koilositik Değişiklik	Total
		Normal	LSIL	HSIL	SCC			
Smear	ASCUS	11	10	1	0	14	2	38
	ASC-H	2	6	5	3	5	0	21
	LSIL	2	2	0	0	3	0	7
	HSIL	1	2	4	2	2	1	12
	AG-NOS	0	0	0	0	2	0	2
Total		16	20	10	5	26	3	80

yaşları ile ilk cinsel ilişkiye girdikleri yaş aynıydı (19,85 ± 4,57). Bir olgunun eşi dışında sadece bir partneri vardı. Olguların 10'unda (% 12,5) kondilom öyküleri mevcuttu. Hastaların 9'unda (% 11,3) servikal kriyo veya koter öyküsü mevcuttu. Olgularda HPV aşısı öyküsü yoktu.

Hastaların kullandıkları kontraseptif yöntemlere bakıldığında; % 35 oranında herhangi bir yöntem kullanmayanların ilk sırada yer aldığı görüldü. OKS ve takvim yöntemi sırasıyla % 6,3 ve % 1,3 oranlarıyla son sıralarda yer almakta idi. Olguların 19'u (%23,8) herhangi bir eğitim almamış, 43'ü (% 53,8) ilkokul mezunu idi. Olguların sadece 6'sının (% 7,5) sosyoekonomik seviyesi iyi idi.

Bir hasta HIV pozitif idi, bu olgunun smear sonucu HSIL olup kolposkopisi de anormal olarak değerlendirildi. Patoloji sonucu ise koilositik değişiklikler olarak rapor edildi.

Çalışmaya dahil edilen olgulara uygulanan kolposkopi işlemi sonucunda 33 (% 41,3) hastanın kolposkopisi normal, 47 (% 58,8) hastanın kolposkopisi ise patolojik olarak değerlendirildi. Tüm olgulara uygulanan endoservikal küretaj sonucunda 74 (% 92,5) hastanın patoloji sonucu normal, 2 olgunun da (% 2,5) yetersiz materyal olarak rapor edildi. 3 (% 3,8) hastada squamöz hücreli karsinom, 1 (% 1,3) hastada ise HSIL tespit edil-

di. Olgulara uygulanan probe küretaj sonuçları ise; 77 (% 96,2) hastanın normal, 3 (% 3,8) hastanın yetersiz olarak rapor edildi.

Olguların smear ve patoloji sonuçlarının karşılaştırılması Tablo 2'de verilmiştir.

Seksen olgunun biyopsi sonuçlarına bakıldığında 45'inin (% 56,2) histopatolojik tanılarında anormal bir bulgu saptanmazken, 35 (% 43,7) hastanın ise premalign lezyon (LSIL, HSIL) ve SCC olarak rapor edildi. Olguların kolposkopi sonuçları ile patoloji sonuçları Tablo 3'de verilmiştir.

Kolposkopinin servikal premalign lezyonları belirlemedeki sensitivitesi % 85,7, spesifitesi % 62,2, pozitif prediktif değeri (PPD) % 63,8, negatif prediktif değeri (NPD) % 84,8 olarak bulundu.

Premalign lezyonlar tek tek ele alındığında; kolposkopinin ASCUS 'u belirlemedeki sensitivitesi % 72, spesifitesi % 62, pozitif prediktif değeri % 44, negatif prediktif değeri % 85 olarak bulundu. Kolposkopinin ASC-H'i belirlemedeki sensitivitesi % 92, spesifitesi % 85, Pozitif Prediktif değeri % 92, negatif prediktif değeri % 85 olarak bulundu. Kolposkopinin LSIL'i belirlemedeki sensitivitesi % 100, spesifitesi %40, pozitif prediktif değeri % 40, negatif prediktif değeri % 100 olarak bulundu. Kolposkopinin HSIL'i belirlemedeki sensitivitesi % 87, spesifitesi % 50, pozitif prediktif değeri % 77, ne-

Tablo 3 • Olguların Kolposkopi Sonuçları ile Patoloji Sonuçlarının Karşılaştırılması

		Histopatolojik Tanı				Servisit, Erozyon	Koilositik Değişiklik	Total
		Normal	LSIL	HSIL	SCC			
Kolposkopi	Normal	14	4	1	0	14	0	33
	Anormal	2	16	9	5	12	3	47
Total		16	20	10	5	26	3	80

gatif prediktif değeri ise % 66 olarak bulundu.

Çalışmadaki AG-NOS tanısı alan iki hastadan birinin kolposkopisi patolojik, diğerinin ki ise normal olarak değerlendirilmişti, fakat her iki olgunun da patoloji sonucu erozyone servisit olarak geldi.

TARTIŞMA

Serviks kanserinin yavaş doğal seyri, displastik lezyonların erken tanınmasında ve invaziv kansere progresyonun önlenmesinde tarama programlarının önemini ortaya koymaktadır (4). Pek çok klinisyen primer taramada sitoloji ve kolposkopi kombinasyonunu, yanlış negatif sonuçları azaltacağını umarak desteklemiştir. Kolposkopi ile ilgili birçok kez primer tarama aracı olarak mı, yoksa anormal veya şüpheli sitolojik bulguları konfirme etmek için sekonder araç olarak mı kullanılsın sorusu oluşmuştur. İlâveten primer kolposkopi taramasının bazı dezavantajları vardır. Kolposkopi ile tarama pahalıdır, zaman alıcıdır ve geniş eğitim gerektirir (8).

Çalışmamızda kolposkopi, pap smear'de patolojik tanı alan olguları teyit etmek üzere sekonder tarama aracı olarak kullanıldı. Sadece patolojik smearler ele alındığı için (negatif smearler değerlendirilmediği için) yalancı negatiflik oranından bahsedemeyeceğiz. Yalancı pozitiflik oranı ise % 56.2 olarak hesaplandı.

Çalışmamızda kolposkopinin servikal premalign lezyonları belirlemedeki sensitivitesi % 85,7, spesifitesi % 62,2, pozitif prediktif değeri (PPD) % 63,8, negatif prediktif değeri (NPD) % 84,8 olarak bulundu.

Kolposkopi tarama aracı olarak düşünüldüğünde, sensitivitesi yüksek bulunmuş (%86), sağlıklı serviksi (yüksek / düşük gradeli lezyon / karsinoma) sağlıklı serviksten ayırt etmede % 86 duyarlı olduğu görülmüştür (7). Bir metaanalizde ise sensitivite % 87-99 arasında bulunmuştur (9). Diğer pek çok çalışmada da benzer sensitivite rapor edilmiştir (10). Diğer taraftan, kolposkopi tarama aracı olarak düşük spesifite göstermiş (% 30.3), ki böylece büyük oranda yanlış pozitiflik ile sonuçlanmıştır. Pozitif prediktif değer % 43,1, negatif

prediktif değer % 77,9 olarak hesaplanmıştır (7). Aynı çalışmada kolposkopinin yüksek gradeli lezyon/karsinomayı sağlıklı serviks/düşük gradeli lezyondan ayırmada performansı da değerlendirilmiş, % 61 sensitivite, % 94,4 spesifite, % 58,9 PPD, % 94,9 NPD bildirilmiştir (7). Çalışmamızda ise kolposkopinin HSIL'i belirlemedeki sensitivitesi % 87, spesifitesi % 50, pozitif prediktif değeri % 77, negatif prediktif değeri % 66 olarak bulundu. Yakın bir zamanda yayınlanmış, 1850 hastanın katıldığı bir çalışmada, kolposkopinin diagnostik prosedür olarak sensitivitesi % 52-98, spesifitesi ise % 45-87 oranında bulunmuştur (11).

Kolposkopi yönlendirilmiş biyopsinin sensitivitesi-ne, biyopsi sayısının etkisi ilk olarak Gage tarafından incelenmiştir ve bir biyopsi yapıldığında % 68,3, iki biyopsi yapıldığında % 81,8, üç biyopsi yapıldığında ise % 83,3 sensitivite saptanmıştır (12). Pretorius tarafından yapılan çalışmada 0-2 biyopside % 52,6, 3-4 biyopsi yapıldığında % 85,2 sensitivite bulunmuştur. Dört kadran biyopsiye ECC'de eklendiğinde sensitivitenin % 91,5'e ulaştığı görülmüştür (13). Farklı kadrardan fazla sayıda biyopsi almak (3 veya 4) yüksek sensitivite ile alakalıdır.

Çalışmamızda da kolposkopi normal sınırlarda olsa dahi en az 4 kadrandan biyopsi alındı ve tüm olgulara ECC ve probe küretaj yapıldı. Olgularımızdan 3 (% 3,8) hastanın ECC sonucu SCC olarak rapor edildi, bu olguların kolposkopisi anormal olarak değerlendirilmişti. Bir (% 1,3) hastanın ise ECC sonucu HSIL tespit edildi, kolposkopisi patolojik idi. Bu dört hastanın da serviks biyopsi sonuçları SCC olarak rapor edildi.

Çalışmamızda, hastalarımızın yaş ortalaması 41.23 olarak bulunmuştur ve ayrıca hastaların daha önceki smear öyküleri sorgulandığında bizim olgularımızın yarısından fazlasının yani 50'sinin (% 62,5) daha önce hiç smear yaptırmadığı görüldü. Bunun nedeni, hastaların smear taramasının bilincinde olmaması ve daha çok herhangi bir şikayetle muayeneye geldikleri sırada smear alınmasıdır.

Toplum tarandığında kadınların yaklaşık %10'unun servikal smearlerinde borderline veya minör sitolojik

anormallikler (ASCUS, LSIL gibi) bulunduğu saptanmaktadır (14,15). Pek çok otör bu sitolojik anormalliklerde izlem önermişler, sevk etmeyi ertelemişler ve tedavi seçeneği olarak spontan regresyon olacağını düşünmüşlerdir. Bu durumda gizli bir yüksek grade lezyon olabilir fakat bu düşük gradeli sitolojik fenotip olarak maskelenebilir veya tarama aralıkları sırasında oluşabilir, bu durumda izleme politikaları invaziv hastalık gelişimi açısından bazı kadınları riske atabilir (8,16). Elimizdeki kanıtlara göre, düşük gradeli fenotipe sahip lezyonların % 5-47'sinde gerçekte histolojik olarak yüksek gradeli lezyon olduğu ortaya çıkmıştır (17). Yönetim seçeneklerinden biri, sitolojik açıdan minör bulgular içeren tüm kadınlara veya yüksek gradeli hastalık riski bulunanları ayırtetmede acilen kolposkopi yapılması şeklindedir (8). Buna göre bir düşük grade smear sonucundan sonra hastalar acilen kolposkopiye yönlendirilmelidir (16). Bu vakalar için şu anda mevcut triaj metodları sitoloji tekrarı veya HPV DNA testidir (8). Her iki yöntemde istatistiksel fark olmaksızın düşük spesifite gösterir (18,19). Wright ve arkadaşlarına göre yüksek riskli HPV DNA pozitifliği ASC-H'li olgularda % 74-88, LSIL'de ise % 76,6'dır. ASC-H, HSIL, LSIL lezyonlarındaki yüksek HPV(+)liği, bu sitolojik sonuçlarda HPV testinin tanı değerini düşürmektedir. Bu lezyonlarda kolposkopi ilk yapılacak tanı girişimi olmalıdır (20).

Fallani ve arkadaşları ASCUS ve SIL sitolojik tanı olguların kolposkopi altında yapılan biyopsi histolojilerini karşılaştırmışlardır. 584 kadının 358'i ASCUS, 226'sı LSIL tanısı almıştır. ASCUS'lu olguların biyopsisinde % 36.3 CIN I, % 15.7 CIN II-III ve İn situ ca, bir olguda invaziv ca. tespit etmişlerdir. LSIL'li olguların % 67.7'si CIN I, %20.8'i CIN II-III ve insitu ca, iki olguda da invaziv ca. tespit etmişlerdir. Elde ettikleri sonuçlara göre ASCUS ve LSIL sitolojik tanı hastaların tümüne kolposkopik inceleme tavsiye etmişlerdir (21).

Kendi çalışmamıza 38 ASCUS, 7 LSIL vakası alınmıştı. ASCUS olgularında % 26.3 CIN I, % 2,6 CIN II-III, % 5,2 koilositik değişiklik (HPV) tespit edildi. LSIL vakalarında ise % 28,5 CIN I tespit edildi.

ASC tanıli kadınların yönetiminde birtakım faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. CIN II-III prevalansı ASCUS'a göre ASC-H'li kadınlarda daha yüksektir. ABD'de ASC'li kadınlarda CIN II-III prevalansı % 7-12 olmasına rağmen ASC-H'lilerde CIN II-III prevalansı % 26-68'dir. Bu oranlar ASC-H tanısının önemini yansıtmaktadır. Yüksek riskli HPV-DNA pozitifliği oranları benzer olarak tutarsız olup, ASCUS'da % 40-51, ASC-H'de ise % 74-88'dir. Sonuç olarak ASC-H, HSIL ile eş olarak değerlendirilmelidir (20).

Bizim çalışmamızda ASC-H lezyonlarında % 28,5 CIN I, %23,8 CIN II-III ve % 14,2 SCC saptanmıştır.

Şüpheli smear sonucu ile gelen hastalara lezyonun ağırlığı düşük de olsa, gereken önem verilmelidir. ASCUS smear sonuçlu hastalarda % 15-25 oranında displazi saptanmaktadır (13). Bizim sonuçlarımızda da ilk kolposkopi sırasında ASCUS'lu hastalarda % 26.3 CIN I, % 2,6 CIN II-III, % 5,2 koilositik değişiklik (HPV) tespit edildi. LSIL vakalarında ise % 28,5 CIN I tespit edildi. ASC-H lezyonlarında % 28,5 CIN I, %23,8 CIN II-III, % 14,2 sinde SCC saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ASCUS hastalarında CIN II-III % 2,6 oranında tespit edilirken, ASC-H olgularında durum daha ciddi olup vakaların % 23,8'inde CIN II-III ve % 14,2'sinde SCC saptandı.

Sonuç olarak servikal kanser için en büyük risk hiç pap-smear yaptırmamak veya gerekli sıklıklarda tekrarlamamaktır. Kolposkopi **yönlendirilmiş biyopsi** servikal premalign lezyonların tanısında altın standarttır. Sitolojik, kolposkopik ve histolojik verilerin birlikte incelenmesiyle hastaya en doğru yaklaşım yapılmalıdır.

Teşekkür

Tezim olan bu çalışmada emeği geçen hocam Doç. Dr. Kenan Dolapçioğlu'na ve istatistiki çalışmalarda katkısı olan Aile hekimliği'nden Prof. Dr. Cahit Özer'e teşekkür ediyorum.

KAYNAKLAR

1. Sankaranarayanan R, Ramani S, Wesley R. Servikal Neoplazilerde Gözle Tarama Pratik El Kitabı. 1. baskı. Ankara 2005.
2. Cronje HS. Screening for cervical cancer in a developing countries. Int J Gynecol and Obstet 2004; 84:101-8.
3. Ostor AG. Naturel History of Cervical intraepithelial neoplasia. Int J Gynecology Pathol 1993; 12: 186-92
4. Hatch KD. Handbook of colposcopy. Diagnosis and treatment of Lower Genital Tract Neoplasia and HPV Infections. Boston: Little, Brown and Co 1989; 7-19.
5. Cervical Cytology Screening. ACOG Practice Bulletin No 109. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. 2009; 114: 1409-20
6. Jennifer E. Frank. The Colposcopic Examination. J Midwifery Womens Health. 2008; 53: 447-52
7. Luciano S. Hammes, Paulo Naud, et al. Value of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy (IFCPC) Terminology in Predicting Cervical Disease. Journal of Lower Genital Tract Disease. Volume 11. Number 3. 2007; 158-165
8. M. Kyrgiou, I. Tsoumpou, T. Vrekoussis et al. The up-to-date evidence on colposcopy practice and treatment of cervical intraepithelial neoplasia: The cochrane colposcopy & cervical cytopathology collaborative group (C5 group) approach. Cancer Treatment Reviews. 2006; 32:516-23
9. Mitchell MF, Schottenfeld D, Tortolero-Luna G, Cantor SB,

- Richards-Kortum R. Colposcopy for the diagnosis of squamous intraepithelial lesions: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 1998; 91: 626-31
10. Benedet JL, Matisic JP, Bertrand MA. The quality of community colposcopic practice. *Obstet Gynecol.* 2004; 103:92-100
 11. Cantor SB, Cardenas-Turanzas M, Cox DD. Accuracy of colposcopy in the diagnostic setting compared with the screening setting. *Obstet Gynecol.* 2008; 111: 275-9
 12. Gage JC, Hanson VW, Abbey K. Number of cervical biopsies and sensitivity of colposcopy. *Obstet Gynecol.* 2006; 108: 264-72
 13. Pretorius RG, Peterson P, Azizi F. Subsequent risk and presentation of cervical intraepithelial neoplasia(CIN) 3 or cancer after a colposcopic diagnosis of CIN 1 or less. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 195: 1260-5
 14. IARC Handbook cervix cancer screening. 2005
 15. Wright TC, Cox JT, Massad LS, Wilkinson EJ. 2001 Consensus guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. *JAMA.* 2002; 287:2120-9
 16. M. Kyrgiou, G. Koliopoulos, P. Martin-Hirsch et al. Management of minor cervical cytological abnormalities: A systematic review and a meta-analysis of the literature. *Cancer Treatment Reviews.* 2007; 33: 514-520
 17. Arbyn M, Paraskevaidis E, Martin-Hirsch P, Prendiville W, Dillner J. Clinical utility of HPV-DNA detection: triage of minor cervical lesions, follow-up of women treated for high-grade CIN: an update of pooled evidence. *Gynecol Oncol.* 2005; 99 (3 Supply 1): S7-S11
 18. Arbyn M, Buntinx F, Van Ranst M, Paraskevaidis E, Martin-Hirsch J, Dillner J. Virologic versus cytologic triage of women with equivocal Pap smears: a meta-analysis of the accuracy to detect high-grade intraepithelial neoplasia. *J Natl Cancer Inst.* 2004;96: 280-93
 19. Arbyn M, Dillner J, Van Ranst M, Buntinx F, Martin-Hirsch J, Paraskevaidis E. Re: Have we resolved how to triage equivocal cervical cytology?. *Natl Cancer Inst.* 2004; 96: 1401-2
 20. Thomas C. Wright Jr., L. Stewart Massad, Charles J. Dunton et al. 2006 Consensus Guidelines for the Management of Women with Abnormal Cervical Screening Tests. *Journal of Lower Genital Tract Disease.* Volume 11, Number 4, 2007; 201-222
 21. Fallani MG, Pena C, Fambrini M, Marchionni M. Cervical cytologic reports of ASCUS and LSIL. Cyto-histological correlation and implication for management. *Minerva Gynecol.* 2002; 54(3) : 263-9.