

Anormal Servikovajinal Smear Saptanan Hastalarda Kolposkopi Eşliğinde Alınan Biyopsi Sonuçlarının Değerlendirilmesi

The Evaluation of the Biopsy Results Taken Under Colposcopy in Patients with Abnormal Cervicovaginal Smear Results

Dr. Fatma YAZICI,^a
Dr. Aybike TAZEGÜL,^a
Dr. Hasan ESEN,^b
Dr. Çetin ÇELİK^a

^aKadın Hastalıkları ve Doğum AD,
^bPatoloji AD,
Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,
Konya

Geliş Tarihi/Received: 23.08.2010
Kabul Tarihi/Accepted: 23.12.2010

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Çetin ÇELİK
Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,
Konya,
TÜRKİYE/TURKEY
celikcet@hotmail.com

ÖZET Amaç: Anormal servikovajinal “smear” sonuçları saptanan hastalarda kolposkopi eşliğinde, alınan biyopsi sonuçlarının değerlendirilmesi. **Gereç ve Yöntemler:** Servikovajinal “smear”lerinde epitelial hücre anormalliği saptanan ve kolposkopik muayene eşliğinde servikal biyopsileri alınan 111 hasta prospektif olarak değerlendirildi. Hastaların sosyo-demografik verileri, yaş, gravida, parite, ekonomik düzey, eğitim durumu, ilk cinsel ilişki yaşı, partner sayısı ve sigara kullanıp kullanmadığı araştırıldı. **Bulgular:** Bethesda sınıflamasına göre; 96 (%86.5) olguda skuamöz hücre anormalliği ve 15 (%13.5) olguda glandüler hücre anormalliği saptandı. Olguların biyopsi sonuçları değerlendirildiğinde; 40 ASC-US olgusunun 5 (%12.5)’inde CIN-1, 1 (%2.5)’inde CIN-2, 2 (%5)’inde CIN-3 ve 1 (%2.5)’inde invaziv kanser saptandı. ASC-H saptanan 3 hastanın 1 (%33.3)’inde karsinoma insitu, 2 (%66.7)’inde invaziv kanser tespit edildi. 39 LSIL’ li hastada, 28 (%71) normal patoloji sonucu, 1 (%2.6) karsinoma in situ saptandı. HSIL saptanan 14 hastanın, 4 (%28.6)’ü normal ve 5 (%35.7)’i invaziv kanser tanısı aldı. “Smear”de AGUS saptanan 15 olgudan; 10 (%66.7)’u normal, 3 (%20)’ü invaziv serviks kanseri tanısı aldı. **Sonuç:** Glandüler hücre anormallikleri ve yüksek grade’li sitolojik anormalliklerde kolposkopik muayene mutlaka yapılmalı, düşük gradeli lezyonlarda preinvaziv bir lezyonu atlamamak veya gereksiz invaziv uygulamalardan kaçınmak için kolposkopi eşliğinde muayene veya takip açısından hasta seçimi iyi yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kolposkopi; servikal intraepitelial neoplazi; uterin servikal tümörler; uterin servikal displazi

ABSTRACT Objective: To evaluate the results of biopsies taken during colposcopy in patients with abnormal cervicovaginal smear results. **Material and Methods:** Cervical biopsies were taken during colposcopy examination of 111 patients whose cervicovaginal smears showed abnormal epithelial cells. 111 patients were prospectively evaluated. Their socio-demographic data, age, gravida, parity, socioeconomic status, educational status, age at first intercourse, number of partners, and being or not being a smoker were investigated. **Results:** According to the classification of Bethesda, squamous cell abnormalities were detected in 96 (86.5%) patients and 15 (13.5%) patients had abnormal glandular cells. When the biopsy results of the patients were evaluated, out of 40 ASC-US cases CIN-I was detected in 5 (%12.5) cases, CIN-II in 1 (%2.5) case, CIN-III in 2 (5%) cases and invasive cancer was detected in 1 (2.5%) case. Out of the 3 patients with detected ASC-H, in 1 (33.3%) patient carcinoma in situ and in the other 2 (66.7%) patients invasive cancers were detected. In the 39 LSIL patients, 28 (71%) had normal pathology results and 1 (2.6%) had carcinoma in situ. Out of the 14 patients with detected HSIL, 4 (28.6%) patients were diagnosed with inflammatory changes and 5 (35.7%) with invasive cancer. 10 (66.7%) patients out of the 15 whose smear tests showed AGUS were diagnosed with normal pathological findings, and another 3 (20%) were diagnosed with invasive cervical cancer. **Conclusion:** Colposcopic examination must be performed in the presence of glandular cell and high-grade cytologic abnormalities. In the low-grade lesions, in order to not miss out a preinvasive lesion or in order to avoid unnecessary invasive applications, the medical examinations should be carried out with the aid of colposcopy or the patients should be chosen carefully for the follow-ups.

Key Words: Colposcopy; cervical intraepithelial neoplasia; uterine cervical neoplasms; uterine cervical dysplasia

Serviks kanseri özellikle gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde hâlâ kadın sağlığını tehdit eden malignitelerin başında gelmektedir. Serviks kanseri dünya genelinde kadınlarda görülme sıklığı açısından ikinci sırada olup, kanserin neden olduğu ölümlerde üçüncü sıradadır.^{1,2} Türkiye’de tüm kadın kanserleri içinde 10. sırada olup, insidansı %4.76’dır.³

“Pap smear” ile servikal kanser taraması, kanser önlenmesine yönelik ve maliyet açısından etkin olan metotlardan biridir. Son zamanlarda toplumun bilinçli hale getirilmesi ile serviks kanseri için tarama testleri yaygın olarak kullanılmaya başlanmış ve serviksin premalign lezyonlarının tanısının arttığı gözlenmiştir.⁴

Vajinal sitolojik taramalarda anormal sitoloji oranı %3-5 arasında değişmektedir. Servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) tanısı ile tedavi edilmiş kadınlarda invaziv servikal kanser riski %95 azalmaktadır.⁵ Servikal sitolojik anormallikleri tanımlamak için 2001 yılında gözden geçirilen Bethesda sınıflaması yaygın olarak kullanılmaktadır. Epitelial hücre anormallikleri skuamöz ve glandüler hücre anormallikleri olarak iki gruba ayrılmıştır.⁶

Serviks kanserinin taramasında ve tanısında sitoloji, kolposkopi ve histoloji birbirini tamamlayan yöntemlerdir. Servikal sitolojik anormalliklerin doğru tanımlanması ve en uygun şekilde yönetilebilmesi için seçilmiş hastalara kolposkopi eşliğinde biyopsi yapılmaktadır.²

Bu çalışmada amacımız, servikojajinal smear taraması yapılan olgularda saptanan anormal sitolojik bulguların kolposkopik biyopsi sonuçlarının değerlendirilmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Prospektif olarak düzenlenen bu çalışmaya, Ocak 2007-Ekim 2009 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine başvuran, servikojajinal “smear”lerinde epitelyal hücre anormalliği saptanan ve kolposkopik muayene eşliğinde servikal biyopsileri alınan 111 hasta dâhil edildi. Hasta bilgileri için özel arşivleme-çalışma formu oluşturuldu.

Hastaların sosyo-demografik verileri, sitoloji raporları, kolposkopik muayene sonuçları ve servikal biyopsi ile elde edilen histoloji raporları oluşturulan bu hasta takip formuna kaydedildi. Sosyo-demografik veriler olarak; yaş, gravida, parite, ekonomik düzey (düşük 750 TL altı, orta 750-2.000 TL ve yüksek 2.000 TL üzeri), eğitim durumu (okuryazar değil, ilkokul, lise-ortaokul, üniversite), ilk cinsel ilişki yaşı, partner sayısı ve sigara kullanıp kullanmadığı araştırıldı. En az bir yıl sigara kullananlar, sigara içiyor kabul edildi.

Servikojajinal “smear”lerde elde edilen örnekler konvansiyonel yöntem ile hazırlandı. Sitolojik tanımlamalar 2001 Bethesda Sistemi kriterleri esas alınarak yapıldı.⁶ Bethesda sınıflamasına göre epitelyal hücre anormalliği olan olgular çalışmaya alındı. Epitelyal hücre anormalliği saptanan olgulara Welch Allyn Video Kolposkop ile kolposkopi yapıldı. Kolposkopik muayenede 10-16 kat büyütme ile önce direkt inceleme yapıldı. Damarsal anormalliği saptamak için “yeşil filtre” (green filter) kullanıldı. Ardından %3’lük asetik asit ve sonrası “Lugol Solüsyonu” ile kolposkopik incelemeye devam edildi. Kolposkopik direkt incelemede; renk değişikliği veya konfigürasyon değişikliği olan, “green filter” incelemede atipik damarlanma saptanan, %3’lük asetik asit uygulaması sonrası “asetowhite” saptanan ve “Lugol Solüsyonu” sonrası az boyanan yerlerden servikal biyopsi aleti ile örnekler alındı. Histopatolojik olarak incelenen biyopsi sonuçları; nonneoplastik, servikal intraepitelyal neoplazi CIN 1, CIN 2, CIN 3, karsinoma in situ, invaziv serviks kanseri olarak kategorize edildi.

Veriler SPSS 16.0 kullanılarak analiz edildi. Tanımlayıcı istatistikler kullanılarak sonuçlar yüzde ve sayı olarak hesaplandı.

BULGULAR

Anormal servikojajinal sitoloji tespit edilen 111 hastanın yaş ortalaması 49 ± 12 (24-81) yıl idi. Hastaların ortalama gebelik ve doğum sayısı sırasıyla 3.68 ± 1.98 ve 3.12 ± 1.56 olarak saptandı. 34 (%30.6) hasta düşük sosyoekonomik düzey, 55 (%49.6) hasta orta ve 22 (%19.8) hasta da yüksek ekonomik düzeye sahipti. Yetmiş beş (%67.6) has-

ta ilkökul mezunu iken, 5 (%4.5) hasta yükseköğretim mezunu idi. Ortalama ilk cinsel ilişki yaşı 19.03 ± 3.15 yıl idi. Onbir (%9.9) olgunun kendi ya da eşi birden fazla cinsel partnere sahipti, 15 (%13.5) olguda sigara kullanımı öyküsü vardı. Ondört (%12.6) olguda oral kontraseptif (OKS) kullanımı söz konusu idi (Tablo 1).

Bethesda sınıflamasına göre epitelyal anormallikler; 96 (%86.5) olguda skuamöz hücre anormallığı [40 (%36) ASC-US, 3 (%2.7) ASC-H, 39 (%35.2) LSIL, 14 (%12.6) HSIL] ve 15 (%13.5) olguda AGUS olarak glandüler hücre anormallığı saptandı (Tablo 2). Hastaların gruplara göre gravida ve parite sayısı, ASC-US hastalarında ortalama gravida sayısı 3.5 iken HSIL grubunda 4.29, ortalama parite sayısı ise ASC-US grubunda 2.83, ASC-H 7, HSIL 3.86 olarak saptandı. ASC-US grubunda yaş ortalaması 48.3 ± 10.2 yıl, ASC-H grubunda 55.25 ± 20.95 yıl, LSIL grubunda 49.18 ± 11.72 yıl, HSIL grubunda 53.29 ± 14.16 yıl idi (Tablo 2). Hastaların %65.7'si 40 yaş ve üzerinde idi. Otuz yaş altı 1'i ASC-US, 2'si LSIL olmak üzere 3 olgu vardı.

Sitolojik anormallik saptanan olguların biyopsi sonuçları değerlendirildi. Kırk ASC-US olgusunun 31 (%77.5)'inde normal olarak kabul edilen inflammatuar değişikliklerle uyumlu patoloji sonuçları, 5 (%12.5)'inde CIN-1, 1 (%2.5)'inde CIN-2, 2 (%5)'sinde CIN-3, 1 (%2.5)'inde invaziv kanser tespit edildi. ASC-H saptanan 3 hastanın 1 (%33.3)'inde karsinoma in situ, 2 (%66.7)'sinde invaziv kanser tespit edildi. Otuzdokuz LSIL'li hastada, 28 (%71) normal patoloji sonucu, 7 (%17.9) CIN-1, 2 (%5.1) CIN-2, 2 (%5.1) CIN-3 saptandı. HSIL saptanan 14 hastanın, 4 (%28.6)'ü normal, 1 (%7.1)'i CIN-2, 4 (%28.6)'ü CIN-3 ve 5 (%35.7)'i invaziv kanser tanısı aldı. "Smear"de AGUS saptanan 15 olgudan; 10 (%66.7)'ü normal, 2 (%13.3)'si CIN-1, 3 (%20)'ü invaziv serviks kanseri tanısı aldı (Tablo 3).

Servikal biyopsi sonuçlarını değerlendirdiğimizde; 30 yaş altında epitelyal anormallik saptanmadı. Kırk yaş üstünde %9.7 CIN-1, %8.6 invaziv kanser sıklıkla konulan diğer tanılardır. "Smear" ve biyopsi sonuçlarının demografik verilere göre dağılımı Tablo 4 ve 5'te görülmektedir.

TABLO 1: Hastaların demografik verileri.

Özellik	Değer
Ortalama yaş	49 ± 12 (24-81)
Ortalama gravida	3.68 ± 1.98
Ortalama parite	3.12 ± 1.56
Ekonomik düzey (n/%)	
Düşük	34 (%30.6)
Orta	55 (%49.6)
Yüksek	22 (%19.8)
Eğitim düzeyi (n/%)	
Okur-yazar değil	16 (%14.4)
İlköğretim	75 (%67.6)
Ortaokul-lise	15 (%13.5)
Yükseköğretim	5 (%4.5)
Ortalama ilk cinsel ilişki yaşı	19.03 ± 3.15
Birden fazla partneri olan (n/%)	11 (%9.9)
Sigara kullanımı (n/%)	15 (%13.5)
Oral kontraseptif kullanımı (n/%)	14 (%12.6)

TABLO 2: Anormal sitoloji sonuçlarının sıklığı, yüzdesi, parite ve yaş ortalaması

	Olgu/yüzde	Ortalama parite	Yaş ortalaması
ASC-US	40 (%36)	2.83	48.3 ± 10.2
ASC-H	3 (%2.7)	7	55.25 ± 20.95
LSIL	39 (%35)	2.79	49.18 ± 11.72
HSIL	14 (%12.6)	4.29	53.29 ± 14.16
AGUS	15 (%13.5)	3.27	49.93 ± 13.95

TARTIŞMA

Serviks kanseri özellikle gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde hâlâ kadın sağlığını tehdit eden malignitelerin başında gelmektedir. Serviks kanseri dünya genelinde kadınlarda görülme sıklığı açısından ikinci sırada olup, kanserin neden olduğu ölümlerde üçüncü sıradadır.² Son yıllarda "pap smear" tarama testinin kullanımının yaygınlaşması ile invaziv servikal kanser oranları düşmüştür.⁷ Serviks kanseri CIN I-III gibi preinvaziv bir lezyondan yaklaşık 5-15 yıl içinde gelişir. Serviksin hafif şiddetteki preinvaziv lezyonları genellikle spontan olarak regresyon gösterirken, yüksek dereceli lezyonlar daha düşük oranda geriler.⁸

TABLO 3: Sitoloji verileri ile biyopsi sonuçlarının korelasyonu.

	Normal	CIN 1	CIN 2	CIN 3*	İnvaziv kanser	Toplam
ASC-US	31 (%77.5)	5 (%12.5)	1 (%2.5)	2 (%5)	1 (%2.5)	40
ASC-H	-	-	-	1 (%33.3)	2 (66.7)	3
LSIL	28 (%71.6)	7 (%18)	2 (%5.2)	2 (%5.2)	-	39
HSIL	4 (%28.6)	-	1 (%7.1)	4 (%28.6)	5 (%35.7)	14
AGUS	10 (%66.7)	2 (%13.3)	-	-	3 (%20)	15
Toplam	73	14	4	9	11	111

* Karsinoma in situ tanısı alan 3 olgu CIN 3 içerisinde değerlendirilmiştir.

TABLO 4: Smear sonuçlarının demografik verilere göre dağılımı.

	ASC-US		ASC-H		LSIL		HSIL		AGUS	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
SED*										
Düşük	12	30	2	66.7	8	20.5	8	57.1	4	26.7
Orta	20	50	1	33.3	24	61.5	4	28.6	6	40
Yüksek	8	20			7	18	2	14.3	5	33.3
Eğitim D**										
Okuma B***	8	20			4	10.3	4	28.6		
İlkokul	27	67.5	1	33.3	24	61.5	10	71.4	13	86.7
Orta-lise	4	10	1	33.3	8	20.5			2	13.3
Yüksek	1	2.5	1	33.4	3	7.7				
OKS****										
Evet	6	15			4	10.2	2	14.3	2	13.3
Hayır	34	85	3	100	35	89.8	12	85.7	13	86.7
Multipartner*****										
Evet	4	10	1	33.3	3	7.7	2	14.3	1	6.7
Hayır	36	90	2	66.7	36	92.3	12	85.7	14	93.3
Sigara kullanımı										
Evet	5	12.5	1	33.3	5	12.8	1	7.1	3	20
Hayır	35	87.5	2	66.7	34	87.2	13	92.9	12	80

* Sosyoekonomik düzey,

** Eğitim düzeyi,

*** Okuma yazma bilmeyen,

**** Oral kontraseptif kullanımı,

***** İki ve daha fazla cinsel partnere sahip olan.

Serviks kanserinin ortalama görülme yaşı 52 yıl olup, 35-39 yaş ve 60-64 yaşlarında pik yaptığı iki ayrı dönem vardır.⁹ Aydın ve ark. invaziv serviks kanseri olan olgularının 40 yaş ve üzerinde olduğunu ifade etmişlerdir.¹⁰ Çalışmamızda 30 yaş altında servikal preinvaziv lezyon tespit edilmemiştir. Serviks kanseri saptanan olguların yaş ortalaması 49 idi.

Serviks kanseri için risk faktörleri; parite, ilk cinsel ilişki yaşı, partner sayısı, HPV enfeksiyonu, sigara, OKS kullanımı, düşük sosyoekonomik dü-

zey, malnütrisyon (vitamin C, beta-karoten ve ek-sikliği) ve immünoşüpresyondur.¹¹ Çalışmamızda hastaların ortalama gebelik ve doğum sayısı sırasıyla 3.68 ± 1.98 ve 3.12 ± 1.56 olarak saptandı. Otuzdört (%30.6) hasta düşük sosyoekonomik düzeye sahipti. Hastaların 16 (%14.4)'sı okuryazar olmayıp, 75 (%67.6)'i ilköğretim mezunu idi. Ortalama ilk cinsel ilişki yaşı 19.03 ± 3.15 yıl idi. Onbir (%9.9) olgunun kendisi ya da eşi birden fazla cinsel partnere sahipti, 15 (%13.5) olguda sigara kulla-

TABLO5: Hastaların biyopsi sonuçlarının demografik verilere göre dağılımı.

	Normal		CIN 1		CIN 2		CIN 3*****		İnvaziv serviks kanseri	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
SED*										
Düşük	20	27.4	4	28.6	1	25	2	22.2	6	54.5
Orta	40	54.8	6	42.8	2	50	5	55.6	2	18.2
Yüksek	13	17.8	4	28.6	1	25	2	22.2	3	27.3
Eğitim D**										
Okuma B***	10	13.7	2	14.3	1	25	2	22.2	1	9.1
İlkokul	55	75.4	7	50	2	50	6	66.7	5	45.4
Orta-lise	6	8.2	3	21.4	1	25	1	11.1	4	36.4
Yüksek	2	2.7	2	14.3					1	9.1
OKS****										
Evet	8	11	3	21.4	1	25	1	11.1	1	9.1
Hayır	65	89	11	78.6	3	75	8	88.9	10	90.9
Multipartner*****										
Evet	7	9.6			1	25	3	33.3		
Hayır	66	90.4	14	100	3	75	6	66.7	11	100
Siğara kullanımı										
Evet	4	5.5	4	28.6	1	25	3	33.3	3	27.3
Hayır	69	94.5	10	71.4	3	75	6	66.7	8	72.7

* Sosyoekonomik düzey,

** Eğitim düzeyi,

*** Okuma yazma bilmeyen,

**** Oral kontraseptif kullanımı,

***** İki ve daha fazla cinsel partnere sahip olan,

***** Karsinoma in situ olguları CIN 3 içerisinde değerlendirilmiştir.

nımı öyküsü vardı. 14 (%12.6) olguda OKS kullanımı söz konusu idi.

Yapılan sitolojik incelemelerde, ASCUS ve ASC-H oranı %4 ve %0.3 olarak saptanmıştır.^{12,13} Türkiye’de bu oran daha düşük olup, ASCUS %1.07 ve ASC-H %0.072’dir.¹⁴ Fallani ve ark., ASCUS ve SIL sitolojik tanı olguların kolposkopi altında yapılan biyopsi histolojilerini karşılaştırmış, ASCUS’lu olguların biyopsisinde %36.3 CIN-1, %15.7 CIN-2,3 ve in situ karsinom, 1 olguda invaziv kanser tespit etmişlerdir.⁷ Literatüre baktığımızda ASC-US olgularında CIN 2 veya daha ileri lezyonların tespit edilme oranı %9.7 olarak bildirilmektedir.¹⁵ Yapılan çalışmalarda ASC-US olgularında %15.4 oranında CIN 1-2 saptandığı görülmüştür. ASC-H, ASC-US olgularından daha az sıklıkla gözlenmekle beraber CIN 2-CIN 3 oranı ASC-US’a göre daha yüksektir ve kolposkopik inceleme rutin olarak önerilmektedir.¹⁶ Yine başka bir çalışmada ASC-US saptanan hastalarda biyopside CIN 2 veya

CIN 3 riski %5-17 iken, ASC-H olgularında bu oran %24-94 olup, yüksek olduğu görülmüştür.¹⁷ Çalışmamızda, ASC-US’ların biyopsi sonuçlarının %77.5’i nonneoplastik değişiklik olarak saptanırken, CIN 2 veya daha ileri lezyon oranı %10, CIN 1-2 oranı %14.5 olup literatürle uyumludur. ASC-H tanı hastalarda biyopside CIN 1-2 tespit edilmezken, 2 olguda invaziv kanser, 1 olguda karsinoma in-situ saptandı.

LSIL lezyonlarında CIN 2-CIN 3 riski yakın olup %15-30, bazı çalışmalarda %18 olarak bildirilmiştir.¹⁶⁻¹⁹ Çalışmamızda yüksek grade’li lezyon oranını literatürden düşük olarak saptadık. LSIL olan vakalarımızın biyopsi sonuçlarının büyük bölümünü (%71) nonneoplastik değişiklikler oluştururken, %17.9 CIN 1, %5.1 CIN 2, %5.1 CIN 3 tanısı konuldu.

“Smear” taramalarında HSIL tespit oranı %0.5’tir.¹² HSIL saptanan hastalarda yapılan biyopsilerde %75 oranında CIN 2-3 tespit edilirken, te-

davi olmayan olgularda HSIL saptanan olgular %1-4 oranında invaziv kansere ilerlemekte, bu sebeple hastalara kolposkopik biyopsi ve endoservikal örnekleme önerilmektedir.^{11,12,21}

Dunn ve ark., sitolojisi HSIL gelen hastaların lo-op eksizyon materyallerinde %94, Numnum ve ark. ise %84 oranında CIN 2, 3 tespit etmişlerdir.^{15,21}

HSIL hastalarımızda; %35.7 oranında biyopsi sonucu invaziv serviks kanseri ve %28.5 CIN 2-3 saptandı. İnvaziv serviks kanseri tespit oranımız literatüre göre yüksek olup, CIN 2-3 oranının daha düşük olduğu gözlemlendi. Çalışmamızda HSIL'de kanser oranının yüksek olması HSIL'de tedavi yönetiminin önemini göstermektedir.

AGUS, "pap smear" taramalarında %0.2 oranında tespit edilmektedir.¹² AGUS olgularında %54 oranında servikal intraepitelyal lezyon tespit edil-

mekte olup, %8 adenokarsinoma in situ, %9 olguda ise invaziv skuamoz veya adenokarsinom gelişebilmektedir.¹⁶ Sitolojisi AGUS olarak tespit edilen hastalarda bu sebeple, kolposkopik biyopsi, endoservikal örnekleme ve 35 yaş üstü kadınlarda veya 35 yaş altı anormal vajinal kanaması olanlarda endometriyal örnekleme önerilmektedir.^{12,16} Çalışmamızda AGUS tanılı olgularda, %66.7 oranında nonneoplastik değişiklikler izlenmiş olup, %20 oranında invaziv kanser tespit edilmiştir ve literatüre göre yüksek bir orandır.

Sonuç olarak glandüler hücre anormallikleri ve yüksek grade'li sitolojik anormalliklerde kolposkopik muayene mutlaka yapılmalı, düşük gradeli hastalarda preinvaziv bir lezyonu atlamamak veya gereksiz invaziv uygulamalardan kaçınmak için kolposkopi eşliğinde muayene veya takip açısından hasta seçimi iyi yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Demirkıran F. [Cervical pre-invasive lesion: diagnosis and treatment]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics* 2009;2(1):91-5.
- Waxman AG. Guidelines for cervical cancer screening, history and scientific rationale. *Clin Obstet Gynecol* 2005;48(1):77-97.
- Özgül N. Türkiye'de serviks kanserinin durumu ve servikal kanser tarama çalışmaları. Tuncer AM, editör. *Türkiye'de Kanser Kontrolü*. 1. Baskı. Ankara: Onur Matbaacılık; 2007. s.349-58.
- Müngen E, Ertekin AA, Yergök YZ, Ateşer O, Öztekin İ. [Diathermy loop excision in the management of cervical intraepithelial neoplasia]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 1995;5(2):123-7.
- Allam M, Paterson A, Thomson A, Ray B, Rajagopalan C, Sarkar G. Large loop excision and cold coagulation for management of cervical intraepithelial neoplasia. *Int J Gynaecol Obstet* 2005;88(1):38-43.
- Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O Connor D, et al. The 2001 Bethesda system terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA* 2002;16(287):2114-9.
- Fallani MG, Pena C, Fambrini M, Marchionni M. Cervical cytologic reports of ASCUS and LSIL. Cyto-histological correlation and implication for management. *Minerva Ginecol* 2002;54(3):263-9.
- Wright TC Jr, Massad LS, Dunton CJ, Spitzer M, Wilkinson EJ, Solomon D; 2006 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology-sponsored Consensus Conference. 2006 Consensus Guidelines for the Management of Women With Cervical Intraepithelial Neoplasia or Adenocarcinoma In Situ. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197(4):340-5.
- Jemal A, Thomas A, Murray T, Thun M. Cancer Statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2002; 52(1):23-47.
- Aydın F, Tuncer SZ, Kuzey GM, Başaran M. [Evaluation of patients with atypical squamous (ascus) and glandular (agus) cells of undetermined significance on cervical cytology]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2002;12(2):148-54.
- Shafi IM, Welton K. Colposcopy and cervical intraepithelial neoplasia. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine* 2007;17(6):173-80.
- Apgar BS, Kittendorf AL, Bettcher CM, Wong J, Kaufman AJ. Update on ASCCP consensus +guidelines for abnormal cervical screening tests and cervical histology. *Am Fam Physician* 2009;80(2):147-55.
- Barreth D, Schepansky A, Capstick V, Johnson G, Steed H, Faught W. Atypical squamous cells-cannot exclude high-grade squamous intraepithelial lesion (ASC-H): a result not to be ignored. *J Obstet Gynaecol Can* 2006;28(12):1095-8.
- Turkish Cervical Cancer And Cervical Cytology Research Group. Prevalence of cervical cytological abnormalities in Turkey. *Int J Gynaecol Obstet* 2009;106(3):206-9.
- Dunn TS, Burke M, Shwayder J. A 'see and treat' management for high-grade squamous intraepithelial lesion pap smears. *J Low Genit Tract Dis* 2003;7(2):104-6.
- Lindeque BG. Management of cervical premalignant lesions. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2005;19(4):545-61.
- Massad LS, Collins YC, Meyer PM. Biopsy correlates of abnormal cervical cytology classified using the Bethesda system. *Gynecol Oncol* 2001;82(3):516-22.
- Waxman AG. Guidelines for cervical cancer screening, history and scientific rationale. *Clin Obstet Gynecol* 2005;48(1):77-97.
- Jordan J, Arbyn M, Martin-Hirsch P, Schenck U, Baldauf JJ, Da Silva D, et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening: recommendations for clinical management of abnormal cervical cytology, part 1. *Cytopathology* 2008;19(6):342-54.
- Liu J, Song XH, Wang QX. [Clinical significance of atypical squamous cells and low grade squamous intraepithelial lesions in cervical smear]. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 2007; 87(25):1764-6.
- Numnum TM, Kirby TO, Leath CA 3rd, Huh WK, Alvarez RD, Straughn JM Jr. A prospective evaluation of 'see and treat' in women with HSIL Pap smear results: is this an appropriate strategy? *J Low Genit Tract Dis* 2005;9(1):2-6.