

# Kolposkopik Gözlem Altında Alınan Biopsi Sonuçlarına Göre Tanı Konulan 26 Servikal İntraepiteliyal Neoplazi Olgusunun Değerlendirilmesi (Ön Çalışma)\*

EVALUATION OF 26 CASES WITH CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA (CIN) DIAGNOSED BY BIOPSIES TAKEN UNDER COLPOSCOPIC EXAMINATION (PRELIMINARY REPORT)

Dr.Sinan ÖZALP, Dr.Rabia KARAGÖZ

Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, ESKİŞEHİR

## ÖZET

Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında servikal patoloji düşünülerek kolposkopi yapılan ve değerlendirme sırasında alınan biopsi sonuçlarına göre 26 olguda servikal intraepiteliyal neoplazi (CIN) saptandı. Olgulardan 7'si CIN I, 7'si CIN II, 4'ü ise CIN III aşamasındaydı. Sitolojik değerlendirmelerinde yalnızca negatiflik oranı CIN I için %100, CIN II için %57.1, CIN III için %25 olarak bulundu. Kırk yaşın altında olduğu saptanan olgu sayısı 19 idi. Otuz yaşın altında olduğu belirlenen olguların tamamı CIN I grubundaydı. Olguların %3.8'inin gravida sayısının 0, %7.7'sinin ise parite sayısının 0 olduğu bulundu. Yirmi yaşın altında evlenme oranı %41.2 idi. Olguların %3.8'i oral kontraseptif, %11.5'i ise kondom kullandıklarını belirtmişlerdir. Dokuz olguya konizasyon, 8 olguya histerektomi yapıldı. Beş olgu elektrokoterizasyon ile tedavi edildi, iki olgu gebelik nedeni ile takibe alındı. Kalan üç olgu ise tedaviyi reddetti.

Anahtar Kelimeler: Servikal intraepiteliyal neoplazi (CIN), Kolposkopi

T Klin Jinekoloj Obst 1992, 2:187-190

## SUMMARY

Cases with suspicion of cervical pathology were evaluated colposcopically. Twenty six cases from this group were diagnosed as CIN after histopathologic examination of the biopsies. Fifteen, 7 and 4 of the cases were CIN I, CIN II and CIN III respectively. Cytologic false negativity were found to be 100% for CIN I, 57% for CIN II and 25% for CIN III. Nineteen of the cases were below the age of 40. All of the patients with CIN I were less than 30. Three joint eight percent of cases were nulligravid, 7.7% were nullipara. Age at marriage was below 20 in 41.2% of the cases. The rates of contraceptive methods used by our patients were 3.8% for oral contraceptives and 11.5% for condoms. Cervical conisations were performed on 9 cases, hysterectomies on 8 and electrocauterisation on 5. One of them was managed expectantly because of pregnancy. Remaining 3 cases refused treatment.

Keywords: Cervical intraepithelial neoplasia (CIN), Colposcopy

Anatolian J Gynecol Obst 1992, 2:187-190

1970 yılına kadar serviks kanserleri kadın üreme organlarında en sık görülen malignansi iken, yıllar içinde azalma göstererek bugün, üçüncü en sık görülen kanser olarak sıralanmaktadır. Bu azalmanın nedeni

Geliş Tarihi: 7.10.1991

Kabul Tarihi: 2.12.1991

Yazışma Adresi: Prof.Dr.Sinan ÖZALP  
Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, ESKİŞEHİR

\* 26-28 Eylül 1991 tarihleri arasında Antalya'da "Jinekolojik Onkolojide Diagnostik ve Terapötik Yaklaşımlar Kongresi"nde tebliğ edilmiştir.

Anatolian J Gynecol Obst 1992, 2

servikal kanserlerin prekanseröz değişiklikler aşamasında tanınması ve tedavi edilmesidir (1).

Servikal intraepiteliyal neoplazi (CIN) terimi serviks prekanseröz değişikliklerini tanımlamada kullanılır. Daha önce kabul edilen klasifikasyon bu değişiklikleri hafif, orta, şiddetli displazi ve karsinoma insitu olarak tanımlamaktaydı. Şiddetli displazi ve karsinoma insitu arasındaki histolojik ayırımın zorluğu nedeni ile yeni geliştirilen terminolojiye göre CIN I hafif displazi, CIN II orta derecede displazi, CIN III ise şiddetli displazi ve karsinoma insitu tanımlarını kapsamaktadır.

Anormal pap smear varlığında veya pap smeardan bağımsız olarak jinekolojik değerlendirme sonrasında servikal patoloji düşünülen olgular kolposkopik

muayene ile değerlendirilmeli ve epitelyal değişiklik saptanan alanlardan biopsi alınmalıdır.

Kolposkopik değerlendirmenin yeterli olabilmesi için skuamokolumnar birleşim yeri bütünüyle görülmeli, lezyon varsa tamamı gözlenebilmeli, anormal alan serviks yüzeyinin %50'sinden daha azını işgal etmiş olmalı ve sitolojik, histolojik kolposkopik izlenimler arasında uygunluk olmalıdır (2). Sıvıkste gelişen prekanseröz değişikliklerin %95 oranında transformasyon zonunda olması nedeniyle kolposkopik işlem sırasında bu alan özel bir önem kazanmaktadır. Skuamokolumnar birleşim yerinin görülemediği durumlarda endoservikal küretaj yapılmalıdır.

CİN I olguları spontan olarak gerileyebildiğinden takibi, persiste CİN I olgularında ise krioterapi veya laser vaporizasyon tedavi yaklaşımı olarak önerilmektedir. CİN II ve CİN III olgularında krioterapi ile veya laser cerrahisi ile lokal konservatif tedavi uygulanır. Çocuk isteği olmayan ve CİN III tanısını alan olgularda ise histerektomi tercih edilebilir (3).

## MATERYEL VE METOD

Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında poliklinik muayene aşamasında servikal patoloji düşünülen toplam 252 olgu kolposkopik değerlendirmeye alındı. Kolposkopik değerlendirme sırasında biopsi alınan 103 olgudan biopsi sonuçlarına göre CİN tanısını alan 26 olgu retrospektif olarak incelendi.

Öykü, jinekolojik muayene ve pap smear sonuçlarının birlikte değerlendirilmesiyle servikal patoloji düşünülen 26 olguya kolposkopik inceleme yapıldı. Olguların kolposkopik değerlendirme endikasyonları servikal malignensi olasılığını düşündüren olgular şeklinde dar bir kapsam içine alınmadı. Pap smear ve jinekolojik muayene sonucunda benign izlenimini veren servikal lezyonlu olgularda kolposkopik değerlendirme içine alındı. Spekulum yerleştirilmesini takiben tüm serviks serum fizyolojik ile silindikten sonra kolposkopik gözlem altında incelendi. Daha sonra %3'lük asetik asit solüsyonu ile ıslatılıp yeniden kolposkopik gözlem altında değerlendirildi. Değerlendirme periferden merkeze doğru olup, skuamokolumnar birleşim yerinin yeterince görülemediği durumlarda yardımcı olarak endoservikal spekulum kullanıldı. Kolposkopik gözlemlerle anormal damarlarımıza, hiperkeratoz, beyaz epitel, mozaizm, punctasyon şeklinde değişiklik gösteren alanlardan biopsi alındı. Biopsi işlemi sırasında Kevorkian Younge punch biopsi aleti kullanıldı. Kanayan odaklar önce tamponla, daha sonra gerekirse gümüş nitrat uygulamasıyla kontrol edildi. Biopsi ile alınan spesmenler %95'lik etil alkol içinde histopatolojik inceleme için bilgi formu ile birlikte Patoloji Anabilim Dalına gönderildi.

## BULGULAR

Kolposkopik değerlendirme ile alınan servikal biopsi sonuçlarına göre: CİN tanısı alan 26 olgunun CİN klasifikasyonuna göre dağılımı Tablo 1'de görülmektedir.

Tabloda görüldüğü gibi olguların %57.7'si CİN I aşamasındaydı. Olguların %15.4'ünü kapsayan 4 CİN III olgusundan 2 tanesi karsinoma insitu olarak değerlendirildi.

CİN olgularının %46.2'sinin (12 olgu) 30-39 yaş grubunda, %26.9'unun (7 olgu) ise 20-29 yaş grubunda olduğu bulundu. 20-29 yaş grubundaki olguların tamamı CİN I grubundaydı. Olguların yaş ortalaması ise 32 olarak bulundu.

Olguların gebelik ve doğum sayılarına göre dağılımlarının incelenmesinde %73.1 (19 olgu) oranında 3 ve daha fazla sayıda gebelik geçirdikleri, %34.9 (9 olgu) oranında ise 3 ve daha fazla sayıda doğum yaptıkları saptandı. Bir olguda (%3.8) gravida sayısı 0, 2 olguda ise (%7.7) parite sayısı 0 olarak bulundu.

CİN gelişen olguların evlenme yaşları 15-26 yaş arasında olup, %41.2'si 20 yaşından önce evlendiklerini belirtmişlerdir.

Olguların kullandıkları kontraseptif yöntemlere göre dağılımları %3.8 (1 olgu) oral kontraseptif, %7.7 (2 olgu) tüp ligasyonu, %11.5 (3 olgu) RIA ve %11.5 (3 olgu) kondom kullanımı şeklindeydi. Olguların %65.5'ini (17 olgu) ise yöntem kullanmayanlar ve geleneksel etkin olmayan yöntem kullananları kapsıyordu.

Olguların kolposkopik inceleme öncesi alınan pap smearlarının sitolojik değerlendirilmesi CİN I olgularının tamamında (15 olgu) Klas I malignite ve inflamasyon için negatif smear ve kronik servisit olarak bildirilmiştir. CİN II olgularının %42.9'u (3 olgu), CİN III olgularının ise %75'i (3 olgu) Klas II displazi olarak değerlendirilmiştir. Toplamda %76.9 oranında pap smear ve biopsi sonuçları arasında uyumsuzluk bulunmuştur (Tablo 2).

Olguların takip ve tedavi biçimlerine göre dağılımı Tablo 3'de görülmektedir. Takipte olan bir CİN I olgusu halen gebe olduğu için üç ay aralarla pap smear ve kolposkopik takibe alındı. Konizasyon ve fraksiyone D/C uygulanan 4 CİN I olgusunun daha önce uygulanmış mükerrer servikal elektro koterizasyon öyküsü vardı. Diğer histerektomi uygulanan olguların çocuk isteği yoktu ve myom uteri, pelvik kitle gibi ek operasyon endikasyonları vardı.

**Tablo 1.** CİN olgularını dağılımı

Patoloji	Olgu Sayısı	Yüzde
CİN I	15	57.7
CİN II	7	26.9
CİN III	4	15.4
TOPLAM	26	100.0

Tablo 2. Kolposkopik gözlem altında alınan biopsi sonuçlarına göre CİN tanısı konulan olguların pap smear sonuçlarının dağılımı

	CİN I		CİN II		CİN III		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Klas I	15	100.0	4	57.1	1	25.0	20	76.9
Klas III	—	—	3	42.9	3	75.0	6	23.1

Tablo 3. Olguların takip ve tedavi biçimlerine göre dağılımı

	CİN I	CİN II	CİN III	Toplam
Elektrokoterizasyon	5	—	—	5
Konizasyon + D/C	4	3	2	9
Histerektomi	4	2	2	8
Takipte olan	1	—	—	1
Tedaviyi reddeden	1	2	—	3

## TARTIŞMA

CİN olgularının 25-35 yaş grubu arasında sık görüldüğü klasik kitaplarda belirtilmektedir (4). Lopez ve ark. nin yaptığı bir çalışmada 1.000 CİN olgusunun yaş ortalaması 30 olarak belirtilmişti (5). Bizim çalışmamızda olguların %46.2'si 30-39 yaş grubunda yer almaktadır. Toplam 26 olgunun yaş ortalaması 32 olarak bulunmuştur. Çalışmamızdaki veriler yukarıda belirtilen verilerle uygunluk göstermektedir,

CİN olguları için belirtilen majör risk faktörlerinden biri de 20 yaşından önce seksüel yaşantıya başlama ve yine 20 yaşından önce gebe kalmaktır (3,6). Bizim değerlendirmeye aldığımız 26 CİN olgusunun yalnızca %41.2'si 20 yaşından önce evlendiklerini belirtmişlerdir. Yine olgularımızın %73.1'i 3 ve daha fazla sayıda gebelik geçirmiş olup, %34.6'sı 3 ve daha fazla sayıda doğum yapmışlardır. Olguların gebelik ve doğum sayısı arasındaki fark dikkat çekicidir.

Oral kontraseptif kullanımının CİN için risk faktörü olduğu öne sürülmüş, daha sonra da bu düşünce terk edilmiştir (3). Bizim çalışmamızdaki olguların kullandıkları kontraseptif yöntemlere göre dağılımında oral kontraseptif kullanımının %3.8 ile en alt sırada yer alması son görüşü destekler şekildedir. Olguların düşük oranda (%11.5) kondom kullanmaları da kondomun CİN gelişiminde koruyucu rol oynayabileceği düşüncesine ters düşmektedir.

CİN'lerin erken teşhisinde katkısı büyük olan pap smear işlemi, doğru teknikle alınıp fikse edilir ve deneyimli sito-patolojist tarafından değerlendirildiğinde yalancı negatiflik oranı % 10-30 arasında bildirilmekte ve bu yalancı negatiflik oranının alınan smearin seröz veya seröpürülan akıntı ile bulaşması halinde %50'ye kadar

varabildiği belirtilmektedir (6,7). Çalışmamızda histopatolojik tanı ile CİN tanısı alan olguların sitolojik değerlendirmeleri karşılaştırıldığında (Tablo 2) %76.9 oranında yalancı negatiflik ile karşılaştık. Yalancı negatiflik oranının bu kadar yüksek olmasının nedeni smear alma tekniğinden, değerlendirilmesine kadar geçen aşamalarda hatalara bağlı olabilir. Dikkati çeken durum yalancı negatif smear sonuçlarının %75'inin CİN I olgularına ait, yani erken lezyonlara ait olmasıdır.

CİN olgularına tedavi yaklaşımı ile ilgili olarak Creasman ve ark. krioterapi ile başarı oranını CİN I ve II olguları için %94, CİN III olguları için ise %82 olarak bildirmişlerdir (8). Baggish ve ark. CİN olgularının laser ile tedavisinde %94 oranında başarı bildirmişlerdir (9).

Çalışmamızdaki 26 CİN olgusunda CİN I tanısı alan 7, CİN II tanısı alan 5, CİN III tanısı alan 4 olgu opere edilmiştir (Tablo 3). Özellikle CİN I ve CİN II olgularında operasyon kararı alınırken olanaklarımızla bu likte hastaların yaş, çocuk isteği, operasyon gerektiren diğer endikasyonları ve düzenli kontrole gelebilecek seviyede olup olmadıkları dikkate alınmıştır.

Gebeliğe bağlı servikal epiteldeki değişiklikler servikal displaziyi taklit edebilmektedir (4). Gebelik+CİN tanısı alan olgumuzun gebeliği halen devam ettiği için bu konuda yorum yapmak mümkün olmamıştır.

## KAYNAKLAR

1. Schwanz PE. Cervical carcinoma in: Quilligan EJ (Ed.): Current therapy in obstetrics and gynecology. Philadelphia, WB Saunders Co 1990; 155-60.
2. Wagner AL. Colposcopy in: Sciarra JJ (Ed.): Gynecology and obstetrics. Vol. I, Philadelphia, Harper and Row Pub 1987; 30.

3. Lele SB, Piver MS. Cervical dysplasia and cervical in situ carcinoma in: Piver MS (Ed.): Manuel of gynecologic oncology and gynecology. Boston, Little Brown and Co 1989:5.
4. Hill FC. Premalign and malignant disorders of the uterine cervix in: Pernoll ML and Benson RC (Ed.): Current obstetrics and gynecologic diagnosis and treatment. California, Lange Med Pub 1987; 47.
5. Lopes A, Moryosef S, Person S, Ireland D, Monaghan JM. Is routine colposcopy assesment necessary following laser ablation of cervical intraepithelial neoplasia. Br J of Obstetrics and Gyencol 1990; 97:175-7.
6. Wilbanks GD. Cervical intraepithelial carcinoma, history detection and treatment in: Sciarra JJ (Ed.): Gynecology and Obstetrics. Philadelphia, Harper and Row Pub 1987: 4:4.
7. Gusberg SB. malignant lesions of the cervix uteri in: Danfort DN (Ed): Obstetrics and gynecology. Philadelphia, Lippincott Co 1986; 56.
8. Creasman WT, Hinshaw WM, Clarke-Pearson DL. Cryosurgery in the management of cervical intraepithelial neoplasia Obstet Gyencol 1984; 63:145.
9. Baggish MS, Dorsey JH, Adalson M. A ten year experience treating cervical intraepithelial neoplasia with the CO<sub>2</sub> laser. Am J Obstet Gyencol 1989; 161:60.