

Bölüm 28

SERVİKOVAJİNAL SMEARLARDA SİTOLOJİK ANORMALLİKLERİN YÖNETİMİ

Cem YALÇINKAYA¹

Giriş

Serviks kanserinin tarama testi olan servikovajinal smear sayesinde serviks kanserinin preinvaziv öncü lezyonlarının tespiti ve böylelikle etkin tedavisi mümkün olabilmektedir. Gelişmiş bazı ülkelerde organize tarama programları ile erken teşhis yapılabilmesi, serviks kanserine bağlı ölümleri yıllar içerisinde dramatik bir şekilde azaltmıştır. Bu durum, modern tıbbın başarı öykülerinden biridir. Serviks kanserinde, vajinaya dökülen hücrelerin anormal olduğu, ilk olarak 1920'lerde, Romanya'dan Dr Aurel Babes ve Amerika Birleşik Devletleri'nden Dr George Papanicolaou tarafından ortaya konmuştur.

Servikovajinal smear alındığında tespit edilen hücresel anormalliklerin nasıl yönetilmesi gerektiği konusunda ulusal ve uluslararası cemiyetler tarafından bazı rehberler ortaya konmuştur. Bu yazıda, Amerikan Kolposkopi ve Servikal Patolojiler Cemiyeti (American Society for Colposcopy and Cervical Pathology) kılavuzu esas alınmıştır (1). Biyopsiler ile tespit edilmiş histolojik anormalliklerin nasıl yönetileceği ise bu yazının konusu dışındadır.

Pap Smear Örneğinde Endoservikal/Transformasyon Zonu Komponenti Eksik Olan Hastalara Yaklaşım

Servikovajinal smear testinde endoservikal/transformasyon zonu bulunmaması serviksdeki mevcut bir lezyonun atlanabileceği endişesini doğurur. Özellikle postmenapozal kadınlardan alınan smearlarda endoservikal/transformasyon zonuna ait hücreler bulunmayabilir. Bu şekilde EC/TZ komponenti eksik olan kadınlarda tercih edilen yaklaşım, hastanın klinik özelliklerine, HPV testinin beraberinde olup olmaması durumuna, ek risk faktörleri varlığına ve smear geçmişine bakarak makul bir zaman sonra smearın tekrarlanmasıdır (2).

¹ Uzm. Dr, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, yalcinkayacem@gmail.com

Pap Smear Örneği Yetersiz Olan Kadınlarda Yaklaşım

Çeşitli sebeplerle Pap smear değerlendirme için yeterli olmayabilir. Smear alınması sırasında uygun tekniğe riayet edilmemesi, kimlik bilgilerinin hatalı girilmesi, örnekte kontaminasyon olması, transfer sırasında yapılan hatalar, yetersiz hücre varlığı gibi sebeplerle pap smear raporu yetersiz olarak gelebilir (3). Bu durumda testin erken bir dönemde tekrarı uygun olacaktır. HPV testi pozitif olan 30 yaş ve üzeri bir hastada ise kolposkopi yapılması daha uygun bir yaklaşımdır.

30 Yaş ve Üzeri Bir Kadında Negatif Sitoloji ve Pozitif HPV Varlığında Yaklaşım

Negatif sitolojiye eşlik eden HPV pozitifliği durumunda, 12 ay sonra kotest tekrarı uygun yaklaşım olacaktır. HPV tiplendirmesi yapılması da bir diğer seçenektir. HPV tiplendirmesi yapıldığında daha onkojenik kabul edilen HPV 16 ve/veya HPV 18 varlığında kolposkopi yapmak daha uygundur. HPV 16 veya 18 dışı diğer yüksek riskli HPV tiplerinin pozitif olması durumunda kotestin 12 ay sonra tekrarı tercih edilir (4).

ASC-US Smear Sonucuna Yaklaşım

Laboratuarlara göre değişmekle birlikte, smear sonuçlarının yaklaşık %5'i ASC-US (Atipik Skuamoz Hücreler, Önemi Belirlenemeyen) olarak raporlanır. ASC-US genellikle HPV nedeniyle görülse de, travma, cinsel ilişki, mantar ve bakteri enfeksiyonu gibi durumlarda, HPV olmaksızın ve neoplazi olmaksızın görülebilir (5).

Smear sonucunda ASCUS görülmesi halinde, smear testinin 1 yıl sonra tekrar edilmesi bir seçenektir. Ancak tercih edilen, HPV testinin yapılmasıdır. ASCUS varlığına eşlik eden bir HPV pozitifliği varsa kolposkopi uygun yaklaşım olacaktır. HPV testi negatif olan ASCUS olgularında ise kotestin 3 yıl sonra tekrarı uygundur. 21-24 yaş aralığında ise, HPV pozitif olsa bile kolposkopi yerine 1 yıl sonra kotest tekrarı tercih edilir.

LSIL Smear Sonucuna Yaklaşım

LSIL, HPV enfeksiyonunun meydana getirdiği hafif sitopatolojik değişiklikler olarak kabul edilir. Koilositik atipi ve hafif displazi ile giden CIN 1'e tekabül eder. ASCUS a göre daha nadir rastlanan bir smear sonucudur. LSIL olan kadınların bir çoğunda HPV pozitifdir. Özellikle genç yaş grubunda HPV hemen her zaman pozitifdir (6).

LSIL sonucu olan kadında HPV testi bakılmış ve HPV pozitif ise tercih edilen yaklaşım kolposkopik değerlendirmedir. Eğer HPV bakılmamış ise yine kolpos-

kopi yapmak gerekir. 30 yaş ve üzeri bir kadında, HPV testi negatif iken LSIL smear sonucu ile karşılaşırsa, kolposkopi yapılabilir, ancak tercih edilen yaklaşım 1 yıl sonra kotestin tekrarlanmasıdır.

LSIL smear sonucu bir gebe kadına ait ise, HPV testinden bağımsız olarak kolposkopi yapmak tercih edilir. Eğer muayenede yüksek dereceli bir histolojik anormallik kuşkusu ya da kanser kuşkusu yok ise, kolposkopi postpartum döneme ertelenebilir.

21-24 yaş aralığı genç kadınlarda, LSIL smear sonucunda tercih edilmesi gereken yaklaşım, 1 yıl sonra kotest tekrarıdır.

ASC-H Smear Sonucuna Yaklaşım

ASC-H smear sonucu olan hastalarda kolposkopik değerlendirme yapmak uygun olacaktır. ASCH sonucun olan kadınlara, kolposkopik biyopsi ile CIN 2,3 teşhisi koymadan eksizyonel prosedürler uygulamak uygun değildir.

HSIL Smear Sonucuna Yaklaşım

Smear sonucu yüksek dereceli intraepitelyal lezyon gelen kadınlarda, kolposkopik değerlendirme yapmak gereklidir. 25 yaş ve üzeri bir kadın ise, bazı deneyimli klinisyenler kolposkopik değerlendirme basamağını atlayarak direk tanısal eksizyonel prosedürü de tercih edebilirler. Kolposkopik değerlendirme esnasında endoservikal kanalın endoserviks küretajı ile örneklenmesi uygun olacaktır.

21- 24 yaş aralığındaki genç kadınlarda kolposkopi yapmaksızın tanısal eksizyonel prosedür uygulamak ise tercih edilmez.

AGC Smear Sonucuna Yaklaşım

Smear sonucunda, atipik hücrelerin skuamoz hücreler değil de, glandüler hücreler olduğu rapor edilirse, kolposkopik değerlendirmeye endoservikal ve endometrial örnekleme eklemek gerekir. Eğer sadece atipik endometrial hücreler görülmüşse, endometrial ve endoservikal örnekleme yapılmalı, endometrial patoloji yoksa kolposkopi yapılmalıdır. Diğer tüm alt gruplarda, kolposkopi ve endoservikal küretaj yapılmalıdır. 35 yaş üstü ya da anormal kanama varlığında ise endometrial örnekleme de eklenmelidir. Başlangıç değerlendirmesinden sonra, kolposkopik niyopsilerin sonucuna göre gerekli yaklaşımlar yapılır.

Sonuç

Smear sonucuna göre hastaların uygun şekilde yönetilmesini sağlamak ve gerekli durumlarda tedavilerini yapmak önemlidir. Uygun smear yönetimi, erken teşhis ile invaziv serviks kanseri oluşmadan preinvaziv lezyonların tedavisine olanak tanır.

Smear sonucuna göre histerektomi önermek doğru değildir. Smear testinin bir sitolojik değerlendirme olduğu ve histolojik değerlendirmenin yerine kullanılamayacağı unutulmamalıdır. Semar sonucu konusunda hastaya açıklama yaparken, hastalarda kanser oluşmaya başladığını ifade etmek doğru değildir. Kanser kelimesinin hastalarda yaratacağı travma sanılandan büyük olabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, Solomon D, Wentzensen N, Lawson HW; 2012 ASCCP Consensus Guidelines Conference. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *J Low Genit Tract Dis.* 2013 Apr;17(5 Suppl 1):S1-S27. doi: 10.1097/LGT.0b013e318287d329. Erratum in: *J Low Genit Tract Dis.* 2013 Jul;17(3):367. PMID: 23519301.
2. Davey DD, Austin RM, Birdsong G, Buck HW, Cox JT, Darragh TM, Elgert PA, Hanson V, Henry MR, Waldman J; American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. ASCCP patient management guidelines: Pap test specimen adequacy and quality indicators. *Am J Clin Pathol.* 2002 Nov;118(5):714-8. doi: 10.1309/6GBF-EGH8-WXDE-ANGX. PMID: 12428791.
3. Davey DD, Cox JT, Austin RM, Birdsong G, Colgan TJ, Howell LP, Husain M, Darragh TM. Cervical cytology specimen adequacy: patient management guidelines and optimizing specimen collection. *J Low Genit Tract Dis.* 2008 Apr;12(2):71-81. doi: 10.1097/LGT.0b013e3181585b9b. PMID: 18369299.
4. Darragh TM, Colgan TJ, Cox JT, Heller DS, Henry MR, Luff RD, McCalmont T, Nayar R, Palefsky JM, Stoler MH, Wilkinson EJ, Zaino RJ, Wilbur DC; Members of LAST Project Work Groups. The Lower Anogenital Squamous Terminology Standardization Project for HPV-Associated Lesions: background and consensus recommendations from the College of American Pathologists and the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. *J Low Genit Tract Dis.* 2012 Jul;16(3):205-42. doi: 10.1097/LGT.0b013e31825c31dd. Erratum in: *J Low Genit Tract Dis.* 2013 Jul;17(3):368. PMID: 22820980.
5. Castle PE, Cox JT, Jeronimo J, Solomon D, Wheeler CM, Gravitt PE, Schiffman M. An analysis of high-risk human papillomavirus DNA-negative cervical precancers in the ASCUS-LSIL Triage Study (ALTS). *Obstet Gynecol.* 2008 Apr;111(4):847-56. doi: 10.1097/AOG.0b013e318168460b. PMID: 18378743.
6. Darragh TM, Colgan TJ, Thomas Cox J, Heller DS, Henry MR, Luff RD, McCalmont T, Nayar R, Palefsky JM, Stoler MH, Wilkinson EJ, Zaino RJ, Wilbur DC; Members of the LAST Project Work Groups. The Lower Anogenital Squamous Terminology Standardization project for HPV-associated lesions: background and consensus recommendations from the College of American Pathologists and the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. *Int J Gynecol Pathol.* 2013 Jan;32(1):76-115. doi: 10.1097/PGP.0b013e31826916c7. Erratum in: *Int J Gynecol Pathol.* 2013 Jul;32(4):432. Erratum in: *Int J Gynecol Pathol.* 2013 Mar;32(2):241. PMID: 23202792.