

Bölüm 31

Sitoloji ve Kolposkopi

Dr. Pervin KARLI

Sitoloji

Serviksin Embriyolojisi

Serviks, müllerian kanalın gebeliğin 6.-7. haftalarında birleşmesi sonucunda oluşur. Serviks ve vajina kolumnar epitelin intrauterin hayatta skuamoz metaplazi ile skuamoz epitele dönüşmeye başlar(Patrick,2000). Serviksin vajinal parçası ön, arka ve yan taraflarda vajjna mukozası tarafından sarılır ve böylece forniksler meydana gelir (Çiçek,2006). Serviksin önemli histopatolojik anotomisini tanımlayan terminolojiler; orijinal skuamokolumnar junction (SKJ), fizyolojik SCJ ve transformasyon zonu(Beksaç,2006).

Orijinal skuamokolumnarjunction(SKJ), intrauterin dönemde oluşan skuamoz-kolumnar epitel geçiş noktası olarak adlandırılır. SKJ olguların %66'sında ektoservikte %30'unda servikal kanal içinde %4'ünde vajinal fornikslerde bulunur (Beksaç,2006) .

Fizyolojik SCJ, puberte sonrası maruz kalınan hormonal, enfeksiyonel, travmatöz veya oluşacak ph değişikliklerine sekonder skuamoz metaplazi ile oluşur. Fizyolojik **SCJ** matür ve immatür skuamoz metaplazi arasındaki sınırı temsil eder (Beksaç,2006)

Transformasyon zonu, servikte meydana gelen serviksin preinvaziv ve invaziv lezyonlarının en sık görüldüğü eski ve yeni metaplazi alanlarının birleşim alanına verilen isimdir (Patrick,1999; Stilson,1997;Foltz, 1978).

Premenapozal kadınlarda endoserviks ektoservikse doğru dönebilir ve bu durum servikal everسیون (gerçek skuamokolumnar bileşke) olarak isimlendirilir. Tam tersine postmenapozal kadınlarda skuamokolumnar bileşke servikal kanalın içine doğru yer değiştirir. Postmenapozal kadınlarda skuamokolumnar bileşke değerlendirmesi spekulum ile tam görülemediğinden dolayı tam yapılamayabilir (Çiçek 2006).

Servikal metaplazinin kritik noktaları

Serviksin skuamoz epitel ile kaplı olan vajen kısmı vajinal ph nedeniyle asidik, kolumnar epitel ile kaplı olan endoservikte kalan alan ise servikal mukus nedeniyle baziktir (Çiçek 2006). Mukusu üreten bu endoservikal kolumnar epitel vajinal asidik ph ile kimyasal denaturasyona maruz kalır. Bu olayın bir sonucu olarak matür skuamoz epitelin gelişeceği bir onarım süreci başlamış olur. Bu durum skuamoz metaplazik sürece neden olur. Skuamoz metaplazi, kabaca endoserviksi döşeyen kolumnar epitelin ektoserviksi döşeyen skuamozepitele dönüşmesi olayıdır. Fetal hayat, adölesan dönem ve ilk gebelik dışında bir kadının yaşamı boyunca skuamoz metaplazi süreci bir devamlılık göstermez (Çolak,2002). Serviksin preinvaziv ve invaziv yassı epitel lezyonlarının %80- 85'i TZ'undan kaynaklanır (Atasü,1999). Metaplazi sürecinde en çok viral enfeksiyonlar suçlanmaktadır. Viral DNA'nın konağın DNA'sına integrasyonu ile hücrel farklılaşmanın kontrolden çıktığı öne sürülmektedir(Atasü,1996)

Kolposkopikendex (Reid,1994)

Kolposkopik belirtiler	0 puan	1 puan	2 puan
Sınır yapısı	Kondilomatöz veya mikropapiller yüzey Kenarları keskin olmayan bulut kümeleri Açılı düzensiz geometrik lezyonlar Transformasyon zonuyla ilgisi olmayan uydu lezyonlar ve beyaz epitel	Kenarları düzgün, keskin hatlı lezyonla	Kenarları yuvarlanmış soyulan lezyonlar (farklılık gösteren alanlar arasında keskin sınırlar
Renk	Parlak kar beyazı Belli belirsiz beyaz epitel	Gölgeli ara lezyonlar (istiridyeye beyazı)	Donuk
Damar yapısı	İnce şekillenmiş yapılar Kondilomatöz yada mikropapiller yapılar	Damar görüntüsü yok	Noktalama Mozaik
İyot etkisi	Tam boyanma Önemsiz lezyonların boya tutmaması	Tam olmayan tutulum	Önemli lezyonlarda boya tutmaması

Kolposkopikpuanlama :

0-2 :Subklinik HPV enfeksiyonu ya da CIN I

3-5 : CIN I-II

6-8 :CIN II-III (Reid,1994)

ANORMAL KOLPOSKOPİDE DERECELENDİRME

Grade 1 (şüphe uyandırmayan)

Acetowhite epitel: Genellikle parlak veya yarı saydamdır. Kenarların keskin olması gerekmez. Küçük çaplı damarlar eşlik olabilir-olmayabilir. Atipik damar görülmez. İnterkapiller mesafe dardır. Metaplastik epitel görülür. CIN 1 genellikle bu sınıftadır.

Grade 2 (önemli, şüpheli)

Asetowhite epitel:Keskin kenarlı, daha opaktır. Genişlemiş çapta, düzenli şekilde damarlar eşlik edebilir veya etmeyebilir. Atipik damarlar yoktur. İnterkapiller mesafe artmıştır. CIN 2, CIN 3 bu gruptadır.

Grade 3 (çok önemli, çok şüpheli)

Acetowhite epitel: Keskin kenarlı , çok beyaz veya gri opak epitel görülür. Atipik damarlar geniş çaplı, düzensiz şekilli, sıklıkla kıvrım yapmış damarlar eşlik edebilir. İnterkapiller mesafe artmıştır ancak değişken olabilir. Düzensiz yüzey kontürü mikro ekzofitik epitel görülür. CIN 3; erken invazyon bu gruptadır.

(Barreth,2006;Compleson,1986???)

Kaynaklar

1. Atasü T., Aydınlı K.; Jinekolojik Onkoloji; 1999; ikinci baskı:178-259.
2. Atasü T, Aydınlı K. Jinekoloji ve obstetrik pratiğinde kolposkopi. Jinekolojik Onkoloji, 12:182, 1996.
3. Barreth D, Schepansky A, Capstick V, Johnson G, Steed H, Faught W.J ObstetGynaecol Can. 2006 Dec;28(12):1095-8. Review.
4. Hatch KD, Berek JS. Intraepithelial diseases of the cervix, vagina and vulva. In: Berek JS, editor. Novaks Gynecology.Philadelphia, Pa, USA: Lippincott Williams&Wilkins; 2002. pp. 471-505.
5. Berek JS, Novak. Jinekoloji. Onüçüncü Baskı, (Türkçe Basım),Nobel Kitabevi 2004:471-505.
6. Beksaç M. SA.Ayhan, D. Kösebay, K.Yüce. Jinekolojik Onkoloji Kitabı. 2006:1317-1325,1633-1644.
7. Coppleson M, Pixley E, Reid H. Colposcopy 3 rd ed. Charles C Thomas Springfield,1986
8. Confortini M, Bulgaresi P, Cariaggi MP, et al. Conventional papsmear and liquid-based cervical cytology smear: Comparison from the same patient. Tumori 2002;88:288- 290
9. Çolak H. Servisit ve Endometrit. Ed.WillkeTopçu A, Söyletir G,DoğanayM.İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi. Nobel Tıp Kitabevleri İstanbul, 2002:1084-88.
10. Çiçek NM, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Kadın hastalıkları ve Doğum Bilgisi. 2. baskı. Ankara 2006 :863
11. Çiçek NM., C.Akyürek, Ç.Çelik, A.Haberal. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. 2. Baskı, 2006:1145-1177)
12. Çiçek NM, C.Akyürek, Ç.Çelik, A.Haberal. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi.2. Baskı, 2006 :1148
13. Davey DD, Austin RM, Birdsong G, et al. ASCCP patient management guidelines: Pap test specimen adequacy and quality indicators.J Lower Genital Tract-Dis 2002; 6:195.

14. Foltz AM, Kelsey SL, Annual Pap test: dubious pol icy success Mulbank Mem Fund & Health Soc 1978; 54:426-62.
15. Fusco, E., Padula, F., Mancini, E., Cavaliere, A., & Grubisic, G. (2008). History of colposcopy: a brief biography of Hinselmann. *Journal of prenatal medicine*, 2(2), 19.
16. Ilter E, Midi A, Haliloglu B, et al. Comparison of conventional and liquid-based cytology: do the diagnostic benefit outweigh the financial aspect? *Turk J MedSci*. 2012; 42 (Sup.1), 1200-1206.
17. Jordan, J., Arbyn, M., Martin-Hirsch, P., Schenck, U., Baldauf, J. J., Da Silva, D., ... & Prendiville, W. (2008). European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening: recommendations for clinical management of abnormal cervical cytology, part 1. *Cytopathology*, 19(6), 342-354
18. Kurman RJ, Henson DE, Herbst AL, Noller KL, Schiffman MH. Interim guidelines for management of abnormal cervical cytology. The 1992 National Cancer Institute Workshop. *JAMA* 1994;271:1866-9.
19. Kolstad P, Staff A. Atlas of Colposcopy, 3rd edition. Churchill Livingstone, Edinburg, 1982
20. Lee KR, Ashfaq R, Birdsong GG, Corkill ME, McIntosh KM, Inhorn SL. Comparison of conventional Papanicolaou smears and a fluid-based, thin layer system for cervical cancer screening. *Obstet Gynecol* 1997; 90:278-784.
21. Nanda K, McCrory DC, Myers ER, Bastian LA, Hasselblad V, Hickey JD, Matchar DB: Accuracy of the Papanicolaou test in screening for and follow-up of cervical cytological abnormalities: a systematic review. *Ann Intern Med* 2000, 16;132:810-819
22. Patnick J. Cervical cancer control in Europe. *CME Journal of Gynecologic Oncology*
23. Patnick J. Cervical screening programme. *J Med Screen* 1999;6:57.
24. Prendiville, W., & Sankaranarayanan, R. (2017). Colposcopy and treatment of cervical precancer. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization.
25. Ring M, Bolger N, O'Donnell M, et al. Evaluation of liquid-based cytology in cervical screening of high-risk populations: a split study of colposcopy and genitourinary medicine populations. *Cytopathology* 2002;13:152-159.
26. Reid R. Preinvasive disease. In Berek JS, Hacker NF, editors. *Practical Gynecologic Oncology*. 2nd ed. Baltimore, Maryland: Williams and Wilkins, 1994; 201-241.
27. Stilson T, Knight AL, Elsvick RK Jr. The effectiveness and safety of two cervical cytologic techniques during pregnancy. *Journal of Family Practice* 1997;45:159-63.
28. Solomon D, Davey D, Kurman R, et al. The 2001 Bethesda system: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA* 2002; 287:2114.
29. Sankaranarayanan R, Ramani S, Wesley R. *Servikal Neoplazilerde Gözle Tarama Pratik El Kitabı*. 1. baskı. Ankara 2005
30. Reid, Campion MJ. HPV-associated lesions of the cervix: biology and colposcopic features. *Clin Obstet-Gynecol* 1989;32:157-179).
31. Siebers AG, Klinkhamer PJ, Grefte JM, et al. Comparison of liquid based cytology with conventional cytology for detection of cervical cancer precursors: A randomized controlled trial. *JAMA* 2009;302:1757-1764.