

Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Hastaların Smear Sonuçları ve Sosyodemografik Özellikleri Pap Smear Results of the Patients Applied to Gynecology Policlinics and Their Sociodemographic Features

Nurşah Özkan¹, Dilek Toprak², Simtan Genç Can³, Veli Mihmanlı³

¹ Uzm.Dr , Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi, İstanbul, Türkiye

² Doç.Dr., Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul, Türkiye

³ Op.Dr., Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye

Özet

Amaç: Bu çalışmada Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran ve pap smear testi uygulanan hastaların pap smear sonuçlarının ve sosyo-demografik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu tanımlayıcı retrospektif araştırmaya, 1.Ocak-28.Şubat 2012 tarihleri arasında kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerine başvuran ve smear testi uygulanan hastalar dahil edildi. Histerektomi operasyonu geçirmiş olanlar ve patoloji sonuçlarına ulaşamayan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Vakaların tümüne anket uygulandı. Pap smear sonuçları, Bethesda 2001 klasifikasyonuna göre değerlendirildi. ASCUS ve LGSIL sonuçları anormal, normal, reaktif, enfeksiyon; atrofi sonuçları ise "normal" olarak gruplandırıldı. Elde edilen veriler frekans ve ki-kare testleri kullanılarak değerlendirildi ve $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmada 389 katılımcının sonuçları değerlendirildi. Smear sonuçlarına göre olguların %98,7 (n:384) normal, %1,3 (n:5) anormaldi. Normal olmayan patoloji sonuçlarının 3'ü ASCUS, 2'si LSIL olarak dağılmıştı. Katılımcıların yaş ortalamaları $40,57 \pm 11,024$ ilk koitus yaş ortalaması $20,20 \pm 3,71$ (min:11, max:33) idi. Katılımcıların %19,5'i (n:76) menopozdaydı. %31,4'ü (n:122) sigara içiyordu; korunma yöntemi olarak %23,9'u (n:93) geri çekme yöntemini kullanıyorlardı.

Sonuç: Kadın sağlığı açısından son derece önemli olan serviks karsinomunun erken tanı ve tedavisi mümkündür. Pap smear, sensitivitesi düşük, spesifitesi yüksek bir tarama yöntemidir. Ucuz ve kolay ulaşılabilir olması nedeniyle servikal kanser taramalarının ve periyodik sağlık muayenesinin ayrılmaz bir parçasıdır.

Anahtar Kelimeler: Genital enfeksiyon, pap smear, servikal kanser, sigara, tarama

Abstract

Objective: In this study it was aimed to evaluate the pap smear results and the socio-demographic characteristics of the patients who applied to Okmeydanı Training and Research Hospital, Obstetrics and Gynecology outpatient clinics.

Materials and Methods: The patients who admitted to obstetrics and gynecology policlinics and who underwent Pap test between 01.January-28.February 2102 were included in this descriptive and retrospective study. Patients who had undergone hysterectomy and whose pathology results could not be reached were excluded from the study. A questionnaire was applied to all cases. Pap smear results were evaluated according to the 2001 Bethesda classification. ASCUS and LGSIL grouped as abnormal, normal, reactive, infection and atrophy results were grouped as "normal". The resulting data were analyzed using frequency and chi-square tests and $p < 0.05$ was considered as significant.

Results: In this study results of 389 participants were evaluated of which 98.7% (n:384) were normal and 1.3% (n:5) were abnormal. 3 of abnormal pathology results were distributed as "ASCUS" and 2 of them were as "LSIL". The mean age of participants were 40.57 ± 11.024 years and the mean of their first coitus age was 20.20 ± 3.71 (min:11, max:33). 19.5% of respondents (n:76) were postmenopausal. 31.4% (n:122) of them were smokers and 23.9% (n:93) of them were using coitus interruptus method as a contraception method.

Conclusion: Early diagnosis and treatment of cervical carcinoma, which is extremely important for Women's health, is possible. Pap smear is ascreening test which has low sensitivity; high specificity. It is an integral part of the periodic health examination and cervical cancer screening with its being a cheap and accessible test.

Keywords: Genital infection, pap smear, cervical carcinoma, smoking, screening.

Kabul Tarihi: 08.12.2015

Giriş

Gelişmekte olan ülkelerde jinekolojik kanserler en sık görülen kanserlerdir. Serviks kanseri ise, kadınlarda gözlenen kanserler arasında tüm dünyada mortalite ve morbiditesi en yüksek kanserlerdendir. Globacan 2012 verilerine göre; dünyada her yıl 528000 yeni serviks kanseri görülmekte ve 266000 kişi ölmektedir. Meme, kolorektal ve akciğer kanserinden sonra kadınlarda arasında dördüncü sıklıkta gözlenmektedir (1).

Türkiye’de 2013 verilerine göre; yılda 1686 kadın serviks karsinomu tanısı almakta ve 663 kişi bu nedenle ölmektedir. Kadın cinsiyette görülen kanserler arasında on birinci sıklıkta, 15-44 yaş aralığında ise beşinci sıklıkta gözlenmektedir (2).

Servikal kanser için ilk cinsel ilişki yaşının küçük olması (<16 yaş), çoklu cinsel partner, sigara öyküsü, ırk, yüksek parite ve düşük sosyo ekonomik düzey, Human papilloma virus (HPV) pozitifliği, oral kontraseptif kullanımı, diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar risk faktörleridir (3,4).

Dünyada aktif tarama programı uygulanan bölgelerde serviks kanseri insidansında ve mortalitede gerileme

olduğu gözlenmiştir (5). Tarama yöntemi olarak uygulanan yöntemlerden birisi de pap smear testidir, uygulaması kolay, ucuz ve tekrar edilebilir bir yöntemdir. Serviks kanseri taramasının; adet kanamasının başlangıcından itibaren 10-20.. günler arasında uygulanması önerilmektedir (6,7).

Pap smear testi jinekolojide; serviks kanseri taramasında kullanılmakla beraber serviks kanserli olgularda tedavi sırasında ve sonrasında kontrol amaçlı kullanılmaktadır. Ayrıca hormonal durumun değerlendirilmesinde, vajinal ve servikal enfeksiyon değerlendirilmesinde, bakteri (bakteriyel vajinozis), protozoa (trikomonas), mantar (candida) ve virus ayırımında yardımcı olmaktadır (8).

Serviks kanser taramasında farklı kuruluşların Amerikan Kanser Birliği, U.S. Preventive Services Task Force - Amerika Birleşik Devletleri Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu (USPSTF), Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Birliği gibi farklı önerileri olmakla beraber (tablo 1) ortak öneriler; 21 yaşında başlanması, her üç yılda bir sitolojik incelemenin yapılması, yeterli izlem ve tarama yapılmışsa 65 yaş üzeri taramanın kesilmesi ve total abdominal hysterektomi ve bilateral salpingooferektomi operasyonu sonrası kadınlarda tarama durdurulmalıdır (9).

Tablo 1. Farklı kurum ve kuruluşların servikal kanser taraması konusunda farklı olan önerileri (9)

	ASCCP- ASCP	USPSTF	ACOG
Yıllık tarama	Tüm yaşlarda hiçbir tarama yöntemi ile yıllık tarama yapılmamalıdır.	Yıllık Pap smear yapılarak kadında olabilecek diğer hastalıklar yakalanabilir.	30-65 yaş arası kadınlarda yıllık servikal tarama yapılmamalıdır. Servikal tarama yapılmasa da sağlıklı kadınlarda yıllık değerlendirme yapılmalıdır.
Sitoloji+HPV	30 yaş altı kadınlarda yapılmamalıdır	30 yaş altı kadınlarda yapılmamalıdır	Her 5 yılda bir
Primer HPV Testi	30-65 yaş arası sadece HPV taraması yapılmamalı	30 yaş altı yapılmamalıdır (tek veya sitoloji ile)	Belirtilmemiştir

ACS: American Cancer Society - Amerikan Kanser Birliği

ASCCP: American Society for Colposcopy and Cervical Pathology - Amerikan Kolposkopi ve Servikal Patoloji Birliği

ASCP: American Society for Clinical Pathology - Amerikan Klinik Patoloji Birliği

USPSTF: U.S. Preventive Services Task Force – Amerika Birleşik Devletleri Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists – Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Birliği

Ülkemiz koşulları dikkate alındığında uygulanabilir, ideal hedef ise, kadınlarda 30 yaşında başlayan ve 65 yaşında biten toplum tabanlı taramadır. Taranacak popülasyon, aile hekimliğine kayıtlı bireyler esas alınarak tanımlanmalıdır. HPV veya pap smear testi geliştirilecek tarama programlarıyla her 5 yılda bir tekrarlanır. Son iki testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda tarama kesilmelidir (10).

Bu çalışmada Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran ve pap smear testi uygulanan hastaların sosyodemografik özellikleri ve smear sonuçları karşılaştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem

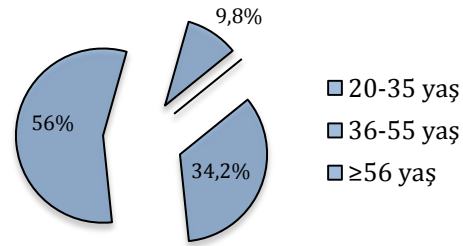
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine başvuran hastalardan ayda ortalama 300 kişiye smear testi uygulanmaktadır. 01.Ocak – 28. Şubat 2012 tarihleri arasında polikliniğe başvuran ve smear uygulanan hastalardan çalışmaya gönüllü olarak katılan 405 kişi arasından (smear sonuçları yetersiz olan ve histerektomi operasyonu geçiren kişiler dışlandıktan sonra); 389 kadın çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalara yapılandırılmış anket formu hekim tarafından yüz yüze uygulandı. Anket formunda servikal kanser için risk faktörleri göz önüne alınarak yaş, medeni hal, evlilik süreleri, ilk koitus yaşı, sigara içme öyküsü, obstetrik öyküsü (gravite, parite, abortus, küretaj), kontrasepsiyon yöntemi olarak ne uygulandığı, menapoz durumu, malignite öyküsü sorgulandı. Servi-brush ile alınan örnekler; lam üzerine yayılarak 25-30 cm uzaklıktan püskürtülen %95 alkol içeren sprey ile fikse edildi (11) ve hastanemiz patoloji kliniği tarafından Bethesda derecelendirme sistemi ile değerlendirildi (12).

Elde edilen veriler SPSS data programında değerlendirildi; istatistiksel analiz olarak tanımlayıcı değerlendirmeler için sıklık dağılımları ve ortalama±standart sapma hesaplandı.

Bulgular

Çalışmaya katılan 389 kişinin yaş ortalaması $40,57 \pm 11,02$ (min:20, max:71) idi. Yaş dağılımına bakıldığında en sık (n:218, %56) 36-55 yaş aralığındaydı (şekil 1).

Şekil 1. Katılımcıların yaş grubuna göre dağılım



Katılımcıların ilk koitus yaşları ortalaması $20,20 \pm 3,71$ (min:11, max:33) idi ve ilk koitus yaşları gruplandırıldığında; %12,9'u (n:50) 16 yaş altı, %46,5'si (n:181) 17-20 yaş aralığındaydı.

Medeni durumlarına göre %0,8'i (n:3) bekar, %94,6'sı (n:368) evli, %4,6'sı (n:18) boşanmıştı. Evlilik süresi ortalamaları $19,2 \pm 11,9$ idi. Gravite ortalamaları $3,35 \pm 2,19$ idi. Parite ortalamaları $2,38 \pm 1,49$, abortus ortalaması $0,26 \pm 0,64$, ve %18 (n:70) oranında en az bir kişinin abortusu mevcuttu. Küretaj ortalaması $0,74 \pm 1,19$ ve en az bir kişinin kürtaj olma oranı % 41,4 (n:157) idi.

Sigara içme oranları %31,4 (n:122) sigara içenlerin %83,6 (n:102)'si menapoz öncesi gruptaydı. Patolojik dağılıma bakıldığında enfeksiyon/mikotik grup içerisinde daha fazla olduğu gözlenmekteydi (tablo 2) .

Tablo2. Patoloji sonuçlarına göre katılımcıların özellikleri

	Normal	Inflamasyon/ mikotik	Atrofik	Premalign/ Malign	Total	P
Yaş Grupları						
20-35 yaş grubu	11 (%8.3)	120 (%90.2)	0	2 (%1.5)	133	0.000
36-55 yaş grubu	25 (%11.5)	181 (%83.0)	9 (%4.1)	3 (1.4)	218	
≥56 yaş üzeri	9 (%23.7)	12 (%31.5)	17 (%44.7)	0	38	
Sigara kullanımı						
var	19 (%15.6)	98 (%80.3)	4 (%3.3)	1 (%0.8)	122	0,104
yok	26 (%9.7)	215 (%80.5)	22 (%8.2)	4 (%1.5)	267	
İlk koitus yaşı grubu						
<20 yaş	30 (%10.9)	218 (%79.2)	22 (%8)	4 (%1.9)	275	0,115
≥2 yaş	15 (%13.2)	95 (%82.6)	4 (%3.4)	1 (%0.8)	115	
Gravite						
0	3 (%15)	16 (%80)	0	1 (%5)	20	0,115
1 ve 2	18 (%13.3)	113 (83.7)	3 (%2.2)	1 (%0.7)	135	
3≤	24 (%10.3)	184 (%78.6)	23 (%9.8)	3 (%1.3)	234	
Evlilik Süresi						
0-15 yıl	19 (%11.9)	140 (%87.5)	0	1 (%0.6)	160	0.000
16-30 yıl	15 (%9)	144 (%86.2)	4 (%2.4)	4 (%2.4)	167	
31≤	11 (%17.7)	29 (%46.8)	22 (%35.5)	0	62	
Menapoz						
yok	32 (%10.2)	271 (%86.6)	5 (1.6)	5 (%1.6)	313	0.000
var	13 (%17.1)	42 (%55.3)	21 (%27.6)	0	76	
Toplam	45 (%11.5)	313 (%80.5)	26 (%6.7)	5 (%1.3)	389	

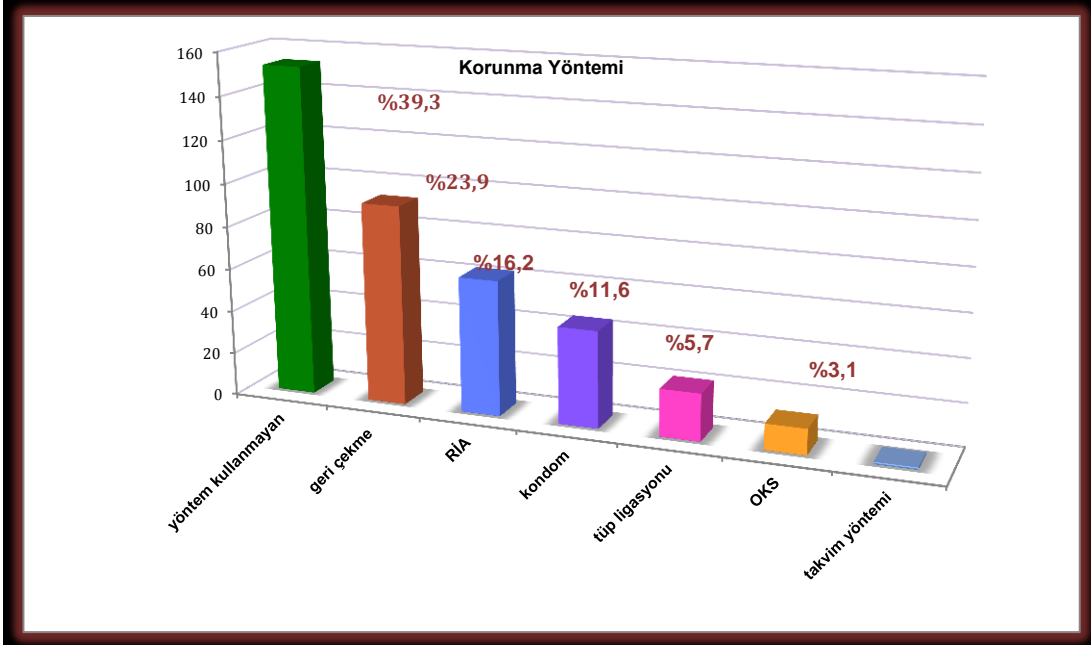
Patoloji sonuçlarına bakıldığında %11,6 (n:45)'sının normal, %74,6 (n:290)'sı inflamasyon, %6'si mikotik, %6,7'si atrofik, %0,8 (n:3)'i ASCUS (Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance), %0,5 (n:2)'i LSIL (Low-grade Squamous Intraepithelial Lesions) olarak bulundu. En fazla inflamasyon / mikotik enfeksiyon grubu (n:313, %80,5) tespit edildi. Yaş dağılımları 36-55 yaş grubunda idi, Sigara içenlerin içmeyenlere oranı %45,5 graviteleri (n:184, %58,7) en çok 3≤ idi ve menapoz da değillerdi (tablo2).

Smear sonuçlarının yaş, evlilik süresi ve menapozda olma ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi gözlemlendi (p=0,00). Buna göre yaş arttıkça atrofide artış ve daha genç yaşlarda inflamasyon ve mikotik grubunda artış gözlenmektedir. Beklenildiği gibi evlilik süresinin uzaması, yaş ilerlemesiyle paralel düşünüldüğünde atrofi lehine istatistiksel anlamlılık göstermiştir. Aynı şekilde

menopoza girmiş kadınlarda atrofi daha fazla gözlenirken menapozda olmayanlarda inflamasyon ve mikotik grup daha fazla gözlenmiştir. Sigara kullanımı, ilk koitus yaşı ve gravite sayısı ile istatistiksel bir ilişki gözlenmemiştir (tablo2).

Katılımcıları menapoz öncesi ve menapozda olanlar olarak gruplandırdığımızda 313 (%80,5) kişi premenapozal dönemde, 76 (%19,5) kişi ise menapozda idi. Menapozda olanların yaşları ortalaması 54,81±7,79 (min:34, max:71, median:54) idi. Menapoz öncesi grubun yaşları ortalamaları 37,17±8,72 (min:20, max:65 median:37,5) olarak bulundu (tablo 2).

Şekil 2. Korunma yöntemlerinin dağılımı



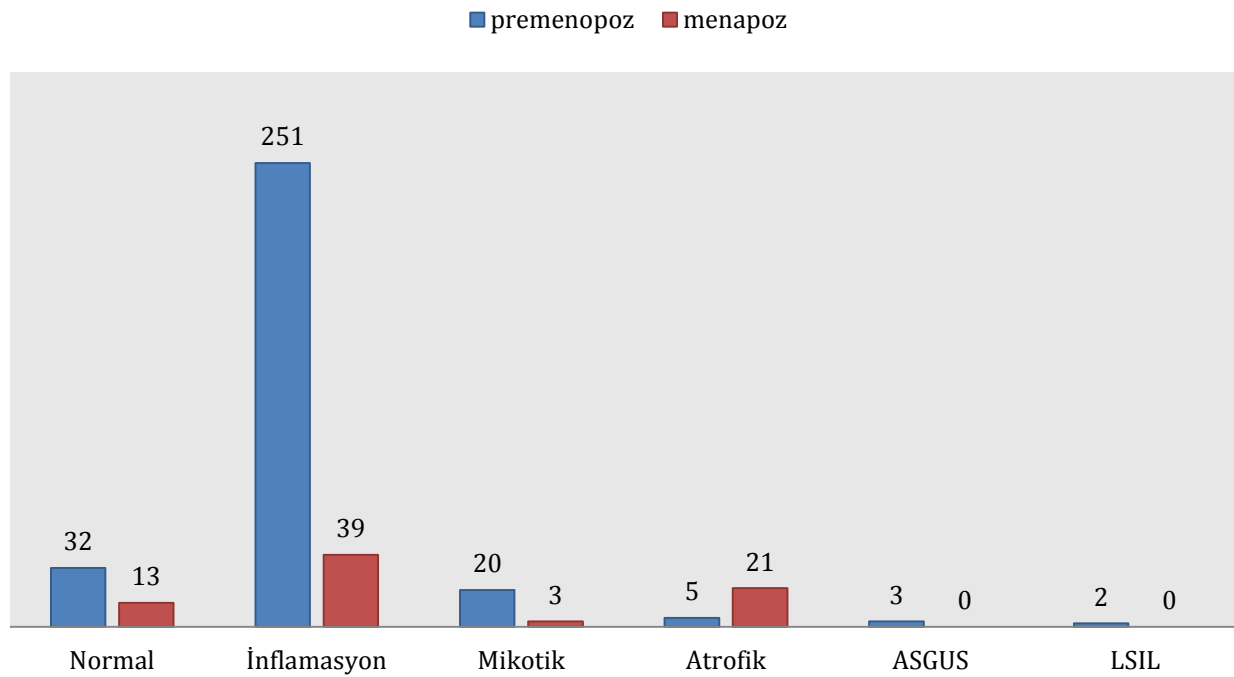
Katılımcıların uyguladıkları kontrasepsiyon yöntemlerine bakıldığında %39,3 (n:153)'ü herhangi bir korunma yöntemi kullanmıyordu. Uyguladıkları korunma yöntemi dağılımlarına göre; %23,9 (n:93) geri çekme yöntemi, %16,2 (n:63) RIA (Rahim içi araç), %11,6 (n:45) kondom, %3,1 (n:12) oral kontraseptif (OKS), tüp ligasyonu %5,7 (n:22), takvim yöntemi %0,3 olarak bulundu. Menopozda olanların hiç biri korunma yöntemi kullanmıyordu (şekil2).

Kullanılan tüm kontrasepsiyon yöntemleri smear sonuçları dağılımının da en fazla inflamasyon ve mitotik grubun yüksekliği gözlemlendi. Bir diğer dikkat çeken sonuç ise smear sonucu normal olanlarda oral kontraseptif ve tüp ligasyonu kullanımı fazlalığı olmasıydı. Kondom ve geri çekilme yöntemi uygulayanlarda inflamasyon/mikotik grubun yüksekliği bir diğer sonuç olarak tespit edildi (tablo 3).

Tablo 3. Menopozda olmayanlarda uygulanan kontrasepsiyon yöntemi ve smear sonucu ile karşılaştırılması.

Kontrasepsiyon Yöntemi	Normal	İnflamasyon/ Mikotik	Atrofi	Premalign/ malign	Total
Korunma yöntemi kullanmıyor	12 (%15.4)	62 (%79.5)	2 (%2.6)	2 (%2.6)	78 (%100)
Geri çekilme	8 (%8.4)	83 (%86.5)	3 (%3.1)	2 (%2.1)	96 (%100)
Kondom	2 (%4.4)	43 (%95.6)	0	0	45 (%100)
Rahim içi araç	2 (%3.2)	60 (%95.2)	0	1 (%1.6)	63 (%100)
Oral kontraseptif	4 (%33.3)	8 (%66.7)	0	0	12 (%100)
Tüp ligasyonu	4 (%21.1)	15 (%78.9)	0	0	19 (%100)
Total	32 (%10.2)	271 (%86.6)	5 (%1.6)	5 (%1.6)	313 (%100)

Menopozda olanlarda en fazla (%55,3) inflamasyon / mikotik, ikinci sıklıkta (%27,6) atrofi izlenirken; üreme çağıında olanlarda anlamlı farklılıkla (p:0,000) inflamasyon / mikotik (%86,3) sonuçları bulunmuştur (tablo 2 ve şekil 3).

Şekil 3. Menopoz durumuna göre patoloji sonuçlarının dağılımı

Patolojisi pozitif olarak %0,8'i (n:3) ASCUS, LSIL %0,5'i (n:2) ve ASCUS/LSIL oranı 1,6 idi. Patoloji pozitif olan beş olgu 36-55 yaş grubunda idi, medeni durumları evli ve ilk koitus yaşları yirmi bir yaş altı idi, evlilik süreleri 11-20 yıl dağılımında, menopozda değiller, sigara kullanmıyor ve kontrasepsiyon yöntemi olarak modern bir yöntem uygulamıyorlardı.

Tartışma

Araştırmada katılımcılarımızın evli olma oranı %94,6, boşanmış olma oranı %4,6 olarak bulundu. Hacettepe Üniversitesi tarafından 2013 yılında yapılan TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) 15-49 yaş aralığında sorgulandığında; %68'i evli ve hiç evlenmemiş olma %28 oranında bulunmuştur (13). Tayvan'da yapılan bir başka çalışmada ise eğitim seviyesinin düşük olması, bekar olunması ve işsizlik durumunda smear yaptırma oranını olumsuz etkilediği belirtilmiştir (14). Çalışma grubumuzda evli olma oranı TNSA verilerinden daha yüksek bulunmuştur; bu sonuç grubumuzun sayıca daha küçük ve smear yaptıran seçilmiş bir grup olması nedeniyle olabileceği gibi Tayvan'da yapılan çalışmayı destekler şekilde evli olan kesimin daha çok smear yaptırması sonucu da olabilir. Bunu değerlendirmek için daha büyük bir grupta kontrol grubuyla değerlendirilmelidir.

Sigara içme oranı %31,4 olarak bulunmuş ve sigara içenlerin %83,6'sı menapoz da değildi.. Türkiye'de 15-49 yaş grubunda kadınlar arasında sigara içme oranı olan %22 ve büyük şehirlerde sigara içme oranı olan %26'dan daha yüksek olarak bulunmuştur. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi'nde 2012 yılında yayınlanmış olan 1988-2011 yılları arasında yapılmış 31 çalışmanın verilerine göre; kadınlarda sigara içme oranı %8,4-27,8 olarak bulunmuştur (15). Son yıllarda tüm dünyada erkeklerde sigara içme oranı hızla düşmekteyken kadınlarda sigara içme oranında erkeklerde olduğu kadar hızlı bir düşme olmadığı gözlenmiştir (16). Yapılmış olan çalışmada kadınlarda sigara içme oranı bu çalışmalardan daha yüksek bulunmuştur; bu sonuç kişi sayısının sınırlılığı ve yaş ortalamasının yüksek olması ile ilişkili olabilir. Sigara içenler arasında patolojik sonuçların dağılımına bakıldığında, enfeksiyon /mikotik dağılımının daha yüksek olduğu yönündeydi. Sigara içmenin kanser oluşumunu kolaylaştırmanın yanında enfeksiyon gelişiminde zemin hazırladığı bilinen bir gerçektir (17). Benzer şekilde 2014 yılında Bulgaristan'da yapılan 16-45 yaş grubunda 1523 kadın arasında yapılan bir çalışmada bakteriyel vajinozis (%88,87) oranında tespit edilmiş ve en önemli risk faktörlerinden birisi sigara içmek olarak bulunmuştur (18).

Çalışmada yaş ilerlemesi, evlilik süresi uzaması ve menapoz olma ile enfeksiyon/mikotik grupta azalma ve atrofide artış yönünde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0.000$). Bu durum yaş ilerledikçe eş zamanlı olarak evlilik süresinin uzun olması ve beraberinde menapozun olması ve maruz kalınan östrojen miktarının artışı nedeniyledir. Yaş ilerledikçe beklendiği gibi atrofi ve malignite oranı artmakta, seksüel aktivite azalmasına bağlı olarak inflamatuvar ve mikotik olaylar azalmaktadır. Yapılan çalışmalarda, bu çalışmayı destekler nitelikte, yaş artışı ile patoloji pozitifliği arasında bir ilişki gözlenmiştir (19,20).

Enfeksiyonların artış nedenleri arasında, cinsel eğitim programlarının yetersizliği, genital hijyene gereken önemin verilmemesi, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde cinsel ilişki yaşının küçülmesi, evlilik öncesi cinsel ilişki ve cinsel eş sayısındaki artış, seyahat imkanlarının yaygınlaşması, cinsel davranışlardaki değişiklikler, kondom kullanma alışkanlığının yeterli olmaması, tanı ve tedavi imkanlarının gelişmesiyle sık tedavi sonucunda gelişen antibiyotik direnci gözlenmektedir (21). Bu çalışmada, bu çalışmaya paralel olarak doğurganlık yaş grubunda, ilk koitus yaşı 20 yaş altı olanlarda ve gravite üç ve üzeri olan grupta enfeksiyon ve mikotik bulgular daha fazla gözlemlendi ve aynı şekilde kondom kullanım alışkanlığı düşüklüğü de dikkat çekiciydi.

Bir başka beklenen sonuç patoloji sonuçlarında atrofi tespit edilen kadınların özellikleriydi. Çoğunluğu elli altı yaş ve üzeriydi. Buna paralel gravite yüksekliği, evlilik sürelerinin uzun olması ve menapozdaydılar. Yaşla beraber vücutta azalan östrojen, uterus ve vajina da atrofiye neden olmaktadır (22).

Ülkemizde modern kontrasepsiyon yöntemleri uygulaması halen ciddi bir problemdir. Aile planlaması devlet tarafından finanse edilmesine ve kolay ulaşılabilmesi rağmen 2013 TNSA verilerine göre %26,5'si korunmak için herhangi bir yöntem kullanmamaktadır. Uygulanan geleneksel yöntem olarak %26 oranıyla geri çekme ve takvim yöntemi %47,4'si modern yöntemleri kullanmaktaydı. En sık kullanılan modern yöntem olarak %17 oranında RİA; ikinci en sık %14 ile kondom kullanımı tespit edilmiştir (13). Yapılan çalışmada %39,3 (n:153) oranında herhangi bir korunma yöntemi kullanılmadığı, geleneksel yöntemler %24,2, modern yöntem olarak da %16,2 (n:63) rahim içi araç (RIA), %11,6 (n:45) kondom, %3,1 (n:12) oral kontraseptif (OKS), tüp ligasyonu %5,7(n:22) olarak bulundu. 2013 TNSA verilerine göre hiç bir korunma yöntemi kullanmayanların sayısı, çalışmada daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni grubun çoğunun doğurganlık çağında olması ve çocuk sahibi olmak istemeleri olabilir.

bunun yanında kullanılam modern yöntemlerin sıklığı benzer olarak bulundu. Yapılan bir çalışmada da kadınların %8,1'inin hiç bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmadığı, kullanılan yöntemler arasında en sık %68,6 oranı ile geri çekme yönteminin kullanıldığı, premenopozal dönemde en sık kullanılan yöntemin %36,6 ile kondom olduğu bildirilmiştir (23).

Serviks kanserinde en sık kullanılan yöntem olarak kullanılan sitoloji testi mortalite oranlarını %60-80 oranında azaltmaktadır (24). Gelişmiş ülkelerde servikal sitoloji anormallığı prevalansı %1,5-6 olarak bulunmuştur (25). Türkiye'de ise prevalansı anormal patoloji %1,8-8,6 bulunmuş olup; ASGUS %1,07, LSİL %0,3 oranında gözlenmektedir (26). Yapılan çalışmada %11,6 (n:45)'si normal, %74,6 (n:290)'sı inflamasyon, %6'si mikotik, %6,7'si atrofik, %0,8 (n:3)'i ASCUS, %0,5 (n:2)'i LSİL olarak bulundu. Anormal patolojinin %1,3 olarak bulunmuş olması, katılımcı sayısının sınırlı olmasından kaynaklanmıştır. İstanbul'da 2015 hasta ile yapılan bir çalışmada %27,28'i normal, %65,27'si selim lezyon, %7,4 oranında premalign olarak bulunmuştur (27).

Sonuç

Smear testini daha çok patoloji pozitifliği, serviks kanseri erken tespiti nedeniyle kullanılmaktadır. Fakat çalışmada smear testi bize enfeksiyon/mikotik bulguların daha çok doğurganlık döneminde ve sigara kullanımı ile arasında ilişki olabileceği yönünde bilgi verdi. Yaş ilerledikçe ve evlilik süreci uzadıkça atrofik bulguların daha sık gözlemlendiğini ve aile planlamasında modern yöntemlerin bilindiği fakat kullanımının yaygın olmadığı yönünde bilgiler verdi.

Önemli bir tarama yöntemi olan Pap smear testinin yaygın kullanımı ve bu konuda kadınların özellikle genç yaşta bilinçlendirilmesi uzun vadede kadın sağlığını koruyacak, kanserlerin erken tanısına yardımcı olacaktır. Özellikle birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi ve kadınların sağlık alanında eğitimlerini arttıracak projelerin geliştirilmesi kadın sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır.

Teşekkür

Bu çalışmada emeği geçen Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği'nde görevli Uzm Dr Pınar Özay Nayır'a ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde görevli Turan Özkan'a teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. International Agency for Research on Cancer http://www.iarc.fr/en/mediacentre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf adresinden 04.07.2015 tarihinde erişilmiştir.
2. HPV and Related Diseases Report Last Version <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003094-pdf.pdf> adresinden 08.08.2014 tarihinde erişilmiştir.
3. Ayhan A, Durukan T, Günalp S. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2. Baskı, Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2008.
4. White LN. An overview of screening and early detection of gynecologic malignancies. *Cancer* 1993;15:1400-5.
5. Kline TS. The Papanicolaou smear: a brief historical perspective and where we are today. *Arch Pathol Lab Med* 1997;121:205.
6. Atası T, Şahmay S. Jinekolojide Eksfoliyatif Sitoloji (2.Baskı). In: Atası T., Şahmay S. (Eds) Jinekoloji (Kadın Hastalıkları). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2001.
7. Ball C, Madden JE. Update on cervical cancer screening current diagnostic and evidence-based management protocols. *Postgraduate Medicine* 2003;113.
8. Kişnişçi HA, Gökşin E. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitabevi, Ankara, 1996.
9. Türkiye Klinikleri J Fam Med. <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-kanserde-tarama-tani-ve-takip-68777.html> adresinden 03.07.2015 tarihinde erişilmiştir.
10. Kanser Daire Başkanlığı <http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/serviks.pdf> adresinden 04.07.2015 tarihinde erişilmiştir.
11. Rakel ER. Textbook of Family Practice (8th ed). WB. Saunders Company..Philadelphia, London, New York, 2002.
12. Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, Raab S, Sherman M, Wilbur D, Wright T, Young N, Forum Group Members. Bethesda 2001 Workshop: The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology *JAMA* 2002;287:2114-9.
13. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, TC. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye; 2014.
14. Wang PD, Lin RS. Sociodemographic factors of Pap smear screening in Taiwan. *Pub Health* 1996;110(2):123-7.

15. Doğanay S, Sönmez K, Kalaça S, Ünal B. Türkiye’de toplumda sigara içme sıklığı nasıl değişiyor ? Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2012;10(2) :93-115.
16. Van der Wilk EA, Jansen J. Life style related risks: are trends in Europe converging ? Public Health 2005;119(1):55-66.
17. Bilir N. Sigara ve Kanser. Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları No:731. 2008;10-3.
18. Gergova R, Tosheva K, Shtereva M, Lordanova T, Konsulova V, Petrova-Jerova A at al. Akush Ginekol (Sofia): Risk factors for bacterial vaginosis - A 3-year study in four medical centers 2014;53(3):8-12.
19. Gupta K, Malik NP, Sharma VK, Verma N, Gupta A. Prevalence of cervical dysplasia in Western Uttar. Pradesh 2013;30(4):257-62.
20. Güner H, Taşkiran Ç. Serviks kanseri epidemiyolojisi ve HPV. TJOD 2007;4(1):11-9.
21. Zarakolu P, Akın A. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar: epidemiyoloji ve risk faktörleri. İçinde (çeviri ed) Arman D, Ünal S. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi, 2004;9-25.
22. Durmazlar SP, Eskioğlu F. Östrojenin Deri Üzerine Etkileri ve Menapozda Deri Bulguları. Kadın Doğum Dergisi 2008;3:1450-4.
23. Güngör S, Başer İ, Göktolga Ü, Özkömür E. Koitus interruptus (geri çekilme) yönteminin etkinliği ve eğitim seviyesinin önemi. Gülhane Tıp Dergisi 2006;48:8-10.
24. Valdespino VM, Valdenspino VE. Cervical cancer screening: state of the art. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology 2006;18:35-40.
25. Sigurdsson K, Sigvaldason H. Longitudinal trends in cervical cytological lesions and the effect of risk factors. A 30 year overview. Acta Obstet Gynecol Scand 2006;85:350-8.
26. Turkish Cervical Cancer and Cervical Cytology Research Group. Prevalence of cervical cytological abnormalities in Turkey. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2009;106:206-9.
27. Sezer B, Sezer Ö, Toprak D, Davas N. İstanbul Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniği’ne başvuran 40 yaş ve üzeri kadınların PAP smear sonuçlarının değerlendirilmesi. Euras J Fam Med 2013;2(3):121-6.

İletişim:

Uzm.Dr. Nurşah Özkan

VKV Amerikan Hastanesi, Nişantaşı, İstanbul, Türkiye

Tel: +90.505.2215595

E-mail: nursah_ozkan@hotmail.com