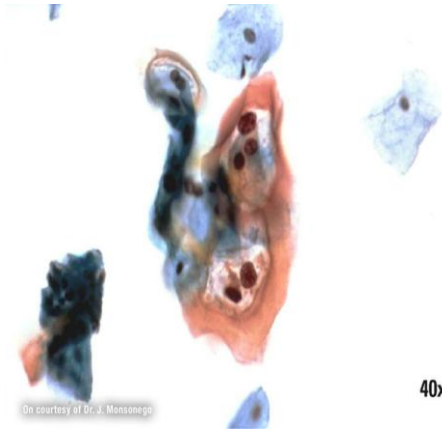
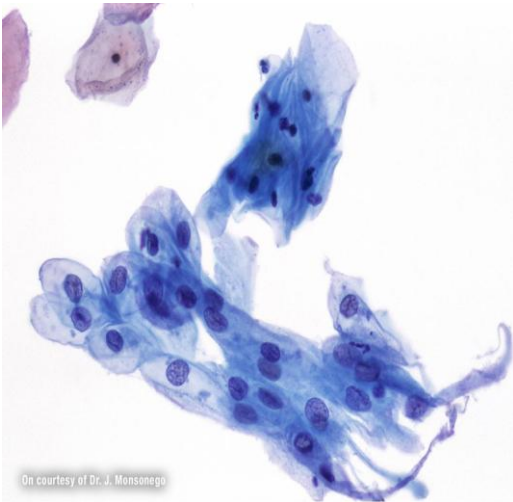
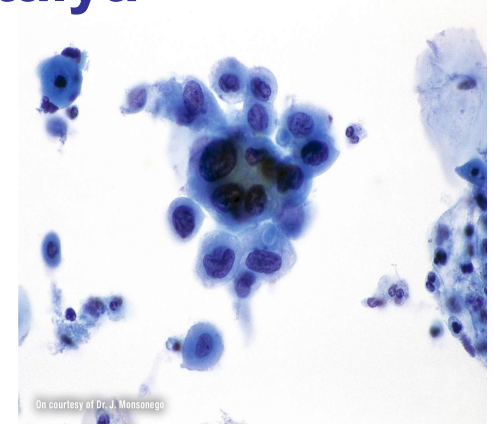


Anormal Servikal Sitoloji Yaklaşım

1 Mayıs 2014 TAJEV Antalya



40x



Prof.Dr.Kunter Yüce

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Jinekolojik Onkoloji Ünitesi Başkanı

Türk Servikal Patolojiler ve Kolposkopi Derneği Başkan



Tanımlamalar

Bethesda 2001

ASC

(Atypical Squamous Cells)

a.ASC-US

(Undetermined Significance)

b.ASC-H

(Can not exclude High grade lesion)

LG SIL

(Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion)

HG SIL

(High Grade Squamous Intraepithelial Lesion)

AGC

(Atypical Glandular Cells)

a.AGC-NOS

(Not Otherwise Specified)

b.AIS

(Adenocarcinoma In Situ)

Sitolojik Sıklık

ABD: Yılda 50 milyon Pap test

Anormal	% 7	3.5 milyon
ASC	% 4.4	2.200.000
LSIL	% 1.6	800.000
HSIL	<% 1	250.000

Türk Servikal Kanser ve Servikal Sitoloji Çalışma Grubu 2009

Anormal smear	% 1.76
ASC-US	% 1.07
ASC-H	% 0.07
AGC	% 0.07
LGSIL	% 0.3
HGSIL	% 0.17
İnvaziv Kanser	% 0.06

Toplam smear: 140,334

33 merkez

SİTOLOJİ

HİSTOLOJİ

ASC-US

CIN 2- 3

% 5-17

ASC-H

CIN 2- 3

% 24 - 94

İnvaziv kanser

% 0.1- 0.2

L SIL

CIN 2-3

% 15-30

İnvaziv kanser

% 0.1

H SIL

CIN 2-3

% 70-75

İnvaziv kanser

% 1-2

Atipik Skuamöz Hücreler (ASC)

ASC

ASC-US (önemi tam belirlenemeyen atipik hücreler) %90

ASC-H (HSIL'den ayırt edilemeyen atipik skuamöz hücreler) %10

ASC sıklığı % 4.4

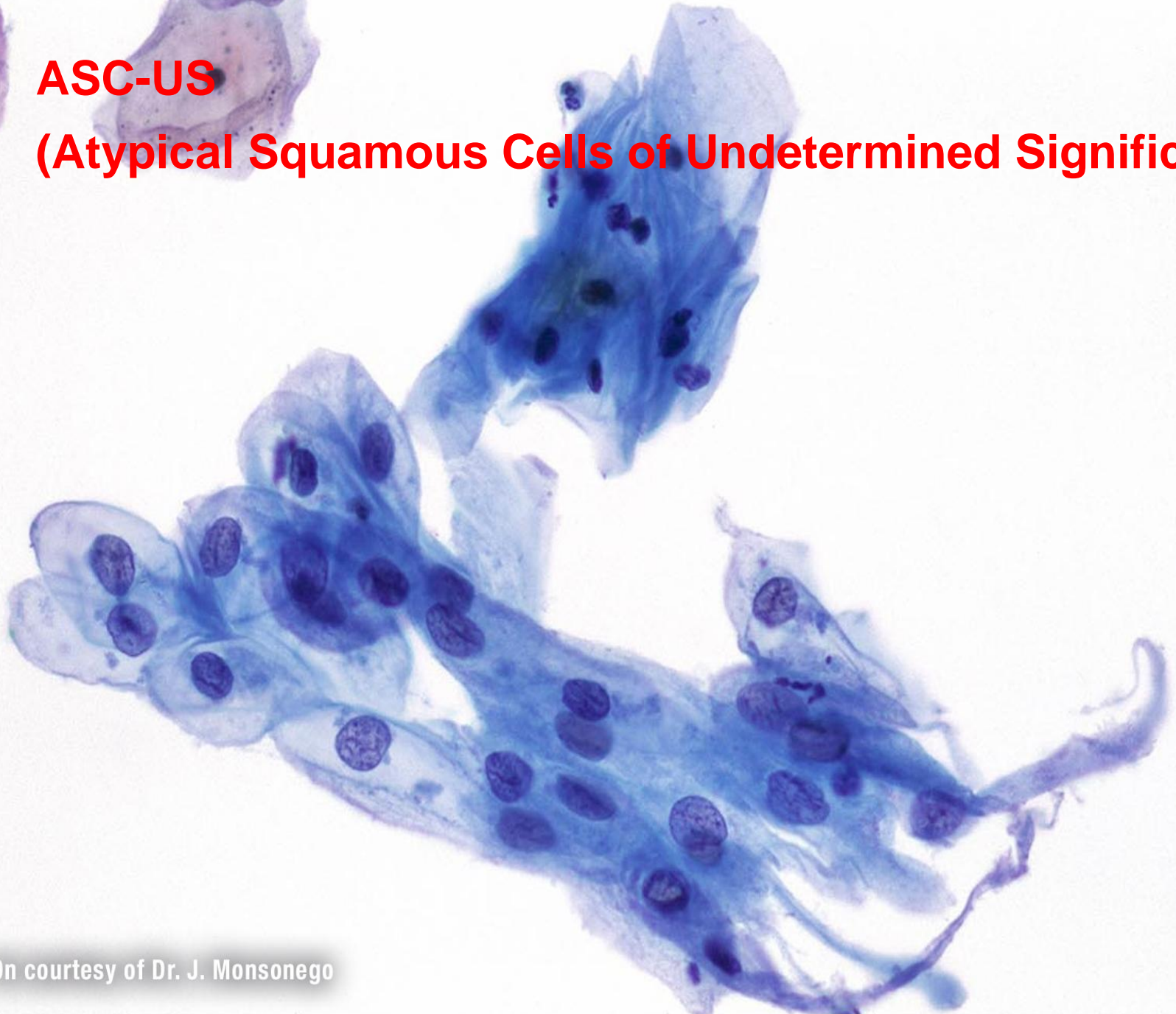
invazif kanser prevalansı ~ %0.1 - %0.2

CIN 2,3 prevalansı **ASC-US** % 5-17

ASC-H % 24 - 94

ASC-H aynı H SIL gibi ele alınmalıdır !!!

ASC-US
(Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance)



On courtesy of Dr. J. Monsonego

ASC-US

ileri arařtırmalar (kolposkopi – biopsi)

% 20-30



CIN 1

% 4-17



> CIN 2

% 0.14



karsinoma in situ

% 0.1



invaziv karsinom

ASC-US Yönetimi

ASC-US

↪ **6 ay ara ile 2 kez sitolojik test**

↪ **HPV DNA testi**

↪ **Hemen kolposkopik muayene**

Sitoloji Tekrarı

Avantajları

- ❖ Düşük maliyet
- ❖ Kolay uygulama
- ❖ Yaygın kabul

Dezavantajları

- ❖ %30 oranında HG CIN olgusu atlanabilir
- ❖ %30 olgu izlem sırasında kaybolabilir

Hemen Kolposkopi

Avantajları	<ul style="list-style-type: none">❖ High grade CIN saptanmasında yüksek sensitivite
Dezavantajları	<ul style="list-style-type: none">❖ Pahalı❖ Spesifisite < %60❖ Gereksiz Biopsi ~ %50

HPV Testi

Avantajları

- ❖ NPV \geq %99
- ❖ HG CIN saptanmasında sensitivite \geq %95
- ❖ Kolposkopiye sevkde %50 azalma
- ❖ Kolposkopinin spesifitesinde artış
- ❖ LBS ile refleks test yapılabilmesi

Dezavantajları

- ❖ Henüz yaygın olarak kullanılmıyor
- ❖ Pahalı ???

ASC-US & HPV-DNA Testi

- HPV-DNA (+) olma prevalansı yaş ile değişiklikler gösterir.

Gençlerde HPV-DNA (+) yaşlılarla göre çok yüksek

Adölesanlarda HPV-DNA testi uygulanması, kanser

riski çok düşük olan pek çok kadının gereksiz

kolposkopik muayeneye neden olur.

HPV-DNA testi daha yaşlı (30 yaş ve ↑) kadınlarda

daha anlamlıdır

ASC-US & HPV-DNA testi

- HPV-DNA (-) olgular

12 ay sonra sitolojik test

- HPV-DNA (+) olgular

Kolposkopi

ASC-US & HPV-DNA + Kolposkopi

CIN / Ca varlığı

uygun tedavi

HPV (+),

Normal kolposkopi:

(Yetersiz kolposkopik muayene / lezyon

saptanamazsa: endoservikal örnekleme (ECC))

12 ay sonra HPV-DNA testinin tekrarı /

6. ve 12. ayda sitolojik test tekrarı

HPV-DNA testi 12 aylık aralardan önce

istenmemelidir !!!

ASC-US

Kolposkopi Sonrası İzlem

Sitoloji

> ASC veya HPV +
Tekrar Kolposkopi

Negatif

Rutin tarama

ASC-US

Özel durumlar

Adölesanlar

Gebeler

Menopoz

Adölesanlarda ASC-US (20 y altı)

HPV-DNA tiplemesi ve kolposkopi önerilmez

Herhangi bir şekilde HPV tiplendirmesi
yapılmışsa sonuçları klinik yönetimi etkilemez

12 ay sonra sitoloji tekrarı

H SIL

Kolposkopi

< H SIL

12 ay sonra sitoloji tekrarı

Negatif

Rutin tarama

> ASC-US

Kolposkopi

Gebelerde ASC-US

- 20 yaşından büyük gebelerde yönetim gebe olmayanlardan farklı değildir.
- Postpartum 6.haftaya kadar kolposkopinin ertelenmesi kabul edilebilir.
- Gebelere endoservikal küretaj yapılmamalıdır.

Wright TC Jr, et al.: Amer J Obstet Gynecol 346-355, 2007.

Wright TC Jr, et al.: Amer J Obstet Gynecol 340-345, 2007.

Menopozda ASC-US

Lokal intravaginal östrojen 4 hf

(Atrofi var ve östrojen tedavisine engel yok ise)

Sitoloji Tekrarı

(tedavi bitiminden bir hafta sonra)

≥ ASC

⇒ **Kolposkopi**

Negatif

⇒ **Sitoloji tekrarı (6 ay ara ile)**

Negatif

⇒ **Rutin tarama**

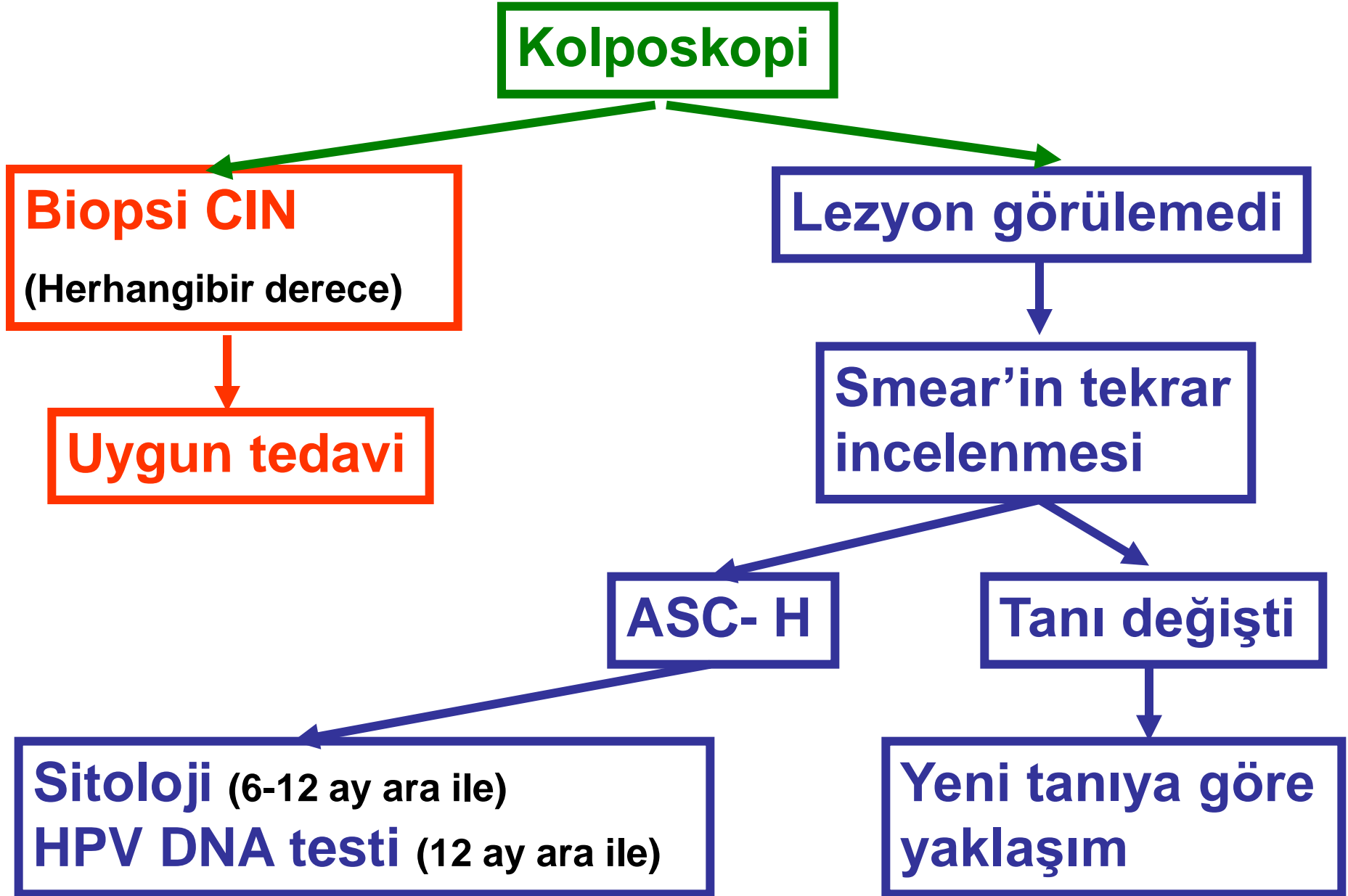
≥ ASC

⇒ **Kolposkopi**

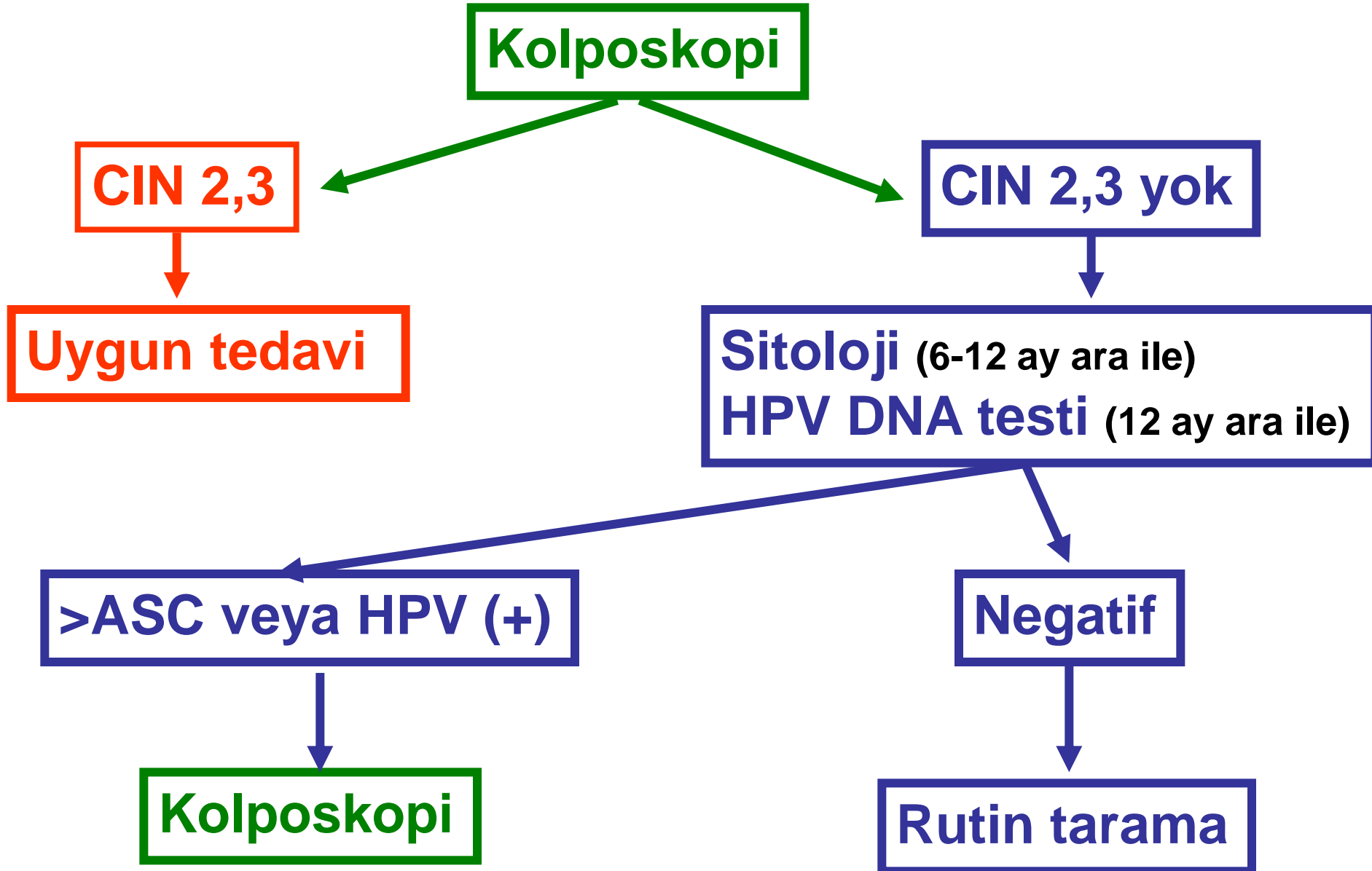
Kolposkopi veya HPV-DNA Testi

(kabul edilebilir bir seçenek)

ASC-H'da takip ve tedavi



Adolesanlarda ASC-H'da takip ve tedavi





**L SIL
(Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion)**

40x

On courtesy of Dr. J. Monsonogo

L SIL

Ortalama görülme sıklığı % 1.6

• CIN 2-3 ile birliktelik % 15-30

• İnvaziv Ca ile birliktelik % 0.1

L SIL

- **HPV enfeksiyonunun iyi bir göstergesidir.**

meta-analiz:

yüksek riskli HPV-DNA pozitifliği % 76.6

- **L SIL kolposkopi > CIN 2 patoloji şansı:**

%12-16

= HPV-DNA + ASC-US

L SIL yaklaşım: Kolposkopi

Lezyon yok / yetersiz kolposkopi

endoservikal örnekleme önerilir (gebe değilse)

CIN 2-3: uygun tedavi

CIN 2-3 yok:

- 12 ay sonra HPV DNA testi veya
- 6-12 ayda bir servikal sitolojik test

HPV-DNA / ardışık 2 sitolojik örnekleme negatif

rutin tarama

>ASC/HPV DNA + Kolposkopi

Histolojik olarak CIN gösterilememiş hastalarda eksizyonel işlemler başlangıç yaklaşımı olarak kabul edilemez !!!

L SIL Özel Durumlar

Adölesanlar

Menopoz

Gebeler

Adolesanlarda L SIL

12 ay sonra sitoloji tekrarı

>H SIL

Kolposkopi

<H SIL

12 ay sonra sitoloji

negatif

rutin tarama

>ASC

Kolposkopi

HPV-DNA testi uygun değildir, yapılmışsa sonuçları yönetimi etkilemez.

Menopozda L SIL

- HPV-DNA tiplemesi
- 6 – 12 ay ara ile sitolojik örnekleme
- Kolposkopi

kabul edilebilir

HPV-DNA testi (-) veya CIN yok ise

12 ay sonra sitoloji tekrarı

HPV-DNA testi (+) veya tekrarlanan sitoloji >ASC-US

Kolposkopi

- Ardışık iki sitolojik test negatif ise rutin sitolojik taramaya geçilir

Wright TCJr et al. Amer J Obstet Gynecol 346-355, 2007.

Wright TC Jr et al. Amer J Obstet Gynecol 340-345, 2007.

Gebelerde L SIL

- Kolposkopik muayene postpartum 6. haftaya ertelenebilir
- Adölesan olmayanlara kolposkopi önerilebilir
- ECC yapılmamalıdır.

Kolposkopik muayene :

Sitolojik/Histolojik/Kolposkopik CIN 2,3 veya Ca şüphesi olmayanlar:

takip postpartum döneme bırakılır.

gebelik takibi sırasında kolposkopik veya sitolojik muayene önerilmez

CIN 2,3

tedavi postpartum döneme bırakılır

İnvaziv Ca şüphesi

LEEP

H SIL (High Grade Squamous Intraepithelial Lesion)



On courtesy of Dr. J. Monsonego

H SIL

Ortalama görölme sıklığı **% 0.4 – 0.7**

20-29 yaşlarda **% 0.6**

40-49 yaşlarda **% 0.2**

50-59 yaşlarda **% 0.1**

• CIN 2-3 ile birliktelik **% 70-75**

• İnvaziv kanser ile birliktelik **% 1-2**

Jones & Davey Arch Pathol Lab Med 2000;124:672

Jones & Novis. Arch Pathol Lab Med 2000;124:665

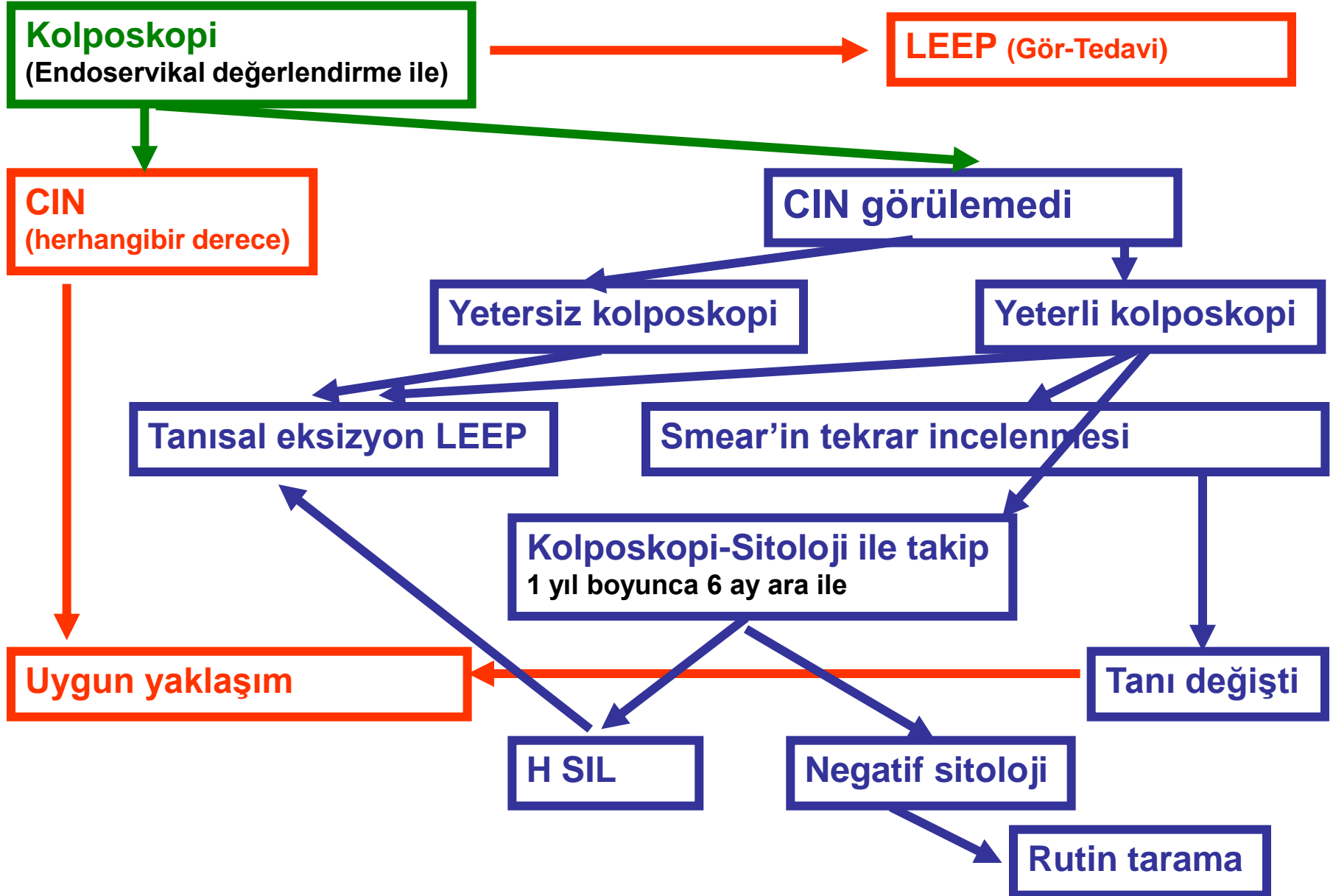
Massad et al, Gynecol Oncol 2001;82:516 Kinney et al, Obstet Gynecol 1998;91:973



H SIL

- Kolposkopik muayenede CIN 2,3 lezyonları atlanabilir
- CIN 2,3 saptanmaması H SIL olan kadınlarda CIN 2,3 yoktur anlamına gelmez
- H SIL olan kadınların pek çoğuna tanısal amaçlı eksizyonel prosedürler (LEEP) uygulanmaktadır
“gör ve tedavi et” .
- Ancak pek çok CIN2,3 lezyonunun özellikle adölesanlarda ve genç yetişkinlerde spontan regresyona uğradığını unutmamak gerekir.

H SIL takip ve tedavi



H SIL Özel Durumlar

Adölesanlar

Gebeler

Adolesanlarda H SIL takip ve tedavi

Kolposkopi

Hemen LEEP yapılmamalıdır !!

CIN 2,3

CIN 2,3 görülemedi

**Kolposkopi-Sitoloji ile izlem
2 yıl boyunca 6 ay ara ile**

**2 ardışık Negatif
Smear ve kolposkopi**

**H SIL
2 yıl persiste
CIN görülemedi**

**Kolposkopi veya sitolojide
H SIL 1 yıl süre ile persiste**

Biopsi

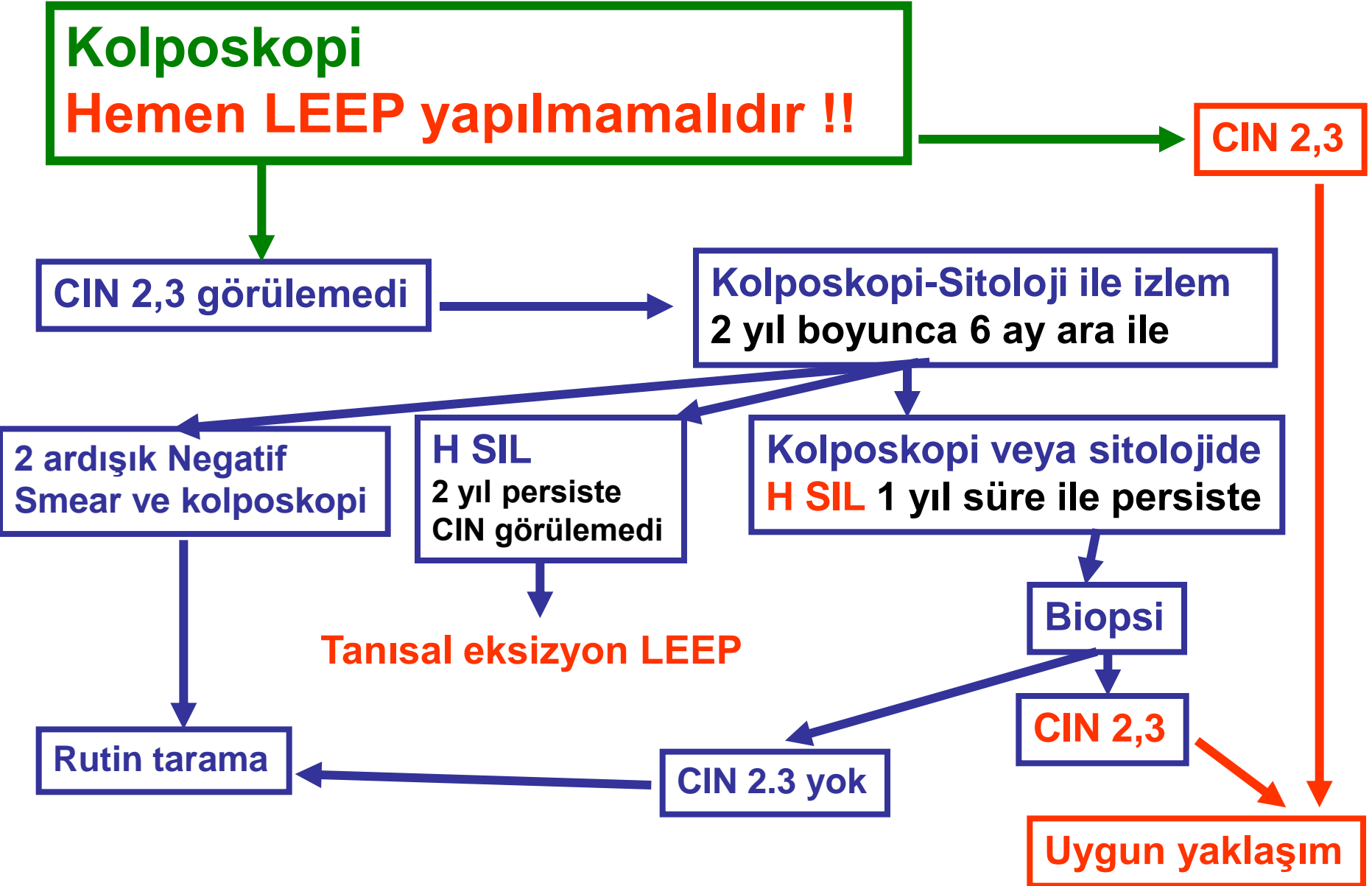
Tanısal eksizyon LEEP

Rutin tarama

CIN 2.3 yok

CIN 2,3

Uygun yaklaşım



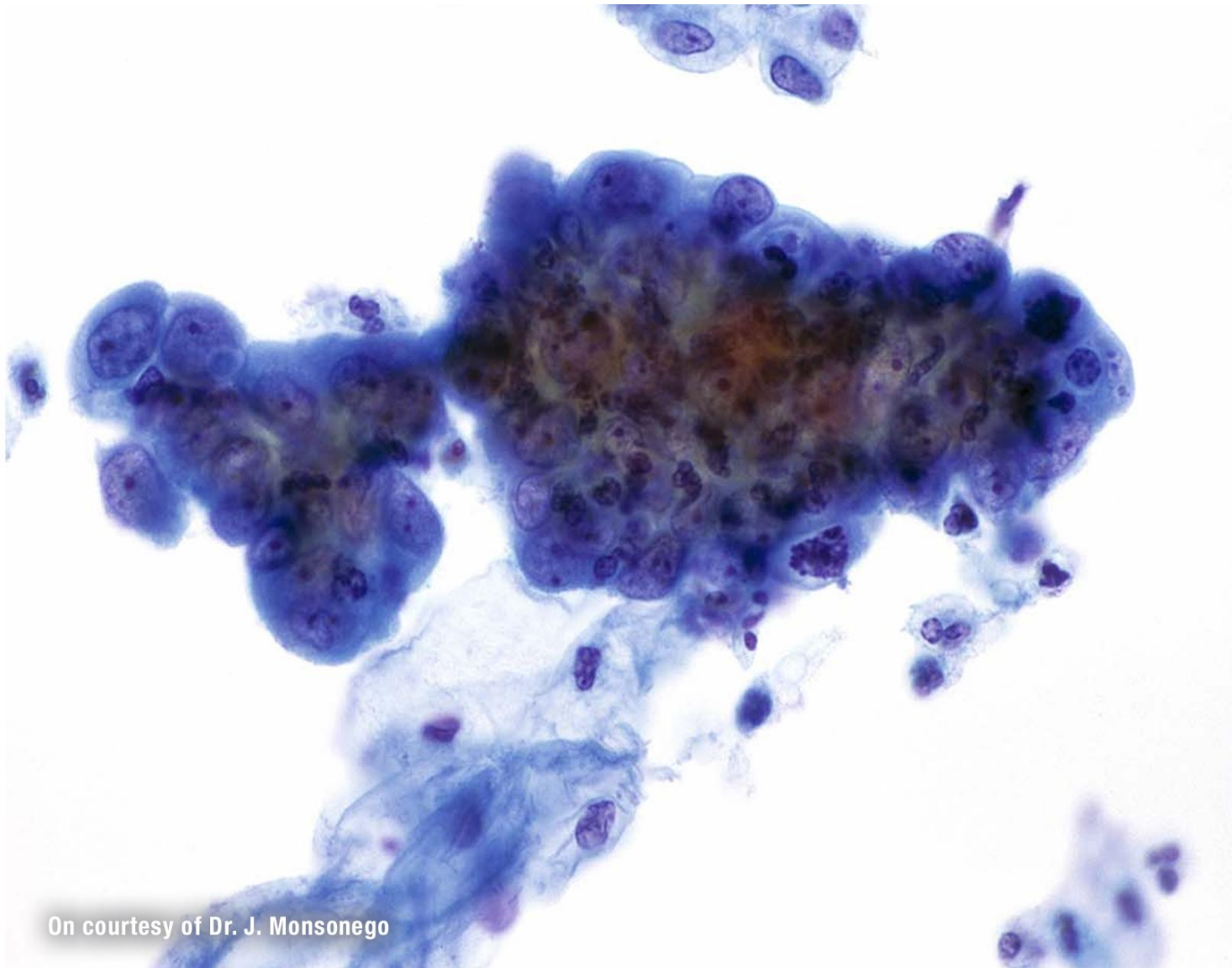
Gebelerde H SIL

KOLPOSKOPİ

- CIN2, CIN3 veya kanser kuşkusunu olan lezyonlardan biyopsi
- ECC yapılmamalıdır
- Diagnostik eksizyon invaziv kanser kuşkusunu olmadığı sürece yapılmamalıdır

H SIL olan gebelerde CIN 2,3 saptanmadığı takdirde sitolojik ve kolposkopik muayene postpartum 6. haftaya kadar gerekmez

AGC (Atypical Glandular Cells)



On courtesy of Dr. J. Monsonego

AGC (Atypical Glandular Cells)

AGC

% 0.3 – 0.4

Biopsi doğrulanmış AIS

% 0-8

İnvaziv kanser

<% 1-9

AGC “Atipik Glandüler Hücreler”

AGC

benign sebepler

neoplasi

**(serviks, endometrium, over, tuba
adenokarsinomu)**

**Kolposkopi, endoservikal değerlendirme ve
örnekleme, HPV tipleme, endometrial örnekleme**

AGC Öneriler

Kolposkopi + Endoservikal örnekleme + HPV-DNA

Düzensiz kanama veya >35 yaş

Endometrial örnekleme

Atipik endometrial hücreler <35 yaş

Endometrial örnekleme

CIN2,3 / AIS: ASCCP önerilerine göre yönetim

CIN / Glandüler lezyon yok:

6 ay aralarla sitoloji “4 kez”:

- ASC veya L SIL ⇒ Kolposkopi
- H SIL veya AGC ⇒ Diagnostik eksizyonel prosedür “LEEP”



Teşekkür ederiz...

1881-193∞

Bizimlesin
Sonsuza dek...

Etiler, Dikmen, Etiler