

Yaşlı Kadınlarda Jinekolojik Problemler ve Jinekolojik Kanser Tarama Sonuçları

Gynecologic Problems in Elderly Women and Results of Gynecologic Cancer Screening

Sevgi ARAS,^a
Murat VARLI,^a
Günseli GENÇE,^b
Eda AYARCAN ÖZYİĞİT,^b
Ahmet YALÇIN,^a
Teslime ATLI^a

^aİç Hastalıkları AD,
Geriatri BD,
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
^bKadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
Özel Özkaya Tıp Merkezi, Ankara

Geliş Tarihi/Received: 17.04.2012
Kabul Tarihi/Accepted: 20.02.2013

Yazışma Adresi/Correspondence:
Sevgi ARAS
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları AD,
Geriatri BD, Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
sevgidursun06@yahoo.com

ÖZET Amaç: Bu çalışma ile geriatrik yaş grubundaki kadınların jinekolojik problem profilini ve kanserlerini tespit edip, bu yaş grubunda jinekolojik prekanseröz patoloji ve kanserlere yaklaşım ve jinekolojik kanserlerde tarama programları ile ilgili saptamalarda bulunmayı amaçladık. **Gereç ve Yöntemler:** Ocak 2007-Ocak 2011 tarihleri arasında özgül olmayan belirtiler ile jinekoloji polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzerindeki kadınların başvuru şikâyetleri, tarama ve tanı amaçlı yapılan Papanicolaou (Pap) smir sonuçları, abdominal ultrasonografi (AUSG), transvajinal ultrasonografi (TVUSG) sonuçları ve konulan tanıları geriye dönük olarak incelendi. **Bulgular:** Jinekoloji polikliniğine başvuran 31 429 kadının 1145 (%3,6)'i 65 yaş ve üzerinde idi; yaş ortalaması 70,7±5,7 (65-95) bulundu. Olgular en çok menopoz sonrası kontrol amaçlı başvurmışlardı (%62,6). Osteoporoz, meme ile ilgili şikâyetler ve inkontinans sırası ile diğer en sık başvuru nedenlerini oluşturmaktaydı. Olguların 657 (%57,4)'sine tarama amaçlı Pap smir testi yapılmıştı. Bazı olgulara belirli aralıklarla birden fazla Pap smir testi yapılmıştı. Pap smir testlerinin hiçbirinde prekanseröz lezyonlar da dâhil olmak üzere patoloji saptanmamıştı. Olguların 261 (%35,6)'i AUSG, 472 (%64,4)'si TVUSG olmak üzere toplam 733 (%64)'üne USG yapılmıştı. Vakaların 49'unda endometriyal hiperplazi (EH), 4'ünde over kanseri (OK), 5'inde endometriyum kanseri (EK) saptandı. **Sonuç:** Geriatrik yaş grubundaki kadınların daha genç yaşta topluma göre çok daha nadir jinekolojik muayene için başvurduğu ve en sık başvuru nedeninin menopoz sonrası kontrol olduğu saptanmıştır. Bu yaş grubunda gerek bir kez, gerekse takipli birden fazla kez yapılan Pap smir tarama testlerinin hiçbirinde patolojik bulguya rastlanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı; kadınlar; jinekoloji; vajinal smir; uterin servikal tümörler

ABSTRACT Objective: In this paper, we aimed to screen gynecological problems and cancers of elderly women, to make suggestions for gynecological screening programs and management of precancerous lesions or cancers in this age group. **Material and Methods:** We made a retrospective review of complaints, Papanicolaou (Pap) smear results, abdominal ultrasonography (AUSG), transvaginal ultrasonography (TVUSG) results and diagnoses of women over 65 years old who presented with non-specific symptoms to the gynecology outpatient clinic from January 2007 to January 2011. **Results:** The number of patients over 65 years old were 1145 (3.6%) among 31429 admissions. Mean age was 70.7±5.7 (65-95) years. The most common cause of presentation was routine menopause follow-up. The other common causes were osteoporosis, breast problems, and incontinence respectively. Six hundred and fifty-seven patients (57.4%) were screened with Pap smear. No patient had abnormal histopathological results including precancerous lesions. Seven hundred and thirty-three patients (64%) underwent USG examination (64%) including 261 AUSG (35.6%) and 472 (64.4%) TVUSG. Endometrial hyperplasia was found in 49 patients, ovarian cancer in 4 and endometrium cancer in 5. **Conclusion:** We found that patients in the geriatric age group presented for gynecological examination much less commonly compared to the younger population and the most common reason for presentation was postmenopausal follow-up in this age group. No pathology was found in patients with only one Pap smear test or multiple Pap smears.

Key Words: Aged; women; gynecology; vaginal smears; uterine cervical neoplasms

doi: 10.5336/medsci.2012-30074

Copyright © 2013 by Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2013;33(3):656-62

Yaşlanma ile birlikte, her sistemde olduğu gibi ürogenital sistemde de değişiklikler meydana gelir. Kadınlarda menopoza ile başlayan bu değişiklikler ileri dönemlerde daha belirginleşir.

Doğurganlığa ait olanlar dışında, gençlerde görülen çoğu jinekolojik problemler yaşlılarda da görülür. Bununla birlikte, jinekolojik kanserler, vulvar distrofiler ve ürogenital atrofi yaşlı kadında önde gelen morbidite ve mortalite nedenleridir.¹

Yaşlılar daha çok diabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, akciğer hastalığı ve yaşlanmayla ortaya çıkan yeti kayıplarına bağlı sorunlar nedeni ile doktora başvururlar. Hasta yakınları ve sağlık personeli de bu hastalıklara odaklanma eğilimindedirler. Kadınlar menopoza sonrası jinekolojik takiplerine dikkat ederken, ileri yaşlarda bu hassasiyet azalmaktadır. Çoğu yaşlı kadın, yaşlanmanın genital organlarda meydana getirdiği değişiklikler, jinekolojik operasyonlar ve eşlerinin kaybı nedeniyle cinsel aktivitelerini sonlandırmaktadır. Yaşlı kadında doğurganlığın ve cinsel yaşamın ortadan kalkması ile jinekolojik problemlerin olmayacağı kanısı oluşur. Bu kanı, geriatrik yaş grubundakilerin jinekolog kontrolüne gitmeyi ihmal etmesine yol açar. Bu yüzden, özellikle ilerlemiş jinekolojik kanserler ile başvuru oranı bu yaş grubunda gençlerdekinden fazladır.^{2,3}

Biz de bu çalışma ile jinekoloji polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzerindeki kadınların jinekolojik problem profilini ve kanserlerini tespit etmeyi amaçladık. Aynı zamanda tarama ve tanı amaçlı yapılan Papanicolaou (Pap) smear testi, abdominal ultrasonografi (AUSG) ve transvajinal ultrasonografi (TVUSG) sonuçları ile birlikte, geriatrik yaş grubundaki kadınlarda jinekolojik prekanseröz patoloji ve kanserlere yaklaşım ve jinekolojik kanserlerde tarama programları ile ilgili saptamalarda bulunmayı hedefledik.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Ocak 2007-Ocak 2011 tarihleri arasında özgül olmayan belirtiler ile jinekoloji polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzerindeki kadınların başvuru şikâyetleri, tarama ve tanı amaçlı yapılan Pap smear

sonuçları, AUSG ve TVUSG sonuçları ve konulan tanıları, geriye dönük olarak incelenmiştir. Ayrıca menarş ve menopoza yaşı, çocuk sayısı, önceki jinekolojik operasyonları, hormon replasman tedavisi (HRT) ve tedavi süreleri ile ilişkili veriler de kaydedilmiştir. Bu çalışmada meme ve osteoporoz ile ilgili tetkikler ve sonuçları (mamografi, meme ultrasonografisi, kemik mineral dansitometrisi vs.) değerlendirme kapsamına alınmamıştır.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 15.0 (versiyon 15.0; SPSS Inc., Chicago, IL, USA) hazır istatistik programı ile yapılmıştır. Araştırma verilerinin analizinde tek yönlü ANOVA ve Bonferroni testi kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler olarak, sürekli veriler için aritmetik ortalama±standart sapma, normal dağılıma uymayan veriler için ortanca (minimum değer- maksimum değer), kategorik veriler için sayı ve yüzde değerleri verilmiştir. İstatistiksel anlamlılık için p<0,05 kabul edilmiştir.

BULGULAR

Jinekoloji polikliniğine başvuran 31 429 kadının 1145 (%3,6)'i 65 yaş ve üzerinde idi; yaş ortalaması 70,7±5,7 (65-95) bulundu (Tablo 1).

Olguların ortalama menarş yaşı 12,9±0,9, ortalama menopoza yaşı 50,5±3,1, çocuk sayısının ortanca değeri 4 (min. 0-maks. 13) olarak saptandı (Tablo 1).

Olguların 133 (%11,6)'ü HRT almıştı. HRT'nin ortanca süresi 12 ay (min. 6ay- maks. 96 ay) olarak saptandı (Tablo 1).

Olguların 92 (%8)'sine daha önce cerrahi işlem uygulanmıştı (Tablo1). Bu operasyonların 78'i total abdominal histerektomi-bilateral salpingooferektomi (TAH+BSO), 8'i total abdominal histerektomi-unilateral salpingooferektomi; 6'sı da sadece histerektomi işlemi idi.

Olgular en çok menopoza sonrası kontrol amaçlı başvurmuşlardı (n=717, %62,6). Osteoporoz (n=211, %18,4) ve üriner inkontinans (Üİ) (n=85, %7,4) diğer en sık başvuru nedenleri olarak saptandı (Tablo 2).

Olguların 657 (%57,4)'sine tarama amaçlı Pap smir testi yapılmıştı. Pap smir testi karın ağrısı, vajinal akıntı ve kanama yakınmalarıyla gelenlerin hepsine yapılırken, menopoz kontrolü için gelenlerin 547'sine, inkontinans için gelenlerin 44'üne uygulanmıştı.

Bazı hastalara en az birer yıl ara ile birden fazla Pap smir testi yapılmıştı. Pap smir testi yapılma sayısına göre hastalar 4 gruba ayrıldı (0=hiç yaptırmayanlar). Her grubun yaş ortalaması hesaplandı. Grupların yaş ortalaması arasında anlamlı fark olduğu belirlendi. Pap smir testi sayısı fazla olanların yaş ortalaması daha düşüktü ($p<0,001$). Sadece Pap smir testi sayısı 1 ile 2 ve 2 ile 3 olanların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (sırası ile $p=0,064$, $p=0,829$). Diğer grupların ikili karşılaştırılmasında (0-1,2,3; 1-3; 2-1) istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (tüm gruplar için $p<0,001$) (Tablo 3).Yapılan smirlerin hepsinin sitolojik incelemesi benin (atrofik özellikler, nonspesifik yangı, kronik servisit) olarak değerlendirilmiştir.

TABLO 1: Çalışmaya alınan olguların özellikleri.

Hasta özellikleri	n (%)
Yaş, ortalama±SS, yıl	70,7±5,7
Menarş yaşı, ortalama±SS, yıl	12,9±0,9
Menopoz yaşı, ortalama±SS, yıl	50,5±3,1
Çocuk sayısı, ortalama (min-maks)	4 (0-13)
HRT, ortalama (min-maks),ay	12 (6-96)
Jinekolojik cerrahi	133 (11.6)
	92 (8)

SS: Standart sapma; HRT: Hormon replasman tedavisi.

TABLO 2: Olguların başvuru sırasındaki şikâyetleri.

Şikâyetler	n (%)
Menopoz sonrası kontrol	717 (62,6)
Osteoporoz	211 (18,4)
Meme kontrolü	57 (4,9)
İnkontinans	85 (7,4)
Karın ağrısı	32 (2,7)
Vajinal akıntı	20 (1,7)
Vajinal kanama	14 (1,2)
Vulva derisinde döküntü	7 (0,6)
Toplam	1145 (100)

TABLO 3: Pap smir testi sayısına göre hastaların dağılımı.

Pap smir testi sayısı (n)	Hasta sayısı (n%)	Hasta yaşı (ortalama±SS)
0	488 (42,6)	72,8±6,2
1	495 (43,2)	69,6±4,8
2	119 (10,4)	68,2±4,1
3	43 (3,8)	66,8±2,5

SS: Standart sapma.

Pap smir testi 1 ile 2 ve 2 ile 3 olanların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (sırası ile $p=0,064$, $p=0,829$). Diğer grupların ikili karşılaştırılmasında (0-1,2,3; 1-3; 2-1) istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (tüm gruplar için $p<0,001$).

TABLO 4: Olguların çocuk sayısı ile Pap smir sayısı arasındaki ilişki.

Pap smir sayısı*	(n%)	ÇS (ortalama (min-maks)*)
0	488 (42,6)	6 (0-13)
1	495 (43,2)	4 (0-10)
2	119 (10)	3 (0-8)
3	44 (3,8)	3 (0-8)

SS: Standart sapma; ÇS: Çocuk sayısı.

Pap smir testi 1 ile 2, 1 ile 3, 2 ile 3 olanların çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (sırası ile $p=0,094$, $p=0,087$, $p=0,213$). Diğer grupların ikili karşılaştırılmasında (0-1,2,3) istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (tüm gruplar için $p<0,001$).

Çocuk sayısı daha fazla olanlarda Pap smir yapılma oranı ve tekrarı daha düşüktü. Pap smir testi 1 ile 2, 1 ile 3, 2 ile 3 olanların çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (sırası ile $p=0,094$, $p=0,087$, $p=0,213$). Diğer grupların ikili karşılaştırılmasında (0-1,2,3) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edildi (tüm gruplar için $p<0,001$) (Tablo 4).

Olguların 733'ünde (%64) USG incelemesi yapılmıştı. Bunların 261'ine (%35,6) AUSG, geri kalanına ise TVUSG (%64,4) yapılmıştı; bunlara ilişkin bulgular Tablo 5'de verilmiştir.

Olguların 4'ünde (% 0,3) over kanseri (OK), 5'inde (%0,4) endometriyum kanseri (EK) saptandı (Tablo 6). EK tanısı alan hastaların Pap smir testlerinde anormal hücreye rastlanmamıştı.

Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda saptanan benin ve malin patolojiler Tablo 6'da gösterilmiştir.

TABLO 5: USG ile saptanan patolojilerin dağılımı.

USG bulguları	n	%
Normal	282	38,4
Miyom	174	23,7
Over kisti	80	0,9
Miyom+Over kisti	23	3,1
Kalsifik arkuat arter	44	6,0
TAH+BSO	48	6,5
Endometriyal hiperplazi	49	6,6
Kavitede sıvı	10	1,3
Nabothi kisti	22	3,0
Bikornu uterus	1	0,1
Toplam	733	100

USG: Ultrasonografi; TAH+BSO: Total abdominal histerektomi-bilateral salpingooferektomi.

TABLO 6: Olgularda saptanan diğer patolojiler.

Patolojiler	n	%
Sistosel	35	3,0
Prolapsus	7	0,6
İdrar yolu enfeksiyonu	118	10,3
Atrofik vajinit	129	11,2
Vulva varisi	2	0,2
Liken sklerozis	2	0,2
Over kanseri	4	0,3
Endometriyum kanseri	5	0,4

TARTIŞMA

Yaş, jinekoloji polikliniklerine başvuru sebebinin belirleyen önemli bir faktördür. Genç yaşlardaki kadınlar daha çok doğurganlık ve cinsel yaşama ait şikâyetler ile başvurmaktadır. Daha ileri yaşlarda bunların yerini menopoz ile ilgili şikâyetler almaktadır. Bununla birlikte, sağlık ile ilgili yanlış bilgiler ve ahlak anlayışı, yaşlı kadınların jinekolojik kontrollerini ihmal etmelerine neden olmaktadır. Bu yüzden çalışmamızda jinekoloji polikliniğine başvuran hastaların sadece %3,6'sı geriatric yaş grubundadır. Bu olguların çoğunluğu ise menopoz sonrası genel kontrol için gelen yaşlılardır (Tablo 1).

Yaşlanma ile birlikte vulva derisi atrofiye uğrar. Atrofik deri, liken sklerozis (LS), yassı hü-

reli hiperplazi gibi prekanseröz lezyonlara zemin teşkil eder.⁴ Özellikle diyabetik yaşlılarda mantar enfeksiyonuna bağlı olarak vulvada kaşıntı ve cilt erozyonlarının birlikteliği fazladır. Ağrı, yanma, dokunmakla artan hassasiyet ve tarif edilemeyen rahatsızlık hissi ile karakterize olan vulvodini yaşlı kadınlarda sık görülür.⁵ Vulva derisinde döküntü, kaşıntı nedeni ile gelen olgularımızın 2'sinde cilt biyopsisi ile LS saptanmıştır (Tablo 6). LS'nin geriatric yaş grubunda yassı hücreli kansere dönüşme riski %5-10 civarındadır. Bu patolojiye sahip hastaların yakınmaları tedaviden sonra geçse bile 6 ayda bir kontrolü gereklidir.^{1,4}

Vulvada şişlik şikâyeti ile gelen olgularımızdan 2'sinde vulva varisi saptanmıştır (Tablo 6). Bu durum pelvis içi basıncın arttığı gebelerde daha sık görülürse de, gebe olmayan obez kadınlarda da rastlanır. Bu kadınlarda pelvis içi bası yapan nedenleri dışlamak için görüntüleme yöntemlerinden faydalanmak gerekir. Bizim hastalarımızda yapılan incelemede pelvik kitleye rastlanmamıştır.

Menopoz sonrasında foliküler aktivitenin bitmesine bağlı olarak overler skleroza uğrar ve küçülür. Bu yaş grubunda overlerde inklüzyon kistlerine sık rastlanır. Over kanserlerinin %50'si 65 yaş üzerinde görülmektedir.¹ Çalışmamızda, USG incelemesinde, olguların %10,9'unda tek başına, %3,1'inde miyom ile birlikte over kisti (Tablo 5) ve 4 olguda (%0,3) OK saptanmıştır (Tablo 6).

Yaşlanma ile birlikte uterus atrofiye uğrar. Miyometriyumda interstisyel fibrozis, incelmış ve kalıfıye olmuş damarlar ve subintimal sklerozis mevcuttur. Endometriyumda genişlemiş ve tıkanmış kanallara bağlı kistik yapılar görülür. Skuamokolumnar bileşke endoservikal kanala doğru çekildiği için serviks ağzı daralır.¹ Klinik bir önemi olmamakla birlikte, çalışmamızdaki olguların 44'ünde (%6) USG ile kalsifik arkuat arter saptanmıştır (Tablo 5).

Miyom, uterus düz kas hücrelerinden köken alan iyi huylu klonal bir tümördür. Üreme çağında miyomlar %25-40 oranında görülür.⁶ USG yapılan olgularımızın %23,7'sinde tek başına, %3,1'inde over kisti ile birlikte miyom saptanmıştır (Tablo 5). Östrojen uyarısı kalktığı için genelde menopoz son-

rası yeni miyom gelişimi olmaz, mevcut olanlar da küçülür. Bu yüzden yaşlılarda saptanan miyomlar gençlerdeki göre daha küçük çaplı olma eğilimindedir.⁷ Bizim olgularımızda da 2 cm'den büyük miyom saptanmamıştır. Saptanan miyomların en fazla intramural olduğu gözlenmiştir. Miyomların malin transformasyonu çok nadirdir. Fakat menopoza sonrası ve daha ileri yaşlarda yeni oluşan uterus kitlelerinin yakın takibi önemlidir.

Endometriyal hiperplazi (EH), fazla östrojen aktivitesine bağlı olarak endometriyumu oluşturan hücrelerin ve salgı bezlerinin normalden fazla büyüyerek endometriyumu kalınlaştırması ile oluşan patolojidir. Anovulasyon, periferik östrojen dönüşümünde artış, egzogen hormon alımına bağlıdır. Biyopsi sonucu çoğunlukla progesteron ile karşılanmamış östrojene işaret eder.⁸ Olgularımızdan EH tanısı olanların (%6,6) (Tablo 5) daha genç oldukları ve 10 olguda östrojen replasmanı öyküsü bulunduğu tespit edilmiştir. EH tanısı ile takip edilen hastalarda normal tedavinin ardından yapılan takiplerde, endometriyum kanseri (EK) saptanmamıştır. Prekanseroz potansiyeli olan EH'nin uygun takip ve tedavi ile EK'ye dönüşümü engellenebilir.⁹

Endometriyum kanserlerinin %75-80'i postmenopozal dönemde görülür. Serviks kanseri (SK) genç yaşlarda daha sık görülmekle birlikte, displazi, servikal intraepitelyal neoplaziler (CIN) gibi prekanseroz lezyonların maliniteye dönüşme riski yaşlılarda daha fazladır.¹⁹ Çalışmamızda 5 olguda (%0,4) EK saptanırken, SK saptanmamıştır (Tablo 6).

Hipoöstrojenemiye bağlı olarak gelişen ürogenital atrofi, yaşlının yaşam kalitesini belirgin olarak etkileyen problemlere yol açar.¹⁰ Bunlar sıklıkla vajinit, kaşıntı, ağırlı cinsel ilişki ve vaginal stenozdur. Olgularımızın 129 (%11,2)'u atrofik vajinit tanısı almıştır (Tablo 6).

Yaşlılarda dizüri, sıkışma hissi, sık idrara çıkma ve idrar yolu enfeksiyonu üriner sisteme ait sık görülen problemlerdir.^{11,12} Üriner inkontinans, yaşlanma ile birlikte sıklığı artan önemli geriatric sendromlardan biridir. Toplumda yaşayan 60 yaş ve üzerindeki hastalarda prevalans %8-18 arasında iken, kadınlarda erkeklere nazaran 2 kat daha fazla

görülmetedir. Üriner inkontinans prevalansı bakımında kalan yaşlılarda daha fazladır.¹³ Çalışmamızdaki olguların %7,4'ü Üİ şikâyeti ile başvurmuştur (Tablo 2). Üriner inkontinansın kötü hijyen, depresyon, sosyal izolasyon, cilt yarası gibi olumsuz sonuçları vardır.¹⁴ Yaşlılar genelde bu problemden utandıkları için yakınlarına ve doktorlara söylemek istemezler. Üriner inkontinans günümüzdeki imkânlarla tedavi edilebilir veya şiddeti azaltılabilir bir problemdir. Yardımcı araç ve malzeme ile Üİ'nin hasta ve bakıcıya verdiği sıkıntı azaltılabilir.

Vajinal kanama nedeni ile başvuran yaşlıların 1/3'ünde neden atrofik endometrit ve vajinittir. Bu hastalara östrojen replasman tedavisi uygulanması, epitelyal yapıların desteklenmesi sayesinde genellikle kanamanın durması ile sonuçlanır.¹⁰ Bizim olgularımızda vajinal kanama ile başvuran 14 hastanın 3'ünde EK, 3'ünde de miyom tespit edilmiştir.

Jinekolojik kanserler meme kanserinden sonra kadınlardaki morbidite ve mortalitenin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Batılı ülkelerde jinekolojik kanserlerin sıklık sırası endometriyum, over, serviks kanseri şeklinde iken, Türkiye'de over, endometriyum, serviks kanseri sırasını izler.¹⁵

Özellikle koruyucu hekimlikte yaşlılarda kanser tarama programları tartışma konusudur. SK taraması için birçok kılavuz önerileri vardır. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) şayet geçmişte negatif sonuç belgelendi ise, servikal lezyon, immünsüpresyon, doğmadan önce dietilstilbestrole maruz kalma veya belgelenmiş human papilloma virüsü (HPV) enfeksiyonu ile bağlantılı herhangi bir risk faktörü yoksa 65 yaş üzerindeki kadınların SK taramasına tabi tutulmamasını tavsiye etmektedir. Amerikan Kanser Derneği, 70 yaşında ya da daha yaşlı kadınlarda üç ya da daha fazla normal smir sonucu varsa ve son 10 yıl içinde anormal test sonuçları (displazi, CIN) yoksa servikal görüntülemeye son verilebileceğini belirtmektedir. Daha önce hiç Pap smir testi yapılmamış yaşlı kadınların 2 negatif test sonucu elde edilene kadar her yıl taranması önerilir. Bu tavsiyeler kısmen, HPV'nin hemen hemen tüm SK olgularının nedeni

olduğunu belirten yeni verilere dayanmaktadır.¹⁶ Doğal HPV enfeksiyonu öyküsü ve enfeksiyon ile SK gelişimi arasındaki uzun latent dönem, en az 2 adet negatif Pap smear testi sonucu elde edilen ve HPV enfeksiyonu bulunduğu dair herhangi bir kanıt olmayan yaşlı kadınların son derece düşük risk altında olduğu anlamına gelmektedir.¹⁷

SK için en önemli risk faktörlerinden biri hiç Pap smear yaptırmamaktır. Amerika Birleşik Devletleri gibi gelişmiş ülkelerde kadınların %85'i yaşamları boyunca en az bir Pap smear yaptırmış iken, az gelişmiş ülkelerde bu oran %5'dir.¹⁸ Pap smear ucuz, kolay uygulanabilir, hastalar tarafından kolay kabul edilebilir bir testtir. Pap smearin toplumsal taramalarda kullanımı ile SK'den ölümler %50 azaltılmıştır.¹⁹

Çalışmamızdaki olguların %57,4'üne Pap smear testi yapılmıştır. Kanama, karın ağrısı, akıntı şikâyeti olanların hepsine Pap smear testi yapılırken, diğer olgularda smear yaptırmak istemeyen hastalara yapılmamıştır. Smear yapılmayan hastaların yaş ortalamasının yapılanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Yapılan tüm Pap smear testi sonuçlarında displazi ve CIN gibi prekanseröz durumlar dâhil olmak üzere patolojik bulgu saptanmamıştır.

Çocuk sayısı daha fazla olanlarda Pap smear yapılma ve tekrarlanma oranı çocuk sayısı az olanlara göre daha düşük saptanmıştır (Tablo 4). Birçok yayında Pap smear testi yaptırmama oranının eğitilmiş kadınlarda daha fazla olduğu vurgulanmıştır.²⁰ Retrospektif özellikteki çalışmamızda olguların eğitim durumu kayıtlı olmadığından, bu konuda bir saptama yapmamız mümkün olmamıştır. Fakat ülkemiz genelinde, kadınlarda eğitim yıllarının giderek arttığı bilinen bir gerçektir. Çalışmamızda çocuk sayısı fazla olanların daha yaşlı olmaları ve bu grubun Pap smear yaptırmama oranının düşük olduğu göz önüne alındığında, dolaylı olarak literatür bilgilerine benzer bir çıkarım yapabiliriz.

Türkiye genelinde HPV insidansı ve prevalansı ile ilgili yapılmış geniş çalışmalar yoktur. Fakat T.C Sağlık Bakanlığı'nın 2005-2007 tarihleri arasında Şanlıurfa ilinde HPV açısından daha yüksek riske sahip genç kadınlarda yaptığı bir taramada, HPV in-

sidansı ve prevalansının diğer ülke kadınlarına göre daha düşük olduğu bildirilmiştir.* Ülkemizde yaşlı kadınlarda HPV insidansı ve prevalansı ile ilgili yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Fakat genç yaşlarda HPV insidansının diğer ülkelere göre daha düşük olduğu göz önüne alınırsa, yaşlı grupta da bu oranının düşük olma ihtimalinin yüksek olabileceği çıkarımını yapabiliriz. Olgularımızdaki Pap smear sonuçlarını ve ülkemizdeki HPV ile ilgili verileri değerlendirdiğimizde, günümüz şartlarında USPSFT önerileri geçerli görünmektedir.

OK, jinekolojik kanserler içinde özgül ve erken belirtisi olmayan, etkili tarama yöntemi bulunmayan ve en sık ölüme neden olan kanser türüdür.²¹ Kanser taraması ile ilgili kılavuzların hemen hemen hiçbirinde OK için tarama programı önerilmemiştir. Prostat, Akciğer, Kolorektal ve Over kanseri taraması çalışmasında elde edilen ön bulgular, OK taraması için TVUSG ve CA-125 seviyesiyle gerçekleştirilen taramada, invaziv kanser için pozitif kestirici değerin anormal CA-125 seviyesi için %3,7, anormal TVUSG bulgusu için %1,0 ve her iki test sonucunun da anormal olduğu durumlar için %23,5 olduğu belirtilmiştir.²² Çalışmamızda OK tanısı alan 4 hasta, karında ağrı ve şişlik şikâyeti ile gelmiş, TVUSG'de overde kitle ve yüksek Ca-125 değerleri saptanmıştır.

Günümüzde EK taraması için kullanılacak yeterli duyarlılık ve özgüllüğe sahip etkili bir test mevcut değildir. Bu bakımdan kitlesel tarama programları pratik olmamaktadır. Bununla beraber, belli yüksek risk faktörlerine sahip kadınların taranması gerekmektedir. Bunlar ekzojen östrojen kullanan postmenopozal kadınlar, obez, özellikle ailede endometriyum, meme, barsak ve over kanseri öyküsü olanlar ve anovulatuvar siklus öyküsü bulunan kadınlardır. SK ve öncü lezyonlarının taramasında başarıyla kullanılan Pap smear testi, EK'de yeterli sonuçlar verememekte ve olguların ancak yarısında pozitif sonuç elde edilebilmektedir. EK tanısı alan 5 olgumuz (Tablo 6) TVUSG'de saptanan kitle ve düzensiz görünüm nedeniyle yapılan biyopsiler ile tanı almıştır. Bu hastalara tanı sırasında yapılan Pap

*T.C Sağlık Bakanlığı, "Şanlıurfa İlinde Üreme Sağlığı Eğitimi ve Kadınlarda Serviks Kanser Taraması Projesi", 2005- 2007(Avrupa Birliği tarafından finanse edilmiştir)

smir testlerinin hiçbirinde anormal hücre saptanmamıştır. Endoservikal kanalın fırça ile örneklenmesi etkinliği %70-80 civarına çıkartabilmektedir; ancak postmenopozal kadınlarda çoğu zaman yeterli bir örnek alınamamaktadır.²³ Son yıllarda özellikle postmenopozal kadınlarda TVUSG ile endometrium kalınlığının ölçülmesi ile endometrial histoloji arasında bir ilişki kurulabilmiştir. Endometrial kalınlığın 5 mm'nin altında olduğu olgularda hiçbir kanser olgusu gözlenmemiştir. Ancak endometrium daha kalın ise EH ve kanser yönünden araştırma gereklidir.⁸

SONUÇ

Geriatrik yaş grubundaki kadınların jinekolojik muayene için daha genç yaştaki topluma göre çok daha az oranda başvurduğu ve en sık başvuru nedeninin menopoz sonrası kontrol olduğu saptanmıştır.

Bu yaş grubunda gerek bir kez, gerekse takipli birden fazla kez yapılan Pap smir tarama testlerinin hiçbirinde patolojik bulguya rastlanmamıştır.

Günümüz dünyasında giderek artan yaşlı kadın nüfusu, bu yaş grubuna özgü jinekolojik problemlerin sık görülmesine neden olmaktadır. Özellikle jinekolojik kanserler, vulvar distrofiler ve ürogenital atrofi, önde gelen morbidite ve mortalite nedenleri olarak öne çıkmaktadır. Bu patolojilerin taranabilmesi, erken tanınması ve nihayet önlenmesi, düzenli bir jinekolojik muayene programı ile büyük ölçüde mümkündür.

Yaşlı kadınlar, başta aile hekimleri ve geriatristler tarafından olmak üzere jinekolojik patolojiler konusunda aydınlatılmalı ve jinekolojik kontroller için teşvik edilmelidir. Özellikle inkontinans ve cinsel yaşam ile ilgili yaşlının bahsetmekten çekindiği konular sorgulanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Brown ADG, Tara KC. Gynecological disorders. In: Tallis R, Fillit HM, Brocklehurst JC, eds. *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. 6th ed. Philadelphia, USA: Churchill Livingstone; 2003. p.1135-44.
- Lawton FG, Hacker NF. Surgery for invasive gynecologic cancer in the elderly female population. *Obstet Gynaecol* 1990;76(2):287-9.
- Merino MJ, Jaffe G. Age contrast in ovarian pathology. *Cancer* 1993;71(2 Suppl): 537-44.
- Meyrick Thomas RH, Ridley CM, McGibbon DH, Black MM. Lichen sclerosus et atrophicus and autoimmunity-a study of 350 women. *Br J Dermatol* 1988;118(1):41-6.
- Wylie KR, Hallam-Jones R, Coan A. A review of psychophenomenological aspects of vulval pain. *Sex Marital Ther* 1999;14(2):151-6.
- Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine in collaboration with Society of Reproductive Surgeons. Myomas and reproductive function. *Fertil Steril* 2008;90(5 Suppl): S125-30.
- Wallach EE, Vlahos NF. Uterine myomas: an overview of development, clinical features, and management. *Obstet Gynecol* 2004; 104(2):393-406.
- Hanna JH, Brady WK, Hill JM, Phillips GL Jr. Detection of postmenopausal women at risk for endometrial carcinoma by a progesterone challenge test. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 147(8):872-5.
- Creasman WT, Weed JC Jr. Carcinoma of endometrium (FIGO Stages I and II): clinical features and management. In: Coppleson M, ed. *Gynecologic Oncology*. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone; 1992. p.775-89.
- Ibe C, Simon JA. Vulvovaginal atrophy: current and future therapies (CME). *J Sex Med* 2010;7(3):1042-50.
- Raz R, Stamm WE. A controlled trial of intravaginal estriol in postmenopausal women with recurrent urinary tract infection. *N Engl J Med* 1993;329(11):753-6.
- Wilson PD, Faragher B, Buttler B, Bu'Lock D, Robinson EL, Brown AD. Treatment with oral piperazine oestrone sulphate for genuine stress incontinence in postmenopausal women. *Br J Obstet Gynaecol* 1987;94(6): 568-74.
- Goode PS, Burgio KL, Redden DT, Markland A, Richter HE, Sawyer P, et al. Population based study of incidence and predictors of urinary incontinence in black and white older adults. *J Urol* 2008;179(4):1449-53.
- Haciveloğlu S, Alan C, Koçoğlu H, Alan H, Ersay AR. [Effect of stress urinary incontinence on female sexual functions]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2012;22(7):71-7.
- Uçar T, Bekar M. [Gynecologic cancers in the Turkey and the world]. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 2010;13(3):55-60.
- Resnick B, McLeskey SW. Cancer screening across the aging continuum. *Am J Manag Care* 2008;14(5):267-76.
- Woodman CB, Collins SI, Young LS. The natural history of cervical HPV infection: unresolved issues. *Nat Rev Cancer* 2007;7(1): 11-22.
- Kuo DY, Goldberg GL. Screening of servical cancer: where do we go from here? *Cancer Invest* 2003;21(1):157-61.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Practice Bulletins No 109. *Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Cervical Cytology Screening*. Washington DC: ACOG; 2009. p.1-12.
- Behbakht K, Lynch A, Teal S, Degeest K, Massad S. Social and cultural barriers to Papanicolaou test screening in an urban population. *Obstet Gynecol* 2004;104(6):1355-61.
- Beard CM, Hartmann LC, Atkinson EJ, O'Brien PC, Malkasian GD, Keeney GL, et al. The epidemiology of ovarian cancer: a population-based study in Olmsted County, Minnesota, 1935-1991. *Ann Epidemiol* 2000; 10(2):14-23.
- Buys SS, Partridge E, Greene MH, Prorok PC, Reding D, Riley TL, et al. Ovarian cancer screening in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) cancer screening trial: findings from the initial screen of a randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193(6):2183-4.
- Zucker PK, Kasdon EJ, Feldstein ML. The validity of Pap smear parameters as predictors of endometrial pathology in menopausal women. *Cancer* 1985;56(9):2256-63.