

POSTKOİTAL KANAMA: KOLPOSKOPİK VE KLİNİKOPATOLOJİK DEĞERLENDİRME

Behiye Pınar GÖKSEDEF¹, Şafak Yılmaz BARAN¹, Onur KAYA¹, Saime Gül BARUT², Ahmet ÇETİN¹

¹ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği, İstanbul

² Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, İstanbul

ÖZET

Amaç: Postkoital kanama şikayeti olan olguların, demografik, klinik, sitolojik, kolposkopik ve patolojik bulgularının ortaya konmasıdır.

Gereç ve yöntemler: Eylül 2009-Eylül 2010 tarihleri arasında jinekoloji polikliniğine postkoital kanama şikayeti ile başvurup kolposkopi ünitesine yönlendirilen 48 premenopozal olgu değerlendirmeye alındı. Olguların demografik özellikleri, smear sonuçları, kolposkopik tanıları ve biyopsi raporları değerlendirildi. Bulgular SPSS 17.0 ile analiz edildi.

Bulgular: Ortanca yaş 37 (23-49) olarak saptandı. Olguların çoğunluğu korunma yöntemi kullanmamakta (n=17, 35.4), tek eşli (n= 45, %93.8) ve multipariteye sahipti (n=36, %75). ASC-US/LSIL smear değişikliği 5 (%10.5) olguda, ASC-H smear bulgusu 2 (%4.2) olguda izlenirken; HSIL 3 (%6.3) olguda tespit edildi. Kolposkopide en sık servikal preinvazif/invazif lezyonlar için negatif bulgular (%79.2) olup, yüksek dereceli CIN lezyonu (CIN 2/3) ve invazif kanser bulgusu 6 olguda izlendi (%12.5). Kolposkopi sonrası %39.6 olgudan biyopsi alındı. Histolojik değerlendirme sonrasında 4 olguda CIN 1 (%8.4), 1 olguda CIN 2 (%2.1), 1 olguda CIN 3 (%2.1) ve 2 olguda invazif kanser (%4.2) saptandı.

Sonuç: Postkoital kanama ile başvuran olgularda çoğunlukla benign bulgular saptanmasına rağmen, yüksek dereceli CIN ve invazif kanser insidansındaki artış nedeniyle kolposkopik olarak değerlendirme gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: kolposkopi, postkoital kanama, smear

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2011; Cilt: 8 Sayı: 3 Sayfa: 195- 9

SUMMARY

POSTCOITAL BLEEDING: COLPOSCOPIC AND CLINICOPATHOLOGIC EVALUATION

Objective: To determine the demographic, clinical, cytologic, colposcopic findings in women with postcoital bleeding

Material and methods: Forty-eight premenopausal women with postcoital bleeding were referred to colposcopy unit between September 2009 and September 2010. Demographic features, cervical cytology results, colposcopic diagnosis and biopsy reports of cases were evaluated. Data were analyzed with SPSS 17.0.

Results: The median age was 37 (23-49). Most of the cases did not use a contraceptive method (n=17, 35.4%) and were monogamous (n= 45, 93.8%) and multiparous (n=36, 75%). Cervical cytology identified 5 patients with ASC-US/LSIL, 2 with ASC-H and 3 with HSIL. Out of the 48 cases, 38 women had normal findings at colposcopy (79.2%) and 6 women had high grade cervical intraepithelial neoplasia (CIN 2/3) and invasive carcinoma (12.5%). Biopsy was taken from 39.6% of patients after colposcopic evaluation. Four cases were reported as CIN 1 (8.4%), 1 case as CIN 2 (2.1%), 1 case as CIN 3 (2.1%) and 2 cases as invasive carcinoma (4.2%) according to histopathologic evaluation.

Conclusion: Even if, most of the cases with postcoital bleeding have benign lesions, colposcopy should be performed because of increased incidence of high grade CIN and invasive neoplasia.

Key words: colposcopy, postcoital bleeding, smear

Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2011; Vol: 8 Issue: 3 Pages: 195- 9

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Behiye Pınar Göksedef. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği, 34394 Aksaray, İstanbul
Tel.: (0532) 493 51 23

e-posta: bpgoksedef@yahoo.com

Alındığı tarih: 18.10.2010, revizyon sonrası alınma: 22.02.2011, kabul tarihi: 10.05.2011, online yayın tarihi: 09.06.2011

GİRİŞ

Postkoital kanama; seksüel ilişki sırasında veya hemen sonrasında görülen, menstruasyon dönemi dışında görülen kanama olarak tanımlanır. Toplumda prevalansı %0.7-9 arasında değişmektedir⁽¹⁾. Sebebi multifaktöryel olup, jinekoloji pratiğinde sık karşılaşılan bir semptomdur. Sıklıkla servikovajinal infeksiyon, inflamasyon, travma, servikal polip, ektopion gibi benign lezyonlara bağlı gelişirken, servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) ve invaziv karsinomların da belirtisi olabilir^(2,3). Postkoital kanamalı hastalarda invazif karsinom ve CIN prevalansı farklı çalışmalarda sırasıyla %3 - 17.8 civarında rapor edilmiştir⁽³⁻⁹⁾.

Postkoital kanamalı hastaya yaklaşımda halen net bir fikir birliği oluşmamıştır. İngiltere’de Ulusal Sağlık Otoritesi (NHSCSP); 40 yaş ve üzeri, postkoital/intermenstrüel kanaması olan veya persiste vajinal akıntısı olan bayanların jinekolojik muayenelerinin yapılmasını ve klinik olarak kanserden şüphe edilirse kolposkopik değerlendirme yapılmasını önermektedir⁽¹⁰⁾. Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS), 35 yaş üzeri ve 4 haftadan uzun süreli postkoital kanamalı hastaların 2 hafta içerisinde, hızlı bir şekilde; tekrarlayan ve sebebi açıklanamayan diğer tüm postkoital kanamalı hastaların da 4-6 hafta içerisinde refere edilmesini önermektedir⁽¹¹⁾. Sıklıkla postkoital kanamalı hastalarda öncelikli olarak servikal sitoloji bakılmakta, anormal sitoloji varlığında kolposkopiye yönlendirilmektedir. Ancak yapılan bazı çalışmalar göstermiştir ki; normal sitolojiye CIN ve hatta invazif lezyonlar eşlik edebilmektedir^(5,8,12). Bu yüzden, normal sitoloji saptansa bile persiste postkoital kanamalı hastalar kolposkopiye yönlendirilmelidir^(12,13).

Çalışmamızda, jinekoloji polikliniğimize başvuran postkoital kanaması olan olguların demografik özellikleri, klinik, sitolojik ve kolposkopik sonuçların ortaya konulması amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışma etik kurul onaylı, prospektif bir çalışmadır. Çalışmaya Eylül 2009- Eylül 2010 tarihleri arasında postkoital kanama nedeniyle jinekoloji polikliniğine başvurup kolposkopi ünitesine yönlendirilen olgular dahil edildi. Çalışma için etik kurul onayı alınarak, katılanlardan aydınlatılmış onam alındı.

Jinekoloji polikliniğinde muayene edilerek servikal smear alınıp, ultrasonografik olarak endometriyum değerlendirildikten sonra kolposkopiye yönlendirildi. Ultrasonografik olarak anormal endometriyal bulgu varlığı, gebe, servikal preinvazif/invazif lezyon öyküsü olan, histerektomili ve postmenopozal olgular çalışmaya dahil edilmedi.

Toplam 48 olgunun ilk koit zamanı, sigara kullanımı, kontrasepsiyon yöntemi, partner sayısı, parite gibi servikal kanser için risk faktörleri sorgulandı. Konvansiyonel PAP smear sitobrush kullanılarak alındı. Kolposkopi tüm olgulara aynı kişi tarafından %3-5 lik asetik asit uygulanarak beyaz ışık ve yeşil filtre kullanılarak yapıldı. Bulgular kaydedilerek şüpheli alanlardan biyopsi alındı. Transformasyon hattının tamamı yada bir bölümünün izlenmediği olgularda kolposkopi ‘yetersiz’ olarak değerlendirildi ve endoservikal küretaj uygulandı.

Elde edilen sitolojik bulgular normal, inflamatuvar, düşük dereceli sitolojik anormallikler (ASC-US/LSIL), yüksek dereceli lezyonların dışlanamadığı atipik skuamöz hücreler (ASC-H) ve yüksek dereceli intraepitelyal lezyonlar (HSIL) olarak 4 grupta sınıflandırıldı.

Kolposkopik bulgular normal kolposkopik bulgular, yetersiz kolposkopi, premalign/malign lezyonlar için negatif bulgular (tipik kolposkopik bulgular, servisit, metaplazi, polip, ektropi) ve anormal (atipik) kolposkopik bulgular (CIN1, CIN2/3ve invazif kanser şüphesi) olarak sınıflandırıldı. Patolojik raporlar, anormal (CIN 1, CIN2/3, invazif karsinom) ve normal (servisit, metaplazi, servikal polip ve diğerleri) olarak gruplandırıldı.

Tanımlayıcı istatistiksel değerlendirme SPSS 17.0 kullanılarak yapıldı (SPSS, Chicago, IL, USA). Konvansiyonel PAP smear ve kolposkopi için servikal preinvazif/invazif lezyonları tanımadaki sensitivite ve spesifite değerleri hesaplandı.

BULGULAR

Veriler postkoital kanamalı 48 olgudan toplandı ve değerlendirildi. Yaş ortancası 37 (23-49) idi. İlk koitus başlangıcından sonra geçen süre ortalama 17.28 yıl (3-30 yıl) idi. Olguların çoğunluğu korunma yöntemi kullanmamakta (n=17, 35.4), tek eşli (n= 45, %93.8) ve multipariteye sahipti (n=36, %75). Serviks kanseri

taraması için hiç smear yaptırmamış olgu sayısı 26 (%54.2) idi. Sigara kullanımı olguların %33'de mevcuttu (n=16). Demografik veriler Tablo I'de özetlenmiştir.

Tablo I: Olguların demografik özellikleri.

Karakteristik	n	%
Yaş (ortanca/menzil)	37 (23-49)	
Parite		
Nullipar	6	12.5
Primipar	6	12.5
Multipar	36	75
Korunma yöntemi		
Yok	17	35.4
RIA	10	20.8
Tubal ligasyon	7	14.6
İnterruptus	6	12.5
Kondom	4	8.3
OKS	4	8.3
Sigara kullanımı	16	33.3
Partner sayısı		
Tek eşli	45	93.8
Multipartner	3	6.3

Olguların çoğunluğunda normal/inflamatuvar PAP smear sonucu saptandı (n=38, %79.2). ASC-US/LSIL bulgusu olan olgu sayısı 5 (%10.5), ASC-H olan olgu sayısı 2 (%4.2), HSIL olan olgu sayısı ise 3 (%6.3) idi. Olguların % 22.9'da (n=11) yetersiz kolposkopik inceleme olarak değerlendirildi. Kolposkopik değerlendirmede olguların çoğunda servikal prealign/malign lezyonlar için negatif bulgular izlendi (n=38, %79.2). CIN 1 şüphesi 4, CIN 2/3 şüphesi 4, invazif kanser şüphesi 2 olguda saptandı. Anormal histolojik bulgular 8 olguda izlendi (%16.7). Anormal histolojik bulgular saptanan olguların 4'ünde CIN 1 (%8.3), 2'ünde CIN 2/3 (%4.2), kalanlarında ise invazif skuamöz kanser (%4.2) saptandı (Tablo II).

Tablo II: Olguların sitoloji, kolposkopi ve histoloji sonuçları.

Bulgular	n	%
Sitoloji		
Normal	28	58.3
İnflamasyon	10	20.9
ASC-US	3	6.3
LSIL	2	4.2
ASC-H	2	4.2
HSIL	3	6.3
Kolposkopi		
Negatif	38	79.2
Normal	9	18.8
Servisit	11	22.9
Metaplazi	11	22.9
Ektropion	6	12.5
Polip	1	2.1
Anormal bulgular	10	20.9
CIN 1	4	8.3
CIN2/3	4	8.3
İnvazif kanser şüphesi	2	4.2
Biyopsi		
Yapılmadı	29	60.1
Normal	11	22.9
Servisit	7	14.6
Metaplazi	3	6.3
Polip	1	2.1
Anormal	8	16.6
CIN 1	4	8.3
CIN 2	1	2.1
CIN 3	1	2.1
İnvazif kanser	2	4.2

Sitoloji ve kolposkopi bulgularının biyopsi sonuçlarına göre dağılımları Tablo III'te izlenmektedir. Konvansiyonel PAP smearin servikal preinvazif/invazif lezyonlar için sensitivitesi %75, spesifitesi %63.3 iken; bu değerler kolposkopi için %100 ve %81.1 olarak belirlendi.

Tablo III: Sitolojik ve kolposkopik bulguların patoloji sonuçlarına göre dağılımı.

Biyopsi	Sitoloji*		Kolposkopi*		Toplam
	negatif(n)	pozitif(n)	negatif(n)	pozitif(n)	
Alınmadı	29	0	29	0	29
Benign değişiklikler	7	4	9	2	11
CIN 12	2	0	4	4	4
CIN 2/3	0	2	0	2	2
İnvazif kanser	0	2	0	2	2
Toplam	38	10	38	10	48

* Sitoloji ve kolposkopi bulguları prealign ve malign servikal neoplaziler açısından negatif/pozitif

TARTIŞMA

Bu çalışmada postkoital kanama nedeni ile başvuran olgular sitolojik, kolposkopik ve histopatolojik olarak değerlendirildi. Anormal sitoloji bulgusuna olguların %20.8’de, serviksin prealign ve malign lezyonları lehine şüpheli kolposkopik görüntü %20.8’de rastlanmış ve olguların 4’de (%8.4) yüksek dereceli CIN ve invazif kanser olgusu saptanmıştır. Tablo IV’te postkoital kanamalı olgularda kolposkopi ve histopatolojik değerlendirme yapan çalışmaların sonuçları özetlenmiştir. Son yıllarda yayınlanan bir çalışmada; 123 postkoital kanamalı hasta değerlendirilmiş, servikal sitolojide olguların %17.9’da anormal bulgularla birlikte, %11.4’de anormal histopatolojik bulgular saptanmıştır⁽¹³⁾. Postkoital kanamalı olgularda sıklıkla benign bulgular saptanmış olup (%88.6), persistan postkoital kanamalı olguların klinik ve sitolojik değerlendirme sonrasında sitoloji negatif olsa bile kolposkopiye yönlendirilmesi gerekliliği vurgulanmıştır. Abu ve arkadaşlarının 142 postkoital kanamalı hastayı içeren çalışmasında daha yüksek oranda preinvazif lezyonla karşılaşmıştır, %9 oranında CIN 1 ve %10.6 oranında CIN 2/3 saptanmıştır⁽¹⁴⁾. Yetmiş-dört postkoital kanamalı hastanın benzer şekilde prospektif olarak değerlendirildiği çalışmada; sitolojik olarak %91.9 inflamatuvar değişiklikler, %5.4 LSIL, %2.7 atrofik smear saptanmış, kolposkopik olarak %87.9 benign lezyonlar, %12.1 CIN 1, 2 ve HPV lezyonları izlenmiş, hiç invazif lezyon saptanmamıştır⁽¹⁵⁾.

Sunulan çalışmanın sonuçlarına göre konvansiyonel PAP smearin servikal preinvazif/invazif lezyonların tanısında sensitivitesi %75 olarak hesaplanmış, özellikle CIN 1 lezyonları tanımada yetersiz kaldığı saptanmıştır. Kolposkopinin ise yüksek sensitivite (%100), fakat yanlış pozitiflik nedeniyle daha düşük bir spesifiteye sahip olduğu izlenmiştir (%81.1). Servikal sitolojisi negatif olan postkoital kanamalı olguları

inceleyen bir çalışmada; %6.9 olguda CIN lezyonu varken, hiç invazif lezyona rastlanmamıştır⁽¹²⁾. Bu çalışma sonuçlarına göre postkoital kanamalı hastalarda negatif sitoloji varlığında bile normal popülasyona göre servikal neoplazi riskinin arttığı gösterilmiştir. Khattab ve arkadaşları, Ulusal Sağlık Hizmeti’nin (NHS) postkoital kanamalı hastaların yönlendirilmesi ile ilgili önerdiği kriterlerin geçerliliğini araştırmak amaçlı, 284 postkoital kanamalı hastayı değerlendirmiş; 166 sitolojisi normal olan veya hiç olmayan hastayı bir gruba, 118 sitolojisi anormal olan hastayı bir gruba ayırmışlardır. Anormal sitolojik özellikler saptanan grupta invazif serviks kanseri insidansı %3.6, CIN insidansı ise %66.1 olarak saptanmıştır. Servikal kanser ve CIN görülme oranı sitolojik olarak patoloji saptanmayan olgularda dahi sırasıyla %3.6 ve %9 olarak rapor edilmiş olup normal sitolojik bulguların tek başına postkoital kanamalı olguları değerlendirmede güvenilir olmadığı vurgulanmıştır⁽¹⁶⁾.

Bu çalışmada postkoital kanama sıklığını ortaya koyamamaktayız. Genelde hizmet ettiğimiz popülasyonun sosyokültürel nedenlerle postkoital kanama yakınmasını direkt olarak tariflemeyi, ancak şikayetlerin çok şiddetli ve uzun sürmesi halinde bu nedenle doktora başvurduğu görüşüdeyiz. Çalışmamızdaki preinvazif/invazif servikal lezyon fazlalığını bu nedene bağlamaktayız. Polikliniğe herhangi bir şikayetle başvuran olgularda, postkoital kanama semptomunun sorgulanmasını önermekteyiz. Postkoital kanama bizim verilerimiz ve mevcut literatür bilgisi dahilinde, sıklıkla benign sebeplere bağlı gelişse de; persiste eden ve/veya şiddetli postkoital kanamalı olgularda sitolojik ve kolposkopik değerlendirmenin ve gerekirse biyopsi alınmasının uygun olduğunu düşünmekteyiz.

Postkoital kanamalı hastalara yaklaşımda halen net bir görüşbirliği yoktur. Bu hastaların yönetimini standardize edebilmek için tatmin edici vaka sayısına ve fazla miktarda prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Tablo IV: Postkoital kanamalı olgularda kolposkopi ve histopatolojik değerlendirme yapan çalışmaların karşılaştırılması.

Araştırmacı	n	normal (%)	CIN1 (%)	CIN2/3 (%)	invaziv ca (%)
Tehrani ve ark.	123	88	8	3	1
Abu ve ark.	142	81	9	10	0
Noyan ve ark.	74	88		12*	0
Khattab ve ark.	284	64		32*	4
Sunulan çalışma	48	84	8	4	4

* CIN lezyonlarının derecelendirilmesi belirtilmemiştir.

KAYNAKLAR

1. Shapley M, Jordan J, Croft PR. A systematic review of postcoital bleeding and risk of cervical cancer. *Br J Gen Pract* 2006; 56(527): 453- 60.
2. Alfhaily F, Ewies AA. Postcoital bleeding: a study of the current practice amongst consultants in the United Kingdom. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009 May; 144(1): 72- 5.
3. Harry VN, Cruickshank ME, Parkin DE. Auditing the use of colposcopy versus general gynecology clinics to investigate women with postcoital or intermenstrual bleeding: a case for a new outpatient service. *J Low Genit Tract Dis.* 2007 Apr; 11(2): 108- 11.
4. Selo-Ojeme DO, Dayoub N, Patel A, Metha M. A clinico-pathological study of postcoital bleeding. *Arch Gynecol Obstet* 2004; 270(1): 34- 6.
5. Pardanani NS, Tischler LP, Brown WH, Feo ED. Carcinoma of cervix: evaluation of treatment in community hospital. *N Y State J Med* 1975; 75(7): 1018- 21.
6. Pretorius R, Semrad N, Watring W, Fotheringham N. Presentation of cervical cancer. *Gynecol Oncol* 1991; 42(1): 48- 53.
7. Shalini R, Amita S, Neera MA. How alarming is post-coital bleeding-a cytologic, colposcopic and histopathologic evaluation. *Gynecol Obstet Invest* 1998; 45(3): 205- 8.
8. Rosenthal AN, Panoskaltis T, Smith T, Soutter WP. The frequency of significant pathology in women attending a general gynaecological service for postcoital bleeding. *BJOG* 2001; 108(1): 103- 6.
9. Jha S, Sabharwal S. Outcome of colposcopy in women presenting with postcoital bleeding and negative or no cytology-results of a 1-year audit. *J Obstet Gynaecol* 2002; 22(3): 299- 301.
10. Luesley D, Leeson S. Colposcopy and programme management. Guidelines for the NHS cervical screening programme. NHSCSP Publication No. 20. Sheffield, UK: NHSCSP, 2004
11. Department of Health. NHS executive guidelines for referral for suspected cancer. London, UK: Department of Health, 2000.
12. Sahu B, Latheef R, Aboel Magd S. Prevalence of pathology in women attending colposcopy for postcoital bleeding with negative cytology. *Arch Gynecol Obstet* 2007; 276(5): 471- 3.
13. Tehranian A, Rezaii N, Mohit M, Eslami B, Arab M, Asgari Z. Evaluation of women presenting with postcoital bleeding by cytology and colposcopy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009 Apr; 105(1): 18- 20.
14. Abu J, Davies Q, Ireland D. Should women with postcoital bleeding be referred for colposcopy? *J Obstet Gynaecol* 2006; 26(1): 45- 7.
15. Noyan V, Yücel A. Postkoital kanamalı hastalarda servikal sitoloji, kolposkopi ve histopatolojik sonuçların değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Obstetri ve Jinekoloji* 2003; 13: 214- 6.
16. Khattab AF, Ewies AA, Appleby D, Cruickshank DJ. The outcome of referral with postcoital bleeding (PCB). *J Obstet Gynaecol* 2005; 25(3): 279- 82.