



**Konu Yazarı**

Prof. Dr. Macit ARVAS  
Uzman Dr. Altay GEZER

**Yazışma adresi**

İstanbul Üniversitesi  
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi  
Jinekolojik Onkoloji  
Bilim Dalı  
İSTANBUL

**VULVANIN  
NON-NEOPLASTİK  
LEZYONLARINA YAKLAŞIM**

**K**linik pratikte ve eski terminolojide ‘vulvar distrofi’ olarak kategorize edilen vulvanın non-neoplastik epitelyal bozuklukları bölgedeki deri ve mukozanın sıkça görülen hastalıklarıdır. Malign olmayan ve çok düşük malignite potansiyeli taşıyan (% 5’in altında olduğu kabul edilmektedir), bu epitelyal bozukluklar medikal, sosyal, psikolojik, cinsel ve kozmetik sorunlara yol açan bir hastalıklar grubudur. Bu lezyonlar, vücudun her yerinde görülebilmeye karşın anogenital yerleşimi daha sıktır. Bu hastalıkların etyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır.

Vulva deri ve mukozasının non-neoplastik epitel bozuklukları Society for the Study of Vulvar Diseases(1987)(ISSVD) sınıflamasına göre<sup>(1)</sup> başlıca üç grupta incelenebilir. Bunlar:

1. Liken sklerozis(Eski terminolojide Liken Sklerosis et atrophicus)
2. Skuamöz hücre hiperplazisi(Eski terminolojide hiperplastik distrofi)
3. Diğer dermatozlar (Psöriasis,seboreik dermatit, tinea, liken simpleks kronikus, liken planus)

Günümüzde, eski terminolojide yer alan ‘Vulvar distrofi’, ‘Kraurosis vulva’, ‘Lökoplastik vulvit’, ‘Hiperplastik vulvitis’, ‘Lichen sklerosis et atrophicus’, ‘Nörodermatit’ ve ‘Lökokeratozis’ terimleri kullanılmamaktadır. Eski terminoloji’de yer alan ‘Mikst Distrofi’ terimi yerine ‘Liken sklerozis ile birlikte skuamöz hücre hiperplazisi’ ve ‘Skuamöz hücre hiperplazisi ile birlikte vulvar intraepitelyal neoplazi (VIN)’ yerine ‘VIN’ terimleri kullanılmaktadır<sup>(2)</sup>.

Vulvar lezyonların tanısında biyopsi uygulanması şarttır. Biyopsi, punch biyopsi pensi ile alınabileceği gibi bu işlem sırasında ‘Keyes dermatolojik biyopsi aleti’ de kullanılabilir. Malign olma şansının yüksek olduğu lezyonlarda ‘eksizyonel biyopsi’nin yeğlenmesi daha uygun olur. Tanıda zorluk ve tedaviye olumsuz yanıt varsa; dermatoloji, jinekolojik onkoloji ve gerektiğinde plastik cerrahi konsültasyonlarının alınması yerinde olur.

## LİKEN SKLEROZİS

Vulvar deriyi tutan kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır (Şekil I). İnsidansı kesin olarak bilinmemekle birlikte, nispeten ender görülür. Herhangi bir yaşta ortaya çıkabilmesine karşın, en çok postmenopozal dönemde

izlenir. Genellikle 65 yaş üzerinde, beyaz kadınlarda görülmektedir. Pübertal kızlarda ve hatta püberte öncesinde görülebileceği de bildirilmiştir<sup>(3,4)</sup>. Pudendum, perine ve perianal bölgelerde yerleşir. Liken skleroziste deri beyaz renk parşömen kağıdı gibidir. Kaşındıkça ekimoz ve ülserasyonlar oluşabilir.

Şekil I: Vulvar liken sklerozis



Histopatolojik olarak, liken skleroziste izlenen en belirgin özellikler hiperkeratoz, epitelyal kalınlaşma, rete papillalarda düzleşme, bazal hücrelerde sitoplazmik vakuolizasyon, epidermis altında homojen asellüler kollagen görünümünde doku birikimi ve ödemdir<sup>(3,4)</sup>.

En belirgin semptomu, vulvada kaşıntı (pruritus vulva)’dır. İleri dönemde sineşiye bağlı ağrı, fiziksel aktivitede kısıtlanma, cinsel fonksiyon bozuklukları eklenebilir. Cinsel fonksiyon bozuklukları, aponi (cinsel ilişkiye girememe) şeklinde de olabileceği gibi, genellikle disparoni (% 80 olguda yüzeysel disparoni) ve orgazm değişiklikleri şeklindedir. Bu durum hastalığa bağlı olarak gelişen forsette fissürler, ve introitustaki stenoza bağlıdır. Vulvar lezyon, sıklıkla anal bölgeye de uzanarak ‘8’ şeklinde görülür(Anahtar deliği görünümü). Klitoral tutulumda, ödem nedeniyle glans klitoris kapanabilir. Hastalığın ileri döneminde, klitoral fimozis görülebilir. Atrofi sonucu, labim minörler tamamen kaybolabilir<sup>(3,4)</sup>. Eski terminolojide, liken sklerozis et atrofikus olarak isimlendirilmiş olmasına karşılık çalışmalar, liken skleroziste epitelin metabolik olarak aktif olduğunu, atrofik olmadığını göstermiştir. Ancak, liken sklerozisle birlikte, % 27-35 skuamöz hücre hiperplazisi bulunabilir ve VIN ile birlikteliği % 5 civarındadır. Kanser gelişme

sıklığı % 3-5 arasında değişir (Ortalama 12.5 yıl içerisinde) (3,4,5).

Liken sklerozisin etyolojisi kesin olarak ortaya konabilmiş değildir. Genetik faktörler, otoimmün faktörler, tiroid hastalıkları, pernisiyöz anemi, diabetes mellitus, enfeksiyon ve hijyenik faktörler etyolojiden sorumlu olabilir(6). Hijyenik faktörler içerisinde, vücut sıvıları (Vajinal sekresyon, kan, idrar, semen), hijyenik ürünler (Sabun, jeller, banyo yağları, parfümler, deodorantlar, depilatuvar kremler ve pedler), lokal kullanılan ilaçlar (Dezenfektan, kremli prezervatif, antifungal kremler, topikal anestezi ve antibakteriyel ajanlar), cinsel ilişkide kullanılan lubrikantlar ve kontraseptifler (Spermisid, kondom ve diyafram), fiziksel maddeler (Ped, tampon, sıkı ve sentetik iç çamaşırları, tuvalet kağıtları, aşırı temizlenme, pubik kılların tıraşlanması) sayılabilir(6).

Liken Sklerozis tedavisinde, öncelikle genel önlemler üzerinde durulmalıdır(3,4). Bunlar, vulvanın aşırı kurumasından kaçınma, temizlik ve çamaşır yıkamak için nötral sabun kullanımı, pamuklu iç çamaşırlarının kullanılması, gereksiz yere pet kullanmama, kaşıntıya karşı bileşikler veya antibiyotikli merhemler tahrişe yol açacağından bunlardan sakınılması, lanolinli kremler ve hidrojenize bitkisel yağların rahatlama sağlaması ve etkilenmiş deriyi iyileştireceği için tercih edilmesidir. Özellikle geceleri iç çamaşır giyilmemesi önerilebilir (3,4).

Liken sklerozisin en etkili tedavisi % 0.05 Klobetazol propionat (Dermovate, Psoderm, Psovate) veya halobetazol propionat ile yapılır(7). Klobetazol propiyonat 0.05% merhem formunda 4 hafta günde iki kez, 4 hafta günde bir kez, 4 hafta haftada iki kez uygulanır. Doz tedrici olarak düşürülür ve ilaç kesilir. Daha az potent bir kortikosteroid ile idame tedavisine geçilebilir. Liken sklerozis ,1 ay veya daha az sürede yeterli tedaviye genellikle cevap verir. Birkaç ay takipten sonra 3 veya 6 aylık aralarla hasta rekürrens riski nedeniyle görülmelidir(7).

Bunun yanısıra, % 2 Testosteron (Yan etki olarak maskulinizasyon görülebilir. Çocuklarda kontrendikedir), topikal progesteron 400 mg; 2 kez/ gün (Steroid ve testosterona cevap vermeyen olgular ve çocuklarda kullanılır) da denenebilir(7). Tedaviyi izleyen dönemde, gerekirse semptomları gidermek için kullanılabilir (genellikle sadece 1-2 hafta ya da daha az süreyle). Liken sklerozisde plasebonun(saf vazelin) testosteron kadar etkili olduğunu bu yüzden testosteronun kullanılmaması gerektiğini ileri süren araştırmacılar da vardır (8).

Çok ileri olgularda, eksizyonel cerrahi yapılarak deri grefi uygulanabilir. Ancak nüks oranları yüksek bildirilmektedir(9).

## SKUAMÖZ HÜCRELİ HİPERPLAZİ

Skuamöz hücreli hiperplazi, reproduktif ve sıklıkla postmenopozal dönemde ortaya çıkabilen vulva derisinin kronik bir hastalığıdır (Şekil II)(1). Ender olarak görülür. Çoğunlukla, liken simpleks kronikusla birlikte görülür. Aynı şekilde, liken sklerozisle birlikte de görülebilir (Mikst distrofi) .

*Şekil II: Vulvada skuamöz hücreli hiperplazi*



Skuamöz hiperplazide, en sık belirti vulvar kaşıntıdır. Lezyon üzeri, deri rengi gri ile beyaz arasında değişebilmektedir. Islanma, kaşıma, ilaç kullanımı görüntüsünde değişikliklere neden olabilir.

En sık, labium majuslar üzerinde görülür. Daha laterale yayılabileceği gibi, interlabial kıvrıntı üzerinde, labium minuslarda, klitoriste de görülebilir. Vulva derisinde, kalınlaşmış alanlar, fissürler ve renk değişiklikleri karsinomla karıştırılmaması için dikkatlice incelenmelidir. Ancak, skuamöz hücreli hiperplaziye bağlı gerçek kanser riski kesin olarak bilinmemektedir(1).

Skuamöz hücreli hiperplazide tipik mikroskopik bulgular epidermiste kalınlaşma (Hiperkeratozis), Malpigi tabakasında düzensiz kalınlaşma (Akantozis), akantozise bağlı olarak, epitelde kalınlaşma, retelerde düzensizleşme ve sonucunda parakeratoz, epitelin granuler tabakasında belirginleşme ve dermis altında inflamatuvar reaksiyondur

(Lenfosit ve plazma hücresi infiltrasyonu).

Skuamöz hücreli hiperplazi tedavisi, orta derecede güçlü ve çok güçlü topikal kortikosteroidlerle yapılabilir. Orta derece güçlü preparatlar, % 1 Betametazon merhem (Betnovate, Celestoderm-V, Metazon, Seroderm) ya da % 1 Triamsinalon merhem (Kenacort)'dir. Bunlar günde iki kez 10-14 gün süresince kullanılır. Daha sonra günde bir kez ile idame tedavisi yapılabilir. Çok güçlü preparatlar, % 0.05 Klobetazol dipropionat (Dermovate, Psoderm, Psovate) ya da % 0.05 Halobetazol propionat'dır. Bunlar günde iki kez 2-3 hafta kullanılır. Yanıt alınca orta derece güçlü kortikosteroidlerle idame tedavisine geçilebilir. Skuamöz hiperplazi, 2-3 hafta içinde yeterli tedaviye genellikle yanıt verir. Birkaç ay takipten sonra 3 veya 6 aylık aralarla hasta görülmelidir<sup>(10)</sup>.

## VULVAR NON-NEOPLASTİK LEZYONLARDA CERRAHİ TEDAVİ

Skuamöz hiperplazi ve liken sklerozis kortikosteroidlere çok iyi semptomatik yanıt verir. Skuamöz hücreli hiperplazide 6 ayda % 92.7 ve liken skleroziste % 87.5 semptomatik yanıt bildirilmiştir<sup>(10)</sup>. Bunun yanı sıra histolojik yanıtın bu denli iyi olmadığı araştırmacılar tarafından saptanmıştır (Skuamöz hiperplazide % 34 ve liken skleroziste % 42)<sup>(10)</sup>. Histopatolojik yanıtta bu düşüklük, rekürrenslerin sık görülmesine neden olabilmektedir. Rekürrensler de ilaçla topikal tedaviye iyi yanıt vermektedir. Bu yüzden cerrahi tedavi, ancak VIN ve invazif skuamöz hücreli kanser kuşkusu varlığında yapılmalıdır. Cerrahi sonrası da, rekürrens oranı yüksektir. Bu lezyonlarda, vulvektominin yeri sınırlıdır. Liken skleroziste, semptomatik introitus stenozunda vaginoplasti endikasyonu olabilir<sup>(11)</sup>. Ablasyon tekniklerinden, kriyoterapi ve lazer kullanımının yeri tartışmalıdır. Argon koter ile yüzeysel destruksiyon denenebilir. Bunların dışında, subkütan absolü alkol enjeksiyonu ya da intralezyonel kortikosteroidler tedaviye yanıt vermeyen olgularda denenebilecek seçeneklerdir<sup>(12)</sup>.

## DİĞER VULVAR DERMATOZLAR

### Seboreik Dermatit

Genital bölgede, eritemli, hafif pullanan, oval plak tarzında lezyonlar olarak görülür. Vücutta diğer yerleşim bölgeleri, yüz, boyun, saçlı deri, göğüs, sırttır.

### Psöriazis

Genital bölgede kolayca kanayabilen, gri-beyaz ya da kırmızı pullanan anüler plak tarzında lezyonlar şeklindedir. Diğer yerleşim bölgeleri, saçlı deri, diz, dirsek, sakrum üzerindedir.

### Tinea

Vulva derisinde, ortasında boşluk olan anüler plak tarzında lezyonlar şeklindedir. Genital bölgede sık izlenmesine karşılık diğer yerleşim bölgeleri, deri katlantılarıdır ya da vücutta herhangi bir odakta tek başına yüzükvari lezyonlar olarak izlenebilir.

### Liken Simpleks Kronikus

Genital bölgede labium majörler üzerinde (Erkeklerde skrotum üzerinde) yerleşimli dermatit benzeri likenifiye plaklar şeklinde görülür. Diğer yerleşim bölgeleri, boyun, bilekler, ön kol, antekubital ve popliteal fossa'dır.

### Liken Planus

Genital bölgede, beyaz ağsı görünümde, erozif vajinitle birlikte izlenen, düz, illiak yerleşimli papüller ya da plaklar şeklindedir. Diğer yerleşim bölgeleri, el bileği, bukkal mukoza'dır.

## SONUÇ

Vulvanın non-neoplastik epitelyal bozuklukları tıbbi, sosyal, psikolojik, cinsel ve kozmetik sorunlara yol açan bir hastalıklar grubudur. Bu hastalıkların etyolojisi aydınlatılamamıştır. Malignite potansiyelleri düşüktür. Tedavileri çoğunlukla medikaldir. Günümüzde en etkili ilaçlar topikal uygulanan kortikosteroidlerdir. Çok nadir olgularda, fonksiyon kaybı varlığında cerrahi tedavi gerekebilir. Tedaviye yanıtız olgularda multidisipliner yaklaşım uygulanması uygun olacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Markusen TE, Barclay DL. Benign Disorders of the vulva and vagina. In Cherney AH, Nathan L(ed): Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. 9th edition. Lange medical Books, McGraw-Hill, New York, 2003:651-76.
2. Wilkinson EJ: Vulvar nonneoplastic epithelial disorders. ACOG Educational Bulletin 1997;241:1.
3. Powell JJ, Wojnarowska, F. Lichen sclerosus, Lancet, 1999,

- 22;353(9166):1777-83.
4. Wong YW, Powell J, Oxon MA. Lichen sclerosis. A review. *Minerva Med.* 2002;93(2):95-9.
  5. Wallace HJ. Lichen sclerosis et atrophicus. *Trans St Johns Hosp Dermatol Soc.* 1971;57(1):9-30.
  6. Sideri M, Parazzini F, Rognoni MT, La Vecchia C, Negri E, Garsia S, Arnoletti E, Cecchetti G. Risk factors for vulvar lichen sclerosis. *Am J Obstet Gynecol.* 1989;161(1):38-42.
  7. Bornstein J, Heifetz S, Kellner Y, Stolar Z, Abramovici H. Clobetasol dipropionate 0.05% versus testosterone propionate 2% topical application for severe vulvar lichen sclerosis. *Am J Obstet Gynecol* 1998;178:80-4.
  8. Sideri M, Origoni M, Spinaci L, Ferrari A. Topical testosterone in the treatment of vulvar lichen sclerosis. *Int J Gynaecol Obstet* 1994;46(1):53-6.
  9. Abramov Y, Elchalal U, Abramov D, Goldfarb A, Schenker JG. Surgical treatment of vulvar lichen sclerosis: a review. *Obstet Gynecol Surv.* 1996;51(3):193-9.
  10. Ayhan A, Tuncer ZS, Kaya H. Vulvar dystrophy: an evaluation of 285 cases. *Eur J Gynaecol Oncol.* 1997;18(2):139-40.
  11. Rouzier R, Haddad B, Deyrolle C, Pelisse M, Moyal-Barracco M, Paniel BJ. Perineoplasty for the treatment of introital stenosis related to vulvar lichen sclerosis. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(1):49-52.
  12. Bergman A, Karram M, Bhatia NN. Local steroid application for hyperplastic dystrophy of the vulva. Clinical and pathologic evaluation. *J Reprod Med.* 1988;33(6):542-4