T.C.
ADNAN MENDERES ÜNiVERSiTESi
TIP FAKÜLTESi
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
ANABiLiM DALI

VAJİNAL DUŞ UYGULAMASININ PAP SMEAR ÜZERİNE ETKİSİ

UZMANLIK TEZİ

DR. BERFİN CAN YURDAM

DANIŞMAN

Yard.Doç.Dr. Selda DEMİRCAN SEZER

AYDIN-2011

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNiVERSiTESi
TIP FAKÜLTESi
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
ANABiLiM DALI

VAJİNAL DUŞ UYGULAMASININ PAP SMEAR ÜZERİNE ETKİSİ

UZMANLIK TEZİ

DR. BERFİN CAN YURDAM

DANIŞMAN

Yard.Doç.Dr. Selda DEMİRCAN SEZER

AYDIN-2011

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince yetişmemde emeği olan tüm hocalarıma,

Beraber çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma, hemşire ve diğer sağlık personeline,

Beni sevgiyle büyütüp, hiçbir maddi ve manevi desteği esirgemeyen aileme teşekkürlerimi sunmayı bir borç bilirim.

Dr. Berfin Can Yurdam

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Vajinal duş vajenin su veya diğer solüsyonlarla yıkanması olarak tanımlanmaktadır. Tüm dünyada ve ülkemizde yaygın geleneksel bir uygulamadır (1,2). Kadınlar vajinal duşu, kişisel temizlik, vajinal akıntı, kaşıntı ve yanma gibi yakınmaları azaltmak, gebelikten korunmak gibi amaçlar için yapmaktadır (1,3). Kadınlar vajinal duşun genital hijyeni sağladığına inanmakta, ülkemiz gibi müslüman ülkelerde ise boy abdestinin bir parçası olarak kabul etmektedirler. Vajinal duşun jinekolojik ve obstetrik açıdan pek çok zararlı etkisi olduğu bilinmektedir. Bu zararlı etkilerinin başında ise enfeksiyon gelmektedir (1,4,5).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ulusal Nüfus Sağlık Araştırması'nda 1988 ve 1995 yılları arasında vajinal duş uygulama sıklığında bir azalma olduğu, ancak halen vajinal duşun özellikle Afrika kökenli Amerikalı kadınlar arasında yaygın bir uygulama olduğu vurgulanmaktadır (3). Ülkemizde de vajinal duş ile ilgili yapılan çalışmalarda vajinal duş uygulama sıklığının bazı bölgelerde oldukça yüksek olduğu (%63,2) gözlenmektedir (6).

Pap smear, serviks kanseri taramasında kullanılan basit, ucuz ve güvenilir bir tarama testidir (7). Smear tarama testi öncesinde 48 saat içinde cinsel ilişki, vajinal medikasyon (ilaç, merhem uygulaması), kanama ve vajinal duş gibi nedenlere bağlı olarak smear sonuçlarında yanıltıcı sonuçlar olabileceği düşünülmektedir (8). Pap smear konusunda standardizasyon, 2000 yılında ortaya konan Amerikan Sitopatoloji Derneği (American Society of Cytopathology) kriterleri ile sağlanmış olup, bu kriterlerin uygulanması daha uygun teknikle smear alınmasını ve dolayısıyla yanlış negatiflik oranının düşmesini sağlayacaktır (9).

Literatür incelendiğinde vajinal duş uygulamasının smear sonuçlarına etkisi ile ilgili bir çalışmaya rastlanılmadı. Vajinal duşun enfeksiyon riskini arttırarak smear sonuçlarını olumsuz yönde etkilediğini düşünmekteyiz. Bu nedenle bu çalışmada, düzenli vajinal duş yapan kadınların smear sonuçları ile aynı kadınların vajinal duş uygulamasını bıraktıktan sonra alınan smear sonuçlarının karşılaştırılması ve vajinal duş uygulamasının smear sonuçları üzerine olan etkilerinin araştırılması amaçlandı.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.SERVİKSİN ANATOMİSİ

Serviks, Latince'de ‘boyun’ anlamına gelmekte ve uterusun vajina üst bölümü içine doğru uzanan en alt kısmını oluşturmaktadır (10).

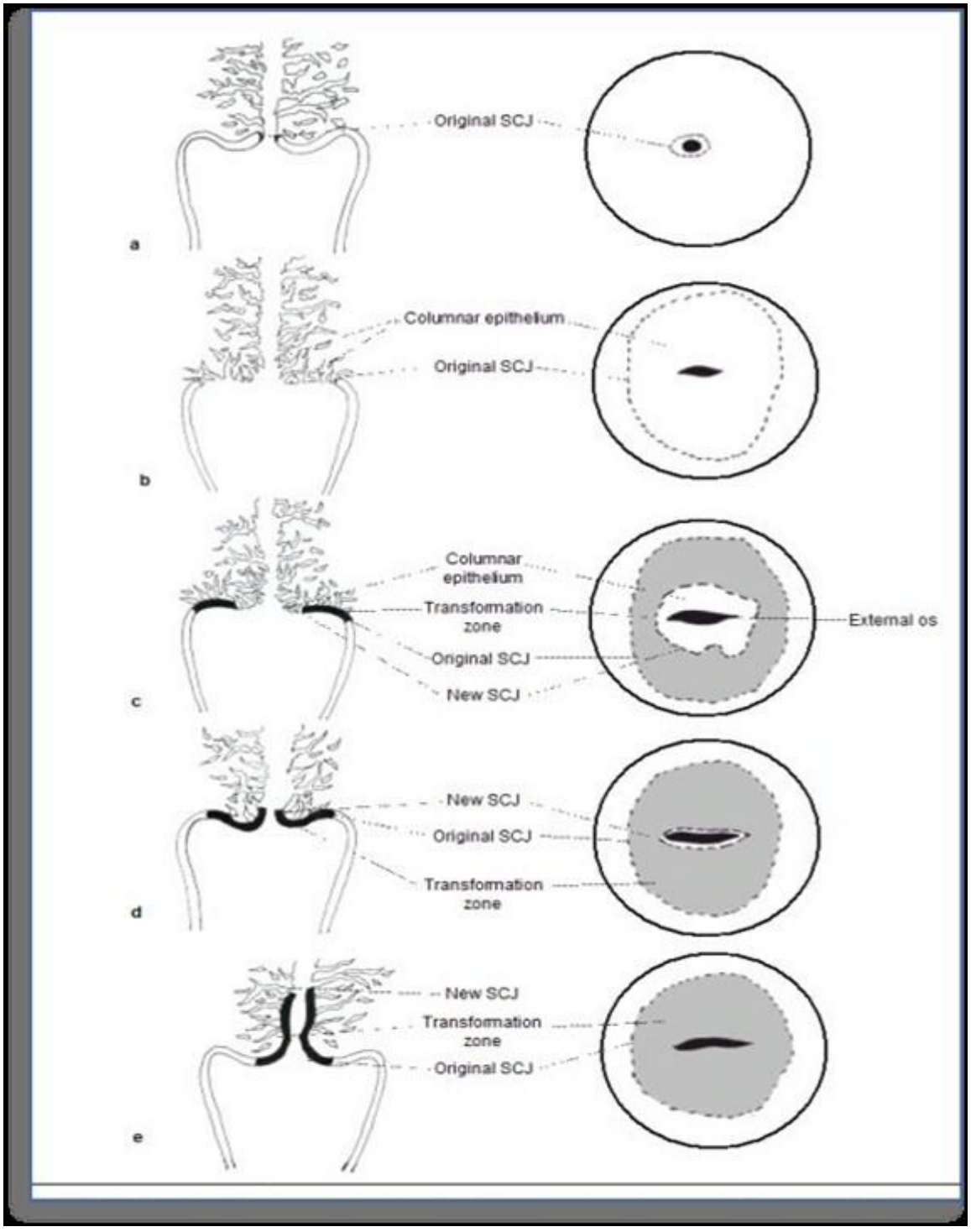
Serviks erişkinlerde, uterusun alt bölümünü oluşturan 3-4 cm uzunluğunda, 2-3 cm çapında silindirik şekilli bir organdır. Kadının yaşına, doğum sayısına ve hormonal durumuna bağlı olarak büyüklüğü ve şekli değişir. Vajinanın içine doğru çıkıntı yapan kısmına ‘portio vaginalis’, vajinanın üstünde kalan kısmına ise ‘portio supravaginalis’ denir. Endoserviksi uçtan uca geçen endoservikal kanal internal os ile uterusa, external os ile vajinaya açılır (11).

Serviksin kanlanması, A. hypogastrica’nın bir dalı olan, A. uterina’nın inen dallarından olur. Serviks ağrı duyusu ve parasempatik liflerini sakral pleksustan alır. Servikal lenfatik drenaj primer ve sekonder grup lenf bezleri ile olur. Primer grup lenf bezleri; parametrial, paraservikal (üretral), obturator, hypogastrik, external iliak ve sakral lenf bezlerinden, sekonder grup lenf bezleri ise inguinal, periaaortik ve commun iliak lenf bezlerinden oluşur. Lenfatik drenajın bu özelliği serviks kanserinin yayılmasında ve tedavisinde önemlidir (12).

2.2. SERVİKSİN EMBRİYOLOJİSİ

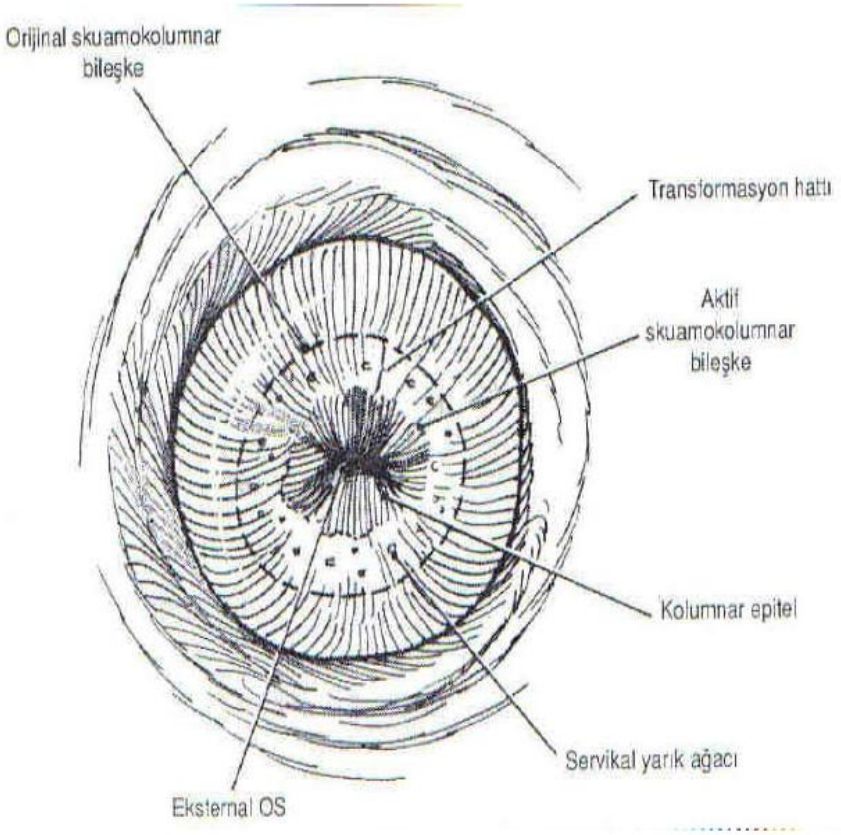
İntrauterin hayatın 6-7. haftalarında müllerian kanalın birleşmesi ile alt genital kanal meydana gelir ve aşağıda ürogenital sinüs ile invajinasyon yaparak birleşir. Serviks ve vajeni oluşturan müllerian kanal kolumnar epitelle döşelidir. İntrauterin 4. ayda vajen ve serviksin kolumnar epiteli skuamöz metaplazi ile skuamöz epitele dönüşmeye başlar (13). Bu dönemdeki kolumnar epitelyum yassı epitel sınırına, orijinal skuamokolumnar junction (SCJ) denir (Şekil 1). Doğumdan sonra (özellikle menarşdan sonra) uyarılara (travma, hormonal faktörler, pH değişiklikleri, enfeksiyonlar vb.) yanıt olarak skuamöz metaplazi oluşur.

Hormonal stimülasyonlarla serviks volümünün belirgin şekilde arttığı, puberte ve ilk gebelik dönemlerinde silindirik epitelyum, os eksternumun dışına çıkarak ektoserviksi örter. Bu olaya ‘ektropion’ denir. Birkaç yıl içinde silindirik epitelin yerini yeniden çok katlı yassı epitel almaktadır. Bu fizyolojik olaya metaplazi denilmektedir (14).



Şekil 1. Skuamokolumnar junction ve transformasyon zonu

Bu yeni oluşmuş sınıra da fizyolojik SCJ denir. Orijinal SCJ ile fizyolojik SCJ arasındaki bu sürekli değişim bölgesine **transformasyon zonu** denir (Şekil 2). Bu bölgede mitotik aktiviteler fazla olduğu için, mutajenik ve karsinojenik etkilere çok hassastır (15). Serviksin prekanseröz lezyonlarının %90'ının bu bölgeden oluştuğu bilinir (15,16).



Şekil 2: Serviks ve transformasyon zonu [8]

Normal Transformasyon Zonu:

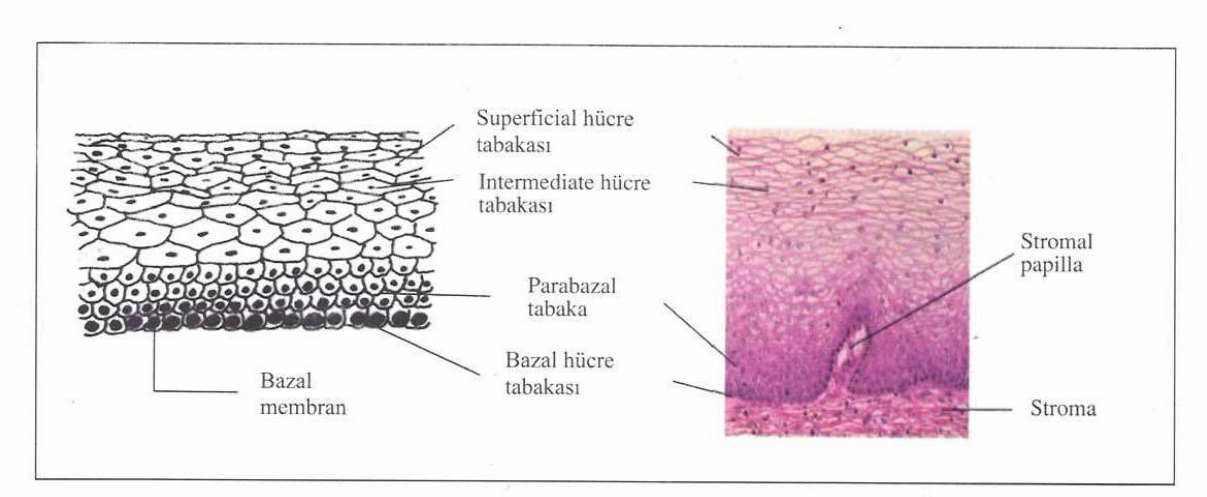
Vajina ve ektoserviksteki orijinal skuamöz epitelyum dört tabakadan oluşur (Şekil 3).

1. Bazal tabaka: Büyük çekirdekli ve az miktarda sitoplazmaya sahip olan tek bir immatür hücreler dizisidir.

2. Parabazal tabaka: Normal mitoz değerlerine sahip olan ve fazla epitelin yenilenmesini sağlayan 2-4 adet immatür hücre dizileridir.

3. Orta tabaka: Daha fazla sitoplazmalı ve hücreler arası bir aralık tarafından ayrılan çok yüzlü hücrelerden oluşan 4-6 adet dizi içerir. Glikojen yapımında farklılıkların oluşturduğu hücreler arası köprüler, ışık mikroskopuyla görülebilir.

4. Yüzeysel tabaka: Glikojenle dolu sitoplazma ve küçük çekirdekli 5-8 sıra basık hücrelerden oluşur. Çekirdek piknotik olur ve hücreler de yüzeyden ayrılırlar. Bu hücreler, Papanicolaou (Pap) testinin temelini oluşturur (14,16,17).



Şekil 3. Ektoserviks skuamöz epitel tabakaları

Servikal Metaplazinin Önemi ;

Servikste metaplazi olayı, yaşamın değişik dönemlerinde ortaya çıkan fizyolojik ve benign bir olaydır. Ancak bugün bilinmektedir ki, servikal neoplaziye götüren tüm değişiklikler, servikal metaplazi sonucu oluşan transformasyon zonunda gelişirler. Yassı epitel metaplazisinin daha başlangıcında, genç metaplastik hücrelerin fagositoz yeteneği vardır. Bunlar vajinada ne bulursa fagosite eder. Bu durumda yassı epitel metaplazisinin

erken dönemleri, hücre değişimi ve servikal neoplazi gelişmesi açısından olayın kaderini belirleyecek en kritik dönemdir. Bu sırada vajinada virüs gibi bir mutajen bulunduğu takdirde, epitelde premalign değişikliklere dönüşme olabilecektir. Bu yeni viral DNA ile birleşmiş metaplastik olay; atipik metaplazi olarak da adlandırılmaktadır.

Atipik metaplastik epitelyum, hücrelerin kendi aralarında şekil, büyüklük, çekirdek ve kromozom içeriği ile epitel diferansiyasyonu açısından farklılıklar göstermesiyle, fizyolojik metaplaziden ayrılır (14).

2.3.SERVİKSİN BENİNG LEZYONLARI

2.3.1.SERVİKAL ENFEKSİYONLAR

Akut ve kronik servikal enfeksiyonlar erişkin yaştaki kadınların %50' den daha fazlasını etkileyen en yaygın jinekolojik hastalıktır (19). Çoğunlukla enfeksiyon (genellikle polimikrobiyal) ve daha az sıklıkla yabancı cisimler, travma, jeller ve kremler gibi kimyasal irritanlar tarafından oluşturulur. Servikste inflamasyon oluşturan enfeksiyon etkenleri şunlardır:

1- Bakteriyel; Gardnerella vaginalis, G. Mobilluncus, Haemophilus ducreyi, Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Escherichia coli, streptococci, staphylococci, peptostreptococcuslar
2- Viral; HPV, HSV
3- Fungal; Candida albicans
4- Parazitik; Trichomonas vaginalis

Kolumnar epitel enfeksiyonlara skuamöz epitelden daha duyarlıdır. Klinik olarak servisit, aşırı akıntı, vulva ve vajinada kaşıntı, ağrı ve cinsel ilişkide yanma hissi ve alt abdominal ağrı gibi belirtilerle ilişkili olabilir. Klinik bulgular; aşırı, renkli (grimsi, grimsi-beyaz, süt kesiği-beyaz, sarı veya yeşilimsi sarı), kötü kokulu veya kokusuz, köpüklü veya köpüksüz

akıntılar, hassas, veziküllü veya vezikülsüz, kırmızımsı serviks, ülserasyonlar ve fibrozisi içerebilir. Kolumnar epitel düzleşmiş görünebilir. Vulvar eritem ve ödem, vulvada, vajinada ve uyluk içleri ile perinede ekskoriasyon işaretleri bulunabilir. Tanıda serviks kültür örnekleri, servikal smear bulguları ve kolposkopi önemlidir (11).

Kronik servisit genellikle bir histolojik tanı olup, hemen bütün multiparlarda ve bir çok nulliparda görülür. Mikroskopik olarak, dokuda plazmositler ve mononükleer hücrelerin yanı sıra, seyrek polimorfonükleer lökositlerin oluşturduğu yaygın bir subepitelyal iltihabi hücre infiltrasyonu görülür (20).

HPV ektoserviksi enfekte edebilir. Tranformasyon zonunun içinde veya dışında olabilen sınırları belirgin olmayan lezyonlardır. Diğer bir görünümü parlak, beyaz, kabartılı lezyonlar şeklindedir. HPV olduğu düşünülen olgulardan biyopsi alınmalıdır. Histolojik görünümü koilosittir. 100 den fazla HPV tipi saptanmış olup, tipik olarak servikste tip 6 veya 11 bulunur. HPV tipleri malign (16, 18, 31, 33, 35) ve benign (6 veya 11) olarak sınıflandırılabilir (10).

2.3.2. SERVİKAL POLİPLER VE KİSTLER

Endoservikal polipler serviksin en sık rastlanılan benign tümörleridir (10). Malign değişiklik insidansı %1'den az olup en sık skuamöz karsinom, daha az sıklıkta da adenokarsinom gelişir (19) Servikal polipler endoservikal kıvrımların epitelyum ve substantia propria ile birlikte odak halindeki hiperplastik kabartıları olarak kabul edilirler (10).

Servikal poliplere daha çok 40-60 yaşları arasında ve çok doğurmuş kadınlarda rastlanır. Bunlar bol akıntı ve anormal kanamalara neden olabilirler. Klinik olarak servikal polipler yüzeyleri düzgün veya lobüllü olan, artmış damarlanma nedeniyle kırmızı gözüken, yuvarlak veya uzunca oluşumlardır. Poliplerin hemen hepsi tektir ve çapları birkaç milimetreden 2-3 cm ye kadar değişir. Nadir olarak dev boyutlara ulaşabilir, introitusdan dışarıya uzar ve karsinoma benzer (21). Bunun ayrımı polipin sapında karsinom olup olmaması ile yapılır. Tedavide polip forseps ile çıkarılır. Beraberinde olabilecek endometrial

hiperplazi ve endometrial polip gibi patolojilerin değerlendirilmesi için endometrial örnekleme yapılmalıdır (10).

Servikal kistlerden en sık görüleni Naboth Kistleridir. Bu kistler, servikal kripta ağızlarının travma, fibrozis veya dökülmüş bir epitel kümesi ile tıkanması sonucu ortaya çıkan küçük retansiyon kistleridir. Multiparların çoğunda görülür. Silindirik epitelle döşeli olup, mukus içerirler. Diğer kistler arasında embriyolojik kalıntı kistleri ve endometriotik kistler sayılabilir (20).

2.3.3. SERVİKAL LÖKOPLAKİ (HİPERKERATOZ)

Keratoza bağlı olarak servikste (asetik asit uygulanmasından önce) bulunan, çıplak gözle görülebilen iyi sınırlı beyaz alanlardır. Genellikle idiopatiktir, ancak kronik yabancı cisim irritasyonu, HPV enfeksiyonu veya skuamöz neoplazi tarafından da oluşturulabilir (11).

2.3.4. SERVİKAL LEİOMYOM

Uterusun tüm myomlarının %8'i servikal kaynaklıdır. Makroskopik ve mikroskopik olarak korpustakilere benzerler (10). Serviksin tek taraflı büyümesine neden olur veya kanaldan dışarı uzanırlar (vajene doğmuş myom). Komşu organlara bası yaparak kabızlık, sık idrara çıkma ve retansiyon gibi semptomlara neden olurlar, Gebelikte distosi nedenidirler.

2.4. SERVİKSİN PREMALİGN LEZYONLARI

2.4.1. SERVİKAL İNTRAEPİTELYAL NEOPLAZİ (CIN)

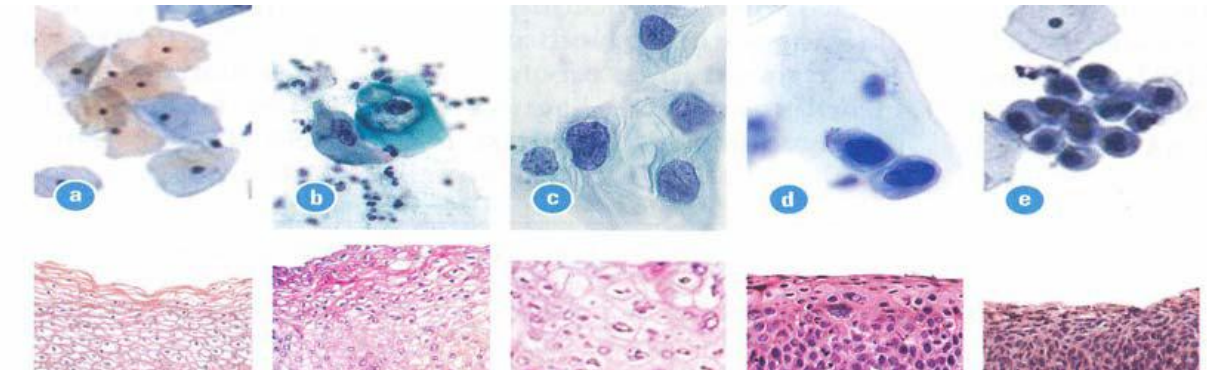
Terminoloji ve Tarihçesi:

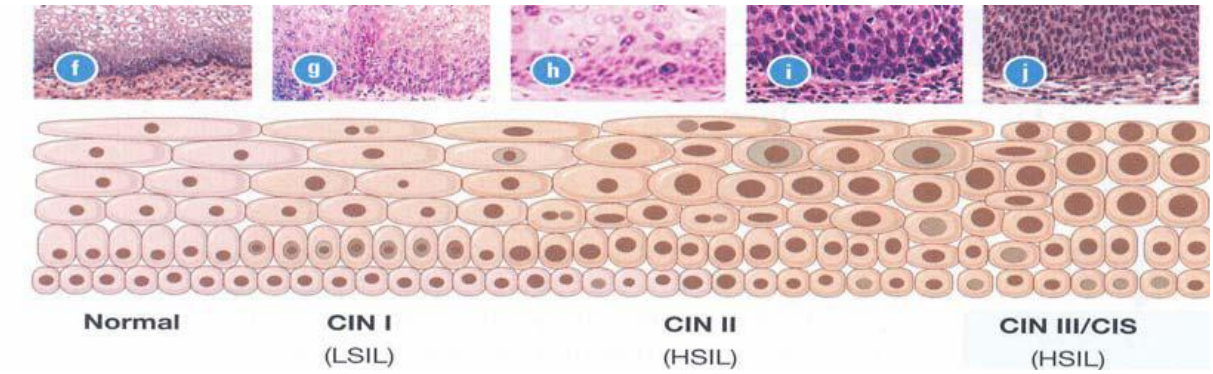
1900 yılında Cullen uterus kanseri ile ilgili eserinde ilk kez invaziv olmayan lezyonlara dikkat çekmiştir. Sonraları Schaueristein (1908), Pronai (1909), ve Rubin (1910) süperfisial metaplastik epitelin yassı epitel hücreli karsinomanın erken evresi olduğuna karar vermişlerdir. 1927 yılında Schiller preinvaziv neoplazi kavramını desteklemiştir. Broders 1932 yılında karsinoma insitu (CIS) terimini kullanmıştır (10,22). 1949 yılında Papanicolaou tarafından invaziv kansere progresyon gösterecek lezyonları belirlemek için ‘’displazi’’ terimi tanımlanmıştır. İnvaziv kansere dönüşme potansiyeli olmayan lezyonlar; bazal hücre hiperplazisi, rezerv hücre hiperplazisi, immatür skuamöz metaplazi ve matür skuamöz metaplazi gibi benign fizyolojik durumlardan oluşur. Malign potansiyel taşıyan grupta displazi ve karsinoma in situ yer alır. Displazi hafif, orta ve ağır derecelere ayrılır. Daha sonra, 1968 yılında Richart ve Barron tarafından displazi sınıflaması modifiye edilerek, invaziv karsinom ile ilişkili lezyonların hepsi ‘’Servikal İntraepitelyal Neoplazi’’ (CIN) olarak tek ortak kategoriye alınmıştır (14).

Böylece CIN hafif displazi olarak klasifiye edilen iyi diferansiye bir neoplaziden başlayıp, invaziv karsinomla sonlanan intraepitelyal değişikliklerin bir spektrumudur. WHO, displaziyi ‘’epitelin kalınlığının değişen oranlarında atipi gösteren hücrelerle yer değiştirdiği bir lezyon‘’ olarak tanımlar.

Yapılan moleküler çalışmalarda, displastik hücrelerin CIS’ teki hücrelerle gerçekte aynı yapıda olduğu ve benzer derecede kromozomal anormallikler gösterdiği belirtilmiştir. Yaklaşık CIS olgularının %50 oranında invaziv karsinoma progresyon gösterdiği ve %25 displazi vakasının sonuçta invaziv karsinoma dönüştüğü belirtilmiştir. Dolayısıyla displazi zararsız görülüp bırakılmamalıdır. Displazik lezyonlar CIS’ e dönüşmeden de invaziv karsinom geliştirebilir (23).

İntraepitelyal neoplazinin belirgin özellikleri; hücresel immatürite, hücresel düzensizlik, nükleer anormallikler ve altta yatan mitotik faaliyetlerdir. Mitotik faaliyetlerin, immatür hücre proliferasyonunun ve nükleer atipi kapsamı neoplazi derecesini belirler. Lezyonların çoğu transformasyon bölgesinden gelişir. Anormal lezyonların gelişimi; epitelyumin alt 1/3'ünde sınırlı ise CIN1, alt 2/3 'ünde ise CIN 2, epitelyumin tamamına yakınını tutmuş ise CIN 3, tamamını içeriyorsa CIS olarak adlandırılır. Bütün lezyonlarda bazal membran sağlamdır (10) (Şekil 4).





Şekil 4. Servikal intraepitelyal neoplazi dereceleri

CIN lezyonlarının takibinde, lezyonların bazıları regrese olup gerileyebileceği gibi, bazıları da progresyon gösterip invaziv kansere ilerleyebilir. İnvazyon potansiyeli her aşamada mevcuttur ve kademeli olarak progresyon gösterebileceği gibi direkt olarak invaziv karsinomaya ilerleyebilir. Ancak CIN 1 'in karsinomaya progresyonu sadece %1'dir (10). CIN lezyonlarının regresyon, persistans ve progresyon oranları Şekil 5'te gösterilmiştir.

	Regresyon	**Persistans**	**Progresyon**	
			CIN 3	İnvaziv kanser
CIN 1	60	30	10	<1
CIN 2	40	35	20	5
CIN 3	30	48	-	22

Şekil 5. Servikal displazinin doğal süreci (24)

Servikal intraepitelial neoplazide risk faktörleri:

1- İlk koitusun erken yaşta olması

2- Daha önce birçok kişiyle ilişkide olan biriyle beraber olma

3- Önceden geçirilen veneryal hastalık

4- Sigara

5- Düşük sosyoekonomik durum

6- Servikal HPV enfeksiyonu anamnezi

7- Anamnezde CIN bulgusu

8- Anamnezde vulvar intraepitelial neoplazi (VIN) (14).

Servikal intraepitelial lezyonlarda tanı yöntemleri (10);

1- Sitoloji

2- Servikografi

3- Kolposkopi

4- HPV tiplemesi

5- Kolposkopi eşliğinde biyopsi

6- Polar prop

7- Mikrokolipohisteroskopi

8- Spekülоskopi

9- Endoservikal küretaj (ECC)

10- Konizasyon

Servikal preinvazif lezyonları genellikle asemptoratik olup rutin jinekolojik muayene sırasında saptanmazlar. Çok ender olarak postkoital kanamaya neden olabilirler. Servikal preinvazif lezyonların saptanması günümüzde kolposkopi ile mümkündür.

Tarama yöntemi olarak uygulanan sitoloji de bize yol gösterir (10). Sağlıklı asemptomatik kadınlarda serviksin preinvazif hastalıklarını eksfolyatif sitoloji ile saptamak

büyük ölçüde mümkün olmaktadır. Bu amaçla eksfolyatif sitoloji tarama yöntemi olarak kullanılmaktadır. Pap smear ucuz, uygulanması kolay, ağrısız ve oldukça güvenilir bir yöntemdir. Pap testin özgüllüğü değişmez bir kelilde yüksektir ve yaklaşık %98 dir. Ancak duyarlılığı daha düşük ve değişken olarak olarak hesaplanmaktadır (16). Pap smearın değerlendirilmesinde papanicolaou, CIN ve Bethesda sınıflamaları kullanılmaktadır. (Şekil 6)

Class I	Normal
Class II	Atipik inflamasyon ve uterin hücreler
Class III	Displastik hücreler (hafif, orta, ağır)
Class IV	Karsinoma in situ
Class V	Malign hücreler. İnvaziv kanseri destekler (skuamöz ya da adenokanser)

Şekil 6. Papanicolaou sınıflaması (10)

1988 yılında Ulusal Kanser Enstitüsünün Bethesda Maryland' da yaptığı toplantı sonucunda sitolojik raporlama için Bethesta sistemi geliştirilmiştir. 2001 yılında bu sınıflama değiştirilerek Bethesta 3 sistemi geliştirilmiştir (25). 6-8 Eylül 2001'de ASCCP (American Society for Colposcopy and Cervikal Pathology) Ortak Görüş Konferansı Bethesta Maryland'da yapılmış, destekleyici kanıtlarla birlikte yönergeler sunulmuş, tartışmaya, gözden geçirmeye ve düzenlemeye tabi tutulmuştur (26). Bethesta sistemi terminolojisi servikal neoplazinin ve servikal tarama teknolojisinin biyolojik olarak anlaşılmasında önemli ilerlemeleri yansıtmaktadır (25).

Bu sisteme göre premalign squamöz lezyonlar 3 kategoriye ayrılır (27):

1- Atipik squamöz hücreler (ASC)

a) ASC-US. önemi belirlenemeyen grup

b) ASC-H: Yüksek gradeli lezyonların ekarte edilmesi gereken grup

2- Düşük gradeli squamöz İntraepitelial lezyonlar (LSIL)

3- Yüksek gradeli squamöz İntraepitelial lezyonlar (HSIL)

Bethesda sistemi, Papanicolau sistemi ve CIN sisteminin karşılaştırması şekil 7' de gösterilmiştir (17).

Sitolojik Sınıflama Sistemlerinin Karşılaştırılması

Bethesda Sistemi	Displazi / CIN sistemi		Papanicolau sistemi
Normal sınırlarda	Normal		I
İnfeksiyon (organizma tanımlanmalı)	*İnflamatuar atipi* (organizma)		II
Reaktif ve reperatif değişiklikler			
Skuamöz hücre anormallikleri			
Önemi belirsiz atipik skuamöz epitel hücreleri (ASCUS)	Skuamöz atipi		IIR
Düşük grade skuamöz intraepitelyal lezyonlar (LGSIL)	HPV atipi		IIR
	Hafif displazi	CIN 1	III
Yüksek grade skuamöz intraepitelyal lezyonlar (HGSIL)	Orta derecede displazi	CIN 2	III
	Şiddetli displazi	CIN 3	III
	Karsinoma in situ		IV
Skuamöz hücreli karsinom	Skuamöz hücreli karsinom		V

Şekil 7. Bethesda sistemi, Papanicolau sistemi ve CIN sisteminin karşılaştırması (17)

Adenokarsinoma in situ (AIS):

Adenokarsinoma in situ (AIS) histolojik olarak invazyon yapmayan fakat yüksek derecede atipi gösteren silindirik epitel olarak tanımlanmaktadır (14). Etiyolojisinde squamöz kanserde olduğu gibi HPV enfeksiyonunun önemli rol oynadığı kabul edilmektedir.

AIS tipik olarak yassı-silindirik epitelyum sınırının hemen proksimalinde lokalizasyon gösterir ve servikal kanal içerisinde yayılır (14).

AIS' in ortalama görülme yaşı 36-42'dir. İnvaziv durumlar bunlardan ortalama 5-10 yıl sonra ortaya çıkarlar. Hastalık kadınların pek çoğunda semptomsuzdur. Postkoital kanama veya intermenstrüal veya postmenopozal kanamaya neden olabilir (14).

Lezyonun lokalizasyonu nedeniyle kolposkopik tanı zordur. AIS'ın tanısında en efektif yöntem sitolojidir. Endoservikal aspirasyon etkili bir yöntemdir. Tedavide en etkili yöntem histerektomidir. Çocuk doğurmak isteyen kadınlarda konizasyon uygulanır (14).

2.4.2. İNVAZİV SERVİKAL KARSİNOM

Öncü lezyonların etraf dokulara yayılmaya başlaması, kısaca invaziv kansere dönüşmesi, yıllarca sürebilen sessiz bir aşamadan sonra başlar. Kanserleşme epitelyum sınırlarını aşarak stromaya yayılmaya başlar. Bağ dokusu içinde kordonlar halinde ilerleyen karsinom, sonunda lenf ve ufak venalara asılır. İnvazyon yapan hücre kordonlarının sayısı artar, dallanır, budaklanır (28). Ülkemiz koşullarında invaziv serviks kanserlerinin %65'i 40-60 yaş grubunda görülmektedir (29). Yaş ile hastalığın derecesi arasında da ilişki vardır. Displaziler 20-34 yaş grubunda, karsinoma in sitü 25-40 yaş grubunda, mikroinvazif kanser 45-54 yaşları arasında, klinik kanserler ise 65-69 yaşları arasında en sık görülür. Adenokanserlere yassı epitelyum kanserlerinden 5 yıl sonra rastlanır (29).

Servikal karsinomun histolojik tipleri (10) :

1) Skuamöz hücreli karsinomlar: serviks maling lezyonlarının %85-90'ı

2) Adenokarsinomlar: serviks kanserlerinin yaklaşık %10-15'.

3) Küçük hücreli ve berrak hücreli karsinomlar

4) Serviksin sarkom, lenfoma ve melanomları.

Serviks kanseri risk faktörleri (29):

1- Irk (zencilerde daha sık)

2- Çok eşlilik veya partnerin çok sayıda kadınla ilişki kurması

3- Cinsel temasın 20 yaşından önce başlaması

4- İlk gebelik yaşının erken olması

5- Düşük sosyoekonomik düzey

6- Tip 2 HSV enfeksiyonu

7- HPV enfeksiyonu

8- HIV enfeksiyonu

9- Sifilis, clamidya, trichomonas

10- Sigara kullanımı

11- Oral kontraseptif kullanımı (adenokanser)

12- Multiparite

13- Tekstil sanayinde çalışan kadınlar

14- Beta karoten eksikliği, vitamin C eksikliği

15- Sperm DNA'sı

16- İmmun supresyon

Serviks kanserinde klinik ve semptomlar:

Hücresel aşamada iken herhangi bir semptom göstermez. Erken dönemde çok hafif, sızıntı halinde, kirli bir kanama vardır. Bu siklus dışı bir ara kanamasıdır. Cinsel birleşmeler sırasında, defekasyon sırasında, leke halinde kan gelebilir (kontakt kanaması). Özellikle menopoza girmiş kadınlarda ağrısız hafif kanamalar kuşku uyandırmalıdır. Sarı, kirli, pis kokulu, et suyu gibi renkli, ara sıra kanla bulaşık bir akıntı başlar. Ağrı yoktur (28). Geç dönemde kanser collum uteri sınırını aşınca, komşu doku ve organlara yayılmaya başlayınca ağrılar başlar. Başlangıçta pelvis içi, künt ağrılardır. İnfiltrasyon kitlesi plexus sacralisin sinir dallarını baskı altına almaya başlayınca, ağrılar alt extremitelere vuran şiddetli siyataljiye dönüşürler. Uzak metastazlar varsa ağrı çok şiddetli ve değişik lokalizasyonludur (28). Parametrium ve bölgesel lenf bezlerinde infiltrasyon arttıkça, lenf dolaşımı zorlaşır, alt extremitelerde ödem başlar. Üreterlere bası sonucu hidroüreter, hidronefroz ve üremi gelişir. Öldürücü kanamalar oluşabilir. Vajenle vesica ve rektum arasında fistüller oluşabilir (18). Serviks kanserine ölüm sebepleri üremi, enfeksiyon ve kanamadır (28). İnvazyon, komşu dokulara doğrudan yayılma, lenf ve kan yolu ile olur. Serviks kanserinde direk ve lenf yoluyla yayılma ön planda gelir. Kan yoluyla yayılma ancak son aşamalarda görülebilir.

Serviks kanseri TNM sistemine ve FİGO'ya (International Federation of Gynecology and Obstetrics) göre sınıflandırılabilir. (Şekil 8 ve Şekil 9)

T (Primer Tümör)	N (Regional lenf bezleri)	M (Uzak metastazlar)

To Carcinoma in situ	Nx palpasyonla lenf bezlerine ulaşılamaz.	Mh uzak metastaz yok
T1 __T4 Figo'nun I-IV stadiumların karşılığıdır.	No klinik ve teşhis yöntemleriyle negatif bulgu	M1 pelvis dışında klinik ya da radiografik metastaz belirtileri
	N1, N2 lenf bezleri giderek yükselen ölçüde infiltre	

Şekil 8. TNM sistemine göre serviks kanseri klasifikasyonu (28)

Evre 0		İn situ karsinom: intraepiteliyal karsinom	
Evre 1		Karsinom serviksde sınırlıdır.	
	Evre Ia	Sadece mikroskobik olarak saptanabilen invaziv kanser	
		Evre Ia1	Stromal invazyon ≤3mm derinliğinde ve <7mm genişliğinde
		Evre Ia2	Stromal invazyon >3mm ve ≤5 mm derinliğinde ve <7mm genişliğinde
	Evre Ib	Klinik olarak görünsün / görünmesin, Evre Ia2' den geniş yayılım gösteren lezyonlar	
		Evre Ib1	tümör çapı ≤4 cm
		Evre Ib2	tümör çapı >4 cm
Evre II**		Karsinom kollumu aşmış ancak pelvis duvarına ulaşmamıştır, vaginaya ulaşmış ancak 1/3 alt kısmı tutmamıştır.	
	Evre IIa	Parametriyal invazyon yok	
	Evre IIb	Parametriyal invazyon var	
Evre III		Karsinom pelvis duvarına ulaşmıştır. Rektal tuşede tümör dokusu ile pelvis duvarı arasına girilemez. Tümör vagina 1/3 alt kısmını da içermektedir. Hidronefroz ve non-fonksiyone böbrek bu evreye girer.	
	Evre IIIa	Karsinom pelvis duvarına ulaşmamıştır.	
	Evre IIIb	Pelvis duvarı tutulmuştur ve / veya hidronefroz veya nonfonksiyone böbrek	
Evre IV		Karsinom gerçek pelvisi aşmış veya rektum ya da mukozasını klinik olarak tutmuştur. Ancak mukozada mevcut büllöz ödem Evre IV için yeterli değildir	
	Evre IVa	Komşu organlara yayılım	
	Evre IVb	Uzak organ yayılımı.(9)	

Şekil 9. Servis Kanseri Evrelemesi (FİGO) (24)

Serviks Kanserinde Tanı:

Serviks kanserinin öncü lezyonlar aşamasında tanı ve tedavisinin hayati önemi vardır. Ne yazık ki bu dönemde çıplak gözle ve tuşe ile tanı imkanı yoktur. Kanser, klinik kansere dönüştükten sonra alınan tedavi sonuçlarının ise tüm teknik incelemelere rağmen hala yüz güldürücü olmaktan uzak olduğu da bir gerçektir. Serviks karsinomu ile savaşta en etkili yöntem kanserleşmeyi hücre içindeyken yakalamak ve klinik kansere dönüşmeden önlemektir. Bu dönemde iyileşme %100 dür (28). Bu nedenle tüm kadınlar cinsel hayatın başlangıcından itibaren tarama programına dahil edilmelidir. Dünyada ve Türkiye'de serviks kanseri taraması için kabul edilen en popüler yöntem Pap smear testi ile sitolojik taramadır.

İntraeptelial neoplazi döneminde teşhis (28):

1-Vajinal sitoloji

2-Kolposkopi

3-Schiller'in iyod denemesi

4-Biyopsi materyalinin patolojik incelemesi

Serviks Kanserinde Tarama:

Serviks kanseri tüm dünya çapında kadınlarda meme kanserinden sonra en sık görülen kanser olup (%11,6), yılda 493000 yeni hasta ile karşılaşılmaktadır (16, 30). Olguların %75'i az gelişmiş ülkelerdedir ve insidansın en düşük ve en yüksek olduğu ülkeler

arasında yaklaşık 20 kat fark vardır. Örneğin yaşamı süresince bir kadında servikal kanser gelişme riski İngiltere de 1/116 iken, Güney Afrika da 1/26 dır. (31,32)

Türkiye' de ise her yıl 1364 yeni hasta ile karşılaşılmakta ve 726 hasta serviks kanseri nedeni ile kaybedilmektedir. Türkiye'de tüm kadınlarda sekizinci, 15-49 yaş kadınlarında ise yedinci en sık görülen kanser türüdür (30). Dünya çapında ön sıralarda yer alan servikal kanser oranının azaltılması için bu hastalığın ortaya çıkmadan etkili bir tarama programı ile saptanması ve önlenmesi düşünülmüştür (31,32). Başarılı bir tarama programı için bazı ön şartlara gereksinim vardır.

Tarama testlerinin uygulanabilmesi için hastalıkla ilgili olması gereken kriterler şunlardır:

1-Hastalık sık görülen ciddi bir hastalık olmalıdır.

2-Tanınabilen erken veya latent dönemi olmalıdır.

3-Hastanın doğal seyri iyi anlaşılmalıdır.

4-Tanı konulan hastalarda uygun tedavi yöntemi yapılabilmelidir.

5-Erken dönemde yapılan tedavi uzun dönemde prognozu olumlu etkilemelidir. Tarama testlerinin uygulanabilmesi için test ile ilgili olması gereken kriterler:

1-Spesifite ve sensitivitesi yüksek olmalıdır.

2-Ucuz ve basit olmalıdır.

3-Hasta tarafından kabul edilebilir olmalıdır.

4-Toplumun geniş kesitlerine uygulanabilir olmalıdır.

5-Yan etki minimal olmalıdır (10).

2.5. PAP SMEAR TESTİ

Servis kanseri insidansı ve mortalitesindeki azalmanın en önemli nedeni Pap smear tarama testidir. Dr.George Papanicolaou ve Jin.Dr.Herbert Traut tarafından 1928 yılında tanımlanmıştır. Tüm kanserler icerisinde en iyi tarama testidir. 1950'den beri servikal kanser insidansını %79, mortaliteyi %70 oranında azaltmıştır. Tanı koydurmaz. Displazi ve kanser için riski belirler. Bu test ile serviksten alınan materyalde hücresel değişiklikler izlenmektedir (33). Pap smear konusunda standardizasyon, 2000 yılında ortaya konan Amerikan Sitopatoloji Derneği (American Society of Cytopathology) kriterleri ile sağlanmış olup, bu kriterlerin uygulanması daha uygun teknikle smear alınmasını ve dolayısıyla yanlış negativite oranının düşmesini sağlayacaktır (33).

Amerikan Derneği Sitopatoloji Kriterleri (31):

1-Pap smear son adet tarihinden 10-18 gün sonra alınmalıdır.

2-Testten önceki 48 saat içinde

a) vajinal duş

b)vajinal tampon, vajinal kontraseptif ajanlar veya ilaçlar kullanımı olmamalıdır.

3-Pap smear ile birlikte hastanın;

a) adı soyadı (son 5 yıl içinde değişiklik varsa belirtilmelidir)

b) yaşı ve/veya doğum tarihi

c) menstruel durumu (son adet tarihi, histerektomi, gebelik, postpartum, hormon replasman tedavisi)

d) önceki anormal sitoloji veya biopsi sonuçları, önceki tedaviler veya cerrahi girişimler

e) risk durumu

f) örneğin alındığı yer (serviks, vajen) belirtilmelidir.

4-Steril veya tek kullanımlık spekulum kullanılmalıdır

5-Lubrikan kullanılmamalıdır (kayganlaştırıcı olarak ılık su kullanılabilir)

6-Hücrelerin spatula üzerinde kalmaması amacıyla tahta spatula veya pamuklu çubuk yerine plastik spatula kullanılmalıdır

a) ilk olarak spatula ile vajen ve ektoserviks örneği alınmalıdır.

-spatula 360° dönüşle kullanılmalıdır

b) smear alınan sahanın dışında şüpheli bölge varsa, bu bölgeden ayrıca smear alınır

c) daha sonra fırça ile endoserviks örneği alınmalıdır

-transformasyon bölgesi tam olarak görülmelidir

-fırça 45-90° dönüşle kullanılmalıdır

d) uzunluğu boyunca camın yarısına fırça ile örnek yayılmalı, daha sonra camın diğer yarısına fırça yuvarlanarak örnek yayımına devam edilmelidir

e) örnek yayımı sırasında fırçanın aşırı basıncı veya ileri geri farklı yönlere hareketlerinden kaçınılmalıdır

f) smear hemen fikse edilmelidir.

7)Süpürge tarzı fırçalarla hem ektoserviks, hem de endoserviks örneği alınabilir

a) fırça 360o ve 5 tur dönüşle kullanılmalıdır

b) uzunluğu boyunca cam üzerine fırçanın uzun aksı paralel olacak şekilde önce bir yüzü daha sonra aynı trase boyunca diğer yüzü üzerindeki hücreler yayılır

8) Fiksasyon sprey ile yapılıyorsa

a) bu amaçla üretilmiş spreyler kullanılmalıdır

b) saç spreyi kullanılmamalıdır

c) sprey camdan 15-25 cm uzaklıkta kullanılmalıdır

9) VCE (vajinal-servikal-endoservikal) preparatlarda, vajinal, ektoservikal ve endoservikal örnekler aynı cama yan yana yayılır

10) Vajinal ve ektoservikal örnekler aynı preparat üzerine yayılabilir ve endoservikal örnek ayrı bir preparata hazırlanabilir

11) Tek preparat – çift preparat arasında maliyet ve işgücü dışında, medikal açıdan üstünlük yoktur.

2.6. VAJİNAL DUŞ

Vajinal duş vajenin su veya diğer solüsyonlarla yıkanması olarak tanımlanmaktadır ve tüm dünyada yaygın geleneksel bir uygulamadır (1,2). Vajinal duş hakkında sınırlı veri olmasına rağmen bazı grup ya da kültürlerde yaygın olduğu ileri sürülmektedir. Pek çok ülkede (gelişmiş, gelişmekte olan) kadınlar, kişisel temizlik, estetik, yakınmaları azaltmak, gebelikten korunmak vb. gibi amaçlar ile vajinal duş yapmaktadır (1,3). Kadınlar vajinal duşun genital hijyeni sağladığına inanmaktadır (1,2). Müslüman ülkelerde temizlik, estetik vb. nedenlerin yanı sıra, dini nedenle vajinal duş yapma durumu ile sıklıkla karşılaşılmaktadır (6). "Gusül" abdesti sırasında kadınlar genellikle vajinal duş yapmaktadır.

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ulusal Nüfus Sağlık Araştırması'nda 1988 ve 1995 yılları arasında vajinal duş uygulama sıklığında bir azalma olduğu, ancak halen vajinal duş özellikle Afrika kökenli Amerikalı kadınlar arasında yaygın bir uygulama olduğu vurgulanmaktadır (3).

Ülkemizde vajinal duş ile ilgili yapılan çalışmalarda sıklığı %50,2-63,2 olduğu bildirilmektedir (6,34,70). Yılmaz ve arkadaşlarının hemşire grubunda yaptıkları bir diğer çalışmada, bugüne kadar hiç vajinal duş uygulaması yapmayanların oranının %22, düzenli vajinal duş uygulayanların oranının %49, seyrek olarak vajinal duş uygulayanların oranının ise %29 olduğu bildirilmektedir (35).

Cinsel ilişki sonrası vajinal duş yapan kadınların oranı ise %59-68,4 arasındadır (36,37,38). Ulusal Aile Büyüme Araştırması (National Survey of Family Growth-NSFG) 1988 verilerinde, Amerika Birleşik Devletleri'nde 15-44 yaş grubunda yer alan kadınların % 37'sinin düzenli olarak ve en az haftada bir kez vajinal duş yaptığı (39), NSFG 1995 verilerinde ise bu oranın % 27 olduğu bildirilmektedir (40).

Vajinal duş yapılma zamanı genellikle cinsel ilişki sonrası, adet sonrası, vajinal akıntı yakınması olduğu zamanlardır. Kadınların vajinal duş uygulamasını sağlıklı, hijyenik olmak için bir zorunluluk olarak gördükleri, adet sonrası, cinsel ilişki öncesi ve sonrası, kötü kokuyu önlemek, akıntı, kaşıntı gibi yakınmaları azaltmak, daha seyrek olarak da gebelikten ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için vajinal duş yaptıkları, vajinal duş uygulamasına başlamada anne, arkadaş, sağlık personelinin etkili olduğu bilinmektedir. Vajinal duş uygulamasında kültürel ya da dini değerlerin etkili olduğu bilinmektedir (41).

Vajinal duş; kadın vücudunu, menstruasyonu ve cinsel ilişkiyi kirli olarak tanımlayan kültürlerde yaygın olarak görülebilir. Çünkü vajinal duş, cinsellik, kişisel hijyen, sağlık ve hastalık inançlarıyla ilgili sosyo-kültürel değerlerden etkilenmektedir (41). Türk kültüründe kadınlar menstruasyonu kirlenme olarak isimlendirirler. Evli kadınlar cinsel ilişkiye girdikten sonra vajinada bulunan seminal sıvı nedeni ile kendilerini kirlenmiş olarak tanımlarlar (42). Tüm bu inançlar vajinanın kirli olarak algılanmasına neden olmaktadır. Bu nedenle kadınlar kendilerini temiz olarak hissetmek için vajinal duş uygulamaktadırlar (42).

Sıklıkla vajinal duş için su, su ve sabun kullanılırken, ev yapımı ürünlerin dışında ticari pek çok ürünün de vajinal duş amaçlı kullanıldığı bilinmektedir. İlk olarak, dini nedenli uygulama, temizlik amaçlı uygulamadan sonra ikinci sırada yer almaktadır (6). Yine dini olarak tuvalet sonrası su ile taharetlenme alışkanlığının ülkemizde yaygın olması, tuvalet sonrası vajinal duş yapma alışkanlığı ile birleşince, daha da korkutucu bir duruma neden olmaktadır. Vajinal duş yapan kadınların, beşte birinin tuvalet sonrasında vajinal duş yaptıkları saptanmıştır (6). Tuvalet sonrası su ile anal bölgesini yıkayan kadın aynı kirli el ile ne yazık ki vajinal duş yapmaktadır.

Yapılan araştırmalar; yaş, eğitim, etnik köken ve sosyoekonomik statünün vajinal duş yapma sıklığını etkilediğini göstermektedir (39,40,43).

Vajinal duşun sağlık üzerine etkileri son 30 yılda vajinal duş ve sağlık üzerine etkilerini ortaya koymaya yönelik pek çok bilimsel araştırma yapılmıştır. Bu çalışmaların

bugün için vardığı son nokta; vajinal duş normal vajinal florayı bozmakta ve aşağıdan yukarıya pek çok patojen mikroorganizmayı taşıması nedeniyle pek çok sağlık sorununa neden olmaktadır (1,44).

Vajinal flora başlıca laktobasillus adı verilen organizmalardan oluşmaktadır. Bu organizmalar glikojeni hidrojen peroksite dönüştürerek vajinal pH'ın asidik (3,8-4,2) özellikte olmasını sağlamaktadırlar. Asidik pH, vajinal florayı enfeksiyonlara karşı koruyan bir savunma mekanizmasıdır. Vajinal duş yapıldığında ise; kullanılan solüsyonlar vajinal pH'ın asidik dengesini bozmaktadır. Ayrıca vajinal duş normal florada bulunan laktobasillusların sayısını ve niteliğini değiştirerek yerini patojen mikroorganizmaların almasına neden olmaktadır (45). Bu durum kadınları genital yol enfeksiyonlarına yatkın hale getirmekte ve alt genital yoldaki enfeksiyonların üst genital yola çıkmasına neden olmaktadır.

Vajinal duşun; vajinal flora üzerindeki etkilerinin değerlendirildiği bir çalışmada, saline ya da asetik asit solüsyonuyla vajinal duş yapan kadınlarda vajinal florada bulunan bakterilerin yapı ve sayısında 10 dakika içinde azalma olduğu ve floranın vajinal duş yapılmadan önceki seviyeye gelmesi için 72 saatin geçtiği bulunmuştur (5). Bununla birlikte povidon iyot gibi bakterisidal bileşiklerin kullanılmasının laktabasillusları baskılayan patojen organizmaların aşırı çoğalmasına izin veren kısa ve uzun süreli değişikliklere yol açtığı da bulunmuştur (46). Monif ve ark., povidon iyotun vajinal flora üzerinde hemen, fakat kısa süreli değişikliklere neden olduğunu ve floranın dört saat içinde sayıca ve yapıca yeniden yapılandığını bilirmektedir (47).

Vajinal duş ile ilişkili olduğu bilimsel olarak kanıtlanmış sağlık sorunlarının başında pelvik enflamatuvar hastalık (PID) ve buna bağlı olarak gelişen sağlık sorunları, ektopik gebelik (1,48,49), fertilitenin azalması ya da infertilite, AIDS dahil olmak üzere artan cinsel yolla bulaşan hastalık riski, bakteriyel vaginosis, erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve serviks kanseri gelmektedir. (1,49-60)

Zhang ve ark.'nın (57) meta-analizlerinde, vajinal duşun PID riskini % 73 oranında arttırdığını belirtmektedir. Vajinal duş yapan kadınlarda bakteriyel vaginosis prevelansında

artış söz konusudur. Bakteriyel vaginosise bağlı olarak vajinal florada oluşan değişiklikler, HIV enfeksiyonu riskini de arttırmaktadır.

Koblin ve ark.'nın (53) yaptıkları çalışmada, vajinal duşun HIV enfeksiyonu açısından yüksek risk altında olan kadınlarda daha yaygın olduğu belirlenmiştir. Vajinal duş yapanlarla yapmayanlar karşılaştırıldığında, vajinal duş yapanlarda klamidyal enfeksiyon olasılığının yüksek olduğu ve vajinal duş uygulama sıklığı arttıkça enfeksiyon olasılığının da arttığı saptanmıştır (64).

Vajinal duşun obstetrik sonuçları ise; ektopik gebelik, preterm eylem, düşük doğum ağırlıklı bebek ve infertilitedir (52-61). Çeşitli çalışmalar vajinal duşun ektopik gebelik riskini artırdığını göstermektedir. Kendrick ve ark.'nın (49) çalışmasında Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda, ektopik gebelik riskinin ayda bir kez vajinal duş yapmayla ilişkili olduğu belirlenmiştir. PID'nin, ektopik gebelik ve infertilitenin en yaygın nedenlerinden biri olduğu bilinmektedir (5). Baird ve ark.'nın (53) çalışmasında vajinal duş yapanlarda her ay gebe kalma olasılığının % 30 oranında azaldığı bulunmuştur. Vajinal duş, uterusun içinde kronik bakteri kolonizasyonuna yol açarak mikroorganizmaların üst genital yolda var olmasını kolaylaştırmaktadır. Gebelikte; bu kronik bakteri kolonizasyonuna karşı oluşan konakçı inflamatuar yanıt preterm eylemi uyarmaktadır. Preterm eylem ise düşük doğum ağırlıklı bebek riskini arttırmaktadır (61).

Vajinal duşun sağlık üzerine olumlu etkisi olduğuna ilişkin yayınlar bulunmaktadır. Afrika'da yapılan iki çalışmada HIV ve HPV geçişini vajinal duş'nin azalttığı önünde bulgular bildirmektedir (62,63). Bu çalışmaların ağırlıklı olarak cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısında yüksek riskli olan gruplarda yapılması, geliştirdiği hipotez açısından soru işaretlerine neden olmaktadır. 1997 yılında ABD'de Food and Drug Administration (FDA), vajinal duş için kullanılan ticari ürünlerle ilgili yaptığı toplantıda, bilimsel kanıtların ışığında, vajinal duş sağlık için zararlı ve desteklenmemesi gereken bir alışkanlık olarak tanımlanmıştır (1). Dünya Sağlık Örgütü başta olmak üzere pek çok mesleki örgüt (American College of Obstetricians and Gynecologists, American Medical Association, The National Institute of Allergy and Infectious Diseases, The National Institute of Enviromental Health, Science and National Institute of Health) raporlarında vajinal duşun sağlık üzerinde olumsuz etkilere yol açtığı

konusuna pek çok kez yer vermişlerdir (1). Ancak yine de ortak bir müdahale stratejisi belirlenememiştir.

Sonuç olarak, yapılan çalışmaların ışığında, vajinal duş sağlık üzerinde zararlı etkileri olan geleneksel bir uygulama olarak kabul edilmekte ve desteklenmemektedir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında 15-49 yaş kadın, gebe ve lohusa izleminde vajinal duş alışkanlığı sorulmalı ve vajinal duş uygulayanlara yönelik eğitimler yapılmalıdır. Ancak vajinal duş gibi geleneksel, çok etmenin etkilediği alışkanlıkların değiştirilmesi sanıldığı kadar kolay olmayacaktır. Sağlık ile ilgili davranışların bireysel ve sosyolojik etkileşimleri, dini etkinin belirleyiciliği göz önünde bulundurulduğunda, ülkemizde disiplinler ve sektörler arası işbirliği ile topluma dayalı, davranış değişikliği oluşturmaya yönelik özel eğitim programları ile bu alışkanlığın önüne geçilebilecektir.

Literatürde vajinal duşun smear üzerine etkilerini araştıran bir çalışmaya rastlanılmadı. Bu çalışmada vajinal duş uygulamasını alışkanlık haline getirmiş hastaların smear sonuçlarıyla, vajinal duş bırakıldıktan sonra alınan smear sonuçlarının karşılaştırılması ve vajinal duşun smear üzerine olan etkilerinin araştırılması amaçlandı.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Temmuz 2010 – Ocak 2011 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü'nde prospektif olarak yapıldı. Çalışma yapılmadan önce bölge etik danışma kurulundan etik kurul onayı alındı, hastalardan bilgilendirilmiş yazılı ve sözlü onam alındı.

Hastanemiz Jinekoloji Polikliniğine başvuran ve vajinal duş uygulayan 19-64 yaş arasında 105 hasta çalışmaya dahil edildi. Gebeler ve daha önce herhangi bir nedenle histerektomi olmuş hastalar çalışma dışında tutuldu.

Çalışmanın deneysel gücü power analizi ile hesaplandı. 105 hasta için α=0,05 olmak üzere çalışmanın istatistiksel gücü (1-β) %99 olarak belirlendi.

Her hastaya vajinal duş uyguladığının öğrenilmesi ardından ad, soyad, dosya numarası, telefon numarası, yaş, eğitim düzeyi, korunma yöntemi, fertilite durumu, son bir ay içerisinde genital bir enfeksiyon geçirip geçirmediği, geçirdi ise tedavi alıp almadığı, vajinal duşu ne sıklıkta ve ne kadar süredir uyguladığı, vajinal duş sırasında ek bir temizlik maddesi kullanıp kullanmadığı sorularak not edildi (Ek-1).

Hastanemizde smearlar hastaların menstrüasyon kanamalarının olmadığı dönemde, son 72 saat içinde coitus ve vajinal duş yapmamaları, herhangi bir vajinal ilaç kullanmamaları söylenerek alınmaktadır.

Hastalar jinekolojik masaya litotomi pozisyonunda yatırıldı. Tek kullanımlık plastik spekulum kuru olarak vajene yerleştirildi. Işık kaynağı altında serviksin portio vajinalis kısmı net olarak görüldükten sonra plastik süpürge tarzı smear fırçası ile servikal eksternal ostan (endoservikste dahil) 360° döndürülerek örnek alındı. Alınan materyal lam üzerine yayıldı.

Yayma sırasında fırçanın uzun ekseni lamın uzun eksenine paralel tutularak, önce fırçanın bir yüzü, sonra diğer yüzü lam üzerine sürüldü. Daha sonra alkol ile fiske edilerek patolojik incelemeye gönderildi. Patoloji laboratuarında Papanicalaou boyası ile boyanan yaymalar çift kör bir patolog tarafından değerlendirildi.

Hastaların geliş şikayetleri ve primer sorunları ile ilgili ek sorgulama, muayene ve tetkikin ardından vajinal duşun zararları anlatılarak ve yazılı bir metin halinde alışkanlıklarını bırakmaları konusunda bilgilendirilen hastalara en erken 30 gün olacak şekilde ikinci bir kontrol smear randevusu verildi.

İstatiksel analizlerin hesaplanmasında 'SPSS 14.0 for Windows' programı kullanıldı. Değerler ortalama ± standart sapma (SD) ve sıklık (%) olarak gösterildi. İki grup arasındaki değerlerin karşılaştırılmasında Mc Nemar ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

. BULGULAR

Çalışmamıza Temmuz 2010-Aralık 2010 tarihleri arasında jinekoloji polikliniğimize başvuran ve herhangi bir nedenle vajinal duş uyguladığını belirten 105 hasta dahil edildi. Hastaların tümünden smear alındı ve vajinal duş yapmayı bırakmalarını takiben bir ay sonra tekrar bir smear alınması için polikliniğimize çağrıldı. Vajinal duş yapmayan ve kontrole gelen hastalardan tekrar smear alındı.

Kliniğimizde taranan 105 hastanın yaş ortalaması 42,18 ± 10,8 (19-64 yıl) idi. Hastaların büyük çoğunluğunu 40-49 yaş aralığındaki kadınlardan oluşmaktaydı. Çalışmaya alınan kadınların sadece bir tanesi 20 yaş altında idi. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo-1'de verildi.

Tablo 1. Hastaların yaş grubuna göre dağılımı

Yaş (yıl)	Olgu sayısı	Yüzde (%)
< 20	1	0,9
20-29	16	15,2
30-39	22	20,9
40-49	36	34,2
>50	30	28,5
Toplam	105	100

Olguların %92,4'ü (97 hasta) evli, %85,8'i (90 hasta) multipar ve %14,3'ü (15 hasta) nullipardı. Eğitim durumları incelendiğinde olguların yarısından fazlasını (%51,4) ilköğretim mezunları oluşturmaktaydı. Çalışmaya alınan kadınların %92,4'ü (97 hasta) partnerleri olduğunu ve cinsel olarak aktif olduklarını belirtti. Olguların demografik özellikleri Tablo-2'de gösterildi.

Tablo 2. Hastaların demografik özellikleri

		Olgu	%
Eğitim durumu	Okur yazar değil	9	8,6
	Okur yazar	10	9,5
	İlk öğretim	54	51,4
	Lise	26	24,8
	Yüksekokul	6	5,7
Cinsel aktivite	Cinsel aktif	97	92,4
	Cinsel aktif değil	8	7,6
Fertilite	Multipar	90	85,8
	Nullipar	15	14,3

Olguların korunma yöntemleri; korunma yöntemi kullanmayan, koitus interraptus, rahim içi araç, prezervatif, oral kontraseptif, bilateral tüp ligasyonu ve vajinal duş olarak sınıflandırıldı (Tablo-3). Çalışmamızda hiçbir hasta vajinal duşu korunma yöntemi olarak kullanmadığı gözlendi.

Tablo 3. Hastaların kullandıkları korunma yöntemleri

Korunma yöntemleri	Olgu sayısı	Yüzde (%)
Korunma yöntemi kullanmayan	41	39
Koitus interraptus	29	27,6
Rahim içi araç	11	10.5
Prezervatif	10	9,5
Oral kontraseptif ajan	10	9,5
Bilateral tüp ligasyonu	4	3,8
Vajinal duş	-	-
Toplam	105	100

Hastaların %82,9'u (87 olgu) haftada üç ve daha az, %17,1'i (18 hasta) ise üçten fazla sıklıkta cinsel ilişkiye girdiklerini belirttiler.

Hastaların ilk smear testi öncesi, son bir ay içerisinde genital bir enfeksiyon geçirip geçirmediği sorgulandı ve enfeksiyon öyküsü olan hastaların herhangi bir tedavi alıp almadıkları kaydedildi. Hastaların %40'ı (42 hasta) enfeksiyon bulgularının olduğunu ve bunlardan %52,3'ü (22 hasta) tedavi aldığını belirtti. İlk smear alınmasından sonra hiçbir hasta enfeksiyon tedavisi almadı.

Hastaların büyük kısmı (%44,8) vajinal duşu her banyoda temizlik ve gusül abdesti almak için, %31,4'ü cinsel ilişki sonrasında sperm ve seminal sıvıları uzaklaştırmak için, %14,3'ü her tuvalette taharetlenmek için, %9,5'i adet sonrasında menstrüasyon kanından arınma amacı ile yaptıklarını belirttiler. Olguların %79'u (83 hasta) vajinal duş alışkanlığını beş yıl ve daha uzun süre yaparken %21'i (22 hasta) beş yıldan az süredir uyguladığını söyledi (Tablo-4).

Tablo 4. Hastaların vajinal duşu yapma nedenleri ve zamanları

Her banyoda	47	44,8
Cinsel ilişki sonrası	33	31,4
Her tuvalette	15	14,3
Adet sonrası	10	9,5
Toplam	105	100

Hastaların %53.3'ü (56 olgu) vajinal duş yaparken vajen dış ½ 'sini yıkadığını, %46,7'si (49 olgu) vajenin tamamını yıkadığını belirtti.

Vajinal duş sırasında kullanılan malzemeler araştırıldığında %68,6 hasta (72 olgu) sadece su, %17,1 hasta (18 olgu) su ve sabun, %14,3 hasta (15 olgu) su ve duş jeli kullanıyordu.

Hastaların vajinal duş yaparken ve uygulamayı bıraktıktan sonra alınan smear sonuçları Tablo-5'te gösterildi. Olguların vajinal duş uyguladıkları dönem ve uygulamayı bıraktıkları dönem alınan smear sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0.002$). Vajinal duş uygulaması öncesi ve vajinal duş uygulamasını bıraktıktan sonra smear sonuçları normal ve normal olmayan olarak değerlendirildiğinde, iki grup arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.001$). Vajinal duş öncesinde normal olarak saptanan smear sayısı 35 (%33,3) iken vajinal duş uygulamasının bırakılması ardından bu sayının 57'ye (%54,2) çıktığı görüldü (Tablo 6).

Tablo 5. Hastaların vajinal duş uygulaması öncesi ve vajinal duş uygulamasını bıraktıktan sonra smear sonuçları (%)

Smear sonuçları	Vajinal duş var n=105 (%)	Vajinal duş yok n=105 (%)	p*
Normal	35 (33,3)	57 (54,2)	0.002
Hafif inflamasyon	39 (37,2)	31 (29,5)	
Şiddetli inflamasyon	12 (11,4)	2 (1,9)	
ASCUS	10 (9,5)	6 (5,7)	
Atrofi	7 (6,6)	6 (5,7)	
AGUS	1 (0,9)	1 (0,9)	
LSIL	1 (0,9)	2 (1,9)	

*p<0.05 anlamlı kabul edildi. Mc Nemar ki-kare testi

Tablo 6. Olguların vajinal duş uygulaması öncesi ve vajinal duş uygulamasını bıraktıktan sonra smear sonuçlarının normal ve normal olmayan olarak değerlendirilmesi (%)

		Vajinal duş yok (n=105)			
		Normal	**Normal değil**	**Toplam**	**p***
Vajinal duş var (n=105)	**Normal**	31	4	35	**<0.001**
	Normal değil	26	44	70	
	Toplam	57	48	105	

*p<0.05 anlamlı kabul edildi. Mc Nemar ki-kare testi

Smear sonuçlarının detaylı karşılaştırılmasında; hafif inflamasyon bulgusu olan hastaların 39'dan (%37,2) 31'e (%29,5) gerilediği görüldü. Şiddetli inflamasyonu

olan hastalar ise 12'den (%11,4) 2'ye (%1,9) düştüğü saptandı. Hafif inflamasyondaki gerileme istatiksel olarak anlamlı değilken (p>0.05), şiddetli inflamasyondaki azalma anlamlı bulundu (p=0.006). Enfeksiyonu olan hastalar hafif ve şiddetli ayrımı yapılmaksızın karşılaştırıldığında genel enfeksiyon bulgularının 51 (% 48.5)'den 33 (%31,4)'e düştüğü görüldü ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.01) (Tablo-7).

Diğer taraftan ilk smear sonuçları atrofi ve ASCUS gelen hastaların vajinal duş uygulamasını bırakmalarını takiben alınan smearlarında azalma olduğu ancak anlamlı olmadığı saptandı (p>0.05). LSIL tanısı alan hasta sayısının bir iken, vajinal duşun bırakılması sonrası ikiye çıktığı gözlendi ancak bu fark anlamlı değildi (p>0,05) (Tablo 7).

Tablo 7. Hastaların vajinal duş uygulaması öncesi ve vajinal duş uygulamasını bıraktıktan sonra smear sonuçlarının ayrıntılı analizi

	Vajinal duş var n=105 (%)	Vajinal duş yok n=105 (%)	p*
Normal	35 (33,3)	57 (54,2)	**0.002**
Hafif inflamasyon	39 (37,2)	31 (29,5)	0.186
Şiddetli inflamasyon	12 (11,4)	2 (1,9)	**0.006**
Enfeksiyon	51 (48,5)	33 (31,4)	**0.01**
ASCUS	10 (9,5)	6 (5,7)	0.29
Atrofi	7 (6,6)	6 (5,7)	0.77
AGUS	1 (0,9)	1 (0,9)	1
LSIL	1 (0,9)	2 (19,0)	0.56

*p<0.05 anlamlı kabul edildi. Mc Nemar ki-kare testi

Hastaların korunma şekli, son 1 ay içerisinde vajinal enfeksiyon bulguları geçirmesi, ilişki sıklığı, duş uygulama zamanları, uygulama süresi, şekli ve kullanılan malzeme ile smear sonuçları arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, multipar

hastalarda vajinal duş uygulamasının bırakılması ardından normal sitolojiye dönüş oranının anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptandı (p=0.02) (Tablo-8).

Tablo 8. Hastaların parite durumlarına göre normal gelen smear değişiklikleri

	Vajinal duş var n=105 (%)		**Vajinal duş yok n=105 (%)**		**p***
	Normal (%)	**Anormal (%)**	**Normal (%)**	**Anormal (%)**	
Multipar (n=90)	26 (74,2)	64 (91,4)	45 (78,9)	45 (93,7)	**0.02**
Nullipar (n=15)	9 (25,7)	6 (8,6)	12 (21,1)	3 (6,3)	0.15
Toplam	35	70	57	48	

*p<0.05 anlamlı kabul edildi. Mc Nemar ki-kare testi

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, düzenli vajinal duş yapan kadınların smear sonuçları ile aynı kadınların vajinal duş uygulamasını bıraktıktan sonra alınan smear sonuçları karşılaştırıldı ve vajinal duş uygulaması bırakıldıktan sonra alınan smear sonuçlarında enfeksiyon bulgularının azaldığı gözlendi.

Vajinal duşun Türkiye'de yaygın bir şekilde uygulandığı bilinmektedir. Literatürde vajinal duş prevelansıyla ilgili yeterli bilgi olmamakla birlikte küçük örneklemlerle yapılan çalışmalar mevcuttur. Çalışkan ve ark. kadınların (6) %63,2'sinin, Ege ve ark. (34) kadınların %61,5'inin, Çalışkan ve ark. (64) başka bir çalışmada kadınların %50,2'sinin vajinal duş yaptığını saptamışlardır. Cinsel ilişki sonrası vajinal duş yapan kadınların oranını Demir ve Özkan (36) %59, Ekizler ve ark. (37) %65,7, Demir ve Karacan (38) %68,4 olarak belirlemişlerdir.

Ulusal Aile Büyüme Araştırması (National Survey of Family Growth-NSFG) 1988 verilerinde, Amerika Birleşik Devletleri'nde 15-44 yaş grubunda yer alan kadınların %37'sinin düzenli olarak ve en az haftada bir kez vajinal duş yaptığı (39), NSFG 1995 verilerinde ise bu oranın %27 olduğu bildirilmektedir (40).

Yapılan araştırmalar; yaş, eğitim, etnik köken ve sosyoekonomik statünün vajinal duş yapma sıklığını etkilediğini göstermektedir (39,40,43). Bizim çalışmamızda vajinal duş yapan kadınların %34,2'si (36 olgu) 40-49 yaş aralığında idi. NSFG (1988)'den elde edilen verilere göre, vajinal duş 15-19 yaşları arasında en az (%31) ve 20-24 yaşları arasında en fazla (%41) uygulanmaktadır (39). NSFG'nin 1995 verilerinde ise 15-19 yaşları arasındaki adölesan kızların %15,5'i ve 20-24 yaşları arasındaki genç kadınların %28'inin düzenli olarak vajinal duş yaptıkları bildirilmektedir (40). Amerika'da son dönemde yapılan çalışmalar vajinal duşun, adölesan kızlar ve genç kadınlar arasında yaygın bir uygulama olduğunu ortaya koymaktadır (43,55,71,72).

Çalışmamızdaki kadınların 83 tanesi (%79) beş yıldan uzun süredir vajinal duş uygulamasını kullanmaktadır. Ancak duşa başlama yaşı konusunda ayrıntılı bilgiye yer verilmemiştir. Oh ve ark. vajinal duşa başlama yaşını incelemişler, kadınların %63'ünün 15-18 yaşları arasında, %24,3'ünün 15 yaş ve altında ve %8'inin 21 yaş ve üzerinde vajinal duş yapmaya başladıklarını saptamışlardır (43).

Vajinal duş uygulamasında ırksal farklılıkları inceleyen bir çalışmada, 169 adölesanın %53'ünün Kafkasyalı, %47'sinin Afrika kökenli Amerikalı olduğu saptanmıştır (65). Irkların yaşam biçimleri, inançları ve gelenekleri vajinal duş yapma-yapmama ya da sıklığı gibi durumları etkileyebilir.

Vajinal duşu etkileyen diğer bir faktör de kadının eğitim düzeyidir. Çalışmamızda duş yapan kadınlar içinde en büyük grubu 54 kişi (%51,4) ile ilköğretim mezunları oluşturmaktaydı. Yapılan bir çalışmada vajinal duş prevelansının, hem Afrika kökenli Amerikalı hem de beyaz ırk kadınlar arasında eğitim seviyesi düşük olan gruplarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir (38). Bir diğer çalışmada kadınların eğitim seviyesi düştükçe vajinal duş prevelansının arttığı bildirilmektedir (67). Aral ve ark.'nın (39) yaptıkları çalışmada eğitim süresi 16 yıl ve üzeri olan kadınların diğerlerine göre daha az vajinal duş yaptıkları saptanmıştır.

Vajinal duş kadının sosyo-ekonomik düzeyinden de etkilenmektedir. Vajinal duşun ekonomik düzeyi yüksek olanlara oranla yoksul kadınlarda daha yaygın olduğu bilinmektedir. Yoksul olan Afrika kökenli Amerikalı kadınların %70'inin vajinal duş yaptığı belirlenmiştir (40). Yapılan diğer çalışmalarda da vajinal duş prevelansı gelir düzeyi düşük olan kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (39,41,53).

Uzun süredir evli olan kadınların (%43), yeni evli ya da hiç evlenmemiş olanlara (%24) oranla daha sık vajinal duş yaptıkları belirlenmiştir (40).

Vajinal duş uygulamasında kültürel ya da dini değerlerin etkili olduğu bilinmektedir. Vajinal duş; kadın vücudunu, menstruasyonu ve cinsel ilişkiyi kirli olarak tanımlayan kültürlerde yaygın olarak görülebilir. Çünkü vajinal duş, cinsellik, kişisel hijyen, sağlık ve hastalık inançlarıyla ilgili sosyo-kültürel değerlerden

etkilenmektedir (41). Türk kültüründe kadınlar menstruasyonu kirlenme olarak isimlendirirler (42). Evli kadınlar da cinsel ilişkiye girdikten sonra vajinada bulunan seminal sıvı nedeni ile kendilerini kirlenmiş olarak tanımlarlar. Tüm bu inançlar vajinanın kirli olarak algılanmasına neden olmaktadır. Bu nedenle kadınlar kendilerini temiz olarak hissetmek için vajinal duş uygulamaktadırlar.

Çalışmamızdaki kadınların 33 tanesi (%31,4) cinsel ilişki sonrasında, 10 tanesi (%9,5) adet kanaması bitiminde, 47 tanesi (%44,8) her banyoda ve 15 tanesi (%14,3) her tuvalette vajinal duş yaptığını belirtti. Oh ve ark. tarafından yapılan çalışmada, kadınların %78'inin kendilerini iyi ve temiz hissetmek için vajinal duş yaptıkları saptanmıştır (43).

Ayrıca vajinal akıntı, kaşıntı ya da kokuyu yok etmek, cinsel yolla bulaşan hastalıkları ya da vajinal enfeksiyonları önlemek veya tedavi etmek, gebeliği önlemek de vajinal duşun nedenleri arasında gösterilmektedir (37,67,70). Kadınların % 48,2'sinin vajinal kokuyu, %44,6'sının menstrüal kanı, %16,4'ünün akıntıyı uzaklaştırmak için vajinal duş yaptıkları bildirilmektedir (43).

Yapılan çalışmalar kadınların daha çok menstruasyon öncesi, menstruasyon sonrası, cinsel ilişki sonrası ve koku, akıntı gibi vajinal semptomları olduğunda vajinal duş yaptıklarını göstermektedir (43,52,68). Oh ve ark.'nın (43) yaptıkları çalışmada kadınların %80,4'ünün menstruasyon sonrası, %37,8'inin cinsel ilişki sonrası, %32'sinin vajinal koku, %16'sının akıntı olduğu zaman vajinal duş yaptıkları belirlenmiştir. Baird ve ark.'nın (52) çalışmalarında ise, kadınların çoğunun cinsel ilişki sonrası hemen vajinal duş yaptıkları saptanmıştır.

NSFG (1988), Amerika Birleşik Devletleri'nde kadınların %37'sinin en az haftada bir kez vajinal duş yaptığını belirlemiştir (39). Oh ve ark. (66) çalışmalarında 104 adölesanın %51'inin ayda bir kez, %32'sinin ayda bir kezden daha fazla ve %10,4'ünün haftada bir kez ya da daha sık vajinal duş yaptıklarını saptamışlardır. Başka bir çalışmada vajinal duş yaptığını belirten kadınların %18'inin en az ayda bir kez, %24'ünün ise son iki ay içinde bir kez vajinal duş yaptıkları belirlenmiştir (56).

Vajinal duş için kullanılan solüsyonlar, vajinal florada bulunan bakterilerin sayısını azaltarak patojen mikroorganizmaların proliferasyonuna neden olmaktadır (44). Vajinal duş yapan kadınlar; sadece su, su-sabun ve su-sirke gibi solüsyonları kullanmaktadırlar (19,25).

Bizim çalışmamızda kadınların vajinal duş esnasında 72 tanesi (%68,6) sadece su, 18 tanesi (%17,1) su ve sabun, 15 tanesi ise duş jelini kullandıklarını belirtmişlerdir. Joesoef ve ark. (68) vajinal duş esnasında kadınların %19'unun sadece su, %63'ünün ise su ve sabun kullandıklarını belirlemiştir. Bazı kadınlar da antiseptik özellik taşıyan solüsyonları tercih etmektedir (43,54). Oh ve ark. (66) çalışmalarında adölesanların %79'unun su-sirke solüsyonu, %17'sinin povidone-iodine ve %14'ünün soda kullandığını saptamışlardır. Bir diğer çalışmada Oh ve ark (43) kadınların %80'inin su-sirke solüsyonu, %14,9'unun betadin, %11,7'sinin sadece su ve %10,4'ünün soda kullanarak vajinal duş yaptıklarını belirlemişlerdir.

Çalışmamızda vajinal duş uygulamasının smear sonuçlarını etkilediği gözükmektedir. Bu değişikliğin daha çok vajinal duş uygulayan kadınlarda flora değişimine neden olan enfeksiyon sıklığında artışa bağlı olduğu düşünüldü. Son bir ay içerisinde vajinal enfeksiyon açısından sorgulandığında duş yapan kadınların 42 tanesinin (%40) son bir ay içerisinde enfeksiyon geçirdikleri bunların da 22 tanesinin (%52.3) ilk smear öncesinde tedavi aldığı görüldü. Duş uygulama döneminde alınan smear sonuçlarında 51 kadında (%48,5) görülen enfeksiyon bulgusunun uygulamanın bırakılmasını takiben alınan smearde 33'e (%31,4) gerilediği saptandı.

Literatürde smear vajinal duşun smear sonuçları üzerine etkisi ile ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu amaçla yapılacak çalışmanın daha geniş bir populasyonda çok merkezli olarak taranması ve vajinal duş yapmayan kadınlarla karşılaştırılması daha verimli sonuçlara ulaşılabileceğini düşünülmektedir.

6. SONUÇ

Çalışmamızda vajinal duş yapan kadınlardın smear sonuçlarında enfeksiyonun daha fazla olduğu, vajinal duş uygulaması bırakıldıktan sonra alınan smearlerde enfeksiyonun azaldığı gözlendi.

Ülkemizde kadınlar özellikle cinsel ilişki sonrası, menstruasyon esnası ve sonrasında kendilerini kirli olarak algıladıkları için, vajinal duşu gusül abdestinin bir parçası kabul ederek uygulamaktadırlar. Cinsel ilişki sonrası vajen içerisinde kalan seminal sıvı nedeniyle kirlendiklerini düşünen kadınlar kendilerini temiz ve rahat hissetmek, dini inançlarını yerine getirmek ve gebeliği önlemek için vajinal duş yapmaktadırlar. Vajinal duş uygulamasının jinekolojik ve obstetrik pek çok zararlı etkisi vardır ki bunlardan bir tanesi de servikovajinal enfeksiyon sıklığını arttırmasıdır. Bu, diğer jinekolojik problemlerin yanı sıra servikovajinal smear sonuçlarına da yansımaktadır.

Kadınlara vajinal duş uygulamasının olumsuz yönlerini ve bu davranıştan vazgeçtikleri zaman elde edecekleri kazançları göstererek vajinal duş yapan kadın sayısını azaltmak kadın sağlığına olumlu katkılar sağlayacaklardır.

7. ÖZET

Vajinal Duş Uygulamasının Pap Smear Üzerine Etkileri

Amaç: Bu çalışmada, düzenli vajinal duş yapan kadınların Pap smear sonuçlarıyla bu alışkanlıktan vazgeçtikten sonra alınan Pap smear sonuçlarının karşılaştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Temmuz 2010 ve Ocak 2011 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Jinekoloji Polikliniği'ne başvuran ve vajinal duş yaptığını belirten 105 hasta dahil edildi. Her hastadan Pap smear alındı. Hastalara vajinal duş yapmayı bırakmaları önerildi ve bir ay sonra tekrar Pap smear alındı. Vajinal duş yaparken alınan Pap smear sonuçları ile vajinal duş bırakıldıktan sonra alınan Pap smear sonuçları karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların vajinal duş yaparken ve vajinal duşu bıraktıktan sonra alınan smear sonuçları karşılaştırıldığında, normal olarak rapor edilen Pap smear sayısının vajinal duş yapılırken %33,3 (35 olgu) iken duş yapılmadığı dönemde %54,2'ye (57 olgu) yükseldiği, şiddetli inflamasyonun %11,4'ten (12 olgu) %1,9'a (2 olgu) ve enfeksiyon saptanan toplam hasta sayısının %48,5'ten (51 olgu) %31,4'e (33 olgu) gerilediği görüldü. Sonuçlar karşılaştırıldığında bu değişiklikler istatiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Sonuç: Çalışmamızda vajinal duş uygulaması bırakıldıktan sonra alınan Pap smear sonuçlarında enfeksiyon bulgularının azaldığı gözlendi. Vajinal duş uygulamasının, jinekolojik ve obstetrik pek çok zararlı etkisinin yanında servikovajinal enfeksiyon sıklığını arttırdığını düşünmekteyiz. Kadınlara vajinal duş uygulamasının olumsuz yönlerini anlatarak vajinal duş yapan kadın sayısını azaltmanın, kadın sağlığına olumlu katkılar sağlayacağı kanısındayız.

Anahtar sözcükler: Servikovajinal enfeksiyon, Pap smear, vajinal duş

İletişim adresi: Dr. Berfin Can Yurdam

Donanmacı Mah. 1725 sok. No:13/3

Karşıyaka İZMİR/TÜRKİYE

Tel :0505 351 8731

E mail: berfinyurdam@gmail.com

8. İNGİLİZCE ÖZET

The Effects of Vaginal Douching on Pap Smear

Objective (Aim): The aim of this study was to compare the Pap smears of women who do regular vaginal douching before and after leaving this attitude.

Materials and Methods: One hundered and five patients who were admitted to Gynaecology Polyclinic of Adnan Menderes University Hospital and doing vaginal douching were included in to the study between the July 2010 and January 2011. Pap smear was taken from every patient. It was offered to patients to leave the vaginal douching and again Pap smears of patients were taken after one month. The results of Pap smears which were before and after vaginal douching were compared.

Results: When the Pap smears of patients during vaginal douching and after the leaving of vaginal douching were compared, it was seen that the percentage of normal smear results was 33.3% (35 cases) during vaginal douching and it increased to 54.2% (57 cases) after vaginal douching left. The severe inflamation reduced from 11.4% (12 cases) to 1.9% (2 cases) and the total percentage of patients who have infection decreased from 48.5% (51 cases) to %31.4 (33 cases). These changes were statisticaly significant when compared the results ($p<0.05$).

Conclusions: In this study it was seen that, the infection was reduced on Pap smears of women after vaginal douching was left. We think that, vaginal douching increses the servicovaginal enfection rate beyond its many gynecological and obstetrical harmfull effects. We belive that, to reduce the number of women who doing vaginal douching by telling to them the disadvantages of vaginal douching will provide positive effects on women health.

Key words:Servicovaginal infection, Pap smear, vaginal douching

Correspondence : Dr. Berfin Can Yurdam

Donanmacı Mah. 1725 sok. No:13/3

Karşıyaka IZMIR/TURKIYE

Phone : +90n 505 351 8731

E mail: berfinyurdam@gmail.com

9. KAYNAKLAR

1. Martino JL, Vermund SH. Vaginal douching: evidence for risk or benefits to women's health. Epidemiol Rev. 2002; 24:109-124.

2. Zhang J, Thomas AG, Leybovich E. Vaginal douching and adverse health effects: a meta-analysis. Am J Public Health 1997; 87:1207-11.

3. Brown J, Brown R. Traditional intravaginal practices and the heterosexual transmission of disease: a rewiev. Sexually Transmitted Diseases 2000; 27: 183- 187.

4. Scholes DS, Dailing JR, Stergachis A, Weiss NS, Wang SP, Grayston TS. Vaginal douching as a risk factors for acute pelvic inflammatory disease. Obstetrics & Gynecology 1993; 81: 601- 606.

5. Rothman KJ, Funch DP, Alfredson T, Brady J, Dreyer NA. Randomized field trial of vaginal douching, pelvic ınflamatory disease and pregnancy. Epidemiology 2003; 14(3): 340-348.

6. Caliskan D, Col M, Akdur R, Yavuzdemir S,Yavuz Y. Vaginal douching in the area of park health centre. (In Turkish) Ankara Universitesi Tip Fakultesi Mecmuasi 1996; 49: 73- 80.

7. Clinical management guidlines for obstetrician-gynecologists.ACOG Practice Bulletin No. 109. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol.December 2009; 114:1409-20

8. Gökaslan H,.Uyar E.Pap smear ile kanser taraması. Türk Aile Hek. Derg.2004; 8 (3):105-110.

9. Beziroğlu İ., Öniz A. Vajinal akıntı yakınması ile başvuran hastaların akıntı örneklerinin direk mikroskobik değerlendirilmesi. Sted 2004; Cilt 13. Sayı 11. 422.

10. Çiçek N, Akyürek C, Çetin Ç, Haberal A. Kadın hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2. baskı, İstanbul, Güneş Tıp Kitabevi, 2006; 72: 831

11. Sankaranarayanan R, Ramani S, Wesley R. Servikal Neoplazilerde Gözle Tarama Pratik El Kitabı.1. baskı. Ankara 2005.

12. Disaia J, Philip, Creasman T. Klinik Jinekolojik onkoloji, 6. Baskı, 2003; 3-61

13. Patnick J. Cervical cancer control in Europe.CME Journal of Gynecologic Oncology 2000;5:8-12.

14. Bozkurt S., Atasu T., Serviks uterinin yassı epitel metaplazisi Ed: Atasu T.,Aydınlı K. Jinekolojik Onkoloji 2. baskı. Logos Kitabevi. İstanbul 1999: 177-189

15. Farley TMM, Rosenborg Mj, Rowe PJ, et al. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. Lancet 1991; 330:785.

16. 13. Schorge J, Schaffer J,Halvarson L, Hoffman B, Bradshaw K, Cunningham G. Williams Jinekoloji 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul 2010; 617-664

17. 14. Hatch K.D. Berek J.S. Çeviri: Dünder İ., Özpak E. Serviks, vajen ve vulvanın intraepitelial lezyonları. Novac Jinekoloji 13. baskı İstanbul 2004: 471-481.

18. Hatch KD. Handbook of colposcopy. Diagnosis and treatment of Lower Genital Tract Neoplasia and HPV Infections. Boston:Litle, Brown and Co 1989;7-19.

19. Hill E.C., PernollM.L. Benign disorders of the uterine cervix.in: Current Obstetric &Gynecologic Diagnosis & Treatment.Eds.Decherney A.H.,Pernoll M.L. Connecticut, Appelton &Lange, 8th edit.1994,731-43

20. Atasü T, Şahmay S.; Jinekoloji 2.baskı. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul 2001; 249-254

21. Ferenczy, A. çeviri: Kazancıgil A., Erkun E., Bozkurt S. Serviksin Anatomi ve Histolojisi. Ed: Blaustein A. Jinekolojik Patoloji AMR Arkadaş Tıp Kitapları. İstanbul 1985: 139-156.

22. Sheris JD, Wells ES, TSU VD, Bishop A: Cervical cancer in developing countries, A. Situation analysis. The world bank department of population. Health and Nutrition 1993.

23. Schiffmon MH,Bover HM, Heover RN, Glass AG,Codell DM:Epidemiologic evidence showing that human papillomavirus infection causes most cervical intraepithelial neoplasia. Articles Journal of the National Cancer İnstitute 1993;85:958-964

24. Gibbs R, Karlan B, Haney A, Nygaard I.Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji.Ed:Ayhan A.10.baskı.Güneş Tıp Kitabevi.Ankara 2010:974-997.

25. Solomon D., Davey D., Kurman R., Moriarty A., O Connor D. ve ark. The 2001 bethesda system terminology for reporting results of cervikal cytology. JAMA, April 24,2002-Vol 287, No:16.

26. Talukder MS, Huq MH, Haque A..Evaluation of 500 cases of Pap's test in Mymesingh. Mymensingh Med J. 2002 Jan;11 (1) 26-8.

27. Leo B. Twiggs, Edward J. Wilkinson. 2001 Consensus guidelines for the Management of Women with cervikal cytological abnormalities. JAMA, April 124, 2002-Vol 287, No: 16.

28. Arısan K. Kadın Hastalıkları (Jinekoloji). Uterus kanserleri 3. baskı İstanbul1991: 647-685

29. Burghardt E. Genital organların mikroinvasif karsinomu. Ed: Atasü T., Aydınlı K. Jinekolojik Onkoloji 2. baskı Logos Kitabevi. İstanbul 1999: 267-303.

30. Usubütün A, Alemany L, Küçülkali T, Ayhan A, Yüce K, Sanjose S, Font R, Lloveras B, Klaustermeier J, Quint W, Munoz N, Bosch FX. Human

Ppapillomavirus types in invasive cervical cancer specimens from Turkey. İnt J Gynecol Patho. 2009 Nov;28 (6): 541-8.

31. Ozan H. Papsmear ne zaman, nasıl, kimden. Uzmanlık sonrası eğitim ve güncel gelişmeler. TJOD 2005; 2: 35-40.

32. Parkin DM., Pisani N., Ferlay J. Estimates of the worldwide incidence of eighteen major cances in 1985. İnt J. Cancer 1993; 54: 594-606.

33. Hacıalioğlu N, Nazik E, Kılıç M. A descriptive study of douching practices in Turkish women.International Journal of Nursing Practice 2009; 15: 57–64

34. Ege E, Timur S, Zincir H, Eğri M, Reeder BS. Türkiye'nin doğusundaki kadınların vaginal duş uygulamaları ve ilişkili davranışları. 4. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı: s:185, 2005, Ankara.

35. Yilmaz N, Saracoglu F, Egilmez P. Feminine Hygiene Practice. In Turkish Kadin Dogum Dergisi 2003; 2:10-15.

36. Demir Ü, Özkan S. 15-49 yaş doğurgan çağı kadınlarda vajinitis tanılamasında hemşirenin etkinliğinin belirlenmesi ve vajinitise neden olan risk faktörlerinin incelenmesi, I. Uluslararası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı:s:395-400, 2001, Antalya.

37. Ekizler H. Genital Enfeksiyonların Önlenmesi ve Tedavisinde Sağlık Eğitiminin Rolü, I.Ulusal Ana ve Çocuk Sağlığı Sempozyum Kitabı:s:83-89, 1992, İstanbul.

38. Demir Ü, Karacan G. 15-49 yaş arasındaki kadınların genital akıntılar ve akıntıların önlenmesindeki hijyenik uygulamalar konusundaki bilgilerinin incelenmesi, IV. Ulusal AIDS ve V. Ulusal CIGH Sempozyum Kitabı:s:10, 38, 1998.

39. Aral SO, Mosher WD, Cates WJr. Vajinal douching among reproductive age in the United States. American Journal of Public Health 1992;82(2):210-214.

40. Abma JC, Chandra A, Mosher WD, Peterson LS, Piccinino LC. Fertility, family planning and women's health: new data from the national survey of family growth, vital & health statistics- series 23, data from the national survey of family growth. 1997;19:1-114.

41. Vermund SH, Sarr M, Murphy D. Douching Practices Among HIV Infected and Unınfected Adolescents in the United States, Journal of Adolescent Health, 2001; 29(3):80-86

42. Mete S, Gerçek E. Epidemiology, Factors and Outcomes of the Vaginal Douching, Hemşirelik Yüksekokul Dergisi, 2005: 55-61

43. Oh MK, Funkhouser E, Simpson T, Brown P, Merchant JS. Early onset of vaginal douching is associated with false beliefs and high risk behaviour. Sexually Transmitted Diseases 2003;30(9): 689-669.

44. Newton ER, Pipet JM, Shain RN, Perdue ST, Peairs W. Predictors of vaginal microflora. Am J Obstet Gynecol 2001; 184: 845- 55.

45. Andrist LC. Vaginal health and ınfections. JOGNN 2001;30(3):306-315.

46. Onderdonk AB, Delaney ML, Hinkson, PL, DuBois AM. Qantitive and qualitive effects of douche preparations on vaginal microflora. Obstetrics & Gynecology 1992; 80:333-338.

47. Monif GR. The great douching debate: to douche, or not to douche. Obstetrics & Gynecology 1999;94(4):630-631.

48. Simpson T, Merchant JS, Grimley DM, Oh MK. Vaginal douching among adolescent and young women: more challenges than progress. J Pediatr Adolesc Gynecol 2004; 17: 249- 258.

49. Kendrick JS, Atrash HK, Strauss LT, Gargiullo PM, Ahn YW. Vaginal douching and risk of ectopic pregnancy among black women. Am J Obstet Gynecol 1997; 176: 991-7.

50. Wolner-Hanssen P, Eschenbach DA, Paavonen J, Stevens CE, Kiviat NB, Critchlow C, DeRouen T, Koutsky L, Holmes KK. Association between vaginal douching and acut pelvic ınflamatory disease. JAMA 1990;263(11-14):1936-41.

51. Ness RB, Soper DE, Holley RL, Peipert J, Randall H, Sweet RL, Sondheimer SJ, Hendrix SL, Hillier SL, Amortegui A, Trucco G, Bass DC. Douching and endometrisis: results from the evaluation and clinical health (PEACH) study. Sexually Transmitted Diseases 2001;28(4):240-245.

52. Baird DD, Weinberg CR, Voigt LF, Dailing JR. Vaginal douching and reduced fertility. Am J Public Health 1996; 86: 844-850

53. Koblin BA, Mayer K, Mwatha A, Brown-Peterside P, Holt R, Marmor M, Smith C, Chıasson MA. Douching practices among women at high risk of HIV ınfection in the united states: Implications for microbicide testing in use. Sexually Transmitted Diseases 2002;29(7):406-410.

54. Rajamanoharan S, Low N, Jones SB, Pozniak L. Bacterial vaginosis, ethnicity, and the use of genital cleaning agent: a case control study. Sexually Transmitted Diseases 1999; 26: 404- 409.

55. Chiaffarino F, Parazzini F, De Besi P, Lavezzari M. Risk factors for bacterial vaginosis. European Journal of Obstetrics & Gynecology and reproductive Biology 2004; 117: 222- 226.

56. Holzman C, Leverithal JM, Hong Q, Jones NM, Wang J. Factors linked to bacterial vaginosis in nonpregnant women. American Journal of Public Health 2001;91(10): 1664-70.

57. Fiscella K, Franks P, Kendrick JS, Meldrum S,Kieke BA. Risk of preterm birth that is associated with vaginal douching. Am J Obstet Gynecol 2002; 196:1345-50.

58. Fiscella K, Franks P, Kendrick JS, Bruce FC. The risk of low birth weight associated with vaginal douching. Obstet Gynecol 1998; 92: 913-7.

59. Critchlow CW, Wölner-Hanssen P, Eschenbach DA et al. Determinants of servical ectopia and of cervitis: age, oral contraception, specific cervical infection, smoking and douching. Am J Obstet Gynecol 1995;173: 534-43.

60. Scholes D, Stergachis A, Ichıkawa LE, Heidrich FE, Holmes KK, Stamm WE. vaginal douching as a risk factor for cervical chlamidya trachomatis ınfection. Obstetrics & Gynecology 1998;91(6):993-997.

61. Bruce FC, Fiscella K, Kendrick JS. Vajinal douching and preterm birth: An ıntriguing hypothesis. Medical Hypothesis 2000;54(3):448-452.

62. La Ruche G, Messou N, Ali-Napo L, et al. Vaginal douching: association with lower tract infections in African pregnant women. Sex Transmitted Dis 1999; 26: 191-6.

63. Gresenguet G, Kreiss JK, Chapko MK, Sharon L, Weiss NS. HIV ınfection and vaginal douching in Central Africa, AIDS 1997;11(1):101-106.

64. Çalışkan D, Subaşı N, Sarışen Ö. Aile planlaması ünitesine ve jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda vajinal duş uygulaması ve etkili faktörler. 4.

Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı:s:201, 2005, Ankara.

65. Foch BJ, McDaniel ND, Chacko M.R. Racial differences in vaginal douching knowledge, attitude, and practices among sexually active adolescents. Journal of Pediatric Adolescent Gynecology 2001;14(1):29-33.

66. Oh MK, Merchant JS, Brown P. Douching behaviour in high risk adolescents. What do they use, when and why do they douche?. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology 2002;5(2):83-88.

67. Gazmararian JA, Bruce FC, Kendrick JS, Grace CC, Wynn S. Why do women douche? results from a qualitative study. Maternal and Child Health Journal 2001;5(3):153-159.

68. Joesoef MR, Sumampouw H, Linnan M, Schmid S, Idajadi A, St Luis ME. Douching and sexually transmitted diseases in pregnant women in Surabaya, Indonesia. American Journal of Obstetrics Gynecology 1996;174:115-119.

EK-1

Hasta Takip Formu	
Adı Soyadı Dosya numarası	
Yaş	
Adres	
Telefon	
Medeni Hali	Evli Bekar Dul
Fertilite Durumu	Var Yok
Korunma Şekli	Kondom OK RİA CI Vajinal Duş Diğer
Geçirilmiş (son 1 ayda) enfeksiyon öyküsü	Var → tedavi var tedavi yok Yok
Vajinal duş sıklığı	Haftada >3 Haftada <3
Vajinal duşu ne zaman uyguladığı	İlişki sonrası Mens sonrası Her banyoda Her tuvalette Diğer (

Vajinal duş uygulama süresi	>5 yıl <5 yıl
Vajinal duş şekli	Tüm vajen Vajen dış ½ lik kısım