Derleme Review

Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi
The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology

Adölesan Dönemde Servikal Displaziler Ve Yönetimi

Cervical Dysplasia During Adolescence And Their Management

Nilüfer ÇETİNKAYA KOCADAL, Tayfun Güngör

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi, Ankara ,Turkiye

ÖZ

Amaç: Adölesan dönem 11-19 yaş arası gelişimsel geçiş dönemini tanımlamaktadır. Bu dönemin özelliği jinekolojik hastalıklar ve tedavi şekilleri açısından ileri yaş hasta gruplarından ayrı değerlendirilmesi gerektiğidir. Adölesan genç kızlarda özellikle cinsel aktivite başlangıcından sonra HPV enfeksiyonları oldukça sık görülmektedir. Bağışıklık sistemi çoğu HPV enfeksiyonunu spontan olarak yok etmektedir. Ancak bazı durumlarda HPV persistansı displazik servikal lezyonların oluşmasına sebep olmaktadır. Displazik lezyonlar zaman içerisinde invazif kansere dönüşebilir olsalar da bu oranlar adölesanlarda düşük olduğundan servikal kanser oldukça nadir görülür. Bu yazıda adölesanlarda HPV enfeksiyonunun seyri, servikal patoloji taramaları ve servikal displazilerin tedavisine değinilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, HPV enfeksiyonu, servikal displazi

ABSTRACT

Aim: Adolescence is a period of life between 11 and 19 years old. Patients in this age group must be differentiated than older aged patients in accordance to spectrum of gynecologic disease and treatment modalities. HPV infection is common in sexually active adolescent girls. Most of the infections resolve spontaneously but sometimes persistent infection results cervical dysplasia formation. Cervical dysplasia might predispose to cancer formation but this occurs rarely in adolescence. In this text our aim was to take attention to adolescent HPV infection, cervical pathology screening and treatment options for cervical dysplasia.

Key Words: Adolescence, HPV infections, cervical dysplasia

Adölesanlarda HPV Enfeksiyonu

Adölesan dönemde genital traktüsün henüz immatür olması jinekolojik enfeksiyonlara eğilimi artırmaktadır (1). Servikal epitelde skuamokolumnar bileşke ektoserviksteki yassı epitel hücreleri ile küboid endoservikal kanal kökenli hücrelerin birleşme noktası olarak tanımlanmaktadır. Bu bileşke hormonel uyarılar ve mikro çevre koşulları etkisiyle aktif olarak adölesan dönemde ektropiye olmaya başlar. Ektropiye olan endoservikal küboid hücreler vajen florası ve mikro çevresiyle karşılaştığında vajen asiditesi nedeniyle yassı epitel hücrelerine metapilazi ile dönüşürler. Bu süreç sonunda yeni bir skuamokolomnar bileşke oluşurken eski bileşke ve yeni bileşke arasındaki bölge servikal displazilerin en sık gözlendiği transformasyon zonunu oluşturur.

HPV (Human Papilloma Virüs) adölesanlarda cinsel yaşamın başlamasıyla gözlenen en sık jinekolojik enfeksiyon ajanıdır (2). HPV enfeksiyon oranları cinsel aktif adölesanlarda %32,9 - %69 arası değişmektedir (1). HPV'nin günümüzde 150'den fazla tipi tanımlanmıştır ve enfeksiyon etkisiyle adölesanlarda oluşabilecek en önemli patolojiler servikal displazilerdir (3). HPV tipleri servikal displazi ve kanser oluşturabilme potansiyellerine göre yüksek ve düşük riskli olarak sınıflandırılmaktadır. Servikal kanserin %70 kadarından HPV 16 ve 18 sorumlu tutulmaktadır. Ayrıca tip 58, 33, 45, 31, 52, 35, 59, 39, 68, 73, 82, 51 ve 56'nın da servikal displazi ve kansere yol açtığı bilinmektedir (4). Tip 6 ve 11 gibi düşük riskli HPV tipleri ile genital kondilomlardan sorumludur. Adölesanlarda yüksek riskli HPV prevelansı, düşük riskli HPV prevelansından yaklaşık 2 kat daha fazladır. Ayrıca genital kondilomu olduğu bilinen adölesanların yaklaşık %70'inde 2 yıl içerisinde servikal displazi saptanmaktadır (5). HPV prevelansı 25 yaşın altındaki kadınlarda pik yapmaktadır (6). Enfekte olan adölesanların %70-90 kadarı bağışıklık sistemi ile 12-24 ay içerisinde enfeksiyonu temizlemektedir ve yüksek dereceli servikal displazi oranları bu olgularda %3 düzeyindedir (5).

Multiple cinsel partner, sigara, erken yaşta seksüel yaşamın başlaması, uzun süreli hormonel kontrasepsiyon, cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü ve uyumsuz bariyer yöntem kullanımı HPV enfeksiyonuna yol açan faktörlerdir (7). Genital siğiller viral bulaştan sonraki 2 hafta-8 ay içerisinde, ortalama 2-3 ay gibi bir zamanda oluşurlar (5).

Adölesanlarda Servikal Displazi Prognozları

CIN-I ve II lezyonları yaklaşık 2 yıl içerisinde remisyona girmektedir ve kansere ilerleme oranları sırasıyla %1 ve %5'dir (8). CIN-III lezyonunda progresyon yaklaşık 10 yıl kadardır (9). Bu yaş grubunda servikal kanser oranları oldukça düşüktür. CIN-II lezyonlarda spontan regresyon oranları farklı çalışmalarda yaklaşık %45-%65 (10) kadardır ve CIN-III'e progresyon ortalama olguların %13'ü kadarındadır (8). Smear sonucu ASC-US ya da LGSIL olan adölesanların

Yazışma Adresi/ Correspondence Address:
Nilüfer Çetinkaya
Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi, Ankara
Türkiye
Tel/Phone: 0533 203 84 49
E-mail: cetinkayanilufer@gmail.com

Geliş Tarihi/ Received: 22/11/2015
Kabul Tarihi/Accepted: 08/06/2016

yaklaşık %6-16'sının biyopsisinde CIN-III saptanmaktadır (11). Adölesanlarda CIN-I ve II konservatif olarak takip edilmekteyken CIN-III lezyonlar tedavi edilmelidir.

Adölesanlarda Servikal Patoloji Taraması ve Tedavisi

Geçmişte adölesanlarda, cinsel yaşamın başlamasından en az 3 yıl sonra pap smear taramasının yapılması önerilmekteydi. Orijini belirlenemeyen atipik yassı hücreler (ASC-US) ya da düşük dereceli intra-epitelyal lezyon (LGSIL) saptandığında iki yıla kadar yılda bir servikal sitoloji takibi yapılmaktaydı. Birinci yıl sonunda sitoloji yüksek dereceli servikal intra-epitelyal lezyon (HGSIL) olarak saptanırsa hasta kolposkopik incelemeye yönlendirilmekteydi (8). Kolposkopik biyopside yapılan biyopsi CIN-I (cervical intraepithelial neoplasia) olarak saptandığında olgu yıllık Pap smear takibi ile izlenmekteydi. Biyopsi sonucu CIN-II olarak tanı aldığında ise 4-6 aylık intervaller şeklinde Pap smear ve kolposkopi takibi uygulanmaktaydı. Smear sonucu ASC-US ya da LGSIL olarak gelen ve kolposkopik biyopside CIN-III saptanan olgulara (adölesanların yaklaşık %7'sine) ise invazif hastalığın ekartasyonu için konizasyon yapılmaktaydı (11).

Günümüzde ise, Amerikan Kolposkopi ve Servikal patoloji Cemiyeti (ASCCP: American Society for Colposcopy and Cervical Pathology) son bildirgelerine göre 20 yaş altı genç kadın popülasyonunda rutin servikal patoloji taramasını artık önermemektedir (12). Yapılan çalışmalarda adölesan dönemde çoğu HPV enfeksiyonlarının geçici olduğu, serviks kanserinin bu dönemde çok nadir olduğu ancak şüpheli servikal bulgular nedeniyle yüksek oranda invazif girişim yapıldığı görülmüştür (13). Ayrıca konu ile ilgili çalışmalar bu yaş grubunda servikal tarama yöntemlerinin kullanılmasıyla servikal kanser oranlarında azalma sağlanamayacağını göstermiştir (14,11).

Kaynaklar

1. Michala L, Argyri E, Tsimplaki E, et al. Human Papilloma Virus infection in sexually active adolescent girls. *Gynecol Oncol.* Aug 2012;126:207-210.
2. Tota JE, Chevarie-Davis M, Richardson LA, Devries M, Franco EL. Epidemiology and burden of HPV infection and related diseases: implications for prevention strategies. *Prev Med.* Oct 2011;53.
3. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol.* Sep 1999;189:12-19.
4. Peyton CL, Gravitt PE, Hunt WC, et al. Determinants of genital human papillomavirus detection in a US population. *J Infect Dis.* Jun 1 2001;183:1554-1564.
5. Monteiro DL, Sodre DC, Russomano FB, Trajano AJ, Silva KS. Incidence of genital warts in adolescents and their association with cervical intraepithelial lesions. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* May 2013;168:80-82.
6. Schwarz TF, Huang LM, Medina DM, et al. Four-year follow-up of the immunogenicity and safety of the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine when administered to adolescent girls aged 10-14 years. *J Adolesc Health.* Feb 2012;50:187-194.
7. Roset Bahmanyar E, Paavonen J, Naud P, et al. Prevalence and risk factors for cervical HPV infection and abnormalities in young adult women at enrolment in the multinational PATRICIA trial. *Gynecol Oncol.* Dec 2012;127:440-450.
8. Monteiro DL, Trajano AJ, Russomano FB, Silva KS. Prognosis of intraepithelial cervical lesion during adolescence in up to two years of follow-up. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* Aug 2010;23:230-236.
9. Syrjanen KJ. Spontaneous evolution of intraepithelial lesions according to the grade and type of the implicated human papillomavirus (HPV). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* Mar 1996;65:45-53.
10. McAllum B, Sykes PH, Sadler L, Macnab H, Simcock BJ, Mekhail AK. Is the treatment of CIN 2 always necessary in women under 25 years old? *Am J Obstet Gynecol.* 2011;205:478.
11. Clements AE, Raker CA, Cooper AS, Boardman LA. Prevalence and patient characteristics associated with CIN 3 in adolescents. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;204:128.
12. Freeman-Wang T, Walker P. Colposcopy in special circumstances: Pregnancy, immunocompromise, including HIV and transplants, adolescence and menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* Oct 2011;25:653-665.
13. Henderson JT, Saraiya M, Martinez G, Harper CC, Sawaya GF. Changes to cervical cancer prevention guidelines: effects on screening among U.S. women ages 15-29. *Prev Med.* Jan 2013;56:25-29.
14. Moscicki AB, Ma Y, Jonte J, et al. The role of sexual behavior and human papillomavirus persistence in predicting repeated infections with new human papillomavirus types. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2010;19:2055-2065.