

## Fig0 servikal kanserlerin evrenmesi

### Evre I

Tümör kesinlikle servikste sınırlıdır. Uterus korpusuna yayılım dikkate alınmamalıdır. Evre IA1 ve IA2 tanısı tercihan konizasyonla çıkarılan, tüm lezyonu kapsayan dokunun mikroskopik incelemesiyle konur.

**Evre IA** : Tümör sadece mikroskopik olarak görülebilir.

Evre IA1 : Stromal invazyon 3 mm den küçük ve tümör 7 mm den geniş değildir.

Evre IA2 : Stromal invazyon 3 - 5 mm arasında ve tümör 7 mm den geniş değildir.

**Evre IB** : Serviks sınırlı klinik lezyonlar veya Evre IA'dan büyük preklinik lezyonlar. Bütün gros lezyonlar yüzeysel invazyon olsa dahi Evre IB kanserlerdir.

Evre IB1 : 4 cm den küçük klinik lezyonlar

Evre IB2 : 4 cm den büyük klinik lezyonlar

### Evre II

Tümör serviksi aşmış, fakat pelvis duvarına ulaşmamıştır. Vajen tutulumu olabilir ancak alt 1/3'e ulaşmamıştır.

**Evre IIA** : Belirgin parametrial infiltrasyon yok. Vajenin üst 2/3'üne kadar tutulum vardır

**Evre IIB** : Belirgin parametrial infiltrasyon vardır, ancak pelvis yan duvarına ulaşmamıştır.

### Evre III

Tümör pelvik duvara kadar ulaşmıştır. Rektal muayenede tümörle pelvis duvarı arasında serbest aralık yoktur. Tümör vajen alt 1/3 ünü infiltre etmiştir. Hastalarda hidronefroz ve/veya nonfonksiyone böbrek bulguları vardır.

**Evre IIIA** : Pelvis duvarına ulaşmamıştır, fakat vajen alt 1/3'ü infiltredir.

**Evre IIIB** : Tümör pelvis duvarına ulaşmış veya hidronefroz veya nonfonksiyone böbrek vardır.

**Evre IV** : Tümör gerçek pelvisi aşmış veya klinik olarak mesane ve/veya rektum mukozası tutulumu vardır.

**Evre IVA** : Tümörün komşu prlvik organlara yayılımı

**Evre IVB** : Uzak organlara yayılım

Kaynak: TNM Classification of malignant tumors. L. Sobin and Ch Wittekind (eds.), UICC International Union Against Cancer, Geneva, Switzerland, pp155-157; 6<sup>th</sup> ed. 2002

# Ek 2

## Bilgilendirilmiş Olur Formu

Doktor/hemşire/ebe tarafından rahmimin ağız kısmında gelişebilecek olan kanserin erken teşhisi için yapılması gereken iodin (VILI)/asetik asit (VIA) uygulaması bana açıklıkla anlatıldı. Rahmimin ağzına %5 asetik asit solusyonu sürülmesinin muhtemel bir kanser öncesi lezyon veya kanserin tespiti için yapıldığını anladım. Bu işlemin genellikle zararsız bir işlem olduğunu bazen irritasyona veya hafif kanamaya yol açabileceğini ve bunun kolaylıkla önlenebileceğini anladım.

Eğer bu testin sonucu pozitif gelir ise tedavi edilmeden önce rahim ağzıma kolposkop denilen bir aletle büyütülerek bakılması ve tanı koyabilmek için buradan parça (biopsi) alınması gerektiğini anladım. Tedavinin krioterapi (rahim ağzının bir aletle dondurulması), koterizasyon (rahim ağzının bir aletle yakılması) veya ufak bir cerrahi işlemle rahim ağzından parça çıkarılması şeklinde olabileceği bana açıklandı. Bana yapılacak olan bu testleri ve tedaviyi gönüllü olarak yaptırmayı kabul ediyorum.

İmza:

Tarih:

İsim Soyadı:

Adres:

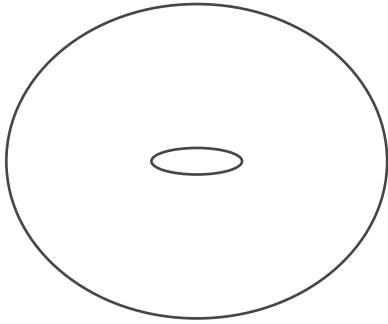
# Ek 3

## VIA ve VILI ile sonuçları raporlama formu VIA ve VILI ile tarama

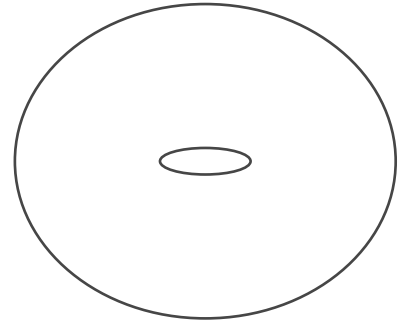
1. Klinik/ seri numarası.....
2. Test tarihi(gün/ay/yıl) [ ][ ]-[ ][ ]-[ ][ ]
3. İsim Soyadı:.....
4. Adres:.....
5. Yaş: [ ][ ]
6. Eğitim:(1:yok; 2:ilk okul; 3: orta okul;  
4:lise; 5:üniversite;) [ ]
7. Son adet tarihin ne zamandı?  
(1:12 aydan daha az 2:12 aydan daha fazla) [ ]
8. Evlilik durumu:(1: evli; 2:dul; 3:ayrı yaşıyor;  
4:diğer; 5; bilinmiyor) [ ]
9. Evlenme veya ilk ilişki yaşı: [ ][ ]
- 10.Total gebelik sayısı/düşükler: [ ][ ]
- 11.Aşağıdakilerden birisi başınıza geldimi?  
(Eğer cevap evet ise √ ile kutuyu işaretleyin)
  - Anormal vaginal akıntı
  - Dış genital organlarda kaşıntı
  - Dış genital organlarda ülserler
  - Karın alt bölgesinde ağrı
  - Cinsel ilişki sırasında ağrı
  - Cinsel ilişki sonrasında kanama
  - Adetler arasında kanama
  - Bel ağrısı
12. Görsel muayene bulguları  
(Eğer cevap evet ise √ ile kutuyu işaretleyin:)
  - Squamokolumnar bileşke tümüyle görünüyor
  - Servikal polip
  - Nobothi kistleri
  - Servisit
  - Lökoplaki
  - Kondilom
  - Büyüme
13. %5 asetik asit sürüldükten bir dakika sonraki bulgular(VIA)  
(1:Negatif; 2:Pozitif; 3:invazif kanser için pozitif) [ ]
14. Eğer VIA pozitif ise asetowhite lezyon endoservikal kanala uzanıyor mu?  
(1:evet; 2: hayır) [ ]

15. Eğer VIA pozitif ise kaç kadranda asetowhite lezyon var?  
(1: iki veya daha az; 2: üç; 3: dört kadrant) [ ]

16. Şema  
(Noktalı çizgi ile squamokolumnar bileşkeyi ve devamlı çizgi ile asetowhite veya iyot tutan alanları çiziniz.)



VIA



VILI

17. Lugol iodine sürüldükten sonraki bulgular(VILI)  
(1:Negatif; 2: Pozitif; 3: Kanser için pozitif) [ ]

18. Eğer hasta invazif kanser ise, Evre(1: IA; 2:IB; 3: IIA; 4: IIB;  
5: IIIA; 6: IIIB; 7: IVA; 8: IVB; 9: Bilmiyor) [ ]

19. Biopsi alındı mı?(1:evet; 2: hayır)  
(Eğer biopsi alındı ise şekilde x ile işaretleyerek yerini çizin) [ ]

20. Alınan kararlar:  
(1: 5 yıl sonra kontrol muayenesi önerildi;  
2: servisit için medikal öneriler ve 6 ay sonra kontrol;  
3: kolposkopiye gönderme  
4: hemen tedavi için gönderme;  
5: invazif kanserli hastanın evrelenmesi ve tedavisi için gönderme;  
6: diğer, açıklayın .....)

## Ek 4

### Servikal neoplazinin erken tanı ve tedavisi için kullanılan aletlerin ve malzemelerin temizlenmesi ve sterilizasyonu

Alet/materyal	İşlem	Önerilen İşlem
Vaginal spekulum, vaginal ekartörler, biopsi pensleri, dişli pensler, ring pensler, Cheatle pensleri.	Dekontaminasyon ve temizleme sonrasında sterilizasyon veya yüksek dereceli dezenfeksiyon	%0.5 klor solüsyonunda 10 dakika bekletilerek yapılan dekontaminasyonu takiben su ve deterjanla temizlenir; temizlenen aletler 20 dakika kaynayan suya batırılır (yüksek dereceli dezenfeksiyon) veya tekrar kullanılmadan önce otoklavda sterilize edilir.
Eldivenler.	Dezenfeksiyon ve temizleme sonrasında sterilizasyon	%0.5 klor solüsyonunda 10 dakika bekletilerek yapılan dekontaminasyonu takiben su ve deterjanla temizlenir; paketlenerek otoklavda sterilize edilir.
Muayene masası, halogen lamba, el fenerleri, alet arabası, tepsiler.	Orta veya düşük dereceli dezenfeksiyon	%60-90 lık etil veya isopropil alkol veya %0.5 klor solusyonu ile silerek yapılır.

### **%0.5 klor solusyonu hazırlanması:**

Verilen herhangi bir konsantrasyonun ticari preparatından sulandırılmış klor solusyonu elde etmenin genel formülü şudur: Toplam su payı=[% konsantrasyon % sulandırılmış] -1. Örneğin, % 5 konsantre edilmiş sıvı çamaşır suyundan % 0.5 sulandırılmış chlorine solusyonu elde etmek için = [% 5.0/% 0.5] -1 = 10-1 = 9 pay su; dolayısıyla konsantre edilmiş bir pay çamaşır suyuna dokuz pay su ekleyin.

Eğer piyasada bulunabilen toz klor kullanılıyorsa % 0.5'lik klor solusyonu yapmak için gereken toz miktarını (gram olarak) hesap edebilmek için şu formülü kullanın:

Gram/litre=[sulandırılmış %konsantre ] x 1000. Örneğin, %35 calcium hypochlorite tozdan %0.5'lik sulandırılmış klor elde etmek için= [% 0.5/% 35] x 1000 = 14.2 gr Böylece 14.2 gr tozu 1 litre suya ekleyin ya da 142 gram tozu 10 litre suya ekleyin. Kullanılan aletler sulandırılmış çamaşır suyu içinde 10 dakikadan fazla bırakılmamalı ve renk solmasını ve metalin paslanmasını önlemek için hemen dezenfekte edildikten sonra kaynayan suda temizlenmelidir.

### **Tarama Kliniğinin zemininin dezenfeksiyonu:**

Tarama kliniğinin dezenfeksiyonu günlük olarak iodofor içeren kimyasal dezenfektanlarla yapılmalıdır(% 10'luk povidone iodine v.b)

# Ek 5

## %5 asetik asit, Lugol iodine ve Monsel solusyonlarının hazırlanması

### %5 asetik asit solüsyonu

Malzemeler	Miktar
1. Glacial asetik asit	5 ml
2. Distile su	95 ml

#### Hazırlanması

5 ml glacial asetik asit 95ml distile suyun içine dikkatli bir şekilde eklenir ve karıştırılır.

**Saklama:** Kullanılmayan asetik asit günün sonunda atılmalıdır.

**Etiketleme:** %5 asetik asit

**Not:** Glacial asetik asiti sulandırmayı unutmamak çok önemlidir. Çünkü sulandırılmamış asetik asit epitele uygulanır ise şiddetli kimyasal yanığa neden olabilir.

### Lugol iodine solusyonu

Malzemeler	Miktar
1. Potasyum iyodür	10 g
2. Distile su	100 ml
3. İyot kristalleri	5 g

#### Hazırlanması

- 10 g potasyum iyodür 100 ml suda eritilir.
- 5 g iyot kristali çalkalama sırasında yavaşça eklenir.
- Filtre edilir ve sıkıca kapağı kapatılmış kahverengi bir şişede saklanır.

**Saklama:** 1 ay

**Etiketleme:** Lugol solüsyonu; son kullanım tarihi ile

## Monsel macunu

### Malzemeler

1. Ferric sulfat baz
2. Ferrous sulfat toz
3. Karıştırmak için steril su
4. Glycerol nişastası (hazırlanması aşağıda)

### Miktar

- 15 g  
çok az miktar  
10 ml  
12 g

### Hazırlanması

#### Dikkat et: Exotermik reaksiyon ile dışa ısı verebilir.

- A. Birkaç tane ferrous sulfate tozunu 10 ml steril su içeren geniş ağızlı bir cam bardağa koyun. Karıştırın.
- B. Ferric sulfate bazını cam bir çubukla karıştırarak solusyonun içinde çözün. Solusyon tamamen berrak bir hale gelmelidir.
- C. Glycerol nişastasını cam bir havanda tartın. İyice karıştırın.
- D. Ferric sulfate solusyonunu yavaşça glycerol nişastasına ekleyin. Homojen bir karışım elde edebilmek için sürekli karıştırın.
- E. Bu karışımı 25ml'lik kahverengi cam bardağa koyun.
- F. Klinik kullanım için, çoğu klinik solusyonun hardala benzer yapışkan macun haline gelmesi için solusyonu buharlaştırarak su kaybetmesini tercih ederler. Bu çevre koşullarına bağlı olarak 2-3 hafta sürer. Eğer gerekirse bu macunu inceltmek için steril su kullanılabilir.

#### Note: bu preparat % 15 elementer demir içerir.

**Saklama:** 6 ay

**Etiketleme:** Monsel Solusyonu; İyi karıştırın; Sadece dıştan kullanım içindir; Son kullanma tarihi

Glycerol nişastası( monsel solusyonunda kullanmak için)

### Malzemeler

1. Nişasta
2. Karıştırmak için steril su
3. Gliserin

### Miktar

- 30 g  
30 ml  
390 g



### Hazırlanması

- A. Bir eritme kabında nişastayı steril su ile eritin.
- B. Gliserin ekleyin. İyice karıştırın.
- C. Glycerol nişastasını cam bir havanda tartın. İyice karıştırın.
- D. Eritme kabını bir ocak üzerine getirerek ısıtın. İçindeki madde koyulaşan kıvama gelene kadar bir spatül ile devamlı olarak karıştırın. Fazla ısıtmamaya dikkat edin, böylece sararmasına engel olabilirsiniz.

**Saklanma:** 1 yıl

**Etiketleme:** Gliserol nişastası; Serin yerde saklayın; Sadece dıştan kullanım içindir; Son kullanma tarihi.

**Not:** Fazla ısıtmayın, aksi halde karışım sarı renge dönecektir.

## Daha fazla bilgi için okuma önerileri

**Ottaviano, M. & La Torre, P. (1982)**

Examination of the cervix with the naked eye using acetic acid test. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 143, 139-142.

**Cecchini, S., Bonardi, R., Mazzotta, A., Grazzini, G., Iossa A. & Ciatto, S. (1993)**

Testing cervicography and VIA as screening tests for cervical cancer. *Tumori*, 79, 22-25.

**Östor, A.G. (1993)**

Natural history of cervical intraepithelial neoplasia : a critical review. *Int. J. Gynecol. Pathol.*, 12, 186-192.

**Sankaranarayanan, R., Wesley, R., Somanathan, T., Dhakad, N., Shyamalakumary, B., Sreedevi Amma, N., Parkin, D.M. & Krishnan Nair, M. (1998)**

Performance of visual inspection after acetic acid application (VIA) in the detection of cervical cancer precursors. *Cancer*, 83, 2150-2156.

**Walboomers, J.M.M., Jacobs, M.V., Manos, M.M., Bosch, F.X., Kummer, J.A., Shah, K.V., Snijders, P.J., Peto, J., Meijer, C.J., & Munoz, N. (1999)**

Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J. Pathol.*, 189, 12-19.

**Sankaranarayanan, R., Shyamalakumary, B., Wesley, R., Sreedevi Amma, N., Parkin, D.M. & Krishnan Nair, M. (1999)**

Visual inspection with acetic acid in the early detection of cervical cancer and precursors. *Int. J. Cancer*, 80, 161-163.

**University of Zimbabwe/JHPIEGO Cervical Cancer Project (1999)**

Visual inspection with acetic acid for cervical-cancer screening: test qualities in a primary-care setting. *Lancet*, 353, 869-873.

**Denny, L., Kuhn, L., Pollack, A., Wainwright, H. & Wright, T.C., Jr (2000)**

Evaluation of alternative methods of cervical cancer screening for resource-poor settings. *Cancer*, 89, 826-833.

**Belinson, J.L., Pretorius, R.G., Zhang, W.H., Wu, L.Y., Qiao, Y.L. & Elson, P. (2001)**

Cervical cancer screening by simple visual inspection after acetic acid. *Obstet. Gynecol.*, 98, 441-444

**Sankaranarayanan, R., Budukh, A.M. & Rajkumar, R. (2001)**

Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. *Bull. World Health Org.*, 79, 954-962.

**Goldie, S.J., Kuhn, L., Denny, L., Pollack, A. & Wright, T.C. (2001)**

Policy analysis of cervical cancer screening strategies in low-resource settings: clinical benefits and cost-effectiveness. *JAMA*, 285, 3107-3115.

**Denny, L., Kuhn, L., Pollack, A. & Wright, T.C., Jr (2002)**

Direct visual inspection for cervical cancer screening: an analysis of factors influencing test performance. *Cancer*, 94, 1699-1707.

**Mandelblatt J.S., Lawrence, W.F., Gaffikin, L., Limpahayom, K.K., Lumbiganon, P., Warakamin, S., King, J., Yi, B., Ringers, P. & Blumenthal, P.D. (2002)**

Costs and benefits of different strategies to screen for cervical cancer in less-developed countries. *J. Natl. Cancer Inst.*, 94, 1469-1483.