

Bölüm 2

%5'lik Asetik Asit İle Yapılan Gözle Muayene (VIA) Sonuçlarının Raporlanması Ve Değerlendirilmesi

Gerekli Araç ve Gereç:

- Diz destekli veya topuk konulacak tipte muayene masası;
- Işık kaynağı (mümkünse servikse yönlendirilebilecek tipte parlak bir halojen lamba veya halojen el feneri);
- Steril iki valv'li spekulum (Cusco, Grave's veya Collin's);
- Eldiven;
- Pamuk çubuklar, gazlı bez;
- Ring forceps veya tutucu pens;
- %5 taze hazırlanmış asetik asit veya sirke (Sirke içindeki asetik asit sertliğini kontrol et);
- % 0,5 lik klor solüsyonu içerecek ve eldivenlerin batırılacağı çelik veya plastik kap;
- Aletlerin dekontaminasyonu amacı ile kullanılacak ve % 0,5 lik klor solüsyonu içerecek plastik kova;
- Tıbbi atıkların ve kirli çubukların atımında kullanılacak ve polietilen bir plastik torba içeren plastik kova.

%5 Seyreltilmiş Asetik Asit'in Hazırlanması

%5'lik asetik asit 5 ml glasial asetik asit içine 95 ml distile su karıştırılması ile elde edilir.

Eğer çarşıdan alınacak sirke kullanılacak ise sirke sertliğinin %5 olup olmadığı kontrol edilmelidir.

Test Uygulayıcısının Becerisi

Test uygulayıcısının gözle muayene yöntemi ile ilişkili olarak anatomi, fizyoloji ve servikal patolojiler konusunda çok iyi bilgiye sahip olması gerekir. Servikse ait benign durumlarla ilgili klinik özellikleri, enflamasyon değişikliklerini, serviksin prekanseröz ve invaziv kanser değişikliklerini bilmesi gerekir.

Yöntem

Test için müracaat eden kadına tarama yöntemi hakkında ayrıntılı bilgi verilmelidir. Tarama öncesinde yazılı bilgilendirilmiş olur formu alınmalıdır. Bilgilendirilmiş olur formunun bir örneği Ek 2'de verilmiştir. Detaylı obstetrik ve jinekolojik öyküyü sorgulamak ve kayıt altına almak için hazırlanmış form örneği Ek 3 'de mevcuttur. Kadın yöntemin ağrısız olduğu konusunda aydınlatılmalı ve test aşamasında tamamiyle sakin ve rahat olması sağlanmalıdır.

Kadından, bir kanepeye modifiye litotomi pozisyonunda ayakları dizlerinin arkasından veya topuklarından desteklenerek yatması istenir. Uygun pozisyon sağlandıktan sonra vajinal akıntı olup olmadığı gözlenir. Dış genital ve perineal bölgede, herhangi bir eksskoriasyon izi, ödem, vezikül, papül, ağrılı ülseratif siğillerin olup olmadığı gözlenir. İnguinal ve femoral bölgede herhangi bir şişlik olup olmadığına bakılır.

Daha sonra ılık suya batırılmış halde bekleyen steril vajinal spekulum nazıkçe introitustan içeriye doğru itilir ve spekulumun kanatları açılarak serviks görülmeye çalışılır. Işık kaynağı, vajen ve servikte yeterli görüş sağlayacak şekilde ayarlanır. Spekulum yavaşça açıldıktan ve valv'ler sabitlendikten sonra serviks görüş sahasında belirir. Serviksin büyüklüğü ve yapısı incelenir.

Eksternal os, kırmızı renkteki tek katlı epitel, pembe renkli çok katlı epitel ve squamokolumnar bileşke belirlenir. Üst sınırını skuamokolumnar bileşkenin oluşturduğu transformasyon bölgesine doğru gözleme devam edilir. Servikal kanserlerin squamokolumnar bileşkeye yakın olan transformasyon bölgesinde ortaya çıktığını unutmamak gerekir.

Ektropion, servikal polip, naboth kistleri, servikal dudaklardaki iyileşme izleri, lökoplaki, kondilom ve servisit bulguları olup olmadığına bakınız. Postmenopozal kadınlarda çok katlı epitelin incilmesi ve atrofisine bağlı olarak serviksin soluk ve gevrek olduğunu izleyebilirsiniz. Akıntının miktar, renk, koku ve kıvam gibi özelliklerini değerlendirin. Eksternal osdaki ipliksi, ince mukuslu salgı ovulasyon olduğunun bulgusudur. Eğer eksternal os'tan adet kanaması esnasında yoğun kanama saptarsanız VIA işlemini 5-15 gün sonra tekrarlamak gerekir.

Ektropionda, servikte, eksternal os çevresinde geniş kırmızı renkte bir alan görülür ve skuamokolumnar bileşke servikal ostan uzaktadır. Naboth kistleri servikte kabarık, mavi-beyaz veya sarı-beyaz nodül şeklinde ve yüzeyinde düzenli kan damarı dallanmalarının yer aldığı lezyonlardır. Bazı kadınlarda naboth kistleri çok büyük boyutlara ulaşarak serviksin yapısını bozabilir. Servikal polip, eksternal os gerisindeki servikal kanaldan çıkan, koyu kırmızı veya pembe-beyaz renkte, düzgün bir kitledir. Bazen nekrotik bir servikal polip kanseri anımsatabilir. İyileşmiş laserasyonlar, serviks dudaklarının yırtılmış bir görünümünü andırır ve eksternal os düzensizdir. Lököplaki serviks yüzeyinde düzgün görünümlü, kazıma ile çıkmayan beyaz renkli bir alandır. Servikal

kondilom transformasyon zonunda skuamokolumnar bileşke üzerinde veya kenarında yüzeyden kabarık, gri-beyaz bir lezyondur ve bu lezyonun benzerleri vajen veya vulvada da beraber bulunabilir.

Servikte içinde sıvı dolu küçük kabarcıkların veya küçük ülserlerin olup olmadığına bakın. Ciddi enfeksiyon ve enflamasyon varlığında vajene de yayılabilen servikal enfeksiyonlar yaygın kırmızı renkli sahalar halinde görülebilir. Servikte özellikle dokunma ile veya ülseroproliferatif lezyonların herhangi bir yerinden kanama olup olmadığına bakın. Çok erken dönem invaziv kanser, dokunma ile kanayan üzeri düzensiz, kırmızı renkli granüler bir lezyon şeklinde olabilir. Daha ileri invaziv kanserler ise, servikten köken alan ülseroproliferatif büyüyen ekzofitik, üzerinde papiller veya polipoid oluşumlar içeren şişkin kitlelerdir veya serviksin bütününe tutan ülser hakimiyetinde lezyonlardır. Her iki tip gelişimde de dokunma ile kanama ve nekroz en önemli klinik özelliklerdir. Üzerine eklenmiş enfeksiyon sonucu ortaya çıkan kötü kokulu akıntı ise sıklıkla görülen bir durumdur. Bazen de invaziv kanser infiltratif bir lezyon şeklinde serviksin bütününe büyüterek serviksi düzensiz bir yapıya dönüştürür.

Bu aşamada, serviks, nazik fakat kuvvetlice %5 lik asetik asitli pamuklu bir çubukla ıslatılır. Sekresyonlar yavaşça sahadan uzaklaştırılır. Pamuklu çubuk daha sonra tıbbi atık çöp kutusuna atılmalıdır. Süt kesigi şeklindeki beyaz renkli akıntı kandidiazis ile ilişkilidir ve özellikle yapışkan yapıdadır. Eğer özenle sahadan uzaklaştırılmaz ise, asetowhite lezyonu taklit ederek yanlış pozitif sonuç almamıza neden olur. Pamuklu çubuğun sahadan uzaklaştırılmasından sonra dikkatlice servikte, özellikle de transformasyon bölgesinde skuamokolumnar bileşkeye yakın bölgelerde asetowhite lezyon olup olmadığına veya çok katlı epitel üzerinde yoğun, yerinden uzaklaştırılamayan asetowhite lezyonlara bakılır. Asetik asit uygulamasından bir dakika sonraki

sonuçlar kaydedilir. Asetowhite lezyonların ne kadar çabuk ortaya çıkıp ne kadar hızla kaybolduğu kaydedilir.

Dikkatlice gözlemleyin:

- Asetowhite lezyonun beyaz renginin yoğunluğu: parlak beyaz, bulanık beyaz, mat beyaz veya soluk beyaz.
- Beyaz lezyonun kenar ve sınır şekli: Keskin ve belirgin, aşıkır veya düzensiz ve dağınık sınırlı, kabarık veya düzgün sınırlı, düzgün veya düzensiz kenarlı.
- Lezyondaki beyaz renk her tarafa eşit mi dağılmış yoksa değişik bölgelerde beyaz yoğunluğu farklı mı? Lezyon içinde erozyone bölgeler var mı?
- Lezyonun yeri: Transformasyon bölgesi içinde, kenarında veya çok uzağında mı? Skuamokolumnar bileşke ile ilişkisi nasıl? Endoservikal kanala uzanıyor mu? Transformasyon bölgesinin tümünü mü, bir kısmını mı kaplıyor? Tüm serviksi içine alıyor mu (sıklıkla erken preklinik serviks kanserini işaret eder) ?
- Lezyonların büyüklüğü (uzantıları ve çapları) ve sayısı.

Eğer karar verilemez ise testin birkaç kere tekrar edilmesinin kanamayı uyaracak önlemleri almak kaydıyla hiçbir sakıncası yoktur. İnvaziv kanserden şüphe edilen kadınlar, daha detaylı araştırma ve tedavi için, ileri merkezlere refere edilmelidir.

Muayenenin bitirilmesi

Kirli pamuklu çubuklar, gazlı bez ve diğer tıbbi atık malzemeleri tıbbi atık torbaları içinde plastik kovalara konmalıdır.

Spekulum nazıkçe çıkarılırken vajen duvarları kondilom ve asetowhite lezyonlar açısından değerlendirilir. Kirli eldivenler çıkarılmadan önce eller % 0,5'lik klor solüsyonu içeren kaba daldırılır. Kullanılmış eldivenler % 0,5'lik klorlu solüsyon içeren

plastik kovalarda 10 dakika tutularak dekontamine edilir. % 0,5'lik klor solüsyonu hazırlama yöntemi Ek 4 'de tarif edilmiştir.

VIA da kullanılan spekulum ve diğer malzemeler, su ve deterjan ile temizlik öncesinde, % 0,5 lik klor solüsyonunda 10 dakika tutularak dekontamine edilir. Temizlenmiş malzemeler, yüksek düzeyli dezenfeksiyon yöntemi olan kaynamakta olan suda 20 dakika tutularak veya bir otoklavda sterilizasyona tabi tutularak yeniden kullanılabilirler.

Bulguların Kaydedilmesi Ve Kadına Verilecek Öneriler

Testin sonuçlarını Ek 3 'de verilen kayıt formuna dikkatlice kaydet. Test sonuçlarını ve test sonrasında ne gibi bir takip yöntemi uygulanacağını kadına anlatın. Eğer test negatif ise, kadın rahatlatılır ve bu testi 5 yıl sonra tekrar ettirmesi önerilir. Eğer test pozitif ise, kolposkopi ve biopsi alınması ve doğrulanmış bir lezyon olması halinde tedavi edilmesi için ileri merkezlere gönderilir. İnvaziv kanserden şüphelenilmesi halinde kanser tanı ve tedavi imkanlarının olduğu merkezlere gönderilir.

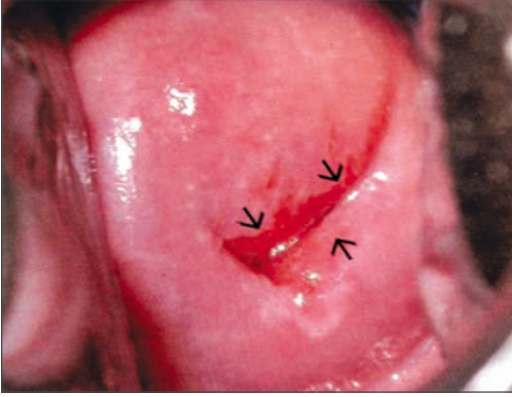
VIA Sonuçlarının Rapor Edilmesi

VIA negatif (-)

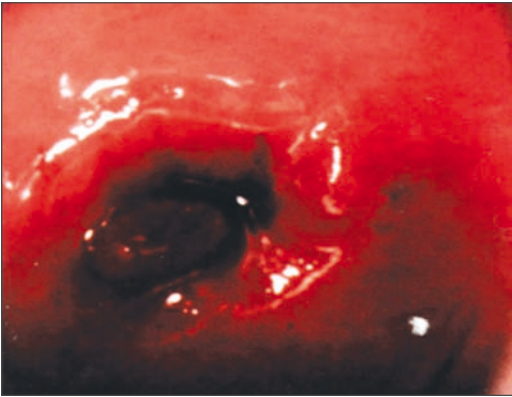
VIA taraması aşağıdaki gözlemlerden herhangi birinin varlığında negatif olarak rapor edilir:

- Servikste asetowhite lezyon olmaması (Şekil 2.1)
- Serviksten sarkan mavi-beyaz renkte asetowhite alan içeren polipler (Şekil 2.2)
- Naboth kistleri beyaz akne veya sivilce gibi düğmeye benzer şekilde görülürler (Şekil 2.3)
- Endoservikste benekli saha asetik asit uygulanmış silendirik epitelin üzüm salkımı şeklindeki görünümüdür (Şekil 2.4).

- Serviksin diğer bölümlerinde karışık şekilde görülebilen parlak, pembe-beyaz, bulanık beyaz, mavi beyaz, donuk yamalı veya şüpheli düzensiz kenarlı sağlıklı tanımlanan lezyonlar (Şekil 2.5-2.7).
- Köşeli, irregüler, çıkıntılı asetowhite, coğrafi şekillere benzer skuamokolumnar bileşkeden uzakta ve ayrı şekilde (uydu lezyonlar) bulunan lezyonlar (Şekil 2.8).



ŞEKİL 2.1:
VIA Negatif: Asetowhite alan izlenmiyor. Ön ve arka serviks dudaklarında oklarla gösterilen bölgede ilerlemiş çok katlı epitelmataplazisine dikkat edin.

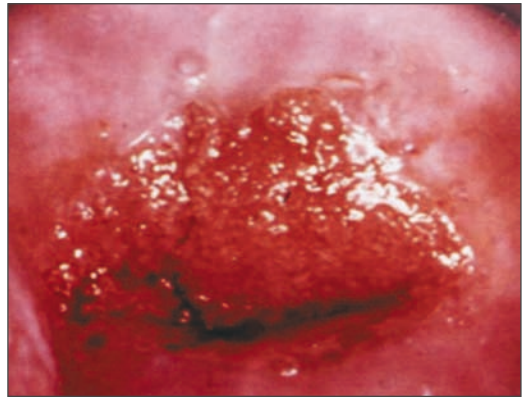


ŞEKİL 2.2:
VIA negatif: asetik asit uygulaması sonrası serviks ve polip üzerinde asetowhite alan izlenmiyor.

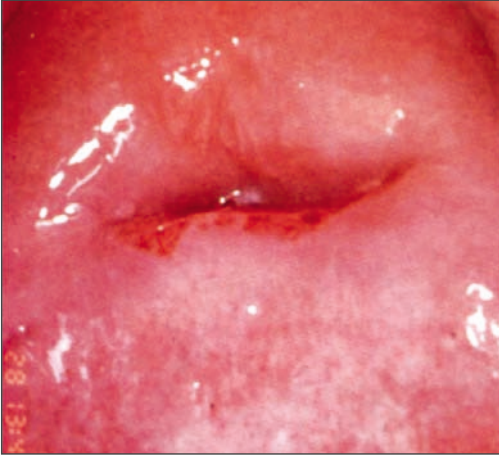
- Skuamokolumnar bileşkede, silik çizgisel veya sağlıklı asetowhite görünüm (Şekil 2.8-2.10).
- Kolumnar epitel üstünde çizgisel asetowhite görünüm (Şekil 2.8).
- Sağlıklı dağınık soluk devamlılık göstermeyen parçalı asetowhite alanlar (Şekil 2.10-2.11).



ŞEKİL 2.3:
VIA Negatif: Asetik asit uygulaması sonrasında naboth kistleri sivilce veya düğme şeklinde bir görünümde olur.

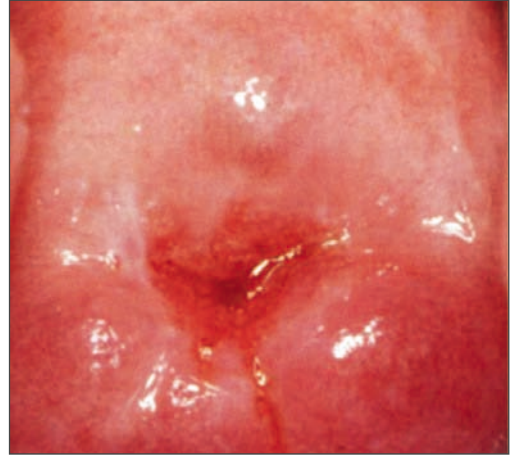


ŞEKİL 2.4
VIA Negatif: Ön dudakta kolumnar epitelin asetowhite benekli görünümü. Skuamokolumnar bileşke tamamıyla izlenebiliyor.



ŞEKİL 2.5:

VIA Negatif: Epitelin geriye kalan bölgelerinde dağınık şekilde izlenen sağlıklı pembe-beyaz ve bulanık beyaz sınırları net izlenemeyen lezyonlar. Skuamokolumnar bileşke net olarak izlenebiliyor.



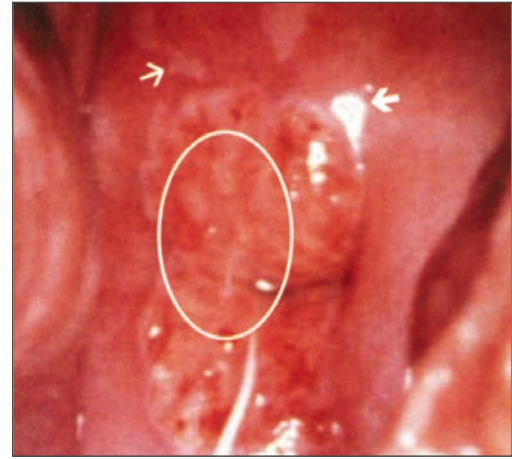
ŞEKİL 2.7:

VIA Negatif: Epitelin geriye kalan bölgesinde sınırları net izlenemeyen sağlıklı pembe-beyaz lezyon. Skuamokolumnar bileşke net olarak izlenebiliyor.



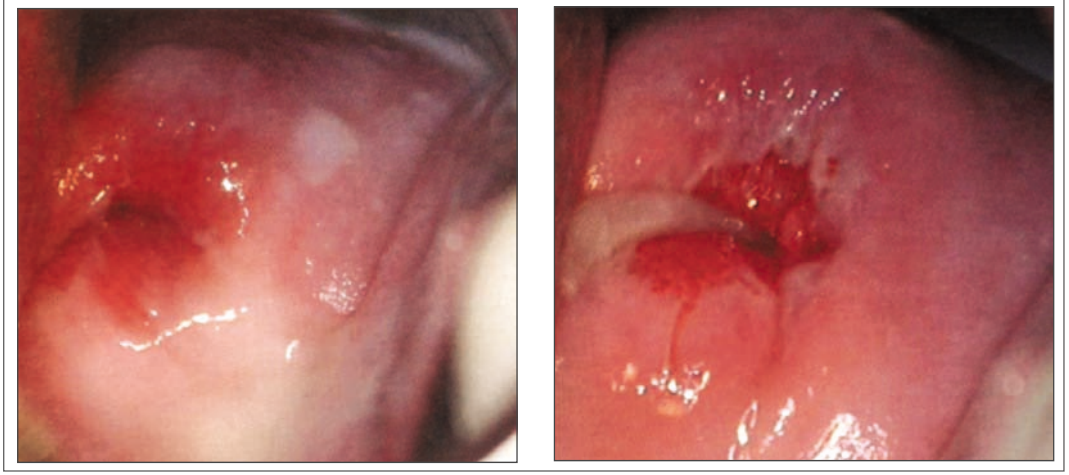
ŞEKİL 2.6:

VIA Negatif: Epitelin geriye kalan bölgesinde sınırları net izlenemeyen sağlıklı pembe-beyaz lezyon. Skuamokolumnar bileşke net olarak izlenebiliyor.



ŞEKİL 2.8:

VIA Negatif: Soluk beyaz renkte, girintili çıkıntılı, köşeli (ince ok), skuamokolumnar bileşkeden (kalın ok) oldukça uzakta uydu lezyon. Oval saha içinde kolumnar epitele ait olan ipliksi aseto-white oluşuma dikkat ediniz.



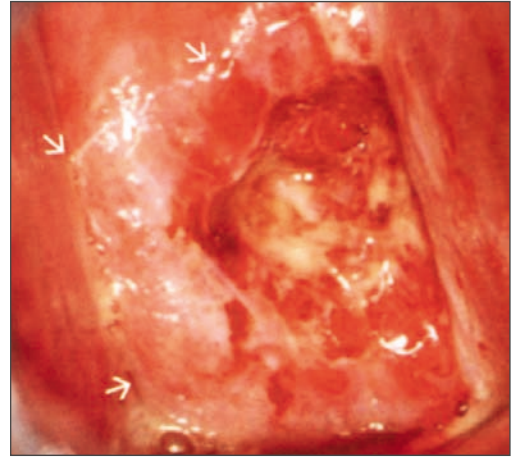
ŞEKİL 2.9.:

VIA Negatif: Asetik asit uygulaması öncesinde serviks üstünde yoğun, koyu kıvamda mukus. (Solda). Asetik asit uygulaması sonrasında mukus temizlendikten sonra skuamokolumnar bileşke aşikar olarak görülebiliyor (Sağda).



Şekil 2.10

VIA Negatif: Asetik asit uygulaması sonrasında skuamokolumnar bileşke görünür hale geliyor. Ektropionu gözlemleyin.



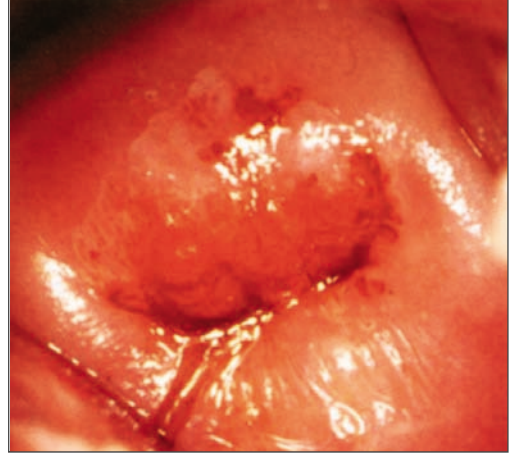
Şekil 2.11

VIA Negatif: Serviks sağlıklı değil, ülserasyonla birlikte iltihaplı, nekroz, kanama ve iltihaba bağlı eksudasyon mevcut. İyi sınırlanamayan, diffüz, epitelin geri kalanı ile karışan pembe beyaz acetowhitelasma gösteren kenarlar (oklar).

VIA pozitif (+)

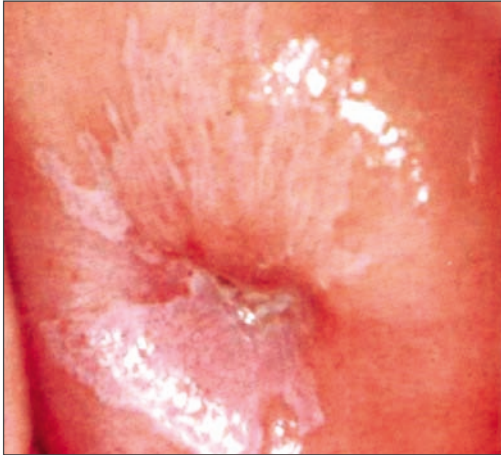
Aşağıdaki durumlardan herhangi birinin varlığında VIA testi pozitif olarak rapor edilir.

- Belirgin, iyi tanımlanmış, yoğun (opak, donuk renkli veya istridye beyazlığında) düzenli veya düzensiz kenarlı, transformasyon bölgesindeki skuamokolumnar bileşkeye çok yakın veya temas halinde olan veya skuamokolumnar bileşke izlenmiyor ise eksternal os'a yakın olan asetowhite bölgeler (Şekil 2.12-2.20).
- Kolumnar epitel bölgesinde çarpıcı yoğunlukta görünen asetowhite bölge (Şekil 2.21-2.22)
- Tüm serviksin asetik asit uygulaması sonrasında yoğun olarak beyazlaşması (Şekil 2.23)
- Skuamokolumnar bileşkeye yakın bulunan kondilom ve lökoplakinin asetik asit sonrası yoğun olarak beyazlaşması.



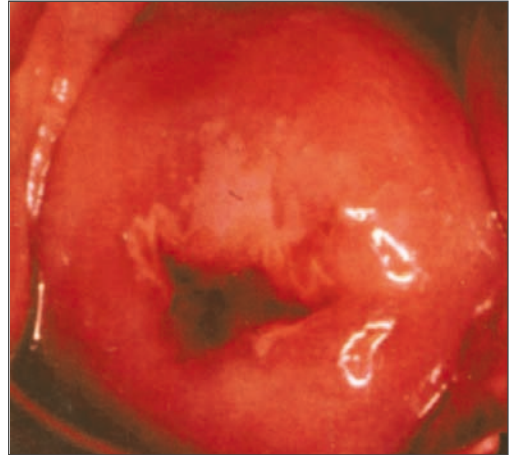
ŞEKİL 2.13:

VIA Pozitif: Ön dudakta tümüyle görüş sahası içinde bulunan ve skuamokolumnar bileşkeye temas eden, düzgün sınırlı, dokunma ile kanayan asetowhite alan.



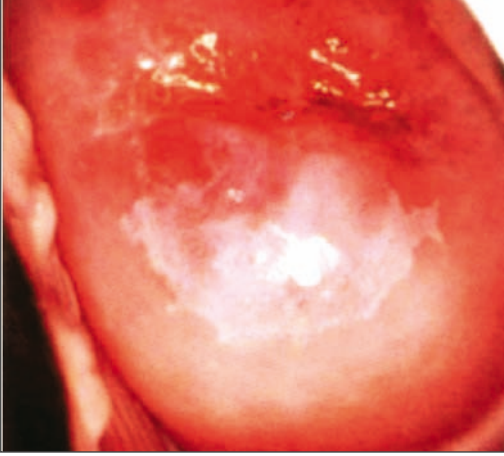
ŞEKİL 2.12:

VIA Pozitif: Ön ve arka servikal dudakta skuamokolumnar bileşkeye temas eden ve servikal kanal içine doğru ilerleyen iyi tanımlanmış, opak düzensiz parmaklı asetowhite alan.

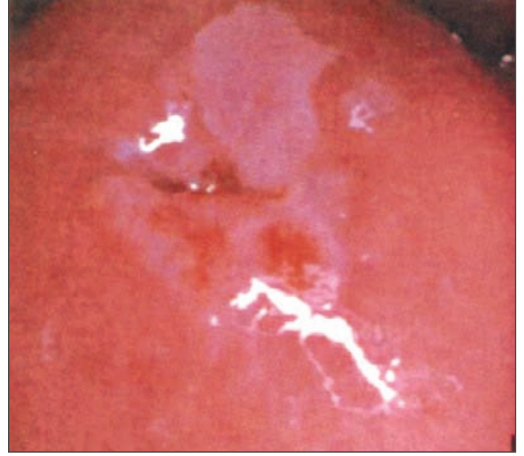


ŞEKİL 2.14:

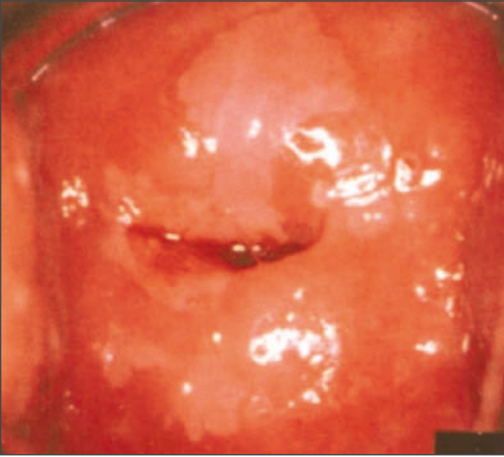
VIA Pozitif: Ön dudakta, tümüyle görünür halde olan skuamokolumnar bileşkeye dayalı, belirgin düzgün kenarlı opak asetowhite alan.



ŞEKİL 2.15:
VIA Pozitif: Arka dudakta tümüyle görünür halde olan skuamokolumnar bileşkeye temas eden belirgin ve düzgün sınırlı opak asetowhite alan.



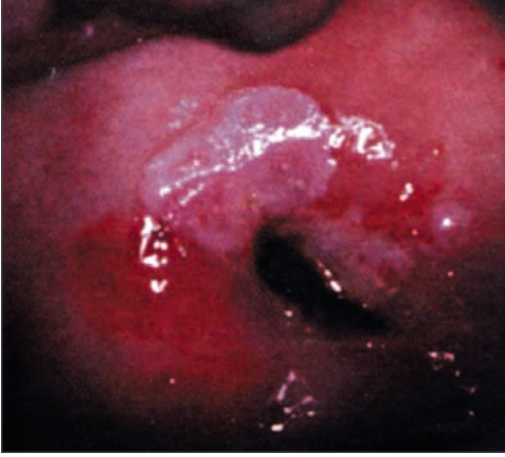
ŞEKİL 2.17:
VIA Pozitif: Ön dudakta, tümüyle görünür halde olan skuamokolumnar bileşkeye dayalı, belirgin, düzgün kenarlı opak asetowhite alan. Alt dudakta hastalıklı görünümlü beyaz alana dikkat ediniz. Lezyon servikal kanal içine doğru ilerlemektedir.



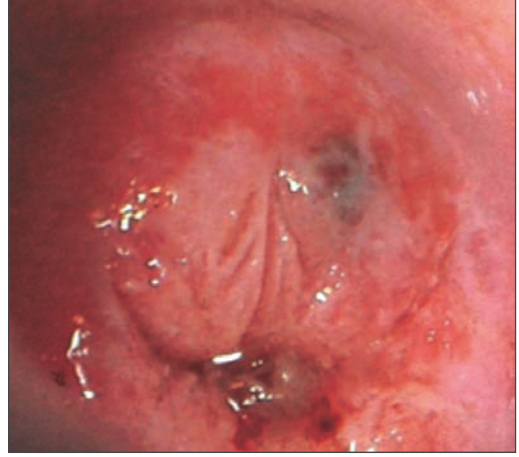
ŞEKİL 2.16:
VIA Pozitif: Ön dudakta, tümüyle görünür halde olan skuamokolumnar bileşkeye dayalı, belirgin düzgün kenarlı opak asetowhite alan. Arka dudaktaki uydu lezyonlara dikkat ediniz.



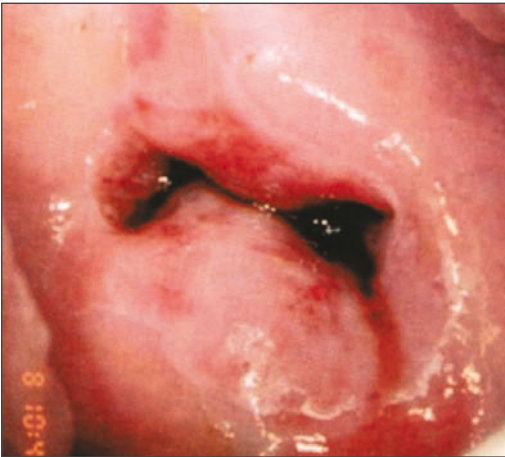
ŞEKİL 2.18:
VIA Pozitif: Ön dudakta, tümüyle görünür halde olan skuamokolumnar bileşkeye dayalı, soluk, yoğun, opak asetowhite alan.



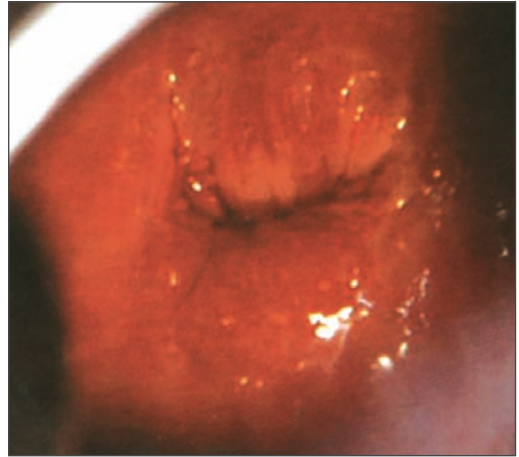
ŞEKİL 2.19:
VIA Pozitif : Dudakta, tümüyle görünür halde olan skuamokolumnar bileşkeye dayalı, iyi sınırlı, oğun, kabarık ve yuvarlak kenarlı opak asetowhite alan. Lezyon servikal kanala doğru ilerlemektedir.



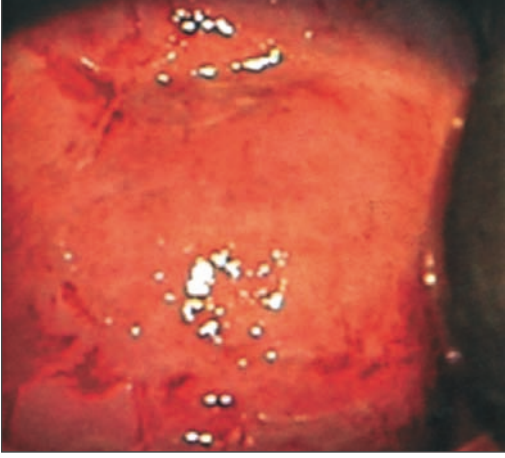
ŞEKİL 2.21:
VIA Pozitif: Ön ve arka dudakta kolumnar epitel üstünde asetowhite alan



ŞEKİL 2.20:
VIA Pozitif: Arka dudakta endoservikal kanala doğru ilerleyen, belirgin kenarlı soluk, yoğun, opak asetowhite alan.



ŞEKİL 2.22:
VIA Pozitif: Ön dudakta kolumnar epitel bölgesinde yoğun asetowhite alan.



ŞEKİL 2.23:
VIA pozitif: Dört servikal kadranı da tutan ve servikal kanala doğru ilerleyen yoğun asetowhite alan.

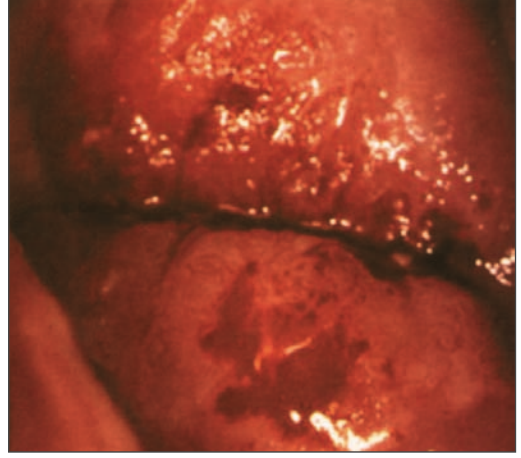
VIA pozitif, Invasiv Kanser

Test sonucu aşağıdaki durumda invaziv kabul edilir:

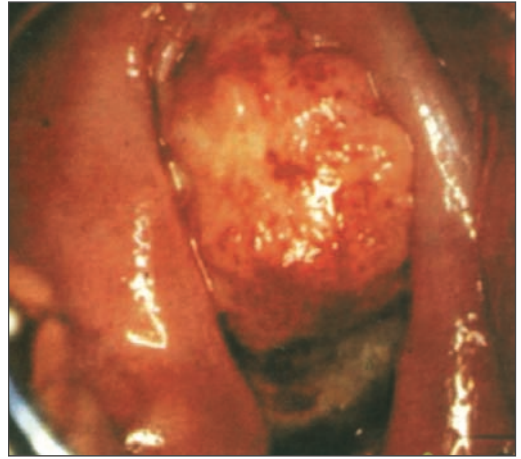
- Serviks üzerinde, asetik asit uygulaması sonrasında hemen beyaz renge dönüşen ve dokunma ile kanayan klinik olarak görülebilir ülseroproliferatif büyüyen lezyon (Şekil 2.24-2.27).

Test uygulayıcılarının kendilerini değerlendirmeleri

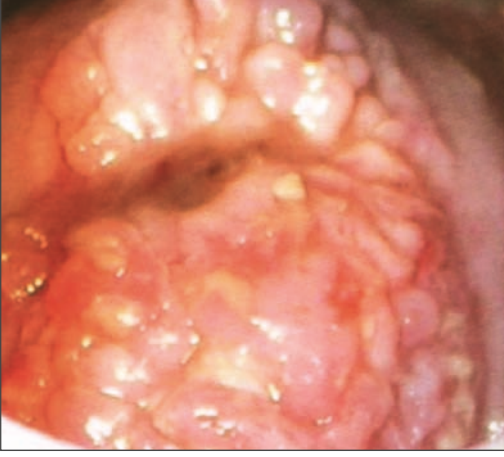
Testleri uygulayanlar, kendi VIA test sonuçlarını, kolposkopi ve histoloji ile elde edilen sonuçlarla karşılaştırmalıdır. Doktorlar tarafından yapılan kolposkopi muayenelerinde hazır bulunmaları ve sonuçlarını gözden geçirmeleri şiddetle tavsiye edilmelidir. Bu şekilde test uygulayıcılarının becerileri gelişecektir. Uygulayıcının becerisini değerlendirirken referans nokta, o kişinin muayene ettiği kadınların yüzde kaçını aseto-pozitif olarak bulduğu ve aseto-pozitif kadınların yüzde kaçına ise kesin CIN tanısı konulduğu. Yeterince beceri kazanmış bir test uygulayıcı, muayene olan kadınların % 8-15 'ini aseto-pozitif olarak kategorize eder ve VIA ile tanı konan bu kadınların % 20-30'unda ise herhangi bir grade de CIN saptanır.



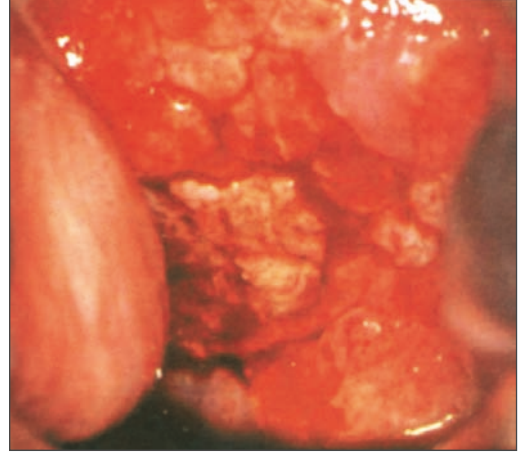
ŞEKİL 2.24:
VIA pozitif, invaziv kanser: Arka dudakta, kenarları kabarık ve yuvarlak, soluk ve opak görünümlü asetowhite alan içeren, düzensiz yüzeyli ve dokunma ile kanayan lezyon. Lezyon servikal kanala doğru ilerlemektedir ve kanama asetowhite görünümünü engellemektedir.



ŞEKİL 2.25:
VIA pozitif, invaziv kanser: Yoğun aseto white ve kanamalı alan ile birlikte proliferatif büyüme.



ŞEKİL 2.26:
VIA Pozitif, invaziv kanser: Koyu bir asetowhite alanda düzensiz yüzey yapısı.



ŞEKİL 2.27:
VIA Pozitif, invaziv kanser: Ülseroproliferatif büyüme sahasında asetowhite görünüm ve kanama.