

# Servikal Kanserden Korunma, Erken Tanı-Tarama Yöntemleri ve Ebe/Hemşirenin Rolü

## Cervical Cancer Prevention, Early Diagnosis-Screening Methods and Midwives / Nurses Role

(Derleme)

*Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi (2011) 61-72*

**Ar. Gör. Ayla KANBUR\*, Yard. Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK\*\***

\*Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Erzurum, Türkiye

\*\*Kafkas Üniversitesi, Kars Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Kars, Türkiye

### ÖZET

Serviks kanseri Dünya'da kadın kanserleri arasında meme kanserinden sonra 2. sırada gelmektedir. Yılda dünyada 493.000 kadın yeni tanı almakta ve serviks kanseri nedeniyle 274.000 kadın hayatını kaybetmektedir. Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Daire Başkanlığı'nın 2006 yılı verilerine göre, serviks kanserleri kadınlarda görülen tüm kanserlerin 100.000'de 5'ini oluşturmaktadır. Genital kanserlerden korunmaya en iyi örnek servikal kanserlerdir. Korunma yaşam tarzına dikkat edilmesi ve aşı ile sağlanabilir. Pap smear testi ile erken dönemde tanı koyulabilmektedir. Yine de servikal malignansiler gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde önemli bir ölüm nedenidir. Ülkemizde de servikal kanser, düzenli taramaların olmaması nedeniyle hala büyük bir sorun olmayı sürdürmektedir. Bu nedenlerden dolayı servikal kanserlerin görülme sıklığını tespit etmek, ilişkili risk faktörlerini belirlemek, nedenlerini araştırmak, servikal kanserlerden korunma ve tedavide uygun stratejiler geliştirmek giderek daha büyük önem taşımaktadır.

Toplum ve bireyle sürekli iletişimde bulunan ebe/hemşireler bu konuda sağlık danışmanlığı yaparak ve uygun veri toplayarak bireyleri doğru sağlık alışkanlıkları konusunda bilgilendirmektedir. Bu makalede servikal kanserden korunma, erken tanı, tarama testleri ve bu bağlamda ebe/hemşirelerin rolü ele alınmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** *Servikal kanser, korunma, erken tanı, tarama, ebe/hemşirenin rolü*

### ABSTRACT

Cervical cancer ranks second among women after breast cancer in the world. Worldwide 493.000 new cases per year are diagnosed and 274.000 women lose their life due to cervical cancer. In our country, according to 2006 data of the Health Ministry Cancer Control Department, cervical cancers compose 5 per 100.000 of all cancers in women. Cervical cancers are the best examples of protection from genital cancers. Prevention can be achieved by vaccination and lifestyle considerations. Early diagnoses is possible via Pap smear test.

Nevertheless, cervical malignancies are an important cause of death in the developing and underdeveloped countries. In our country, cervical cancer still poses a serious problem , due to lack of regular screening. For these reasons, identifying the incidence of cervical cancers, and associated risk factors, investigating the causes, and developing strategies towards prevention and treatment of cervical cancer are important. In this respect, midwives / nurses who have constant communication with the individuals and the community should provide information to individuals about appropriate health behaviours by gathering relevant data and providing counselling. In this article, cervical cancer prevention, early diagnosis, screening tests, and the role of midwives / nurses within this context are discussed.

**Key Words:** *Cervical cancer, prevention, early diagnosis, screening, , midwives/nurses role*

## Giriş

Serviks kanseri Dünya’da kadın kanserleri arasında meme kanserinden sonra ikinci sırada gelmektedir. Her yıl dünyada 493.000 hasta yeni tanı almakta ve serviks kanseri nedeniyle 274.000 kadın hayatını kaybetmektedir.<sup>1,2</sup>

Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı’nın 2006 yılı verilerine göre, serviks kanserleri kadınlarda görülen tüm kanserlerin 100.000’de 5’ini oluşturmaktadır. Jinekolojik kanserler içerisinde ise endometrium ve overden sonra üçüncü sırada yer almaktadır.<sup>3</sup>

Jinekolojik kanserlerin kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri çok yönlü olarak ele alınmalıdır. Çünkü jinekolojik kanserlerin tanı ve tedavi işlemleri sırasında, diğer organ kanserlerinde yaşanan sorunların yanı sıra beden imajı, cinsel kimlik ve üreme yeteneği ile ilgili birey ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen önemli sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Bunun nedeni, kadın genital organlarının, kadın cinsel kimliğini belirleme gibi çok önemli bir özelliğe sahip olmasıdır. Ülkemizde pek çok kadın için hala “uterus” dişiliğin, cinselliğin, doğurganlığın ve anneliğin sembolü olarak görülmekte ve toplumumuzda “uterusu alınmış kadın artık kadın sayılmaz” inancı taşınmaktadır. Çünkü toplumumuzda özellikle kırsal kesimlerde çocuk doğurmak, kadının temel fonksiyonu olarak düşünülmektedir.<sup>4</sup>

Kadın genital kanserleri arasında tarama programı olan ve bu nedenle önlenilebilir bir kanser olan servikal malignansiler yine de gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde önemli bir ölüm nedenidir. Serviksin eksternal bir genital organ olması özellikle karsinogenezi hakkında önemli bilgiler edinilebilmesini sağlamıştır. Servikal kanserin preinvaziv bir evresinin olması, bu dönemde hastaların yakalanabilmesi ve etkin olarak tedavi edilebilmesi bu hastalığa özgü önemli bir özellik olup tarama ve erken tanıya imkan vermektedir. Genel prensiplere tam olarak uyulduğunda daha çok hasta preinvaziv veya erken evrede yakalanabilmekte böylece sağkalım oranları yükseltilebilmektedir.<sup>1,4</sup> Ancak gelişmekte olan ülkelerde ve Türkiye’de servikal kanser, düzenli taramaların olmaması nedeniyle hala büyük bir sorun olmayı sürdürmektedir.<sup>4</sup> Bu nedenlerden dolayı servikal kanserlerin görülme sıklığını tespit etmek, ilişkili risk faktörlerini belirlemek, nedenlerini araştırmak, servikal kanserlerden korunma ve tedavide uygun stratejiler geliştirmek giderek daha büyük önem taşımaktadır.<sup>5</sup>

## Serviks Kanseri Etyolojisi ve Risk Faktörleri

Birçok kanserde olduğu gibi serviks kanserinde de etyoloji kesin olarak bilinmemektedir. Aslında tüm kadınlar serviks kanseri yönünden risk altındadırlar. Ancak bireysel risk faktörleri bu riskin artmasına neden olur. Bu risk faktörlerinin çoğu olumsuz sağlık davranışlarıyla yakından ilişkilidir. Ama kadınların çoğu, bu olumsuz davranış şekillerinin serviks kanserleri ile doğrudan ilişkisi olduğunu bilmemektedir.

Servikal kanser riskini artıran faktörler şunlardır:

### Literatürde belirlenmiş riskli davranış şekilleri<sup>1, 6-12</sup>

- Erken yaşta koitusun olması (<16 yaş), çok eşli cinsel yaşamın olması,
- Çok eşli cinsel yaşamı olan kişi ile cinsel ilişkide bulunulması,
- İlk gebelik yaşının 20 ve altında olması,
- İlk doğum yaşının 20 ve altında olması,
- Doğum sayısının üç ve üzeri olması,
- Cinsel yolla geçen hastalığa sahip olunması (özellikle Human Papilloma Virüs tip 16-18, Herpes Simpleks tip II ve HIV),
- Sigara kullanılması,
- Yaş,
- Irk (Siyah kadınlar),
- Tedavi edilmemiş diğer vajinal enfeksiyonların olması,
- İmmunosupresyon durumunun olması.

### Literatürde araştırmaları devam eden riskli davranış şekilleri<sup>1, 6-12</sup>

- 15 yaştan önce menarşın başlaması,
- Anne ya da kız kardeşte servikal kanser öyküsünün olması,
- Düzenli olarak pap testi yaptırmaması, düzenli sağlık kontrolüne gitmemesi,
- Sebze-meyveden fakir beslenmesi (vitamin c, beta-karoten ve folat eksikliği),
- Kötü hijyene, düşük sosyo ekonomik düzeye sahip olunması,
- Beş yıldan fazla doğum kontrol hapı kullanma durumunun olması.

**Erken yaşta koitus ve çok eşli cinsel yaşam/ çok eşli cinsel yaşamı olan kişi ile cinsel ilişki:** Çalışmalar cinsel aktiviteye erken başlamanın serviks kanseri etyolojisinde önemi olduğuna işaret etmektedir. Özellikle erken yaşlarda (16 yaş ve altı) evlenenlerde, servikal kanser gelişme riski yüksektir. 15 yaşından önce cinsel aktiviteye başlayanlarda risk 10 kat artmaktadır.<sup>13,14</sup> 16 yaşından önce evlenen kadınlarda servikal kanser riski, 20 yaşından sonra evlenenlerden iki kat daha fazladır.<sup>15</sup> Bunun muhtemel nedeni, gelişimini tam tamamlayamayan squamokolumnar kavşağın, genç kadının serviksini hücre değişikliği açısından uygun hale getirmesi ile açıklanmaktadır. Ayrıca erken yaşlarda HPV'ye karşı sekonder immun cevap yetersiz kalmaktadır.<sup>16</sup>

Cinsel aktivite, serviks kanserlerine ait risk faktörleri arasında en önde yer almaktadır.

Çünkü hastalık evli kadınlarda, genç yaşta evlenenlerde ve çok fazla cinsel ilişkide bulunanlarda fazla görülmektedir. Kısaca, çok partnerlilik enfeksiyon kapma riskini yükseltmektedir.<sup>15</sup> Özellikle bekar yaşayan çok partnerli hanımlar, seksüel geçişli enfeksiyonlara daha uzun süre maruz kalmaktadır.<sup>13,17</sup> İlişkiye girdiği partner sayısı ve bu partnerlerin ilişkiye girdiği kadın sayısı ile yüksek oranda ilişkilidir.<sup>13</sup>

**Gebelik sayısı ve doğurganlık:** Serviks kanserlerinin görülme sıklığı, gebelik ve doğum sayısı ile artış göstermektedir. Gebelik sayısının üçten fazla olması, ilk gebeliğin 20 yaşından önce olması ve ilk doğumun erken yaşta yapılması önemli risk faktörü olarak gösterilmektedir.<sup>13,18</sup> Multiparite ile servikal kanser arasındaki ilişkinin, aşırı doğum, düşük, kürtaj ve doğum esnasındaki, servikal travma ve gebelik esnasındaki hormonal durum veya beslenme alışkanlıkları ile ilgili olabileceği ileri sürülmüştür.<sup>19</sup>

Ülkemizde düşük ve küretajların yaygın olması jinekolojik sorunların yoğun olarak yaşanmasına neden olabilmektedir. Tedavi edilmeyen bu sorunlar maligniteye ilerleyebilmektedir.<sup>20</sup>

## Viral enfeksiyonlar:

**Herpes simplex virüs (HSV):** Herpes Simplex Tip 2 Virüsü, 1970-1980'li yıllarda serviks kanserleri açısından önemli etken olarak gösterilmiştir. Ancak daha sonraki yıllarda bu enfeksiyonun hastalığın oluşumunda yardımcı bir faktör olduğu görüşü ağırlık kazanmıştır.<sup>21</sup>

**Human papilloma virüs (HPV):** HPV çift sarmallı, dairesel, 8000 baz çifti içeren, zarfsız bir DNA virüsü olup, bugün için 120 civarında değişik tipi tanımlanmıştır.<sup>1</sup> İnsan papilloma virüsleri, sadece insanları enfekte ederler. İnsanlarda mukozal ve genital enfeksiyonlara neden olan 70'den fazla HPV tipi mevcuttur.<sup>22,23</sup>

HPV'ler temel olarak serviksin epitel hücrelerini enfekte eder ve sıklıkla servikal transformasyon zonunda (vajina ve serviks epitel hücrelerinin birbiri ile birleştiği yer) metaplastik epitelin kalıcı subdural enfeksiyonuna yol açarlar.<sup>10,24</sup> HPV, onkojenik özelliklerine göre düşük riskli, orta riskli ve yüksek riskli olarak gruplandırılmaktadır. Düşük onkojenik risk grubundaki HPV tipleri servikal lezyon ve genital siğillerden sorumludur. Yüksek riskli HPV tipleri ise, servikal kanserlerin ve onun öncüsü olarak kabul edilen prekanseröz, sokuamöz intraepitelyal lezyonların %99.7'sinde saptanmaktadır.<sup>22,25</sup> Cinsel davranış tipi, kadının HPV enfeksiyonunu alma riskini artırır. Bunlar; erken yaşta cinsel ilişki, birden fazla cinsel eş, korunmasız cinsel ilişkide bulunmadır.

**Sigara kullanımı:** Tar ilk defa kanserle ilişkisi gösterilen kimyasal maddedir. 1950'li yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde birçok yayında tar içeren vajinal duş maddelerinin servikal kanser yaptığı rapor edilmiştir. Sigara kullanımı da tar içeren kimyasal maddelere bir diğer maruziyet nedeni olarak kabul edilmektedir.<sup>1</sup>

İçilme miktarı ile de risk oranları artmaktadır. Sigara içimi ile birçok kanserojen olan yaklaşık 4000 değişik kimyasal madde ile vücut karşılaşmış olur. Sigara içenlerin servikal mukusunda bu maddelere normal popülasyondan çok daha fazla oranlarda rastlanılmaktadır.<sup>1</sup> Birçok popülasyonda sigara alışkanlığı ile cinsel davranışlar arasında korelasyon olduğu bulunmuştur. Ayrıca servikal mukus içerisinde sigara ile ilişkili kimyasal maddelere rastlanmıştır. Bu maddelerin servikal hücrelerde DNA hasarına

neden olarak serviks kanseri gelişiminde etkili olabilecekleri düşünülmektedir.<sup>9</sup> Sigara içenlerde preinvaziv ve invaziv hastalık riski artmıştır. Sigara içimine bağlı serviks kanseri riskinin kontrol gurubuna göre 2-3 kat arttığı çalışmalarla gösterilmiştir.<sup>18</sup>

**Yaş:** Servikal kanser 30-55 yaş arasında daha sık görülmektedir.<sup>4</sup>

**İrk:** Servikal kanserin beyaz kadınlarda rastlanma sıklığı 7.6/100 bin, siyah kadınlarda ise 12/100 bin oranındadır. Siyah kadınlar beyazlara göre yaklaşık üç kat daha fazla oranda servikal kanserden ölmektedir. Mortalite oranları sırasıyla 5.7'ye 2.2/100 bin kadındır.<sup>6,26</sup>

**Tedavi edilmemiş diğer vajinal enfeksiyonlar:** Bu grup hastalıkları değerlendirmede bazı temel zorluklar vardır. Bu enfeksiyonların çok görülmesi ve tespitinin zor olması başta gelen nedenlerdendir.<sup>1</sup> Madeleine ve ark.'nın yaptığı çalışmada klamidya trakomatis saptanan hastalarda skuamöz hücreli kanser için riskin 1.6 kat artırdığını saptamışlardır.<sup>27</sup>

**İmmunsupresyon:** İmmunsupresyon, servikal displazi ve kanser gelişiminde risk faktörü olarak tanımlanmıştır. HIV ile enfekte olmuş kadınlarda invaziv servikal kanser gelişme riski enfekte olmayan kadınlara göre yaklaşık üç kat fazladır.<sup>1,28</sup> HIV-HPV birlikteliğinde HIV, HPV'ye immun cevabı bozarak yüksek dereceli lezyonların devamlılığına neden olmakta ve HPV'nin neden olduğu kanser gelişiminde önemli olan genetik değişikliklere yeterli zamanı sağlamaktadır.<sup>22</sup>

**İlk menstrüasyon yaşı:** Menstrüasyon yaşının erken olması ve menstrüasyon yaşı ile ilk cinsel ilişki yaşı arasındaki sürenin kısa olması serviks kanseri için risk faktörü olarak belirtilmektedir.<sup>28</sup>

**Genetik:** Servikal kanser ile genetik geçiş arasında bir ilişki mevcuttur. Tümör gelişiminde, altta yatan faktörler ile genetik yapı arasında %27 etkileşim saptanmıştır. Genetik, tümör gelişimiyle ilişkili birçok faktörü etkiler. Bunlar arasında; HPV'ye direnç, HPV eliminasyonu, hastalık geliştirme süresi sayılabilir.<sup>29</sup>

**Jinekolojik muayenelere düzenli olarak gitmemek:** Serviks kanseri düzenli jinekolojik muayenelerle erken dönemde tanısı konulabilecek bir hastalıktır. Bunun için, servikal kanser ortaya çıkmadan genital enfeksiyonların araştırılması, tedavisinin sağlanması açısından bilinçli bir yaklaşım gerekmektedir.

**Diyet ve vitaminler:** Özellikle C vitamini, iyileşmedeki rolü immun sistem ve sigaraya karşı antioksidan özelliği nedeniyle dikkat çekmiştir. Pek çok çalışmada yüksek seviyede C vitamini alımının, displazi ve invaziv kanser oranı için riski azalttığı gösterilmiştir. Yapılan bir çalışmada, düşük folat alımının servikal lezyonlar ile ilişkili olduğu belirtilmektedir.<sup>30</sup> Beslenme alışkanlığı direk etkilemese de, beslenme durumu ve diyet kadının enfeksiyona yakalanmasını kolaylaştırmaktadır. Sebze ve meyveden zengin beslenenlerde, özellikle karotenden zengin beslenenlerde servikal kanser görülme oranı çok düşüktür. Çünkü karotenler antioksidanlar olarak tanımlanmaktadır.<sup>31</sup>

**Kötü genital hijyen:** Menstrüasyon ve perine hijyeninin yeterli ve doğru biçimde uygulanmaması, genito-üriner enfeksiyonlar yönünden risk oluşturmaktadır. Bu tür enfeksiyonlar, erken dönemde saptanıp gerekli önlemler alınmadığında, infertilite ve serviks kanserleri gibi ciddi sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır.<sup>32,33</sup> Kadınların adet döneminde vücut ve perine temizliğine yönelik uygulamaları, kültürlerine göre farklılık göstermektedir.<sup>34</sup> Evde hazırlanan ve her adet döneminde tekrar kullanılan ara bezlerin

serviks kanserleri için risk faktörü olduğu belirtilmektedir.<sup>35</sup> Özellikle Müslüman ülkelerde, din nedeniyle yaygın olarak uygulanan vajinal duş, serviks kanserleri için risk faktörüdür. Vajinal duş uygulaması, ülkemiz kadınları arasında da yaygın olarak kullanılmaktadır.<sup>33</sup> Ayrıca vajinal duş sıklığı ve uygulama süresi ile serviks kanserleri riski arasında pozitif bir ilişki olduğu da belirtilmektedir.<sup>32,33</sup>

**Sosyo-ekonomik durum:** Gelişmekte olan ülkelerde, serviks kanserlerinin düşük sosyo ekonomik durumla ilişkili olduğu, bu nedenle hastalığın kırsal kesimde ve gelir düzeyi düşük kadınlarda daha fazla görüldüğü bildirilmektedir.<sup>10,36</sup>

Sosyo-ekonomik durumun kötü olması bireylerin hijyenik davranışlarını olumsuz etkilediği kadar, yetersiz beslenme ve sağlık kurumlarına gitme alışkanlığını da olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir.<sup>13,37</sup> Ayrıca kişinin sosyal güvencesinin olmaması, koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmasını ve tarama testlerini yaptırmasını olumsuz yönde etkileyerek, serviks kanserleri görülme sıklığını arttırabileceği belirtilmektedir.

**Uzun süre oral kontraseptif kullanma:** Yapılan ilk çalışmalarda, oral kontraseptiflerin (OKS), servikal kanser riskini arttırmadığı düşünülmüyordu. Fakat son çalışmalarda, uzun süreli oral kontraseptif kullanımının, riski artırdığı tespit edilmiştir.<sup>18,38</sup> İnsan servikal dokusunda hormon reseptörleri vardır, OKS kullananlarda serviks epitelinde histolojik değişiklikler olur, viral etkenlere duyarlılığı artıran immunolojik değişiklikler gelişir ve OKS'ler mutajen girişini kolaylaştıran bir mukus salgısına neden olurlar.<sup>39</sup>

Birçok çalışma sonuçları da, kontraseptiflerin servikal lezyonlar ve kansere karşı riski arttırdığı yönündedir.<sup>18,38</sup> Ama bunun, diğer epidemiyolojik faktörlerle ilgili olabileceği düşünülmektedir. Örneğin; oral kontraseptif kullanıcıları erken yaşta ilişkiye başlamış olabilir, multipartnerli olabilir ve bariyer yöntemler ile korunmuyor olabilir.<sup>13,18,38</sup> Yani oral kontraseptif kullananların, kullanmayanlara göre daha fazla cinsel aktif olabileceği ve bunun gerçek bağımsız bir risk faktörü değil ama eşlik eden bir faktör olarak tanımlanabileceği geniş çevrelerce kabul gören düşüncedir.<sup>28,38,26</sup>

Diğer taraftan, OKS kullanımı ile serviks kanseri riski arasındaki ilişkiyi araştıran çok sayıda araştırma yapılmış olmasına karşın, sonuçların yorumlanması güçtür. OKS kullananlarda düzenli servikal muayene alışkanlığı ve pap test tarama sıklığı yüksektir. Buda OKS kullananlarda, serviks kanserinin artmadığını, sadece sıkça yapılan kontrollerde yakalanma oranının artmasına neden olduğu yönünde bir görüşü desteklemektedir.<sup>39,40</sup>

1991 yılına kadar yapılan toplam 18 vaka kontrol ve 4 kohort çalışmasının sonuçlarını ayrıntılı olarak değerlendiren bir çalışmada ve WHO raporunda varılan sonuçlar şöyle özetlenebilir: Başlangıçta OKS'ler güvenli bulunmuştur, ancak daha yeni çalışmalarda, özellikle, uzun süreli kullanımla servikal kanser arasında pozitif bir ilişki gözlenmiştir; iyi kontrol edilmiş çalışmaların sonuçları 5 yıl veya daha uzun OKS kullananlardaki riskin yükseldiğini göstermektedir. Burada sözü edilen ve 17000 kadını kapsayan 10 yıllık bir kohort çalışması, 12 yıl daha izlenerek sürdürülmüş ve sonuçları 1996 yılında yayınlanmıştır.<sup>39,41</sup> Bulgular uzun süre OKS kullananlarda servikal neoplazi riskinin arttığı yönündedir.<sup>20,39</sup>

## Erken Tanı ve Tarama

Kanserin önlenmesinde, kanser riski altında olanların saptanması ve erken tanı, iki önemli faktördür. Erken tanı, hastalığın klinik belirtilerinin ortaya çıkmadığı dönemde tanılanmasıdır. Erken tanıda amaç, toplumda sık görülen ve erken tanındığı zaman yapılacak tedavi ile hastalığın tamamen yok edilme şansı yüksek olan kanser türleri üzerine yoğunlaşmaktır.<sup>42</sup>

Kadınlarda erken tanı ile önlenebilecek kanserlerin başında serviks kanserleri gelmektedir. Bunun nedeni, serviks kanserinde iyi tarif edilmiş uzun preinvaziv sürecin varlığıdır.<sup>43</sup> Bu nedenle serviks kanseri için tarama testi geliştirilmiştir. Pap smear bu amaçla kullanılan bir tarama yöntemidir.<sup>8,44</sup>

**PAP-Smear:** Pap smear rahim ağzı kanserinin erken tanısı için kullanılan bir tarama yöntemidir. Pelvik muayene sırasında sguamokolumnar kavşaktan birkaç hücre spatula aracılığıyla alınarak mikroskop altında incelenir ve bu hücrelerde kanseri düşündürecek belirtilerin olup olmadığına bakılır.<sup>4</sup> Serviksin kanserini, klinik olarak ortaya çıkmadan önce %90-95'e varan bir doğrulukla saptar. Pap smearın yaygın kullanımından sonra invaziv servikal kanser insidansında gerileme olmuştur.<sup>8,44</sup>

Pap smear testinin uygulanması ülkelere göre değişiklikler gösterebilmektedir.

## Amerikan kanser derneği (ACS) servikal neoplazi tarama programı:<sup>45</sup>

- Cinsel aktivite başladıktan üç yıl sonra veya en geç 21 yaşında olmalıdır.
- HIV enfeksiyonu tanısı alan ve-veya immünsupresif tedavi alan olgularda ilk yıl iki kez, sonuçları negatif ise yılda bir alınmalıdır.

## Türkiye'de servikal kanser tarama programı:<sup>46</sup>

- 30 yaşında tarama programına başlanır.
- 60 yaşına kadar her beş yılda bir tekrarlanır.
- 65 yaşında beş yılda bir tekrarlanır. Son iki testi negatif olanlar programdan çıkartılır.

## Korunma

Kanserden korunma programları değişik boyutlarda ele alınır. Bunlar; primer, sekonder ve tersiyer korunma programlarıdır. Bu programlardan en önemlisi primer korunmadır. Primer korunma, kanserle ilişkili olduğu bilinen madde ve alışkanlığın kanser tanısı konmadan önce önlenmesine denir. Primer korunma, karsinojenlerden uzak durmakla, aşılama yöntemleri ve sağlık eğitimi ile sağlanır.<sup>47-49</sup> Bütün hastalıklarda birincil korunma yaklaşımları daha etkilidir.<sup>48,49</sup> Sekonder korunma, erken tanı ve prekanseröz lezyonların invaziv olmadan tedavi edilmesi olarak tanımlanabilir. Asemptomatik hastaların erken teşhisi amaç edinilir ve risk altında olan grupların taranması ile sağlanır.<sup>48,49</sup> Tersiyer korunma, klinik bulgu sonrası dönemde yapılan korunma şeklidir. İnvaziv kanserin tedavisi için uygun yöntemleri kullanmak, hastaların sakatlıklarını azaltmak ve rehabilitasyonlarını sağlamak tersiyer korunma içindedir.<sup>50</sup>



Genital kanserlerden korunmaya en iyi örnek serviks kanseri olup, neredeyse %100'e yakın korunma sağlanabilmektedir. Bu nedenle serviks kanserinden korunmada, kansere neden olduğu düşünülen faktörlerin bilinmesi, alınacak önlemler açısından önemlidir.<sup>4</sup>

### **Korunmada genel ilkeler:<sup>4,22</sup>**

- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon hastalıklarından ve gebelikten korunmak için kondom gibi bariyer tip kontraseptif yöntemlerin kullanılması,
- Tek eşli cinsel yaşam, cinsel ilişki yaşının geciktirilmesi,
- A ve C vitamini ve folik asit yönünden zengin bir diyet uygulanması,
- Sigara ve alkol kullanımının bırakılması,
- Siklus dışı anormal kanamalara ve akıntılara, özellikle koitus sonrası lekelenme kanamalarına kanserin erken belirtisi olabileceğinden dikkat edilmesi,
- Cinsel aktif ve 18 yaşına gelmiş kadınların yıllık Pap test kontrolleri ile izlenmesi,
- Kişisel hijyenin bozuk olması serviks kanseri için risk faktörü olduğundan kişisel hijyen özellikle vulva hijyeni konusunda bilgi verilmesi,
- Tüm kadınların düzenli aralarla sitolojik olarak taranması, özellikle düşük sosyoekonomik düzeydeki ve çok sayıda seksüel partneri olan kadınların taranması,
- Doğurganlığın planlanması, erken yaşta cinsel ilişki ve gebelikten sakınılması,
- Servikal kanserden korunma ve erken belirtiler konusunda tüm kadınların aydınlatılması,
- Serviks kanserini önlemek için aşılama programlarının uygulanması.

Kadınların yaşam tarzında korunma ilkelerine uygun davranması serviks kanseri riskini azaltmaktadır. Son yıllarda serviks kanserine karşı HPV aşısı geliştirilmiştir.

**HPV aşısı:** HPV ile serviks kanseri arasındaki ilişkinin saptanması ve etkin tarama yöntemlerine rağmen servikal kanser görülme sıklığında önemli bir azalma olmaması aşısı ile korunmayı gündeme getirmiştir. 1993 yılında başlatılan aşısı çalışmaları günümüze dek devam etmiş ve bu çalışmaların sonucunda 2006 yılından itibaren iki HPV aşısı ruhsat olarak kullanıma sunulmuştur.<sup>22</sup> HPV aşısı Ağustos 2008 itibarıyla 100 den fazla ülkede lisans olarak kullanıma sunulmuştur. ABD, Kanada, Avustralya, Almanya, Fransa, İsrail olmak üzere birçok ülkede rutin aşısı takvimine girmiştir. Ülkemizde kuadrivalan aşısı 2007 yılında, bivalan aşısı ise 2008 yılında ruhsat almıştır.<sup>22</sup>

Yeni HPV aşısı sağlıklı kız ve kadınlarda en tehlikeli HPV tipleri olan 16 ve 18'e karşı bağışıklık yanıtının gelişmesine yardımcı olmaktadır. Aşıların etkinliğinin en yüksek düzeyde olması için aşılama, duyarlı topluluk enfeksiyonla karşılaşmadan önce yapılmalıdır. Cinsel yaşam başlamadan önce aşısı serisinin tamamlanmasına çalışılmalıdır.<sup>22,51</sup>

HPV aşısından kuadrivalan aşısının (Gardasil) ABD'de Haziran 2006'da rutin olarak, 11-12 yaşlarında tüm kız çocuklarına yapılması onaylanmıştır. Aşılamaya 9 yaşında da başlanabilir. Aşılanmamış veya tam aşısı serisi tamamlanmamış 13-26 yaş arası kız çocuklarında ve kadınlarda, ideal olarak, cinsel yaşam öncesi 11-12 yaşlarında aşısı yapılmadığı için bu aşısı dozunu tamamlamak adına telafi aşılması yapılmalıdır.<sup>22</sup>



Kuadrivalan Gardasil aşısı üç doz intramüsküler olarak 0, 2 ve 6. ayda uygulanmaktadır. Bivalan HPV aşısı Cervarix ise, intramüsküler olarak 0, 1 ve 6. ay şeması ile önerilmektedir.<sup>22</sup>

Mevcut HPV aşuları servikal kanserine yol açan HPV-16 ve 18 e karşı %100 koruyucudur. Ancak bu HPV tipleri servikal kanserlerin ancak % 70'inde etkendirler. Bu nedenle aşının uygulanmış olması, servikal kanser taramasının veya pap-smear uygulamasının yerini alamaz ve bu taramaların yine düzenli olarak yapılması gerekmektedir.<sup>22</sup>

## Korunma ve Erken Tanıda Ebe/Hemşirenin Rolü

Korunma ve erken tanıda ebe/hemşirenin rolü primer, sekonder ve tersiyer olmak üzere üç başlık altında toplanabilir. Primer korunma, risk faktörlerinden ve karsinojenlerden uzak durmakla, aşılama yöntemleri ve sağlık eğitimi ile sağlanır.<sup>47-49</sup> Primer korunmada ebe/hemşirenin temel sorumluluklarından biri olan sağlık eğitiminin de çok önemli bir yeri vardır. Toplum ve bireyle sürekli iletişimde bulunan ebe/hemşireler bu konuda sağlık danışmanlığı yaparak ve uygun veri toplayarak bireyleri doğru sağlık alışkanlıkları konusunda bilgilendirmelidir.<sup>20</sup> Bu bağlamda ebe/hemşirelerin toplumu, özellikle de risk altında olan bireyleri kanserden korunma ve erken tanı belirtileri konusunda bilgilendirmeleri oldukça önemlidir.<sup>52</sup> Genelde insanlar bir şikayeti olmadığı sürece genel sağlık kontrolüne gitmezler. Ancak, sağlık personeli tarafından risk altında bulunan bireylere gerekli uyarılar yapıldığı zaman kişiler, sağlık kuruluşuna giderler ve hastalıkların taranmasında pasif rolden, aktif role geçirilmiş olurlar.<sup>53,54</sup>

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) dahil beş uluslar arası örgütle işbirliği yapan Serviks Kanserlerini Önleme Örgütü, bilgi ve eğitim hizmetlerinde tüm sağlık çalışanlarının, kadınlara nerede ne zaman ulaşabilirse serviks kanserlerinden korunma konusunda eğitim vermeleri gerektiğini belirtmiştir.<sup>55</sup>

Sekonder korunmada ise ebe/hemşire, bireylere düzenli sağlık taramalarının ve erken tanının önemini vurgulamalıdır.<sup>20</sup> Böylece kanserde erken yakalama sağlanmış olur. Erken yakalama; "Belli bir hastalığı, hastalık sürecinin başlangıcında, hastalığın belirti ve bulguları henüz ortaya çıkmadan önce saptamak amacı ile sağlıklı toplumun bütününe ya da risk altında olduğu kabul edilen bölümünü hedef alarak yürütülen her türlü sağlık hizmeti faaliyeti" olarak tanımlanmaktadır.<sup>42</sup> Kadınlarda tarama ile önlenebilecek kanserlerin başında ise serviks kanserleri gelmektedir. Bunun nedeni, serviks kanserinde iyi tarif edilebilmiş uzun preinvaziv sürecin varlığıdır.<sup>43</sup>

Erken tanı amacıyla yapılan tarama çalışmalarında tüm nüfusun taranması yerine risk altındaki grupların seçilerek taranması daha başarılı sonuçlar vermektedir. Yüksek risk altındaki kadınlar; sıklıkla adolesan dönemde cinsel olarak aktif hale gelen ve çok eşli olma eğiliminde olan bireyler olarak bilinir.<sup>56</sup>

Tersiyer korunma programı kapsamında da ebe/hemşireler hastaları eğiterek ve düzenli izleyerek komplikasyonları önleyebilirler. Ayrıca, semptom kontrolünü sağlayarak ve komplikasyonlar için anında girişimde bulunarak sakatlıkları azaltabilirler.<sup>50</sup>

## Sonuç

Günümüzde artık kanserle savaşta, hastalığa yakalanmamak için alınan tedbirler ve tarama yöntemleri daha ön plandadır. Serviks kanseri korunmayla önlenebilecek

kansellere en iyi örnektir. Serviks kanserinden korunmada, kansere neden olduğu düşünölen faktörlerin bilinmesi, alınacak önlemler açısından önemlidir. Bu konuda topluma, özellikle risk altında olan gruba sağlık eğitimlerinin yapılması ebe/hemşirelerin en önemli rollerindedir.

## Kaynaklar

1. Güner H, Taşkıran Ç. Serviks kanseri epidemiyolojisi ve human papilloma virüs. Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği Dergisi 2007; 4(1):11-19.
2. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global Cancer Statistics 2002: CA. Cancer J Clin 2005; 55(2):74-108.
3. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı Epidemiyoloji ve Koruma Şube Müdürlüğü. 2004-2006 yılları Türkiye Kanser İnsidansı.
4. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 8. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2007; 15, 607-616.
5. Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürđan T, Önderođlu LS, Yaralı H, ve et.al. Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi. 2. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2008.s.1193-95.
6. Tuncer Z.S. Serviks kanseri. In: Günalp S, Tuncer S, editörler. Kadın hastalıkları ve doğum tanı ve tedavi. Ankara: Pelikan Yayıncılık; 2004. s.669-682.
7. Tuncer S, Salman M.Ç. Servikal intra epitelyal neoplazi. In: Günalp S, Tuncer S, editörler. Kadın hastalıkları ve doğum tanı ve tedavi. Ankara: Pelikan Yayıncılık; 2004.s.653-668.
8. Zemheri E, Koyuncuer A. Servikal kanserlerin erken tanısında Pap testinin önemi. Sted 2005;14(1):1-4.
9. Barut A. Serviks kanserinde erken tanı ve tedavi. Sted 2000; 9(3):97.
10. Özgöl N. Türkiye’de serviks kanserinin durumu ve servikal kanser tarama çalışmaları. In: Tuncer AM, editör. Türkiye’de kanser kontrolü. Ankara: Onur Matbaacılık; 2007.s.349-358.
11. Atasü T, Şahmay S. Jinekoloji. In: Atasü T, Şahmay S, editörler. Jinekoloji. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2001.s.257-285.
12. Koç F, Akşit S, Kurugöl Z, Koturođlu G, Halıcıoğlu O, Aslan A. Serviks kanseri hakkında hekimlerin bilgi düzeyi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2010; 20(5): 281-6.
13. Junea A, Sehgal A, Mitra AB, Pandey A. A survey on risk factors associated with cervical cancer. Indian J Cancer 2003; 40(1): 15-22.
14. Prabhakar A.K, Menon G.R. Age at marriage and Cervical Cancer incidence. Indian J Cancer 1995; 32(2): 63-68.
15. Sierra-Torres CH, Tying SK. Risk contribution of sexual behavior and cigarette smoking to cervical neoplasia. Int J Gynecol Cancer 2003; 13(5):617-625.
16. World Health Organization. Cervikal Cancer screening in developing countries, report of a WHO consultation. Geneva; 2002.
17. Atalah E, Urteaga C, Rebolledo A, Villegas RA, Medina E, Csendes A. Diet, smoking and reproductive history as risk factor cervical cancer. Rev Med Chil 2001; 129(6): 597-603.
18. Kjellberg L, Hallmans G, Ahren AM, Johansson R, Bergman F, Wadell G, et al. Smoking, diet, pregnancy and oral contraceptive use as risk factors for cervical intra-epithelial neoplasia in relation to human papillomavirus infection. Br J Cancer 2000; 82(7):1332-8.
19. Eluf-Neto J, Booth M, Munoz N, Bosch FX, Meijer CJ, Walboomers JM. Human papillomavirus and invasive cervical cancer in Brazil. Br J Cancer 1994; 69(1):114-9.

20. Pınar G, Algier L, Doğan N, Kaya N. Jinekolojik kanserli bireylerde risk faktörlerinin belirlenmesi. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi 2008; 18(4):208-216.
21. Yoshikawa H, Nagata C, Noda K, Nozawa S, Yajima A, Sekiya S, et al. Human papillomavirus infection and other risk factors for cervical intraepithelial neoplasia in Japan. Br J of Cancer 1999; 80 (3): 621-624.
22. Somer A. Human Papillomavirus (HPV) Vaccines. J Pediatr Inf 2008; 2(2): 50-55.
23. Vanchiere JA, Demmler GJ. Human Polyomaviruses and Papillomaviruses. In: Feigin RD, Cherry JD, Demmler GJ, Kaplan SL, eds. Textbook of pediatric infectious diseases. 6th ed. Philadelphia: Saunders; 2004. p.1809-1831.
24. Akhan SE Ülkemizde servikal kanser epidemiyolojisi ve HPV serotipleri. ANKEM Derg 2007; 21(Ek 2): 96-98.
25. Trotter H, Franco EL. The epidemiology of genital human papilloma virus infection. Vaccine 2006; 24(Supplement1): 4-15.
26. Özşaran A. Serviks Kanseri. In: Tavmergen E, editör. Te Linde's Operative Gynecology. 9. Baskı. İzmir: Güleç Matbaacılık; 2005. s.1251-1259.
27. Madeleine MM, Anttila T, Schwartz SM, Saikku P, Leinonen M, Carter JJ, et al. Risk of cervical cancer associated with Chlamydia trachomatis antibodies by histology, HPV type and HPV cofactors. Int J Cancer 2006; 120: 650-655.
28. Terek AÇ Akman L. Servikal kanser öncü lezyonları ve yönetimleri. In: Tavmergen E, editör. Te Linde's Operative Gynecology. 9. Baskı. İzmir: Güleç Matbaacılık; 2005. p.1231-1247.
29. Magnusson PK, Lichtenstein P, Gyllenstein UB. Heritability of cervical tumours. Int J Cancer 2000 Dec 1; 88(5): 698-701.
30. Butterworth CE Jr, Hatch KD, Macaluso M, Cole P, Sauberlich HE, Soong SJ, et al. Folate deficiency and cervical dysplasia. JAMA 1992 Jan 22-29; 267(4): 528-33.
31. Muhsiroğlu Ö. Kansere karşı koruyucu beslenme etmenleri. In: Özet A. GATA Tıbbi Onkoloji BD. Beslenme ve Kanser, Hasta Bilgilendirme Kitapçığı. 1. Baskı. Ankara: GATA Basımevi; 2007. p.1-27
32. Blythe MJ, Fortenberry JD, Orr DP. Douching behaviors reported by adolescent and young adult women at high risk for sexually transmitted infections. J Pediatr Adolesc Gynecol 2003; 16(2): 95-100.
33. Çalışkan D, Çöl M, Akdur R. Park sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş grubu kadınlarda vajinal duş sıklığı ve etkili faktörler üzerine çalışma. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 1996; 49(2): 73-80.
34. Lu ZJ The relation ship between menstrual attitudes and menstrual symptoms among Taiwanese women. Journal of Advanced Nursing 2001; 33(5): 621-628.
35. Bayo S, Bosch FX, De Sanjose S, Munoz N, Combita AL, Coursaget P, et al. Risk factors of invasive cervical cancer in Mali. Int J Epidemiol 2002; 31(1): 202-9.
36. Ortaç UF Ozpak E. Serviksin preinvasiv hastalığı. In: Ayhan A. editör. Klinik Jinekolojik Onkoloji. 6. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2003. p.1-33.
37. Wellensiek N, Moodley M, Moodley J, Nkwanyana N. Knowledge of cervical cancer screening and use of cervical screening facilities among women from various socioeconomic backgrounds in Durban, Kwazulu Natal, South Africa. Int J Gynecol Cancer 2002; 12(4): 376-382.
38. Moodley M, Moodley J, Chetty R, Herrington CS. The role of steroid contraceptive hormones in the pathogenesis of invasive cervical cancer: A review. Int J Gynecol Cancer 2003; 23(2): 103-110.
39. Gürbay A, Giray B, Hıncal F. Kombine oral kontraseptifler: Riskleri ve yararları. T Klin J Med Sci 1997; 17(1):1-14.
40. Bertram CC Evidence for practice: Oral contraception and risk of cervical cancer. J Am Acad Nurse Pract 2004; 16(10): 455-461.

41. Zondervan KT, Carpenter LM, Painter R, Vessey MP. Oral contraceptives and cervical cancer—further findings from the Oxford Family Planning Association contraceptive study. *Brit J Cancer* 1996; 73(10): 1291-1297.
42. Fidaner C. Kanserde erken yakalama: Erken tanı ve taramalar. In: Tuncer AM, editör. *Türkiye’de kanser kontrolü*. Ankara: Onur Matbaacılık; 2007. p.319-331.
43. Tuncer ZS. Jinekolojik açıdan Human Papilloma Virüs İnfeksiyonu. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2007; 38(1): 8-14.
44. Barry HC, Smith M, Weismantel D, French L. The feasibility of risk-based cervical cancer screening. *Preventive Medicine* 2007; 45(2-3): 125-129.
45. Ozan H. Pap Smear: Ne zaman? Nasıl? Kimden? *TJOD* 2005; 2(1): 35-40.
46. Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi. URL: [http://www.ketem.org/hangi\\_tarama.php](http://www.ketem.org/hangi_tarama.php). May 15.2011.
47. Arvas M, Gezer A. Ailevi (Hereditör) over kanserlerinde yönetim over kanserlerinin önlenmesi—cerrahi yaklaşımlar ve kemoprevensiyon. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 2004; 7(3): 89-98.
48. Lopez Ma L, Garcia-Cueto E, Fernandez JM, Lopez S, Del Valle Ma del O, Cueto A. Validation of a questionnaire to evaluate the attitude towards primary prevention advice from the European code against cancer. *European Journal of Cancer Prevention* 2003; 12(2): 157-164.
49. Turgay A, Sarı D. Türkistanlı Ç. Knowledge attitudes, risk factors, and early detection of cancer relevant to the school teachers in İzmir, Turkey. *Preventive Medicine* 2005; 40(6): 636-641.
50. Platin N. Hemşireler için kanser el kitabı. Amerikan Kanser Birliği, T.C. Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Daire Başkanlığı ve Onkoloji Hemşireliği Derneği Yayını. 2. Baskı. Ankara: Akşam Sanat Okulu Matbaası; 1998.
51. Schiffman M, Castle PE. The promise of global cervical cancer prevention. *N Eng J Med* 2005; 353(20): 2101-2104.
52. Nural N, Akdemir N. Dahiliye servislerinde yatan hastalarda kanser risk faktörleri ve erken tanı belirtilerinin saptanması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000; 4(2): 1-13.
53. Akbayrak N, Akdemir N. Kanserlin önlenmesi ve erken tanısında hemşirenin etkisinin belirlenmesi. *Hemşirelik Forumu* 1998; 1(S): 226-229.
54. Croghan IV, Omoto MK. Cancer Prevention and Risk Reduction. In: SB Baird, ed. *A cancer source book for nurses*. 6th ed. By The American Cancer Society Printed in the United States of America: 1991. p.31-40.
55. Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Planning and implementing cervical cancer prevention and control programs: A manuel for managers. Seattle: ACCP 2004; 13: 130-146.
56. World Health Organization. National Cancer Control Programmes Policies and Managerial Guidelines. 2<sup>nd</sup> Ed. Geneva; 2002.