



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ADANA ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI**

**REPRODÜKTİF DÖNEMDE YAPILAN SERVİKAL
KONİZASYON İŞLEMİNİN KADIN CİNSEL FONKSİYONLARI
ÜZERİNE ETKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. Hüseyin KILIÇ**

ADANA-2018



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ADANA ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI**

**REPRODÜKTİF DÖNEMDE YAPILAN SERVİKAL
KONİZASYON İŞLEMİNİN KADIN CİNSEL FONKSİYONLARI
ÜZERİNE ETKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. Hüseyin KILIÇ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Raziye NARİN**

ADANA-2018

ÖNSÖZ

Tez çalışmamın oluşturulmasında ve yürütülmesinde her türlü desteği gösteren ve deneyimlerini esirgemeyen, bilgi ve tecrübelerini bizlerle paylaşarak eğitimime büyük katkıda bulunan tez danışmanım ve Sayın Hocam Doç. Dr. Raziye Narin'e en içten teşekkürlerimi sunarım.

Asistanlık sürem boyunca kıymetli mesleki bilgi ve tecrübelerini bizimle paylaşan Sayın Hocalarım Prof. Dr. Ekrem Sarmaz, Prof. Dr. Oğuz Yücel, Prof. Dr. Esra Selver Saygılı Yılmaz, Doç. Dr. Hakan Nazik ve Doç. Dr. Mehmet Ali Narin'e çok teşekkür ederim.

Bizlere farklı bir cerrahi bakış açısı kazandıran jinekolojik onkoloji kliniğinde görev yapan Op. Dr. Sevdâ Baş ve Op. Dr. Şevki Gökşun Gökulu'ya teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim sürecinde birlikte çalıştığımız bütün uzman abi ve ablalarıma teşekkür ederim.

Vaktimizin büyük bir kısmını beraber geçirdiğimiz, her türlü destek ve yardımlarını gördüğüm, sevgili eş kıdemim başta olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Ekip olarak çalıştığımız hemşire, sekreter ve diğer sağlık çalışanları arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Bana her anlamda destek olan anneme, babama, kardeşlerime, sevgili eşim Sevdâ Kılıç'a ve biricik oğullarıma teşekkür ederim.

Dr. Hüseyin KILIÇ

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLOLAR LİSTESİ	IV
ŞEKİLLER LİSTESİ	V
KISALTMALAR	VI
ÖZET	VII
ABSTRACT	VIII
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. SERVİKS ANATOMİSİ	3
2.1.1. Skuamokolumnar Bileşke	4
2.1.2. Transformasyon Zonu	4
2.2. SERVİKAL HİSTOLOJİ VE EMBRİYOLOJİ	6
2.3. SERVİKSİN BENİNG LEZYONLARI	7
2.4. SERVİKSİN PREMALİGN LEZYONLARI	8
2.4.1. Servikal İntraepitelial Neoplazi (CIN)	8
2.4.2. Bethesda Sistemi	12
2.5. Serviks Kanseri Tanı Yöntemleri	14
2.5.1. Servikovajinal Sitoloji (Pap-Smear)	14
2.5.2. Kolposkopi	15
2.5.3. HPV	16
2.5.4. Yeni Tanı Teknolojisi	17
2.6. SERVİKS PREMALİGN VE MALİGN LEZYONLARININ TEDAVİSİ....	18
2.6.1. Kriyoterapi	18
2.6.2. Lazer	19
2.6.3. LEEP (Loop Elektrocerrahi Eksizyon Prosedürü)	19
2.6.4. Servikal Konizasyon	20
2.6.5. Histerektomi	22
2.7. CİNSELLİK KAVRAMI	23
2.8. KADIN CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARI	23
2.8.1. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Prevalansı	24
2.8.2. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Nedenleri	24
2.8.2.1. Vaskülojenik nedenler:	24
2.8.2.2. Pelvik taban kaslarına ilişkin nedenler:	25
2.8.2.3. Endokrinolojik nedenler:	25
2.8.2.4. Psikojenik nedenler:	26
2.8.2.5. İlaç kullanımına ilişkin nedenler:	26
2.8.2.6. Cinsel fonksiyonu etkileyen diğer faktörler:	26
2.9. KADIN CİNSEL YANIT DÖNGÜSÜ	27
2.10. KADIN CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARI VE	
SINIFLANDIRILMASI	28
2.10.1. Cinsel İstek Bozuklukları	29
2.10.2. Cinsel Uyarılma Bozuklukları	30
2.10.3. Orgazm Bozuklukları	30
2.10.4. Cinsel Ağrı Bozuklukları	31

2.10.5. Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı Cinsel Fonksiyon Bozukluğu	32
2.10.6. Madde Kullanımının Yol Açtığı Cinsel Fonksiyon Bozukluğu.....	33
2.11. KADIN CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARINDA TANI	33
2.12. UYGULANAN CERRAHİ TEDAVİLERİN KADININ CİNSEL SAĞLIĞINA ETKİSİ	34
3. GEREÇ ve YÖNTEMLER	36
3.1. Veri Analizi-İstatistiksel Yöntemler	37
4. BULGULAR.....	39
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇLAR	52
7. KAYNAKLAR	53
8. EKLER.....	60
8.1. EK 1. KADIN CİNSEL FONKSİYON ÖLÇEĞİ.....	60
8.2. EK 2. ‘SERVİKAL KONİZASYON İŞLEMİNİN KADIN CİNSEL FONKSİYONLARI ÜZERİNE ETKİSİ’ ÇALIŞMA FORMU	64
9. ÖZGEÇMİŞ	65

TABLÖLAR LİSTESİ

<u>Tablo No:</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Tedavi edilmeyen CIN lezyonlarının geleceği	11
Tablo 2. HPV DNA Tipleri	17
Tablo 3. Kadın Cinsel İşlev İndeksi Puanlama Tablosu	37
Tablo 4. Korelasyon Katsayısına Göre İlişki Durumu	38
Tablo 5. Olguların Ölçüm Değerleri	39
Tablo 6. Olguların Tanımlayıcı Özellikleri	39
Tablo 7. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Konizasyon Öncesi FSFI Toplam Skorları	41
Tablo 8. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Konizasyon Sonrası FSFI Toplam Skorları	42
Tablo 9. Olguların Konizasyon Öncesi ve Sonrası FSFI Skorları	43
Tablo 10. Olguların Konizasyon Öncesi ve Sonrası FSFI Skorlarına Göre Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Sınıflaması	44
Tablo 11. Olguların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Sınıflaması	45
Tablo 12. Kadınların Yaş Gruplarına Göre Servikal Konizasyon Öncesi FSFI Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	46
Tablo 13. Kadınların Yaş Gruplarına Göre Servikal Konizasyon Sonrası FSFI Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	47
Tablo 14. Konizasyon Öncesi ve Sonrası Yaş İle FSFI Skorları Arasındaki Korelasyon İlişkisi	47
Tablo 15. Konizasyon Öncesi ve Sonrası VKİ İle FSFI Skorları Arasındaki Korelasyon İlişkisi	48

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No:

Sayfa No

Şekil 1. Vajina, serviks, uterus ve over	4
Şekil 2. Serviks ve transformasyon zonu	5
Şekil 3. Serviks ve endoserviksin kesiti	5
Şekil 4. Servikal intraepitelial neoplazide kullanılan sınıflamaların karşılaştırılması.....	9
Şekil 5. Servikal intraepitelial neoplazilerin progresyonu.....	10
Şekil 6. Olguların biyopsi sonuçlarının dağılımı	40
Şekil 7. Olguların konizasyon öncesi ve sonrası FSFI skorlarına ait grafik	43
Şekil 8. Olguların konizasyon öncesi ve sonrası FSFI skor ortalamalarına ait grafik	44



KISALTMALAR

AGC	: Atipik Glanduler Hücreler
AGUS	: Önemi Belirlenemeyen Atipik Glandüler Hücreler
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
ASC-H	: Ekarte Edilemeyen HSIL
ASCUS	: Tipik squamöz intraepitelyal lezyonlar
BISF-W	: Brief Index of Sexual Functioning for Women
CFB	: Cinsel Fonksiyon Bozukluğu
CIN	: Servikal İntraepitelial Neoplazi
DISF/DISF-SR	: Derogatis Interview for Sexual Functioning
DNA	: Deoksi Ribonükleik Asit
DSM IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ECC	: Endoservikal Küretaj
FSFI	: Female Sexual Function Index (Kadın Cinsel İşlev Ölçeği)
HPV	: Human Papilloma Virüs
HSIL	: Yüksek Grade Squamöz İntraepitelyal Lezyonlar
ICD-10	: International Classification of Diseases-10
IFSF	: Index of Female Sexual Function (Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi)
LEEP	: Loop Elektrocerrahi Eksizyon Prosedürü
LSIL	: Düşük Grade Squamöz İntraepitelyal Lezyonlar
NCI	: Ulusal Kanser Enstitüsü
PAIS	: Psychosocial Adjustment to Illness Scale
VIN	: Vulvar intraepitelial neoplazi
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi

ÖZET

Reprodüktif Dönemde Yapılan Servikal Konizasyon İşleminin Kadın Cinsel Fonksiyonları Üzerine Etkisi

Amaç: Bu çalışmanın amacı, servikal konizasyon işleminin cinsel fonksiyonlar üzerine olan etkisini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Servikal intraepitelial neoplazi tanısıyla Şubat-Mayıs 2018 tarihleri arasında konizasyon planlanan reprodüktif dönemdeki 60 hastanın konizasyon işlemi öncesi ve sonrası 3. ayda cinsel fonksiyonları kadın cinsel fonksiyon ölçeği (FSFI) ile değerlendirildi. Veriler SPSS programı ile analiz edildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Kadınların yaş ortalaması $37,87\pm6,48$, VKİ ortalaması $25,68\pm2,67$ idi. FSFI toplam skorunda işlem öncesi ve sonrası anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0,222$). Ölçek alt grupları incelendiğinde ise; istek ($p=0,049$), lubrikasyon ($p=0,050$) ve orgazm ($p=0,022$) puanlarındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Sonuç: Servikal displazilerin tedavisinde uygulanan konizasyon işleminin cinsel fonksiyonlar üzerine etkisi FSFI skora sistemi ile değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Anahtar Sözcükler: Servikal neoplazi, servikal konizasyon, cinsel fonksiyon bozukluğu, FSFI

ABSTRACT

Impact on Female Sexual Functions of Reproductive Period Cervical Conization

Aim: The purpose of this study is to investigate the effect of cervical conization on sexual function.

Materials and Methods: Between February and May 2018, 60 female patients who were scheduled for conization due to cervical intraepithelial neoplasia were included in the study. Sexual functions of these persons were assessed by female sexual function scale (FSFI) before and 3 months after conization. The data were analyzed using the SPSS program. Statistical significance level was accepted as $p < 0.05$.

Results: The mean age of the women was $37,87 \pm 6,48$ and the mean BMI was $25,68 \pm 2,67$. There was no significant difference in FSFI total score before and after the conization ($p = 0.222$). When the scale subgroups are examined; decrease in desire ($p=0.049$), lubrication ($p=0.050$) and orgasm ($p=0.022$) scores were statistically significant.

Conclusion: There was no significant effect on the sexual function of the cervical conization applied in the treatment of cervical dysplasia.

Key words: Cervical neoplasia, cervical conization, sexual dysfunction, FSFI

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Cinsellik, insan hayatının temel gereksinimlerinden olup yaşamın ayrılmaz bir parçasıdır. Sağlıklı bir cinsel yaşam, sağlığın ve yaşam kalitesinin önemli parametrelerinden biridir. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre cinsel sağlık; kişilik, iletişim ve aşkı arttıran yollarla cinsel varoluşun bedensel, duygusal, entellektüel ve sosyal yönlerinin bütünleşmesidir.

Herhangi bir nedenle cinsel sağlıkta meydana gelen bir sorun kadının cinsel yaşamını, evlilik ilişkisini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Yaşanan sorunlar, kadının kendine olan güvenini, kişiler arası ilişkilerini, emosyonel, entellektüel ve sosyokültürel yönlerini de olumsuz etkilemektedir. Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu; biyolojik, psikolojik ve kişiler arası etkileşimleri olan çok nedenli ve çok boyutlu bir problemdir (1).

Cinsel yaşamı değerlendirmeye yönelik dünyada birçok ölçek kullanılmaktadır. En bilinenleri, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (Female Sexual Function Index-FSFI) ve Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (Index of Female Sexual Function-IFSFI)'dir (2). Bu çalışmada da FSFI kullanılmıştır.

Sağlıklı bir cinsellik için serviks bütünlüğü önem arz etmektedir. Kadınlarda uyarılma sadece klitoral stimülasyonla değil, aynı zamanda vajinal, G noktası ve serviks stimülasyonu ile de olabilmektedir (3). Bu anlamda kadınların cinsel tepkileri 3 yolla olmaktadır. Bunlar, klitoris ve dış labiyumu innerve eden pudendal sinir; vajina ve serviksi innerve uterovajinal pleksusun parasempatik dalları olan pelvik ve inferior hipogastrik sinir; serviks ve uterusu innerve eden hipogastrik sinirdir (4-7).

Gelişmiş ülkelerde servikal kanser, jinekolojik maligniteler arasında mortalite açısından 3. sıradadır (8). Bu nedenle serviksin premalign lezyonları olan servikal intraepitelial neoplazilerin tanı ve tedavisi büyük önem taşımaktadır. Servikal kanser taraması yapılan kadınların %4'ünde CIN 1, %5'inde CIN 2-3 görülmektedir (9). Yüksek dereceli CIN lezyonlarının tedavisinde transformasyon zonunun eksizyonu olan konizasyon işlemi ana tedavi yöntemidir. Konizasyon endikasyonları; lezyonun sınırlarının kolposkopi ile gözlenememesi, kolposkopide yassı silindirik epitel sınırının görülmemesi, CIN 3 için endoservikal küretaj histolojik bulgularının pozitif olması; sitoloji, biyopsi, kolposkopi sonuçları arasında korelasyon eksikliğinin

olması, mikroinvazyon şüphesi varlığı, kolposkopistin invaziv kanseri ekarte edememesidir. İntraoperatif ve postoperatif kanama, enfeksiyon, servikal yetmezlik ve servikal stenoz gibi komplikasyonları vardır.

Yaptığımız literatür araştırmasına göre, farklı cerrahi işlemlerin cinsel fonksiyonlar üzerine etkisini araştıran birçok çalışma mevcuttu ancak servikal konizasyon işlemi sonrası cinsel işlevleri değerlendiren bir çalışmaya rastlamadık. Cinsel yaşam, insan için bir gereksinimdir ve sürdürülebilir olması gerekir. Kadın genital organları üzerine yapılan cerrahi müdahalelerin cinsel fonksiyonlar üzerine etkisi bilinmelidir. Bu nedenle jinekoloji pratiğinde sıklıkla uygulanan prosedürlerden biri olan servikal konizasyon işlemi ile cinsel fonksiyon arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçladık.

Bu çalışma, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde reproduktif dönemdeki kadınlarda yapılan servikal konizasyon işleminin kadın cinsel fonksiyonları üzerine etkisi araştırılmak üzere planlanmış, prospektif bir çalışmadır.

2. GENEL BİLGİLER

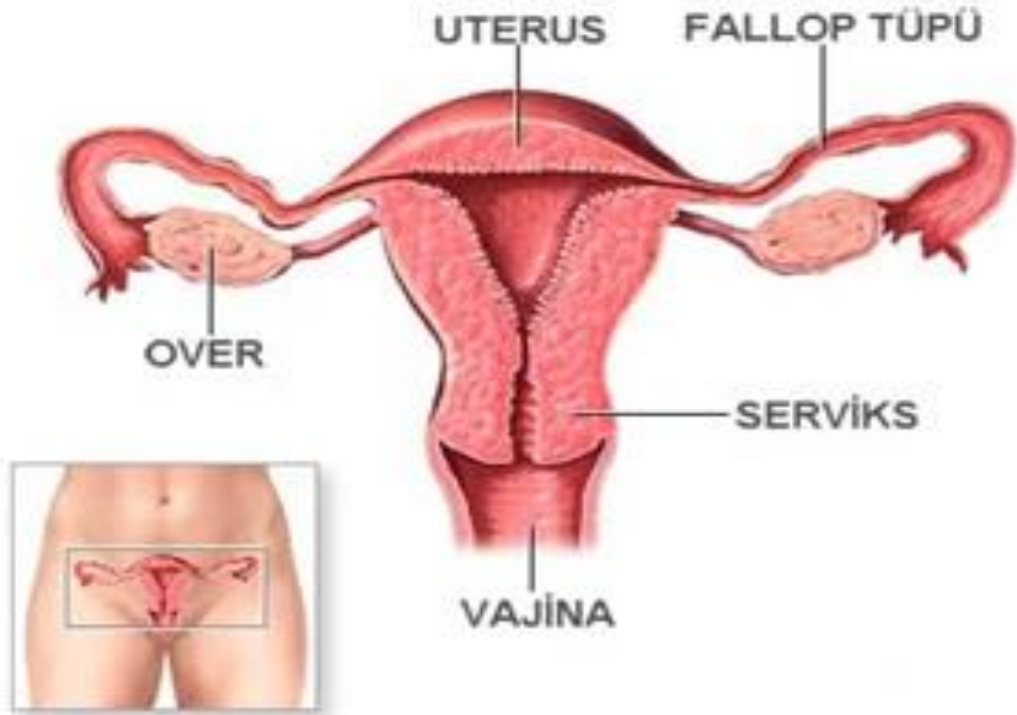
2.1. SERVIKS ANATOMİSİ

Uterusun alt parçası olan serviks, uterus korpusundan internal os olarak adlandırılan fibromusküler bir hat ile ayrılır. Bu hat fibröz serviks ile musküler korpus arasında bir sfinkter görevi yapmaktadır. Serviks, vajen çatısında, vajinal ön duvara doğru uzanan, yaklaşık olarak birbirine eşit supravajinal ve vajinal bölümlere sahip bir yapıdır. Serviksin vajinal parçası ön, arka ve yan taraflarda vajen mukozası tarafından sarılır ve böylece forniksler meydana gelir (10).

Serviksin şekli yapısal anomalilere, doğum travmalarına ve yaşa göre farklılık gösterebilse de genel olarak silindiriktir. Bu silindirik yapının orta kısmında, internal os üzerinde kalan uterin kavite ile eksternal osun aşağısında kalan vajen arasında bağlantıyı sağlayan, endoservikal kanal olarak adlandırılan bir geçiş mevcuttur. Fuziform olan kanalın uzunlamasına boyu 3-5 cm iken en geniş yeri ise 7 mm'dir (11).

Serviksin arteriyel kanlanması, esas olarak uterin arterin desendan dalı ile olup, vajinal arterin servikal dallarından da beslenir. Venöz dönüş ise arteriyel dolaşımın oluşturduğu ağı takip eder. Lenfatik drenajı primer olarak parametrial, obturator, internal iliak ve eksternal iliak lenf bezlerine olur. Bunu presakral, communis iliak ve paraaortik lenf bezleri takip eder (12).

Serviksin nörolojik innervasyonu presakral pleksusun terminal kısmı olan, Frankenhauser pleksusundan olur. Sinirler alt uterin segmente, üst serviksin her iki yanından girerek iki adet lateral semisirküler pleksus oluştururlar. Innervasyonu, primer olarak endoservikse ve ektoserviksin derin kısımlarına sınırlı olduğu için, serviks ağrıya kısmen duyarsızdır, ancak transservikal girişimlerde vagal cevaba bağlı refleks bradikardi gelişebilmektedir (12).



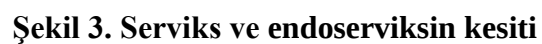
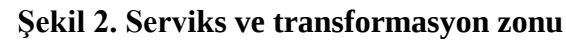
Şekil 1. Vajina, serviks, uterus ve over

2.1.1. Skuamokolumnar Bileşke

Skuamokolumnar bileşke, vajina skuamöz epiteli ile endoserviks kolumnar epiteli arasındaki sınır bölgesidir. Buranın hemen distalinde ‘immatur skuamöz metaplastik epitel’ bulunur (13). Serviks skuamoz epitelinin gelişimi ve matürasyonunda travma, kronik irritasyon, servikal enfeksiyonlar rol alır. İmmatur skuamoz metaplazi, matür skuamoz epitelin ve kolumnar müsinöz epitelin biyokimyasal ve immünohistokimyasal özelliklerini gösterir.

2.1.2. Transformasyon Zonu

Transformasyon zonu, ektoservikste bulunan ve zaman zaman yer değiştirebilen bir bölge olup orijinal skuamokolumnar bileşkeyi tanımlar. Mevcut transformasyon zonu başlangıçta kolumnar epitel iken, sonraları skuamoz epitele dönüşür (13). Skuamoz metaplazi fetal gelişim, menarş ve gebelik esnasında aktif haldedir. Genç kadınlarda normal endoservikal doku, servikal ostiumdan ektoservikse doğru çıkar (servikal eversiyon). Bu durum orijinal skuamokolumnar bileşkeyle uyumludur. Diğer yandan postmenopozal kadınlarda bu bileşke sıklıkla



2.2. SERVİKAL HİSTOLOJİ VE EMBRİYOLOJİ

İntrauterin 6-7. haftalarda mülleriye kanalların füzyonu ile alt genital kanal meydana gelir ve ürogenital sinüs ile invajinasyon yaparak birleşir. Serviks ve vajinayı oluşturan mülleriye kanal kolumnar epitel ile döşelidir. İntrauterin 4. ayda kolumnar epitel metaplazi ile skuamöz epitele dönüşmeye başlar. Bu dönemdeki kolumnar-yassı epitel sınırına orijinal skuamo-kolumnar bileşke denir. Çocukluk çağında ve perimenarş döneminde, orijinal skuamo-kolumnar bileşke eksternal os'a çok yakın yerleşimlidir. Puberteden sonra ve reproduktif dönemde östrojen etkisiyle genital organlar büyür. Serviks büyür ve genişler, endoservikal kanal uzar. Bu endoservikal kanalın alt bölümündeki kolumnar epitelin ektoservikse eversiyonuna neden olur. Ektropiyon olarak adlandırılan bu durum gözle muyenede kırmızımsı renk olarak göze çarpar. Bazen bu durum erozyon veya ülser olarak yanlış değerlendirilir. Böylece orijinal bileşke eksternal os'tan uzak olarak lokalize olur. Ektropiyon gebelikte daha belirgindir. Ektropiyon durumunda kolumnar epitelin mukusu, vajinal asiditeye karşı tampon işlevi yapar. Asidite er geç bir destrüksiyona yol açar ve kolumnar epitel metaplastik epitele dönüşür. Metaplazi, bir epitel tipinin diğeriyle yer değiştirmesi anlamına gelir. Kolumnar epitelin asiditeye maruziyeti subkolumnar rezerv hücrelerini uyarır. Bu hücreler çoğalarak ve hiperplaziye uğrayarak metaplastik hücreleri oluşturur. Metaplastik süreçte, kuboidal şekilli, farklılaşmamış subkolumnar hücrelere gerek vardır. Bu hücrelerin kaynağı bilinmemekle birlikte, asiditeye maruziyet neticesinde kolumnar epitelden geliştikleri görüşü yaygındır. Skuamöz metaplazi geri dönüşsüz bir süreçtir. Epitel bir daha kolumnar epitele dönüşmez. Servikste ki metaplazi, kolumnar epitelin direkt skuamöz epitele dönmeyip önce rezerv hücrelere yer bırakmalarından dolayı indirekt metaplazi olarak da adlandırılır. Metaplastik süreç farklı alanlarda farklı hızlarda gerçekleşir ve bu da kolumnar epitel içerisinde metaplastik epitel alanları şeklinde görünür. Yeni skuamokolumnar bileşkeye bitişik immatür metaplastik hücreler görülürken, matür metaplastik hücreler orijinal skuamokolumnar bileşkeye yakın bulunur (15).

Metaplastik süreç sıklıkla orijinal skuamokolumnar bileşkeden başlar ve menopoza kadar reproduktif dönem boyunca sentripedal olarak eksternal osa doğru uzanır. Böylece yeni oluşan metaplastik skuamöz epitel ile ektoservikste ki

eversiyone kolumnar epitel arasında yeni skuamokolumnar bileşke oluşur. Reprodüktif çağdan perimenozal yaşlara geçiş sırasında yeni skuamokolumnar bileşke ektoserviksten eksternal os'a doğru yönelir. Premenopozal dönemden, menopozun başlangıç dönemlerine geçişte, östrojen eksikliği nedeniyle serviks daralır, kısalır. Bunun neticesinde yeni skuamokolumnar bileşkenin eksternal os hizasına seyri hızlanır ve endoservikal kanal içerisine girer. Postmenopozal kadınlarda yeni skuamokolumnar bileşke sıklıkla visual muayenede görülmez. Orijinal skuamokolumnar bileşke ile fizyolojik skuamokolumnar bileşke arasındaki bu sürekli değişim bölgesine transformasyon zonu denir ve serviksin prekanseröz lezyonlarının %90'nın bu bölgeden geliştiği bilinmektedir (15).

Süreç esnasında immatür epitel matür stratifiye skuamöz epitele dönüşür. Matür skuamöz metaplastik epitelde nabothi kistleri denen kistler görülebilir. Bunlar birer retansiyon kistleridir ve metaplastik epitelde kript açıklıklarının örtülmesinden kaynaklanır. Gömülen bazı kolumnar hücreler mukus sekresyonlarına devam ederler ve sonunda kistler oluşur. Biriken mukus visual muayenede kistlerin fildişi veya sarımsı renkte görülmelerine neden olur. Kist içindeki kolumnar epitel yassılaşır ve eninde sonunda biriken mukusun etkisiyle yok olur (16).

İmmatür metaplastik skuamöz epitelden sonra gelişim iki aşamada olur. Büyük çoğunlukta glikojen içeren matür metaplastik hücrelere dönüşüm görülürken, az oranda da atipik, displastik dönüşüm olabilir. Onkojenik HPV virüslerinin immatür epiteli persistan enfeksiyonu ile atipik gelişim görülür. Bu hücrelerin kontrolsüz büyüme ve proliferasyonu anormal displastik epitele neden olabilir. Bunların bir kısmı normale gerileyebilirken, bir kısmı da persiste edebilir veya invaziv kansere ilerleyebilir (16).

2.3. SERVİKSİN BENİNG LEZYONLARI

- Servikal Enfeksiyonlar
- Endoservikal Polipler
- Mikrogländüler Hiperplazi
- Skuamoz Papilloma
- Plasental Site Trofoblastik Nodül
- Düz Kas Tümörleri (Leiyomyoma)

- Naboth Kistleri
- İnküzyon Kisti
- Mezonefrik Kanal Kalıntıları

2.4. SERVİKSİN PREMALİGN LEZYONLARI

2.4.1. Servikal İntraepitelial Neoplazi (CIN)

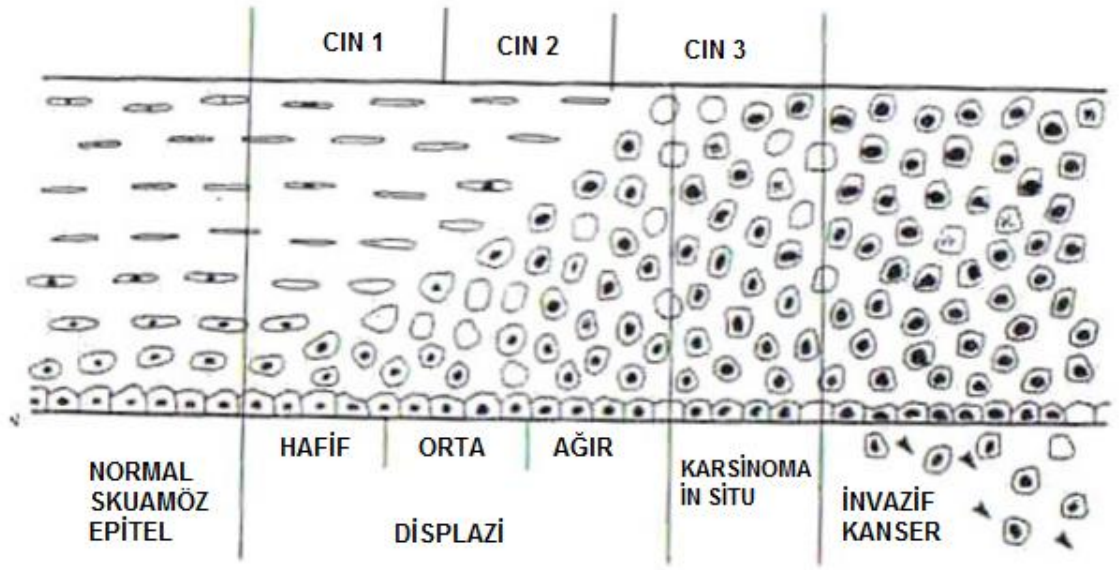
Papanicolaou 1943 yılında eksfoliyatif sitoloji yöntemiyle jinekolojik kanserlere tanı ve takip olanağı sunmuştur. Preinvaziv servikal hastalık kavramı 1947 senesinde, invaziv kanser görünümüne sahip ancak epitelle sınırlanan epitelial değişiklikler için ortaya atılmıştır (17). Reagan 1956'da CIS ile normal epitel arasındaki histolojik ve sitolojik farklılıkları gösteren anormallikleri displazi olarak adlandırmış ve displaziyi de hafif, orta ve şiddetli olarak üç gruba ayırmıştır. 1961 yılında 1. Uluslararası Eksfoliyatif Sitoloji Kongresi'nde, CIS teriminin epitelin tüm kalınlığının farklılaşmamış neoplastik hücreler tarafından oluşturulan lezyonlar için kullanılmasına karar verilmiştir (17).

Displazi etiketi altında toplanan değişmelerin, nitelik bakımından kanserleşmeden farklı olmadığı, epitel katmanlarındaki yayılma derecesiyle birbirinden yapay olarak ayırt edilmeye çalışıldığı anlaşılmıştır (18).

Displaziler ve carsinoma in situ (CIS), kanserin birbirini izleyen gelişme aşamalarıdır. Hepsi servikal intraepitelial neoplazi (CIN) başlığı altında incelenmelidir (19). CIN tanımı; bir ucunda hafif displazi ile başlayan ve sonunda invaziv kanserle biten intraepitelial değişmeler spektrumudur. Bazal membranı geçerek stromayı istilaya başlayan hücre klonları ortaya çıkınca CIN süreci bitmiş, invaziv kanser başlamıştır (18).

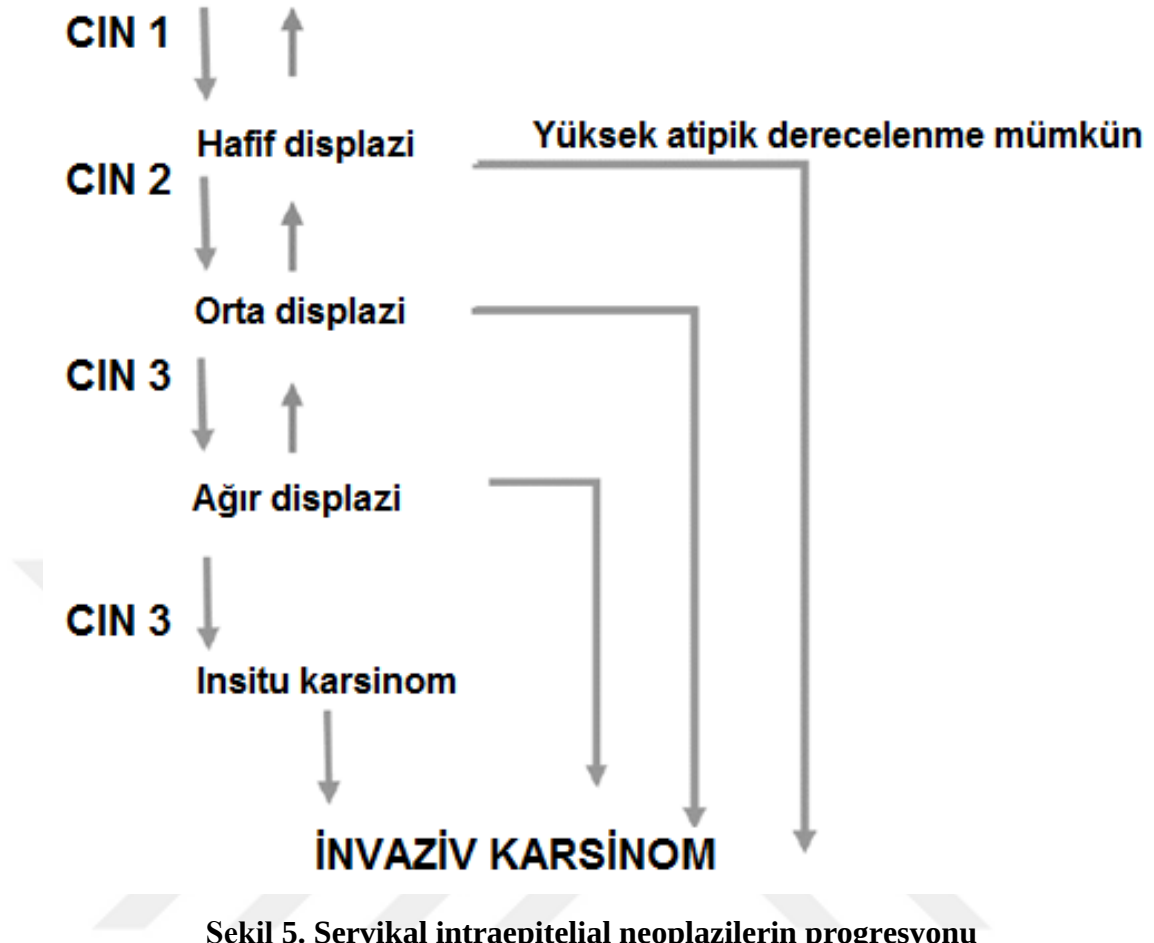
İntraepitelial neoplazinin belirgin özellikleri hücrel immatürite, hücrel düzensizlik, nükleer anormallikler ve artan mitotik faaliyetlerdir (20).

Lezyonların çoğu transformasyon bölgesinden gelişir. Anormal lezyonların gelişimi; epitelin alt 1/3'ünde sınırlı ise CIN I, alt 2/3'ünde ise CIN II, epitelin tamamına yakın ise CIN III, tamamını içeriyorsa CIS olarak adlandırılır. Bütün bu lezyonlarda bazal membran sağlamdır. Anormal lezyonların gelişimi Şekil 4'te görülmektedir.



Şekil 4. Servikal intraepitelial neoplazide kullanılan sınıflamaların karşılaştırılması

Servikal preinvaziv lezyonların (CIN 1,2,3) tümünün gerileme, persiste etme ve daha ağır bir şekle dönüşme kapasiteleri vardır. Ancak bunu önceden saptamak çok mümkün değildir. CIN 1 olgularının %80-90 geriledikleri bildirilmektedir. Ağır displazi ve in situ karsinom olguları ise çok az bir oranda regresyona uğramaktadır (12). Preinvaziv lezyonların invaziv karsinoma doğru ilerleme aşamaları Şekil 5'te gösterilmiştir.



İnvaziv serviks kanserinin ortalama görülme yaşı 45-50'dir. İn situ karsinom ise 10-15 yıl kadar önce görülmektedir, yani 20-40 yaşları arasındaki kadınların hastalığıdır. Buna göre preinvazif hastalığın invazif hale dönüşmesi için aşağı yukarı 10 senelik bir latent dönem bulunmaktadır. Ancak CIN 3 lezyonlarının %5'inin 3 seneden daha kısa bir süre içerisinde invazif hale dönüştüğünü bildiren yayınlar mevcuttur. Son yıllarda CIN'in 20 yaş altındaki genç kadınlarda görülme sıklığının arttığı bildirilmektedir. Bu kadınların büyük bir kısmı 15 yaşından önce cinsel ilişkide bulunan ve çok eşli kişilerdir. Diğer yandan HPV infeksiyonu olan kadınlarda CIN 3 görülme yaşı, HPV infeksiyonu olmayan CIN 3'lülere göre 10 yıl daha erkendir. CIN 3 için ortalama görülme yaşı 30-34'tür (21). Tedavi edilmeyen CIN lezyonlarının geleceği Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Tedavi edilmeyen CIN lezyonlarının geleceği

Lezyon	Regresyon %	Persistans %	Progresyon %
CIN I	60	30	10
CIN II	40	40	20
CIN III	33	56	12

CIN: Servikal intraepitelial neoplazi, %: sütun yüzdesi

Servikal intraepitelial neoplazide başlıca risk faktörleri şunlardır (21):

- İlk koitusun erken yaşta olması
- Daha önce birçok kişiyle ilişkide olan biriyle beraber olma
- Önceden geçirilen veneryan hastalık
- Sigara
- Düşük sosyoekonomik durum.
- Servikal HPV enfeksiyonu anamnezi
- Anamnezde CIN varlığı
- Anamnezde vulvar intraepitelial neoplazi (VIN) varlığı

Servikal intraepitelial lezyonlarda tanı yöntemleri ise şunlardır (17):

- Sitoloji
- Servikografi
- Kolposkopi
- HPV (human papilloma virus) tiplemesi
- Kolposkopi eşliğinde biyopsi
- Polar prop
- Mikrokolipohisteroskopi
- Speküloskopi
- Endoservikal küretaj (ECC)
- Konizasyon

Servikal preinvazif lezyonlar genellikle asemptomatik olup rutin jinekolojik muayene sırasında saptanmazlar. Çok ender olarak temas kanamasına neden olabilirler. Servikal preinvazif lezyonların saptanması günümüzde kolposkopi ile mümkündür. Tarama yöntemi olarak uygulanan sitoloji de bize yol gösterir. Sağlıklı asemptomatik kadınlarda serviksin preinvazif hastalıklarını eksfoliyatif sitoloji ile saptamak büyük ölçüde mümkün olmaktadır. Bu amaçla pap smear tarama yöntemi olarak kullanılmaktadır. Bu ucuz, uygulanması kolay, ağrısız ve oldukça güvenilir bir yöntemdir (21).

Papanicolaou sınıflaması (17):

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

2.4.2. Bethesda Sistemi

1988 yılında Bethesda Maryland’da yapılan bir Ulusal Kanser Enstitüsü (NCI) çalışması, sitolojik raporlar için Bethesda Sistemi’nin geliştirilmesiyle sonuçlanmıştır (19). 1991 yılında Bethesda II olarak yeniden düzenlenmiştir. Bu sınıflama, 2001 yılında üçüncü bir toplantı ile tekrar ele alınmış ve en son şeklini almıştır (22). Bethesda Sistemi’nde, potansiyel premalign skuamöz lezyonlar dört kategoriye ayrılmaktadır. Önemi belirgin olmayan atipik skuamöz intraepitelyal lezyonlar (ASCUS), düşük grade skuamöz intraepitelyal lezyonlar (LSIL), yüksek grade skuamöz intraepitelyal lezyonlar (HSIL), ekarte edilemeyen HSIL (ASC-H).

Glandüler epitelle ilgili patolojiler ise bu sistemde; önemi belirlenemeyen atipik glandüler hücreler (AGUS), endoservikal adenokarsinom, endometriyal adenokarsinom, ekstrauterin adenokarsinom ve orjini belirlenemeyen adenokarsinom başlıkları altında toplanmaktadır (13).

ASCUS: Düşük veya yüksek grade skuamöz intraepitelyal lezyon kriterlerine yanıt veremeyen anormal hücrelere ASCUS denir. Daha önceleri “atipik” olarak

adlandırılan küçük anormalliklerin çoğu bu kategoride yer almaktadır. Daha önce Papanicolaou sınıflandırmasının II. kısmında yer alan ve şimdi LSIL olarak sınıflandırılan kondilomatöz veya koilositotik atipi, ASCUS kategorisinde yer almaz. ASCUS kategorisi, belirsiz özelliğe sahip olan anormal hücreleri gösteren test sonuçlarıyla sınırlıdır. Bethesda Sistemi'nde normal olarak kodlanması gereken benign, reaktif ve düzeltici değişiklikler ASCUS kategorisine dâhil değildir. Standart tanısal kriterler kullanıldığında, bir ASCUS tanısı pap bulgularının %5'inden fazla olmamalıdır (23).

ASC-H: Smear sonuçlu hastalarda fazla miktarda orta/ağır displazi ve daha ağır lezyon olasılığı vardır. ASCUS'a göre daha ciddidir.

LSIL: CIN I (hafif displazi) ve koilositotik atipi olarak adlandırılan HPV değişiklikleri, düşük grade skuamöz intraepitelyal lezyonlara dâhildir. HPV ile ilgili hücre değişiklikleri (ör; koilositozis ve CIN), LSIL kategorisi altında birleşmektedir; çünkü her iki lezyonun da doğal yapıları çeşitli HPV tiplerinin dağılımı ve sitolojik özellikleri aynıdır. Uzun vadeli izleme çalışmaları göstermiştir ki; "koilositozis" olarak sınıflandırılan lezyonlar vakaların %14 'ünde yüksek grade intraepitelyal neoplaziye dönüşürken, hafif displazi olarak sınıflandırılan lezyonlar vakaların %16'sında ağır displazi/CIS'e dönüşmektedir (24).

HSIL: CIN II ve CIN III ise (orta displazi, ağır displazi ve karsinoma in situ) yüksek grade skuamöz intraepitelyal lezyonlar arasında yer almaktadır. HSIL nükleer büyüklükte belirgin farklılık, hücre çoğalması ve kaba nükleer kromatin varlığı, nükleer kontürlerde düzensizlik, özellikle üst tabakalarda atipik mitotik figürler ve sık mitozla karakterizedir (24).

Kansere progresyon ASCUS'ta %0,25, LSIL'de %0,15 ve HSIL'de %1,44 sıklıkta görülmektedir. Normale gerileme ASCUS'ta %68, LSIL'de %47 ve HSIL'de %35 sıklıkta görülmektedir (23).

AGUS: Önemi belirlenemeyen atipik glandüler hücreleri tanımlar. Bu hatalı bir adlandırmadır. İsim ASCUS gibi, önemi belirlenemeyen bir bulguyu tanımlamaktadır, bu sebeple de daha az ciddiye alınabilir. AGUS ayrıntılı olarak incelenmelidir. Eddy'nin raporunda, literatürden ve otörün deneyiminden AGUS'u olan ve servikal biyopsi yapılan 2000 hasta bildirilmiştir. Bunların %36'sında CIN lezyonu (skuamöz lezyon) vardır, bununla birlikte %6'dan fazlasında endoserviks ya

da endometriyumda adenokarsinom içeren glandüler lezyonlar bulunmaktadır. Güney Kore’de yapılan bir çalışmada, 268 AGUS smearından 68’inde (%18) serviksin premalign ya da malign lezyonu olduğu ortaya konmuştur (23).

Önemi belirlenemeyen atipik glandüler hücrelere (AGUS) sahip pap smearlerin değerlendirilmesinde, 35 yaş altındaki hastalar için kolposkopi, biyopsi ve endoservikal küretaj önerilmekte ancak hasta 35 yaşın üzerindeyse ayrıca endometrial örneklemede yapılmalıdır.

2.5. Serviks Kanseri Tanı Yöntemleri

Serviks kanserinin preinvaziv bir evresinin olması ve bu sürecin uzun olması, bu dönemde hastaların yakalanabilmesi ve etkin olarak tedavi edilebilmesi açısından önemli bir özellik olup; tarama, erken tanı ve tedaviye imkân vermektedir. Genel prensiplere tam olarak uyulduğunda daha çok hasta preinvaziv ve erken evrede yakalanabilmekte ve sağkalım oranları yükseltilebilmektedir (15).

2.5.1. Servikovajinal Sitoloji (Pap-Smear)

Pap smear’ın amacı tedavi edilebilir servikal kanser vakalarını çok erken aşamalarda tespit ederek invaziv kansere dönüşmesini engellemektir. Servikal kanser preinvaziv lezyonlarının invaziv kanser aşamasına ilerlemesi yavaş bir süreçtir, 10-15 yıl sürdüğü tahmin edilmektedir. Erken teşhis edilir ve uygun müdahale yapılırsa, servikal kanserde hayatta kalma oranı %90’nın üzerindedir (15).

Yapılan çalışmalarda düşük ve yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyonlar için konvansiyonel Pap testin sensitivitesi %30-87, spesifitesi %86-100, sıvı bazlı sitoloji testinin sensitivitesi %61-95, spesifitesi %78-82 bulunmuştur. Smearlerin %10-20 kadarının yetersiz olduğu gösterilmiştir (25).

Servikal sitoloji tekniğinde örneklerin uygun alınması için uyulacak kurallar şunlardır:

- Hastanın kanaması olmamalı ve mümkünse proliferatif fazda iken yapılmalıdır.
- Vajinal spekulum kuru ve steril olmalı, lubrikan kullanılmamalıdır.
- Postmenopozal hastalarda endoservikal fırça kullanılmalıdır.

- Smear alınmadan 48 saat önce koit, vajinal duş yapılmamalı, vajinal tedavilerde bir hafta öncesinden bırakılmalıdır.
- Servikal smealde yetersiz sonuç, endoservikal hücrelerin bulunmaması anlamında kullanılır.

2.5.2. Kolposkopi

Kolposkopinin kelime anlamı vajina içine bakmaktır (colpo ve scope). Kolposkop, Hans Hinselman tarafından 1925 yılında icat edilmiştir. 1960'ların sonu ve 1970'lerin başlarında özellikle kolposkopi ile ilgili terminolojinin genişleterek değiştirilmesi, bu arada eğitim amaçlı kurslar düzenlenip kolposkopinin asistanlık eğitimine sokulmasıyla, serviks, vajina, vulva, perine hatta penis ve scrotumdaki lezyonların tanı ve izlenmesinde kolposkopi, giderek artan ölçülerde kullanıma girmiştir (26). Bu gecikmede muhtemelen sitolojide daha erken gelişmelerin olmasının da yeri vardır. Ancak sitoloji ve kolposkopi birbirine rakip değil, tam tersine birbirini tamamlayıcı yöntemlerdir. Kolposkopi pozitif sitolojik bulguların değerlendirilmesinde kullanılır. Şüpheli alanlardan biyopsi yapılır.

Sonuç olarak sitolojik, kolposkopik ve histolojik verilerin birlikte incelenmesiyle hastaya en doğru yaklaşım yapılmış olur. Kolposkop, parlak ışıktaki serviksin 6-40 kez büyütülerek direkt incelenmesini sağlayan stereoskopik bir mikroskoptur. Servikal kolposkopinin amacı, transformasyon zonunda, serviks üzerinde ya da servikal kanalda bulunan lezyonların tanımlanması, prekanseröz serviks lezyonlarının varlığının araştırılması ve anormal pap-smear sonucunda biyopsi yapılacak alanların tespit edilmesidir (15).

Kolposkopik görünüm; normal, anormal, yetersiz olarak değerlendirilmektedir (24).

Normal kolposkopi bulguları;

- Orijinal skuamöz epitel
- Kolumnar epitel
- Transformasyon zonu

Orijinal skuamöz epitel, düz pembe renkli görülür. Kolumnar epitel ise tek sıra bir epiteldir. Endoservikse doğru uzanır. Yüzey irregülerdir, uzun stromal papillalar

ve derin yarıklar görülmektedir. Glikojen içermez ve asetik asit uygulanmasından sonra üzüm salkımı gibi bir görünüm alır (15).

Transformasyon zonu prekanseröz lezyonların en sık görüldüğü bölgedir. Transformasyon zonu damar bakımından oldukça zengindir ve damarlar regüler seyredir. Bu düzenli damarlanmaya fizyolojik vaskülarizasyon adı verilir. Bu damarlanmayı kolposkopta yeşil ışık filtresi kullanarak net bir biçimde görmek mümkündür. Kolposkopik muayene ile, normal bir transformasyon zonu içinde silindirik epitel adacıkları, bez ağızları, naboth kistleri ve bunun üzerindeki fizyolojik damarlanma görülmelidir (24).

Anormal kolposkopi bulguları;

- Aseto-beyaz epitel
- Lökoplaki
- Puntuasyon
- Mosaizm
- Atipik damarlanma şeklinde sıralanabilir

2.5.3. HPV

HPV enfeksiyonu, dünya genelinde hem erkek hem de kadında en sık cinsel temasta bulaşan hastalıklardan biridir. ABD’de en sık viral cinsel yolla bulaşan hastalık olarak bilinmektedir (27). Bildirimi zorunlu olmadığı için gerçek insidans ve prevalansı bilinmemektedir. Buna karşılık yıllık yeni enfeksiyon sıklığı 1-5,5 milyon, prevalansı da 20 milyon olarak tahmin edilmektedir (28). Servikal kanser için HPV önemli bir etken olmaya devam etmekte ve enfeksiyon sıklığı hızla artmaya devam etmektedir.

Serviks kanseri-HPV ilişkisi ilk olarak 1980’lerin başında Alman virologist Herold zur Hausen tarafından belirlenmiş, zamanla daha iyi anlaşılmıştır (29). HPV-serviks kanseri bağlantısı akciğer kanseri-sigara bağlantısından daha önemlidir. Serviksin skuamöz tip kanserinde HPV pozitifliği yaklaşık %99,7 bulunmuştur (30). Adenokanser ile HPV arasındaki ilişki skuamöz kanserdeki kadar kuvvetli değildir. Yaş ile bağımlı olduğu belirtilen bu ilişkiye göre 40 yaş altında servikal adenokanserde HPV DNA’sına rastlanma sıklığı %89 iken, 60 yaş üzerinde %43 olarak saptanmıştır (30).

Düşük onkojenik riskli olan grubun üyeleri genital siğillerde, düşük dereceli CIN lezyonlarında ve düz kondilomlarda bulunur. Çok nadiren yüksek dereceli CIN'lerde bulunurlar ve serviksin adenokarsinomlarında ve invaziv skuamoz hücreli kanserlerinde hemen hemen hiç bulunmazlar.

Orta onkojenik riskli HPV tipleri düşük dereceli ve yüksek dereceli CIN lezyonlarında bulunabilirler ancak invaziv karsinomlarda çok sık görülmezler.

Yüksek onkojenik riskli HPV tipleri yüksek dereceli lezyonlar ve invaziv kanserlerde oldukça fazla bulunmaktadır.

Tablo 2. HPV DNA tipleri

Onkojenik risk	HPV DNA Tipleri
Düşük riskli tipler	6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81
Orta riskli tipler	26, 53, 66
Yüksek riskli tipler	16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82

2.5.4. Yeni Tanı Teknolojisi

Pap-smear serviks kanserine bağlı ölüm insidansını dramatik olarak azaltmakla beraber, yalancı negatif sonuçlar (%10-35) yüzünden yeni teknolojiler geliştirilmektedir.

THIN PREP: Bu yöntem, alınan sitolojik örneğin, özel bir sıvı ortamda toplanmasına dayanmaktadır. Smear klasik tarzda alınır ve lam üzerine yaymak yerine, hücre örneği içeren smear çubuğu, özel bir koruyucu sıvı solüsyonu içine daldırılır. Labaratuara gönderilen bu sıvı, orada kan, müküs ve debristen arındırılarak hücreler özel bir filtrede toplanır ve lama yayılır. Bu yöntemin avantajı uniform dağılmış kan, müküs ve enflamatuvar hücrelerden temizlenmiş bir hücre preparatı sağlamasıdır (31).

PAPNET: Bu yöntem, daha önce mikroskopla taranmış negatif sitolojik smearlerin (konvansiyonel pap-smearler) bilgisayarlı bir mikroskop ve renkli kamera ile yeniden taranmasına dayanır. PAPNET bilgisayar sistemi sayesinde lam üzerindeki en kötü görünümlü 128 alan patoloğun yeniden incelemesine sunulmaktadır. Bu hücreler anormal olarak değerlendirilirse patolog, smear'i yeniden sınıflamakta, normal kabul edilirse ilk tanı değiştirilmemektedir (31).

Otopap: Bu bilgisayarlı yeniden tarama sistemide, yanlış negatif preperatların saptanmasına yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Normal sınırlarda ve yeterli kabul edilen tüm smear'leri yeniden tarayarak anormal hücreler içermesi olasılığı bulunan lamaları ayırır. Bunlar yeniden manuel olarak taranır (31).

2.6. SERVİKS PREMALİGN VE MALİGN LEZYONLARININ TEDAVİSİ

Servikal lezyonların kolposkopi ile değerlendirilmesinden sonra, histolojik tanıya göre uygun tedavi uygulanmalıdır. Tedavi seçimini hastanın yaşı, fertilité isteği, lezyonun histolojisi belirler. Pek çok tedavi seçeneği vardır. Bu seçeneklerin çoğu ayaktan tedavi doğrultusundadır. Servikal intraepitelyal neoplazilerde řu tedavi seçenekleri kullanılır (32):

- Gözlem
- Ablatif tedaviler (kriyoterapi, elektrokoterizasyon, lazer vapoizasyon)
- Loop elektrocerrahi eksizyon prosedürü (LEEP)
- Soğuk konizasyon
- Histerektomi

Ablatif tedavi için gerekli řartlar:

- Sitoloji, kolposkopi, endoservikal küretaj ve biyopside mikroinvaziv kanser belirtileri görülmemelidir.
- Lezyon ektoservikte yerleşmiş olmalı ve bütün sınırları izlenmelidir.
- Kolposkopi ve endoservikal küretaj ile endoservikal bağlantı olmadığı belirlenmelidir (33).

2.6.1. Kriyoterapi

Kriyoterapi serviksin yüzey epitelini harap eder ve bunu intrasellüler sıvıyı kristalize ederek yapar. Sonuç olarak hücre harap olur. En etkin olarak kullanılan teknik probun kenarından itibaren 5 mm'lik dondurma alanı sağlanmasıdır. Bu işlem için gerekli zaman gazın basıncına bağlıdır. Basınç artıkça buz topu daha hızlı oluşmaktadır (34).

Kriyoterapi aşağıdaki kriterler dâhilinde yapılabilir:

- Servikal intraepitelyal neoplazi grade 1
- Küçük lezyon
- Yalnız ektoservikal tutulum
- Negatif ECC bulguları
- Biyopside endoservikal bez tutulumunun olmaması

2.6.2. Lazer

Lazer vaporizasyon tedavisi invaziv kanserin ekarte edildiği, tüm lezyonun görülebildiği ve ECC sonuçlarının negatif olduğu hastalar için seçilebilir. Lazer vaporizasyon aşağıdaki durumlarda yapılabilir:

- Kriyoprobun yeterince kaplamadığı geniş lezyonlar
- ‘Balık ağzı’ görünümü ve derin kleftli düzensiz serviks
- Hastalığın vageni tutması veya vagende satellite lezyonların olması
- Yaygın glandüler tutulum olduğu ve tedavinin gland kleftlerinin en derin kısmına ulaşması gereken durumlar (34).

2.6.3. LEEP (Loop Elektrocerrahi Eksizyon Prosedürü)

LEEP, CIN tanı ve tedavisi için oldukça değerlidir (34). Aynı seansta hem tanı hem de tedavi gerçekleştirilebilir. Loop, lezyona uygun bir biçimde serviks stromasına yerleştirilir ve hiç duraklamadan bir taraftan diğer tarafa doğru hareket ettirilerek lezyon çıkartılır. Loop çapının dışında kalan bölgeler için işlem bu bölgeleri alacak şekilde tekrarlanabilir. LEEP’in lazere göre çeşitli avantajları vardır:

- Tedavi süresi kısadır.
- Öğrenme daha kolaydır.
- Göze zararlı etkisi yoktur.
- Alet bozulması daha nadirdir.
- Konizasyon materyali daha iyidir.
- Dokulara daha az dokunulmaktadır.
- Rahatsızlık azalmıştır.

2.6.4. Servikal Konizasyon

Serviksin konizasyonu CIN tedavisinde büyük rol oynar. Hem tanısal hem de terapötik işlem olan konizasyon, histolojik değerlendirmeye doku sağlamada ablatif terapilere göre daha avantajlıdır. Serviks üst dudaktan, insizyon hattının gerisinden tenekulum ile tutularak çekilir ve sabitlenir. Uterin arterin inen dalını içine alacak şekilde serviks lateral kısımlarına (saat 3 ve 9 hizalarından) geç absorbe olan materyaller kullanılarak konulan sütürler ile serviks kanlanması azaltılır. Sütürler gergin olarak tutulur. Serviks üzerinden insizyona, 11 nolu bistüri ile saat 1 hizasından başlanır ve lezyonu içine alacak şekilde dairesel bir insizyon yapılır. Parça bir bütün halinde çıkartılır. Konizasyon bölgesinde meydana gelen kanamalar elektrokoagülasyon ile veya turnike sütürleri ile durdurulmalıdır. Eğer defekt geniş ise hem defekt alanını kapatmak hem de kanamayı durdurmak amacıyla sütür konulması mantıklıdır. Bu amaçla Sturmdorf sütür tekniği bir alternatif olabilir (33).

Konizasyon endikasyonları şu şekilde sıralanabilir:

- Lezyonun sınırlarının kolposkopi ile gözlenememesi
- Kolposkopide yassı silindirik epitel sınırının görülmemesi
- CIN 3 için endoservikal küretaj histolojik bulgularının pozitif olması
- Sitoloji, biyopsi, kolposkopi sonuçları arasında korelasyon eksikliğinin olması
- Mikroinvazyon şüphesi varlığı
- Kolposkopistin invaziv kanseri ekarte edememesi

Geleneksel soğuk konizasyon invaziv serviks kanserinin ekarte edilmesi ve endoservikal kanala uzanan lezyonların eksize edilmesinde nesillerdir başarı ile kullanılmaktadır. Sıcak koter geçmişte inflame, hipertrofik, kronik enfekte servikslerden koni şeklinde doku parçaları çıkartılmasında kullanılmakta idi. CIN eksizyonunda standart cerrahi bistüri daha uygundur ve sonuç olarak soğuk bıçak terimi bu prosedürlerin birbirinden ayırt edilmesi için tanımlanmıştır. Az veya çok koni şeklinde serviksten biyopsi, bistüri yanında keskin odaklı laser ışını veya elektrocerrahi tel ile eksize edilir (32). Laser çok pahalı ve efektif olarak kullanılabilmesi için anlamlı kullanıcı deneyimine sahip olmak gereklidir. Elektrocerrahi hayli efektif ve hemostaz sağlayıcıdır. Her iki teknik de genellikle

cerrahi sınırların yorumunu zorlaştıran kısmen ısıya bağlı artefaktlara sebep olurlar (35).

Servikal konizasyon ile biyopsi genellikle hem diyagnostik hem de terapötik olarak planlanır ve teknik olarak iyi anlaşılmış ve tecrübe edilmiştir. Konizasyon ile biyopsi endoservikal glandüler lezyonlar ve mikroinvazyon şüphesi olanlar için önerilir. Çünkü bu lezyonların gerçek tanıları için negatif sınırları olan büyük, derin doku materyalleri gerekmektedir. Ayrıca LEEP veya ablasyon ile başarısız olunan persiste eden veya tekrarlayan CIN'lerin tedavilerinde de büyük soğuk konizasyon biyopsisi önerilmektedir. Konizasyon genellikle anestezi altında ameliyathanede yapılması sebebi ile pahalıdır (36). Eksize edilecek konizasyon materyalinin şeklini ve boyutlarını servikal lezyonun lokalizasyonu ve hastanın serviksinin boyutları tayin eder. Her ne kadar çoğu glandüler lezyonun skuamokolumnar bileşkenin birkaç milimetre çevresinde yerleşmiş olsa da glandüler anormallik için yapılan konizasyon ile biyopsilerde servikal kanalın uzunluğu boyunca çoğunu içine alacak şekilde servikte derine doğru gidilmesi gereklidir (36). Diğer taraftan Pap testte, biyopside veya kolposkopik incelemede mikroinvazyon ihtimali olan ve ekzoservikte açıkça görünen lezyonun yeri ve boyutları konusunda yardımcı olur. Anestezi altında dikkatli bir muayeneden sonra nazıkçe vajinal hazırlık yapılır. Vajinal temizlik esnasında serviks çok fazla fırçalanmamalıdır çünkü bu esnada intraepitelyal lezyonu içeren yüzey epiteli silinebilir.

Kan kaybını azaltmak için servikse vazokonstrüktif ajan enjekte edilebilir. Her ne kadar serviksin yanlarına saat 3 ve 9 hizalarına koyulan derin sütürler ile uterin arterin inen dallarının bağlanması ile kanama miktarının azaltılacağı söylenece de konizasyon esnasında bunun kanamayı azalttığı yönünde kanıt yoktur (35,36).

Serviks lugol solusyonu ile yeniden boyanarak lezyonun sınırları ortaya koyulur ve konizasyon için bistüri kullanılır. Serviksin dengeli durması için öngörülen eksizyon hattından uzak olacak şekilde ön dudağın üst kısımlarına tenekulum yerleştirilebilir. Bazen iki tenekulum daha iyi olabilir veya yanlara koyulan sütürler serviks çok büyükse veya vajina dar ise kullanılabilir. Genelde 11 numara bistüri kullanılmaktadır daha büyük (37) ve daha küçük (14) numara da kullanılabilir. Bazı uzmanlar sadece elektrocerrahi tel veya ince noktasal elektocerrahi neşter kullanırlar. Aynı zamanda diğerleri de konizasyon ile biyopsi

için keskin odaklı lazer ışını kullanılmaktadırlar. Tekniklerin her biri başarı ile kullanılabilir. Koni kesildikten sonra ters tarafa çekilerek insizyon tabanının görülmesi sağlanır. Eger mümkün ise tepesi kanal içinde olacak şekilde koni endoservikal kanal etrafında simetrik olmalıdır. Arzu edilen materyali tek bir parça şeklinde çıkarmaktır ve sütur ile saat 12 veya 6 hizasında işaretleyerek patoloğun herhangi bir pozitif sınırına veya invaziv kanser odağına oriyantasyonu sağlanır (36).

Materyal çıkartıldıktan sonra konizasyon yatağının yönetimi için birkaç yol mevcuttur. Eğer kanama az ise kanayan yerler koterize edilir ve konizasyon yatağı granülasyon için açık bırakılır. Eğer kanama fazla ise önce kanayan yerler koterize edilir; fakat konizasyon lateralde konizasyon kenarından ve derinde de kanaldaki servikal stromadan geçilen devamlı kilitli sütürler ile kapatılabilir. Bu serviks etrafında halkasal olarak dolaştırılır buna genellikle beyzbol süturu denir. Bu en fazla hemostaz sağlayan konizasyon yatağını kapatma yöntemidir.

Soğuk konizasyon biyopsinin komplikasyonları LEEP ile benzer olmakla birlikte daha büyük materyal çıkartılması nedeni ile belki bir miktar daha fazla olabilir. İlk 24 saatte ve cerrahinin 10 ile 21. günleri arasında sütürlerin erimesi nedeni ile anlamlı kanamalar olabilir. Hastaların %5-10'unda soğuk konizasyon sonrasında tekrar değerlendirme, kompres paketleme veya sütur atma ihtiyacı izlenirken; nadiren bazı hastalarda da transfüzyon ihtiyacı izlenir. Eğer hasta aylık menstrual periyotlarını görmüyorsa stenoza daha sık izlenir. Eksizyonel konizasyon biyopsisinin boyutları prematüre travay riski ile ilişkilidir. Boyut arttıkça risk artar (38). LEEP'te olduğu gibi CIN tedavisinde konizasyon biyopsisinin başarısı pozitif sınırların insidansı ile doğrudan ilişkilidir. Soğuk konizasyon biyopsisi sonrası CIN'nin persistansı veya tekrarlamaı genellikle %5-10 arasında bildirilmiştir (36).

2.6.5. Histerektomi

CIN tedavisinde histerektominin oldukça radikal olduğu düşünülmektedir. Ancak şu şartlarda histerektomi uygulanabilir:

- Mikroinvazyon
- Konizasyon piyesi sınırında servikal intraepitelyal neoplazi saptanması
- Hasta takibinde zorluk
- Histerektomi gerektiren diğer jinekolojik patolojilerin bulunması

- Kanser korkusu

2.7. CİNSELLİK KAVRAMI

Cinsellik, insan yaşamının temel gereksinimlerinden olup, fizyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel, ekonomik gibi çeşitli faktörlerden etkilenebilen çok boyutlu bir kavramdır. Cinsellik, tüm insanlara özgüdür. Her insanın cinsel duyguları, dürtüleri ve cinsel davranışları vardır. Ancak her bireyin yaşamındaki cinselliğin yeri farklıdır (39). Cinselliğin olumlu algılanması ve yaşanması bireye mutluluk verirken; olumsuz algılanması ise bireyde acı, hüznün gibi duyguların yaşanmasına neden olabilir (40).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlıklı cinselliği ‘somatik, emosyonel, entelektüel ve sosyal bileşikleri pozitif yönde bütünleştiren, zenginleştiren ve kişiliği, iletişimi, sevgiyi geliştiren bir bütünlük’ olarak tanımlamaktadır (39). Bireyin, psikoseksüel gelişimi, geçmiş cinsel deneyimleri, toplumsal değer yargıları, cinsiyete özgü rol ve beklentileri, cinsel davranışları, geçirilen hastalık ve ameliyatlardan bireyin cinsel sağlığını etkileyen başlıca faktörlerdir. Bununla beraber, cinsel fonksiyonda yaşanan sorunlar da bireyde ruhsal ve sosyal sorunları beraberinde getirerek, bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Sağlıklı birey, sağlıklı ilişkiler, sağlıklı evlilikler ve sağlıklı bir toplum için bireylerin öncelikle kendi bedenlerini tanıması, cinselliklerini fark etmesi ve ortaya çıkabilecek sorunlarda sağlık bakım profesyonellerine danışmaları önemlidir (41).

2.8. KADIN CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARI

Cinsel fonksiyon bozukluğu (CFB); Masters ve Johnson tarafından insan cinsel yanıt döngüsünde tatminkâr cinsel uyarılma veya orgazma ulaşmada yetmezliğe yol açabilecek herhangi bir aksaklık olarak tanımlanmıştır. Yani cinsel yaşamından tatmin olmama ve bunun sürekli olması haline cinsel fonksiyon bozukluğu denir. Cinsel fonksiyon bozuklukları cinsel istek bozukluklarını (azalmış cinsel istek bozukluğu, cinsel tiksinti bozukluğu), cinsel uyarılma bozukluklarını (kadında cinsel uyarılma bozukluğu), orgazm ile ilgili bozuklukları (kadında orgazm bozukluğu), cinsel ağrı bozukluklarını (disparoni, vajinismus), genel tıbbi duruma bağlı cinsel işlev

bozukluğu ve madde kullanımının yol açtığı cinsel fonksiyon bozukluğunu içermektedir (42).

2.8.1. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Prevalansı

Kadın CFB prevalansı ile ilgili en geniş veriye sahip çalışmalardan biri olan Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Çalışması (National Health and Social Life Survey) 1990'lı yılların başında kadın cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili ABD verilerini sunmuştur. Bu çalışmada yaşları 18-59 arasında değişen, 1749 kadın değerlendirilmiş ve kadınların %43'ünde CFB olduğu bildirilmiştir (43). Araştırmada Amerikan kadınlarının 1/3'ü cinsel ilgi yokluğu, 1/4'ü ise orgazm olamama sorunu yaşarken, kadınların 1/5'i lubrikasyon yetersizliği yaşadığını ve 1/5'i de cinselliğin zevk vermediğini bildirmiştir (43). Literatürdeki birçok prevalans çalışması incelendiğinde; cinsel istek bozuklukları %16-75, uyarılma bozukluğu %12-64, orgazm problemleri %16-48 ve dispareni %7 ile %68 sıklıkta değişkenlik göstermektedir (44-47).

Ülkemizde de yapılan çalışmalara bakıldığında; bu konuda yapılan epidemiyolojik çalışmaların yetersiz olduğu saptanmıştır. Oniz ve arkadaşları tarafından premenopozal dönemdeki kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansının saptanması amacıyla yapılan çalışmada, kadınların %15,7'sinde cinsel fonksiyon bozukluğu olduğu bulunmuştur (48). Türkiye'nin farklı bölgelerinde yapılmış çalışma sonuçlarına göre, Çayan ve arkadaşları kadınların %46,9'unda (49), Öksüz ve Malhan %48,3'ünde (50), Demirezen ve arkadaşları %67,5'inde (51), Ege ve arkadaşları %46,6'sında (52) CFB saptanmıştır.

2.8.2. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Nedenleri

2.8.2.1. Vaskülojenik nedenler:

Pelvik bölgeye kan akımının azalması; vajinal duvar ve klitoral düz kasların incelmesine ve vajinal kuruluğa neden olmaktadır. Bunlara bağlı olarak da dispareni ve cinsel isteksizlik gelişebilmektedir. Genital kan akımının azalması sonucunda iliohipogastrik/pudental arter yatağının aterosklerozuna bağlı klitoral ve vajinal vasküler yetmezlik sendromu riski görülebilmektedir (53).

İleri yaş, sigara, hipertansiyon, menopozda östrojen seviyesinin düşmesi, diyabet, kalp hastalıkları, künt travma, pelvik cerrahi, kronik perineal basınç başlıca vaskülojenik kaynaklı cinsel fonksiyon bozukluklarına neden olan faktörlerdir (54).

2.8.2.2. Pelvik taban kaslarına ilişkin nedenler:

Pelvik taban kasları, levator ani, bulbokavernosus ve iskiokavernosus kasları cinsel fonksiyona doğrudan katılan anatomik yapılardır. Levator ani kasları, orgazm ve vajinal penetrasyon sırasında motor yanıtı düzenlemektedir. Bu kasların hipotonik olması kadında anorgazmiye, inkontinansa, vajinal hissin ve uyarılmanın azalmasına neden olur (55). Literatürde, pelvik taban kaslarının genital uyarılma ve orgazmda aktif olduğu, pelvik taban disfonksiyonunun cinsel fonksiyon bozukluğu ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Özellikle levator ani kası, pubisten koksikse kadar pelvik kaviteyi hamak şeklinde sararak, pelvik taban desteğini sağlamaktadır. Pubokoksigeus, puborektalis ve ileokoksigeus kaslarının oluşturduğu levator ani kas grubunda özellikle pubokoksigeus kası “aşk kası” olarak refere edilerek, pelvik taban kaslarının cinsel fonksiyonda önemli olduğu vurgulanmaktadır (56).

2.8.2.3. Endokrinolojik nedenler:

Kadınlarda cinsel fonksiyonu etkileyen steroid yapıda üç önemli hormon grubu vardır. Bunlar östrojen, androjenler ve progesterondur. Androjenler arasında testosteron, dihidrotestesteron, androstenodion ve dehidroepiandrostenodion yer alır. Hormonlar, sinir iletimi ile duyuşsal algılamayı, periferik kan akımını, kas tonusunu ve kapasitesini değiştirerek cinsel fonksiyonlar üzerine doğrudan etki yaratır. Hormonların kandaki seviyelerinin düşmesi üreme fonksiyonlarında, sekonder seks karakterlerinde, santral sinir sistemi, genital sistem ve genel sağlıkla ilgili organları içeren birçok dokunun fizyolojik fonksiyonu üzerinde olumsuz etki yaratır. Bu olumsuzluklar; vajina duvar kalınlığında incelme ve elastisitetinde azalma, vajinal lubrikasyonda gecikme, vajina asiditesinde azalma, vajinal ve üriner enfeksiyonlar, inkontinans, ağrılı uterus kontraksiyonları vb. neden olarak cinsel fonksiyonlar üzerinde olumsuz etki yaratır (57).

Menopoz, hipotalamik-pitüiter aksın fonksiyon bozukluğu, prematür over yetmezliği ve kronik doğum kontrol hapı kullanımı sonucu oluşan hormonal değişim

kadın cinsel fonksiyonunda istek ve libidoda azalma, vajinal kuruluk ve cinsel uyarılma bozukluklarına yol açabilir (54).

2.8.2.4. Psikojenik nedenler:

Azalmış benlik saygısı, kötü beden imajı, anksiyete, depresyon gibi ruhsal sorunlar, eşler arası genel ilişki bozukluğu, kullanılan psikotrop ilaçların yan etkileri cinsel fonksiyon üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır. Buna bağlı olarak, kadında cinsel istekte ve uyarılmada azalma, orgazm olamama gibi cinsel sorunlar görülebilmektedir (53). Cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olan psikolojik nedenlerin oluşmasında; çocukluk dönemi, yetiştirilme tarzı, zamanla kazanılan çeşitli yaşam deneyimleri, yanlış ve yetersiz cinsel sağlık bilgi temel rol oynamaktadır (58).

2.8.2.5. İlaç kullanımına ilişkin nedenler:

Fiziksel ve psikolojik hastalıklarda kullanılan birçok ilaç, kronik alkol ve madde bağımlılığı normal cinsel yanıtı değiştirerek fonksiyon bozukluklarına neden olabilmektedir (59). Özellikle antihipertansifler, psikotropikler ve antidepresanlar gibi yaygın kullanılan ilaçların cinsellik üzerindeki yan etkileri kesin olarak bilinmektedir (60). Kadın cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olabilen diğer ilaçlar arasında, diüretikler, antikonvülzanlar, antiülser ilaçları, astım ve kanser tedavisinde kullanılan ilaçlar, lipid düşürücü ve kemoterapik ajanlar, antihistaminikler, antikolinergikler, merkezi sinir sistemi üzerine etkili ilaçlar, hormonlara etkili ajanlar, narkotikler, sedatifler, kokain ve opioidler bulunmaktadır. Kadında dispareni, cinsel istekte azalma, uyarılamama veya yetersiz uyarılma, orgazmda gecikme veya orgazm olamama sıklıkla görülen sorunlar arasındadır (58).

2.8.2.6. Cinsel fonksiyonu etkileyen diğer faktörler:

Gebelik, doğum, menopoz, yaşlanma, sistemik ve fiziksel hastalıklar, gebelik tahliyesi, infertilite, cinsel mitler, üreme organlarına yönelik yapılan cerrahi girişimler ve sosyokültürel özellikler kadınlarda fizyolojik, hormonal, yapısal ve psikolojik değişikliklere neden olarak kadın cinsel fonksiyonlarını olumsuz olarak etkileyebilmektedir (61). Cinsel istek, uyarılma, orgazm ve vajinal lubrikasyon

sorunları, vajinal ve rektal kontraksiyonlarda azalma, disparoni, ilişki sonrası kanamalar, cinsellikten zevk alamama gibi kadınların cinsel yaşamlarını etkileyen sorunlar görülmektedir (54).

2.9. KADIN CİNSEL YANIT DÖNGÜSÜ

Kadın cinsel yanıt döngüsü 5 bölümden oluşur (62):

1. İstek Fazı: Kadının cinsel açıdan arzuladığı objeye doğru yöneldiği bu faz günler sürebilir. Bu objenin özellikleri kadının sosyokültürel ortamından deneyimlerine, inandığı moral değerlerinden ebeveyn figürlerinin yapısına kadar değişen birçok faktöre bağlıdır. Bu fazda kadın, arzuladığı kişiyi düşünür, onunla ilgili fanteziler kurar ve bu sırada uyarılabilir.

2. Uyarılma Fazı: Kadının uyarılması için fiziksel temas şart değildir. Bu faz bir iki dakika ile saatler sürebilir. Bu aşamada vazokonjesyon nedeniyle meme uçları 1 cm kadar büyürken meme hacmi de artar. Aynı etki ile labium majuslar yukarı ve dışa doğru büyür, labium minuslar da erekte olarak boylarını 2-3 kat artırırlar. Klitoris, vazokonjesyona bağlı erekte olan ve seksüel uyarı açısından önemli diğer organdır. Etkin bir seksüel uyarı ile 10-20 saniye içinde vajinada açık renkte sekresyon başlar. Bu salgının önceleri bartolin bezinden kaynaklandığı düşünülürdü; bugün artan vazokonjesyonla vajina etrafındaki venöz pleksusun dolması, nitrik oksit salgısına paralel olarak dilatasyonun gerçekleşmesi, kapiller geçirgenliğin artması sonucunda ortaya çıktığı bilinmektedir. Bu salgı lubrikasyonu sağlar. Bu sekresyonla eş zamanlı olarak uterusun yukarı doğru sakrouterin bağlar üzerinde yükselmesiyle zamanda vajina boyu da uzar. 2000'li yılların başında cinsel yanıt döngüsü daha iyi anlaşıldıkça; bu fazın iki boyutlu olduğu gösterilmiştir. Bunlar genital uyarılma ve subjektif uyarılma bileşenleridir (63).

3. Plato Fazı: 30 sn ile 30 dakika arasında sürebilir, %75 olguda ciltte ve göğüslerde "seksüel flash" denilen kırmızı lekeler oluşur. Bu lekeler uyarılma fazının geç döneminde başlar ve plato fazında devam eder. Lekelerin seksüel uyarının şiddeti ile orantılı olduğu iddia edilmektedir. Göğüsler iyice gerilir ve boyutlan artar. Klitorisin ereksiyonu belirgin bir hal alır ve mekanik uyarısı orgazm için yeterli olabilir. Bu safhada uterus maksimum yer değiştirir, vajina iyice uzar. Bu fazın sonuna doğru uterin kasılmalar başlar. Plato fazı kadını bir anlamda erkekten üstün

kılmaktadır. Kadın, doyuma ulaştıktan sonra yeterli uyarı olması halinde tekrar plato fazına girerek birkaç kez doyuma ulaşabilir. Oysa erkekte rezolusyon sonrası tekrar ereksiyonun gerçekleşmesi ve plato safhasına girilmesi için belli bir zaman gerekmektedir (64).

4. Orgazm Fazı: Orgazm vazokonjesyonun sonlanması, genital organlarda, göğüslerde göllenen kanın bir anlamda serbest kalması ve takiben myotoninin gelişmesi olarak tanımlanabilir. En kısa fazdır. Sadece maksimum seksüel gerilim elde edildiğinde gerçekleşir. İstemsiz kas kontraksiyonları 0,8 saniyede bir gerçekleşir. Genelde tüm faz 8-15 saniye sürer. Bu kasılmalar uterusu da ortaya çıkar.

5. Gevşeme Fazı: Uzunluğu en çok değişen fazdır. Kadının doyuma ulaşması halinde 15 dakika kadar sürenken doyuma ulaşmaması halinde 1 güne kadar uzar. Yine kadının doyuma ulaşmaması durumunda klitoris ereksiyonu 6 saate kadar uzayabilir.

2.10. KADIN CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARI VE SINIFLANDIRILMASI

Masters ve Johnson'a göre cinsel fonksiyon bozukluğu; insan cinsel yanıt döngüsünde yeterince cinsel uyarılma ve/veya doyuma ulaşmada yetmezliğe yol açabilecek herhangi bir aksamadır. DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition) tanımına göre ise cinsel fonksiyon bozukluğu; kişide ciddi distrese ve sosyal ilişkilerinde bozulmaya yol açan, cinsel istekte bozulmaya ve cinsel yanıt döngüsünde psikofizyolojik değişime neden olan bir problemdir (61).

Cinsel fonksiyon bozuklukları (CFB) sınıflandırması, cinsel yanıt döngüsünün modelleri temel alınarak, zaman içerisinde yenilenmiştir. Günümüzde teknolojinin ve tanılama araçlarının gelişmesi, alanda yapılan araştırmalar, cinsel sorunların tanı ve tedavi sürecindeki gelişmeler, cinsel tanı ve tedavilerde farklı disiplinlerin işbirliği zorunluluğu, ortak bir tanım ve sınıflandırma gereksinimini ortaya çıkarmıştır. Günümüzde Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından Mayıs 2013'te DSM-IV TR ile diğer psikiyatrik sınıflandırma sistemi olan ICD-10'u (International Classification of Diseases-10) temel alan DSM-V yayınlanmıştır (65).

DSM-IV TR'ye göre cinsel fonksiyon bozukluklarının sınıflaması;

1- Cinsel İstek Bozuklukları

a- Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu

b- Cinsel Tiksinti Bozukluğu

2- Cinsel Uyarılma Bozuklukları

3- Orgazmla İlgili Bozukluklar

4- Cinsel Ağrı Bozuklukları

a- Disparoni (genel tıbbi bir duruma bağlı olmayan)

b- Vajinismus (genel tıbbi bir duruma bağlı olmayan)

5- Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı Cinsel Fonksiyon Bozuklukları

6- Madde Kullanımının Yol Açtığı Cinsel Fonksiyon Bozuklukları

7- Başka Türlü Adlandırılamayan Cinsel Fonksiyon Bozuklukları

Mevcut olan yukarıdaki sınıflamada, diğer tıp disiplinleri ile ortak bir dilin konuşulabilmesi, gelişen teknoloji ve değişen yaşam biçimlerinin ortaya çıkardığı yeni cinsel sorunların tanımlanabilmesi, daha nesnel ölçütlerin eklenebilmesi amacıyla kanıta dayalı tıp rehber alınarak değişikliklerin yapılması amaçlanmıştır (65).

DSM-V'te ayrıca cinsel fonksiyon bozukluklarının alt belirleyicileri olan partner faktörü, bireysel faktörler, prognoz, seyir, tedavi ile ilgili tıbbi faktörler vb. yeniden daha kapsamlı biçimde tanımlanmıştır. Tüm bu değişimler çok boyutlu olan cinsel fonksiyon bozukluklarının, bireyde doğru tanılanmasını sağlayarak, tedavi başarı oranlarını olumlu yönde etkileyecektir. Ancak bu tanıları koyabilmek için daha dikkatli ve ayrıntılı cinsel öykü alınması gerekmektedir. Buna bağlı olarak, CFB tanıların koymanın zorlaşması sonucunda prevalans oranlarında düşme görülebilecektir. DSM-IV'te gerçekleştiren değişiklikler, hasta tanılamasında daha geniş bir bakış açısını getirmiş ve multidisipliner ekip anlayışını yinelemiştir (65).

2.10.1. Cinsel İstek Bozuklukları

En sık rastlanan sorun cinsel istek bozukluğu olup cinsel fonksiyon bozukluğu olan kadınların yaklaşık %32'sinde görülmektedir (66). Cinsel istek genellikle cinsel yanıt döngüsünün ilk evresi olarak değerlendirilir. Cinsel istek bozukluğu; kişinin yaşı ve yaşam koşullarına göre sürekli olarak ya da tekrarlayıcı bir biçimde cinsel fantezi ve cinsel etkinlikte bulunma isteğinin azalması veya yok olması olarak

tanımlanmaktadır. Kadının cinsel eylem ortamını hazırlama, oluşturma ve cinselliği başlatma ile ilgili enerjisi kalmamıştır. Bu nedenle kadınlarda ıslanma (lubrikasyon) ve göğüslerde dikleşme gibi uyarılma evresine ait belirtiler azalmıştır ya da yok olmuştur. Nedeni genellikle psikolojik ve emosyonel kökenlidir (67). Sonradan ortaya çıkan cinsel istek azlığının en sık görülen nedenleri ise kronik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı, menopoz, laktasyon süreci, depresyon, cinsel travma ve şiddet uygulaması sayılabilir. Cinsel istek azlığı olan kadınların tedavisi hem bireysel hem de ilişki danışmanlığını gerektirebilir (14).

2.10.2. Cinsel Uyarılma Bozuklukları

Kadında cinsel uyarılma bozukluğu, sürekli ya da tekrarlayıcı biçimde, cinsel uyarılmanın olmaması ya da uyarılmanın eylem bitinceye kadar sürdürülememesi durumudur. Uyarılma aşamasındaki fonksiyon bozuklukları ya fizyolojik olarak ya da psikolojik olarak ortaya çıkar. Yetersiz ön sevişme ya da duygusal yetersizlik uyarılmayı engelleyebilir (14). Fizyolojik nedenler arasında, cerrahi, pelvik travma ve ilaçlar nedeniyle vajinal ya da klitoral kan akımının azalması sayılabilir. Bu durum cinsel eylem sırasında lubrikasyon (ıslanma) ve şişme yanıtının elde edilmesinde kalıcı ya da yinelenen, kısmi ya da tam olan sorunlara neden olur. Bozukluk önemli sıkıntı ve kişilerarası güçlüklerle de yol açar (14).

2.10.3. Orgazm Bozuklukları

Orgazm, sağlıklı ve doyumlu bir cinsel yaşamın en önemli parçasıdır. Orgazm bozukluğu yaşayan bir kadın, yeni cinsel fonksiyon bozuklukları, ilişki sorunları ve çeşitli psikiyatrik hastalıkları yaşama açısından daha büyük risk taşımaktadır. Orgazm, beyin ve periferden (klitoris, meme başları ve diğer vücut bölgeleri) sensorial uyarıların pudental sinir aracılığı ile sakral seviyede spinal korda ulaşmasıyla ortaya çıkan genital bir reflekstir (68). Kadındaki orgazmik fonksiyon bozukluğu, normal bir cinsel heyecanlanma fazını takiben orgazma erişmenin kalıcı ya da tekrarlayıcı gecikmesi ya da olmaması ile karakterize olup, sıkıntıyla ya da kişilerarası iletişim zorluğu ile sonuçlanır (67). Orgazmik fonksiyon bozukluğunun genel yaygınlığı %30'dur. Genç ve cinsel tecrübesi az olan kadınlarda daha sık görülür (14). Psikolojik nedenler arasında tutucu değer yargıları, suçluluk duyguları,

cinsel travmalar, yetersiz cinsel bilgi ve deneyim, eşle olan duygusal iletişimin yetersizliği ve yetersiz cinsel birleşme süresi sayılabilir. Öksüz ve Malhan'ın (50) yaptıkları araştırmada; orgazm bozukluğu sıklığını %42,7, Çayan ve ark. (49) ise, %46 olarak bulmuşlardır. Orgazm bozukluğu ele alınırken durumun birincil ya da ikincil olduğu araştırılmalıdır. Birincil orgazm bozukluklarında kadın ilk cinsel deneyiminden başlayarak orgazm olamamaktadır. İkincil orgazm bozuklukları ise sıklıkla kadının partneriyle olan ilişkisindeki bozukluklardan ortaya çıkmaktadır. Kişilerin yetiştiği ve içinde yaşadığı aile, yakın çevre, alt kültür ve toplumsal yapı, gelenekler ile dini inanç ve ahlaki tutumlar cinsel tutum ve davranışları belirleyenler arasındadır. En önemli nedenler arasında; cinsel eğitimin olmaması, cinsel mitlerin yaygınlığı, cinsel deneyim eksikliği, duygusal hazırlığın ya da eşle olan duygusal iletişimin yetersizliği, yetersiz ön sevişme, yetersiz cinsel uyarı, eşteki erken boşalma ya da ereksiyon güçlüğü nedeniyle yetersiz cinsel birleşme süresi sayılabilir (68).

2.10.4. Cinsel Ağrı Bozuklukları

Cinsel ağrı bozuklukları disparoni ve vajinismus olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir.

Disparoni: Disparoni, vajinismus yokluğunda cinsel ilişkiden önce, ilişki sırasında ya da sonrasında oluşan genital ağrı için kullanılan genel bir terimdir. Tekrar eden cinsel ağrı, kaçınmaya, uyarılma sorunlarına ve sonunda da cinsel isteksizliğe neden olabilir. Disparoni, jinekologlar tarafından en sık gözlenen cinsel fonksiyon bozukluklarından biridir ve kadınların yaklaşık 2/3'ünü hayatları boyunca etkilediği tahmin edilmektedir. Ağrı hissi, genital uyarımın, cinsel birleşme denemesinin ya da derin penetrasyon sonucu olarak birleşme sırasında ya da cinsel birleşmenin hemen ardından oluşabilir. Ağrı, cinsel birleşmenin süresi uzadıkça azalıp kayboluyorsa uyarılma eksikliğine bağlı olduğu ortaya çıkmaktadır. Eğer ağrı derin penetrasyonla artıyorsa etiolojide daha çok organik nedenler düşünülmelidir (42). Aşağıda bu organik nedenler sıralanmıştır.

Vajen girişi ile ilgili nedenler: Nadiren hymen-epizyotomi skarları, yaşlanmaya bağlı elastikiyette azalma, bartholin glandları ve labia absesi.

Klitorisle ilgili nedenler: İrritasyon, infeksiyon, travma.

Vajina ile ilgili nedenler: Enfeksiyonlar, hassasiyet reaksiyonları, atrofik reaksiyonlar, lubrikasyonda azalma.

Diğer nedenler: Endometriozis, pelvik infeksiyonlar ve dış gebelik, hemoroid, kronik konstipasyon, üretral divertikül, pelvis tümörleri (69).

Vajinismus: Vajinanın dışındaki üçüncü kas yapısındaki istem dışı kasılmalara vajinismus denir. Vajinismus gerçek ya da hayali vajinal penetrasyon sonucu başlatılan istemsiz bir reflektir. Vajina çeperini saran perivajinal kaslarda, vajinaya penisin, parmağın ya da tamponun girmesini engelleyecek şekilde sürekli ve tekrarlayıcı olarak, istem dışı spazm gelişmesiyle cinsel ilişkinin olanaksız ya da çok ağrılı şekle gelmesi olarak tanımlanabilir. Vajinismus, primer ya da sekonder olarak ortaya çıkabilir (14,70). Sekonder olan vajinismus sıklıkla dispareniye bağlıdır. Bu durum oldukça az görülen bir durum olup, kadınların %1'ini etkiler. Vajinismuslu çoğu kadının cinsel isteği normal, vajinal lubrikasyon vardır ve orgazmiktirler. Ancak cinsel ilişkiye giremezler. Vajinismusun, bekaret ve namus gibi geleneksel değer yargıları, aşırı acı, kanama ve ilk gece korkuları gibi cinsel mitler ile cinselliğin yasaklandığı, rahatça konuşulmadığı, cinselliğe yönelik olumsuz tutumların sergilendiği tutucu aile ortamlarında yetişme gibi unsurlardan kaynaklandığı bilinmektedir (68). Bazı hastalarda ise çocukluk ya da erişkin dönemde tecavüz ya da enest öyküsü vardır (70). Boyacıoğlu'nun aktardığına göre, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cinsel İşlev Bozuklukları Değerlendirme ve Tedavi Ünitesi'nde yapılan bir araştırmada, cinsel tedavi amacıyla yapılan başvurular içinde en sık görülen bozukluk vajinismustur (71).

2.10.5. Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı Cinsel Fonksiyon Bozukluğu

Cinsel fonksiyon bozuklukları büyük ölçüde pek çok hastalığın tanı ve tedavisinden etkilenir. Başta diyabet ve hipertansiyon gibi sistemik ve kronik bedensel hastalıklar ile depresyon, anksiyete bozuklukları ve psikozlar olmak üzere çeşitli psikiyatrik hastalıklar cinsel fonksiyon bozukluklarının ortaya çıkmasında önemli bir rol oynarlar (68).

2.10.6. Madde Kullanımının Yol Açtığı Cinsel Fonksiyon Bozukluğu

Hastanın cinsel yakınma öyküsü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen verilerde, CFB'nin madde kullanımı ile tam olarak açıklanabileceğine ilişkin kanıtların olduğu durumlarda yani, semptomlar madde intoksikasyonu sırasında ya da sonraki bir ay içinde ortaya çıktıysa, ilaç kullanımı yaşanan bozuklukla etiyolojik açıdan ilişkiliyse bu kategori kullanılır (72).

2.11. KADIN CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARINDA TANI

Kadın cinsel fonksiyon bozukluklarının tanısında anamnez çok önemlidir. Risk faktörleri ve fonksiyon bozuklukları nedenleri ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Cinsel fonksiyon ölçülmesi zor bir kavramdır, bu amaçla kadın cinsel cevabı evrelerini ayrıntılı olarak değerlendiren sorgulama formları kullanılabilir. Ancak bu testlerin ilgili konuya özgün biçimde tasarlanmaları, geçerlilik-güvenilirliklerinin yapılmış olması şarttır (73).

Cinsel fonksiyonu değerlendiren ölçekler şunlardır:

- a. Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction
- b. Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS)
- c. Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W)
- d. Female Sexual Function Index (FSFI)
- e. Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF/DISF-SR)
- f. Simple Sexual Function Questionnaire

FSFI (The Female Sexual Functioning Index) özellikle cinsel uyarılma bozukluğunu test eden 19 soruluk bir sorgulama formudur. Geçerlilik-güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan bu testte 4 soru lubrikasyonu, 4 soru uyarılmayı, 2 soru cinsel arzuyu, 3 soru cinsel ilişkiyle ilgili ağrıyı, 3 soru orgazmı ve 3 soru tatmini sorgulamaktadır. Bunların yanı sıra FIEI (Female Invention Efficacy Index), Female Sexual Distress Scale gibi sorgulama formları da kullanılabilir (74).

2.12. UYGULANAN CERRAHİ TEDAVİLERİN KADININ CİNSEL SAĞLIĞINA ETKİSİ

Jinekolojik kanserlerde uygulanan tedavi yöntemleri kadının cinsel sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. Cerrahi tedavi ile seks organları çıkarılmakta, bu esnada seks organlarını besleyen sinirler zarar görmekte, böylece vajinal anatomi ve fonksiyonlarında değişiklikler meydana gelmektedir. Fiziksel değişimlerin yanı sıra yaşanan psikolojik değişimler de cinsel yaşamı olumsuz etkilemektedir (75).

Yapılan çalışmalar cerrahi tedavi sonrası seksüel aktivite sıklığında (76, 77), cinsel istekte (77), vajinal lubrikasyonda (78), vajinal uyarılda ve cinsel ilişki sonrası memnuniyette azalma (79) yaşandığını göstermektedir. Bunların dışında cerrahi tedavi ile vajinal kurulukta artma, erken orgazm sorunu, disparoni ve post koital kanama görülmektedir (80). Over kanserinin cerrahi tedavisi total abdominal histerektomi + bilateral salpingooferektomi + lenf nodu diseksiyonu + omentektomi'dir. Bu tedaviler sonrası fertilite kaybı ve menopoz görülmektedir. Taylor ve arkadaşlarının (2004), 233 over kanserli hasta üzerinde yaptığı çalışmada; radikal histerektomi sonrası kadınların %61'i sevişmek için enerjilerinin yetersiz olduğunu, %80'i vajinal kuruluk, %75'i orgazm sorunu, %62'si cinsel birleşme esnasında ağrı yaşadığını belirtmiştir (79). Serviks kanserinin en yaygın cerrahi tedavisi salpingooferektomi ile birlikte ya da ayrı radikal histerektomi yapılmasıdır (81).

Radikal histerektomi uygulanmış erken evre serviks kanseri kadınlarda vajinal kayganlıkta azalma, vajinanın kısa hissedilmesi, seyrek orgazm, vajinal elastikiyetin azalması gibi sorunlar görülmektedir (76). Erken evre jinekolojik kanserli hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların cinsel yaşamları tedavi öncesi, tedaviden altı ay sonra ve 12 ay sonra olmak üzere üç kez değerlendirilmiştir. İlk yıl içindeki en önemli değişimin lubrikasyon ve erken orgazm sorunu olduğu belirtilmekle birlikte, izlem süreleri boyunca kanser hastalarında cinsel temas ve sıklıkta, cinsel memnuniyet ve seksüel fantezi kurmada değişiklik olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (82). Yapılan diğer çalışmalar bunun tam tersini savunmaktadır. Örneğin, cerrahi tedavi sonrası erken evre serviks kanseri tanısı konmuş hastalar 36 ay boyunca takip edilmiş, %56,2'sinde cinsel istekte ve %62,3'ünde cinsel

memnuniyette azalma olduğu saptanmıştır (77). Başka bir çalışmada, servikal kanserli hastalarda cerrahi tedaviden ortalama 26 yıl sonra bile seksüel problemlerin devam ettiği belirtilmektedir (80). Radikal histerektomi sonrası mesane ve bağırsak fonksiyonlarının yeniden kazanılması gecikmekte ve hasta uzun süre kateter kullanabilmektedir. Bu durum kadının beden imajını dolayısıyla cinsel yaşamını da olumsuz etkilemektedir (81).



3. GEREÇ ve YÖNTEMLER

Bu çalışma, 01.02.2018-31.05.2018 tarihleri arasında, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum kliniği jinekolojik onkoloji polikliniğine başvuran, konizasyon endikasyonu konulan hastalar üzerinde, konizasyon işleminin cinsel fonksiyonlar üzerindeki etkisini saptamak amacıyla yapıldı. Hastanemizden 150 Nolu etik kurul onayı alındı. Çalışma ile detaylı bilgilendirilme yapıldıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan sözel ve yazılı aydınlatılmış onamlar alındı. 15-49 yaş arası cinsel aktif 60 hasta dahil edildi. Cinsel fonksiyonları etkileyecek psikolojik, psikiyatrik, nörolojik ve sistemik ek hastalıkları olanlar, menopozdaki hastalar dahil edilmedi. Hastaların demografik verileri (yaş, boy, kilo, eğitim durumu), özgeçmişleri, üriner sistem yakınmaları ve pelvik ağrı öyküleri kayıt altına alındı (Ek-2).

Hastaların cinsel fonksiyonlarını ölçmek için Türkiye’de geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmış Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (Female Sexual Function Index-FSFI) kullanıldı (Ek-1). Ölçekde bulunan sorular, konizasyon işlemi öncesi ve sonrası 3. ayda, Doktor Hüseyin Kılıç gözetiminde hastalar tarafından cevaplandırıldı. FSFI ölçeği cinsel aktivite, cinsel ilişki, cinsel uyarılma ve orgazm terimlerinin tarifi ile başlayıp; istek (iki soru), uyarılma (dört soru), lubrikasyon (dört soru), orgazm, doyum ve ağrı (her biri üç soru) ile ilgili 6 alt grup içeren toplam 19 sorudan oluşmaktadır (83). Her soruya verilen cevaplar bir önceki aya ait idi. İlk iki soru 1-5 arasında, diğer sorular 0-5 arasında puanlandırıldı (Tablo 3). Bireysel alan puanları, alanı oluşturan soruların puanlarının toplanması ve toplamın, her bir alan için FSFI’da sağlanan alan faktörüyle çarpılmasıyla elde edilir (84). Tam ölçek skoru, altı alan skoru toplanarak elde edilir. En düşük skor 2 ve en yüksek değer 36’dır (84). FSFI ölçeğinin istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum ve ağrı ile ilişkili onaylanmış psikometrik özellikleri vardır (84,85).

Tablo 3. Kadın Cinsel İşlev İndeksi Puanlama Tablosu

Alt Grup	Soru No	Puan Aralığı	Katsayı	Minimum Puan	Maksimum Puan
İstek	1,2	1-5	0,6	1,2	6,0
Uyarılma	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0	6,0
Lubrikasyon	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0	6,0
Orgazm	11, 12, 13	0-5	0,4	0	6,0
Doyum	14, 15, 16	0 (veya 1)-5	0,4	0,8	6,0
Ağrı	17, 18, 19	0-5	0,4	0	6,0
Toplam FSFI Skoru				2,0	36,0

Konizasyon işlemi, hastaların tamamında, genel anestezi altında yapıldı. Serviks üst dudaktan tenekulum ile tutularak çekilip sabitlendi. Uterin arterin inen dalını içine alacak şekilde serviks lateral kısımlarına (saat 3 ve 9 hizalarından) 1 nolu geç absorbe olan materyaller ile sütür atılarak, serviks kanlanması azaltıldı ve sütürler tespit edildi. Sütürler traksiyona alınarak serviks üzerinde saat 1 hizasında elektrokoter kullanılarak insizyona başlandı. Koter cihazının kesme ve koagülasyon enerjisi 40 Watt olacak şekilde ayarlandı. Lugol solüsyonu ile sınır belirlenerek serviks üzerine uygun kesi yapıldı. Parça koni şeklinde bir bütün halinde çıkartıldı. Konizasyon bölgesinde meydana gelen kanamalar elektrokoagülasyon ya da turnike sütürleri ile durduruldu. İşlemi takiben hastalara vajinal tampon konuldu. Operasyon sonrası 24. saatte pelvik muayene eşliğinde tamponlar çekilip kanama kontrolü yapıldıktan sonra, 1 ay koit yasağı önerilerek hastalar taburcu edildi.

3.1. Veri Analizi-İstatistiksel Yöntemler

İstatistiksel analiz SPSS 19.0 for Windows (SPSS, Inc.; Chicago, USA) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı değerler sayı (n), yüzde (%), ortalama (ort.), standart sapma (SD), medyan (ortanca) olarak belirtilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare, Yates düzeltilmeli ki-kare ve Fisher testleri kullanılmıştır. Sürekli değişkenler, Kolmogorov-Smirnov ve Shaphiro-Wilk testleri ile yapılan normallik değerlendirmesine göre normal dağılıma uymadığı için nonparametrik testler (Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi) ile karşılaştırılmıştır. Konizasyon öncesi ve sonrası tekrar ölçülen ölçek skorları normal dağılım göstermediği için, skorlarda anlamlı değişim olup olmadığı wilcoxon testi

kullanılarak incelenmiştir. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Testi ile değerlendirilmiştir. Korelasyon katsayısına göre ilişki durumu Tablo 4'te sunulmuştur. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Tablo 4. Korelasyon Katsayısına Göre İlişki Durumu (86)

Korelasyon Katsayısı	İlişki Durumu
0,00-0,24	Zayıf ilişki
0,25-0,49	Orta ilişki
0,50-0,74	Güçlü ilişki
0,75-1,00	Çok güçlü ilişki

4. BULGULAR

Kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde servikal konizasyon yapılan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 60 hasta çalışmaya dahil edildi. Kadınların yaş ortalaması $37,87 \pm 6,48$ iken, VKİ ortalaması ise $25,68 \pm 2,67$ idi. Gebelik sayıları ve doğum sayıları sırası ile ortalama $2,23 \pm 1,32$ ve $1,87 \pm 1,35$ idi (Tablo 5).

Tablo 5. Olguların Ölçüm Değerleri

	Ortalama $\pm$ SS	Ortanca	Minimum-Maksimum
Yaş	$37,87 \pm 6,48$	38,00	25-49
Boy (cm)	$161,03 \pm 6,77$	162,50	148-175
Kilo (Kg)	$66,43 \pm 6,56$	65,00	57-82
VKİ (Kg/m ²)	$25,68 \pm 2,67$	25,76	20,8-31,2
Gravide	$2,23 \pm 1,32$	2,00	0-5
Parite	$1,87 \pm 1,35$	2,00	0-5

VKİ: Vücut Kitle İndeksi, **SS:** Standart Sapma

Servikal konizasyon yapılan olguların %36,7'si normal kilolu, %63,3'ü fazla kiloluydu. %17,2'sinde ek hastalık vardı. %50,0'si daha önce bir operasyon geçirmişti. %23,3'ü gebelik planlamaktaydı. Kadınların %50,0'si ortaöğretim, %26,7'si lise ve %23,3'ü üniversite düzeyinde eğitilmişti. Konizasyon yapılan kadınların %13,3'ünde işlem öncesi üriner sistem yakınması (tamamı dizüri) varken, %26,7'sinde ise işlem öncesi pelvik ağrı şikayeti mevcuttu. Biyopsi sonuçları değerlendirildiğinde CIN 1 %20, CIN 2 %50 ve CIN 3 %30 sıklıkta gözlemlendi (Şekil 6). Hiçbir olguda işleme bağlı komplikasyon olmadı. Konizasyon sonrası üriner sistem yakınması %16,7 oranında iken, pelvik ağrı görülme sıklığı %44,8 idi (Tablo 6).

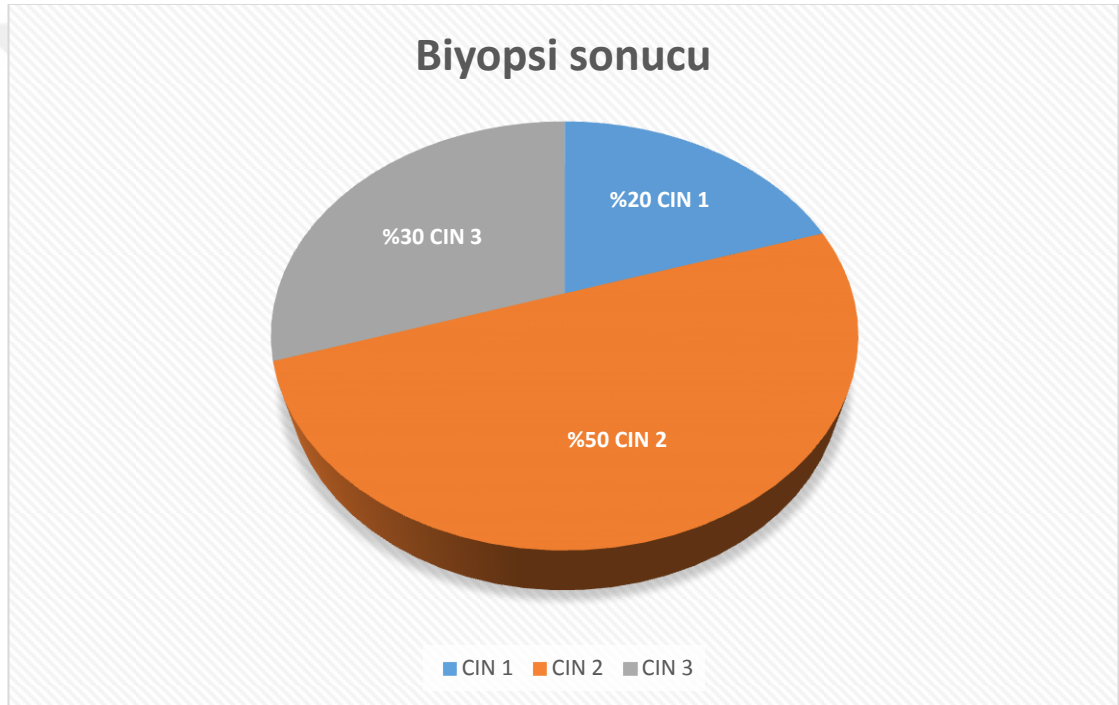
Tablo 6. Olguların Tanımlayıcı Özellikleri

		n (%)
VKİ	Normal	22 (36,7)
	Fazla kilolu	38 (63,3)
Ek hastalık varlığı	Yok	49 (82,8)
	Var	11 (17,2)
Ameliyat	Yok	30 (50,0)
	Var	30 (50,0)
Gebelik planlaması	Yok	46 (76,7)
	Var	14 (23,3)
Eğitim durumu	Ortaöğretim	30 (50,0)
	Lise	16 (26,7)
	Üniversite	14 (23,3)

Tablo 6'nın devamı

Konizasyon öncesi üriner sistem yakınması	Yok	52 (86,7)
	Var	8 (13,3)
İşlem öncesi kronik pelvik ağrı	Yok	44 (73,3)
	Var	16 (26,7)
Biyopsi sonucu	CIN 1	12 (20,0)
	CIN 2	30 (50,0)
	CIN 3	18 (30,0)
Komplikasyon varlığı	Yok	60 (100,0)
Konizasyon sonrası üriner sistem yakınması	Yok	50 (83,3)
	Var	10 (16,7)
Konizasyon sonrası pelvik ağrı	Yok	32 (55,2)
	Var	28 (44,8)

VKİ: Vücut Kitle İndeksi, %: sütun yüzdesi, CIN: Servikal İntraepitelyal Neoplazi



Şekil 6. Olguların biyopsi sonuçlarının dağılımı

Tablo 7’de olguların tanımlayıcı özelliklerine göre konizasyon öncesi FSFI toplam skorlarının dağılımı verilmiştir. Buna göre FSFI skoru en yüksek olanlar gravide sayısı 1, parite sayısı 1 olanlardı. Bunun dışında VKİ’ye göre normal kiloluların FSFI puanı, fazla kilolulardan daha yüksekti (istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu, $p=0,243$). İşlem öncesi üriner sistem yakınması olmayanların ($23,40\pm3,24$), olanlara göre ($20,58\pm5,11$) konizasyon öncesi FSFI toplam puanı anlamlı şekilde daha yüksekti ($p=0,024$). İşlem öncesi pelvik ağrısı olmayanların

skoru, ağrısı olanlara göre daha yüksekti ($p=0,441$). Olguların biyopsi sonuçlarına göre konizasyon öncesi FSFI toplam puanları karşılaştırıldığında, lezyonun derecesiyle değiştiği izlendi. İkili karşılaştırmalar sonucu farkın CIN 1 ile CIN 2 ve CIN 3 ile CIN 2 arasındaki farktan kaynaklandığı anlaşıldı ($p=0,039$).

Tablo 7. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Konizasyon Öncesi FSFI Toplam Skorları

		Ort.±SS	Ortanca	Min.-Maks.	p
Gravide	0	21,87±2,00	21,40	19,9-24,3	0,357*
	1	24,00±5,87	24,40	14,5-30,5	
	2	22,76±2,61	22,00	19,6-29,8	
	3≤	23,16±3,65	22,30	18,1-31,3	
Parite	0	22,79±1,66	23,00	19,9-24,4	0,630*
	1	24,47±7,78	28,40	14,5-30,5	
	2	23,30±3,65	22,00	19,6-31,3	
	3≤	22,39±2,79	22,30	18,1-27,9	
VKİ	Normal	24,13±5,25	24,30	14,5-31,3	0,243**
	Fazla kilolu	22,38±2,01	22,00	18,1-27,9	
Ek hastalık	Yok	23,03±3,18	22,00	18,1-31,3	0,365**
	Var	23,44±5,62	22,70	14,5-29,8	
Ameliyat	Yok	22,94±4,53	22,00	14,5-31,3	0,515**
	Var	23,11±2,47	22,30	19,9-28,4	
Gebelik planlaması	Yok	22,87±3,73	22,00	14,5-31,3	0,552**
	Var	23,51±3,32	22,20	19,9-30,5	
Eğitim	Ortaöğretim	22,47±3,54	22,00	14,5-29,8	0,834*
	Lise	23,90±3,79	22,10	20,4-31,3	
	Üniversite	23,20±3,64	23,00	19,6-30,5	
İşlem öncesi üriner sistem yakınması	Yok	23,40±3,24	22,25	18,1-31,3	0,024**
	Var	20,58±5,11	19,95	14,5-27,9	
İşlem öncesi kronik pelvik ağrı öyküsü	Yok	23,53±3,66	22,10	18,1-31,3	0,441**
	Var	21,63±3,19	22,10	14,5-24,6	
Biyopsi sonucu	CIN 1	21,82±1,46	21,95	19,6-24,0	0,039*+
	CIN 2	24,28±3,52	22,30	19,9-31,3	
	CIN 3	21,73±4,16	21,90	14,5-29,8	

VKİ: Vücut Kitle İndeksi, **CIN:** Servikal İntraepitelyal Neoplazi, **Ort.:** Ortalama, **SS:** Standart Sapma, *Kruskal Wallis Testi, **Mann Whitney U Testi, +Fark CIN 1 ile CIN 2 ve CIN 3 ile CIN 2 arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

Tablo 8’de olguların tanımlayıcı özelliklerine göre konizasyon sonrası FSFI toplam skorlarının dağılımı verilmiştir. Buna göre FSFI skoru en yüksek olanlar hiç gebelik ve doğum yaşamayanlardı (gravide 0, parite 0). Bunun dışında VKİ’ye göre normal kilolu olanların FSFI puanları fazla kilolulara göre daha yüksekti fakat istatistiksel olarak anlamlı değildi. İşlem sonrası üriner sistem yakınması olanların (tamamı dizüri), olmayanlara göre; pelvik ağrısı olmayanların da olanlara göre konizasyon sonrası FSFI toplam puanları daha düşüktü. En düşük FSFI puanları CIN

3 grubundaydı. İncelenen hiçbir değişken açısından gruplar arasında konizasyon sonrası FSFI toplam puanları yönünden anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Tablo 8. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Konizasyon Sonrası FSFI Toplam Skorları

		Ort. $\pm$ SS	Ortanca	Min.-Maks.	p
Gravide	0	23,20 $\pm$ 4,99	21,20	18,9-29,5	0,544*
	1	20,78 $\pm$ 2,37	21,00	17,6-24,0	
	2	21,52 $\pm$ 5,87	23,00	5,4-29,8	
	3 $\leq$	22,76 $\pm$ 3,15	23,20	17,5-30,7	
Parite	0	22,71 $\pm$ 3,49	22,40	18,9-29,5	0,200*
	1	20,27 $\pm$ 2,13	21,00	17,6-22,2	
	2	22,21 $\pm$ 6,46	23,10	5,4-30,7	
	3 $\leq$	21,43 $\pm$ 2,07	21,75	17,5-23,4	
VKİ	Normal	23,34 $\pm$ 4,59	22,20	17,6-30,7	0,560**
	Fazla kilolu	21,26 $\pm$ 4,18	22,90	5,4-23,9	
Ek_hastalık	Yok	21,82 $\pm$ 4,55	22,65	5,4-30,7	0,510**
	Var	23,10 $\pm$ 4,23	23,40	17,6-29,8	
Ameliyat öyküsü	Yok	21,35 $\pm$ 5,73	22,20	5,4-30,7	0,249**
	Var	22,69 $\pm$ 2,43	23,00	18,9-29,5	
Gebelik planlaması	Yok	21,86 $\pm$ 4,69	22,90	5,4-30,7	0,944**
	Var	22,56 $\pm$ 3,46	22,20	18,9-29,5	
Eğitim	Ortaöğretim	22,48 $\pm$ 2,91	23,20	17,5-29,8	0,744*
	Lise	21,51 $\pm$ 7,46	21,65	5,4-30,7	
	Üniversite	21,61 $\pm$ 2,11	22,20	18,5-24,0	
İşlem sonrası üriner sistem yakınması	Yok	22,76 $\pm$ 3,24	22,90	17,5-30,7	0,234**
	Var	18,32 $\pm$ 7,23	20,90	5,4-23,9	
İşlem sonrası pelvik ağrı	Yok	21,19 $\pm$ 4,99	22,30	5,4-29,8	0,211**
	Var	23,09 $\pm$ 3,62	23,10	17,6-30,7	
Biyopsi sonucu	CIN 1	21,77 $\pm$ 1,93	22,15	18,5-23,6	0,460*
	CIN 2	23,05 $\pm$ 3,30	23,00	18,9-30,7	
	CIN 3	20,47 $\pm$ 6,76	22,40	5,4-29,8	

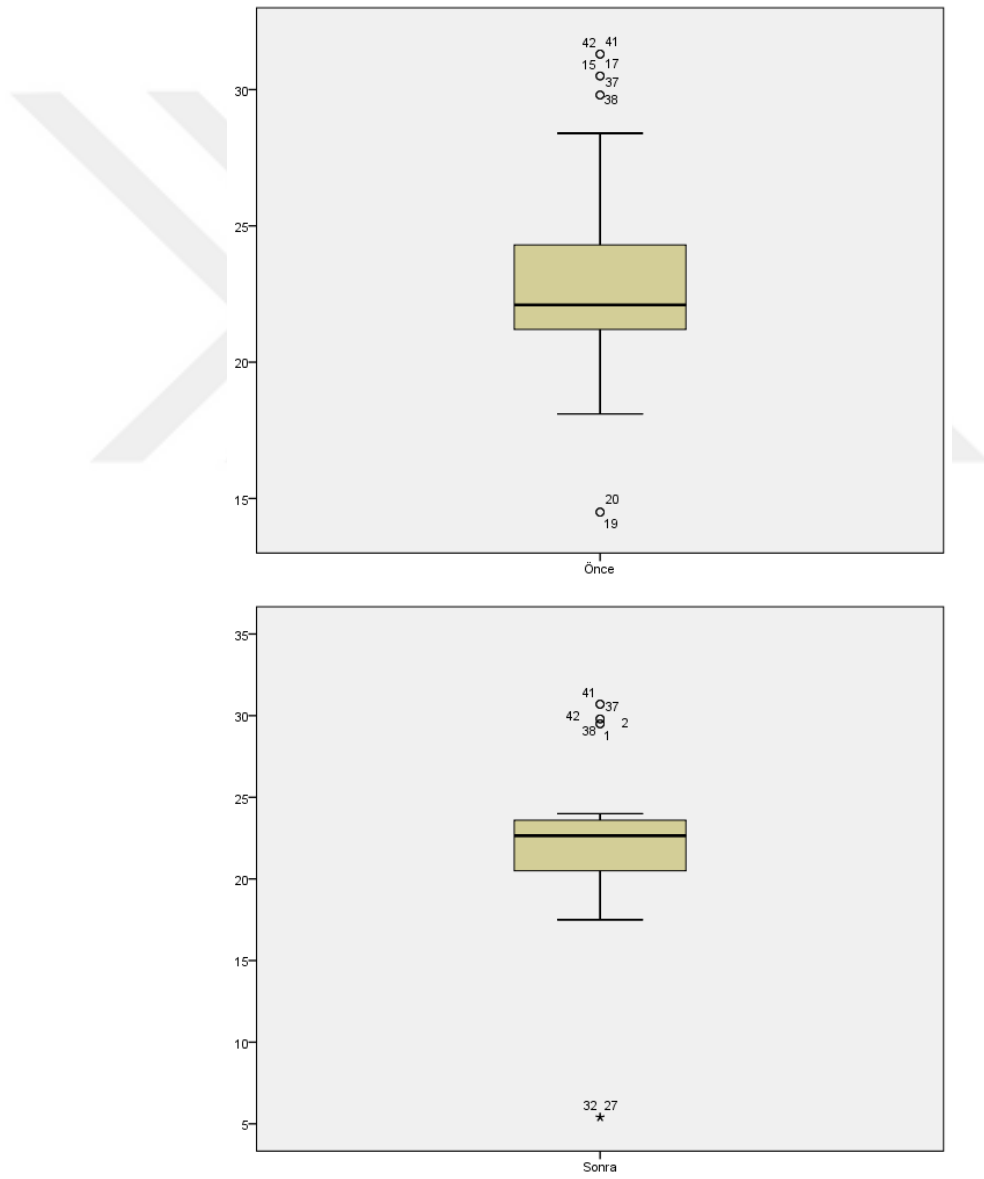
VKİ: Vücut Kitle İndeksi, **CIN:** Servikal İntraepitelial Neoplazi **Ort.:** Ortalama, **SS:** Standart Sapma, *Kruskal Wallis Testi, **Mann Whitney U Testi

Tablo 9’da olguların ilk ve son değerlendirmede hesaplanan FSFI toplam ve alt grup ölçek puanları verilmiştir. Buna göre ortalama uyarılma ölçek puanı değişim göstermezken, ağrı puanı bir miktar artmıştı. Diğer ölçek puanlarında ise konizasyon sonrasında, konizasyon öncesine göre azalma olmuştu. Bu azalma istek ($p=0,049$), lubrikasyon ($p=0,050$) ve orgazm ($p=0,022$) puanlarında anlamlı düzeydeydi. Şekil 7’de olguların konizasyon öncesi ve sonrası FSFI skorlarının, Şekil 8’de ise olguların konizasyon öncesi ve sonrası FSFI skor ortalamalarının grafiği verilmiştir.

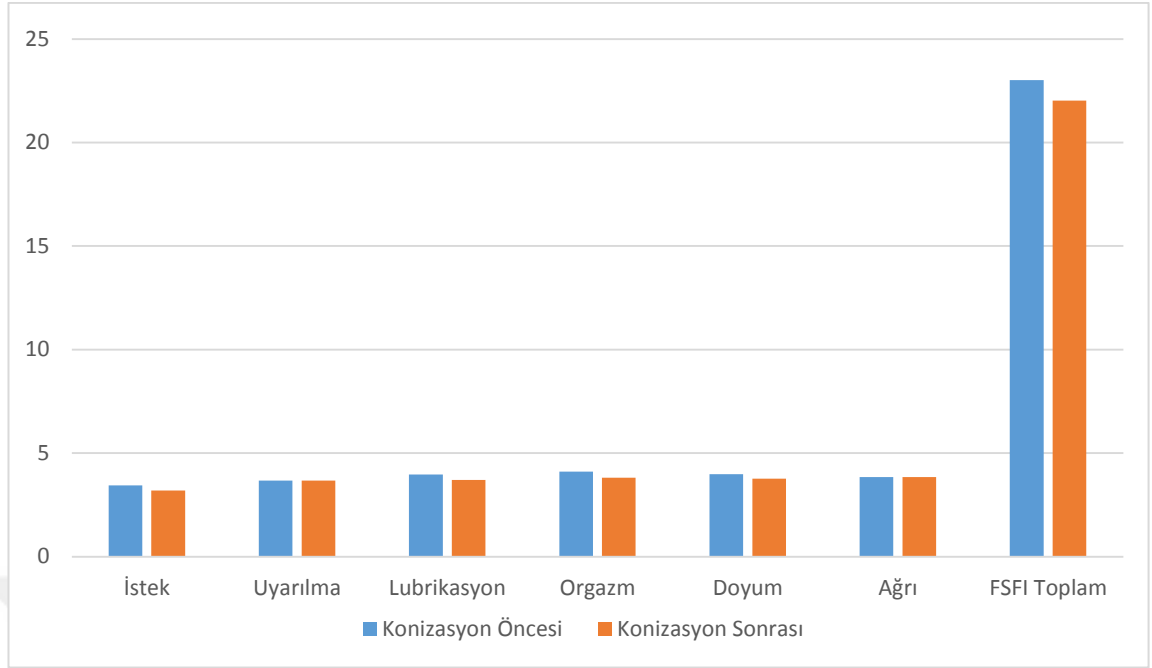
Tablo 9. Olguların Konizasyon Öncesi ve Sonrası FSFI Skorları

FSFI	İlk			Son			p*
	Ort.±SS	Ortanca	Min.-Maks.	Ort.±SS	Ortanca	Min.-Maks.	
İstek	3,44±0,84	3,60	1,2-5,4	3,20±1,12	3,30	1,2-6,0	0,049
Uyarılma	3,68±0,69	3,45	2,7-5,4	3,68±0,69	3,45	2,7-5,4	1,000
Lubrikasyon	3,97±0,87	3,90	2,1-6,0	3,70±0,86	3,60	0,3-6,0	0,050
Orgazm	4,11±0,74	4,00	2,4-6,0	3,81±0,96	4,00	0,0-5,6	0,022
Doyum	3,99±0,94	4,00	2,4-6,0	3,77±1,23	3,60	0,0-6,0	0,156
Ağrı	3,84±0,71	3,60	2,8-6,0	3,85±1,04	4,00	0,0-6,0	0,349
Toplam	23,02±3,62	22,10	14,5-31,3	22,02±4,41	22,65	5,4-30,7	0,222

Ort.: Ortalama, **SS:** Standart Sapma, *Wilcoxon test



Şekil 7. Olguların konizasyon öncesi ve sonrası FSFI skorlarına ait grafik



Şekil 8. Olguların konizasyon öncesi ve sonrası FSFI skor ortalamalarına ait grafik

Tablo 10’da olguların konizasyon öncesi ve sonrası FSFI skorlarına göre cinsel fonksiyon bozukluğu sınıflaması verilmiştir. Buna göre, konizasyon öncesi olguların %63,3’ünde cinsel fonksiyon kötü iken, konizasyon sonrası %56,7’sinde cinsel fonksiyon kötü olarak değerlendirildi. Fakat cinsel fonksiyonun iyi ve kötü olarak değerlendirilmesi açısından, konizasyon öncesi ve sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,248$).

Tablo 10. Olguların Konizasyon Öncesi ve Sonrası FSFI Skorlarına Göre Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Sınıflaması

		İlk FSFI Puanı n (%)	Son FSFI Puanı n (%)
Cinsel Fonksiyon	Kötü (23 puan ve altı)	38 (63,3)	34 (56,7)
	Orta+İyi (23 puan üzeri)	22 (36,7)	26 (43,3)

%; satır yüzdesi, Marjinal Homojenlik testi $p=0,248$

Tablo 11’de olguların tanımlayıcı özelliklerine göre konizasyon öncesi ve sonrası cinsel fonksiyon bozukluğu sınıflaması verilmiştir. İyi kategoride gravida 1 olanlar (%60,0) işlem öncesi en yüksek sıklıkta, gravida $3 \leq$ olanlar (%54,5) ise işlem

sonrası en yüksek sıklıktaydı. İşlem sonrası en düşük puan gravidası 1 olan hastalarda görüldü (%20,0).

VKI'ye göre fazla kilolu olanların cinsel fonksiyonları kötü olanlar işlem öncesi %73,7, işlem sonrası ise %57,9 idi. Normal kilolu olanlarda bu oran işlem öncesi %45,5 iken, işlem sonrası %54,5 idi. Kilosu fazla olan hastaların işlem öncesi cinsel fonksiyonları normal kilolulara göre anlamlı şekilde daha kötüydü.

Gebelik planlaması olanlarda işlem öncesi ve sonrası iyi fonksiyon %42,9'du.

Konizasyon öncesi iyi cinsel fonksiyon yüzdesi en fazla üniversite (%42,9) eğitim grubundayken, konizasyon sonrası yüzdeler tersine dönmüş ve ortaöğretim grubu (%53,3) en iyi cinsel fonksiyona sahip olmuştu.

CIN 2 biyopsi grubu konizasyon öncesi ve sonrası en yüksek sıklıkta iyi cinsel fonksiyona sahip grup olmuştur. CIN 1 grubunun ise oranları en düşüktür.

Tanımlayıcı değişken grupları arasında işlem öncesi ve sonrası cinsel fonksiyon kategorileri açısından anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$).

Tablo 11. Olguların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Sınıflaması

	Konizasyon Öncesi				p*	Konizasyon Sonrası				p*
	Kötü (23 puan ve altı)		Orta+İyi (23 puan üzeri)			Kötü (23 puan ve altı)		Orta+İyi (23 puan üzeri)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Gravide										
0	4	66,7	2	33,3	0,360	4	66,7	2	33,3	0,305
1	4	40,0	6	60,0		8	80,0	2	20,0	
2	16	72,7	6	27,3		12	54,5	10	45,5	
3≤	14	63,6	8	36,4		10	45,5	12	54,5	
Parite										
0	8	57,1	6	42,9	0,324	8	57,1	6	42,9	0,126
1	2	33,3	4	66,7		6	100,0	0	0,0	
2	16	72,7	6	27,3		10	45,5	12	54,5	
3≤	12	66,7	6	33,3		10	55,6	8	44,4	
VKİ										
Normal	10	45,5	12	54,5	0,029	12	54,5	10	45,5	0,801
Fazla kilolu	28	73,7	10	26,3		22	57,9	16	42,1	
Ek hastalık										
Yok	30	62,5	18	37,5	0,575	28	58,3	20	41,7	0,238
Var	6	60,0	4	40,0		4	40,0	6	60,0	
Ameliyat										
Yok	20	66,7	10	33,3	0,789	18	60,0	12	40,0	0,794
Var	18	60,0	12	40,0		16	53,3	14	46,7	
Gebelik planlaması										
Yok	30	65,2	16	34,8	0,816	26	56,5	20	43,5	1,000
Var	8	57,1	6	42,9		8	57,1	6	42,9	
Eğitim										
Ortaöğretim	20	66,7	10	33,3	0,827	14	46,7	16	53,3	0,261
Lise	10	62,5	6	37,5		10	62,5	6	37,5	
Üniversite	8	57,1	6	42,9		10	71,4	4	28,6	

Tablo 11'in devamı

Biyopsi										
CIN 1	10	83,3	2	16,7	0,179	8	66,7	4	33,3	0,729
CIN 2	16	53,3	14	46,7		16	53,3	14	46,7	
CIN 3	12	66,7	6	33,3		10	55,6	8	44,4	

VKİ: Vücut Kitle İndeksi, **%:** satır yüzdesi, * Ki Kare testi

Tablo 12'de kadınların yaş gruplarına göre servikal konizasyon öncesi FSFI ölçek puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. 35-44 yaş grubunun uyarılma puanı diğer yaş gruplarına göre anlamlı şekilde daha yüksek iken, 45 yaş üzeri grubun ise lubrikasyon ve orgazm puanları anlamlı şekilde daha düşüktü. Diğer FSFI alt başlıkları açısından yaş grupları arasında anlamlı fark yoktu.

Tablo 12. Kadınların Yaş Gruplarına Göre Servikal Konizasyon Öncesi FSFI Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Yaş Grupları	Toplam	İstek	Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Doyum	Ağrı
Ortalama	22,7	3,3	3,4	4,2	4,1	3,9	3,8
25- SS	5,2	1,2	0,6	0,8	1,1	1,3	0,8
34 Ortanca	21,4	3,0	3,3	3,9	4,0	3,6	3,6
Yaş Minimum	14,5	1,2	2,7	3,0	2,4	2,4	2,8
Maksimum	31,3	5,4	4,8	6,0	6,0	6,0	5,6
Ortalama	23,6	3,5	3,9	4,0	4,2	4,1	4,0
35- SS	2,6	0,6	0,7	0,9	0,5	0,8	0,7
44 Ortanca	22,3	3,6	3,9	3,9	4,0	4,0	3,6
Yaş Minimum	20,7	2,4	2,7	2,1	3,6	2,4	3,2
Maksimum	29,8	4,8	5,4	6,0	5,6	6,0	6,0
Ortalama	21,4	3,8	3,3	3,3	3,6	3,9	3,5
45 SS	2,7	0,5	0,2	0,8	0,5	0,6	0,6
yaş Ortanca	21,4	3,9	3,3	3,6	3,8	3,8	3,4
üzeri Minimum	18,1	3,0	3,0	2,1	2,8	3,2	2,8
Maksimum	24,6	4,2	3,6	3,9	4,0	4,8	4,4
p*	0,175	0,157	0,002	0,016	0,050	0,603	0,160

SS: Standart Sapma, *Kruskal Wallis testi

Tablo 13'te kadınların yaş gruplarına göre servikal konizasyon sonrası FSFI ölçek puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. 35-44 yaş grubunun toplam, istek, uyarılma, orgazm ve doyum puanları diğer yaş gruplarına göre anlamlı şekilde daha yüksekti. Diğer FSFI alt başlıkları açısından yaş grupları arasında anlamlı fark yoktu.

Tablo 13. Kadınların Yaş Gruplarına Göre Servikal Konizasyon Sonrası FSFI Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Yaş Grupları	Toplam	İstek	Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Doyum	Ağrı
Ortalama	19,7	2,6	3,4	3,5	3,4	3,0	3,8
25- SS	6,5	1,3	0,6	1,2	1,4	1,7	1,6
34 Ortanca	19,1	2,4	3,3	3,6	3,6	2,4	4,0
Yaş Minimum	5,4	1,2	2,7	0,3	0,0	0,0	0,0
Maksimum	30,7	5,4	4,8	4,8	5,6	6,0	5,6
Ortalama	23,6	3,6	3,9	3,5	4,1	4,2	3,9
35- SS	2,5	0,8	0,7	0,7	0,6	0,8	0,8
44 Ortanca	23,2	3,6	3,9	3,9	4,0	4,4	4,0
Yaş Minimum	20,2	2,4	2,7	3,0	3,2	2,4	2,4
Maksimum	29,8	6,0	5,4	6,0	5,6	6,0	6,0
Ortalama	20,6	3,0	3,3	3,5	3,4	3,5	3,9
45 SS	2,3	1,4	0,2	0,3	0,5	0,5	0,4
yaş Ortanca	20,7	3,0	3,3	3,5	3,4	3,6	3,8
üzeri Minimum	17,5	1,2	3,0	3,3	2,8	2,8	3,6
Maksimum	23,6	4,8	3,6	3,9	4,0	4,0	4,4
p*	0,001	0,003	0,002	0,337	0,002	0,002	0,762

SS: Standart Sapma, *Kruskal Wallis testi

Tablo 14'te konizasyon öncesi ve sonrası yaş ile FSFI skorları arasındaki korelasyon ilişkisi verilmiştir.

İşlem öncesi yaş ile lubrikasyon arasında negatif yönlü orta derece anlamlı korelasyon bulunmuştur. Yaş arttıkça lubrikasyon puanı azalmaktadır ($r=-0,307$, $p=0,017$).

İşlem sonrası ise yaş ile doyum puanı arasında pozitif yönlü orta derece anlamlı korelasyon bulunmuştur. Yaş arttıkça doyum puanı da artmaktadır ($r=0,279$, $p=0,031$).

Tablo 14. Konizasyon Öncesi ve Sonrası Yaş İle FSFI Skorları Arasındaki Korelasyon İlişkisi

	Yaş			
	Önce		Sonra	
	r	p	r	p
FSFI_Toplam	0,040	0,762	0,190	0,147
İstek	0,121	0,358	0,236	0,070
Uyarılma	0,181	0,166	0,181	0,166
Lubrikasyon	-0,307	0,017	-0,149	0,257
Orgazm	-0,088	0,502	0,111	0,400
Doyum	0,108	0,413	0,279	0,031
Ağrı	-0,131	0,317	-0,098	0,458

r: Spearman Korelasyon, p: anlamlılık düzeyi

Tablo 15’te konizasyon öncesi ve sonrası VKİ ile FSFI skorları arasındaki korelasyon ilişkisi verilmiştir. İşlem öncesi VKİ ile hiçbir ölçek puanı arasında anlamlı korelasyon tespit edilememişken, servikal konizasyon işlemi sonrasında lubrikasyon puanı arasında negatif yönlü orta derece anlamlı korelasyon tespit edilmiştir. VKİ arttıkça lubrikasyon ölçek puanı azalmaktadır.

Tablo 15. Konizasyon Öncesi ve Sonrası VKİ İle FSFI Skorları Arasındaki Korelasyon İlişkisi

	VKİ			
	Önce		Sonra	
	r	p	r	p
FSFI Toplam	-0,127	0,335	-0,060	0,650
İstek	-0,035	0,788	-0,016	0,902
Uyarılma	-0,068	0,607	-0,068	0,607
Lubrikasyon	-0,148	0,259	-0,254	0,050
Orgazm	-0,198	0,129	-0,111	0,396
Doyum	-0,015	0,909	-0,038	0,772
Ağrı	-0,064	0,629	-0,012	0,930

VKİ: Vücut Kitle İndeksi, **r:** Spearman Korelasyon, **p:** anlamlılık düzeyi

5. TARTIŞMA

Servikal konizasyon tanı ve tedavi amacıyla sık yapılan jinekolojik cerrahi prosedürlerden biridir. Biz bu çalışmada konizasyon işleminin kadın cinsel fonksiyonları üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçladık. Bu amaçla 15-49 yaş arası 60 kadının cinsel fonksiyonlarını, konizasyon işlemi öncesi ve sonrası, FSFI ölçeği ile değerlendirdik. Bu ölçekte cinsel fonksiyon bozukluğu istek, uyarılma, lubrikasyon, doyum, orgazm ve ağrı alt başlıkları ile incelenmektedir.

Rosen ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada fonksiyonel durum; FSFI skoru >30 ise iyi, 23-29 arası ise orta, <23 ise kötü olarak sınıflandırılmıştır (83). Bizim çalışmamızda da skorlar bu şekilde sınıflandırılmış olup, konizasyon öncesi cinsel fonksiyon bozukluğu oranı %63,3 bulundu ($p=0.248$) (Tablo 10). Ülkemizde cinsel disfonksiyon sıklığını göstermek amacıyla FSFI ölçeği kullanılarak yapılan araştırmalarda; Öksüz ve Malhan kadınların %48,3'ünde (50), Çayan ve arkadaşları %46,9'unda (49) ve Demir ve arkadaşları %28,6'sında (87) cinsel fonksiyon bozukluğu saptamıştır. Çalışmamızdaki cinsel disfonksiyon oranı diğer çalışmalardakine göre oldukça yüksektir. Bu çalışmalar çok merkezli yapılmış olup, bizim çalışmamız jinekolojik onkoloji polikliniğinde daha az hasta sayısı ile yapılmıştır. Jinekolojik onkoloji polikliniğinin hastalar üzerinde yarattığı kanser olma anksiyetesi buna sebep olmuş olabilir.

Araştırmalarımıza göre literatürde servikal konizasyonun cinsel fonksiyon üzerindeki etkisini araştıran başka bir çalışma bulunmamaktadır. Yapılmış olan çalışmalarda genellikle subtotal histerektomide serviksin korunmasının cinsel fonksiyonlar üzerine olan etkisine bakılmıştır. Berlit ve arkadaşlarının 92 hasta üzerinde yaptığı çalışmada total ve subtotal laparoskopik histerektomi sonrası, hastaların cinsel fonksiyonları FSFI ölçeği ile değerlendirilmiş olup anlamlı bir fark bulunmamıştır (88). 2015 yılında yapılan diğer bir çalışmada histerektomi hastaları 15 ay takip edilmiş, serviksin çıkarılmasının cinsel fonksiyonlar üzerine bir etkisinin olmadığı bulunmuştur (89). Vajinal histerektomi, total laparoskopik histerektomi ve subtotal laparoskopik histerektomi sonrası FSFI ölçeği ile değerlendirilen başka bir çalışmada da gruplar arası anlamlı bir fark çıkmamıştır (90). Konizasyonla cinsel fonksiyon ilişkisini araştıran yayın olmasa da 2012 yılında Song T. ve arkadaşları

tarafından erken evre servikal kanserli hastalarda servikal konizasyon, radikal trakelektomi ve radikal histerektominin cinsel fonksiyonlar üzerine etkisi FSFI ölçeği ile değerlendirilmiş; radikal trakelektomi ve radikal histerektomi gruplarında, servikal konizasyon grubuna göre total FSFI puanlarında anlamlı azalma bulunmuştur (91).

Bizim çalışmamızda, işlem öncesi yaş ile hiçbir ölçek puanı arasında anlamlı korelasyon tespit edilememişken, servikal konizasyon işlemi sonrasında yaş ile lubrikasyon puanı arasında negatif yönlü orta derece anlamlı korelasyon tespit edilmiştir ($p=0.017$) (Tablo 14). Yaş arttıkça lubrikasyon ölçek puanı azalmaktadır. Konizasyon öncesi 35-44 yaş grubunun uyarılma puanı diğer yaş gruplarına göre anlamlı şekilde daha yükseken, 45 yaş üzeri grubun ise lubrikasyon ve orgazm puanları anlamlı şekilde daha düşüktür. Konizasyon sonrası 35-44 yaş grubunun toplam, istek, uyarılma, orgazm ve doyum puanları diğer yaş gruplarına göre anlamlı şekilde daha yüksektir (Tablo 12, 13). Bir çalışmada yaş ve cinsel aktivite arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmış; hastaların yaşları arttıkça istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum, ağrı ve FSFI puanında azalma saptanmıştır. Başka çalışmalarda da yaşla cinselliğin azaldığı bulunmuştur (50,61). Ülkemizde yapılan birçok çalışmada ilerleyen yaşın cinsel fonksiyon bozukluğu görülme oranını artırdığı ve cinsel yaşam kalitesini olumsuz etkilediği yönünde sonuçlar elde edilmiştir (49-52). Çalışmaların bulguları bizim çalışmamızın sonuçları ile uyumlu bulunmuştur. Bütün bu çalışmalar göstermektedir ki yaş arttıkça cinsel fonksiyonlarda azalma olmaktadır. Yaş ilerledikçe vücutta meydana gelen hormonal değişiklikler, vajinal kuruluk gibi sebepler bu duruma sebep olabilmektedir.

VKİ'ye göre fazla kilolu olanların cinsel fonksiyonları işlem öncesi %73,7; normal kilolu olanların ise cinsel fonksiyonları %45,5 kötüydü (<23 puan). Fazla kiloluların normal kilolulara göre işlem öncesi cinsel fonksiyonları anlamlı şekilde daha kötüydü ($p=0.029$) (Tablo 11). İşlem öncesi VKİ ile hiçbir ölçek puanı arasında anlamlı korelasyon tespit edilememişken, servikal konizasyon işlemi sonrasında lubrikasyon puanı arasında negatif yönlü orta derece anlamlı korelasyon tespit edilmiştir. VKİ arttıkça lubrikasyon ölçek puanı azalmaktadır ($p=0.050$) (Tablo 15). Yaralı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada FSFI puanları VKİ durumlarına göre değerlendirildiğinde; VKİ arttıkça cinsel fonksiyon bozukluğu görülme oranının

arttığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (92). Kolotkin ve arkadaşlarının 2006 yılında Amerika’da obezitenin cinsel yaşam kalitesine etkisini belirlemek için yaptıkları çalışmada; VKİ’si yüksek olan kadınlarda cinsel yaşam kalitesinin büyük ölçüde bozulduğu saptanmıştır (93). VKİ’si yüksek olan yani obez kadınların cinsel ilişki sırasında vücutlarının ilgi çekmemesi konusunda endişe yaşadıkları bulunmuştur. Ayrıca, bu kadınların cinsel isteklerinin az olduğu ve cinsel zorluklar yaşadıkları bildirilmiştir (94). Genel olarak bizim çalışmada olduğu gibi birçok çalışmada VKİ değerleri daha yüksek olan kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğuna daha sık rastlanmıştır. Bunun fazla kilonun cinsellik açısından kişi ve eşi tarafından olumsuz bir algı oluşturması ile ilgisi olabileceği gibi, kilo artışı ile birlikte vücutta meydana gelen hormonal değişikliklerin de bunda etkisi olabileceği tahmin edilmektedir.

Araştırmamızda olguların FSFI toplam ve alt grup ölçek puanları incelendiğinde, toplam ölçek puanında anlamlı bir değişim olmamıştır ($p=0.222$). Uyarılma ($p=1$), doyum ($p=0.156$) ve ağrı ($p=0.349$) alt ölçeklerinde anlamlı değişim olmazken, istek ($p=0.049$), lubrikasyon ($p=0.05$) ve orgazm ($p=0.022$) alt ölçeklerinde değişim anlamlı düzeydedir (Tablo 9). Alt ölçek puan ortalamaları konizasyon öncesi ve sonrası sırasıyla; istek 3.44-3.20, uyarılma 3.68-3.68, lubrikasyon 3.97-3.70, orgazm 4.11-3.81, doyum 3.99-3.77, ağrı 3.84-3.85 ve FSFI toplam puanı 23.02-22.02 idi. Konizasyon sonrası cinsel disfonksiyonu FSFI skorlaması ile değerlendiren bir çalışma olmamakla birlikte; Emeç ve arkadaşları tarafından infertilite üzerinde yapılan çalışmada FSFI’den aldığı puan ortalamaları incelendiğinde; istek 3.54, uyarılma 2.54, lubrikasyon 3.04, orgazm 2.87, doyum 2.20, ağrı 3.65 ve toplam puan ortalamasının 17.86 olduğu belirlenmiştir (1). Çin’de servikal kanserli hastaların cinsel işlevinin FSFI ölçeği ile değerlendirildiği başka bir çalışmada; cinsel istek için ortalama skor 2.58, uyarılma için 1.81, cinsel orgazm için 2.80, cinsel doyum için 2.47’dir (95). Bu çalışmalardaki ölçek puanları bizim çalışmaya göre daha düşüktür.

6. SONUÇLAR

Çalışmamızda, servikal konizasyon öncesi ve sonrası cinsel fonksiyonlar değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. İstek, lubrikasyon ve orgazm alt ölçek puanlarında ise konizasyon sonrasında, konizasyon öncesine göre azalma anlamlı düzeyde idi.

Bu çalışma sadece Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapıldığı için tüm Türkiye'yi temsil etmesi beklenemez. Katılımcıların sayısının az olması ve sadece jinekolojik onkoloji polikliniğine başvuranlardan seçilmesi çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Servikal konizasyonun cinsel fonksiyonlar üzerine etkisini araştırmak için daha geniş vaka sayısına sahip çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. **Emeç ZA.** Fertil ve İnfertil Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğunun Tanımlanması ve Karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Yüksek Lisans Tezi*. Erzurum, 2016.
2. **Kütmeç C.** Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ve Hemşirelik Bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2009**; 4:111-136.
3. **Courtois F, Alexander M, McLain AB.** Women's Sexual Health and Reproductive Function After SCI. *Top Spinal Cord Inj Rehabil* **2017**; 23(1):20-30.
4. **Rees PM, Fowler CJ, Paas CP.** Sexual function in men and women with neurological disorders. *Lancet*. **2007**; 369:512-525.
5. **Giuliano F, Rampin O, Allard J.** Neurophysiology and pharmacology of female genital sexual response J. *Sex Marital Ther*. **2002**; 28.
6. **Hubscher CH.** Ascending spinal pathways from sexual organs: Effects of chronic spinal lesions. *Prog Brain Res*. **2006**; 152:401- 414.
7. **McKenna KE.** The neural control of female sexual function. *NeuroRehabilitation*. **2000**; 15(2):133-143.
8. **Siegel R, Ward E, Brawley O, Jemal A.** Cancer statistics, The impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths. *CA Cancer J Clin* **2011**; 61:212.
9. **Insinga RP, Glass AG, Rush BB.** Diagnoses and outcomes in cervical cancer screening: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* **2004**; 191:105.
10. **Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A.** Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. 2. ed **2006**:1145-77.
11. **Östör AG.** Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. *International Journal of Gynecological Pathology*. **1993**; 12(2):186.
12. **Beksaç MS, Ayhan A, Kösebay D, Yüce K.** Jinekolojik Onkoloji Kitabı. **2006**.
13. **Atasü T.** Jinekoloji ve obstetrik pratiğinde kolposkopi. *Jinekolojik Onkoloji* **1996**; 12:182.
14. **Hatch KD, Berek JS.** Çeviri: Dündar İ, Özpak E. Serviks, vajen ve vulvanın intraepitelial lezyonları. Novac Jinekoloji 13. Baskı. İstanbul, **2004**:471-481.

15. **Batmaz GK.** Servikal Sitolojileri Anormal ve Normal Saptanan Hastalarda Yapılan HPV DNA Testinin Servikal İntraepitelyal Neoplazileri Belirlemedeki Önemi. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uzmanlık Tezi. İstanbul, **2008**.
16. **Wright TC, Schiffman M.** Adding a test for human papilloma virus DNA to cervicalcancer screening. *N Engl J Med.* **2003**; 348:489-490.
17. **Köse MF.** İntraepitelial Serviks hastalıkları Ed: Çiçek NN, Akyavek C, Çelik Ç, Harberal A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi 2. Baskı Güneş Kitabevi. İstanbul **2006**:1145-1161.
18. **Arısan K.** Kadın Hastalıkları (Jinekoloji). Uterus kanserleri 3. baskı İstanbul **1991**:647-685.
19. **Berkman S, Ermiş H.** Servikal intraepitelyal neoplazi Ed: Atası T, Aydın K. Jinekolojik Onkoloji 2. baskı Logos Kitabevi. İstanbul **1999**:239-260.
20. **Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'connor D, Prey M, et al.** The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. *Jama.* **2002**; 287(16):2114-9.
21. **Spencer JV.** Deadly diseases and epidemics cervical cancer. 2nd Ed. Newyork: Infobase Publishing, **2007**.
22. **APGO Objectives.** Cervical neoplasia and carcinoma. In Beckman CRB et al, editors. Obstetrics and Gynecology. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams andWilkins, **2002**:547-565.
23. **Philip DJ, William CT.** Klinik Jinekolojik Onkoloji. 6.ed, **2003**:3-61.
24. **Berek SJ, Adashi EY, Hillard AP.** Novak Jinekoloji; **1998**:435-458.
25. **Kulasingam SL, Hughes JP, Kiviat NB, et al.** Evaluation of human papillomavirus testing in primary screening for cervical abnormalities: comparison of sensitivity, specificity, and frequency of referral. *JAMA* **2002**; 288:1749-1757.
26. **Crum CP.** The Female Genital Tract. In: Cotran RS. Cotran Robbins Pathologic Basis of Disease. Philadelphia, W.B. Saunders Company, **1999**; 1036-37.
27. **Weinstock H, Berman S, Cates W.** Sexually transmitted diseases among American youth: incidence and prevalence estimates. *Perspectif Sex Reprod Health* **2004**; 36:6-10.
28. **Cates W.** Estimates of the incidence and prevalence of sexually transmitted diseases in the United States. *Sex. Transm. Dis.* **1999**; 26:2-7.
29. **zur Hausen H.** The role of viruses in human tumors. *Adv Cancer Res.* **1980**; 33:77-107.

30. **Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al.** Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol.* **1999;** 189:12-19.
31. **Atasü T, Aydın K.** Jinekolojik Onkoloji; **1999**:178-259.
32. **Kuo DY, Goldberg GL.** Screening of cervical cancer: where do we go from here? *Cancer investigation.* **2003;** 21(1):157-61.
33. **McCredie MR, Sharples KJ, Paul C, Baranyai J, Medley G, Jones RW, et al.** Natural history of cervical neoplasia and risk of invasive cancer in women with cervical intraepithelial neoplasia 3: a retrospective cohort study. *The Lancet Oncology* **2008;** 9(5):425-34.
34. **Tekin S.** Soğuk Konizasyon Endikasyonlarının ve Sonuçlarının Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, *Uzmanlık Tezi.* İstanbul, **2017.**
35. **Attar E, Ata B.** Gomel'in Jinekolojisi. Nobel Tıp Kitabevi, Adana, **2007.**
36. **Lock JA, Jones HW.** Te Linde's Operative Gynecology Dokuzuncu Basım (Türkçe basım). **2005;** 45-46:1231-1254.
37. **Wright CT, Ferenczy A.** Bening Diseases of the Cervix. In: Kurman RJ, eds. Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract, New York: Springer, **2002**:225-52.
38. **Taşkın L.** Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 10. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, **2011.**
39. **Bozdemir N, Özcan S.** Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, **2011;** 5(4):37-46.
40. **Karakoyunlu FB, Öncel S.** Cinsel Fonksiyon Bozukluklarında Kadına Ait Hemşirelik Bakım Süreci Örneği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **2009;** 12(3):82-92.
41. **Yüksel Cindoğlu D.** Kadın Cinselliği. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, **2007;** 10-38.
42. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. Cinsel Yaşam ve Sorunları Bilgilendirme Dosyası, 1. Baskı, **2007**:21-44.
43. **Laumann EO, Paik A, Rosen RC.** Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *The Journal of American Medical Association*, **1999;** 281(6):537-544.

44. **Graziottin A.** Prevalence and evaluation of sexual health problems-HSDD in Europe. *The Journal of Sexual Medicine*, **2007**; 4(3):211-219.
45. **Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E.** Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the global study of sexual attitudes and behaviors. *International Journal of Impotence Research*, **2005**; 17(1):39- 57.
46. **Domoney C.** Sexual function in women: What is normal? *International Urogynecology Journal*, **2009**; 20(1):9-17.
47. **Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Fairley CK.** What is the “true” prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact? *The Journal of Sexual Medicine*, **2008**; 5(4):777-787.
48. **Oniz A, Keskinoglu P, Bezircioglu I.** The prevalence and causes of sexual problems among premenopausal Turkish women. *The Journal of Sexual Medicine*, **2007**; 4(6):1575-1581.
49. **Çayan S, Akbay E, Canbolat B, Acar D, Bozlu M, Ulusoy E.** Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozuklukları Prevalansı ve Risk Faktörleri, 4.Ulusal Androloji Kongresi Ankara, **2001**.
50. **Öksüz E, Malhan S.** Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *Journal of Urology*, **2006**; 175(2):654-658.
51. **Demirezen E, Seçginli S.** Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kadın Sağlığı’nın Değerlendirilmesi. Hemşirelik Forumu, **2006**; 7(4):49-52.
52. **Ege E, Akın B, Arslan SY, Bilgili N.** Sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığı ve risk faktörleri. *Tubav Bilim Dergisi*, **2010**; 3(1):137-144.
53. **Frank JE, Mistretta P, Will J.** Diagnosis and treatment of female sexual dysfunction. *American Family Physician*, **2008**; 77(5):635-642.
54. **Goldstein I, Giraldi A, Kadioğlu A, Lusen HWV, Marson L, Nappi R.** Kadın Cinsel Fonksiyon Fizyolojisi ve Kadın Cinsel Disfonksiyonunun Fizyopatolojisi (Çulha M, Eryılmaz HY, Önem K, Çev.). İçinde Kadioğlu A, Usta MF, Semerci B, Aşçı R, Yaman Ö, Orhan İ. (Eds), Seksüel Tıp. İstanbul: İstanbul: Medikal Yayıncılık, **2006**:685-747.
55. **DeUgarte CM, Berman L, Berman J.** Female sexual dysfunction- from diagnosis to treatment. *Sexuality, Reproduction and Menopause*, **2004**; 2(3):139-145.
56. **Lowenstein L, Gruenwald I, Gartman I, Vardi Y.** Can stronger pelvic muscle floor improve sexual function? *The International Urogynecology Journal*, **2010**; 21(5):553-556.

57. **Önem K, Ahmedov G, Kadioğlu A.** Kadın Cinsel Fonksiyon Disfonksiyonunun Patofizyolojisi. İçinde Kadioğlu, Başar A, Semerci M, Orhan B, Aşçı İ, Yaman R. (Eds.), Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı, İstanbul: Türk Androloji Derneği Yayını; **2004**;620-629.
58. **Graziottin A, Dennerstein L, Alexander JL, Giraldi A, Whipple B.** Classification, Etiology, and Key Issues in Female Sexual Disorders. İçinde Porst, H. Ve Buvat, J. (Eds.), Standard Practice in Sexual Medicine. USA: Blackwell Publishing; **2006**; 305-314.
59. **Philips NA.** Female sexual dysfunction: evaluation and treatment. *American Family Physician*, **2000**; 62(1):127-136.
60. **Yadav J, Gennarelli L, Ratakonda U.** Female Sexuality and Common Sexual Dysfunctions: Evaluation and Management in A Primary Care Setting. Primary Care Update Ob/Gyns, **2001**; 8(1):5-11.
61. **Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E, et al.** Seksüel Disfonksiyonun Tanımı, Sınıflaması ve Epidemiyolojisi (Çayan S, Beji NK, Tek M. Çev.). İçinde Kadioğlu A, Usta MF, Semerci B, Aşçı R, Yaman Ö, Orhan G. (Eds), Seksüel Tıp. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; **2006**;37-72.
62. **Graziottin A.** Female sexual dysfunction. Fast Facts-Sexual Dysfunction, Chapter -1 (Ed: Plaut SM, Graziottin A, Heaton JP). Health Press Limited, London, **2004**;39-70.
63. **Basson R, Leiblum S, Brotto L, et al.** Revised Definitions of Women's Sexual Dysfunction. *J Sex Med.* **2004**; 1:40-48.
64. **Heaton JP.** Male sexual dysfunction. Fast Facts-Sexual Dysfunction, Chapter -5 (Ed: Plaut SM, Graziottin A, Heaton JP). Health Press Limited, London, **2004**; 71-98.
65. American Psychiatric Association-APA (2013). Highlights of Changes from DSM-IV TR to DSM-5.
66. **Bancroft J.** Human Sexuality and its Problems. 3th ed. USA, Churchill Livingstone, **2009**;303-338.
67. **Brassil DF, Keller M.** Female sexual dysfunction: definitions, causes and treatment. *Urologic Nursing*, **2002**; 22(4):237-244.
68. **İncesu C.** Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **2004**; 3-13.
69. **Gürsoy R, Nas T.** Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite. İçinde: Çağdaş Obstetrik ve Jinekolojik Teşhis ve Tedavi. Saraçoğlu F. Current Obstetrics and Gynecology, Diagnosis and Treatment, Miriam B, Rosenthal MD, Ralph C, Benson MD. 2.cilt Obstetrik ve Jinekolojinin Psikolojik Yönleri. Ed: Pernoll M. Çeviri Ed. Saraçoğlu, F, Çağdaş Obstetrik-Jinekolojik Teşhis ve Tedavi, İstanbul, Barış Kitabevi, **1994**;1283-1295.

70. Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği. <http://www.cised.org.tr/sayfa165.html#>. Erişim tarihi: 28 Haziran 2014.
71. **Boyacıoğlu G.** Kadın cinsel işlev bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, **1999**; 2: 54-59.
72. **Kulak H.** Cinsel İşlev Bozukluğu Görülen Kadınlarda Geçmiş Travmatik Deneyimler, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, **2006**.
73. **Akhan SE.** Pelvis Tabanı ve Cinsel Yaşam. Temel Ürojinekoloji (Ed: Yalçın Ö). Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, **2009**; 525-539.
74. **Meston CM, Derogatis LR.** Validated instruments for assessing female sexual function. *J Sex Marital Ther.* **2002**; 28(1):155-164.
75. **Mete S.** *Kadın ve Cinsellik*. İçinde: Kadın Sağlığı. 1. Baskı. Ed. Şirin A, Kavlak O. İstanbul: Bedray. **2008**;110-123
76. **Bergmark K, Lunqvist EA, Dickman PW, Henningsohn L.** Vaginal Changes and Sexuality in Women with a History of Cervical Cancer. *N Engl J Med*, **1999**; 340:1383-1389.
77. **Tangjitmaol S, Manusirivithaya S, Hanprasertpong J, Kasemsarn P, Soonthornthum T, Leelahakorn S, et al.** Sexual Dysfunction In Thai Women With Early-Stage Cervical Cancer After Radical Hysterectomy. *Int J Gynecol Cancer*, **2007**; 17:1104-1112.
78. **Pieterse QD, Maas CP, Ter Kuile MM, Lowik M, Van Eijkeren MA, Trimbos JBMZ, et al.** An Observational Longitudinal Study To Evaluate Miction, Defecation And Sexual Function After Radical Hysterectomy With Pelvic Lymphadenectomy For Early-Stage Cervical Cancer. *Int J Gynecol Cancer*, **2006**; 16:1119-1129.
79. **Taylor CLC, Engquist KB, Shinn EH, Bodurka DC.** Predaictors Of Sexual Functioning İn Overian Cancer Patients. *Journal Of Clinical Oncology*, **2004**; 22:881-889.
80. **Lmdau ST, Gavrilova N, Anderson D.** Sexual morbidity in very long term survivors of vaginal and cervical cancer: A comparison to national norms. *Gynecologic Oncology*, **2007**; 106:413-418.
81. **Krebs LU.** Sexual And Reproductive Dysfunction. In: Cancer Nursing: Principles And Practice. 6th Ed. Ed. Yarbro CH, GoodmanM, Fragge MH. Usa: Jones And Bartlett Publisher. **2005**; 841-869.
82. **Kylstra WA, Leenhouts GHMW, Everaerd W, Panneman MJM, Hahn DEE, Weijmar Schultz WCM, et al.** Sexual Outcomes Following Treatment For Early Stage Gynecological Cancer: A Prospective Multicenter Study. *Int J Gynecol Cancer*, **1999**; 9:387-395.

83. **Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al.** “The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment female sexual Function”, *J Sex Marital Ther* **2000**; 26:191-208.
84. **Wiegel M, Meston C, Rosen R.** The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-validation and Development of Clinical Cutoff Scores. *J Sex Marital Ther* **2005**; 31:1-20.
85. **Meston CM.** Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in Women with Female Orgasmic Disorder and in Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder. *J Sex Marital Ther* **2003**; 29:39-46.
86. **Aksakoğlu G.** Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Yayın Komisyonu Yayını; İzmir, **2001**.
87. **Demir Ö, Parlakay N, Gök G, Esen AA.** Hastane Çalışanı Bayanlarda Cinsel İşlev Bozukluğu. *Androloji* **2007**; 33(2):156-160.
88. **Berlit S, Tuschy B, Wuhler A, Jürgens S, Buchweitz O, Kircher AT, et al.** Sexual functioning after total versus subtotal laparoscopic hysterectomy. *Arch Gynecol Obstet.* **2018**; 298(2):337-344.
89. **Pouwels NS, Brito LG, Einarsson JI, Goggins ER, Wang KC, Cohen SL.** Cervix removal at the time of hysterectomy: factors affecting patients’ choice and effect on subsequent sexual function. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* **2015**; 195:67-71.
90. **Radosa JC, Meyberg-Solomayer G, Kastl C, Radosa CG, Mavrova R, Gräber S, et al.** Influences of different hysterectomy techniques on patients’ postoperative sexual function and quality of life. *J Sex Med.* **2014**; 11(9):2342-50.
91. **Song T, Choi CH, Lee YY, Kim TJ, Lee JW, Kim BG, et al.** Sexual Function after Surgery for Early-Stage Cervical Cancer: Is There a Difference in It According to the Extent of Surgical Radicality? *J Sex Med* **2012**; 9:1697-1704.
92. **Yaralı S.** Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ve Cinsel Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Erzurum, **2013**.
93. **Kolotkin RL, Binks M, Crosby RD, Ostbye T, Gres EG, Adams DT.** Obesity and sexual quality of life. *Obesity Surgery*, **2006**; 472-47.
94. **Çamcı G, Can G.** Akut Miyokard Enfektüsü Sonrası Kadınlarda Cinsel Yaşam. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **2014**; 11(2):38-44.
95. **Zhou W, Yang X, Dai Y, Wu Q, He1 G, Yin G.** Survey of cervical cancer survivors regarding quality of life and sexual function. *J Cancer Res Ther.* **2016**; 12(2):938-44.

8. EKLER

8.1. EK 1. KADIN CİNSEL FONKSİYON ÖLÇEĞİ

- **Cinsel aktivite:** Cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin dâhil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler.
- **Cinsel ilişki:** Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi (sertleşmiş kamışın/erkeklik organının kadının haznesine girmesi)
- **Cinsel uyarılma:** Sevişme, şehvet duygu ve düşüncelerin belirmesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar
- **Orgazm:** Bızır, hazne, rahim, makat ve alt karın ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması.

Tüm sorularda yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.

1. Son 4 hafta içinde, ne sıklıkta cinsel istek duyduunuz?

- ☐ 5=Hemen hemen her zaman
- ☐ 4=Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ 3=Bazen (15 günde)
- ☐ 2=Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ 1=Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

2. Son 4 hafta içinde, cinsel istek veya ilgi düzeyinizi (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz?

- ☐ 5=Çok yüksek
- ☐ 4=Yüksek
- ☐ 3=Orta
- ☐ 2=Düşük
- ☐ 1=Çok düşük veya hiç

3. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında ne sıklıkta uyarıldığınızı hissettiniz?

- ☐ 0=Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ 5=Hemen hemen her zaman
- ☐ 4=Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ 3=Bazen (15 günde)
- ☐ 2=Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ 1=Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

4. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasındaki uyarılma düzeyinizi nasıl derecelendirirsiniz?

- ☐ 0=Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ 5=Çok yüksek
- ☐ 4=Yüksek
- ☐ 3=Orta
- ☐ 2=Düşük
- ☐ 1=Çok düşük veya hiç

5. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında cinsel bakımdan uyarılacağınızdan ne derecede emindiniz?**

- ☐ 0=Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ 5=Çok emindim
- ☐ 4=Emindim
- ☐ 3=Oldukça emindim
- ☐ 2=Az emindim
- ☐ 1=Çok az / hiç emin değildim

6. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında uyarılma durumunuz sizin için ne sıklıkta tatminkârdı?**

- ☐ 0=Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ 5=Hemen hemen her zaman
- ☐ 4=Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ 3=Bazen (15 günde)
- ☐ 2=Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ 1=Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

7. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında hazneniz ne sıklıkla ıslandı / kayganlaştı?**

- ☐ 0=Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ 5=Hemen hemen her zaman
- ☐ 4=Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ 3=Bazen (15 günde)
- ☐ 2=Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ 1=Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

8. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında haznenizin ıslanması / kayganlaşmasındaki zorluk derecesi nasıldı?**

- ☐ 0=Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ 1=Çok çok zor veya imkânsızdı
- ☐ 2=Çok zordu
- ☐ 3=Zordu
- ☐ 4=Biraz zordu
- ☐ 5=Hiç zorluk çekmedim

9. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz bitene kadar cinsel organınızın ıslaklığını / kayganlığını ne sıklıkta koruyabildiniz?**

- ☐ 0=Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ 5=Hemen hemen her zaman
- ☐ 4=Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ 3=Bazen (15 günde)
- ☐ 2=Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ 1=Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

10. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz bitene kadar haznenizin ıslaklığını / kayganlığını koruyabilme zorluğunuzun sıklığı neydi?**

- ☐ 0=Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ 1=Hemen hemen her zaman
- ☐ 2=Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ 3=Bazen (15 günde)
- ☐ 4=Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ 5=Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

11. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişkide** ne sıklıkta orgazm**** oldunuz?**

- ☐ 0=Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ 5=Hemen hemen her zaman
- ☐ 4=Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ 3=Bazen (15 günde)
- ☐ 2=Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ 1=Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

12. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişki** sırasında orgazma**** ulaşmak sizin için ne kadar zordu?**

- ☐ 0=Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ 1=Çok çok zordu / imkânsızdı
- ☐ 2=Çok zordu
- ☐ 3=Zordu
- ☐ 4=Biraz zordu
- ☐ 5=Hiç zorluk çekmedim

13. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişki** sırasında orgazma**** ulaşmanız ne kadar tatminkârdı?**

- ☐ 0=Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ 5=Çok tatminkârdı
- ☐ 4=Genellikle tatminkârdı
- ☐ 3=Yarisında tatminkârdı, yarisında tatminkâr değildi
- ☐ 2=Genellikle tatminkâr değildi
- ☐ 1=Hiç tatminkâr değildi

14. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz sırasında siz ve eşiniz arasındaki duygusal yakınlık ne kadar tatminkârdı?**

- ☐ 0=Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ 5=Çok tatminkârdı
- ☐ 4=Genellikle tatminkârdı
- ☐ 3=Yarisında tatminkârdı, yarisında tatminkâr değildi
- ☐ 2=Genellikle tatminkâr değildi
- ☐ 1=Hiç tatminkâr değildi

15. Son 4 hafta içinde, eşinizle cinsel ilişkiniz sizin için ne kadar tatminkârdı?**

- ☐ 0=Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ 5=Çok tatminkârdı
- ☐ 4=Genellikle tatminkârdı
- ☐ 3=Yarısında tatminkârdı, yarısında tatminkâr değildi
- ☐ 2=Genellikle tatminkâr değildi
- ☐ 1=Hiç tatminkâr değildi

16. Son 4 hafta içinde, genel olarak cinsel hayatınız sizin için ne kadar tatminkârdı?

- ☐ 0=Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ 5=Çok tatminkârdı
- ☐ 4=Genellikle tatminkârdı
- ☐ 3=Yarısında tatminkârdı, yarısında tatminkâr değildi
- ☐ 2=Genellikle tatminkâr değildi
- ☐ 1=Hiç tatminkâr değildi

17. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize giriş sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

- ☐ 0=Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ 1=Hemen hemen her zaman
- ☐ 2=Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ 3=Bazen (15 günde)
- ☐ 4=Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ 5=Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

18. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize girişten sonra ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

- ☐ 0=Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ 1=Hemen hemen her zaman
- ☐ 2=Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ 3=Bazen (15 günde)
- ☐ 4=Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ 5=Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

19. Son 4 hafta içindeki, hazneye giriş sırasında veya sonrasında duyduğunuz ağrı / rahatsızlığın derecesini nasıl değerlendirirsiniz?

- ☐ 0=Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ 1=Çok yüksek
- ☐ 2=Yüksek
- ☐ 3=Orta
- ☐ 4=Düşük
- ☐ 5=Çok düşük veya hiç

8.2. EK 2. ‘SERVİKAL KONİZASYON İŞLEMİNİN KADIN CİNSEL FONKSİYONLARI ÜZERİNE ETKİSİ’ ÇALIŞMA FORMU

Hasta Adı: Telefon TARİH:

Yaş:

Boy:

Kilo:

Özgeçmiş: G; P; A: Y:

Ek Hastalık;

Ameliyat;

Gebelik planlaması (DKY): Yok () Var ()

OKS

BTL

RIA

Diğer

Eğitim Durumu: Okur-yazar değil () İlkokul () Ortaokul ()
Lise () Üniversite ()

İşlemi öncesi üriner sistem yakınması: Yok () Dizüri:
Urgency: Frequency:
İşlem öncesi Kronik pelvik ağrı öyküsü Var () Yok ()

İşlemi öncesi FSFI skoru:

Servikal biopsi sonucu:

KONİZASYON İŞLEMİ TARİHİ:

Komplikasyon Olmadı ()

Komplikasyon oldu ():

İşlem sonrası hastanın değerlendirildiği TARİH:

Konizasyon işlemi sonrası üriner sistem yakınması: Yok () Dizüri:
Urgency: Frequency:
İşlem sonrası pelvik ağrı Var () Yok ()

Konizasyon işlemi sonrası FSFI skoru:

Çalışma ile ilgili bilgi verildi. Kendi isteğim ile çalışmaya katılmak istiyorum.

İmza:

9. ÖZGEÇMİŞ

1. Adı Soyadı : Hüseyin KILIÇ
2. Doğum Yeri ve Tarihi : Sarız / 22.01.1987
3. Ünvanı : Araştırma Görevlisi Doktor
4. Yabancı Dili : İngilizce
5. İletişim : 05532791799

6. Öğrenim Durumu

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Tıp	Çukurova Üniversitesi	2005-2012
Tıpta Uzmanlık	Tıp	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	2014-2018

7. Çalıştığı Kurumlar

Görev Ünvanı	Görev Yeri	Yıl
Pratisyen hekim	Tatvan Devlet Hastanesi	2012-2014
Araştırma Görevlisi	Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı	2014-2018