

Geriatric Hastalarda Jinekolojik Sorunlar

Veli Mihmanlı, İlkbal Temel Yüksel

SB Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

ÖZET

Dünyada yaşlı nüfusun artmasının sonucu olarak jinekolojik sorunlarla başvuran yaşlı hasta sayısında da artış gözlenmektedir. Yaşlı hastalarda önemli morbidite nedenleri olan jinekolojik kanserler, vulvar distrofiler, pelvik organ prolapsusu ve postmenopozal osteoporozun erken tanınması ve tedavide uygun stratejilerin saptanması önemlidir.

Anahtar kelimeler: jinekolojik kanser, vulvar distrofi, pelvik organ prolapsusu

SUMMARY

Gynecologic Problems in Geriatric Patients

Due to the global increase in old-age population, there is an increase in the number of elderly women searching care for their gynecologic problems. Early diagnosis modalities and proper treatment strategies should be established for this group concerning gynecologic cancers, vulvar dystrophies, pelvic organ prolapsus and postmenopausal osteoporosis, all of which cause significant morbidity in these old-age women.

Key words: gynecologic cancer, vulvar dystrophy, pelvic organ prolapse

Yaşlanma ile ortaya çıkan doku değişiklikleri genitouriner organların yapı ve fonksiyonlarını olumsuz şekilde etkiler. Genitouriner organlarda ortaya çıkan değişiklikler yalnızca yaşın ilerlemesine değil özellikle doğum ve menopoz gibi faktörlere de bağlıdır. Yaşlılıkta genitouriner sisteme bağlı değişiklikler ve bu değişikliklerin neden olduğu jinekolojik sorunlar Tablo 1’de gösterilmiştir ⁽¹⁾.

Jinekolojik sorunların hemen hepsi bu yaş grubunda görülebilmeye rağmen, özellikle jinekolojik kanserler, vulvar distrofiler ve ürogenital atrofi önde gelen morbidite nedenleridir ⁽²⁾.

I-JİNEKOLOJİK KANSERLER

Günümüzde hemen bütün ülkelerde jinekolojik kanserler önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olarak gözlenmektedir. Jinekolojik kanserlerden korunma ve tedavide uygun stratejilerin saptanması önemlidir ⁽³⁾.

Alexander ve ark. ⁽⁴⁾ yayınladıkları çalışmalarında, 75 yaş üzerinde 114 hastayı jinekolojik kanser nedeniyle opere ettiklerini, bunların % 36’sının endometrial kanser, % 25’inin servikal kanser, % 19’unun vulvar

kanser, % 12’sinin over kanseri ve % 7’sinin de vajinal kanser olduğunu bildirmişlerdir. Kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyon ile diyabetes mellitusun bu grup hastalarda en yaygın medikal sorunlar olduğunu belirtmişlerdir.

Hastanın yaşı jinekolojik kanserli hastaların cerrahi tedavisi için tek başına kontrendikasyon oluşturmalıdır. Çoğunlukla yaşlı hastalar radikal ve geniş sitoredüktif operasyonlara daha genç hastalar gibi dayanabilirler. Fakat radyoterapi ve agresif kemoterapi rejimlerini daha zor tolere edebilirler ^(5,6).

Serviks kanseri

Serviks kanseri dünyada en yaygın jinekolojik kanser olup tüm kadın kanserlerinin % 10’undan sorumludur. Gelişmiş ülkelerde ise endometrium kanserinden sonra ikinci sıklıkta görülür. Serviks kanseri için major risk faktörleri şunlardır.

1. HPV enfeksiyonu
2. Erken yaşta ilk cinsel ilişki
3. Multipl seksüel partner
4. Yüksek parite

Alındığı Tarih: Kasım 2013

Kabul Tarihi: Aralık 2013

Yazışma adresi: Dr. Veli Mihmanlı, SB Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Şişli-İstanbul
e-posta: velimihmanli@yahoo.com

Tablo 1. Yaşlılıkta genitouriner değişiklikler ve olası jinekolojik sorunlar.

Etkilenen Organ	Değişiklikler	Olası Sorunlar
Vulva (dış genital bölge)	<ul style="list-style-type: none"> Histolojik olarak epidermis ve dermis incelenir. Yağ dokusu ve elastik dokuda azalma olur. Labiumlar ve tüm vulva küçülür ve cilt incilir, vulvar atrofi görülür; pubik kıllar azalır, bartolin bezi salgısı azalır. 	<ul style="list-style-type: none"> Skvamöz Hücreli Hiperplazi Liken Skleroz Vulvar Ağrı Sendromu (Vulvodinia)
Vajina	<ul style="list-style-type: none"> Perivajinal dokudaki değişikliklere bağlı olarak vajen kısalır, daralır ve esnekliği azalır. Laktobasiller azalır ve laktik asit yapımı azalarak vajinal pH alkali yönünde değişir. Vajina, pH'daki değişime bağlı olarak bakteriyel patojenlerle kolonize olur. 	<ul style="list-style-type: none"> Disparonia Bakteriyel Vajinozis (atrofik vajinit)
Serviks	<ul style="list-style-type: none"> Atrofiye uğrar, servikal kanal daralır, internal osta stenoz gelişir, glandlarda inaktivasyon sonucu mukus salgısı azalır. Serviksin skuamöz epiteli incilir. Erozyon, ülser ve travma gibi servikal lezyonlara açık hale gelir. 	<ul style="list-style-type: none"> Disparonia Servikal Kanseri
Uterus	<ul style="list-style-type: none"> Uterus küçülür, endometrium incilir ve bazal tabaka ile fonksiyonel tabaka arasındaki mesafe kaybolur. İnfeksiyona direnç azalır. Endometriumun damarlanması azalır, endometrial atrofi görülür. 	<ul style="list-style-type: none"> Endometrit Post Menopozal Kanama
Overler	<ul style="list-style-type: none"> Overler küçülür; over fibrotik, gri renkli, buruşuk yüzeylidir. 	<ul style="list-style-type: none"> İnklüzyon Kistleri
Mesane ve Üretra	<ul style="list-style-type: none"> Mesane ve üretranın epiteli incilir, üretrada atrofik epitelyal değişiklikler görülür. Pelvik taban kasları ve üretral sfinkterler zayıflar. 	<ul style="list-style-type: none"> Üriner İnkontinans Pelvik Organ Prolapsusu

5. Sigara kullanımı

6. Düşük sosyoekonomik seviye

7. Yüksek riskli erkek partner

En sık görülen serviks kanseri tipi skuamöz hücreli karsinomdur. İkinci sıklıkta adenokarsinomlar görülür. Serviks kanserinde yayılım sıklıkla direkt veya lenfatik yayılım şeklindedir. Direkt invazyon ile parametrium boyunca lateral olarak, yukarı uterin korpusa doğru veya aşağı vajene doğru bir yayılım gösterebilir. Parametrium invazyonu nedeniyle üretelerinin tutulumuna bağlı hidroüreteronefroz sık görülür ve önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir ⁽⁷⁾.

Vajinal kanama ve kötü kokulu akıntı en sık görülen semptomlardır. Gözükten bir tümör varsa serviks biyopsisi tanı için yeterlidir. Kolposkop, biyopsi alınacak bölgeyi belirlemede yardımcı olur. Serviks kanserinin evrelemesi klinik evreleme olup FIGO (International Federation Gynecology and Obstetrics) tarafından kabul edilen sınıflandırma kullanılmaktadır. Diğer kanser tedavilerinde olduğu gibi servikal kanser tedavisinde de amaç hem primer lezyonu hem

de potansiyel yayılım alanlarını tedavi etmektir. Ana tedavi modaliteleri cerrahi ve radyoterapidir. Radyasyon tedavisi bütün evrelerde kullanılabilir fakat cerrahi tedavi yalnızca Evre I ve II'de önerilmektedir ⁽⁸⁾.

Endometrium kanseri

Endometrium kanseri ABD ve gelişmiş Avrupa ülkelerinde meme, akciğer ve kolorektal kanserlerden sonra en sık görülen kanserdir ve yaşam boyu endometrium kanseri gelişme olasılığı % 2.6'dır. Türkiye'de endometrium kanseri meme, cild ve tiroid kanserinden sonra en sık görülen dördüncü kanserdir ⁽⁹⁾.

Endometrium kanseri insidansı 45 yaşından sonra hızla artarak 75 yaşında en yüksek seviyeye çıkar. Endometrium kanseri esas olarak postmenopozal dönem hastalığıdır, yalnızca % 25 hasta premenopozal dönemde tanı alır. Endometrium kanseri için en önemli konstitüsyonel risk faktörleri şunlardır:

1. Obesite
2. Nulliparite
3. Geç menopoz

4. Hipertansiyon
5. Diyabetes Mellitus

Endometrium kanserinde en sık ve genellikle de tek semptom vajinal kanamadır. Postmenopozal dönemde görülen vajinal kanama durumunda % 15 kadar hastada neden endometrial kanserdir. Tanı sıklıkla kanama nedeni ile yapılan dilatasyon ve küretaj ile konur. En sık görülen endometrium kanseri alt tipi endometrioid tip adenokarsinomdur. Endometrium kanseri için spesifik bir muayene bulgusu yoktur ve primer tedavi şekli cerrahidir. Günümüzde kullanılan evrelemesi de cerrahi evrelemedir. Endometrium kanseri için prognozu etkileyen en önemli faktörler; yaş, histolojik tip ve grade, myometrial invazyonun derinliği, lenfovasküler aralık ve lenf nodu tutulumu, peritoneal sitoloji ve tümör boyutudur ⁽¹⁰⁾.

Over kanseri

Over kanseri kadınlarda görülen kanserlerin %3-4'ünü oluşturur. Jinekolojik kanserler arasında ölüme en sık neden olur ve kadınlarda kansere bağlı ölümlerin dördüncü en sık nedenidir. Over kanseri postmenopozal dönemdeki kadınların hastalığıdır, en sık 65-74 yaşları arasında görülür. Over kanseri kaynaklandığı hücre tipine göre histopatolojik olarak epitelyal, germ hücreli, seks kord/stromal ve metastatik olabilir. Over kanseri tipik olarak herhangi bir uyarıcı bulgu veya semptom olmaksızın sinsiçe başlar. Tümör batin boşluğuna iyice yayılana kadar hastalık hafif semptomlarla seyreder. Asit sonucunda ortaya çıkan abdominal distansiyon genellikle ileri evre hastalığın belirtisidir. Ultrasonografik değerlendirme ile over tümörlerinin büyük kısmı tespit edilebilse de spesifitesi düşüktür. Epitelyal over kanserinde en iyi tümör belirteci Kanseri Antijeni 125 (CA-125)'tir. Over kanserinin tedavisinde, hücre tipi ve ve hastalığın evresinden bağımsız olarak cerrahi çok önemli bir yer tutar. Tümör yükünü azaltmak ve yayılımın derecesini belirlemek için cerrahi evreleme yapılmalıdır. Eşlik eden metastatik tümör ile birlikte primer tümörün çıkarılması tümör küçültme veya sitoredüktif cerrahi olarak adlandırılır. Over kanserli hastalarda prognoz, öncelikle hastalığın evresi ile ilişkilidir. Evre I'de beş yıllık sağkalım oranı % 76-93 iken, Evre IV hastalıkta % 5-11 arasındadır ⁽¹¹⁾.

Vulva kanseri

Genital kanserler sıralamasında serviks, over ve endometriumdan sonra gelir. En sıklıkla labium majus daha sonra sırasıyla labium minus, klitoris ve diğer kısımlarda yerleşir. Olguların % 90'ında vulvar kaşıntı ile beraber gözle görülür bir lezyon vardır. Tedavi cerrahi ve radyoterapidir. Tedaviyi yönlendiren en önemli faktör hasalığın evresidir ⁽¹²⁾.

Vajen kanseri

Primer vajen kanserleri kadın genital sisteminin en nadir görülen tümörleridir. Sekonder vajen kanserleri primer tümörlerden iki kat fazla görülür ve daha çok serviks ve vulva kanserlerinin metastazı şeklindedir ⁽¹³⁾.

II-VULVAR DİSTROFİLER

Yaşlanma ve uzun süreli östrojen eksikliği, derinin bariyer savunma mekanizmalarını bozar. Vulvada mikroplara ve allerjenlere karşı oluşan immün yanıt küntleşir, mekanik travmaya ve kimyasal irritasyonlara karşı duyarlılık artar ⁽¹⁴⁾. Vulvada kaşıntı kadınlar için rahatsız edici bir semptomdur ve sıklıkla etiolojisinde diyabetes mellitus, mantar hastalıkları ve özellikle yaşlı hastalarda vulvar distrofiler vardır. Vulvar distrofilerin kansere ilerlemediği görüşü hâkimdir, ancak literatürde % 1-5 oranında vulva kanseri ile birlikte görüldüğü bildirilmiştir ⁽²⁾. Vulvar distrofi postmenopozal kadınlarda rahatsız edici ve nispeten sık görülen bir durumdur. Vulvar distrofilili hastalar ilk görüldüğü anda ve tedavi süresince dikkatlice değerlendirilmeli, biyopsi ile malignite ekarte edilmelidir ⁽¹⁵⁾. International Society for The Study of Vulvar Disease (ISSVD) tanı ve tedavide karşılaşılan zorlukları azaltmak için yeni bir sınıflama yaparak non-neoplastik intraepitelyal vulva hastalıklarını skuamöz hücre hiperplazisi, liken sklerozis ve diğer dermatozlar olarak üç grupta toplamıştır ⁽¹⁶⁾.

Liken sklerozis

Vulva derisinin ince bir görünüm aldığı, siddetli vulvar kaşıntı ve irritasyon ile semptom veren bir lezyondur. Kolayca tahriş olabilir ve kanamalara yol açabilir. Tanıda gözlem önemli bir yer tutsa da biopsi ile tanının doğrulanması gereklidir. Sıklıkla postmenopozal dönemde görülür. Gerçek nedeni tam olarak

açıklanabilmiş değildir. Tedavide topikal kortikosteroidler, sıklıkla Clobetasol kullanılır ⁽¹⁷⁾.

Skvamöz hücre hiperplazisi

Vulva derisinin normalde olması gerekenden daha kalındır. Kalınlaşmaya şiddetli kaşıntı ve yanma hissi eşlik eder. İntrensek ve ekstrensek bir çok nedene bağlı olarak oluşan kronik irritasyona karşı gelişen inflamatuvar ve hiperplastik bir yanıttır. Genellikle bu hastalar standart antifungal tedavinin uygulandığı ve yanıt alınmadığı hasta grubundadırlar. Kesin tanı biyopsi ile histopatolojik olarak konur. Mikroskopik olarak klasik triad hiperkeratoz, parakeratoz ve akantozis olarak tanımlanır. Tedavide topikal steroidler kullanılır ⁽¹⁷⁾.

Ayhan ve ark. ⁽¹⁸⁾, vulvar distrofi 285 hastayı tedavi etmişler ve skuamöz hiperplazili hastalarda topikal kortikosteroid, liken sklerozili hastalarda testesteron tedavisi ile semptomatik iyileşme sağladıklarını bildirmişlerdir.

Diğer dermatozlar

Primer irritan dermatitler, allerjik dermatitler, sebo-reik dermatitler, psoriasis, Behçet Hastalığı vulvar dermatozlar olarak adlandırılmaktadır. Yanma ve kaşıntı en sık görülen belirtilerdir. Parfümlü sabunlar, vajinal spreyleyler, pedler ve idrar, vulvanın yeterince havalanmaması ve giyisilerin sürtünmesi hazırlayıcı faktörlerdir ⁽¹⁶⁾.

III-ÜROGENİTALATROFİ VE PELVİK ORGAN PROLAPSUSU

Menopozdan sonra oluşan hipoöstrojenik ortama bağlı olarak ileri yaşlarda, vajinal mukozal yüzeylerde ve üriner sistem epitelinde atrofi görülür. Ürogenital atrofi sonucunda da vajinit, pruritis, dispareni, vajinal stenoz, inkontinans ve yineleyen üriner infeksiyonlar ortaya çıkar ⁽¹⁹⁾. Pelvik taban disfonksiyonu yaşlı kadınların önemli bir sağlık sorunudur ve bunların % 11.1'i yaşamları boyunca en az bir kez bu nedenle operasyon geçirirler ⁽²⁰⁾.

Pelvik organ prolapsusu (POP), pelvis tabanı yetmezliği sonucu gelişen klinik patolojiler grubudur. Pelvis tabanı yetmezliği, önde üretra ve idrar kesesi, ortada

uterus ve vajına, arkada rektumun buldukları yerden daha aşağıya inmesine neden olmaktadır. Pelvic organ prolapsusunda rol oynayan faktörler şu şekilde sıralanabilir ⁽²¹⁾:

- 1-Yaş
- 2-Menopoz
- 3-Kronik konstipasyon
- 4-Kronik obstruktif akciğer hastalıkları
- 5-Sigara
- 6-Gebelik ve doğum
- 7-Radikal pelvik cerrahi
- 8-Pelvik radioterapi
- 9-Travmalar

Pelvik organ prolapsusuna sahip semptomatik hastalar cerrahi olarak tedavi edilirler. Cerrahi yapılamayan olgularda konservatif tedavi yöntemleri kullanılabilir. Bunlar pelvik kas egzersizleri ve peser kullanımınıdır ⁽²²⁾.

IV-OSTEOPOROZ

Postmenopozal osteoporoz sıklıkla kırıklar oluşuncaya kadar tanınmayan kemiklerin sessiz bir hastalığıdır. Riskli postmenopozal kadınlar ile 65 yaş ve üzerindeki rutine kemik dansite ölçümü yapılması önerilir. Osteoporoz tedavisinde bifosfonatlar, raloksifen ve hormon replasman tedavisi kemik kaybı ve kırıklarını önlemek için kullanılmaktadır ⁽²³⁾.

Sonuç olarak, yaşlı hastalarda önemli morbidite sebepleri olan jinekolojik kanserler, vulvar distrofiler, pelvik organ prolapsusu ve postmenopozal osteoporozun erken tanınması ve uygun tedavisi çok önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Abalı S, Şahin NH, Yaşlılıkta jinekolojik sorunlar ve hemşirelik girişimleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2010; 7: 10-19.
2. Gürkan T, Tuncer ZS. Yaşlanan kadın ve jinekolojik sorunlar. *Geriatry* 2000; 3: 107-118.
3. Bilir N, Çakır B. Dünyada jinekolojik kanserlerin epidemiyolojisi. In: Ayhan A, Dursun P, Gültekin M, Taşkiran Ç. *Jinekolojik Onkoloji*. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevi; 2013, 25-35. PMID:24006912 PMCID:PMC3846744
4. Alexander WK, Julie SF, Kenneth DW. Gynecologic cancer in the very elderly. *Gynecol Oncol* 1989; 32: 49-54. [http://dx.doi.org/10.1016/0090-8258\(89\)90849-4](http://dx.doi.org/10.1016/0090-8258(89)90849-4)
5. Ben-ami I, Vaknin Z, Schneider D, Halperin R. Perioperative morbidity of gynecological oncologic surgery in elderly women. *Int J Gynecol Cancer* 2006; 16: 452-457. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1438.2006.00478.x>

- PMid:16445678
6. Lawton HG, Hacker NF. Surgery for invasive gynecologic cancer in the elderly female population. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 287-289. PMid:2371032
 7. Ayhan A, Başaran M. İnvaziv serviks kanserleri. In: Beksaç MS. Jinekoloji; Üreme endokrinolojisi & İnfertilite ve Jinekolojik onkoloji. Medical Network; 2006, 1360-1378.
 8. Ayhan A, Karaman D. Serviks kanserleri In : Güner H. Pratik jinekolojik onkoloji. Nobel Tıp Kitabevleri 1997, 243-281.
 9. Berkman S. İleri Evre Endometrium Kanserinde Cerrahi. In: Ayhan A, Dursun P, Gültekin M, Taşkiran Ç. Jinekolojik Onkoloji. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevi 2013, 417-427.
 10. Ayhan A, Başaran M. Endometrium kanseri. In: Beksaç MS. Jinekoloji; Üreme endokrinolojisi & İnfertilite ve Jinekolojik onkoloji. Medical Network 2006, 1385-1402.
 11. Arvas M. Tuba uterina ve overlerin premalign ve malign lezyonları. In: Tıraş MB. Güncel Obstetrik ve Jinekoloji Tanı ve Tedavi. Güneş Tıp Kitabevi 2010, 871-884.
 12. Altıntaş A. Vulva kanserleri. In: Beksaç MS. Jinekoloji; Üreme endokrinolojisi & İnfertilite ve Jinekolojik onkoloji. Medical Network 2006, 1294-1305.
 13. Yüce K. Endometrium kanseri. In: Beksaç MS. Jinekoloji; Üreme endokrinolojisi & İnfertilite ve Jinekolojik onkoloji. Medical Network 2006, 1306-1316.
 14. Summers PR, Hunn J. Unique dermatologic aspects of the postmenopausal vulva. *Clin Obstet Gynecol* 2007; 50: 745-751. <http://dx.doi.org/10.1097/GRF.0b013e3180db96ae> PMid:17762422
 15. Soper JT, Creasman WT. Vulvar Dystrophies. *Clin Obstet Gynecol* 1986; 29: 431-439. <http://dx.doi.org/10.1097/00003081-198606000-00023> PMid:3720066
 16. Oran NT, Öztürk H. Yaşlanma İle Birlikte Sık Görülen ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Vulva Problemleri. *Türk Geriatri Dergisi* 2004; 7: 237-240.
 17. Altunyurt S. Vulva hastalıkları: Vulvar distrofiler ve diğerleri. In: Beksaç MS. Jinekoloji; üreme endokrinolojisi & İnfertilite ve Jinekolojik onkoloji. Medical Network 2006, 610-615.
 18. Ayhan A, Tuncer ZS, Kaya H. Vulvar Dystrophy: An evaluation of 285 cases. *Eur J Gynaecol Oncol* 1997; 18: 139-140. PMid:9105866
 19. Raz R, Stamm WE. A Controlled trial of intravaginal estriol in postmenopausal women with recurrent urinary tract infections. *N Engl J Med* 1993; 329: 753-756. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199309093291102> PMid:8350884
 20. Olsen AL, Smith WJ, Bengstrom JO, Coling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 501-506. [http://dx.doi.org/10.1016/S0029-7844\(97\)00058-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0029-7844(97)00058-6)
 21. Yalçın Ö. Pelvik organ prolapsusu, etyoloji ve fizyopatoloji. In: Güner H. Ürojinekoloji ve pelvik rekonstrüktif cerrahi. Güneş Tıp Kitabevleri 2008, 43-47.
 22. Güven S, Güven SE, Beksaç MS. Pelvik relaksasyon. In: Beksaç MS. Jinekoloji; Üreme endokrinolojisi & İnfertilite ve jinekolojik onkoloji. Medical Network 2006, 425-441.
 23. Pinkerton JV, Thomas S, Dalkin AC. Osteoporosis treatment and prevention for postmenopausal women: current and future therapeutic options. *Clin Obstet Gynecol* 2013; 56: 711-721. <http://dx.doi.org/10.1097/GRF.0b013e3182a9fb02> PMid:24100598