

Resim 2 : CLUE-CELL PAPx250

kokusunun alınması

3. Taze preparatlarda; clue-cell saptanması

4. Vaginal pH'nin 4.5'ten yüksek bulunması

gerekmekte, bu 4 parametreden 3'nün pozitif olması bakteriyel vaginit tanısını sağlar (1,3,4).

İnce homojen akıntı:

Bakteriyel vaginit'te akıntı ön ve yan duvarlara sıvanmış olarak gözlenir. Artmış fizyolojik akıntı [mucorrhœa] gibi topaklanma göstermez. Sulu kıvamdadır. Vagen duvarları olağan görünümde olup, eritematöz görüldüğü de Candidiasis'i, çilek görünümünde ise Trichomonas'ı düşündürmelidir (7).

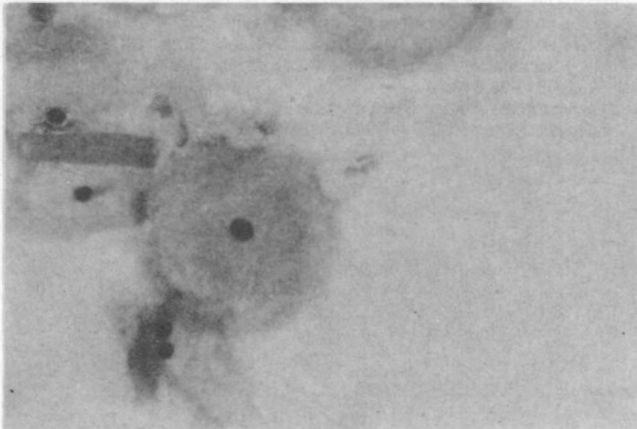
% 10 KOH damlatılmasıyla amin

kokusunun alınması:

Balıksı-amin kokusunun alınması; vaginal florada bakterilerin oluşturduğu kompleks metabolizmalar sonucunda açığa çıkan "amin" lere bağlıdır (8). Bu koku trichomoniasis de alınabilirse de candidiasis ve mucorrhœa'da alınmaz (1,7). Vaginal florada açığa çıkan aminlerin karsinojen nitrozaminlere dönüşebildiği ve bunun da servikal karsinoma yol açabildiği öne sürülmektedir (6,9).

pH:

Gardner ve Duker bakteriyel vaginit olgularında; pH yüksekliğinin değişmez bir parametre olduğunu belirtmekte-



Resim 2 : CLUE-CELL PAPx250

TABLO 1 : GRAM BOYAMA KRİTERLERİNE GÖRE BAKTERİYEL VAGİNİT TANISI KONULAN OLGULARIN KLİNİK BULGULARA GÖRE DAĞILIMI [TP: GERÇEK POZİTİF TN: GERÇEK NEGATİF FN: YANLIŞ NEGATİF FP: YANLIŞ POZİTİF]

	n=	TP	FN	TN	FP
AKINTI	118	64	12	56	54
pH	118	73	3	35	75
% 10 KOH	49	39	37	100	10
Clue-Cell	57	44	32	97	13

TABLO 2 : CLUE-CELL POZİTİF OLAN OLGULARIN GRAM BOYAMA KRİTERLERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI [N=186] [PPV: POZİTİF SONUÇLARI TAHMİN DEĞERİ, NPV: NEGATİF SONUÇLARI TAHMİN DEĞERİ]

SENSİTİVİTE	% 57.8
SPESİFİTE	% 88.0
PPV	% 77.2
NPV	% 75.2

dirler (2,8,10). Vaginal pH'nin 4.5'ten yüksek değerler göstermesi spesifik bir bulgu olmaktan uzaktır (1,4). Olağan vaginal floraya sahip olguların çoğunda pH: 4.5'ten yüksektir. Bununla birlikte; bakteriyel vaginiti olan olguların hiçbirinde pH olağan sınırlarda değildir (4,7).

Bakteriyel vaginit ile beraber servisit, trichomonas olgularında da vaginal pH yükselir (3).

Clue-cell:

Gardner ve Duker; sayısız küçük bakteri ile kaplanmış vagen epitel hücrelerine "**clue-cell**" adını vermiştir (1,3,4,6). Bu yazarlar tarafından sadece G. vaginalis'e özgün olduğu bildirilmişse de günümüzde bu görünümü çok çeşitli anaerobların da gerçekleştirebileceği gösterilmiştir (10).

Taze preparatlarda; clue-cell saptanmasının değeri büyüktür, clue-cell oldukça kesin ve spesifik tanı sağlar (2,8). Bazı araştırmacılar, clue-cell'in Pap boyalı smearlerde daha kolay ve net izlenebildiğini, bazıları da gram boyama kriterleri ile clue-cell saptanmasının daha güvenilir ve mutlak gram boyası ile teyid edilmesi gerekliliğini savunmaktadır (2,5).

Bunun nedeni de clue-cell saptanmasının gözlemcinin yetkinliğine bağlı olmasından kaynaklanmaktadır (3,4,7).

MATERYAL-METOD

Çalışmamıza; Ocak 1993 ile Nisan 1993 tarihleri arasında SSK Ege Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Jinekoloji Polikliniğine; vaginal akıntı yakınması ile başvuran olgular dahil edilmiştir. Vaginal akıntı yakınması olan olgular arasından; 16-50 yaş grubu, aktif menstrüasyon gören, son 3 hafta içerisinde antibiyotik kullanmamış olanlar seçilmiştir. Histerektomi geçirmiş, fizik-mental yetersiz, ilaç kullanmış,

TABLO 3 : CLUE-CELL TANIMLANMASINDA TAZE PREPERASYON VE PAP SMEAR YÖNTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI [N= 186]

	Taze Preperasyon	Pap Smear
Sensitivite	% 65	% 31
Spesifite	% 81	% 82
PPV	% 75	% 50
NPV	% 81	% 69

gebe olan olgular ekarte edildi. 208 olgu ile başladığımız çalışmamız; 22 olgunun ekarte edilmesi ile 186 olgu ile devam ettirildi. Kalan 186 olguda; bakteriyel vaginit'in klinik tanı kriterleri içerisinde; "clue-cell" parametresinin taze preparasyon ve Pap smear'lerdeki tanınma değeri saptanmaya çalışıldı.

TARTIŞMA

1955'te Gardner ve Duker "non-spesifik vaginitis" olarak yeni bir vaginit tanımladılar. *Haemophilus vaginalis* olarak tanımladıkları yeni bir de organizma saptadılar (1,3,4,6). Daha sonraları bu organizma C vaginalis olarak kabul gördü (6). Günümüzde ise Gardnerella vaginalis olarak bilinmektedir. G. vaginalis; 0.3-0.6 mikron çapında, pleomorfik, kapsülsüz, sporsuz, kirpiksiz bir bakteridir. Gram labildirler, değişken anaerob olup, adı besiyerlerinde üremezler. Metakromatik cisimcikler içerirler (5).

G. vaginalis; bakteriyel vaginitin en sık etkeni olmakla birlikte, erken membran rüptürü, amnionit, postpartum endometrite de yol açabilmektedir (9).

Bakteriyel vaginitin tanı kriterleri arasında; en spesifik olanı clue-cell denilen önceleri salt G. vaginalis'e özgü olduğu düşünülen hücrelerin tanımlanmasıdır (1,2,3).

Bakteriyel vajinit tanısı için; kültür, gram boyama yöntemleri de kullanılmaktadır. Kültür; tanı koymada oldukça pahalı olması nedeniyle kullanılmamaktadır. Vaginitin diğer etkenlerinin saptanmasında, tanısı başarısız olan, komplikasyonlu olgularda kullanılmaktadır (5,7).

Gram boyama; Spiegel ve arkadaşlarının ortaya konan kriterlere göre yapılmaktadır (5). Organizmaların morfoloji, herbir immersiyon alanındaki sayıları skorlanmakta, bu skorlamaya göre;

0-3 : NORMAL

4-6 : KUŞKULU

7-10 : BAKTERİYAL VAGİNİT olarak tanı almaktadır.

Yöntemin hantallığı, mikrobiyolog tarafından kullanılabilirliği gibi olumsuzlukları nedeniyle kesin sonuç vermemesine karşın kullanılmamaktadır.

Çalışmamızda; bakteriyel tanı kriterleri gram boyama kriterleri ile karşılaştırılmış, bu kriterler arasında en az duyarlı olanın; Whiff testi olduğu (spesifite: % 90.9, sensitivite: % 51.3), en duyarlı olanında; % 20'nin üzerinde clue-cell saptanması (% 88 spesifite, % 57.8 sensitivite) olduğu ortaya konmuştur. Sonuçlarımız; literatürde belirtilen, en spesifik tanısal kriter olan clue-cell saptanması ile uyum içerisindedir. Ayrıca; gram boyama kriterleri ile de en iyi korrelasyonu göstermektedir (1,2,8,10).

Clue-cell saptanması taze preparasyon, Pap smear yöntemleri kullanılarak yapılmaktadır. Her iki yöntemin birbirlerine olan üstünlüklerini savunan yazarlar bulunmaktadır (2,8).

Clue-cell tanımlanması; gözlemcinin klinik bilgi ve örgü-

süyle çok yakın ilişkilidir.

Yaptığımız çalışmada; biz clue-cell tanımlanmasının Pap-smear'e göre daha üstün olduğunu saptadık.

Taze preparasyon'da gerçek pozitif: 46, gerçek negatif: 104, yanlış negatif: 23, yanlış pozitif: 14, Pap smear'de ise gerçek pozitif: 21, yanlış pozitif: 21, gerçek negatif: 99, yanlış negatif: 45 değerlerini elde ettik.

Clue-cell tanımlanmasında hız, kolaylık, ucuzluk gibi üstünlüklerin hepsinin taze preparasyonda bulunması nedeniyle bakteriyel vaginit tanısında taze preparasyonu önermekteyiz. Taze preparasyonun; jinekoloji polikliniklerinde rutinde yer almasıyla etki tanı-etkin sağaltım sağlanacak ve böylelikle de hasta-hekim dialoğu pekiştirilecek, jinekoloji polikliniklerinin yükü belirgin olarak azalacaktır.

Jinekoloji polikliniklerinin en büyük yükünü vajinal akıntı yakınması olan olgular oluşturmaktadır. Bu yükün katlanarak artmasındaki en büyük etken ise; doğru tanı etkin sağaltımın yapılamamasıdır. Akıntı yakınması ile başvuran olgu hafife alınmakta, salt anamnez ile hekim yönlendirmekte, yapılan rutin jinekolojik bakıda akıntının makroskopik özellikleri değerlendirilmemektedir. Böylelikle; olgunun tanısı atlanmakta verilen sağaltım ratgele olmaktan öteye gidememektedir.

Sonuçta; hasta-hekim dialoğu bozulmakta gerek olgu gerekse de hekim açısından zaman ve iç gücü kaybı söz konusu olmaktadır. Bunlardan daha da önemlisi; tekrarlayan sağaltımlar olgunun vaginal florasının daha da çok harap olmasına yol açmaktadır. Bu da ileride sağaltıma dirençli pelvik inflamatuvar hastalık riskini beraberinde getirir.

Ayırıcı tanı için gerekli teknik donanım en küçük sağlık ocağında dahi bulunmaktadır. Ayırıcı tanı; üst düzey bir akademik bilgi gerektirmemekte, yorucu ve pahalı bir çalışma sonucu oluşmamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Amsel R, Totten PA, Spiegel LA: Nonspecific vaginitis: Diagnostic criteria and microbiologic and epidemiologic associations. *Am J Med* 1983, 74:14-22.
2. Crispien JJ, Larsson RG, Sundstrom CT, Bondeson L: Detection of bacterial vaginosis in Papanicolaou smears. *Am J Obstet Gynecol* 1989, 160:132-133.
3. Eschenbach DA: Bacterial vaginosis (sexually transmitted disease) *Obstet and Gynecol of Clin of North America* 1989, 16: 593
4. Fleury FJ: Adult vaginitis. *Clin obstet.* 1981, 24:407-438.
5. Holst E, Whatre B, Hovelius B: Bacterial vaginosis. *Eur J Clin Microbiol* 1981, 6:536-541.
6. Kent LH.: Epidemiology of vaginitis. *Am J Obstet Gynecol* 1991, 65: 1168-1176.
7. McMillan A.: Vaginal discharge. *British Med. J.* 1986, 293-296
8. Schnadig VJ, Davie KD, Shafer SK, Yaundell RB, Islam MZ, Hannigan EV.: The cytologist and bacteriologist of the vaginal ectocervical area: clues, commas and confusion. *Acta Cytol* 1989, 33:287-297.
9. Silver HM, Sperling RS, Patricia J, St. Clair BA, Gibbs RS. Evidence relating bacterial vaginosis to intraamniotic infection. *Am J Obstet Gynecol* 1989, 161:808-812.
10. Thomason JL, Gelbart SM, Scaglione NP.: Bacterial vaginosis: infection protocol. *Contemp Ob/Gyn* 1989, 34:21-26.