

TUSEM®

TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

2025
AĞUSTOS TUS'UNDA

200 SORUDA

190

REFERANS

TEMEL BİLİMLER 94 SORU
KLİNİK BİLİMLER 96 SORU

KADIN DOĞUM

10 BRANŞ SORUSUNDA

Konu Kitabı Referansı Olarak

10

SORU

KENDİ
BRANŞINDA

8

SORU

DİĞER
BRANŞLARDA

18

SORU

200 SORUDA
REFERANS

Değerli Hekim Arkadaşlar;

Öncelikle 17 Ağustos'ta yapılan TUS sınavında emeğinizin karşılığını almanızı tüm kalbimizle diliyoruz. Sonucun ne olursa olsun, bu yolculukta gösterdiğiniz azim ve disiplinin sizleri daima başarıya taşıyacağına inanıyoruz.

TUSEM kaynaklarımızın sınav sorularına verdiği **referans çalışmasını sizlerle paylaşmaktan gurur duyuyoruz.**

Eğitmenlerimiz titizlikle hazırladıkları çalışma kapsamında, **200 sorunun 190'ına kaynaklarımızdan birebir karşılık gelen sayfa ve içerikleri işaretlemiştir.** Bu süreçte en çok önem verdiğimiz nokta, referansların gerçekten birebir örtüşmesi olmuştur. Meslektaşlarımızın, alakasız ya da kenarından yakalanmış referansların güvenilir olmadığını çok iyi bildiklerinin farkındayız. Bu nedenle yalnızca doğru ve net örtüşen referansları dikkate aldık.

Bizim için asıl değer, referans sayısının fazlalığından ziyade **öğrencilerimizin kursumuz aracılığıyla elde ettikleri net kazanımlardır.** Eğitmenlerimiz, kaynaklarımızdaki bilgileri öğrencilere en anlaşılır ve kalıcı biçimde aktarmayı esas almakta ve bu hassasiyetle çalışmalarını sürdürmektedir.

Bu titizlikle hazırlanmış ve birebir sorularla örtüşen referanslarımızı sizlere **TUSEM'in güvenilirliği ve 30 yıllık tecrübesinin bir yansıması olarak gururla sunuyoruz.**

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 191

191. Gebelikte pnömöni riskini artıranlar...
VZV, influenza, kızamık

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / PERİNATOLOJİ

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

Umbilikal Arter Dopplerine (UAD) Göre Yönetim

- UAD patoloji yok; 1 / hafta UAD, 1 / hafta biyofizik profil ve NST. Fetal büyüme ise 3 haftada bir değerlendirilir. 3-9 persentil ise 38-39. hafta; < 3 persentil ise 37. hafta doğum önerilir.
- UAD end diastolik akım kaybı; kortikosteroid (AC maturasyonu için), hospitalize ise günde 1-2 kez NST, ayakta ise haftada 1-2 kez NST, 2-3 / hafta UAD, Fetal büyüme ise 3 haftada bir değerlendirilir. 33-34. haftada doğum
- UAD ters (revers) akım; kortikosteroid (AC maturasyonu için), Hospitalizasyon, NST günde 1-2 kez, 2-3 / hafta UAD, Fetal büyüme ise 3 haftada bir değerlendirilir. 30-32. haftada doğum

- Dopplerde bozulma şiddetine göre sırasıyla; umbilikal arter (tarama), orta serebral arter (MCA), aort, pulmoner arter ve duktus venozustur. Duktus venozus yenidoğan sonuçlarını en iyi predikde edendir
- Fetal durumda kötüleşme görülürse gebelik sonlandırılır. Vajinal doğum planlanır; ancak sıklıkla fetal distres gelişir ve C/S gerekir.

Klinik Bilimler 191. soru
Tusem Kadın Doğum Konu Kitabı Sayfa 169

GEBELİK VE VARİCELLA-ZOSTER

- Gebelikte enfeksiyon daha şiddetli olur. Gebede prezantasyonu pnömöni (% 20) şeklinde olabilir ve mortalite riski fazladır.
- Gebelikte reaktivasyonla gelişen zona zosterde prognozu kötüleşmez; fetal anomali yapmaz.
- <20. haftadan fetal enfeksiyon çok düşük ihtimalle (13-20 hafta arası % 2, < 13. hafta % 0.3) konjenital VZ (IUGR, serebral atrofi, koryoretinü, mikroftalmi, hidronefroz, ekstremitte deformite ve cilt skarı) yapar. >20. haftadan sonra anomali beklenmez. Ancak doğuma yakın dönemde gelişirse %25 mortaldir
- VZV'li ile temasta ilk 4 gün (10 güne kadar) varisella zoster lg (VZIG) uygulanmalıdır peripartum dönem (doğumdan 5 gün önce ya da doğumdan 2 gün) maternal enfeksiyon gelişirse yenidoğana VZIG uygulanır. Aşı kontrendikedir, laktasyonda yapılabilir, aşı sonrası 1 ay gebe kalmamalıdır.

GEBELİK VE HSV

- En sık fetal geçiş vajinal doğumdur. İntrauterin enfeksiyon pek beklenmez. Yenidoğanda çok mortaldir (%60). Altıf herpetik lezyon ya da prodromu varsa (genital) doğum şekli C/S'dir. Laktasyonda asiklovir verilebilir.

H. INFLUENZA A

- Gebede pulmoner tutulumu ve mortalitesi (astım, sigara, kronik HT, obezite) izlenebilir. Teratojenik değildir; ancak yüksek ateşe sekonder NTD yapabilir. Tüm gebelere mevsimsel inaktif influenza aşısı önerilir (teratojen değil). Şüpheli durumda profilaksi (aşı olup olması önemsiz) ve tanı için oseltamivir verilir; amantadine dirençlidir. Zamamivir inhaler formdur. Oseltamivir ve zamamivir hem profilakside hem de tedavide etkindir. Peramivir sadece tedavide etken.

KIZAMIKCIK (RUBELLA)

- En teratojenik enfeksiyondur.
- Prekonsepsiyonel rubella taramalıdır (%15-17 seronegatif). Seronegatif MMR ile açılmalı ve en az bir ay kontrasepsiyon sağlanmalı. Gebelikte aşısı ile (yanlışlıkla) fetal anomali bildirilmemiştir.
- IgG pozitif ve IgM negatif ise bağışık; risk yoktur. IgG- IgM negatif, hassastır. Postpartum laktasyon döneminde açılmalıdır. IgM veya IgG ve IgM birlikte pozitif ise enfeksiyonun yakın zamanda mı yoksa daha eski mi sorusunu cevap için; Rubella IgG avidite testi ile yapılır. Avidite yüksek ise eski, düşük ise yakın zamanda geçirildiği düşünülür.
- Bağışık kaside enfeksiyon gözlemlenirse de fetal etki riski çok azdır
- İlk trimester fetus için en duyarlı dönemdir (%80). İlk trimesterde (ilk 12 hafta) maternal enfeksiyonunda %90 konjenital rubella enfeksiyonu izlenir. Enfeksiyonun görüldüğü gestasyonel hafta büyüdükçe fetal enfeksiyon riski azalır. Gebelik ilk yarısında tanı konulursa fetal enfeksiyon araştırılmalıdır. A/S ya da CVS ile rubella RNA ya da kordosentez ile spesifik IgM araştırılması (fetal damar). Fetal akut rubella enfeksiyonunda tıbbi tahliye önerilir.

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 191

191. Gebelikte pnömöni riskini artıranlar...
VZV, influenza, kızamık

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / PERİNATOLOJİ

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

Diğerleri

- Koksaki Virüs plasentadan geçebilir ve fetal ensefalomyelit, myokardit, hepatit, cilt lezyonu, tip 1 DM ve kardiyak anomaliye neden olabilir. Tedavi ve aşı yoktur.
- Poliovirüs gebede daha kolay enfeksiyon yapar ve daha mortaldır. Paralitik polimiyelite neden olabilir. Endemik bölge

Klinik Bilimler 191. soru

Tusem Kadın Doğum Konu Kitabı Sayfa 171

- Kızamık (Rubeola) gebelikte şiddetli maternal pnömöni ve fetal morbiditede yapar. Teratojenik değildir. Şüpheli temasta pasif immunizasyon yapılmalıdır. Aşı gebelikte kontrendikedir. Doğumdan postpartum uygulanmalıdır.

GEBELİK VE TROMBOEMBOLİ

- Gebelikte tromboz 5-10 kat artar. Derin venöz tromboz (DVT) daha çok gebelikte izlenirken (özellikle son trimester); pulmoner emboli ve serebrovasküler olaylar daha çok puerperal dönem izlenir. En önemli risk faktörü öyküdür.

Aşağıdaki Durumlarda Tromboemboli Riski Artmıştır

• Sezaryen (en sık)	• Hemoraji	• Preeklampsi
• Sezaryen histerektomi	• Hiperemaz	• Puerperal enfeksiyon
• Diyabet	• Çoğul gebelik	• Ölü doğum
• Anemi	• Multiparite	

HEREDİTER TROMBOFİLİA VE GEBELİK

- Gebelikte ya da puerperal DVT'lerinde %20-50 hereditör trombofilili izlenmiştir. Rutin trombofilili taraması önerilmez. Tarama Kendinde ya da birinci derece akrabada venöz tromboemboli öyküsünde (< 50 yaş) ya da trombofilili varlığında önerilir. Taramalar için ideal zaman tromboz öyküsünden en az 6 hafta sonra, gebe değilken ve antikoagütif ajan almazken yapılmalıdır. Gebede fizyolojik olarak protein S düşük olduğu için protein S ölçümü yapılmaz; diğerleri gebelikte taranabilir.

Gebelikte Trombofilili

Önerilen trombofilili tarama testleri	Test yöntemi	Gebelikte güvenilir mi?	Akut trombüste güvenilir mi?	Antikoagülan alır iken güvenilir mi?
Faktör V Leiden mutasyonu	Aktive protein c rezistans ölçümü	Evet	Evet	Hayır
	Anormal çıkar ise DNA analizi	Evet	Evet	Evet
Protrombin gene mutasyonu G20210A	DNA analizi	Evet	Evet	Evet
Protein C eksikliği	P.C aktivitesi < %60	Evet	Hayır	Hayır
Protein S eksikliği	Fonksiyonel ölçüm < %55	Hayır	Hayır	Hayır
Antitrombin eksikliği	Antitrombin aktivitesi < %60	Evet	Hayır	Hayır

- Antitrombin eksikliği en trombojenik (40x) kalıtsal trombofilidir.
- Protein S eksikliği gebelik ve KOK kullanımı ile seviyesi düşer; bu durumlarda tanısı kesinleştirilemez.
- Faktör V Leiden mutasyonu Aktive protein C rezistansının patolojik en sık nedenidir. En sık trombofilili sendromu nedenidir. Faktör V Leiden heterozigot mutasyonu en sık kalıtsal trombofilidir. VTE içinde oransal en fazla olan Faktör V Leiden homozigot mutasyondur.

Hiperhomosisteinemi (MTHFR mutasyonu) otozomal resesif geçiş gösterir. Gebede gelişen trombozda etyolojide düşünülmez. Gebelikte fizyolojik homosistein azalmasına sekonder daha iyi seyredir. Rutin tarama önerilmez. Rutin homosistein ölçümü önerilmez. Homosistein yükselmesinin en sık nedenidir. Yükselen homosistein metionin metabolizmasını bozar. Gebede NTD ve prematür ateroskleroza yol açar

Gebede Düşük Riskli Trombofilili

- Faktör V Leiden heterozigot mutasyonu
- Protein C eksikliği
- Protein S eksikliği

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 192

192. Gebelikte en riskli kalp hastalığı...
Mekanik kalp kapağı

Tusem Konu Kitabı

Tusem Konu Kitabı

İLGİLİ NOTLAR

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / PERİNATOLOJİ

TUSEM
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

- **Bakteriyel pnömoni** için gebelik risk faktörü değildir; gebelik pnömoniye yatkınlık yapmaz. Pnömoni şüphesi olan her gebede mutlaka akciğer grafisi planlanmalıdır. Gebedeki pnömoninin en sık etkeni **viral**dir (en sık **H.influenza A**). En sık **bakteriyel** ajan **Streptokokus Pnömonia**'dır. Klinik ve tanı gebe olmayanlarla **aynıdır**. **Makrolit** grubu (azitromisin-klaritromisin-veya kinolonlar) ve **oseltamivir** verilir. **H.influenza** aşısı her gebede **rutin** önerilirken; sağlıklı gebeye **pnömokok aşısı** rutin önerilmez, HIV pozitif, yaşlı, ek kronik hastalık olan durumlarda yapılır.
- **Pneumosisis pnömonsinde** etken **p. jirovecii**dir. HIV pozitif veya immünsüprese bireylerde olur.
- **Fungal pnömoninin** gebede riski artmaz ancak **sistemikleşme** riski artar (özellikle coccidioidomycosis)
- **Tüberküloz** gebede kötü perinatal sonuç ilişkilidir. Plazenta sıklıkla tutulur ancak **konjenital** tüberküloz çok nadirdir. Gebede **Izoniazid**, **rifampin**, **etambutol** verilir. Izoniazid direncinde **piridoksin** verilebilir. **Streptomisin** kullanılmaz (nörotoksik=fetal kranial 8.sinir)
- **Sarkoidoz** gebelik üzerine olumsuz bir etkisi yoktur ancak pulmoner hipertansiyon varsa preeklampsi, preterm eylem ve tromboembolizm riski artabilir. Gebelikten etkilenmez.
- **Kistik Fibrozis** komplikasyon olursa en fazla riski artar maternal ölümdür. Gebede **akciğer** tutulumu temel belirleyicidir.

GEBELİK VE KARDİYOYOVASKÜLER HASTALIKLAR

- Maternal kalp hastalıkları %50'sini konjenital kalp hastalığıdır. En sık grup **biküspid aorta** (en sık), **ASD** (en sık sekundum) ve **VSD** (2. en sık ama IU en sık tanı alan)'dır. İkinci sıklıkta rastlanılan grup **romatizmal kalp hastalıkları** (en sık **mitral stenoz**)
- Gebedeki en **mortal** olan KVS patolojisi **pulmoner hipertansiyondur**.
- **Mitral yetmezlik** - **Aort yetmezlikleri** gebelikte sıklıkla **iyi** tolere edilirler.
- **ASD'de** **antibiyotik** profilaksisi gerekmezken; **VSD'de** de antibiyotik profilaksisi **gerekir**.

Gebelik ve KVS

Kalp hastalığı klinik sınıflaması	Gebeliğin önerilmediği bazı durumlar
Class I: Fiziksel aktivitede sınırlama yok Class II: Fiziksel aktivitede minimal sınırlama var Class III: Fiziksel aktivitede belirgin sınırlama var Class IV: İstirahatte semptomatik	• Eisenmenger sendromu • Primer pulmoner hipertansiyon • Şiddetli mitral darlık • Peripartum KMP şüphesi • Kapak tutulumu olan aort koarktasyonu • Aortik tutulumu olan Marfan sendromu

Önceki fetusta **hipoplastik sol kalp** varlığı sonraki gebelikte en fazla **tekrarlama** riski olan durumdur. Büyük arter transpozisyonu (BAT) parenteral aldanması beklenmez. Parenteral aldanmada en riskli hastalık aort stenozudur. Kalp hastalıkları aldanmada maternal etki paternal etkiden fazladır

Klinik Bilimler 192. soru

Tusem Kadın Doğum Konu Kitabı Sayfa 177

Gebelikte Kalp Hastalıklarının Mortalitesi

- **Normale göre mortalitede ve morbiditede artış olmayan hastalıklar (WHO clas I)**
 - Komplike olmayan, hafif veya orta derecede; pulmoner darlık, PDA, mitral valv prolapsusu
 - Başarılı şekilde onanılmış; sekundum ASD, VSD, PDA, total pulmoner venöz dönüş anomali
 - İzole ventriküler ekstrasistoller ve atriyal ektoptik atımlar
- Maternal mortalite riskinde hafif, maternal morbidite riskinde orta düzeyde artış olan hastalıklar (WHO clas II)
 - Komplike olmayan; opere edilmiş ASD, VSD, tamir edilmiş Fallot tetralojisi, çöğür artımlar, Aort dilatasyonu olmayan Turner sendromu
- **Maternal mortalite riskinde orta düzeyde artış ve maternal morbidite riskinde orta-ciddi düzeyde artış olan hastalıklar (WHO clas II veya III)**
 - Hafif sol ventrikül disfonksiyonu
 - Hipertrofik kardiyomyopati
 - Doğal kalp kapak hastalıkları
 - Aort dilatasyonu olmayan marfan sendromu
 - Kalp transplantasyonu
 - Onanılmış koarktasyon
- **Maternal mortalite riskinde belirgin artış ve maternal morbidite riskinde ciddi artış olan hastalıklar (WHO class III)**
 - Mekanik kapak
 - Sistemik sağ ventrikül
 - Fontan ameliyatı geçirmiş hastalar
 - Onanılmamış sianotik kalp hastalığı
 - Diğer kompleks konjenital kalp hastalıkları
 - Orta derecede sol ventrikül bozukluğu
 - Sekelsiz geçirilmiş peripartum kardiyomyopati
 - Orta derecede mitral darlık
 - Şiddetli asemptomatik aort darlığı
 - Orta derecede aort dilatasyonu (40-50 mm)
 - Ventriküler taşikardi
- **Çok yüksek maternal mortalite riski ve ciddi maternal morbidite riski olan hastalıklar (WHO clas IV)**
 - Pulmoner hipertansiyon (en yüksek)
 - Ciddi sistemik ventriküler disfonksiyon
 - Sekeli kalmış geçirilmiş peripartum kardiyomyopati
 - Ciddi sol kalp obstrüksiyonu
 - Ciddi aortik dilatasyon
 - Komplikasyon şekeli olan geçirilmiş Fontan operasyonu
 - Ciddi koarktasyon

177

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 193

193.3'lü tarama testi pozitif olana ne yaparsın...
amniosentez A/S

Tusem Konu Kitabı

Tusem Konu Kitabı

İLGİLİ NOTLAR

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / PERİNATOLOJİ

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

TARAMA VE TANI TESTLERİ

- Tüm gebelere, **tarama ya da tanı** testi önerilmelidir.
- Ailenin **istediği** ya da gebenin görüldüğü **haftaya göre** değişkenlik gösterir

Anöplödi Tarama ve Tanı Testleri

Tarama testleri	Tanısal testler
- İlk trimester kombine test (ikili test) - Entegre test (en duyarlı biyokimyasal test) - Ardışık test-olasılık test	- Koryon villus biyopsisi (CVS) - Amniosentez (A/S) - Kordosentez

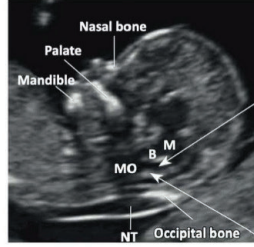
Klinik Bilimler 193. soru

Tusem Kadın Doğum Konu Kitabı Sayfa 117

- Tarama** testi kesin tanı testleri değildir, sadece risk öngörüsünde bulunur. **Riskli** aralıkta sonuç için aileye gebelik **haftasına göre tanısal** testler önerilir (CVS-A/S gibi). **İkili** (1.tr) tarama testi üçlü (2.tr) ve dördü testten (2.tr) daha **kalteldir**. İkili test (1.tr) sonrası üçlü (2.tr) ya da dördü test (2.tr) önerilmez; **yalnız pozitiflik** oranı artar. İlk trimesterin tarama test markerları bakılıp ortak risk hesaplanması yapılabilir. Aynı ayrı hesaplanmaz. İkili testte trizomi 21-18-13 taranırken üçlü ve dördü testte trizomi 21-18 taranır; **trizomi 13 taranmaz**. Klasik tarama testlerinde **Klinefelter** sendromu taranmazken **free cell DNA** (NIPT) ile taranır. Tarama testleri kromozom patolojileri dışında **NTD**, bazı sendromlar (**SLOS**) ve gebelik komplikasyonları (**preeklamps** vb) için de prediksyon sağlayabilir.

Birinci Trimester (11-14 H) Tarama (Kombine) Testi (ikili)

- 11-14. hafta** arasında (en iyi 11) yapılır, USG'de **CRL** (baş-papo mesafesi) ve fetal ense saydamlığının kalınlığı (nukal translusen = **NT**: translusen subkütan) ölçülür. NT için CRL 45-84 mm iken ve **midsagittal**de ölçüm alınmalıdır. **NT** tek başına **en değerli** testtir ancak tek başına taramada önerilmez ancak **çoğul** gebelikte düşünülebilir. Kromozomal anomallilerin 1/3'ünde NT anormal olarak ölçülür (% 50 Tr 21), %5 yanlış pozitiflik ile Down'ı %70 sapar.
- Kanda ise **hCG** (free beta hcg veya total HCG) ile **PAPP-A** (gebelikte ilişkili plazma proteini-A) bakılır. PAPP - A plasentadan salgılanan bir glikoproteindir; amniotik sıvıda (**AS**) bulunmaz. Düşük PAPP - A preterm doğum, preeklamps, FGR ve fetal kayıp ile ilişkilidir. PAPP - A'nın 6. haftada doubling time 6 gündür.
- NT ölçümüne **nazal kemik**, **duktus venozus** ve **triküspit kapak** incelemesi eklenebilir ve testin duyarlılığı artar. **Nazal kemik** (en ideal 13. h) hipoplazisi **tek** başına taramada önerilmez ancak **çoğul** gebelikte tek başına düşünülebilir. **Midsagittal**de bakılır. **Down** sendromluların %70'inde burun kemiği **yoktur**. Normal fetüslerde %0.8'de yoktur. **Fragil X**'te de yoktur. Birinci trimesterde (1. tr) (duktus venozusta (**DV**) ters (negatif) a dalgası, **triküspid regürjitasyon** varlığı testin duyarlılığı artar. Birinci trimesterde (1. tr) de **frontomaksiller** açıda genişleme de izlenebilir.
- AFP** bakılmadığı için **NTD** taranmaz. **Smith-Lemni Opitz** Sendromu (**SLOS**) ve seks kromozom anormallikleri (XXY-XXX-XY; örn klinefelter) taranmaz.
- Diabetik gebe birinci trimester (1.tr) PAPP-A ve hCG diabetik olmayana göre düşüktür. Genç kadında duyarlılığı daha düşüktür.



NT> 3 mm ise **biyokimyasal** tarama **yapılmaz** iki senaryo üretilir;

- + **Free cell DNA** ile tarama ve **ekokardiyografi** (20- 22.h).
- + **Tanısal** test (CVS (1.tr) veya A/S (2.tr)) ve **ekokardiyografi** (20-22.h).

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 193

193.3'lü tarama testi pozitif olana ne yaparsın...
amniosentez A/S

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / PERİNATOLOJİ

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EDİTİM MERKEZİ

Hücre Dışı Free DNA (free cell DNA "cf DNA")=Noninvasiv Prenatal Test (NIPT: anöploid tarama).

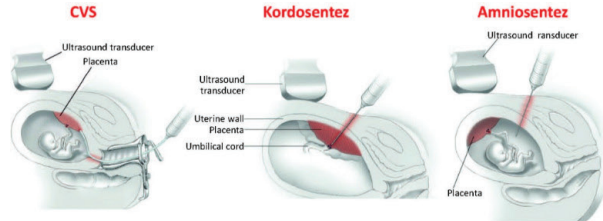
Fetal hücre maternal kanda 1/2 - 6 adet / ml bulunur. İmmortaldır. Annede mikrokimerizme yol açabilir. SLE, sklerodema ve hashimoto gibi hastalıklardan multipara sık olmasının nedenidir. Fetal hücrelerin immortal olması, önceki gebelikten **persiste** olması ve çok az olması gerekçeleri ile taramada kullanılmaz. Bunun yerine doğumdan sonra kandan hızlı temizlenen, önceki gebelikten **persiste etmeyen** free cell DNA (cf DNA) kullanılır.

Free cell: Maternal kanda tüm hücre dışı DNA parçaları %10'u **plental apopitotik DNA** artığıdır (fetoplental maternal: trofoblast apopitozu (**sinsiyotrofoblast**)+fetal eritroblast apopitozu,maternal hematopoietik apopitoz). Maternal kanda en erken **38. günde** (5.h) izlenebilir. Ancak **> 10. haftadan** sonra yeterli düzeydedir, **taramada** kullanılır. Doğumdan sonraki 2.günden sonra tespit edilemezler (**yarı ömrü 1 saat**).

- Tekil** gebelikte; Trizomi 21,18,13 (+ nadir) ve 45X Turner, seks kromozom anomalisi ? (XXX-XXY(**klinefelter**)-XYY), Rh status, delesyon-duplikasyonlar ?, fetal **seks** tespit (X linked ve **KAH**: 7.hafta % 95). Tek gen hastalıklarının bazılarının tespiti (myotonik distrofi, akondroplazi, Huntington hastalığı, KAH, kistik fibrozis, talasemi...) araştırılmasında önerilir. **Mikrodelesyon** taramasında **önerilmez**. **NTD** taramasında kullanılmaz.
- CFDNA** < 35 yaş altı ve **normal** riskte olan hastada **duyarlılığı düşüktür**. Yaş arttıkça trizomilere ve Klinefelter'a duyarlılığı artarken **Turner** sendromunda **değişmez**. Maliyet ve duyarlılık göze alındığında normal riske sahip gebeliklerde rutin tarama testi olarak **önerilmemektedir**. Sıklıkla ikinci (**sekonder**) **tarama** testi (1. tr / 2. tr **riskli** çıkana) olarak kullanılmaktadır (Down'u saptama: % 99). **İkiz** gebeliklerde rutine girmiş **değildir**. Cf DNA'da kromozomal anomali **saptanır**sa aileye kesin **tanısal** test önerilir.
- USG'de **minör** marker varlığı, otozomal **trizomi öyküsü**, **21** veya **13** kromozomu içeren **dengeli robertsonian translokasyonu** olan **anne** ve **baba** varlığında free cell **primer** test olarak önerilir.
- Testin < **10 haftadan** önce yapılması, **maternal fazla kilo** varlığı, **ex** fetüs **ikiz** eş varlığı (vanishing twin), **plental** ve **maternal mozaizm**, DNA fraksiyonu yetersiz olması (<%4) (**en sık**), fetusta **trizomi** olması (Tr 18, 13, monozomi X, **Tr 21 hariç**), maternal **kanser** (çoklu anöploid sonuç varlığı testin **yetersiz** ya da sonuç **çıkarması** (%4-8) ile sonuçlanabilir. Bu durumda test tekrar edilir ya da tanısal teste geçilir.
- Testin < **10 haftadan** önce yapılması, **maternal fazla kilo** varlığı, fetusta **anöploid** düşük fetal fraksiyonuna yol açar.
- Ex** fetüs **ikiz** eş varlığı (vanishing twin), **plental** ve **maternal mozaizm**, maternal **kanser** (çoklu anöploid sonuç varlığı ve erkekten **transplant** organ öyküsü yanlış **pozitifliği** artırır.
- Fetal Mozaizm** (fetüs anöploid; plenta anöploid) ya da düşük fetal fraksiyon yanlış **negatiflik** verebilir.

T21, T18, T13 öyküsü, > 1 majör ya da > 2 minör **yapısal** anomali, parental dengeli Robertsonian translokasyon varlığında doğrudan prenatal tanı testi önerilir.

Tanı testleri koryon villus örnekleme (CVS), amniyosentez (A/S), kordosentez, fetal biyopsi, preimplantasyon genetik testlerdir.



- Koryon Villus Örnekleme (CVS): Trofoblast** (koryonik villüs) biyopsidir, **10-13 (14).haftalarda** yapılır. <10 hafta altında yapılır ise fetal **ekstremité defekt**, oramandibular sendrom veya fetal ölüm (1/400) gelişebilir. **Abdominal** veya vajinal

Klinik Bilimler 193. soru

Tusem Kadın Doğum Konu Kitabı Sayfa 119

Amniyosentez (A/S): En sık yapılan tanısal işlemdir. En sık endikasyonu fetal karyotip ve genotip test analizidir. Genetik tanı için normalde **15-20. haftalar** arasında yapılır. Enfeksiyon tanısı (**PCR**: CMV,tokoplazma, parvovirüs) **rh** immünizasyonu (genotip), fetal **akciğer** maturasyon tayini, **bilumbin** analizi, **AFP** için de yapılabilir. En fazla sıvı ihtiyacı fetal karyotip ve mikroarray içindir. En az sıvı ihtiyacı PCR içindir. Alınan sıvıdan **kültür** yapılır ve amniyositlerin çoğaltılması sağlanır (**10-14 gün**). Ancak daha hızlı sonuç almak istenir ise direkt **FISH** de çalışılabilir veya kromozomal **mikroarray** de yapılabilir.

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 194

194.Urge inkontinanssta hangi tedavi uygun değil...
sling

Tusem Konu Kitabı

Tusem Konu Kitabı

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM®

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / JİNEKOLOJİ

- Alfa agonist: efedrin, psödoefedrin, fenilpropanolamin ve norepinefrindir.
- Trisiklik antidepresan: **imipramin**: alfa agonist, antikolinergik (M1), ADH artırıcı
- Duloksetin: serotonin ve noradrenalin geri alım inhibitör: en sık bulantı

URGE İNKONTİNANS (AŞIRI AKTİF MESANE=AAM)

- Urge inkontinans, ani idrara sıkışma hissi sonrası lavaboya yetilememe şeklinde tariflenir. İstemsiz detrusor kontraksiyonuna (detrüsör instabilitesi) sekonder gelişir. Nörolojik kökenli olursa (MS vb) detrüsör hiperrefleksi denir.
- Ancak bu tanı için mutlaka **ürodinamik çalışma (sistometri)** gerekir.

Klinik Bilimler 194. soru
Tusem Kadın Doğum Konu Kitabı Sayfa 058

TEDAVİ

- **Antikolinergik**: Oksibutinin (uzamış etkili, transdermal ve jel), tolterodin, fesoterodin, darifenasin, solifenasin (M3), trospiyum (SSS geçmez (en hızlı geçen oksibutin); - metabolize edilmez). En sık yan etkileri ağız kuruluğudur
- **Beta 3 reseptör agonisti** olarak **mirabegron** da kullanılabilir. Ağız kuruluğu, kabızlık ve görme bulanıklığı yapmaz. En sık GIS (nazofarenjit, dispepsi, bulantı) yan etkisi vardır.

Kognitif-bilişsel fonksiyon bozukluğu olan UUL'da mirabegron tercih edilmelidir.

- **Prapiverin**: anti-muskarinik, kalsiyum antagonistik etkili.
- **Flavoksat**: Fosfodiesteraz inhibitörü ve kalsiyum kanal antagonizması. Spazmolitiktir.
- **Alternatif**
 - Onabotulinumtoksin A: en sık yan etki idrar retansiyonu.
 - Perikütan tibial sinir stimülasyon (PTNS)
 - Sakral nöromodülasyon

MIKST İNKONTİNANS

- İsimden de anlaşılacağı gibi mikst inkontinansı olan kadınlarda stres ve urge inkontinans semptomları birlikte görülmektedir. Baskın inkontinans tipine göre öncelikli tedavi düşünür.

TAŞMA (OVERFLOW) İNKONTİNANS

- Detrusor kontraksiyonu olmaksızın aşırı dolmuş mesaneden idrarın taşmasıdır. **Uterin prolapsus** sonucu üretranın king yapması ile oluşabilir. İnkontinans cerrahisinde üretranın **oversuspansiyonu** ile gelişebilir. Miksiyon sonrası mesanede 150 cc'den fazla **rezidü** gösterilmesi ile tanı konur.
- **β blokörler, kolinerjik agonistler** tedavide kullanılır.

EKSTRAÜRETRAL (BY-PASS) İNKONTİNANS

- Anatomi varyasyonlara (vajene açılan ektopek üreter, ekstrofia vezikalis) ya da fistüllere bağlıdır. En sık karşılaşılan neden **vesikovajinal fistüller**dir. Vesikovajinal fistüllerin tüm **dünyada** en sık nedeni **uzun süren anormal doğum eylemidir (uzamış evre 2)**. Genitoüriner fistüllerin gelişmiş toplumlarda en sık nedenleri geçirilmiş **cerrahi** (histerektomi vb), malignite ve radyoterapidir. Vezikouterin fistülde izlenen kronik idrar kaçağı, siklik hematüri ve amenore triadı **yusuf sendromu** olarak bilinir.
- Ekstraüretal inkontinans tanısı sistoskopi, IVP, ürografi ya da direk gözlemlle koyulur. Tedavisi cerrahidir.

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 195

195.6 cm'lik basıt kist verilmiş; ne yapılır...
En sık kist folikül kistidir; 4 - 8 hafta beklenir

Tusem Konu Kitabı

Tusem Konu Kitabı

İLGİLİ NOTLAR

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / JİNEKOLOJİ

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

Klinik Bilimler 195. soru
Tusem Kadın Doğum Konu Kitabı Sayfa 027

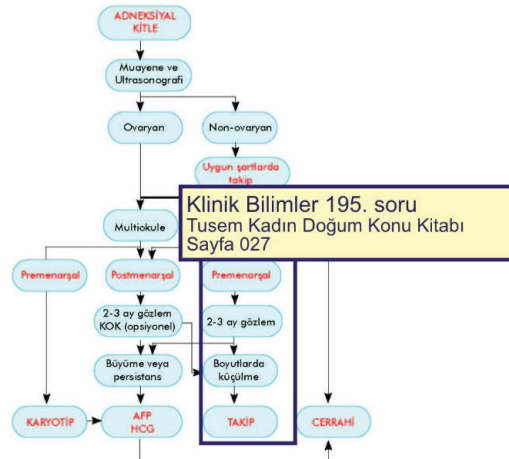
- **Folikül kisti:** En sık fonksiyonel over kistidir. 4- 8 arasında; 8 cm'i pek geçmez ve 4-8 haftada regrese olur.
- **Korpus luteum kisti:** Reprodüktif dönemde en sık rüptüre (hemoperitonum) olan kisttir. Kanama, rüptür torsiyon yapabilir. Semptomları SAT'a göre 20-26. günler arası izlenir. En sık sağ taraftadır. 8 haftada geriler. Rüptür olmadıkça cerrahi gerekmez.
- **Korpus Luteum Persistansı (Halban Sendromu):** Her ovulasyonda oluşan korpus luteumun korpus albicansa regrese alamamasıdır. Progesteron kanama kanaması ve adneksial kütle bulgusu ile ekotipik gebelikler karışır.
- **Teka Lutein Kistleri (Hyperreactio lutealis):** En nadir fonksiyonel over kistidir. Her zaman bilateral (diğerleri unilateral). Multiküledirler. Androjen salgılayabilir. En sık nedeni hCG'nin yüksek seviyede olduğu trofoblastik (en sık mol) hastalıktır. Çoğul gebelik, rh izomünizasyonu, plasentomegali, DM, ovulasyon indüksiyonu (domifen sitrat, hMG veya FSH) ve GnRH analog kullanımı ile görülebilirler. hCG azalışı ile geriler; komplikasyon gelişmedikçe cerrahi gerektirmez.

Solid Ovaryan Kütle

- Fibroma ve fibrotekoma (en sık)
- Seks-kord stromal tümörler
- Krukenberg tümörü
- Ovaryan leiomyoma ve leiomyosarkom
- Karsinoid tümör
- Primer lenfoma
- Transizyonel hücreli tümör (Brenner)

Yaş Göre Yaklaşım

- **Prepubertal** dönemde en sık **non-neoplastik** kist (fonksiyonel) izlenir. Neoplastik ise en sık **germ hücreli** tümör (benign ve malign) izlenir. **Epitelial** over tümörünün en nadir görüldüğü dönemdir. **Uniküle** kistler her zaman **benign**dir, 6 ayda geriler. Kist **aspirasyonunda** tekrarlama fazla olduğu için önerilmez. Solid alan iltihap eden, > 8-10 cm, takipte regrese olmayan kütle cerrahi planlanır. Cerrahi öncesi **Y kromozom** araştırılır; varsa bilateral **ooforektomi** yapılır.
- **Adelösan** dönemde yaklaşım prepubertal gibidir. Yeni kist oluşumu engellenmesi adına **KOK** verilebilir.
- **Reprodüktif** dönem ve öncesinde en sık **non-neoplastik** kist (fonksiyonel) izlenir. En sık over neoplazisi matür kistik teratom (**dermoid**)'dur. İkinci sıkkıda seröz kistadenom vardır. Malignite şüphesi yoksa 8-10 cm'ye kadar takip edilir. Diğer durumlarda cerrahi düşünülür. Yeni kist oluşumu engellenmesi adına **KOK** verilebilir. **Premenopozal** dönemde **CA 125**'in spesifite ve sensitivitesi düşüktür; kullanılmaz, **USG**'de daha değerlidir. **CA 125** postmenopozal dönemde önem kazanır.
- **Postmenopozal** dönemde asemptomatik, **uniküle**, **basıt**, tümör belirteçleri negatif ve 5 cm'de küçük kistler takip edilebilir; diğerleri cerrahi gerektirir. Bu dönem her türlü over kist büyümesi malign olarak akla gelmelidir. **Ca 125**'in artmaması maligniteyi ekarte etmez.



Şekil: Premenarşal ve adelösan dönemde adneksiyal kitlelere yaklaşım

Gebede rüptür ya da torsiyon sekonder akut batında ve doğum eylemine engel olacağı düşünülen kitlede operasyon edilir. Asemptomatik, >10 cm kütle ya da 5-10 cm arasında şüpheli bulgu varsa cerrahi planlanır. <5 cm ise izlem yeterlidir. Şüphede MR çekilebilir. Elektif cerrahi için en optimal zaman **16- 20. haftadır**.

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 196

196.Yatan PIH tedavisinde ne verilmez
Cevap gentamisin + metronidazol
Verilecek 4 şık kitapta yazdığımızdan

Tusem Konu Kitabı

Tusem Konu Kitabı

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / JİNEKOLOJİ

Tedavi

- İvedikle **geniş spektrumlu ampirik** antibiyotik tedavisi başlanır. Kültür alınır ancak sonuç beklenmeden tedaviye geçilir. Tedavi ayakta ya da hospitalize edilerek verilir. **Partner tedavisi** eklenmelidir.

Ayaktan:

Sefoksitin (IM) veya seftriakson (IM) + doksisiklin (oral) veya

PIH Hastane Yatış Endikasyonları

- Gebelik
- Yüksek ateş
- Lokositoz > 15.000
- Abse şüphesi
- Kesin olmayan tanı
- Peritonit

Klinik Bilimler 196. soru
Tusem Kadın Doğum Konu Kitabı Sayfa 048

Yatarak (Hospitalize Hasta):

- A rejim =Sefoksitin (IV) veya sefotetan (IV) + doksisiklin (Oral / IV)
- B rejim=Klindamisin (IV) + seftriakson (IV) veya gentamisin (IV) tedavisi tercih edilir.
- Alternatif: Ampisilin/sülbaktam (IV) + doksisiklin (IV veya Oral)

PIH Komplikasyonları

- PIH rekürrensi (en sık)
- İnferilitite: PIH'a **sekonder** tubal hasar ilişkili.
- Ektopik gebelik
- Kronik pelvik ağrı
- Pelvipertonit
- Fitz-Hugh Curtis sendromu: En sık klamidy ve gonore salpenjitine sekonder gelişen **perihepatit**ir. Karaciğer kapsülü (**parankim tutulmaz**) ile batın ön duvarı arasında **adezyon** gelişir. İnspirasyonla artan **sağ üst kadranda** ağrı ile gelişir.
- Tuboovaryan abse: PIH'ın son basamak komplikasyonudur. İlk PIH sonrası bile gelişebilir. Pelvik ve abdominal ağrı (%90), ateş (%60-80), bulantı, kusma ve taşikardi sık izlenir. Batında defans olabileceği gibi **semisolid** abse kitlesi palpe edilebilir. **Bilateral** ve ağrılı olması akla getirmelidir. İlk olarak USG ile konfirme edilmelidir. Hospitalize edilmelidir. **72 saat** içinde olguların %75'i tedaviye cevap verir. Cevap **vermeyen** olgularda **cerrahi** (USG/CT eşliğinde perutan ya da cerrahi) gerekir. Abse **rüptürü** ise.Histerektomi ve ooferektomi yapılabilir. Endotoksik şok akla düşündüren **hipotansiyon** ve **oligüri** varlığı da cerrahi endikasyondur

Pelvik Tüberküloz

- **Kronik PIH** ve buna sekonder **infertilite**enin en sık nedenidir. Akciğer tüberkülozuna sekonder **hematojen** (tüp ve uterus) yayılımıyla gelişir.
- Sıklıkla **asemptomatiktir**. Başlıca şikayet **infertilite** (en sık) ve pelvik ağrıdır. Nadiren **ileri evre over kanserine** benzer tablo yapabilir.
- Tubal tutulumu **güçlüdür**; infertilite açısından **en kötü prognozlu** tüp enfeksiyonu etkenidir.
- En sık yerleşim yeri **salpenksitir** (Tuba uterina) (%100); sırasıyla tuba uterina > endometrium > myometrium > serviks > over > vajendir
- **Tanı:** pelvik **tüberküloz şüphesi sonrası** PA AC grafisi çekilir ve PPD yapılır. Endometrial kuretaj, mens kanının bakteriyolojik incelemesi, Hsg, LS taniya yardımcı olur.
- **Tedavide** izoniazid ve etambutol kombinasyonu verilir. Dirençli varsa cerrahi planlanır.

Toksik Şok Sendromu

- En sık **menste** uzun süreli **tampon** kullanan **adölesan** ve **genç** kadınlarda izlenir.
- En sık etken **Stafilokokusa aureus**'tur.
- Toksik şok sendromu toksini 1; stafilokokal enterotoksin F ve pirojenik ekzotoksin C'dir.
- Akut klinik bulgular; ilk önce **vasküler permabilite artar**; **hipotansiyon** görülür. **Ateş**, diffüz maküler **döküntü**, diare, kusma, el ve ayak tabanını içine alan deskuamasyon (1-2 hafta sonra) ve diğer organ tutulumları görülür. En sık ölüm nedeni **ARDS**'dir.
- Streptokokus pyogenes ekzotoksin M1 ve M3 ile benzer sendrom yapabilir.
- Küretaj, histerektomi, tüp ligasyonu sonrasında da gelişebilir.
- Toksik şok sendromu ile diyafram, servikal başlık, nonoksinal-9 ile arasında ilişki varken **RIA** arasında ilişki **yoktur**.
- **Tedavide** hipotansiyon için dopamin veya naloksan, tedavi süresini kısaltmak için kortikosteroidler, antibiyotikler (nafsillin, dikloksasilin, oksasiline, klindamisin, vankomisin, mupirosin)

Orjinal Soru: Klinik Bilimler 197

197.Prolaktinomaya yol açan mikroadenomda...
Oral dopamin agonisti

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / ENDOKRİN

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

Hiperprolaktinemi gebelik ve laktasyonu etkileyen etkenler, ilaç kullanımı, tiroid fonksiyon bozukluğu akla gelmeli, hipofiz için MR düşünülmalıdır. Sebep bulunmazsa idiyopatik kabul edilir.

- Prolaktin sabah aç kanına ve **foliküler** fazda ölçülmesi en uygundur. < 15-20 ng/ml altı normaldir (başka kaynak: 5-27 ng/ml'dir). **20-40 ng/ml** arasında test **tekrarlanır**. İlk olarak ilaç ve **hipotiroidi (TSH)** dışlanmalıdır. >100 ng/ml üzerinde **amenore, hipogonadizm, hipoestrojenizm ve osteopeniye** neden olur. İlk önce **prolaktinomadan** düşünülmalıdır.

- Hiperprolaktinemi 2/3'ünde **galaktore** görülür. Hiperprolaktineminin yapmış olduğu anovulasyona bağlı olarak da **amenore** ve **infertilite** ortaya çıkar. Galaktore olmaksızın da %15 olguda **amenore** görülebilmektedir. Galaktore + amenore olanların 2/3'ünde hiperprolaktinemi vardır. Bunların da 1/3'ünde prolaktinoma vardır.

Hiperprolaktineminin Reprodüktif Etkisi

1. Granüloza hücre sayısında ve FSH bağlanması azalma
2. **Hipotalamusdan GnRH'nin pulsátil salınımının baskılanması (anovulasyonun temeli)**
3. Granüloza hücrelerinden estradiol üretiminin inhibisyonu
4. Yetersiz luteinizasyon
5. Progesteron salınımında azalma

- Prolaktin adrenal bezi indükler ve **DHEA-S** artırır. Artan DHEA-S seviyesi **hirsutizme** yol açar. Ancak Prolaktin (**PRL**) Testosteronun (**T**)'nin, dehidrotestosteron (**DHT**)'ye dönüşümünü **inhibe** ettiği için
- androgen artışına rağmen klinik bulguları korele değildir; hafiftir.
- Erken başlangıçlı hiperprolaktinemi **puberte tarda**ya yol açabilir.

İnfertil kadın, hipogonadotropik infertil erkek, amenore, galaktore, amenore ile birlikte olan hirsutizm, anovulatuvar kanama, puberte tarda varlığında prolaktin ölçülmelidir. Gebede PRL ölçümü mantıklı bir seçenek değildir.

Tedavi

Dopamin agonistleri (Ergot alkaloidleri): Bromokriptin (**kısa**), Kabergolin (**uzun**) Methergolin, Pergolid, Lisüridir. **Bulantı kusma** en sık yan etkileridir. Ortostatik hipotansiyon da yapabilirler.

Klinik Bilimler 197. soru
Tusem Kadın Doğum Konu Kitabı
Sayfa 225

- Mikroadenom ya da makroadenomda ilk seçenek medikaldir. 2-3 haftada PRL azalır ancak **galaktore** daha geç düzelir. **Oral vajinal tedavi edilemez - vajinal de düşenlebilir - Makroadenomlarda diğer tedavi seçenekleri transsfenoidal eksizyon (kür)ve radyoterapidir.**
- Gebelikte adenom **büyüyebilir** (daha çok makro) ancak **yeni adenom gelişmez**. Gebelik ve hipofiz adenomu takibinde PRL ölçümü anlamsızdır (gebelikte zaten PRL 10 kat yüksektir). **Gebelilerde görme alanı** ölçümü (bitemporal hemianopsi) ile takip edilir. Ölçümde sorun varsa hipofiz **kontrastsız MRG** düşünülür. **Bromokriptin** (Dopamin **desidual prolaktini** etkilemez; amniyondaki PRL etkilenmez) kullanılabilir. Dopamin antagonistleri **teratojen** değildir. Hipofiz adenomu, gebelik ve emzirme (nörolojik belirtiler varsa KE) için bir kontrendikasyon değildir. Emzirme ile artan PRL adenomu büyütmez

İNFERTİLİTE

- Korunmaksızın ve düzenli cinsel ilişkiye rağmen < 35 yaş altı için 1 yıl, > 35 yaş üstü için **6 ay** gebelik elde edilememesidir. **Hiç** gebelik elde edemeyen çiftler **primer infertil**; önceden gebelik elde edebilmiş (ne şekilde sonlanmış olursa olsun), ancak bir yıldır düzenli, korunmasız ilişkiye rağmen gebelik elde edemeyen çiftlere **sekonder infertil** denir.
- Fekundabilite:** Menstrüel siklusa **gebe** kalma ihtimali (<35 yaş: % 20 // 1 yılda %85)
- Fekundite:** Tek bir menstrüel siklusa **canlı** bir doğum sonuçlandırma ihtimali.

Gebelik elde etmede **en önemli** parametre **yaş**tır (spontan - YÜT farketmez).

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 198

198.Sekonder amenorede hangisine bakılmaz ?
karyotip

Tusem Konu Kitabı

Tusem Konu Kitabı

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KADIN

Klinik Bilimler 198. soru
Tusem Kadın Doğum Konu Kitabı
Sayfa 206

Primer Amenore Etiyolojisi

1. Gonadal disgenезiler %30 (en sık)
2. Müllerian agenezi (RKMH)
3. Testiküler feminizasyon

Sekonder Amenore Etiyolojisi

En sık görülen sekonder amenore nedeni gebeliktir
Diğer nedenler:

1. Kronik anovulasyon.....% 28
2. Hipotalamik supresyon.....% 10
3. Anoreksia / kilo kaybı.....% 10
4. Prolaktinomalılar.....% 7.5
5. Asherman sendromu.....% 7
6. Hipotiroidizm.....% 1

+ Primer amenorede sırasıyla

1. Sekonder seks karakteri varlığı
2. Serum gonadotropin statusu (düşük/normal/yüksek)/prolaktin/TSH
3. Karyotipleme ve görüntüleme (X-ray, pelvik ve kranial BT veya MR)

+ Sekonder amenorede sırasıyla

- B-HCG (en sık nedeni: gebelik)
- hcg negatif ise; FSH, prolaktin ve TSH.

Hipergonadotropik Amenore (FSH > 20 IU/mL)

1. Gonadal disgenезiler (en sık)
 - Turner sendromu
 - 46,XX saf gonadal disgenезi
 - 46,XY saf gonadal disgenезi (Swyer sendromu)
2. X kromozomunun parsiyel delesyonu
3. Seks kromozomlarında mozaik yapı (45X/46XX en sık)
4. Frijil X sendromu
5. Gonadotropin reseptör mutasyonları
 - LH reseptör mutasyonu
 - FSH reseptör mutasyonu
6. Rezistan over sendromu (Savage Sendromu)
6. Rezistan over sendromu (Savage Sendromu)
7. Ootimmün ooforit (Blizzard Sendromu)
8. Galaktozemi
9. Enzim defektleri
 - 17α-Hidroksilaz ve 17-20 Desmolaz eksikliği
 - Aromataz eksikliği
 - Konjenital lipoid adrenal hiperplazi
10. Radyasyon ve kemoterapi
11. Enfeksiyonlar

Hipogonadotropik Amenore (FSH < 5 IU/mL)

1. Fizyolojik (konstitüsyonel) gecikme (en sık)
2. Kallmann sendromu
3. SSS tümörleri (en sık kraniofarınjioma)
4. Hipofizer lezyonlar
 - Baş sella sendromu
 - Sheehan sendromu (hipofizer apopleksi)
 - Enfeksiyonlar (tüberküloz, sarkoidoz)
 - Hand Schüller Christian hastalığı
 - Diyabetik vaskülit
 - Orak hücreli anemi
 - Pitiüiter adenomlar
 - Pitiüiter hipoplazi
5. Hipotalamik GnRH salınımının bozulması
 - Anoreksia nervosa, bulimia, malnutrisyon
 - Stress, aşırı egzersiz
 - Hiperprolaktinemi
 - Hipotiroidi
 - Cushing sendromu
 - Kronik hastalıklar, neoplazi, malabsorbsiyon, marihuana kullanımı
 - Obazite
6. GnRH reseptör mutasyonu
7. FSH eksikliği

Normogonadotropik Amenore (FSH 5-20 IU/mL)

1. Müllerian anomaliler
 - İmperfore himen
 - Transvers vajinal septa
 - Serviks veya vajen yokuşu
 - RKMH sendromu
2. Asherman sendromu
3. Endometriyum yokluğu
4. Komplet androjen insensitivitesi sendromu (testiküler feminizasyon)

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 199

199. Hangisi KOK'ların metabolizmasını indüklemeyen...
varfarin

Klinik Bilimler 199. soru Tusem Kadın Doğum Konu Kitabı Sayfa 239	
KOK ilaç etkileşimleri	
Karaciğeri indükleyerek KOK metabolizmasını artırarak (etkinliği azaltan ilaçlar)	
• Etozölisimid • Felbamet • Fenitoin, mefenitoin • Fenobarbital • Griseofulvin • Karbamazepin, oksikarbazepin • Primidon • Rifampin	• Ampisilin, penisilinler • Antiretroviraller (Efavirenz) • Ketokonazol, itraconazol • Nevirapin • Rifinamide • Siprofloksasin, ofloksasin • Tetrasiklin, doksisiklin • Topiramet
KOK'ların ilaçlar üzerindeki etkisi	
• Aminofilin, teofilin • Diazepam, alprazolam, klordiazepoksit, nitrazepam • Etanol • İmipramin • Kafein • Kortikosteroidler • Meperidin • Metoprolol • Siklosporin • Trisiklik antidepresanlar	• Asetaminofen, Salisilik asit • Fosamprenavir • Lamotrijin • Morfin • Siklofentiazid • Temazepam

KOK ve Kanser

- + Endometrium (nulliparda fazla), over (epitelial tüm tipler), kolorektal ve tükrük bezi kanseri azalır. BRCA-1 ve 2 taşıyıcısında over kanseri riskini azaltır
- + HPV kronikleşme, servikal preinvaziv ve serviks kanseri (villoglandüler) artar. Tedavi edilmiş CIN'da KOK kullanılabilir.
- + Parsiyel mol riskini artırır. (postmolar neoplazi artmaz)
- + Benign meme hastalığını (fibrodistik) azaltır
- + Hepatosellüler adenomu artırır
- + Malign melanom, hepatosellüler, renal, hipofiz ve mesane kanseri üzerine etkisi nötr etkili.
- + Meme kanseri riski artar (değiştirmez)
- + Düşük doz KOK myomu büyümesini uyarır.

- KOK'un en sık yan etkisi progestin (P) kanıma kanamasıdır (metroraji). Estrojenik doz düşükçe sıklaşır. Düşük estrojenin endometriumu yeterli kadar uyarmaması ve progestin ajanın endometriumu atrofiye-desidualize etmesiyle ilişkilidir. Buna KOK'la artan klamidyal servisit de katkı sağlar. Akut gözümlü için siklus gününden bağımsız 7 gün estrojen (1,25 mg konjuge veya 2 mg estradiol) verilebilir. 24 günlük KOK'ta 21 günlüğe göre daha az kanama olur.
- Hastada daha yüksek estrojen dozlu preparat kullanmak, ya da farklı bir progestin içeren (levonorgestrel) KOK'a geçmek mantıklı olur. İlk aylarda daha sık görülür. Sigara ile artar. Kanıma kanaması KOK'un etkinliğini etkilemez

VAJİNAL KONTRASEPTİF (ESTROJEN VE PROGESTERON)

- Steroid hormonlar için intravajinal yol emilime uygundur (non -keratinize, bez yok, yağ ve kal folikülü yok). Vajen mukoza teması yeterlidir. Vajen florasını bozmaz. Obezitede etkinliği azalmaz (vajende yağ yok)Vajen mukoza teması yeterlidir. Daha düşük doz (15 mcg E) ile kontrasepsiyon sağlanır (karaciğer ilk geçiş etkisinden kurtulur). İlaç etkileşimleri ve bulantı - kusma daha az (GİS'ten pas geçtiği için)
- Her ayın ilk günü kullanılır. Hormonel dalgalanma ve kanıma kanaması (metroraji) KOK'a oranla daha az olur
- Koit esnasında çıkarılması önerilmez; çıkarılacaksa da 3 saat içinde yerine konulmalıdır
- Vajinal halka (Ring): 15 µg etinil estradiol ve 120 µg etonorgestrel (met: desogestrel) içerir

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 200

200.Mol gebelikte hangisi artmaz...
GDM

Tusem Konu Kitabı

Tusem Konu Kitabı

İLGİLİ NOTLAR

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / ONKOLOJİ

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

Evakuasyon sonrası hCG takip yapılır. hCG sıklıkla 9. haftada negatif olur (% 70). hCG seviyesi arda arda 3 kez negatif olana dek haftada bir, takip eden 6 ay boyunca ayda bir izlenir. Takip boyunca kontrasepsiyon gerekir.

Mol gebelik invazyon için yüksek risk parametreleri

- hCG > 100.000 mIU/mL
- Ağır büyümüş uterus
- > 6 cm bilateral teka lutein kist
- Maternal yaş >40

Takipte kemoterapi gerektiren durumlar

- Art arda 2 ölçümde hCG yükselirse ya da 3 ölçümde plato çizerse
- Uterusun evakuasyonun 15. haftasında hala hCG yüksekse
- hCG negatifleşmesinden sonra tekrar yükselirse
- Uterus boyutu regrese olduğu halde tekrar artarsa
- Evakuasyondan sonraki süreçte yeni kanama gelişmesi

Molar Gebeliklerin Karşılaştırılması

	Komplet mol	Parsiyel mol
Karyotip	Diploid (46, XX)	Triploid (69, XXY)
Klinik prezentasyon		
- Teşhis	Molar gebelik	Missed abortus
		% 4
		% 73
		<100.000 mIU/ml
		% 0,5
Medikal komplikasyonlar		
- Preeklampsi	% 27	% 3
- Hipertiroidi	% 7	Yok, nadir
- Teka lutein kisti	% 50	Yok, nadir
- Hiperemesis	% 8	Yok, nadir
- Trofoblastik emboli	% 2	Yok
- Postmolar trofoblastik neoplazi	% 15	% 4,6
Patoloji		
- Koryonik villuslarda hidatiform şişme	Diffüz hidropik	Fokal hidropik
- Fetus veya embriyonik doku	Yok	Var
- Trofoblastik hiperplazi	Diffüz	Fokal
- Trofoblastik stromal inklüzyon	Yok	Var
- Koryonik villusta çentiklenme	Yok	Var
- p57 immün boyanma	Negatif	Pozitif
- Genetik	Paternal	Biparental

GESTASYONEL TROFOBASTİK NEOPLAZİLER

İnvaziv mol (koryodenoma destruens), koryokarsinom, plasental site trofoblastik tümör (PSTT) ve epiteloïd trofoblastik tümör (ETT) bu gruptadır.

GTN herhangi bir gebelik formunu takiben gelişirse de en sık molar gebeliği takiben gelişir.

Non-metastatik (lokal invaziv) veya metastatik olabilirler. İnvaziv mol ve plasental site trofoblastik tümör (PSST) genellikle non-metastatik olarak izlenirken; metastatik hastalıkların çoğu koryokarsinoma bağlı olarak görülmektedir. Metastatik GTN sıklıkla non-molar gebelikleri takiben gelişmektedir.

Orijinal Soru: Temel Bilimler 17

17. Korpus luteumun ana görevi...

Östrojen ve progesteron sentezi yaparak gebeliğin devamlılığını sağlamak

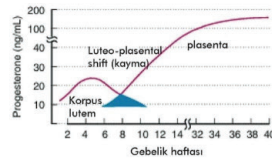
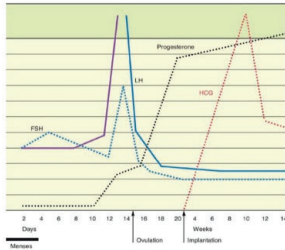
TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / ENDOKRİN

Temel Bilimler 17. soru

Tusem Kadın Doğum Konu Kitabı Sayfa 216

- Luteal fazda korpus luteum granuloza hücrelerinde salınan yüksek progesteron (P), estrojen (E) ve **inhibin-A** FSH'yi baskı altına alarak yeni folikül gelişimini önler. **Korpus luteum** (özellikle luteinize granuloza) postovulator overden salgılanan seks steroidlerinin (E ve P) ve inhibin A'nın majör kaynağıdır.
- Progesteron (P) **termojenik** bir hormondur ve ovulasyonu takiben yükselen progesteron bazal vücut ısısını 0.2-0.5 C yükseltir.
- Korpus luteum 22. günde **dejenerasyon** uğrar ve progesteron sentezi sona erer. Atreziye uğrayan korpus luteum beyaz renk aldığı için korpus **albicans** (**luteolizis**) ismini alır. Korpus luteum oluşmasını sağlayan LH iken regresyonunu (luteolizis) önleyen hCG'dir. Bu Gebe kalınması halinde korpus luteum varlığını devam ettirir. Bu devamlılık plasentanın progesteron sentez görevini devralana kadar sürer (luteo-plasental shift). **Luteolizisten** **PGF2α**, **TNFα** ve **endotelin-1** sorumludur. **PGF2α** siklusa **en yüksek** seviyeye **mens** sırasında ulaşır. Progesteron desteğinden yoksun kalan (Progesteron çekilme) endometrium dejenera (istemi) olarak atılmaya başlar (menstrüasyon).



† Ovulasyon öncesi E ve P reseptörleri maksimum yoğunlukta izlenir.

ENDOMETRİAL SIKLUS

- Endometriumda iki tabakadan oluşmaktadır.
- Zona **fonsiyonalis** her menstrüasyonda **dökülen** endometriumdur. **Spiral** arterioller beslenir. Spiral arterioller **hormon** duyarlıdır. Aralarında **anastomoz yoktur**. Proliferasyon, sekresyon ve dejenerasyonun olduğu tabakadır. Fonsiyonalis iki tabakadan oluşur; **kompakta** (yüzeyel) ve **spongiosa** (intermediate).
- Zona **bazalis** endometriumun en derin tabakasıdır. Menstrüasyonda **dökülmez**. **Baziller** arterioller beslenir. **Baziller** arterioller hormon duyarlı değildir. Dökülen endometriumun **rejenerasyonundan** sorumludur.

Proliferatif Faz

- Estrojenin etkisi ile endometrial gland proliferer olur (**reperasyon=mitoz**). 17β estradiol (**E2**) gland proliferasyonu ve progesteron (**P**) reseptör sentez sorumludur. Proliferasyon, **psödostratifikasyon** (tek katlı prizmatik epiteliden dönüşür), düz ve kısa endometrial **bezlerin uzun ve kıvrımlı** hale dönüşmesi, **mikrovillus** ve **siller** aktivitede gelişme, stromada kompaktlaşma, spiral arteriollerde uzama **proliferatif** faza özgü sayılabilir. Mens bitiminde 1-2 mm olan endometrium proliferatif fazın sonunda **5-8 mm'e** olur.

Sekretuar Faz

- Progesteron (P) ile **endometrial glandlarda glikojen** sekresyonu ve **stromal ödem** (> **postovulatuvar 7. = SAT 21**) izlenir. **Spiral** arter **kıvrımlı** hal alır. Ovulasyonun olduğunun **ilk histolojik** belirtisi **PAS + subnükleer intrastoplazmik glikojen vakualizasyonudur**. İmplant olan blastokistin ilk besin kaynağı glikojendir.
- Testere dişi görünüm izlenir
- Postovulatuvar 21. günde sekresyon en üst seviyededir. Aynı dönemde progesteron pik yapar. Endometrium reseptivitesi implantasyona uygundur (8-10 mm = en kalın dönem).
- Progesteronun (P) etkisi ile **mitoz** ve DNA sentezi **azalır**, 17β hidroksisteroid dehidrojenaz (**17β OHSD**) ve **sülfatazlar** uyararak estrojen (**E**) metabolizmasını artırır. Vaskularizasyonu artırır.
- Endometriumda 24. günde **eozinofilik** boyanma paterni izlenir (**cuffing**). Siklusun 26. gününde **psödoesidüalizasyon** yaygınlaşır ve 28. günde **PMN** lökosit infiltrasyonu, fokal hemoraji ve nekroz belirginleşir.

Orijinal Soru: Temel Bilimler 39

39. 37 yaşında postpartum Lh, FSH, E2 seviyesi düşük hasta?
Sheehan sendromu

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / ENDOKRİN

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

Enfeksiyonlar

- Kabakulak ve HIV primer ovaryan yetmezlikte (POY) ilişkililer

HIPOGONADOTROPIK AMENORE (FSH < 5)

- Olguların çoğu kazanılmış nedenlerdir. Sıklıkla sekonder amenore ile başvururlar. Hastaların seksüel gelişimleri immatür olabilir. Hipotalamohipofizer kaynaklıdır. **FSH düşükse** hipofizer ve hipotalamik ayırımında **GnRH stimülasyon testi** yapılır.
 - Hipotalamikte GnRH stimülasyonu ile FSH ve LH **artar**; hipofizerde **artmaz**.
- Hipotalamik amenorede FSH, LH ve PRL düşük, **CRH** ve **kortizol** seviyeleri **yüksektir**. Artan CRH endojen opiatı artırır ve gonadotropin salınımını inhibe olur

Fizyolojik (Yapısal) Gecikme

- Hipogonadotropik amenorenin en sık nedenidir. **Erkek**te daha sık. Puberte tarda yapar.

Kallmann Sendromu

- Konjenital GnRH eksikliğidir. Sporadik (daha sık) ya da kalıtsaldır (X'e bağlı resesif = **ANOS 1**). KAL, **anosmin-1** eksikliği, FGFR 1 (OD) mutasyonu izlenir.
- En sık patolojik **hipotalamik** ve **konjenital** primer amenore nedenidir. **Adrenarşın** olması ile yapısal gecikmeden ayrılır. Seksüel infantilizm vardır, **pulsatili GnRH** tedavisi önerilir.
- Anosmi** eşlik eder. Yarı damak/dudak, ürogenital sistem anomalisi veya sindaktili, serebellar ataksi, nöronal sağrıklık, anormal vazopressin salınımı izlenebilir. **Erkek**te renk körlüğü olabilir.

SSS Tümörleri

- Kraniofarinjioma** en sık primer amenoreye yol açan SSS tümörüdür. **Kalsifikasyon** görüntüleme izlenir.
- SSS'de germinom, tüberkül, sarkoid granülom ve dermoid kiste yapabilir.

Hematolojik: Orak hücreli anemi, talasemi major, aplastik anemide de hipogonadotropik hipogonadizm izlenir

Temel Bilimler 39. soru
Tusem Kadın Doğum Konu Kitabı Sayfa 209

Sheehan Sendromu

- Sıklıkla postpartum atoni sonucu derin hipotansiyon ve hipovolemik şoka bağlı gelişen hipofizer nekrozdur. İlk bulgu laktasyonun **olmamasıdır**. Baş ağrısı ve görme alanında daralma izlenebilir. **Aksiller** ve pubik kollar dökülür, panhipopötiyazim (en sık GH ve FSH - LH) gelişir. Postpartum amenore izlenir. Hipotiroidizm de izlenebilir.

Hand-Schüller-Christian hastalığı: Langerhans hücreli histiyositoz

Anoreksia Nervosa - Bulumia

- Hipogonadotropik (FSH, LH ve estradiol sürekli düşük) amenore ve **kortizol yüksekliği** izlenir.
- Sıcak-soğuk intoleransı**, hipotansiyon, bradikardi, diabetes **insipidus**
- Anemi, hipotalbüminemi ve **hiperkolesterolemi**, hipokalemi, hipoglisemi, hipotiroidi (T3 düşük, revers T3 yüksek) ve metabolik alkaloz, **karotende artma** (Bozulmuş A vitamini metabolizması); görülebilir.
- Dişlerin dökülmesi, parotis bezinin hipertrofisi, osteopeni ciltte **sarıma**, **lanugo** tüylenme

Düşük: FSH, LH, estradiol, IGF-I, leptin, T3
Yüksek: Kortizol, reverse T3, nöropeptit Y
Normal: Prolaktin, TSH, T4, ACTH

En sık kazanılmış nedendir. Endojen opiatların ve CRH'ın artmasına bağlı GnRH pulsatilitesi azalır ve amenore ortaya çıkar.

Orijinal Soru: Temel Bilimler 61

61. Trichomaonas vaginalis
Kisti yoktur

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / JİNEKOLOJİ

TUSEM
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

TRIKOMONAS VAJİNİTİ

- Cinsel yolla en sık bulaşan non-viral (ve non-klamidyal)ajandır.

Temel Bilimler 61. soru
Tusem Kadın Doğum Konu Kitabı Sayfa 045

- **Anaerop**, flajellalı (4 tane), sadece **trofozoit** formu bulunan protozoondur. Kist formu yoktur. Monoksendir.

- Sıklıkla asemptomatiktir. **Köpüklü, sarı - yeşil** ve kötü kokulu tokore esas semptomudur. Vulvar pruritus (kaşıntı) görülebilir ancak kandidanın aksine labium ve vestibüde sınırlıdır. Disparoni beklenir. Mensten hemen sonra ya da gebelikte şiddetlenir
- Vajen pH'sı artmıştır (pH >5.0). Vajende **eritem** ve servikte **çilek** görüntüsü (**kolpitis makula**=subepitelial peteşiyel hemorajik) görülebilir.
- Pap - smearda rapor edilebilir. **Taze** preparatta **kamçılı** (hareketli) trikomonas ve artmış lökosit ile tanıılır. BV birikeliği yüksek olduğu için Amsel tanı kriterleri görülebilir. Kültür altın standarttır. Tanı konulduğunda CYBH olduğu için diğer CYBH taranmalıdır. Eş tedavisi önerilir.

Tedavi: Metronidazol (sadece oral), tinidazol kullanılabilir.

VULVOVAJİNAL KANDİDİYAZİS (VVC) (MONİLİAZİS)

- **Candida albicans** vajinal flora elemanıdır ve %90'ından sorumludur. CYBH değildir. Ayrıca tedaviye dirençli ve tekrarlayıcı C. Glabrata, C. krusei ve C. tropicalis de nden olabilir.
- Vajinitin ikinci en sık etkeni ve **vulvovajinitin** en sık etkenidir.
- DM, AIDS, obezite, gebelik, antibiyotik, kortikosteroid, KOK risk faktörüdür.
- En sık vajinal ve /veya vulvar kaşıntı (**kronik yanma-batma**) görülür. **Süt kesisi** gibi kokusuz beyaz akıntı vardır. Klinik bulgular menstürasyona yakın kötüleşebilir. Vulva-vajen hiperemiktir, serviks normaldir. Servikte beyaz akıntı görüntüsü kenara itilebilir. Vulvada püstülopapüller lezyonlar görülür. Disparoni sıkır.
- Vajinal pH normaldir (pH'nın normal olduğu tek vajinit; pH < 4.5). Whiff testi negatiftir.
- **Smearin** ya da **vajen yan duvarından** alınan materyale %10 KOH ile muamele edilmesi ile miçel ve pseudohiflerin görülmesi ile konur. Tanıda doğrulamak için ya da **dirençli** vakada **kültür** kullanılabilir. Kültür altın standarttır. Smear testinin en spesifik en sensitif olduğu vajinittir.

Tedavi

- **Flukonazol** (oral - tek doz) ve/veya topikal ajan (klotrimazol, butakonazol, izokonazol, ketokonazol, flukonazol > nistatin). Terkonazol non- albikan vakalarda etkindir. Zayıf tropikal steroid eklenebilir. Topikaller gebede güvenli kullanılırken; **flukonazol gebede kullanılmaz**. Rekürren, **dirençli** olgularda etken C. tropicalis, C. glabrata ve C. krusei olabilir. Kültür ve eş tedavisi önerilir. Ayrıca **erkek semptomatikse** de tedavi önerilir.

Dirençli, tekrarlayan kandida: Yılda 4'ten fazla atak olması durumunda dirençli - tekrarlayıcı durum düşünülür. En sık semptom vulvovajinal **yanma**dır. Sıklıkla non- albicans türlerle ilişkilidir. **Kültür** yapılmalıdır. Partnerde kandida kolonizasyon tespiti olur ise **partner** tedavisi önerilir. **Flukonazol** üç günde ara ile 1 hafta (**1. 4. 7. gün**), ardından 6 ay boyunca **haftada bir** alınır. C. glabrata azollere, c. krusei ise flukanazole dirençlidir. Flukanazole direnç var ise **borik asit** 600 mg intravajinal ovul önerilir. Dirençli vakada terkonazol etkili olabilir.

DİĞER VAJİNİTLER

İnflamatuvar (Deskuamatif): Pürülan vajinal akıntı ile vardır. Gram pozitif basillerin (**laktobasiller**) azlığı ve özellikle streptokok gibi gram pozitif kokların artışı saptanmıştır. Vajende erozyon ve çilek noktaları (**kolpitis makülaris**) şeklinde peteşiler ve ekimotik spotlar izlenir. Vajen pH'sı sıklıkla >4.5'tir. Tedavisinde **topikal klindamisin** ve **steroid** kullanılır. Postmenopozda estrojen düşünebilir.

Atrofik vajinit: Postmenopozal dönemde ya da östrojen eksikliğine bağlı olarak ortaya çıkan inflamatuvar vajinit örneğidir. Vajinal pH **bazikleşmiştir**. Disparoni, kaşıntı ve postkoital kanama izlenir. Parabazal hücre ve lökosit artmıştır. Topikal estrojen ya da **ospermifen** kullanılır.

Sitolitik vajinit: Premenstruel laktobasillerin aşırı artması ile gelişir. **Hiperasiditeye**, çok düşük pH vardır. Tedavide sodyum bikarbonatlı vajinal duşlar önerilir

Orijinal Soru: Temel Bilimler 97

97. Doğum indüksiyonu için kullanılan ilaç hangisidir?
Oksitosin

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / PERİNATOLOJİ

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

BİSHOP Skorlaması

Skor	Dilatasyon	Efasman	Önde gelen kasının seviyesi	Serviksın pozisyonu	Serviksın kıvamı
0	Kapalı	%0-30	-3	Posterior	Sert
1	1-2	%40-50	-2	Ortada	Orta
2	3-4	%60-70	-1,0	Önde	Yumuşak
3	≥5	≥%80	+1, +2		

SERVİKAL OLGUNLAŞTIRICI AJANLAR

- **Prostaglandinler** (prostosiklin = Pg 12 hariç)
- **Oksitosin**: konvansiyonel öğretilen oksitosin servikal olgunlaştırıcı değildir; ancak düşük doz uzun süreli kullanımda servikal olgunlaşma yapabilir.
- **Nitrik oksit (NO)** dönerları (isosorbide mononitrat, gliseril trinitrat)
- **Mekanik teknikler** (balon kateter, Foley sondu, amnion salin (koryoamniyonit azaltır) uygulaması)
- **Hidrostatik servikal dilatatörler (laminara)**

Temel Bilimler 97. soru
Tusem Kadın Doğum Konu Kitabı
Sayfa 135

UTEROTONİK AJAN

Oksitosin: Sadece parenteral (IV infüzyon-IV bolus ve IM) kullanılır. Yan ömrü 3-5 dakikadır. IV olarak yüksek doz sulandırılmadan önerilmez (hipertansiyon ve aritmi). Antidiüretik etki yapar (yapısı AVP'e benzer). Yüksek doz oksitosin dehidrat solüsyonu ile su intoksikasyonu ve konvüzyona (hiponatremi) neden olabilir. Elektrolitli sıvı ile verilmelidir. Karbetosin uzun etkili oksitosin agonisti; atosiban oksitosin antagonistidir. İndüksiyonda en etkin. Karbetosin indüksiyon amacı ile değil postpartum kanama profilaksisi için kullanılır.

Ergonovin ve Metilergonovin: Oral ve parenteral (IM ve IV) formları var. Yan ömrü 3-4 saattir. IV önerilmez (ani tansiyon yüksekliği). En güçlü uterotoniktir. İntrauterin fetus ve plasenta varlığında kullanılmaz (uzun süre kontraksiyon). Preeklampsi, skleroderma, raynaud, astımda (kriz) önerilmez. Pulmoner ödem, MI, intrakranial kanama ve retina dekolmanı yan etkisi olabilir.

- **Amniotomi**: Koryoamniyon zarların iyatrojenik rüptür edilmesidir. Prostaglandin deşarjı ile doğumu indükler. Doğum süresi 1-2 saat kasılır. Sıklıkla serviks > 4-5 cmde açılır. Erken açılırsa koryoamniyonit, kord prolapsusu ve kord basısına yol açabilir. Kan ya da mekanyum tespiti sağlar. Normalde koryoamniyon zarlarında kan damarı yoktur; amniotomide kan beklenmez.

- Progesteron reseptör antagonist
- Estrojen
- Relaksin
- Hiyalüronik asit

Metilergonovin servikal olgunlaştırıcı değildir

Prostaglandin: Abort, servikal olgunlaşma, indüksiyon ve atoni tedavisi için kullanılır. Hepsisi ateş, titreme, kusma, diare yapabilir.

1. **Pg E2 = dinoprost**: Genelde servikal olgunlaştırıcı olarak kullanılır. En sık yan etkisi uterin taşışistoldur (diare ?). Astım ve EMR dikkatli kullan. Glukom, grandmultiparite, oksitosinle aynı anda kullanımı kontrendikedir.

2. **PG E1 = misoprostol**: Oral, vajinal ve rektal bukkal, sublingual yol ile kullanılabilir. Abort, servikal olgunlaştırma, indüksiyon, atoni tedavisinde kullanılır. En sık yan etkisi ateş ve diaredir. Taşışitold, mekanyum aspirasyonu (MAAS) ve rüptür PG E2'e göre fazla. Servikal olgunlaşmada en etkin

3. **Pg F2alfa (latanoprost - bimotoprost - travoprost - karboprost)**: Diare ve hipertansiyon yapabilir.

DİSTOSİ= ZOR DOĞUM (ANORMAL DOĞUM)

- Zorlu doğum uterin, fetal, kemik pelvis ve yumuşak doku gereklilidir. Bunlar içerisinde en sık görülen ve primer c/s'ye en sık neden olan kemik pelvisdir. Günümüzde c/s'nin en sık nedeni geçilmiş c/s'dir.

Distosi Nedenleri

Fetal nedenler	İntrapartum bulgular	Maternal özellikler
- Presentasyon: Yüz, alın, sınsiput - Pozisyon: oksiput transvers, oksiput posterior, asinklitizm - Makrozomi - Anomali; sakrokoksigal teratom, hidrosefali, kraniyofasial tümör, anensefali	- Polihidramnios - Koryoamniyonit - Neuroaksiyal analjezi - Yüksek seviyede iken doğum eyleminin başlaması - Annenin kötü ıkınması; sedasyon, ciddi ağrı, dens reijonal blok ve nörolojik hastalık	- Nulliprite - İleri yaş - Obezite - Büyük myomlar - Uterin mullerian anomali - Andropoit, android veya plaipeiloid pelvis - Pelvik kaplarda darlık - Kısa yapılı olmak - Pelvik tümör - Pelvik fraktür öyküsü

135

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 104

104.Yirmi sekiz haftalık gebe pulmoner emboli saptanıyor. Tedavide kullanılan antikoagülan...
Enoksaparin

TUSEM
Klinik Bilimler 104. soru
Tusem Kadın Doğum Konu Kitabı Sayfa 172

- Derin ven trombozu gebelikte en sık antepartum, solda ve %70 iliofemoral bölgede izlenir. Pulmoner emboli riski artar. Hızlı başlayan, alt ekstremitelerde ağrı ve ödem izlenir. Alt ekstremitelerde soluk ve soğuktur. Heparin ya da DMAH, yatak istirahati ve analjezik verilir. Sonrasında heparine gebeliği boyunca ve postpartum 6-12 hafta devam edilir. DMAH etkinliği antitrombin III aktivitesi ile takip edilir. Ancak rutin takibi önerilmemektedir. DMAH böbrek yetmezliğinde önerilmez. Laktasyonda verilebilir.

DVT'de Tanı Yöntemleri:

- İnvaziv kontrastlı venografi (altın standart, ama gebelikte kullanılmaz)
- Proksimal kompresyon ultrasonografisi (ilk test)
- BT
- MR (% 90 duyarlı) Ultrason yetersiz ise ve şüphe var ise d-dimer negatif predikasyonu değerli (gebelikte en az duyarlılığı olan yöntem, diğer nedenlerden dolayı da yükseldiği için)
- Bacak bulgusu yok veya kompresyon ultrasonografisi normal ise Akciğer grafisi ve D-Dimer bakılır. Hem akciğer grafisi normal hem de D-Dimer düşük ise pulmoner emboli ekarte edilir. Akciğer grafisinde anormal bulgusu ya da D-Dimer yüksek ise kesin tanı için ilk olarak CT pulmoner anjiyografi (CTPA) yapılır. Şüphe devam ederse ventilasyon perfüzyon sintigrafisi (V/Q) önerilir.
- Tromboemboli öyküsü olanda ya da yüksek riskli grupta profilaktik aspirin ve düşük molekül ağırlıklı heparin(DMAH) verilir
- Yüzeysel venöz tromboflebitin en sık nedeni varikoz venler varlığıdır. Ekstremitelerde ağrı ve hassastır. Eritem, ısı artışı ve ven trasesince palpasyonda sertlik tipiktir. Pulmoner emboliye neden olmaz (çünkü yüzeysel ven); ancak tedavisiz olguda derin venlere ilerleyebilir. Tedavide elastik bandaj, analjezik-antiinflamatuvar ve bacak elevasyonu önerilir. Antikoagulan derin venlere ilerlemiş vakada gereksizdir
- Fondaparinux aktif faktör Xa inhibitörüdür. Trombositopeni yapıcı etkisi heparine göre düşüktür. Dabigatran trombin inhibitörünü, Rivaroxaban FXa inhibitörünü, Apixaban FXa inhibitörünü sağlar.

Düşük Molekül Ağırlıklı Heparinin Heparine Göre Tercih Edilmesinin Nedenleri;

- Daha iyi antitrombotik etki
 - H. faktör Xa = trombin
 - DMAH: faktör Xa > trombin
- Daha düşük osteopeni-kanama
- APT'yi etkilemez
- Daha düşük trombositopeni
- Daha uzun yarı ömür
- Daha az monitorizasyon gereği (rutin bakılmaz) (renal yetmezliği olan vakalarda anti Xa düzeyi bakılabilir)
- Pulmoner tromboembolide odak sıklıkla illak venlerdir. En sık prezantasyonu dispnedir. Sonrasında göğüs ağrısı, öksürük, takipne ve taşikardi ile izlenir. Akciğer grafisi, kan gazı, EKG ve d-dimer istenir. Tedavide heparin ve DMAH verilir, gerekir ise vena kavaya filtre yerleştirilir.

Pulmoner Tromboemboli Tanı Yöntemleri

- Spiral tomografik pulmoner anjiyografi (spesifitesi en yüksek olan yöntem (gold standart))
- Ventilasyon/perfüzyon sintigrafisi
- MR anjiyografi
- Pulmoner anjiyografi (tarıda son derece başarılıdır. Ancak işlemin mortalite riski yüzünden tercih edilmiyor)

GEBELİK VE GASTROİNTESTİNAL SİSTEM

HİPEREMEZİS GRAVIDARUM

- Emzis gravidarum gebeliğin 1. trimesterında sıklıkla sabahları olan kusmadır. Şiddetlenmesi hiperemesis gravidarumdur. hCG (çoğul gebelik ve mal gebelik), estrojen, kız fetus, hipertiroidi ve helikobakter pylori ile ilişkilidir. Obezde daha azdır. GİS, üreter, tiroid ve karaciğer patolojileri ekarte edilmelidir.

Hiperemesis Gravidarum

- Şiddetli dehidratasyon
- Ketonemi
- Ketonüri
- Prerenal azotemi
- Alkaloz
- Kreatin artışı
- ALT-AST'de yükselme
- Hiponatremi
- Hipokalsemi
- Hiperbilirubinemi
- Hidroklorik asit kaybına bağlı hipokalemi
- Şiddetli kusmalar sonucunda özofagusta Mallory-Weiss yırtıkları, özofagus rüptürü (boerhaave sendromu)
- K vit. Eksikliği (maternal-fetal koagülopati, fetal kranial kanama)
- Wernike ensefalopatisi (tiyamin eksikliğine sekonder).

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 113

113.hepsidin ile hangisi yanlış ?
ferroportin ile demir emilimini artırır

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / PERİNATOLOJİ

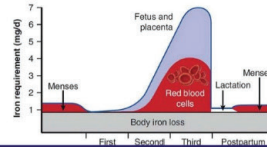
TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

Gebede KVS Parametreleri

Değişmeyenler	Artanlar	Azalanlar
- Santral venöz basınç - Ortalama arteriel basınç - Pulmoner kapiller wedge basınç	- Kardiak output (en çok artan) - Kalp hızı - Kalp boyutun (sol ventrikül)	- Sistemik vasküler direnç - Pulmoner vasküler direnç (en çok azalan) - Serum kolloid osmotik basınç

HEMATOLOJİK SİSTEMİ

- Gebe total 1 gr demire(Fe) ihtiyaç (0.5 mg fetus 0.5 maternal) vardır. Gebelikte herkese **demir replasmanı** önerilir (> 16 - 20 W). Demir plasentada **reseptör bağımlı endositotik** aktif taşınır. Maternal demir eksikliği olsa bile fetusta anemi beklenmez. Çoğul gebelik ve adölesan gebelikte anemi riski artar.



- Gebelikte eritrosit kuru ağırlığı artar; ama **dilüsyonel anemi** (maksimum 2. trimester).

Klinik Bilimler 113. soru
Tusem Kadın Doğum Konu Kitabı Sayfa 113

azalır (fetus Fe alır ve artan volüm). Fetus anne demirini esas olarak gebeliğin ikinci yarısında kullanır. Hepsidin (peptit) azalır; bağırsaktan demir eksikliği (Fe) emilimini artırır ve trofoblastlardan bebeğe demir transportunu artırır. Ferritin düzeyi azalır (fizyolojik). Ancak **ferritin < 10-15 mg/L** ise demir eksikliği anemi (r-FA) tanısını koydurur. Günlük ihtiyaç 6-7 mg/gündür, Günlük 30 mg elementer demir (ferroz) verilir (% 15 emilir).

Hematolojik ve İmmün Sistemde Görülen Değişimler

Artanlar	Azalanlar	Ciddi değişim göstermeyenler
- Lökosit sayısı-T lenfosit - Eritrosit kitlesi-retikülosit-eritropoetin - Faktör I, VII, VIII, IX ve X - Sedimentasyon - tPl - Plasminojen - Protein Z - CRP-prokalsitonin - C3 ve C4 faktörleri - Fibrinopeptit A - Aktive protein C rezistansı - Protein Z - Eritrosit fragilitesi - MCV	- Hb-Htc - Hum. ve hücrel immün sistem - Faktör XI ve XIII - Trombosit sayısı - tPA - Plasmin - Fibrinolitik aktivite - Alfa 2 antiplasmin - Protein S - Fibrin yıkım ürünleri - Ferritin - Hepsidin - Serbest protein S fraksiyo - Bazofil - Th1 / Th2	- B Lenfosit-Monosit - APTT - Trombin zamanı - Antitrombin III - T lenfosit Cd4/cd8 oranı

- Gebede total Protein C seviyesi değişmezken total ve serbest protein S belirgin azalma izlenir. **Aktive protein C (aPC) rezistansı** görülür. **Protein Z** faktör X inhibitörüdür ve gebede %20 artar.

Gebelikte hiperkoagülasyon - tromboz riski 5-10 kat artar.

GASTROİTESTİNAL SİSTEM

- Hipermemezis gravidarum (HEG) hcg trasesine paralel 1. trimesterde beklenir ve geçicidir (max: 10. h / 16.h geçer).
- Gingival hiperplazi ve epulis izlenir. Gebelikte diş çürümesi artmaz ancak semptomatik hale gelir.

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 138

138.Osteoporoz riskini arttıran:
-Anoreksiya nervoza

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / ENDOKRİN

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

Enfeksiyonlar

- Kabakulak ve HIV primer ovaryan yetmezlikte (POY) ilişkiler

HIPOGONADOTROPİK AMENORE (FSH<5)

- Olguların çoğu kazanılmış nedenlerdir. Sıklıkla sekonder amenore ile başvururlar. Hastaların seksüel gelişimleri immatür olabilir. Hipotalamohipofizer kaynaklıdır. **FSH düşükse** hipofizer ve hipotalamik ayırımında **GnRH stimülasyon testi** yapılır.
 - Hipotalamik GnRH stimülasyonu ile FSH ve LH artar; hipofizerde artmaz.
- Hipotalamik amenorede FSH, LH ve PRL düşük, CRH ve kortizol seviyeleri yüksektir. Artan CRH endojen opiatı artırır ve gonadotropin salınımını inhibe olur

Fizyolojik (Yapısal) Gecikme

- Hipogonadotropik amenorenin en sık nedenidir. Erkeklerde daha sık. Puberte tarda yapar.

Kallmann Sendromu

- Konjenital GnRH eksikliğidir. Sporadik (daha sık) ya da kalıtsaldır (X'e bağlı resesif = ANOS 1). KAL, anosmin-1 eksikliği, FGFR 1 (OD) mutasyonu izlenir.
- En sık patolojik hipotalamik ve konjenital primer amenore nedenidir. Adrenarşın olması ile yapısal gecikmeden ayrılır. Seksüel infantilizm vardır, **pulsatıl GnRH** tedavisi önerilir.
- Anosmi eşlik eder. Yank damak/dudak, ürogenital sistem anomalisi veya sindaktili, serebellar ataksi, nöronal sağırlik, anormal vazopressin salınımı izlenebilir. Erkeklerde renk körlüğü olabilir.

SSS Tümörleri

- Kraniofarinjioma en sık primer amenoreye yol açan SSS tümörüdür. Kalsifikasyon görüntöleme izlenir.
- SSS'de germinom, tüberküle, sarkoid granülom ve dermoid kiste yapabilir.

Hematolojik: Orak hücreli anemi, talasemi major, aplastik anemide de hipogonadotropik hipogonadizm izlenir

Baş Sella Sendromu

Hipofizer sellanın RT, cerrahi, enfarkt, adenom ya da konjenital nedenle demineralizasyonudur. Amenore olabilir.

Sheehan Sendromu

- Sıklıkla postpartum atoni sonucu derin hipotansiyon ve hipovolemik şoka bağlı gelişen hipofizer nekrozdur. İlk bulgu laktasyonun olmamasıdır. Baş ağrısı ve görme alanında daralma izlenebilir. **Aksiller** ve pubik kılalar dökülür, panhipopitüitarizm (en sık GH ve FSH - LH) gelişir. Postpartum amenore izlenir. Hipotiroidizm de izlenebilir.

Hand-Schuller-Christian hastalığı: Langerhans hücreli histiyositoz

Anoreksia Nervosa - Bulimia

- Hipogonadotropik (FSH, LH ve estradiol sürekli düşük) amenore ve kortizol yüksekliği izlenir.

Klinik Bilimler 138. soru
Tusem Kadın Doğum Konu Kitabı Sayfa 209

- Dışların dökülmesi, parotis bezinin hipertrofisi, osteopeni ciltte sararma, lanugo tüylenme

Düşük: FSH, LH, estradiol, IGF-I, leptin, T3

Yüksek: Kortizol, reverse T3, nöropeptit Y

Normal: Prolaktin, TSH, T4, ACTH

En sık kazanılmış nedendir. Endojen opiatların ve CRH'ın artmasına bağlı GnRH pulsatilitesi azalır ve amenore ortaya çıkar.

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 140

140. Diyabetik anne bebeğinde görülmesi en az olası olan?
-Caudal regresyon

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / PERİNATOLOJİ

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

Klinik Bilimler 140. soru
Tusem Kadın Doğum Konu Kitabı
Sayfa 153

EL DİABET

- Ne aşikar diabette (preGDM) ne de gestasyonel diabette (GDM) **kromozomal** anomali riski **artmaz**ken aşikar diabette (**preGDM**) fetal **anomali** riski **artar**; ancak gestasyonel diabette (**GDM**) fetal anomali riski de **artmaz**.
- GDM'de en önemli komplikasyon **makrozomidir**. Hipertansiyon, artmış intrauterin ölüm (özellikle son trimester), artmış sezaryen komplikasyonları izlenir. **Regüle GDM'de preeklampsii**, makrozomi ve komplikasyonları azalabilir. Intrauterin ölüm glukoz regülasyonu ile normal popülasyona benzer tutulabilir; artmaz. **Yüksek AKŞ** varlığında **açıklanamayan** ölü doğum izlenebilir.
- **Diyetle** hedef kan şekerinin sağlanıp sağlanamamasına göre ikiye ayrılır;

- Sınıf **A1**: sağlanıyor
- Sınıf **A2** sağlanamıyor; insülin, gliburid ve metformin planlanır
- GDM'de 30-35 kcal/kg/gün ve diyet %40 karbonhidrat, %40 yağ, %20 protein kompozisyonu ile planlanmalıdır.
- İnsülin kullanmayan gestasyonel diabetikte 39. haftadan önce doğum indüksiyonu önerilmemektedir. İnsülin kullanan gebelerde Kan şekeri regüle ve fetomaternal patoloji izlenmezse doğum 39. haftada (indüksiyon = 38 ½). önerilir. Makrozomik fetusta C/S önerilmelidir (brakial plexusu hasan önlere)
- Gestasyonel DM'li kadında sonraki gebelik ve geri kalan hayatında DM gelişme riski %50'dir.

GDM'de Gebelik Sonrası Takip

Zaman	Önerilen Test
1 Doğum sonrası (1-3. Gün)	1 Açlık veya anlık plazma glukoz ölçümü
2 Erken postpartum (6-12 hafta)	2 75 g OGTT
3 Postpartum 1. yıl	3 75 g OGTT
Normal.....→ AKŞ <100, 2 saat <140, HbA1c < %5.7	
- Bozulmuş glukoz toleransı→ AKŞ 100-125, 2 saat 140-199, HbA1c 5.7-6.4%	
- Aşikar DM.....→ AKŞ ≥ 126, 2 saat ≥ 200, HbA1c ≥ %6.5	

PREGESTASYONEL DİABET

Gebelikte aşikar DM tanısı;

- AKŞ ≥ 126 mg/dl
- Random KŞ ≥ 200 mg/dl
- HbA1c ≥ %6.5

DM'de Maternal-Fetal Komplikasyonları ve Özellikleri

Maternal	
Preeklampsii (özellikle F grubu)	En sık komplikasyon. KŞ regüle olsa bile izlenebilir. White sınıf artıca risk artar. DM'de prof aspirin ver. KŞ regüle olsa bile olabilir.
Preterm doğum - eylem	En sık nedeni preeklampsidir. Beta mimerik uygun değil.
Makrozomi	Organomegali (fetal insülin) (KC ve kalp (VSD), beyin hariç. OKŞ > 130
Konjenital malformasyon	En sık anomali (KVS, AYSD) 1. Kaudal regresyon 2. Situs inversus
Nedeni bilinmeyen intrauterin ölüm	Hiperglisemi, LGA, > 35. h. KŞ regüle olsa da izlenebilir
Gelişme geriliği	Preeklampsii - vaskülopati
LGA > % 90	
Spontan-habitüel abort	HbA1c > %12 PP > 120 mg/dl
Polihidramnios	Fetal hiperglisemi poliürisi
Artmış perinatal mortalite	En sık neden konjenital anomali
Nöropati-Gastropati	Simetrik periferik nöropati yaygın değil.
Retinopati	AKŞ > 126 çok artar / makülopati
Nefropati	Gebelik diyabetik nefropatiyi kötüleştirmez I, hedef KB <135/85 Preeklampsii riski çok artar
Enfeksiyonlar	Kandida, üreter, solunum, Postpartum yara yeri
Fetal	
Fetal RDS / AC maturasyon eksik; regüle DM'de risk yok	
Fetal hipoglisemi, hipokalsemi, hipomagnezemi	
Fetal Polisitemi; fetal hiperbilirübinemi	
Tip 2 diyabet kalıtım: %40 Tip 1 diyabet kalıtım: %3-5	

ANKARA	Ziya Gökalp Cad. No: 3 (Sosyal İşhanı) Kat: 5 Kızılay/ANKARA 0 (312) 435 05 00
İSTANBUL	Beyazıtğa Mah. Topkapı Cad. No: 1 Kat: 3-4-5 Topkapı/İSTANBUL 0 (212) 523 10 00
ADANA	Yeni Baraj Mah. 68053 Sok. Aydın 6 Apt. No: 8/B Seyhan/ADANA 0 (322) 224 63 23
ANTALYA	Güllük cad. (Soytaş Ulukut İş Merkezi) Kat: 7 No: 10/27 Muratpaşa/ANTALYA 0 (242) 243 88 22
BURSA	Asimbey Cad. No: 12 Görükle Mah. B blok Daire: 2 Nilüfer/BURSA 0 (224) 441 74 14
EDİRNE	İstasyon Mahallesi Atatürk Bulvarı Libra Teras Evleri A blok Kat:2 No:193 D:16 MERKEZ /EDİRNE
ERZURUM	Lala Paşa Mah. İzzet Paşa Cad. Ömer Erturan İş Merkezi Kat: 1 No: 3 Yakutiye/ERZURUM 0 (442) 233 35 85
KOCAELİ	28 Haziran Mah. Turan Güneş Cad. No: 273 Kat: 1 İzmit/KOCAELİ 0 (553) 144 08 55
KONYA	Sahibi Ata Mahallesi Mimar Muzaffer Cad. Zafer Alanı Abide İş Merkezi: Kat: 4 Meram/KONYA 0 (332) 351 95 23
SAMSUN	Cumhuriyet Mah. 65. Sokak No: 3 Kat: 1 Atakum/SAMSUN 0 (362) 431 93 39



@tusemegitim



@tusemegitim



@tusemegitim



@tusemegitim



@tusemegitim



www.tusem.com.tr

