

TUSEM®

TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

2026 TUS 1. DÖNEM

Temel Bilimler 94 soru • Klinik Bilimler 97 soru



KADIN DOĞUM

200/22

Kadın Doğum Konu kitabımız toplamda
22 soruya referans vermiştir.

10/10

10 Kadın Doğum sorusunun 10'una referans vermiştir.



Değerli Hekim Arkadaşlar;

Öncelikle 15 Mart'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 191'ine 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 31 yıllık tecrübesinin bir yansıması olarak gururla sunuyoruz.**

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 191

191.

- 17 - 19 haftalık ağrısız düşük öykülü soru
- Yeni gebeliğinde 12. haftada ne yapılmadı ?

İLGİLİ NOTLAR

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / JİNEKOLOJİ

TUSEM®

tek serviks (bikornuat unicollis) ya da **inkompletse çift serviks** (bikornuat bikollis) olabilir. Semptomatikse metroplasti (Strassman) yapılır.

- **Unikornuat** uterus (Hemiuterus): **Tek parametonefrik** kanal gelişir. %40 aynı tarafta **renal agenezi** izlenir. Tespit edildiğinde IVP ve renal USG önerilir. Karşı taraf olmayabilir ya da rudimenterdir (daha sık). Ve rudimenter olup ilişkisi (daha sık) de olabilir; ilişkili olabilir. Bunlardan **rudimenter** olup **ilişkili** olan varsa kesinlikle **çıkarılmadığıdır**. Bu durum obstetrik açıdan en riskli uterin anomalidir. Sıklıkla serviks ve vajende anomali yoktur.
- Uterus **Didelfis**: Her iki Müller kanalının **tamamen** aynı gelişip **füzyon** olmamasıdır. **İki ayrı serviks** vardır.

Akkiz (Kazanılmış) Lezyonlar:

- **Asherman** sendromu, polip, submükozal myom, **adenomyozis**, **servikal yetmezlik**, kavitede **RIA** abortus riski artar.

Klinik Bilimler 191. soru
Tusem Kadın Doğum Konu
Kitabı+2026 Sayfa 041

Servikal yetmezlik non-patent (akut) ya da kazanılmış (doğum, D/C ve konizasyon). **2. trimester ağrısız servikal dilatasyon** ile abort ya da erken doğuma neden olur. USG ise kasa serviks izlenir. **Öyküsü** varsa 14-16. hafta; muayenede farkedilmişse (< 25 mm) 16-24. haftada **serklaj** (internal servikal os bütücü sütür) planlanır. Vajinal yolda **Mcdonald** ya da **Shirodkar** yapılır. **abdominal (15. ya da 16. hafta)** denenebilir. Serklaj sutur gebelik **37. haftasında** alınır.



ENDOKRİN

- **Tedavi ile en yüksek başarı** elde eden **grup**.
- Tiroid oto-antikor pozitifliği olan hipotiroidik olgular abortus nedenleri arasındadır. Düşük riskli TSH düzeyi ile doğru orantılıdır.
- Kontrolsüz tip 1 DM olgularında spontan abortus ve konjenital malformasyon riski artmıştır.
- Korpus luteum yetmezliği daha çok 1. trimester düşüklüklerine neden olur. Progesterinler spontan abort için değil ama TGK için faydalıdır.

GENETİK

- Anaploid düşüklük yaşla beraber artar (>35 yaş), genellikle erken gebelik haftalarında oluşur.
- **TGK'da** en sık rastlanan parental kromozom anomalileri **yapısal**dır; **dengeli resiprokal translokasyon** (%50), Robertsonian translokasyon (%25) ve klinefelter (X kromozom mozaizmi = 47 XXY) sendromudur (%12).
- Dengeli resiprokal translokasyon en sık saptanan yapısal kromozomal anomalliktir. Sadece **standart G-band** tekniği ile metafazda tanınır. Mikroarray tekniği ile **tanınmazlar**. Habitüel abortu olan çiftlerde **mikroarray değil standart G-band** tekniği uygulanır.
- Robertsonian translokasyon akrosentrik kromozomlar (13, 14, 15, 21 ve 22) arasında sentromer birleşmesiyle oluşur. Taşıyıcının 45 kromozom vardır ama fenotipik olarak normaldir, farkedilmez. TGK'ya yol açarlar. En sık robertsonian translokasyon (13;14, q10;q10)'dur. Trizomi 13'lerin 1/5'i böyledir.
- Tanı parental karyotip analizi ile konur, tedavi preimplantasyon genetikidir.

İNFEKSİYONLAR

- **En az** neden olan gruptur. Spontan abort yapıyor olsalar da TGK'da araştırılması **önerilmez**. Kültür almak araştırmak yerine ampirik antibiyotik planlanabilir (azitromisin, eritromisin veya doksisisiklin).

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 192

192.

6 cm acıklık var, seviye +1
 Kontraksiyon kaybolmuş, bradikardi gelişmiş
 Ön tanı ?

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM®
 TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / PERİNATOLOJİ

İliak eksternanın etkisi yoktur; bağlanmaz.

- Histerekтоми sonrası bile kanama devam eder akla DIC gelmelidir. Pelvise **kompres (packing)** basılarak kapatılır.

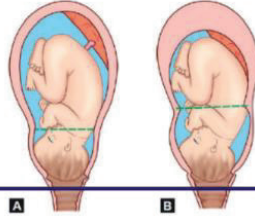
Erken postpartum kanamaların en sık nedeni uterin atonidir.

Klinik Bilimler 192. soru
 Tusem Kadın Doğum Konu
 Kitabı+2026 Sayfa 164

UTERİN RÜPTÜR

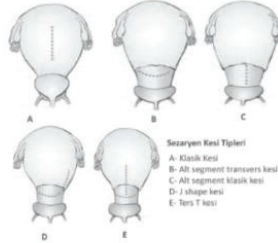
- Sekonder ya da primerdir. En sık **sekonder** (cerrahi -anomali) görülür. En sık sekonder rüptür nedeni eski **sezaryen skarın** rüptürüdür. **En sık Kerr** (alt segment transvers) insizyona sekonderdir. Ancak **en riskli** olan uterin kesi **klasik** ve **T** kesidir. **Primer** uterin rüptür sıklıkla **üst** segmentte olur ve mortalite yüksektir.
- En sık bulgu** fetal **distrestir** (ilk **variable** deselerasyon; sonradan bradikardiye ya da geç deselerasyona dönüşebilir), en sık bradikardi $\uparrow$ izlenir. En sık komplikasyonu fetal mortalitedir.
- Var olan uterin **kontraksiyonu kaybolması**, fetal kısmın **superiora** yer değiştirmesi, servikal **açıklığın azalması**, **batında mayı** izlenmesi, seviyesi önceden bilinen AFI'nın membran rüptürü olmadan aniden azalması temel bulgulardır. Vajinal kanama ve hemoperitonum izlenebilir. Göğüs ağrısı ve çok olabilir. Acil cerrahi (C/S + **Primer anarım** veya **histerekтоми**) gerektirir.

Patolojik retraksiyon -tulkazı (**fundal-tulkazı**) görülmesi uterin rüptür riskini çok artırır, acil C/S planlanmalıdır.



Uterin İnsizyon Tipleri ve Rüptür Oranları

Önceki insizyon	Rüptür oranı
T insizyon	4-9
Klasik insizyon	2-9
Alt segment vertikal	1-7
Alt segment transvers (Bir kez)	0,2-0,9
Alt segment transvers (multiple)	0,9-1,8
Geçirilmiş alt segment rüptürü	2-6
Geçirilmiş üst segment rüptürü	9-32



Sezaryen Kesi Tipleri
 A: Klasik Kesi
 B: Alt segment transvers kesi
 C: Alt segment klasik kesi
 D: J kesi
 E: Ters T kesi

Rüptür Risk Faktörleri

- Geçirilmiş sezaryen (**en yüksek** risk faktörü)
- Önceden geçirilmiş myometriyal cerrahiler (küretaj, perforasyon, myomektomi, metroplasti)
- Aşırı genişli uterus (hidramniyoz, çoğul gebelik, makrozomi, molar gebelik vb.)
- Multiparite
- Koryokarsinom
- Hiperstimülasyon, PGE1 kullanılması
- Zor doğum (en çok makat ve transvers)
- Intrauterin manipülasyon (internal versiyon-ekstraksiyon)
- Uterin anomaliler, leiomyom, adenomyozis
- Bağ doku hastalığı (Ehlers Danlos sendromu vs..)
- Orta forseps rotasyon

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 193

193.

30 hafta gebe tansiyon 140 /100
Proteinüri yok

-
- Hangisi preeklampsisi kriteri değil ?
-

İLGİLİ NOTLAR

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / PERİNATOLOJİ

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

GEBELİK VE HİPERTANSİYON

Gebelikte tansiyonun > 140/90 mmHg olmasıdır. Gebede 4 tipi vardır

1. Gestasyonel hipertansiyon (gebeliğin indüklediği hipertansiyon)
2. Preeklampsisi sendromu
3. Kronik hipertansiyon üzerine eklenmiş preeklampsisi (süperimpoze)
4. Kronik hipertansiyon

Kronik hipertansiyon iki şekilde tanımlanabilir;

1. Gebelikten ya da 20. gebelik haftasından önce tansiyonun $\geq 140 / 90$ mmHg olması
 2. İlk kez 20. haftadan sonra tanısı konulan ve **postpartum 12. haftadan sonra da devam** eden tansiyon yüksekliği
- Diastolik basınç >100 mmHg üzerinde ise antihipertansif başlanır. Gebelikte en uygun ajan **alfa-metildopadur**. Kronik hipertansiyonu olan gebelerde düşük doz **aspirin** önerilir (>12 haftadan doğuma kadar). Tedavi alsın veya almasın kronik hipertansiyonu olan kadınlarda fetal **konjenital anomali** riski artmıştır. (özellikle **kalp**). **Labetalol** ve **kalsiyum kanal blokörleri** (yavaş salınımlı) da kullanılabilir. **En sık komplikasyonu süperimpoze preeklampsisi** neden olmasıdır.
- Gestasyonel hipertansiyon** <20. hafta öncesinde **normotansif** iken; sonrasında **proteinüri olmadan** HT olmasıdır. %50'sinde preeklampsisi; %10'unda proteinüri olmadan eklampsi kriz gelişir. **Postpartum 12 haftaya kadar normale** dönmesi beklenir (hansı **prospektif**). Gebelikteki hipertansiyonun en sık nedenidir.
- Preeklampsisi (PE)** 20. gebelik haftasından sonra ilk kez tansiyonun $\geq 140 / 90$ mmHg olması ve preeklampsisi tanı kriterlerinden birinin eşlik etmesi.

Kronik hipertansiyon semptomları: **proteinüri** (protein/ kreatinin $\geq 0,3$). Kronik hipertansif hastada yeni başlayan **proteinüri** preeklampsisi düşündürür.

Klinik Bilimler 193. soru
Tusem Kadın Doğum Konu
Kitabı+2026 Sayfa 153

PREEKLAMPSİ (PE)

- >20. haftadan sonra ilk kez tansiyonun $\geq 140 / 90$ mmHg olması ve aşağıdaki kriterlerden **birinin eşlik** etmesi;
- Yeni başlayan **proteinüri** (≥ 300 mg/gün veya spot idrarda $\geq 1+$ dipstik veya spot idrarda protein/kreatinin $\geq 0,3$)
- **Trombositopeni** (< 100.000)
- **Visüel ve serebral** semptomlar
- Serum **transaminazların** normalin **2 katını** aşması
- Yeni gelişen **renal yetmezlik** (> 1.1 kreatinin veya başka renal hastalık olmadan kreatinin **2 katına** çıkması)
- **Pulmoner** ödem

Periferik ödem tanı kriteri değildir

Preeklampsisi Etkileyen Durumlar

Preeklampsisi risk faktörleri	Azaltan faktörler
• Preeklampsisi öykü (en riskli 8.4) • Kronik hipertansiyon 5.1 • DM (En sık white: F) 3.7 • Nulliparite • Yaş > 35 • Yaş < 16 • Aile hikayesi • Fakirlik • Siyah ırk • Ölü doğum öyküsü • Erkek fetus	• Sürekli kondom kullanımı • Yeni baba aday • Obstrüktif uyku apnesi • Obezite • Tüp bebek • Dekolman öyküsü • Gebelikler arası > 7 yıl • HIV + • Sigara (adrenomedüllerin) • Placenta previa • Beyaz ırk • Asya ırk • Besinsel - Çinko - Kalsiyum - Magnezyum - Askorbik asit • Multipariter • Gastrik by pass

- Preeklampside koryonik **villusların** olması **şarttır**. Fetus ya da intrauterin olmak zorunda da değildir; **komplet mol** ve >18 hafta **ektopik** gebelikte de görülür.
- **Generalize vazospazm** ile hipertansiyon izlenir. Azalmış kan akımına ile dokularda iskeci, nekroz, kanama ve

153

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 194

194. Hangisi anormal uterin kanama nedeni değildir ?

İLGİLİ NOTLAR

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / JİNEKOLOJİ

Kanama **yapısal (PALM)** ve yapısal **olmayan (COEIN)** olarak tanımlanmıştır. Özellikle **yapısal** nedenler **yaş (estrojen kümülasyonu gibi)** ile artmaktadır. Yapısal olmayanlar adolesanlarda sık olmakla birlikte her yaş dağılımında mevcuttur.

- **Endometrial polip**, en sık asemptomatiktir. En sık AUK (özellikle metrorajiye, menoraji, postmenapozal) yapar. Dismenore ve infertilite ile ilişkili olabilir. İlerleyen yaş, obezite, **postmenapozal** dönem, **tamoksifen**, **Lynch** ve **Cowden** sendromu risk faktörüdür TV USG, H/S, SIS ve HSG ile görüntülenebilir. **SIS** (proliferatif faz) HSG'den iyidir. Patolojik spesmen ile tanı konur. Maligniteye dönüşme riski vardır. Asemptomatik dahi olsa **H/S eksizyon** önerilirse de bazı kitaplar sadece risk faktörü varlığında eksizyon önerir. (postmenapozal dönem, > 1,5 cm, AUK, tamoksifen kullanımı).

- Eski DUK ifadesi COEIN 'E' = endometrial ve COEIN 'O' = ovulatuvar disfonksiyon ifadesi ile tanımlanmaktadır. **Eski ovulatuvar DUK** ifadesi **COEIN 'E'** ile endometrial atrofi, kronik endometrit I, intrasek anormaller anlaşılır. Plasental site nodül kanaması bu gruptadır. Endometrial vazodilatörlerin artması, vazokonstriktörlerin azalması ilişkili kanama da bu gruptadır (Endotelin-1 ve PgF2alfa vazokonstriksiyon / Prostoglandin I2 ve PgE2 vazodilatasyon).

- COEIN 'I' = iatrojenikte hormonal kontraseptifler (**KOK vb**), **RIA**, ilaçlar akla gelmelidir.
- **PALM 'M'** = malignenside CIN, EIN (atipik hiperplazi), atipisiz hiperplazi, malignite vardır
- **PALM-COEIN** sınıflamasında gebelik yoktur.

Postmenopozal Kanama Nedenleri

Atrofik endometrit/ vajinit	% 60-80
Ekzojen estrogen alınması (HRT)	% 15-25
Endometrium kanseri	% 10
Endometrial veya servikal polip	% 2-12
Endometrial hiperplazi	% 5-10
Diğer (servikal kanser, sarkom...)	% 10

- AUK yapan sistemik hastalıklar; diabetes mellitus, hipotiroidi-miksödem, hipertiroidi, prolaktinoma, kronik hastalık (Karaciğer hastalıkları, kronik böbrek yetmezliği, obezite vb)

AUK'ta Gereken Tetkikler

- Tam kan-kan grubu-Beta hcg -TSH-prolaktin-AST-ALT-Üre-BUN.
- Von Willebrand faktör, kanama zamanı, PT, aPTT.
- Progesteron (mens 21. günü > 3 ng/ml ovulasyonun olduğunu gösterir).
- Klamidiya, gonore ve trikomonas araştırması.
- TV USG ve gerekirse **endometrial biyopsi**.
- **Endometrial biyopsi**: AUK olan > 45 yaş üstü her kadın ya da AUK olup hiperplazi predispozan (**obez**, anovulasyon (**PCOS**), malignite öyküsü, **tamoksifen**) kadından endometrial örneklem gerekir. Ayrıca **postmenapozal** kanama olmasa bile endometrial çift duvar kalınlığı **5 mm** ve daha fazla ise ve **postmenapozal** uterin kavitede **sıvı** ekosu var ise yine örneklem gerekir. Ayrıca **EK 12 mm**'den büyük olan kadında örneklem faydalı olur. **Medikal tedaviye dirençli kanamada da biyopsi önerilir**

Tedavi

- AUK olgularında tedavi nedene yöneliktir. Hastanın **yaşı**, cinsel hayatı, kanamanın **miktarı ve süresine** değişebilir. Hemodinamisi stabil olmayan hastada ilk iş stabilizasyonu sağlamaktır

Klinik Bilimler 194. soru
Tusem Kadın Doğum Konu
Kitabı+2026 Sayfa 031

Polyp
Adenomyosis
Leiomyoma
Malignancy & hyperplasia

Submucosal
Other



Coagulopathy
Ovulatory dysfunction
Endometrial
Iatrogenic
Not yet classified



Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 195

195.

- Tuboovaryen abse ile ilgili hangileri doğrudur ?

1. Ab cevapsız ise perkütan drenaj yapılabilir
2. Rüptür gelişirse laparotomi yapılır
3. Kültürde en sık staf vardır

İLGİLİ NOTLAR

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / JİNEKOLOJİ

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

Tanı Kesinliğini Artıran Bulgular (şart değil)

Minör	Major
• Endo bx: endometrit	• USG'de TOA görünümü
• Sedimentasyon ve CRP artışı	• L/S'de salpenjit görünümü
• Ateş (> 38)	
• Lökositöz	
• Gonore ve klamidyanın gösterilmesi	

PIH'de altın standart LS / LT'dir.

Tanıyı destekleyen parametre

• Serviko-vajinal mukopürulan akıntı	• Vajinal akıntıda lökositöz
• CRP ya da sedim yükseklik	• Gonore ya da klamidyaya için pozitif test
• >38,3 ateş	

Tanıyı destekleyen parametre

• Endometrial biyopside endometrit
• USG'de ya da MR'da kalın ve içi sıvı dolu tüpler
• LS'de salpenjit (altın standart)

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.

PIH Hastane Yatış Endikasyonları

• Gebelik	• Kesin olmayan tanı
• Yüksek ateş	• Peritonit
• Lökositöz > 15.000	• Başarısız ayakta tedavi
• Abse şüphesi	• Oral alımı engelleyen bulantı-kusma

PID Tedavi

Ayakta	
Seftriakson (IM) Sefizoksim (IM) Sefotaksim (IM) Sefoksitin (IM) + probenesid (oral)	+
Doksisisiklin (oral) ± Metronidazol (oral)	
Yatan	
A Sefoksitin (IV) Sefotetan (IV)	+
Doksisisiklin (oral /IV)	
B Seftriakson (IV) Klindamisin (IV)	+
Doksisisiklin (oral /IV) + Metronidazol (oral /IV)	
Ampisilin + sulbaktam (IV)	Gentamisin (IV) Seftriakson (IV) Doksisisiklin (oral /IV)

Pih Komplikasyonları

- PIH rekürrensi (en sık)
- İnertilite: PIH'a sekonder tubal hasar ilişkili.
- Ektopik gebelik
- Kronik pelvik ağrı

Klinik Bilimler 195. soru
Tusem Kadın Doğum Konu
Kitabı+2026 Sayfa 049

ateş (%60-80), bulantı, kusma ve taşıkardi 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 perkütan 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**nin en sık nedenidir. Akciğer tüberkülozuna sekonder **hematojen** (tüp ve uterusu) yayılımıyla gelişir.
- Sıklıkla **asemptomatiktir**. Başlıca şikayet **infertilite** (en sık) ve pelvik ağrıdır. Nadiren **ileri evre over kanserine** benzer tablo yapabilir.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 196

196.

- RKMH ile ilgili hangisi yanlıştır ?
- Cevap =imperfore himen vardır (diğer 4 şık amenore, 46 XX, proksimal vajen yokluğu , normal meme varlığı)

İLGİLİ NOTLAR

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / ENDOKRİN

TUSEM®
 TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

panhipopituitarizm (en sık GH ve FSH - LH) gelişir. Postpartum amenore izlenir. Hipotroidizm de izlenebilir. **Hiponatremi olabilir. Ancak nörohipofiz hormonu olan ADH azalması ile ilişkili diabetes insipidus beklenmez. Prolaktin , GH , FSH ve LH azalması da beklenir. Bazen ACTH, TSH azalabilir. ACTH azalırsa oksiter pubik kılınma azalabilir.**

Hand-Schuller-Christian hastalığı: Langerhans hücreli histiyositoz

Anoreksia Nervosa - Bulimia

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

Klinik Bilimler 196. soru
Tusem Kadın Doğum Konu
Kitabı+2026 Sayfa 215

- 46,XX ve ovaryan fonksiyonları normaldir. **Müllerian kanal gelişmez** (tuba, uterus ve vajen üst kısmı gelişmez) ama **alt vajen var** (kör vajen= vajinoplasti yap = Mc Indoe op, Vecchietti op). Pubik kılınma, **meme gelişimi** ve hormonal profil ise **normaldir**. Primer amenoreiktir. Ekzojen hormon ile kanıyamazlar. Meme var ve kör vajen nedeniyle androjen insensitivite sendromu (AIS) ile aynı tanıya girer, normal testosteron (T) seviyesi ve karyotip (XX) ile AIS'dan ayrılır.
- (RKMH daha sık)
- **HOX** (SHOX = Turner'da), AMH (aşırı aktif), GALT genlerinde mutasyon vardır.
- Sıklık sırasına göre **çift toplu** kanal (en sık), pelvik-atnallı **böbrek** ve renal agenezi (IVP çek), iskelet anomalisi yer alır. Anormal **galaktoz** metabolizması ve işitme kusuru izlenebilir.

Transvers Bilek

- Imperfore himen, transvers vajinal septum ve serviks-vajen (vajinal agenezide himen yokluğunda beklenir. Puberte sonrası sıklık pelvik ağrı ve USG'de uterus ve overler normalken douglas ve çevresinde kistik hamatom izlenir (hematokolpos).

Asherman Sendromu

- Endometriyumu **hasarlayan** (küretaj (en sık), sezaryen, miyomektomi ve metroplastisi)lemler sonrası **bazal** tabakanın zarar görmesi neticesinde gelişen tablodur. Genital **tüberküloz**da ve uterin **şistozomiasis**'te da yapabilir.
- Amenore, gebelik kayıpları, dismenore ve hipomenore de izlenebilir.
- Histerosalpingografi (HSG) ve histeroskopi (daha **hassas** tanı ve **tedavi** = H/S) ile tanı konur. Sineşinin tekrarlanması için RIA ya da Foley sonda konulabilir (7 gün sonra çek). Yüksek doz estrogen (2.5 mg/gün) ile endometriyumu uyarılır. Yarıdan fazla gebelik elde edebilir. Gebelikte **abortus** (en sık), preterm eylem, plasenta akreata, plasenta previa ve postpartum kanama riski artar.

Müllerian Agenezi ile Androjen İnsensitivitesinin Karşılaştırılması

	Müllerian Agenezis	Androjen İnsensitivitesi
Meme	Var ve Normal	Var ancak tam matür değil
Uterus	Yok	Yok
Karyotip	46 XX	46XY
Heredite	Yok	X'e bağlı resesif geçiş
Seksüel kılalar	Normal dişi görünümü	Seyrek hatta yok
Testosteron	Normal dişi seviyesi	Normal erkek seviyesinde veya artmış
Eşlik eden anomali	Sık (renal)	Nadir
Gonadotropin	Normal	Yükselmiş
Gonadal neoplazi	İnsidansda artma yok	%5 malignite riski

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 197

197.

Tekrarlayan gebelik kaybında hangisi yanlış ?

- HSG önerilir
- Trombofili taraması önerilir
- Tiroid fonksiyon test önerilir

• Cevap = yalnız 2

İLGİLİ NOTLAR

Klinik Bilimler 196. soru
Tusem Kadın Doğum Konu
Kitabı+2026 Sayfa 042

TGK değerlendirilmede ilk etapta bakılacaklar

- Konseptus ürünü **mikroarray** kromozom analizi
- IU kavite değerlendirmesi (HSG, H/S, histerosonografi, üç boyutlu TV USG)

TGK çitine önerilen testler

- Parental karyotip (standart G band)
- LAC, Anti kardiyolipin antikor, Anti Beta2 glikoprotein-1
- **TSH** risk faktöründen bağımsız her hastaya önerilir. Ötiroid hastada anti tiroperoksidaz, tiroglobulin, anti tiroid uyarıcı reseptör antikorları gibi **tiroid otoantikor**u bakılması önerilmez. Tiroid patolojisi olanda bakılır
- **Prolaktin**; sadece **hiperprolaktinemi** bulgusu varsa bakılır (amenore vb.)
- **HbA1c**; sadece risk faktörü varsa bakılır (obezite, >40 yaş, PKOS, HT vb.)
- **Olası yararı olan testler**
- Kronik endometrit taraması için; endometrial biyopsi plazma hücresi (**CD 138**)
- Paternal sperm DNA fragmantasyon testi

- TGK'da ampirik progesteron önerilmez
- Endometrit tespitinde tedavisi önerilir; doksisiklin / siprofloksasin + metronidazol
- Standart G band tekniği mikrodilezyon ve mikroduplikasyonu tespit edemez
- Mikroarray nokta mutasyon ve dengeli translokasyonu tespit edemez

Trizomi (%66,5) > poliploidi (%18) > monozomi X (%9) > dengesiz translokasyon (%4)
TGK'da trizomi sıklığı tr 15 > tr 16 > tr 22 > tr 21 > tr 14 > tr 13

Tekrarlayan Gebelik Kayıplarında Tarama Testleri

Kanıtı değil ancak faydalı olduğu iddia edilen testler

- Over rezerv testi
- FSH - estradiol
- AMH

Hem kanıtı değil hem de faydası olmadığı iddia edilen testler

- Periferik TH1/TH2
- Endometrial NK testi
- Klamidya, mycoplasma ve üreaplasma için **servikal** kültür
- **LH ve Androjen** ölçümü

Tekrarlayan Düşükleri Olan Çiftlerde Yapılması Kesinlikle Önerilmeyenler

- Antinükleer antikorlar
- Antipaternal sitotoksik antikorlar
- Anti paternal lökosit antikorları
- Anti sperm antikorları
- Diğer antifosfolipid antikorlar
- Sitokin-onkogen-growth **faktörler**
- HLA profil incelemesi
- Miks lenfosit kültürü
- Trombofili taraması
- Luteal faz defekti için **endometrial biyopsi**
- Luteal faz defekti için **progesteron ölçümü**

SIKLIK PELVİK AĞRI

PRİMER DİSMENORE

Ağrılı mense eşlik eden **organik** pelvik patoloji **yoktur**.

Menarştan 1-2 yıl sonra, ovulator sikluslar geliştikten sonra ortaya çıkar.

menste normalden fazla artmış prostaglandin (**PGF2a**) ilişkiler. C tip nöron ağrıda önemlidir.

Suprapubik ağrı mensten **2-3 saat önce** başlar; mense **2-3 gün** sürer. Bulantı kusma, diare, sırt ağrısı ve senkop, eşlik edebilir. Muayenede uterus hassas ve ağrılıdır, fakat servikal hareketlerde ve adnekte ağrı ve hassasiyet yoktur.

- + Genç yas, zayıflık, erken menarş, menoraji, premenstrüel molimina, sigara, artmış BMI riski **arttırırken**;
KOK kullanmak, egzersiz yapmak, evlenmek, düzenli cinsel hayat olması, doğum yapmak riski **azaltır**.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 197

197.

Tekrarlayan gebelik kaybında hangisi yanlış ?

- HSG önerilir
- Trombofili taraması önerilir
- Tiroid fonksiyon test önerilir

• Cevap = yalnız 2

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / JİNEKOLOJİ

TUSEM®

TEKRARLAYAN GEBELİK KAYBI (TGK) = HABİTÜEL ABORT

- 20. Gebelik haftasından önce 2 ya da daha fazla tanımlanmış gebelik kaybıdır. Abort sayısı arttıkça sonraki gebeliğin abort olma ihtimali artar. **Genetik** nedenler daha sık **erken** haftada (5-8 hf), **anatomik** ve **otoimmün** nedenler daha sık **geç** haftada (12-20 hf) görülür.
- Olguların **yarısından fazlasında** (%50-60) sebep bilinmemektedir (**idiyopatik**).
- İdiyopatik dışında;
 - Embriyonik genetik anormali % 60-80
 - Endokrin neden % 17-20
 - Anatomik faktörler %12-16
 - Antifosfolipid sendrom % 12-15
 - Enfeksiyöz % 7-56
 - Anne ve baba genetik faktör % 2-5
 - AFAS dışı immünolojik ve trombofili

İMMÜNOLOJİK

Antifosfolipid Antikor Sendromu (AFAS)

- **Edinsel** bir sendromdur. Teyze, kız kardeş öyküsü **beklenmez**. Özellikle **ikinci trimester** düşüklüğü artar. Fosfolipere karşı otoantikör gelişir. Otoimmün faktörler arasında en önemli antikorlar antikardiyolipin antikorları (daha sık), lupus antikoagulan ve anti $\beta 2$ -glikoprotein-1 antikorudur.
- SLE ile sıklıkla birliktedir. **SLE**'de en sık gebelik kaybı nedeni **antifosfolipid antikorlarıdır**. Hastalık aktifte abort, preterm eylem ve preeklampsi (en sık) riski artır. Remisyonunda ise aborta neden olmaz. Renal tutulumda abort riski daha fazla artar. Daha çok 2. ve 3. trimesterde aborta neden olur.
- Protein C-S ve Annesin-V doğal antikoagulanlardır.
- **AFAS** en sık **SSS** tutulumu ile prezente olur. **Arteriel** ve **venöz** tromboz yapar. AFAS ilişkili gebelik kayıplarında en sık görülen histolojik anormali **yetersiz desidual trofoblastik invazyondur**. Etkisi **tromboz**, inflamasyon ve anormal plasantasyondur.

Antifosfolipid Sendrom Tanı Kriterleri (Sapporo Kriterleri)

Açıklanamayan arteriel/venöz/küçük damar tromboz	Otoantikörler (birisinin pozitif olması yeterli kriter)
• Bir veya daha fazla açıklanamayan 10 hafta üstü abort • 3 veya daha fazla tekrarlayan 10 hafta altı abort • 34 hafta altı şiddetli preeklampsi veya plasental yetmezliğe sekonder preterm doğum yapmış olmak	• Antikardiyolipin (ACA) IgG-IgM • Lupus Antikoagulanı testi (Aptt testi veya Russell Viper genom test ile) • Anti $\beta 2$ glikoprotein-1 IgG-IgM

- AFAS tanısında prekonsepsiyonel **aspirin** başlanır. Gebelik eldesi halinde **heparinize** edilir. Düşük doz aspirin gebelik 37. haftasına kadar götürülebilir. Heparin doğuma kadar devam ettirilir. Postpartum 6. haftaya kadar aspirin ve heparin devam edilir.

Anti F1 Antikor ile Artan

- Spontan abort	- GHT / preeklampsi
- TGK	- IUGR
- Preterm doğum	- Anormal vajinaz

Klinik Bilimler 196. soru
Tusem Kadın Doğum Konu
Kitabı+2026 Sayfa 039

Kalıtımsal Trombofililer

- Kalıtsal trombofililer habitüel abortus yapmaz. Gebelik kayıplarının tamamına yakını **2. ve 3. trimester** izlenir. En sık **faktör V Leiden** mutasyonu (**Aktive protein C** rezistansının en sık nedeni) ve **protrombin** gen mutasyonudur. Maternal tetrahidrofolat redüktaz (**MTHFR**, homo ise hiperhomosisteinemi) mutasyonu üçüncü sıkkıttadır. Antitrombin 3 (**en trombojenik**), protein-C, protein-S (**gebelikte tanı konulmaz**) ve faktör 13 eksiklikleride riski artırır.
- **Taraması** önerilmez ancak; sadece daha önce femur kırığı, cerrahi, immobilizasyon öyküsü olmadan VTE öyküsü ya da 1. Derece yakınında < 50 yaş VTE öyküsü olanda önerilir.
- **MTHFR homozigot** mutasyonu (hiperhomosisteinemi): Otozomal **resesif** geçer. Homosistein yükselmesinin en sık nedenidir. Homosistein **metionin** metabolizmasını bozar. Gebelikte kan homosistein azalır; klinik hafifler. Gebelikte **NTD** ve prematür ateroskleroza yol açabilir. Folik asit, B6 ve B12 önerilir.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 198

198.

Menstrüel sıklısa ilişkin hangisi yanlış ?

- Bazal tabakada değişiklik izlenmez
- Sekretuar fazda stromal ödem izlenir
- Sekretuar fazda endometrial kalınlık artmaya devam eder

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM®

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / ENDOKRİN

Progesteron metabolizması

- Progesteron karaciğerde metaboliti olan **pregnandiole** çevrilir ve glukronik asit ile konjuge edilerek suda erir hale getirilerek idrar ile atılır.
- 17-OH-progesteron metaboliti **pregnantrioldür**.

Progesterone → 17-Hydroxyprogesterone

İdrar Metabolitleri

Klinik Bilimler 198. soru
Tusem Kadın Doğum Konu
Kitabı+2026 Sayfa 192

Progesteron etkileri

- Genital traktusta etkinliği için önceden **estrojen** ile karşılaşmış olması gerekir. Myometriumda **antiestrojenik** etkilidir ve **relaksasyona** neden olur. Endometrium **glandüler** epitelinde mitozun **azalması**, gland içi glikojen sekresyonunun **artması** (implantasyona **hazırlık**), **stroma** mitozda **artma**, servikal sekresyon su oranında **azalma**, sperm geçirgenliğinde **azalma** ve **ferning** fenomeni **inhibisyonuna** neden olur. Endometriumda **estrojen (E) reseptör** sayısını **azaltır** ve **estrojen** metabolizmasını artırır.
- Düşük seviyede **midöklüstaki FSH** pikinden sorumludur. Yüksek seviyede hem hipotalamik hem de hipofizer etki ile **Gnrh**, **FSH** ve **LH' baskılar.**
- Kemik rezorpsiyonunda **azalma**.
- Memede **alveolar** büyümeyi indükler.
- İzole davranışta distal tübüllerden sodyum (Na) ve suyun reabsorpsiyonunu **arttır**. Ancak bu etkisi aldosterondan daha azdır ve aynı reseptör için **aldosteron** ile **yaşır**. Dolayısıyla **diüretik** etki de yapabilir.
- Termojenik, vücut ısısını artırır.
- Respirasyonu uyarır (gebede alkaloz).
- Koagülasyon sistemini etkilemez.
- Estrojen düzeyi yetersiz ise HDL kolesterol düzeylerini düşürebilir. Estrojenle beraber kullanıldığında, estrojenin tek başına yaptığı **trigliserit artışı** **önler**.
- Sı: **redüktaz** inhibisyonu ile **kıl** foliküllerinin androjen yanıtını azaltır.
- T lenfosit proliferasyonunu ve fonksiyonlarını **baskılar** (immünsupresyon).

Progesteron antagonistleri

- Mifepriston, onapriston, ulipristal ve birer selektif progesteron reseptör modulatorleridir (SPRM).

Mifepristonun parsiyel agonistiktir (antagonistik etkisinin yanı sıra ortamda progesteron bulunmadığında **hafif progestajenik** etki). **Antandrogen** etkisi vardır. **Abortus** ettirmede, doğum indüksiyonunda (servikal olgunlaştırma), **endometriozis**, **myom** boyut küçültme, ektopik gebelik, acil kontrasepsiyon ve anti-tümöral, depo MPA kanamasında tedavi amaçlı kullanılabilir.

Rölatif **estrojen etki artışı**na yol açabilir (endometrial hiperplazi gibi)

- **Epostan** progesteron yapımını inhibe eden bir ajandır. Meme, ovulasyon, insülin rezistansı ve fertilité ile daha çok alta reseptör ilgilidir.

ANDROJENLER

Androjen Üretim Dağılımı

Androjen	Over	Adrenal	Perifer	Potens
Dihidrotestosteron	-	-	%100	200
Testosteron	%25	%25	%50	100
Androstenedion	%50	%50	-	10
DHEA	%25	%50	%25	4
DHEA-S	-	%100	-	1

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 198

198.

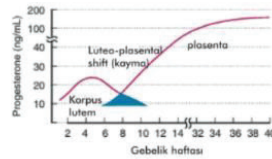
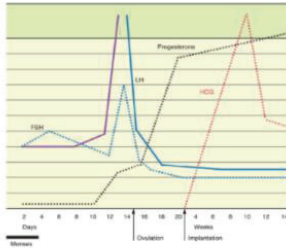
Menstrüel sıklılsa ilişkin hangisi yanlış ?

- Bazal tabakada değişiklik izlenmez
- Sekretuar fazda stromal ödem izlenir
- Sekretuar fazda endometrial kalınlık artmaya devam eder

TUSEM®
 TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / ENDOKRİN

- Luteal fazda yetmezlik yok ise 14 gün sürer. Siklusun uzunluğunu belirleyen foliküler fazdır.
- Luteal fazda korpus luteum granuloza hücrelerinde salınan yüksek progesteron (P), estrojen (E) ve **inhibin- A** FSH'yı 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** siklusta **en yüksek** seviyeye **mens** sırasında ulaşır. Progesteron desteğinden yoksun kalan (Progesteron çekilme) endometrium dejenere (istem) olarak atılmaya başlar (menstrüasyon).



+ Ovulasyon öncesi E ve P reseptörleri maksimum yoğunlukta izlenir.

ENDOMETRİAL SIKLUS

- Endometriyumda iki tabakadan oluşmaktadır.
- Zona **fonskiyonalis** her menstrüasyonda **dökülen** endometriumdur. **Spiral** arterlerle beslenir. Spiral arteriel **hormon** duyarlıdır. Aralarında **anastomoz** yoktur. Proliferasyon, sekresyon ve dejenerasyonun olduğu tabakadır. Fonskiyonalis iki tabakadan oluşur; **kompakta** (yüzeyel) ve **spongiosa** (intermediate).
- Zona **bazalis** endometriyumun en derin tabakasıdır. Menstrüasyonda **dökülmez**. **Baziller** arterlerle beslenir. **Baziller** arteriel hormon duyarlı değildir. Dökülen endometriyumun **rejenerasyon**undan 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),

Klinik Bilimler 198. soru
Tusem Kadın Doğum Konu
Kitabı+2026 Sayfa 222

POSTOVULATUAR FAZ

- Progesteron (P) ile **endometrial glandda glikojen** sekresyonu ve **stromal ödem** (> **postovulatur 7. = SAT 21**) izlenir. **Spiral** arter kıvrıntılı hal alır. Ovulasyonun olduğunun ilk **histolojik** belirtisi **PAS + subnükleer intrastoplazmik glikojen vakuolizasyonu**dur (**18. gün**). Implante olan blastokistin ilk besin kaynağı glikojendir.
- Testere dışı görünüm izlenir
- Postovulatur 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 dehidrogenaz (17β **OHSD**) ve **sülfatazları** uyarak estrojen (E) **metabolizmasını** artırır. Vaskularizasyonu artırır.
- Endometriyumda 24. günde **eozinofilik** boyanma paterni izlenir (**cuffing**). Siklusun 26. gününde **psödodesidualizasyon** yaygınlaşır ve 28. günde **PMN** lökosit infiltrasyonu, fokal hemoraji ve nekroz belirginleşir.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 198

198.

Menstrüel sıklılsa ilişkin hangisi yanlış ?

- Bazal tabakada değişiklik izlenmez
- Sekretuar fazda stromal ödem izlenir
- Sekretuar fazda endometrial kalınlık artmaya devam eder

TUSEM®

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / JİNEKOLOJİ

Uterus Katları:

- Seroza (perimetrium)
- Musküler (myometrium)
- Mukoza (endometrium)

- Vajende, tuba uterinada, labium minusta **submukoza yoktur**.

Klinik Bilimler 198. soru
Tusem Kadın Doğum Konu
Kitabı+2026 Sayfa 012

- Basal ve fonksiyonel tabaka olmak üzere ikiye ayrılır. **Fonksiyonel** tabaka her menstrüasyonda yıkılıp **atılan** tabakadır; spiral arter besler; hormon duyarlıdır. **Bazal** tabaka ise **rejenerasyon**undan sorumludur; basiller arter besler; hormon duyarlıdır. Terapötik küretajda fonksiyonel tabaka küretlenir; bazal tabaka sağlam kalır. Bazal tabakada hasarlanırsa **yapısal bir kayıba uğrar. Asherman sendromu gelişir**.

- Endometriumda lenfatik kanal yoktur.

Myometrium

- **Kas liflerinin oranı serviks yaklaşıkça azalırken**, iç kısımda dışa oranla aynı zamanda ön ve arka kısımda laterallere oranla daha fazla kas lifi bulunur.

Uterusun Bağları:

- **Sakrouterin ligament:** Uterusu isthmustan tutar. Uterus ve vajen kubbesinin yerinde tutulmasında önemlidir. **Inferior hipogastrik** pleksustan gelen lifler ile lumbal sempatik ve sakral parasempatik lifleri içerir. Uterusun otonomik ve duysal liflerini taşır. Kronik pelvik ağrıda yapılan **LUNA** (laparoskopik uterin sinir ablasyonu) 'da kesilen bağdır.

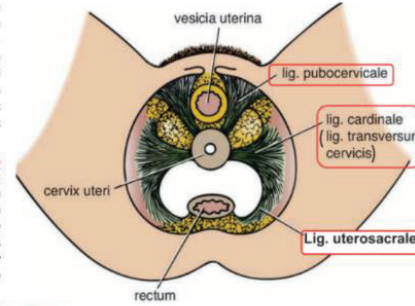
- **Kardinal ligament (Mackenrodt bağı, ligamentum transversus servikis):** Uterusu yerinde tutan **en önemli ve en güçlü** bağıdır. Vajen kubbesi için **en önemli ve en güçlü** bağıdır. Serviksten ve vajen lateral forniks seviyesinden pelvis yan duvara uzanır, içinden **uterin arter ve üreter** geçer. Üreter hemen üzerinde broad ligamentinin içinde seyredir.

- **Round ligament (lig. Teres uteri, lig. Rotundum):** Uterus **kornularından** başlar **inguinal kanaldan** geçerek vulvaya labium **majusta** sonlanır. Inguinal kanalda bu bağa n. ilioinguinalis ve genitofemoral sinirin genital dalı eşlik eder. Round (rotundum = teres uteri) ligament embriyolojik olarak **gubernakulum** kökenlidir. İçinde **Sampson** arter geçer. Abdominal histerektomide sıklıkla ilk kesilen uterus bağıdır. Uterusa yapısal bir **destek sağlamaz**; anteversiyona yardımcı olur.

- **Broad ligament (lig. Latum Uteri):** Transvers **periton katlantısı** şeklinde uterusun iki yanından serilir. Pelvisi **ön ve arka** olmak üzere **ikiye** ayırır. Asya bağı değildir, destek sağlamaz. Pozisyona (lateral eğilimlenmesi gibi) yardımcıdır. Ovarye **mesovarium**, tüpe **mesosalpinx**, uterusu **mesometrium** ve round ligamana **mesoteres** ile tutunur. İki yaprağı arasındaki bağ dokusuna serviks seviyesinde ye- **parametrium** denir. **Parametrium** aşağıda vajen sarar; **paracolpium** denir.

Broad ligaman içinde yer alan yapılar

- + A. V. ovarika
- + A. V. uterina
- + Parametrium
- + Tuba uterina
- + Lig. ovarii proprium
- + Lig. teres uteri (lig. rotundum)
- + Pelvik üreter'in alt parçası
- + Sinirler (pleksus uterovajinalis) ve lenf damarları
- + Epoöforon (Rosenmüller organı) ve Paroöforon



Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 199

199.

- 29 yaş kadın, sigara var , DVT öykü var, menoraji var, uzun etkili hangileri kabul edilebilir? Bakırlı RİA
2. LNG RİA
3. Etonogesterli implant
- Cevap = yalnız 2 ve 3

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM®
 TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / ENDOKRİN

HIV enfeksiyonunda ve bulaşı için yüksek riski bireyde **spermisid** kullanımı kesin **kontrendikedir**.

Sünger (Sponge): nonoksinol-9 içerir. Etkinlik **pariteye** göre değişir (nullipar iyi). **Toksik şok sendromu riski yok**

Spermisin ve sünger en başarısız yöntemlerdir.

Paritenin etkinliği değiştirdiği yöntemler: servikal başlık, sponge (köpük = sünger), kadın kondom, erkek kondom, diyafram

Bariyer Yöntem Karşılaştırması

Yöntem	Koitten önce maruz kalılabilecek en uzun süre	Koitten sonra çıkarılabilmesi için gereken süre	En fazla maruziyet süresi
Diyafram	6	6	24
Servikal başlık	6	8	48
Sünger	24	6	30
Kadın kondomu	8	6	8

RAHİM İÇİ ARAÇLAR

- **Reversible** ve **uzun** etkilidir. Uterin kaviteyi (biyolojik köpük) ve spermi hedef alır. Sağladığı steril inflamasyona ile

Klinik Bilimler 199. soru
Tusem Kadın Doğum Konu
Kitabı+2026 Sayfa 240

Pariteri RİA

- Etkinlik **10** yıldır.
- RİA genel etkilerinin yanı sıra bakır **sperm motilitesini** ve **akrozom** reaksiyonunu önler, spermin **fagositozunu** indükler ve servikal **mukusu** spermisidal hale getirir.
- Serum bakır seviyesi artmaz.
- En sık yan etkisi ağrı ve kanamadır. Prostaglandin sentez inhibitörleri (mefenamik asit vb.) ya da traneksamik asit önerilmelidir. Şikayet devam ederse bakırlı RİA çıkartılıp yerine **LNG-RİA** denir.

Hormonlu (Levonorgestrel = LNG) RİA

- **20 mcg/gün** salımlı **52 mg** LNG-IUS (Mirena) 5 yıl için onay almış olsa da etkinliği **7-10** yıl sürebilir, ancak salınan hormon azalır. Aynı etken maddenin dozuna göre tipleri vardır. Liletta (19,5 mcg/gün = 6 yıl), Kyleena (17 mcg/gün = 5 yıl), Skyla (14 mcg/gün = 3 yıl), Femilis (20 mcg/gün)
- RİA genel etkilerinin yanı sıra LNG'nin endometrial **desidualizasyon** ve **atrofi** ile implantasyonu engeller. Servikal **mukus** kalınlaşır; sperme geçirgenlik azalır. Sperm kapasitasyonu dolayısıyla penetrasyonu ve ömrünü azaltır. **Ovülasyonu kısmen inhibe** edebilir (%15) ancak esas hedefi **spermdir**.
- **LNG** endometriumda progesterin etkisi ile **progesteron kanıma kanaması (atrofi)** yapabilir; düşük doz estrogen denir.
- LNG serumu düşük miktarda geçer; akne, hirsutizm yapabilir; ancak SHBG, glukoz-insülin ve lipide değişim olmaz. Meme kanser artışı yapmaz.
- LNG RİA'nın ekstra faydaları
- **Menorajide** en etkin medikal tedavidir (histerektomi ver endometrial ablasyon alternatifidir). Menoraji ve mens kanamasını azaltıp hemoglobin ve serum demirini artırır.
- İçerdiği **progesterin (P)** ile **estrogen (E)** karşılar. Endometriozis, primer/sekonder dismenore, disparoni, endometrial hiperplazi, adenomyozis, myom küçülmesi ve menorajisinde etkilidir (**estrojenik** statüla artış gösteren antiteler). HRT ve tamoksifen'in endometrial hiperplazi ve polip gelişim yan etkilerine karşı koruyucu. Endometrium kanserini azaltır. Ancak **endometrium kanser** varlığında kullanımı kontraendikedir (**KE**).
- Pelvik inflamatuvar hastalığı (**PIH**) **azaltır** (mukus geçirgenliği önler)
- **Ektopik** gebeliği **azaltır**; ancak **kaçak** gebelik halinde ektopik riski **artar**.

Estrojen kullanımının kontraendike olduğu dismenore, menorajisi olan hasta en uygun yöntemdir.

240

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 199

199.

- 29 yaş kadın, sigara var , DVT öykü var, menoraji var, uzun etkili hangileri kabul edilebilir? Bakırlı RİA
2. LNG RİA
3. Etonogesterilli implant
- Cevap = yalnız 2 ve 3

Klinik Bilimler 199. soru
Tusem Kadın Doğum Konu
Kitabı+2026 Sayfa 249

Cil Altı Implant Kontraendikasyonları

Kesin	Relatif
• Tanı konmamış vajinal kanama • Bilinen veya şüpheli meme Ca • Benign veya malign karaciğer tümörü • Akut karaciğer hastalığı • Aktif tromboflebit ve tromboembolik hastalık	• Hipertansiyon • Myokard enfektüsü, SVO, anjina ve • Mekanik kalp kapagı olmak • 35 yaş üstü ve sigara içen hasta • Ekstrik gebelik hikayesi • DM-immünyüpresyon • Hiperkolesterolemi-Safra kesesi hastalığı • Tromboembolik atak geçirmek

CERRAHİ STERİLİZASYON

Tüp Ligasyonu

- Postpartum, postabortus veya interval planlanabilir. Laparoskopik, minilaparotomi, transvajinal ve transservikal (histeroskopik yöntem) uygulanabilir
- Mini-laparotomi: **Pomeroy** = en sık, en basit, Madlener = en az güvenli, Irving ve Uchida = **en güvenli**, salpenjektomi, kornual rezeksiyon.
- Cerrahi sterilizasyonun **menstrüel düzen ve seksüel hayatı bozmaz**. **Over** kanseri (özellikle total salpenjektomide daha fazla), **salpenjit**, **PIH** karşı **koruyucudur**. En sık komplikasyonu intraabdominal adezyondur
- Tübal rekanalizasyon, reanastomoz %50'den fazladır. Başarıya yaş ve kalan tüp uzunluğu beritirler (>4 cm başarı artar). En başarılı reanastomozlar klips yöntemidir

Tübal Sterilizasyon Başarısızlık Oranları

• Filshie clip	%0,56
• Unipolar koagülasyon	%0,75
• Postpartum tübal ekizyon	%0,75
• Silastic (Falope veya Yoon) ring	%1,77
• İnterval tübal ekizyon	%2,01
• Bipolar koagülasyon	%2,48
• Hulka - Clemens clip	%3,65

Vazektomi

- **Vas deferensin bağlanmasıdır**. Etkisi **hemen başlamaz**, korunmasız ilişki için iki defa **azospermi** görülmelidir. Ejekülat miktarında değişiklik olmaz. En sık erken komplikasyonu hematom gelişimidir. Geri dönüşümü sonrasında gebelik oranları yüksektir (%70).
- Vazektomi ile kardiyovasküler hastalık (KVS)ve **prostat** ve **testis** kanseri ile ilişki **yoktur**.

PERİMENAPOZAL VE MENAPOZAL DÖNEM

- Menopozal over fonksiyonlarının kaybı ve menüstasyonun kalıcı olarak kesilmesidir. 12 aylık amenore şart. Son menstrüel kandan itibaren **12 ay** adet görmemiş olmalıdır. Hipergonadotropik status biyokimyasal olarak izlenmelidir. Menopoz öncesi (perimenopoz), menopoz ve sonrası (postmenopoz) döneme **klimaterik** dönem denir. Başta foliküler faz kısalar (polimenore) sonrasında oligomenoreye doğru geçiş olur. **Vazomotor** semptom son menstrüel kandan **1-2 yıl** önce başlar (menopozal geçişle karşılaşılan **ilk bulgu**). Ortalama yaş **51**'dir. <40 yaş öncesinde menopoz tablosuna prematür ovaryan yetmezlik (**POY** = %1) denir. **Menopoz yaşını** belirlemede en önemli faktör **aile öyküsü** (**genetik**)'dür. **Menarş** yaşı ve ırk ve **önceki ovulasyon sayısı** menopoz yaşını etkilemez. Düşü kBMI, vejeterian beslenme, sigara, IUGR öykü erken menopozla; sık **alkol** geç menopozla ilişkilidir.
- Cerrahi (artifiyel)menopozda vazomotor semptom çok hızlı gelişir. Ayrıca osteoporoz ve kardiyovasküler hastalık riski daha yüksektir.
- **Premenopoz** dönemde ovaryan rezervi azalır; anti müllerian hormon (**AMH**) ve **inhibin-B** azalır. **FSH** düzeyleri ise **artar**. Buna karşılık **LH**'ta belirgin değişiklik **olmaz**. **FSH** yükselmesi ile son foliküller uyanır ve estrogen (**E**) **artar**, progesteron (**P**) **değişmez** veya hafif azalır. **Aktivin** düzeyi ise **artar**. Foliküller tükendikçe androjen azalır. Bu sebeple **FSH>20 ng/dl**, **LH>30 ng/dl** olduğu gözlenmeden kontrasepsiyon yöntemi kullanılmamalıdır
- **Postmenopozal** foliküler aktivitenin sonlanması ile **FSH**'ye yanıtlı oluşmaz ve ovaryan steroidler azalır (**hipergonadotropik hipogonadizm**). **FSH** daha **fazla** olmak üzere **FSH** ve **LH** **artar**. **FSH** değerindeki artış **LH**'a fazla olması; **LH** üzerinde **inhibinin negatif feed back** baskı kurmaması ve **LH yarı ömrünün kısa** olması (LH: 20 dak, FSH 3-4 saat)

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 199

199.

- 29 yaş kadın, sigara var , DVT öykü var, menoraji var, uzun etkili hangileri kabul edilebilir? Bakırlı RİA
2. LNG RİA
3. Etonogesterli implant
- Cevap = yalnız 2 ve 3

TUSEM®
 TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / ENDOKRİN

Kontrasepsiyon Dışı Avantajları

- | | |
|--|---|
| 1. Miyom görülme sıklığını azaltır. | 8. Premenstrüel sendromu önler. |
| 2. Demir eksikliği anemisini belirgin oranda azaltır. | 9. Ektopik gebelik insidansını azaltır. |
| 3. Orak hücreli anemide oraklaşmayı azaltır. | 10. Epilepside konvülsiyon ataklarını azaltır |
| 4. Pelvik enfeksiyon riskini azaltır. | 11. Endometriyum kanserini azaltır. |
| 5. Dismenore oluşumunu azaltır. | 12. Over kanseri riskini azaltır. |
| 6. Endometriozisi etkin olarak tedavi edicidir. | 13. Fonksiyonel over kistlerini azaltır. |
| 7. Laktasyonda süt miktarını artırır; postpartum 6. haftadan sonra başlanabilir. | |

Yan Etki ve Komplikasyon

- Irregüler kanamalar (progesteron kırılma kanaması) / baş ağrısı; en sık bırakılma nedenleridir. Oligomenore, amenore, kilo alma, sıvı retansiyonu, memede şişlik, vücut yağı ve ağırlığı artışı, Glukoz toleransında bozulma, Total kolesterol, trigliserid ve HDL azalır. LDL ve total kolesterol artar. Anksiyete, depresyon, libido azalması, Karaciğer fonksiyon (KCFT) bozukluğu, Kemik dansitesi azalır, Anitrombin III düzeyinde azalır. Meme kanseri riskini artırır. İn situ serviks kanseri riskini artırır.

Depo MPA'da, tromboz, MI, inme, teratojenite artışı yapmaz.

Acil Kontrasepsiyon

Oral levonorgestrel	İlk 72 saatte kullanılmalı. Ovulasyonu engeller (öncesinde al) İmplantasyonu engellemez. Abort ettirmez. Yüksek doz estrogen ve KOK'tan daha başanlıdır.
KOK (E+Norgestrel-LNG)	İlk 72 saat 12 saat arayla ikişer tablet KOK kullanımıdır=YÜZPE. Bulantı-kusma sıkır.
Ullipristal-Mifepriston	İlk 5 gün içinde kullanılmalı. Progesteron reseptör antagonistidir (SPRM) Folikülasyon bozulur, ovulasyon gecikir (adet rötan). Ullipristal en başarılı oral ilaçtır.
RIA (bakır / LNG)	İlk 5 gün içinde uygulanmalıdır. %100 engeller (en başarılı yöntem). Tecavüz mağduru, CYBH riski yüksek olanda önerilmez. Abort ettirmez.

Hesinde gebelik riski azalacağı için ektopik gebelik riski de azalır; ancak uygulamaya rağmen gebe kalırsa ektopik gebelik riski artar. GnRH analogu, estrogen antagonistleri ve danazolun yeri yoktur. DES ve yüksek doz estrogen artık tercih edilmez. Ayrıca etki mekanizmalarından en az etki abort ettirmez.

CİLT ALTI İMPLANT (UZUN ETKİLİ)

Levonorgestrel = altı çubuk = 7 yıl (Norplant)

Levonorgestrel = iki çubuk = 5 yıl (Jadelle)

Levonorgestrel = iki çubuk = 3 yıl (Sinoimplant II)

Etonogestrel (desogestrel) = tek çubuk = 3 yıl (Nexplanon, Implanon)

- LH'yi baskılar (P ile) ve ovulasyon oluşmaz, servikal mukusu kalınlaştırır sperm geçirgenliğini engeller, endometriyum atrofiye ederek implantasyonu engeller, tubal motiliteyi azaltır.
- Üst kol iç yüzüne bisepsi aralığına mensin ilk haftası yerleştirilir.
- İlaç bırakıldığında 3 ay sonra ovulasyon tekrar başlar. Postpartum (PP) hemen kullanılabilir.
- Kalp hastalığını, lipid profili, koagülasyon kaskadı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerini etkilemez. Osteopeni yapmaz.
- Etonogestrel cerrahi sterilizasyondan daha etkin en potent progestindir. Etonogestrelde over kisti daha azdır. Folikülasyonu daha çok baskılar. Levonorgestrelde vücutta daha az etkilidir ancak etkilidir ancak etonogestrelde etki daha azdır.

Klinik Bilimler 199. soru
Tusem Kadın Doğum Konu
Kitabı+2026 Sayfa 248

Cilt Altı İmplant Kullanımına Uygun Olan ve Olmayan Hastalar

Kullanıma uygun grup	Kontrendike değil ancak tercih edilmeyen grup
1 veya 2 yıl emzirmek ve kontrasepsiyon isteyen	Şiddetli akne
Ağır menstrüel kanamaya bağlı anemisi olan	Şiddetli vasküler veya migren baş ağrısı olmak
En az 2-3 yıl ve çok başarılı kontrasepsiyon isteyen	Şiddetli depresyon
Hayati tehdit eden kronik hastalığı olmak (gebelik KE)	Kc mikrozomal enzim indüksiyonu yapan ilaç kullanan

248

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 200

200.

Germ hücreli tümör marker eşleştirmesinden yanlış olan ?

Cevap = embriyonel karsinomda AFP negatifliği

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM[®]
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KA

Klinik Bilimler 200. soru
Tusem Kadın Doğum Konu
Kitabı+2026 Sayfa 088

Germ Hücreli Tümör Belirteçleri

Disgerminom	AFP (-), hCG (±), LDH (+) Plasental ALP (+)
Endodermal Sinüs Tümörü	AFP (+), hCG (-)
İmmatür teratom	AFP (±), hCG (-)
Koriokarsinom	AFP (-), hCG (+) hPL
Embriyonel Karsinom	AFP (+), hCG (+)
Polyembriyoma	AFP (±), hCG (±)
Mikst germ hücreli tümör	AFP (±), hCG (±)

Over Tümörlerinde Bilateralite Oranı

Germ Hücreli Tümörler	%
- Benign kistik teratom	%12
- Disgerminom	%5-10
- İmmatür teratom	%2-5
- Diğer malign germ hücreli tümörler	Nadir

GERM HÜCRELİ TÜMÖR TİPLERİ

Disgerminom

- En sık ve en iyi prognozlu malign germ hücreli over tümörüdür.
- Gebede en sık malign over tümörüdür
- En sık bilateralite gösteren malign germ hücreli over tümörüdür
- Benign olan gonadoblastomdan (immatür germ hücre) gelişir. Erkeklerdeki seminomun karşılığıdır
- Lenfositik infiltrasyon içeren granülom ve yaygın nekroz bulunur. Tüberküloz ve sarkoidozla ile karışır. Sinsiyotrofoblast içerebilir (hCG yapabilir); puberte prekoks veya virilizasyon yapabilir. Ancak en sık rastlanılan semptom karında büyümesidir. LDH 1-2 ve plasental alkalen fosfataz (PLAP) artar. AFP asla yükselmez. PAS (+)'tir (glikojen var). CA 125 yükselir.
- Lenfatik yolla en sık yayılım gösteren over tümörüdür; En sık yayılım şekli lenfatiktir. Kemik metastazı yapabilir.
- Konservatif cerrahi planlanır. USO + lenfadenektomi + karşı overden biyopsi eklenmelidir. Metastatikse adjuvan KT uygulanır. En sık kullanılan kemoterapötik rejim BEP (bleomisin, etoposid, sispaltin) protokolüdür. Günümüzde karboplatin ön plandadır. Radyoterapiye duyarlı tek over tümörüdür (ilk basamak değil; fertilité azalır)
- Gonadoblastomlarda, germ hücreleri ve seks kord stroma bulunmaktadır. WHO'na göre germ hücreli/seks kord stromal tümördür.

İmmatür Teratom (% 10-20)

- Esasen immatür nöroepitel (ektoderm) içermektedirler.
- Tümör belirteçleri sıklıkla negatiftir. AFP yükselbilse de hCG her zaman negatiftir. CA125, CA19-9 ve CEA yükselir. En sık yayılım peritonardır (lokal invazyon).
- En önemli prognostik faktör tümörün grade'dir. Gradelenen tek germ hücreli tümördür. Grade'i için immatür nöroepitelyal doku miktarı bakılır. Miktar artışı kötü prognozdur
- Tedavi premenopozalde USO ve sınırlı cerrahi evrelemedir. Karşı overden örnekendirme yapılmaz. Postmenopozalde TAH+BSO ve cerrahi evreleme planlanır. Periton implantı kemoterapi dirençlidir (büyüyen teratom sendromu).
- Gliomatosis peritonei immatür teratomda nöral doku maturasyonunun en üst seviyede olmasıdır. Maturasyon artması iyi prognoz göstergesidir.

Matür Kistik Teratom (Dermoid kist)

- En sık görülen teratomdur (% 95). Overin tüm neoplastik tümörlerinin %10-25'i, ve tüm benign over neoplazmalarının ise %60'ıdır (reproduktif). 2-3. dekadta en sık rastlanılan non-fonksiyonel over tümörüdür. Ancak diğer germ hücreli over tümörlerinden farklı olarak geniş bir yaş dağılımı vardır. Teratomlar yenidoğanda da en sık gözlenen benign neoplazmidir (sakrokoksigeal teratom). Sıklıkla gebelikte farkedilir. Gebede en sık benign over tümörüdür.

88

Soru kökü ve çözümü: Temel Bilimler 17

17. Plasentayı oluşturan koryon ve desidua ikilisi hangileridir?

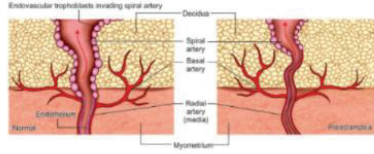
Desidua bazalis – Koriyon frondosum

İLGİLİ NOTLAR

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / PERİNATOLOJİ

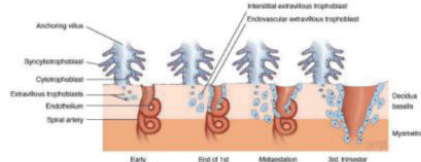
TUSEM®
 TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

- Plasentayı yapısına katılan trofoblastın **villoz** ve **ekstravilloz** tipleri vardır.
- Villöz** trofoblast **koryonik villus** yapısını oluşturur (primer, sekonder, tersiyer) ve **madde alış verişini** sağlarlar.
- Ekstravillöz** trofoblast (**intersitşiyel**) maternal desidua **invazyon** ve myometrium penetrasyonu sağlar. Placentadaki dev hücreyi yapar.
- Ekstravillöz** trofoblast (**endovasküler**) spiral arteriel **invazyonu** sağlar.



Kotiledon

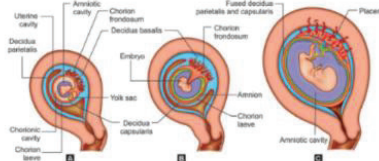
- Villuslar** birleşerek **kotiledonu** oluşturur. Kotiledonlar (10-40) birleşerek plasentayı yapar. Her kotiledonun **bir arter** ve **bir veni** vardır. Kotiledon **sayısı** gebelik boyunca sabittir **değişmez**; hacmi artar. Koryonik arter her zaman venin üzerinden seyredir.
- Plasenta yaşlandıkça stromasında **Hofbauer** (fetal makrofaj) hücreleri görülür. **Zika** virüsün hedefidir. Koryonik villitisin en sık etkeni **CMV**'dir.



Desidua

Gebeliğe spesifik modifiye olmuş endometriuma desidua denir. **Desidua reaksiyon** ovulasyondan sonra gelişen **sekreteruar endometriumdur** gelişir. İlk olarak **spiral arteriel** civarından başlar. Desidua reaksiyon **blastokist implantasyonu** ile **tamamlanır**. Desidua blastokist implantasyon yerine göre farklı adlandırılır.

- Desidua **bazalis**: Blastokistin **implante** olduğu yerdeki desidua
- Desidua **kapsülaris**: desidua **bazalise** **invaze** olmamış blastokistin **geriye kalan** bölümünü örten desidua
- Desidua **parietalis**: Geride kalan **uterin kaviteyi** örten desidua.
- Desidua **vera**: Desidua **kapsülaris** ile desidua **parietalis** füzyonu (14-16 h) ile oluşur.



- Desiduadan **protein** yapıda **prolaktin** salgılanır. **Amnion sıvı**-hacim/ elektrolit dengesini sağlar. En fazla **20-24.** haftalarda yapılır. Bu dönem amnion sıvının fetusa oranla en fazla olduğu dönemdir.

Koryon

- Koryon trofoblastlar tarafından oluşturulan amnion zarını dıştan çevreleyip desiduya içten tutunan yapıdır. Plasenta yapısına katılıp katılmamasına göre 2'ye ayrılır.
- Koryon **frondozum**: Blastokistin **desidua bazalise** (bazal plak) tutunduğu yerdeki trofoblastik dokuya koryon frondozum (koryonik plak) denir.

Temel Bilimler 17. soru
Tusem Kadın Doğum Konu
Kitabı+2026 Sayfa 101

Desidua **bazalis** (maternal) ve koryon **frondozum** (fetal) fetomaternal yapıyı (plasenta) oluşturur.

- USG'de ilk görülen **gestasyonel sak** (gebelik kesesi) koryon zar ile yapılır.
- Trofoblastların desidua invazyonu alanındaki **fibrinoid** dejenerasyon zonu **Nitabuch** tabakası denir. Invazyonun sınırlandığı yerdir. Desiduanın defektif olduğu durumlarda (geçirilmiş C/S, D/C) bu tabaka yetersizdir ve plasenta invazyon anomalilerinde (akreata-inkreata-perkreata) görülebilir.
- Intervillöz** boşluğun subkoryonik bölgesinde **Rohr stria** adında fibrin birikimi olabilir.

Soru kökü ve çözümü: Temel Bilimler 20

20. I. Primer folikül
II. Primordial folikül
III. Graaf folikül
IV. Sekonder folikül

En immatür olandan başlamak üzere folikül gelişim evreleri hangi seçenekte doğru sıralanmıştır?

II-I-IV-III

İLGİLİ NOTLAR

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / ENDOKRİN

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

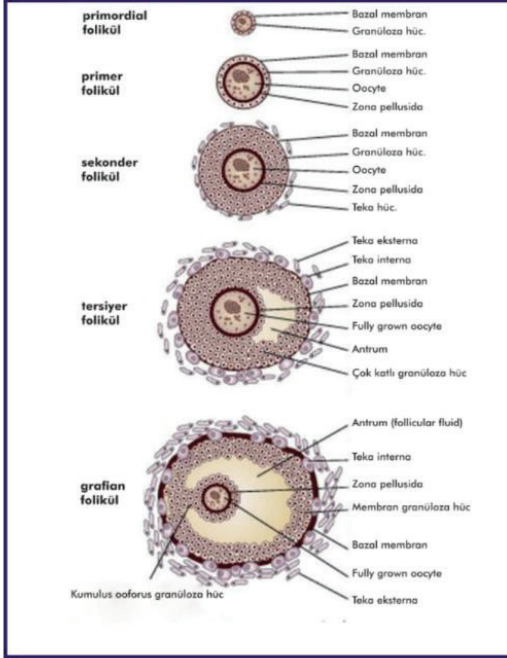
OVERYAN SIKLUS (FOLİKÜLER FAZI)

Foliküler Gelişim Basamakları:

1. Primordial folikül	FSH Bağımsız dönem	Siklusun 0-14. günleri arasındır; uzayıp kısalabilir. Foliküler gelişimin ilk etapta FSH ve LH bağımsızdır. Folikül uyarıcı olmaksızın spontan çok katlı primer folikül öncesine kadar gelişir. Ancak çok katlı primer folikül oluşumu için mutlaka FSH'a ihtiyacı vardır. İntrauterin ve prepubertal çağda FSH olmadığı için ileri aşamaya geçemez ve atrezide uğrar. Over rezervi sürekli ve aralıksız olarak azalır.
2. Primer folikül (tek katlı)		
3. Primer folikül (çok katlı: preantral)		
4. Antral (sekonder folikül)	FSH Bağımlı dönem	
5. Preovulatuvar (matür= graafian folikül)		

Temel Bilimler 20. soru
Tusem Kadın Doğum Konu
Kitabı+2026 Sayfa 219

esi ortalama 85



Şekil: Foliküler gelişim

Primordial Folikül

- Primer oositin etrafını **tek sıra yassı granuloza** hücreleri çevreler ve **primordial folikül** oluşur. Kadında, erkekte farklı olarak folikülogenez **intrauterin** hayatta başlar.

219

Soru kökü ve çözümü: Temel Bilimler 24

24. Hipopitüiterizm tanısı alanda beklenmeyen bulgu?

Memeden sıkılmakla süt gelmesi

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / ENDOKRİN

Aromataz Eksikliği

- Otozomal resesif (O.R) kalıtır. Testosteron estrojene dönüşmez. Doğumda **kliromegali**, posterior labioskrotal füzyon görülürken pubertede **meme gelişimi yetersiz** kalır. Primer amenore, virilizasyon (gebelikte ve puberte), kemik yaşında gerilik (hızlı büyüme yetersiz) ve multistik overler oluşur.
- FSH, LH, testosteron ve DHEA-S artar; estrojen düşüktür.

17beta OH Steroiddehidrogenaz Eksikliği (Tip 3):

- En sık **kalıtsal** testosteron sentez defektidir.
- Leydigde** androstenodion (T1) **testosteron (T2)** dönüşümü bozuktur. Eksternal genitalyada **tam virilize olmaz**. Doğumda dış genitalya **ambigus** veya **disidrid**. Pubertede **periferde** (karaciğer, cilt ve yağ dokusunda) var olan 17 beta OH ile testosteron (T2) oluşur ve bu **virilizasyon** izlenir.

Konjenital Lipoid Adrenal Hiperplazi

- Otozomal resesif (O.R) kalıtır. **p450 scc enzimi sağlam; STAR** (mitokondri dış membrandan iç membrana aktarım sorunu vardır). Kolesterol pregnenolona dönemez (kolesterol birikir). **Tüm steroidler eksiktir**. Yenidoğanda **hiponatremi, hiperkalemi ve asidoz** görülür. Hem XX (uterus var) hem XY (uterus yok) bireyler fenotipik olarak disidrid (T-DHT yok).

Radyasyon ve Kemoterapi

- Overde radyasyonun ve kemoterapötik etkisi **yaş** ve **daz** bağımlıdır. En duyarlı dönem **prepubertaldır**. Puberteden önce hasarlanırsa meme gelişmeden amenore olabilir.
- Overde aktivite sonlandıran dozu **800 raddır**. Radyoterapi öncesi overlerin pelvis dışına taşınması ile risk azaltılır. Overde en toksik kemoterapötik **alkilleyicilerdir** (özellikle **siklofosfamid**). Kemoterapi (KT) hasarı **reversible** iken radyoterapi (RT) hasarı **irreversible**dir.

Enfeksiyonlar

- Kabakulak ve HIV** primer ovarian yetmezlikle (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.
 - 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, **pulsatil GnRH** tedavisi önerilir.
- Anosmi** eşlik eder. Yankı damak/dudak, ürogenital sistem anomalisi veya sindaktili, serebellar ataksi, nöronal sağırılık, 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, tüberküle, sarkoid granülom ve dermoid kiste yapabilir.

Hemotalazik: Orak hücreli anemi, talasemi major, anastik anemide de hipogonadotropik hipogonadizm izlenir.

Temel Bilimler 24. soru
Tusem Kadın Doğum Konu
Kitabı+2026 Sayfa 214

- 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,

Soru kökü ve çözümü: Temel Bilimler 69

69. Primer hiperkogülabilité olmayan..

İLGİLİ NOTLAR

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / JİNEKOLOJİ

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

TEKRARLAYAN GEBELİK KAYBI (TGK) = HABİTÜEL ABORT

- 20. Gebelik haftasından önce 2 ya da daha fazla tanımlanmış gebelik kaybıdır. Abort sayısı arttıkça sonraki gebeliğin abort olma ihtimali artar. **Genetik** nedeniler daha sık **erken** haftada (5-8 hf), **anatomik** ve **otoimmün** nedeniler daha sık **geç** haftada (12-20 hf) görülür.
- Olguların **yarısından fazlasında** (%50-60) sebep bilinmemektedir (**idiyopatik**).
- İdiyopatik dışında;
 - Embriyonik genetik anormali % 60-80
 - Endokrin neden % 17-20
 - Anatomik faktörler %12-16
 - Antifosfolipid sendrom % 12-15
 - Enfeksiyöz % 7-56
 - Anne ve baba genetik faktör % 2-5
 - AFAS dışı immünolojik ve trombofil

Temel Bilimler 69. soru
Tusem Kadın Doğum Konu
Kitabı+2026 Sayfa 039

Antifosfolipid Antikor Sendromu (AFAS)

- **Edinsel** bir sendromdur. Teyze, kız kardeş **öyküsü beklenmez** Özellikle **ikinci trimester** düşüklüğü artar. Fosfolipilere karşı otoantikör gelişir. Otoimmün faktörler arasında en önemli antikorlar antikardiolipin antikorları (daha sık), lupus antikoagülan ve anti β_2 -glikoprotein-1 antikorudur.
- **SLE ile birlikte birdir.** **SLE'de en sık gebelik kaybı nedeni antifosfolipid antikorlarıdır.** Hastalık aktifte abort, preterm eylem ve preeklampsi (en sık) riski artar. Remisyonunda ise aborta neden olmaz Renal tutulumda abort riski daha fazla artar. Daha çok 2. ve 3. trimesterde aborta neden olur
- Protein C-S ve Annexin-V doğal antikoagülanlardır.
- **AFAS** en sık **SSS** tutulumu ile prezente olur. **Arteriel** ve **venöz** tromboz yapar. AFAS ilişkili gebelik kayıplarında en sık görülen histolojik anormali **yetersiz desidual trofoblastik invazyondur.** Etkisi **tromboz**, inflamasyon ve anormal plasantasyondur.

Antifosfolipid Sendrom Tanı Kriterleri (Sapporo Kriterleri)

Açıklanamayan arteriel/venöz/küçük damar tromboz • Bir veya daha fazla açıklanamayan 10 hafta üstü abort • 3 veya daha fazla tekrarlayan 10 hafta altı abort • 34 hafta altı şiddetli preeklampsi veya plasental yetmezliğe sekonder preterm doğum yapmış olmak	Otoantikörler (birisinin pozitif olması yeterli kriter) • Antikardiolipin (ACA) IgG-IgM • Lupus Antikoagülanı testi (Apit testi veya Russel Viper genom test ile) • Anti β_2 glikoprotein-1 IgG-IgM
--	---

- AFAS tanısında prekonsepsiyonel **aspirin** başlanır. Gebelik eldesi halinde **heparinize** edilir. Düşük doz aspirin gebelik 37. haftasına kadar götürülebilir. Heparin doğuma kadar devam ettirilir. Postpartum 6. haftaya kadar aspirin ve heparin devam edilir.

Anti Fİ Antikor ile Artan

- Spontan abort - TGK - Preterm doğum	- GHT / preeklampsi - IUGR - Anomali yapmaz
---	---

- Antifosfolipid antikorları pozitif olanda ya da plasental tromboz olabilecek durumda heparin ya da düşük moleküler ağırlıklı heparin aspirin ile kombine verilir. Steroid eklenebilir. Heparin ve aspirin puerperal dönemde devam ettirilir.

Kalıtılabilir Trombofililer

- Kalıtsal trombofililer habiitüel abortus yapmaz. Gebelik kayıplarının tamamına yakını **2. ve 3. trimester** izlenir. En sık **faktör V Leiden** mutasyonu (**Aktive protein C rezistansının** en sık nedeni) ve **protrombin** gen mutasyonudur. Metilen tetrahidrofolat redüktaz (**MTHFR**, homo ise hiperhomosisteinemi) mutasyonu üçüncü sıkkıttır. Antitrombin 3 (**en trombojenik**), protein-C, protein-S (**gebelikte tanı konulmaz**) ve faktör 13 eksikliklerinde riski artırır.
- **Taranması önerilmez** ancak; sadece daha önce femur kırığı, cerrahi, immobilizasyon öyküsü olmadan VTE öyküsü ya da 1. Derece yakınında < 50 yaş VTE öyküsü olanda önerilir.
- **MTHFR homozigot** mutasyonu (hiperhomosisteinemi): Otozomal **resesif** geçer. Homosistein yükselmesinin en sık nedenidir. Homosistein **metionin** metabolizmasını bozar. Gebelikte kan homosistein azalır; klinik hafifler. Gebelikte **NTD** ve prematür aterosklerozaya yol açabilir. Folik asit, B6 ve B12 önerilir.

Soru kökü ve çözümü: Temel Bilimler 74

74. Overin SKST grubundan olan...

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM®

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / ONKOLOJİ

- Servikal tutulum

- Ekstrauterin hastalık (abdominal metastaz)

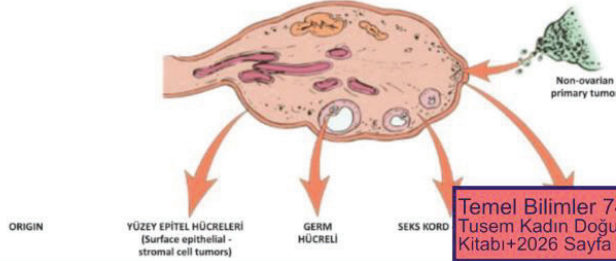
Grade 3 tümör, derin **miyometriyal** invazyon, lenf nodu metastazi varlığında

adjuvan **radıyoterapi** (nüksü önleme) kullanılır. Lenfovasküler invazyonun olmadığı (LVSI -) **evre 1A, grade 1** veya **2'de** ise adjuvan **radıyoterapi** gerekli **değildir**. Adjuvan radyoterapiye **sekonder** en sık **2 kanser** izlenir; **mesane**(daha sık) ve **vajendir**. **Evre 3 ve 4** hastaya **kemoterapi** eklenir

Fertilite koruyucu tedavi myometrial invazyonun olmadığı **grade 1 endometrioid** tipte düşünülebilir. Yüksek doz progesteron verilir.

En sık lokal **rekürrenslere** izlenir (en sık **vajen** kafi). Ekstrapelvik en sık metastaz **akciğer**edir. Asemptomatik rekürrenslerin büyük kısmı akciğer grafisi ile farkedilir. Rekürrenste **CA 125** artar.

EPİTELİYAL OVER TÜMÖRLERİ



Temel Bilimler 74. soru
Tusem Kadın Doğum Konu
Kitabı+2026 Sayfa 082

Over Tümörleri			
	Yüzey epitel	Germ Hücreli	Seks Kord Stromal
Tümör oranı	% 65-70	% 15-20	% 5-10
Kanserdeki oranı	%90	% 3-5	% 2-3
Genel yaş	>20	0-25	Her yaş
Tipleri	Seröz (en sık) Müsinöz(en sık 2.) Berrak Endometrioid Brenner	Teratom (en sık) Disgerminom (en sık malign) Koryokarsinom Yolk sak hücreli tümör Embriyonel karsinom Poliembriyoma	Fibrom (en sık benign) Granüloza hücreli tm (en sık malign) Tekoma Sertoli hücreli tümör Leydig hücreli tümöre Androblastom

- En kötü prognozlu jinekolojik kanserlerdir.
- En sık görülen over tümörleri epitelial over tümörleri olup over tümörlerinin yaklaşık %90'ı **çölemik (germinal) epitel** ya da **mezotelden** kaynaklanır. Her bir histolojik tip epitelial over tümörü ayrıca **benign, borderline** (düşük malign potansiyelli tümör) veya **malign** olarak sınıflandırılır.
- En sık görülen **malign, benign, borderline** epitelial over tümörü **seröz**dür olup, malign grupta daha az sıklıkla **endometrioid (%10)**, müsinöz (%5), berrak hücreli (%5), brenner (transizyonel) (<%1) ve undiferansiye karsinom (<%1) görülmektedir.

Epitelial Over Tümörlerinin Özellikleri

Histolojik tip	Hücresel tip
• Seröz • Endometrioid • Müsinöz • Berrak hücreli (mezonefrik) • Brenner	• Endosolpingeal • Poliferatif endometriyum • Endoservikal, intestinal (en sık) • Müllerian, sekretuar veya gestasyonel endometriyum • Transizyonel

Soru kökü ve çözümü: Temel Bilimler 88

88. Hangi antiepileptik CYP3A4 enzimini indükleyerek oral kontraseptiflerin etkinliğini azaltır?

İLGİLİ NOTLAR

Temel Bilimler 88. soru
Tusem Kadın Doğum Konu
Kitabı+2026 Sayfa 246

KOK İlaç Etkileşimleri	
Karaciğeri indükleyerek KOK metabolizmasını artıran (etkinliği azaltan ilaçlar)	
• Etosüksimid • Felbamaf • Fenitoin, mefenitoin • Fenobarbital • Griseofulvin • Karbamazepin, okskarbazepin • Pirimidon • Rifampin	• Ampisilin, penisilinler • Antiretroviraller (Efavirenz) • Ketokonazol, itraconazol • Nevirapin • Rifinamide • Siprofloksasin, ofloksasin • Tetrasiklin, doksisisiklin • Topiramaf
KOK'ların ilaçlar üzerindeki etkisi	
• Aminofilin, teofilin • Diazepam, alprazolam, klordiazepoksit, nitrazepam • Etanol • İmisipramin • Kafein • Kortikosteroidler • Meperidin • Metoprolol • Siklosporin • Trisiklik antidepresanlar	• Asetaminofen, Salisilik asit • Fosamprenavir • Lamotrijin • Morfin • Siklofentiazid • Temazepam

KOK ve Kanseri

- **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 (**villoplandüler**) artır. Tedavi edilmiş CIN'da KOK kullanılabilir.
- **Parsiyel mol** riskini artırır. (postmolar neoplazi artmaz)
- Benign **meme** hastalığını (**fibrokistik**) azaltır.
- **Hepatosellüler adenomu** artırır.
- Malign melanom, hepatosellüler, renal, hipofiz ve mesane kanseri üzerine etkisi **nötr** etkili.
- Meme kanseri riski artır (değiştirmez).
- Düşük doz KOK myomu büyümesini uyarmaz.

- KOK'un en sık yan etkisi progestin (**P**) **kırıma** kanamasıdır (**metroraji**). Estrojenik doz düştükçe sıklaşır. **Düşük** estrojenin endometriumu yeteri kadar uyarmaması ve progestin ajanın endometriumu atrofiye-desidualize etmesiyle ilişkilidir. Buna KOK'la artan **klamidyal servisit** de katkı sağlar. Akut çözüm için siklus gününden bağımsız **7 gün estrojen** (1,25 mg konjuge veya 2 mg östradiol) 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. Kırıma kanaması KOK'un **etkinliğini** etkilemez.

VAJİNAL KONTRASEPTİF (ESTROJEN VE PROGESTERON)

- Steroid hormonlar için intravajinal yol emilime uygundur (non -keratinize, bez yok, yağ ve kıl folikülü yok). Vajen mukozaya teması yeterli. Vajen **florasını bozmaz**. **Obezitede** etkinliği azalmaz (vajende yağ yok)Vajen mukozaya teması yeterli. Daha **düşük doz** (15 mcg E) ile kontrasepsiyon sağlanır (karaciğer ilk geçiş etkisinden **kurtulur**). İlaç etkileşimleri ve bulantı - kusma daha az (**GİS'i pas** geçtiği için)
- Her ayın ilk günü kullanılır. Hormonel **dalgalanma** ve kırıma 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 **etonogestrel** (met: desogestrel) içerir.

Günümüzde etinil estradiol ve segesteron içeren vajinal halka üretilmiştir.

Soru kökü ve çözümü: Temel Bilimler 98

98. Hangisi postkoital korunmada diğerlerine göre daha uygundur?

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM®
 TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / ENDOKRİN

Kontrasepsiyon Dışı Avantajları

- | | |
|--|--|
| 1. Miyom görülme sıklığını azaltır. | 8. Premenstrüel sendromu önler. |
| 2. Demir eksikliği anemisini belirgin oranda azaltır. | 9. Ektopik gebelik insidansını azaltır. |
| 3. Orak hücreli anemide oraklaşmayı azaltır. | 10. Epilepside konvülsiyon ataklarını azaltır. |
| 4. Pelvik enfeksiyon riskini azaltır. | 11. Endometriyum kanserini azaltır. |
| 5. Dismenore oluşumunu azaltır. | 12. Over kanseri riskini azaltır. |
| 6. Endometriozisi etkin olarak tedavi edicidir. | 13. Fonksiyonel over kistlerini azaltır. |
| 7. Laktasyonda süt miktarını artırır; postpartum 6. haftadan sonra başlanabilir. | |

Yan Etki ve Komplikasyon

- İrregüler kanamalar (progesteron kırılma kanaması) / baş ağrısı; en sık bırakılma nedenleridir. Oligomenore, amenore, kilo alma, sıvı retansiyonu, memede şişlik, vücut yağı ve ağırlığı artışı, Glukoz toleransında bazulma, Total kolesterol, trigliserid ve HDL azalır. LDL ve total kolesterol artar. Anksiyete, depresyon, libido azalması, Karaciğer fonksiyon (KCFT) bozukluğu, Kemik dansitesi azalır. Antitrombin III düzeyinde azalır. Meme kanseri riskini artırır. İnfitu serviks kanseri riskini artırır.

Temel Bilimler 98. soru
Tusem Kadın Doğum Konu
Kitabı+2026 Sayfa 248

Yeni Kontrasepsiyon

Oral levonorgestrel	İlk 72 saatte kullanılmalı. Ovulasyonu engeller (öncesinde al) İmplantasyonu engellmez. Abort ettirmez. Yüksek doz estrogen ve KOK'tan daha başarılıdır.
KOK (E+Norgestrel-LNG)	İlk 72 saat 12 saat arayla ikişer tablet KOK kullanımıdır=YÜZPE. Bulantı-kusma sıkır.
Ullipristal-Mifepriston	İlk 5 gün içinde kullanılmalı. Progesteron reseptör antagonistidir (SPRM) Folikülasyonu bozular, ovulasyon gecikir (adet rötan). Ullipristal en başarılı oral ilaçtır.
RIA (bakır / LNG)	İlk 5 gün içinde uygulanmalıdır. %100 engeller (en başarılı yöntem). Tecavüz mağduru, CYBH riski yüksek olanda önerilmez. Abort ettirmez.

Hepsinde gebelik riski azalacağı için ektopik gebelik riski de azalır; ancak uygulamaya rağmen gebe kalırsa ektopik gebelik risk artar. GnRH analogu, estrogen antagonistleri ve danazolun yeri yoktur. DES ve yüksek doz estrogen artık tercih edilmez. Ayrıca etki mekanizmalarından en az etki abort ettirmez.

CİLT ALTI İMPLANT (UZUN ETKİLİ)

Levonorgestrel = altı çubuk = 7 yıl (Norplant)

Levonorgestrel = iki çubuk =5 yıl (Jadelle)

Levonorgestrel = iki çubuk =3 yıl (Sinolimplant II)

Etonogestrel (desogestrel) = tek çubuk = 3 yıl (Nexplanon, Implanon)

- LH'yi baskılar (P ile) ve ovulasyon oluşmaz, servikal mukusu kalınlaştırır sperm geçirenliğini engeller, endometriyum atrofiye ederek implantasyonu engeller, tubal motiliteyi azaltır.
- Üst kol iç yüzüne biseps aralığına mensin ilk haftası yerleştirilir.
- İlaç bırakıldığında 3 ay sonra ovulasyon tekrar başlar. Postpartum (PP) hemen kullanılabilir.
- Kalp hastalığını, lipid profili, koagülasyon kaskadı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerini etkilemez. Osteopeni yapmaz.
- Etonogestrel cerrahi sterilizasyondan daha etkin en potent progestindir. Etonogestrelde over kisti daha azdır (folikülasyonu daha çok baskılar). Levonorgestrelde yöntemlerin obezitede etkinliği azaltabilir ancak etonogestrelde yöntemde (nexplanon) etkilenmez. Levonorgestrelde SHBP azalırken etonogestrelde SHBG azalmaz.
- En sık yan etki aynı zaman da en sık bırakılma yan etkisi düzensiz kanamadır (kırılma kanaması). İlk 3 ay sonrası azalır (hormon salınımı giderek azalır). Amenore yapabilir.

Cilt Altı İmplant Kullanımına Uygun Olan ve Olmayan Hastalar

Kullanıma uygun grup	Kontrendike değil ancak tercih edilmeyen grup
1 veya 2 yıl emzirmek ve kontrasepsiyon isteyen	Şiddetli akne
Aşırı menstrüel kanamaya bağlı anemisi olan	Şiddetli vasküler veya migren baş ağrısı olmak
En az 2-3 yıl ve çok başarılı kontrasepsiyon isteyen	Şiddetli depresyon
Hayati tehdit eden kronik hastalığı olmak (gebelik KE)	Kc mikrozomal enzim indüksiyonu yapan ilaç kullanan

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 130

130. Belirli bir yılda gebelik, doğum ve lohusalığa bağlı ölümlerin, aynı yıl canlı doğum sayısına oranlanıp 100.000 ile çarpılmasıyla elde edilen ölçüt hangisidir?

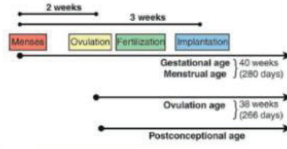
İLGİLİ NOTLAR

3

PERİNATOLOJİ

GEBELİK İLİŞKİLİ TANIMLAR

Gestasyonel (Menstrüel) Yaş: Son adet tarihinin (SAT) ilk gününden hesaplanır (>42 hafta: postterm).
Ovulasyon (Postkonsepsiyonel) Yaş: Fertilizasyon gününden itibaren hesaplanır (>40 hafta: postterm).



Gestasyonel yaş ile ovulasyon yaşı arasında 2 hafta beklenir; ancak hastanın polimenore / oligomenore durumlarında foliküler faz değişimine göre hesaplanır. Örn; 21 günde bir adet gören kadında gestasyonel yaş ile ovulasyon yaşı arasında 1 hafta olurken; 35 günde bir adet gören kadında gestasyonel yaş ile ovulasyon yaşı arasında 3 hafta olur. Takipte sıklıkla SAT'a göre hesap yapılır.

Fetal yaş: Konsepsiyon ürününün implantasyonundan itibaren hesaplanır

Embriyonik dönem: Konsepsiyondan 2 hafta sonra başlar (hastanın beklenen mens dönemine denk gelir); 8 hafta sürer; Son adet tarihinden (SAT)'a göre ilk 10 haftalık döneme kadardır. Organogenez dönemidir (son 6 haftası). Teratojen maruziyeti ile **major** anomali izlenir.

Fetal dönem: SAT'a göre 10. haftadan sonraki dönemdir. teratojen maruziyeti ile **minor** anomali ya da **fonksiyonel** defekt izlenir.

Antenatal Dönem: Konsepsiyondan doğuma kadar olan faz

Perinatal Dönem: 20. haftadan postpartum (PP) 28. güne kadar olan faz

Perinatal mortalite (ölüm hızı): 1000 doğum başına (ölü + canlı) düşen ölü doğum + neonatal ölüm

Gravida: Total gebelik sayıdır (hcg pozitif)

Nulligravid: Hiç gebe kalmamış kadın / **Primigravid:** Bir kadının ilk gebeliği / **Multigravid:** öyküde birden fazla gebeliği olan kadın

Parite: > 500 gr / 20 hafta canlı ya da ölü fetus doğumu

Çoğul gebeliklerde gravida ve parite tek (bir) sayılır doğumu **tek parite** olarak kabul edilir.

Nullipar: Doğum yapmamış kadın (gebeliğini doğum yapma aşamasına kadar getirememiş kadın, daha önce abort yapmış veya yapmamış) / **Primipar:** Daha önce bir çocuk doğurmuş kadın / **Multipar:** Daha önce iki veya daha çok gebelikte çocuk doğurmuş kadın

Abortus: SAT'a göre 20 hafta ya da < 500 gr fetus (ölü ya da canlı), plasenta ve membranların bir kısmının (inkomplet) ya da tamamının (komplet) uterus kavitesi dışına atılmasıdır.

İnfant: Canlı doğum sonrası ilk 12 aylık dönem

Bebek (infant) ölümü: Canlı doğup ilk 12 ay içinde ölen bebek kaybedilen bebekleri tanımlar. **İnfant mortalitesi:** Canlı doğan 1000 bebeğin kaç 12 ay içinde öldü. **Fetal (ölü doğum) ölüm hızı (oranı):** ölü doğum / canlı + ölü doğum.

Makrozomi > 4000 gr / **Düşük doğum ağırlıklı:** < 2500 gr / **Çok düşük doğum ağırlıklı:** < 1500 gr < / **Aşırı düşük doğum**

Klinik Bilimler 130. soru
Tusem Kadın Doğum Konu
Kitabı+2026 Sayfa 097

Maternal mortalite oranı: 100.000 canlı doğum başına üreme ile ilgili süreçte (gebelik ve doğumda) kaybedilen anne sayıdır.

Gebelik ilişkili anne ölümü: Gebelik ve postpartum ilk 42 gün içindeki maternal ölümdür.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 138

138.hangiisi adelösamdaki en sık kanama nedenidir ?

İLGİLİ NOTLAR

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / JİNEKOLOJİ

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

Over Kist Torsiyonu

- En önemli risk faktörü **ovaryan kitle** varlığıdır (>5 cm). En sık torsiyon nedeni **fonksiyonel kistler**dir. Neoplastik en sık neden matür kistik teratomdur (**dermoid**). **Endometrioma** ise yapışıklık nedeni ile genelde torsiyone **olmaz**.
- Ani karın ağrısı, bulantı ve kusma ve akut batın izlenir. Karın ağrısı ara ara ya da sürekli olabilir ve hareket ile artabilir (kanlanma değişir). **Ateş**, taşikardi ve **lökositöz nekrozu** predikte edebilir.
- Ön tanıda en başlıca **doppler USG**'dir. **Anafor** işareti izlenir. **BT** istenmez (duyarlılığı düşük). Kan akımı kesilmemi over torsiyonu dedirir; ancak kan **akımı görülmesi** torsiyonu **ekarte** ettirmez. Kesin tanı cerrahi sırasında (L/S tercih) konur. Over ve tüp sıklıkla birlikte dönmüştür. İnspeksiyonda mor ve ödemli adneks görülür.
- Overyan **görüntü ile ooforektomi** kararı alınmaz her durumda torsiyone olan yapı detorsiyone edilir. Uygunsa kistektomi eklenir. **Tekrarlayan** torsiyonda pelvik yan duvara **fikse** edilebilir. Takipte peritonit bulguları gelişirse ise ooforektomi düşünülebilir.

ANORMAL UTERİN KANAMA (AUK)

- Normal menstrüel siklus 28 ± 7 günler arasındadır. 4-7 gün sürer. 5 - 80 cc arası kanama beklenir. Bu sınırlar dışında kalan kanama anormal kanamadır. Ancak menarş sonrası ilk yıllar anovulasyona sekonder 21- 42 gün arası siklus uzunluğu normal kabul edilir.

Anormal Uterin Kanama Paternleri:

Menoraji (aşırı menstrüel kanama): Süresi uzun ve miktarı fazla mens kanamasıdır. Submuköz myom, gebelik komplikasyonları, RIA, **adenomyozis**, endometrial hiperplazi, malign tümörler ve DUK menoraji nedeni olabilir.

Hipomenore: Menstrüel kanamanın miktarda az olmasıdır. Himenal veya servikal stenoz (kriptomenore), Asherman sendromu ve **KOK** kullanımı hipomenoreye neden olabilir.

Hipermenore: Düzenli ve normal süreli siklusların fazla miktarda olan kanamasıdır.

Metroraji (intermenstrüel kanama): Menstrüel dönemler dışında gelişen kanamalardır. Mens kanaması ile ilişkisizdir. Ovulasyon kanaması, **polip**, endometrial ve servikal kanser nedenlerindendir. Ekzojen östrojen kullanımıyla da ilişkilidir.

Polimenore: Siklusun 21 günden kısa olması ile sıklaşan periodlardır. 1 yıl içinde daha fazla sayıda mens görmüş olur. Foliküler faz kısalır. Sıklıkla anovulasyona (perimenopozal dönem) bağlıdır. Kısa luteal faz (luteal faz yetmezliği) nedeniyle görülebilir.

Menometroraji: İrregüler aralıklarla gelişen, süresi ve miktarı değişen kanamalardır. Malign tümör ve gebelik komplikasyonu akla gelmelidir.

Oligomenore: Siklusun 35 günden uzun olması ile seyreden periodlardır. 1 yıl içinde daha az sayıda mens görmüş olur. Sıklıkla anovulasyona bağlıdır. Tipik örneği **PKOS**'tur. Hızlı kilo kaybı ve östrojen sekrete eden tümör de oligomenore ilişkilidir.

Postkoital kanama: Servikal malignite, servikal eversiyon, polip, enfektif vajinit (**trikomonas**), **klamidyal** servisit, ve atrofik vajinite bağlı olarak gelişebilir. Servikal malignite şüphesi nedeniyle **transformasyon zonu** değerlendirme endikasyondur.

Menstrüel Siklus Düzensizlikleri İçin Önerilen Son Terminoloji

	Normal	Anormal
Miktar (volüm)	5-80 ml	Hafif kanama: <5 ml Ağır kanama: >80 ml
Süre	≤ 8 gün	Uzamış kanama: > 8 gün
Sıklık (menstr arasıdaki gün)	24-38 gün	Sık kanama: < 24 gün Amenore: > 90 gün
Düzen (Siklus değişkenliği)		10 gün

Klinik Bilimler 138. soru
Tusem Kadın Doğum Konu
Kitabı+2026 Sayfa 029

Anormal Kanama ve Yaş Gruplarına Göre Sıklıkları

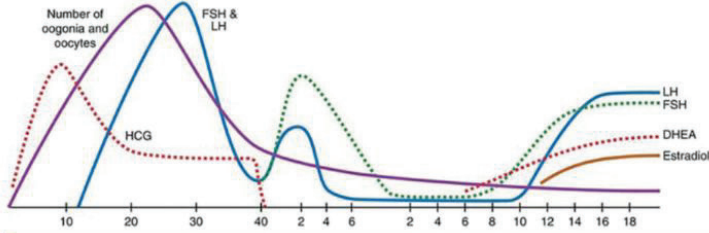
	Adölesan	Reproduktif	Perimenopozal	Postmenopozal
Prepubertal				
Vulvovajinit	Anovulasyon	Ekzojen hormon	Anovulasyon	Endometrijal atrofi
Yabancı cisim	Ekzojen hormon kullanımı	Gebelik	Leiomyom	Endometrijal polip
Puberte prekoks	Gebelik	Anovulasyon	Servikal ve endometrijal polipler	Endometrijum ca
	Enfeksiyon (klamidyal servisit)	Enfeksiyon (klamidyal servisit)		
Neoplazi	Koagülopati - ITT; en sık - von Willebrand hastalığı (herediter en sık neden)	Leiomyom	Tiroid disfonksiyonu	Hormonal tedavi
		Servikal ve endometrijal polipler	Hiperplaziler	Diğer tümörler (vulvar, vajinal, servikal)
		Tiroid (en sık graves)		

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 138

138.hangiisi adolösamdaki en sık kanama nedenidir ?

TUSEM®

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / ENDOKRİN



Klinik Bilimler 138. soru
Tusem Kadın Doğum Konu
Kitabı+2026 Sayfa 204

Doğum sonrası steroidler azalır (plazma androjen FSH (daha çok) LH (çok az) artar. Sonrasında 1-2 yaşında kadim gonadotropinler baskı altına alınır (8-9 yaşına kadar baskılı = gonadostat). **Gonadostat** hipotalamo-hipofizer aksın hazır olmasına rağmen gonadların puberte öncesi aktifleşmemesidir. Gonadostattan hipotalamohipofizer aksın erken çocukluk fazında çok düşük seviyedeki **estrojene** bile aşırı duyarlılığı ile gelişir. 2 yaşından sonra GABA ve nöropeptit Y'nin de aşırı duyarlılık (santral inhibisyon)baskı sağlar. Gonadostatin kınlanması GnRH pulsatile aktifleşmesi (nöropeptit Y ve GABA azalır)ile başlar. GnRH supresyon etkisi estrojene olan duyarlılığın kalkması ile başlar. Gonadal disgenesi varlığında da gonadostattan izlenir (sorumlu mekanizma gonadal steroid değil). GnRH salınımı ve puberte başlatmada **kispeptin (daha önemli)** ve **nörokinin B** çok önemlidir.

- 2. yaşta adrenal androjen (**DHEA** ve **DHEA-5** (>40 = spesifik))sentezlenir. 7 yaşında salınımı çok artar (**adrenarşi**) ve 13-15 yaşa kadar bu seviyede izlenir. Estrojen artışı androjenden 2 yıl sonra izlenir. Puberte öncesinde estron (**E1**) baskındır, puberte ile östradiolün östrone oranı (**E2/E1**)giderek artar. Overden estradiol (E2) yapımı puberte süresince artar; overden ve periferden estron (E1) salınımı da puberte boyunca artar. Estradiol (E) artışı **ilk gündüz** izlenir, bazal seviyesi ise her zaman yükselir.

- GnRH pulsaları **ilk olarak gece** uykusunda başlar; **önce FSH** - sonra LH (daha fazla)olmak üzere nokturnal salınımı izlenir. Gonadotropin gonada etkisi ile estradiol (**E2**) sentezlenir (**gonadarşi**). Düşük seviyede estrojen (E) ile büyüme hormonu (GH - IGF 1) sentezlenir ve hızlı iskelet gelişimi görülür. Büyüme hormonu puberteyle artar, menarşi sırasında maksimumdur ve sonrasında azalır.

Pubertal ilk işaret **mazal kız ve pima (aortikola)** gerisinde **stifcelerin** görülmesidir.

PUBERTE EVRELERİ

- Akselere büyüme genel değerlendirmede ilk değişimdir. Ancak farkedilen ilk değişiklik meme tomurculanmasıdır.
- **İzoseksüel pubertede** değişiklikler bireyin fenotipik seks yapısı ile uyumlu iken; **heteroseksüel pubertede** karşıt cinsiyetin fenotipik özellikleri baskındır.

Akselere (Hızlanmış) Büyüme (8-9 Yaş; Erkek 2 Yıl Geç)

- Meme gelişimi başlamasından 2. yılında pik yapar. Büyüme hormonu (GH), IGF-1, **gonadal** estrojen (E) ve **adrenal** androjen (T) bağımlıdır. **Ani büyümenin** en önemli sitokini estrojendir (E) (**hem erkek hem kız**). Ancak maksimum boy uzaması **pubarşi** ve **adrenarşi** arası intervaldedir.

Telarşi (10 Yaş)

- Pubertede **ilk** görülen sekonder **seks karakteri** kızda **telarşi** erkekte **testis** volümü artışıdır.
- Meme gelişimi genellikle 10 yaşında (8; aşağıdaki şekli takip edin) başlar ve 14 yaşında biter. Telarşi **overyan önce** estrojen (E = duktal); sonra progesteronun (P = alveol, lobül)etkisi ile gelişir.

Pubarşi (Pubik Kılınma) (10-11 Yaş)

- **Adrenal** androjen (T) ile artması önce pubik sonra (1 yıl) aksiller kılınmaya neden olur. Pubarşi pubik kılınmadır. Pubik kılınma telarştan 1 yıl sonra izlenir.

Menarşi (13 Yaş)

- Overyan estrojen (E) etkisi ile görülen ilk adet kanamasıdır (10-16 yaş). Başlangıçta sikluslar **anovulator**dur (ilk adetler estrojen (E) **kınlama** kanamasıdır). Ancak 1-1,5 yıl sonra ovulator siklusa dönüşür.

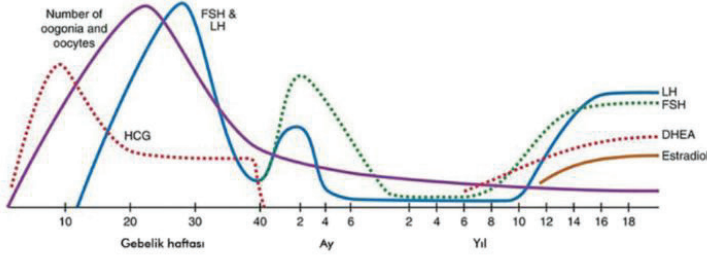
204

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 138

138.hangiisi adelösamdaki en sık kanama nedenidir ?

TUSEM®

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / ENDOKRİN



- Fetus 10. haftada GnRH, 10-13. haftada FSH ve LH sentezler. 20- 23.haftada, FSH-LH pik yapar. Sonrasında steroidlere (plasental) karşı aşırı duyarlılık görülür ve FSH-LH baskılanır, geç bebekliğe kadar devam eder.
- Doğum sonrası steroidler azalır (plasenta atıldı)ve FSH (daha çok)- LH (çok az) artar. Sonrasında 1-2 yaşına kadar gonadotropinler baskı altına alınır (8-9 yaşına kadar baskılı = gonadostat). Gonadostat hipotalamo-hipofizer aksı hazır olmasına rağmen gonadların puberte öncesi aktifleşmemesidir. Gonadostatın hipotalamohipofizer aksın erken çocukluk fazında çok düşük seviyedeki **estrojene** bile aşırı duyarlılığı ile gelişir. 2 yaşından sonra **GABA** ve **nöropeptit Y**'yenin de aşırı duyarlılık (santral inhibisyon)baskı sağlar. Gonadostatın kırılması **GnRH pulsatil aktifleşmesi** (nöropeptit Y ve GABA azalır)ile başlar. GnRH supresyon etkisi estrojene olan duyarlılığın kalkması ile başlar. Gonadal disgenezi varlığında da gonadostatın izlenir (sorumlu mekanizma gonadal steroid değil). GnRH salınımı ve puberte başlatmada **kispeptin** (daha önemli) ve **nörokinin B** çok önemlidir.
- 2. yaşta adrenal androjen (**DHEA** ve **DHEA-5** (>40 = spesifik))sentezlenir. 7 yaşında salınımı çok artar (**adrenarş**) ve 13-15 yaşa kadar bu seviyede izlenir. Estrojen artışı androjenden 2 yıl sonra izlenir. Puberte **öncesinde** estron (**E1**) baskındır, **puberte** ile **östrodiolün** **östrona** oranı (**E2/E1**)giderek **artar**. Overden estradiol (E2) yarıyı puberte süresince artar; overden ve periferden estron (E1) salınımı da puberte boyunca artar. Estradiol (E) artışı **ilk gündüz** izlenir, bazal seviyesi ise her zaman yükselir.
- GnRH pulsaları **ilk** olarak **gece** uykusunda başlar; **önce** FSH - sonra LH (daha fazla)olmak üzere nokturnal salınımı izlenir. Gonadotropin gonada etkisi ile estradiol (**E2**) sentezlenir (**gonadarş**). **Düşük** seviyede estrojen (**E**) ile ille büyüme hormonu (GH - IGF 1) sentezlenir ve hızlı iskelet gelişimi görülür. Büyüme hormonu puberteyle artar, menarş sırasında maksimumdadır ve sonrasında azalır.
- Pubertal ilk işaret **nazal kreest** ve **pinna** (**aurikula**) gerisinde **sivilcelerin** görülmesidir.

PUBERTE EVRELERİ

- Akselere büyüme genel değerlendirmede ilk değişimdir. Ancak farkedilen ilk değişiklik meme tomurcuklanmasıdır.
- İzoseksüel pubertede** değişiklikler bireyin fenotipik seks yapısı ile uyumlu iken; **heteroseksüel pubertede** karşıt cinsiyetin fenotipik özellikleri baskındır.

Akselere (Hızlanmış) Büyüme (8-9 Yaş; Erkek 2 Yıl Gec)

- Meme gelişimi başlamasından 2. yılında pik yapar. Büyüme hormonu (GH), IGF-1, **gonadal** estrojen (**E**) ve **adrenal** androjen (**T**) bağımlıdır. **Ani büyümenin** en önemli sitokini estrojendir (**E**) (**hem erkek hem kız**). Ancak **maksimum** boy uzaması **pubarş** ve **adrenarş** arası intervaledir.

Telarş (10 Yaş)

- Pubertede ilk görülen sekonder **seks karakteri** kızda **telarş** erkekte **testis** volümü artışıdır.
- Meme gelişimi genellikle 10 yaşında (8; aşağıdaki şekli takip edin) başlar ve 14 yaşında biter. Telarş **overyan önce** estrojen (**E**= duktal); sonra progesteronun (**P** = alveol, lobül)etkisi ile gelişir.

Pubarş (Pubik Kılınma) (10-11 Yaş)

Klinik Bilimler 138. soru
Tusem Kadın Doğum Konu
Kitabı+2026 Sayfa 204

- Overyan estrojen (**E**) etkisi ile görülen ilk adet kanamasıdır (10-16 yaş). Başlangıçta sikluslar **anovulatuvar**dır (ilk adetler estrojen (**E**) **kırılma** kanamasıdır). Ancak 1-1,5 yıl sonra ovulatuvar sikluslara dönüşür.

204

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 140

140. Antenatal steroidler hangi hastalığın sıklığını etkilemez?

İLGİLİ NOTLAR

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / PERİNATOLOJİ

TUSEM®

- Maternal pulmoner **ödem**, **sıcak basması**, **diplopi**, kardiyak arrest izlenebilir. Fetusta varyabilite azalma, > 5-7 günden uzun kullanımda **fetal osteopeni** izlenebilir.

Gliseril Trinitrat ve Nitrogliserin

- Nitrik oksit (**NO**) **donörü** bir miyorelaksandır. Taşışistolde, makat doğumda takılan baş kurtarmasında verilebilir. Fetal **siyanid** toksisitesi yapabilir.

Tokoliz Kontraendikasyonları

- Koryoamnionit
- Şiddetli preeklampsi
- Eklampsi
- Antepartum hemoraji
- Fetal distres / ölüm
- Fetal anomali
- IUGR
- > 34 hafta gebe
- Aktif faz

Steroid Uygulanması

- Tip 2 pnömositlerde **sürfaktan** sentezini artırır ve akciğerde **yapısal** maturasyon sağlar. En erken etkisi için **4 saat** gerekir. Esas etkinlik **2. dozdan sonraki 24. saat**te.
- 23-34 hafta** arasında önerilir (7 gün içinde doğum öngörüsünde tek kür). **34-37 hafta** arasında **daha önce** steroid uygulanmamışsa tek doz önerilir. **<23 hafta** altına ve **>37 hafta** üstüne **önerilmez**. 34 hafta altında uygulanmış ve üzerinden 7-14 gün geçmiş steroid öyküsünde hatırlatma amacıyla tek doz **kurtarma (rescue)** dozu önerilir (hala < 34 hafta ise).

Klinik Bilimler 140. soru
Tusem Kadın Doğum Konu
Kitabı+2026 Sayfa 151

Kortikosteroidler: Respiratuar distres sendromu (**RDS**), intraventriküler kanama (**IVK**), nekrotizan enterokolit (**NEK**), patent duktus arteriozus (**PDA**) **azaltır**. Bronkopulmoner displazi (**BPD**)'yi **azaltmaz**?

- Tekrarlayan dozlarda steroid ile koryoamnionit, neonatal sepsis, gelişme geriliği (IUGR) ve psikomotor fonksiyonda gerilemeye** yapabilir; bu yüzden **önerilmez**.

- Maternal **hiperglisemi**, **lokositoz**, **lenfopeni**, **trombositoz** izlenebilir. **Fetal** varyabilite kaybı, hareket azalması, doppler bozulması izlenebilir.
- Çoğul** gebelikte doz **değişmez**.

Preterm Eylem Tedavi Yaklaşımı

Gestasyonal yaş	Tedavi
34. hafta ve üstü	- Fetal monitörizasyonla doğum takibi 34-37 hafta arasında; Daha önce yapılmadı ise kortikosteroid
24 ile 33. haftalar arası	- Grup B streptokok profilaksisi - Kortikosteroid 24-31 hafta arasında; nörokoruma amacıyla magnezyum sülfat (doğum planlanıyorsa) - Tokoliz
24. haftanın altı	Gebelik sonlandırılır

ERKEN MEMBRAN RÜPTÜRÜ

- > 24 saat + doğum eylemi **yok**: **Prematüre membran rüptür (PROM)**
- > 24 saat + doğum eylemi **yok** + <37 w: **Preterm Prematüre membran rüptür (PPROM)**
- EMR Preterm eylem, kordon prolapsusu ve intrauterin-neonatal enfeksiyon** riskini artırır. İntrauterin enfeksiyon, fakirlik, **sigara**, **servikal yetmezlik** ve **polihidroamnioz**, EMR öyküsü, **zayıflık (VKI <20)** ile görülme sıklığı artar..
- Spekulumla serviksten amnion mayi gelişi izlenebilir. Şüphede kalınır ise **nitrazin** testi (amnion mayisi alkali=maviye döner) yapılabilir ya da mikroskopta **fern paterni** (amnion mayi varsa görülür) aranır. Vajinal sıvıda **plasental alfa mikroglobulin-1** bakılabilir (hazır kit)
- USG'de **oligohidroamnioz** saptanır. Fetomaternal acil doğum endikasyonu yoksa **ateş**, WBC, CRP bakılır ve **GBS için kültür** alınır. Feto-maternal enfeksiyon ya da **koryoamnionit doğum** endikasyonudur.

Koryoamnionit plasenta, zarlar, amnion ve umbilikal kordon **enfeksiyonudur**. EMR ile riski çok artar. **İntra amniyotik enfeksiyon (IAI)** ile eş adlandırmada kullanılır. **Polimikrobialdır**. Sıklıkla **üreaplazma** (en sık), gram negatif anaeroblar > **mikoplazma** (çok sık) **hominis**, **gardnerella vaginalis** izole edilir. Bir başka kaynaktan koryoamnionitte amnion sıvı kültüründe en sık **B ve D grubu streptokoklar** izole edilir

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 157

157. Down sendromlu çocuklarda aşağıdakilerden hangisinin görülmeye sıklığının artması beklenmeyen

İLGİLİ NOTLAR

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / PERİNATOLOJİ

TUSEM®

- **Koryon Villus Örnekleme (CVS): Trofoblast** (koryonik villüs) biyopsidir, **10-13 (14).** haftalarda yapılır. <10 hafta atında yapılır ise fetal **ekstremité** defekt, oramandibular sendrom veya fetal ölüm (1/400) gelişebilir. **Abdominal** veya vajinal (**servikal-vajinal**) (14. hafta: daha fazla doku) yoldan yapılır. Erken gebelik haftalarında yapılması ve **erken sonuç** (2 gün) vermesi avantajdır. **Kültüre** gerek **yok**; doğrudan karyotip bakılır. Plazental sınırlı **mozaizm** olma olasılığı ise **dezavantaj**dır. A/S ile konfirme etmek gerekebilir.
- **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, **billübin** analiz, **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. **Mozaizm** çok nadirdir. En sık lekelenme ve amniyon sıvı sızıntısı (%1) komplikasyonu izlenir ancak sıklıkla geçicidir. 1/500 gebelik kaybı olabilir.
- **Kordosentez** (Perkutan Umbilikal Kan Örnekleme; Fetal Kan): **Umbilikal vanden** kullanılır. Tüm gebelik boyunca yapılabilir (>20. haftadan sonra). Maternal kontaminasyon sıkıdır; ayrımı için **APT testi** (hb F baz direnci= renk değişmez) ya da **MCV** tayini (Fetus > 140) yapılabilir. En sık komplikasyonu **umbilikal** kordondan **kanama** olması ve **fetal kayıptır** (1.4/ 100) (en riskli: non-immün hidrops). En sık endikasyonu **Alloimmünizasyona** bağlı **fetal aneminin** değerlendirilmesi ve **kan transfüzyonu** (en sık endikasyon). Ayrıca A/S ve CVS'te mozaizm tespit edildiğinde karyotip analiz ya da platelet alloimmünizasyonu için de bakılabilir.

Rh negatif anne varlığında immünizasyon **riskli** en fazla olan durum **kordosentez**dir

Rh negatif anne varlığında immünizasyonu ilişkili **en sık** olan durum **doğumdur** (NVD /CS)

Fetal biyopsi: fetustan cilt, karaciğer, kas biyopsisi ile yapılır. Muskuler distrofi, mitokondrial myopati, epidermolisi s büllöza tanısı konulabilir.

+ Fetomaternal kanama riski içeren tüm invaziv işlemlerde **anne Rh negatif, baba rh pozitif** ise **indirekt coombs testi negatif** olması durumunda **anti D** immünglobulin uygulanmalıdır.

AFP: Glikoprotein yapısındadır. Fetal albümin denir. Yolk sak, karaciğere yapılır.

AFP'de NTD taraması için cut-off>2.5 MoM (çoğul gebelik >3.5)'dir.

NTD risk faktörü: Aile öyküsü (en riskli), MTHFR mutasyonu, Meckel grubu, Aneuploidi, DM, obezite, hipotermi, valproat, kumadin ve kız fetustur.

AFP Değişimi

AFP'nin arttığı durumlar	AFP'nin azaldığı durumlar
Nöral tüp defekti Fetal sakrokoksigeaal teratom Cloakal ekstremité Kistik higroma Konjenital cilt defekti Özofageal ve GIS obstrüksiyonları Batın ön duvar defektleri Üretral obstrüksiyon Renal anomaliler (agenesi-polikistik) Maternal hepatom ya da teratom Plazental koryoaniyom Konjenital nefrosis Çoğul gebelik Gebelik yaşının olduğundan küçük	Karaciğer nekrozu Sigara Ektopik gebelik Hidrops fetalis Dekolman plasenta Oligohidramnios Düşük maternal kilo Omfalosel ve gastrojizis Pilonidal kist Prematürite Düşük doğum ağırlığı Osteogenezis imperfekta Fetomaternal kanamalar Preeklampsia
	Down sendromu Gebelik yaşının olduğundan büyük hesaplanması Fetal ölüm Tip I DM Maternal kilo artışı Diğer trizomiler Trofoblastik hastalıklar

Klinik Bilimler 157. soru
Tusem Kadın Doğum Konu
Kitabı+2026 Sayfa 121

Trizomi 21 (Down Sendromu) Karakteristik Özellikleri

- 5 parmak orta falanksında hipoplazi
- Basık burun kökü ve köprüsü
- Dişan çıkık dil
- Kısa parmaklar-Tek palmar çizgi
- Artmış lösemi riski
- **IQ 25-50 (MR)**
- Tiroid hastalıklarına yatkınlık
- Ayakta 1. ve 2. parmak arasında boşluk artmış (sandal toe gap)
- Üplanting palpebral füsürler
- Hipotonik
- Düz oksiput
- Duyuma kaybı (%75) -katarakt-apne-tiroid hastalıkları
- Epikantus
- GIS anomalileri (**duodenal atrezi**)
- Sosyal cana yakın çocuklar
- Gözde brushfield lekeleri
- Kardiyak anomaliler (**endokardiyal yastık defektleri** (en sık)

121

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 188

188. Kırk yedi yaşındaki kadın hastada ani idrar yapma hissi, sık idrara çıkma ve kafeinle artan şikâyetler olup, enfeksiyon veya başka organik neden saptanamamaktadır. Bu hastada en olası tanı ve ilk basamak medikal tedavi aşağıdakilerden hangisidir?

İLGİLİ NOTLAR

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / JİNEKOLOJİ

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

İSD tedavisi

Kegel egzersizleri (pelvik taban kas egzersizi)
Hacim artırıcı (Bulky) üretral ajan enjeksiyonları
Pubovajinal sling
Mid üretral sling prosedürleri (TVT)
Artifisiyel (yapay) sfinkter

• İğne suspansiyon ya da vajinal prolapsus endikasyonlu lateral vajen duvarının ATFP' e asıldığı paravajinal defekt tamiri modelleri artık SUI'da önerilmiyor

Klinik Bilimler 188. soru
Tusem Kadın Doğum Konu
Kitabı+2026 Sayfa 059

URGE İNKONTİNANS (AŞIRI AKTİF MESANE=AAM)

- Urge inkontinans, ani idrara sıkışma hissi sonrası lavaboya yetişememe şeklinde tariflenen inkontinanstır. İstemsiz detrusor kontraksiyonuna (detrüsör instabilitesi) sekonder gelişir. Nörolojik kökenli olursa (MS vb) detrusör hiperrefleksi denir.
- Ancak bu tanı için mutlaka **ürodinamik** çalışma (**sistometri**) gerekir.
- Her ne kadar stres inkontinans kadınlarda en sık görülen idrar kaçırma tipiye de, **urge** inkontinans **yaşlı** kadınlarda daha sık görülmektedir.

TEDAVİ

- **Antikolinerjik:** Oksibutin (uzamış etkili, transdermal ve jel), tolterodin, fesoterodin, darifenasin, solifenasin (A3), trospiyum (SSS geçmez (en hızlı geçen oksibutin); - metabolize edilmez). En sık yan etkileri ağız kuruluğudur.

Beta-2 reseptör agonistleri (salbutamol, formoterol) da kullanılabilmektedir. Ağır koraklaş, labile ve görme bulanıklığı yapmaz. En sık GIS (nazofarenjit, dispepsi, bulantı) yan etkisi vardır.

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

- **Trisiklik antidepresan: imipramin:** alfa agonist, antikolinerjik (M1), ADH artırıcı
- **Prapiverin:** anti-muskarinik, kalsiyum antagonistik etkili.
- **Flavoksat:** Fosfodiesteraz inhibisyonu ve kalsiyum kanal antagonizması. Spazmolitikler.
- **Alternatif**
 - Onabotulinumtoksin A: en sık yan etki idrar retansiyonu.
 - Perkütan 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, kalinerjik agonistler** tedavide kullanılır.

EKSTRAÜRETRAL (BY-PASS) İNKONTİNANS

- Anatomi varyasyonlarına (vajene açılan ektopik ureter, 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)**. Genitouriner 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.

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

