

**HIZLI
GÜNCEL
EKSİKSİZ**

CompactUS

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ

Hızlı Tekrar



1

JİNEKOLOJİ

MYOMA UTERİ

Myoma Uteri Etiyolojisi

- Nulliparite (en önemli)
- Erken menarş
- Ailesel yatkınlık (1° akraba)
- Genetik (12-14, 7. kr. del)
- Obezite
- Tamoksifen
- Yaş (artar): prepubertal pek beklenmez, menapozda regrese
- Aşırı kırmızı etle beslenme
- PKOS
- Siyah ırk (aromataz)
- Sedanter hayat
- Büyüme faktörleri: (lokal) TGF-B, FGF, EGF, PDGF, IGF2, Prolaktin, VEGF
- D vitamini eksikliği
- Fitalat, bisfenol A
- DES maruziyeti
- 12 kr del, FH, MED 12, HMGA2 mut

Dejenerasyonlar (Sekonder Değişiklik %60 -70)

- Subserözler fertilitiyi etkilemez, alınmaları fertilitiyi artırır.

Cerrahi Modaliteler

- **Histerektomi:** Laparatomik / Laparoskopik / Vajinal
- **Myomektomi:** Laparatomik / Laparoskopik (subseröz, intramural) / Histeroskopik (submüköz) / Vajinal (saplı submüköz - vajene doğmuş) / Sezaryen myomektomi (saplı subseröz)
- **Uterin arter embolizasyonu:** Cerrahi kontrendikasyon varlığında önerilir. **Fertilite** isteği olana önerilmez.
- Magnetic rezonans rehberliğinde odaklanmış ultrason cerrahisi (MRgFUS)
- **Endometriyal ablasyon:** (endometrium kanser riski olan KE, **fertilite** istemi varsa önerilmez)
- **Myoliz:** (Fertilite istemi varsa önerilmez)
- **L15 ya da servikal RF termal ablasyon (fertilite istemi varsa önerilmez)**

ENDOMETRİOZİS

- Cerrahide presakral nörektomide **süperior** hipogastrik pleksus; LUNA'da (Laparoskopik uterin sinir ablasyonu) **inferior** hipogastrik pleksus hedefe alınır (uterosakral ligaman). Endometriomada kistektomi önerilir (nüksü en az)
- **Günümüzde LUNA önerilmez.**

FONKSİYONEL OVER KİSTLERİ (NON-NEOPLASTİK)

- **Korpus Luteum Persistansı (Halban Sendromu) antitesi:** Her ovulasyonda oluşan korpus luteumun korpus albicansa regrese olamamasıdır. **Progesteron kırılma kanaması** ve adneksial kitle bulgusu ile ektopik gebelikler karışır.

✦ **Fonksiyonel Over Kistlere (Non-Neoplastik) doğrudan cerrahi gerekmez.**

YAŞA GÖRE KİSTE YAKLAŞIM

- **Reproduktifte en sık over neoplazisi matür kistik teratom (dermoid)'dur.** İkinci seröz kistadenomdur (**kalsifik psammom +**). Malignite şüphesi yoksa 8-10 cm'ye kadar takip edilir. Diğer durumlarda cerrahi düşünülür. **KOK** ilave edilir (yeni kist oluşmasını). **Premenopozal** dönemde **CA 125**'in spesifite ve sensitivitesi düşüktür; kullanılmaz, **USG**'de daha değerlidir. CA 125 postmenopozal dönemde önem kazanır

ANORMAL UTERİN KANAMA

TETKİK

- **Endometrial biyopsi kime ? AUK > 45 yaş üstü** her kadın ya da AUK olup hiperplazi predispozan (obez, anovulasyon (PKOS), malignite öyküsü, tamoksifen) ya da **postmenopozal EK > 5 mm** ya da **postmenopozal** uterin kavitede **sıvı, medikal tedaviye dirençli kanamada** Ayrıca EK 12 mm'den büyük olan kadında örneklem faydalı olur. M Med

TEDAVİ

- **Traneksamik asit** antifibrinolitikdir. KOK'larla eş zamanlı kronik kullanımı önerilmez (tromboz riski: **ama KE değil**). **Desmopressin** vasopresin analogudur. **vWF** eksikliği ve **hemofilide** kullanılır (vWF ve F8' artırır).

EKTOPIK GEBELİK

Ektopik Gebelik Risk Faktörleri

Ektopik gebelik öyküsü	12
• Tek doz metotreksat (tekrarlayan) düşük.	
• Lineer salpingostomi (tekrarlayan) yüksek.	
• Bipolar enerji (en riskli)	
Tubal cerrahi	4
≥20 Sigara (comprehensive 4)	3,5
PIH öyküsü (L/S ya da klamidy) (en sık)	3,4
≥3 spontan abortus	3
Yaş ≥40; ancak ektopiklerin çoğu < 35	2,9
Medikal / cerrahi abortus	2,8
İnfertilite >1 yıl	2,6
Multipartner >5	1,6
Önceden RIA kullanmış olmak (öykü)	1,3
Siyah ırk	
Tubal hasar yapan durumlar	
Pelvik - abdominal cerrahi öyküsü	
Konjenital uterin ve tubal anomaliler	
IVF kornual, servikal, ovarian, heterotopik, skar yeri	

SPONTAN ABORT

Abort Risk Faktörleri

Kromozomal anomali ve öyküsü (embriyonik en sık)	Anembriyonik ve öyküsü (en sık)
İleri anne yaşı (>35)	İleri baba yaşı
Multiparite	RIA ile gebelik
Trombofilii (AFAS)	Bakteriyel vajinozis (2.tr)
Obezite	Aşırı zayıflık
Embriyonik anomali ve öykü	Plasental anomali
Alkol-kafein-RT - KT	Sigara (anne ve baba)
Periodontal enfeksiyon	Ebola virus
Mikoplazma genitalium	Klamidy
Maternal hastalık	Uterin anomali;
• Siyanotik kalp hastalığı	• Submüköz myom
• Çölyak, İBH, SLE	• Asherman sendromu
• Hiper-hipotiroidi ve iyot eks	• Servikal yetmezlik
• DM, uteral faz yetmezliği	• Müllerian (en sık septat)
• Fenilketonüri	

KOK ve spermidal ajan: abort riski **arttırmaz** (prenatal /antenatal)

ABORT TIPLERİ

Diğer viabilite kaybı önermeleri;

- Gestasyonel kese içinde yolk sak tespitinden ≥ 11 gün sonra bile hala fetal kalp atışı görülmemesi (-)
- Gestasyonel kese içinde yolk sak tespit edilemediği günün üzerinden ≥ 14 gün sonra bile hala fetal kalp atışı görülmemesi (-)
- Abortta medikal; oksitosin, intraamniotik hiperosmolar sıvı (salin, üre), **PG E1**= mizoprostol, **PG E2**= dinoproston, **mifepriston**, **epostan** (progesteron sentez inhibitörü), **MTX** (oral ya da IM), cerrahide; küretaj, MT kanül, histerotomi, histerektomi planlanabilir.

- Tüm abortus tiplerinde **Rh (-)**, **coombs (-)** (non-immünize) anneye anti-D Ig (pasif immünizasyon) yapılır. <12 hafta **50 µg**; >12 hafta **300 µg Anti-D Ig** yeterlidir. **ACOG<12 hafta altında rutin önermez**

HABİTÜEL ABORT

ENFEKSİYON

- Spontan abort yapıyor olsalar da TKG'da araştırılması **önerilmez**. Kültür yerine ampirik ab önerilir. (azitromisin, eritromisin, doksisisiklin).

- + **TGK ilk;**
- Konseptus ürün **mikroarray**
- IU kavite bak (HSG, H/S, histerosonografi, TGK çiftine öner, TV USG) Lüzum varsa (MR, LS, IVP, renal USG)
- Parental karyotip (standart G band)
- LAC, Anti kardiyolipin antikor, Anti Beta2 glikoprotein-1
- **TSH** risk faktöründen bağımsız **her hastaya** önerilir. Ötiroid hastada **tiroid otoantikor** bakılması önerilmez. Tiroid patolojisi olanda bak.
- **PRL**; sadece **hiperprolaktinemi** bulgusu varsa bak (amenore vb.)
- **HbA1c**; sadece risk faktörü varsa bak (obezite, >40 yaş, PKOS, HT vb.).
- Olası yararlı test**
- Kronik endometrit taraması için; endometrial bx plazma hücresi (**CD 138**)
- Paternal sperm DNA fragmantasyon testi

- TGK'da ampirik progesteron önerilmez
- Endometrit varsa ted öner; doksisisiklin / siprofloksasin + metronidazol
- Standart G band mikrodesezyon 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**

SIKLIK PELVİK AĞRI

PREMENSTRÜEL SENDROM

- **Siklik**, **luteal fazın sonlarına** (son hafta) doğru izlenir. **Mensle** semptomlar **geriler**. Foliküler fazda en az 7 gün asemptomatiktir. Sıklıkla adetle birlikte 4-12 gün asemptomatiktir. Altta **organik** neden olmamalıdır. Prepubertal, postmenapozal ve gebede beklenmez (ovulasyonları yok). **Mens şart değil, ovulasyon şarttır**. Overleri korunmuş histerektomize vakalar vardır. **Serotonin**in luteal fazda **azalması**nın önemlidir. PMS'da **luteal** fazda **endorfinler düşmüştür** (normalde endorfin folliküler fazda azalır, luteal fazda artardı ve luteal fazda en yüksek, menste en düşüktü).

PMMD'de en az bir tane psikojenik (affektif) semptom olmalı; fiziksel (somatik) şart değil.

- Tedavide **steroid** ve **estrogen tek başına** (transdermal E + vajinal P kullanılabilir) kullanılmaz. **Alprazolam** ve **buspiron** (anksiyolitik), **spironolakton** (ödem için), **bromokriptin** (mastalji için), **SNRI** (venlefağın) de verilebilir. Ooferektomi son çaredir.
- **Pudental noralji**de **NANTES** kriterleri kullanılır: **ağrı pudental sinir etkili alanında, oturduğunda artar, uykudan uyandırmaz, duyu kaybı yok, pudental sinir blokta ağrı azalır.**

VAJİNAL ENFEKSİYON VE VAJİNİTLER

BAKTERİYEL VAJİNOZİS

Bakteriyel Vajinozis Risk Faktörleri

Oral seks	Vajinal duş	Siyah ırk	Sigara
Lezbiyen	Menste koit	Erken yaşta koit	Multiple partner
HSV2	RIA artırmaz (speroff)		

TRIKOMONAS VAJİNİTİ

- Vajen pH'sı artar (**pH >5.0**). Vajende **eritem** ve servikte **çilek** görüntüsü (**kolpitis maküla** = subepitelial peteşiyel hemorajik) görülür. **Taze** preparatta **kamçılı** (hareketli) trikomonas ve artmış lökosit ile tanı alır. Amsel tanı kriterleri görülebilir (BV eşliği). Kültür yapılabilir. **NAAT altın standarttır**. Diğer **CYBH** taranmalı ve eş tedavisi önerilir. **Tedavide metronidazol (sadece oral)**, tinidazol kullanılabilir.

ÜST GENİTAL TRAKT ENFEKSİYONU

SERVİSİT

Servisit Tedavisi

Gonore;

- + Seftriakson (İM) tek doz
- + Sefeksim (oral) tek doz
- + Gentamisin (İM) tek doz
- + ± Doksisisiklin (oral) 7 gün
- + ± Azitromisin (oral) tek doz

klamidyaya ekarte edilemediğinde "±" ile yazılanlar eklenir.

Klamidya

- ✦ Doksisisiklin (oral) 7 gün
- ✦ Azitromisim (oral) tek doz
- ✦ Levofloksasin (oral) 7 gün

PELVİK İNFLAMATUAR HASTALIK**Tanıyı destekleyen parametre**

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

Tanıyı destekleyen parametre

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

- PIH'de altın standart LS / LT'dir.

ÜROJİNEKOLOJİ**URGE İNKONTİNANS**

- **İmipramin:** Alfa ago, antikolin (M1), ADH artırıcı.
- **Prapiverin:** anti-muskarinik, kalsiyum antagonistik etkilidir.
- **Flavoksat:** Fosfodiesteraz inhibisyonu ve kalsiyum kanal antagonizması. Spazmolitiktir.
- **Botoks da kullanılabilir.**

PELVİK RELAKSASYON**PELVİK ORGAN PROLAPSUS SINIFLAMASI****POP-Q Sistemindeki Noktalar ve Tanımları**

	Tanım	Aralık
Aa	Himenden 3 cm proksimalde vajen ön duvarı	-3 - +3
Ba	C ve Aa arası	-3 - TVL
C	Anterior serviks ya da vajen kafı	± TVL
D	Posterior fornix	± TVL
Ap	Himenden 3 cm proksimalde vajen arka duvarı	-3 - +3
Bp	D ve Ap arası	-3 - TVL

Pelvik organ prolapsusu Evre 0-4 arasında derecelendirilir.

- ✦ Ölçümler valsava manevrası (ıkınma) ile analiz edilir (Total vajinal uzunluk hariç)
- ✦ **Histerektomizede D kullanılmaz; C kullanılır.**

KOLPOSKOPİ**Kolposkopi endikasyonları****Anormal Kolposkopik bulgular**

- ✦ Asetobeyaz (white) epitel
- ✦ Lökoplaki (white - beyaz) / keratozis: (HPV)
- ✦ Puntuasyon: (LSIL)
- ✦ Mozaik patern: (HSIL) (CIN 2 CIN 3 ilişkili)
- ✦ Atipik damar: Windini kıvrım. İnvaziv servikal ca

2**ONKOLOJİ****SERVİKS PREMALİGN****HPV Aşısı**

- **9-26 yaş** arası (en uygun: **11-12**), mümkünse cinsel hayattan önce kız ve erkeklere önerilir. < **15 yaş 2 doz (0.-6. ay)**, > **15 yaş 3 doz (0.-1/2.-6. ay)** önerilir. 27-45 yaş arası kadına da önerilir. **FDA 9-45 yaş arası erkeğe de önerir.**

TEDAVİLER

Ablatif tedaviler kriyoterapi, elektrokoagülasyon, kriyoterapi ve CO2 lazerdir. Kolposkopi yeterli değilse uygulanmaz. Glandüler neoplazi ve invaziv kanser olmaması gerekmektedir.

Kriyoterapi aşağıdaki kriterler sağlandığında kabul edilebilir:

- **24 ay devam eden CIN 1 veya CIN 2**
- **Küçük lezyon**
- **Lezyon ektoserviksın %75'inden azını kaplaması**
- **ECC negatif olması ve kolposkopide SCJ'nin tam görülebilmesi**
- **BX endoservikal gland tutulumu olmaması**

SERVİKS KANSERİ**Serviks Kanser Lenfatik Yayılım**

Primer lenf grubu	Sekonder lenf grubu
1. Paraserviks ve parametrial (ilk) (en sık)	1. Ana iliak
2. Obturator (en sık!)	2. Paraaortik
3. İnternal iliak (hipogastrik)	3. İnguinal (en geç)
4. Eksternal iliak nodlar	
5. Sakral	

Geç bulgu verir. **Endometrial tutulumu** özellikle adenokanser yapar; ancak **evreyi değiştirmez**. **Adenoskuamöz** kanser adenokanserden daha **kötüdür**.

HPV-16, invaziv kanser ve CIN 2 ile CIN 3'te en siktir. Normal sitolojiye sahiptir en siktir. HPV 16 skuamözli karsinomda en yaygın AIS ve adenokarsinomda HPV 18 daha siktir. HPV 45 adenokarsinomda daha siktir. AIS %50'sinde HPV 18 pozitifliği vardır.

Evreleme kliniği ancak son sistemi **cerrahi** ve radyolojiktir. Evreleme için soğuk konizasyon, pelvik muayene, sistoskopi, proktoskopi, AC grafisi ve İVP planlanır. > Evre IB ve üstü şüphesinde PET CT (lenf met.'de en hassas) ilave edilir.

ENDOMETRİUM KANSERİ

Endometrium Kanserinin Klinik ve Histolojik Ayırımı

Özellik	Tip 1 (%85)	Tip 2 (%15)
Risk faktörü	Karşlanmamış estrojen	Estrojen bağımsız
Zeminde	Atipili hiperplazi. Endometrial intraepitelyal neoplazi	Atrofik endometrium Seröz endometrial intraepitelyal karsinom Endometrial glandüler displazi Polip
Yaş ve özellik	Premenopoz/ postmenopoz (4.-5.- 6.dekad) obez, nulipar , beyaz	Her zaman postmenopozal (7.- 8. dekad) zayıf, multipar , siyah, sigara,
Tümör histopatoloji	İyi diferansiye, stabil E ve P reseptörü (+)	Kötü diferansiye, unstabil E ve P reseptörü (-)
Grade/Evre /prognoz	Düşük / 1 ve 2 / iyi	Yüksek / 3 ve 4 / kötü
Histolojik tip	Endometrioid tip	Non endometrioid (Seröz papiller)

Agresif olmayan histolojik tip; düşük grade (grade 1 - 2) endometrioid karsinom, müsinöz karsinom

Agresif histolojik tip; **yüksek gradeli** (grade 3) endometrioid, seröz, berrak hücreli, undiferansiye (mezonefrik benzeri), **gastrointestinal tip müsinöz karsinom ve karsinosarkom.**

Hem overde hem de uterusda düşük gradeli tümör olması halinde bu tümörün evrelendirilmesinde evre 3A1 ile evre 1A3 ayırımında şu 4 kritere bakılır. 4 kriter sağlanmışsa evre 1A3 denir.

- Miyometrial invazyondan <%50'den az olmalı
- Yaygın / belirgin LVAİ olmamalı (5 damardan az)
- Ek metastaz olmamalı
- Over tümörü tek taraflı overde sınırlı (kapsül invazyonu - rüptürü olmamalı)

2023 FIGO'ya göre Evre 1 ve 2, cerrahi, anatomik ve histolojiye göre. Evre 3 ve 4 ise cerrahi ve anatomiye göre.

Tüm evrelerde grade, histolojik tip ve LVAİ belirtilir. Moleküler prognostik sınıflama yapılır. Bu durum adjuvan ve sistemik tedavi kararı için gereklidir.

- İyi: POLE mutasyonu (En iyi prognoz)
- Orta (intermediate): mismatch repair deficiency (MMRd) (MSH, MLH genler) /microsatellit instabilite ve no specific molecular profile (NSMP)
- Kötü: p53 anormallığı

Evre 1 ve 2'de POLE ve p53 mutasyonları evreyi değiştirir.

Evre 3 ve 4'te mutasyonlar evreyi değiştirmez.

23 FIGO Endometrium Kanseri Evrelendirmesi

Evre 1 Uterin korpusunda ve overde sınırlı tümör

Endometriuma sınırlı ya da agresif olmayan histolojik tipte; myometrial invazyon < %50 ve LVSI (-) / fokal ya da iyi prognozlu hastalık

1A1	Agresif olmayan tipte; endometrial polip ya da endometriuma sınırlı
1A2	Agresif olmayan tipte; myometrial invazyon < %50 ve LVSI (-) / fokal
1A3	Uterus ve overde sınırlı düşük gradeli endometrioid karsinoma

1B Agresif olmayan tipte; myometrial invazyon ≥ %50 ve LVSI (-) / fokal

1C Agresif tipte; endometrial polip ya da endometriuma sınırlı

Evre 2 Ekstrauterin yayılım olmadan aşağıdakilerden bir

2A	Servikal stromal invazyon (agresif olmayan histolojik tip)
2B	Belirgin LVSI (+) (agresif olmayan histolojik tip)
2C	Herhangi myometrial invazyon (agresif histolojik tipte)

Evre 3 Herhangi bir histolojik tipte lokal ve/veya rejyonel yayılım

3A Uterin seröz, adneksler ya da her ikisinin tutulumu

3A1	Over ya da tuba yayılımı (Evre 1A3 hariç)
3A2	Uterin subseroza ya da uterin seroza tutulumu

3B Vajen ve/veya parametrium ya da pelvik periton tutulumu

3B1	Vajen ve/veya parametrium tutulumu
3B2	Pelvik peritoneal metastaz

3C Pelvik ya da paraaortik lenf nodu metastazı

3C1	Pelvik lenf nodu metastazı
3C2	Renal damar ve inferiorunda kadar paraaortik LND met (3C1 bakma)

Evre 4 Mesane mukozası ve/veya barsak mukozası tutulumu ve/veya uzak metastaz

4A Mesane ve/veya barsak invazyonu

4B Abdominal peritoneal metastaz

4C Uzak metastazlar; AK, KC, beyin ya da kemik ya da ekstraabdominal lenf nodları, renal damar superiorunda, intraabdominal lenf nodları

EPİTELYAL OVER TÜMÖRLERİ

Epitelyal Over Tümör ve Benzedikleri Epitel

Histolojik tip	Hücresel tip
<ul style="list-style-type: none"> Seröz Endometrioid Musinöz Berrak hücreli (mezonefrik) Brenner 	<ul style="list-style-type: none"> Endosalpingeal Poliferatif endometriyum Endoservikal, intestinal (en sık) Müllerian, sekretuar veya gestasyonel endo Transizyonel

EPİTELYAL OVER KANSERİ TIPLERİ

- **Endometriozis** ilişkisi sıktır (**ARID1A** mut. sıktır (% 50)). **DES** ilişkili olabilir. **Benign ve borderline neredeyse hiç görülmez.**

KALITSAL OVER KANSERLERİ VE GENETİK RİSK

- **OD** kalıtlıdır. %90'dan fazlası **BRCA1** ve **BRCA 2** mut. ilişkilidir. **BRCA-1** (17.kr) vakaların 2/3'yle; **BRCA-2** (13. kr) 1/3'yle ilişkilidir. **BRCA-1**daha çok **premenapozal**; **BRCA-2** daha çok **postmenapozalle** ilişkilidir. **Tümör supresyon** genlerdir. İki gende de hem **over** hem **meme** (daha sık) ca artar. **BRCA1** ve **BRCA 2** mut.'lu over ca'da **prognoz** daha **iyidir** (**BRCA** bağımsız göre). Tip 2 over ca'da **BRCA** varlığı iyi prognoz (platin duyarlı). **BRCA 1** daha çok **premenopozal** **BRCA 2** daha çok **postmenopozal**

Öneriler;

1. Yüksek riskli hastada **BRCA1** ve **BRCA2** mutasyonu bakılır.
2. Fertilitesini korumak isteyen veya profilaktik cerrahiye erteleyen 6 ayda bir **TVUSG** ile tanınır.
3. Gebelik planlamadığı dönemde **KOK** önerilir.
4. Fertilitesini korumak istemeyen veya ailesini tamamlamışta **35 yaşından sonra profilaktik BSO** önerilir (Risk %96 azalır; meme ca riski de azalır)
5. **30 yaş** ve sonra **MR**, mamografi ve **USG** kombine edilerek (6 aylık dönüşümlü) **yıllık meme taramasına** başlanmalıdır.
6. **Lynch Sendromunda** fertilitte isteği bittiyse **profilaktik TAH+BSO** planlanır. Fertilitte isteği olanda **30-35 yaşlar** arasında **endometriyal biopsi** ve **TVUSG** ile over değerlendirilir.
7. **20-25 yaş** arası ya da ailede tanı almış en genç hastanın tanı yaşından **10 yıl önceki yaşta kolonoskopi** planlanır; **1-2 yıl** arayla tekrarlanır.

SEKS-KORD STROMAL TÜMÖRLER

- Tamamına yakını **hormon** üretir (fonksiyonel). Fonksiyonel over tümörlerinin %90'ı bu gruptadır. **Bütün yaşlarda** izlenir. **Siyah** ırk, **obezite** risk faktörüdür. **Sigara** riski **azaltır**. **Parite** ve **KOK** azaltabilir.

Seks-Kord Stromal Tümör Sınıflaması

Saf seks kord	
Granüloza hü.	En sık malign germ tm, hemoperitoneum
Erişkin (%95)	FOXL2 mut (+), E1, Estrodiol: Endomet hiperplazi: Bx, Call-Exner, kahve, rozet, İnhibin, AMH Kahve+
Jüvenil (%5)	Estrojen: p.prekoks, Mens düzensizliği, Maffuci Send., Olier hastalığı Kahve-
Sertoli hücreli	Estrojen (2/3), Androjen (1/3), Renin:Hipokalemi ve HT, Peutz-Jeghers Sendromu
Annüler tübülü	Benign
• PJS(+) (1/3)	Küçük, Bilateral, Benign. Ort yaş 27., Servikte adenoma malignum Ted: konservatif.
• PJS(-) (2/3)	Büyük, Unilateral, Malign (%15-20) Ort yaş 34., Ted:TAH + BSO + evreleme
Saf stromal	
Fibrom	En sık benign germ tm, Hormonel inaktif, Mezotelyal orijin, Her yaşta (en sık 50)
Tekoma	Benign, Postmenapozal, En aktif = Estrojen: endomet. hiperplazi: Bx
Leydig hücreli	Benign, sıklıkla postmenopoz, Reinke, Androjen, Hilus hücreli, sintigrafi
Steroid hücreli	Lipoid, Reinke, Leydig öncülü, adrenal bez, Cushing, Obez, HT, Hirsütizm, Glukoz into.
Sklerozan	Benign, Nadir, Unilateral, Hormonal inaktif.
Mikst	
Sertoli - Leydig	Benign, DICER-1, Reprodüktif (%90), Androjen, virilizasyon, p.prekoks, AUK
Jinandroblastom	En nadir, benign, Granüloza-teka ve Sertoli-Leydig, Reinke + Call Exner

✦ **Granüloza hücrelide AMH cerrahi sonrası nüksü belirlemede çok başarılıdır.**

✦ **DICER 1 ilişkili " Sertoli - Leydig hücreli tümör (over) ve Embriyonel rhabdomyosarkom (serviks- vajen)**

Reprodüktif çağıdaki en sık virilizan tümör sertoli - leydig hücreli tümördür.

Sertoli- leydig hücreli tümör tiroid hastalığı, sarkoma bothroides, Olier hastalığıyla birliktelik gösterebilir.

✦ **Küçük hücreli karsinom overyan tümör ilişkili hiperkalsemi vakalarının yarısını oluşturur.**

Molar Gebeliklerin Karşılaştırılması

	Komplet	Parsiyel
Karyotip	Diploid (46, XX)	Triploid (69, XXY)
Klinik prezentasyon		
Teşhis	Molar	Missed
Büyük uterus	% 28	% 4
Vajinal kanama	% 84	% 73
hCG	>10 ⁵	<10 ⁵
hCG persistansı	% 20	% 0,5
Medikal komplikasyonlar		
Preeklampsi	% 27	% 3
Hipertiroidi	% 7	Nadir
Teka lutein kisti	% 50	Nadir
Hiperemesis	% 8	Nadir
Trofoblastik emboli	% 2	Yok
Postmolar neoplazi	% 15	% 4,6
Patoloji		
Hidatiform şişme	Diffüz	Fokal
Fetus ve embriyo	Yok	Var
Amnion, fetal eritrosit	Yok	Var
Trofoblastik hiperplazi	Diffüz	Fokal
Trofoblastik stromal inklüzyon	Yok	Var
Villusta çentiklenme	Yok	Var
p57 immün boyanma	Negatif	Pozitif

3

PERİNATOLOJİ

PREKONSEPSİYONEL DEĞERLENDİRME

Free cell DN=cf DNA=NIPT Maternal serumda fetal hücre yerine **plasental apoptotik DNA** bakılır (önceki gebelikten etkilenmez.) **Tarama** testidir (%99); doğrulama için kesin tanı testi gerekir. >39. gün tespit edilebilir; en ideali > 10. Haftadır. PP 2. gün tespit edilemez (yarı ömrü **1 saat**). **Tekil** gebelikte; Trizomi taraması, Turner, **Klinefelter, Rh, delesyon**-duplikasyon, fetal **seks** tespit, **tek gen** hastalığı tespitinde kullanılır. **Mikrodelesyon** ve **NTD** taramasında önerilmez.

- **Testin <10 haftadan önce yapılması, maternal fazla kilo varlığı, fetusta anöplöidi, DMAH düşük fetal fraksiyonuna yol açar.**
- **Ex fetüs ikiz eşi varlığı (vanishing twin), plasental (fetüs öplöid; plasenta anöplöid), fetal ve maternal kanser, maternal anöplöidi, vitamin B12 eksikliği ve erkekteki transplanta organ öyküsü yanlış pozitifliği artırır.**
- **Plasental Mozaizm (fetüs anöplöid; plasenta öplöid) ya da düşük fetal fraksiyon yanlış negatiflik verebilir.**

GEBELİK VE HİPERTANSİYON

Preeklampsiyi Etkileyen Faktörler

Artıran	Azaltan
<ul style="list-style-type: none"> Öykü (en riskli 8.4) Kronik HT (5.1) DM (en sık: F) Nulliparite Yaş >35 Yaş <16 Siyah ırk Ölü doğum öyküsü Kondom kullanımı Yeni baba adayı Çoğul gebelik Mol gebelik 	<ul style="list-style-type: none"> AFAS Antifosfolipid antikor Hereditör trombofil SLE (kollajen) Trizomi 13 (sFLT) Fetal hidrops (Mirror) Hiperhomosisteinemi Kronik renal hastalık Metabolik sendrom Obezite Tüp bebek Obstrüktif uyku apnesi
	<ul style="list-style-type: none"> Sigara Pprevia Beyaz ırk Asya ırk Multipartner Gastrik bypass Besinsel <ul style="list-style-type: none"> Çinko Kalsiyum Mg C vit

GEBELİK VE OBEZİTE

- Obezitede artan fetal riskler; abort, anomali (NTD, kardiyak), makrozomi (en sık), SGA, preterm doğum, ölü doğum, astım, CP, çocukluk çağı obezitesi.
- Vit. B12 ve D, folat ve kalsiyum takviyesi verilmelidir. Vitamin A eksikliği de izlenebilir.

4

İNFERTİLİTE

PUBERTE VE ANORMALLIKLARI

PUBERTE TARDA

Puberte Tarda

- Hipergonadotropik (FSH/LH > 30) %43**
 - Gonadal disgenez (en sık turner)
- Hipogonadotropik (FSH/LH < 10) %31**
 - Fizyolojik gecikme (En sık)
 - Kallmann Send.
 - Prader-Willi Send.
 - Laurence-Moon-Send.
 - Diabetes insipid (en yaygın endokrinopati, kısa boy))
 - Hipotalamo-hipofizer
 - Kraniofaringioma (En iliş. olan tümör.)
 - Prolaktinoma
 - Anoreksia nervosa
 - Ciddi hipotalamik amenore
 - Psikotropik ve opiatlar
 - Primer hipotiroid
 - Cushing send.
 - KAH
- Normogonadotropik (FSH/LH 10-30) %26**
 - İmperfore himen
 - Müllerian agenezis (En sık)
 - Transvers septum
 - Androjen insensitivite sendrom

AMENORE

- Amenorede temel testler: hCG, TSH, PRL, FSH, E2
- Amenorede sekonder testler: T2, DHEA-S, 17OHP, 2 saatlik glukoz tolerans testi, açlık lipid profil, adrenal antikor ve otoimmün testler, FMR1 premütasyon, karyotip

HİPERGONADOTROPİK AMENORE (FSH > 20)

- POY ilişkili otoimmün hastalık;** Hipoparatiroidi, adrenal yetmezlik, addison hastalığı (en sıkı ilişkili), MG, DM, Otoimmün hemolitik anemi, ITP, romatoid artrit, SLE, İBH, vitiligo

İNFERTİLİTE

İnfertilite Nedenleri

- Kadın Faktörü (%33-40)
- Erkek Faktörü (%17-28)
- Kadın + Erkek Faktörü (%8-39)
- Açıklanamayan infertilite (%8-28)

Kadın İnfertilite Nedenleri

- Ovulatuvar disfonksiyon (%21-36)
- Tubal veya peritoneal faktörler (%16-28)
- Diğer nedenler (%9-12)

KADIN İNFERTİLİTESİ

OVARYAN FOLLİKÜL REZERV TESTLERİ

Anti-Müllerian hormon (AMH): Granülozadan salınır (Preantral folikül sonrası). Dominant folikül seçiminde önemlidir. Yaşla birlikte azalır; menapozdan sonra görülmez. Kötü rezerv < 1 < normal < 3,5 ng/dL < iyi rezerv gösterir. AMH primordial folikül sayısı ile korelasyonu iyidir (FSH ve inhibitörden iyi). AMH; FSH ve E2'e göre daha erken dönemde etkilenir. Over fonk. azalmasının daha erken belirteçidir. AMH menstrüel siklusun herhangi bir gününde ölçülebilir. Gonadotropin bağımsızdır. **KOK** kullananda (%15-20) ve **GnRH-a** tedavisi sırasında azalabilir. Over rezervin iyi olduğunu en iyi gösteren FSH; kötü olduğunu en iyi gösteren AMH'dir. **Prematür menopoz, endometriozis, pelvik RT, overyan cerrahide AMH azalır.**

Klomifen

KE	Yan etki
<ul style="list-style-type: none"> Over kisti varlığı Karaciğer hastalığı Gebelik 	<ul style="list-style-type: none"> Memedede hassasiyet Ateş basması (en sık) Abdominal şişkinlik Baş ağrısı, Bulantı, kusma Görme bozuk (tedavi kes)

Ovaryan drilling L/S elektrokoterizatif delinmesidir. Klomifene dirençli PKOS'ta denir. PKOS'ta %70 spontan ovulasyon ; bu ovulatif vakaların %70'inde 2 yıl içinde gebelik elde edilmiştir. LH azalır; FSH artar. Ovaryan androjen azalır. En önemli yan etkisi adezyondur. çoğul gebelik azalır. AMH azalabilir. OHSS riski azalır.

OVERYAN HİPERSTİMÜLASYON SENDROMU (OHSS)

OHSS Önleme stratejisi

- ✦ Siklus iptali
- ✦ Tetikten sonra dopamin agonisti
- ✦ "Coasting".
- ✦ Antagonist protokol seçilmesi
- ✦ Tetik için hcg yerine GnRH agonisti kullanmak
- ✦ Embriyo dondurmak
- ✦ Metformin

ERKEK İNFERTİLİTESİ

Erkek İnfertilitesi Etiyolojisi

Pretestiküler	Testiküler
-FSH, LH ve T2 ↓	-FSH, LH ↑ ; T2 ↓ (testis bx alma) ya da hepsi N (testis bx al)
<ul style="list-style-type: none"> • Hipogonadotropik hipogonadizm (kallman) • Kromozomal (klinefelter:46 XXY) • Eretil disfonksiyon, sık koitus, obezite • Hiperprolaktinemi 	<ul style="list-style-type: none"> • Vasküler (varikosel, torsiyon, DM) • Y kromozom defekti • Konjenital (kriptorşidizm ve immotil silia send=kartagener send) • Enfeksiyon: orşit (Kabakulak, klamidy, gonore, tbc, lepra ve HIV) • KT-RT (6 Gy (6000 rad) • İmmünojenik-çevresel (sigara, sıcak), Kronik hastalıklar- İdiopatik
Posttestiküler: Obstrüktif	
-FSH, LH ve T2 N	
<ul style="list-style-type: none"> • Konjenital bilateral vas deferens yokluğu (CBAVD) KF için CFRT gen mut. bakılır. • Vazektomi 	

Azospermi;

- ✦ Obstrüktif en sık neden = Kistik Fİbrozis
- ✦ Non-obstrüktif en sık neden (daha sık) = 1. Klinefelter 2. Y kromozom defekti

CBAVD sıklıkla seminal vezikül agenestiktir. Bu yüzden semen hacmi, ph'sı , fruktozu düşüktür. Spermatogenez normal beklenir. Tanısal bx genellikle gerekmez . En sık kistik fibroz ile ilişkilidir, CFTR bakılır. Bir çoğunda CFTR mut tespit edilemediği için, mut taşıdığı varsayılır ; ı kadın partner taşıyıcı durumu araştırılır. Renal anomali eşlik edebilir görüntüleme istenir. Etkilenen çoğu erkekte solunum ve pankreas hastalığı görülmez.

Semen

Parametre	Değer
Volüm	> 1,4
Ph	>7.2
Sperm konsantrasyonu	> 16 milyon/ml
Total sperm sayısı	> 39 milyon/ml
Hareketli sperm sayısı	> %50 ve üzeri
Total motilite	> % 42
Progresif motilite	% 30
Morfoloji	>%4 normal morfoloji
Lökosit	< 1 milyon/ml
Kruger'e göre morfoloji (strick)	>%4
Viskozite	< 3
Yuvarlak hücre	< 5 milyon/ml
Viabilite	> %54

KONTRASEPSİYON

- Pearl indeksi 100 kadın yılında korunmadaki başarısızlıktır.

Kontraseptiflerin Etkinliği

PEARL İNDEKSİ Yöntem	1. yılda yaşanan gebelik oranı (%)	
	İdeal Kullanım	Tipik Kullanım
Korunma yöntemi kullanılmadan	85	85
Spermisit	16/18	21/28/29
Servikal başlık		
- Multipar	26	32
- Nullipar	9	16
Sünger	12	17
- Multipar	20	24/27/32
- Nullipar	9/12	9/14/16
		15/25,3
Servikal mukus yöntemleri		
• Ovulasyon metodu	3	23
• İki gün metodu	4	14
• Takvim (standart gün) yöntemi	5/9	12
• Doğal siklus yöntemi (Bazal vücut ısısı, SAT, idrarda LH)	8	1
• Semptomermal yöntem (servikal mukus ve bazal vücut ısısı)	0,4/2	2
Diyafram ve spermisid	6/16	16/17/24
Kadın kondomu	5	21/27
Geri çekme	2/4	18/18,4/20/22
Erkek kondomu	2	13/17,4
Bakırlı RİA	0,6	0,8/1
Kadın sterilizasyonu (tüp ligasyon)	0,5	0,5/0,7
Yalnız progestin içeren KOK (minipill)	0,3/0,5	3/7/9
KOK (ETP)	0,3	7/8,7/9
Transdermal yama (ETP)	0,3	7/8
Transvajinal halka (ETP)	0,3	7/8
Yalnız progesteron içeren enjektale (Depo MRA)	0,2/0,3	0,3/4/6
Levonorgesterelli RİA		
• 13,5 mg LNG (Skyla)	0,3	0,4
• 19,5 mg LNG (Kyleena)	0,2	0,2
• 52 mg LNG (Liletta, Mirena)	0,1	0,1
Erkek sterilizasyonu (vazektomi)	0,1	0,15/0,2
Kombine enjektale (ETP)	0,05	3
Ciltaltı implantlar		
• 2 LNG implant (Jadelle)	0,05	1
• 6 LNG implant (Norplant)	0,06	0,06
• Tek etonogestrel (Implanon, Nexplanon)	0,05	0,2
	0,01/0,05/0,01	0,01/0,05/0,1

HORMONEL YÖNTEM

KOMBİNE ORAL KONTRASEPTİF (KOK)

Artık estetrol ve drospirenon kombinasyonu üretilmiştir.

Relatif Kontrendikasyonlar

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Migren (aurasız)• Kontrollü HT• Myom• GDM• Epilepsi• Hiperlipidemi• Sigara• Hepatik hastalık | <ul style="list-style-type: none">• DM• Elektif cerrahi• Gebelikte tıkanma sarılığı öyküsü• Orak hücreli anemi• Safra kesesi hastalık• MVP• SLE• PP 21-42 gün |
|---|--|

VAJİNAL KONTRASEPTİF (ESTROJEN VE PROGESTERON)

- E2 ve segesteron içeren vajinal halka üretilmiştir.

TRANSDERMAL YAMA (PATCH)

- E2 + LNG[®] transdermal yama da üretilmiştir.

PERİMENAPOZAL VE MENAPOZAL DÖNEM

VAZOMOTOR SEMPTOMLAR (ATEŞ BASMASI)

Vazomotor Semptomlar İçin Alternatif Tedaviler

- | | |
|--|---------------------------------|
| 1. Konjuge E + bazedoksifen | 8. Veraliprid (dopamin anta) |
| 2. Progesteron (MPA, MGA) | 9. Oksibutinin |
| 3. Klonidin | 10. İsoflavonoid (fitoestrogen) |
| 4. SSRI (paroksetin, fluoksetin) | 11. Black cohosh |
| 5. SNRI (venlafaksin) | 12. Soya proteini |
| 6. GABA analog | 13. Dong quai, yoga, akapunktur |
| 7. Nörokinin-B res anta (Fezolinetant) | 14. Ganglion blokajı/Kilo yer |

Tedavi

İlişkili yan etki:

- parafid: hiperkalsemi
- dronat: hipokalsemi
- denosumab: hipokalsemi

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	Asımbey 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



@tusemegitim



Online Satış Sitemiz
www.tusemportal.com

www.tusem.com.tr