

TUS / 2026

KADIN HASTALIKLARI ve DOĞUM

BEYİN FIRTINASI

Dr. Latif HACIOĞLU



Tipakademisi_kadindogum



tipakademisi_kadindogum LH



Tipakademisi_kadindogum

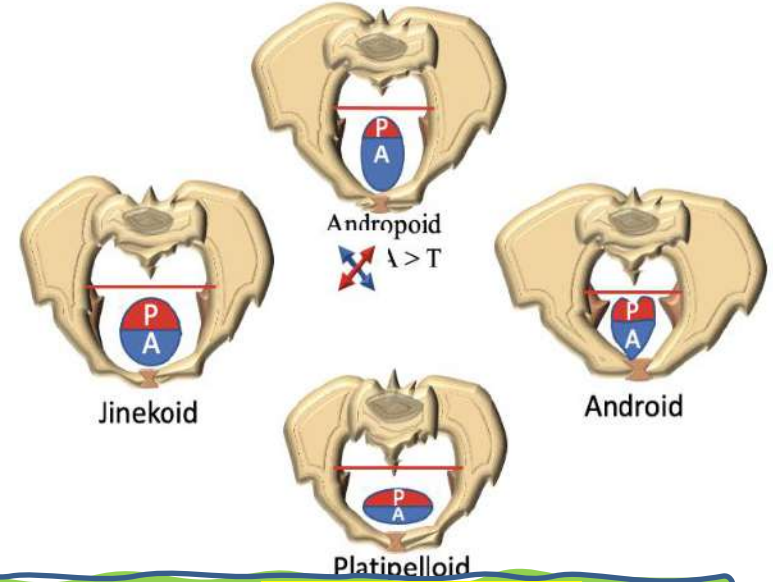
L. Hacıoğlu
M.D

1

Normal vajinal doğuma **en elverişsiz** ve **derinde transvers duruşa** sebep olabilen pelvis tipi aşağıdakilerden hangisidir?

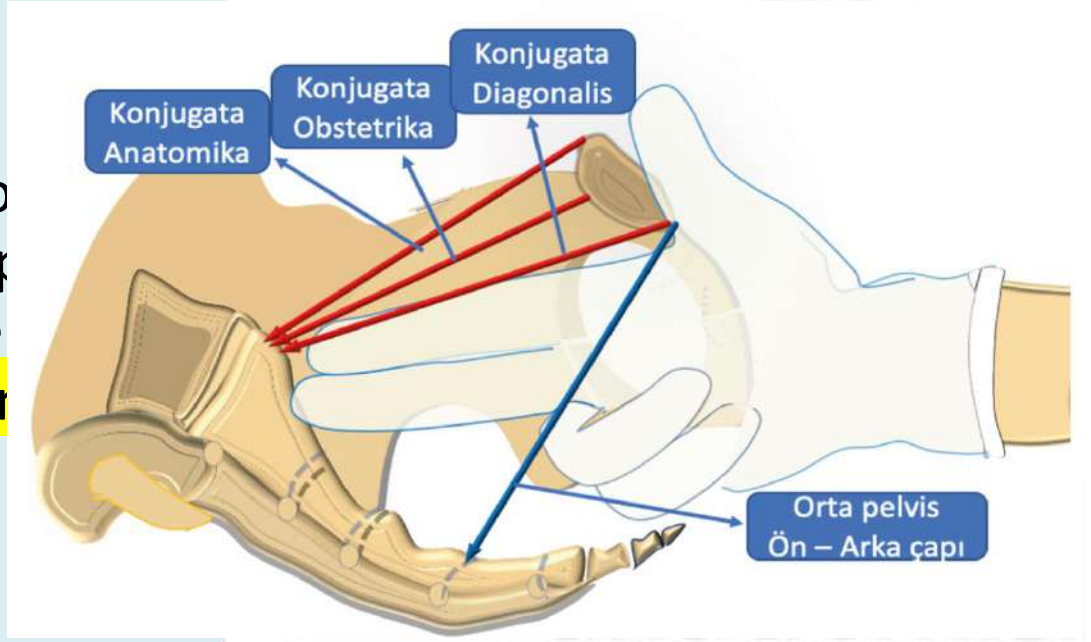
- A) Android pelvis tipi Erkek tipi pelvis
- B) Andropoid pelvis tipi Ön-Arka çap transvers çaptan büyüktür. Yüksek düz duruş > CPD
- C) Jinekoid pelvis tipi Doğum için en uygun pelvistir. Kadınlarda en sık görülen pelvis (%50 kadın)
- D) Pletipelloid pelvis tipi Transvers çap Ön-arka çaptan büyük. Doğuma en elverişsiz pelvis Derinde transvers duruş > CPD sebep olur.**
- E) Mix pelvis tipi İkinci en sık görülen pelvistir

D.



2

Miadında bir gebelikte no
doğum planlanmaktadır, p
kapasite değerlendirilirke
girimin değerlendirilmesin
muayene ile hangi çapa
bakılabilir?



- A) Konjugata obstetrika
- B) İnterspinöz mesafe
- ☒ C) Konjugata diagonalis
- D) İntertuberositas mesafe
- E) Konjugata anatomika

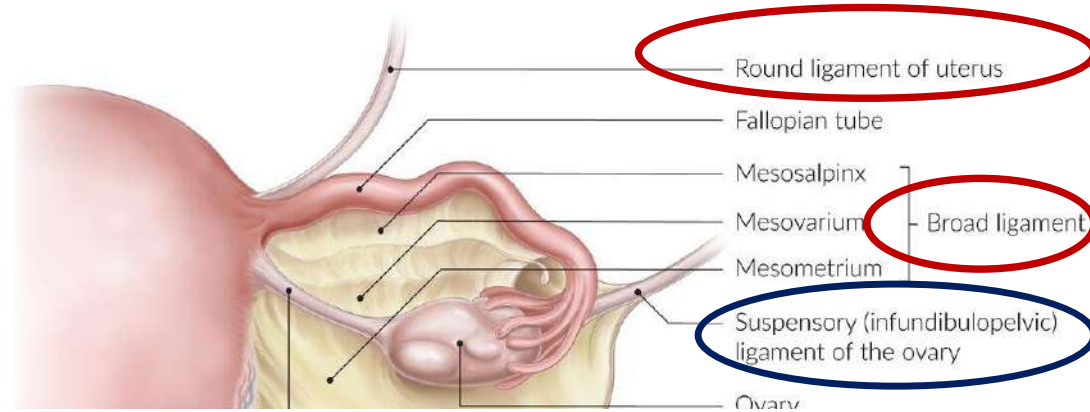
3

Son- tus ve
yandal

İnternal iliak arterin bir da
aşağıdaki ligamentlerden
ulaşır?

A) Kardinal liga

Uterin ligamentler



- **Kardinal Ligament** (Mackendrot bağı, Lig. Transversi servikale) ► Uterusu yerinde tutan **en güçlü** bağıdır, içerisinde **uterin arter** ve **ven** geçer. Bu lig. üzerinde **üreterler** oluk yapıp geçerler (Üreterler uterin arterin altından geçer -**Köprü altından su geçer**)
- **Sakrouterin Ligament** (Utero-sakral lig.) ► Uterusu yerinde tutan 2. **en güçlü** bağıdır. **Uterusa gelen sinir liflerini taşır.**
LUNA operasyonunda koterize edilen bağıdır.
- **Round Ligamenti** (lig. Rotundum, lig. Teres Uteri) ► **Gubernakulum artığıdır.** İçinden **Sampson** arteri geçer. Uterus köşelerinden başlar **İnguinal kanaldan** (**N.İlioinguinalis** ve **N.Genitofemoralis** ile birlikte) geçerek **labium majorda** sonlanır. Bir parça peritonuda beraberinde sürüklerse ve erişkinde bu yapı kistleşirse **Nuck Kanalı kisti** denir
- **Nuck Kanalı kisti** ► Erkekteki **Hidroselin homoloğudur**
- **Lig.Latum Uteri** (**Broad ligamenti**) ► Asıcı bir lig. değil destek görevi yoktur. Uterus yanları ve tubaları çadır gibi örter. İki yaprağı arasındaki doku > **Parametrium** adını alır.

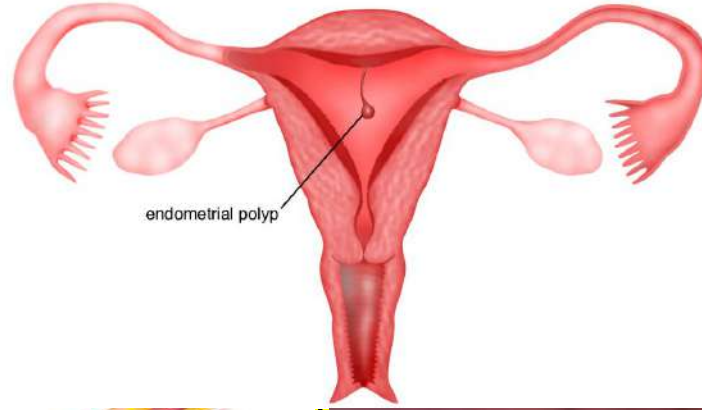
4

39 yaşında, GP3 kadın hasta, 4 aydır adet geliyor . Adetler daha önce düzenli . Ancak son 4 aydır adetleri çok kanalıyor . Boyu 168 cm, kilo 88 kg; BMI 31 kg/ m2' de obezite yok. Gebelik testi negatiftir. TV USG

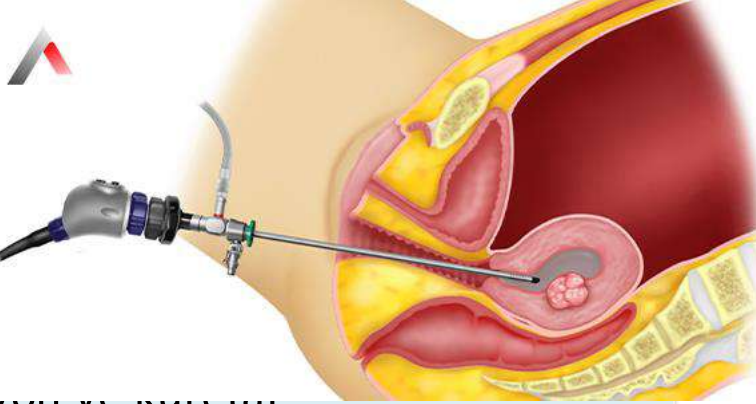
sınırlı, homojen, izoekoiktir .

Yönetimde

- A) Siklik polip
- B) Endometriyal polip
- C) Dilatasyon ve küretaj
- D) Histeroskopik polipektomi**
- E) 6 ayda bir transvajinal ultrasonografi ile takip



tedeniyle
yormuş.
ormuş. Boyu
anormallik
pında , iyi



5

SON
YANDAL

Dr. Latif HACIOĞLU

tıp
akademisi

- I Hemophilus ducrei
- II Klebsiella granulomatis
- III. Treponema pallidum

Yukarıdakilerden hangisi / hangilerinin neden olduğu genital
ülser ağrısız **ÜLSERATİF GENİTAL HASTALIKLAR**

- A) HSV (En sık) Şankroid
- B) Sifiliz Grn.Inguinale
- C) LGV
- D) I ve III
- E) II ve III

AĞRILI
ÜLSER

L. Hacıoğlu
M.D

PELVİK İNFLAMATUAR HASTALIK (PID) semisi

Risk

Cinsel olarak aktif adolesan ve genc kadınlar, multipl seksüel partner, yeni cinsel partner, sık cinsel ilişki, vajinal duş

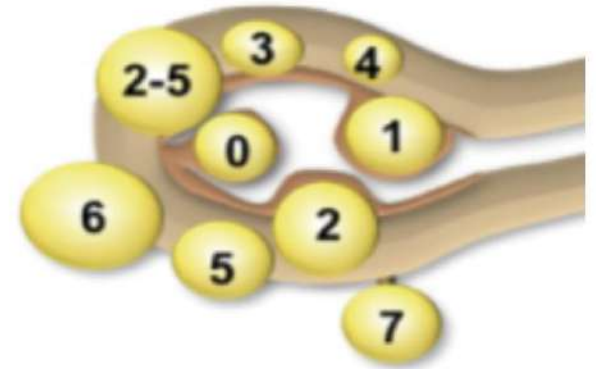
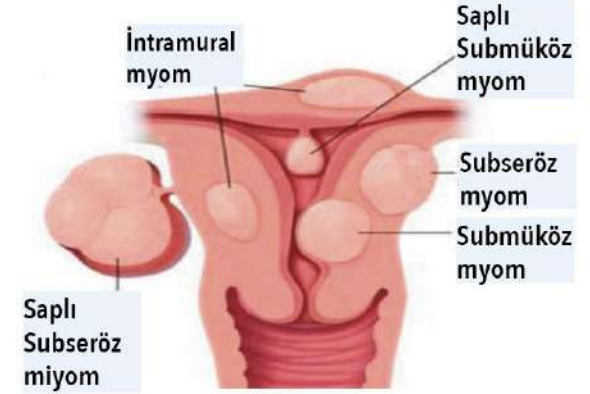
ra
az)

PID Hastaneye yatış endikasyonu	PID Taburcu olma endikasyonu
H amilelik A teş > 38,3°C, Lökosit > 15000/mm ³ S ıkıntılı hasta (genel durumu bozuk) T OA (Tuba-ovaryan apse) A dolesan N et olmayan tanı E ndometriuma (İÜ) müdahale Y aygın peritonit E tkisiz ayaktan tedavi	T (Lökositin normale dönmesi) A teşin > 24 saat normal olması B atın muayenesinin rahat olması U SG ve pelvik muayenenin normal olması R ebaunt ve hassasiyetin kalkması
	PID Komplikasyonları
	Rekürrens PID (%25 En sık) Kronik Pelvik ağrı (%15), EG, TOA, İnfertilite: Atak ↑ > İnfertilite riski ↑

Si

MYOMDA FIGO SINIFLAMASI (9 TİP)

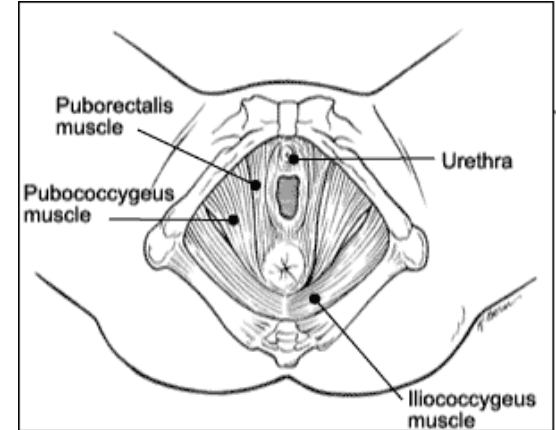
Tip 0	Tamamen intrakaviterdir ► Submüköz miyomlar (saplı submukozal miyom)
Tip 1	% 50 den azı myometriumun içinde bulunan submüköz myomlar
Tip 2	% 50 den fazlası myometriumun içinde bulunan submüköz myomlar
Tip 3	Endometriuma temas eden intramural myomlar (intra kaviter komponent yok)
Tip 4	Endometrium ve serozaya temas etmeyen tamamen intramural myomlar
Tip 5	% 50 den fazlası myometriumun içinde bulunan subseröz myomlar
Tip 6	% 50 den azı myometriumun içinde bulunan subseröz myomlar
Tip 7	Saplı subseröz myom
Tip 8	Uterusla direkt ilişkisi olmayan myomlar ► Parazitik veya servikste miyomlar
Transmural myom (hibrit myom) ► Hem endometrium hemde seroza ile ilişkisi vardır. Önce endometrium sonra seroza ile ilişki numarası yazılır	
✓ TİP 0-1-2 ► Submüköz myom	✓ TİP 5-6-7 ► Subseröz myom
✓ Tip 3-4 ► İntramural myom	✓ Tip 8 ► Pazazitik veya servikal



8

Aşağıdakilerden hangisi **mix tip**
üriner inkontinans için risk faktörü
değildir?

- A) Menapoz
- B) Kronik konstipasyon
- C) Zorlu doğum yapmış olmak
- D) Sigara kullanımı
- ☒ E) Düşük vücut kitle indeksi



© 2001 Kathleen Bon

L. Hacıoğlu
M.D

9

31 yaşında 33 haftalık gebeliği olan hastanın obstetrik anamnezinde daha önce **bir kez düşük yapmış ve bir kez de sezaryen ile ikiz bebek doğurmuş olduğu öğreniliyor**. Bu hasta için aşağıdaki tanımlardan hangisi doğrudur?

Çoğul gebeliklerin paritesi 1 kabul edilir

A) G3P1Y2A1

B) G2P1Y2A1

C) G3P2Y2A1

C) G2P1Y2A1

E) G3P1Y3A2

Gravida

Toplam gebelik sayısıdır. Bu gebeliğin veya önceki gebeliklerin normal ya da anormal olması önemli değildir.

Nulligravid	Hiç gebe kalmamış kadın
Primigravid	İlk gebeliğini yaşayan kadın
Multigravid	Birden fazla gebelik yaşayan kadın

Parite

20. Gebelik haftasından $\leq$ veya 500 gr dan $\leq$ büyük (ikisinden biri yeterlidir) canlı ya da ölü doğum olmasıdır. Çoğul gebeliklerde parite tek olarak hesaplanır

Nullipar	20. gebelik haftası veya 500 gr dan büyük doğum yapmamış kadın. Daha öncesinde gebe kalıp kalmamasının bir önemi yoktur. EG, abortus ve küretaj durumu değiştirmez.
Primipar	Bir defa 20. gebelik hft veya 500 gr dan büyük (canlı / ölü, bir / birden çok bebek) doğum yapmış kadın.
Multiparite	2 veya daha fazla 20. gebelik haftasından veya 500 gr dan büyük (canlı / ölü) doğum yapmış kadın.

Pariteyi 20. haftaya ulaşmış gebelik sayısı belirler doğan bebek sayısının bir önemi yoktur. Yani 20. haftaya ulaşmış bir gebelikten ikiz veya üçüz doğum yapmış kadınların paritesi 1 kabul edilir

L. Hacıoğlu
M.D

10

19 yaşında kadın hasta birkaç gündür **alt karın ağrısı ve vajinal lekelenme** şikayeti ile **kliniğimize başvurdu**. Erkek arkadaşıyla **cinsel olarak aktif** ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korunmak için kondom kullanıyor. **Son adet tarihi 6 hafta** önceymiş. Kan basıncı 124/80 mmHg, nabızı 90/dk ve ateşi 37.2°C. Batın muayenesinde rebound veya defans yok, sol alt kadranda hassasiyet mevcuttur. Pelvik muayenede vajina - serviks normal ve servikal hareketle hassasiyeti yok. **Bu hastada ilk adım aşağıdakilerden hangisi olmalıdır?**

- A) Transvajinal USG
- B) 3 ay sonra kontrol önerilmesi
- ☒ C) Beta hCG bakılması
- D) CRP ve sedim bakılması
- E) Antibiyotik başlanıp 1 hafta sonra kontrale çağırılması



**HEMEN
B-hCG BAK**

ABİ NE YAPIM?



11

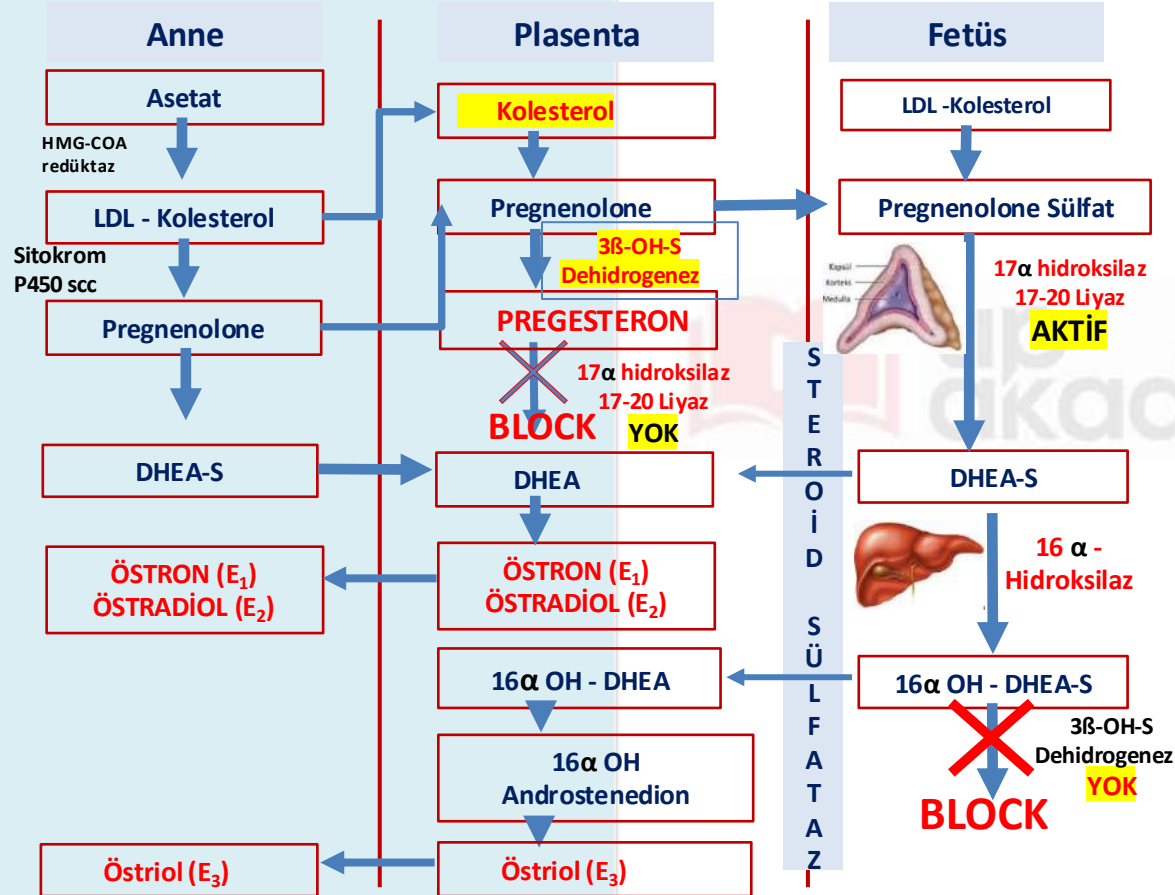
Gebelikte hem fetal hem de plasental kaynaklı hormon aşağıdakilerden hangisidir?

- ☒ A) Östriol
- B) Progesteron
- C) İnsan plasental laktojen
- D) hCG
- E) Estradiol

Aşağıdaki hormonlardan hangisi feto-plasental ünitenin normal fonksiyon gördüğünün en iyi göstergesidir?

- A) Östradiol
- ☒ B) Östriol
- C) Östrone
- D) Östetrol
- E) Progesteron

Progesteron ve Östrojen Sentezi



13

I – Fetal karaciğer

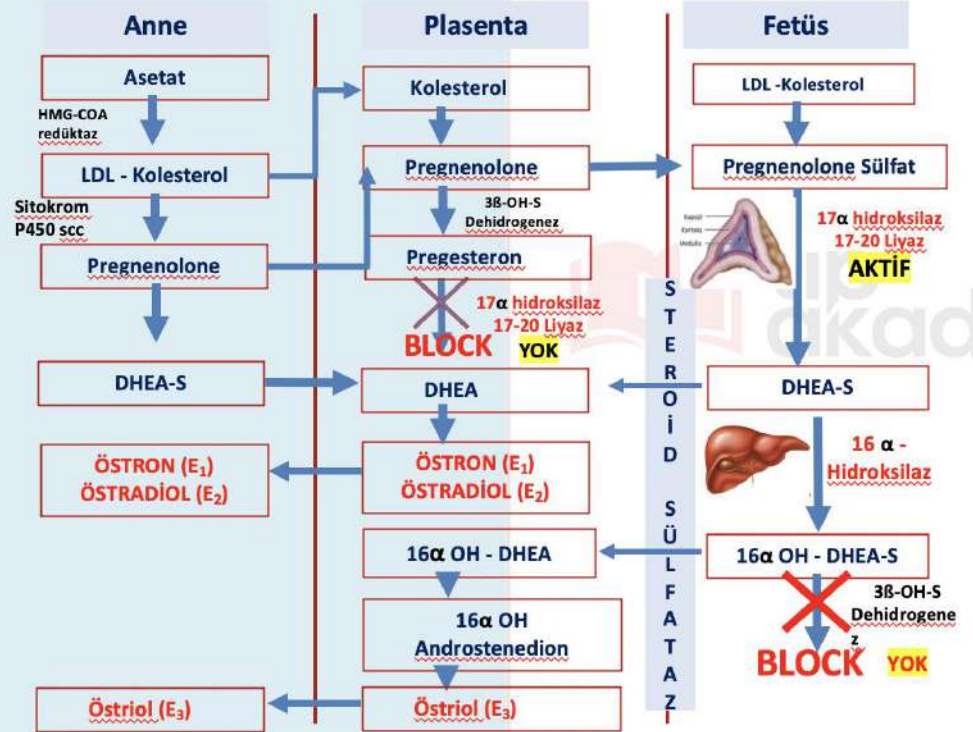
II – Fetal adrenal

III- Plasenta

Yukarıdakilerden hangisi/hangileri
Östradiol (E₂) sentezinde rol alır?

- A) I, II
- B) Yalnız II
- C) Yalnız III
- D) II ve III**
- E) I, II ve III

Östrojen Sentezi



14

Aşağıdaki enfeksiyonlardan hangisinin gebelikten önce ve gebelik sırasında **taranmasının** pratikte yararı yoktur?

- A) HBV
- B) HIV
- ☒ C) CMV
- D) Sifiliz
- E) Rubella

TORCH

Toksoplazmozis (Rutin taranmaz)

Other (HBV, HCV, Sifiliz, HIV, VZV, Parvo-19)

Rubella

CMV (Rutin taranmaz)

Herpes (Rutin taranmaz)

15

Gebelerde ilk trimesterde Down sendromu taraması aşağıdakilerden hangisi daha güvenilirdir?

- A) Total hCG
- B) İnhibin A
- C) AFP
- D) PAPP-A**
- E) Serbest E3

2' li TARAMA TESTİ (11-14) GEBELİK HAFTASI

Test	Trizomi 21
Serbest BhCG	ARTAR (≥ 2 MoM)
PAPP-A	AZALIR (≤ 0.5 MoM)
NT	ARTAR (≥ 3.5 MoM)
Nazal Kemik	Hipo/Aplazik



3' li TARAMA TESTİ (15-20 =ikinci trimester) GEBELİK HAFTASI

Test	Trizomi 18	Trizomi 21
Serbest BhCG	AZALIR (≤ 0.5)	ARTAR (≥ 2 MoM)
İnhibin A (4'lü test için)		ARTAR (≥ 1.8 MoM)
MS- AFP	AZALIR (≤ 0.5 MoM)	AZALIR (≤ 0.7 MoM)
uE3 unkonjuge östriol	AZALIR (≤ 0.5 MoM)	AZALIR (≤ 0.7 MoM)

16

I - Rh uyuşmazlığı olan olgularda fetal Rh belirlenmesinde kullanılabilir

II- Tekil gebeliklerde fetal down send. duyarlılığı çok yüksektir

III - Tekil gebeliklerde koryon villüs örneği



- A) Yalnız I
- B) Yalnız II
- C) I ve II**
- D) Yalnız III
- E) II ve III

SERBEST FETAL DNA ANALİZİ İLE TARAMA (Cell Free DNA) (NIPT = NonInvaziv Prenatal test)

➤ Maternal kanda fetüse ait serbest DNA'lar ayıklanıp çalışılır.

➤ Anoplidi, Rh , Cinsiyet tespiti için kullanılan bir testtir.

➤ Trizomi 21, 18, 13 tespitinde **en duyarlı testtir.**

➤ **10. haftada ve sonrasında yapılabilir.**

➤ **NTD hakkında bilgi vermez (Dezavantaj)**

➤ **Tanı testi değildir tarama testidir**

NIPT testinin ÖNERİLDİĞİ durumlar

- * ≥ 35 yaş olan kadınlar
- * USG de fetal anöploidi bulgusu olanlar
- * Daha önceki gebeliklerde Trozomi 21, 18, 13 öyküsü olanlar
- * 2 li,3'lü veya kombine testlerinden birinde yüksek risk olanlar
- * Ebeveynlerin birinde trizomi 21 veya 13 riskini artıran dengeli robertsonian translokasyonu olanlar

NIPT testinin ÖNERİLMEDİĞİ durumlar

- * Hiç bir riski olmayan gebelikler
- * Çoğul gebelikler (özellikle üçüz ve üstü gebeliklerde önerilmez)

Fetal anöploidi riskini en fazla artıran **Kistik higromadır.**

Gastroşizisde anöploidi risk artışı yoktur.



2+3. Trim.
Har-Medio
Pot 100 Ω
Gn 1
C7 / M5
E3
CRI 2

• Hypertension

• Hypotension

Anhidro + pulmoner hipoplazi + kontrakte eksremite ve basık yüz görünümü > **Potter sendromu**

18

Aşağıdakilerden hangisi **BFP parametrelerinden değildir?**

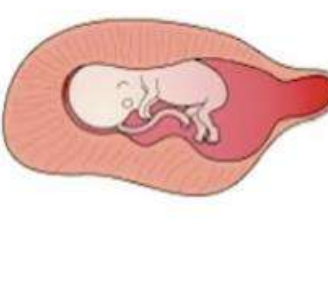
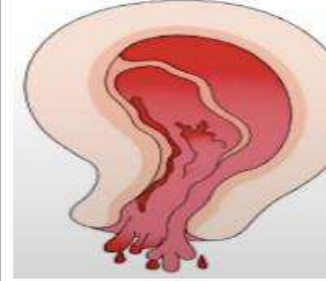
- A) Kontraksiyon stres test**
- B) NST
- C) Fetal hareket
- D) Fetal solunum
- E) AFI

Yorumlama

- Parametre varsa 2, yoksa 0 puan alır.
- 8 ile 10 puan> Gebelik takip edilir
- 6 ve daha düşük puan> Doğum düşün
- **AFI azalmışsa 8 puanda bile doğum düşün**

Parametre	Puan (Varsa 2, yoksa 0 puan)
Tonus	≥1 ekstansiyon sonra fleksiyon
Hareket	30 dk içinde ≥3defa eksremite hareketi
Solunum	30 dk içinde ≥1, 30 sn'den fazla süren solunum
NST	Reaktif
AFI	Tek cep ≥2 x2 cm (birbirine dik planda)

HİPOKSİDE
İLK BOZULAN **NST**
EN SON
BOZULAN **TONUS**

Abortus İmminens (Düşük Tehditi)	Abortus İncipiens (Kaçınılmaz Düşük)	Komplet Abortus	İnkomplet Abortus	Missed Abortus
				
* FK + * Kanama az * Serviks kapalı * Karın ağrısı az	* Kanama çok * Serviks açık * Karın ağrısı çok	* Fetüs ve ekleri komple atılmıştır. * Kavite boştur	* Kanama çok * Serviks açık * Parça düşürmüş * Bir kısmı kavitede	* FK (-) (İÜ Ex) * Kanama yok/az * Serviks kapalı * DİC ???
* Medikal tdv yok * Takip edilir	* D/C * Kanama kontrolü	*Müdahaleye gerek yok	* Antibiyotik * Rest varsa D/C	* Hemen kavite boşaltılmalı * DİC paneli bak

20

I – Trizomi 21

II – Trizomi 16

III – Trizomi 1

IV – Trizomi 18

Abortuslarda **EN SIK GÖRÜLEN** trizomi hangisidir?

Abortuslarda **HİÇ GÖRÜLMİYEN** trizomi hangisidir?

Abort materyalinde yukarıdaki trizomilerden **görülme sıklığı** aşağıdaki seçeneklerden hangisinde **doğru verilmiştir?**

- A)** II > I > IV > III
 B) III > I > II > IV
 C) I > IV > II > III
 D) II > IV > I > III
 E) I > II > III > IV

Abortusta görülen kromozom anomali sıklığı

Normal (Öploid) karyotip (46XX- 46XY)(En sık)		45 -55
ANÖPLOİDİ	Otozomal trizomiler * Trozomi 16 (En sık Trozomi) * Trozomi 22,21,18,13..	22 7-8
	Monozomi X (45X)(Anöploidiler içinde tek başına En sık)	5-20
	Triploidi	5-8
	Tetraploidi	2-4
	Yapısal anomali	2

Abortuslarda **en sık** karyotip => **Normal karyotiptir**
En sık kromozom anomali => **Otozomal trizomiler**
 Otozomal trizomiler içinde **en sık** => **Trizomi 16**
 Trizomiler grup olarak değil de tek tek bakıldığında **en sık** => **Monozomi X**
 Abortuslarda **hiç görülmeyen tek** => **Trizomi 1**
 Trizomiler monozomilere göre daha iyi tolere edilirler
 Canlı doğumla sonuçlanabilen **tek monozomi** => **Monozomi X (İlleri anne yaşı ile ilişkisi yoktur)**
 Monozomi X > %98 ilk trimesterde abort olur, Intra uterin **kistik higroma** görülür

21

SAT' a göre 36 hafta 5 günlük gebe 25 yaşında **primigravid** hasta, yarım saat önce **ani başlayan vajinal kanama** ve **karın ağrısı** şikayeti ile getiriliyor. Öz geçmişinde özellik yok sadece demir ve vitamin kullandığını söyleyen hasta fizik muayenesinde **kan basıncı 160/110 mmHg, nabız 118/dk. Uterusun sert ve hassas olduğu tespit ediliyor.** Vajinal muayenesinde **servikal ostaki minimal açıklıktan koyu renkli kanama gözleniyor.** NST de bazal fetal kalp atım **hızı 105/dk** olarak değerlendiriliyor ve **varyabilite kaybı saptanıyor.**

Bu hasta için **kanamanın en olası nedeni ve yaklaşımı** aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Uterin rüptür - Acil C/S
- ☒ B) Plasenta dekolmanı - Acil C/S
- C) Plasentanın myometriuma invazyonu-takip
- D) Erken membran rüptürü - takip
- E) Plasenta previa - Acil C/S

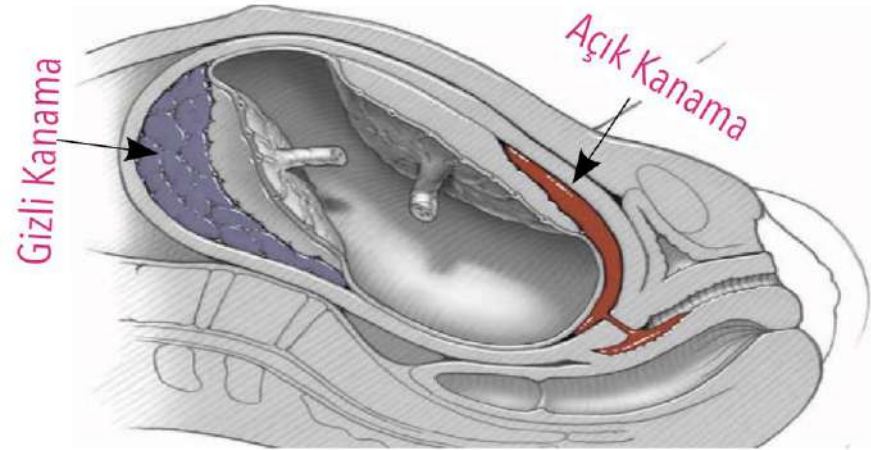
Dr. Latif HACIOĞLU

tıp akademisi

DİKKAT

Dekolman (Abruptio) Plasenta

- Sert ve hassas uterus
- **Parlak kırmızı vajinal kanama**
- Şiddetli karın ağrısı
- **Obstetrik acildir > Acil C/S**



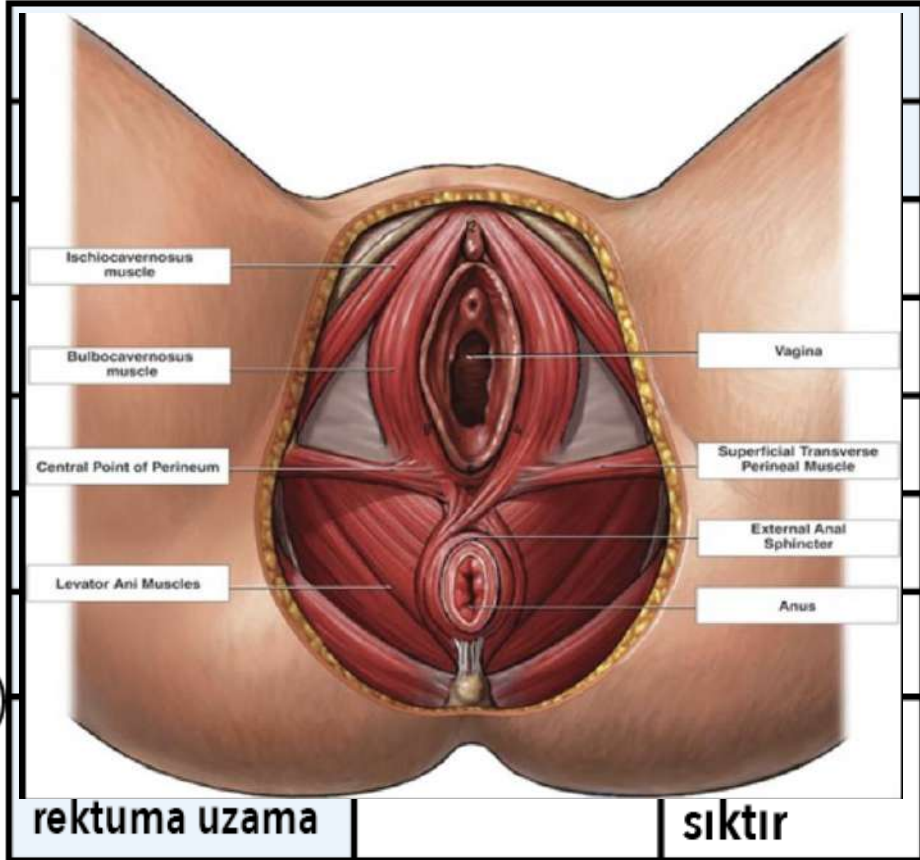
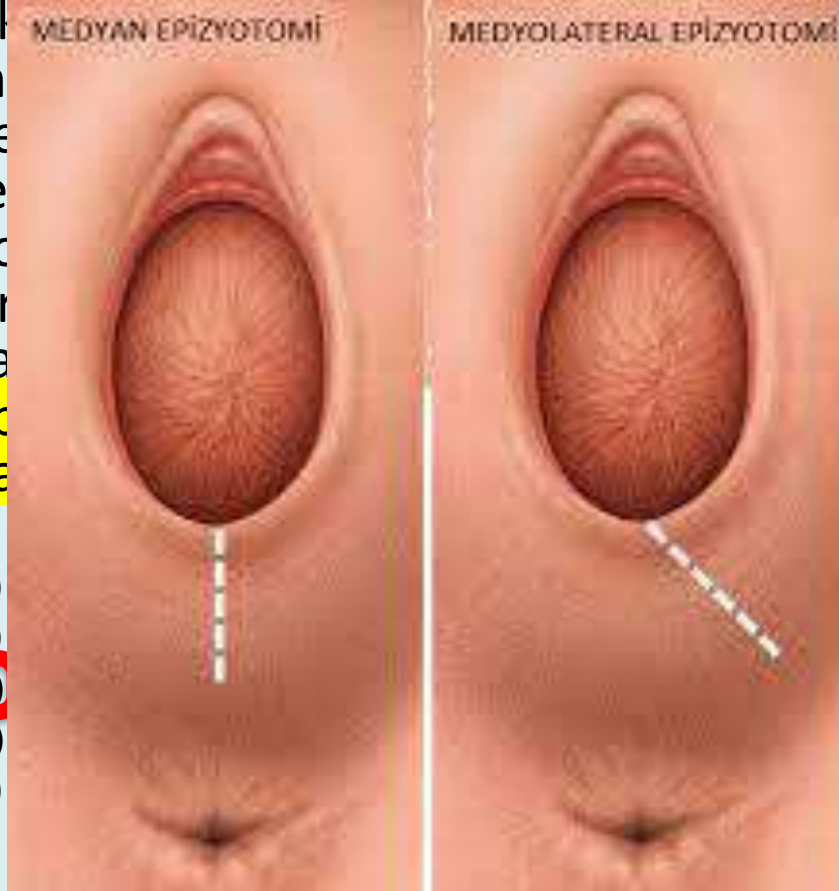
M.D

22

Epizyotomi

30 yaşında ilk gebeliği

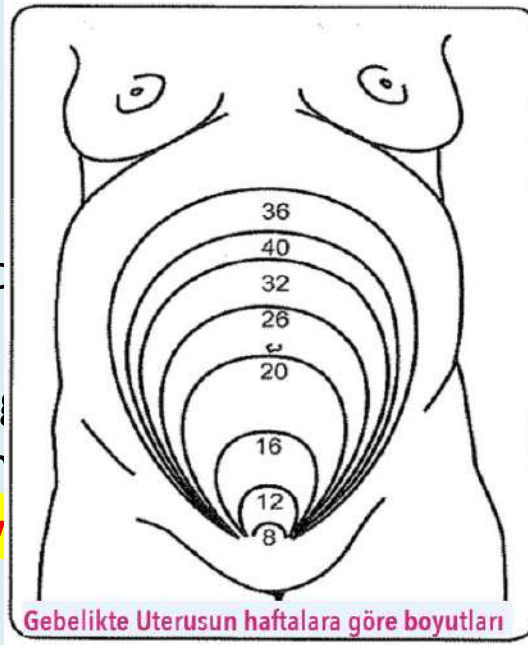
- Perine insizyonudur (**2.derc.laserasyon**)
- rutin açılmaz, endikasyonu varsa açılmalı



A)
B)
C)
D)
E)

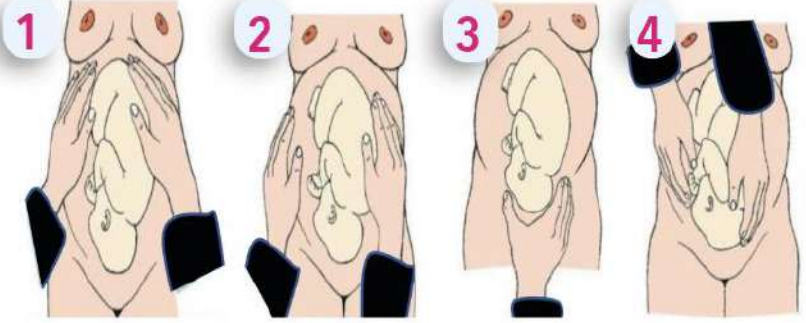
23

Acile karın ağrısı şikâyetine hastaya yapılan Leopold tahmini 32. gebelikte tespit ediliyor. Aşağıdaki manevralardan hangisi gebelik haftası tayini için kullanılır?



- A) Leopold 5
- B) Leopold 4 Önde gelen kısmın pelvisteki seviyesi
- C) Leopold 3 Fetal prezentasyon - Angajman
- D) Leopold 2 Fetal pozisyon
- E) Leopold 1 Gebelik yaşı tespiti

Leopold Manevraları (Abdominal palpasyon)



Leopold 1	Fundustaki fetal kısım(baş-makat)
Leopold 2	Fetal sırt ve situsa bakılır
Leopold 3	Prezente olan kısım, angajman
Leopold 4	Prezente olan kısmın seviyesi ve pozisyonu

24

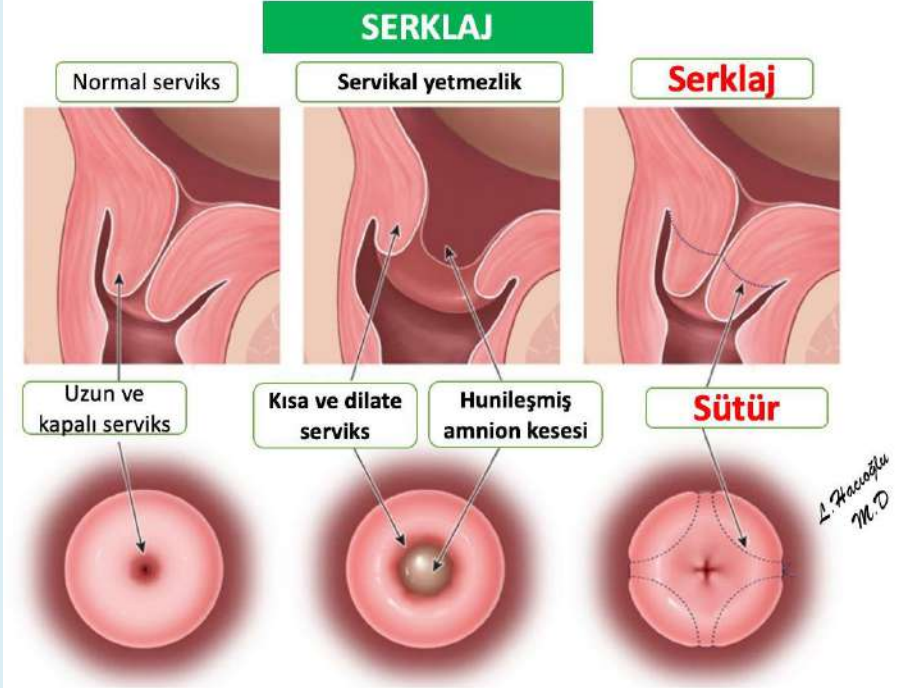
20 yaşında, 23 haftalık gebe kadın, yaklaşık 12 saattir alt **pelvik bölgede dolgunluk hissi** yaşadığını söylüyor. **Sancısı ve kasılması yok**. Fetal kalp atımları iyi. **Muayenede, fetüs vajinada makat prezentasyonda izlendi**.serviks ağzı palpe edilemedi.

En olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Plasenta previa
- ☒ B) Erken doğum
- C) Servikal yetmezlik
- D) Erken membran rüptürü
- E) Kord sarkması

Dr. Latif HACIOĞLU

tıp akademisi



olmaksızın serviksin gebeliği (fetus, plasenta ve amniyotik kese) tutamamasıdır

➤ Tedavi> **Servikal serklaaj**

TOKOLİTİKLER			
Tokolitikler (İMRAN)	Fetüs üzerine etkileri	Annedeki etkiler	Özellikleri
İndometazin (Endol) (COX inhibitörleri) (Pg sentaz inhibitörleri)	*PDA *Duktus ateriozus kapanması *İVK *NEC	Oligohidroamnios (>48 saat kullanımda)	*50-100mg 3X1 oral / rektal Max doz 200mg / 24saat *Polihidroamnios preterm eylemde ideal * ≥32 haftada kullanılmaz (PDA) *48 saatten daha uzun kullanılmaz (Oligo)
MgSO₄ (Ca antagonisti, Tokolizde etkisi çok az)	*24-32 haftada nöroprotektiftir (Ca hasarını azaltır) * Serebral palsiden korur	*Pulmoner ödem *Hiper Mg (8/10/12) *Diplopi, Kardiyak arest	*Tokolitik etkiden ziyade nöroprotektif olarak kullanılır *Tokoliz için İndometazin ile birlikteliği iyi bir tercihtir * Antidotu> Kalsium glukonatır
Ritodrin - Terbutalin (Beta mimetikler, B ₂ reseptör agonisti) * Oral terbutalinin tokolitik etkisi yok	*Fetal taşikardi *Myokardial iskemi ve nekroz (Terbutalin)	*Pulmoner ödem *Na ve H ₂ O tutulumu *Hiper glisemi *Hipokalemi- ARDS *Kardiyak aritmi, MI	* DM > Verme (Glikoz regülasyonunu bozar) * Çoğul gebelik > Verme (Volüm yükselmesi Akc.ödemi) * Kalp hastalığı olana > Verme
Atositan (Oksitosin antagonisti)	*Kullanılmıyor *Neonatal sonuçlar iyi değil		Pahalı, etkisi çok az
Nifedipin (Nidilat) (Ca kanal blokeri)		*Taşikardi, Çarpıntı *Bulantı, halsizlik *Flushing	* ≥32 hafta tokolizde İlk tercih *Düz kas hücre içine Ca girişini ↓ tokolitik etki sağlar * MgSO₄ birlikte > Verme (Nöral blokajla>Kardiyak ve Akc. fonksiyonunu bozar)

Preeklampsi Proflaksi ve Tarama

- Tam anlamıyla tarama ve engelleme mümkün değil
- Düşük doz **aspirin ve DMAH** > Preeklampsi olma riski yüksek olan hastalara proflaksi başlanır
- **Yakın takip gerekir.** Yatak istirahati ve tuz kısıtlamasının faydası yok

Preeklampsi Tedavi amacı

- **Maternal HT kontrolü > (NNiHAL)**
Nifedipin, **N**itroprussid, **H**idralazin, **A**lfa-metildopa, **L**abetalol

ACE inh ve diüretik kontrendike, (Diüretik sadece akciğer ödeminde ver)

- **Eklmpainin önlenmesi > MgSO4 (anürik ve oligürik hastaya verilmez)**

Preeklampsi Yaklaşım

- Kesin tedavi > **DOĞUM**
- <24 hafta terminasyon, ≥ 34 doğum,
24-34 arası Akciğer maturasyonu için 2 doz steroid yap > 24saat sonrası doğum
- ❖ **Ağır - Şiddetli preeklampsi > Hemen doğum**

38 yaşında kadın hasta, G3P2, **28. gebelik haftasında** rutin gebelik kontrolü için doktora geliyor. Operasyon öyküsü yok, 3 yıldır levotiroksin ile iyi kontrol edilen hipotiroidi öyküsü var. Boyu 163 cm, 77 kg ile gebe kaldığını ve gebeliği sırasında 14 kg aldığını söylüyor. 20. gebelik haftasında **bir perinatoloji uzmanı tarafından bakılan ayrıntılı ultrason raporunda bir patoloji izlenmiyor.** Hastanın vital bulguları ve fizik muayenesi normal. **Ultrasonografi orta derecede polihidramnios görülüyor.**

Bu bulguların en olası nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Aşırı anne hidrasyonu
- B) Fetal anöploidi
- C) Fetal miyotonik distrofi
- D) Fetal renal agenezi
- ☒ E) Tanı konmamış maternal diabetes mellitus

Polihidroamnios

- **Etiyoloji** > İdiopatik (%70, **En sık**), **DM** (%20 **saptanabilen en sık**), konj.anomaliler(%10), enfeksiyon (**Poli +IUGR >Trizomi 18**)
- **Eşlik eden anomaliler** > GİS (eusofoagus atrezisi), SSS (NTD, Anensefali), Torasik anomaliler (CCAM, CDH), TTTS sendromu (ikiz), çoğul gebelik, hidrops, plasental tümörler

28

Gebe bir kadın ilk trimesterde lenfadenopati dışında şikayeti hidrosefali, ventrikülomegali, intraserebral kalsifikasyonla olmuş en muhtemel neden aşağı hangisidir?

- ☒ A) Toksoplazma
- ☐ B) CMV
- ☐ C) Cryptococcus
- ☐ D) Rubella
- ☐ E) Rubeola

USG'de CMV BULGUSU

- *Kalsifikasyon
(periventriküler)
- *Ventrikülomegali
- *Mikrosefali
- *Hepatosplenomegali
- *Hiperekojen barsak

Doğum sonrası emzirme ile ilgili ifadelerden hangisi yanlıştır?

- A) Bebekte klasik galaktozemi olması anne s için kesin kontrendikasyondur.
- B) Maternal hepatit C enfeksiyonu emzirme içi kontrendikasyon değildir.
- C) Az gelişmiş ülkelerde maternal HIV enfeksiyonu anne sütü ile beslenme önerilebilir.
- D) Maternal hepatit B virus taşıyıcılığında bebe aşı ve HBV-Ig uygulanarak emzirmeye izin verilir.
- E) Aktif maternal CMV enfeksiyonu olması durumunda emzirme kontrendikedir.**

EMZİRMENİN KONTRENDİKE OLDUĞU DURUMLAR#

Maternal ilaç kullanımı> Mtx, Siklosporin, Siklofosfamid
HIV, Aktif Tbc, HSV (memede aktif lezyonu olanlar)
Alkol bağımliliği (kontROLSÜZ)
Meme Ca nedeniyle tedavi görenler
Bebekte galaktozemi varsa#

Kimler emzirebilir

- *Maternal CMV varsa (Süte antikorlarıyla birlikte geçer)
- *Maternal HCV varsa (Süte geçmez)
- *Maternal HBV varsa (Bebeye Ig yapılacaktır)
- *Maternal HSV varsa (Memede aktif lezyon yoksa)
- *Maternal Tbc varsa (Tedavi almış bitmişse)#

33 yaşında, talasemi taşıyıcısı olan kadın gebelik planlıyor. Eşinin de talasemi taşıyıcısı olduğu öğreniliyor. Prekonsepsiyonel danışmanlıkta **en uygun yaklaşım hangisidir?**

A) Gebelikte rutin takip

☒ B) Gebelik öncesi genetik danışmanlık ve prenatal tanı planlaması

C) Gebelik öncesi demir tedavisi

D) Sadece doğum sonrası tarama

E) Taşıyıcı olduğu için gebelikten kaçınm

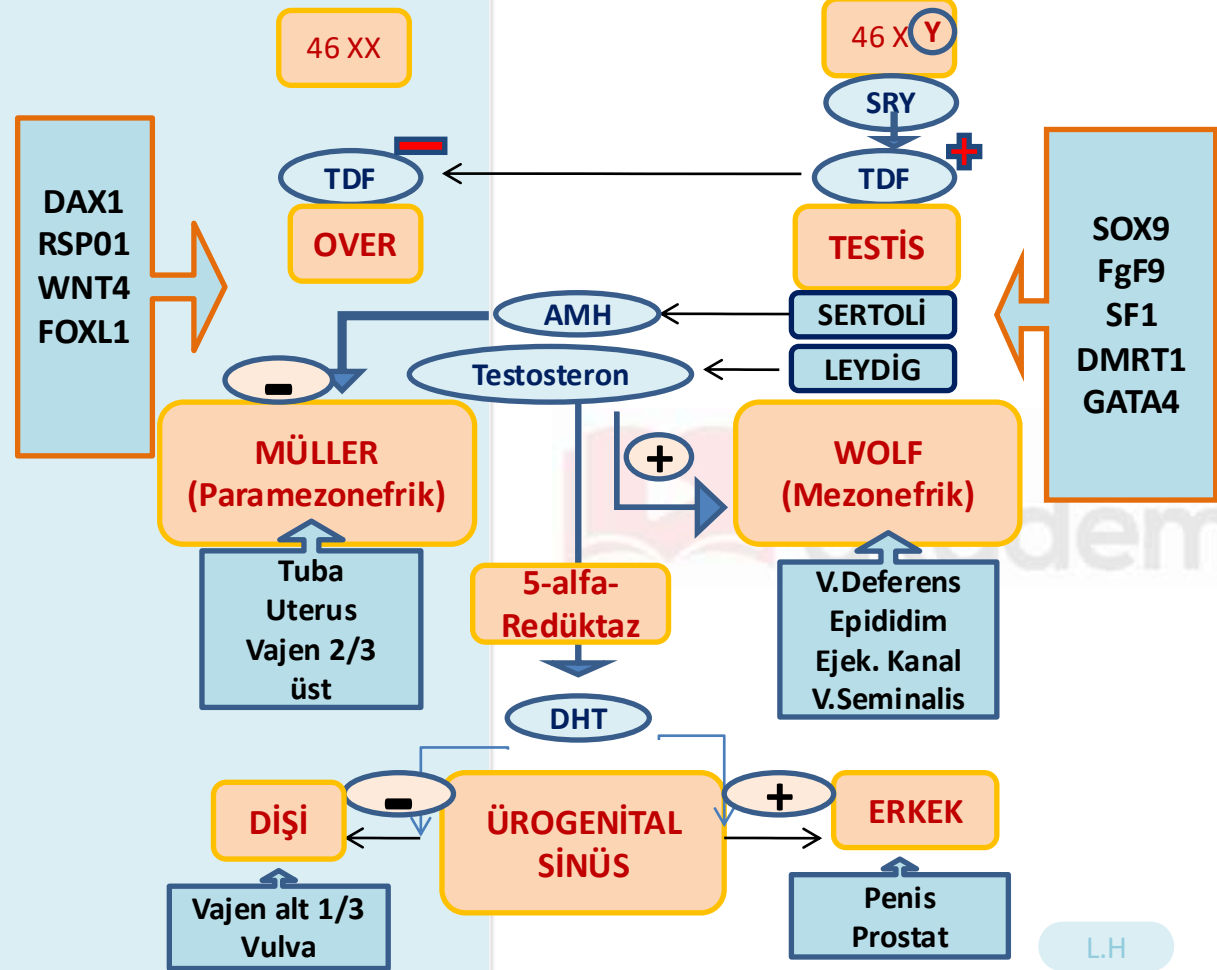
➤ Her iki eşin de talasemi taşıyıcı olması durumunda gebelik öncesi genetik danışma ve prenatal tanı planı yapılmalıdır.

GENETİK CİNSİYET

GONADAL CİNSİYET

DUKTAL CİNSİYET (İç Genitaller)

DIŞ GENİTAL CİNSİYET



L.H

L. Hacıoğlu
M.D

32

Saf
olm

- A) C
- B) T
- C) i
- D) D**
- E) A



46 XY

**46 XY SAF GONADAL DİSGENEZİ
(SWYER SENDROMU)
GONADOBLASTOM (% 50)
DİSGERMİOM (% 25)**

**YAKALANDIĞI ANDA
GONADLAR
ÇIKARILMALI**



46 XX

dromu)

nez > Streak gonad

k), fiziksel yapısı

olur

Cerrahi Yöntemler	Yöntem	Özellik
	Tüp Ligasyonu (kadın)	CS de "Pomeroy" , Minilaparotomi, LS, histeroskopik yöntem (Operasyon riski en düşük)
	Vazektomi (erkek)	Vas-defersin bir kısmı çıkarılır> Spermin pasajı engellenir
Acil Kontraseptif	Yöntem	Özellik
	KOK (Yüzpe)	Postkoit 72 saat içinde 12 saat ara ile 2X2 tablet , Bulantı/kusma yapabilir
	Levonorgestrel(1.5mg)	Postkoit 72 saat içinde>Ovulasyonu erteler, venöz tromboz öyküsü olanda en uygun yöntem
	Bakırlı RİA	En etkin acil kontrasepsiyon yöntemidir, ilk 7 gün %100 etkin
	Ullipristal (Ella ^R)	En etkin hormonal acil kontrasepsiyon yöntemidir (ilk 72 saat)
	Mifepriston (RU-486)	Progesteron reseptör antagonisti steroiddir. İlk 5 gün
Oral,implant, yama,enjektable	Trandermal Yama	20 µg östrojen içerir. 3 haftada bir 1 hafta ara verilerek değiştirilir
	Enjektable kontraseptif	Depo MedroksiProgesteronAsetat (MPA) (3 ay etkili)
	Trans-vajinal halka	15 µg östrojen içerir. En düşük östrojen içeren hormonal kontraseptiftir.
*CYBH den korur *HPV,CX Ca'yı azaltır	Sunger (Sponge)	Nulliparalarda daha etkili. Nonoksinol-9 içerir
	Spermisid (Nonoksinol-9,oktoksinol)	Koitten 20dk önce kullanılır, CYBH'tan korumaz, teratojen değil Laktobasilleri bozar, E.coli bakteriyürüsü ↑ , HIV bulaş riski ↑

Aşağıdaki etki mekanizmalarından hangisi OKS'lerin (Oral KontraSeptif) etki menaizmaları arasında yer almaz?

- A) Servikal mukusu kalınlaştırır
- ☒ B) Spermisid etki gösterir
- C) Tubal motiliteyi engeller
- D) Ovulasyonu inhibe eder
- E) Endometrium maturasyonunu bozar

KOK'LARIN SPERMİSİT ETKİSİ YOKTUR

(SORULACAK)

**DİKKAT BAKIRLI RİA NİN SPERMİSİT ETKİSİ
VARDIR**

(SORULACAK)

OVER REZERVİNİ ETKİLEYEN EN ÖNEMLİ FAKTÖR= HASTANIN YAŞIDIR

Overde Folikül Rezervini Gösteren Testler

Test	Bakılacak zaman	Değerlendirme
TV USG	Siklüsün 3.günü	2-10mm AF'ler sayılır, her iki overde toplam AF sayısı < 4 ise over rezervi kötü
FSH	Siklüsün 3.günü	FSH > 10 IU/L ise over rezervi kötü gebelik şansı düşük $>$ Oosit sayısı $\downarrow$ FSH $\uparrow$
Estrojen (E2)	Siklüsün 3.günü	E2 > 80 pg/mL Over rezervi kötü gebelik şansı düşük $>$ İnhibinB $\downarrow$,FSH $\uparrow$,E2 $\uparrow$
AMH	Herhangi bir gün	AMH > 3.5 ng/dl rezerv iyi, AMH < 1 ng/dl ise over rezervi kötü, gebelik şansı düşük
Klomifen Challenge Testi	Siklüsün 3.günü FSH bak, 5. günü 100mg/gün klomifen sitrat başla, 5 gün sonra (10.gün) FSH bak ve iki FSH değeri toplamı (3.ve 10.gün) > 20 IU/L ise over rezervi kötü gebelik şansı düşük	
İnhibinB	İnhibinB $\downarrow$ $>$ Over rezervi kötüdür (Güvenilir bir test olmadığından rutin kullanılmaz)	

B) Estrojen (E₂)

C) Anti-müllerian hormon (AMH)

UNUTMA AMH $>$ Siklüsten bağımsız herhangi bir gün bakılabilir

D) Folikül stimüle edici hormon (FSH)

E) İnhibin -B

36

Endometrioid tip endometrium kanseri ile seröz tip endometrium kanseri

karşılaştırıldığında

aşağıdakilerden hangisi **endometrial hiperplazi** zemininde gelişen endometrioid tip endometrium kanseri için doğrudur?

- A) Anöplöidi daha sıktır
- B) P53 mutasyonu daha sıktır
- C) PTEN mutasyonu daha sıktır**
- D) Prognozu daha kötüdür
- E) Genellikle daha geç evrelerde tanı konulur

Endometrium Kanseri Tipleri (2 tipi var)		
Özellikler	Tip 1 (%85 daha sık)	Tip 2 (%15 daha nadir)
Spesifik tip	Endometrioid tip (İyi histolojik tip)	Seröz papiller ve berrak hücreli Karsinom (Kötü histolojik tip)
Karşılanmamış östrojen	Var	Yok
Menapozal durum	Pre ve perimenapozal	Postmenapozal
Hiperplazi	Var	Yok (atrofik endometrium)
İrk / Obezite	Beyaz / Obez	Siyah / Zayıf
Grade / Prognoz	Düşük / İyi	Yüksek / Kötü
Myometrial invazyon	Çok az	Derin
Gen mutasyonu	PTEN, beta catenin	P53
Davranış /Differansiasyn	Stabil / İyi	Agrezif /Kötü

37

Aşağıdaki organ veya dokulardan hangisinde bulunan prekanseröz lezyonun tanısı için

kolposkopik inceleme yardımcı olmaz?

- A) Vulva
- B) Vajen
- C) Serviks
- D) Perianal bölge
- E) Endometrium**

Kolposkopi endikasyonu

- ▶ Anormal smear sonucu
- ▶ **HPV tip 16 ve 18 +** olduğunda
- ▶ Anormal servikal görünüm
- ▶ Postkoit kanama (sebepsiz)
- ▶ DES maruziyeti

Kolposkopik biyopsi

- ✔ Serviks vajen, vulva, perianal bölgeyi 40 kata kadar büyütür biyopsi almaya imkan tanır
- ✔ Pelvik muayene yapıldıktan sonra spekulum takılır servikse asetik asit uygulanır
Asetik asit > Anormal hücrelerdeki proteinleri denatüre eder çökertir > Aseto-white alanlar Aseto white alanlardan biyopsi alınır, **Rütin yapılmaz**, endikasyonu varsa yapılır

Aşağıdakilerden faktörlerinden b

- A) Histolojik tip
- B) Histolojik grade
- C) Endometrial kalınlık (USG)**
- D) Myometrial invazyon
- E) Peritoneal sitoloji

Endometrium Kanseriinde Prognostik Faktörler	
Cerrahi evre	En önemli prognostik faktör
Lenfnodu metastazı	Erken evrede en önemli prognostik faktör
Myometrial invazyon	>1/2 tutulum kötü
Lenfovasküler alan tutulumu	Ölüm ve Nüks için bağımsız risk fakt.
Histolojik tip	Endometrioid tip iyi, nonendometrioid tipler kötü
Histolojik grade	
Tümörün büyüklüğü / Yaş	>2cm tmr kötü prognoz / Genç yaş iyi, ileri yaş kötü
Mikrosatellit instabilite	Kötü prognoz
İstmus,serviks,adneksial tutulum	Kötü prognoz
Periton sitolojisinde malign hücre	Kötü prognoz
İntraperitoneal tümör varlığı	Kötü prognoz
Hormon reseptör (E2,P4) pozitifliği	E2 ve P4 (+) ise iyi, (-) ise kötü
DNA yapısı	Diploid DNA iyi, Anoploidi kötü
Genetik belirteçler (Genom atlası)	PTEN iyi, POLE muts. iyi ama P53 kötü, HER2, K-ras,E-cadherin ve MLH-1 kötü

**SON
YANDAL**

Over

Tümörleri

✓ En mortal jinekolojik kanserdir

Ayırıcı tanı ► PID, Endometriozis, myom, kolonda neoplastik veya inflamatuvar kitle, pelvik böbrek

Yayılım ► En sık transçölemik (en erken yayılım)

Evreleme ► Cerrahi

Tedavi ► Erken evrede **ooferektomi** yeterli iken geç evrede **sitoredüktif cerrahi + KT**

Over Tümörü Riskini Artıran Faktörler

Overin sürekli çalıştığı durumlarda risk ↑

İleri yaş

Sigara (Müsinöz tümör)

Aile öyküsü (BRCA 1, BRCA2, Lynch II)

Obezite, PID, Ovulasyon indüksiyonu, PCOS

Nulliparite, infertilite

Erken menarş, geç menapoz

Endometriozis (Clear cell ve endometrioid)

Over Tümörü Riskini Azaltan Faktörler

Overin dinlendiği durumlarda risk ↓

OKS / Progesteron

Multiparite

Emzirme

NSAİİ, Aspirin

Tüp ligasyonu / Histerektomi,

Seks kord stromal (%3)

Granüloza hücre (En sık)

Tekoma

Fibroma

Sertoli

Sertoli leydig

Steroid

Yüzey Epitel Hücresi (%90)

Seröz (En sık)

Müsinöz

Transisyonel (En benign)

Endometrioid

Berrak hücreli (En malign)

Germ hücreli (%5)

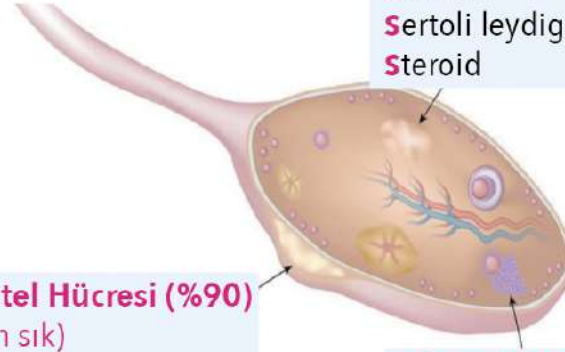
Disgermiom

Yolk sac

Teratom (En sık)

Embriyonel karsinom

Koryokarsinom



Over Tümörleri

✓ En mortal jinekolojik kanserdir

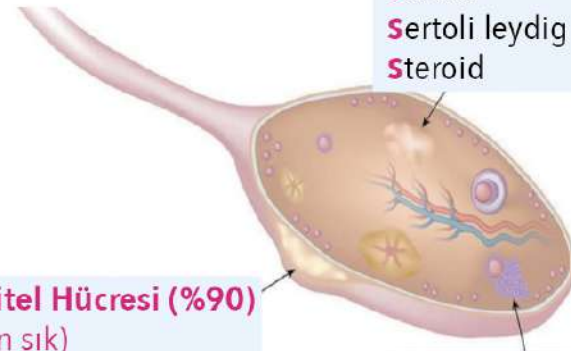
Ayırıcı tanı • PID, Endometriozis, myom, kolonda neoplastik veya inflamatuvar kitle, pelvik böbrek

Yayılım • En sık transçölemik (en erken yayılım)

Evreleme • Cerrahi

Tedavi • Erken evrede ooforektomi yeterli iken geç evrede sitoredüktif cerrahi + KT

Over Tümörü Riskini Artıran Faktörler
Overin sürekli çalıştığı durumlarda risk ↑
İleri yaş
Sigara (Müsinöz tümör)
Aile öyküsü (BRCA 1, BRCA2, Lynch II)
Obezite, PID, Ovulasyon indüksiyonu, PCOS
Nulliparite, İnfertilite
Erken menarş, geç menapoz
Endometriozis (Clear cell ve endometrioid)
Over Tümörü Riskini Azaltan Faktörler
Overin dinlendiği durumlarda risk ↓
OKS / Progesteron
Multiparite
Emzirme
NSAİİ, Aspirin
Tüp ligasyonu / Histerektomi,



Seks kord stromal (%3)
Granüloza hücre (En sık)
Tekoma
Fibroma
Sertoli
Sertoli leydig
Steroid

Yüzey Epitel Hücresi (%90)
Seröz (En sık)
Müsinöz
Transisyonel (En benign)
Endometrioid
Berrak hücreli (En malign)

Germ hücreli (%5)
Disgermiom
Yolk sac
Teratom (En sık)
Embriyonel karsinom
Koryokarsinom

5 aydır adet görememe ve vajinal kanama şikayetiyle başvuran hastaya yapılan muaynesinde uterus 8 aylık gebelik cesametinde büyük ve yukuşak kıvamda bulunuyor.

USG 'de fetal yapılar izlenmiyor. Beta hCG değeri 120.000 saptanıyor.

Bu vakada en olası tanınız aşağıdakilerden hangisi olacaktır?

- ☒ A) Mol gebelik
- ☐ B) Plasenta akreata spektrumu
- ☐ C) Plasenta previa
- ☐ D) Ablasyo plasenta
- ☐ E) Missed abortus

Beklenen gebelik haftasından büyük uterus, vajinal kanama, yüksek beta Hcg trofoblastik hastalık düşündürür

Gestasyonel Trofoblastik Hastalıklar ve Neoplaziler

isi

GTN TİPLERİ

İnvaziv Mol (Koryo-adenoma Destrusens)	✓ Molar gebeliğin myometriuma invazyon yapmış halidir. Tanı • Yükselen veya plato çizen bHCH, vajinal kanama, büyük uterus Kesin tanı • Patolojik > İnvazyon yapan tümör içerisinde persistan hidropik villuslar bulunur Tedavi • KT veya histerektomi
Plasental Yerleşimli Trofoblastik Tümör (PSTT)	✓ İntermedier (ara) trofoblastlardan kaynaklanan koryokarsinomun bir varyantıdır. ✓ Koryonik villüs bulunmaz ✓ Uterusla sınırlı kalma eğilimdedir, metastaz riski çok düşüktür Tanı • Term gebelik sonrası anormal vajinal kanama, bHCG hafif yüksek, hPL belirgin yüksek Tedavi • KT'ye direnç var primer tedavi • Histerektomidir
Epiteloid Trofoblastik Tümör)	✓ İntermedier (ara) trofoblastlardan kaynaklanan koryokarsinomun bir varyantıdır. ✓ Koryonik villüs bulunmaz Önceki gebelikten uzun zaman sonra gelişir. 1/3 ünde metastaz vardır > Prognozu kötüdür Tanı • Klinik ve mikroskopik olarak PSTT ye benzer Tedavi • KT'ye direnç var primer tedavi > Histerektomi
Koryo - karsinom	✓ % 50 molar gebelikten sonra gelişir (en büyük risk faktörü molar gebeliktir) ✓ Non molar gebelikten sonra nadir görülür ama GTN gelişirse %100 koryokarsinomdur ✓ En sık mortalite nedeni • Kanama Tanı • Yüksek hCG düzeyi, metastazlara bağlı semptomlar (en sık akciğer) Patolojide • Koryonik villüs bulunmaz, nekroz ve atipi var, anaplastik trofoblastlar vardır Metastaz • En sık akciğer (hematojen yol), beyin, karaciğer, böbrek. Tedavi • KT veya cerrahi

GTN (Malignite) gelişim riski

%3 (Yüksek)

Parsiyel Mol
< 100.000
69 XXY (Triploid)
Var
Fokal
Fokal
Var
Var
Var
Var
Var
Yok, nadir
Missed abort
Daha sık
%0.1 (düşük)

M.D

En çok
bolluk getiren yağmur,
ALINTERİDİR.

-Cenap Şahabettin

EMEK





Teşekkürler