

OBSTETRİ VE JİNEKOLOJİDE

TARTIŞMALI KAVRAMLAR



EDİTÖRLER

Natasha Hezelgrave
Danielle Abbott
Andrew H. Shennan

ÇEVİRİ EDITÖRLERİ

Ali Ayhan
M. Faruk Köse
Muzaffer Sancı



GÜNEŞ TIP
KITABEVLERİ

OXFORD

Obstetri ve Jinekolojide Tartışmalı Kavramlar



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

Obstetri ve Jinekolojide Tartışmalı Kavramlar

Editörler

Dr. Natasha Hezelgrave

NIHR Clinical Research Fellow in Obstetric, Women's Health Academic Centre
King's College London, UK.

Dr. Danielle Abbott

Clinical Research Fellow, Women's Health Academic Centre
King's College London, UK.

Professor Andrew H. Shennan

Clinical Research Fellow, Women's Health Academic Centre
King's College London, UK.

Seri Editörleri

Dr. Aung Myat BSc (Hons) MBBS MRCP

BHF Clinical Research Training Fellow, King's College London British Heart Foundation Centre of
Research Excellence, Cardiovascular Division, St Thomas' Hospital London, UK

Dr. Shouvik Haldar MBBS MRCP

Electrophysiology Research Fellow & Cardiology SpR, Heart Rhythm Centre, NIHR Cardiovascular
Biomedical Research Unit, Royal Brompton & Harefield NHS Foundation Trust, Imperial College London, London, UK

Professor Simon Redwood MD FRCP

Professor of Interventional Cardiology and Honorary Consultant Cardiologist, King's College London
British Heart Foundation Centre of Research Excellence, Cardiovascular Division and Guy's and
St Thomas' NHS Foundation Trust, St Thomas' Hospital London, UK

Çeviri Editörleri

Prof. Dr. Ali Ayhan

Prof. Dr. M. Faruk Köse

Doç. Dr. Muzaffer Sancı



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

Obstetri ve Jinekolojide Tartışmalı Kavramlar

Türkçe Telif Hakları 2017

ISBN: 978-975-277-659-3

Orijinal Adı: Challenging Concepts in Obstetrics and Gynaecology Cases with Expert Commentary

Yayınevi: Oxford University Press

Yazarlar: Dr. Natasha Hezelgrave, Dr. Danielle Abbott, Dr. Andrew H. Shennan

Çeviri Editörleri: Dr. Ali Ayhan, Dr. M. Faruk Köse, Dr. Muzaffer Sancı

Orijinal ISBN: 978-0-19-965499-4

Kitabın 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Yasası Hükümleri gereğince (kitabın bir bölümünden alıntı yapılamaz, fotokopi yöntemiyle çoğaltılamaz, resim, şekil, şema, grafik v.b.'ler kopya edilemez) tüm hakları Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.'ne aittir.

Yayıncı ve Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akçıl

Dizgi-Düzenleme: İhsan Ağın

Kapak Uyarlama: İhsan Ağın

Baskı: Ayrıntı Basım ve Yayın Matbaacılık Hiz. San. Tic. Ltd. Şti.

İvedik Organize Sanayi Bölgesi 28. Cad. 770 Sok. No: 105-A Ostim/ANKARA

Telefon: (0312) 394 55 90 - 91 - 92 • Faks: (0312) 394 55 94

Sertifika No: 13987

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınmalı, yeni araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarındaki değişikliklerin gerekli olabileceği bilinmelidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici firma tarafından sağlanan ilaca ait en son ürün bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve kontrendikasyonları kontrol etmeleri tavsiye edilir. Her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirlemek uygulamayı yapan hekimin sorumluluğundadır. Yayıncı ve editörler bu yayından dolayı meydana gelebilecek hastaya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir.

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No:3

06410 Sıhhiye/Ankara

Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92

Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak

No: 7/2 Esentepe/İstanbul

Tel: (0212) 356 87 43

Faks: (0212) 356 87 44

KARTAL ŞUBE

Cevizli Mahallesi Denizler Cad.

No: 19/C Kartal/İstanbul

Tel&Faks: (0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com

ÖNSÖZ

“Obstetri ve Jinekolojide Tartışmalı Kavramlar” adlı bu yeni kitaba önsöz yazmaktan dolayı kendimi çok onurlu hissediyorum, çünkü bu kitabın okuyuculara yeni öğrenme deneyimleri sunduğuna inanıyorum. Eğitim konusunda çok iyi bilinir ki her birey farklı şekillerde öğrenir ve çoğumuz bilgi, beceri ve tutumları aklımıza yerleştirebilmek için birçok farklı metot kullanırız. Öğrenmede vaka anlatım yönteminin kullanımını, tedavi öğretiminin güçlü bir parçası olarak giderek kabul görmektedir. Bu yeni kitap, anlaşılması güç klinik durumlara başvuran kadınların öyküleriyle kadın doğum uzmanları ve jinekologların bu hastalarla en etkili bir şekilde ilgilenebilmeleri için hesaba katmaları gereken konuların bütünsel araştırmalarını birleştirmektedir.

Vakalar, eğitim programının öğelerini devre dışı bırakıp okumaksızın kadın doğum ve jinekoloji alanlarının hepsini kapsamaktadır. Her bir vaka, rehber bir doktorun önerileri ve uluslararası uzmanlardan öğrenilmesi gereken önemli noktaların üzerine yapılan vurgularla desteklenmiş mezuniyet sonrası tıp eğitimi almış bir doktor tarafından yazılmıştır. Kitap, bu yüzden güncel ve okuyucunun pratikte karşı karşıya geleceği vakalarla ilgilidir.

Kitabın planı özü anlamayı kolaylaştırır, önemli öğrenme noktaları ve klinik ipuçları sunar ve okuyucuyu daha fazla okumaya yöneltmek için kanıt verilerini ve tabanını açıklar. Bu kitabı bizim çok değer verdiğimiz bu tıbbi esasları öğrenmek ve aktarmak için öğretimin bir yardımcısı olarak ve hastalarına en iyi tedaviyi sunmada hali hazırda bir kaynak olarak tüm kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarına şiddetle tavsiye ederim.

Diana Hamilton-Fairley MD, FRCOG,
Danışman Kadın Doğum Uzmanı ve Jinekolog
Sağlık Eğitimi ve Kalite Müdürü
Güney Londra

ÇEVİRİ EDITÖRLERİNİN ÖNSÖZÜ

Tıp bilimi, küresel teknolojinin çığır açan ilerleyişi sayesinde her an her saniye değişip gelişmeye; tabir-i caizse evrimleşmeye devam etmektedir. Ancak ilk yıllarından beri, bu bilme kendini adayan insanların mesleki başarısında ilke edindiği değişmeyen bir nokta vardır. Bu da gelenekten geleceğe aktarılan usta-çırak ilişkisidir. Bizler de tıp biliminde usta-çırak ilişkisinin bilim ve teknolojiyle harmanlandığı nadide branşlardan birisi olan obstetri ve jinekolojiye gönül verenler olarak, bu kitabı, bu mesleğin tüm usta ve çıraklarına, hizmet bekleyen hastalarına faydalı olabileceği düşüncesiyle takdim etmekten onur duyarız. Sevgi ve bilginin paylaşımı konusunda bu kitaba gönül veren ustalar ve özellikle redaksiyonunda gece gündüz çalışan değerli genç meslektaşlarımız Dr. Hanifi Şahin, Dr. Eda Kocaman ve Dr. Eda Adeviye Şahin'e ayrıca Güneş Tıp Kitabevleri'nin başta sayın müdürü Murat Yılmaz olmak üzere, cefakar çalışanlarına teşekkürü bir borç bilir ve son söz olarak ihtiyacı olanlar yararlanabilirse mutluluk duyarız.

Dr. Ali Ayhan
Dr. M. Faruk Köse
Dr. Muzaffer Sancı

İÇİNDEKİLER

Yazarlar	xii	Olgu 12 Gebelik ve diyabette mücadele ve zorluklar	147
Çeviriye Katkıda Bulunanlar	xiv	Çeviri: Dr. Hasan Turan, Dr. Fuat Demirkıran, Dr. Eda Adeviye Şahin	
Kısaltmalar	xvi	Olgu 13 Gebelikte HIV: yönetimindeki ikilemler	161
MRCOG Müfredatı: program haritası	xxi	Çeviri: Uzm. Dr. Veysel Şal, Dr. Macit Arvas	
ATSM programı rehberi	xxii	Olgu 14 Gebelikte SLE: lupus nefriti alevlenmesi veya preeklampsi-tanısal bir sorun	177
Olgu 1 Klasik şiddetli menstrüel kanama olgusu ?	1	Çeviri: Dr. Mustafa Erkan Sarı, Dr. Tayfun Güngör	
Çeviri: Uzm. Dr. A. Hamdi İnan, Dr. Gökhan Tulunay		Olgu 15 Morbid obez bir gebenin yönetimi	191
Olgu 2 Beklenmeyen uç organ hasarı olan genç kadın hastada şiddetli endometriozis	15	Çeviri: Dr. Çağrı Güven, Dr. M. Coşan Terek	
Çeviri: Dr. Nejat Özgül, Dr. Gökhan Boyraz, Dr. Sinem Duru		Olgu 16 Erken başlangıçlı preeklampsi: maternal ve neonatal morbiditenin dengelenmesi	201
Olgu 3 Yerleşim yeri bilinmeyen gebelik: bir tanı ve yönetim problemi	31	Çeviri: Dr. Melih Velipaşaoğlu, Dr. Sinan Özalp	
Çeviri: Dr. Ghanim Khatib, Dr. Ümrân Küçüköz Güleç, Dr. Mehmet Ali Vardar		Olgu 17 Sezaryen sonrası vajinal doğum	213
Olgu 4 Oligozoospermi'de pre-implantasyon genetik tanı	49	Çeviri: Dr. Tayup Şimşek, Dr. Hülya Ayık	
Çeviri: Dr. Tufan Öge, Dr. Sinan Özalp		Olgu 18 Maternal ateş: optimal perinatal yönetimde zorluklar	229
Olgu 5 Tekrarlayan düşükler: konservatif tedavi önerebileceğimiz en iyi seçenek mi?	59	Çeviri: Dr. Erkan Çağlıyan, Dr. Uğur Saygılı	
Çeviri: Dr. Samet Topuz, Dr. Zeynep Işık		Olgu 19 Obstetrik masif kanamada tedbiri elden bırakmamak	243
Olgu 6 Ölümcül/letal konjenital anomaliler: multidisipliner yaklaşımın önemi	73	Çeviri: Dr. Meral Aban, Dr. Mert Yeşiladali, Dr. Eda Adeviye Şahin	
Çeviri: Dr. Seda Yüksel Şimşek, Dr. Gonca Çoban, Dr. Hüsnü Çelik		Olgu 20 Prematür Ovaryen Yetmezlik "Normal" Bir Menopoz Süreci Değildir	259
Olgu 7 İkizden-ikize transfüzyon sendromu ile komplike olmuş monokoryonik diamniyotik ikiz gebelik	81	Çeviri: Dr. İlkkan Dündar, Dr. Gökçenur Gönenç	
Çeviri: Dr. Mete Güngör, Dr. Esra Özbaşlı, Dr. Özgüç Takmaz		Olgu 21 Üriner inkontinansın tedavisi: herkes için zorlaşan bir mücadele	269
Olgu 8 22. gebelik haftasında membranların prolabe olması sonrası 'kurtarma' serklajı: kaçınılmazı ertelemek?	97	Çeviri: Dr. Taylan Şenol, Dr. Hanişi Şahin, Dr. Ateş Karateke	
Çeviri: Dr. İlker Selçuk, Dr. İrem Alyazıcı Küçükıldız, Dr. Müjdegül Z. Karaca, Dr. Murat Gültekin		Olgu 22 Postmenopozal kanama	287
Olgu 9 Erken başlangıçlı fetal büyüme kısıtlılığı	111	Çeviri: Dr. M. Faruk Köse, Dr. Selçuk Erkinç	
Çeviri: Dr. Müfit C. Yenen, Dr. Ulaş Fidan		Olgu 23 Rekürren over kanseri	303
Olgu 10 Erken doğumun ikilemleri	121	Çeviri: Dr. Bulut Varlı, Dr. Fırat Ortaç	
Çeviri: Dr. Aykut Özcan, Dr. Muzaffer Sancı		Olgu 24 Serviks kanseri	319
Olgu 11 Gebelikte pulmoner hipertansiyon	133	Çeviri: Dr. Kunter Yüce, Dr. Gökhan Boyraz, Dr. Burcu Soyak	
Çeviri: Dr. Pınar Kadiroğulları, Dr. Çağatay Taşkiran		İndeks	335

FAKÜLTE UZMANLARININ PROFİLLERİ

Professor Susan Bewley, Professor of Complex Obstetrics, Women's Health Academic Centra, King's College London, UK

Dr Sarah P Blagden, Consultant Medical Oncologist and Academic Senior Lecturer, West London Cancer Network and Ovarian Cancer Action Research Centre, Imperial College London, London UK

Dr Fiona Dension, Senior Lecturer and Honorary Consultant in Maternal and Fetal Medicine, MRC Centre for Reproductive Health, Queen's Medical Research Institute, Edinburgh, UK

Dr Ben Fitzwilliams, Consultant Obstetric Anaesthetist, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London UK

Dr Christian Fotopoulou Consultant and Adjunct Professor in Gynaecological Oncology, West London Gynaecological Cancer Centre and Ovarian Cancer Action Research Centre, Imperial College Healthcare Academic NHS Trust, London UK

Professor Ian Greer, Consultant Obstetrician and Gynaecologist, Faculty of Health & Life Sciences, University of Liverpool, Liverpool, UK

Dr Mohamad Hamady, Consultant and Honorary Senior Lecturer in Clinical and Interventional Radiology, Imperial College Healthcare NHS Trust, London UK

Dr Judith Hamilton. Consultant Gynaecologist, Early Pregnancy & Acute Gynaecology Unit, Guy's and St Thoms' NHS Foundation Trust, London, UK

Dr Kate Harding, Consultant Obstetrician, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust

Professor Jenny Higham, Professor and Honorary Consultant Gynaecologist, Imperial College Healthcare NHS Trust, London UK

Dr Fuat Hussain Consultant Radiologist, Royal Surrey County Hospital, Guildford, UK

Mr Lawrence W Impey, Consultant Obstetrician, John Radcliffe Hospital, Oxford University, Oxford, UK

Dr Ed Johnstone, Clinical Senior Lecturer in Obstetrics and Fetal Medicine, University of Manchester, UK

Professor Sean Kehoe, Lawson Tait Professor of Gynaecological Cancer, School of Cancer Studies, University of Birmingham, UK

Mr Con Kelleher, Consultant Gynaecologist, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London UK

Mr Andrew Kent, Consultant Gynaecologist, Royal Surrey County Hospital, Guildford, UK

Professor Henry Kitchener, Professor of Gynaecological Oncology, Institute of Cancer Sciences, University of Manchester, UK.

Professor Sailesh Kumar, Professor of Fetal Medicine, Obstetrics & Gynaecology, Mater Research Institute, University of Queensland, Brisbane, Australia

Professor Pippa Kyle, Professor of Fetal Medicine, Fetal Medicine, Unit, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK

Professor William Leigh Ledger, Professor and Head of Discipline of Obstetrics and Gynaecology, University of New South Wales, Royal Hospital for Women, Sydney, Australia

Dr Geraint Lee, Consultant Neonatologist, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London UK

Professor David Luesley, Emeritus Professor of Gynaecological Oncology, School of Cancer Sciences, University of Birmingham, UK

Professor Neil Marlow, Professor of Neonatology, Institute for Women's Health, University College London, UK

Professor David R McCance, Consultant Physician/ Honorary Professor of Endocrinology, Regional Centre for Endocrinology and Diabetes, Royal Victoria Hospital, Belfast, UK

Professor Catherine Nelson-Piercy, Professor of Obstetric Medicine, Women's Health Academic Centre, King's Health Partners, Consultant Obstetrics Physician, GSTFT and Imperial College Health Care Trust, London UK

Dr Susan E Robinson, Consultant Haematologist, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London UK

Professor Timothy A Rockall, Consultant Surgeon, Director of Minimal Access Therapy Training Unit, Royal Surrey County Hospital, Guildford, UK

Dr Annemiek de Ruither, Consultant in Genitourinary Medicine and HIV, Guy's & St Thoma's NHS Foundation Trust, London UK

Professor Janice Rymer, Professor of Gynaecology Women's Health Academic Centre King's College London UK

Professor Andrew H Shennan, Professor of Obstetrics, Women's Health Academic Centre, King's College London UK

Professor Philip J Steer, Emeritus Professor of Obstetrics, Imperial College London, Academic Department of Obstetrics and Gynaecology, Chelsea and Westminster Hospital, London UK

Dr Lorna Swan, Consultant Cardiologist/Clinical Lead for Adult Congenital Heart Disease, Royal Brompton Hospital, London, UK

Dr Jason Waugh, Consultant in Obstetrics and Maternal Medicine, Newcastle, upon Tyne NHS Foundation Trust, Newcastle, UK

Dış Yorumcular

Dr Deborah Bruce, Dr Kate Langford, Dr Lucy Chappell, Mr Geoff Lane, Dr Johanna Trinder, Dr Alex Digesu, Mr James English, Dr. Sharmistha Guha, Dr Vik Khullar, Dr Kate Harding, Mr Con Kelleher, Professor Pippa Kyle, Dr Joanne Girling, Dr Melanie Allan, Dr Jane Norman, Professor Andrew Shennan, Professor Scotto Nelson, Dr Sonji Clarke, Professor Sailesh Kumar, Mr Kumar Kunde, Miss Diana Hamilton, Fairley

YAZARLAR

Danielle Abbott

Clinical Research Fellow, Women's Health Academic Centre, King's College London, UK

Viren Asher

Subspecialist trainee in Gynaecological Oncology, Department of Gynaecological Oncology, St Mary's Hospital, Manchester, UK

Natalie Atere-Roberts

Specialist Registrar Obstetrics and Gynaecology, John Radcliffe Hospital, Oxford, UK

Helen Bickerstaff

Senior Lecturer and Honorary Consultant Gynaecologist and Obstetrician King's College London and Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK

Beth Cartwright

Clinical Research Fellow, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK

Matthew Cauldwell

Specialist Registrar Obstetrics and Gynaecology, South West Thames, London, UK

Manju Chandiramani

Specialist Registrar Obstetrics and Gynaecology, Imperial College Healthcare NHS Trust, London, UK

Jayanta Chatterjee

Subspecialty Fellow in Surgical Gynaecological Oncology, West London Gynaecology Cancer Centre, Imperial College Healthcare Academic NHS Trust, London, UK

Carolyn Chiswick

Clinical Research Fellow, MRC Centre for Reproductive Health, Queen's Medical Research Institute, Edinburgh, UK

Eduard Cortes

Subspecialist Trainee in Urogynaecology, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust
Louise Webster, Clinical Research Fellow, Women's Health Academic Centre, King's College London, UK

Ruth Curry

Clinical Lecturer/Subspecialist Trainee in Maternal Fetal Medicine, Institute for Women's Health, University College London, UK

Shreelata Datta

Senior Registrar in Obstetrics and Gynaecology, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK

Christina Fotopoulou

Consultant and Adjunct Professor in Gynaecological Oncology, West London Gynaecological Cancer Centre and Ovarian Cancer Action Research Centre, Imperial College Healthcare Academic NHS Trust, London, UK

Gabriella Gray

Senior Registrar in Obstetrics and Gynaecology, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK

Natasha Hezelgrave

NIHR Clinical Research Fellow in Obstetrics, Women's Health Academic Centre, King's College London, UK

Julia Kopeika

Subspecialty Trainee in Reproductive Medicine and Surgery, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK

Sarah Merritt

Clinical Research Fellow, Early Pregnancy & Acute Gynaecology Unit, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK

Shruti Mohan

Senior Registrar in Obstetrics and Gynaecology, St Mary's Hospital, Imperial College Healthcare NHS Trust, London, UK
Jasmine Tay, Specialist Registrar in Obstetrics and Gynaecology, North West Thames, UK

Surabhi Nanda

Subspecialist Trainee in Maternal and Fetal Medicine, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK

Muna Noori

Subspecialist Trainee in Maternal and Fetal Medicine, Queen Charlotte's and Chelsea Hospital, Imperial College NHS Trust, London, UK

Pubudu Pathiraja

Subspecialist trainee in Gynaecology Oncology, Nuffield Department of Obstetrics & Gynaecology, University of Oxford, UK

Srividya Seshadri

Subspecialist Trainee in Reproductive Medicine & Surgery, Assisted Conception, Unit, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK

Lisa Story

Academic Clinical Fellow, Women's Health Academic Centre, King's College London, UK

Ai-Wei Tang

Subspecialist Trainee in Maternal and Fetal Medicine, Liverpool Women's Hospital, Liverpool, UK

Parag, K. Thaware

Research Fellow, Regional Centre for Endocrinology, and Diabetes, Royal Victoria, Hospital, Belfast, UK

Kavitha Madhuri Thumuluru

Clinical Fellow in Gynaecology Oncology, Royal Surrey Country Hospital, Guildford, UK

Josephine Vivian-Taylor

Clinical Fellow in Obstetrics and Gynaecology, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK

Sze Jean Wang

Specialist Trainee Obstetrics and Gynaecology, St Mary's Hospital, Central Manchester Foundation Trust, Manchester, UK

Natasha Valery Waters

Senior Clinical Fellow in Laparoscopy, Royal Surrey Hospital NHS Trust, Guildford, UK

ÇEVİRİYE KATKIDA BULUNANLAR

Prof. Dr. Meral Aban

Yeditepe Üniversitesi Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Prof. Dr. Macit Arvas

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Hülya Ayık

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Gökhan Boyraz

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Erkan Çağlıyan

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Prof. Dr. Hüsnü Çelik

Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama
ve Araştırma Merkezi, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı

Dr. Gonca Çoban

Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama
ve Araştırma Merkezi, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı

Prof. Dr. Fuat Demirkıran

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Dr. Sinem Duru

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Prof. Dr. İlkan Dünder

İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
Florence Nightingale Hastanesi

Uzm. Dr. Selçuk Erkılınç

Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Doç. Dr. Ulaş Fidan

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Gökçenur Gönenç

İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın
Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
Florence Nightingale Hastanesi

Doç. Dr. Ümrân Küçükğöz Güleş

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Doç. Dr. Murat Gültekin

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Prof. Dr. Mete Güngör

Acıbadem Üniversitesi, Acıbadem Maslak Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Prof. Dr. Tayfun Güngör

Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Çağrı Güven

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Dr. Zeynep Işık

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Uzm. Dr. A. Hamdi İnan

Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Pınar Kadiroğulları

İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma
Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Uzm. Dr. Müjdegül Z. Karaca

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma
Hastanesi

Prof. Dr. Ateş Karateke

Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Ghanim Khatib

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Prof. Dr. M. Faruk Köse

Acıbadem Üniversitesi, Acıbadem Atakent Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü

Dr. İrem Alyazıcı Küçükıldız

Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Prof. Dr. Fırat Ortaç

Anakara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Doç. Dr. Tufan Öge

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Prof. Dr. Sinan Özalp

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Dr. Esra Özbaşlı

Acıbadem Üniversitesi, Acıbadem Maslak Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Aykut Özcan

Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları
ve Doğum Anabilim Dalı

Doç. Dr. Nejat Özgül

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Doç. Dr. Muzaffer Sancı

Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Mustafa Erkan Sarı

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Prof. Dr. Uğur Saygılı

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Uzm. Dr. İlker Selçuk

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dr. Burcu Soyak

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Dr. Veysel Şal

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Dr. Eda Adeviye Şahin

Dr. Sami Ulus Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Uzm. Dr. Hanifi Şahin

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Taylan Şenol

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Onkoloji Kliniği

Uzm. Dr. Seda Yüksel Şimşek

Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Prof. Dr. Tayup Şimşek

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Dr. Özgüç Takmaz

Acıbadem Üniversitesi, Acıbadem Maslak Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Prof. Dr. Çağatay Taşkiran

Koç Üniversitesi Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Doç. Dr. M. Coşan Terek

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Doç. Dr. Samet Topuz

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Doç. Dr. Gökhan Tulunay

Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Uzm. Dr. Hasan Turan

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Prof. Dr. Mehmet Ali Vardar

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Dr. Bulut Varlı

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Melih Velipaşaoğlu

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Prof. Dr. Müfit C. Yenen

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Dr. Mert Yeşiladalı

Yeditepe Üniversitesi Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Prof. Dr. Kunter Yüce

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

KISALTMALAR

2D US	iki boyutlu ultrason	CFTR	kistik fibrozis transmembran regülatör
3D US	üç boyutlu ultrason	CHB	konjenital kalp bloğu
3TC	lamivudin	CHIVA	Çocuk HIV Derneği
AA	arteryo-arteryal	CHOP	Philadelphia Çocuk Hastanesi
A&E	kaza ve acil	CI	güven aralığı
AC	abdominal çevre	CIN	servikal intraepitelyal neoplazi
ACE	Anjiyotensin dönüştürücü enzim	CKD	kronik böbrek hastalığı
ACHOIS	Gebe Kadınlarda Avusturya Karbonhidrat İntoleransı Çalışması	CNS	merkezi sinir sistemi
ACR	Amerikan Romatoloji Derneği	CNS	uzman klinik hemşiresi
ACR	Albumin/kreatinin oranı	CO	kardiak debi
ACU	yardımcı üreme birimi	COCAP	kombine kontraseptif hap
AFC	Antral folikül sayısı	CPAP	devamlı pozitif havayolu basıncı
AFI	amniyotik sıvı volümü	CR	tam yanıt
AFS	Amerikan Fertilité Topluluğu	CRH	baş-popo mesafesi
AIDS	Kazanılmış İmmün Yetmezlik Sendromu	CRP	C-reaktif protein
αFP	alfa fetaprotein	CS	sezaryen kesisi
AMH	Anti-Mülleryan Hormon	CT	bilgisayarlı tomografi
anti-dsDNA	anti çift sarmal DNA	CTEPH	kronik trombotik ve/veya embolik hastalık
AP	ön-arka	CTG	kardiyotokografi
aPC	aktive protein c	CTR	kardiyo torasik oran
aPCR	aktive protein c direnci	CUAVD	konjenital tek taraflı vasdeferens yokluğu
APS	anti fosfolipid sendromu	CVP	santral venöz basınç
AR	amniyoredüksiyon	D&C	dilatasyon ve küretaj
ARB	anjiyotensin reseptör blokörü	DAU	günlük değerlendirme ünitesi
ART	yardımcı üreme teknikleri	DHFR Di	Di hidro Folat Redüktaz
ASFR	yaşa spesifik fertilité oranı	DIC	yaygın intravasküler koagülopati
AV	arteryo-venöz	DOR	yanıt oranı
AVSD	atriyoventriküler septal defekt	DV	duktus venosus
AZT	zidovudin	DVP	en derin vertikal derinlik
BAC	sezaryen sonrası doğum	DXA X-ray	x-ray dansitometri
βhCG	insan koryonik gonadotropin	EBRT	eksternal ışın radyoterapisi
BHIVA	İngiliz HIV Derneği	ECMO	extrakorporyal membran oksijenasyonu
BMI	vücut kitle endeksi	ECOG	doğu birleşik onkoloji grubu
BPD	biparietal çap	EDF	diastol sonu hacim
BPLND	bilateral pelvik lenfadenektomi	EFW	tahmini doğum ağırlığı
BSA	vücut yüzey alanı	EOGBS	erken başlangıçlı grup B streptokokal enfeksiyon
BSO	bilateral salpingo-ooferektomi	EPAU	erken gebelik değerlendirme ünitesi
CBAVD	konjenital bilateral vas deferens yokluğu	ERPC	devam eden gebeliğin tahliye edilmesi
CCC	berrak hücreli kanser		
CEFM	devamlı elektronik fetal monitorizasyon		

ESHRE	Avrupa Üreme ve Embriyoloji Toplulu- ğu	IADPSG	Dişabet ve Gebelik Uluslararası Çalışma Grubu
ET	endometriyal kalınlık	IARC	Uluslararası Kanser Araştırma Derneğı
EUA	anestezik altında değerlendirme	ICI	Uluslararası İnkontinans Danışma
FBC	tam kan sayımı	ICS	Uluslararası Ürojinekoloji & Kontinans Derneğı
FDG	florodeoksiglukoz	ICSI	İntrastoplazmik Sperm Enjeksiyonu
fFN	fetal fibronektin	IOTA	Uluslar arası Ovaryan Tümör Analizi
FFP	dondurulmuş plazma sıvısı	IPUV	intra-uterin gebelikte belirsiz yaşam belirtileri
FGM	kadın genital yaralanması	IUP	intra-uterin gebelik
FGR	fetal gelişim geriliğı	IUS	intra-uterin sistem
FH	fetal kalp	IV	intravenöz
FIGO	Jinekoloji ve Obstetri Uluslararası Federasyonu	IVF	invitro fertilizasyon
FL	femur uzunluğu	IVH	intraventriküler hemoraji
FLAP	plasental anastamozlarda fetoskopik lazer ablasyon	IVIG	intravenöz immunglobulin
FMRI	frajil x mutasyonu	NNRTI	nükleozid olmayan revers transkriptaz inhibitörü
FSH	folikül stimüle edici hormon	NRTI	nükleozid revers transkriptaz inhibitörü
FVL	faktör 5 leiden	iPH	İdiopatik Pulmoner Hipertansiyon
G&S	grup ve dışı	JVP	juguler venöz basınç
GA	genel anestezik	KCl	potasyum klorid
GAS	grup A streptokok	KHQ	Kraliyet Sağlık Anketi
GDM	gestasyonel diyabetes mellitus	LAVV	sol atriyoventrikular kapak
GI	glisemik indeks	LB	canlı doğum
GM-CSF	granülosit-makrofaj koloni stimule edici faktör	LBC	sıvı bazlı sitoloji
GNRH	gonadotropin saliverici hormon	LD	en uzun çap
GNRHa	gonadotropin saliverici hormon analogları	LDA	düşük doz aspirin
GP	genel uygulayıcı-pratisyen hekim	LEEP	spiral elektrocerrahi eksizyon prosedürü (sıcak konizasyon)
GRIT	büyüme geriliğı müdahale girişimleri	LFT	karaciğer fonksiyon testleri
HAART	yüksek etkili retroviral terapi	LH	luteinize edici hormon
HAPO	hiperglisemi ve kötü gebelik sonuçları	LION	ovaryan neoplazide lenfadenektomi
HC	kafa çevresi	LLETZ	kalın kesitli transformasyon zonu eksizyonu (soğuk konizasyon)
HELLP	hemoliz, yüksek karaciğer enzimleri, düşük trombosit sayımı	LMP	son adet siklusu
HIV	insan immünyetmezlik virüsü	LMWH	düşük molekül ağırlıklı heparin
HNPCC	herediter non-polipozis kolon kanseri	LND	lenf nodu disseksiyonu
HPV	insan papilloma virüsü	LNG-IUS	Levonogestrelli Rahim içi Araç
HR	yüksek-risk HPV	LSCS	düşük segmentli sezaryen kesiti
HRQoL	sağlıklı yaşam kalitesi	LUNA	laparoskopik uterin sinir ablasyonu
HRT	hormon replasman tedavisi	LUTS	alt idrar yolları semptomları
HSG	histerosalpingogram	LV	sol ventrikül
HVS	üst vajinal sürüntü	LVSI	lenfovasküler alan yayılımı
HyCoSy	histerokontrastsonografi	MAP	ortalama arteriyel basınç

MCA	orta serebral arter	PIH	gebeliğin indüklediği hipertansiyon
MCDA	multipl konjenital gelişim anormallikleri	PKA	protein kinaz A
MEA	mikrodalga ile endometriyal abrazyon	PLGF	serbest plasental büyüme faktörü
MEOWS	Modifiye Erken Uyarı Skorlama Sistemi	pNK	periferel
MI	İntrauterin Mirena	POD	Douglas Boşluğu
MIST	gebelik kaybı tedavisi	POF	erken ovaryan yetmezlik
MPA	ana pulmoner arter	POP-Q	pelvik organ prolapsus ölçümü
MRI	manyetik rezonans görüntüleme	PPH	postpartum hemoraji
MSU	orta akım idrar	PPROM	preterm erken membran rüptürü
MTCT	anneden çocuğa aktarım	PPUL	bilinmeyen yerleşimli persistan gebelik
MTX	metotreksat	PPV	pozitif prediktif değer
MVV	maksimum rezidü hacim	PR	kısmi yanıt
MWT	dakika yürüme testi	PRECOG	Pre-eklampsi Topluluğu Rehberi
NACT	neoadjuvan kemoterapi	PROM	erken membran rüptürü
nCPAP	neonatal devamlı pozitif havayolu basıncı	PROMISE	tekrarlayan düşüklerde progesteron düzeyi
NEC	nekrotizan enterokolit	PROMISE	Anne ve bebek yaşama oranı teşviki
NICE	Ulusal Klinik İyileştirme Enstitüsü	Study	her yerde eğitim
NICU	yenidoğan yoğun bakım ünitesi	pT	primer tümör
NK	doğal öldürücü	PTB	erken doğum
NNT	tedavi gerektiren sayısı	PTD	erken doğum
NSAID	non-steroid antiinflatuar ilaç	PUL	bilinmeyen lokalizasyonlu gebelik
NT	ense kalınlığı	PVL	periventriküler lökomalazi
NTD	nöral tüp defekti	PVR	post voidial rezidü
NYHA	Newyork Kalp Derneği	PVR	pulmoner vasküler direnç
PAMG-1	plasental α -mikroglobulin-1	qfFN	kantitatif fibronektin
PAP	pulmoner arter basıncı	QOL	yaşam kalitesi
PAPP-A	plazma ilişkili protein A	RAC	hızlı ilerleyen klinik
PCOS	polistik over sendromu	RART	robotik abdominal radikal trakealektomi
PCP	pneumocystis carinii pnömonisi	RAVV	sağ atrioventriküler kapak
PD	ilerleyici hastalık	RBS	rastgele kan şekeri ölçümü
PEP	maruziyet sonrası profilaksi	RCT	randomize kontrollü çalışma
PESA	perkutanöz epididimal sperm aspirasyonu	RECIST	Solid Tümörlerde Yanıt Değerlendirme Kriteri
PET	pozitron emisyon tomografi	RFA	radyofrekans ablasyon
PFMT	pelvik taban kas egzersizi	RI	direnç endeksi
PFS	ilerleme-sağkalım	RM	tekrarlayan gebelik kaybı
PGD	pre-implantasyon genetik tanı	RMI	malignensi riski
PGD	prenatal genetik tanı	ROMA	ovaryan malignensi riski algoritması
PGP	pelvik kuşak ağrıları	RPOC	konsepsiyon sonrası kalıntı
PGS	pre-implantasyon genetik tarama	RR	rölatif risk
PH	pulmoner hipertansiyon	RV	sağ ventrikül
PI	proteaz inhibitörü	RVSP	sağ ventrikül sistolik basıncı
PI	nabız indeksi	SBAR	durum-arkaplan-değerlendirme-tavsiye
		SCC	yassı hücreli karsinom

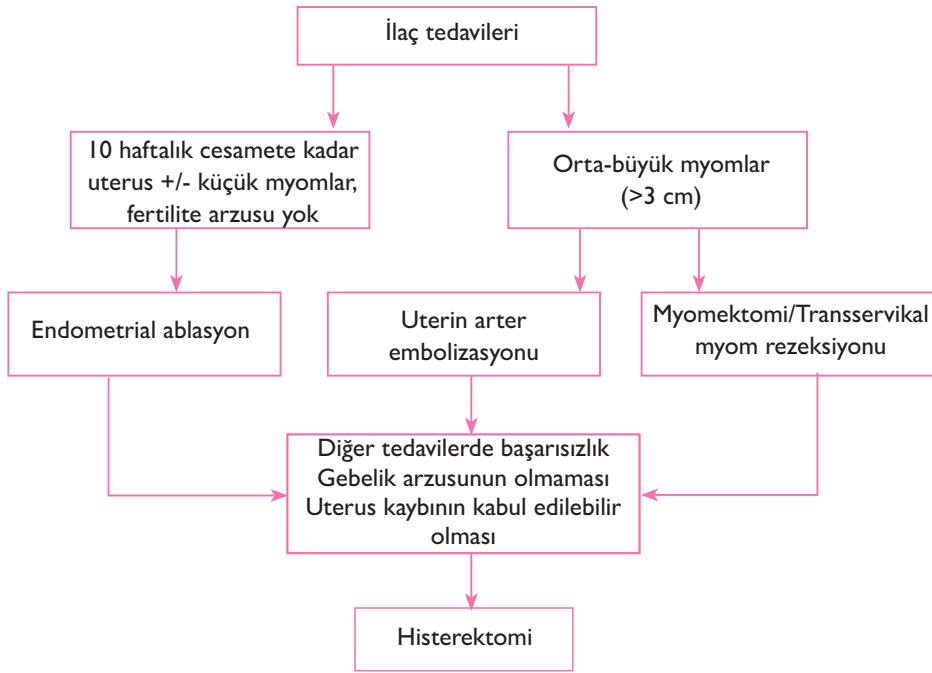
SD	kalıcı hastalık	TTTS	ikizden ikize transfüzyon sendromu
SFA	seminal sıvı analizi	TV	transvaginal
SGO	Jinekolojik Onkoloji Topluluğu	TVT	gerilimsiz vajinal bant
SIGN	İrlanda Üniversitelerarası Rehber Ağı	TVT-O	gerilimsiz vajinal bant-obturator
SLE	sistemik lupus eritematozus	TVUS	transvaginal ultrason görüntüleme
sPTB	spontan erken doğum	TWR	iki-hafta kuralı
SSR	cerrahi sperm nakli	UAE	uterin arter embolizasyonu
STAN	ST analiz	UFH	unfraksiyone heparin
STI	seksüel geçişli enfeksiyon	UI	üriner inkontinans
SVR	sistemik vasküler direnç	uNK	uterin
TAH	total abdominal histerektomi	US	ultrason
TAPS	ikiz anemi polistemi etkisi	UTI	idrar yolu enfeksiyonu
TCRE	transservikal endometrium rezeksiyonu	UVJ	üretrovezikal kavşak
TCRF	transservikal fibroid rezeksiyon	VB	vajinal brakiterapi
TESA	testiküler sperm aspirasyonu	VBAC	sezaryen sonrası vajinal doğum
TESE	testiküler sperm ekstrasyonu	VL	virüs yükü
TOE	transözefageal kardiyografi	VTE	venöz tromboembolik hastalık
TRAP	ikiz ters arteriyel perfüzyon	VV	veno-venöz
TRUST	uterin septum trans-section randomize çalışması	WHI	Kadın Sağlığı Girişimi

MRCOG MÜFREDATI: PROGRAM HARİTASI

Bilgi Teknolojileri, Klinik Yönetim ve Araştırmalar	Çekirdek Cerrahi Beceriler, Postoperatif Bakım ve Cerrahi Prosedürler	Antenatal Bakım	Maternal Tıp	Travay ve Doğumun Yönetimi	Jinekolojik Problemler	Subfertilite	Erken Gebelik Bakımı	Jinekolojik Onkoloji	Üojinekolojik ve Pelvik Taban
Olgu 17	Vaka 2	Vaka 6	Vaka 11	Vaka 17	Vaka 1	Vaka 4	Vaka 3	Vaka 22	Vaka 21
	Vaka 21	Vaka 7	Vaka 12	Vaka 18	Vaka 2	Vaka 20	Vaka 5	Vaka 23	
		Vaka 8	Vaka 13	Vaka 19	Vaka 20			Vaka 24	
		Vaka 9	Vaka 14						
		Vaka 10	Vaka 16						
		Vaka 15							

ATSM PROGRAMI REHBERİ

Maternal Tıp	Vaka 11 Vaka 12 Vaka 13 Vaka 14 Vaka 16
İleri Travay Gözetim Uygulamaları	Vaka 10 Vaka 15 Vaka 17 Vaka 18 Vaka 19
İleri Antenatal Uygulamalar	Vaka 7 Vaka 9 Vaka 13
Menopoz	Vaka 20
Onkoloji	Vaka 22 Vaka 23 Vaka 24
Benign abdominal cerrahi: açık ve laparoskopik	Vaka 2
Fetal Tıp	Vaka 6 Vaka 7 Vaka 8 Vaka 9
Benign jinekolojik cerrahi: histeroskopi	Vaka 1
Subfertilite ve üreme sağlığı	Vaka 4 Vaka 20
Akut jinekoloji ve erken gebelik	Vaka 3 Vaka 5
Ürojinekoloji ve vajinal cerrahi	Vaka 21

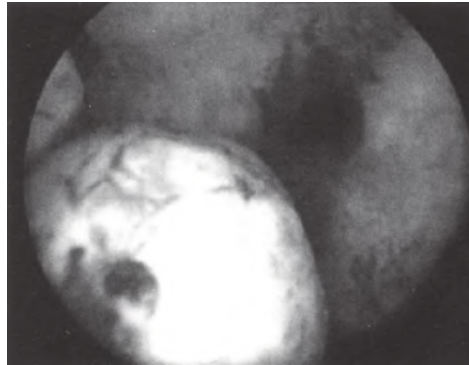


Şekil 1.3 Menorajide tedavi basamakları.

Öğrenme noktası

Menorajide tedavi basamakları

Menoraji tedavileri Şekil 1.3 te görüldüğü gibi düşünülebilir. Mevcut ve bir sonraki tedavi seçimini hastaların tercihleri belirler.



Şekil 1.4 Submüköz myomun histeroskopik görüntüsü.

Byn Deborah Holloway'in izniyle

Klinik ip ucu Genel anestezi ile gününbirlik histeroskopinin karşılaştırılması

Geleneksel olarak histeroskopi genel anestezi altında ameliyathanede yapılır. Gününbirlik histeroskopi genellikle anestezi veya servikal blok uygulanmadan bu iş için özel muayene odasında yapılır. Bu yöntem daha konforlu, daha hızlı iyileşme, genel anestezi risklerinden korunma ve uterin perforasyon riskinin azalması imkanlarını sunar. Ek olarak hasta ve kurumu için oldukça maliyetlidir.

Hastaya, semptomlarının yeterli kontrolü sağlanamaz ise, IUS' nin çıkarılıp, prosedürün tekrarlanabileceği konusunda danışmanlık yapılarak bir LNG-IUS takıldı. IUS takılmasının ardından kısa süreli (6 aya kadar) düzensiz kanama riski konusunda uyarıldı. Hasta aynı gün normal kan sodyum düzeyi ile taburcu edildi.

Uzman yorumu

İlk basamak tedavide myom ile ilişkili olan menoraji yapısal olarak normal uterusu oluşan menorajiden farklıdır. Mirena dahil ilaç tedavileri daha az etkili gibi görünmektedir ve myomların yerleşimi nedeniyle uygulama zordur. Ayrıca önemli boyutta myomlu hastalarda alternatif tedavi imkanları kısıtlıdır. Ek olarak bu tedaviler genel olarak daha invazivdir, önemli riskler taşımakta ve fertiliteye olumsuz etkileri bulunmaktadır. Bu yüzden bu kadınlarda etkili ve iyi bir tedavi yöntemi bulmak özel bir sorundur ve devam eden önemli araştırmaların odağı haline gelmiştir. Son zamanlarda UK ulusal guideline'ları 3 cm ve üzeri semptomatik myomlarda myomektomi, uterin arter embolizasyonu ve histerektominin önerilmesi gerektiğini bildirmektedir.

Uzman yorumu

Küçük polip çıkartılması, küçük myomların rezeksiyonu, endometrial ablasyon ve transservikal sterilizasyon gibi sıklığı artan operatif histeroskopi işlemleri ulaşılabilir oda ve cerrahın tecrübesine göre gününbirlik hastaya uygulanabilir. Genel anesteziye ihtiyacı olmadığı düşünülen kadınlarda gününbirlik ayaktan histeroskopi önerilmelidir.



THE AMERICAN FERTILITY SOCIETY REVISED CLASSIFICATION OF ENDOMETRIOSIS

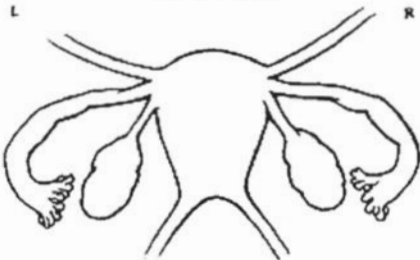
Patient's Name _____ Date _____
 Stage I (Minimal) - 1-5 Laparoscopy _____ Laparotomy _____ Photography _____
 Stage II (Mild) - 6-15 Recommended Treatment _____
 Stage III (Moderate) - 16-40
 Stage IV (Severe) - >40
 Total _____ Prognosis _____

PERITONEUM		ENDOMETRIOSIS	< 1cm	1-3cm	> 3cm
		Superficial	1	2	4
		Deep	2	4	6
OVARY		R. Superficial	1	2	4
		Deep	4	16	20
		L. Superficial	1	2	4
		Deep	4	16	20
POSTERIOR CULDESAC OBSTRUCTION		Partial		Complete	
		4		40	
OVARY		ADHESIONS	< 1/3 Enclosure	1/3-2/3 Enclosure	> 2/3 Enclosure
		R. Filmy	1	2	4
		Dense	4	8	16
		L. Filmy	1	2	4
		Dense	4	8	16
		R. Filmy	1	2	4
		Dense	4	8	16
		L. Filmy	1	2	4
TUBE		R. Filmy	1	2	4
		Dense	4	8	16
		L. Filmy	1	2	4
		Dense	4	8	16

*If the fimbriated end of the fallopian tube is completely enclosed, change the point assignment to 16.

Additional Endometriosis: _____
 Associated Pathology: _____

To Be Used with Normal
Tubes and Ovaries

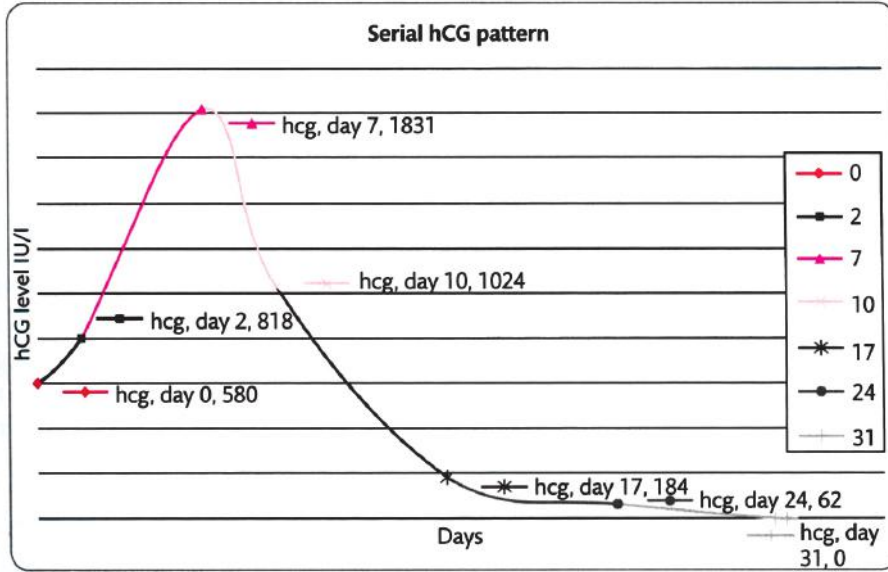


To Be Used with Abnormal
Tubes and/or Ovaries



Şekil 2.2 Amerikan Fertilite Cemiyetinin revize edilmiş endometriozis sınıflaması.

Reprinted form Fertil Steril 67,5, Robert S Scheken, David S. Guzick, Revised endometriosis classification, 815-16. Copyright 1997, with perssion form Elsevier



Şekil 3.8 İlk vizitten rezolüsyona kadar seri serum β hCG düzeyleri.

verici özellik yoktu. Hasta asemptomatik olup, muayene ya da taramada hassasiyet yoktu. Metotreksat tedavisine hazırlık amacıyla serum β hCG, tam kan sayımı, renal ve karaciğer fonksiyon testleri değerlendirildi.

β hCG düzeyi %44.1 oranında azalarak 1024 IU/L'ye düşmüştü. Şimdi geçmeye başlayan PYBG'nin ekspektan tedavisi önerildi ve hastayla anlaşma sağlandı. Dört gün sonra hastada kramp tarzında santral alt abdomen ağrılarıyla ilişkili olarak, küçük pıhtıların eşlik ettiği ciddi vajinal kanaması başladı. Bir ve iki hafta sonra ölçülen serum β hCG değerleri sırasıyla 184 ve 62 IU/L idi (Şekil 3.8). Bu süre zarfında kanaması minimaldi ve kramp durmuştu. Son β hCG'den bir hafta sonra tekrar aile hekimine refere edilerek taburcu edildiğinde üriner gebelik testi negatif çıktı.

Sonuçta, hastanın isteği olan devam eden gebelik olmasa bile, fertilitasını etkileyebilecek veya geciktirebilecek müdahaleden kaçınıldığı için memnundu ve izlemi konusunda endişesi yoktu.

Uzman yorumu

Bu gebeliğin klinik ve biyokimyasal davranışları TVUS'ta görünecek dereceye kadar gelişmeyen erken, gecikmiş intrauterin düşükle uyumludur. Hastanın Afro-Karayıplı oluşu, mutlak hCG düzeyinin tarama bulgularından beklenilenden daha yüksek çıkması gerçeğine katkıda bulunmuştur. Bu olgu, klinik olarak stabil bir hastada gereksiz müdahale olmaksızın akıllıca izlemenin avantajlarını göstermektedir. Hastanın kalan tek tüpünü korumayı istediğimizden, ilave bir baskı ve potansiyel olarak daha düşük bir müdahale eşiği vardı. Trofoblast bir kez regresyonda olduğunda, metotreksatın hCG'nin azalma hızını artırdığına ilişkin kanıt yoktur. Yedinci gündeki müdahale bu hastada doğru tanının konulmamasına ve gelecekteki fertilitayla ilişkili sonuçlarla birlikte kalan tüpte ikinci bir ektopik gebeliği olduğu varsayımına yol açacaktı.

★ Öğrenme noktası

Tekrarlayan Düşüklerde Asiste Reprodüktif Teknikler(ART)

Preimplantasyon genetik görüntüleme ve ART'ın tekrarlayan düşükleri olan kadınlarda, genetik olarak normal olduğu düşünülen embriyoların transferi ile canlı doğum oranlarını iyileştireceğine dair beklentiler vardı. Buna rağmen ileri maternal yaş da dahil olmak üzere PGG ve ART'ın gebelik oranları ve canlı doğum oranları spontan gebeliklerden daha düşük bulunmuştur (26,44,45). Yine de kromozomal translokasyon sahip olan çiftlerde ve fetal anöploidiye bağlı düşükleri olan kadınlarda olduğu gibi ART'a ihtiyaç duyulan bir durumda bir şans verilebilir.

“ Uzman yorumu

Tekrarlayan düşükleri olan kadınlarda yardımcı üreme tekniklerinin yeri olsa da bu rol oldukça kısıtlıdır. Yine de bu kadınlar kliniğe geldiklerinde bu tedavi yönteminin problemlerini çözeceğine dair beklenti içerisinde olabilirler. Bu nedenle hastaya tam olarak kanıtlanmamış bazı riskler taşıyan, herhangi bir destek tedavisinden daha etkili olamayabilecek, pahalı bir tedavi yöntemini sunmaktan uygun bir şekilde danışmanlık verilmesi önemlidir.

★ Öğrenme noktası

Yaşla birlikte düşük riski (47) ve daha sonraki gebelikte tahmini başarı oranı (%)

İlerleyen anne yaşı, oosit sayısında ve kalitesinde düşüş ile ilişkilidir. Yaş ilişkili düşük yapma riskinin kanıtlandığı gebelikler:

- 12-19 yaş arasında %13
- 20-24 yaş arasında %11
- 25-29 yaş arasında %12
- 30-34 yaş arasında %15
- 35-39 yaş arasında %25
- 40-44 yaş arasında %51
- 45 yaş < %93

- Genel anestezi altında vakum küretaj ile cerrahi yaklaşım (493 kadın)

Primer sonuç-girişim yapıldıktan 14 gün içinde doğrulanmış jinekolojik enfeksiyon oranı (pürülan-vaginal akıntı, >38 C ateş, abdominal muayenede uterus üzerinde hassasiyet ve lökosit sayısının >15000 olması kriterlerinden iki veya daha fazlasının varlığı olarak kanıtlanmış)

Başarılı tedavi-8 hafta içinde planlanmamış cerrahi girişim olmaması olarak tanımlanmış.

Sonuçlar:

- Doğrulanmış enfeksiyon oranları her üç grupta %2-3 olarak benzerdir.
- Cerrahi tedavi konservatif tedavi ile karşılaştırıldığında enfeksiyon ile daha ilişkili bulunmuştur (%8-%4, %95 CI1-8).
- Medikal ve konservatif yöntemle karşılaştırıldığında kanamanın kesilmesi cerrahi tedavide daha erken gerçekleşti, bunun 14 gün boyunca hemogloblin konsantrasyonuna etkisi olmadığı düşünüldü.
- Konservatif tedavi cerrahi tedavi ile karşılaştırıldığında belirgin olarak daha yüksek planlanmamış hastaneye kabul oranlarına (%49-%8,%95 CI47-36) ve daha yüksek analjezi gereksinimine sahip.
- Konservatif tedavi alan gruptaki kadınların %44'ü ve medikal tedavi alan kadınların %36'sı planlanmamış cerrahi müdahale gerekti. Bu cerrahi müdahale gereken grupta cerrahi komplikasyon oranları benzer bulundu (%1-2).

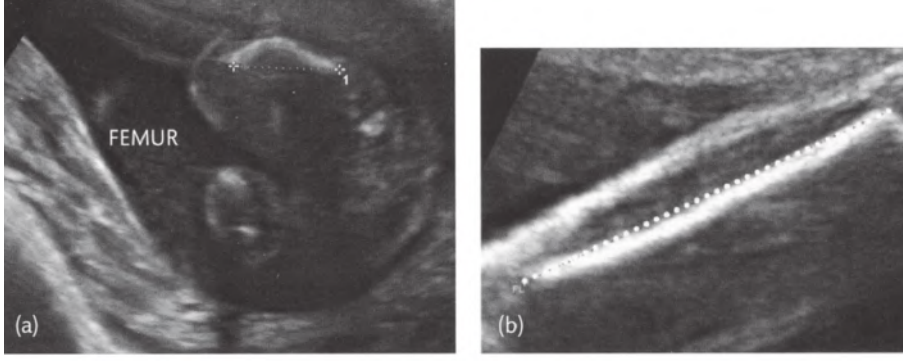
İlerleyen yaşı nedeni ile reprodüktif potansiyeli azalan ve antikoagülan tedavisi başarısız olan ve bu yüzden anksiyöz olan hasta internet üzerinden tekrarlayan düşükler için deneysel tedavileri araştırmaya başladı. Jinekologundan progesteron ile deneysel bir tedavi olan immünolojik araştırmalar yapılmasını talep etti. Hasta bu tür tedavilerin kanıtlanmamış sonuçları hakkında bilgilendirildi. ve tekrarlayan düşükleri önlemek için progesterona karşı plasebonun kullanıldığı bir çalışmaya katılma şansı önerildi. Bununla birlikte hastaya yakın takip ve rutin taramalar ile hala %70 canlı doğum gerçekleştirme şansına sahip olduğu anlatıldı (Tablo 5.4).

Tablo 5.4 Yaş ve önceki düşüklerin sayısına bağlı olarak sonraki gebelikte öngörülen başarı oranı (%)

Yaş	Önceki düşüklerin sayısı			
	2	3	4	5
20	92	90	88	85
25	89	86	82	79
30	84	80	76	71
35	77	73	68	62
40	69	64	58	52
45	60	54	48	42

✓ Kanıta dayalı Progesteron Desteği

Progesteron korpus luteum ve plasentadan sekrete edilir, implantasyona hazırlanan endometriyumun desidualizasyonu ve erken gebeliğin devamı için önemlidir [48]. 15 çalışmadan oluşan sistematik bir derleme progesteronun kadınlarda düşük riskini anlamlı bir şekilde düşürmediğini gösterdi (OR 0.98, %95 CI-1.24)(49). Buna rağmen tekrarlayan düşükleri olan kadınlar üzerinde yapılan üç küçük çalışmanın subgroup analizinde plaseboya ya da tedavi verilmeyen grupla karşılaştırıldığında düşük oranlarının anlamlı bir şekilde azaldığı gösterilmiş (OR 0.38, %95 CI 0.20-0.70). Biyolojik olarak progesteronun gebeliğe pozitif etkisinin bulunması, idiyopatik tekrarlayan düşükleri olan kadınlar üzerinde progesteron takviyesinin gebelik sonuçlarını iyileştirme üzerine geniş bir çift kör randomize kontrollü çalışma (tekrarlayan düşüklerde progesteron; PROMİSE çalışması) yapılmakta. Bu çalışma pozitif bir gebelik testi sonrasında 790 kadına plasebo veya günde iki defa 400 mg vaginal progesteron uygulaması ile randomize etmeyi amaçlamakta, 12 hafta boyunca progesteron takviyesinin 24 haftanın üzerinde canlı doğum sayısını artırıp artırmadığı gözlemlenecektir [50].



Şekil 6.3 Eğik femurun sagittal bir görünümü (A). Normal femur ile karşılaştırıldığında dikkat çeken eğrilik (B).

★ Öğrenme noktası İskelet displazisi tipleri

İskelet displazilerinin bir çok farklı formu bulunmaktadır. En sık görülen ölümcül ve ölümcül olmayan tipler ise aşağıda kısaca özetlenmiştir;

Tanatoforik displazi: 1/20.000 gebelikte görülen en sık ölümcül displazidir. İki alt tipi mevcuttur; tip I ve tip II; uzun kemiklerde kısalık ve eğrilik (özellikle femurda), kısa kosta ve parmaklar, frontal çıkıntı ve makrosefali, yonca yaprağı şeklinde kafatası ile karakterizedir.

Akondrogeenezis; 2/10.000 gebeliği komplike eder. Kollarda kısalık mevcut iken baş büyümesi korunmuştur. İki alt tipi mevcuttur. Tip I'de mikrognati, kısa kol, kırıklar, spinal ve kranial osifikasyonda yetersizlik bulunur. Tip II'de ise kosta kırığı bulunmaz ve kafatası gelişimi normal görünümündedir. Her iki tipte de artmış nokal translusens görülebilir ve kısa kol ve göğüs çevresine kıyasla abdominal ve baş gelişimi korunmuştur. Polihidramnion sık bulgusudur.

Osteogenesis imperfecta 1.6-3.5/10000 sıklıkta görülen, birkaç alt tipi bulunan ve tip I kollajen yapısında bozukluktan kaynaklanan bir bağ dokusu hastalığıdır. En ağır vakalar yeni dominant mutasyonlardan kaynaklanır; bazı vakalarda otozomal resesiftir. Tip I kemiklerde hafif kısalık ve birkaç kırıkla prezente olabilir. Kemiklerde açılma ve eğilme ile beraber kallus oluşumu görülebilir. Bu alt grup genellikle postnatal dönemde teşhis edilir. Tip II ise en şiddetli ve ölümcül olanıdır. Hipomineralizasyon, kotalarda tesbih görünümü, küçük göğüs kafesi, uzun kemiklerde kısalık ve kafatasında hipomineralizasyon ile karakterizedir. Tip III şiddetlidir ancak yaşla bağdaşır. İn utero başlayan ve progresif deformasyon ile karakterizedir; kollarda kısalık ve eğilme 20. Gebelik haftasında belirginleşir; göğüs kafesi ve kostolar genellikle normaldir. Tip IV ise prenatal tanının genellikle zor olduğu bir gruptur.

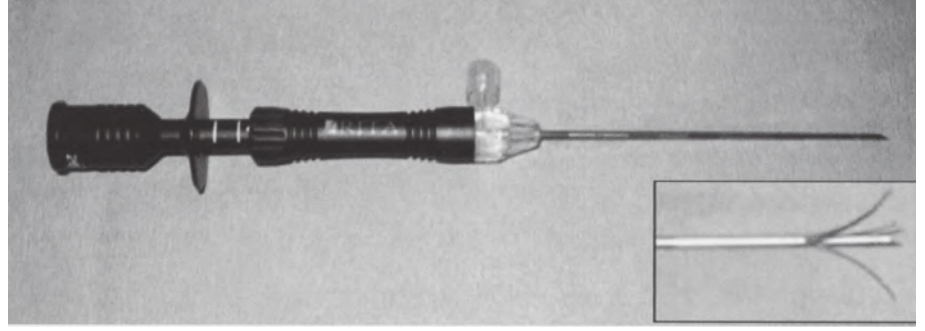
Akondroplazi: en sık ölümcül olmayan iskelet displazisidir. 15/100.000 oranında görülür ve FGFR3 mutasyonundan kaynaklanır. Kol uzunluğu 22. gebelik haftasına kadar genellikle normaldir; tanı 3. Trimesterde konulur. Diğer sonografik bulgular arasında frontal çıkıntılanma (bossing), kısa parmaklar, makrosefali, küçük toraks ve hafif ventrikülomegali yer alır. Polihidramnion sık bir bulgusudur. Akondroplazi homozigot formda ölümcüldür.

hasta kabul etmemiş. Polihidramnionun ilerleyişi Şekil 6. 4 te, amniotik sıvı indeksi tablosunda işaretli olarak görülebilir.

34 hafta 3. günde mevcut bulgular devam ederken hastalığın prognozu ile ilgili kaygılar ortaya çıkmıştır. Neonatal dönemdeki prognoz ve doğum sonrası tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi amacı ile yenidoğan uzmanları ile de toplantı yapılmıştır.

“ Uzman yorumu İskelet displazileri

İskelet displazileri heterojen bir grup bozukluktur. Belirli tipleri ölümcül olmasına karşın bazı tipleri minimal girişimlerle bireyin normal üretken hayatını yaşamasına engel olmaz. 10.000 doğumda 2.4 doğumu komplike ederler. Vakaların %55'i perinatal ölüm ile sonuçlanır. İskelet displazileri için bazı farklı klasifikasyonlar önerilmiştir ve bu sınıflamalar klinik, radyolojik, genetik moleküler temeline dayanılarak yapılmıştır. (ilgili öğrenme noktasında açıklanmıştır)



Şekil 7.6 Radyofrekans iğnesi. İğne dişler içe çekik olarak sokulur. Doğru lokasyona sokulduğunda (fetal abdominal kord insersiyonu) alterne akım (inset) uygulandığında eşit konsentrik koagülasyon sağlamak için dişler harekete geçirilir.

Dr. Gowrishankar Paramasivam'ın müsadesi ile.

“ Uzman yorumu Monokoryonik ikiz gebeliklerde beklenmeyen fetal ölüm

24. gebelik haftası öncesinde monokoryonik ikiz gebeliklerde fetal ölümün en yüksek olduğu öne sürülmektedir ve sıklıkla TTTS ve IUGG'nin bir sonucudur [32]. Ancak yoğun fetal gözleme rağmen bu gestasyonel gebelik haftasının sonrasında sözde komplike olmayan monokoryonik ikiz gebeliklerde % 4.6'ya varan beklenmeyen geç fetal ölüm izlenmiştir [33]. Bu çalışmada, fetal kayıp sonrası postmortem değerlendirme yapılmış ve yedi gebeliğin ikisinde subakut TTTS farkedilmiş kalan beşi açıklamamıştır. Daha güncel bir popülasyon çalışmasında, 24. Gebelik haftasından sonra doğurtulan 387 tane monokoryonik gebelikte % 6.2 oranında 33. Haftadan sonra fetal ölüm için prospektif risk göstermiştir. Beklenmedik geç fetal kayıpları önlemek için erken doğurtma gibi yoğun antenatal monitorizasyon da önerilmiştir. Ancak güncel yaklaşımda değişiklik yapılabilmesi için daha geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç vardır.

“ Uzman yorumu Doğumun zamanlaması

Monokoryonik ikizlerde doğumun optimal zamanlaması ve yöntemi tartışmalıdır. Monokoryonik ikizlerin doğumu, daha erken doğurtmayı gerektiren endikasyonlar olmadığı sürece genellikle 36 ve 37. Gebelik haftası arasında planlanır [1, 8]. Her ne kadar doğum esnasında akut interfetal transfüzyon riski olsa da bu riskin tam seviyesi bilinmemektedir. Hem NICE hem de RCOG vajinal doğumun kontrendike olmadığını ve sezaryenin standart obstetrik endikasyonlarda yapılması gerektiğini öne sürmektedir. Eğer doğum şekli olarak vajinal doğum seçilmiş ise sürekli elektronik fetal monitorizasyon yapılmalıdır [8].

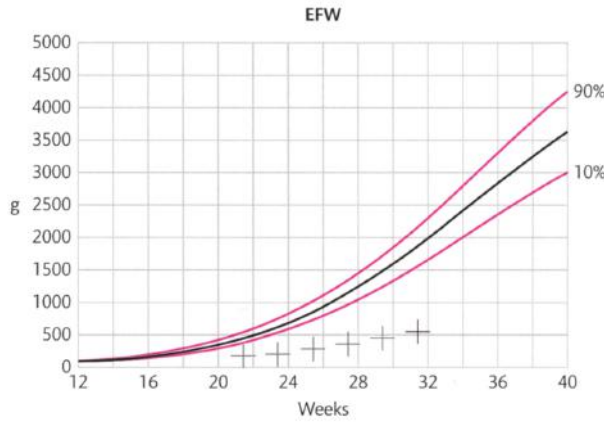
★ Öğrenme noktası Monokoryonik ikizlerde nörolojik hasar

TTTS ile komplike veya ikizlerden birinin öldüğü durumlardaki monokoryonik gebeliklerde nöro-gelişimsel anormallik riskinin daha yüksek olduğu bilinmektedir.

Yeni bir sistematik derleme ilk trimesterden sonra ikizlerden birinin ölümünü takiben diğer ikizin ölümü ve sağ kalanlar arasında nörolojik anormalliğin monokoryonik ikizlerde dikoryonik ikizlere göre 4-6 kat fazla olduğunu göstermiştir [35]. Fetal gelişme geriliğinin, prematürite ve düşük doğum ağırlığının da yaptığı gibi serebral palsy riskini artırdığı bilinmektedir.

Monokoryonisitenin kendisinin serebral hasar için bir risk faktörü olduğu öne sürülmüştür. Plasental anastomozların varlığı perinatal morbidite ve mortalite için dikoryonik ikizlere kıyasla monokoryoniklerde daha yüksek risk sunmaktadır.

Beyin hasarının mekanizmasının fetuslardan birinin paylaşılan plasental anastomozlarla ölmekte olan diğer ikize doğru kanının geçmesi neticesinde şiddetli fetal hipotansiyonuna sekonder olduğu inanılmaktadır. Eğer bu ikiz hipotansiyonla başeder ve iyileşirse şiddetli beyin hasarı olasıdır [36]. Bu lezyonlar karakteristik olarak fetal beyinde watershed alanlarında kistik değişiklikler ve önemli ölçüde uzun dönem nörolojik handicap ile sonuçlanabilir. Monokoryonik ikizlerde in utero serebral hasar için diğer bir potansiyel mekanizma ikizlerden birinin ölümüne bağlı koagülopatiyeye sekonder trombotik materyalin ölü fetustan sağlıklı ikize geçişini içermektedir [37]. Monokoryonik ikizlerde izlenen beyin hasarının paterni kistik periventriküler lökomalizi (PVL) (in utero veya postnatal tanısı konmuş), intraventriküler hemoraji (IVH) veya emboliye sekonder serebrovasküler lezyonları içermektedir. Bunlar körlük, sağırılık ve serebral palsiyi içeren belirgin nörolojik bozuklukla sonuçlanabilir.



Şekil 9.2 Takip edilen fetusun tahmini doğum ağırlığı (TFA) genetiği. Burada da gösterildiği üzere, ciddi erken başlangıçlı FGR, azalan büyüme hızı ve artan ortalamadan sapma ile ilişkilidir.

arter ve duktus venozus dalga paternleri normaldi ama 31 hafta 4 gün olduğu zaman bozulmaya başladı, duktus venozus akımında 'a' dalgası kayboldu. Bu haftada tahmini fetal ağırlık 530 g civarındaydı (Şekil 9.2). Betametazon 24 saatlik süre zarfında uygulandı ve bebeğin normal doğum eylemini tolere edemeyeceğinden dolayı alt segment sezaryen kesi ile 520 g ağırlığında erkek bebek doğurtuldu.

★ Öğrenme noktası FGR'de Ultrasonografi Bulguları

Anormal plasentasyonun olduğu yerde, uterin spiral arterlerin adaptasyon bozuklukları ile anormal vaskülarizasyonu, fetusa oksijen ve besin transferinde yetersizlik ve kan desteğinde eksiklikle sonuçlanırlar. Bu fizyolojik adaptasyon bozuklukları birçok ultrasonografik bulgularla ilişkilidir.

- Uterin arter 'notching' ve 'resistance index' artışı

Spiral arter adaptasyonundaki yetersizlik uterin arter 'notching' ile, anormal trofoblast gelişimi umbilikal arterde rezistansın artışı ve diastol sonu akımın yokluğu veya ters dönmesi şeklindeki bulgu ile ilişkilidir. Bu değişikliklerin her ikisi de FGR gebeliklerinde sıklıkla görülür.

- Arteriyel ve venöz Doppler

Anormal plasentasyon fetal oksijen kullanımını azaltabilir ve hipoksiye yol açabilir. Bu değişiklikler genellikle kroniktir, fetüs bunları telafi edebilir ve bunlar arteriyel ve venöz umbilikal arter Doppler ölçümleriyle tespit edilebilir.

- Orta serebral arter pulsatilite indeksi

Fetal hipoksiye cevapta primer kompenzasyon, oksijenize kanın serebral sirkülasyona doğru redistribüsyonudur. Bu durum serebral vazodilatasyon ile gerçekleşir ve orta serebral arter (MCA) pulsatilite indeksi (PI) azalma ile kendini gösterir [8].

- Fetal abdominal çevre

Hipoksiye cevap olarak fetusta, çapını değiştirebilen duktus venozus aracılığıyla, oksijenden zengin kan sağ atriuma yönlendirilir [11]. Bu durum sonucunda, portal sirkülasyona giden kanda azalma

(devam ediyor)

Tablo 12.2 2010 GDM tanı ve tarama için IADPSG Önerileri

Önerilen Tanısal Test	Tanısal Sınır Düzeyleri (mmol/L)				Gerekli Anormal Değer Sayısı	Önerilen Tarama Stratejisi
	Açlık	1. saat	2. saat	3. saat		
75 gr OGTT	≥5,1 veya	≥10,0 veya	≥8,5	—	1	FPG/HbA1c erken gebelik haftasında; Normal ise 24-28 hafta saatlik 75 gr OGTT

* ADA (7) ve SIGN ve son dönemde DSÖ tarafından adapte edildi.

düzeyi 80 mmol/mol (DCCT %9,5). 6 ay öncesinde hafif retinopati ve konsepsiyon öncesinde mikroalbuminüri tespit edildi. Enjeksiyon yerlerini düzenli olarak değiştirdiğini belirtti. Gebelik tespitinden itibaren Ramipril 5 mg kesildi.

IVF tedavisi başarılı olunca diyabet kontrolü için daha motive olduğunu belirtti. Günde 4 kez ölçtüğü kapiller glukoz düzeyi kahvaltı öncesi 6-9 mmol/L, öğle yemeği öncesi 6-8 mmol/L, akşam yemeği öncesi 9-13 mmol/L ve gece yatmadan önce 9-13 mmol/L idi. Aylık ortalama kan şekeri düzeyi 9,5 mmol/L. İdrar keton testi için gerekli malzeme hastaya verildi ancak kullanması gerekmedi. Bulantı ne-

“ Uzman yorumu

ACE inhibitörleri, ARBler ve statinler DM hastalarında sık kullanılır ancak gebelikte kontraendikedir. Konsepsiyon sonrası kesilip uygun ilaç başlanmalı.

“ Uzman yorumu

Konsepsiyon öncesi mutlaka eğitim ve bilgilendirme yapılmalı, Konsepsiyon öncesi HbA1c düzeyi 43 mmol/mol (%6,1) en ideal düzey olup 86 mmol/mol (%10) üzeri ise gebelik önerilmez. Gebelik öncesi anne ve bebek için kısa ve uzun dönem risk faktörleri tek tek tartışılmalı.

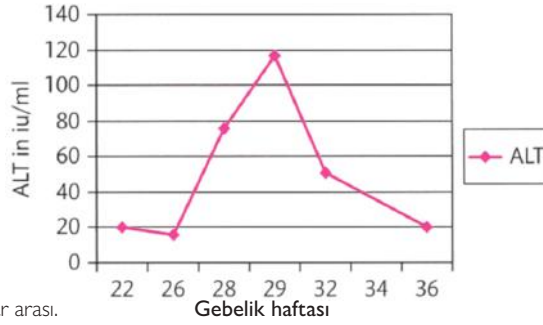
★ Öğrenme noktası Prekonsepsiyon Danışmanlığı

Hintli hasta gebelik planlandığı an IVF merkezi tarafından yüksek doz folik asit tedavisine başlanmış ancak bazal HbA1c düzeyinin yüksekliği ile ilgili bilgilendirilmemiş. NİCE yeni kriterleri ile diyabeti olan gebe sadece gebelikte diyabete bağlı riskler anlatılmamalı, bu risklerin nasıl düşürülebileceği hakkında bilgilendirilmeli (2).

Gebelikte kan şekerinin normale yakın olmasının öneminin her anne farkında. Anne ve gebelik döneminde HbA1c düzeyinin düşmesi ile riskler azalır.

Prekonsepsiyon danışmanlıkta anahtar noktalar:

- Gebeliğin gelecek planları tartışılmalı.
- Gebelik öncesi bakımın önemi öğretilmeli.
- Gebelik öncesi ve erken gebelik döneminde kötü glisemi kontrolünün gebelik için büyük risk oluşturduğu hakkında bilgilendirilmeli.
- Gebelik dönemine bakım hakkında bilgilendirme ve iletişim bilgileri verilmeli.
- Tip 2 DM li kadınlarda konsepsiyon öncesi medikal tedavi değişimi ve gebelik öncesi veya döneminde insulin tedavisine geçiş ihtimali hakkında bilgilendirilmeli.
- Kontrasepsiyon hakkında bilgilendirme
- Gebelik öncesi folik asit ve diğer ek besin takviyesi hakkında bilgilendirme
- Gebelikte teratojen ilaçlar hakkında bilgilendirme
- Gelecekteki gebeliği etkileyebilecek diyabet komplikasyonları tartışma
- Planlanmamış gebelikte acil başvurunun önemi anlatılmalı



Şekil 13.1 ALT düzeyleri 22- 36 haftalar arası.

Tablo 13.3 Kan sonuçları

Parametre	Sonuç	Parametre	Sonuç
Hb	10.7	ALP	78
WBC	11	ALT	82
Lenfosit	0.8	Albumin	29
Trombosit	244	Safra asiti	6
Sodyum	136	Hepatit A	Önceki enfeksiyon bulgusu
Potasyum	4.2	Hepatit B	Tespit edilmedi
Kreatin	78	Hepatit C	Tespit edilmedi
Üre	3.2	H1N1 sürüntüsü	Negatif

32 hafta

32. haftada ALT değeri (51 gibi) hala yüksek olmasına rağmen hasta klinik açıdan iyiydi (Şekil 13.1). İdrarda protein yoktu ve kan basıncı normal olduğu gibi safra asitleri de normal değerlerdedi. 32. ve 36. haftalardaki USG taramaları normal gelişim hızı ve sıvı hacmi göstermekteydi.

36 hafta

36. hafta antenatal muayenede karaciğer fonksiyonları normale döndü ve hastaya postviral hafif hepatit tanısı kondu (Şekil 13.1).

Öğrenme noktası Gebelikte anormal karaciğer fonksiyonu

HAART alan gebe kadınlarda karaciğer fonksiyon testlerindeki anormallikler sık olarak görülür.

Ayırıcı tanı şunları içerir;

- Gebelik kolestazi
- Preeklampsi (HELLP sendromu ile)
- Akut viral hepatit ve antiretroviral tedaviye reaksiyon

Ek olarak ileri evre HIV'li gebe kadınlar, PCP (pnömocistis carinii pnömonisi) gibi, fırsatçı enfeksiyonlar için daha yüksek riske sahiptir. PET, akut viral hepatit A,B,C ve CMV tanıları ekarte edildikten sonra dikkatler gebelik kolestazi ve ilaç reaksiyonuna çevrilir. HIV doktoru ile konsültasyon yardımcı olabilir ancak bazen dikkatli bir gözlem de doğru teşhisi (bu vakada olduğu gibi) açığa çıkaracaktır. ALT değeri artmaya devam etseydi ve kaşıntı belirtisi ortaya çıksaydı teşhis gebelik kolestazına değişecek ve urso-deoksikolik asit ile tedavi ve doğumun 38. gestasyon haftasında planlanması düşünülecekti.

Misafir uzman yorumu (HIV doktoru)

ALT deki artış antiretroviral toksisitenin sonucu olarak oluşabilir. Gerekli incelemeler hakkında bilgilendirmek için HIV ekibi ile obstetri ekibi arasındaki iletişim çok önemlidir. Eğer HAART toksisitesinden şüphelenilirse, HAART rejimini değiştirmek gerekebilir.

★ Klinik ip ucu Antenatal kortikosteroidler

Antenatal kortikosteroidler respiratuar distres ve intrakranial kanama riskini azaltmada yararlıdır. Prednizolon bir oral kortikosteroiddir ve çoğu plasenta tarafından inaktive edilmektedir. Yalnızca %10'u plasentadan geçmekte ve fetusa ulaşmaktadır. Bu nedenle fetal akciğer maturasyonu için her zamanki parenteral kortikosteroidleri uygulamak önemlidir.

“ Uzman yorumu

Uzun dönem oral kortikosteroid kullanımı annede adrenal supresyona yol açarak strese (doğum, cerrahi) yanıtını bozabilmektedir. Anne eğer iki haftadan uzun süredir 7.5 mg OD'nin üzerinde prednizolon alıyorsa doğum eylemi sırasında her altı saatte bir iv hidrokortizon almalıdır.

“ Uzman yorumu

Enalapril emzirmede daha güvenilir bilgilere sahip olunan bir ACE inhibitörüdür. Bazı yazarlar aksini savunsada azatioprin emzirirken güvenlidir. Emzirme ertelenmemelidir ve hasta emzirme sırasında ilaçların güvenilirliği hakkında rahatlatılmalıdır. Geleneksel olarak bebekteki teorikte immunsupresyon riski nedeniyle azatioprin kullanan kadınlar emzirmeden soğumuştur. Durum böyle değildir ve FDA tarafından D kategorisinde değerlendirilse de aksini gösteren iyi tecrübe ve kanıtlar bulunmaktadır [28, 29, 30]. Emzirme sırasında güvenli olan diğer immunomodulatorler ve biyolojik ajanlar prednizolon, antimalaryaller ve infliksimabdır, siklofosamid ve metotreksat ise kontrendikedir [31]. Siklosporin ve takrolimus da muhtemelen güvenlidir.

Tablo 14.7 Preeklampsi ve lupus atağı ayırıcı tanısı [6]

	Preeklampsi	Lupus atağı
Proteinüri	++ VEYA >0.3 g/gün VEYA	++ (lupus nefritinde)
İdrarda kırmızı küre kastle	PCR >30	Var (lupus nefriti ise)
İdrar mikroskopisinde KKH	Yok	Nefritik ise var
Hipertansiyon	Yok	Olabilir
Cilt ve eklem tutulumu	Var	Malar raş, fotosensitif raş veya artrit bulgusu
Nöbetler	Hayır	Nörolojik tutulum varsa var
Ürat	Eklampside var	KBH yoksa artmamış
albumin	Artmış	Nefrotik sendromsa çok düşük
KCFT	Düşük	SLE atağında nadiren bozuk
C3 ve C4	Bozuk olabilir	Düşük
Anti-ds DNA	Erken gebelikte değişmez	Yükselmiş
	Değişmez	

Tablo 14.8 31+4. haftadaki araştırmalar (anormaller kalın yazılmıştır)

BKH: 6x109/L	Albumin: 18 g/L
Hb: 11 g/L	ALP: 240 IU/L
Plt: 90x109/L	ALT: 22 IU/L
Na: 139 mmol/L	PCR: 800 mg/mmol
K: 4.6 mmol/L	
Kreatinin: 159 mikromol/L	

31+3/40'ta yapılan fetal ultrasonda büyüme hızında azalma görülmüş olup fetus yirmi beşinci persentilde büyümekteydi. Sıvı hacmi ve umbilikal arter Doppleri normaldi. Maternal endikasyonlar (muhtemel preeklampsi ve Tablo 18.4'te gösterilen kreatinin ve albumin düzeyleri) nedeniyle doğum kararı verildi. Fetal akciğer maturasyonu için iki doz im betametazon yapıldı.

Doğum prostaglandinle indüklendi ve 1800 gram ağırlığında, iyi durumda bir kız çocuğu doğurtuldu. Yoğun bakıma alındı ve iyi gelişme gösterdi.

Erken postpartum dönem sorunsuz geçti. 1. günde antihipertansifler enalapril ile değiştirildi. KB yükseldiğinde 2 ve 3. günlerde nifedipin gerekli oldu ancak taburculuktan önce kesildi. Bir hafta boyunca DMAH normal dozu olan 40 mg OD ile reçete edildi. Günlük olarak kan testleri tekrar edildi. Kreatinin düzeyleri giderek düşmeye başladı. Doğumdan sonra birinci haftada hasta taburcu edildi ve postpartum atak hakkında uyarıldı. Bebek üç haftalık olduğunda taburcu edildi.

★ Öğrenme noktası Doğum şekli

SLE'li kadınların yaklaşık yarısında sezaryen uygulanmaktadır. SLE veya renal tutulum bir sezaryen endikasyonu değildir; normal obstetrik endikasyonlarda veya nadiren gelişen fetal KBH'da uygulanmalıdır. Bizim vakamızda fetal risk mevcut değildi (sıvı ve Doppler normaldi) veya KBH yoktu ve hasta daha önce vajinal doğum yapmıştı. Bu nedenle bebek preterm olsa da doğum indüksiyonu mantıklıdır. Devamlı CTG monitorizasyonu şarttır.

✚ Klinik ip ucu Bishop Puanlaması

Bishops skor indüksiyon yöntemi (bakınız Tablo 17.6) doğum indüksiyonu için serviksin uygunluğunu ve böylelikle hangi indüksiyon yönteminin kullanılması gerektiğini belirlemek için kullanılan bir skorlama sistemidir. < 5 skor serviksin uygun olmadığını ve indüksiyon gerekirse prostaglandin ile servikal olgunlaşmanın gerekli olacağına işaret eder. > 7 skor serviksin uygun olduğunu ve indüksiyonun kuvvetle muhtemel başarılı olacağına işaret eder.

Tablo 17.6 Servikal Uygunluğu Değerlendiren Skorlama Sistemi

	Puan			
	0	1	2	3
Dilatasyon	0 cm	1-2 cm	3-4 cm	5-6 cm
Efasman	%0-30	%40-60	%60-70	>%80
Pozisyon	Posterior	Orta nokta	Anterior	-
Konum	-3 cm	-2 cm	-1/0 cm	1-2 cm
Kıvam	Sert	Orta	Yumuşak	-

✓ Kanıta dayalı Planlı VBAC'te Doğum İndüksiyonu

Daha önce sezaryenle doğum yapmış kadınlarda indüksiyon ve augmentasyon, uterin rüptür açısından bağımsız bir risk faktörüdür ve kontrendike olmasa da, doğum indüksiyonu kararı dikkatli bir maternal değerlendirme ve üst düzey danışma sonrasında alınmalıdır. İndüksiyon ya da augmentasyona gitmiş, planlı VBAC uygulanan kadınlarda, spontan doğumlarla karşılaştırıldığında sezaryen operasyonu riski 1.5 kat ve uterin rüptür riski 2-3 kat artmıştır.

İndüksiyon yöntemi rüptür riskinin bir belirleyicisidir. Son zamanlarda bir prospektif gözlem çalışmasında, prostaglandin indüksiyon yöntemlerinin en yüksek rüptür riski ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (15.9/1000 doğumda) [19]. Biyomekanik yollarla indüksiyon normal doğumla benzer rüptür riskine sahipken (5.8/1000'a karşılık 5.5/1000 doğumda), oksitosin ile indüksiyon 2. en yüksek rüptür riskine sahiptir. (7.2/1000 doğumda).

Tablo 17.7 Sezaryen doğum sonrası doğum indüksiyonunun uterus rüptürü ve perinatal sonuçlarla ilişkisi [19]

	Toplam no. (anneler)	Uterin rüptür no. her 1000 (%)'de	VEYA (%95 CI)
Toplam	11954	80(6.6)	
Spontan doğum başlangıcı	9239	51 (5.5)	1
İndüksiyon Yöntemleri	2715	29(10.7)	
Prostaglandin +/- amniyotom	1130	18(15.9)	2.91 (1.7-5.0)
Prostaglandin, amniyotom: ve oksitosin	168	2(11.9)	1.30(0.5-3.6)
Oksitosin +/- amniyotom	555	4(7.2)	2.17(0.5-8.9)
Mekanik Yöntemler	862	5(5.8)	1.05 (0.4-2.6)

“ Uzman yorumu

VBAC uygulanırken, zaman zaman uterus rüptürleri kaçınılmaz olabilir. Ama ben uterin skarı olan kadınlarda, başarı şansının düşük olması ve uterin rüptür şansının yüksek olması nedeniyle hemen hemen hiç oksitosin veya prostaglandin kullanmam. Genellikle minör endikasyonlar için uygulanmasına rağmen, indüksiyon genellikle sadece getirdiği riskler daha büyük olmadığına yapılmalıdır: skar varlığı düşünülmesi gereken bir başka faktörü ekler. Doğum +41. haftaya kadar başlamamışsa, Obstetri pratiği yaygın olarak değişse de, genellikle sezaryen öneririm. Herhangi bir karar alınırken kadın ile görüşülmeli ve tüm seçeneklerin riskleri ve avantajları açıkça ele alınmalıdır. VBAC'de oksitosin kullanımı kıdemli bir kadın doğum uzmanı tarafından uygulanmalıdır.

Kolposüspansiyonun objektif ve subjektif başarı oranları %90 civarındadır [8]. Midüretal gerilimsiz bantların yaygın kullanımı öncesinde laparoskopik kolposüspansiyon işleminin TVT işlemi kadar başarılı olmadığı ifade edilmekteydi [10]. Laparoskopi ve laparotomi ile yapılan kolposüspansiyon operasyonları kostefektivite açısından karşılaştırıldığında postoperatif 6. ayda laparoskopik işlemin avantajı olmadığı görülmüştür [11]. Burch kolposüspansiyon genç hastalarda hala değerli bir alternatif cerrahi yöntemdir. Özellikle bu hastalar başarısız gerilimsiz vajinal tape gibi daha az invaziv cerrahi yöntemlerden sonra devam eden stres üriner inkontinansı (SÜİ) olan hastalardır.

★ Klinik ip ucu Modifiye Oxford Skalası

Fizyoterapistleri tarafından verilen pelvik egzersizlerle pelvik taban kaslarını içe ve dışa doğru kasarak pelvik taban egzersizi yapan hastalarda kullanılır. Fizyoterapist iki parmağını vajene sokarak egzersiz sırasında hastanın levator ani kasının kuvvetini değerlendirir. Kas kuvveti modifiye oxford skalasına göre 4 grupta sınılandırılır:

- 0=Hiç kasılma yok
- 1= Çok hafif kasılma
- 2=Zayıf
- 3=Orta derecede kasılma
- 4=Kuvvetli kasılma

★ Öğrenme noktası Post voidal rezidüel volüm

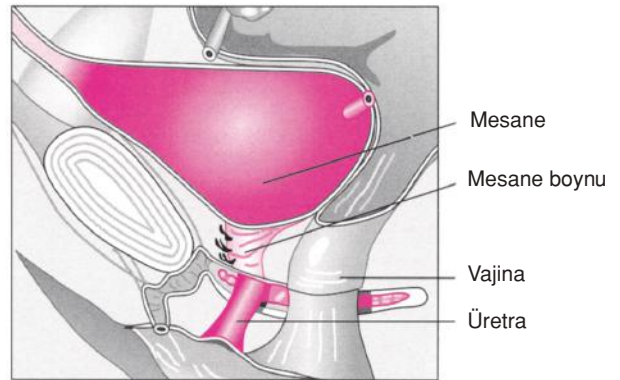
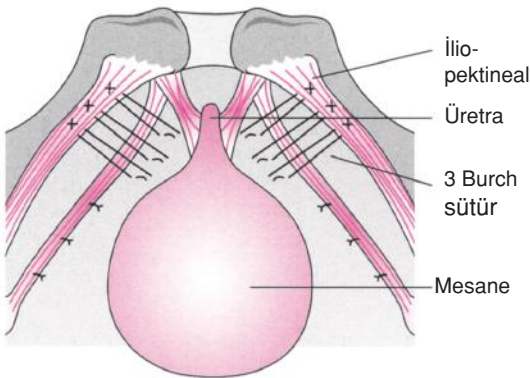
İşeme sonrasında mesanede kalan idrar volümüne postvoidal rezidüel volüm (PVR) denir. PVR'nin yüksek olduğu durumlarda mesanenin tam olarak boşalamadığı obstrüksiyon veya mesane fonksiyon bozukluğu düşünülmelidir.

Yüksek PVR (>50 ml) aşağıdaki durumlarla ilişkili olabilir [15]:

- Mesane çıkış obstrüksiyonu
- Pelvik organ prolapsusu mekanik mesane çıkış obstrüksiyonuna neden olabilir. Maksimum ve ortalama işeme akım hızlarında giderek artan düşüşler mevcuttur. Artmış PVR obstrüksiyonun önemli bir belirticidir [16].
- Mesane taşı, üretral veya meatal diğer mesane çıkış obstrüksiyonu nedenleri
- Mesane hipokontraktilitesi
- Mesane divertikülü

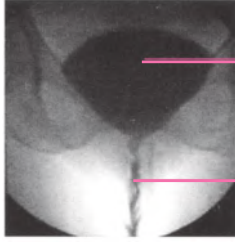
Kronik idrar retansiyonu ortalama PVR'nin 200ml gibi yüksek volümlerde olduğu, ağrılı olmayan bir klinik durumdur [17]. İleri derecede vajinal prolapsusu olan hastalarda kronik üriner retansiyon, aşırı aktif mesane (AAM) veya SÜİ kliniği ile kendini gösterebilir.

Artmış PVR alt ve üst üriner sistemi etkiler. Yüksek PVR'si olan hastalarda (sıklıkla AAM'yi düşürdüren semptomlar mevcuttur) tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu (İYE) insidansı artmıştır. Fazla PVR'nin (ve takiben tekrarlayan İYE'nun) engellenmesi üst idrar yollarında oluşabilecek piyelonefrit gibi komplikasyonları ve özellikle yaşlı hastalarda renal fonksiyonu bozabilecek üst idrar yolu genişlemelerini önler.



Şekil 21.1 Burch kolposüspansiyonun operasyon tekniği.

(A) Üretranın lateralinden ve iliopektineal çizgiden geçilerek bağlanan bilateral 2-4 adet sütür. (B) Sütürler bağlanırken gerilim olmamalıdır; işlemin amacı vajinal duvar ile lateral pelvik duvarı yaklaştırarak iyileşme sonrasında arada yapışıklık olmasını sağlamaktır.



Video-ürodinami sırasında kontrastlı solüsyon ile doldurulmuş mesane görülmektedir.

Maksimum sistometrik kapasitedeyken öksürme ile kontrast maddenin kaçıışı izlenmektedir.

Şekil 21.7 Ürodinamik stres inkontinansı (USİ) gösteren işeme sistoüretrografi

Elsevier'in izniyle Journal of Urology 2000; 163:5,1510-12. Neyssan Tebyani, Percutaneous Needle Bladder Neck Suspension for the Treatment of Stress Urinary Incontinence in Women; Long-Term Results.

Tablo 21.2 Günlük pratikte sık kullanılan antimuskarinik ilaçlar

İsim	Farmakokinetik özellikler	Farmakolojik profil	Formülasyon
Oksibutunin	Tersiyer amin muskarinik reseptör antagonisti	Yaygın üst GI ve hepatik metabolizma	Hızlı salınan formu ciddi yan etkileri vardır. Günlük tek doz formu, jel ve patch şeklinde de kullanılabilir.
Solifenazin	Tersiyer amin muskarinik reseptör antagonisti	Yarı ömrü 50 saattir ve %90 biyo-yararlanımı vardır. Ciddi hepatik metabolizması vardır.	Günlük tek doz kontrollü salınım formları vardır (5-10mg)
Fesoteradin	Aktif metaboliti olan 5-hidroksimetiltoterodin'e dönüşen pro ilaçtır.	Asıl olarak hepatik metabolizması vardır; metabolizmanın önüne geçen renal ekstraksiyonu vardır. İlacın >%15'i 5-HMT'ye dönüşmez.	Günlük tek doz 4-8 mg
Darifenazin	Selektif M3 reseptör antagonisti	Biyo yararlanım %90'dır.	Günlük tek doz kontrollü salınan tablet 7,5-15 mg
Trospiyum	Antimuskarinik etkili, reseptör altgruplarına selektivite göstermeyen kuarterner amonyum bileşiği	Biyoyararlanım <%10, kognitif yan etkileri yoktur.	Günde iki defa 20 mg

“ Uzman yorumu

Dördüncü Uluslararası İnkontinans toplantısında, antimuskarinik ilaçlar hakkında yapılmış klinik çalışmalar ve araştırmalar sonucunda yayınlanmış makalelerin güncel derlemesi yapılmıştır. Uygun ilacın seçiminde yerel ve ulusal rehberler, maliyet ve kişisel tercihler dikkate alınmalıdır. Hasta açısından bakılırsa, günde bir kez alınan, en az yan etki gösteren ve en etkili ajan seçilmelidir. Güncel olarak, günde bir kez alınan, yalnızca beta-3 adrenerjik reseptör agonisti olarak etki gösteren mirabegron 50 mg piyasaya sunuldu. Çok sayıda faz 3 çalışmasında ilacın güvenli ve etkili olduğu ayrıca görece olarak antimuskarinik ilaçların yan etkilerinin görülmediği gösterildi. Son zamanlardaki çalışmalar antimuskarinik ilaç ve beta 3 adrenerjik reseptör agonistlerin beraber kullanımının, yüksek doz tek başına antimuskarinik ilaç kullanımından daha iyi etki gösterdiği, daha az yan etki profili gösterdiğini gösterdi. Konu ile ilgili yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.



Obstetri ve Jinekolojide tartışmalı kavramlar kitabı her iki alanda da karşılaşılan ve her biri bu yandal alanlarının bir çoğunu kapsayan ve zor senaryolar için olgu bazlı bir rehberdir. Obstetri ve jinekolojideki tartışmalı konuları içeren 24 vaka seçilmiştir. Tüm müfredatı kapsamaya çalışmak olanaksız olduğundan yazarlar bunun yerine klinik pratikte sıklıkla karşılaşılan ancak hiçbir şekilde basit olarak cevaplanamayan veya sonuçları olmayan spesifik ve tartışmalı konuları seçmişlerdir.

Kompleks vakalar kanıta dayalı tanı yöntemleri, pratik beceriler ve ulusal-uluslararası kılavuzların uygulamaları göz önünde bulundurularak multidisipliner bir yaklaşımla incelenmiştir. Obstetri ve jinekolojinin çeşitli alt uzmanlık alanlarında tedavideki güncel tartışmaların yanı sıra, tıp literatüründe çeşitli alt uzmanlık alanlarından gelen kanıtların bir özeti de vardır. Anestezi, hematoloji, cerrahi ve neonatoloji gibi bir birini tamamlayan uzmanların kompleks vakalara yorumu, okuyucuya ayrıntılı değerlendirmeler için bir çok yeni fikirler verir.

Son derece kullanıcı dostu bir formatta, kendi kendine öğrenmeyi ve imkanlar dahilinde kendini test etmeyi sağlayan, asistan ve uzman yazarların işbirliği ile oluşan bu kitap çoğu kez nadir fakat önemli olan obstetrik ve jinekolojik kompleks vakaların yönetiminde eşsiz bir bakış açısı sağlar.

İÇİNDEKİLER

- 1 Klasik şiddetli menstrüel kanama olgusu
- 2 Beklenmeyen uç organ hasarı olan genç kadın hastada şiddetli endometriozis
- 3 Yerleşim yeri bilinmeyen gebelik: bir tanı ve yönetim problemi
- 4 Oligozoospermi'de pre-implantasyon genetik tanı
- 5 Tekrarlayan düşükler: konservatif tedavi önerebileceğimiz en iyi seçenek mi?
- 6 Ölümcül/letal konjenital anomaliler: multidisipliner yaklaşımın önemi
- 7 İkizden-ikize transfüzyon sendromu ile komplike olmuş monokoryonik diamiyotik ikiz gebelik
- 8 22. gebelik haftasında membranların prolabe olması sonrası 'kurtarma' serklajı: kaçınılmazı ertelemek?
- 9 Erken başlangıçlı fetal büyüme kısıtlılığı
- 10 Erken doğumun ikilemleri
- 11 Gebelikte pulmoner hipertansiyon
- 12 Gebelik ve diyabette mücadele ve zorluklar
- 13 Gebelikte HIV: yönetimindeki ikilemler
- 14 Gebelikte SLE: lupus nefriti alevlenmesi veya preeklampsisi-tanısal bir sorun
- 15 Morbid obez bir gebenin yönetimi
- 16 Erken başlangıçlı preeklampsisi: maternal ve neonatal morbiditenin dengelenmesi
- 17 Sezaryen sonrası vajinal doğum
- 18 Maternal ateş: optimal perinatal yönetimde zorluklar
- 19 Obstetrik masif kanamada tedbiri elden bırakmamak
- 20 Prematür Ovaryen Yetmezlik "Normal" Bir Menopoz Süreci Değildir
- 21 Üriner inkontinansın tedavisi: herkes için zorlaşan bir mücadele
- 22 Postmenopozal kanama
- 23 Rekürren over kanseri
- 24 Serviks kanseri

ARADIĞINIZ TÜM TIP KİTAPLARI BU ADRESTE



www.guneskitabevi.com

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43
Faks: (0212) 356 87 44

KARTAL ŞUBE

Cevizli Mahallesi Denizler Cad.
No: 19 / C Kartal / İstanbul
Tel&Faks: (0216) 546 03 47



Türkiye'nin her yerinden...
0505 734 13 13



ISBN 978-975-277-659-3



9 789752 77659 3