

Johns Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı

YEDİNCİ BASKI

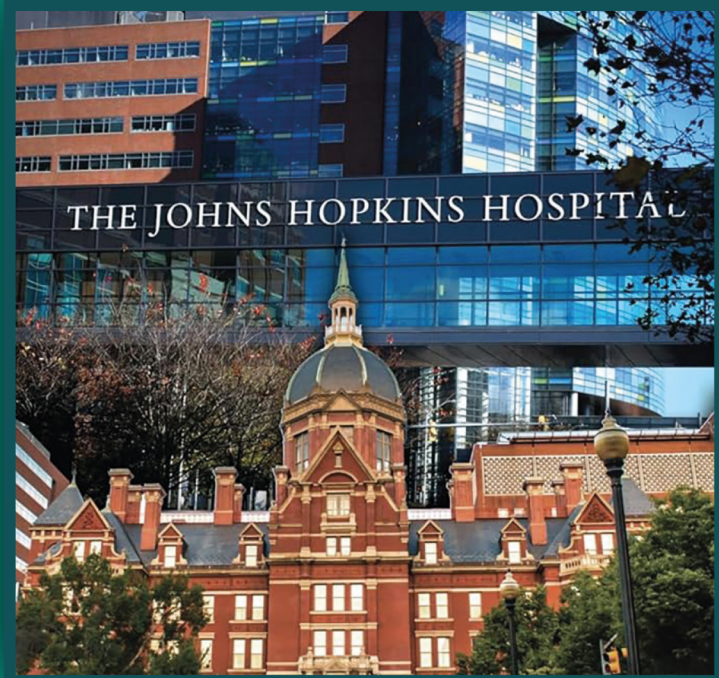
Betty Chou | Chantel Corss | James Stuart Ferriss
Andrew J. Satin

Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland

Çeviri Editörleri

Prof. Dr. Engin Oral

Doç. Dr. Işıl Ayhan



GÜNEŞ TIP
KITABEVLERİ



Wolters Kluwer

JOHNS HOPKINS JİNEKOLOJİ VE OBSTETRİK EL KİTABI

Yedinci Baskı

JOHNS HOPKINS JİNEKOLOJİ VE OBSTETRİK EL KİTABI

Yedinci Baskı

Betty Chou, MD

Director, GYN/OB Residency Program
Director, Generalist GYN/OB Division
Assistant Professor, Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland

Chantel Cross, MD

Director, Reproductive Endocrinology and Infertility Fellowship
Assistant Professor, Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland

James Stuart Ferriss, MD

Director, F.J. Montz Gynecologic Oncology Fellowship Program
Associate Professor, Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland

Andrew J. Satin, MD

Director, Gynecology and Obstetrics
Professor, Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland

Çeviri Editörleri

Prof. Dr. Engin Oral

Affiliated Professor, Department of Clinical Sciences
Obstetrics and Gynecology, Norrland University Hospital,
Umeå University, İsveç

Acıbadem MAA Üniversitesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Doç. Dr. Işıl Ayhan

Kadın Hastalıkları ve Doğum & Perinatoloji,
Antalya Şehir Hastanesi



GÜNES TIP
KİTAPÇEVRELERİ



Wolters Kluwer

Johns Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı

Türkçe Telif Hakları 2026

Türkçe 1. Baskı

ISBN: ???

Orijinal Adı: The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics

Yayınevi: Wolters Kluwer

Yazarlar: Betty Chou, Chantel Cross, James Stuart Ferriss, Andrew J. Satin

Çeviri Editörü: Prof. Dr. Engin Oral, Doç. Dr. Işıl Ayhan

Orijinal ISBN: 978-1-975240-01-1

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.

Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akçıl

Yayına Hazırlama: Güneş Dizgi-Grafik Tasarım Birimi

Baskı: ????

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.

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnönü 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

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel: (0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com

Katkıda Bulunanlar

Bölümlerin birinci yazarlarının tümü Johns Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik Bölümünün şu anki veya eski asistan/yan dal asistanlarıdır. Bölümlerin ikinci yazarlarının tümü Johns Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik Bölümünün şu anki veya eski öğretim üyeleridir.

Emily Adams, MD

*Resident Physician
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Abimbola Aina-Mumuney, MD

*Assistant Professor
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Caroline Ayinon, MD

*Resident Physician
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Ahmet Baschat, MD

*Director, Center for Fetal Therapy
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Anna L. Beavis, MD, MPH

*Assistant Professor
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Bronwyn Bedrick, MD, MSCI

*Resident Physician
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Karin Blakemore, MD

*Professor
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Joan Blomquist, MD

*Chair, Department of Obstetrics and Gynecology
Greater Baltimore Medical Center
Baltimore, Maryland*

Mostafa Borahay, MD, PhD, MBA

*Associate Professor, Director of the Division
of General Gynecology and Obstetrics
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Larisa Breden, MD

*Resident Physician
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Lucy Brown, MD, MPH

*Resident Physician
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Anne E. Burke, MD, MPH

*Associate Professor
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Katherine Cameron, MD, MSCE, MBE

*Assistant Professor
Department of Reproductive Endocrinology
and Infertility, Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Chi Chiung Grace Chen, MD, MHS

*Associate Professor
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Jenell S. Coleman, MD, MPH

Associate Professor

*Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Abigail Combs, MD

Clinical Fellow

*Reproductive Endocrinology and Infertility
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Courtney Connolly, MD

Resident Physician

*Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Chantel Cross, MD

Assistant Professor

*Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Kristin C. Darwin, MD

Clinical Fellow

*Maternal-Fetal Medicine
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Joy Davis, MD

Resident Physician

*Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Jennifer Doorey, MD, MSc

Assistant Professor

*Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Rita Driggers, MD

Medical Director

*Maternal-Fetal Medicine
Sibley Memorial Hospital, Johns Hopkins
Medicine
Washington, District of Columbia*

Jill Edwardson, MD, MPH

Assistant Professor

*Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

**Ahizechukwu C. Eke, MD, PhD,
MPH**

*Associate Professor, Maternal-Fetal
Medicine*

*Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Debra Eluobaju, MD, MPH

Resident Physician

*Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Cybill Esguerra, MD

Assistant Professor

*Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins Hospital School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Alexandra Forrest, MD

Clinical Fellow

*Maternal-Fetal Medicine
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Allison J. Froehlich, MD

Resident Physician

*Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Anja Frost, MD

Assistant Professor

*Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Laura Fuhr, MD

Resident Physician

*Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Stephanie Gaillard, MD, PhD

*Associate Professor
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Priyanka Gaur, MD, MPH

*Resident Physician
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Shannon M. Glynn, MD

*Resident Physician
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Adrianna Gorniak, MD

*Resident Physician
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Abby Goron, MD

*Resident Physician
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Alison Goulder, MD

*Clinical Fellow
Gynecologic Oncology
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Ernest Marshall Graham, MD

*Professor
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Cemile Gunalp, MD

*Clinical Instructor
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Barbara Ha, MD, MSPH

*Clinical Fellow
Urogynecology and Reconstructive Pelvic
Surgery
The Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Megan E. Hadley, MD

*Resident Physician
Department of Gynecology and Obstetrics
The Johns Hopkins University School of
Medicine
Baltimore, Maryland*

Bryna J. Harrington, MD, PhD

*Clinical Fellow
Urogynecology and Reconstructive Pelvic
Surgery
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Janice Henderson, MD

*Physician
Department of Gynecology and Obstetrics
The Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Chelsea Henshaw, MD

*Clinical Fellow
Department of Reproductive Endocrinology
and Infertility
Baylor College of Medicine
Houston, Texas*

Endrika L. Hinton, MD

*Assistant Professor
Department of Obstetrics and Gynecology,
Reproductive Endocrinology
The Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

**Ziad Rafic Hubayter, MD, MPH,
MBA**

*Assistant Professor
Department of Gynecology and Obstetrics
The Johns Hopkins University School of
Medicine
Baltimore, Maryland*

Nancy Hueppchen, MD, MSc

*Associate Dean for Undergraduate Medical
Education*

*Department of Gynecology and Obstetrics
Division of Maternal-Fetal Medicine
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Anna Jarvis, MD

*Resident Physician
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Angie C. Jelin, MD

*Associate Professor
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Emily Johnson, MD

*Clinical Fellow
Department of Urogynecology
Inova Health System
Falls Church, Virginia*

Tiffany Nicole Jones, MD, MS

*Clinical Instructor, Research Fellow
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Gabrielle Jude, MD, ScM

*Resident Physician
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Deepika Khanna, MD

*Resident Physician
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Ryan King, MD, MPH

*Resident Physician
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Gregory W. Kirschen, MD, PhD

*Fellow Physician
Department of Obstetrics and Gynecology
Hospital of the University of Pennsylvania
Philadelphia, Pennsylvania*

Jaden Kohn, MD, MPH

*Assistant Professor
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Michelle Kush, MD

*Assistant Professor, Maternal-Fetal Medicine
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Shari Lawson, MD, MBA

*Department Chair
Department of Gynecology and Obstetrics
Howard University College of Medicine
Washington, District of Columbia*

Margot Le Neveu, MD

*Clinical Fellow
Urogynecology and Reconstructive Pelvic
Surgery
Department of Urology
University Hospitals Cleveland Medical Center
Cleveland, Ohio*

Marie-Claire Leaf, MD

*Clinical Fellow
Minimally Invasive Gynecologic Surgery,
Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Kimberly Levinson, MD, MPH

*Associate Professor
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Angela Liang, MD

*Resident Physician
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Fong Liu, MD, MPH

*Assistant Professor
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Ichchha Madan, MBBS

*Assistant Professor
Department of Maternal-Fetal Medicine
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Anita Madison, MD, MPH

*Clinical Fellow
Reproductive Endocrinology and Infertility
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Kristin Martin, MD

*Assistant Professor
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Benjamin Matthews, MD

*Clinical Fellow
Gynecologic Oncology
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Francine McLeod, MD

*Assistant Professor
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Jena Miller, MD

*Assistant Professor, Maternal-Fetal Medicine
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Lorraine Milio

*Assistant Professor
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Vasiliki A. Moragianni, MD, MSc

*Attending Physician
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Shriddha Nayak, MD

*Clinical Fellow
Maternal-Fetal Medicine
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Ha Vi S. Nguyen, MD

*Resident Physician
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Christopher Novak, MD

*Assistant Professor
Maternal-Fetal Medicine
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Stephanie Nwagwu, MD, MPH

*Resident Physician
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Sydney Leavitt Olson, MD

*Resident Physician
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Shannon Osborne, MD

*Clinical Instructor
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Autusa Pahlavan, MD

*Resident Physician
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Silka Patel, MD, MPH

Associate Professor

*Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Danielle Patterson, MD, SM

Assistant Professor

*Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Kristin Patzkowsky, MD

Assistant Professor

*Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Kayla Paulosky, MD

Resident Physician

*Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Mary Peeler, MD, MPH

Resident Physician

*Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Anna Powell, MD, MSCR

Assistant Professor

*Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Holly A. Rankin, MD

Clinical Fellow

*Department of Gynecology and Obstetrics
University of California, Davis
Sacramento, California*

Jennifer A. Robinson, MD,

MPHTM, PhD

Assistant Professor

*Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Mara Rosner, MD, MPH

Assistant Professor, Maternal-Fetal Medicine

*Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Tullia Rushton, MD

Clinical Fellow

*Gynecologic Oncology
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Stephen Martin, MD

Section Chief, Obstetrics and Gynecology

*Johns Hopkins Community Physicians
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Kathryn Schmiech, MD

Clinical Fellow

*Reproductive Endocrinology and Infertility,
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

James Segars, MD

*Professor and Director, Division of
Reproductive Sciences*

*Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

**Tammy Senn, MSN, CNM,
WHNP-BC, CSC-S**

Certified Nurse-Midwife

*Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Jeanne Sheffield, MD

Professor and Director, Maternal-Fetal Medicine

*Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Wen Shen, MD, MPH

*Associate Professor
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Na E. Shin, MD

*Resident Physician
Department of Obstetrics and Gynecology
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Khara Simpson, MD

*Vice Chair for Quality and Patient Safety,
Assistant Professor
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Lewin E. Staine MD

*Resident physician
Department of Obstetrics and Gynecology
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Katherine Stewart, MD, MBA

*Assistant Professor
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Emily Stock, MD

*Resident Physician
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Claudina Tami, MD, MPH

*Resident Physician
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Orlene Thomas, MD

*Associate Professor
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Julia Timofeev, MD

*Assistant Professor
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Marika Toscano, MD

*Assistant Professor, Maternal-Fetal Medicine
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Cornelia L. Trimble, MD

*Professor
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Katelyn Uribe, MD

*Assistant Professor
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Breanna Valcarcel, MD

*Resident Physician
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Arielle N. Valdez-Sinon, MD/PhD

*Resident Physician
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Kamaria C. Cayton Vaught, MD

*Assistant Professor
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Arthur J. Vaught, MD

*Associate Professor
Maternal-Fetal Medicine, Critical Care
Department of Gynecology and Obstetrics,
Surgery
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Julia Wainger, MD, MPH

Resident Physician

*Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Karen C. Wang, MD

Associate Professor

*Director, Minimally Invasive Gynecologic
Surgery
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Brian Wildey, MD

Assistant Professor

*Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Kedeja Williams, MD

Resident Physician

*Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Harold Wu, MD

Assistant Professor, Minimally Invasive

*Gynecologic Surgery
Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Golsa M. Yazdy, MD

Assistant Professor

*Department of Gynecology and Obstetrics
Johns Hopkins University School of Medicine
Baltimore, Maryland*

Çeviriye Katkıda Bulunanlar

Doç. Dr. Işıl Ayhan

*Antalya Şehir Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum &
Perinatoloji, ANTALYA*

Uzm. Dr. Ece Demirci Bodur

*Uzm. Dr. Ece Demirci Bodur Kliniği,
Pediatri & Pediatric Nefroloji,
ZONGULDAK*

Op. Dr. Begüm Ertan

*Akhisar Mustafa Kirazoğlu Devlet
Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum,
MANİSA*

Dr. Şevval Berfin Şahin

*Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum,
İSTANBUL*

Dr. Şeyma Hasköylü Şahin

*Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum,
İSTANBUL*

Op. Dr. Defne Sayıcı

*Büyükcçekmece Mimar Sinan Devlet
Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum,
İSTANBUL*

Op. Dr. Ceren Ünal

*Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum,
İSTANBUL*

Doç. Dr. Lütfiye Uygur

*Acıbadem Altunizade Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum &
Perinatoloji, İSTANBUL*

Op. Dr. Aslıgül Metin Yılmaz

*Antalya Şehir Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum,
ANTALYA*

Önsöz

Jinekoloji ve Obstetrik, 19. yüzyılın sonlarında Johns Hopkins'te temel çalışma alanları olarak ortaya çıktı. O dönemde Johns Hopkins, bir tıp fakültesini ve üniversiteyi bir hastane ve nihayetinde bir sağlık sistemiyle ilişkilendirmesi bakımından benzersizdi. Johns Hopkins'ın dört kurucu hekiminden biri olan Howard Kelly, jinekolojik cerrahiye odaklandı. Ona, tıp fakültesinin ilk dekanlarından biri olan ve obstetriyi akademik bir disiplin olarak geliştiren J.W. Williams katıldı. 20. yüzyılın yarısından fazlası boyunca Jinekoloji ve Obstetrik, Johns Hopkins'te iki ayrı bölüm olarak varlığını sürdürdü. Jinekoloji'nin son direktörü Richard TeLinde ile Obstetri'nin son direktörü Nicholson Eastman'ın emekliliklerinin ardından, modern Jinekoloji ve Obstetrik Bölümü Allan Barnes'ın liderliğinde birleştirildi. Elinizdeki El Kitabı, günümüzde 7. baskısına ulaşmış olup bu modern dönemde ortaya çıkmış ve ortaklaşa bir çalışma olarak gelişimini sürdürmüştür. Bölümler, yazar olarak asistan ve yan dal asistanlarını, kıdemli editörler olarak ise öğretim üyelerini içermektedir. Amacımız, öğrenci/asistanlar ve yoğun çalışan klinisyenler için, uygun temel bilgilerle desteklenmiş pratik yönetim ilkeleri sunan bir kaynak oluşturmaktır.

21. yüzyılın ilk on yılı, Johns Hopkins'te eğitime ve öğrenmeye yeniden adanma ve odaklanma dönemi olmuştur. Bu 7. baskıyı, bu misyonu ilerletmek için yorulmadan çalışan iki kişiye, Harold Fox ve Jessica Bienstock'a ithaf ediyoruz. Modern bölümün bugüne kadar beş direktörü olmuştur; bunlar arasında en uzun süre görev yapan Dr. Fox'tur. Fetal tıp, özellikle HIV'li anneler ve yüksek riskli obstetrik hastalar konusunda uzman olan Dr. Fox, perinatoloji alanında uluslararası düzeyde tanınan bir liderdir. Daha da önemlisi, birçok düzeyde öğrenciye mentorluk yapmıştır. Hocaların hocası olmuş ve bizleri akademik tıpta liderlik pozisyonlarına hazırlamıştır. Jessica Bienstock, Hal Fox tarafından bölüme kazandırılmış ve zamanla Asistanlık Programı Direktörü olmuştur. Jinekoloji ve obstetrikte seçkin bir eğitimci olarak tanınmakta; ACGME), ACOG ve CREOG gibi kuruluşlarda liderlik rollerinde görev yapmıştır. Günümüzde Johns Hopkins Tıp'ta lisansüstü tıp eğitiminden sorumlu dekan yardımcısı ve kurumsal yetkili olarak hizmet vermektedir. Bizler de Dr. Fox tarafından bölüme alınmış, nihayetinde sırasıyla Bölüm Direktörü (AS) ve Asistanlık Programı Direktörü (BC) olarak Dr. Fox ve Dr. Bienstock'un görevlerini devralmış bulunmaktayız. Onların mentorlukları ve bölümümüze adanmışlıkları için derin bir minnettarlık duyuyoruz. Yüzlerce tıp öğrencisi, asistan, yan dal asistanı ve öğretim üyesi üzerinde büyük bir etki bırakmışlardır. Bizim için daha da önemlisi, iş birliği ve meslektaşlık kültürünün örnekleyerek sergiledikleri dostlukları ve duruşlarıdır.

Bu nedenle, 135 yıllık tarihimize gurur duyarken, uzmanlık alanımızı ve yan dallarını ileri taşımaya kararlılıkla devam ediyoruz. Son on yılda misyonumuzu; klinik bakım, araştırma, eğitim ve savunuculuğu içeren dörtlü bir odağa genişlettik. Harold Fox, Jessica Bienstock, onlardan önce gelenler ve günümüzdeki öğrencilerimiz; bizi yenilik yapmak, bilgiyi yaymak ve bu dört ayaklı misyonumuzu ileri taşımak konusunda ilham vermektedir.

Andy Satin, MD
Betty Chou, MD

The Johns Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı, obstetrik ve jinekolojik bakım alan tüm hastaları tanımak ve kapsamak amacıyla kapsayıcı bir dil kullanmayı hedefler. Yazarlar, kapsayıcı dil kullanmayan kaynak materyallerde olduğu gibi, bunun bazı sınırlılıkları olduğunu kabul etmektedir. Bununla birlikte, kapsayıcı dilin önemi ve ağırlığı da kabul edilmektedir. Mümkün olan yerlerde dil buna göre değiştirilmiştir; ancak el kitabı boyunca “kadınlar” gibi terimlerin geçtiği durumlarda, bunun toplumsal cinsiyet açısından kapsayıcı bir anlam taşıdığı ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının yaşamları boyunca bakım verdikleri tüm hastaları temsil etmeyi amaçladığı belirtilmelidir.

Çeviri Editörü Önsözü

Johns Hopkins adı, tıp dünyasına girdiğim 1982'den beri benim için prestijin diğer adıydı. Uzmanlık yıllarımda ve ABD'deki eğitimim sırasında, bu prestije tıp fakültesinin kadın hastalıkları ve doğum bölümünün önemli katkı sağladığını gözlemledim. Kadın hastalıkları ve doğumun klasik kitaplarına katkı sağlayan bir-çok saygın bilim insanının Johns Hopkins'te eğitim almış veya orada halen görev yapan hekimler olduğunu gördüm.

Kadın doğum asistanının veya tıp fakültesi öğrencilerinin veya uzmanlığının ilk yıllarındaki meslektaşlarımızın kolay, kısa ve net açıklamalarla yazılmış kitaplara ihtiyacı her zaman olmuştur. İşte çevirilerini (4. Baskı-2012, 5. Baskı-2016, 6. Baskı-2021, 7. Baskı 2026) yapma şansını yakaladığımız bu kitap, bizlere hem klasik hem de güncel bilgileri özet olarak sunmaktadır.

Bu kitabın 7. Baskı çevirisinde görev yapmayı kabul eden uzman ve araştırma görevlisi arkadaşlarım **Doç. Dr. Lütüye Uygur, Op. Dr. Ceren Ünal, Op. Dr. Defne Sayıcı, Op. Dr. Begüm Ertan, Op. Dr. Aslıgül Metin Yılmaz, Uzm. Dr. Ece Demirci Bodur, Dr. Şeyma Hasköylü Şahin ve Dr. Şevval Berfin Şahin**'e teşekkür ederim. Ayrıca kitabın çevirisinde her aşamada bana büyük bir özveri ile yardım eden ve çeviri editörlüğünü birlikte üstlendiğimiz **Doç. Dr. Işıl Ayhan**'a teşekkür ederim. Son olarak bu kitabın son dört baskısında çeviri editörü olma onurunu veren Güneş Tıp Kitabevleri ve yöneticisi **Murat Yılmaz**'a çok teşekkür ederim.

Okuyan herkese katkısı olması dilekleriyle...

Saygılarımla,

Prof. Dr. Engin Oral

İstanbul, Şubat 2026

Çeviri Editörü Önsözü

Kadın hastalıkları ve doğum asistanlığına başladığım ilk günlerde, doğumhanede nöbet aralarında elimden düşürmediğim bir kitapta *Johns Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik*. Asistanlığım sırasında 5. baskıda bölüm çevirilerine katkıda bulundum; 6. baskıda çeviri editör yardımcılığı yaptım. Bugün ise 7. baskının çeviri editörlüğünü kıymetli hocam **Prof. Dr. Engin Oral** ile birlikte üstlenmiş bulunuyorum.

Bir perinatoloji uzmanı olarak geriye baktığımda, bu kitabın mesleki gelişimimde önemli bir yeri olduğunu söyleyebilirim. Günümüzde bilgiye ulaşmak hiç olmadığı kadar kolay; arama motorları ve yapay zekâ sistemleri sorulara hızla yanıt verebiliyor. Ancak hekimlik yalnızca bilgiye erişmek değil, o bilgiyi doğru bağlama oturtmak ve yorumlayabilmektir. İyi bir ders kitabı, sadece “ne yapılacağını” değil, “neden yapılacağını” da öğretir. Özellikle uzmanlık eğitiminin erken dönemlerinde kitap okumak, sağlam bir temel oluşturur; bu temel olmadan edinilen bilgiler çoğu zaman dağınık ve geçicidir. Dijital araçlar modern tıbbın vazgeçilmez bir parçası, ancak etkili kullanılabilmeleri güçlü bir bilgi altyapısına dayanır. Kitaplar bu altyapının en güvenilir kaynaklarıdır.

Çevirisini yaptığımız bu 7. baskı, güncellenmiş bilimsel verileri ve klinik yaklaşımları, kanıta dayalı tıp ilkeleri doğrultusunda okuyucuya sunmayı amaçlıyor. Uzun süre büyük emek isteyen bu süreçte çeviriye katkıda bulunan tüm meslektaşlarıma, süreci sorunsuzca yürütüp sonuçlandırmamızı sağlayan **Güneş Tıp Kitabevi** ekibine gönülden teşekkürler. 2015 yılında, henüz hevesli bir kadın doğum asistanıyken beni çeviri ekibine dahil eden; geçen yıllar boyunca kariyerimin her aşamasında desteğini hissettiğim ve bu baskıda birlikte çeviri editörlüğü yapma onurunu yaşadığım **Prof. Dr. Engin Oral**’a çok teşekkür ederim.

Genç meslektaşlarımı kitap okumaya teşvik etmesi dileğiyle.

Işıl Ayhan

Antalya, 2026

İçindekiler

Katkıda Bulunanlar v
Çeviriye Katkıda Bulunanlar xiii
Önsöz xv
Çeviri Editörü Önsözü xvii
Çeviri Editörü Önsözü xviii

Kısım I: Obstetrik

1

1 Gebelik Öncesi Danışmanlık ve Prenatal Bakım 1

Abby Goron and Jennifer Doorey

Çeviri: Işıl Ayhan

2 Maternal Fizyoloji 17

Angela Liang and Karin Blakemore

Çeviri: Begüm Ertan

3 Normal Eylem ve Doğum, Operatif Doğum ve Malprezentasyonlar 26

Megan E. Hadley and Orlene Thomas

Çeviri: Şevval Berfin Şahin

4 Doğum Eylemi ve Doğumun Komplikasyonları 46

Gabrielle Jude and Shari Lawson

Çeviri: Şevval Berfin Şahin

5 Antepartum Fetal Değerlendirme 57

Alexandra Forrest and Ahmet Baschat

Çeviri: Işıl Ayhan

6 Konjenital Anomaliler 67

Kristin C. Darwin and Angie C. Jelin

Çeviri: Işıl Ayhan

7 Prenatal Fetal Komplikasyonlar 80

Courtney Connolly and Mara Rosner

Çeviri: Işıl Ayhan

8 Preterm Eylem, Servikal Yetmezlik ve Erken Membran Ruptürü 93

Ryan King and Shannon Osborne

Çeviri: Işıl Ayhan

9 Üçüncü Trimester Kanamaları ve Plasental Bozukluklar 106

Kayla Paulosky and Cybill Esguerra

Çeviri: Işıl Ayhan

10 Perinatal Enfeksiyonlar 115

Priyanka Gaur and Jeanne Sheffield

Çeviri: Işıl Ayhan

- 11 Çoğul Gebelikler 132**
Larisa Breden and Katelyn Uribe
Çeviri: Lütfiye Uygur
- 12 Fetal Tedavi ve İntrauterin Girişimler 139**
Kedje Williams and Jena Miller
Çeviri: Işıl Ayhan
- 13 Gebeliğin Hipertansif Bozuklukları 145**
Lewin E. Staine and Arthur J. Vaught
Çeviri: Lütfiye Uygur
- 14 Gebeliğin Endokrin Bozuklukları 158**
Autusa Pahlavan and Rita Driggers
Çeviri: Lütfiye Uygur
- 15 Gebelikte Kardiyopulmoner Bozukluklar 179**
Shriddha Nayak and Ernest Marshall Graham
Çeviri: Işıl Ayhan
- 16 Gebelikte Genitoüriner Değerlendirme ve Böbrek Hastalıkları 194**
Gregory W. Kirschen and Julia Timofeev
Çeviri: Lütfiye Uygur
- 17 Gebelikte Gastrointestinal Hastalıklar 201**
Kayla Paulosky and Abimbola Aina-Mumuney
Çeviri: Şevval Berfin Şahin
- 18 Gebelikte Otoimmün Hastalıklar 211**
Emily Adams and Ahizechukwu C. Eke
Çeviri: Işıl Ayhan
- 19 Gebelikte Nörolojik Hastalıklar 224**
Breanna Valcarcel and Michelle Kush
Çeviri: Şevval Berfin Şahin
- 20 Gebe ve Postpartum Hastalarda Psikiyatrik Hastalıklar ve Madde Kullanım Bozuklukları 233**
Mary Peeler, Lorraine Milio, and Marika Toscano
Çeviri: Şevval Berfin Şahin
- 21 Gebelikte Hematolojik ve Tromboembolik Hastalıklar 271**
Christopher Novak and Mary Peeler
Çeviri: Işıl Ayhan
- 22 Gebelikte Neoplastik Hastalıklar 290**
Courtney Connolly, Kristin C. Darwin, and Ichchha Madan
Çeviri: Şevval Berfin Şahin
- 23 Gebelikte Cilt Hastalıkları 305**
Priyanka Gaur and Janice Henderson
Çeviri: Işıl Ayhan

24 Gebelikte Cerrahi Hastalıklar ve Travma 311

Caroline Ayinon and Nancy Hueppchen

Çeviri: Işıl Ayhan

25 Doğum Sonrası Bakım ve Emzirme 321

Stephanie Nwagwu and Cemile Gunalp

Çeviri: Şevval Berfin Şahin

26 Obstetrik Aciller 330

Breanna Valcarcel and Brian Wildey

Çeviri: Işıl Ayhan

Kısım II: Genel Jinekoloji**341****27 Temel ve Önleyici Bakım 341**

Deepika Khanna and Golsa M. Yazdy

Çeviri: Defne Sayıcı

28 Genital Yol Enfeksiyonları 359

Claudina Tami and Jenell S. Coleman

Çeviri: Şeyma Hasköylü Şahin

29 Kontrasepsiyon ve Sterilizasyon 382

Lucy Brown and Anne E. Burke

Çeviri: Aslıgül Metin Yılmaz

30 Gebelik Terminasyonu 395

Holly A. Rankin and Jennifer A. Robinson

Çeviri: Işıl Ayhan

31 Birinci ve İkinci Trimester Gebelik Kayıpları ve Ektopik Gebelik 401

Julia Wainger and Jill Edwardson

Çeviri: Aslıgül Metin Yılmaz

32 Anormal Uterin Kanama 413

Marie-Claire Leaf and Mostafa Borahay

Çeviri: Şeyma Hasköylü Şahin

33 Kronik Pelvik Ağrı 425

Sydney Leavitt Olson and Kristin Patzkowsky

Çeviri: Şeyma Hasköylü Şahin

34 Uterin Leiomyomlar ve Benign Adneksiyal Kitleler 440

Ha Vi S. Nguyen and James Segars

Çeviri: Defne Sayıcı

35 Meme Hastalıkları 452

Emily Stock and Anna Powell

Çeviri: Defne Sayıcı

- 36 Benign Vulvar Hastalıklar 467**
Na E. Shin and Francine McLeod
Çeviri: Ceren Ünal
- 37 Kadın Cinsel İşlevi ve Cinsel İşlevdeki Değişiklikler 475**
Laura Fuhr and Tammy Senn
Çeviri: Ceren Ünal
- 38 LGBTQ ve Transgender Bakımı 484**
Laura Fuhr and Stephen Martin
Çeviri: Ceren Ünal
- 39 Pediatrik Jinekoloji 490**
Anna Jarvis and Silka Patel
Çeviri: Ece Demirci Bodur

Kısım III: Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite

505

- 40 Menstrüel Siklus 505**
Anita Madison and Vasiliki A. Moragianni
Çeviri: Begüm Ertan
- 41 İnfertilite ve Yardımcı Üreme Teknikleri 509**
Chelsea Henshaw and Katherine Cameron
Çeviri: Begüm Ertan
- 42 Fertilitenin Korunması 526**
Bronwyn Bedrick and Ziad Rafic Hubayter
Çeviri: Begüm Ertan
- 43 Tekrarlayan Gebelik Kaybı 531**
Kathryn Schmiech and Kamaria C. Cayton Vaught
Çeviri: Işıl Ayhan
- 44 Menstrüel Bozukluklar: Endometriozis, Dismenore ve
Premenstrüel Disforik Bozukluk 540**
Abigail Combs and Anja Frost
Çeviri: Şeyma Hasköylü Şahin
- 45 Amenore 550**
Anita Madison and Chantel Cross
Çeviri: Şeyma Hasköylü Şahin
- 46 Polikistik Over Sendromu ve Hiperandrojenizm 562**
Arielle N. Valdez-Sinon and Endrika L. Hinton
Çeviri: Şeyma Hasköylü Şahin
- 47 Menopoz 573**
Barbara Ha and Wen Shen
Çeviri: Begüm Ertan

Kısım IV: Kadın Pelvik Sağlığı ve Rekonstrüktif Cerrahisi

583

48 Üriner İnkontinans ve Alt Üriner Sistem Semptomları 583

Emily Johnson and Danielle Patterson

Çeviri: Aslıgül Metin Yılmaz

49 Pelvik Organ Prolapsusu 591

Margot Le Neveu and Chi Chiung Grace Chen

Çeviri: Aslıgül Metin Yılmaz

50 Anal İnkontinans 599

Bryna J. Harrington and Joan Blomquist

Çeviri: Aslıgül Metin Yılmaz

Kısım V: Jinekolojik Onkoloji

603

51 Serviks, Vajina ve Vulvanın Premalign Hastalıkları 603

Adrianna Gorniak and Cornelia L. Trimble

Çeviri: Şeyma Hasköylü Şahin

52 Servikal, Vulvar ve Vajinal Kanserler 616

Angela Liang and Kimberly Levinson

Çeviri: Begüm Ertan

53 Uterin Kanser 629

Joy Davis and Katherine Stewart

Çeviri: Defne Sayıcı

54 Over Kanseri 644

Shannon M. Glynn and Anna L. Beavis

Çeviri: Defne Sayıcı

55 Gestasyonel Trofoblastik Hastalıklar 662

Tullia Rushton and Fong Liu

Çeviri: Defne Sayıcı

56 Kemoterapi, Hedefe Yönelik Tedavi ve Radyoterapi 673

Alison Goulder and Stephanie Gaillard

Çeviri: Defne Sayıcı

Kısım VI: Obstetrik ve Jinekolojide Genel Konular

685

57 Obstetrik ve Jinekolojik Sonuçlardaki Eşitsizlikler 685

Debra Eluobaju and Kristin Martin

Çeviri: Begüm Ertan

58 Kadın Pelvis Anatomisi 693

Benjamin Matthews and Jaden Kohn

Çeviri: Begüm Ertan

59 Jinekolojide Cerrahi Yaklaşımlar 708

Sydney Leavitt Olson and Harold Wu

Çeviri: Begüm Ertan

**60 Jinekolojik Cerrahide Perioperatif Bakım ve
Komplikasyonlar 716**

Allison J. Froehlich and Karen C. Wang

Çeviri: Defne Sayıcı

61 Kritik Bakım 733

Tiffany Nicole Jones and Arthur J. Vaught

Çeviri: Işıl Ayhan

**62 Kadın Hastalıkları ve Doğum Bakımında Kalite,
Güvenlik ve Değer 753**

Stephanie Nwagwu and Khara Simpson

Çeviri: Defne Sayıcı

İndeks 759

Çeviri: Aslıgül Metin Yılmaz

- Kardiyak debi ve sistemik vasküler direnç, doğum sonrası 2-4 hafta içinde gebelik öncesi değerlerine yakın seviyelere döner.

Kan Basıncı

- Arteriyel kan basıncı, gebeliğin ilk trimesterinden itibaren düşmeye başlar ve 16-20. gebelik haftalarında en düşük seviyesine ulaşır; sonrasında ise gebelik öncesi seviyelere doğru yükselir. Erken dönemdeki bu kan basıncı düşüşü, sistemik vasküler dirençteki azalma ile paralellik gösterir.
- Normotansif gebeliklerde kan basıncı genellikle 130/80 mmHg'nin altında seyreder.
- Doğum sonrası ilk birkaç günde, normotansif gebeliklerde bile kan basıncı 4-6 mmHg kadar artar ve 2 hafta içinde gebelik öncesi değerlerine döner.

PULMONER

Toraks

- Term gebelikte, uterusun büyümesine bağlı olarak diyafram 4 cm yukarıya doğru yer değiştirir.
- Göğüs kafesinin subkostal açısı, uterusun mekanik basısına bağlanamayacak kadar erken dönemde artar; bu durum, alt göğüs kafesi ligamentlerinde relaksasyona neden olan hormonal değişikliklerden kaynaklanır. Bu değişiklik, toraks çevresinin artmasına yol açar.

Pulmoner Fonksiyon

- Total akciğer kapasitesi, diyaframın yükselmesi ile toraks çevresindeki artışın net etkisi sonucu değişmez (Tablo 2-2).
- Fonksiyonel rezidüel kapasite, alt bileşenleri olan ekspiratuar rezerv hacim ve rezidüel hacim değerlerindeki azalmaya bağlı olarak %20-30 oranında düşer. Bu azalma, gebelikte büyüyen uterusun toraks üzerine yaptığı basıncın artmasından kaynaklanır.
- Dakikalık ventilasyon, solunum sayısındaki artıştan daha çok tidal hacimdeki artışa bağlı olarak %40-50 oranında yükselir. Tidal hacim ve dakikalık ventilasyondaki

Tablo 2-2 Gebelikte Görülen Pulmoner Fonksiyon Değişiklikleri

Pulmoner Fonksiyon	Gebelikteki Değişim
Total akciğer kapasitesi	Değişmez
Fonksiyonel rezidüel kapasite	%20-30 azalır
Ekspiratuar rezerv hacim	Azalır
Rezidüel hacim	Azalır
Dakikalık ventilasyon	%40-50 artar
Tidal hacim	Artar
Solunum sayısı	Değişmez
İnspiratuar kapasite	%5-10 artar

- Maternal ateş 38.0 °C ile 39.0 °C arasında olup aşağıdaki ek belirti/bulgulardan bir veya daha fazlası mevcutsa:
 - o Maternal veya fetal taşikardi
 - o Uterin hassasiyet
 - o Kötü kokulu amniyotik sıvı veya bariz pürülan akıntı
 - o Lökositoz (genellikle sola kaymanın eşlik ettiği >15 000 değerler)
- Anne ateşi olmadan da yukarıda belirtilen belirti/bulgular mevcutsa tanı düşünülebilir.
- Tanının belirsiz olduğu ve klinik durumun gerekli kıldığı durumlarda, amniyotik sıvı kültürü almak için amniyosentez yapılabilir. Amniyotik sıvıda beyaz kan hücresi sayısının >30 hücre/μL olması, glukoz düzeyinin <15 mg/dL olması, IL-6 ≥11.2 ng/mL düzeyi veya pozitif Gram boyası sonucu, İAİ için tanı koydurucudur.
- **Yönetim**
 - Kesin tedavi, doğumun gerçekleştirilmesi ve uterin içeriğin boşaltılmasıdır. Tek başına İAİ, sezaryen doğum için bir endikasyon değildir. Anne veya fetus açısından kontrendikasyon yoksa vajinal doğum tercih edilir. Çoğu zaman doğum herhangi bir müdahale olmaksızın hızlıca gerçekleşir. Uzun doğumda oksitosin ile eylemin augmentasyonu düşünülebilir.
 - Şüpheli veya doğrulanmış İAİ varlığında, intrapartum dönemde antibiyotik ve antipiretik verilmesinin maternal ve neonatal olumsuz sonuçları azalttığı gösterilmiştir. Önerilen antibiyotik rejimleri için Tablo 4-2'ye bakınız.
 - Doğumda, İAİ klinik tanısı veya antimikrobiyal tedavi başlanıp başlanmadığından bağımsız olarak, intrapartum dönemde maternal ateş varsa pediatrist bilgilendirilmelidir.
 - Plasenta histolojik inceleme için patolojiye gönderilebilir. Endikasyon varsa plasenta, fetal membranlar ve umbilikal kord kan kültürleri alınabilir.
 - Vajinal doğum sonrası postpartum dönemde antimikrobiyal tedavinin sürdürülmesi genellikle önerilmez; ancak maternal semptomlar (örn. ateş, bakteriyemi) ve postpartum endometrit için risk faktörlerine bağlı olarak uzatılabilir.
 - İAİ'nin eşlik ettiği sezaryen doğum sonrası, geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi en az bir ek doz daha sürdürülmelidir. Antibiyotiklerin, son kaydedilen 38.0 °C veya daha yüksek ateşten 24-48 saat sonrasına kadar devam ettirilmesi de makul olabilir.

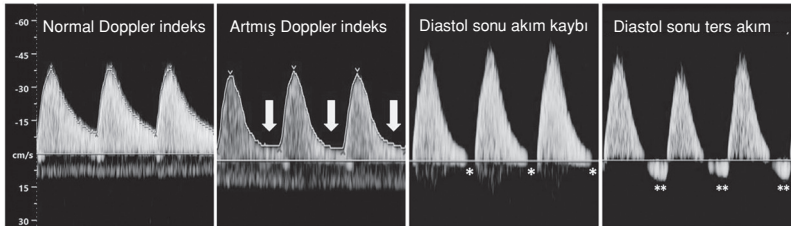
POSTPARTUM ENDOMİYOMETRİT

- **Postpartum endomiyometrit**, vajinal doğumları %5 ve sezaryen doğumları %10 oranla komplike eden, asendan yayılan polimikrobiyal bir uterin enfeksiyondur. Olguların çoğu doğumdan sonraki 10 gün içinde tanı alır; ancak olgular postpartum ilk 6 haftaya kadar da görülebilir.
- Risk faktörleri arasında sezaryen doğum, maternal diyabet, plasentanın retansiyonu veya manuel çıkarılması ve İAİ için geçerli olan tüm riskler bulunur.
- **Tanı**
 - Tanı kliniktir: 2-4 saat arayla iki ayrı ölçümde 38.0 °C veya daha yüksek ateş saptanması veya tek ölçümde >39.0 °C ateş, uterin hassasiyet, taşikardi, pürülan vajinal akıntı ve eşlik eden komplikasyonlar: dinamik ileus, pelvik peritonit, pelvik apse, bağırsak obstruksiyonu.
 - Klinik olarak gerekli olandan çok daha geç sonuç verdiğinden ve çoğunlukla başlangıçta uygulanan ampirik antibiyotik tedavisini değiştirmedikten endometrial kültür genellikle alınmaz. Kan kültürü, yalnızca en ciddi olgularda ve sepsis şüphesi varsa endikedir.

pH 7.20) kuvvetle öngörür. BPP'nin bir dezavantajı, fetal durumda yaklaşan kö-tüleşmeyi tahmin etme yeteneğinin sınırlı olmasıdır. Normal BPP sonrası bir hafta içindeki ölü doğum oranı 0.9/1000'dir, bu duruma neden olan primer faktörler fetomaternal kanama, akut obstetrik olaylar ve plasental fonksiyonun bozulmasıdır.

Fetal Kan Akımı/Akım Hızı ve Doppler

- **Amaç.** Doppler ile akım hızı ölçümü, fetal vasküler impedansın veya çeşitli vasküler yataklarda mutlak kan akım hızının değerlendirilmesinde invaziv olmayan bir yöntemdir. Doppler ile değerlendirmenin amacı, çeşitli fetal koşullarda plasental disfonksiyonun ciddiyetini veya fetal kardiyovasküler sıkıntının ciddiyetini değerlendirmektir. Fetal izlemede kullanılan primer damarlar umbilikal arter, orta serebral arter (MCA) ve duktus venosustur (DV).
- **Umbilikal arter Doppler akım hızı ölçümü**
 - **Umbilikal arter Doppler incelemesi yöntemi.** Umbilikal arter kan akımı, umbilikal kordun serbest yüzen bir halkasında ölçülür. Dalga formu paterni kaydedilir ve analiz edilir (Şekil 5-3). Analiz en sık sistol/diastol (S/D) oranı ile yapılır, pulsatilite indeksi (PI) ise en tutarlı ölçümü sağlar. Diastolik akımda bir azalma, plasental yetmezlik ile ilişkilidir ve Doppler indekslerinde (S/D ve PI) gestasyonel yaşa özgü referans aralığının üzerinde bir artışa neden olur. Önemli plasental disfonksiyon ile diastol sonu akımın yokluğuna veya tersine dönmesine yol açan önemli bir azalma gözlenir. Anormal umbilikal arter Doppler, fetal büyüme kısıtlılığı (FGR), fetal hipoksi, fetal asidoz ve dolayısıyla daha yüksek perinatal morbidite ve mortalite oranları ile ilişkilidir.
 - **Güçlü yönler ve sınırlamalar.** Anormal umbilikal arter kan akımı paternlerinin, anormal fetal kalp hızı paternlerinden ortalama 7 gün önce görüldüğü bildirilmektedir. Bu nedenle FGR, preeklampsi veya kronik hipertansiyon ile komplike olan gebelikler için diğer testlerle birlikte kullanılır. Umbilikal arter Doppler, FGR'de gözlemlendiği gibi, plasental dolaşımın anormal perfüzyonu ile ilişkili durumlarda özellikle yararlıdır. Fetal oksijenasyonu etkileyen hafif anormal plasental disfonksiyon, umbilikal arter Doppler tarafından her zaman saptanmayabilir.
 - **Kullanım endikasyonları.** Umbilikal arter Doppler hız ölçümü genel popülasyonda bir tarama aracı olarak kullanılmamalıdır. FGR, hipertansiyon veya preeklampsi ile komplike olan gebeliklerde faydalı olduğu gösterilmiştir.



Şekil 5-3. Umbilikal arter akımının Doppler hız ölçümü ile değerlendirilmesi. Şekil solda normal umbilikal arter Doppler dalga formunu gösterirken, giderek artan Doppler indeksleri (S/D oranı veya pulsatilite indeksi), diastol sonu akım kaybı (*) ve diastol sonu ters akım (**) artan plasental disfonksiyonla ilişkilidir. (Johns Hopkins Hastanesi, Jinekoloji ve Obstetrik Bölümü, Fetal Tedavi Direktörü, Dr. Ahmet Baschar'tan alınmıştır.)

Tablo 6-3 Nöral Tüp Defektleri

	Anensefali	Spina Bifida
Ultrason bulguları	• Kalvaryumun yokluğu • Telensefalon ve ensefalonun yokluğu • Polihidramniyoz	• Vertebral ayrışma±üzzerini örten yumuşak doku • Limon bulgusu • Muz bulgusu
İlişkili anomaliler	• Trizomi 13 ve 18'le birlikte raporlanmıştır • %40 ek anomali	• Arnold-Chiari tip II malformasyonu (arka beyin herniasyonu) • Ventrikülomegali • Gerilmiş (tethered) spinal kord • İzole olgularda %4, diğer anomaliler eşlik ettiğinde %14 anöploidi
Sonuçlar	Ölümcül	• Şiddet lezyonun seviyesine bağlı- yüksek defektlerde daha kötü • Lumbosakral: Muhtemel bağırsak, mesane, mobilite disfonksiyonları ve nörolojik disfonksiyonlar

gusu'dur. Ventrikülomegali, özellikle açık spina bifida olgularında Arnold–Chiari II malformasyonu ile birlikte sık görülür. İzole spina bifida olgularının %2'sinde anöploidi saptanırken, diğer anomalilerin eşlik ettiği olgularda bu oran %24'e kadar çıkar. Görüntülemeye anensefali saptanan fetüslerde fetal orbitaların üzerinde nöral doku ve kafatası kemikleri (kalvaryum) yoktur. Anensefali operasyona uygun olmayan ve yaşamla bağdaşmayan bir durumdur; canlı doğan bebeklerin neredeyse tamamı doğumdan kısa süre sonra kaybedilir.

- İzole açık spina bifidanın nörolojik sonuçları arasında alt ekstremitelerde hareket güçlüğü, mesane ve bağırsak kontrolünde azalma veya kayıp yer alabilir. Zeka düzeyi normal sınırlarda olsa da Chiari malformasyonu ve/veya ventrikülomegali ile birlikte postnatal hidrosefali varlığı, gelişimsel gecikmelere yol açabilir.
- Nöral tüp defektlerinin (spina bifida) **yönetimi**, genetik bir sendromun (trizomi 13 veya 18) parçası olabilecek ek anomalilerin değerlendirilmesini, intrakraniyal ve merkezi sinir sistemi anatomisinin incelenmesini ve fetal MRI incelemesini içerir. MOMs (Management of Myelomeningocele) çalışması, spina bifidanın prenatal ve postnatal cerrahi onarımını karşılaştırmış ve prenatal onarım yapılan olgularda beyin omurilik sıvısı şantına ihtiyaç duyma oranının azaldığını ve motor skorların takipte daha iyi olduğunu göstermiştir. Ancak prenatal cerrahi onarım, preterm doğum ve doğum sırasında uterin dehisens riskinin artmasıyla ilişkilidir. Doğumun, yenidoğan yoğun bakım ve beyin cerrahisi olanaklarının bulunduğu üçüncü basamak bir merkezde, mümkünse termde yapılması önerilir. Doğum şekli olgu bazında belirlenmelidir; bununla birlikte, bu fetüslerde sezaryen doğumun sonuçları iyileştirdiğine dair bir kanıt bulunmamaktadır.

Tablo 8-2

İndometazin ve Nifedipin Tokolizine Genel Bakış

İlaç	Etki Mekanizması	Doz Rejimi	Kontrendikasyonlar	Yan Etkiler	Notlar
İndometazin	Prostaglandin sentetaz inhibitörü: normalde uterin kontraksiyonları uyararak prostaglandin $F_{2\alpha}$ sentezini engeller	Yükleme dozu: 50-100 mg oral veya rektal İdame dozu: 35-50 mg oral veya rektal, 4 saatte bir, 72 saat boyunca	Peptik ülser Renal hastalık Hepatik disfonksiyon Koagülopati Oligohidramniyoz	Oligohidramniyoz GERD/ Gastrit Kusma Trombosit distonksiyonu (nadir)	<32 haftada ilk seçenек ilaç >32 haftada kaçınılmalı (fetal duktus arteriozusun erken kapanmasıyla ilişkili) >72 saat kullanımdan kaçınılmalı (oligohidramniyozla ilişkili)
Nifedipin	Kalsiyum kanal blokeri: miyometriuma kalsiyum girişini engeller	10-20 mg oral, 6 saatte bir	Konjestif kalp yetmezliği Aort stenozu Hipotansiyon	Hipotansiyon Kızarıklık (Flushing) Baş dönmesi Bulantı	İlk seçenек ilaç

Kısaltmalar: GERD, gastroözofageal reflü hastalığı

Rubella (Kızamıkçık/ Alman kızamığı)	Epidemiyoloji	Klinik Özellikler	Tanı	Yönetim	Önleme
	Yaygın aşılama programlarına rağmen, erişkinlerin %10-20'si rubellaya duyarlı-ancak ABD'de yılda 10'dan az olgu	3 gün süren maternal makülopapüler döküntü, genellikle döküntüden önce gelen generalize lenfadenopati, artrit, halsizlik, baş ağrısı	Klinik şüphe seroloji ile doğrulanır, rubella IgM titresinde 4 kat veya daha fazla artış veya serokonversiyon	Primer rubella tanısında, anne, fetal etkiler ve sonlandırma seçeneği hakkında bilgilendirilmeli	lik prenatal vizitte rubella serolojisi immünize değilse prekonsepsiyonel dönem veya postpartum dönemde aşılama
Hastalık, döküntü başlangıcından 1 hafta önce ve döküntüden sonraki 4 gün boyunca	Hastalık, döküntü başlangıcından 1 hafta önce ve döküntüden sonraki 4 gün boyunca bulaşıcı, kuluçka süresi 14-21 gün	Maternal viremi fetal enfeksiyona ilerler (Olguların %25-90'ı)	Maternal IgS pozitifse fetüs için risk yok	Gebeliğe devam etmeyi seçen kadınlara, maternal klinik rubellada iyileşmeye neden olabilen immün globulin verilebilir (fetüse koruma sağlamaz)	
Nazofarengeal sekresyonlar ile doğrudan temas veya transplazental bulaş	Nazofarengeal sekresyonlar ile doğrudan temas veya transplazental bulaş	Konjenital rubella sendromu: sensörinöral işitme kaybı, gelişimsel gecikme, büyüme kısıtlaması, kardiyak ve oftalmik defektler	Perinatal enfeksiyon tanısında fetal kan örnekleme ile IgM		
Primer rubella enfeksiyonu ömür boyu immunitite sağlar	Primer rubella enfeksiyonu ömür boyu immunitite sağlar	Geç postnatal sekeller diyabet, tiroid bozuklukları, ensefalit ve puberte prekoks			
Reenfeksiyon genelde subklinik ve fetüs için az riskli	Reenfeksiyon genelde subklinik ve fetüs için az riskli				

Malaria	Tropikal bölgelerde en yaygın (Sahra altı Afrika'da %28 prevalans)	Maternal semptomlar:	Coğrafi maruziyet ve maternal ateş ile klinik şüphe	Tür ve klorokin direncine göre değişir (CDC kılavuzlarına bakınız)	Açık havada koruyucu giysi giyilmesi ve DEET içeren böcek kovucu kullanımı
<i>Plasmodium falciparum</i>	Gebelik, daha ağır hastalık seyri ile ilişkili	Ateş/titreme, terleme, baş ağrısı, kas ağrısı, halsizlik, karın ağrısı, ishal, bulantı/kusma, bazen solunum sıkıntısı, hipoglisemi, anemi.	Altın standart, Giemsa ile boyanmış periferik yaymada parazitlerin gösterildiği ışık mikroskopisi	Fetal değerlendirme akut enfeksiyon sırasında önerilir ve enfeksiyon sonrasında fetal büyüme için ultrason takibi	Endemik bölgelere seyahat edenlerde kemoprofilaksi uygulanır (Klorokin tercih edilir, klorokin direnci varsa meflokin kullanılır)
<i>P. vivax</i>	Hastalığın türüne göre değişiklik gösterir (P. falciparum, en yüksek fetal komplikasyon oranı ile ilişkili)	Konjenital enfeksiyon düşük, preterm doğum, düşük doğum ağırlığı ve FGR'ye yol açabilir.	Diğer destekleyici testler arasında periferik yayma ve PCR bulunur.		
<i>P. ovale</i> ve <i>P. malariae</i>		Neonatal semptomlar: Ateş, huzursuzluk, ishal, kusma, emme güçlüğü.			

- **Preeklampsi tanısı**, semptom ve bulgular (baş ağrısı, skotom, sağ üst kadrın ağrısı, belirgin yüz veya ekstremitelerde ödem), daha önce tartışılan eşik değerlere sahip yüksek kan basıncı, yeni yükselmiş proteinüri ve yukarıda açıklanan anormal laboratuvar bulguları ile konur.
- En sık tanımlanan preeklampsi alt tipleri **erken başlangıçlı** (<34 hafta gebelik) ve **geç başlangıçlı** (≥34 hafta gebelik). Klinik özellikler örtüşür, ancak hastalığın spektrumu ve sonuçlar farklıdır: Erken başlangıçlı hastalık, daha şiddetli plasental ve maternal/fetal klinik bulgularla ve dolayısıyla daha kötü maternal/fetal sonuçlarla ilişkilendirilmiştir. Bu nedenle, iki fenotipin farklı bir kökene ve patofizyolojiye sahip olduğu varsayılmıştır. Geç başlangıçlı preeklampsi (≥34 hafta gebelik), erken başlangıçlı preeklampsiden (<34 hafta gebelik) daha yaygındır: sıklıkları sırasıyla %2.7'ye kıyasla %0.3'tür.
- **Yönetim**
 - Gebelikle ilişkili hipertansiyonun (gestasyonel hipertansiyon, preeklampsi veya eklampsi) kesin ve önerilen tedavisi doğumdur. Bu, plasentanın ve gebelik durumunun hastalığın sebebi olması ve plasentanın çıkarılmasının hastalık sürecinin "iyileşmesine" yol açacağına inanılmasından kaynaklanır, ancak bu iyileşme doğumdan hemen sonra gerçekleşmez.
 - **Doğum zamanlaması** tanıya göre değişir.
 - o Şiddetli özellikler göstermeyen preeklampsi
 - o 37. haftada veya 37. haftadan sonra tanı aldıysa ise tanı anında doğum önerilir.
 - o 37. haftadan önce tanı aldıysa ayaktan takip, eğer gerekirse uzun etkili anti hipertansiflere başlanması önerilir. Fetal izlem önerilir ve 3-4 hafta arayla fetal büyüme ve amniyotik sıvı takibi, umbilikal arter Doppler takibi, haftada 2 NST ve BPP içerebilir.
 - o Şiddetli özellikler gösteren preeklampsi
 - o Bu hastaların tedavisinde ilk öncelik maternal değerlendirme ve stabilizasyondur. Nöbet profilaksisi için ilk değerlendirmede ve doğum kararı verildiğinde magnezyum sülfat ($MgSO_4$) başlanmalıdır.
 - o 34. gebelik haftasında veya sonrasında tanı konulursa, acil doğum önerilir. Maternal veya fetal kontrendikasyonlar olmadığı sürece, doğum indüksiyonuyla vajinal doğum önerilir.
 - o 34. gebelik haftasının altında tanı koyulduysa, yatarak tedavi önerilir. Kan basıncı uzun etkili antihipertansif ilaçlarla kontrol altına alınır ve seri değerlendirmelerde kötüleşen semptomlar veya laboratuvar değerleri görülmezse, 34 haftaya kadar izlem yaklaşımı uygun olabilir. Şiddetli özellikler gösteren preeklampsinin ayaktan tedavisi için güncel bir öneri veya kılavuz bulunmamaktadır. Zaman izin verirse, fetal akciğer matürasyonu için betametazon uygulaması düşünülebilir. Nöbet profilaksisi ve/veya fetal nöroproteksiyon için IV magnezyum başlanması ve endike olduğu takdirde diğer önlemler önerilmelidir. Şiddetli preeklampitik bir hastanın indüksiyon sırasında tam kan sayımı, biyokimya gibi laboratuvar sonuçlarının değerlendirilmeli, seri ve rutin olarak kontrol edilmelidir.
 - o **Seri laboratuvar tetkikleri** ayrıca indüksiyon sürecinde HELLP sendromu gelişimi açısından erken sinyaller verebilir ki bu durum yönetimi ve doğum planını değiştirir. 24-34 hafta arasında şiddetli özellikler gösteren preeklam-

Tablo 13-4 Şiddetli Hipertansiyonun Başlangıç Birinci Basamak Tedavisi

Labetalol IV	Hidralazin IV	Nifedipin PO
• <i>Labetalol 20 mg IV^a</i> 10 dk içinde tansiyonu tekrar ölç; ≥ 160 ve/veya ≥ 110 ise • <i>Labetalol 40 mg IV^a</i> 10 dk içinde tansiyonu tekrar ölç; ≥ 160 ve/veya ≥ 110 ise • <i>Labetalol 80 mg IV^a</i> 10 dk içinde tansiyonu tekrar ölç; ≥ 160 ve/veya ≥ 110 ise • <i>Hidralazin 10 mg IV^a</i> 20 dk içinde tansiyonu tekrar ölç; ≥ 160 ve/veya ≥ 110 ise	• <i>Hidralazin 5–10 mg IV^a</i> 20 dk içinde tansiyonu tekrar ölç; ≥ 160 ve/veya ≥ 110 ise • <i>Hidralazin 10 mg IV^a</i> 20 dk içinde tansiyonu tekrar ölç; ≥ 160 ve/veya ≥ 110 ise • <i>Labetalol 20 mg IV^a</i> 10 dk içinde tansiyonu tekrar ölç; ≥ 160 ve/veya ≥ 110 ise • <i>Labetalol 40 mg IV^a</i> 10 dk içinde tansiyonu tekrar ölç; ≥ 160 ve/veya ≥ 110 ise	• <i>Nifedipin 10 mg PO</i> 20 dk içinde tansiyonu tekrar ölç; ≥ 160 ve/veya ≥ 110 ise • <i>Nifedipin 20 mg PO</i> 20 dk içinde tansiyonu tekrar ölç; ≥ 160 ve/veya ≥ 110 ise • <i>Nifedipin 20 mg PO</i> 20 dk içinde tansiyonu tekrar ölç; ≥ 160 ve/veya ≥ 110 ise • <i>Labetalol 20–40 mg IV^a</i> 10 dk içinde tansiyonu tekrar ölç; ≥ 160 ve/veya ≥ 110 ise → Uzman görüşü al (perinatoloji, anestezi, yoğun bakım) • Ek ilaçlar önerilere göre verilir
Uyarılar / Dikkat Edilmesi Gerekenler		
• Yenidoganda bradikardiye neden olabilir • Astım, kalp hastalığı veya kalp yetmezliği olan kadınlarda kullanılmamalı • Maksimum doz: 300 mg IV günlük • İnfüzyon için: 1–2 mg/dk IV	• Yüksek veya sık dozlar maternal hipotansiyon, baş ağrısı ve fetal distres ile ilişkilendirilebilir – diğer ilaçlara göre daha sık görülebilir • Maksimum doz: 20 mg veya infüzyonla 0.5–10 mg/saat	• Oral (PO), sublingual değil • Maternal taşikardiye neden olabilir; hipotansiyona neden olabilir • $MgSO_4$ (magnezyum sülfat) ile birlikte kullanımı teorik olarak ciddi hipotansiyon ve nöromüsküler blokaja yol açabilir (ikisi de kalsiyum kanal blokeridir) • Maksimum doz: 180 mg

^a2 dakika içinde uygulanmalı (IV enjeksiyon).

American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Chronic Hypertension in Pregnancy. Practice Bulletin No. 203'ten uyarlanmıştır. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2019;133(1):e26–e50. (Reaffirmed 2024)

hiperglisemik ajanların kullanımı önemli ölçüde azaltılır. Sezaryen doğumdan sonra 24 saat boyunca her 4-6 saatte bir kan şekeri ölçümü ve insulin dozu ayarlaması, hasta normal rutinine dönene kadar faydalı olur. Kan şekeri değerlerinin <180 mg/dL'de tutulması yara yeri komplikasyonlarını önlemeye yardımcı olabilir, ancak hipoglisemiye yol açan aşırı sıkı glukoz kontrolünden kaçınılmalıdır.

Gestasyonel Diyabet

Değerlendirme ve Tanı

- ABD'de GDM için evrensel tarama standarttır. Test genellikle 24-28. haftalarda yapılır, ancak obezite, aile öyküsü veya kişisel GDM öyküsü gibi güçlü risk faktörleri mevcutsa, ilk antenatal muayenede kan şekeri taraması yapılabilir (Tablo 14-4). Erken glukoz taraması normalse, tarama 24-28. gebelik haftalarında tekrarlanmalıdır.
- İki aşamalı tarama/tanı protokolü en yaygın kullanılanıdır.
 - o Bu taramada, **50 gr oral glukoz yüklemesi** yapılır ve ardından 1. saatte serum glukoz ölçümü yapılır. Açlık veya diyet hazırlığı gerekmez. Serum glukozunun 140 mg/dL'den yüksek olması GDM'lilerin %80'ini saptarken, eşik değerinin 130 mg/dL'den yüksek olması GDM'lilerin %90'ından fazlasını yakalar, ancak daha fazla yanlış pozitif sonuç verir. Serum glukozunun 200 mg/dL'den yüksek olması ek test gerektirmeden GDM tanısı koydurur.
 - o Tarama testi pozitifse, en az 8 saatlik açlıktan sonra 100 g oral glukoz ile **3 saatlik** tanı amaçlı GTT yapılmalıdır (Tablo 14-5). Anormal açlık veya herhangi iki anormal değerde DM tanısı konulur.
- İki aşamalı taramaya bir alternatif, 2 saatlik GTT'dir. Bu protokolde, açlık kan şekeri ölçülür ve ardından 75 g'lık bir yükleme uygulanır. GDM tanısı tek bir anor-

Tablo 14-4 Gestasyonel Diyabet Risk Değerlendirmesi

Düşük Risk

25 yaşından küçük

Tip 2 DM için yüksek risk taşıyan bir etnik gruba mensup olmamak (Hispanik, Afrikalı, Kızılderili, Güney veya Doğu Asyalı veya Pasifik Adalı kökenli)

VKİ <25; doğumda normal kilo

Anormal glukoz toleransı öyküsü yok

Kötü obstetrik sonuç öyküsü yok

DM'li birinci derece akraba yok

Yüksek Risk

Obezite

Tip 2 DM için yüksek riskli ırk veya etnik köken

Güçlü aile tip 2 DM öyküsü

Daha önce GDM veya bozulmuş glukoz metabolizması öyküsü

Daha önce 4000 gr veya daha fazla doğum ağırlığı olan bebek öyküsü

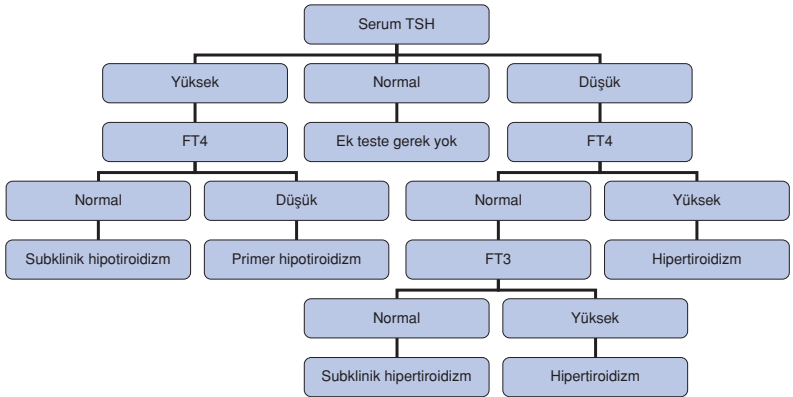
Hipertansiyon, hiperkolesterolemi veya polikistik over sendromu öyküsü

Tablo 14-8 Gebelikte Tiroid Fonksiyon Testleri İçin Endikasyonlar

Tiroid tedavisi gören hasta	Bilinen tiroid antikoru pozitifliği
Büyük guatr veya nodüler guatr	Önceki tiroid ameliyatı öyküsü
Hipertiroidizm veya hipotiroidizm öyküsü	Gebelik kaybı, erken doğum veya infertilite öyküsü
Boyun radyasyonu tedavisi öyküsü	Morbid obezite ($VKİ \geq 40 \text{ kg/m}^2$)
Tiroid disfonksiyonu ile doğan bebek öyküsü	Amiodaron veya lityum kullanımı
Tip 1 diyabet	Orta/şiddetli iyot eksikliği olan bir bölgede yaşıyor olmak
Ailede otoimmün tiroid hastalığı öyküsü	
Intrauterin fetal ölüm	

Mestman JH. Thyroid diseases in pregnancy other than Graves' disease and postpartum thyroid dysfunction. *Endocrinologist*. 1999;9(4):294–308; Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, et al. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and the postpartum. *Thyroid*. 2017;27(3):315–389.

- Serum TSH düzeyi, gebelikte primer hipotiroidizm tanısında hipertiroidizmden daha faydalıdır. TSH proteine bağlı değildir ve plasentadan geçmez. Düşük FT_4 ile normal TSH, santral hipotalamo-hipofizer bozukluğa sekonder hipotiroidizmi düşündürülebilir.
- Normal gebelikte tiroid bezi orta derecede büyümüştür, ancak nodülerlik veya belirgin tiroid büyümesi kapsamlı bir değerlendirmeyi gerektirir.
- Gebelikte tiroid testi için birkaç güçlü endikasyon vardır (Tablo 14-8). Evrensel tarama önerilmez.
 - Şekil 14-2, tiroid testleri algoritmasını özetlemektedir.
 - Anti-TSH reseptör antikorları için test, belirli durumlarda endikedir (Tablo 14-9). İmmünooglobulin G antikorları plasentayı geçer ve fetal tiroid fonksiyonu-



Şekil 14-2. Tiroid test algoritması. (Sullivan SA, Goodier C, Cuff RD. Gebelikte tiroid ve paratiroid hastalıkları kaynak: Landon MB, Galan HL, Jauniaux ERM ve ark., editörler. *Gabbe's Obstetrics: Normal ve Sorunlu Gebelikler*. 8. baskı. Elsevier; 2021:919–944. Telif Hakkı © 2021 Elsevier. İzinle uyarlanmıştır.)

Tablo 15-1 NYHA Fonksiyonel Sınıflaması

NYHA Sınıfı	Fonksiyonel Kapasite	Objektif Değerlendirme
I	Fiziksel aktivitede kısıtlılık yok. Rutin fiziksel aktivite yorgunluk, çarpıntı veya dispneye yol açmaz.	A. Kardiyovasküler hastalığa dair objektif kanıt yok.
II	Fiziksel aktivitede hafif kısıtlılık. Dinlenirken rahat. Rutin fiziksel aktivite yorgunluk, çarpıntı, dispne ve göğüs ağrısına yol açar.	B. Minimal kardiyovasküler hastalık
III	Fiziksel aktivitede belirgin kısıtlılık. Dinlenirken rahat. Rutinden daha hafif fiziksel aktivite yorgunluk, çarpıntı, dispne ve göğüs ağrısına yol açar.	C. Orta-şiddetli kardiyovasküler hastalık
IV	Dinlenirken kalp yetmezliği semptomları. Herhangi bir fiziksel aktivite rahatsızlığa yol açar.	D. Şiddetli kardiyovasküler hastalık

Kısaltmalar: NYHA, New York Heart Association

Kaynak: Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association-AHA)

Tablo 15-2 Modifiye Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Gebelikte Kardiyovasküler Hastalık Risk Sınıflaması

Risk Kategorisi	İlişkili Durumlar
WHO I-maternal mortalite riskinde saptanabilir bir artış yok ve morbiditede artış yok/hafif artış var	Komplike olmayan, küçük veya hafif • Pulmoner stenoz • Patent duktus arteriozus • Mitral valv prolapsusu Başarıyla onarılmış basit lezyonlar: • Atrial veya ventriküler septal defekt • Patent duktus arteriozus • Anormal pulmoner venöz bağlantı Atrial veya ventriküler ektopik atımlar
WHO II- maternal mortalite riskinde hafif artış veya morbiditede orta derecede artış	Eğer bunun dışında iyi ve komplike değilse: • Opere olmamış atrial veya ventriküler septal defekt • Onarılmamış Fallot tetralojisi • Aritmilerin çoğu

Tablo 15-5 Gebelikte Kardiyovasküler İlaçlar

İlaç	Teratojenik	Fetal Etkiler
İnotropalar		
Dopamin	Hayır	Olumsuz etki yok
Dobutamin	Hayır	Olumsuz etki yok
Epinefrin	Hayır	Akut kullanımda olumsuz etki yok
Vazodilatörler		
Nitroprussid	Hayır	Yüksek dozlarda fetal siyanür zehirlenmesi riski
Hidralazin	Hayır	Göreceli olarak güvenli
Nitroglicerine	Hayır	Olumsuz etki yok Methemoglobinemi riski için gözlem
Efedrin sülfat	Hayır	Akut kullanımda olumsuz etki yok
ACE inhibitörleri ve ARB'ler	Evet	Kontrendike Fetal renal yetmezlik, büyüme kısıtlılığı, malformasyonlar ve ölümle ilişkili
Beta Blokerler		
Propranolol	Hayır	Büyüme kısıtlılığı riskini artırabilir
Labetolol	Hayır	Olumsuz etki yok
Atenolol	Hayır	Büyüme kısıtlılığı riskini artırabilir
Metoprolol	Hayır	Büyüme kısıtlılığı riskini artırabilir
Esmolol	Hayır	Fetüste beta blokaja neden olabilir
Karvedilol	Kısıtlı bilgi	Büyüme kısıtlılığı riskini artırabilir
Kalsiyum Kanal Blokerleri		
Verapamil	Hayır	Olumsuz etki yok
Nifedipin	Hayır	Olumsuz etki yok
Diltiazem	Hayır	Olumsuz etki yok
Amlodipin	Hayır	Olumsuz etki yok Hayvan verisinde risk var, insan verisi kısıtlı
Antiaritmikler		
Lidokain	Hayır	Olumsuz etki yok
Prokainamid	Hayır Kısıtlı bilgi	İnsan verisi kısıtlı

(devam ediyor)

ilk basamak görüntüleme yöntemi olarak önerilir. Alternatifler arasında kontrastsız bilgisayarlı tomografi (BT) ve ultrason bulgularının belirsiz olduğu veya alternatif bir tanı düşünüldüğü durumlarda kontrastsız manyetik rezonans görüntüleme (MRI) bulunur. Olguların çoğunda IV hidrasyon ve analjezi ile konservatif tedavi yeterlidir, çünkü taşların %75-83'ü kendiliğinden düşer. Alfa-1-adrenerjik antagonisti tamsulosinin medikal ekspulsif tedavide ek olarak kullanılabileceğini gösteren sınırlı veri mevcuttur. Konservatif tedaviye yanıt vermeyen obstrüktif taş vakalarında, üreteroskopik taş çıkarma veya perkütan nefrostomi tüpü yerleştirilmesi gibi müdahaleler için üroloji veya girişimsel radyoloji konsültasyonu istenmelidir. Yüksek taş yükü, taşa bağlı idrar yolu enfeksiyonu, kompleks anatomi veya böbrek nakli olgularında perkütan nefrostomi tüpü veya üreteral stent endikedir.

MATERNAL KONJENİTAL BÖBREK VE İDRAR YOLLARI ANOMALİLERİ (CAKUT)

CAKUT, polistik böbrek hastalığı, siliyopatiler ve diğer sendromlar dahil olmak üzere idrar yolu anomalilerinin bir grubunu ifade eder ve erişkin son dönem böbrek yetmezliğinin %7'sini ve pediatrik son dönem böbrek yetmezliğinin %40-50'sini oluşturur. Böbrekler, gebeliğin 5. haftasından itibaren ureter tomurcuğu ve metanefrik mezenkimden nefron proliferasyonu ile gelişir. Bu süreç, genetik mutasyonlar ve anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri, aminoglikozidler, deksametazon, furosemid, antiepileptik ilaçlar, mikofenolat mofetil ve kemoterapötik ajanlar gibi çevresel faktörler nedeniyle bozulabilir. Altta yatan güçlü genetik yakınlık göz önüne alındığında, CAKUT'lu gebe bireyler fetal genitoüriner sistemin ayrıntılı anatomik incelemesinden geçirilmelidir ve bu gebelere otozomal dominant ve resesif polistik böbrek hastalığı gibi ilişkili monogenik bozukluklar için tanısal prenatal genetik test önerilebilir. Ayrıca, üriner sistemin genital sistemle ortak embriyolojik kökeni göz önüne alındığında, CAKUT'lu bireylerde fertilitayı, spontan abortus riski ve preterm doğum riskini etkileyebilecek ilişkili müllerian anomaliler bulunabilir ve bu nedenle gebelik öncesi veya gebelik sırasında detaylı değerlendirme için üreme endokrinolojisi ve infertilite uzmanlarıyla birlikte ultrason veya MRI ile pelvik görüntüleme yapılması önerilebilir.

NEFRİTİK SENDROM

Akut glomerülofrit (GN), böbrek glomerülünün inflamasyonu, gebelikte nadir görülen bir komplikasyondur. Hematüri (dismorfik kırmızı kan hücreleri veya kırmızı kan hücresi silindirleri ile birlikte), değişken proteinüri, piyüri ve düşük serum komplement seviyeleri ile karakterizedir. Gebelikte en sık görülen GN IgA nefropatidir; diğer GN'ler arasında anti-glomerüler bazal membran hastalığı, immün kompleks aracılı hastalık ve pauci-immün hastalık bulunur. Akut GN genellikle iyileşir, ancak kronik böbrek hastalığına (KBH) ve/veya son dönem böbrek hastalığına ilerleyebilir. GN'nin, özellikle membranoproliferatif GN'nin varlığı, hipertansiyon ve böbrek yetmezliği gelişme riskini artırır. GN'nin diğer obstetrik komplikasyonları arasında preeklampsi, fetal büyüme kısıtlaması (FGR) ve preeklampsi bulunur.

Lupus nefriti, sistemik lupus eritematozusun (SLE) böbrekle ilgili bir bulgusudur ve glomerüler bazal membranda (GBM) immün kompleks birikimi, hücresel proliferasyon, hilal oluşumu, nekroz ve endokapiller duvar kalınlaşması ile karakterizedir.

Tablo 17-2 Gebelikte Kullanılan İmmün Modülatörler

Sulfasalazin
Azatiyoprin
Merkaptopürin
Siklosporin (mümkün olan en düşük dozda)
Anti-TNF ajanları
İnfliksımab (Remicade)
Adalimumab (Humira)
Ustekinumab (Stelara)

yotikler bazen endike olabilir; her ikisi de gebelikte kullanılabilir, ancak mümkün olan en kısa süreli tedavi tercih edilmelidir.

- IBH'li hastalarda doğum şekli, hastalığın mevcut durumuna ve geçmiş cerrahi öyküsüne bağlıdır. Kolostomi veya ileostomisi olan hastalarda vajinal doğum denebilir; ancak aktif rektal veya perineal Crohn hastalığı olanlarda planlı sezaryen doğum önerilir. Ayrıca, ileoanal anastomozu veya J-poşu bulunan hastalar da planlı sezaryen için değerlendirilmelidir.

Pankreatit

- Pankreatit, gebelikte karın ağrısının nadir bir nedenidir; insidansı 1000-10000 gebelikte 1 arasında değişir.
- **Kolelitiazis, gebelikte pankreatitin en yaygın nedenidir** ve tanı konulup tedavi edilmediğinde maternal mortalite ile ilişkilidir. Diğer nedenler arasında aşırı alkol kullanımı, hiperlipidemi, hiperparatiroidizm, ilaçlar, yakın zamanda yapılan endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP) ve otoimmün pankreatit bulunur.

Değerlendirme / Tanı

- Hastalar genellikle mid-epigastrik veya sol üst kadrın ağrısı, sırta yansıyan ağrı, bulantı, kusma, abdominal distansiyon ve hafif ateş ile başvurur.
- Büyümüş uterus ve bağırsak gazı nedeniyle ultrason, gebelikte akut pankreatitin değerlendirilmesinde sınırlı kullanıma sahiptir. Serum amilaz ve lipaz düzeyleri genellikle belirgin şekilde artar; ancak enzim düzeyinin yüksekliği ile hastalık şiddeti arasında güvenilir bir ilişki yoktur.

Yönetim

- Tedavi genellikle destekleyici niteliktedir ve IV sıvı tedavisi, analjezikler, gerek olduğunda antibiyotikler ve bağırsak istirahatini içerir. Safra taşına bağlı pankreatit vakalarının çoğu medikasyonla tedavi edilebilir, ancak bazı hastalarda tekrarı önlemek için kolesistektomi gerekebilir.

KOLELİTİAZİS

- Artmış östrojen ve progesteron düzeylerine bağlı olarak, kolelitiazis gebelerde daha sık görülür (bkz. Bölüm 2). Gebeliğe özgü risk faktörleri arasında gebelik öncesi

Tablo 18-1 Reprodüktif Dönemdeki Kadınlarda Otoimmün Hastalıklar İçin Sık Kullanılan İlaçlar

İlaç Adı	Endikasyonlar	Gebelik	Emzirme	Notlar
Prednizon	Çeşitli	✓	✓	- Neredeyse tüm otoimmün hastalık alevlenmelerinde kullanılabilir - Titrasyon, ilk stabilizasyondan sonra ayaktan tedavi yönetimi için yaygındır
Metilprednizolon	Çeşitli	✓	✓	Sadece IV form
Hidoksiklorokin	Lupus, romatoid artrit	✓	✓	- Lupus tedavisi için birinci basamak - Özellikle +SSA/SSB hastalarında tedaviye devam edilmesi önemlidir
Takrolimus	Lupus ve lupus alevlenmesi, organ transplantasyonu öyküsü	✓	✓	- Genellikle ikinci tercih kabul edilir - Kullanılırsa düzeyleri izlenmelidir - FGR ve düşük doğum ağırlığı için potansiyel artmış risk
Azatioprin	Lupus, polianjiit ile granülomatoz, pemfigus vulgaris, miyozit, skleroderma, inflamatuvar bağırsak hastalığı	✓	✓	- Birçok otoimmün bozukluk için birinci veya ikinci basamak tedavi - FGR ve preterm doğum için artmış risk - Emzirirken kullanıldığında bebekte hafif asemptomatik nötropeni olguları bildirilmiştir
Siklosporin A	Romatoid artrit, transplant öyküsü	✓	✓	Ofthalmik siklosporin fetüs veya emzirilen bebeğe geçmez
Piridostigmin	Miyastenia gravis	✓	✓	- Asemptomatik hastalıkta gerekli değildir - Miyastenik krizde genellikle glukokortikoidler, azatioprin ve IVIG veya plazmaferez gerekir

- Tüm postpartum hastalara CDC tıbbi uygunluk kriterlerine göre uygun kontrasepsiyon danışmanlığı verilmelidir.

Komplikasyonlar

Maternal

- Gebelikte sistemik lupus eritematozus (SLE), maternal ve fetal morbidite riskinde artışla ilişkilidir; geniş çaplı bir çalışmada maternal mortalitenin 20 kat arttığı gözlemlenmiştir.
- SLE'nin ciddi komplikasyonlarından biri olan **lupus nefriti**, glomerüllerde immün kompleks birikimine bağlı olarak gelişir ve >1 g/gün proteinüri ya da tahmini glomerüler filtrasyon hızının (EGFR) <60 mL/dk olmasıyla karakterizedir. Böbrek hasarı kalıcı hale gelebilir. Bilinen lupus öyküsü olan bir hastada hipertansiyon ve belirgin proteinüri geliştiğinde, preeklampsi ile lupus alevlenmesi ayırımı yapmak güç olabilir (bkz. Tablo 18-2). Bu durumda perinatoloji, romatoloji ve nefroloji konsültasyonları önerilir; gerekirse böbrek biyopsisi yapılabilir.
- SLE'li hastalarda anemi, trombositopeni ve lökopeni daha sık görülür. Diğer klinik bulgular arasında serebrit, vaskülit, perikardit, plörit ve malar döküntü yer alır.
- SLE ve antifosfolipid sendromu birlikte bulunan hastalarda derin ven trombozu, pulmoner emboli veya diğer tromboembolik olay riskinde belirgin artış vardır.
- İzole kutanöz lupus, olumsuz gebelik sonuçlarıyla ilişkili değildir.

Fetal

- SLE, artmış plasental vasküler anormalliklerin plasental yetmezlikle sonuçlanması nedeniyle birçok fetal sonuçla ilişkilidir.
- Antifosfolipid sendromuyla birlikte, SLE'li hastalar normal popülasyona kıyasla üç kat daha fazla gebelik kaybı yaşar, fakat bu ilişki antifosfolipid sendromu olmayan iyi kontrollü SLE'de kurulamamıştır.

Tablo 18-2 Preeklampsi ve Lupus Alevlenmesi Arasında Ayırım Yapılması

Laboratuvar veya Klinik Test	Lupus Alevlenmesi	Preeklampsi
Kreatinin	Genellikle artar	Genellikle artar
Karaciğer fonksiyon testleri	Nadiren artar	Genellikle artar
Serum kompleman (C3 / C4)	Genellikle azalır	Azalabilir, ancak genellikle değişmez
Serum trombosit	Azalabilir	Azalabilir
Serum ürik asit	Düşük veya Normal	>5.5 önemli derecede anlamlı
Serum dsDNA	Artabilir	Değişmez
Serum antinükleer antikor	Artabilir	Değişmez
Periferik yayma	Değişmez	HELLP sendromunda şistositler göülebilir
İdrar tahlili	+RBC silendirleri	Aselüler idrar
Ödem / kilo alımı	Sıklıkla var	Sıklıkla var

Kısaltmalar: HELLP, hemoliz, yüksek karaciğer enzimleri ve düşük trombositler; RBC, kırmızı kan hücresi.

Tablo 19-2 Çeşitli Primer Baş Ağrıların Klinik Tablosu			
Özellik	Migren Baş Ağrısı	Gerilim Tipi Baş Ağrısı	Küme Baş Ağrısı
Süre	4–72 saat	30 dk – 7 gün	15 dk – 3 saat; çok sık (günde birkaç kez) veya çok seyrek (haftalar/ yıllar arayla) olabilir
Yerleşim	Genellikle unilateral (%40 bilateral)	Bilateral	Unilateral, göz/şakak çevresi
Ağrı tanımı	Yavaş başlangıç, zonklayıcı karakter	Dalgalı seyirli sıkışma veya basınç, boyuna yayılabilir	Ani başlangıçlı, dakikalar içinde en yüksek şiddete ulaşan, keskin ve patlayıcı tarzda
Ağrı şiddeti	Değişken	Değişken	Şiddetli
Bulantı/kusma	+	±	–
Fotofobi/fonofobi	±	–	–
Diğer semptomlar	Öncesinde aura olabilir(görse/ tat/motor)	Yok	Etkilenen tarafta göz yaşarması/ kızarıklığı, burun tıkanıklığı, terleme, huzursuzluk, ajitasyon
Gebelikte seyir	Çoğunlukla iyileşme (%60–70), kötüleşme (%5) veya değişmeme (%25–35)	Gebelikten etkilenmez	Gebelikten etkilenmez

Postpartum depresyon (PPD)	Doğum yapan bireylerin %15'inde görülür. Doğumun en sık görülen tıbbi komplikasyonudur Risk faktörleri: kişisel veya ailesel postpartum depresyon öyküsü, emzirmede güçlük, fetüs veya yenidoğan kaybı, kişisel veya toplumsal destek eksikliği, partner şiddeti, doğum veya doğum eylemine bağlı komplikasyonlar ve madde kullanım bozukluğu	Majör depresif bozukluk (MDD) ile aynı araçlar kullanılabilir	Majör depresif bozuklukla aynı kriterler geçerlidir, ancak doğumdan sonraki 4 hafta içinde ortaya çıkar.	İntihar riski doğumdan sonraki yıl içinde belirgin şekilde artar. PPD, doğum sonrası ilk yıl içinde anne ölümlerinin en sık nedenidir.	"Bebek hüznü" (<i>baby blues</i>), doğumdan sonraki ilk birkaç günde gözlenen kısa süreli mod düşüklüğü, ağlama ve bunalım hissetme durumu, yeni annelerin %80'inde görülür. Eğer belirtiler 2 haftadan uzun sürerse PPD tanısı düşünülmelidir.	Majör depresif bozuklukta (MDD) olduğu gibi psikoterapi ve farmakoterapi uygulanır Yakın takip ve sosyal destek esastır Antidepresan tedavi gebelikte veya doğum sonrası dönemde güvenli kullanılabilir. Gebelik sırasında (antenatal depresyon) veya doğumdan hemen sonra (ötmik ve gebelikte ilaçsız takip edildiyse), depresyonun ortaya çıkmasını önleyebilir ve nüks etme süresini uzatılabilir.
-----------------------------------	---	---	--	--	---	---

(devam ediyor)

Tablo 20-2 Psikiyatrik Hastalıkların Tedavisinde Sık Kullanılan İlaçlar ve İlişkili Gebelik ve Laktasyon Riskleri						
Jenerik (Marka)	Gebelikte Doz Ayarlamaları			Farmakokinetik ve Takip	Gebelik ve Laktasyon Riskleri	
	Başlangıç	Doz Ayarlama	Maksimum		Gebelikle İlgili Hususlar	Laktasyonla İlgili Hususlar
ANTİDEPRESANLAR						
Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörleri (SSRI)						
Sitalopram (Celexa)	10–20 mg	10 mg/ hafta	20–40 mg	Konjenital malformasyon riski yoktur (paroksetin dahil artmış kardiyovasküler risk saptanmamıştır)	Düşük riskli olarak gözükmemektedir	
Essitalopram (Lexapro)	5–10 mg		10–20 mg			
Fluoksetin (Prozac, Sarafem, Selfemra)	10–20 mg		40–120 mg			
Fluvoksamin (Faverin, Luvox)	25–50 mg	50 mg/ hafta	100–300 mg	Başlangıç: 1-4 hafta Maksimum etki: 8-12 hafta CYP450 ailesi	Emzirmede kullanılan birinci seçenek ilaçlar değildir ancak daha önce tedaviye cevap vermiş hastalarda kullanılabilir	
Paroksetin (Paxil, Pexeva)	10–20 mg	10 mg/ hafta	40–60 mg	düşük risk Hafif artmış spontan abort ve preterm doğum riski	Düşük riskli olarak gözükmemektedir	
Sertralın (Zoloft)	25–50 mg	25-50 mg/ hafta	150–250 mg		Anne sütüne en az geçen	
Serotonin- Norepinefrin Gerilim İnhibitörleri (SNRIs)						
Desvenlafaksin (Pristiq)	50 mg	—	100–150 mg	Sınırlı kanıt düzeyi	Sınırlı kanıt düzeyi	

Antiepileptikler						
Karbamazepin (Tegretol)	200 mg/günde 2 kere	200 mg/hafta	400-1200 mg günde 2 kere	Serum düzeyi takip edilir (4-12 mg/L)	Gelişim geriliği riski Nöral tüp defektləri (günlük 4-5 mg folat) Kraniofasyal defekt, kardiyovasküler defekt ve hipospadias riski	Endişe yok
Gabapentin (Neurontin)	300 mg/günde 2 kere	3 gün içerisinde günde 2'ye arttırılır	1200-3600 mg 2-3 doz/gün	Yok	Kötü fetal gelişim, hayvan çalışmalarında gelişim geriliği İnsan çalışmalarında sınırlı kanıt ancak risk saptanmamıştır	Endişe yok
Lamotrijin (Lamictal)	25 mg	25 mg/gün 2 hafta 50 mg/gün 2 hafta 100 mg/gün	100-400 mg	2. ve 3. trimester ve postpartum dönemde serum düzeyi takip edilir Amaç: ötimi için gebelik öncesi ihtiyaç duyulan dozun titre edilmesi (östrojen etkileşimi ve artmış hacim dağılımı nedeniyle doz arttırılması gerekebilir)	Birlikte karbamazepin, fenitoin, primidon, fenobarbital, rifampin, ritonavir ve valproik asit kullanımından kaçının Artmış yarıık damak riskini destekleyecek yeterli kanıt yoktur	Steven-Johnson sendromu kızarıklığı için takip edin (nadir)

(devam ediyor)

Tablo 20-3 Sık Karşılaşılan Maddelerin İlişkili Gebelik ve Laktasyon Riskleri (Devamı)

Madde	Epidemiyoloji	Etki Mekanizması	Entoksikasyon Bulguları	Yoksunluk Bulguları	Maternal Komplikasyonlar	Fetal Etkiler	Bebek/Çocuk Etkileri	Laktasyonla İlgili Hususlar
Benzo-diazepinler	Gebelikte kullanım yaklaşık %4	GABA reseptörlerini disinnibe eder; dopaminergik nöronlar üzerindeki GABA aracılı inhibisyonu downregüle eder	Semptomlar: öfori, disinhibisyon, gevşeme, somnolans Bulgular: düzensiz davranış, peltek konuşma, dengesiz yürüyüş, inkoordinasyon, bilişsel bozulma (özellikle anterograd amnezi), nistagmus, stupor veya koma, solunum depresyonu	Delirium tremens (son içkiden 48-96 saat sonra): Delirium, ajitasyon, taşikardi, hipertansiyon, ateş, diaforez	Anksiyete/ panik ataklar, irritabilite, otonom hiperaktivite, tremor (özellikle ellerde), uykusuzluk, diaforez, kilo kaybı, baş ağrısı, kas ağrısı, konansrasyon güçlüğü, çarpıntı, bulantı/kusma Yoksunluk ani kesilirse yaşamı tehdit edici olabilir, özellikle yüksek doz, uzun süreli kullanım veya eş zamanlı alkol/ opioid kullanımı varsa	Yüksek relaps olasılığı. Tüm nedenlere bağlı mortalitede artış (aşın doz, düşmeler, travmalar) Obstetrik riskler: sezaryen oranında artış	Oral yarık riskinde olası artış; fetal hareketlerde yavaşlama	Prematürite, düşük doğum ağırlığı Neonatal yoksunluk bulguları: düşük Apgar, apne, hipotermi, hiperrefleksi, hipertoni veya hipotoni, irritabilite, letarji, huzursuzluk, tremor, diyare, beslenme güçlüğü, kusma

Opioid

Prevalans giderek artmakta olup, şu anda her 1000 doğumda yaklaşık 6.5 ölü	Reçeteli opioidlerin kötüye kullanımı en sık kırsal ve beyaz nüfusta	Mevcut eroin kullanıcıların üçte ikisi, reçeteli opioidleri kötüye kullanarak başlamıştır	Opoid reseptörleri, hücre içi iletişimi başlatan üç tip G-proteinine bağlı reseptördür (mu, delta, kappa)	Santral sinir sisteminde analjezi, miyozis, depresyonu; periferik sinir sisteminde öksürük baskılanması ve konstipasyon	Semptomlar:öfori, analjezi, sedasyon, konfüzyon, letarji, bulantı, anoreksi, tremor, burun akıntısı, azalmış cinsel istek, baş dönmesi, baş ağrısı, alitasyon, psikotik belirtiler Bulgular:miyozis (iğne ucu pupiller), ışığa pupiller yanıtın azalması veya kaybolması, bradikardi, hipotansiyon, yüzeyel solunum, terleme, kusma, peltek konuşma	Grip benzeri semptomlar: bulantı, kusma, diyare, terleme, kas ağrıları, burun akıntısı, göz akıntısı Ek belirtiler: insomni, anksiyete, maddeye yönelik istek, disfori, abdominal kramplar, uterin irritable	Uzun dönem fiziksel ve psikolojik bağımlılık, tolerans gelişimi, ciddi konstipasyon, enfeksiyon riski (HIV, hepatit B/C, endokardit, osteomyelit, yumuşak doku enfeksiyonları – özellikle IV veya subkutan kullanımda), hiperaleji, doz aşımı ve travmaya bağlı ölüm görülebilir Matadon:aritmiler (QT uzaması), kardiyak arrest, hipomagnezemi ve pulmoner Opioid kullanımıyla ilişkili obstetrik komplikasyonlar: preeklampsi, preterm doğum, erken membran rüptürü, koryoamniyont, plasental yetmezlik, plasenta dekolmanı, postpartum kanama, septik tromboflebit	Spontan abortus, preterm doğum, fetal büyüme kısıtlılığı, mekoryum pasajı, intrauterin fetal ölüm, konjenital kalp defektlerinde olası artış ve otoimmik disregülasyon	Grip benzeri semptomlar: bulantı, kusma, diyare, terleme, kas ağrıları, burun akıntısı, göz akıntısı Ek belirtiler: insomni, anksiyete, maddeye yönelik istek, disfori, abdominal kramplar, uterin irritable	Uzun dönem fiziksel ve psikolojik bağımlılık, tolerans gelişimi, ciddi konstipasyon, enfeksiyon riski (HIV, hepatit B/C, endokardit, osteomyelit, yumuşak doku enfeksiyonları – özellikle IV veya subkutan kullanımda), hiperaleji, doz aşımı ve travmaya bağlı ölüm görülebilir Matadon:aritmiler (QT uzaması), kardiyak arrest, hipomagnezemi ve pulmoner Opioid kullanımıyla ilişkili obstetrik komplikasyonlar: preeklampsi, preterm doğum, erken membran rüptürü, koryoamniyont, plasental yetmezlik, plasenta dekolmanı, postpartum kanama, septik tromboflebit	Neonatal yoksunluk sendromu: terleme, irritable, kusma, sulu dışkılama, tiz perdeden ağlama, tremorlar, nöbetler, anormal kulanmayan kas tonusu, yetersiz kilo alımı, vazomotor ve solunumsal etkiler Ani bebek ölümü sendromu (SIDS) riskinde artış Uzun dönem motor ve bilişsel bozukluklar (hafıza ve öğrenme), DEHB Akatif olarak eroin veya diğer yasa dışı opioidleri kullanılan kadınlarda ise emzirme önerilmez (maddeye maruziyet riski ve çoklu madde kullanımına bağlı davranışsal komplikasyonlar (örn. yarıklar, birlikte uyuma)	Reçeteli metadon veya buprenorfin (± nalokson) ile iyi kontrol altında olan ve başka maddeler ya da yasa dışı opioidler kulanmayan emzirmenin yaraları genellikle risklerinden fazladır Emzirme, neonatal opoid yoksunluk sendromunun görölme sıklığı ve şiddetinin azamasiyla ilişkili Akatif olarak eroin veya diğer yasa dışı opioidleri kullanılan kadınlarda ise emzirme önerilmez (maddeye maruziyet riski ve çoklu madde kullanımına bağlı davranışsal komplikasyonlar (örn. yarıklar, birlikte uyuma)
--	--	---	---	---	---	--	---	--	--	---	---	---

(devam ediyor)

Tablo 21-3 Çeşitli Anemilerde Laboratuvar Çalışmaları

Anemi Tipi	Serum Demir	Serum Ferritin	Total Demir Bağlama Kapasitesi
Demir eksikliği anemisi	↓	↓	↑
Kronik hastalık anemisi	↓	↑	↓
Sideroblastik anemi	↑	↑	↓
Talasemi	↔	↔	↔

Anemia in pregnancy'den uyarlanmıştır. Practice Bulletin No. 233. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2021;138(2):e55–e64.

hastalığı olanlar gebelikte artmış oraklaşma riskiyle karşı karşıyadır. Bu nedenle, gebelikte orak hücre hastalığı olan kadınlarda ağrı krizleri, akut göğüs sendromu ve hemolitik anemi sıklığı, gebe olmayan döneme göre daha fazladır. Ayrıca bu hastalarda venöz ve arteriyel tromboemboli riski artmıştır.

- o **Orak hücre hastalığının gebelik üzerine etkisi.** Orak hücre hastalığı olan kadınlarda gebelik sırasında komplikasyon riski belirgin şekilde artar. Bu hastalarda FGR ve gebelik haftasına göre küçük yenidoğan, preterm doğum ve ölü doğum riskinde artış görülür. Ayrıca preeklampsi, sezaryen doğum, plasental dekolman, maternal mortalite ve bakteriyel enfeksiyon riski de daha yüksektir.
- **Tanı.** Tanıda tipik olarak, hemoglobin elektroforezinde neredeyse tüm hemoglobinlerin HbS olması, HbA yokluğu, az miktarda HbA₂ ve artmış HbF (genellikle <%15) görülmesi ile doğrulanır. Anemi normositik ve normokromiktir, Hb konsantrasyonu <10 g/dL'dir. Diğer bulgular arasında retikülosit sayısında ve laktat dehidrogenazda artış ve haptoglobinde azalma bulunur. Periferik yayma, orak hücreler, hedef hücreleri ve Howell-Jolly cisimciklerini gösterebilir. Sarılık, konjuge olmayan hiperbilirubinemiye yol açan eritrosit yıkımından kaynaklanabilir.
- **Yönetim.** Kadın doğum, perinatoloji, hematoloji ve anesteziyenin oluşturduğu multidisipliner bir yaklaşımla gebelik sırasındaki bakım optimize edilmelidir. Hastanın partnerinin durumuna bağlı olarak, fetüste orak hücre hastalığı veya diğer hemoglobinopatiler açısından riskin belirlenmesi için genetik danışmanlık önerilmelidir. Hastaya tüm rutin antenatal aşılardan yanı sıra, zamanı geldiyse meninokok ve pnömokok aşılı da uygulanmalıdır. Artmış eritrosit yıkımı nedeniyle folik asit takviyesi önerilir; ancak demir eksikliği belgelenmedikçe demir takviyesi önerilmez. İdrar yolu enfeksiyonu riski arttığından, en azından gebelik başında bu açıdan tarama yapılması önerilir. Hipoksemi, eforla ortaya çıkan göğüs ağrısı, pulmoner emboli (PE) öyküsü ve/veya kalp yetmezliği bulguları olan hastalarda, kardiyak fonksiyonun değerlendirilmesi ve pulmoner hipertansiyon açısından tarama amacıyla ekokardiyografi yapılmalıdır. Preeklampsi riskini azaltmak amacıyla 12. gebelik haftasından sonra düşük doz aspirin düşünülmelidir.
- o Hastalar gebelik boyunca hematoloji uzmanlarıyla takibe devam etmelidir. Tedaviler paylaşılmış (ortak) karar alma modeliyle bireyselleştirilmelidir. Hidroksiüre gebelik durumu dışında vazooklüziv hastalık ve end-organ hasarını engelleme amacıyla en sık kullanılan ilaçtır. Tarihsel olarak, hayvan çalışmalarında

- **HELLP sendromu** Bölüm 13'te tartışılan gebeliğin indüklediği hipertansiyon spektrumunun bir parçasıdır. Tanı yüksek tansiyonu, artmış karaciğer enzimleri ve preeklampsiye uyumlu nörolojik bulguları olan trombositopenili gebelerde akla getirilmelidir.

Pıhtılaşma Bozuklukları

Kalıtsal

von Willebrand Hastalığı

- von Willebrand hastalığı (vWD), nicelik veya nitelik olarak vWF faktör (vWF) eksikliğini içeren kalıtsal bir konjenital kanama bozukluğudur. vWF, endotelial hasar bölgelerinde subendotelial dokuya bağlanır ve uygun trombosit adezyonu için gereklidir. Aynı zamanda, faktör VIII için bir protein taşıyıcı görevi görerek, yarı ömrünü uzatır. vWD, yaklaşık %1'lik prevalans ile Amerikalı kadınlar arasında en sık görülen kalıtsal kanama bozukluğudur. Üç ana vWD tipi vardır (Tablo 21-5).
- **Tanı.** Kolay morarma, ağır veya uzamış kanama ile ilgili kişisel öyküsü olan kadınlarda, aile öyküsü olsun veya olmasın, şüphe edilmelidir. Aşağıdaki klinik bulguların herhangi birinin olması durumunda ileri klinik değerlendirme gerekir:
 - o Menarştan beri şiddetli menstrüel kanama
 - o Postpartum kanama, ameliyat sonrası uzamış kanama veya diş ile ilgili girişimler sonrası kanama öyküsü
 - o Aşağıdakilerden ikisi:
 - o Ayda bir veya iki kez epistaksis
 - o Sık sık dişeti kanaması
 - o Kanama semptomları için aile öyküsü
- **Laboratuvar testleri.** Pozitif bir klinik taramanın ardından tanısal çalışma gerekirse, vWD için laboratuvar testleri alınmalı ve bu testler vWF antijenini, von

Tablo 21-5 von Willebrand Hastalığı Sınıflaması

	Tip 1	Tip 2	Tip 3
Kalıtım yolu	OD	OD/OR	OD
Olguların yüzdesi	75	Yaklaşık 25	Nadir
Patofizyoloji	vWF parsiyel eksikliği	vWF nitelik anormallliği	vWF ciddi azlığı veya yokluğu
Klinik tablo	Asemptomatik ile ciddi kanama arasında değişir	Orta ile ciddi kanama arasında değişir	Ciddi kanama

Kısaltmalar: OD, otozomal dominant; OR, otozomal resesif; vWF, von Willebrand Faktör

American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Adolescent Health Care. ACOG Committee Opinion No. 580: von Willebrand disease in women'dan uyarlanmıştır. *Obstet Gynecol.* 2013;122:1368-1373.

Tablo 21-8 Gebelikte Antikoagülasyon Rejimleri

	Antikoagülasyon Tipi	Doz Rejimi
Profilaktik	DMAH	Enoksaparin 40 mg SC, 24 saatte bir Dalteparin 5000 U SC, 24 saatte bir Tinzaparin 4500 U SC 24 saatte bir veya 75 U/kg SC, 24 saatte bir
	UFH	UFH 5000 U SC, 12 saatte bir
	Alternatif	UFH 5000-7500 U SC, ilk trimesterde 12 saatte bir UFH 7500-10000 U SC, ikinci trimesterde 12 saatte bir UFH 10000 U SC, üçüncü trimesterde, 12 saatte bir (aPTT yükselmiş değilse)
Orta doz	DMAH	Enoksaparin 40 mg SC, 12 saatte bir Dalteparin 5000 U SC, 12 saatte bir
Terapötik doz/tedavi (ağırlığa göre ayarlanmış) dozu	DMAH	Enoksaparin 1 mg/kg SC, 12 saatte bir Dalteparin 200 U/kg SC, 24 saatte bir veya 100 U/kg SC, 12 saatte bir Tinzaparin 175 U/kg SC, 24 saatte bir
	UFH	UFH 10000 U veya daha fazla SC, 12 saatte bir, dozlar orta aralık (enjeksiyon sonrası 6. saat) aPTT görülecek şekilde ayarlanır (sıklıkla 1.5-2.5 oranında)
Postpartum antikoagülasyon (4-6 hafta boyunca) ^a	Warfarin:	INR 2 gün boyunca 2.0 ve üzeri olana kadar, INR 2.0-3.0 olacak şekilde doz ayarlanarak UFH veya DMAH ile başlanır
	DMAH veya UFH:	Profilaktik, orta veya terapötik doz
	Direkt oral antikoagülanlar:	Hasta emzirmiyorsa düşünülebilir

^aPostpartum antikoagülasyon, antepartum tedaviye eşit veya antepartum tedaviden daha yüksek dozda olmalıdır.

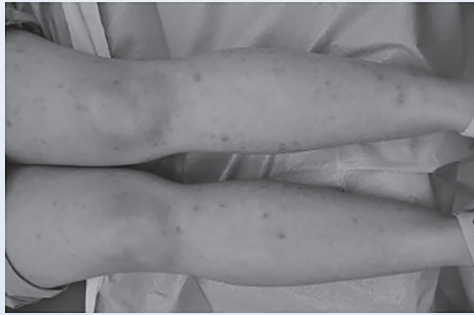
Kısaltmalar: aPTT, aktive parsiyel tromboplastin zamanı; INR, uluslararası normal oran (international normalized ratio); DMAH, düşük molekül ağırlıklı heparin; UFH, fraksiyone olmayan (unfraksiyone) heparin; SC, subkutan

yaklaşık %2'dir. 1 aydan uzun süredir heparin kullanan hastaların %30'unda kemik yoğunluğunda azalma bildirilmiştir. Heparinin indüklediği trombositopeni (HIT), gebe olmayan hastaların %3'üne kadar görülebilir ve heparin tedavisinin başlangıcından 5-15 gün sonra veya daha erken, trombosit sayısı 100000/μL altına veya eşik değerin %50'sinin altına inerse bu durumdan şüphelenilmelidir. HIT gelişirse ve devamlı antikoagülan tedavi gerekirse, fondaparinux (Faktör Xa inhibitörü) veya argatroban (direkt trombin inhibitörü) kullanılabilir.

Tablo 23-1

Gebeliğin Dermatozları

Gebeliğin atopik erupsiyonu



Epidemiyoloji ve Patogenez

Önceden egzema, prurigo ve pruritik folikülit olarak alt gruplara ayrıldı
Çok sık (dermatozların %50'si, %67'sinde yaygın egzematöz değişiklikler bulunur)
%20'sinde atopi için kişisel veya ailesel öykü
T helper hücrelerinin artışı ve duyarlı kişilerde immün yanıt dengesizliği
Sonraki gebelerde tekrarlar

Klinik Bulgular

İlk trimesterde
Egzema: yüz/boyun ve ekstremitelerin fleksör yüzeylerinde yaygın egzamatöz veya papüller döküntü, kuru cilt
Prurigo: gövde ve ekstremitelerin ektansör yüzeylerinde eritematöz, krutlu nodül grupları
Pruritik folikülit: gövde ve ekstremitelerde foliküler, steril, papülopüstüller erupsiyon
IgE artmış olabilir

Gebelikte Yönetim ve Prognoz

Klinik dışlama tanısı
Oral antihistaminler, cilt yumuşatıcıları ve topikal kortikosteroidlerle tedavi edilir
Nadir olgular oral kortikosteroid, UVB tedavisi veya siklosporin gerektirebilir
Doğumdan sonra düzelir ancak 3 ay persiste edebilir

(devam ediyor)

Tablo 24-1 Sık Kullanılan Radyolojik İncelemelerde Fetal Radyasyon Dozları

İnceleme	Fetal Doz ^a (mGy)
Çok Düşük Doz İncelemeler (<0.1 mGy)	
Servikal spinal radyografi (anteroposterior ve lateral kesit)	<0.001
Herhangi bir ekstremitenin radyografisi	<0.001
Mamografi (iki kesit)	0.001–0.01
Göğüs radyografisi (iki kesit)	0.0005–0.01
Düşük-Orta Doz İncelemeler (0.1-10 mGy)	
Radyografi	
Abdominal radyografi	0.1–3.0
Lumbar spinal radyografi	1.0–10
Intravenöz pyelografi	5–10
Çift kontrastlı baryum enema	1.0–20
BT	
Baş/boyun BT	1.0–10
Göğüs BT veya pulmoner BT anjiyografi	0.01–0.66
Sınırlı BT pelvimetri (femur başlarından tek aksiyel kesit)	<1
Nükleer Tıp	
Düşük doz perfüzyon sintigrafisi	0.1–0.5
Teknesyum-99m kemik sintigrafisi	4–5
Pulmoner dijital anjiyografi	0.5
Yüksek Dozlu İncelemeler (10-50 mGy)	
Abdominal BT	1.3–35
Pelvik BT	10–50
F ¹⁸ tüm vücut PET-BT	10–50

Not: Yıllık ortalama maruz kalınan radyasyon: 1.1-2.5 mGy Kısaltmalar: BT, bilgisayarlı tomografi; PET, pozitron emisyon sintigrafisi; F18, 2-[fluorine-18]fluoro-2-deoxy-D- glucose

^aFetal maruziyet gestasyonel yaş, maternal vücut duruşu ve kesin çekim parametrelerine göre değişir. Radiological Society of North America from Tremblay E, Thérasse E, Thomassin-Naggara I, Trop I. Quality initiatives: guidelines for use of medical imaging during pregnancy and lactation'dan izinle kullanılmıştır. *Radiographics*. 2012;32(3):897–911 Copyright Clearance Center, Inc.

- Ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntüleme (MRI) radyasyon kullanılmaz, bu yöntemler fetal zarar ile ilişkili değildir ve mümkünse gebe hastada birinci basamak görüntüleme yöntemleri olarak düşünülmelidir.
- Oral iyotlu kontrast maddeler gebelikte güvenlidir. Hayvan çalışmaları teratojenik veya başka olumsuz etki göstermemiş olmasına rağmen, plasentayı geçip fetal dolaşıma girebilen intravenöz iyotlu kontrast ajanlarının kullanımına ilişkin teorik endişeler vardır. Bu nedenle, belirli bir tanısal çalışma için intravenöz kontrast gerekliyse, faydalar genellikle bu teorik risklerden ağır basar.
- MRI için sıklıkla kullanılan bir kontrast madde olan gadolinyum plasentayı geçip amniyotik sıvıdan reabsorpsiyon ile fetal dolaşıma girebilir. İnsan çalışmalarında tutarlı bir teratojenite kanıtı yoktur ancak kaygı oluşmuştur. Bu nedenle gadolinyumun bir tanısal çalışma için kullanımı, bu potansiyel risklerden açıkça ağır bastığında kullanılmalıdır.

- **Yalnızca progestin içeren kontraseptifler** (örn. yalnızca progestin hapları, progestin enjeksiyonları, progestin implantları ve levonorgestrel içeren RİA) doğum sonrası erken dönemde hormonal kontrasepsiyon için tercih edilen yöntemler arasındadır. RİA'lar ve implant, doğumdan hemen sonra veya 6. hafta postpartum kontrolünde yerleştirilebilir. Yalnızca progestin içeren hapların etkili olabilmesi için her gün aynı saatte alınması gerekir.
- **Hormonal olmayan kontrasepsiyon yöntemleri** arasında bariyer yöntemleri, bakırlı RİA, sterilizasyon ve doğal aile planlaması yöntemleri yer alır ve doğum sonrası erken dönemde güvenlidir.
- Hastanın hedefine ulaşabilmek adına en uygun yöntemi seçebilmesi için kontraseptif yöntemlerin geniş yelpazesi hakkında bilgi sağlanmalıdır. Bkz. Bölüm 29.

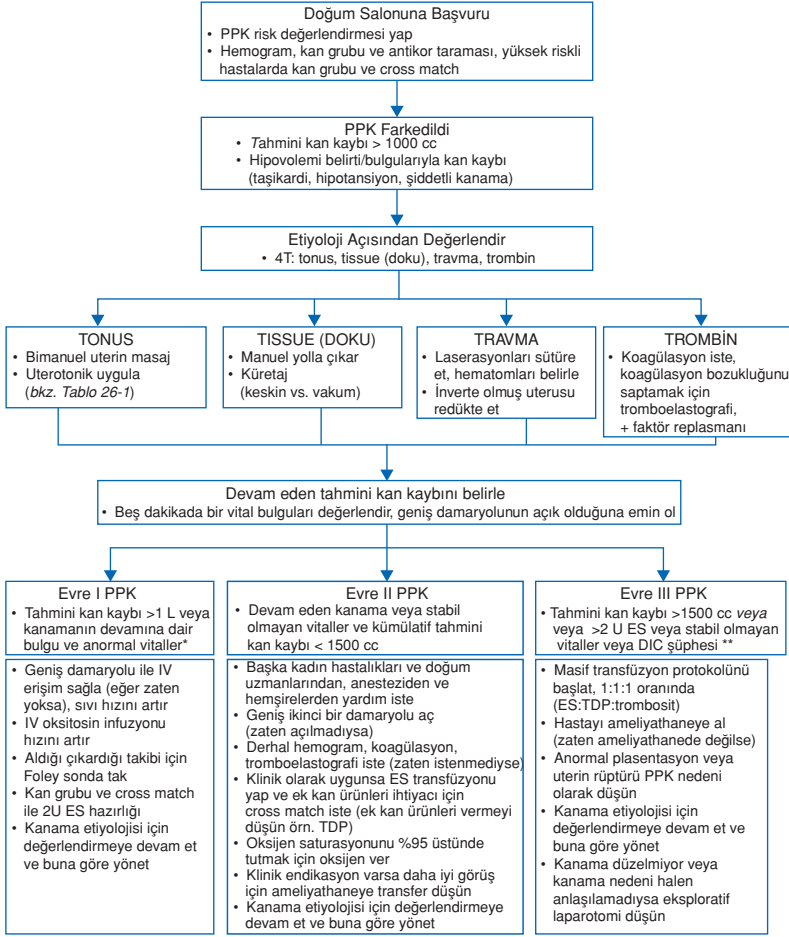
Hastaneden Taburculuk

Komplikasyon olmadığı durumlarda, hastalar vajinal doğumdan 24-48 saat sonra ve sezaryen doğumdan 24-96 saat sonra taburcu edilebilir. Aşağıdaki kriterler karşılanmalıdır:

- Vital bulgular stabildir ve normal sınırlardadır.
- Uterin fundus serttir ve involusyondadır.
- Loşinin miktarı/rengi uygundur—kırmızı, şiddetli bir mensten daha az, azalmakta.
- İdrar çıkışı yeterlidir.
- Perineal ağrı yeterince kontrol altındadır.
- Herhangi bir cerrahi insizyon veya vajinal onarım bölgesi enfeksiyon belirtisi olmadan iyi şekilde iyileşmektedir.
- Hasta yiyebilmekte, içebilmekte, yürüyebilmekte ve zorlanmadan idrar yapabilmektedir.
- Güvenli taburculuğu engelleyen herhangi bir medikal veya psikososyal sorun yoktur.
- Hasta, kendisi için uygun özbakım ve besleme yöntemi dahil olmak üzere bebeğin bakımı hakkında uygun bilgiye sahip olduğunu göstermiştir.
- Postpartum kontrasepsiyon ele alınmıştır.
- Uygun ise aşılarda ve Rh D immünoğlobulin uygulanmıştır.
- Anne ve bebek için takip bakımı ayarlanmıştır.
- Bebeğin beslenme ihtiyaçları ele alınmıştır.

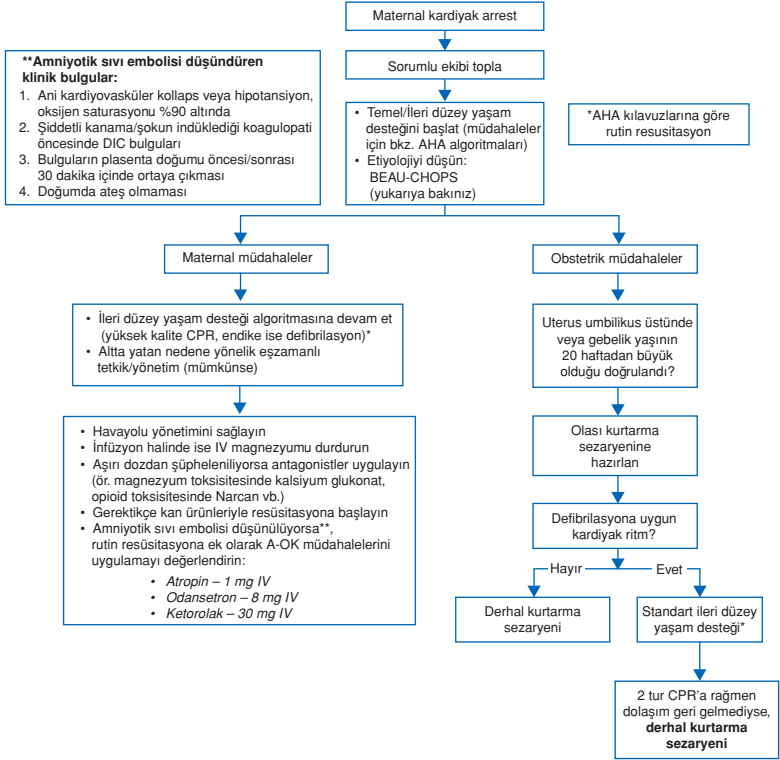
Postpartum Bakımın Sürekliliği—“4. Trimester”

- Gebelikten ebeveynliğe ve sağlıklı kadın bakımına geçişlerinde kadınları desteklemek için bir postpartum bakım planının geliştirilmesi sağlık sonuçlarını optimize edeceğinden **öngörücü rehberlik** prenatal dönemde başlamalıdır.
- **Gelecek gebelik planlaması.** Prenatal dönemde, gelecekteki üreme planları ele alınmalı, kısa gebelik aralıklarının riskleri tartışılmalı ve postpartum kontrasepsiyon kararlarını yönlendirmek için değerlendirilmelidir.
- Bir **postpartum bakım planı** gebelik sırasında oluşturulmalı ve doğumdan sonra hastaneden taburcu olmadan güncellenmelidir. Bkz. Tablo 25-1.
- **İlk postpartum değerlendirme (3 hafta içinde).** Morbiditenin önemli bir kısmı erken postpartum dönemde ortaya çıktığından, doğum sonrası ilk 3 hafta içinde yüz yüze veya telefonla yapılacak bir değerlendirme akut sorunların ele alınması için idealdir.



Şekil 26-1. Postpartum kanama algoritması. *Nabız ≥ 110 atım/dakika, kan basıncı $\leq 85/45$ mmHg, Oksijen saturasyonu $< 95\%$, veya bozulmuş mental durum **Dissemine intravasküler koagülasyon

yon sistolik kan basıncı 140-159 mmHg ve/veya diastolik kan basıncının 90-109 mmHg arasında olmasıdır. Bu aralıktaki kan basıncı değerlerinde kronik antihipertansif tedavi düşünülebilir. Buna karşılık, sistolik 160 mmHg'nın üzerinde ve/veya diastolik 110 mmHg'nın üzerinde olan ciddi hipertansiyon değerleri her zaman derhal akut antihipertansif tedavi ile yönetilmelidir; çünkü bu düzeydeki kan basıncıları belirgin maternal morbidite ile ilişkilidir. Gebelik sırasında ve postpartum 6 haftaya kadar 15 dakikadan uzun süre devam eden ciddi hipertansiyon obstetrik acil durum olarak kabul edilir. Ciddi hipertansiyonun yönetimi, gebe veya postpartum hastada nöbet, inme, miyokard iskemisi, renal yetmezlik ve pulmoner ödem



Şekil 26-5. Gebelikte kardiyak arrest. Highlights of the 2020 American Heart Association Guidelines for CPR and ECC; Rose CH, Fakh A, Traynor KD, Cabrera D, Arendt KW, Brost BC. Challenging the 4- to 5-minute rule: from perimortem cesarean to resuscitative hysterotomy'den uyarlanmıştır. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;213(5):653–653.e1.)

- Erişkinler için ileri kardiyak yaşam desteği, Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association-AHA) tarafından kapsamlı algoritmalarla açıkça tanımlanmıştır. Şekil 26-5, gebe hastaya özel ek değerlendirmeleri göstermektedir. Maternal resüsitasyonun en etkili şekilde yürütülebilmesi için obstetri, anestezi, neonatoloji ve acil/yoğun bakım ekiplerini içeren multidisipliner bir yaklaşım gereklidir.
- Yüksek kaliteli CPR, maternal dolaşımı maksimize eder ve spontan dolaşımın geri dönmesini (Return of spontaneous circulation-ROSC) sağlamak için her resüsitasyon girişiminde en kritik unsurdur. Diğer önemli müdahaleler arasında diyaframın üzerinde intravenöz erişim sağlanması ve zor entübasyona hazırlıklı olunması yer alır. Gebeliğin fizyolojik değişiklikleri nedeniyle gebenin havayolu yönetimi zor olabilir. Son olarak, uterus umbilikusun üzerinde olduğunda lateral uterin dep-lasman yapılmalıdır. Bu manevra, uterusun aort ve vena kava inferior üzerindeki basısını azaltarak kardiyak debiyi artırır. Aynı mantıkla, gebelik haftasının 20 haf-tanın üzerinde olduğu biliniyorsa veya uterin fundus umbilikusun üzerinde ise, büyük damarlar üzerindeki baskıyı azaltmak ve maternal resüsitasyona yardımcı

AŞI	19–26 yaş	27–49 yaş	50–64 yaş	>65 yaş
COVID-19	Güncellenmiş (2023-2024 formülünde) aşından bir veya daha fazla doz uygulanır (Notlara bakınız).			
Influenza inaktif (IIV4) veya Influenza rekombinan (RIV4)	Yıllık 1 doz	Yıllık 1 doz	Yıllık 1 doz	Yıllık 1 doz
Influenza canlı alev (LAIV4)				
Respirotuar Sinisyal Virüs (RSV)	Gebelikte nevisimsel uygulama. Notlara bakınız.			≥50 yaş
Tetanoz, Difteri, Boğmaca (Tdap/Td)	Her gebelikte 1 doz Tdap; yara yönelineinde 1 doz Td/Tdap (notlara bakınız)			
Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak (MM, Measles, Mumps, Rubella)	1 doz Tdap, sonrasında her 10 yılda bir Td veya Tdap hatırlatma dozu			
Verisella (VZV)	Endikasyona göre 1 veya 2 doz (1957 ve sonrasında doğduysa)			
Zoster rekombinan (RZV)	2 doz (1980 ve sonrasında doğduysa)			
Norovirüs papillomavirus (HPV)	Bağıgliklik sistemini baskılayan durumlar için 2 doz (notlara bakınız)			
Pnömonokok (PCV15, PCV20, PPSV23)	İlk aşılanma yaşı 65 yaş veya daha büyük olanlar için 1 doz veya 2 doz (27-45 yaş arası)			
Hepatit A (HepA)	Aşıya bağlı olarak 2,3 veya 4 doz			
Hepatit B (HepB)	Aşıya veya duruma bağlı olarak 2, 3 veya 4 doz			
Meningokok A, C, W, Y (MenACWY)	Endikasyona bağlı olarak 1 veya 2 doz, hatırlatma doz önerileri için notlara bakınız			
Meningokok B (MenB)	Aşıya ve endikasyona bağlı olarak 2 veya 3 doz, hatırlatma doz önerileri için notlara bakınız			
Haemophilus influenzae tip b (Hib)	Endikasyona bağlı olarak 1 veya 3 doz			
Mpox				

 Yaş sınırı karşılayan, aşılanma bölgesi olmayan veya immünite kanıtı olmayan yetişkinler için önerilen aşılanma
 Ek risk faktörü veya başka bir endikasyonu olan yetişkinler için önerilen aşılanma
 Hastanın ve hasta ailesinde paylaşılan klinik kayıtlara göre önerilen aşı uygulaması
 Öneri yok/ Uygulanabilir değil

Şekil 27-1. Yaş grubuna göre önerilen yetişkin aşılanma takvimi, Amerika Birleşik Devletleri, 2024. (Centers for Disease Control and Prevention Adult Immunization Schedule. <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/immunization-schedules/adult-age.html>)

Tablo 28-6 Bakteriyel Vajinozis Tedavisinde Birinci Basamak Tedavi

İlaç Rejimi	Süre
Metronidazol 500 mg oral günde 2 kez	7 gün
Metronidazol %0.75 jel, 1 aplikatörün tümü (5 g) intravajinal	5 gün, günde 1 kez
Klindamisin %2 krem, 1 aplikatörün tümü (5 g) intravajinal	7 gün boyunca yatmadan önce uygula

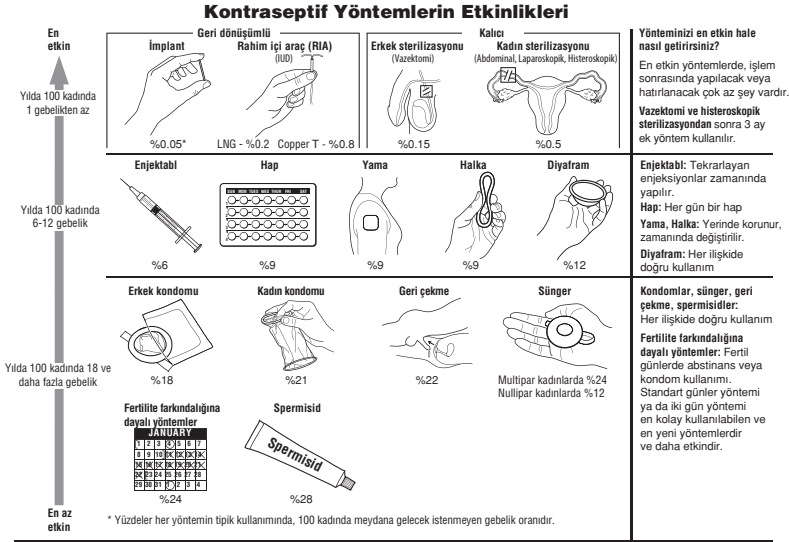
baskılayıcı uzun süreli bir tedavi düşünülmelidir. Baskılayıcı tedavi genellikle 7-10 gün boyunca metronidazol %0.75 jel veya oral nitroimidazolden oluşan bir indüksiyon rejimi ile başlar ve ardından 4-6 ay boyunca haftada iki kez jel uygulaması yapılır. Alternatif olarak, tedaviye 30 gün boyunca 600 mg vajinal borik asit fitiller eklenebilir. Profilaktik oral flukonazol 150 mg ile verilen aylık oral metronidazol 2 g da bir seçenektir.

Trikomoniazis

- **Trikomoniazis**, Amerika Birleşik Devletleri'nde en sık görülen viral olmayan CYBE'dir ve yılda yaklaşık 2.6 milyon yeni enfeksiyon görülmektedir. Enfeksiyon, kuluçka süresi 4-28 gün olan, tek hücreli protozoa *Trichomonas vaginalis*'ten kaynaklanır. Diğer CYBE'ler gibi, trikomoniazis de PID ve HIV risk artışıyla ilişkilidir.
- **Klinik bulgular**, vulvar kaşıntı ile ilişkili olabilen kötü kokulu, sarı-yeşil, bol vajinal akıntıyı içerir. Diğer yaygın şikayetler arasında dispareni, dizüri, postkoital kanama ve alt kadran ağrısı ve kramp bulunur. Bununla birlikte, enfekte kişilerin büyük çoğunluğu semptomatik değildir.
- **Tanı**. Muayenede köpüklü, kötü kokulu renksiz vajinal akıntı izlenebilir. Serviks, *çilek* serviksi olarak adlandırılan kırmızı ve eritematöz bir görünüme sahip olabilir. Islak preparatta hareketli, flajellalı protozoon görülebilir; ancak, duyarlılık %55-70' arasındadır. Ayrıca kadınlarda vajinal, endoservikal veya idrar örneklerinden *T vaginalis* tespiti için NAAT testlerinin duyarlılığı ıslak preparattan 3-5 kat daha fazladır.
- **Tedavi**. Tüm semptomatik gebe ve gebe olmayan kadınlar için tedavi düşünülmelidir (Tablo 28-7). Gebelikte trikomoniazis perinatal morbidite (düşük doğum ağırlığı, preterm doğum, preterm membran rüptürü) ile ilişkili olmasına rağmen,

Tablo 28-7 Trikomoniazis Tedavisi

İlaç Rejimi	Süre
Metronidazol 500mg oral günde 2 kez	7 gün
Tinidazol 2 gr oral	Tek doz



CS 242797



U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIK RİSKİNİ AZALTMAK AMACI İLE KONDOMLAR HER ZAMAN KULLANILMALIDIR.

Diğer Kontraseptif Yöntemler:

Laktasyonel amenore yöntemi: geçici ancak yüksek etkinliği olan bir yöntemdir.

Acil kontrasepsiyon: Acil kontraseptif tabletler ve bakkalı RİA lar korunmasız cinsel ilişki sonrası gebelik riskini düşürür.

Adapted from World Health Organization (WHO) Department of Reproductive Health and Research, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP). Knowledge for health project. Family planning: a global handbook for providers (2011 update). Baltimore, MD: Geneva, Switzerland: DCP and WHO; 2011; and Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception 2011;83:393-404.

Şekil 29-1. Aile planlaması yöntemlerinin etkinlik düzeyleri. (From Centers for Disease Control and Prevention. Trussell J, Aiken ARA, Micks E, Guthrie KA. Efficacy, safety, and personal considerations. In: Hatcher RA, ed. *Contraceptive Technology*. 21st ed. Ayer Company Publishers, Inc.; 2018.)

- Sterilizasyon sonrasında ektopik gebelik için rölatif risk daha yüksek olmakla birlikte, sterilizasyonun yüksek etkinliği nedeniyle ektopik gebelik için mutlak risk, kontrasepsiyon kullanmayan hastalardakinden daha düşüktür. Sterilizasyon Ortak Derlemesi (The Collaborative Review of Sterilization) çalışmasında, tüm kadın sterilizasyon yöntemleri için bildirilen 10 yıllık kümülatif ektopik gebelik olasılığı 1000'de 7 olup, daha genç hastalarda ektopik gebelik riski daha yüksektir. Bilateral total salpenjektomi ile risk daha da düşüktür.
- Bilateral salpenjektomi ve bilateral tubal oklüzyonun karşılaştırılması:
 - Bilateral salpenjektomi, her iki fallop tüpünün kısmi veya total çıkarılmasını içerir. Bilateral total salpenjektomi genellikle hem sterilizasyon amacıyla hem de over kanseri riskini azaltmak için uygulanır.
 - Parkland ve Pomeroy usulü parsiyel salpenjektomiler ile total salpenjektomiler, postpartum sterilizasyon için kullanılan yaygın yöntemlerdir. Bunlar infraumbilikal insizyon yoluyla veya sezaryen sırasında uygulanır.
 - Laparoskopik sterilizasyon, fallop tüplerinin bantlanması, klipslenmesi veya koaterize edilmesi ya da tüplerin tamamen eksizye edilmesi ile gerçekleştirilebilir.

Erkek Sterilizasyonu

- Vazektomi, spermin ejaküle olmasını engelleyen, vas deferensin cerrahi oklüzyonu-

- o Avantajlar. Süreç hızlı bir şekilde tamamlanır, takip gerektirmez. İzlem veya medikal tedaviye göre daha az kanama ve ağrı ile ilişkilidir. Başarı oranı %99'dur.
- o Dezavantajlar. Nadir görülen uterus perforasyonu gibi işleme bağlı komplikasyonlar görülebilir.
- o İşlemle ilgili hususlar(bkz. Bölüm 29). Aspirasyon küretaj, manuel veya elektrikli vakum aspirasyonu ile ofis ortamında, acil serviste veya ameliyathanede uygulanabilir. İşlemden 1 saat önce doksisisiklin ile antibiyotik profilaksisi yapılmalıdır. Analjezi seçenekleri arasında NSAİD'ler ve genellikle paraservikal blok şeklinde uygulanan lokal anestezi yer alır. Bunlara ek olarak oral veya intravenöz sedasyon da kullanılabilir.
- o Tekrar ultrason veya β -hCG düzeyleri ile takip gerekli değildir.
- EKG sonrası gebeliğin ertelenmesini destekleyen veri yoktur. Çünkü sonraki EKG veya gebelik komplikasyonlarında herhangi bir fark gözlenmemiştir.
- **Kontrasepsiyon.** İlk veya ikinci trimester gebelik kaybı tedavisinden sonra, gebelikten kaçınmak isteyen hastalarda hormonal kontrasepsiyon dâhil olmak üzere kontraseptif implantlar ve uterin enfeksiyon yokluğunda, hormonal ve hormonsuz rahim içi araçlar (RİA), EKG tedavisinin tamamlanmasını takiben derhal başlanabilir.

İKİNCİ TRİMESTER GEBELİK KAYIPLARI

- İkinci trimester kayıpları, birinci trimester kayıplarına göre daha nadirdir ve 13-27. gebelik haftaları arasında meydana gelir.
- Epidemiyoloji ve risk faktörleri
 - Bilinen gebeliklerin yaklaşık %1-3'ünde görülür.
 - Risk faktörlerinin çoğu birinci trimester kayıplarıyla benzerdir ve maternal tıbbi durumlar, kromozomal anomaliler ve teratojen maruziyetlerini içerir.
 - İkinci trimester kaybı için ek risk faktörleri arasında önceki ikinci trimester kaybı, antifosfolipid sendromu ve trombofililer, servikal yetersizlik, preterm erken membran rüptürü, plasental dekolman, maternal enfeksiyon, plasental yetersizlik ve konjenital uterin anomaliler bulunur.
 - Olguların %50-60'ında, ikinci trimester gebelik kaybının nedeni bilinmemektedir.
- İkinci trimester gebelik kaybı veya yaklaşan ikinci trimester kaybının yönetimi, hastanın klinik stabilitesine, fizik muayene bulgularına, komplikasyon risk faktörlerine ve hasta tercihinin bağlı olarak medikal ya da girişimsel (dilatasyon ve küretaj/dilatasyon ve evakuasyon) yöntemlerle yapılabilir.
- Gelecek gebelikler hakkında danışmanlık. Nüks riski, gebelik kaybının altında yatan nedenine bağlıdır.

EKTOPIK GEBELİK

- EG uterin kavite dışında gerçekleşen herhangi bir gebeliktir ve en sık (%90) fallop tüplerinde görülür. Ancak implantasyon abdomen (%1), serviks (<%1), over (%3), sezaryen skarı (<%1) veya interstisyel alan/kornual (%2-3) da gerçekleşebilir.

Tablo 33-2 Kronik Pelvik Ağrının Ayırıcı Tanısı

Kategori	Etiyoloji	Mekanizma	Testler/Tanı	Tedavi
Siklik/rekürren jinekolojik	Endometriozis	Ektopik endometrial doku infiltrasyonu ve inflamasyonu. Siklik veya non-siklik olabilir	± görüntüleme, biyopsi ile laparoskopi	Ovulasyon supresyonu (örn. OKS'ler, progestinler, GnRH agonistleri/antagonistleri), endometriozis lezyonlarının cerrahi eksizyonu, endometriomalar, histerektomi± BSO
	Adenomyozis	Endometrial stroma ve bezlerin miyometriyumda 2 mm'den fazla derinlikte bulunmasının menoraji ve dismenore ile sonuçlanması	Ultrasonografi, MRI	NSAID'ler, OKS'ler, progestinler, GnRH agonistleri, uterin arter embolizasyonu, histerektomi
	Primer/Sekonder dismenore	Primer: uterin menstrüel ağrı	Diğer nedenleri eleyin	NSAID'ler, OKS'ler, GnRH agonistleri, sekonder nedenlerin tedavisi, histerektomi
	Ovarian remnant (kalıntı) sendromu	Sekonder: yapısal patolojilere bağlı menstrüel ağrı	Cerrahi öykü, premenopozal aralıkta serum FSH ve östrojen düzeyleri, ultrason veya MRI ±ovaryan stimülasyon	Tüm over dokusunun eksize edilmesi ve adezyolizis ile> %90 kür
	Servikal stenoz	Ooferektomi sırasında yetersiz eksize edilen over dokusunun FSH ile stimülasyonu	Ultrasonografi	Ofiste veya ameliyathanede sedasyon altında servikal os dilatasyonu, rekürren ise histerektomi gerekebilir

Obstetrik/Jinekoloji

LIPPONCOTT MANUAL®

ARADIĞINIZ TÜM TIP KİTAPLARI BU ADRESTE



www.guneskitabevi.com

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ



ANKARA

M. Rauf İnönü 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

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak

No: 4 / A Kadıköy / İstanbul

Tel: (0216) 546 03 47



Türkiye'nin her yerinden...

0505 734 13 13

