

**OBSTETRİK
VE JİNEKOLOJİ
CEP KİTABI**

OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİ

ÖZET BİLGİLER VE GÜNCEL NOTLAR

K. JOSEPH HURT

Çeviri Editörü

SERDAR GÜNALP



**GÜNEŞ TIP
KİTABEVLERİ**



Wolters Kluwer
Health

Lippincott
Williams & Wilkins



OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİ

ÖZET BİLGİLER VE

GÜNCEL NOTLAR

Editör

K. JOSEPH HURT, MD, PhD

Assistan Professor

Department of Obstetrics Gynecology

University of Colorado School of Medicine

Çeviri Editörü

Prof. Dr. SERDAR GÜNALP

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Çeviri Editörü Yardımcısı

Uzm. Dr. NERGİS KENDER ERTÜRK

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİ CEP KİTABI

Türkçe Telif Hakları 2016

ISBN: 978-975-277-636-4

Orijinal Adı: Pocket Emergency Medicine (2015)

Yayınevi: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins

Yazarlar: K. Joseph Hurt, MD, PhD

Çeviri Editörü: Prof. Dr. Serdar Günalp

Orijinal ISBN: 978-1-4511-4605-9

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

Yayıncı ve Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akçıl

Dizgi-Düzenleme: Ümit Saçı

Kapak Uyarlama: İhsan Ağın

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

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

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

Sertifika No: 13987

UYARI

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

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

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

İSTANBUL

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

KARTAL ŞUBE

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

www.guneskitabevi.com

<i>Yazarlar</i>	<i>xi</i>
<i>Çeviriye Katkıda Bulunanlar</i>	<i>xv</i>
<i>Önsöz</i>	<i>xvii</i>
<i>Çeviri Editörü Önsözü</i>	<i>xix</i>

SAĞLAM KADIN MUAYENESİ

Shilpa Iyer, Kavita Shah Arora, Heather A. Walker, K. Joseph Hurt ve Maryam Guiahi

Çeviri: Dr. Aslıhan Yazıcıoğlu

Sağlam Kadın Muayenesi (Yıllık)	1-1
Benign Meme Hastalıkları	1-2
Meme Kanseri	1-4
Serviks Kanseri Taraması	1-5
Lipid & Kolesterol	1-7
Obezite	1-8
Osteoporoz	1-9
Cilt Kanseri Taraması	1-11
Aile İçi Şiddet	1-12
Madde Bağımlılığı	1-13
Depresyon ve Psikiyatrik Hastalık Taraması	1-14
Kontrasepsiyon ve Sterilizasyon	1-15
Acil Kontrasepsiyon (AK)	1-17
Aşılar	1-17
Kadın Sağlığı Epidemiyolojisi ve Araştırma	1-18

ACİL SERVİS

Lauren May, Margerite Palisoul, Caryn Dutton ve Roxanne Vrees

Çeviri: Dr. Dila-Taner Kasapoğlu

Kadın Hastalıkları ve Doğumda Görüntüleme	2-1
Erken Gebelikte Ultrasonografi	2-2
Akut Pelvik Ağrı	2-2
Ektopik Gebelik	2-3
Over Kistleri	2-5
Adneksiyal Torsiyon	2-6
Pelvik İnflamatuvar Hastalık (PIH)	2-7
Akut Uterin Kanama	2-8
Spontan Abortus (SAB)	2-8
Gebelikte Travma	2-10

OPERATİF OB-JİN DURUMLAR

Brett Einerson, Sherif El-Nashar, David Shalowitz ve Sarah L. Cohen

Çeviri: Dr. Duygu Baskak

Perioperatif Hasta Yönetimi	3-1
Postoperatif Ateş	3-5
Yara Yeri Enfeksiyonu (YYE)	3-5
Perioperatif DVT/PE	3-6
Sepsis	3-7
Perioperatif Oligüri	3-8

Postoperatif İleus	3-9
Bağırsak Obstrüksiyonu	3-9
Laparoskopi Komplikasyonları	3-10
Histeroskopi Komplikasyonları	3-11

OBS. ANESTEZİ

Annalisa Post, Laura Gotzi

Çeviri: Dr. Nergis Kender Ertürk

Jinekolojik Anestezi	4-1
Obstetride Parenteral Analjezi	4-1
Obstetride Nöroaksiyel Anestezi	4-2
Obstetride Lokal Anestezikler	4-5
Obstetride Non-Farmakolojik Analjezi	4-6
Obstetride Genel Anestezi	4-6
Postoperatif Ağrı Yönetimi	4-6

GENEL JİNEKOLOJİ

Alexis May Tran, Teresa M. Walsh ve Sarah Appleton

Çeviri: Dr. Göksun Keleş İpek

Vulvovajinitler	5-1
Bartolin Bezi Kisti ve Apsesi	5-2
Myoma Uteri	5-2
Adenomyozis	5-4
Endometriyozis	5-4
Tekrarlayan Anormal Uterin Kanama (AUK)	5-6
Postmenapozal Kanama	5-7
Dismenore	5-8
Premenstural Disforik Bozukluk (PMDB) ve Premenstural Sendrom (PMS)	5-10
Kronik Pelvik Ağrı	5-10
Vestibulodini	5-11
Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluğu	5-12
Menopoz	5-13
Hormon Tedavisi	5-14
Gebelik Terminasyonu	5-16

PEDİATRİK VE ADÖLESAN JİNEKOLOJİSİ

Jessica Opoku-Anane, Emily Petersen ve Tricia Huguelet

Çeviri: Dr. Süleyman Güven

Puberte	6-1
Puberte Prekoks	6-2
Gecikmiş Puberte	6-3
Amenore	6-5
Androjen Duyarsızlık Sendromu	6-8
Konjenital Adrenal Hiperplazi (KAH)	6-12

PELVİK CERRAHİ VE ÜROJİNEKOLOJİ

Catherine Hudson, Emily Prendergast, Kathleen A. Connell ve Liecschen H. Quiroz

Çeviri: Dr. Emine Umde

Miksiyonun Fizyolojisi ve Mekanizması	7-1
Defekasyonun Fizyolojisi ve Mekanizması	7-1
Pelvik Organ Prolapsusu (POP)	7-1
Üriner İnkontinans	7-4
Aşırı Aktif Mesane ve Urge İnkontinans	7-5
Stres İnkontinans	7-6
Taşma İnkontinansı	7-6
Bypass İnkontinans ve Urogenital Fistüller	7-7
İntertisiyel Sistitler	7-7
Anal İnkontinans	7-8

İNFERTİLİTE

Shweta Bhatt, Manuel Doblado, Laxmi A. Kondapalli ve Mary Ellen Pavone

Çeviri: Dr. Sezcan Mümüüşöğlü

İnfertilite Değerlendirmesi	8-1
Prematür Ovarian Yetmezlik (POİ)	8-2
Polikistik Over Sendromu (PKOS)	8-2
Tubal Faktör İnfertilite	8-3
Tekrarlayan Gebelik Kaybı (RPL)	8-4
Müllerian Anomaliler	8-4
Erkek Faktör İnfertilitesi	8-8
Ovulasyon İndüksiyonu ve Yardımcı Üreme	8-9
Fertilitenin Korunması	8-10
Preimplantasyon Genetik Test	8-11
Ovarian Hiperstimülasyon Sendromu (OHSS)	8-11

PRENATAL BAKIM

Sarah Rae Easter, Julia Drose, Emily Todd ve Sharon Phelan

Çeviri: Dr. Gökçen Örgül

Doğum Öncesi Rutin Bakım	9-1
Gebelikte Beslenme	9-3
Klinik Pelvimetre	9-4
Sık Karşılaşılan Prenatal Yakınmalar	9-5
Fetal Ultrasonografi: Anatomi ve Ekokardiyografi	9-6
Konjenital Anomaliler	9-7
Genetik Tarama	9-11
Amniyosentez ve Koryonik Villus Örnekleme	9-12

NORMAL EYLEM VE DOĞUM

David Shalowitz, Amy Nacht ve Sara Mazzoni

Çeviri: Dr. Emine Aydın

Antenatal Fetal Tarama	10-1
Amniyosentez İle Fetal Akciğer Matürasyon Tayini	10-2
Yenidoğanın Respiratuar Distresi	10-2
Grup B Streptokok (GBS) Enfeksiyonu	10-3
Spontan Eylem ve Doğum	10-4
Doğum İndüksiyonu (DI)	10-5
İntrapartum Fetal Monitorizasyon	10-7

Operatif Vajinal Doğum	10-11
Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum	10-12
Fetal Kordon Kan Gazı Analizi	10-13
Rutin Postpartum Bakım	10-13
Emzirme	10-14
Obstetrik Bakım Sağlayan Personel	10-15

KOMPLİKE GEBELİKLER VE DOĞUM

Lisa Gill, Alexandria J. Hill, Paul Wexler ve Jamie Bastek

Çeviri: Dr. Mert Turgal

Gestasyonel Hipertansif Hastalıklar	11-1
Hidrops Fetalis	11-2
İntrauterin Büyüme Geriliği	11-3
Çoğul Gebelik	11-4
Servikal Yetmezlik/Kısa Serviks	11-5
Membranların Preterm Prematür Ruptürü	11-6
Preterm Doğum	11-7
Postpartum Kanama	11-8
Plasenta Dekolmanı	11-11
Plasenta Previa	11-12
Vasa Previa	11-13
Plasenta Akreta	11-13
Uterin İnversiyon	11-14
Amniyotik Sıvı Embolisi	11-14
Malprezentasyon	11-15
Fetal Mekonyum	11-15
Koryoamniyonit	11-16
Endomyometrit	11-16

KARDİYOLOJİ VE KV HASTALIKLAR

Catherine Albright, Meghan Donnelly

Çeviri: Dr. Esra Nuhoğlu

Gebelikte Kardiyovasküler Hastalıklar	12-1
Gebelikte Kardiyovasküler Değişimler	12-1
Kronik Hipertansiyon	12-2
Hipertansif Kriz	12-4
Gebelikte İlişkili Hipertansiyon	12-5
Koroner Arter Hastalıkları Ve Akut Koroner Sendrom	12-8
Pulmoner Hipertansiyon	12-9
Kalp Kapak Hastalıkları	12-10
Peripartum Kardiyomyopati	12-12

PULMONER

David Shalowitz, Abdulrahman Sinno ve M. Camille Hoffman

Çeviri: Dr. Hasan Uçkan

Pulmoner Fonksiyon Testleri	13-1
Gebelikte Solunum Sistemi Değişiklikleri	13-2

Arteriyel Kan Gazı Analizi	13-3
Pnömoni	13-4
Pulmoner Ödem	13-5
Gebelikte İnfluenza	13-5
Gebelik ve Astım	13-6
Anafilaksi	13-7

NEFROLOJİ VE ÜRİNER SİSTEM

Megan Barrett, Gina Northington

Çeviri: Dr. Aykut Özek

Gebelikte Üriner Sisteme Ait Değişiklikler	14-1
Akut Böbrek Yetmezliği (ABY)	14-1
Kronik Böbrek Yetmezliği	14-3
İdrar Yolu Enfeksiyonu (İYE)	14-4
Pyelonefrit	14-6
Nefrolitiazis	14-7
Sıvı ve Elektrolit	14-8

GASTROENTEROLOJİ

Terri Huynh, Roxanne Vress

Çeviri: Dr. İlker Selçuk

Gebelikte Gastrointestinal Değişiklikler	15-1
Kolelitiazis	15-1
Kolesistit	15-1
Apandisit	15-2
Pankreatit	15-3
İrritabl Barsak Sendromu (İBS)	15-3
İnflamatuvar Barsak Hastalıkları (İBH)	15-4
Viral Hepatitler	15-6
Gebeliğin İntrahepatik Kolestazi (GIK)	15-8
Hellp Sendromu	15-9
Gebeliğin Akut Yağlı Karaciğeri (GAYK)	15-10
Total Parenteral Nutrisyon (TPN)	15-10

HEMATOLOJİ

Todd J. Stanhope, Sasha Andrews

Çeviri: Dr. Seda Güven

Gebelikte Hematolojik Değişiklikler	16-1
Anemi	16-1
Hemoglobinopatiler	16-3
Trombositopeni (Plt < 150000/ μ L)	16-4
Venöz Tromboembolik Hastalık	16-6
Perioperatif VTE Profilaksisi	16-9
Trombofil Değerlendirmesi	16-10
Koagülopatiler	16-11

Antifosfolipid Antikor Sendromu (APS)	16-12
Alloimmunizasyon	16-13
Kritik Bakım ve Kanamada Kullanılan Kan Ürünleri	16-15

ENDOKRİNOLOJİ

Juan Alvarez, Amy Schutt, K. Joseph Hurt ve Terry Harper

Çeviri: Dr. Pınar Tokdemir Çalış

Hormonal Regulasyon	17-1
Tip I Diabetes Mellitus	17-2
Diabetik Ketoasidoz (DKA)	17-3
Tip II Diabetes Mellitus	17-4
Hiperosmolar Hiperglisemik Durum	17-5
Gebelikte Diyabet	17-5
Gestasyonel Diabet (GDM)	17-8
Hipotiroidizm	17-8
Hipertiroidizm	17-9
Adrenal Hastalıklar	17-10
Hiperandrojenizm	17-12
Hirřutizm	17-13
Paratiroid Hastalıkları	17-14
Hipofiz Hastalıkları	17-15

NÖROLOJİ

Ponnila Marinescu, K. Joseph Hurt

Çeviri: Dr. Gül Sema Can

Baş Ağrısı	18-1
Migren	18-2
Nöbet Bozuklukları	18-3
Eklampsi	18-5
Gebelikte İnme	18-6
Serebral Venöz Tromboz	18-6
Gebelik ve Multiple Skleroz	18-7
Gebelikte Nöropatiler	18-8

DERMADOLOJİ

Sumer Allensworth, K. Joseph Hurth, Crystal Adams

Çeviri: Dr. Cavit Kart

Gebelikte Dermatolojik Değişiklikler	19-1
Liken Sklerozus	19-2
Liken Simpleks Kronikus	19-3
Liken Planus	19-3
Seboreik Dermatit	19-4
Hidradenitis Süppürativa	19-5
Fox-Fordyce Hastalığı	19-5
Jinekolojik-Dermatolojik Kistler	19-6
Sistemik Hastalıkların Sık Dermatolojik Manifestasyonları	19-6

ENFEKSİYÖZ HASTALIKLAR

Leo Han, Michelle Khan

Çeviri: Dr. Nejat Özgül, Dr. Anıl Ertürk

Kadınlarda HIV/AIDS	20-1
Torch Enfeksiyonları	20-2
Gebelikte Diğer Enfeksiyonlar	20-4
Human Papilloma Virus (HPV)	20-5
Sfiliz	20-7
Molluscum Contagiosum	20-8
Şankroid	20-9
Pubik Parazitler	20-9
Genital Ülserler	20-10

JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ

Marriam Al-Hilli, Erin Medlin, Kari Ring, Laigh, A. Cantrell ve Ritu Salani

Çeviri: Dr. Oğuzhan Kuru

Histerektomi Tipleri	21-1
Serviks Kanseri	21-2
Uterus Kanseri	21-4
Epitelyal Over Kanseri (EOK)	21-7
Germ Hücreli Tümörler	21-8
Seks Kord-Stromal Tümör	21-10
Vajen Kanseri	21-11
Vulvar Kanseri	21-12
Gestasyonel Trofoblastik Neoplazi	21-14
Kemoterapi	21-17
Radyasyon Tedavisi	21-18

EK: PRİMER OB-JİN ANATOMİ

22-1

Sherif El-Hashar

Çeviri: Dr. Oğuzhan Kuru, Dr. Nergis Kender Ertürk

EK: SIK PROSEDÜRLER VE AMELİYATLAR

23-1

Sherif El-Hashar, David Shalowitz

Çeviri: Dr. Oğuzhan Kuru

EK: İLAÇLAR

24-1

Sherif El-Hashar, David Shalowitz

Çeviri: Dr. Fatih Aktoz

EK: ACLS ALGORİTMA

25-1

Çeviri: Dr. Murat Çağan

EK: NRP ALGORİTMA

26-1

Çeviri: Dr. Anıl Ertürk

İNDEKS

I-1

Crystal Adams, MD

Assistant Professor
Obstetrics & Gynecology
University of Colorado
Aurora, Colorado

Catherine M. Albright, MD

Section Editor
Resident, Obstetrics & Gynecology
Brown University
Providence, Rhode Island

Mariam Al-Hilli, MD

Resident, Obstetrics & Gynecology
Mayo Clinic
Rochester, Minnesota

Sumer K. Allensworth, MD

Resident, Obstetrics & Gynecology
University of Colorado
Aurora, Colorado

Juan P. Alvarez, MD

Resident, Gynecology & Obstetrics
Emory University
Atlanta, Georgia

Sasha E. Andrews, MD

Fellow
Maternal Fetal Medicine
Obstetrics & Gynecology
University of Colorado
Aurora, Colorado

Sarah Appleton, MD

Senior Instructor
Obstetrics & Gynecology
University of Colorado
Aurora, Colorado

Kavita Shah Arora, MD, MBE

Section Editor
Resident, Obstetrics & Gynecology
Northwestern University
Chicago, Illinois

Megan R. Barrett, MD

Section Editor
Resident, Obstetrics & Gynecology
University of Virginia
Charlottesville, Virginia

Jamie Bastek, MD, MSCE

Assistant Professor
Maternal Fetal Medicine
Obstetrics & Gynecology
University of Pennsylvania
Philadelphia, Pennsylvania

Shweta Bhatt, MD

Resident, Obstetrics & Gynecology
Northwestern University
Chicago, Illinois

Leigh A. Cantrell, MD, MSPH

Assistant Professor
Gynecologic Oncology
Obstetrics & Gynecology
University of Virginia
Charlottesville, Virginia

Sarah L. Cohen, MD, MPH

Instructor
Minimally Invasive Surgery
Obstetrics & Gynecology
Harvard Medical School
Boston, Massachusetts

Kathleen A. Connell, MD

Associate Professor
Female Pelvic Medicine & Reconstructive
Surgery
Obstetrics & Gynecology University of
Colorado Aurora, Colorado

Manuel A. Doblado, MD, MA

Resident, Obstetrics & Gynecology
University of Colorado
Aurora, Colorado

Meghan Donnelly, MD

Assistant Professor
Maternal Fetal Medicine
Obstetrics & Gynecology
University of Colorado
Aurora, Colorado

Julia A. Drose, RDMS, RDCS, RVT

Associate Professor Radiology
University of Colorado
Aurora, Colorado

Caryn Dutton, MD, MS

Instructor
Obstetrics & Gynecology
Harvard Medical School
Boston, Massachusetts

Sarah Rae Easter, MD

Section Editor
Resident, Obstetrics & Gynecology
Harvard Medical School
Boston, Massachusetts

Brett D. Einerson, MD, MPH

Resident, Obstetrics & Gynecology
Northwestern University
Chicago, Illinois

**Sherif A. El-Nashar,
MBBCh, MS**

Section Editor
Assistant Professor
Female Pelvic Medicine &
Reconstructive Surgery
Obstetrics & Gynecology
Mayo Clinic
Rochester, Minnesota

Lisa Gill, MD

Resident, Obstetrics & Gynecology
Mayo Clinic
Rochester, Minnesota

Laura Goetzl, MD, MPH

Professor
Maternal Fetal Medicine
Temple University
Philadelphia, Pennsylvania

Maryam Guiahi, MD, MSc

Assistant Professor
Family Planning
Obstetrics & Gynecology
University of Colorado
Aurora, Colorado

Leo Han, MD

Resident, Obstetrics & Gynecology
University of Colorado
Aurora, Colorado

Terry C. Harper, MD

Assistant Professor
Maternal Fetal Medicine
Obstetrics & Gynecology
University of Colorado
Aurora, Colorado

Alexandria J. Hill, MD

Fellow
Maternal Fetal Medicine
Obstetrics & Gynecology
The University of Texas Medical
Branch
Galveston, Texas

M. Camille Hoffman, MD

Assistant Professor
Maternal Fetal Medicine
Obstetrics & Gynecology
Denver Health Medical Center
University of Colorado
Denver, Colorado

Catherine O. Hudson, MD

Resident, Gynecology & Obstetrics
Emory University
Atlanta, Georgia

Tricia Huguelet, MD

Assistant Professor
Obstetrics & Gynecology Children's
Hospital Colorado
University of Colorado
Aurora, Colorado

K. Joseph Hurt, MD, PhD

Assistant Professor and Clinical
Fellow
Basic Reproductive Sciences and
Maternal Fetal Medicine
University of Colorado
Aurora, Colorado

Terri Q. Huynh, MD

Resident, Obstetrics & Gynecology
University of Pennsylvania
Philadelphia, Pennsylvania

Shilpa Iyer, MD, MPH

Resident, Obstetrics & Gynecology
Harvard Medical School
Boston, Massachusetts

Natalie E. Karp, MD

Resident, Obstetrics & Gynecology
University of Virginia
Charlottesville, Virginia

Michelle J. Khan, MD, MPH

Fellow/Instructor
Reproductive Infectious Disease
Obstetrics, Gynecology, and
Reproductive Sciences
University of California San
Francisco San Francisco, California

**Laxmi A. Kondapalli, MD,
MSCE**

Assistant Professor
Reproductive Endocrinology & Infertility
Obstetrics & Gynecology
University of Colorado
Aurora, Colorado

Ponnilla S. Marinescu, MD

Resident, Obstetrics & Gynecology
University of Virginia
Charlottesville, Virginia

Lauren May, MD

Section Editor
Resident, Obstetrics & Gynecology
University of Colorado
Aurora, Colorado

Sara Mazzoni, MD, MPH

Assistant Professor
Obstetrics & Gynecology
Denver Health Medical Center
University of Colorado
Denver, Colorado

Erin Medlin, MD

Resident, Obstetrics & Gynecology
University of Colorado
Aurora, Colorado

Amy S. Nacht, CNM, MSN

Senior Instructor
Women, Children, & Family Health
College of Nursing
University of Colorado
Aurora, Colorado

Gina M. Northington, MD, PhD

Assistant Professor
Female Pelvic Medicine &
Reconstructive Surgery
Gynecology & Obstetrics
Emory University
Atlanta, Georgia

Jessica Opoku-Anane, MD

Resident, Obstetrics & Gynecology
Harvard Medical School
Boston, Massachusetts

Marguerite Palisoul, MD

Resident, Obstetrics & Gynecology
Brown University
Providence, Rhode Island

Mary Ellen Pavone, MD, MSCI

Assistant Professor
Reproductive Biology, and Reproductive
Endocrinology & Infertility
Obstetrics & Gynecology
Northwestern University
Chicago, Illinois

Emily E. Petersen, MD

Resident, Obstetrics & Gynecology
The Ohio State University
Columbus, Ohio

Sharon T. Phelan, MD

Professor
Obstetrics & Gynecology
The University of New Mexico
Albuquerque, New Mexico

Annalisa L. Post, MD

Resident, Obstetrics & Gynecology
University of Colorado
Aurora, Colorado

Emily Prendergast, MD

Resident, Obstetrics & Gynecology
Northwestern University
Chicago, Illinois

Lieschen H. Quiroz, MD

Assistant Professor
Female Pelvic Medicine &
Reconstructive Surgery
Obstetrics & Gynecology
The University of Oklahoma
Oklahoma City, Oklahoma

Kari L. Ring, MD

Resident, Obstetrics & Gynecology
University of Virginia
Charlottesville, Virginia

Ritu Salani, MD, MBA

Assistant Professor
Gynecologic Oncology
Obstetrics & Gynecology
The Ohio State University
Columbus, Ohio

Amy Schutt, MD

Resident, Obstetrics & Gynecology
University of Virginia
Charlottesville, Virginia

David I. Shalowitz, MD

Section Editor
Resident, Obstetrics & Gynecology
Harvard Medical School
Boston, Massachusetts

Abdulrahman Sinno

Resident, Gynecology & Obstetrics
Emory University
Atlanta, Georgia

Todd J. Stanhope, MD

Resident, Obstetrics & Gynecology
Mayo Clinic
Rochester, Minnesota

Emily Todd, MS, CGC

Genetic Counselor
Prenatal Diagnosis and Genetics
University of Colorado Hospital
Aurora, Colorado

Alexis May Tran, DO

Resident, Obstetrics & Gynecology
Albany Medical College
Albany, New York

Roxanne A. Vrees, MD

Director of Emergency
Ob/Gyn Division
Obstetrics & Gynecology
Brown University
Providence, Rhode Island

Heather A Walker, MA, PA-C

Instructor, Pediatrics
Child Health Associate/Physician
Assistant Program
University of Colorado
Aurora, Colorado

Teresa M. Walsh, MD

Resident, Obstetrics & Gynecology
The University of Texas Medical
Branch
Galveston, Texas

Paul Wexler, MD

Clinical Professor
Pediatric Genetics
Obstetrics & Gynecology
University of Colorado
Denver, Colorado

Dr. Fatih Aktoz

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Emine Aydın

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Duygu Baskak

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Gökhan Boyraz

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Dr. Gül Sema Can

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Dr. Murat Çağan

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Pınar Tokdemir Çalış

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Dr. Anıl Ertürk

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Nergis Kender Ertürk

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Prof. Dr. Seda Güven

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Prof. Dr. Süleyman Güven

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Dr. Göksun Keleş İpek

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Doç. Dr. Cavit Kart

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Taner-Dila Kasapoğlu

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Oğuzhan Kuru

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Sezcan Mümüšoğlu

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Dr. Esra Nuhoglu

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Gökçen Örgül

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Aykut Özek

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Doç. Dr. Nejat Özgül

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Uzm. Dr. İlker Selçuk

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Mert Turgal

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Dr. Hasan Uçkan

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Dr. Emine Umde Çelik

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Aslıhan Yazıcıoğlu

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Cep Tıbbi yeni intörn ve tıp öğrencileri için ilk stetoskop ve reflex çekici kadar önemli bir konuma gelmiştir. Serinin her kitabı en sık karşılaşılan problemlerle ilgili güncel ve pratik bilgiler içerir. Cep Obs-Jin ilk baskısı öğrencilere kadın sağlığı ve obstetrik ve jinekolojideki klinik senaryolarla ilgili fayda sağlamaktadır.

Bu el kitabını yeni iyi test edilmiş bir kaynakları kullanarak hazırladık. Yazarlar obs-jin konusundaki en önemli başlıkları kanıta dayalı bölümler şeklinde hazırladı. Her bölüm güvenilir tecrübe, ayırıcı tanı, klinik algoritma ve patofizyoloji yolunda küçük aydınlatmalar yaratacak literatür atıfları içermektedir. İntörn olduğum dönemlerde Cep Tıbbi önderliğinde ilk tedavi yaklaşımlarıma çalıştığım geceleri hatırlarım. Obstetrik ve jinekoloji için de bu kitabın aynı amacı sağlayacağını umuyoruz.

Pelvik anatomi, sık prosedürler, ACLS algoritmaları ve ilaçlar hakkındaki özel ekler hızlı referans için yardımcı olabilir. Format serinin diğer kitaplarında olduğu gibidir, problemleri organ sistemleri başlıklarında sınıflandırdık. Kadın hastalıkları ve doğum multidisipliner öğrenme ve eğitim gerektirdiği için ilişkili başlıkları farklı bölümlere yayılmış olarak görebilirsiniz (ör. preeklampsi ve eklampsi kardiyovasküler ve nöroloji bölümlerinde). Endişelenmeyin, sizler için çok pratik bir indeks hazırladık. Ayrıca dikkatlice referanslarımızı Pubmed arama motorunda ziyaret edebileceğiniz şekilde verdik.

Tabi ki bu kitap çok geniş kapsamlı değildir, uzun yıllar okumanın, klinik tecrübenin, eğitimin yerini alamaz. Buna ek olarak bilgi sürekli revizyon gerektirir ve tıbbın da sürekli değişim içinde olması nedeniyle okuyucunun konular hakkında kendi değerlendirmesi klinik bakım standartlarını arttıracaktır. Bu nedenle sizlerden önerilerinizi, fikirlerinizi ve eleştirilerinizi bekliyoruz. Emin olun tüm yorumları değerlendirip bir sonraki baskıda yer veriyoruz. Bana direkt olarak mail atın **PocketOBGYN.Editor@gmail.com**, bu kitabı nasıl geliştirebiliriz söyleyin lütfen.

Bu sayfalar arasında çekirdek bilgi ve tecrübeyi bulup muhteşem hasta bakımı sağlayacağınızı umuyoruz. Doğum oda sından ameliyathaneye, ameliyathaneden onkoloji katına, Cep Obs-Jin kitabını vazgeçilmez bir yardımcı olarak yanınızda taşıyacağınızı düşünüyoruz.

K. JOSEPH HURT MD, PhD
AURORA, COLORADO

Günümüz tıbbi günbegün ilerleme göstermekte ve inanılmaz bir hızla bilgiler güncellenmekte veya yenilenmektedir. Bilgiye erişimin hızlı ve pratik olması pek çok açıdan yarar sağlar niteliktedir bu amaçla günümüzde hızlı bilgiye ulaşmada internet kadar faydalı olan bir diğer kaynak da bu tip hazırlanmış cep kitaplarıdır.

Yazarlar bu amaçla obstetrik ve jinekolojide ki en önemli başlıkları kanıta dayalı tıp çerçevesinde ve literatürde vererek hazırlamışlardır. Bu cep kitabının vazgeçilmez bir yardımcı olarak her stajyer, intern ve asistanın yanından ayıramıyacağı bir kaynak olacağını düşünmekteyim

Kitabın çevirisi Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, kadın hastalıkları ve doğum anabilim dalının araştırma görevlileri ve bölümden uzmanlığını almış genç hekim arkadaşlarımız tarafından gerçekleştirilmiştir.

Bu bağlamda kendilerine teşekkürlerimi sunar ve indeksin hazırlanmasında ve son düzeltmeleri tekrar tekrar gözden geçirerek kitaba akıcı bir şekil verilmesinde bana yardımcı olan Uzm. Dr. Nergis Kender Ertürk'e de özellikle teşekkür ederim.

Bir diğer teşekkür Güneş Tıp Kitabevleri yöneticileri Sayın Murat YILMAZ ve Polat YILMAZ'a.

Kitabın hazırlanması, dizgi ve baskı işini yürüten başta İhsan AĞIN ve Ümit SAÇI olmak üzere tüm teknik ekibe de ayrıca teşekkür ediyorum.

Okurlarına yararlı olması ve yeni ufuklar açması dileğiyle...

Prof. Dr. Serdar Günalp
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı Başkanı

anormal değişimlerin meydana geldiği transformasyon zone görülürse yeterli kabul edilir. Görüntüleme şunlarla kolaylaştırılır:

Asetik asit: Hücreleri dehidrate eder→ displastik hücreler daha açık görünür, n/c oranı ↑/ kromatin ↑ = 'asetobeyaz değişiklikler'

Lügol iyot: Normal servikojanin epitelium hücrelerini yüksek glikojen içeriğine bağlı olarak koyu boyarken, displastik hücreler daha açık boyanır; asetik asitin yerine veya onunla birlikte kullanılır.

- Anormal kolposkopi bulguları arasında şunlar yer alır:
 - Punktasyon:** Küçük noktalar şeklinde görünen küçük kan damarları
 - Mozaisizm:** Beyaz normal epitelium hücrelerinin dağınık görünmesi
 - Asetobeyaz değişiklikler:** Beyaz renkli epitelium alanları ile yaygın ya da keskin sınırlar
 - Atipik damarlar:** Lezyonun içinde büyük damarlar daha ileri evre bir lezyonu işaret ediyor olabilir
- Her hangi bir anormal lezyondan preinvasiv kanser değerlendirmesi için biyopsi alınır; kolposkopi her zaman biyopsi demek değildir; yalnızca anormal lezyonlar ve endoservikal kanal örneklenir.
- **Endoservikal küretaj:** Glandüler hücreleri veya görülmeyen lezyonları elde etmek amacı ile endoservikal kanalın kürete edilmesi
- **Biyopsi sonuçları:** Şöyle bildirilebilir:
 - CIN 1/hafif displazi:** Skuamöz epitelin alt 1/3'üne sınırlı
 - CIN2/orta displazi:** Epitel tabakanın orta 1/3'üne kadar uzanan anormal hücreler
 - CIN3/şiddetli displazi:** Epitel tabakanın üst 1/3'üne kadar uzanan anormal hücreler
 - CIS:** Bazal membran invazyonu olmaksızın tüm kat anormal hücreler
 - Servikal Displazi Yönetimi** (*Obstet Gynecol* 2013;121:829)
- CIN 1→ yakın takip ile gözetim altında tutun; >2 yıl sebat ederse konizasyonu göz önüne alın
- CIN 2→ konizasyonu göz önüne alın veya özellikle genç hastada tekrarlayan pap/kolposkopi ile takip edin
- CIN 3→ konizasyon/LEEP
- CIS→ konizasyon
- İnvasiv kanser→ Jinekolog onkoloğa yönlendirin (Bknz Blm 21)
- En güncel öneriler için ASCCP'ye bakınız (www.asccp.org)

LİPİD & KOLESTEROL

Tanımlar ve Tedavi

Kolesterol için tanımlar		
LDL- birincil hedef	<100 100-129 130-159 160-189 ≥190	Optimal Optimale yakın Sınırdaki yüksek Yüksek Çok yüksek
Total kolesterol	<200 200-239 ≥240	Hedef Sınırdaki yüksek Çok yüksek
HDL	<40 ≥60	Düşük Yüksek

- Kardiyovasküler hastalık kadınlarda (tüm yaşlarda) en başta gelen ölüm nedeni (%24)
- Total kolesterol, HDL taramasına 20 yaşında başla, sonra her 5 yılda bir tekrarla
- ACOG: 45 yaşından itibaren her 5 yılda bir; sağlıklı kadın muayenesinde veya ilk OB ziyaretiğinde ya da aile hekimi

Kolesterol ne zaman tedavi edilmeli			
Risk kategorisi	Hedef LDL (mg/dL)	Yaşam şekli değişimine gidilmesi gereken LDL	İlaç tedavisi başlanması gereken LDL
KKH veya KKH risk eşdeğerleri	<100 (<70 opsiyonel)	≥100	≥130 (100-129 opsiyonel)
+2 risk faktörü (10 yıllık risk <%20)	<130	≥130	10 yıllık risk %10-20 ve ≥130 veya 10 yıllık risk <%10 ve ≥160
0 risk faktör	<160	≥160	≥190 (160-189 opsiyonel)

Şekil 1.2 Tıbbi Endikasyona göre Erişkin Aşıları, 2014

Endikasyon					
	Gebelik	İmmün yetmezlik durumları (HIV hariç)	HIV enfeksiyonu CD+ T lenfosit sayısı	Diyabet	Sağlık çalışanı
			<200 hücre/µL	≥200 hücre/µL	
Influenza	Yıllık 1 doz				Yıllık 1 doz
Tetanoz, difteri, boğmaca (Td/Tdap)	Her gebelikte 1doz Tdap	Td rapel için 1 defa Tdap, sonra 10 yılda bir Td			
Suçiçeği	Kontrendike			2 doz	
HPV (kadın)		26 yaşına kadar 3 doz			
Zona	Kontrendike			Tüm >60 yaş grubu 1 doz	
Kızamık, kabakulak, kızamıkçık (KKK)	Kontrendike			1 ya da 2 doz	
Pnömonokok polisakkarit (PPSV23)		1 ya da 2 doz			
Meningokok	1 ya da daha fazla doz				
Hepatit A	2 doz				
Hepatit B	3 doz		3 doz		
Haemophilus influenza tip B (Hib)		Sadece kemik iliği nakli sonrası	1 ya da 3 doz		

KADIN SAĞLIĞI EPİDEMİYOLOJİSİ VE ARAŞTIRMA

ABD’de kadınlarda mortalite: Tüm yaşlarda, tüm kadınlarda en önemli nedenler	
1. Kalp hast, %23.5	6. İstenmeyen yaralanmalar, %3.6
2. Kanser, %22.1	7. Diyabet, %2.7
3. İnme, %6.2	8. influenza & pnömoni, %2.1
4. Kronik alt solunum yolu hast, %5.9	9. Böbrek hast, %2.1
5. Alzheimer hast, %4.7	10. Septisemi, %1.5

CDC ‘Kadınlarda En Önemli Ölüm Nedenleri’ verisinden.

ABD’de yıllık jinekolojik kanser ölümleri		
Neden	Ölgu sayısı	Ölüm sayısı
Endometrium	41314	7456
Over	20749	14621
Serviks	12280	4012
Vulva	4159	865
Vajen	1149	376

CDC ‘Kadınlarda En Önemli Ölüm Nedenleri’ verisinden.

Epidemiyoloji terimleri	
Duyarlılık	Bir testte hast +/test pozitif %’si
Özgünlük	Bir testte hast -/test negatif %’si
PPD	Bir testte gerçekten hasta olanların test pozitif olma %’si
NPD	Bir testte gerçekten hasta olmayanların test negatif olma %’si; PPD ve NPD prevalansa göre değişir

AKUT UTERİN KANAMA

Tanım ve Epidemiyoloji

- Acil müdahale gerektirecek kadar olan ağır vajinal kanamalardır. Kronik anormal uterin kanama zemininde oluşabilir ya da oluşmayabilir. Bölüm 5 (Anormal Uterin Kanama)'e bakınız.
- Kadınların %10-30'unu etkiler. Acil servise jinekolojik başvuruların %12'sinin nedenidir. Ayrıca, aşağıda Spontan Abortuslar bölümüne bakınız.

Fizik Muayene

- Hızlıca genel durumu değerlendir:** Genel durum ve stabilite. Ortostatik vital bulgular.
- Spekulum muayenesi:** Uterin nedenler dışı nedenleri dışla (mesela; rektal kanama, genitoüriner, vajinal laserasyonlar, servikal lezyonlar), kanamanın miktarını değerlendir (mesela; aktif/devam eden kanama)
- Bimanuel muayene:** Yapısal anormallikler açısından değerlendir, prolapsus olan fibroid gibi.

Tanısıl İnceleme/Çalışmalar

- Herzaman gebeliği ekarte et-kalitatif hCG. Lab: CBC, fibrinojen dahil pıhtılaşma profili, tip ve tarama. Görüntüleme: TVUS ile incele.

Tedavi ve Medikasyonlar

- Anstabil ise; 2 adet büyük IV sıvı, kristalloid sıvı resüsitasyonu
- Hgb < 7.5 ise, 2 ünite eritrosit süspansiyon (RBC) transfüzyonu düşün
- Anemik ise, hastaneden taburculuğunda PO ferröz sülfat tedavisi başla
- Hedefe yönelik tedaviye başla

Akut uterin kanamanın medikal tedavisi			
Kategori	Ajan	Doz	Yorum
Östrojen	Premarin (Antiemetik tedavi ile)	25 mg IV (4-6 saat ara ile 24 saate kadar)	Sigara içimi, 35 yaş üzeri, kontrolsüz hipertansiyon, koroner arter hastalığı, VTE hikayesi, inme, karaciğer bozuklukları durumlarında önerilmez
KOK	Etinil östradiol/noretindron (Antiemetik tedavi ile)	35 µg/1 mg Günde 3 kez x 1 hafta, sonra her gün 3 hafta	Sigara içimi, 35 yaş üzeri, kontrolsüz hipertansiyon, koroner arter hastalığı, VTE hikayesi, inme, karaciğer bozuklukları durumlarında önerilmez
Progesterin	Aygestin (noretindron asetat)	5 mg günde 3 kez x 1 hafta, sonra günde 2 kez x 3 hafta	VTE hikayesi, inme veya MI, karaciğer bozuklukları olan hastalarda dikkatli bir şekilde kullan
	Provera (Medroksi-progesteron)	20 mg günde 3 kez x 1 hafta, sonra günde 2 kez x 3 hafta	
Non-Hormonal	Traneksamik asit	1.6 gr günde 3 kez PO x 5 gün veya 10 mg/kg IV 8 saatte bir ve 5 güne kadar	Aktif tromboembolik hastalığı veya intrinsik tromboz riski olan hastalarda önerilmez

Akut uterin kanamanın cerrahi tedavisi	
Intrakaviter tamponat	Foley balon (30-50 cc); Bakri balonu
D&C; histeroskopi	Acil vakalar için rezerv et; akut ataklarda yardımcı olabilir, sonraki adet dönemleri değişmez
Uterin arter embolizasyonu	Acil vakalar için rezerv et; özellikle leiomyom veya şüpheli AVM olgularında
Histerektomi	Acil vakalar için rezerv et; kesin tedavi

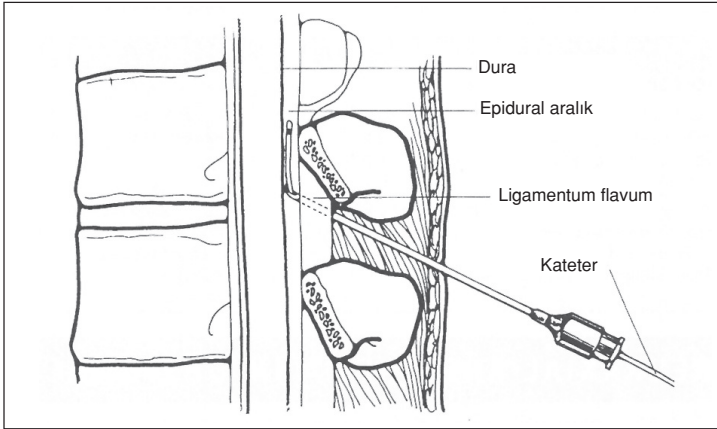
SPONTAN ABORTUS (SAB)

Tanım ve Epidemiyoloji

- SAB (düşük) 20. Gebelik haftasından önce veya < 500 gr altında meydana gelir.
- Erken gebelik başarısızlığı bilinen gebeliklerin %12-15'ini ve tüm gebeliklerin %17-22'sini komplike eder; %80'i ilk 12 hafta içerisinde meydana gelir; fertilizasyon sonrası → %30 implantasyon başarısızlığı → %30 erken kayıp (=klinik gebelik fark edilmeden önce %60 kayıp) → klinik gebeliklerin %12-15'i spontan abortus → %25 canlı doğum.

- Doğumda spinal/epidural anestezi kontraendikasyonları
Kesin: maternal red, koopere olamayan hasta; bölgenin yumuşak doku enf; hipovolemi, düzeltilmemiş terapötik antikoagülasyon; 24 sa içinde lovenox alımı, ciddi spinal durumlar (ependimom), ağır trombositopeni (<50.000)
Rölatif: Spinal durumlar (dissektomi, rod füzyonu), hafif trombositopeni (<75.000), LP şant, bazı nörolojik hast (multipl skleroz), sabit kardiyak output (aort stenozu)
- Nöroaksiyel blok çeşitleri: Spinal, epidural & Kombine
Spinal
 Anestezik/opioid madde direkt olarak spinal sıvıya dural ponksiyon şeklinde iğne yardımıyla verilir
Avantaj: Hızlı başlangıç (2 min); 1/20 epidural doz, daha az toksik
Dezavantaj: Kısıtlı süre (1-1.5 sa)
Epidural:
 Anestezik/opioid madde bir kateter yardımıyla epidural aralığa sürekli infüze edilir.
Avantaj: sürekli infüzyon & gerekirse ek doz ekleyebilme, hasta kontrollü
Dezavantaj: yavaş başlangıç (20 dk), yüksek doz kullanımı (20x spinal doz)
Kombine:
 İlaçlar direkt spinal sıvıya verilir, sonra kateter epidural aralığa yerleştirilir.
Avantaj: Kombine hızlı başlangıç & sürekli infüzyon şansı
Dezavantaj: teknik gereksinim fazla, sadece spinalle karşılaştırıldığında başağrısı (postdural puncture headache PDPH) riski fazla

Şekil 4.1 Epidural blok.



Mulroy MF. Regional anesthesia: an illustrated procedural guide. Boston, MA: Little, Brown and Company; 1996:109'un izniyle alınmıştır.

Nöroaksiyel anestezi komplikasyonları			
Komplikasyon	Insidans	Mek	Tedavi
Hipotansiyon	28-31% Prehidrasyon= riski azaltır	Lokal anestetik parasempatikler aracılığı ile vasodilatasyona yol açar	Prehidrasyon insidansı azaltır Epinefrin/Fenilefrin
Ateş >100.4 F (parenteral opioidlerle artar)	15-33% nulliparlar 1-5% multiparlar	Bilinmiyor; Bozulmuş termoregülasyon, inflamatuvar cvp	Konservatif Asetaminofen epidural ateşi tedavi etmez

- Prevelansı infertil kadınlarda %38 & siklik pelvik ağrısı olanlarda %71 – 87.
- **Risk faktörleri:** Erken menarş (<11yaş), menstural siklusun <27gün, yoğun &uzamış mensturasyon.
- **Koruyucu faktörler:** ↑parite, ↑laktasyon periodları, düzenli egzersiz (>4 sa/hf).

Etyoloji

- Çoğunlukla kabul edilen teori = retrograd mensturasyon → endometriyal dokuların peritona yapışması. Diğer teoriler: Kan veya lenfatik taşınım, kemik iliğinden gelen kök hücreler, çölomik metaplazi.

Klinik Görünüm (Obstet Gynecol 2011;18:69)

- Sıklıkla asemptomatik. Yaygın: Dismenore, siklik pelvik ağrı, menoraji, disparoni.
- Pelvik ağrı; mensturasyonun başlamasından önce başlayan ağrı olarak tariflenir (sekonder dismenore), derin disparoni (mensturasyon boyunca kötüleşir), mensturasyon boyunca sakral bel ağrısı.

Tanı Çalışmaları (N Engl Med 2010;362:2389)

- **Fizik muayene bulguları:** Uterosakral ligamentte nodülerite, adneksiyal kitle.
- Histoloji için biopsi ile birlikte veya biyopsisiz laparoskopi altın standart. Yol: çeşitle miktarlarda inflamasyon/fibrosis ile birlikte endometriyal gland/stroma. Kan veya hemosiderin içeren makrofajlar. Biopsi gerekli değil fakat tanımlayıcı.
- **Dış görünüm:** Klasik lezyonlar = siyah yanmış barut. Klasik olmayanlar = kırmızı veya beyaz.
- Görünen hastalığın şiddeti ile ağrı derecesi veya tedaviye yanıt arasında korelasyon yok.
- Tanı için kullanışlı serum markeri veya görüntüleme çalışmaları yok. Görüntüleme çalışmaları (USG, MRG) sadece eğer adneksiyal /pelvik kitle (çikolata kisti) varsa yararlı.
- **USG:** Ovarian endometriomalar eski kan nedeniyle homojen internal ekolar düşük seviye kistler olarak görünür. TVUSG = rektum veya rektovajinal septumun derin infiltratif endometriozisini tespit etmek için görüntüleme MRG nadiren gerekir.

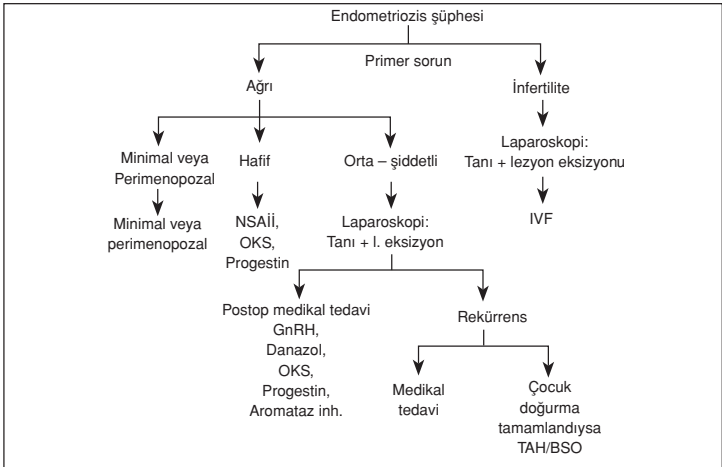
Sınıflama

- Çok sayıda tasarısı ortaya atıldı. ASRM sınıflaması en yaygın. Değer = araştıma bulgularının tek çeşit kayıt edilmesi & tedavi şekillerinin kıyaslanması.
- **ASRM kriterleri:** Evre 1 (minimal) → Evre 4 (şiddetli). Cerrahi prosedür sırasında görülen endometriozis lezyonlarının boyut & lokalizasyonuna göre.

Tedavi

- En iyi tedavi cerrahi destekli medikal tedavi. Cerrahi tedavi büyük endometriomalara, palpe edilebilen hastalığa veya infertiliteye saklanır (Fertil Steril 2008;90:S260).

Şekil 5.2 Endometriozis için tedavi algoritması



Modifiye Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI ve ark. Williams Gynecology. 2nd ed. New York, NY:McGraw-Hill;2012.

- **Medikal tedavi** (Fertil Steril 2008;90:S260): Medikal destek tedavileri infertilite için etkisizler (Int J Gynecol Obstet 2001;72:263).

NSAİİ: COX inh. → ↓PG sentezi → ↓ağrı & inflamasyon.

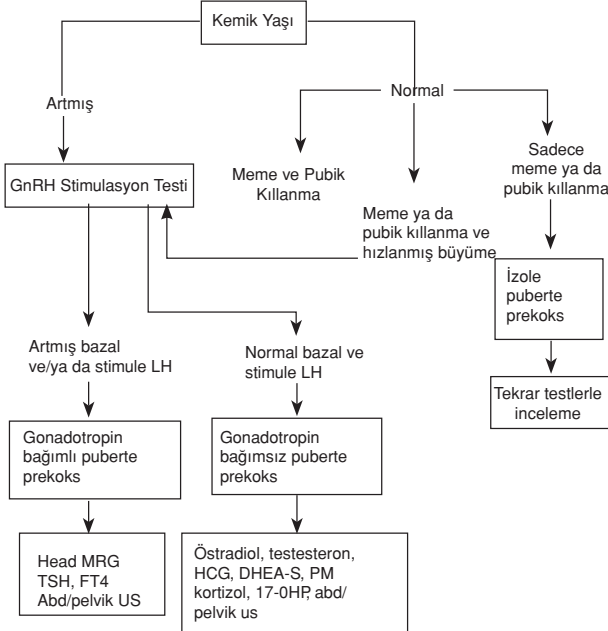
- Over tümörleri (nadir)- granuloza hücreli tümör-> izoseksüel, leydig hücreli /gonadoblastoma → kontraseksüel. Adrenal->androjen salgılayan tümörler, KAH, McCune –Albright sendromu (nadir)- periferik puberte prekoks triadı, cafe-au-lait lekeleri, fibröz kemik displazisi->tekrarlayan follikül kistleri ve siklik vaginal kanama.
- Dx: GnRH stimülasyonu ile artmayan, düşük ya da normal fsh ve lh düzeyleri söz konusudur. Laboratuvar: testesteron, östradiol, FSH, öğlen sonrası cortisol (cushing sendromunu gösterir), DHEA, DHEAS, 17-OHP (KAH gösterir). Abdominopelvik US ovaryan kist ve tümörler için.
- Rxs: tümöre yönelik cerrahi eksizyon, vaginal kanamalar için tamoksifen, kemik displazileri için bifosfonat, uzun süreli etkinlik için aromataz inhibitörleri, eksojen östrojen uygulamaları krem, mehem ve spray (kontraseksüel); eksejen kaynağın ortadan kaldırılması; k-fonksiyonel kistler için -> gözlem genellikle kendini sınırlayan ve cerrahi eksize edilebilen oluşumlar için. GnRH agonistleri genellikle gonadotropin bağımlı durumlarda efektif değildir.

İzole Puberte Prekoks

- İzole prematür telarş ya da adrenarş. Çoğunlukla benign normal varyantlar olup eğer kemik yaşı normalse puberte prekoks ihtimali yoktur.
- 6 ay da ümitkar yaklaşım tekrar değerlendirme üzerinedir. Yaklaşık %20 ilerleyiş gonadotropin bağımlı puberte prekoksadır. Tekrarlayan incelemeler gerektirir.
- **İzole prematür telarş:** tek veya çift taraflı, <8 yaş, diğer sekonder seks karakterlerinin yokluğunda normal lineer büyüme, normal kemik yaşı. Östrodiol seviyesi genellikle prepubertaldir- kızlar genellikle <3 yaş ve nonobezdirler.
- **İzole prematür adrenarş:** izole pubik ya/ ya da aksiller kıllanma <8y.

Dx: DHEA-S pubik kıllanma evresi ile ilişkilidir. Kızlar genellikle aşırı kiloludur. 17-OH & testesteron yaşı ile uygundur. Kemik yaşı ve büyüme hızı artmış fakat normal sınırlardadır. PCOS için bir risk faktörüdür. Ayrıca kemik yaşı ileri durumlarda ACTH stimülasyonu (KAH açısından), yetişkin dönemde boy kısalığına işaret ederken, serum testesteron ve DHEA-S artışı hafif KAH'nin tezahürü olabilir. Prekokal seksüel gelişimin diğer işaretlerini de değerlendirmek adına tekrarlayan düzenli incelemeler gereklidir.

Şekil 6.2 Prekoks puberteye yaklaşım.



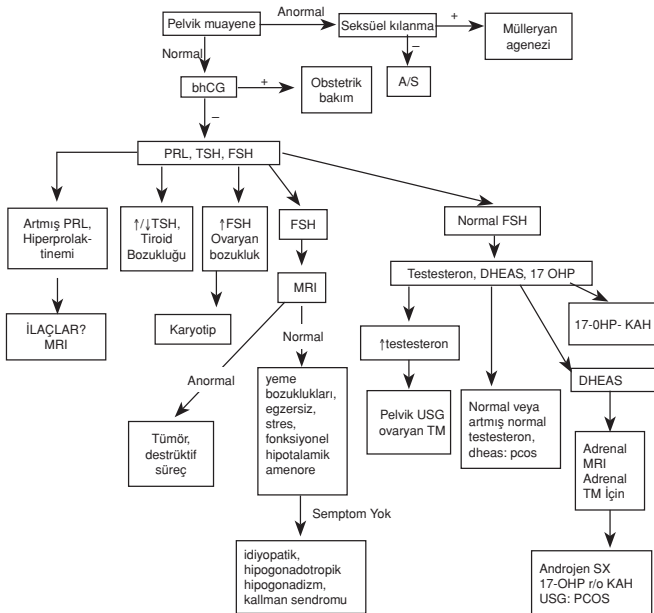
GECİKMİŞ PUBERTE

Tanım

- Sekonder seks karakterlerinin 13 yaşına kadar gelişmemesi veya 15 yaşına kadar menstrasyonun olmaması

ANDRO. DUY. 6-8

- Şekil 6.4 Amenoreye yaklaşım.**



Tanım ve Epidemiyoloji

- Erkek psödohermafreditizm androjen reseptör mutasyonu ve end organ duyarlılık azalması sonucu gelişen %1.1 oranında premenars çocuklarda inguinal herni varlığı veya yokluğunda görülebilen bir durumdur.
- Genetik olarak erkek cinsiyetin 20000-99000 de birinde görülür.
- AR mutasyonlarının %70'i x bağımlı resesif geçişe bağlıyken düşük androjen duyarlılığı mevcut olup %30'u sporadik de novo mutasyonlarla olur.

- Boşalmayı hissetmemekten kaynaklanan küçük miktarda idrar kaybı
- Uriner retansiyonu açıklamak için medikal hikaye önemlidir.

Fizik Muayene ve Örnekler

- İşeme sonrası ağrısız palpable mesane
- PVR (tipik olarak >300 ml)
- Ürodinamiler

Tedavi

- Tedavi direk olarak altta yatan nedenin tedavisidir
- Distansiyon için CIC veya katater takılır
- Sakral sinir stimülasyonu ilgili OAB bölümüne bakınız
- α blokörler bu kadınlarda kullanılmak için FDA onaylı değil fakat BPH erkeklerde kullanışlıdır.

BYPASS İNKONTİNANS VE UROGENİTAL FİSTÜLLER

Tanımlama ve Etiyoloji

- İdrarın ekstraüretral yerlerden sızmasıdır.
AKA ekstraüretral inkontinans
Urogenital fistül-VVF, ureterovajinal fistül:bir çok vaka taşrada yapılan jinekolojik operasyondan sonra komplikasyon olarak gelişir(tüm histerektomilerin %0.1i), diğer vakalar radyasyon, travma, malignite, doğum komplikasyonu olarak gelişir.birçok vaka obstetrik travma sonrası gelişir (nekroz gibi).
Ektopik ureter
Uretral divertikül

Klinik Örnekler

- Urogenital fistüllerde sürekli idrar kaçıışı olur
- Üretral divertiküllerde işeme öncesi veya sonrası damlama şeklinde olabilir
- Tekrarlayan UTİ şeklinde, vaginal candida, perineal irritasyon olabilir.

Fizik Muayene/Örnekler

- İdrar tetkiki ve idrar kültürü
- Voiding sistouretroqram-1st line izlem
- Sistoüretroskopi-mesane içini tanımda yardımcı
- Üretral fistül için bir şüphe varsa intravenöz pyelogram yardımcı olabilir.
- Tip ve lokasyon açısından ileri tetkik olarak CT/MRI yardımcı olabilir.

Tedavi

- Anatomi anomaliler açısından cerrahi kullanılır
- Konservatif yaklaşımlar uzun süreli mesane drenajı sağlanarak küçük VVF için kullanılabilir.
- Genitoüriner fistüller yerine & cerrahi yeteneğe bağlı olarak vajinal, laparoskopik veya abdominal yolla onarılabilir.
VVF lerde vajinal onarım önerilir.
Latzko proseduru-fistül traktının eksizyonu parsiyel kolpoplezis
Tabanı kapatma-çevre dokunun mobilizasyonu, fistül traktının eksizyonu, absorbe edilen sturlarla birçok yerinden kapatılması.
Martius flap-labial yağ dokunun transpozisyonu, uygun vajinal dokuda geniş VVF lerde kullanışlıdır
Proksimal, kompleks VVF & ureterovajinal fistüllerdeabdominal veya laparoskopik onarıma ihtiyaç duyulabilir.

İTERSTİTİAL SİSTİTLER

Tanımlama

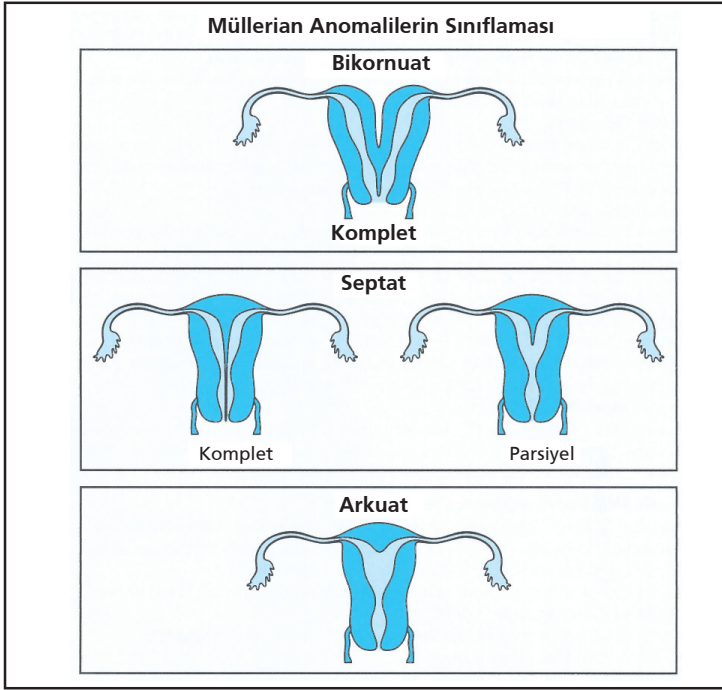
- Kronik pelvik ağrı, uriner urgency & frequency, dispareni, nokturi ile karakterizedir.

Epidemiyoloji

- Prevalansı US'de kadınlarda 10-67/100000
- ~%40'ı kronik pelvik ağrı duyar

Patofizyoloji

- Az anlaşılmıştır, potansiyel teoriler mast hücre aktivasyonu, algısal sinirlerde upregulasyon, mesane duvar permeabilitesinde değişiklik şeklinde.



Klinik Bulgular (Curr Opin Obstet Gynecol 2010;22:381;Fertil Steril 2008;89: 219)

- Çoğunlukla normal sekonder seks karakterlerinin varlığı ile asemptomatiktir.
- Semptomları; primer amonere veya menstürel değişiklikler (uterin ve vajinal malformasyonlar); dismenore veya siklik akut + kronik pelvik ağrı; Anormal vajinal kanama; kötü kokulu vajinal akıntı (özellikle mens döneminde en kötü); tamponun zor yerleştirilmesi; pelvik kitle (hematometra / hematokolpos); disparoni; infertilite; tekrarlayan gebelik kaybı (özellikle septat uterus).
- Gebelik komplikasyonları (Yüksek oranda spontan abortus, preterm doğum, fetal malprezentasyon, doğum distosisi, PPROM, ablasyo plasenta, IUGR, artmış C/S) (Am J Obstet Gynecol 2011;205:558)

Uterin Anomalilere göre Gebelik Sonuçlarındaki Riskler			
	Gebelik kaybı (%)	Prematüre doğum (%)	Fetal survival (%)
Bikornuat uterus	40		62
Septat uterus	>60		6-28
Didelfis uterus	35	19	60
Unikornuat uterus	44	25	43

From Ribeiro SC. Müllerian duct anomalies: Review of current management. Sao Paulo Med. J. 2009;127:92

Spesifik Anomaliler (Obstet Gynecol 2013;121:1134)

- **Vajinal agenezi/ MRKH sendromu**
Üst vajen ± uterus/tüplerin agenezisidir → kör vajen poşu. 4000-10000 kadında 1 görülür. Normal seksüel & ovarian gelişim. üriner sisitem, iskelet & ön abdomen duvarı anomalileri vardır.
- **Vajinal atrezi**
%15 segmentaldir. Normal uterus, serviks ve üst vajen vardır. Primer amonere +. Hematokolpos → siklik pelvik ağrı. Ayırıcı tanıda: imperfore hymen, transvers septum. Segmental; üst&alt vajen arasında ≥1 cm olur.

Pelvis Tipleri

- **Caldwell & Moloy sınıflaması:** Pelvisin farklı şekillerine göre 4 tip belirlenmiştir. Transvers ve interspinöz çap ile belirlenir.
- **Jinekoid:** İdeal tip. Geniş pelvik girim & çıkım & yan duvarlar
- **Antropoid:** Dar transvers çap, geniş AP çap
- **Platipelloid:** Geniş pelvik girim ve çıkım & dar AP çap & dar sakral eğim
- **Android:** Yanlardan dik, azalmış pubis altı kavis & dar sakral eğim

Pelvimetrenin Obstetrik Uygulaması

- **Klinik:** CPD öngörmek amaçlı yapılan pelvik muaye
Klinik pelvimetri= CPD öngörüsü zayıf
- **Radyolojik Pelvimetre:** CPD öngörmek amaçlı X-ray ve MRI.
Çalışmalar → Maternal ya da perinatal morbidite ve mortalite açısından anlamlı değil.
(Cochrane Database Syst Rev 2000;CD000161).
- Pelvimetrenin kullanımı, yenileyen bilgiler doğrultusunda büyük ölçüde değiştirildi. Klinik veya radyolojik pelvimetrenin, CPD nedenli C/S oranını azalttığına dair kanıt yok.

SIK KARŞILAŞILAN PRENATAL YAKINMALAR

Bulantı-Kusma (Obstet Gynecol 2004;103:803)

- **Gebeliğin B-K:** Tüm gebeliklerin %70-85. ↑ hCG & östrojen → BK. Sıklıkla <9w görülür ± karın ağrısı ve ateş yüksekliği. 14 h itibarıyla %50 geriler, %90'ı 22 h biter. (Am J Obstet Gyn 2000;182:931)
Tedavi: Sık ve az miktarda, yağdan fakir gıdalar (BRAT diyeti). Zencefil kullanımı faydalı olabilir. Bol sıvı alımı desteklenmeli.
1. **basamak ilaçlar:** Vit B6 (10-15 mg, 1-2 kez/g) & antihistaminikler (doksilamin)
2. **basamak ilaçlar:** Prometazin, metoklopramid ardından ondansetron
- **Hiperezezis gravidarum (HEG):** Dehidratasyon, met. alkaloz, ketonüri, kilo kaybı (>%5), hipokalemiye yol açacak şekilde ↑ BK. Tüm gebeliklerin < %1. Risk faktörleri: çoğul gebelik, aile öyküsü, bir önceki gebelikte HEG geçirmiş olmak.
- **Lab:** Artmış transaminaz (<300), amilaz, lipaz seviyeleri; hipokloremik metabolik alkaloz; TSH baskılanması ve ↑ tiroksin; idrarda keton
- **Tedavi:** Hastaneye yatış, iv hidrasyon (dektroz ± tiamin içerebilir), enteral besleme (tüp ile), diğer destek tedaviler

Karpal Tünel Sendromu (KTS) (Muscle Nerve 2006;34:559)

- **İnsidans:** Sıklıkla 3.trimesterde olmakla beraber %2-35. Risk faktörleri: önceki gebelikte KTS öyküsü, >30 yaş, nullipar, ödem. Gebelikte artan sıvı tutulumuna bağlı median sinir basısı. Belirtiler: geceleri şiddeti artan baş parmak, işaret ve orta parmakta uyuşukluk, ağrı ve hissizlik. Ön kola fleksiyon ya da bileğin ekstansiyonu ile şiddetlenir.
- **Muayene:** ± median sinir duyu hasarı. Phalen testi: Bileğin >60 sn fleksiyonu ile ağrı artar. Tinel Testi: Trase boyunca sinire yapılan perküsyon ile ağrı oluşması.
- **Tedavi:** Tuzdan fakir diyet, fizik tedavi, bilek destekleyiciler, Tylenol → dirençli olgulara kortikosteroid enjeksiyonu öner. Cerrahi müdahaleye gerek yok. Doğum sonrası 1 yıl süresince şikayeti devam edenlere cerrahi prosedür gerekebilir (%4-50 dirençli grup).

Round Ligaman Ağrısı

- **Anatomi:** Başlangıç uterus fundusu → inguinal kanal → labium minör sonlanma.
- **Klinik yansıma:** Kasık ağrısı (sağ alt kadranda daha sık). Hareket ile artar, sıklıkla vajene yayılan bıçak saplanma hissi ile ifade edilir. Endometriozis, varis, lipom ile ilişkilendirilmiş olgular mevcut. Kesin tanı diğer etiyolojik faktörlerin dışlanması ile konur. (torsiyon, apandisit, preterm eylem gibi)
- **Tedavi:** Tipik olarak kendi kendini sınırlar. Asetaminofen, istirahat & telkin. Korse yardımcı olabilir.

Alt Ekstremitelerde Ödem

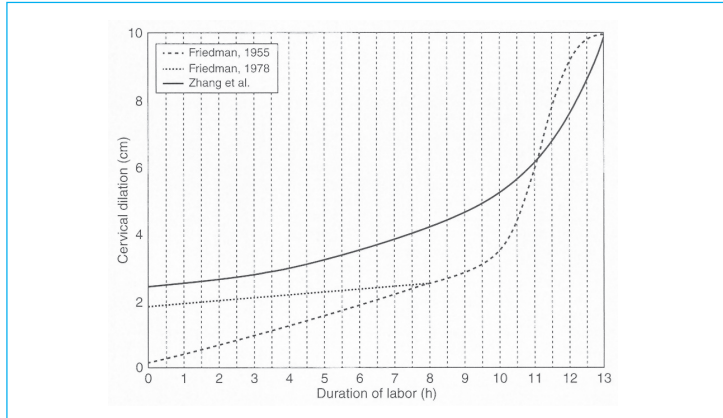
- Gebelikte büyüyen uterus tarafından venöz dönüşün azalması ve SVR ↓ bağlı olarak gelişir. Vazopresin → osmolar değişiklikler ve ↓ plazma osmolalitesi → sıvı tutulumunda artma (Br J Obstet Gynaecol 1985;92:1131).
- Tedavi: elevasyon & varis çorabı. DVT ve preeklampsi gibi patolojilere sekonder tek taraflı ödeme dikkat.

SPONTAN EYLEM VE DOĞUM

Tanımlar

- **Doğum:** düzenli uterin kontraksiyonlar ve servikal değişiklik
- **Doğumun 1. evresi:** doğum eyleminin başlangıcından tam servikal açıklığa kadar olan dönem
 - Latent faz:** servikal değişiklik miktarının artışına kadar olan erken evre
 - Aktif faz:** servikal değişiklik akselasyonundan tam açıklığa kadar olan dönem
 - Minimum değişiklik oranı:** nulliparlarda 1.2 cm/sa, multiparlarda 1.5 cm/sa'den az açıklık (N Y Acad Med 1972;48:842)
 - Doğum eğrisi:** friedman (1955) termde ideal doğum ilerleyişini göstermiş, Zhang (2002) 3-5 cm açıklığı olan aktif faza giren bir kadında deselasyon fazının olmadığını ve doğum sürecinin değişken olduğunu gösterdi
- **Doğumun 2. evresi:** tam dilatasyondan infantın doğumuna kadar geçen süre
 - Doğumun ikinci evresinde nulliparda saate 2 cm'den (epidural anestezi varlığında 3 sa.), multiparda 1 cm (epidural anestezi varlığında 2 sa.)'den az ilerleme varsa durma bozukluğu düşünülmelidir
- **Doğumun 3. evresi:** infantın doğumundan plasantanın çıkışına kadar geçen süre
- **Doğumun 4. Evresi:** plasantanın çıkışını takip eden ilk 1-2 sa.
- **Servikal değerlendirme:** servikal dilatasyon cm ile ölçülür. Servikal efasman ise, serviksin toplam uzunluğundan (4 cm) kaybettiği miktarın yüzde olarak belirtilmesidir (%0 tam uzunluk & %100 kağıt inceliğinde) ya da uzunluğunun cm olarak belirtilmesidir. Fetüsün seviyesi ise prezente olan fetal kısmın maternal kemik plevisde spina ischiadicalara santimetre cinsinden üstünde veya altında olmasını belirtir (-5,+5 skalasında)
- **Fetal pozisyon:** prezente olan fetal kısmın, maternal pelvisde oryantasyonudur.
 - Sefalik prezentasyonda, oksiputun annenin pelvisine göre sağda/solda oluşu, arka/ön/transvers rotasyonu kaydedilir. (ör. ROA). Makat gelişlerde sakrum, transvers gelişlerde akromiyon, yüz gelişlerde çene kullanılır.

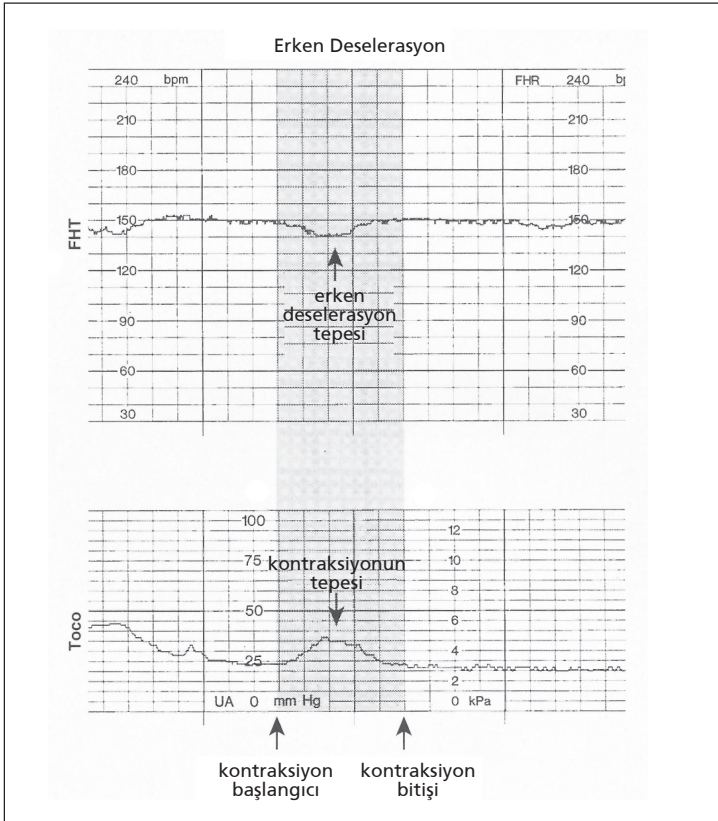
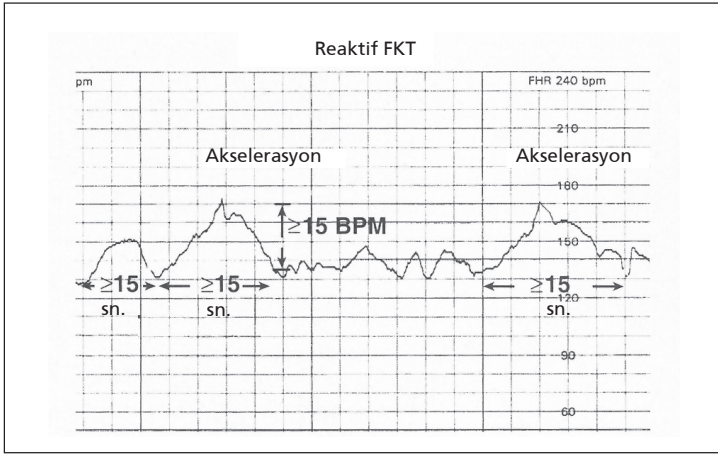
Şekil 10.2 Doğum Eğrisi



(Zhang J, Troendle JF, Yancey MK. Reassessing the labor curve in nulliparous women. Am J Obstet Gynecol. 2002;187:824)

Ortalama (%95) doğum saatleri (6-10 cm)		
	Nulliparlar	Multiparlar
Spontan doğum	3.8[11.8]	2.4[8.8]
İndüklenmiş	5.5[16.8]	4.4[16.2]
Aktif faz (6-10 cn.) ortalama 1sa. değişkenlik ile her grupta benzerdi		
Harper LM, Caughey AB, Odibo AO, et al. Normal progress of induced labor. <i>Obstet gynecol.</i> 2012;119(6):1113-1118.doi:10.1097/AOG.0b013e318253d7aa.		

Şekil 10.4 Fetal kalp trasesinde akselasyon ve deselasyon



(Devam ediyor)

- Üriner retansiyon: boşaltmayı uyarmak için erken mobilizasyon, etkili olmazsa devamlı veya aralıklı kateterizasyon
- Kötü kokulu löşi: unutulmuş tampon açısından perineal inspeksiyon
- Ateş: kaynağını araştır, UTİ, yara yeri enfeksiyonu, mastit/meme absesi, angorjman, endometrit, septik pelvik tromboflebit, clostridium-difficile enfeksiyonu, ilaç veya anestezi reaksiyonu
- Normal vajinal doğum sonrası 24-48 sa. içinde, C/S sonrası 48-96 sa sonra akıntı

Klinik Takip Programı

- Tüm kadınlara, C/S sonrası veya komplike olmuş vajinal doğum sonrası 7-14 gün sonra, normal doğum sonrası 4-6 hafta sonra kontrol önerilmelidir
- Değerlendirilmesi gerekenler: anne-çocuk bağlanması, beslenme, annenin duyu durumu, gerekirse sosyal destek, doğum kontrol planı, tiroid hast. değerlendirmesi,
- Kan basıncı&ağrılık değerlendirmesi, meme,karın pelvis bakımı

Postpartum Kontrasepsiyon

- Laktasyonu olmayan kadınlarda ovulasyon ortalama 45-94 (en erken 25) gün sonra başlar (*Obstet Gynecol*2011;117(3):657)
- Etketif emziren bir kadın amenoreik ise ilk 6 ay emzirmenin kontraseptif etkisi sürecektir (*Contraception* 1989; 39: 477)
- Sterilizasyon (tüp ligasyonu) hızlıca ilk 24 sa.'de veya postpartum 6. haftada yapılabilir
- Ara dönemde bariyer yöntemler kullanılabilir
- Sadece progesteron içeren ajanlar kontrendike olmayıp, süt üretimini azaltmaz (*Contraception* 2010; 82: 17)
- RIA (bakırlı, levonorgestrelli) postpartum ilk 10 dakika içinde veya 6-8 hafta sonra takılabilir
- Östrojen içeren ajanlar VTE riski yoksa 21 günde aksi takdirde 6. Haftada kullanılabilir. CDC&ACOG, östrojen içeren ajanları emzirmeyi suprese etmesiyle birlikte, VTE profilili göz önünde bulundurularak 6. Haftada başlanabileceğini bildirmektedir (*Obstet Gynecol* 2006;107:1453)

EMZİRME

Fizyoloji ve Başlatma

- Bol süt sekresyonu progesteronun çekilmesiyle postpartum 2-7. günlerde başlar. Primiparlar ve sezeryan sonrasında bu süre daha uzundur (*Pediatrics* 2003;112:607). Laktasyonun sürdürülmesi emzirmenin ya da sağmanın sıklığına bağlıdır (*Obstet Gynecol* 2007;109:479). İlk iki hafta boyunca emzirme infantın isteğiyle başlar (günde 8-12 kez).
- Başarılı bir emzirmenin başlatılması için (medikal durumlar söz konusu değilse; *Pediatrics* 2012;129:e827):
İlk emzirme tamamlanana kadar anne ve bebek arasında ten teması olmalıdır
Formül mama ve şekerli sudan kaçının
Emzikten kaçının
Bebek ve anne aynı odada olmalı
Emzirme destek formunu doldurun

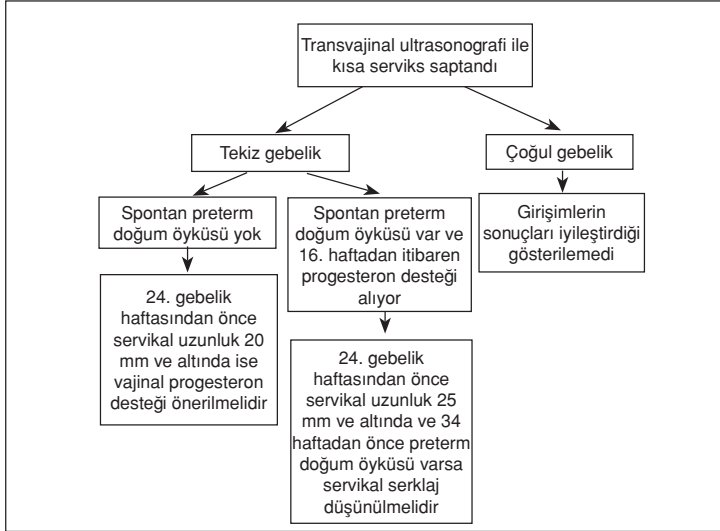
Faydaları (AHRQ Pub No. 07-E007)

- **Term infantlar:** otitis media, atopik dermatit, astım, GIS & alt respiratuar sistem enfeksiyonu, diyabet, çocukluk lösemisi, cinsel yolla bulaşan hastalık insidansını azaltır;
- **Preterm infantlar:** NEK, ROP insidansını azalır, nörolojik sonuçları destekler (*Pediatrics* 2012;129:e827)
- **Maternal:** Meme ve over kanserini azaltır, tip 2 diyabeti azaltır

Göreceli kontrendikasyonlar (ACOG Clin Rev 2007;12:15; Obstet Gynecol 2007;109:479; Pediatrics 2012;129:E827)

- **Kontrendikasyonlar**
Maternal yasak veya etilen alkol kullanımı
Maternal brusella, HIV, HTLV-1 ve HTLV-2 kullanımı
Maternal tedavi edilmiş varisella, tbc veya meme lezyonu olan herpes enfeksiyonu
İnfantta galaktozemi

Şekil 11.2 Kısa serviksin yönetimi.



(Committee opinion no. 522: İnsidental olarak saptanan kısa serviks. Obstet Gynecol 2012;119(4):879-882'den)

MEMBRANLARIN PRETERM PREMATÜR RÜPTÜRÜ

Tanım ve Epidemiyoloji (Obstet Gynecol 2013;122:918)

- **PROM:** Aktif doğum başlamadan önce membranların rüptürü (doğum için "prematür")
- **PPROM:** 37. haftadan önce membranların prematür rüptürü (preterm gestasyonel hafta ve doğumdan önce)
- Preterm doğumların 1/3'ünden önce meydana gelir.

Etiyoloji

- PPROM'un nedenleri üzerine uzlaşma bulunmamaktadır-preterm doğumun spektumu olarak düşünülür.
- Risk faktörleri intraamniyotik infeksiyon, uterusun aşırı gerilmesi, sigara içmek, bağ dokusu hastalıkları, 2-3. trimester kanamalar, beslenme eksiklikleri, önceki preterm doğum öyküsü, semptomatik kontraksiyonlar, amniyosentez (amniyosentez sonrası kaçak daha olasıdır ve doğuma yol açmaz).

Klinik Belirtiler

- Doğumdan önce amniyotik sıvı kaçağı
- Maternal ateş veya taşikardi, uterin fundal hassasiyet, fetal taşikardi, pürülan ve kötü kokulu vajinal akıntı varsa intraamniyotik infeksiyon düşünülmelidir.

Fizik Muayene

- Steril spekulum muayenesi (Obstet Gynecol 1992;80:630; Am J Obstet Gynecol 2000;183:1003)
- Özellikle preterm ise vajinal muayeneden kaçının. Vajinal muayene doğuma kadar olan süreyi azaltır.

Tanısal Çalışmalar

- **Klinik tanı**
Vajinadan sıvı gelmesi amniyotik sıvı ile uyumludur.
İnfeksiyon bulguları maternal ve neonatal sepsis riskini azaltmak için prematürüteye bakmaksızın doğum gerektirir
Steril spekulum muayenesi: vajinal kubbede sıvı birikimi ROM düşündürür.
Ultrasonografi: oligohidramniyoz sıklıkla izlenir ancak tanısal değildir.
NST: intraamniyotik infeksiyon varsa fetal taşikardi sıklıkla gözlenir.
Oligohidramniyoz → değişken deselerasyonlar
- **Laboratuvar testleri**
Ferning: Vajinal kubbeden alınan sıvı kuru bir lama yayılır, amniyotik sıvıdaki tuz mikroskop altında ferning paterni görünümünün izlenmesine neden olur.

- Kalp hızı 5. haftada artar, maksimum 15-20 atım/dk olacak şekilde 32. haftadan terma kadar artış gösterir.
- Kan basıncı 7. Haftada düşmeye başlar ve 24-32. Haftaya gelinceye kadar sistolik 5-10 mmHg diastolik 10-15 mm Hg azalma olacak şekildedir. Term de artarak gebe olmayan değerlere döner.

Kalp Sesleri (AM Heart J 1966;71:741)

- Benign sistolik üfürüm kardiyak outputun artmasına bağlı olarak pulmoner ve aort kapaktaki türbülans akım sonucunda gebe kadınların %95'inde görülebilir. Duyulması 12-20. Haftalar arasında olur genellikle postpartum 1 haftada regrese olur.

İntrapartum Hemodinamik Değişiklikler

- **Doğumun ilk aşaması:** Kardiyak Output %12-31 artar. İkinci aşamasında %49 artarak gebe olmayan kadınların 2 katına çıkar.
- Kasılmalar uterusdan genel dolaşıma 300-500 ml kanın transferine neden olur, bu da sistolik kan basıncında 35 mmHg diastolik kan basıncında 25 mmHg yükselme yapar.

3. trimester maternal hemodinamik profiller			
Gebe olmayan		Gebe	Değişim
Kardiyak Output(L/dk)	4.3± 0.9	6.2±1	+%43
Kalp Atımı(atım/dk)	71±10	83±10	+% 17
Sistemik Vasküler Direnç (dyn-sn cm)	1530±520	1210±266	-%21
Periferik Vasküler Direnç (dyn-sn cm)	119±47	78±22	-%34
Santral Venöz Basınç (mmHg)	3.7±2.6	3.6±2.5	—
Kolloid osmotik basınç (mmHg)	20.8±1	18±1.5	-%14
Pulmoner kapiller kama basıncı	6.3±2.1	7.5±1.8	—
Kolloid Osmotik basınç- Pulmoner kapiller kama basıncı*	14.5±2.5	10.5±2.7	-%28

*Gebelikte pulmoner ödem gelişmesi açısından önemli faktördür
From Clark SL Cotton DB, Lee W, et al. Central hemodynamic assesment of normal term pregnancy. Am J Obstet Gynocol. 1989;161:1439

Postpartum Hemodinamik Değişiklikler

- Gebe hastaların büyük çoğunluğu normal EKG'ye sahiptir (Eur Heart J 2011;32:3147).
- Kalbin pozisyonundaki değişiklik (sola rotasyon yapması) %15-20'lik bir sol aks deviasyonuna neden olur ki bu da sol ventrikül hipertrofisini taklit eder.
- **Yaygın EKG değişiklikleri:** geçici ST segmenti ve T dalgası değişiklikleri; Q dalgası ve derivasyon 3'te inverted T dalgası; AVF derivasyonunda attenuen Q dalgası; V1-2 ve bazen V3 te inverted T dalgası.
- %50-60 hastada ventriküler ve atrial ektopiye bağlı prematür atımlar ve taşiaritmi görülebilir. Paroksizmal SVT de semptomatik şiddetlenme gebe kadınların %20-44 ünde görülür. Kardiyak hastalığı olan gebe kadınların %15'inde aritmi gelişir. Çoğu benign karakterdedir ancak holter monitörizasyonu gerektirir. Antiaritmik ilaçlar ile ilgili data sınırlıdır: maternal risk ve potansiyel fetal teratojenite riski tartışmalıdır.

KRONİK HİPERTANSİYON

Tanımlar

- **Gebelikte kronik hipertansiyon:** Gebelik öncesinde antihipertansif ilaç kullanımı veya gebelik öncesinden gebeliğin 20. haftasına kadar olan veya postpartum 12. haftaya kadar devam eden hipertansiyon varlığı olarak değerlendirilir.

- MDI fizyolojik olmayan rejimler- normal insülin sekresyonunu taklit etmez
Bir defa uzun etkili insülin (yatma zamanı)
İki defa orta etkili insülin (kahvaltı ve akşam yemeği)
- MDI fizyolojik rejimler- normal insülin sekresyonunu taklit eder
İki defa orta etkili insülin ve kısa etkili insülin (kahvaltı ve akşam yemeği)
Bir defa uzun etkili insülin (yatma zamanı) ve yemek zamanı hızlı etkili insülin
İki defa orta etkili insülin (kahvaltı ve akşam yemeği) ve her yemekte hızlı etkili insülin
Premiks insülin (%70 NPH, %30 reguler)günde iki defa
- CSII- Hızlı etkili insülinin subkutan dokudaki bir kateter ile verilmesi. Bazal insülin infuzyon hızı (1U/s) ve hasta yemek öncesi bolus yapar
- Gebelik öncesi hedef: HbA1c<%7, açlık şekeri 70-130 mg/dL, postprandial şekeri <180 mg/dL

İnsülin tipleri ve farmakodinamikleri			
	Başlangıç (dk)	Tepe (Saat)	Toplam süre (saat)
Hızlı etkili Lispro (humalog) Aspart (Novolog) Glulisine (Apidra)	15-30 10-20 10-15		0.5-2.5 1-3 1-1.5
Kısa Etkili Regular (Humulin R, Nevelin R)	30-60	1-5	
Orta etkili Isophane insülin (NPH, Humulin N, Nevelin N) İnsülin zinc (Lente, Humulin L, _Novolin L)	60-120 120-240	6-14 4-12	16-24 12-18
Uzun etkili Glargine (Lanrus) Deremir (Levemir) İnsülin zinc extended (Ultralente, Humulin U)	66 48-120 360-600	— — 10-16	Up to 24 Up to 24 18-24
Premiks BiAsp 70/30 (BiAsp 30) Lispro 75/25 (Humalog Mix 75/25) 70% NPH/30% regular (Humulin 70/30)	10-20 15-30 30-60	1-4 1-6.5 2-16	Up to 24 Up to 24 Up to 18-24

DIABETİK KETOASİDOZ (DKA)

Tanım

- İnsülin yokluğuna bağlı, akut, hayatı tehdit eden bir komplikasyondur. Hiperglisemi, dehidratasyon ve asidoz vardır. Genellikle akut hastalık/enf., ilaçlar veya yeni başlangıçlı DM'e bağlıdır.
- DM'i olan %5-10 gebede olur. Gebe olmayana göre daha hızlı ve düşük hiperglisem seviyelerinde gerçekleşebilir.

Patofizyoloji

- İnsülin eksikliği → ↑ glukagon → ↑ hepatik glukoneogenez ve ↑ glukogenoliz → hiperglisemi → glukoz kulanamama → lipoliz → alternatif enerji kaynağı olarak karaciğer serbest yağ asitlerini metabolize eder → keton miktarı artar → asidoz

Klinik

- Bulantı, kusma, karın ağrısı, konfuzyon, Kussmaul solunumu (metabolik asidozdaki derin iç çekme)

Tanı

- Kan şekeri, kan gazı (pH), biyokimya (bikarbonat, anyon açığı), serum ketonu

İlaç	Ort. Günlük doz (max doz)	Sistemik yan etkiler	Gebelikte yan etkiler / yorumlar	FDA kategorisi
Gabapentin	900 – 2400 mg (2400 mg)	Gastrointestinal semptomlar	Sınırlı veri	C
Lamotrijin	400 mg (600 mg)		1. trimesterde maruz kalan gebelerde yarık damak ve/veya dudak ile ilişkili	C
Levitatirasetam	1500 – 3000 mg (3000 mg)	Gastrointestinal semptomlar (nadir)	Sınırlı veri	C
LaRoche SM, Halmers SL. The new antiepileptic drugs: Scientific review. <i>JAMA</i> : 2004;291(5):605-614				

Klinik Tablolar

- **Aura:** Anormal koku, tat, oral otomatizma gibi önsezilerdir.
- **Postiktal period:** Dakikalar ya da saatler sürebilen, nöbet sonrası yavaşça düzelen hastanın dezoryante, konfüze, letarjik olabildiği durumdur.
- **Status epilepticus:** 30 dakikadan uzun süren nöbet ya da postiktal period düzelmeden tekrarlayan nöbetler durumudur. Rabdomiyoliz, laktik asidoz, nöronal ölüm gibi komplikasyonlarla ilişkilidir.

Tanı

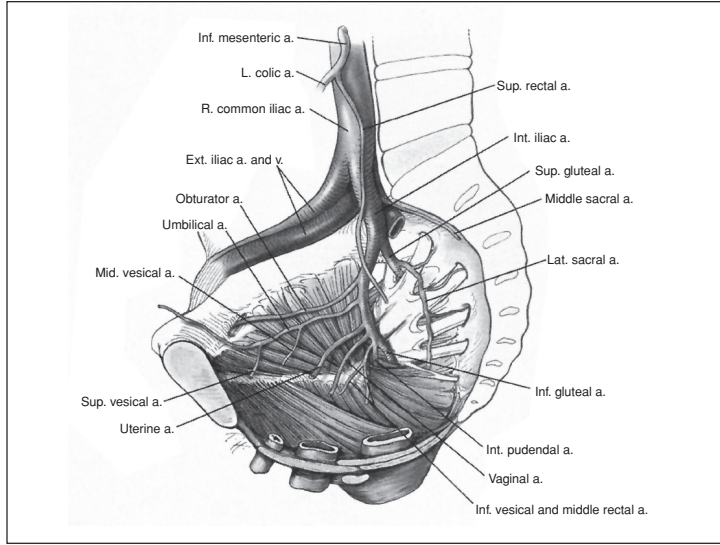
- Hastanın genellikle amnezisi olduğundan tanıklardan öykü alınmalıdır.
- Yanıt kaybı, aura, alışılmadık davranışlar, otonom kontrol kaybı (üriner / fekal inkontinans) sorgulanmalıdır.
- Ateş, hastalık, geçirilmiş nöbet hikayesi, gebelerde yüksek kan basıncı, proteinüri, ekstremit ve yüzde şişlik varlığı etiyoloji açısından araştırılmalıdır.
- Fokal nörolojik anormallikler veya nöbete bağlı yaralanma açısından muayene edilmelidir. (orofaringeal/ muskuloskeletal / sekonder baş yaralanması ve ekimozlar)
- **Lab:** CBC, Biyokimya (KCFT, BFT, glukoz), toksikoloji taraması, ilaç düzeyleri
- **Gebelik:** Preeklampsi lab. (CBC, KCFT, BUN/Kre, ürik asit, LDH, proteinüri)

Gebelikte Bakım

- 500.000 epilepsi hastası kadın reproduktif çağıdadır. 1000 doğumdan 3-5'i epilepsi hastası kadınlar tarafından gerçekleştirilmektedir (*Neurol* 2000;55:521). Antiepileptik ilaç altındaki gebeliklerde IUGR ve hipertansif bozukluklar, sezaryen ile doğum artmıştır. (*Acta Obstet Gynecol Scan* 2006;85:643). Nöbetsiz 2 yılın sonunda, konsepsiyondan en az 6 ay önce antiepileptik ilaçların kesilmesi düşünülmelidir.

Epilepsi hastalarına gebelik süresince yaklaşım		
Antepartum	Intrapartum	Postpartum
Gebelik süresince gerekli ilaç konsantrasyonu sağlanmalı Her trimesterde serum konsantrasyonu bakılmalı (nöbet geçiren hastalarda ve Lamotrijin alan hastalarda aylık bakılmalı)	Doğum sırasında antiepileptik ilaç verilmeli Suda doğum yapılmamalı Nöbet başlarsa IV Lorazepam / Diazepam verilmeli (Fetal kardiyak aktivitede 1 saatlik minimal varyabilite beklenebilir)	Maternal antiepileptik ilaç plazma düzeyleri postpartum 8. haftaya kadar dalgalanma gösterebilir. Puerperal dönemde antiepileptik ilaç gereksinimi azalma eğilimindedir. Uyku yoksunluğu durumunda postpartum nöbet riski artar. Çoğu antiepileptik ilaç laktasyonda kullanılabilir. Postpartum kontrasepsiyon için antiepileptik ilaçlar ve kontrasepsiyon yöntemi arasındaki etkileşim göz önünde bulundurulmalıdır.

Şekil Ek-1-5 Pelvik arterial kan akımı.



Pelvik arteriyel kan akımı önemli yerler		
Arter	Dalları	Cerrahi önemi
Common iliak a.	1. İnternal iliak arter 2. Eksternal iliak arter	Üreter pelvik birimde bifurkasyoyu çaprazlar
Eksternal iliak a.	1. İnfeior epigastrik . a. 2. Derin sirkumfleks iliak a. 3. Femoral arter (süperfişyal epigastrik arterden)	İEA laparoskopik giriş sırasında zedelenebilir; aksesuar obturator dal verebilir.
İnternal iliak a.	1. Ön dallar Obturator a. Umbilikal a. Süp ve İnf vezikal a. Uterin a. Vajinal a. Middle rektal a. İnternal pudendal a. İnferior gluteal a.	Ön dalların ligasyonu uterin kanamanın kontrolünü sağlayabilir.
	2. Arka dallar Süperior gluteal a. İliolumbar a. Lateral sacral a.	Ligasyon --> gluteal nekroz
İnternal pudendal a.	1. İnf rektal a. 2. Perineal a. 3. Post labial dallar 4. Vestibüler túb a. 5. Dorsal klitoral a. 6. Derin klitoral a.	Pelvisi büyük siyatik foramenden terkeder, gluteal bölgeye geçer --> sakrospinöz lig etrafında kıvrılır perineye küçük siyatik foramenden girer (pudendal kanaldan arter ve ven ile)

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
Faks: (0212) 356 87 44

KARTAL ŞUBE

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



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



ISBN 978-975-277-636-4



9 789752 177636 4