



TÜRK JİNEKOLOJİ VE
OBSTETRİK DERNEĞİ
1959

**PEARLS
of WISDOM**

Obstetrik ve Jinekoloji

SINAVLARA HAZIRLIK KAYNAĞI
BOARD REVIEW

**SINAV ODAKLI
HEDEFE YÖNELİK
KAPSAMLI**

● **Üçüncü Baskı**

Stephen G. Somkuti

Çeviri Editörü
Bülent Tıraş

- 5200 seri soru; sadece doğru yanıtlarıyla birlikte
- Kadın doğum asistanları için **özet müfredat**
- **Bilmeniz gereken** anahtar bilgiler ve inciler
- Obstetrik ve jinekoloji board sınavları için **en kapsamlı ve güncel bilgiler**
- Primer bakım hakkında **yeni bir bölüm**



GÜNEŞ TIP
KİTABEVLERİ

Mc
Graw
Hill

Medical

OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİ SINAVLARA HAZIRLIK KAYNAĞI - BOARD REVIEW

Türkçe Telif Hakları 2012

ISBN: 978-975-277-373-8

Copyright © 2008 by the McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

Previous editions copyright © 2006 by the McGraw-Hill Companies, © 2001 by Boston Medical Publications, Boston, Massachusetts

Orjinal Adı: Obstetrics and Gynecology Board Review

Yayınevi: McGraw-Hill Medical

Orjinal ISBN: 978-0-07-149703-9

Çeviri Editörü: Prof. Dr. Bülent Tıraş

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: Ali Aktaş

Yayın Koordinatörü: Nuran Karacan

Dizgi-Düzenleme: Ümit Saçı

Kapak Uyarlama: İhsan Ağin

Baskı: Ayrıntı Basımevi - 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

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

KOŞUYOLU ŞUBE

Koşuyolu Caddesi No: 51/1

Koşuyolu-Kadıköy/İstanbul

Tel&Faks: (0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com

İÇİNDEKİLER

Yazarlar	vii
Önsöz	xi
1. Üreme Organları ve Pelvis Anatomisi	1
2. Genital Sistemin Embriyolojisi	13
3. Normal Gebelik Fizyolojisi	21
4. Antepartum Fetal Monitör ve Fetal İzlem	39
5. Doğum Eylemi ve Doğum	51
6. Operatif Obstetrik	57
7. Çoğul Gebelikler	73
8. Makat Doğum	79
9. Postterm Gebelikler ve Fetal Ölüm	87
10. Doğum Anomalileri	91
11. Puerperium	95
12. Obstetrik Komplikasyonlar	103
13. Gebelik ve Hipertansiyon	109

14.	Gebelikte Medikal ve Cerrahi Komplikasyonlar	121
15.	Gebelikte Gastrointestinal Hastalıklar	143
16.	Birinci Trimester Ultrasonları	153
17.	Obstetrik Ultrason ve Fetal Anomaliler	163
18.	Amnios Sıvısı	169
19.	Plasenta ve Umbilikal Kord	177
20.	Rh İzoimmünizasyon	189
21.	Obstetrisyen için Genetik	199
22.	Laktasyon	207
23.	Primer ve Koruyucu Bakım	215
24.	Fonksiyonel ve Disfonksiyonel Uterin Kanama	221
25.	Adenomyozis ve Endometriyozis	231
26.	Üst Genital Sistemin Benign Hastalıkları	239
27.	Dismenore ve Premenstruel Sendrom	249
28.	Ektopik Gebelik	253
29.	Genital Sistem Enfeksiyonları ve Pelvik İnflamatuvar Hastalık	263
30.	Benign Vulvar ve Vajinal Lezyonlar	269

31.	Histerektomi	275
32.	Menapoz	285
33.	Osteoporoz	291
34.	Preoperatif Değerlendirme ve Jinekolojik Operasyonlar için Hazırlık	309
35.	Jinekolojik Hastada Postoperatif Bakım	319
36.	Üriner Sistem Yaralanmaları	329
37.	Genital Prolapsus	335
38.	Üriner İnkontinans ve Ürodinami	345
39.	Pediyatrik ve Adölesan Jinekolojisi	349
40.	Meme Hastalıkları	361
41.	Etikler ve Psikiyatrik İnciler	379
42.	Servikal Lezyonlar ve Kanser	393
43.	Endometriyal Hiperplazi ve Kanser	401
44.	Uterin Sarkomlar	411
45.	Epitelyal ve Nonepitelyal Over Tümörleri	415
46.	Fallop Tüp Neoplazileri	421
47.	Vulva ve Vajen Karsinomları	427

48.	Radyoterapi, Kemoterapi, İmmünoterapi ve Tümlör Belirteçleri	437
49.	Gestasyonel Trofoblastik Hastalık	455
50.	Jinekolojik Patoloji	463
51.	Hipotalamus-Hipofiz-Over-Uterus Aksı	481
52.	Amenore	503
53.	İnfertilite	513
54.	Yardımcı Üreme Teknolojisi	527
55.	GnRH ve GnRH Analogları	533
56.	Laparoskopi ve İnfertilite	541
57.	Hiperandrojenizm	551
58.	Prolaktin Sekresyon Bozuklukları	565
59.	Abortus, Tekrarlayan Abortus ve Gebelik Terminasyonu	573
60.	Aile Planlaması ve Sterilizasyon	581
61.	Üreme Toksikolojisi	593
62.	Epidemiyoloji ve Klinik Biyoistatistik	605

ÖNSÖZ

Sizleri *Obstetrik ve Jinekoloji SINAVLARA HAZIRLIK KAYNAĞI - BOARD REVIEW: Akıl İncileri* adlı esere sahip olduğunuz için kutlarım. Bu kaynak tıp ilmini öğrenmenize yardımcı olacaktır. Kadın hastalıkları ve doğum servisi ve yeterlilik sınavlarındaki performansınızı geliştirmeyi amaçlayan bu kitap bir öğrenim desteği olarak tasarlanmış olup, bir çok faydalı bilgidir. Üçüncü baskınızın amacını, düzenlemesini, kısıtlamalarını ve kullanım şeklini açıklayan bir kaç söz söylemek yerinde olacaktır.

Obstetrik ve Jinekoloji SINAVLARA HAZIRLIK KAYNAĞI - BOARD REVIEW her şeyden önce bir öğrenim desteği olarak tasarlandığından, birbiri arkasına sıralanmış soru/cevap formatında hazırlanmıştır. Bu da okurların anında tatmin olabilmelerini sağlamaktadır. Buna ek olarak yanıltıcı veya akıl karıştırıcı şaşırtmacalara yer verilmemiştir. Burada amaç yanlış bir bilginin benimsenmesini engellemektir. Sorular genellikle cevabı destekleyen ‘inciler’ içermektedir. Cevaplara ek olarak anımsatıcılar, görsel canlandırmalar, tekrarlar ve mizah gibi farklı türlerde ‘araçlar’ eklenmiştir. Soruda yanıtlanması talep edilmeyen ek bilgiler cevaplarda belirtilmiş olabilir. Kolaylıkla gözden kaçabilen, unutulabilen ve yeterlilik sınavlarında bir şekilde karşınıza çıkabilme olasılığı olan temel ve önemsiz unsurları ayırtma konusuna önem verilmiştir. Bir çok sorunun cevabı açıklama verilmeden belirtilmiştir. Bu da okumayı kolaylaştırmak ve öğrenimi artırmaktadır. Açıklamalar genellikle ilerleyen soru/cevaplarda verilmiştir. Cevap okunduğu zaman, okurun kafasında “Hmm, peki neden?” ya da “Emin misiniz?” şeklinde sorular belirebilir. Böyle bir durumda araştırma yoluna gidin ve emin olun! Benzeşmeyen olguları bir bilgi sisteminde ayırtmak, yakın konseptler ile ilgili daha çok okumayı gerektirmektedir. Belirli bir sorunun cevabını bulma çabası sonucunda edinilen bilgi, çaba harcama gerektirmeden edinilen bilgidir daha kalıcı olacaktır. Bundan faydalanın!

Bu kitabı tercih ettiğiniz kaynak kitaplarınızla birlikte kullanın. *Obstetrik ve Jinekoloji SINAVLARA HAZIRLIK KAYNAĞI - BOARD REVIEW*’nin kısıtlamaları vardır. Bir çok bilgi kaynağı arasında çelişkilerle karşılaştık. Birden çok referansa başvurarak uygun cevabı teyit etme yoluna gittik. Bazı metinlerin kendi içlerindeki çelişkiler konuya açıklık getirmeyi zorlaştırmaktadır. *Kadın Hastalıkları ve Doğum Yeterlilik Değerlendirmesi*, karmaşık konseptleri en basite indirgeyerek intimamı riske atmaktadır – faal bilgi tabanı ve tıbbın klinik pratiğinde bu böyle değildir!

Dahası, yapılan son araştırma ve çalışmalar testteki doğru cevapları temsil edebileceğinden bu yaklaşımdan kaçınılmazdır. Bu metin sınavda alabileceğiniz puanı yükseltmek için tasarlanmıştır. Pratik için güncel bilgi kaynaklarınıza ve danışmanlarınıza başvurun. *Obstetrik ve Jinekoloji SINAVLARA HAZIRLIK KAYNAĞI - BOARD REVIEW* okumanız için değil, kullanmanız için hazırlanmıştır. Bu bir interaktif metindir. 3 x 5 boyutlarında bir kağıt yardımı ile cevapları kapatıp tüm soruları çözmeyi deneyiniz. Sözlü, grup çalışması ve genişletilmiş aşamalar eşliğinde çalışılması bizim önerebileceğimiz bir metoddur. Bu metodun mekanığı basit olmakla birlikte kişileri küçük düşürücü nitelikte de değildir. Bir kişi cevabı kapatmak şartıyla kitabı alır ve soruyu sorar. Soruyu soran da dahil olmak üzere aklına bir cevap gelen herkes ‘Giriş!’ der. Herkes ‘giriş yaptıktan’ sonra bir kişi cevabı verir. Cevap doğru ise bir sonraki soruya geçilir, cevap yanlış ise bir başkası cevap verebilir veya kitaptan sorunun cevabı okunabilir. Genellikle ‘giriş’ yapan ilk kişi, cevabı söyleyecek olan ilk kişi olarak seçilir. Eğer sürekli aynı kişi söz alıyorsa, sıra diğerlerine verilir. Deneyin, eğlenceli bile olabilir!

Obstetrik ve Jinekoloji SINAVLARA HAZIRLIK KAYNAĞI - BOARD REVIEW, tekrardan kullanılabilir bir şekilde tasarlanmış olduğundan, sarfetmekten çekindiğimiz o kelime, yani ‘ezber’e de olanak sağlamaktadır. Doğru veya yanlış cevaplandırılmış soruları takip edebilmeniz için boş kutular yerleştirilmiştir.

Görüş, öneri ve eleştirilerinize açığız. Tüm soru ve cevapların doğruluğunu onaylamak adına büyük bir çaba sarfedilmiştir. Bazı cevaplar sizin tercih edeceğiniz cevaplar olmayabilir. Bu genellikle orjinal kaynaklar arasındaki farklılıklara atfedilebilir. Herhangi bir hata ile karşılaşmanız durumunda lütfen bize ulaşın. Sizlere kesintisiz yarar sağlamayı umuyor ve kitabın formatı, düzeni, içeriği, sunumu veya belirli sorular ile ilgili tavsiyelerinizi minnettarlıkla değerlendireceğimizi belirtmek isteriz. Sizlerden gelecek haberleri canı gönülden bekliyoruz!

Sıkı çalışın! Başarılar!

S.G.S



BÖLÜM 1

Üreme Organları ve Pelvis Anatomisi

Miki Chiguchi, MD

- ☐ **Gartner kanalları nerde lokalizedir?**
Vajenin lateral duvarlarında.
- ☐ **Gartner kanalı kistleri hangi embriyonik yapının persistan kalıntılarıdır?**
Mezonefrik kanal.
- ☐ **Over ve uterus arasında kalan gubernakulum parçası hangi yapı haline gelir?**
Ovariyan ligaman (utero-ovariyan ligaman).
- ☐ **Uterus ve labium majus arasında kalan gubernakulum parçası hangi yapı haline gelir?**
Round ligaman.
- ☐ **Uterus ile hangi yapı arasındaki adezyon kaybı overin inguinal kanaldan labium majusa doğru göç etmesine neden olur?**
Gubernakulum.
- ☐ **İnguinal kanal içinde gubernakulumla eşlik eden, sakkus vajinalisin analogu olan, periton kesesinin erkeklerdeki analogu nedir?**
Nuck kanalı.
- ☐ **Ureterin üç kılıfının isimleri.**
Fibröz, muskuler, mukozal.
- ☐ **Ureterin içini döşeyen epitel hangi çeşittir?**
Tranzisyonel.
- ☐ **Uretere dallar veren damarları sırala.**
Renal, ovariyan, common iliak, hipogastrik, uterin, vajinal, vezikal orta hemoroidal ve superior gluteal arterler.

- ☐ **Üreterin inervasyonu hangi sinir pleksusundan kaynaklanır?**
İnferior mezenterik, ovaran ve pelvik.
- ☐ **Kadın mesanesi ve pelvik kemik arasındaki bağlantının adı nedir?**
Pubovezikal ligaman.
- ☐ **Mesanenin dört tabakasını sırala.**
Seröz, muskuler, submukoza, mukoza.
- ☐ **Kadın mesanesi hangi arterler besler?**
Superior, orta ve inferior vezikal, obturator, inferior gluteal, uterin ve vajinal arterler.
- ☐ **Üretranın üç tabakasını sırala.**
Muskuler, erektile, mukoza.
- ☐ **Üretra içinde hangi tip epitel yer alır?**
Distal 1/2- çok katlı skuamöz epitel, mesaneye yaklaştıkça tranzisyonel epitel haline gelir (proksimal 2/3)
- ☐ **Aorta hangi spinal seviyede seyrederek?**
L4.
- ☐ **Hipogastrik(internal iliak) arterin dalları nelerdir?**
Posterior dallar: iliolumbar, lateral sakral, superior gluteal.
Anterior dallar: Obturator, internal pudental, inferior gluteal, umbilikal, orta vezikal, inferior vezikal, orta hemoroidal, uterin, vajinal.
- ☐ **Uterusun arteriyel kan akımı nereden sağlanır?**
Uterin ve ovaryan arterlerden. Uterin arter hipogastrik arterin dalıdır. Ovaryan arter ise aortanın dalıdır.
- ☐ **İnternal iliak arterin vezikal dallarını sırala.**
Umbilikal, inferior vezikal, orta vezikal, orta rektal, uterin, vajinal.
- ☐ **Arkuat arterler nedir?**
Karşı uterin arterle birleşen uterin arter dallarıdır. Myometriumu ve endometriyumun bazal tabakasının radial dallarını beslerler. Ayrıca fonksiyonel endometriyumun spiral arterleri olarak devam ederler.
- ☐ **Hipogastrik arterin terminal dalı nedir?**
İnternal pudental arter.

BÖLÜM 2

Genital Sistemin Embriyolojisi

Rachael Cohen, DO

- ☐ **Gonadal çıkıntılar hangi gestasyonel haftada gelişir?**
Yaklaşık olarak 5. haftada.
- ☐ **İnsan spermi ve yumurtasının direk öncüsü nedir?**
Germ hücreleri.
- ☐ **Farklılaşmamış gonadın testis olacağı belirlenmiş ise hangi gestasyonel haftada bu değişim gerçekleşir?**
6-9. haftalarda.
- ☐ **Primitif germ hücreleri gonadal çıkıntı dışında herhangi bir alanda hayatta kalabilirler mi ?**
Hayır.
- ☐ **Overin üç ana anatomik parçası nelerdir?**
Dış korteks, medulla ve hilum.
- ☐ **Oositleri ihtiva eden overin hangi kısmıdır?**
Korteksin iç kısmı.
- ☐ **Gonadların testis olarak farklılaşmasını sağlayan hangi faktördür?**
Testis belirleyici faktör (TBF). TBF, Y' kromozomu üzerindeki SRY bölgesindeki genlerin ürünüdür.
- ☐ **Anti-Müllerian hormonunun fonksiyonu nedir?**
Anti-Müllerian hormonu Müller kanallarını inhibe eder. Yaklaşık olarak 7. gebelik haftasında sertoli hücreleri farklılaşmaya başlayınca salgılanır.
- ☐ **Anti- Müllerian hormonun üç ana fonksiyonu nedir?**
Oosit mayozu üzerinde inhibe edici etki oluşturur, testislerin inmesine yardımcı olur, akciğerlerde sürfaktan birikimini engeller.

○ **Kadınlarda Anti-Müllerian hormon tamamen eksik midir?**

Hayır. AMH normal dişi gelişimini sağlamak amacıyla doğum öncesinde aktif olmaz. Puberte sonrası AMH yavaş gelişen over foliküllerinin granuloza hücreleri tarafından salgınır ve parakrin inhibitör faktör olarak rol oynar.

○ **İnhibin hangi hücrelerden salgınır?**

Sertoli hücreleri.

○ **Testosteron hangi hücrelerden salgınır?**

Leydig hücrelerinden.

○ **Gebelik boyunca fetüsteki hCG düzeyleri sabit kalır mı?**

Hayır. Fetüsteki hCG düzeyleri maternal siklasyondakine benzer düzeylerde, 10. haftalarda pik yapar ve yaklaşık 20. haftada en alt düzeylere iner.

○ **Dişi fetüslerdeki Wolf sistemi(epididim, vas deferens ve seminal vezikül'ü içerir) kaybı hangi hormon eksikliğine bağlıdır?**

Testosteron.

○ **Gebelik boyunca overin oogoniya içeriği sürekli sabit midir?**

Hayır. Gebeliğin 16-20. haftalarında oogoniya içeriği en üst seviyededir, 6-7 milyon oogoniya içerir.

○ **Doğum sırasında korteksteki toplam oogoniya içeriği ne kadardır?**

Fetal hayat boyunca oluşan tükenmeden dolayı sadece 1-2 milyon kalır.

○ **Oosit arresti mayoz I'in hangi safhasındadır?**

Profaz.

○ **Haploid ovumun oluştuğu mayoz II ne zaman tamamlanır?**

Fertilizasyonla.

○ **Gebeliğin ikinci yarısında oosit kaybının mekanizması nedir?**

Gebeliğin 20. haftasından sonra oositler, foliküler büyüme, devam eden atrezinin yanı sıra granuloza hücreleri tarafından çevrilmemiş oogonyaların dejenerasyonu ile kaybolurlar. Ayrıca overin yüzeyine göç eden germ hücreleri peritoniyal kavitede kaybedilir.

○ **Germ hücre kaybını hızlandıracak kromozomal bir anomali var mıdır?**

Evet. Over dokusunun fibröz bant şeklinde olduğu Turner sendromunda (45,X) foliküller kayıptır.

○ **Turner sendromlu bireylerin (45,X) mitoz ve mayoz a giden germ hücreleri var mıdır?**

Turner sendromlu hastaların germ hücreleri vardır, mitoz a giderler fakat oogoniya mayoz a devam edemez.



BÖLÜM 3

Normal Gebelik Fizyolojisi

Rachael Cohen, DO

- ☐ **Human koryonik gonadotropinin (hCG) yüzde kaç karbonhidrattır?**
%30; insan hormonlarının içinde en yüksek karbonhidrat düzeyine sahip hormondur.
- ☐ **hCG'nin plazma yarı ömrü ne kadardır?**
24 saat.
- ☐ **hCG, diğer glikoprotein hormonlardan hangileri ile yapısal olarak benzerdir?**
LH, FSH, TSH.
- ☐ **hCG, LH, FSH ve TSH birbirlerine hangi açıdan benzemektedir?**
Her birinin alfa subünitesi aynıdır fakat beta subüniteleri farklıdır.
- ☐ **hCG'nin alfa subünitesi hangi kromozom tarafından kodlanır?**
Kromozom 6 q12-q21 (tek gen).
- ☐ **hCG'nin beta subünitesini hangi kromozom kodlar?**
Kromozom 19 (yedi ayrı gen).
- ☐ **hCG'nin majör kaynağı nedir?**
Plasenta-sinsisyotrofoblastlar.
- ☐ **hCG hangi haftada pik yapar?**
8-10. haftalarda.
- ☐ **Gebeliğin kan testi neyi ölçer?**
İntakt hCG molekülünün beta subünitesini.

- **Gebe bir kadında plazmada hCG ne zaman tespit edilir?**
Ovulasyondan sonraki 8-9. günlerde. İmplantasyon sırasında dolaşıma geçtiği tahmin edilmektedir.
- **hCG'nin dört fizyolojik etkisi nedir?**
 - (1) Korpus luteumun devamlılığını sağlar ve progesteron yapımını devam ettirir.
 - (2) Fetal testislerden testosteron sekresyonunu artırır, erkek seksüel farklılaşmasını sağlar.
 - (3) TSH reseptörlerine TSH alfa subüitesi gibi bağlanarak maternal tiroidi stimüle eder.
 - (4) Korpus luteumdan relaksin sekresyonunu artırır.
- **Korpus luteum dışında relaksin üretimi nereden olur?**
Relaksin ayrıca plasenta ve myometriumdan üretilir.
- **Plasenta tarafından en fazla üretilen madde nedir?**
İnsan plasental laktojen (Hpl), bir diğer ismiyle insan koryonik somatomammotropin (hCS) 1-4 gr/d kadar yüksek düzeylerde üretilebilir.
- **İnsan plasental laktojenin fonksiyonu nedir?**
 - (1) Lipoliz ve dolaşımdaki serbest yağ asitlerinin düzeyini artırmak.
 - (2) Anti-insulin etki ile maternal dolaşımdaki insulin tarafından mobilize edilen şeker ve amino asitlerin düzeyini artırmak.
- **Sağlıklı bir gebelik için insan plasental laktojen gerekli midir?**
Hayır. Muhtemelen bir yedekleme mekanizması fetal besin desteğini sağlar.
- **hPL'nin homoloğu olan iki hormon hangileridir?**
Büyüme hormonu (%96 homolog) ve prolaktin (%67 homolog).
- **hPL nereden üretilir?**
Sitotrofoblast ve sinsisyotrofoblast.
- **hPL'nin biyolojik yarılanma ömrü ne kadardır?**
15 dk.
- **Gebelikte korpus luteum ne zaman progesteron üretimini durdurur?**
7- 8. Gebelik haftasında.
- **Overin aşırı luteinizasyonunun iki sonucu ne olabilir?**
Tek a lutein kistleri veya gebelik luteomasi.
- **Tekil gebeliklerde üçüncü trimesterde günlük progesteron üretim oranı ne kadardır?**
250 mg/d.

BÖLÜM 4

Antepartum Fetal Monitör ve Fetal İzlem

Michael Lempel, DO

- **Perinatal mortalite oranları (PMO) Sağlık istatistikleri Ulusal Merkezi tarafından nasıl tanımlanır?**
Her 1000 canlı doğum artı geç fetal ölümdaki geç fetal ölümlerin sayısı (28. gebelik haftası ve sonrasındaki fetal ölümler) artı erken yenidoğan ölümleri (0 ile 7 gün arasındaki yenidoğan ölümleri).
- **Yenidoğan mortalite oranının tanımlaması nedir?**
1,000 canlı doğumdaki neonatal ölümlerin sayısı (0-27 günlük yenidoğan ölümleri) olarak tanımlanır.
- **Fetal ölümlerin çoğu hangi gebelik haftasından önce olur?**
32. haftadan önce.
- **Antepartum fetal değerlendirme bize ne gibi bilgiler sağlar?**
Güven veren bir test fetüsün test yapıldığı sırada asfikse olmadığını ve müdahale gerektirmediğini anlatır.
- **Antepartum test ile hangi açıdan fetal durum değerlendirilebilir?**
Perinatal ölüm, intrauterin gelişme geriliği, güven vermeyen fetal durum, neonatal asfiksi, postnatal motor- entellektüel bozulma, prematür doğum, konjenital anomaliler ve özel bir tedavi gereksinimi.
- **Antepartum test hangi gebelik haftasından başlayarak riskli fetüsleri saptayabilir?**
Yüksek riskli hastalarda 26-28. haftada ve riskli hastalarda 32-34 haftalarda.
- **Antenatal fetal monitörün endikasyonu nedir?**
Uteroplental yetmezlik açısından yüksek riskli hastalar, diğer testler ile belirlenmiş riskli fetüsler, önceki gebeliğinde kötü obstetrik sonuçları olanlar ve rutin antepartum gözlem.
- **Hangi medikal faktörler hastayı uteroplasental yetmezlik açısından riskli gruba koyar?**
Uzamış gebelik, diabetes mellitus, hipertansiyon, önceki ölüdoğum, şiddetli astım, şüpheli IUGR, madde bağımlılığı ve ileri maternal yaş.

- ☐ **Terme yakın bir fetüs zamanının ne kadarını sessiz uyku fazında geçirir?**
%25.
- ☐ **Terme yakın bir fetüs zamanının ne kadarını aktif uyku fazında geçirir?**
%60-70.
- ☐ **Aktif uyku fazındaki bir fetüsün kalp ritmi nasıldır?**
Artmış varyabilite ve hareketle birlikte sık akselerasyonlar.
- ☐ **Transabdominal dopler ile fetal kalp sesleri ilk kez ne zaman duyulur?**
10-12. haftalarda.
- ☐ **Elektronik olmayan fetoskop ile ilk kez ne zaman fetal kalp sesleri oskulte edilir?**
18-20 haftalarda.
- ☐ **Üçüncü trimesterde fetal kalp ritminin normal aralığı nedir?**
110-160 atım/ dakika.
- ☐ **Uzamış fetal kalp hızı deselerasyonu nedir?**
2 dakikadan daha uzun fakat 10 dakikadan kısa süren fetal kalp atım hızı deselerasyonu.
- ☐ **Fetal bradikardinin tanımı nedir?**
Fetal kalp hızının 10 dakika veya daha uzun süren deselerasyonu.
- ☐ **Sessiz veya REM olmayan uyku sırasında fetal kalp hızı nasıldır?**
Düşük kalp hızı ve azalmış varyabilite.
- ☐ **Terme yakın bir fetüste sessiz uyku ve aktif uyku periodları ne kadar sürer?**
Sessiz uyku 20 dk içinde sonlanabilir ve aktif uyku yaklaşık 40 dakika sürer.
- ☐ **Aktif fetal gövde hareketleri yaklaşık ne kadar sürer?**
40 dakika.
- ☐ **Sessiz fetal hareket periodları ve kadar sürer?**
20 dakika.
- ☐ **Fetal hareketler günün hangi saatlerinde pik yapar?**
9:00 pm ve 1:00 am arasında.
- ☐ **Hangi maternal fizyolojik durum azalmış fetal hareketle ilişkilidir?**
Hipoglisemi.

BÖLÜM 5

Doğum Eylemi ve Doğum

Frank J. Craparo, MD

- **Eylem ve doğum eyleminin tanımı nedir?**
Doğum eylemi seri dilatasyon ve efesmana neden olan düzenli, ritmik kontraksiyonların başlamasıdır.
- **Doğum eyleminin kaç basamağı vardır?**
Doğum eylemi geleneksel olarak üç basamağa ayrılmıştır fakat bazıları dört basamak olarak kabul eder.
- **Doğum eyleminin birinci basamağının tanımı nedir?**
Doğum eyleminin birinci basamağı servikal değişikliklere neden olan düzenli kontraksiyonların başlaması olarak tanımlanır. Bu basamak serviks tam olarak açıldığı zaman sona erer.
- **Doğumun ikinci basamağının tanımı nedir?**
Doğum eyleminin ikinci basamağı serviksin açıklığının tam olmasından bebeğin doğmasına kadar olan süredir.
- **Doğum eyleminin üçüncü basamağının tanımı nedir?**
Doğum eyleminin üçüncü basamağı bebeğin çıkımından plasentanın çıkışına kadar olan süredir.
- **Doğum eyleminin dördüncü basamağı var mı?**
Bazı yazarlar plasentanın çıkımından sonraki ilk 1-2 saatlik süreci doğum eyleminin dördüncü basamağı olarak kabul ederler. Bu bölüm geleneksel doğum eyleminin bir basamağı değildir.
- **“Dördüncü basamağın” en sık görülen komplikasyonu nedir?**
Bu zaman dilimi postpartum kanamaların en fazla görüldüğü süreçtir.
- **Doğum eyleminin latent fazı nedir?**
Doğum eyleminin latent fazı yavaş servikal değişikliklere neden olan kontraksiyonların başlamasıdır. Bu faz hızlanmış servikal değişiklikler başlayana kadar devam eder.

○ **Nullipar ve multipar hastalarda latent faz süreleri arasında farklılık var mıdır?**

Nullipar bir hastada, latent fazın ortalama süresi 6.4 saattir. Bu multipar hastalarda ortalama 4.8 saattir.

○ **Doğum eyleminin aktif fazının tanımı nedir?**

Doğum eyleminin aktif fazı tahmin edilen faz olan maksimum eğim fazının tamamlanmasıdır. Hastaların büyük çoğunluğu (%90) 5 cm'lik dilatasyonun olduğu zaman bu faza girmiş sayılırlar.

○ **Aktif faz boyunca nullipar bir hastada ortalama servikal değişiklik ne kadardır?**

Nullipar hastalarda beklenen servikal dilatasyon 1.2 cm/st veya fazladır.

○ **Multipar hastalarda ortalama servikal değişiklik ne kadardır?**

Multipar hastalarda aktif fazda tahmini servikal değişiklik 1.5 cm/st olmalıdır.

○ **Multipar bir hastada ortalama ıkmama süresi ne kadardır?**

Multipar hastalar genellikle 1 saatten fazla ıkmazlar. Fakat lokal anestezi uygulanmış ise bu 2 saatte çıkabilir.

○ **Nullipar bir hastada ortalama ıkmama süresi ne kadardır?**

Nullipar hastalarda ortalama süre 2 saat veya lokal anestezi uygulanmışsa 3 saattir.

○ **Presipite doğum eyleminin tanımı nedir?**

Geleneksel olarak, bu tanım doğum eylemi ve doğumun 3 saatten kısa bir sürede tamamlanmasıdır. Ayrıca nullipar bir hastada servikal değişikliklerin saatte 5 cm'den fazla olması da presipite eylem olarak tanımlanır.

○ **"Progres arresti" nedir?**

"Progres arresti" doğum eyleminin servikal dilatasyonla veya fetüsün inişiyle sonuçlanmaması olarak tariflenir.

○ **Sefalopelvik uygunsuzluk nedir?**

Sefalopelvik uygunsuzluk, fetal baş ve maternal pelvis arasındaki boyut farklılığından dolayı, doğum eyleminin obstrüksiyonuyla sonuçlanmasıdır.

○ **Doğum eyleminin uzaması nedir?**

Uzamış doğum eylemi, uzamış dilatasyon ve uzamış inişin sonucu olabilir. Uzamış dilatasyon nullipar hastada 1.2 cm/st'ten ve multipar hastada 1.5 cm/st'ten daha az ilerleme olmasıdır. Uzamış iniş ise nullipar hastalarda 1 cm/st'ten ve multipar hastada 2 cm/st'ten daha az inişin olmasıdır.

○ **Bishop skoru nedir?**

Bishop skoru serviksin "olgunlaşmasını" anlamamıza yardımcı olan tanımdır.



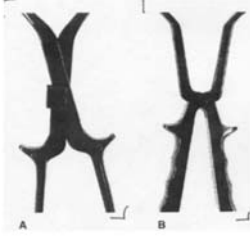
BÖLÜM 6

Operatif Obstetrik

Richard Letta M.D.

- ☐ **Phannenstiel kesisi sonrası fasya hangi tip iğne ucuyla kapatılmalıdır?**
Taper iğnesi. Kesikin iğneler ve ters keskin iğneler yırtılma riskini artırmaktadır. Künt iğneler frajil dokularda kullanılmaktadır.
- ☐ **Birinci derece laserasyonlarda hangi dokular tahrip olur?**
Vajinal mukozanın veya perineal cismin yüzeysel laserasyonu olarak tanımlanır ve sütür gerektirmez.
- ☐ **İkinci derece laserasyon veya epizyotomi hangi dokuları içerir?**
Vajen mukozası, perine cildi, daha derin subkutan dokuyu içerir ve sütür gerektirir.
- ☐ **Dördüncü derece laserasyonu tanımlayınız.**
Epizyotominin uzamasını veya rektal mukozanın laserasyonunu içerir.
- ☐ **Doğru yada Yanlış: Epizyotomi rektal sfinkter yaralanma riskini artırır.**
Doğru.
- ☐ **Derin fasyanın miyonekrozu en sık hangi organizmanın sebep olduğu enfeksiyona bağlıdır?**
Klostridium perfringens.

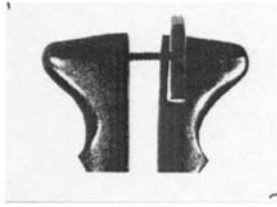
- Aşağıdaki resimde görülen kilitleyici araçlar hangi forsepslere aittir?



- (1) Keiland forsepsi, kayan kilitle birlikte.
(2) Simpson forsepsi İngiliz fikse edici kilitle birlikte.

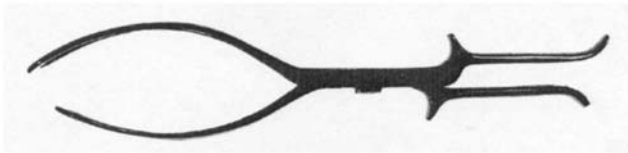
- Modern forsepsler İngilterede hangi aile tarafından üretilmiştir (Forspsleri 18. yüzyılın sonlarına kadar bir aile sırrı olarak saklamışlardır)?

Chamberlen ailesi.



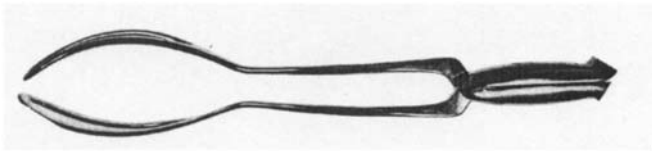
- Yukarıda görülen kilit ne tür forseps aittir?

Elliot



- Yukarıda görülen hangi tip forsepstir?

Keiland forsepsi.



BÖLÜM 7

Çoğul Gebelikler

Roberto Prieto-Harris, MD

- **Tüm gebeliklerin yüzde kaçında ikiz ve daha fazla çoğul gebelikler görülür?**
Fertilite tedavilerinin artması ile, çoğul gebeliklerin tüm gebelikler içindeki oranı yaklaşık %3 olarak izlenir.
- **İkizler ve kaybolan ikizlerin toplam sıklığı nedir?**
Geliştirilmiş ultrason teknikleri erken gebelikteki sonografik incelemeleri kolaylaştırmış ve birinci trimester ile termdeki ikiz insidansının birbirinden çok farklı olduğunu göstermiştir. Çoğul gebeliklerin spontan konseptusların %12'sinde izlendiğini fakat terme ulaşanların bunların sadece %14'ü olduğu görülmektedir.
- **Süperfekundasyon nedir?**
Kısa zaman periyodu içinde fakat ayrı koitler sırasında ayrıca aynı erkek spermi tarafından olması gerekmeyen 2 adet yumurtanın fertilizasyonunu belirtir.
- **Çimera ve mosaisizm arasındaki fark nedir?**
Çimera: Birden fazla yumurtadan kaynaklanan hücreleri olan birey.
Mosaisizm: Bölünmeme sonucu oluşan aynı zigottan köken alan iki veya daha fazla hücre çizgisi içeren farklı kromozomal içeriklerdir.
- **Çoğul gebeliklerin farklı etiyojisi nedir?**
İkiz gebelikler iki ayrı yumurtanın (dizigotik veya kardeşlere ait) fertilizasyonundan veya sonradan ikiye ayrılan benzer yapılardan (monozigotik veya özdeş) tek fertilize yumurtadan gelişebilir. %30'dan biraz fazlası monozigotik ikizler; %70'e yakını ise dizigotik ikizlerdir.

Monozigotik ve Dizigotik ikizlerin Karakteristikleri

Zigotik	Etyoloji	Köken tarafından etkilenmiş?	Sıklık	Oran
Monozigotik (özdeş)	Tek fertilize olmuş bir yumurtadan oluşur	Etnik kökenden etkilenmez	250 canlı doğumda bir görülür	Sabit
Dizigotik ikizler	İki ayrı yumurtadan	Evet, ikiz oranları en yüksek Afrika kökenli Amerikalılarda daha sonra beyazlarda ve en son asyalılarda izlenir	Yaklaşık 83 konsepsiyonda 1 kez	Irka kalıtsal faktörlere YÜT, yaş ve pariteye bağlıdır

- ☐ **YÜT'ye bağlı çoğul fetal gebelikler veya çoğul bebek doğumları üçüzler veya daha fazla fetüs-lü gebeliklerin oranı nedir?**
YÜT (yardımcı üreme teknikleri) ye bağlı çoğul gebeliklerin %4-5'i üçüz veya daha fazla fetüs içeren gebeliklerdir.
- ☐ **İkiz olan bir aneden doğan bir kız çocuğunun ikiz doğurma oranı daha mı yüksektir?**
Evet. Dizigotik olan kadınlar veya dizigotik soydan gelenler daha yüksek oranda ikiz gebeliklere sahip olurlar. Babanın genetik katkısının çok az ya da hiç katkısı yoktur.
- ☐ **İkiz gebelik insidansı yaş tarafından etkilenir mi?**
Evet, maternal yaşla birlikte ikiz gebelik oranları da artar.
- ☐ **Hangi yaşta ikiz gebelik oranları pik yapar?**
35- 40 yaşlarında.
- ☐ **Klomifen sitrat kullananlarda çoğul gebelik görülme insidansı nedir?**
İkiz gebelik görülme oranı yaklaşık %8 üçüz veya daha fazla olma oranı ise %1'den azdır.
- ☐ **Gonadotropin tedavisi kullananlarda çoğul gebelik olma oranı nedir?**
Çoğul gebelik oranları yaklaşık %20-25, üçüz ve daha fazlasının görülme olasılığı ise %1-2'dir.
- ☐ **Fertilize yumurtanın bölünme zamanı ile monozigotik ikizlerin görülme sıklığı nasıl etkilenir?**
Fertilizasyondan sonraki ilk 72 saatteki bölünmeler sonucunda diamnitik, dikoryonik ikiz gebelikler izlenir. Bölünme fertilizasyondan sonraki ilk 4-8 günler arasında olursa diamnitik, monokoryonik ikizler olur. Bölünme 8 ve 13. günler arasında olursa monoamniotik, monokoryonik, 13. günden sonra olursa yapışık ikizler olur.
- ☐ **Monozigotik ikizlerin hangi tipi daha sıkıtr?**
Monokoryonik-diamniotik.
- ☐ **Zigositenin belirlenmesinde plasentanın incelenmesi nasıl yardımcı olur?**
Aynı cinsten ikizlerde amnion ve koryon ilişkisinin değerlendirilmesi zigositeyi anlamada yardımcıdır. Farklı cinsten ikizler dizigotiktirler.
- ☐ **Cinsiyet haricinde ultrason ile mono - dikoryonik gebelikleri tahmin etmemizi sağlayan bir yol varmıdır?**
Membranın karakteri ve kalınlığı mono karşıt dikoryonik gebeliklerde farklıdır. Dikoryonik gebeliklerde, membran >2 mm (Şekil 7.2) kalınlığında 3-4 tabaka belirlenebilir ve ultrasonda koryonun amniona birleşme noktasında "ikiz tepe noktası" izlenebilir (Şekil 7.1). Monokoryonik gebeliklerde, membran ince ve "saç-benzeri" sadece iki tabaka, ultrasonda amnionla koryonun birleşme noktasında "T" bulgusu izlenebilir.

BÖLÜM 8

Makat Doğum

Rochel Cohen, Do ve Julio Mateus, MD

- 37. hafta sonrası, 29-32 hafta ve 21-24 haftalardaki makat prezente olma yüzdesi nedir?
%5-7
%14
%33
- Makat prezentasyonun hangi tipleri vardır?
Frank makat—bacaklar fleksiyonda ve dizler uzatılmış (%50-75).
Tam makat—bacaklar ve dizler fleksiyonda (%5-10).
Ayak—bir veya her iki bacak makattan daha alt seviyeye uzatılmış (%20-24).



Frank Makat



Tam Makat



Ayak geliş



BÖLÜM 9

Postterm Gebelikler ve Fetal Ölüm

Stephen J. Smith, MD

○ **Postterm gebelikleri tanımla**

Son adet tarihinin ilk gününe göre 42 hafta veya 294 güne kadar uzayan veya aşan gebeliklere post-term gebelikler denir.

○ **Postterm gebeliğin en sık nedenini söyleyin.**

Gebelik günlemesinin doğru yapılmaması.

○ **Naegelenin kuralı nedir?**

Doğumun tarihini tahmin etmeye yarayan metod. Son adet tarihinin ilk gününü başlangıç noktası olarak kabul edilir ve 3 ay geriye gidip 7 gün eklenir.

○ **Hangi trimester boyunca günleme en doğrudur?**

İlk trimester.

○ **Üçüncü trimesterde ultrason değerlendirmesinde gebelik günlemesinin hata sınırı nedir?**

Hata sınırı artı- eksi 3 hafta kadar fazla olabilir.

○ **Postterm gebeliğin insidansı nedir?**

Yaklaşık olarak %10 (aralık %3-4).

○ **Postterm gebeliğin risk faktörlerini listele.**

Primipar olmak

Önceki postterm gebelik

Fetal anensefali

Plasental sülfat eksikliği

Fetüsün erkek olması

○ **Postterm gebeliklerde fetal riskleri listele.**

Artmış perinatal mortalite

Uteroplasental yetmezlik ve yol açtığı oligohidramnios, IUGR

Mekonyum aspirasyonu

İntrauterin enfeksiyonlar

Makrozomi

Dismatürite sendromu

Yaşamın birinci yılında artmış ölüm riski

○ **Dismatürite sendromunun nedeni nedir?**

Dismatürite sendromu, uteroplasental yetmezliğin sebep olduğu kronik intrauterin büyüme geriliğine bağlıdır.

○ **Postterm gebeliklerde dismatürite sendromunun insidansı nedir?**

Yaklaşık %20.

○ **Dismatürite sendromlu bir yenidoğanı tarifleyin.**

Kuru, parşömen benzeri döküntülü bir cilt.

Yıpranmış, bakımsız görünümlü uzun ince kollar.

Bazı vakalar mekonyumla boyanmış.

Uzun tırnaklar.

Seyrek ya da eksik lanugo.

Artmış dikkat ve 'geniş-göz' bakışlar.

○ **Dismaturite sendromunda gözlemlenen intrapartum ve neonatal komplikasyonlar nelerdir?**

Intrapartum: Oligohidramnios bağlı umbilikal kord sıkışması

Mekonyum aspirasyonu

Güven vermeyen fetal kalp trasesi

Neonatal: Hipoglisemi

Nöbetler

Solunum yetmezliği

○ **Postterm gebeliklerle ilgili maternal komplikasyonları listele.**

Doğum distozisi

Perine yaralanması

Sezeryanla doğum

Bu komplikasyonlar makrozominin sonucudur.



BÖLÜM 10

Doğum Anomalileri

Stephen J. Smith, MD

- ☐ **Doğumun tanımı nedir?**
Uterin kontraksiyonların serviksin dilatasyonu ve efesmanına neden olacak kadar yeterli düzeyde, sıklıkta ve sürede olmasıdır.
- ☐ **Doğum distozisinin tanımı nedir?**
Normal olmayan 'güç, yolcu ve yol'un neden olduğu anormal doğum eylemidir.
- ☐ **Birleşik Devletlerde, primer sezeryan doğumun en sık endikasyonu nedir?**
Distozî.
- ☐ **Birçok tekrar eden sezeryan, distoziye bağlı primer sezeryan doğumları takiben uygulanmaktadır. Bu gerçeği hesaba alarak Birleşik Devletlerdeki tüm sezeryanların yüzde kaç distozi tanısına bağlı olduğu söylenebilir?**
%60.
- ☐ **Latent fazın uzamasından bahsedilir eğer:**
Nulliparda 20 veya multiparda ise 14 saati aşmışsa.
- ☐ **Latent faz tamamlanmış sayılır eğer serviks:**
En az 4 cm dilate olmuş ise.
- ☐ **Latent faz uzamasının yönetimindeki seçenekler:**
Morfinle birlikte terapötik dinlendirme.
- ☐ **Terapötik dinlendirmeye bırakılan latent fazı uzamış hastaların yüzde kaç sonradan aktif faza geçer?**
%85.

○ **Doğumun birinci fazındaki uzama ve durma risk faktörlerini listeleyin:**

İleri maternal yaş
 Diabet
 Hipertansiyon
 Oligohidramnios
 Önceki perinatal ölüm
 Erken membran rüptürü
 Koryoamnionit
 Makrozomi
 Epidural anestezi
 Pelvik kontraktürler
 Güven vermeyen fetal kalp ritmi paterni

○ **Doğumun ikinci evresindeki distozi risk faktörlerini listeleyin:**

Oksiput posterior prezentasyon
 Doğumun ilk evresinin uzaması
 Nulliparite
 Kısa maternal boy
 Makrozomi
 Tam servikal dilatasyonda seviyenin yukarda olması

○ **Uzamış latent fazda amniotomi uygulamasının bir faydası varmıdır?**

Amniotomi latent fazda aktif doğum yönetimi protokolleri ile birlikte yapıldığında latent fazı kısaltabilir. Bir meta-analizde ilk basamağın 39 dakikaya kadar kısalabildiği gösterilmiştir.

○ **Amniotominin doğum sırasındaki, maternal ateş üzerindeki, sezeryan doğumdaki ve güven vermen fetal kalp ritmi trasesindeki etkilerini tanımla.**

Doğum süresi: 1-2 saatlik kısalma olur.
Maternal ateş: İnsidansı artar
Sezeryan doğum: Bir etkisi yok
Güven vermeyen fetal kalp ritmi trasesi: Etkisi yok.

○ **Nullipar ve multipar hastalarda ikinci basamağın durmasının kriterlerini işaret eden tabloyu tamamlayın.**

	Bölgesel Anestezi Olmadan	Bölgesel Anesteziyle
Nullipar	_____ saat	_____ saat
Multipar	_____ saat	_____ saat

BÖLÜM 11

Puerperium

Maria A. Giraldo-Isaza

☐ **Puerperium'u tanımlayınız.**

Doğumdan hemen sonra başlayan ve postpartum 6. haftaya kadar uzayan period.

☐ **Uterusun doğumdan sonra gebelik öncesi şeklini alması için ne kadar zaman gereklidir?**

Uterus gebelik öncesi boyutlarına doğumdan sonraki yaklaşık 4 haftada gelir.

☐ **Uterusun doğum öncesi boyutlarına doğru çekilmesi sürecine ne ad verilir?**

İnvolüsyon.

☐ **Uterin involüsyonun normal süreçte tıkanmasını tanımlayan terminoloji nedir?**

Subinvolüsyon. Subinvolüsyon muayene sırasında postpartum dönemdekine benzer şekilde uterusun daha büyük daha yumuşak olması ile saptanır. Bu durum düzensiz ve aşırı uterin kanama ile tanımlanır.

☐ **Subinvolüsyonun en sık iki nedeni nedir?**

Plasenta parçalarının retansiyonu ve uterin enfeksiyonlar.

☐ **Puerperal ateşin tanımı nedir?**

Postpartum ilk on günde, ilk 24 saat hariç, iki ayrı zamanda vücut ısısının büyük eşit 38°C olarak ölçülmesidir.

☐ **Postpartum uterin enfeksiyonların gelişmesinde en önemli risk faktörü nedir?**

Doğumun şekli.

☐ **Postpartum uterin enfeksiyonların risk faktörleri nelerdir?**

Doğumun şekli, uzamış membran rüptürü, birçok servikal muayene, uzamış doğum, internal fetal monitörizasyon, intra-amniotik enfeksiyon, düşük sosyoekonomik sınıf, B grubu Streptokokların vaginal kolonizasyonu, *Klamidya*, *Mykoplazma*, *Ureaplazma* veya *Gardnerella*.

- ☐ **Doğru veya Yanlış: Postpartum uterin enfeksiyonlar genellikle tek organizmaya bağlıdır.**
Yanlış.
- ☐ **Geç başlangıçlı postpartum metrite en sık sebep olan organizma nedir?**
Klamidya.
- ☐ **Postpartum uterin enfeksiyonların klinik bulguları nelerdir?**
Ateş, abdominal hassasiyet, taşikardi, kötü-kokulu loşi, 15,000-30,000 kadar yükselmiş beyaz kan sayımı.
- ☐ **Sezeryan sonrası uterin enfeksiyonlarda bakteremi insidansı ne kadardır?**
%10-20.
- ☐ **Postpartum uterin enfeksiyonlara en sık neden olan organizmaları sıralayınız.**
Aeroblar
Enterokoklar
Stafilokokus aureus
Grup A, B, D streptokoklar
Gram-negatif bakteriler- *E. coli*, *Klebsiella*, *Proteus*
Group A, B, D streptococci
Anaeroblar
Peptokok türleri
Peptostreptokok türleri
Bakteroides türleri
Klostridium türleri
Fuzobakterium türleri
Diğerleri
Mikoplazma
Gonore
Klamidya trahomatis
- ☐ **Sezeryan sonrası insizyon yeri enfeksiyonunun risk faktörleri nelerdir?**
Obezite, diabetes, kortikosteroid tedavisi, immünsüpresyon, anemi, yara yeri hematomu, uterin enfeksiyon.
- ☐ **Yara yeri enfeksiyonunun tedavisi nedir?**
Antibiyotikler ve cerrahi drenaj.
- ☐ **Nekrotizan fasit nedir?**
Derin yumuşak doku, kas ve fasyayı da içeren yara yeri enfeksiyonunun nadir görülen bir komplikasyonudur.
- ☐ **Nekrotizan fasitin risk faktörleri nelerdir?**
Diabetes, obezite, intravenöz ilaç kullanımı, 50'den büyük yaş, hipertansiyon, malnütrisyon, maliniteler, siroz ve periferik damar hastalıkları.

BÖLÜM 12

Obstetrik Komplikasyonlar

Amy Mackey, MD

- ☐ **Beta-sempatomimetikler hangi elektrolit bozukluklarına neden olabilirler?**
Hipokalemi, hipokalsemi
- ☐ **Magnezyum sülfat toksisinin antidotu nedir?**
1 g kalsiyum glukonat IV puşe.
- ☐ **Terbutalinin kontraendikasyonu nedir?**
Maternal kalp hastalığı (yapısal, iskemik, disritmik), hipertansif hastalıklar, antepartum kanamalar, kontrol edilmeyen diyabet ve kontrol edilmeyen maternal hipertiroidi.
- ☐ **ABD'deki preterm doğum insidansı nedir?**
%11.8
- ☐ **Preterm doğum ile ilgili olduğu bilinen endojen bileşikler nelerdir?**
Bakteriyel endotoksinler (lipopolisakkaritler), platelet aktive edici faktör, interlökin 1 ve 6, tümör nekroze edici faktör.
- ☐ **Amniyon desidüadan ayrılmaya başladığı anda hangi bileşik salınır ?**
Fetal fibronektin.
- ☐ **Fetal fibronektin için yapılan servikal sıvıların incelenmesinin önemi nedir?**
Negatif prediktif değeri %95 ile test negatif olduğunda 14 gün içerisinde doğumun olmayacağını gösterir.
Pozitif prediktif değeri %40 ile pozitif olduğunda semptomatik kadınlarda doğumun olacağını tahmin eder.
- ☐ **Marjinal yerleşimli plasenta, yumuşak karın, az miktarda vajinal kanama ve akut fetal distres neyin göstergesidir?**
Vaza previa.

- ☐ **Vazapreviaların yüzde kaç antepartum ultrason ile tespit edilebilir?**
<%10.
- ☐ **Preeklampside görülen hepatik lezyon nedir?**
Periportal nekroz.
- ☐ **Eklampsi süresince konvülzyonlar ne zaman görülür?**
%50'si doğumdan önce, geri kalan %50 ise intrapartum ve postpartum izlenir.
- ☐ **Prematür bebeklerde antepartum uygulanan kortikosteroidlerin faydaları nedir?**
 - Akciğer kompliyansını artırır, artmış sürfaktan yapımı ve azalmış respiratuar distres sendromu.
 - Azalmış intraventriküler hemoraji
 - Azalmış nekrotizan enterokolit
 - Azalmış neonatal mortalite
- ☐ **Preterm erken membran rüptürü olanlarda NIH'in steroid kullanımı ile ilgili önerileri nelerdir?**
30-32 haftalar öncesinde koryoamnionit yoksa tavsiye edilmektedir.
- ☐ **Tüm IUGR bebekler arasında ne kadarı simetrik büyüme geriliği gösterir ?**
%20.
- ☐ **Tüm IUGR bebekler arasında ne kadarı kromozomal anomalilerden, konjenital malformasyonlardan veya genetik sendromlardan etkilenir?**
%10.
- ☐ **IUGR'lı yenidoğanlarda genellikle hangi metabolik problemler bulunur?**
Hipokalsemi, hipoglisemi, hiponatremi, hipotermi ve polisitemi.
- ☐ **Hangi gebelik haftasında maternal IgG'ler plasentayı geçer ve fetüste koruma sağlarlar?**
16. hafta. 26. haftadan itibaren fetal ve maternal IgG'nin serum seviyeleri birbirleri ile benzerdir.
- ☐ **Fetüste toksoplazma gondi enfeksiyonu nasıl tanı alır?**
Kord kanında fetal anti-Toksoplazma IgM veya amniotik sıvıda PCR.
- ☐ **ABD'de yetişkinlerin yüzde kaç Toksoplazma antikorları (yani bağışıklık) taşır?**
%40-50 ve dağılımı sosyoekonomik düzeyi düşük kesimde en yüksektir.
- ☐ **Üreme çağındaki kadınlarda varisella zoster (suçiçeği) bağışıklık oranı nedir?**
%95.

BÖLÜM 13

Gebelik ve Hipertansiyon

Shai Pri-Paz, MD

○ **Gebelikte hipertansif hastalıkların görülme insidansı nedir?**

%12- %22 arasında.

○ **Gestasyonel hipertansiyon nedir?**

Daha öncesinde kan basıncı normal olan bir kadının gebeliğin 20. haftasından itibaren sistolik kan basıncı düzeyi 140 mm Hg veya daha fazla, veya diastolik kan basıncı düzeyi 90 mm Hg veya daha fazla olması, postpartum 12. haftada normale dönmesi durumudur. Yükselen kan basıncı en az 6 saat arayla iki ayrı ölçümde kaydedilmeli fakat bu aralık yedi günü geçmemelidir.

○ **Preeklampsi nedir?**

Proteinüri (24 saatlik idrar atılımı 300 mg protein veya daha fazla veya rastgele alınmış idrar örneklerinde persiste eden stikle bakılan 1+ veya daha fazla) ile eşlik eden hipertansiyon (daha önce tanımlandığı gibi)

○ **Eklampsi nedir?**

Preeklampsi tanısı olan hastada yeni başlayan grand mal nöbetler (başka bir nedeni olammalıdır).

○ **Süperempoze preeklampsi nedir?**

20. gebelik haftasında önce hipertansiyonu olan hastanın yeni başlayan proteinürisi olması, erken gebelikte olan proteinürinin aniden artması, hipertansiyonda ani artış olması veya HELLP sendromunun gelişmesi.

○ **Şiddetli preeklampsi tanısındaki kriterler nelerdir?**

Bunlardan bir yada daha fazlasının bulunması: Hasta istirahat halinde iken 6 saat arayla iki ayrı ölçümde; sistolik kan basıncının 160 mm Hg (veya daha fazla) veya diastolik 110 mm Hg (veya daha fazla) ; 24 saat toplanan idrar örneğinde 5000 mg (veya daha fazla) proteinüri veya 2 tane 4 saat ara ile rastgele alınmış idrar örneğinde stikle 3+ sonuç olması, 24 saat süresince 500 mL'den az idrar çıkması (oligüri) ; serebral veya vizüel bozukluklar; pulmoner ödem veya siyanoz; epigastrik veya sağ üst kadranda ağrısı; bozulmuş karaciğer fonksiyonları; trombositopeni; fetal büyüme geriliği.

☐ **Diastolik kan basıncı nedir?**

Sesin kaybolmaya başladığı andaki basınçtır 7 (Korotkoff fazı V).

☐ **Uygun boyutlardaki kaf nasıl olmalıdır?**

Üst kolun çevresinin 1.5 katı uzunlukta veya kaf balonu kolun %80'ini saracak şekilde olmalıdır.

☐ **Kan basıncı nasıl ölçülmelidir?**

Dik pozisyonda (veya sol lateral yatış pozisyonda hastanın kolu kalp seviyesinde olmalıdır) en az 10 dakikalık dinlenme sonrasında ölçülmelidir. Ölçüm öncesi 30 dakikaya kadar tütün ve kafein tüketilmemiş olmalıdır.

☐ **Preeklampsinin görülme sıklığı nedir?**

%5 ile %8. civarında

☐ **Preeklampsinin bazı risk faktörleri:**

İlk gebelik, çoğul gebelik, önceki gebelikte preeklampsi olması, kronik hipertansiyon, gebelik öncesi diabetes tanısı olması, vasküler ve bağ dokusu hastalıkları, nefropati antifosfolipid antikor sendromu, obezite, yaşı 35 ve üzerinde olması, Afrikalı ırktan olmak.

☐ **Preeklampsinin patofizyolojisi nedir?**

Vazospazm ile birlikte vasküler endotelial hasar, plazmanın transüstasyonu ve iskemik- trombotik hasar.

☐ **Preeklampside gelişimde rol oynadığı düşünülen birkaç etiyolojiyi sıralayınız.**

Normal olmayan (tamamlanmamış) uterin damarlara trofoblast invazyonu, fetoplazental dokuya karşı immünolojik reaksiyon, gebeliğin enflamatuar ve kardiovasküler değişikliklerine uyum sağlamaması, beslenmede eksiklikler ve genetik etkiler.

☐ **Preeklampside tariflenen arteriyel değişiklikler için kullanılan terim nedir?**

Atheros.

☐ **Preeklampside prostasiklin/tromboksan oranı nasıl değişir?**

Oran azalır ve anjiotensin 2'ye olan duyarlılık artar, bu da vazokonstriksiyon ile sonuçlanır.

☐ **Farklı koşullarda kan hacmi nasıl fark eder?**

Ortalama boyutlardaki bir kadında, normal bir gebeliğin sonunda kan hacminin 3500'den 5000 mL'ye kadar artması beklenir. Gebelik hipertansiyonu ile birlikte, normal bir kan hacmi beklenir. Preeklampsinin şiddetine göre farklı derecelerde hemokonsantrasyon olabilir, eklampside ise beklenen bu artışın çoğu veya hiçbiri olmaz.

☐ **Karakteristik hepatik lezyon nedir?**

Karaciğer periferinde periportal kanama.

BÖLÜM 14

Gebelikte Medikal ve Cerrahi Komplikasyonlar

Shai Pri-Paz, MD

ENFEKSİYONLAR

- ☐ **Herpesin inkübasyon periyodu nedir?**
2-12 gün.
- ☐ **HSV enfeksiyonunun üç fazı nelerdir?**
Primer: Öncesinde HSV 1/2 antikorları olmayan hastanın enfeksiyonu
Tekrarlayan: homolog antikorlar varken reaktivasyon.
Primer olmayan ilk epizod: belli bir tip HSV'ye karşı antikorların varlığında başka bir tip HSV ile enfeksiyon olması.
- ☐ **Duyarlı bir gebede yeni herpes görülme olasılığı nedir?**
Yaklaşık %2.
- ☐ **Yeni doğanın HSV enfeksiyonunun çoğunlukla sebebi nedir?**
Genellikle asemptomatik annelerde doğum sırasında enfekte doğum kanalından bulaş nedeniyle.
- ☐ **Neonatal hastalığın sınıflaması nasıldır?**
1. Cilt, göz ve ağız—en sık görülen (%45) lokalize hastalığı. Mortalite yok.
2. MSS hastalığı birlite veya tek başına cilt, göz ve ağız hastalığı (%30)—%4 mortalite.
3. Yaygın hastalık (%25)—%30 mortalite.
- ☐ **Maternal fetal vertikal geçiş oranı nedir?**
Primer, %30-%60; primer olmayan ilk epizod, %33; tekrarlayan %0-%3.
- ☐ **Tekrarlayan hastalık öyküsü olan ve görünür lezyonu olmayan hastada doğumda geçiş oranı nedir?**
2:10,000.

○ **Gebelik boyunca maternal enfeksiyonun muhtemel etkileri nelerdir?**

İlk trimesterde primer enfeksiyonlar mikrosefali, mikroftalmi, kraniyal kalsifikasyonlar, cilt lezyonları ve koryoretinit gibi anomaliler ile ilişkilidir. Düşük riskinde de artıştan bahsedilmekteydi fakat son çalışmalar bu artışı desteklememektedir. İlk trimesterden sonra primer enfeksiyon preterm doğum ve yenidoğana geçiş riskini artırmaktadır.

○ **Herpes için tedavi seçenekleri nelerdir?**

	Sınıf	İlk Klinik Epizod	Baskılayıcı Tedavi	Rekürren Epizodlar
Asiklovir	B	200 mg oral günde beş kez veya 400 mg oral günde 400 mg 7-10 gün boyunca	400 mg oral günde iki kez veya günde üç kez 36. haftadan doğuma kadar	400 mg oral günde üç kez 5 gün boyunca veya 800 mg oral günde üç kez 2 gün boyunca
Valasiklovir	B	1 gr oral günde iki kez 7-10 gün boyunca	500 mg oral günde 1 veya 2 kez veya 1 gr oral günlük (yıllık 10 veya daha fazla epizod varsa) 36. haftadan doğuma kadar	500 mg oral günde iki kez 3 gün boyunca veya 1 g oral günde 1 kez 5 gün boyunca
Famsiklovir	B	250 mg oral günde üç kez 7-10 gün boyunca	250 mg oral haftada 2 kez	125 mg oral günde 2 kez 5 gün boyunca veya gr oral günde 2 kez bir gün

○ **Herpes için kimler ve ne zaman profilaktik tedavi almalıdır?**

36. hafta veya sonrasında HSV'nin ilk epizodunun görüldüğü gebelikler en fazla yararı görür, doğum sırasında klinik tekrarlarla önemli azalmaya neden olur ve klinik herpes rekürrenslerinde azalmayla birlikte sezeryan oranında da azalma olur (sezeryanla doğumların toplam sayısında değil). 36 hafta ve sonrasındaki gebelerde ayrıca aktif tekrarlayan genital herpes varsa tedavi planlanmalıdır.

○ **Genital herpes için rutin tarama testi gebelikte önerilir mi?**

Hayır.

○ **Hangi koşullar altında sezeryanla doğum düşünülmelidir?**

Doğum eylemi sırasında vulvar ağrı veya yanma gibi, bir salgını işaret eden aktif genital lezyonlar veya semptomları olan kadınlarda. Doğum sırasında aktif genital hastalığı olmayan fakat HSV enfeksiyonu öyküsü olan kadınlarda sezeryan önerilmez.

○ **Sırtında, bacağına veya kalçasında tekrarlayan herpes simplex virüs lezyonları olan kadınlara sezeryan önerilir mi?**

Hayır. Bu lezyonlar bir örtü ile kaplanabilir.

BÖLÜM 15

Gebelikte Gastrointestinal Hastalıklar

Hipolito Custodio III. MD

○ **Gebelik boyunca gereken fazladan enerji ihtiyacı ne kadardır (kcal/gün)?**

Gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesteri boyunca enerji ihtiyacı 300 kcal/gün kadar artar. Laktasyon enerji ihtiyacını 500 kcal/gün artırır.

○ **Gebelik boyunca diyetteki hangi mikrobeseinlere çok miktarda ihtiyaç duyulur?**

Besin	Günlük Gerekli İhtiyaç	Gebelik/Laktasyonda Ekleneceler
Riboflavin	0.6 mg/1000 kcal	0.3–0.5 mg
Niyasin	6.6 mg niyasine eşdeğer/1000 kcal	2–5 niyasine eşdeğeri
Piridoksin	1.6–2.0 mg	1 mg
Folik asit	3 µg/kg	400 µg
Vitamin B ₁₂	2 µg	0.2–0.6 µg
Askorbik asit	60 mg 10 mg (gebelikte)	35 mg (laktasyonda)
Demir	15 mg	15 mg
Çinko	0.6 mg/1000 kcal	0.3–0.5 mg

○ **Gebelik boyunca çoklu-mikrobesein desteğinin faydaları nelerdir?**

Çoklu-mikrobesein desteği, iki yada daha az destekle beslenenlere göre düşük-doğum-ağırlıklı ve gebelik-haftasına göre-küçük bebeklerin sayısında, maternal anemide, önemli bir azalma görülür. Buna rağmen WHO'nun tavsiye ettiği demir-sülfat desteği ile karşılaştırıldığında ek bir faydası gösterilememiştir.

○ **Gebelikte ilgili en sık GI semptomlar nelerdir?**

Gingivitis %40-100, reflü %30-50, kabızlık %11, hemoroid %30-40, bulantı ve kusma %85.

Aşağıdaki Gİ semptomalar ayrıca gebelerde ciddi şekilde daha sıktır: Ağız kuruluğu, mide yanması, geğirme, artmış iştah, erken doyma, gece ağrıları ve siyah gayta.

○ **Gebelik boyunca hangi gastrointestinal motilite bozuklukları görülebilir?**

- (1) Artmış itici olmayan motor aktivitesi, azalmış kontraksiyon dalgası boyutu ve hızından dolayı normal olmayan özofagiyal motilite.
- (2) Azalmış alt özofagiyal sfinkter (AÖS) basıncı.
- (3) Farmakolojik ve fizyolojik uyaranlara karşı azalmış AÖS.
- (4) Mideden salınan asit ve pepsin miktarı azalır.
- (5) Mide ve ince barsaktan geçiş süresi uzar.
- (6) İnce barsak miyoelektrik kompleksleri arasındaki aralık uzar.
- (7) Villus boyu artar, barsak hipertrofisi, ince barsak fırçamsı kenarındaki enzim aktivitesi artar.
- (8) Kolondan geçiş süresi uzar.
- (9) Sodyum ve suyun kolondan absorpsiyonu kolaylaşır.
- (10) Safrakesesi boşalması yavaşlar.

○ **Gebelikte bulantı ve kusmanın ayırıcı tanısı nedir?**

- (1) Gastrointestinal nedenler: gastroenterit, gastroparesis, akalazya, biliyer kanal hastalıkları, hepatit, ince barsak tıkanıklığı, peptik ülser hastalığı, pankreatit ve apandisit.
- (2) Genitoüriner nedenler: piyelonefrit, üremi, over torsiyonu, nefrolitiazis, dejenere fibroidler.
- (3) Metabolik hastalıklar: DKA, porfiri, Addison hastalığı/krizi, hipertiroidizm.
- (4) Nörolojik bozukluklar: psödotümör serebri, vestibüler lezyonlar, migren, MSS tümörleri.
- (5) Gebeliğe bağlı durumlar: Gebeliğin yağlı karaciğeri ve preeklampsi.
- (6) Muhtelif: İlaç zehirlenmesi/intoleransı ve psikolojik.

○ **Gebelikte bulantı ve kusmalardan sorumlu hormon hangisidir?**

hCG düzeyi pikleri, geçici olarak bulantı ve kusma semptomlarının pik yaptığı zamanlarla uyumludur. Çoğul gebelik veya molar gebelik gibi plasenta kütesinin fazla olduğu durumlarda bulantı uyarıları daha uzun sürer. Ayrıca östrojen seviyeleri de bulantı ve kusmaların sıklığıyla ilişkilidir. OKS'lerin içerisindeki östrojen bulantı ve kusma ile doz-etkileşimi içindedir ve hassasiyet gelişen kadınlarda bulantı kusma daha fazla görülür. Gebelikte sigara kullanan kadınlarda bulantı ve kusma daha az görülür, bu durum muhtemelen sigara kullanmayanlara oranla daha düşük hCG ve östradiol seviyeleriyle ilişkilidir.

○ **Erken gebelikteki bulantı ve kusma sıklığının fazla olmasının risk faktörleri nelerdir?**

Primigravid olma, daha erken yaş, sigara kullanmama, obezite, eğitim yılının 12'den az olması, oral kontraseptif kullanımı sonrasında bulantı olması ve corpus luteumun sağ overde yer alması.

○ **Hangi fiziksel bulgular gebelikteki bulantı ve kusmaların, gebelikten bağımsız başka bir hastalığa bağlı olduğunu düşündürür?**

Öğürtü, ateş, baş ağrısı, guatr veya normal dışı bir nörolojik muayene den sonra oluşan hafif epigastrik rahatsızlıktan daha ağır olan abdominal ağrı veya hassasiyet. Bir uyarı: şiddetli bulantı ve kusma nadir de olsa tiamin eksikliğine bağlı gelişen ensefalopati veya santral pontin miyelinozis gibi nörolojik bir bozukluğa bağlı olabilir.

BÖLÜM 16

Birinci Trimester Ultrasonları

David Peleg, MD

- **Birinci trimester ultrasonunda hangi teknikler uygulanabilir?**
Transabdominal
Transvajinal
Transperineal
- **Transabdominal ultrasona göre transvajinal (TVUS) ultrason kullanmanın avantajları nelerdir?**
Prob pelvik organlara daha yakındır, daha yüksek frekans kullanır (5-7 MHz), çözünürlüğü daha yüksektir ve dolu mesaneye ihtiyaç duymaz.
- **Transvajinal ultrason kullanmanın transabdominal ultrason kullanmaya göre ne gibi dezavantajları vardır?**
Yüksek çözünürlükte, probtan daha kısa mesafeleri gösterebilir. Transvajinal ultrason daha invazivdir.
- **Eşik noktası ile ayırım noktasının farkı nedir?**
Eşik noktası ultrason ile kesin gözlemin yapılabildiği en düşük değerdir. Ayırım noktası ise kesin gözlemin her zaman yapılabildiği en düşük değerdir.
- **Gebeliğin ilk ultrasonunda belirlenen yapı nedir?**
Gebelik kesesi.
- **TVUS kullanırken gebelik kesesini belirlemekteki eşik boyutu nedir?**
2-3 mm.
- **İntrauterin sıvı-dolu alan izlenmesi intrauterin bir gebeliği doğrular mı ?**
Hayır, bu bir desidual reaksiyon veya 'psödogestasyonel kese' olabilir.

- ☐ **Ortalama kese çapı (OKÇ) nasıl hesaplanır?**
Üç ortogonal boyut toplanır ve üçe bölünür.
- ☐ **5-11 haftalar arasında ortalama kese çapından (OKÇ) gebelik haftası nasıl hesaplanır?**
OKÇ (MM cinsinden) + 30 = gün olarak gebelik yaşı.
- ☐ **Yolk kesesi izlenebildiği zaman gestasyonel kesenin (OKÇ) ayırım boyutu nedir?**
OKÇ = transvajinal ultrason 8 mm (5.5 hafta)
OKÇ = transabdominal ultrason 20 mm (7 hafta)
- ☐ **Yolk kesesinin bilinen üç fonksiyonu nelerdir?**
 - (1) Embriyoya besin sağlamak.
 - (2) Hematopoezin başlangıç noktasıdır.
 - (3) Gelişmekte olan barsak ve üreme sistemlerine katkıda bulunur.
- ☐ **İntrauterin gebeliğin (İUG) tanısında gebelik kesesi içerisindeki yol kesesinin mi yoksa çift desidual işaretin (ÇDİ) mi izlenmesi daha üstündür?**
Gebelik kesesi içerisindeki yolk kesesi.
- ☐ **Gebelik kesesinin izlenmesinden sonra, gebelik günlemesinin bir sonraki önemli işareti nedir?**
Yolk kesesi.
- ☐ **Hangi hCG düzeylerinde tipik olarak intrauterin gebelik kesesi izlenir?**
1000 - 2000 mIU/mL.
- ☐ **Büyümenin embriyonik fazı gebeliğin hangi haftaları arasındadır.**
6-10. haftalar.
- ☐ **Koryonik kavite normal olarak gebeliğin ile haftaları arasında oblitere olur.**
12-16.
- ☐ **Embriyonun izlenebildiği zamanda gestasyonel kesenin (OKÇ) ayırım boyutu nedir?**
OKÇ = transvajinal ultrason ile 20 mm.
OKÇ = transabdominal ultrason ile 25 mm.
- ☐ **Gebeliğin 6 ile 9.5. haftaları arasında CRL'den gebelik haftası nasıl hesaplanır?**
CRL (mm cinsinden) + 42 = gün olarak gebelik yaşı

BÖLÜM 17

Obstetrik Ultrason ve Fetal Anomaliler

Hima Bindu Tam Tam, MD

- ☐ **ABD’de gebe kadınların yüzde kaçını en az bir kez ultrason kontrolüne gider?**
ACOG’a göre 2002 yılında bu rakam %65’ti.
- ☐ **Ultrason nasıl çalışır?**
Ses dalgalarının oluşturduğu elektrik akımının kristalleri titreştirmesidir. Bu piezoelektrik etki olarak bilinir.
- ☐ **Transvajinal dönüştürücüler tipik olarak transabdominal olanlara göre daha yüksek frekansıdır.**
Doğru. Transabdominal problemler tipik olarak 3-7 MHz ve transvajinal problemler 5-9 MHz’tir. Daha yüksek frekans daha yüksek rezolüsyon fakat daha düşük penetrasyon demektir.
- ☐ **Ultrason güvenlidir?**
Obstetrik ultrasonda kullanılan frekanslarda, bu kadar yaygın kullanıma rağmen herhangi bir biyolojik etki gösterilememiştir. Ultrasonun güvenli düzeyi $\leq 100 \text{ mW/cm}^2$ ’dir. Hayvan çalışmalarında kavitasyon ile termal ve mekanik değişimler olduğu gösterilmiştir.
- ☐ **Anoploidi taramasında hangi serum analitleri ultrason ile birlikte kullanılır?**
İlk trimesterde serum PAPP-A ve serbest beta-hCG düzeyleri, ikinci trimesterde unkonjuge östradiol, beta-hCG ve bir de inhibin A ölçülür. Down sendromunda, serum beta-hCG (serbest ve total) ve inhibin-A düzeyleri yükselir, PAPP-A, uE3, AFP azalır.
- ☐ **İlk trimesterdeki gestasyonel haftanın en doğru belirteci nedir?**
Baş-popo uzunluğu gestasyonel kese ve yolk sak ölçümlerinden daha doğru sonuç verir.
- ☐ **Sadece bir kez ultrason yapılacaksa, hangi gebelik haftası bunun için optimaldir?**
16- 20. haftalar.
- ☐ **İkinci ve üçüncü trimesterlerde gestasyonel yaşı belirlemek için genellikle hangi parametreler kullanılır?**
Biparietal çap, baş çevresi, abdomen çevresi ve femur uzunluğu.

○ **Biparietal çap nasıl ölçülür?**

Görüntü oval şekilde izlenmeli, falks serebri ve kavum septum pellucidum talamus hizasında ölçülmeli, sonra dıştan içe frontal bölgenin üçte ikisinden ölçülmeli. Ayrıca baş çevresi bu seviyeden ölçülmelidir.

○ **Dolisefali neyle ilişkilidir?**

Makat prezentasyon. Parietal çapın, oksipito frontal çapa göre azalmasıdır (sefalik indeks).

○ **Abdominal çevre hangi seviyeden ölçülür?**

Görüntü umbilikal ven ve portal sinüsün birleşim yerinden ölçülmelidir.

○ **Femur normal bir fetüste neden kavisli görülür?**

Femoral diafizın tam kalınlıkla izlenememesine bağlı femurun alıcıdan uzakta gibi izlenmesine neden olarak kavisli görülmesine neden olur. Femural uzunluk sadece diafiz ve metafizden oluşmaktadır.

○ **Asimetrik IUGR neyle ilişkilidir?**

Baş çevresine göre azalmış abdomen çevresi ölçümüdür.

○ **IUGR'lı fetüsleri takip etmek için hangi doppler çalışması kullanılır?**

Umbilikal arter velosimetresi. Arica umbilikal arterde akım rezistansı olduğu zaman bu durum MCA'daki akım hızının artmasıyla koroledir ve bu IUGR'lı fetüslerde beyinin idameli tepkisiyle ilişkilidir.

○ **Fetal anemi hangi doppler şekliyle belirlenir?**

MCA doppler. Fetal anemi olduğu zaman kan viskozitesinin azalmasına bağlı olarak fetal kardiak output artar ve periferik vasküler rezistans azalır. Bu daha az kanlanmış olan kanın daha yüksek hacimlerde dağıtılmasını sağlar. Bundan dolayı MCA'nın kan akım hızı artar. Doppler izoimmünizasyonlu anemi riski fazla fetüslerin takibinde kullanılır.

○ **Preterm eylemde indometazin kullanıldığı zaman hangi doppler ölçümü takip edilmelidir?**

Duktus arteriosus. İndometazinin duktus arteriosusun prematür kasılmasına neden olduğu gösterilmiştir. Bu PSV'de artış ve PI'de azalma olarak görülür. Bu etki geri dönüşümlü olarak kabul edilir ve anormal doppler bulguları indometazin in kesilmesini gerektirir.

○ **İkinci trimesterde hangi doppler ölçümü preeklampsinin gelişimi için tarama amaçlı kullanılır?**

Uterin arter.

○ **Plasenta akreta nın değerlendirilmesi neyle desteklenir?**

Renkli doppler ve MRI.

○ **Maternal diabetin neden olduğu fetal makrozomi neyle ilgilidir?**

Baş çevresine göre artmış abdominal çevre.

BÖLÜM 18

Amnios Sıvısı

Kristen Quinn, MD

- **Amnios sıvısının beş ana fonksiyonu nedir?**
 - (1) Fetüsün travmalardan korunmasına yardımcı olur.
 - (2) Umblikal kordun fetüs ve uterus arasında sıkışmasını engeller.
 - (3) Antibakteriyel etkileri ile bazı enfeksiyonlardan korunmayı sağlar.
 - (4) Fetüs için sıvı ve besinler açısından bir rezervuar görevi görür.
 - (5) Fetüsün akciğerleri, kas-kemik ve gastrointestinal sisteminin normal gelişimi için gerekli sıvı, boşluk, büyüme faktörlerini sağlar.
- **Gebeliğin ikinci yarısında amnios sıvısının esas kaynağı nedir?**

Fetal idrar.
- **Gebeliğin ikinci yarısında amnios sıvısının yapımına katılan diğer kaynaklar nelerdir?**

Fetal solunum sisteminden; akciğerler, oral-nazal kavite ve intramembranöz akımından gelen salgılar.
- **Gebeliğin ikinci yarısında amnios sıvısı klirensinin esas yolu nedir?**

Fetal yutma.
- **Keratinizasyon gerçekleşikten sonra önemli miktarda sıvı ve bileşikler fetal ciltten geçemez. Bu durum hangi gebelik haftasında gerçekleşir?**

22 ile 25. gebelik haftaları arasında.
- **Amnios sıvısı hangi gebelik haftasında pik yapar?**

34-36. gebelik haftalarında.
- **Amnios sıvısı pikinin ortalama hacmi ne kadardır?**

1 L (1000 cc).

- ☐ **İlk trimesterdeki amnios sıvısının içeriği nedir?**
Elektrolit bileşenleri, osmolalite esasen fetal ve maternal kan ile aynıdır.
- ☐ **Fetal idrar ilk kez ne zaman amnios kesesi içine girer?**
8 ile 11 haftalar civarında.
- ☐ **Maternal plazmaya göre amnios sıvısı üçüncü trimesterde hipertonik, izotonik veya hipotonik midir?**
Hipotonik.
- ☐ **Gebelik ilerledikçe amnios sıvısı osmolalitesinin azalmasının nedeni nedir?**
Hipotonik olan fetal idrarın amnios sıvısına karışması.
- ☐ **Normal koşullar altında gebeliğin geç dönemlerinde amnios sıvısının ortalama artışı ne kadardır?**
30-40 mL/gün.
- ☐ **Gebeliğin geç döneminde amnios sıvısının düzenlenmesine katkıda bulunan altı majör yol nedir?**
 - (1) Fetal idrar
 - (2) Fetal yutma ve barsaklardan yeniden emilimi
 - (3) Solunum sistemi sekresyonları
 - (4) Fetal oral-nazal kavitelere gelen sekresyonlar
 - (5) İntramembranöz yol
 - (6) Trans membranöz yol.
- ☐ **Amnios sıvısı hacmini belirleyen üç ana etken nelerdir (fetal anomaliler ekarte edildiği zaman)?**
 - (1) Membranlar vasıtasıyla, membranın içinden gelen sıvı ve çözünen maddelerin hareketi
 - (2) Fetüs tarafından fizyolojik olarak kontrol edilen idrar yapımı ve yutma oranları
 - (3) Annenin transplasental sıvı hareketleri üzerindeki etkileri.
- ☐ **Terme yakın bir fetüs günlük yaklaşık ne kadar amnios sıvısı yutar?**
200-500 mL/gün.
- ☐ **Üçüncü trimesterde fetal akciğer günlük kaç milimetre sıvı salgılar?**
300-400 mL/gün.
- ☐ **Bir gün boyunca, amniotik sıvının net değişim hacmi ne kadardır?**
Amniotik sıvı toplam hacminin %95'i gün içinde devir daim yapar.
- ☐ **Amnios sıvısındaki mekonyumun kaynağı nedir?**
Fetal stres ve/veya postmatüriteye bağlı fetal barsak hareketleri.

BÖLÜM 19

Plasenta ve Umbilikal Kord

Ruby Shrestha, MD

- ☐ **Hangi karakterdeki moleküller plasentayı daha kolay geçerler ?**
Molekül ağırlığı 5,000 d'dan küçük olanlar ve lipid çözünürlüğü fazla olanlar.
- ☐ **Plasenta ne zaman esas progesteron kaynağı olmaya başlar?**
7-9 haftalardan sonra.
- ☐ **Plasentadaki hangi hücreler progesteronun çoğu kısmının üretiminden sorumludur?**
Sinsisyotrofoblastlar.
- ☐ **Plasentanın öncü hücreleri hangileridir?**
Trofoblastlar.
- ☐ **Plasental progesteronun öcüsü olarak rol oynayan nedir?**
Maternal kolesterol öncüleri.
- ☐ **Genel yolak üzerinden kolesterolden östrojen yapımını sınırlayan, plasentada eksik olan enzim aktivitesi nedir?**
17-hidroksilaz aktivitesi.
- ☐ **Plasental endokrin ünitesi tarafından üretilen erken gebelikte korpus luteumun devamlılığını sağlayan hormon hangisidir?**
hCG, insan koryonik gonadotropini.
- ☐ **Plasenta tarafından üretilen diğer hormonlar nelerdir?**
Progesteron, östrojen, ACTH, paratiroid hormon-iliskili protein (PTH-rP), büyüme hormonu varyantı (hCG-V), hipotalamik-benzeri salınım hormonları, leptin, nöropeptit Y, inhibin, aktivin, relaksin.
- ☐ **hCG piki ne zaman olur?**
8 ile 10. gebelik haftaları arasında.

- ☐ **hPL nedir ve ne fonksiyon görür?**
İnsan plasental laktojen; lipolizi artırır ve anti-insulin etkisi ile besinleri fetüse yönlendirir.
- ☐ **Plasental dokunun kullandığı başlıca oksidatif metabolizma substratı nedir?**
Glukoz.
- ☐ **Amnion ve koryon hangi gebelik haftasında birleşir?**
14 ile 16. gebelik haftaları arasında.
- ☐ **Amnionun beş farklı tabası nedir?**
 - (1) En iç aralıksız tek kat küboidal epitel hücre tabakası.
 - (2) Bazal tabaka.
 - (3) İnterstisyel kollajenden oluşan kompakt sellüler tabaka.
 - (4) Fibroblast benzeri mezenkimal hücre sırasından oluşan dış kopakt tabaka.
 - (5) En dış tabaka olan asellüler zona spongiosa.
- ☐ **İkiz dikoryonik plasentalarda plasenta- membran bileşkesinde görülen erken ultrason bulgusu nedir?**
Lambda belirtisi veya 'ikiz pik' belirtisi.
- ☐ **Hangi tip plasenta ikizden-ikize transfüzyona neden olabilir?**
Sadece monokoryonik.
- ☐ **İkinci ve üçüncü trimester rutin ultrasonlarında plasentayla ilgili hangi bilgiler raporlanır?**
Plasentanın yeri, internal servikal os ile ilişkisi, grade'i ve ablasyo plasentayla ilgili herhangi bir bulgu.
- ☐ **Artan plasental maturite hangi ultrason bulgularıyla ilişkilidir?**
Artmış kalsiyum depozitlerine sekonder artmış ekojenisite.
- ☐ **36 hafta öncesinde hangi durumlar abondan plasenta kalsifikasyonu ile ilişkilidir?**
IUGR, oligohidramnios, maternal hipertansiyon, diyabet ve sigara kullanımı.
- ☐ **Termdeki plasentanın ortalama ağırlığı nedir?**
450 gr.
- ☐ **Plasentamegalinin tanımı nedir?**
600 gr'dan fazla ağırlık veya antenatal ultrasonda 4-4.5 cm'den daha kalın olması.
- ☐ **Plasentamegali ile ilişkili olan durumlar nelerdir?**
Maternal diyabet, maternal veya fetal anemi, kronik enfeksiyon, hidrops fetalis ve Beckwith-Wiedemann sendromu.

BÖLÜM 20

Rh İzoimmünizasyon

Gretchen Glaser, MD ve
Frank J. Craparo, MD

- ☐ **Rh faktörü nedir?**
Rhesus kan grup sisteminde, eritrosit yüzey antijenine karşı antikorların olmasıdır.
- ☐ **İzoimmünizasyon nedir?**
Fetal kırmızı kan hücresi antijenlerine karşı maternal antikorların gelişmesidir.
- ☐ **Rh izoimmünizasyonu neyin sonucudur?**
Rh negatif bir annedeki fetüse paternal D eritrosit yüzey antijeninin kalıtımla geçmesi.
- ☐ **Hangi tip maternal antikor fetüse geçebilir?**
IgG.
- ☐ **Rh kan grup sistemindeki üç terminoloji sisteminin adını yazınız.**
Fischer-Race, Weiner, HLA.
- ☐ **Rh izoimmünizasyona konusunda Fisher-Race terminolojisi nedir?**
Bu terminoloji üç genetik lokus ile her biri için iki majör allel olduğunu kabul eder. Bu alleller tarafından oluşturulan antijenler birer harfe sahiptir- C,c,D, E ve e ('d' tanımlanmamıştır, fakat eksik allel ürününü işaret etmekte kullanılır). En sık görülen genotipler Cde/cde ve CDe/Cde'dir. Rh izoimmünizasyonunun çoğu D antijeni tarafından oluşturulur. Rh pozitif eritrositler üzerinde D antijeninin varlığını belirtmekte ve Rh negatif ise D antijeninin olmadığını belirtmekte kullanılır.
- ☐ **Bu sistem neyin tahmin edilmesinde yardımcıdır?**
Paternal zigosite.
- ☐ **Rh antijeninin genetik lokusu hangi kromozomdadır?**
1. kromozom.

- ☐ **Rh-pozitif bireylerin yüzde kaç heterozigottur?**
Rh-pozitif bireylerin yaklaşık %60'ı heterozigottur.
- ☐ **Yenidoğan ın hemolitik/Rh hastalığı nedir?**
Fetal kan hücreleri üzerindeki Rh D antijenine bağlanan maternal IgG'ler fetüsü anemik ve hidropik hale getiren hemolize neden olurlar.
- ☐ **Rh izoimmünizasyonunun gebelikte gelişebilmesi için nelerin mutlaka olması gerekir?**
 - (1) Fetüs Rh-pozitif eritrositlere ve anne Rh- negatif eritrositlere sahip olmalıdır.
 - (2) Fetal eritrositler maternal dolaşıma geçmelidir.
 - (3) Anne D antijenine karşı antikor üretebiliyor olmalıdır.
- ☐ **Neden ilk gebeliklerin çoğunda yeni doğan hemolitik/Rh hastalığından etkilenmez?**
Annenin antikor cevabı yavaşça tırmanır (2-6 ay süresince). Gebelikte maruziyet genellikle 28. gebelik haftasından sonra gerçekleşir, bu da ilk çocuğun etkilenmeden doğması anlamına gelir. Buna ek olarak, transplasental fetomaternal kanama en çok doğum sırasında olur.
- ☐ **Maternal antikor cevabı Rh uyumsuzluğu olan tüm gebeliklerde oluşur mu?**
Hayır.
- ☐ **Rh hastalığında fetal aneminin şiddetini etkileyen primer faktör nedir?**
Antikor yoğunluğu.
- ☐ **Fetal hücreler maternal dolaşıma nasıl geçer?**
Fetal-maternal kanama, transplasental pasaj ile fetal kırmızı kan hücreleri maternal dolaşıma geçer.
- ☐ **Feto-maternal kanamanın en sık görüldüğü zaman hangisidir?**
Doğumun herhangi bir anında. Yaklaşık %15-50 civarında.
- ☐ **Doğum sırasında feto-maternal kanamanın yüzde kaç olması durumunda izoimmünizasyon için yeterli olur?**
%15-20.
- ☐ **Tahmini geçiş miktarı 30 mL'den fazla olan feto-maternal kanama vakaların yüzde kaçında olur?**
Yaklaşık %1.
- ☐ **Önemli miktarda feto-maternal kanama riskinin arttığını gösteren bazı klinik faktörler nelerdir?**
Sezeryan, çoğul gebelik, plasentanın elle çıkarılması, plasenta previa, ablasyo plasenta, intrauterin müdahale.



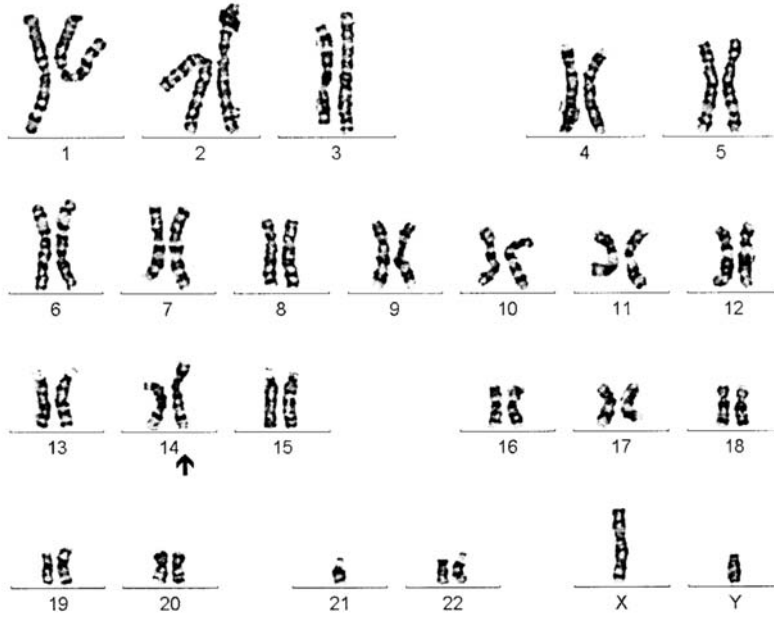
BÖLÜM 21

Obstetrisyen için Genetik

Rosanne B. Keep, MS, CGC ve
Darnelle L. Dorsainville, MS, CGC

- **Mayoz 46 kromozomla başlar, her biri iki kromatid içerir. Mayoz I'in sonunda kaç tane kromozom ve kaç tane kromatid bulunur? Mayoz II'nin sonunda kaç tane kromozom ve kaç tane kromatid bulunur?**
Mayoz I—23 kromozom, 46 kromatid.
Mayoz II—23 kromozom, 23 kromatid.
- **Crossing over nedir ve özellikle ne zaman gerçekleşir?**
Homolog kromozomlar arasında genetik materyalin değişimidir, genetik değişikliği artıran bir mekanizmadır. Mayoz I sırasında gerçekleşir (profaz I'in pakiten safhasında).
- **Kadında mayoz ne zaman başlar?**
Gebeliğin yaklaşık 4. ayında.
- **Mayoz I ne zaman tamamlanır?**
Ovulasyon sırasında.
- **Mayoz II ne zaman tamamlanır?**
Fertilizasyon sırasında.
- **Yaşayan yenidoğanlarda en sık görülen trizomi hangisidir?**
Trizomi 21 (Down sendromu).
- **Tüm kromozom için monozomi tipik olarak hayatla bağdaşmaz. Bu durumun tek istisnası nedir?**
45, X (Turner sendromu).

- ☐ **Sonuç olarak trizomi riskini artıran etiyolojik faktör nedir?**
İleri anne yaşı.
- ☐ **Kromozom analizi yaptığınız hastanızın kocasının sonuçları aşağıdaki gibidir: 45, XY, der (14;21) (q10; q10) bu çift ile konuşulması gereken nedir?**



Bu erkek dengeli 14:21 translokasyon taşıyıcısıdır. Down sendromlu nesil sahibi olma riski yüksektir, fertilitesi düşüktür veya UDP (uniparental disomi). Bu translokasyon taşıyıcıları tipik olarak gelişimsel veya fenotipik anomalilere sahip olmazlar.

- ☐ **Hasta erkek kardeşinin Trisomy 21'li bir erkek çocuğu olduğunu belirtiyor ve Down sendromlu çocuk sahibi olma riski açısından endişeleniyor. Bu hastayla nasıl iletişim kurulmalıdır?**
Hastaya Down sendromu riskinin kendi yaşındaki bayanlarla aynı olduğu belirtilmelidir. Trizomi 21 tipik olarak sporadik meydana gelir (ve ailesel kalıtımı yoktur).
- ☐ **Hangi mayotik işlem anöploidiye neden olur?**
Nondisjunction.
- ☐ **45,X olan fetüslerin yüzde kaç spontan abortusla sonuçlanır?**
%99'dan fazlası.

BÖLÜM 22 Laktasyon

Gretchen E. Glaser, MD

- **Gebelikte ve postpartum prolaktin seviyesi ne zaman pik yapar?**
200– 400 ng/mL pik seviyeleri sıklıkla 3.trimestrın geç dönemlerindedir. Doğum sonrası seviyeler yavaşça düşmeye başlar ve postpartum 6. Ayda seviye 50 ng/mL
- **Prolaktin seviyeleri yüksek olmasına rağmen, neden laktogenezis veya asıl laktasyon, gebelik sırasında oluşmaz?**
Prolaktinin laktasyonu aktive etmesini önlemek için memedeki reseptörlere kompetitif olarak östrojen ve progesteron bağlanır. Plasentanın ayrılmasıyla, östrojen ve progesteron seviyeleri hızlıca düşer ve prolaktin reseptörleri aktifleştirir.
- **Tamamen anne sütü veren kadında, postpartum kaçınıcı ayda prolaktin bazal seviyelere döner?**
Prolaktin seviyeleri anne emzirdiği sürece yüksek kalır, yıllarca emzirse bile, gebe olmayan, emzirmeyen kadında normal prolaktin seviyesi <25 ng/mL.
- **Emzirme hangi maddenin pulsatil salınımını artırır ve kaynağı neresidir?**
Oksitosin, posterior hipofiz.
- **Oksitosin memedeki hangi hücreler üzerinde direk etkiye sahiptir?**
Alveolar hücreleri çevreleyen mioepitelyal hücreler. Mioepitelyal hücreler kontrakte olduğu zaman, süt duktal hücrelerin içine sıkıştırılır.
- **Hangi hormon let-down refleksine (indirme) bağlıdır?**
Oksitosin.
- **Laktasyon bozukluğunun en sık nedeni nedir?**
Yetersiz stimülasyon yeterli büyüme ve doyma için yetersiz süt üretiminin ana nedenidir. Bu meme ile yetersiz temas veya basitçe yeterli emzirmemeye sekonder olabilir. Yenidoğan 24 saat içinde ortalama 8-10 kez emzirilir. Kötü stimülasyona bağlı olmayan gerçek laktasyon bozukluğu çok nadir-

dir veya hipoplazi (unilateral olabilir) gibi anatomik bozukluklar ya da prolaktin yokluğundan kaynaklanabilir.

○ **Tandem emzirme nedir?**

Aynı zaman diliminde farklı yaşlarda iki çocuğun emzirilmesidir. Kardeş olabilirler (yani yenidoğan ve büyük çocuk) veya biyolojik çocuk emzirilirken evlatlık infant olabilir. Önemi kolostrum sadece doğum sonrası olacağından, heriki çocukta biyolojikse emzirme zamanı ilk yenidoğan emzirilmelidir. Yeterli nütrisyon ve hidrasyonu sağlamak için kolostrum yenidoğana verilmelidir. Büyük çocuğun nütrisyonun çoğunu memeye dayanmadan başka yerlerden karşıladığı varsayılır.

○ **Emen infant için maternal kullanılan ilacın riskini değerlendirmede kullanılan 3 major faktör nedir?**

(1) alınan doz, (2) ilacın anne ve infanttaki biyoyararlanımı, ve (3) anne ve infanttaki eliminasyon yolu ile süresi

○ **Erken postpartum dönemde meme başı ağrısının en sık nedeni nedir?**

İnfantın memedeki uygunsuz pozisyonu, meme başında ve memede anormal sürtünme ve traksiyona neden olur.

○ **Gecikmiş meme başı ağrısının en sık nedeni nedir?**

Mantar. Anne ve bebeğin genellikle nistatin gibi antifungal ajanlarla eş zamanlı ve agresif tedavisi gerekir. Tedavi sırasında, bebeğin ağızına giren emzik ve oyuncak gibi tüm objeler rekontaminasyondan kaçınmak için her kullanışta yıkanmalıdır.

○ **Yenidoğanın memesinden süt gelmesi ne olarak adlandırılır?**

Büyücü sütü. Heriki cinsiyette de olabilir ve fetal dokudaki maternal hormonların etkisinden kaynaklanır. Genellikle postpartum dönemde hızlıca kaybolur ve tedavi gerekmez.

○ **Emzirmek istemeyen anne için uygun postpartum yaklaşım nedir?**

Sıkı saran sütyen, buz tamponları ve geniş kıyafetler veya duşta direk temas gibi azalmış meme başı stimülasyonu. Farmakolojik supresyon genelde başarısızdır, çünkü reçete edilmesi ve/veya kullanılması usulsuzdur. Bromokriptin ciddi maternal yan etkilerinden dolayı uzun süredir kullanılmıyor ve reçete edilmiyor. Doğumdan sonraki 2 hafta 35 µg. Veya daha fazla oral kontraseptif bazı kadınlarda laktasyonu inhibe edebilir ve süt üretiminin azalması için kullanılabilir.

○ **Memenin tam involusyonu ne zaman olur?**

Menopozda. Parsiyel involusyon her süttten kesmede oluşur, fakat tam küçülme tüm hormon sitimülasyonu kesilene kadar oluşmaz. Postmenapozal hormon replasmanı alan kadınlar bunu geciktirecektir.

○ **Evlatlığın annesi infantını emzirebilir mi?**

Evet. Annenin önceden term gebeliği var ve doğumdan sonra süt geliyorsa, başarı şansı yüksek. Hiç gebe kalmamış kadının memesi östrojenle hazırlanabilir ve sonra prolaktin stimülasyonu için TRH verilir. Sonra mekanik sitimülasyon ve emzirme varsa, meme süt üretecektir. Sonradan miktarı total beslenme için yeterli olmayabilir. İnfant mama ile desteklenmelidir.

BÖLÜM 23

Primer ve Koruyucu Bakım

Julie Braga, MD ve Rachael Cohen, DO

- ☐ **ACOG ilk jinekolojik muayeneyi hangi yaşta önerir?**
13- 15.
- ☐ **Adölesanlarda morbiditenin 3 ana nedeni nedir?**
(1) Akne. (2) Astım. (3) *Klamidya* (*Klamidya trahomatiz* için taranan 15-20 yaş kadınların yaklaşık %5-14'de test sonucu pozitifdir.
- ☐ **Adölesanlarda mortalitenin 3 ana nedeni nedir?**
(1) Motorlu araç kazaları. (2) Cinayet. (3) İntihar.
- ☐ **Adölesanlarda 4 önemli periyodik aşılar nelerdir?**
(1) Tetanoz-difteri-boğmaca (11-16 yaş arası 1 kez).
(2) Hepatit B (daha önceden aşılanmadıysa).
(3) Human papillomavirus.
(4) Meningokok.
- ☐ **Aşının koruduğu 4 HPV tipi nedir?**
HPV 6, 11, 16, 18.
- ☐ **Amerikalı kadınların ne kadarı fazla kilolu veya obezdir?**
Son oranlar 20-74 yaş arası tüm kadınların %50'sinden fazlasının ya fazla kilolu ya da obez olduğunu gösterir.
- ☐ **Hastana diyet değişikliği ile ilgili hangi tavsiyelerde bulunmalısın?**
Madem ki koroner arter hastalığı, tip 2 diyabet ve bazı kanserlerin riskini azalttığı gösterilmiş, düşük yağ, yüksek-lifli diyet tavsiye edilmelidir. Sağlıklı beslenme planını oluşturmak için hastaya yardımcı diyetisyene gitmesine yardımcı olunabilir, özellikle hasta sedanter yaşam, obezite ve sigara gibi KAH için risk faktörü taşıyorsa.

○ **Anoreksiya nervoza nasıl tanımlanır ve prevalansı nedir?**

Anoreksiya nervoza aşırı zayıf olmasına rağmen kendini kilolu gibi gören önceden sağlıklı kişide kasıtlı ve devamlı kilo kaybı ile karakterizedir. Kadınların %0.5-1'i bu hastalığa sahiptir, yine de bunun değerinin altında olması olasıdır çünkü genellikle bu kadınlar doktorlara bunu söylemezler.

○ **Yeme bozukluklarını nasıl tararsın?**

Her hastada ilk VKİ ölçümü.

Sonra araştırmak. Aşağıdaki soruların bazıları yararlı olabilir:

Yeme alışkanlığıyla doyuyormusun?

Gizlice yiyormusun?

Kilon kendi kendini iyi hissetmeni etkiliyor mu?

Aile üyelerinin herhangi birinde yeme bozukluğu var mıymış?

Yeme bozukluğun var mı veya var mıydı?

○ **Yaşam boyu meme kanseri gelişme riski nedir?**

8'de bir.

○ **ACOG meme kanseri için nasıl tarama şeması öneriyor?**

Tarama için 40-49 yaş arası her 1-2 yılda ve 50 yaşından başlayarak yıllık mamografi yapılmalıdır. Aynı zamanda, tüm kadınlara yıllık klinik meme muayenesi yapılmalıdır (ulusal meme ve servikal kanser erken tanı programıyla yapılan çalışmada normal mamografisi olan kadınlarda klinik meme muayenesinin 7.4/1000 kanseri tesbit ettiği bulundu).

○ **BRCA gen mutasyonu taşıyıcısı olan hastalarda nasıl bir tarama şeması önerilmelidir?**

Genelde kabul edilmiş bir yönerge yoktur. Yinede, kanser genetikleri çalışmalar birliği 25-35 yaştan başlayarak yıllık mamografiye ek olarak aylık kendi kendine meme muayenesi ve yıllık klinik meme muayenesini önermiştir.

○ **Kolorektal kanser taraması için hastalara önerebileceğin uygun seçenekler nelerdir?**

Aşağıdakilerden herhangi biri uygundur:

(1) Yıllık fekal immünolojik testlerin fekal gizli kan testi.

(2) Her 5 yılda bir fleksibl sigmoidoskopi.

(3) 1 ve 2 birlikte.

(4) Her 5 yılda bir çift-kontrastlı baryum enema.

(5) Her 10 yılda bir kolonoskopi.

○ **Kadınlarda kolesterol taramasına ne zaman başlanmalıdır?**

45 yaşında başlanır, sonra her 5 yılda bir lipid profili bakılmalıdır. Hastada kalp hastalığı öyküsü, diyabet veya ailede koroner arter hastalığı veya hiperkolesterolemi öyküsü varsa testler daha erken yapılır.

BÖLÜM 24

Fonksiyonel ve Disfonksiyonel Uterin Kanama

Jeffrey Sellers, M

○ **Normal menstruel siklusu tanımla?**

Son 2-7 gün kanama ile birlikte normal menstruel siklus 28 gündür. Siklus uzunluğu 24-35 gün gibi değişebilir.

○ **Normal menstruel siklusta, tipik olarak ovulasyon ne zaman oluşur?**

Ovulasyon 28 günlük siklusta 14. gününde oluşur. Normalde siklusun luteal fazı 14 gündür. Siklusun östrojenik (proliferatif) fazı değişebilir.

○ **Kadının normalde 32 günlük siklusu vardır. Bu kadında ovulasyon ne zaman oluşur?**

Bu klinik durumda ovulasyon 18. Günde oluşur. Siklusun luteal fazı değişmeden 14 gün olarak kalır.

○ **Normal menstruel siklusu devamı için gerekli hormonların adı ve kaynakları nedir?**

Overden. Östrojen, progesteron ve inhibin A.

Hipofizden: folikül stimüle edici hormon (FSH) ve lüteinizan hormon (LH). Aynı zamanda prolaktin ve tiroid stimulan hormon da normal menstruel siklusun devamında önemlidir.

Hipotalamustan: Gonadotropin-salgilayıcı hormon (GnRH).

○ **Endometriyumda östrojenin etkisini tarif ediniz.**

Östrojen endometriyal büyümeye neden olur. Endometriyal glandlar uzar ve glandüler epitel psödostratifiye olmaya başlar. Glandlar ve stromanın her ikisinde de mitotik aktivite görülür.

○ **Ovulasyonu takiben endometriyumdaki en erken histolojik değişiklik nedir ve ne zaman oluşur?**

Progesteron mitotik arreste neden olur. Gösterilen en erken değişiklik subnukleer vakuollerin oluşumudur. Mitotik arrest ve subnukleer vakuollerin her ikisinde normal 28 gün varsayılan siklusta postovuluar 3. günde (17. gün) oluşur.

○ **Postovuluar kaçınıcı günde sekretuar fazla ilişkili olan endometriyal glandlarda azalma görülmeye başlar?**

Postovuluar 6 (20. gün), normal 28 gün kabul edilen siklusta.

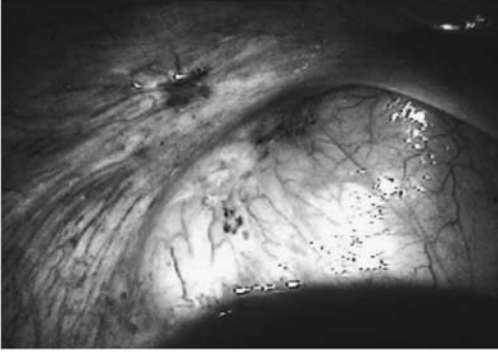
- ☐ **Postovulatar kaçınıcı günde, endometriyumda pik endometriyal stromal ödem gösterilir?**
Postovulatar 8 (22. gün), normal 28 gün kabul edilen siklusta.
- ☐ **Postovulatar kaçınıcı günde, ilk predesidual değışiklikler ortaya çıkmaya başlar ve ilk nerede ortaya çıkar?**
Postovulatar 9 (23. gün), predesidual değışiklikler (periarteriolar kapanma) ilk spiral arteriollerin etrafında oluşur. Predesidual hücreler glikojen içerir, normal 28 gün kabul edilen siklusta.
- ☐ **Tipik olarak fertilize ovumun implantasyonu ne zaman oluşur?**
Yaklaşık postovulatar 9. günde, normal 28 gün kabul edilen siklusta.
- ☐ **Ovulasyon sırasında dominant folikül ne kadardır?**
Yaklaşık 20- 26 mm.
- ☐ **Menorajiyi tanımla.**
Düzenli aralıklarla mens, aşırı kanama ve süre ile.
- ☐ **Kantitatif olarak menorajiyi tanımla.**
80 mL kan kaybı.
- ☐ **Oligomenoreyi tanımla.**
35 günden daha uzun aralıklarla mens görme.
- ☐ **Polimenoreyi tanımla.**
21 günden daha kısa aralıklarla mens görme.
- ☐ **Metrorajiyi tanımla.**
Düzensiz aralıklarla mens görme.
- ☐ **Menometrorajiyi tanımla.**
Ağır, düzensiz kanamalı mens.
- ☐ **Sekonder amenoreyi tanımla.**
Daha önce mens gören kadınlarda en az 3 olağan siklus veya 6 ay kanama olmaması.
- ☐ **Hastaların ne kadarı anormal vajinal kanama şikayeti ile başvurur?**
Jinekolojik hastaların yaklaşık %12'si menorajiden dolayı. 30-49 yaş arasındaki kadınların %5'i menorajiyi değerlendirmek için hekime konsulte edilir.
- ☐ **Aşırı ve uzamış kanama şikayeti olan kadınların ne kadarı menoraji kriterlerini taşır?**
%40.

BÖLÜM 25

Adenomiyozis ve Endometriyozis

Michael Lempel, MD

- **Endometriozisin prevalansı nedir?**
Reproduktif çağıdaki kadınlarda %7-10.
İnfertil kadınlarda %25-35.
- **Endometriozisin en sık semptomu:**
Dismenore ve menstrüel siklus boyunca ağrı (endometriozisli kadınların %25-67)
Disparoni %25'inde bulunur ve uterosakral tutulumla ilişkilidir.
- **Endometriozisin diğer sık semptom ve bulguları:**
İntraperitoneal kanama, pelvik adezyon, pelvik ağrı, infertilite, siklik barsak ve mesane semptomları ve inflamasyon.
- **Uterosakral ve cul-de-sac nodularitesine sahip hasta oranı nedir?**
Endometriozisli hastaların 1/3'ü.
- **Endometriozisin tanı aldığı en sık yaş:**
25-35
- **Endometriyozis tanısında en iyi görüntüleme tekniği hangisidir?**
Laparoskopi optimal metod olarak değişmeden kalmıştır, fakat yağ-saturasyon tekniği kullanılan MRI'nın ≥ 4 mm implantlar için pozitif prediktif değeri (PPD) %95, negatif prediktif değeri %50 (NPD) tir.
- **Doğru veya yanlış: Endometriyozis tanısını doğrulamak için posterior cul-de sac'ta görülen barut yanığı (black powder) lezyonlarından biyopsi alınmalıdır.**
Doğru. Daima histolojide endometriyozişi doğrulamak için biyopsi önerilir.



- ☐ **Endometriozisin ultrason bulguları nelerdir?**
Diffüz aşığı seviye internal ekolar içeren kistik yapılar olası endometriomanın göstergesidir.
- ☐ **Minimal hafif endometrioziste medikal tedavi fertilitiyi artırır mı? Cerrahi tedavinin etkisi nasıldır?**
Hayır. Cerrahi tedavi fertilitiy oranlarını arttırabilir, bundan dolayı cerrahi tedavi laparoskopi sırasında hala önerilmektedir.
- ☐ **Endometriozisin cerrahi tedavisi preoperatif medikal tedavi ile desteklenir mi?**
Evet. Preoperatif medikal tedavi cerrahi eksizyon öncesi endometriozisi baskılar.
- ☐ **Cerrahi tedavi sonrası en yüksek gebelik oranına ne zaman ulaşılır?**
İlk 1 yılda, başarı hastalığın ciddiyeti ile ters orantılıdır.
- ☐ **Medikal tedavi ve cerrahi tedavi sonrası rekkürens oranları nedir?**
Cerrahi tedavi için; ilk yıl %10, 5 yılda %20.
Medikal tedavi için; herbir yıl için %5-20, 5 yılda %40.
- ☐ **Postoperatif medikal tedavinin herhangi bir rolü varmıdır?**
Evet. Cerrahi tedavi sonrası medikal tedavi semptomların geri dönüşünü geciktirebilir, en azından postoperatif ilk 6 ay medikal tedavi ile.
- ☐ **Postoperatif medikal tedavi seçenekleri nelerdir?**
GnRH agonisti
Danazol
Oral kontraseptifler
- ☐ **Oral kontraseptifler endometriozisi nasıl tedavi ederler?**
FSH ve LH'yi suprese ederek, östrojen üretimini ve menstruel volümü azaltırlar.



BÖLÜM 26

Üst Genital Sistemin Benign Hastalıkları

Gretchen Glaser, MD

- ☐ **Yetişkin kadın uterusunun ortalama ağırlığı ne kadardır?**
30- 40 g.
- ☐ **Uterin kavitenin normal uzunluğu ne kadardır?**
3.5 cm.
- ☐ **Muayenede uterusların yaklaşık ne kadarı retrovert olabilecektir?**
Yaklaşık 1/3. Çoğu kocakarı masalında başlıklı uterus olarak söylenirken, bunun normal bir varyant olduğunu vurgulamak önemlidir.
- ☐ **Sistosel nedir?**
Mesanenin aşağı doğru yerdeğiştirmesidir.
- ☐ **Sistoüretrosel nedir?**
Prolobe organ kompleksinin bir parçasında üretranın oluşturduğu sistoseldir.
- ☐ **Uterin prolapsus nedir?**
Uterus ve serviksin vajinal kanaldan aşağı vajinal introitusa doğru inişi.
- ☐ **Rektosel nedir?**
Rektumun posterior vajinal lümenine doğru fıtıklaşması.
- ☐ **Enterosel nedir?**
Vajinal lümen içine ince barsakların herniasyonu.
- ☐ **Pelvik organ prolapsusunun kantitatif (POP-Q) nedir?**
Kadında pelvik desteği tanımlayan objektif, standardize bir sistemdir. Muayene edenler arasında tutarlılığa izin verir ve en sık kullanılan pelvik destek skorlama sistemidir.

○ **POP-Q sistemi kullanıldığı zaman fizik muayene nasıl yapılmalıdır?**

Hasta ayakta durmalıdır ve maksimum prolapsusu oluşturmak için valsava manevrası yaptırılmalıdır.

○ **POP-Q skorumda sisteminde vajinal referans noktası neresidir?**

Himen.

Aşağıdaki sorular POP-Q ile ilişkilidir.

○ **Aa noktasını tarif ediniz.**

A noktası anterior vajinal duvarın orta hattında eksternal üretral meatusun yaklaşık 3 cm proksimalindedir, himenle ilişkili Aa noktası -3 ile +3 arasında olabilir.

○ **Bb noktasını tarif ediniz.**

Ba üst anterior vajinal kaf veya Aa noktasının olduğu anterior vajinal fornixten vajinal duvarın en distal kısmında bulunur. Tanıma göre Bb noktası prolapsus yoksa -3'tür.

○ **C noktasını tarif ediniz.**

C ya serviks en distal (yani en bağımsız) köşesinde ya da total histerektomi sonrası vajen kafının ana köşesinde bulunur.

○ **D noktasını tarif ediniz.**

D noktası serviksi olan kadında posterior fornixte (ya da douglas boşluğu) lokalizedir. D noktası serviks olmadığında ihmal edilebilir.

○ **Bp noktasını tarif ediniz.**

Bp noktası vajen kafı ya da posterior vajinal fornixteki Ap noktasından üst posterior vajinal duvarın en distal pozisyonudur. Tanıma göre, Bp prolapsus yokluğunda -3'tür.

○ **Ap noktasını tarif ediniz.**

A noktası posterior vajinal duvarın orta hattında himenin 3 cm proksimalindedir. Tanıma göre, himenle ilişkili Ap noktasının pozisyonun dağılımı -3 (normal) ve +3 (komplet prolapsus)tür.

○ **POP-Q 3x3 sisteminde diğer noktalar nedir?**

Genital hiatus, gh: eksternal üretral meatusun ortasından posterior orta hat himene ölçülür.

Perineal cisim, pc: genital hiatusun posterior kenarından midanal açıklığa ölçülür.

Total vaginal uzunluk (TVU) tam normal pozisyonla C veya D noktası azaldığı zaman, vajenin cm olarak en büyük vajen derinliğidir.

○ **Bu evreleme sisteminde göre pelvik organ prolapsusu nasıl sınıflandırılır?**

Evre 0: Prolapsus yok. Aa, Ap, Ba ve Bp noktalarının hepsi -3 cm ve hem C hemde D noktası -TVU (total vajen uzunluğu) cm ve - (TVU-2) cm arasındadır.

Evre I: Evre 0 kriterleri yoktur fakat prolapsusun en distal kısmı himen seviyesinin >1 cm üstünde.



BÖLÜM 27

Dismenore ve Premenstruel Sendrom

Miki Chiguchi, MD

- ☐ **Primer dismenoreyi tanımla.**
Pelvik patoloji olmaksızın menstruel ağrı.
- ☐ **Kadınların ne kadarı dismenoreden etkilenirler?**
%60, bunların %10'u her ayının 1-3 günü güçsüz kalabilir. En sık sebep kadınların işe gidememesi.
- ☐ **Primer dismenorenin sebebi nedir?**
Artmış endometrial prostoglandin üretimi. Prostoglandin seviyesi foliküler fazdan luteal faza 3 kat artar, ve ayrıca menstruasyon sırasında.
- ☐ **Endometriumun hangi fazında bu bileşimler artar?**
Sekretuar endometrium.
- ☐ **Geç luteal fazda hangi hormonun düşüşü prostoglandin üretimini arttıran yolu tetikler?**
Progesteron.
- ☐ **Prostoglandin salınımı için ana madde bileşeni nedir?**
Araşidonik asit.
- ☐ **Prostoglandin salınımını sağlayan yolağın ismi:**
Siklooksijenaz yolağı.
- ☐ **Dismenoreden sorumlu olan bileşen hangisidir?**
PGF.
- ☐ **Lökotrienleri üreten ve NSAİ'lar ile bloke olan diğer yolağın ismi nedir?**
Lipooksijenaz yolağı.

- **Primer dismenorede, menstruel siklusla ilişkili tipik başlangıç ne zamandır?**
Ağrı genellikle mens kurulduktan hemen sonra veya mensten birkaç saat önce başlar. Ağrı 48-72 saat içinde sonlanabilir.
- **Ağrıyı tanımlanınız.**
Bulantı, kusma, diare ve sırt ağrısı ile birlikte olabilen veya bunlar olmaksızın kolik tarzda suprapubik kramplar.
- **Nasıl tanı konulur?**
Genelde altta yatan patolojilerin ekarte edilmesiyle, dışlanma tanısıdır.
- **Tedavi seçenekleri nelerdir?**
Prostoglandin sentez inhibitörleri (örneğin nonsteroid inflamatuvar ajanlar).
- **Bu ajanlar nasıl alınmalıdır?**
Ağrı oluştuğunda yada hemen öncesinde alınır ve sonra ürünlerle prostoglandinlerin reformasyonu önlemek için her 6-8 saatte bir devam edilir.
- **Prostoglandin inhibitörlerinin tedavi etkinliği nedir?**
%80.
- **Azalmış endometrial proliferasyonla prostoglandin üretimini azaltarak etki gösteren tedavi şekli nedir?**
Doğum kontrol hapları.
- **Doğum kontrol hapları ile rahatlayacak primer dismenoreli kadın oranı nedir?**
%90.
- **Dismenoreyi tedavi edebilecek diğer ajanlar nelerdir?**
Gliseril trinitrat, magnezyum, kalsiyum antagonistleri, B vitamini, E vitamini, şifalı bitkiler.
- **Dismenoreyi iyileştirebilecek diğer farmakolojik olmayan yaklaşımlar nelerdir?**
İstirahat, alt abdomen ve sırtı ısıtma, düzenli dengeli diet, egzersiz, transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS), akupunktur/akupressör ve uterosakral sinir ablasyonu/rezeksiyonu.
- **Sekonder dismenoreyi tanımlanınız.**
Altta yatan bir pelvik patolojiye bağlı ağrı.
- **Menstruel siklusla ilişkili, sekonder dismenorenin ağrısı ne zaman başlar?**
Mensten önceki 1-2 haftada, genellikle kanama kesildikten sonra birkaç gün daha devam edecektir.



BÖLÜM 28

Ektopik Gebelik

Radmila Kazanegra, MD

- ☐ **Son 20 yıl süresince Amerikada ektopik gebelik oranlarına ne oldu?**
1970'de 4.5/1000 olan oran 1992'de 20/1000'e yükselmiş.
- ☐ **Konsepsiyonların ne kadarı ektopik gebeliktir?**
Kadınların yaklaşık %2'si ektopik gebeliğe sahiptir.
- ☐ **Multigravidlerde mi yoksa nulligravidlerde mi ektopik gebelik daha sıktır?**
Multigravidlerde. Ektopik gebeliklerin yalnızca %10-15'i nulligravidlerde oluşur.
- ☐ **1970'den bu yana ektopik mortalitesine ne oldu?**
Ölüm oranı 7 kat düştü, 3.5/1000'den 0.5/1000'e. Ektopik gebelikler ilk trimester anne ölümlerinin en sık nedeni olarak kalmıştır ve tüm gebeliklerle ilgili ölümlerin %4-10'unu oluşturmaktadır.
- ☐ **Ektopik gebelikli kadınlarda en sık ölüm nedeni nedir?**
Ölümlerin %85'den fazlasından akut kan kaybı sorumludur.
- ☐ **Fetal ektopik gebelikler en sık hangi yanlış tanıyı alır?**
Gastrointestinal sistem hastalıkları en sık yanlış tanıdır. Bunu intrauterin gebelik ve pelvik inflamatuvar hastalık takip eder.
- ☐ **Ektopik gebeliğin erken tanı olasılığını ne artırır?**
Risk faktörlerinin belirlenmesi, yüksek şüphe indeksi ve transvajinal ultrason.
- ☐ **Ektopik gebeliğin etyolojisinde en sık neden nedir?**
Ektopik gebeliklerin yaklaşık yarısı pelvik inflamatuvar hastalık öyküsü ile ilişkili olabilir.

- **Kromozomal anomaliler ektopik gebelik riskinin artırır mı?**
Kromozomal anomalilerle ilişkili gebeliklerde ektopik gebelik riski artmaz.
- **Genel popülasyonla karşılaştırıldığında, pelvik inflamatuvar hastalık (PIH) öyküsü olan kadınlarda ektopik gebelik oranı nedir?**
PIH öyküsü olan kadınlarda 5 kat daha fazla görülür (16.8/1000).
- **Ektopik gebelik için yüksek risk faktörlerini listeleyiniz:**
Ektopik gebelik öyküsü.
Geçirilmiş tubal cerrahi.
Tubal ligasyon.
Tubal patoloji.
İntrauterin DES maruziyeti.
Kontrasepsiyon yöntemi olarak RİA kullananlar.
- **Ektopik gebelik için orta derecede risk faktörlerini listeleyiniz:**
İnfertilite.
Geçirilmiş servisit (gonore, klamidya).
Pelvik inflamatuvar hastalık öyküsü.
Çoklu partner.
Sigara.
- **Ektopik gebelik için düşük derecede risk faktörlerini listeleyiniz.**
Geçirilmiş pelvik/abdominal cerrahi.
Vajinal duş.
İlk cinsel ilişki yaşının erken olması (<18).
- **Ektopik gebeliklerin ne kadarı tubal ligasyon sonrası oluşur?**
İnsidans tubal ligasyonun tipine bağlıdır; laparoskopiklerden sonra gebeliklerin %50'den fazlası ektopik gebeliktir.
- **Ektopik gebelik öyküsü olan hastaların ne kadarı tekrar gebe kalacaktır?**
Ektopik gebelik öyküsü olan kadınların yaklaşık %60'ı tekrar gebe kalacaktır, %15'i ektopik gebelik olacaktır. Bu yaş, hikaye, infertilite ve ektopik yönetimine bağlıdır.
- **Ektopik gebelik öyküsü kadınlarda başarılı intrauterin gebeliğin en iyi belirteci nedir?**
Diğer gebeliğin en iyi belirteci diğer tubanın durumudur.
- **RİA kullanan kadınlarda ektopik gebelik oranı daha mı yüksek yoksa daha mı düşüktür?**
Ektopik gebelikte dahil, RİA kullanan hastalarda gebelik oranı daha düşüktür. Bunun yanı sıra, RİA intrauterin gebeliği önlemede daha etkilidir, RİA ile gebelik olursa ektopik olma olasılığı daha



BÖLÜM 29

Genital Sistem Enfeksiyonları ve Pelvik İnflamatuvar Hastalık

Maria A. Giraldo-Isaza, MD

- ☐ **Pelvik inflamatuvar hastalığın (PIH) bazı medikal sekelleri nelerdir?**
Ektopik gebelik, kronik ve akut pelvik ağrı ve infertilite oranlarında artış.
- ☐ **PIH'a neden olan en sık organizma hangisidir?**
Enfeksiyon genellikle polimikrobiyaldir, sıklıkla chlamidye trahomatis, neisseria gonore, CMV, endojen aerobik ve aneorobik bakteriler, nadiren genital mikoplazma türleri.
- ☐ ***N. gonore* ve *K. trahomatis* ne oranda aynı kişide aynı anda bulunur?**
%25-50.
- ☐ **Asemptomatik gonokokal servikal enfeksiyonlu kadınların ne kadarında akut salpinjit gelişecektir?**
%15.
- ☐ **PIH'ın tek epizodunda infertilite gelişme riski nedir?**
%10-15, ikincide %40, üçüncüde %60.
- ☐ **Fitz-Hugh-Curtis sendromu nedir?**
Perihepatik inflamasyonla karakterize sendrom PIH'lı hastaların %5-10'unda muhtemelen *N. gonore* ve *K. trahomatis*'in transperitoneal veya vasküler geçişinden oluşur.
- ☐ **En sık görülen viral olmayan seksüel geçişli hastalık nedir?**
K. trahomatis *N. gonore*den daha sık, bazı çalışmalarda 10'a 1 kadar fazla.
- ☐ **Seksüel geçişli hastalıkları için risk faktörleri nelerdir?**
İlk cinsel ilişki yaşı, seksüel partner sayısı ve kontrasepsiyon yokluğu.

- ☐ **Klamidya tedavisinde doksisiklinin alternatifi nedir?**
Azitromisin.
- ☐ **Akut PIH'lı hastalarda adneksiyel apse insidansı nedir?**
Yaklaşık %10.
- ☐ **Tubaovaryen kompleksin drenajı için seçenekler nelerdir?**
Laparoskopi girişimsel radyoloji, kolpotomi veya laparotomi.
- ☐ **Tubaovaryen apsenin tedavisi için antibiyotik düşünülüyorsa hangi mikroorganizmaları kapsamalıdır?**
Vakaların %60-100'ünde predominant olan anaerobik organizmaları.
- ☐ **RIA kullananlarda enfeksiyon en sık ne ile ilişkilidir?**
Aktinomiçes.
- ☐ ***Aktinomiçes israilinin* klasik histolojik bulgusu nedir?**
Klasik sülfür granülleri gram pozitif filamanlar boyunca görülür.
- ☐ **Pelvik tüberkülozun genelde geliş şekli nedir?**
İnfertilite ve anormal uterin kanama.
- ☐ **Kronik endometritte klasik bulgular nelerdir?**
Endometrial biyopside plazma hücrelerinin varlığı.
- ☐ **Vulvanın en fazla görülen 3 viral hastalığı nedir?**
Herpes genitalis, kondiloma akkürminatum ve molluskum contagiosum.
- ☐ **Semptomatik bartolin kanal kisti veya apsesinin bazı tedavi seçenekleri nelerdir?**
Word kateter yerleştirilmesi veya bartolin kanal kistinin marsuplasyonu.
- ☐ **Sifilizden sorumlu organizma nedir?**
Treponema pallidum.
- ☐ **Penisilin allerjisi olan gebe kadınlarda sifilizin tedavisi nedir?**
Desensitizasyon protokolü ve ardından penisilin tedavisi.
- ☐ **Sifilizi doğrulayıcı test nedir?**
Floresan treponemal antikor absorpsiyon (FTA-ABS) veya *T. Pallidum* antikorları için mikrohemaagglutinasyon assay (MHA-TP). VDRL (Venereal Disease Research Laboratories) veya RPR (rapid plasma reagin) nonspesifiktir ve yalnızca tarama için kullanılırlar.



BÖLÜM 30

Benign Vulvar ve Vajinal Lezyonlar

Denise Hartman, MD

- ☐ **Çocukluk çağının en sık jinekolojik problemi nedir?**
Vulvovajinit.
- ☐ **Çocukluk çağında vulvovajinitin en sık enfeksiyöz nedeni nedir?**
Enterobius vermicularis ve *Candida*.
- ☐ **Eksternal genitalleri en sık etkileyen benign durum nedir?**
Kontakt dermatit.
- ☐ **Vestibüler adenit nedir?**
Himenal ringin hemen dışında uzanan küçük vestibular bezin kronik inflamasyonu; küçülebilir, belirsiz ağrılı vestibüler mukozanın ülserasyonu.
- ☐ **Vestibüler adenitin tanı kriterleri nedir?**
Disparoni ile karakterize, sürtme (swab) testte ciddi nokta hassasiyet ve değişik derecelerde vestibüler eritem.
- ☐ **Vestibüler adenitin en iyi tedavi şekli nedir?**
Eğitim, kronik durum olduğu zaman; alfa interferon denenebilir, vestibüler glandın cerrahi eksizyonu son seçenek duasına rağmen %60-80 kör sağlar.
- ☐ **Vulva ve vajende beyaz alanlarda sıklıkla hangi benign deri lezyonları görülür?**
Vulvar distrofi ve vitiligo.
- ☐ **Uluslararası vulva hastalık çalışma cemiyeti neleri vulvar distrofi olarak sınıflamıştır?**
Liken skleroz, skuamöz hücre hiperplazisi, skuamöz hücre karsinoma in situ, vulvanın Paget hastalığı ve diğer dermatozlar.

- **Vulvar distrofi histolojik olarak hangi özelliklerle nitelendirilir?**
Artmış keratin (hiperkeratoz), nispi avaskülarite, derin pigmentasyon, malpigyan kabartılarında düzensiz kalınlaşma (akantozis) ve inflamasyon.
- **Hiperkeratoz neden oluşur?**
Kronik irritasyon, kronik inflamasyon, kanser veya prekanser sonucu oluşabilen bozulmuş epitelyal büyüme ve beslenmeden dolayı.
- **Atipisiz skuamöz hücre hiperplazisinin tedavisi nedir?**
Epizodik orta ve yüksek etkili topikal kortikosteroidler.
- **Histolojik olarak liken skleroz ne ile karakterizedir?**
Hiperkeratoz, akantozisli incelmış epitel, rete askılarının uzaması, aşağısında lenfosit bandı ile üst dermisin hiyalinizasyonu.
- **Vulvar liken sklerozun görünümü nasıldır?**
Labia major ve/veya minörde lokalize ince, beyaz, buruşmuş deri. Beyazlaşma küçük bir yarık yolunda perine ve anüs etrafına genişlemesine rağmen, fissür sıklıkla perianal, intralabial katlantıda veya klitoris etrafında görülür; introitus sarı, balmumu görünümünde olabilir.
- **Çocuklukta liken skleroz nasıl tedavi edilir?**
Genellikle regrese olur, fakat uzun süre düşük doz klobetazol (topikal steroid) genç kızlarda başarılı bulunmuş. Tedavi dozu her zaman gerekmebilir, topikal steroidler süreç ve semptomları durdurabilir.
- **Liken skleroz yetişkinlerde nasıl tedavi edilir?**
Yüksek etkili topikal steroidler, genellikle klobetazol %0.05 krem veya merhem; tedavi 4-6 haftadan uzun başlangıç günde 2 veya 3 kezden, haftalık 1-2 kez devam dozuna geçilir. Genelde tedavi süresi belirsiz kronik bir durumdur.
- **Uluslararası vulva hastalık çalışma cemiyetine göre vulvodininin yeni adı nedir?**
Generalize vulvar dizestezi.
- **Generalize vulvar dizestezi nedir?**
Açıklanamayan vulvar rahatsızlık, enfeksiyon, inflamasyon veya neoplazi ile ilişkili ve spesifik olmadan oluşan yanıcı ağrı olarak tanımlanır. Generalize vulvar dizestezinin nöropatik etyolojisi olduğu bilinir ve en başarılı tedavi altta yatan nöropatinin yönetimidir.
- **Uluslararası vulva hastalık çalışma cemiyetine göre vestibülünin yeni adı nedir?**
Lokalize vulvodina. İnflamasyon veya neoplazi ile ilişkili ve spesifik olmadan minör vestibüler glandın yanıcı ağrısı ve açıklanamayan lokalize hassasiyet. Bu aynı zamanda nöropatik durum olarak da düşünülür.

BÖLÜM 31

Histerektomi

Chase M. White, MD

○ **Amerika'da yılda kaç tane histerektomi yapılır?**

Amerika'da yıllık yaklaşık 600,000 histerektomi yapılır, histerektomi sezaryanden sonra en sık yapılan 2. ameliyattır.

○ **Amerika'da histerektomi yapılan kadınların yaş dağılımı nedir?**

Bir çalışma 1994-1999 yılları arasında histerektomi yapılan kadınların 2/3'ünün 35-54 yaş arası olduğu göstermiştir

○ **Histerektoninin en sık endikasyonu nedir?**

1994-1999 arasında yapılan 3,200,000 histerektoninin:

- %43.0'ü leiomyom.
- %19.9'u endometriozis.
- %18.8'i prolapsus.
- %14.4'ü diğer endikasyonlarla (malignite gibi).
- %8 endometriyal hiperplazi nedeniyle.

○ **Histerektomi ile ilişkili doğru terminoloji nedir?**

- (1) Basit histerektomi uterusun çıkarılması.
- (2) Subtotal histerektomi serviksin bırakılıp uterusun çıkarılması.
- (3) Total histerektomi serviksle birlikte uterusun çıkarılması.

○ **Histerektonide çeşitli cerrahi yaklaşımları tanımla**

- (1) Abdominal histerektomi abdominal insizyonla uygulanır.
- (2) Vajinal histerektomi vajinal uygulanır.
- (3) Laparoskopik histerektomi laparoskopi ile yapılır.
- (4) Laparoskopik-asiste vajinal histerektomi primer olarak vajinal yolla yapılır, pelvik adezyonlar ve/veya yapıların indirilmesi için laparoskopi kullanılır. Bu aynı zamanda Da Vinci robotik cerrahi sistem kullanılarak da yapılabilir.

(5) Radikal histerektomi uterusun, vajenin üst %25'den fazla kısmının, uterovezikal ve uterosakral ligamentlerin tamamının ve heriki taraftan parametriumun tamamının çıkarılması, ek olarak lenf nodu diseksiyonu.

○ **Histerektomi ile ilişkili mortalite nedir?**

Bütün cerrahi endikasyonlar için 12/10,000.

○ **Disfonksiyonel uterin kanamaya (DUK) yaklaşımda histerektomi ne zaman endikedir?**

DUK'da fertilitasını tamamlamış, özellikle kanaması ciddi ve tekrarlayan ve hormonal tedavi ve endometriyal küretaja cevap vermeyen hastalarda histerektomi endikasyonu olabilir.

○ **Adenomyozis için histerektomi ne zaman endikedir?**

Çocuk doğurmayı tamamlamış, küretaj ve hormonal tedaviyle düzelmeyen semptomatik hastalarda histerektomi önerilebilir.

○ **Tedavi edilen uterin prolapsusta histerektomi ne zaman endikedir?**

Özellikle hastanın değerlendirilmesinde, semptomların cerrahi için yeterli ciddiyette olduğu zaman. Histerektomi gerekli değilse operasyonun stres inkontinansı düzeltmek için olan parçası yapılmak zorundadır. Retropubik uretropeksi uterus yerinde bırakılarak yapılabilir.

○ **Leiomyoma uterinin tedavisinde histerektomi ne zaman endikedir?**

Hastanın semptomu yoksa, sıklıkla tedavi izlem olabilir. Çocuk doğurmayı tamamlamış kadınlarda ve miyomla ilişkili semptomları varsa, histerektomi kesin tedavi olarak kabul edilir.

○ **Leiomyomlar için histerektomi yapıldığı zaman, leiomyosarkoma ortaya çıkma şansı nedir?**

Yaklaşık %0.2-%0.3.

○ **Sezaryan histerektomi endikasyonları nelerdir?**

- Uterin rüptür.
- Onarılmayan uterin skar.
- Major uterin damar yaralanmaları.
- Plasenta previa veya akreata, düzeltilemeyen uterin inversiyon.
- Plaseental ablasyo.
- Konservatif yaklaşıma cevap vermeyen uterin atoni.
- Ciddi servikal hiperplazi veya erken servikal kanser planlı sezaryen histerektomiye teşvik edebilir.

○ **Sezaryen histerektomi ile ilgili morbiditenin major nedeni nedir?**

Febril morbidite ve üriner sistem hasarı gebe olmayan kadınlardan daha sıktır ve kan kaybı genellikle uterus ve damarların hipertrofisinden dolayı daha fazladır. Elektif sezaryen histerektominin ortalama 1500 mL kan kaybına sebep olduğu bilinir bundan dolayı sterilizasyon veya gereksiz endikasyonlar için rutin olarak yapılmamalıdır.

BÖLÜM 32

Menapoz

Keren Hancock, DO

EPİDEMİYOLOJİ

☐ **Menapozun tanımı nedir?**

Son menstrasyondan sonra 12 ay amenore.

☐ **Perimenapozun tanımı nedir?**

Menapozdan hemen önce ve sonraki zaman periyodu, Son menstrual periyottan sonra 12 ay tamamlanmadan önce biter.

☐ **Klimakteriğin tanımı nedir?**

Reproduktif çağdan postmenapozal döneme geçiş, over fonksiyonlarının bitmesi ile göze çarpan periyod.

☐ **Ortalama menopoz yaşı nedir?**

51.4.

☐ **Kadınların çoğu yaşamlarının ne kadarını menopozda geçirirler?**

%30. Beklenen yaşam süresi 75 ve ortalama menopoz yaşı 51.

☐ **Erken menopozun nedeni nedir?**

Sigara, histerektomili bazı kadınlar, malnütrisyon, yüksek rakımda yaşamak, mozaik Turner ve genetik yatkınlık.

☐ **Sigara içenlerde menopoz ne kadar erken olur?**

Yaklaşık 2 yıl.

- ☐ **Kadınların ne kadarında prematur menapoz gelişir (40 yaş öncesi)?**
%1.
- ☐ **Kadınların ne kadarı geç menapoza girer (55 yaş sonrası)**
%5.
- ☐ **Kadınların ne kadarı erken menapoza girer (40-45 arası)**
%5.
- ☐ **Postmenapozal over ağırlığı nedir?**
5 g.
- ☐ **Menapozlu overde hangi histolojik değişiklikler oluşur?**
Folikül yokluğu ve göze çarpan, artmış stroma.
- ☐ **Östrojen azalması ile ilişkili en sık değişiklikler nelerdir?**
Menstruel siklus değişiklikleri, kardiyovasküler hastalıklar, osteoporoz, genitoüriner atrofi, vazomotor, psikolojik ve seksüel semptomlar.

HORMON ÜRETİMİ

- ☐ **Yaşla menstruel siklusa ne olur?**
Başlangıçta, foliküler faz ve siklus azalır ve sonra menapoz öncesi artar ve luteal faz defekti oluşabilir.
- ☐ **Premenapozal yaşlarda gonadotropin seviyelerine ne olur?**
FSH artar (granüloza hücrelerinde inhibinin üretiminin azalmasının sonucu olarak) ve LH değişmeden aynı kalır.
- ☐ **Menapozda FSH seviyeleri neden baskılanamayabilir?**
Granüloza hücrelerinden inhibin üretimi kaybolur. Normalde inhibin menapoz öncesi FSH'yı baskı-
lar.
- ☐ **Hangi FSH değerleri menapozu göstergesidir?**
35 IU/L üstündeki seviyeler, fakat laboratuara bağlı değişebilir.
- ☐ **Menapoz sonrası gonadotropin seviyelerinde beklenen değişiklikler nelerdir?**
FSH 10-20 kat artar ve LH 3 kat artar, menapoz sonrası 1-3 yılda maksimuma ulaşır.

BÖLÜM 33

Osteoporoz

Keren Itancock, DO

- ☐ **Osteoporoz nedir?**
Kemik fragilitesi ve kırık şüphesinde artışa yol açan düşük kemik dansitesi ve kemik dokusunun mik-roartiküler dejenerasyonu ile karakterizedir (Dünya sağlık organizasyonu).
- ☐ **Kemiğin hangi tipinde rezorpsiyon prevalansı daha fazladır?**
Trabeküler kemik.
- ☐ **Kolumna vertebraliste hangi tip kemik predominant olarak bulunur?**
Trabeküler kemik.
- ☐ **Osteoklastların rolü nedir?**
Kemik dokusunu absorbe eder ve kaldırır, lakünler oluşturur.
- ☐ **Osteoblastların rolü nedir?**
Osteoid denilen kemik matriksini depolar (B oluşturmak için)
- ☐ **Maksimum iskelet dokusu ne zaman oluşur?**
3 (20'li) ve 4 (30'lu). dekatta.
- ☐ **Kemik yıkımı hangi yaşlarda artış gösterir?**
40, yaklaşık %0.5.
- ☐ **Menapoz sonrası, yıllık kemik kaybı ne kadardır?**
İlk 4 yıl için %2.5- 5, sonra yıllık %1-1.5.
- ☐ **Kemik kaybı ile ilişkili en önemli faktör nedir?**
Yaş.

- ☐ **Kemik kaybı ile ilişkili ilaçlar nelerdir?**
Kortikosteroidler, tiroid hormonu, antikonvülzanlar ve heparin.
- ☐ **Osteoporozun ayırıcı tanısı nedir?**
Menapoz, tirotoksikozis, glukokortikoid yüksekliği, hiperparatiroidizm, multipl myelom, lösemi ve ya lenfoma, alkolizm, uzun dönem heparin kullanımı, immobilizasyon ve metastatik kanser.
- ☐ **Yaşamın erken dönemlerinde osteoporozu önlemek için hangi koruyucu önlemler alınabilir?**
Yeterli kalsiyum alımı, diet, egzersiz, alkol ve sigaradan kaçınılması ve normal menstruel siklusun sağlanması.
- ☐ **Menapozda fraktür en sık nerede olur?**
Vertebral fraktürler, onlar bütün fraktürlerin %50'sini oluşturur
- ☐ **Tedavi edilmeyen postmenapozal kadınlarda vertebral fraktüründen dolayı boyda beklenen kayıp nedir?**
6.4 cm (2.5 inç).
- ☐ **1 yılda kalça kırığı sonrası hastaların ne kadarı ölecektir?**
%20, uzamış immobilizasyonun komplikasyonlarından dolayı.
- ☐ **Östrojen tedavisi kemik dokusunu korumaya nasıl yardımcı olur?**
Osteoblastlar üzerine direk etki, kalsiyumun artmış intestinal absorpsiyonu ve kalsiyumun azalmış renal atılımı.
- ☐ **Östrojen replasman tedavisi almayan postmenapozal kadınlarda kemik kaybını minimize edecek total kalsiyum ihtiyacı nedir?**
1,500 mg.
- ☐ **Östrojen replasman tedavisi alan kadınlarda kemik kaybını minimize edecek total kalsiyum ihtiyacı nedir?**
1,200 mg.
- ☐ **Osteoporozla bağlı kırığın önlenmesi için 70 yaş üstü kadınlarda kalsiyuma ek olarak, diğer replasmanlar ne içermelidir?**
D Vitamin 800 IU, özellikle kuzeyde yaşıyorsa.
- ☐ **İşlenmiş süt normal süttten daha az mı kalsiyum içerir?**
Hayır. Kalsiyum suda çözündüğünden, işlenmiş süt daha fazla kalsiyum içerir.
- ☐ **Hangi hastalık yüksek kalsiyum desteğinin maskeleyebilir?**
Asemptomatik hiperparatiroidizm.



BÖLÜM 34

Preoperatif Değerlendirme ve Jinekolojik Operasyonlar için Hazırlık

Denise Hartman, MD

- ☐ **Reçete edilmiş hangi ilaçlar anestezi veya cerrahiye engel olur?**
Monoamin oksidaz inhibitörleri, nikotinik asid, insulin, kortikosteroidler ve antikoagulanlar.
- ☐ **İntravenöz piyelogram sırasında ne sıklıkla radyolojik kontrast maddeye allerjik reaksiyon gelişir?**
Genel oran %5- 8, yaşamı tehdit edici reaksiyon oluşumu %0.1.
- ☐ **Hastanın izni olmadan yapılan cerrahi doktoru hangi suçun ihlali için savunmasız bırakabilir?**
Kişisel haklara saldırı ve etkinli eylem.
- ☐ **Pulmoner komplikasyonlar için tek en önemli geri dönüşümlü risk faktörü nedir?**
Sigara içimi, pulmoner komplikasyon riskini 4 kat artırır.
- ☐ **Normal zorlu ekspirasyon (FEV) ne kabul edilir?**
Bir saniyede FEV tahmin edilen normal volümün >%75 olmalıdır.
- ☐ **En sık görülen 3 kronik obstrüktif pulmoner hastalık hangisidir?**
Kronik bronşit, amfizem ve astım.
- ☐ **Koroner arter hastalığı tanısında hikayenin belirleyici değeri nedir?**
90.
- ☐ **Koroner arter hastalığı için stres testin sensitivitesi nedir?**
%75- 80.
- ☐ **Miyokart enfarktüsü sonrasında, jinekolojik operasyonlar ne kadar ertelenmelidir?**
Genellikle yeni enfarktüsü ve mortaliteyi azaltmak için en az 6 ay.

- ☐ **Cerrahi hastalarında kardiyak komplikasyonun tek en önemli belirtici nedir?**
Konjestif kalp yetmezliğinin varlığı.
- ☐ **Prematür ventriküler kontraksiyon gibi kardiyak ritim bozuklukları ne zaman artmış cerrahi riskle ilişkilidir?**
Azalmış sol ventrikül fonksiyonu ile birlikte olduğu zaman.
- ☐ **Miyokard enfarktüsü için en sık perioperatif zaman dilimi hangisidir?**
Postoperatif 3-4. gün
- ☐ **Preoperatif dijitalizasyon endikasyonları nelerdir?**
Klinik konjestif kalp yetmezliği, kötü sol ventrikül fonksiyonu veya atriyal aritmiler.
- ☐ **Kalbin en sık valvüler anomalisi nedir?**
Mitral valv prolapsusu.
- ☐ **Hangi aritmiler mitral valv prolapsusu ile ilişkilidir?**
Ventriküler ektopik atımlar, atriyal taşiaritmiler, bradiaritmiler ve nadiren ani ölüm.
- ☐ **Biyoprotez kapaklı hastalar preoperatif nasıl yönetilmelidirler?**
Protrombin zamanını 15 saniyenin altına düşürmek için kumadin cerrahiden 2 gün önce kesilmelidir; güvenli olduğu düşünülür düşünülmez başlanmalıdır.
- ☐ **Jinekolojik operasyonlar için önerilen endokardit profilaksisi nedir?**
Ampisilin 2 g IV veya IM ve gentamisin 1.5 mg/kg (80 mg maksimum) IV operasyondan yaklaşık 1 saat önce ve 8 saat sonra tekrarlanır.
- ☐ **Histerektomi planlanan hangi hastada anormal intravenöz pyelogram olma riski vardır?**
Pelvik inflamatuvar hastalık, endometriyozis, pelvik relaksasyon, yana büyüyen uterin miyomlar, fiks adneksiyel kitleler ve geçirilmiş abdominal cerrahi
- ☐ **Anestezinin cerrahi risk sınıflaması nasıldır?**
Dripps-Amerikan anesteziyolojist birliğinin cerrahi risk sınıflaması evre I'den (normal sağlıklı hasta) evre 5'e (ölüm durumundaki hasta operasyon olsun ya da olmasın 24 saat yaşam beklentisi yok) sınıflanır.
- ☐ **Hangi grup histerektomi hastasına antibiyotik profilaksisi ile en fazla yardımcı olunur?**
Vajen kaf selülitini azaltmak için vajinal histerektomi yapılacak premenapozal hastalar.
- ☐ **Obstrüktif akciğer hastalığı nedir?**
Ekspirasyon sırasında hava akışının azalması ve uzaması.

BÖLÜM 35

Jinekolojik Hastada Postoperatif Bakım

Denise Hartman, MD

- ☐ **Postoperatif stresin sodyum ve su dengesi üzerine etkisi nedir?**
Cerrahi stres su ve sodyum tutulumuna yol açan antidiüretik hormon (ADH) ve aldosteron seviyesinde yükselmeye neden olabilir.
- ☐ **Postoperatif ileuslu hastalarda genellikle ne kadar sıvı sekestre edilir?**
1/3 litre.
- ☐ **Postoperatif ne zaman çözülme için 3. boşluğa sıvı kaçıışı başlar?**
Genellikle 3-4 gün sonra, ADH ve aldosteron seviyeleri normale döndüğü zaman.
- ☐ **Postoperatif periyoda en sık sıvı ve elektrolit hastalığı nedir?**
Aşırı IV izotonikten dolayı sıvı yüklenmesi.
- ☐ **Ateş ve hiperventilasyonu olan hastada insensibl kayıp için ne kadar sıvı yerine konmalıdır?**
Hiperventilasyon ve terlemenin sonucu olarak günlük 2 litre kadar serbest sıvı kaybedilebilir. Bu kayıpları monitorize etmek zordur, bu nedenle kilo kaybı gidişatı kullanılabilir.
- ☐ **Postoperatif en sık karşılaşılan asit-baz anormallliği nedir?**
Nazogastrik aspirasyon, hiperventilasyon ve hiperaldosteronizmin neden olduğu alkaloz
- ☐ **Belirgin alkalozi düşündürülen nedir ve bu durum ne gibi tehlikelere neden olur?**
pH >7.55 konvülzyon ve kardiyak aritmiye neden olabilir, özellikle hipokalemi ile birlikte.
- ☐ **Metabolik asidoz kardiyovasküler sistemi nasıl etkiler?**
Miyokardiyal kontraktilitede azalma, hipotansiyonla birlikte venodilatasyon ve defibrilasyona duyarlılık.

- ☐ **Postoperatif metabolik asidozda bikarbonat uygulaması için endikasyonlar nelerdir?**
pH <7.2 veya asidozdan dolayı ciddi kardiyak komplikasyonlar.
- ☐ **Hangi postoperatif ağrı kontrol metodu en efektiftir?**
İntraspinal anestetikler ve/veya narkotiklerin epidural veya intratekal boşluğa uygulanması; anestetik solüsyonların katater aracılığıyla devamlı subkutanöz infiltrasyonu.
- ☐ **Epiduralin intratekal analjeziden avantajları nelerdir?**
Epidural analjezi uzamış ağrı kontrolü sağlayabilir (24 saatten daha uzun) oysaki intratekal analjezi santral sinir sistemi enfeksiyonu, başağrısı ve respiratuar depresyon riskinden dolayı tek dozla sınırlıdır.
- ☐ **Epidural postoperatif analjezi ile ilişkili en ciddi komplikasyon nedir?**
Hastaların %1'inden azında oluşan respiratuar depresyon.
- ☐ **Postoperatif halotana bağlı gelişen hepatitin mekanizması nedir?**
Halotan metaboliti otoimmün yolla hepatiti tetikler. Risk faktörleri aile öyküsü ve obezitedir.
- ☐ **Halotana bağlı gelişen hepatit tipik olarak ne zaman oluşur?**
Genellikle, halotan maruziyetinden 1-2 hafta sonra.
- ☐ **Postoperatif hastada febril morbiditenin tanımı nedir?**
İlk 24 saatten sonra en az 4 saatlik aralıklarda 2 ayrı zamanda 100.4°F (38°C).
- ☐ **Postoperatif ateşli hastada kan kültürü ne zaman alınmalıdır?**
Vücut ısısı >102°F olmadıkça, immünsüprese hastada kan kültürünün değeri azdır.
- ☐ **Kostovertebral hassasiyet ve ateşi olan postoperatif hasta nasıl değerlendirilmelidir?**
Enfeksiyonu göstermek için idrar incelenmelidir. Enfeksiyon yoksa, sonra üreteral hasar ve obstrüksiyonu değerlendirmek için intravenöz piyelogram düşünülmelidir.
- ☐ **Hastaya foley katater takıldığı zaman rutin olarak profilaktik antibiyotik kullanılmalı mıdır?**
Hasta immünsüprese olmadıkça kullanılmaz.
- ☐ **En sık postoperatif enfeksiyon yeri neresidir?**
İntravenöz kateter-ilişkili enfeksiyonların insidansı %25-35 olarak bildirilmiştir. İdrar yolu enfeksiyonları profilaktik antibiyotiklerin daha fazla kullanımı ile daha azdır.
- ☐ **Febril postoperatif hastalar için akciğer filmi ne zaman çekilmelidir?**
Pulmoner bulgular veya pulmoner komplikasyonlar için risk faktörü varlığında.

BÖLÜM 36

Üriner Sistem Yaralanmaları

Vincent Lucente, MD

- **Jinekolojik işlemlerde ürolojik yaralanmaların genel insidansı nedir ve en sık hangi ürolojik organ yaralanır?**

Obstetrik ve jinekolojik işlemler sırasında kazara alt üriner sistem yaralanmalarının kesin insidansını değerlendirmek zordur. Çünkü çoğu vaka kaydedilmez. Çoğu otör genel insidansı %0.2-0.5 söyler. Mesane yaralanması üreteral yaralanmadan sayıca fazladır, 5.3/1. 47 çalışma ve 120.000'den fazla hasta içeren yeni bir derleme sırasıyla ortalama mesane ve üreteral yaralanma insidansını 2.6/1000 ve 1.6/1000 olarak vermiştir.

- **Üretral yaralanmanın major nedeni ve insidansı nedir?**

Üretral yaralanma nadirdir. Eskiden obstrükte eylem veya operatif doğumlar Amerikada fistüle neden olan üretral yaralanmanın en sık nedeniydi ve gelişmekte olan ülkelerde hala öyle. Amerikada fistüle neden olan çoğu üretral yaralanma başarısız onarım, hematom ve enfeksiyon gibi divertikulum eksizyonu sonrası komplikasyonlardan kaynaklanır. Üretral yaralanma kolporafi anterior veya özellikle sert katater kullanılıyorsa travmatik kateterizasyon sırasında oluşabilir.

- **Vezikovajinal fistüle neden olan mesane yaralanmasına yol açan sebep nedir?**

Histerektomi.

- **Doğru veya yanlış: Abdominal histerektomide üreter yaralanması vajinal histerektomiden daha azdır?**

Yanlış. Üreter yaralanmalarının %75'i abdominal histerektomi ve %25'i vajinal histerektomi sırasında oluşur. Abdominal histerektomi sırasında üreter yaralanması %0.5-1, vajinal histerektomi sırasında %0.1'dir.

- **Üreter yaralanmasına yol açan sebep nedir?**

Benign nedenlerle yapılan abdominal histerektomi.

- **Mesane yaralanması oluşabilmiş olacağının bulguları nelerdir?**

Cerrahi sırasında mesane hasarı oluştuğunun ilk belirtisi yarada sıvı görüntüsüdür. Postoperatif 3-12. günlerde vajinada sıvı olması vezikovajinal fistülün geç bulgusudur.

- **Abdominal histerektomi sırasında hangi zamanlarda mesane en büyük risk altındadır?**
- (1) Pariyetal peritonun insizyonu—peritoneal kaviteye giriş öncesi mesanenin iyi boşaltılmaması bu riski artırır.
- (2) Vezikouterin katlantıya giriş—eğer katlantıya çok aşağıdan girildiyse, mesane kubbesi hasarlanabilir.
- (3) Aterin fundus, serviks veya üst vajenden mesanenin ayrılması—geçirilmiş cerrahi, endometriozis, radyasyon veya pelvik inflamatuvar hastalıktan kaynaklanan adezyonlar mesanenin uterusun aşağısı ve üst vajene dens adezyonlarla yapışmasına neden olabilir. Mesaneden uzağa doğru yön verilerek Metzenbaum makasla keskin diseksiyon bu riski azaltacaktır.
- (4) Anterior vajene giriş veya vajen kafının sütürasyonu. Tamir öncesi vajen kafının köşesinin kavranması burada mesane yaralanmalarını önleyecektir. Ek olarak, vajen kafının anteriordan posteriora sütüre edilmesi mesane yaralanma riskini azaltacaktır.
- **Peritoneal kaviteye giriş sırasında mesanenin en sık yaralanma yeri neresidir?**
- Mesane kubbesi.
- **Vajinal histerektomi sırasında mesanenin en sık yaralanma yeri neresidir?**
- Mesane tabanının supratrigonal parçası.
- **Vajinal histerektomi sırasında mesane ve serviks arasında uygun düzlem nasıldır?**
- Sağ açılı ekartör ile serviksin aşağı doğru çekilmesi, mesanenin zıt yöne çekilmesi kombinasyonu ile beyaz ve nispeten avasküler uygun düzlemi açığa çıkarılmalıdır.
- **Mesane hasarından şüphelenildiğinde, nasıl tanı konulur?**
- Mesane içine foley katater kullanılarak 400-600 cc steril süt veya steril su, metilen mavisi verilir ve cerrahi alanda bu renkte sıvıya bakılır.
- **Mesane hasarı nasıl onarılmalıdır?**
- İntraoperatif sistoskop ile hasar bölgesinin dikkatli değerlendirilmesi yapılmalıdır. Üreter bütünlüğünü ve üreter hasarının olmadığını değerlendirmek için intravenöz indigokarmin uygulanmalıdır. Ek olarak üretere katater yerleştirilmesi tamir sırasında üreterin bağlanması olasılığını azaltacaktır. İlk tabakada mukozanın inversiyonu ile 3-0 geç absorbe olan küçük keskin iğneli sütürle aralıksız kat kat kapatma yapılmalıdır. Mesane steril sütle şişirilerek sütür hattı test edilmelidir (özellikle vajinal onarımda) ve onarım su geçirimeye kadar ek sütür atılmalıdır.
- **Postoperatif sistotominin yönetiminde ne hesaba katılmalıdır?**
- 7-10 gün mesane dekompresyonu. Profilaktik antibiyotik süpresyonu düşünülmeli. Katater çekilmeden önce mesanenin tam iyileştiğinden emin olmak için uygulanan voiding sistouretrogram bazı otörlerle önerilmektedir. Bununla birlikte, işlem sırasında mesanenin fazla gerilmemesine dikkat edilmelidir. Üreter kateterizasyonu uterusu içermeyen kubbedeki hasarlar için gerekli değildir.
- **Üriner sistemin hangi yaralanmasını farketmek en zordur?**
- Üreter hasarı.



BÖLÜM 37

Genital Prolapsus

Oren Azulay, MD

- ☐ **Hangi tip pelvisi olan kadınlarda üretrosel daha sık görülür?**
Jinekoid.
- ☐ **Üretranın palpasyonunda üretradan püy gelmesi hangi defektin varlığının göstergesi olabilir?**
Enfekte üretral divertikulum veya enfekte skene bezi.
- ☐ **Sistoselle en sık birlikte olan vajinal destekt defekti hangisidir?**
Rektosel ve/veya üretrosel.
- ☐ **Pelvik desteğin hangi defekti douglas, kuldesakın zayıflığından kaynaklanır?**
Rektosel.
- ☐ **Posthisterektomi enterosel oluşumunu önleyen en önemli yapı hangisidir?**
Uterosakral-kardinal ligament kompleksi, puboservikal fasya ve rektovajnal fasya.
- ☐ **Enterosel omentumu içerebilir fakat daima hangi yapıyı içerir?**
İnce barsaklar.
- ☐ **Pelvik organ prolapsusu introitusa doğru nasıl sınıflandırılır?**
2. derece veya 3. derece.
- ☐ **Komplet prolapsus ile ilişkili vajenin ülserasyonu nadiren malignite olmasına rağmen, onlara biyopsi yapılmalıdır. En sık nedeni nedir?**
Staz.
- ☐ **Sistoselin yönetiminde operatif olmayan 3 tip tedaviyi sayınız?**
Pessar, Kegel egzersizleri ve östrojen.

- ☐ **Sistoseli taklit edebilen 2 durumu sayınız.**
Üretral divertikül ve inflame Skene bezleri.
- ☐ **Endopelvik fasya ile ürogenital diafram arasındaki pelvik tabanın intermediate tabakasını ne oluşturur?**
Levator ani.
- ☐ **Pubik kemikler ve sakrum arasındaki pelvik yanduvarın yaklaşık yarısına hangi yapı yerleşmiştir?**
Iskiadik spine.
- ☐ **Spinler ile pubik kemik arasındaki pelvik yan duvara fibröz dokunun hangi 2 bandı yerleşmiştir?**
Arkus tendineus fasya pelvis ve arkus tendineus muskularis levator ani.
- ☐ **Sakrospinöz ligamentin üstünden hangi kas geçer?**
Koksigeus kası.
- ☐ **Hangi sinirin gövdesi priformis kasının yüzeyini çaprazlar?**
Siyatik sinir.
- ☐ **Kardinal ligament nerden başlar?**
Büyük siyatik foramenden.
- ☐ **Uterosakral ligamentin başlangıç noktası neresidir?**
2., 3. ve 4. sakral vertebra.
- ☐ **Hangi kaslar pelvik organları destekler?**
Pubokoksigeus and iliokoksigeus.
- ☐ **Mesane boyun desteğini hangi yapıyla sağlanır ve onun fasyal arka (arkus tendineus levator ani) bağlanır?**
Pubovesikal Fasya.
- ☐ **Uterin prolapsusun en sık semptomu nedir?**
Vajinal dolgunluk, introitusta şişkinlik veya birşeylerin oluştuğunu hissetmek.
- ☐ **İleri derecede üterin prolapsus üretere bası yapabilir, hangi üreter anormalliğine sebep olur?**
Hidroüreter.
- ☐ **Uterin prolapsusa 3 tane yaklaşım stratejisini sayınız.**
İzlem, cerrahi ve pesser.

BÖLÜM 38

Üriner İnkontinans ve Ürodinami

Vincent Lucente, MD

○ **Üriner inkontinans nedir?**

Uluslararası kontinans cemiyeti üriner inkontinansı sosyal ve hijyenik olarak kabul edilemez veya fiziksel iyilik halini kötüleştiren kanıtlanabilir istem dışı idrar kaybı olarak tanımlar.

○ **Üriner inkontinansın prevalansı nedir?**

Üriner inkontinans gelişimi için risk faktörlerinden biri yaşıdır. Bundan dolayı yaş arttıkça, inkontinans prevalansı artacaktır. İnkontinans prevalansı aynı zamanda çalışmanın yapıldığı popülasyona bağlıdır. Çalışmalar genel oranı %8-41 olarak bildirmiş ve evde bakım alan popülasyonda oran %70 kadar yüksektir.

○ **Birkişide üriner inkontinans gelişimine sebep olacak risk faktörleri nelerdir?**

Cinsiyet: Üriner inkontinans kadınlarda erkeklerden 2-3 kat daha sık görülür.

Yaş: Üriner inkontinansın prevalansı yaşla artar, yaşta her 5 yıllık artış için prevalans %30 artar.

Çocuk doğurma: Stres inkontinans gelişme riski parite ile artar. Urge inkontinans parite ile ilişkili değildir.

Aynı zamanda menopoz, sigara ve obezite üriner inkontinans için risk faktörleridir.

○ **Kadınlarda üriner inkontinansın 4 ana tipi vardır. Bunlar nelerdir?**

Gerçek stres inkontinans

Detrusor overaktivitesi (eskiden detrusör instabilitesi olarak bilinirdi)

Miks inkontinans

Overflow inkontinans

○ **Gerçek stres inkontinans (GSİ) nedir?**

Mesane kontraksiyonu olmadan intraabdominal basınç artışına sekonder istemsiz idrar kaçırma.

Uluslararası kontinans cemiyeti GSİ'yi detrusor kontraksiyonu olmadığında intravezikal basıncın intraüretal basıncı geçtiği zaman oluşan istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlar.

○ **Detrusor overaktivite inkontinansı nedir?**

Detrusor overaktivite aynı zamanda overaktif mesane veya urge inkontinans olarak bilinir. İşeme için güçlü isteği takiben istemsiz idrar kaçıır. Detrusör overaktivitesi inkontinansla ilişkisiz mesane kontraksiyonlarına bağlı olabilir.

○ **Miks üriner inkontinans nedir?**

Üriner urge inkontinans (UUI) ve GSI aynı hastada birlikte oluşabilir.

○ **Overflow inkontinans nedir?**

Mesanenin aşırı gerilmesine sekonder istemsiz idrar kaçırmaya. Mesanedeki hidrostatik basınç üretral basıncın üstüne geçer ve detrusör kontraksiyonu olmamasına rağmen, basıncı dekompresyonu kalan yüksek rezidüel volümden oluşur.

○ **Overflow inkontinansın bazı nedenleri nelerdir?**

Mesane atonisi (postepidural, diabetik nöropati).
Çıkış obstrüksiyonu (vajinal veya uterin kitle, prolapsus, aşırı retrovert gebe uterus)
Azalmış mesane genişleme yeteneği (intestinal sistit, postradyasyon fibrozis).

○ **Hangi tip inkontinans üriner retansiyonla ilişkilidir?**

Overflow inkontinans.

○ **Üriner inkontinansın 3 ender nedeni nedir?**

Ektopik üreter
Fistüller
Üretral divertikulum

○ **Hasta inkontinans şikayeti ile başvurduğunda daima ekarte edilmesi gereken nedir?**

Reversibl (geridönüşümlü) inkontinans nedenleri.

○ **İnkontinansın reversibl nedenleri nelerdir?**

Deliryum
Enfeksiyon
Atrofi
İlaçlar (diuretikler, alfa-blokörler, kalsiyum kanal blokörleri gibi.)
Pikolojik (depresyon)
Aşırı sıvı alımı
Hareket kısıtlılığı (fonksiyonel inkontinans)

○ **İnkontinanslı hastanın temel değerlendirmesi ne içermelidir?**

Hızlandırıcı faktörleri içeren detaylı öykü, inkontinansın derecesi, kaçak epizodları (stres inkontinansı gösteren küçük kaçaklar, mesane overaktivitesini gösteren urgensi gibi büyük miktardaki ka-



BÖLÜM 39

Pediyatrik ve Adölesan Jinekolojisi

Hipolito Custodio III, MD

- ☐ **Kız çocukta vajinoskopi endikasyonlarından 5 tanesini sayınız.**
 - (1) Tekrarlayan vulvovajinit
 - (2) Persistan kanama
 - (3) Yabancı cisim şüphesi
 - (4) Neoplazma şüphesi
 - (5) Konjenital anomaliler
- ☐ **Çocuk veya adölesanda bimanuel muayene yapılamıyorsa, hangi stratejilere başvurulabilir?**
 - (1) Dorsolitotomi pozisyonunda rektal–abdominal muayene
 - (2) Agenezisi veya transvers septumu değerlendirmek için vajene pamuklu çubuk yerleştirilir
 - (3) Ultrasonografi.
- ☐ **Çocuk vajenini yetişkin vajeninden ayırmanın 5 yolunu sayınız.**
 - (1) Daha ince epitel
 - (2) Nötral pH
 - (3) Glikojenin olmaması
 - (4) Laktobasillerin olmaması
 - (5) Dirençli enfeksiyonlara yardım eden yetersiz antikor seviyesi
- ☐ **Pubertenin oluşması ile ilişkili ilk endokrinolojik değişiklik nedir?**

Uyku sırasında oluşan, epizodik LH salınımının oluşumu
- ☐ **Pubertenin son endokrinolojik olayı nedir?**

Pozitif gonadotropin aktivasyonuna karşılık midsiklus gonadotropin cevabına sebep olan östrojen seviyesinde artış.

○ **Menarş yaşı ile ovulatuvar siklusun kurulması arasındaki ilişki nedir?**

12 yaşından önce erken menarş olan adolesanlar kısa sürede ovulatuvar siklusa ulaşırlar, menarşın ilk yılında siklusların %50'si ovulatuvar olmaya başlar. Geç menarş oluşan kadınların sikluslarının tamamen ovulatuvar olması 8-12 yıl alabilir.

○ **Menstruel siklusların normal uzunluğu ne zaman belirlenir?**

Normal siklus uzunluğu genellikle menarştan sonraki 6 yılda belirlenir.

○ **Adölesanda düzensiz mensin ayırıcı tanısı nedir?**

- (1) Gebelik.
- (2) Endokrin: Diabet, PKOS, Cushing sendromu, tiroid hastalıkları, prematür ovaryen yetmezlik, geç kurulan konjenital adrenal hiperplazi.
- (3) Ovaryen, adrenal tümörler, veya hipofizer prolaktinoma
- (4) Kazanılmış hastalıklar: Stres-ilişkili hipotalamik fonksiyon bozukluğu, egzersizin yol açtığı amenore, yeme bozuklukları.

○ **Adölesanlarda ne zaman servikal taramaya başlamak uygundur?**

Servikal tarama seksüel ilişkiye başladıktan en az 3 yıl sonra önerilir veya 21 yaşından sonra. İlk cinsel ilişkiden en az 3 yıl sonra tarama sıklıkla spontan regrese olan servikal lezyonların tanısının artmasına neden olabilir. Üstüne üstlük, HPV maruziyetinin 3-5 yılında önemli servikal lezyonun kaçması adölesanlarda nadirdir.

○ **Adölesanlarda anormal servikal sitoloji veya histolojinin yönetiminde hangi alternatif tavsiyeler verilebilir?**

Yüksek risk HPV pozitifliği ile ASCUS, ek olarak LSIL, 6 ve 12. ayda 2 kez sitoloji tekrarı, veya 12. ayda HPV testi tekrarı yapılabilir. Aynı zamanda CIN 2'nin bulguları 4 veya 6. ayda ya sitoloji yada kolposkopi ile takip edilebilir.

○ **Küçük adölesanlarda kolposkopi için ebeveyn iznine ihtiyaç var mıdır?**

Kolposkopi seksüel geçişli enfeksiyonların değerlendirmesi olarak düşünülür; bundan dolayı, ebeveyn izni gerekli değildir.

○ **Adölesanda CIN 2/3'ün tedavisinde LEEP nasıl etkilidir?**

Alabamada kolposkopi kliniğinde 14-21 yaş arası kadınlarda LEEP ile CIN 2/3 tedavisi %55 nüks oranı ile ilişkilidir. Bu çalışmada, CIN 2/3 oranı ASCUS'lu hastalar arasında %35, LSIL hastaları arasında %36 ve HSIL'de %50'dir. Biyopsi ile ispatlanmış CIN 2/3 için LEEP yapılan 192 hastanın hiçbirinde serviks kanseri bulunmamış. Bundan dolayı bu prosedür adölesanlardaki geçici HPV enfeksiyonu için uygulanan agresif bir tedavidir.

○ **HPV 16 aşısı ile immünizasyon sonrası adölesan ve genç kadınlarda temporal serum antikor titresi paternini tarif ediniz.**

16-23 yaş arası kadınlarda yapılan bir çalışmada aşidan 7 ay sonra serum antikor geometrik ortalama titresinin pik seviyeye ulaştığı ve 18 ay içinde azaldığı, sonra 30-48 ay değişmeden stabil kaldığı gösterildi. Uygulamadan 3 yıl sonra aşılananlar arasında CIN 2/3 vakası yoktu.

BÖLÜM 40

Meme Hastalıkları

Diane M. Opatt, MD ve
John S. Kukora, MD

○ **Mondor hastalığı nedir?**

Mondor hastalığı göğüs duvarı veya memenin kütaneöz venlerinin ağrılı ip-benzeri tromboflebitidir. Genellikle hassas bir şerit memenin lateral yüzünden palpe edilebilir veya görülebilir. Tedavi ılık kompresler, uygun bir sütyen ile memenin elevasyonu ve antienflamatuvar ajanların kullanımıdır. Diğer venlerde bununla ilişkili tromboflebit olması sık görülen bir durum değildir ve antikoagülan tedavi gerekmez. Çok nadir durumlarda flebite neden olan venöz oklüzyonun nedeni yakınındaki kanserdir. Buna göre tromboze olan venin yakınındaki kitleden biyopsi yapılması gereklidir. Opere edilmeden izlenen tedavide 4-6 hafta içerisinde kendiliğinden iyileşmeyen tromboze venin eksize edilmesi gereklidir.

○ **Emzirmeyen bir kadının memesinden gelen akıntının en sık nedeni nedir?**

Seröz veya su benzeri akıntıya neden olabilen fibrokistik değişiklikler.

○ **Emzirmeyen meme uçlarından gelen akıntının diğer nedenleri nelerdir?**

İntraduktal papillom, duktal ektazi, galaktore ve nadiren kanser.

○ **Meme ucu akıntısının en sık tipi nedir?**

Süt benzeri, birçok renkte ve yapışkan, pürülan, berrak veya su benzeri, pembe veya serözanjiöz ve kanlı.

○ **Kanlı meme ucu akıntısının en sık nedeni nedir?**

Benin bir süreç olan intraduktal papillom. Kanser de kanlı akıntıya neden olabileceğinden bunu ortaya koyabilmek için iyi bir çalışma yapılmalı ve papillom tanısı ortaya konarak kanser ekarte edilmelidir.

○ **Hastalar hangi zamanlarda tipik olarak intraduktal papillom semptomları gösterir?**

Perimenapozal dönemde olduklarında.

○ **Benign papillomu, papiller kanserden ayıran en belirgin histopatolojik özellik nedir?**

Miyoeptilyal tabakanın olması.

- **Tek, merkezi, intraduktal papillomu olan bir hastada artmış kanser riski varmıdır?**
Birçok uzman artmış bir riskin olmadığından bahsetmektedir.
- **Multiple intraduktal papillomu olan hastalarda artmış kanser riski varmıdır?**
Bu hastaların riski atipik duktal hiperplazisi olan hastalarinkine benzerdir. Multiple papillomlar ayrıca atipik hiperplaziyle, duktal karsinoma insitu ile (DCIS) veya invazivkanser ile ilişkili olabilir.
- **Hangi durum meme ucunun yeşilimsi akıntısı ile en sık ilişkilidir?**
Yaşlı kadınlarda eşlik eden memenin fibrokistik değişiklikleriyle ilişkili, duktal aktazi.
- **Duktal ektazi nedir?**
Kanal dilatasyonu bununla ilişkili fibrozis ve lenfoplazmatik enflamasyon ile karakterize olan periduktal mastittir. Bu durum tipik olarak perimenapozal veya yaşlı kadınlarda bulunur ve neden olduğu meme ucu değişiklikleriyle kanseri taklit edebilir. Ultrasonla memenin merkezinde kalınlaşmış duvarlarıyla dilate kanallar görülebilir.
- **Nanpuerperal mastit en sık ne zaman görülür?**
Travma sonrası. Diğer nedenler yabancı cisim ve malinitelerdir. Enflamasyon olan bir meme enfamatuvar kanseri taklit edebileceğinden mastit tedavi sonrası semptomlar gerilemezse vakit kaybetmeden bir mamografi çekilmelidir.
- **Emzirmenin kontraendike olduğu durumlar nelerdir?**
Aşağıdaki durumlara sahip kadınlar emzirmemelidir: Sokaktan uyuşturucu madde alan veya kontrolsüz alkol kullananlar; galaktozemili bebeği olanlar; HIV enfeksiyonu olanlar; aktif, tedavi almamış tüberkülozlu olanlar; meme kanseri tedavisi alanlar; insan T-hücresi lenfotrofik virüs tip I veya tip II enfeksiyonu olanlar, radyasyon tedavisi alanlar, antiretroviral veya kemoterapi gibi ilaçları almakta olanlar.
- **Hepatit B enfeksiyonu emzirmeye engel olur mu ?**
Hayır. Hepatit B immün globulinini ve aşısını içeren uygun bir immünprofilaksisi ile emzirme virüsün geçiş riskinde artışa neden olmaz.
- **Laktasyonun komplikasyonları nelerdir?**
Mastit, meme absesi, meme eksesiyasyonu, hassasiyet ve galaktosel oluşumu laktasyon ve emzirmenin potansiyel sonuçlarıdır.
- **Hangi durum ciddi intrapartum veya erken postpartum kanamaya neden olabilir?**
Laktasyonun olmaması, amenore S, meme atrofi, hipotiroidizm ve adrenal kortikal yetmezlik ile karakterize olan Sheehan sendromu (hipofizin kaybı).
- **Anne sütünde hangi vitaminler eksiktir?**
K vitamini haricinde tüm vitaminler anne sütünde mevcuttur.
- **Galaktore nedir?**
Galaktore, gebelik ve laktasyon olmaksızın patolojik şekilde süt benzeri sekresyonun olmasıdır. Normalde emzirmenin kesilmesinden sonraki 6 ay içinde süt yapımı durur. Galaktore sıklıkla amenorey-

BÖLÜM 41

Etikler ve Psikiyatrik İnciler

Hipolito Custodio, MD

○ **Medikal etiklerin bazı kriterleri nelerdir?**

- *Özerklik*: onun kendi isteklerini seçmesi için alıcı özgürlüğü veya gerçekçilik teşfiki
- *Yararlar*: diğerleri için iyi girişimcilere yöneltmek.
- Alıcı için en iyi merak nedir?
- *Başkalarına zarar vermeme*: zarardan kaçınma, acı verecek riskli hareketlerden çekinmeyi kapsar.
- *Kak/doğruluk*: tüm insanlara eşit tedavi sağlamaya çalışmak.
- *Gizlilik*: kişisel tıbbi bilginin kime ve nasıl anlatılacağına kişinin haklarına uygun karar verilmesi

○ **Sigorta şirketleri ile bilgi almak etikmidir?**

Evet. Bu bilgi sigorta tazminat işlemi ile sınırlandırılmalıdır.

○ **Gizlilik ne zaman kırılabilir?**

- Hasta isterse
- Çocuk istismarından şüphelenildiği zaman
- Vekalet istemi
- Uyarma ve koruma sorumluluğu
- Taşırıyıcı hastalık
- Diğerleri için tehlike

○ **Etiksel ikilem nedir?**

İki veya daha fazla etiksel prensibin çatışması. Hastanın endikasyonu olmayan tedaviyi istemesi buna örnektir. Bu özerklik ve başkasına zarar vermemenin çatışmasıdır.

○ **Sağlık bakımı vekaleti nedir?**

Bu kararı kişinin verememesi durumunda, başka birinin sağlık bakımına ilişkin kararları vemedede vekil olarak belirlenmesidir. Bu genellikle hastanın eşidir.

Sağlık bakım vekili kararların verilmesi ve iletilmesine muktedirse, temelde tedavinin reddinde ve kabulünde aynı dürüstlüğe sahip olur.

○ **Avukatın yetkisi nedir?**

Avukatın sürekli yetkisi kişi medikal olarak kısıtlıysa (fakat sağlık bakımında karar veremezse), kişi mahkeme işlerini yapmaya, sosyal gizlilik işlemlerinin imzalamaya, işgörmelik başvurusuna, veya kamu hizmetleri faturalarını ödemek için basitçe çek yazmaya izin verir.

○ **Yaşam kararı nedir?**

Yaşam kararı kesin medikal işlemlerin (KPR gibi) hastanın işlemlere cevap verme kabiliyeti olmadığı durumlarda uygulanmamasının belirtilmesidir.

○ **İlerleme talimatı nedir?**

Bu doküman yaşam kararı veya sağlık bakımı için avukatın sürekli yetkisidir.

○ **Doğru ya da yanlış: Tamamen tutarlı hasta ve yehova şahiti masif daha az GI kanamaya sahip. Hasta yetişkin ve kan ürünlerini red ediyor. Alıkoyma hastanın ölümüne sebep olabileceği için doktor legal olarak kan alması için hastayı zorlayabilir.**

Yanlış. Özerklik prensibi bu hastanın ölümüne sebep olsa bile kan ürünlerini red edebileceğini dikkate eder.

○ **Sağlık bakımı kararlarını verebilecek kapasiteye sahip hastanın kararı nasıl oluşmalıdır?**

Hasta seçenekleri, onların sonuçlarını ve stabil değerlerin oluşması ile ilgili seçeneklerin yararlarını ve ücretlerini anlamış olmalıdır.

○ **Karar yeteneği öncesi hangi durum daima değerlendirilmelidir?**

Depresyon.

○ **Doğru ya da yanlış: Doktorunun tavsiyesini rededen hasta sağlık bakım kararlarını verebilmek için yeterli değildir.**

Yanlış.

○ **Doğru ya da yanlış: Son evre KOAH ve opere olamayacak akciğer kanseri olan hastanın yüksek sesle fikrini söylemesi ve ventilatörden çekilmesini istemesi ile hastanın ventilatörden çekilmesi etik değildir.**

Yanlış.

○ **Doğru ya da yanlış: Evre I bronkojenik karsinomlu hastanın mekanik ventilasyon gerektiren pulmoner ödemi var. Bunu hastaya açıklıyorsun ve hasta entübasyon ve mekanik ventilasyonla ilerleme ile aynı fikirde. Karısı bunu redediyor. Doktor hastayı entübe etmemelidir.**

Yanlış. Özerklik prensibi her kişinin kendi sağlık bakımının esas söz sahibi olduğunu iddia eder.

○ **Yukarıdaki hastada, doktor sonra ne yapmalıdır?**

Karısı ile konuşur. Karısı tümörün potansiyel olarak tedavi edilebilir olduğunun ve akciğer ödeminin tedaviyle düzelebileceğinin farkında olmayabilir.

BÖLÜM 42

Servikal Lezyonlar ve Kanser

Abby Gonik, MD

○ **Pap smear muayenesi ne zaman başlamalıdır?**

Amerikan kanser cemiyeti ve Amerikan obstetri ve jinekoloji birliği (ACOG) 2002 yönergesi seksüel aktiviteye başlandıktan 3 yıl sonra ve 21 yaşından sonra önermektedir.

○ **HPV yalnızca vajinal ilişki ile mi geçer?**

Hayır. HPV aynı cinsten kişilerle ve içeri girilmeden yapılan cinsel ilişki ilede bulaşabilir.

○ **Histerektomi yapılmamış tüm kadınlara yıllık Pap smear uygulanmalı mıdır?**

Tarama başladıktan sonra, Amerikan kanser cemiyeti yıllık konvansiyonel (geleneksel) servikal sitoloji veya 2 yılda bir likid bazlı sitoloji yapılmasını önermektedir. Amerikan obstetrik ve jinekoloji birliği Pap smearın tipine bakılmaksızın yıllık taramayı tavsiye eder. 30 yaşından sonra, teknik olarak yeterli ardışık 3 smearı normal olan kadınlar 2-3 yılda bir taranabilir (DES maruziyeti yoksa, HIV (+) değilse veya immünsüprese değilse).

○ **Serviks kanseri insidansını azaltmada Pap smear nasıl etkili olmuştur?**

1940'larda sitoloji taraması geliştiğinden beri, Amerikada serviks kanseri insidansı yaklaşık %80 azalmıştır. Buna karşın, serviks kanseri Pap smearın rutin olarak yapılmadığı çoğu 3. dünya ülkesindeki kadınlar arasında kanserle ilişkili ölümlerin majör nedeni olarak kalmıştır.

○ **Konvansiyonel Pap smearın yalancı negatiflik oranı nedir?**

%40'dan fazla.

○ **Kuadrivalan HPV aşısı hangi yaş grubundaki kadınlara verilmelidir?**

FDA 9-26 yaş arası kadınların ve genç kızların aşılmasını uygun görmektedir.

○ **HPV aşısı onkojenik 16 ve 18 tiplerine karşı etkilidir. Serviks kanserinin ne kadarından bu iki tip HPV sorumludur?**

HPV'nin 16 ve 18 tipleri serviks kanserinin yaklaşık %70'den sorumludur.

- **Serviks kanserli hastalar en sık hangi semptomla başvururlar?**
Hastaların %80'den fazlası anormal vajinal kanama ile başvururlar, en sık postmenapozal. Yalnızca %10'unda postkoital kanama görülür. Daha nadir semptom vajinal akıntı ve ağrıdır.
- **Erkeğin sünnnet olmasının HPV geçişinde rol oynadığı düşünülür mü?**
Evet. Sünnetli erkekler HPV enfeksiyonu için düşük riske sahiptir. Ve bundan dolayı onların partneri olan kadınlarda serviks kanseri riski azalır.
- **Rutin muayene sırasında belirgin servikal lezyon görüldüğünde en uygun yaklaşım nedir?**
Biyopsi. Ülser lezyondan alınan örnek onun merkezini içermelidir.
- **Refleks HPV testi HPV subtipleri için pozitif kişilerde ASC-US Pap testine yaklaşımda en uygun adım nedir?**
Kolposkopi.
- **Yüksek grade skuamoz intraepitelyal lezyonlar birkaç yıllık periyotta tedavi edilmezse, invaziv kansere dönüşme oranı nedir?**
Yaklaşık %20.
- **Serviks kanseri 2 major histolojik tipinin görülme sıklığı nedir?**
Serviks kanserinin yaklaşık %80'i skuamoz hücreli kanserdir, %15'i adenokanserdir.
- **Serviks kanserinin tanı aldığında en sık hangi evredir?**
Serviks kanserli hastaların yaklaşık yarısı evre 1'de görülür.
- **Serviks kanseri gelişiminde hangi epidemiyolojik risk faktörleri belirlenmiştir?**
İlk cinsel ilişki yaşının erken olması, çoklu cinsel partner, yüksek parite, HIV enfeksiyonu ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü.
- **Serviks kanseri riskini arttırdığı bilinen modifiye edilebilir risk faktörleri nelerdir?**
Sigara. Serviks kanseri ile ilişkili risk sigara içen kadınlarda içmeyenlerle karşılaştırıldığında 2-3 kat artar.
- **Klinik olarak servikte sınırlı 5 cm kanser FIGO evrelemesine göre hangi evre olarak kabul edilir?**
1995 FIGO evrelemesine göre, klinik olarak servikte sınırlı ve 4 cm ya da daha küçük çaptaki lezyonlar evre IB1 olarak adlandırılır. 4 cm'den büyük lezyonlar evre IB2 olarak adlandırılır.
- **BT'de görülen ve ince iğne örnekleme ile doğrulanmış paraaortik lenf nodu metastazı evreyi nasıl etkiler?**
Bu bilgi tedavi için direkt yardımcıdır, fakat klinik olarak belirlenen evreyi etkilemez.



BÖLÜM 43

Endometriyal Hiperplazi ve Kanser

Abby M. Gonik, MD

- ☐ **Dünya sağlık örgütü endometriyal hiperplaziyi hangi 2 kritere dayanarak sınıflandırır?**
 1. Basit veya kompleks glandüler/stromal yapı
 2. Sitolojik atipinin olup olmaması
- ☐ **Endometriyal hiperplazinin endometriyum kanserine ilerleyeceğinin en iyi belirtici nedir?**

Sitolojik atipinin olup olmaması.
- ☐ **Endometriyal hiperplazi tanısı koyarken patoloğun amacı nedir?**

Kanser oluşması için endometriyal proliferasyonun biyolojik potansiyelinin etkisini klinisyene anlatmak
- ☐ **Hangi endokrinolojik ortamda endometriyal hiperplazi gelişir?**

Karşılanmamış östrojen.
- ☐ **Endometriyal hiperplazi gelişimi ile korele diğer sık risk faktörleri nelerdir?**
 - Polikistik over sendromu.
 - Obesite.
 - Diabetüs mellitus.
 - Geç menapoz (55 yaş sonrası).
 - Nulliparite.
- ☐ **Hangi steroid hormon endometriyal büyümeyi artırır?**

Östrojen.
- ☐ **Hangi steroid hormon endometriyal farklılaşmayı artırır?**

Progesteron.

- ☐ **Atipili hiperplazili kadınların ne kadarı histerektomi anında aynı zamanda endometrial kanserde sahiptir?**
>%43.
- ☐ **Sitolojik atipi yokluğunda, endometrial hiperplazinin ne kadarı endometrial kansere ilerler?**
Yaklaşık %1-3.
- ☐ **Kompleks atipili hiperplazilerin ne kadarı endometrium kanserine ilerler?**
%29.
- ☐ **Neden endometrium kanseri puberte ve perimenapoz gibi reproduktif çağın uçdeğerlerinde daha sıktır?**
Heriki uçdeğerde de, anovuluar siklus daha sıktır.
- ☐ **Postmenapozal kadınlarda, dolaşımdaki ana östrojen kaynağı nedir?**
Östron. Bu adrenal ve over kaynaklı androstenedionun periferik dönüşümünden oluşur. Zayıf kadınlarda, miktarı 40 µg/gün. Obezlerde 200 µg/günü aşabilir..
- ☐ **Reproduktif çağıdaki kadınlarda endometrial hiperplazinin en sık geliş semptomu nedir?**
 1. Metroraji.
 2. Menometroraji.
- ☐ **Endometrial hiperplazili postmenapozal kadınlarda en sık şikayet nedir?**
Postmenapozal vajinal kanama.
- ☐ **Endometrial hiperplazinin kesin tanısı transvajinal ultrasonla konulabilir mi?**
Hayır, endometrial hiperplazi histolojik bir tanıdır. Adenokanser ekarte etmek için endometrial örnekleme gereklidir. Anormal uterin kanaması olan kadınlarda 10 mm'nin üstünde kalın endometrium endometrial hiperplaziyi düşündürebilir, fakat tanı koydurmaz.
- ☐ **Endometrial hiperplazi ile en sık ilişkili olan over neoplazi tipi hangisidir?**
Granuloza hücreli tümör, çünkü östradiol sentezler.
- ☐ **Potmenapozal kadınlarda, pelvik muayenede hangi bulgu yüksek endojen östrojen seviyesini düşündürür?**
Vajinal atrofinin olmaması. Çok sayıda vajinal ruganın varlığı östrojen etkisinin düşündürür.
- ☐ **Perimenapozal ve postmenapozal kadınların ne kadarında anormal veya postmenapozal kanama için yapılan endometrial biyopside endometrial hiperplazi çıkacaktır?**
%8-9. 40 yaşından genç kadınlarda, endometrial biyopsilerin yalnızca %1-2'si endometrial hiperplazi tanısı alacaktır.

BÖLÜM 44

Uterin Sarkomlar

Mitchell I. Edelson, MD

- **Uterin sarkomların insidansı nedir?**
Sarkomlar tüm uterin malignitelerin %2-4'ünü oluşturur. Yıllık insidans yaklaşık 2/100,000'dir.
- **Hücre tipi ve orjine göre uterin sarkomların sınıflandırılmasında kullanılan aşağıdaki terimleri açıklayınız:**
Pür, miks, homolog ve heterolog.
Pür—yalnız tek hücre tipinden oluşur.
Miks—birden fazla hücre tipinden oluşur.
Homolog—hücre tipi uterusu özgüdür (leiomyosarkom, stromal sarkom, anjiyosarkom).
Heterolog—hücre tipi uterusu farklıdır (rabdomiyosarkom, kondrosarkom, osteosarkom).
- **Azalan insidansı ile uterin sarkomların 4 major grubunu sayınız.**
Malign miks mezodermal tümörler (MMMT, burada karsinosarkomla eşanlamlı olarak kullanılır)—%50.
Leiomyosarkom—%40.
Endometriyal stromal sarkom—%8.
Adenosarkom—<%2.
- **Hangi uterin sarkom tipinin gelişimi pelvik radyasyon öyküsü ile ilişkilidir?**
MMMT'li hastaların yaklaşık %10'unun pelvik radyasyon öyküsü vardır.
- **Benign endometriyal stromal nodüllerin tanısında hangi histolojik kriterler kullanılır?**
Endometriyal stromal nodüller iyi sınırlı, infiltratif olmayan, tekdüze normal görünümüne stromal hücrelerin proliferasyonu ile karakterizedir. Lenfovasküler boşluk invazyonu yoktur ve genellikle 10'luk büyütmede mitoz sayısı 5'den azdır.
- **Endometriyal stromal nodüllerin tedavisi nasıldır?**
Histerektomi önerilir. Yinede, miyomektomi ile başarılı sonuçlar bildirilmiştir.

- **Tümörün lenfatik ve vasküler kanallara solucan benzeri yayılımı nadiren ekstrasuterin yayılım hangi tip sarkomda görülür?**
Düşük gradeli endometrial stromal sarkomlar, eskiden endolenfatik stromal miyozis olarak biliniyordu. Benzer model intravenöz leiomyomatoziste tanımlanmıştır.
- **Düşük gradeli stromal sarkom nedeniyle cerrahi yapılan hastalar için neden overlerin çıkarılması önerilir?**
Bu tümörler sıklıkla yüksek östrojen ve progesteron reseptörleri bulundurur ve onların gelişimi östrojenle stimüle olabilir. Yüksek doz progesteron terapötik olarak aktiveşmeyi ispat etmiştir.
- **Evre I düşük grade endometrial stromal sarkomların ne kadarı nüks eder?**
Tanıyı takiben ortalama 3 yıl içinde yaklaşık %50'si nüks eder.
- **Reproduktif çağıdaki kadınlarda en sık uterus tümörü nedir?**
Benign leiomyom.
- **Benign leiomyom tahmin edilenlerin ne kadarı cerrahi sonrası leiomyosarkom tanısı alır?**
Yaklaşık % 0.2-0.3.
- **Leiomyosarkomların kökeni diğer uterus sarkomlarından nasıl farklılık gösterir?**
Leiomyosarkomlar miometriyumdan köken alır, diğerleri endometriyumdan köken alır.
- **Leiomyosarkomları sınıflandırmak için hangi histolojik kriterler kullanılır?**
Hipersellülarite, nükleer atipi, mitotik indeks ve koagulatif tümör hücre nekrozu.
- **Leiomyosarkomlu hastalarda ortalama yaş nedir?**
53 yaş.
- **Leiomyosarkomlu hastanın en sık geliş semptomu nedir?**
Vajinal kanama, hastaların $3/4$ 'ünden fazlasında oluşur.
- **Hızlı büyüyen uterusun preoperatif leiomyosarkom varlığını göstermede güvenilirliği nasıldır?**
Son çalışmalarda hızlı büyüyen uterus nedeniyle histerektomi yapılan 371 hastanın yalnız 1 tanesinde leiomyosarkom bulundu.
- **Vakaların ne kadarında leiomyosarkomun tanısı preoperatif konulur?**
%15, tümörlerin $1/3$ 'ünden fazlası submüköz olmasına rağmen.
- **Yaygın peritoneal leiomyomatozisin tedavisinde ne önerilmektedir?**
Bu genellikle oral kontraseptif kullanımı veya gebelik ile ilişkili benign bir durumdur. Her ne kadar oral kontraseptiflerin bırakılması veya gebeliğin sonlanması sıklıkla regresyona sebep olsa da, spesifik bir tedavi gerekmez.

BÖLÜM 45

Epitelyal ve Nonepitelyal Over Tümörleri

Mitchell I. Edelson, MD

○ **Epitelyal tümörler hangi histolojik tipleri içerir?**

1. Seröz (%75).
2. Müsinöz (%20).
3. Endometrioid (%2).
4. Şeffaf hücreli
5. Brenner karsinomu.
6. Undiferansiye karsinomlar.

○ **Ömür boyu epitelyal over kanseri gelişme riski ve ortalama yaş nedir?**

%1.86 (1/70); 63 yaş.

○ **Borderline tümörler hangi özellikleri içerir?**

Uzun zaman periyodunda overde sınırlı kalma eğilimi, premenapozal kadınlarda daha sık oluşması, çok iyi prognoz. Adjuvan kemoterapiye ihtiyaç yoktur, ilerlemiş hastalığı olanlarda bile.

○ **Borderline tümörlerin tanı kriterleri:**

1. papiller formasyon ve psödostratifikasyon ile epitelyal proliferasyon
2. Nükleer atipi ve artmış mitotik aktivite.
3. gerçek stromal invazyon yokluğu.

○ **overin ötesine yayılan invaziv epitelyal tümörlerin oranı:**

%75- 85.

○ **Psmammoma cisimcikleri sıklıkla hangi tip over kanseri ile ilişkilidir?**

Seröz.

○ **Borderline seröz tümörler tüm seröz tümörlerin ne kadarını oluşturur?**

Yaklaşık %15.

- ☐ **İyi diferansiye seröz adenokanser histolojik olarak tanımı:**
Oval nükleusları çevreleyen, papiller ve glandüler hücrelerin çoğunlukta olduğu ve büyük büyütmede 0-2 mitoz.
- ☐ **Kötü diferansiye seröz adenokanserleri histolojik tanımı:**
Solid hücre tabakası, nükleer atipi ve büyük büyütmede 2-3 mitoz.
- ☐ **Överin müsinöz tümörlerinin malignite oranı:**
%5.
- ☐ **Müsinöz tümörler histolojik olarak hangi başka hücre tipine benzer?**
Endoservikal.
- ☐ **Over tümörlerinin hangi tipi sıklıkla endometriyumda benzer lezyonlarla ilişkilidir?**
Endometrioid.
- ☐ **Hangi over tümörleri endometriyozisle ilişkilidir ve histolojik olarak apikal yerleşimli nukleuslu içeren hobnail hücreleri olarak bilinen hücreleri ihtiva eder?**
Şeffaf hücreli tümörler.
- ☐ **Şeffaf hücreli tümörler sıklıkla hangi klinik /laboratuvar bulguları ile ilişkilidir?**
Hiperkalsemi ve hiperpireksi.
- ☐ **Over kanserli hastalarda görülen klinik semptomların benzeri aynı zamanda hangi durumlarla ilişkilidir:**
 1. Mesotelyoma.
 2. Primer peritoneal karsinom.
 3. Periton tüberkülozu.
- ☐ **Nükleusun longitudinal oyğunun neden olduğu coffee bean (kahve çekirdeği) şeklinin görüldüğü epiteloid hücrelerle ilişkili solid tümör tipi:**
Brenner tümörleri.
- ☐ **BRCA1 ve BRCA2 taşıyıcılarında ömürboyu over kanseri gelişme riski nedir?**
BRCA2 mutasyonlu kadınlarda risk %10-20 iken, BRCA1 mutasyonlu kadınlarda over kanseri gelişme riski %20-40'tır.
- ☐ **Artmış over kanseri ile ilişkili herediter kanser sendromlarını sayınız**
 1. Site-spesifik ailesel over kanseri.
 2. Meme/over ailesel kanser sendromu.
 3. Herediter nonpolipozis kolorektal kanser (HNPCK) (eskiden Lynch II sendromu olarak bilinir).

BÖLÜM 46

Fallop Tüp Neoplazileri

Mitchell I. Edelson, MD

- **Benign fallop tümörleri sıklıkla hangi embriyolojik tabakadan gelişir?**

Mezoderm.

- **Walthard nest nedir?**

Tubal serozanın invajinasyonu ile fallop tüplerinde oluşan benign inklüzyon kistidir. Onlara coffee-bean görünümü veren longitudinal nükleer oyuklu, özel, düzensiz oval nükleuslu poligonal epitel benzeri hücrelerle doludur. Çoğunlukla klinik semptom olmadan tesadüfen bulunurlar.

- **En sık benign tubal tümör nedir?**

Adenomatoid tümörler (benign mezotelyoma). İnce hücre tabakasından oluşmuş multipl küresel veya yarı benzeri kanalları olan küçük (1-2 cm) nodüler kitle şeklinde görülürler. Sitolojik atipi yoktur.

- **Hangi histolojik bulgular fallop tüpünün karsinoma insitüsü ile ilişkilidir?**

Sitolojik olarak malign, mitotik olarak aktif nükleus, endosalpingeal epitelyal hücrelerle papiller formasyonlu ya da değil.

- **Salpinjitis istmika nodoza nedir ve primer fallop tübü kanserinden nasıl ayırt edilir?**

Salpinjitis istmika nodoza fallop tüpünün istmik bölgesinde lokalize divertikülozistir. Makroskopik olarak çapı 2 cm'den küçük istmusun sert, nodüler dilatasyonu şeklinde görünür. Mikroskopik olarak, glandüler endosalpingeal lümenlerden muskuler tabakanın içine genişlemiş görülür. Primer fallop tüpü kanserinden sitolojik atipinin olmaması ile ayırt edilir.

- **Fallop tüpünü tutan en sık kanser hangisidir?**

Kadın genital sisteminin başka bölgesinden metastazlar. Over kanserli kadınların hemen hemen %50'si ve uterus kanserli kadınların %12'si fallop tüpüne yayılım gösterecektir.

- **Kadın genital sisteminin primer malignitelerinin ne kadarı fallop tüpünden kaynaklanır?**

%0.2-0.5.

○ **Fallop tüpünü en sık primer malign tümörü hangisidir?**

Papiller seröz adenokarsinom, fallop tüpü malignitelerinin %90'nını oluşturur.

○ **Fallop tüpü maligniteleri ile ilişkili klasik semptom triadını sayınız.**

Bol şeffaf veya seroanjinoz vajinal akıntı (hidrops tuba profluens), pelvik ağrı ve pelvik kitle.

○ **Fallop tüb maligniteli hastaların ne kadarı bu klasik semptom triadıyla başvurur?**

%15'inden azı, bununla birlikte, %50'den fazlası vajinal akıntı veya kanama ile başvurur ve yaklaşık %60'ında pelvik kitle vardır.

○ **Fallop tüp adenokanserlerinde ne sıklıkla bilateral tutulum bulunur?**

Tanı anında tümörün evresine bağlı. Evre I, II ve insitu lezyonlar için, insidans yaklaşık %7'dir, bunun yanında, evre III ve IV hastalıkta, bilateral tutulum %30 kadar fazla görülür.

○ **Fallop tüpü tümörlerinin evreleme sistemini anlatınız.**

Tubal kanserlerin çeşitli evreleme sistemi olmasına rağmen, en yaygın kullanılan uluslararası obstetrik ve jinekoloji federasyonunun (FIGO) evrelemesidir. Over kansellerinin evrelemesi için kullanılanla benzerdir.

Evre 0	Karsinoma insitu (tubal mukozada sınırlı)
Evre I	Büyüme fallop tüplerinde sınırlı.
Evre IA	Büyüme submukoza ve/veya muskularis içine ilerlemiş tek tüpte sınırlı, fakat seröz yüzeylere penetrasyon yok. Asit yok.
Evre IB	Büyüme submukoza ve/veya muskularis içine ilerlemiş her iki tüpte sınırlı, fakat seröz yüzeylere penetrasyon yok. Asit yok.
Evre IC	Tümör IA veya IB fakat tubal seroza içine ilerlemiş veya tubal seroza üzerinde veya malign hücreler içeren asit veya pozitif peritoneal yıkama
Evre II	Büyüme tek veya heriki fallop tüpünü içerir ve pelvik yayılım mevcut
Evre IIA	Uterus ve/veya overlere yayılım ve/veya metastaz.
Evre IIB	Diğer pelvik dokulara yayılım.
Evre IIC	Tümör IIA veya IIB fakat malign hücreler içeren asit veya pozitif peritoneal yıkama
Evre III	Bir veya heriki fallop tüpünün içeren tümör, pelvis dışında peritoneal implantlar ve/veya pozitif peritoneal veya inguinal adenopati ile. Yüzeysel karaciğer metastazını içine alır.
Evre IIIA	Tümör makroskopik olarak gerçek pelviste sınırlı, lenf nodları negatif fakat histolojik olarak bdominal peritoneal yüzeylerin mikroskopik tutulumu tesbit edilmiş.
Evre IIIB	Bir veya heriki fallop tüpünün içeren tümör, lenf nodları negatif fakat histolojik olarak abdominal peritoneal yüzeylerde 2 cm veya daha küçük implantlar tesbit edilmiş.
Evre IIIC	>2 cm'den büyük abdominal implantlar ve/veya pozitif retroperitoneal veya inguinal nodlar.
Evre IV	Büyüme bir veya heriki tüpü içerir, uzak organ metastazı mevcut. Parankimal karaciğer metastazı ve sitolojik olarak malign plevral efüzyon tesbit edilmiş.

BÖLÜM 47

Vulva ve Vajen Karsinomları

Mitchell I. Edelson, MD

- **Jinekolojik malignitelerin ne kadarı vulvadan köken alır?**
%3- 5.
- **Vulva kanserinin tanısında ortalama gecikme ne kadardır?**
12 ay (6 ay hasta gecikir, 6 ay doktor gecikir).
- **Superfisyal (yüzeysel) inguinal nodların sınırları nasıldır?**
Yukarda Inguinal ligament.
Lateralde sartorius kasının kenarı.
Mediyalde adduktor longusun kenarı.
- **Derin inguinal nodların yukarısında yerleşen fasyanın adı nedir?**
Femoral kılıfın bir katını oluşturan kribriiform fasya.
- **Hangi risk faktörleri vulva kanseri ile bağlantılı bulunmuştur?**
İleri postmenapozal yaş.
Hipertansiyon.
Diyabet.
Obezite.
Sigara.
- **Eğer varsa, vulva kanseri ile human papilloma virusün nasıl bir bağlantısı vardır?**
HPV DNA intraepitelyal lezyonların yaklaşık %70-80'inde gözlenebilir, fakat invaziv kanserlerin yalnızca %10-50'sinde görülür. En sık HPV tip 16 görülür, fakat aynı zamanda tip 6 ve 33'te bulunabilir.
- **Doğru veya yanlış: liken sklerozun invaziv vulva kanserine yol açtığı ve invaziv vulva kanserinin prekürsörü olduğu kanıtlanmıştır.**
Yanlış.

- ☐ **En son FIGO evrelemesine (1995) göre evre IA vulva kanserinin tanımı nedir?**
Tümör vulva veya perinede sınırlıdır, en büyük çapı 2 cm ya da daha küçüktür, stromal invazyon ≤ 1.0 mm ve lenf nodu metastazı yoktur.
- ☐ **Vulva kanserinin 3 tane yayılma mekanizmasını sayınız.**
(1) Lokal büyüme ve genişleme.
(2) Kasıkta bölgesel lenf nodu embolizasyonu.
(3) Uzak bölgelere hematogen yayılım.
- ☐ **Sağkalım ve lenf nodu metastazını etkileyen vulva kanserinin büyüme şeklini tanımlayan 3 özelliği sayınız.**
(1) Birbiriyle birleşen.
(2) Kompakt.
(3) Parmak benzeri (veya sprey).
- ☐ **Derin femoral lenf nodu grubunun en son nodunun adı ve lokalizasyonu nedir?**
Kloquet nodu veya Rosenmüller nodu poupart ligamentinin hemen altında lokalizedir.
- ☐ **Vulva neoplazilerinin en sık 5 histolojik tipini sayınız.**
(1) Epidermoid (skuamoz hücreli).
(2) Melanom.
(3) Sarkom.
(4) Bazal hücreli.
(5) Bartolin bezi.
- ☐ **Doğru veya yanlış: fazla yüzeysel inguinal nod tutulumu hatta klitoral lezyon olduğu zaman, metastatik hastalık için derin pelvik nodların tutulumu asla gerekli değildir.**
Doğru
- ☐ **Hangi vulva lezyonu yüzeysel beyaz tabaka ile ilişkili hiperemik alanlara sekonder klasik kek-kreması etkisi görünümüne sahiptir?**
Vulvanın paget hastalığı.
- ☐ **Vulvanın paget hastalığı tanısı konulduğu zaman altta yatan hangi malignite dışlanmalıdır?**
Vulvanın adenokarsinomu.
- ☐ **Altta yatan adenokanser yoksa paget hastalığının tedavisi nedir?**
Gerçek intraepitelyal neoplazidir ve bu anlamda geniş lokal eksizyonla tedavi edilebilir.
- ☐ **Bartolin bezi kanserinde en sık histolojik tip hangisidir?**
Adenokarsinom ve skuamoz hücreli karsinom aynı sıklıkla oluşur ve bu bölgedeki bütün primer malign tümörlerin %80'nini oluşturur.



BÖLÜM 48

Radyoterapi, Kemoterapi, İmmünoterapi ve Tümör Belirteçleri

Mitchell I. Edelson, MD

- **Sisplatinle ilgili doz sınırlayıcı toksisite nedir?**
Periferik nöropati. Aynı zamanda en sık yan etki genellikle el ve ayakları etkiler.
- **Doğru ya da yanlış: intraperitoneal uygulama için siklofosamid en uygun ilaçtır.**
Yanlış. Siklofosamid aktif formu için karaciğerde metabolize edilmelidir ve bundan dolayı direkt kemoterapi için uygun değildir.
- **Doğru ya da yanlış: antikanser ilaçlar doz başına sabit tümör sayısını öldürebilir.**
Yanlış. Antikanser ilaçlar doz başına sabit tümör oranını öldürür.
- **Metotreksatın etki mekanizması nedir?**
Metotreksat dihidrofolat redüktaza bağlanır, folatın timidin ve purinlerin ürünü için gerekli olan tetrahidrofolata dönüşümünü engeller.
- **Antiemetik olarak serotonin antagonistlerinin (ondansetron/Zofran, granisetron/Kytril, dolasetron/Anzemet) kullanımı ile ilgili görülen yan etkiler nelerdir?**
Baş ağrısı ve konstipasyon.
- **Kardiyomiyopati riskini minimize etmek için önerilen adriamisinin maksimum total kümülatif dozu nedir?**
<500 mg/m².
- **Adriamisinin ekstrevasiyonunu takiben doku hasarını minimize etmek için yapılması gereken acil adımlar nelerdir?**
İnfüzyon stoplanır, mümkünse ilaç bölgeden aspire edilir, etkilenmiş bölgeye buz uygulanır ve dimetilsülfoksid (DMSO) topikal olarak uygulanır ve havanın kurumasına izin verilir.

- ☐ **Coğu ektravazasyon olayında buz poşetleri önerilirken, hangi tip kemoterapi ajanlarında ılık uygulama yararlı olur?**
Vinka alkaloidleri, vinkristin ve etoposid.
- ☐ **Paklitaksel hangi mekanizma ile etki eder?**
Paklitaksel sitotik etkisini oluşturan anormal iğ formasyonuna yol açan intraselüler mikrotübüllere bağlanır ve stabilize eder.
- ☐ **Serum albumin seviyeleri ifosfamidle ilişkili hangi toksisite için prediktif olabilir?**
Santral sinir sistemi toksisitesi, klorasetaldehit ürünün sonucu olarak serum albumin seviyesi < 3.0 mg/dL iken oluşabilir.
- ☐ **Kemoterapi kullanımı ile en sık ilişkili sekonder malignite nedir?**
Akut nonlemfositik lösemi.
- ☐ **Febril nötropenik hastada ilk olarak hangi antibiyotikler kullanılmalıdır?**
Gram negatifleri kapsayan (aminoglikozidler veya aztreonam) ve geniş spektrumlu penisilinlerin (piperasilin) kombinasyonu. Alternatif olarak, tek ajan olarak 3. (seftazidim) veya 4. (sefepim) Kuşak sefalosporinler kullanılabilir.
- ☐ **Kemoterapiden oluşan mukozitler nasıl tedavi edilmelidir?**
Vizküz xylokain, antiasid ve antifungal içeren topikal solusyonlar beraberinde yeterli ağrı rahatlaması ile kullanılabilirler.
- ☐ **Hemolitik üremik sendrom genellikle hangi ilaçla ilişkilidir?**
Mitomisin C.
- ☐ **Paklitakselin doz sınırlayıcı toksisitesi nedir?**
Periferik nöropati.
- ☐ **Paklitaksel ve dosetakselin steroid premedikasyonlarını tarif ediniz.**
Deksametazon 20 mg hipersensitivite reaksiyonunu önlemek için paklitakselde 12 ve 6 saat önce verilir.
Deksametazon 8 mg sıvı retansiyonunu önlemek için dosetakselde 24 saat önce başlanır ve 3-5 gün verilir.
- ☐ **Sisplatinin sebep olacağı renal toksisiteyi önlemenin en iyi yolu nedir?**
Tedavi öncesi agresif hidrasyon ve belki etyol/amifostin etyol (amifostin) eklenmesi.
- ☐ **Tümörün büyüme fraksiyonu nedir?**
Aktif olarak hücre bölünmesini ihtiva eden hücre sayısı.

BÖLÜM 49

Gestasyonel Trofoblastik Hastalık

Mitchell I. Edelson, MD

- **Gestasyonel trofoblastik hastalıkların genel terminolojisi histolojik olarak hangi farklı çeşitleri içerir?**
 1. Mol hidatiform (komplet ve parsiyel).
 2. İnvaziv mol.
 3. Gestasyonel koryokarsinom.
 4. Plasental bölge trofoblastik tümörler.
- **Trofoblastik hücrelerin (normal ve anormallerin ikisinde) metastaz için onlara izin veren özelliklerini anlatınız.**

Trofoblastik hücreler onların maternal immünolojik rejeksiyondan kaçmalarına izin veren transplantasyon antijenleri (HLA ve ABO) üretmezler. Bundan dolayı, onlar maternal desidua, damarlar ve miyometriyum içine invaze olabilirler.trofoblastik hücrelerin Endometriyal sinüslerden maternal venöz sistem içine embolizasyonu devamlı olarak oluşur. Maternal pulmoner dolaşım bu hücrelerin filtrasyonundan sorumludur ve böylece onların sistemik dolaşıma geçişi önlenir.
- **Gestasyonel trofoblastik neoplazi nedir (GTN)?**

Bu çeşitli hastalıkların normal dokuya invazyon ve metastaz potansiyelini tarif etmek için kullanılır. Bu koryokarsinom, invaziv mol, postmolar GTN ve plasental trofoblastik tümörü içerecektir.
- **Amerika da gestasyonel neoplastik hastalığın çeşitli formlarının insidansı nasıldır?**

Yaklaşık 1/600 terapötik abortus ve 1/1500 gebelik.
- **Genel popülasyonda mol hidatiformun insidansı nedir?**

Komplet mol hidatiformun insidansı 0.26-2.1/1000 olarak tahmin edilir. Japon ve sudi arabistanlı kadınlarda diğer popülasyonlarla karşılaştırıldığında risk 2 kat artar.
- **Komplet mol hidatiformun özellikleri nelerdir?**
 1. Komplet mol hidatiformda saptanabilir embriyonik veya fetal dokular yoktur.

2. En sık haploid sperm tarafından döllenmiş, sonra kendi kromozomları duplike olan ovumdan kaynaklanır
3. En sık karyotip 46XX takiben 46XY (%5).
4. Diffüz villöz ödem.
5. Postmolar malign sekel %6- 32

○ **parsiyel molün özellikleri nelerdir?**

1. Embriyonik veya fetal dokuların olması.
2. Parsiyel mol genellikle babadan gelen ekstra haploid kromozom ile triploid karyotipe (69XXX or 69XXY) sahiptir.
3. Fokal villöz ödem.
4. Postmolar malignensi sekeli <5%.

○ **Yaş molhidatiform insidansını nasıl etkiler?**

20-29 yaş arası kadınlarla karşılaştırıldığında, 50 yaşının üstünde ek olarak 15 yaşından gençlerde risk belirgin derecede artar. Artış sadece 4.9 kat (maternal yaş için düzenlendiğinde 2.9) olmasına rağmen, benzer şekilde, aynı zamanda ileri paternal yaşta (45 yaş üstü) komplet molar gebeliğin risk artışına katkıda bulunur.

○ **İnkomplet molar gebeliğin semptom ve bulguları nelerdir?**

Genelde, inkomplet veya missed abortus (amenore, vajinal kanama, fetal kalp atımı yokluğu) semptom ve bulguları ile başvururlar ve tanı sadece küretaj materyalinin histolojik incelenmesi sonrası mümkün olabilir.

○ **Komplet molün en sık başvuru semptomu nedir?**

Anormal yüksek beta-hCG ile vajinal kanama.

○ **Komplet molün diğer semptomları:**

1. Aşırı büyük uterus (%50).
2. Teka lutein kistleri (yüksek serum beta-hCG ve prolaktin seviyelerinden dolayı)
3. Hiperemesis gravidarum (%25) (belirgin derecede yüksek beta-hCG'den kaynaklanır).
4. Hipertiroidizm (%7).
5. Trofoblastik embolizasyon.
6. Gebeliğin ilk yarısında gestasyonel hipertansiyon varlığı molar gebelik olasılığını akla getirmelidir.

○ **Molar gebeliğin sonografik bulgusunu tanımlamak için hangi terim kullanılır?**

Kar fırtınası paterni.

○ **Molhidatiformlu hastalar nasıl yönetilir?**

Komplet veya parsiyel molün tanısı genellikle inkomplet abortus tanısı şüphesi ile yapılan aspirasyon D&C sonrası konulur. Bu vakalarda, hastalar kantitatif beta-hCG ile monitorize edilmelidir. Başlangıç postevakuasyon (aspirasyon sonrası) akciğer filmi çekilmelidir.

BÖLÜM 50

Jinekolojik Patoloji

Mitchell I. Edelson, MD

- ☐ **SRY geni (Y kromozomundaki cinsiyet belirleyici bölge) nedir?**
SRY geni Yp kromozomunun distalinde 1A1 bölgesinde bulunur. Onun yokluğu ovaryen farklılaşmaya neden olurken, varlığı testislerin gelişimini zorunlu kılar.
- ☐ **Müller kanalının regresyonu ve Wolf kanalının gelişiminden sorumlu 2 madde nedir?**
Testisler tarafından üretilen testosteron ve mülleryen inhibe edici faktör (MİF).
- ☐ **Hermafrodit nedir?**
Tek kişide hem over hemde testiküler dokunun varlığı.
- ☐ **Turner sendromunda en sık karyotip nedir?**
45X.
- ☐ **Erkek psödohermafroditizmin en sık nedeni nedir?**
Androjen insensitivite sendromu (testiküler feminizasyon).
- ☐ **Ambigus genitalyenin en sık nedeni nedir?**
Konjenital adrenal hiperplazi.
- ☐ **Granüloma inguinale ve lemfogranüloma venerumun etkeni olan ajanlar nelerdir?**
Sırasıyla, *kalimmatobakteriyum granulosomatiz* ve *klamidya*.
- ☐ **Herpes tanısı konulmasında taze vezikülün tabanından kazınarak alınan materyalin cam üzerine yayılması ve boyanması şeklinde hazırlanan sitolojik preparatın ismi nedir?**
Tzanck preparatı.

- ☐ **Bartolin kist apsesinin en sık nedeni nedir?**
Gonore.
- ☐ **Çocuklarda vulvar atrofik liken skleroz vakalarının çoğunda puberteye ulaştığı zaman ne olur?**
Bu vakaların çoğunda spontan involüsyon veya regresyon olur.
- ☐ **Liken skleroz atrofikusun en sık olduğu yaş nedir?**
Postmenopozal kadınlar, fakat herhangi bir yaş ve cinsiyette oluşabilir.
- ☐ **Labiya oluşabilen bazı ektopik dokular nelerdir?**
Meme (süt çizgisi boyunca), tükrük bezi dokusu ve mezotelyal kistler. Ek olarak, çeşitli embriyonik dokuların artığı olabilir.
- ☐ **Vulvada hangi benign lezyon oluşur ve ter bezlerinden köken aldığı düşünülür?**
Papiller hidradenom (hidradenoma papilliferum).
- ☐ **Papiller hidradenom gelişen tipik hastayı tarif ediniz.**
Bu tümör genelde nadirdir, yinede, puberte sonrası beyaz kadınlarda oluşma eğilimi gösterir. Bu tümörün köken aldığı apokrin ter bezlerinin gelişimi ile koreledir.
- ☐ **Vulvar kondilomatöz lezyonlar tipik olarak human papilloma virüsün hangi tipinden oluşur?**
Diğer HPV lezyonların lokalizasyonundaki gibi, Benign görünen kondiloma akkuminata HPV 6 ve 11 den olma eğilimi gösterir. İn situ ve invaziv vulvar skuamoz hücre karsinomu tip 16,18 ve 31 ile ilişkili olma eğilimi gösterir.
- ☐ **Karakteristik olarak iyi sınırlı, vimentin ve desmin ile pozitif immünreaktivite gösteren en sıklıkla genç, orta-yaş kadınların vulvasının yumuşak dokusunda oluşan erkeklerde de olduğu kaydedilmiş tümör tipi nedir?**
Anjiyomiyofibroblastom.
- ☐ **Düzensiz sınırlı, genitalleri içeren ve tipik olarak 40 yaşından küçük kadınlarda oluşan histolojik olarak farklı miksoid ve vasküler alanlara sahip tümör nedir?**
Agresif anjiomiksoma.
- ☐ **Vulvar intraepitelyal neoplazi (VIN) ve vulvar invaziv skuamoz hücre kanserinde en sık bulunan HPV tipi hangisidir?**
HPV tip 16.
- ☐ **Vulvanın en sık malign tümörü nedir?**
Skuamoz hücreli karsinom.

BÖLÜM 51

Hipotalamus-Hipofiz-Over-Uterus Aksı

Dana Shanis, MD

- ☐ **Hipofiz bezinin posterior lobunun kanlanması nereden olur?**
Karotid arterin dalı olan inferior hipofizyal arter.
- ☐ **Anterior hipofizin kanlanması nereden olur?**
Hipofizyal arterin superior, orta ve inferior dallarından.
- ☐ **Hipofizyal portal sistemin primer pleksusuna hangi damarlar drene olur?**
Hipotalamus, medyan eminensia ve hipofiz sapının superior kısımlarından drene olan superior hipofizyal arterlerin kapiller kısımları.
- ☐ **Uzun hipofizyal portal venler primer pleksustan köken alır ve sekonder pleksustan anterior hipofize uzanır, ne içine drene olurlar?**
Kavernöz sinüs.
- ☐ **Hipofiz bezi erkeklerde mi kadınlarda mı daha büyüktür?**
Ortalama yetişkin kadın bezi ortalama yetişkin erkek bezinden yaklaşık %20 daha büyüktür.
- ☐ **Gebelik sırasında neden kadın hipofiz bezinin boyutu yaklaşık %10 artar?**
Prolaktin sekrete eden hücrelerin hipertrofisinden dolayı.
- ☐ **Hipofizin posterior lobu, hipofiz sapı ve eminensia media neyi oluşturur?**
Nörohipofiz.
- ☐ **Hipotalamusun supraoptik ve paraventriküler nukleusunun aksonları nerede sonlanır?**
Posterior hipofiz veya nöral lob.
- ☐ **Supraoptik ve paraventriküler nukleustan hangi hormonlar sentezlenir?**
Antidiüretik hormon (ADH) ve oksitosin prekürsörleri.

- ☐ **Anterior hipofiz nelerden oluşur?**
Pars distalis, pars intermedius (erkeklerde vestigial) ve pars tuberalis.
- ☐ **Hipofiz nerede lokalizedir?**
Sella tursikanın içinde.
- ☐ **Sfenoid sinüsün çatısı hangi yapıdan oluşur?**
sella tursikanın tabanı.
- ☐ **Sella tursikanın hemen lateralinde kavernöz sinüs bulunur, bunlar hangi yapıları içerir?**
Karotid arterler ve III, IV ve VI. kranial sinirler.
- ☐ **Sella tursikanın çatısını neler oluşturur?**
Diafragma sella, duramaterin kalın bir yansıması.
- ☐ **Kişilerin ne kadarında diafragma sella hipofiz sapını sıkıca sarar, böylece anatomik bariyer gibi davranır?**
%50.
- ☐ **Diafragma sellanın hipofiz sapını sıkıca sarmadığı kişilerde olası problem nedir?**
Hipofiz tümörleri yukarıya doğru genişleyebilirler.
- ☐ **Bu hastalarda sorun nedir?**
Hipofizektomi sonrası adenohipofizal hormonların reziduel sekresyonu görülebilir.
- ☐ **Gonadotropinlerin fonksiyonları nedir ve nerede lokalizedirler?**
Bu hücreler FSH ve LH sentezler ve sekrete ederler ve adenohipofizde bulunurlar.
- ☐ **Hipofizdeki hücrelerin ne kadarı gonadotropilerdir?**
Yaklaşık %10.
- ☐ **Anterior hipofizden sekrete edilen 6 hormon hangileridir?**
Büyüme hormonu (GH).
Adrenokortikotropik hormon (ACTH).
Tiroid-stimule edici hormon (TSH).
Prolaktin (PRL).
Luteinizan hormon (LH).
Folikül-stimüle edici hormon (FSH).
- ☐ **Oksitosinin etkisi nedir?**
Doğum eylemi sırasında uterusun kontraksiyonları stimüle eder ve süt kanallarının mioepitelyal hücreleriyle süt akışını sağlar.

BÖLÜM 52 Amenore

Stephanie J. Estes, MD

- ☐ **Primer amenoreyi tarif ediniz.**
 - Sekonder seks hareketlerinin büyüme veya gelişimi olmayanlarda 14 yaşında mens olmaması
Veya
 - Sekonder seks karakterleri var, 16 yaşında mens yok
- ☐ **Sekonder amenoreyi tanımlayınız.**

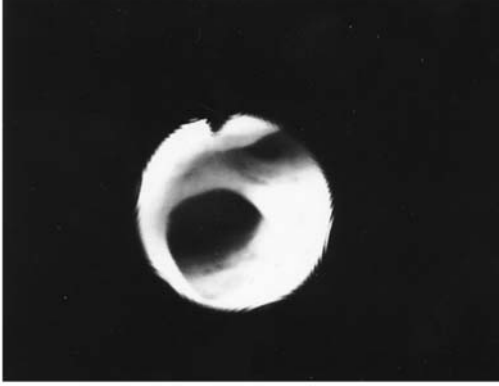
Menstruasyon gören kadında, 3 siklus ya da 6 ay mens olmaması
- ☐ **Kadının yaşam boyunca sahip olabileceği maksimum oogonya sayısı nedir?**

16-20. gestasyonel haftalarda 6-7 milyon
- ☐ **Amenore vakalarında tanı için değerlendirilen genel kompartmanlar nelerdir?**

Kompartman I: uterus ve çıkış yolunun bozuklukları.
Kompartman II: overin bozuklukları.
Kompartman III: anterior hipofizin bozuklukları.
Kompartman IV: hipotalamusun bozuklukları (SSS faktörleri).
- ☐ **Gebelik sonrası sekonder amenorenin ilk sıradaki nedeni nedir?**

Anovulasyon (%28).
- ☐ **Sekonder seks karakterlerinin olmayışı kadının neye hiç maruz kalmadığının göstergesidir?**

Östrojen stimülasyonu.



- **32 yaşında bir kadında septik abortus nedeniyle D & C yapıldıktan sonra amenore gelişti. Histereskopisinde yukarıda gösterilen bulgular görüldü. Tanı nedir?**
Asherman sendromu. Kalın intrauterin adezyon gösterilmiş (Dr Elizabeth Ginsburg, Brigham'ın figürü ve kadın hastanesi, Boston, MA).
- **Uterusu olmayan primer amenoreli hastada hangi labaratuvar testleri yapılmalıdır?**
Karyotip, serum testosteron (46 XX karyotip, normal testosteron Mülleryen anomali, 46XY karyotip, erkek serum testosteron seviyeleri androjen insensitivite sendromu).
- **Uterusu olan primer amenoreli hastada hangi labaratuvar testleri yapılmalıdır?**
hCG, TSH, PRL, progesteron çekilme testi, FSH, LH.
- **Primer amenoreli vakalarda ne zaman MR istenmelidir?**
Vizuel semptomlar, baş ağrısı ve hipogonadotropik hipogonadizm
- **Vajinal agenezisin ayırıcı tanısı nedir?**
Konjenital vajen yokluğu (uterin yapılarla veya olmadan).
Androjen insensitivite.
Transvers septum.
Imperfore himen.
17 α -hidroksilaz eksikliği (46,XY komplet erkek psödohermafroditizm ile).
- **Primer amenorede, FSH yüksek ve meme gelişimi yoksa, tanı nedir?**
Gonadal disgenezi (primer amenore vakalarının %50). Bir sonraki basamak karyotip kontrolü.
- **Sekonder amenoreli hastalarda istenmesi gereken ilk test nedir?**
Gebelik testi.
- **Sekonder amenoresi olan hastalarda ne zaman karyotip istenmelidir?**
30 yaşından küçük bütün hastalarda veya ovaryen yetmezliği olan 60 inçten (yaklaşık 1.50 cm) kısa hastalarda.

BÖLÜM 53

İnfertilite

Vasiliki A. Moragianni, MD

- **İnfertilite nedir?**
İnfertilite subfertiliteyle eş anlamlıdır ve 35 yaşından genç kadınlarda 1 yıl, 35 yaşından büyükler için 6 ay korunmasız cinsel ilişkiye rağmen gebelik olmaması olarak tanımlanır.
- **Primer ve sekonder infertilite arasındaki fark nedir?**
Primer infertilite hiç hamile kalmamış kadınları kastederken, sekonder infertilite sonucuna bakılmaksızın gebelik öyküsü olan kadınlar için kullanılır.
- **Sterilite nedir?**
Gebe kalmayı başarmada gerçek yetersizlik.
- **İnfertilite ve sterilitenin oranları nedir?**
İnfertilite: %10- 15
Sterilite: %1-2
- **Fekundabilite nedir?**
Bir menstruel siklusta gebe kalınma olasılığıdır (normal çiftlerde %20-25)
- **Fekundite nedir?**
Bir menstruel siklusta canlı doğum olma olasılığıdır
- **Bir ovulatar siklusta, gebe kalınma olasılığı nedir?**
%30.
- **Çiftlerin ne kadarı 3 ay, 6 ay, 1 yıl ve 2 yılda gebelik elde ederler?**
3 ay: % 57
6 ay: % 72
1 yıl: %85
2 yıl: %93

- ☐ **Optimal infertilite yaş oranı nedir?**
20 - 24 yaş.
- ☐ **Hangi yaşam tarzı modifikasyonlarının çiftlerin gebelik şansını arttırdığı kanıtlanmıştır?**
Sigaranın bırakılması.
BMI 20-25 ulaşmak için kilo verilmesi.
Alkol alımının azaltılması, haftada 4 ya da daha az
Kafein alımının kısıtlanması, <250 mg/gün.
- ☐ **Sigara içilmesi fertilitiyi nasıl etkiler?**
Sigara içen kadınların %20-30'unda konsepsiyon öncesi 1 yıllık korunmasız cinsel ilişki olması daha olasıdır. Sigara içen kadınlarda yardımcı üreme teknikleri ile gebelik oranı %20 azalır.
- ☐ **İnfertil çiftlerdeki primer tanılar nelerdir? Tüm infertile çiftlerin ne kadarı bu tanıları alır?**
Ovulasyon defekti (%27)
Semen anormalliği (%25)
Tubal defekt (%22)
Açılamayan (%17)
Endometriozis (%5)
Diğer (%4)
- ☐ **İnfertil kadınlardaki primer tanılar nelerdir? Tüm infertil kadınların ne kadarı bu tanıları alır?**
Ovulatuvar disfonksiyon (%40)
Tubal ve pelvik patoloji (%40)
Açıklanamayan (%10)
Nadir problemler, anatomik anormallikler, tiroid hastalıkları (%10)
- ☐ **Reproduktif gelişimin hangi evresinde ne kadar oosit vardır?**
16- 20. gestasyonel haftalarda: 6- 7 milyon oogonya
Doğumda: 1-2 milyon oosit
Pubertede: 300,000-500,000 oosit
37-38 yaş: 25,000 oosit
Menopoz: 1000 oosit
- ☐ **Amerikada ortalama menapoz yaşı nedir?**
51 yaş.
- ☐ **Foliküler kayıp menapozdan ne kadar önce ortaya çıkar?**
10- 15 yıl.

BÖLÜM 54

Yardımcı Üreme Teknolojisi

Annette Lee, MD

○ Yardımcı üreme teknolojisi (YÜT) nedir?

İnfertil çiftlerde gebeliği kolaylaştırmak için overden yumurta (oosit) elde etmeyi gerektiren tedavilerdir.

○ YÜT tipleri nelerdir?

IVF veya invitro fertilizasyon—yumurtalar overden aspire edilir, spermle aynı ortama bırakılır ve fertilize yumurtalar (embriyolar) 3-5 gün sonra uterusu transfer edilir. Son yıllarda, YÜT lerinin %99'dan fazlası IVF. "In vitro" latince tüp bebektir—ilk IVF prosedürlerinde, sperm yumurtaları Petri kutularında döllerdi.

GIFT veya gametin fallop içine transferi—yumurtalar overden aspire edilir ve laparoskopi ile fallop tüpünde spermle birlikte bırakılır (GIFT ve ZIFT IVF ile karşılaştırıldığında rölatif olarak bu prosedürün invazivitesinden dolayı son zamanlarda çok az sıklıkla yapılıyor).

ZIFT veya zigotun fallop içine transferi—yumurtalar overden aspire edilir, spermle aynı ortamda bırakılır ve fertilie ovum (embriyolar) sonraki gün uterusu transfer edilir.

○ IVF için endikasyonlar nelerdir?

Aşağıdaki problemler 2004 yılında IVF uygulama endikasyonlarıydı:

Multipl faktörler (erkek ve kadın)	%18
erkek faktör	%17
azalmış ovaryen rezerv	%12
Multipl faktörler (kadın)	%12
açıklanamayan/idiyopatik	%11
Diğer	%8
Ovulatuvar disfonksiyon	%6
Endometriyozis	%5

○ İnfertilite vakalarının yaklaşık ne kadarından erkek faktörü sorumludur?

%40.

○ **Normal sperm parametreleri nedir?**

Sperm konsantrasyonu,	$\geq 20 \times 10^6 / \text{mL}$
Motilite,	$> \%50$.
Normal Formlar	$> \%14$ Kruger strik morfoloji.

○ **Oligospermi, astenospermi ve teratospermi nedir?**

Oligospermi	Düşük sperm konsantrasyonu
Astenospermi	Azalmış motilite
Teratospermi	Azalmış normal formlar

○ **En ciddi erkek infertilitesi vakası?**

Azospermi—ejekulatta sperm yok.

○ **Azosperminin 2 tipi nedir?**

Obstrüktif azospermi.
Non-obstrüktif azospermi—obstrüksiyon olmayabilir. Genellikle semende fruktoz görülür.

○ **Obstrüktif azospermi hastalardan sperm elde etmek için kullanılan 4 işlem türü nedir?**

TESA: Testiküler sperm aspirasyonu
PESA: Perkütan epididimal sperm aspirasyonu
MESA: Mikroepididimal sperm aspirasyonu
TESE: Testiküler biyopsi

○ **Varikozel nedir? Fertiliteyi nasıl etkiler?**

Varikozel spermatik venlerin pampiniform pleksusunun dilatasyonu olarak bilinir (yani, spermatik venlerin varikozitesi). Erkeklerin %40'ında varikozel vardır ve sıklıkla sol tarafta oluşur çünkü sağ spermatik venler vena kava inferiora drene olur (daha kısa mesafe). Yinede, ciddi varikozel sol testiste daha sonrada sağ testiste ısı artışıyla sperm sperm üretiminde azalmaya sebep olabilir.

○ **Ovaryen rezerv nedir ve nasıl değerlendirilir?**

Ovaryen rezerv aslında kadının sahip olduğu kalan yumurtalarının kantitesi ve kalitesidir. Kadınlar yaklaşık 2 milyon oositte doğarlar ve yeni oosit üretmezler. Erkekler devamlı yeni sperm üretirler. 37 yaşla, yaklaşık 200.000 veya mevcut orijinal yumurtanın %10'u kalır. Over rezervinin en sık kullanılan 3 testi 3. gün FSH, klomifen sitrat challenge test ve bazal antral folikül sayısıdır. Aslında, normal folikül gelişimini sağlamak için nispeten yüksek FSH sekrete ediyorsa, kötü yumurta rezervini gösterir. Bazal antral folikül sayısı herhangi sitimülasyon olmadan görülen küçük foliküllerin sayısının hesaplanmasıdır.

○ **FSH ve/veya östradiol seviyeleri yüksekse veya BAFS düşüğe, gebelik prognozu nedir?**

Bu aynı yaş grubu ile karşılaştırıldığında kalan folikül sayısının daha düşük olduğunu ve gebelik şansının azaldığını gösterir. Hastaların yaşına bağlı, esas gebelik prognozu $< \%2$ kadar düşük olabilir (40 yaş üstü hastalar için).



BÖLÜM 55

GnRH ve GnRH Analogları

Vasiliki A. Moragianni, MD

- **Olfaktor plakod nedir?**
Olfaktor plakod olfaktor organın ve GnRH nöronların köken aldığı bir ektoderm tabakasıdır.
- **Olfaktor bölgeden göç eden ne kadar hücre GnRH üretecektir?**
1,000 - 3,000.
- **Olfaktor aksonların ve GnRH nöronlarının olfaktor alandan göçündeki başarısızlık sonucunda hangi sendrom gelişir?**
Kallmann sendromu.
- **Kallmann sendromunu tarif ediniz.**
GnRH eksikliği ve hipozmi ya da anozmi. Büyük orandan erkek penetranslı hastalık, genellikle X'e bağlı ya da otozomal resesif kalıtım gösterir.
- **GnRH nedir ve nerede üretilir?**
Hipotalamusun arkuat nükleusundan üretilen GnRH gonadotropin salgılayıcı hormondur.
- **GnRH'nın yarı ömrü ne kadardır?**
2 -4 dakika.
- **GnRH'nın kısa yarı ömrünün nedeni nedir?**
GnRH'nın kısa yarı ömrü 5-6, 6-7 ve 9-10 aminoasitler arasındaki bağların hızlı ayrılmasından kaynaklanır.
- **GnRH agonistlerinin uygulama şekilleri nedir?**
IV, Subkutan, nasal sprey, kontrollü salınımlı implantlar ve biyolojik olarak parçalanabilen mikrokürelerden IM enjeksiyon. GnRH analogları oral olarak alındığında, yıkılmaktan kurtulamayabilirler.

- ☐ **Her hipofizde ne kadar GnRH reseptörü bulunmaktadır?**
10,000 reseptör.
- ☐ **GnRH'nın yapısı nasıldır?**
GnRH saç perçini halkası şeklinde düzenlenmiş 10 aminoasitli dekaeptittir.
- ☐ **GnRH portal sirkülasyona nasıl geçer?**
Anoksal yolak aracılığı ile.
- ☐ **Arkuat nukleus ve medyan eminensiya dışında oluşan GnRH nöronlarının lezyonu gonadal atrofi ve amenoreye neden olacaktır?**
Hayır.
- ☐ **Foliküler faz ve luteal fazda GnRH'nın pulsatif salınımının özellikleri nelerdir?**
Luteal fazla karşılaştırıldığında foliküler fazda, pulsatif salınım daha sık fakat düşük amplitüdüdür. Sık, düşük GnRH salınımı FSH sekresyonu için idealdir.
- ☐ **GnRH pulsatilesinden sorumlu regülatuar mekanizma nedir?**
Çeşitli hormonlar ve nörotransmitterler çalışmasını düzenlemesine rağmen, pulsatil, ritmik aktivite GnRH nöronlarının intrinsek özelliğidir.
- ☐ **GnRH'nın pulsatil salınımında nörepinefrinin etkisi nedir?**
Stimülatuar.
- ☐ **GnRH'nın pulsatil salınımında serotoninin etkisi nedir?**
İnhibitör.
- ☐ **GnRH'nın pulsatil salınımında nöropeptid Y'nin etkisi nedir?**
Stimülatuar.
- ☐ **GnRH'nın pulsatil salınımında melatoninin etkisi nedir?**
İnhibitör.
- ☐ **GnRH'nın pulsatil salınımında endojen opiyatların etkisi nedir?**
İnhibitör.
- ☐ **Bire bir ilişkide, periferik kanda ölçülen her LH pulsu portal sistemdeki hipotalamik GnRH pulsu ile uyumludur. Doğru veya yanlış?**
Doğru. FSH, LH ile salınmasına rağmen, FSH pulsalarını tesbit etmek çok daha zordur. Çünkü FSH'nın yarı ömrü GnRH pulsaları arasındaki aralıklardan daha uzundur.

BÖLÜM 56

Laparoskopi ve İnfertilite

Vasiliki A. Moragianni, MD ve
Harry I. Barmat MD

- ☐ **Laparoskopik cerrahinin rölatif kontrendikasyonları nelerdir?**
Morbid obezite, inflamatuvar barsak hastalıkları, büyük abdominal kitle ve ileri hafta gebelik.
- ☐ **Laparoskopinin boyut aralığı nedir?**
2-12 mm.
- ☐ **Unipolar ve bipolar elektrokoagülasyon sistemleri arasındaki farklar nelerdir?**
Unipolar sistemde, akım toprak tabaka ile jeneratörden enstrümanlar arasına geçer ve sonra jeneratöre geri döner.
Bipolar sistem akımı jeneratörden taşımak için iki tane yalıtılmış ağız kullanır. İki ağız arasındaki dokuda devir tamamlanır.
- ☐ **Kablo kapasitesi nedir?**
Yalıtkanla ayrılmışken iki kablonun elektiriksel akımı alma ve taşıma yeteneği.
- ☐ **Doğru ya da yanlış: kablo kapasitesi bipolar elektrocerrahi ile oluşur.**
Yanlış. Yalnızca monopolar devrede oluşur.
- ☐ **Kablo kapasitesinin dez avantajı nedir?**
Enerji barsak gibi intraperitoneal dokulara transfer edilebilir ve istenmeyen yanıklara sebep olabilir.
- ☐ **Çevre doku hasarı ne kadar uzakta oluşabilir?**
Unipolar için 2-3 cm, bipolar için 1-2 cm.
- ☐ **Kesme ve koagülasyon akımları arasında ne fark vardır?**
Kesme akımı sabit yüksek enerji dalgaları sağlar.
Koagülasyon dalgası başlangıçta hızlıca dağılan ve dokunun dış tabakasının kurumasına ve doku dencinin artmasına sebep olan yüksek voltaj yaratır.

○ **Doku fulgurasyonu, koagülasyonu ve desikasyon tarif ediniz.**

Fulgurasyon dokuyu dokunmadan onu yakma anlamına gelir. Bu minimal doku penetrasyonu ile yüzeysel hemostaz için gereklidir.

Koagülasyon proteinlerin doğal yapısının kaybı ve solid hale dönüşmesi ile dokuyu yakma anlamına gelir.

Desikasyon dokunun likid komponentinin buharlaşması ve dokunun kuru hale dönüşmesi anlamına gelir.

○ **Lazer hangi kelimelerin baş harflerinden oluşur?**

Light amplification by stimulated emission of radiation (sitimüle radyasyonun yayılımı ile ışık amplifikasyonu).

○ **Cerrahide kullanılan major lazer tipleri nelerdir?**

CO₂, argon, 532-nm potasyum-titanil-fosfat (KTP/532) ve neodimim:ytiriyum-aluminyum-garnet. (Nd:YAG).

CO₂ sıklıkla doku vaporizasyonu için kullanılır, oysaki KTP ve YAG sıklıkla koagülasyon için kullanılır.

○ **CO₂ lazerden özellikle ne enerjiyi absorbe eder?**

Su.

○ **CO₂ lazerin penetrasyon derinliği yaklaşık nedir?**

Destruksiyon derinliği yaklaşık 0.1-0.2 mm.

○ **CO₂ lazer ile koagülasyon ve yüzeysel vaporizasyon nasıl oluşur?**

Odak büyüklüğünü arttıracak, ışının dağılmasıyla.

○ **İnsan gözü CO₂ ışınını görmezken, odaklanmış ışın nasıl görülür?**

Görünmez CO₂ ışını ile helyum-neonun kırmızımsı ışını bağlantısı ile.

○ **Laparoskopide kullanılan CO₂ lazerin avantajları nelerdir?**

Hızlıca keser, çok az termal hasar yapar ve vaporizasyon, koagülasyon ve eksizyon için kullanılabilir.

○ **Laparoskopide kullanılan CO₂ lazerin dezavantajları nelerdir?**

Kötü hemostaz, kullanışsız ekipman, çok fazla lazer saçma üretimi ve zor sıralanan ışınlar ve kimlik belirleyici helyum-neon ışınları.

○ **Argon ve KTP lazerin penetrasyon derinliği nedir?**

0.4-0.8.

○ **Hangi madde argon ve lazeri öncelikle absorbe eder?**

Hemoglobin ve hemosiderin bu lazerleri öncelikle absorbe eder.

BÖLÜM 57

Hiperandrojenizm

Radmila Kazanegra MD ve
Stephen G. Somkuti, MD, PhD

- **Androjen üretiminin 3 kaynağı nedir?**
Over (%25), adrenal (%25) ve perifer (%50).
- **Adrenal steroidlerin sentezinde ilk basamak hangisidir?**
adrenal steroidlerin sentezinde ilk basamak sonra pregnanolona dönüşecek olan kolesterolün oluşumu için asetil KoA ve skualenin birleşimidir.
- **Over ve adrenalde eşit miktarda androstenedion üretimi olan normal premenapozal kadınlarla karşılaştırıldığında hangi hastalık veya sendromda androstenedion primer olarak overden sekrete edilir?**
PKOS.
- **Polikistik overde artmış androstenedion ve testosteronun kaynağı neresi olarak görülür?**
Hemen hemen sadece overler.
- **Sirkülasyondaki en potent androjen hangisidir?**
Testosteron.
- **Prepubertal erkeklerde aşırı androjenin etkisi nedir?**
 - Peniste büyüme, androjen kaynaklı kıllarda artış, ses kalınlaşması ve diğer sekonder seks karakterlerinin gelişimi.
 - Artmış boy uzaması, somatik gelişim ve iskelet maturasyonu.
 - Kısa yetişkin boyuna sebep olan prematur epifiz kapanması.
- **Prepubertal kızlarda aşırı androjenin etkileri nelerdir?**
 - Hirsutismus, akne ve klitoromegali (heteroseksüel puberte prekoks gibi).
 - Artmış boy uzaması, somatik gelişim ve iskelet maturasyonu.
 - Kısa yetişkin boyuna sebep olan prematur epifiz kapanması.

○ **Pubertal erkeklerde aşırı androjenin etkileri nelerdir?**

Puberte ilerlemesinde artış ve iskelet maturasyonu ve azalmış yetişkin boyu.

○ **Pubertal kızlarda aşırı androjenin etkileri nelerdir?**

Virilizasyon, primer veya sekonder amenore ve artmış iskelet maturasyonu.

○ **Yetişkin erkekte aşırı androjenin etkileri nelerdir?**

Azalmış testis volümü, testiküler testosteron sekresyonu ve spermatogeneze yol açan gonadotropin sekresyonunun inhibisyonu.

○ **Yetişkin kadında aşırı androjenin etkileri nelerdir?**

Hirsutismus, akne, erkek tipi saç dökülmesi, adet düzensizliği, oligomenore veya amenore, infertilite.

○ **Seks hormonu bağlayıcı globulin (SHBG) konsantrasyonunu neler değiştirir?**

SHBG arttıranlar	SHBG azaltanlar
Östrojenler	İnsulin
Oral kontraseptifler	Androjenler
Hipertiroidizm	Karaciğer hastalıkları
Gebelik	Danazol

○ **Doğru ya da yanlış: 3 yeni kuşak progestin desogestrel, gestodene ve norgestimate SHBG nü azaltır ve serbest testosteron seviyelerini artırır.**

Yanlış.

○ **Siproteron asetat nedir? ("Diane")**

Genellikle kılma kanamalarını önlemek için östrojen destek tedavisi ile birlikte Avrupada (Amerikada piyasada yok) kullanılan potent progestasyonal ajandır. Fakat aynı zamanda hirsutismus tedavisinde de kullanılır. Gonadotropin sekresyonunu inhibe eder ve androjen reseptörlerini bloke eder.

○ **Danazol tedavisi nasıl hiperandrojenizme sebep olur?**

Danazol (17- α etiniltestosteronun izoksazol derivativesi) SHBG seviyesini azaltır ve bundan dolayı serbest testosteron seviyesini yükseltir. Aynı zamanda androjen reseptörleri ile çapraz reaksiyon gösterir.

○ **PKOS'lu hiperandrojenik kadınlarda SHBG konsantrasyonları nasıl değişir ve bu total ve serbest testosteronu nasıl etkiler?**

Düşük SHBG seviyeleri testosteronun normal ya da hafif derecede artmasına ve serbest testosteronun artmasına neden olur.

○ **Sirkülasyondaki serbest ya da bağlı olmayan testosteron oranı nedir?**

%1- 2.

BÖLÜM 58

Prolaktin Sekresyon Bozuklukları

Stephanie J. Estes, MD

○ Hiperprolaktineminin nedenleri nelerdir?

Hipofiz hastalıkları (en sık %50)

- Prolaktinomalar
- Lenfositik hipofizit
- Boş sella sendromu
- Cushing hastalığı
- Büyüme hormonu sekrete eden tümörler

Hipotalamik hastalıklar (nadir)

- Kraniofarinjom, meninjom, sarkoidozis, diğer tümörlerin metastazları
- Vasküler

Nörolojik

- Göğüs duvarı lezyonları (göğüs travması, herpes zoster; emzirme benzeri nöral mekanizma ile)
- Spinal kord lezyonları
- Meme stimülasyonu
- İlaçlar
- fenotiazinler
- Trisiklik antidepresanlar, SSRI'lar
- Narkotikler
- santral etki gösteren antihipertansif ajanlar (metildopa, rezerpin)
- Verapamil (mekanizma bilinmiyor; diğer kalsiyum kanal blokörleri ile oluşmuyor)
- Oral kontraseptif haplar
- Antiemetikler (metoklopramid)

İdiopatik hiperprolaktinemi

Prolaktinin klirensinin azalması

- Son evre böbrek yetmezliği
- Big prolaktin = makroprolaktinemi (sirkülasyonda büyük kümeler halinde prolaktin)

Diğer

- Gebelik
- Hipotiroidizm
- Siroz
- Adrenal yetmezlik

- ☐ **Predominant fizyolojik prolaktin inhibe edici ajan hangisidir?**
Dopamin.
- ☐ **Diğer prolaktin inhibe eden faktörler nelerdir?**
GnRH-ilişkili protein.
GABA.
- ☐ **Prolaktin salgılayıcı faktörün ismi nedir?**
Serotonin.
TRH (tirotropin-salgılayıcı hormon).
VIP (vazoaktif intestinal peptid).
Opioid peptidler.
PRLrP (prolaktin-salgılayıcı peptid).
Östrojenler ve gebeliğin hormonal ortamı.
GHRH (growth hormone-releasing hormone-büyüme hormonu salgılayıcı hormon).
GnRH (gonadotropin-releasing hormone-gonadotropin salgılayıcı hormon).
- ☐ **En sık hipofiz tümörü nedir?**
Prolaktin sekrete eden adenom.
- ☐ **Yüksek prolaktin nasıl amenoreye neden olur?**
Prolaktin GnRH'nın pulsatil salınımını inhibe eder.
- ☐ **Prolaktinin serum seviyesine dayalı hangi sonuçlar çıkarılabilir?**
 - >15-20 ng/mL çoğu labaratuarda anormal kabul edilir.
 - hafif derecede yüksek değerler (21–40 ng/mL) tekrar kontrol edilmelidir, gerçek hiperprolaktinemi-den çok fizyolojik stimülasyona cevabı yansıtabilir.
 - 20-200 ng/mL hiperprolaktinemi herhangi bir hastada bulunabilir.
 - >200 ng/mL genellikle laktotrop makroadenomun varlığını gösterebilir (= çapı 1 cm'den büyük).
 - >1000 ng/mL 2 cm'den büyük makroadenomunun işareti.
- ☐ **Hafif derece yüksek prolaktin seviyelerinin en sık nedeni nedir?**
Stres.
- ☐ **Prolaktin seviyesi hafif derecede yüksekse, prolaktin seviyesine tekrar ne zaman bakılması-nın önemli olduğu konusunda hasta bilgilendirilir?**
Prolaktin seviyesinin optimum zamanı sabah 11.00'dır. Hastalar son zamanlarda uyarılmamış olma-lı, meme stimülasyonu, egzersiz veya yemek yemiş olmamalıdır.
- ☐ **Doğru yada yanlış: hiperprolaktineminin semptomları ciddiyetiyle koreledir.**
Doğru.
 - ciddi hiperprolaktinemi (>100 ng/mL): tipik olarak aşikar hipogonadizm, subnormal östradiol seviyeleri ve bunların sonuçları (amenore, sıcak basması, vajinal kuruluk gibi) ile ilişkilidir.



BÖLÜM 59

Abortus, Tekrarlayan Abortus ve Gebelik Terminasyonu

Namitta Kattal, MD

- ☐ **Abortusun tanımı nedir?**
20. gebelik haftası öncesi (SAT'den) veya 500 gr altı fetusun istenmeyen gebelik kaybı
- ☐ **Habitüel abortus veya tekrarlayan gebelik kaybı nedir?**
Ardışık 3 veya daha fazla sayıda spontan abortus.
- ☐ **Gebeliklerin ne kadarı spontan abortusla (SAB) sonlanır?**
Klinik olarak tanımlanmış gebeliklerin %12-15'i spontan abortusla sonuçlanır.
- ☐ **2 veya üstü spontan abortusun insidansı nedir?**
%0.4- 2.
- ☐ **3 abortus sonrası spontan abortus riski nedir?**
%30- 45.
- ☐ **Ardışık 3 abortus ve en azından 1 tane canlı doğumu olan hastanın sonraki gebeliğinin spontan abortus riski nedir?**
%30.
- ☐ **spontan abortus için 3 bağımsız risk faktörünü sayınız.**
Artmış parite, maternal yaş ve paternal yaş.
- ☐ **Tekrarlayan SAB nedenleri nelerdir?**
Genetik, anatomik, immunolojik, kalıtsal trombofililer, enfeksiyöz, endokrin, çevresel.

- ☐ **2 ya da daha fazla gebelik kaybı olan çiftlerin her bir partnerinde major kromozomal anomalilerin görülme prevalansı nedir?**
Tekrarlayan gebelik kaybı olan çiftlerin %4-8'inde, biri veya diğer partnerde kromozomal anomali bulunmaktadır.
- ☐ **Spontan abortusta en sık görülen tek tip karyotipik anomali hangisidir?**
Anöplidi, özellikle trizomiler.
- ☐ **İlk trimestir spontan abortusların ne kadarında karyotip anomalisi vardır?**
%50.
- ☐ **İkinci trimestir spontan abortusların ne kadarında karyotip anomalisi vardır?**
%30.
- ☐ **Ölü doğumların ne kadarında karyotipik anormallik vardır?**
%3.
- ☐ **Anormal karyotiplerin en sık görüleni hangisidir?**
Trizomi (%50), monozomi 45,X (%20), triploidi (%10) ve yapısal anormallikler (%5).
- ☐ **En sık tek kromozom anomalisi hangisidir?**
45,X.
- ☐ **Tekrarlayan abortusu olan kadınlarda uterin anomalinin olma olasılığı nedir?**
%6- 7.
- ☐ **En sık uterin anomali hangisidir?**
Septat uterus.
- ☐ **Uterin anomalilerin etyolojisi nedir?**
Fetal gelişimin 6-10. haftaları arasında oluşan mülleryen kanal füzyon defektleri
- ☐ **Servikal yetmezliğin bazı nedenlerini sayınız.**
Aşırı D & C, servikal konizasyon, servikal laserasyon veya konjenital.
- ☐ **Tüm uterin malformasyonlu hastalarda üriner sistem anomalilerinin prevalansı artarmı?**
Yalnız unikornuat/bikornuat uterus veya uterin didelfisli hastalarda, septat uterusda artmaz.
- ☐ **Unikornuat uterusla ilişkili spontan abortusun ortalama insidansı nedir?**
%50.

BÖLÜM 60

Aile Planlaması ve Sterilizasyon

Rachael Cohen, DO ve
Namita Kattal, MD

- Amerikada 1 yıllık kullanım süresi boyunca farklı kontraseptif metodların başarısızlık oranı nedir?

Yöntem	Gebe Kadınların Oranı		1 yıl boyunca Kullanıma Devam Eden Kadın Oranı
	Tipik	Beklenen En Düşük	
Yöntem yok	85	85	
Spermisidler	29	18	42
Çekilme	27	4	43
Periyodik yoksunluk			
Takvim	25	9	
Ovulasyon yöntemi	25	3	
Semptotermal	25	2	
Postovulasyon	25	1	
Spermisidli servikal başlık			
Paröz	32	26	46
Nullipar	16	9	57
Spermisidli diafragm	16	6	57
Kondom			
Kadın	21	5	49
Erkek	15	2	53

(devam ediyor)

Yöntem	Gebe Kadınların Oranı		1 yıl boyunca Kullanıma Devam Eden Kadın Oranı
	Tipik	Beklenen En Düşük	
Pill			68
Kombine	7.6	0.1	
Yalnız Progestin	3	0.5	
Orto Evra patch (yama)	8	0.3	68
NuvaRing	8	0.3	68
Depo-Provera	0.3	0.3	56
RIA			
Bakır T	0.8	0.6	78
Levonorgestrel	0.1	0.1	100
Sterilizasyon			
Kadın	0.4	0.2	100
Erkek	0.15	0.10	100

- ☐ **Kontraseptif etkinliği hangi metodla ölçülür?**
Pearl indeks ve yaşam tablosu analizi.
- ☐ **Doğru ya da yanlış: başarısızlık oranı çoğu kontraseptif metotta kullanım süresi ile artar.**
Yanlış. Aslında kullanım süresi ile başarısızlık oranı azalır. Pearl indeks 1 yıl içinde her 100 kadındaki istenmeyen gebelik sayısına dayanır ve bundan dolayı, çeşitli kullanım sürelerinde metodların tam olarak karşılaştırılması yapılamaz. Bu sınırlama kullanımın her ayındaki başarısızlık oranını veren yaşam tablosu analizi metodu kullanılarak aşılabılır.
- ☐ **Vazektomi sonrası ne önerilir?**
2 semen analizinde sperm olmayana kadar alternatif bir kontraseptif yöntemi tavsiye edilir.
- ☐ **Vazektomi geri dönüşü sonrası gebelik oranı nedir?**
%70-80. Bunun yanında, gebelik umudu vazektomiden geçen süreyle azalır, 10 yıl sonra %30'a düşer.
- ☐ **Vazektominin en sık yan etkisi nedir?**
Hematom ve enfeksiyon.

BÖLÜM 61

Üreme Toksikolojisi

Emese Zsiros, MD

- **21 yaşında bir bayan gebe olduğunu bilmeden doğum kontrol hapı kullanıyor. Bu hasta gebeliğini sonlandırmalı mıdır?**

Gebelik öncesi doğum kontrol hapı kullanan kadınlar üzerinde yapılan yoğun araştırmalar sonucunda doğum defekti riskinin artmadığı gösterilmiştir. Adet rötari olan kadınlara gebeliği ekarte edilmediği sürece doğum kontrol hapı kullanmaması önerilmelidir. Hasta kendisine önerilen doz şeması ile ilacını kullanmıyorsa ilk adet rötasında gebe gibi davranılmalıdır. Gebelik tanısı onaylanırsa ilaç kesilmelidir.

- **Dermatolojist bir meslektaşınız gebe bir hastasına yoğun akne yüzünden tetrasiklin reçete etmeyi planlıyor. Siz bunu tavsiye edermisiniz?**

Tetrasiklin gebeliğin ikinci yarısında ve çocukluğun ilk 8 yaşına kadar kontraendikedir çünkü dişlerde kalıcı renk değişikliği (sarı-gri- kahverengi) ile diş minesinde hipoplazi yapar. Bu ters etki uzun süre kullanımda ve tekrarlayan tedavilerde daha sıktır.

Tetrasiklin solüsyonlarının topikal kullanımlarıyla ilgili gebelerde yapılan iyi-kontrollü çalışmaları yoktur; fakat, hayvan çalışmalarında topikal kullanımın fetüse zararı gözlenmemiştir.

- **Gebelik boyunca epilepsi tedavisi için geçerli öneriler nelerdir?**

Yapılan çalışmalara göre gebeliğinde antiepileptik tedavi alanların %90'ı normal çocuklar dünyaya getirmiştir. Majör nöbetleri engellemek için başlanan antiepileptik ilaçlar (AEİ) kesilmemelidir çünkü büyük ihtimalle status epileptikus presipite eder. Genelde kullanılan tüm AEİ'lar, yeni kullanılan antikonvülzan ilaçlar hakkında anlamlı veriler olmamasına rağmen, konjenital malformasyonlarla ilişkilidirler. Genelde birden çok AEİ kullanımı ve daha yüksek AEİ kan düzeyleri epilepsisi olan kadınların, doğan bebeklerinde daha fazla sıklıkta doğum defektları olduğu gösterilmiştir. Tek doz ve etkin şekilde mümkün olan en düşük seviyede anti-konvülzan kullanımı önerilmektedir.

- **Bir antiepileptik olan fenitoin (Dilantin) gebelikte güvenli midir?**

Fenitoin kullanan bir annenin bebeğinde fetal hidantoin sendromu görülebilir. Bu prenatal büyüme geriliği, mikrosefali, mental retardasyon, turnak ve parmak hipoplazisi ve yüzün orta hat anomalilerini içerir.

AEİ'ların bazı yan etkileri folat eksikliği ile ilişkilidir. Fenitoin, karbamazepin, barbituratlar ve valproat folat malabsorpsiyonuyla bağlantılı veya folat metabolizması ile çatışmaktadır. Folik asit desteği (minimum 0.4 mg günlük) özellikle konsepsiyon öncesinde, gebelikte ve doğum sonrası yıllarda bu kadınların kullanmış oldukları ilaçların yan etkilerini azaltması bakımından önemlidir.

○ **Gebelikte amfetamin kullanımının riskleri nelerdir?**

Amfetamine bağımlı annelerin bebekleri için artmış riskler preterm doğum ve düşük doğum ağırlığıdır. Ayrıca bu yenidoğanlar yoksunluk semptomları olan disfori, ajitasyon ve halsizlik yaşayabilirler. Fakat bilinen yapısal bir anomali yoktur.

○ **Tüm sosyal ve yasadışı ilaçlar ablasyo plasenta ile ilgili midir?**

Hayır. Sadece kokain ve sigara kullanımının ablasyo plasenta oranlarını artırdığı bilinmektedir. Alkol, kahve, eroin, maruana ve amfetaminlerin böyle bir ilişkisi bulunamamıştır.

○ **Gebelikte amfetamin kullanımı konjenital anomalilere neden olur mu?**

Gebelikte amfetamin kullanımı konjenital anomalilerle ilişkili değildir; fakat kullanımı doğum ağırlığında azalma, prematürite, postpartum kanama ve plasenta retansiyonu ile ilişkilidir. Amfetamin kullananların bebeklerinde gerginlik, uyuşukluk ve solunum sıkıntısı gibi amfetamin yoksunluk sendromu belirtileri olabilir. İlacın anorektik etkisine bağlı olarak, amfetamin maternal beslenmeyi gebelik öncesinde ve gebelik süresince ciddi şekilde etkiler.

○ **28 yaşındaki gebe hastanızın sizin önermiş olduğunuz ultrason hakkında çekinceleri vardır. Bu hastaya nasıl danışmanlık verirsiniz?**

Ultrason tekniklerinin daha önce hasta ve bebeği üzerinde ortaya konmuş bir etkisi bulunmamaktadır. Yüksek-düzey ultrason enerjisinin fetüse iki mekanizma ile zarar verme potansiyeli mevcuttur: termal hasar ve kavitasyon. Fakat tanı için kullanılan ultrason yapılırken kullanılan düşük düzeyde enerjinin herhangi bir etkisi gösterilememiştir.

○ **Pika nedir?**

Pika besleyici olmayan maddelere karşı iştahın olmasıdır (ör, kömür, toprak, kireç, kağıt gibi) veya yiyecek olarak kabul edilebilen şeylere karşı (ör, un, çiğ patates, nişasta) anormal iştahın olmasıdır. Semptomların bir aydan uzun süre devam etmesi gerekir, bu kültürel olarak tasdik edilmiş bir tutum değildir ve herhangi bir mental bozukluğa (ör, şizofreni) özerk bir durum değildir. 18 ay ile 2 yaş arası çocuklarda, besin maddesi olmayan şeylerin ağza alınması veya yutulması sıkır ve patolojik değildir. Bu durumun ismi Latince 'magpie' (saksagın) olan, hemen hemen her şeyi yutmasıyla ün salmış bir kuştan gelir. Pika her yaşta görülür, özellikle gebe kadınlar ve küçük çocuklarda, bilhassa gelişimsel bozukluğu olan çocuklarda en sık görülen yeme bozukluğudur.

○ **Gebe anestezişter ve hemşireler anestezi madde uygulayabilirler mi?**

Evet, ameliyathanede duman veya buharı hızlı bir şekilde dış ortama verebilecek yeterli ventilasyon ve gaz temizleme sistemi mevcutsa uygulayabilir.

○ **Gebelikte manik depresyon için lityum kullanımı güvenli midir?**

Önceki çalışmalar ilk trimesterde lityum kullanımının Ebstein anomalisine neden olduğunu göstermiştir. Triküspit kapak anormaldir ve 2 yaprağı vardır. Bu ilacı kullanan birçok hasta gebeliklerini sonlandırmıştır. Daha sonraki çalışmalar göstermiştir ki ilaç ile kalp lezyonu arasında ilişki olması- na rağmen çok nadirdir ve rutin gebelik terminasyonu gerektirmez. Lityum kategori D ilaçtır.

○ **Hangi aşilar gebelikte kontraendikedir?**

Genel olarak canlı virüs aşilar gebelikte kontraendikedir. Bunlar kızamık, kabakulak, kızamıkçık, suçiçeği ve sarı humma aşısıdır. Ayrıca tüm toksoidler, immünglobulinler ve cansız virüs aşiları gebelikte güvenlidir ve endike olduğu sürece uygulanmalıdır.



BÖLÜM 62

Epidemiyoloji ve Klinik Biyoistatistik

Jerry Cohen, MPH

- **Epidemiyolojiyi tanımlayınız.**
Epidemiyoloji popülasyondaki hastalıkların dağılımını ve etkenlerini araştıran bilimdir.
- **Tanımlayıcı epidemiyoloji ve analitik epidemiyoloji nedir?**
Tanımlayıcı epidemiyoloji, bir popülasyondaki hastalıkların dağılımını karakterize eden aktiviteleri içerir. Analitik epidemiyoloji, hastalıkların ortaya çıkmasına neden olan muhtemel nedenleri tanımlar.
- **Epidemiyoloji obstetri ve jinekolojide nasıl uygulanır?**
Epidemiyoloji, belirli bir hastalığın ortaya çıkışının gözlemlenmesi (insidansı) gibi tanımlayıcı amaçlarla kullanılabilir. Ayrıca, hastalıkların gelişimindeki risk faktörlerini araştırmak gibi analitik amaçlar için de kullanılabilir. Epidemiyolojik yöntemler, tanusal testlerin performansını değerlendirmek için de kullanılabilir. Epidemiyoloji, hastalığın progresyonu ya da doğal seyrini araştırmak için de kullanılabilir. Hastalığın gelişimini belirleyen prognostik faktörlerin araştırılması için de kullanılabilir. Tedaviyi değerlendirmek için de kullanılabilir.
- **Sentinal vaka neyi ifade eder?**
Bir salgında etkilenen ilk birkaç hasta 'sentinal vaka' olarak tanımlanır.
- **Epidemiyi tanımlayınız.**
Bir popülasyonda bir hastalığın aniden ve çok sayıda görülmesi epidemidir (epidemi bir popülasyonda bir hastalığın ortaya çıkışında aniden ve büyük oranda artış olmasıdır).
- **Pandemiyi tanımlayınız.**
Pandemi, geniş bir coğrafyadaki popülasyonu etkileyen hızla ortaya çıkan, salgın hastalıktır.
- **Hastalıkların ortaya çıkış paternleri nasıl karakterize edilir?**
Hastalık paternleri kişi, yer ve zamana göre karakterize edilir.
- **Hastalık gözetimi nedir?**
Hastalık gözetimi, bir popülasyonda hastalığın ortaya çıkış paternini izlemeyi ifade eder.

○ **Bir hastalık için yıllık yeni tanımlanmış vakaların sayısı nasıl hesaplanır?**

Yeni tanımlanmış vakaların sayısı; (1) ortaya çıkan hastalığın sıklığından (2) hastalığın nasıl tanımlandığından (3) vakaların ortaya çıktığı popülasyonun büyüklüğünden (4) vaka raporlarının tamamlanmasından etkilenir.

○ **İnsidans oranı nedir?**

Hastalığın ne hızda ortaya çıktığının ölçümüdür.

○ **Risk faktörleri nelerdir?**

Hastalığa eşlik eden özellikler arasındaki ilişki tesadüfî ya da neden –sonuç ilişkisine bağlı olarak ortaya çıkabilir. Risk faktörleri belirli bir hastalığın görülmesi ile ilişkili olan şüpheli nitelikler veya etkililerdir.

○ **Epidemiyolojik vaka ile kontrol arasındaki fark nedir?**

Etkilenen kişi vaka olarak, etkilenmeyen, kıyaslanan kişi kontrol olarak tanımlanır.

○ **Vaka-kontrol çalışması ne demektir?**

Vaka-kontrol çalışması gözleme dayalıdır, olguları ilgilenilen hastalığın varlığına (vaka) ya da yokluğuna (kontrol) göre örnekler. İlgilenilen risk faktörlerine geçmişteki maruziyetle ilgili bilgi toplanır.

○ **Bias'ı tanımlayınız.**

Bias bir çalışmanın sonuçlarını çarpıtan randomize olmayan hatadır.

○ **Bias ne şekilde engellenir?**

Kohort çalışma dizaynı kullanılarak bias engellenebilir. Kohort çalışmaları gözlemseldir, nesnelerin örneklemesi risk faktörlerinin varlığı (maruziyet) veya yokluğu (maruz kalmayan) ile yapılır. Bu nesneler hastalık sonuçlarının zaman içinde gelişimi ile takip edilir.

○ **Tanısal testlerin amacı nedir?**

Epidemiyolojide, tanısal testlerin amacı belli bir durumun varlığı ya da yokluğu konusunda objektif kanıtlar elde etmektir.

○ **Bir hastalığın 'doğal seyri' ne anlama gelir?**

Genellikle etkili bir tedavisi olmayan hastalıklar için hastalığın seyrini tanımlamak için kullanılır.

○ **Vaka ölüm oranı nedir?**

Bir hastalığın doğal seyrini tanımlamanın bir yoludur. Belli bir gözlem süresi içinde o hastalıktan ölen hastaların yüzdesi olarak ifade edilir.

○ **Tanıdan ölüme kadar geçen süreye ne denir?**

Sağ kalım süresi denir. Ortalama sağ kalım süresi, hastaların %50'sinin tanıdan ölüme kadar geçirdiği süredir.