

# OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİ

KLİNİK OLGU ÇÖZÜMLERİ

## Kitap Satış Adresleri

### ADANA

Adnan Kahveci Bulvarı İller Bankası  
karşısı (Asma kat) Çam apt. No:2  
Seyhan 0322 233 30 93

### ANKARA

MN Medikal & Nobel Tıp Kitabevi  
Halk sok. No:5 Sıhhiye/Ankara  
0312 431 16 33

### AFYON

Umur Bey Mahallesi Basın Cad. no:16  
(Bağkur karşısı) 0506 834 89 69

### ANTALYA

Arapşuyu Mah. Atatürk Bulvarı Altınay  
İşmerkezi Kat: 3-4-5 Konyaaltı  
0242 228 46 57

### AYDIN

Orta Mahalle Doğu Gazi Bulvarı 218/B  
0555 341 55 27

### BOLU

Karaçayır Mah. Eflatun Sok. İDE İş  
Merkezi No: 13/14 0374 217 33 99

### BURSA

Üçevler Mah. Düzova Sok. Ataevler  
metro istasyonu yanı Yalçınay İş Mrk. No:1  
Kat: 1/A 0224 441 58 87 0224 441 80 77

### DENİZLİ

Yunusemre Mah. Üniversite Cad. No:10  
(PAÜ Hastane karşısı) 0258 213 44 20  
0555 732 70 47

### DİYARBAKIR

Ekinciler Cad. Kalender Center No: 4-5  
0412 228 09 64 - 0412 228 09 65  
0555 690 91 56

### DÜZCE

Şerefiye Mah. Atatürk Bulvarı Cad.  
Danışan İş Merkezi No:33 Kat:2 No:11  
0506 654 36 35

### EDİRNE

Abdurrahman Mah. Talat Paşa Asfaltı  
No:168 D Blok 3. Kat No: 80 Ayşekadın  
0284 225 58 58 - 0284 225 61 61  
0284 212 66 77

### ELAZIĞ

Üniversite Mah. Yunus Emre Bulvarı  
No:2/A (Yeni Araştırma Hastanesi  
Karşısı) 0424 236 93 33 - 0424 218 90 09

### ERZURUM

Yukarı Mumcu Mah. Dabakhane Sok.  
Atatürk Evi Çaprazı Enfüz İş Merkezi  
Kat:5 0442 235 18 25 0442 235 18 24  
0533 490 09 09

### ESKİŞEHİR

Büyükdere Mah. Akasma Sok. No: 1-B  
(ESOGÜ Tıp Fakültesi Tranvay son durağı)  
0222 239 35 75 - 0222 239 53 77  
0555 690 91 58

### GAZİANTEP

Muammer Aksoy Bulvarı Kalyon İş  
Merkezi Toyota Plaza Karşısı 5. Kat No:34  
0342 215 14 00 - 0342 215 14 00  
0555 737 60 41

### HATAY

Akıncılar Mah. Hatay Cad.  
Nihadioglu Apt. Üniversite Hastanesi  
karşısı Serinyol 0555 690 91 62  
0532 584 41 11

### ISPARTA

Bağlar Mah. 110.Cadde No:53 Kat: 3 - 4  
0505 897 74 28

### KADIKÖY

Albay Faik Sözen Sok. Denizbank üstü  
No:17 Kat:4 Kadıköy 0216 330 59 59

### HASEKİ

Kürkçübaşı Mah. Cerrahpaşa Cad. No:53  
Haseki-Fatih 444 4 887 - 0212 589 05 82

### PENDİK

Fevzi Çakmak M. Mimar Sinan C. Çınar  
Sok. No:3 Kat:1 Pendik 0216 597 07 42

### İZMİR

Cumhuriyet Bulvarı No:99/7 Kat:4  
M.Rıza İş Merkezi (Anadolubank  
üstü) Pasaport 0232 445 71 47  
0232 445 71 57

### İZMİR / ASYA TIP

186/1 Sokak No:1/A Bornova (Ege  
Üniversitesi Hastanesi Karşısı, Shell  
Benzin İstasyonu Yan Sokağı)  
0232 342 21 21 0232 342 42 62

### İZMİR / BALÇOVA

M. Paşa Cad. No:271/C (9 Eylül Tıp  
Fakültesi Karşısı) Balçova 0232 279 09 42

### KAHRAMANMARAŞ

Menderes Mah. Trabzon Cad. Kasimbey  
Apt. No:45/13 0344 221 32 80

### KARS

Kasımpaşa Cad. Ortakapı Mah. Evin  
Plaza karşısı Kat:4

### KAYSERİ

Hunat Mah. Hunat Hatun Cad. No: 20  
Kat: 3 Melikgazi 0352 231 56 70  
0352 231 56 77 - 0505 662 61 18

### KIRIKKALE

Fabrikalar Mah. Ziya Gökalp Cad. 24/B  
0544 484 66 45

### KOCAELİ

Yenişehir Mah. Gazi Mustafa Kemal  
Bulvarı No:157/3 Bekirpaşa 0262 323 33 50  
0262 323 33 74

### KONYA

Abdülaziz Mahallesi Atatürk Cad.  
No: 9 Kat:2 (Sıncap Market üstü)  
Zafer Meydanı 0332 350 66 46  
0332 350 66 46 - 0555 690 86 92

### MALATYA

Cevherizade Mah. M. Egemenlik Cad.  
(Emeksiz Cad.) Aşıklar Sok. No:15/1  
0422 325 12 84 - 0422 325 12 84

### MANİSA

75. Yıl Mah. Vali Aziz Bey Cad. No: 70  
Daire:13 0507 200 01 66

### MERSİN

Aydınlıkevler Mah. 2040 Sokak Asmen  
Apt. No:4/1-2-3 Yenişehir 0555 732 70 48

### SAMSUN

Kale Mahallesi Şükrü Efendi Sok. No:2  
Kat:4 Havana Plaza 0362 432 89 78  
0362 432 18 10-0555 690 86 93

### SİVAS

Atatürk Caddesi Terziler Çarşısı K:5  
No:2 (eski Yimpaş üzeri) 0346 224 22 29  
0507 777 00 28

### ŞANLIURFA

Yusufoğlu Mah. Köprübaşı Cad. Özel  
Dünya Hastanesi karşısı Bayaslan İş  
Merkezi No:141 Kat:2 - 0506 397 18 65

### TRABZON

Gazi Paşa Caddesi Şehit Ercan Aygün Sokak  
No:5 Kat:2 0462 321 20 25

### VAN

Kazım Karabekir Cad. Yavuzlar İş  
Merkezi Kat:5 0432 214 70 44  
0505 794 22 65

### ZONGULDAK

Uzun Mehmet Cad. Apaydınlr  
Mercimek İşhanı No:21 Kat:4  
0372 222 00 10 - 0505 454 58 11

# Obstetrik ve Jinekoloji

## KLİNİK OLGU ÇÖZÜMLERİ

### **Maggie Cruickshank**

**MBChB, MD, FRCOG**

Senior Lecturer in Gynaecology  
Aberdeen Maternity Hospital,  
Foresterhill  
Aberdeen, UK

### **Ashalata Shetty**

**MD, MRCOG, MRCP(I), DGO**

Consultant in Obstetrics and Fetal-Maternal Medicine  
Aberdeen Maternity Hospital,  
Foresterhill,  
Aberdeen, UK

### **Çeviri Editörü**

**Doç. Dr. Ayşe Ender YUMRU**

Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

 **WILEY-BLACKWELL**

A John Wiley & Sons, Ltd., Publication



© Copyright 2012

*Bu kitabın, basım, yayın ve satış hakları Akademisyen Kitabevi AŞ'ye aittir. Anılan kuruluşun izni alınmadan kitabın tümü ya da bölümleri mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kağıt ve/veya başka yöntemlerle çoğaltılamaz, basılamaz, dağıtılamaz. Tablo, şekil ve grafikler izin alınmadan, ticari amaçlı kullanılamaz. Bu kitap T.C. Kültür Bakanlığı bandrolü ile satılmaktadır.*

<b>ISBN</b>	<b>Sayfa ve Kapak Tasarımı</b>
978-605-397-147-4	Akademisyen Dizgi Ünitesi
<b>Kitap Adı</b>	<b>Yayıncı Sertifika No</b>
Obstetrik ve Jinekoloji Klinik Olgu Çözümleri	47518
<b>Editör</b>	<b>Baskı ve Cilt</b>
Doç. Dr. Ayşe Ender YUMRU	Vadi Matbaacılık
<b>Yayın Koordinatörü</b>	<b>Bisac Code</b>
Yasin DİLMEN	MED033000
	<b>DOI</b>
	10.37609/akya.2973

### UYARI

*Bu üründe yer alan bilgiler sadece lisanslı tıbbi çalışanlar için kaynak olarak sunulmuştur. Herhangi bir konuda profesyonel tıbbi danışmanlık veya tıbbi tanı amacıyla kullanılmamalıdır. Akademisyen Kitabevi ve alıcı arasında herhangi bir şekilde doktor-hasta, terapist-hasta ve/veya başka bir sağlık sunum hizmeti ilişkisi oluşturmaz. Bu ürün profesyonel tıbbi kararların eşleniği veya yedeği değildir. Akademisyen Kitabevi ve bağlı şirketleri, yazarları, katılımcıları, partnerleri ve sponsorları ürün bilgilerine dayalı olarak yapılan bütün uygulamalardan doğan, insanlarda ve cihazlarda yaralanma ve/veya hasarlardan sorumlu değildir.*

*İlaçların veya başka kimyasalların reçete edildiği durumlarda, tavsiye edilen dozunu, ilacın uygulanacak süresi, yöntemi ve kontraendikasyonlarını belirlemek için, okuyucuya üretici tarafından her ilaca dair sunulan güncel ürün bilgisini kontrol etmesi tavsiye edilmektedir. Dozun ve hasta için en uygun tedavinin belirlenmesi, tedavi eden hekimin hastaya dair bilgi ve tecrübelerine dayanak oluşturması, hekimin kendi sorumluluğundadır.*

*Akademisyen Kitabevi, üçüncü bir taraf tarafından yapılan ürüne dair değişiklikler, tekrar paketlemeler ve özelleştirmelerden sorumlu değildir.*

## GENEL DAĞITIM

### Akademisyen Kitabevi AŞ

Halk Sokak 5 / A Yenışehir / Ankara

Tel: 0312 431 16 33

siparis@akademisyen.com

www.akademisyen.com

# İçindekiler

Önsöz, vii

Bilgilendirme, viii

Bu kitap nasıl kullanılacak, ix

Kısaltmalar listesi, x

## **Bölüm 1** Temel Öğeler,1

**Temel Bilim: Jinekoloji, 1**

Çeviri : Doç Dr Ayşe Ender YUMRU, Dr Burcu DİNÇGEZ

**Temel Bilim : Obstetrik, 6**

Çeviri : Doç Dr Ayşe Ender YUMRU, Dr Burcu DİNÇGEZ

**Hastaya Yaklaşım, 13**

Çeviri : Burcu DİNÇGEZ

## **Bölüm 2** Olgular, 27

**Olgu 1** Erken Gebelikte Kanama Şikayetiyle Başvuran 24 Yaşında Kadın Hasta, 27

Çeviri: Dr Maviş Özge ÖZGAN, Dr Burcu DİNÇGEZ

**Olgu 2** Alt Abdominal Ağrı ile Acil Olarak Başvuran 25 Yaşında Kadın Hasta, 33

Çeviri: Dr Burcu DİNÇGEZ

**Olgu 3** Akut Vulvar Ağrı ile Acilen Başvuran 23 Yaşında Kadın Hasta, 38

Çeviri: Dr Burcu DİNÇGEZ, Dr Maviş Özge ÖZGAN

**Olgu 4** Ağır adet kanamaları olan 45 yaşında kadın, 42

Çeviri: Dr Erkin SERTOĞLU, Dr Burcu DİNÇGEZ

**Olgu 5** Son zamanlarda öfkesini kontrol edemeyen 52 yaşında kadın hasta, 47

Çeviri: Doç Dr Ayşe Ender YUMRU, Dr Erkin SERTOĞLU

**Olgu 6** 58 Yaşında Kadında Postmenopozal Kanama, 52

Çeviri: Dr Burcu DİNÇGEZ

**Olgu 7** İnfertil Bir Çift, 57

Çeviri: Doç. Dr. Ayşe Ender YUMRU, Dr. Banu ÖNDEŞ

**Olgu 8** 16 yaşında, acil kontrasepsiyon isteyen hasta:

reproduktif yaşam boyunca kontrasepsiyon seçenekleri, 62

Çeviri: Dr. Banu ÖNDEŞ, Dr. Maviş Özge ÖZGAN

**Olgu 9** 22 yaşında vajinal akıntısı olduğunu ifade eden kadın, 72

Çeviri: Dr Banu ÖNDEŞ

**Olgu 10** 29 Yaşında Anormal Smear Testi Olan Kadın Hasta, 79

Çeviri: Dr Burcu DİNÇGEZ

**Olgu 11** Emekli bir öğretmen 'bir şey sarkıyor' hissini ifade ederek müracaat etmiştir, 83

Çeviri: Doç. Dr. Ayşe Ender YUMRU, Dr. Banu ÖNDEŞ

**Olgu 12** 57 Yaşında Abdominal Şişlik ve Şüpheli Alt Abdominal Ağrısı olan Kadın Hasta, 87  
Çeviri: Dr Burcu DİNÇGEZ

**Olgu 13** 68 yaşında uzun süren vulvar kaşıntısı olan hasta, 92  
Çeviri: Dr Banu ÖNDEŞ

### **Obstetrik**

**Olgu 14** 30 yaşında miad aşımı gebeliği olan kadın, 97  
Çeviri: Dr Erkin SERTOĞLU, Dr Burcu DİNÇGEZ

**Olgu 15** 37 yaşında, forsepsle doğumdan sonra ağır vajinal kanaması olan hasta, 103  
Çeviri: Dr Banu ÖNDEŞ

**Olgu 16** 16 yaşında yüksek kan basıncı olan 32 haftalık gebe, 109  
Çeviri: Doç. Dr. Ayşe Ender YUMRU, Dr Berker KAVŞI

**Olgu 17** 34 yaşında, gebeliğinin 33. haftasında ağrısız vajinal kanaması olan hasta, 116  
Çeviri: Dr. Banu ÖNDEŞ

**Olgu 18** 37. Gebelik haftasında ağırlı vajinal kanaması olan 39 yaşındaki kadın, 121  
Çeviri: Dr. Maviş Özge ÖZGAN

**Olgu 19** 29 yaşında, vajinal sıvı gelişi olan 31 haftalık gebe, 126  
Çeviri: Dr. Maviş Özge ÖZGAN

**Olgu 20** 35 yaşında antenatal bakım için başvuran gebe, 132  
Çeviri: Dr Burcu DİNÇGEZ

**Olgu 21** 24 yaşında, insülin bağımlı diyabeti olup gebelik planlayan hasta, 138  
Çeviri: Dr. Banu ÖNDEŞ

**Olgu 22** 32 yaşında makat prezantasyonda fetüsü olan 37 haftalık gebelik, 44  
Çeviri: Dr Burcu DİNÇGEZ

**Olgu 23** Bir geçirilmiş sezaryen öyküsü olan ve antenatal klinikte takip edilen 26 yaşında hasta, 148  
Çeviri: Dr. Burcu DİNÇGEZ, Dr. Maviş Özge ÖZGAN

**Olgu 24** 29 yaşında erken gebelikte kusma şikayeti olan kadın hasta, 153  
Çeviri: Dr. Burcu DİNÇGEZ, Dr. Maviş Özge ÖZGAN

**Olgu 25** İkiz gebeliği olan 38 yaşında kadın, 159  
Çeviri: Dr. Maviş Özge ÖZGAN

**Olgu 26** Rutin antenatal taramada HIV pozitif saptanan 26 yaşında kadın, 165  
Çeviri: Dr. Maviş Özge ÖZGAN, Dr. Banu ÖNDEŞ

### **Bölüm 3 Öz değerlendirme, 172**

Çeviri: Burcu DİNÇGEZ

**Çoktan Seçmeli Sorular (ÇSS), 172**

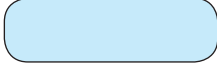
**Eşleştirmeli Sorular (EŞS), 177**

**Kendini Ölçme Soruları (KÖS), 183**

**Cevaplar, 186**

**Olgu Tanı Dizini, 193**

**İndeks, 195**



## Önsöz

Birçok obstetrisyen ve jinekolog için kadın sağlığının çekiciliği, uzmanlığımızın farklılığını oluşturmaktadır. Obstetri ve jinekoloji, hastalara medikal ve cerrahi bakımın kombinasyonunu sağlar. Hasta profili; sağlık kontrolü için destek almak için başvuran sağlıklı ve zayıf bayan hastalardan, ciddi preeklampsi ile akut rüptüre ektopik gebelik gibi acil durumları olan hastalara kadar değişim göstermektedir.

Bakımı geliştirmek için sağlam bilimsel bilginin önemi “İngiliz obstetriğin babası” olan William Smellie tarafından 18.yüzyılda vurgulanmıştır.“Ebe olmak isteyen kişi, her zaman olmasa da birçok vakede obstetrik sanatla ilişkisi nedeniyle öncelikle anatominin ustası olmalı, cerrahi ve fizikte yeterli bilgiyi kazanmalıdır.”demektedir (A Treatise on the *Theory and Practice of Midwifery*.William Smellie 1752).

Obstetrik, jinekoloji ve cinsel sağlık sıklıkla normal fizyoloji ile birleşen tarama unsurları, sağlık öğütleri ve bilginin yanında obstetrik ve jinekolojik uygulamaya dayanmaktadır.

*Obstetrik ve Jinekoloji: Klinik Olgu Çözümleri* kitabındaki olgular, öğrenci ve stajyerlere başlık ve semptom tabanlı yaklaşımda kaybedilebilen bütünsel yaklaşımı sunmaktadır. İlk bölümler hasta odaklı bölüme geçilmeden önce temel bilimleri ve hastaya yaklaşımı kapsamaktadır. Olgular kadın sağlığının genişliğini kapsayacak ve kliniklerde sık karşılaşılan senaryoları içerecek şekilde geliştirilmiştir. Okuyucuya ilk konsültasyondan, rasyonel tetkiklere ve yönetim planına, sonrasında da anahtar noktalara kadar sunulan bilgiler sayesinde mantıklı bir çalışma sunulmaya çalışılmıştır. Olgular tamamen hayali olmakla birlikte, hepsi önemli ya da sık prezentasyonlara ve temel ulusal referans kılavuzlara dayanmaktadır.

Maggie Cruickshank  
Ashalatha Shetty

## Katkıda bulunanlar

**Doç. Dr. Ayşe Ender Yumru**

Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

**Dr. Burcu Dinçgez**

Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

**Dr. Banu Öndeş**

Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

**Dr. Maviş Özge Özgan**

Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

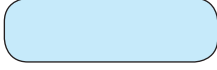
**Dr. Erkin Sertoğlu**

Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

**Dr. Berker Kavşi**

Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği



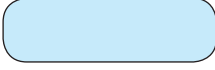


## Çeviri Editörünün Önsözü

Kitabın çeviri ve basımının her aşamasında bilgi kimliği ile bilgi, deneyim ve desteklerini esirgemyen Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin değerli Başhekimi Sn. Dr. Cengiz YUMRU'ya; hevesli, heyecanlı ve özverili çalışmalarından dolayı sevgili asistanlarımıza teşekkürlerimi sunarım.

Mesleki yaşamımda girişimde bulunduğum her alanda yolumu aydınlatan evlatlarım Mete Can ve Defne YUMRU'ya sonsuz teşekkürler...

Doç. Dr. Ayşe Ender YUMRU  
Mayıs 2012 İstanbul



## Teşekkürler

Kitaba olan katkılarınızdan dolayı minnettarız:

### Jinekoloji

**Chris Bain**

MD, MRCOG

Consultant Obstetrician and Gynaecologist

Aberdeen Royal Infirmary and Aberdeen Maternity

*Hospital Cases 5 and 11*

**Susie Logan**

MD (comm), MRCOG, MFSRH

Consultant in Sexual and Reproductive Healthcare

NHS Grampian

*Cases 8 and 9*

**Vanessa Harry**

MRCOG

Specialist Registrar, Obstetrics and Gynaecology

Aberdeen Royal Infirmary and Aberdeen Maternity

*Hospital*

*Cases 2 and 4*

**Abha Maheshwari**

MRCOG

Subspeciality Trainee in Reproductive Medicine

Aberdeen Royal Infirmary and Aberdeen Maternity

*Hospital Cases 1 and 7*

### Obstetrik

**Louise Smart**

MD, FRCPath Consultant Cytopathologist NHS

*Grampian Case 10*

**Priya Madhuvrata**

MRCOG

Senior Registrar in Obstetrics and Gynaecology

Aberdeen Royal Infirmary and Aberdeen Maternity

*Hospital Cases 15, 21, 23 and 25*

**Tara Fairley**

MRCOG

Senior Registrar in Obstetrics and Gynaecology

Aberdeen Royal Infirmary and Aberdeen Maternity

*Hospital Cases 14, 16, 20 and 22*

**Manisha Mathur**

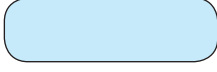
MRCOG

Senior Registrar in Obstetrics and Gynaecology

Aberdeen Royal Infirmary and Aberdeen Maternity

*Hospital Cases 18, 19, 24 and 26*

We would also like to thank Heather Munro for her invaluable support and effort with typing, collation and proof reading.



## Bu kitap nasıl kullanılacak

Klinik Olgu Çözümleri (KOÇ) kitabı, klinik deneyiminize destek olmak ve incelerken hafızanızı tazelemeye yardımcı olmak amacıyla tasarlanmıştır. Her kitap 3 bölümden oluşmaktadır: Bölüm 1, Temel öğeler; Bölüm 2, Olgular; Bölüm 3, Öz değerlendirme.

Bölüm 1, temel bilim, anamnez ve muayene ile alandaki anahtar tanıların çabuk hatırlanmasını sağlamaktadır. Bölüm 2, her bir olguda size rehberlik eden soru ve cevaplarla birlikte, servislerde görmeyi ya da sınavlarda çıkması beklenen klinik sunumların birçoğunu kapsamaktadır. Test sonuçları gibi yeni bilgiler, gün ışığına çıkarılan olaylar ifşa edilmektedir ve her bir olgu, anahtar noktaları açıklayan faydalı bir olgu özeti ile sonuçlanmaktadır. Bölüm 3, her biri klinik odaklı birçok soru yöntemi ile (ÇSS, ESC, KÖS) ken-

dinizi test etme imkanı sunacaktır.

Bir grubun üyesi olarak çalışırken veya kişisel okumalarınız sırasında KOÇ kitabının ilginizi çekeceğini umut ediyoruz. Serimizi geliştirmemiz için herhangi bir öneriniz olursa, lütfen [medstudentuk@oxon.blackwellpublishing.com](mailto:medstudentuk@oxon.blackwellpublishing.com) adresinden irtibat kurarak bize bildiriniz.

### Feragatname

KOÇ hastaları, kendi semptom ve kaygılarından oluşan raporlarıyla gerçek hayatı yansıtacak şekilde tasarlanmıştır. Lütfen, kullanılan bütün isimlerin tamamıyla kurgudan ibaret olduğunu ve ister sağ ister ölü olsun hastalara olan herhangi bir benzerliğin tesadüfi olduğunu unutmayınız.

## Kısaltmalar Listesi

ABC	havayolu, solunum, dolaşım	HBV	hepatit B virüsü
ACE	anjiyotensin dönüştürücü enzim	HCG	human koryonik gonadotropin
AFP	alfa fetoprotein	HELLP	(sendromu) hemolitik anemi, yüksek karaciğer enzimleri ve düşük trombosit sayısı
APH	ante partum hemoraji	HG	hiperemesis gravidarum
ART	anti retroviral tedavi	HPV	human papilloma virüs
βHCG	β human koryonik gonadotropin	HRT	hormon replasman tedavisi
KMY	kemik mineral yoğunluğu	HSV	herpes simpleks virüs
VKI	vücut kitle indeksi	YVS	yüksek vajinal sürüntü
BÇA	borderline çekirdek anomalileri	IDDM	insülin bağımlı diabetes mellitus
KB	kan basıncı	Ig	immunoglobulin
BV	bakteriyel vajinozis	IMK	intermenstrual kanama
CIN	servikal intraepitelyal neoplazi	IUD	rahim içi araç
KOK	kombine oral kontrasepsiyon	IUGR	intrauterin büyüme geriliği
CRP	C-reaktif protein	IUS	rahim içi sistem
BT	bilgisayarlı tomografi	IVF	in vitro fertilizasyon
KTG	kardiyotokografi/ kardiyotokogram	LARC	uzun etkili geri dönüşümlü kontrasepsiyon
KVH	kardiyovasküler hastalık	LAVH	laparoskopik asiste vajinal histerektomi
CVS	koryonvillus örnekleme	KEI	karaciğer enzim indükleyici
DIC	dissemine intravasküler koagülasyon	KFT	karaciğer fonksiyon testi
GYA	günlük yaşam aktivitesi	LH	luteinizan hormon
DMPA	depo-medroksiprogesteron asetat	LLETZ	transformasyon zonunun geniş eksizyonu
DUK	disfonksiyonel uterin kanama	SAT	son adet tarihi
EB	endometriyal biyopsi	LNG-IUS	levonorgestrel salgılayan rahim içi sistem
AK	acil kontrasepsiyon	OAB	ortalama arteriyel basınç
EKG	elektrokardiyografi/ elektrokardiyogram	MEA	mikrodalga endometriyal ablasyon
ESV	eksternal sefalik versiyon	MRI	manyetik rezonans görüntüleme
TDT	tahmini doğum tarihi	OAI	orta akım idrarı
ERCS	elektif mükerrer sezaryen sectio	NAAT	nükleik asit amplifikasyon testi
GAAM	genel anestezi altında muayene	DAP	doğal aile planlaması
TKS	tam kan sayımı	NICE	Klinik mükemmellik için ulusal enstitü
FIGO	uluslararası jinekoloji ve obstetrik federasyonu	NNRTI	non-nükleosit reverse transkriptaz inhibitörü
FSH	folikül uyarıcı hormon	NRTI	nükleosit reverse transkriptaz inhibitörü
İAİ	ilk akım idrarı	NSAID	non-steroid anti inflamatuvar ilaçlar
GDM	gestasyonel diabetes mellitus	NT	ense kalınlığı
GFR	glomerül filtrasyon hızı		
GSK	genel sağlık konseyi		
GnRH	gonadotropin salgılatıcı hormon		
GUİ	genito üriner ilaç		
HAART	yüksek aktiviteli antiretroviral tedavi		

NTD	nöral tüp defekti	SOLVS	kendi kendine yapılan alt vajinal sürüntü
OGTT	oral glikoz tolerans testi	START	kısa süreli antiretroviral tedavi
OYKM	objektif yapılandırılmış klinik muayene	CIBH	cinsel ilişki ile bulaşan hastalıklar
PAPP-A	gebelikle ilişkili plazma protein A	TAH / BSO	total abdominal hysterektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi
PCA	hasta kontrollü opioid analjezi	TEH	trombo embolik hastalık
PKK	postkoital kanama	TENS	transkutanöz elektrik sinir stimülasyonu
PCOS	polikistik over sendromu	TFT	tiroid fonksiyon testi
PI	proteaz inhibitörü	TPN	total parenteral nütrisyon
PID	pelvik inflamatuvar hastalık	TRAP	ters ikiz arteriyel perfüzyon
TÖS	travay öncesi sezaryen	TSH	tiroid uyarıcı hormon
PMK	post menopozal kanama	TTTS	ikizden ikize transfüzyon sendromu
POI	yalnız progesteron içeren implant	TV US	transvajinal ultrason
POP	yalnız progesteron içeren hap	TZ	transformasyon zonu
PPH	postpartum hemoraji	U & E	üre ve elektrolitler
PPROM	preterm prematür membran rüptürü	uE3	unkonjuge östriol
PRL	prolaktin	İYE	idrar yolu enfeksiyonu
PROM	erken membran rüptürü	SSVD	sezaryen sonrası vajinal doğum
VAG	vajinal	VIN	vulvar intraepitelyal neoplazi
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists	VTE	venöz tromboembolizm
RhD	rhesus D	VVK	vulvovajinal kandidiyazis
RMI	malignite indeksi riski	ZDV	zidovudin
SKB	skuamo-kolumnar bileşke		
SFY	symphysis-fundus yüksekliği		

# Temel Bilimler: Jinekoloji

Doç. Dr. Ayşe Ender YUMRU  
Dr. Burcu DİNÇGEZ

Kadın genital sistemi fonksiyonel ve klinik özelliklerine göre üst ve alt genital traktus olmak üzere 2'ye ayrılır.

## Alt Genital Traktus

Alt genital traktus vulva, vajina ve serviksi içerir.

### Vulva Gelişimi

Erken embriyonik dönemde eksternal genital organların her iki cinsiyete farklılaşabildiği indifferansiye evre vardır.

- İki genital kabarıklık
- İki genital katlantı
- Orta anterior genital tüberkül

Bunlar testosteron yokluğunda kadınlarda şu yapılarla dönüşür:

- Labium majus
- Labium minus
- Klitoris

Pubertede, labium majus ve pubiste yağ birikimine bağlı olarak boyut artışı görülür. Menarş ile birlikte kıllar gelişmeye başlar. Menopoz sonrası değişikliklerle düşük östrojen seviyesine bağlı olarak yağlı dokunun kaybı ve kıllarda azalma olur. Bazı hastalarda introitus da daralır.

### Anatomi

Vulva zengin kanlanmaya sahiptir. İnternal pudendal damarlardan, iliak arterin diğer dallarından ve femoral arterin dalı olan eksternal pudendal arterden beslenir (fig A).

Lenfatik drenajı inguinal ve yüzeysel femoral lenf nodlarına olur. Pudendal sinirler S2,3 ve 4'ten köken alır.

### Vajina Gelişimi

Vajina üst bölümü parametonefrik kanaldan ve alt bölümü solid sinovajinal kanalların kanalizasyonundan oluşur. Introitus ve hymen ürogenital sinüsten köken alır. İn utero 6-7. aya kadar vajinanın kanalizasyonu tamamlanmaz.

### Anatomi

Vajina stratifiye skuamoz epitel ile kaplıdır. Epitel glikojenden zengindir ve bu glikojen laktobasiller tarafından kullanılır. Glikojenin laktik aside dönüşümü ile vajenin asit pH ortamı oluşur. Bu durum normal vajinal floranın korunmasını sağlar ve patojenik organizmaların kolonizasyonuna engel olur.

Servikal, paraüretral, Bartholin bezleri ve bazı vajinal transüstasyonlar vajinal salgıları oluşturur. Puberte öncesinde ve menopoz sonrasında düşük östrojen seviyeleri vajinal mukozada incelmeye neden olur.

Kan akımı iliak arterin dalları olan vajinal arterden sağlanır.

Alt 1/3'ünün lenfatik drenajı vulvanınki gibidir, üst 2/3 ise internal iliak, obturator ve eksternal iliak nodlara drene olur.

### Serviks Gelişim

Serviks ve uterus parametonefrik kanalın füzyonu ile oluşur. Ortadaki septum tek kaviteyi oluşturmak için absorbe olur.

Serviks vajinal kubbeye doğru uzanır ve ektoservikal kısım stratifiye skuamoz epitel ile kaplanır. Buna zıt olarak endoservikal kanal tek katlı kolumnar epitel ile

*Obstetrics and Gynaecology: Clinical Cases Uncovered.*  
By. M. Cruickshand and A. Shetty. Published 2009 by Blackwell Publishing. ISBN: 978-1-4051-8671-1

# Temel Bilimler: Obstetrik

Doç. Dr. Ayşe Ender YUMRU  
Dr. Burcu DİNÇGEZ

Gebelikte maternal fizyolojide, anatomi ve hormonal dengede birçok değişiklik görülür ve bunlar fetusun optimal büyüme ve gelişimi, annenin gebelik ve doğumun etkilerine uyumu, yenidoğanın beslenmesi için önem taşır. Bazı fizyolojik değişimler annede semptomlara neden olabilmekte, gebe olmayanlarda ve hastalıklarla ilişkili olabilecek şekilde tetkik sonuçlarını değiştirebilmekte, klinik değerlendirme yapılmasını zorlaştırabilmektedir.

## Plasenta

Embriyonun endometriyuma implantasyonu fertilizasyondan 8-10 gün sonra olur. Blastokistlerin yüzeyel trofoblastik hücreleri sitotrofoblast ve sinsityotrofoblastlara differansiye olur, bunlar proliferasyona uğrar ve uterusun desidua tabakasına penetre olur ve sonrasında plasentayı oluşturur. Plasenta fetus ve maternal vasküler yüzey alanı arasında etkin bir ara yüzey oluşturur. Fetusun beslenmesini, gaz değişimini ve atıkların elimine edilmesini sağlar.

Plasenta major bir endokrin organdır. Maternal ve fetal fizyolojiyi etkileyen progesteron, östrojen gibi steroid hormon ve human koryonik gonadotropin, relaksin ve plasental laktojen gibi diğer hormonların sentez ve sekresyonunu sağlar.

## Human Koryonik Gonadotropin

Koryonlar tarafından en erken sentezlenen hormonların biridir. Overde korpus luteumun devamlılığını sağlar ki bu da gebeliğin devamı için progesteron ve

östrojen salınımını sağlar. Bu görev 8. haftada plasenta tarafından üstlenilir.

## Progesteron

Gebeliğin devamını sağlayan major hormonlardan biridir. Gebeliğin kabulü için immunitenin baskılanmasını ve doğuma kadar gebeliğin tutulmasını sağlamak amacıyla uterus düz kas kontraktilesinin azaltılmasını sağlar. Progesteron seviyelerindeki düşüş erken doğumu tetikleyebilir.

Ayrıca düz kaslar üzerindeki gevşetici etkisi ureterler, ösefageal sfinkterler ve barsaklar üzerinde de görülür. Bunlar da reflü, göğüste yanma, gecikmiş mide boşalması, konstipasyon ve ureterde genişleme sonucunda üriner trakt enfeksiyonu veya pyelonefrit gibi klinik semptomların oluşumuna neden olabilir.

## Östrojen (östriol, östradiol, östron)

Plasenta östrojenin ana kaynağı olmakla birlikte sentezinin tamamlanması için fetus tarafından üretilen bazı enzimler gereklidir. Östrojen, büyüyen gebeliğe uterus kaslarının uyumunu sağlamaya yardımcı olur. Kanalları ve alveolar yapıları geliştirerek süt üretimini sağlamak üzere memede değişiklikler oluşturur. Meme ucunun boyut ve mobilitesinin artışına katkı sağlar. Protein sentezini artırır, kan hacmi ve koagülasyon parametreleri üzerine etkileri vardır. Doğum için serviksin yumuşamasını kolaylaştırır.

## Relaksin

Kollajen üretimini azaltarak ve kollajen yıkımını artırarak serviksin ve symphysis pubisin ligamanlarının yumuşamasını sağlar.

Symphysis pubisin ligamanlarının yumuşaması özellikle gebeliğin ilerleyen evrelerinde maternal rahatsızlığa ve symphysis pubiste diastaza neden olur.

*Obstetrics and Gynaecology: Clinical Cases Uncovered.*  
By. M. Cruickshand and A. Shetty. Published 2009 by Blackwell Publishing. ISBN: 978-1-4051-8671-1

# Hastaya Yaklaşım

Dr. Burcu DİNÇGEZ

## Jinekolojik Hasta

Birçok tanı hastanın anamnezi ve muayene bulguları ile konular, bu nedenle muayene dikkatli ve sistematik yapılmalıdır. Konsültasyonun başında kendinizi tanıttınız, adınızı, pozisyonunuzu söyleyiniz, muayene için hastanın rızasını alınız. Eğer pelvik muayene yapacaksanız bunlar özellikle önem taşımaktadır (kutu A).

Jinekolojik konsültasyon yapısı gereği diğer sistem muayenelerini takiben yapılmalı ve ek olarak menstrüel öykü ve geçmiş obstetrik öykü sorgulanmalıdır. Bu durum hasta gebe ise ve jinekolojik öykünün katkısı olacaksa özellikle önemlidir.

## Başvuru şikayetleri

Başvuru şikayetlerinin anlaşılması için konsültasyon açık uçlu sorularla başlamalıdır. Obstetrik ve jinekolojik uygulamaların birçoğunun normale dayandığını ve iyi reproduktif sağlığı geliştirdiği hatırlanmalıdır. Mükemmel hissetmek yerine bir fikir için gerektiğinde hasta yönlendirilebilmelidir. Hastanın problemi algılaması referans yazısından farklı olabilir, bu yüzden en iyisi açık uçlu sorularla ne olduğu konusunda hastanın kendisinden açıklama alınmasıdır.

## Menstrüel Öykü

Başlangıçta hastanın son menstrüel periyodunun tarihinin öğrenilmesi yararlıdır.

- Menstrüel siklus şu şekilde gösterilir  $k = \text{pay/payda}$
- Pay, kanaması olan toplam gün sayısı

- Payda, bir periyodun ilk gününden diğer periyodun ilk gününe geçen siklusun uzunluğu
- Eğer hastanın siklusları düzenli değil ise siklusun minimum ve maksimum uzunluğu aralık şeklinde yazılmalıdır.
- $K = 5/28$  ifadesi 28 günde bir düzenli siklusa sahip ve 5 gün kanaması olan kadını gösterir.

## Anormal vajinal kanama

Hastanın ilk adet yaşının (menarş) sorulması alışlagelen bir sorudur. Cinsel ilişki ile tetiklenen intermenstrüel ve postkoital kanamanın sorgulanması gereklidir. Eğer hasta postmenopozal dönemde ise son siklusunun ne zaman olduğu ve ondan sonra kanaması olup olmadığı da sorulmalıdır. Postmenopozal kanama son normal menstrüel periyoddan 1 yıl veya daha sonra olan kanamadır (tablo B).

## Ağır menstrüel kanama

Eğer hasta ağır kanamalardan bahsediyorsa durumun ciddiyetinin değerlendirilebileceği birçok yol vardır ancak en önemlisi bu durumun hastanın yaşam kalitesi üzerine olan etkisidir (örn normal aktivitelerin kısıtlanması).

## Koagulum

Normal siklusta prostaglandin salınımına bağlı kan pıhtılaşmaz. Koagulum kan kaybının bu sistemi etkilediğini düşündürür. Koagulumun boyutunun değerlendirilmesi önemlidir. Genellikle vajinada bulunurlar ve karaciğer parçasına benzerler.

## Hijyenik koruma

Şunların sorulması önemlidir:

- Hijyenik koruma (tampon veya pedlerin emilim gücünü de içerir)
- Ped ve tampon değiştirme sıklığı

*Obstetrics and Gynaecology: Clinical Cases Uncovered.*  
By. M. Cruickshand and A. Shetty. Published 2009 by Blackwell Publishing. ISBN: 978-1-4051-8671-1



Sonuç olarak, iyi bir antenatal bakım gebelikte herhangi bir evrede (travay, doğum ve lohusalık da dahil) değişebilecek risk değerlendirmesini içerir. Risk değerlendirmesi geçmiş obstetrik ve medikal, cerrahi, ailesel, sosyal ve ilaç öyküsü, maternal demografik özellikler (yaş, vücut kitle indeksi), rutin muayene sonuçları (örn artmış kan basıncı gebeliğin indüklediği hipertansiyon veya preeklampitik toksemiye, düşük symphysis-fundus yüksekliğinin az olması

IUGR'yi destekler) ve antenatal tanı testleri sonuçlarına dayanarak yapılır.

### **Kaynaklar**

Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. NICE Clinical Guideline CG62. March 2008.

GMC Guidelines on Intimate Examination: Maintaining Boundaries. November 2006.

## Olgu 2

# Alt abdominal ağrı ile acil olarak başvuran 25 yaşında kadın hasta

Dr. Burcu DİNÇGEZ

*Kenzi Anderson, 25 yaşında kadın hasta, acil olarak jinekoloji bölümüne başvurur. 2 gün önce başlayan ve gittikçe kötüleşen alt abdominal ağrı şikayeti mevcuttur. Karşı tarafta da ağrı hissetmesine rağmen ağrısı sol tarafta daha şiddetlidir.*

### Ayırıcı tanıyı etkileyecek aklınıza gelen ilk düşünce nedir?

Hasta gebe midir?

### Eğer gebe ise ayırıcı tanılar ne olabilir?

- Ektopik gebelik
- Düşük (düşük tehdidi / inkomplet abortus / septik abortus)
- Korpus luteum kist rüptürü
- Korpus luteum kisti içine kanama

### Gebe değilse ayırıcı tanılar nelerdir?

- Akut pelvik inflamatuvar hastalık (PID)
- Over kisti (hemoraji / rüptür)
- Over kist torsiyonu
- Endometriozis
- Uterin fibroid dejenerasyon
- Primer dismenore
- Mittelschmerz
- Pelvik venöz konjesyon

### Akut pelvik ağrının diğer nedenleri (non-jinekolojik) unutulmamalıdır.

- Gastrointestinal
- Ürolojik

- Travma
- Orak hücre krizi
- Mezenterik damar oklüzyonu

### Anamnez alırken neler sorulmalıdır? Amenore periyodu

Hastanın gebe olabileceğine dikkat ediniz.

### Şikayetlerin öyküsünün alınması

- Sıklık, süre, ağrının şiddeti ve arttırıcı- azaltıcı faktörler
- Sürekli, spazmodik, kramp tarzında veya kolik tarzda ağrı
- Ağrının yeri: tek taraflı ağrı adneksiyal patolojileri, appendisit veya renal kolik düşündürürken bilaterale ağrı endometrit ve salpenjit gibi tubaları da içine alan uterin patolojileri düşündürür. Suprapubik ağrı ise sistiti düşündürür.

### İlişkili semptomlar

- Vajinal kanama, akıntı
- Üriner semptomlar (disüri)
- Gastrointestinal ve/veya barsak semptomları- anoreksia, kusma, kabızlık, diyare
- Ateş

### Jinekolojik Öykü

- Düzenli / düzensiz menstrüel siklus
- Kontrasepsiyon - özellikle pelvik enfeksiyon ve ektopik gebelik riskinde artış nedeniyle intrauterin araç (RIA)
- Pelvik enfeksiyon öyküsü (PID)
- Geçirilmiş ektopik gebelik
- Endometriozis, infertilite, fibroid öyküsü
- Over kisti, ooferektomi, myomektomi, tubal sterilizasyonu da içeren tubal cerrahiler gibi önceki pelvik cerrahilerin öyküsü
- Servikal smear öyküsü

*Obstetrics and Gynaecology: Clinical Cases Uncovered.*  
By. M. Cruickshand and A. Shetty. Published 2009 by Blackwell Publishing. ISBN: 978-1-4051-8671-1

## Olgu 2

# Alt abdominal ağrı ile acil olarak başvuran 25 yaşında kadın hasta

Dr. Burcu DİNÇGEZ

*Kenzi Anderson, 25 yaşında kadın hasta, acil olarak jinekoloji bölümüne başvurur. 2 gün önce başlayan ve gittikçe kötüleşen alt abdominal ağrı şikayeti mevcuttur. Karşı tarafta da ağrı hissetmesine rağmen ağrısı sol tarafta daha şiddetlidir.*

### Ayırıcı tanıyı etkileyecek aklınıza gelen ilk düşünce nedir?

Hasta gebe midir?

### Eğer gebe ise ayırıcı tanılar ne olabilir?

- Ektopik gebelik
- Düşük (düşük tehdidi / inkomplet abortus / septik abortus)
- Korpus luteum kist rüptürü
- Korpus luteum kisti içine kanama

### Gebe değilse ayırıcı tanılar nelerdir?

- Akut pelvik inflamatuvar hastalık (PID)
- Over kisti (hemoraji / rüptür)
- Over kist torsiyonu
- Endometriozis
- Uterin fibroid dejenerasyon
- Primer dismenore
- Mittelschmerz
- Pelvik venöz konjesyon

### Akut pelvik ağrının diğer nedenleri (non-jinekolojik) unutulmamalıdır.

- Gastrointestinal
- Ürolojik

- Travma
- Orak hücre krizi
- Mezenterik damar oklüzyonu

### Anamnez alırken neler sorulmalıdır? Amenore periyodu

Hastanın gebe olabileceğine dikkat ediniz.

### Şikayetlerin öyküsünün alınması

- Sıklık, süre, ağrının şiddeti ve arttırıcı- azaltıcı faktörler
- Sürekli, spazmodik, kramp tarzında veya kolik tarzda ağrı
- Ağrının yeri: tek taraflı ağrı adneksiyal patolojileri, appendisit veya renal kolik düşündürürken bilaterale ağrı endometrit ve salpenjit gibi tubaları da içine alan uterin patolojileri düşündürür. Suprapubik ağrı ise sistiti düşündürür.

### İlişkili semptomlar

- Vajinal kanama, akıntı
- Üriner semptomlar (disüri)
- Gastrointestinal ve/veya barsak semptomları- anoreksia, kusma, kabızlık, diyare
- Ateş

### Jinekolojik Öykü

- Düzenli / düzensiz menstrüel siklus
- Kontrasepsiyon - özellikle pelvik enfeksiyon ve ektopik gebelik riskinde artış nedeniyle intrauterin araç (RIA)
- Pelvik enfeksiyon öyküsü (PID)
- Geçirilmiş ektopik gebelik
- Endometriozis, infertilite, fibroid öyküsü
- Over kisti, ooferektomi, myomektomi, tubal sterilizasyonu da içeren tubal cerrahiler gibi önceki pelvik cerrahilerin öyküsü
- Servikal smear öyküsü

*Obstetrics and Gynaecology: Clinical Cases Uncovered.*  
By. M. Cruickshand and A. Shetty. Published 2009 by Blackwell Publishing. ISBN: 978-1-4051-8671-1

## Olgu 3

# Akut vulvar ağrı ile acilen başvuran 23 yaşında kadın hasta

Dr. Burcu DİNÇGEZ  
Dr. Maviş Özge ÖZGAN

*Chloe White, 23 yaşında kadın hasta, ani başlayan vulvar ağrı ile başvurur. 2 gündür vulvada rahatsızlık ve hassasiyet hisseden hasta duş yaparken vulvanın sol kısmında bir şişlik fark eder. Ağrısı dayanılmaz hale gelen hasta parasetamol alır fakat ağrıda bir değişiklik olmaz. Başlangıçta kendiliğinden geçeceğini düşündüğü ve utandığı için başvurmayan hasta şu anda ağrı nedeniyle oturamaz haldedir.*

### Ayrırcı tanıda ilk akla gelenler nelerdir?

- Bartholin absesi
- Vulvar abse
- Genital herpes
- Vulvar hematom
- Behçet hastalığı
- Vulvar kandidiyazis
- Kontakt dermatit

### Anamnez alırken neler sorulmalıdır?

Bu şekilde akut ağrıyla başvuruda bir ön tanı oluşturulmalıdır. Muayene öncesinde alınan anamnez hasta ile uyumu kolaylaştıracaktır. Detaylı yapılan bir muayene de yön verici sorular sormayı kolaylaştıracak ve ağrının azaltılması için ön tanı oluşturulmasına izin verecektir.

Burada cinsel yolla bulaşan hastalıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Anamnezde ilk başta detaylı cinsel öykünün alınması gerekli değildir. Şu andaki cinsel ilişkinin, kontrasepsiyon yönteminin, önceki vulvar ağrı veya akıntı varlığının sorgulanması gerekmektedir.

dir. Hastanın ilaçları sorgulanmalı ve bunların semptomları arttırıcı etkileri gözden geçirilmelidir. Ayrıca topikal iritanların varlığı, yıkama ve temizleme solüsyonlarının kullanımı sorgulanmalıdır. Travma varlığı öğrenilmelidir. Eğer istismar söz konusuysa bu bilgiyi kolaylıkla vermeyebilirler. Eğer primer herpes enfeksiyonu mevcutsa hastanın halsizlik, miyalji, baş ağrısı ve ateş gibi genel semptomları olabilir.

*Chloe düzenli bir cinsel ilişki yaşadığı partnerinin olduğunu ve 2 yıldır kontraseptif implantı olduğunu ifade eder. Herhangi bir bariyer yöntemi kullanmamıştır. Cinsel yolla bulaşan hastalık veya kandidiyazis öyküsü yoktur. Ağrı başladığından beri tek kullandığı ilaç parasetamoldür. Son adeti 3 hafta öncedir ve herhangi bir temizleme solüsyonu kullanımı yoktur. Duş jeli kullanmaktadır ve pamuklu iç çamaşırını giymektedir.*

### Fizik muayenede nelere dikkat edilmelidir?

#### Genel Muayene

Genel muayenede genellikle bulgu elde edilemez veya muayene çok az bilgi verir. Genellikle sistemik enfeksiyon bulguları yoktur. Eğer ilaç alımı ya da Behçet hastalığından şüphe ediliyorsa ülserasyon varlığı için oral mukoza değerlendirilmelidir. Bartholin absesi veya herpes enfeksiyonu mevcutsa inguinal lenfadenopati varlığına dikkat edilmelidir.

#### Pelvik Muayene

Vulva inspeksiyonu yapılmalı ve hastaya ne yapılacağı konusunda bilgi verilmelidir. Bazı durumlarda inspeksiyon dışında bir şey yapmak mümkün olmayabilir. Bu durumda yeterli bir ışık kaynağı ile lezyonun değerlendirilmesi sizi tanıya yönlendirebilir. Bu aşamada internal inceleme için endikasyon bulunmamaktadır ve zaten hasta bunu tolere edemeyebilir.

*Obstetrics and Gynaecology: Clinical Cases Uncovered.*  
By. M. Cruickshand and A. Shetty. Published 2009 by Blackwell Publishing. ISBN: 978-1-4051-8671-1

## Olgu 4

Ağır adet kanamaları olan  
45 yaşında kadın

Dr Erkin SERTOĞLU

Dr Burcu DİNÇGEZ

*Ellen Smith ağır adet kanamaları olan 45 yaşında bir kadındır. Şikayeti 8 ay önce başlar ve kanamaları artmaya devam eder. Şu anda bu problemle ilgili oldukça sıkıntılıdır.*

## Ayrırcı tanıda ilk akla gelenler nelerdir?

- Disfonksiyonel uterin kanama
- Uterin fibroidler
- Endometriyal polip
- Endometriyal hiperplazi
- Endometriozis
- Adenomyozis
- Endometriyal kanser

## Anamnezde sorulması gerekenler nelerdir?

## Başvuru şikayeti ve bu şikayetin öyküsü

- Vajinal kanamanın süresi ve sıklığı
- Ara kanama ya da postkoital kanama
- İlişkili ağrı

## İlgili semptomlar

- Anemi semptomları: letarji, halsizlik, palpasyon

## Menstrüel siklus öyküsü

- Problem öncesi menstruasyonun süresi, sıklığı ve düzeni
- Menarş yaşı
- Kontrasepsiyon, rahim içi araç (RİA) ya da hormon replasman tedavisi (HRT)
- Servikal smear hikayesi, özellikle de son smearın tarihi ve sonucu

## Obstetrik öykü

- Parite, doğum tipleri ve komplikasyonları

## Medikal öykü

- Tiroid hastalığı, hipertansiyon, diyabet
- Kanama ya da pıhtılaşma bozuklukları

## Bu kadının sosyal öyküsünde özellikle hangi özellikler üzerinde durmalısınız?

Ağır menstrüel kanamanın kadınların yaşam kalitesi üzerinde büyük bir etkisi vardır ve bu vajinal kaybın değerlendirilmesine yardımcı olur. Örneğin kanama çok ağır olduğu için işten izin almak, 'kaza' korkusuyla evden dışarı çıkmayı istememek ya da kanamanın sebep olabileceği uygunsuz durumlar yüzünden tatile çıkmamak bu problemin hastanın hayatı üzerindeki etkisini göstermektedir.

Ulusal Klinik Uzmanlık Enstitüsü (NICE) ağır menstrüel kanamayı; kadının fiziksel, duygusal, sosyal ve materyal yaşamını etkileyen yoğun menstrüel kan kaybı olarak tariflemektedir. Bu yüzden anamnezde meslek, sigara ya da alkol kullanımının sorgulanması dışında problemin günlük yaşamını nasıl etkilediğinin sorgulanması da yararlıdır.

*Bayan Smith size adetlerinin uzun sürdüğünü ve bu yüzden hangisinin adeti hangisinin ara kanama olduğunu anlamının güç olduğunu söyler. Bu düzensizlik hastayı büyük sıkıntıya sokar ve bisiklet sürmeyi de içeren sosyal yaşamına devam edemeyeceğini düşünür.*

*Obstetrics and Gynaecology: Clinical Cases Uncovered.*  
By. M. Cruickshand and A. Shetty. Published 2009 by Blackwell Publishing. ISBN: 978-1-4051-8671-1

## Olgu 5

# Son zamanlarda öfkesini kontrol edemeyen 52 yaşında kadın hasta

Doç. Dr. Ayşe Ender YUMRU  
Dr. Erkin SERTOĞLU

*Bayan Caroline Britain son birkaç aydır zor toplantılarda öfkesini kontrol edemediğini, kızardığını ve bocaladığını fark eden 52 yaşında bir iş kadınıdır. Bu durum hem potansiyel müşterileri hem de idare için utanç verici bir durum haline gelir. Kendisi için 10 yıldır çalışan sekreteri ofiste bu durumla ilgili dedikodular duyar. Bayan Britain bir müşteriye bağdıktan sonra çok önemli bir toplantıdan ayrıldığında bu konuyu açması gerektiğini hisseder. Bayan Britain bu davranışı yüzünden sözlü uyarı alır. Bayan Britain bu rahatsız edici olayı sekreteri ile tartıştıktan sonra doktoruna başvurur. Terlemesine bağlı cinsel problemlerin ve uyku problemlerinin evliliğinde sorun yarattığını itiraf eder.*

### Ayırıcı tanılarınız nelerdir?

- Anksiyete / depresyon
- Menopozal semptomlar
- Tiroid disfonksiyonu

### Anamnezde sorulması gerekenler nelerdir?

#### Şikayetin öyküsü

- Sıcak basması / gece terlemesinin varlığı ve buna bağlı gereklilikler örneğin gece duş yapmak, gece kıyafet ya da çarşaf değiştirmek
- Semptomların süresi
- Amenore ya da irregüler / daha az sıklıkta adetler
- Vajinal kanama ya da akıntı
- Palpitasyon, anksiyete, ishal varlığı
- Uykuya dalmakta güçlük ya da gece uyanıp yeniden uykuya dalamamak
- Disparoni, aparoni gibi seksüel durumları içeren evlilikle ilgili sıkıntıların artması

*Obstetrics and Gynaecology: Clinical Cases Uncovered.*  
By. M. Cruickshand and A. Shetty. Published 2009 by Blackwell Publishing. ISBN: 978-1-4051-8671-1

### İlgili semptomlar

- *Üriner semptomlar:* Sıklığı ya da dizürri
- *Barsak semptomları:* İshal ya da abdominal ağrı

### Menstrüel siklus öyküsü

- Son menstrüel periyodu ve adet düzeni

### Tarama öyküsü

- Mamografi sonuçları
- Smear öyküsü
- Alt ekstremitelerde kayda değer venöz varisler

### Obstetrik öyküsü

- Parite, doğum tipleri ve komplikasyonları

### Medikal öykü

Hipertansiyon, osteoporoz, iskemik kalp hastalığı, inme, histerektomi, jinekolojik malignite, geçirilmiş endometriozis, geçirilmiş/mevcut meme kanseri, trombotik atak (ör.pulmoner emboli, derin ven trombozu) öyküsü

### Aile öyküsü

Hipertansiyon, osteoporoz, iskemik kalp hastalığı, tiroid disfonksiyonu, jinekolojik / meme kanseri ,trombotik atakları sorgulayın.

### İlaç Öyküsü

İlaç kullanımı sorgulanmalıdır.

*Bayan Britain son adet döneminin 10 ay önce olduğunu ve o zamandan beri sıcak basması ve gece terlemeleri nedeniyle uyumakta güçlük çektiğini belirtir. Bazen serinlemek için gecede 3-4 kez duş alır. Azalmış libidosu ve gece sürekli kalkması nedeniyle evlilik problemleri olur.*

## Olgu 6

## 58 Yaşında Kadında Postmenopozal Kanama

Dr Burcu Dinçgez

Luisa Riglinski, 58 yaşında, bir okulda aşçıdır. Son adeti 6-7 yıl önce olan hastanın 2 ay önce adetini son günündeki kanamaya benzer az miktarda bir kanaması olduğunu ve o günden beri leke şeklinde devam ettiğini ifade etmektedir. Kanamanın rengi koyu kırmızı veya kahverengidir. Ağrı veya ilişkili başka semptomu yoktur. Kendisi adetlerinin tekrar başladığını düşünür fakat arkadaşı tarafından ona bir jinekoloji polikliniğine gitmesi önerilir. Hastanın hormon replasman tedavisi öyküsü yoktur.

## Kanamanın en olası sebepleri nelerdir?

- Endometriyum kanseri
- Atrofik vajinit
- Lokal servikal lezyonlar
- Serviks kanseri
- İyatrojenik
- Chlamydia enfeksiyonu

## Tanı koymak için sorulması gereken sorular nelerdir?

## Kanamanın Öyküsü

Postmenopozal kanama bir kadının son adetinden 12 ay sonraki süreden sonra olan kanamadır ve araştırma gerektirir. Kanamanın miktarı, süresi ve ilişkili semptomlar sorulmalıdır. Kanamanın vajinadan geldiği, rektal ya da üriner kökenli olmadığı teyit edilmelidir. Bazı kadınlar bu soruyu yanıtlamakta güçlük yaşarlar.

## Smear Öyküsü

Daha önce smear taraması yapıp yapılmadığı ve son smear testinin sonucu kontrol edilmelidir.

*Obstetrics and Gynaecology: Clinical Cases Uncovered.*  
By. M. Cruickshand and A. Shetty. Published 2009 by Blackwell Publishing. ISBN: 978-1-4051-8671-1

## İlaç Öyküsü

İyatrojenik sebepler önemli olduğundan ilaç öyküsü sorgulanmalıdır. HRT postmenopozal kanamanın sık bir sebebidir ve eğer kadın HRT kullanıyorsa düzensiz kanamalar, siklik preparat kullananlar için zamansız çekilme kanamaları varlığı veya sürekli preparat kullananlar için kanama varlığı sorgulanmalıdır. Hastaya uyumlu ilgili bir probleminin olup olmadığı, emilim veya metabolik bir sorun yaşayıp yaşamadığı sorulmalıdır (olgu 8'e bakınız).

Tamoksifen kullanımı olan kadınlarda vajinal kanama sık bir yan etki olsa da endometriyal polip, endometriyum kanseri ve sarkomunda da artış görülür.

## Cinsel Öykü

Chlamydia enfeksiyonu yaşlı kadınlarda daha az sıklıkta görülse de bu neden göz ardı edilmemelidir. Ayrıntılı bir cinsel aktivite sorgulaması gerekirse de son 12 ayda partner değişikliği sorgulanmalıdır.

## ÖNEMLİ NOKTA

55 yaşından sonra vajinal kanaması olan hasta da postmenopozal kanama olarak değerlendirilmelidir.

*Bayan Riglinski HRT veya tamoksifen kullanmadığını söyler (kutu 6.1). Göğüs kanseri öyküsü yoktur. 55 yaşına kadar düzenli olarak smear testini yaptırmış ve malignite lehine bulguya rastlanmamıştır. Son smear kontrolüne ise gitmemiştir. Kocasının 68 yaşında ve geçen yıl geçirdiği inme nedeniyle bakım evinde yaşadığını ifade eder. 2 ay önce eşi tekrar inme geçirmiş ve bu olayın onun*

### ÖNEMLİ NOKTA

- Postmenopozal kanaması olan kadınlar endometriyum kanserinin dışlanması için araştırılmalıdır.
- Postmenopozal kanaması olan kadınların %8-10'u endometriyum kanseridir.
- %1-2 kadında serviks, vulva, mesane veya anüste malignite görülebilir.
- Servikal kanserin tespiti için serviksin inspeksiyonu gereklidir.
- Endometriyum kanserinin dışlanması için transvajinal ultrasonografi uygun bir metoddur. Ayrıca ince ve düzenli endometriyum görüntüsü hızlı bir güvence sağlayabilir.
- 5 mm üstü endometriyal kalınlık ve düzensiz kontur ileri inceleme gerektirir ve endometriyal biyopsi veya histeroskopi yapılabilir.
- HRT kullanan kadınlarda düzensiz kanamalar araştırma gerektirir.
- Sürekli kombine HRT kullanımı olan kadınlarda düzensiz kanamalar 6 aydan uzun sürüyorsa inceleme gerektirir.
- Göğüs kanserinde tamoksifen kullanımının yararları risklerden ağır basar ancak tamoksifen kullanımı sırasında oluşan vajinal kanamalar inceleme gerektirir.

### Önerilen Kaynaklar

*Investigation of Post Menopausal Bleeding.* SIGN Guideline  
Publication 61. ISBN 1899893 13 X. September 2002.



Doç. Dr. Ayşe Ender YUMRU

Dr. Banu ÖNDEŞ

25 yaşında, kuaför olan Mina Blackburn, 28 yaşında açık deniz mühendisi olan kocası Chris ile birlikte, son 12 aydır çocuk sahibi olmadıklarını ifade eder. Mina bir yıl önce depo-medroksiprogesteron asetat (DMPA) enjeksiyonlarını bırakır. Daha önce hiç gebe kalmamıştır. Menstrüel siklusları düzensizdir. Kocası evde olduğunda sıklıkla ovulasyon kitlerini kullanmaktadır. Oldukça endişelidir ve kendisiyle ilgili ters giden bir şeyler olduğunu hissetmektedir. Sıkıntısı, geçen hafta, kendisinden küçük olan kız kardeşinin 20 haftalık ikiz gebeliğinin olduğunu öğrenmesiyle artar.

### Anamnez alırken neler sorulmalıdır?

#### Kadın partnerin öyküsü

- Menstrüel öykü:
  - Siklusunun süresi ve düzeninin detayları
  - Siklusu DMPA kullanmadan önce nasıldı?
  - Ne kadar süre DMPA kullandı?
  - Dismenore öyküsü var mıdır?
- Daha önceki ilişkisinde hiç gebelik denemesi oldu mu?
- Kilo alıp verme öyküsü
- Geçmişte pelvik inflamatuvar hastalık, Chlamydia ya da cinsel yolla bulaşan herhangi bir enfeksiyon öyküsü
- Geçmişte önemli bir medikal veya cerrahi öykü ya da ilaç allerjisi
- Son yapılan servikal smear testinin tarihi ve sonucu

#### Erkek partnerin öyküsü

- Daha önce bir gebeliğe sebep oldu mu?
- Ne sıklıkla deniz aşırı çalışıyor? Ateşin yanında mı çalışıyor mu (ısıya maruz kalıyor mu?)

- Herhangi bir operasyon öyküsü var mı ? (özellikle testis torsiyonu, orşiopeksi, apendektomi)
- Kabakulak öyküsü

#### Her iki partnerin öyküsü

- İlişki: sıklık, disparoni, ejakulasyon problemleri
- Sigara ve alkol kullanım öyküsü.

Mina 13 yaşında ilk adetini görür ve o günden beri siklusları düzenlidir. 16 yaşından itibaren 5 yıl kontrasepsiyon amaçlı kombine oral kontraseptif kullanmıştır fakat almayı hatırlamak zorunda olmaması sebebiyle DMPA'ya geçer. Şimdiki partneriyle 22 yaşında tanışır ve çift çocuk sahibi olmaya karar verince Mina DMPA'ya devam etmez. Son iki yılda 12.7 kg almıştır ve bugün klinikte ölçülen vücut kitle indeksi 33'tür. DMPA'yı kullanmayı bıraktığından beri siklusları düzenli değildir.

Chris hiç çocuk sahibi olmamıştır. Kabakulak ve genital cerrahi öyküsü olmadığını söyler. Sağlıklı ve fit bir görünümündedir. 4 hafta deniz aşırı 4 hafta karada çalışmaktadır. Ateş, radyasyon ve kimyasalların yakınında çalışmamaktadır. Annesinin çok hasta olması sebebiyle, Chris'in karada bulunduğu zamanların çoğunu evden uzakta geçirmesi yüzünden, geçen yıl çift için bilhassa stresli geçer. Chris, gelecek aydan itibaren, iş planındaki bir değişiklik, ofis bazlı karada çalışacaktır.

Çift cinsel ilişkiyle ilgili problemlerinin olmadığını belirtir. Her ikisi de sigara içmemektedir ve nadiren şarap içerler.

### Bu olguda dikkate alınacak sorunlar nelerdir?

#### Gebelik denemesi için gereken asıl sürenin uzunluğu

Chris'in zamanının yarısından çoğunu evden uzakta geçirmesi, korunmasız cinsel ilişki süresinin 12 ayı bulmadığını göstermektedir. Subfertilite; 1 yıl düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebeliğin gerçekleşmemesi olarak tanımlanır.

## Olgu 8

## 16 yaşında, acil kontrasepsiyon isteyen hasta: reproduktif yaşam boyunca kontrasepsiyon seçenekleri

Dr. Banu Öndeş,  
Dr. Maviş Özge Özgan

Louise 16 yaşında, yerel cinsel sağlık kliniğine kondom almak için gider. Tom'u beş haftadır tanıyordu ve 2 gece önce korunmasız cinsel ilişkide bulunurlar. Louise kendisinin gebelik riski taşıdığını bilir ve korkmaktadır. Ders notlarını A-seviyesine yükseltmek için çalışmaktadır ve üniversiteye gitmek istemektedir. Gebelik onun için bir felaket olacaktır.

### Louise'in gebelik riskini azaltmak için ne yapabilirsiniz?

Acil kontrasepsiyon yapabilirsiniz (EC-emergency contraception). İki seçeneğiniz vardır: oral (levonorgestrel (1500 µg)) ya da rahim içi araç (IUD-intrauterine device)

Louise "ertesi gün hapları" konusunda bir şeyler duymuştur fakat nereden alacağını bilememektedir ve kullanmak için geç kaldığını düşünür.

"Ertesi gün hapları" acil kontrasepsiyon için yanlış adlandırılmıştır. Çünkü korunmasız cinsel ilişkiden sonra 72 saat (3 gün) ve bazı olgularda ovulasyondan sonraki 120 saat (5 gün) içinde kullanılabilir.

### EC vermek için başka hangi bilgilere ihtiyacınız vardır?

- Son adet tarihi (LMP-last menstrual period). Gebelik riski siklusunun hangi gününde korunmasız ilişkide bulunduğuna bağlıdır:
  - 8.-17. günler arası:%20-30 gebelik riski
  - 1.-7.günler arası ve 17. günden sonrası:%2-3 gebelik riski
- Son adet tarihinden itibaren hangi gün ve saatte korunmasız ilişki olduğu ve kaç saat geçtiği. 72 saat geçip geçmediğini belirlemeniz gerekir.

*Obstetrics and Gynaecology: Clinical Cases Uncovered.*  
By. M. Cruickshand and A. Shetty. Published 2009 by Blackwell Publishing. ISBN: 978-1-4051-8671-1

- **Tıbbi ve ilaç öyküsü:** Karaciğer enzimlerini indükleyen ilaç alımında levonorgestrel dozunu iki katına çıkarmalısınız (Kutu 8.1).Böyle bir durumda IUD daha iyi bir seçenektir.
- **Acil kontrasepsiyonun tıbbi kullanımı:** Kusma ya da alerjik reaksiyonu olup olmadığını sormalısınız.

Louise daha önce hiç EC kullanmamıştır. Konu ile ilgili tıbbi bir öyküsü ya da ilaç kullanımı yoktur. Korunmasız cinsel ilişkisi 28 günlük düzenli siklusunun 11 gününde ve 54 saat önce olmuştur. İlişki isteyerek olur. Normalde Louise ve Tom kondom kullanırlar, fakat bu seferlik unutulurlar. Louise'in bu siklusu boyunca başka herhangi bir korunmasız ilişkisi olmamıştır.

### Louise seçim yapmadan önce tüm yöntemler hakkında hangi önemli noktaları bilmelidir?

#### Oral EC: 1500 µg levonorgestrel

- Etkisi alındığı saate bağlıdır:
  - Korunmasız ilişkiden sonraki İlk 24 saat içinde: öngörülen gebeliklerde %95 azalma
  - Korunmasız ilişkiden sonraki 25-48 saatler içinde: öngörülen gebeliklerde %85 azalma
  - Korunmasız ilişkiden sonraki 49-72 saatler içinde: öngörülen gebeliklerde %58 azalma
- Bulantı yaygındır (%14) ve EC alan kadınların %1'inde kusma görülür. İlk 2 saat içinde kusarsa, antiemetik ile birlikte bir doz daha verilmelidir. Adet rötari

#### Kutu 8.1 Karaciğer enzimlerini indükleyen ilaçlar

Rifampisin  
Rifabutin  
St John's bitkisi  
Grisefulvin  
Antikonvulzan ilaçlar (fenitoin, kerbamazepin, barbiturat, primidon, topiramamat, okskarbozepin)  
Takrolimus  
Antiretroviral (HIV) ilaçlar

**OLGUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Louise farklı yaşlarda ve farklı dönemlerde kontrasepsiyon isteği ile karşımıza çıktı. Kullanılabilecek sınırlı sayıda tedavi yönteminin her biri için, her dönemde avantaj ve dezavantajlar mevcuttur.

Bunlardan 20 yaş altı yaş grubunda fertilitite yüksektir ve STI'lar için artmış risk söz konusudur. Kondomlar her yaş grubunda STI'lar için mükemmel koruma sağlar fakat başarısı kullanan kişiye bağlıdır. Oral acil kontrasepsiyona güvenmemek gerekir. Hastanın EC için başvurması onunla gelecekteki kontrasepsiyonları tartışabilmek için iyi bir zamandır. Daha etkin korunma için çift taraflı korunmayı önermelisiniz. Bu yaş grubunda yüksek prevalansı nedeniyle Chlamydia'yı anlatmayı da unutmamalısınız.

Hiçbir yöntem yaş nedeniyle yasaklanamaz, önemli olan dikkatli bir öykü almak, aile , ilaç ve sigara kullanımı, BMI ve kan basıncı hakkında bilgi sahibi olmaktır. CVD'da artmış risk tespit edilirse östrojen içeren metotlardan kaçınmak gerekir. Hiçbir risk faktörü olmayan kadınlarda COC'ların bir çok yararı vardır.

DMPA sadece progesteron içerdiği için amenore ve kemik mineral yoğunluğunda azalmaya neden olur. POI( 3 yıl),IUD(10 yıl) ve IUD(5 yıl) gibi diğer LARC metotların kullanıcıya bağlı olmayan yararları vardır ve çıkarıldığında fertilitite hemen geri döner.

Yaygın olmayan diğer metotlar olan diyaframlar/kepler ve NFP, tıbbi durumlarından, ilaç kullandıklarından ve yan etkilerinden dolayı hormon almak istemeyen kadınlar tarafından tercih edilir. Etkinlikleri kullanıcıya bağımlıdır. Bu nedenle laktasyonel amenore emzirme sırasında çok efektif bir yöntemdir.

Artık çocuk istemeyen çiftler sterilizasyonu tercih ederler. Kalıcı bir yöntemdir ve tüm metotlar intraoperatif ve postoperatif riskler içerir. Modern toplumlarda LARC metotlar fertilititeyi koruyucu seçenekler olduğundan tercih edilirler. Fertilitite 35 yaşından itibaren azalır fakat kontrasepsiyon istenmeyen gebelikleri önlemede halen gereklidir.

**ÖNEMLİ NOKTA**

- EC, korunmasız cinsel ilişkiden sonraki ilk 72 saate(3 gün) kadar, bazı olgularda ovulasyondan sonraki ilk 120 saate(5 gün) kadar verilebilir.
- Oral EC maksimum etkinlik için olabildiğince çabuk alınmalıdır.
- Her zaman bir EC seçeneği olarak IUD sunulmalıdır ve kontrasepsiyon amaçlı kullanılmaya devam edilebilir.
- Düşük VTE riskinde COC verebilirsiniz, gerçek riski çok küçüktür.
- Patch'lerin COC'a karşı avantajı hasta uyumudur.
- IUD takılmasından önce sürüntü ve antibiotik sadece STI'lar için risk varsa önerilmektedir.
- 30 yaş altında sterilizasyonda pişmanlık ve geri dönüş için talep çok yüksektir.
- 50 yaş altı menopozda 2 yıl,50 yaş üstü menopozda 1 yıl kontrasepsiyon önerilmektedir.
- STI'lar için risk varsa kontrasepsiyonla aynı anda test de önerilmelidir.

**Önerilen Kaynaklar**

The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare has published method specific guidance documents and ones for special groups that can be accessed through their website: <http://www.fsrh.org> Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Male and Female sterilisation: Guideline Sum-

mary. Evidence based Clinical Guideline No 4, January 2004.([http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/Sterilisation\\_summary.PDF](http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/Sterilisation_summary.PDF)) Accessed 30 March 2008 [http://www.ffrhc.org.uk/admin/uploads/298\\_UKMEC\\_200506/pdf](http://www.ffrhc.org.uk/admin/uploads/298_UKMEC_200506/pdf)

## Olgu 9

## 22 yaşında vajinal akıntısı olduğunu ifade eden kadın

Dr. Banu Öndeş

Morag 22 yaşında ve markette çalışıyor. Geçen hafta vajinal akıntısı olduğunu fark eder. Daha önceden böyle bir şikayeti olmamıştır ve akıntının kokusu, rengi hakkında endişe duymaktadır. Bu konuda annesine veya en yakın arkadaşına konuşamayacak kadar utangaçtır. Okuduğu favori dergisindeki bir makalede aile hekimine veya yerel cinsel sağlık merkezinde örnek aldırması gerektiği önerilmektedir.

**Başka hangi bilgiye ihtiyacınız vardır?**

Vajinal akıntı birçok farklı nedeni olan ortak bir semptomdur. Bazıları iyi huylu, bazıları hayatı mahvedici, bazıları da hayatı tehdit edici boyuttadır. Ayırıcı tanıları bilmek sizin sorularınıza odaklanmanıza yardımcı olacaktır.

**Ayırıcı tanınız nedir?**

- Fizyolojik
- Noninfektif
  - Bakteriyal vajinozis (BV)
  - Vulvovajinal kandidiyazis (VVC)
- Cinsel yolla bulaşan infeksiyonlar (STI)
  - Chlamydia
  - Gonorrhoea
  - Trichomonas vaginalis
- Servikal lezyonlar (ektopi, polip)
- Yabancı cisim

**Teşhisi belirlemede yardımcı olacak sorular nelerdir?****Fizyolojik**

Fizyolojik akıntı reproduktif çağıdaki kadınlarda görülen akıntının en sık nedenidir. Fakat önce diğer nedenleri dışlamak gerekir. Anahtar nokta genellikle akıntının sıklık olmasıdır.

*Obstetrics and Gynaecology: Clinical Cases Uncovered.*  
By. M. Cruickshand and A. Shetty. Published 2009 by Blackwell Publishing. ISBN: 978-1-4051-8671-1

**İyatrojenik**

Morag'a kontrasepsiyon hakkında soru sormanız gerekir. Kombine oral kontraseptifler (COC) ya da patch servikal ektopiyi artırır. Bütün kontraseptif metotlar, akıntıyla karıştırılabilecek, önlenemez bir kanamaya neden olabilir. İntermenstrual kanama rahim içi araç kullanımında yaygındır.

**Servikal ektopi**

Ektopi östrojene karşı fizyolojik bir yanıtıdır. Ektopi endoserviksteki glandular epitelin ektoservikse ilerlemesidir (Resim 9.1). Yükselen östrojenle bağlantılıdır (puberte, gebelik ve COC gibi eksojen östrojen alımı). Glandüler epiteldeki mukus vajinal akıntıyı artırır.

**Bakteriyal vajinozis**

BV balık gibi kokan gri renkte akıntıyla karakterizedir. Vajinal duş ve deodorant kullanımı, vajenin pH'ını düşürerek BV artırır.

**Vulvovajinal kandidiyazis**

VVC vulva, vajina ve anüste kaşıntı kızarıklık ve ağrı ile birlikte kalın beyaz akıntıyla karakterizedir. Gebelik diyabet ve antibiyotik ya da steroid kullanım öyküsü VVC'yi artırır.

**Chlamydia, Gonorrhoea ve Trichomonas**

Morag'dan, özellikle korunmasız cinsel ilişkisi olup olmadığını sorgulayan, cinsel öykü almalısınız. Geçen 3 aya ait yeni bir seksüel partner hikayesi ya da son bir yıl içinde birden fazla partner, cinsel yolla bulaşan infeksiyon (STI) riskini artırır. Her 3 STI'da dizüri ve disparoni semptomlarını verir. T. vaginalis vajinal bölgede ağrı ya da kaşınmaya sebep olur. Chlamydia veya gonorede intermenstrual kanama, kontrasepsiyon altında çekilme kanaması ya da postkoital kanama öyküsü sorgulanmalıdır. Üst genital sistem infeksiyonları semptomlarını sorgulamayı unutmamak gerekir (pelvik ağrı, derin disparoni).

### Önerilen kaynaklar

Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. FFPRHC and BASHH Guidance. The management of women of reproductive age attending non-genitourinary medicine settings complaining of vaginal discharge, January 2006 ([http://www.fsrh.org/admin/](http://www.fsrh.org/admin/uploads/326_VaginalDischargeGuidance.PDF)

[uploads/326\\_VaginalDischargeGuidance.PDF](http://www.fsrh.org/admin/uploads/326_VaginalDischargeGuidance.PDF))  
Accessed April 2, 2008

The British Association For Sexual Health website ([www.bashh.org](http://www.bashh.org)) has a comprehensive list of clinical effectiveness guidelines on all sexually transmitted infections, common presentations and other aspects of sexual health.

## Olgu 10

# 29 Yaşında Anormal Smear Testi Olan Kadın Hasta

Dr Burcu Dinçgeç

*Christie Thomson, 29 yaşında, ev hanımı, 4 ay önce oğlu Caleb'i normal doğum ile dünyaya getirir, başlangıçta emziren Thomson son 2 haftadır bebeğine hazır mama vermektedir. Smear testini 10 ay önce yaptırması gerekirken, gebe olduğu için bunu erteler. Gebelik sırasında ve doğuma kadar gayet iyi olan hasta hala adet görmemektedir.*

*3 hafta önce smear testini unuttuğu hatırlar ve kendisine postnatal kontrolünde smear testi yapılır. Bu sırada serviksini normal görüldüğü söylenen Thomson'ın patoloji sonucunda anormal smear sonucu olduğu ve kolposkopi yaptırması gerektiği yazar. Christie o anda serviks kanseri olabileceğini düşünür. Anneanesi 48 yaşında serviks kanseri nedeniyle ölmüştür. Bu nedenle annesi de Christie'yi randevu alması konusunda teşvik eder.*

### Bundan sonra Christie ne yapmalıdır?

Smear alan kişi hastayı smear alırken şu konularda bilgilendirmelidir:

- Servikal taramanın amacı
- Anormal sonuç gelme olasılığı
- Anormal sonuç gelmesi durumunda ne yapılacağı

Kadınlar genellikle anormal smear sonucuyla karşılaştıklarında telaşlıdır. Bazı kadınlar smear tarama testini kanser testi ile karıştırır (Kutu 10.1). Eğer hasta olabilecekler konusunda bilgilendirilmediyse yanlış düşüncelere kapılabilir. Bu yüzden hastanın sonucu hastaya açıklanmalıdır.

*Christie doktorunu arayarak sonucunu söyler. Kendisine doktoru tarafından bunun hafif bir anormallik olduğu, 6 ay sonra tekrar smear kontrolü yaptırması gerektiği ve bunların çoğunun kendiliğinden gerileyebileceği, kolposkopi yapılarak prekanseröz değişikliklerin değerlendirileceği anlatıldı. Hastaya 8 hafta sonrası için randevu verilir. Christie telaşlı ve bu gecikmeden tedirgindir. Gebeliği sırasında smear yapılmadığından ve anneanesinin serviks kanserinden öldüğünden dolayı endişelidir.*

### ÖNEMLİ NOKTA

Gebelik sırasında smear alınmasının ertelenmesi güvenli ve önerilen bir durumdur. Çünkü gebelikteki değişimler ile sonuçların yorumlanması ve sitoloji için uygun spesmenin alınması zor olabilir.

*Christie kolposkopi için randevu almıştır ve kendisine ne yapılacağını anlatan bir broşür verilmiştir. Christie'nin smear sonuçlarının evreleri konusunda kafası karışmıştır.*

### Christie smear sonucuyla ilgili ne bilmelidir?

Diskaryozisin farklı evreleri altta yatan yüksek grade servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) ile ilişkili olabilir (kutu 10.2 ve kutu 10.3). Sınırdaki nükleer anormallikler belirgin diskaryozis göstermez ve genellikle regrese olurlar. Genellikle 6 ay sonra smear kontrolü önerilir. Hasta eğer 3 sınırdaki smear sonucu varsa hasta kolposkopi için yönlendirilmelidir. Persiste eden sınırdaki nükleer anormalliklerin %10'unun altında CIN vardır.

Christie'nin smear sonucunda hafif diskaryozis

*Obstetrics and Gynaecology: Clinical Cases Uncovered.*  
By. M. Cruickshand and A. Shetty. Published 2009 by Blackwell Publishing. ISBN: 978-1-4051-8671-1

**OLGUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Servikal tarama programları serviks kanserinin mortalite ve sıklığında başarılı bir azaltma yaratmıştır. İlimli diskaryozis tüm smear sonuçlarının %2'sinde görülür ve genellikle yüksek gradeli CIN ile ilişkilidir. Kolposkopi servikal epitelin inspeksiyonu, CIN olan alanların belirlenmesi ve kanserin şüpheli değişikliklerinin tespiti için uygulanır.

Düşük grade CIN konservatif olarak yönetilebilir ancak persiste ediyorsa, hastanın tedavi isteğine bağlı olarak ve fertilitatesini tamamlamış ise yüksek grade CIN

gibi tedavi edilebilir. Yüksek grade CIN tedavisi ablatif veya eksizyonel metodlarla yapılabilir ve tedavi başarısı %95 civarındadır.

CIN nedeniyle tedavi edilen hastalar genel popülasyonla karşılaştırıldığında serviks kanseri için risk altındadır ve sitolojik takip gerektirir (bazı vakalarda HPV testi gereklidir).

HPV 16/18 için 12 yaşındaki kızlara uygulanan aşı programlarının HPV enfeksiyonu, CIN ve serviks kanseri üzerine olan etkisinin görülmesi yıllar alacaktır.

**ÖNEMLİ NOKTA**

- Servikal smear taraması sitolojik anormalliklerin (diskaryozis) saptanmasını amaçlar.
- Düzenli tarama programları servikal kanser sıklığını azaltır.
- Servikal örnek plastik bir çubukla alınır ve sıvı bazlı sitolojik ortama konulur.
- Kadınlar sıklıkla anormal smear sonucuyla karşılaştıklarında kaygılanırlar veya kolposkopi yaptırmak isterler. Yeterli bilgi ve desteğin verilmesi çok önemlidir.
- Kolposkopi ile bu değişimlerin araştırılması premalign hastalıkları açığa çıkarabilir (CIN).
- CIN asemptomatiktir.
- Tanı biyopsi ve tedavi spemenlerinin histolojik incelemesi ile konur.
- Bu premalign evrede erken tanıyı sağlar ve kanserden ölümleri önler.
- Tedavi genellikle LLETZ'dir ancak ablatif yöntemler de kullanılabilir.
- Kadınlar smear sonuçları konusunda uygun şekilde bilgilendirilmeli ve uzun süreli takip ve araştırmalar için cesaretlendirilmelidir.

**Önerilen Kaynaklar**

NHS CSP document 20. *Programme management*. Sheffield, 2003.

## Olgu 11

# Emekli bir öğretmen 'bir şey sarkıyor' hissini ifade ederek müracaat etmiştir.

Doç. Dr. Ayşe Ender YUMRU  
Dr. Banu ÖNDEŞ

*Bayan Milne, 63 yaşında emekli öğretmen, 'bir şey sarkıyor' hissini ifade etmektedir. Bu durumun bazen daha belirgin olduğunu fark eder ve bazen vajinasında, özellikle de kabız olduğu dönemlerde, ağrı hisseder. Vajinasında büyümekte olan şişlikten dolayı endişe duymakta ve bunun sonucunda kocasıyla cinsel ilişkide bulunmaktan kaçınmaktadır. Bayan Milne bir arkadaşında da benzer semptomların olduğunu bilir fakat bu kişisel sorununu onunla tartışmak istemez. Rutin servikal smear kontrolünde hemşireye bir önerisi olup olmadığını sorar. Hemşire jinekoloğundan bir randevu almasını tavsiye eder.*

### Ayırıcı tanı nedir?

- Mesane, uterus ya da barsak prolapsusu
- Vajinada ya da uterus duvarında subkutanöz kist
- Vajina içinde abse

### Öyküsünden neler çıkarabilirsiniz?

#### Şikayeti

- Sarkma şikayetinin süresi, rahatlatan ya da artıran faktörler
- Üriner semptomlar ve süresi
  - dizüri
  - idrar sıklığı
  - boşaltmanın tamamlanamaması
  - mesanesini boşaltmak için yaptığı manevralar
  - noktüri
- Barsak semptomları ve süresi
  - konstipasyon
  - diare
  - rektumu boşaltmak için vajene manuel kompresyon

- Vajinal akıntı
- Seksüel fonksiyon
  - ilişki sırasında ağrı
  - ilişki sırasında obstrüksiyon

#### Medikal öykü

- Geçmiş jinekolojik cerrahi
- Bağ dokusu hastalıkları
- Solunumsal hastalıklar

#### Menstrual öykü

Menopoz yaşı

#### Obstetrik öykü

- Parite
- Doğum şekli
- Gebelik ve doğum komplikasyonları

#### Aile Öyküsü

Bağ dokusu hastalıklarının varlığı

#### Sosyal

- Pelvik tabanda basınç artışına sebep olan ağır kaldırmak gibi iş ve aktiviteler
- Sigara kullanımı

#### İlaç öyküsü

- Steroidler
- Pıhtılaşmayı önleyici ilaçlar (aspirin, klopidogrel, warfarin vs)

*Bayan Milne son adetini 9 yıl önce gördüğünü ve o günden beri kanamasının olmadığını ifade eder. Makul beslenmesine rağmen, her zaman kabızlık eğilimindedir. Üriner inkontinansı yoktur, fakat özellikle bütün gün ayakta olduğu günlerde idrar kesesini tamamen boşaltabilmek için işedikten sonra ayağa kalkıp tekrar*

*Obstetrics and Gynaecology: Clinical Cases Uncovered.*  
By. M. Cruickshand and A. Shetty. Published 2009 by Blackwell Publishing. ISBN: 978-1-4051-8671-1



## Olgu 12

# 57 Yaşında Abdominal Şişlik ve Şüpheli Alt Abdominal Ağrısı olan Kadın Hasta

Dr Burcu DİNÇGEZ

*Bayan Rachel Simpson, 57 yaşında kadın hasta, abdominal şişlik ve şüpheli alt abdominal ağrı şikayeti ile başvurur. Son zamanlarda kilo alır ve kıyafetleri beline dar gelmeye başlamıştır. Yılbaşından beri bu durum hastaya tuhaf gelmez ve diyet yapar ancak şişkinlik partneri ve en yakın arkadaşı tarafından da fark edilebilir hale gelir.*

*Hasta endişelidir ve artık rahatsız olduğu için yemek yiyememektedir. Aynı arkadaşı kendisinde uzun zamandır irritable barsak sendromu olduğunu ve Simpson'un bulgularının da buna benzediğini söyler. Bayan Simpson telaşlanır çünkü erkek kardeşi barsak kanseri nedeniyle 10 yıl önce ölmüştür.*

### Akla gelen ayırıcı tanılar nelerdir?

- Over kisti
- Over kanseri
- Barsak kanseri
- Ascites

### Anamnezde sorulması gerekenler nelerdir?

#### Başvuru şikayetleri

- Abdominal ağrının detayları
- Konstipasyon, barsak alışkanlıklarındaki değişiklikleri ve rektal kanamayı içeren gastrointestinal semptomlar distansiyon
- Kilo kaybı

#### İlişkili Semptomlar

- Mesane basısına bağlı semptomlar (sıklık / inkontinans)
- Gastrointestinal traktus basısına bağlı semptomlar (erken doyma hissi, reflü, göğüste yanma)
- Anemi semptomları (yorgunluk)

*Obstetrics and Gynaecology: Clinical Cases Uncovered.*  
By. M. Cruickshand and A. Shetty. Published 2009 by Blackwell Publishing. ISBN: 978-1-4051-8671-1

### Menstrüel Öykü

Menopoz yaşı

### Obstetrik öykü

Parite, doğum yöntemi ve komplikasyonları

### Aile öyküsü

Kanser öyküsü (özellikle endometriyum, meme ve kolon)

*Bayan Simpson son adet tarihinin 7 yıl önce olduğunu ve sonrasında kanaması olmadığını söylemektedir. 20'li yaşlarda infertilite nedeniyle araştırılan ve herhangi bir neden bulunamayan hastanın çocuğu yoktur. Son günlerde konstipasyon şikayeti olan hasta rektal kanama tariflememektedir ve laksatif kullanmaktadır. Buna rağmen alt abdominal bölgede rahatsızlık hissi duyar. Endometriyum ve meme kanseri ile ilişkili ailesel öyküsü olmayan hastanın 62 yaşında barsak kanseri tanısı konulan erkek kardeşi vardır.*

### Fizik muayenede nelere dikkat edilmelidir?

#### Genel muayene

Solukluk ve kaşeksi nadirdir ve ilerleyen hastalıklarda bile genel muayenede çok az bulgu mevcuttur.

#### Abdominal muayene

Symphysis pubis üzerinde abdominal kitle palpe edilebilir. Pelvik kitlenin büyüklüğü ölçülür ve gebe uterusuna göre ifade edilir. Benign kitleler genelde iyi sınırlı, yumuşak, düzenli ve mobildir. Malign kitleler ise düzensiz sınırlı ve fikse olabilir. Ayrıca üst veya orta abdomende düzensiz kitlelerin varlığı abdominal veya omental yayılımı düşündürür. Distansiyona neden olan ascites varlığında hareket eden sıvı hissi olabilir.

## Olgu 13

## 68 yaşında uzun süren vulvar kaşıntısı olan hasta

Dr. Banu ÖNDEŞ

*Edith Catchpole 68 yaşında emekli sekreterdir. Son 8 yıldır vulvar kaşıntı yüzünden acı çekmektedir. Kaşıntı bazen iyileşmekte sonra yeniden alevlenmektedir. Kaşıntıyı tetikleyecek herhangi bir neden tanımlayamaz. Yerel eczaneden aldığı çok sayıda krem dener. Bunlar genelde mantar tedavileridir. Doktoruna gitmekten çok utanmaktadır. Artık kaşıntı ile başa çıkamaz, gece kaşıntıyla uykudan uyanır ve cildi ağrılı bir hal alır. Hiçbir şeyin ona yardım edemeyeceğini düşünmektedir.*

**Bu hastada kaşıntının olası nedenleri nelerdir?**

Pruritus vulva olarak bilinen vulvar kaşıntı, vulvada lokalize ya da birçok cilt hastalığının bir parçası olabilen yaygın bir semptomdur. Uzun sürmesi ve kaşıntının seyri bu yaş grubunda şu nedenleri akla getirebilir:

- Liken sklerozis
- Liken planus
- Liken simpleks
- Vulvar intraepitelial neoplazi(VIN)
- Vulvar kandidiyazis

**Bu tanıları kesinleştirmek için hangi soruları sormalısınız?**

Standart bir jinekolojik anamnez olarak cilt hastalıklarını ve ilgili diğer faktörleri sorgulayınız. Aşağıdaki soruları sormalısınız:

**1** Geçmişte başka cilt hastalığı geçirmiş mi? Anogenital bölgenin sıcak ve nemli olması görüntünün atipik olmasına ve değişmesine neden olabilir. Vulvadaki

psorizis nemli bölgede, tipik gümüş rengi pulların aksine düzgün sınırlı koyu pembe lezyonlar olarak izlenir.

**2** Ailesinde ve kendisinde atopi ve allerji öyküsü

**3** Ailesinde ve kendisinde otoimmün hastalık öyküsü(likens sklerozis ve liken planus). Tiroid hastalıkları, alopesi, vitiligo, diyabet ve pernisiyöz anemiyi sorgulayınız.

**4** Daha önceki tedavi ve etkilerini sorgulayınız. Özellikle reçetesiz ilaç kullanımı olup olmadığını sorunuz. Aile fertlerinden, arkadaşlarından ya da yurt dışından aldığı preparatları kullanmış olabilir. Topikal tedaviler altta yatan hastalığı alevlendirebilir ya da allerjik dermatite sebep olabilir.

**5** Vulvar cilde temas eden çamaşırlar, yıkama (kendisi ve çamaşırları için) ve temizlik ürünleri potansiyel iritanlardır.

*Bayan Catchpole aile hekimi tarafından reçete edilen ve semptomlarını biraz iyileştiren %1 lik hidokortizon krem kullanmakta olduğunu söyler. Daha önce İspanya'dan aldığı bir krem kullanmış fakat bitirmiştir. Vulvasını sadece su ile yıkar ve temizlik için bebek mendillerinden kullanır. Beyaz pamuklu iç çamaşırı giyer ve banyosu ile uyumlu mavi tuvalet kağıdı kullanır. Bazen dışarı çıkarken hafif stres inkontinansı olduğu için astarlı külotlardan giyer. Hipotiroidisi vardır, 10 yıldır tiroksin kullanır ve problemi yoktur. Başka ilaç kullanım, allerji ve cilt problemi öyküsü yoktur.*

**Şimdi olası tanılarınızı gözden geçiriniz**  
**Liken sklerozis**

Liken sklerozis her yaş grubunda görülebilir fakat postmenopozal kadınlarda yaygındır. Genellikle ciddi kaşıntı ve ağrıya sebep olur, en yaygın etkileri vulvar

*Obstetrics and Gynaecology: Clinical Cases Uncovered.*  
By. M. Cruickshand and A. Shetty. Published 2009 by Blackwell Publishing. ISBN: 978-1-4051-8671-1

## Olgu 14

# 30 yaşında miad aşımı gebeliği olan kadın

Dr. Erkin SERTOĞLU  
Dr. Burcu DİNÇGEZ

*Bayan Timmons ilk gebeliği olan, 30 yaşında bir kadındır. Sorunsuz bir gebelik geçirmiştir ama 7 gün önce doğması gereken bebeğiyle ilgili konuşmak için antenatal kliniğe gelir.*

### Klinikte ne yapılmalıdır?

- Rutin antenatal değerlendirme: kan basıncı (TA) ve idrar analizi
- Symphysis-fundus mesafesi ölçümünü fetusun prezentasyonu ve fetal kalp dinlemesini içeren abdominal muayene
- Genel durumun ve fetal hareketlerin sorulması

*Kendini yorgun hissettiğini ancak iyi olduğunu söyler. Bebeğinin birçok normal hareketini hisseder. Kan basıncı normal sınırlarda olan 140/80 mmHg'dir ve idrar analizi negatiftir. Bebeği iyi büyümüş (SFH-Symphysiofundal height, Symphysis-fundus mesafesi 39cm), baş gelişimi durumunda ve fetal kalp atışı net bir şekilde duyulmaktadır. Size ne zaman indükleyeceğinizi sormaktadır.*

### Ne söylersiniz?

Düşük riskli bir doğum olması nedeniyle ulusal rehberler indüksiyonunun 41-42 haftalar arası olmasını tavsiye eder. Bu sancuların arka arkaya gelmesi oranını maksimize eder, postmatürite sonucu olan perinatal mortalite oranını azaltır ve indüksiyon hatasından olan sezeryan oranını arttırmaz.

Vajinal muayene ve gün aşımı gebeliklerde ardışık kontraksiyon oranını arttırdığı konusunda iyi kanıtlar olan membranların sıyrılması önerilebilir. Membranların sıyrılması incelemenin rahatsız olmasına ve genelde az miktarda kanamaya sebep olabilir.

*Obstetrics and Gynaecology: Clinical Cases Uncovered.*  
By. M. Cruickshand and A. Shetty. Published 2009 by Blackwell Publishing. ISBN: 978-1-4051-8671-1

### Hastaya vajinal muayene bulgularınız hakkında ne söyleceksiniz?

Sancılardan önce vajinal inceleme yapıldığı zaman bulgular şunlardır: serviks uygunluğunun ağrı ile ilişkisi hakkında bilgi veren Bishop skorunun tayin edilmesi (Tablo 14.1)

*Vajinal muayeneyi ve membranların sıyrılmasını kabul eder. Bishop skoru 5'dir ve term +10 olduğunda indüklemeye için gün ayarlanır. Size indüksiyon sırasında neler olacağını sorar.*

### Hastayla hangi bilgiler hakkında konuşursunuz?

Hasta antenatal servise kabul edilir ve bebeğin iyi olduğundan emin olmak için kalp atışları kardiyotokografi (CTG) kullanılarak takip edilecektir. Hastaya vajinal inceleme yapılacaktır ve prostaglandin(PGE2) tableti intravajinal yolla uygulanacaktır. Bu tabletler kontraksiyon hazırlığındaki serviksi kısaltıp yumuşatacaktır.

Eğer hala kontraksiyon oluşmadıysa 6-8 saat sonra yeniden prostaglandin verilir. Maksimum 6 mg'lık PGE2 tabletleri kullanılır. Eğer hala kontraksiyon oluşmazsa su kesesi açılır (amniotomi) ve kontraksiyon uyarılması için oksitosine başlanır.

*Hasta anlatılanları anlar ve bu plandan memnundur. Gece 23:30 da servisi arayarak kontraksiyonlarının başladığını söyler.*

### Hangi soruları sorarsınız?

- Kontraksiyonlar ne zaman başladı?
- Hangi sıklıkta gelip ne kadar sürüyorlar?
- Vajinal kanama ya da akıntı var mı?
- Suyunun geldiğini düşünüyor mu?
- Bebeğin hareket ettiğini hissediyor mu?
- Ağrı için tedavi aldı mı ve bu süreçte hala evde miydi?

**OLGUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Bayan Timmons komplike olmayan antenatal süreci, T+10. günde indüklenerek olan 30 yaşında bir primipardı. Planlanmış indüksiyondan önce membranlar sıyrılmış ve travaya spontan olarak girmişti. Travaydaki ilerleme yavaş ve hızlandırmak için oksitosin uygulanmıştı. Ağrısı için morfini takiben epidural uygulanmıştır. Tam servikal dilatasyona ulaşmış ve başın inişi için süre geçtikten sonra aktif ıkmaya başlamıştır. Fakat doğum spontan gerçekleşmemiş ve maternal yorgunluk ile uzamış aktif faz nedeniyle müdahaleli doğum başarıyla gerçekleştirilmiştir.

Travayda yavaş ilerleme özellikle primiparlarda yaygındır. Grand multiparlar ve daha önceden sezaryeni olanlar hariç travayın ilerletilmesi rölatif olarak kontrendikedir, maternal ya da fetal iyiliği sağlamak amacıyla

vajinal doğum yapılması için oksitosin benzeri bileşikler kullanılarak travay hızlandırılabilir. Travayın bu şekilde hızlandırılması ilerlemedeki güçlüğe bağlı sezaryenlerin sayısını azaltacaktır. Oksitosinle hızlandırmak hem anne hem bebek için bazı riskler de doğurabileceği için travay ve sonrasında her ikisi de dikkatlice monitorize edilmelidir. Devamlı fetal kalp hızı monitorizasyonu (CTG) uterin hiperstimulasyonuna bağlı fetal distres olabileceği için gereklidir.

Asiste vajinal doğum fetal baş maternal pelviste aşağıdayken eğitilmiş kişilerce yapıldığında güvenlidir ve sezaryenin oluşturabileceği riskleri engeller.

**ÖNEMLİ NOKTA**

- İndüksiyon 41-42 haftalık düşük riskli gebelere önerilir.
- Membran sıyrılmaması term gebelere spontan travay şansını arttırmak için önerilmelidir.
- Bishop skoru genellikle serviksiz olgunluk ve uygunluğunu tespit etmeyi sağlar, 6 yada aşağısındaki bir skora sahip serviks uygun değildir.
- Uygun olmayan bir servikste prostoglandinlerle indüksiyon tavsiye edilir.
- Yavaş ilerleme olduğunda membranların sıyrılmaması ve oksitosin infuzyonuyla travay hızlandırılabilir. Uterin kontraksiyonlarının sıklığı ve fetal kalp oksitosin infuzyonu sırasında dikkatlice monitorize edilmelidir.
- Transkutanöz elektrik sinir stimülasyonu (TENS), entonox, morfin ve epidural ağrı kesici seçenekleridir.
- Müdahaleli doğum yapılmadan önce başın pozisyonu ve vajinal yerleşiminden emin olunmalı, başın beşte birinden daha fazlası abdominal olarak palpe edilmemelidir. Oksipito-anterior dışında baş pozisyonlarında (ör. oksipito-posterior, transvers) oksipito anteriora rotasyon manuel olarak ya da forseps, vakum kullanılarak yapılır ve doğum tamamlanır.

**Önerilen Kaynaklar**

NICE clinical Guideline, Intrapartum care: management and delivery of care to women in labour. CG55, September 2007.

## Olgu 15

# 37 yaşında, forsepsle doğumdan sonra ağır vajinal kanaması olan hasta

Dr. Banu ÖNDEŞ

*Bayan Brown, 37 yaşında, parite 5, rotasyonel forseps yardımıyla doğurduktan bir buçuk saat sonra, lohusa takip odasında sürekli devam eden şiddetli vajinal kanaması başlar. Onu değerlendirmek için çağırılırsınız.*

### Postpartum hemorajinin (PPH) ayırıcı tanısında neleri düşünürsünüz?

- Uterin atoni
- Travmatik nedenler- vajinal ve servikal yırtıklar
- Plasenta veya plasental doku retansiyonu
- Disemine intravasküler koagülasyon
- Uterin rüptür
- Uterin inversiyon

### ÖNEMLİ NOKTA

Primer postpartum hemoraji (PPH), doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde genital traktustan 500 mL'den fazla kan kaybı olarak tanımlanır. Sekonder PPH, doğumdan 24 saat sonra başlayıp 6 hafta devam eden süre içinde 500 mL'den fazla kan kaybıdır. Masif PPH 1.5 L'den fazla kan kaybıdır.

### Hangi soruları sormalısınız?

- Doğumdan itibaren ne kadar kan kaybı oldu?
- Şimdiye kadar hangi uterotonikler uygulandı?
- Nabız ve kan basıncı (BP) kayıtları nasıl?

*Bayan Brown'un lohusa takip odasında 400 ml civarında sürekli, damla damla devam eden kan kaybı oldu. Doğumdan sonra toplam kan kaybı 850 mL olarak tahmin edilmektedir. Nabızı 96 atım/dakika ve kan basıncı 121/78 mmHg ölçüldü. Doğumun 3. aşamasında sintometrin uygulandı.*

*Obstetrics and Gynaecology: Clinical Cases Uncovered.*  
By. M. Cruickshand and A. Shetty. Published 2009 by Blackwell Publishing. ISBN: 978-1-4051-8671-1

### ÖNEMLİ NOKTA

Doğumun 3. aşamasının iyi yönetimi atonik PPH'ların riskini azaltır. 500µg ergometrin ve 5 ünite oksitosin intramusküler enjeksiyonla bebek çıktıktan sonra hemen uygulanır. Alternatif olarak, eğer ergotaminin uygun olmadığı preeklampsi ve kardiyak hastalık varlığında, 10 ünite oksitosin tek başına intramusküler enjeksiyonla uygulanabilir.

### Konu ile ilgili hangi başka neleri bilmek istersiniz?

- Plasenta tam mıydı?
- Bebeğin kilosu neydi?
- Travay uzadı mı?

*Bayan Brown'un daha önce beş spontan vajinal doğumu vardı. Önceki gebeliklerinde ve doğumlarında bir komplikasyon olmadı.*

*Bu gebeliğinde de antenatal bir problem yaşamadı, doğum 40 hafta+12 günlük iken indüklendi. İlk aşamanın yavaş ilerlemesi nedeniyle oksitosin kullanıldı, oksipito-transvers fetal pozisyon ve uzamış ikinci aşama nedeniyle ameliyathanede rotasyonel forseps ile doğum gerçekleştirildi. Bebeğin kilosu 4.17 kg idi. Plasenta ve membranları tam ayrıldı ve epizyotomi kat kat dikildi. Buraya kadar toplam kan kaybı 450 mL idi.*

### Muayenede nelere bakmalısınız?

- Solukluk bulguları, nabız ve BP
- Abdominal muayenede-uterusun umbilikusa göre seviyesi, sertliği (atonik mi kontrakte mi)
- Vajinal kanamanın değerlendirilmesi.

## Olgu 16

# 16 yaşında yüksek kan basıncı olan 32 haftalık gebe

Doç. Dr. Ayşe Ender YUMRU

Dr. Berker KAVŞI

*Bayan Jones, 16 yaşında 32 haftalık gebeliği olan primipar gebedir. Rutin antenatal kontrolleri sırasında ebesi tarafından tansiyonun 160/100 mmHg olduğu tespit edilir (Ortalama arteriyel basınç (OAB)120mmHg) ve yeniden değerlendirilmek üzere polikliniğe yönlendirilir.*

*yüzünün şiş görüldüğünü söylemesine rağmen kendini iyi hissettiğini ifade ediyor. Bu zamana kadar gebeliğinde herhangi bir sorun yaşamadığını, kanamasının veya karın ağrısının olmadığını ve bebek hareketlerini hissettiğini söylüyor.*

*Hastanın geçmiş medikal ve aile öyküsünde önemli bir özellik yoktur. Önceki kan basınçlarını hatırlamıyor fakat elindeki notlardan 100/60 mmHg olduğu görülüyor.*

### Ayırıcı tanıda ilk akla gelenler nelerdir?

- Esansiyel hipertansiyon
- Sekonder hipertansiyon
- Gebeliğin indüklediği hipertansiyon
- Preeklampsi (Kutu16.1)

### Anamnezde sorulması gerekenler nelerdir?

- Yüksek kan basıncı ile ilişkili olabilecek semptomları var mı? Özellikle baş ağrısı,görme bozukluğu,epigastrik ağrı,bulantı ve kusma.
- Vücudunda ödem var mı? Yüzüğü parmağını sıkıyor mu? Yüzündeki şişliği hissediyor mu?
- Bebeğin hareketlerini hissediyor mu? Karın ağrısı ya da vajinal kanaması var mı?
- Bu zamana kadar gebelikle ilgili bir sorunu olmuş mu?
- Daha önceki takiplerinde kan basıncı nedir?
- Tıbbi özgeçmişinde herhangi bir özellik var mı? Özellikle böbrek hastalığı, diyabet gibi önemli bir medikal öyküsü var mı?
- Gebenin 1.derece yakınlarından herhangi birinde gebeliğinde yüksek tansiyon problemi olan var mı?

*Bayan Jones nişan yüzüğünü çıkarmasına ve nişanlısının*

### Risk Faktörleri Nelerdir

- İlk gebelik ya da yeni partnerle ilk gebelik
- Multiparite ile birlikte :
  - Daha önceki gebeliklerinde preeklampsi öyküsü
  - Son gebeliğinden sonra 10 yıl ya da daha fazla süre sonrası gebelik
- Aşırı küçük ya da büyük maternal yaş
- Vücut Kitle İndeksinin (VKI) 35 ya da üstünde olması
- Kızkardeş ya da annede preeklampsi öyküsü
- Ölçümlerinde diyastolik basıncın 80 mmHg, ya da daha yüksek olması
- Proteinüri (1 veya daha fazla, 1 durumdan fazla veya 0.3 gr/24saat veya daha fazla)
- Çoğul gebelik
- Altta yatan medikal durumlar
  - Önceden var olan hipertansiyon
  - Önceden var olan böbrek hastalığı
  - Önceden var olan diyabet
  - Antifosfolipid antikorları

### Muayenede hangi bulgulara bakılmalıdır?

#### Genel Muayene

- Belirgin ödemi var mı? Gebe kadınların % 50 sinde hafif periferik ödem vardır.
- Şimdiki nabız ve kan basıncı nedir?

#### Nörolojik Muayene;

- Alt ve üst ekstremitelerdeki refleksleri normal mi?
- Klonus var mı? (2 den fazla ise önemli)
- Fundoskopide papiller ödeme dair bulgu var mı?

*Obstetrics and Gynaecology: Clinical Cases Uncovered.*  
By. M. Cruickshand and A. Shetty. Published 2009 by Blackwell Publishing. ISBN: 978-1-4051-8671-1

**ÖNEMLİ NOKTALAR**

- Çok genç ya da ileri anne yaşı, ilk gebelik (veya yeni partnerle ilk gebelik) ve çoğul gebelik preeklampsi için risk faktörlerinden bazılarıdır.
- Preeklampsinin maternal komplikasyonları HELLP, renal yetmezlik, dissemine intravasküler koagülasyon, pulmoner ödem, intraserebral kanama ve eklampsidir. Eklampsilerin %40'tan fazlası postpartum dönemde görülür.
- Fetal komplikasyonlar IUGR, artmış perinatal ve neonatal morbidite ve mortalitedir (çoğunlukla prematurite ve IUGR ye bağlıdır, bazen iyatrojenik de olabilir).
- Baş ağrısı, görme bozukluğu, epigastrik ve/veya hipokondrial ağrı, hiperrefleksi preeklampsinin kötüleştiğini ve eklampsi olabileceğini gösterir. Magnezyum sülfat eklampsi ve eklampsi profilaksisinde bir tedavi seçeneği olabilir.
- Antihipertansif tedavi sistolik kan basıncı >160mmHg, diastolik kan basıncı>110mmHg ,OAB 125mmHg olduğunda başlanmalıdır.
- Kan basıncının sık monitorizasyonu, aldığı çıkardığı takibi, kan tetkikleri (hemoglobin ve platelet sayılarını, üre ve elektrolitleri, karaciğer fonksiyon testlerini içerir) ciddi preeklampside endikedir.
- Oligüri varlığında sıvı dengesini takip, aşırı yüklenmeye bağlı pulmoner ve serebral ödemi önlemek için santral venöz basınç monitorizasyonu yapılmalıdır.

**Önerilen Kaynaklar**

*The management of severe preeclampsia/eclampsia.* RCOG Green Topped Guideline No 10 (A), March 2006.

## Olgu 17

## 34 yaşında, gebeliğinin 33. haftasında ağrısız vajinal kanaması olan hasta

Dr. Banu ÖNDEŞ  
Dr. Burcu DİNÇGEZ

*Bayan Chou, 34 yaşında, 3. gebeliği. Bir saat önce başlayan vajinal (PV) kanama şikayetiyle doğum kliniğine başvurur. 33 haftalık gebeliği mevcuttur.*

#### Ayırıcı tanıda antepartum kanama nedenlerinden hangilerini düşünmelisiniz?

- Plasenta previa
- Ablasyo plasenta
- Lokal nedenler (servikal, vajinal)
- Preterm eylem

#### ÖNEMLİ NOKTA

Antepartum kanama (APH) gebeliğin 24.haftasından sonra genital traktusta görülen kanamadır ve gebeliklerin %3-5'inde görülür. Tüm araştırma ve muayenelere rağmen yukarıdaki listede belirtilen nedenler dışlandığında, olguların yaklaşık yarısında kanamanın kaynağı bulunamaz.

#### Hastanın semptomları hakkında hangi soruları sormalisiniz?

- Abdominal ağrı var mıydı?
- Ne kadar kanadı? Taze kanama mıydı? Pıhtı var mıydı? Suyu geldi mi?
- Bebek hareketlerini hissediyor mu?
- İlk kez mi kanyordu?
- Cinsel ilişkide bulundu mu?

*Bayan Chou ağrısının olmadığını söyler. İlk kanamasıdır.*

*Obstetrics and Gynaecology: Clinical Cases Uncovered.*  
By. M. Cruickshand and A. Shetty. Published 2009 by Blackwell Publishing. ISBN: 978-1-4051-8671-1

*Kanama taze kanamadır fakat azdır, iki çorba kaşığı kadardır. Bebek hareketlerini iyi hissetmektedir ve henüz bebek hareketlerinde bir değişiklik olmamıştır. Geçen haftadan beri cinsel ilişki öyküsü yoktur.*

#### Konu ile ilgili neleri bilmelisiniz?

- Önceki iki gebeliğiyle ilgili detaylı obstetrik bilgi
  - Gebelik haftası (term ya da preterm)
  - Doğum şekli (vajinal doğum ya da sezaryen)
  - Komplikasyonlar (APH, erken membran rüptürü)
- Bu güne kadar servikal smear aldırması mıdır?
- Kan grubu nedir?

*Bayan Chou'nun ilk doğumu makat geliş nedeniyle 39 haftalıkken elektif sezaryenle 4 yıl önce oldu. Başka antenatal komplikasyon yoktu. 3250 gr kız bebek dünyaya getirdi.*

*2. doğumu 2 yıl önce 41 haftalıkken ilerlemeyen travay endikasyonu ile acil sezaryenle oldu. Antenatal bir problemi olmadı ve spontan travaya girdi. 3500 gr erkek bebek dünyaya getirdi. Her iki sezaryeninden sonra da postoperatif iyi bir iyileşme süreci oldu.*

*Bu zamana kadar servikal smear aldırması ve en sonuncusu geçen seneydi. Tüm smear sonuçları negatifti.*

*Kan grubu 0 Rh negatiftir. Her iki gebeliğinde de antenatal ve postnatal anti-D immunglobulin yaptırdı. Bu gebeliğinde de 28. Haftada profilaktik anti-D immunglobulin yaptırdı.*

#### Muayenede nelere bakmalısınız?

- Huzursuz ya da ağrılı görünüyor mu?
- Solukluk bulgusu var mı? Nabız ve kan basıncı kayıtlarına bakınız



**ÖNEMLİ NOKTALAR**

- Ağrısız vajinal kanamalarda plasenta previa düşünülmelidir.
- Plasenta previa ile ilgili risk faktörleri eski sezaryen (özellikle mükerrer sezaryen), ve fetusun malpozisyonudur.
- Plasenta previa şüphesi varsa, ultrasonografi ile bu tanı dışlanana kadar vajinal muayene yapılmamalıdır.
- Posterior yerleşimli plasenta previalarda, transabdominal yerine transvajinal ultrasonografi daha iyi görüntüleme sağlar.
- Eğer kanama durmuşsa, anne ve bebek için tehlike yoksa, fetal matürite sağlanana kadar beklenilebilir.
- Doğum şekli olarak grade 2, 3, 4 plasenta previalarda elektif sezaryen önerilir. Aşağı yerleşimli plasentanın alt kenarı, internal os'un 2 cm ve uzağında ise vajinal doğum düşünülebilir.
- Aşağı yerleşimli plasentalarda, plasenta ayrıldıktan sonra alt segmentin üst segment kadar yeterli kasılmaması nedeniyle PPH riski vardır.

**Önerilen kaynaklar**

Bhide A, Prefumo F, Moore J, Hollis B, Thilaganathan B.

Placental edge to internal os distance in the late 3rd trimester and mode of delivery in placenta previa. Br J Obstet Gynaecol 2003; 110: 860-864

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Guideline (Green Top) no 27 Placenta praevia and placenta praevia accrete: diagnosis and management. RCOG Press, London, October 2005

## Olgu 18

# 37. Gebelik haftasında ağrılı vajinal kanaması olan 39 yaşındaki kadın

Dr. Maviş Özge ÖZGAN

*Bayan O'Neill 39 yaşında olup 37. gebelik haftasında bir ambulansla doğumhaneye getirilir. Bu onun dördüncü gebeliğidir. Karın ağrısının ve vajinal kanamasının aniden kötüleşmesi konusunda kısa bir öykü vermiştir.*

### Hangi ayırıcı tanıları düşünürsünüz?

- Plasenta abruptio
- Plasenta previa (bakınız olgu 17)
- Erken doğum eylemi
- Diğer nedenler (örn. servikal ve vajinal polipler,
- servikal ektopi)
- Açıklanamayan nedenler

### Tanıyı doğrulamak için hastanın öyküsünde nelere dikkat edersiniz?

#### Başvuru şikayetleri

- Ağrının yeri ve özelliği – sürekli ya da intermitent?
- Kanamanın miktarı ve natürü – taze mi yoksa pıhtılı mı? Mayı geliş dışlanmalıdır.
- Fetal hareketler – fetal hareket mevcut mu?
- Bu gebeliğinde oluşan sorunların öyküsü (örn. pre-eklampsi)

#### Geçmiş obstetrik öykü

Daha önceki gebeliklerinde ve doğum eyleminde meydana gelen plasental abrupsiyon, plasenta previa veya intrauterin gelişme geriliği gibi komplikasyonların ayrıntılarının sorgulanması gereklidir.

#### Geçmiş kişisel, medikal ve sosyal öykü

- Servikal smear öyküsü
- Hipertansiyon öyküsü
- Sigara veya kokain kullanımı

*Obstetrics and Gynaecology: Clinical Cases Uncovered.*  
By. M. Cruickshand and A. Shetty. Published 2009 by Blackwell Publishing. ISBN: 978-1-4051-8671-1

*Bayan O'Neill gebeliğinin sorunsuz geçmesine rağmen geçen gün kendini biraz renksiz hissettiğini ifade etmektedir. Bugün erken saatlerde başlayan az miktarda koyu kırmızı vajinal kanama ile kötüleşen karın ağrısı mevcuttur. Ağrı hissettiğini ve bu ağrının kalıcı olup diğer doğum eylemlerindeki uterin kontraksiyonlara benzemediğini belirtmektedir. Ağrı başladığından beri bebek hareketlerini hissetmemektedir.*

*Daha önce sorunsuz geçen ve hepsi termde vajinal doğumla sonuçlanmış üç gebeliği olmuştur. Şimdiki gebeliğinde 18. haftada ebe tarafından görülmüş olup bilgiler portatif notlar şeklinde dökümente edilmiştir. Her gün 25-30 sigara içmekte olup madde bağımlısı olmadığını söylemektedir. Sosyal bir konutta 3 çocuğuyla birlikte yaşamaktadır.*

### Fizik muayenede anahtar olabilecek hangi bulguları ararsınız?

#### Genel muayene

Solgunluk kontrol edilir. Nabız ve tansiyon alınır.

#### Abdominal muayene

Symphysis-fundus yüksekliği, fetal pozisyon ve prezentasyon kontrol edilmelidir. Eğer uterin kontraksiyonlar mevcut ise bu kontraksiyonların gücü, frekansı ve süresi nedir ve uterus kontraksiyonlar arasında iyi relakse oluyor mu değerlendirilmelidir.

Abdominal muayenede hassasiyet kontrol edilir. Kontraksiyonlar arasında uterus tonusu ne durumdadır? (yumuşak/hipertonik/sert/odunsu)

Fetal kalp hızı değerlendirilir.

*Bayan O'Neill soluk ve belirgin ağrı içindedir. Nabızı 132 atım/dakika ve kan basıncı 90/60 mmHg'dir. Uterus yüksekliği gestasyonu ile uyumlu olmasına rağmen fetal pozisyonu anlamak güçtür. Uterus odunsu sertlikte olup dokunmakla hassastır. Ebe fetal kalp atımını Doppler*

**OLGUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Bu 39 yaşındaki multipar kadın 37. gebelik haftasında ağrılı antepartum hemoraji ve fetal hareket kaybı öyküsüyle şok içinde başvurmuştur. Yaşı, paritesi, sigara öyküsü ve sosyoekonomik düzeyi plasental abrupsiyon için onu yüksek riskli bölgeye almıştır. Sürekli abdominal ağrı, vajinal kanama öyküsü ve odunsu uterus ile fetal ölüm bulguları bu tanıyı yüksek oranda desteklemektedir.

Yönetimin temel dayanağı annenin uygun resüsitasyonudur. Major obstetrik kanamalar için kılavuzlar 14 gauge kanülle iki damaryolu açılmasını ve 6 ünite kan

cross-matchlenmesini önermektedir. Kolloidlerle plazma ekspansiyonu desteklenmelidir.

Sonraki adım fetusun doğumunu hızlandırmaktır. Doğum tipi maternal durum ve fetal iyilik haline bağlı olarak değişebilir. Eğer anne stabil ise ve fetus iyi durumda ise eylem indüksiyonu denenebilir, ki abrupsiyonda genellikle kısa eylem zamanı vardır.

Doğum sonrası PPH ve DIK major komplikasyonlardır ve bunlar için dikkatli olunmalıdır.

**ÖNEMLİ NOKTALAR**

- Plasental abrupsiyon maternal ve perinatal morbidite ve mortalitenin önemli nedenlerindedir.
- Ayırıcı tanıda temel olarak plasenta previa ve doğum düşünülmelidir.
- Antepartum kanamada ağrılı uterus kontraksiyonlarının olması ve hassas uterus ile fetal distress veya ölüm olması tek tanıya yönlendirmelidir.
- Multidisipliner yaklaşım önerilmektedir.
- Yönetimin temeli annenin resüsitasyonu ve fetusun olabildiğince erken doğurtulmasıdır.
- Postpartum kanama ve DIK dikkatli olunması gereken ciddi komplikasyonlardır.

**Önerilen kaynaklar**

- Baskett TF, Arulkumaran S. Antepartum haemorrhage. *Intrapartum Care for the MRCOG and Beyond*. RCOG Press. 2002;133-141
- HI-adky K, Yankowitz J, Hansen WF. Placental abruption. *Obstet Gynecol Surv* 2002; 57: 299-305.

**Olgu 19****29 yaşında, vajinal sıvı gelişi olan 31 haftalık gebe**

Dr. Maviş Özge ÖZGAN

*Bayan McRoberts, 29 yaşında olup paritesi 3'tür. Doğum eylemi bölümüne 31.gebelik haftasında sabahın erken saatlerinde vajinadan sıvı akışı ile başvurmuştur. Sıvının bacaklarından aşağı sızdığını fark ettiğinde tuvalete gitmektedir. Ebe tarafından 7. gün önce rutin bir kontrolden geçirilmiştir ve gebelikle ilgili her şeyin yolunda gittiğini söylemiştir.*

**Ayrırcı tanılar nelerdir?**

- Preterm prematür membran rüptürü (PPROM)
- Üriner inkontinans
- Vajinal akıntı

**ÖNEMLİ NOKTA**

PPROM, 37. gebelik haftasından önce membranların eylem başlamadan prematür rüptürü olarak tanımlanır. Gebeliklerin %2'sini etkiler fakat bunların %40'ı preterm doğumla ilişkilidir.

**Tanıyı açığa kavuşturmak için size yardımcı olacak hangi spesifik bilgilere ihtiyacınız vardır?****Başvuru şikayetleri**

- Sıvının rengi ve miktarı
- İlişkili karın ağrısı veya kontraksiyon varlığı
- Bebek hareketini hissediyor mu?
- Üriner bir semptomu var mı? (örn. dizüri ve sık idrara çıkma)
- Grip benzeri semptomu var mı?
- Bu gebeliğinde bir problem oluştu mu?

*Obstetrics and Gynaecology: Clinical Cases Uncovered.*  
By. M. Cruickshand and A. Shetty. Published 2009 by Blackwell Publishing. ISBN: 978-1-4051-8671-1

**Geçmiş obstetrik öykü**

Geçmiş gebelik ve doğumlarına ait detaylar:

- Doğumdaki gebelik zamanı (term veya preterm)
- PPRM öyküsü
- Spontan veya indüklenmiş eylem
- Doğum şekli (vajinal veya sezaryen section)
- Komplikasyon varlığı

**Allerjiyi de içeren geçmiş medikal öykü**

Geçmiş medikal öyküsünde herhangi ilişkili bir şey var mı ve herhangi bir allerjisi var mı?

*Bayan McRoberts'in bu akşama kadar sorunsuz bir gebeliği olmuştur. Karın ağrısı veya kontraksiyonun olmadığını ve normal fetal hareketlerin olduğunu söylemektedir. Tuvalete giderke ani berrak bir sıvı akışı olduğunu fark etmiştir. Sıvı bacaklarından akıp banyo zeminini ıslatmıştır. Dizüri öyküsü yoktur fakat son 1 – 2 haftadır idrar frekansında artış mevcuttur. Bu zamana kadar iyi hissettiğini ve major bir medikal probleminin veya allerjisinin olmadığını söylemektedir. Günde 20 sigara kullandığını kabul etmiştir. Daha önce üç gebeliği olmuştur. Önceki iki gebeliği termde spontan sorunsuz bir vajinal doğum ile sonuçlanmıştır. Üçüncü gebeliğinde 33.gebelik haftasında PPRM ve arkasından preterm eylemle preterm vajinal doğum olmuştur. Postnatal bir problem olmadığını ifade etmektedir.*

**Fizik muayenede hangi anahtar bulgulara bakarsınız?****Genel muayene**

Eylem bulguları – ağırlı görünüyor mu? Nabız, kan basıncı ve ateş ölçümü ve takibi yapılmalıdır. Ateş yüksekliği infeksiyonu gösterebilir.

**Abdominal muayene**

- Uterin kontraksiyonlar
- Symphysis-fundus yüksekliği ve fetusun pozisyon ve prezentasyonu

## ÖNEMLİ NOKTALAR

- İnfant için tek ve en önemli belirleyici, kötü sonuç preterm eylemdir. Ve mortalite ve morbidite 34. haftadan önce doğan bebeklerde en siktir.
- **Tanım:** doğum eyleminin 37. gestasyon haftasından önce başlamasıdır.
- **İnsidans:** doğumların %6-15'i.
- **Risk faktörleri (preterm eylem için)**
  - Düşük sosyoekonomik seviye
  - Maternal yaştan uç noktaları
  - Tütün kullanımı veya madde kullanımı
  - Önceki preterm doğum veya ikinci trimesterde abortus
  - Afrikan-Amerikan ırkı
  - Uterin anomali (örn. unikonat veya bikornat uterus)
  - Genitoüriner enfeksiyon
  - Uterin distansiyon (ikiz gebelik veya polihidramnios nedeniyle olabilir)
  - Servikal konizasyon öyküsü
- **Preterm eylemi öngörme:** çeşitli skorlama sistemleri vardır, şunları içermektedir:
  - Preterm doğum öyküsü
  - Servikal uzunluğun değerlendirilmesi: transvajinal ultrasonografi en duyarlı yöntemdir.
  - Fetal fibronektin: yüksek negatif prediktif değeri vardır
  - Araştıma gereçleri: tükrük östriolü, evde monitorizasyon
- **Önleme**
  - Servikal yetmezlikten şüphe ediliyorsa servikal serklaj
  - Yüksek riskli kadınlarda asemptomatik infeksiyonların taranması ve tedavisi (örn. bakteriyel vaginosis, asemptomatik bakteriyüri)
- **Tedavi**
  - Acil serklaj / kurtarıcı servikal sütür (yetersiz kanıt)
  - Tokoliz: sonuçları iyileştirdiğine dair net veri yoktur. Kortikosteroid etkinliği veya in utero transport için birkaç gün kazanmak gerektiğinde düşünölmelidir. İntakt membranları olan kadınlarda antibiyotik kullanımının yararı gösterilmemiştir.

## Önerilen kaynaklar

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Tocolytic drugs for women in preterm labour*. Green-top Guideline No.1 (B). RCOG, London, 2002.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Antenatal corticosteroids to prevent respiratory distress syndrome*. . Green-top Guideline No.7. RCOG, London,2004.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Preterm prelabour rupture of membranes*. Green-top Guideline No.44. RCOG, London,2006.

## Olgu 20

## 35 yaşında antenatal bakım için başvuran gebe

Dr Burcu DİNÇGEZ

*Bayan Todd, 3.gebeliği olup 35 yaşındadır. Son adet tarihi 12 hafta öncedir ve o zamana kadar gebeliğinde bir sorun yaşamamıştır. Gebe, ilk antenatal vizitine gider.*

Antenatal tarama komplikasyon riski olan gebelikleri tespit etmek için yapılır. Anamnezi, ultrasonografiyi, kan testlerini ve diğer incelemeleri içerir. Maliyet ve klinik etkinliği gereği diğer tarama testleri bazı gebeliklerde endike olmasına rağmen burada NICE tarafından önerilen tarama testlerinden bahsedilmektedir.

**Anamnezde sorulması gerekenler nelerdir?****1 Önceki obstetrik öykü**

- Önceki gebeliklerin sayısı ve sonuçları
- Gebelikte şunları içeren herhangi bir problem:
  - Preeklamsi, abruptio vb
  - Doğum şekli
  - Doğumdaki gebelik haftası
  - Doğum ağırlığı
  - Postnatal problem

**2 Geçmiş medikal öykü****3 İlaç öyküsü (allerjiyi içeren)****4 Sosyal öykü**

- Etnik köken
- Meslek
- Sosyal destek
- Sigara
- Alkol alımı
- İlaç kullanımı

**5 Aile öyküsü, partner ve ailesini içeren**

*Obstetrics and Gynaecology: Clinical Cases Uncovered.*  
By. M. Cruickshand and A. Shetty. Published 2009 by Blackwell Publishing. ISBN: 978-1-4051-8671-1

*Bayan Todd, daha önceki iki gebeliğinin komplikasyonsuz, normal ağırlıklı bebeklerle vajinal doğumla sonlandığını söyler. Tıbbi öyküsünde özelliği bilinen allerjisi ve ilaç kullanımı yoktur. Alkol ve madde kullanmadığını ancak günde 30 tane sigara içtiğini belirtir. Eşinin ailesi ile ilgili bir problem olmadığını fakat kendi ailesiyle ilgili bilgisi olmadığını ifade eder.*

**Bu aşamada hastaya ne önerirsiniz?**

Hasta sigarayı bırakmalıdır (eğer partneri de içiyorsa beraber bırakabilirler). Sigara bırakma önerisi, destek grubu veya nikotin replasman tedavisi gebelikte yapmak üzere hasta yönlendirilebilir.

*Hasta bebeğinin ve kendisinin sağlığı için tehlikeli olacağını fark ederek sigarayı bırakmak için yönlendirilmeyi kabul eder.*

*Hasta, hastane tarafından yollanan gebelikte tarama broşürünü okur ve bilgileri tam olarak anlayamadığını ve açıklama istediğini söyler.*

**Hastayla neler konuşulmalıdır?**

Tarama, anne ve bebek üzerine olumsuz etkileri olabilecek ancak semptom vermeyen durumları saptamak için yapılır. Genellikle kan ve idrar testi ile ultrasonografiyi içerir. Bunlar enfeksiyonları, fetal anomalileri ve maternal kandaki anomalileri saptamayı hedefler (Kutu 20.1 ve 20.2). Tarama aynı zamanda gebeliği etkileyecek bazı medikal durumlarda da uygulanabilir.

*Bayan Todd hematolojik durumlar ve enfeksiyon için olan taramaları kabul eder. Komşusunun tarama testi düşük riskli olduğu halde Down sendromlu bebeği olduğunu ve kendisinin de bu gebeliğinde Down sendromu riskinden çok korktuğunu ifade eder. Ultrasonografi ile bebeğinde Down sendromunun kesin olarak olup olmadığını söyleyemeyeceğini öğrenmek ister.*

**Tablo 20.1** İkinci trimesterde rutin ultrasonografide saptanan anomali yüzdesi (kanıt düzeyi 2a). Saptanma oranları değiştiğinden tarama yapan her merkez kendi sonuçlarını bilmeli ve hastanın detaylı ultrasonografi taramasını yaptırma kararını etkileyebilmek için lokal saptama oranlarını göstermelidir.

Anatomik sistem	Saptanma yüzdesi (%)
Santral sinir sistemi	76
Üriner trakt	67
Pulmoner	50
Gastrointestinal	42
İskelet	24
Kardiyak	17

### OLGUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gebelikte tarama zararlı olabilecek asemptomatik durumların tespitini hedefler. Genellikle, hematolojik durumlar ve enfeksiyon için tarama kolaydır ancak tahmin edilmeyen pozitif sonuçları olan hastalarda konsültasyon gerekebilir.

Fetal anomali taraması kısmen zordur. Kadınların risk

kavramını anlamak ile ilgili birçok problemi vardır. Buna ek olarak, anlamak için birçok ileri teste gerek duyulabilir. Hastanın taramanın gerekliliğini anlaması önemlidir. Taramaya başlamadan önce herhangi bir fetal anomalide gebelik terminasyonu ihtimalinin de olduğundan bahsedilmelidir.

### ÖNEMLİ NOKTA

- Fetal kromozomal anöploidi ve anomaliler için yapılan tüm tarama testlerinin yalancı pozitif ve negatif sonuçları vardır. Hasta, taramanın neden gerekli olduğu, düşük ve yüksek riskli sonuçlar konusunda tam olarak bilgilendirilmelidir.
- Down sendromu için tarama testi ilk ve/veya ikinci trimesterde uygulanabilir. Maternal yaş+kan testleri veya yaş+NT ölçümü veya yaş+kan testleri+NT ölçümü kombinasyonlarına bağlı olarak hesaplanan riski içerir.
- Tarama testinde yüksek risk saptandığında, tanı testi (koryon villüs örnekleme veya amniyosentez) ile fetal karyotip doğrulanır. Bu işlemlerin işlem ilişkili fetal kayıp riski vardır.
- Enfeksiyonlar için rutin antenatal tarama hepatit B, HIV ve sifilizi içerir. Bu enfeksiyonlarda maternal enfeksiyonun fetal etkilerini azaltmak için önlem alınabilir. Rubella için immunizasyon yoksa rubella aşısı sonraki gebelikleri korumak için postnatal dönemde endikedir.
- Diğer tarama testleri yüksek riskli grupta endike olabilir (örn orak hücre anemisi Afrika'da, talasemi Akdeniz'de).

### Önerilen Kaynak

Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman.  
NICE Clinical Guideline CG62, March 2008.

**Olgu 21****24 yaşında, insülin bağımlı diyabeti olup gebelik planlayan hasta**

Dr. Banu ÖNDEŞ

*Bayan Kumar, 15 yaşından beri tip 1 insülin bağımlı diyabeti olduğunu bilmektedir. İyi giden bir ilişkisi vardır ve aile kurmak istemektedir.*

**Bayan Kumar'a gebelik öncesi danışmanlık ve bakım konusunda neler önerebilirsiniz?**

Gebelik öncesi danışmanlık ve bakım multidisipliner bir takım çalışmasıdır (obstetrik ve diyabet kliniği). İyi bir diyabet kontrolü ve düşük HbA1c düzeyi sağlayarak, fetusun konjenital malformasyon riskini azaltmayı ve gebelik sonuçlarını iyileştirmeyi amaçlar.

İlaçları gözden geçirip hipoglisemik tedaviyi yoğunlaştırarak HbA1c düzeyini %6.1'in altında tutunuz.

İyi glisemik kontrol sağlanana dek (HbA1c < %6.1) kontrasepsiyona devam etmesini ya da kullanmıyorsa başlamasını tavsiye ediniz. HbA1c düzeyinin > %10 olması, %25 olması kadar yüksek konjenital malformasyon riski taşır. Her ay HbA1c düzeylerini ölçünüz ve kendi kendine kan glikoz ölçümünün sıklığını artırınız. Hedef kan glikozu seviyesi gebelik öncesi ve gebelik boyunca 72-126 mg/dL'dir.

Gebelik öncesi 5mg/gün folik asit başlayınız ve 12. gebelik haftasına kadar devam ediniz. Rubella'ya karşı bağışıklığını kontrol ediniz.

Diyet önerilerinde bulununuz. Kompleks karbonhidrat, lif ve vitamin içeriği yüksek, doymuş yağ oranı düşük beslenmesini tavsiye ediniz. BMI > 27 kg/m<sup>2</sup> ise nasıl kilo vermesi gerektiğini anlatınız, sigarayı bırakma ve alkol tüketimini azaltma gibi genel tavsiyelerde bulununuz.

Funduskopi, idrarda mikroalbuminüri ve böbrek fonksiyon testleri ile retinal ve renal değerlendirme yapınız. Mikroalbuminüri ya da proteinüri varlığı pre-eklampsi riskini artırır.

*Obstetrics and Gynaecology: Clinical Cases Uncovered.*  
By. M. Cruickshand and A. Shetty. Published 2009 by Blackwell Publishing. ISBN: 978-1-4051-8671-1

Gebelikte diyabet yönetimi için çaba harcaması ve zaman ayırması gerektiğini, bu konuda uzman kişilerle daha sık irtibata geçmesini öneriniz. Çocuğunda diyabet riskinin %2-3 olduğunu anlatınız.

*Bayan Kumar'ın HbA1c düzeyi % 13, açlık ve tokluk glikozları yüksektir. İdrarın da keton ya da protein yoktur. Böbrek fonksiyon testleri normal ve rubellaya karşı bağışıklıdır. Retinopatiye dair bulgu yoktur. Hipertansiyon için enalapril kullanmaktadır ve metildopa ile değiştirilir. HbA1c düzeyi %6.1'in altına düşene ve kan glikozu normale dönene kadar sadece progesteron içeren haplardan kullanması önerilir. 3. ayındaki takipte HbA1c düzeyi normaldir ve glisemik kontrol sağlanmıştır. Kontrasepsiyonu bırakır ve en kısa zamanda gebe kalmayı ümit eder. 5 mg folik asit almaya devam eder.*

Anjiyotensin converting enzim (ACE) inhibitörleri gebelik öncesi ya da gebelik tespitinden hemen sonra kesilmelidir. Çünkü oligohidramnios, fetusta böbrek yetmezliği ve hipotansiyon yapabilirler. Retinopati gebelik öncesi tedavi edilmelidir.

Glomerular filtrasyon oranı < 45mL/dakika ve / veya proteinüri > 5 gr/gün olan hastalar gebelik boyunca bir nefrolog ile konsulte edilmelidir. Ciddi nefropatisi olan hastalar, hem anne hem de bebek için kötü sonuçlara sebep olduğundan dolayı gebelikten vazgeçirilmelidir.

*Bayan Kumar diyabetin gebeliğe ve fetusa olan etkilerini ve ayrıca gebeliğin diyabet üzerindeki etkilerini merak etmektedir.*

**Bayan Kumar'a bu konuda nasıl yardımcı olabilirsiniz?****Gebeliğin diyabet üzerindeki etkileri**

Plasentadan insülin karşıtı hormonların salgılanmasının sonucu olarak gebelikte fizyolojik insülin direnci ve düşük glikoz toleransı oluşur. Bu nedenle gebelik ilerledikçe insülin dozlarının artırılması önerilmektedir.



**ÖNEMLİ NOKTALAR**

- Kapsamlı antenatal bakım, kadın doğum uzmanı liderliğinde multidisipliner bir takım tarafından sağlanır.
- Gebelik planlanmalıdır, iyi kontrasepsiyon önerileri ve gebelik öncesi danışmanlık esastır.
- Diyet önerilerinde bulunulmalıdır. Kompleks karbonhidratlardan, lif ve vitaminden zengin, doymuş yağlardan fakir bir diyet sağlanmalıdır.
- Diyabeti olan tüm kadınlara gebelik öncesi folik asit(5 mg) desteği verilmeli ve gebeliğin 12. Haftasına kadar devam edilmelidir. Gebelik öncesi ve sonrası hedef kan glikozu 4-7 mmol/L olmalıdır.
- Gebelik öncesi ve gebelik boyunca her trimesterde fundal muayene önerilir. Kötü glisemik kontrolü olanlarda ve hipertansiflerde kontroller sıklaştırılmalıdır.
- ACE inhibitörleri fetusa olan etkileri nedeniyle kesilmelidir. Metildopa, labetalol ve nifedipin gibi gebelikte kullanılabilen antihipertansiflere geçilmelidir.
- Gebeliğinde insülin gerektiren hastalar, diğer taraftan her şey normal ilerliyorsa, 38. haftada değerlendirilir ve 40.haftaya kadar ilerlemesine müsaade edilebilir.
- Diyabeti olan kadınlar kadın doğum uzmanı ve neonatolog bulunan kapsamlı merkezlerde doğum yapmalıdır.
- Doğum ilerlerken diğer yüksek riskli hastalar gibi, sürekli fetal monitorizasyon yapılmalıdır.
- İntravenöz insülin ve dekstroz hedeflenen 72-126 mg/dL'lik kan glikoz seviyelerini sağlamak için uygulanmalıdır.
- Neonatal hipoglisemiyi önlemek ve laktasyonu uyarmak için erken besleme önerilir.

**Önerilen kaynaklar**

NICE Clinical Guideline CG63. *Diabetes in pregnancy: management of diabetes and its complications from pre-conception to the postnatal period.* March 2008

## Olgu 22

## 32 yaşında makat prezantasyonda fetüsü olan 37 haftalık gebe

Dr. Burcu DİNÇGEZ

*Bayan Alvares, 37 hafta ilk gebeliği olan hasta, ebesinin yaptığı kontrolde çocuğun makat prezantasyonda olabileceğinin söylenmesi üzerine antenatal kliniğe gider. Kendisine rutin antenatal muayenesinde bebekte herhangi bir sorun olmadığı ancak makat prezantasyonda olduğu söylenir.*

**Bayan Alvares'e ne söylersiniz?**

Normal baş pozisyonunun yerine çocuğun makat kısmının prezente olduğu görülmektedir. Bu durum çok sık olmamakla birlikte bebeklerin %20'si 28. haftada makat pozisyonundadır. Bunların ise yalnızca %3-4'ü termde makat pozisyonunda kalır. Bebek hala kendiliğinden dönebilir ancak dönmez ise eksternal sefalik versiyon da bir seçenek olabilir. Elektif sezaryen ya da vajinal doğum ile doğum gerçekleşebilir.

**Hangi tetkikler gereklidir?**

Ultrasonografi tanıyı doğrulamak için uygulanabilir. Bazı vakalarda fetal veya uterin anomali, azalmış amnios mayi hacmi veya plasenta previa nedeniyle makat pozisyonu oluşabilir. Öncelikle bu durumlar dışlanmalıdır.

*Bayan Alvares'in bebeğinin makat pozisyonunda ve bacaklarının fleksiyonda olduğu ultrasonografi ile doğrulanır. Bebeğin büyümesi normaldir ve amnios mayi miktarı yeterlidir. Plasenta normal lokalizasyondadır ve makat prezantasyona neden olacak uterin veya fetal anomali yoktur (Fig 22.1, kutu 22.1).*

**Bayan Alvares'e doğum ile ilgili hangi bilgiler verilmelidir?**

Termdeki makat prezantasyondaki bebekler için *Obstetrics and Gynaecology: Clinical Cases Uncovered*. By. M. Cruickshand and A. Shetty. Published 2009 by Blackwell Publishing. ISBN: 978-1-4051-8671-1

planlanmış sezaryenin vajinal doğuma oranla daha az perinatal mortalite ve erken neonatal morbiditeye sahip olduğu söylenmelidir. Uzun dönemde termde makat prezantasyonla doğan bebeklerin sağlık durumu ile bebeğin doğum yöntemi arasındaki ilişkisi konusunda yeterince kanıt yoktur.

Ayrıca hastaya makat prezantasyonda planlanmış sezaryende planlı normal doğuma oranla ciddi ve acil komplikasyonlarda az bir artış olduğu söylenmelidir. Hastanın uzun dönem sağlık durumu için ise ek bir risk taşımayacaktır. Planlanmış sezaryenin gelecekteki gebelik üzerine uzun dönem etkileri ise kesin değildir.

*Bayan Alvares sezaryenle doğum istemez fakat normal doğumdaki riskler de kendisini çok üzer. Çocuğun kendiliğinden de baş pozisyonuna dönebileceği söylenen hasta bu konuyla ilgili detaylı bilgi almak ister.*

**Hastaya ne söylenmelidir?**

Eksternal sefalik versiyon maternal abdomen yoluyla bebeğin eksternal manipülasyonlarla çevrilmesidir. İlk bebek için 36 haftada, paritesi olan kadınlar için 37. haftada yapılmalıdır. İlk bebek için başarı oranı %40, paritesi olanlar için %60'tır. %5 bebek ise başarılı bir versiyon sonrasında tekrar makat pozisyonuna döner.

Bebek için riskler akut fetal distress, spontan membran rüptürü ve plasental abrupsiyonu içerir ki bunlar çok nadir görülmekle beraber acil sezaryen gerektirir. Önemli oranda maternal rahatsızlık da yapabilir.

*Hasta eksternal sefalik versiyon uygulamasını istediğini belirtir ve ertesi gün randevu verilerek doğum salonuna çağırılır. Hasta ne olacağını bilmek istemektedir.*

**OLGUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Bayan Alvares'in 37 haftalık makat prezantasyonu olan gebeliği mevcuttu. Plasenta previa, amnios mayi anormallikleri ve uterin anomaliler ultrasonografi ile dışlandı ve vajinal doğum yapabilmesi için eksternal sefalik versiyon önerildi. İşlem için onam alındıktan sonra, başarıyı arttırmak için tokoliz yapıldı, fakat yine de eksternal sefalik versiyon başarılı olmadı ve bebek makat prezantasyonunda kaldı.

Hasta daha sonra perinatal morbidite ve erken neonatal morbiditeyi azalttığı için elektif sezaryeni tercih etti. Sezaryen komplikasyonsuz geçti ve postoperatif iyileşme

iyiydi. Sonraki gebeliğinde bebek sefalik pozisyonda idi ve vajinal doğum yapmayı tercih etti.

Termde malprezantasyon artmış perinatal morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Bu problemle yüzleşildiğinde seçenekler non-verteks vajinal doğumu, fetal duruşun vertekse çevrilmesini veya malprezantasyona bağlı olarak bebeğin sezaryen ile doğurtulmasını içerir. Hasta ve yakını riskler, yararlar ve potansiyel sonuçlar konusunda tam olarak bilgilendirilmeli ve en doğru müdahale kararı hasta ve ailesi ile ortak olarak verilmelidir.

**ÖNEMLİ NOKTA**

- Malprezantasyonlar erken gebeliklerde daha sık görülürken termde genellikle %5 oranında görülürler (>37 haftada).
- Aşağı yerleşimli plasenta, uterus alt segmentindeki fibroidler, polihidramnios fetal malpozisyon için predispozan faktörlerdir.
- Oblik, transvers ve değişken (pelviste hiçbir fetal kısım yoksa) fetal duruşlar membran rüptürü durumunda kordon prolapsusu riskini taşır. Bu riskler ışığında (acil doğum gerektiren), bu hastalar malpozisyon devam ettiği sürece doğuma kadar 36-37.haftalardaki gebeler gibi takip edilmelidir.
- 36. haftada malpozisyonu olan gebelerde aşağı yerleşimli plasenta gibi risk faktörleri dışlandıktan sonra eksternal sefalik versiyon önerilmelidir.
- Multiparite gibi tokoliz de eksternal sefalik versiyonun başarısını arttırır.

**Önerilen Kaynaklar**

RCOG Green Top Clinical Guideline (no 20a). External cephalic version and reducing the incidence of breech presentation. December 2006.

**Olgu 23****Bir geçirilmiş sezaryen öyküsü olan ve antenatal klinikte takip edilen 26 yaşında hasta**

Dr. Burcu DİNÇGEZ  
Dr. Maviş Özge ÖZGAN

*Bayan Mclean, 26 yaşında olup 13 haftalık ikinci gebeliği ile antenatal klinikte takip edilmektedir. Kayıtlı görüntüleri normaldir. İlk gebeliği iki yıl önce acil sezaryen ile sonuçlanmıştır.*

*Bayan Mclean'ın fetal distress nedeniyle 7 cm servikal açıklığı mevcutken komplike olmayan alt segment sezaryen öyküsü mevcuttur. Postoperatif dönem sorunsuz geçmiştir ve oğlunun kilosu 3,7 kg'dır.*

**Başka hangi bilgilere ihtiyacınız vardır?**

Önceki doğum ve operasyonu ile ilgili detaylara ihtiyaç vardır.

**Geçirilmiş sezaryenin endikasyonu**

Bu rekürren veya non-rekürren endikasyon muydu? Örneğin ciddi kontrakte pelvis gibi çok az sayıda rekürren endikasyon vardır. Birçok sezaryen rekürren olmayan endikasyonla yapılır ki bunlar makat prezentasyonu, fetal distress ve ilerlemeyen travaydır.

**Sezaryen çeşitleri (Alt-üst segment sezaryen sectio)**

Çoğu sezaryen sectiolar uterus alt segmentinden uygulanır (Şekil 23.1). Üst segment sezaryen sectioların ise çok az endikasyonu vardır. Bunlar alt segmentin iyi şekillenmediği çok preterm gebelikler, membran rüptürü olan transvers duruş, fetusun manipule edilemeyeceği hiç amniyos mayii olmayan durumlar ve major plasenta previa'dır.

**İntraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar**

İntraoperatif komplikasyonlar alt uterin segment insizyonunun genişlemesini, mesane veya barsak yaralanmasını veya sezaryen sectio sırasındaki artmış kanama ve uterin atoniyi içerir. Postoperatif komplikasyonlar ise enfeksiyon (endometrit, pelvik enfeksiyon, yüzeysel yara enfeksiyonu veya diğer sistemleri içeren göğüs enfeksiyonu) veya trombozdur.

*Obstetrics and Gynaecology: Clinical Cases Uncovered.*  
By. M. Cruickshand and A. Shetty. Published 2009 by Blackwell Publishing. ISBN: 978-1-4051-8671-1

**Hastaya ne önerirsiniz?**

Hastaya sezaryen sectio sonrasında vajinal doğum (VBAC- vajinal birth after caesarean section) ya da rekürren olmayan endikasyon ile alt segment elektif sezaryen sectio (ERCS) seçenekleri sunulmalıdır. Bu yöntemlerin maternal ve perinatal riskleri tartışılmalıdır.

Kadınların %72-76'sında başarılı VBAC görülürken, %24-28 inde acil sezaryen sectio gerekmektedir. Başarılı VBAC kısa hospitalizasyon süresi, çabuk iyileşme ve vajinal doğumlar için iyi bir şans olması gibi avantajlara sahiptir. Ayrıca doğum sonrasında bebeklerde respiratuar problemlerin olma riski de VBAC ile azalır.

Geçirilmiş bir sezaryen sectiolu kadında VBAC 22-74/10000 uterin rüptür riski taşır (Kutu 23.1). Tekrarlayan elektif sezaryen sectio olan kadınlarda ise uterin rüptür riski yoktur. İki geçirilmiş sezaryen sectiosu olanlarda ise skar rüptürü riski net olarak bilinmemektedir (yaklaşık 92/10000). Ayrıca VBAC'de ek olarak %1 kan transfüzyonu riski, endometrit ve 2-3/10000 doğum ilişkili perinatal ölüm riski vardır. Tekrarlayan elektif sezaryen sectio kanama, enfeksiyon, tromboemboli, operatif yaralanmalar ve ilerleyen gebelikte oluşacak komplikasyon riski taşır.

**ÖNEMLİ NOKTA**

Elektif sezaryen sectionun zamanlaması; Sezaryen sectio neonatal respiratuar distress sendromunu azaltmak için 39. haftadan sonra uygulanmalıdır.

**OLGUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uygun tavsiyeler sonrası daha önce bir sezaryen öyküsü olan bayan Mclean VBAC'yi tercih etmiştir. 40 haftada membranların sıyırılması sonrasında spontan doğum eylemi başlamış fakat uterin kontraksiyonları çok efektif değildir. Doğum eyleminin progresyonu yavaştır. Oksitosinle artmış skar rüptürü konusunda değerlendirme sonrasında oksitosin infüzyonuyla kontraksiyonların indüksiyonunu tercih etmiştir. Doğum eyleminde skar rüptürü bulguları için sık monitorizasyon uygulanmıştır. Oksitosine rağmen doğum eylemi ilerlemeyip bu endikasyon ile urgent sezaryen sectio yapılmıştır.

Primer sezaryen sectio oranlarındaki artış geçirilmiş sezaryen ile doğum yapmış obstetrik popülasyonda oranları da artırır. İngiltere ulusal sezaryen oranı (CSR) 2001 yılında %21,3 ve CSR'ye katılan grupların çoğu tekiz baş geliş gebelik ve eski sezaryen olan kadınlardan oluşmuş gruptur.

Daha önce sezaryen öyküsü olan hamile kadınlara VBAC ve ERCS'nin her ikisi de sunulmalıdır. VBAC'yi reddeden kadın oranı sezaryenle doğum oranlarının önemli kısmını oluşturur. Bu kadınlar antenatal dönemde yeterli bilgilendirilmelidir. Bu bilgilendirme başarılı VBAC oranlarını, skar rüptürü oranlarını, spontan eylem ve indüksiyon ajanlarının (oksitosini prostaglandin) ikisini de, doğum eylemi boyunca CTG monitorizasyonu gerekliliğini içermelidir. Skar rüptürünün klinik bulgularının değerlendirilmesi ve acil bir sezaryen sectio için olanakların ulaşılabilirliği önemlidir. Rekürren sezaryen sectio'nun operatif riskler ve gelecekteki obstetrik durumuna etkisi açısından hastaya bilgi verilmelidir. Gebeliğin 36–37. haftalarında doğum şekli konusunda bir fikir oluşturulmalıdır. Artmış sezaryen oranları kanama, plasenta previa ve akreata, mesane ve barsak yaralanmaları, ileus, histerektomi, kan transfüzyonu ihtiyacında artışa neden olur.

**ÖNEMLİ NOKTALAR**

- Sezaryen sectio için çok az rekürren endikasyon vardır ve bir sezaryen sectiosu olan kadınların çoğu bir sonraki gebeliklerinde VBAC ile doğumu seçebilmelidir.
- Genel olarak VBAC ile başarılı vajinal doğum oranı %72–76, skar rüptürü riski ise 22–74/1000' dir.
- Skar rüptürü riski spontan doğumlara oranla VBAC indüklenmiş VBAC'de 2–3 kat daha fazladır. Bu risk prostaglandin kullanıldığı zaman en yüksektir.
- Skar rüptürünün tespiti için sürekli intrapartum bakım, CTG monitorizasyonu önerilir.

**Önerilen kaynaklar**

NICE Clinical guideline ( no 13). *Caesarean section*. April 2004.

RCOG Green Top Guidelines ( no 45 ). *Birth after previous caesarean birth*. RCOG Pres, London, February 2007.

## Olgu 24

# 29 Yaşında erken gebelikte kusma şikayeti olan kadın hasta

Dr. Burcu DİNÇGEZ  
Dr. Maviş Özge ÖZGAN

*Bayan Begüm, 29 yaşında, parite 1, devam eden bulantı-kusma şikayetiyle bir doğum kliniğine yönlendirilir. Yaklaşık 7 haftalık gebeliği mevcut olan hasta kusma nedeniyle günlük ihtiyaçlarını yerine getiremediğini, bu durumun onu çok yorgun düşürdüğünü ve bu durumla başa çıkamadığını ifade eder.*

### Ayırıcı Tanınız Nedir?

- Hiperemezis Gravidarum
- Gastrit/gastroenterit
- Üriner sistem enfeksiyonu
- Diğer nadir sebepler (örn tirotoksikoz, pankreatit, Addison hastalığı, kolesistit, hepatit)

### ÖNEMLİ NOKTA

Hiperemezis gravidarum, gebelikte devam eden kusma olarak tanımlanır. Kilo kaybına (vücut kitlesinin %5'i) ve ketozise neden olur. Gebelerin %50'sinden fazlasında bulantı ve kusma olmasına rağmen yalnızca %1'inde hiperemezis gravidarum görülür.

### Şimdi hastaya ne sorulmalıdır?

#### Başvuru şikayetleri

- Kusmanın süresi, sıklığı
- Göğüste yanma varlığı
- Karın ağrısı ve diyare
- Üriner semptom varlığı
- Duygu durum değişikliği varlığı

### Obstetrik hikaye

Daha önceki gebelikte hiperemezis varlığı

### Allerjiyi de içeren özgeçmiş

Herhangi bir medikal problem varlığı (örn pankreatit, Addison, hipertiroidizm)

### Aile öyküsü

- Ailede herhangi birinde benzer semptomların varlığı
- Ailede ikiz gebelik öyküsü

*Bayan Begüm bulantı ve kusma şikayetinin 1 hafta önce başladığını ve ilerleyici şekilde arttığını ifade eder. Sürekli kendini hasta hisseder ve hiçbir şey yiyemez. Günde 10-12 kez az miktarda kusmaktadır. Aynı zamanda az miktarda göğüste yanma hissi olduğunu ancak karın ağrısının, diyare ve üriner şikayetlerinin olmadığını ifade eder. Kendini mutsuz hissettiğini ve daha fazla dayanamayacağını söyler.*

*Daha önce bir gebeliği olduğunu ve 2 yaşında Ayşe adında bir kızı olduğunu ifade eder. İlk gebeliğin erken dönemlerinde 2 kere intravenöz sıvı ve antiemetik tedavi gerektiren inatçı kusmalarının olduğunu söyleyen hasta özgeçmişinde allerji ya da medikal bir hastalık tarif etmemektedir.*

*Soygeçmişinde ikiz gebelik öyküsünün bulunmadığını söyler.*

### ÖNEMLİ NOKTA

Hiperemezis gravidarum hemen her zaman ilk trimesterde ve genellikle 6-8. haftalar arasında görülür.

### Fizik Muayenede Nelere Bakılmalıdır?

#### Genel muayene

- Dehidratasyon bulguları (örn kuru cilt ve ağız, cilt turgorunun azalması)

*Obstetrics and Gynaecology: Clinical Cases Uncovered.*  
By. M. Cruickshand and A. Shetty. Published 2009 by Blackwell Publishing. ISBN: 978-1-4051-8671-1

### Önerilen Kaynaklar

Kuşçu NK, Koyuncu F. Hyperemesis gravidarum: current concepts and management. Postgrad Med J 2002; 78: 76-79.

Neill AM, Nelson- Piercy C. Hyperemesis gravidarum review. The Obstetrician and Gynaecologist 2003; 5: 204-207.

Dr. Maviş Özge Özgan

*Bayan Akinte 39 yaşında primigravid olup antiemetik ve hidrasyonla düzelen ciddi hiperemezisi vardır. Pelvik ultrasonografi ile doğrulanmış ikiz gebeliği mevcuttur. Hasta primer anovulatar, subfertilidir ve bu gebelik klomifen sitrat tedavisi sonucu olur.*

### İkiz gebeliğin predizipozan faktörleri nelerdir?

Aile hikayesi, daha önce çoğul gebelik öyküsü, artmış anne yaşı, ovulasyon indüksiyonu (klomifen ile %10, gonadotropinlerle %30 ve in vitro fertilizasyon [IVF] ile %25-30) ve ırk (Japon ırkında 7/1000, Nijerya ırkında 40/1000) sorgulanmalıdır.

#### ÖNEMLİ NOKTA

İkiz gebelik oranı tüm gebeliklerin yaklaşık %1 i kadar olup üçte ikisi dizigotik , üçte biri de monozigotiktir. Üçüz insidansı ise 1/4000'dir. Reprodüktif tekniklerin artması sonucunda artmış bir insidans mevcuttur.

### Bayan Akinte ikiz gebeliğin nedenlerini ve farklı tiplerini öğrenmek ister. Ona neler anlatırsınız?

İki ya da daha fazla ovum dizigotik ikiz (non-identikal) forma fertilize olur veya tek fertilize yumurta bölünerek monozigotik (identikal) ikiz formu oluşturur.

Bir dizigotik ikiz gebelikte her fetus kendi plasentasına ( her biri ayrı ve kaynaşmış), amnion ve koryona sahiptir. Oysa ki bir monozigotik gebelikte

durum daha kompleks olup embriyonun bölünme zamanına bağlı olarak değişir:

- *Embriyonun 3. günde bölünmesi:* iki koryon, iki amnion (dikoryonik, diamniyotik)
- *Embriyonun 4-7. günde bölünmesi:* tek plasenta, tek koryon, iki amnion (monokoryonik, diamniyotik)
- *Embriyo 8-12. günde bölünmesi (nadir):* tek plasenta, tek koryon ve tek amniyon (monokoryonik, monoamniyotik)
- *Embriyo 13. günde bölünmesi (çok nadir):* yapışık veya siyam ikizi

*Ultrasonografik tarama bize gösterdi ki bu hastada 10+3 haftalık dikoryonik ve diamniyotik ikiz gebelik olup, her iki fetusun kalp atışı mevcuttur. Bayan Akinte ikizlerin identikal olup olmadığını bilmek istiyor.*

### İkizlerin monozigotik veya dizigotik olduğunu nasıl anlatırsınız?

Eğer ultrasonografide görülen monozigotik bir plasentasyon identikali (monozigotik ikiz) düşündürür. Dikoryonik bir plasentada zigoziteyi saptamak ikizler farklı cinsiyette değilse pek mümkün değildir.

Zigositenin tanımlanması şu durumlarda işe yarayabilir:

- İlerleyen hayatlarında ikizlerin medikal durumlarında karar vermede (örn. hastalığın genetik riskini belirlemede)
- İkiz tarama çalışmalarına katılımda
- Arkadaş, akraba veya yabancıların sorularına kolay ve açık cevap verebilmede

Zigosite yalnızca DNA taraması ile kesin olarak belirlenebilir. Bu da amniyosentez, koryon villus örnekleme (CVS), kordosentez ve doğumdan sonra kordon kanından DNA tetkiki veya yanak mukozasından küçük bir pamuklu çubukla alınan örnek veya kan örneği ile yapılabilir.

Koryoniseninin saptanması ultrasonografik olarak yapılabilir ve fetus cinsiyeti, plasenta sayısı ve iki amnion kesesi arasındaki membranın karakteristiği ile değerlendirilmesi oldukça güvenlidir. Farklı cinsi-



## Olgu 26

# Rutin antenatal taramada HIV pozitif saptanan 26 yaşında kadın

Dr. Maviş Özge Özgan

Dr. Banu Öndeş

*Bayan Okite-ebuh 26 yaşında olup yerel antenatal bakım ünitesine başvurur. Yerel bir üniversitede öğrenci olan kocasına eşlik etmek için Nijerya'dan İngiltere'ye henüz taşınmıştır. 16 haftalık gebe olup ilk bakımları Nijerya'da yapılmış ve ileri tarihe tarama için randevu verilmiştir. Toplum ebesi antenatal check up'ını yürütür ve gebeliğin bakımı konusunda ona bilgiler verir. Aynı zamanda rızası alınarak enfeksiyon taramalarını da içeren rutin antenatal tarama için kan alınır.*

*10 gün sonra Bayan Okite-ebuh obstetrik konsultandan kan testi sonuçlarını tartışmak için klinik randevu talep eden bir mektup alır. Kan testi sonuçları şöyledir:*

Hb	13,5g/dL
Kan grubu	O Rh pozitif
Down sendrom tarama riski	1:1856
Serum alfa-fetoprotein	< 2 (Mom)
Rubella taraması	Immün
Treponema pallidum	Negatif
HIV taraması	Pozitif
Hepatit B taraması	Hepatit B yüzey antijeni (HbsAg): pozitif Hepatit B core antijeni (HbcAg): negatif Hepatit B core antikor (anti-Hbc): pozitif Hepatit e antijeni: negatif

*Bayan Okite-ebuh kan testi sonuçlarını bir probleme neden olup olmayacağı konusunda endişeli olup şimdiye kadar olaysız bir gebelik geçirdiğini ve kendini iyi hissettiğini ifade eder.*

*Obstetrics and Gynaecology: Clinical Cases Uncovered.*  
By. M. Cruickshand and A. Shetty. Published 2009 by Blackwell Publishing. ISBN: 978-1-4051-8671-1

## Bu kan testi sonuçlarını nasıl yorumlarsınız?

Kan sonuçları hastanın Rh pozitif olduğunu ve anemik olmadığını gösterir. Spina bifida veya Down sendromlu bebek sahibi olmak için düşük risklidir. HIV enfeksiyonu pozitif olup kronik hepatit B enfeksiyonu mevcuttur.

### ÖNEMLİ NOKTA

Gebe kadınlara gebeliğin erken dönemlerinde HIV için tarama önerilmelidir ki maternal-fetal geçişi azaltmak için uygun müdahaleler yapılsın.

## Bu pozitif HIV testi olan kadına önerilerde bulunurken hangi önemli konuları göz önünde bulundurursunuz?

Bu tanı kadın için derinden şok edici ve hayat değiştirici bir tecrübe olabilir. Bu nedenle hassas bir şekilde ele alınmalıdır. Bir klinisyen için dikkate alınması gereken bazı önemli konular:

- Mahremiyet
- Sonuçları tartışırken empati
- Partnerin HIV durumu
- Mevcut çocukların HIV durumu

## Bayan Okite-ebuh'tan anamnez ve muayene sırasında hangi spesifik bilgileri alırsınız?

- İlaç ve şimdiye kadarki gebelik sürecini de içeren herhangi bir medikal problemin detayları.
- Geçmiş obstetrik öykü: önceki gebelikleri, doğumları ve doğum şekilleri.
  - Kan transfüzyonu ve cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü.

### Önerilen kaynaklar

British HIV and Children's HIV guidelines on management of HIV infection in pregnant women. *HIV Medicine* 2008; 9:452-502.

Royal College of Paediatrics and Children Health. *Reducing mother to child transmission of HIV. Update Report of an Intercollegiate Working Party Report*. July 2006.