

GÜNCEL KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ÇALIŞMALARI II

Editör
S.Cansun DEMİR

© Copyright 2021

Bu kitabın, basım, yayın ve satış hakları Akademisyen Kitabevi A.Ş.'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.

ISBN

978-625-7496-39-1

Sayfa ve Kapak Tasarımı

Akademisyen Dizgi Ünitesi

Kitap Adı

Güncel Kadın Hastalıkları ve
Doğum Çalışmaları II

Yayıncı Sertifika No

47518

Editör

S.Cansun DEMİR

Baskı ve Cilt

Vadi Matbaacılık

ORCID iD: 0000-0001-8331-9559

Bisac Code

MED033000

Yayın Koordinatörü

Yasin DİLMEN

DOI

10.37609/akya.644

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 oluşurmaz. 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 özel leştirilmelerden sorumlu değildir.

GENEL DAĞITIM

Akademisyen Kitabevi A.Ş.

Halk Sokak 5 / A

Yenişehir / Ankara

Tel: 0312 431 16 33

siparis@akademisyen.com

www.akademisyen.com

ÖNSÖZ

Akademisyen Yayınevi yöneticileri, yaklaşık 30 yıllık yayın tecrübesini, kendi tüzel kişiliklerine aktararak uzun zamandan beri, ticarî faaliyetlerini sürdürmektedir. Anılan süre içinde, başta sağlık ve sosyal bilimler, kültürel ve sanatsal konular dahil 1000 kitabı yayımlamanın gururu içindedir. Uluslararası yayınevi olmanın alt yapısını tamamlayan Akademisyen, Türkçe ve yabancı dillerde yayın yapmanın yanında, küresel bir marka yaratmanın peşindedir.

Bilimsel ve düşünsel çalışmaların kalıcı belgeleri sayılan kitaplar, bilgi kayıt ortamı olarak yüzlerce yılın tanıklarındır. Matbaanın icadıyla varoluşunu sağlam temellere oturtan kitabın geleceği, her ne kadar yeni buluşların yörüngesine taşınmış olsa da, daha uzun süre hayatımızda yer edineceği muhakkaktır.

Akademisyen Yayınevi, kendi adını taşıyan “Bilimsel Araştırmalar Kitabı” serisiyle Türkçe ve İngilizce olarak, uluslararası nitelik ve nicelikte, kitap yayımlama sürecini başlatmış bulunmaktadır. Her yıl Mart ve Eylül aylarında gerçekleşecek olan yayımlama süreci, tematik alt başlıklarla devam edecektir. Bu süreci destekleyen tüm hocalarımıza ve arka planda yer alan herkese teşekkür borçluyuz.

Akademisyen Yayınevi A.Ş.

İçindekiler

Bölüm 1	Vajinitler	1
	<i>Fehmi ÜNAL</i>	
Bölüm 2	Gebelik ve Egzersiz.....	13
	<i>Betül ÇİFTÇİ</i>	
Bölüm 3	Preeklampsi	23
	<i>Nazlı Korkmaz</i>	
Bölüm 4	Endometriozis.....	37
	<i>Nazlı Korkmaz</i>	
Bölüm 5	Jinekolojik Acillere Yaklaşım.....	49
	<i>Ahmet Emin MUTLU</i>	
Bölüm 6	Over Tümörleri Ve Over Tümörlerine Yaklaşım	65
	<i>Güliden AYNACI</i>	
Bölüm 7	Gebelik Hastalıklarında Başlıca Plasental Patolojiler	75
	<i>Güliden AYNACI</i>	

Yazarlar Listesi

Doç. Dr. Güliden AYNACI

Trakya Üniversitesi, Sağlık Meslek Yüksekokulu
ORCID iD: 0000-0002-2112-8631

Dr.Öğr.Üyesi Betül ÇİFTÇİ

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
ORCID iD: 0000-0002-7184-0862

Uzm. Dr. Nazlı Korkmaz

Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı,
Demiroğlu Bilim Üniversitesi
ORCID iD: 0000-0003-2166-8344

Uzm. Dr. Ahmet Emin MUTLU

Kayseri Özel Hüma Kadın Hastalıkları ve
Doğum Hastanesi
ORCID iD: 0000-0002-5092-1364

Op. Dr. Fehmi ÜNAL

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi
ORCID iD: 0000-0002-8182-2051

BÖLÜM 1

VAJİNİTLER

Fehmi ÜNAL¹

GİRİŞ

Vajinit; vulvo-vajinal kaşıntı, yanma, iritasyon, dispareni, anormal vajinal akıntı ve kötü koku gibi semptomlarla kendini gösteren vajinal enfeksiyon ve enflamasyon hali' olarak tanımlanabilir.¹ Kadınların en sık sağlık kuruluşuna başvuru sebeplerinden biridir.² Ağrı ve rahatsızlık hissi sonucu önemli iş gücü kaybı, okul devamsızlığı, seksüel disfonksiyon gibi sonuçlar doğurabilir.¹

ETİYOLOJİ

En sık vajinit sebepleri arasında bakteriyel vajinozis, vulvo-vajinal kandidiyazis ve trikomonas vajinitleri yer alır.³ Vajinal semptomu olan hastalarda etken olarak %20-25 oranında candida, %40-50 oranında bakteriyel vajinozis ve %15-20 oranında trikomonas tespit edilmiştir ancak birçok hastada etken gösterilemeyebilir.^{1,4} Bu etkenlere ek olarak atrofik vajinit, deskuamatif inflamatuvar vajinit, idiopatik vajinit gibi daha nadir görülen sebepleri de vardır⁴ (Tablo 1). Reprodüktif dönemdeki östrojen seviyeleri, vajinal epitel hücrelerinin glikojen içeriğini arttırarak vajinanın hakim florasının laktobasillerden oluşmasını sağlar.¹ Bunun sonucunda vajinal pH 4,5 seviyesinin altında kalarak florayı korur ve patojen mikroorganizmaların üremesini engeller.¹ Prepubertal kızlarda ve postmenopozal kadınlarda yetersiz östrojen seviyeleri floranın korunmasını zorlaştırır ve sık enfeksiyonlara sebep olur.¹

Tablo 1. (Sobel ve ark-1997 alınmıştır)

VAJİNİT SEBEPLERİ
Enfeksiyöz vajinitler
Sık görülen sebepler
Bakterial vajinozis (%40–50)
Vulvo-vajinal kandidiazis (%20–25)
Trikomoniazis (%15–20)

¹ Op. Dr., İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, unal.fehmi@gmail.com

ilişkili vajinal ülserler, kollajen doku hastalıklarındaki vajinal tutulum ve idiopatik vajinitler sayılabilir.^{2,4}

SONUÇ

Vajinitler klinik pratikte görülen en sık jinekolojik enfeksiyonlardır. Hikaye ve muayene tanıyı işaret etse de vajinitlerin yönetiminde laboratuvar bulguları önemlidir. Mikroskopi, vajinal pH belirlenmesi, whiff testi ve seçilmiş hastalarda kültür yapılması tanıya götürür. Yine seçilmiş hastalarda ileri moleküler yöntemler kullanılarak tanı konur. Tanı kesinleştirilerek etkili tedavi sağlanabilir.

KAYNAKLAR

1. Vaginitis in Nonpregnant Patients: ACOG Practice Bulletin, Number 215. Obstet Gynecol. 2020;Jan;135(1):e1-e17. doi: 10.1097/AOG.0000000000003604.
2. Quan M. Vaginitis: Diagnosis and Management, Postgraduate Medicine. 2010; 122:6, 117-127. doi: 10.3810/pgm.2010.11.2229.
3. Mashburn, J. Etiology, Diagnosis, and Management of Vaginitis. Journal of Midwifery & Women's Health. 2006;51(6), 423-430. doi:10.1016/j.jmwh.2006.07.005.
4. Sobel, J. D. Vaginitis. New England Journal of Medicine, 1997;337(26), 1896-1903. doi:10.1056/nejm199712253372607.
5. Klebanoff MA, Schwabke JR, Zhang J, Nansel TR, Yu KF, Andrews WW. Vulvovaginal symptoms in women with bacterial vaginosis. Obstet Gynecol 2004;104:267-72.
6. Workowski KA, Bolan GA. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. Centers for Disease Control and Prevention [published erratum appears in MMWR Recomm Rep. 2015;64:924]. MMWR Recomm Rep 2015;64(RR-03):1-137.
7. Nyirjesy P. Management of persistent vaginitis. Obstet Gynecol 2014;124:1135-46.
8. Nugent RP, Krohn MA, Hillier SL. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation. J Clin Microbiol 1991;29:297-301.
9. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, Chen KC, Eschenbach D, Holmes KK. Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. Am J Med 1983;74:14-22.
10. Landers DV, Wiesenfeld HC, Heine RP, Krohn MA, Hillier SL. Predictive value of the clinical diagnosis of lower genital tract infection in women. Am J Obstet Gynecol 2004;190:1004-10.
11. Gutman RE, Peipert JF, Weitzen S, Blume J. Evaluation of clinical methods for diagnosing bacterial vaginosis. Obstet Gynecol 2005;105:551-6.
12. Weir E. Bacterial vaginosis: more questions than answers. Can Med Assoc J 2004;171:448-501.
13. Cartwright CP, Lembke BD, Ramachandran K, Body BA, Nye MB, Rivers CA, et al. Comparison of nucleic acid amplification assays with BD affirm VPIII for diagnosis of vaginitis in symptomatic women. J Clin Microbiol 2013;51:3694-9.
14. Gaydos CA, Beqaj S, Schwabke JR, Lebed J, Smith B, Davis TE, et al. Clinical validation of a test for the diagnosis of vaginitis. Obstet Gynecol 2017;130:181-9.
15. Kane KY, Pierce R. What are the most effective treatments for bacterial vaginosis in nonpregnant women? J Fam Pract 2001; 50:399-400.
16. Brotman RM, Klebanoff MA, Nansel TR, Yu KF, Andrews WW, Zhang J, et al. Bacterial vaginosis assessed by gram stain and diminished colonization resistance to incident gonococcal, chlamydial, and trichomonal genital infection. J Infect Dis 2010;202:1907-15.
17. Schwabke JR, Desmond R. A randomized trial of metronidazole in asymptomatic bacterial vaginosis to prevent the acquisition of sexually transmitted diseases. Am J Obstet Gynecol 2007;196:517.e1-6.

18. Elghazaly SM, Hamam KM, Badawy MM, Yakoub Agha NA, Samy A, Abbas AM. Efficacy and safety of single dose of oral secnidazole 2 g in treatment of bacterial vaginosis: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2019;238:125–31.
19. Sobel JD, Ferris D, Schwebke J, Nyirjesy P, Wiesenfeld HC, Peipert J, et al. Suppressing bacterial therapy with 0.75% metronidazole vaginal gel to prevent recurrent bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:1283–9.
20. Nyirjesy P. Vulvovaginal candidiasis and bacterial vaginosis. *Infect Dis Clin N Am*. 2008;22(4):637–652.
21. Richter SS, Galask RP, Messer SA, Hollis RJ, Diekema DJ, Pfaller MA. Antifungal susceptibilities of *Candida* species causing vulvovaginitis and epidemiology of recurrent cases. *J Clin Microbiol*. 2005;43(5):2155–2162.
22. Sobel JD. Vulvovaginal candidosis. *Lancet*. 2007;369(9577): 1961 1971.
23. Owen MK, Clenney TL. Management of vaginitis. *Am Fam Physician* 2004;70:2125–32, 2139–40.
24. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Recomm Rep* 2006;55(RR-11):1–95.
25. Eckert LO, Hawes SE, Stevens CE, Koutsky LA, Eschenbach DA, Holmes KK. Vulvovaginal candidiasis: clinical manifestations, risk factors, management algorithm. *Obstet Gynecol* 1998;92:757–65.
26. Ferris DG, Nyirjesy P, Sobel JD, Soper D, Pavletic A, Litaker MS. Over-the-counter antifungal drug misuse associated with patient-diagnosed vulvovaginal candidiasis. *Obstet Gynecol* 2002;99:419–25.
27. Marchaim D, Lemanek L, Bheemreddy S, Kaye KS, Sobel JD. Fluconazole-resistant *Candida albicans* vulvovaginitis. *Obstet Gynecol* 2012;120:1407–14.
28. Sobel JD. Recurrent vulvovaginal candidiasis. *Am J Obstet Gynecol* 2016;214:15–21.
29. Davies S, Johnson E, White D. How to treat persistent vaginal yeast infection due to species other than *Candida albicans*. *Sex Transm Infect* 2013;89:165–6.
30. Sobel JD, Chaim W, Nagappan V, Leaman D. Treatment of vaginitis caused by *Candida glabrata*: use of topical boric acid and flucytosine. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:1297–300.
31. Sutton M, Sternberg M, Koumans EH, McQuillan G, Berman S, Markowitz L. The prevalence of *Trichomonas vaginalis* infection among reproductive-age women in the United States, 2001–2004. *Clin Infect Dis* 2007;45:1319–26.
32. Sobel JD. What's new in bacterial vaginosis and trichomonas? *Infect Dis Clin N Am* 2005:387–406.
33. Schmid G, Narcisi E, Mosure D, Secor WE, Higgins J, Moreno H. Prevalence of metronidazole-resistant *Trichomonas vaginalis* in a gynecology clinic. *J Reprod Med* 2001;46:545–9.
34. Sobel JD, Nyirjesy P, Brown W. Tinidazole therapy for metronidazole-resistant vaginal trichomoniasis. *Clin Infect Dis* 2001;33:1341–6.
35. Klebanoff MA, Carely JC, Hauth JC, Hillier SL, Nugent RP, Thom EA, et al. Failure of metronidazole to prevent preterm delivery among pregnant women with asymptomatic trichomonas vaginalis infection. *N Engl J Med* 2001;345:487–93.
36. Bachman GA, Nevadunsky NS. Diagnosis and treatment of atrophic vaginitis. *Am Fam Physician*. 2000;61(10):3090–3096.

BÖLÜM 2

GEBELİK VE EGZERSİZ

Betül ÇİFTÇİ¹

GİRİŞ

Fiziksel aktivite, iskelet kaslarının kasılması sonucunda ortaya çıkan vücut hareketi olarak tanımlanmaktadır. Egzersiz ise planlanmış, yapılandırılmış ve tekrarlanan vücut hareketlerini içeren fiziksel aktiviteleri kapsamaktadır.¹

Düzenli fiziksel aktivitenin insan sağlığına pek çok faydası bulunmaktadır. Başta obezite riskini azaltmak olmak üzere kalp solunum sistemi hastalıkları, diabetes mellitus (DM), metabolik sendrom, inme ve pek çok kanser riskini azalttığı zihinsel sağlığı geliştirdiği ve hayat kalitesini arttırdığı bilinmektedir.² İnsan sağlığına faydaları nedeniyle fiziksel aktivite ve egzersiz sağlıklı yaşam için önerilmektedir. Sedanter yaşam tarzının toplum genelinde kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğu pek çok epidemiyolojik çalışmada gösterilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre yetersiz fiziksel aktivite önemli bir halk sağlığı problemidir. Yüksek gelirli ülkelerde erkeklerde %26, kadınlarda % 35 oranında yetersiz fiziksel aktivite gözlenirken, bu oranın düşük gelirli ülkelerde daha düşük olup erkeklerde % 12 kadınlarda ise % 24 olarak tespit edilmiştir. ² Türkiye'de de benzer şekilde fiziksel aktivite yeterlilik oranları düşüktür. Türkiye halk sağlığı kurumunun 2013'te yaptığı araştırmaya göre erkekler %23, kadınlar %13 oranında yeterli fiziksel aktivite yapmaktadır. Ayrıca her iki cinsten yaş ilerledikçe yeterli ve orta düzeydeki fiziksel aktivite düzeyi azalmaktadır.³

Anne adayları için gebelik, fiziksel değişiklikler ve psikososyal faktörlerin etkisiyle farklı bir süreçtir. Gebelikle birlikte fizyolojik ve anatomik değişiklikler oluşur ayrıca fiziksel aktivitede azalmayla birlikte yaşam tarzı değişiklikleri de olmaktadır. Fiziksel aktivitenin sağlıklı yaşam tarzı açısından önemi gebelere anlatılmalı ve uygun egzersizler açısından yönlendirilmelidir. Gebelikte anne ve fetus için en uygun olan egzersiz tipi, sıklığı ve süresinin bilinmesi, gebelere danışmanlık yapılması açısından önemlidir.

¹ Dr.Öğr.Üyesi, Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, btclftc@hotmail.com

rin olduğu kas güçlendirme egzersizlerini içermektedir. Fiziksel aktiviteler için günlük işleri yapmak, merdiven çıkmak gibi günlük aktiviteleri için yönlendirilmelidir ³². Aerobik egzersizler kardiyorespiratuar fitnessi arttırırken güçlendirme egzersizleri kas gücünü arttırır ³⁴. Doğum sonrası ilk 6 haftalık süreçte egzersizi annenin iyileşme sürecine katkıda bulunur ve kilo kontrolünü kolaylaştırır. İlk 6 haftalık süreç için en uygun aerobik egzersiz yürüyüştür. İlk 6 haftalık süreçte toparlanma olursa bisiklet sürmek uygun bir aktivitedir. Diğer önerilebilecek egzersiz türü yüzmedir. Ayrıca zumba diğer aerobik aktiviteleridir. Egzersiz yoğunluğu süresi kişiye göre belirlenmelidir. ³²

AMERİKA OBSTETRİSYENLER VE JİNEKOLOGLAR HEYETİ'NİN ÖNERİLERİ⁶

Gebelik döneminde yapılan fiziksel aktivite ve egzersiz minimal risklerle ilişkilidir ve çoğu kadın için faydalıdır. Gebelik sürecinde anatomik ve fizyolojik değişikliklerin olması nedeniyle egzersiz modifikasyonları yapılması gereklidir.

Fiziksel egzersiz programları oluşturmada önce gebelerin egzersiz yapmasını engelleyen tıbbi problemler varlığı açısından değerlendirilmelidir.

Komplike olmayan gebeler, gebelik öncesi, gebelik sırasında ve gebelik sonrasında aerobik ve güçlendirme egzersizleri yapılması için yönlendirilmelidir.

Fiziksel aktivite programları oluşturmada önce kadın doğum uzmanı tarafından medikal veya obstetrik komplikasyonlar açısından gebeler detaylı olarak değerlendirilmelidir.

Egzersizin gebeliğe spesifik durumlar üzerindeki etkisi, optimal egzersiz çeşidi, egzersiz sıklığı ve yoğunluğunu belirlemek için detaylı bilimsel çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. American College of Sports Medicine. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. 10 th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer;2018.
2. World Health Organization (2018a). Global action plan on physical activity 2018–2030: More active people for a healthier world. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> adresinden 17/04/2021 tarihinde ulaşılmıştır)
3. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2013).Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri çalışması <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrrfat.pdf> adresinden 17/04/2021 tarihinde ulaşılmıştır)
4. Hu X, Ma M, Zhao X. Effects of exercise therapy for pregnancy-related low back pain and pelvic pain: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(3):e17318. doi:10.1097/MD.00000000000017318
5. Tan EK, Tan EL. Alterations in physiology and anatomy during pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27(6):791-802. doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.08.001

6. Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period: ACOG Committee Opinion, Number 804. *Obstet Gynecol.* 2020;135(4):e178-e188. doi:10.1097/AOG.0000000000003772
7. Leet T, Flick L. Effect of exercise on birthweight. *Clin Obstet Gynecol.* 2003;46(2):423-431. doi:10.1097/00003081-200306000-00021.
8. Kramer MS, McDonald SW. Aerobic exercise for women during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD000180. DOI: 10.1002/14651858.CD000180.pub2.
9. Lokey EA, Tran ZV, Wells CL. Effects of physical exercise on pregnancy outcomes: a metaanalytic review. *Med Sci Sports Exerc* 1991;23:1234-9.
10. Junghies ES, Travieso JL, Carson KR. Obesity and reproductive function. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2012 Dec;39(4):479-93. doi: 10.1016/j.ogc.2012.09.002. PMID: 23182555; PMCID: PMC3520133.
11. Davenport MH, Steinback CD, Mottola MF. Impact of pregnancy and obesity on cardiorespiratory responses during weight-bearing exercise. *Respir Physiol Neurobiol.* 2009 Jul 31;167(3):341-7. doi: 10.1016/j.resp.2009.06.009. Epub 2009 Jun 17. PMID: 19539787.
12. Mottola MF. Physical activity and maternal obesity: cardiovascular adaptations, exercise recommendations, and pregnancy outcomes. *Nutr Rev.* 2013 Oct;71 Suppl 1:S31-6. doi: 10.1111/nure.12064. PMID: 24147922.
13. Barakat R, Perales M, Garatachea N. Exercise during pregnancy. A narrative review asking: what do we know? *Br J Sports Med.* 2015 Nov;49(21):1377-81. doi: 10.1136/bjsports-2015-094756. Epub 2015 Jul 1. PMID: 26135742.
14. Dipietro L, Evenson KR, Bloodgood B.A; 2018 PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE*. Benefits of Physical Activity during Pregnancy and Postpartum: An Umbrella Review. *Med Sci Sports Exerc.* 2019 Jun;51(6):1292-1302. doi: 10.1249/MSS.0000000000001941. PMID: 31095086; PMCID: PMC6527310.
15. Hinman SK, Smith KB, Quillen DM. Exercise in Pregnancy: A Clinical Review. *Sports Health.* 2015 Nov-Dec;7(6):527-31. doi: 10.1177/1941738115599358. Epub 2015 Aug 4. PMID: 26502446; PMCID: PMC4622376.
16. de Barros MC, Lopes MA, Francisco RP. Resistance exercise and glycemic control in women with gestational diabetes mellitus. *Am J Obstet Gynecol.* 2010 Dec;203(6):556.e1-6. doi: 10.1016/j.ajog.2010.07.015. Epub 2010 Sep 22. PMID: 20864072.
17. Pennick V, Young G. Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;CD001139. doi: 10.1002/14651858.CD001139.pub
18. Hay-Smith J, Mørkved S, Herbison GP. Physical therapies for prevention of urinary and faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* CD003191. doi: 10.1002/14651858.CD003191.pub2
19. Dinc A, Kizilkaya Beji N, Yalcin O. Effect of pelvic floor muscle exercises in the treatment of urinary incontinence during pregnancy and the postpartum period. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20:1223-31.
20. Marques J, Botelho S, Pereira LC. Pelvic floor muscle training program increases muscular contractility during first pregnancy and postpartum: electromyographic study. *Neurourol Urodyn* 2013;32:998-1003.
21. Mørkved S, Bø K, Schei B. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2003;101:313-19.
22. Pelaez M, Gonzalez-Cerron S, Montejó R. Pelvic floor muscle training included in a pregnancy exercise program is effective in primary prevention of urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn* 2014;33:67-71.
23. Stafne SN, Salvesen KA, Romundstad PR. Does regular exercise including pelvic floor muscle training prevent urinary and anal incontinence during pregnancy?
24. Pivarnik JM, Ayres NA, Mauer MB. Effects of maternal aerobic fitness on cardiorespiratory responses to exercise. *Med Sci Sports Exerc* 1993;25:993

25. Morrow RJ, Ritchie JW, Bull SB. Fetal and maternal hemodynamic responses to exercise in pregnancy assessed by Doppler ultrasonography. *Am J Obstet Gynecol* 1989;160:138-40
26. Clapp JF 3rd. The course of labor after endurance exercise during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:1799- 805
27. Köken, G., and Yilmazer, M. «Gebelik ve Egzersiz» *J Clin Obstet Gynecol* 17.5 (2007): 385-392.
28. Levendoğlu F.(2011).Gebelik ve rehabilitasyon. Prof Dr Mehmet Beyazova, Prof Dr Yeşim Gökçe Kutsal (Ed) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon. 2. Güncellenmiş baskı (1745-1761). Ankara: Güneş tıp kitapçevleri
29. Evenson KR, Barakat R, Brown WJ. Guidelines for Physical Activity during Pregnancy: Comparisons From Around the World. *Am J Lifestyle Med.* 2014 Mar;8(2):102-121. doi: 10.1177/1559827613498204. PMID: 25346651; PMCID: PMC4206837.
30. Berghella V, Saccone G. Exercise in pregnancy! *Am J Obstet Gynecol.* 2017 Apr;216(4):335-337. doi: 10.1016/j.ajog.2017.01.023. Epub 2017 Feb 22. PMID: 28236414.
31. American College of Obstetricians and Gynecologists. Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period: Committee Opinion No. 650. *Obstet Gynecol* 2015;126:e135-42
32. Bane SM. Postpartum Exercise and Lactation. *Clin Obstet Gynecol.* 2015 Dec;58(4):885-92. doi: 10.1097/GRF.0000000000000143. PMID: 26398298.
33. Piercy KL, Troiano RP, Ballard RM. The Physical Activity Guidelines for Americans. *JAMA.* 2018 Nov 20;320(19):2020-2028. doi: 10.1001/jama.2018.14854. PMID: 30418471.
34. Bushman B. American College of Sports Medicine Complete Guide to Fitness & Health. Campaign, IL: Human Kinetics; 2011.

BÖLÜM 3

PREEKLAMPSİ

Nazlı KORKMAZ¹

Preeklamps, gebelikte yirminci haftadan itibaren “hipertansiyon ve proteinüri” veya “proteinüri ile birlikte veya proteinüri olmaksızın hipertansiyon ve end-organ disfonksiyonu”nun başlaması ile karakterize multisistemik bir hastalıktır.¹ Klinik tablo, plasental ve maternal vasküler disfonksiyondan kaynaklanmakta ve doğumdan sonra ise değişken sürelerde düzelmektedir. Vakaların yaklaşık %90’ının geç preterm (≥ 34 - < 37 hafta), term (≥ 37 - < 42 hafta) veya post term (≥ 42 hafta) ile sonuçlanmasına ve maternal, fetal ve yenidoğan döneminde iyi sonuçlara rağmen, anne ve çocuklarda hala daha ciddi morbidite veya mortalite ile sonuçlanan tablolar görülmektedir. Bunun yanında, geriye kalan %10 hasta ise prematürite (< 34 hafta) ve/veya immatürite riski taşımaktadır.¹ Uzun vadede ise preeklampsili hastalarda kardiyovasküler ve renal hastalık gelişme riski mevcuttur.

TANIM VE TANI KRİTERLERİ

Hipertansiyon kriterleri

Hamilelik sırasında ölçülen kan basınçlarında sistolik ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik ≥ 90 mmHg olması durumu “hipertansiyon” olarak bildirilmektedir. Bunun yanı sıra, kan basınçlarının sistolik ≥ 160 mmHg ve/veya diyastolik ≥ 110 mmHg ölçülmesi ise “şiddetli hipertansiyon” olarak tanımlanır.^{1,2}

Gebelik öncesi hipertansiyon tanısı olan veya gebeliğin 20. Haftasından önce hipertansiyon tanısı konulan veya postpartum 12 haftadan sonra devam eden hipertansiyon durumu “kronik hipertansiyon” olarak tanımlanmaktadır.^{1,2}

Preeklamps, eklamps ve HELLP

Preeklamps, önceden normotansif olan bir kadında 20. gebelik haftasından sonra veya doğumdan sonra proteinüri ile birlikte veya proteinüri olmaksızın yeni başlayan hipertansiyon ve proteinüri veya yeni başlayan hipertansiyon ve end-organ disfonksiyonu olarak tanımlanmaktadır.^{1,3,4} Yeni başlayan hipertansiyona, aşağıda listelen- diği gibi, end-organ disfonksiyonuna özgü belirtiler veya semptomlar eşlik ediyorsa,

1 Dr Öğr.Üyesi, Demiroğlu Bilim Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, drnazlikorkmaz@gmail.com

(oral, 10 mg) de bu hastaların tedavisinde kullanılabilir. Kullanılan tedaviye yanıt alınamaması durumunda diğer ilaç kullanılabilir.^{57,58,59} Uygulanan tedaviler ile düzelen kan basıncı öncelikle 10 dakika (<1 saat), sonrasında 15 dakika (1-2 saat), sonra 30 dakika (2-3. Saat) ve >4. saatten sonra da bir saat ara ile mutlaka kontrol edilmelidir.^{57, 59}

Eklampsi yönetimi

Şiddetli hastalık bulguları gösteren preeklampsili hastalarda ya da eklampsi tanısı konulan gebelerde nöbet profilaksisinde magnezyum sülfat (intavenöz, 4gr 5-10dk yükleme, 1gr/saat idame) kullanılan tek ajandır.^{57,60} Tedavi post-partum 24. saatte tamamlanmalıdır.⁵²

Magnezyum sülfat tedavi uygulanırken hastalar motor fonksiyonlarda azalma, paralizi, DTR kaybı, solunum yüzeyelleşmesi-depresyonu, ritm bozuklukları açısından yakın takip edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Practice Bulletin No. 222: Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2020; 135:e237.
2. Helewa ME, Burrows RF, Smith J, Williams K, Brain P, Rabkin SW. Report of the Canadian Hypertension Society Consensus Conference: 1. Definitions, evaluation and classification of hypertensive disorders in pregnancy. *CMAJ*. 1997;157(6):715-725.
3. Payne B, Magee LA, von Dadelszen P. Assessment, surveillance and prognosis in pre-eclampsia. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2011;25(4):449-462. doi:10.1016/j.bpobgyn.2011.02.003
4. Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, von Dadelszen P; Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy Working Group. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. *J Obstet Gynaecol Can*. 2014;36(5):416-441. doi:10.1016/s1701-2163(15)30588-0
5. Sibai BM. Diagnosis, controversies, and management of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count. *Obstet Gynecol*. 2004;103(5 Pt 1):981-991. doi:10.1097/01.AOG.0000126245.35811.2a
6. Abalos E, Cuesta C, Grosso AL, Chou D, Say L. Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2013;170(1):1-7. doi:10.1016/j.ejogrb.2013.05.005
7. Finger KR, Mabry-Hernandez I, Ngo-Metzger Q, et al. Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs, Agency for Healthcare Research and Quality (US), Rockville (MD) 2006.
8. Hutcheon JA, Lisonkova S, Joseph KS. Epidemiology of pre-eclampsia and the other hypertensive disorders of pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2011;25(4):391-403. doi:10.1016/j.bpobgyn.2011.01.006
9. Lisonkova S, Sabr Y, Mayer C, Young C, Skoll A, Joseph KS. Maternal morbidity associated with early-onset and late-onset preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 2014;124(4):771-781. doi:10.1097/AOG.0000000000000472
10. Duckitt K, Harrington D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. *BMJ*. 2005;330(7491):565. doi:10.1136/bmj.38380.674340.E0
11. Bartsch E, Medcalf KE, Park AL, Ray JG; High Risk of Pre-eclampsia Identification Group. Clinical risk factors for pre-eclampsia determined in early pregnancy: systematic review and

- meta-analysis of large cohort studies. *BMJ*. 2016;353:i1753. doi:10.1136/bmj.i1753
12. Roberts JM, Redman CWG; Global Pregnancy Collaboration. Global Pregnancy Collaboration symposium: Prepregnancy and very early pregnancy antecedents of adverse pregnancy outcomes: Overview and recommendations. *Placenta*. 2017;60:103-109. doi:10.1016/j.placenta.2017.07.012
 13. Roberts JM, Redman CW. Pre-eclampsia: more than pregnancy-induced hypertension. *Lancet*. 1993;341(8858):1447-1451. doi:10.1016/0140-6736(93)90889-o
 14. Meekins JW, Pijnenborg R, Hanssens M, McFadyen IR, van Asshe A. A study of placental bed spiral arteries and trophoblast invasion in normal and severe pre-eclamptic pregnancies. *Br J Obstet Gynaecol*. 1994;101(8):669-674. doi:10.1111/j.1471-0528.1994.tb13182.x
 15. Myatt L. Role of placenta in preeclampsia. *Endocrine*. 2002;19(1):103-111. doi:10.1385/ENDO:19:1:103
 16. Myatt L, Webster RP. Vascular biology of preeclampsia. *J Thromb Haemost*. 2009;7(3):375-384. doi:10.1111/j.1538-7836.2008.03259.x
 17. Maynard SE, Karumanchi SA. Angiogenic factors and preeclampsia. *Semin Nephrol*. 2011;31(1):33-46. doi:10.1016/j.semnephrol.2010.10.004
 18. Roberts JM, Rich-Edwards JW, McElrath TF, Garmire L, Myatt L; Global Pregnancy Collaboration. Subtypes of Preeclampsia: Recognition and Determining Clinical Usefulness. *Hypertension*. 2021;77(5):1430-1441. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.14781
 19. Lisonkova S, Joseph KS. Incidence of preeclampsia: risk factors and outcomes associated with early- versus late-onset disease. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;209(6):544.e1-544.e12. doi:10.1016/j.ajog.2013.08.019
 20. Harmon QE, Huang L, Umbach DM, et al. Risk of fetal death with preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 2015;125(3):628-635. doi:10.1097/AOG.0000000000000696
 21. Mifsud W, Sebire NJ. Placental pathology in early-onset and late-onset fetal growth restriction. *Fetal Diagn Ther*. 2014;36(2):117-128. doi:10.1159/000359969
 22. Valensise H, Vasapollo B, Gagliardi G, Novelli GP. Early and late preeclampsia: two different maternal hemodynamic states in the latent phase of the disease. *Hypertension*. 2008;52(5):873-880. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.108.117358
 23. US Preventive Services Task Force, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, et al. Screening for Preeclampsia: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2017;317(16):1661-1667. doi:10.1001/jama.2017.3439
 24. Henderson JT, Thompson JH, Burda BU, Cantor A. Preeclampsia Screening: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2017;317(16):1668-1683. doi:10.1001/jama.2016.18315
 25. Henderson JT, Thompson JH, Burda BU, Cantor A. Preeclampsia Screening: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2017;317(16):1668-1683. doi:10.1001/jama.2016.18315
 26. Cunningham FG, Lindheimer MD. Hypertension in pregnancy. *N Engl J Med*. 1992;326(14):927-932. doi:10.1056/NEJM199204023261405
 27. Sibai BM. Pitfalls in diagnosis and management of preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol*. 1988;159(1):1-5. doi:10.1016/0002-9378(88)90482-6
 28. Yancey LM, Withers E, Bakes K, Abbott J. Postpartum preeclampsia: emergency department presentation and management. *J Emerg Med*. 2011;40(4):380-384. doi:10.1016/j.jemermed.2008.02.056
 29. Al-Safi Z, Imudia AN, Filetti LC, Hobson DT, Bahado-Singh RO, Awonuga AO. Delayed postpartum preeclampsia and eclampsia: demographics, clinical course, and complications. *Obstet Gynecol*. 2011;118(5):1102-1107. doi:10.1097/AOG.0b013e318231934c
 30. Al-Safi Z, Imudia AN, Filetti LC, Hobson DT, Bahado-Singh RO, Awonuga AO. Delayed postpartum preeclampsia and eclampsia: demographics, clinical course, and complications. *Obstet Gynecol*. 2011;118(5):1102-1107. doi:10.1097/AOG.0b013e318231934c
 31. Redman EK, Hauspurg A, Hubel CA, Roberts JM, Jeyabalan A. Clinical Course, Associated Fa-

- ctors, and Blood Pressure Profile of Delayed-Onset Postpartum Preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 2019;134(5):995-1001. doi:10.1097/AOG.0000000000003508
32. Zeeman GG. Neurologic complications of pre-eclampsia. *Semin Perinatol.* 2009;33(3):166-172. doi:10.1053/j.semperi.2009.02.003
33. Macdonald-Wallis C, Lawlor DA, Heron J, Fraser A, Nelson SM, Tilling K. Relationships of risk factors for pre-eclampsia with patterns of occurrence of isolated gestational proteinuria during normal term pregnancy. *PLoS One.* 2011;6(7):e22115. doi:10.1371/journal.pone.0022115
34. Walters BN. Preeclamptic angina--a pathognomonic symptom of preeclampsia. *Hypertens Pregnancy.* 2011;30(2):117-124. doi:10.3109/10641950903115020
35. Drislane FW, Wang AM. Multifocal cerebral hemorrhage in eclampsia and severe pre-eclampsia. *J Neurol.* 1997;244(3):194-198. doi:10.1007/s004150050072
36. Morris MC, Twickler DM, Hatab MR, Clarke GD, Peshock RM, Cunningham FG. Cerebral blood flow and cranial magnetic resonance imaging in eclampsia and severe preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 1997;89(4):561-568. doi:10.1016/s0029-7844(97)00048-3
37. Schultz KL, Birnbaum AD, Goldstein DA. Ocular disease in pregnancy. *Curr Opin Ophthalmol.* 2005;16(5):308-314. doi:10.1097/01.icu.0000179803.42218.cc
38. Dinn RB, Harris A, Marcus PS. Ocular changes in pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 2003;58(2):137-144. doi:10.1097/01.OGX.0000047741.79433.52
39. Cunningham FG, Fernandez CO, Hernandez C. Blindness associated with preeclampsia and eclampsia. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;172(4 Pt 1):1291-1298. doi:10.1016/0002-9378(95)91495-1
40. CARPENTER F, KAVA HL, PLOTKIN D. The development of total blindness as a complication of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1953;66(3):641-647. doi:10.1016/0002-9378(53)90080-5
41. Crovetto F, Somigliana E, Peguero A, Figueras F. Stroke during pregnancy and pre-eclampsia. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2013;25(6):425-432. doi:10.1097/GCO.0000000000000024
42. Cantu-Brito C, Arauz A, Aburto Y, Barinagarrementeria F, Ruiz-Sandoval JL, Baizabal-Carvallo JF. Cerebrovascular complications during pregnancy and postpartum: clinical and prognosis observations in 240 Hispanic women. *Eur J Neurol.* 2011;18(6):819-825. doi:10.1111/j.1468-1331.2010.03259.x
43. Richards A, Graham D, Bullock R. Clinicopathological study of neurological complications due to hypertensive disorders of pregnancy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1988;51(3):416-421. doi:10.1136/jnnp.51.3.416
44. Postma IR, Slager S, Kremer HP, de Groot JC, Zeeman GG. Long-term consequences of the posterior reversible encephalopathy syndrome in eclampsia and preeclampsia: a review of the obstetric and nonobstetric literature. *Obstet Gynecol Surv.* 2014;69(5):287-300. doi:10.1097/OGX.0000000000000069
45. Vaught AJ, Kovell LC, Szymanski LM, et al. Acute Cardiac Effects of Severe Pre-Eclampsia. *J Am Coll Cardiol.* 2018;72(1):1-11. doi:10.1016/j.jacc.2018.04.048
46. Millman AL, Payne B, Qu Z, et al. Oxygen saturation as a predictor of adverse maternal outcomes in women with preeclampsia. *J Obstet Gynaecol Can.* 2011;33(7):705-714. doi:10.1016/S1701-2163(16)34955-6
47. Koopmans CM, Bijlenga D, Groen H, et al. Induction of labour versus expectant monitoring for gestational hypertension or mild pre-eclampsia after 36 weeks' gestation (HYPITAT): a multicentre, open-label randomised controlled trial. *Lancet* 2009; 374(9694): 979-88.
48. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2013;122(5):1122-1131. doi:10.1097/01.AOG.0000437382.03963.88
49. Barton JR, O'Brien JM, Bergauer NK, Jacques DL, Sibai BM. Mild gestational hypertension remote from term: progression and outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(5):979-983. doi:10.1067/mob.2001.112905
50. Magee LA, Abalos E, von Dadelszen P, et al. How to manage hypertension in pregnancy effectively. *Br J Clin Pharmacol.* 2011;72(3):394-401. doi:10.1111/j.1365-2125.2011.04002.x

51. Nabhan AF, Elsedawy MM. Tight control of mild-moderate pre-existing or non-proteinuric gestational hypertension. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(7):CD006907. Published 2011 Jul 6. doi:10.1002/14651858.CD006907.pub2
52. The Diagnosis and Management of Pre-eclampsia and Eclampsia Clinical Practice Guideline. Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland and Clinical Strategy and Programmes Directorate, Health Service Executive, 2013.
53. Magee LA, Namouz-Haddad S, Cao V, Koren G, von Dadelszen P. Labetalol for hypertension in pregnancy. *Expert Opin Drug Saf.* 2015;14(3):453-461. doi:10.1517/14740338.2015.998197
54. Sibai BM, Barton JR. Expectant management of severe preeclampsia remote from term: patient selection, treatment, and delivery indications. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196(6):514.e1-514.e5149. doi:10.1016/j.ajog.2007.02.021
55. Ganzevoort W, Sibai BM. Temporising versus interventionist management (preterm and at term). *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2011;25(4): 463-76.
56. Olson-Chen C, Seligman NS. Hypertensive Emergencies in Pregnancy. *Crit Care Clin.* 2016;32(1):29-41. doi:10.1016/j.ccc.2015.08.006
57. Committee Opinion No. 623: Emergent therapy for acute-onset, severe hypertension during pregnancy and the postpartum period. *Obstet Gynecol.* 2015;125(2):521-525. doi:10.1097/01.AOG.0000460762.59152.d7
58. Vermillion ST, Scardo JA, Newman RB, Chauhan SP. A randomized, double-blind trial of oral nifedipine and intravenous labetalol in hypertensive emergencies of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;181(4):858-861. doi:10.1016/s0002-9378(99)70314-5
59. Nij Bijvank SW, Duvekot JJ. Nicardipine for the treatment of severe hypertension in pregnancy: a review of the literature. *Obstet Gynecol Surv.* 2010;65(5):341-347. doi:10.1097/OGX.0b013e-3181e2c795
60. Magee LA, Miremadi S, Li J, et al. Therapy with both magnesium sulfate and nifedipine does not increase the risk of serious magnesium-related maternal side effects in women with preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(1):153-163. doi:10.1016/j.ajog.2004.11.059

BÖLÜM 4

ENDOMETRİOZİS

Nazlı KORKMAZ¹

Endometriozis, uterin kavite dışında oluşan endometriyal bezler ve stroma olarak tanımlanır. Lezyonlar tipik olarak pelviste bulunur, ancak bağırsak, diyafram ve plevral boşluk dahil olmak üzere birçok bölgede ortaya çıkabilir. Uterus dışında yerleşen endometriyal doku ve bunun sonucunda oluşan inflamatuvar tablo ağrılı menstruasyonlara, kronik ağrı sürecine, dispareniye hatta infertilite ile sonuçlanabilir. Klinik bulgular minimum semptomlardan ciddi derecede hayatı etkileyen semptomlara kadar değişebilir. Endometriozis, östrojene bağımlı, benign, inflamatuvar bir hastalık olup kadınları menarş öncesi, üreme ve menopoz sonrasında etkileyebilmektedir.

EPİDEMİYOLOJİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Popülasyonlara göre endometriozis prevalansı değişmekle birlikte, dünya genelinde üreme çağındaki kadınların yaklaşık %10'una endometriozis tanısı konulmaktadır.^{1,2} Genel popülasyonda endometriozis prevalansını belirlemek oldukça zordur; çünkü bazı kadınlar asemptomatiktir, semptomları olanlarda ise birçok nonspesifik başvuru şekilleri olabilir ve kesin tanı tipik olarak cerrahi yöntem ile konulur.^{1,2} Genital sistem anomalisi olan adolesanların % 40'ında, infertilitesi olanların neredeyse yarısında ve karın alt kadranda ağrısı olan kadınların ve ergenlerin %70'inde endometriozis bildirilmiştir.³⁻⁷

Endometriozis riskinin arttığı durumlar olarak; hiç doğum yapmama, östrojene (non-ekzojen) uzun süreli maruz kalma veya geç menopoz, daha kısa adet döngüsü (≤ 27 gün), şiddetli menoraji, anatomik obstrüksiyon (müllerian anomaliler vb.), anne karnında dietilstilbestrol ile karşılaşma, adolesan dönem sonuna kadar şiddetli fiziksel ve/veya cinsel istismara uğrama ve doymamış yağ (-trans) tüketiminin fazla olması gösterilmektedir.⁸⁻¹¹ Buna karşın, multiparite, laktasyon aralıklarının uzun olması ve geç menarş (>14 yaş) olması durumunda endometriozis riskinin azaldığı gösterilmiştir.^{10,12}

1 Uzm. Dr., Demiroğlu Bilim Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, drnazlikorkmaz@gmail.com

vajinal kuruluk) sınırlar ve kemik mineral dansitesini korur. Ek tedavi ile birlikte GnRH analogu uzun süreli kullanılabilir.^{81,82} Bu iki tedavinin aynı anda başlatılması ile kemik dansitesi korunmakta ve vazomotor semptomlar azaltılmaktadır.^{81, 83, 84}

GnRH analog tedavisine rağmen refrakter semptomları devam eden kadınlar için aromataz inhibitörleri ile tedavi düşünülebilir; ancak bu ajanların endometriozis tedavisi için sürekli kullanılmasına yönelik henüz kabul edilebilir düzeyde bir veri yoktur.^{81,82}

Yukarıdaki tıbbi tedaviler ile ağrısına yanıt alınamayan kadınlarda tanı ve tedavi için laparoskopi önerilir. Endometrial lezyonların, endometriomaların ve yapışıklıkların eksizyonu ameliyat sırasında yapılır.^{81,82} Cerrahi müdahale, kadının çocuk doğurma planlarına ve yaşına bağlı olarak konservatif (uterus ve overleri koruma) veya kesin (doğurganlığı tamamlamış kadınlarda uterus ve muhtemelen overlerin eksizyonu) olabilir. Ameliyattan sonra semptomların tekrarını önlemek için hormonal baskılama (genellikle devamlı oral kontraseptiflerle) başlatılır.^{81,82}

GEBELİKTE ENDOMETRİOZİS

Gebelik sırasında, endometriozis lezyonları ve bunlardan dolayı ortaya çıkan semptomlar, değişen hormonal dengeye yanıt olarak genellikle kaybolur veya düzelir.⁸⁵ Vaka sunumları düzeyinde intestinal perforasyonlar, hemoperitonum, üroperitonum, akut apandisit, ve rüptüre/enfekte over endometrioması gibi gebelikte endometriozisin neden olduğu komplikasyonlar bildirilmiştir.⁸⁶⁻⁹⁰ Bu olaylar genel olarak nadir olduğundan, endometriozis öyküsü olan hamile kadınlar için ek izleme veya müdahale önerilmemektedir.

KAYNAKLAR

1. Hickey M, Ballard K, Farquhar C. Endometriosis. BMJ. 2014;348:g1752. Published 2014 Mar 19.
2. Soliman AM, Surrey E, Bonafede M, Nelson JK, Castelli-Haley J. Real-World Evaluation of Direct and Indirect Economic Burden Among Endometriosis Patients in the United States. Adv Ther. 2018;35(3):408-423.
3. Dovey S, Sanfilippo J. Endometriosis and the adolescent. Clin Obstet Gynecol. 2010;53(2):420-428.
4. Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of endometriosis. Obstet Gynecol Clin North Am. 1997;24(2):235-258.
5. Chatman DL, Ward AB. Endometriosis in adolescents. J Reprod Med. 1982;27(3):156-160.
6. Reese KA, Reddy S, Rock JA. Endometriosis in an adolescent population: the Emory experience. J Pediatr Adolesc Gynecol. 1996;9(3):125-128.
7. Laufer MR, Goitein L, Bush M, Cramer DW, Emans SJ. Prevalence of endometriosis in adolescent girls with chronic pelvic pain not responding to conventional therapy. J Pediatr Adolesc Gynecol. 1997;10(4):199-202.
8. Ballard KD, Seaman HE, de Vries CS, Wright JT. Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? Findings from a national case-control study--Part 1. BJOG. 2008;115(11):1382-1391.

9. Hediger ML, Hartnett HJ, Louis GM. Association of endometriosis with body size and figure. *Fertil Steril*. 2005;84(5):1366-1374.
10. Treloar SA, Bell TA, Nagle CM, Purdie DM, Green AC. Early menstrual characteristics associated with subsequent diagnosis of endometriosis. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;202(6):534.e1-534.e5346.
11. Nnoaham KE, Webster P, Kumbang J, Kennedy SH, Zondervan KT. Is early age at menarche a risk factor for endometriosis? A systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Fertil Steril*. 2012;98(3):702-712.e6.
12. Missmer SA, Hankinson SE, Spiegelman D, Barbieri RL, Marshall LM, Hunter DJ. Incidence of laparoscopically confirmed endometriosis by demographic, anthropometric, and lifestyle factors. *Am J Epidemiol*. 2004;160(8):784-796.
13. Giudice LC. Clinical practice. Endometriosis. *N Engl J Med*. 2010;362(25):2389-2398.
14. Rahmioglu N, Nyholt DR, Morris AP, Missmer SA, Montgomery GW, Zondervan KT. Genetic variants underlying risk of endometriosis: insights from meta-analysis of eight genome-wide association and replication datasets. *Hum Reprod Update*. 2014;20(5):702-716.
15. Sampson JA. Peritoneal endometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. *Am J Obstet Gynecol*. 1927;14:422.
16. Burney RO, Giudice LC. Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. *Fertil Steril*. 2012;98(3):511-519.
17. Du H, Taylor HS. Contribution of bone marrow-derived stem cells to endometrium and endometriosis. *Stem Cells*. 2007;25(8):2082-2086.
18. Longo LD. Classic pages in obstetrics and gynecology. Aberrant portions of the müllerian duct found in an ovary: William Wood Russell Johns Hopkins Hospital Bulletin, vol. 10, pp. 8--10, 1899. *Am J Obstet Gynecol*. 1979;134(2):225-226.
19. Halme J, Hammond MG, Hulka JF, Raj SG, Talbert LM. Retrograde menstruation in healthy women and in patients with endometriosis. *Obstet Gynecol*. 1984;64(2):151-154.
20. Vercellini P, Viganò P, Somigliana E, Fedele L. Endometriosis: pathogenesis and treatment. *Nat Rev Endocrinol*. 2014;10(5):261-275. doi:10.1038/nrendo.2013.255
21. Marsh EE, Laufer MR. Endometriosis in premenarcheal girls who do not have an associated obstructive anomaly. *Fertil Steril*. 2005;83(3):758-760.
22. Oliveira FR, Dela Cruz C, Del Puerto HL, Vilamil QT, Reis FM, Camargos AF. Stem cells: are they the answer to the puzzling etiology of endometriosis?. *Histol Histopathol*. 2012;27(1):23-29.
23. Wang G, Tokushige N, Markham R, Fraser IS. Rich innervation of deep infiltrating endometriosis. *Hum Reprod* 2009;24:827.
24. McKinnon BD, Bertschi D, Bersinger NA, Mueller MD. Inflammation and nerve fiber interaction in endometriotic pain. *Trends Endocrinol Metab*. 2015;26(1):1-10.
25. Matsuzaki S, Darcha C. Involvement of the Wnt/ β -catenin signaling pathway in the cellular and molecular mechanisms of fibrosis in endometriosis. *PLoS One*. 2013;8(10):e76808.
26. Arnold J, Vercellino GF, Chiantera V, et al. Neuroimmunomodulatory alterations in non-lesional peritoneum close to peritoneal endometriosis. *Neuroimmunomodulation* 2013;20:9.
27. Liang Y, Yao S. Potential role of estrogen in maintaining the imbalanced sympathetic and sensory innervation in endometriosis. *Mol Cell Endocrinol* 2016;424:42.
28. Wheeler MA, Heffner DL, Kim S, et al. TNF- α /TNFR1 signaling is required for the development and function of primary nociceptors. *Neuron* 2014;82:587.
29. Viganò P, Parazzini F, Somigliana E, Vercellini P. Endometriosis: epidemiology and aetiological factors. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2004;18(2):177-200.
30. Laufer MR. Premenarcheal endometriosis without an associated obstructive anomaly: Presentation, diagnosis, and treatment. *Fertil Steril*. 2000;74:S15.
31. Nezhat F, Datta MS, Hanson V, Pejovic T, Nezhat C, Nezhat C. The relationship of endometriosis and ovarian malignancy: a review. *Fertil Steril*. 2008;90(5):1559-1570.
32. Sinaai N, Plumb K, Cotton L, et al. Differences in characteristics among 1,000 women with endometriosis based on extent of disease. *Fertil Steril*. 2008;89(3):538-545.

33. Brawn J, Morotti M, Zondervan KT, Becker CM, Vincent K. Central changes associated with chronic pelvic pain and endometriosis. *Hum Reprod Update*. 2014;20(5):737-747.
34. Bajaj P, Bajaj P, Madsen H, Arendt-Nielsen L. Endometriosis is associated with central sensitization: a psychophysical controlled study. *J Pain* 2003; 4:372.
35. Givens V, Mitchell GE, Harraway-Smith C, Reddy A, Maness DL. Diagnosis and management of adnexal masses. *Am Fam Physician*. 2009;80(8):815-820.
36. Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod* 2014; 29:400.
37. Hansen KE, Kesmodel US, Baldursson EB, et al. Visceral syndrome in endometriosis patients. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014; 179:198.
38. Ballard K, Lane H, Hudelist G, Banerjee S, Wright J. Can specific pain symptoms help in the diagnosis of endometriosis? A cohort study of women with chronic pelvic pain. *Fertil Steril*. 2010;94(1):20-27.
39. Porpora MG, Koninckx PR, Piazze J, Natili M, Colagrande S, Cosmi EV. Correlation between endometriosis and pelvic pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 1999;6(4):429-434.
40. Vercellini P, Fedele L, Aimi G, et al. Association between endometriosis stage, lesion type, patient characteristics and severity of pelvic pain symptoms: a multivariate analysis of over 1000 patients. *Hum Reprod* 2007; 22:266.
41. Wang S, Li XC, Lang JH. Cervical endometriosis: clinical character and management experience in a 27-year span. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205(5):452.e1-452.e4525.
42. Canlorbe G, Laas E, Cortez A, Darai E. Spontaneous hymeneal endometriosis: a rare cause of dyspareunia. *BMJ Case Rep* 2014; 2014.
43. Nasu K, Okamoto M, Nishida M, Narahara H. Endometriosis of the perineum. *J Obstet Gynecol Res*. 2013;39(5):1095-1097.
44. Li J, Shi Y, Zhou C, Lin J. Diagnosis and treatment of perineal endometriosis: review of 17 cases. *Arch Gynecol Obstet*. 2015;292(6):1295-1299.
45. Berlanda N, Vercellini P, Carmignani L, et al. Ureteral and vesical endometriosis. Two different clinical entities sharing the same pathogenesis. *Obstet Gynecol Surv* 2009;64:830.
46. Koninckx PR, Meuleman C, Demeyere S, et al. Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, whereas deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain. *Fertil Steril* 1991;55:759.
47. Horton JD, Dezee KJ, Ahnfeldt EP, Wagner M. Abdominal wall endometriosis: a surgeon's perspective and review of 445 cases. *Am J Surg* 2008; 196:207.
48. Rousset P, Gregory J, Rousset-Jablonski C, et al. MR diagnosis of diaphragmatic endometriosis. *Eur Radiol* 2016;26:3968.
49. Hwang SM, Lee CW, Lee BS, Park JH. Clinical features of thoracic endometriosis: A single center analysis. *Obstet Gynecol Sci* 2015;58:223.
50. Vercellini P, Trespidi L, De Giorgi O, et al. Endometriosis and pelvic pain: relation to disease stage and localization. *Fertil Steril* 1996;65:299.
51. Propst AM, Storti K, Barbieri RL. Lateral cervical displacement is associated with endometriosis. *Fertil Steril* 1998; 70:568
52. Liu E, Nisenblat V, Farquhar C, et al. Urinary biomarkers for the non-invasive diagnosis of endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(12):CD012019.
53. Gupta D, Hull ML, Fraser I, et al. Endometrial biomarkers for the non-invasive diagnosis of endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;4(4):CD012165.
54. Cheng YM, Wang ST, Chou CY. Serum CA-125 in preoperative patients at high risk for endometriosis. *Obstet Gynecol* 2002; 99:375.
55. Bazot M, Bharwani N, Huchon C, et al. European society of urogenital radiology (ESUR) guidelines: MR imaging of pelvic endometriosis. *Eur Radiol*. 2017;27(7):2765-2775.
56. Glanc P, Benacerraf B, Bourne T, et al. First International Consensus Report on Adnexal Masses: Management Recommendations. *J Ultrasound Med*. 2017;36(5):849-863.

57. Hensen JH, Van Breda Vriesman AC, Puylaert JB. Abdominal wall endometriosis: clinical presentation and imaging features with emphasis on sonography. *AJR Am J Roentgenol* 2006;186:616.
58. Rousset P, Gregory J, Rousset-Jablonski C, et al. MR diagnosis of diaphragmatic endometriosis. *Eur Radiol* 2016;26:3968.
59. Rousset P, Rousset-Jablonski C, Alifano M, et al. Thoracic endometriosis syndrome: CT and MRI features. *Clin Radiol* 2014; 69:323.
60. Duffy JM, Arambage K, Correa FJ, et al. Laparoscopic surgery for endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(4):CD011031.
61. Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod*. 2014;29(3):400-412.
62. Stegmann BJ, Sinai N, Liu S, et al. Using location, color, size, and depth to characterize and identify endometriosis lesions in a cohort of 133 women. *Fertil Steril*. 2008;89(6):1632-1636.
63. Husby GK, Haugen RS, Moen MH. Diagnostic delay in women with pain and endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82(7):649-653.
64. Staal AH, van der Zanden M, Nap AW. Diagnostic Delay of Endometriosis in the Netherlands. *Gynecol Obstet Invest*. 2016;81(4):321-324.
65. Pugsley Z, Ballard K. Management of endometriosis in general practice: the pathway to diagnosis. *Br J Gen Pract* 2007;57:470.
66. Hadfield R, Mardon H, Barlow D, Kennedy S. Delay in the diagnosis of endometriosis: a survey of women from the USA and the UK. *Hum Reprod* 1996;11:878.
67. Ballard K, Lowton K, Wright J. What's the delay? A qualitative study of women's experiences of reaching a diagnosis of endometriosis. *Fertil Steril* 2006;86:1296.
68. Eskenazi B, Warner M, Bonsignore L, Olive D, Samuels S, Vercellini P. Validation study of nonsurgical diagnosis of endometriosis. *Fertil Steril*. 2001;76(5):929-935. doi:10.1016/s0015-0282(01)02736-4
69. Barcellos MB, Lasmar B, Lasmar R. Agreement between the preoperative findings and the operative diagnosis in patients with deep endometriosis. *Arch Gynecol Obstet*. 2016;293(4):845-850. doi:10.1007/s00404-015-3892-x
70. Ling FW. Randomized controlled trial of depot leuprolide in patients with chronic pelvic pain and clinically suspected endometriosis. *Pelvic Pain Study Group*. *Obstet Gynecol*. 1999;93(1):51-58. doi:10.1016/s0029-7844(98)00341-x
71. Vercellini P, Bracco B, Mosconi P, et al. Norethindrone acetate or dienogest for the treatment of symptomatic endometriosis: a before and after study. *Fertil Steril*. 2016;105(3):734-743.e3. doi:10.1016/j.fertnstert.2015.11.016
72. Moore J, Copley S, Morris J, Lindsell D, Golding S, Kennedy S. A systematic review of the accuracy of ultrasound in the diagnosis of endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2002;20(6):630-634. doi:10.1046/j.1469-0705.2002.00862.x
73. Vercellini P, Pietropaolo G, De Giorgi O, Pasin R, Chiodini A, Crosignani PG. Treatment of symptomatic rectovaginal endometriosis with an estrogen-progestogen combination versus low-dose norethindrone acetate. *Fertil Steril*. 2005;84(5):1375-1387. doi:10.1016/j.fertnstert.2005.03.083
74. Savelli L, Manuzzi L, Pollastri P, Mabrouk M, Seracchioli R, Venturoli S. Diagnostic accuracy and potential limitations of transvaginal sonography for bladder endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2009;34(5):595-600. doi:10.1002/uog.7356
75. Martin DC, Ahmic R, El-Zeky FA, et al. Increased histologic confirmation of endometriosis. *J Gynecologic Surg*. 1990;6:275.
76. Pardanani S, Barbieri RL. The gold standard for the surgical diagnosis of endometriosis: Visual findings or biopsy results? *J Gynecological Techniques*. 1998;4:121.
77. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril*. 1997;67(5):817-821. doi:10.1016/s0015-0282(97)81391-x

78. Wykes CB, Clark TJ, Khan KS. Accuracy of laparoscopy in the diagnosis of endometriosis: a systematic quantitative review. *BJOG*. 2004;111(11):1204-1212. doi:10.1111/j.1471-0528.2004.00433.x
79. Balasch J, Creus M, Fábregues F, et al. Visible and non-visible endometriosis at laparoscopy in fertile and infertile women and in patients with chronic pelvic pain: a prospective study. *Hum Reprod*. 1996;11(2):387-391. doi:10.1093/humrep/11.2.387
80. Murphy AA, Green WR, Bobbie D, dela Cruz ZC, Rock JA. Unsuspected endometriosis documented by scanning electron microscopy in visually normal peritoneum. *Fertil Steril*. 1986;46(3):522-524. doi:10.1016/s0015-0282(16)49598-1
81. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis: a committee opinion [published correction appears in *Fertil Steril*. 2015 Aug;104(2):498]. *Fertil Steril*. 2014;101(4):927-935. doi:10.1016/j.fertnstert.2014.02.012
82. Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod*. 2014;29(3):400-412. doi:10.1093/humrep/det457
83. Mäkräinen L, Rönnerberg L, Kauppila A. Medroxyprogesterone acetate supplementation diminishes the hypoestrogenic side effects of gonadotropin-releasing hormone agonist without changing its efficacy in endometriosis. *Fertil Steril*. 1996;65(1):29-34. doi:10.1016/s0015-0282(16)58023-6
84. Bergqvist A, Jacobson J, Harris S. A double-blind randomized study of the treatment of endometriosis with nafarelin or nafarelin plus norethisterone. *Gynecol Endocrinol*. 1997;11(3):187-194. doi:10.3109/09513599709152533
85. Moen MH, Muus KM. Endometriosis in pregnant and non-pregnant women at tubal sterilization. *Hum Reprod*. 1991;6(5):699-702. doi:10.1093/oxfordjournals.humrep.a137411
86. Pisanu A, Deplano D, Angioni S, Ambu R, Uccheddu A. Rectal perforation from endometriosis in pregnancy: case report and literature review. *World J Gastroenterol*. 2010;16(5):648-651. doi:10.3748/wjg.v16.i5.648
87. Brosens IA, Lier MC, Mijatovic V, Habiba M, Benagiano G. Severe spontaneous hemoperitoneum in pregnancy may be linked to in vitro fertilization in patients with endometriosis: a systematic review. *Fertil Steril*. 2016;106(3):692-703. doi:10.1016/j.fertnstert.2016.05.025
88. Leone Roberti Maggiore U, Remorgida V, Sala P, Vellone VG, Biscaldi E, Ferrero S. Spontaneous Uroperitoneum and Preterm Delivery in a Patient With Bladder Endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol*. 2015;22(6):923-924. doi:10.1016/j.jmig.2015.01.012
89. Murphy SJ, Kaur A, Wullschleger ME. Endometrial decidualization: a rare cause of acute appendicitis during pregnancy. *J Surg Case Rep*. 2016;2016(4):rjw053. doi:10.1093/jscr/rjw053
90. Leone Roberti Maggiore U, Ferrero S, Mangili G, et al. A systematic review on endometriosis during pregnancy: diagnosis, misdiagnosis, complications and outcomes. *Hum Reprod Update*. 2016;22(1):70-103. doi:10.1093/humupd/dmv045

BÖLÜM 5

JİNEKOLOJİK ACİLLERE YAKLAŞIM

Ahmet Emin MUTLU¹

GİRİŞ

Kadınlarda en sık acil servise başvuru nedenleri, ani gelişen pelvik ağrı ve vajinal kanamalardır. Bu semptomlar birçok hastalıkta görülmekle birlikte özellikle jinekolojik hastalıkları mutlaka göz önünde bulundurmak gerekir. Jinekolojik nedenlerin haricinde üriner sistem ya da gastrointestinal sistemde gelişen rahatsızlıklar da bu tarz semptomlarla karşımıza çıkabilmektedir. Jinekolojik acillerin ayırıcı tanısında hastanın anamnez, fizik muayene ve laboratuvar tetkiklerinin yanı sıra görüntüleme yöntemlerinin yapılması da önem arz etmektedir. Ultrasonografi (USG) en sık kullanılan görüntüleme yöntemidir. Özellikle jinekolojik acil hastaların değerlendirilmesinde transvajinal ultrason en yaygın kabul gören ve doğruluğu abdominal ultrasona göre daha yüksek olan bir yöntemdir. Jinekolojik acillerin ayırıcı tanısında bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme yöntemleride sık kullanılmaktadır.

Taniya giden yolda hangi görüntüleme yöntemi kullanılacağı ve bu hastalıklara spesifik radyolojik bulgular Tablo 1'de yer almaktadır. Acil servise başvurmış akut pevik ağrılı hastada obstetrik ve jinekolojik nedenler akılda tutulmalıdır. Bu nedenle reproduktif dönemdeki kadınların değerlendirilmesine kanda gebelik testi yaparak başlanmalıdır. Ayrıca hastanın yaşı, vajinal kanamasının olup olmadığı, adet düzensizliği veya adet gecikmesi, ateşi olup olmadığı tanıda önemli rol oynar. Gebe olmayan kadınlarda en sık pelvik ağrı nedenleri pelvik inflamatuvar hastalık (PIH), fonksiyonel over kistleri ve adneks torsiyonudur¹.

Tablo 1. Jinekolojik acillerin tanısında kullanılan görüntüleme yöntemleri ve bulguları

Bulgu	Modalite	Akut Pelvik Ağrı Nedenleri
Dişli Çark	US	Pyosalpinks
U Bulgusu	BT	Tuboovarian Kompleks-Abse
Balık Ağı Görünümü	US	Hemorajik Kist

1 Uzm. Dr, Kayseri Özel Hüma Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, dr.ahmetemutlu@gmail.com

SONUÇ

Kadın doğum acil polikliniklerine ve acil servislere, karın ve pelvik ağrı şikayetiyle başvuran hastalarda iyi bir anamnez ve muayene sonrası doğru yönetim son derece önemlidir. Çünkü bu hastalıklar çok hafif derecede hasarlardan, organ kaybına kadar giden geniş bir spektruma sahiptir. Özellikle ektopik gebelik, over torsiyonu ve ovaryan ven trombozu gibi morbiditesi ve mortalitesi yüksek jinekolojik acil durumlar hakkında acil serviste çalışan tüm personel bilgilendirilmelidir. Sık rastlanan fonksiyonel over kist rüptürünü, endometrioma gibi kronik rahatsızlıklardan hızlı olarak ayırt etmek hastanın uygun tedavi yaklaşımına ulaşmasını kolaylaştıracaktır.

KAYNAKLAR

1. Allison, S. O., Lev-Toaff, A. S. Acute pelvic pain: what we have learned from the ER. *Ultrasound Q*, 2010; 26, 211-8.
2. Montague, E. D., Fletcher, G. H. The curative value of irradiation in the treatment of non disseminated breast cancer. *Cancer*, 1980; 46, 995-998.
3. Greenwood, S. M., Moran, J. J. Chronic endometritis: morphologic and clinical observations. *Obstet Gynecol*, 1981; 58, 176.
4. Eckert, L. O., Thwin, S. S., Hillier, S. L., et al. The antimicrobial treatment of subacute endometritis: A proof of concept study. *Am J Obstet Gynecol*, 2004; 190, 305.
5. Huchon, C., Fauconnier, A. Adnexal torsion: a literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2010; 150, 8-12.
6. Oltmann, S. C., Fischer, A., Barber, R., et al. Cannot exclude torsion-a 15 year review. *J Pediatr Surg*, 2009; 44, 1212.
7. Oelsner, G., Cohen, S., Soriano, D., et al. Minimal surgery for the twisted ischaemic adnexa can preserve ovarian function. *Human Reprod* 2003; 18, 2599-2602.
8. Gupta, S., Manyonda, I. Acute complications of fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2009; 23, 609-17.
9. Vandermeer, F. Q., Wong-You-Cheong, J. J. Imaging of acute pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol*, 2009; 52, 2-20.
10. Cano Alonso, R., Borruel Nacenta, S., Díez Martínez, P., María, N. I., Ibáñez Sanz, L., Zabía Galíndez, E. Role of multidetector CT in the management of acute female pelvic disease. *Emerg Radiol*, 2009; 16, 453-72.
11. Cooper, J. M., Brady, R. M. Intraoperative and early postoperative complications of operative hysteroscopy. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 2000; 27, 347.
12. Fraser, I. S., Critchley, H. O., Munro, M.G. Abnormal uterine bleeding: getting our terminology straight. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 2007; 19, 591-595.
13. Balbi, C., Musone, R., Menditto, A., et al. Influence of menstrual factors and dietary habits on menstrual pain in adolescence age. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2000; 91, 143.
14. Weissman, A. M., Hartz, A. J., Hansen, M. D., et al. The nature history of primary dysmenorrhoea: a longitudinal study. *BJOG*, 2004; 111, 345.
15. Proctor, M., Farquhar, C. Diagnosis and management of dysmenorrhoea. *BMJ*, 2006; 332, 1134.
16. Marjoribanks, J., Proctor, M. I., Farquhar, C. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*, 2003; 4, CD001751.
17. Brill, K., Norpoth, T., Schnitker, J., et al. Clinical experience with a modern low-dose oral contraceptive in almost 100,000 users. *Contraception*, 1991; 43, 101.

18. Gauthier, A., Upmalis, D., Dain, M.P. Clinical evaluation of a new triphasic oral contraceptive: norgestimate and ethinyl estradiol. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1992; (Suppl 156), 27.
19. Hendrix, S. L., Alexander, N. J. Primary dysmenorrhea treatment with a desogestrel-containing low-dose oral contraceptive. *Contraception*, 2002; 66, 393.
20. Milsom, I., Sundell, G., Andersch, B. The influence of different combined oral contraceptives on the prevalence end severity of dysmenorrhoea. *Contraception*, 1990; 42, 497.
21. Sulak, P. J., Cressman, B. E., Waldrop, E., et al. Extending the duration of active oral contraceptive pills to manage hormone withdrawal symptoms. *Obstet Gynaecol*, 1997; 89, 179.
22. Baldaszi, E., Wimmer-Puchinger, B., Loschke, K. Acceptability of the long-term contraceptive levonorgestrel-releasing intrauterine system (Mirena): a 3-year follow-up study. *Contraception*, 2003; 67, 87.

BÖLÜM 6

OVER TÜMÖRLERİ VE OVER TÜMÖRLERİNE YAKLAŞIM

Güliden AYNACI¹

OVERLER

Overlerde, neoplaziler ortaya çıkabilmektedir. Bunun dışında foliküler ve luteal kistler, endometriozis, polikistik over sendromu gibi geniş bir yelpazede primer patolojiler ortaya çıkmaktadır. Over maligniteleri, serviks ve uterin korpus malignitelerinin birlikte oluşturdukları ölümlerin daha fazlasından sorumludurlar.

Overin birincil iltihapları pek beklenmez. Buna rağmen dikkat edilmesi gereken; sıklıkla tubaların salpenjitleri yayılım göstererek; salpingooforit denilen periovarian bir reaksiyona yol açar.

Endometroziozis sıklıkla sekonder olarak adneksleri tutmaktadır.

FOLLİKÜLER VE LUTEAL KİSTLER

Fizyolojik varyantlar kabul edilecek kadar sık görünürler. Gençlerde daha sık rastlanır. Bu benign oluşumlar; çatlamamış graaf folliküllerinden meydana gelmektedir. Foliküler veya luteal kistler tek olabilecekleri gibi; daha yaygın olarak beklenen çok sayıda olmalarıdır. Overin serozal yapısının hemen altında gelişirler.

Foliküler veya luteal kistler; karakteristik olarak 1,5 – 3 cm çaplı ve berrak seröz bir sıvı ile doludurlar fakat bazen 6 – 6 cm çapa ulaşabilecek kadar sıvı birikimi ile büyüme gösterirler. Muayene sırasında ele gelen kitleler halinde karşımıza çıkabilir. Hastaların başlıca şikayetleri arasında düzensiz adet görme ve pelvik ağrı yer alır.

POLİKİSTİK OVERLER

“Polikistik Over Sendromu”: Gonadotropik hormaonların çeşitli düzeylerde işlev bozukluğu veya düzensiz hormon üretimine (östrojen, androjen) bağlı olarak ortaya çıkar. Üreme çağındaki kadınlarda, sık görülen jinekolojik patolojilerden biridir.

¹ Doç. Dr., Trakya Üniversitesi, Sağlık Meslek Yüksekokulu, gulidenaynaci@trakya.edu.tr

KAYNAKLAR

1. Antenatal, Y. A. D. R. G., & Testleri, T. (2004). Berkman S. İn: Doğum Bilgileri. İstanbul. Nobel Tıp Kitapevleri, 29-33.
2. Bankowski, B., Hearne, A., Lambrou, N., Fox, H., & Wallach, E. (2005). John Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı. Edt. Vicdan K, Işık AZ, Akarsu C, Vicdan A. Ankara, Atlas Kitapçılık, 2.
3. Beksaç, M. S., Aydın, E., Tuğral, M., & Karaağaoğlu, E. (2016). An Obstetrics Index for the Assessment of Risk Levels of "High Risk Pregnancy" Groups. Gynecology Obstetrics & Reproductive Medicine, 21(1).
4. Berek, J., & Jinekoloji, N. (2004). Çev: Erk A, 13. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 1109-1142.
5. Berkman, S. (2004). Dogum Bilgileri. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi. Temel Klinik Bilimler.
6. Crum, C. P., Nucci, M. R., Granter, S. R., Howitt, B. E., Parast, M. M., Boyd, T., . . . Peters III, W. A. (2017). Diagnostic Gynecologic and Obstetric Pathology E-Book: Elsevier Health Sciences.
7. Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Spong, C. Y., & Dashe, J. (2014). Williams obstetrics, 24e: McGraw-hill.
8. Cunningham, F. G., MacDonald, P. C., & Gant, N. F. (2005). Williams obstetrics (Vol. 21): McGraw-Hill Professional New York, NY.
9. DiSaia, P. J., Creasman, W. T., Mannel, R. S., McMeekin, D. S., & Mutch, D. G. (2017). Clinical Gynecologic Oncology E-Book: Elsevier Health Sciences.
10. Gabbe, S. G., Niebyl, J. R., Simpson, J. L., Landon, M. B., Galan, H. L., Jauniaux, E. R., . . . Grobman, W. A. (2016). Obstetrics: normal and problem pregnancies e-book: Elsevier Health Sciences.
11. Hacker, N. F., Gambone, J. C., & Hobel, C. J. (2015). Hacker & Moore's essentials of obstetrics and gynecology: Elsevier Health Sciences.
12. Jinekoloji, B. S. N. (2004). Nobel Tıp Kitabevi Ltd. Şti, İstanbul, 28-37.
13. Jones, H. W., & Rock, J. A. (2015). Te Linde's operative gynecology: Lippincott Williams & Wilkins.
14. Mattson, S., & Smith, J. E. (2015). Core Curriculum for Maternal-Newborn Nursing E-Book: Elsevier Health Sciences.
15. Moore, L. E., & Catalano, P. (2018). Diabetes in pregnancy: Springer.
16. Nelson-Piercy, C. (2015). Handbook of obstetric medicine: CRC press.
17. Novak, E. (2007). Berek & Novak's gynecology: Lippincott Williams & Wilkins.
18. Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2013). Maternal child nursing care: Elsevier Health Sciences.
19. Prat, J. (2015). Staging classification for cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum: abridged republication of guidelines from the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Obstetrics & Gynecology, 126(1), 171-174.
20. Prat, J., & Oncology, F. C. o. G. (2014). Staging classification for cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 124(1), 1-5.
21. Schorge, J. O., & Williams, J. W. (2008). Williams gynecology: McGraw-Hill Medical.
22. Smith, R. P. (2017). Netter's Obstetrics and Gynecology E-Book: Elsevier Health Sciences.
23. Speroff, L., & Fritz, M. A. (2005). Clinical gynecologic endocrinology and infertility: lippincott Williams & wilkins.
24. Speroff, L., Fritz, M. A., Erk, A., Günalp, S., & Bozdağ, G. (2007). Klinik jinekolojik endokrinoloji ve infertilite: Güneş Tıp Kitabevleri.
25. Symonds, I. M., & Arulkumaran, S. (2013). Essential Obstetrics and Gynaecology E-Book: Elsevier Health Sciences.
26. Wright, A. A., Bohlke, K., Armstrong, D. K., Bookman, M. A., Cliby, W. A., Coleman, R. L., . . . Moore, K. N. (2016). Neoadjuvant chemotherapy for newly diagnosed, advanced ovarian cancer: Society of Gynecologic Oncology and American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. Gynecologic oncology, 143(1), 3-15.

BÖLÜM 7

GEBELİK HASTALIKLARINDA BAŞLICA PLASENTAL PATOLOJİLER

Güliden AYNACI¹¹

Gebelik hastalıkları ve plasentanın patolojik durumları, anne ve bebeğin hastalığı, anne ölümü, intrauterin gelişme geriliği, konjenital malformasyonlar, premature doğum, perinatal veya intrauterin ölüm sebepleri önemlidir. Morfolojik lezyonlar hakkındaki bilgi klinik problemin anlaşılmasına bağlıdır.

Maternal ve fetal iyilik halinin korunması için, kadınların gebe kalmadan önce rutin muayene ve tetkiklerini yaptırmaları gereklidir.

PLASENTANIN İNFLAMASYON VE İNFEKSİYONLARI

Prekonsepsiyonel dönemde, perinatal ve postnatal dönemi etkileyebilecek tüm etkenler değerlendirilmelidir. Kronik hastalıklar, jinekolojik patolojiler, daha önce gebe kalıp kalmadığı, önceki gebelik öyküsü, soygeçmiş özellikleri değerlendirilir.

İnfeksiyonlar plasentaya iki yolla ulaşır:

Doğum kanalından yukarıya çıkan (asendan) infeksiyon

Hematojen (transplasental) infeksiyon

Asendan İnfeksiyonlar:

Daha sık olarak görülmektedir. Çoğu vakada bakteriyeldir. Gebelerde, erken doğum ve erken membran rüptürü ile birlikteliği söz konusu olabilmektedir. Kori-oamnionda; ödem ve venöz dolgunluk ile birlikte olan PNL (polimorf nükleer lökosit infiltrasyonu) izlenir (Akut kori-oamnionitis).

İnfeksiyon, membranlardan ileriye ve derine doğru yayıldığında ise; umbilikal kordon ve plasenta villuslarını da tutabilir. Ardından kordonda akut vaskülitte neden olabilir.

Vajinal floraya ait bakteriler yanında fırsatçı mantarlar da kliniğe negative katkı sağlar. Mikoplazma, kandida sıklıkla enfeksiyona neden olabilir.

¹¹ Doç. Dr., Trakya Üniversitesi, Sağlık Meslek Yüksekokulu, gulidenaynaci@trakya.edu.tr

KAYNAKLAR

1. Antenatal, Y. A. D. R. G., & Testleri, T. (2004). Berkman S. İn: Doğum Bilgileri. İstanbul. Nobel Tıp Kitapevleri, 29-33.
2. Bankowski, B., Hearne, A., Lambrou, N., Fox, H., & Wallach, E. (2005). John Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı. Edt. Vicdan K, Işık AZ, Akarsu C, Vicdan A. Ankara, Atlas Kitapçılık, 2.
3. Beksaç, M. S., Aydın, E., Tuğral, M., & Karaağaoğlu, E. (2016). An Obstetrics Index for the Assessment of Risk Levels of "High Risk Pregnancy" Groups. Gynecology Obstetrics & Reproductive Medicine, 21(1).
4. Berek, J., & Jinekoloji, N. (2004). Çev: Erk A, 13. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1109-1142.
5. Berkman, S. (2004). Dogum Bilgileri. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi. Temel Klinik Bilimler.
6. Crum, C. P., Nucci, M. R., Granter, S. R., Howitt, B. E., Parast, M. M., Boyd, T., . . . Peters III, W. A. (2017). Diagnostic Gynecologic and Obstetric Pathology E-Book: Elsevier Health Sciences.
7. Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Spong, C. Y., & Dashe, J. (2014). Williams obstetrics, 24e: McGraw-hill.
8. Cunningham, F. G., MacDonald, P. C., & Gant, N. F. (2005). Williams obstetrics (Vol. 21): McGraw-Hill Professional New York, NY.
9. DiSaia, P. J., Creasman, W. T., Mannel, R. S., McMeekin, D. S., & Mutch, D. G. (2017). Clinical Gynecologic Oncology E-Book: Elsevier Health Sciences.
10. Gabbe, S. G., Niebyl, J. R., Simpson, J. L., Landon, M. B., Galan, H. L., Jauniaux, E. R., . . . Grobman, W. A. (2016). Obstetrics: normal and problem pregnancies e-book: Elsevier Health Sciences.
11. Hacker, N. F., Gambone, J. C., & Hobel, C. J. (2015). Hacker & Moore's essentials of obstetrics and gynecology: Elsevier Health Sciences.
12. Jinekoloji, B. S. N. (2004). Nobel Tıp Kitabevi Ltd. Şti, İstanbul, 28-37.
13. Jones, H. W., & Rock, J. A. (2015). Te Linde's operative gynecology: Lippincott Williams & Wilkins.
14. Mattson, S., & Smith, J. E. (2015). Core Curriculum for Maternal-Newborn Nursing E-Book: Elsevier Health Sciences.
15. Moore, L. E., & Catalano, P. (2018). Diabetes in pregnancy: Springer.
16. Nelson-Piercy, C. (2015). Handbook of obstetric medicine: CRC press.
17. Novak, E. (2007). Berek & Novak's gynecology: Lippincott Williams & Wilkins.
18. Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2013). Maternal child nursing care: Elsevier Health Sciences.
19. Prat, J. (2015). Staging classification for cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum: abridged republication of guidelines from the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Obstetrics & Gynecology, 126(1), 171-174.
20. Prat, J., & Oncology, F. C. o. G. (2014). Staging classification for cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 124(1), 1-5.
21. Schorge, J. O., & Williams, J. W. (2008). Williams gynecology: McGraw-Hill Medical.
22. Smith, R. P. (2017). Netter's Obstetrics and Gynecology E-Book: Elsevier Health Sciences.
23. Speroff, L., & Fritz, M. A. (2005). Clinical gynecologic endocrinology and infertility: lippincott Williams & wilkins.
24. Speroff, L., Fritz, M. A., Erk, A., Günalp, S., & Bozdağ, G. (2007). Klinik jinekolojik endokrinoloji ve infertilite: Güneş Tıp Kitabevleri.
25. Symonds, I. M., & Arulkumaran, S. (2013). Essential Obstetrics and Gynaecology E-Book: Elsevier Health Sciences.
26. Wright, A. A., Bohlke, K., Armstrong, D. K., Bookman, M. A., Cliby, W. A., Coleman, R. L., . . . Moore, K. N. (2016). Neoadjuvant chemotherapy for newly diagnosed, advanced ovarian cancer: Society of Gynecologic Oncology and American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. Gynecologic oncology, 143(1), 3-15.