

KADIN HASTALIKLARI VE
DOĞUM
YDUS 2025-2.DÖNEM
SINAV SORULARI

1. I. Gebeliğin ikinci yarısında kullanılması yenidoğanda pulmoner hipertansiyon riskini artırabilir.
- II. Ölü doğum riskini artırabilir.
- III. Doğum sonrasında yenidoğanda irritabilite ve huzursuzluk gibi ilaç çekilme semptomlarına yol açabilir.

Selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin gebelikte kullanımı ile ilgili yukarıdaki ifadelerden hangileri doğrudur?

A) Yalnız I

B) Yalnız II

C) I ve II

D) I ve III

E) I, II ve III

Cevap: D

1.
 - I. Gebeliğin ikinci yarısında kullanılması yenidoğanda pulmoner hipertansiyon riskini artırabilir.
 - II. Ölü doğum riskini artırabilir.
 - III. Doğum sonrasında yenidoğanda irritabilite ve huzursuzluk gibi ilaç çekilme semptomlarına yol açabilir.

Selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin gebelikte kullanımı ile ilgili yukarıdaki ifadelerden hangileri doğrudur?

A) Yalnız I

B) Yalnız II

C) I ve II

D) I ve III

E) I, II ve III

GEBELİKTE PSİKİYATRİK HASTALIKLAR

- **GEBELİKTE DEPRESYON TEDAVİSİ:**

- İlk tercih → SSRI (TCA ve MAO inh kullanımı nadir)
- Abort endişesiyle kesilmemeli ama $\frac{3}{4}$ hasta kesiyor
- Paroksetin KE → VSD → ilk trimester kullanım → fetal EKO
- SSRI'lar içerisinde süte en çok geçen → Fluoksetin**
- En uygun antidepresan → Sertralin**
- 20. hft sonra SSRI maruziyeti → yenidoğanda PHT riski X6
(2025-Y2) %30 hafif yoksunluk semptomları gelişebilir ama 5 günde geçer.
- **EKT gebelikte KE değil** ama riskli → fetal aritmi, geçici kontraksiyonlar, vajinal kanama, aspirasyon, respiratuar alkaloz (tedaviye dirençli olgularda tercih edilebilir)

Gebelik ve SSRI (2025-Y2)

- PHT riski artar
- Postpartum yenidoğanda ilaç çekilme sendromu yapabilir
- **Ölü doğum riski artmaz**

4. Gastrik by-pass öyküsü olan gebelerde aşağıdakilerden hangisinin dolaşımdaki düzeyine bakılması en az önceliklidir?

A) D vitamini

B) Folat

C) Demir

D) Magnezyum

E) B12 vitamini

Cevap: D

4. Gastrik by-pass öyküsü olan gebelerde aşağıdakilerden hangisinin dolaşımdaki düzeyine bakılması en az önceliklidir?

A) D vitamini

B) Folat

C) Demir

D) Magnezyum

E) B12 vitamini

Gastrik By-Pass (2025-Y2)

- Endike olduğunda B12 ve D vitaminleri, folik asit ve kalsiyum desteği verilir.
- Ayrıca vitamin A eksikliği de görülebilir

TABLE 48-3. Pregnancy Outcomes Following Bariatric Surgery

Outcome ^a	Gastric Banding ^b (n = 651)	Roux-en-Y Gastric Bypass ^c (n = 361)
Hypertension	11%	4%
Gestational diabetes	7%	4%
Cesarean delivery	35%	33%
Mean birthweight	3206 g	3084 g
Low birthweight	7%	11%
Stillbirth	3/1000	3/1000

^aData not reported identically—frequencies are approximations.

^bData from Adams, 2015; Bar-Zohar, 2006; Carelli, 2011; Dixon, 2005; Ducarme, 2013; Facchiano, 2012; Lapolla, 2010; Pilone, 2014; Sheiner, 2009; Skull, 2004.

^cData from Adams, 2015; Ducarme, 2013; Facchiano, 2012; González, 2015; Sheiner, 2009.

27. Aşağıdaki ajanlardan hangisi üriner inkontinans tedavisinde internal üretral sfinkter kontraksiyonunu artırarak etki eder?

A) Midodrin

B) Oksibutinin

C) Solifenasin

D) Trospium klorür

E) Dezmopressin

Cevap: A

27. Aşağıdaki ajanlardan hangisi üriner inkontinans tedavisinde internal üretral sfinkter kontraksiyonunu artırarak etki eder?

A) Midodrin

B) Oksibutinin

C) Solifenasin

D) Trospium klorür

E) Dezmopressin

Üriner inkontinans-Tanı

Üriner fonksiyonu bozabilen ilaçlar

Benzodiyazepin → (sedatif ilaçlar) özellikle yaşlı hastalarda konfüzyon ve sekonder inkontinans

Alkol → mesane kapasitesinde azalma ve benzodiyazepinlere benzer etkiler; ayrıca hareketi kısıtlama ve diüretik etki

Antikolinergik ilaçlar → (antihistaminikler, trisiklik antidepresanlar, antipsikotikler, opiyatlar, antispazmotikler ve Parkinson tedavisinde kullanılan ilaçlar) detrusor kontraktilitesini bozma, sedatif etkiler ve işeme güçlüğü ile taşma inkontinansı

Alfa agonistler → (genelde reçetesiz satılan ve soğuk algınlığının semptomatik tedavisinde kullanılan **midodrin (2025-Y2)** ve fenilefrin) çıkım direncini artırma ve işeme güçlüğü

Alfa blokörler → (hipertansiyon tedavisinde kullanılan prazosin ve terazosin) üretral kapanma basıncında azalmaya bağlı stres üriner inkontinans

Üriner inkontinans-Tanı

Üriner fonksiyonu bozabilen ilaçlar

Kalsiyum kanal blokörleri → mesanedeki düz kasların kasılmasına etki ederek hem işeme gücünü hem de inkontinans; dihidropridin grubu ise periferik ödeme yol açarak noktüri veya gece idrar kaçırmaya

Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri → kronik ve dirençli bir öksürük ve buna bağlı stres üriner inkontinans; ek olarak mesane kontraktilesinde azalma

COX-2 inhibitörleri ve Tiazolidinedion → sıvı retansiyonu ile noktüriyel enürezis

Narkotik analjezikler (opiyatlar) → mesaneyi gevşetme ve sedasyon; idrar retansiyonu ve veya fonksiyonel inkontinans

Diüretikler (tiyazit grubu, furosemit, asetazolamit) → poliüri ve buna bağlı inkontinans

Hidralazin → Üriner inkontinans tablosunda kötüleşme izlenir **(2016-Y)**

28. Vulvodini tanılı hastanın tedavisinde aşağıdakilerden hangisinin kullanılması en az olasıdır?

A) Topikal lidokain

B) Duloksetin

C) Gabapentin

D) Deksketoprofen

E) Biofeedback

Cevap: D

28. Vulvodini tanılı hastanın tedavisinde aşağıdakilerden hangisinin kullanılması en az olasıdır?

A) Topikal lidokain

B) Duloksetin

C) Gabapentin

D) Deksketoprofen

E) Biofeedback

Vulvodini

- Vulvar vestibülit (eski isim)
- **Friedrich triadı** (ilişki veya vajene bir obje sokulmaya çalışınca ağrı oluşması, muayene sırasında vestibüle basınç uygulanması ile ağrı ve vestibüler eritem) ile tanımlanırdı.
- En az 3 aydır devam eden, açık bir nedeni olmayan ve potansiyel ilişkili faktörlere sahip olabilen ağrı vulvar ağrı olarak tanımlanır.
 - **Enfeksiyon, iltihaplanma, neoplazi veya nörolojik bir rahatsızlıktan kaynaklanmaz**
- Vestibulodini, hiperestezi olan **allodini** semptomunu içerir; bu, acısız uyarılara bağlı bir ağrıdır.
 - İlişki dışındaki dönemde genellikle yanma ağrısı olarak tanımlanan vulvar rahatsızlıktır.
 - Pamuklu çubukla test yaptığımız bir dışlama tanısıdır.
- Vulvodini hastaları diğer vulvar problemleri olan kadınlardan **daha fazla psikolojik sıkıntı** yaşarlar.
- Eritem her zaman mevcut değildir, ancak mevcut olduğunda vulvar vestibülle sınırlıdır
 - Özellikle 4-8 arasında.

Vulvodini

- Vulvodiniyi başlatan ve sürdüren nedenler arasında **psikososyal nedenler ya da hormonal problemler** de yer alabilir.
- Cinsel istismar sıklığı ile **ilişki yok**
- Ağrı uyarı olmadan ortaya **çıkamaz**.
- OKS ve HRT ile **ilişkisiz**dir.
- **Gabapentin ve TAD** tedavide başarılıdır.

Vulvodini

Vulvodini aşağıdaki başlıklar altında birbirinden bağımsız olarak řu şekilde sınıflandırılabilir;

Lokal (vestübulodini, klitoridini), genel veya mikst (lokal ve genel)

Sadece vulvar vestibülü (vestübulodini) veya klitorisi (klitoridini) ilgilendiren vulvodini lokalize olarak isimlendirilir. Buna karşı tüm vulva etkilenmiş ise bu genel vulvodindir. Her iki form bir arada ise ismi mikst tiptir.

Provoke (inersiyonel, kontakt), spontan veya mikst (provoke ve spontan)

Ağı genital kontakt ile başlıyor ise kontakt, kendiliğınden oluşuyor ise spontan olarak sınıflandırılır.

Başlangıç (primer veya sekonder)

İlk genital penetrasyon ile olan primer, bir süre ağrısız genital kontakt sonrası oluyor ise sekonder vulvodini olarak adlandırır.

Zaman (aralıklı, kalıcı, ani, gecikmiş).

Vulvodini

- Provoke vestibulodini **en sık** vulvodini tipidir.
 - Kronik inflamatuvar süreçler ya da mantar enfeksiyonu-yaralanma gibi immünolojik bozukluklular ile ortaya çıkar.
 - Hikâye ve fizik muayene tanıda önemlidir
 - Vestibül pamuklu bir çubuk ile muayene edilir ve orta derece bir ağrı bile hissedilmesi provoke vestibulodini için yeterlidir.
- **Eritem her zaman izlenmez ancak** mevcut olduğunda vulvar vestibül ile sınırlıdır.
 - Özellikle **saat 4-8 arasında eritem görülür**

Vulvodini

- Tedavi bireyselleştirilmelidir.
- Tedaviye ağrıya neden olabilecek altta yatan enfeksiyon, dermatozlar, psikolojik ve hormonal nedenlerin tedavisi ile başlanır.
- Topikal lidokain %5, oral/topikal gabapentin gibi anti-konvülzanlar, topikal/oral **trisiklik antidepresanlar**, botulinum toksin enjeksiyonları, östrojen eksikliği durumunda topikal östrojenler, steroid içeren / steroidsiz lokal anestezi enjeksiyonları vb. **(2025-Y2)**
- Ooferektomi uygulanmaz **(2014-Y)**
- Pelvik tabana yönelik fiziksel tedavi yöntemleri önerilir.
- **Uzun süreli hormonal kontraseptif yöntemler vestibülü inceltir ve ağrıyı artırabilir.**
 - Bunun dışındaki tedavi yöntemleri arasında cerrahi (vestibulektomi ve perineoplasti) psikoterapi, EMG biyo feed back veya tamamlayıcı/alternatif tedaviler (akupunktur ve hidroterapi) sayılabilir.

Vulvar Vestibulit



Hymenal halkanın dış kısmında **saat 4 ve 7-8** hizasında **vestibülde sınırlı eritematöz alanlar**

Diğer adı vulvodini ve en sık semptom **disparoni**

Tedavi: İlk seçenek TAD ek olarak Antikonvulsanlar verilebilir. lokal steroid kremleri, ciddi olgularda skinning vulvektomi

29. Aşağıdakilerden hangisi pelvik organlara destek sağlayan anatomik yapılardan biri değildir?

A) Levator ani kasları

B) Kardinal/uterosakral ligament kompleksi

C) Arkus tendineus fasya pelvis

D) Endopelvik fasya

E) İliopsoas kasları

Cevap: E

- 29. Aşağıdakilerden hangisi pelvik organlara destek sağlayan anatomik yapılardan biri değildir?**
- A) Levator ani kasları
 - B) Kardinal/uterosakral ligament kompleksi
 - C) Arkus tendineus fasya pelvis
 - D) Endopelvik fasya
 - E) İliopsoas kasları

Vajenin Destek Yapıları De Lancey Sınıflaması

(2017-Y, 2019-Y, 2021-Y, 2025-Y2)

De Lancey Sınıflaması aşağıdaki gibidir:

SEVİYE	İLGİLİ YAPI	GÖREV	İŞLEV BOZUKLUĞU
Seviye 1	Uterosakral ve Kardinal Ligament	Apikal destek	Uterin prolapsus Apikal prolapsus
Seviye 2	Arcus Tendineus Fascia Pelvis ve levator aninin süperior parçası	Lateral destek	Daha çok sistosel
Seviye 3	Perineal cisim, levator ani yüzeysel ve derin perineal kaslar ve fibromüsküler konnektif doku	Distal destek	Rektosel, sistosel geniş introitus ve perineal sarkma

Arc. Tend. Fas. Pelvis hasarında ruga kaybı olmayabilir... (lev ani ve obd. int fasyaları)

Vajen kubbesinin temel desteğini **kardinal ligament** sağlar.

Arc. Tend. Fas. Pelvis hasarında ruga kaybı olmayabilir... (lev ani ve obd. int fasyaları)

30. İnterstisyel sistit olgularında aşağıdaki durumlardan hangisinin görülmesi en az olasıdır?

A) Mesane mukoza epitelinde permeabilite artışı

B) Mast hücre aktivasyonu

C) Detrusor kasında glikozaminoglikan artışı

D) Otoimmün inflamasyon

E) Nörojenik inflamasyon

Cevap: C

30. İnterstisyel sistit olgularında aşağıdaki durumlardan hangisinin görülmesi en az olasıdır?

A) Mesane mukoza epitelinde permeabilite artışı

B) Mast hücre aktivasyonu

C) Detrusor kasında glikozaminoglikan artışı

D) Otoimmün inflamasyon

E) Nörojenik inflamasyon

İnterstitiyal sistit / Mesane ağrısı sendromu (IC/BPS)-1

- Tanım;
 - Altı haftadan daha uzun süren, enfeksiyon veya diğer tanımlanabilir bir nedene bağlı olmaksızın ortaya çıkan, mesane ile ilgili olduğu algılanan hoş olmayan bir his (ağrı, basınç, rahatsızlık)
- Mesane, üretra ve pelvik bölgede ağrı ve ayrıca alt üriner sistem semptomlarını kapsayan bir semptom kompleksi
- İnterstitiyal sistit (IC) ve mesane ağrısı sendromu (BPS) birbiri yerine kullanılan terimler
- Sıklığı %6,5 olarak bildirilmiş
- Genellikle 40 yaşından sonra
- Beyaz ırkta ve sigara içenlerde daha sık
- Ayrıca IC/BPS ile endometriyozis arasında güçlü bir ilişki var

İnterstitiyal sistit / Mesane ağrısı sendromu (IC/BPS)-2

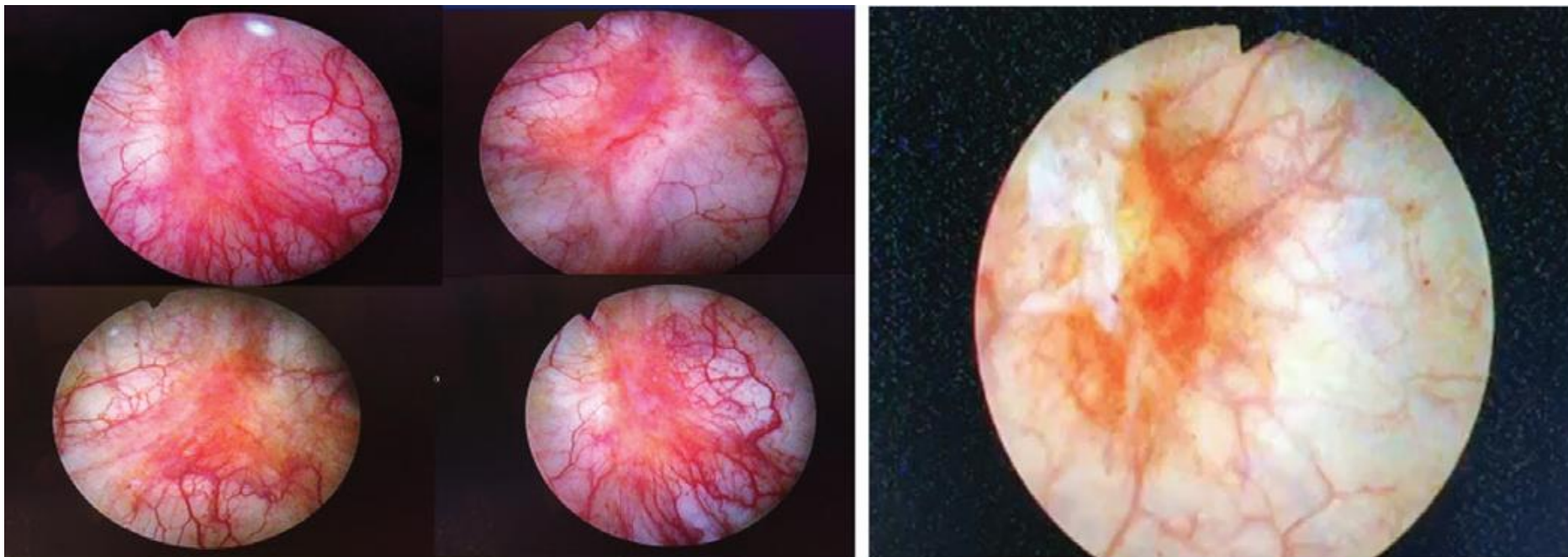
- Etiyoloji net değil
- Artmış mukozal permeabilite ve immünolojik mekanizmalar suçlanmakta
 - Mesane biyopsilerinde anormal mast hücre aktivitesi, P maddesi eksprese eden sinir liflerinde artış ve artmış sinir büyüme faktörleri
 - Mesane mukozasının koruyan glikozaminoglikan (GAG) bileşiminde defekte bağlı mesane mukozası geçirgenliğinin artması (2025-Y2)
- Ağrının ortaya çıkması mesanenin dolması ile ilişkili
 - Genelde az miktarda idrar boşaltmayla ağrı azalır ancak mesane doldukça tipik olarak tekrarlar

İnterstitiyal sistit / Mesane ağrısı sendromu (IC/BPS)-3

- Tanısı oldukça güç bir sendrom;
 - İlk başta IC/BPS tanısı alan kadınlarının %45 kadarının ileri değerlendirmeler sonucunda tanısı değişmiş
 - Özellikle açıklanamayan kronik pelvik ağrı ile bir arada üriner semptomlar gösteren kadınlarda mutlaka akılda tutulmalı
- Dikkatli bir hikaye alınması, muayene ve laboratuvar testleri ile IC/BPS tanısının desteklenmesi ve karışabilecek durumların ekarte edilmesi tanının ana tanı prensibi
- **Potasyum sensitivite testi** üroteliyal geçirgenliğin arttığını gösterir ancak çok ağrılı olması, atak başlatabilmesi ve özgül olmaması nedeni ile **terkedilmiş**
- **Sık idrara çıkma**, **ani işeme hissi** ve **disparoni** sık
- Ağrı sıklıkla **adet kanaması öncesindeki hafta kötüleşir**
- Ayrıca baharatlı yiyecekler, alkollü, asitli, karbonatlı ve kafeinli içecekler, yabanmersini suyu, seks, stres ve egzersizle artar

İnterstitiyal sistit / Mesane ağrısı sendromu (IC/BPS)-4

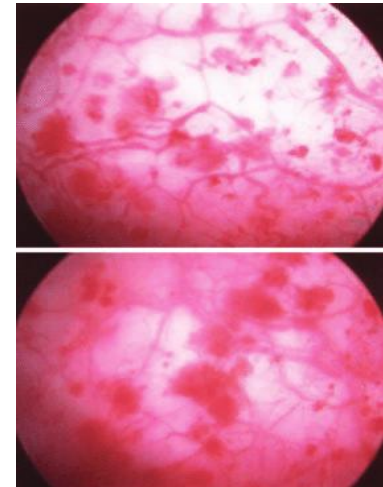
- Pelvik muayenede üretrada veya mesanenin/vajinanın anterior kısmında hassasiyet ve pelvik tonusta artma, tetik noktalarında hassasiyet ve hipertonus
- İdrar testinde ise *piyüri olmadan mikroskopik hematüri*
- **Sistoskopi** ve **ürodinami** kompleks vakaların netleşmesi ve diğer benzer hastalıkların ekarte edilmesi için
 - Sistoskopi sırasında görülen **Hunner ülserleri** merkezi bir skara doğru uzanan küçük damarları olan kırmızı-kahverengi mukozal lezyonlar
 - Sadece ~%10 hastada mevcut ancak görülmesi patognomonik
 - Daha sık olarak küçük peteşiler ve submukozal kanamalar olarak tanımlanan **glomerulasyonlar** ancak IC/ BPS için spesifik değil
 - **Ürodinami; azalmış mesane hacmi, kompliyans ve mesane kapasitesi**



İnterstitiyal sistit / Mesane ağrısı sendromu (IC/BPS)-5

Bir başka kaynakta;

1. Mesane dolumu ile artan ve boşaltımı ile azalan ağrı,
2. Suprapubik, pelvik, üretral, vajinal, perineal ağrı,
3. Sistoskopide glomerulasyonlar veya sistogramda azalmış kompliyans durumlarından **herhangi ikisinin varlığı durumunda** tanı konulabileceği belirtilmiş



İnterstitiyal sistit / Mesane ağrısı sendromu (IC/BPS) (2018-Y)

- Kesin bir tedavisi yok
- Tedavide mutlaka multidisipliner yaklaşım benimsenmeli
- Birinci basamak tedavi; mesane iritanlarının önlenmesi ve davranış değişikliği
- İkinci basamak tedavi; tetik noktaları veya pelvik taban hipertonusunu çözmek veya farmakolojik yönetimi uygulamak için pelvik fizik tedavi
 - **Kegel egzersizlerinden kaçınılmalı**
- Üçüncü basamak uygun oral farmakolojik tedavi seçenekleri arasında amitriptilin, hidroksizin, simetidin veya pentosan polisulfat sodyum (zayıf bir antikoagülan)
 - Bu sıralama hiyerarşik değil alfabetik
 - Amitriptilin antihistaminik, antikolinergik ve sodyum kalan blokajı etkisi ile hem **mast hücre aktivitesini engeller** hem de **nöropatik ağrı için faydalı**

İnterstitiyal sistit / Mesane ağrısı sendromu (IC/BPS)

- **İntravezikal tedavi**, dimetil sülfoksit (DMSO), heparin, lidokain
 - Bu sıralama da alfabetik
- Oral ve intravezikal öncelikli tedaviler başarısız olursa anestezi altında kısa süreli, düşük basınçlı hidrodistansiyon
- Cevap vermeyen hastalar için **Hunner ülserlerinin** lazer veya koter ile **ortadan kaldırılması**
- Oral **siklosporin**
- Detrusor içine OnabotulinumtoksinA (**botoks**) uygulaması
 - Hastaya kendi kendine kateterizasyon gerekebileceği açıklanmalı
- Deneme seans **nörostimulasyon**; faydalı olursa kalıcı alet uygulanması
- **Sistoplasti**, sistektomi ile birlikte veya tek başına **üriner diversiyon** gibi büyük cerrahiler son çare olmalı ve bu hastalar dikkatle seçilmeli

İnterstitiyal sistit / Mesane ağrısı sendromu (IC/BPS)

- Faydası olmadığı gösterilen ve kullanılmaması gereken yöntemler
 - Uzun süreli antibiyotik tedavisi
 - İntravezikal bacillus Calmette-Guerin (BCG) uygulaması
 - Yüksek basınçlı, uzun süreli hidrodistansiyon
 - Sistemik uzun süreli kortikosteroid uygulaması

31. Aşağıdaki durumlardan hangisinin overde teka lutein kisti gelişimine sebep olması en az olasıdır?

A) Plasentomegali

B) Trifazik oral kontraseptif kullanımı

C) Çoğul gebelik

D) Yardımcı üreme teknikleri sırasında uygulanan ovaryan hiperstimülasyon

E) Gestasyonel trofoblastik neoplazi

Cevap: B

31. Aşağıdaki durumlardan hangisinin overde teka lutein kisti gelişimine sebep olması en az olasıdır?

A) Plasentomegali

B) Trifazik oral kontraseptif kullanımı

C) Çoğul gebelik

D) Yardımcı üreme teknikleri sırasında uygulanan ovaryan hiperstimülasyon

E) Gestasyonel trofoblastik neoplazi

Fonksiyonel Over Kistleri

- Üreme çağındaki kadınların adneksiyal kitlelerinin 2/3'ü fonksiyonel over kistleridir.
- Hepsi benigndir ve genellikle belirti vermezler ve girişim gerektirmezler.
- Sigara ve esrar kullanımı fonksiyonel over kisti olasılığını artırır. Bu hastalar obez olursa risk kısmen azalır.
- **Folikül kisti** → **En sık** ! 3 – 8 cm. 1 – 2 ayda kendiliğinden yok olurlar.
- **Korpus Luteum Kisti** → 3 – 11 cm, unilateral. Sağda sık. Klinik bulgular **torsiyon** ile, adet gecikirse **ektopik** ile karışabilir.
Korpus luteum kisti **en sık rüptüre olan** (genelde 20 - 26. gün) ve **kanama yapan** ovaryan kitle!! Tm'lere göre fonksiyoneller daha sık rüptüre olur.
- **Teka lutein kistleri** → En nadir fonksiyonel kist bu **(2014-Y). hCG** ile aşırı ovaryan stimülasyon sonucu oluşur. Sıklıkla **çoğul gebelik, hidatiform mol, plasentomegali** ve **koryokarsinom** ile birlikte. **BİLATERALDİR Diyabet ve Rh izo.'da ve ovulasyon indüksiyonlarında (IVF) da risk artar (FSH, LH, GnRH analogu kullanımlı indüksiyon) (2025-Y2)**

32. Adölesanlarda benign ovaryan neoplazi nedeni olarak aşağıdakilerden hangisi en sık görülür?

A) Matür kistik teratom

B) Fonksiyonel kist

C) Struma ovarii

D) Endometriyoma

E) Fibroma

Cevap: A

32. Adölesanlarda benign ovaryan neoplazi nedeni olarak aşağıdakilerden hangisi en sık görülür?

A) Matür kistik teratom

B) Fonksiyonel kist

C) Struma ovarii

D) Endometriyoma

E) Fibroma

1- Teratom

- Teratomlar; **immatür** teratom, **matür** teratom ve **monodermal** teratom olmak üzere 3 grupta incelenir.
 - **İmmatür teratom maligndir. İmmatür dokular genelde matür dokular ile birlikte bulunur.**
 - Monodermal teratomlar tek ve yüksek oranda farklılaşmış doku tipi bulundurlar.
 - Bunun en tipik örneği tiroit dokusu içeren **struma ovarii** 'dir.
- Matür teratomlar **solid** veya **kistik** olabilir.
- Kistik olanlar **dermoid** kist ve **fetiform** teratom (diğer adı homunculus) olmak üzere iki gruptur.
 - Fetiform teratom tipinde germ hücreleri ileri derecede farklılaşmıştır. Bu nedenle bu yapı malforme bir fetüsü andırır.
- Genellikle uniloküle (**%10-15 bilateral**) olan, kistik kavite içerisine büyüyen yapılar mevcuttur.
- **Yağ** içeriği nedeni ile pelvik muayenede **genelde anterior yerleşimlidir.**
- Diğer over normal olsa dahi adezyonlar nedeni ile infertilite sebep olabilirler.
- En sık **20-40 yaş** arasında görülür. Ancak yenidoğanlardan tutun postmenopozal hasta grupları dâhil hayatın her döneminde görülebilirler.
 - Dermoid tümörlerin %25'inin postmenopozal dönemde görüldüğü bildirilmiştir.
 - **Dermoidler, *prepubertal dönemde en sık görülen over neoplazisi ve adölesan dönemde de yaygındır.***
(2025-Y2)

1- TERATOM

- Overin germ hücreli tümörlerinin yaklaşık % 90'ını oluştururlar.
- Tüm benign tümörlerin yaklaşık% 33'ünü temsil eder.
 - Dermoidler, prepubertal kadınlarda en sık görülen over neoplazmıdır ve gençlerde de yaygındır.
- Yavaş büyüme eğilimindedir (yılda 2mm kadar).
- % 65 asemptomatiktirler.
 - Klinik bulgusunu en çok torsiyone olup verir (% 15).
 - Torsiyon gençlerde sıktır.
- % 80 10 cm'den küçüktür.
- Kistler genellikle uniloküler ve pedünküllüdür.

1- TERATOM

- Kromozom 46 XX ama konağın kromozomundan bağımsızdır.
 - Tek bir germ hücresinden oluşurlar ki bu germ hücresi 3 germ yaprağına da dönüşebilir.
- Malignite potansiyelleri düşüktür.
 - Özellikle 50 yaşından sonra %2'den az oranda skuamöz karsinomlara dönüşebilirler.
 - 10 santimetreden büyük tümörlerde malignite riski artar.
 - Postmenopozal dönemde bu oran %20 civarına kadar çıkar.
 - Rokitanski tüberkülü dermoidin katı elemanlarının kist duvarında oluşturduğu tüberküldür.
 - Malignite ortaya çıkarsa, **hemen hemen her zaman** bu hücre yuvasında bulunur.

Postmenopozal ve büyük teratomun malignite ihtimali daha fazladır.

1- TERATOM

- Tirotoksikoz (**en çok**), karsinoid sendromu ve otoimmün hemolitik anemi **dermoidle ilgili olabilecek tıbbi hastalıklardır.** (Struma ovarii)
- Teratomlar primitif nöral doku içerdiği için **NMDA reseptörlerine karşı antikor gelişirse immun aracılı ensefalit** yapabilir.
 - Serum veya beyin omurilik sıvısında antikor tespiti ile tanı konur.
 - Teratomun çıkarılması dramatik iyileşme sağlar ve tedaviye immünoterapi de eklenir.
 - Ancak **%25 sekel veya ölüm** gerçekleşebilir.
- Premenapozal dönemde eğer takip edilecekse 6-12 ayda bir USG ile takip planlanır.
 - **Hastanın fertilitte istemi var, operasyon istemiyor ve tanının teratom olduğunu kuvvetli şekilde düşünüüyorsa takip etmek doğru seçenektir.**

1- TERATOM

- Kimyasal peritonit, yırtılmış dermoidlerin % 1'inden azında rapor edilir.
 - Bunu yapan daha çok yağ içeriğidir.
 - Rüptür hamilelikte daha sık görülür.

TERATOM



1- TERATOM

- Dermoid kistlerde CA125 ve daha belirgin (%30) olarak CA19-9 yüksekliği bulunabilir.
- Teratom tanısında en önemli tanısal metot USG' dir.
 - USG' de sıvı-saç sıvı-yağ seviyeleri ve Rokitansky protuberance (dermoid plug, dermoid proses, dermoid papilla veya embiryonel rudiment) alanları 1-4 santimetre boyutunda hiperekoik alan olarak görülür.
 - Kist duvarında oluşun akut açılanmaya “buz dağının tepesi” görünümü denir.
- Kesin tanı histopatolojik olarak konur.

☞ Yaş ve sıklıklarına göre **pelvik kitlelere** nedenlerine olursak;

İnfant	Prepubertal	Adölesan	Reproduktif	Perimenopozal	Postmenopozal
Fonksiyonel kist	Fonksiyonel kist	Fonksiyonel kist	Fonksiyonel kist	Uterin Fibroidler	Ovarian tümör (benign veya malign)
Germ hücreli tümör	Germ hücreli tümör	Gebelik	Gebelik	Epitelyal ovarian tümör	Fonksiyonel kist
		Dermoid kist veya diğer germ hücreli tümörler	Uterin Fibroidler	Fonksiyonel kist	Bağırsak hastalığı (malign tümör veya inflamatuvar hastalık)
		Obstrükte vajinal veya uterin anomaliler	Epitelyal ovarian tümör		Metastaz
		Epitelyal ovarian tümör			

33. Uterin leiomyomun %100 intramural olduğu ancak endometriyuma temas ettiği durum FIGO leiomyom sınıflama sisteminde hangi tipe karşılık gelmektedir?

A) Tip 2

B) Tip 3

C) Tip 4

D) Tip 5

E) Tip 6

Cevap: B

33. Uterin leiomyomun %100 intramural olduğu ancak endometriyuma temas ettiği durum FIGO leiomyom sınıflama sisteminde hangi tipe karşılık gelmektedir?

A) Tip 2

B) Tip 3

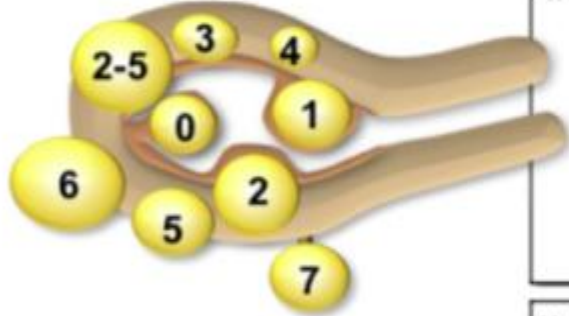
C) Tip 4

D) Tip 5

E) Tip 6

FIGO SINIFLAMASI (2014-Y,2019-Y, 2022-Y, 2023-Y2, 2025-Y2)

Leiomyoma Subclassification System



Önce
endometriumla
ilişkisi

SM- Submucosal	0	Pedunculated Intracavitary	
	1	<50% Intramural	
	2	≥50% Intramural	
	O - Other	3	Contacts endometrium; 100% Intramural
		4	Intramural
		5	Subserosal ≥50% Intramural
		6	Subserosal <50% Intramural
		7	Subserosal Pedunculated
8	Other (specify e.g. cervical, parasitic)		
Hybrid Leiomyomas (impact both endometrium and serosa)	Two numbers are listed separated by a hyphen. By convention, the first refers to the relationship with the endometrium while the second refers to the relationship to the serosa. One example is below		
	2-5	Submucosal and subserosal, each with less than half the diameter in the endometrial and peritoneal cavities, respectively.	

intraligamenter myomlar (raund veya broad), parazitik ve servikal myomlar
CLASS 8 DİKKAT EDELİM!!!

34. Pelvik cerrahi sonrası gelişen; posterior bacak ağrısı, bacak ve ayakta hipoestezi ve bacak fleksiyonunda güçlük durumunda aşağıdaki sinirlerden hangisinin hasar görmüş olması en olasıdır?

A) Lateral femoral kutanöz sinir

B) Obturator sinir

C) Femoral sinir

D) Siyatik sinir

E) İlioinguinal sinir

Cevap: D

34. Pelvik cerrahi sonrası gelişen; posterior bacak ağrısı, bacak ve ayakta hipoestezi ve bacak fleksiyonunda güçlük durumunda aşağıdaki sinirlerden hangisinin hasar görmüş olması en olasıdır?

A) Lateral femoral kutanöz sinir

B) Obturator sinir

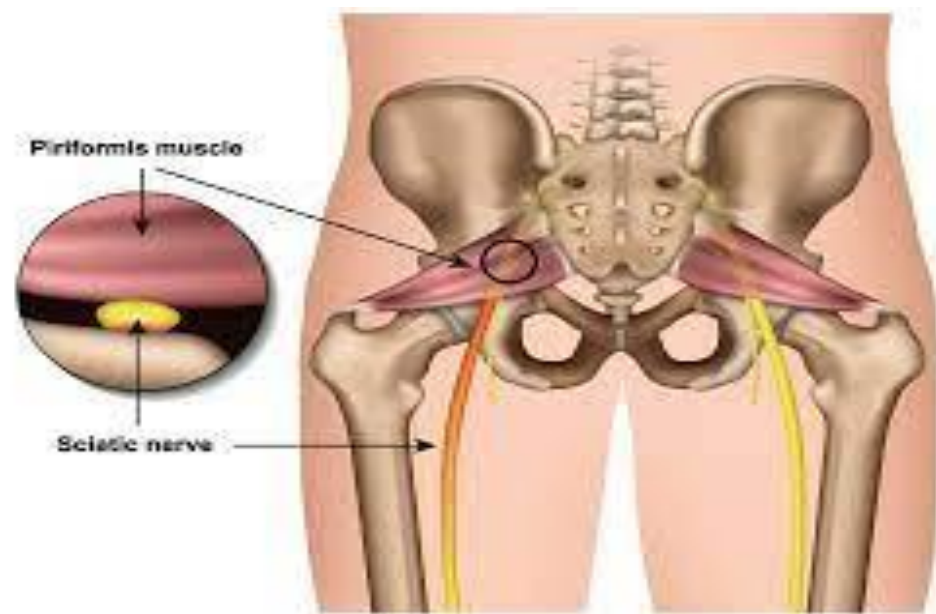
C) Femoral sinir

D) Siyatik sinir

E) İlioinguinal sinir

Piriformis sendromu;

- Piriformis kası tarafından **siyatik sinirin kompresyonu**, sonrası kalça veya bel ağrısıdır.
- % 13 hastada disparoni vardır.
- Ağrı aktivite, uzun oturma, yürüme ve kalçanın iç rotasyonu ile artar.
- Tedavi konservatiftir.



Siatic Sinir Hasarı (2025-Y2)

Hasar mekanizması:

- Kalçanın **aşırı fleksiyonu**
- **Belirgin dış rotasyon**
- Uzun süreli litotomi pozisyonu
- Vajinal cerrahi sırasında asistanın uyluğa yaslanarak **ekstrem fleksiyon oluşturması**
- **Tüm siyatik sinir hasarı** → Uyluk arka grup, bacak ve ayakta yaygın motor-duyusal kayıp

35. Aşağıdakilerden hangisi laparoskopik cerrahi için mutlak kontrendikasyondur?

A) Batın ön duvarda herni olması

B) Morbid obezite

C) Gebelik

D) İntrakraniyal basınç artışı

E) Hemoperitoneum

Cevap: D

35. Aşağıdakilerden hangisi laparoskopik cerrahi için mutlak kontrendikasyondur?

A) Batın ön duvarda herni olması

B) Morbid obezite

C) Gebelik

D) İntrakraniyal basınç artışı

E) Hemoperitoneum

36. Kırk dört yaşındaki hasta 4 aydır devam eden fazla miktarda âdet kanamaları, âdet sancıları ve cinsel ilişki sırasında ağrı şikâyetleriyle polikliniğe başvuruyor. Bimanuel pelvik muayenede uterus yaklaşık olarak 10 haftalık gebelik cesametinde, düzgün kontürlü ve yumuşak olarak palpe ediliyor.

Bu hastanın en olası tanısı ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- A) Dolaşımdaki östrojenin baskılanması uterus boyutunu küçültebilir.
- B) Uterus serozasında endometrial glandüler adacıklar mevcuttur.
- C) Subtotal histerektomi tedavi seçenekleri arasında yer alabilir.
- D) Manyetik rezonans görüntülemeye "junctional zone"da kalınlaşma görülür.
- E) Levonorgestrelli intrauterin araç uygulanması semptomatik tedavi sağlayabilir.

Cevap: B

36. Kırk dört yaşındaki hasta 4 aydır devam eden fazla miktarda âdet kanamaları, âdet sancıları ve cinsel ilişki sırasında ağrı şikâyetleriyle polikliniğe başvuruyor. Bimanuel pelvik muayenede uterus yaklaşık olarak 10 haftalık gebelik cesametinde, düzgün kontürlü ve yumuşak olarak palpe ediliyor.

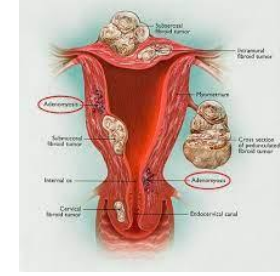
Bu hastanın en olası tanısı ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- A) Dolaşımdaki östrojenin baskılanması uterus boyutunu küçültebilir.
- B) Uterus serozasında endometrial glandüler adacıklar mevcuttur.
- C) Subtotal histerektomi tedavi seçenekleri arasında yer alabilir.
- D) Manyetik rezonans görüntülemeye "junctional zone"da kalınlaşma görülür.
- E) Levonorgestrelli intrauterin araç uygulanması semptomatik tedavi sağlayabilir.

Adenomyozis

- Endometrial gland ve stromanın **myometrium içinde (bazal tabaka invajinasyon)** yerleşmesidir. **(2013-Y, 2025-Y2)**
- Endometriyal gland ve stroma dokuları tüm myometriyumda ise **diffüz** adenomyozis, lokalize nodüler tarzda ise **fokal** adenomyozis denir.
 - Hastalık **parite**, uterus **cerrahileri** ve **travmalar** ile ilişkilidir.
 - Sıklıkla 40 yaşından büyük ve multipar kadınlarda görülür.
 - Ancak genç ve üreme dönemindeki kadınlarda da görülebilmektedir.
 - Uterin **küretajla da ilgilidir ama nullipar kadınlarda da görülebilir.**
- **Arka duvar** genellikle ön duvardan daha fazla tutulur.
 - Daha nadiren (1/3); diffüz tutulum değilde pseudokapsülle bir odaktada adenomyom olabilir.
- Kistik görünümde olabilir, bu bölgelerde inflamatuvar hücreler **nadirdir.**

Adenomyozis



- Adenomyozis östrojen bağımlı bir patolojidir, o halde menapoz sonrası semptomlar azalıp kaybolur.
 - Adenomyozis doku örneklerinde hem östrojen hem de progesteron reseptörlerini göstermiştir (ilerleyişinde iki hormonda önemli).
- >%50 myom, %25 endometrial hiperplazi, %10 endometriozis eşlik eder!!!
- Endometriyozis fonksiyonel tabakadan köken alırken, adenomyozis ise bazal tabakadan köken alır.
- Adet döneminde uterus daha hassastır ve mobildir; bu özelliğiyle myom ve endometriyozisten ayrılır.

Adenomyozis

- Adenomyozisli kadınların % 50'sinden fazlası asemptomatiktir.
- Semptomatik adenomyoz genellikle 35 ila 50 yaş arasındaki kadınlarda görülür.
 - Semptomların **klasik triadı** ise;
 - Pelvik muayenede hassas, global büyümüş uterus ve **yumuşak** uterus (**genelde 14 w'yi geçmez**)
 - Menoraji (PALM COEIN sınıflamasında **AUK-A**)
 - Kanamanın sebebi; uterusun myometriyum homojen olmadığından yeterince kasılamamasıdır
 - Sekonder Dismenore ve disparoni
- Pelvik semptomların şiddeti, **penetrasyon derinliği ve myometriumdaki toplam hastalık hacmi** ile orantılı olarak artar.
- **MRG** adenomyoz tanısında ultrasonografiden daha yüksek bir özgüllüğe sahiptir.
- USG'de $3 D > 2 D$ 'dir.
- Yine de çoğu tanı patolojide yani retrospektif olarak konur.
- **Genişlemiş Junctional zone** tanıda değerlidir.

Adenomyozis

USG bulguları; (2018-Y, 2023-Y2, 2024-Y1)

- Anterior ve posterior myometriyal duvar karşı parçadan daha kalın olması (hangi duvarda ise o daha kalın),
- Myometriyal dokunun heterojenik yapısı,
- Ektopik endometriyal dokuya ait küçük myometriyal hipoekoik kistlerin varlığı,
- Endometriyumdan myometriyuma doğru uzanan doğrusal uzantılar,
- Endometriyum myometriyum sınırında belirsizlikler,
- Global büyük bir uterus varlığı şeklindedir.

MR bulgusu; Junctional zone kalınlığı 12 milimetreden büyüktür; fokal, sınırları net seçilemeyen yüksek ve düşük dansitede kitlelerdir.

Kesin tanı histerektomi materyalinin histopatolojik incelenmesi ile konur. (2012-Y)

Adenomyozis

- **Histerektomi**, eğer bu tedavi kadının yaşı, paritesi ve gelecekteki üreme planları için uygunsa **kesin** tedavidir.
- **Endometrial ablasyon** denenebilir ancak işlem sonrası $\frac{1}{4}$ histerektomi gerekecektir.
 - Medikal yöntemler tatmin edici değildir.
 - Adenomyozis için **uterin arter embolizasyonunun başarısı kanıtlanmamıştır.**
 - LNG-IUS atılma oranı adenomyoziste daha yüksektir.
- Adenomyozis ile gebe kalan kadınlar, **erken doğum, düşük doğum ağırlığı** ve **erken membran rüptürü** gibi gebelik komplikasyonları açısından risk altındadır.
- MUSA kriterleri USG de kullanılmaktadır

Adenomyozis

Postpartum
endometrit
(başlatan
faktör)

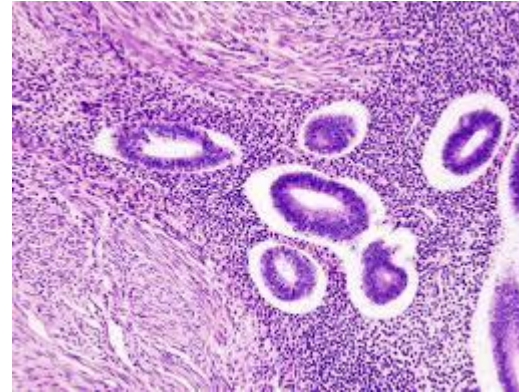
Çok doğum
Erken menarş,
kısa sikluslar
40-50 yaş
Uterus büyük ve
hassas



USG ve MR tanıda yardımcıdır.

→ MR bulgusu; junctional zone kalınlığı 12 mm'den büyüktür.

Tanı büyük kısmında histerektomi materyalinin **histopatolojik** incelenmesiyle konur.



En sık semptom:

MENORAJİ

Menoraji +
Dismenore +
büyük uterus
adenomyozis
düşündürür

Medikal tedavide sıklıkla **progesteron**,
KOK, **NSAİ**, **GnRH analogları** kullanılır (2021-Y)
ancak çoğunlukla başarısızdır.

Histerektomi küratiftir.

ADENOMYOZİS...



Adenomyozis ile gebe kalan kadınlar, erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve erken membran rüptürü gibi gebelik komplikasyonları açısından risk altındadır.

37. Otuz bir yaşındaki kombine oral kontraseptif yöntem ile korunan bir kadın hastada, aşağıdaki ajanlardan hangisinin etkinliğini gösterebilmesi için dozu artırılmalıdır?

A) Salisilik asit

B) Diazepam

C) İmipramin

D) Teofilin

E) Kortikosteroid

Cevap: A

37. Otuz bir yaşındaki kombine oral kontraseptif yöntem ile korunan bir kadın hastada, aşağıdaki ajanlardan hangisinin etkinliğini gösterebilmesi için dozu artırılmalıdır?

A) Salisilik asit

B) Diazepam

C) İmipramin

D) Teofilin

E) Kortikosteroid

Kontrasepsiyon-Hormonal Kontrasepsiyon

Oral kontraseptifler ile ilaç etkileşimleri (2024-Y2)

KC metabolizmasını etkileyen ilaçlar

- Karbamazepin
- Felbamat
- Lamotrijin
- Nevirapin
- Oksikarbamazepin
- Fenobarbital
- Fenitoin
- Topiramet
- Primidon
- **Rifabutın**
- **Rifampisin**, griseofulvin
- **Sarı kantaron**
- Vigabatrin
- Valproik asit ?
- Etosüksimid ?
- **Griseofulvin ?**
- Troglitazon ?

**Metokloropamid
YOK !!!**

OK ile etkisi artanlar (doz azaltılması gereken)

Diazepam (2012-Y), klordiazepoksit, trisiklik antidepresanlar ve teofilinin

OK ile etkinliği azalan (doz arttırılması gereken)

Asetaminofen (2025-Y2), aspirin

- 38.** I. Gebelik, uterusun musküler tabakası içerisindeki proksimal tubal segmente yerleşir.
- II. Önceden geçirilmiş ipsilateral salpenjektomi bir risk faktörüdür.
- III. Rüptür durumunda, kanamayı durdurmak için ipsilateral ooforektomi yapılması gerekir.

İnterstisyel gebelik ile ilgili yukarıdaki ifadelerden hangileri doğrudur?

A) Yalnız I

B) Yalnız III

C) I ve II

D) II ve III

E) I, II ve III

Cevap: C

- 38.**
- I. Gebelik, uterusun musküler tabakası içerisindeki proksimal tubal segmente yerleşir.
 - II. Önceden geçirilmiş ipsilateral salpenjektomi bir risk faktörüdür.
 - III. Rüptür durumunda, kanamayı durdurmak için ipsilateral ooforektomi yapılması gerekir.

İnterstisyel gebelik ile ilgili yukarıdaki ifadelerden hangileri doğrudur?

A) Yalnız I

B) Yalnız III

C) I ve II

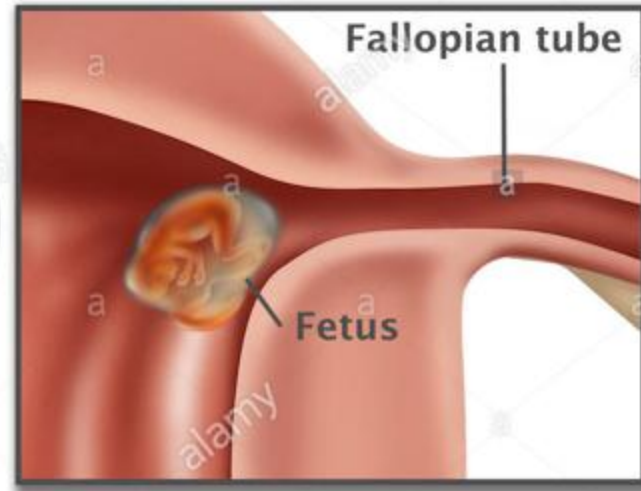
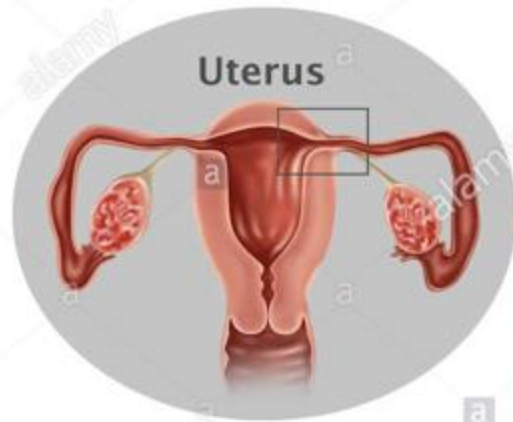
D) II ve III

E) I, II ve III

İnterstisial gebelik; (2025-Y2)

- Tüm ektopik gebeliklerin yaklaşık % 2'si interstisyeldir ve sıklıkla **ciddi morbidite (2019-Y)** ile ilişkilidir, **çünkü daha sonra semptomatik** hale gelirler.
- İnterstisial gebelik adından da anlaşılacağı gibi tubanın interstisial kısmına yerleşmiştir. Yalnızlıkla kornual ya da angular gebelikte denir.
 - Aslında **kornual gebelik** Müllerian kanal anomalisi olan hastalarda **rudimenter horna yerleşmiş** gebeliktir.
 - **Angular gebelik** endometrial kaviteye implante olan, ancak bir tarafta **uterotubal bileşkeye çok yakın yerleşmiş, round ligamentin yukarı ve arkaya** yer değiştirmesine neden olmuş gebeliktir (round ligamentin medialine yerleşmiştir).
 - İntersitiasial gebelikten farklı olarak bazı angular gebelikler terme kadar gidebilir (anormal plasentasyon ve yapışma anomalileri riski yüksektir).
 - **İntersitiasial gebelikte ise round ligament yer değiştirmez, myometrial doku dışarıya protrude olur.**

Interstitial Gebelik



İnterstitial gebelik;

- Risk faktörleri diğer ektopik gebeliklerde olduğu gibidir.
 - Geçirilmiş ipsilateral salpenjektomi de risk faktörü olabilir.***
- Amenore geliştikten **8-16 hafta sonra (geç) rüptür** olabilir ve bu ektopik gebelik için uzun bir süredir. Bu tubayı saran myometrium dokusunun genişleyebilirliğine bağlıdır.
 - Ayrıca bu bölgenin kanlanmanın da iyi olması asemptomatik kalınmasına yardımcı olur.
 - Ancak bu durum sık görülmez ve hastaların çoğu 6 ila 8. gebelik haftasında başvururlar.
- Tubanın bu kısmının ovarian ve uterin arterlere yakın yerleşmesinden dolayı rüptüre bağlı kanama şiddetlidir ve mortal seyredebilir (%2.5).

İnterstitial gebelik;

- Ayırıcı tanıda yardımcı olabilecek kriterler;
 - Sagittal kesitte kavitenin boş izlenmesi
 - Endometrial line'dan ayrı izlenen ve **kavitenin en son noktasından > 1cm uzaklıkta yerleşmiş kese** görünümü
 - **Kese etrafını saran myometrial dokunun < 5mm olması.**
 - İnterstitial çizgi bulgusu da tanıda yardımcı olabilir (gestasyonel sak'tan uterin kaviteye uzanan ekojenik çizgi tubanın interstitial kısmı olduğunu gösterir).
- Tanı konulamayan olgularda 3D sonografi, MR görüntüleme ve diagnostik laparoskopi yapılabilir.
 - **Laparoskopide round ligamentin arka kenarında genişlemiş protuberans izlenimi** ve normal görünümlü distal tuba ve over görüntüsü tanı koydurucudur.

İnterstitial gebelik;

- Kornual rezeksiyon esnasında uterin kornu gebelik kesesi ile birlikte ve ipsilateral tuba en-bloc şeklinde çıkarılır.
 - Kornual gebeliklerde LS ya da laparotomi yapılabilir.
 - İntraoperatif intramyometrial vazopressin enjeksiyonu veya kese içerisine direkt MTX enjeksiyonu yapılabilir.
 - Koruyucu yöntemlerde denenebilir.
 - Kornuostomi esnasında ise kornu üzerine insizyon açılarak gebelik materyalinin aspirasyonu ve ekstraksiyonu yapılır.
 - Derin bir kornual rezeksiyon gerekli görülmez ve şaşırtıcı bir şekilde tekrarlayan ektopik gebelik riskini azaltmaz.
 - Sonraki gebeliklerde CS düşünülebilir.
 - Kalan myometrium dokusu sütüre edilir.

39. Pelvik inflamatuvar hastalık öyküsü bulunan infertil kadına histerosalpingografi (HSG) yapılmasına karar veriliyor.

Fallop tüplerinin dilate olduğu görülen bu kadına HSG sonrası aşağıdaki oral profilaktik antibiyotik tedavilerinden hangisinin verilmesi en uygundur?

A) Klindamisin

B) Siprofloksasin

C) Metronidazol

D) Ampisilin

E) Doksisisiklin

Cevap: E

39. Pelvik inflamatuvar hastalık öyküsü bulunan infertil kadına histerosalpingografi (HSG) yapılmasına karar veriliyor.

Fallop tüplerinin dilate olduğu görülen bu kadına HSG sonrası aşağıdaki oral profilaktik antibiyotik tedavilerinden hangisinin verilmesi en uygundur?

A) Klindamisin

B) Siprofloksasin

C) Metronidazol

D) Ampisilin

E) Doksisiklin

- **Yağ bazlı** madde ile hasta daha az kramp hisseder ve daha çok spontan gebelik sağlansada istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.
- Yine de su bazlı madde daha çok kullanılıyor çünkü **lipit emboli riski** yağ bazlı maddenin ciddi bir dezavantajıdır.
- **HSG'deki maksimum komplikasyon pelvik enfeksiyondur. (2013-Y)**
- Bunun dışında pelvik ağrı, vasovagal reaksiyon, kontrast maddeye karşı alerjik reaksiyon ve servikal lacerasyon ile karşılaşılabilir.
- Enfeksiyon nedeni ile hospitalizasyon %1'den azdır.
 - Ancak hastanın PID öyküsü varsa bu oran %3'e çıkar.
- **HSG'nin kontrendikasyonları**; aktif uterin kanama, gebelik, akut pelvik enfeksiyon, iyot alerjisidir.

Enfeksiyon öyküsü yoksa profilaksi verilmeden HSG çekilebilir. İşlem sonunda dilate tuba görüldü ise doksisisiklin 100 miligram 2x1 dozdan 5 gün uygulanır.

(2025-Y2)



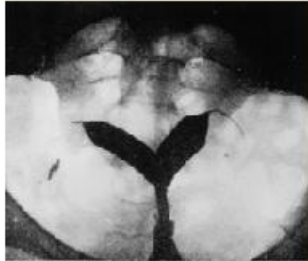
HSG'DE UTERUS KAVİTESİ VE TUBA UTERİNALAR İNCELENİR

CAN THO — Since the Quyet Chien Campaign was kicked off, the 21st Division has been operating in the area southwest of Phong Dinh and Quang Binh Provinces. The 13 women were found together in an area in Phong Dinh and Chuong Thien Provinces. Some had been held by the VC for up to two years. (Photo by SFC James)

HSG'nin kontrendikasyonları; aktif uterin kanama, gebelik, akut pelvik enfeksiyon, iyot alerjisidir.



A



B



C



D

The Vietnamese flag was hoisted on Nui Co To, one of the seven mountains in Doc Province, for the first time in three decades as a result of a 44th Special Zone-controlled operation.

Rangers and Mobile Strike Force soldiers, supported by elements of the 7th Squadron, 1st Air Cav, dropped onto the mountain and proceeded to occupy the top and search for caves. The mountain had long been a VC stronghold.

Regional Forces troops, aided by gunships, killed 51 enemy four miles from Go Cong City in Go Cong Province. In addition, an 82-millimeter mortar and a variety of ammunition was captured.

In the 41st DTA, elements of the 9th ARVN Division and supporting air strikes killed 63 VC in an operation in Vinh Binh Province. ARVN troopers also liberated 15 civilians held captive by the enemy and destroyed a 24-bed VC dispensary.

miles from Kien Son District. Thirty-nine prisoners of war were freed by the 21st Division southwest of Phong Dinh and Quang Binh Provinces. The 13 women were found together in an area in Phong Dinh and Chuong Thien Provinces. Some had been held by the VC for up to two years. (Photo by SFC James)

Rangers and Mobile Strike Force soldiers, supported by elements of the 7th Squadron, 1st Air Cav, dropped onto the mountain and proceeded to occupy the top and search for caves. The mountain had long been a VC stronghold.

Regional Forces troops, aided by gunships, killed 51 enemy four miles from Go Cong City in Go Cong Province. In addition, an 82-millimeter mortar and a variety of ammunition was captured.

In the 41st DTA, elements of the 9th ARVN Division and supporting air strikes killed 63 VC in an operation in Vinh Binh Province. ARVN troopers also liberated 15 civilians held captive by the enemy and destroyed a 24-bed VC dispensary.

Elements of the 7th Division and Vietnamese police found two weapons caches three miles from Go Cong

PID ve bilinen hidrosalpinks varlığında HSG çekilmemeli

HSG, infertilite tanısında temel testtir

HSG'de yanlış pozitif sonuçlar sık gözlenir

40. Miyoma uteri nedeniyle laparoskopik histerektomi yapılan 52 yaşındaki kadın hastanın operasyonu 55 dakika sürüyor. Vücut kütle indeksi 29 kg/m² olan hastanın öyküsünden Crohn hastalığı olduğu ve başka bir hastalığı bulunmadığı öğreniliyor. Fizik muayenede bacaklarda variköz venöz genişlemeleri olduğu görülüyor.

Bu hasta postoperatif 0. günde Caprini risk skorlamasına göre kaç puan alır?

A) 3

B) 5

C) 6

D) 8

E) 9

Cevap: C

40. Miyoma uteri nedeniyle laparoskopik histerektomi yapılan 52 yaşındaki kadın hastanın operasyonu 55 dakika sürüyor. Vücut kütle indeksi 29 kg/m^2 olan hastanın öyküsünden Crohn hastalığı olduğu ve başka bir hastalığı bulunmadığı öğreniliyor. Fizik muayenede bacaklarda variköz venöz genişlemeleri olduğu görülüyor.

Bu hasta postoperatif 0. günde Caprini risk skorlamasına göre kaç puan alır?

A) 3

B) 5

C) 6

D) 8

E) 9

TABLE 39-9. Caprini Risk Assessment Model

1 Point	2 Points	3 Points	5 Points
Age 41–60 yr Minor surgery BMI >25 kg/m ² Swollen legs Varicose veins Pregnancy or postpartum Recurrent spontaneous abortion COC or HRT use Sepsis <1 month Serious lung disease <1 month Abnormal pulmonary function Acute myocardial infarction CHF <1 month IBD Bed rest	Age 61–74 yr Arthroscopic surgery Major laparotomy (>45 min) Laparoscopy (>45 min) Malignancy Bed rest >72 hr Immobilizing plaster cast Central venous access	Age ≥75 yr Prior VTE Family history of VTE Factor V Leiden Prothrombin 20210A Lupus anticoagulant Anticardiolipin antibodies Elevated serum homocysteine Heparin-induced thrombocytopenia Other thrombophilia	Stroke <1 month Elective arthroplasty Hip, pelvis, or leg fracture Acute spinal cord injury <1 month

BMI = body mass index; CHF = congestive heart failure; COC = combination oral contraceptive; HRT = hormone replacement therapy; IBD = inflammatory bowel disease; VTE = venous thromboembolism.

Modified from Gould, 2012, with permission.

41. Anormal uterin kanaması olan bir kadında, aşağıdaki durumların hangisinde endometriyal örnekleme yapılması öncelikli değildir?

A) Kadının 45 yaş üzerinde olması

B) Kanamanın medikal tedavilere yanıtız olması

C) Servikovajinal sitolojik incelemede ASCUS saptanmış olması

D) Kadının obez olması

E) Kadında polikistik over sendromu olması

Cevap: C

- 41. Anormal uterin kanaması olan bir kadında, aşağıdaki durumların hangisinde endometriyal örnekleme yapılması öncelikli değildir?**
- A) Kadının 45 yaş üzerinde olması
 - B) Kanamanın medikal tedavilere yanıtızsız olması
 - C) Servikovajinal sitolojik incelemede ASCUS saptanmış olması
 - D) Kadının obez olması
 - E) Kadında polikistik over sendromu olması

Anormal Uterin Kanamalar & PALM-COEIN

Tanı; Görüntüleme yöntemleri; (2025-Y2)

- Endometriyal örnekleme önerilen risk faktörleri;
 - Tamoksifen kullanımı
 - Diyabetes mellitus
 - Kronik anovulasyon
 - Obezite
 - Uzamış anormal uterin kanama durumu
 - Medikal tedaviye direnç
- Endometriyum kanseri için spesifik bir sonografik görünüm tanımlanmamış
- Malignite düşündürülen görüntüler varsa EN normal olsa dahi biyopsi ile doku tanısı şart
- Postmenopozal hastalarda kavite içerisinde sıvı sık görülen bir bulgu ve tipik olarak benign

42. Aşağıdaki folikül gelişim evrelerinin hangisinde gonadotropinlere duyarlılığın başlaması en olasıdır?

- A) Primordiyal folikül
- B) Primer folikül
- C) Sekonder folikül
- D) Erken tersiyer folikül
- E) Geç tersiyer folikül

Cevap: C

42. Aşağıdaki folikül gelişim evrelerinin hangisinde gonadotropinlere duyarlılığın başlaması en olasıdır?

- A) Primordiyal folikül
- B) Primer folikül
- C) Sekonder folikül
- D) Erken tersiyer folikül
- E) Geç tersiyer folikül

FOLİKÜLOGENEZ

- Primordial
 - Latent
 - Aktif
- Preantral (zona pell / **FSH** / Teca int/ Call Exner)
- Antral=Seconder (LH/ Teca ext / AMH /Kavite)
 - Hem preantral hem de antralde 2n kromozom yapısında PRİMER oosit var)
 - Gap junction açık ve gr. h'den OMI salınıyor
- Preovulatuvar
 - Kumulus ooforus

Dominant folikül
seçimi
(5-7. gün)

Sekonder folikül diyorum sekonder
oosit demiyorum!!!

Antral Folikül

- **Kavite** oluşur.
 - Antrum ilk olarak Call-Exner cisimleri olarak adlandırılan granüloza hücreleri arasındaki çok sayıda boşluğun birleşmesi olarak ortaya çıkar.
- **AMH** en çok bu foliküllerden salınır.
 - Bu sebeple zaten puberte öncesi kız çocuğunda bulunmaz.
- **Dominant folikül** siklusun **5-7. günü** arasında; aromataz kapasitesi çok olup, az FSH'ya bile cevap verebilecek kadar FSH reseptörü olan folikülden seçilir.
(2025-Y2)
 - Az FSH'ya cevap veremeyen folikül atreziye uğrar (apoptoz).
 - **İnhibin B'de bu seçimi destekler.**
- FSH etkisi ile **granüloza hücrelerinde LH reseptörü** ise yaklaşık **9. gün** oluşur.

43. İnhibinin, aşağıdaki hormonlardan hangisinin salınımını baskılaması en olasıdır?

A) LH

B) FSH

C) Prolaktin

D) GH

E) ACTH

Cevap: B

43. İnhibinin, aşağıdaki hormonlardan hangisinin salınımını baskılaması en olasıdır?

A) LH

B) FSH

C) Prolaktin

D) GH

E) ACTH

- İnhibin, Aktivin ve follistatin hem overde (Gr.h'den) hemde hipofizde sentezlenir.
- FSH, inhibin sekresyonunu artırır.
İnhibin ise FSH salınımını azaltır: *Resiprokal ilişki*

- Hipofizde: **(2025-Y2)**

- | | |
|---------------|--|
| İnhibin: | GnRH res. Sayısını azaltır.
FSH sekresyonunu inhibe eder. |
| Aktivin: | GnRH res. Sayısını artırır.
FSH'nın sentez ve sek ↑. |
| Follistatin:: | Aktivine bağlanarak FSH sentez
ve sekresyonunu engeller. |

FSH'ı inhibe eden en önemli büyüme faktörü; epitelyal growth faktör (EGF)'dir.

44. On sekiz yaşındaki kadın hasta hiç âdet görememe şikâyeti ile başvuruyor. Tek böbreği olduğunu belirten hastanın muayenesinde; boyu 165 cm, vücut ağırlığı 57 kg, sekonder seks karakterleri gelişmiş, telarş Tanner evre 4 ve pubarş Tanner evre 4 olarak saptanıyor. Son dönemde belirgin bir kilo değişikliği veya aşırı spor aktivitesi olmadığı öğreniliyor.

Bu hasta için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Müllerian agenezi
- B) Turner sendromu
- C) Gonadal disgenezi
- D) Konstitüsyonel gecikmiş puberte
- E) Prematür ovaryan yetmezlik

Cevap: A

44. On sekiz yaşındaki kadın hasta hiç âdet görememe şikâyeti ile başvuruyor. Tek böbreği olduğunu belirten hastanın muayenesinde; boyu 165 cm, vücut ağırlığı 57 kg, sekonder seks karakterleri gelişmiş, telarş Tanner evre 4 ve pubarş Tanner evre 4 olarak saptanıyor. Son dönemde belirgin bir kilo değişikliği veya aşırı spor aktivitesi olmadığı öğreniliyor.

Bu hasta için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Müllarian agenezi
- B) Turner sendromu
- C) Gonadal disgenezi
- D) Konstitüsyonel gecikmiş puberte
- E) Prematür ovaryan yetmezlik

Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Sendromu (2025-Y2)

- Müllerian agenezi
 - **Vajina yokluğu**
 - **Olmayan ya da hipoplastik uterus**
 - **Normal ya da hipoplastik tuba uterina**
- **Overler tamamen normal**
- Hastalarda ayrıca
 - Ürolojik anomaliler (unilateral renal agenezi, ektopik/atnalı böbrek, ureter duplikasyonları)
 - İskelet malformasyonları (hemivertebra, skolyoz, **Klippel-Feil sendromu**) görülebilir

45. Steroid biyosentezi ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- A) Substrat olarak kullanılan kolesterol 27 karbonludur.
- B) 21-hidroksilaz eksikliği hiperandrojenizm ile karakterizedir.
- C) 3β -hidroksisteroid dehidrogenaz enzimi pregnenolonu progesterona dönüştürür.
- D) DHEA, 3β -hidroksisteroid dehidrogenaz enzimi ile androstenediona dönüşür.
- E) 18 karbonlu steroidler androjenik etki gösterir.

Cevap: E

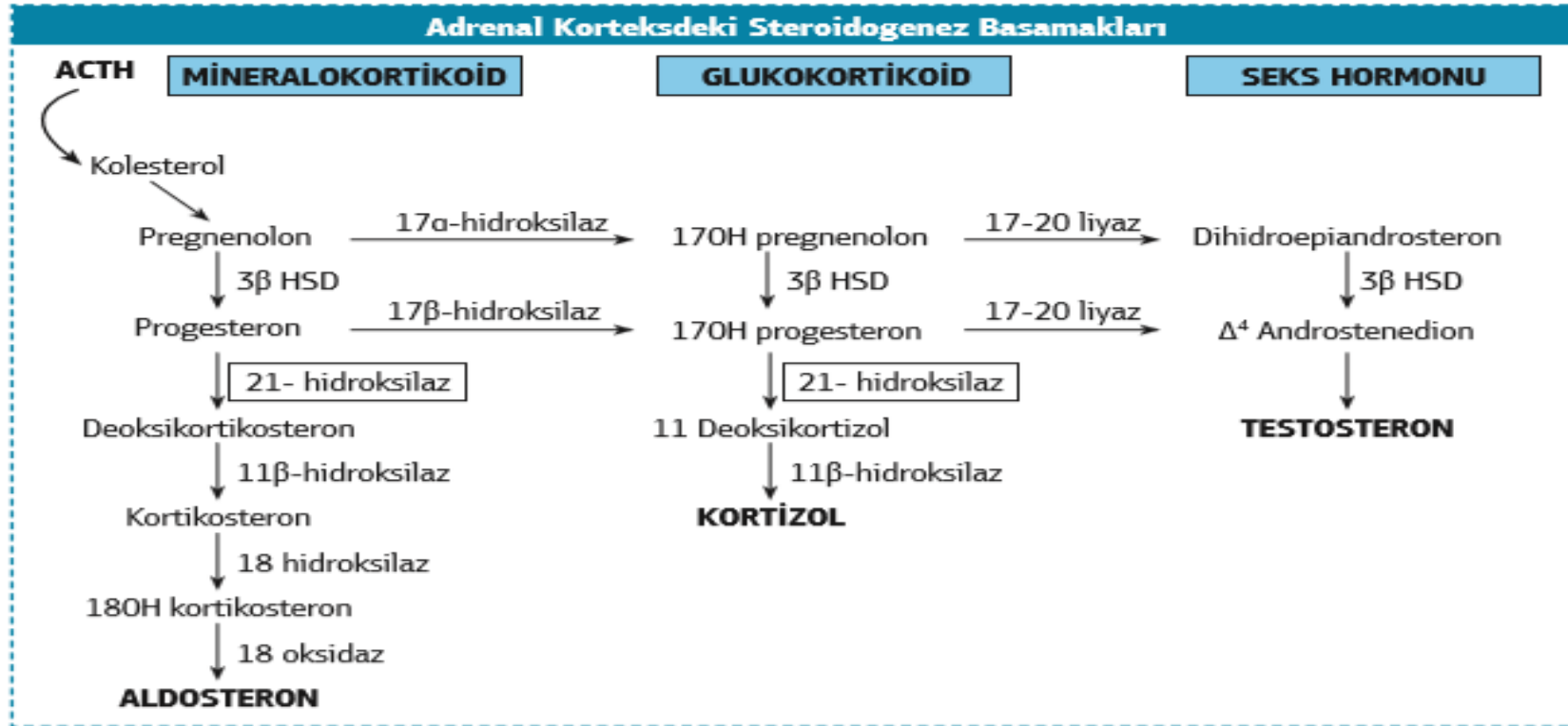
45. Steroid biyosentezi ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- A) Substrat olarak kullanılan kolesterol 27 karbonludur.
- B) 21-hidroksilaz eksikliği hiperandrojenizm ile karakterizedir.
- C) 3 β -hidroksisteroid dehidrogenaz enzimi pregnenolonu progesterona dönüştürür.
- D) DHEA, 3 β -hidroksisteroid dehidrogenaz enzimi ile androstenediona dönüşür.
- E) 18 karbonlu steroidler androjenik etki gösterir.

2016-Y, 2025-Y2

STEROID HORMONLAR		
Pregnan (21C)	Androstan (19C)	Östran (18C)
Pregnenolon	Dehidroepiandrosteron sulfat (DHEA-S)	Östron (E1)
17 hidroksi pregnenolon	Dehidroepiandrosteron (DHEA)	Östradiol(E2)
Progesteron	Androstenedion	Östriol (E3)
17 hidroksi progesteron	Testosteron	Östetrol
Deoksikortikosteron	Dihidrottestosteron	
Kortikosteron		
Aldosteron		
Kortizol		

Adrenal bezde steroidogenez basamakları şöyledir; (2017-Y)



Adrenal bezde adrostenedion üretilebilir ancak östrojen üretimi için gerekli enzim aromataz yoktur. Adrenal bezdeki üretilen androjenlerin bir kısmı periferde östron (E1)'e döner.

46. Aşağıdaki durumlardan hangisinin galaktoreye neden olması en az olasıdır?

A) Dopamin antagonisti kullanımı

B) İnfiltratif hipotalamik lezyonlar

C) Hipertiroidi

D) Verapamil kullanımı

E) Kronik böbrek yetmezliği

Cevap: C

46. Aşağıdaki durumlardan hangisinin galaktoreye neden olması en az olasıdır?

A) Dopamin antagonisti kullanımı

B) İnfiltratif hipotalamik lezyonlar

C) Hipertiroidi

D) Verapamil kullanımı

E) Kronik böbrek yetmezliği

47. Fetal overde gonadal hücrelerin gelişimi ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- A) İntrauterin hayatın ilk yarısında oogoniumlar mitoz bölünme ile çoğalır.
- B) Oogoniumlarda birinci mayoz bölünme süreci intrauterin hayatın ilk yarısında başlar.
- C) Primordial foliküllerin oluşumu gebeliğin ikinci trimesterinde başlar.
- D) Gebelik terme yaklaşınca germ hücreleri maksimum sayıya ulaşır.
- E) İntrauterin hayatta primer oositlerde birinci mayoz bölünme tamamlanmaz.

Cevap: D

47. Fetal overde gonadal hücrelerin gelişimi ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- A) İntrauterin hayatın ilk yarısında oogoniumlar mitoz bölünme ile çoğalır.
- B) Oogoniumlarda birinci mayoz bölünme süreci intrauterin hayatın ilk yarısında başlar.
- C) Primordial foliküllerin oluşumu gebeliğin ikinci trimesterinde başlar.
- D) Gebelik terme yaklaşınca germ hücreleri maksimum sayıya ulaşır.
- E) İntrauterin hayatta primer oositlerde birinci mayoz bölünme tamamlanmaz.

Folikülogenez (2021-Y)

- Germ hücreleri (oogonia) ilk olarak *ilkel endoderimde ve yolk sac'a komşu kısımda* tespit edilir.
 - 6. haftada göç ederek gonadal alanlara yerleşir.
 - Germ hücreleri (oogonia) yolk sak endodermi, allontois ve embriyonun hindgut kısmından gelişir.
- Sayıları ~ 10.000 adettir.
- 6-8. haftada oogonialar mitoz ile çoğalmaya başlar. (6-7 milyon / 20. hafta).
 - 9. haftada oogonialar belirginleşir.
 - 20. haftadan sonra mitoz durur. Sayı olarak en fazla **(2017-Y, 2025-Y2)**
- 11-12 haftadan itibaren mayoz bölünmeye girip profaz (diploten) evresinde duraklarlar ve oositlere dönüşürler. **(2012-Y)**
 - Rete overi'nin 1. mayozu başlatan faktörler saldırı düşünülür.
- Bu oositlerin etrafını tek sıralı granüloza hücreleri çevirir ve **Primordial Follikul oluşur.**

48. Endojen opioidlerin menstrüel siklus üzerindeki temel kontrol mekanizması aşağıdakilerden hangisidir?

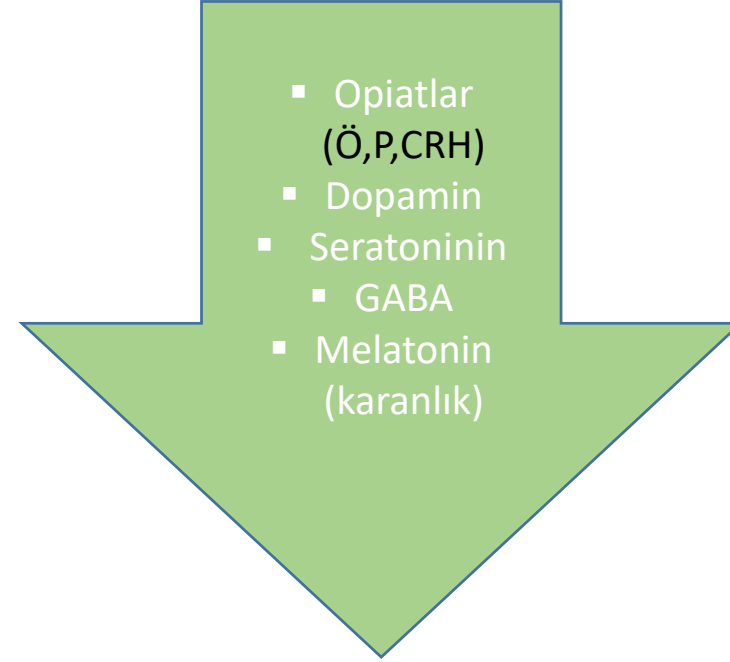
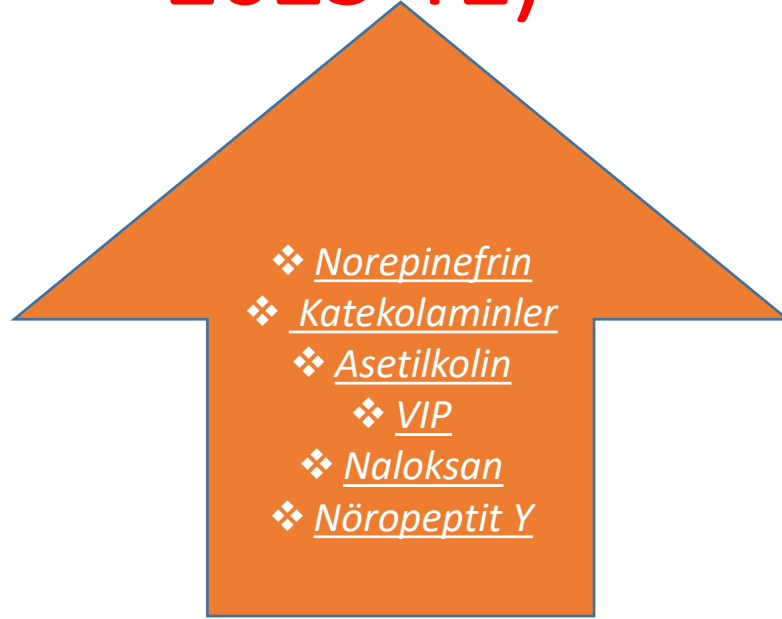
- A) Hipotalamik GnRH salınımını düzenler.
- B) Hipofizin GnRH'ye yanıtını düzenler.
- C) Prolaktinin hipofizer salınımını düzenler.
- D) Lokal olarak overlerde steroid üretimini düzenler.
- E) İnhibin, aktivin ve folistatin seviyelerini düzenler.

Cevap: A

48. Endojen opioidlerin menstrüel siklus üzerindeki temel kontrol mekanizması aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Hipotalamik GnRH salınımını düzenler.
- B) Hipofizin GnRH'ye yanıtını düzenler.
- C) Prolaktinin hipofizer salınımını düzenler.
- D) Lokal olarak overlerde steroid üretimini düzenler.
- E) İnhibin, aktivin ve folistatin seviyelerini düzenler.

GnRH MİKTARI (2013-Y, 2019-Y, 2021-Y, 2025-Y2)



DARKNESS → INCREASED MELATONIN → DECREASED GnRH

49. Aşağıdaki ilaçlardan hangisinin hipertrikozise neden olması en az olasıdır?

A) Penisilamin

B) Minoksidil

C) Diazoksit

D) Eflornitin

E) Siklosporin

Cevap: D

49. Aşağıdaki ilaçlardan hangisinin hipertrikozise neden olması en az olasıdır?

A) Penisilamin

B) Minoksidil

C) Diazoksit

D) Eflornitin

E) Siklosporin

Hirsutizm-Kıl gelişimi (2025-Y2)

- Hirsutizm ve/veya hipertrikozis yapan ilaçlar

Hirsutizm	Hipertrikozis
Anabolik steroidler	Siklosporin
Danazol	Diyazoksit
Metoklopramid	Hidrokortizon
Fenotiyazinler	Minoksidil
Progestinler	Pensilamin
Rezerpin	Fenitoin
Testosteron	Psoralenler
	Streptomisin

50. Menopozda hormon replasman tedavisi ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?

- A) Meme kanseri tedavisi görmüş hastalara östrojen ve progesteron kombinasyonu önerilir.
- B) Beş yıldan uzun süreli hormon replasman tedavisi meme kanseri riskinde artışa sebep olabilir.
- C) Hormon tedavisi olarak sadece östrojen verildiğinde, östrojen ve progestin kombinasyonuna kıyasla, meme kanseri için daha fazla risk artışı söz konusudur.
- D) Bağırsak kanseri riski yüksek olan kadınlarda primer profilaksi için ez az 2 yıl hormon replasman tedavisi önerilir.
- E) Vazomotor semptomların tedavisinde en etkili ajanlar subkutan progestin preparatlarıdır.

Cevap: B

- 50. Menopozda hormon replasman tedavisi ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?**
- A) Meme kanseri tedavisi görmüş hastalara östrojen ve progesteron kombinasyonu önerilir.
 - B) Beş yıldan uzun süreli hormon replasman tedavisi meme kanseri riskinde artışa sebep olabilir.
 - C) Hormon tedavisi olarak sadece östrojen verildiğinde, östrojen ve progestin kombinasyonuna kıyasla, meme kanseri için daha fazla risk artışı söz konusudur.
 - D) Bağırsak kanseri riski yüksek olan kadınlarda primer profilaksi için ez az 2 yıl hormon replasman tedavisi önerilir.
 - E) Vazomotor semptomların tedavisinde en etkili ajanlar subkutan progestin preparatlarıdır.

Meme Kanseri ve Hormon Tedavisi

- Artan östrojen maruziyeti **meme kanserini arttırır.* (2025-Y2)**
 - Postmenopozal **obez kadınlar;**
 - Daha çok östron üretir.
 - Daha çok östradiole sahip olur.
 - Daha az SHBG sahipler.
- ➔
- Meme kanseri riski artışı
- Kan hormon seviyeleri ile meme kanseri riski arasında korelasyon net değil.
 - Postmenopozal HT ile meme kanseri riskinde hafif artış bulundu.
 - 97 yılında dünya literatürü yeniden analiz edildi;
 - Postmanopozal hormon kullanımı ile rölatif risk 1.14
 - Kullanım süresi arttıkça risk artar.
 - Lokalize hastalık mevcut, HT kullanıcılarında **daha az metastatik hastalık ***
 - **Meme kanseri aile öyküsünün etkisi yok.**
 - Meme kanseri histolojik alt grubuna bakıldığında lobüler tipte artış görüldü.
 - **Östrojen-progesteron** grupta **daha fazla risk** artışı mevcut.

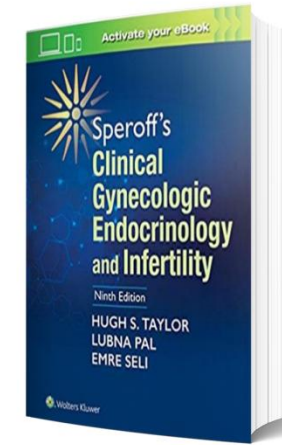
Meme Kanseri ve Hormon Tedavisi

Key Points: Hormone Use and Breast Cancer

- Case-control and cohort studies have identified an increased risk of breast cancer associated with hormone therapy, greater with combined estrogen-progestin regimens.
- The incident cases of breast cancer associated with hormone therapy use are predominantly estrogen receptor–positive tumors, perhaps mostly tumors

Key Points: Postmenopausal Breast Cancer Risk

- The risk of breast cancer is increased with increasing duration of lifelong exposure to estrogen.
- Postmenopausal women who are overweight have a slightly increased risk of breast cancer.



Meme Kanseri ve Hormon Tedavisi

- **Hormon kullanım süresi**

- Uzun dönem HT ile meme kanseri riskinin arttığı biliniyor.
- HT kullanıcılarında kanıtlar daha küçük, daha düşük evreli ve daha iyi farklılaşmış tümör gelişir.
- Düşük dereceli ve düşük evreli meme kanseri olan olgularda hormon kullanımı, kullanmayanlara göre **daha iyi sağ kalım oranı gösterir.**
- HT alan kadınlarda meme kanseri **daha erken tanı** alır.

- **Meme dansitesi**

- Mastalji gelişen postmenopozal HT kullanıcılarında meme yoğunluğunda daha fazla artış olur.
- Artan meme yoğunluğunun (hormona bağlı) meme kanseri riskine etkisini belirsiz.
 - HT alan kadınlarda meme yoğunluk artış kanser riskine etkisiz olabilir.
- Yoğunluğun artması kitle tespitini zorlaştırır. İnterval kanser sayısı artar.*
 - Nulliparite, ilk doğumdaki ileri yaş ve postmenopozal hormon tedavisi yoğun meme ile ilişkili

Meme Kanseri ve Hormon Tedavisi

• Meme dansitesi

- Meme dansitesine kullanım süresinin etkisi yok*
- **Östrojen-progesteron** kullanıcılarında dansite artışı hem daha sık hem **daha fazla** olmaktadır.
- Fakat bu değişiklikler esas olarak yaşlı kadınlarda belirgin.
- Meme dansite artışı en fazla östrojen-progesteron kullanıcılarında %25 oranında görülür.
* Çoğu kadında dansite artışı olmaz.
- MMG duyarlılığı azalır. *
- Yoğun meme de MMG'ye USG eklemek tarama hassasiyetini arttırır,* fakat yanlış pozitif muayene sayıları da artar.
- *Yüksek riskli hastalarda* MMG ile **MRI** çok yüksek hassasiyet sağlar ve önerilir.
 - Orta riskli kadında MMG+USG mantıklı
- USG ara verilen HT rağmen meme dansitesi azalmayan hastalara eklenmeli.

WHI Çalışması (2011-Y, 2025-Y2)

- Çalışmanın genel sonuçları ele alındığında ;

☞ Konjuge östrojen ve MPA kullanan hasta grubunda:

Riski artan durumlar	Riski azalan durumlar
Koroner kalp hastalıkları	Kalça kırığı
SVO	Kolorektal kanser
Pulmoner emboli	
İnvaziv meme kanseri	
Demans	

☞ Sadece Östrojen kullanan histerektomize hastalarda:

Riski artan	Riski azalan	Riski değişmeyen
SVO	Kalça kırığı	Koroner kalp hastalıkları
DVT		İnvaziv meme ca
		Kolorektal kanser

51. Otuz yedi yaşında, 3 vajinal doğum öyküsü olan 33 haftalık gebeye yapılan kolposkopi ve biyopsi sonucu mikroinvaziv serviks kanseri olarak rapor ediliyor.

Aşağıdaki yaklaşımlardan hangisi bu hastanın yönetimi için en uygundur?

- A) Termde vajinal doğum sonrası konizasyon
- B) 34. haftada sezaryen histerektomi
- C) Termde sezaryen histerektomi
- D) Endoservikal kanal örneklenmesi
- E) 34. haftada sezaryen sonrası radyoterapi

Cevap: A

51. Otuz yedi yaşında, 3 vajinal doğum öyküsü olan 33 haftalık gebeye yapılan kolposkopi ve biyopsi sonucu mikroinvaziv serviks kanseri olarak rapor ediliyor.

Aşağıdaki yaklaşımlardan hangisi bu hastanın yönetimi için en uygundur?

- A) Termde vajinal doğum sonrası konizasyon
- B) 34. haftada sezaryen histerektomi
- C) Termde sezaryen histerektomi
- D) Endoservikal kanal örneklenmesi
- E) 34. haftada sezaryen sonrası radyoterapi

Gebelik ve Serviks Kanseri

- Yalnızca evre **la1 olan ve LVSI olmayan hasta normal vajinal doğum yapabilir**. Diğer durumlarda rekürrens ihtimali artar. **(2025-Y2)**
- Evre la1'deLVSI yoksa **terme kadar beklenilebilir**.
 - **Evre la2 ya da evre la1 LVSI + durumlarda tedavi fetal pulmoner maturite sağlandıktan sonra** (term de kabul edilebilir) sezaryen doğumu takiben yapılmalıdır. **(2016-Y)**
 - Evre Ib olgularında fetal pulmoner maturite sağlandıktan sonra (term de kabul edilebilir) sezaryen doğumu takiben yapılmalıdır.

Gebelik ve Serviks Kanseri

- Evre Ib'de tm 2cm ve daha küçükse konizasyon ve mümkünse lenf yap. Büyükse KT başla.
- Evre II-IV olgularda tedavi KRT'dir.
 - İleri evrelerde gebelik sonlandırmak istemeyen hastalarda kemoterapi verilir.
 - Fetüs viable ve 24 haftadan büyükse fetal pulmoner maturite sonrası klasik insizyon ile **sezaryen** + **postop** uygun tedavi (kemoradyoterapi) verilebilir **(2024-Y1)**
 - Hamileliğe devam etmek isteyen kadınlar için, gebelikte birinci ve ikinci trimesterde minimal invazif yöntemler kullanılarak pelvik lenf nodu diseksiyonu yapılabilir.
 - LN pozitif ise kesin tedavi önerilir; tedavi ertelenmesi tavsiye edilmez.

52. Kırk altı yaşındaki kadın hasta anormal vajinal kanama şikâyeti ile başvuruyor. Ultrasonografik değerlendirmede endometriyal kavitede yaygın kistik alanlar içeren mikst ekojenik patemde oluşum gözleniyor ve tetkiklerinde β -hCG düzeyi 100.000 mIU/mL olarak saptanıyor. Küretaj sonrası patolojik incelemede komplet mol hidatidiform tanısı alan hastanın takiplerinde negatif β -hCG düzeylerine ulaşıyor. Mol boşaltıldıktan 3 ay sonra tekrar anormal vajinal kanama şikâyetiyle başvuran hastanın β -hCG düzeyi 12.000 mIU/mL olarak ölçülüyor. Yapılan görüntüleme tetkiklerinde uterin kavitede 28 mm çaplı tümöral oluşum ve akciğerlerde toplam 3 adet metastatik nodül dışında ek bir bulgu tespit edilmiyor.

Bu aşamada hasta için aşağıdaki tedavi rejimlerinden hangisinin tercih edilmesi en uygundur?

- A) Metotreksat + Aktinomisin D + Klorambusil
- B) Aktinomisin D
- C) Metotreksat + Aktinomisin D + Siklofosfamid
- D) Metotreksat + Siklofosfamid
- E) Klorambusil

Cevap: B

52. Kırk altı yaşındaki kadın hasta anormal vajinal kanama şikâyeti ile başvuruyor. Ultrasonografik değerlendirmede endometriyal kavitede yaygın kistik alanlar içeren mikst ekojenik patemde oluşum gözleniyor ve tetkiklerinde β -hCG düzeyi 100.000 mIU/mL olarak saptanıyor. Küretaj sonrası patolojik incelemede komplet mol hidatidiform tanısı alan hastanın takiplerinde negatif β -hCG düzeylerine ulaşıyor. Mol boşaltıldıktan 3 ay sonra tekrar anormal vajinal kanama şikâyetiyle başvuran hastanın β -hCG düzeyi 12.000 mIU/mL olarak ölçülüyor. Yapılan görüntüleme tetkiklerinde uterin kavitede 28 mm çaplı tümöral oluşum ve akciğerlerde toplam 3 adet metastatik nodül dışında ek bir bulgu tespit edilmiyor.

Bu aşamada hasta için aşağıdaki tedavi rejimlerinden hangisinin tercih edilmesi en uygundur?

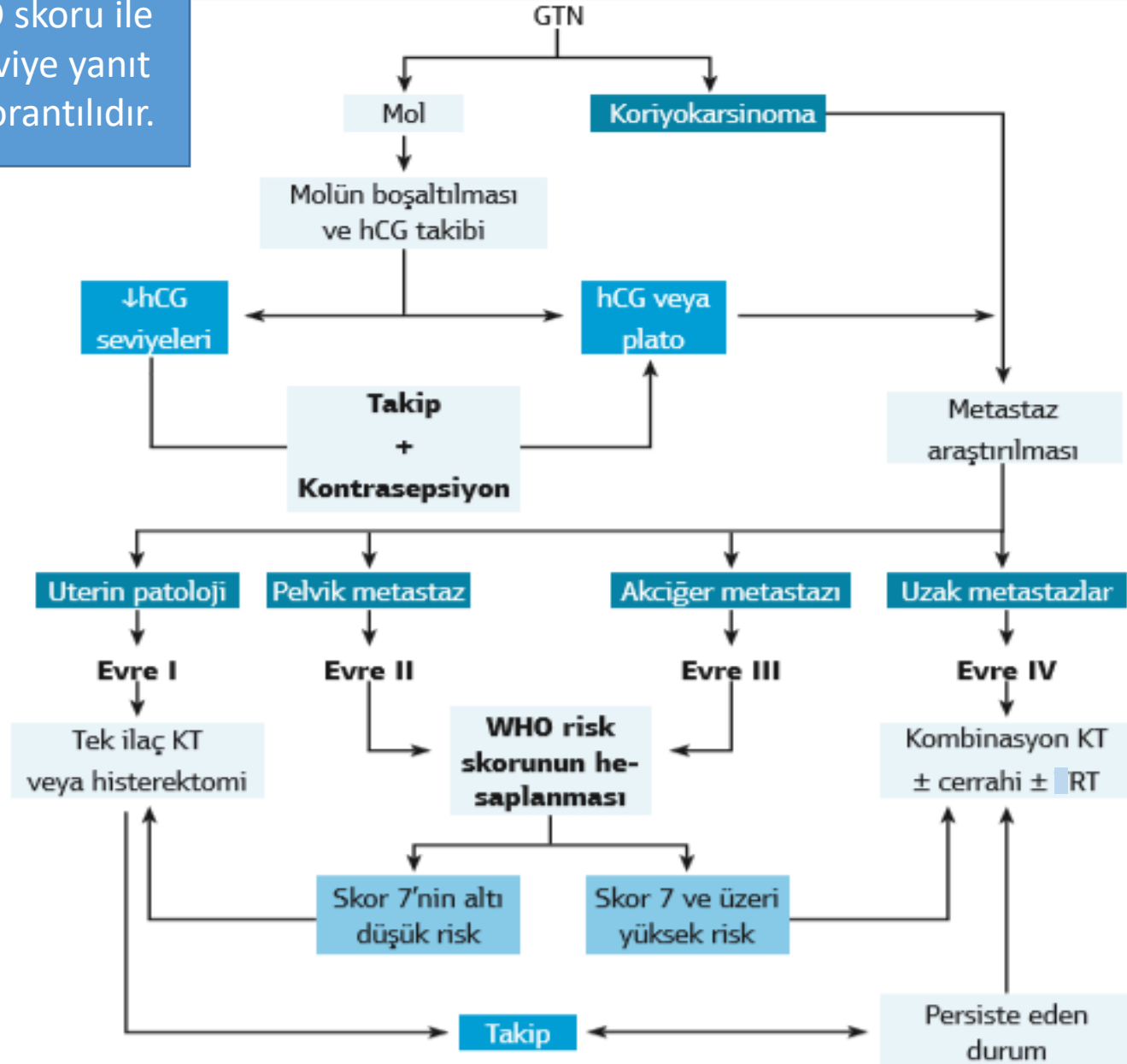
- A) Metotreksat + Aktinomisin D + Klorambusil
- B) Aktinomisin D
- C) Metotreksat + Aktinomisin D + Siklofosfamid
- D) Metotreksat + Siklofosfamid
- E) Klorambusil

**2013-Y, 2014-Y, 2015-Y, 2016-Y, 2021-Y, 2024-Y1,
2025-Y1, 2025-Y2**

Prognostik Kriterlere Göre Sınıflama FIGO 2000				
FIGO Skoru	0	1	2	4
Yaş	<40	≥40		
Önceki gebelik	Mol Hidatidiform	Abortus	Term	
İndeks gebelikten sonraki aralık (ay)	<4	4, 5, 6	7 - 13	≥13
Tedavi öncesi hCG (mIU/ml)	<10 ³	10 ³ -<10 ⁴	10 ⁴ -<10 ⁵	≥10 ⁵
Uterustaki en büyük tümör boyutu	<3	3, 4	≥5 cm	
Metastaz bölgesi	Akciğer	Dalak, böbrek	GİS	Beyin, karaciğer
Saptanan metastazların sayısı	0	1-4	5-8	>8
Önceki başarısız kemoterapi			Tek ilaç	İki veya daha fazla ilaç
7 ve üstü puan yüksek riskli hastalığı işaret eder...				

Bu sistemde kan grubunun bulunmadığına, önceki hiçbir gebelik formunun 4 puan ile puanlanmadığına ve akciğer metastazının skoru arttırmadığına özellikle dikkat ediniz.

WHO skoru ile tedaviye yanıt ters orantılıdır.



53. Aşağıdaki genlerden hangisi artmış herediter over kanseri riski ile ilişkili değildir?

A) *BRCA1*

B) *FOXL-2*

C) *MLH1*

D) *RAD51C*

E) *ATM*

Cevap: B

53. Aşağıdaki genlerden hangisi artmış herediter over kanseri riski ile ilişkili değildir?

A) *BRCA1*

B) *FOXL-2*

C) *MLH1*

D) *RAD51C*

E) *ATM*

Table 1.2 Hereditary Cancer Syndromes

Syndrome	Genes	Predominant Cancers
Cancer Types in Which Hereditary Syndromes Are Common		
Hereditary breast/ovarian cancer	<i>BRCA1</i> ^a , <i>BRCA2</i> ^a	Breast, ovary
Hereditary colorectal cancer	<i>MSH2</i> ^a , <i>MLH1</i> ^a , <i>PMS1</i> ^a , <i>PMS2</i> ^a , <i>MSH6</i> ^a	Colon, endometrium, other GI tract, ovary
Familial adenomatous polyposis	<i>APC</i>	Colonic polyps and brain cancers
Familial melanoma	<i>CMM1</i> , <i>CMM2</i> , <i>CDK4</i> , <i>CDKN2 (p16)</i>	Melanoma
Rare Hereditary Cancer Syndromes		
Li-Fraumeni syndrome	<i>TP53</i> ^a	Sarcomas, leukemias, breast, brain, and others
Wilms tumor	<i>WT1</i>	Kidney
von Hippel-Lindau	<i>VHL</i>	Kidney and others
Neurofibromatosis	<i>NF1</i> , <i>NF2</i>	Neurofibromas, GIST
Retinoblastoma	<i>Rb</i>	Retinoblastoma, sarcomas
Multiple-endocrine neoplasia 1	<i>MEN1</i>	Thyroid, adrenal, pancreas, pituitary, parathyroid
Multiple-endocrine neoplasia 2	<i>ret</i> ^b	Thyroid, adrenal, parathyroid
Hereditary papillary renal cancer	<i>met</i> ^b	Papillary kidney
Cowden	<i>PTEN</i>	Hamartomatous tumors, breast cancer, variety of other cancers
Hereditary GIST	<i>cKIT</i> ^b	Gastric and small bowel GIST, GI paragangliomas
Ataxia telangiectasia	<i>ATM</i> ^a	Lymphoma, acute leukemia
Xeroderma pigmentosum	<i>XPA-C</i> ^a , <i>POLH</i> ^a	Cutaneous basal cell and squamous cell carcinomas
Fanconi anemia	<i>FANCA-N</i> ^a	Leukemia, squamous cell carcinomas
Nijmegen breakage	<i>NBS1</i> ^a	Lymphoma
Putz-Jeghers syndrome	<i>STK11</i>	GI cancers, ovarian granulosa cell tumors

^aDNA repair genes.

^bOncogenes.

GI, gastrointestinal; GIST, gastrointestinal stromal tumor.

- 54.**
- I. Evre 1A endodermal sinüs tümörü
 - II. Evre 1A disgerminom
 - III. Evre 1A grade 1 immatür teratom

Fertilite isteği olması durumunda, yukarıdaki over tümörlerinin hangilerinde unilateral salpingo-ooforektomi ve evreleme cerrahisi yeterli olup adjuvan tedavi gerekmez?

- A) Yalnız I B) Yalnız II C) Yalnız III
- D) I ve II E) II ve III

Cevap: E

- 54.**
- I. Evre 1A endodermal sinüs tümörü
 - II. Evre 1A disgerminom
 - III. Evre 1A grade 1 immatür teratom

Fertilite isteği olması durumunda, yukarıdaki over tümörlerinin hangilerinde unilateral salpingo-ooforektomi ve evreleme cerrahisi yeterli olup adjuvan tedavi gerekmez?

- A) Yalnız I B) Yalnız II C) Yalnız III
- D) I ve II E) II ve III

2018-Y,
2025-Y2

Germ hücreli tümörlerde tedavi özeti;

- ☞ Fertilite koruyucu USO, malign yumurtalık germ hücre tümörleri tanısı olan tüm üreme çağındaki kadınlarda yapılır, çünkü bu konservatif yaklaşım genel olarak sağkalımı olumsuz yönde etkilemez.
 - ◊ Fertilite isteği olmayan hastalara TAHBSO yapılır.
 - ◊ Sonrasında cerrahi evreleme daha önce epitelyal over kanseri için tarif edildiği gibi ilerler.
 - ◊ **Diğerminomlarda lenfadenektomi ve yolk sak ile immatür teratomda ise peritoneal ve omental biyopsiler**
 - ◊ Neoadjuvan kemoterapi, rezeke edilemeyen hastalığı olduğu düşünülen atipik hasta için makul bir seçenektir.
- ☞ Evre IA diğerminomlar ve evre IA grade 1 immatür teratomlar ek kemoterapi gerektirmez.
 - ◊ Diğer tüm durumlarda neoadjuvan KT verilir.
 - ◊ Standart rejim her 3 haftada bir verilen 5 günlük bir bleomisin, etoposid ve sisplatin (BEP) kürüdür (karboplatin temelli rejimler kullananlarda vardır).
 - ◊ Tamamen rezeke edilmiş hastalığı olan kadınlar için genellikle en az dört kür BEP önerilir.
 - ◊ Kemoterapiye direnç gösteren bir germ hücreli tümörün hafifletilmesi gibi radyoterapinin dikkate alındığı durumlar olabilir.
- ☞ İlk cerrahi evreleme tamamlanmamışsa, seçenekler primer evrelemeyi, düzenli sürveyansı veya adjuvan kemoterapiyi tamamlamak için ikinci bir ameliyatı içerebilir.
 - ◊ Laparoskopik primer eksizyonu takiben gecikmiş cerrahi evreleme için özellikle cazip bir seçenektir ve kemoterapi gerektiren kadınları doğru bir şekilde tespit ettiği gösterilmiştir.
 - ◊ Cerrahi bulgular ne olursa olsun KT'nin daha önemli olduğu yolk sak evre I tümör ya da grade 3 immatür teratomda BT normalse direkt KT başlanabilir.
- ☞ **Second look cerrahi tamamen rezeke edilmemiş immatür teratomda** oldukça önemlidir.

55. Aşağıdaki ajanlardan hangisinin ileri evre serviks kanserinde, radyoterapiye duyarlılığı artırıcı etkisi nedeniyle kemoradyoterapide kullanılması en olasıdır?

A) Metotreksat

B) Sisplatin

C) Gempitabin

D) Paklitaksel

E) Doksorubisin

Cevap: B

55. Aşağıdaki ajanlardan hangisinin ileri evre serviks kanserinde, radyoterapiye duyarlılığı artırıcı etkisi nedeniyle kemoradyoterapide kullanılması en olasıdır?

A) Metotreksat

B) Sisplatin

C) Gemsitabin

D) Paklitaksel

E) Doksorubisin

Evre IIb ve üstü durumlarda (2019-Y)

- Primer tedavi RT / KRT (daha çok da KRT)'dir.
- RT;
 - İleri evre hastalıkta eksternal RT'ye brakiterapi de eklenir.
 - Erken evrelerde genelde ikisi birlikte yapılmamaktadır; biri tercih edilir.
 - Genelde eksternal tercih ediliyor.
 - RT'ye bağlı mortalitelerin en sık sebebi intrakaviter brakiterapi sırasındaki pulmoner embolidir.
- Alternatif tedavi RT'ye ek olarak eş zamanlı KT verilmesidir.
 - Günümüzde sıklıkla tercih edilen yöntemdir.
 - KT ajanlarından **sisplatin** her durumda diğer bir ajan olan hidroksiüreden iyidir (yanetki, sağkalım gibi). **(2025-Y2)**
 - Bu modalite ile sadece RT alandan daha az uzak metastaz görülür.

KT+RT verilen hastada; hastanın zayıf olması obez olmasından bile daha kötüdür.

56. Altmış yaşındaki postmenopozal kadın vulvada kaşıntı şikâyeti ile başvuruyor. Muayenesinde; labium majusta, periüretral ve perianal alanda, multifokal, hiperemik, endüre ve keskin sınırlı lezyonlar tespit ediliyor. Biyopsi sonucu meme dışı Paget hastalığı olarak rapor ediliyor. Geniş lokal eksizyon sonrası cerrahi sınırlarda hastalık izlenmiyor.

Bu hastanın yönetiminde aşağıdaki tetkiklerden hangisinin yapılması diğerlerine göre en az gereklidir?

A) Mamografi

B) Kolonoskopi

C) Servikal sitoloji

D) Sonohisterografi

E) Sistoskopi

Cevap: D

56. Altmış yaşındaki postmenopozal kadın vulvada kaşıntı şikâyeti ile başvuruyor. Muayenesinde; labium majusta, periüretral ve perianal alanda, multifokal, hiperemik, endüre ve keskin sınırlı lezyonlar tespit ediliyor. Biyopsi sonucu meme dışı Paget hastalığı olarak rapor ediliyor. Geniş lokal eksizyon sonrası cerrahi sınırlarda hastalık izlenmiyor.

Bu hastanın yönetiminde aşağıdaki tetkiklerden hangisinin yapılması diğerlerine göre en az gereklidir?

A) Mamografi

B) Kolonoskopi

C) Servikal sitoloji

D) Sonohisterografi

E) Sistoskopi

Vulvanın Paget hastalığı;

- Genelde 60 yaş üstü kadınlarda görülür.
- Paget bir cilt hastalığıdır ve en çok memede görülür.
 - Meme dışı Paget hastalığı en çok vulvadadır.
 - Vulvada erkin ve apokrin bezleri tutar.
- Vulvanın Paget hastalığı; **NON – skuamöz ama intraepitelyal** neoplazi şeklinde hatırlanmalıdır.
- Tespiti sırasında invazif vulva kanseri ile birlikte olabileceği unutulmamalıdır.
- **Müsikarmin** ile boyanan Paget; **bu özelliği ile melanomdan ayrılır.**
- Paget hastalığında **sitokeratin (2018-Y), S-100, CEA** ve **epitelyal membran antijeni** sıklıkla pozitiftir.

- Paget 2 tiptir.
 - **Tip 1 Paget primer kutanöz orijinli** olup **Tip 2 nonkutanöz bir kansere sekonder** ortaya çıkar.
 - Primer ve sekonder Paget hastalığının ayırımında bazı markerlara immünreaksiyon gösterilmesi tanıda yardımcı olabilir.
 - Primer Paget hastalığında CEA, CK7 ve **GCDFP-15** (gross cystic disease fluid protein-15) pozitif reaksiyon verirken, **CK20 negatiftir.**
 - Sekonder Paget hastalığında; CK7, **CK20**, uroplakin-3 ve p63 pozitif iken **GCDFP-15 negatiftir.**



- **Tip 1 Paget beyaz postmenopozal** kadınlarda görülür.
 - Beyaz krutlar tabandaki hiperemik alan üzerinde yerleşmiştir.
 - Kadife renkte ve egzematoid görünüm veren ve vulvanın kıllı (2011-Y) bölgelerini seven bir hastalıktır.
 - Sürekli akıntı görülebilir.
 - Klasik görüntüsü kek kremasına benzetilir.
 - Neoplastik hücreler tipik olarak CK7, CAM5.2, CEA, EMA, BerEP4'e karşı immün reaksiyon gösterirler.
 - Bu pozitif reaksiyon primer Paget hastalığını malign melanoma in situ'den, Pagetoid tip VIN den ve müsinöz diferansiasyonlu VIN den ayırır.
 - Beraberinde %4 senkron (eş zaman farklı bölge) veya metakron (farklı zaman farklı bölge) primer bir kanser bulunan bu hastalık ile ilişkili olabilen kanserler serviks ve safra, meme ve mesane, kolon ve rektal kanserlerdir. (2016-Y, 2025-Y2)

Vulvanın Paget hastalığı;



57. I. En nadir görülen germ hücreli over tümörüdür.
II. Bilateral görülme oranı en yüksek olan germ hücreli over tümörüdür.
III. Patolojik incelemede Schiller-Duval cisimciklerinin görülmesi tanı koydurucudur.

Yolk sak tümörü ile ilgili yukarıdaki ifadelerden hangileri yanlıştır?

- A) Yalnız I B) Yalnız II C) Yalnız III
D) I ve II E) II ve III

Cevap: D

57. I. En nadir görülen germ hücreli over tümörüdür.
II. Bilateral görülme oranı en yüksek olan germ hücreli over tümörüdür.
III. Patolojik incelemede Schiller-Duval cisimciklerinin görülmesi tanı koydurucudur.

Yolk sak tümörü ile ilgili yukarıdaki ifadelerden hangileri yanlıştır?

A) Yalnız I

B) Yalnız II

C) Yalnız III

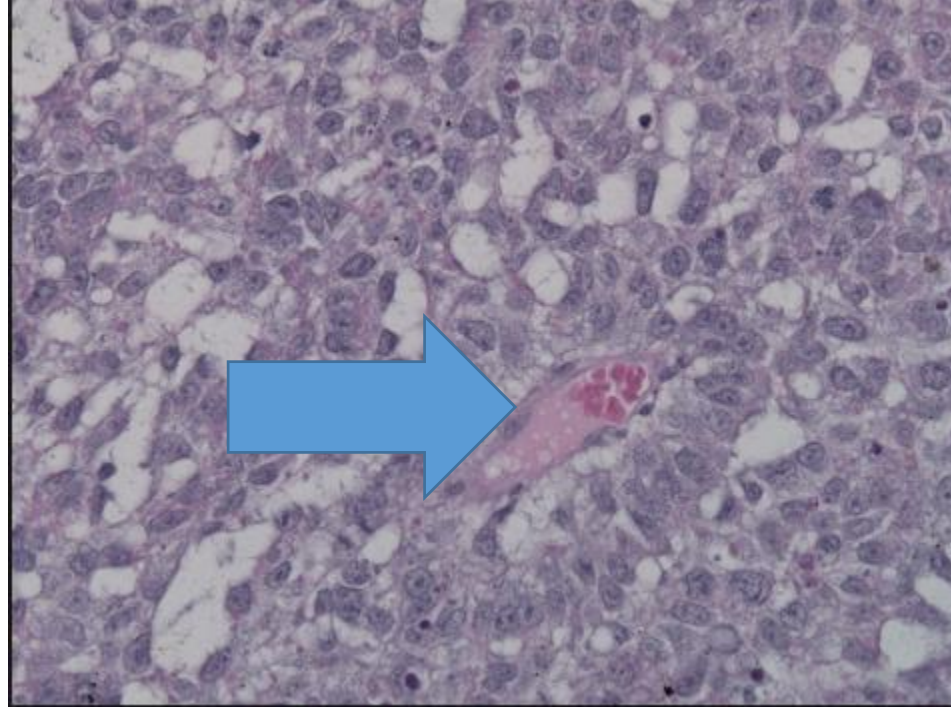
D) I ve II

E) II ve III

Endodermal sinüs tümörü (EST) (2025-Y2)

- Diğer ismi **yolk sak** karsinomudur çünkü orijin yolk kesesidir.
- **3. sıklıkta** görülen malign germ hücreli over tümörüdür ve tanı sırasında ortalama yaş 18'dir (%30 hasta premenarşal).
 - **En kötü prognozlu** malign germ hücreli tümördür.
 - Rekürrensleri genelde ilk yıl içinde olur.
 - Yine de 5 yıllık sağ kalım tüm evrelerde %50'nin üstündedir.
- En sık semptom **pelvik ağrı**dır.
- **Bilateral değildirler.**
- Sıklıkla büyük tümörlerdir.
- **Schiller-Duval cisimcikleri** (merkezde damar etrafında invagine papiller yapılar) histolojik görüntüleridir. **(2011-Y, 2016-Y)**
- Genelde (%70 kadar) 1. evrede yakalanırlar.
- **AFP** sıklıkla pozitiftir.
 - AFP hastalığın yaygınlığı ile de ilişkilidir.
 - **Alfa 1 antitripsin, SALL4, sitokeratin ve glyypigan 3'**de pozitif olabilir.

Schiller-Duval cisimciği



USO + evreleme(şart değil) + TÜMÜNE çok kısa sürede BEP

Endodermal sinüs tümörü (EST)

- Tedavide tek taraflı salpingo-ooforektomi sonrası frozen ile tanının doğrulanması ve evreleme cerrahisi (evreleme tüm hastalara KT verileceği için şart değildir) yapılır. (2018-Y)
- Sonrasında mutlaka adjuvan KT tedavisi tıpkı immatür teratomdaki gibi erken zamanda verilmelidir.
 - Düşük risk varlığında 3, diğer durumlarda 4 kür BEP
 - Disgerminom dışında siplatin karboplatinden hep daha iyi. Karbo belki disgerminomda düşünülebilecek bir seçenek olabilir.
 - Yüksek riskli hastalarda (tüm germ hücreli tümörlerde) alternatif rejim POMB-ACE (sisplatin, vinkristin, MTX, bleomisin, aktinomisin D, siklofosfamid, etoposid)'dir.
 - 7 ilaç amacı KT verirken ilaca direnci azaltmaktır.
 - POMB'da en sık yan etki orta derecede myelosupresyondur.
 - BEP'den daha sık aralıklarla verilebilir.
 - Beyin metastazı, KC metastazı gibi durumlarda primer tedavi olabilir.
- Neoadjuvan KT tümör çıkarılamıyorsa düşünülebilir ve sonra cerrahi yapılır.

Endodermal sinüs tümörü (EST)

- Nüks ilk yıl sıktır ve bu durumda tedavi ne yazık ki büyük oranda etkisizdir.
 - KT sonrası nüks varlığında tıpkı immatür teratomdaki gibi sekonder laparotomi yapılabileceğini savunanlarda vardır

58. Aşağıdaki tümörlerden hangisinin kemoterapiye duyarlılığı diğerlerine göre daha düşüktür?

A) Yüksek dereceli seröz ovaryan karsinom

B) Disgerminom

C) Skuamöz hücreli servikal karsinom

D) İmmatür teratom

E) Endodermal sinüs tümörü

Cevap: C

58. Aşağıdaki tümörlerden hangisinin kemoterapiye duyarlılığı diğerlerine göre daha düşüktür?

A) Yüksek dereceli seröz ovaryan karsinom

B) Disgerminom

C) Skuamöz hücreli servikal karsinom

D) İmmatür teratom

E) Endodermal sinüs tümörü

59. Kombine oral kontraseptiflerin acil kontrasepsiyon amacıyla kullanımına ilişkin aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- A) Cinsel ilişki sonrası ilk 72 saatte kullanımı daha etkilidir.
- B) Ovulasyonun geciktirilmesi veya önlenmesi etki mekanizmaları arasında yer alır.
- C) Acil kontrasepsiyona rağmen gebelik oluşması durumunda abortus riskinde artış beklenmez.
- D) Acil kontrasepsiyonda, kombine oral kontraseptifler sadece progestin içeren yöntemlere göre daha etkilidir.
- E) Yüksek östrojen dozu nedeniyle bulantı-kusma sıktır.

Cevap: D

59. Kombine oral kontraseptiflerin acil kontrasepsiyon amacıyla kullanımına ilişkin aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- A) Cinsel ilişki sonrası ilk 72 saatte kullanımı daha etkilidir.
- B) Ovulasyonun geciktirilmesi veya önlenmesi etki mekanizmaları arasında yer alır.
- C) Acil kontrasepsiyona rağmen gebelik oluşması durumunda abortus riskinde artış beklenmez.
- D) Acil kontrasepsiyonda, kombine oral kontraseptifler sadece progestin içeren yöntemlere göre daha etkilidir.
- E) Yüksek östrojen dozu nedeniyle bulantı-kusma sıktır.

Kontrasepsiyon-Hormonal Kontrasepsiyon

- **Acil kontrasepsiyon (2024-Y2, 2025-Y2)**
 - Kürtaj olmuş hastaların %50'den fazlası acil kontrasepsiyona uygun.
 - Ulaşması kolay olsun diye FDA **levonorgestrelli** sistemi reçetesiz satılabilir hale getirdi.
 - **YUZPE** rejimi ile acil kontrasepsiyon için kullanılan östrojen dozları azaltılmıştır.
 - Ovrul: 2x2 tablet (toplam 4 tablet)
 - Alesse: 2x5 tablet (toplam 10 tablet)
 - Nordette, levlen, Triphasis, Trilevlen: 2x4 (8 tablet)
 - **Yalnızca levonorgestrel** ise 12 saat ara ile iki kez 0,75 mg'lık doz uygulamasını içerir. **OK'dan daha başarılı** ve daha tolere edilebilir.
 - Levonorgestrel içeren yöntemin **ilk tablet** koitustan sonraki **120 saat** içinde alınmalıdır.
 - İki doz yerine tek doz 1,5 mg levonorgestrelde * kullanılır.

Hormonal Kontrasepsiyon

- **Acil kontrasepsiyon**

- Mekanizma, **ovulasyon** veya **fertilizasyon** üzerinden işler. Korpus luteum ve endometrium yapısını değiştirebilir.
- İmpilantasyonu önlemez, amacı abortus değildir.
- **İlk 72 saatte verilen etinil östradiol (%0,1) en düşük başarısızlık oranına sahip.** *
- Levonorgestrelin sonuçları, OK kullanıma göre daha iyidir.*
- Tedavinin 120 saat içinde başlaması gerekir.
- Bu süre içinde dahi 12 saatlik gecikme gebelik riskini %50 arttırır.
- Acil kont. **yerleşik gebeliği etkilemez.**

- **Acil kontrasepsiyon**

- OK kullanılacak ise hastaya 1 saat önce antiemetik verilebilir.*
- Hapı aldıktan sonra **1(2) saat içinde kusar** ise ek hap uygulanmalıdır.
- Verilen yüksek doz östrojenin VTE riskini arttırmaz, fakat kişisel ve yakın aile geçmişinde idiyopatik VTE hikayesi olanlarda bakırlı RİA veya levonorgestrel kullanılmalı.*
- **Intrauterin, subdermal veya vajinal** yöntemler acil kontrasepsiyona uygun değil.*

- **Acil kontrasepsiyon**

- **Progesteron res. Modölatörleri**

- **Mifepriston -→ Misoprostol değil DÜŞME !!!!**

- 600 mg tek doz ile OK'dan daha az bulantı ile tama yakın başarı mümkün
- 10 mg'a kadar etki mümkün
- Adet döngüsü değişir.

- **Ullipristal asetat**

- 30 mg'lık tek doz onaylanmış
- 72 hatta 120 saate kadar **levonorgestrel**den biraz daha etkili
- Adet döngüsü değişir.

- **Diğer yöntemler**

- Menstrüel siklusun preovulatuar herhangi gününde veya ovulasyon sonrası 5. güne kadar **Bakırlı RİA** takılabilir. → En etkili yöntem **(2018-Y, 2022-Y)**
- Başarısızlık oranı %0.1 ile çok az iken yöntem **implantasyonu** önler
- **Birden fazla partner veya cinsel saldırı durumlarda takılmamalıdır.**
- **Danazol ve spermisitler (2012-Y)** acil kontrasepsiyonda kullanılmaz.

- **Yaşlı kadınlarda steroid kontrasepsiyon**

- **Düşük doz OK** artık koruyucu sağlık hizmetlerinin bileşeni olarak görülür.
- 40 yaşında ovulasyon sıklığı azalır. Luteal faz yetersizliği veya ovulasyon olmadan gerçekleşen östrojen maruziyeti ile kanama düzensizliği artar.
- **Sigara içmeyen, normotansif, sağlıklı yaşlı kadınlarda** düşük doz OK güvenli kabul edilir.
 - 20 mcg etinil östradiol içeren ürünler tercih edilir.
- 40 yaş üstünde azalan fertilité ile **sadece progesteron** içeren yöntem %100'e yakın etki sağlar.*

60. On yedi yaşındaki hastaya 10 cm çaplı tek taraflı ovaryan kitle nedeniyle sol unilateral salpingo-ooforektomi ve lenfadenektomi ameliyatı yapılıyor. Peritoneal sitolojisinde benign hücreler izlenen hastanın kesin patoloji sonucu kapsül invazyonu olmayan grade 1 immatür teratom ve reaktif lenf nodları olarak rapor ediliyor.

Aşağıdakilerden hangisi bu hastanın yönetiminde bu aşamadan sonraki en uygun yaklaşımdır?

- A) Karşı overden biyopsi
- B) Histerektomi ve sağ salpingo-ooforektomi
- C) Kemoterapi
- D) Radyoterapi
- E) İzlem

Cevap: E

60. On yedi yaşındaki hastaya 10 cm çaplı tek taraflı ovaryan kitle nedeniyle sol unilateral salpingo-ooforektomi ve lenfadenektomi ameliyatı yapılıyor. Peritoneal sitolojisinde benign hücreler izlenen hastanın kesin patoloji sonucu kapsül invazyonu olmayan grade 1 immatür teratom ve reaktif lenf nodları olarak rapor ediliyor.

Aşağıdakilerden hangisi bu hastanın yönetiminde bu aşamadan sonraki en uygun yaklaşımdır?

- A) Karşı overden biyopsi
- B) Histerektomi ve sağ salpingo-ooforektomi
- C) Kemoterapi
- D) Radyoterapi
- E) İzlem

İmmatür teratom

- En sık germ hücreli malign tümördür.
- Hastaların **yarısı 10-20 yaş aralığındadır**.
- En sık yayılım peritoneal yayılımdır.
- Embriyonun her 3 germ yaprağından komponent içerir.
 - Tipik özelliği *immatür nöroepitelyum içermesidir*. **(2013-Y)**
 - Nöroepitelyum *miktarı sağkalımla ilgilidir (çok ise kötü)*.
 - İmmatür teratomun grade'i içerdiği nöroepitel kısım ile belirlenir.
 - Prognozdaki en değerli parametre **grade**'dir.
 - İmmatürite ve grade metastaz potansiyelini belirler.
- **Gliomatosis peritonei** peritonda görülen **benign natürde nörolojik implanttır**, immatür teratom ile birlikte görülebilir.
 - Genelde bu durumda sağ kalım iyidir ancak eğer bu glial lezyonlar malign hastalığı taklit ediyor ve büyüyüp çevre dokulara basıp klinik bulgulara sebep oluyorsa cerrahi olarak çıkarılmaları gerekir.
 - Glial implantlar tümör kökenli değildir.
 - **SOX2** bunlarda pozitif.

İmmatür teratom

- Sadece %10'unda karşı overde matür teratom vardır, karşı overden biyopsi gerekliliği **yoktur**.
- İmmatür teratomda tümör belirteçleri **negatiftir** (AFP **yükselebilir**); hCG yükselmez ve **nadiren** steroid hormon üretilebildiği için **puberte prekoks** gelişebilir.

İmmatür teratom

- Sıklıkla yumurtalık kapsülünü delerler ve **lokal invazyon** yaparlar, serttirler.
 - Bu sebeple daha az torsiyone olurlar.
- Lokal invazyon dolayısı ile **en sık peritona yayılırlar**.
 - Lenfatik yayılım ikinci sıklıkta; hematojen yayılım ise nadirdir.
- Tipik görüntüsü **kistik alanlar arasında solid yapı** şeklindedir.
 - Solid kısımlar olgunlaşmamış elementlere, kıkırdak, kemik veya bunların bir kombinasyonuna karşılık gelebilir.
 - Kistik alanlar saç ve seröz sıvı, müsinöz sıvı veya sebum ile doludur

İmmatür teratom

- Tedavisi tek **tarafli ooforektomi + sınırlı cerrahi evreleme standart cerrahisidir.**
 - Kistektomi yapanlarda var ama rutin yapılmaz.
 - Diğer overde nadir; örnek almak rutin değil.
 - Frozen kesitte tanınması zordur.
 - Postmenopozal dönemde ooforektomi yerine TAHBSO yapılır.
 - Periton biyopsisi şüpheli yerlerden alınmalıdır.
 - En sık yayılma yeri periton ve takiben lenf nodlarıdır.
 - Peritonda matür doku implantları olabilir ancak evreyi değiştirmez.
 - Yine de bu benign yapılar KT'ye dirençlidir ve KT altında büyüyebilir (büyüyen teratom sendromu).
 - Bu durumda nüksü dışlamak için genelde 2. cerrahi gerekir.

İmmatür teratom

- Evre Ia, G1 dışında KT verilir. **(2025-Y2)**
 - Pediatrik cerrahlar evre / grade'den bağımsız vakaları sadece cerrahi ile de izleyebilir. Prognoz bu yaş grubunda daha iyidir.
 - Evre Ia'da diğer gradeler için KT tartışmalıdır ama asit varsa verilir.
 - KT'de BEP tercihidir (cerrahi sonrası çok erken zamanda).
 - Ameliyat sonrası hızlı ilerleme olabileceğinden BEP post op ilk 7-10. gün başlanılmalıdır.
 - KT'yi geciktirecek cerrahiden kaçınılır. Adjuvan KT sonrası rutin sekond look laparatominin yeri yoktur ancak rezidü tümör hala varsa cerrahi düşünülebilir.
 - **Çünkü hızla hacmi artıp büyüyen teratom sendromu geliştirebilir.**
 - Eksik cerrahi yapılmışsa sıklıkla **2.operasyon gerekir.**
 - Bunun dışındakilerde inkomplet rezeksiyonda **4 kür KT** verilebilir
 - Rekürrensler disgerminomla aynı yönetilir.
 - Aslında burada cerrahi daha ağır basıyor.