

MEDOTOMY KADIN DOĞUM

KONU KİTABI 4. BASKI UPDATE FORMU

(Update Tarihi: 14.05.2026)

Sayfa no: 28

Ekleme: Aşağıdaki tablo eklenmiştir.

Amenore değerlendirilmesinde kullanılan testler (A-25)	
Primer laboratuvar testleri	Sekonder laboratuvar testleri
- Beta hCG, - TSH, - Prolaktin, - FSH, - Östradiol	- Testosteron, - DHEA-S, 17OHP, 2 saatlik glukoz tolerans testi, - Açlık lipid paneli, - Otoimmün testler, - Adrenal antikorlar, - Frajil X (FMR1 premütasyon) testi, - Karyotip analizi

Sayfa no: 33

Update: Aşağıdaki bilgi kutucuğu güncellenmiştir.

Polikistik over görüntüsü: Transvajinal ultrasonografide overde çapı 2-9 mm arasında değişen 20 veya daha fazla folikül ve/veya artmış over hacmi (>10 mL). Transdominal ultrasonografide ise 10 veya daha fazla folikül ve/veya over hacmi >10 mL olması. (N-90)

Sayfa no: 34

Ekleme: Aşağıdaki tablo ve bilgiler eklenmiştir.

İnfertilite nedenleri	Kadın İnfertilite Nedenleri
- Kadın faktörü (%33-40) - Erkek faktörü (%17-28) - Kadın + erkek faktörü (%8-39) - Açıklanamayan infertilite (%8-28)	- Ovulatuvar disfonksiyon (%21-36), - Tubal veya peritoneal faktörler (%16-28) - Diğer nedenler (%9-12)

Düzenli ilişkiye rağmen 35 yaş altında 12. ayda, 35 yaş üstünde 6. ayda gebelik elde edilememesi durumunda değerlendirilmeye başlanmalıdır. Ayrıca aşağıdaki durumlar olması durumunda incelemeye hemen başlanmalıdır.

- Düzensiz menstrüel kanamalar (intermenstrüel kanama, oligomenore, amenore)
- Endometriozis gibi bilinen/süphe edilen uterus, tubal veya peritoneal hastalıklar
- Bilinen veya süphe edilen erkek faktörü
- Cinsel işlev bozukluğu
- Kanser tedavileri ve genetik mutasyonlar gibi over rezervinde azalmaya yatkınlık oluşturan durumlar

Sayfa no: 36

Update: AMH başlığı aşağıdaki gibi güncellenmiştir.

- Serum AMH (anti-Müllerian hormon) düzeyi:**
 - Yaş ↑ → AMH ↓
 - Daha erken bir belirteç (E-15)**
 - Menstrüel siklusun herhangi bir gününde bakılabilir (N-17, M-23)
 - AMH >3.5 ng/dl → Over rezervi ↑
 - AMH düzeyi yaş, prematür menopoz, endometriozis, radyoterapi, over cerrahisi, KOK ve GnRh analogları kullanımı ile azalmaktadır.
 - AMH <1 ng/dl → Over rezervi ↓
 - Over rezervinin belirlenmesinde diğer serum belirteçlerinden daha üstündür ve azalmayı daha erken gösterir.

Sayfa no: 50

Update: Pearl indeksi tablosu aşağıdaki gibi güncellenmiştir.

Kontraseptiflerin Etkinliği (E-00, M-25)	
PEARL İNDEKSİ	Birinci yılda yaşanan gebelik oranı (%)
Yöntem	İdeal Kullanım
Korunma yöntemi kullanılmadan	85
Spermisitler	16/18
Servikal başlık	
- Multipar kadın	26
- Nullipar kadın	9
Sünger	12
- Multipar kadın	20
- Nullipar kadın	9/12
Periyodik yoksunluk yöntemleri	
- Servikal mukus yöntemleri	
- Ovulasyon metodu	3
- İki gün metodu	4
- Takvim (standart gün) yöntemi	5/9
- Doğal siklus yöntemi (Bazal vücut ısısı, SAT, idrarda LH)	8
- Semptotermal yöntem (servikal mukus ve bazal vücut ısısı)	0,4/2
Diyafram (spermisid içerenler)	6/16
- Kadın kondomu	5
- Geri çekme	2/4
- Erkek kondomu	2
- Bakırlı RİA	0,6
- Kadın sterilizasyonu (tubal ligasyon)	0,5
- Yalnız progestin içeren oral kontraseptif (minipill)	0,3/0,5
- Kombine oral kontraseptif	0,3
- Transdermal yama	0,3
- Transvajinal halka	0,3
- Depo MPA (3 aylık enjeksiyon)	0,2/0,3
Levonorgesterelli RİA	
- 13.5 mg LNG (Skyla)	0,3
- 19.5 mg LNG (Kyleena)	0,2
- 52 mg LNG (Lietta, Mirena)	0,1
Erkek sterilizasyonu (vazektomi)	0,1
Kombine östrojen ve progesteron içeren enjekteable yöntem	0,05
Cilt altı implantlar	0,05
- İki adet levonorgestrel içeren implant (Jadelle)	0,06
- Altı adet levonorgestrel içeren implant (norplant)	0,05
- Tek etonorgestrel içeren implant (implanon, nexplanon)	0,01/0,05/0,1
Pearl indeksi: Bir yıl içerisinde aynı kontraseptif yöntemi kullanan 100 çiftte gebe kalan kadın sayısıdır.	

Sayfa no: 51

Update: Menopozun genel özellikleri başlığı aşağıdaki gibi güncellenmiştir.

J. MENOPOZ

1. Menopozun Genel Özellikleri

STRAW (Stage of Reproductive Aging Workshop) evreleme sistemine göre kadınyaşam süresi reprodüktif faz, menopozal geçiş fazı, postmenopozal faz olmak üzere üç kısma ayrılır.

Geç reprodüktif evre, fertilitenin azalması ve menüstrüel siklus değişikliklerinin başlamasıyla belirlenir.

Erken menopozal geçiş (erken perimenopoz) menüstrüel siklus uzunluklarında (≥ 7 gün) artan değişikliklerle karakterizedir.

Geç menopozal geçiş (geç perimenopoz) ≥ 60 günlük amenore ile karakterizedir.

Erken postmenopoz, son adet döneminden yaklaşık 5 ila 8 yıl sonrasını tanımlar ve bunu geç postmenopoz izler. Yükselen FSH seviyeleri, azalmış antral folikül sayısı, azalan inhibin-B ve azalan AMH seviyeleri, menüstrüel siklus değişikliklerine eşlik eder.

Sayfa no: 52

Ekleme: Vazomotor semptom risk faktörleri aşağıdaki gibi eklenmiştir.

Vazomotor Değişiklikler (E-16)

Mekanizma:

- Net bilinmemekle beraber;

1. Östrojenin ani ↓

2. Hipotalamus ısı merkezi labil hale gelir

3. Kutanöz vazodilatasyon

• **Risk faktörleri:** Sigara, obezite, düşük sosyoekonomik düzey, yüksek anksiyete, siyah ırk.

Sayfa no: 54

Update: HRT endikasyonları aşağıdaki gibi güncellenmiştir.

Endikasyonları

1. Vazomotor semptomlar (orta ve şiddetli)
2. Üriner sistem atrofisi (orta ve şiddetli)
3. Genital sistem atrofisi (orta ve şiddetli)
4. Osteoporoz
5. Erken menopoz tedavisi

Sayfa no: 75

Ekleme: Aşağıdaki tablo ve bilgiler eklenmiştir.

Histeroskopik Medyumlar				
Medium	Özellik	Endikasyon	Risk	Güvenli Ölçütümler
Karbondioksit	Renksiz	Diagnostik	Gaz embolisi	Trendelenburgdan kaçın • < 100 ml/dak akım • İntrauterin basınç < 100 mmHg
Elektrolitli sıvılar				
Serum fizyolojik	• İzotonik • 380 mOsm/kg H_2O	• Diagnostik • Operatif • Bipolar kullanım	Sıvı yüklemesi	• Sıvı açığı < 750 ml olmalı • Sıvı açığı > 2500 ml. ise operasyon durdurulur
Laktatlı Ringer	• İzotonik • 273 mOsm/kg H_2O	• Diagnostik • Operatif • Bipolar kullanım	Sıvı yüklemesi	• Sıvı açığı < 750 ml olmalı • Sıvı açığı > 2500 ml. ise operasyon durdurulur
Elektrolitsiz sıvılar				
%3 Sorbitol	• Hiposmolar • 178 mOsm/kg H_2O	• Operatif • Monopolar kullanım	• Sıvı yüklemesi • Hiponatremi • Hiposmaliye • Hiperglisemi	• Sıvı açığı 1000 ml. ise operasyon durdurulur
%5 Mannitol	• İzosmolar • 280 mOsm/kg H_2O	• Operatif • Monopolar kullanım	• Sıvı yüklemesi • Hiponatremi	• Sıvı açığı 1000 ml. ise operasyon durdurulur
%1,5 Glisin (M-24)	• Hiposmolar • 200 mOsm/kg H_2O	• Operatif • Monopolar kullanım	• Sıvı yüklemesi • Hiponatremi • Hiposmaliye • Hiperamoniemi	• Sıvı açığı 1000 ml. ise operasyon durdurulur

Önemli Damar ve Sinir Zedelenmeleri

- Laparoskopide; umbilikal porttan ana trakea giris esnasında sık zedelenen ana damar; **sağ ana ilak arter** ve **aorta**'dır.
- Lateral trokaların yerleştirilmesinde ise en sık eksternal ilak arterin dalı olan inferior epigastrik arter zedelenir (N-06, A-10)
- Laparoskopide lateral trokalar yerleştirilirken iliohipogastrik ve ilioinguinal sinirin yaralanma riski de bulunmaktadır. Aynı zamanda bu sinirler pfanenstiel cilt insizyonlarının laterale uzaması durumunda da zedelenebilir. Iliohipogastrik sinir zedelenmesi durumunda simfizis pubis üzerindeki ciltte üst lateral gluteal bölgede ve inferior abdominal duvarda his kaybı görülür. (M-25)

Sayfa no: 76

Update: aşağıdaki tablo güncellenmiştir.

Yenidoğan	Prepubertal (N-08, S-18)	Adölesan	Reprodüktif	Perimenopozal	Postmenopozal
• Maternal östrojenin çekilmesi	• Vulvovajinitler	• Anovulasyon	• Ekzojen hormon kullanımı	• Anovulasyon	• Endometrial atrofi (E-87, N-10, A-17)
	• Vajende yabancı cisim	• Ekzojen hormon kullanımı	• Gebelik	• Fibroidler	• Endometrial polip
	• Puberte prekoks	• Gebelik	• Anovulasyon	• Servikal ve endometrial polipler	• Endometriyum kanseri
	• Tümörler (Rabdomyosarkom, overyan tümörler)	• Koagülopati • Hematolojik sebepler (E-08)	• Fibroidler	• Tiroid disfonksiyonu	• Hormon tedavisi
	• Diğer; üretral prolapsus, liken sklerozis, travma, ekzojen hormon kullanımı		• Servikal ve endometrial polipler		• Endometrial hiperplazi
	• McCune Albright sendromu		• Tiroid disfonksiyonu		• Diğer tümörler; vulvar, vajinal, servikal (N-09)

Sayfa no: 78

Update: aşağıdaki bilgi kutusu güncellenmiştir.



PMS tanısı için üç menüstrüel siklusun her birinde menüstrüasyondan önceki 5 gün içerisinde en az 1 tane affektif ve en az 1 tane somatik semptomun olması gerekmektedir.

Sayfa no: 80

Ekleme: PMS başlığına aşağıdaki bilgi kutusu eklenmiştir.



PMS tanısı için üç menüstrüel siklusun her birinde menüstrüasyondan önceki 5 gün içerisinde en az 1 tane affektif ve en az 1 tane somatik semptomun olması gerekmektedir.

Sayfa no: 81

Update: Adenomyosis tedavisi aşağıdaki gibi güncellenmiştir.

Tedavi

- **Medikal tedavi:** KOK, NSAİİ, progesteron, danazol, GnRH analogları (LNG-RIA)
- **Cerrahi tedavi:** **Histerektomi** (küratif), **uterin arter embolizasyonu**, **endometrial ablasyon**

Sayfa no: 86

Update: Miyom genetik faktörler ve risk faktörleri tabloları aşağıdaki gibi güncellenmiştir.

Etiyoloji

Genetik Faktörler

- Miyomlar **monoklonal** tümörlerdir.
- Olguların %40'ında kromozomal anomaliler görülür. (en sık $\rightarrow$ t(12-14)), ayrıca MED12 somatik gen mutasyonu siktir.

Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler

Risk Faktörleri

- ↑ Yaş
- **Erken** menarş
- Aile öyküsü
- Siyah etnik köken
- ↑ VKİ, obezite
- ↑ Kırmızı et
- **Polikistik over sendromu**
- **Düşük parite**
- **Tamoksifen kullanımı**
- D vitamini eksikliği
- Fitalat, bisfenol A, DES maruziyeti

Koruyucu Faktörler

- Yeşil sebzeler ↓
- Egzersiz ↓
- Multiparite ↓
- **Sigara** ↓
- Geç menarş ↓
- Postmenopozal dönem ↓

Sayfa no: 91

Ekleme: Aşağıdaki tablo eklenmiştir.

O-RADS Skoru	Risk Kategorisi [IOTA Modeli]	Sıclık Açıklaması	Yönetim
0	Ekstrem Değerlendirme	Risk sınıflandırması için önemli olan lezyon özellikleri teknik faktörlerle nedeniyile doğru şekilde karakterize edilememektedir	USG tekrar veya MR
1	Normal Yumurtalık	Over lezyonu yok Fizyolojik kist: folikül (≤3 cm) veya korpus luteum (tipik olarak ≤3 cm)	İleri inceleme gerek yok
2	Yüksek Olasılıkla Benign (<1%)	Basit kist Uniloküler, düzgün yüzeyli, kompakt kist (internal ekojenite ve/veya septasyon) Bloküler, düzgün sınırlı kist Tipik iyi huylu over lezyonu (bizi "Klasik İyi Huylu Lezyonlar" tablosu) Tipik iyi huylu ekstatoparayan lezyon (bizi "Klasik İyi Huylu Lezyonlar" tablosu)	Basit kist ≤3 3-5 cm 3-5 cm İleri inceleme gerek yok İleri inceleme gerek yok 12 ay sonra US takibi 12 ay sonra US takibi 6 ay sonra US takibi*
3	Düşük Risk (1-10%)	Tipik iyi huylu lezyon bizi "Klasik İyi Huylu Lezyonlar" tablosu, ≥10 cm Uniloküler veya bloküler, düzgün yüzeyli, ≥10 cm Uniloküler, düzensiz yüzeyli, herhangi bir boyutta Multiloküler kist, düzgün yüzeyli, <10 cm, RS <4 Solid lezyon, akustik gölgelenme, düzgün yüzeyli, herhangi bir boyutta, RS = 1 Solid lezyon, akustik gölgelenme, düzgün yüzeyli, herhangi bir boyutta, RS = 2-3 Solid komponent içermeyen bloküler kist	Görüntüleme: • Cerrahi olarak çıkarılmadysa 6 ay içinde takip USG düşünülmalı. • Lezyon solidse, USG uzmanı (eğer varsa) veya MRI (MRI paneli O-RADS ile) düşünülmalı. Klinik: Jinekolog
4	Orta Risk (10-15%)	Düzensiz yüzeyli, herhangi bir boyutta, RS <4 Düzensiz yüzeyli, herhangi bir boyutta, RS <4 Düzensiz yüzeyli, herhangi bir boyutta, RS <4 Solid komponent içeren uniloküler kist Solid komponent içeren bloküler kist Akustik gölgelenme göstermeyen solid lezyon	Görüntüleme: Sepenekler sunulan içerik: • USG uzmanı (varsa) • MRI (O-RADS MRI skorıyla) • Jinekolojik-Onkolojik protokollü Klinik: Jinekolog ve Jinekolojik Onkolojik konsültasyonu veya sadece Jinekolojik Onkolojik
5	Yüksek Risk (>15%)	Uniloküler kist, ≥4 papiller uzantı, herhangi bir boyutta, herhangi bir RS Solid komponent içeren bi-veya multiloküler kist, herhangi bir boyutta, RS 3-4 Solid lezyon, ± akustik gölgelenme, düzgün yüzeyli, herhangi bir boyutta, RS 4 Solid lezyon, düzensiz yüzeyli, herhangi bir boyutta, herhangi bir RS Asit ve/veya peritoneal nodüller	Görüntüleme: Jinekolog-Onkolojik protokollü Klinik: Jinekolojik-Onkolojik

Sayfa no: 93

Ekleme: Trikomoniyazis özellikler alt başlığına "HIV riski de 2-3 kat artmıştır" tanı alt başlığına "Nükleik asit amplifikasyon testi (NAAT) trikomonas tanısı için altın standart yöntemdir." bilgisi eklenmiştir.

Sayfa no: 95

Ekleme: Pelvik inflamatuvar hastalık tanısında Laparoskopide salpenjit görünümü "(tanısal değeri yüksek)" yerine "(altın standart)" olarak revize edildi. "Endometrial biyopside endometrit bulguları (tanı değeri yüksek kriterdir)" bilgisi eklenmiştir.

Sayfa no: 95

Ekleme: Pelvik inflamatuvar hastalık yatarak tedavi alt başlığında Rejim A'ya "ya da [Seftrikason(IV)+ Doksisiklin(IV veya oral)] ± Metranidazol (IV veya oral)" bilgisi eklenmiştir.

Sayfa no: 96

Ekleme: Tuba-ovaryan abse tanı alt başlığına "Altın standart tanı yöntemi laparoskopidir." bilgisi eklenmiştir.

Sayfa no: 101

Ekleme: Urge üriner inkontinans tedavi alt başlığına "Diğer yöntemler: Botox enjeksiyonu, sakral nöromodülasyon" bilgisi eklenmiştir.

Sayfa no: 104

Ekleme: Pelvik organ prolapsusu için "De Lancey destek düzeyleri" bilgisi eklenmiştir.

• Vajinal destek sistemi üç seviyeden oluşmaktadır (De Lancey destek düzeyleri);

➤ Seviye I; Apikal vajinal desteği sağlar. Uterosakral ve kardinal ligament kompleksi tarafından sağlanır(A-24).

➤ Seviye II; Orta vajinal desteği sağlar. Lateral vajinanın paravajinal bağlantılarını ve vajinanın orta hat pozisyonunu koruyan arcus tendineus ve levator fasyaya bağlı endopelvik fibromusküler bağ dokusu tarafından sağlanır.

➤ Seviye III; Distal vajinal desteği sağlar. Distal vajinanın bitişik komşu yapılara kaynaşmasından oluşur. Bu yapılar içerisinde perineal cisimcik, yüzeyel ve derin perineal kaslar, fibromusküler bağ dokusu, perineal membran ve üretra yer almaktadır.

Sayfa no: 120

Ekleme: CIN'larda tedavi Histerektomi endikasyonları alt başlığına

"- Fertilitesini tamamlamış AİS olguları." bilgisi eklenmiştir.

Sayfa no: 127

Update: Endometrium kanseri FIGO evrelemesi tablosu ektaki "2023 FIGO Endometrium Kanser Evrelemesi" tablosu ile update edilmiştir..

2023 FIGO Endometrium Kanser Evrelemesi (N-01, E-01, N-08)	
Evre I	• Uterin korpusta ve overde sınırlı tümör
IA	• Endometriumda sınırlı hastalık ya da • Agresif olmayan histolojik tiplerde; myometrial invazyon <%50 ve LVSI yok/fokal ya da iyi prognozlu hastalık
IA1	• Agresif olmayan histolojik tiplerde; endometrial polip ya da endometriumda sınırlı
IA2	• Agresif olmayan histolojik tiplerde; myometrial invazyon <%50 ve LVSI yok/fokal
IA3	• Uterus ve overde sınırlı gradeli endometrioid karsinoma
IB	• Agresif olmayan histolojik tiplerde; myometrial invazyon ≥%50 ve LVSI yok/fokal
IC	• AGRESİF histolojik tiplerde; endometrial polip ya da endometriumda sınırlı tümör
Evre II	• Ekstrauterin yayılım olmadan servikal stromal invazyon ya da Belirgin LVSI ya da • AGRESİF histolojik tiplerde herhangi bir myometrial invazyon
IIA	• Agresif olmayan histolojik tiplerde servikal stromal invazyon
IIB	• Agresif olmayan histolojik tiplerde belirgin LVSI
IIC	• AGRESİF histolojik tiplerde herhangi bir myometrial invazyon
Evre III	• Herhangi bir histolojik tipte lokal ve/veya rejyonal yayılım
IIIA	• Uterin seroz, adneksler veya her ikisinin tutulumu; direkt ekstansiyon veya metastaz
IIIA1	• Over veya tuba yayılımı (Evre IA3 hariç)
IIIA2	• Uterin subseroz veya uterin seroz tutulumu
IIIB	• Vajen ve/veya parametrium veya pelvik periton tutulumu; direkt veya metastaz
IIIB1	• Vajen ve/veya parametrium tutulumu; Direkt veya metastaz
IIIB2	• Pelvik peritoneal metastaz
IIIC	• Pelvik veya paraaortik lenf nodu metastazı
IIIC1	• Pelvik lenf nodu metastazı
IIIC1i	• Mikrometastaz
IIIC1ii	• Makrometastaz
IIIC2	• Renal damar düzeyine kadar paraaortik lenf nodu metastazı (pelvik lenf nodu metastazı var veya yok)
IIIC2i	• Mikrometastaz
IIIC2ii	• Makrometastaz
Evre IV	• Mesane mukozası ve/veya barsak mukozası tutulumu ve/veya uzak metastaz
IVA	• Mesane ve/veya barsak invazyonu
IVB	• Abdominal peritoneal metastaz
IVC	• Uzak metastazlar; ekstraabdominal lenf nodları, renal damar üzerinde intraabdominal lenfnodları, akciğer,

- Endometrium kanseri cerrahi olarak evrelendirilir ve patolojik olarak incelenir. FIGO Evre I ve II, cerrahi/ anatomik ve histolojik bulgulara dayanmaktadır. FIGO Evre III ve IV ise cerrahi/anatomik bulgulara dayanmaktadır. Tüm evrelerde grade, histolojik tip ve LVAİ belirtilmelidir. Mümkünse tüm hastalarda moleküler sınıflama testleri (POLEmut, MMRd, NSMP, p53abn) ve prognostik risk grubu sınıflaması yapılmalıdır. (adjuvan ve sistemik tedavi kararı için önemlidir)
- Moleküler sınıflama grupları;
 - İyi Prognoz: patojenik POLE mutasyonu (POLEmut)
 - Orta (intermediate) prognoz: mismatch repair deficiency (MMRd)/microsatellit instabilite ve no specific molecular profile (NSMP)
 - Kötü prognoz: p53 anormalliği (p53abn)
- Moleküler sınıflama yapılması gereken evreler;
 - Evre I ve II olgularda; moleküler sınıflama yapılması önerilir ve FIGO evresine alt karakter olarak “m” harfi eklenerek yazılmalıdır.
 - Evre III olgularda; moleküler klasifikasyona göre modifikasyon yapılmaz ancak p53 anormalliği, Evre IIIm-p53abn şeklinde belirtilir.
 - Evre IV olgularda; moleküler klasifikasyona göre modifikasyon yapılmaz.
- Overde sınırlı düşük gradeli endometrioid karsinom; Hem overi hem de endometriumu tutan düşük gradeli endometrioid karsinomlar iyi prognoza sahip olup aşağıdaki kriterleri sağlaması durumunda adjuvan tedavi önerilmez. Aşağıdaki kriterler Evre IA3 ile IIIA1 ayrımı için de kullanılmaktadır.
 - Yüzeyel myometrial invazyondan fazla invazyon olmamalı (<%50)
 - Yaygın/belirgin LVAİ olmamalı
 - Ek metastaz olmamalı
 - Over tümörü tek taraflı ve overde sınırlı olup kapsül invazyonu/rüptürü olmamalı (T1a)
- Yaygın/belirgin LVAİ; ≥5 damarda tutulum olmasıdır
- Agresif olmayan histolojik tip; düşük gradeli (grade 1 ve 2) endometrioid karsinomlar
- Agresif histolojik tipler; yüksek gradeli (derece 3) endometrioid, seröz, berrak hücreli, undiferansiye, mikst, mezonefrik benzeri, gastrointestinal tip müsinöz karsinomlar ve karsinosarkomlar
- Metastazlar;
 - Makrometastaz; >2 mm boyutunda
 - Mikrometastaz (N1mi); 0.2 – 2 mm boyutunda ve/veya >200 hücre
 - İzole tümör hücreleri pN0(i+); ≤ 0.2 mm boyutunda ve ≤ 200 hücre

Sayfa no: 129

Update: Over tümörlerinin histopatolojik sınıflandırılması tablosundaki Seks Kord Stromal Tümörler kısmı

A) Saf Stromal Tümörler

- Fibrom/fibrosarkom
- Tekoma / sklerozan peritonit ile ilişkili luteinize tekoma
- Sklerozan stromal tümör
- Leydig hücreli tümör
- Steroid hücreli tümör
- Mikrokistik stromal tümör
- Taşlı yüzük hücreli stromal tümör

B) Saf Seks Kord Tümörler

- Granüloza hücreli tümör; Erişkin ve juvenil tip
- Sertoli hücreli tümör
- Anuler tubüller içeren seks kord stromal tümör

C) Mikst Seks kord-stromal tümörler

- Sertoli-Leydig hücreli tümör
- Seks kord stromal tümörler, NOS;

Başka şekilde adlandırılmamış tümörler

- Gynandroblastom” şeklinde update edilmiştir.

Sayfa no: 132

Ekleme: Kalıtsal over kanserinde yaklaşım bilgi kutucuğunda “TV-USG ve CA-125 ile takip (6 ayda bir) edilir.” bilginin yanına “30 yaşından itibaren 6 ayda bir dönüşümlü mamografi ve MR.” bilgisi eklenmiştir.

Sayfa no: 136

Update: “Granüloza hücreli tümörlerde belirteç inhibindir.” Bilgi kutucuğu “Granüloza hücreli tümörlerde belirteç inhibindir. Aynı zamanda AMH yükselmesi de nüksü gösterebilir.” şeklinde update edilmiştir.

Sayfa no: 137

Ekleme: Sertoli-Leyding hücreli tümör alt başlığına

“• DICER 1 gen mutasyonu ile ilişkisi gösterilmiştir.” bilgisi eklenmiştir.

Sayfa no: 156

Ekleme: Ekteki “erken ilk trimester ultrasonografide viabilite kaybı tanı kriterleri” bilgisi eklenmiştir.

Erken ilk trimester ultrasonografide viabilite kaybı tanı kriterleri;

- Embriyo ≥ 7 mm (CRL) iken transvajinal ultrasonografide kardiyak aktivitenin olmaması
- Ortalama gestasyonel kese çapı ≥ 25 mm iken embriyonun görülmemesi
- Yolk kesesi olmayan gestasyonel kese görüntülendikten ≥ 14 gün sonra kardiyak aktiviteli embriyonun olmaması
- Yolk kesesi bulunan gestasyonel kese görüntülendikten ≥ 11 gün sonra kardiyak aktiviteli embriyonun olmaması

Sayfa no: 158

Update: Tekrarlayan gebelik kaybında sebebin belirlenebildiği durumlar tablosu ekteki şekilde update edilmiştir.

Sebebin Belirlenebildiği Durumlar

1. Embriyonik genetik anomaliler
2. AFAS ve immunolojik nedenler
3. Endokrinolojik nedenler
4. Anatomik nedenler
5. Parental Genetik Nedenler
6. Enfeksiyöz Nedenler

Sayfa no: 160

Update: Tekrarlayan gebelik kaybında genetik nedenler alt başlığındaki

“• Olguların büyük kısmında spontan abortuslardan farklı olarak yapısal anomaliler görülür:

- Dengeli resiprokal traslokasyon (en sık parental kromozomal anomali)
- Robertsonian translokasyonları izler (%25)
- X kromozom mozaizmi (47,XXY Klinefelter sendromu)” bilgileri “Tekrarlayan gebelik kayıplarının %46’sında konsptus ürününde kromozomal anomali mevcut olup sıklık sırasına göre en sık trizomiler (%66,5), poliploidi (%18), monozomi X (%9) ve dengesiz translokasyonlar (%4) izlenmektedir.

Tekrarlayan gebelik kayıplarında en sık görülen trizomi ise trizomi 15’tir.

- Fetal anöploidiye bağlı tekrarlayan gebelik kayıpları özellikle 35 yaş üzerinde artmaktadır ve tekrarlayan gebelik kaybı öyküsü olan 35 yaş üzerindeki kadınlarda, kayıpların büyük çoğunluğunun nedeni spontan fetal kromozomal anomalilerdir.
- Tekrarlayan gebelik kaybı olan çiftlerin yaklaşık %3,5’inde dengeli bir yapısal anormallik izlenmekte olup en sık görülen parental kromozomal anomali, dengeli resiprokal traslokasyonlardır (%60). Bunu ikinci sırada Robertsonian translokasyonları izler (%25).” bilgisiyle update edilmiştir.

Sayfa no: 160

Ekleme: Tanısal testler alt başlığına aşağıdaki bilgiler eklenmiştir.

A. Önerilen Testler;

1. Konseptus ürününün kromozomal analizi (mikroarray analizi).
2. İntrauterin kavitenin değerlendirilmesi (histerosalpingografi, histeroskopi, histerosonografi, üç boyutlu transvajinal ultrasonografi)

B. Gebelik kaybı dokularının öploidisinin doğrulanmasından sonra önerilen testler (dokular yeterince analiz edilemiyorsa veya gebelik kaybı dokularının kromozomal testi yapılmamışsa da önerilmektedir);

1. Serum TSH düzeyleri de dahil olmak üzere maternal tiroid fonksiyon testleri

2. Maternal antikardiyolipin antikorları, anti-B2 glikoprotein-1 antikorları ve lupus antikoagulanı
3. Prolaktin; Sadece hiperprolaktinemi belirtileri (amenore, galaktore vb.) olanlarda yapılmalıdır.
4. HbA1c; Sadece risk faktörlerinin varlığında (obezite, 40 yaş üstü, PKOS, hipertansiyon vb.) yapılmalıdır.

C. Olası yararları olan testler:

1. Maternal kronik endometrit taraması; endometrial biyopsi örneğindeki plazma hücrelerinin miktarının belirlenmesi için CD138 boyama yönteminin kullanılması.
2. Paternal sperm DNA fragmentasyon testi

D. Tekrarlayan gebelik kaybı olan çiftlerin değerlendirilmesinde rutin olarak önerilmeyen testler:

1. Over rezerv testleri; Üçüncü gün FSH, östradiol ve AMH
2. Trombofil testleri (FVL, protrombin gen mutasyonu, protein C eksikliği, protein S eksikliği, anti-trombin III eksikliği, homosistein düzeyleri, MTHFR mutasyonu); kişisel veya ailede provoke edilmemiş tromboz öyküsü olmadığı sürece önerilmemektedir.
3. Luteal faz yetersizliği testleri; Midsiklus progesteron ölçümü veya endometrial biyopsi
4. Periferik kan/endometriyumda ebeveyn HLA profilleri veya NK hücre anormallikleri için test yapılması

Sayfa no: 168

Update: Gebelikte hematolojik değişiklikler başlığında bulunan “- Lenfosit değişmez” bilgisi “-B lenfosit değişmez” olarak update edilmiştir.

Sayfa no: 180

Update: Antepartum Değerlendirme başlığının altındaki bilgi kutucuğu ekteki “Antepartum fetal iyilik testlerinin uygulama endikasyonları” bilgisi ile update edilmiştir.

- Ölü doğum riskini arttıran maternal ve fetal durumların olması durumunda antenatal testlerin uygulanması gerekmektedir.
- Antepartum fetal iyilik testlerinin uygulanma endikasyonları; (M-25)
 - a. Maternal durumlar; Kronik hipertansiyon, pregestasyoel diabet, SLE, AFAS, hemoglobinopati, siyanotik kalp hastalığı, kardiyomyopati, kistik fibrozis, restriktif akciğer hastalıkları, kronik renal hastalıklar, hipertiroidizm, İVF, madde kullanımı, kemoterapi kullanımı (halen), gebelik öncesi BMI ≥ 35 , anne yaşının ≥ 35 olması
 - b. Gebelik ilişkili durumlar; Gestasyonel hipertansiyon, preeklampsi, insülin gerektiren gestasyonel diabet, oligohidramniyos, polihidramniyos, postterm gebelik, ölü doğum öyküsünün olması, izoimmunizasyon, kolestaz, valemantöz kord insersiyonu, tek umbilikal arter
 - c. Fetal durumlar; Fetal gelişme geriliği, fetal hareketlerde azalma, çoğul gebelik