



**TUSMER ANLATTI,
TUS'TA SORULDU!**

**2025 SONBAHAR TUS
REFERANSLARIMIZ**

KADIN DOĞUM

Bizimle hazırlan, farkı yaşa!

- Soru No: 90
- Yetişkinlerde unilateral ve bilateral ekzoftalmusun en sık nedeni aşağıdakilerden hangisidir?
- A) Kavernöz hemanjiyom
- B) Tiroid oftalmopati
- C) Psödotümör orbita
- D) Orbital dermoid kist
- E) Orbital selülit
- Cevap Anahtarı: B

REFERANS: KÜÇÜK STAJLAR 178

TUS KÜÇÜK STAJLAR **TUSMER®**

ORBİTAL HASTALIKLAR

Terimler

- **Ekzoftalmus** → Globun öne yer değiştirmesi (**Tiroid Oft**)
- **Enoftalmus** → Globun arkaya yer değiştirmesi (**Fraktür**)
- **Psödoekzoftalmus** → Orbita hacmi artmadan ekzoftalmus görünümü

TİROID ORBİTOPATİ (GRAVES)

- Sıklıkla **hipertiroidi** (hipo veya ötiroid olabilir)
- İmmün hastalık → **orbita kas ve yağ dokusu** (En sık inferior ve medial rektus)
- Bilateral veya asimetrik olabilir
- **K>E (4:1)**

Risk faktörleri

- ***Sigara:** İçilen sigara sayısı arttıkça risk artar, sigarayı bırakmak riski azaltır.

Etiyopatogenez

- Artmış GAG salınımı → Ekstraoküler kas inflamasyon (Fibrozis, miyopati, diplopi)
- ↓
- İnflamatuar hücreli infiltrasyon
- ↓
- Orbitada GAG birikimi ve su tutulumu
- ↓
- Orbita hacim artışı ve intraorbital basınç artışı

Bulgular

- **Kapak retraksiyonu** → **En sık!**
- Aşağı bakışta kapak gecikmesi → **lid lag**
- **Lagoftalmus**
- **Proptozis**
- **Miyopati** (Göz hareketlerinde kısıtlılık)
- **Optik nöropati** (Optik sinir sıkışmasına bağlı)

Tedavi

- **Sigarayı bırakması önerilir**
- Endokrin kontrolü
- Kortikosteroidler
- RT
- Ekspozur keratopati tedavisi
- Orbita dekompresyonu
- Şaşılık varsa cerrahi

PRESEPTAL SELÜLİT

- Orbital **septumun anteriorundaki** ciltaltı dokunun enfeksiyonu
- Orbital selülitten ayırıcı tanı yapılmalı
- Ayırıcı tanıda **klirik+BT**

Nedenler

- Cilt travması, laserasyon ya da sinek ısırığı (*S.aerues, str.pyogenes*)
- Lokal yayılım (*Hordeolum, dakriyosistit, sinüzit*)
- Uzaktan yayılım (Kan yoluyla üst solunum yolu)

Bulgular

- Tek taraflı, periorbital ödem
- Hassas ve kızamık kapak
- **Proptozis yoktur**

178

• **Soru No: 93**

- Yirmi beş yaşındaki 18 haftalık gebe rutin muayene için polikliniğe başvuruyor. Daha önce yapılan test sonuçlarının değerlendirilmesinde, birinci trimester kombine testinde Down sendromu riskinin **1/50'nin üzerinde** olduğu görülüyor.

Yapılan ultrasonografide fetal biyometrik ölçümler 18 hafta ile uyumlu saptanıyor ve fetusta herhangi bir anomali izlenmiyor.

- **Bu olguda kesin tanı için en uygun yaklaşım aşağıdakilerden hangisidir?**

- A) Maternal kanda hücre dışı DNA analizi
- B) Kordosentez
- C) Koryonik villus örneklemesi
- D) Dörtlü test
- **E) Amniyosentez** ✓

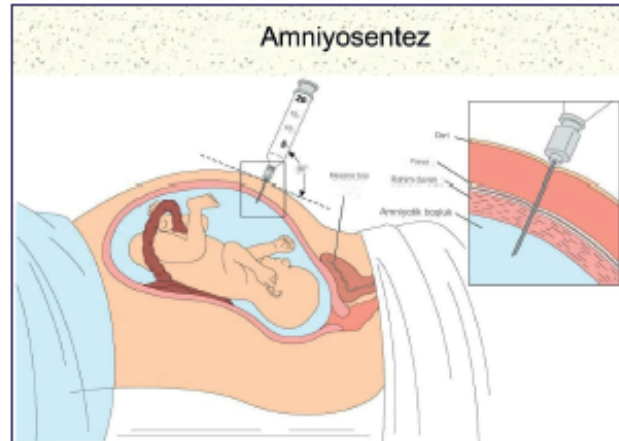
REFERANS:
KADIN DOĞUM
230 231

Amniyosentez

- 15-20. haftalarda yapılır.
- Mozaizm az

230

- Amnion sıvı boşalma ihtimali %1 (CVS %0.5)
- Kültür var. Uzun zaman... FISH ya da genetik hibridizasyon ile hızlı sonuç verir.
- KA riski %0.1 (CVS 0.5'di)
- Fetal kayıp 1/300-500 (CVS 1/400)
- Gerekliyse Anti-D yap (2021-T2)



Soru No: 94

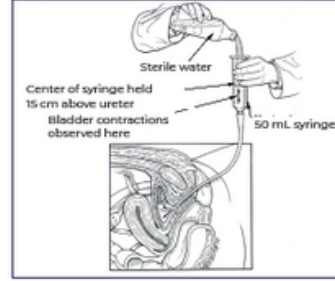
• **SORU:**

Detrusor kasının aşırı aktivitesine bağlı gelişen **urge inkontinans** tedavisinde aşağıdakilerden hangisinin **yeri yoktur?**

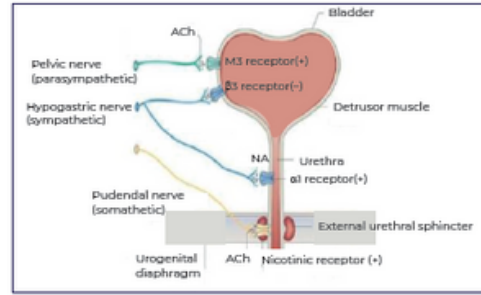
- A) Midüretal sling uygulamaları
- B) Antikolinerjikler
- C) Sakral nöromodülasyon
- D) Onabotulinum toksin A enjeksiyonu
- E) Beta-3 reseptör agonistleri

REFERANS:
KADIN DOĞUM
122-123

Urge İnkontinans (Aşırı Aktif Mesane=Detrusor İnstabilitesi) (2019-T1)



- İstemsiz detrusor kontraksiyonuna bağlı olarak gelişir
- Tanı için mutlaka ürodinamik çalışma gerekir
- İnsidansı 65 yaş üzerinde belirgin artar. Yaşla max kontinans bu
- Detrusor kontraksiyonu parasempatik uyarı sonucu kolinerjik aktivite ile gerçekleşir
- Bu nedenle antikolinerjikler urge tedavisinde kullanılır
- Sorun KAS



122

URGE ANTİKOLİNERJİKLERİ

- Oksibutinin, hyosiyamin, disiklomin, probantelin, tolterodin...
- Trospium klorid SSS'e en az geçen. Mesela Alzheimer'da iyi seçenek
- Solifenasin süksinat, darifenacin, tarafenasin ve kısmen oksibutinin selektif M3 blokörü
- İmipramin*** hem urge hem streste kullanılan TAD'dır. Hem mesaneyi gevşetir hem de üretrayı kasar. Bir yandan da ADH'ı artırır.
- Yan etkileri : Vücudun suyunu eritir sanki
- En çok ağiz kuruluğukalp atımının artması, kabızlık ve bulanık görme

M.Graves, dar açılı glokom, Kardiyak aritmî, KC-Böbrek yetm, yeni MI geçiren hasta ve gastrik retansiyonda verilmez.

Soru No: 95

- Otuz iki yaşındaki kadın hasta son iki aydır ara ara olan sol kasık ağrısı yakınması ile başvuruyor.
Fizik muayenesinde vulva, vajen, serviks doğal ve batin rahat olup, defans veya rebound saptanmıyor.
Transvajinal ultrasonografide sol overde **6 cm çapında**, düzgün sınırlı, **hipoekok, septa ve solid alan içermeyen** kistik bir kitle tespit ediliyor.
- **Tümör belirteçleri normal sınırlarda olan** bu hastaya, bu aşamada aşağıdakilerden hangisinin önerilmesi **en uygundur?**
- **A) 1 yıl sonra rutin jinekolojik muayene ve transvajinal ultrasonografik değerlendirme**
- **B) 8 hafta sonra transvajinal ultrasonografik değerlendirme**
- **C) 6 ay oral kontraseptif tedavi**
- **D) Kist aspirasyonu**
- **E) Laparoskopik kistektomi**

Doğru Yanıt: B) 8 hafta sonra transvajinal ultrasonografik değerlendirme

REFERANS: KADIN DOĞUM 48

TUS KADIN DOĞUM



Tuba Torsiyonu

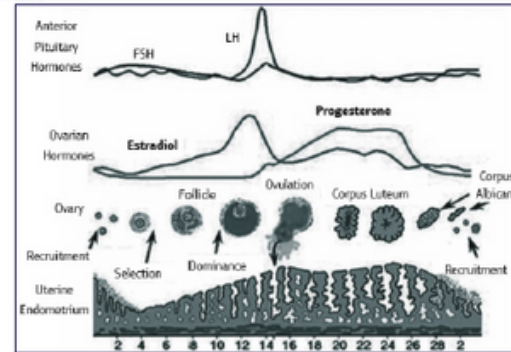
- Tüp torsiyonu genellikle ortak bir vasküler pedikülleri olduğu için overin torsiyonuna eşlik eder.
- Genellikle üreme çağındaki kadınlarda görülür.
- Tüp torsiyonunda, genellikle tüpler gangrenözür ve eksize edilmelidir.

OVER

Fonksiyonel Over Kistleri

- 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 overyan kitledir! Tm'lere göre fonksiyoneller daha sık rüptüre olur.
- Tekai lutein kistleri → En nadir fonksiyonel kist bu. hCG ile ağır overyan stimülasyon sonucu oluşur. Sıklıkla çoğul gebelik, hidatiform mol ve koryokarsinom ile birliktedir (2022-T1). BİLATERALDIR Diyabet ve Rh izo'da ve ovulasyon indüksiyonlarında da risk artar (FSH, LH, GnRH analogu kullanımlı indüksiyon)

MENSTRUAL SIKLUS



1- Foliküler kistler

- En sık görülen fonksiyonel over kistidir.
- USG'de ince ve düzensiz sınırlı anekoik kist şeklinde görülür.
- 20. gestasyonel haftadan başlayıp tüm reproduktif dönem boyunca görülebilirler.
- Folikül kistleri benigndir ve gonadotropin bağımlı büyüme gösterir.
- Genellikle folikül içi sıvı resorpsiyonu veya sessiz rüptürle 4-8 haftalık takipte kaybolurlar.
- KF'de ilginç olarak kist oluşum ihtimali artmıştır. Bu kistler over korteksinde bulunur ve yarı saydamdır.
- Genelde asemptomatiktir.
- Foliküle kist demek için kist 3 cm'yi geçmelidir.
- Kistler östrojen üretebilir (gr hücrelerinden).

- Kistin çapı 10 haftadan daha uzun süre stabil kaldığında veya genişlediğinde cerrahi yapılır.
- 2 yıl boyunca her 6 ayda bir takiple normal CA-125'e sahip perimenopozal veya postmenopozal bir kadında (<5 cm) küçük bir basit kist gözlenebilir.

- 2 yıl sonra izlem durdurulabilir.
- Menopoz sonrası kist görülme durumu %14.
- Histerektomili kadınlarda kistler daha yaygındır.
- Gebelikte CA-125 için değerler, 12 haftalık gebeliğin sonunda normal olmalıdır.

OKS; kist oluşumu azalır, rezolusyon değişmez Sigara ???

Soru No: 96

Yirmi yaşında evli ve çocuksuz olan kadın hasta her iki alt kadranda daha yoğun olmak üzere karın ağrısı, hâlsizlik, ateş ve vajinal akıntı şikayetleriyle başvuruyor.

Hasta kontraseptif yöntem olarak **kondom** kullandığını ve adet kanamasının yaklaşık olarak bir hafta önce başlayıp iki gün önce bittiğini belirtiyor.

Fizik muayenede vücut sıcaklığı **39°C** ölçülüyor ve karın her iki alt kadranda hassasiyet ve rebound bulgusu tespit ediliyor.

Bimanuel muayenede serviks hareketlerinin hassas olduğu saptanıyor.

Serum β -hCG testi negatif olan kadının hastaneye yatışı planlanıyor.

Soru:

Bu aşamada, bu hastada aşağıdaki ilaç kombinasyonlarından hangisinin kullanılması tedavi için yeterli **değildir**?

- A) Sefotetan IV + Doksisiklin PO
- B) Klindamisin IV + Gentamisin IV
- C) Gentamisin IV + Metronidazol PO
- D) Ampisilin/sulbaktam IV + Doksisiklin PO
- E) Sefoksitin IV + Doksisiklin PO

Doğru Cevap: C) Gentamisin IV + Metronidazol PO

REFERANS: KADIN DOĞUM 108

TUS KADIN DOĞUM

PID TEDAVİSİ

- PID tedavisi ayakta ya da hospitalize edilerek yapılabilir.
- Nullipar kadınların yatması artık şart değil.
- Hafif orta şiddetli PID'de yatırmanın avantajı YOK.
- Yatış Kriterleri*** (2016-T1, 2020-T2)
- a. Akut durumun (apandisit gibi) dışlanmadığı hasta
- b. Oral tedaviyi tolere edemeyen ya da tedaviye ulaşımı zor olacak hasta
- c. Gebelik
- d. TOA durumu
- e. Ayaktan tedaviye yanıtızlık
- f. Ağır hastalık
- g. CD4 sayısının düşük olduğu HIV'li hasta

Sonuçta etken Gonore ve Klamidya

- Eş tedavisi ŞARTTIR !!!
- Ayaktan tedavi
 - Sefoksitin veya Seftriakson (IM) + Doksisiklin veya Azitromisin (oral)
- Yatarak Tedavi
 - Sefoksitin veya Sefotetan (IV) + Doksisiklin (PO/IV)
 - Klindamisin (IV) + Gentamisin (IM/IV) veya Seftriakson (IV) + Ampisilin
- Kitle varlığında gentamisin ve klindamisine; ampisilin eklenir.
- Kitleli olmayan hastalar için, semptomlar azaldığında ve kadın 24 saat boyunca ateşsiz hale geldiğinde oral antibiyotiklere geçilir.
- Taburculuk endikasyonları:
 - Ateşin 24 saatten uzun süre normale dönmesi,
 - PID tedavisi hasta 24 saat afebril olana kadar uygulanır.
 - Sonrasında oral tedaviye geçilir doksisiklin 2x1 14 güne tamamlanır.
- Operasyon; yaşamı tehdit edici enfeksiyonlar, rüptüre TOA, pelvik apsenin laparoskopik drenajı
- Anaerobları içeren geniş spektrumlu ab'ye yanıt yoksa daha erken operasyon düşünmek gerekir.
- Tedaviye karar vermeden önce MRI değerlendirme yok (2023-T1)
- Infertilite önemli bir sorun ve hem akut hem de subakut PID'de eşit sıklıkta olabiliyor (ama klamidya daha sık görülüyor).
- Infertilite oranı doğrudan akut pelvik enfeksiyon ataklarının sayısı ve atağın ciddiyeti ile ilişkilidir.

Oysa tubal hasar ile bulgular korale olmayabilir.

TOA

- TOA en ciddi PID durumudur.
- Tuba ve over ayrı değerlendiriliyorsa tuba ovaryan kompleks doku planı kaybolmuş over tuba ayrı seçilmiyorsa tubaovaryan apse olarak isimlendirilir.
- Tanıda ilk ultrason ikinci olarak BT tercih edilir.
- Akut batın ve asemptomatik bulgular yelpazesi
- Peruktan drenaj antibiyotik baskısı altında ilk tedavi seçeneği olarak tercih edilebilir.

Tubo-ovaryan Abse (2022 - T1)

- En ağır PID tablosudur ve sıklıkla rekürren enfeksiyon sonucu oluşur. En sık klinik ağrı
- Rüptür, önemli bir komplikasyondur ve akut batın tablosu meydana getirir.
- Rüptüre olmamış olgularda antibiyotik tedavisi ve drenaj ilk seçenek, rüptüre olgularda ise antibiyotik baskısı altında genellikle cerrahi yapılır. Ölgüri, hipotansiyon ve progresyonda kesin cerrahi endikasyonlardır.



Soru No: 97

Yirmi sekiz yaşındaki nulligravid kadın, 14 aydır gebe kalamama nedeni ile polikliniğe başvuruyor.

Öyküsünden adetlerinin 45 günde bir olduğu öğreniliyor.

Laboratuvar tetkiklerinde TSH 2 mIU/L, AMH 3 ng/dL ve prolaktin 80 ng/mL olarak saptanıyor.

Hastanın hipofiz MRG tetkikinde 5 mm çapında mikroadenom saptanıyor.

Histerosalpingografide endometrial kavitesi düzgün ve her iki tüpte geçiş mevcut olarak izleniyor.

Eşinin sperm analizinde patolojik bulgu saptanmıyor.

Bu hasta için aşağıdakilerden hangisi bu aşamada en uygun yaklaşımdır?

- a. Letrozol ile ovulasyon indüksiyonu
- B) Oral dopamin agonisti tedavisi
- C) Oral kontraseptif ajanlar
- D) Mikroadenom cerrahisi
- E) Tedavisiz takip

Cevap : B

REFERANS: KADIN DOĞUM 41

- Yine de hiperprolaktinemi galaktore şart değildir.
- Özellikle meme gelişimi tamamlanmamış hastalarda galaktore beklenmez.
- Hiperprolaktinemi en sık idiyopattır.
- Prolaktin yüksekliğinin tespit edilebilen en sık sebebi ilaç kullanımıdır (en çokta antipsikotik ilaçlar).

Diğer hiperprolaktinemi sebepleri:

Hiperprolaktinemi nedenleri		
Fizyolojik	Patolojik	Diğer
Gebelik	Laktotrof adenomlar	Idiyopatik hiperprolaktinemi
Meme ucu stimülasyonu	Diğer hipotalamik ve pituitier nedenler	Big prolaktine bağlı makroprolaktinemi
Stres	İlaç kullanımı D2 reseptör agonisti: risperidon, fenotiazinler, haloperidol, butiofenonlar, meloklopramid, domperidon Yeni antipsikotikler: Amisulprid SSRI Antihipertansif ilaçlar: Metildopa, rezerpin, verapamil Hipotiroidi	
	Göğüs duvarı hasarı	
	Kronik böbrek yetmezliği	

HİPERPROLAKTİNEMİ TANISI

- Tanı sırasında önce gebelik ve emzirme dönemi ekarte edilir.
- Ardından ilaç kullanımı sorgulanır.
- Bir problem tespit edilemezse bu kez tiroid fonksiyon testleri kontrol edilir ve
- Normal gelmesi halinde hipofiz MR'ı ile adenom olup olmadığı araştırılır.
- Hiçbir sebep yok ama prolaktin hala yüksekse idiyopatik tanısı konulur.
- Prolaktin yüksekliğinin tedavisinde D2 agonistlerden bromokriptin ve kabergolin sıklıkla tercih edilir.
 - Bu ilaçların en sık yan etkisi bulantı kusmadır.
 - Kabergolin yüksek dozlarda hipertrofik valvüler kalp hastalığı insidansını artırabilir.
 - Pergolid ile bu durum normal dozlarda da olabilir ve genellikle günümüzde tedavide tercih edilmez.
- Adenom sebebi ile verilen bu D2 agonistler uzun süre kullanılmalıdır (2 yıl kadar) hatta >2cm adenom varlığında hiç stoplanmadan tedaviye devam önerilebilir.

GENİTAL SİSTEM BENİGN HASTALIKLARI

VULVAR LEZYONLAR

Üretral Karünkül

- Sebep östrojen azlığı
- Premenarş ve postmenopoz sık
- Genelde küçük ve sapsız
- Karünkülün büyümesi kronik tahrişe veya enfeksiyona ikincildir.
- Üretral karünkülün tanısı, lokal anestezi altında biyopsi ile konur.
- Bir neoplazm gibi görünebilir.
- Küçük, asemptomatik üretral karünküller tedavi gerektirmez.
- İlk tedavi oral veya topikal östrojen ve tahrişden kaçınmaktır.



- **Soru No: 98**
- Yirmi bir yaşındaki kadın hasta son 6 aydır âdet görememe şikâyeti ile başvuruyor. Öncesinde âdet düzensizliği şikâyeti olmayan hastanın yapılan serum β -hCG testinin negatif olduğu saptanıyor.
- **Bu hastada, amenore etiyolojisinin araştırılmasında aşağıdaki tetkiklerden hangisinin yapılması öncelikli değildir?**
 - A) Prolaktin
 - B) TSH
 - C) Östradiol
 - D) FSH
 - E) Karyotip analizi

REFERANS: KADIN DOĞUM 33

TUSMER® **Jinekoloji**

AMENORE

- Menstrüel periodların yokluğu demektir.
- Menstruasyonun hiç başlamaması (Primer amenore)
 - 14 yaşını doldurmuş bir kız çocuğunda sekonder seks karakterlerinin ve puberte gelişiminin gecikmesi veya
 - 16 yaşını doldurmuş bir kız çocuğunda menarşın olmamasıdır.
 - Sekonder seks karakterleri primer amenore ile gelen hasada mutlaka değerlendirilmelidir.
 - Gecikmiş puberte olguları da primer amenore gibi değerlendirilmelidir.
- **Menstruasyonun menarş sonrası kesilmesi (sekonder amenore)**
 - Menstruasyon gören bir kadında 3 siklus süresince veya 6 ay süreyle adet görülmemesidir.
 - Laktasyon ve gebelik süresince olan amenore fizyolojiktir.
 - Sekonder amenorenin en sık sebebi gebeliktir.
 - Gebelik dışında amenore en sık kronik anovulasyon sebebi ile olur.
 - Kronik anovulasyonun en sık sebebi PCOS'tur.
 - Sekonder amenore durumunda ciddi kilo kayıpları ve Asherman Sendromu da hatırlanmalıdır.

Prolaktin yüksekliği ve bu duruma sebep olabilen dolayısıyla aynı mekanizmayı kullanan GnRH pulsattilesini bozan hipotiroidi durumunda da amenore gelişebilir.

Normal Puberte

- Boy uzamasının başlaması (10 yaş)
- Telarş başlaması (10,5 yaş)
- Pubarş başlaması (12 yaş)
- Maksimum büyüme (12 yaş)
- Maksimum büyüme hızı (12,5 yaş)
- Adrenarş (12,5 yaş)
- Menarş (13 - 13,5 yaş)
- Primer amenore değerlendirilirken FSH ve prolaktin birinci basamak test olarak istenilir.
- LH seviyesine bakılması gerekli veya yardımcı değildir.
- FSH değerine göre hasta hipergonadotropik (FSH >20 mIU/mL), normogonadotropik (FSH 5-20 mIU/mL = milli-international units per milliliter) ve hipogonadotropik (FSH <5 mIU/mL) tanısı alır.
- Hipergonadotropik hipogonadizm varlığında mutlaka karyotip bakılmalıdır çünkü bu durumun en sık sebebi Turner gibi gonadal disgenesi ile seyreden sendromlardır.
- Karyotipi normal tespit edilmiş böyle bir vakada T7 → hidroksiklaz bakmak faydalı olabilir.
- Hipergonadotropik hipogonadizm → FSH-LH yüksek, E düşük (2019-T1)

FSH (5 - 10) PRL		
Hipogonadotropik amenore	Hipergonadotropik amenore	Ögonadotropik amenore
• Fizyolojik gecikme	• Gonadal disgenesi • Turner sendromu • Karyotip ve N ise T7a hidroksilaz	• Müllerian agenezi (RKM)

- Kanama için sağlam bir hipotalamo hipofizer aks olması; hormonların fizyolojik mekanizmaya uygun salgılanması, gonadın aksa yanıtının olup salgıladığı hormonların endometrium üzerine beklenen etkisini yapıyor olması ve tabii genital yolağın kan akımına izin veriyor olması gerekir.

```

graph TD
    Optidier --> Hypo[Hipotalamus  
(Nörosekresyon)]
    Hypo -- "Hipotalamik peptitler  
(GnRH)" --> Pit[Hipofiz]
    Pit -- "Gonadotropinler  
(FSH, LH)" --> Ovar[Over]
    Ovar -- "E, P" --> Endo[Endometrium]
  
```

- **Soru No: 100**
- Molar gebelikte aşağıdaki klinik durumlardan hangisinin görülme sıklığında artış olması **en az olasıdır?**
 - A) Preeklampsi
 - B) Hipertiroidi
 - C) Gestasyonel diyabet
 - D) Hiperemezis gravidarum
 - E) Teka lutein kistleri
- **Cevap : C**

REFERANS; KADIN DOĞUM 391

TUSMER® Onkoloji

- Komplet mol durumunda koryonik villuslar mevcuttur ancak bu villuslarda diffüz şişme hali görülür ve avaskülerdir.
- Avasküler villusların neticesi fetal elemanların olmayışdır.
- Komplet mollerin %15 civarında invazyon ve daha az oranda (%5) metastaz riski vardır.
- Bu durum aşırı büyük uterus varlığında, 6cm'den büyük teka lutein kisti varlığında ve 100.000 mIU/mL üzerinde hCG varlığında daha olasıdır (sırasıyla %37'e %8.8).
- Yukarıdaki kriterlere 40'ın üzerinde yaşta eklenince postmolar GTN ihtimali için yüksek risk kriterleri tamamlanmış olur.
- Komplet mollerin neredeyse tamamında p57 negatif tespit edilir.

Klinik ve Komplikasyonlar

- Trofoblastik proliferasyon tipiktir; fokal ya da diffüz olabilir (Berek diffüz diyor). TUS 2022
- Parsiyel molde bu proliferasyon fokal ve minimaldir.
- Komplet hidatiform en sık kanama ile kliniğe prezente olur.
- 2.sırada en sık karşılaşılan durum uterusun aşırı büyümesidir ve bunuda teka lutein kistlerinin varlığı takip eder. (2018-12)
- Teka lutein kistleri genelde bilateral ve multilokülerdir.
- hCG ve prolaktin artışı ile ilişkili olduğu düşünülür.
- Molun boşaltılmasını takiben 2 ila 4 aylık sürede kaybolması beklenir.
- Komplet hidatiform varlığında preeklampsi ihtimali neredeyse %30'lara ulaşmıştır ve preeklampsi ile karşılaşmayı beklediğimiz 20 haftadan daha önce oluşabilir.
- hCG düzeyleri ile preeklampsi insidansı koreledir.
- Komplet molde; hiperemezis gravidarum ve hipertirodizm gibi durumların insidansı da artmıştır.
- Hipertiroidi tanısı artmış serbest T4 ve T3 ölçümleri ile konur.
- Tiroid fırtınası ise atrial fibrilasyon, deliryum, konvülsiyonlar ve yüksek outputlu kalp yetmezliği ya da kardiyovasküler kollaps ile bulgu verebilir; bu hastalara beta bloker tedavisi verilmelidir.
- Tüm komplet mol komplikasyonları arasında oranı en az artan ise trofoblastik embolidir.
- Trofoblastik emboli molun boşaltılması sonrası göğüs ağrısı, dispne, taşikardi ve taşipne ile bulgu verir.
- Tedavide 3 gün boyunca kardiyovasküler destek sağlanılır ve böylece semptomlar kaybolur.
- Bazı durumlarda komplet mol tekrarlayabilir.
- Bu durumun maternal TLkromozom ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.
- Ailesel tekrarlayan mol gebelikte NLRP7 gen mutasyonu ile kuvvetli bağlantı bildirilmiştir.

Parsiyel mol hidatiform;

- Embriyonun ya da fetal dokuların varlığı, fokal ödem ve atipi içeren ya da içermeyen fokal trofoblastik hiperplazi ile seyreden en çok 69XXY kromozomu saptanabilen mol hidatiform çeşididir.
- Fetal doku vardır çünkü hidropik villüsler bu kez vaskülerdir.
- Belirgin villoz kümeleşme ve trofoblastik stromal invazyon vardır ve bu özelliklerin komplet molde olmayışı değerlidir.
- Kromozomal yapıda maternal orijinde bulunmasıdır ancak ekstra haploid kromozom genellikle paternal kaynaklıdır.
- Genelde ovum iki sperme maruz kalmıştır (dispermi).
- Maternal orijin olduğundan dolayı p57 pozitif tespit edilebilir.
- p57 özellikle erken dönemde komplet ve parsiyel mol ayırımında kullanılabilir.
- Komplikasyonlar genellikle komplet molderden daha azdır ve yine daha az persiste eder (%2-4).
- Persistansı işaret eden yüksek risk kriterleri net değildir.
- Hipertiroidizm ve trofoblastik emboli neredeyse hiç görülmez; yine teka lutein kistleri çok azdır ya da yoktur.
- Hasta kliniğe kanama dışında daha çok missed abort ya da inkomplet abort ile başvurur.
- Bu durumların görülmediği ve fetüsün mevcut olduğu parsiyel molde IUGR ve fetal malformasyon insidansı artmıştır.
- Ultrason komplet mol tanısında güvenilir bir belirteçtir (İsviçre peyniri görüntüsü) ancak parsiyel molde katkısı daha sınırlıdır.
- Gestasyonel kesenin transvers çapındaki artış ve plasentadaki kistik alanlar parsiyel mol tanısını ultrasonografik olarak destekleyebilir.

