



2026 TUS İLKBAHAR REFERANSLARIMIZ

TUSMER ANLATTI, TUS'TA SORULDU!

KADIN DOĞUM
KADIN DOĞUM

*Bizimle hazırlan,
farkı yaşa!*



tusmer.tus



tusmer.tus



tusmer.com

da distalde yer alırlar.

- Operatif vajinal doğum sonucunda oluşabilirler.

Doğum yolu laserasyonlarında derecelendirilme;

Doğum yolu laserasyonları

- 1. derece laserasyon**
 - Deni ve mukozalar yırtılmış, kas ve bağlar sağlamdır.
- 2. derece laserasyon**
 - Deni ve mukozalarda birike kas ve bağlar da yırtılmıştır.
 - Epizyotomi bir ikinci derece cerrahi kesidir.
- 3. derece laserasyon**
 - Laserasyon anal sfinkteri içine alacak kadar uzanmıştır.
- 4. derece laserasyon**
 - Laserasyon rektum mukozasına içine alacak kadar ilerlemiştir.
 - Tedavisinde overlapping yöntemi tercih edilir (dokular karşıya olan dokuya dikilir; mukoz mukozaya dikilir gibi).

3. ve 4. Derece yırtıklarda predispozizan faktörler;

- Zor doğum,
- Makrozomik bebeğin doğumu,
- Operatif doğum ve epizyotomi (medyan)
- Utun ya da hızlı eylem
- Nulliparite
- Persiste oksiput posterior geliş
- Ayağı vki
- Kısa perineal uzunluk
 - Ritgen ile 3. 4. derece yırtık olasılığı ARTMAZ!
 - Epidural analjezi 3. ve 4. derece yırtıklar için katman konuyucudur.

Servikal Laserasyonlar; (2018-T1)

- Servikal süperfiyel laserasyonları yakın gözlem ile vajinal doğumların yarısından fazlasında görülür.
- Çoğunluğu 0.5 cm'den küçüktür, nadiren tedavi gerektirir.
- 1-2 cm'e kadar olan servikal laserasyonlar kanamadan önce tamir edilmezler.

Uterus rüptürü;

- Primer olarak önceden intakt ya da skizur uterus ya da sekonder olarak önceden var olan insizyon, yaralanma ya da myometrium anomalisine bağlı olur.
- H/S septum rezeksiyonu risk faktörü (2003-Y2)



KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

Uterus rüptürü nedenleri

Önceden var olan Uterus hasarı / Anomali	Bu gebelikte Uterus hasarı / Anomali
Myometrikuma ilgili cerrahi <ul style="list-style-type: none"> • Sezaryen doğum ya da histerektomi • Önceden uterus rüptür tamiri • Endometriyal kaviteye ulaşan myometromi insizyonu • Enteral fallop tüpünün derin konyal rezeksiyonu • Metroplast Tesadülili uterin travma <ul style="list-style-type: none"> • Cerrahi müdahaleli abort (keskin ya da suction küret) • Keskin ya da künt travma (teçevüz, araç kazası, silahlı / bıçaklı yaralanma) • Önceki gebelikte seziz rüptür Konjenital <ul style="list-style-type: none"> • Uterin rüptürü koru gebelik • Baş obstrüksiyon hastalıkları (Marian / Ehlers - Danolot) 	Doğumdan önce <ul style="list-style-type: none"> • Persiste, yoğun, spontan kontraksiyonlar • Doğum indüksiyonu (oksitosin / prostaglandin) • İntraamniotik insizasyon (salin / prostaglandin) • İnternal uterin basınç kateteri ile perforasyon • Keskin ve künt travmalar • Eksternal versiyon • Uterus aşırı distansiyon (polihidramnios / çoğul gebelik) Doğum sırasında <ul style="list-style-type: none"> • İkizde ikinci bebeğin internal versiyonu • Zor forseps doğum • Doğum sırasında şiddetli uterus basıncı • Plazentanın elle çıkarılmasında zorluk • Hızlı travay ve doğum • Makat doğum • Alt segmenti geçen fetal anomali Edinsel <ul style="list-style-type: none"> • Plazental akreta sendromları • GTN • Adenomyozis • Retroverti hapsoilmiş uterusun sekkülasyonu

• Uterin rüptürün en sık sebebi sezaryen doğumdur. (2015-T2)

Önceki insizyon	Rüptür Riski (%)
Klinik insizyon	2-9
T-shaped keşi	4-9
Low-vertikal insizyon	1-7
1 kez alt transvers keşi	0.2-0.9
1'den çok alt transvers keşi	0.9-1.8
Önceki preten sezaryen doğum	Riski artıp azalır konusudur
Uterin rüptür bükülmesi	
Alt segment rüptür	2-6
Üst segment rüptür	9-32

• Travay sırasında maternal ağrının birden kaybolması ve supede önde gelen fetal kalbin daha günde palpasyonu rüptür akta getire.

• Uterin rüptürde fetal kalp abimlerinden önce **variable deselerasyon** (2005-T2) sonra geç deselerasyon ve en son olarak da bradikardi gelişir.

Fetus için daha tehlikelidir...

Dekolman plaseenta;

- Doğumdan önce plaseantanın bir kısmının ya da tamamının implantasyon alanından ayrılması olarak tanımlanır.
- Çoğu vakada **ani kaza kliniğini** karakterize etmektedir.
- Dekolman desidual spiral arter rüptürü ile başlat, retroplaseental hematoma olarak yayılır.
- Erken dönemde klinik semptomlar yoktur.
- **Devidus bezelleste kanama** başlar.

Soru No: 94

Regülasyonun mekanizmasını tanımlayınız. (10 puan)

- A) Progesteron
- B) Östrojen
- C) Progesteron ve Östrojen
- D) Progesteron ve LH
- E) Progesteron ve GnRH

Palm-Coein sınıflaması



Soru No: 95

1. Akut pelvik inflamatuvar enfeksiyon (PID) tanısında aşağıdaki bulguların hangisi en spesifikdir?
2. Akut pelvik inflamatuvar enfeksiyon (PID) tanısında aşağıdaki bulguların hangisi en spesifikdir?
3. Akut pelvik inflamatuvar enfeksiyon (PID) tanısında aşağıdaki bulguların hangisi en spesifikdir?

Tubo-ovaryan abses (TOA) tanısında aşağıdaki bulguların hangisi en spesifikdir?

- A) Akut pelvik ağrı
- B) Akut serviksiti
- C) Akut vajinit
- D) Akut endometrit
- E) Akut salpingit

- Infertilite önemli bir sorun ve hem akut hem de subakut PID'de eşi sıklıkta olabiliyor (ama klamidy daha sık görülüyor).
- Infertilite oranı doğrudan akut pelvik enfeksiyon ataklarının sayısı ve ağırlık ciddiyeti ile ilişkilidir.

Özge tıbbi history ile bulgular korak olamaz.

TOA

- TOA en ciddi PID durumdur.
- Tuba ve overleri kapsayan tuba-ovaryan kompleks, doku planı kaybolmuş over-tuba ayrışmalarına tuba-ovaryan abses olarak isimlendirilir.
- Tanıda ilk ultrason ikinci olarak BT tercih edilir.
- Akut batın ve asemptomatik bulgular yapılmaz.
- Peritonun drenaj antibiyotik bakımı altında ilk tedavi seçeneği olarak tercih edilebilir.

Tubo-ovaryan Abses (2022 - T1)

- En ağır PID tablosudur ve sıklıkla rekürens enfeksiyon sonucu oluşur. En sık klinik ağrı.
- Ruptür, önemli bir komplikasyondur ve akut batın tablosu meydana gelir.
- Ruptüre alınmış olgularda antibiyotik tedavi ve drenaj ilk seçenek, ruptüre olgularda ise antibiyotik bakımı altında cerrahi tedavi önerilir. Olgun, hepatosplenomegalide ve progresyonda kesin cerrahi endikasyonlardır.



Aktinomyces (2022-T2)

- Üst genital sistem enfeksiyonunun nadir nedeni.
- Actinomyces izozeti, kültürü zor olan gram-pozitif bir anaerobik bakteridir.
 - Histopatolojik olarak kükürt granülleri ile tanınır.
- Herhang bir servikal ameliyat sonrasında tanımlanması antibiyotik tedavi veya FIA çıkarılması gerektirir.
- Bir TOA'da Actinomyces varsa 12 hafta boyunca oral penisilin, doksisiklin veya bir forankolin alınması gerekir.

Pelvik Tüberküloz

- Akut PID'ye rutin ab ile cevap vermeyen kadınlarda bu durumdan şüphelenilmelidir.
- Tüberküloz, bir kronik PID ve infertilite nedeni.
- Pelvik tüberküloz, Mycobacterium tuberculosis veya Mycobacterium bovis tarafından üretilir ve genelde primer enfeksiyon Akciğer.
 - Hematojen yolla en çok tipe gelir.
- En sık fallop tüp (2004-T1), uterusu 2. sıklıkta tutar ve AUK'da yapabilir.
- Bazı bilateral adneksiyal kitle olabilir.

Kazık dejenerasyon demir hastalıklarıdır.

GENİTAL ÜLSERLER (2006-T1, 2017-T2)

- Herpes (en sık) (2014-T2)
- Sifiliz (ilk akarte edilmesi gerektirir)
- Haemophilus ducreyi'nin sebep olduğu chancroid, (2006-T2)
- Klamidyenin sebep olduğu lenfogranuloma venereum
- Ketsosolanın neden olduğu granuloma inguinale

HSV insidansı hepazda artar.

- Genital ülsere ile bağlanan her hastada:
 - Kararlık safte mikroskopik inceleme,
 - Treponema pallidum için direkt immüno floresan test veya PCR
 - HSV (PCR'da kabul edilebilir) ve Haemophilus ducreyi için NAAT istenmelidir.

HSV

- En sık DNA virüsü
- Erkeklerde oran kızların yaklaşık % 80, erkeklerde oranların farkında değildir.
- Sıklıkta primer enfeksiyon 7. ve 11. günlerde ilk yapılan vulvar ağrı, kaşıntı ve akıntı semptomlarına sebep olur.
 - Semptomlar ortalama 15 gün devam eder.

Soru No: 96

Soru No: 96

Miyer-Hausner-Meyer Sendromu (Miyer-Hausner-Meyer sendromu) nedir? Bu sendromda aşağıdakilerden hangisinin gelişmesi beklenir?

- A) Amenore
- B) 45,XO karyotipi
- C) Primeriyer overin aplazisi
- D) Hipofiz adenom
- E) Normal meme gelişimi

Sayfa 384

ORJAT

- Turner'da zeka gelişimi normaldir.
- Turner ve Sheyde pube-akiler tulerına tıfıl ya da yoktur.
- Turner ve Sheyde meme gelişimi yoktur.
- Sheyde normal boyda olan Turner'da en sık görülen durum löy kromogöçür.

Kadın iç genital organları



Müllerian agenezi (RKM sendromu)

- Karyotip 46 XX
- Fenotip (diş genital) kadın
 - KÖR VAJEN (diş 1/3 alt)
 - İç genital ise YOK
- Ovarlar normal
- **Rokitansky-Küster-Hausner-Meyer Sendromu (2018-T2):** Müller kanalının agenezine ek olarak ekokite ektoptik böbrek veya böbrek aplazisi ve iskelet sistemi deformiteleri de gözlenir.
- **Klippel-Feil Sendromu:** Müllerian aplaziyeye eşlik eden servikal vertebra füzyonu ve orta kulağın anomali bulunur.
- **Wester Sendromu:** Vajinal atresi, ortakulak anomali ve renal agenezi görülür.



INTERSEKSÜALİTE (HERMAFRODİZM)

1. Gerçek hermafroditizm: Over ve testis gelişiminin birarada olması
2. Pseudohermatrodizim
 - Erkek pseudo hermafroditizm: Testis varlığında genital gelişimin diş tipinde olması
 - Diş pseudo hermafroditizm: Over varlığında genital gelişimin maskülinize karakter göstermesi için kullanılır.

Seksüel gelişim anomalileri/Ambiguous Genitalia

- Gerçek %10 hermafroditizm
- Pseudo %90 hermafroditizm
- Yeni doğanda cinsiyet ayrımı yapılamadığında en sık ne-KAH!
- Diş genital organlardaki belirsizlik



GERÇEK HERMAFRODİZM (2014-T2)

- Gerçek hermafroditizm son derece nadir görülür.
 - Etiyolojide kromozomal bozukluklar rol oynamaktadır.
 - XX, XY ve mozaik genotip gözlenebilir.
- Ovaries (over+testis) en sık görülen çekildir. Bir tarafta over, diğer tarafta testis de gözlenebilir.
- Diş genitaler belirgindir (erkek dominant).
- Genellikle belirli düzeyde meme gelişimi olur. Oğulların 20'ünde menstrüasyon gözlenirken, XY genotipi olan oğullarda menstrüasyon olmaz.

Adet gören (46XX ise) memeli erkek gibi hareketler olabilir.

Diş pseudohermafroditizm

- A. Kah
- B. Eksojen veya Endojen Androjen
 - a. Maternal androjenik ilaç alımı
 - b. Maternal androjenik tümör
 - c. Gebelik kütoması
 - d. Adrenal androjenik tümör

Soru No: 97

1. ...
2. ...
3. ...

...
...
...

- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...

Rekürren gebelik kayıplarında 3 temel tetkik istenilir;

- **1)** Antifosfolipid sendromu için antikardiyolipin, lupus antikoagülan ve anti beta-2 glikoprotein-1 antikorları
- **2)** Parental karyotip
- **3)** **Bulgu varsa** maternal TSH (hatta otoimmün antikorlar) ve **PRL, HgA1c**
- **4)** Uterin anomaliler için HSG (histerosalpingografi) veya sonohisterografi
- Psikolojik desteğin de tedavide yeri vardır.

- RGK etiyojisi araştırılırken; over rezerv testleri, **trombofili**, Noyes kriterleri, antikorlar, enfeksiyonlar **temelde istenmez**.
- RGK olanlarda preimplantasyon genetik tanı halihazırda **önerilmemektedir**.
- RGK'da konsepsiyon ürününün kromozom analizi ve trombosit sayısı bakılması da **faydası kesin olarak kanıtlanmamış** testlerdir.
- **ANA**, parenteral HLA, lenfosit kültürü, sitokinler ve antiparenteral sitotoksik antikör (**2015-T2**), Romatoid faktör (**2000-T2**) tanıda **tamamen anlamsız** testlerdir.

Soru No: 98

Soru No: 98

1. Endometriyal hiperplastide, hiperplastik endometriumun histolojik olarak sınıflandırılması aşağıdaki gibidir.

2. Endometriyal hiperplastide, hiperplastik endometriumun histolojik olarak sınıflandırılması aşağıdaki gibidir.

3. Endometriyal hiperplastide, hiperplastik endometriumun histolojik olarak sınıflandırılması aşağıdaki gibidir.

Doğru Cevap: D

Yanlış Cevaplar: A, B, C, E

Sayfa 429



Endometriyal Hiperplastik

- İyi sınırlı: Fonksiyonel (nadir) → bazal (alt 1/2)
- Prolifasyon ve sekresyon fonksiyonel tabakada gerçekleşir.

UTERUS

Proliferatif Dönem

- Glandüler + stromal mitoz
- DNA sentezi
- Glander uzayıp kıvrılır
- Östrojen hakim
- Epitelial bezler prizmatik epitelizim pseudostratifiye hale gelir.
- Tüm ölümlü beşerli gland, stroma ve endotel proliferer olur.
- Siler ve mikrovillus hücre arası 7-8 günde biter.

Sekresuar Dönem

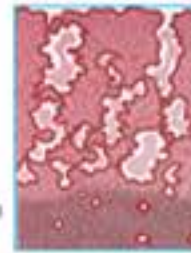
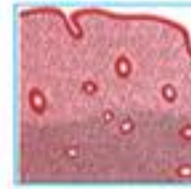
- Progesteron hakim.
- DNA sentezi ve glandüler mitoz durur.
- E2 mi azalma ezilir.
- E2'nin E1'e dönüşü uyarılır
- Stromal elementler proliferasyona devam eder. (Fibrinolitik proliferasyonu olur)
- Endometriyal katman bu dönemde fazla bir değişiklik olmaz, kalınlık 8-9 mm dir

Önemli !!!

- Ovaryumun iki histolojik bulgusu subküler intraepitelial glanşiyonik hücrelerdir.
- Ovaryumun en güzel göstergesi medulla döneminde bulunan progesteron miktar (> 3) 000-700
- Östrojen ve progesteron yapıda sekresyon olur. Testere deyi görünür.
- Sekresyonunda tepsi noktası postvasküler 7. günde ulaşılır.
- Endometriyal bu dönemde fazla bir değişiklik olmaz, kalınlık 8-9 mm dir. → En kalın olduğu dönem
- Anız eritemen fibrinöz okumu implantasyonu ve gebeliğin erken döneminin devasını sağlar.

İmplantasyon Fazı (yaklaşık 21 gün + ovulasyon sonrası 7 gün)

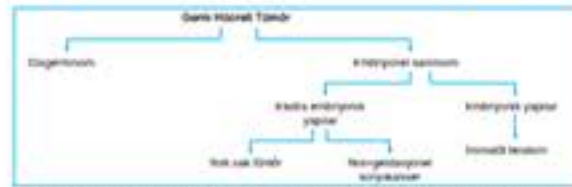
- En belirgin özellik stromal ödem.
 - P₂ artışı ile kapiller geçirirliği artması sonucu olur.
 - Sıklıkla 21. güne kadar yani postovulasyon 7 güne kadar stromada ödem yok. ***
- Mucun E ve P azalır.
- Bu dönemde implantasyon ve plasantasyon immunoprotektif rolü olur "K" hücre verile granüller ortaya çıkar.
- Bu dönemden sonra stromal hücrelerde desmektalizasyon olur.
- Eğer gebelik oluşmazsa intermediyer beta-HCG korpus luteum üzerine LH gibi etki ederek prog. üretiminin devasını sağlar.
- Eğer gebelik oluşmazsa CL yazın süresini dolmasıyla FSH fazı sonuna doğru bir sonraki siklus için atresya biter.



Soru No: 100

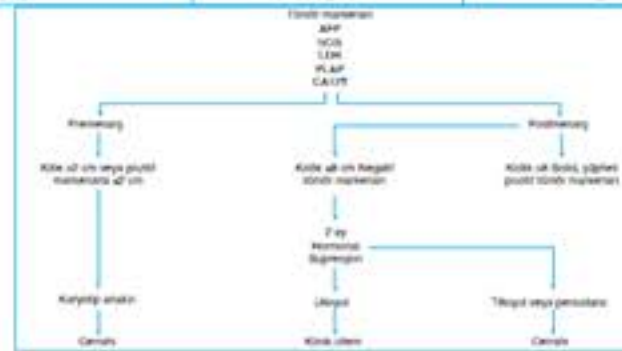
Konu: GERM HÜCRELİ TÜMÖRLERİN TANISI VE KLİNİK İZLENİMLERİ (100)

- 1) AFP – Disgerminoma izlenim
- 2) AFP – Embryyonel karsinom izlenim
- 3) AFP – Yolk sak tümörü izlenim
- 4) AFP – Immatür teratom izlenim
- 5) AFP – Korykarsinom izlenim
- 6) AFP – Embryonel karsinom izlenim



- Disgerminoma ve matür-immatür teratomlar germ hücreli tümörlerin büyük yüzdesini oluşturmaz.
- Disgerminomların diferansiyasyon potansiyelleri azdır, ilkel tümörlerdir. Embryonel karsinomların ise diferansiyasyon kapasiteleri daha fazladır. Bu izyon diğer bazı ekstraembryonik (yolk sak tümörü, korykarsinom) veya embryonik (teratom) germ hücreli tümörlerin habercisidir. Diferansiyasyon süreci dinamiktir.

Tümör Türü/Kategori	AFP	hCG
Disgerminom	-	+
Yolk sak tümör	+	-
İmmatür teratom	+	-
Korykarsinom	-	+
Embryonel karsinom	+	+
Mikst germ hücreli tümör	+	+
Polenbriyoma	+	+



- Germ hücreli over kanserleri
- Germ hücreli tümörlerden sadece %12, disgerminom %5-10; immatür teratom %2-5 ilkel ve bilateral olabildiği diğer germ hücreli tümörlerin iki taraflı olma ihtimali çok azdır.

Disgerminom

- Seminomun karşılığı
- En sık germ (Wilms'in terdidi)
- En sık bil germ
- PLAP, LDH +
- Gebelik/anomal gonad
- LN yayılımı / RT'ye duyarlı
- Tbc ile karışır
- Pub.prekoks/
- Vrilizasyon

- Tüm germ hücreli tümörlerin yaklaşık 1/3'ük kısmını oluşturmaz.
- %75'i 20-30 yaş arasında ortaya çıkan gebelik ve anormal gonada en çok ilişkili over tümörüdür. (2003-T1, 2004-T2, 2010-T2, 2023-Y2)
- En sık görülen malign germ hücreli tümördür.
- Benign olan gonadoblastomdan gelir.