

I- Hastaya yaklaşıım

II- Klinik sorunlara yaklaşım

1 - Hastaya yaklaşım;

İlk basamak bilgi toplamadır. Bu işlem aynı zamanda veri tabanı oluşturma olarak kabul edilebilir. Bu basamakta sırası ile;

- Hikaye alınması
- Fizik muayene
- Laboratuvar araştırmaları
- Özel değerlendirmeler, (Ürodinamik ve/veya görüntüleme testleri)

Bunların içerisinde en önemli olanı Hikaye alınması oluşturmaktadır. Hikaye alınmasında kişinin kararlılık, duygusallık ve abartılı bir yaklaşımdan uzak durmak çok önemlidir. Bir çok klinisyen hikaye alınmasında GPAY sistemini kullanmaktadır. G= gravida sayısı, P= partus sayısı, A= Abortus sayısı ve şekli, Y= yaşayan bebek şeklinde tanımlanabilir. Bu kısaltmalara ilave olarak NSD: normal spontan doğum, C section: sezaryen operasyonu, D&C gibi tanımlamalar kullanılarak hikaye alınması zenginleşebilir.

a. Hikaye

1.Temel bilgiler:

a. Yaş: Yaş bazı riskli durumları belirlemede önemli bir işaret olması nedeniyle Kadın hastalıkları ve doğum klinik uygulamalarında çok büyük önem taşır. Gebelerin 17 yaşın altında ve 35 yaş üzerinde olması erken doğum, preeklampsia veya düşük risklerinin artmasına neden olmaktadır.

b.Gravidite: Geçmiş gebelikler, devam eden gebelik, düşüklükler, dış gebelikler dahil olmak üzere bütün gebeliklerin sayısını ifade eder.

c.Parite: Gebelik süresi 20 hafta üzeri olan gebeliklerin sayısını tanımlar.

d.Abortus: Gebelik süresi 20 haftadan önce olan (ektopik gebelik, indüklenmiş düşüklükler ve spontan düşüklükler)

2.Son adet tarihi (SAT):

Gebelik haftasının tayininde önem taşımaktadır. Tahmini gebelik yaşı (TGY) Ultrason veya son adet tarihinden hesaplanır. Beklenen doğum tarihini hesaplamadan en pratik yolu, son adet tarihinden 3 ay çıkartmak ve son adet tarihinin ilk gününe 7 gün eklemektir. Ovulasyon tarihindeki değişikliklere bağlı bu yöntem kesin doğuruyı vermeyebilir.

Olgunun son gördüğü adet kanamasının ilk günü son adet tarihi olarak tanımlanmaktadır.

3. Başvuru nedeni ?

Hasta hastaneye ne şekilde gelmektedir. Randevü alarak veya beklenmeyen bir nedenle mi başvurmuştur. Anı başlayan karın ağrısı veya vajinal kanama önemli bir beklenmeyen patolojinin habercisi olabilir. Yakınmanın ortaya çıkışı, eşlik eden semptomları, anı artış veya azalmaların ne şekilde olduğu sorgulanmalıdır. Başvuruya neden olan esas yakınma aynı zamanda ayıncı tanıda önemli olan anahtar oluşturarak ileri araştırmayı gerekli kılabilir. Örneğin; postmenopozal kanama ile başvuran hastada ilk akla gelen Endometriyal kanser olasılığıdır. Bununla beraber hipertansiyon, diyabet, anovulasyon, erken menarş, geç menopoz, obezite, infertilite, nulliparite ve diğer bir çok risk faktörleri düşünülerek hasta ele alınmalıdır.

Obstetrik başvuruda sırası ile yaş, gravidite, parite, Son Adet Tarihi(SAT), Tahmini gebelik haftası ve başvuru yakınması mutlaka sorgulanmalıdır. Örnek: 32 yaşında, G:3, P:2, A: 1 Y:2, SAT: 02-Nisan ve gebelik haftası 32 hft olan, aşağı abdomen krampları ile başvuran hasta.

4. Jinekolojik hikayesi;

a. Menstruasyon hikayesi

- İlk adet yaşı (9 yaşın üzerinde ve 16 yaşın altında olması gerekmektedir)
- Menstrüel siklusun karakteri: Menstruasyon kanamasının başından takip eden kanamanın ilk gününe kadar geçen süre (normali 28+/- 7 gün olarak) 21 ve 35 gün arası kabul edilir.
- Menses süresi 7 günden az ve miktarı total 80ml altında olması gerekir. Kanama miktarı fazla olursa menorajiden söz edilir.
- Düzensiz ve fazla kanama menometroraji

b. Kontrasepsiyon hikayesi: Süresi, cinsi ve en son kontrasepsiyon kullanımı, oluşan yan etkileri varsa sorgulanmalıdır.

c. Cinsel temasla bulaşan hastalıklar: Herpes simpleks virusu, Sifiliz, Gonore, Klamydia, HIV (human immunodeficiency virus), Pelvik enflamatuvar hastalık ve HPV (human papilloma virüs) gibi enfeksiyonlara ait özgeçmiş araştırılması gerekir. Cinsel hayatın enfeksiyonlar açısından etik kavram ve prensipler içerisinde sorgulanması gerekir.

5. Obstetrik hikaye:

Gebelik sonlandırmalarının haftası, nedeni ve sonuçlarının öğrenilmesi, doğumların spontan, indüklenmiş olması ve vajinal veya abdominal yoldan oluşmasının kayıt altına alınması gereklidir. Doğumlarda normal dışı, vakum veya forceps uygulanması, sezaryen operasyonu uygulandığında insizyon şeklinin kayıta geçilmesi gerekir. Normal veya operatif doğumlarda oluşan komplikasyonların sorgulanması ve gelecekte ki gebeliklere yardımcı olması açısından kayıtlara geçirilmesi gereklidir.

6. Geçmişte oluşan sistemik hastalıklar:

Hipertansiyon, hepatit, diyabet, kanser, kalp, akciğer ve tiroid hastalıklarının sorgulanması gerekir. Hastalıklar ile ilgili kullanılan ilaçlar, hastane yatışları ve gördükleri tedaviler sorgulanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

7. Geçmiş cerrahi hikayesi:

Geçirilmiş cerrahi işlemlerin tarih ve cins olarak araştırılması ve oluşan komplikasyonların tespit edilmesi gerekir. Uygulanan insizyon şeklinin (Laparoskopi, laparotomi) ve cinsinin araştırılması gerekir.

8. Alerjik reaksiyonlar:

İlaç etkileşimleri tedavi ile bağlantıları ve ağırlık derecesi (hafif kızarıklıktan solunum güçlüğüne) kayıt altına alınmalıdır. İlaç olmayan lateks veya iodyene alerjilerinin tespit edilmesi gerekir. Acil ve ani oluşan reaksiyonlarla, yan etki ve komplikasyonların ayırt edilmesi gerekir.

9. Medikasyonlar:

Medikal tedavilerde kullanılan ilaçların dozları, frekansları ve kullanım süreleri tespit edilmelidir. Bitkisel ve ilaç kodeksi dışında kullanılan, alışkanlık yapan bütün kimyasal ajanların sorgulanması gerekir. Buların içerisinde sigara alkol gibi alışkanlık yapan maddelerin tespit edilmesi gerekmektedir.

10. Sistemlerin sorgulanması:

Sistemik hastalıkların sıklıkla obstetrik hastalarla bağlantılı olan tipleri üzerinde bulunması yerinde olur. Gebe bir kadında baş ağrısı, görme bozukluğu, epigastrik ağrı veya yüzde şişme gibi bulguların altında preeklampsik patolojinin olabileceği düşünülerek özellikler dikkat edilmesi gerekmektedir. Özellikle 20 hafta ve üzeri olan gebelerde preeklampsi erken bulguları çok önemli yer işgal eder. İleri yaşta olan bir kadın hastada kalp hastalığını düşündürecek göğüs ağrısı, nefes darlığı, halsizlik, güçsüzlük veya çarpıntı yakınmaları tespit edilmelidir.

FİZİK MUAYENE

1. **Genel görüntü:** kaşektik, iyi beslenmiş, anksiyete, sakin, uyanık veya durgun gibi öğeleri kayıt etmek gerekir.
2. **Vital bulgular:** Vucut ısısı, kan basıncı, kalb ve solunum hızı ölçülmesi gerekir. Boy ve kilo burada kayıt edilir.
3. **Baş boyun muayenesi:** Travma bulguları, tümör, yüzde ödem, guatr goiter and karotid üfürümleri, servikal

ve supraservikal lenf nodlarının palpasyonları önemlidir.

4. **Meme muayeneleri:** Simetrik yerleşimin, cilt veya meme başında çekilmeler hastanın elleri kalçasında duracak şekilde ve kollar baş hizasına gelecek şekilde muayene yapılır. Hasta yatar şekilde meme dokusu palpe edilerek kitle araştırılması gerekir. Meme başları akıntı açısından değerlendirilerek, aksiler ve supraklavikuler lenfadenopatiler mutlaka kontrole edilmelidir.

5. **Kalp muayenesi:** Kalp tepe atımı ve ritim şekli detaylı olarak dinlenmesi gerekmektedir. Kalp sesleri, üfürümleri, ve kapak sesleri iyi değerlendirilmelidir. Sistolik üfürümler gebe kadınlarda cardiac output artışına bağlı olarak çıkabilir. Diastolik üfürümler ise gebelikte nadir olarak görülür.

6. **Pulmoner muayene:** Akciğer alanlarının sistematik ve detaylı olarak incelenmesi gerekmektedir. Raller, ronkus ve ıslık tarzında (wheezing) şeklinde oluşan seslerin iyi değerlendirilmesi gerekir.

7. **Abdominal muayene:** Abdomen skar oluşumları, distansiyon, kitle ve organ büyümesi, renk değişikliği açısından değerlendirilmelidir. Kalça ve kostaların bitimindeki alanda renk değişikliği intraabdominal veya retroperitoneal kanamayı düşündürülebilir. Barsak seslerinin dinlenmesi motilite ve barsak fonksiyonu hakkında bilgi verebilir. Ascite muayenesi açısından batin perküsyonu yararlı olacaktır. Perküsyonu takiben yapılan palpasyon ağrılı alanın dışından başlamalı ve kitle, hassasiyet ve peritoneal bulgular açısından değerlendirilmelidir. Hassasiyet 1 - 4 arasında değerlendirilmeli, 4 en ağır şekli olarak kaydedilmelidir. Palpasyon esnasında istemli veya istemsiz kasılmalar dikkate alınmalıdır.

8. **Bel ve sırt muayenesi:** Sırt simetri, hassasiyet ve kitle açısından değerlendirilmelidir. Böbrek lojlarına uyan alanlarda uygulanan perküsyona karşılık oluşan ağrı renal patoloji işareti olabilir.

9. Pelvik Muayene;

a. **Eksternal genitalia** kitle veya lezyon, renk değişikliği, kızarıklık ve hassasiyet açısından değerlendirilmelidir. Bu alanda oluşan ülserler (herpes simpleks), vulvar karsinoma, sifiliz gibi patolojileri düşündürmelidir. Vulva da saat 5 ve 7 hizalarında Bartholin kisti veya apsesi sıklıkla rastlanır. Özellikle Bartholin apsesi acil şartlarda ileri derecede ağrılı olarak başvurabilir. Genital bölgenin dış yüzeyinde pigmente, renk değişikliği ile seyreden yapılarda mutlaka biopsi alınmalıdır. Bu bölgede önemli bir deri kanseri türü olan malign melanom sık görülebilir.

b. Spekulum Muayenesi;

Vagina akıntı, atrofik değişiklikler (rugae kaybı gibi), sistosel, rektosel açısından değerlendirilmelidir. Serviks görüntüsü, erozyon, ektropiyon ve vesiküller açısından değerlendirilmelidir.

c. **Bimanual Muayene:** Başlangıç olarak işaret parmağı ve orta parmak serviks hissederek ve tartar tarzda vaginal apekse yerleştirilerek ve diğer el batına konarak Uterine fundusu hissetmeye ve vagina içerisinde ki parmaklar arasında palpe ederek değerlendirmeye çalışır. Bimanual palpasyon esnasında serviks hareketlerinin karakteri (ağrılı ve hassas oluşu gibi) şekli, büyüklüğü ve aksı çok önemlidir. Uterusun büyüklüğü, şekli, kıvamı ve pelvis boşluğu içerisinde ki situs önemlidir. (Antevert, Retrovert, Antefleks veya Retrofleks oluşu gibi).

Adneksler lateral vaginal fornikslerden palpe edilebilir. Normal üreme çağındaki bir kadın da overler ceviz büyüklüğünü geçmeyecek şekilde palpe edilmelidir.

d. Rektal Muayene:

Posterior pelvis boşluğunda yer alan kitlelerin palpasyonu ve gaitada gizli kan araştırmasında değer taşır. Dismenore yakınması olan olgularda uterosakral nodularite palpasyonu ve Endometriozis ön tanısı açısından önem taşıyabilir. Özellikler pelvik kitleli olan ve 50 yaş üzeri postmenapozal kadınların muayenesinde önemlidir.

a.Prenatal laboratuvar testleri:

i.Tam kan tetkiki, anemi ve trombositopeni açısından önemlidir.

ii. Kan grubu ve Rh tayini.Özellikle Rh negatif anne adaylarında antikor tetkiki son derece önem taşır. Rh(+) anne adaylarında koruyucu hekimlik açısından 28 haftada ve kordan kanı pozitif olan bebeklerde, annelere doğumu takiben ilk 3 gün içerisinde yapılması gereklidir.

iii. Hepatit B surface antijen (HBsAg): Anne adayının enfekte olduğunu gösterir.Doğumda yeni doğana hepatit B immün globulin(HBIG) ve hepatit B aşısı hemen uygulanmalı ve neonatal hepatit enfeksiyonuna karşı korunma sağlanmalıdır.

iv. Rubella titrasyonu: Anne Rubella enfeksiyonuna karşı bağışık değil ise postpartum hemen aşılanmalıdır. Bu aşı canlı aşı olması nedeni ile gebelik esnasında yapılması uygun değildir.

v. Syphilis nontreponemal test (RPR [rapid plasma reagin] veya VDRL

[venereal disease research laboratory]): Pozitif test gelmesi halinde MHATP(treponema pallidum antikor tayini için mikrohemaagglutinasyon) testi veya FTA-ABS (fluorescent treponema antikor absorpsiyon) testi teyid amaçlı yapılması gerekir.Kongenital sifiliz tedavisi için gebelikte tedavi son derece önemlidir. Penisilin grubu birinci tercih olarak kabul edilmekle beraber alerjik reaksiyonları olanların, gebelikte desensitize olacağı düşünülerek Penisilin kullanılabileceği hatırlanmalıdır.

vi. Human immunodeficiency virus test: ELISA en önemli tarama yöntemi olarak kabul edilmektedir. Pozitif geldiği hallerde Western Blot testi ile sağlaması gerekmektedir.

vii. İdrar analizi ve kültürü: Asemptomatik bakteriyüri tanısında önem taşır.Gebelik komplikasyonları açısından %6-%8 oranında önemli bir dilimi teşkil etmektedir.

viii. Pap smear: Servikal displazi ve kanser taramasında temel tarama testidir. Bir çok klinisyen sıvı-bazlı vasat tercih etmekle HPV tiplemesine imkan sağlamaktadır.

ix. Gonorrhea ve/veya Chlamydia trachomatis yüksek riskli hastalarda servikal kanalı örneklemeleri ile taranmalıdır.

b.Prenatal testler:

i. Down sendromu ve Nöral tüp defekleri için yapılan I.trimester tarama testleri 12-14 hafta arasında ve 16-18 haftalar arasında serum ve ultrason parametrelerinin ortak kullanımı ile risk analizi yapılmaktadır.protein-A (PAPP-A), beta human chorionic free gonadotropin

(_hCG) and nuchal translucency (NT)adı geçen testlerde kullanılan başlıca parametrelerdir.

ii.Gestasyonel diabetes taraması 26-28 haftalar: Anne adayı 26-28 hafta arası 50 gm oral glukoz yüklemesini takiben 1 saat sonra serum glukoz seviyesinin ölçülmesi ile gerçekleşir. Bu değer 145 mg /dL altında olması normal kabul edilir.

iii. Bazı ötürler tam kan sayımı , Servikal kültür ve Sifiliz serolojisini 3.trimester da tekrarlamayı uygun görürler.

iv. Grup B streptokok taraması için uygun görülen 35-37 gebelik haftalarıdır. Bu mikroorganizmalar; yenidoğanlarda erken ve geç dönem enfeksiyonlar olmak üzere iki tip tabloya neden olur. Erken dönem enfeksiyonlar doğumdan sonraki ilk yedi gün içerisinde ve daha sıklıkla ilk 24 saatte oluşan enfeksiyonlardır. Bakteriyemiler, pnömoni ve sepsis gibi enfeksiyonlar bunlardan bazıları olup, her 1000 doğumda 7-30'unda görülebilmektedir . Geç dönem, yedinci günden sonraki 3-4 haftayı kapsamaktadır. Yenidoğan menenjitleri, osteomyelit ve septik artritler bu dönemde sık rastlanan enfeksiyonlardır. Geç dönem enfeksiyonları erken döneme göre daha nadir görülür(1000'de 0,5-1).

11. Jinekoloji hastaları için laboratuvar testleri:

Hasta yaşı,eşlik eden başka hastalık ve başvuru yakınmasına göre farklılıklar gösterebilir.

i. Düşük tehdidi: Kantitatif B hCG ve progesterone seviyeleri, gebeliğin canlılığı ve dış gebelik riskinin ayırıcı tanısında yardımcı olabilir.

ii. Menorrhagia (Uterus fibroidlerine bağlı olabilir):Tam kan sayımı, endometrial biyopsi,ve Pap smear alınması endometriyal kanser, servikal displazi ve kanser taraması açısından yararlı olacaktır.

iii.50 yaş ve üzeri adneksiyal kitle araştırmasında CA - 125 ve CEA tümör belirteçlerinin serumda kontrolü kaçınılmazdır.

12. Görüntüleme uygulamaları:

a. Ultrasound araştırması:

i. Obstetrik hastalar: Ultrasound gebelerde en sık kullanılan görüntüleme yöntemidir. Gebeliğin canlılığı ön planda olmakta beraber fetus sayısı, plasenta lokasyonu, gebelik yaşı ve en önemlisi gebeliğe ait yapısal bozukluklar hakkında detaylı bilgi verebilir. Gebeliğin ilk trimester döneminde yapılan fetal maternal tarama testlerinin uygulanmasında ultrasound tartışmasız rol oynamaktadır.

ii. Jinekolojik olgular: Adneksiyal kitleler büyüklük ve ekojenite(sıvı veya solid yapıların yer alması) açısından ultrasound ile değerlendirilir. Uterus kitleler ve endometriyal kalınlık açısından özellikle postmenapozal dönemde değerlendirilmelidir. En az 1 sene menstruasyon kanaması olmayan bir kadında endometriyal kalınlığın 5mm ve üzeri ölçülmesi bipsi alınmak sureti ile doku örneği alınmasını gerektirebilir. Cul-de-sac boşluğunda serbest sıvı izlenmesi ve eşlik eden adneksiyal kitle olması malignite işareti olabilir. Ultrasound araştırması esnasında böbreklere ait hidronefroz benzeri değişiklikler pelvik kitleye bağlı ureter basısı işareti olabilir. Uterine kavite içerisine transservikal kateter ile salin infüzyonu verilmesi, rutin ultrasound taraması esnasında gözden kaçabilecek ve intrauterin kitle teşkil edebilecek polip, myom gibi yapıların tanısını kolaylaştırabilir. Bu işlem jinekolojik tanı yöntemleri arasında Sonohisterosonografi olarak tanımlanır.

b. Komputerize Tomografi: (CT) scan:

i. Radyasyon yayma özelliği nedeni ile gebe kadınlarda çok zorunlu kalınmadıkça kullanılması sakıncalıdır.
ii. CT taraması özellikle abdominal ve pelvik kitlelerin tanınması ve lenf nodüllerinin retroperitoneal kitlelerin tanınmasında yararlı olmaktadır.

c. Magnetik rezonans görüntüleme (MRI):

i. Yumuşak doku alanlarının ve sınırlarının tanımlanmasında, vaginal agenezis veya uterine didelphis gibi mülleriyen anomalilerin değerlendirilmesinde önemli rol oynayan bir görüntüleme yöntemidir.

ii. Ektopik gebeliğin nadir görülen servikal gebelik gibi anormal yerleşimlerinin ayırıcı tanısında yararlı olabilmektedir.

d. İntravenöz pyelogram (IVP):

i. İntravenöz radyopak boya kullanılarak, böbreklerin konsantrasyon kabiliyetlerini, ureterlerin geçirgenliğini ve mesane morfolojisi hakkında bilgi verir.

ii. Hidronefroz, ureter taşı ve ureter obstrüksiyonlarında önemli bir görüntüleme yöntemidir.

e. Hysterosalpingogram (HSG):

i. Radyopak maddenin özel bir kanül ile servikal kanal yoluyla intrauterin kaviteye basınç uygulanarak görüntülenmesi sağlanan bir yöntemdir.

ii. Intrauterin anomalilerin tanınması, kavite de şekil bozukluğuna neden olan kitlelerin tanısında ve önemli olarak infertilite araştırmasında fallopian tüplerin pasaj ve morfolojik değerlendirmesinde temel tanı yöntemidir. Yardımcı üreme teknikleri öncesinde mutlaka HSG araştırması yapılması zorunludur. Tubal pasaj değerlendirilmeden yapılan yardımcı üreme teknikleri yanlış tıbbi uygulamalar şeklinde değerlendirilmektedir.

11. Kılınsyenlerin problemleri sistematik bir şekilde sağlıklı çözmesi için 4 ana basamak vardır.

1. Tanı koymak.
2. Hastalığın ağırlığını ve evresini değerlendirmek.
3. Hastalığın evresine göre en uygun tedavi yöntemini seçmek.
4. Hastanın tedaviye cevabını izlemek.

KAYNAKLAR

- Danforth's Obstetrics and Gynecology, 10th Edition
- Editors: Gibbs, Ronald S.; Karlan, Beth Y.; Haney, Arthur F.; Nygaard, Ingrid E. Lippincott Williams & Wilkins
- Williams Obstetrics, Twenty-Third Edition