

PELVİK AĞRI

Neslihan BEZİRGANOĞLU ALTUNTAŞ
nel.bezircan@yahoo.com.tr

GİRİŞ

Pelvik ağrı, acil servise başvuran kadın hastalarda sık gözlenen bir şikayettir. Hastalar akut (3 aydan kısa süredir var olan) veya kronik (6 aydan uzun süredir devam eden), alt karın bölgesinde veya pelvik bölgede hissedilen ağrı tarif ederler. Pelvik ağrının abdominal ağrıdan ayırımı zordur. Bu nedenle acil başvurularında abdominal ağrı şikayetinin sıklığı %5-10 olmasına rağmen pelvik ağrının sıklığı tam olarak bilinmemektedir (1-3).

Pelvik ağrıya yaklaşımda üreme çağındaki hastalarda gebelik durumunu belirlemek ilk basamaktır. Gebe olmayan hastalarda jinekolojik ve jinekolojik olmayan sebepler akılda bulundurulmalıdır. Pelvik ağrı gastrointestinal, üriner veya nöromusküler sisteme ait patolojilerden de kaynaklanabilir.

Ağrı subjektif bir semptomdur ve ağrının karakteri iyi sorgulanmalıdır. Ağrının altında yatan mekanizmaların anlaşılması klinisyene yardımcı olacaktır.

AĞRI PATOFİZYOLOJİSİ

Karın bölgesi, vücutta akut ve kronik ağrı yakınmalarının en sık olduğu yerlerden birisidir. Bu bölgede ortaya çıkan ağrı içi solid ve içi boş organlardan kaynaklanabildiği gibi omurga, pelvis veya toraks bölgelerinden köken alan patolojilerde de ortaya çıkabilir. Vücutun diğer bölgelerinden farklı olarak karın organlarının sensöriyal sistemleri çok gelişmemiştir. Değişik uyaranların farklı oluşturduğu ağrılar, benzer özellikler gösterir (4).

Karın içinde oluşan mekanik, termal ve kimyasal uyaranların, viseral ve pariyetal peritondaki nosiseptörleri uyarmasına bağlı olarak afferent yol ile spinal kanala doğru iletim ağrının başlangıcını oluşturur. Spinal kordda meydana gelen değişikliklerden sonra üst merkezlere iletilerek orada değerlendirilir ve ağrı olarak algılanır (5).

Periton; viseral ve pariyetal olmak üzere iki bölümden oluşur. Organları çevreleyen viseral tabaka otonomik sinirler (sempatik ve parasempatik) tarafından innerve edilir. Viseral innervasyon bilateral olup, bu sinirlerin ağrısı orta hatta ve künt bir ağrı şeklinde hissedilir. Pariyetal periton ve mezenter kökü ise somatik sinirler ile innerve edilir. Bu sinirler ağrıyı hızlı ileten A grubu lifler ile uyarılır ve bu durum somatik ağrının kolay lokalize edilmesine, daha

KOİTAL KANAMA VE YARALANMALAR

Ayla AKTULAY, Süleyman AKARSU
aylaaktulay@gmail.com, suleymanakarsu@hotmail.com

GİRİŞ

Postkoital kanama, cinsel ilişki sırasında veya sonrasında ortaya çıkan ve menstürasyon döngüsü ile ilgili olmayan lekelenme veya kanamadır. Prevalansı %0,7 ila %9 arasındadır (1,2). Menstrüasyon kanaması olan kadınlar arasında postkoital kanama görülme insidansı yıllık %6 civarındadır; 20-24 yaş aralığındaki daha genç hastalarda ise %12,6'ya varan bir oranla daha yüksek insidanda görülmektedir (3). Postkoital kanama çok sayıda benign durumlara ek olarak jinekolojik malignite ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan da kaynaklanabilir.

Bu bölümde postkoital kanamanın olası nedenleri, değerlendirilmesi ve yönetimi ele alınacaktır.

Etiyoloji

Postkoital kanama, dış genital bölgeden üst üreme yoluna kadar herhangi bir yerden kaynaklanabilir, genital yoldan olan kanama nedenlerinin tümü **Tablo 1**'de verilmiştir.

Yaygın Görülen Benign Etiyolojiler

A.Enfeksiyonlar

Kadın genital ve üreme yollarının herhangi bir bölümünün enfeksiyonları, postkoital kanamaya neden olabilir. Gonore, klamidy ve trikomonas dahil cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar serviste sebep olabilir. Klamidy servisi postkoital kanaması olan kadınların yaklaşık %2'sinde rapor edilmiştir (4,5). Ayrıca PID'ler ve endometritler gibi üst genital yolları tutan enfeksiyonlar da kanamaya sebep olabilir (1).

B.Enfeksiyon Dışı Nedenler

- Servikal ektropion; %34 oranında görülür. Kolumnar epitelin ektoserviksin üzerinde bulunmasıdır. Servikal ektropion, reproduktif çağda, gebelik sırasında ve östrojen içeren doğum kontrol ilaçları kullananlarda (östrojen-progesteron içeren haplar, vajinal halka, transdermal yamalar) yaygın görülür (6).
- Servikal intraepitelyal neoplazi; %7-17 oranında görülmektedir.

GENİTAL MALİGNİTELERDE ACİLLER

Merve BAKTIROĞLU, Pınar KIRICI
mervebak_1987@hotmail.com, kiricipinar@hotmail.com

GİRİŞ

Jinekolojik kanserler, oldukça kompleks hastalıklardır; hem hastalığın kendi gidişatı ile ilgili hem de yapılan cerrahi ya da tedavilerle ilgili acil müdahaleyi gerektiren durumlara sıklıkla neden olabilmektedir. Bu acil durumlara hızlı biçimde tanı konulması ve hızlı müdahale jinekolojik onkoloji hastaları için hayati öneme sahiptir.

Genital kanserli hastalarda erken evre kanserlerde cerrahi tedavi daha ön plana çıkarırken daha ileri dönemde cerrahinin yanında adjuvan tedavi olarak kemoterapi ve radyoterapi tedavilerine ihtiyaç duyulmaktadır. Son evre ya da bazı nüks kanserlerde ise kür şansı bulunmayan hastalar palyatif tedavilere ihtiyaç duymaktadır. Hastalığın tüm evrelerinde yapılan tedavilerin komplikasyonlar ve yan etkilerin yönetimi hastanın yaşamının devamı ve hayat kalitesinin sürdürülmesi için gereklidir. Bu bölümde jinekolojik onkoloji acillerini aşağıdaki anabашlıklar şeklinde ele alacağız

- Kanama
- Obstrüktif üropati
- Gastrointestinal obstrüksiyon
- Ağrı
- Akut tromboembolik hastalıklar

KANAMA

Jinekolojik kanserlerde; ileri evre endometrium kanseri, serviks kanseri, vajinal kanserler, gestasyonel trofoblastik hastalığın vajinal metaztazı ya da over kanserinin vajinal metastazları kendini kanama ile prezente edebilir. Hastalar kimi zaman hipovolemik şoka neden olabilecek kadar abondan kanamalarla kadın doğum acillerine başvurabilirler, böyle durumlarda öncelikli amaç hastayı hemodinamik olarak stabil hale getirmek olmalıdır. Hastaya diğer şoka neden olan durumlarda olduğu gibi önce çift damaryolu açılmalı, gerekli kan replasman ürünleri verilmeli, idrar çıkışı sağlanmalı; hasta stabil hale getirilmeli. Kanamaya eğilim oluşturacak durumların tespiti için hemogram, biyokimya, koagülasyon parametreleri istenmelidir; ayrıca hastanın tıbbi hikayesi de sorgulanmalıdır. Hastanın hangi genital organ kaynaklı kanaması olduğu genital muayene ve gerekli görüntüleme

GEBELİKTE TİROİD ACİLLERİ HİPERTİROİDİ

Kağan GÜNGÖR
kagang@msn.com

GİRİŞ

Tirotoksikoz tiroid hormon fazlalığını ifade eden bir terim iken hipertiroidi ise artmış tiroid hormon sentezi kaynaklı tiroid hormon fazlalığını ifade eder. Gebelikte genellikle hipertiroidi görülür ve hipertiroidinin yaklaşık %95'inin nedeni Graves hastalığıdır (1). Fertil yaş dönemindeki kadınlarda en sık hipertiroidi nedeni olan Graves hastalığının sıklığı %0,4-1 arasında iken gebelikte bildirilen sıklığı %0,2'dir (2). Gebelikte Graves hastalığı gebelik sırasında başlayabileceği gibi gebelik öncesinde tespit edilmiş ya da gebelik öncesi remisyona giren hastalığın gebelikte nüksü ile de karşımıza çıkabilir. Gebelikte hipertiroidin diğer nedenleri toksik nodüler guatr, toksik multinodüler guatr, struma ovarii, TSH sekrete eden hipofiz adenomu ve fonksiyonel tiroid kanseri metastazlarıdır. Gebelikte tirotoksikoz nedenleri ise ağırlı veya subakut tiroidit, ağrısız tiroidit, hipotiroidin abartılı tedavisi ve faktitiyöz tiroid hormon kullanımınıdır (3). Gebelikte hipertiroidin neden olduğu komplikasyonlar aşağıda sıralanmıştır:

- Artmış ve tekrarlayan gebelik kayıpları
- Erken doğum
- Preeklampsi
- Fetal büyüme geriliği
- Fetal tiroide TSH reseptör antikoruna bağlı hipo ya da hiperfonksiyon
- Aşırı antitiroid tedaviye bağlı fetal guatr
- Neonatal tirotoksikoz
- Artmış perinatal ve maternal mortalite
- Aşırı antitiroid tedaviye bağlı IQ geriliği gebelikte hipertiroidin komplikasyonlarıdır (4).

Hipertiroidin semptom ve bulguları gebelikte görülen bazı yakınmalarla da oldukça benzerlik göstermektedir. Hipertiroidin sıklıkla görülen semptomları aşağıda sıralanmıştır:

- Çarpıntı
- Sinirlilik

GEBELİK VE KARACİĞER HASTALIKLARI

Mehmet Ata TOPÇUOĞLU, Ömür ALBAYRAK
atopcuoglu@yahoo.com, omuralbayrak@gmail.com

Gebelik esnasında vücudumuzdaki birçok organda anatomik, fizyolojik ve biyokimyasal değişiklikler oluşmaktadır. Bu değişikliklerin karaciğer hastalıklarına yol açan fonksiyonel bozukluklardan ayrımının yapılması gerekir. Tüm gebeliklerin yaklaşık yüzde üçünde karaciğer fonksiyon bozukluğuna rastlanır (1). Gebelikte görülen karaciğer hastalıklarının prognozu değişkendir. Hafif semptomlarla başlayıp progresif sarılıkla karaciğer yetmezliğine kadar ilerleyebilir.

Gebelikte karaciğer hastalıklarını değerlendirirken, bir yandan gebelikte görülen veya gebeliğe özgü karaciğer hastalıkları, diğer yandan gebeliğe özgü olmayan, altta yatan veya ilk defa gebelik sırasında ortaya çıkan hastalıkları iyi tanımlamak gerekir. Bu bozukluklar içinde en sık gebeliğe özgü karaciğer hastalıkları görülmektedir. Gebeliğe özgü karaciğer hastalıkları çoğunlukla belirli gestasyonel haftalarda karakteristik klinik bulgulara sahipken, gebeliğe özgü olmayan karaciğer hastalıkları tüm gestasyonel haftalarda ortaya çıkabilmektedir. Tablo 1'de gebeliğin karaciğer hastalıklarının sınıflandırılması görülmektedir.

Gebeliğin karaciğer hastalıklarında erken ve doğru tanı anne ve bebek sağlığı açısından önemlidir. Bu yüzden ayırıcı tanının doğru yapılması ve gerekli tedavinin zamanında uygulanması gereklidir.

Tablo 1. Gebeliğin karaciğer hastalıklarının sınıflandırılması

Gebeliğe özgü karaciğer hastalıkları	Gebelik sırasında gelişen karaciğer hastalıkları	Gebelik öncesinde de var olan karaciğer hastalıkları
Hiperemesis gravidarum	Akut viral hepatit	Kronik viral hepatit
Gebeliğin intrahepatik kolestazi	Budd-Chiari sendromu	Otoimmün hepatit
Gebeliğin akut yağlı karaciğeri	Kolelitiyazis	Siroz
Preeklampsi	İlaç ilişkili hepatotoksisite	Wilson hastalığı
HELLP sendromu		

GEBELİK VE KAFA TRAVMALARI

Abdullah Emre TAÇYILDIZ
abdullahemretacyildiz@gmail.com

GİRİŞ

Gebelikte travmaya yaklaşım gebe olmayanlara kabaca benzemektedir; ancak gebelikteki fizyolojik değişiklikleri bilmeden hastaya yaklaşım obstetrik komplikasyonları artırabilir (1). 1997 yılında ABD'de tüm motorlu araç kazalarının 1448'inde hamile bir kadın bulunuyordu. Sadece motorlu taşıt kazaları ABD'de yılda 1300–3900 fetüs ölümüne yol açtığı düşünülüyor (2). Tüm gebelikler %6–8 oranında bir tür şiddetli travmadan (ölümcül ve ölümcül olmayan) etkilenir (3–5). Yaralanmanın şiddetine bakılmaksızın tüm yaralanmalar; spontan düşük, erken doğum, uterin rüptür, anne ölümü, ölü doğum gibi olumsuz ve kötü gebelik sonuçları ile ilişkilendirilmiştir (6–8).

Ölümcül olmayan (trafik kazaları, aile içi şiddet, düşmeler) yaralanmalar her 12 gebelikten birinde görülmektedir (9,10).

ABD'de çalışmalar da obstetrik dışı travma ile ilgili hastaneye yatışların, tüm gebeliklerin %0,4'ü (4.572.447 gebede 19.333 hastaneye yatış gerektiren yaralanma) olduğu belirtiliyor. Bu yaralanmaların yaklaşık yarısı (%43,7) ise 25 yaşın altındadır (11).

Başka bir çalışma ise (El Cady ve ark) hamile kadınlarda yaralanmaya bağlı hastaneye yatış oranının %0,21 olarak vermiştir (6). En sık yaralanma tipi kırık, çıkık, burkulma ve gerilmedir. En sık ikinci yaralanma tipi ise yüzeysel yaralanmalar, kontüzyonlardır. Hastanede yatış süresi ortalama 2,7 (doğum ile ilgisiz yaralanmalarda) gün ve 4 gün (doğum ile ilgili yaralanmalarda) arasındadır. En sık yaralanma mekanizması trafik kazaları ve düşmedir. Bu yaralanma gurubunda kendi kendine zarar verme kasıtı tespit edilmemiştir; ancak kendi kendine zarar verme girişimi ve saldırıya (aile içi şiddet) ait hastaneye yatışlar da oldukça bulunmuştur (11). Hamile travma hastalarının hastaneye yatışlarında ise %19–24 oranları arasında doğum gerçekleşmektedir (6,12).

Yine Hindistan da travma nedeni, yıllık 130 gebe ölümü olduğu belirtiliyor. Travmatik beyin hasarı ise gelişmekte olan ülkelerde obstetrik olmayan en sık anne ölüm nedenleri arasındadır (10). Burada birkaç sonuç çıkmaktadır. Hamileler yaklaşık olarak %6–8 oranında travma ile karşılaşmaktadır. Travmalar, hamilelerin %0,2–0,4'ünün hastaneye yatışını gerektirmektedir. Yani ciddi travmalardır. Bu oran gelişmekte olan ülkelerde daha yüksek olabilir. Her 12 gebelikten birinin ölümcül olmayan yaralanmalar ile karşılaştığı bilgisi de her iki bilgiyi teyit eder.