



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

PEDİATRİ KLİNİKLERİNDEN İSTENEN KADIN
HASTALIKLARI VE DOĞUM
KONSÜLTASYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Emine YILMAZ
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Doç.Dr. Özlem TEZOL

Mersin – 2024



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

PEDİATRİ KLİNİKLERİNDEN İSTENEN KADIN
HASTALIKLARI VE DOĞUM
KONSÜLTASYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Emine YILMAZ
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Doç.Dr. Özlem TEZOL

Mersin – 2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde olduğu gibi, tezimin tasarlanması ve yürütülmesinde desteğini ve katkısını hiçbir zaman esirgemeyen, hoşgörü ve güler yüz ile bana deneyim ve aydınlanma kazandıran tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Özlem TEZOL'a, eğitimim süresince her zaman yol gösterici olan, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, çok sevdiğim canım hocam Dr. Öğr. Üyesi Merve MISIRLIOĞLU'na

Eğitimim süresince sahip oldukları bilgi ve birikimlerinden yararlanma fırsatı veren tüm değerli hocalarıma, beraber çalışmaktan büyük keyif aldığım tüm asistan arkadaşlarıma ve sağlık personeline,

Zorlu bir süreçten beraber geçtiğimiz, ekip şeklinde çalışmayı öğrendiğimiz başta eşkıdemlerim olmak üzere çok sevgili asistan arkadaşlarım Dr. Gamze GÖL, Dr. Kevser KOÇ SEZER, Dr. Büşra ŐENOL GÖKALP, Dr. Özge ÇELİK, Dr. Lamiya KARİMLİ, Dr. Gizem Nur GENÇ ve her anımda yanımda olan canım arkadaşım Gülşah DÜRÜS'e

Hayatımın her alanında olduğu gibi bu tezin oluşum ve yazım aşamasında da manevi desteklerini esirgemeyen, beni bugünlere getiren, hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan, tüm sıkıntılı dönemlerimde her daim yanımda olan en büyük destekçilerim, canım annem ve babama, ablam Sena ve kardeşlerim Hale ve Rabia'ya, biricik yeğenim Ali Yasin'e ve son olarak bu yolu beraber yürüdüğümüz, hayatıma girdiği andan beri desteğini her zaman hissettiğim, yol arkadaşım, en büyük şansım, beni benden çok düşünen canım eşim Emre Can YILMAZ'a

Saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Emine YILMAZ

Mersin 2024

İÇİNDEKİLER

	TEŞEKKÜR	ii
	İÇİNDEKİLER	iii
	ÖZET	5
	ABSTRACT	8
1.	GİRİŞ VE AMAÇ	11
2.	GENEL BİLGİLER	12
2.1.	Adölesan Dönem	12
2.2.	Hipotalamo-Hipofizer Aks	12
2.3.	Pubertal Gelişim	13
2.4.	Normal Menstrüel Döngünün Fizyolojisi	13
2.5.	Adölesan Dönemde Jinekolojik Problemler	14
2.5.1.	Menstrüel Bozukluklar	14
2.5.1.1.	Düzensiz Mensler	15
2.5.1.2.	Dismenore	19
2.5.1.3.	Amenore	19
2.5.2.	Ovaryan kistler veya kitleler	22
2.5.3.	Vajinal akıntı	23
2.5.4.	Vulvar hastalıklar	24
2.5.5.	Perine Yaralanmaları	24
2.5.6.	Genital Görünüm Memnuniyetsizliği/Kaygısı	25
2.5.7.	Vajende Yabancı Cisim ve Rektovajinal Fistül	25
2.6.	Adölesan Gebeliği	26
3.	GEREÇ VE YÖNTEMLER	27
4.	BULGULAR	28
5.	TARTIŞMA	38
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	44
7.	KAYNAKLAR	46
8.	KISALTMALAR VE SİMGELER	55
9.	ŞEKİLLER DİZİNİ	56
10.	TABLolar DİZİNİ	57
11.	EKLER	58

ÖZET

PEDİATRİ KLİNİKLERİNDEN İSTENEN KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM KONSÜLTASYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Jinekolojik sorunlar her yaşta ortaya çıkabilen sağlık problemleridir. Adölesan dönemde sık görülen jinekolojik sorunlar dismenore, premenstrüel sendrom, menstruasyon düzensizlikleri, disfonksiyonel uterus kanamaları, polikistik over sendromu, puberte bozuklukları, genital organ anomalileri, cinsellik ve üreme sağlığı sorunları başlıkları altında ele alınmaktadır. Çocukluk çağında da erken puberte, genital inflamasyon, genital travma, çocukluk çağı masturbasyonu jinekolojik sorunlar arasında yer alır. Bu sorunlar nedeniyle pediatri kliniklerinden kadın hastalıkları ve doğum konsültasyonları istenebilmektedir. Literatürde 18 yaş altı popülasyonda jinekolojik problemlerin incelendiği çalışmalar mevcuttur, ancak ülkemizde bu konuda yapılmış yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır.

Çalışma için Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 23/11/2022 tarihli ve 2022/767 sayılı kararla onay alınmıştır. Tanımlayıcı türdeki çalışmanın verileri, Mersin Üniversitesi Hastanesi'nin pediatri kliniklerine 1 Ocak 2015-31 Aralık 2022 tarihleri arasında başvuran ve Kadın Hastalıkları ve Doğum konsültasyonu istemi olan 0-18 yaş arası hastaların, hastane otomasyon sistemindeki dosya kayıtlarının geriye dönük incelenmesiyle elde edildi. Anamnez, konsültasyon istem ve jinekoloji cevap notları incelendi. Konsültasyon tarihleri ve konsültasyon istemi yapan birimler kaydedildi. Hastaların yaşı, kronik hastalık varlığı, başvuru yakınması, konsültasyon istenme nedenleri, tanımlanan jinekolojik problemler ile tedavi ve izlem planları tanımlayıcı veri olarak toplandı.

Bu çalışmada 943 konsültasyon değerlendirildi. Konsültasyon isteyen birimlere bakıldığında, polikliniklerden 622 (%66), çocuk acil servisinden 279 (%29,5), yataklı servislerden 38 (%4,1) ve çocuk yoğun bakım ünitesinden 4 (%0,4) konsültasyon istemi yapıldığı görüldü.

Konsülte edilen preadölesan dönemdeki hastaların (n=14) yaş ortancası 8 (7 – 9) yıl idi ve bu hastaların persistan vajinal akıntı, vajinal kanama veya perine travması nedeniyle konsülte edildiği görüldü. Vajinal akıntısı olanlarda (n=8), akıntının lökore olarak değerlendirildiği ve tedavisiz izlendiği; vajinal

kanama nedeniyle başvuran 4 çocuktan 2'sinde kazaya bağlı genital travma, 1'inde idrar yolu enfeksiyonu, 1'inde kanama bozukluğu tanımlandığı; perine travması nedeniyle başvuranlara (n=2) cilt yaralanma bulgularına yönelik medikal tedavi düzenlendiği saptandı.

Konsülte edilen adölesan dönemdeki 929 hastanın yaş ortancası 16 (14 – 17) yıl idi ve bu hastaların 208'inde (%22,4) adölesan gebeliği mevcuttu. Gebe olan adölesanların ortanca (ÇAA) yaşı 17 (16 – 18) yıl saptandı. Erken adölesan gebeliği iki (%1), orta adölesan gebeliği 53 (%25,5) ve geç adölesan gebeliği 153 (%73,6) adölesanda görüldü. Gebe adölesanların en sık başvuru ve konsültasyon nedeni karın ağrısıydı (93/208, %44,7). On dört adölesan (14/208, %6,7) rutin gebelik izlemi için konsülte edilmiş idi. Gebe adölesanların diğer başvuru ve konsültasyon nedenleri sıklık sırasında göre vajinal kanama, erken membran rüptürü, travma, intihar girişimi, vajinal akıntı, bulantı-kusma, nöbet geçirme, şiddete maruz kalma, göğüs ağrısı ve nefes darlığı, döküntülü hastalık, fetal hareketlerde azalma, ekstremitelerde ödem ve doğum eylemi idi. Beş adölesanın konsülte edilme nedeni doğum sonrası kanamaydı.

Gebelik dışı nedenlerle konsülte edilen 721 adölesan mevcuttu. Menstrüel bozukluklar (n=608) sıklık sırasına göre düzensiz mensler (%56,5), dismenore (%14,8) ve amenore (%13,1) şeklindeydi. Düzensiz mensler içinde en sık menoraji veya menometroraji (%22,3) gözlemlendi. Düzensiz mensler içinde paterni olmayan düzensiz sikluslar ikinci sıklıkta (%15,6), oligomenore üçüncü sıklıkta (%14,8) ve polimenore dördüncü sıklıkta (%3,8) görüldü. Dismenoreli 107 adölesanın tamamı primer dismenore olarak değerlendirildi. Amenoreli 94 adölesanın 29'u (%30,9) primer amenore ve 65'i (%69,1) sekonder amenore tanısı aldı. Primer amenorede en sık etyoloji hipogonadotropik hipogondizm iken sekonder amenorede en sık etyoloji polikistik over sendromu (PKOS) idi. Hipogonadotropik hipogondizme bağlı primer amenoreli adölesanların çoğu kronik hastalığı olan adölesanlardı.

Erken kadın doğum konsültasyonları, jinekolojik sağlığa odaklanarak, adölesan dönemde ortaya çıkabilecek sorunların erken tanısını ve tedavisini mümkün kılar. Bu konsültasyonlar, menstrüel sağlık, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, doğum kontrol yöntemleri, adet düzensizlikleri gibi konularda gençlerin bilgi sahibi olmalarını ve sağlıklı yaşam alışkanlıkları geliştirmelerini destekler. Ayrıca, erken dönemde yapılan kadın doğum konsültasyonları,

gençlerin jinekolojik sağlıklarıyla ilgili olası endişelerini paylaşma ve profesyonel bir sağlık uzmanından destek alma konusunda güven oluşturabilir. Bu süreç, genç kadınların sağlıklı bir cinsel gelişim ve yaşam sürmelerine katkıda bulunabilir.

Anahtar kelimeler: adölesan, adölesan gebeliği, jinekolojik problemler, menstrüel bozukluk



ABSTRACT

EVALUATION OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY CONSULTATIONS REQUESTED FROM PEDIATRIC CLINICS

Gynecological issues are health problems that can arise at any age. Common gynecological problems during adolescence include dysmenorrhea, premenstrual syndrome, menstrual irregularities, dysfunctional uterine bleeding, polycystic ovary syndrome, puberty disorders, genital anomalies, and issues related to sexuality and reproductive health. In childhood, early puberty, genital inflammation, genital trauma, and childhood masturbation are among the gynecological problems. Due to these issues, consultations from pediatric clinics to obstetrics and gynecology services may be requested. While there are studies examining gynecological problems in the population under 18 in the literature, there are not enough studies conducted on this topic in our country.

Approval was obtained from the Mersin University Clinical Research Ethics Committee on 23/11/2022 with decision number 2022/767 for the study. The data of the descriptive study were obtained by retrospectively examining the medical records of patients aged 0-18 who applied to the pediatric clinics of Mersin University Hospital and requested Obstetrics and Gynecology consultation between January 1, 2015, and December 31, 2022, from the hospital automation system. Anamnesis, consultation request, and gynecology response notes were reviewed. Consultation dates and units requesting consultation were recorded. Descriptive data such as patients' age, presence of chronic disease, presenting complaint, reasons for consultation, identified gynecological problems, and treatment and follow-up plans were collected.

In this study, 943 consultations were evaluated. When the units requesting consultation were examined, it was observed that 622 (66%) were requested from outpatient clinics, 279 (29.5%) from the pediatric emergency service, 38 (4.1%) from inpatient services, and 4 (0.4%) from the pediatric intensive care unit.

The median age of preadolescent patients (n=14) who were consulted was 8 (7-9) years, and it was observed that these patients were consulted due to persistent vaginal discharge, vaginal bleeding, or perineal trauma. Among those with vaginal discharge (n=8), the discharge was evaluated as leukorrhea and followed without treatment; among those presenting with vaginal bleeding

(4 out of 4), genital trauma due to accident was identified in 2 patients, urinary tract infection in 1 patient, and bleeding disorder in 1 patient; for those presenting with perineal trauma (n=2), medical treatment was arranged for cutaneous injury findings.

The median age of adolescent patients (n=929) consulted was 16 (14-17) years, and 208 (22.4%) of these patients had adolescent pregnancy. The median age (IQR) of pregnant adolescents was 17 (16-18) years. Early adolescent pregnancy was observed in two (1%), mid-adolescent pregnancy in 53 (25.5%), and late adolescent pregnancy in 153 (73.6%) adolescents. The most common reason for consultation among pregnant adolescents was abdominal pain (93/208, 44.7%). Fourteen adolescents (14/208, 6.7%) were consulted for routine pregnancy follow-up. The other reasons for consultation among pregnant adolescents, in order of frequency, were vaginal bleeding, early membrane rupture, trauma, suicide attempt, vaginal discharge, nausea-vomiting, seizure, exposure to violence, chest pain, and dyspnea, rash, decreased fetal movements, edema in the extremities, and labor. The reason for consultation for five adolescents was postpartum bleeding.

There were 721 adolescents consulted for reasons other than pregnancy. The most common menstrual disorders were irregular menstruation (56.5%), dysmenorrhea (14.8%), and amenorrhea (13.1%). Among irregular menstruation, menorrhagia or menometrorrhagia (22.3%) was observed most frequently. The causes of menorrhagia were dysfunctional uterine bleeding or bleeding disorder, and endometrial hyperplasia was reported in one patient. Among irregular menstruation, irregular cycles without a pattern were observed in the second most frequent (15.6%), oligomenorrhea in the third most frequent (14.8%), and polymenorrhea in the fourth most frequent (3.8%). All 107 adolescents with dysmenorrhea were evaluated as primary dysmenorrhea. Of the 94 adolescents with amenorrhea, 29 (30.9%) were diagnosed with primary amenorrhea and 65 (69.1%) with secondary amenorrhea. The most common etiology in primary amenorrhea was hypogonadotropic hypogonadism, while in secondary amenorrhea, polycystic ovary syndrome (PCOS) was the most common etiology. Most of the adolescents with primary amenorrhea due to hypogonadotropic hypogonadism had chronic illnesses.

Early obstetric consultations focusing on gynecological health enable early diagnosis and treatment of problems that may arise during adolescence. These consultations support young people in gaining knowledge about menstrual health, sexually transmitted infections, contraceptive methods, and menstrual irregularities, and in developing healthy lifestyle habits. Additionally, early obstetric consultations can build trust in sharing concerns about gynecological health and seeking support from a professional health expert. This process can contribute to young women's healthy sexual development and life.

Keywords: adolescent, adolescent pregnancy, gynecological problems, menstrual disorders



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Adölesan dönemi, 10 ila 19 yaş arasındaki süreyi içeren bir gelişim dönemidir ve bu dönem, fiziksel, duygusal, sosyal ve bilişsel birçok değişiklikle karakterizedir.¹

Adölesan sağlığı, genç bireylerin sağlıklı bir şekilde büyüme, gelişme ve topluma uyum sağlamaları için kritik bir öneme sahiptir. Ancak genel olarak, adölesanlar, sağlıklı oldukları ve özel sağlık hizmetlerine ihtiyaçları olmadığı algısıyla, sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmamaktadır. Bu algı, aslında çeşitli sağlık sorunlarıyla karşılaşabileceği gerçeğini göz ardı edebilir.¹ Sağlık sorunları adölesanlar arasında farklı oranlarda görülebilir ve genellikle fiziksel, duygusal ve sosyal faktörlerle ilişkilidir. Adölesan dönemde sık görülen jinekolojik sorunlar dismenore, premenstrüel sendrom, menstruasyon düzensizlikleri, disfonksiyonel uterus kanamaları, endometriyozis, polikistik over sendromu, puberte prekoks, genital organ anomalileri, cinsellik ve üreme sağlığı sorunları başlıkları altında ele alınmaktadır. Çocukluk çağında da erken puberte, genital inflamasyon, genital travma, çocukluk çağı masturbasyonu jinekolojik sorunlar arasında yer almaktadır.^{2,3} Bu sorunlar nedeniyle pediatri kliniklerinden kadın hastalıkları ve doğum konsültasyonları istenebilmektedir. Literatürde 18 yaş altı popülasyonda jinekolojik problemlerin incelendiği çalışmalar mevcuttur, ancak ülkemizde bu konuda yapılmış yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır.

Adölesan sağlığının korunması için düzenli sağlık kontrolleri, sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları ve cinsel sağlık eğitimi gibi önlemler alınabilir. Ancak sağlık hizmetlerinin adölesanların ihtiyaçlarına daha duyarlı ve erişilebilir olması için toplumda sağlık hizmetleri konusunda farkındalık yaratılması, eğitim ve bilinçlendirme çalışmalarının artırılması da önemlidir. Bu şekilde, adölesan bireyler sağlıklarını koruma ve geliştirme konusunda daha bilinçli ve desteklenmiş bir şekilde büyüyebilirler.⁴

Çalışmamızda, çocuk ve adölesan yaş grubunda ortaya çıkan jinekolojik sorunların tanı, takip ve tedavi planlarını değerlendirmeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Adölesan Dönem

Adölesan terimi, Latince "adölescere" kelimesinden türemiş olup, büyüme ve gelişme anlamına gelir. Bu dönem, biyolojik, ruhsal ve psiko-sosyal değişiklikleri içeren yaklaşık 10-15 yıllık bir süreci kapsar. Dünya Sağlık Örgütü, adölesan dönemini 10-19 yaş arası olarak tanımlar ve bu dönemi "erken" (10-13 yaş), "orta" (14-16 yaş) ve "geç" (17-19 yaş) olmak üzere üç döneme ayırır. Ayrıca, 15-24 yaş arasını "genç" ve 10-24 yaş arasını "gençlik" olarak adlandırır. Adölesanların dünya genelinde nüfusun yaklaşık %20-25'ini oluşturduğu ve bu grup içinde %85'inin gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı bilinmektedir. Türkiye'de ise toplam nüfusun yaklaşık %16'sı adölesanlardan oluşmaktadır.^{5,6}

Adölesan dönemi, çocukluktan erişkinliğe geçişin en belirgin değişimi olan ikincil cinsiyet özelliklerinin kazanılmasıyla karakterizedir. Bu dönem, cinsel olgunlaşma, çevresel etkileşimlerle kimlik gelişimi ve sosyo-ekonomik bağımlılıktan kısmi bağımsızlığa geçişin yaşandığı önemli bir evre olarak kabul edilmektedir. Bedensel, sosyal ve bilişsel olgunlaşma bu dönemin temel özellikleridir. Fiziksel değişimler, hipofizden gelen uyarı ve gonadlardan salgılanan östrojen ve androjen etkisiyle biyolojik olarak başlar ve adölesan kızlarda telarş, pubarş ve adrenarş aşamalarıyla başlayan değişimleri içerir. Bu sürecin ardından gelişen menarş dönemi ise ikincil cinsiyet karakterleri olarak adlandırılan değişiklikleri takip eder.⁷

Çağımızda, büyüme ve gelişme sürecindeki hızlanma, olgunlaşmanın daha erken bir yaşa çekilmesine neden olmuştur, bu durum "yüzyılın eğilimi" olarak adlandırılmaktadır. Menarş yaşının erken olması ve adölesan döneminde sıkça görülen menstrüasyon düzensizlikleri, yetişkinlik döneminde jinekolojik hastalıklar, infertilite problemleri, kardiyovasküler ve pulmoner sorunlara zemin hazırlayabilir. Bu nedenle, adölesanların sağlığını korumak amacıyla menarş yaşını etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve bu faktörlere yönelik müdahalelerin planlanması önemlidir. Menarş yaşını etkileyen faktörler arasında genetik özellikler, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyi ve çocukluk dönemindeki kilo artışı gibi unsurlar bulunmaktadır.⁸

2.2. Hipotalamo-Hipofizer Aks

Adölesanlarda menstrüel düzensizlikleri anlamak için hipotalamo-hipofizer aksın iyi bir şekilde anlaşılması gerekmektedir. Hipotalamus, çevresel uyarılar (ışık, ses, sıcaklık gibi), kortikal sistemden gelen uyarıları ve endokrin organlardan gelen sinyalleri işler. Ardından hipofiz bezini uyararak periferik endokrin organları hormonlar aracılığıyla etkiler. Hipofiz bezinden salınan hormonlar, tiroid bezini, adrenal bezleri ve gonadları uyararak uygun yanıtların verilmesini sağlar. Ayrıca, büyüme ve gelişmeyi, laktasyonu, vücudun su ve elektrolit dengesini düzenler.⁹⁻¹¹

Hipotalamus-hipofiz-over aksı, fetal hayatta aktif bir şekilde faaliyet gösterir. Gebeliğin 11. haftasında, olfaktor nöronlar tarafından Gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH) salgılanır. GnRH'in kortikal merkezlerin kontrolünde pulsatil frekansta salınımı, "adrenarş" ve "gonadarş" mekanizmalarını tetikler. Adrenal bezden öncelikle dehidroepiandrosteron sülfat (DHEAS) salınımı başlar. Bu durum, aksiller ve pubik kıllanma ile birlikte büyümede hızlanmanın başladığı dönemi işaret eder. Telarş ve menarş, overlerden salınan östrojenin belirleyicisidir. Telarş'ın ardından pubarş genellikle 9-11 yaş arasında başlar. Meme gelişiminin başlamasından yaklaşık 2 yıl sonra menarş gerçekleşir.⁸

2.3. Pubertal Gelişim

Puberteyi başlatan mekanizmanın ayrıntıları hala tam olarak bilinmemektedir. Kız adölesanların pubertesi ırkı, genetik yapısı, genel sağlık durumu, vücut kompozisyonu, sosyal çevresi gibi birçok faktörden etkilenir.¹²

Pubertenin başlangıç zamanı, meydana gelen değişikliklerin sırası ve hızı bireyler arasında farklılık gösterir. Beyaz ırkta, genellikle meme büyümesi (telarş), pubik kıllanma (pubarş), menstruasyon (menarş) sırasıyla izlenirken, siyah ırkta pubarş telarştan önce görülebilir. Pubertenin gözlemi, Tanner-Marshall tarafından tanımlanan evreleme şekliyle 5 evrede yapılır, bu evreler meme büyüklüğü ve pubik kıllanma göz önüne alınarak belirlenir. Puberte, meme tomurcuklanması, iskelet büyümesi, koltukaltı ve pubik bölgede kıllanma ve ilk adet kanaması (menarş) şeklinde sırayla gerçekleşir. Bununla birlikte; evre 1'de adrenarş ve ovaryen büyüme, evre 2'de klitoral ve uterin büyüme, labiaların pigmentasyonu, evre 3'te aksiller kıllanma ve akne gelişimi, evre 4'te menarş (13-14 yaş), düzenli menstrüasyon, evre 5'te ise erişkin genital organlarının varlığı tespit edilir.¹³

2.4. Normal Menstrüel Döngünün Fizyolojisi

Menstrüel döngü bozukluklarını değerlendirebilmek için normal menstrüel döngünün fizyolojisi anlaşılmalıdır. Östrojen, GnRH salınımını negatif geri besleme (feedback) ile engeller. Bu negatif feedback, fetal hayatta, çocukluk ve erken ergenlik dönemlerinde etkilidir. Ancak ergenliğin geç döneminde östrojen belirgin düzeye geldiğinde, pozitif feedback etkisi ile GnRH salınımını artırır ve luteinleştirici hormon (LH) artışı ile ovülasyon tetiklenir.¹⁴

Normal menstrüel döngünün foliküler fazında, folikül uyarıcı hormonun (FSH) artışı östrojen salınımını ve dominant folikül gelişimini uyarır. Östrojen belirgin bir düzeye yükseldiğinde, GnRH üzerinde uyarıcı etki gösterir ve LH salınımı ile beraber ovülasyon gerçekleşir. Ovülasyondan sonra korpus luteum oluşarak progesteron salgılar. Korpus luteumun oluştuktan sonraki dönem, luteal faz olarak adlandırılır. Progesteron etkisiyle döllenmiş yumurtanın tutunabilmesi için endometriyum hazırlanır. Bu olay gerçekleşmezse, yaklaşık 14 gün sonra corpus luteum geriler ve progesteron düzeyi azalır. Progesteronun azalması ile beraber endometriyum bütünlüğünü koruyamaz ve menstrüel kanama gerçekleşir. Endometriyumun fonksiyonel ve bazal katmanlarında bulunan spiral arteriyoller, kasılabilme özelliğine sahiptir ve ortalama yedi gün içerisinde kanama durur. Luteal fazın süresi neredeyse sabittir ve yaklaşık olarak 14 ± 2 gün sürer.¹⁴

Adölesanlarda normal menstrüel siklus, menarş yaşı 11-14 arasında, siklus aralıkları 21-45 gün arasında, ve menstrüel kanama miktarı 2-7 gün ya da günlük 3-6 ped kullanımı ya da 40 (25-69) ml olarak tanımlanır.¹⁵

Adölesanlarda menstruel siklus başlangıcında %55-82 arasında anovulatuvar sikluslar görülebilir. Menarş sonrası ilk yıllarda düzensiz sikluslar beklenir. Ancak menarş sonrasındaki 5 yıl içinde siklusların çoğunluğu ovulatuvar hale gelir.¹⁶

2.5. Adölesan Dönemde Jinekolojik Problemler

Adölesanlar, gebelik dışında, menstrüel bozukluklar, vajinal kanama, anormal uterin kanama, pelvik ağrı, dismenore, PKOS, over kisti, hirsutizm, vajinit, puberte bozuklukları gibi jinekolojik sorunlarla polikliniklere başvurabilirler.^{2,3}

2.5.1. Menstrüel Bozukluklar

Amerikan Pediatri Birliği'nin 2006'da yayınladığı kılavuz, adölesan menstrüel bozukluklarını gebelik, endokrin nedenler, kazanılmış nedenler (stres, ilaç, anoreksi), ve tümörler (over, adrenal) olmak üzere dört başlık altında toplamıştır.¹⁷ Bu kılavuza göre, menstrüel sikluslar şu durumlarda tetkik edilmelidir:

- Telarş sonrasındaki 3 yıl içinde başlamamışsa,
- 13 yaşında ve pubertal gelişim belirtisi olmaksızın başlamamışsa,
- 14 yaşında ve hirsutizm belirtisi olanlarda başlamamışsa,
- 14 yaşında ve aşırı egzersiz yapanlar ile yeme bozukluğu olanlarda başlamamışsa,
- 14 yaşında ve genital traktusu etkilemesi olası hastalık şüphesi olanlarda başlamamışsa,
- 16 yaşında menstrüasyon hiç başlamamışsa,
- Aylık ve düzenli giden sikluslarda ani ve belirgin düzensizlikler varsa,
- 21 günden kısa ve 45 günden uzun süren sikluslarda 7 günden uzun süre kanama gerçekleşiyorsa,
 - 1-2 saat içinde birden fazla tampon ya da ped değiştirilmesini gerektiren vajinal kanama oluyorsa

Bu durumlarda, adölesanlarda ileri jinekolojik değerlendirme gerekmektedir. Bu değerlendirmede, detaylı anamnez ve fizik muayene, jinekolojik muayene, çeşitli laboratuvar tetkikleri (gebelik testi, tam kan sayımı, koagülasyon ve tiroid fonksiyon testleri), hormon profili, ultrasonografi ve gerekirse manyetik rezonans görüntüleme düşünülmelidir.¹⁷

2.5.1.1. Düzensiz Mensler

• Menoraji veya Menometroraji

Menstrüel siklusun 7 günden uzun sürmesi veya adet döngüsü başına 80 mL'den fazla sıvı kaybıyla sonuçlanan ağır adet kanaması, menstrüel kanama bozukluğu olan kadınlarda en sık görülen semptomdur. Von Willebrand hastalığı (vWH), trombosit fonksiyon bozukluğu, nadir faktör eksiklikleri olan kadınlarda menoraji prevalansı yüksektir.¹⁹

Menometroraji, menstrüasyon döneminde kanama miktarının fazla olması, uzun süreli, sık ve düzensiz aralıklarla gerçekleşmesidir.²⁰ Gebeliğin

dışlanmasından sonra ana etiyolojiler uterus (polip, miyom, adenomyozis, kanser) veya adneksiyal anormallik (yumurtalık kisti veya kanser) ile ilişkilidir. Ayrıca, hemostaz bozuklukları ve anormal uterin kanama (disfonksiyonel uterin kanama) etyolojide düşünülmelidir.²¹

Anormal uterin kanama (AUK), menstrüel siklusların süre, düzen, miktar veya zamanlamasındaki anormalliklere bağlı olarak uterus kaynaklı vajinal kanama olarak tanımlanır. Tüm kadınların yaklaşık üçte birinde yaşamları boyunca görülebilen bu durum, hastaneye başvuran adölesan grupta ise en sık görülen jinekolojik şikayettir.²²

Normal menstrüel siklus düzeninden farklı olarak, yedi günden daha uzun süren, günde 6 tampon ya da ped gerektiren veya 21 günden daha kısa aralıklarla oluşan kanama, "Anormal Uterin Kanama" olarak tanımlanır.²³

Genellikle anormal uterin kanamalar, menstrüel siklusta ciddi olmayan düzensizlik olarak ortaya çıkar. Ancak, bazı hastalarda ciddi kanama ile derin anemi ve hastane yatışına neden olabilir. Menstrüel sikluslardaki bozukluklar, ağrı ile birlikte yaşanarak yaşam kalitesini bozabilir ve okula devam etmeyi engelleyebilir. Adölesan döneminde siklusların düzensiz oluşu nedeniyle anormal uterin kanamanın farkına varılmayabilir. Bu nedenle, ergenlerde rutin çocuk doktoru muayeneleri sırasında menstrüel siklus düzeni mutlaka sorgulanmalıdır.²⁴

Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu (FIGO), bazı terimlerin tartışmalı, karışık ve yetersiz olması nedeniyle "menoraji", "metroraji", "hiper/hipomenore", "polimenore" ve "disfonksiyonel uterin kanama" gibi tanımları kullanmaktan kaçınılmasını önermiştir. Ağır menstrüel kanama, klinikte en sık karşılaşılan Anormal Uterin Kanama (AUK) şeklindedir ve eskiden "disfonksiyonel uterin kanama" olarak adlandırılan, yapısal lezyonlardan kaynaklanmayan AUK'yi ifade etmektedir. Anormal uterin kanamanın etiyolojisi FIGO tarafından düzenlenen PALM-COEİN adlı bir isimlendirme sistemi ile yapısal ve yapısal olmayan sebepler şeklinde sınıflandırılmıştır. PALM, reproduktif dönemdeki kadınlarda tanısal görüntüleme teknikleri veya histopatolojik olarak saptanmış olan yapısal sebepleri, COEİN ise yapısal olmayan nedenleri göstermektedir.²⁵

Adölesan dönemdeki AUK durumlarının çok azı yapısal nedenlerden kaynaklanmaktadır. Vakaların çoğunu fonksiyonel nedenler açıklar.

Adölesanlarda AUK'nin en yaygın nedenleri, ovulatuvar disfonksiyon sebeplerinden kaynaklanmaktadır. Bu durum, olgunlaşmamış hipotalamik-hipofiz-over sistemleri ile ilişkilidir ve oligomenoreye bağlı ağır menstrüel kanamalara yol açabilir.²⁶

Otozomal dominant kalıtım gösteren en sık görülen kanama bozukluğu von Willebrand hastalığıdır. Toplumda %1 sıklıkla görülmesine rağmen, klinikte semptom göstermeyebilir veya ağır mukokutanöz bulgular, aşırı menstrüel kanama gibi semptomlarla da karşımıza çıkabilir. Ailede kanama öyküsü, yapılan tetkiklerde von Willebrand faktörü düzeyinde düşüklük saptanması, von Willebrand hastalığı (vWH) şüphesini uyandırabilir.^{27,28}

Hastalığa özgü kanama bulguları genellikle deri ve mukozalarda artmış sıklıkta veya miktarlarda kanamaları içerir. Çocukluk çağında en sık karşılaşılan bulgular arasında kolay morarma ve burun kanamaları yer alır. Adölesanlar aşırı menstrüel kanama nedeniyle polikliniğe başvurur. Menoraji şikayetiyle başvuran kadınların %5-20'sinde vWH tespit edilmiştir. Ayrıca, vWH tanısı konulmuş kadınların %80'inde menoraji görülmekte olup, bu kadınların yaklaşık %20'sinde histerotomi ile sonuçlanmıştır.^{29,30}

Bernard-Soulier hastalığı, Gp (glikoprotein) Ib/IX kompleksindeki bir bozukluktan kaynaklanır ve otozomal resesif bir şekilde kalıtılır. Bu hastalıkta adölesan dönemde ağır menstrüel kanama, gastrointestinal sistem kanamaları ve ameliyat ya da travma sonrası kanamalar görülebilir.³¹ Glanzman Trombastenisi ise GP IIb-IIIa reseptöründe meydana gelen bir mutasyon sonucunda ortaya çıkar ve otozomal resesif bir şekilde kalıtılır. Aşırı menstrüel kanamaya yol açabilir.^{32,33}

Faktör eksiklikleri, kan pıhtılaşma sisteminde bulunan koagülasyon faktörlerinin yetersiz veya eksik olduğu durumları ifade eder.³⁵

Faktör eksiklikleri asemptomatik olabilir; ancak ağır durumlarda, özellikle aşırı menstrüel kanama veya doğum sonrası kanama gibi belirtilerle doktora başvurulabilir.³⁵⁻³⁷

Otoimmün trombositopeni (ITP), trombositlere karşı gelişen otoantikolar nedeniyle trombositlerin hızla yok olması ve buna bağlı olarak trombosit düşüklüğüne yol açan bir otoimmün hastalıktır. Hastalık, ani başlayan kanamalar (anormal uterin kanamalar dahil), ekimoz ve ciddi trombositopeni ile karakterizedir.³⁸

Endometrial hiperplaziler, progesteron eksikliğinde ortaya çıkar ve endometriumun uzun süreli östrojenik etki altında kalması sonucunda gelişir. Bu durum, histolojik olarak benign-kanser öncülü lezyonlar arasında bir hastalık spektrumunu tanımlar. Genellikle perimenopozal dönemde ortaya çıkar ve anovulasyon ile ilişkilidir. Anovulatuvar siklus genç erişkinlerde, hatta adölesan çağında da bildirilmiştir. En sık görülen semptom anormal uterin kanamadır.³⁹

- **Paternal Olmayan Düzensiz Siklus**

Menarşi takip eden ilk yıllarda sikluslar anovulatuvar ve düzensiz olabilir. Ergenliğin sonlarına doğru, menstrüel sikluslar ovulatuvar ve düzenli hale gelir. Bunun sonucu olarak, siklusların aralığı ve uzunluğu ile ilgili düzensizliklerde azalmalar olur.⁴⁰

- **Oligomenore**

35 günden uzun süre arayla veya yılda toplam 5 ile 7 döngüden oluşan, düzensiz ve uzun süren adet kanaması, oligomenore olarak tanımlanır. Oligomenorenin temel nedeni hipotalamus-hipofiz-over ekseninin işlev bozukluklarıdır. Uzun vadede infertilite, hirsutizm, düşük kemik yoğunluğu, endometriyal veya meme kanseri gibi çeşitli komplikasyonlara yol açabilir.⁴¹

- **Polimenore**

İki menstrüel siklus arasındaki periyodun 21 günden kısa olması durumudur. Bu durum, foliküler fazın kısalması ile karakterizedir. Genellikle immatür overin gonadotropinlere aşırı duyarlılığı nedeniyle foliküler faz kısalarak sık adet kanamaları gerçekleşir. Progesteron ve östrojen düzeylerindeki değişiklikler, over kisti, tiroid fonksiyon bozuklukları, oral kontraseptif kullanımı, stres ve aşırı egzersiz gibi faktörler buna neden olabilir.⁴²

2.5.1.2. Dismenore

Dismenore, menstruasyondan kısa bir süre önce başlayan veya ilk günlerinde ortaya çıkan ve 1-3 gün süren uterus kramplarına bağlı pelvik ağrı olarak tanımlanır. Adölesanlarda dismenore sıklığı %60 ile %93 arasında değişmektedir ve jinekolojik problemler arasında ikinci sıklıkta görülmektedir.⁴³

Adetin başlamasından yaklaşık 2-4 gün önce, hipersekresyon sonucu prostaglandinler hızla birikirler ve uterus kontraksiyonlarına neden olarak dismenoreye yol açarlar.⁴⁴ Primer dismenore, altta yatan herhangi bir patoloji olmadan çoğunlukla 25 yaşından önce ve menarştan 6-12 ay sonra ortaya çıkar. Primer dismenorede yaşam kalitesi düşer, ancak prognoz iyidir.⁴⁵

Sekonder dismenorede ise altta yatan patolojik bir durum (miyom, endometriyozis, enfeksiyon, uterus ve over kisti ve tümörleri vb.) söz konusudur.⁴⁵ Dismenore, öğrencilerde sıklıkla izlenen ve okul performansını olumsuz yönde etkileyen bir problemdir. Genç kızlarda sık karşılaşılan bir problem olmakla birlikte, birçoğunun ailesindeki kadınlarda da ağırlı adet görülmektedir. Vücut kitle indeksi (VKİ) zayıf olanlar dismenoreyi daha fazla yaşamaktadır.⁴⁶

2.5.1.3. Amenore

Menstruasyonun olmaması ya da anormal olarak kesilmesi amenore olarak tanımlanmaktadır. Fizyolojik amenore; adölesanlarda puberteden önce, gebelik ve laktasyon döneminde görülür. Patolojik amenore ise primer ve sekonder olmak üzere ikiye ayrılır. Primer ve sekonder amenorenin ilk değerlendirmesi, gebeliğin dışlanması ile başlar.⁴⁷

Primer Amenore

Kişinin yaşamı boyunca hiç adet görmemesi olarak tanımlanır. Menarşın gerçekleşmemesi durumu 15 yaşına kadar veya telarştan üç yıl sonra hâlen adet gözlenmemesi olarak değerlendirilir.⁴⁸ Genellikle genetik veya anatomik yapısal bir bozukluk sonucu ortaya çıkar; ancak aşırı androjen üretimi, stres, yeme bozuklukları, otoimmün hastalıklar, kronik hastalıklar gibi diğer nedenlerle de gelişebilir. Primer amenore ile ilgili yapılan bir çalışmada, görülme sıklığı ve sebepleri şu şekildedir: gonadal disgenezi (%43, Klasik Turner ve mozaik Turner Sendromu dahil), mülleryen agenezi (%15), konstitüsyonel puberte gecikmesi (%14), polikistik over sendromu (%7), izole GnRH eksikliği (%5), transvers vajinal septum (%3), kilo kaybı/anoreksiya nervoza (%2), hipopituitarizm (%2). Bunların dışında imperfore himen, androjen duyarsızlığı sendromu, prolaktinoma, kraniyofarinjiyoma, Cushing hastalığı gibi nedenlerin sıklığı %1'in altında bulunmuştur.⁴⁹ Primer amenoreye neden olan patolojiler, seviyelerine göre son organ (uterus ve genital çıkış yolu), gonadlar, hipofiz, hipotalamus şeklinde dört bölüme ayrılarak değerlendirilebilir.⁵⁰

Mülleryen agenezi (Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Sendromu), Mülleryen kanalın yetersiz gelişimi sonucunda ortaya çıkar ve gonadal disgeneziden sonra primer amenorenin en sık ikinci sebebidir. Sıklığı 1/4500-5000'dir. Nedeni bilinmemekle birlikte, kromozomal translokasyonlarla ilişkili olabilir ve genetik faktörlerin rolü olabilir.^{51,52} Hastalar genellikle puberte veya

genç erişkinlik döneminde primer amenore sebebiyle polikliniğe başvururlar. Overlerin gelişimi ve fonksiyonları ile meme gelişimi ve pubik kıllanma normaldir. Mülleryen kanaldan gelişen vajina 2/3 üst kısmı, uterus ve fallop tüplerinin yokluğu nedeniyle menstrüasyon gerçekleşmez. Fonksiyonel endometrial doku bulunabilir ve bu duruma bağlı olarak siklik pelvik ağrı görülebilir, bu nedenle başvuru yakınması karın ağrısı olabilir.^{53,54}

İmperfore himen, kadın genital sisteminin gelişim sürecindeki bozukluklardan kaynaklanan bir konjenital anomali olarak ortaya çıkar. Hastalar menstrüasyon döneminde siklik pelvik ağrı veya karın ağrısı şikayetiyle başvururlar. Menstrüasyon atıkları, vajinada (hematokolpos) ve endometriyal kavitede (hematometra) birikerek perineal kitle olarak ortaya çıkabilir.⁵⁵

Transvers vajinal septum, ürogenital sinüs ile mülleryen kanalların yeterli olmayan füzyonu ve/veya kanalizasyonu sonucu meydana gelir.⁵⁶ Olgular menstrüasyon atıklarının birikmesine bağlı olarak siklik pelvik ağrı veya karın ağrısı şikayetiyle başvururlar. Tedavide septum rezeksiyonu ile vajinal kanalın devamlılığı sağlanır.⁵⁷

Androjen Duyarsızlığı Sendromu, 46, XY karyotipe sahip olup testosteron ve anti mülleryen hormon (AMH) salgılayan normal testislere sahiptir. Ancak, androjen reseptörlerindeki mutasyonlara bağlı olarak son organlarda androjenlere yanıt vermez. Olgular en sık adölesan dönemde primer amenore ile hastaneye başvururlar. Meme gelişimine rağmen kıllanma görülmez. Tedavide amaç, fonksiyonel bir vajina oluşturulması ve gonadoblastom gelişme riski nedeniyle gonadektomi yapılmasıdır.^{58,59}

Gonadal Disgeneziler, cinsiyet kromozomlarındaki genlerde meydana gelen mutasyonlar ve anormallikler sonucunda ortaya çıkar, bu da gonadların farklılaşmasında ve gelişmesinde sorunlara neden olur. Bu durum, primer amenorenin en yaygın sebeplerinden biridir. Overlerde foliküllerin oluşmaması veya hızla apoptozise uğraması sonucunda, overler sadece stromal dokudan oluşan fibröz bir yapıya dönüşebilir. Gonadal disgeneziler arasında en sık görülen durum Turner sendromu iken, vakaların yaklaşık %25'inde karyotip analizi normal sonuçlar verebilir.⁶⁰

Swyer Sendromu (46,XY Gonadal Disgenezisi), nadir görülen bir durumdur ve karyotipi 46, XY'dir. Olgular genellikle puberte döneminde polikliniğe

başvurur çünkü primer amenore ve ikincil cinsiyet özelliklerinin gelişmemesiyle karşılaşılır. Tanı genellikle karyotip analizi ile konulur.⁶⁰

Hipotalamik amenore, genellikle negatif enerji dengesi (azalmış kalori alımı, artmış fiziksel aktivite) ve stresle ilişkilidir.⁶¹

Yeme bozuklukları, anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza gibi psikiyatrik bozukluklar, ciddi sistemik hastalıklara neden olabilir. Bu bozukluklar, hem primer hem de sekonder amenoreye yol açabilir.⁶²

Stres durumunda vücutta kortikotropin serbestleştirici hormon (CRH), adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve kortizol sentezinde artış gözlenir. CRH, hipotalamusta gonadotropin salınımını etkileyerek gonadotropinlerin uyarılmasını inhibe edebilir.⁶³ Kortizolün ise uterus, hipofiz ve hipotalamus düzeylerinde üreme fonksiyonları üzerine inhibe edici etkisi vardır. Stres, hem primer hem de sekonder amenoreye neden olabilir.⁶⁴

Egzersiz, fiziksel ve psikolojik iyilik hali üzerine birçok faydası olmasına rağmen, yoğun egzersiz kadınlarda puberte gecikmesine, amenoreye ve infertiliteye neden olabilir.⁶⁵ Genellikle düşük vücut ağırlığına sahip ve yüksek tempolu maraton koşusu, jimnastik gibi sporlarla uğraşan kişilerde amenore daha sık görülür. Harcanan enerji alınan enerjiden fazla olduğunda pulsatil gonadotropin salgılanması bozulur ve amenoreye neden olur. Tedavide kalori alımının artırılması ile egzersiz sıklığının azaltılması önerilir, ayrıca hastalara östrojen eksikliğinin neden olabileceği sonuçlar açıklanarak östrojen replasmanı yapılır.⁶⁶

Sekonder Amenore

Sekonder amenore, daha önce düzenli olan adetlerin üç ay boyunca olmaması veya daha önce düzensiz olan adetlerin altı ay boyunca kesilmesi şeklinde tanımlanmaktadır.⁶⁷

Sekonder amenoreye yaklaşımda öncelikle "hiperandrojenizm" bulguları değerlendirilmelidir. Hiperandrojenizm yoksa FSH, LH, Tiroid Stimüle Edici Hormon (TSH) ve prolaktin seviyeleri incelenmelidir. Hipotiroidizm ve hiperprolaktinemi mutlaka araştırılır. Testosteron ve DHEAS düşük seviyelerde ise PKOS düşünülür.⁶⁷

Konjenital adrenal hiperplazi (KAH) durumunda 21-hidroksilaz enzim eksikliği gözlemlenir. Klasik KAH formlarında, fetal hayattan itibaren hiperandrojenizm etkileri görülür ve doğumda ambigus genitalya izlenir. Geç

başlangıçlı adrenal hiperplazi, hastalığın hafif formudur ve genellikle geç puberte ve erken erişkinlik döneminde tanı alır. Bu olgularda, farklı oranlarda hiperandrojenizm belirtileri görülebilir ve amenore şikayeti olabilir. Ayırıcı tanıda, PKOS ve idiopatik hirsütizmle karışabilir.⁶⁸

Polikistik over sendromu, over kaynaklı androjen yüksekliğinin en sık nedenidir.⁶⁹ Adams ve arkadaşları tarafından ultrasonografi (USG) ile stroma dokusunun artmasıyla büyümüş overler ve inci kolye benzeri over dokusunun çevresine yerleşmiş 10'dan fazla ve 2-8 mm ölçülerinde folikül görünümü şeklinde tanımlanmıştır.⁷⁰ Ancak normal adölesanların %30'unda, polikistik over ultrason görüntüsüne rastlanabildiği bilinmektedir.⁷¹ Bu sebeple Rotterdam kriterlerine göre PKOS benzeri semptomları olan hastalara tanı koyabilmek için USG'de polikistik over görüntüsünün yanında bazı klinik (obezite, androjen yüksekliği, oligomenore/amenore, hirsütizm, akne, alopesi) ve biyokimyasal değişkenlerin de (Total Testosteron > 3 ng/mL, Serbest testosteron indeksi > 7, LH/FSH oranı > 2) eşlik edip etmediğine bakılır.^{70,72}

2.5.2. Ovaryan Kistler veya Kitleler

Adölesanda over kistleri genellikle asemptomatiktir; tesadüfen saptanabilir veya adet düzensizlikleri veya pelvik ağrı ile ilişkilendirilebilir. Büyük kistler, idrar sıklığında artış, kabızlık veya pelvik ağrı gibi semptomlara yol açabilir. Akut şiddetli ağrı, torsiyon, rüptür veya hemoraji (intrakistik veya intra-abdominal) gibi durumlar, apandisit veya peritoniti taklit edebilir. Ayırıcı tanıda yumurtalık tümörleri, tubal durumlar (ektopik gebelik, adenomyom, leiomyom), uterin kitleler (kornual ektopik gebelik, adenomyom, leiomyom, gebelik), ve gastrointestinal durumlar (örneğin apendiks absesi) göz önünde bulundurulmalıdır.⁷³

Basit ve komplike over kistleri, menarş sonrası adölesanlarda sık görülür. Adölesan yumurtalıkları, farklı gelişim aşamalarındaki çok sayıda folikül içerebilir. Adölesanlarda sıklıkla rastlanan over kistleri, olgunlaşan folikülün ovulasyonun gerçekleşmemesi ve involüsyonu sonucu meydana gelen kistlerdir. Normal bir olgun folikül, çap olarak 2 ila 3 cm olabilir. Ultrasonografi sonuçlarına göre, çapı 6 cm'den küçük olan asemptomatik basit kistler gözlemlenebilir. Rutin muayenede tespit edilen foliküler kistlerin çoğu genellikle iki ila sekiz hafta içinde kendiliğinden iyileşir.⁷³

Korpus luteum kistleri, ovulasyon sonrasında oluşan korpus luteumda sıvı birikmesi sonucu ortaya çıkar. Bu kistler, korpus luteum içine kanama olması durumunda 5 ila 12 cm çapında olabilir. Ağrısı veya intraperitoneal kanaması olmayan, korpus luteum kisti olan hastalar için üç ay boyunca takip önerilir. Asemptomatik korpus luteum kistleri takipte involüsyona uğrar.⁷³

Over torsiyonu, her yaş grubundaki kız çocuğunda görülebilir. Bir ulusal kohort çalışmasına göre, 1 ila 20 yaş arasındaki kızlarda 100.000 kişi başına 4.9 sıklığında tespit edilmiştir.⁷⁴ Over torsiyonu, özellikle ergenlik öncesi kızlarda adneksiyal patoloji olmaksızın da ortaya çıkabilir.⁷⁵ Over torsiyonunun belirtileri arasında ani başlangıçlı şiddetli tek taraflı alt karın ağrısı, bulantı, kusma, solukluk ve nadiren ateş yer alır.^{76,77} Sıklıkla sağ tarafta görülür ve akut apandisitinden ayırt edilmesi zor olabilir. Tedavi olmadan düzelen aralıklı ağrı, kusma eşlik ediyorsa, özellikle vasküler kan akımının tamamen tıkanmamış olduğu torsiyonu gösterebilir.⁷⁸

Over kist rüptürü, genellikle ani başlangıçlı tek taraflı alt karın ağrısı ile karakterizedir. Rüptür, intraperitoneal kanama ile ilişkili olabilir. Over kisti, rüptür olmadan da hemorajik hale gelebilir. Hemorajik kistler asemptomatik olabilir veya pelvik ağrıya neden olabilir. Kanama kendiliğinden sınırlanabilir veya hemodinamik bozukluk ile ilişkilendirilebilir.^{76,79}

2.5.3. Vajinal Akıntı

Vulvovajinit, prepubertal kızlarda sıkça görülen jinekolojik problemlerden biridir.⁸⁰ Belirtiler ve bulgular arasında vajinal akıntı, vulvanın irritasyonu, eritem, ağrı, kaşıntı, dizüri ve kanama yer almaktadır.⁸¹ Adölesan dönem öncesinde vulva ince, yağsız ve kıldan yoksundur; bu durum enfeksiyona yatkınlığı artırır. Vajina, bu dönemde östrojen etkisi altında olmadığı için atrofiktir ve pH (Potential of hydrogen) seviyesi yeterince asidik değildir, bu da bakteri üremesi için uygun bir ortam oluşturur.⁸²

Vajinal enfeksiyonların değerlendirilmesinde vajinal akıntının rengi, kokusu, miktarı ve şekline dikkat edilmelidir. Normal fizyolojik vajinal akıntı ve anormal vajinal akıntı görülebilir. Anormal vajinal akıntılar non-enfeksiyöz ve enfeksiyöz (kandida, trikomoniasis, bakteriyel vajinozis vb.) nedenlerle olabilir. En sık vulvovajinit nedeni non-spesifik enfeksiyonlardır.⁸³ Non-spesifik vulvovajinit vakalarının %25-75'inde spesifik bir patojen izole edilemez.⁸⁴

Bakteriyel enfeksiyonlar, vulvar deri hastalıkları, yabancı cisimler, cinsel istismar, kıl kurdu, ilaçlar veya anatomik anomaliler daha nadir görülen nedenler arasındadır. Geçmeyen veya tedavi sonrası tekrarlayan vakalarda, bu nadir nedenlerin dikkate alınarak değerlendirilmesi ve cerrahi tedavi gerektiren nedenlerin araştırılması için çocuk cerrahına konsülte edilmesi gerekir.⁸⁴

2.5.4. Vulvar Hastalıklar

Bartholin bezleri vulvar vestibülde her iki tarafta bulunur. Vulvar kitlelerin yaygın bir etiolojisi, Bartholin kanallarının tıkanmasıyla ilişkilidir. Bartholin kanalının ağzı tıkanıldığında, bez tarafından üretilen mukus birikerek tıkanıklığın proksimalinde kistik genişlemeye neden olur. Tıkanıklık genellikle lokal veya yaygın vulva ödemiyle ilişkilidir. En sık rastlanan Bartholin kitleleri kistler veya apselerdir. Tedavide kist veya apse drenajı yapılır.^{85,86}

Kondiloma akuminata, human papillomavirus (HPV) adlı virüsün neden olduğu bir cilt enfeksiyonudur. Bu enfeksiyon, cinsel yolla bulaşan bir hastalık olarak kabul edilir ve genellikle genital bölgede veya anogenital bölgede (perianal bölge, penis, vulva, vajina) ortaya çıkar. En sık perianal bölgede görülür. Bu lezyonlar genellikle ağrısızdır. Tedavi seçenekleri arasında kriyoterapi, elektrokoter, lazer tedavisi ve topikal ilaçlar bulunabilir. Ayrıca, HPV aşısı cinsel yolla bulaşan HPV tiplerine karşı koruma sağlayabilir.^{87,88}

Prepubertal dönemde kandida ile kolonizasyon oranı %3-4'tür. Bez kullanan çocuklarda, diyabeti olan, son zamanlarda antibiyotik tedavisi gören veya immün supresyon durumu olan çocuklarda bu durum daha sık görülür.⁸⁰

2.5.5. Perine Yaralanmaları

Anorektum ve perine yaralanmaları, "yüksek tanımlanamayan yaralanma" olarak sınıflandırılır. Özellikle savaş ve terör gibi olağanüstü koşullarda, travmaya bağlı olarak mesane, idrar yolları, pelvis ve büyük damar hasarları gibi potansiyel ek yaralanmalar gelişebilir. Bu durum oldukça yüksek morbidite ve mortaliteye neden olabilir. Yaralanmanın yeri ve boyutuna bağlı olarak tedavi planı cerrahi veya konservatif tedavi şeklinde belirlenir.⁸⁹

2.5.6. Genital Görünüm Memnuniyetsizliği/Kaygısı

Labia minör hipertrofisinde klinik olarak değerlendirilen değişiklikler henüz yeterince tanımlanmamıştır. Cerrahi müdahale kriterlerine ilişkin fikir birliği resmi olarak oluşturulmamıştır.^{90,91} Labia minör hipertrofisinin belirlenmiş bir tanı kriteri bulunmamakla birlikte, genellikle klinik bulgulara dayanarak tanı

konulur. Hastanın yönetiminde ilk adım, hasta danışmanlığı ve bakım eğitimidir. Semptomlar devam ederse cerrahi düzeltme düşünülebilir. Nadir görülen komplikasyonlara rağmen, cerrahi düzeltmenin skar oluşturabileceği ve ileri dönemde kronik vulvar ağrı ve dispareniye neden olabileceği konusunda hastanın bilgilendirilmesi önemlidir.^{92,93} Ayrıca, ameliyat elektif olarak kabul edilir ve kozmetik sonuçlar bireyden bireye değişebilir. Labiaplasti, hipertrofik dokunun çıkarılması ve fonksiyonel endişelerin düzeltilmesi amacıyla simetrik olarak küçültülmüş labiaların oluşturulmasını hedefler.^{94,95}

Labial füzyon veya sineşi genellikle 3 ay ile 4 yaş arasındaki kız çocuklarında görülür, 13-23 aylar arasında pik yapma eğilimindedir. Bu durum genellikle asemptomatiktir ve aile yapışıklığı fark ettiğinde başvurur. Lokal inflamasyon, dizüri, idrar yolu enfeksiyonu ve obstrüksiyon belirtileri de görülebilir. Etyolojisi net olarak açıklanamamakla birlikte, en sık suçlanan faktör, puberte öncesi östrojen seviyelerinin düşük olmasıdır. Kötü hijyen, bebek bezi dermatiti gibi kronik irritasyon, labia minörlerdeki epitelin hasar gördüğü yerlerin birbirine yapışması sonucunda gerçekleştiği varsayılmaktadır. Tedavide, etiyolojisinde düşük östrojen seviyesi suçlandığından, ilk aşamada hijyen önerileri ve östrojenli krem kullanımı önerilmektedir.⁹⁶

2.5.7. Vajende Yabancı Cisim ve Rektovajinal Fistül

Vajende yabancı cisim olarak vajinal tampon olabilir. Toksik Şok Sendromu, hayati tehlike arz edebilecek ciddi bir enfeksiyon olan ve Staphylococcus aureus adlı bakterinin salgıladığı toksinlerin neden olduğu bir durumdur. Ani başlayan ateş, baş ağrısı, myalji, kusma, diyare, yaygın deri döküntüleri ve sıklıkla hipotansiyon gibi belirtiler, Toksik Şok Sendromu'nu düşündürmelidir. Tedavide, enfeksiyon odağının hemen tespit edilmesi büyük önem taşır. Vajinal tamponların derhal çıkarılması ve oluşan apsenin drenajı, etkili tedavi adımlarıdır.⁹⁷

Rektovajinal fistül, rektum ön duvarı ile vajinanın arka duvarı arasında anormal bir epitelyal bağlantının olduğu bir durumu ifade eder. Etyolojide obstetrik girişimler, inflamatuvar barsak hastalıkları, kanser, radyasyon, divertikülit, yabancı cisim, enfeksiyonlar ve geçirilmiş cerrahiler gibi çeşitli faktörler yer almaktadır. Küçük ve basit rektovajinal fistüller genellikle asemptomatik olabilir; ancak hastalar genellikle kontrol edilemeyen gaz ve/veya dışkı geçişi, vajinal akıntı gibi şikayetlerle başvururlar.⁹⁸

Bu durum, tekrarlayan vajinal enfeksiyonlara, sistite ve ilerlemiş vakalarda sfinkter hasarına ve buna bağlı olarak inkontinansa neden olabilir. Tedavi planı oluşturulurken ayrıca fistülün lokalizasyonu (düşük, orta, yüksek), boyutu (küçük, orta, büyük) ve tipi (basit, komplike) gibi faktörler de göz önünde bulundurulmalıdır.⁹⁸

2.6. Adölesan Gebeliği

Adölesanlar, gelişim sürecini tamamlamamış ve fiziksel olarak tam olgunluğa erişmemiş bireylerdir. Bu nedenle, adölesan gebelikleri ve doğumları, komplikasyon oranlarının yüksek olduğu bir durumu yansıtmaktadır. Adölesanların prematüre veya düşük doğum ağırlıklı bebekleri dünyaya getirme olasılığı yüksektir, bu da neonatal ve infant mortalite riskini artırabilir. Ayrıca, bu durum, konjenital malformasyonlara, mental ve motor gelişim geriliklerine, körlük ve sağırlık gibi sorunlara yol açabilir.⁹⁹

Bu bebekler ayrıca ileri dönemde epilepsi, serebral palsi, mental retardasyon, körlük ve sağırlık gibi konjenital defektlerle birlikte zihinsel ve bedensel engellilik riski taşıyabilirler. Genç annelerin bebeklerinde diğer yaş gruplarına göre bebek ölüm hızı 2-3 kat daha yüksektir.¹⁰⁰

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışma için Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 23/11/2022 tarihli ve 2022/767 sayılı kararla onay alınmıştır (EK 1).

Tanımlayıcı türdeki çalışmanın verileri, Mersin Üniversitesi Hastanesi'nin pediatri kliniklerine 1 Ocak 2015-31 Aralık 2022 tarihleri arasında başvuran ve Kadın Hastalıkları ve Doğum konsültasyonu istemi olan 0-18 yaş arası hastaların, hastane otomasyon sistemindeki dosya kayıtlarının geriye dönük incelenmesiyle elde edildi. Anamnez, konsültasyon istem ve jinekoloji cevap notları incelendi. Konsültasyon tarihleri ve konsültasyon istemi yapan birimler kaydedildi. Hastaların yaşı, kronik hastalık varlığı, başvuru yakınması, konsültasyon istenme nedenleri, tanımlanan jinekolojik problemler ile tedavi ve izlem planları tanımlayıcı veri olarak toplandı. Konsültasyon istemi olan 943 hasta dosyasına ulaşıldı ve bu dosyaların tamamı analize dahil edildi, araştırmanın dışında tutulan olgu olmadı.

İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 21.0.0 paket programı (IBM Corp, Armonk, NY, ABD) kullanılarak yapıldı. Sürekli değişkenler ortanca (ÇAA, çeyrekler arası aralık) ve kategorik değişkenler sıklık (n) ve yüzde (%) cinsinden ifade edildi. Konsültasyonların aylara ve yıllara göre dağılımı, konsültasyon istemlerinin yapıldığı birimlerin dağılımı, hastaların yaş özellikleri, preadölesan dönemdeki hastaların konsültasyon nedenleri, adölesan dönemdeki hastaların başvuru ve konsültasyon nedenleri, gebe olmayan adölesanlarda tanımlanan jinekolojik problemler, yaş gruplarına göre gebelik ve jinekolojik problemlerin dağılımı, kronik hastalığı olan adölesanlarda tanımlanan jinekolojik problemler ve adölesan hastaların tedavi ve izlem planları tanımlayıcı istatistikler olarak sunuldu.

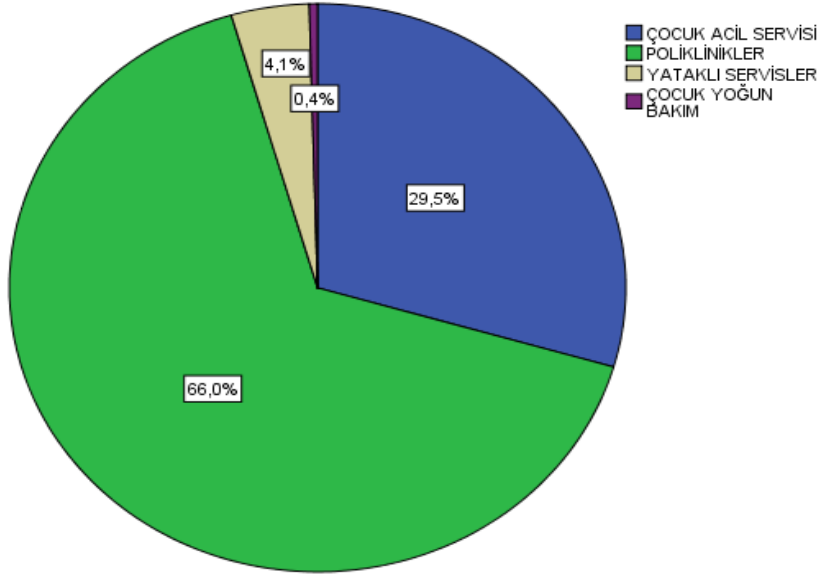
4. BULGULAR

Bu çalışmada 943 konsültasyon değerlendirildi. En çok konsültasyon istenen ayın haziran ayı (%10,9), en az konsültasyon istenen ayın şubat ayı (%6,7) ve en çok konsültasyon istenen yılın 2022 yılı (%24,3), en az konsültasyon istenen yılın 2015 yılı (%7,6) olduğu görüldü. Konsültasyonların aylara ve yıllara göre dağılımı Tablo 1'de gösterildi.

Tablo 1. Konsültasyonların aylara ve yıllara göre dağılımı (n = 943)

	n	%
Ay		
Ocak	69	7,3
Şubat	63	6,7
Mart	68	7,2
Nisan	79	8,4
Mayıs	75	8,0
Haziran	103	10,9
Temmuz	87	9,2
Ağustos	92	9,8
Eylül	77	8,2
Ekim	78	8,3
Kasım	86	9,1
Aralık	66	7,0
Yıl		
2015	72	7,6
2016	84	8,9
2017	89	9,4
2018	83	8,8
2019	125	13,3
2020	97	10,3
2021	164	17,4
2022	229	24,3

Konsültasyon isteyen birimlere bakıldığında, polikliniklerden 622 (%66), çocuk acil servisinden 279 (%29,5), yataklı servislerden 38 (%4,1) ve çocuk yoğun bakım ünitesinden 4 (%0,4) konsültasyon istemi yapıldığı görüldü (Şekil 1). Konsültasyon istemlerinin yapıldığı yandal kliniklerinin dağılımı Tablo 2'de gösterildi.



Şekil 1. Konsültasyon istemlerinin yapıldığı birimlerin dağılımı

Tablo 2. Konsültasyon istemlerinin yapıldığı yandal klinikleri (n=943)

	n	%
Çocuk Acil Servisi	280	29.7
Genel Pediatri	512	54.2
Çocuk Nefroloji	19	1.9
Çocuk Hematoloji	85	8.9
Çocuk Yoğun Bakım	4	0.5
Çocuk Alerji	1	0.1
Çocuk Enfeksiyon	8	0.9
Çocuk Gastroenteroloji	10	1.1
Çocuk Kardiyoloji	2	0.3
Çocuk Nöroloji	14	1.5
Çocuk Onkoloji	8	0.9
Toplam	943	100

Konsülte edilen hastaların ortanca (ÇAA) yaşı 16 (14 – 17) yıl idi. Hastaların yaşı 4 yıl ila 18 yıl arasında değişmekteydi. On dört hasta (%1,5) preadölesan dönemde, 161 hasta (%17,1) erken adölesan dönemde, 437 hasta (%46,3) orta adölesan dönemde ve 331 hasta (%35,1) geç adölesan dönemde idi. Hastaların yaş özellikleri Tablo 3'te gösterildi.

Tablo 3. Hastaların yaş özellikleri (n=943)

Yaş (yıl)	
ortanca (ÇAA)	16 (14 – 17)
en küçük - en büyük	4 – 18
ortalama ± SS	15.3 ± 2.1
Yaş grupları	n (%)
Preadölesan	14 (1,5)
4 yaş	2 (0,2)
6 yaş	1 (0,1)
7 yaş	2 (0,2)
8 yaş	4 (0,4)
9 yaş	5 (0,5)
Adölesan	929 (98,5)
- Erken adölesan	161 (17,1)
10 yaş	12 (1,3)
11 yaş	17 (1,8)
12 yaş	60 (6,4)
13 yaş	72 (7,6)
- Orta adölesan	437 (46,3)
14 yaş	91 (9,7)
15 yaş	150 (15,9)
16 yaş	196 (20,8)
- Geç adölesan	331 (35,1)
17 yaş	232 (24,6)
18 yaş	99 (10,5)

ÇAA, çeyrekler arası aralık; SS, standart sapma.

Preadölesan dönemdeki hastaların yaş ortancası 8 (7 – 9) yıl idi ve bu hastaların persistan vajinal akıntı, vajinal kanama veya perine travması nedeniyle konsülte edildiği görüldü (Tablo 4). Vajinal akıntısı olanlarda (n=8), akıntı lökore olarak değerlendirildi ve tedavisiz izlendi. Vajinal kanama nedeniyle başvuran 4 çocuktan 2'sinde kazaya bağlı genital travma, 1'inde idrar yolu enfeksiyonu, 1'inde kanama bozukluğu tanımlandı. Perine travması nedeniyle başvuranlara (n=2) cilt yaralanma bulgularına yönelik medikal tedavi düzenlendi.

Tablo 4. Preadölesan dönemdeki hastaların konsültasyon nedenleri ve konsültasyonlarını isteyen birimler (n=14)

Başvuru yakınması	n	%
Vajinal akıntı		
Genel Pediatri polikliniği	8	57,1
Vajinal kanama	4	28,6
Çocuk Acil servisi	3	21,4
Genel Pediatri polikliniği	1	7,2
Perine travması		
Çocuk Acil servisi	2	14,3

Adölesan dönemdeki 929 hastanın yaş ortancası 16 (14 – 17) yıl idi ve bu hastaların 208'inde (%22,4) adölesan gebeliği mevcuttu. Gebe olan adölesanların ortanca (ÇAA) yaşı 17 (16 – 18) yıl saptandı. Erken adölesan gebeliği iki (%1), orta adölesan gebeliği 53 (%25,5) ve geç adölesan gebeliği 153 (%73,6) adölesanda görüldü. Erken adölesan gebelerin ortanca yaşı 13 (13-13) yıl, orta adölesan gebelerin ortanca yaşı 16 (16-16) yıl ve geç adölesan gebelerin ortanca yaşı 17 (17-18) yıl idi. Gebe adölesanların en sık başvuru ve konsültasyon nedeni karın ağrısıydı (93/208, %44,7). On dört adölesan (14/208, %6,7) rutin gebelik izlemi için konsülte edilmiş idi. Gebe adölesanların diğer başvuru ve konsültasyon nedenleri sıklık sırasında göre vajinal kanama, erken membran rüptürü, travma, intihar girişimi, vajinal akıntı, bulantı-kusma, nöbet geçirme, şiddete maruz kalma, göğüs ağrısı ve nefes darlığı, döküntülü hastalık, fetal hareketlerde azalma, ekstremitelerde ödem ve doğum eylemi idi. Beş adölesanın konsülte edilme nedeni doğum sonrası kanamaydı (Tablo 5).

Gebe olmayan 721 adölesanın ortanca yaşı 15 (14 – 16) yıl saptandı. Gebe olmayan adölesanların en sık başvuru ve konsültasyon nedeni düzensiz menstrüel siklus idi (391/721, %54,2). Kılanma artışının veya aknenin eşlik ettiği düzensiz siklus ile birlikte toplam 419 adölesanda (419/721, %58,1) düzensiz menstrüel siklus mevcuttu. İkinci sıklıkta dismenore (95/721, %13,2), üçüncü sıklıkta amenore (74/721, %10,3), dördüncü sıklıkta insidental saptanan over kisti (41/721, %5,7) ve beşinci sıklıkta vajinal akıntı (36/721, %5) konsültasyon nedenlerini oluşturdu. Kılanma artışı, yeme bozukluğu ve galaktorenin eşlik ettiği amenore ile birlikte toplam 94 adölesan (94/721, %13)

amenore nedeniyle başvurdu. Diğer başvuru ve konsültasyon nedenleri sıklık sırasına göre vulvar problemler, perine travması, genital görünüm memnuniyetsizliği/kaygısı, vajinada yabancı cisim ve vajinadan gaita gelmesi idi. Adölesan dönemdeki hastaların başvuru ve konsültasyon nedenleri Tablo 5'de gösterildi.



Tablo 5. Adölesan dönemdeki hastaların başvuru ve konsültasyon nedenleri
(n=929)

	n	%
Gebelik dışı nedenler	721	77,6
Düzensiz menstrüel siklus	391	42,1
Dismenore	95	10,2
Amenore	74	8,0
İnsidental saptanan over kist(ler)i veya kitleleri	41	4,4
Vajinal akıntı	36	3,9
Düzensiz menstrüel siklus ve kıllanma artışı	22	2,4
Amenore ve kıllanma artışı	14	1,5
Vulvar problemler	14	1,5
Vulva ağrısı	7	0,8
Kondilom	4	0,4
Vulvada kaşıntı	3	0,3
Perine travması	10	1,1
Genital görünüm memnuniyetsizliği/kaygısı	9	1,0
Düzensiz menstrüel siklus ve akne	6	0,6
Amenore ve yeme bozukluğu	3	0,3
Amenore ve galaktore	3	0,3
Vajende yabancı cisim	2	0,2
Vajenden gaita gelmesi	1	0,1
Gebelik	208	22,4
Karın ağrısı	93	10,0
Vajinal kanama	37	4,0
Erken membran rüptürü	20	2,2
Rutin gebelik izlemi	14	1,5
Travma	8	0,9
Trafik kazası	4	0,4
Düşme	4	0,4
İntihar girişimi	6	0,6
Vajinal akıntı	6	0,6
Bulantı, kusma	5	0,6
Nöbet geçirme	3	0,3
Şiddete maruz kalma	3	0,3
Göğüs ağrısı ve nefes darlığı	2	0,2
Döküntülü hastalık	2	0,2
Fetal hareketlerde azalma	2	0,2
Ekstremitelerde ödem	1	0,1
Doğum eylemi	1	0,1
Doğum sonrası kanama	5	0,6
Toplam	929	100

Pediyatrik değerlendirme ve Kadın Hastalıkları ve Doğum konsültasyonu neticesinde gebe olmayan adölesanlarda tanımlanan jinekolojik problemler Tablo 6'da gösterildi. Gebe olmayan 721 adölesanın 608'inde (%84,4) menstrüel bozukluk tanımlandı. Menstrüel bozukluklar sıklık sırasına göre düzensiz mensler (%56,5), dismenore (%14,8) ve amenore (%13,1) şeklindeydi. Düzensiz mensler içinde en sık menoraji veya menometroraji (%22,3) gözlemlendi. Menoraji nedenleri disfonksiyonel uterin kanama veya kanama bozukluğu idi, bir hastada endometrial hiperplazi raporlandı. Düzensiz mensler içinde paterni olmayan düzensiz sikluslar ikinci sıklıkta (%15,6), oligomenore üçüncü sıklıkta (%14,8) ve polimenore dördüncü sıklıkta (%3,8) görüldü. Dismenoreli 107 adölesanın tamamı primer dismenore olarak değerlendirildi. Amenoreli 94 adölesanın 29'u (%30,9) primer amenore ve 65'i (%69,1) sekonder amenore tanısı aldı. Primer amenorede en sık etyoloji hipogonadotropik hipogonadizm iken sekonder amenorede en sık etyoloji PKOS idi. Hipogonadotropik hipogonadizme bağlı primer amenoreli adölesanların çoğu kronik hastalığı olan adölesanlardı.

Merkezimizde veya dış merkezde, çeşitli üriyer veya gastrointestinal nedenlerle ultrasonografik değerlendirme yapılan ve insidental over kisti saptanan 38 adölesanın 23'ünde (%60,5) basit kist, 12'sinde (31,6) komplike kist ve 3'ünde (%7,9) multifoliküler over tanımlandı. Akut karın ağrısı nedeniyle ultrasonografik değerlendirme yapılan ve overyan kitle saptanan 3 adölesandan 1'inde over torsiyonu, 1'inde over kist rüptürü ve 1'inde tubal ektopik gebelik tanımlandı (Tablo 6).

Vajinal akıntı yakınmasıyla değerlendirilen 36 adölesanın 31'inde lökokeri (%86,1) mevcuttu, 5'ine non-spesifik vulvovajinit tanısı (%13,9) konuldu. Vulvar ağrı yakınması olan adölesanlarda Bartholin kisti veya idrar yolu enfeksiyonu, vulvar kaşıntısı olanlarda kandidiyazis saptandı. Dört adölesanda kondiloma aküminata tespit edildi (Tablo 6)

Genital travma sonrası başvuran 10 adölesanda düşme veya çarpma sonucu perinede yumuşak doku yaralanması tespit edildi. Genital görünüm memnuniyetsizliği/kaygısı ile konsülte edilen adölesanların sıklığı %1,2 (n=9) idi. Vajinada yabancı cisim nedeniyle konsülte edilen iki adölesanda, ipi vajinaya kaçtığı için çıkarılamamış vajinal tampon bulundu. Vajinadan gaita gelme yakınması olan adölesanda rektovajinal fistül saptandı (Tablo 6)

Tablo 6. Gebe olmayan adölesanlarda tanımlanan jinekolojik problemler (n=721)

	n	%
Menstrüel bozukluk	608	84,4
Düzensiz mensler	407	56,5
Menoraji veya menometroraji	160	22,3
Disfonksiyonel uterin kanama	144	20,1
Kanama bozukluğu	15	2,1
Endometrial hiperplazi	1	0,1
Paterni olmayan düzensiz sikluslar	112	15,6
Oligomenore	107	14,8
Polimenore	28	3,8
Dismenore	107	14,8
Primer	107	14,8
Sekonder	-	-
Amenore	94	13,1
Primer amenore	29	4,1
İmperfore himen	4	0,6
Hipogonadotropik hipogonadizm	16	2,2
Kronik hastalık	13	1,8
Anoreksiya nervoza	2	0,3
Obezite	1	0,1
Turner sendromu	5	0,7
Komplet Mülleryen Agenezi (RKMH sendromu)	2	0,3
XY gonadal disgenezi	2	0,3
Sekonder amenore	65	9,0
PKOS	44	6,1
Hiperprolaktinemi	3	0,4
Anoreksiya nervoza	8	1,1
Kronik hastalık	6	0,8
Psikolojik stres	2	0,3
Non-klasik (geç başlangıçlı) KAH	2	0,3
Overyan kistler veya kitleler	41	5,6
Basit over kisti	23	3,2
Komplike over kisti	12	1,7
Multifoliküler overler	3	0,4
Over torsiyonu	1	0,1
Over kist rüptürü	1	0,1
Ektopik gebelik (tubal)	1	0,1
Vajinal akıntı	36	5,0
Lökokori	31	4,3
Non-spesifik vulvovaginit	5	0,7
Vulvar hastalıklar	14	2,0
Bartholin kistine bağlı vulvar ağrı	4	0,6
İdrar yolu enfeksiyonuna ikincil vulvar ağrı	3	0,4
Kondiloma aküminata	4	0,6
Kandidiyazis	3	0,4
Düşme veya çarpma sonucu perinede yumuşak doku yaralanması	10	1,4
Genital görünüm memnuniyetsizliği/kaygısı	9	1,2
Labium minus hipertrofisi	6	0,8
Labial sineşi	1	0,1
Normal görünüme rağmen estetik kaygı	2	0,3
Diğer	3	0,
Çıkarılmamış vajinal tampon	2	0,3
Rektovajinal fistül	1	0,1

Yaş gruplarına göre jinekolojik problemlerin dağılımına bakıldığında, erken adölesan dönemde en sık menstrüel bozukluk (%83,8), ikinci sıklıkta overyan kist (%4,4) ve genital görünüm memnuniyetsizliği/kaygısı (%4,4) görüldü. Orta adölesan dönemde en sık menstrüel bozukluk (%73), ikinci sıklıkta overyan kist (%7,1) görüldü. Geç adölesan dönemde en sık menstrüel bozukluk (%46,6) ve ikinci sıklıkta adölesan gebeliği (%46,2) görüldü (Tablo 7).

Tablo 7. Yaş gruplarına göre gebelik ve jinekolojik problemlerin dağılımı (n=929)

	Erken adölesan (n=161)	Orta adölesan (n=437)	Geç adölesan (331)
Menstrüel bozukluk	135 (83,8)	319 (73,0)	154 (46,6)
Menoraji veya menometroraji	60 (37,2)	65 (14,9)	35 (10,6)
Paterni olmayan düzensiz sikluslar	19 (11,7)	71 (16,3)	22 (6,7)
Oligomenore	15 (9,3)	53 (12,1)	39 (11,8)
Polimenore	14 (8,7)	11 (2,5)	3 (0,9)
Primer dismenore	16 (9,9)	56 (12,8)	35 (10,6)
Primer amenore	-	20 (4,6)	9 (2,7)
Sekonder amenore	11 (6,8)	43 (9,8)	11 (3,3)
Overyan kistler veya kitleler	7 (4,4)	31 (7,1)	3 (0,9)
Vajinal akıntı	5 (3,1)	19 (4,4)	12 (3,6)
Vulvar hastalık	1 (0,6)	7 (1,6)	6 (1,8)
Genital travma sonrası perinede yumuşak doku yaralanması	3 (1,9)	6 (1,4)	1 (0,3)
Genital görünüm memnuniyetsizliği/kaygısı	7 (4,4)	1 (0,2)	1 (0,3)
Çıkarılmamış vajinal tampon	-	1 (0,2)	1 (0,3)
Rektovajinal fistül	1 (0,6)	-	-
Gebelik	2 (1,2)	53 (12,1)	153 (46,2)

Adölesanların 185'i (185/929, %19,9) kronik hastalığa sahipti ve bu adölesanların ortanca yaşı 15 (14-17) yıl idi. Kronik hastalığı olan adölesanların 9'u gebeydi (%4,9). Kronik hastalığı olup gebe olmayan adölesanlarda tanımlanan jinekolojik problemler sıklık sırasına göre menstrüel bozukluk, over kisti, vulvar kandidiyazis, genital görünüm memnuniyetsizliği ve rektovajinal fistüldü. Vajinal akıntı yakınması olanlarda, akıntı lökore olarak değerlendirildi. Kronik hastalığı olan adölesanların klinik özellikleri Tablo 8'de gösterildi.

Tablo 8. Kronik hastalığı olan adölesanlarda tanımlanan jinekolojik problemler (n=185)

	n	%	Kronik hastalık
Menstrüel bozukluk	145	78,4	Hematolojik (n=42), nörolojik (n=21), nefrolojik (n=16), gastrointestinal – hepatobilyer (n=12), psikiyatrik (n=12), endokrinolojik (n=10), onkolojik (n=9), kardiyovasküler (n=7), bağ doku (n=10), astım (n=4), metabolik (n=2)
Over kisti	17	9,2	
Lökore	8	4,3	
Vulvar kandidiyazis	3	1,6	
Normal genital görünümüne rağmen estetik kaygı	2	1,1	
Rektovajinal fistül	1	0,5	
Gebelik	9	4,9	
Rutin gebelik izlemi	7	3,8	Epilepsi (n=5), nefrolitiazis (n=1), kalp yetmezliği (n=1), esansiyel hipertansiyon (n=1), peptik ülser (n=1)
Hipertansiyon	1	0,5	
Vulvovajinit	1	0,5	

Gebe olan adölesanların konsültasyonu sonucunda, %46,2'sine tedavisiz klinik izlem, %25,4'üne semptomatik medikal tedavi ve %28,4'üne kürtaj veya doğum planlandı. Tedavi ve izlem planları kürtaj veya doğum olan hastaların 53'ü canlı doğum (%89.8), 4'ü kürtaj (%6.7), 2'si ölü doğum (%3.5) olarak sonuçlandı. Gebe olmayan adölesanların %28,4'üne tedavisiz klinik izlem ve %6,4'üne multidisipliner yaklaşım (pediatri yandalları, tıbbi genetik, çocuk psikiyatrisi) planlandı; %61,4'üne semptomatik medikal tedavi düzenlendi ve %3,8'ine cerrahi tedavi uygulandı. Adölesan hastaların tedavi ve izlem planları Tablo 9'da gösterildi.

Tablo 9. Adölesan hastaların tedavi ve izlem planları (n=929)

	n	%
Gebelik		
Klinik izlem	96	46,2
Medikal tedavi	53	25,4
Kürtaj veya doğum	59	28,4
Toplam	208	100,0
Gebelik dışı tanılar		
Klinik izlem	205	28,4
Medikal tedavi	443	61,4
Cerrahi tedavi	27	3,8
Multidisipliner yaklaşım	46	6,4
Toplam	721	100,0

5. TARTIŞMA

Adölesan dönem kızlar için çok önemli fiziksel ve psikolojik değişimlerin yaşandığı bir dönemdir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 10-19 yaş aralığını kapsar.¹⁰¹

Bu çalışmada, çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniğinden kadın hastalıkları ve doğum kliniğine konsülte edilen hastaların konsültasyon nedenleri, tanıları, tedavi ve izlem dağılımları incelendi. Özellikle adölesan dönemdeki hastaların jinekolojik problemleri üzerinde odaklanan çalışmamızın bulguları, sağlık sisteminin sevk ve idaresi konusunda rehberlik yapabilir ve halk sağlığı uygulamalarına da katkı sunabilir.

Sunulan sağlık hizmetinin önemli birimlerinden biri olan çocuk sağlığı ve hastalıkları klinikleri, her türlü vakanın tedavi edildiği kritik birer birimdir. Konsültasyon işlemleri, hasta yönetim sürecinin temel parçalarından birini oluşturur. Tıptaki hızlı gelişmelere paralel olarak uzmanlık alanlarındaki çeşitlilik her geçen gün artmaktadır. Bu nedenle bir hastanın tanı ve tedavisi genellikle birden fazla uzmanlık alanını ilgilendirmektedir.¹⁰²

Çocuklarda jinekolojik ve obstetrik risklerin en erken dönemde tanımlanması ve uygun müdahalelerin yapılması büyük önem taşımaktadır. Ayrıca, çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniklerine başvuran hastaların jinekolojik durumunun değerlendirilmesi ve olası komplikasyonların belirlenmesi için sistematik ve etkili bir yaklaşım gerekmektedir. Bu nedenle, tüm çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniklerinde hastalara yeterli zaman ayrılması büyük bir öneme sahiptir. Konsültasyon öncesinde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı hekimler tarafından detaylı bir fizik muayene yapılmalı, gerekli radyolojik ve laboratuvar tetkikleri uygulanmalıdır.¹⁰²

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları, Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG) önerilerine göre, adölesan kızların ilk muayenesini 13 ila 15 yaşları arasında gerçekleştirmelidir. Bu başvuru sırasında genel sağlığın önemli bileşenleri değerlendirilmeli, aşular, cinsel yönelim ve istemsiz cinsel deneyim öyküsü, obezite gibi konular ele alınmalıdır. Ayrıca, tütün ve madde bağımlılığı ile depresyon taraması da yapılmalıdır. Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) tarafından onaylanan insan papilloma virüsü (HPV) aşısı, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının yeni sorumlulukları arasında yer almaktadır.¹⁰³

Adölesan dönem, fiziksel ve psikolojik değişimlerin yoğun yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemde beslenme alışkanlığı, aşırı adet kanaması ve çevresel faktörler gibi sebepler anemiyi şiddetlendirebilir.¹⁰⁴

Pediyatrik jinekoloji, adölesanlarda sıkça karşılaşılan jinekolojik sorunlara odaklanır. Çocuklarda jinekolojik problemler genellikle vulvar ve vajinal sorunlar olarak ortaya çıkar, adölesan dönemde ise karın/pelvik ağrı ve anormal adet kanaması şikayetleri genellikle jinekolojik değerlendirmeyi gerektirir.¹⁰⁵

Birçok adölesan adet bozukluğu yaşasa bile aile hekimine veya kadın hastalıkları ve doğum hekimine başvurmaz. Menstrüasyon dönemini konuşmaktan çekinme, hastalık korkusu ve mevcut hizmetler hakkında bilgisizlik başvurunun gecikmesine neden olabilir.¹⁰⁴

Menarş, ergenliğin merkezi bir olaydır ve psikososyal sorunlarla ilişkilidir. Adet döngüsü, hipotalamik-hipofiz-yumurtalık eksenini tarafından koordine edilen bir dizi olayı içerir ve bir kişinin yaşamı boyunca psikolojik değişikliklerden etkilenebilir.¹⁰⁴

Adet kanaması süresi, ortalama menarş yaşı ve döngü uzunluğu gibi faktörlere bağlı olarak değişebilir. Siklusları normallik aralığının dışında olan ve şiddetli menoraji veya anormal akıntısı olan adölesanlarda jinekolojik değerlendirme düşünülmelidir.¹⁰⁴

Hastaneye yatış gerektiren menoraji, %3 ile %20 arasında değişen bir sıklığa sahiptir. Ayrıca, şiddetli menorajisi, hastaneye yatış gerektiren ve orta ile şiddetli anemisi olan tüm adölesanlar koagülopati, von Willebrand hastalığı ve tiroid bozuklukları açısından değerlendirilmelidir.¹⁰⁴

Ağrı ve kanama, adölesanlarda jinekolojik değerlendirme gerektiren yaygın nedenlerdir. Menorajinin etiyolojileri arasında özellikle anovulasyon ve pıhtılaşma bozuklukları incelenmelidir. Hormonal tedavi, bu hastalar için ele alınan bir tedavi seçeneğidir.¹⁰⁵

Adölesan gebelik, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 10-19 yaş arası kızlarda görülen gebelik olarak tanımlanır; 10-14 yaş arası olanlar ise daha genç adölesan olarak adlandırılır. Her ne kadar adölesanlarda gebelik ve doğum oranları son on yılda büyük oranda azalmış olsa da genç ebeveynlerin çocuk doğurması ve çocuk yetiştirmesi sağlık sistemi, aileler, eğitim sistemleri ve bir bütün olarak toplum için zorluk yaratmaktadır. Adölesan döneminde

gebelik ve ebeveynlik, genç anneler ve bebekleri için kötü tıbbi, eğitimsel ve psikososyal sonuçlar açısından risk faktörleridir.¹⁰⁶

Adölesan gebeliklerin yüzde altmışı doğumla sonuçlanır. Rakamlar ülkeler arasında farklılık gösterse de adölesan doğumlar tüm doğumların yaklaşık %11'ini oluşturmaktadır. Anne ve yenidoğan için olumsuz sonuçların oranları adölesan annelerde daha yüksektir.¹⁰⁶

Özellikle 15 yaş altı adölesanlar, tıbbi komplikasyonlar açısından yetişkin annelere göre daha yüksek risk altındadır. Bu sorunlar arasında anormal kilo alımı, hipertansiyon, anemi, akciğer hastalığı ve böbrek hastalığı gibi gebeliğin neden olduğu durumlar yer alır. Düşük doğum ağırlığı (2500 gr'dan az) ve erken doğum (37 haftadan az gebelik) gibi olumsuz gebelik sonuçları, adölesan gebeliklerde yetişkin gebeliklere göre iki kat daha yaygındır ve neonatal ölüm oranı neredeyse üç kat daha yüksektir.¹⁰⁷

Rathod ve arkadaşlarının yaptığı üçüncü basamak sağlık merkezine başvuran adölesan kızların jinekolojik sorunları ve hastaneye yatış gerektiren adölesan dönem menorajisi olgularını değerlendiren çalışmada, en sık başvuru sebebinin menstruasyon bozuklukları olduğu gösterilmiştir. Menstruasyon bozuklukları arasında en sık nedenin ise primer amenore olduğu belirlenmiştir. Bunu düzensiz menstruasyon, dismenore ve sekonder amenore takip etmiştir.¹⁰¹

Goswami Sebanti ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği "Jinekolojik Sorunları Olan Adölesan Kızların Profili" çalışmasında da benzer şekilde, en sık başvuru nedeninin menstruasyon bozuklukları olduğu saptanmıştır.¹⁰⁸

Ramaraju ve ekibinin üçüncü basamak jinekolojik merkezde gerçekleştirdiği "Adölesanların Jinekolojik Sorunları" çalışmasına göre, jinekolojik problemler arasında en sık görüleni %74 ile menstrüel bozukluklardır. Bu durumu sırasıyla %17 ile vajinal akıntı ve %4 ile over tümörleri izlemiştir. Menstrüel anormalliklerin %21,62'si amenore, %59,45'i düzensiz menstruasyon ve %18,91'i dismenore şeklinde görülmüştür. Düzensiz menstrüasyonun en yaygın nedeni disfonksiyonel uterin kanama olarak belirlenmiştir.¹⁰⁹

Kumari tarafından gerçekleştirilen "Adölesanlarda Jinekolojik Sorunlar" adlı çalışmada, jinekolojik problemler arasında en sık görülenin menstrüel bozukluklar olduğu belirlenmiştir (%74,1). Vajinal akıntı (%14,3) ve over tümörleri (%4,5) bu sorunları takip etmiştir. Amenore (%32,5), düzensiz

menstruasyon (%54,2) ve dismenore (%13,3) gibi menstrüel anormallikler sıkça gözlenmiştir. Disfonksiyonel uterin kanama, düzensiz menstruasyonun en yaygın nedeni olarak tespit edilmiştir ve 45 olgudan 28'inde görülmüştür. Hiperprolaktinemi ve hipotiroidizm gibi endokrin patolojiler de rapor edilmiştir. Ayrıca, genç yaşta gebelik nedeniyle sekonder amenore 9 olguda belirlenmiştir.¹¹⁰

Çalışmamız, pediatri kliniklerine başvuran adölesanların en sık karşılaştığı sorunun menstruasyon bozuklukları olduğunu ortaya koymuştur. Menstruasyon bozuklukları arasında en sık görülen düzensiz menstruasyon (%42,1) ve ikinci sıklıkta dismenore (%10,2) olarak belirlenmiştir. Preadölesanlar için ise en sık başvuru sebebinin vajinal akıntı, ikinci sıklıkta vajinal kanama ve üçüncü sıklıkta perine travması olduğu tespit edilmiştir.

Sert ve arkadaşlarının "Acil Servisten Kadın Hastalıkları ve Doğum Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi" adlı çalışmasında, başvuran hastaların %17,9'u jinekolojik, %82,1'i obstetrik sebeplerle başvurmuştur. Obstetrik nedenlere bağlı en sık başvuru sebebi doğum sancısı (%25,50) olarak belirlenmiş, ikinci sıklıkta ise pelvik ağrı (%20,51) yer almıştır. Hastaların %14,7'sinin doğum yaptığı ve %4,6'sının acil ameliyata alındığı tespit edilmiştir.¹¹¹

Bizim çalışmamızda, çocuk ve adölesan hastaların %77,6'sı jinekolojik, %22,4'ü obstetrik nedenlerle başvurmuştur. Obstetrik nedenle başvuran hastaların %10'u karın ağrısı, %4'ü vajinal kanama olarak değerlendirilmiştir. %46,2'sine klinik izlem, %25,4'üne medikal tedavi önerilmiştir; %28,4'ü ise kürtaj ve doğum ile sonuçlanmıştır.

Prachi Koranne ve arkadaşlarının yaptığı üçüncü basamak bir bakım merkezinde gerçekleştirilen modern çağda ergenlik menoraajisi çalışmasında, ergenlik döneminde menoraajisi olan kızların %50'sinin 13-15 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir.¹¹²

Gillani ve arkadaşlarının yaptığı pubertal menoraaji nedenleri çalışmasında hastaların %37'sinin 12-13 yaş grubunda, %45'inin ise 13 yaşın üzerinde olduğu tespit edilmiştir.¹¹³

Hindistan'da Anuradha ve Indira tarafından yürütülen adölesanın jinekolojik sorunları ve etiyolojik faktörlerin incelenmesi çalışmasında 311 olgu incelenmiştir. Bu olguların 278'i (%89) geç adölesan çağında (15-19 yaş

aralığı), 33'ü (%11) ise erken adölesan çağıında (10-14 yaş aralığı) bulunmuştur.¹¹⁴

Çalışmamızda jinekolojik sorun nedeniyle konsülte edilen hastaların çoğunluğu orta adölesan (%46,3) yaşta tespit edildi. Hastaların %35,1'i geç adölesan (%35,1), %17,1'i erken adölesan ve %14'ü preadölesan olarak tespit edildi.

Sun ve arkadaşlarının Çin'de gerçekleştirdiği pediatrik ve adölesan jinekolojik sorunların modelleri çalışmasında, polikliniğe başvuran hastaların mevsimsel dağılımı değerlendirilmiştir. En sık başvuru yaz aylarında (%34,7) olmuştur. İkinci sıklıkta sonbahar (%24,8), üçüncü sıklıkta bahar (%22,9) ve en az başvuru ise kış (%17,6) mevsiminde olmuştur. Aynı çalışmada genel katılımcılar arasında ve yaş gruplarına göre başlıca pediatrik ve adölesan jinekoloji sorunlarının oranı değerlendirilmiştir. Tüm yaş gruplarında en sık rastlanan jinekolojik sorun genital inflamasyon olarak raporlanmıştır. Preadölesan dönemde de en sık karşılaşılan jinekolojik sorun genital inflamasyon olarak raporlanmıştır. Bu durumu erken menarş ve sırasıyla genital danışmanlık izlemektedir. Adölesan dönemde en sık başvuru nedeni jinekolojik danışmanlık için olan başvurulardır. Adölesan döneminde ikinci sıklıkta karşılaşılan jinekolojik sorun menstrüel bozukluklardır. Bunu erken menarş izlemektedir.¹¹⁵

Çalışmamızda başvurular mevsimsel olarak değerlendirildiğinde, en sık başvurular yaz aylarında (%29,8) görüldü. İkinci sıklıkta sonbahar (%25,6), üçüncü sıklıkta bahar (%23,6) ve en az başvuru kış aylarında (%21) tespit edildi. Ayrıca, çalışmamızda, tüm yaş gruplarında en sık karşılaşılan jinekolojik sorunun menstrüel bozukluklar olduğu belirlendi. En sık rastlanan menstrüel bozukluk tipi, erken adölesan dönemde menoraji veya menometroraji (%37,2), orta adölesan dönemde paterni olmayan düzensiz sikluslar, geç adölesan dönemde ise oligomenore olarak tespit edildi. Erken adölesanlarda ikinci sıklıkta overyan kistler veya kitleler ile genital görünüm memnuniyetsizliği/kaygısı görülürken, orta adölesanlarda ve geç adölesanlarda gebelik ön planda yer aldı. Çalışmamızda jinekolojik danışmanlık amaçlı konsülte edilen hastaya rastlanmadı.

Dynnik ve arkadaşlarının Ukrayna'da gerçekleştirdiği Pediatrik Jinekolojide Eşlik Eden Sorunlar çalışmasına 342 hasta dahil edilmiştir.

Hastaların %9,6'sında herhangi bir jinekolojik patoloji tespit edilmemiştir. Kızların yarısından fazlasında üçten fazla komorbid hastalık bir arada bulunmuştur. İlk üç sırada endokrin, zihinsel ve sindirim sistemi bozuklukları yer almıştır. Endokrin bozukluğu olan hastaların üçte birinden fazlasında vücut ağırlığı açısından sapmaların, özellikle aşırı kilo ve obezite, daha sıklıkla karbonhidrat ve lipit metabolizmasındaki değişikliklerle birlikte olduğu belirlenmiştir. Safra yollarının fonksiyonel bozuklukları özellikle sindirim sistemi bozuklukları arasında kaydedilmiştir; kızların yaklaşık %18'i gastrit ve kolesititten muzdarip olduğu tespit edilmiştir.¹¹⁶

Bizim çalışmamızda hastaların %19,9'unun kronik hastalık tanısı mevcuttu. Eşlik eden kronik hastalıkları gruplandırıdığımızda, en sık görülenler hematolojik hastalıklar olup ikinci sıklıkta nörolojik hastalıklar izlendi.

Sun ve arkadaşlarının Çin'de yürüttüğü pediatrik ve adölesan jinekolojik sorunların modelleri çalışması 2006 ve 2018 yılları arasındaki süreyi kapsamıştır. Yıllara göre dağılım değerlendirildiğinde, en az başvuru sayısı 2006'da olmuştur ve 2018'e kadar başvuru sayısında artış izlenmiştir. En yüksek başvuru sayısı ise 2018'de gerçekleşmiştir.¹¹⁵

Çalışmamızda 2015 ve 2022 yılları arasındaki konsültasyonlar incelendi. Yıllara göre konsültasyon sayısı incelendiğinde, başvuru sayısının dalgalı bir seyir izlediği gözlemlendi. En düşük başvuru sayısı 2015'te, en yüksek başvuru sayısı 2022'de kaydedildi. 2020 yılındaki başvuru sayısındaki azalma COVID-19 pandemisi sırasında genel olarak hastaneye başvuruların azalmasından kaynaklanmış olabilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

1. Bu çalışmada, 2015-2022 yılları arasında pediatri kliniklerince kadın hastalıkları ve doğum bölümünden istenen 943 konsültasyon değerlendirildi. Konsülte edilen hastaların ortanca (ÇAA) yaşı 16 (14 – 17) yıl idi. Hastaların yaşı 4 yıl ila 18 yıl arasında değişmekteydi.

2. En çok konsültasyon istenen ayın haziran ayı (%10,9), en az konsültasyon istenen ayın şubat ayı (%6,7) ve en çok konsültasyon istenen yılın 2022 yılı (%24,3), en az konsültasyon istenen yılın 2015 yılı (%7,6) olduğu görüldü.

3. Preadölesan dönemdeki hastaların (n=14) yaş ortancası 8 (7 – 9) yıl idi ve bu hastaların persistan vajinal akıntı, vajinal kanama veya perine travması nedeniyle konsülte edildiği görüldü.

4. Adölesan dönemdeki 929 hastanın yaş ortancası 16 (14 – 17) yıl idi ve bu hastaların 208'inde (%22,4) adölesan gebeliği mevcuttu. Gebe olan adölesanların ortanca (ÇAA) yaşı 17 (16 – 18) yıl saptandı.

5. Gebe olmayan 721 adölesanın ortanca yaşı 15 (14 – 16) yıl saptandı. Gebe olmayan adölesanların en sık başvuru ve konsültasyon nedeni düzensiz menstrüel siklus idi (391/721, %54,2).

6. Yaş gruplarına göre jinekolojik problemlerin dağılımına bakıldığında, erken adölesan dönemde en sık menstrüel bozukluk (%83,8), ikinci sıklıkta overyan kist (%4,4) ve genital görünüm memnuniyetsizliği/kaygısı (%4,4) görüldü. Orta adölesan dönemde en sık menstrüel bozukluk (%73), ikinci sıklıkta overyan kist (%7,1) görüldü. Geç adölesan dönemde en sık menstrüel bozukluk (%46,6) ve ikinci sıklıkta adölesan gebeliği (%46,2) görüldü.

7. Adölesanların 185'i (185/929, %19,9) kronik hastalığa sahipti ve bu adölesanların ortanca yaşı 15 (14-17) yıl idi. Kronik hastalığı olan adölesanların 9'u gebeydi (%4,9). Kronik hastalığı olup gebe olmayan adölesanlarda tanımlanan jinekolojik problemler sıklık sırasına göre menstrüel bozukluk, over kisti, vulvar kandidiyazis, genital görünüm memnuniyetsizliği ve rektovajinal fistüldü.

8. Gebe olan adölesanların konsültasyonu sonucunda, %46,2'sine tedavisiz klinik izlem, %25,4'üne semptomatik medikal tedavi ve %28,4'üne kürtaj veya doğum planlandı. Gebe olmayan adölesanların %28,4'üne tedavisiz klinik izlem ve %6,4'üne multidisipliner yaklaşım (pediatri yandalları, tıbbi genetik, çocuk

psikiyatrisi) planlandı. %61,4'üne semptomatik medikal tedavi düzenlendi ve %3,8'ine cerrahi tedavi uygulandı.

Sonuç olarak pediatri kliniklerinden istenen kadın hastalıkları ve doğum konsültasyonlarının değerlendirilmesi çocukluk ve adölesan dönemlerindeki kız çocuklarında ortaya çıkabilecek jinekolojik sorunları erken tanılayarak, tedavi sürecine hızlı bir şekilde başlama imkanı sağlar. Bu yaklaşım adölesanların sağlıklarını korumak adına önleyici bir yaklaşım sunar.

Çocuk ve gençlerin cinsel ve üreme sağlığına yönelik erken dönemde alacakları bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri, sağlıklı yaşam alışkanlıkları edinmelerini ve sorunlar karşısında bilinçli bir şekilde hareket etmelerini sağlar.

Çocukluk ve adölesan dönemlerinde yapılan konsültasyonlar, genç kızların jinekolojik sağlıkları hakkında bilinçlenmelerine katkıda bulunur. Menstrüel sağlık, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, doğum kontrol yöntemleri gibi konularda sağlıklı bir bilinç oluşturulabilir.

Erken dönemde yapılan kadın doğum konsültasyonları, genç kızlara sağlık uzmanlarıyla güvenilir bir ilişki kurma şansı tanır. Bu süreç, gençlerin sağlık endişelerini paylaşmalarını ve uzmanlardan destek almalarını sağlar.

Bu tür çalışmalar, genç nesillerin sağlıklı bir şekilde büyümesine katkıda bulunarak toplumun genel sağlık düzeyini artırabilir. Sağlıklı bir jinekolojik gelişim, gençlerin genel yaşam kalitesini olumlu yönde etkiler.

Bu nedenlerle, pediatri kliniklerinden istenen kadın hastalıkları ve doğum konsültasyonlarının değerlendirilmesi çalışmaları, genç kızların sağlık bakımına erişimini iyileştirmeye, sağlık bilinci kazanmalarına ve sağlıklı bir geleceğe adım atmalarına yardımcı olur.

7. KAYNAKLAR

1. Kömürcü N. Adölesanlarda Gebelik ve Jinekolojik Sorunlar. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi Kitabı. 2011;85-86.
2. Haberal A. Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Adölesan Polikliniği. I. Ulusal Adölesan Sağlığı Kongresi Konuşma Metinleri Kitabı. 2006;109-111.
3. Sümel A, Öncel S. Adölesan Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. 2010;118-120.
4. Bebiş H, Akpunar D, Özdemir S, Kılıç S. Bir Ortaöğretim Okulundaki Adölesanların Sağlığı Geliştirme Davranışlarının İncelenmesi. Gülhane Tıp Dergisi. 2015; 57(2):129-135.
5. Aslan BD. Adölesan Gebelerin Öz-Bakım Gücünün İncelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. 2001.
6. Hızlı H, Buyukuslu N. Adölesanlarda hidrasyon. Garipağaoğlu M, editor. Adölesan Sağlığı ve Beslenme.1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri. 2019:43-49
7. Özcebe H. Birinci Basamakta Adölesan Sorunlarına Yaklaşım. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi. 2002; 11(10):374-377.
8. Tekirdağ A. Adölesanlarda Sık Karşılaşılan Jinekolojik Sorunlara Yaklaşım. JOPP Dergisi. 2010;2(1):13-20.
9. Chrousos, George P, The Hypothalamic–Pituitary–Adrenal Axis and Immune-Mediated Inflammation. New England Journal of Medicine. 1995; 332(20):1351-1363.
10. Krieger, Dorothy T, Martin JB, Brain Peptides (First of Two Parts). New England Journal of Medicine. 1981;304(15):876-885.
11. Krieger, Dorothy T, Brain Peptides: What, Where, and Why? Science. 1983; 222(4627): 975-985.
12. Sulem P, Gudbjartsson DF, Rafnar T, Holm H, Olafsdottir EJ, Olafsdottir GH. Genome-wide Association Study Identifies Sequence Variants on 6q21 Associated with Age at Menarche. Nature Genetics. 2009; 41(6): 734-738.

13. Kaplowitz, Paul B, Slora EJ, Wasserman RC, Pedlow SE, Herman-Giddens ME. Earlier Onset of Puberty in Girls: Relation to Increased Body Mass Index and Race. *Pediatrics*. 2001;108(2):347-353.
14. Golden, Neville H, Carlson, Jennifer LNH, The Pathophysiology of Amenorrhea in the Adolescent. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2008;1135:163-178.
15. ACOG Committee on Adolescent Health Care. ACOG Committee Opinion No. 349. Menstruation in Girls and Adolescents: Using the Menstrual Cycle as a Vital Sign. *Obstetrics & Gynecology*. 2006;108:1323-1413.
16. Hickey M, Balen A. Disorders in Adolescence: Investigation and Management. *Human Reproduction Update*. 2003;9(5):493-504.
17. Diaz A, Laufer MR, Breech LL. Menstruation in Girls and Adolescents: Using the Menstrual Cycle as a Vital Sign. *Pediatrics*. 2006;118(5):2245-2250.
18. Elmaoğulları S, Aycan Z, Abnormal Uterine Bleeding in Adolescents. *Journal of Clinical Research*. 2018;10(3):191–197.
19. Ahuja SP, Hertweck SP. Overview of Bleeding Disorders in Adolescent Females with Menorrhagia. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2010;23(6 Suppl):15-21.
20. Speroff L, Glass RH, Kase NG. Dysfunctional Uterine Bleeding. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 1994; 5th ed. 531-546.
21. Andrews NC, Ullrich CK, Fleming MD. Disorders of Iron Metabolism and Sideroblastic Anemia. *Nathan and Oski's Hematology Infancy and Childhood*. 2009;7th ed:521-571.
22. Munro MG, Critchley HO, Fraser IS, Haththotuwa R, Kriplani A. The Two FIGO Systems for Normal and Abnormal Uterine Bleeding Symptoms and Classification of Causes of Abnormal Uterine Bleeding in the Reproductive. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2018;143:393-408.
23. McDonagh Heavy Menstrual Bleeding and Bleeding Disorders in Adolescents: A Primer for the Primary Care Physician. *Benign Hematologic Disorders in Children: A Clinical Guide*. Springer International Publishing. 2020:295-309.

- 24.** Deligeoroglou E, Karountzos V, Creatsas G. Abnormal uterine bleeding and dysfunctional uterine bleeding in pediatric and adolescent gynecology. *Gynecological Endocrinology*. 2013;29:74-78.
- 25.** Hasan RA, Zia A. Heavy Menstrual Bleeding and Bleeding Disorders in Adolescents: A Primer for the Primary Care Physician. *Benign Hematologic Disorders in Children: A Clinical Guide*. Springer International Publishing. 2020:295-309.
- 26.** Pecchioli Y, Oyewumi L, Allen L, and SK-J of pediatric. The utility of routine ultrasound in the diagnosis and management of adolescents with abnormal uterine bleeding. *Elsevier*. 2017;30(2):239-242
- 27.** Lippi G, Emmanuel J, Favaloro EJ, Franchini M, Guidi GC. Milestones and Perspectives in coagulation and hemostasis. *Seminars in Thrombosis and Hemostasis*. 2009;35(1):9–22
- 28.** Ramalho I, Leite H, Portuguesa F. Abnormal uterine bleeding in adolescents: a multidisciplinary approach. 2021;34(4):291–297.
- 29.** Mittal N, Naridze R, James P, Shott S, Valentino LA. Utility of a Pediatric Bleeding Questionnaire as a screening tool for von Willebrand disease in apparently healthy children. *Haemophilia*. 2015;21(6):806-811.
- 30.** Bolton-Maggs PHB, Perry DJ, Chalmers EA, Parapia LA, Wilde JT, Williams MD. The rare coagulation disorders - Review with guidelines for management from the United Kingdom Haemophilia Centre Doctors' Organisation. *Haemophilia*. 2004;10(5):593–628.
- 31.** Warad D, Chitlur M, Philipp C. Platelet Disorders in the Adolescent Female. *Hematol Adolesc Female*. 2020;61–78.
- 32.** Streif W, Knöfler R. Gerinnungsmanagement beim pädiatrischen Intensivpatienten. *Gerinnungsmanagement der Intensivmedizin*. 2014;179–204.
- 33.** Bellucci S, Civaschi E. Molecular basis of Glanzmann's thrombasthenia and current strategies in treatment. *Journal of Clinical Apheresis*. 2002;193-202.
- 34.** Nurden AT. Glanzmann thrombasthenia. *Orphanet Journal of Rare Diseases*. 2006;1-8.
- 35.** Israels SJ, El-Ekiaby M, Quiroga T, Mezzano D. Inherited disorders of platelet function and challenges to diagnosis of mucocutaneous bleeding. *Haemophilia*. 2010 Jul;16(SUPPL. 5):152–159.

- 36.** Mannucci PM, Duga S, Peyvandi F. Recessively inherited coagulation disorders. *Blood*. 2004;104:1243-1252.
- 37.** Peyvandi F, Palla R, Menegatti M, Siboni SM, Halimeh S, Faeser B. Coagulation factor activity and clinical bleeding severity in rare bleeding disorders: Results from the European Network of Rare Bleeding Disorders. *J Thromb Haemost*. 2012;10:615-721.
- 38.** Kistangari G, Clinics KM-H. Immune thrombocytopenia. 2013;27(3):495-520.
- 39.** Demir B, Kılınç N, Güven ES, Güven S, Endometrial hiperplazi olgularının değerlendirilmesi. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*. 2006;9(1):14-18.
- 40.** Topan A, Ayyıldız T, Aylin K, Seval M. Ergenlik dönemindeki öğrencilerin menarş yaşı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*. 2021;11(3): 480-485.
- 41.** Gimunová M, Paulínyová A, Bernaciková M, Paludo AC. Farklı spor disiplinlerinden kadın sporcularda adet döngüsü bozukluklarının prevalansı: Hızlı bir derleme. *Uluslararası Çevre Araştırmaları ve Halk Sağlığı Dergisi*.2022;19(21):14243.
- 42.** Browner-Elhanan KJ, Epstein J, Alderman EM. Evaluation of irregular menses in perimenarcheal girls: a pilot study. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2003;16(6):365-368.
- 43.** Klein JR, Litt IF. Epidemiology of adolescent dysmenorrhea in Pediatrics. 1981;68(5), 661-664.
- 44.** Campbell M, McGrath P. Adet rahatsızlığının tedavisi için ergenler tarafından ilaç kullanımı. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1997;151:905–912.
- 45.** Aktaş D, Şahin E, Gönenç İM. Kadın sağlığını etkileyen sık görülen bazı jinekolojik problemler ve hemşirelik yaklaşımları. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;1(2):37-53.
- 46.** Erdoğan M. Genç kızlarda primer dismenore ve vücut kitle indeksi. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın. 2013.
- 47.** Oral E, Aydoğan B. Amenore. *Türk Pediatri Arşivi*. 2011;46(11):92-96.

- 48.** Klein DA, Paradise SL, Reeder RM. Amenorrhea: A Systematic Approach to Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2019 Jul 1;100(1):39-48.
- 49.** Reindollar RH, Byrd JR, McDonough PG. Delayed sexual development: a study of 252 patients. *Am J Obstet Gynecol*. 1981;140(4):371-380.
- 50.** Speroff L, Fritz MA. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. Lippincott Williams & Wilkins. 2005;259-319.
- 51.** Garrett LA, Vargas SO, Drapkin R. ve Laufer MR. Fimbrianın fallop tüpünün geri kalanından farklı bir embriyolojik kökeni var mı? *Doğurganlık ve Kısırlık* . 2008;90 (5):5-8.
- 52.** Arleo EK, Troiano RN. Geleneksel sınıflandırmaya meydan okuyan karmaşık müllerian kanal anomalileri: Alınan dersler. *J IVF Reprod Med Genet*. 2013;110-115
- 53.** Behera M, Couchman G, Walmer D, Price TM. Mullerian agenesis and thrombocytopenia absent radius syndrome: a case report and review of syndromes associated with Mullerian agenesis. *Obstet Gynecol Surv*. 2005;60(7):453-461.
- 54.** Fedele L, Bianchi S, Frontino G, Ciappina N, Fontana E, Borruto F. Laparoscopic findings and pelvic anatomy in Mayer-Rokitansky-K ster-Hauser syndrome. *Obstet Gynecol*. 2007;109(5):1111-1205.
- 55.** Pfeifer SM, Attaran M, Goldstein J. ASRM müllerian anomalies classification. *Fertil Steril*. 2021;116:1238-1252.
- 56.** Rock JA, Azziz R. Genital anomalies in childhood. *Clin Obstet Gynecol*. 1987;30(3):682-696.
- 57.** Reinhold C, Hricak H, Forstner R, Ascher SM, Bret PM, Meyer W. Primary. 1997; 203(2), 383-390.
- 58.** Gard  S, Papp Z. Clinical variations of testicular intersexuality in a family. *J Med Genet*. 1974;11(3):267-270.
- 59.** Chu J, Zhang R, Zhao Z, Zou W, Han Y, Qi Q. Male fertility is compatible with an Arg(840)Cys substitution in the AR in a large Chinese family affected with divergent phenotypes of AR insensitivity syndrome. *J Clin Endocrinol Metab*. 2002;87(1):347-351

- 60.** Nistal M, Paniagua R, González-Peramato P, Reyes-Múgica M. Perspectives in Pediatric Pathology, Chapter 5. Gonadal Dysgenesis. *Pediatr Dev Pathol.* 2015;18(4):259-278
- 61.** Olster DH, Ferin M. Corticotropin-releasing hormone inhibits gonadotropin secretion in the ovariectomized rhesus monkey. *J Clin Endocrinol Metab.* 1987;65(2):262-307.
- 62.** King MB. Eating disorders in a general practice population. Prevalence, characteristics and follow-up at 12 to 18 months. *Psychol Med Monogr Suppl.* 1989;14:1-34.
- 63.** Gambacciani M, Yen SS, Rasmussen DD. GnRH release from the mediobasal hypothalamus: in vitro inhibition by corticotropin-releasing factor. *Neuroendocrinology.* 1986;43(4):533-536.
- 64.** Fourman LT, Fazeli PK. Neuroendocrine causes of amenorrhea--an update. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015;100(3):812-824.
- 65.** Frisch RE, Wyshak G, Vincent L. Delayed menarche and amenorrhea in ballet dancers. *N Engl J Med.* 1980;303(1):17-29.
- 66.** Loucks AB, Thuma JR. Luteinizing hormone pulsatility is disrupted at a threshold of energy availability in regularly menstruating women. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003;88(1):297-311.
- 67.** Slap GB. Menstrual disorders in adolescence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2003;17(1):75-92.
- 68.** Montague CT, Farooqi IS, Whitehead JP, Soos MA, Rau H, Wareham NJ. Congenital leptin deficiency is associated with severe early-onset obesity in humans. *Nature.* 1997;387(6636):903-1008.
- 69.** Cinaz P, Darendeliler F, Akıncı A, Özkan B, DüNDAR BN. *Çocuk Endokrinolojisi.* Istanbul: Nobel. 2013; 203-210
- 70.** Adams J, Polson DW, Franks S. Prevalence of polycystic ovaries in women with anovulation and idiopathic hirsutism. *BMJ.* 1986;293(6543):355–359.
- 71.** Villarroel C, Merino PM, López P, Eyzaguirre FC, Van Velzen A, Iñiguez G. Polycystic ovarian morphology in adolescents with regular menstrual cycles is associated with elevated anti-Müllerian hormone. *Hum Reprod.* 2011;26(10):2861–2868.

72. Nobels F, Dewailly D. Puberty and polycystic ovarian syndrome: the insulin/insulin-like growth factor I hypothesis. *Fertil Steril*. 1992;58(4):655–666.
73. Brandt ML, Luks FI, Filiatrault D. Doğum öncesi tanısı konulan yumurtalık kistlerinde cerrahi endikasyonlar. *J Pediatr Surg*. 1991; 26, 276-282.
74. Guthrie BD, Adler MD, Powell EC. Amerika Birleşik Devletleri'nde pediatrik yumurtalık torsiyonu nedeniyle hastaneye yatışların görülme sıklığı ve eğilimleri, 2000-2006. *Pediatrics*. 2010; 125, 532-550.
75. Prieto JM, Kling KM, Ignacio RC. Adet öncesi hastalar farklı şekilde ortaya çıkar: Yumurtalık torsiyonu ile başvuran tipik hastaya göre bir değişiklik. *J Pediatr Surg*. 2019;54, 2614-2616.
76. Zampieri N, Borruto F, Zamboni C, Camoglio FS. Fetal ve neonatal yumurtalık kistleri: 5 yıllık deneyim. *Arch Gynecol Obstet*. 2008;277, 303-306.
77. Kirkham YA, Kives S. Ergenlerde yumurtalık kistleri: tıbbi ve cerrahi tedavi. *Adolesc Med State Art Rev*. 2012; 23:178-191.
78. Amies Oelschlager AM, Gow KW, Morse CB, Lara-Torre E. Pediatrik ve Adölesan Kadınlarda Büyük Yumurtalık Neoplazmalarının Yönetimi. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016: 29,88-94.
79. Nussbaum AR, Sanders RC, Hartman DS, et al. Yenidoğan yumurtalık kistleri: sonografik-patolojik korelasyon. *Radiology*. 1988:168,817-821.
80. McGreal S, Wood P. Recurrent vaginal discharge in children. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2013;26(4):205-208.
81. Jasper JM. Vulvovaginitis in the prepubertal child. *Clin Pediatr Emerg Med*. 2009;10:10-13.
82. Vilano SE, Robbins CL. Common prepubertal vulvar conditions. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2016;28(5):359-365.
83. Syed TS, Braverman PK. Vaginitis in adolescents. *Adolesc Med Clin*. 2004; 15(2):235-51.
84. Garden AS. Vulvovaginitis and other common childhood gynecological conditions. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2011;96(2):73-78.
85. Lee MY, Dalpiaz A, Schwamb R. Bartholin Bezlerinin Klinik Patolojisi: Literatürün Gözden Geçirilmesi. *Curr Urol*. 2015; 8:22:158-161.

- 86.** Heller DS, Bean S. Bartholin bezinin lezyonları: bir inceleme. J Düşük Genit Kanalı Dis. 2014;18:351-354.
- 87.** Marcoux D, Nadeau K, McCuaig C. Pediatric anogenital warts: a 7-year review of children referred to a tertiary care hospital in Montreal, Canada. *Pediatr Dermatol.* 2006;23:199-207.
- 88.** Mammias IN, Sourvinos G, Spandidos DA. Human papilloma virus (HPV) infection in children and adolescents. *Eur J Pediatr.* 2009;168:267-273
- 89.** Dufour D, Kromann Jensen, Rectum and Anal Canal. In: *Abdominal War Wounds.* 3th ed. Switzerland: International Committee of the Red Cross: Surgery For Victims of War. 1998:114-116.
- 90.** 662 Sayılı Komite Görüşü: Ergenlerde Meme ve Dudak Cerrahisi. *Obstet Gynecol.* 2016;127-138.
- 91.** Stahl D, Vercler CJ. "Normal" in Tanımlanmasında Cerrahin Rolü Ne Olmalı? Genital Görünüm? *AMA J Etik.* 2018;20-384
- 92.** Rouzier R, Louis-Sylvestre C, Paniel BJ, Haddad B. Labia minör hipertrofisi: 163 redüksiyon deneyimi. *Am J Obstet Gynecol.* 2000; 35-182.
- 93.** Iglesia CB, Yurteri-Kaplan L, Alinsod R. Kadın genital estetik cerrahisi: tekniklerin ve sonuçların gözden geçirilmesi. *Uluslararası Urogynecol J.* 2013; 24-1997.
- 94.** Motakef S, Rodriguez-Feliz J, Chung MT, Ingargiola MJ, Wong VW, Patel A. Vajinal labioplasti: güncel uygulamalar ve dudak çıkıntısı için basitleştirilmiş bir sınıflandırma sistemi. *Plast Reconstr Surg.* 2015; 135:774-788.
- 95.** Propst K, Ferrando CA. Labial hipertrofisi olan kadınlarda labioplasti sonuçları. *Int Urogynecol J.* 2021; 32:1247-1251.
- 96.** Kayacan O, Turhan E, Yalaz S. Prepubertal labial fusion: report of three cases and literature review. *Türkiye Çocuk Hast Derg/Turkish J Pediatr Dis.* 2015; 3: 195-197.
- 97.** Yücesoy M, Gönen Ö, Özesmi M, Kavuk F, Köker AH. Toksik Şok Sendromu. *Erciyes Tıp Dergisi, Erciyes Medical Journal,* 1983;5(3), 345-350.
- 98.** Kuş M, Sarı R, Arer İM, Yabanoğlu H. Rektovajinal Fistüllerin Tedavisi ve Klinik Sonuçlarımız. *Çukurova Anestezi ve Cerrahi Bilimler Dergisi.* 2019;2(2):97-106.

- 99.** Topal Ş. Ana ve Çocuk Sağlığı Açısından Adölesan Gebeliği. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara. 1981.
- 100.** Fadiloğlu Ç, Yılmaz D. Adölesan Annelerin Gebeliğe Uyum Durumlarının İncelenmesi. I. Ulusal Ana ve Çocuk Sağlığı Hemşireliği Sempozyumu, İstanbul. 1992;71-75
- 101.** Rathod AD, Chavan RP, Pajai SP, Bhagat V, Thool P. Gynecological problems of adolescent girls attending outpatient department at tertiary care center with evaluation of cases of puberty menorrhagia requiring hospitalization. J Obstet Gynecol India. 2016;66:400-406.
- 102.** Forrest CB, Simpson L, Clancy C. Çocuk sağlığı hizmetleri araştırması: zorluklar ve fırsatlar. Jama. 1997;277(22):1787-1793.
- 103.** Sanfilippo JS, Lara-Torre E. Ergen jinekolojisi. Kadın Hastalıkları ve Doğum. 2009;113(4):935-947.
- 104.** Patil SS, Mahanthshetty H, Supriya MH, Mahendra M. Gynecological problems of adolescent girls attending to rural tertiary care centre. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. 2019;8(7): 2627-2631.
- 105.** Hertweck P, Yoost J. Pediatrik ve adölesan jinekolojisinde sık karşılaşılan sorunlar. Obstetrik ve Jinekoloji Uzman İncelemesi. 2010;5(3): 311-328.
- 106.** Elfenbein DS, Felice ME. Adolescent pregnancy. Pediatric Clinics. 2003;50(4): 781-800.
- 107.** Leftwich HK, Alves MVO, Adolescent pregnancy. Pediatric Clinics. 2017;64(2): 381-388.
- 108.** Goswami S, Dutta R, Sengupta S. Jinekolojik sorunu olan ergen kızların profili. J Obstet Gynaecol Hindistan. 1990; 55(4): 353–355.
- 109.** Ramaraju HE, Shiva Kumar HC, Khazi AA. Adolescent gynaecological problems in a tertiary care centre. Indian Journal of Basic and Applied Medical Research. 2015;4(4): 649-653.
- 110.** Kumari A, Adölesan Jinekolojik Sorunları: Klinik Bir Çalışma. Tıp ve Dış Bilimlerinin Evrimi Dergisi. 2013;2(9): 1111-1116.

111. Soykan, Zekiye SOYKAN, Ekrem Taha, Evaluation of Consultations from the Emergency Department to Obstetrics and Gynecology. Abant Medical Journal. 2021;10(2): 205-211.

112. Koranne SP, Wahane RP. Modern çağda ergenlik menorajisi: Üçüncü basamak bir bakım merkezinde analiz. Uluslararası üreme ve doğum kontrolü dergisi. Doğum Jinekolojisi. 2013;3(3): 622–626.

113. Gillani S, Mohammad S, Ergenlik menorajisi: nedenleri ve yönetimi. J Med Sci (Peşaver, basım). 2012;20(1):15–18.

114. Anuradha C, Indira I, Poliklinik hastalarında adölesan jinekolojik sorunları ve etiyolojik faktörlerin incelenmesi. Hindistan Obstetrik ve Jinekoloji Araştırma Dergisi. 2019;6: 331-336.

115. Sun L, Jiang Y, Gao H, He Y, Song P, Shen Q. Çin'deki Pediatrik ve Ergen Jinekolojik Sorunlarının Kalıpları: 97.252 Hastanın Hastane Tabanlı Retrospektif Çalışması. Pediatrik ve Adölesan Jinekoloji Dergisi. 2022;35(4): 444-449.

116. Dynnik VO, Bagatska NV, Dynnik OO, Verchoshanova OG, Haveenko HO Pediatrik jinekolojide eşlik eden patoloji sorunları. Modern Pediatri. Ukrayna. 2022;127-140

8. KISALTMALAR VE SİMGELER

ACOG	: American College of Obstetrics and Gynecology
ACTH	: Adrenokortikotropik hormon
AMH	: Antimülleryen hormon
AUK	: Anormal uterin kanama
CRH	: Kortikotropin serbestleştirici hormon
DHEAS	: Dehidroepiandrosteron sülfat
FDA	: Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç İdaresi
FIGO	: Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu
FSH	: Folikül uyarıcı hormon
GnRH	: Gonadotropin salgılatıcı hormon
Gp	: Glikoprotein
HPV	: İnsan papilloma virüsü
İTP	: İmmun trombositopeni
KAH	: Konjenital adrenal hiperplazi
LH	: Luteinleştirici hormon
PH	: Potential of hydrogen
PKOS	: Polikistik over sendromu
RFVII	: Rekombinant Faktör VII
SS	: Standart sapma
TSH	: Tiroid stimüle edici hormon
USG	: Ultrasonografi
VWH	: Von Willebrand hastalığı

7. ŞEKİLLER DİZİNİ

1. Şekil 1. Konsültasyon istemlerinin yapıldığı birimlerin dağılımı

29



10. TABLOLAR DİZİNİ

1. Tablo 1. Konsültasyonların aylara ve yıllara göre dağılımı (n = 943)
28
2. Tablo 2. Konsültasyon istemlerinin yapıldığı yandal klinikleri (n=943)
29
3. Tablo 3. Hastaların yaş özellikleri (n=943)
30
4. Tablo 4. Preadölesan dönemdeki hastaların konsültasyon nedenleri ve konsültasyonlarını isteyen birimler (n=14)
31
5. Tablo 5. Adölesan dönemdeki hastaların başvuru ve konsültasyon nedenleri (n=929)
33
6. Tablo 6. Gebe olmayan adölesanlarda tanımlanan jinekolojik problemler (n=721)
35
7. Tablo 7. Yaş gruplarına göre gebelik ve jinekolojik problemlerin dağılımı (n=929)
36
8. Tablo 8. Kronik hastalığı olan adölesanlarda tanımlanan jinekolojik problemler (n=185)
37
9. Tablo 9. Adölesan hastaların tedavi ve izlem planları (n=929)
37

11.EKLER

Ek-1. MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI

T.C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
23/11/2022	22	767

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Özlem TEZOL'un sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Pediyatri Kliniklerinden İstenen Kadın Hastalıkları ve Doğum Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi" adlı araştırma için hazırlanmış olan ve 10/11/2022 tarihinde sunulan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, T.C. Sağlık Bakanlığı Tıbbiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Başkanlığına yayınlanan "COVID-19 Pandemisi Nedeniyle Klinik Araştırmalarda Alınacak Tedbirler" kapsamında gönüllüler ve araştırmacıların güvenliği açısından alınması gereken önlemler (sürekli olarak bir risk değerlendirmesi yapılması, COVID-19 kaynaklı öncelikler ve aciliyetin püç önünde bulundurulması, araştırma merkezinin v@k@n@n azaltılması, sosyal izolasyon kurallarına uyulmasının sağlanması, araştırma ekibinin iş v@k@n@n azaltılması vb.) doğrultusunda ve araştırmanın yapılabilmesi için izin alınması durumunda gereken izin vazısının başvuru dosyasına eklenmesi, araştırmanın yürürlükte olan yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıyla katılanların oy birliği ile karar verilmiştir