



# **YDUS SORULARI**

**2025-2**



**ÇOÇUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI -  
YENİDOĞAN**

**Aşağıdaki primitif reflekslerden hangisinin yenidoğan döneminde görülmesi en az olasıdır?**

- A) Palmar yakalama
- B) Arama
- C) Tonik boyun
- D) Paraşüt
- E) Moro

**Doğru Cevap: D) Paraşüt**

**Açıklama:**

**Primitif refleksler**, yenidoğan döneminde santral sinir sisteminin immatüritesini yansıtan ve belirli bir yaşta ortaya çıkıp zamanla kaybolması beklenen reflekslerdir.

**Palmar yakalama, arama (rooting), tonik boyun (ATNR) ve Moro refleksi** yenidoğan döneminde **fizyolojik olarak görülür**.

**Paraşüt refleksi** ise bir **koruyucu (postural) refleks** olup **primitif refleks değildir**.

Genellikle **8–9. aydan sonra** ortaya çıkar ve yaşam boyu devam eder.

Bu nedenle **yenidoğan döneminde görülmesi en az olası refleks paraşüt refleksidir**.

**Diğer Seçenekler Neden Yanlış?****A) Palmar yakalama**

Yenidoğanda belirgindir. El avucuna dokunulduğunda parmakların fleksiyonu ile yanıt alınır. Serebral korteks inhibisyonu henüz gelişmediği için erken dönemde güçlüdür; ilerleyen aylarda kaybolması beklenir.

**B) Arama (rooting)**

Beslenme ile ilişkili önemli bir refleks olup yenidoğanda normaldir. Yanak veya ağız köşesine dokunulduğunda başın uyarana doğru çevrilmesi şeklinde görülür. Beyin sapı düzeyinde organize edilir.

**C) Tonik boyun refleksi**

Asimetrik tonik boyun refleksi (ATNR) yenidoğan döneminde görülebilir. Baş bir yana çevrildiğinde yüz tarafındaki ekstremitelerde ekstansiyon, karşı tarafta fleksiyon oluşur. 4–6 ay civarında kaybolması beklenir.

**E) Moro refleksi**

Yenidoğanda en karakteristik reflekslerden biridir. Ani ses veya başın ani ekstansiyonu ile kolların abduksiyon-ekstansiyonu ve ardından adduksiyonla sarılma hareketi görülür. Beyin sapı ve vestibüler sistemle ilişkilidir.

# YENİDOĞAN REFLEKSLERİ

- Moro
- Emme-Arama
- Palmar yakalama
- Plantar yakalama
- Galant refleksi
- Tonik boyun refleksi
- Yürüme refleksi
- Perez refleksi
- Babinski refleksi



Yirmi beş yaşındaki annenin ilk gebeliğinden 38. gebelik haftasında vajinal yolla 4.100 g ağırlığında doğan bir erkek bebek, doğum sonrası yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izleme alınıyor. Öyküsünden annede gebelik diyabeti dışında bir sorun olmadığı öğreniliyor.

**Bu hastada aşağıdaki sorunlardan hangisinin görülmesi en az olasıdır?**

- A) Erken başlangıçlı hiperkalsemi
- B) Hiperbilirübinemi
- C) Brakiyal pleksus paralizisi
- D) Renal ven trombozu
- E) Respiratuvar distres sendromu

**Doğru Cevap: A) Erken başlangıçlı hiperkalsemi**

**Açıklama:**

Anne **gestasyonel diyabetli** ve bebek **4100 g** (makrozomi) olduğuna göre bu bebek **diyabetik anne bebeği (IDM)** olarak değerlendirilir. IDM'de fetal hiperinsülinemiye bağlı olarak doğum sonrası dönemde sık görülen sorunlar şunlardır:

**Hipoglisemi** (en tipik)

**Hipokalsemi ve hipomagnezemi** (erken neonatal dönemde)

**Polisitemi → hiperbilirubinemi**

**Makrozomiye bağlı doğum travması** (omuz distosisi, **brakiyal pleksus yaralanması**)

**Akciğer maturasyonunda gecikme → RDS**

Dolayısıyla **erken başlangıçlı hiperkalsemi** IDM için beklenen değil; tersine **hipokalsemi** daha olasıdır.

## Diğer Seçenekler Neden Yanlış?

### B) Hiperbilirübinemi

IDM'de kronik intrauterin hiperinsülinemi ve relatif hipoksi **eritropoezi artırabilir** → **polisitemi** gelişebilir. Polisitemi sonrası eritrosit yıkımı arttığı için **indirekt hiperbilirübinemi** sık görülür. Ayrıca doğum travması/hematomlar da bilirubin yükünü artırabilir.

### C) Brakiyal pleksus paralizisi

Makrozomik bebeklerde omuz distosisi riski artar. Doğum sırasında traksiyon ve zorlamaya bağlı **Erb-Duchenne tipi brakiyal pleksus hasarı** görülebilir. Bu nedenle IDM + makrozomide olası bir komplikasyondur.

### D) Renal ven trombozu

IDM'de **polisitemi ve hiperviskozite** eğilimi trombotik olay riskini artırabilir. Yenidoğanda renal ven trombozu; hematüri, trombositopeni, böbrekte büyüme gibi bulgularla görülebilir. IDM'de nadir ama olası bir komplikasyondur.

### E) Respiratuvar distres sendromu

Fetal hiperinsülinemi, kortizol etkilerini baskılayarak **surfaktan sentezini geciktirebilir**. Bu yüzden diyabetik anne bebeklerinde term olsa bile **RDS riski artmıştır**.

## Klinik Bulgular - Komplikasyonlar

YDUS

- **HİPOGLİSEMİ:** %25-50 İLK 24 SAAT İÇİNDE SEMPTOMATİK HİPOGLİSEMİ
- **HİPOKALSEMİ VE HİPOMAGNEZEMİ**
- **HİPERBİLİRUBİNEMİ**
- **POLİSİTEMİ VE HİPERVİSKOZİTE:** İNSÜLİNİN EKSTRAMEDÜLLER HEMATOPOEZİ ARTIRMASINA BAĞLIDIR. **RENAL VEN TROMBOZU RİSKİ** ↗
- **RESPIRATUAR DİSTRESS SENDROMU:** RDS RİSKİ ↗ ANTENATAL AKCIĞER MATÜRASYONUNU DEĞERLENDİREN STANDART YÖNTEMLER, DİABETİKLERE UYGULANAMAZ. **DİREKT FOSFATİDİL GLİSEROL ÖLÇÜMLERİ BU KONUDA FİKİR VEREBİLİR.**

Yirmi beş yaşındaki gestasyonel diyabet ve preeklampsi tanıları olan annenin ilk gebeliğinden 26. gebelik haftasında 650 g doğan erkek bebek; doğumdan hemen sonra inlemeli solunum, takipne ve interkostal çekilmeleri nedeniyle entübe edilerek yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırılıyor. Fizik muayenesinde yaygın krepitan ralleri, laboratuvar tetkiklerinde respiratuvar asidozu ve akciğer grafisinde retikülogranüler görünüm ile hava bronkogramları tespit ediliyor.

**Bu prematüre bebeğin hastalığı ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?**

- A) Akciğerlerin fonksiyonel rezidüel kapasitesi azalmıştır.
- B) Gestasyonel diyabet bu hastalık için bir risk unsurudur.
- C) Basınç kontrollü invaziv ventilasyon uygulaması akciğer için en koruyucu yöntemdir.
- D) Sürfaktan yapımı ve salınımının yetersizliği patogeneizde yer alır.
- E) Antenatal kortikosteroid uygulaması bu hastalıkta koruyucu rol oynamaktadır.

**Doğru Cevap: C) Basınç kontrollü invaziv ventilasyon uygulaması akciğer için en koruyucu yöntemdir.**

**Açıklama:**

26. haftada doğan prematüre bebekte doğumdan hemen sonra başlayan solunum sıkıntısı, **respiratuvar asidoz**, akciğer grafisinde **retikülogranüler görünüm ve hava bronkogramları** bulguları **Yenidoğanın Respiratuvar Distres Sendromu (RDS) / Hiyalin Membran Hastalığı** ile uyumludur.

RDS'nin temel mekanizması **tip II pnömosit immatüritesi nedeniyle sürfaktan yapım ve salınımının yetersizliğidir**. Sürfaktan eksikliği → alveol kollapsı (atelektazi) → **komplians azalması ve fonksiyonel rezidüel kapasitenin (FRC) düşmesi** ile sonuçlanır.

Risk faktörleri arasında **prematürite, maternal diyabet (fetal hiperinsülinemi sürfaktan maturasyonunu geciktirir)** gibi durumlar yer alır. Korunmada **antenatal kortikosteroidler** sürfaktan üretimini artırarak RDS sıklığını ve şiddetini azaltır.

Ventilasyon stratejisinde ise “akciğeri en koruyan” yaklaşım **invaziv basınç kontrollü ventilasyon** değildir; amaç **mümkünse invaziv ventilasyondan kaçınmak, nazal CPAP/Non-invaziv ventilasyon ve erken sürfaktan (INSURE/LISA gibi yaklaşımlar)** ile ventilatör ilişkili akciğer hasarını (barotravma, volütravma, atelectotravma) azaltmaktır. Bu nedenle C şıkkı yanlıştır.

### Diğer Seçenekler Neden Yanlış?

#### A) Akciğerlerin fonksiyonel rezidüel kapasitesi azalmıştır.

Sürfaktan eksikliği alveollerin ekspirasyon sonunda açık kalmasını engeller, yaygın atelektazi gelişir. Bu durum **FRC'yi azaltır** ve oksijenlenmeyi bozar. RDS fizyopatolojisinin temel sonuçlarından biridir.

#### B) Gestasyonel diyabet bu hastalık için bir risk unsurudur.

Maternal diyabette fetusta hiperinsülinemi gelişebilir. İnsülin, akciğer maturasyonunu ve sürfaktan sentezini olumsuz etkileyebilir; bu nedenle diyabet **RDS için risk faktörüdür** (özellikle prematürite ile birleşince risk daha da artar).

#### D) Sürfaktan yapımı ve salınımının yetersizliği patogeneizde yer alır.

RDS'nin ana patogenezi budur: Tip II pnömosit immatüritesi → sürfaktan eksikliği → yüzey gerilimi artışı → alveol kollapsı → hiyalin membran oluşumu ve gaz değişim bozukluğu.

#### E) Antenatal kortikosteroid uygulaması bu hastalıkta koruyucu rol oynamaktadır.

Betametazon/deksametazon gibi antenatal steroidler fetal akciğerde tip II pnömosit maturasyonunu ve sürfaktan üretimini artırır; RDS, intraventriküler kanama ve neonatal mortalite riskini azaltan en önemli koruyucu uygulamalardandır.

## TANIM

- ❑ Prematüre bebeklerde **ölüm ve ciddi morbiditelerle** sonuçlanabilen bir hastalıktır.
- ❑ Temel olarak akciğerde yapısal immatüriteye eşlik eden **alveolar surfaktan** eksikliğinden kaynaklanır.
- ❑ Eksikliğinde yaygın atelettaziler ve buna bağılı olarak da ventilasyon perfüzyon dengesinin ve gaz değışiminin bozulması söz konusudur.

## • RDS İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ

- Prematürelık
- Erkek cinsiyet
- Asfiksi
- Annede diabetes mellitus varlığı
- Ailevi eğilim
- Beyaz ırk
- İkiz gebelik(2. Bebek)
- Hipotermi
- Annenin beslenmesi
- Yenidoğanın hemolitik hastalığı

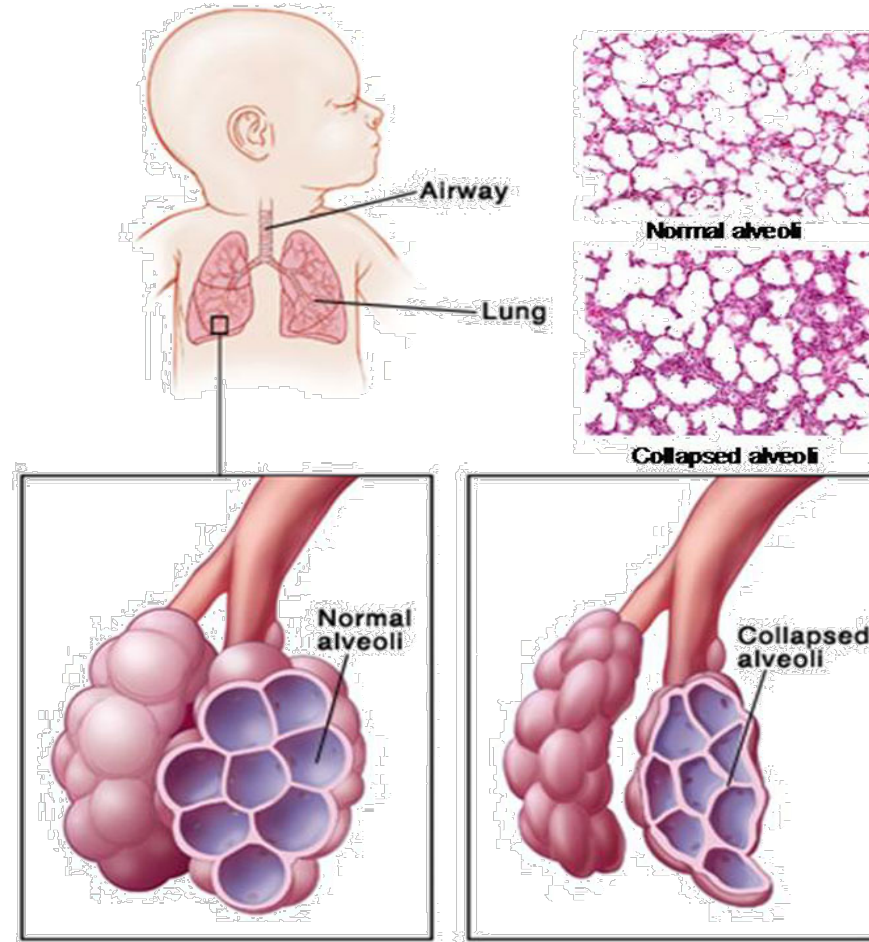
YDUS

## • RDS RİSKİNİ AZALTAN FAKTÖRLER

- İntrauterin gelişme geriliği
- Erken membran rüptürü
- Annenin sigara ve ilaç bağımlılığı
- Annenin steroid alması
- Dişi cinsiyet
- Kronik fetal distres
- Teofilin ve tiroid hormonları

## RDS'DE AKCIĞER FONKSİYONLARI:

- FRC AZALMIŞ
- KOMPLİYANS AZALMIŞ
- TİDAL VOLÜM DÜŞÜK



- Solunum desteği sağlanamazsa **mekanik ventilasyona (MV)** başvurulmalıdır.
- Tidal volüm hedefli senkronize bir ventilasyonla solunum süresi daha kısa
- pnömotoraks, hipokarbi, ağır intrakraniyal kanama, mortalite ve BPD sıklığı gibi yan etkiler daha az
- Başlangıç tidal volümü 4-7 ml/Kg olarak ayarlanmalıdır.
- Hiperoksi ve volutravmadan kaçınılmalı

**Geçici neonatal püstüler melanozis ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?**

- A) Doğar doğmaz lezyonlar bulunabilir.
- B) Lezyonlar püstül şeklinde başlayıp maküle döner.
- C) Tedavi gerektirmez.
- D) Hiperpigmentasyon üç aya kadar devam edebilir.
- E) Püstüller içinde bol miktarda eozinofiller dikkati çeker.

**Doğru Cevap: E) Püstüller içinde bol miktarda eozinofiller dikkati çeker.**

**Açıklama:**

**Geçici neonatal püstüler melanozis (GNPM)** yenidoğanın **benign, geçici ve tedavi gerektirmeyen** bir deri hastalığıdır. Lezyonlar sıklıkla **doğumda mevcuttur ve eritem olmaksızın** yüzeysel püstüller şeklinde görülür.

Bu püstüller kısa sürede rüptüre olur ve geride **hiperpigmente maküller** bırakır. Bu hiperpigmentasyon haftalar–aylar boyunca (genellikle **2–3 aya kadar**) devam edebilir.

GNPM’de püstül içeriği **nötrofilden zengindir. Eozinofil ağırlığı bu hastalık için tipik değildir** ve daha çok **eritema toksikum neonatorum** ile ilişkilidir.

### Diğer Seçenekler Neden Yanlış?

#### A) Doğar doğmaz lezyonlar bulunabilir.

GNPM'nin ayırt edici özelliklerinden biri lezyonların **doğumda mevcut olabilmesidir**. Bu yönüyle doğumdan sonraki günlerde ortaya çıkan bazı diğer neonatal döküntülerden ayrılır.

#### B) Lezyonlar püstül şeklinde başlayıp maküle döner.

Hastalık püstüleri lezyonlarla başlar; püstüllerin rüptürü sonrası **hiperpigmente maküller** oluşur. Bu maküller evre GNPM için karakteristiktir.

#### C) Tedavi gerektirmez.

GNPM tamamen **benign ve kendini sınırlayan** bir durumdur. Sistemik hastalıkla ilişkisi yoktur ve herhangi bir tedaviye ihtiyaç duymaz.

#### D) Hiperpigmentasyon üç aya kadar devam edebilir.

Püstüller kaybolduktan sonra kalan hiperpigmente maküller **haftalarca, bazen 2–3 ay boyunca** kalabilir ve zamanla tamamen kaybolur.

- **TOKSİK ERİTEM:** EN SIK GÖRÜLEN DÖKÜNTÜDÜR. PÜSTÜLLERİN İÇİ EOZİNOFİLLERLE DOLUDUR.
- **MONGOL LEKELERİ:** SAKRAL BÖLGE VE KALÇADA MAVİ-GRİ RENKLİ PİGMENTE ALANLARDIR. 1 YAŞ CİVARI KAYBOLUR.
- **KUTİS MARMORATUS:** HEM FİZYOLOJİK HEM PATOLOJİK OLABİLİR, DOWN SENDROMUNDA SIKTIR.



Gebelik yaşı 28 hafta ve doğum ağırlığı 1.100 g olan prematüre kız bebek postnatal 54. gününde taburcu ediliyor. Taburculuk önerilerinde IgG insan monoklonal antikoru olan palivizumabın ekim ile mart ayları arasında yapılması gerektiği söyleniyor.

**Bu hastaya yapılması istenen monoklonal antikor aşağıdaki enfeksiyon ajanlarından hangisi için önerilmiştir?**

- A) İnfluenza A virusu
- B) Respiratuvar sinsityal virus
- C) Parainfluenza virus
- D) Rhinovirus
- E) Adenovirus

**Doğru Cevap: B) Respiratuvar sinsityal virus**

**Açıklama:**

**Palivizumab, IgG1 yapısında insan monoklonal antikoru olup Respiratuvar Sinsityal Virüs (RSV)'ye karşı geliştirilmiştir. RSV'nin F (fusion) proteinine bağlanarak virüsün hücreye girişini ve hücreler arası yayılımını engeller.**

**Özellikle:**

**Prematüre bebekler ( $\leq 29$ . gebelik haftası),**

**Bronkopulmoner displazi öyküsü olanlar,**

**Hemodinamik olarak anlamlı konjenital kalp hastalığı bulunanlar**  
RSV'ye bağlı ağır alt solunum yolu enfeksiyonu açısından yüksek risklidir.

Bu nedenle **RSV sezonu olan ekim–mart ayları arasında**, aylık dozlar halinde **profilaksi amacıyla** palivizumab önerilir. Tedavi edici değil, **koruyucu** bir uygulamadır.

## Diğer Seçenekler Neden Yanlış?

### A) Influenza A virusu

Influenza için korunma esas olarak **inaktif influenza aşısı** ile sağlanır. Palivizumab influenza virüslerine karşı etkili değildir; F proteini hedefi RSV'ye özgüdür.

### C) Parainfluenza virus

Parainfluenza virüsleri (krup etkenleri) için palivizumab benzeri bir monoklonal antikor profilaksisi yoktur. Rutin profilaksi önerilmez.

### D) Rhinovirus

Üst solunum yolu enfeksiyonlarının en sık etkenlerinden biridir; ancak ağır seyirli neonatal enfeksiyonlar için spesifik monoklonal antikor profilaksisi bulunmaz.

### E) Adenovirus

Adenovirüs enfeksiyonları bazı olgularda ağır seyredebilse de, palivizumab adenovirüse karşı etkili değildir ve profilaksi amacıyla önerilmez.

## PALİVİZUMAB (SYNAGIS) PROFİLAKSİSİ

- **Preterm bebekler:**

Gebelik yaşı 29 0/7 haftadan küçük, gebelik yaşına bakılmaksızın doğum tartısı 1000g altında olan (RSV sezonu başlangıcında 12 aydan ( kronolojik) küçük tüm preterm bebekler.)

- **Kronik Akciğer Hastalığı olan Preterm bebekler:**

Gebelik yaşı 32 0/7 haftadan küçük olup, en az 28 gün veya daha fazla % 21'den daha fazla oksijen tedavisi almış olan preterm bebeklere RSV sezonu başlangıcında kronolojik yaşları 12 ayın altında ise profilaksi verilir.

Yirmi dokuz yaşındaki annenin ilk gebeliğinden zamanında 3.200 g doğan erkek bebekte postnatal 2. gününde peteşi ve purpura gözleniyor. Fizik muayenede karaciğer kot altı 1 cm ele geliyor, dalak ele gelmiyor ve diğer muayene bulguları normal olarak değerlendiriliyor. Tam kan sayımında hemoglobin 18 g/dL, lökosit sayısı 10.200/mm<sup>3</sup> ve trombosit 32.000/mm<sup>3</sup> saptanıyor. Bebeğin akut fazreaktanları ve annenin hematolojik parametreleri normal bulunuyor.

**Bu bebekteki trombositopeninin en olası nedeni aşağıdakilerden hangisidir?**

- A) Konjenital viral enfeksiyonlar
- B) Maternal immün trombositopenik purpura
- C) Neonatal alloimmün trombositopeni
- D) Dissemine intravasküler koagülasyon
- E) Trombositopeni radius yokluğu sendromu

**Doğru Cevap: C) Neonatal alloimmün trombositopeni**

**Açıklama:**

Bu yenidoğanda **postnatal 2. günde başlayan peteşi–purpura, izole ve ağır trombositopeni ( $32.000/mm^3$ )**, annenin hematolojik parametrelerinin **normal olması ve akut faz reaktanlarının negatifliği**, en güçlü şekilde **neonatal alloimmün trombositopeniyi (NAIT)** düşündürür.

NAIT'te anne, fetusun babadan aldığı **trombosit yüzey antijenlerine (en sık HPA-1a)** karşı antikor geliştirir. Bu **IgG antikorlar plasentayı geçer** ve fetusun/yenidoğanın trombositlerini yıkar.

Anne **sağlıklıdır** ve trombosit sayısı normaldir.

Bebekte **izole, ciddi trombositopeni ve deri/mukoza kanamaları** görülür.

İlk gebelikte de ortaya çıkabilir.

En korkulan komplikasyon **intrakraniyal kanamadır**.

## Diğer Seçenekler Neden Yanlış?

### A) Konjenital viral enfeksiyonlar

TORCH enfeksiyonlarında trombositopeni genellikle **diğer sistemik bulgularla** birlikte (mikrosefali, koryoretinit, sarılık, hepatosplenomegali). Bu olguda **izole trombositopeni** ve normal akut faz reaktanları enfeksiyon lehine değildir.

### B) Maternal immün trombositopenik purpura

ITP'de anne trombositleri **düşüktür** ve maternal öykü vardır. Bu vakada annenin hematolojik parametreleri **normaldir**. Ayrıca neonatal trombositopeni NAIT kadar **ağır** olma eğiliminde değildir.

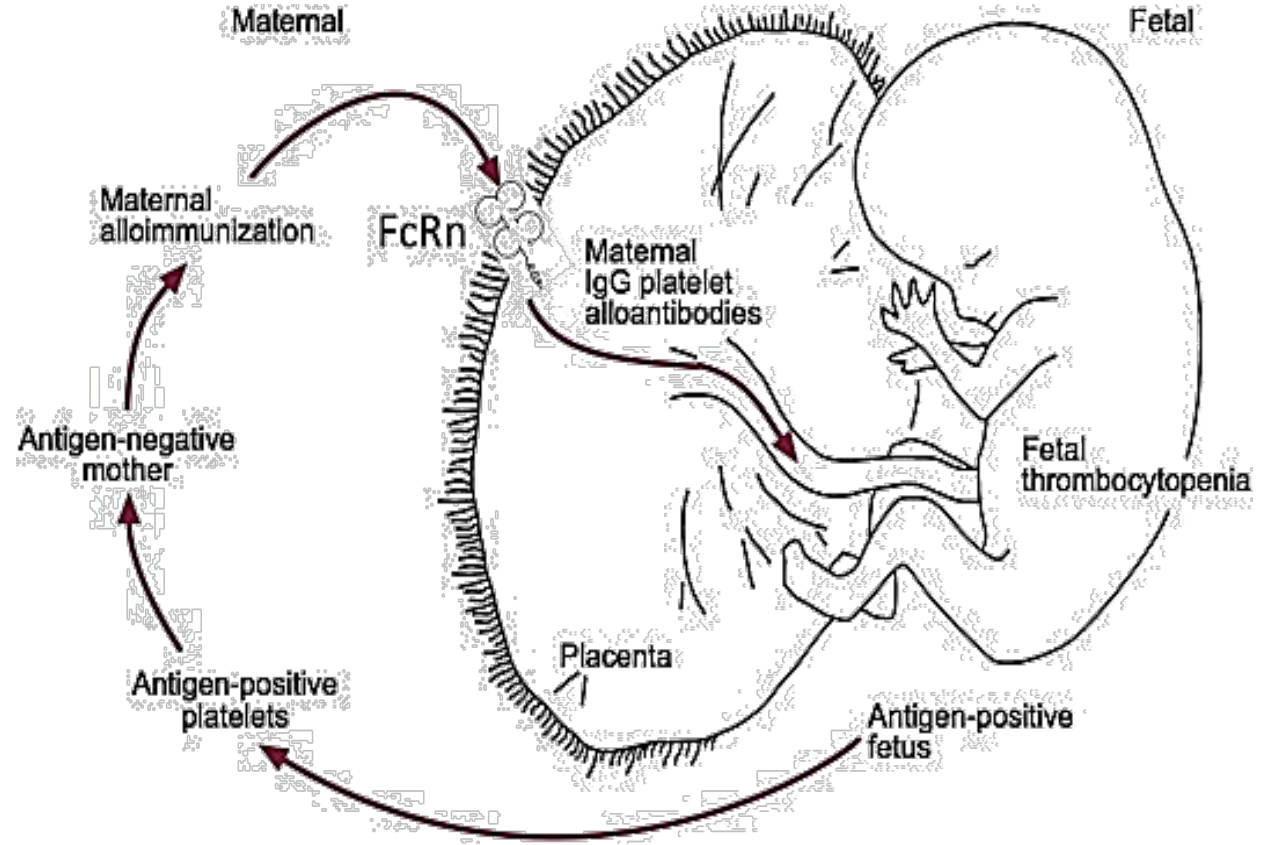
### D) Dissemine intravasküler koagülasyon

DIK'te trombositopeni **tek başına olmaz**; koagülasyon bozuklukları, kanama diyatezi, sepsis/asfiksi öyküsü ve **yüksek akut faz reaktanları** beklenir. Bu olguda bunlar yoktur.

### E) Trombositopeni radius yokluğu sendromu

TAR sendromunda **bilateral radius aplazisi** gibi belirgin iskelet anomalileri eşlik eder. Fizik muayenede böyle bir bulgu tanımlanmamıştır; dolayısıyla uyumlu değildir.

- Nadir olmasına rağmen yüksek iKK riski yüzünden önem taşır.
- Annenin trombosit sayısı normaldir.
- Anne kendi trombositlerinde bulunmayan babaya ait fetal trombositlere karşı immünize olur.
- RH uygunsuzluğu mekanizmasının aynısı!



Aşağıdaki ilaçlardan hangisinin hipokalemiye yol açması en az olasıdır?

- A) Furosemid
- B) İnsülin
- C) Gentamisin
- D) Digoksin
- E) Amfoterisin B

**Doğru Cevap: D) Digoksin**

**Açıklama:**

Hipokalemi, ya **potasyumun hücre içine kayması** ya da **renal/gastrointestinal yolla kaybının artması** sonucu gelişir.

**Furosemid ve amfoterisin B** renal potasyum kaybını artırır.

**İnsülin**, potasyumu hücre içine sokarak serum düzeyini düşürür.

**Gentamisin**, tübüler hasar yaparak renal potasyum kaybına yol açabilir.

**Digoksin** ise doğrudan hipokalemiye yol açan bir ilaç değildir. Aksine, **hipokalemi digoksin toksisitesini artırır**; yani hipokalemi digoksinin sonucu değil, digoksin için bir **risk faktörüdür**. Bu nedenle hipokalemiye yol açması **en az olası** olan ilaç digoksindir.

## Diğer Seçenekler Neden Yanlış?

### A) Furosemid

Loop diüretik olarak Henle kulpunun çıkan kolunda  $\text{Na}^+ - \text{K}^+ - 2\text{Cl}^-$  kotransporterini inhibe eder. Distal nefrona sodyum akışı artar, aldosteron etkisiyle **potasyum atılımı artar**. Hipokaleminin klasik nedenlerindedir.

### B) İnsülin

$\text{Na}^+ / \text{K}^+ - \text{ATPaz}$  aktivitesini artırarak potasyumun hücre içine girişini sağlar. Özellikle DKA tedavisinde hızlı insülin uygulaması sonrası **akut hipokalemi** gelişebilir.

### C) Gentamisin

Aminoglikozidler **proksimal tübüler hasar** yapabilir. Bu durum potasyum ve magnezyum kaybına yol açarak hipokalemiye neden olabilir.

### E) Amfoterisin B

Renal tübüler membranlarda por oluşturarak **potasyum ve magnezyum kaçağına** neden olur. Klinik olarak sık görülen ve önemli bir yan etki **hipokalemidir**.

## HİPOKALEMİ

- Serum potasyum düzeyinin 3.5 mEq/L altında olmasıdır. Orta derecede hipokalemi 2.5-3 mEq/L, ağır hipokalemi <2.5 mEq/L olmasıdır.
  - **Yetersiz potasyum verilmesi**
  - **Anormal potasyum kaybı**
    - **İlaçlar:**
      - Amphotericin B
      - TIYAZİD diüretikleri
      - Gentamisin ve karbenisilline
      - Kortikosteroidler

Beş günlük erkek yenidoğan, karında fark edilen kitle ve bezde kanlı idrar görülmesi nedeniyle getiriliyor. Öyküsünden 36. haftada 3.000 g doğduğu, evde memeyi zor tuttuğu, annenin sütünün gelmediği, postnatal 80 saatlik iken ailenin kanlı idrar ve karında ele gelen kitleyi fark ettiği öğreniliyor. Prenatal öyküsünde ve soy geçmişinde özellik saptanmıyor. Fizik muayenesinde aktüel ağırlığı 2.600 g ölçülüyor, ikterik ve dehidrate görünümde olan hastanın batnında kitle palpe ediliyor. Laboratuvar incelemelerinde hemoglobin 11 g/dL, lökosit 12.000/mm<sup>3</sup> ve trombosit sayısı 45.000/mm<sup>3</sup> bulunuyor. Tam idrar tetkikinde dansite 1.030, pH 7, glukoz negatif, protein ++, kan +++, lökosit: 4/hpf ve eritrosit 360/hpf olarak tespit ediliyor.

I. Hastanın böbrek fonksiyon testleri ve elektrolitleri incelenmelidir.

II. Renal ven Doppler ultrasonografisi yapılmalıdır.

III. Kontrastlı tetkiklerden kaçınılmalıdır.

**Bu hasta için tanısal yaklaşımla ilgili yukarıdaki ifadelerden hangileri doğrudur?**

A) Yalnız I    B) I ve II    C) Yalnız II    D) I, II ve III    E) I ve III

**Doğru Cevap: D) I, II ve III**

**Açıklama:**

Olgu, **yenidoğan dönemde makroskopik hematuri, palpe edilebilen abdominal kitle, trombositopeni ve böbrek tutulumu** ile karakterizedir. Bu tablo, özellikle **renal ven trombozu** olasılığını düşündürür:

**Böbrek fonksiyon testleri ve elektrolitlerin incelenmesi (I):** Böbrek tutulumu ve trombozun böbrek fonksiyonları üzerine etkisini değerlendirmek için gereklidir.

**Renal ven Doppler ultrasonografisi (II):** Trombüs varlığını değerlendirmek için altın standart ilk basamak görüntüleme yöntemidir.

**Kontrastlı tetkiklerden kaçınılması (III):** Yenidoğanda böbrek fonksiyonları henüz stabil değilse, kontrast nefrotoksisite riski nedeniyle tercih edilmez.

### Diğer Seçenekler Neden Yanlış?

- A) **Yalnız I:** Doppler ultrason ve kontrast kaçınması kritik adımlardır; sadece böbrek fonksiyonlarını incelemek yetersizdir.
- B) **I ve II:** Kontrastlı tetkiklerden kaçınmak da yenidoğan döneminde önemli bir güvenlik önlemidir.
- C) **Yalnız II:** Böbrek fonksiyonlarının değerlendirilmesi tanısal ve takip açısından gereklidir; sadece Doppler yapmak eksik olur.
- E) **I ve III:** Doppler ultrason yapılmadan tanı kesinleştirilemez; bu nedenle II şıkkı da doğru ve gereklidir.

**Polisitemi +  
Hematüri +  
Batında kitle =  
Renal ven trombozu**