



Türk Beyin Damar
Hastalıkları Derneği

4.TÜRKİYE İNME AKADEMİSİ



18-20 ARALIK 2020
Online

www.bdhk2020.org

TÜRK BEYİN DAMAR HASTALIKLARI DERGİSİ

Aralık 2020 Cilt 26; Ek 1 (Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği 4. Türkiye İnme Akademisi Özel Sayısı)
ISSN: 2146-9113

Editör

Prof. Dr. Atilla Özcan ÖZDEMİR

Editör Yardımcısı

Prof. Dr. Ethem Murat ARSAVA

Dil Editörü

Prof. Dr. Mehmet Akif TOPÇUOĞLU

Önceki Editörler

Prof. Dr. Gazi ÖZDEMİR

Prof. Dr. Nevzat UZUNER

Uluslararası Bilimsel Danışma Kurulu (International Advisory Board)

Prof. Dr. Hakan AY

Prof. Dr. Philip BATH

Prof. Dr. Natan BORNSTEIN

Prof. Dr. Michael BRAININ

Prof. Dr. Susanna HORNER

Prof. Dr. Hugh MARKUS

Prof. Dr. Kurt NIEDERKORN

Prof. Dr. Nils WAHLGREN

Ulusal Bilimsel Danışma Kurulu (National Advisory Board)

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet ŞAİR

Dr. Öğr. Üyesi Ali ÜNAL

Dr. Öğr. Üyesi Ali YILMAZ

Prof. Dr. İ. Arda YILMAZ

Prof. Dr. Ayça ÖZKUL

Doç. Dr. Aysel MİLANLIOĞLU

Prof. Dr. Ayşe SAĞDUYU KOCAMAN

Doç. Dr. Ayşe GÜLER

Prof. Dr. Babür DORA

Prof. Dr. Bijen NAZLIEL

Doç. Dr. Bilgehan Atılgan ACAR

Prof. Dr. Birsen İNCE

Prof. Dr. Canan Togay IŞIKAY

Doç. Dr. Çetin Kürşad AKPINAR

Doç. Dr. Demet Funda BAŞ SÖKMEZ

Doç. Dr. Dilaver KAYA

Uzm. Dr. Elif SARIÖNDER GENÇER

Doç. Dr. Emrah AYTAÇ

Doç. Dr. Emre ÖZKARA

Doç. Dr. Erdem GÜRKAŞ

Prof. Dr. Erdem YAKA

Doç. Dr. Eylem TEKE DEĞİRMENCİ

Doç. Dr. Gökhan ÖZDEMİR

Prof. Dr. Hadiye ŞİRİN

Doç. Dr. Hasan Hüseyin KOZAK

Doç. Dr. Hale Zeynep BATUR ÇAĞLAYAN

Doç. Dr. Hasan Hüseyin KOZAK

Prof. Dr. İpek MİDİ

Prof. Dr. Kürşad KUTLUK

Prof. Dr. Levent GÜNGÖR

Prof. Dr. Mehmet Akif TOPÇUOĞLU

Doç. Dr. Mehmet Uğur ÇEVİK

Prof. Dr. Mehmet Zülküf ÖNAL

Doç. Dr. H. Mine SORGUN

Doç. Dr. Muhammet Nur ÖĞÜN

Doç. Dr. Murat ÇABALAR

Prof. Dr. Mustafa BAKAR

Prof. Dr. Mustafa GÖKÇE

Prof. Dr. Nazire AFŞAR

Prof. Dr. Nevzat UZUNER

Prof. Dr. Nilüfer YEŞİLOT

Prof. Dr. Oğuzhan ÇOBAN

Prof. Dr. Özlem KAYIM YILDIZ

Prof. Dr. Semih GİRAY

Prof. Dr. Şeref DEMİRKAYA

Prof. Dr. Şerefnur ÖZTÜRK

Prof. Dr. Talip ASİL

Prof. Dr. Turgay DALKARA

Doç. Dr. Türkan ACAR

Prof. Dr. Ufuk CAN

Doç. Dr. Vedat Ali YÜREKLİ

Prof. Dr. Vesile ÖZTÜRK

Doç. Dr. Yusuf İNANÇ

Prof. Dr. Zekeriya ALİOĞLU

Doç. Dr. Zülfikar ARLIER

Sahibi:

TÜRK BEYİN DAMAR HASTALIKLARI DERNEĞİ adına

Prof. Dr. Atilla Özcan ÖZDEMİR

Hacılibey Mahallesi Çelikel Sokak Sakarya İş Hanı No: 1/38 Tepebaşı, ESKİŞEHİR

Tel: 0530 0848560 www.bdhd.org.tr bdhd@bdhd.org.tr

Tüm hakları Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği'ne aittir.

TURKISH JOURNAL OF CEREBROVASCULAR DISEASES
December 2020 Volume 26; Supplement 1
(Turkish Cerebrovascular Diseases Society 4th Stroke Academy of Turkey Special Issue)
ISSN: 2146-9113

Editor

Prof. Dr. Atilla Özcan ÖZDEMİR

Asistant Editor

Prof. Dr. Ethem Murat ARSAVA

Language Editor

Prof. Dr. Mehmet Akif TOPÇUOĞLU

Previous Editors

Prof. Dr. Gazi ÖZDEMİR

Prof. Dr. Nevzat UZUNER

International Advisory Board

Prof. Dr. Hakan AY

Prof. Dr. Philip BATH

Prof. Dr. Natan BORNSTEIN

Prof. Dr. Michael BRAININ

Prof. Dr. Susanna HORNER

Prof. Dr. Hugh MARKUS

Prof. Dr. Kurt NIEDERKORN

Prof. Dr. Nils WAHLGREN

National Advisory Board

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet ŞAİR

Dr. Öğr. Üyesi Ali ÜNAL

Dr. Öğr. Üyesi Ali YILMAZ

Prof. Dr. İ. Arda YILMAZ

Prof. Dr. Ayça ÖZKUL

Doç. Dr. Aysel MİLANLIOĞLU

Prof. Dr. Ayşe SAĞDUYU KOCAMAN

Doç. Dr. Ayşe GÜLER

Prof. Dr. Babür DORA

Prof. Dr. Bijen NAZLIEL

Doç. Dr. Bilgehan Atılgan ACAR

Prof. Dr. Birsen İNCE

Prof. Dr. Canan Togay IŞIKAY

Doç. Dr. Çetin Kürşad AKPINAR

Doç. Dr. Demet Funda BAŞ SÖKMEZ

Doç. Dr. Dilaver KAYA

Uzm. Dr. Elif SARIÖNDER GENÇER

Doç. Dr. Emrah AYTAÇ

Doç. Dr. Emre ÖZKARA

Doç. Dr. Erdem GÜRKAŞ

Prof. Dr. Erdem YAKA

Doç. Dr. Eylem TEKE DEĞİRMENCİ

Doç. Dr. Gökhan ÖZDEMİR

Prof. Dr. Hadiye ŞİRİN

Doç. Dr. Hasan Hüseyin KOZAK

Doç. Dr. Hale Zeynep BATUR ÇAĞLAYAN

Doç. Dr. Hasan Hüseyin KOZAK

Prof. Dr. İpek MİDİ

Prof. Dr. Kürşad KUTLUK

Prof. Dr. Levent GÜNGÖR

Prof. Dr. Mehmet Akif TOPÇUOĞLU

Doç. Dr. Mehmet Uğur ÇEVİK

Prof. Dr. Mehmet Zülküf ÖNAL

Doç. Dr. H. Mine SORGUN

Doç. Dr. Muhammet Nur ÖĞÜN

Doç. Dr. Murat ÇABALAR

Prof. Dr. Mustafa BAKAR

Prof. Dr. Mustafa GÖKÇE

Prof. Dr. Nazire AFŞAR

Prof. Dr. Nevzat UZUNER

Prof. Dr. Nilüfer YEŞİLOT

Prof. Dr. Oğuzhan ÇOBAN

Prof. Dr. Özlem KAYIM YILDIZ

Prof. Dr. Semih GİRAY

Prof. Dr. Şeref DEMİRKAYA

Prof. Dr. Şerefur ÖZTÜRK

Prof. Dr. Talip ASİL

Prof. Dr. Turgay DALKARA

Doç. Dr. Türkan ACAR

Prof. Dr. Ufuk CAN

Doç. Dr. Vedat Ali YÜREKLİ

Prof. Dr. Vesile ÖZTÜRK

Doç. Dr. Yusuf İNANÇ

Prof. Dr. Zekeriya ALİOĞLU

Doç. Dr. Zülfikar ARLIER

Owner:

Prof. Dr. Atilla Özcan ÖZDEMİR

On behalf of TURKISH CEREBROVASCULAR DISEASES SOCIETY

Hacıalibey Mahallesi Çelikel Sokak Sakarya İş Hanı No: 1/38 Tepebaşı, ESKİŞEHİR, TURKEY

Phone: +90530 0848560 www.bdhd.org.tr info@bdhd.org.tr

All rights reserved by Turkish Cerebrovascular Diseases Society

TÜRK BEYİN DAMAR HASTALIKLARI DERNEĞİ
4. TÜRKİYE İNME AKADEMİSİ
18-20 ARALIK 2020
ONLINE

**TURKISH CEREBROVASCULAR DISEASES
SOCIETY**

4th STROKE ACADEMY OF TURKEY

18-20 DECEMBER 2020

ONLINE

KURULLAR

4. TÜRKİYE İNME AKADEMİSİ EŞ BAŞKANLARI

Atilla Özcan Özdemir, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir, Türkiye
Canan Togay Işıkkay, Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye

AKADEMİ DÜZENLEME KOMİTESİ

Atilla Özcan Özdemir, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir, Türkiye
Canan Togay Işıkkay, Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye
Gisele Sampaio Silva, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brezilya
İtalo Linfante, Baptist Cardiac and Vascular Institute, Miami, USA
Maher Saqqur, University of Alberta, Edmonton, Canada
Mehmet Akif Topçuoğlu, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye
Michelangelo Mancuso, Pisa University, Pisa, Italy
Thomalla Götz, University Medical Center Hamburg – Eppendorf, Almanya
Tudor Jovin, Cooper University Hospital, Cooper Medical School at Rowan University, New Jersey, USA

BİLDİRİ DEĞERLENDİRME KOMİTESİ

Bijen Nazlıel, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye (Eşbaşkan)
Canan Togay Işıkkay, Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye (Eşbaşkan)
Erdem Yaka, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, Türkiye
Ethem Murat Arsava, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye
İpek Midi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

TÜRK BEYİN DAMAR HASTALIKLARI DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

Başkan

Mehmet Akif Topçuoğlu, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Başkan Yardımcısı

Atilla Özcan Özdemir, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir, Türkiye

Genel Sekreter

Canan Togay Işıkkay, Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Sayman

Bijen Nazlıel, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Üyeler

Ethem Murat Arsava, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye
Erdem Yaka, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, Türkiye
İpek Midi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

COMMITTEES

PRESIDENTS of CONGRESS

Atilla Özcan Özdemir, Eskişehir Osmangazi University, Eskişehir, Turkey
Canan Togay Işıkay, Ankara University, Ankara, Turkey

ORGANIZATION COMMITTEE

Atilla Özcan Özdemir, Eskişehir Osmangazi University, Eskişehir, Turkey
Canan Togay Işıkay, Ankara University, Ankara, Turkey
Gisele Sampaio Silva, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil
İtalo Linfante, Baptist Cardiac and Vascular Institute, Miami, USA
Maher Saqqur, University of Alberta, Edmonton, Canada
Mehmet Akif Topçuoğlu, Hacettepe University, Ankara, Turkey
Michelangelo Mancuso, Pisa University, Pisa, Italy
Thomalla Götz, University Medical Center Hamburg – Eppendorf, Germany
Tudor Jovin, Cooper University Hospital, Cooper Medical School at Rowan University, New Jersey, USA

ABSTRACT EVALUATION COMMITTEE

Bijen Nazlıel, Hacettepe University, Ankara, Turkey (Vicepresident)
Canan Togay Işıkay, Ankara University, Ankara, Turkey (Vicepresident)
Erdem Yaka, Dokuz Eylül University, İzmir, Turkey
Ethem Murat Arsava, Hacettepe University, Ankara, Turkey
İpek Midi, Marmara University, İstanbul, Turkey

EXECUTIVE COMMITTEE

President

Mehmet Akif Topçuoğlu, Hacettepe University, Ankara, Turkey

Vice President

Atilla Özcan Özdemir, Eskişehir Osmangazi University, Eskişehir, Turkey

General Secretary

Canan Togay Işıkay, Ankara University, Ankara, Turkey

Treasurer

Bijen Nazlıel, Hacettepe University, Ankara, Turkey

Members

Ethem Murat Arsava, Hacettepe University, Ankara, Turkey
Erdem Yaka, Dokuz Eylül University, İzmir, Turkey
İpek Midi, Marmara University, İstanbul, Turkey

TÜRK BEYİN DAMAR HASTALIKLARI DERGİSİ
Aralık 2020 Cilt 26; Ek 1 (4. Türkiye İnme Akademisi Özel Sayısı)
ISSN: 2146-9113

İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL PROGRAM	11
SÖZEL BİLDİRİLER	23
E-POSTER BİLDİRİLERİ	38

TURKISH JOURNAL OF CEREBROVASCULAR DISEASES
December 2020 Volume 26; Supplement 1
(4th Stroke Academy of Turkey Special Issue)
ISSN: 2146-9113

INDEX

SCIENTIFIC PROGRAM	17
ORAL PRESENTATIONS	23
E-POSTER PRESENTATIONS	38

BİLİMSEL PROGRAM

18 ARALIK 2020, CUMA

19:00-19:10	Akademi Açılış Canan Togay Işıkkay (4. Türkiye İnme Akademisi Eş Başkanı) Atilla Özcan Özdemir (4. Türkiye İnme Akademisi Eş Başkanı) Mehmet Akif Topçuoğlu (TBDHD Başkanı)	
19:10-19:30	Konferans 1 Oturum Başkanları: Şerefnur Öztürk, Mustafa Gökçe Oxygen Carriers and Collateral Flow Augmentation in Acute Ischemic Stroke Italo Linfante	
19:35-19:55	Uydu Sempozyumu (Vesalio) Oturum Başkanları: Erdem Gürkaş, Kürşad Akpınar Akut İnmede Geri Çekilen Stent Sistemini Ne Zaman ve Nasıl Kullanalım? Atilla Özcan Özdemir	
19:55-20:15	Konferans 2 Oturum Başkanları: Nazire Afşar, Yusuf İnanç Intravenous Thrombolysis in Wake Up Stroke and After 4.5 Hours Götz Thomalla	
20:20-20:40	Uydu Sempozyumu – Sanofi Oturum Başkanları: Mehmet Zülküf Önal, Nilüfer Yeşilot Nöroloji Klinik Pratiğinde Dual Antiplatelet Tedavi: Güncel Sorunlar Semih Giray	
20:45-21:15	Konferans 3 Oturum Başkanları: Zülfikar Arlıer, Talip Asil Is Combining Reperfusion with Neuroprotection the Next Frontier in Large Vessel Occlusion Stroke Treatment? Tudor Jovin	Sözel Bildiri Oturumu Oturum Başkanları: Ali Ünal, Özlem Kayım Yıldız Yaşlı Hastalarda Asemptomatik Karotis Stenozunun Varlığını Ve Ciddiyetini Belirlemede Nötrofil / Yüksek Dansiteli Lipoprotein, Monosit/ Yüksek Dansiteli Lipoprotein Ve Düşük Dansiteli Lipoprotein/ Yüksek Dansiteli Lipoprotein Oranlarının Rolü Aslı Bolayır İskemik İnmede Glisemik Kontrolün Klinik Özellikler ve Prognoza Etkisi: Ankara Across Subgrup Analizi Hale Zeynep Batur Çağlayan

Paroksizmal Atriyal Fibrilasyona Bağlı
Gelişen İskemik İnme Olgularında P Dalga
Dispersiyonun Değerlendirilmesi

Didem Çelik

Türkiye’de İnme Hastalarında Atrial Fibrilasyon ve Yönetimi:
Nörotek Çalışması Gerçek Hayat Verileri

Mehmet Akif Topçuoğlu

21:15-21:30 Günün Sonu Değerlendirmesi

Bijen Nazlıel, Erdem Yaka

19 ARALIK 2020, CUMARTESİ

09:30-09:55 Konferans 4

Oturum Başkanları: Babür Dora, Türkan Acar

İnmenin Nadir Nedenleri

Canan Togay Işıkey

10:00-10:20 Konferans 5

Oturum Başkanları: Gökhan Özdemir, Vedat Ali Yürekli

Mobile Stroke Unit and New Horizons in Stroke Organization

Maher Saqqur

10:25-10:45 Uydu Sempozyumu (Bayer)

Oturum Başkanları: Arda Yılmaz, Demet Funda Baş

Türkiye’de Güncel Antikoagölan Çalışmaları: Ulusal Verinin Değerlendirilmesi

Birsen İnce

10:50-11:10 Uydu Sempozyumu (Nestle)

Oturum Başkanları: Hadiye Şirin, Nedim Ogun

Nörolojide İmmünonütrasyon

Erdem Yaka

11:15-11:35 Uydu Sempozyumu (Nutricia)

Oturum Başkanları: Vesile Öztürk, Zekeriya Alioğlu

İnme Sonrası Pnömoni ve Beslenmenin Önemi

İpek Midi

11:40-12:10	Uydu sempozyumu (Abbott) Oturum Başkanları: Ayşe Güler, Emrah Aytaç Nörolojide Kas kaybı: Tedavide Yeni Stratejiler Levent Güngör	Sözel Bildiri Oturumu Oturum Başkanları: Ayça Özkul, Mustafa Bakar Minör İnme Hastalarında (NIHSS<5) Trombolitik Tedavi Deneyimimiz Fergane Memmedova Akut Büyük Damar Tıkanıklıklarında Kötü Kollateral Belirteçleri Elif Sarıönder Akut Orta Serebral Arter Oklüzyonu Olan Hastalarda Kollateral Skorunu Etkileyen Faktörler Esra Demir Nöroloji Klinik Pratiğinde PEG: Nörotek Türkiye Planlı Subgrup Analizi Mehmet Akif Topçuoğlu
12:10-12:15	Günün Sonu Değerlendirmesi İpek Midi, Ethem Murat Arsava	
12:30-15:00	ANGELS Oturumu İnme: Sistem, Bilgi ve Uygulama Oturum Başkanı: Mehmet Akif Topçuoğlu İnme Yönetiminde Dünya Kılavuzları, Yenilikler ve Türkiye’de İnme Tebliği Şerefnur Öztürk Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Nasıl GOLD Merkez oldu? Hedef ve Uygulamalar Atilla Özcan Özdemir Angels Dünya’da Neler Yapıyor? Thomas Fischer (Global Head of Angels Initiative) META Bölgede Neler Yapıyor? Mehmet Gürlek (META Medical Lead) ESO Angels Collaboration Valeria Caso Kapanış Mehmet Akif Topçuoğlu, Atilla Özcan Özdemir, Şerefnur Öztürk	

20 ARALIK 2020, PAZAR

10:00-10:20

Konferans 6

Oturum Başkanları: Ufuk Can, Hesna Bektaş

Hemorrhagic Transformation

Gisele S. Silva

10:25-10:45

Uydu Sempozyumu (Fresenius Kabi)

Oturum Başkanları: Şebnem Bıçakçı, Murat Çabalar

Nöronütrisyonda Protein: Kime? Ne zaman? Hangisi? Ne kadar?

Bijen Nazlıel

10:50-11:10

Konferans 7

Oturum Başkanları: Dilek Örken Necioğlu, Bilgehan Acar

Monogenic Cerebral Small-Vessel Diseases: An Overview

Michelangelo Mancuso

11:15-11:35

Uydu Sempozyumu (Daiichi Sankyo)

Oturum Başkanları: Nilda Turgut, Nevzat Uzuner

Yüksek Serebral Kanama Riski Varlığında Oral Antikoagülasyon: Basit Cevaplar

Kürşad Kutluk

11:40-12:10

Konferans 8

Oturum Başkanları: Hasan Hüseyin Kozak,

Mehmet Uğur Çevik

İnmede oral antikoagülasyon: Gerçek yaşam verileri pratiği nasıl etkiliyor?

Ethem Murat Arsava

Sözel Bildiri Oturumu

Oturum Başkanları: Dilaver Kaya, Aysel Milanlıoğlu

Mekanik Trombektomi İle Tedavi Edilen İnternal Karotis Arter

Tepe Oklüzyonlarında Trombolitik Tedavi ve Distal Emboli

İlişkisi

Nihat Şengeze

Arka Sistem İnmelerinde Endovasküler Tedavi Tekniği ve

Klinik Sonlanım

Nihat Şengeze

Endovasküler Tedavi İçin Hasta Seçiminde Doku Temelli

Perfüzyon Görüntülemelerinin Yeri

Fatma Altuntaş Kaya

Tandem Tıkanıklarının Endovasküler Tedavisi: Oklüzyon

Modelleri ve Tedavi Yaklaşımları

Songül Şenadım

İNME KLİNİK ARAŞTIRMALARI Oturumu

- 12:15-12:20** Oturum Başkanları: **Mehmet Akif Topçuoğlu, Atilla Özcan Özdemir, Canan Togay Işııkay**
Açılış
Mehmet Akif Topçuoğlu, Atilla Özcan Özdemir, Canan Togay Işııkay
- 12:20-12:25** VENUSTR: Faz-2a pilot çalışma yapmak
Ethem Murat Arsava
- 12:30-12:35** MASS-TR: Hedef ve süreç
Levent Güngör
- 12:40-12:45** EPIKRİZ.COM: Desen ve hedefler
Atilla Özcan Özdemir
- 12:50-12:55** NÖROTEK-TÜRKİYE: Cevaptan çok soru
Mehmet Akif Topçuoğlu
- 13:00-13:05** TÜRK STROKE NET
Ethem Murat Arsava
- 13:10-13:15** Türkiye'den Uluslararası çalışmalara katılım
Şerefınur Öztürk
- 13:20-13:25** Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi
Atilla Özcan Özdemir
- 13:30-14:00** Serbest Tartışma
- 14:00-14:15** Gün Sonu Değerlendirmesi ve AKADEMİ Kapanış Konuşmaları
Canan Togay Işııkay, Atilla Özcan Özdemir, Mehmet Akif Topçuoğlu

SCIENTIFIC PROGRAM

DECEMBER 18, 2020, FRIDAY

19:00-19:10

Opening

Canan Togay Işııkay (Vice President of 4th Turkish Stroke Academy)

Atilla Özcan Özdemir (Vice President of 4th Turkish Stroke Academy)

Mehmet Akif Topçuoğlu (President of TCDS)

19:10-19:30

Conference 1

Moderators: Şerefınur Öztürk, Mustafa Gökçe

Oxygen Carriers and Collateral Flow Augmentation in Acute Ischemic Stroke

Italo Linfante

19:35-19:55

Satellite (Vesalio)

Moderators: Erdem Gürkaş, Kürşad Akpınar

Akut İnmede Geri Çekilen Stent Sistemini Ne Zaman ve Nasıl Kullanalım?

Atilla Özcan Özdemir

19:55-20:15

Conference 2

Moderators: Nazire Afşar, Yusuf İnanc

Intravenous Thrombolysis in Wake Up Stroke and After 4.5 Hours

Götz Thomalla

20:20-20:40

Satellite (Sanofi)

Moderators: Mehmet Zülküf Önal, Nilüfer Yeşilott

Nöroloji Klinik Pratiğinde Dual Antiplatelet Tedavi: Güncel Sorunlar

Semih Giray

20:45-21:15

Conference 3

Moderators: Zülfikar Arlıer, Talip Asil

Is Combining Reperfusion with Neuroprotection the Next Frontier in Large Vessel Occlusion Stroke Treatment?

Tudor Jovin

Oral Presentations

Moderators: Ali Ünal, Özlem Kayım Yıldız

Yaşlı Hastalarda Asemptomatik Karotis Stenozunun Varlığını Ve Ciddiyetini Belirlemede Nötrofıl / Yüksek Dansiteli Lipoprotein, Monosit/ Yüksek Dansiteli Lipoprotein Ve Düşük Dansiteli Lipoprotein/ Yüksek Dansiteli Lipoprotein Oranlarının Rolü

Aslı Bolayır

İskemik İnmede Glisemik Kontrolün Klinik Özellikler ve Prognoza Etkisi: Ankara Across Subgrup Analizi

Hale Zeynep Batur Çağlayan

Paroksizmal Atriyal Fibrilasyona Bağlı Gelişen İskemik
İnme Olgularında P Dalga Dispersiyonun
Değerlendirilmesi

Didem Çelik

Türkiye’de İnme Hastalarında Atrial Fibrilasyon ve
Yönetimi: Nörotek Çalışması Gerçek Hayat Verileri

Mehmet Akif Topçuoğlu

21:15-21:30 Günün Sonu Değerlendirmesi

Bijen Nazlıel, Erdem Yaka

DECEMBER 19, 2020, SATURDAY

09:00-09:55 Conference 4

Oturum Başkanları: Babür Dora, Türkan Acar

İnmenin Nadir Nedenleri

Canan Togay Işııkay

10:00-10:20 Conference 5

Moderators: Gökhan Özdemir, Vedat Ali Yürekli

Mobile Stroke Unit and New Horizons in Stroke Organization

Maher Saqqur

10:25-10:45 Satellite (Bayer)

Moderators: Arda Yılmaz, Demet Funda Baş

Türkiye’de Güncel Antikoagölan Çalışmaları: Ulusal Verinin Değerlendirilmesi

Birsen İnce

10:50-11:10 Satellite (Nestle)

Moderators: Hadiye Şirin, Nedim Ongun

Nörolojide İmmünonütrisyon

Erdem Yaka

11:15-11:35 Satellite (Nutricia)

Moderators: Vesile Öztürk, Zekeriya Alioğlu

İnme Sonrası Pnömoni ve Beslenmenin Önemi

İpek Midi

11:40-12:10 **Satellite (Abbott)**
Moderators: Ayşe Güler, Emrah Aytaç
Nörolojide Kas kaybı: Tedavide Yeni Stratejiler
Levent Güngör

Oral Presentations
Moderators: Ayça Özkul, Mustafa Bakar
Minör İnme Hastalarında (NIHSS<5) Trombolitik Tedavi
Deneyimimiz
Fergane Memmedova
Akut Büyük Damar Tıkanıklıklarında Kötü Kollateral
Belirteçleri
Elif Sarıönder
Akut Orta Serebral Arter Oklüzyonu Olan Hastalarda
Kollateral Skorunu Etkileyen Faktörler
Esra Demir
Nöroloji Klinik Pratiğinde PEG: Nörotek Türkiye Planlı
Subgrup Analizi
Mehmet Akif Topçuoğlu

12:10-12:15 **Günün Sonu Değerlendirmesi**
İpek Midi, Ethem Murat Arsava

12:30-15:00 **ANGELS Oturumu**
İnme: Sistem, Bilgi ve Uygulama
Oturum Başkanı: Mehmet Akif Topçuoğlu
İnme Yönetiminde Dünya Kılavuzları, Yenilikler ve Türkiye’de İnme Tebliği
Şerefnur Öztürk
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Nasıl GOLD Merkez oldu? Hedef ve Uygulamalar
Atilla Özcan Özdemir
Angels Dünya’da Neler Yapıyor?
Thomas Fischer (Global Head of Angels Initiative)
META Bölgede Neler Yapıyor?
Mehmet Gürlek (META Medical Lead)
ESO Angels Collaboration
Valeria Caso
Kapanış
Mehmet Akif Topçuoğlu, Atilla Özcan Özdemir, Şerefnur Öztürk

DECEMBER 20, 2020, SUNDAY

10:00-10:20

Conference 6

Moderators: Ufuk Can, Hesna Bektaş

Hemorrhagic Transformation

Gisele S. Silva

10:25-10:45

Satellite (Fresenius Kabi)

Moderators: Şebnem Bıçakçı, Murat Çabalar

Nöronütrisyonda Protein: Kime? Ne zaman? Hangisi? Ne kadar?

Bijen Nazlıel

10:50-11:10

Conference 7

Moderators: Dilek Örken Necioğlu, Bilgehan Acar

Monogenic Cerebral Small-Vessel Diseases: An Overview

Michelangelo Mancuso

11:15-11:35

Satellite (Daiichi Sankyo)

Moderators: Nilda Turgut, Nevzat Uzuner

Yüksek Serebral Kanama Riski Varlığında Oral Antikoagülasyon: Basit Cevaplar

Kürşad Kutluk

11:40-12:10

Conference 8

Moderators: Hasan Hüseyin Kozak, Mehmet Uğur

Çevik

İnmede oral antikoagülasyon: Gerçek yaşam verileri pratiği nasıl etkiliyor?

Ethem Murat Arsava

Oral Presentations

Moderators: Dilaver Kaya, Aysel Milanlıoğlu

Mekanik Trombektomi İle Tedavi Edilen İnternal Karotis Arter Tepe Oklüzyonlarında Trombolitik Tedavi ve Distal Emboli İlişkisi

Nihat Şengeze

Arka Sistem İnmelerinde Endovasküler Tedavi Tekniği ve Klinik Sonlanım

Nihat Şengeze

Endovasküler Tedavi İçin Hasta Seçiminde Doku Temelli Perfüzyon Görüntülemelerinin Yeri

Fatma Altuntaş Kaya

Tandem Tıkanıklarının Endovasküler Tedavisi: Oklüzyon Modelleri ve Tedavi Yaklaşımları

Songül Şenadım

12:15-12:20	İNME KLİNİK ARAŞTIRMALARI Oturumu Oturum Başkanları: Mehmet Akif Topçuoğlu, Atilla Özcan Özdemir, Canan Togay Işııkay Açılış Mehmet Akif Topçuoğlu, Atilla Özcan Özdemir, Canan Togay Işııkay
12:20-12:25	VENUSTR: Faz-2a pilot çalışma yapmak Ethem Murat Arsava
12:30-12:35	MASS-TR: Hedef ve süreç Levent Güngör
12:40-12:45	EPIKRİZ.COM: Desen ve hedefler Atilla Özcan Özdemir
12:50-12:55	NÖROTEK-TÜRKİYE: Cevaptan çok soru Mehmet Akif Topçuoğlu
13:00-13:05	TÜRK STROKE NET Ethem Murat Arsava
13:10-13:15	Türkiye'den Uluslararası çalışmalara katılım Şerefınur Öztürk
13:20-13:25	Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi Atilla Özcan Özdemir
13:30-14:00	Serbest Tartışma
14:00-14:15	Gün Sonu Değerlendirmesi ve AKADEMİ Kapanış Konuşmaları Canan Togay Işııkay, Atilla Özcan Özdemir, Mehmet Akif Topçuoğlu

SÖZEL BİLDİRİLER

ORAL PRESENTATIONS

S-001

İSKEMİK İNMEDE GLİSEMİK KONTROLÜN KLİNİK ÖZELLİKLER VE PROGNOZA ETKİSİ: ANKARA ACROSS SUBGRUP ANALİZİ

Hale Zeynep Batur Çağlayan¹, İrem Erkent², Mehmet Akif Topçuoğlu², Mine Hayriye Sorgun³, Canan Togay Işıkyay³, Bijen Nazhel¹, Ethem Murat Arsava²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş ve Amaç: Diyabet, serebrovasküler hastalıklarda önemli bir risk faktörü olup, iskemik inme riskini iki kat arttırmaktadır ve iskemik inme sonrası kötü prognoz ile ilişkilidir. Ayrıca inme öncesi glisemik kontrol düzeyi, iskemik inmenin seyrinde etkili görünmektedir. Bu çalışmada, iskemik inme geçiren diyabet hastalarında glisemik kontrolün klinik özelliklere ve prognoza etkisini araştırdık.

Gereç ve Yöntem: Ankara’da üç üniversite hastanesinde prospektif ve gözlemsel olarak olarak planlanan ACROSS (Academic Comprehensive Stroke Centers Consortium) çalışması subgrup analizine 787 akut iskemik inmeli hastadan diyabeti olan 350 hasta dahil edildi. Hastaların klinik ve demografik verileri, serum glukoz, HbA1c düzeyleri, taburculuk ve 90. Gün mRS skorları kaydedilerek analiz edildi.

Bulgular: 787 iskemik inmeli hastanın %36.8’sinde (290) bilinen diyabet, %7.6’sında (60) yeni konmuş diyabet tanısı mevcuttu. Diyabetik hastalarda HbA1c $\geq$ %9 olan hastalarda HbA1c<%9 olan hastalara göre cinsiyet, VKİ, HT, dislipidemi, sigara kullanımı, fiziksel inaktivite, kötü beslenme, NIHSS ve taburculuk mRS skorları arasında anlamlı farklılık bulunmazken inme geçirdikleri yaş anlamlı olarak düşük bulundu. (p<0.001)

Sonuç: İskemik inmeli her 10 hastadan biri yeni tanı diyabete sahipti ve her 10 hastadan birinin HbA1c’si $\geq$ 9’dü. Kötü glisemik kontrolü olan diyabet hastalarında 5 yaş daha erken iskemik inme görüldü.

Anahtar Kelimeler: Akut İnme, Serebrovasküler Olay, Diyabet, Hiperglisemi.

S-002

YAŞLI HASTALARDA ASEPTOMATİK KAROTİS STENOZUNUN VARLIĞINI VE CİDDİYETİNİ BELİRLEMEDE NÖTROFİL/YÜKSEK DANSİTELİ LİPOPROTEİN, MONOSİT/YÜKSEK DANSİTELİ LİPOPROTEİN VE DÜŞÜK DANSİTELİ LİPOPROTEİN/YÜKSEK DANSİTELİ LİPOPROTEİN ORANLARININ ROLÜ

Aslı Bolayır¹, Hasan Ata Bolayır²

¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Sivas

²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Elazığ

Giriş ve Amaç: Karotis aterosklerotik stenozu akut iskemik inme (Aİİ) gelişimi için en önemli risk

faktörlerinden biridir. İnflamasyonun karotis aterosklerozunun gelişmesi, yaygınlaşması ve destabilizasyonunda rol aldığı ve bu nedenle karotis aterosklerozunun inflamatuvar belirteçlerle yakın ilişkisi olduğu bilinmektedir^{1,2}. Son çalışmalar bazı beyaz küre alt tiplerinin de inflamasyonu göstermede kullanılabileceğini göstermiştir³. Mikroglial hücrelerin inflamasyona katkıda bulunan major hücreler olduğu kabul edilmektedir⁴. Makrofajlar ve makrofajların öncü hücreleri kabul edilen monositlerin yağlı çizgilenmeden plak rüptürüne hatta Aİİ gelişimine kadar aterosklerozun tüm aşamalarında önemli roller üstlendikleri bilinmektedir⁵. Dolaşımdaki nötrofiller de aterosklerozun patogenezinde ortaya çıkan immünoinflamatuvar yanıtta temel bir role sahiptir⁶. Nötrofil sayısının artması kardiyak olayların insidansında artışla yakın bir şekilde ilişkilidir⁷. Son zamanlarda yapılan çalışmalar aterosklerozun gelişmesi ve ilerlemesinde anormal lipid metabolizmasının da büyük bir rolü olduğunu ortaya koymuştur⁸⁻¹¹. HDL (high density lipid)’in monositlerin endotele adezyonunu engelleyerek antioksidan ve antinflamatuvar etki gösterdiği ve bu nedenle HDL değeri arttıkça aterosklerozun azaldığı bilinmektedir¹². Ek olarak son çalışmalar HDL’nin aktive nötrofillerin fonksiyonlarını düzenleyebileceğini de ortaya koymuştur¹³. Aksine aktive nötrofillerin HDL’nin yapısını ve fonksiyonunu etkileyebileceği de öne sürülmüştür¹⁴. Serum LDL (low density lipoprotein) değerinin ateroskleroz gelişimi için oldukça önemli olduğu bilinmektedir. Hatta Aİİ ve akut koroner sendromdan hem birincil hem de ikincil korunmada serum LDL değerinin düşürülmesi ana hedeflerden biridir^{8,9}. Son zamanlarda yapılan çalışmalar bu değerlerin birbirlerine oranlarının inflamasyonu ve aterosklerozu göstermede tek başlarına olduklarından daha değerli olduğunu ortaya koymuştur^{3-5,15}. Bu nedenle bizim bu çalışmadaki amacımız potansiyel yeni birer lipid biyobelirtici olan nötrofil/HDL ve LDL/HDL oranlarının (NHO ve LHO) yaşlı ve karotis doppler ultrasonografi (USG) yoluyla asemptomatik karotis aterosklerotik stenozu tespit edilmiş hastalarda yeni birer inflamatuvar gösterge olarak kullanılıp kullanılamayacağını belirlemek ve bu oranları monosit /HDL (MHO) oranı ile kıyaslayarak bu oranların birbirlerine bir üstünlüğü olup olmadığını ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem: Retrospektif olarak dizayn edilmiş çalışmamıza 01.01.2010-01.09.2020 tarihleri arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji polikliniğine baş dönmesi ile başvurmuş, bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT) ya da kranyal manyetik rezonans görüntüleme (k.MRI) yapılarak serebrovasküler hastalık tanısı ve santral vertigo nedenleri dışlanmış, bilateral karotis Doppler USG (BKDU) yapılmış ve darlık tespit edilmiş, 65 yaş üstündeki 124 hasta dahil edilmiştir. Hastalar arasında cinsiyet yönünden herhangi bir kısıtlama yapılmadı. Sol ventriküler hipertrofisi, sistolik disfonksiyonu ya da orta-ağır diastolik disfonksiyonu ile ağır kapak hastalığı, aritmisi, sol dal bloğu, kronik kalp, akciğer ya da böbrek yetmezliği, konnektif doku hastalığı, hematolojik hastalığı, malignitesi, akut/kronik inflamatuvar ya da otoimmün hastalığı ve ya tiroid bozukluğu bulunan, son

2 hafta içinde enfeksiyon öyküsü olan, immunsupresan, antiinflamatuvar ilaç ya da alkol kullanan ve son 3 ay içinde akut koroner sendrom, akut serebrovasküler hastalık ya da cerrahi öyküsü olan hastalar çalışmamıza dahil edilmedi. Hastaların bazal demografik ve klinik bilgilerine (yaş, cinsiyet, hipertansiyon, diyabetes mellitus, hiperlipidemi varlığı ya da sigara kullanımı gibi risk faktörlerine ait bilgiler) hastanenin kayıt sisteminden ulaşıldı. Eksik hasta bilgileri hastaların hastane sisteminde kayıtlı olan telefon numaraları aranarak tamamlandı. Kontrol grubumuz ise hasta grubumuza benzer yaş ve cinsiyete sahip, ek hastalığı ve düzenli ilaç kullanımı bulunmayan başka nedenlerle polikliniğimizde muayene edilmiş ve kan numunesi vermiş sağlıklı gönüllülerden oluşturuldu. Her hasta ve kontrolden aydınlatılmış yazılı onam formu alındı ve sadece onay veren hastalar çalışmaya dahil edildi. Çalışmamızın etik kurul onayı Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul'undan alınmıştır.

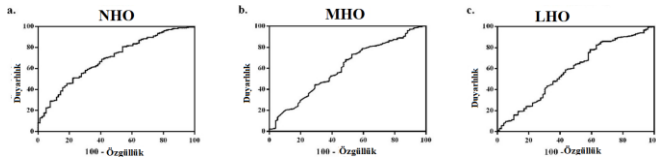
Bulgular: Hasta grubumuzdaki HDL değeri istatistiksel olarak anlamlı olmasa da daha düşük iken; LDL ve total kolesterol değerleri istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (sırasıyla $p=0.021$, $p=0.045$). Hasta grubundaki ortalama monosit ve nötrofil sayıları ise kontrol grubumuzdaki değerlere göre daha yüksekti ($p=0.048$, $p=0.034$). Bu değerlerin birbirlerine bölünmesi ile elde edilen NHO, MHO ve LHO değerlerine bakıldığında ise bu 3 değer de hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (sırasıyla $p<0.01$, $p=0.028$, $p=0.034$). Hasta grubumuzdaki bireyler daha sonra BKDU sonucundaki darlık derecelerine göre iki alt gruba ayrıldı. Birinci gruptaki hastaların darlık dereceleri %50-%69 arasındayken ($n=84$); ikinci gruptaki hastaların darlık derecesi ≥ 70 ' idi ($n=40$). Daha sonra ilk grup, ikinci grup ve kontrol grubu nötrofil ve monosit sayısı, HDL ve LDL düzeyleri ile NHO, MHO ve LHO değerleri açısından tekrar kıyaslandı. NHO ve MHO değeri, ikinci grupta diğer iki gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı (sırasıyla $p=0.021$, $p=0.028$, $p=0.034$). Ek olarak NHO, MHO ve LHO değerleri ilk grupta da kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksekti. NHO, MHO ve LHO değerleri ile karotis darlık derecesi arasındaki korelasyon değerlendirildiğinde ise NHO, MHO ve LHO arasında aynı yönlü (sırasıyla $r=0.16$, $r=0.11$, $r=0.08$) bir ilişki bulundu. Ancak bu ilişkilerin miktarı istatistiksel olarak önemsiz ve küçüktü ($p>0.05$). Karotis darlığını saptamada NHO, MHO ve LHO değerleri için kesim değeri belirlemek amacıyla ROC analizi yapıldı. NHO için eğri altındaki alan (EAA) 0.68 ($p<0.001$, %95 güven aralığı (GA) 0.62-0.75) ve kesme noktası 0.09 olarak tespit edildi. MHO için EAA 0.61 ($p=0.004$, %95 GA: 0.54-0.68) ve kesme noktası 0.01' idi. LHO için EAA 0.58 ($p=0.017$, %95 GA: 0.51-0.65) ve kesme noktası 1.61' idi (Şekil). Sonuç olarak, NHO için EAA, MHO ve LHO için olanlardan daha büyüktü ve yaşlı hastalarda asemptomatik karotis stenozunu tespit etmede daha bir iyi tahmin değeri ortaya koydu.

Tartışma: Çalışmamızda yaşlı hastalarda yüksek NHO, MHO ve LHO oranlarının asemptomatik karotis stenozu ile ilişkili olduğunu ortaya koyduk. Ek olarak NHO değeri, MHO ve LHO değerleri ile kıyaslandığında karotis stenozunun varlığını ve derecesini tespit etmede daha

değerli bir belirteç olarak saptandı. Bunun yanında MHO ve LHO düzeyleri ile de karotis stenozunun derecesi arasında pozitif korelasyon tespit edildi. Monositler ateroskleroz sürecinde preinflamatuvar sitokinlerin önemli bir kaynağı olarak görev alır. Monositler, inflamasyon bölgesinde plak oluşumu ve daha fazla monosit birikimi ile sonuçlanan proinflamatuvar ve prooksidan sitokinlerin salınımına yol açan köpük hücrelerine dönüşürler¹⁵. Çok sayıda çalışma artmış monosit sayısının iskemik inme ve kardiyovasküler hastalıklar gibi aterosklerotik olaylarda kötü prognostik faktör olduğunu göstermiştir^{15,16}. HDL, hem LDL'nin oksidasyonunu hem de monositlerin vasküler duvardan girişini engelleyerek antiinflamatuvar ve antioksidan etki gösterir. Sonuç olarak, monositler prooksidan ve proinflamatuvar etkileriyle ateroskleroz sürecinde aktif bir rol oynarken, HDL monositler gibi inflamatuvar belirteçleri baskılayarak bir nötralizan görevi görür. Bu nedenle monosit sayısının HDL'ye bölünmesi ile elde edilen MHO değeri inflamasyon ve dislipidemi arasındaki ilişkiyi inceleyerek aterosklerozu değerlendirmede iyi bir gösterge olarak kabul edilmektedir. MHR değerinin iskemik inme ve akut miyokard infarktüsünün (AMI) de yer aldığı kardiyovasküler hastalıklarda hem akut dönemde hastalığın ciddiyetini saptamada hem de sonrasındaki prognozu ön görmede kullanılabileceğini gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur^{5,17-19}. Ek olarak Yurtdaş ve ark. larının yaptığı çalışmada MHO değerinin klinik olarak anlamlı asemptomatik karotis stenozunu göstermede bir belirteç olarak kullanılabileceği gösterilmiştir²⁰. Bizim çalışmamızda da bu çalışmaya benzer şekilde yaşlı hastalarda asemptomatik karotis stenozu olan hastalarda MHO değeri benzer yaş ve cinsiyete sahip sağlıklı gönüllülere göre yüksek bulundu. Ek olarak karotis stenozunun ciddiyeti arttıkça MHO değeri de artmaktaydı. Yapılan başka bir çalışmada ise yüksek LHO seviyelerinin artmış kardiyovasküler hastalıkla ilişkili olduğu saptanmıştır^{21,22}. Aterosklerozun değişmiş lipid metabolizması, inflamatuvar reaksiyon ve oksidasyon hasarını içeren komplike etyolojisi dikkate alındığında aslında bu sonuç şaşırtıcı değildir^{23,24}. Biz de çalışmamızda kardiyovasküler hastalıkta olduğu gibi aterosklerotik karotis stenozunda da sağlıklı kontrollere kıyasla LHO oranlarının artmış olduğunu ortaya koyduk. Ek olarak karotis stenozunun derecesi arttıkça LHO değeri de artmaktaydı. Literatürde aterosklerotik karotis stenozunda bu biyobelirteçle yapılmış herhangi bir çalışma bulunmadığından çalışmamız bu açıdan ilk olma özelliğini taşımaktadır. Bunun yanında nötrofillerin, AMI'nin de içinde bulunduğu aterosklerotik hastalıkların gelişimindeki immüno-inflamatuvar yanıtta vazgeçilmez bir bileşen olduğu ve aterosklerotik lezyonun çevresinde fazla sayıda nötrofil bulunduğu bilinmektedir^{25,26}. Son çalışmalar, nötrofilden yüksek miyeloperoksidaz seviyesinin koroner aterosklerozu da açabileceğini göstermiştir²⁶. Yunoki ve ark. yaptığı bir çalışmada plazma miyeloperoksidaz seviyelerinin serum HDL seviyesi ve aktivitesi ile ters ilişkili olduğunu saptanmıştır²⁷. Ek olarak yapılan çalışmalar HDL'nin inflamasyonu ve oksidasyonu bloke etme etkisini, nötrofil aktivasyonunu, tutunmasını, difüzyonunu ve migrasyonunu engelleyerek de yapıyor olabileceğini

göstermektedir⁶. Tüm bunlara dikkate alındığında Huang ve ark. yaptığı çalışmada olduğu gibi, AMI hastalarında artmış nötrofil sayısı ve azalmış HDL düzeylerine bağlı yüksek NHO düzeylerinin saptanması şaşırtıcı değildir²². Bizim çalışmamızda da AMI hastalarına benzer şekilde aterosklerotik karotis stenozu olan hastalarda NHO değeri yüksek bulunmuş olup NHO değeri ile stenoz derecesi arasında da pozitif korelasyon saptanmıştır. Ek olarak çalışmamızda 0.09 üzerindeki NHO değerleri, diğer iki orana göre yaşlı hastalardaki aterosklerotik karotis darlığını saptamada daha yüksek duyarlılıkta bir belirteç olarak saptanmıştır. Literatürde NHO değeri ve karotis stenozu arasındaki ilişkiyi gösteren başka bir çalışma ne yazık ki henüz mevcut değildir ve LHO olduğu gibi çalışmamız bu açıdan da ilk olma özelliği taşımaktadır. Çalışmamızın çeşitli kısıtlılıkları mevcuttur. Öncelikle retrospektif ve tek merkezli bir çalışmadır. Bu nedenle hem hasta sayımız göreceli olarak azdır hem de rutinde bakılmayan diğer inflammatuar belirteçler (CRP(C-reactive protein), fibrinojen ya da miyeloperoksidaz gibi) değerlendirmeye dahil edilememiştir. Ek olarak hastalar sadece bilateral karotis Doppler USG ile değerlendirilmiş olup darlığı daha iyi değerlendirmek için dijital substraksiyon anjiyografi (DSA) ya da BT anjiyografi yapılmamıştır.

Sonuç: Yaşlı hastalarda asemptomatik karotis stenozunu saptamada ek maliyet gerektirmeyen ve kolay ulaşılabilir olan NHO, MHO ve LHO oranlarının bu değerlerin tek tek kullanılmasından ziyade daha yüksek bir duyarlılıkla kullanılabileceğini ortaya koyduk. İleride bu konuda daha geniş çaplı prospektif randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.



Şekil. NHO, MHO ve LHO (a,b,c) için ROC analizi. a)NHO için EAA 0.68 ($p<0.001$, %95 GA: 0.62-0.75) ve kesme noktası 0.09 (duyarlılık: %77.60, özgüllük: %50.8), b) MHO için EAA 0.61($p= 0.004$, %95 GA: 0.54-0.68) ve kesme noktası 0.01(duyarlılık: %47.45, özgüllük: %73.40), c) LHO için EAA 0.58 ($p = 0.017$, %95 GA:0.51-0.65) ve kesme noktası 1.61 (duyarlılık: %34.25, özgüllük: %85.30). Kısaltmalar: EAA: eğri altındaki alan, GA: güven aralığı, NHO: nötrofil/yüksek dansiteli lipid oranı, MHO: monosit/ yüksek dansiteli lipid oranı, LHO: düşük dansiteli lipid/yüksek dansiteli lipid oranı

Kaynaklar:

1. Puz P, Lasek-Bal A, Ziaja D, Kazibutowska Z, Ziaja K. Inflammatory markers in patients with internal carotid artery stenosis. *Arch Med Sci.* 2013;9(2):254-260.
2. Ammirati E, Moroni F, Norata GD, Magnoni M, Camici PG. Markers of inflammation associated with plaque progression and instability in patients with carotid atherosclerosis. *Mediators Inflamm.* 2015.
3. Kim J, Song TJ, Park JH, Lee HS. Different prognostic value of white blood cell subtypes in patients with acute cerebral infarction. *Atherosclerosis*, 2012; 222: 464-67
4. Liberale L, Montecucco F, Bonaventura A, Casetta I, Seraceni S, Trentini A, et al. Monocyte count at onset predicts post-stroke outcomes during a 90-day follow up. *Eur J Clin Invest* 2017; 47(10): 702-710.
5. Bolayir A, Gokce SF, Cigdem B, Bolayir HA, Kayim Yildiz O, Bolayir E, et al. Monocytes/high-density lipoprotein ratio predicts the mortality in ischemic stroke. *Neurologia i Neurochirurgia Polska.* 2018; 52(2): 150-155.
6. Murphy AJ, Woollard KJ, Suhartoyo A, Stirzaker RA, Shaw J, Sviridov D, et al. Neutrophil activation is attenuated by high-

- density lipoprotein and Apolipoprotein A-I in in vitro and in vivo models of inflammation. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2011;31:1333-1341.
7. Soehnlein O. An elegant defense: how neutrophils shape the immune response. *Trends Immunol.* 2009;30:511-512.
8. Hansson GK. Inflammation, atherosclerosis, and coronary artery disease. *N Engl J Med.* 2005;352:1685-1695.
9. Bartels ED, Christoffersen C, Lindholm MW, Nielsen LB. Altered metabolism of LDL in the arterial wall precedes atherosclerosis regression. *Circ Res.* 2015;117:933-42.
10. Forrester JS. Prevention of plaque rupture: a new paradigm of therapy. *Ann Intern Med.* 2002;137:823-833.
11. Guo TM, Cheng B, Li KE, Guan SM, Qi BL, Li WZ, et al. Prognostic value of neutrophil to lymphocyte ratio for in-hospital mortality in elderly patients with acute myocardial infarction. *Curr Med Sci.* 2018;38:354-359.
12. Wang HH, Garruti G, Liu M, Portincasa P, Wang Q-HD. Cholesterol and lipoprotein metabolism and atherosclerosis: recent advances in reverse cholesterol transport. *Ann Hepatol.* 2017;16:21-36.
13. Curcic S, Holzer M, Frei R, Pasterk L, Schicho R, Heinemann A, et al. Neutrophil effector responses are suppressed by secretory phospholipase A2 modified HDL. *Biochim Biophys Acta.* 2015; 1851:184-193.
14. Cogy A, Véronique P, Soni T, Moatti N. High-density lipoprotein 3 physicochemical modifications induced by interaction with human polymorphonuclear leucocytes affect their ability to remove cholesterol from cells. *Biochem J.* 1996;314:285-292
15. Ganjali S, Gotto AM Jr, Ruscica M, Atkin SL, Butler AE, Banach M, et al. Monocyte-to-HDL-cholesterol ratio as a prognostic marker in cardiovascular diseases. *J Cell Physiol.* 2018;233(12):9237-9246.
16. Grosse GM, Schulz-Schaeffer WJ, Teebken OE, Schuppner R, Dirks M, Worthmann H, et al. Monocyte subsets and related chemokines in carotid artery stenosis and ischemic stroke. *Int J Mol Sci.* 2016;17(4):433.
17. Canpolat U, Cetin EH, Cetin S, Aydin S, Akboga MK, Yayla C, et al. Association of Monocyte-to-HDL cholesterol ratio with slow coronary flow is linked to systemic inflammation. *Clin Appl Thromb Hemost.* 2016;22:476-482.
18. Kundi H, Gok M, Kiziltunc E, Cetin M, Cicekcioglu H, Cetin ZG, et al. Relation between monocyte to high-density lipoprotein cholesterol ratio with presence and severity of isolated coronary artery Ectasia. *Am J Cardiol.* 2015;116:1685-1689.
19. Cetin EH, Cetin MS, Canpolat U, Aydin S, Topaloglu S, Aras D, et al. Monocyte/HDL-cholesterol ratio predicts the definite stent thrombosis after primary percutaneous coronary intervention for ST-segment elevation myocardial infarction. *Biomark Med.* 2015;9:967-977.
20. Yurtdas M, Yaylali YT, Ozdemir M. The role of monocyte to HDL ratio in predicting clinically significant carotid stenosis in patients with asymptomatic carotid artery disease. *Revista da Associação Médica Brasileira.* 2000; 66(8): 1043-1048.
21. Knunutsor SK, Francesco Z, Jouni K, Kurl S, Laukkanen JA, et al. Is high serum LDL/HDL cholesterol ratio an emerging risk factor for sudden cardiac death? Findings from the KIHd study. *J Atheroscler Thromb.* 2017;24:600-608.
22. Huang JB, Chen YS, Ji HY, Xie WM, Jiang J, Ran LS, et al. Neutrophil to high-density lipoprotein ratio has a superior prognostic value in elderly patients with acute myocardial infarction: a comparison study. *Lipids in Health and Disease.* 2000; 19: 1-12.
23. Wilson PW. Evidence of systemic inflammation and estimation of coronary artery disease risk: a population perspective. *Am J Med.* 2008;121:15-20.
24. Kehl DW, Iqbal N, Fard A, Kipper BA, De La Parra LA, Maisel AS. Biomarkers in acute myocardial injury. *Transl Res.* 2012;159:252-264.
25. Goldmann BU, Rudolph V, Rudolph TK, Holle AK, Hillebrandt M, Meinertz T, et al. Neutrophil activation precedes myocardial injury in patients with acute myocardial infarction. *Free Radic Biol Med.* 2009;47:79-83.
26. Wang XS, Kim HB, Szuchman-Sapir A, McMahon A, Dennis JM, Witting PK. Neutrophils recruited to the myocardium after acute experimental myocardial infarct generate hypochlorous acid that oxidizes cardiac myoglobin. *Arch Biochem Biophys.* 2016;612:103-114.
27. Yunoki K, Naruko T, Inaba M, Inoue T, Nakagawa M, Sugioka K, et al. Gender-specific correlation between plasma myeloperoxidase levels and serum high-density lipoprotein-associated paraoxonase-1 levels in patients with stable and unstable coronary artery disease. *Atherosclerosis.* 2013;231:308-314

S-003

PAROKSİSMAL ATRİYAL FİBRİLASYONA BAĞLI GELİŞEN İSKEMİK İNME OLGULARINDA P DALGA DİSPERSİYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Didem Çelik¹, Sevgi Özcan², Eda Çoban³

¹SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

²SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

³SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

Giriş ve Amaç: Son dönemlerde yapılan çalışmalarda uzamış P dalga süresi (Pmax) ve artmış P dalga dispersiyonunun (PDD) sinüs ritmindeki hastalarda atriyal fibrilasyon (AF) ya da paroksizmal AF gelişme riskini arttırdığı saptanmıştır. Bu çalışma retrospektif olarak nöroloji servisinde takip edilmiş iskemik inme hastaları ile kontrol grubu olarak baş ağrısı polikliniğinde gerilim tipi baş ağrısı nedeniyle takipli herhangi bir koroner hastalığı olmayan kişilerin EKG'lerinin çekilerek p dalga dispersiyonlarının hesaplanması yoluyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya iskemik inme tanısıyla serviste takipli elektrokardiyografisi (EKG) normal sinüs ritmi (NSR), 24 saat ritim holter analizi paroksizmal atriyal fibrilasyon (PAF) saptanan 50 hasta, ateroskleroza bağlı iskemik inme geçiren ritim holter ve ekokardiyografide (EKO) kardiyembolik patoloji saptanmamış 50 hasta ve baş ağrısı polikliniğinde gerilim tipi baş ağrısı tanısıyla takipli herhangi bir kardiyak hastalığı olmayan 50 hasta alınmıştır. Tüm hastaların EKG'leri 10 mm/mV voltajda ve 25 mm/sn hızında çekilmiştir. Çalışmaya alınan tüm inme hastalarının EKO ları yapılmış ve inmeye neden olabilecek PAF dışı nedenler (kalp kapak hastalıkları, hipertrofik kardiyomyopati, intrakardiyak trombus, patent foramen ovale vb.) ekarte edilmiştir. Çalışmaya alınan 150 hastanın EKG'leri karışık halde numaralandırılmış vep dalga dispersiyonları bir kardiyolog tarafından büyüteç ve cetvel ile hesaplanmıştır. EKG'de yer alan P dalgası atriyumların depolarizasyonunu yansıtır. Hastaların P dalga süresi, dalganın başlangıç noktası ile izoelektrik hatta döndüğü nokta arasındaki mesafe kabul edilmiş ve P dalgasının net olarak seçilebildiği tüm derivasyonlardan ölçüm alınmıştır. Ölçümlerin net olmadığı derivasyonlar çalışmaya alınmamıştır. PDD' nin normal aralığı 29±9 ms olarak kabul edilmiştir. PDD'nin ≥ 40 ms olması paroksizmal AF ve AF açısından risk oluşturmaktadır. Her grubun ortalama p dalga dispersiyon süresi hesaplanarak gruplar arasında fark olup olmadığı istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Gruplar arasında cinsiyet açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,005). Gerilim tipi baş ağrısı grubunun yaş ortalaması inme gruplarından düşük gözlenmiştir (p<0,05). PAF a bağlı inme grubunda p dalga dispersiyon ortalaması 39±5 ms olarak

değerlendirilmiş olup , ateroskleroza bağlı inme (ort. PDD 33±5 ms) ve sağlıklı gönüllülere (PDD 32±5 ms) göre karşılaştırıldığında ortalama PDD'ü istatistiksel olarak anlamlı uzun gözlenmiştir. (p=0,007)

Tablo: İnme ve baş ağrısı gruplarının yaş, cinsiyet, Pmax ve P dalga dispersiyon değerleri.

Gruplar	Aterosklerotik inme		Kardiyembolik inme		Baş ağrısı kontrol grubu		P değeri
Cinsiyet	K	E	K	E	K	E	
	24	26	28	22	23	27	P>0,05
Yaş ortalaması	68±5		70±5		45±5		P<0,05
Pmax	105±3 ms		112±5 ms		00±3 ms		P<0,05
PDD	33±5 ms		39±5 ms		32±5 ms		(p=0,007)

Sonuç: Bu çalışmada kardiyembolik inme (PAF'a bağlı) geçiren hastalarda P dalga süreleri uzun bulunmuştur. En uzun P dalga süresi ile en kısa P dalga süresi arasındaki fark (PDD) diğer gruplara göre kardiyembolik inmelerde anlamlı şekilde artmıştır. Kaynağı belirsiz kardiyembolik inmelerde (ESUS) Pmax>110 ms ve P dalga dispersiyonu ölçümlerinin >40 ms olması paroksizmal AF için predispozan belirteç olabilir.

Anahtar Kelimeler: Atriyal Fibrilasyon, Kardiyembolik İnme, P Dalga Dispersiyonu.

S-004

MİNÖR İNME HASTALARINDA (NIHSS<5) TROMBOLİTİK TEDAVİ DENEYİMİMİZ

Fergane Memmedova, Özlem Aykaç, Atilla Özcan Özdemir

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Giriş ve Amaç: İlk 4.5 saatte başvuran akut iskemik inme hastalarında trombolitik tedavinin etkin ve güvenilir olduğu yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır. Ancak iskemik inme hastalarının %10'unu oluşturan minör inme (NIHSS<5)(National Institutes of Health Stroke Scale) vakaları çalışmaların çoğunda dışlanmıştır. Minör inme hastalarının üçüncü ayda iyi klinik sonuç oranı (mRS 0-1) yüksek olmasına rağmen hastaların %25'i klinik takipleri sırasında progresyon gösterebilmektedir. %30 gibi azımsanmayacak kadar hasta bağımsız olarak yürüyememektedir. Minör inme vakalarında revaskülarizasyon için hasta seçimi kriterleri, klinik sonlanımın tahmini, mortalite ve kanama oranları konusunda bildiklerimiz sınırlıdır. Çalışmamızda intravenöz trombolitik tedavi (iv rt-PA) verilen düşük NIHSS'li akut iskemik inme hastalarında iyi klinik sonuç oranı, mortalite ve kanama oranlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Nisan 2012-Ocak 2019 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İnme Merkezi'ne minör inme kliniği (NIHSS<5) ile başvuran hastaların prospektif girilen verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm hastalara beyin BT ve BT anjiyografi yapıldı. Major damar oklüzyonu olan

hastalar ve arka sistem inmeleri çalışma dışı bırakıldı. Hastaların yaşı, cinsiyeti, acile başvurusundaki NIHSS skoru, ASPECT skoru ve iv rtPA zaman dilimi verileri ve iv rtPA sonrası SITS-MOST'a göre semptomatik ve asemptomatik kanama değerlendirilmesi, mortalite ve 3. aydaki mRS skorları analiz edildi. 90. Gündeki mRS 0-2 ve mRS 3-6 olan hastalar iki alt gruba ayrıldı ve gruplar karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 85 hasta dahil edildi. %38.8'i kadın, %61.2'i erkekti. Hastaların yaş ortalaması 68'di (35-90). %7.1'sinde NIHSS 2, %10.6'sında NIHSS 3, %43.5'inde NIHSS 4, %38.8'inde NIHSS 5'di. 3 hastada (%3.5) semptomatik kanama izlendi. 90. Gün iyi sonlanım (mRS 0-2) %67.1 hastada mevcuttu. 7 hastada (%8.2) mortalite gözlemlendi. İki hasta kalp yetmezliği, bir hasta masif pulmoner emboli nedeniyle kaybedildi. İyi ve kötü klinik sonlanım gösteren gruplar karşılaştırıldığında sonuca etki eden anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Tartışma: İnme başlangıcından itibaren 4,5 saat içinde uygulanan IV rt-PA tedavisinin, akut iskemik inmenin klinik sonuçlarını iyileştirdiği tartışılmaz bir gerçektir. Ancak 2010 yılına kadar minör semptomları olan akut inme hastaları bu tedaviler dışında tutulmaktaydı. Minör inmelerin tedavi dışında tutulma nedeni IV rt-PA'nın intrakraniyal kanama riskini artırması ve bu hastalarda IV rt-PA'nın yararının o döneme kadar belirsiz olmasıydı (1). 2013 yılından itibaren yapılan birkaç retrospektif çalışma ile IV rt-PA'nın akut minör inme için etkin ve güvenilir olduğunu gösterildi (2,3,4,5). Seksen beş hastanın dahil edildiği retrospektif çalışmamızda minör inme hastalarında trombolitik tedavi sonuçlarını değerlendirdik ve trombolitik tedavinin klinik sonlanımı iyileştirdiğini, mortalite ve semptomatik kanama oranlarının ise düşük olduğunu gösterdik. Literatür tarandığında kanama ve mortalite oranlarının çalışmamızdaki sonuçlarla benzer olduğu görüldü (6). Lan ve ark. 2019 yılında yaptıkları 4.333 vakanın dahil edildiği meta-analiz çalışmasında minör inme tanısı alan hastalarda, trombolitik tedavi alan ve almayan iki grup karşılaştırılmış ve trombolitik tedavinin fonksiyonel sonucu iyileştirebileceği gösterilmiştir. Ölüm oranında önemli bir artış olmadığı belirtilmiştir (7). Bununla birlikte, randomize kontrollü bir çalışmada fonksiyonel sonuçtaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bildirilmiştir (8). Bizim çalışmamızda da istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi. Khatri ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptıkları çalışmada IV rt-PA'nın minör inmeli hastalarda klinik sonuçları önemli bir farkla iyileştirebileceği gösterilmiştir (9). Major damar oklüzyonu olan hastaların %30'unda klinik progresyon görülebilir. Bu nedenle tüm iskemik inme hastalarında revaskülarizasyon tedavisi öncesi multimodal görüntülemeler ile majör damar oklüzyon varlığı değerlendirilmelidir (10). Çalışmamızda tüm hastalar BT anjiyografi ile değerlendirilmiş ve major damar oklüzyonu olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışmamız retrospektif olması ve az sayıda hasta içermesi nedeni ile kısıtlılıklar içermektedir.

Sonuç: Minör inme hastalarının çoğunda klinik sonlanım iyi olsa da; trombolitik tedaviden fayda görebilecek seçilmiş hastalara kanama riski yüksek olmadığından tedavi vermekten çekinilmemelidir.

Kaynaklar

1. Hassan A.E., Hassanzadeh B., Tohidi V., Kirmani J.F. (2010). Very mild stroke patients benefit from intravenous tissue plasminogen activator without increase of intracranial hemorrhage. South Med J 103, 398-402.
2. Laurencin, C., Philippeau, F., Blanc-Lasserre, K., Vallet, A.-E., Cakmak, S., Mechtouff, L., Derex, L. (2015). Thrombolysis for acute minor stroke: Outcome and barrier to management. Results from the RESUVAL stroke network. Cerebrovascular Diseases, 40(1-2), 3-9.
3. Mazya, M., Cooray, C., Lees, K. R., Toni, D., Ford, G. A., Bar, M., Ahmed, N. (2017). Mild stroke due to large artery occlusion. When is IV thrombolysis not enough? Results from the SITS-IST registry. European Stroke Journal, 2(1), 487-488.
4. Meyer, W., Lavados, P. M., & Olavarria, V. (2016). Thrombolysis in mild stroke. Outcomes from the RECCA registry. European Stroke Journal, 1(1), 592.
5. Mittal, M., Rymer, M., & Lai, S. M. L. (2011). Intravenous rt-PA and outcome after a mild stroke. Stroke, 42(3), e264.
6. Etgen Th. Thrombolysis in Very Minor Ischemic Stroke (NIHSS=0 or 1) (2016). Stroke Research & Therapy. Vol. 1 No. 1: 4
7. Lan L., Rong X., Li X., Zhang X., Pan J., Wang H., Shen Q., Peng Y. (2019). Reperfusion therapy for minor stroke: A systematic review and meta-analysis. Brain and Behavior. 9:e01398.
8. Chen W., Pan, Y., Zhao X., Liu, L., Li, H., Liao, X., ... Wang, Y. (2017). Intravenous thrombolysis in Chinese patients with different subtype of mild stroke: Thrombolysis in patients with mild stroke. Scientific Reports, 7(1), 2299.
9. Khatri, P., Tayama, D., Cohen, G., Lindley, R. I., Wardlaw, J. M., Yeatts, S. D., Sandercock, P. (2015). Effect of intravenous recombinant tissue-type plasminogen activator in patients with mild stroke in the third international stroke trial-3 post hoc analysis. Stroke, 46(8), 2325-2327.
10. Akpınar Ç.K., Gürkaş E., Aytaç E., Çalık M. Büyük Damar Oklüzyonu Olan Minör İnmelerde (NIHSS>6) Mekanik Trombektomi (2018). Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi 24 (2): 67-70.

S-005

ENDOVASKÜLER TEDAVİ İÇİN HASTA SEÇİMİNDE DOKU TEMELLİ PERFÜZYON GÖRÜNTÜLEMELERİNİN YERİ

Fatma Altuntaş Kaya, Özlem Aykaç, Zehra Uysal Kocabaş, Zaur Mehdiyev, Atilla Özcan Özdemir

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Giriş ve Amaç: İlk 6 saat içinde major damar oklüzyonu ile başvuran akut iskemik inme hastalarında mekanik trombektominin faydalı olduğu çalışmalarla kanıtlanmıştır (1-3). Bu çalışmalar ışığında ilk 6 saat içinde başvuran internal karotis arter ve orta serebral arter oklüzyonlarında endovasküler tedaviler uygulanmaktadır (4). Ancak 6 saatten sonra başvuran hastalar tedavi penceresinin dışında kalmaktadır. Bu hastalarda iskemik kor ile kurtarılabılır doku dinamik olarak karşılaştırılarak seçilmiş vakalarda reperfüzyon tedavileri uygulanabilir (5). Kollateral dolaşımın iskemik dokuyu besleme oranı iskemik sürecin hızını belirleyen ana faktördür. Kollateral dolaşımı yetersiz olan hastalar ilk 6 saat içinde gelseler bile geniş iskemik kor olabilir ve bu klinik durum hızlı progresif inme olarak adlandırılırlar. Bu hastaların aksine majör damar oklüzyonu geliştikten 6 saat sonra başvuran ve iskemik kor alanı küçük olup kurtarılabılır geniş penumbra alanı olan hastalar da mevcuttur. Bu durum ise yavaş progresif inme olarak isimlendirilir ve reperfüzyon tedavileri uygulanmadığında büyük bir kısmında iskemik kor alanı genişlemektedir (7). Nörogörüntüleme tekniklerindeki gelişmeler, 2018 yılında yayınlanan DAWN ve DEFUSE 3 çalışmaları hızlı progresyon gösteren ve 6-24 saat zaman aralığında başvuran hastaların reperfüzyon tedavileri

için aday olabileceklerini bildirdi (8-9). Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) diffüzyon-perfüzyon mismatch kriterlerini karşılayan hastalarda reperfüzyon tedavileri ile iyi sağkalım olduğu gösterilmiştir. Ancak her hastanede akut inme hastaları için MRG' a ulaşım mümkün değildir. Üstelik çoğu hastanede akut inme hastaları için MRG tetkiki kabul edilemeyecek kadar uzun zaman almaktadır. Ayrıca birçok hastanın metal implantlar (pace maker) veya kolostrofobi gibi MRG'ye girmesine engel olacak kontrendikasyonları mevcuttur. Bu nedenlerle MRG'ye dayalı hasta seçimi yerine Bilgisayarlı Tomografi (BT) perfüzyon tetkiki kullanılabilir. BT-perfüzyonda geniş mismatchi olan hastaların endovasküler tedavilerden fayda gördüğü çok merkezli yapılan CRISP çalışmasında gösterilmiştir (5). Çalışmamızda otomatik yazılım kullanılarak yapılan BT perfüzyon tekniğine göre endovasküler tedavi uyguladığımız hastaları sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2019- Eylül 2020 tarihleri arasında major damar oklüzyonuna bağlı akut iskemik inme tanısıyla Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İnme Ünitesine başvuran ve RAPID (İschemaview, Menlo Park, California, USA) yazılımı ile BT perfüzyon yapılarak endovasküler tedavi uygulanan hastalar çalışmaya alındı. Prospektif girilen hasta verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, risk faktörleri, trombolitik tedavi, görüntüleme ve tedavi teknikleri, revaskülarizasyona kadar olan zaman parametreleri, başvuru National Institute of Health Stroke Skalası (NIHSS) skoru, Alberta Stroke Program Early CT Score (ASPECT), etyolojik tanıları kaydedildi. Trombektomi yöntemi, rekanalizasyon oranı, RAPID (İschemaview, Menlo Park, California, USA) görüntülemesindeki infarkt volümleri ve 24. Saat kontrol BT'deki infarkt volümleri (ABCD/2 hesaplamasına göre) değerlendirildi. Semptomatik ve asemptomatik intraserebral kanama SITS-MOST'a belirlendi. Taburculuk ve 3. ay modifiye Rankin skoru (mRS) kaydedildi.

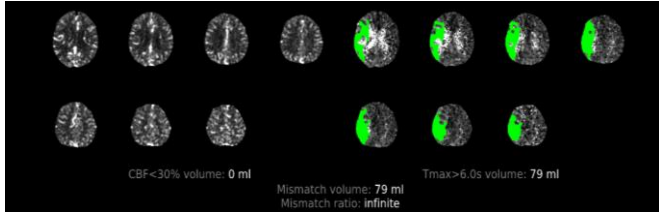
Bulgular: Yaş ortalaması 63.5 ± 14 olan toplam 33 hasta çalışmaya dahil edildi. % 57,5'i erkek (n=19), % 42,4'ü kadındı (n=14). Son normal görülme zamanı 24 hastada biliniyordu ve semptom- acile başvuru zamanı ortalaması $248,7 \pm 169,9$ dakikaydı. BT-anjiyografi görüntülemesi 27 hastada yapıldı ve kontrastlı ASPECT ortalaması $6,6 \pm 1,7$ idi. BT-anjiyografiye göre; 7 hastamızda tandem oklüzyon, 2 hastamızda L oklüzyon, 14 hastamızda M1 oklüzyon, 3 hastamızda M2 oklüzyonu ve 1 hastamızda M3-4 oklüzyonu mevcuttu. Geliş NIHSS skoru ortalaması $12,2 \pm 4,8$ idi. Hastalarımızın 17'sinde kombine teknik, 11'inde izole stent, 3'ünde tromboaspirasyon uygulandı. İki hastamıza intrakranial işlem yapılamadı. On bir hastamızda işlemde başarılı rekanalizasyon sağlandı. Bir hastamıza intrakranial kalıcı stent takıldı. Olgularımızın %78,7'sinde başarılı rekanalizasyon (mTICI 2b-3) sağlandı. Yirmi dördüncü saatteki kontrol BT görüntülemesinde 11 hastamızda intrakranial kanama izlendi. Bu hastaların 3 tanesi semptomatiktir. Kontrol BT'de infarkt volümü ortalaması $67,5 \pm 81,9$ (n=31) olup, bir hastamızın kontrol nörogörüntülemesinde infarkt alanı izlenmedi, diğer hastamız görüntüleme alınamadan exitus oldu.

Hastalarımızın perfüzyon görüntülemesinde hesaplanan infarkt volümü $12,18 \pm 16,95$ ml (n=32) idi ($CBF < \%30$). Hastalarımızın %30'unun (n=10) taburculuk mRS değeri 0-2 arasında olup, %24'ü (n=8) exitus oldu. Hastalarımızın % 36'sının (n=12) 3. ay mRS değeri 0-2 arasındaydı.

Tartışma: Günümüzde zaman temelli hasta seçimi yerini artık doku temelli hasta seçimine bırakmıştır. RAPID (İschemaview, Menlo Park, California, USA) perfüzyon yöntemi otomatik yazılım olup, iskemik koru ve korunmuş penumbra dokusunu tahmini olarak hesaplar. DAWN çalışması; internal karotis arter veya orta serebral arter oklüzyonu olan son normal görülme zamanı 6-24 saat arasındaki hastaları değerlendiren çok merkezli bir araştırmadır. Çalışmada hasta seçiminde RAPID (İschemaview, Menlo Park, California, USA) kullanılmıştır ve 105 hastaya mekanik trombektomi uygulanmıştır. Bu grupta median enfarkt volümü 7.9 ml, başarılı rekanalizasyon oranı (TICI 2b-3) %90 idi. Hastaların %51'inin 3. ay mRS skorları 0-2 arasındaydı. Üçüncü ay mortalite oranları %16, semptomatik intrakranial kanama oranları %6 idi. Ciddi nörolojik defisiti olan ancak infarkt volümü küçük hastaların endovasküler tedaviden fayda gördükleri gösterilmiştir (8). DEFUSE-3 çalışmasında; hastalar 6-16 saatlik zaman diliminde değerlendirildi ve 92 hasta dahil edildi. Endovasküler grupta; median enfarkt volümü 9.4 ml, başarılı rekanalizasyon oranı (TICI 2b-3) %69 idi. Hastaların %45'inin 3. ay mRS skorları 0-2 aralığındaydı. Üçüncü ay mortalite oranları % 14, semptomatik intrakranial kanama oranları %7 idi (9). Bizim çalışmamızı karşılaştırdığımızda hastalarımızın median enfarkt volümü $12,18 \pm 16,95$ ml idi ve her iki gruptan daha yüksekti. Başarılı rekanalizasyon oranlarımız %78.7 olup her iki gruptan daha azdı. Hastalarımızın intrakranial kanama oranı %33.3'tü (n=11) ve toplam hastaların %9'unun (n=3) kanaması semptomatiktir. Semptomatik intrakranial kanama oranlarımız her iki çalışma grubundan daha yüksekti. Çalışmamızda hastaların %36'sının 3. ay mRS skorları 0-2 aralığındaydı ve her iki gruptan daha azdı. Üçüncü ay mortalite oranımız %24'tü (n=8) ve her iki gruptan daha yüksekti. Çalışmamızı DAWN ve DEFUSE-3 çalışmalarıyla karşılaştırdığımızda median enfarkt volümümüz her iki gruba göre daha yüksekti. Başarılı rekanalizasyon oranlarımız benzerdi. Semptomatik intrakranial kanama oranlarımız ve 3. ay mortalite oranlarımız her iki gruba göre daha yüksekti. Üçüncü ay mRS skorları 0-2 aralığında olan hastalarımızın yüzdesi her iki gruptan daha düşüktü. Literatürle kıyaslandığında çalışmamızda, hasta sayımız daha az olmakla beraber planlanmış çalışma dahilindeki hasta grubu verileriyle, kesitsel hasta grubu veri sonuçlarının aynı olmayabileceğini gösterilmiştir. Ayrıca RAPID (İschemaview, Menlo Park, California, USA) perfüzyon tekniği kullanılarak hızlı progresif inme ve >6 saat tedavi penceresinin dışında gelen hastaların endovasküler tedavilerden faydalanabildiği gösterilmiştir.

Sonuç: Çalışmamız; endovasküler tedavi için hasta seçiminde otomatik yazılımlar kullanılmasının klinik fayda görebilecek hasta gruplarını belirleyebildiğini göstermiştir. Otomatik yazılımların her merkezde bulunmaması, artefaktların varlığı gibi nedenler

kullanımını kısıtlasa da doğru yorumlandığında, deneyimli merkezlerde hasta seçimi için yönlendiren görüntüleme araçlarıdır.



Resim: 62 yaşında bilinen Hipertansiyon (HT) tanısı olan erkek hasta, semptom başlangıcından sonra 341. dakikasında acil servise başvuruyor. BT-Anjiyografi görüntülemesinde Sağ İKA-MCA tandem oklüzyonu mevcut. Semptom başlangıcından sonra 420. dakikada alınan BT-Perfüzyon mismatch örneği. İskemik kor (CBF<%30) 0 ml, Kritik olarak hipoperfüze alan (yeşil lezyon) 79 ml, Mismatch volümü 79 ml. Bu değerlerle hasta mismatch kriterlerini karşılıyor.

Kaynaklar

1. Jovin, T. G., Chamorro, A., Cobo, E., de Miquel, M. A., Molina, C. A., Rovira, A., ... & Millán, M. (2015). Thrombectomy within 8 hours after symptom onset in ischemic stroke. *New England Journal of Medicine*, 372(24), 2296-2306.
2. Goyal, M., Demchuk, A. M., Menon, B. K., Eesa, M., Rempel, J. L., Thornton, J., ... & Dowlathshahi, D. (2015). Randomized assessment of rapid endovascular treatment of ischemic stroke. *New England Journal of Medicine*, 372(11), 1019-1030.
3. Berkhemer, O. A., Fransen, P. S., Beumer, D., Van Den Berg, L. A., Lingsma, H. F., Yoo, A. J., ... & van Walderveen, M. A. (2015). A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke. *n Engl J Med*, 372, 11-20.
4. Powers, W. J., Derdeyn, C. P., Biller, J., Coffey, C. S., Hoh, B. L., Jauch, E. C., ... & Meschia, J. F. (2015). *AHA/ASA Guideline. Stroke*, 46(10), 3020-35.
5. Lansberg, M. G., Christensen, S., Kemp, S., Mlynash, M., Mishra, N., Federau, C., ... & Devlin, T. G. (2017). Computed tomographic perfusion to predict response to recanalization in ischemic stroke. *Annals of neurology*, 81(6), 849-856.
6. Astrup, J., Siesjö BK, Symon L. Thresholds in cerebral ischemia - the ischemic penumbra. *Stroke*, 1981;12:723-725
7. Rocha, M., & Jovin, T. G. (2017). Fast versus slow progressors of infarct growth in large vessel occlusion stroke: clinical and research implications. *Stroke*, 48(9), 2621-2627.
8. Nogueira, R. G., Jadhav, A. P., Haussen, D. C., Bonafe, A., Budzik, R. F., Bhuva, P., ... & Sila, C. A. (2018). Thrombectomy 6 to 24 hours after stroke with a mismatch between deficit and infarct. *New England Journal of Medicine*, 378(1), 11-21.
9. Albers, G. W., Marks, M. P., Kemp, S., Christensen, S., Tsai, J. P., Ortega-Gutierrez, S., ... & Sarraj, A. (2018). Thrombectomy for stroke at 6 to 16 hours with selection by perfusion imaging. *New England Journal of Medicine*, 378(8), 708-718.

S-006

TANDEM TIKANIKLARININ ENDOVASKÜLER TEDAVİSİ: OKLUZYON MODELLERİ VE TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Songül Şenadım, Arsida Bajrami, Özgür Ertuğrul, Reha Tolun, Serdar Geyik

İstanbul Aydın Üniversitesi, VM Medikal Park Florya Hastanesi, İnme Merkezi, İstanbul

Giriş ve Amaç: Tandem lezyonlar, internal karotid arterin (ICA) altında yatan farklı etiyolojilerle stenozu veya oklüzyonunun yanı sıra anterior sirkülasyonun farklı anatomik bölgelerin oklüzyonunu içeren lezyon olarak tanımlanır. Endovasküler tedavi endikasyonunun

ve sonuç olarak başarılı oranın, altta yatan tandem oklüzyon alt tipi ile ilişkili olabilir. Bu nedenle, ardışık oklüzyonda farklı paternlerin tanımlanması, daha iyi bir yönetime yol açabilir.

Gereç ve Yöntem: Ekim 2017 ile Eylül 2020 tarihleri arasında prospektif olarak tutulan tek kurumlu bir veritabanının, retrospektif bir incelemesini yapıldı. Tandem tikanıklıklar için endovasküler tedavi gören akut inme hastalarının demografik, prosedürel, radyolojik ve klinik sonuç verileri kaydedildi. Anterior sirkülasyonun oklüzyon yerine (karotid t-oklüzyon, MCA M1, MCA M2, MCA M3,) ek olarak ICA stenozu veya tıkanma etiyolojisi (aterosklerotik veya diseksiyon) belirlendi. RAPID yazılımına göre perfüzyon değerleri sayısal veri olarak kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 46 tandem lezyonlu hasta dahil edildi. Hastaların 11'i kadın olup tüm hastaların yaş ortalaması 65,9 idi. Geliş NIHSS ortalama 15,3 idi. Hastaların 9'unda (%19,6) karotid t-oklüzyonu, 25'inde (% 54,3) MCA M1, 11'inde (%23,9) MCA M2, 1'inde (%2,2) MCA M3 oklüzyonu bulunmaktaydı. 43 (%93,5) hastada başarılı rekanalizasyon (TICI 2b / 3) sağlandı. 24 saat ortalama NIHSS 7,8 idi. 13 (% 28,2) hastada ICA'ya akut stentleme uygulandı.

Sonuç: Tandem oklüzyonların endovasküler tedavisi zordur, ancak farklı oklüzyon modellerinin tanımlanması ve benzer oklüzyon modellerine benzer tedavi yaklaşımının uygulanması yararlı bir tedavi yaklaşımı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Tandem Lezyonlar, Endovasküler Tedavi, Anterior Sirkülasyon.

S-007

MEKANİK TROMBEKTOMİ İLE TEDAVİ EDİLEN İNTERNAL KAROTİS ARTER TEPE OKLUZYONLARINDA TROMBOLİTİK TEDAVİ VE DİSTAL EMBOLİ İLİŞKİSİ

Nihat Şengeze¹, Semih Gıray²

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Isparta

²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Gaziantep

Giriş ve Amaç: Mekanik trombektomi işlemi sırasında stent retriever kullanımında, pıhtı parçaları distal emboliye neden olarak klinik sonuçların kötüleşmesine katkıda bulunabilir. İnternal karotid arterin (İKA) tepe oklüzyonları oldukça kötü klinik sonuçlara ve yüksek derecede mortaliteye sahiptir. İKA tepe oklüzyonlarında pıhtı yükünün daha fazla olduğu ve trombolitik tedavi ile rekanalizasyon başarısının düşük olduğu da bilinmektedir. İKA tepe oklüzyonlarındaki kötü seyir pıhtı yükü ve rekanalizasyon başarısızlığı ile ilişkili olabileceği gibi distal emboli sıklığı ile de ilişkili olabilir. Biz burada mekanik trombektomi ile tedavi edilen İKA tepe oklüzyonlarında intravenöz veya intraarteriyel trombolitik kullanımı ile distal emboli arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Temmuz 2015 ile Mayıs 2019 arasında mekanik trombektomi ile tedavi edilen 28 İKA tepe oklüzyonu olan hasta dahil edildi. Çalışmaya

dahil edilme kriterleri; şikayetleri nedeniyle acil servise başvurup akut inme tanısı almış olmak, endovasküler tedaviye alındığında İKA tepe oklüzyonu saptanmış olmak, endovasküler yolla geri çekilebilir stent kullanılarak mekanik trombektomi ile tedavi edilmiş olmak, ilk 6 saat içinde endovasküler tedaviye alınmış olmak olarak belirlendi. Çalışmaya alınan bütün olguların hemogram, rutin biyokimyasal inceleme (açlık kan şekeri, üre, kreatinin, BUN), sedimentasyon değeri, pıhtılaşma zamanı (PT), aPTT, INR değerleri incelendi. Distal emboli işlem sonunda anterior posterior (AP) ve lateral planda alınan Dijital substraksiyon Anjiyografi (DSA) görüntülerinde değerlendirildi. İşlem öncesinde alınan DSA görüntüsünde açık olduğu görülen arterde oklüzyon olması ve rekanalize edilen arterin distalindeki oklüzyonlar distal emboli olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 28 hastanın 17'si (%60.7) kadındı, ortalama yaş 66.1 ± 15.3 idi. Tüm hastaların 17'sinde (60.7) T oklüzyon ve 11'inde (%39.3) L oklüzyon izlenmişti. Yine hastaların 15'inde (%53.6) IA trombolitik, 3'ünde (%10.7) IV trombolitik tedavi uygulanmıştı. Üçüncü ay sonunda modifiye Rankin Skoru (mRS) 0-3 arasında 10 (%35.7) hasta bulunmaktaydı ve hastaların 15'inde (%53.6) mortalite gerçekleşmişti. Hastaların işlem sırasında sadece bir hastada balon guiding kateter kullanılmıştı ve işlem sonunda hastaların 7'sinde (%25) distal emboli saptanmıştı. İKA tepe T oklüzyonu olan 17 hastanın 5'inde (%29.4) distal emboli görülürken, L oklüzyonu olan 11 hastanın 2'sinde (%18.2) distal emboli saptanmıştı. İKA tepe T oklüzyonlarda daha fazla distal emboli görülmesine rağmen istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır ($p=0.503$). Çalışmamızda işlem öncesi ve işlem sırasında trombolitik tedavi uygulanan 18 hastanın distal emboli sıklığı açısından değerlendirilmesinde, trombolitik tedavi uygulanmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.274$).

Sonuç: Çalışmamızda trombolitik tedavi uygulaması sonucunda, mekanik trombektomi ile tedavi edilen İKA tepe oklüzyonlarında distal emboli açısından bir farklılık saptanmamıştır. Ancak daha fazla sayıda hasta içeren çalışmaların bu konu ile ilgili daha fazla bilgi verebileceğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: İnme, Endovasküler Tedavi, İnternal Karotis Arter Tepe Oklüzonu, Distal Emboli, Trombolitik Tedavi.

S-008

ARKA SİSTEM İNMELERİNDE ENDOVASKÜLER TEDAVİ TEKNİĞİ VE KLİNİK SONLANIM

Nihat Şengeze¹, Semih Giray²

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Isparta

²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Gaziantep

Giriş ve Amaç: Akut arka sistem inmeleri yüksek mortalite ve morbidite oranı nedeniyle ağır bir inme tipidir. Oklüzyonun yeri, beyin sapı bölgesindeki etkilenen alan, endovasküler tedavi tekniği ve başarısı hastalardaki klinik sonucu etkilemektedir. Biz burada

endovasküler tedaviye alınan arka sistem inmelerinde kullanılan teknik ile hastalardaki rekanalizasyon başarısı ve klinik sonlanımı değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 2015-2019 yılları arasında arka sistem oklüzyonu ile hastaneye başvuran ve endovasküler yol ile tedavi edilen 66 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya alınan bütün olguların hemogram, rutin biyokimyasal inceleme (açlık kan şekeri, üre, kreatinin, BUN), sedimentasyon değeri, pıhtılaşma zamanı (PT), aPTT, INR değerleri incelendi. Hastaların dijital substraksiyon anjiyografi (DSA) sonucunda rekanalizasyon başarısı mTICI skoru ile değerlendirildi. Çalışma sonucunda endovasküler tedavi sonrası en az TİCİ 2b rekanalizasyon, başarılı rekanalizasyon olarak kabul edildi. Ayrıca hastalar ilk uygulanan endovasküler teknik, rekanalizasyon başarısı ve üçüncü aydaki fonksiyonel sonlanım açısından incelendi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 66 hastanın % 37.9'u (n=25) kadındı. Tüm hastaların yaş ortalaması 67.2 ± 11.5 idi. Hastaların başvuru anında NIHSS skoru ortalaması 14.6 ± 4.9 olarak saptandı. Endovasküler tedavi sonrası en az TİCİ 2b rekanalize olan hasta grubunda 55 (%83.3) hasta ve TİCİ 2b oranında rekanalize olmayan grupta ise 11 (%16.7) hasta saptandı. Hastaların 29'unda (%43.9) endovasküler tedavide geri çekilebilir stent kullanılmıştı. Rekanalizasyon için ilk uygulanan teknik açısından vakalar incelendiğinde 23'ünde (%34.8) geri çekilebilir stent, 18'inde (%27.3) tromboaspirasyon tekniği ve 25'inde (%37.9) sadece intraarteriyel tedavi uygulanmıştı. Hastalarda tek bir işlem sonrası başarılı rekanalize olan grupta 18 (%27.3) hasta bulunmaktaydı ve bunların 10'unda (%55) ilk teknik olarak tromboaspirasyon tekniği uygulanmıştı. Hastalar üçüncü ay sonu mRS açısından incelendiğinde 25 (%37.9) mRS 0-2 arasında olduğu saptandı. Üç ay içinde mortalite gelişen hasta sayısı 24 (%36.4) idi.

Sonuç: Akut arka sistem inmelerin tedavisinde endovasküler trombo-aspirasyonda endovasküler trombektomi gibi ön sistem inmelerine nazaran daha az çalışılmış bir konudur. Çalışmamızda tek başına tromboaspirasyon tekniği ile rekanalizasyon başarısının, tek başına izole stent kullanımı kadar başarılı olduğu görülmüştür. Bu oklüzyonların endovasküler tedavisi ön sistem oklüzyonları kadar çalışılmış olmasa da yakın zamanda yapılan atılımlarla uygun vaka seçimi ve gelişen cihaz ve tetkiklerle önümüzdeki dönemde çok önemli bir noktada olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Arka Sistem İnme, Endovasküler Tedavi, İnme.

S-009

AKUT BÜYÜK DAMAR TIKANIKLIKLARINDA KÖTÜ KOLLATERAL BELİRTEÇLERİ

Elif Sariönder Gencer¹, Şakir Arslan², Yasemin Biçer Gömceli¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Antalya

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Antalya

Giriş ve Amaç: İnmede sağlam leptomeningeal kollateral varlığının beyni iskeminden koruduğu bilinmektedir. Ancak zayıf kollaterallerin nedenleri belirsizliğini korumaktadır. Çalışmamızda büyük damar oklüzyonuna bağlı iskemik inme kötü kollateral belirteçlerini tanımlamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda 2017-2019 yılları arasında inme semptomlarının ilk 6 saatinde başvuran 256 hasta analiz edildi. Başvuruda çekilen kontrastlı beyin BT leptomeningeal kollateraller (iyi kollateral >50, zayıf kollateral <50) değerlendirildi. Zayıf kollaterallerin önceden tanımlanmış prediktörleri lojistik regresyon modelleri ile analiz edildi: bilinen öngörücüler (yaş, vasküler risk faktörleri ve metabolik düzensizlikler) ve varsayılan öngörücüler (Yüksek inflammatuar belirteçler, kronik serebral küçük damar hastalığı ve karotis arter hastalığı varlığı).

Bulgular: Ortalama yaş 59 ± 29 yıl, %41 kadın, ortalama NIHSS 12 idi. Başlangıçta zayıf kollateral oranı %31 tespit edilmiştir. Zayıf kollaterali olanlarda ortalama yaş 71, iyi kollaterali olanlarda ortalama yaş 55 olarak bulunmuş ve yaş (%95, $p < 0.05$), yüksek kan şekeri seviyesi (%95, $p < 0.05$) ve beyaz küre yüksekliği (%95, $p < 0.05$) zayıf kollateralin bağımsız öngörücüleri olarak bulunmuştur. Artmış inflammatuar belirteçler, karotis arter hastalığı ve küçük damar hastalığı ile zayıf kollateral arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Sonuç: İskemik inmede zayıf kollateraller ileri yaş, yüksek kan şekeri seviyesi, inme başlangıcında beyaz küre yüksekliği ile ilişkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: İskemik İnme, Serebral Büyük Damar Oklüzyonu, Leptomeningeal Kollateraller.

S-010

AKUT ORTA SEREBRAL ARTER OKLÜZYONU OLAN HASTALARDA KOLLATERAL SKORUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Esra Demir¹, Hesna Bektaş¹, Hasan Bayındır², Oğuzhan Kurşun²

¹Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Şehir Hastanesi Nöroloji Kliniği, Ankara

²Ankara Şehir Hastanesi Nöroloji Kliniği, Ankara

Giriş ve Amaç: Akut iskemik inme (Aİİ) yaygın ve sıklıkla serebral etki adına tahrip edici bir nörolojik olay olup sonuçları tam iyileşmeden tam doku ve fonksiyon kaybına kadar değişkenlik gösterir. Bu değişkenliğin serebral perfüzyonun devamlılığını sağlayan kollateral dolaşımın kompensatuar yetisine bağlı olduğu düşünülmektedir (20). Çalışmamızın amacı acil servise akut iskemik inme ile ilk 6 saatte başvuran ve BTA'de orta serebral arter (OSA)'de M1 oklüzyonu saptanan hastalarda kollateral skorun (CS) biyokimyasal parametreler ve klinik dizabiliteyle olan ilişkisini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada 2019-2020 yılları arasında Ankara Şehir Hastanesi acil servisinde OSA M1 enfarktı tanısı alan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Demografik verileri, geliş biyokimyasal parametreleri, NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale), mRS'ları (modifiye Rankin ölçeği)

kaydedildi. NIHSS skorları minör, orta, ağır ve çok ağır olarak mRS skoru ise iyi, orta, kötü ve exitus olarak sınıflandırıldı. Beyin BTA'larından kollateral skoru, her bir kesitteki kollateral alanı bilgisayara yüklü PACS (Picture Archiving and Communication System software) sistemine yüklü görüntüler üzerinden Maas Sistemi kullanılarak hesaplandı. Etkilenen hemisferdeki kollaterallerin internal kontrol alanı olarak Sylvian fissür (insüler korteks) ve leptomeningeal konveksite kullanılarak kontralateral taraftaki kollaterallerle karşılaştırıldı. Skor aralıkları 5 (etkin), 4 (kontralateral taraftakinden daha fazla), 3 (kontralateral taraftakilere eşit), 2 (kontralateral taraftakinden daha az) ve 1 (vasküler opaklaşması yok) olacak şekilde her bir hasta için hesaplandı. ≤ 2 skoru olanlar kötü, ≥ 3 skoru olanlar iyi kollateral skor olarak sınıflandırıldı. İyi ve kötü kollateral skorları biyokimyasal parametreler ve klinik dizabilite skorları ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmada yer alan bireylerin %55'i kadın, %45'i erkekti ve yaş ortalaması 71.55 ± 11.46 olarak hesaplandı. Hastaların acile geliş saati ortalaması 1.78 ± 1.00 saat, BTA saati ortalaması 2.61 ± 1.42 saat saptandı. Bireylerin geliş NIHSS skoru ortalaması 15.18 ± 3.97 , taburculuk NIHSS skoru ortalaması 10.85 ± 5.18 ve taburculuk mRS ortalaması 3.57 ± 1.52 olarak hesaplandı. Maas kollateral skorları (insüler korteks) incelendiğinde 24'ünün CS1, 47'sinin CS2 ve 29'unun CS3 olduğu; leptomeningeal skorlarında ise 25'inde CS1, 44'ünde CS2, 23'ünde CS3 ve 8'inde CS4 olduğu belirlendi. Çalışmada yer alan bireylerin Maas kollateral skorları gruplandırıldığında; insüler korteks skorlamada bireylerin 71'inin kötü, 29'unun ise iyi kollateral akıma sahip olduğu, leptomeningeal skora bakıldığında 69'unun kötü, 31'inin ise iyi kollateral akıma sahip olduğu saptandı. Geliş NIHSS skoru orta olan bireylerin 21'i kötü kollateral akıma, 11'i iyi kollateral akıma, ağır seviyede olanların 36'sı kötü kollateral akıma, 17'si iyi kollateral akıma, çok ağır seviyedeki bireylerin ise 14'ü kötü kollateral akıma, 1'i iyi kollateral akıma sahipti. Çalışmada yer alan bireylerin klinik dizabilite skorları ile Maas kollateral skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0.05$). Hemogram parametrelerinden eritrosit dağılım genişliği (RDW) düzeyi ile Maas kollateral skorlaması (insüler korteks) arasında ve lenfosit/monosit oranı (LMO) ile Maas kollateral skorlaması (leptomeningeal) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p < 0.05$). **Tartışma:** Akut iskemik inmede, büyük damar oklüzyonlarında intrakraniyel kollateral akım önemli prognostik role sahip olup kollaterallerin indirek değerlendirmesi açısından noninvaziv yöntemler arasında kolay erişilebilirlik, nispeten noninvaziv olması ve intra-extra kranial vasküler yapıların hızlı değerlendirmesi açısından BTA en yaygın olarak kullanılanıdır (2,3). BTA metodları vasıtasıyla kollaterallerin bağımsız prediktif değeri doğrulanmış ve gözlemciler arası farklı derecelendirme ölçekleri kullanılarak kabul edilebilir olduğu konusunda anlaşma sağlanmıştır (4). Kollateral sirkülasyonun derecelendirilmesi amacıyla çeşitli puanlama sistemleri mevcuttur bu yöntemlerden biriside Maas ve arkadaşlarının kollateral skorlama için oluşturduğu 5 puanlı bir skorlama sistemidir (5). Bu sistem etkilenen

hemisferdeki kollaterallerin internal kontrol alanı olarak Sylvian fissür ve leptomeningeal konveksitenin kullanıldığı kontrolateral taraftaki kollaterallerle karşılaştırılmasına dayanır. Çalışmamızda etkin ve kolay kullanılabilirlik açısından kollateral skorlamada bu skorlamaya yer verdik. Akut iskemik inmelede kollateral skorunu etkileyen çeşitli demografik faktörler tanımlanmış olup bunların bir kısmı hastaya ait değiştirilemeyen-değiştirilebilir risk faktörlerini bir kısmıda iskemi süresi, primer kollaterallerin konjenital varyasyonu ve kalp debisi, diffüz serebral ateroskleroz, hiperglisemi, üre-kreatinin-ürük asit seviyeleri dahil diğer komorbiditelerdir. Yapılan çalışmalarda düşük lenfosit/monosit oranının çeşitli malignansiler ve koroner arter hastalıklarıyla ilgisi gösterilmiş ve inme spektrumunda değerlendirilen hastalardan büyük damar oklüzyonunlu trombolitik/endovasküler tedavi uygulanan Aİİ hastalarında düşük LMO değerlerinin 3 aylık kötü fonksiyonel sonuçlanımla ilgili olduğu gösterilmiştir (6-8). Bizim çalışmamızda da akut orta serebral oklüzyonlu hastalarda kötü kollateral akımla düşük LMO arasında doğrusal ilişki saptanmıştır. RDW kırmızı kan hücrelerindeki (RBC) hacim ve değişkenliğin bir göstergesi olup yüksek RDW, RBC'deki varyasyonun arttığını gösterir (anizositoz) (9). Yapılan çalışmalarda RDW düzeyinin aterosklerotik hastalıklarda arttığı ve kötü prognozla ilişkisi görülmüştür (9,10). Oksidatif stres artışı ile RDW artışı arasında doğrusal bir ilişki olduğu ve benzer şekilde Aİİ gibi oksidatif stres artışının olduğu iskemi/reperfüzyon sürecinde nöronal hasar ile RDW artışı arasında fonksiyonel sonucu etkileyebilecek lineer ilişki olduğu gözlemsel araştırmalarda gösterilmiştir (11). Çalışmamızda akut inme ile değerlendirilen hastalarda kollateral skor ile RDW artışı arasındaki korelasyon istatistiksel olarak gösterilmiştir. Kollateral skorlar ile klinik dizabilite arasında prognostik ilişki birçok çalışmada gösterilmiş olup kötü kollateral akımın serebral etkileniminin fazla olacağı ve bununla klinik dizabiliteye negatif etkisi olabileceği konusunda görüş bildirilmiştir (12). Bizim çalışmamızda kollateral skor ile klinik dizabilite arasında prognostik açıdan anlamlı sonuç bulunmamıştır.

Sonuç: Akut OSA M1 oklüzyonlu hastalarda yapılan bu çalışmamızda yüksek RDW ve düşük LMO parametreleriyle kollateral skor arasında anlamlı ilişki bulunmuş olup bu parametreler akut iskemik inmede kollateral akım açısından yeni bir belirteç olarak kullanılabilir.

Kaynaklar

1. Liebeskind DS. Collateral circulation. Stroke; a journal of cerebral circulation. 2003; 34(9): 2279-2284.
2. Brozici M, van der Zwan A, Hillen B. Anatomy and functionality of leptomeningeal anastomoses: a review. Stroke. 2003;34(11):2750-62.
3. Dissing-Olesen L, Hong S, Stevens B. New Brain Lymphatic Vessels Drain Old Concepts. EBioMedicine. 2015; 2(8): 776-777.
4. Liebeskind DS. Collaterals in acute stroke: beyond the clot. Neuroimaging clinics of North America. 2005; 15(3): 553-573, x.
5. Maas MB, Lev MH, Ay H, Singhal AB, Greer DM, Smith WS, Harris GJ, Halpern E, Kemmling A, Koroshetz WJ, et al. Collateral vessels on CT angiography predict outcome in acute ischemic stroke. Stroke. 2009;40(9):3001-5.
6. Ren H, Han L, Liu H, et al. Decreased lymphocyte-to-monocyte ratio predicts poor prognosis of acute ischemic stroke treated with thrombolysis. Med Sci Monit. 2017;23:5826-33 2017/12/09

7. Park MG, Kim MK, Chae SH, et al. Lymphocyte-to-monocyte ratio on day 7 is associated with outcomes in acute ischemic stroke. Neurol Sci. 2018;39:243-9. 2017/11/01
8. Ren H, Liu X, Wang L, et al. Lymphocyte-to-monocyte ratio: a novel predictor of the prognosis of acute ischemic stroke. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2017;26:2595-602. 2017/08/30
9. Semba RD, Patel KV, Ferrucci L, et al. Serum antioxidants and inflammation predict red cell distribution width in older women: the Women's Health and Aging Study I. Clin Nutr 2010; 29: 600-604.
10. Tauler P, Aguilo A, Gimeno I, et al. Influence of vitamin C diet supplementation on endogenous antioxidant defences during exhaustive exercise. Pflugers Arch 2003; 446: 658-664.
11. Wang S, Dale GL, Song P, et al. AMPKalpha1 deletion shortens erythrocyte life span in mice: role of oxidative stress. J Biol Chem 2010; 285: 19976-19985.)
12. Leonard L.L. Yeo, Prakash Paliwalet all. How temporal evolution of intracranial collaterals in acute stroke affects clinical outcomes Neurology Feb 2016, 86 (5) 434-441).

S-011

TÜRKİYE'DE İNME HASTALARINDA ATRİAL FİBRİLASYON VE YÖNETİMİ: NÖROTEK ÇALIŞMASI GERÇEK HAYAT VERİLERİ

Mehmet Akif Topcuoğlu¹, Ethem Murat Arsava¹, Atilla Özcan Özdemir², Mustafa Çetiner³, Elif Sarıönder Gencer⁴, Aygün Güneş⁵, Yakup Krespi⁶, Erdem Yaka⁷, Levent Öcek⁸, Zeynep Tanrıverdi⁹, Ülgen Yalaz Tekan⁹, Ayça Özkul¹⁰, Esra Özkan¹¹, Hadiye Şirin¹², Ayşe Güler¹², Oguzhan Kurşun¹³, Refik Kunt¹⁴, Utku Cenkli¹⁵, Bilgehan Acar¹⁶, Yüksel Kablan¹⁷, Ayşe Yılmaz¹⁸, Canan Togay Işıkey¹⁹, Eda Aslanbaba¹⁹, Mine Sorgun¹⁹, Hesna Bektaş²⁰, Murat Çabalar²¹, Vildan Yayla²¹, Hacı Ali Erdoğan²¹, Mustafa Gökçe²², Songül Bavlı²², Nedim Ongun²³, Onur Keskin²⁴, Özlem Akdoğan²⁵, Ufuk Emre²⁵, Özlem Kayım Yıldız²⁶, Aslı Bolayır²⁶, Çetin Kürşad Akpınar²⁷, Hasan Hüseyin Karadeli²⁸, Tuğba Özel²⁹, Ali Ünal²⁹, Babur Dora²⁹, Zulfikar Arlier³⁰, Alper Eren³¹, Aysel Milanoğlu³², Bijen Nazliel³³, Hale Batur Çağlayan³³, Bülent Güven³⁴, Mücahid Erdoğan³⁵, Zeynep Özdemir Acar³⁵, Mustafa Bakar³⁶, Semih Giray³⁷, Songul Şenadım³⁸, Talip Asil³⁹, Turgay Demir⁴⁰, Yaprak Özüm Ünsal⁴¹, Neslihan Eşkut⁴¹, Yıldız Aslan⁴², Demet Funda Baş⁴², Ufuk Şener⁴², Bahar Değirmenci⁴³, Ufuk Aluçlu⁴³, Birgül Baştan⁴⁴, Zeynep Acar⁴⁴, Buket Niftioğlu⁴⁵, Duran Yazıcı⁴⁶, Emrah Aytaç⁴⁷, Fatma Birsan İnce⁴⁸, Halil Ay⁴⁹, Halil Önder⁵⁰, Hasan Hüseyin Kozak⁵¹, İrem İlgezdi⁵², Adnan Burak Bilgiç⁵², Şenol Akyol⁵², Levent Güngör⁵³, Murat Mert Atmaca⁵⁴, Mustafa Şen⁵⁵, Recep Yevgi⁵⁶, Sinem Yazıcı Akkaş⁵⁷, Tahir Yoldaş⁵⁸, Tugrul Atasoy⁵⁹, Bilge Piri Çınar⁵⁹, Arda Yılmaz⁶⁰, Hamid Genç⁶⁰, Aysın Kısabay⁶¹, Faik İlik⁶², Hayri Demirbaş⁶³, İpek Midi⁶⁴, Pınar Bekdik Şirinocak⁶⁵, Taşkın Duman⁶⁵, Tülin Demir⁶⁷, Ufuk Can⁶⁸, Vedat Ali Yurekli⁶⁹, Zehra Bozdoğan⁷⁰, Zekeriya Alioğlu⁷¹, Dilaver Kaya⁷², Nazire Afşar⁷², Erdem Gürkaş⁷³, Eren Toplutaş⁷⁴, Eylem Değirmenci⁷⁵, Gülseren Büyükşerbetçi⁷⁶, İsa Aydın⁷⁷, M. Tuncay Epçeliden⁷⁸, Nilda Turgut⁷⁹, Nilüfer Kale⁸⁰, Eda Çoban⁸⁰, Nilüfer Yeşilot⁸¹, Esme Ekizoğlu⁸¹, Özgü Kizek⁸¹, Özlem Bilgili⁸², Recep Baydemir⁸³, Merve Akçakoyunlu⁸³, Zahide Yılmaz⁸⁴, Şerefur Öztürk⁸⁵

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

³Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Kütahya
⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Antalya
⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnme Ünitesi, Bursa
⁶İstanbul Aydın Üniversitesi, VM Florya Medikal Park Hastanesi, Kapsamlı İnme Merkezi, İstanbul ve İstinye Üniversitesi Bahçeşehir Liv Hospital İstanbul ve Pendik Medikal Park Hastanesi, İstanbul
⁷Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İzmir
⁸Uşak Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Uşak
⁹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul
¹⁰Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Aydın
¹¹Tokat Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Tokat
¹²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İzmir
¹³Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği (Şimdi Ankara Şehir Hastanesi), Ankara
¹⁴Aydın Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Aydın
¹⁵Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Muğla
¹⁶Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Sakarya
¹⁷İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Malatya
¹⁸Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 2. Nöroloji Kliniği, İstanbul
¹⁹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara
²⁰Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara (şimdi Şehir Hastanesi, Ankara)
²¹İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul
²²Sütcü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Kahramanmaraş
²³Burdur Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Burdur
²⁴Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Eskişehir
²⁵İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul
²⁶Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Sivas
²⁷Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Samsun
²⁸Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul
²⁹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Antalya
³⁰Başkent Üniversitesi, Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi, Nöroloji Anabilim Dalı, Adana
³¹Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Erzurum
³²Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Van
³³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara
³⁴Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara

³⁵Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul
³⁶Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Bursa
³⁷Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Gaziantep
³⁸Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 1. Nöroloji Kliniği, İstanbul
³⁹Memorial Hizmet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul
⁴⁰Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Adana
⁴¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İzmir
⁴²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İzmir
⁴³Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Diyarbakır
⁴⁴İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul
⁴⁵Muş Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Muş
⁴⁶Ordu Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ordu
⁴⁷Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Elazığ
⁴⁸İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul
⁴⁹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Urfa
⁵⁰Yozgat Şehir Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Yozgat
⁵¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Konya
⁵²Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Giresun
⁵³Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Samsun
⁵⁴Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul
⁵⁵Yalova Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Yalova
⁵⁶Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Erzurum
⁵⁷İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul
⁵⁸Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara
⁵⁹Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Zonguldak
⁶⁰Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Mersin
⁶¹Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Manisa
⁶²Konya Medicana Hastanesi Nöroloji Kliniği, Konya
⁶³Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Afyon
⁶⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul
⁶⁵Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Kocaeli
⁶⁶Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Hatay
⁶⁷Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Şanlıurfa
⁶⁸Baskent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara

⁶⁹Suleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Isparta

⁷⁰Kars Harakani Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Kars

⁷¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Trabzon

⁷²Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Altunizade Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

⁷³Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara

⁷⁴İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁷⁵Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Denizli

⁷⁶Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Balıkesir

⁷⁷Balıklığöl Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Urfa

⁷⁸Kemer Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Antalya

⁷⁹Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Tekirdağ

⁸⁰İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

⁸¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁸²Edirne Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Edirne

⁸³Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Kayseri

⁸⁴Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği 1, İzmit

⁸⁵Konya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Konya

Giriş ve Amaç: Atrial fibrilasyon (AF) iskemik inmenin doğrudan önlenabilir en sık nedendir. Ülkemizde AF nedenli inme spektrumuna dair nöroloji kaynaklı geniş ölçekte bir veri bulunmamaktadır. NöroTek-Türkiye kapsamında akut inme algoritmalarının oluşturulmasına katkı yapması beklenen AF tespit edilen akut inme hastalarına dair hastane verisi toplanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Mayıs 2018 Dünya İnme Farkındalık gününde 30 sağlık bölgesine yer alan 87 nöroloji biriminde yatmakta olan 1790 hasta prospektif olarak değerlendirilmiştir. Çalışmada yer alan toplam 929 hasta (859 akut iskemik inme, 70 geçici iskemik atak: TIA) bu analize dahil edilmiştir.

Bulgular: İskemik inme/TIA sebebiyle ile interne edilmiş hastalarda AF oranı %29,8 olup bunların %65'i biliniyorken, %5'i paroksizmal ve %30'u yeni tanıdır. AF tanısı ile gelen hastalarda "etkin" tedavi (INR≥2 Varfarin veya rehber dozunda NOAK) alanların oranı %25,3 olup, %42,5 olguda ya hiç ilaç kullanılmamakta ya da sadece antiplatelet kullanılmaktaydı. Düşük doz kullanım oranı 42 NOAK alırken inme geçirmiş olguda %50 idi. Taburcu edilirken oral antikoagülan %94,6 (Düşük molekül ağırlıklı veya unfraksiyone heparin %28,1; Varfarin %32,5 ve NOAK %31) hastaya reçete edilmişti. NOAK ile taburcu edilen olguların %22'sinde doz düşük kategoride olup gelişte NOAK almakta olan olguların yarısı aynı ilaçla taburcu edilmiştir.

Sonuç: NöroTek-TR ülkemizde atrial fibrilasyonun akut inmedeki sıklığı yanı sıra sekonder profilaksi perspektifinde yönetiminin geliştirilebilecek yönlerini ortaya koydu. Türkiye'de hastanede yatan akut inme

olgularının yaklaşık üçte birinde atrial fibrilasyon saptanmıştır. Atrial fibrilasyonu bilinen akut inme olgularının dörtte üçünde etkin antikoagülan tedavi kullanılmamaktaydı. Atrial fibrilasyonda inme sekonder profilaksisi kapsamında heparin, varfarin ve NOAK planlaması benzer sıklıkta (üçte bir) olup reçete edilen NOAK dozu dörtte bir olguda subterapötiktir. Atrial fibrilasyona bağlı inmenin önlenmesi nonmedikal ve medikal eğitim gerekli görünmektedir.

S-012

NÖROLOJİ KLİNİK PRATIĞİNDE PEG: NÖROTEK TÜRKİYE PLANLI SUBGRUP ANALİZİ

¹Mehmet Akif Topcuoglu, ²Özcan Özdemir, ²Özlem Aykaç, ³Aysel Milanoğlu, ⁴Mustafa Gökçe, ⁴Songül Bavli, ⁵Murat Çabalar, ⁵Vildan Yayla, ⁵Hacı Ali Erdoğan, ⁶Ayça Özkul, ⁷Aygül Gunes, ⁸Bahar Değirmenci, ⁸Ufuk Aluçlu, ⁹Hasan Huseyin Kozak, ¹⁰Levent Güngör, ¹¹Mücahid Erdoğan, ¹¹Zeynep Özdemir Acar, ¹²Utku Cenikli, ¹³Yüksel Kablan, ¹⁴Arda Yılmaz, ¹⁴Hamid Genç, ¹⁵Bijen Nazliel, ¹⁵Hale Batur Çağlayan, ¹⁶Elif Sarıönder Gencer, ¹⁷Halil Ay, ¹⁸Hayri Demirbaş, ¹⁹Özlem Akdoğan, ¹⁹Ufuk Emre, ²⁰Özlem Kayım Yıldız, ²⁰Aslı Bolayır, ²¹Turgay Demir, ²²Zeynep Tanrıverdi, ²²Ülgen Yalaz Tekan, ²³Çetin Kürşad Akpınar, ²⁴Esra Özkan, ²⁵Faik İlik, ²⁶Hadiye Şirin, ²⁶Ayşe Güler, ²⁷Halil Önder, ²⁸Hesna Bektaş, ²⁹Levent Öcek, ³⁰Mustafa Bakar, ³¹Nedim Ongun, ³²Yakup Krespi, ³³Canan Togay Işıkey, ³³Eda Aslanbaba, ³³Mine Sorgun, ³⁴Erdem Gürkaş, ³⁵Hasan Hüseyin Karadeli, ³⁶İpek Midi, ³⁷İrem İlgezdi, ³⁷Adnan Burak Bilgiç, ³⁷Şenol Akyol, ³⁸M. Tuncay Epçeliden, ³⁹Murat Mert Atmaca, ⁴⁰Oguzhan Kurşun, ⁴¹Onur Keskin, ⁴²Pınar Bekdik Şirinocak, ⁴³Recep Baydemir, ⁴³Merve Akçakoyunlu, ⁴⁴Şerefnur Öztürk, ⁴⁵Tuğba Özel, ⁴⁵Ali Ünal, ⁴⁵Babur Dora, ⁴⁶Vedat Ali Yürekli, ⁴⁷Zulfikar Arlier, ⁴⁸Alper Eren, ⁴⁹Ayşe Yılmaz, ⁵⁰Ayşin Kısabay, ⁵¹Bilgehan Acar, ⁵²Birgül Baştan, ⁵²Zeynep Acar, ⁵³Buket Niftioğlu, ⁵⁴Bülent Güven, ⁵⁵Dilaver Kaya, ⁵⁵Nazire Afşar, ⁵⁶Duran Yazıcı, ⁵⁷Emrah Aytaç, ⁵⁸Erdem Yaka, ⁵⁹Eren Toplutaş, ⁶⁰Eylem Değirmenci, ⁶¹Fatma Birsan İnce, ⁶²Gülseren Büyükerbetçi, ⁶³İsa Aydın, ⁶⁴Mustafa Çetiner, ⁶⁵Mustafa Şen, ⁶⁶Nilda Turgut, ⁶⁷Nilüfer Kale, ⁶⁷Eda Çoban, ⁶⁸Nilüfer Yeşilot, ⁶⁸Esme Ekizoğlu, ⁶⁸Özgü Kizek, ⁶⁹Ozlem Bilgili, ⁷⁰Recep Yevgi, ⁷¹Refik Kunt, ⁷²Semih Giray, ⁷³Sinem Yazıcı Akkaş, ⁷⁴Songul Şenadım, ⁷⁵Tahir Yoldaş, ⁷⁶Talip Asil, ⁷⁷Taşkın Duman, ⁷⁸Tugrul Atasoy, ⁷⁸Bilge Piri Çınar, ⁷⁹Tülin Demir, ⁸⁰Ufuk Can, ⁸¹Yaprak Özüm Ünsal, ⁸¹Neslihan Eşkut, ⁸²Yıldız Aslan, ⁸²Demet Funda Baş, ⁸²Ufuk Şener, ⁸³Zahide Yılmaz, ⁸⁴Zehra Bozdoğan, ⁸⁵Zekeriya Alioğlu, ¹Ethem Murat Arsava

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

³Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Van

⁴Sütcü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

⁵İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

⁶Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Aydın
⁷Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi, İnme Ünitesi, Bursa
⁸Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Diyarbakır
⁹Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Konya
¹⁰Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Samsun
¹¹Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul
¹²Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Muğla
¹³İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Malatya
¹⁴Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Mersin
¹⁵Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara
¹⁶Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Antalya
¹⁷Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Urfa
¹⁸Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Afyon
¹⁹İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul
²⁰Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Sivas
²¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Adana
²²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul
²³Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Samsun
²⁴Tokat Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Tokat
²⁵Konya Medica Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Konya
²⁶Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İzmir
²⁷Yozgat Şehir Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Yozgat
²⁸Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara (şimdi Şehir Hastanesi, Ankara)
²⁹Uşak Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Uşak
³⁰Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Bursa
³¹Burdur Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Burdur
³²İstanbul Aydın Üniversitesi, VM Florya Medikal Park Hastanesi, Kapsamlı İnme Merkezi, İstanbul ve Pendik Medikal Park Hastanesi, İstanbul ve İstinye Üniversitesi Bahçeşehir Liv Hospital, İstanbul
³³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara
³⁴Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara
³⁵Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul
³⁶Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul
³⁷Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Giresun
³⁸Kemer Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Antalya

³⁹Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul
⁴⁰Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği (Şimdi Ankara Şehir Hastanesi), Ankara
⁴¹Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Eskişehir
⁴²Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Kocaeli
⁴³Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Kayseri
⁴⁴Konya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Konya
⁴⁵Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Antalya
⁴⁶Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Isparta
⁴⁷Başkent Üniversitesi, Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi, Nöroloji Anabilim Dalı, Adana
⁴⁸Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Erzurum
⁴⁹Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 2. Nöroloji Kliniği, İstanbul
⁵⁰Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Manisa
⁵¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Sakarya
⁵²İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul
⁵³Muş Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Muş
⁵⁴Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara
⁵⁵Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Altunizade Hastanesi, Nöroloji Kliniği İstanbul
⁵⁶Ordu Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ordu
⁵⁷Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Elazığ
⁵⁸Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İzmir
⁵⁹İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul
⁶⁰Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Denizli
⁶¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul
⁶²Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Balıkesir
⁶³Balıklığöl Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Urfa
⁶⁴Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Kütahya
⁶⁵Yalova Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Yalova
⁶⁶Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Tekirdağ
⁶⁷İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul
⁶⁸İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul
⁶⁹Edirne Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Edirne
⁷⁰Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Erzurum
⁷¹Aydın Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Aydın
⁷²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Gaziantep

⁷³İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

⁷⁴Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 1. Nöroloji Kliniği, İstanbul

⁷⁵Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara

⁷⁶Memorial Hizmet hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

⁷⁷Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Hatay

⁷⁸Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Zonguldak

⁷⁹Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Şanlıurfa

⁸⁰Baskent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara

⁸¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İzmir

⁸²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İzmir

⁸³Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği 1, İzmit

⁸⁴Kars Harekani Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Kars,

⁸⁵Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Trabzon

Giriş ve Amaç: Akut inme sonrası hastane yatışı döneminde gastrostomi [PEG/RIG] uygulaması hakkında ülkemizde geniş ölçekli bir veri bulunmamaktadır. NöroTek Türkiye akut inme tanı ve tedavisi stratejik algoritmalarının geliştirilmesi için kaynak oluşturmak amacıyla akut inmede nütrisyonel yaklaşımlara dair hastane verisini toplanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Mayıs 2018 Dünya İnme Farkındalık gününde 30 sağlık bölgesine yayılmış olan 87 nöroloji biriminde yatmakta olan 1790 hasta retrospektif ve prospektif olarak değerlendirilmiştir. Nütrisyonel yaklaşıma dair sorulara yanıt verilmiş olan 1532 (%86) olgu bu analize dahil edilmiştir.

Bulgular: 1030 inme olgusunun 108 (%10,5)'ine PEG uygulanmıştır. Gastrostomi oranı iskemik inmede %11, intraserebral kanamada %10,2, post-resusitasyon sendromunda %50'dir. Gastrostomilerin %5,6'sı inme-hazır hastanede, %21,3'ü primer inme merkezi (İnme Ünitesi) ve %73,1'i kapsamlı inme merkezinde uygulanmıştır. PEG açılan hasta oranı inme-hazır hastanede %10, primer inme merkezinde %7,4 ve kapsamlı inme merkezinde %13,3'dür. Nonvasküler dışı nörolojik hastalık nedeniyle nöroloji servislerinde yatmakta olan ve nütrisyonel statusa dair bilgi toplanan 502 olguda PEG oranı %3,4'dür. Nörovasküler hastalıklarda PEG açılan olguların yaşı daha ileri

(73±11'e 68±14, yıl, p=0,001), klinik olarak inme şiddeti daha yüksek (ortalama NIHSS; 16±7,2'e 8,3±6,8, p<0,001) ve hastanede kalış süresi çok daha uzun (61±49'e 18±21, gün, p<0,001) olarak tespit edilmiştir. PEG uygulaması nöroendovasküler tedavi ile korele iken (%21,4'e %10, p=0,010) sistemik trombolitik tedavi ile değildir (%15'e %11,2, p=0,183). Akut nörovasküler hastalarda reküren olay olması (OR=1,65; %95 GA: 1,05-2,6) ve mekanik ventilasyon uygulanması (OR=11,8; %95 GA: 7,5-18,5) PEG uygulaması için bağımsız risk faktörüdür. Akut inmede ortalama PEG açılma zamanı 38,4 gün olup, bu hastalara beslenme tüpü inmeyi takiben 2,6 gün sonra takılmıştır. PEG açılan olgularda nütrisyonel değerlendirme zamanı 4,9 gün ve disfaji değerlendirmesi ise 5,2 gün sonra gerçekleştirilmiştir. Bunlar PEG takılmayan hastalardan daha uzundur.

Sonuç: Türkiye'de inme hastalarının yaklaşık %10'una PEG uygulanmaktadır. Bu yılda en az yaklaşık 15,000 hastaya karşılık gelir ve akut inmede global nütrisyonel strateji geliştirmenin kritik önemini vurgular.

E-POSTER BİLDİRİLERİ

E-POSTER PRESENTATIONS

EP-002

İSTANBUL'DA YAŞAYAN GÖÇMENLERDE İSKEMİK İNME RİSK FAKTÖRLERİNİN KARŞILAŞTIRMALI İNCELENMESİ: HASTANE TEMELLİ BİR ÇALIŞMA

Aysel Büşra Şişman, Muhammet Duran Bayar, Özlem Selçuk, Birgül Baştan, Ayşe Özlem Çokar

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

Giriş ve Amaç: İskemik inme açısından yaş ve ırk gibi değiştirilemez risk faktörlerinin yanısıra hipertansiyon (HT), diabetes mellitus (DM), sigara içiciliği gibi değiştirilebilir risk faktörleri oldukça önemlidir. Hastanemize başvuran iskemik inme tanılı göçmen hastaların demografik özellikleri ve risk faktörlerinin Türkiye uyruklu hastalar ile karşılaştırılmasını amaçladık.

Gereç ve Yöntem: 2017-2019 tarihleri arasında hastanemiz nöroloji servisinde yatırılarak takip edilen iskemik inme tanılı yabancı uyruklu (n=60) hastaların ve randomize olarak seçilen Türkiye uyruklu (n=60) hastaların tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, HbA1c ve LDL düzeyleri, sigara kullanım durumu, kronik hastalıkları, sol atrium çapı, atrial fibrilasyon (AF), kardiyak ejeksiyon fraksiyonu, modifiye rankin skoru ve antiagregan kullanım durumları karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen yabancı uyruklu hastaların (%83 Suriye; %17 diğer) %68'i erkek, %32'si kadın, Türkiye uyruklu hastaların ise %51'i erkek, %49'u kadın idi. İskemik inme geçiren yabancı uyruklu hastaların yaş ortalaması (n=60; ort=55) Türkiye uyruklu hastaların yaş ortalamasından (n=60, ort=70) anlamlı olarak düşüktü (p<0,001). AF oranı istatistiksel olarak anlamlı düşük (%4 vs %27; p=0,001), LDL >90 oranı istatistiksel olarak anlamlı yüksek olarak bulundu (%84 vs %65; p=0,013). İskemik inme geçiren yabancı uyruklu hastaların sigara içme oranı kontrol grubuna göre yüksekti (%63 vs %21; p<0,001) İki grup arasında diğer özellikler açısından anlamlı farklılık izlenmedi.

Sonuç: Hastane temelli bu çalışmada, göçmenlerin daha genç yaşta iskemik inme geçirdiği, sigara kullanımının ve lipid düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı. Yaş ortalaması daha genç olan göçmen grubunda beklendiği üzere AF sıklığı daha düşük olmakla birlikte HT ve DM sıklığının daha yaşlı olan Türkiye uyruklu grupla benzer olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Risk Faktörleri, İskemik inme, Göçmen.

EP-003

MYOFASİYAL GEVŞETME TEKNİĞİNİN HEMİPLEJİK ÜST EKSTREMİTEDE SPASTİSİTE, AĞRI, EKLEM HAREKET AÇIKLIĞI VE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE ETKİSİ

İlkan Demirebilen¹, Metahan Torlakcı²

¹Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

²İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve

Araştırma Hastanesi, Nörolojik Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Giriş ve Amaç: İnme sonrası üst ekstremitelerde spastisite gelişen hastalara uygulanan miyofasiyal gevşeme tekniğinin ağrı, spastisite, eklem hareket açıklığı ve günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkilerini inceleme ve inme sonrası spastisite gelişen hastalara farklı bir tedavi metodu kazandırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya inme sonrası üst ekstremitesinde spastisite gelişen ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 30 hasta dahil edilmiştir. Hastalar randomize olarak 15 kişiden oluşan 2 gruba ayrılmıştır. Çalışma grubuna miyofasiyal gevşeme tekniği ve brunnstrom metodu uygulanırken kontrol grubuna ise yalnızca brunnstrom metodu uygulanmıştır. Çalışmamız İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon ve Eğitim Araştırma Hastanesi'nde haftada 5 kez, 2 ay süresince yatarak tedavi almıştır. Çalışmamızdaki hastaların tedavi öncesi ve sonrası tüm değerlendirmelerini aynı hekim yapmıştır.

Bulgular: Çalışma grubu ile kontrol grubunun tedavi sonrası VAS skorları incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir değişim bulunmamıştır. (p=0,599) Gruplar arasında tedavi sonrasındaki Modifiye Ashworth Skalası değerleri incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. (p=0,677) Çalışma grubu ile kontrol grubunun tedavi sonrası gonyometrik ölçüm değerleri incelendiğinde; dirsek fleksiyon açısı, dirsek ekstansiyon açısı, ön kol supinasyon açısı, ön kol pronasyon açısı, el bilek fleksiyon açısı, el bilek ekstansiyon açısı, el bileği radial fleksiyon açısı ve el bileği radial deviasyon açısı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Sırasıyla p=0,566, p=0,069, p=0,949, p=0,867, p=0,135, p=0,739, p=0,779, p=0,859) Gruplar arasında tedavi sonrasındaki Barthell indeksi değerleri incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır (p=0,371).

Sonuç: Ortaya çıkan sonuçlara göre, brunnstrom yöntemine ek olarak uygulanan miyofasiyal gevşetme tekniği uygulamasının yalnızca brunnstrom tekniği uygulanan gruba göre ağrı düzeyi, eklem hareket açıklığı, spastisite derecesi ve günlük yaşam aktivitelerine katılım düzeyi açısından anlamlı istatistiksel iyileşme sağlamadığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: İnme, Spastisite, Brunnstrom, Miyofasiyal Gevşeme Tekniği.

EP-004

VENÖZ SİNÜS TROMBOZU VE COVID-19

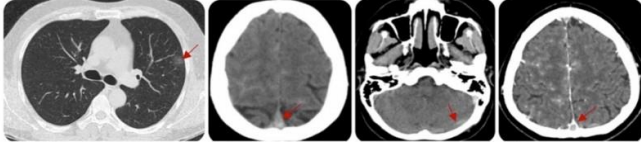
Furkan Sarıdaş

Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Düzce

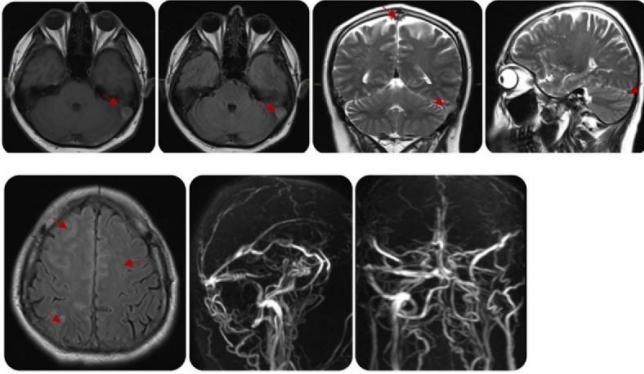
Dural venöz sinüs trombozu (VST) tanı konulduğunda hızlıca antikoagülan tedavi başlanması gereken, hayatı tehdit eden nadir bir inme türüdür. Geniş bir klinik sendrom çeşitliliğine sahiptir. Etiyolojide gebelik, puerperium, oral kontraseptif kullanımı, cerrahi girişimler, sistemik veya baş-boyun enfeksiyonları, hereditör veya akkiz koagülopatiler, inflamatuvar sistemik hastalıklar ve neoplaziler gibi risk faktörleri saptanabilir. COVID-19 bir solunum yolu hastalığı

olmakla birlikte hastalığın nörolojik tutulumu ile ilgili bilgiler giderek artmaktadır. COVID-19'daki serebrovasküler hastalığın endotel hücrelerinde hasar, inflamatuvar ve trombotik yolların aktivasyonu ile gelişen koagülopatiyeye bağlı olabileceği düşünülmektedir. Genç hastalarda COVID-19 sonucu tromboz gelişebileceği gibi koagülopati zemini mevcut ise tromboz gelişiminin kolaylaşabileceği gözardı edilmemeli ve etyolojik değerlendirme yapılmalıdır. Olası konjenital koagülopati zemininde COVID-19 sonrası gelişen bir venöz sinüs trombozu olgusunu dikkatinize sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Venöz sinüs trombozu, koagülopati, COVID-19.



Resim 1. Toraks ve Beyin BT; Toraks bt'de buzlu cam görünümü. Kontrastsız ve kontrastlı beyin bt'de sırası ile delta, kord ve boş delta belirtileri.



Resim 2. Beyin MR ve MR-venografi; T1 ve t2 sekanslarda sol transvers sinüs oklüzyonu (hiperintensite), flair sekansda bilateral frontoparietal bölgede vazojenik ödem ve subaraknoid hemoraji ile uyumlu görünüm (hiperintensite) ve Tof MR-Anjiografi'de superior sagittal sinüs, venöz konfluens, sol transvers ve sigmoid sinüste akım gözlenmemektedir.

Tablo. Etiyoloji için tetkikler.

Protein S	Onaylandı	69
Protein C antijeni	Onaylandı	103
ANTI KARDİYOLİPİN İGG	Onaylandı	2,1 Negatif
ANTI DS DNA	Onaylandı	55,1 Negatif
ANTI KARDİYOLİPİN İGM	Onaylandı	2,7 Negatif
ANTI NÖTROFİL SİTOPLAZMİK ANTİKOR PROFİL	Onaylandı	Negatif
ANTI-SSB (IMMUNOBLOTTING)	Onaylandı	Negatif
Anti Hbc IgG	Onaylandı	Nonreaktif 0,08
Anti HIV	Onaylandı	0,20 Nonreaktif
Lupus antikoagülan (Doğrulama testi ile)	Onaylandı	Pozitif
EBV VCA IgM	Onaylandı	0,18 Negatif
Anti CMV IgM (ELISA)	Onaylandı	0,14
ANTI RUBELLA İGM	Onaylandı	0,44
TOXOPLASMA İGM	Onaylandı	0,42
LİVER KİDNEY MİKROZOMAL ANTİKOR (IFA)	Onaylandı	Negatif
ANTI MİTOKONDRİYAL ANTİKOR (AMA)	Onaylandı	Negatif
ANTI DÜZ KAS ANTİKORU (ASMA)	Onaylandı	Pozitif(++)
EBV VCA IgM	Onaylandı	0,18 Negatif
Anti CMV IgM (ELISA)	Onaylandı	0,14
ANTI RUBELLA İGM	Onaylandı	0,44
TOXOPLASMA İGM	Onaylandı	0,42

EP-005

GENÇ STROKE (55 YAŞ ALTI) TANISI OLAN OLGULARDA UYKU İLE İLİŞKİLİ SOLUNUM BOZUKLUKLARININ ARAŞTIRILMASI

Aysin Kisabay Ak, Ayşegül Şeyma Sarıtaş, Melike Batum, Deniz Selçuki, Hikmet Yılmaz

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Manisa

Giriş ve Amaç: İnme hastalarının büyük çoğunluğunda özellikle obstruktif uyku apne sendromu (OUAS) olmak üzere uyku ile ilişkili solunum bozuklukları (USB) sık görülmektedir. OUAS inme için hem bir risk faktörü hem de inme sonrası bir komplikasyon olarak değerlendirilmektedir. OUAS'nun önlenabilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olması nedeni ile özellikle 55 yaş altı hastalarda tedavi önceliğindeki yerinin belirlenmesi, OUAS'nun tedavi edilmesi, ateroskleroz zemininde gelişen hastalıkların önlenmesine katkıda bulunulması koruyucu hekimlik amacının da yerine getirilmesi, böylelikle komplikasyonlar gelişmeden düşük maliyet ile tedavi gerçekleşmesiyle ekonomik ve toplumsal kayıpların azaltılmasına katkıda bulunulması hedeflenmektedir. Çalışmamızda 55 yaş altındaki genç stroke hastalarında polisomnografi (PSG) değerlendirmesi sonucu apne hipopne indeksine (AHI) göre; hastaları gruplara ayırarak, inme ve USB arasındaki ilişkinin etiyolojisi, nörolojik muayene skalaları ve ayrıntılı PSG parametreleri eşliğinde araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 55 yaşın altında inme geçiren 60 olgu çalışmaya alındı. Hastaların öyküleri demografik bilgileri (başvuru yaşı, inme yaşı, cinsiyet, Vücut Kitle İndeksi (VKİ), eğitim durumu), özgeçmiş, alışkanlıkları (sigara ve alkol), ve soygeçmiş özellikleri kayıt edildi. Trial of Org 10172 in Acute Stroke (TOAST) sınıflaması ile inme etiolojisi değerlendirildi. Fonksiyonelliği değerlendirmek için NIH İnme Skoru (NIHSS) ve Modifiye Rankin Skalası (MRS) hesaplandı. PSG için uyku servisine yatırılıp yapıldı. Hastalara rutin laboratuvar incelemeleri, radyolojik incelemeler yapıldı. Gündüz uyukluluğu değerlendirmek için Epworth Uyukluluk Skalası (EUS) yapıldı.

Bulgular: PSG sonucuna göre 7 normal, 10 primer horlama, 14 hafif OUAS, 11 orta OUAS, 18 ağır OUAS olgusu saptandı. Demografik veriler (başvuru yaşı, inme yaşı, cinsiyet, VKİ) gruplar arasında anlamlı farklılık göstermedi. NIHSS, MRS ve TOAST sınıflaması ile belirlenen gruplar arasında istatistiksel fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Özgeçmiş ve soygeçmişlerde aterosklerotik hastalıklara ve NIHSS alt parametrelerinden özellikle fasiyal asimetri, dizartirin ve disfajinin ağır OUAS grubunda daha sık olduğu gözlemlendi. İnme lokalizasyonu ile gruplar arası ilişki değerlendirildiğinde ağır OUAS hastalarında beyin sapı tutulumunun daha sık olduğu saptandı. Ancak aterosklerotik ve büyük damar hastalığının ağır OUAS grubunda kümelenmediği dikkati çekmektedir. Damar lokalizasyona göre ön sistem, arka sistem, ön ve arka sistem birlikteliği olarak gruplandırıldığında dolaşım sistemleri açısından farklılık olmadığı görüldü. Ayrıca hastaların infarkt alanları insuler bölge, beyin sapı ve hemisferik olmak üzere üç grupta incelenmiş, beyin sapı tutulumunun özellikle ağır OUAS grubunda olduğu

dikkati çekmiştir. EUS gruplar arasında karşılaştırıldığında ağır OUAS da belirgin farklılık olduğu dikkati çekmektedir ($p<0,05$). PSG parametreleri incelendiğinde uyku latansı, uyku süresi, REM latansı ve uykudaki periyodik bacak hareketleri indeksi ile gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. ($p>0,05$) Diğer parametreler (uyku etkinliği yüzdesi, REM süre yüzdesi, NREM 1-2-3 süresi yüzdesi, supin ve non supin pozisyonundaki minimum O2 düzeyi, REM ve NREM minimum O2 düzeyi, O2 saturasyon en düşük düzeyi, O2 ortalaması, desaturasyon süresi ve yüzdesi) anlamlılık saptanmıştır ($p<0,05$).

Sonuç: İnme etiolojisinde yer alan nedenlerden biri olan uyku ile ilişkili hastalıkların 55 yaş altında da yer aldığı bu yüzden bu konuya da diğer risk faktörleri kadar dikkat edilmesi gerektiği düşünülmektedir. İzole uykuda solunum bozukluklarının yanı sıra eşlik eden aterosklerotik hastalıkların varlığı konuyu daha da önemli hale getirmektedir. Bu konunun araştırılmasının önemi literatürde ilk kez vurgulanmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Genç Stroke, İskemi, NIH İnme Skoru, Polisomnografi, TOAST.

EP-007

İZOLE TALAMUS ENFARKTLARININ VASKÜLER LEZYON YERLEŞİM YERLERİNE GÖRE ETİYOLOJİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Aygül Tantik Pak¹, İlker Öztürk²

¹Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

²Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Adana

Giriş ve Amaç: Talamus, duyuşal ve motor sinyallerin serebral kortekse aktarılması, bilinç, uyku ve uyanıklığın düzenlenmesi de dahil olmak üzere birçok üst düzey nörolojik fonksiyonda rol oynar. Dört arter polar, talamoperforan, talamogenikulat ve posterior koroidal arteter tarafından beslenir ve talamik enfarktların, topografik bölgeleri klasik olarak bu dört arterin sulama alanına göre sınıflandırılır. Ancak görüntüleme yöntemlerinin gelişmesiyle varyasyonel alanlarında olduğu bildirilmiştir. Literatürde talamik enfarktların etiyojilerinde en sık küçük damar hastalığının veya kardiyembolizmin yer aldığı bildirilmektedir. Ancak vasküler lezyon alanına göre etiyojistik neden araştırılmasıyla ilgili literatürde yeterli çalışma yoktur. Biz çalışmamızda talamik enfarktların vasküler alanlarına göre etiyojistik nedenleri araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimizde 2010-2020 yılları arasında manyetik rezonans imgaging (MRI) de izole talamus enfarktüsü saptanan 70 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların sosyo demografik verileri, inme geçirme zamanları, TOAST sınıflamasına göre inme etiyojileri ve nörolojik muayene bulguları kaydedilmiştir.

Bulgular: Tüm hastaların yaş ortalaması $64,49\pm13,75$ (range between:33-81) olup kadın oranı %52.9 (n=33), erkek oranı %47.1 (n=33) idi. İskemik inme etiyojilerine göre hastaların %20'si (n=14) büyük damar hastalığı, %17.14'ü (n=12) kardiy embolik inme,

%10'u (n=7) küçük damar hastalığı, %11.43'ü (n=8) diğer %41.42'si (n=29) nedeni bilinmeyen gruptaydı. Hastaların enfarkt ile hastaneye ilk başvurdıklarında ki şikayetleri incelendiğinde en sık şikayetler uyuşma (%48.6), konuşma bozukluğu (%20), kol bacakta güçsüzlük (%15.7), bilinç bozukluğu (%7.1), baş dönmesi (%4.3) ve yürümede bozulma (% 2,9) şeklindeydi. Vaküler alanlara göre inme etiyojileri TOAST sınıflamasına göre değerlendirildiğinde en sık enfarkt alanı olan inferolateralde etiyojistik nedeni tespit edilemeyenler 16/35 (%45.71) en sık olup; inferolateral alanda ikinci en sık neden, büyük damar hastalığının 7/35 (%20) olmasıydı ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.431$).

Sonuç: Etiyojistik nedenler incelendiğinde bizim çalışmamızda nedeni saptanan etiyojiler arasında en sık neden büyük damar hastalığı olarak saptanmıştır. Klasik alan enfarktları ve varyatif alan enfarktları arasında da etiyojistik olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Talamogenikulat, Talamoperforan, Talamus, TOAST.

EP-008

SUBKORTİKAL LEZYON-AFAZİ İLİŞKİSİNDE SPECT İLE SEREBRAL KAN AKIMI İNCELEMESİ

Ulufer Çelebi¹, Mehmet Fevzi Öztekin², Nuriye Özlem Küçük³

¹Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Zonguldak

²Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Ankara

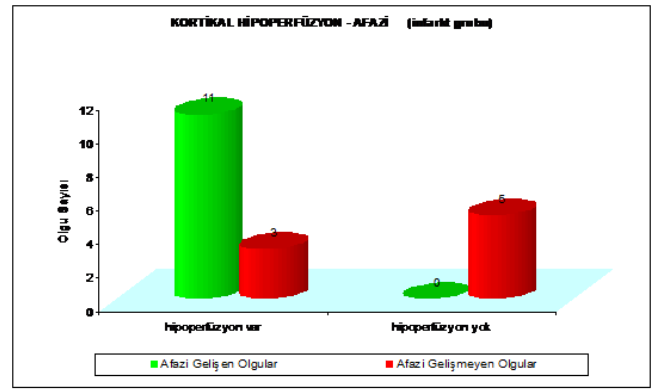
Giriş ve Amaç: Afazi, akut dönem inme hastalarının %21-38'inde görülür. Afaziye neden olan serebral lezyonlar, yapısal ve fonksiyonel değişiklikler içerirler. Lisan fonksiyonundan sorumlu birincil kortikal merkezlerin yanı sıra subkortikal yapıların da dil işlevlerinde rol oynadıkları tanımlanmıştır. Bu araştırma; subkortikal lezyon sonrası afazi gelişen ve gelişmeyen erişkin olgularda serebral kan akımını SPECT ile incelemek amacıyla planlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada inme semptomlarının ilk 3 gününde "serebrovasküler hastalık" tanısı alan olgular değerlendirildi. BBT ile dominant hemisfer subkortikal alanda sınırlı, tek lezyon saptanan bilinci açık olgular çalışmaya dahil edildi. Özgeçmişinde serebrovasküler hastalığı veya konuşma bozukluğuna yol açan bir hastalığı olanlar çalışmaya alınmadı. BBT'de; birden fazla subkortikal lezyonu olan, mevcut tek subkortikal lezyona bağlı kortikal etkilenme görülen, ek bir serebral lezyonu olan hastalar çalışmadan çıkarıldı. Lezyonun şift etkisinin görülmesi, ventriküle açılmış hemoraji varlığı dışlama kriteri olarak kabul edildi. Olguların nörolojik muayeneleri değerlendirildi, akut dönem serebrovasküler hastalık tedavisi uygulandı. Serebrovasküler hastalığın 7-10. günleri arasında Gülhane Afazi Testi uygulandı, olgular afazisi olan ve afazisi olmayan olarak iki gruba ayrıldı. Tüm olgulara; serebrovasküler hastalığın 7-28. günleri arasında, Beyin

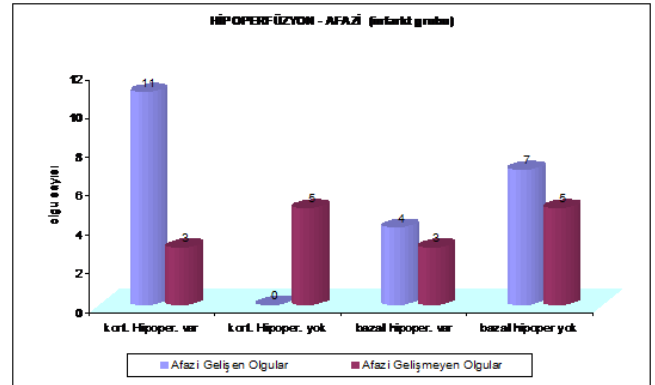
SPECT incelemesi yapıldı. Anatomik atlaslara göre her iki hemisferde ilgili alanlar belirlendi. Vizüel SPECT değerlendirmesi ve kantitatif çalışma yapıldı. Her bölge (frontal, ön parietal, parietotemporal bileşke, temporal, oksipital bölgeler, bazal ganglionlar) ayrı ayrı değerlendirildi. Anlamli bölgesel hipoperfüzyon varlığı araştırıldı. İstatistiksel incelemelerde ki-kare testi ve doğrulama testi olarak Mann-Whitney U testi kullanıldı. **Bulgular:** 14'ü erkek, 16'sı kadın toplam 30 hasta değerlendirmeye alındı. Tüm olgularda sağ el baskınlığı vardı ve BBT'deki lezyonların tümü sol hemisferdeydi. 30 hastanın 19'unda afazi tespit edildi, 11'inde afazi saptanmadı. Kortikal ve bazal bölgelerdeki perfüzyon bozukluğu ile afazi arasındaki ilişki araştırıldı. Dominant hemisferde kortikal hipoperfüzyonu olan 21 olgunun 15'inde (% 71,4), hipoperfüzyonu olmayan 9 hastanın 4'ünde (% 44,4) afazi vardı. Dominant hemisferde bazal ganglionları içeren bölgede hipoperfüzyonu olan 11 olgunun 7'sinde (% 63,6), hipoperfüzyonu olmayan 19 olgunun 12'sinde (% 63,1) afazi görüldü. İnfarktlı ve hematumlu tüm hasta grupları birlikte değerlendirildiğinde afazik olgularda, afazisi olmayanlara göre kortikal hipoperfüzyonun daha sık saptandığı görüldü, ancak farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi. BBT'de infarkt görülen 19 olgu ayrıca incelendi. İnfarktlı olgulardan dominant hemisferde kortikal hipoperfüzyonu olan 14 olgunun 11'inde (% 78,5) afazi mevcuttu. Kortikal hipoperfüzyonu olmayan 5 olgunun hiçbirinde afazi yoktu. Kortikal hipoperfüzyonla afazi arasındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p= 0,005) (Şekil 1). Bazal bölge hipoperfüzyonu ile afazi arasında bir ilişki görülmedi (Şekil 2). Frontal (p< 0,05), ön parietal (p< 0,02) ve oksipital bölge (p< 0,05) hipoperfüzyonunun afazi gelişimi ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi olduğu saptandı. (Şekil 3).

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre subkortikal lezyonların, BBT ile saptanamayan, ancak SPECT ile saptanabilen kortikal perfüzyon bozukluğuna yol açtığı görülmüştür. Subkortikal infarktlı olgularda, kortikal hipoperfüzyon ve afazi gelişimi arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur. Subkortikal hematoma ve afazi gelişimi arasında, subkortikal infarktlarda olduğu gibi anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum; olgu sayısının azlığından veya hematoma ile ilgili fizyopatolojik süreçlerin farklılığından kaynaklanıyor olabilir. Bu çalışma ile serebral lezyonların yapısal ve fonksiyonel değişiklikler açısından incelenmesinin değerli olduğu vurgulanmaktadır.

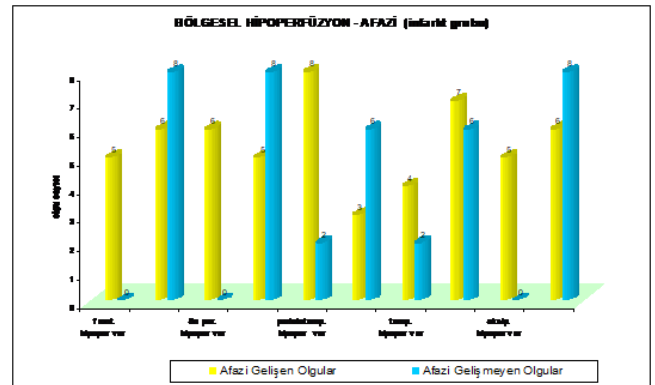
Anahtar Kelimeler: Subkortikal Lezyon, Afazi, SPECT, Serebral Kan Akımı



Şekil 1. İnfarktlı olgularda kortikal hipoperfüzyon ile afazi ilişkisi.



Şekil 2. İnfarkt grubunda, kortikal hipoperfüzyon ve bazal hipoperfüzyon ile afazi gelişiminin karşılaştırılması.



Şekil 3. İnfarkt grubunda, bölgesel hipoperfüzyon ve afazi ilişkisi.

EP-010

MOYAMOYA HASTALIĞI - OLGU SUNUMU

Burak Geçer¹, Mustafa Harun Şahin¹, Hesna Bektaş²

¹Ankara Şehir Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Şehir Hastanesi, Nöroloji Kliniği, ankara

Giriş ve Amaç: Moyamoya Hastalığı, adını anjiyografideki sigara dumanı görünümünden alan sebebi tam olarak bilinmeyen (non-aterosklerotik, non-inflamatavur, non-amiloid) intrakranial damarlarda kronik-ilerleyici darlık ve tıkanıklarla seyreden bir serebrovasküler hastalıktır. Japon ırkında sık rastlanan bu hastalık Türk toplumunda oldukça nadirdir. Biz, hastanemiz acil servisine akut iskemik serebrovasküler olay ile getirilip Moyamoya hastalığı tanısı alan 43 yaşındaki kadın hastamızı sunmayı amaçladık. **Olgu:** 43 yaşındaki kadın hasta yakınları tarafından acil

servise bilinç bulanıklığı ve 2 gündür olan sırt ağrısı nedeniyle getirildi. Özgeçmişinde 2016 yılında koroner angiyoğrafi öyküsü mevcuttu. İlk acil servis girişinde tansiyonu ölçülemeyecek kadar düşüktü. Nörolojik muayenesinde gözler spontan açık, koopere değil, anlamsız verbal çıkışı var, gözler sola bakmaya eğilimli, belirgin fasial asimetri yok, sağ üst ekstremiteler 1/5, sağ alt 2/5 motor kuvvette, sol üst ve alt ekstremiteler spontan hareketli, sağda Babinski pozitif, duyu ve serebellar testlere koopere değil şeklindeydi. NIHSS 17 olarak hesaplandı. Beyin tomografisinde akut patoloji saptanmadı. Difüzyon manyetik rezonans görüntüleme görüntülerinde sol talamus, internal kapsüle arka bacağı, sol oksipital lob kuneus-prekuneus düzeylerinde, süperior parietal girus seviyesine ve sol parahipokampal girusa uzanan, difüzyon kısıtlanması gösteren öncelikle sol posterior serebral arter sulama alanında difüzyon kısıtlanması alanı izlendi. Boyun-beyin BT angiyoğrafi tetkikinde bilateral internal karotid arter, inceleme alanına giren C1 segment distalinden itibaren ince kalibrasyonlu, C7 segment distaline kadar açık görüntüldü. Bilateral anterior serebral arter, orta serebral arterde kontrast dolumu izlenmedi (oklude). Sağ posterior serebral arter, hipofizial arterler ve posterior kominikan arterler aracılığıyla bilateral anterior serebral arter ve orta serebral arter trasesini sulayan ince kollateral vasküler yapılar izlendi. Bu bulgular evre 3-4 Moyamoya Hastalığı ile uyumlu olarak değerlendirildi. Bilateral vertebral arterler, baziler arter ve sağda posterior serebral arter açıldı. Sol posterior serebral arter P1 segment distalinde kontrast dolumu izlenmedi (oklude). Baziler tepede ise 5.5x13.8 mm boyutlarda 2.8 mm boyun genişliğinde sahip sakküler anevrizma izlendi. Toraks tomografide kalp boyutları artmış ve perikardiyal boşluktan en derin yerinde 1.5 cm ölçülen efüzyon rapor edildi. Çekilen torakoabdominal aorta anjiyografide internal mammarian - torasik - arter belirgin ince kalibrasyondaydı ve kontrast dolumu proksimalde zayıf olup distalde kontrast dolumu izlenmedi. Ekokardiyografide sol ventrikül apeksinde sıvama tarzında trombüs izlendi, duvar hareketleri hipokinetik ve EF %30 olarak değerlendirildi. Çekilen elektrokardiyografi ve kardiyak enzimlerin sonucuyla hastaya anterior miyokard infarktüsü tanısı konuldu ve LAD PCI yapıldı. Hasta metabolik ve hemodinamik olarak instabil olduğu için entübe edilerek yoğun bakımda takibe alındı ancak takiplerinde hasta exitus oldu.

Sonuç: Moyamoya hastalığı, özellikle Japon ırkında daha sık olup bizim toplumumuzda oldukça nadir rastlanan bir serebrovasküler hastalık olsa da, genç iskemik inmeli hastalarda ayırıcı tanıda akıldan tutulması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Etiyoloji, İnme, Kalıtsal, Moyamoya, Vasküler.

EP-011

SEPTİK ABORTUS İLE GELEN SEREBRAL VEN TROMBOZU OLGUSU

Burak Geçer¹, Mustafa Harun Şahin¹, Hesna Bektaş²

¹Ankara Şehir Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Şehir Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara

Giriş ve Amaç: Serebral ven trombozu (SVT), serebral venöz sistemin ve serebral sinüslerin trombozu olup serebral parankim hasarına ve beyin omurilik sıvısı emiliminin bozulmasına yol açarak baş ağrısı, fokal nörolojik defisitler, epileptik nöbetler, ensefalopati tablosu gibi klinik semptomlara neden olur. Serebral arteriyel inmelerekinden daha genç yaşta populasyonu etkilediği ve olguların kadın dominansı gösterdiği bilinmektedir. Kadınlarda gebelik, oral kontraseptif kullanımı gibi risk faktörleri SVT ile ilişkilidir. Biz, hastanemiz aciline baş ağrısı ve vajinal kanlı akıntı ile başvuran ve sonrasında nöroloji yoğun bakımımızda takip ettiğimiz 29 yaşındaki kadın hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: Daha önce bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan 29 yaşındaki kadın hasta vajinal kanlı akıntı ve baş ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Acil serviste yapılan nörolojik muayenesinde bilinci hafif konfü, kısmi koopere, konuşması tutuk, sol üst ekstremiteler 1/5, sol alt ekstremiteler 2/5 motor kuvvette, taban cildi refleksi solda ekstansör bulundu. Acil serviste beta-HCG 3600 mIU/ml olan hastanın ateşinin ve kötü kokulu kanlı vajinal akıntısının olması nedeniyle enfeksiyon hastalıkları ile kadın hastalıkları-doğum klinikleri önerileri alındı. Transvaginal ultrasonografide servikal os hizasında 12 mm gebelik materyali izlenmesi üzerine lokal anestezi altında steril şartlarda küretaj işlemi gerçekleştirildi ve septik abortus ön tanısıyla hastaya ikili antibiyoterapi başlandı. Hastanın çekilen kontrastsız beyin tomografisinde süperior sagittal sinüs ve sol transvers sinüs içerisinde trombüs gösterebilecek hiperdens görünüm, sağ parietal lobda venöz infarkt ile uyumlu hipodens görünüm ve bu düzeydeki sulkuslarda subaraknoid hemoraji ile uyumlu alanlar izlendi. Beyin manyetik rezonans görüntüleme ve MR Venografi'de ise sağ arka parietalde vertekse kadar yükselen geniş alanda korteks, subkortikal alanlarda belirgin ödematöz kalınlaşma ile birlikte korteks-subkortikal alanlar ile kısmen derin beyaz cevher alanlarında T1A sekanslarda hipointens, T2A sekanslarda hafif hiperintens sinyal değişiklikleri ve difüzyon sekansında da bu alanda özellikle kortikal yüzeylerde akut iskemik ile uyumlu difüzyon kısıtlanması izlendi. İskemik-ödematöz alan içerisinde sulkuslar içerisinde flair sekansında hiperintens subaraknoid kanama ile uyumlu alanlarda dikkati çekti. Bulgular venöz iskemik ve subaraknoid kanama ile uyumlu olarak yorumlandı. Solda transvers sinüste, sigmoid sinüste ve superior sagittal sinüste normal venöz akım izlenmedi ve venöz trombüs ile uyumlu olarak yorumlandı. Hasta nöroloji yoğun bakımda izleme alındı. Antikoagülasyona ve anti-ödem tedavilerine başlandı. Hastanın izlemi sırasında dirençli jeneralize tonik klonik nöbetleri oldu, antiepileptik tedavisi düzenlendi. MTHFR heterozigot mutasyon saptanan ve Protein-S aktivitesi düşük olan hastanın sol bacak ağrısı tariflemesi üzerine çekilen Doppler ultrasonografide akut derin venöz tromboz saptandı. Nörolojik açıdan stabil olan hasta antikoagüle edilerek taburcu edildi.

Sonuç: Baş ağrısı olan doğurganlık çağındaki genç kadın hastalarda serebral venöz sistem trombozları açısından dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İnme, Sinüs Trombozu, Venöz Tromboz.

EP-012

HEMORAJİK İNME İLE PREZENTE OLAN NÖROFİBROMATOZİS TİP 1 OLGUSU

Atakan Aydoğan, Mine Sezgin, Esmen Ekizoğlu Turgut, Nilüfer Yeşilot, Oğuzhan Çoban

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Amaç: Nörofibromatozis tip 1 (NF-1), otozomal dominant geçişli genetik bir hastalıktır. Bu hastalıkta en sık ortaya çıkan anormallikler cafe-au-lait lekeleri ve nörofibrom olarak bilinen cilt lezyonlarıdır. Serebrovasküler hastalıklar, NF-1 seyrinde nadir görülmektedir. Bu bildiride intraserebral hematom ile tanı alan bir NF-1 olgusu sunulacaktır. **Olgusu:** Elli beş yaşında erkek hasta ani gelişen konuşmada peltekleşme, baş ağrısı yakınmaları başvurdu. Özgeçmişinde 15 yıldır hipertansiyon (HT) ve koroner arter hastalığı öyküsü dışında özellik yoktu. Soygeçmişinde annesinin 38 yaşında, dayısının 40'lı yaşlarda intraserebral hematom nedeniyle kaybedildiği öğrenildi. Dokuz kardeşin 6'sında erken başlangıçlı HT tanısı vardı. Bir erkek kardeşinin 2 kez (hem iskemik hem de hemorajik) inme geçirme öyküsü vardı. Giriş nörolojik muayenesinde uykuya eğilimliydi, konuşması dizartikli ve sol hemiparezi vardı (NIHSS:6). Laboratuvar incelemelerinde hemogram, böbrek fonksiyon testleri ve karaciğer fonksiyon testlerinde, koagülasyon parametrelerinde özellik yoktu. Kranyal BT'de sağ putamende 3x1,5x2 cm çapında, sol putamen arka dış bölümünde 1,5x1x1 cm çapında iki adet akut intraserebral hematom ile uyumlu lezyonlar görüldü. Kranyal MR'da ek olarak sağ serebellar bölgede eski küçük bir infarkta uyumlu lezyon dikkati çekti. Kana duyarlı sekanslarda mikrokanaama odakları izlenmedi. Tedaviye dirençli ve erken başlangıçlı hipertansiyon ile çocukluğundan beri var olan bazıları ciltten kabarık, bazıları kahverengi cilt lezyonları olan hasta nörookütanöz hastalıklar açısından araştırıldı. Dermatolojik değerlendirmesi sonucunda lezyonların NF-1 ile uyumlu olduğu görüldü. Bu cilt lezyonlarının oğlunda, kızında ve torununda da olduğu öğrenildi. Eşlik edebilecek vasküler patolojiler açısından değerlendirmek üzere yapılan dijital substraksiyon anjiyografide ekstrakranyal karotis internada aşırı kıvrımlanma, sağ vertebral arterde hipoplazi, sol vertebral arter başlangıcında hafif darlık saptandı. Sağ renal arterde %50 darlık, darlığın distalinde 14 mm çapında anevrizma, sol renal arter alt pole giden kısımda 6-7 mm çapında anevrizma saptandı. NF-1'de görülen göz patolojileri açısından yapılan göz muayenesinde ve iskelet patolojileri açısından ortopedik muayenesinde özellik saptanmadı. Nörolojik muayenesi inmenin 7. gününde normal olan ve antihipertansif tedavi ile normotansif seyreden hasta 9. günde hastaneden çıkarıldı.

Sonuç: Nörofibromatozis tip 1 olgularında pediatrik ve erişkin yaş grubunda iskemik ve hemorajik inme olguları bildirilmiştir. Özellikle pediatrik yaş grubunda hemorajik

inme daha sık görülmektedir. Erişkin yaş grubunda ise inme olgularının daha genç olduğu ve HT dışındaki risk faktörlerinin daha az eşlik ettiği bilinmektedir. Serebral arterlerde stenoz veya oklüzyon, anevrizmalar ve arteriyovenöz fistül gibi artmış serebral vaskülopati insidansı vardır, ancak çoğu arteriyel anomali görüntüleme çalışmaları sırasında rastlantısal bulgular olarak tanımlanmıştır. En sık görülen vasküler anomaliler renal ve gastrointestinal sistemde görülür. Renal tutulumunda ise en sık görülen bulgu olgumuzda da saptandığı gibi renal arter stenozudur. NF-1 hastalarında HT yaygındır ve prevalans yaşla birlikte artar. Renal arterde anatomik bir daralma olduğu tespit edilen NF-1 hastalarının mutlaka renovasküler HT açısından değerlendirilmeleri gerekir.

Anahtar Kelimeler: İntraserebral Hematom, Nörofibromatozis Tip 1, Renal Arter stenozu.

EP-013

YENİ ORAL ANTİKOAGÜLANLAR ALTINDA İSKEMİK İNME; NEDEN OLUYOR, NASIL ÖNLENİR?

Mine Sezgin, Çağrı Ulukan, Esmen Ekizoğlu, Nilüfer Yeşilot, Oğuzhan Çoban

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Amaç: Yeni oral antikoagülanlar (YOAK) nonvalvüler atriyal fibrilasyonun neden olduğu kardiyembolik inmelerin tedavisinde giderek artan şekilde yer almaktadır. İnmenin ikincil korunmasında warfarin ile benzer etkinlikte olmaları, INR takibi gerektirmemeleri ve intrakranyal hemoraji riskinin daha düşük olması YOAK'ların iyi bilinen avantajlarıdır. YOAK altında iskemik inme geçiren olgular ise hem akut dönemde hem de inmenin ikincil korunmasında tedavi zorluklarını da beraberinde getirmektedir. Bu çalışmada YOAK altında iskemik inme geçiren olguların klinik özelliklerinin ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Dr. Edip Aktin İnme Ünitesinde Ocak 2015 ve Eylül 2020 arasında yatırılarak tedavi görmüş iskemik inme olgularının dosyaları ve inme veri bankası verileri retrospektif olarak taranarak YOAK altında inme geçiren olguların demografik bilgileri, klinik özellikleri ve risk faktörleri değerlendirilmiştir.

Bulgular: Yeni oral antikoagülanlar altında iskemik inme geçiren 20 hasta dosyasına ulaşıldı. Yirmi hastanın 12'si (%60) kadındı, ortalama yaş 72,2 (SD 8,65; 48-87) idi. Vasküler risk faktörleri değerlendirildiğinde 18 hastanın hipertansiyon, 8 hastanın diyabet ve 12 hastanın hiperlipidemi tanıları vardı. Ortalama CHA2DS2-VASc skoru 4,65 (SD 1,42) olarak hesaplandı. On biri iskemik olmak üzere 12 hastanın özgeçmişinde inme geçirme öyküsü vardı. Hastaların ortalama NIHSS soru 8,9 (SD 6,26) idi. Beş hastaya trombektomi, iki hastaya da intravenöz trombolitik tedavi uygulandı. Hastaların yarısı rivaroksaban, 5'i dabigatran, 4'ü apiksaban ve 1'i de edoksaban tedavisi altında iken inme geçirmişti. Hastaların %35 inde (7 hasta) doz aksatma ya da düzensiz kullanım öyküsü vardı. Üç hastanın

kullandığı YOAK dozu söz konusu molekül için önerilen doz şemasının dışındaydı. Oxfordshire Community Stroke Project (OCSP) sınıflamasına göre 5 hastada total anterior sirkülasyon infarktı, 6 hastada parsiyel anterior sirkülasyon infarktı, 7 hastada posterior sirkülasyon infarktı ve 2 hastada laküner sendrom saptandı. İnme natürleri değerlendirildiğinde hastaların %65'inde (13 hasta) inme natürü kesin kardiyembolik olarak belirlendi. Kalan 6 hastada birden fazla neden (büyük damar hastalığı ve kardiyembolik etyoloji) bulundu. Bir hastada atriyal fibrilasyon ile birlikte SLE ilişkili hiperkoagülabilitenin inme nedeni olabileceği düşünüldü. İnme geçiren olguların yeni tedavi şemaları düzenlendiğinde maksimum risk faktörü modifikasyonu ile birlikte 8 hastada farklı bir YOAK molekülüne geçildi. İki hastada aynı YOAK etkin doza çıkıldı. SLE tanısı olan bir hastada ise antikoagülasyona warfarin ile devam edildi.

Sonuç: Çalışmamızda YOAK altında inme geçiren vakaların yarısında düzensiz YOAK kullanımı ve uygun olmayan dozlarda kullanımı olduğu bulunmuştur. Kısa yarı ömürleri nedeniyle doz aksatma YOAK kullanımında önemli bir riski beraberinde getirmektedir. Bu nedenle hastaların ilaç uyumunu arttıracak tedavi stratejilerinin geliştirilmesi kardiyembolik inmelerin önlenmesinde önem taşımaktadır. Kardiyembolik natürde olmadığı düşünülen hastalarda YOAK etkin bir koruma sağlamayabilir, bilinen atriyal fibrilasyonu olan hastalarda da her hasta için inme natürü ve risk faktörleri ayrıntılı olarak değerlendirilmeli ve ikincil koruma tedavisi optimum hale getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Yeni oral antikoagülan, Atriyal fibrilasyon, Kardiyembolik inme.

EP-014

SEREBRAL VASKÜLOPATİ VE PUBERTA TARDA EŞLİK EDEN JUVENİL SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOSUS OLGU SUNUMU

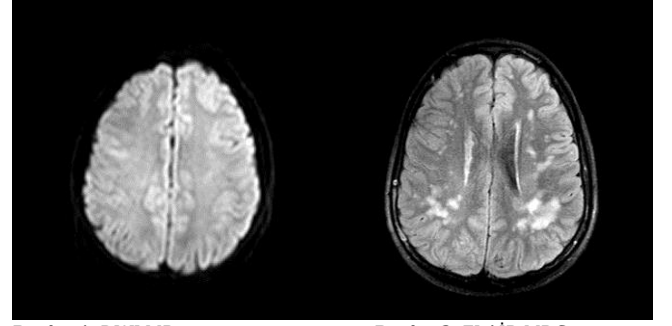
Fidel Demir, Abdullah Acar, Eşref Akıl

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

Sistemik lupus eritematosus (SLE) birçok sistem ve organda hasar oluşturan kronik otoimmün, inflamatuvar bir hastalıktır. Etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte genetik, hormonal ve çevresel faktörlerin otoimmüniteye neden olduğunu gösteren çok sayıda araştırma makalesi vardır. SLE, her yaşta görülebilmekle birlikte en sık 15-40 yaşları arasında ortaya çıkar. Olguların %15'i çocukluk ve adolesan dönemde tanı alır. SLE' nin çocuk ve adolesan yaş grubunda insidansı 1-6/100.000 iken erişkinlerde insidansı 20-70/100.000'dir. Erken yaşlarda tanı alan olguların büyük bir kısmı adolesan dönemdedir. Juvenil başlangıçlı SLE daha ağır bir tablodur. Sekonder sex karakterlerinde gelişim geriliği olan 19 yaşındaki erkek hasta etiyoloji açısından araştırılırken santral patoloji ekartasyonu açısından tarafımıza danışıldı. Çekilen kranial magnetik rezonans görüntülemesinde bilateral yaygın serebral vasküler tutulum görüldü. Vaskülit trombofili panelinde Lupus antikoagulanı pozitif olan ve juvenil sistemik lupus eritematosus (JSLE) tanısı konulan 19 yaşında

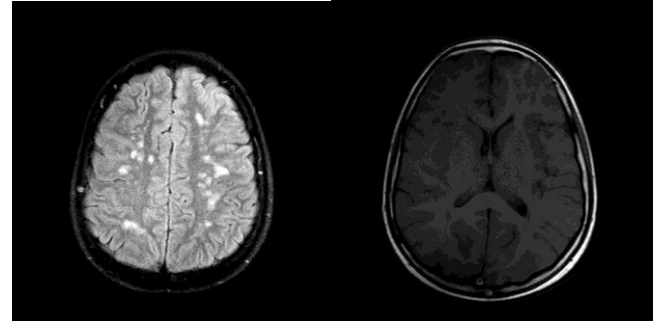
erkek hastayı klinik pratikte nadir rastlanan bir vaka olması sebebi ile klinik laboratuvar ve nörogörüntüleme bulgularıyla sunmayı uygun gördüm.

Anahtar Kelimeler: Lupus, Vasküpati, Puberta tarda.



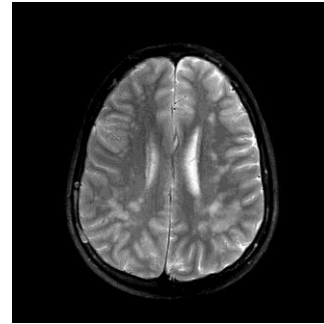
Resim 1. DWI MR.

Resim 2. FLAIR MRG.



Resim 3. FLAIR MRG.

Resim 4. T1W-SE MRG.



Resim 5. T2W-TSE MRG.

EP-015

SEREBROVASKÜLER HASTALIKLARIN NEDEN OLDUĞU PERİFERİK FASİYAL PARALİZİLERİN LEZYON LOKALİZASYONLARI

Fatma Yılmaz Can, Beyza Nur Çetin, Umur Poyraz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara

Giriş ve Amaç: Bu çalışmanın amacı serebrovasküler hastalıklara (SVH) bağlı akut gelişen santral kaynaklı periferik fasiyal paralizilerin (PFP) beyindeki lezyon lokalizasyonlarını araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: SVH tanısı alan periferik tip yüz felci başlangıcı gösteren 10 hasta belirlendi radyolojik ve klinik özellikleri araştırıldı. Beyin diffüzyon manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'leri incelendi, lezyon lokalizasyonları belirlendi.

Bulgular: 10 hastanın 4'ü kadın, 6'sı erkekti. Yaş aralığı 37-79 arasındaydı, yaş ortalamaları 57.2 idi. 3 hastada hipertansiyon, 3 hastada hipertansiyon ve diyabet, 2

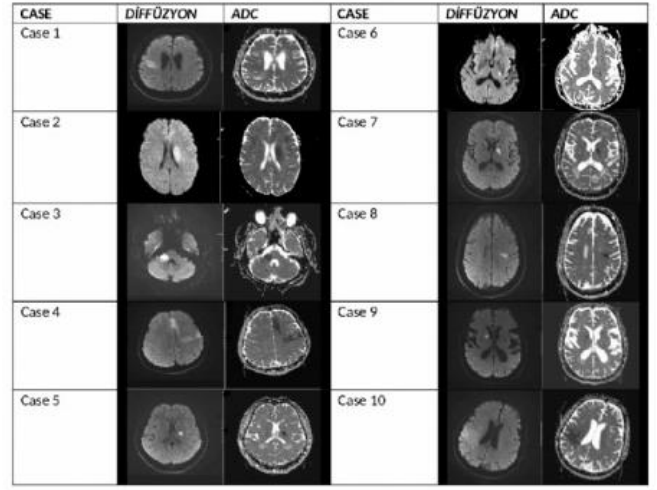
hastada kardiyak ek hastalık vardı.2 hastanın ek sistemik hastalığı yoktu.9 hastanın ek nörolojik defisiti vardı,1 hasta izole PFP idi.House- Brackmann derecelendirme sistemine göre 6 hasta grade 3,2 hasta grade 5,ve 2 hasta grade 2 idi.

Sonuç: Fasiyal sinirin supranükleer motor projeksiyonları presentral girusun alt 1/3 bölgesindeki kortikobulber lifler aracılığı ile sağlanır (1). Bu lifler korona radiatayı,internal kapsülü ve serebral pedinkülü geçerek ponsa ulaşır. Ponsta çoğu lif çapraz yaparak kontrlaterale bölgedeki fasiyal motor nükleus içinde sonlanır. Supranükleer lezyonlarda yüzün üst 1/3 kısmı korunur çünkü bilateral supranükleer innervasyonu mevcuttur (1). Klasik bilgi bu şekilde olmasına rağmen bazı çalışmalar kortikofasiyal projeksiyonların daha farklı alanlardan başladığı ve karmaşık projeksiyonlarının olduğunu ifade etmektedir. Bir çalışmada, yüz primer motor korteks alanının uyarılmasıyla karşı taraf üst yüzde yanıt alınamamış, ancak medial frontal bölgenin uyarılmasıyla düşük genlikli yanıtlar alınmış, bu da üst yüz motor kontrolünün primer motor korteks yerine medial frontal korteks tarafından regüle ediliyor olabileceğini düşündürmüştür (2). Maymunlarda kortikofasiyal projeksiyonlarla ilgili çalışmalar, alt yüz kaslarının esas olarak kontrlaterale primer motor korteksten projeksiyonlar aldığını, üst yüz kaslarının ise kontrlaterale primer motor korteksten az sayıda projeksiyonlar aldığını göstermiştir. Maymunlarda üst yüz bölgesinin, esas olarak bilateral rostral singulat korteks tarafından regüle ediliyor gibi görüldüğünü bildirmişlerdir (2). SVH geçiren ve santral fasiyal paralizisi olan hastaların perioral kasları transkraniyal manyetik stimülasyon ile incelendiğinde bilateral olarak kortikobulbar yolla innerve edildiği görülmüştür (3). Çalışmamızda singulat gyrusu etkileyebilecek 2 lezyon gördük (case 1 ve case 4), bu durum bize fasiyal sinir motor projeksiyonlarının sigulat gyrus bölgesinden başlayabileceğini düşündürdü.Genel bilgi supranükleer PFP'lerin pons lezyonlarında sık görüldüğü şeklinde olmasına rağmen ponsa yakın komşuluğu olan sadece 1 lezyon vardı (case 3). Vakaların çoğu korteksten ponsa uzanan desenden yoldaydı (case 2,5,6,7,8,9), House-Brackmann derecelendirme ölçeğine göre orta ve ileri derecede PFP'ler mevcut idi (6 hasta grade 3, 2 hasta grade5) bu durum hem üst hem alt yüz kaslarının daha ziyade kontrlaterale innerve edildiğini düşündürdü.

Anahtar Kelimeler: Serebrovasküler Hastalık, Lezyon Lokalizasyonu, Periferik Fasiyal Paralizi.

Kaynaklar

- 1-Paul W. Brazis, JoseC. Masdeu, José Biller. Localization in Clinical Neurology. Çeviri Edit. MuratEmre. Güneş Tıp Kitap Evleri. Ankara. 5.baskı. Sayfa 287-288.
- 2-Guillermo O Paradiso, Danny I Cunic, Carolyn A Gunraj, Robert Chen. Representation of facial muscles in human motor cortex. JPhysiol. 2005 Aug 15; 567(Pt 1): 323-336.
- 3-Nebil Yıldız , Cumhur Ertekin, Tolga Ozdemirkiran, Serpil Kuyucu Yıldız, IbrahimAydogdu, Burhanettin Uludag, Yaprak Secil. Corticonuclearinnervationtofacialmuscles in normal controlsand in patientswithcentralfacialparesis. J Neurol. 2005 Apr; 252(4): 429-35.



Resim. Beyin Diffüzyon Mr; vakaların beyin diffüzyon-ADC MR görüntüleri.

EP-016

ATRİAL FİBRİLASYON ÖYKÜSÜ OLAN VE MONOPLEJİ İLE PRESENTE OLAN FEMORAL ARTER EMBOLİSİ VAKA SUNUMU

Fidel Demir, Eşref Akıl

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

Giriş ve Amaç: İnme, akut başlangıçlı, 24 saat veya daha uzun süren vasküler kökenli, nörolojik defisitlerin olduğu ve ölüme sonuçlanabilen klinik bir durumdur. Bu hastaların % 80-85' ini iskemik inme oluştururken % 10-15 de hemorajik inme görülür. İskemik inmelerde en sık orta serebral arter sulama alanında oklüzyon görülürken anterior serebral arter oklüzyonu çok daha az sıklıkta görülmektedir. Tüm iskemik inmelerin % 20' si kardiyoembolik sebeplerle ortaya çıkmaktadır. Kardiyoembolik inme geçiren hastalarına % 50' de tespit edilen temel patoloji atrial fibrilasyondur (AF). AF bulunan hastalarda emboli riski AF bulunmayan hastalara göre 5 kat artmıştır.

Olgu: AF, diyabet ve hipertansiyon öyküsü olan 75 yaşındaki kadın hastada yaklaşık 10 saat önce aniden her iki alt ekstremitede güç kaybı gelişiyor. 30 dakika içinde dış merkez sağlık kurumuna götürülen hastanın yoldayken sağ alt ekstremitesindeki güçsüzlük şikayeti düzeliyor. Çekilen kranial diffüzyon ağırlıklı magnetik rezonans görüntüleme (MRG) hastanın kliniği ile uyumsuz subakut diffüzyon kısıtlılığı tespit ediliyor. İskemik stroke ön tanısı ile sevk alınan hastanın nörolojik muaynesi acil serviste yapıldı. Hasta ajite ve oryante koopere idi. Sol alt ekstremitede şiddetli ağrıdan kıvranıyordu.İşık ve kornea reflexi pozitif idi. Afazi, dizatri ve santral fasiyal paralizisi yoktu.Sol alt ekstremitesi plejik iken diğer ekstremiteler spontan hareketliydi. Her iki alt ekstremitede derin tendon reflexleri alınmıyordu. Her iki ekstremitede taban deri reflexi lakayttı. Sol alt ekstremitede palpasyonda soğuk idi ve nabız alınmıyordu. AF öyküsü olan hastanın mevcut muayne bulguları ve MRG birlikte değerlendirildiğinde emboliden şüphelenildi. Hastaya ivedilikle bilateral renkli doppler ultrasonografi (RDUS) çekildi. Çekilen RDUS'ta bilateral femoral arterlerde trifazik akım

paterni görülmesi ve bilateral popliteal arter, tibialis posterior ve dorsalis pediste akım gözlenmemesi üzerine hastaya femoral arter embolisi tanısı konuldu. Hastaya kalp damar cerrahisi tarafından femoral arter embolektomisi yapıldı.

Sonuç: Burada özellikle serebral patoloji ile uyumsuz klinik durumlarında özellikle atrial fibrilasyonu olan hastalarda emboli açısından daha dikkatli olunmasının hastaların yararına olacağını düşündüğümüz için bu vakayı sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Atrial fibrilasyon, Emboli, İnme

EP-017

SİSPLATİN TEDAVİSİ SONRASI GELİŞEN 3 İSKEMİK İNME OLGUSU

Ezgi Kula

Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Edirne

Giriş ve Amaç: Kanser hastalarında tromboembolik olayların mekanizmasında tümörün direkt etkisi, pıhtılaşma bozuklukları, enfeksiyon, kemoterapötik ilaçlar gibi faktörler rol oynamaktadır (1). Arteriyel tromboemboli bu hasta grubunda nadiren görülmektedir. Burada kemoterapi sonrası iskemik inme gelişen 3 olgu sunulmuştur.

Olgu 1: 57 yaşında hipertansiyon ve diyabet tanıları olan kadın hasta, metastatik safra kesesi kanseri nedeniyle sisplatin kemoterapisi (KT) almakta olup, 2. kür KT'den 2 gün sonra ani gelişen konuşma bozukluğu ve sağ kolunda güçsüzlük ile başvurdu. Hastanın çekilen difüzyon manyetik rezonans (DWI) görüntülemesinde özellikle solda belirgin olmak üzere her iki orta serebral arter (OSA) sulama alanlarında iskemi izlendi. Kardiyak değerlendirmesi normal, karotis-vertebral Doppler USG'sinde büyük damar stenozu saptanmadı. Sisplatine bağlı inme düşünüldü ve onkoloji tarafından tedavisi değiştirildi. Hasta asetilsalisilik asit (ASA) ve düşük molekül ağırlıklı heparin(DMAH) tedavisi ile takibe alındı.

Olgu 2: 60 yaşında erkek hasta, küçük hücreli akciğer kanseri nedeniyle aldığı 2. kür sisplatin tedavisinden 1 hafta sonra gelişen sol taraf güçsüzlüğü ile başvurdu. Hastada sağ OSA sulama alanında parçalı iskemi alanları izlendi. Kardiyak değerlendirmesi normal saptanan hastanın çekilen karotis-vertebral Dopplerde sağ common ve internal karotiste yoğun trombüs ve oklüzyon izlendi. Sisplatine bağlı inme düşünülen hastanın tedavisi değiştirildi. Antiagregan, antihiperlipidemik ve DMAH ile takiplerinde karotisteki trombüsler geriledi, rekanalizasyon sağlandı.

Olgu 3: 59 yaşında erkek, küçük hücre dışı akciğer kanseri nedeniyle aldığı 2.kür sisplatin tedavisinden 3 gün sonra sağ kolda güçsüzlükle başvurdu. Sol OSA inferior sulama alanında iskemi alanı izlendi. Kardiyak değerlendirme doğal, karotis -vertebral Dopplerde büyük damar oklüzyonu izlenmedi. Sisplatine bağlı inme düşünüldü. ASA ve DMAH tedavisi ile takibe alındı.

Sonuç: İskemik inme kemoterapinin nadir komplikasyonlarından olup literatürde bu hasta gruplarının takibi, tedavisi ve bunlara yönelik profilaksi gerekliliği açısından net bilgiler bulunmamaktadır.

Özellikle kemoterapötikler içinde sisplatin iskemik inmede en çok suçlanan ajandır.(2) Sisplatin tedavisinin ilk 2 küründe vasküler olayların daha sık ortaya çıktığı bildirilmiştir.(3) İskemik inme mortalitesi ve morbiditesi yüksek olan bir hastalık olduğundan, aterosklerotik risk faktörleri olan hastalar başta olmak üzere, sisplatin tedavisi başlanan malignite hastalarına tedavinin erken dönemlerinde profilaksi gerekir mi? Kemoterapi sırasında iskemik inme geçiren hastalarda akut ve kronik dönem tedavi yönetimi nasıl olmalı? Sorularına yanıt bulabilmek için daha geniş çaplı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: İskemik İnme, Malignite, Sisplatin.

Kaynaklar

- 1.Bick RL. Cancer-associated thrombosis. N Engl J Med 2003;349(2):109-11.
2. Czaykowski PM, Moore MJ, Tannock IF. High risk of vas- cular events in patients with urothelial transitional cell carcinoma treated with cisplati.n based chemotherapy. J Urol 1998;160(6 Pt 1):2021-4.
3. Kakkar AK, Williamson RC. Thromboprophylaxis in ma- lignant disease. Br J Surg 1995;82(6):724-5.

EP-018

EŞ ZAMANLI AKUT İSKEMİK İNME VE MİYOKARDİYAL ENFART

Özcan Kocatürk

Balıkesir Şehir Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Balıkesir

Giriş: Akut iskemik inme (Aİİ) ve miyokard enfarktüsü (MI) önemli mortalite ve morbidite nedenleri arasındadır. Her iki hastalığının temelinde arter oklüzyonuna bağlı doku harabiyeti vardır. Hızlı tanı ve uygun tedavi her iki hastalık için çok önemlidir. Zaman beyindir ve zaman miyokarttır. Erken dönemde revaskülarizasyon her iki hastalık içinde gereklidir. Koroner arterlere yönelik peruktan girişimsel uzun süredir yapılmakla beraber serebral damarlara yönelik olan endovasküler tedaviler son 5 yılda popülerlik kazanmıştır. Her iki hastalık için kanıt düzeyi yüksek tedavi yaklaşımları var iken bu iki durum aynı anda olursa nasıl bir tedavi yaklaşımı yapılacağı konusunda bilgilerimiz kısıtlıdır. Biz burda acil servise ST yüksekliğinin eşlik ettiği MI ve aynı zamanda majör damar oklüzyonu buluna akut iskemik inme hastasını sunmak istedik.

Olgu: 59 yaşında erkek hasta acil servise ani başlayan sol tarafta kuvvetsizlik yakınması ile başvuruyor. Semptom- kapı zamanın 145 dakika olarak hesaplandı. Nörolojik muayenesi; bilinç uykuya meyilli, baş ve gözler sağa devie, sağ nlo silik, dizatrik ve sol hemipleji (bilinç seviye: 1, oryantasyon:0, kooperasyon:0, gaze:2, görme alanı:2, fasial asimetri:2, sol kol:4, sol ayak: 4,ağrı hissi:1, konuşma:0, disatrrri:2 (NIHSS:18), Hastaya çekilen beyin BT: kanama yok, ASPECT:10 olarak hesaplandı. Ekg:NSR d2-3 AVF st elevasyonu bifazik 70/dk. Troponin-ı:8880 pg/ml (0-32) CK-MB:7,5 (0-7) ve EKG bulgularına göre hastaya subakut miyokart enfartusu tanısı konuldu (Hastanın öyküsünden 2017 yılında MI geçirmesinin ardından RCA ya stent konulmuş). Kardiyoloji subakut MI da IV tPA verilmesinin önermediği için hasta direk anjiyoya alındı. Önce kardiyoloji doktoru tarafından koroner anjio yapıldı. RCA stent yerinde oklüzyon saptanan hastaya balon ajioplasti ve tekrar stent

konuldu (resim 1-2). Hastaya 2 adet brilanta, coraspın N/G den verildi. Tirofiban infüzyonuna geçildi. Daha sonra trombektomi yapıldı. TICI:3 first pass elde edildi (resim 3). Sermptom- revaskülarizasyon zamanı 285 dakika(koroner işlem 60 dakika sürdü). İşlem sonrası hasta yoğun bakıma alındı. Bu dönemde tirofiban infüzyonu devam etmekte idi. Yoğun bakıma extube şelinde alınan hasta 2 saat sonra solunum arresti olması nedeniyle tekrar entube edildi. Çekilen kontrol beyin BT: sağ hemisferde yaygın hemorajik transformasyon ile uyumlu düşünülüp dekopresyon açısından beyin cerrahine danışıldı, yoğun anti-agregan kullanımı olan hastada cerrahi düşünülmedi. Hasta ertesi sabah beyin sapı refleksleri alınamıyordu. Takibinde beyin ölümü tanısı konuldu, aile organ naklini kabul etmedi.olay sonrası 4. Günde hasta exitus kabul edildi.

Sonuç: Eş zamanlı olan iskemik inme ve miyokardiyal enfart vakalarında literetürde yeterince veri olmadığı için hastaya göre karar verilmelidir. Her iki arteride revaskülerize edebileceği için IV tPA verimesi mantıklı görülmektedir. Ançak IV tPA kullanılamadığı durumlarda ilk hangi arterin revaskülerize edileceği kararını ilgili branşın uzmanı ile ortak karar vermek gerekmektedir. İki acil durum arasından hangisi daha çok acil ise ilk önce o damara yönelik revaskülarizasyon tedavisi yapılabilir. İşlem sonrası bakımda yine kar-zarar oranı göze alınarak hastaya göre karar vermek mantıklı görülmektedir. Bazen kalp damarını açık tutmak için verilen anti-agregant tedavi beyin iyi çok zararlı sonuçlar doğurabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: İskemik inme, Miyokardiyal enfartus, Trombektomi.



Resim 5. Trombektomi materyali. Resim 6. Kontrol BT.

EP-019

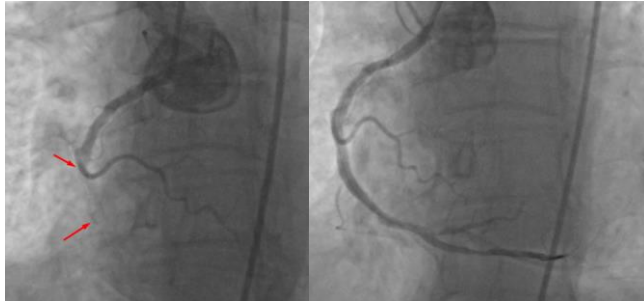
AJİTASYON TABLOSU İLE BAŞVURAN AKUT BİFRONTOMEDİAL SEREBRAL İNFAKTLI BİR OLGU

Ali Doğan

Bandırma Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Balıkesir

Giriş: Ajitasyon, aşırı motor aktivite, sözlü ve fiziksel saldırganlık içeren karmaşık bir sendromdur. Huzursuzluk, ajitasyon, saldırganlık şikayetleri ile başvuran takipte difüzyon MR görüntülemeye bilateral frontomedialde akut iske mi ile uyumlu görünüm izlenen bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 61 yaşında, erkek hasta acil servise ani gelişen huzursuzluk, ajitasyon şikayetleri ile başvurdu. Bilinen tip 2 diabetes mellitus, hipertansiyon ve sigara kullanım öyküsü mevcuttu. Başvurusunda vücut sıcaklığı 36.8 °C, solunum hızı 22/dk, kalp hızı 99/dk ve kan basıncı 170/120 mmHg idi. PO2 80, pCO2 33.3 ve SpO2 %96.7 idi. Elektrolit imbalansı yoktu. Karaciğer ve böbrek fonksiyon değerleri normaldi. Glukoz:467 mg/dl, crp:2.4 mg/l, WBC:17.500 10³/µL idi. Meningeal irritasyon bulguları negatifti. Plantar yanıt bilateral yanıtsızdı. Beyin BT'de akut patoloji yoktu..Difüzyon MR hareketlilik nedeni ile çekilemedi. Hasta yoğun bakım ünitesine alındı.Olası iskemik hadiseler e yönelik enoksaparin sodyum 0.4 cc 2x1, asa 300 mg 1x1 başlandı.Tam idrar tetkikinde ketonu negatif olan hastanın kan şekeri regülasyonu sağlandı.Hasta oksijen maskesini ve damar yolunu çıkarmaya çalıştı. Kendisine yaklaşıldığında personele vurmaya çalıştı. İlk olarak intravenöz klonazepam uygulandı.Ardından intramuskuler nöroleptikler uygulandı.Hastanede kalışının ilk 24 saati boyunca hastanın kendi güvenliği için ekstremit e kısıtlaması uygulandı. Total kolesterol:289 TG:928, LDL:177, HbA1c:7.66, EKG de sinüs ritmi, 80/dak idi. BOS incelemesinde glukoz:60 mg/dL proteini:545 mg/L, bos kültüründe üreme olmadı, bos hücre sayımında hücre görülmedi. 1 gün sonra yapılan difüzyon MR incelemede sağ ağırlıklı her 2 frontoparietomedial bölgede difüzyon kısıtlılığı izlendi. Karotis ve vertebral dopler usg de sağ CCA bulbus posteriorda 7x2 cm lik kalsifiye plak saptandı. 2 gün sonra saldırganlık azaldı.Fiziksel kısıtlama kaldırıldı. Yapılan kardiyak incelemede EKG de D3-AVF de Q dalgası geçirilmiş inferior MI ile uyumlu idi. Ekokardiyografide EF % 65 sol ventrikül hipertrofisi, eser mitral yetmezliği izlendi. Segmente duvar hareket kısıtlılığı izlenmedi. İntrakardiyaktrombus saptanmadı. Kardiyoloji tarafından kardiyak etyoloji düşünülmedi.



Resim 1. Sağ koroner arter işlem öncesi, daha önce konulan stent içi tromboz. Resim 2. Sağ koroner arter işlem sonrası.

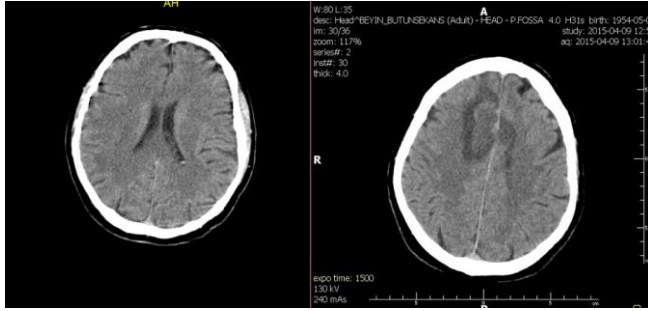


Resim 3. Sağ MCA işlem öncesi. Resim 4. Sağ MCA işlem sonrası.

Elektif şartlarda koroner anjiyografi önerildi. Tedaviye atorvastatin 40 mg, beloc 50 mg ve antihipertansif olarak ace inhibitörü eklendi. Karotis MR anjiyografide karotis ve vertebral arterlerde belirgin stenoz ve darlık saptanmadı. Yatışı boyunca spontan solunumda izlendi. Nöropsikolojik muayenede hastanın zaman ve mekanda yönelim bozukluğu olduğu, dikkat eksikliği olduğu ancak saldırganlık göstermediği görüldü. 3 ay sonra hasta ilgisizdi ve sürekli ileriye dönük bellek eksiklikleri vardı ancak saldırgan davranışları yoktu. Motor defisit yoktu.

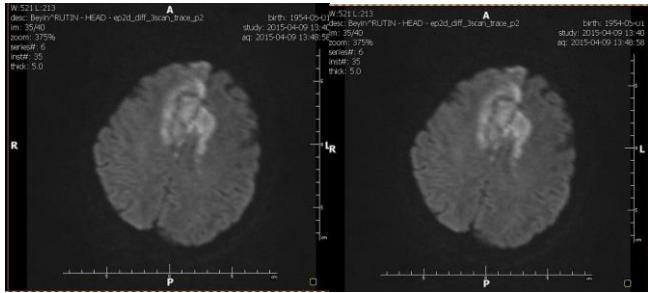
Sonuç: Davranış bozukluğu, kişilik değişiklikleri ile gelen bir hastada menenjit, ensefalit, metabolik bozukluklar etyolojide düşünülebileceği gibi akut iskemik serebral hadiselerinde bu tür semptomlara neden olabileceği akıldan tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ajitasyon, Frontomedial iskemi, Difüzyon MR.



Resim 1. Başvurusundaki beyin BT görüntüsü.

Resim 2. Başvurusundan 1 gün sonraki BT görüntüsü.



Resim 3. Başvurusundan 1 gün sonraki difüzyon MR görüntüsü.

Resim 4. Başvurusundan 1 gün sonraki difüzyon MR görüntüsü.

EP-020

POSTERİOR SİSTEM İNMELERİNE DİKKAT: OLGU SUNUMU

Seyma Benli, Ayaz Amraliyev, Cansu Ertürk, Recep Baydemir

Erciyes Üniversitesi, Nöroloji Ana Bilim Dalı, Kayseri

Giriş ve Amaç: Vertigo ve ataksi ile gelen hastalar nörolojik muayene ve kranial görüntülemeler açısından iyi değerlendirilmelidir. Posterior sistem enfarktlarında erken dönemde endovasküler tedavi hayati önem taşımaktadır.

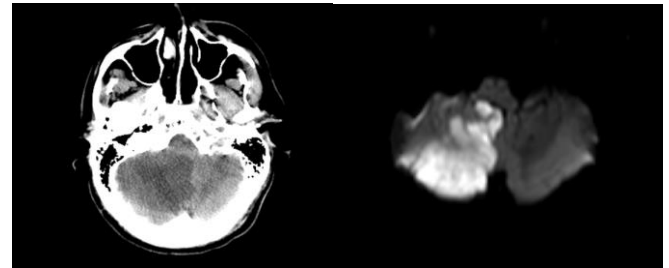
Gereç ve Yöntem: 32 yaşında erkek hasta 3 günden beri olan baş dönmesi, bulantı şikayetleri ile acil servise başvurdu. Daha öncesinde yapılan muayenesinde şikayetleri periferik vertigo olarak değerlendirilmiş. Semptomatik tedavi verilmiş. Ancak şikayetleri giderek artış göstermiş. Özgeçmişinde özellik olmayan hastanın nörolojik muayenesinde motor defisit saptanmadı ancak şuuru uykuya meyilli, kooperasyonu kısıtlı idi. Diffüzyon

MRG'de sağ serebellumda ve sağ bulbusda flairda da oturmuş enfarkt alanları görüldü. Bu nedenle endovasküler tedavi düşünülmeyerek medikal takibe alındı. Fakat serebellar ödemde artış ve şuurda gerileme olması üzerine cerrahi müdahale yapıldı. Geniş serebellar enfarktlarda 4. ventrikül komşuluğu nedeniyle yakın şuur takibi önemlidir. Ve ödeme sekonder gelişen bası bulguları açısından cerrahi tedavi medikal tedaviye üstünlük göstermektedir.

Bulgular: Olgumuz geç dönemde başvuru nedeniyle endovasküler tedavi düşünülmeyerek medikal takibe alındı. Fakat serebellar ödemde artış ve şuurda gerileme olması üzerine cerrahi müdahale yapıldı. Geniş serebellar enfarktlarda 4. ventrikül komşuluğu nedeniyle yakın şuur takibi önemlidir. Ve ödeme sekonder gelişen bası bulguları açısından cerrahi tedavi medikal tedaviye üstünlük göstermektedir.

Sonuç: Posterior sistem inmeleri tüm inmelerin %10-15 ini oluşturmaktadır. Genellikle kötü prognozludur ve % 80 oranında ise mortal seyretmektedir. Vertigo ile başvuran hastalar periferik vertigo ile karışması nedeniyle genellikle geç dönemde tanı almaktadırlar. Fakat erken dönemde yapılacak olan endovasküler tedavi ile baziler oklüzyonu olan hastalarda başarı şansı %45 civarında iken, mortalite oranı %16 civarında bildirilmiştir. Bu sebeple akut dönemde vertigo ve ataksi ile başvuran hastalarda nörolojik muayene, ayrıntılı anamnez ve görüntüleme yöntemleri hasta bazında hayati önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Endovasküler tedavi, Posterior sistem infarktı, Baziler oklüzyon.



Resim 1. BT.

Resim 2. MRG.

EP-022

VERTEBRAL ARTER DİSSEKSİYONUNA BAĞLI SPİNAL KORD İSKEMİSİ

Mehtap Kocatürk

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Balıkesir

Giriş ve Amaç: Vertebral arter disseksiyonu vertebro-baziler arter sisteminde iyi bilinen bir inme nedeni iken spinal kord iskemisinin nadir nedenleri arasında yer almaktadır. Biz burada uzun süredir var olan boyun ağrıları nedeniyle servikal tetik nokta enjeksiyonu sonrası gelişen vertebral arter disseksiyonuna bağlı spinal kord iskemisi gözlenen bir vakayı sunmak istedik.

Olgu: 61 yaşında erkek hastaya uzun süredir var olan boyun ağrıları nedeniyle algoloji polikliniğinde girişimsel

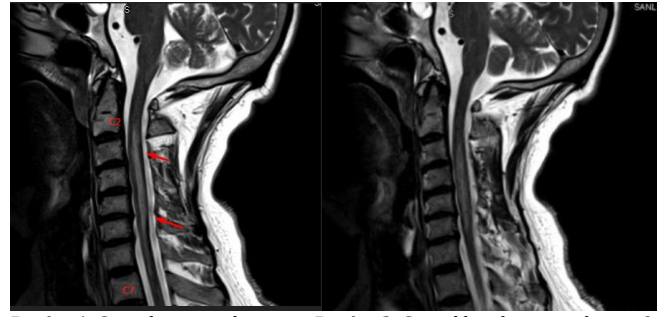
agrı tedavisi (epidural enjeksiyon?, servikal kök enjeksiyonu?, kas içi tetik nokta enjeksiyonu?) uygulanmış. İşlem sırasında herhangi bir sorunu olmayan hasta eve gönderildikten 3 saat sonra önce ayaklarında sonra kollarında gelişen kuvvet kaybı ile dış merkezde Guillain Barre tanısı düşünülerek yoğun bakıma yatırılmış. Takibinde 2. günde çekilen servikal magnetig resonans görüntüleme (MRG) de servikal spinal kord lezyonu saptanması üzerine hasta merkezimize yönlendirildi. Spinal kord lezyonunun ayırıcı tanısında vasküler nedenleri ekarte etmek için yapılan tetkikler sonucunda hastada servikal manipülasyon sonucu gelişen sağ vertebral arter diseksiyonu ve buna bağlı olarak spinal arterlerin oklüzyonunun neden olduğu spinal kord iskemisi düşünüldü. Hastanın bize başvuru muayenesinde flask tetraplejikti ve arefleksisi mevcuttu. Ayrıca idrar inkontinansı ve anal tonus kaybı vardı. Yüzün korunduğu boyun seviyesine kadar bütün duyu modalitelerinde kayıp mevcuttu. Biokimya ve hemogramı normaldi. 1,5 yıllık takibi sonucunda alt ekstremit motor muayene 5/5, üst ekstremit motor muayene 2/5 şeklindeydi. Bütün duyu modalitelerinde kayıp ve idrar inkontinansı devam ediyordu. Hasta kendi başına yardımsız yürüyemiyor ancak sandalyeden kalkıp yürüme pozisyonu alabiliyor (man in the barrel sendromu).

Tartışma: Spinal kord iskemisi nadir görülen bir durumdur. Bütün inmelerin %1 ini oluşturmaktadır (1). Spinal kord iskemisinin nadir görülmesinin sebebi olarak kordun yoğun kolleteral vasküler ağa sahip olması söylenebilir. Genellikle anterior spinal arter iki vertebral arterden köken alır. Ancak bazen tek bir vertebral arterden de köken alabilir. Vakamızda tek taraflı vertebral arter disseksiyonunun yaygın spinal kord iskemisine yol açma nedenini bu şekilde açıklayabiliriz. Yaygın servikal spinal kord lezyonlarının ayırıcı tanısı yapılırken iskemi de göz önünde bulundurulmalıdır. Hiperakut dönem inme tedavileri son yıllarda hızla gelişmektedir. Litaratürde akut spinal kord enfarktı için ılımlı sonuçlarla birlikte İV tPA kullanımını bildiren yayınlar bulunmaktadır. Spinal kord iskemisine erken dönemde tanı konulabilirse belki revaskülarizasyon tedavilerinden fayda görebilirler. Ancak mevcut hasta bize 2.günden sonra ulaştığı için iv trombolitik tedaviyi düşünmedik. Özetle nadir görülmesine rağmen akut spinal kord hasarı düşündürten klinik ile başvuran hastalarda dar terapatik pencereye sahip olan trombolitik tedavi şansı için erken dönemde spinal kord difüzyon MRG çekilmesinin faydası olabilir.

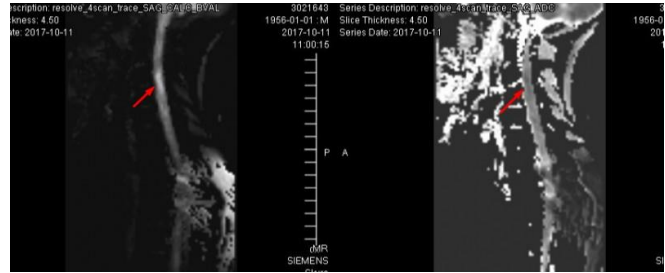
Anahtar Kelimeler: vertebral Arter Disseksiyonu, Spinal kord iskemisi, Trombolisis.

Kaynak

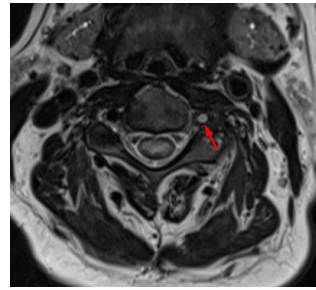
1. Kramer CL. Vascular Disorders of the Spinal Cord. Continuum (Minneapolis). 2018 Apr;24(2, Spinal Cord Disorders):407-426.



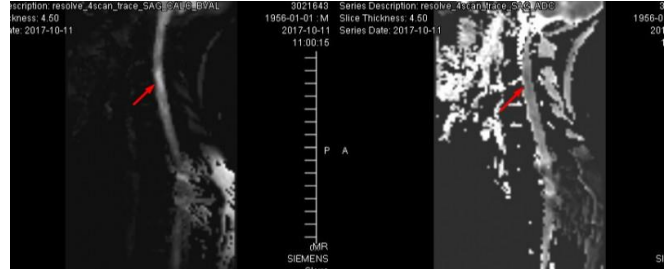
Resim 1. Spinal görüntüleme. Resim 2. Spinal kord görüntüleme -2.



Resim 3. Spinal kord difüzyon MRG-1



Resim 4. Vertebral arter disseksiyonu.



Resim 5. Servikal kord Difüzyon MRG.

EP-024

AURALI MİGREN VE İNME

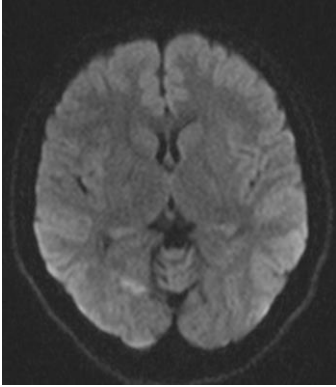
Sinan Eliacık, Serdar Aykaç, Funda Uysal Tan

Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Çorum

Sol tarafı görememe şikayeti ile acil serviste görülen 33 yaşındaki kadın hastanın özgeçmişinde: 16 yaşında başlayan tek taraflı zonklayıcı ağrı atakları vardı. Önceleri ayda veya iki ayda bir olan bu ataklar giderek şiddeti, süresi artarak kronik bir hale gelmişti. Hasta bu atakları analjeziklerle geçirmeye çalışıyordu. Ağrı ataklarının birçoğunda görsel aura tarifliyordu. Hastanın yaklaşık üç sene önce yine tek taraflı görme kaybı olmuş ancak bu şikayeti içinde sağlık kurumuna başvurmamıştı. Migrene yönelik atak veya profilaksi için tedavi almamıştı. Soygeçmişinde kız kardeşinde benzer tarzda baş ağrısı atakları olduğunu öğrendiğimiz hastanın, son baş ağrısı atağında, ağrı hafiflemeye

başladığında gelişen sol homonim hemianopi tariflemekteydi. Difüzyon manyetik rezonans görüntülemesinde sağ oksipital bölgede difüzyon kısıtlanması saptanan (resim) hastanın; auralı migren, inme ön tanıları ile genç inme tetkikleri, kardiyak değerlendirmesi yapıldı. İnme semptomları ile kliniğimizde takip ettiğimiz auralı migreni olan 33 yaşındaki kadın hastamız; inme, migren birlikteliği ile literatür eşliğinde sunulacaktır. Genç yaşta ortaya çıkan inmeler dramatik sonuçlar yaratmaları ve etyolojik faktörlerinin çeşitliliği nedeniyle nöroloji kliniklerinde ayrı bir önemle araştırılmaktadır. Migren, tekrarlayıcı baş ağrısı atakları ve otonom sinir sistemi bozukluğu ile karakterize yaygın, kronik bir bozukluktur. Migren semptomlarının oluşumundan vasküler değişikliklerde sorumludur. Her iki hastalıkta toplumda yaygın görülen ve büyük ekonomik maliyetten sorumlu nörovasküler bozukluklardır. Genç serebral iskemi olgularında migren birlikteliği dikkat çekmektedir. Migren hastalarında, artmış inme riskini bildiren çok sayıda literatür bulunmaktadır. Migren ve inme arasındaki ilişki mekanizması halen araştırılmakla birlikte, kırk beş yaş altındaki inmelerde migren bir risk faktörü olarak görülmekte, bu ilişki özellikle auralı migren ve arka sistem inmelerinde belirginleşmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnme, Migren, İnme Etiyolojisi.



Resim. sağ oksipital bölgede akut difüzyon kısıtlanması

EP-025

L-ASPARAJİNAZ TEDAVİSİ ALTINDAKİ AKUT LENFOBLASTİK LÖSEMİ OLGULARINDA AKILDA TUTULMASI GEREKEN BİR NÖROLOJİK KOMPLİKASYON: SEREBRAL VENÖZ TROMBOZ

Sultan Çağırıcı¹, Sibel Hacıoğlu²

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Denizli.

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Denizli.

Giriş ve Amaç: L-asparajinaz çocukluk ve yetişkin akut lenfoblastik lösemi (ALL) tedavisinde özellikle indüksiyon aşamasında önemli bir kemoterapötik ajandır. Ancak L-Asparajinaz tedavisi sık ve çeşitli advers olaylara yol açarak kemoterapinin gecikmesine veya kesilmesine neden olabilmekte ve ortaya çıkan yan etkilerin yönetiminde net bir öneri de bulunmamaktadır. Bu yan etkilerden biri olan tromboz, L-asparajinazın antitrombin III, protein C ve S gibi doğal antikoagülan

proteinleri azaltması sonucu ortaya çıkmaktadır. Serebral venöz tromboz (SVT), L-asparajinaz tedavisi alan ALL hastalarının %1-3'ünde bildirilmiştir. Bu yazıda nadir görülmesi sebebiyle SVT tanısı konan, L-asparajinaz tedavisi gören iki erişkin ALL olgusu ele alınmıştır.

Olgu 1: 40 yaşındaki erkek hasta hematoloji kliniği tarafından takipli ve PH negatif common pre B hücreli ALL tanısıyla MODİFİYE AUGMENTED R-HYPERCVAD (1, 3, 5 ve 7. kürler) alternated with high-dose methotrexate/ara-C (2, 4, 6 ve 8. kürler) (Ritüksimab, Vinkristin, Deksametazon, L-Asparajinaz, Siklofosamid, Doksorubisin, Sitarabin, Metotreksat) tedavisi almaktayken, 3. kür tedavisi için yatırıldığında baş ağrısı, görme bulanıklığı, kulakta uğultu yakınmalarına eklenen jeneralize tonik klonik vasıfta nöbet geçirme şikâyeti üzerine kraniyal görüntülemeleri yapıldı. Kontrastlı beyin magnetik rezonans (MR) ve MR venografi görüntülemesinde superior sagittal sinüs, konflüen sinuum, sağ transvers sinüs, sağ sigmoid sinüs ve sağ juguler ven proksimal kesimlerinde trombüs ile uyumlu görünüm, verteks düzeyinde parietal bölgelerde parasagittal yerleşimli yüzeyel venöz yapılar da trombüs, bilateral kronik subdural hematoma, bilateral durada diffüz kalınlaşma ve kontrast tutulumu, sağ temporal lobda, posteriorda FLAİR hiperintens ve SWI sekansta blooming artefaktı veren odak izlendi. Düşük molekül ağırlıklı heparin 6000Ü (DMAH) 2X1, asetazolamid 3x1, topiramate 2x50 mg ile yakınmaları kontrol altına alındı. Hastada herediter trombofiliye yönelik yapılan incelemelerinde patolojik bulgu saptanmadı. Hematoloji kliniği tarafından kemoterapi protokolünden L-asparajinaz ajanı çıkartılarak farklı bir kemoterapi planına geçilen hasta şu anda sorunsuz şekilde takip edilmektedir.

Olgu 2: 22 yaşındaki kadın hasta hematoloji kliniği tarafından PH negatif common pre B hücreli ALL tanısıyla MODİFİYE AUGMENTED R-HYPERCVAD (1, 3, 5 ve 7. kürler) alternated with high-dose methotrexate/ara-C (2, 4, 6 ve 8. kürler) (Ritüksimab, Vinkristin, Deksametazon, L-Asparajinaz, Siklofosamid, Doksorubisin, Sitarabin, Metotreksat) tedavisi almaktayken aynı şekilde 3. kür öncesi ani ortaya çıkan baş ağrısı, bulantı, kusma şikayetlerine yönelik çekilen kontrastlı beyin MR ve MR venografi görüntülemesinde superior sagittal sinüste, konflüen sinuumda, sol transvers ve sigmoid sinüste, sol jugularis interna distal kesiminde trombüs ile uyumlu olarak değerlendirilen yaygın dolum defektleri ve bu düzeylerde difüzyon ağırlıklı görüntülerde difüzyon kısıtlılıkları saptanması üzerine DMAH 6000Ü 2X1, asetazolamid 3x1 başlandı. Bu hastada da herediter trombofiliye yönelik yapılan incelemelerinde patolojik bulgu belirlenmedi. Tedavi planından L-asparajinaz çıkartılarak farklı bir kemoterapi planına geçilen hasta hematoloji kliniği tarafından sorunsuz şekilde takip edilmektedir.

Sonuç: Venöz tromboz, kanser hastalarında mortaliteye sebep olabilmesi açısından büyük önem taşır. ALL olgularında venöz trombozun mekanizması tam anlaşılamamakla birlikte hastalığın kendisi, tedavi ajanları, hastanın yaşı ve trombofili varlığı gibi faktörlerin katkısı olabileceği gösterilmiştir. SVT, ALL olgularında görülen tüm venöz trombozların üçte birini

oluşturmakta ve mortalite/morbidite ile ilişkili olması nedeniyle ayrı önem taşımaktadır. ALL tedavisinin ilk haftalarında görülen venöz trombozlar genellikle tedaviyle ilişkili olup, en çok L-asparajinaz, steroidler ve kombinasyonları sorumlu tutulmaktadır. Burada da ALL tanısı ile L-asparajinaz tedavisi alıp tedavinin erken döneminde SVT gelişen iki vaka ile bu konuya dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: ALL, L-Asparajinaz, Serebral Venöz Tromboz.

EP-026

İNTRASEREBRAL KANAMA İLE TAKİP EDİLEN GENÇ İNME HASTALARIN KLİNİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ – TEK MERKEZ DENEYİMİ

Serdar Baraklı¹, Esra Demir¹, Nihan Hanife Yılmaz², Hatice Kaplan¹, Harun Şahin², İldem Garanti², Güllü Tarhan², Rezzan Yıldız¹, Burak Geçer², Zeynep Büyükorhan², Duygu Engeç¹

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Şehir Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara

²Ankara Şehir Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara

Giriş ve Amaç: Tüm inme hastalarının yaklaşık %10-15'i genç inme hastasıdır. Genç inme hastalarının %3.7 ile %38.5 arasında değişen oranlardaki bir kısmı da intraserebral hemoraji (ICH) hastasıdır. 50 yaş altı genç erişkinlerdeki intraserebral kanamanın yıllık insidansı yaklaşık 100.000'de 5'tir. ICH'in klasik riski faktörleri gençlerde de benzerdir; ilaç kötüye kullanımı, gebelik ve postpartum periyot genç erişkinlere spesifik diğer önemli risk faktörleridir. Bu yaş grubunda ICH tedavi stratejileri kapsamlı olarak araştırılmamıştır. Bu çalışmanın amacı hastanemize başvuran genç intraserebral kanama hastalarının klinik ve demografik verilerini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Ankara Şehir Hastanesi Nöroloji Kliniği'nde Şubat 2019 – Ağustos 2020 tarihleri arasında; intraserebral hemoraji tanısıyla yatarak tedavi görmüş 18 – 55 yaş arası hastalar retrospektif olarak taranmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 30 hastanın yaş ortalaması 45.76 ± 7.35 olarak saptandı. Hastaların 21'i (%70) erkek, 9'u (%30) kadındı. Özgeçmişlerinde; 14 (%46,6) hastada hipertansiyon (HT), 4 (%13,3) hastada diabetes mellitus (DM), 1 (%3,3) hastada malignite, 3 (%10) hastada koroner arter hastalığı (KAH) mevcuttu. 3 hastanın daha önce geçirilmiş inmesi mevcut olup üçünün de geçmişinde intraserebral kanaması vardı. Bu hastalardan bir tanesinin önceki kanaması arteriovenöz malformasyon (AVM) nedeniyleydi. 2 hasta rutin hemodiyaliz programında kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastası olup 1 hastanın özgeçmişinde nörobruselloz vardı. 15 (%50) hastanın kanaması bazal ganglia (putamino-kapsuler ve nucleus caudatus), 6 (%20) hastanın kanaması lobar kanama, 6 hastanın kanaması talamus, 1 hastanın kanaması serebellum, 2 (%6,6) hastanın kanaması beyin sapı düzeyindeydi. 9 (%30) hastanın kanaması ventriküller açılan kanamaydı. 19 hasta motor semptomlarla, 10 hasta lisan ve konuşma bozukluklarıyla, 3 hasta duyu bozukluklarıyla, 1 hasta vestibüler, 1 hasta kognitif, 10 hasta nonfokal

semptomlarla başvurdu. Hastaların LDL değeri ortalaması 117,45 ± 45,03 mg/dL olup 16 hastanın LDL değeri 100 mg/dL'nin üzerinde saptandı. Önceden bilinen DM'si olmayan 7 (%23,3) hastaya prediabet, 4 (%13,3) hastaya DM tanısı kondu. 2 hastada serebral amiloid anjiyopati saptandı. Bu hastalardan bir tanesi takibinde exitus oldu. Hastaların hiçbirinde vaskülitik bir etyoloji saptanmadı. Hastaların yapılan beyin BT Anjiyografi (BTA) incelemelerinde intrakranial anevrizma saptanmadı.

Sonuç: Genç erişkinlerdeki ICH prevalansı artmaktadır ve kötü prognoza sahiptir. 3 aylık mortalite %17, 10 yıllık mortalite %25'ten fazladır. Uzun dönem özürllülük yaygındır. Ayrıca ICH rekürrensi ve residüel semptomlar sık görülür. Genç hastalardaki intraserebral hemoraji spesifik inme merkezlerinde multidisipliner olarak yönetilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hemoraji, İnme, İntraserebral, Kanama, Genç.

EP-027

ATRIEL FİBRİLASYONLU HASTALARDA İNME SEBEBLERİ

Yasemin Dinç, Hacı Mustafa Bakar

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Bursa

Giriş ve Amaç: Atrial fibrilasyon(AF), kardiyembolik inme nedenleri arasında baskındır ve tüm iskemik inmelerin yaklaşık% 25 ila% 30'u AF'ye bağlı emboli nedeniyle ortaya çıkar. Kardiyojenik emboli, AF'li hastalarda inmenin ana patofizyolojik mekanizması olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte, AF'li hastalarda iskemik inmeler, özellikle ek vasküler risk faktörleri olan yüksek riskli hastalarda, alternatif mekanizmalarla tetiklenebilir. Özellikle antikoagülasyon bu hastalarda nüksü önleyemeyebilir. Bu çalışmada, farklı inme patofizyolojik yollarını ve AF inme alt tiplerinin klinik özelliklerini ve optimal tedavi stratejileri üzerindeki etkilerini tanımlamak amacıyla AF'li hastalarda kardiyembolik dışı inme oranını saptamak amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2019-haziran 2019 tarihleri arasında Uludağ nöroloji servisinde yatarak tedavi görmüş 586 iskemik inmeli hasta retrospektif olarak taranarak 156 atriel fibrilasyonu olan hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Bütün hastaların risk faktörleri, inme etyolojileri, aldıkları tedavi, klinik sonuçları, iv trombolitik tedavi alıp almadıkları, mekanik tromboektomi yapıp yapılmadıkları kaydedilmiş. Yatan bütün hastalara eko, ritm holter, beyin boyun bt anjio, serebral MR'ları yapılmıştır.

Bulgular: Ocak 2019-haziran 2019 tarihleri arasında Uludağ üniversitesi tıp fakültesi nöroloji kliniğinde 580 hasta yatarak tedavi görmüştür. 156 hastanın atriel fibrilasyon vardı. 124 (%80) hastanın kronik atriel fibrilasyona varken, 32 (% 20) hastanın paroksizmal atriel fibrilasyonu vardı. Hastaların inme etyolojileri toast inme sınıflamasına göre sınıflandırılmış olup 131 (%83) hasta kardiyembolik inme, 15 (%10) hasta aterosklerotik damar hastalığına bağlı iskemik inme, 10 (%7) hastada küçük damar hastalığına bağlı iskemik

inmesi vardı. Atrial fibrilasyonu olan 156 hastanın 38'inde BT anjio ile aterosklerotik darlık saptandı. 156 hastanın 33 tanesinde anterior sistemde ateroskleroz, 18'i semptomatik ateroskleroz, 17 tanesinde posterior sistemde aterosklerotik darlık, 8'inde semptomatik darlık bulunmaktaydı. 156 hastanın 15 (%10) tanesine stent takıldı. Atrial fibrilasyonu olan hastalarda aterosklerozu olanlar ve olmayanlar kıyaslandığında yaş, cinsiyet, sigara kullanımı, hiperlipidemi, inme rekürrensi istatistiksel olarak anlamlı olup, HT varlığı, DM varlığı, lökoriaz, anterior yada posterior iskemik inme olması istatistiksel olarak anlamsızdır.

Sonuç: Atrial fibrilasyonlu hastaların bazılarında inmeye aterosklerotik mekanizmalar neden olabilir ve AF, bir rastlantısal veya aterosklerotik hastalığın bir belirtisi olabilir. Bu durumda kardiyembolik inmeyi aterosklerotik inmeden ayırt etmek çok zor olabilir. Önceki çalışmalara dayanarak, AF'li hastaların yaklaşık üçte biri kardiyembolik dışı inme geçirmektedir. Özellikle antikoagülasyon bu hastalarda nüksü önleyemeyebilir ve bu da inme alt tipine göre antitrombotik ajanların olası diferansiyel etkisini düşündürür. Atrial fibrilasyon sıklıkla ileri yaş, hipertansiyon, diabetes mellitus, sigara içimi, hiperlipidemi ve yüksek dereceli karotis arter stenozu gibi aterosklerotik inmeye neden olabilecek diğer birçok faktörle ilişkilidir. İnme AF'li hastaların % 50'sinde bir dereceye kadar karotis stenozu görülür ve % 11 ile % 24'ünde yüksek dereceli stenoz (>% 50) veya tıkanıklık görülür. Bu hastaların önemli bir kısmında semptomatik arterde yüksek dereceli stenotik lezyon, olası bir aterosklerotik inme mekanizması olduğunu düşündürmektedir. Atrial fibrilasyonlu her hasta kardiyembolik inme değildir. İnme rekürrensini önlenmesi için tüm mekanizmalar akıldan tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Atrial fibrilasyon, Nonkardiyembolik inme, Aterosklerotik damar hastalığı.

EP-028

MEKANİK TROMBEKTOMİ YAPILAN HASTALARDA ETYOLOJİNİN ANJİOGRAFİK BAŞARIYA ETKİSİ

Çiğdem Deniz¹, Aslı Yaman², Talip Asil³

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

³King Hamad University Hospital, Nöroloji Ana Bilim Dalı, Bahreyn

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada, endovasküler tedavide rekanalizasyon işlem başarısına; semptomların başlangıcından tedavinin başlangıcına kadar geçen süre, geçiş sayısı, işlem süresi, işlem tekniğiyle olan ilişkisinin değerlendirilmesi ve ek olarak inme risk faktörleri, inmenin altta yatan patogenezi, ve pıhtı özelliğinin rekanalizasyona etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya retrospektif olarak Memorial Hizmet Hastanesi İnme Ünitesinde 2017 Ağustos-2019 Haziran tarihleri arasında mekanik trombektomi yapılan 109 hasta alındı. 18-90 yaş arası,

anterior sirkülasyon inmesi, geliş The National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) skoru >6, bilgisayarlı tomografi (BT) de erken dönem iskemi bulguları, BT anjiyografide proksimal arter oklüzyonu olup, mekanik trombektomi yapılan hastalar değerlendirildi. Hastaların geliş NIHSS skorları, iv tpa (intravenöz doku plazminojen aktivatörü) alıp almadığı, anjio ünitesine alınmasına kadar geçen süre, kasık girişi zamanı, pass sayısı (geçiş sayısı), rekanalizasyon zamanı, rekanalizasyon derecesi, işlem süresi, arter sulama alanı, işlem tipi ve işlem komplikasyonu gibi parametreler kaydedildi. Hastalarda rekanalizasyon başarısı, Thrombolysis In Cerebral Ischemia Score (tıc1) 2a tıkalı damar yatağının 2/3 'den azında kısmi dolum, tıc12b tam dolum ancak yavaş akım ve tıc13 tam perfüzyon olarak değerlendirildi. Ayrıca hastaların demografik verileri yaş, cinsiyet, inme risk faktörleri ve inme etyolojileri, klinik takipte 3. ay modifiye rankin skorları (mRS) kaydedildi.

Bulgular: 55'i (%50,5) kadın 54'ü (%49,5) erkek olmak üzere toplam 109 hasta, ortalama yaş 67,3±12,9 olarak izlendi. Hastaların 47'si (%43,1) aterosklerotik, 62'si (%56,9) kardiyembolik etyolojiye sahipti. Rekanalizasyon başarısı tıc1 2b ve 3 oranı 91 hasta da %83,4 olarak bulundu. Komplikasyon 3 hastada %2,8 oranında izlendi. Kardiyembolik ve aterosklerotik grupta rekanalizasyon başarı dağılımı anlamlı (p > 0.05) farklılık göstermemiştir. Kardiyembolik grupta işlem süresi aterosklerotik gruptan anlamlı (p < 0.05) olarak daha yüksekti. Kardiyembolik grupta pass süresi ve pass sayısı ≥ 2 olup aterosklerotik gruptan anlamlı (p < 0.05) olarak daha yüksekti. Pass sayısı ≥ 2 olan grupta EKG'de (elektrokardiografi) AF (atrial fibrilasyon) oranı, pass sayısı 1 olan gruptan anlamlı olarak daha yüksekti. İşlem süresi > 60dk (dakika) olan grupta pass süresi, pass sayısı, işlem süresi ≤ 60 olan gruptan anlamlı (p < 0.05) olarak daha yüksekti. Pass sayısı ≥ 2 olan grupta mRS skoru 2 üzeri hasta oranı, pass sayısı 1 olan gruptan anlamlı olarak daha yüksekti. Kardiyembolik grupta hastaların yaşı aterosklerotik gruptan anlamlı (p < 0.05) olarak daha yüksekti. Rekanalizasyon başarısız olan grupta hastaların yaşı, başarılı olan gruptan anlamlı (p < 0.05) olarak daha yüksekti. Yaş > 65 olan grupta EKG' de AF oranı yaş ≤ 65 olan gruptan anlamlı (p < 0.05) olarak daha yüksekti. Rekanalizasyon başarısız olan grupta mRS skor ortalaması, 2 üstü mRS olan hasta oranı rekanalizasyon başarılı olan gruptan anlamlı (p < 0.05) olarak daha yüksekti. Tandem oklüzyon olan grupta pass süresi, pass sayısı tandem oklüzyon olmayan gruptan anlamlı (p < 0.05) olarak daha yüksekti. Tandem oklüzyon olan grupta mRS skoru, mRS skoru 2 üstü hasta oranı tandem oklüzyon olmayan gruptan anlamlı (p < 0.05) olarak daha yüksekti.

Sonuç: Kardiyembolik etyolojiye sahip hastalarda yaşın daha ileri, endovasküler sürecinse daha zorlu olması, rekanalizasyon başarısı ve 3.ay mRS ortalaması açısından fark yaratmamıştır. Hatta 3.ay mRS skorları kardiyembolik grupta daha iyi izlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Endovasküler, İnme, Etiyoloji.

İNME DEN KORUNMADA EĞİTİM VE CİNSİYET FAKTÖRÜ: ANKARA ACROSS SUBGRUP ANALİZİ

İrem Erkent¹, Mehmet Akif Topçuoğlu¹, Mine Hayriye Sorgun², Hale Zeynep Batur Çağlayan³, Canan Togay Işıkkay², Bijen Nazliel³, Ethem Murat Arsava¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş ve Amaç: Profeksi bağlamında genel kardiyovasküler hastalık epidemiyolojik verilerinin hem inme hem de ülkemiz için doğrudan adaptasyonu eksik olup klinik pratiğe aktarımı problemler içerir. Literatürde kadın cinsiyet ve düşük eğitim seviyesinin artmış inme riski ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bu araştırmada ülkemizde bir kent kohortunda inme risk faktörü kontrolünde hastalarının cinsiyet ve eğitim profilinin etkisi belirlenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız prospektif olarak kaspamli inme merkezi şeklinde fonksiyon gören üç araştırma üniversitesi (Ankara ACROSS) bünyesinde toplamda 787 akut iskemik inme hastasının klinik ve laboratuvar verileri dahil edilerek gerçekleştirildi. İnme anında inmenin önlenabilirliği “Yaşamsal 7” (hipertansiyon, diabetes mellitus, hiperlipidemi, sigara, obezite, diyet ve fiziksel aktivite) faktörlerinin ne oranda kontrol altında olduğuna göre değerlendirildi. Eğitim seviyesi ve cinsiyetin inme önlenabilirliği üzerine etkileri ikili ve çok değişkenli modeller kullanılarak incelendi.

Bulgular: Çalışmamıza dahil olan hastaların %65'i ilk öğretim düzeyi veya altında eğitim almışlardı; %42 hastamız ise kadın idi. Düşük eğitim seviyesi “Yaşamsal 7” faktörlerinden, kötü diabetes mellitus kontrolü, sigara kullanımı, obezite, yetersiz fiziksel aktivite ve kötü beslenme alışkanlıkları ile anlamlı bağlantı göstermekteydi; bu grupta önlenabilir inme varlığı (≥ 4 faktörde kontrolsüzlük) %52 oranında mevcut iken, lise veya daha üstü seviyede eğitilmiş grupta bu oran %43 olarak saptandı ($p=0,012$). Kadın hastalarda obezite ve yetersiz fiziksel aktivite varlığı erkeklerden anlamlı olarak fazla iken, daha az sigara kullanımı mevcut idi. Genel olarak eğitim seviyesi açısından da erkeklerle göre daha dezavantajlı olan kadınlarda önlenabilir inme oranı sayısal olarak daha fazla idi (%52'ye %47; $p=0,108$). Çok değişkenli analiz modellerinde düşük eğitim süresinin yetersiz risk faktörü kontrolü için bağımsız risk faktörü olduğu tespit edildi ($p=0,029$).

Sonuç: Düşük eğitim düzeyi kötü inme risk faktörü kontrolü için bağımsız bir risk faktörüdür. Bu bağlantı kadınlarda daha fazla görülen risk faktörü kontrol seviyesi düşüklüğünü de açıklayıcı niteliktedir. Eğitim düzeyi düşüklüğünün kendisi de potansiyel olarak önlenabilir olmakla birlikte, bu gruplarda “önlenabilir inmenin önlenilmesi” için ülkemize has ilave stratejilerin geliştirilmesi gerektiği açıktır.

Anahtar Kelimeler: Cinsiyet, Eğitim, Önlenabilir İnme.

BİR İNME TAKLİTÇİSİ; RAMSEY-HUNT SENDROMU İLE TETİKLENEN POST-STROKE RECRUDESCENCE SENDROMU

Eda Çoban

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

Giriş ve Amaç: İnme semptomları ile acile başvuran hastalar değerlendirildiğinde, çok sayıda vasküler dışı hastalık süreçlerinin de inme benzeri bir tablo ile başvurabileceği görülmektedir. Bu gibi inme taklitçilerinin tanınması amacıyla hastanın hikaye, fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri ile dikkatli değerlendirilmesi gereklidir. Biz olgumuz ile inme taklitçilerinden biri olan ve nadir bilindiğini düşündüğümüz post-stroke recrudescence sendromunu sunarak bu konuda farkındalık yaratmayı amaçladık.

Olgusu: 70 yaş K hasta 3 ay önce boynun sol tarafında kulağa yayılan ağrı sonrası gelişen kırmızı renkte içi sıvı dolu döküntüler nedeniyle acile başvurarak zona tanısı alıyor ve Asiklovir 750 mg/gün başlanıyor. DM, HT, HL tanıları olan hastanın 6 yıl önce sağ gözde dışa bakış kısıtlılığı nedeniyle Balıkesir DH de yatışı olduğu, 2 yıl önce tansiyon yüksekliği sonrası gelişen ve yaklaşık 1 ay süren dengesizlik, yürüme güçlüğü yakınması ile yapılan tetkiklerinde özellik saptanmadığı öğreniliyor. Asetilsalisilik asit, klopidoğrel, antihipertansif, oral antidiyabetik, insülin ve antilepidemik tedavi alan hastanın döküntülerden 2 hafta sonra yüzünde kayma, gözünü kapayamama şikayeti geliyor. Hastaya Ramsey Hunt sendromu tanısı konularak 3000 mg/g Valasiklovir, 1 mg/kg oral prednol, 2400 mg/g Gabapentin başlanıyor. Hastanın fasial paralizisi ile eş zamanlı yürümede dengesizlik yakınması da geliyor. Nörolojik muayenesinde sol nasolabial sulkusu silik, solda kaş kaldıramıyor, sol göz kırpmaya zayıf ve ataksik olan hastanın 2 kez çekilen Diffüzyon MR ında akut lezyon saptanmıyor, beyin MR ında kronik periventriküler çok sayıda iskemik lezyon, pons sağ yarımında kronik enfarkt tespit ediliyor. 1 aylık antiviral tedavi ve kortikosteroid tedavisi sonrası hastanın tüm bulguları geriliyor.

Sonuç: Post-stroke recrudescence sendromu infeksiyon başta olmak üzere çeşitli nedenlerle tetiklenen bir inme taklitçisidir. Bu gibi inme taklitçilerinin tanınması hastanın gereksiz inme tedavisinden ve buna bağlı gelişebilecek komplikasyonlardan korunmasını sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: İnme, Recrudescence Sendromu, İnfeksiyon.

SİLDENAFİL KULLANIMINA BAĞLI BİLATERAL POSTERİOR SİSTEM ENFARKTI

Gökhan Görken, Bilal Bayram

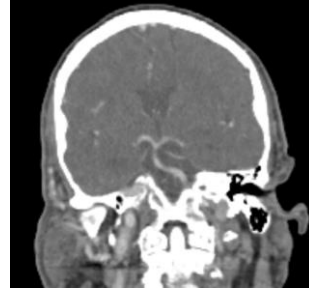
Van Yüzüncüyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Van

Giriş ve Amaç: Sildenafil sitrat erektil disfonksiyon, pulmoner hipertansiyon gibi durumların tedavisinde kullanılan bir fosfodiesteraz inhibitörüdür. Baş ağrısından serebrovasküler olaya kadar çeşitli santral sistem yan etkileri şimdiye kadar tanımlanmıştır. Biz bu sunumumuzda sildenafil kullanımına bağlı, ölümcül posterior sistem enfarktı sonucu ex olan bir olgumuzu paylaştık.

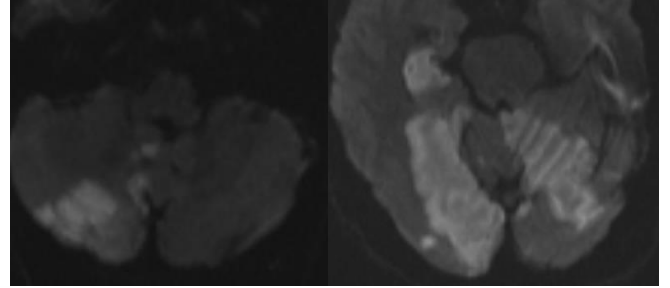
Olgu: 54 yaşında bilinen herhangi bir aktif hastalık veya vasküler risk faktörü bulunmayan erkek hasta acil servise 3 gündür olan baş dönmesi ve denge bozukluğu şikayeti ile başvurdu. Nörolojik muayenesinde bilinç açık, koopere, oryante, lateralizan defisit yok, ataksisi ve diplopsi mevcuttu. Çekilen difüzyon mr görüntülemelerde sağ serbelellumda parçalı difüzyon kısıtlaması mevcuttu. Hasta etyoloji ve tedavi amaçlı yatırıldı. Öz geçmişinde 2 yıldır haftada 2 defa olan sildenafil kullanımı mevcut olup, son 3 aydır kullanmadığını, fakat baş dönmesi öncesinde 2 defa kullandığını ve şikayetin de bu kullanımdan sonra başladığını ifade etti. Hastaya yapılan etyolojik incelemelerden EKG (elektrokardiyografi), EKO (ekokardiyografi), karotis ve vertebral dopler, koagülasyon faktörleri, hemetolojik ve vaskülitik değerlerin tamamı normal saptandı. Yatışının yaklaşık 28. saatinde genel durumda kötüleşme olan hastanın bilinci koma seviyesine kadar geriledi. Hemen çekilen difüzyon mrda bilateral serbeller, talamus ve bilateral oksipitalde yaygın kısıtlamaları olan hasta BT-Anjio çekilerek, girişimsel ünitemize alındı. Anatomik uygunsuzluk nedeniyle görüntüleme dışında işlem yapılamadı. Yoğun bakım ünitesinde 1 hafta takip edilen hasta, takiplerinde düzelme saptanmadı ve ex oldu.

Sonuç: Eretil disfonksiyon için kullanılan sildenafilin birçok periferik ve kardiovasküler yan etkileri gösterilmiştir. Bu yan etkiler içerisinde serebral enfarkt, baş ağrıları, vizuel defektler gibi nörolojik bulgular da sık görülmektedir. Nörolojik semptomların daha çok posterior vasküler dolaşımı etkilediği de dikkati çekmektedir. Biz bu sunumumuzda, sildenafil kullanımının bir yan etkisi olarak, seçici ve ölümcül olarak posterior sistemde bilateral enfarktlar saptadığımız bir olgumuzu sunduk. Bu olgu sunumumuz ile özellikle risk faktörleri olan kişilerin sildenafilin ölümcül sonuçları olabileceğini gösterip, kullanımda dikkatli olunmasını amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Sildenafil, Viagra, Posterior Sistem, Enfarkt, Bilateral.



Resim 1. BT anjio görüntüleri.



Resim 2. Acile ilk başvuruda çekilen DWI.

Resim 3. İlk difüzyondan 28 saat sonrası kötüleşmede çekilen DWI.

EP-037

PERCHERON ARTER HASTALIĞI-OLGU SERİSİ-RADYOLOJİK ÖZELLİKLER VE ETYOLOJİK NEDENLER AÇISINDAN RETROSPEKTİF İNCELENMESİ

Nihat Mustafayev, Alisan Bayrakoglu, Ferda Ilgen Uslu, Mehmet Kolukisa

Bezmialem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Amaç: Ani uyanıklık kusuru, nöroloji acilinde sık karşılaşılan, basit konfüzyonel durumdan komaya kadar değişen bilinç değişikliği ile karakterize bir klinik semptomdur. Vasküler hastalıklar içinde nadir ancak en önemli nedenlerinden biri 'Percheron arter sendromu-PAS'dır. Amacımız, kliniğimizde PAS tanısıyla izlenen hastaların klinik, radyolojik ve etiyolojik özelliklerinin retrospektif olarak incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bezmialem Vakıf Üniversitesi hastanesi nöroloji kliniğinde 2014- 2018 yılında incelenip, PAS tanısı alan hastalar retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Çalışmaya alınan tamamı erkek olan 7 hastanın demografik özellikleri, başvuru yakınmaları-süreleri, muayene-radyolojik bulguları gözden geçirildi. Yaş ortalaması 64,7 (52-75), başvuru süresi ortalama 3,75 (1-14) gündü. Başvuru yakınması olarak 5'de (%71) ani başlangıçlı uyanıklık kusuru, 1'inde motor güçsüzlük (%14,2), 2'sinde (%28,4) ptosis vardı. Beşinde hipertansiyon (%71,4), 1'inde (%14,2) koroner by-pass, 1'inde (%14,2) karotis arter hastalığı mevcuttu. Birinde bilinen hastalık yoktu. Yapılan ilk görüntüleme olan beyin tomografide (BT) 4'ünde bilateral talamik alanda şüpheli hipodansite izlendi, 3'ünde (%43) ilk BT normaldi. Magnetik rezonans incelemesinde tamamında bilateral paramedyan talamik infarkta ek olarak 2'sinde anterior talamik, 4'ünde mesensefalon infarktı izlendi. Etiyolojide en sık küçük damar hastalığı (%43) saptandı, 1'inde kardiyembolik ve 3 hastada nedeni

belirlenemedi. Hastalardan 3'ü ikili antiagregan (asetilsalisilik asit+klopidogrel) tedavi, 2'sia düşük molekül ağırlıklı heparin, 2'si asetilsalik asit ile tedavi edildi. Hastalardan biri öldü (%14,2), kalan altısı 23.4 (5-69) gün hastane yatışı sonrası NIHSS 6.16(4-19) sekelle taburcu edilebildi.

Sonuç: PAS nadirdir ancak uyanıklık kusuru ile başvuran hastalarda akılda tutulması gereken, acil ve doğru şekilde müdahalenin yaşamsal önemi olan bir durumdur. Erken dönem görüntülemelerde patoloji saptanmasa bile açıklanamayan bilinç değişikliklerinde klinik şüphenin devamı halinde kontrol görüntülemeler önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Bilinç bulanıklığı, Paramedian talamik, Talamik inme, Bilateral talamik.

EP-038

SPONTAN VERTEBRAL ARTER DİSEKSİYONU OLAN GENÇ İSKEMİK İNME OLGUSU

Ümit Görgülü, Fadime Erdoğan Küçükdağlı, Gürdal Orhan, İlkan Akmangit, Hesna Bektaş

Ankara Şehir Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara

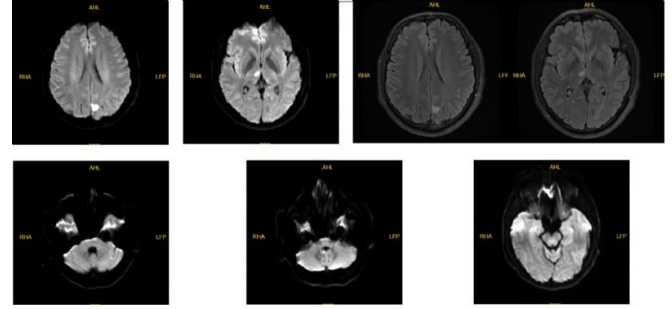
Giriş ve Amaç: Spontan vertebral arter diseksiyonu (SVAD), vertebral arterin duvarında travmatik olmayan bir yırtılma veya bozulmadır. Tüm iskemik inmelerin %2'sini içeren nadir bir iskemik inme nedenidir. 45 yaşından küçük hastalarda, SVAD tüm iskemik inmelerin %20'sini oluşturur. Modern tanısal yöntemlerin kullanımının artması ile tanı alan olgu sayısı artmış olup, insidansı 100.000'de 2.6-5'dir. VA diseksiyonu spontan gelişebileceği gibi, boyundaki fibroz band, servikal vertebral travma ve vaskülit ile seyreden hastalıklarda görülebilmektedir. Spontan diseksiyonlu hastalarda genellikle altta yatan bir damar duvar patolojisi olduğu düşünülür. VAD belirgin arteriyal stenoz, oklüzyon ya da psödoanevrizma oluşturarak hemodinamik veya embolik beyin sapı, talamus, serebral veya serebellar hemisferlerde iskemik lezyonlara neden olur. Başlangıç klinik bulgusu hastaların yarısında baş ağrısıdır. Tanıda altın standart dijital anjiyografidir (DSA). Biz de kliniğimizde takip ettiğimiz spontan vertebral arter diseksiyonuna bağlı iskemik inme gelişen genç hastayı sunmayı uygun bulduk.

Olgu: Özgeçmişinde hipertansiyon ve idiyopatik trombositopenik purpura (ITP) tanısı olan 44 yaşındaki erkek hasta, birkaç gündür olan her iki boyun bölgesinden başlayıp oksipital bölgeye yayılan baş ağrısı, yeni gelişen ve düzelen kısa süreli sağ gözde puslu görme, baş dönmesi yakınması ile acil servise başvurdu. Travma ya da spor öyküsü olmayan, vital parametreleri normal sınırlarda saptanan olgumuzun nörolojik muayenesinde patolojik bulguya rastlanmadı. Beyin BT'sinde kanama görülmeyen hastanın kranial MRG'sinde solda parietal düzlemde, sağda talamusta FLAIR incelemede hiperintensite oluşturan akut enfarkt alanları, sol serebellar hemisferde, sağ tonsil düzeyinde, solda oksipitobazal düzlemde milimetrik boyutlu kısıtlı diffüzyon bulgusu gösteren akut enfarkt alanları izlendi (Resim 1). MR anjiyosunda bilateral vertebral arterde, subklavian başladığı düzeyden itibaren intrakranial segmentinde ince kalibrasyonda akım izlenen hastanın

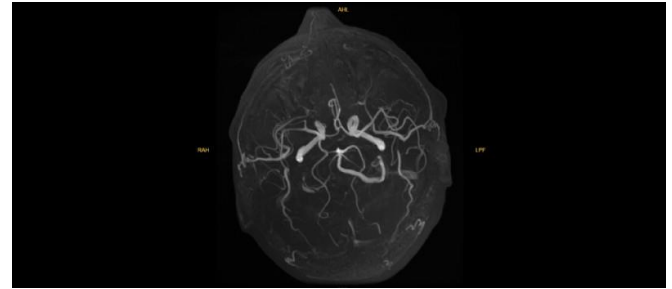
(Resim 2), tanısal DSA işleminde sol vertebral arterde ekstrakranial düzeyde (V3) diseksiyon ve pseudoanevrizma ile uyumlu görünüm ve sağ vertebral arter V3 düzeyinde oklüde olduğu, yaklaşık 1 cm distalde kollateral vasküler yapılardan rekanalize olduğu izlendi (Resim 3,4). Bilateral SVAD düşünülen hastamızda rutin biyokimya, hemogram, sedimantasyon, ELİSA, vaskülit markerları, koagülometre, hormon tetkikleri normaldi. Bizde olgumuzda literatürlerde olduğu gibi antikoagülan (s.c. heparin) tedavi uyguladık. Olgumuzun tedavisine kontrol anjiyografi ile rekanalizasyon görüldükten sonra antiagregan ilaçlar ile devam edilmesini planladık.

Tartışma: Vertebrobasiler sisteme ait iskemik inme ile başvuran genç hastalarda mutlaka VAD tanısı akla getirilmelidir. Diseksiyon etyolojisi gözden geçirilmeli, hızlı ve uygun tanı-tedavi seçenekleri değerlendirilmelidir. Klinik olarak diseksiyon şüphesi durumunda, geleneksel görüntüleme yöntemlerine ek olarak tanıyı doğrulamak ve endovasküler bir tedavi seçeneğini değerlendirmek üzere DSA yapılması yararlıdır.

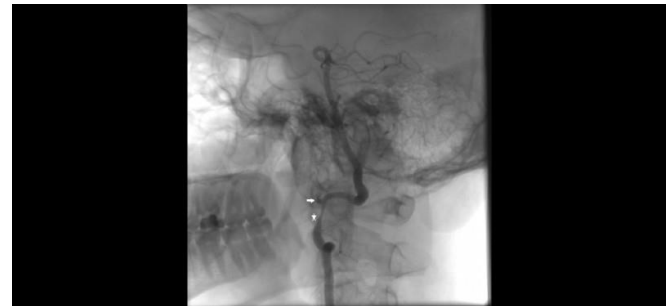
Anahtar Kelimeler: Vertebral Arter, Diseksiyon, İnme, Anjiyografi.



Resim 1. Kranial MRG'de solda parietal düzlemde, sağda talamusta FLAIR incelemede hiperintensite oluşturan akut enfarkt alanları (üstte), sol serebellar hemisferde, sağ tonsil düzeyinde, solda oksipitobazal düzlemde milimetrik boyutlu kısıtlı diffüzyon bulgusu gösteren akut enfarkt alanları (altta) izlendi.



Resim 2. MR anjiyoda bilateral vertebral arterlerde ince kalibrasyonda akım izlendi.



Resim 3. DSA işleminde sol vertebral arterde ekstrakranial düzeyde (V3) diseksiyon (yıldız) ve pseudoanevrizma ile uyumlu görünüm (ok).



Resim 4. DSA işlemi sırasında sağ vertebral arter V3 düzeyinde oklüzde olduğu, yaklaşık 1 cm distalde kollateral vasküler yapıardan rekanalize olduğu izlendi (ok).

EP-039

REVERZİBL SEREBRAL VAZOKONSTRUKSIYON SENDROMU: TEKRARLAYAN VASKÜLER GÖRÜNTÜLEME

İsmail Koç, Rüştü Koç, Nuriye Kayalı, Musa Temel, Serap Kökoğlu, Serkan Çelik

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara

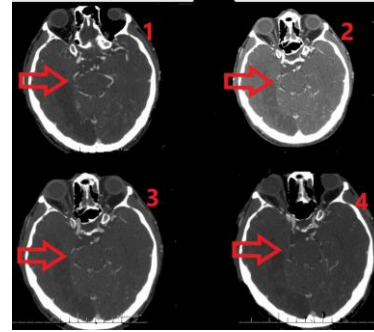
Reverzibl serebral vazokonstriksiyon sendromu (RSVS) şiddetli baş ağrısı ile prezente olan, diğer akut nörolojik semptomların eşlik edebildiği veya etmediği klinik bir hadisedir. Serebral arterlerde segmental darlık neticesinde ortaya çıktığı ve genellikle üç ay içerisinde bu segmental darlığın kaybolduğu bildirilmiştir. Fakat bu sık görülen bir hadise değildir. Bununla beraber günümüzde noninvaziv vasküler görüntüleme imkanları arttıkça tanı konulma sıklığı da artmaktadır. 55 yaşında erkek hasta bilinen kontrolsüz hipertansiyon hastası, iki gündür süren başın sağ tarafında şiddetli ve zonklayıcı ağrıları olması üzerine acil servise başvurmuş. Sol tarafında ara ara kısa süreli rekürren motor defisitleri olmuştum. Ağrılarına fonofobi ve fotofobi eşlik etmekteymiş. Ayrıca ağrıları öncesinde görsel auraları olmuştum. Hasta ağrıları oldukça ergo ve triptan türevi ilaçlar kullanıyormuş. Hastanın acil servis değerlendirmesinde geçici iskemik atak ön tanısıyla difüzyon ağırlıklı (DWI) magnetik rezonans görüntüleme (MRG) ve beyin bilgisayarlı tomografi (BT) çekilmiştir. Bu şikayetler ile tarafımıza danışılan hastanın ilk muayenesi normal olarak değerlendirilmiş olup, sağ temporal medial alanda şüpheli difüzyon kısıtlılığı görülmesi üzerine hastadan baş boyun BT anjiyografi(BTA) istenmiştir. BTA'da sağ posterior serebral arterde(PCA) darlık görülen hasta hospitalize edilmiştir. Antiagregan tedavi başlanan hastanın 3 gün sonra şikayetlerinin artması üzerine tekrarlanan DWI'da sağ PCA sulama alanının tamamında enfarkt uyumlu görünüm izlendi. Bunun üzerine yeniden vasküler görüntüleme istenen hastada sağ PCA'da daha önce darlık izlenen alandan itibaren oklüzyon olduğu izlendi. Hastanın bir hafta sonra dijital substraksiyon anjiyografi (DSA) ile vasküler görüntülemesi yeniden değerlendirildi. Sağ PCA dahil tüm serebral damar yapılarının patent ve açık olduğu görüldü. Hasta RSVS

olarak değerlendirildi. On gün içerisinde alınan vasküler görüntülemeler eşliğinde hastanın sağ PCA'sının giderek daralıp oklude olduğu ve akabinde tamamiyle rekanalize olduğu izlendi. Damarlardaki bu değişikliklerin vasküler görüntülerle demonstre edildiği bu olguyu sunmaya değer bulduk.

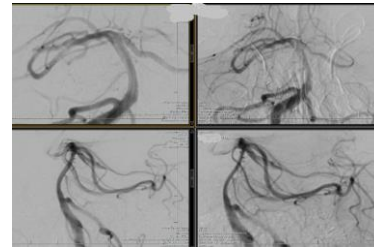
Anahtar Kelimeler: Reverzibl, Sendromu, Serebral, Vazokonstriksiyon.



Resim 1. İlk görüntüleme; sağ PCA stenotik- başvurudaki vasküler görüntüleme.



Resim 2. Progresyon sonrası görüntüleme.



Resim 3. Son görüntü DSA.

EP-041

VERTEBRAL ARTER DARLIĞINA BAĞLI TEKRARLAYAN İNMEYİ NASIL TEDAVİ ETMELİYİM?

Esra Erucar

Ankara Lokman Hekim Akay Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara

Giriş ve Amaç: Vertebro baziler aterosklerotik hastalık, aslında yaygın ancak inmenin az tanınan bir nedeni olmakla birlikte iskemik inmelerin yaklaşık %20-25'si posterior dolaşım kaynaklıdır. Posterior dolaşımı etkileyen inmeler anterior dolaşım ile karşılaştırıldığında, özellikle inme veya geçici iskemik atak sonrası ilk 7 gün içinde tekrarlayan inme ve ölüm açısından daha yüksek risk taşımaktadır. Vertebro baziler dolaşım semptomları arasında; baş dönmesi, ataksi, görme bozuklukları ve motor-duyusal defisitler gibi

spesifik olmayan ve birçok başka hastalık ile birlikte görülebilecek bulgular bulunmaktadır. Arter lezyonu nedeniyle vertebrobaziler geçici iskemik atak geçiren hastalarda 5 yıllık süre içerisinde %30-35 oranında inme riski bulunmaktadır.

Olgu: 78 yaşında kadın hasta baş dönmesi, bulantı-kusma ve dengesizlik nedeni ile başvurdu. Yapılan nörolojik muayenesinde ataksi ve sağa bakışta nistagmusu vardı. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon, insülin bağımlı diyabet ve koroner arter hastalığı öyküsü mevcuttu. Düzenli olarak asetilsalisilik asit ve klopidoğrel kullanıyordu. Çekilen difüzyon MRG'sinde bilateral serebellumda multipl akut enfarkt alanları gözlemlendi. Hasta etyoloji araştırılmak üzere yatırıldı. Gönderilen ilaç direncinde klopidoğrele düşük yanıt gözlemlendi bunun üzerine hastaya asa+dmah tedavisi başlandı. Etiyolojiye yönelik yapılan araştırmalarda 48 saatlik ekg holter kaydı normaldi. Çekilen BT anjiyografisinde sağ vertebral arter V4 segmentinde ileri derecede darlık ile uyumlu görünüm saptandı ve hastaya girişimsel radyoloji tarafından işlem önerildi. Hasta yakınlarının işlemi kabuk etmemesi üzerine hasta taburcu edildi. Hastanın başvurduğu bir başka merkezde tedavisi asa+apiksaban ile değiştirilmiş ve bunu düzenli olarak kullanmıştı. Yaklaşık 10 gün sonra tekrar baş dönmesi, kulaklarda uğuldama, çift görme ve bulantı şikayeti ile başvuran hastanın çekilen difüzyon mrg'sinde arka sistemde yeni lezyonları gözlemlendi ve hasta tekrar yatırıldı. Hastanın yatışında şikayetlerinin birkaç defa daha tekrarlaması üzerine hasta heparinize edildi ve girişimsel işlem için onam alındı. Hastaya yapılan DSA ile stent kararı alındı hasta işleme hazırlandı ve 1 hafta sonra işleme alındığı esnada tam oklüzyon olduğu gözlenip işlem yapılmadı. Takipte tekrar benzer bir atak daha geçiren hastaya tekrar heparin başlandı ve eş zamanlı asa+warfarin başlanması planlandı. İntr etkin aralığa gelmesi esnasında hastada tekrar konuşma bozukluğu ve yutma güçlüğü şeklinde yeni bir atak daha oluştu. İntr etkin aralığa geldikten sonra hastada yeni bir atak gözlenmedi.

Sonuç: Vertebrobaziler yetmezlik antikoagülasyon, antiplatelet ajanlar ve bunların kombinasyonu ile tedavi edilir. Ancak medikal tedavinin vertebrobaziler yetmezlik için ilk basamak tedavi olması gerekliliği açık değildir. Günümüze kadar, ekstrakranial VA aterosklerotik hastalıklarında, antikoagülasyon ile antiplatelet ajanları karşılaştıran bir çalışma yapılmamıştır. İntrakranial VA darlıklarında kullanılan medikal tedavi için yapılan bazı çalışmalarda ise, antikoagülan tedavi görenlerin, antiplatelet ajan kullananlara göre daha yüksek oranda baziler arter ve bilateral VA darlıkları olmasına karşın, iskemik inme oranları daha düşüktür. Ancak yüksek oranda hemorajik komplikasyonlar izlenmiştir. Bu da antikoagülan tedavinin etkinliğini sınırlamaktadır. VA darlıklarında, medikal tedavi, bir çok merkezde, vertebral arterin anatomik lokalizasyonunun cerrahi prosedür açısından gösterdiği zorluklar nedeni ile standart tedavi olarak kullanılmaktadır. Tedavi seçeneklerinden hangisinin kullanılacağı konusunda; hastaların semptom ve radyolojik tanı bulgularına göre değerlendirilmesinin ve buna göre uygun endikasyonlar doğrultusunda maksimum faydanın sağlanması gerektiğini

düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: İntrakraniyal Vertebral Arter Darlığı, Tekrarlayan İnme, Antikoagülan Tedavi.

EP-042

ATRİYAL FİBRİLASYONA BAĞLI TEKRARLAYAN İSKEMİK İNMEDE PERKÜTAN SOL ATRİYAL APENDİKS KAPAMA

Hatice Varlıbaş¹, Hacı Ali Erdoğan¹, Murat Çabalar¹, İbrahim Faruk Aktürk², Fatma Nihan Turhan Çağlar², Vildan Yayla¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Nöroloji Eğitim Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Kardiyoloji Eğitim Kliniği, İstanbul

Giriş ve Amaç: Toplumda her beş iskemik inmenin birinde etyolojik olarak atriyal fibrilasyon (AF) sorumlu tutulmaktadır. AF olgularında inmeye yol açabilecek tromboembolinin en önemli kaynağı sol atriyal apendikstir. Oral antikoagülan kullanımının kontrendike olduğu AF hastalarında perkütan yolla sol atriyal apendiks (SAA) kapatılması sekonder korumada önemli bir tedavi seçeneğidir. Tekrarlayan iskemik inme ve AF tanıları olan ve oral antikoagülan kullanımı sırasında intrakranial ve gastrointestinal kanama gelişmesi üzerine perkütan SAA kapama işlemi yapılan olgu sunuldu.

Olgu: Bulantı, baş ağrısı, görme bozukluğu şikayetleri ile başvuran 81 yaşında kadın hastanın tıbbi özgeçmişinde AF, koroner arter hastalığı, hipertansiyon, 2 kez iskemik inme ve oral antikoagülan kullanımına bağlı 2 kez gastrointestinal kanama öyküsü mevcuttu. On gün önce akut iskemi inme geçirdiği, apiksaban 5 mg 2X1 başlandığı öğrenilen hastanın nörolojik muayenesinde bilinci açık, kooperasyon ve oryantasyonu tamdı, sol homonim hemianopsi, solda yüzü de içine alan fröst hemiparezi (-5/5) saptandı. Kranial BT'de sağ temporoksipital alanda hemoraji, difüzyon MR'da sağ PCA alanında hemorajik transformasyon gösteren subakut infarkt izlendi. Oral antikoagülan kullanımına bağlı gastrointestinal ve intrakranial kanama öyküsü olan hastaya kardiyoloji kliniği tarafından SAA kapama işlemi yapıldı. Komplikasyon gelişmeyen hasta klopidoğrel 1x75 mg tedavisi ile poliklinik takibine alındı.

Sonuç: AF'ye bağlı iskemik inme olgularında oral antikoagülan tedavi ile inme riskinde %70 azalma sağlanmaktadır. Olgumuzda olduğu gibi oral antikoagülan kullanımının kontrendike olduğu durumlarda deneyimli merkezlerde yapılacak SAA kapatılma işlemi, antiagregan tedavi ile sekonder korumaya olanak sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Atriyal Fibrilasyon, İskemik İnme, Oral Antikoagülan, Atriyal Apendiks Kapama.

EP-043

SUBARAKNOİD KANAMA İLE PREZENTE OLAN SİNÜS VEN TROMBOZU

Arzu Tay, Sebiha Cansever, Seher Kakdaş

Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Diyarbakır

Giriş ve Amaç: Serebral ven trombozu (SVT); beyin arteriyel tıkalı hastalıklarına oranla daha nadir görülen klinik bir tablodur. SVT; beyin damar hastalıklarının %1-2'sinden sorumludur. Her yaşta görülebilmeye rağmen genellikle gençlerde ve özellikle 20-40 yaş arasındaki kadınlarda daha sık görülmektedir. SVT ile subaraknoid kanama (SAK) ilişkisi nadir olarak bildirilmiştir.

Olgu: 35 yaşında olan bayan hastanın başağrılarının son bir haftadır mevcutmuş. Ayrıca migren tanısı olan hastaya 3 gün önce başvurduğu algoloji merkezinde sinir blokaj tedavisi yapılmış. Fakat hastanın başağrısının geçmemesi ve şiddetinin artması üzerine acil servisimize başvurdu. Hasta başağrısının çok şiddetli olduğunu, daha önce bu şiddette başağrısı yaşamadığını belirtti. Hastanın aşırı bulantı-kusması ve diplopi şikayeti de mevcuttu. Nörolojik muayenesinde bilateral papil ödemi ve her iki gözde 6. Kranial sinir paralizisi mevcuttu. Özgeçmişinde 10 yıldır oral kontraseptif kullanma öyküsü saptandı. Hastaya çekilen beyin tomografide subaraknoid kanama saptandı. Beyin bilgisayarlı anjiyografide patoloji saptanmaması üzerine çekilen kranial magnetik rezonans venografide sinüs ven trombozu saptandı. Hasta SVT ve SAK tanısı ile yoğun bakıma alındı. Hastaya antikoagülan tedavi başlandı. Yatışının birinci gününde jeneralize nöbet geçiren hastaya antiepileptik tedavi eklendi. Başağrısı için semptomatik tedavi verildi. Kontrol BBT ile hastanın SAK rezorpsiyon takibi yapıldı. Genel durumu düzelen hasta SAK rezorpsiyonu tamamen gerçekleştikten sonra taburcu edildi.

Sonuç: SVT, klinik semptom ve bulgularının çeşitliliği nedeniyle tanı konulması zor ve tanısı geç konulduğunda dramatik seyreden bir hastalıktır. Ayrıca çok değişik klinik bulgular ile prezente olan SVT'nin SAK ile birlikteliği nadirdir. Ayrıca özgeçmişinde primer başağrısı olan hastalarında ayrıntılı anamnez ile bu açıdan değerlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Subaraknoid Kanama, Sinüs Ven Trombozu, Baş Ağrısı.

EP-044

İZOLE ASTAZİ İLE BAŞVURAN TALAMİK İNFARKT OLGUSU

Esra Erucar, Ceyla İrkeç

Ankara Lokman Hekim Akay Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara

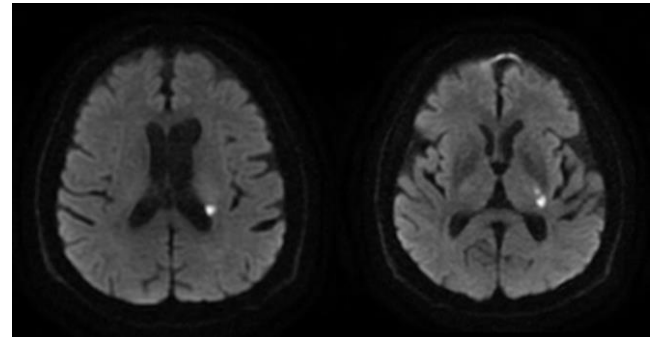
Giriş ve Amaç: Astazi güç kaybı olmaksızın ayakta dururken motor koordinasyonun bozulmasıdır. Sebebi tam belirli değildir. Genellikle talamus, talamo-mezensefalik bileşke, mezensefalon, ponto-mezensefalik lökomotor alan, posterior cingulate gyrus ve suplemer motor alan etkilenmesi sonucu görülür.

Talamusun ventrolateral nükleusu ile posterior cingulate gyrus ve/veya suplemer motor alan arasındaki iletişimin kesilmesi sonucu meydana geldiği düşünülmektedir. Biz bu olguyu nadir görülmesi ve ataksi, polinöropati düşündürülen klinik özelliklerin ayırıcı tanısında düşünülmesini vurgulamak amacı ile sunduk.

Olgu: 76 yaşında erkek hasta 2 gündür olan yürümede bozulma ve dengesizlik bir süredir de ayaklarda olan uyuşma şikayeti ile başvurdu. Bilinen herhangi bir hastalığı, sigara kullanımı ve ilaç kullanımı olmayan hastanın gelişindeki vital parametreleri normaldi. Nörolojik muayenesinde kranial sinir muayenesi normal, kas gücü, tonus, yüzeysel ve derin duyu muayenesi normaldi. Ayağa kalkınca dengesini sağlamakta zorluk çekiyordu. Yürümesi geniş tabanlı, güvensiz ve dengesizdi. Aşıl refleksi iki taraflı alınamadı ve tandem yürümesi bozuktu. Serebellar testler becerikli idi ve patolojik refleks saptanmadı. Çekilen difüzyon MRG'sinde sol talamus lateral superior kesiminde akut enfarkt ile uyumlu difüzyon kısıtlanması gözlemlendi. Etiyolojiye yönelik yapılan tetkiklerde kan şekeri, HgbA1c, LDL kolesterol değerleri yüksekti ve oral antidiyabetik, statin tedavileri başlandı. Tansiyon takiplerinde tansiyon değerinin yüksek olması nedeni ile oral antihipertansif tedavi başlandı. Karotis-vertebral doppler USG normaldi. EMG'sinde diyabetik polinöropatiyi destekler şekilde alt ekstremitelerde belirgin sensorimotor aksonal polinöropati gözlemlendi. 24 saatlik ritm holter kaydında atrial fibrilasyon saptandı ve hastaya warfarin tedavisi başlandı.

Sonuç: Daha önce literatürde az sayıda talamus, mezensefalon, cingulate gyrus ve suplemer motor alanda serebral infarkt ve hemoraji ile ilişkili akut başlangıçlı astazi olan olgular sunulmuştur. Astazinin oluşumunda talamusun ventrolateral alanı ile suplemer motor alan arasındaki iletişimin etkilenmesini sorumlu tutulmaktadır. Hastalar klinikte silik nörolojik bulguların yanında özellikle ayağa kalkınca oluşan denge kaybından yakınır ve durum başlangıçta ataksi olarak düşünülebilir. Ayakta durmada ve yürümede zorluk olan hastalarda kas gücü zaafı olmasa bile santral patolojiler de mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Astazi, İnfarkt, Talamus.



Resim 1. DWI sekansta sol talamus lateralinde akut infarkt.

Resim 2. DWI sekansta sol talamus lateralinde akut infarkt.

KAROTİS STENTLEME AMACIYLA DİJİTAL SUBTRAKSİYON ANJİOGRAFİ YAPILAN HASTALARIN KOMORBİD DURUMLARI VE ASETİL SALİSİLİK ASİT-KLOPİDOGREL DİRENÇ SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Fatma Yılmaz Can, Beyza Nur Çetin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş ve Amaç: Karotis arter hastalığının sıklığı yaş ve kardiyovasküler risk faktörlerine bağlı olarak artmaktadır. Belirgin karotis arter darlığı, inme ve diğer serebrovasküler olayların gelişimi ile yakından ilişkilidir. Antiplatelet tedavi, ikincil iskemik inme ve trans iskemik atak (TİA) için önemli tedavi seçeneğidir. Yine de anti platelet tedavi alan hastaların bir kısmı tekrarlayan iskemik serebrovasküler olayları yaşarlar. Antitrombosit tedaviye rağmen inme veya kardiyovasküler olaylar, antiplatelet direncinin olup olmadığı konusunu gündeme getirmiştir. Bu çalışmanın amacı karotis vertebral doppler ultrasonografide (USG) anlamlı stenoz (>%50) yada oklüzyon bulunan hastaların komorbid hastalıklarının belirlenmesi ve stent takılması amacıyla yapılacak dijital subtraksiyon anjiografi (DSA) öncesi bakılan asetil salisilik asit (ASA)-klopido-rel direncine etki edebilecek faktörlerin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2019-Ocak 2020 tarihleri arasında nöroloji kliniğinde akut serebral iske-mi, TİA izole vertigo, senkop tanılarıyla takibedilen, çekilen karotis-vertebral doppler USG de anlamlı stenozu olan,girişimsel radyoloji konsültasyonu sonucunda DSA planlanan hastaların operasyondan önce yapılan ASA-klopido-grel dirençleri ve etiyolojik faktörde olabilecek komorbid hastalıkları belirlendi.Dirençli yada düşük yanıtı olanların diyabet,HbA1C, vücut kitle indeksi,sigara kullanımı, kreatinin,LDL kolesterol düzeyi ve ilaç kullanım süresiyle aralarında bir ilişki olup olmadığına bakıldı.

Bulgular: Araştırmaya karotis vertebral arter doppler USG' de anlamlı stenozu olan 26 hasta alındı. Hastalar en az 15 gün ASA 100 mg/gün ve klopido-rel bölünmüş iki dozda 150 mg/gün aldılar. Hastalaradan 19 tanesi erkek (%73.1); 7 tanesi kadın (%26.9) idi. Hastaların yaş ortalaması 69.8±5.6 (58-81) idi. Hastaların 16 tanesinin bilinen diyabeti vardı (%61.5); 18 hastanın HbA1c değeri yüksek bulundu (%69.2),beden kitle indeksi ortalaması 25.9 kg/m2 idi (fazla kilolu). 11 hastanın kreatinin değeri yüksekti (%42.3), 10 hasta sigara kullanıyordu (%38.5), 18 hastanın LDL değeri yüksek bulundu (%69.2). Bu hastalardan 3 tanesinde kardiyak stent vardı (%11.5). 8 hastanın ASA direnci vardı (30.8), yine 8 hastanın klopido-grele düşük yanıtı vardı (30.8). 19 Hastada hipertansiyon (HT) vardı (%73). Hastaların ASA direnci ile diyabet,HbA1C,LDL düzeyi, vücut kitle indeksi, sigara kullanımı, kreatinin yüksekliği,ASA kullanım süresi arasında anlamlı ilişki bulunmadı (p >0,05). Klopido-grele düşük yanıt ile yüksek HbA1C değeri arasında anlamlı bir korelasyon bulundu (p<0,05), diğer faktörlerle ilişki bulunmadı.

Tartışma: Karotis arter hastalığının sıklığı yaş ve

kardiyovasküler risk faktörlerine bağlı olarak artmaktadır. Belirgin karotis arter darlığı, inme ve diğer serebrovasküler olayların gelişimi ile yakından ilişkilidir. Hipertansiyon, hiperlipidemi, sigara, birinci derece akrabalarında 60 yaşından önce koroner arter hastalığı tanısı ve ailede iskemik serebrovasküler olay bulunması gibi risk faktörlerinden en az iki tanesini taşıyan asemptomatik kişilere karotis vertebral doppler USG yapılması düşünülebilir. Çalışmamızın sonuçları da bu risk faktörleriyle uyumlu bulundu. ASA'nın akut koroner sendromlu hastalarda erken mortaliteyi yaklaşık dörtte bir oranında düşürdüğü ve inme veya ölümcül olmayan reenfarktüs riskini yaklaşık yarı yarıya azalttığı gösterilmiştir.

Sonuç: Literatürde ASA-klopido-grel düşük yanıt için risk faktörleri olarak 65 yaş üstü, diabetes mellitus, kreatinin yüksekliği, yüksek HbA1C değerleri, yüksek LDL düzeyi yüksekliği bulunmuştur. Çalışmamızda sadece yüksek HbA1C düzeyi ile klopido-grele düşük yanıt arasında bir korelasyon bulduk.

Anahtar Kelimeler: Aspirin, Direnç, İskemik İnme, Klopido-grel.

EP-046

TALAMUS LEZYONUNA BAĞLI HEMİKORE

Sebiha Cansever¹, Arzu Tay¹, Öner Avinca²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Diyarbakır

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Diyarbakır

Giriş ve Amaç: Hemikore tek taraflı fleksiyon ve ekstansiyon, rotasyon veya çaprazlama şeklinde hızlı istemsiz hareketlerin olduğu hiperkinetik hareket bozukluğudur. Tüm vücut bölümlerini içerebilir, fakat ağırlıklı olarak distal bölgelerde görülür. Hiperkinetik hareket bozuklukları akut inme sonrası nadir görülmekle beraber serebrovaskuler hastalık sonrası en sık görülen hiperkinetik hareket bozukluğu, hemikoredir. Hemikoreye bazal ganglionlardaki direkt ve indirekt yollar arasındaki dengenin bozulması sonucu motor talamusun disinhibisyonu sebep olmaktadır.

Olgu: 58 yaşında erkek hasta yaklaşık 10 gün önce vücudunun sağ tarafında ani gelişen istemsiz, düzensiz ve sürekli olan koreiform hareketler nedeniyle acil servisimize başvurdu. Öz geçmişinde hipertansiyon, 2013 yılında bypass öyküsü mevcuttu. Nörolojik muayenesinde; bilinci açık, oryante ve koopereydi. Kranial sinirleri intakttı. Sağ alt ekstremitelerde daha belirgin olan sağ üst ve alt ekstremitelerde koreiform hareketler vardı. Motor muayenesinde kas gücü kaybı yoktu. Kas tonusu normaldi. Derin tendon refleksleri normoaktifti. Plantar yanıtları fleksördü. Duyu ve serebellar muayene normaldi. Laboratuvar incelemesinde rutin tam kan ve biyokimya paneli normaldi. Dış merkezde yapılan karotis-vertebral arter renkli doppler ultrasonografisinde sağ ve sol karotis bifürkasyonunda anlamlı düzeyde stenoza yolaçmayan kalsifiye nonkalsifiye aterosklerotik plakları saptandı. EKG'si normal sinüs ritmindeydi. Echosunda sol ventrikül hipertrofisi ve hafif düzeyde mitral ve aort yetmezliği saptandı. Hastanın acilimize başvurmadan önce özel bir

hastanede çekilen kr mr de sol talamustan superior pedinküle uzanım gösteren 20*10 mm boyutunda T1 ve T2A da hiperintens subakut dönem hemoraji saptandı. Hastaya dış merkezde başlanan antiagregan tedavi hemoraji odaklarının olması nedeniyle kesildi. Hastaya koreik hareketlerinin olması nedeniyle haloperidol ve sodyum valproat başlanıp nöroloji polklineğe kontrole çağrıldı.

Tartışma: Hemikore akut inme sonrası nadir olarak görülmektedir. Genellikle kontralateral kaudat nukleus, lentiform nukleus, talamus, sensorimotor frontoparietal korteks veya bunların birlikte olan lezyonları sonucu olduğu düşünülmektedir. Patogenezinde bazal ganglionlardaki motor döngü bozukluğu yer almaktadır. Kontralateral striatumdan globus pallidus eksterna üzerine gama amino bütirik asit (GABA) transmisyonunun kesilmesi ile inhibitör etki azalır. Globus pallidus eksternada nöronal aktivite artar ve subtalamik çekirdek üzerine inhibisyon yapar. Subtalamik çekirdek inhibisyonu globus pallidus interna üzerinde kontrolün azalması ile sonuçlanır. Bunun sonucu olarak talamus inhibe olamaz, serebral korteks aşırı uyarılır ve karşı beden yarısında hemikore ortaya çıkar. Korenin etyolojisinde genetik veya edinsel kaynaklı çok sayıda neden bulunur. Bu nedenle korenin ayırıcı tanısı içerisinde otoimmün hastalıklar, genetik mutasyonlar, nörodejeneratif hastalıklar, strok, malignite, enfeksiyonlar, ilaç maruziyeti, toksik ve metabolik hastalıklar sıralanabilir.

Sonuç: İnmeye bağlı hemikore olgularında tedavi semptomun şiddetine ve yarattığı özrürlük gözönüne alınarak planlanmalıdır. Hafif kore yaşlı popülasyonda olası tardif diskinezi ve parkinsonizm nedeniyle tedavi edilmeyebilir. Nörokimyasal patolojisinde dopaminerjik aşırı aktivite olması nedeniyle nöroleptik ilaçlar tedavide tercih edilmektedir. Tedavide haloperidol, klorpromazin, tetrabenazin ve perfenazin en sık kullanılan ilaçlardır. Hemikorede klonezapam, sodyum valproat ve topiramet gibi ilaçlar da etkili olabilmektedir. Hemikore-hemiballismus akut inme geçiren hiperkinetik hareket bozuklukları kliniği ile karşılaşılan durumlarda serebrovasküler hastalıkların etyolojide düşünülmesi gerektiği vurgulanmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemikore, Serebrovasküler Hastalık, Talamus.

EP-047

SAKARYA İLİNDE GİRİŞİMSEL NÖROLOG TARAFINDAN YAPILAN İLK BAZİLER TROMBEKTOMİ DENEYİMİ

Bilgehan Atılğan Acar, Türkan Acar

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, Sakarya

Giriş ve Amaç: Akut gelişen baziler arter oklüzyonları, inme tipleri içinde oldukça agresif seyredabilen bir gruptur. Endovasküler tedavinin ön sistem trombozları dışında arka sistem akut enfarktları için de uygulanabilir olması hem mortalite hem de morbiditeyi azaltmaktadır. Bu yazıda ilimizde girişimsel nöroloji tarafından ilk kez uygulanan akut baziler trombozuna yönelik endovasküler tedavi ve sonuçlarından bahsedilecektir.

Olgu: 58 yaşında erkek hasta NIHSS:17 ile 1,5 saatinde acil servise başvurdu. BBT'de akut bulgu saptanmayan hastanın BT anjiyografisinde her V4 ve baziler arter oklüde görünümde olması üzerine İvtPA verilerek anjiyografi suiteine alındı. Tek geçişte TICI 3 baziler arter rekanalizasyonu sağlandı. 1. Gün NIHSS:0 idi. 1. Ay mRs:0 olarak hasta takibe devam edildi.

Tartışma ve Sonuç: Literatüre baktığımızda ön sisteme kıyasla arka sisteme trombektomi uygulanan hasta sayısı oldukça az olduğu görülmektedir. Baziler arterin suladığı yapılarda yaygın pial ve perforan beslenme alanı olduğundan baziler arter mekanik trombektomi sonuçları, anterior sistemden farklı olarak geç dönem bile tedavi sonuçları yüz güldürücüdür. İlave vaka örnekleri ile bu klinik deneyimlerin artacağı ve yaygınlaşacağı umut edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Baziler, Endovasküler, Trombektomi.

EP-048

SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOSUS'DA EN İYİ ANTİKOAGÜLAN TEDAVİ VARFARİN MİDİR?

Türkan Acar, Bilgehan Atılğan Acar, Alper Eryılmaz, Yeşim Güzey Aras

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, Sakarya

Giriş ve Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE) santral ve periferik sinir sistemi tutabilen multisistem hastalıktır. SLE'lu hastalarda nörolojik tutulumla bağlı inme görölme olasılığı %3- 20 oranındadır. Özellikle inmenin önlenmesi bakımından en iyi tedavi seçeneği antikoagülanlardır. Bu yazıda 3 yıl önce venöz enfarkt öyküsü olan ve yeni gelişen akut posterior serebral arter (PCA) enfarktı SLE hastası sunulmuştur.

Olgu: 3 yıl öncesinde sinüs ven trombozu ile prezente olup Lupus antikoagülanı (LA) pozitifliği ile SLE tanısı alan 31 yaşındaki kadın hasta varfarin ve hidroksiklorokin sülfat tedavisi ile takip edilirken 9 ay önce gebelik nedeniyle varfarin bırakılarak düşük molekül ağırlıklı heparine (DMAH) geçilmiş. Normal doğum sonrası 16. günde sağ homonim hemianopsi bulgusu ile acil servise başvurusu sonrası çekilen diffüzyon MR'da sağ PCA enfarktı saptandı. Hasta yeniden varfarinize edilerek takibe alındı.

Sonuç: LA ilk defa sistemik lupus eritematosus (SLE)'lu hastalarda gösterilmiş olup APTT'yi uzatıp venöz ve arteriyel trombozlara neden olmaktadır. SLE'lu hastalarda sık görülen kardiyojenik embolide ise en iyi koruyucu tedavi antikoagülanlardır. Bu yazıda SLE ile takip edilen ve DMAH'a geçiş sonrası akut iskemik inme gelişen olguda varfarin tedavisinin en iyi antikoagülan tedavi seçimi olabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Antikoagülan Tedavi, Lupus Antikoagülanı, SLE.

SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS VE ANTİFOSFOLİPİD ANTİKOR SENDROMUNA BAĞLI İSKEMİK İNME OLGUSU

Ümit Görgülü, Damla Erimhan, Mustafa Harun Şahin, Yeşim Sücüllü Karadağ, Hesna Bektaş

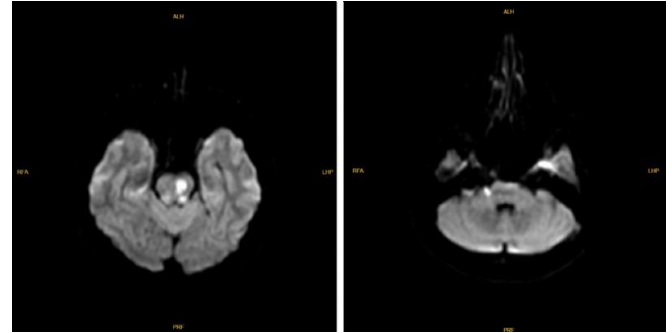
Ankara Şehir Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara

Giriş: Sistemik lupus eritematozus (SLE) otoimmün kökenli sistemik inflamatuvar bir hastalıktır ve çoğunluğu ilk yılda olmak üzere %3-20 sıklığında inme gelişebilir. SLE’de iskemik ve hemorajik inme gelişiminde etkili mekanizmalar hiperkoagülabilité durumu (antifosfolipid antikorların bulunması), Libman-Sacks endokarditi, serebral vaskülit, reversibl serebral vazokonstriksiyon sendromu, hızlanmış ateroskleroz, ve hiperhomosisteinemidir. SLE hastalarının %25-40’ında sekonder antifosfolipid antikor sendromu (AFS) görülmektedir ve antifosfolipid antikorları bulunan bu olgular klinik olarak tekrarlayan arteriyel veya venöz tromboz, spontan düşüklükler veya trombositopeni ile karakterizedir. SLE ile ilişkili inmenin akut tedavisi diğer inmelerden farklı değildir. SLE’de majör inme nedenleri kardiyak embolizm ve hiperkoagülabilité durumu olduğundan ikincil korumada warfarinle antikoagülasyon önerilir. Sistemik vaskülit aktivasyonu olan hastalarda veya antikoagülan, antiagregan tedaviye rağmen tekrarlayan olanlarda steroid ve sistemik immünomodülatuar tedaviler verilmelidir. Biz de kliniğimizde takip ettiğimiz SLE ve AFS tanısı alan iskemik inmeli genç hastayı sunmayı uygun bulduk.

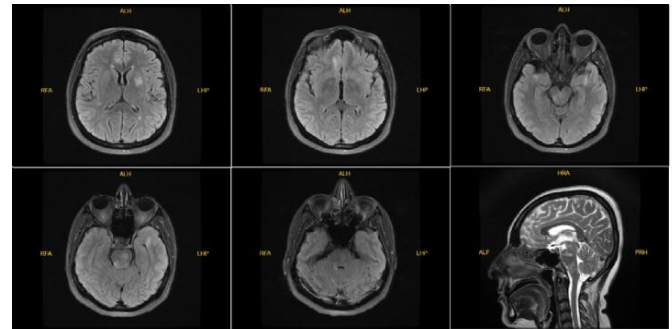
Olgu: 44 yaşındaki bayan hasta ani başlayan konuşma bozukluğu, sağ kol ve bacakta kuvvet kaybı şikayeti ile dış merkezden genç iskemik inme tanısı ile yoğun bakım ünitemize kabul edildi. Hastanın özgeçmişinde sigara kullanımı, 2 kez abortus, 3. gebeliğinde preeklampsi tanısı sonrası hipertansiyon ilacı kullanımı, anksiyete bozukluğu nedeni ile 4 yıldır antidepresan ilaç kullanımı ve son bir kaç aydır baş dönmesi nedeni ile de semptomatik ilaç kullanımı vardı. Vital parametreleri normal sınırlarda olan hastamızın nörolojik muayenesinde konuşmada dizartri, sağ kol ve bacakta 4/5 kuvvet kaybı, taban cilt refleksinin bilateral pozitifliği saptandı. Beyin tomografisinde pons sol yarısında fokal hipodens olan hastaya asetil salisilik asit 100 mg /gün ve subkutan 2x4000 IU enoksaparin başlandı. Beyin manyetik rezonans görüntülemeye (MRG) pons sol paramedian kesiminde, pons sol tegmentum düzeyinde ve sağ orta serebellar pedinkülde kısıtlı diffüzyon bulgusu gösteren alanlar (Resim 1), sol lentiform nukleus düzeyinde, bulbusta, sağ superior serebellar pedinkül düzeyinde, her iki serebral hemisferde temporal ve sağ frontal subkortikal beyaz cevherde ve periventriküler beyaz cevherde T2 hiperintensiteler izlendi (Resim 2). MRG beyin ve boyun anjiyografisinde patoloji görülmedi. Genç iskemik inme etyolojisi araştırılan hastanın ayrıntılı öyküsünde ağzında tekrarlayan ülserler, fotosensitif malar rash ve artralijisi olduğu öğrenildi, ayrıntılı fizik muayenesinde de kol ve bacaklarda livedoretikülaris saptandı. Vaskülit tetstlerinde beta 2 glikoprotein 1 IgG 26,73 RU/mL (> 20

Pozitif), Anti Kardiyolipin IgG 31,34 PL-IgGU/mL (>12 Pozitif), Anti dsDNA 213,70 RU/mL (>100 Pozitif), ANA 1:100 titre (Pozitif), p ANCA - IFA 1:32 titre (Pozitif 2+), Anti SS-A Pozitif (3+), Anti Ro-52 Pozitif (3+), schirmer testi negatif saptandı. Romatolojiye konsülte edilen hastamıza SLE ve AFS tanısı kondu ve metilprednisolon 4 mg/gün, hidroksiklorokin sülfat 200 mg/gün, warfarin ile antikoagülasyon başlandı. Hastanın inme polikliniğinde takipleri devam etmektedir. **Sonuç:** Abortus, preeklampsi öyküsü olan genç iskemik inmeli hastalarda SLE ve AFS sendromu etiyolojide araştırılmalıdır. SLE’nin nöropsikiyatrik semptomlara neden olduğu da akılda tutularak tablonun erken tanısı ve tedavisi, yaşam kalitesinin artırılmasında çok önem taşımaktadır (Tablo).

Anahtar Kelimeler: Sistemik Lupus Eritematozus, Antifosfolipid Antiko Sendromu, İnme.



Resim 1. Beyin MRG’de pons sol paramedian kesiminde, pons sol tegmentum düzeyinde ve sağ orta serebellar pedinkülde kısıtlı diffüzyon bulgusu gösteren alanlar.



Resim 2. Beyin MRG’de sol lentiform nukleus düzeyinde, bulbusta, sağ superior serebellar pedinkül düzeyinde, her iki serebral hemisferde temporal ve sağ frontal subkortikal beyaz cevherde ve periventriküler beyaz cevherde T2 hiperintensiteler.

Tablo. SLE’de görülen nöropsikiyatrik tablolar.

Akut konfüzyonel durum	Kranial nöropati
Kognitif bozukluk	Aseptik meninjit
Miyastenia gravis	Mononöropati
Guillain Barre Sendromu	Pleksopati
Demiyelinizan sendrom	Otonom bozukluk
Miyelopati	Mizaç bozuklukları
Anksiyete bozukluğu	Polinöropati
Baş ağrısı	Serebrovasküler hastalık
Nöbet ve nöbet hastalıkları	Hareket hastalığı
	Psikoz

EP-050

SEPTİK SEREBRAL PANSİNÜS TROMBOZU

İsmail Koç, Musa Temel, Rüştü Koç, Serap Kökoğlu, Javid Shaviyev, Büşra Sümeyye Arıca Polat, Nuriye Kayalı, Serkan Çelik

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara

Yirmiki yaşında erkek hasta üç gün önce başlayan çift görme ve baş ağrısı şikayetleri sebebiyle nöroloji polikliniğine başvurdu. Son 10 gündür öksürük, ateş yakınmaları olan hastanın ilk muayenesinde sağ göz dışı bakışta kısıtlılık olduğu görüldü. Hastadan acil beyin tomografisi (BT) ve diffüzyon ağırlıklı magnetik rezonans görüntüleme (MRG) istendi. Beyin görüntülemelerinde akut kanama, iske mi ve yer kaplayıcı lezyon görülmedi ve hasta hospitalize edildi. Takip eden sürede baş ağrısı şikayetleri artan hastanın dışı bakış kısıtlılığının bilateral olduğu gözlemlendi. Lomber ponksiyon (LP) yapıldı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) açılış basıncı 400 mmH₂O idi, BOS glukoz ve protein değerleri normaldi, hücre görülmedi. Santral sinir sistemi enfeksiyonu ekarte edilen hastada mevcut klinik bulguların akut/subakut olması sebebiyle, hastada öncelikli olarak serebral venöz tromboz düşünüldü. Venöz faz dahil olacak şekilde baş-boyun BT anjiyografi (BTA) çekildi. Görüntülemenin hemen sonrasında nöbet geçiren hasta yoğun bakıma nakledildi. BTA venöz fazında bilateral sigmoid ve transvers sinüslerde, süperior ve inferior sagittal sinüste kontrast dolumu olmadığı görüldü. Hasta pansinüs trombozu olarak değerlendirildi. Düşük molekül ağırlıklı heparin, intravenöz antiepileptik başlandı. Ateş ve serumda beyaz küre yüksekliği olan hastada sonraki gün çekilen MRG'da sağ mastoid boşlukta enflamasyon ile uyumlu görüntü izlendi. Hasta kulak burun boğaz ve enfeksiyon hastalıklarına danışılarak intravenöz seftriakson başlandı. Septik tromboz lehine değerlendirilen hastada tedavinin ilk gününden itibaren şikayetler gerilemiş olup tedavinin birinci haftasında bakış paralizi tamamen yakın düzeldi. Trombofiliye yönelik testler planlanan hasta oral varfarin ile taburcu edildi. Serebral venöz tromboz (SVT), çeşitli etiyolojilere bağlı gelişen serebral venöz kan akımının obstrüksiyonu ile sonuçlanan serebrovasküler bir hastalıktır. Baş ağrısı, görme kaybı, konfüzyon, nöbet ve bilinç değişikliği gibi semptomlarla prezente olabilir. Pansinüs trombozu çok nadir görülen, mortal seyredebilen ve invaziv işlem gerektirebilecek kötü seyirli bir klinik tablodur. Literatürdeki vakalarda pansinüs trombozu olan hastalara endovasküler trombektomi uygulanmış veya intravenöz doku plazminojen aktivatörü verilmiştir. Vakamız özellikle septik tromboz lehine değerlendirilmiş olup erken intravenöz seftriakson ve subkutan düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi ile ek tedavi veya girişimsel işleme gerek kalmadan tam düzelmiştir.

Anahtar Kelimeler: Pansinüs, Serebral, Tromboz, Ven.

EP-051

ATRIAL SEPTAL DEFEKTE BAĞLI EİSENMENDER SENDROMLU BİR İSKEMİK İNME OLGUSU

Aysel Milanlıoğlu, Gökhan Görken, Arif Sarı, Aydın Çağaç

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Van

Eisenmenger sendromu, konjenital kalp defektlerine bağlı olarak, pulmoner vasküler dirençte artma sonucu, kanın sağdan sola şantlanması ile oluşan bir durumdur. Eisenmenger sendromunun çeşitli tromboembolik komplikasyonları olup, serebrovasküler olaylar da bunlardan biridir. İskemik inme, Eisenmenger sendromunun diğer trombofilik komplikasyonları sonucu veya paradoksal emboli kaynaklı olabilir. Biz de ASD ye bağlı Eisenmenger sendromu saptanılan, serebral enfarktli bir hastamızı sunmayı amaçladık. Kliniğimizde enfarkt nedeniyle takip edilen bir hastamızda, etyolojik tanı sırasında ASD ye bağlı Eisenmenger sendromu tanısı konan 42 yaşında kadın hastamızı sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Eisenmenger, Asd, Atrial Septal Defekt, İskemik İnme, Paradoksal Emboli.

EP-053

AKUT İSKEMİK İNME İLE PREZENTE OLAN İNTERNAL KAROTİD ARTER DİSSEKSİYONU

Ferhat Kılıçaslan, Semih Giray

Gaziantep Üniversitesi Nöroloji Ana Bilim Dalı Gaziantep

İnternal karotis arter disseksiyonu bütün iskemik inme vakalarının %2 sine sebep olsa da genç iskemik inme hastalarında bu oran %10 ve % 25 arasında değişmektedir. İnternal karotis arter disseksiyonu klasik triadı kısmi horner sendromu, tek taraflı baş veya boyun ağrısı ve beyin veya retinal iske mi olmasına rağmen hastaların bir kısmı uzun bir süre asemptomatik olabilir. Hastaların yaklaşık yarısı da inme kliniği ile karışımına gelebilmektedir. Karotis arter disseksiyonları iki farklı mekanizma ile akut iskemik inmeye sebep olabilir; arter stenozuna bağlı perfüzyon yetersizliği veya arterden kaynaklı tromboembolizm ile. Biz bu olgu sunumunda sağ orta serebral arter oklüzyonunu telkin eden nörolojik muayene bulguları başvuran ve major damar oklüzyonu nedeniyle endovasküler tedavi uygulanan olgumuzu tedavi sonrası bulguları ile beraber vaka takdimi olarak sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Akut İskemik İnme, Karotis Disseksiyonu, Endovasküler Tedavi.

EP-054

İSKEMİK İNME SONRASI GELİŞEN HOLMES TREMORU OLGUSU

Hasan Çağlar, Özlem AYKAÇ, Fatma Nazlı Durmaz Çelik, Serhat Özkan, Atilla Özcan Özdemir

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Giriş ve Amaç: İnme sonrası hastaların yaklaşık %1-4'ünde hareket bozukluğu gelişmektedir. Hiperkinetik

hareket bozukluklarından Holmes tremoru (rubral tremor), red nükleus ve onun bağlantıları olan serebellotalamik ve nigrostriatal yolların etkilenmesi sonucu gelişen nadir bir fenomendir. Olgumuzda akut iskemik inmenin endovasküler müdahalesi sonrası takiplerinde gelişen Holmes tremoru tanı ve tedavi süreciyle tartışılacaktır.

Olgu: 39 yaşında erkek hasta, acil servise ani gelişen sol tarafta güçsüzlük ve konuşma bozukluğu ile başvurdu. Yakınlarından alınan anamnezde bir haftadır baş ve boyun ağrısı olduğu öğrenildi. Hipertansiyon dışında özgeçmişinde özellik yoktu. Nörolojik muayenesinde uykuya meyilliydi, sağ tarafa zorlu baş ve göz deviasyonu, sol santral fasiyal paralizi ve ağır dizartrisi olan hasta sol hemiplejikti. NIHSS skoru 16 olarak hesaplandı. Beyin BT'de kanama yoktu, sağda hiperdens MCA işareti görüldü. Beyin-boyun BT anjiyografide sağ internal karotis arter-orta serebral arter tandem oklüzyonu saptandı. Anjiyografi ekibinin hazır olması nedeniyle hasta doğrudan nöroanjiyografi laboratuvarına alındı. TIC13 rekanalizasyon sağlandı. İşlemden hemen sonra yapılan nörolojik muayenesinde sol santral paralizi dışında nörolojik muayene normaldi. Serviste takibinin 3. gününde sol tarafta kol ve bacakta istirahat ve hareketle artış gösteren proksimal hakimiyetli 4-5 Hzlik tremor gözlemlendi. Holmes tremoru tanısı ile valproik asit tedavisi başlanan hastanın bir ay sonra kontrolünde tremoru tamamen düzeldi ve mRS 0'dı.

Sonuç: Holmes tremoru aksiyon, istirahat ve postural tremorun birlikte görüldüğü nadir bir fenomendir. Sıklıkla tremora nistagmus, dizartri, distoni ve motor ya da duysal defisitler eşlik eder. Etiyolojide küçük çaplı damarların aterotrombozu suçlanmaktadır. Medikal tedavide, valproik asit, levodopa, dopamin agonistleri, benzodiazepinler ve levetirasetam denenbilir. Yanıtsız vakalarda talamik derin beyin stimülasyonu etkili bir cerrahi tedavidir.

Anahtar Kelimeler: Holmes Tremoru, Stroke, Tandem Oklüzyon, Valproik Asit.

EP-055

AKUT İSKEMİK İNMEYİ TAKİBEN GELİŞEN NÖROJENİK TEMBEL MİYOKARD OLGUSU

Rustam Aliev, Seçil Irmak, İpek Mide, Ezgi Keskiner Öztürk

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Nörojenik tembel miyokard (Neurogenic Stunned Myocardium) akut nörolojik (inme, SAK, nöbet) olay sonrası otonom sinir sisteminin düzensizliğinden dolayı gelişen kalp komplikasyonların meydana geldiği bir olaydır. Katekolamin dalgalanması potansiyel bir mekanizma olarak öne sürülmüştür. Anatomik olarak ön planda insüla hasarı önemlidir. İnsüla kardiyovasküler regülasyonda büyük bir role sahiptir. Sağ insülanın uyarılması taşikardi ve hipertansiyon gibi sempatik etkiler ortaya çıkarırken, sol insülanın uyarılması bradikardi ve vazodepresör etkileri gibi parasempatik yanıtlarda rol oynar. İnsülar korteks ve veya hipotalamusta hasar katekolamin artışına yol açar. Postsinaptik reseptörlerin aşırı lokal stimülasyonu, b1

adrenerjik reseptöre bağlı kalsiyum kanallarının uzun süre açılmasına neden olur. ATP depolarının tükenmesi ve mitokondriyal fonksiyon bozukluğu ve akabinde aktin-miyosin etkileşimlerini uzatır ve serbest oksijen radikallerinin salınımına yol açar. Klinikte genellikle KAH hikayesi yoktur, sol ventrikül yetmezliğine bağlı bulgular (hipotansiyon, akciğer ödemi) görülür. Tipik özellik %80-85 hastada sol ventrikül fonksiyonunun bazaline dönmesidir. EKG'de en sık QT uzaması. ST elevasyonu ve depresyonu diğer sık izlenen bulgu ise uzun QT aralığı, U dalgaları ve ST elevasyonudur. EKO'da Ejeksiyon fraksiyonu düşüklüğü (ortalama % 33) görülür. Karakteristik olarak, sol ventrikül kasılma anormallikleri bir koroner damarın dağılımı ile ilişkili değildir. Troponin T ılımlı artış gösterir (ort:1200-2700). Koroner anjiyoda damar patolojisi izlenmez. 76 Y/K hasta, acil servisimize sol tarafında güçsüzlük ve konuşma bozukluğu ile getirildi. Semptomlarının başlangıcının üzerinden 1.5 saat geçmişti. Özgeçmişinde Hipertansiyon olup acil serviste ölçülen TA: 126/78, Kan şekeri: 136, EKG: III derivasyon, aVF st eleveydi Hastanın Nörolojik Muayenesinde bilinç açık, koopere, oryente, konuşma: dizartrik, gözler sağa deviyer, sol homonim hemianopsi, sol NLS silikliği mevcut olup, motor muayenede sol üst ekstremité 0/5, sol alt ekstremité 0-1/5, sol hipoestezi, solda plantar yanıt ekstansörlüğü saptandı. NIHSS: 17 olarak hesaplandı. Kraniyal BT de kan izlenmedi. DWI: sol MCA enfarkt ile uyumlu difüzyon kısıtlanması görüldü. Troponin: 3227 CK-MB: 233, EKO: LA 42, %EF 43, sol ventrikül hipokinetik, intraventriküler septum hipokinetik, orta derecede MY ve TY. Hastaya 3:05 saatin de alteplaz 6.1 mg puşe ve 55.2mg 1 saat infüzyon başlandı. İV trombolitik sonrası EKG de ST elevasyonu % 50 üzerinde düşüş olması nedeniyle koroner anjiyo elektif olarak planlandı. Hastanın takibinde troponin değerlerinde yükselme izlenmesi ve EKG bulguları da düzeldi. İnsülar korteks veya hipotalamik alan iskemisi, kanama ile gelen hastada yeni gelişen sol kalp yetmezliği kliniği, EKG değişiklikleri, EKO da sol ventrikül disfonksiyonu, %EF düşüklüğü ve kardiyak enzim artışı saptanması durumunda nörojenik tembel miyokard sendromu düşünülmeli.

Anahtar Kelimeler: Akut, İnme, Tembel, Miyokard.

EP-056

AKUT BAZİLER ARTER TROMBOZU İLE BAŞVURAN HASTALARDA DEMOGRAFİK VE PROGNOSTİK VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ezgi Keskiner Öztürk¹, Rustam Aliev¹, Feyyaz Baltacıoğlu², İpek Mide¹

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş ve Amaç: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne akut baziller arter trombozu ile başvuran hastaların verilerini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2018 ile Aralık 2019 tarihleri arasında hastanemiz acil servisine akut inme ile başvuran intravenöz trombolitik ve/veya mekanik

trombektomi tedavisi uygulanan 165 hastadan bilgisayarlı tomografi ve anjiyografi (BTA) tetkiklerinde akut baziller arter trombozu (BAT) saptanan 10 hastanın verileri değerlendirilmiştir. Hastanemiz Nisan 2019'dan itibaren inme merkezi olarak hizmet vermektedir. Hastaların semptom başlangıcı-hekim muayene süreleri, semptom başlangıcı-görüntüleme süreleri, geliş NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) değerleri, trombolitik ve/veya trombektomi uygulama saatleri, çıkış NIHSS değerleri ve işlem sonrası prognozları kayıt edilmiştir.

Bulgular: Değerlendirilen 10 hastanın 8(%80)'i erkekti. Erkeklerin yaş ortalaması 54.6, kadınlarınki 79.5'ti. Hastaların semptom başlangıcı ile nöroloji hekim muayenesi arasında geçen süre ortalama 126 dakika, görüntüleme yapılması ile arada geçen süre ise ortalama 147.3 dakika idi. Hastaların 4'ünde (%40) sadece trombolitik tedavi, 3 hastada (%30) yalnızca trombektomi, 3'ünde (%30) hem trombolitik hem de trombektomi işlemi yapıldı. 10 hastadan 2'sine stent işlemi uygulandı. Trombolitik tedavi verilen hastaların semptom başlangıç saati ile tedavi arası geçen süre ortalama 202.1 dakika idi. Semptom başlangıcı ile trombektomi arası ortalama süre ise 309.8 dakika olarak hesaplandı. 10 hastanın 2'si acile gelişlerinde solunum yollarını koruyamadıkları için entübe edildi. Kalan 8 hastanın geliş NIHSS değerleri ortalama 7.7'yd. 1 hastada işlemden 3 gün sonra klinikte değişiklik olması üzere yapılan BTA'da reoklüzyon olduğu görüldü. Hastaların %50'si tedavi sonrası inme ünitesine alınırken, % 50'si yoğun bakım ünitesinde takip edildi. İzlemde 1 hastada beyin ölümü gelişti. Nöroloji servisinde taburcu edilen hastaların ortalama taburculuk NIHSS değeri 3.6 olarak saptandı.

Sonuç: Tüm iskemik inmelerin beşte birini arka sistem tıkanıklıkları, %1.1'ini ise baziller arter tıkanıklıkları oluşturmaktadır. BAT, kendini geçici iskemik atak şeklinde gösterebileceği gibi ağır inme tablosu da gelişebilir. Şu zamana kadar yapılan çalışmalarda BAT'ta mekanik trombektomi ile tedavi başarısının intravenöz trombolitik tedaviye göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Prognozu belirleyen en önemli unsurlar, distal sulama alanının tutulması, emboli kaynaklı olması, bilinç düzeyinin düşük oluşu, tetraparezi tablosu, anormal pupil bulguları olarak bildirilmektedir. Çalışmamızda nadir görülen BAT hastalarının verileri derlenmiş olup bilginize sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Baziller, Trombolitik, Trombektomi.

EP-057

SKALPTE NADİR GÖRÜLEN BİR VASKÜLER MALFORMASYON

Mehmetcan Yeşilkaya, Özlem Aykaç, Emre Özkara, Atilla Özcan Özdemir, Murat Erten

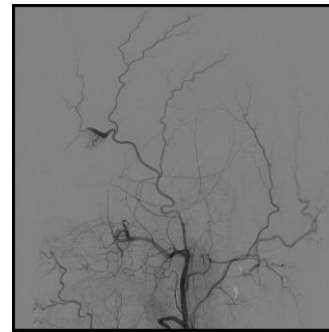
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Giriş: Skalp AVM'leri tanı ve tedavisi karmaşık vasküler malformasyonlardır. Baş ağrısı ve başında şişlik nedeniyle başvuran bir hastanın tanı ve tedavi sürecini tartışmayı amaçladık.

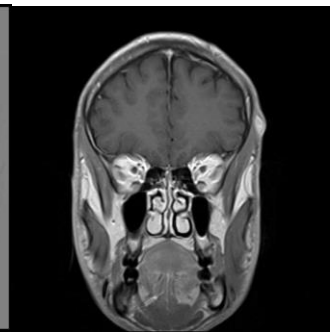
Olgu: 25 yaşında erkek hasta, 2 aydır devam eden sol frontotemporal skalpte giderek büyüyen şişlik ve baş ağrısı şikayeti ile nöroloji polikliniğine başvurdu. Baş ağrısı 7/10 şiddetinde, sol temporal bölgeye lokalize ve zonklayıcı karakterdeydi. Ağrıya fotofobi ve fonofobi eşlik etmemektedir. Bilinen başka hastalığı, travma öyküsü ve düzenli kullandığı ilacı olmayan hastanın fizik muayenesinde sol temporal bölgede pulsatil 2x2 cm boyutlarında kitle lezyonu izlendi. Kontrastlı kranial MR'da; sol temporal bölgede kontrastla dolum gösteren lezyon görüntülendi. Diagnostik anjiyografide selektif sol eksternal arter enjeksiyonunda, süperfisiyal temporal arterden dolum gösteren, arterin ektatik izlendiği arteriovenöz malformasyon ile uyumlu görüntü gözlemlendi. Venöz sinüslere retrograd dolum yoktu. Beyin cerrahisi tarafından opere edilen hastanın lezyonu total eksize edildi. Patoloji incelemesinde arteriovenöz malformasyon tespit edildi.

Sonuç: Süperfisiyal temporal arter arteriovenöz malformasyonu (AVM); nadir görülen ve farklı semptomlara neden olabilen damarsal bir anomalidir. Genellikle insidental olarak farkedilen bu lezyonlar, büyük çoğunlukla konjenital olmakla beraber, %20-30 oranında travmatik, iyatrojenik (saç ektirme ve kraniotomi sonrası) ve enfeksiyona sekonder de görülebilir. Fokal ise cerrahi ile tedavi edilebilirken daha komplike AVM'lerin rekürrens oranı fazladır. Bu nedenle erken tanı ve tedavi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Arteriovenöz Malformasyon, Skalp Arteriovenöz Malformasyonu, Süperfisiyal Temporal Arter.



Resim 1. Diagnostik anjiyografide eksternal karotis arter enjeksiyonunda dolum gösteren, arteriovenöz malformasyonla uyumlu lezyon.



Resim 2. Kontrastlı kranial MR görüntülemesinde kontrastla dolum gösteren, sol temporal bölgede yerleşimli kitle lezyonu.



Resim 3. Sol temporal bölgedeki kitle lezyonu I. (Fizik muayenede fark edilen, pulsatif ve üfürüm alınan, 2x2 santimetre boyutlarında, kitle lezyonu).

Resim 4. Sol temporal bölgedeki kitle lezyonu II.

EP-058

SPORADİK SEREBRAL AMİLOİD ANJİOPATİLİ OLGUNUN MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME BULGULARI

Ümit Görgülü, Tülay Güler, Hesna Bektaş, Karabekir Ercan

Ankara Şehir Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara

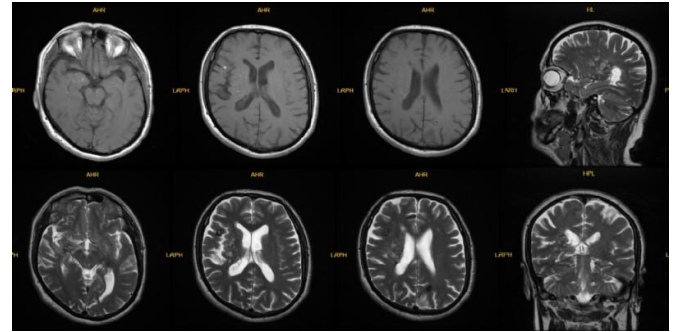
Giriş ve Amaç: Serebral amiloid anjiyopati (SAA) leptomeningeal ve intrakortikal serebral kan damarları duvarlarında amiloid beta peptitlerin ($A\beta$) birikmesi ile karakterizedir. SAA artan yaş, demans, lobar intraserebral kanama (İSK), lobar beyin mikrokanamaları, lökoaryozis, küçük kortikal infarktlar ve yüzeysel siderozis ile ilişkilidir. Daha çok sporadik olmakla birlikte, familial bir sendroma veya Alzheimer hastalığına eşlik edebilir. SAA büyük ölçüde asemptomatik olabilmekle birlikte, klinikte spontan lobar hemoraji ile dikkati çekmekte, ayrıca geçici nörolojik bulgular, nöbet, baş ağrısı, kognitif bozukluklar, manyetik rezonans görüntülemeye (MRG) rastlantısal mikrohemorajiler ve hemosiderozis bulguları ile prezente olabilmektedir. SAA ile diğer sistemik amiloidozlar veya hipertansiyonu da kapsayan geleneksel risk faktörleri arasında belirgin bir ilişki gösterilememiştir. SAA klinik tanısı son zamanlarda MRG'de yüzeysel siderozis ve lobar mikrokanamalar kavramı yardımıyla olmaktadır. Bizde inme polikliniğimizde takipli amiloid anjiyopati tanılı olgumuzun 3D Susceptibility Weighted Imaging (SWI) sekansı dahil MRG'lerini sunmayı uygun bulduk.

Olgu: Özgeçmişinde bilinen hastalığı olmayan altmış dört yaşında erkek hasta 2 yıl önce sol bacakta kuvvet kaybı şikayeti sonrası çekilen beyin MRG ile amiloid anjiyopati tanısı almış. Vital bulguları normal olan hastanın nörolojik muayenesinde bradimimi ve sol alt ekstremitte kuvvetinin 4/5 olması dışında patolojik bulguya rastlanmadı. Beyin MRG'de bilateral

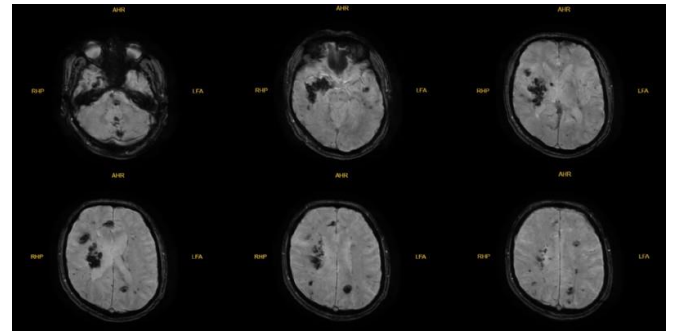
periventriküler beyaz cevher, sağ temporal lob ve bazal ganglion düzeyinde daha belirgin olmak üzere yaygın amiloid anjiyopatiye bağlı sinyal kayıtları ve sağ temporal unkal, bazal ganglion ve frontal düzeyde noktasal subakut süreçli kanama odakları (Resim 1), 3D SWI sekansında pons, vermis, sol serebellar hemisfer, mezensefalon, sağda daha yaygın olmak üzere bilateral temporal lobda, sağ bazan ganglionda, bilateral frontoparietal beyaz cevher düzeyinde hemosiderine bağlı yaygın hipointens sinyal kayıtları izlendi (Resim 2). Bulguları SAA ile uyumlu hastamızın HT dahil risk faktörü olmayıp, inme polikliniğimizde takibine devam edilmektedir.

Sonuç: SAA 65 yaş üzeri olgularda İSK'nın en sık sebebi olmakla birlikte az bilinmektedir. SWI sekansı gibi gradient ağırlıklı MRG çalışmaları görülemeyen mikrokanamaları göstermek için idealdir.

Anahtar Kelimeler: Serebral Amiloid Anjiyopati, İntraserebral Kanama, Manyetik Rezonans Görüntüleme, Susceptibility Weighted İmaging.



Resim 1. Beyin MRG'de bilateral periventriküler beyaz cevher, sağ temporal lob ve bazal ganglion düzeyinde daha belirgin olmak üzere yaygın amiloid anjiyopatiye bağlı sinyal kayıtları ve sağ temporal unkal, bazal ganglion ve frontal düzeyde noktasal subakut süreçli kanama odakları.



Resim 2. MRG 3D SWI sekansında pons, vermis, sol serebellar hemisfer, mezensefalon, sağda daha yaygın olmak üzere bilateral temporal lobda, sağ bazan ganglionda, bilateral frontoparietal beyaz cevher düzeyinde hemosiderine bağlı yaygın hipointens sinyal kayıtları.

KARBAMAZEPİN OVERDOZU İLE İLİŞKİLİ GEÇİCİ SPLENİAL LEZYON: OLGU SUNUMU

Burak Zan, Selma Aksoy

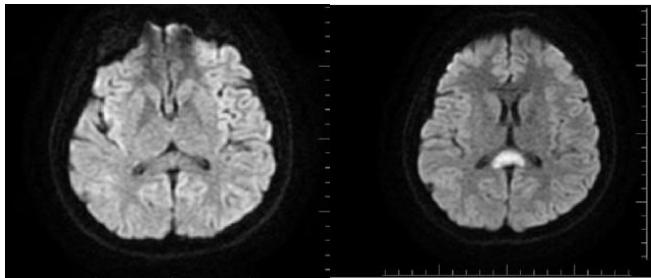
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji anabilim Dalı, Çanakkale

Giriş ve Amaç: Geçici splenial lezyon, korpus kallosumun spleniumunda Manyetik Rezonans görüntülemenin (MRG) T2 ve difüzyon fazlarında homojen sinyal artışı ile karakterizedir. Fiziopatolojisinde hiponatremi ile ilişkili intramiyelitik aksonal ödem ve lokal inflamatuvar hücrelerin infiltrasyonu vardır. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte literatürde enfeksiyonlar, ilaç kullanımı ve metabolik bozukluklar ile seyreden olgular bildirilmiştir. Bilinen epilepsi tanısı olan, ani başlayan denge bozukluğu ile gelen ve difüzyon MRG tetkikinde iske mi benzeri lezyon gözlenen olguyu ayırıcı tanıda geçici splenial lezyonun önemini vurgulamak amacıyla paylaştık.

Olg u: Epilepsi hastalığı nedeniyle karbamazepin 1200 mg/gün tedavisi kullanan 24 yaşında kadın hasta nöroloji polikliniğine son 2 gündür başlayan dengesizlik, konuşmada bozukluk şikayetleri ile başvurdu. Nörolojik muayenesinde dizartri, dismetri ve ataksi saptanması üzerine yapılan difüzyon MRG tetkikinde korpus kallosumda DWI fazında hiperdens, ADC fazında hipodens lezyon görülmesi üzerine ayırıcı tanı amacıyla servise yatırıldı. Laboratuvar tetkiklerinde enfeksiyon parametreleri ve metabolik değerleri normaldi. Karbamazepin kan ilaç düzeyi: 12.63 mg/dl (8.0-12.0 mg/dl referans aralığı) olarak saptandı. Karbamazepin dozunun azaltılması ve intravenöz hidrasyon tedavisi ile hastanın yatışının 3. gününde klinik bulgularında düzelme kaydedildi. Yatışının 7. gününde tekrarlanan Difüzyon MRG'ında lezyon alanında belirgin regresyon izlenen hasta karbamazepin kan ilaç düzeyi takibi önerilerek taburcu edildi.

Sonuç: Geçici splenial lezyon; akut gelişen nörolojik muayene bulguları ile serebrovasküler hastalıkları taklit eden, Difüzyon MRG'da kendine özgü lokalizasyon ve şekli ile tanı konulabilen reversible bir lezyondur. Bu hastalarda altta yatan ilaç toksikasyonları, enfeksiyonlar, elektrolit bozuklukları gibi durumların titizlikle araştırılması önemlidir. Spesifik bir tedavisi olmayıp altta yatan etyolojiye yönelik tedavi uygulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Karbamazepin, Splenial Lezyon, Serebrovasküler Olay, MR Görüntüleme.



Resim 1. Hastanın 2. Hafta sonundaki MR tetkiki.

Resim 2. Hastanın ilk MR tetkiki.

GEÇİCİ İSKEMİK ATA KLI HASTALARDA AKUT İSKEMİK LEZYONLAR VE KLİNİK ÖZELLİKLER İLE İLİŞKİSİ

Bülent Güven, Müjdat Deniz Benli, Beyza Nur Çetin Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Dışkapı Yıldırım

Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara

Giriş ve Amaç: Geçici iskemik atak (GİA) tanımının kapsamı uzun yıllar boyunca tartışmalı bir konu olmayı sürdürmüştür. Günümüzde GİA “akut infarkt olmaksızın fokal beyin, spinal kord, veya retinal iske mi nedeniyle gelişen kısa süreli ve geçici nörolojik işlev bozukluğu atağı” olarak tanımlansa da; hastalarının yaklaşık 1/3'ünde akut iskemik lezyon görüntülediği bilinmekte ve inme gelişme riski için öngörücü bir bulgu olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada klinik olarak GİA tanısı konulan hastalarda akut iskemik lezyon sıklığının araştırılması; bu lezyonların varlığının klinik ve prognostik önem taşıyan özelliklerle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Klinik olarak GİA tanısı konulan, nörolojik defisiti ilk 24 saat içinde tam olarak düzelen hastalar çalışmaya alındı. Tüm hastalara semptom başlangıcından sonraki ilk 24 saat içerisinde beyin difüzyon ağırlıklı görüntüleme (DAG) yapılarak; difüzyon kısıtlaması gösteren akut iske mi ile uyumlu lezyon varlığı; lezyonların yerleşimi, sayısı, boyutu ve semptom başlangıcı ile DAG yapılması arasında geçen süre belirlendi. Hastalar rutin kan testleri, elektrokardiyografi, transtorasik ekokardiyografi, karotis ve vertebral Doppler ultrasonografi ve gerekli durumlarda 24 saatlik ritim Holter elektrokardiyografi ve inme etyolojisine yönelik ayrıntılı incelemeler ile değerlendirildi. Nörolojik muayene bulguları, nörolojik bulguların düzelme süresi, vasküler risk faktörleri, hastaların kullanmakta oldukları tedaviler, GİA etyolojisi, ABCD2 puanları kaydedildi.

Bulgular: Doksan dört hasta (37 kadın, 57 erkek; yaş ortalaması 68.4±13.8) çalışmaya alındı. Kırk hastada (%42.6) DAG'da difüzyon kısıtlayan akut iskemik lezyon saptandı. Nörolojik defisit düzelme süresi akut iskemik lezyonu bulunan hastalarda 117.9±105.1 dakika iken, akut iskemik lezyonu bulunmayan hastalarda 58±69.9 dakika idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.003). Akut iskemik lezyon görüntülenen grupta görüntülenmeyen gruba göre nörolojik defisit <10 dakika sürdüğü hasta sayısının daha az (p=0.040); nörolojik defisit ≥60 dakika sürdüğü hasta sayısının ise daha fazla olduğu (p=0.025) saptandı. Akut iskemik lezyon görüntülenen ve görüntülenmeyen hastalar arasında nörolojik muayene bulguları, vasküler risk faktörleri, ABCD2 puanları ve büyük arter hastalığı ya da kardiyomembolik etyoloji açısından fark saptanmadı. Akut iskemik lezyonu olan hastaların %60'ında lezyon tek, %40'ında ise birden fazla; %47.5'inde ≥1.5 cm, %52.5'inde <1.5 cm; %62.5'inde MCA, %10'unda PCA sulama alanlarında, %15'inde beyinsapında, %5'inde serebellumda, %12.5'inde anterior, posterior ya da internal watershed bölgelerinde idi.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçları semptomları 24 saat içerisinde düzelen hastalarda akut iskemik lezyonlara oldukça sık olarak rastlanılabileceğine, özellikle semptomları bir saatten daha uzun süren hastalarda akut iskemik lezyon görülme olasılığının daha yüksek olduğuna işaret etmiş; zaman-bağımlı ve görüntülenebilir iskemik lezyon varlığı ile ilişkili sınıflandırmalara dayalı alt grupları içeren yeni GİA tanımlamalarına gereksinim olabileceğini düşündürmüştür.

Anahtar Kelimeler: Akut İskemik Lezyon, Difüzyon Ağırlıklı Görüntüleme, Geçici İskemik Atak.

EP-062

İNMEDE DEĞİŞTİRİLEBİLİR RİSK FAKTÖRLERİNİ DEĞİŞTİREN RİSK FAKTÖRÜ: OBSTRÜKTİF UYKU APNESİ

Aslı Akyol Gürses¹, Utku Oğan Akyıldız²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Klinik Nörofizyoloji Bilim Dalı, Ankara

²Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Aydın

Giriş: İnme tüm dünyada koroner kalp hastalığı ve kanserlerin ardından üçüncü sıklıkta gelen ölüm nedeni olup; tüm inme vakalarının %15'ini intraserebral kanamalar oluşturmaktadır. Hipertansiyon en güçlü değiştirilebilir risk faktörüdür ve tanı almamış vakalarda intraserebral kanama ilk bulgu olabilir. Uyku ilişkili solunum bozukluğu (SDB), non-komatöz akut hipertansif intrakranial hemoraji olgularında %32 oranında bildirilmiştir. Klinik tablonun önceden akla gelerek uygun yönetilmesi; istenmeyen sonlanımı 'kaçınılmaz' olmaktan kurtarır. Bu sunumda amaç; önceden bilinen risk faktörü tanımlanmaksızın gelişen intraserebral hemoraji ve sol hemipleji ile başvuran olguda etyolojik değerlendirmeyi ve aslında varolan değiştirilebilir risk faktörlerini tartışarak gözden geçirmektir.

Olgu: 2.5 ay önce geçirilmiş sol hemipleji şeklinde hemorajik inme öyküsü bulunan 73 yaşındaki erkek hasta; Aydın Devlet Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Servisi'nde yatırılmakta iken nörofizyoloji konsültasyonunda görüldü. Özgeçmişte; hospitalizasyon sonrasında yeni tanı aldığı hipertansiyonu mevcuttu. Son iki senedir sigarayı bıraktığı ancak öncesinde >40 paket/yıl kullanımının olduğu öğrenildi. Detaylı sorgulamada, yakınlarınca 4-5 aydır uykuda aralıklı olarak nefesinin durduğu tarif edildi. Horlama ve gün içinde hemen devamlı gözlenen uyku hali tanımlandı. Nörolojik muayenesinde sol santral fasial paralizi ve sol hemipleji gözlemlendi, plantar yanıt solda ekstansördü. Beyin tomografisinde sağ frontoparyetal loblarda bazal ganglionlar ve talamusa da uzanan parankimde geniş hipodens alan ve ensefalomalazik değişiklikler izlendi. Obstrüktif uyku apnesi ön tanısı ile gerçekleştirilen tanısal polisomnografide ağır düzeyde uyku apnesi saptandı ve tedaviye yönelik pozitif havayolu basıncı (PAP) tedavisi planlandı. Obstrüktif solunum olaylarının yanında sık mikst ve santral apneleri gözlenen hastada etyolojiye yönelik kardiyoloji konsültasyonu yapıldı, kalp yetmezliği izlenmedi. Hasta taburculuk sonrası takipten

çıktı.

Sonuç: SDB hastalarında (apne-hipopne indeksi ≥ 5 /saat) inme riski 2-4 kat artmış olup; inme hastalarında SDB, alt-tipten bağımsız olarak %30-80'e kadar yüksek sıklıkta bildirilmektedir. Bununla birlikte hemorajik inme için veriler görece sınırlıdır ve nokturnal kan basıncı dalgalanmaları ile tanı almamış hipertansiyonun bu süreçte ara basamağı oluşturduğu düşünülmektedir. Özellikle tanımlanan belirgin risk faktörü yokluğunda SDB'nin akla gelmesi ve uygun tedavi edilmesi; hem inme sonrası iyileşme sürecini hızlandırmakta, hem de kardiyovasküler morbidite / mortaliteyi azaltmaktadır. İnme etyolojisine yönelik tanısal çalışmada polisomnografik inceleme için rutin bir rehber önerisi bulunmamakla birlikte; uygun klinik ve laboratuvar koşulları varlığında değerlendirmenin önemini vurgulamak üzere bu vakayı sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: İnme, İntraserebral Kanama, Uyku İlişkili Solunum Bozukluğu, Obstrüktif Uyku Apnesi.

EP-063

KAPSAMLI İNME MERKEZİ İLE ÇEŞİTLENEN TEDAVİ SEÇENEKLERİNİN İNME HASTA PROFİLİ VE PROGNOZ ÜZERİNE ETKİSİ

Elif Sariönder Gencer, Mert Abdullah Çilli, Esra Yeğin, Yasemin Biçer Gömceli

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Antalya

Giriş ve Amaç: Akut iskemik inme (Aİİ) de uygun hastalarda intravenöz trombolitik (İvtPA) ve endovasküler trombektomi tedavisi (EVT) ciddi sakatlığı ve mortaliteyi önleyebilir. Bu tedaviler deneyimli ekip ve yeterli ekipmana sahip merkezler tarafından yürütülmelidir. Çalışmamızda kapsamlı inme merkezi olarak akut iskemik inmede takip ve tedavi seçeneklerini arttıran kliniğimizde değişen hasta profili ve tedavi sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2019-Aralık 2019 tarihleri arasında Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Nöroloji kliniğinde, taburcu olduktan sonra da inme polikliniğinde takip edilen tüm İnme hastalarının prospektif olarak kayıt edilen demografik, klinik ve görüntüleme bulguları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Tüm inmelerin yüzde 91' i iskemik inmeydi (n=1117). İskemik inmelerin %16'sına İv tPA (n=146), %5 ine EVT (n=55) uygulandı. Hastaların %31 inme ünitesi ve nöroloji yoğun bakımda takip edildi (n=346). Ön sistem inmelerin %12 sinde karotis oklüzyonu veya darlığı tespit edildi (n=121) bunların 72 sine karotis stent, 38 ine karotis endartektomi uygulandı.

Sonuç: Kapsamlı inme merkezi bölgesel bir merkez görevi görebilir ve inme müdahalelerinin sayılarını ve olumlu sonuçlarını arttırabilir.

Anahtar Kelimeler: Kapsamlı İnme Merkezi, IV Trombolitik, Endovasküler Tedavi.

TRAVMATİK DİSEKSİYON VAKALARINDA ENDOVASKÜLER TEDAVİ SONUÇLARIMIZ

Fatma Altuntaş Kaya, Özlem Aykaç, Zehra Uysal Kocabaş, Fatma Ger Akarsu, Atilla Özcan Özdemir

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Giriş ve Amaç: Arteriyel diseksiyon, genç yaşta inmenin en sık nedenleri arasındadır. Diseksiyonlar travmatik veya spontan olarak karşımıza çıkabilirler. İntrakranial veya ekstrakranial diseksiyon tromboembolizm veya hipoperfüzyon sonucu serebral iskekiye neden olabilir. Künt travmaya bağlı intrakranial ve ekstrakranial diseksiyon oranı %1'dir. Künt travmaya bağlı karotis diseksiyonları tedavi edilmediği takdirde ölüm oranları %23-28'dir. Çalışmamızda endovasküler müdahale ettiğimiz travmatik diseksiyon hastalarının klinik özelliklerini, uygulanan tanı ve tedavi yöntemlerini tartışmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2015- Aralık 2019 tarihleri arasında karotis arter diseksiyonu nedeniyle endovasküler tedavi yapılan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, öncesinde travma öyküsü olması ve ekstrakranial arterlerde diseksiyon varlığı ve endovasküler tedavi yöntemi kayıt

edildi.

Bulgular: Yaş ortalaması 41.8 ± 3 olan toplam 5 hasta çalışmaya dahil edildi. % 80' i erkek (n=4), % 20' si kadındı (n=1). Beş hastanın hepsinde künt travma öyküsü mevcuttu. 3 hastamızda internal karotis arterde diseksiyon, bir hastamızda internal karotis arterde disekan anevrizma izlendi. Bir hastamızda ise anterior serebral arter A2-A3 bileşkesinde disekan anevrizma mevcuttu. Üç hastamız baş ve boyun ağrısı, bir hastamız da subaraknoid kanama nedeniyle başvurdu. Bir hastamızda ise bir hafta önce akut iskemik inme nedeniyle mekanik trombektomi yapılmıştı. Bir hastada karotis stent ve anjiyoplasti uygulandı. Üç hastamızda akım yönlendirici stent kullanıldı. Bir hastamızda ise hem akım yönlendirici stent hem de anevrizma coili kullanıldı. Tüm hastalarımızın üçüncü ay modifiye rankin skoru 0'dı.

Sonuç: Künt travma öyküsü olan hastalarda arteriyel diseksiyon olasılığı akılda bulundurulmalı ve vasküler görüntüleme ile değerlendirilmelidir. Tedavi edilmeyen travmatik arteriyel diseksiyonlarda iskemik inme (%60) ve mortalite (%19-43) oranında görülebilir. Diseksiyonların erken dönemde tanı alması ve tedavi edilmesi bu riski azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Travma, Diseksiyon, Endovasküler.



Türk Beyin Damar
Hastalıkları Derneği

4.TÜRKİYE İNME AKADEMİSİ



18-20 ARALIK 2020

Online

www.bdhk2020.org