

TÜRK
BEYİN
DAMAR
HASTALIKLARI
DERNEĞİ
EKİM 1994



VII. ALİ ÖZEREN BEYİN DAMAR HASTALIKLARI OKULU



26-28 Mayıs 2017
Royal Holiday Palace
Lara - Antalya

TÜRK BEYİN DAMAR HASTALIKLARI DERGİSİ

Mayıs 2017 Cilt 23; Ek 1 (VII. Ali Özeren Beyin Damar Hastalıkları Okulu Özel Sayısı)

ISSN: 2146-9113

Baş Editör

Prof. Dr. Nevzat UZUNER

Bölüm Editörleri

Prof. Dr. Kürşad KUTLUK

Prof. Dr. Taşkın DUMAN

Prof. Dr. Mehmet Akif TOPÇUOĞLU

Prof. Dr. A. Özcan ÖZDEMİR

Prof. Dr. Mustafa BAKAR

Doç. Dr. Ethem Murat ARSAVA

Doç. Dr. Levent GÜNGÖR

Doç. Dr. Erdem YAKA

Önceki Editör

Prof. Dr. Gazi ÖZDEMİR

Uluslararası Bilimsel Danışma Kurulu (International Advisory Board)

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)

Prof. Dr. Nazire AFŞAR

Prof. Dr. Sevinç AKTAN

Prof. Dr. Ali AKYOL

Prof. Dr. Zekeriya ALİOĞLU

Doç. Dr. Zülfikar ARLIER

Doç. Dr. Onur ARMAĞAN

Prof. Dr. Sevilhan ARTAN

Prof. Dr. Ali ARSLANTAŞ

Prof. Dr. Talip ASİL

Prof. Dr. Necmi ATA

Doç. Dr. Hakan AY

Prof. Dr. Sara BAHAR

Prof. Dr. Sevin BALKAN

Yrd. Doç. Dr. Demet Funda BAŞ

Prof. Dr. Ali İhsan BAYSAL

Pro. Dr. Alparslan BİRDANE

Prof. Dr. Hayrūnisa BOLAY

Prof. Dr. Faik BUDAK

Prof. Dr. Ufuk CAN

Doç. Dr. Nilgün ÇINAR

Doç. Dr. Vedat ÇİLİNGİR

Prof. Dr. Oğuzhan ÇOBAN

Prof. Dr. Turgay DALKARA

Doç. Dr. Eylem DEĞİRMENCİ TEKE

Prof. Dr. Şeref DEMİRKAYA

Prof. Dr. Meltem DEMİRKIRAN

Prof. Dr. Hayrūnisa DENKTAŞ

Doç. Dr. Okan DOĞU

Doç. Dr. Füsün MAYDA DOMAÇ

Prof. Dr. Babür DORA

Doç. Dr. Ali Kemal ERDEMOĞLU

Prof. Dr. Semih GİRAY

Doç. Dr. Mustafa GÖKÇE

Prof. Dr. Baki GÖKSAN

Doç. Dr. Fatma Münevver GÖKYİĞİT

Doç. Dr. Sibel GÜLER

Prof. Dr. Canan TOGAY IŞIKAY

Prof. Dr. Birsın İNCE

Doç. Dr. Yüksel KABLAN

Doç. Dr. Özden KAMIŞLI

Doç. Dr. Dilaver KAYA

Doç. Dr. Dursun KIRBAŞ

Yrd. Doç. Dr. Hasan Hüseyin KOZAK

Prof. Dr. Yakup KRESPI

Prof. Dr. Emre KUMRAL

Doç. Dr. Ceyhan KUTLU

Doç. Dr. İsmet MELEK

Prof. Dr. Selma METİNTAŞ

Doç. Dr. Cemile Handan MISIRLI

Doç. Dr. İpek MİDİ

Prof. Dr. Nermin MUTLUER

Prof. Dr. Bülent MÜNGEN

Prof. Dr. Bijet NAZLIEL

Prof. Dr. Münife NEYAL

Prof. Dr. Erhan OĞUL

Prof. Dr. Atilla OĞUZHANOĞLU

Prof. Dr. Mehmet Zülkuf ÖNAL

Doç. Dr. Çağatay ÖNCEL

Prof. Dr. Demet ÖZBABALIK ADAPINAR

Prof. Dr. Taner ÖZBENLİ

Prof. Dr. Yasemin ÖZDEMİR

Prof. Dr. Ali ÖZEREN

Prof. Dr. Mehmet ÖZMENOĞLU

Prof. Dr. İbrahim ÖZTURA

Prof. Dr. Vesile ÖZTÜRK

Prof. Dr. Şerefnur ÖZTÜRK

Prof. Dr. Okay SARIBAŞ

Prof. Dr. Ayşe SAĞDUYU KOCAMAN

Prof. Dr. Deniz SELÇUKİ

Prof. Dr. Kaynak SELEKLER

Prof. Dr. Özden ŞENER

Doç. Dr. Mehmet Güney ŞENOL

Prof. Dr. Oğuz TANRIDAĞ

Prof. Dr. Bilgin TİMURALP

Prof. Dr. Lale TOKGÖZOĞLU

Prof. Dr. Reha TOLUN

Prof. Dr. Temel TOMBUL

Prof. Dr. Suat TOPAKTAŞ

Prof. Dr. Gülten TUNALI

Prof. Dr. Rezzan TUNCAY

Prof. Dr. Burhanettin ULUDAĞ

Doç. Dr. Derya ULUDÜZ

Prof. Dr. Önder US

Prof. Dr. Ufuk UTKU

Yrd. Doç. Dr. Gülnur TEKGÖL UZUNER

Yrd. Doç. Dr. Ali ÜNAL

Prof. Dr. Kubilay VARLI

Doç. Dr. Betül YALÇINER

Prof. Dr. Nebil YILDIZ

Prof. Dr. Hikmet YILMAZ

Doç. Dr. Vedat Ali YÜREKLİ

Prof. Dr. Mehmet ZARİFOĞLU

Sahibi:

TÜRK BEYİN DAMAR HASTALIKLARI DERNEĞİ adına

Prof. Dr. Nevzat UZUNER

Ariyefe Mahallesi Kıbrıs Şehitleri Caddesi Yasin İş Merkezi No: 111/114 ESKİŞEHİR Tel: 0530 0848560

nevatuzuner@gmail.com, info@bdhd.org.tr, www.bdhd.org.tr

Tüm hakları Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği'ne aittir

**VII. ALİ ÖZEREN BEYİN DAMAR HASTALIKLARI
OKULU
26-28 MAYIS 2017
ROYAL HOLIDAY PALACE/LARA-ANTALYA**

TÜRK BEYİN DAMAR HASTALIKLARI DERGİSİ
Mayıs 2017 Cilt 23; Ek 1 (VII. Ali Özeren Beyin Damar Hastalıkları Okulu Özel Sayısı)
ISSN: 2146-9113

İÇİNDEKİLER

Bilimsel Program	1
Poster Bildirileri	4

**ALİ ÖZEREN BEYİN DAMAR HASTALIKLARI OKULU
DÜZENLEME KURULU**

Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği Yönetim Kurulu

BİLİMSEL KURUL

Ayça Özkul
Bijen Nazlıel
Canan Togay Işıkkay
Dilaver Kaya
E. Murat Ersava
Erdem Yaka
Hadiye Şirin
Kürşad Kutluk
Levent Güngör
M.Akif Topçuoğlu
Mustafa Bakar
Mustafa Gökçe
Nazire Afşar
Nevzat Uzuner
Nilda Turgut
Nilüfer Yeşilot Barlas
Özcan Özdemir
Semih Giray
Suat Topaktaş
Talip Asil
Vedat Ali Yürekli
Vesile Öztürk
Zülküf Önal

BİLİMSEL PROGRAM

26 Mayıs 2017	
SAATLER	OKUL PROGRAMI
12:45-14:00	ÖĞLE YEMEĞİ
	AÇILIŞ
13:00-14:30	I. Oturum İnmede Tedavi Hedefleri Oturum Başkanı: Kürşad Kutluk <i>Yaşam tarzı</i> <i>Vesile Öztürk</i> <i>Kan Basıncı</i> <i>Zülküf Önal</i> <i>Kan Şekeri ve Lipidler</i> <i>Canan Togay Işıkkay</i>
14:30-15:00	ARA
15:00-16:30	II. Oturum Hemorajik İnme I Oturum Başkanı: Suat Topaktaş <i>Hipertansif Kanama</i> <i>Hadiye Şirin</i> <i>Amiloid Anjiyopati</i> <i>Ayça Özkul</i> <i>İyatrojenik Kanama</i> <i>Mustafa Gökçe</i>
16:30-17:00	ARA
17:00-18:30	III. Oturum Hemorajik İnme II Oturum Başkanı: Mustafa Gökçe <i>Subaraknoid Kanama Tanısı</i> <i>M.Akif Topçuoğlu</i> <i>Subaraknoid Kanama Tedavisi</i> <i>Özcan Özdemir</i> <i>Epidural-Subdural Kanamalar</i> <i>Suat Topaktaş</i>
19:00-21:00	AKŞAM YEMEĞİ
27 Mayıs 2017	
SAATLER	OKUL PROGRAMI
08:30-10:00	IV. Oturum Kardiyoembolik İnme Oturum Başkanı: Vesile Öztürk

	<p><i>Etiyolojik Tanı</i> <i>Bijen Nazlıel</i> <i>Tedavide Karar Algoritmaları</i> <i>Erdem Yaka</i> <i>ESUS Kavramı</i> <i>Nevzat Uzuner</i></p>
10:00-10:30	ARA
10:30-12:00	<p>V. Oturum Küçük Damar Hastalığı Oturum Başkanı: Nevzat Uzuner Terminoloji <i>E.Murat Ersava</i> Semptomatoloji (akut ve kronik dönem) <i>Kürşad Kutluk</i> Tedavi (akut ve uzun dönem) <i>Nazire Afşar</i></p>
12:00-14:00	ÖĞLE YEMEĞİ
14:40-15:00	<p>VI. Oturum Akılcı İlaç İskemik inmede Akılcı İlaç kullanımı <i>Nilda Turgut</i></p>
15:00-16:30	<p>VII. Oturum Büyük Damar Hastalığı I Oturum Başkanı: Bijen Nazlıel Karotis Hastalığında Semptomatoloji <i>Levent Güngör</i> Karotis Hastalığında Görüntüleme <i>Nilüfer Yeşilot Barlas</i> Karotis Hastalığında Tedavi <i>Vedat Ali Yürekli</i></p>
16:30-17:00	ARA
17:00-18:30	<p>VIII. Oturum Büyük Damar Hastalığı II Oturum Başkanı: Levent Güngör İntrakranial Stenoz <i>Talip Asil</i> Posterior Dolaşım Stenozları <i>Semih Giray</i> Karotis Arter Diseksiyonları <i>Dilaver Kaya</i></p>
18:30-20:30	AKŞAM YEMEĞİ

20:30-22:30	<p style="text-align: center;">IX. Oturum Olgularla Akut İskemik İnme Tedavisi Oturum Başkanı: Mustafa Bakar <i>Olgu</i> <i>Levent Güngör</i> <i>Olgu</i> <i>Erdem Yaka</i> <i>Olgu</i> <i>Semih Giray</i> <i>Olgu</i> <i>Özcan Özdemir</i></p>
	28 Mayıs 2017
SAATLER	OKUL PROGRAMI
09:00-09:20	<p style="text-align: center;">X. Oturum Akılcı İlaç İskemik İnmede Akılcı İlaç kullanımı <i>Nilda Turgut</i></p>
09:00-12:00	<p style="text-align: center;">Nörosonoloji Kursu Oturum Başkanı: Nevzat Uzuner TCD+Bubbles Testi <i>Talip Asil</i> TCD Kafaiçi Basınç Artışı <i>Vedat Ali Yürekli</i> DUS Karotis Vertebral Doppler <i>Nevzat Uzuner</i></p>
12:00-12:20	KAPANIŞ

**VII. ALİ ÖZEREN BEYİN DAMAR HASTALIKLARI
OKULU
26-28 MAYIS 2017
ROYAL HOLIDAY PALACE/LARA-ANTALYA**

POSTER BİLDİRİLERİ

P-001

ATRİYAL MİKSOMA VE AŞIRI UYKU EĞİLİMİ

Ahmet ÖZŞİMŞEK

Uşak Medikalpark Hastanesi Nöroloji Kliniği, Uşak

Giriş: Kardiyak tümörlerin %50 ile %70'ini oluşturan miksomaların %75'i sol atrium yerleşim gösterir. Atrial miksomalı hastaların %30 ile %40 arasında embolizm semptomları görülür. Embolizm sonucu serebral ve retinal arterler sıklıkla etkilenir. Aşırı uyku eğilimi, sol atriyal miksomalı hastalarda nadir ve bazen tek başına görülebilen semptom olabilmektedir.

Olgu: Bu çalışmada bilgilendirilmiş onam formu alınan 27 yaşında erkek hasta sunulmuştur. Hikâyesinden, hastanın aile içi tartışma sonrası uykusu geldiği ve uyuduğu, 2 gündür devam eden devamlı uyuma isteği olduğu, uyandırıldığında ise mantıklı konuştuğu ve günlük işleri yapmada sıkıntı yaşamadığı anlaşıldı. Difüzyon manyetik rezonans ve ADC MAP görüntülemesinde akut infarktüs saptanan hastada yapılan ekokardiyografide sol atrial miksoma saptanıp, cerrahi eksizyon ile tama yakın düzelme sağlanmıştır.

Sonuç: Erken tanı açısından, uzun süren uykululuk hali gibi özgül olmayan nörolojik belirtiler gözlenen hastalarda atriyal miksoma da akılda tutulmalıdır.

P-002

ARI SOKMASI SONRASI ÇAPRAZ AFAZİ

Ahmet TÜFEKÇİ, Dilek YANOĞLU

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Rize

Giriş: Arı sokması sonrası hastaneye başvuru sebepleri arasında anaflaktik ve sistemik alerjik durumlar yaygın sıklıkta olmasına rağmen inmeyi de içeren nörolojik olaylar oldukça nadirdir. Çapraz afazi, sağ elini kullanan kişilerde sağ hemisfer lezyonunun ardından oluşan nadir bir klinik tablodur. Burada arı sokması sonrası çapraz afazi gelişen genç iskemik inme olgusu sunulmaktadır.

Olgu: 41 yaşında sağ elini kullanan erkek hasta, arı sokması sonrası tüm vücutta alerjik döküntülü reaksiyon nedeni ile acil servise başvurmuş. Metil prednizolon 40 mg ve feniramin 45,5 mg intravenöz (İV) uygulanan hastanın eve dönmesinin 3 saat sonrasında konuşamama ve sol taraf güçsüzlüğü gelişmiş. Nörolojik muayenesinde solda 4/5 kas gücü, solda Babinski işareti pozitif ve global afazisi olan hastanın çekilen difüzyon ağırlıklı manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde orta serebral arter sulama alanında geniş difüzyon kısıtlılığı izlenmiştir. Klinik izleminde 10 günün sonunda global afazi tablosundan motor afazi tablosuna dönüşmüştür. Genç inme etyolojik incelemesinde patoloji saptanmamıştır.

Sonuç: Arı sokması sonrası inmenin patofizyolojisi aydınlatılamamış olmasına rağmen hipotansiyon, platelet agregasyonu, vazokonstriksiyon ve protombotik süreçler, hipertansiyon, hemoraji ve hipoksi/anoksinin rolü olduğu düşünülmektedir. Çapraz afazi, inmeli olguların %0,3-3,5 inde görülmektedir. Arı sokması sonrası iskemik inme ise olgu bildirileri düzeyinde ender bir tablodur. Olgumuz literatürde arı sokması sonrası gelişen çapraz afazili ilk olgu olması nedeni ile sunulmaya değer bulunmuştur.

P-003

İNTRAKRANİAL KAROTİS ARTER DİSEKSİYONU: OLGU SUNUMU

Alevtina ERSOY¹, Ural KOÇ²

¹Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, Erzincan

²Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Erzincan

Giriş: Genç inmelere karotis arter diseksiyonları önemli yer almaktadır. Ekstrakranial karotis arter diseksiyonlara nazaran intrakranial diseksiyonlar daha nadirdir ve genellikle ağır klinik tablo ile seyretmektedir. Serebral iskemide yanı sıra hemorajik inmelere de yol açabilirler. Sunduğumuz olguda minör klinik bulgularla prezente olan total oklüzyonu ile giden intrakranial karotis arter diseksiyonu tespit edildi.

Olgu: 39 yaşında, ayda 2 paket sigara kullanan ve daha önce herhangi bir hastalık ve ilaç kullanım öyküsü olmayan erkek hasta 2 gün önce ağır kaldırmaktan sonra ani başlayan şiddetli sağ boyun, göz ve baş ağrısı, sağ gözde geçici görme kaybı, tad almada azalma ve sağ kulakta uğultu şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Nörolojik muayenesi normal olan hastada öykü ve şikayetlerine göre sekonder baş ağrısı düşünüldü. Çekilen karotis arter tomografi anjiyografi ve serebral arter manyetik rezonans anjiyografisinde sağda intraserebral internal karotis arterde total oklüzyonlu diseksiyon saptandı. Hastaya antikoagülasyon başlandı. 2 aylık takibinde genel durumu iyi, nörolojik muayene normaldir.

Sonuç: Nörolojik pratiğinde baş ağrısı çok sık rastlanan bir şikayettir. Özellikle sekonder baş ağrısı düşünülen hastalarda en kısa zamanda ayrıntılı tetkik yapılmalıdır. İlk defa baş ağrısı ile başvuran olgumuzda, intrakranial internal karotis arter diseksiyonun hafif klinik tablo ve normal nörolojik muayene ile seyredebileceğini gösterdik. Bu vaka zamanında doğru tanının konulması ve gereken tedavinin başlanması açısından önemlidir. İntraserebral karotis arter diseksiyonu genç kişilerde inme gelişiminde önemli risk faktörüdür. İlk defa baş ağrısı ile gelen hastada nörolojik muayenesi normal olursa da ayrıntılı anamnez alınması ve uygun tetkiklerin yapılması ağır hastalığın tespiti ve komplikasyon gelişmesinin önlenmesi için esastır.

P-004

İSKEMİK İNMEDE ETYOLOJİDE SORGULANMASI GEREKEN BİR NEDEN; TEMPORAL ARTERİT

Eda ÇOBAN, Nilüfer KALE İÇEN, Ayşe ÖZÜDOĞRU, Aysun SOYSAL

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

Giriş: Temporal arterit büyük-orta çaplı damarları sıklıkla temporal arterleri tutan bir vaskülitir. Tanı klinik bulgular, akut faz belirteçlerinin yüksekliği, steroidlere yanıt ve diğer tanıların dışlanması dayanmaktadır. Temporal arterit, inme etyolojisinde sıklıkla gözden kaçmaktadır. Nitekim ilk kez inme geçiren hastalarda % 0.11 oranında rapor edilmektedir.

Olgu: 75 yaşında erkek hasta acil polikliniğimize konuşmada bozulma, sağ kol ve bacakta uyuşma şikayetleri ile başvurdu. Hastanın nörolojik muayenesinde sağ hemihipoestezi ve ataksi mevcuttu. Diffüzyon MR'da pons sol yarımında akut iskemik odak tespit edilerek hastaya antiagregan tedavi başlandı. Hastanın açlık kan tetkikleri normaldi. Etiyolojik amaçlı yapılan transtorasik EKO normaldi. Kranyal ve servikal MR anjiyografi tetkiklerinde bilateral ICA orijinlerinde aterosklerotik kontur düzensizlikleri izlendi, sol vertebral arter oklüde olarak düşünüldü. Hasta yatışı sırasında son 3 aydır özellikle yemek yerken çenede yorulma ve ağrı tarifledi. Rutin kan tetkiklerinde sedimentasyon 74 mm/h, CRP 1.42 mg/dl olması üzerine hastaya her iki ECA ve süperfisiyal temporal arterlere yönelik doppler ultrason yapıldı; bilateral süperfisiyal temporal arterlerde damar duvarında belirgin kalınlaşma izlenmesi üzerine temporal arter biyopsisi planlandı ve antiagregan tedaviye oral steroid eklendi. Hastanın takiplerinde şikayetlerinin dramatik şekilde gerilediği, sedimentasyonun hızla 2mm/h, CRP nin 0.05 mg/dl'ye düştüğü gözlemlendi.

Sonuç: İskemik inme temporal arteritin sık gözlenmeyen ancak sıklıkla gözden kaçan ciddi bir komplikasyonudur. Temporal arteritli hastaların % 50- 75 inde vertebrobaziller sistem etkilenmektedir. Orta-ileri yaşta iskemik inme kliniği ile başvuran, bilinen inme risk faktörlerinin olmadığı, çene kladikasyonu ve ağrı tarif eden beraberinde akut faz belirteçlerinin yüksek olduğu hastalarda temporal arterit de bir iskemik inme nedeni olarak akılda tutulmalıdır.

P-005

İNSEKTİSİT İNHALASYONU MARUZİYETİ SONUCU GELİŞEN GEÇİCİ İSKEMİK ATAK: OLGU SUNUMU

Armağan VAROL, Numan AYHAN

Bartın Devlet Hastanesi Nöroloji Kliniği, Bartın

Giriş: Geçici iskemik atak (GİA); kan akımı yetersizliğine bağlı olarak gelişen, akut, fokal serebral veya monooküler disfonksiyona ait kısa süreli semptomlarla karakterize olan klinik bir sendromdur. Cypermethrin, insektisit olarak kullanılan sentetik bir ajandır. Cypermethrinin maruz kalma miktarı, yolu ve süresine bağlı olarak beyinde çeşitli bölgelerde hasarlara yol açmaktadır. Biz bu vakamızda hasta daha önce bildirilmemiş olan insektisit inhalasyonu maruziyeti sonrası gelişen geçici olarak konuşmada peltekleşme, sağ taraflı ekstremitelerde güçsüzlük ile başvuran bir olguyu paylaşmak istedik.

Olgu: 52 yaşında erkek hasta alphacypermethrin, tetramethrin ve piperonyl butoxide içeren insektisit ilacına (118mg/100ml) 10ml'sini sulandırarak kapalı bir alanda ilaçlama yaparken 5-10 dakika süreli inhalasyon yoluyla maruz kaldıktan hemen sonra kusma, konuşmada peltekleşme ve sağ taraflı güçsüzlük nedeniyle acil servise başvurdu. Hastanın vitalleri stabildi. BBT ve Difüzyon MRI normal idi. Hastanın sistemik bir hastalığı yoktu. Hastanın nörolojik muayenesinde bilinci açık, sağ nazolabial oluk silik, konuşması dizartrik, sağ üst ve alt ekstremitelerde kas gücü 4/5 idi. İnme etyolojisine yönelik yapılan kan tetkiklerinde özellik saptanmadı. Karotis ve vertebral arter dopplerinde plak ya da stenoz saptanmadı. Karotis arter MR anjiosunda bilateral ICA elonge görünümde idi. Vertebral arter MR anjiosu normal idi. Ekokardiyografisi normal idi. Hastanın kliniği 24 saat içerisinde düzeldi.

Sonuç: İskemik inme; arteriyel hastalıklar, kalp hastalıkları, hematolojik hastalıklar, genetik hastalıklar ve ilaçlar gibi birçok sebebe bağlı olarak görülebilmektedir. Biz de bu olgumuzda daha önce bildirilmemiş cypermethrine inhalasyon yolu ile maruziyet sonrasında gelişen geçici iskemik atak olgusu paylaştık.

P-006

ADİYAMAN İLİNDE İNME TİPLERİNİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Yaşar ALTUN¹, İrfan AYDIN², Abdullah ALGIN²

¹Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Adıyaman

²Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Adıyaman

Giriş: Hastanemizde inme nedeniyle yatışlı, takip ve tedavisi yapılan hastalarda etiyolojik, demografik, klinik özellikleri ve risk faktörleri gibi verilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmada Ocak 2013 ve Ocak 2015 yılları arasında, Adıyaman'da inme hastalarının sıklıkla başvurduğu ve sevk edildiği Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde inme ya da beyin damar hastalığı tanısı alan hastaların hastane kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir.

Sonuç: Son 2 yıllık sürede hastanemizde 683 kişi inme ya da beyin damar hastalığı tanılarıyla takip ve tedavi edilmiştir. İnme hastaları tüm acil başvurularının % 0,06'sını oluşturdu. Bu hastaların % 87,8'i iskemik, % 8,6'sı hemorajik inme tanısı almıştır. Cinsiyet dağılımı yaklaşık olarak eşitti (% 50,8 erkek ve % 49,2 kadın). Başvuru esnasında çekilen beyin görüntüleme sonuçlarına göre radyolojik olarak; hastaların 498'i (% 81,1) ön sistem tutulumu, 116'sı (% 18,9) arka sistem tutulumu olarak değerlendirildi. 508 hastada bilgisayarlı beyin tomografi görüntülemesinde fokal alan izlenmedi. İnme hastalarının çoğunluğu 65 yaşın üstündeydi (% 74,9). En sık başvuru yakınması tek taraflı kas güçsüzlüğü (% 63,3) ve hastaların % 58,6 hastaneye ambulans ile getirilmişti.

Yorum: Çalışmamızın sonuçları daha önceki çalışmalarla büyük paralellikler göstermekle birlikte ilimiz inme verilerinin çoğunluğunu yansıtmakta ve bölge coğrafik bölgemiz açısından önem arz eden sonuçlar vermektedir.

P-007

İNSÜLER İNME SONRASINDA GELİŞEN PÜR NÖROJENİK KEKEMELİK OLGUSU

Özge YAĞCIOĞLU YASSA¹, Beyza SARIÖZ², Rahşan KARACI¹, Gülay KENANGİL¹, Füsün MAYDA DOMAÇ¹

¹T.C.S.B. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

²T.C.S.B. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Giriş: Nörojenik kekeleme oldukça nadir görülür ve gelişimsel orjinli kekelemeden birçok yönden farklı özellikler taşır. En sık olarak yetişkinlerde görülür ve sıklıkla diğer konuşma ve dil bozuklukları ile beraberdir. Bu çalışmada sol insüler iskemik enfarkt sonrası görülen ve diğer konuşma bozukluklarının eşlik etmediği bir nörojenik kekeleme olgusu sunulmuştur.

Olgu: 57 yaşında sağ eli erkek hasta, ani gelişen konuşma bozukluğu şikayetiyle başvurdu. Sistemik hastalık öyküsü olmayan hastanın nörolojik muayenesinde konuşmasında hem tek heceli hem de çok heceli sözcüklerde, tüm hecelerde görülen istemsiz tekrarlar ve uzatmalar mevcuttu. Çekilen difüzyon ve kranial MRI'larında sol posterior temporoinfüler bölgede akut iske mi ile uyumlu kortikosubkortikal lezyon, Dijital Substraksiyon Anjiyografi (DSA)'da sol İCA da total oklüzyon saptandı. Hastaya antiagregan tedavi başlandı. Hastanın 1.ay kontrolünde tutuk konuşma ve hece tekrarlarında önemli ölçüde düzelme olduğu görüldü.

Tartışma: Nörojenik kekelemeye sıklıkla afazi, apraksi ve dizatri gibi bozukluklar eşlik ederken; bu olguda kekelemeye eşlik eden herhangi ek bir konuşma bozukluğu yoktu ancak nörojenik kekelemeyi düşündüren tanımlanmış tüm konuşma paternlerine sahipti. Bu olguda inmeye sekonder ortaya çıkan ve baskın olan konuşma paterninin hece ve kelime tekrarları olması literatürle uyumludur. Yapılan çalışmalar konuşmanın motor ve duysal gibi tüm yönleri için gerekli olan nöral fonksiyonlardaki bütünlük ve uyum bozukluğunun bir sonucu olarak kekemeliğin geliştiğini düşündürmektedir. Nadir görülen bir klinik durum olan nörojenik kekemelik iskemik inme sonrası oluşan konuşma bozukluklarının ayırıcı tanısında akılda tutulması gerekmektedir. Alta yatan nöromekanizmaların araştırılması ve tedavi yöntemlerinin geliştirilebilmesi için fonksiyonel MRI gibi ileri görüntüleme yöntemlerini içeren çalışmalar yapılması gerekmektedir.

P-008

BİLİNÇ BOZUKLUGU NEDENİ İLE ACİL SERVİSE GETİRİLEN CO İNTOKSİKASYONU: MR BULGULARI

Ersin Kasım ULUSOY, Merva TUNA, Adem İter UYSAL, Sevgi ARIK YÜKSEL, Yeliz ÇİFTÇİ

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Kayseri

Giriş: Acil servis başvurularının önemli bir kısmına neden olan CO intoksikasyonu (karbon-monoksit) toksik kökenli ölümlerin başında gelmektedir. Akut zehirlenmede maruziyet miktarı ve süresine bağlı olarak başağrısı, bulantı, kusma, senkop, konvülsiyon, kardiyovasküler ve metabolik bozukluklar, koma ve ölüm görülebilir. Globus pallidus, CO zehirlenmesinin en fazla görüldüğü bölgedir. Akut ve yoğun bir CO zehirlenmesi başlıca gri cevherde ve hipokampusde hasara yol açarak hipoksik-iskemik ensefalopatiye neden olmaktadır.

Olgu: Evde tek başına yaşayan 65 yaşında erkek hasta baygın halde bulunarak acil servisimize getirilmiş. En son acile getirilmeden 1 gün önce haber alınan hastadan yeterli öykü alınamadı. Bilinç muayenesinde stupor, IR+/- pupiller izokorikti. Etyolojiye yönelik olarak kan testleri, etil alkol düzeyi, beyin tomografisi ve difüzyon mr görüntülemesi yapıldı. Yapılan laboratuvar testlerinde Kr: 1,6 mg/dl AST: 201 mg/dl, LDH: 801 mg/dl, CK: 30100 u/l ve troponin düzeyi 0,461 ng/ml olarak bulundu. Çekilen MRG bilateral globus pallidus, sol parahipokampal gyrus ve bilateral kortikal gri cevherde difüzyon kısıtlaması saptandı. Laboratuvar bulguları ve MRG lezyonların lokalizasyonu ile CO intoksikasyonu olabileceği düşünüldü. Alınan arteriyel kan gazında pH: 7,36, COHb seviyesi %17,6 olarak ölçüldü. Takiplerinde bilinç bozukluğu derinleşen hasta entübe edilerek yoğun bakımda takip edilmeye başlandı. Hasta halen yoğunbakımımızda tedavisi sürmektedir.

Sonuç: Bu poster sunumunda öyküsünde sadece bilinç bozukluğu olan MRG ve laboratuvar bulguları ile CO intoksikasyonu düşünülerek alınan arteriyel kan gazında COHb düzeyini yüksek saptadığımız hastayı, MRG ile birlikte sunmayı amaçladık.

P-009

BİR YILLIK İNTRAVENÖZ TROMBOLİTİK TEDAVİ VE BUNUN ERKEN DÖNEM SONUÇLARI

EZGİ YAKUPOĞLU, Boran Can SARAÇOĞLU, Pelin DOĞAN AK, Işıl KALYONCU ASLAN, Eren GÖZKE

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Akut iskemik inme, tüm dünyada ölümlerin ve sakatlıkların önemli bir nedenidir. İskemik inme tedavisi, kan akışını sürdürerek toplam infarkt alanını azaltmak için iskemik penumbra doku perfüzyonunu iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Bu çalışmanın amacı merkezimizde Aralık 2015-Mart 2017 arası trombolitik tedavi uyguladığımız hastalarımızda tedavinin etkinliğini değerlendirmektir.

Yöntem: Semptomların başlamasından itibaren ilk 4.5 saatte başvuran ve tedavi almayı kabul eden 14 hastayı retrospektif olarak inceledik. Hastaneye ulaşım süresi, inme öncesi Modifiye Rankin Skalası (MRS), taburculuk zamanı Modifiye Rankin Skalası (MRS), eş zamanlı mekanik trombektomi ihtiyacı, komplikasyon gelişimi, cinsiyeti, yaşı, ek hastalıkları ve Ulusal Sağlık Enstitüsü Stroke Skalası (NIHSS) incelendi.

Sonuç: Hastaların hastaneye ulaşma süreleri ortalama 65 dakika (30-150) idi. İnme öncesi MRS 1 kişi hariç hepsinin 0 (sıfır) idi. Taburculuk zamanı MRS 1 kişi (% 14) exitus olarak kabul edildiği için onda değerlendirilememiş olup ortalama 2 (1-4) idi. Mekanik trombektomi 14 hastanın 5'ine (% 35.7) uygulandı. Tedavi sonrası 4 hastada (% 28.5) hemorajik dönüşüm tespit edilmiş olup 1 hastada (% 14) ise intraparenkimal hematoma oluşumu gözlemlendi. Exitus olarak kabul edilen hastanın işlem nedeniyle komplikasyonu saptanamamış olup sistemik problemler nedeni ile ex olduğu düşünüldü. Cinsiyet dağılımına bakıldığında 9'u (% 64.2) kadın, 5'i (% 35.7) erkek idi. Trombektomi yapılan hastalarımızda yaş ortalaması 64 (36-76) idi. Hastaların NIHSS ise ortalama 11 (6-18) idi.

Yorum: İskemik inme ağır dizabilite ve mortaliteye neden olabilmesi ve erken başvurunun sonlanım durumunu büyük oranda değiştirebilmesi açısından önemli bir hastalıktır. Trombolitik tedavi ve gereğinde buna eklenebilen mekanik yöntemler ile hastaların normal yaşamlarına dönme şansı oldukça artmaktadır.

P-010

SUBARAKNOİD HEMORAJI EŞLİĞİNDE SEREBRAL VEN TROMBÜSÜ; OLGU SUNUMU

Nesrin ERGİN

Denizli Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Denizli

Olgu: Kırk yedi yaşında kadın hasta 5-6 gündür tedaviye rağmen gittikçe artan, künt, bulantı kusmanın eşlik etmediği baş ağrısı ile acile geldi. Nörolojik muayenesinde özellik yoktu. Özgeçmişinde üniversite mezunu, obez, bekar, emekli, opere lomber disk herni, hidrosefali (operasyona sekonder ?), 1 paket gün sigara, alkol, HT (düzensiz ilaç kullanımı) ve opere troid nodülü bulunmaktadır. Soy geçmişinde anne ve kız kardeşinde HT dışında özellik yoktu. Acil beyin tomografi (BBT) normal. Semptomatik tedaviye rağmen başağrısı devam etmesi üzerine Asetozolamid 250 mg ve laroxyl ilave edildi, MRI ve diffüzyon MRI da sağ frontal , parietal ve temporal kortiko subkortikal yerleşimli T2-FLAIR hiperintens, (giral pattern tarzında), T1 de sylvian fissür içinde ve temporal anteriounda fokal sinyal artışı izlenmiştir. post kontrast serilerde parenkimal veya meningeal tutulum tespit edilmemiştir. Bulgular serebral infarkt ve sağ sylvian fissür içinden temporal lob anterioruna kadar devam eden subaraknoid kanama ile uyumludur. Sağ transver sinüs hipoplazisi dışında MR venografi normal. Beyin cerrahisi ile konsülte edildi SAK düşünülmektedir. Radyolojinin SAK lehine ısrarı üzerine antikoagülan başlanılmadı. Kliniğe sol hemipleji eklenmesi üzerine serebral ven trombüsü (SVT) tanısı ile düşük moleküler ağırlıklı heparin, asetil salisilik asit, antiödem, Topiramate 200 mg, gabapentin 600 mg, ketiapin 25 mg başlandı. Göz dibi, EKG, ECHO, akciğer grafisi, periferik venöz sistem doppler, D-dimer, fibrinogen, ESR, PCR, inme paneli normal geldi.

Sonuç: Serebral ven trombüsü sanıldığı kadar nadir değil, erken tanı konulmaz ise arteriyel sistem patolojileri kadar ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir. BBT de izole subakut nontravmatik kortikal subaraknoid kanamalarda SVT mutlaka akılda bulundurulmalı. Olguların % 25'inde nörolojik muayenenin normal olduğu unutulmamalıdır.

P-011

BALON VALVULOPLASTİ SONRASI İNME GELİŞEN HASTADA TROMBOLİTİK TEDAVİ OLGU SUNUMU

Vugar CAFER, Eşref AKIL

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

Giriş: Genç inme, 15-45 yaş arası görülen iskemikserebrovasküler olayları ifade eder. Etiyolojisinde kardiyak nedenler, koagülasyon bozuklukları ve vaskülopatiler ön plandadır. Bu vakada perkütanöz mitral balon valvuloplasti (MVP) sonrası inme gelişen hastada fibrinolitik tedavi deneyimi tartışılacaktır.

Olgu: Daha önceden bilinen mitral darlığı olan hasta eforla olan nefes darlığı olması üzerine poliklinik şartlarında bakılan EKO da ileri derece mitral darlık (MD) olması üzerine MVP açısından kardiyoloji yoğun bakıma yatış yapıldı. Hastaya işlem esnasında perikardiyal effüzyon gelişmesi üzerine işleme son verilerek 2 hafta sonraya yeniden randevu verildi. Dört gün sonra ani sağ tarafta güçsüzlük ve konuşamama şikayetiyle acil servise baş vuran hastanın çekilen MR'da difüzyon ağırlıklı sekanslarda difüzyon kısıtlılığı gösteren akut dönem iskemik-enfarkt ile uyumlu lezyon mevcut olması üzerine gelişiminin üçüncü saati NIHSS: 12 olarak değerlendirilerek trombolitik yapıldı. Trombolitik tedavi yapılmadan önce tedavi protokolüne uygun tüm işlemler yapıldı. Öz geçmiş olarak sadece romatizmal MD olduğunu belirten hasta yakınları hastanın dört gün önce yapılan MVP işlemiyle ilgili her hangi bir bilgi vermedi. Geliş nörolojik muayenesi: Genel durum orta bilinç açık koopere motor afazik sağ taraf 0/5 kas gücünde sağ babinski pozitif olan hastaya yapılan trombolitik tedavinin 45. dk sağ taraf 2-3/5 kas gücü, 240. dakikada sağ taraf 4-5/5 kas gücünde olup 17. saatinde konuşması düzelen hastanın 24. saatinde çekilen kontrol beyin BT'de hipodens görünümlem mevcut olup kanama yok, nörolojik muayenede patolojik bulguya rastlanmadı.

Sonuç: İntravenöz fibrinolitik tedavi akut iskemik inme tanılı hastalarda onay almış olan etkili tek tedavidir. Fibrinolitik tedavi kontrendikasyonlarını dikkate aldığımızda önceki 7 gün içinde arter ponksyonu veya komprese edilemeyen arteryel girişim yer almakta olup kardiyak girişim sonrası inme geçiren hastalarda tedavi ilkelerinin yeniden gözden geçirilmesinin kanaatindeyiz.

P-012

CADASIL: OLGU SUNUMU

Fikriye TÜTER YILMAZ¹, Eylem ÖZAYDIN GÖKSU¹, Sevim YILDIZ², Özgür ERKAL³, Aylin YAMAN¹

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

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

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Genetik Kliniği, Antalya

Giriş: CADASIL (cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy) nadir görülen tekrarlayıcı iskemik ataklar, migrenöz baş ağrıları, ilerleyici bilişsel değişiklikler ve davranış bozuklukları gibi klinik tablolara yol açan genetik bir hastalıktır. Hastalıktan 19. Kromozom üzerindeki Notch3 geni mutasyonları sorumludur.

Yöntem: Bu yazıda auralı migrenöz baş ağrısı ile prezente olan ve genetik inceleme ile tanı alan CADASIL olgusu sunulacaktır.

Sonuç: 41 yaşında erkek hasta kliniğimize 2 yıldır olan ve yılda 4-5 kez tekrar eden unilateral, zonklayıcı, fotofobi ve sonofobinin eşlik ettiği baş ağrısı yakınması ile başvurdu. Hastanın bazı ataklarına 30 dakikadan kısa süren sağ vücut yarısında uyusukluk öncülük ediyordu. Özgeçmişinde özellik olmayan hastanın soygeçmişinde baba miyokard enfarktüsü nedeniyle ölmüş, anne iskemik inme geçirmiş, kızkardeşi 55 yaşında iskemik inme geçirmiş ve erkek kardeşi 52 yaşında miyokard enfarktüsü nedeniyle ölmüştü. Nörolojik muayenesi normal olan, auralı migren tanısı konan ve ailede vasküler hastalık öyküsü olan hastanın beyin MRG'sinde bilateral serebral hemisferde bazal ganglionlar düzeyini de etkileyen sentrum semiovale ve subkortikal beyaz cevher düzeylerinde konfluens oluşturan, baskın olarak ön temporal loblarda kronik iskemik değişiklikler izlendi. Klinik ve radyolojik bulgularla CADASIL ön tanısı oluşan hastada yapılan genetik incelemede Notch3 geninde R153C mutasyonu saptanarak tanı doğrulandı.

Yorum: Özellikle genç erişkinlerde CADASIL hastalığına ait sınırlı klinik belirtiler olsa bile aile öyküsünde inme olması ve MRG'de karakteristik lezyonların görülmesi halinde tanı akla gelmeli, Notch3 mutasyonu analizi yapılmalı ve tanı alan olgulara genetik danışma sağlanmalıdır.

P-013

SILDENAFİL İLİŞKİLİ VENÖZ SİNÜS TROMBOZU VE PAPİL ÖDEMİ

Dilek TOP KARTI¹, Ömer KARTI², Dilara AKTERT³, Figen GÖKÇAY³, Neşe ÇELEBİSOY³

¹İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, İzmir

²İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları, İzmir

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İzmir,

Giriş: Sildenafil sitrat siklik guanozin mono- fosfat (cGMP)'ın parçalanmasından sorumlu spesifik fosfodiesteraz 5 enzim inhibiörüdür. cGMP artışı vazodilatasyona yol açar ve erektil disfonksiyonun tedavisinde kullanılır. Sildenafil sitratın santral sık görülen yan etkileri, baş ağrısı, yüzde flushing, nazal konjesyon, görme bozukluklarıdır. Ayrıca 3. kranial sinir paralizi, transient global amnezi, nöbetler, serebral hemoraji ve infarktlar daha nadir olarak görülebilir. Bu yan etkiler PDE- 5 inhibisyonunun serebral vasküler damarlar üzerine etkisinden kaynaklanır.

Olgu: 29 yaşında erkek hasta bilateral görme azlığı ve baş ağrısı yakınması ile nörooftalmoloji kliniğimize başvurdu. Nörolojik muayenesinde, bilateral papil ödem dışında patoloji saptanmadı. Öyküsünde yaklaşık 2 yıldır günde 2-3 tableti bulan sildenafil kullanımı olduğu öğrenildi. Tromboz paneli dahil kan tetkikleri normal saptandı. BeyinMR venografisinde, sağ transvers sinüs, sigmoid sinüs, ve juguler vende tromboz saptandı. BOS basıncı 43 cm H₂O, BOS biyokimyası normal ve hücre saptanmadı. Asetazolamid ve oral antikoagülan tedavi başlanan hastanın izleminde görme bozukluğu yakınması ve papil ödemi geriledi.

Sonuç: Serebral venöz sinüs trombozunun etiolojisinde gebelik, postpartum enfeksiyon, sistemik inflamatuvar hastalıklar, herediter ve kazanılmış hiperkoagülabilité sendromları, hematolojik hastalıklar gibi pek çok faktör tanımlanmıştır. Sildenafille bağlı serebrovasküler olay nadir tanımlanmıştır. Literatürde uzun süreli sildenafil kullanımına bağlı SVT'li bir olgu bildirilmiştir. Sildenafil ilişkili trombozun mekanizması net değildir.

P-014

POSTSPİNAL BAŞ AĞRISI OLGUSUNDA VENÖZ SİNÜS TROMBOZU

Gözde Nur DOĞAN, Mehmet ÇELEBİSOY

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İzmir

Giriş: Spinal anestezi (SA) sonrası baş ağrısı sık karşılaşılan bir durumdur. Meningeal zedelenme sonrası gelişen BOS kaçağına bağlı intrakraniyal hipotansiyona sekonder, ortostatik (postural) özellikte baş ağrısı ile karakterizedir. Hastalarda ek olarak tinnitus, işitme kaybı, vertigo, diplopi, duysal ve radiküler semptomlar görülebilir. Sinüs ven trombozununda (SVT) ise en sık başvuru nedeni yine analjeziğe rağmen geçmeyen baş ağrısı olup hastalarda trombozun yerleşimine ve kafa içi basınç artışına bağlı diplopi, papilödem, duysal ve motor defisit, konvülsiyon, bilinç bulanıklığı saptanabilir. SA sonrası nadir bir komplikasyon olarak (olguların %0.1-0.5'i) SVT gelişebilmektedir. Çalışmamızda SA ile pilonidal sinüs operasyonu geçiren ve sonrasında geçmeyen ve ortostatik özellik göstermeyen baş ağrısı yakınması olan hastamızda etiolojide nadir görülen bir komplikasyon olan SVT saptanması nedeniyle sunmayı amaçladık.

Olgu: 45 yaşında erkek hasta. 1 hafta önce pilonidal sinüs nedeniyle SA altında opere olan hastanın postoperatif yatmakla ve analjezikle geçmeyen, sürekli, tüm başında, zonklayıcı vasıfta baş ağrıları başlamış. Sonrasında bulanık görme de eklenen hastanın göz dibinde bilateral papilödem saptanması üzerine hasta nöroloji servisine yatırıldı. Ek nörolojik bulgusu yoktu. Hastanın özgeçmişinde diyabetes mellitus ve sigara öyküsü mevcuttu. Çekilen kranial MR ve MR venografide Superior sagittal sinüste, sinüs rektusta, konfluens düzeyinde, sol transvers ve sol sigmoid sinüste, sol internal juguler vende trombus saptandı. Etiyolojiye yönelik sistemik, prokoagülan ve lokal nedenler araştırıldı, patoloji saptanmadı. Yatışı sırasında DMAH tedavisi verildi. İzleminde görme keskinliğinde azalma nedeniyle boşaltıcı LP yapıldı, asetazolamid ve varfarin başlandı. Optik sinir fenestrasyonu önerilerek taburcu edildi.

Sonuç: Postspinal baş ağrısı ile başvuran ve öykü özellikleri sekonder intrakraniyal hipotansiyona benzemeyen olgularda venöz sinüs trombozu akılda tutulmalıdır.

P-015

İNME HASTALARINDA MALNUTRİSYON DEĞERLENDİRMESİ VE KOMORBİDİTELERLE İLİŞKİSİ

Eda ÇOBAN, Ayşe ÖZÜDOĞRU, Günay GÜL, Aysun SOYSAL

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

Giriş: Çalışmalarda inme sonrası malnutrisyon prevalansı değişkenlik göstermektedir. Akut inmeli hastaların beşte birinde malnutrisyon olduğu düşünülmektedir. Türkiye’de yapılan çalışmalarda, hastaneye yatan hastaların % 20-40’ında malnutrisyon tespit edilmiştir. Çalışmamızın amacı inme geçiren hastalarda malnutrisyon durumunu tespit etmek, komorbiditeleri ve malnutrisyon belirteçleri ile ilişkisini sorgulamaktır.

Yöntem: Çalışmaya nöroloji kliniğimize Haziran 2016-Şubat 2017 tarihleri arasında inme tanısı ile yatan hastalar dahil edildi. Hastaların mevcut hastalıkları sorgulanarak not edildi(hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, geçirilmiş inme öyküsü, kalp hastalığı, kanser öyküsü). Kan tetkiklerinden lipid profil, albümin, CRP, kreatinin, lenfosit sayısı gönderildi. 65 yaş üstü hastaların malnutrisyon durumu MNA ile, 65 yaş altının NRS 2002 ile değerlendirildi. NRS 2002 den 3 ve üzeri puan alanlar, MNA 11 ve altı puan alan hastalar malnutrisyon olarak değerlendirildi. Çalışmada SPSS 16.0 versiyonu kullanıldı. Malnutrisyonla ilişki ki kare yöntemi kullanılarak hesaplandı.

Sonuç: Çalışmaya 322 hasta dahil edildi. 147si kadındı. Hastaların yaş ortalaması $66\pm 14,38$ idi. % 62 hastada hipertansiyon, % 34’ünde diyabet, % 13’ünde hiperlipidemi, % 2’sinde böbrek yetersizliği, % 18’inde kalp hastalığı, % 15,5’inde geçirilmiş inme, % 2’sinde kanser öyküsü, % 2,5’inde demans öyküsü mevcuttu. 65 yaş üstü hastaların % 33,9’unda , 65 yaş altı hastaların % 12,2’sinde malnutrisyon tespit edildi. 65 yaş altı inme hastalarında malnutrisyon gelişiminde erkek cinsiyetin bir risk faktörü olduğu tespit edildi. Hiperlipidemi varlığı malnutrisyonda olmayan hastalarda anlamlı olarak yüksek bulundu. Malnutrisyon varlığı ile albümin, kreatinin, CRP, LDL, total kolesterol, trigliserid, HDL oranları ve lenfosit sayısı arasında ilişki tespit edilmedi.

Yorum: Malnutriyon inme hastalarında yatış sırasında önemli oranlarda tespit edilmiştir. Malnutrisyon inme geçirmede bir risk faktörü olabilir.

P-016

3. BASAMAK NÖROLOJİ KLİNİNDE AKUT İSKEMİK İNMEDE SON 2 AYLIK İNTRAVENÖZ TROMBOLİTİK DENEYİMLERİMİZ

Hanzade Aybüke ÜNAL ARTIK, Tahir Kurtuluş YOLDAŞ, Burcu Gökçe ÇOKAL, Ceyla ATAÇ UÇAR, Selda KESKİN GÜLER, Mehmet İlker YÖN

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, ankara

Giriş: Rekombinant doku plazminojen aktivatörü (tPA), akut iskemik inmede nörolojik defisitleri düzeltebilen ve fonksiyonel iyileşmeyi sağlayan bir tedavidir.

Yöntem: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniğinde son 2 ayda IV trombolitik tedavi uygulanan hastaların verileri incelendi.

Sonuç: Kliniğimizde son 2 ayda IV trombolitik tedavi 3 hastaya uygulandı.

65 yaşındaki kadın hasta 90 dakika önce başlayan sağ tarafındaki kuvvetsizlik ve konuşma bozukluğu ile başvurdu. Kan şekeri ve kan basıncı regüle edildi. NIHSS skoru 7 olan hastaya 65 mg tPA verildi. Sağ üst ve alt ekstremitesinde motor kuvvet 1. Saatte 3/5 ten 4/5 e yükseldi, dizartrisi düzeldi. 73 yaşında kadın hasta 15 dakika önce başlayan sol tarafında kuvvetsizlik, bilinç bulanıklığı ile başvurdu. NIHSS 11 olan hastaya 72 mg tPA verildi. Sol üst ekstremitede motor kuvveti 3/5 ten 4/5 e, alt ekstremitede motor kuvveti 2/5 ten 3/5 e kadar yükseldi. 68 yaşında kadın hasta 3 saat önce başlayan sol tarafında tutmama şikayetiyle başvurdu. Kan basıncı regüle edildi. NIHSS 16 olan hastaya 72 gr tPA başlandı. Takipte 40. Dakikada kan basıncı sistolik 220 mm Hg olması ve kan basıncı regüle olmaması nedeniyle tPA kesildi. Sol üst ekstremitede pleji ve alt ekstremitedeki 2/5 olan motor kuvvette düzelme gözlenmedi.

Yorum: Akut iskemik inmede tPA ilk sıra tedavide yararı kanıtlanmış olmasına karşın yetersiz düzeyde uygulanmaktadır. Toplumun çeşitli yöntemlerle, inmenin erken döneminde hastaneye başvurmasının önemi anlatılmalıdır.

P-017

REAKTİF TROMBOSİTOZ SAPTANAN HASTADA İSKEMİK İNME

Sinan ELİAÇIK

Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Çorum

Giriş: Akut inmenin %80-85'ini oluşturan iskemik inmelerin en sık üç nedeni, aterotromboz, embolizm ve hipoperfüzyondur. Bu olgu sunumunda hipertansiyonu olan ve demir eksikliği anemisine sekonder reaktif trombositozlu bir hastada gelişen iskemik inme literatüresliğinde sunulacaktır.

Olgu: 65 yaşında hipertansiyonu olan bayan hasta dahiliye polikliniğine halsizlik nedeni ile başvurduğunda yapılan testlerinde hemoglobin değeri 7.8g/dl, Mean Corpuscular Volume 70.7 fl trombosit sayısı ise 542.000/µl, mean platelet volume 7.7 fl olarak saptanmış, yapılan testler sonucu demir eksikliği anemisi tanısı ile etyolojik araştırma ve tedavi düzenlenmesi amacıyla yatırılmış takibinin üçüncü gününde yüzde ve sol üst ekstremitede uyuşma ve kuvvet kaybı olan hasta görüldüğünde motor muayenesinde sol üst ekstremitede 4/5 motor kas gücü saptanırken, sol yüz yarımı ve üst ekstremitede uyuşma tariflemekteydi. Çekilen difüzyon görüntülemesinde sağ talamusta akut iskemi lehine anlamlı difüzyon kısıtlılık görünümü saptanması üzerine hastaya antiagregan tedavi başlandı. Takibinde şikayetleri gerileyen hastanın anemi tedavisi sonrası kan değerleri normal sınırlardaydı.

Tartışma: Değiştirilebilir risk faktörlerinden olan hipertansiyon iskemik hemde hemorajik inme için major risk faktörü oluşturmaktadır. Hipertansiyon tedavisinin inmenin birincil korumasındaki yararı açıktır. Trombositler ise aterosklerotik komplikasyonların patogeneğinde ve trombus oluşumunda önemli rol oynamaktadır. Yapılan bir çalışmada trombosit sayısı geçici iskemik atak ve akut iskemik inme gruplarında kontrol grubuna göre yüksek olarak bulunmuş yine aynı çalışmada, fibrinojen seviyesi, lökosit sayısı ve sedimantasyon iskemik inmeli hastalarda hem kontrol hemde geçici iskemik atak grubuna göre yüksek olarak saptanmıştır. Yapılan çalışmalar iskemik inmenin oluşmasında büyük trombositlerin rolü olabileceğini desteklemektedir. Bu olgu, tromboz gelişiminde rol oynayan trombosit sayı ve fonksiyonlarındaki artışın iskemik inme ile ilişkisini göstermek amacı ile sunulmuştur.

P-018

SUPERİOR SAGİTTAL SİNUS TROMBOZUNUN ETKİN TEDAVİSİNİN ÖNEMİ; DURAL AVF VE KİBAS GELİŞİMİ İLE PREZANTE OLAN BİR OLGU VE LİTERATÜR TARTIŞMASI

Sibel MUMCU TİMER¹, Fatma BUDAK ACAR¹, Zerrin YILDIRIM¹, İsmail ŞERİFOĞLU², Batuhan KARA³, Sebatiye ERDOĞAN¹, Nilüfer KALE İÇEN¹

¹Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

²Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

³Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Dural arteriovenöz fistüller (DAVF), dural sinüs trombozunun nadir bir komplikasyonu olarak ortaya çıkabilmektedir.

Olgu: 45 yaşında erkek hasta 1 yıldır kronik baş ağrısı ve bilateral görme bulanıklığı yakınması ile nöroloji polikliniğimize başvurdu. 2009 yılında sol temporal lobda venöz enfarkt ve sol transvers ve sigmoid sinüs trombozu, 2016 yılında sağ paryetalde hemorajik enfarkt ile prezente SSS trombozu öyküsü mevcuttu. Bir yıldır warfarin, diazomid, levetirasetam kullanmakta olan hastanın INR takiplerinde antikoagülan tedavisinin etkin düzeyde olmadığı görüldü. Nörolojik muayenesinde, apatik görünümlüydü, reaksiyon zamanı uzamıştı, bilateral optik sinir sınırları silik ve hemorajik odakları vardı, görme keskinliği 0,1 (OD), 0,6 (OS) saptandı. Kontrastlı kranyal MR/MRV'de sol temporal lobda ve sağ paryetal lobda ensefalomalazik alanlar mevcuttu, SSS trombozeydi ve sağ transvers sinüs ile ilişkili şüpheli AVF saptandı. LP'de BOS açılış basıncı: 490 mmSu idi, diğer parametreler normal sınırlardaydı. Hastaya yapılan DSA'da SSS trombozeydi ve sağ transvers sinusta Cognard sınıflamasına göre tip IIa dural AVF mevcut idi. Vaskülit testleri normal, trombofili panelinde MTHFR (A1298C) geninde homozigot mutasyon pozitifliği saptandı. Aynı bir seansta DSA ile dural AVF tama yakın embolize edildi. Hastanın antikoagülan tedavisine devam edildi.

Sonuç: SVT'li hastaların akut ve kronik dönemde bir çok komplikasyon geliştirme riskleri nedeniyle yakın takipleri gerekmektedir. SVT etyolojisinin belirlenmesi, antikoagülan tedavinin uygulanma süresi için önemlidir. Olgumuz SVT'li hastalarda etkin antikoagülasyon tedavi uygulanmadığında ve düzenli takip edilmediklerinde, kronik papil ödeme bağlı kalıcı görme kaybı, dural AVF gelişimi gibi kronik dönem komplikasyonlarının oluşabileceğinin önemini vurgulamaktadır.

P-019

PRİMER SANTRAL SİNİR SİSTEMİ VASKÜLİTİ TANI VE TEDAVİSİNDE ZORLUKLAR: OLGU SUNUMU VE LİTERATÜR TARAMASI

Nilüfer KALE İÇEN¹, Sibel MUMCU TİMER¹, Fatma BUDAK ACAR¹, Güneş ALTIOKKA UZUN¹ Sami ÖMERHOCA¹, Emine ÇELİKKAŞ¹, İsmail ŞERİFOĞLU², Batuhan KARA³

¹Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

²Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

³Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Primer santral sinir sistemi vaskülit (PSSV), beyin ve omurilik ile sınırlı nadir bir vaskülitir, hastalar sıklıkla başağrısı, bilinç bulanıklığı, inme, GİA, nöbetle başvurmaktadır. Kesin tanı biyopsi ile konabilmekte, nörogörüntüleme bulguları ve anjiyografi incelemeleri büyük oranda tanıya hastaları yaklaştırmaktadır.

Olgu: 54 yaşında erkek hasta, geçirilmiş inme nedeniyle tetkik amaçlı polikliniğimize başvurdu. Yapılan nörolojik muayenesinde özellik yoktu. Hastanın yaklaşık 4 ay önce ani gelişen sağ taraf güçsüzlüğü dış merkeze başvurduğu ve diffüzyon MR'da; sol LSA alanında akut iskemik enfarkt saptandığı öğrenildi. Hastanın beyin MR görüntülemelerinde her iki hemisfer ak madde ve gri maddede, T2 ve Flair sekanslarda hiperintens, çok sayıda, ön planda vaskülitte bağlı olabileceği düşünülen lezyonları mevcuttu. Romatolojik değerlendirmede sistemik vaskülit bulgusu düşünülmedi. MR anjiyografide; her iki ACA, MCA, baziller arter duvarlarında düzensizlikler ve DSA'da anterior ve posterior sistemde yaygın vaskülit ile uyumlu değişiklikler saptandı. Antiagregan başlanarak, primer santral sinir sistemi vaskülit tanı ile takip edilen hastanın kontrol MR görüntülemelerinde, hiperintens lezyon sayısında artma saptanması üzerine azatiopürin başlandı. Hastada azatiopürin tedavisi altında kardiyak yan etkiler gelişmesi üzerine mikofenolat mofetil başlanmasına karar verildi.

Sonuç: İskemik inme ile başvuran özellikle genç yaşta hasta grubunun ayırıcı tanısında PSSV mutlaka düşünülmelidir. İskemik inme ile prezente olan PMSS vaskülitlerinin tedavisinin farklı olduğu ve hastalık sürecinin immunosupresyon ile durdurulabildiği akılda tutulmalıdır.

P-020

İNME SONRASI NONKONVULSİF STATUS EPİLEPTİKUS

Eylem ÖZAYDIN GÖKSU, Fatma GENÇ, Nesrin ATIŞ, Abidin ERDAL, Yasemin BİÇER GÖMCELİ

Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Antalya

Giriş: Non konvulsif status epileptikus (NKSE) klinik özellikleri belirgin olmamasına ve sıklıkla göz ardı edilebilmesine rağmen hızlı tanı ve tedavi edilmesi gereken bir durumdur. Etiyolojisinde inmenin de rol oynadığı bu durumda inme hastalarında erken ve geç dönemde gözlenen NKSE olgularını incelemeyi amaçladık

Yöntem: Ocak 2013 ve mart 2016 tarihleri arasında inme polikliniğinde takip edilen hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Geçirilmiş İnmenin ilk 7 gün içinde gelişen NKSE tanısı alan hastalar erken dönem, 7 günden sonra gelişen NKSE tanısı alan hastalar geç dönem olmak üzere iki gruba ayrıldı. Tüm hastaların demografik özellikleri, inme etiyolojisi, görüntüleme yöntemleri, Elektroensefalografi (EEG) bulguları, İnme şiddeti Ulusal Sağlık Enstitüleri inme ölçeği (NIHSS) skorunu fonksiyonel özüllülük modifiye Rankin Skalası (mRS) kayıt edildi.

Sonuç: Toplam 39 hasta değerlendirildi. 28'i (%71,8) kadın, 11'i (%28,2) erkek idi. ortalama yaş 70±1,2 (46-90) idi. Hastaların 23'ü (%59) erken dönem, 16'ı (%41) geç dönem NKSE tanısı aldı. Erken dönem NKSE grubunun istatistiksel olarak daha yaşlı olduğu tespit edildi (erken dönem:73,5±11,5, geç dönem: 65,9±12,1, p: 0,04). Kadınlar daha ağırlıklı olmasına rağmen her iki grup arasında cinsiyet açısından farklılık saptanmadı (p:0,3). Her iki grupta da hipertansiyon en fazla görülen risk faktörü olmasına rağmen geç dönem NKSE grubunda geçirilmiş serebrovasküler hastalık öyküsü anlamlı olarak daha yüksekti (erken dönem: 11(%47,8), geç dönem: 14 (%87,5) p:0,01). 35 hasta iskemik inmeye, 4 hastada hemorajik inmeye bağlıydı. prognoz erken dönem NKSE grubunda istatistiksel olarak daha kötü çıktı.

Yorum: İnme sonrası NKSE gözlenmesi hiç de nadir değildir. Yaşlı hastalarda erken dönemde NKSE tanısı akılda tutulmalı, bu hastalarda prognozun kötü olabileceği unutulmamalıdır.

P-021

DARLIKTA İLERLEMESİ OLAN ASEPTOMATİK KAROTİS HASTALARINDA RİSK FAKTÖRLERİ

Eylem Özaydın GÖKSU¹, Ahmet Şükrü ALPARSLAN², Yasemin Biçer GÖMCELİ¹

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Antalya

²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Antalya

Giriş: Aseptomatik Karotis stenozu olan hastalarda, hastalık ilerlemesi iyi belirlenmemiştir. Bu hastalarda hastalık ilerlemesi için risk faktörlerini tanımlayan verilerden yoksundur. Çalışmamızın amacı, bu hasta popülasyonunda hastalık progresyonu insidansını ve risk faktörlerini saptamaktır

Yöntem: Ekim 2012- Mart 2017 tarihleri arasında inme polikliniğinde takipli aseptomatik karotis hastaları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, risk faktörleri, darlık dereceleri, plak natürleri değerlendirildi.

Sonuç: Toplam 56 hasta değerlendirildi. Ortalama yaş: 68,4±7,7 (52-89) idi. Ortalama takip süresi:27±1,16 (min:6 ay- max:53 ay). 56 hastanın 14'ünde (%25) başlangıç darlığına göre ilerleme tespit edildi. İlerleme olan ve olmayan grup karşılaştırıldığında cinsiyet, risk faktörleri, plak natürü, antiagregan veya statin kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi.(cinsiyet p:1, HT p:0,56, DM p:0,08, HPL p: 0,53, KAH p:0,13, geçirilmiş SVH p:0,85, statin kullanımı p:1, antiagregan kullanımı p: 0,48). Tüm hastalar aseptomatik olarak kaldı. Darlıkta ilerlemesi olan grup daha genç idi. (ilerleme olmayan grup: 69.3±6.8 ilerleme olan grup: 65.7±9.5 p: 0.034).

Yorum: Çalışmamızda, aseptomatik karotis darlığı olan hastaların dörtte birinde darlık derecesinin ilerlediği, ancak bunlarında aseptomatik kaldığı gözlemlendi. Darlıkta ilerlemesi olan grubun daha genç olması dışında risk faktörleri, plak natürü, statin kullanımı ve antiagregan kullanımı açısından farklılık saptanmadı. Hastalığın ilerlemesi için bağımsız risk faktörlerini belirlemede daha uzun süreli prospektif ve daha geniş çalışmalar ihtiyaç vardır.

P-022

AGRAFİSİZ ALEKSİLİ GENÇ İNME OLGUSU

Özge YILMAZ KÜSBECİ, Dilek TOP KARTI, Neslihan EŞKUT, İpek İNCİ

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İzmir

Giriş: Agrafisiz aleksi, yazma yetisinin korunmasına karşın okumanın bozulması ile karakterize nadir rastlanan bir klinik tablodur. İki hemisferin parietookspital bölgelerini bağlayan korpus kallozum liflerinin hasarı bu sendroma sebep olmaktadır. Bu hastalar yazabildikleri halde yazıları okuyamazlar. Bu olguda kliniğimizde takip edilen sol orta serebral arter enfarktı sonrasında gelişen agrafisiz aleksi vakası sunulmuştur.

Olgu: 36 yaşında kadın hasta 2014 yılında 2 kez sol hemiparezi şeklinde geçici iskemik atak tanısı ile kliniğimizde izlendi. Hastaya genç inme etiyojisine yönelik yapılan tetkiklerinde homozigot MTHFR A1298C ve heterozigot Plazminojen aktivatör inhibitör -14G/5G mutasyonu saptandı. Hastaya hematolojiye danışılarak oral antikoagülan tedavi başlandı. Hastanın takibinde sol orta serebral arter sulama alanında enfarkt saptandı. Hastanın takibinde genel durumu iyiydi bilinci açık koopere ve sağ hemiparezikti. Söylenenleri anlayabiliyor ancak söylemek istediklerini yazarak anlatabiliyordu. Yazdıklarını ya da başka yazıları okuması istendiğinde ise okuyamıyordu. Agrafisiz aleksi olarak değerlendirilen hastanın 5 aylık takibinde agrafisiz aleksi tablosunda düzelme olmadı.

Sonuç: Agrafisiz aleksi, yazma yetisinin korunmasına karşın okumanın bozulması ile karakterize nadir rastlanan bir klinik tablodur. Sağ oksipital lob ile sol parietal lob arasındaki iletişimin bozulmasına yol açabilecek olan sol oksipital lob veya korpus kallozum splenium lezyonları nedeniyle gelişebilir. En sık olarak posterior serebral arter tıkanıklığına bağlı gelişir. Bu olgu sunumunda sol orta serebral arter sulama alanındaki enfarkta bağlı gelişen agrafisiz aleksi vakası nadir görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

P-023

İSKEMİK SEREBROVASKÜLER HASTALIĞA BAĞLI GELİŞEN HEMİKORE OLGUSU

Özge YILMAZ KÜSBECİ, Neslihan EŞKUT, Dilek TOP KARTI, İpek İNCİ

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İzmir

Giriş: Kore, sıklıkla çocukluk ve ergenlik çağında başlayan, erişkin çağda nadiren görülen bir tablodur. Vücudun bir yarısını etkilediğinde hemikore olarak adlandırılır. Hemikore tüm hareket bozukluklarının yaklaşık %0.7 sini oluşturur. Hemikore etyolojisinde en sık sebep iskemik ve hemorajik serebrovasküler hastalıklardır. Tümörler, multipl skleroz plakları ve başarısız talamotomi girişimleri diğer olası etiyolojilerdir. Polikliniğimizde takip edilen vasküler etiyolojili hemikore olgusu sunulmuştur.

Olgu: 67 yaşında erkek hasta, yüzü içermeyen, vücut sol yarısında bir yıl önce başlayan ve ani gelişen istemsiz hareketler olması nedeniyle altı ay önce polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde, hipertansiyon ve diyabetes mellitus olan hastanın hiperkinetik hareket bozukluğu hemikore ile uyumlu olarak değerlendirildi. Antihipertansif ve antidiyabetik ilaçlar dışında ilaç kullanımı yoktu. Kranial MR incelemede sağ bazal gangliyon düzeyinde laküner infarktlar izlendi. Klinik ve radyolojik bulgular ile iskemik serebrovasküler hastalığa bağlı hemikore tanısı koyuldu. Haloperidol başlandı, 5 mg/gün dozuna çıkıldı. Tedavi sonrası hemikorenin belirgin gerilediği izlendi.

Sonuç: İleri yaş hastalardaki akut başlangıçlı hemikorede genellikle altta yatan neden serebrovasküler hastalıkken genç hastalarda enfeksiyöz veya inflamatuvar olaylardır. Vasküler etiyolojiler; iskemi, hemoraji ve vasküler malformasyonlar olarak sıralanabilir. Bazal ganglionlar ve komşu beyaz cevher alanlarını içeren serebrovasküler hastalıklarda görülür. Genellikle kontralateral kaudat nukleus, lentiform nukleus, talamus, sensorimotor frontoparietal korteks veya bunların birlikte olan lezyonları sonucu olduğu düşünülmektedir. Nadiren laküner multienfarktlar neden olabilir. Olgumuz bazal gangliyonlardaki multiple laküner infarktlar nedeniyle ortaya çıkan hemikore olup nadir görülmesi ve tipik kranial MR bulguları ile sunulmaya değer bulunmuştur.

P-024

DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİĞİ İLE PREZENTE NADİR BİR OLGU: SEREBRAL PROLİFERATİF ANJİYOPATİ

Ahmed Serkan EMEKLİ, Gülnar İBRAHİMOVA, Nilüfer YEŞİLOT, Oğuzhan ÇOBAN

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

Giriş: Serebral proliferatif anjiyopati (SPA), arteryovenöz malformasyonların (AVM) içinde klinik, epidemiyolojik, anjiyomorfolojik ve patolojik açıdan farklı bir yer tutmaktadır. Tipik AVM'lerin aksine hemorajik olaylardan çok epileptik nöbetler, baş ağrısı ve progresif nörolojik defisitlerle prezente olmaktadır. Burada davranış değişikliği ile prezente olan bir SPA olgusu sunulacaktır.

Olgu: 37 yaşında erkek hasta 1 ay önce başlayan ve ilerleyen ani sinirlilik atakları, çocuklarının isimlerini karıştırma, odaları karıştırma ve konuşma bozukluğu yakınmaları ile başvurdu. On yıldır frontal bölgede başlayıp şiddetlenen başın arkasına yayılan, bulantı, kusmanın olmadığı hafif zonklayıcı karakterde baş ağrıları varmış. Ağrıları birkaç gün sürüp kendiliğinden geçermiş. 20 paket-yıl sigara kullanımı dışında özgeçmişinde anlamlı bir özellik yoktu. Nörolojik muayenesinde yer, kişi, zaman yönelimi ve işbirliği kısıtlı. Adlandırma ve göstermelerin bir kısmını yapılabiliyor, tekrarlama yapamıyordu, perseverasyonları vardı. Sağda santral tipte fasyal parezi, sağ homonim hemianopsi, sağ hemiparezi, sağ hemihipoestezi saptandı. Kontrastlı kranyal MRG ve MR anjiyografide sol serebral hemisferde diffüz boyut artışı ayrıca sol serebral hemisferi besleyen tüm vasküler yapılar da özellikle leptomeningeal düzeylerde belirgin sayı ve çap artışı saptandı. Konvansiyonel anjiyografi sonucunda sol serebral hemisferin tamamını kaplayan diffüz vaskülarite artışı saptanarak, bu görünüm SPA ile uyumlu bulundu.

Sonuç: Serebral proliferatif anjiyopati, anjiyomorfolojik olarak birden çok arter tarafından beslenmektedir. Patolojik olarak yoğun vasküler yapının arasında normal beyin dokusu da bulunmaktadır. Bu sebeple cerrahi, radyocerrahi ve endovasküler embolizasyon tedavileri iskemik hasarlara yol açabileceğinden risk taşımaktadır. Literatürde yaklaşık 80 kadar SPA olgusu bildirilmiş olup, olgumuz davranış değişikliğiyle prezente olan nadir bir olgu özelliğini taşımaktadır.

P-025

PERKÜTAN STENTLEME TEKNİĞİ İLE TEDAVİ EDİLEN RESTENOZLU KAROTİS ARTER DARLIĞI OLGUSU

Faruk ERTAŞ¹, Halit ACET¹, Mehmet Uğur ÇEVİK²

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

Giriş: Bu sunumunda cerrahi olarak yüksek riskli semptomatik, sağ internal karotis arter (İCA) ve kommon karotis arterde (CCA) ciddi darlığı olan, perkütan stentleme tekniğiyle başarılı tedavi edilen 6 ay sonra restenoz gelişen ve tekrar başarılı olarak perkütan girişim yapılan karotis arter darlığı olgusunu sunacağız.

Olgu: Bir ay önce SVO öyküsü olan ve sol taraf bulgusu olan 54 yaşında kadın hasta baş dönmesi şikayetiyle başvurdu. Çekilen karotis anjiyografisinde sağ İCA %95, sağ CCA'da %60, darlıklar saptandı. Hastanın sağ İCA ve CCA'ya perkütan girişim planlandı. Hastaya uygun antiagregan ve antikoagülanla premedikasyon yapıldı. 8F guiding kateterle sağ CCA'e oturuldu. İCA'deki darlığın distaline Spider Fx distal emboli koruma filtresi yerleştirildi. İCA'daki lezyona Viatrac 4*15 mm balonla predilatasyon sonrasında Protege Rx 8-6x40 mm, sağ CCA ostealdeki %60 darlığa Protege Rx 9-7x30 mm kendiliğinden genişleyebilen stent yerleştirildi. Optimal stent açıklığını sağlamak için Viatrac 5*30 mm balonla postdilatasyon yapıldı, tam açıklık sağlandı. komplikasyon gelişmedi, bir gün sonra hasta taburcu edildi. İşlemden 6 ay sonra baş dönmesi şikayetiyle gelen hastada yapılan kontrol karotis anjiyografisinde sağ CCA stent proksimalini kapsayacak şekilde %80 restenoz darlık saptandı. Bu darlığa girişim planlandı. Darlığın distaline Spider Fx distal emboli koruma filtresi yerleştirildi. Sağ CCA'daki lezyona Protege Rx 10-7x30 mm kendiliğinden genişleyebilen stent yerleştirildi. Optimal stent açıklığını sağlamak için Viatrac 6*20 mm balonla postdilatasyon yapıldı tam açıklık sağlandı.

Sonuç: Bu olguda komplike olsa bile karotis arter darlıklarında stentleme tekniği ile tedavi seçeneği başarısının yüksek, komplikasyon oranlarının düşük ve klinik sonuçlarının iyi olması nedeniyle iyi bir alternatif tedavi seçeneğidir.

P-026

SAĞ BRAKİAL ARTERDEN PERKÜTAN STENTLEME TEKNİĞİ İLE TEDAVİ EDİLEN KOMPLİKE KAROTİS ARTER DARLIĞI OLGUSU

Faruk ERTAŞ¹, Halit ACET¹, Mehmet Uğur ÇEVİK²

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

Giriş: Bu sunumunda cerrahi olarak yüksek riskli semptomatik, sol internal karotis arter (İCA) ve ciddi darlığı olan, perkütan stentleme tekniğiyle başarılı olarak perkütan girişim yapılan karotis arter darlığı olgusunu sunacağız.

Olgu: Özgeçmişinde Hipertansiyon öyküsü olan hasta sol gözde görmede azalma ile başvurduğu dış merkezde yapılan tetkiklerde sol İCA'da darlık saptanan 76 yaşında kadın hasta tarafımıza başvurdu. Çekilen karotis anjiyografisinde tip 3 yerleşimli sol İCA'da %90, darlık saptandı. Hastanın sol İCA'sına perkütan girişim planlandı. Hastaya uygun antiagregan ve antikoagülanla premedikasyon yapıldı. 8F guiding kateterle sağ brakial arterden ponksiyonla sol CCA'e oturuldu. Sol İCA'daki darlığın distaline Spider Fx distal emboli koruma filtresi yerleştirildi. Sol İCA'daki lezyona Viatrac 4*20 mm balonla predilatasyon sonrasında Protege Rx 10-7x40 mm kendiliğinden genişleyebilen stent yerleştirildi. Takılan stentin distalinde diseksiyon gelişmesi üzerine buraya 4*23 mm stent takıldı. Optimal stent açıklığını sağlamak için Viatrac 4*20 mm balonla postdilatasyon yapıldı, tam açıklık sağlandı, komplikasyon gelişmedi, bir gün sonra hasta taburcu edildi.

Sonuç: Bu olguda komplike olsa bile karotis arter darlıklarında stentleme tekniği ile tedavi seçeneği başarısının yüksek, klinik sonuçlarının iyi olması nedeniyle cerrahi tedaviye iyi bir alternatif tedavi seçeneğidir.

P-027

YÜKSEK İRTIFADA GELİŞEN İNME: BİR OLGU SUNUMU

Havva Tuğba ÇELİK¹, Cemile Handan MISIRLI¹, Duygu ÖZKAN YAŞARGÜN¹, Murat Fatih PUL¹, Tuğçe KIZILAY¹, Özlem MERCAN¹, Elvan CEVİZCİ AKKILIÇ², Fatma ARICAK³

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

²Acıbadem Kozyatağı Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

³Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Yüksek irtifa hastalığı, 2500 metre üzerine çıktuktan kısa bir süre sonra, özellikle aklimatize olmayan/olamayan kişilerde gelişebilen, beyin ve akciğer fonksiyonlarını bozabilen hastalıklar grubu olarak tanımlanır. Akut Dağ Hastalığı, Yüksek İrtifa Beyin Ödemi ve Yüksek İrtifa Akciğer Ödemi yer almaktadır. Yüksek irtifada inme ise nadir bildirilmiştir. Kayak öğrenmek için ilk kez kayak merkezine (3200m) çıkan genç hastada gelişen inme tablosunu nadir bir durum olması nedeniyle sunmak istedik.

Olgu: Otuzbeş yaşında erkek hasta 3200m kayak pistinde kayak öğrenmeye çalışırken başağrısı, görmede bulanıklık, konuşmada bozukluk, dengesizlik şikayetiyle interne edilmiş. Kranial manyetik rezonans görüntülemesinde (MR) sol posterior serebral arterde (PCA) ve posteroinferior serebellar arter (PICA) alanında akut enfarkt saptanmış. Takiplerinde düzelmesi olan hasta, taburculuğundan sonra uçakla evine gidişinin 2.günüde gelişen solda kuvvetsizlik nedeniyle interne edildi. Kranial MR da yeni serebellar enfarktı mevcuttu. Özgeçmişinde 15paket/yıl sigara kullanımı dışında özellik yoktu. Rutin kan tetkiklerinde özellik yoktu. Transtorasik ekokardiyografisi (EKO) normaldi. Transösofajiyel EKO'da patent foramen ovale (PFO) ve asendan aort dilatasyonu mevcuttu. Alt ekstremitte venöz dopler normaldi. Karotis vertebral doplerinde özellik yoktu. Dijital substraksiyon anjiyografisinde (DSA) özellik yoktu. Vaskulit testleri normaldi. Paterji testi negatifti. Göz muayenesinde üveit bulgusu saptanmadı. Genetik testlerinde sadece metilentetrahidrofolat redüktaz (MTHFR) a1298c heterozigot mutantlık mevcuttu. Yatışının 3. günüde epileptik nöbet geçirmesi nedeniyle çekilen kontrol bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol PCA alanında hemorajik transformasyon mevcuttu. Takiplerinde nöbeti olmadı ve hemoraji resorbe oldu. Hastanın ataksisi ve motor defisitinde düzelme mevcuttu.

Sonuç: Özellikle aklimatize olamayan kişilerde kısa sürede yüksek irtifaya çıkılması, efor sarfedilmesi ve dehidrate kalınması diğer yüksek irtifa hastalıkları açısından risk yarattığı gibi nadir de olsa inmeye yol açabilmesi açısından dikkatli olunmalıdır.

P-028

GENÇ İNMELİ BİR OLGUDA TANISAL ZORLUK

Dilcan KOTAN¹, Aslı AKSOY GÜNDOĞDU², Mustafa Ercan GÜNEL³, Mustafa KARABACAK²

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Sakarya

²S.B. Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Sakarya

³S.B. Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Kliniği, Sakarya

Giriş: Genç inme 45 yaşın altında görülür ve tüm inmelerin % 4-10'unu teşkil eder. Erkeklerde 30 yaşın üstü, kadın cinsten ise 30 yaşın altında inme insidansı yüksektir. Burada, doğum sonrası başağrısı ile mükerrer başvurusunda enfarktı görülen genç bir kadın olgu sunulmaktadır.

Olgu: 22 yaşındaki kadın hasta, dört gün öncesinde termde spinal anestezi ile sezeryan sonrasında şiddetli başağrısı ile acil serviste değerlendirildi. Anamnezinden ilaç kullanmadığı ve herhangi bir hastalık geçirmediği öğrenildi. Öz-soygeçmişinde bir özellik yoktu. Nörolojik muayenesi normaldi. BBT izodens idi. Semptomatik tedavi ile poliklinik kontrolü önerilen hasta, üç gün sonra başağrısında artma ile tekrar acile başvurdu. Vital bulguları stabil, nörolojik muayenesinde özellik yoktu. Kranial MRI' da sol pariyetal lokalizasyonda hemorajik enfarkt ile uyumlu, kontrast tutmayan lezyon izlendi. Kranial MR venografi normal idi. Hastanın ekstrakranial dopler ultrasonografi, transtorasik ve transkardiyak EKO incelemesi normal idi. Laboratuvar incelemelerinde rutin tetkikleri, tiroid fonksiyon testleri, fibrinojen, D-dimer, protein C, protein S, antitrombin III, homosistein, aktive protein C rezistans, FVL mutasyonu, protrombin 20210A mutasyonu ve MTHFR istendi. MTHFR-C677T mutasyonu homozigot taşıyıcılığı dışında diğer tetkikleri normaldi. Klinik tablonun ortaya çıkışı gebelik ve MTHFR mutasyonunun varlığı ile ilişkilendirildi. Vasküler tedavi ile takibi önerildi.

Sonuç: Genç kadın olgularda doğum kontrol hapı kullanımı, gebelik ve lohusalık gibi sebeplerden dolayı iskemik inme riskinde artış görülebilir. Bu sunumda, risk faktörlerinin varlığında nörolojik defisit olmaması durumunda da, serebral hadise olasılığının akla gelmesi gerekliliği ve nörogörüntülemenin önemi vurgulanmıştır.

P-029

ŞUUR BOZUKLUĞUNDA ENDER BİR ETYOLOJİ: HEPATİK ENSEFALOPATİ

Dilcan KOTAN¹, Mustafa KARABACAK², Semra ALAÇAM KÖKSAL²

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Sakarya

²S.B. Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, Sakarya

Giriş: Şuur bozukluğu, uyanıklık korunduğu halde bir şaşkınlık, zihnin tam açık olamaması, olayları tam olarak kavrayamama, çevreyi tam ve doğru olarak algılayamama halidir. Nörolojik nedenleri yanında metabolik nedenlerde sıkça şuur bozukluğuna yol açabilir. En sık görülen metabolik neden hipoglisemi iken, ender olarak hepatik ensefalopatide sorumlu olabilir. Burada, acil servise şuur bozukluğu ile başvurusunda hepatik ensefalopati tanısı alan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: 68 yaşındaki erkek hasta, saçma sapan konuşma, yakınlarını tanıyamama ve son üç günden beri sürekli uykululuk hali ile acil servise başvurusunda değerlendirildi. Anamnezinden on yıldır şeker hastası ve bir yıldır karaciğer kanseri tanıları olduğu öğrenildi. Acil müşahedesinde uyandıktan sonra ise saçma sapan konuşma, yakınlarını tanıyamama hali farkedildi. Nörolojik muayenesinde şuur uykuya meyilli, kooperasyon kısıtlı, yer, kişi ve mekan açısından oryantasyon bozukluğu dışında özellik yoktu. BBT ve MR difüzyon normal idi. Bel suyu incelemesi normal sınırlarda idi. Rutin tetkiklerinde glukoz değeri normal idi, pansitopeni, karaciğer fonksiyon testlerinde ılımlı artış ve amonyak yüksekliği mevcuttu. Kontrastlı kranyal MRG'de periventriküler iskemide dışı özellik yoktu. EEG'de bilateral senkron yavaş dalga paterni mevcuttu. Hepatik ensefalopati tanısı alan olgumuz için hastalıkları kliniğince takibe alındı.

Sonuç: Hepatik ensefalopati, karaciğerde ciddi fonksiyon bozukluğu olan hastalarda görülür. Nörolojik bir neden olmaksızın, bir dizi reversibl nöropsikiyatrik değişikliklerle karakterize bir sendromdur. Bu klinik tabloda şuurun etkilenmesiyle ortaya çıkan uyku bozuklukları, uyku ritminde bozulma, hipersomni ilk görülen değişikliklerdir. Bu sunumla, acil servise başvuran şuur bozukluğu olgularında nonnörolojik nedenlere vurgu yapmak istenmiştir.

P-030

SARI NOKTA HASTALIĞI VE İNME BİRLİKTELİĞİ

Mustafa KARABACAK¹, Dilcan KOTAN², Mustafa Ercan GÜNEL³

¹S.B. Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Sakarya

³S.B. Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Kliniği, Sakarya

Giriş: Sarı nokta hastalığı veya maküla dejenerasyonu; 50 yaş üzerindeki olgularda makülada pigmenter ve atrofik değişikliklerle gider ve merkezi görme keskinliğinde ilerleyici azalma ile karakterizedir. En önemli risk faktörleri arasında, inme ile ortak risk faktörü olan hiperlipidemi ve ateroskleroz önemli yer tutmaktadır.

Olgu: 83 yaşındaki erkek hasta, gün içinde ani başlayan baş dönmesi, ağızda kayma, konuşmada peltekleşme ve sağ kol ve bacakta uyuşma şikayeti ile acilde görüldü. Özgeçmişinden 20 yıldır hipertansiyon, 11 yıldır her iki gözde sarı nokta hastalığı öyküsü olduğu öğrenildi. Nörolojik muayenesinde konfrontasyon yöntemiyle sağ gözde daha belirgin olmak kaydıyla her iki gözde 4 kadranda görme kaybı, sağ nazolabiyal oluk hafif silik, konuşma dizartrik, sağda daha belirgin olmak üzere serebellar testlerde bilateral dismetri, sağda silik parezi, taban cilt refleksi sağda lakayt idi. Beyin tomografisi izodens, beyin difüzyon MR görüntülemesinde her iki serebellar hemisferlerde ve sol oksipital lop posteriyor bölümünde ADC karşılığı olan akut enfarkt ile uyumlu alanlar izlendi. Rutin kan tetkiklerinde HDL: 52 mg/dl (>60 mg/dl), LDL:180 mg/dl (>130 mg dl), total kolesterol 240 (0-200mg/dl) mg/dl idi. Karotis vertebral dopler ultrasonda bilateral karotis bulbusunda kalsifiye aterom plaklar mevcuttu. Hastada inme etyolojisi açısından ateroskleroz ve hiperlipidemi dışında belirgin risk faktörü bulunamadı. Vasküler tedavi ile takibe alındı.

Sonuç: Hiperlipidemi ve ateroskleroz; hem inme hem de maküla dejenerasyonu için ortak risk faktörüdür. Bu sunumda sarı nokta hastalığı ile inme birlikteliğine dikkat çekmek istenmiştir.

P-031

VERTİGOYLA PREZENTE PİCA SENDROMLU BİR OLGU

Mustafa KARABACAK¹, Dilcan KOTAN², Aslı AKSOY GÜNDOĞDU¹

¹S.B. Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Sakarya

Giriş: Posteriyor inferiyor serebellar arter (PICA); intrakraniyal vertebral arterden çıkar. Vertebral arterin bir parçası olan PICA oklüzyonunda, Wallenberg sendromu adıyla da bilinen lateral bulber infarkt görülür. Burada baş dönmesi şikayeti ile acile başvuran yaşlı bir erkek olgu sunulmaktadır.

Olgu: 73 yaşındaki erkek hasta, sabah kalktığında bulantı hissi ve baş dönmesi şikayeti nedeni ile başvurusunda değerlendirildi. Özgeçmişinden uzun yıllar kontolsüz diyabeti olduğu ve insülin tedavisini düzenli uygulamadığı ve hipertansif olduğu öğrenildi. Sorulunca yüzünün sağ tarafında ve sağ kolunda uyuşma hissi tarifliyordu. Nörolojik muayenesinde sol yüz yarımında hipoestezik, sağda früst hemiparezik, solda minimal dismetrik, sola doğru ataksik idi. BBT izodens idi. Diffüzyon MR incelemesinde ise sol bulbus yarımı lateralinde ADC karşılığı olan B 1000 kesitlerde hiperintens lezyon alanı mevcuttu. Kardiyak muayenesi, EKO ve karotis vertebral arterlere yönelik dopler incelemesi normal idi. PICA sendromu olarak interne edilen olgumuz, klinik iyileşme sonrası vasküler tedavi ile takibe alındı.

Sonuç: Bu sunumda, PICA sendromunun sıklıkla gürültülü klinik bulgular ile ortaya çıkması beklentisine karşılık vertigo ile prezente olabileceği, ayrıntılı nörolojik baki ve görüntülemenin önemine dikkat çekilmiştir.

P-032

ORAK HÜCRE HASTALIĞI OLAN BİR HASTADA İZOLE KORTİKAL VEN TROMBOZU

Arzu MAHARRAMOVA¹, Nurcan AKBULUT¹, Vesile ÖZTÜRK¹, Süleyman MEN²

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: İzole kortikal ven trombozu (İKVT), majör dural venöz sinüslerin veya derin serebral damarların oklüzyonu olmaksızın bir veya daha fazla serebral kortikal venin tromboze olmasıdır. Venöz konjesyon, intraparenkimal kanama ve venöz infarktten kaynaklanan vazojenik ödem nedeniyle kalıcı parenkim hasar potansiyeli nedeniyle İKVT 'nin zamanında tanısı kritiktir. Ancak, kortikal venlerin anatomik varyasyonları, özgül olmayan klinik bulgular ve altın standart görüntüleme modalitesinin olmaması nedeniyle İKVT tanısı güçtür. Radyolojik inceleme ve görüntünün dikkatle analizi, şüpheli hastalarda kesin tanıya ulaşmada yardımcı olur. Bu yazıda İKVT'lu olgu sunulurken, klinik ve radyolojik özellikler gözden geçirilmiştir.

Olgu: Otuz yaşındaki orak hücre hastalığı tanılı erkek hasta, boyun travması sonrası sağ yanlı uyuşma ve güçsüzlük yakınmalarıyla başvurmuştu. Nörolojik muayenede sağda yüzü de içine alan hemiparezi saptandı. Beyin MRG'de sol parietal bölgede, superior sagittal sinüse yakın yerleşimli, T1 ve T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintens, GRE görüntülerde kan elemanlarına ait sinyalsiz alanlar gösteren lezyon, lezyonun çevresinde T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintens ödem mevcuttu. DSA'da sol posterior singulat girus ve superior frontal girusa uyan kesimdeki bir kortikal vende trombüs ile uyumlu intralüminal dolun defekti izlendi. Venöz sinüsler açıldı.

Sonuç: İKVT'li hastalar fokal veya jeneralize nöbetler, baş ağrısı, hemiparezi, duyuşsal bozukluklar gibi semptomlar gösterebilirler. Risk faktörleri; oral kontraseptif kullanımı, gebelik ve postpartum durum, hematolojik maligniteler, kafa travması, intrakraniyal hipotansiyon, KBB enfeksiyonlarıdır. Gelişmiş görüntüleme yöntemlerinin kullanımı ile İKVT tanısının prevalansı artırmıştır. İKVT, erken tanı ve antikoagülan tedavi ile iyi prognoza sahiptir.

Yorum: Orak hücre hastalığında serebral SVT nadirdir. İKVT daha da nadirdir. Klinik tablolar nonspesifik olduğundan, şüphelenilen hastalarda uygun görüntüleme ve dikkatli yorumlama tanıda kritik bir rol oynamaktadır.

P-033

AKUT SEMPTOMATİK İNTERNAL KAROTİS DARLIĞINDA ACİL KAROTİS ENDARTEREKTOMİ DENEYİMLERİMİZ

Hanife KÜÇÜKYILDIZ, Ayşe GÜLER, Emrah OĞUZ, Hakan POSACIOĞLU, İsmet Tanzer ÇALKAVUR, Neşe ÇELEBİSOY, Hadiye ŞİRİN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Akut semptomatik internal karotis darlığında (>%70) karotis endarterektomi ve stentlemenin rekürren inme riskini azalttığı randomize klinik çalışmalar ile desteklenmiştir. (NASCENT ve ECST çalışmaları). Akut semptomatik internal karotis darlığında endarterektomi zamanı perioperatif risk hesaplanarak hasta bazında karar verilmelidir. Bu yazıda kliniğimizde takip ettiğimiz akut semptomatik karotis darlığı sonrası karotis endarterektomi uygulanan 5 vaka anlatılmaktadır.

Olgular: Yaşları 55 ile 76 arasında olan 4 erkek 1 kadın hastaya akut septomatik internal karotis darlığı (>%70 İKA darlığı, 2 olguda ülsere plak üzerine oturmuş serbest trombüs) teşhisi ile, SVO ya da TİA (2 vakada TİA , 3 vaka iskemik svo) sonrası ilk 24 saat içinde karotis endarterektomi uygulanmıştır. Vakaların NIHSS'leri 1 ile 10 arasında değişmekte idi. TİA sonrası endarterektomi olan hastalar sekelsiz taburcu edilmiştir. İskemik inmesi olan 3 olguda ise postop komplikasyon gelişmemiş, operasyon öncesi giriş ve çıkış nörolojik muayeneleri stabil seyretmiştir.

Sonuç: Akut karotis dalığında endarterektomi zamanına karar verilirken, perioperatif risk hesabı yapılmalıdır. Perioperatif risk hesabı yapılırken yaş, komorbid özellikler, asemptomatik karotis darlığının olup olmaması, nörolojik defisitinin varlığı-derecesi-fluktuasyon göstermesi gibi özellikler değerlendirilerek hasta bazında risk hesabı yapılmaktadır, vaka bazında literatür eşliğinde akut karotis endarterektomi zamanlaması tartışılması amaçlanmaktadır.

P-034

İNTRAKRANİYAL METASTATİK LEZYONLA KARIŞAN İNFEKTİF ENDOKARDİT OLGUSU

Nurettin YAVUZ¹, Yüksel ERDAL¹, Ufuk EMRE¹, Saadet GÜVEN², Gülhan EREN³

¹İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

²İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

³İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: İnfektif endokardit endokardın inflamasyonu sonucu gelişen ciddi komplikasyonlara yol açan nadir klinik bir durumdur. Bu yazıda, kranial görüntülemelerinde metastaz tanısı alan, takibinde infektif endokardit saptanan olguyu sunmak, bu nadir klinik tabloya dikkat çekmek istedik.

Olgular: 73 yaşında erkek hasta bilinç bulanıklığı ve halsizlik şikayeti ile hastanemize başvurdu. Öyküsünde şikayetlerinin halsizlik sonrası başladığı günler içinde bilinç bulanıklığı ve idrar inkontinansının eklendiği öğrenildi. Özgeçmişinde hipertansiyon, geçirilmiş iskemik inme ve sigara kullanım öyküsü dışında özellik saptanmadı. Fizik muayenesi normaldi. Nörolojik muayenesinde, yönelim bozuk, apatik, kısmen koopere, dikkati sürdürmede zorluk saptandı. Sol sekel hemiparezisi mevcuttu. Çekilen DWI MR'da multiple difüzyon kısıtlılığı saptandı. Kontrastlı kraniyal MR, sağ frontal lob posteromedialinde, sol oksipital lob çevresinde vazojenik ödem gözlenen kontrastlanan metastatik alanlar olarak raporlandı. Onkolojiye konsülte edilen hastaya tetkik ve tedavinin tamamlanması açısından poliklinik kontrolü önerildi. 1 ay sonra konuşma bozukluğu gelişen hasta tekrar yatırıldı. Malignite yönelik incelemeleri normaldi. Takibinde subfebril ateş, halsizlik şikayetleri gelişen hastanın fizik muayenesinde, sol el baş parmakta ağrılı nodül ile tenar bölgede splinter hemoraji izlendi. Mitral odakta üfürüm saptanması üzerine yapılan EKO'da mitral kapak rüptürü saptanan hastanın TEE'de yaklaşık 1 cm boyunda vejetasyon izlendi. Göz konsültasyonunda intraretinal hemoraji odakları ve roth spot saptandı. İnfektif endokardit düşünülen hastaya 3 tüp kan kültürü gönderilerek seftriakson+gentamisin+vankomisin tedavisi başlandı. 5 haftalık tedavi sonrası genel durumu daha iyi olan hasta kapak replasmanı açısından dış merkeze yönlendirildi.

Sonuç: İskemik inme etyolojisinde nadir bir neden olan infektif endokardit olgularında görüntüleme bulguları metastatik lezyonlarla karışabilir. Klinikte olguların sadece görüntüleme bulguları ile değil kardiyak ve diğer fizik muayene bulgularının da takibi önemlidir.

P-035

EAGLE SENDROMU SAPTANAN SOL ASM ENFARKT OLGUSU

Abdullah ARI, Özgün KÖKSAL, Ayşe GÜLER, Nilgün ARAÇ, Hadiye ŞİRİN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Eagle Sendromu stiloid sürecin semptomatik elongasyonu veya stilohyoid yada stylomandibuler ligamentlerin kalsifikasyonu ile karakterize durumdur. İnsidansı %4'tür ve bunların %4'ünün semptomatik olduğu belirtilmiştir. Etiyolojide tonsillektomi gibi cerrahi travmalar, stylomandibular ligamentin kronik irritasyonu veya stiloid sürecin osteititi saptanabilir. Kraniofaringeal bölgede ağrı, farinkste yabancı cisim hissi, ipsilateral kulak ağrısı, odinofaji, disfajiyle semptom vermektedir. Bu semptomlar çoğunlukla 5,7,9,10. kranial sinirlerin irritasyonuna bağlı nörolojik bulgulara neden olur. Nadiren stiloid sürecin uzunluğuna bağlı karotis kompresyonu sonucu diseksiyon vakaları bildirilmiştir. Eagle sendromu düşünülen sol İCA diseksiyonu olan olgumuz aşağıda sunulmuştur.

Olgu: 38 yaşında erkek hasta, uçak yolculuğu sonrası sağ yan güçsüzlüğü nedeniyle acil servise başvurdu. Muayenesinde dezoryante davranışları,sağ hemiparezisi görüldü. Kranyal BT'de akut patoloji görülmedi. Kranyal MRG'de sol pariyetal bölgede difüzyon kısıtlılığı saptanması üzerine EUTFH Nöroloji YBÜ'ne yatırıldı. Nörolojik muayenesinde bilincinin açık, basit emirlere koopere, dezoryante olduğu, sağda 2/5 hemiparezisi, sağ patolojik refleks pozitifliği görüldü. İnme etyolojisine yönelik hemogram, biyokimya, Protein C/S, Antitrombin 3 ve homosistein taramaları normal saptandı. İmmunolojik incelemeleri ANA:1/80 pozitifliği dışında negatif saptandı. Kardiyovasküler genetik panel gönderildi. Kardiyoloji ile konsulte edilerek EKO ve Holter EKG planlandı. Kranyal ve Boyun BT Anjiyografisinde sol ICA, bulber segmentten kavernoz segmente kadar disseke ve diseksiyona sekonder oklude saptandı. Etiyolojide stiloid sürecin normalden uzun ve Eagle sendromunun diseksiyona neden olduğu düşünüldü. Diseksiyonuna yönelik antiagregan tedavisi düzenlendi. Poliklinik kontrollerine gelmek üzere taburcu edildi.

Sonuç: İskemik inmenin önemli bir sebebi olan Karotis arter diseksiyonunda, özellikle genç hastalarda BT anjiyo tetkikinde stiloid sürecin Karotis arterle ilişkisine dikkat edilmeli ve nadir olsada diseksiyonların zemininde Eagle sendromunun olabileceği unutulmamalıdır.

P-036

NÖRORADYOLOJİK GÖRÜNTÜLEMELERİ EŞLİĞİNDE BİR DURAL ARTERİOVENÖZ FİSTÜL OLGUSU

Volkan TAŞDEMİR, Canan DUMAN İLKİ, Nilüfer YEŞİLOT, Oğuzhan ÇOBAN

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: İntrakranyal dural arteriovenöz fistüller (DAVF), tüm intrakranyal arteriovenöz (A-V) malformasyonların %10-15'ini oluşturan, dural arterler ve venler veya venöz sinüsler arasındaki anormal bağlantılardır. Genellikle 5 ve 6. dekatlarda ve kadınlarda biraz daha sık (K/E:1.65) görülür. Asemptomatik olabildiği gibi, daha sık olarak kronik baş ağrısı, nöbet, hemorajik serebrovasküler hastalık, ilerleyici demans, parkinsonizm, kafa içi basınç artışı sendromu klinik tablolarıyla prezente olur. DAVF'lerin %2-7'si multipldir.

Yöntem: Bu posterde demonstratif nöroradyolojik görüntüleme bulguları olan bir DAVF olgusu sunulacaktır.

Sonuç: Yaklaşık bir aydır, oksipital ve frontal bölgelerde, zonklayıcı, hareketle azalan, sabahları daha belirgin, hafif şiddette baş ağrısı olan 41 yaşında kadın,10 gün önce başlayan her iki gözünde kızarıklık ve kaşıntı, ani göz hareketiyle saniyeler süren puslu görme yakınmasıyla başvurdu. Ağız çevresindeki papüler lezyonlar nedeniyle HPV Tip 13'e bağlı oral squamöz papüllerle karakterize Heck hastalığı tanısı almıştı ve morbid obezdi. 2013 yılından bu yana interstisyel akciğer hastalığı tanısı vardı ve geceleri noninvaziv mekanik ventilatör kullanıyordu. Ekokardiyografide tüm kalp boşlukları genişlemiş olarak görülüyordu.Baş ağrısı nedeniyle ilk başvurusunda iki yanlı papilödem saptanarak psödötümör serebri ön tanısıyla asetazolamid tedavisi başlanmıştı. Kranyal BT'de yaygın intrakranyal ödem ve süperior sagittal sinüs (SSS) trasesinde genişlemiş hiperdens görünüm vardı. Kranyal MR ve MR venografide intrakranyal venöz yapıların çaplarında belirginleşme ve skalpte belirginleşmiş yaygın vasküler yapılar izlendi. Serebellar tonsillerde foramen magnum seviyesinin 5 mm altına ulaşan herniasyon görüldü. Konvansiyonel anjiyografide, intrakranyal venöz hipertansiyon bulgularının da eşlik ettiği, iki yanlı eksternal karotid sistemden venöz sinüslere ve skalp venlerine doğru A-V fistüller saptandı.

Yorum: İlk başvurusunda papilödem ve görme yakınmaları nedeniyle psödötümör serebri tanısı alan olgumuz hafif klinik tabloya rağmen multipl ağır DAVF tanısı nedeniyle dikkat çekicidir.

P-037

AKUT İSKEMİK STROKTA NON-VALVÜLER ATRİYAL FİBRİLASYON VE ATEROSKLEROTİK RİSK FAKTÖRLERİ BİRLİKTELİĞİ OLAN OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Meltem MUTLUCAN, Rabia PERDECİOĞLU, Safiye Gül ÖZMEN, Belgin KOÇER

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: CHADS2 skoru non-valvüler atriyal fibrilasyonlu hastalarda antikoagülasyona uygun olguları belirler. Yüksek CHADS2 skoru ile artmış strok riski kardiyembolik mekanizmalar yanında aterotrombotik mekanizmalar ile de oluşur, çünkü CHADS2 skorunun çoğu komponenti ateroskleroz için de risk faktörüdür. Akut iskemik strokta, non-valvüler atriyal fibrilasyon ve serebral ateroskleroz risk faktörlerini birlikte bulunduran olgularda yaş, cinsiyet, serebral iskeminin lokalizasyonu, büyüklüğü, nörolojik bulgular ve prognozun değerlendirilmesi ve non-valvüler atriyal fibrilasyon bulunmayan olgularla klinik ve radyolojik karşılaştırma yapılması amaçlandı.

Yöntem: Mart 2011 ile Ocak 2013 tarihleri arasında Nöroloji Yoğun Bakım ünitesinde yatan akut iskemik strok tanılı 46 olgu ele alındı. Olgular TOAST sınıflamasına göre etiyolojik alt gruplara ayrıldı. Aterotrombotik risk faktörleri hipertansiyon, diabetes mellitus, hiperlipidemi, sigara kullanımı, kalp yetmezliği ve geçirilmiş serebrovasküler hastalık olarak belirlendi. NIHSS ile inme ağırlığı saptandı. Olgularda iskemik strok varlığı ilk 24 saat içinde çekilen diffüzyon kraniyal magnetik rezonans görüntüleme ile tesbit edildi.

Sonuç: Kırk altı olgunun yaşları 30-86 arasında idi. Aterotrombotik risk faktörleri arasında hipertansiyon %69, kalp yetmezliği %26, hiperlipidemi %23.9, sigara kullanımı %21.7, diabetes mellitus %13, geçirilmiş serebrovasküler hastalık %8.7 ve kriptojenik neden %4.3 sıklıkta bulundu. Non-valvüler atriyal fibrilasyon ve aterotrombotik risk faktörlerini birlikte bulunduran dokuz olgu (%19.5) saptandı. Olguların hepsinde hipertansiyon var iken, %55 kalp yetmezliği, %22 pacemaker kullanımı, %11.1 diabetes mellitus, %11.1 obezite ve %11.1 sıklıkta geçirilmiş serebrovasküler hastalık öyküsü tesbit edildi. Olguların tümünde ilk 24 saat içinde diffüzyon MRG'de büyük damar hastalığına bağlı akut kortikal infarkt saptandı. Üç olgu entübe edildi. Üç olguda ise akut iskemi ile ipsilateral internal karotid arterde $50 \leq$ stenoz saptandı.

Yorum: Non-valvüler atriyal fibrilasyon ile aterotrombotik risk faktörlerinin birlikteliği tek başına atriyal fibrilasyon varlığına göre daha fazla büyük damar hastalığına bağlı geniş kortikal infarktlara ve daha kötü klinik sonlanıma neden olmaktadır. Çalışmamızda da tek başına aterotrombotik risk faktörlerini bulunduran hastalarda başvuru anında NIHSS skoru daha düşük ve mortalite daha az sıklıkta tesbit edildi. NVAf'da aterotrombotik risk faktörlerinin belirlenmesi ve ekstrakraniyal arterlerin incelenmesi iskemi patogenezi ve tedavi yaklaşımı hakkında bilgi verecektir.

P-038

AKUT EŞ ZAMANLI MULTİPLE SUBKORTİKAL İNFARKTLARLA PREZENTE OLAN CADASIL: OLGU SUNUMU

Elif GÖKÇAL, Nihat MUSTAFAYEV, Mehmet KOLUKISA, Zehra Cemre KARAKAYALI, Talip ASİL

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: CADASIL (Cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy) otozomal dominant geçişli hereditör bir küçük damar hastalığı olup rekürren subkortikal lakuner infarktlar karakteristik özelliklerinden biridir. Daha çok embolik etiyoloji düşündürülen multiple infarktlar ise CADASIL hastalarında çoğunlukla beklenmemektedir. Biz burada akut eş zamanlı multiple infarktlarla prezente olan ve NOTCH-3 gen mutasyonu gösterilerek CADASIL tanısı alan bir olgu sunmaktayız.

Olgu: 35 yaşında erkek hasta ani gelişen konuşmada bozulma nedeniyle acil servise başvurdu. Özgeçmişinde özellik olmayan hastanın nörolojik muayenesinde ağır dizatri ve bulber paralizisi saptandı. DWI-MRG incelemelerinde bilateral frontoparietallerde, sol talamusta ve korona radiata düzeyinde akut iskemik odaklar izlendi. Başvurusunun 24. saatinde klinik progresyonla birlikte iskemik infarkt alanlarında artış olduğu görüldü. Etiyolojiye yönelik yapılan genç inme tetkikleri, BT Anjiyografi, Transtorasik ve Transözofageal EKO incelemelerinde özellik yoktu. Kranyal MR incelemesinde bilateral frontoparietal periventriküler ak madde ve her iki temporal lob anterior horn komşuluklarında hiperintens sinyal değişiklikleri görülen hastanın aile öyküsünde babanın birkaç kez inme geçirdiği, genç yaşta yatağa bağımlı geldiği ve 54 yaşında kaybedildiği, kardeşlerinde baş ağrısı olduğu öğrenilen hastanın NOTCH-3 gen mutasyonu pozitif olarak bulundu ve CADASIL tanısı konuldu.

Yorum: CADASIL hastalarının çoğu subkortikal lakuner iskemik inme ile prezente olmakta ve daha çok embolik etiyoloji düşündürülen infarktlar CADASIL hastalarında beklenmemektedir. Ancak olgumuzda olduğu gibi literatürde de akut eş zamanlı multiple iskemik infarktların görüldüğü nadir olgular bildirilmiştir. CADASIL hastalarında hem klinik hem radyolojik bulguların çok çeşitli olabileceği unutulmamalı ve gerekli olgularda NOTCH-3 mutasyonu çalışılmalıdır.

P-039

KAROTİS ENDARTEREKTOMİ SONRASI ICA PESUDO-OKLUZYONU VE EŞ ZAMANLI YENİDEN CERRAHİ VE MEKANİK TROMBEKTOMİ YAKLAŞIMI: OLGU SUNUMU

Elif GÖKÇAL¹, Nihat MUSTAFAYEV¹, Mehmet KOLUKISA¹, Tuna TÜRKOLU², Esra ERDİL¹, Bekir İNAN², Talip ASİL¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Akut iskemik inme hastalarında BT Anjiyografi’de özellikle İnternal Karotis Arterin distal oklüzyon veya ciddi darlıklarında yanlış olarak proksimal ICA’da oklüzyon görüntüsü görülebilmektedir. Biz de burada ICA endarterektomi sonrası borderzone infarktları gelişen ve BT-Anjiyografide proksimal ICA oklüzyon görünümü tespit edilen, yeniden cerrahi işlemle birlikte endovasküler girişim yapılan ve distal embolisi saptanarak trombektomi uygulanan bir olgu sunmaktayız.

Olgu: Geçici iskemik atak kliniğiyle semptomatik sağ İCA darlığı tespit edilen 74 yaşında erkek hastaya Kalp Damar Cerrahisi Birimi tarafından başarılı sağ ICA endarterektomi işlemi yapıldı. Postoperatif 2. saatinde sol hemiparezisi gelişen ve sağ serebral hemisferinde internal borderzone embolik infarktları görülen hastanın kontrol BT Anjiyografisinde sağ ICA’da bulbustan itibaren kontrast dolumu olmadığı görüldü. Yatakbaşı Boyun Doppler USG’sinde ICA bulbusta taze trombus izlenmedi ve distal oklüzyonu düşündürülen bir akım patterni olduğu görüldü. Hasta anjiyografi ünitesinde lokal anestezi ile yeniden cerrahi işleme alındı. Proksimal ICA’da trombusu olmayan hastanın eş zamanlı anjiyografisi yapıldığında ICA distalinde trombusu görüldü ve trombektomi işlemi yapıldı. 24. saatinde nörolojik defisiti tam düzelen hasta 3. gününde taburcu edildi.

Sonuç: Karotis endarterektomi sonrası ICA oklüzyonunun sık görülen bir nedeni endarterektomi bölgesinde trombus oluşumu olup yeniden cerrahi işlem tercih edilen yaklaşımlardan biridir. Ancak distal ICA’da emboli varlığında yeniden cerrahi işlemin başarı şansı azaltılmaktadır. İntrakranyal ICA oklüzyonları da yavaş akıma bağlı olarak ekstrakranyal ICA oklüzyonu görünümünü verebilmektedir. Olgumuzda da her ne kadar BT Anjiyografi akut ekstrakranyal ICA oklüzyonu düşündürse de Doppler USG’nin oklüzyonu desteklememesi distal oklüzyona bağlı pseudo-oklüzyonu düşündürmüştür. Bu öngörüler ışığında anjiyografi laboratuvarında uygulanan yeniden cerrahi işleminde de ICA proksimalinde trombus görülmemiş olmaması intrakranyal lezyon varlığını düşündürmüş ve hastaya endovasküler girişimle mekanik trombektomi başarıyla uygulanmıştır. Bu olgu ile, akut iskemik inme hastalarında BT Anjiyografinin sınırlılıklarının bilinmesi ve akut ICA oklüzyonu ile pseudo-oklüzyonunun ayırtedilmesinin önemi vurgulanmak istenmiştir.

P-040

SEREBRAL VENÖZ TROMBOZLU HASTALARIN KLİNİK VE RADYOLOJİK ÖZELLİKLER VE ETYOLOJİK NEDENLER AÇISINDAN RETROSPEKTİF İNCELENMESİ

Nihat MUSTAFAYEV, Zehra Cemre KARAKAYALI, Esra ERDİL, Elif GÖKÇAL, Talip ASİL

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Serebral Venöz Tromboz (SVT), arteriyel inmelere göre daha nadir görülen ve gerek klinik özellikleri gerek etiyolojik nedenleriyle geniş bir spektrumu olan bir hastalıktır. Bu çalışmada amaç, kliniğimizde SVT tanısı alarak izlenen hastaların klinik ve radyolojik özellikler ve etiyolojik nedenlerin retrospektif olarak incelenmesidir.

Yöntem: Ocak 2013- Mart 2017 tarihleri arasında Bezmialem Üniversitesine başvuran ve SVT tanısı alan hastalar belirlendi. Hastaların demografik özellikleri, başlangıç şikayetleri, hastaneye başvuru süreleri, muayene ve radyolojik bulguları ve etiyolojik incelemeleri kaydedildi.

Sonuç: Çalışmaya 18’i kadın, 12’si erkek, yaş ortalaması 40,6±15 olan 30 hasta alındı. Başvuru süresi ortalaması 12.5±11 gündü. Başvuru şikayeti olarak 23’ünde (% 76.7) baş ağrısı, 2’sinde (% 6.7) çift görme, 2’sinde (%6.7) bilinç bozukluğu, 2’sinde (%6.7) anlama bozukluğu, 1’inde ise (%3.3) ise yutma güçlüğü vardı. Baş ağrısı olan 23 hastanın yalnızca 6’sında diğer semptomlar eşlik ediyordu. Tüm hastaların 7’sinde papilödem, 2’sinde bilinç değişikliği, 1 hastada homonim hemianopsi, 5 hastada fokal sensorimotor defisit, 3 hastada kranial nöropati vardı. Hastaların 17’sinde (%50) ilk yapılan radyolojik tetkikin Beyin BT diğer 13’inde beyin MR olduğu görüldü. Beyin BT’nin 7’si normal, 9’unda venöz yapılar da dansite artışı, 1’inde bitareal talamik hipodensite görüldü. Kranyal MR incelemelerinde 6 (%20) hastada venöz infarkt, 2 (%6.7) hastada hematoma, 1 (%3.3) hastada ise kollateral artışı görüldü. En sık tutulan ven transvers sinüsti (%82.8). 30 hastanın 11’inde tek ven, 19’unda ise birden fazla vende tutulum vardı. Etiyolojide 2 hastada Behçet, 1 hastada lokal infeksiyon, 2 hastada malignite, 3’ünde postpartum dönem, 1’inde ise gebelik durumu düşünüldü. 30 hastanın hiçbirinde Faktör V Leiden mutasyonuna rastlanmadı. 2 olguda (%6.7) MTHFR, 1 olguda (%3.3) fibrinojen, 1 olguda (%3.3) PAİ 4G-4G saptandı.

Yorum: Bu retrospektif olgu analizi, SVT’un çoğunlukla subakut dönemde görüldüğünü, çok çeşitli nörolojik tablolara yol açsa da tek başına baş ağrısı kliniğine neden olabileceğini, beyin BT’nin de tanıya yardımcı olabileceğini vurgulamak açısından önemli bulunmuştur.

P-041

POSTPARTUM SEREBRAL VENÖZ TROMBOZ

Mücahid ERDOĞAN¹, Songül ŞENADIM¹, Sezin ALPAYDIN BASLO¹, Mahir YUSİFOV¹, Batuhan KARA², Dilek ATAKLI¹

¹Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

²Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroradyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Serebral venöz tromboz (SVT), seyrek görülen bir serebrovasküler hastalıktır. Çoğunlukla genç yaşta ve kadınlarda görülür. Klinik semptom ve bulgular arasında baş ağrısı, bulantı ve kusma, bilinç değişiklikleri, nöbetler ve fokal nörolojik bulgular ön plandadır. Etiyolojik faktörler içinde genetik protrombotik durumlar, kafa travması, enfeksiyonlar, gebelik ve puerperal dönem, oral kontraseptif kullanımı, maligniteler ve lomber ponksiyon uygulaması sayılabilir. Bu yazıda postpartum dönemde gelişen iki serebral venöz tromboz olgusu tartışılacaktır.

Olgu 1: 27 yaşında kadın hasta sol taraf güçsüzlüğü şikayetiyle acil servise başvurdu. Özgeçmişinde 1 ay önce vajinal yolla doğum öyküsü mevcuttu. Spinal veya epidural anestezi uygulanmamıştı. Nörolojik muayenesinde bilinç letarjikti, solda hemiparezi saptandı. Kranyal görüntülemelerde sağda bazal gangliyon seviyesinde hemorajik venöz enfarkt ve sol transvers sinüs ile derin serebral venlerde tromboz izlendi. Hastanın bilincinde kötüleşme olması üzerine hastaya endovasküler girişim ile trombektomi uygulandı. Antikoagülan tedavi ile devam edildi.

Olgu 2: 21 yaşında kadın hasta baş ağrısı ve sol taraf güçsüzlüğü şikayetleriyle acil servise başvurdu. Özgeçmişinde 20 gün önce sezaryen ile doğum öyküsü bulunan hastaya spinal anestezi uygulanmıştı. Nörolojik muayenesinde bilateral papilödem ve solda hemiparezi saptandı. Kranyal görüntülemelerde sağda parietalde venöz enfarkt ve sağ transvers sinüs ve superior sagittal sinüste tromboz izlendi. Hastaya antikoagülan tedavi başlandı.

Yorum: Postpartum dönemde tromboza eğilimin artması SVT açısından risk oluşturmaktadır. Doğum sırasında spinal veya epidural anestezi kullanılması bu riski artırmaktadır. Bu dönemde ortaya çıkan baş ağrısı şikayetleri olan hastaların ayırıcı tanısında gebelik ve anestezi komplikasyonlarıyla birlikte SVT'nin de düşünülmesi önemlidir. Klinik olarak kötüleşmesi olan hastalarda antikoagülan tedaviye yanıt alınamaması durumunda endovasküler tedavilerin etkinliği tartışılmaktadır.

P-042

SPİNAL DURAL ARTERİYOVENÖZ FİSTÜL: OLGU SUNUMU

Mücahid ERDOĞAN¹, Songül ŞENADIM¹, Zeynep Ezgi BALÇIK¹, Merve YATMAZOĞLU ÇETİN¹, H. Hakan SELÇUK², H. Dilek ATAKLI¹

¹Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

²Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroradyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Spinal dural arteriyovenöz fistül (SDAVF) en sık görülen spinal vasküler malformasyondur. Nadir görülür. Klinik seyri yavaş ve ilerleyicidir. Spinal stenoz, transvers miyelit ve omurilik tümörleri gibi miyelopati yapan nedenler veya daha nadiren Guillain Barre Sendromu ile karışabilir. En sık torakolomber bölgede görülür. Tanıda DSA altın standarttır. Tedavi edilmediği takdirde hastalık ciddi morbiditeye ve geri dönüşü olmayan özürüllüğe neden olabilir. Tedavisi hastanın durumuna ve fistülün özelliklerine göre hızlı endovasküler embolizasyon veya cerrahi ligasyondur. Bu sunumda SDAVF tanısı alıp endovasküler embolizasyon ile tedavi edilen bir olgu tartışılacaktır.

Olgu: 44 yaşında erkek hasta 2 yıl önce başlayan ve son 1 aydır artış gösteren bacaklarda, kollarda güçsüzlük ve 15 gündür mevcut olan idrar-gaita inkontinansı şikayetleriyle başvurdu. Nörolojik muayenesinde her iki omuz abduksiyonu ve dirsek ekstansiyonu, her iki kalça fleksiyonu, her iki diz fleksiyon ve ekstansiyonu hafif parezikti. Duyu muayenesinde T8'den itibaren seviye veren duyu kusuru, her iki kol C5 seviyesinde ve sol alt ekstremitede hipoestezi mevcuttu. Spinal manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) C5'ten başlayıp L1'e uzanan spinal kord posterior komşuluğunda intradural mesafede belirgin signal void özellikte vasküler yapılar izlendi. Spinal DSA'da D7 ve D8 spinal arterlerden dolan SDAVF saptandı ve total embolizasyon yapıldı. Hastanın son nörolojik muayenesi sol alt ekstremitte hipoestezisi ve bilateral kalça fleksiyonunda hafif parezi dışında normaldi.

Yorum: SDAVF, ilerleyici tetrapleji/paraplejinin seyrek fakat tedavi edilebilir nadir bir nedenidir. Miyelopatinin diğer yaygın nedenlerine benzediğinden sıklıkla geç ya da yanlış tanı konulmaktadır. Miyelopatinin ayırıcı tanısında akla gelmeli ve tedavisi ne kadar erken olursa sonucun o kadar iyi olacağı akılda bulundurulmalıdır.

P-043

SPLENİUMDA GÖZLENEN HER DİFÜZYON KISITLILIĞI AKUT ENFARKT MIDIR?

Zeynep Ezgi BALÇIK, Songül ŞENADIM, Aslı KEŞKEK, Ayşe ÖZÜDOĞRU, Ayhan KÖKSAL, Aysun SOYSAL, H. Dilek ATAĞLI

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

Giriş: Korpus kallosum; beyin komissürlerinin en büyüğü olup önden arkaya doğru rostrum, genu, splenium ve body olarak 4 parçadan oluşur. Splenium; korpus kallosumun genişlemiş sonlanan kısmıdır. Splenium lezyonları nadir görülmekle birlikte, sıklıkla iskemik enfarktlar, anti epileptik ilaç toksisitesi ya da kesilmesi, viral ensefalitler ve metabolik bozukluklar sonucu meydana gelir. Bu çalışmada splenium lezyonu olan 14 hastayı klinik, görüntüleme bulguları ve etyoloji açısından değerlendirdik.

Yöntem: 2013-2017 yılları arasında Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi nöroloji servisinde yatan ve spleniumda lezyon saptanan hastalar incelendi. Magnet alan kuvveti 1,5 tesla olan manyetik rezonans görüntüleme (MRG) cihazı kullanıldı. T1 ağırlıklı görüntüleme, T2 ve FLAIR sekansları, difüzyon ağırlıklı görüntüleme (DAG) ve ADC haritası incelendi.

Sonuç: Hastaların 10'u erkek, 4'ü kadın olup yaş ortalamaları 54,71±21,21 yıldır. Hastaların en sık başvuru nedeni bilinç bozukluğu (n=7) olup diğer nedenler baş ağrısı (n=3), konvulsiyon (n=1), hemiparezi (n=2) ve diplopi (n=1) idi. Beyin MRG'de tüm hastalarda DAG sekanslarında spleniumda sinyal değişikliği gözlemlendi. En sık gözlenen MRG bulgusu DAG'da hiperintensite, ADC'de hipointensite gösteren splenium lezyonuydu (n=12). Splenium lezyonuna en sık posterior serebral arter alanına uyan iskemik lezyonlardı (n=4). Etiyolojide iskemik enfarkt (n=4), tüberküloz menenjit (n=3), viral ensefalit (n=2), hipernatremi (n=1), kısa psikotik bozukluk (n=1), beyin tümörü (n=1), Marchiafava bignami (n=1) ve kafa travması (n=1) saptandı.

Yorum: Beyin MRG'de gözlenen her difüzyon kısıtlılığı iskemik inme demek değildir. Spleniumda gözlenen radyolojik görüntüler akut iskemik enfarkt işaret etse de asıl sebep başka bir patoloji olabilir. Bu yüzden splenium lezyonlu hastaların semptom ve etyolojik sebeplerinin geniş bir çerçevede düşünülmesi ve tetkik edilmesi gerekmektedir.

P-044

SANTRAL SİNİR SİSTEMİNİN KAVERNÖZ HEMANJİOMATOZİSİ: AİLE TARAMASI YAPTINIZ MI?

Zeynep Ezgi BALÇIK, Sezin ALPAYDIN BASLO, Songül ŞENADIM, Elif SÖYLEMEZ, H. Dilek ATAĞLI

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

Giriş: Kavernöz hemanjiyomlar, santral sinir sisteminin genişlemiş sinuzoidal damarlar içeren vasküler malformasyonlarıdır. Prevelansı ortalama %0,3-0,5'tir. Epileptik nöbetlere ve/veya fokal nörolojik defisitlere neden olabilirler. Manyetik rezonans görüntülemelerde düzgün sınırlı, ovoid, merkezi irregüler çevresi hipointens sinyallidirler. Sporadik ya da familial formları bilinmektedir (CCM1/KRIT1, CCM2/MGC4607 ve CCM3/PDCD10). Çoklu lezyonlar familial vakaların %84'ünde bildirilmiştir. Yıllık semptomatik kanama oranı ailesel vakalarda daha yüksektir. Bu sunumda, serebral ve spinal lokalizasyonlu multipl kavernöz hemanjiyomlu iki olgu tartışılacaktır.

Olgu 1: 45 yaşında kadın, 10 günlük sağ meme hizasından bacağına yayılan bir dakika süren tekrarlayan uyuşma atakları ile başvurdu. Nörolojik muayenede sağda artmış tendon reflekslerinin eşlik ettiği düşük ayak bulgusu mevcuttu. Kranyal MR'da en büyüğü sol sentrum semiovalede, kortikal, jukstakortikal ve subkortikal lokalizasyonlu KH ile uyumlu multipl lezyonlar izlendi. EEG'de sol temporal bölgede keskin dalga aktivitesi, EMG'de düşük ayağın izlendiği ekstremitelerde üst motor nöron tipi seyrelme mevcuttu. Torakal MR'da intramedüller yerleşimli kavernom ile uyumlu görünüm saptandı. Familial KH olabileceği düşünüldü. Asemptomatik iki çocuktan birinin kranyal MR'ında 2 adet kavernom ile uyumlu görünüm saptandı.

Olgu 2: 54 yaşında kadın, sağ yan güçsüzlüğü ve konuşma bozukluğu yakınmaları ile başvurdu. Nörolojik muayenede sağ hemiparezi ve afazi saptanan olgunun kraniyal MR'da sol MCA derin dal infarktı, yanısıra supra ve infratentoryal yerleşimli kavernöz hemanjiyomla uyumlu multipl lezyonlar izlendi.

Sonuç ve Yorum: Kavernöz hemanjiyomlar; serebral ya da spinal; kortikal, jukstakortikal, subkortikal yerleşimli olabilirler. Tipik görünümleri ile MR'da kolay tanınırlar. Lezyonların birden fazla olduğu vakalarda familial formlar akla gelmelidir. Bu vakalarda, nörogörüntülemenin geniş tutulması, asemptomatik olsa bile aile bireylerinin taranması hastalığın erken tanınması ve prognozu açısından önemlidir.

P-045

AKUT İSKEMİK İNMEDE 24 SAATLİK EKG HOLTER MONİTORİZASYON SONUÇLARI: RETROSPEKTİF ANALİZ

Beyza ARSLAN, Vildan YAYLA, Murat ÇABALAR, Elif DEMİR, Hacı Ali ERDOĞAN

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

Giriş: Bu çalışma akut iskemik inme hastalarında uygulanan 24 saatlik elektrokardiyografi (EKG) Holter Monitorizasyon (HM) sonuçlarını değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Çalışmaya Ocak 2015-Aralık 2016 tarihleri arasında akut iskemik inme tanısıyla kliniğimizde izlenen, EKG sonucu normal sinüs ritminde olup 24 saatlik EKG-HM yapılan hastalar dahil edildi. Hastaların klinik ve radyolojik özellikleri, risk faktörleri, transtorasik ekokardiografi (TTE) bulguları, EKG-HM sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

Sonuç: Çalışmaya alınan 241 hastanın 95'i kadın (%39,4), 146'sı erkekti (%60,6), yaş ortalaması 64,2+6,77 yıldır (26-92 yıl). Hastaların 155'inde (%64,3) ön, 59'unda (%24,4) arka sistem, 27'sinde (%11,2) ise ön ve arka sistem dolaşım alanlarının beraber tutulduğu görüldü. TTE bulgularına göre hastaların hiçbirinde kalp yetmezliği veya ciddi kapak patolojisi yoktu. Hastaların 42'sinde (%17,4) risk faktörleri (hipertansiyon, diyabet, sigara) saptanmadı. EKG-HM, 61 hastada (%25,3) atrial fibrilasyon (AF) gösterdi. Paroksizmal AF, 49 (%20,3), bazal ritim AF 12 (%5) olguda mevcuttu. Ayrıca 31 hastada (%12,8) paroksizmal supraventriküler taşikardi görüldü.

Yorum: Akut iskemik inme hastalarında risk faktörlerini belirlemek sekonder koruma için önemlidir. Doppler US, MRA ve TTE etyolojik faktörleri belirlemede yerini almıştır. EKG-HM incelemesinin de daha ileri çalışmalarla inme etiyojisini aydınlatmakta daha fazla yer edineceğini, giderek artan sıklıkta kullanıma gireceğini düşünüyoruz.

P-046

NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU SUNUMU: İNTRAKRANİAL VENÖZ HİPERTANSİYONA BAĞLI İNTRASEREBRAL KANAMA

Özgecan KAYA¹, A. Taha ASLAN¹, Süleyman MEN², Vesile ÖZTÜRK¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

Giriş: İntraserebral kanama (ICH), beyin parankimi ya da ventriküler sistem içinde travma dışı nedenlerle oluşan fokal kanama alanıdır. Beyin damar hastalıklarına bağlı inmelerin yaklaşık %10- 15 ini oluşturmaktadır. ICH a yol açan nedenler kategorik olarak arteriyel patolojiler (büyük ve küçük damar hastalığı), venöz sistem hastalığı, vasküler malformasyon ve hemostatik bozukluklardır. ICH için en önemli risk faktörü hipertansiyondur.

Olgu: Ondokuz yaşında, doğumsal kalp hastalığı ve dektrokardisi olan, 6 yaşındayken Fontan Operasyonu geçiren kadın hasta, konuşma bozukluğu ve nöbet geçirmesi sebebi ile acil servisimize başvurdu. Fizik muayenede, bilinci açık, koopere, tekli kelime çıkışı mevcut, sol üst kas gücü 1/5 sol altta 4/5, sol ihmali saptandı. Yapılan Beyin BT de sol parietal lobta kanama ile uyumlu hiperdens alan saptandı. Çekilen BTA "Superior mediastende, orta hattın soluna doğru genişlemiş vasküler yapının (greft) trombozuna sekonder venöz dönüşün engellenmesine bağlı intrakranial venöz hipertansiyona sonucu kanama" görünümünü lehine değerlendirildi. Kontrol Beyin BT de kanamada regresyon olan ve nöbetleri kontrol altına alınan hasta takip ve tedavisi için Kalp Damar Cerrahisi Bölümüne devredildi.

Sonuç: Fontan operasyonu tek ventriküllü hastalarda fizyolojik düzeltme amacıyla uygulanmakta olan palyatif cerrahi girişimlerdir. Fontan operasyonunda amaç, sistemik venöz dönüşün sağ kalbe uğramadan pulmoner artere gönderilmesidir. Konulan greftte akım yavaşlaması veya tromboz olması durumunda sistemik konjesyon gibi komplikasyonlar gelişebilir. Sekonder intraserebral kanamanın nadir bir sebebi venöz hipertansiyonun sebep olduğu venöz konjesyondur. Artmış venöz basınca bağlı kollateral venöz drenaj yetersiz ise parankimal hasar gelişir.

Yorum: Sistemik konjesyona bağlı venöz hipertansiyonun sebep olduğu ICH, nadir görülen bir olgu olması sebebi ile sunulmaya değer bulunmuştur.

P-047

İNME TAKLİTÇİSİ OLARAK SERVİKAL EPİDURAL HEMATOM OLGUSU

Anıl TANBUROĞLU¹, Emre DURDAĞ², Zülfikar ARLIER¹

¹Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi, Nöroloji Kliniği, Adana

²Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi, Beyin Cerrahisi Kliniği, Adana

Giriş: Servikal epidural hematoma nadir görülen bir antitedir. Antikoagülan ve antiagregan kullanımının epidural kanamaya eğilim yaratan en bilinen faktörler olduğu literatürde yer almaktadır.

Olgu: 71 yaşında iki sene önce geçirilmiş pons sağ yarısında laküner enfarktı olan ve sekelsiz düzelen hasta acil servise boyunda ağrı ile eş zamanlı gelişen sol kolda ani kuvvet kaybı yakınması ile başvurdu. Nörolojik muayenesinde sol kolda 4/5 düzeyinde kas gücü ve solda babinski işareti pozitifliği dışında muayenesi normaldi. Risk faktörü olarak diabetes mellitus, hipertansiyon ve geçirilmiş serebrovasküler olayı olan hastanın elektrokardiografisinde basal ritmi sinus idi. Oral antidiyabetik, antihipertansif ve klopidogrel kullanılmaktaydı. Diseksiyon ve buna bağlı serebrovasküler olay ön tanısı ile yatırılan hastanın beyin bilgisayarlı tomografi ve tomografik anjiyografi sonuçları normal sınırlarda saptandı. Klopidogrel tedavisine asetilsalisilik asit eklendi. Hastanın ağırlı kas güçsüzlüğü nedeni ile Beyin manyetik reonans görüntüleme tetkikine servikal görüntüler de eklenerek yapılan incelemede kronik pons sağ yarımı iskemisi ile C2-C5 seviyeleri arasında epidural mesafede kanalı daraltan lezyon görülmesi üzerine semptomatolojinin bu lezyona bağlı olduğu düşünüldü. Hastanın antiagreganları kesildi. Lezyon türünün epidural hematoma ya da kitle olarak ayırıcı tanısının yapılması amacıyla çekilen kontrol servikal MRG' de lezyonun tamamına yakınının resorbe olması üzerine hastaya servikal epidural hematoma tanısı konularak takibe alındı.

Yorum: Servikal epidural hematoma semptomlar ağrının ardından gelişen nörolojik defisit olarak ortaya çıkmaktadır. Ağrı ile ortaya çıkan nörolojik defisit durumlarında servikal epidural hematoma ayırıcı tanıda düşünülmalıdır.

P-048

ENDOVASKÜLER GİRİŞİM YAPILAN AKUT İSKEMİK İNME HASTALARINDA GÖRÜNTÜLEME BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Zeynep SELCEN TEZCAN¹, Nurettin YAVUZ¹, Ufuk EMRE¹, Özgür KILIÇKEZMEZ², Batuhan ÇIPLAK¹, Özgür DİKME³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Kliniği

Giriş: Son yıllarda akut iskemik inme olgularında artan oranlarda uygulanmaya başlanan endovasküler girişim sonrası olguların görüntüleme bulguları, klinik ve prognozlarının değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Endovasküler girişim sonrası semptomatik ya da asemptomatik intrakranial hemoraji görülebilir. Anjiyografik inceleme sırasında kullanılan kontrast maddenin parankim içine geçişine bağlı gelişen görüntü erken dönem sıklıkla kanama ile karışabilmektedir. Bu çalışmada, ilk 4,5 saat içinde gelen, trombolitik tedavi ve ardından endovasküler girişim uygulanan olguların klinik özellikleri ile kontrast madde geçişi başta olmak üzere görüntüleme bulgularının değerlendirilmesini amaçlandı.

Yöntem: Ocak 2016-Nisan 2017 tarihleri arasında ilk 4,5 saat içinde başvuran intravenöz trombolitik ve ardından endovasküler girişim uygulanan 7 hastanın tedavi sonrası görüntüleme bulguları retrospektif olarak değerlendirildi.

Sonuç: Çalışmaya ilk 4,5 saat içinde başvuran toplam 11 hasta içinde iv trombolitik tedavi sonrası endovasküler girişim uygulanan 7 hasta dahil edildi. Çalışmaya alınan 7 hastanın 4'ü kadın (%57,2), 3'ü erkek (%42,8), yaş ortalamaları 56±19 İdi. Geliş NIHS skoru ortalama 15 idi. Hastaların 2'sinde MCA kök lezyonu diğer 5 hastada total ICA oklüzyon izlendi. İşlem sonrası hastaların 3'ünde inkomplet rekanalizasyon, 1'inde komplet rekanalizasyon sağlandı. 1 hastada karotis diseksiyonu saptanarak stentleme işlemi yapıldı. 1 hasta ise klinik ve görüntüleme bulguları tekrar değerlendirilerek DSA tekrarlandı ve Takayasu arteriti tanısı ile endoksan tedavisi başlandı. Mekanik trombektomi sonrası hastaların yalnızca 1'inde semptomatik seyreden enfarkt içi hemorajik transformasyon izlendi. Hastalardan 4'ünde işlem sonrası alınan kontrol kranial BT de parankimde kontrast geçişi izlendi.

Yorum: Çalışmamızda ilginç olarak olgularımızda geniş hemsferik etkilenme olmasına karşın hemorajik transformasyon sadece 1 olguda izlenirken, girişim sonrası parankimal kontrast geçişinin daha fazla olduğu gözlemlendi.

P-049

İNTRAVENÖZ TROMBOLİTİK TEDAVİ ALAN İSKEMİK İNME HASTALARINDA AKUT VE KRONİK HİPERGLİSEMİNİN HASTANEDE YATIŞ SÜRESİ, KISA VE UZUN DÖNEM PROGNOZ ÜZERİNE ETKİSİ

Ahmet Yusuf ERTÜRK, Turgay DEMİR, Şebnem BİÇAKÇI

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi, Adana

Giriş: Akut iskemik inmede akut hiperglisemi diyabetik ve non-diyabetik hastalarda ortaya çıkmaktadır. Akut hipergliseminin intravenöz trombolitik tedavi uygulanan hastalarda kötü prognoz ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada akut ve kronik hipergliseminin trombolitik tedavi alan hastalarda yatış süresi, kısa ve uzun dönem prognoz üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Retrospektif olarak planlanan bu çalışmaya 2014-2016 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesine Akut İskemik inme tanısıyla yatırılmış ve intravenöz trombolitik tedavi uygulanmış olan hastalar alındı. Hastaların Serebrovasküler Hastalıklar Poliklinik dosya bilgilerinden yaş, cinsiyet, Diyabetes mellitus varlığı, akut dönemdeki kan glukozu ve HbA1c düzeyi, iskemik inme alt tipi, inme topografisi, giriş ve taburculuk NIHSS puanı, taburculuk ve 90. gün mRS kayıt edildi. İskemik inmede akut dönemde kan glukozu 140 mg/dL üzeri olan hastalar akut hiperglisemik, HbA1c düzeyi %5,7'den büyük olanlar kronik hiperglisemik olarak kabul edildi.

Sonuç: Çalışmaya alınan 41 hastanın % 56,1'i (n=23) kadın, yaş ortalaması 63,59 ± 10,88 (32-82) ve % 36,58 (n=15) hastanın başvuru sırasında diyabetes mellitus tanısı vardı. Hastaların % 48,78'inde (n=20) akut, % 51,22'sinde (n=21) kronik hiperglisemi mevcuttu. Akut ve kronik hiperglisemisi olan hastalarda yatış süresi, kısa ve uzun dönem prognoz arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (p>0,05). Ancak akut hiperglisemik olgularda kronik hiperglisemiklere göre yatış süresi arasında istatistiksel olarak sınırdan anlamlı bir farklılık mevcuttu (p=0,07).

Yorum: İntravenöz trombolitik tedavi uygulanan iskemik inmeli hastalarda akut ya da hiperglisemi varlığı daha düşük rekanalizasyon, kısa ve uzun dönem prognoz üzerine negatif yönde etkisi olan bir durum olarak dikkati çekmektedir.

P-050

ANTİHİSTAMİNİK KULLANIMI İLE TETİKLENEN REVERSİBLE SEREBRAL VASOKONSTRİKSİYON SENDROMU

Sibel GÜLER, Ufuk UTKU, Canan ÇELEBİ

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı

Giriş: Reversible serebral vasokonstriksiyon sendromu (RCVS), Call-Fleming sendromu olarak da bilinen, genellikle 20-40 yaşlarında ve kadınlarda görülen, nörolojik defisitlere neden olabilen gök gürültüsü baş ağrısının nadir nedenlerinden biridir. RCVS nedeni muhtemelen serebralvaskületonustaki geçici disregülasyonun neden olduğu multifokalarteriyal konstriksiyon ve dilatasyondur.

Olgu: 63 yaşında kadın hasta başının sol tarafında belirgin, ani gelişen tekrarlayıcı baş ağrısı şikayeti ile başvurdu. Baş ağrısının yaklaşık 10 gün öncesinde Moksifloksasin 400 mg/gün kullanımına bağlı anafilaktik reaksiyon geçirdiği belirtildi. 43 yıllık aurasızmigren tanısı olan hastanın, yaklaşık 3 yıl önce benzer vasıfta yaklaşık 1.5 ay süren baş ağrısı şikayeti olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde özellik saptanamayan olgunun nörolojik muayenesi normaldi. Tam kan sayımı, biyokimya C-reaktif protein, sedimentasyon hızı, tiroid fonksiyon testleri (TFT) normal sınırlardaydı. BOS incelemesinde basınç, 16 cmH₂O, protein 50.2 mg/dl iken hücre saptanmadı. Kranial MRI angio incelemelerinde MCA ve PCA'da belirgin olmak üzere damarların distallerinde belirgin vasokonstriksiyon saptandı. Ayırıcı tanıda ilk olarak düşünülen primer SSS anjitisini Kranial MRI'da parankim lezyonu ve BOS'da protein artışı olmaması nedeniyle dışlandı. Graves ve hashimoto ensefalopatisi RCSV ile benzer kranial görüntüleme bulguları oluşturmakla birlikte olgumuzda TFT ve anti-TPO ve antitiroglobulin antikörleri negatifti. Dekametazon sodyum fosfat 4 mg/ml (4 mg/gün) ve nimodipin 90 mg/gün tedavisi başlandı. Nimodipin doz kademesi olarak 120 mg/gün'e çıkarıldı. Şikayetlerinde kısmen düzelme gözlenen hastanın, RCVS etyolojisinin de rol oynadığı düşünülen antihistaminik ajanların kesilmesi ile baş ağrısı belirgin olarak geriledi. Kontrol amaçlı yaklaşık 1.5 ay sonra çekilen MRI anjio'da MCA ve PCA'da gözlenen vazokonstriksiyonun düzeldiği gözlemlendi.

Sonuç: RCVS sendromunun vurgulanması gereken en önemli özelliğinin benzer klinik prezentasyon gösteren subaraknoid kanama veya primer SSS anjitisinden farklı olarak klinik bulgularının reversibl olmasıdır. RCVS kendini sınırlar fakat genellikle monofazik değildir ve RCVS tanılı hastalarda klinik olarak kötüleşme görülebilir. Literatürde klinik olarak kötüleşme radyolojik infarktın varlığı ve kötü fonksiyonel sonuç ile ilişkilendirilmiştir. Klinik bulgular çoğunlukla düzelmekle birlikte, kalıcı nörolojik defisitler de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

P-051

VASKÜLER PARKİNSONİZM

Fatma GENÇ, Eylem ÖZAYDİN GÖKSU, Fikriye TÜTER YILMAZ, Hamide MANSUROĞLU, Ahmet GENÇ, Yasemin BİÇER GÖMCELİ

S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Antalya

Giriş: Vasküler parkinsonizm (VP), serebrovasküler hastalıktan kaynaklanan sekonder bir parkinsonizm biçimidir. Popülasyon temelli çalışmalarda tüm parkinsonizm vakalarının % 3-5'ini oluşturduğu bildirilmiştir. VP'li hastalarda simetrik yürüme zorlukları, postürel instabilite, düşme, demans, piramidal bulgular, psödobulber palsi ve idrar inkontinasına daha sık rastlanmaktadır.

Yöntem: Çalışmaya SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği Serebrovasküler Hastalıklar ve Hareket Bozuklukları Polikliniklerinde vasküler parkinsonizm tanısı ile takipli 36 hasta dahil edildi. Hastaların epidemiyolojik verileri, komorbid durumlar, nörogörüntüleme bulguları, medikal tedavi bilgileri ve klinik seyirleri incelendi.

Sonuç: Çalışmaya dahil edilen 36 hastanın, 25'i erkek (%69.4) ve 11'i kadın (%30.6) olup yaş ortalamaları 74.3±7.4 (kadın 79.4 ± 5.5 ve erkek 72.1±7.1) idi. Hastaların risk faktörleri incelendiğinde; hastaların 27 (%75)'sinde hipertansiyon, 9 (%25)'unda diabetes mellitus, 9 (%25)'unda hiperlipidemi, 5 (%13.9)'inde koroner arter hastalığı, 4 (%11.1)'ünde atrial fibrilasyon ve 5 (%13.9)'inde sigara kullanımı vardı. 30 (%) hasta L-dopa kullanmakta olup, ortalama doz 358.7mg/gün (min 150- max 625 mg/gün)'dü. 32 (%88.9) hastanın semptomları yavaş progresif olarak başlamıştı ve 27 (75%) hastanın da semptomları bilateraldi. Hastaların hepsinde bradikinezi mevcut olup, 32 (%88.9) hastada yürüme bozukluğu vardı. 12 (% 33.2) hastada demans vardı. Nörogörüntüleme bulgularında ise hastaların 11 (%30.6)'da bazal ganglion, 16 (%44.4)'da talamo-kortikal, 24 (%66.7)'de bilateral periventriküler, 3 (%8.3)'de yaygın subkortikal enfarkt alanları vardı. Hastaların progresyonları incelendiğinde; 17(%47.2) yavaş, 13(%36.1) stabil ve 6 (%16.7) hastada ise hızlı seyretmekte idi.

Yorum: İskemik veya hemorajik inme sonrası ortaya çıkabilen VP, sıklıkla beyin beyaz cevher lezyonları ve bazal ganglion lakünlerinin bir sonucu görülür. Tedavide L-dopa'ya kötü veya kalıcı olmayan yanıtlar vermekle birlikte vasküler risk faktörlerinin optimal yönetimi önemlidir.

P-052

GEÇİCİ İSKEMİK ATAK BENZERİ SEMPTOMLAR İLE PREZENTE OLAN SEREBRAL AMİLOİD ANJİOPATİ OLGUSU

Sibel GÜLER, Ufuk UTKU, Canan ÇELEBİ

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Edirne

Giriş: Sporadik serebral amiloid anjiopati (CAA) yaş ile ilişkili amyloid-β'nin kortikal duvarlarda ve leptomeningeal küçük arterlerde progressivdepozisyonu ile karakterizeserebral küçük damarların yaygın bir hastalığıdır. "Amyloid spells" olarak adlandırılan tekrarlayıcı, stereotipik ve genellikle birkaç dakika süren Transientfokal nörolojik epizodlar (TFNEs) gözlenebilir. Geçicifokal nörolojik defisitler, amiloid nöbetler olarak da adlandırılabilir, serebra lamiloid anjiopatinin klinik prezantasyonu olarak ortaya çıkabilir.

Olgu: 86 yaşında kadın hasta sol kol bacakta uyuşma, güçsüzlük ve konuşmada bozulmaşikayeti ile başvurdu. 3 ay önce myokard enfarktüsü geçiren, klopidogrel 75 mg tablet ve asetil salisilik asit 100 mg kullandığı öğrenilen hastanın 10 gün önce ve 4 gün önce sol kol ve bacakta uyuşma, güçsüzlük ve dizartri şikayetinin geliştiği, her ikisinde yaklaşık 30 dakika sürdükten sonra kendiliğinden düzeldiği belirtildi. Özgeçmişinde hipertansiyonu olan hastanın ve sigara ve alkol kullanımı ölküsü yoktu. Fizik muayenesinde özellikli saptanamayan olgunun nörolojik muayenesi normaldi. Tam kan sayımı, biyokimya, lipidprofili, C-reaktif protein, sedimentasyon hızı, normal sınırlarda EKG'si normal sinüs ritmindeydi. Acil serviste çekilen Kranial BT ve DWI MRI'da lezyon saptanmadı. Karotis ve vertebral arter doppler USG normal sınırlardaydı. Klinik izleminde sol elde uyuşma ve güçsüzlüğü tekrarlayan hasta heparinize edildi. Klopidogrel 75 mg/gün, asetil salisilik asit 100 mg/gün ve 24 saatte 15.000 ünite intravenözheparininfüzyonu kullanırken takiplerinde sol koldaki uyuşma şikayeti aralıklı olarak tekrarladı. KranialMR'da sağda santral sulkus düzeyinde FLAIR'de yoğunluk artımı vesulkustaobliterasyon ile kontrastlı imajlarda hafif kontrastlanma artışı saptandı. Santral sulkustanon-anevrizmal fokal subarakniod hemoraji alanı izlendi. Ayrıca SWI sekansında aynı bölgede lezyon tespit edildi. Hasta mevcut görüntüleme ve klinik bulgular ileamiloidanjiopatiye bağlı geçici fokal nörolojik defisitolarak değerlendirildi. Heparin ve klopidogrel tedavisi kesildi. EEG'de sağ frontal bölgede çok hafif derecede aktif paroksizmal bozukluk tespit edilen hastaya levetirasetam1000mg/gün başlandı. Tedavisi yeniden düzenlenen hastanın klinik izleminde semptomlarında tekrarlama olmadığı gözlemlendi.

Sonuç: Rekürren, stereotipik birkaç dakikada sonlanan yayılan pareteziler şeklinde fokalnörolojik defisitler, superfisyelkortikalsiderozis, lobarintraserebralhemoraji, yaşlılarda kognitif bozulma CAA'nın klinik prezantasyonları arasındadır. TFNEs atakları migren aurası veya nöbetlere benzeyebilir. Burada geçici fokal nörolojik semptomları olan hastalarla karşılaşıldığında tanıya her zaman şüphe ile yaklaşılması gerektiğineve SWI sekansını içeren kranial görüntülemelerintanı koymadaki önemine dikkat çekmek istenmiştir.

P-053

AKUT MONOPAREZİ VE SFİNKTER KUSURU İLE BAŞVURAN VE ÖLÜMLE SONUÇLANAN ÇIKAN AORT DİSEKSİYONU OLGUSU

Çağla AKI, Gülşen YUNİSOVA, Oğuzhan ÇOBAN, Nilüfer YEŞİLOT

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Aort diseksiyonu şiddetli göğüs ağrısı, nefes darlığı, halsizlik, terleme gibi bulgularla görülmekle birlikte bazen senkop, fokal nörolojik defisitlerle de ortaya çıkabilir. Aort diseksiyonu olgularında en sık saptanan nörolojik bulgular paraparezi/parapleji, serebral kan dolaşım bozukluğuna bağlı kalıcı nörolojik defisitler ve senkoptur. Bu sunumda saatler içinde düzelen fokal nörolojik defisitlerle başvuran ve akut olarak kaybedilen çıkan aort diseksiyonu olgusu tartışılacaktır.

Olgu: Kırk üç yaşında kadın hasta, sol bacağına ani gelişen güçsüzlük ve idrar kaçırma ile yakınmasının ilk saatinde başvurdu. Özgeçmişinde sigara kullanımı ve gastroözefageal reflü dışında özellik yoktu. Fizik muayene ve EKG normaldi, iki kolda arteriyel kan basıncı farkı ölçülmedi. Troponin ve diğer biyokimya incelemeleri ile hemogramı normaldi. Nörolojik muayenede sol bacağına monoparezi ve hipoestezi saptandı. Kranyal görüntülemesinde klinik tabloyu açıklayacak özellik saptanmayan hastanın sol bacak güçsüzlüğü iki saat içinde düzeldi. Acil başvurusunun 4. saatinde ani kardiyak arrest gelişen ve kardiyopulmoner resüsitasyona rağmen kaybedilen hastaya yapılan otopsi sonucunda çıkan aort diseksiyonu saptandı.

Sonuç: Aort diseksiyonu olguları tipik olarak interskapular sırt ve göğüs ağrısı ile başvururlar, %6 olguda ağrı yakınması olmaz. Nabız eşitsizliği ve iki kol arasındaki arteriyel kan basıncı farkı en sık rastlanan fizik muayene bulgusudur. Literatürde iskemik inmeyle prezente olan aort diseksiyonu olguları nadir (%5-10) olarak görülmektedir. İki saat içinde düzelen sol bacakta monoparezi ve idrar kaçırma ile başvuran, sırt, göğüs ağrısı, iki kol arasında arteriyel kan basıncı farkı olmayan ve ölümle sonuçlanan aort diseksiyonu olgusu ile iskemik inme ayırıcı tanısında aort diseksiyonunun düşünülmesi ve incelemelerin hızlıca yapılmasının önemi vurgulanmıştır.

P-054

NÖROBEHÇET OLGU SUNUMU

Fatmanur ALTUNSOY, M.Gökçen KARAHAN, Yavuz ALTUNKAYNAK

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

Giriş: Behçet sendromu, dolaşım sistemindeki tüm boyutlardaki venöz ve arteriyel sistemleri etkileyebilen vaskülitik hastalıktır. Genellikle trombozun sorumlu olduğu venöz vasküler tutulum hakim olmakla birlikte, ortaya çıkan lezyonlar; arteriyel oklüzyondan anevrizmaya, yüzeysel tromboflebitten superior veya inferior vena cava oklüzyonuna kadar geniş bir spektrumu içermektedir. Behçet sendromundaki venöz etkilenim sıklığı ile karşılaştırıldığında, hem intrakraniyal hem de ekstrakraniyal arter tutulumu nadir olarak görülmektedir ve %1-5 olarak bildirilmiştir. Ancak büyük arter tutulumu, morbidite ve mortalite açısından yüksek risk taşımaktadır.

Olgu: Olgumuz 23 yaşında erkek hasta tarafımıza yürüme bozukluğu ve sol tarafta uyuşma ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde 2 kez SVO öyküsü vardı. Acil görüntülemelerinde patoloji saptanmayan hasta geçici iskemik atak ön tanısı ile araştırılmak üzere servise yatırıldı. Hastanın öyküsünde rekürren oral aftları mevcuttu, erkek kardeşinde Behçet tanısı vardı. Eski inmeleri araştırılırken istenen paterji testi negatifti. Tekrarlanan paterji testi şüpheli pozitif, BOS bulguları normal sınırlardaydı. Lupus antikoagülanı ile HLA b51 pozitif saptanan hasta romatolojiyle konsülte edildi. Behçet ön tanısı ile hastaya pulse steroid tedavisi başlandı.

Sonuç: Behçet hastalığı orijini bilinmeyen, multisistem, vasküler-inflamatuvar bir hastalıktır. Sinir sisteminin etkilenmesi nadir olup, genç erişkinlerde beyin sapı sendromu veya hemiparezi ile prezente olmaktadır. Olgumuzla beraber Behçet ve Nöro-Behçet tanı ve tedavisini, güncel yaklaşımları gözden geçirmek istedik.

P-055

BONZAI KULLANIMI SONRASI GELİŞEN İNTERNAL KAROTİS ARTER DİSEKSİYONU OLGUSU

Turgay DEMİR¹, Bilen ONAN², Şebnem BIÇAKÇI¹

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Adana

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Adana

Giriş: Son yıllarda sentetik kanabinoidlerin kullanımı tüm dünyada artmıştır. Kokain, amfetamin ve eroinle bağlı kardiyovasküler ve serebrovasküler olaylar bildirilmiştir. Bu yazıda, Bonzai kullanımı sonrası akut internal karotis arter diseksiyonu gelişen erkek hasta sunulmuştur.

Olgu: Yirmi bir yaşında erkek hasta, 1 gün önce ani gelişen bilinç bozukluğu nedeniyle acil servise başvurdu. Son 3 yıldır esrar kullanım öyküsü olan olgunun son 2-3 aydır da Bonzai kullandığı öğrenildi. Arkadaşları tarafından 1 gün önce Bonzai aldığı ve kısa süre sonra bilinç bozukluğunun geliştiği bildirildi. Aile öyküsünde özellik yoktu. Nörolojik muayenede letarji, mikst tip afazi ve sağ hemipleji mevcuttu. Serebral Bilgisayarlı Tomografi'de sol temporoparyetal bölgede hipodens alan izlendi. Hasta dış merkezden acil servise santral sinir sistemi (SSS) enfeksiyonu ön tanısıyla sevk edilmişti. Ancak Beyin-omurilik sıvısı analizinde SSS enfeksiyonunu düşündürür bulgu yoktu. Difüzyon MR incelemesinde sol orta serebral arter sulama alanında akut enfarkt ile uyumlu akut difüzyon kısıtlılığı saptandı. İnternal karotis arterde petröz segmentten kavernoöz ve klinoid segmente uzanan çift lümen görünümü akut diseksiyonu düşündürdü. Antiödem ve antikoagülan tedavi verilen olgu mRS=5 olarak taburcu edildi ve 3.ay sonundaki poliklinik kontrolünde mRS=2 olarak değerlendirildi.

Sonuç: Bonzai kullanımı sonrası internal karotid arter diseksiyonu gelişen olgu oldukça nadir bir klinik olması sebebiyle sunulmaya değer bulunmuştur.

P-056

İNTRAKRANİYAL STENOZU OLAN HASTADA ETYOLOJİYİ BELİRLEMEDE HR-MRI TEKNİĞİ İLE İNCELEME: OLGU SUNUMU

Shahla GEYUSHOVA¹, Ezgi VURAL¹, Gazanfer EKİNCİ², İpek MİDİ¹

¹Marmara Üniversitesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: İntrakranial stenozu (İKS) olan hastalarda, HR-MRI (High Resolution- MR görüntüleme) tekniği damar duvarını görüntülemeye, altta yatan etiyolojiyi belirlemede yeni bir yöntemdir, İKS nedenlerini ortaya koymaya yardımcı bir modalitedir.

Olgu: Bilinen hastalığı olmayan 38 yaşında erkek hastada, 1 ay önce baş ağrısı şikayeti gelişmiş, başvurduğu dış merkezde bu amaçla yapılan görüntülemeye mevcut lezyonları açısından supratentorial kitle, demiyelizan hastalık ayırıcı tanıları düşünülmüştür. Yapılan MR-Spektroskopi tetkiki ile kitle ekarte edilmiştir. Bu süreç içinde hastada aniden gelişen konuşmada peltekleşme, ağızda kayma, sol kolunda uyuşma ve kuvvet kaybı şikayeti ile nöroloji servisimize interne edilmiştir. Hastanın kontrastlı kontrastsız kranial MRG'de yapılmış, sağ parietal ve temporal bölgede lüks perfüzyon özelliği gösteren infarkt alanı saptanmıştır. Kranial MR-Anjio'da sağ MCA M1 segmentinde darlık izlenmiş, ayırıcı tanıda vaskülit, ateroskleroz, intrakraniyal diseksiyon ön tanıları düşünülmüştür. Hastaya bu aşamada non-invazif bir yöntem olan HR-MRG yapılmış ve mevcut görüntünün vaskülit ile uyumlu olduğu sonucuna varılmıştır.

Sonuç: HR-MRI tetkiki, 3T TR/TE 350/20, 3D-MR T1 FAT-SAT tekniğiyle yapılan, damardaki stenozun derecesini ve altta yatan etiyolojiyi ortaya koyan bir yöntemdir. Bu tetkik ile total plak volümünü, lokalizasyonunu, plağın içeriğini, morfolojisini, progresyonunu, mevcut ülserasyon ile fibroz kap rüptürünü belirlemek mümkündür.

Yorum: Merkezimizde ilk defa kullandığımız bu yöntem ile intrakraniyal stenoz ile gelen hastada invazif bir yöntem olan DSA'ya gerek kalmadan hastada tanıya gidilmiştir.

P-057

AKUT İNTRASEREBRAL HEMORAJİ HASTALARINDA AKUT VE KRONİK HİPERGLİSEMİNİN HASTANEDE YATIŞ SÜRESİ VE HASTANE İÇİ MORTALİTEYE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Ümit SATILMIŞ, Turgay DEMİR, Şebnem BIÇAKÇI

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi, Adana

Giriş: Akut intraserebral hemoraji hastalarında akut dönemde hiperglisemi varlığı birçok çalışmada kötü prognoz ile ilişkilendirilmiştir. Ancak akut ve kronik hipergliseminin hastanede yatış süresi ve hastane içi mortalite üzerine etkisinin değerlendirildiği az sayıda çalışma bulunmaktadır. birlikte değerlendirildiği az sayıda bilinmektedir. Bu çalışmada akut ve kronik hipergliseminin intraserebral kanamalı hastalarda hastanede yatış süresi ve hastane içi mortalite üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Retrospektif olarak planlanan bu çalışmaya 2015-2016 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesine Akut İntraserebral Hemoraji tanısıyla yatırılmış hastalar alındı. Hastaların Nöroloji Yoğun Bakım elektronik veri tabanından yaş, cinsiyet, Diyabetes mellitus varlığı, Glasgow Koma skoru, akut dönemdeki kan glukozu ve HbA1c düzeyi, hematoma lokalizasyonu, hastanede yatış süresi ve hastane içi mortalite varlığı kayıt edildi. İntraserebral kanamada akut dönemde kan glukozu 140 mg/dL üzeri olan hastalar akut hiperglisemik, HbA1c düzeyi % 6'dan büyük olanlar kronik hiperglisemik olarak kabul edildi.

Sonuç: Çalışmaya alınan 69 hastanın % 53,62'si (n=37) erkek, yaş ortalaması 64,15 ± 2,12 (21-94) ve % 33,33 (n=23) hastanın başvuru sırasında diyabetes mellitus tanısı vardı. Hastaların % 56,52'sinde (n=39) akut, % 49,27'sinde (n=34) kronik hiperglisemi mevcuttu. Hastaların ortalama yatış süresi 14,59 ± 9,01 (1-49) gündü. İntraserebral kanamalı hastalarda mortalite % 20,27 olarak bulundu. Akut hiperglisemisi olan hastaların hastanede yatış süresi ve hastane içi mortalitesi kronik hiperglisemiklere göre daha fazlaydı ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,05).

Yorum: Olgu sayısı yetersiz olmakla birlikte, akut İntraserebral kanama hastalarında, akut hipergliseminin mortalite üzerine bağımsız bir etkisi olduğu ön görüşüne varılmıştır.

P-058

BAŞAĞRISI VE İNME ATAĞI İLE PRESENTE OLAN BİR POEMS OLGUSU

Zehra ARIKAN¹, Ece TÜNERİR², Utku Oğan AKYILDIZ¹, Zahid BOLAMAN³, Ali AKYOL¹

¹Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Aydın

²İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın

Giriş: POEMS sendromu multisistemik tutuluş ve polinöropati ile seyreden, nadir görülen bir plazma hücre diskrazisidir. Plazmositom tarafından salgılanan vasküler endotelial büyüme faktörü semptomlardan sorumludur. Bu makalede ilk klinik prezentasyonu başağrısı ve iskemik serebrovasküler olay olan bir POEMS olgusu sunulmuştur.

Olgu: 55 yaşında bayan hasta. Üç gün önce enseden başlayıp başa yayılan ağrı şikayeti olmuş, ertesi gün konuşma ve bilinç bozukluğu gelişmesi üzerine acil servise başvurmuş, çekilen kraniyal MRG sonucuna göre serebellar patoloji düşünülerek kliniğimize yönlendirilmiş. Anamnezinde yaklaşık 2 yıldır bacaklarda ödem ve hissizlik nedeniyle yürüyemediği öğrenildi. Nörolojik muayenede bilinç açık, kısmen oriente fakat tam kooperasyon kurulamıyordu. Ense sertliği yoktu. Kas gücü üstte 4/5, altta 3/5 şeklinde idi. Patolojik refleks saptanmadı. DTR' ler alnamadı. Kraniyal MRG'da; serebellar hemisferlerde özellikle sol lobda ve her iki oksipital lobda kortikal-subkortikal mesafede lokal T2-FLAIR sinyal artışı ve akut enfarkt ile uyumlu diffüzyon kısıtlaması saptandı. Lomber ponksiyonda 20 lökosit saptandı, BOS proteini 116mg/dl idi. Enfeksiyon parametrelerinin negatif gelmesi nedeniyle ensefalit ön tanısı dışlandı. Hasta genç stroke hastası olarak değerlendirildi, nöroloji servisine yatırıldı ve antiagregan tedavi başlandı. Takibi sırasında uyku halinin artması üzerine kraniyal MRG tekrarlandı ve sol talamusta yeni gelişen akut enfarkt izlendi.

Sonuç: Sistemik muayenesinde maskülen yüz görünümü, hirsutizm tablosu, vücutta yaygın olarak hiperpigmente makuller, pretibial ödem ve hepatomegali olması dışında özellik yoktu. EMG'de aksonal dejenerasyonla seyreden polinöropati olarak saptandı. POEMS düşünülen hastadan çalışılan protein elektroforez sonucunda Ig A lambda gamopatisi saptandı ve hastanın POEMS tanısı kesinleşti. Hastaya 5 gün 1000mg metilprednizolon tedavisi verildi. Takiplerinde hastanın uyku hali geriledi, pretibial ödeminde gerileme oldu, destekle mobilize hale geldi.

P-059

GENÇ İNMEDE NADİR BİR ETYOLOJİ: PARRY ROMBERG SENDROMU OLGU SUNUMU VE LİTERATÜR TARTIŞMASI

Fatma BUDAK ACAR¹, Sibel MUMCU TİMER¹, Zerrin YILDIRIM HAŞİMOĞLU¹, Sebatiye ERDOĞAN¹, Sinem YAZICI AKKAŞ¹, Nilüfer KALE İÇEN¹, Batuhan KARA²

¹Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

²Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: 45 yaş altında görülen inmeler genç inme olarak adlandırılır. Etiyoloji geniş spektrumu içermektedir. Arter diseksiyonu, izole/ sistemik vaskülitler, hematolojik, genetik hastalıklar, migren etyolojide yer alır. Bu olgu sunumu ile genç yaşta stroke ile prezente, progresif fasyal hemiatrofi ile birlikte nadir bir vaskülit olan Parry Romberg sendromu tanıli hastaya tedavi, takip yaklaşımları tartışılacaktır.

Olgu: 38 yaşında kadın hasta, nöbet şikayeti ile başvuran, difüzyon MR'ında sağ oksipital alanda hiper, ADC' de izointens ve hafif hipointens, kranial MR'ında sağ PCA alanında, T2,flair sekansta hiperintens, hafif kontrastlanma gösteren lezyon saptanan hasta intrakranial lezyon şüphesi ile nöroşirurji tarafından interne ediliyor, nöroloji ile birlikte değerlendirilen ve kranial MR'ı sağ PCA enfarktı olarak değerlendirilen hasta polikliniğimizde takibe alınıyor. Nörolojik muayenesinde sol hemifasyal atrofi, sol homonim hemianopsi mevcuttu. Lezyonu nöroradyoloji görüşüyle de sağ PCA enfarktı ile uyumlu bulundu. İnme ile prezente, progresif sol hemifasyal atrofisi, özgeçmişinde migren baş ağrısı olan hastaya Parry Romberg Sendromu ön tanısı konuldu. Hastanın MR venografisinde kranial, servikal MR anjiografilerinde özellik saptanmadı. Transtorasik ekokardiyografisi normaldi. Laboratuvar incelemelerinde ANA, ANCA ve antidsDNA, MTHFR, Faktör v leiden mutasyonu (+), NMO antikoru (-) saptandı. Romatoloji ile de birlikte değerlendirilerek hastaya antiagregan ve anti epileptik tedavi başlandı. 1yıl sonra yapılan transözefagial ekokardiyografisinde PFO, hafif MY saptandı. Takiplerinde kranial ve servikal MR anjiolarında ek özellik, kranial MR ında ek lezyon izlenmemesi nedeni ile hastaya immunsupresan tedavi başlanmadı. Hasta plastik cerrahi ile konsülte edildi, hastaya plastik cerrahi tarafından operasyon uygulandı.

Sonuç: Parry Romberg Sendromu genç inmeli hastada etyolojide akla gelmesi gereken nadir sendromlardandır. Nörolojik ve fizik muayenedeki ip uçları dikkatle değerlendirilmelidir.

P-060

DÜŞÜK DOZ İNTRAVENÖZ TROMBOLİTİK TEDAVİ UYGULAMALARI

Şennur DELİBAŞ KATI, Elif SARIÖNDER GENCER, Eylem ÖZAYDIN GÖKSU, Yasemin BIÇER GÖMCELİ, Aylin YAMAN

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

Giriş: Akut iskemik inmede intravenöz trombolitik tedavi uygulanmaktadır. Standart doz 0.9 mg/kg dır. Bazı koşullarda 0.6 mg/kg şeklinde düşük doz uygulamalar yapılabilir. Çalışmamızda çeşitli nedenlerle düşük doz IVtPA uygulanan hastaların sonuçları sunulmaktadır.

Yöntem: Çalışmaya düşük doz intravenöz trombolitik tedavi verilen 9 hasta alındı. Hastaların işlem öncesi ve sonrası NIHSS değerleri, demografik bilgileri, görüntüleme bulguları kaydedildi.

Sonuç: Düşük doz IVtPA tedavi uygulaması standart doz uygulamasıyla benzer sonuçlar vermektedir.

Yorum: İleri yaş, kreatinin yüksekliği gibi nedenlerle standart doz tedavi verilemeyen hastalara düşük doz IVtPA uygulanabilir. Literatürde çok merkezli bir meta-analizde belirtilen risk faktörleri olmaksızın da düşük doz IVtPA uygulanmıştır. Bu alanda daha çok veriye ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

P-061

KORTİKAL ENFARKT NEDENİYLE GELİŞEN İZOLE EL PARMAKLARINDA GÜÇSÜZLÜK: OLGU SUNUMU

Muhammed Nur ÖGÜN, Şule AYDIN TÜRKOĞLU, Melek ARIK, Nebil YILDIZ

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Bolu

Giriş: El parmaklarında sınırlı izole motor defisit ile ortaya çıkan santral kaynaklı saf motor monoparezi seyrek karşılaşılan bir durumdur. Saf motor monoparezi periferik sinir tutulumu gibi diğer monoparezi sebepleriyle karışabilecek bir durumdur. İskemik inme, beyin tümörleri ve intraserebral hemorajiler ayırıcı tanıda önemlidir. Kortikal iskemik inmeye sekonder izole el parmaklarında paralizisi seyrek görülen bir durumdur. Ayrıntılı nörolojik muayene ayırıcı tanıda önem arz etmektedir. Biz burada kortikal iskemik inmeye sekonder gelişen sol el son üç parmak paralizisi olan 76 yaşında bir erkek hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: Yetmişaltı yaşında erkek hasta 3 gün önce ani başlayan sol el 4. ve 5. Parmaklarda güçsüzlük yakınmasıyla ulnar tuzak nöropati ön tanısıyla nöroloji polikliniğine yönlendirilmiş. Hastanın nörolojik muayenesinde 4. ve 5. parmaklarda 3/5, 3. parmakta da olan 4/5 düzeyinde kuvvet kaybı saptandı. Taban derisi refleksi solda ekstansördü. Diğer nörolojik muayene bulguları normaldi. Bilinen hipertansiyon ve diyabet öyküsü olan hastanın diffüzyon MR incelemesinde sağ frontal bölgede mortor korteks düzeyinde akut enfarkt ile uyumlu diffüzyon kısıtlılığı izlendi. Karotis doppler incelemesinde sol ICA total oklude, sağ ICA'da %80 darlık saptandı. Semptomatik karotis darlığı saptanan hastaya karotis stent uygulaması planlandı.

Sonuç: Santral nedenli izole distal saf motor monoparezi nadir görülen bir durumdur. Ön planda periferik sinir tutulumu düşündüren bu tablolarda santral nedenleri dışlamak amacıyla ayrıntılı bir nörolojik muayene yapmak önem arz etmektedir.

P-062

SEREBRAL TROMBOEMBOLİK OLAYLAR VE ANTİFOSFOLİPİD SENDROMU: OLGU SUNUMU

Muhammed Nur ÖGÜN, Şule AYDIN TÜRKOĞLU, Nebil YILDIZ

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Bolu

Giriş: En sık görülen trombofili sebeplerinden biri olan Antifosfolipit Sendromu'nda (AFS), koagülasyon kaskadında intrensek, ekstrensek ve ortak yolakta önemli yere sahip olan fosfolipitlere karşı gelişen antiposfolipit antikorlar, tekrarlayan arteriyel ve venöz tromboembolilere neden olmaktadır. Serebral emboliler mortalite ve morbiditeyi etkilemesi bakımından önemli yere sahiptir.

Olgu: Bilinen hastalık öyküsü olmayan kırksekiz yaşında erkek hasta, ani gelişen sağ taraf güçsüzlüğü ve konuşma bozukluğu nedeniyle başvurdu. Kranyal BT incelemesinde sol MCA alanında akut iskemiyile uyumlu değişiklikler izlendi. Biyokimya incelemesinde özellik yoktu. EKG'si sinüs ritminde idi. Kranyal MRA incelemesinde sol MCA M1 oklüde idi, sol transvers ve sigmoid sinüs, süperior sagittal sinüste trombüs izlendi. İnme etyolojisine yönelik olarak ekokardiyografi bulguları eşliğinde yapılan kardiyolojik muayenesi normaldi. Paterji testi negatifti. Genç inme tetkiklerinde Lupus Antikoagulanı ve doğrulama testi pozitif saptandı. Hematoloji tarafından değerlendirilen hastaya warfarin başlandı. Sol hemiparetik ve motor disfazik olarak taburcu edilen hastanın 6 ay sonra yapılan Lupus antikoagulanı ve doğrulama testi pozitif saptandı. Hematoloji ile görüşülerek warfarin tedavisine devam edilmesine karar verildi.

Sonuç: AFS en sık görülen trombofili sebeplerinden biri olmasına rağmen sıklıkla tanı atlanabilmektedir ve tanı almamış hastalarda, uygun koruma tedavisi almamaları nedeniyle, serebral arteriyel ve venöz tromboemboliler mortalite ve morbiditeyi önemli ölçüde arttırmaktadır. Özellikle başka risk faktörü olmayan serebral tromboembolisi genç hastalarda AFS mutlaka akla getirilmelidir.

P-063

TREMORDAN ATRİAL FİBRİLASYONA

Şennur DELİBAŞ KATI, Yasemin BİÇER GÖMCELİ

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

Giriş: Tremor önemli bir hareket hastalığı belirtisi olup sıkça karşılaşılmaktadır. Burada tremor şikayeti ile polikliniğe gelen bir hastada geçirilmiş sessiz serebellar enfarkt ve etiyojolojiye yönelik yapılan tetkiklerde de AF saptanmıştır.

Yöntem: 50 yaşında kadın hasta sağ elde titreme şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Hastanın muayenesinde serebellar tip tremoru olduğu gözlenmesi üzerine yapılan kranial MRI da serebellar enfarkt saptandı. İskemik inme etiolojisine yönelik yapılan tetkiklerde AF saptanmış ve hasta coumadinize edilerek inme polikliniğinde takibe alınmıştır.

Sonuç: İnmeler bazen hareket bozukluklarıyla karşımıza gelebilir. Ayrıntılı anamnez muayene ve ileri incelemeler özellikle daha subakut başlangıçlı hastalarda göz ardı edilmeden yapılmalıdır.

Yorum: Genç yaş inmelerde kardiyak patolojiler özellikle daha önce tanı almamış AF gibi ritm bozuklukları konusunda dikkatli olunmalıdır.

P-064

İNTERNAL KAROTİS ARTER STENOZU OLAN HASTALARIN İNME PATERNLERİ VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Yüksel ERDAL¹, Ufuk EMRE¹, Yeşim KARAGÖZ², Abdullah Soydan MAHMUTOĞLU²

¹İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

²İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: İnternal Karotis arter (ICA) stenozu olan hastalarda inme paternleri minör infarktlardan, geniş hemisferik infarktlara değişkenlik göstermektedir. ICA stenozunun unilateral, bilateral, semptomatik ya da asemptomatik olmasına göre klinik ve prognoz değişebilmektedir. Bu çalışmada ICA stenozlarından kaynaklanan inmelerin lezyon paternlerini ve klinik özelliklerini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya Ocak 2016-Ocak 2017 yılları arasında kliniğimizde tedavi gören, BT anjiyografi sonucuna göre semptomatik ICA stenozu olan toplam 42 iskemik inme hastası dahil edildi. Atrial fibrilasyon, arka sistem inme ve ICA diseksiyonu olan 6 hasta çalışmadan çıkarıldı. Lezyon paternleri DWI MR'da arter sulama alanı enfarktı (MCA-kortikal, MCA-derin, anterior serebral arter, anterior koroidal arter) ve sınır alan enfarktı (yüzeyel veya derin) olmak üzere gruplara ayrıldı. Tüm hastaların National Institute of Health (NIH) skorları kayıt edildi.

Sonuç: 34 hastada unilateral semptomatik ICA stenozu saptanırken, 2 hastada bilateral semptomatik ICA stenozu izlendi. Unilateral ICA stenozu olan hastalarda arter sulama alanı infarktları %85.2, sınır alan infarktları ise 34 hastanın sadece 5'inde görüldü. Sulama alanı infarktları içinde MCA-kortikal infarktlar en yaygın (%53.3) grubu oluşturmaktaydı. ICA stenozu %70 üzerinde olan hastalarda kortikal infarktlar daha fazla görülürken (%63.1), ICA stenozu %70'in altında olan hastalarda çoğunlukla derin infarktlar izlendi. 26 hasta NIH skoruna göre iyi klinik özelliğe sahipti (NIHSS<4).

Yorum: ICA stenozu olan hastalarda iskemik lezyonlar değerlendirildiğinde, stenozunun derecesi ile inme paternleri arasında anlamlı ilişki saptandı. Bulgularımız ICA stenozunun derecesinin infarkt paternlerini önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir.

P-065

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİNİN AKUT İSKEMİK İNME Lİ OLGULARDA İNTRAVENÖZ TROMBOLİTİK TEDAVİ DENEYİMLERİ

Cemile HAKI¹, Aygül GÜNEŞ¹, Meral SEFEROĞLU¹, Deniz SİĞİRLİ², Damla ÖZYURTLU¹, Demet YILDIZ¹, Nilüfer BÜYÜKKOYUNCU PEKEL¹, Deniz KAMACI ŞENER¹, Ebru YAŞAR¹, Necla GÜNEŞ¹, Asuman ALI¹, Ali Özhan SIVACI¹, Damla YÖRÜK¹, Ayçin Yıldız TABAKOĞLU¹

¹Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Bursa

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İstatistik Anabilim Dalı, Bursa

Giriş: Bu çalışmada kliniğimizde intravenöz trombolitik tedavi (IV-tPA) uyguladığımız akut iskemik inme tanılı hastaların verilerinin literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Nisan 2016-2017 tarihleri arasında akut iskemik inme tanısı ile hastanemize kabul edilen ve IVtPA uygulanan 70 hasta dahil edildi. Hastaların demografik, radyolojik ve klinik verileri olarak kayıt edildi. Taburculuk sonrası 3 aylık süre içinde saptanan intrakranial kanamaları ve 3. ay sonundaki nörolojik durumları modifiye rankin skoru (MRS) ve Ulusal İnme Sağlık Ölçeği Skalası (NIHSS) skorları ile değerlendirildi. Semptom-igne zamanı, Alberta inme programı erken bilgisayarlı tomografi skoru (ASPECT) ve NIHSS skorlarının ilk başvuru ve takip sırasındaki değerleri analiz edildi.

Sonuç: Hastaların 28'i kadın 42'i erkek olup yaş ortalaması 66.44±13.47 idi. Hastaların 39'u (%55,7) evden acil servise başvururken, 31'i (%44,3) diğer hastanelerin acil servisinden trombolitik tedavi için yönlendirilmişlerdir. Hastaların başvuru esnasındaki başlangıç NIHSS skorları 14,27±4,26 iken 24. saat NIHSS skorları 11,47±5,85 idi. Başvuru esnasında ASPECT skoru ortalaması 9.61±0.81 idi. Ortalama semptom-igne zamanı 97.38±64.58 dakika idi. Ortalama kapı-igne zamanı 79,85±43,42 dakika idi. Trombolitik uygulama sırasında 4 hastada dilde ödem, 1 hastada ağzı içi hemoraji gelişti. 3. ay sonunda 20 hastanın (% 28.5) nörolojik özürüllüklerinin tam olarak düzeldiği, 9'sinin (% 12.9) ise exitus oldukları saptandı.

Yorum: Bu çalışmanın sonuçları geçmişteki çalışmalara benzer olarak, akut iskemik inmede IV-tPA tedavisinin güvenli ve etkili bir tedavi olduğu, ayrıca 3. ay sonunda bu tedavinin özürüllüğü azalttığını göstermektedir.

P-066

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİNDE İNME SONRASI CERRAHİ UYGULAMA

Aygül GÜNEŞ¹, Cemile HAKI¹, Meral SEFEROĞLU¹, Rıfat AKDAĞ², Hakan Murat GÖKSEL²

¹Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Bursa

²Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin Cerrahisi Kliniği, Bursa

Giriş: Masif hemisferik beyin infarktları serebral ödem, artmış intrakranial basınç, herniyasyon ve beyin sapı basısı gibi nedenlerle yüksek mortalite oranına (%80) sahiptir. Malign serebral arter enfarktında dekompresif cerrahiler konvansiyonel tedavi yöntemlerine cevap vermeyen artmış intrakranial basınçla mücadele etmek için kullanılır ve yaşam kurtarıcı etkisi mevcuttur.

Olgu 1: 35 yaşında kadın hasta konuşma bozukluğu, sağ kol ve bacakta güçsüzlük gelişmiş olup NIHSS 14 olduğundan trombolitik tedavi uygulandı. İnmenin birinci gününde kliniğinde kötüleşme olunca (GKS 6) kontrol kranial BT'si çekildi. Hemoraji yoktu ancak sol frontal, temporal, parietotoksipital yaygın ödem alanına bağlı özellikle anterior interhemisferik fissür düzeyinde falsian herniasyon izlendi. Dekompresyon cerrahisi için Beyin Cerrahisi tarafından opere edildi. 38 gün sonra NIHSS 18 olarak Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniğinde rehabilitasyon için yatışı planılarak taburcu edildi.

Olgu 2: 72 yaşında erkek hasta sol kol ve bacakta güçsüzlük, peltek konuşma sonrasında NIHSS skoru 16 olduğundan trombolitik tedavi uygulandı. Trombolitik tedavi sonrasında GİS ve intrakranial hemorajisi olan hasta 2 kez dekompresyon amaçlı opere edildi. Ancak genel durumu kötü seyreden hasta kardiyak arrest sonrası exitus gelişti.

Olgu 3: 69 yaşında erkek hasta sağ kol ve bacakta güçsüzlük, fenalaşma sonrasında hipertansif intrakranial hemoraji (sol parietotemporoooksipital hematoma) ve GKS 10 olması nedeni ile Beyin Cerrahisi tarafından boşaltıcı operasyona alındı. 60 cc hematoma boşaltıldı. Postoperatif takiplerde GKS 15 olan hasta 2 haftalık takipler sonrasında Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniğinde rehabilitasyon için yatışı planlanarak taburcu edildi.

Sonuç: Serebellar hemorajisi olan ve nörolojik olarak kötüleşen veya beyin sapı basısı olan ve/veya ventriküler obstrüksiyona bağlı hidrosefalisi olan hastalarda, hemorajinin çıkarılması için en kısa sürede cerrahi uygulanmalıdır. Hematomun çeşitli cerrahi yöntemlerle boşaltılması (açık cerrahi, endoskopik boşaltma, stereotaktik aspirasyon), uygun zaman ve yöntem seçildiği takdirde hayat kurtarıcı olabilir. Dekompresyon cerrahisinde amaç; kranium kemiğinin bir kısmını kaldırarak dura materi açmak ve ödemlenmiş infarktlı beyin dokusunun dışa doğru genişlemesine imkan sağlamaktır. Böylelikle doku şifti ve ventrikül kompresyonu ile sağlıklı beyin dokusuna olacak olumsuz etki engellenecektir. Akut iskemik inmede dekompresif cerrahi mortaliteyi düşürmektedir.

YAZAR İNDEKSİ

A. Özcan Özdemir	1, 3	Damla ÖZYURTLU	36
A. Taha ASLAN	26	Damla YÖRÜK	36
Abdullah ALGIN	6	Demet YILDIZ	36
Abdullah ARI	21	Deniz KAMACI ŞENER	36
Abdullah Soydan MAHMUTOĞLU	35	Deniz SIĞIRLI	36
Abidin ERDAL	13	Dilara AKTERT	10
Adem İlter UYSAL	7	Dilaver KAYA	2
Ahmed Serkan EMEKLİ	15	Dilcan KOTAN	17, 18, 19
Ahmet GENÇ	29	Dilek ATAKLI	24, 25
Ahmet ÖZŞİMŞEK	4	Dilek TOP KARTI	10, 14, 15
Ahmet Şükrü ALPARSLAN	14	Dilek YANOĞLU	4
Ahmet TÜFEKÇİ	4	Duygu ÖZKAN YAŞARGÜN	17
Ahmet Yusuf ERTÜRK	28	E. Murat ARSAVA	2
Alevtina ERSOY	5	Ebru YAŞAR	36
Ali AKYOL	32	Ece TÜNERİR	32
Ali Özhan SIVACI	36	Eda ÇOBAN	5, 11
Amr TANBUROĞLU	27	Eda ÇOBAN	11
Armağan VAROL	6	Elif DEMİR	26
Arzu MAHARRAMOVA	19	Elif GÖKÇAL	22, 23
Aslı AKSOY GÜNDOĞDU	17, 19	Elif SARIÖNDER GENCER	33
Aslı KEŞKEK	25	Elif SÖYLEMEZ	25
Asuman ALİ	36	Elvan CEVİZCİ AKKILIÇ	17
Ayça ÖZKUL	1	Emine ÇELİKKAŞ	13
Ayçin Yıldız TABAKOĞLU	36	Emrah OĞUZ	20
Aygül GÜNEŞ	36	Emre DURDAĞ	27
Ayhan KÖKSAL	25	Erdem YAKA	2, 3
Aylin YAMAN	9, 33	Eren GÖZKE	8
Aysun SOYSAL	5, 11, 25	Ersin Kasım ULUSOY	7
Ayşe GÜLER	20, 21	Esra ERDİL	23
Ayşe ÖZÜDOĞRU	5, 11, 25	Eşref AKIL	9
Batuhan ÇIPLAK	27	Eylem Özaydın GÖKSU	9, 13, 14, 29, 33
Batuhan KARA	12, 13, 24, 33	Ezgi VURAL	31
Bekir İNAN	23	EZGİ YAKUPOĞLU	8
Belgin KOÇER	22	Faruk ERTAŞ	16
Beyza ARSLAN	26	Fatma ARICAK	17
Beyza SARIÖZ	7	Fatma BUDAK ACAR	12, 13, 33
Bijen NAZLIEL	2	Fatma GENÇ	13, 29
Bilen ONAN	31	Fatmanur ALTUNSOY	30
Boran Can SARAÇOĞLU	8	Figen GÖKÇAY	10
Burcu Gökçe ÇOKAL	11	Fikriye TÜTER YILMAZ	9, 29
Canan ÇELEBİ	28, 29	Füsun MAYDA DOMAÇ	7
Canan DUMAN İLKİ	21	Gazanfer EKİNCİ	31
Canan TOGAY IŞIKAY	1	Gözde Nur DOĞAN	10
Cemile HAKİ	36	Gülay KENANGİL	7
Cemile Handan MISIRLI	17	Gülhan EREN	20
Ceyla ATAÇ UÇAR	11	Gülнар İBRAHİMOVA	15
Çağla AKI	30	Gülşen YUNİSOVA	30
		Günay GÜL	11
		Güneş ALTIOKKA UZUN	13

H. Hakan SELÇUK	24	Nilüfer BÜYÜKKOYUNCU PEKEL	36
Hacı Ali ERDOĞAN	26	Nilüfer KALE İÇEN	5, 12, 13, 33
Hadiye ŞİRİN	1, 20, 21	Nilüfer YEŞİLOT BARLAS	2, 15, 21, 30
Hakan Murat GÖKSEL	36	Numan AYHAN	6
Hakan POSACIOĞLU	20	Nurcan AKBULUT	19
Halit ACET	16	Nurettin YAVUZ	20, 27
Hamide MANSUROĞLU	29	Oğuzhan ÇOBAN	15, 21, 30
Hanife KÜÇÜKYILDIZ	20	Ömer KARTI	10
Hanzade Aybüke ÜNAL ARTIK	11	Özge YAĞCIOĞLU YASSA	7
Havva Tuğba ÇELİK	17	Özge YILMAZ KÜSBECİ	14, 15
Işıl KALYONCU ASLAN	8	Özgecan KAYA	26
İpek İNCİ	14, 15	Özgün KÖKSAL	21
İpek MİDİ	31	Özgür DİKME	27
İrfan AYDIN	6	Özgür ERKAL	9
İsmail ŞERİFOĞLU	12, 13	Özgür KILIÇKEZMEZ	27
İsmet Tanzer ÇALKAVUR	20	Özlem MERCAN	17
Kürşad KUTLUK	2	Pelin DOĞAN AK	8
Levent GÜNGÖR	2, 3	Rabia PERDECİOĞLU	22
M. Akif TOPÇUOĞLU	1	Rahşan KARACI	7
M.Gökçen KARAHAN	30	Rıfat AKDAĞ	36
Mahir YUSİFOV	24	Saadet GÜVEN	20
Mehmet ÇELEBİSOY	10	Safiye Gül ÖZMEN	22
Mehmet İlker YÖN	11	Sami ÖMERHOCA	13
Mehmet KOLUKISA	22, 23	Sebatiye ERDOĞAN	12, 33
Mehmet Uğur ÇEVİK	16	Selda KESKİN GÜLER	11
Melek ARIK	34	Semih GİRAY	2, 3
Meltem MUTLUCAN	22	Semra ALAÇAM KÖKSAL	18
Meral SEFEROĞLU	36	Sevgi ARIK YÜKSEL	7
Merva TUNA	7	Sevim YILDIZ	9
Merve YATMAZOĞLU ÇETİN	24	Sezin ALPAYDIN BASLO	24, 25
Muhammed Nur ÖGÜN	34	Shahla GEYUSHOVA	31
Murat ÇABALAR	26	Sibel GÜLER	28, 29
Murat Fatih PUL	17	Sibel MUMCU TİMER	12, 13, 33
Mustafa BAKAR	3	Sinan ELİAÇIK	12
Mustafa Ercan GÜNEL	17, 18	Sinem YAZICI AKKAŞ	33
Mustafa GÖKÇE	1	Songül ŞENADIM	24, 25
Mustafa KARABACAK	17, 18, 19	Suat TOPAKTAŞ	1
Mücahid ERDOĞAN	24	Süleyman MEN	19, 26
Nazire AFŞAR	2	Şebnem BIÇAKÇI	28, 31, 32
Nebil YILDIZ	34	Şennur DELİBAŞ KATI	33, 35
Necla GÜNEŞ	36	Şule AYDIN TÜRKOĞLU	34
Neslihan EŞKUT	14, 15	Tahir Kurtuluş YOLDAŞ	11
Nesrin ATİŞ	13	Talip ASİL	2, 3, 22, 23
Nesrin ERGİN	8	Tuğçe KIZILAY	17
Neşe ÇELEBİSOY	10, 20	Tuna TÜRKKOLU	23
Nevzat UZUNER	2, 3	Turgay DEMİR	28, 31, 32
Nihat MUSTAFAYEV	22, 23	Ufuk EMRE	20, 27, 35
Nilda TURGUT	2, 3	Ufuk UTKU	28, 29
Nilgün ARAÇ	21	Ural KOÇ	5

Utku Oğan AKYILDIZ	32
Ümit SATILMIŞ	32
Vedat Ali YÜREKLİ	2
Vesile ÖZTÜRK	1, 19, 26
Vildan YAYLA	26
Volkan TAŞDEMİR	21
Vugar CAFER	9
Yasemin BİÇER GÖMCELİ	13, 14, 29, 33, 35
Yaşar ALTUN	6
Yavuz ALTUNKAYNAK	30
Yeliz ÇİFTÇİ	7
Yeşim KARAGÖZ	35
Yüksel ERDAL	20, 35
Zahid BOLAMAN	32
Zehra ARIKAN	32
Zehra Cemre KARAKAYALI	22, 23
Zerrin YILDIRIM HAŞİMOĞLU	12, 33
Zeynep Ezgi BALÇIK	24, 25
Zeynep SELCEN TEZCAN	27
Zülfikar ARLIER	27
Zülküf ÖNAL	1

KONU İNDEKSİ

Adıyaman İlinde İnme Tiplerinin Demografik Özellikleri	6
Agrafisiz Aleksili Genç İnme Olgusu	14
Akut Eş Zamanlı Multiple Subkortikal İnfarktlarla Prezente Olan Cadasıl: Olgu Sunumu	22
Akut İskemik İnmede 24 Saatlık EKG Holter Monitorizasyon Sonuçları: Retrospektif Analiz	26
Akut İntraserebral Hemoraji Hastalarında Akut ve Kronik Hipergliseminin Hastanede Yatış Süresi ve Hastane İçi Mortaliteye Etkisinin Araştırılması	32
Akut İskemik Strokta Non-Valvüler Atriyal Fibrilasyon Ve Aterosklerotik Risk Faktörleri Birlikteliği Olan Olguların Değerlendirilmesi	22
Akut Monoparezi Ve Sfinkter Kusuru İle Başvuran ve Ölümle Sonuçlanan Çıkan Aort Diseksiyonu Olgusu	30
Akut Semptomatik İnternal Karotis Darlığında Acil Karotis Endarterektomi Deneyimlerimiz	20
Antihistaminik Kullanımı ile Tetiklenen Reversible Serebral Vasokonstriksiyon Sendromu	28
Arı Sokması Sonrası Çapraz Afazi	4
Atriyal Miksoma ve Aşırı Uyku Eğilimi	4
Balon Valvuloplasti Sonrası İnme Gelişen Hastada Trombolitik Tedavi Olgusu	9
Baş ağrısı ve İnme Atağı ile Prezente Olan Bir Poems Olgusu	32
Bilinç Bozukluğu Nedeni ile Acil Servise Getirilen Co İntoksikasyonu: MR Bulguları	7
Bir Yıllık İntravenöz Trombolitik Tedavi ve Bunun Erken Dönem Sonuçları	8
Bonzai Kullanımı Sonrası Gelişen İnternal Karotis Arter Diseksiyonu Olgusu	31
Cadasıl: Olgu Sunumu	9
Darlıkta İlerlemesi Olan Asemptomatik Karotis Hastalarında Risk Faktörleri	14
Davranış Değişikliği ile Prezente Nadir Bir Olgu: Serebral Proliferatif Anjiyopati	15
Düşük Doz İntravenöz Trombolitik Tedavi Uygulamaları	33
Eagle Sendromu Saptanan Sol ASM Enfarkt Olgusu	21
Endovasküler Girişim Yapılan Akut İskemik İnme Hastalarında Görüntüleme Bulgularının Değerlendirilmesi	27
Geçici İskemik Atak Benzeri Semptomlar ile Prezente Olan Serebral Amiloid Anjiyopati Olgusu	29

Genç İnmede Nadir Bir Etyoloji: Parry Romberg Sendromu Olgu Sunumu ve Literatür Tartışması	33
Genç İnmeli Bir Olguda Tanısal Zorluk	17
İnme Hastalarında Malnutrisyon Değerlendirmesi Ve Komorlbitelerle İlişkisi	11
İnme Sonrası Nonkonvulsif Status Epileptikus	13
İnme Taklitçisi Olarak Servikal Epidural Hematom Olgusu	27
İnsektisit İnhalasyonu Maruziyeti Sonucu Gelişen Geçici İskemik Atak: Olgu Sunumu	6
İnsüler İnme Sonrasında Gelişen Pür Nörojenik Kekemelik Olgusu	7
İnternal Karotis Arter Stenozu Olan Hastaların İnme Paternleri ve Klinik Özellikleri	35
İntrakranial Karotis Arter Diseksiyonu: Olgu Sunumu	5
İntrakranial Metastatik Lezyonla Karışan İnfektif Endokardit Olgusu	20
İntrakraniyal Stenozu Olan Hastada Etyolojiyi Belirlemede HR-MRI Tekniği ile İnceleme: Olgu Sunumu	31
İntravenöz Trombolitik Tedavi Alan İskemik İnme Hastalarında Akut Ve Kronik Hipergliseminin Hastanede Yatış Süresi, Kısa ve Uzun Dönem Prognoz Üzerine Etkisi	28
İskemik İnmede Etyolojide Sorgulanması Gereken Bir Neden; Temporal Arterit	5
İskemik Serebrovasküler Hastalığa Bağlı Gelişen Hemikore Olgusu	15
Karotis Endarterektomi Sonrası ICA Pseudo-Okluzyonu Ve Eş Zamanlı Yeniden Cerrahi Ve Mekanik Trombektomi Yaklaşımı: Olgu Sunumu	23
Kortikal Enfarkt Nedeniyle Gelişen İzole El Parmaklarında Güçsüzlük: Olgu Sunumu	34
Nadir Görülen Bir Olgu Sunumu: İntrakranial Venöz Hipertansiyona Bağlı İntraserebral Kanama	26
Nörobeçet Olgu Sunumu	30
Nöroradyolojik Görüntülemeleri Eşliğinde Bir Dural Arteriovenöz Fistül Olgusu	21
Orak Hücre Hastalığı Olan Bir Hastada İzole Kortikal Ven Trombozu	19
Perkütan Stentleme Tekniği ile Tedavi Edilen Restenozlu Karotis Arter Darlığı Olgusu	16
Postpartum Serebral Venöz Tromboz	24
Postspinal Baş Ağrısı Olgusunda Venöz Sinüs Trombozu	10
Primer Santral Sinir Sistemi Vaskülitini Tanı ve Tedavisinde Zorluklar: Olgu Sunumu ve Literatür Taraması	13

Reaktif Trombositoz Saptanan Hastada İskemik İnme	12
Sağ Brakial Arterden Perkütan Stentleme Tekniği ile Tedavi Edilen Komplike Karotis Arter Darlığı Olgusu	16
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği'nin Akut İskemik İnmeli Olgularda İntravenöz Trombolitik Tedavi Deneyimleri	36
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniğinde İnme Sonrası Cerrahi Uygulama	36
Santral Sinir Sisteminin Kavernöz Hemanjiyomatozisi: Aile Taraması Yaptınız Mı?	25
Sarı Nokta Hastalığı ve İnme Birlikteliği	18
Serebral Tromboembolik Olaylar ve Antifosfolipid Sendromu: Olgu Sunumu	34
Serebral Venöz Trombozlu Hastaların Klinik ve Radyolojik Özellikler ve Etyolojik Nedenler Açısından Retrospektif İncelenmesi	23
Sildenafil İlişkili Venöz Sinüs Trombozu ve Papil Ödemi	10
Spinal Dural Arteriyovenöz Fistül: Olgu Sunumu	24
Spleniumda Gözlenen Her Difüzyon Kısıtlılığı Akut Enfarkt Mıdır?	25
Subaraknoid Hemoraji Eşliğinde Serebral Ven Trombüsü; Olgu Sunumu	8
Superior Sagittal Sinüs Trombozunun Etkin Tedavisinin Önemi; Dural Avf ve Kibas Gelişimi ile Prezante Olan Bir Olgu ve Literatür Tartışması	12
Şuur Bozukluğunda Ender Bir Etyoloji: Hepatik Ensefalopati	18
Tremordan Atrial Fibrilasyona	35
Üçüncü Basamak Nöroloji Kliğinde Akut İskemik İnmede Son 2 Aylık İntravenöz Trombolitik Deneyimlerimiz	11
Vasküler Parkinsonizm	29
Vertigoyla Prezente PICA Sendromlu Bir Olgu	19
Yüksek İrtifada Gelişen İnme: Bir Olgu Sunumu	17