



Türk Beyin Damar
Hastalıkları Derneği

VIII • ULUSAL BEYİN DAMAR HASTALIKLARI KONGRESİ

www.
bdhk2018
.org

3-6 MAYIS 2018

Sheraton Çeşme Hotel, İzmir



TÜRK BEYİN DAMAR HASTALIKLARI DERGİSİ

Mayıs 2018 Cilt 24; Ek 1 (VIII. Ulusal Beyin Damar Hastalıkları Kongresi Özel Sayısı)
ISSN: 2146-9113

Editör

Prof. Dr. Atilla Özcan ÖZDEMİR

Editör Yardımcısı

Prof. Dr. Ethem Murat ARSAVA

Önceki Editörler

Prof. Dr. Gazi ÖZDEMİR

Prof. Dr. Nevzat UZUNER

Uluslararası Bilimsel Danışma Kurulu (International Advisory Board)

Prof. Dr. Hakan AY

Prof. Dr. Hugh MARKUS

Prof. Dr. Kurt NIEDERKORN

Prof. Dr. Michael BRAININ

Prof. Dr. Natan BORNSTEIN

Prof. Dr. Nils WAHLGREN

Prof. Dr. Philip BATH

Prof. Dr. Susanna HORNER

Ulusal Bilimsel Danışma Kurulu (National Advisory Board)

Yrd. Doç. Dr. Ahmet ŞAİR

Yrd. Doç. Dr. Ali ÜNAL

Yrd. Doç. Dr. Ali YILMAZ

Prof. Dr. İ. Arda YILMAZ

Doç. Dr. Aysel MİLANLIOĞLU

Doç. Dr. Ayşe GÜLER

Prof. Dr. Ayşe SAĞDUYU KOCAMAN

Prof. Dr. Babür DORA

Prof. Dr. Bijen NAZLIEL

Prof. Dr. Birsen İNCE

Prof. Dr. Canan TOGAY IŞIKAY

Uzm. Dr. Çetin Kürşad AKPINAR

Doç. Dr. Demet Funda BAŞ

Prof. Dr. Derya ULUDÜZ

Doç. Dr. Dilaver KAYA

Uzm. Dr. Elif SARIÖNDER GENÇER

Yrd. Doç. Dr. Emrah AYTAÇ

Yrd. Doç. Dr. Emre ÖZKARA

Doç. Dr. Erdem GÜRKAY

Prof. Dr. Erdem YAKA

Doç. Dr. Eylem DEĞİRMENCİ TEKE

Prof. Dr. Hadiye ŞİRİN

Yrd. Doç. Dr. Hasan Hüseyin KARADELİ

Doç. Dr. Hasan Hüseyin KOZAK

Prof. Dr. İpek MİDİ

Prof. Dr. Kürşad KUTLUK

Doç. Dr. Levent GÜNGÖR

Prof. Dr. Mehmet Akif TOPÇUOĞLU

Prof. Dr. Mehmet Zülküf ÖNAL

Doç. Dr. H. Mine SORGUN

Doç. Dr. Murat ÇABALAR

Prof. Dr. Mustafa BAKAR

Prof. Dr. Mustafa GÖKÇE

Prof. Dr. Nazire AFŞAR

Prof. Dr. Nevzat UZUNER

Prof. Dr. Oğuzhan ÇOBAN

Doç. Dr. Özlem KAYIM YILDIZ

Prof. Dr. Reha TOLUN

Prof. Dr. Semih GİRAY

Prof. Dr. Suat TOPAKTAŞ

Prof. Dr. Şeref DEMİRKAYA

Prof. Dr. Şerefnur ÖZTÜRK

Prof. Dr. Talip ASİL

Prof. Dr. Taşkın DUMAN

Prof. Dr. Turgay DALKARA

Prof. Dr. Ufuk CAN

Doç. Dr. Vedat Ali YÜREKLİ

Prof. Dr. Vesile ÖZTÜRK

Prof. Dr. Yakup KRESPI

Yrd. Doç. Dr. Yusuf İNANÇ

Prof. Dr. Zekeriya ALİOĞLU

Doç. Dr. Zülfikar ARLIER

Sahibi:

TÜRK BEYİN DAMAR HASTALIKLARI DERNEĞİ adına

Prof. Dr. Atilla Özcan ÖZDEMİR

Hacı Alibey Mahallesi Çelikel Sokak Sakarya İş Hanı No: 1/38 Tepebaşı, ESKİŞEHİR Tel: 0530 0848560

www.bdhd.org.tr

info@bdhd.org.tr

Tüm hakları Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği'ne aittir.

**VIII. ULUSAL BEYİN DAMAR HASTALIKLARI
KONGRESİ
3-6 MAYIS 2018
SHERATON ÇEŞME HOTEL, İZMİR**

TÜRK BEYİN DAMAR HASTALIKLARI DERGİSİ

Mayıs 2018 Cilt 24; Ek 1 (VIII. Ulusal Beyin Damar Hastalıkları Kongresi Özel Sayısı)
ISSN: 2146-9113

İÇİNDEKİLER

Bilimsel Program	1
Sözel Bildiriler	8
Poster Bildirileri	14

VIII. ULUSAL BEYİN DAMAR HASTALIKLARI KONGRESİ DÜZENLEME KURULU

Erdem Yaka (Kongre Başkanı)
Mustafa Bakar (Dernek Başkanı)
Ethem Murat Arsava
Semih Giray
Levent Güngör
Atilla Özcan Özdemir
Derya Uludüz Uğurlu
Nevzat Uzuner

BİLİMSEL KURUL

Ali Ünal
Atilla Özcan Özdemir
Ayça Özkul
Ayşe Güler
Bijen Nazlıel
Birsen İnce
Canan Togay Işıkkay
Demet Funda Baş
Derya Uludüz
Dilaver Kaya
Emrah Aytaç
Erdem Gürkaş
Erdem Yaka
Ethem Murat Arsava
Gökhan Özdemir
Hadiye Şirin
Hasan Hüseyin Karadeli
İpek Midi
Kürşad Akpınar
Kürşad Kutluk
Levent Güngör
Mehmet Akif Topçuoğlu
Mehmet Kolukısa
Mehmet Zülküf Önal
Melih Bozkurt
Mine Sorgun
Mustafa Bakar
Mustafa Gökçe
Nazire Afşar
Nevzat Uzuner
Oktay Ergene
Reha Tolun
Semih Giray
Talip Asil
Tolga Özdemirkıran
Ufuk Can
Ulrike Waje-Andreassen
Vedat Ali Yürekli
Vesile Öztürk
Yakup Krespi
Zülfikar Arlier

BİLİMSEL PROGRAM

3 MAYIS 2018 - PERŞEMBE

KURS SALONU 1

13:15 - 17:40 GİRİŞİMSEL NÖROLOJİ KURSU

Kurs Direktörü: Özcan Özdemir

13:15 - 13:30 Açılış konuşması ve kursun tanıtımı

Özcan Özdemir

13:30 -14:30 1. OTURUM

Oturum Başkanları: Reha Tolun, Yakup Krespi

13:30 - 13:50 Akut iskemik inme endovasküler tedavisi vaka seçiminde BT, BT anjiyonun yeri

Demet Funda Baş

13:50 - 14:10 Akut iskemik inme endovasküler tedavisinde vaka seçiminde ileri nörogörüntüleme

Yakup Krespi

14:10 - 14:30 Akut İskemik inme endovasküler tedavisinde 6 saat sonrası vakalara ve uyanma inmelerine yaklaşım (DAWN, DEFUSE 3 ve kılavuzlar)

Hasan Hüseyin Karadeli

14:30 - 15:00 Kahve Molası

15:00 - 17:40 2. OTURUM: AKUT İSKEMİK İNMEDE VAKA SUNUMLARI

Oturum Başkanları: Özcan Özdemir, Semih Giray, Erdem Gürkaş

15:00 - 15:15 Tandem internal karotis ve MCA oklüzyonu vakası

Kürşad Akpınar

15:15 - 15:30 Uzman görüşü ve tartışma

Özcan Özdemir, Semih Giray, Erdem Gürkaş

15:30 - 15:45 İzole proksimal MCA oklüzyonu vakası

Vedat Ali Yürekli

15:45 - 16:00 Uzman görüşü ve tartışma

Özcan Özdemir, Semih Giray, Erdem Gürkaş

16:00 - 16:15 Karotis T oklüzyonlan vakası

Zülfikar Arher

16:15 - 16:30 Uzman görüşü ve tartışma

Erdem Gürkaş, Semih Giray, Özcan Özdemir

16:30 - 16:45 İzole MCA M2-M3 oklüzyonu vakası

Gökhan Özdemir

3 MAYIS 2018 - PERŞEMBE

KURS SALONU 1

16:45 - 17:00 Uzman görüşü ve tartışma

Özcan Özdemir, Semih Giray, Erdem Gürkaş

17:00 - 17:15 Baziller tromboz vakası

Emrah Aytaç

17:15 - 17:30 Uzman görüşü ve tartışma

Semih Giray, Özcan Özdemir, Erdem Gürkaş

17:30 - 17:40 Kapanış - Vaka seçiminde nelere dikkat edelim ?

3 MAYIS 2018 - PERŞEMBE

KURS SALONU 2

13:30 - 17:00 TROMBOLİTİK TEDAVİ KURSU

Kurs Direktörü: Mehmet Akif Topçuoğlu, Erdem Yaka

13:00 - 13:30 Hastane ve sistem organizasyonu, metrikler

Ayça Özkul

13:30 - 14:00 İntravenöz trombolitik tedavi: Endikasyonlar, kontrendikasyonlar, literatür özeti

Vesile Öztürk

14:00 - 14:30 NIH inme ölçeği, IV TPA öncesi ve sonrası hasta yönetimi

Hadiye Şirin

14:30 - 15:00 Kahve Molası

15:00 - 17:00 Olgularla IV trombolitik tedavi sorunlar ve çözümler

Talip Asil, Kürşad Kutluk

4 MAYIS 2018 – CUMA

09:00 - 12:00 OLGULARLA İNME TEDAVİSİ

SALON 1

Oturum Başkanı: Mehmet Zülküf Önal

4 MAYIS 2018 – CUMA

KURS SALONU 1

09:00 - 12:00 NÖRONÜTRİSYON KURSU

Kurs Direktörü: Levent Güngör

Kurs Eğitmenleri: Levent Güngör, Ayşe Güler, Mine Sorgun

4 MAYIS 2018 – CUMA

KURS SALONU 1

Konular: Temel metabolik/nütrisyonel değerlendirme disfaji değerlendirme, nütrisyon ürünleri, enteral nütrisyon uygulama yöntemleri enteral nütrisyon komplikasyonları ve yönetimi, parenteral nütrisyon disfaji tedavisi.

Olgu 1 - Ani bilinç kaybı ve sağ hemiparezi

Olgu 2 - Wallenberg sendromu

Olgu 3 - Kronik disfajik inme

09:00 - 10:30 1. OTURUM

10:30 - 11:00 Kahve Molası

11:00 - 12:00 2. OTURUM

4 MAYIS 2018 – CUMA

KURS SALONU 2

09:00 - 12:00 NÖROSONOLOJİ KURSU

Kurs Direktörü: *Talip Asil*

09:00 - 09:15 Açılış konuşması ve kursun tanıtımı

Talip Asil

09:15 - 10:30 1. OTURUM

Oturum Başkanları: *Ali Ünal, Talip Asil*

09:15 - 09:30 Ultrasonografi temel ilkeler

Talip Asil

09:30 - 09:50 Nöroloji pratiğinde transkranyal Doppler uygulamaları

Ali Ünal

09:50 - 10:10 Karotis Doppler ultrasonografi

Talip Asil

4 MAYIS 2018 – CUMA

KURS SALONU 2

10:10 - 10:30 Transkranyal renkli Doppler ultrasonografi

Ali Ünal

10:30 - 11:00 Kahve Molası

11:00 - 12:00 2. OTURUM: KAROTİS DOPPLER VE TRANSKRANYAL DOPPLER CİHAZLARI İLE UYGULAMALI EĞİTİM

Eğitmenler: *Talip Asil, Mehmet Kolukısa, Ali Ünal*

12:00 - 13:30 Öğle Yemeği

4 MAYIS 2018 – CUMA

SALON 1

13:30 - 14:00 AÇILIŞ

14:00 - 15:10 PANEL 1: AKUT İNME TEDAVİSİNDE İDEAL STANDARTLAR

Oturum Başkanları: *Mehmet Akif Topçuoğlu, Bijen Nazlıel*

14:00 - 14:20 Hastane öncesi dönem

Bijen Nazlıel

14:20 - 14:40 Peri-trombolitik dönem

Vesile Öztürk

14:40 - 15:00 Taburculuk öncesi dönem

Ufuk Can

15:00 - 15:10 Tartışma

15:10 - 15:40 Kahve Molası

15:40 - 16:10 ÖZEL OTURUM

Oturum Başkanı: *Erdem Yaka*

ESO İnme Ünitesi ve İnme Merkezi Sertifikasyon Programı

Ulrike Waje-Andreassen

4 MAYIS 2018 – CUMA

SALON 1

16:10 - 17:20 PANEL 2: İSKEMİK İNME TEDAVİSİNDE ANTİ-TROMBOTİK TEDAVİ

Oturum Başkanları: *Nevzat Uzunler, Levent Güngör*

16:10 - 16:30 Antiagregan tedavi altında inme

Ethem Murat Arsava

16:30 - 16:50 Yeni antiagreganlar ne zaman kullanılır?

Dilaver Kaya

16:50 - 17:10 Antikoagulan tedaviye nasıl başlarım, ara veririm, keserim?

Nevzat Uzuner

17:10 - 17:20 Tartışma

5 MAYIS 2018 – CUMARTESİ

SALON 1

09:00 - 10:10 PANEL 3: KARDİYOEMBOLİK İNMEDE NONFARMAKOLOJİK TEDAVİ

Oturum Başkanları: *Hadiye Şirin, Canan Togay Işıkkay*

09:00 - 09:20 Atriyal fibrilasyonda hayat tarzı modifikasyonları

Hadiye Şirin

09:20 - 09:40 Atriyal fibrilasyonda apendiks kapama

Oktay Ergene

09:40 - 10:00 Patent foramen ovale

Nazire Afşar

10:00 - 10:10 Tartışma

10:10 - 10:40 Kahve Molası

10:40 - 11:20 UYDU SEMPOZYUMU

Moderatör: *Hadiye Şirin*

Beyin Damar Hastalıklarında İlerleyici Kas Kaybı Gerçeği

Mehmet Akif Topçuoğlu

11:20 - 12:30 PANEL 4: İSKEMİK İNMEDE ENDOVASKÜLER PROFİLAKSİ

Oturum Başkanları: *Reha Tolun, Talip Asil*

5 MAYIS 2018 – CUMARTESİ

SALON 1

11:20 - 11:40 Karotis stentlemede hasta ve görüntüleme temelli değerlendirmeler

Özcan Özdemir

11:40 - 12:00 İntrakraniyel stentleme ne zaman gerekli?

Talip Asil

12:00 - 12:20 Subklaviyen ve vertebral arter stentleme

Semih Giray

12:20 - 12:30 Tartışma

12:30 - 14:00 Öğle Yemeği

14:00 - 15:10 PANEL 5: GENÇ İNME

Oturum Başkanları: Kürşad Kutluk, Nazire Afşar

14:00 - 14:20 Vaskülopatiler / Karotid WEB

Erdem Gürkaş

14:20 - 14:40 Diseksiyonlar

Ayça Özkul

14:40 - 15:00 Serebral venöz trombozlar

Derya Uludüz

15:00 - 15:10 Tartışma

15:10 - 15:40 Kahve Molası

15:40 - 16:50 PANEL 6: İNTRAPARENKİMAL KANAMALAR

Oturum Başkanları: Erdem Yaka, Ethem Murat Arsava

15:40 - 16:00 Kanamalarda minimal invaziv cerrahi

Melih Bozkurt

16:00 - 16:20 Hipertansif kanamalarda akut dönem tedavi hedefleri

Tolga Özdemirkıran

16:20 - 16:40 Antikoagulan tedaviye ilişkin kanamalara yaklaşım

Mustafa Gökçe

16:40 - 16:55 İnmede akılcı ilaç kullanımı

Levent Güngör

16:55 - 17:00 Tartışma

17:00 - 18:00 SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU

09:00 - 10:15 PANEL 7: İNMEDE RİSK FAKTÖRLERİNE YAKLAŞIM

Oturum Başkanları: *Birsen İnce, Levent Güngör*

09:00 - 09:20 Yeni hipertansiyon tanımları

Canan Togay Işıkkay

09:20 - 09:40 İnmede insülin direnci kavramı

Birsen İnce

09:40 - 10:00 PCSK9 inhibitörleri

Erdem Yaka

10:00 - 10:15 Tartışma

10:15 - 10:30 Kahve Molası

10:30 - 11:45 PANEL 8: İNMENİN UZUN DÖNEM SORUNLARI

Oturum Başkanları: *Erdem Yaka, Mustafa Bakar*

10:30 - 10:50 "Recrudescence" kavramı

Mehmet Akif Topçuoğlu

10:50 - 11:10 İnme sonrası kognitif ve davranış bozuklukları

Mustafa Bakar

11:10 - 11:30 İnme sonrası epilepsi

İpek Midi

11:30 - 11:45 Tartışma

11:45 - 12:00 KAPANIŞ

**VIII. ULUSAL BEYİN DAMAR HASTALIKLARI
KONGRESİ
3-6 MAYIS 2018
SHERATON ÇEŞME HOTEL, İZMİR**

SÖZEL BİLDİRİLER

BT ANJİYOGRAFI İLE SAPTANABİLEN WILLİS POLİGONU ANOMALİLERİ VE İSKEMİK İNME İLE İLİŞKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Halil Ay¹, Dilek Şen Dokumacı²

¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji, Şanlıurfa

²Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji, Şanlıurfa

Giriş: 1664 yılında Thomas Willis tarafından tanımlanan Circulus Arteriosus Cerebri (Willis Poligonu); her iki karotis sistemi ve vertebrobaziler sistem ile karotis sistemi arasında gerektiğinde devreye giren kollateral dolaşımı sağlamaktadır. Çalışmadaki amacımız; son bir yılda hastanemizde çekilen Bilgisayarlı Tomografi (BT) anjiyografi tetkikleri retrospektif olarak incelenerek, Willis Poligonu'nda bulunan Posterior Komminikan Arter (PCoA), Anterior Serebral Arter A1 segmenti (ACA A1) ve Fetal Posterior Serebral Arter (Fetal PCA) anomalilerinin sıklığı ve iskemik inme üzerine olası etkilerini incelemektir.

Yöntem: Bu amaçla, 2017 tarihinde Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji polikliniğinde ayaktan ve serviste yatarak tedavi edilen ve BT Anjiyografi tetkiki yapılan 220 hasta retrospektif olarak tarandı. Bu hastaların klinik ve ayrıntılı BT Anjiyografi raporları hasta dosyalarından elde edildi. Radyoloji A.D tarafından Hipoplastik/ Aplastik PCoA tanısı BT Anjiyografi ile arter çapının 1 mm'den az olması yada hiç görülmemesi ile konurken, Hipoplastik/ Aplastik ACA A1 segmenti tanısı arter çapının 1.5 mm'den az olması yada hiç görülmemesi ile konuldu. Fetal PCA tanısı PCoA çapının aynı taraftaki P1 segmentinden daha geniş olması ve oksipital lobların dominant kanlanmasıyla aynı taraftaki internal karotis arterden sağlanması ile konuldu.

Bulgular: BT Anjiyografi çekimi yapılan toplam 220 olgunun 130'u (%59,1) erkek, 90'ı (%40,9) bayandı. Erkeklerin yaş ortalaması 59,69±15,06 idi, Bayanların yaş ortalaması 60,38±15,85 idi, Tüm olguların yaş ortalaması 59,97±15,36 idi. 45 olguda (%20,5) tek taraflı hipoplastik/ aplastik PCoA anomalisi saptanırken, 83 olguda (%37,7) bilateral hipoplastik/ aplastik PCoA anomalisi saptandı. 92 olguda (%41,8) hipoplastik/ aplastik PCoA anomalisi saptanmadı. Bilateral hipoplastik/ aplastik PCoA anomalisi saptanan olguların 22'sinde (%26,5) anterior sirkülasyon infarktı, 24'ünde (%28,9) posterior sirkülasyon infarktı saptandı., 37'sinde ise (%44,6) iskemik inme saptanmadı. Tek taraflı hipoplastik/ aplastik PCoA anomalisi olan olguların 17'sinde (%37,8) anterior sirkülasyon infarktı, 14'ünde ise (%31,1) posterior sirkülasyon infarktı saptandı., 14'ünde (%31,1) ise iskemik inme saptanmadı. 50 olguda (%22,7) tek taraflı hipoplastik/aplastik ACA A1 segmenti saptanırken, 2 olguda bilateral (%0,9) hipoplastik/aplastik ACA A1 segmenti saptandı., 168 olguda (%76,4) hipoplastik/aplastik ACA A1 segmenti saptanmadı. Tek taraflı hipoplastik/aplastik ACA A1 segmenti 50 olgunun 13'ünde (%26) anterior sirkülasyon infarktı, 10'unda (%20) ise posterior sirkülasyon infarktı saptandı. 27'sinde ise (%54) iskemik inme saptanmadı. Bilateral 2 tane hipoplastik/aplastik ACA A1 segmenti olgunun her ikisi de anterior sirkülasyon infarktına sahipti. 13 olguda (%5,9) tek taraflı Fetal PCA anomalisi saptanırken, 1 olguda (%0,5) bilateral Fetal PCA anomalisi saptandı. 206 olguda (%93,6) Fetal PCA anomalisi saptanmadı. Tek taraflı Fetal PCA anomalisi 13 olgunun 4'ünde (30,8) anterior sirkülasyon infarktı saptanırken, 3'ünde (%23,1) posterior sirkülasyon infarktı saptandı., 6'sında (%46,2) ise iskemik inme

bulgularına rastlanılmadı. Bilateral Fetal PCA anomalisi tek olguda iskemik inme bulgularına rastlanılmadı.

Sonuç: Çalışmamızda en sık saptanan Hipoplastik/ Aplastik PCoA anomalisinin (%58,1) yüksek oranda iskemik inmeye eşlik etmesi nedeniyle (%60,1); bu anomalinin iskemik inme açısından yüksek risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir. Ancak Hipoplastik-aplastik ACA A1 segmenti ve Fetal PCA anomalisi daha az görülmesine rağmen (sırasıyla %23,6, %6,3) benzer oranlarda iskemik inmeye eşlik etmeleri (sırasıyla %48, %50) nedeniyle her iki anomalinde iskemik inme açısından risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir.

S-002

2010-2017 YILLARI ARASINDA KLİNİĞİMİZDE SPONTAN İNTRASEREBRAL HEMATOM NEDENİYLE OPERE EDİLEN 137 OLGUNUN RETROSPEKTİF ANALİZİ

İlker Deniz Cingöz¹, Ceren Kızmazoğlu², İnan Uzunoglu³, Nurullah Yüceer³

¹Alsancak Nevvar Salih İşgören Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

³Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, İzmir

Giriş: Bu çalışmada, opere olan intraserebral hematomlu hastalarda prognozu etkileyen ana faktörleri ve cerrahi sonuçlara göre cerrahi tedavi endikasyonlarının tartışılması amaçlandı.

Yöntem: 2010-2017 yılları arasında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin cerrahisi kliniğinde spontan intraserebral hematom nedeniyle opere olan 137 hastanın; yaşı, cinsiyeti, risk faktörleri, arteriyel kan basıncı, hematomun yeri ve büyüklüğü, kanamanın başlangıç şekli, hastaneye başvuru anındaki nörolojik tablo ve şuur durumları, kanamaların yaşa göre dağılımı, prognoz ve mortaliteyi etkileyen faktörler incelenmiştir. BT ile kanamanın lokalizasyonu ve ventriküllere açılma durumu ile kullanılan cerrahi teknikler değerlendirilmiştir.

Bulgular: 137 hastanın; 69'u kadın (%50.4), 68'i erkekti (%49.6), yaş ortalaması 56±14.54 idi. Hastaların 99'unda (%72.3) hipertansiyon, 103'ünde (%75.2) orta hat şifti, 64'ünde (%46.7) hidrosefali vardı. Hastaların 33'üne (%24.1) ekstra ventriküler drenaj takıldı, 113'ünde (%82.5) duoplasti yapıldı. 92 hastada (%67.2) hematom lobar, 24'ünde (%17.5) intraventrikül, 21'inde (%15.3) ise serebellar yerleşimliydi ve hastaların 108 'i (% 78.8) ex olmuştu. İstatistiksel değerlendirmede orta hat şifti arttıkça Glaskov Koma sklasının düştüğü (p<0,005), hematom hacmi arttıkça şiften arttığı (p<0,005) görüldü.

Sonuç: İntraserebral hematomlarda cerrahi tedavinin endikasyonları halen tartışmalıdır. Hematomları değerlendirirken farklı sınıflamalar kullanılmasına rağmen genel olarak prognoz ve mortaliteyi; yaş, hematomun hacmi, ilk değerlendirmedeki bilinç durumu, hematomun lokalizasyonu ve hematomun ventriküllere açılmasının etkilediği tespit edildi.

SİGARA-TROMBOLİZİS PARADOKSU

Ezgi Sezer Eryıldız, Zehra Uysal Kocabaş, Özlem Aykaç,
Atilla Özcan Özdemir

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji
Anabilim Dalı, Eskişehir

Giriş: Sigara, serebrovasküler hastalıkların gelişimi açısından iyi bilinen bir risk faktörüdür. Bununla birlikte miyokard enfarktisi ile ilişkili yapılan bazı çalışmalar sigara içenlerde mortalite oranının içmeyenlere göre daha az olduğunu göstermiştir. İlk olarak miyokard enfarktisi hastalarda saptanan ve sigara paradoksu olarak adlandırılan bu fenomen sonraları intravenöz (İV) recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ile tedavi edilen akut iskemik inme hastalarında da ortaya konmuştur. Sigara kullananlarda arteriyel rekanalizasyon oranlarının daha yüksek, intrakraniyal kanama gelişme riskinin daha az, sonlanımların ise daha iyi olduğu gösterilmiştir. Ancak sigaranın İV tromboliz uygulanan hastalarda sonlanımı bağımsız olarak etkileyip etkilemediği konusunda çelişkiler mevcuttur. Biz de kendi inme merkezimizde İV tromboliz uyguladığımız hastalarda bu fenomeni ve katkıda bulunabilecek faktörleri değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Şubat 2009-Eylül 2017 tarihleri arasında ilk 4,5 saat içinde İV rt-PA uygulanan akut iskemik inme hastalarının verileri retrospektif olarak değerlendirilmiştir. İV rt-PA'yı takiben endovasküler müdahale uygulanan hastalar çalışmadan çıkarılmıştır. İV rt-PA 'European Stroke Organization' rehberine göre verilmiştir. Hastaların demografik bilgileri, özgeçmişleri semptom-tedavi arası geçen süre, tedavi öncesi The Alberta Stroke Program Early CT (ASPECT) ve National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) skorları değerlendirilmiştir. Semptomatik intraserebral kanamalar; NIHSS skorunda 4 ya da daha fazla artışa ya da ölüme yol açan tip 2 parankimal kanamalar olarak Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke (SITS) tanımına göre belirlenmiştir. Hastaların sonlanımları tedavinin 3. ayında hesaplanan modified Rankin Scale (mRS) skorları ile belirlenmiştir.

Bulgular: 231'i erkek toplam 421 hasta çalışmaya alınmıştır. 139 hastada sigara içiciliği saptanmıştır. Sigara içen ve içmeyen hastaların özelliklerine bakıldığında sigara içen hastalarda erkek cinsiyet daha fazla saptanmıştır ($p<0,001$), yaş ortalamaları daha düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Yine sigara içen hastalarda hem diyabet ve hipertansiyon öyküsü hem de atriyal fibrilasyon varlığı (sırasıyla $p=0,002$, $p<0,001$ ve $p<0,001$) daha azdır. Semptom-tedavi süresi, başvuru NIHSS ve ASPECT skorları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Tedavinin sonuçlarına bakıldığında ise sigara içen hastalarda iyi sonlanım (mRS 0-2) oranı daha fazla olup ($p<0,001$), mRS skoru ortalamaları daha düşüktür ($p=0,001$). İki grup arasında kanama ve mortalite açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Sonuç: Bu çalışmada İV rt-PA sonrası sonlanım sigara kullananlarda daha iyi olup, tedavi yanıtı daha iyi görülmektedir. Alttan yatan mekanizmalar kompleks ve aydınlatılamamış olmakla birlikte bu hastalarda trombüsün bileşimi farklı ve rt-PA'ya karşı duyarlılığı daha fazla olabilir. Çalışmaların çoğunda yoğun fibrin ağı hipofibrinolizis ile ilişkilendirilmiştir. Ancak fibrinin genişliği ve formu da yoğunluğu ile ilişkili olup, sigara kullananlarda filament sayısı daha fazla olsa da filamentler

daha incedir. Yine miyokard ile yapılan çalışmalarda sigara içicilerinde bazal plazma t-PA antijeni artmış ancak aktif t-PA'nın koroner salınımı azalmıştır. Etkilenmiş olan bu endojen fibrinoliz, lizise gidip subklinik kalabilecek olan trombüsün genişlemesine olanak sağlayıp tromboz riskini arttırmaktadır. Bu da rt-PA'ya olan duyarlılık ile ilişkili olabilir. Bunun yanında çalışmamızda sigara kullananların daha genç olması, bu hastalarda DM, HT ve AF gibi vasküler risk faktörlerinin daha az olması 3 aylık sonlanımların daha iyi olmasına katkıda bulunmuş olabilir. Sonuç olarak; sigara inme için kanıtlanmış bir risk faktörü olup, sadece rt-PA'nın etkinliği bu grup hastalarda artmış olarak karşımıza çıkabilir. Ancak daima birincil korunmanın tedaviden üstün olduğu akılda tutulmalıdır.

S-004**AKUT SPONTAN İNTRASEREBRAL HEMORAJİ HASTALARINDA KAN LİPİD DÜZEYLERİ İLE PROGNOZ İLİŞKİSİ**

Elif Demir, Vildan Ayşe Yayla, Murat Çabalar, Muhsine Beyza Arslan, Hacı Ali Erdoğan

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

Giriş: Tüm inmeler içinde spontan intraserebral hemoraji (İH) yaklaşık %15 oranında görülmektedir, yüksek morbidite ve mortaliteye sahiptir. Risk faktörleri, komplikasyonları ve prognozu açısından, literatürde iskemik inme kadar geniş yer bulamamıştır. Risk faktörlerinin aydınlatılması ve prognoz üzerindeki belirleyiciliklerinin bilinmesi, tedavinin seyri hakkında ipuçları verecek ve mortalitenin azalmasını sağlayacaktır. İskemik inme için risk faktörü olarak araştırılmış ve kabul görmüş olan lipid profili ile İH arasındaki ilişki henüz netlik kazanmamıştır. Çalışmamızda kan kolesterol düzeylerinin İH riski ve prognoza etkisini değerlendirmek istedik.

Yöntem: Akut spontan İH tanısıyla hastanemizde yatırılarak izlenen 196 hastanın yaş, cinsiyet, başvuru takiben 12 saatlik açlık sonrası venöz kandan bakılan total kolesterol (TK), low density lipoprotein (LDL), high density lipoprotein (HDL), trigliserid (TG) düzeyleri, hematom lokalizasyonları ve ventriküle açılımları kaydedildi, LDL/HDL oranları, Glasgow Koma Skalası (GKS), hematom hacimleri, İH skalası ve İH derecelendirme skalası (İH-DS) skorları hesaplandı. Geliş ve ≥ 6 ay modifiye Rankin skalası (mRS) puanı kaydedildi; mRS skoru <3 iyi prognoz, başvuru anındaki mRS skoruna göre en az 1 puan artış veya ≥ 3 olması kötü prognoz olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamızdaki 196 hastanın (128 E, 68 K) yaş ortalaması $64,1 \pm 13,1$ yıldır. Hematomların %84,2'si ($n=165$) supratentoriyel, %29,6 ($n=58$) ile en sık görülen grup lobar hematomlardı. TK değeri, hastaların %64,3'ünde <200 mg/dl saptandı. LDL değeri %66,3'ünde <130 mg/dl, %70,9 hastada TG değeri <150 mg/dl idi. HDL değeri, hastaların %60,2'sinde ≥ 40 mg/dl olarak saptandı. Kötü prognoz grubunun yaş ortalaması ($65,2 \pm 13,8$ yıl), iyi prognoz görülen hastaların yaş ortalamasından ($61,4 \pm 11,1$ yıl) anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0,047$). Hematomlar supratentoriyel, infratentoriyel oluşları ve yerleşim yerlerine göre sınıflandırıldığında, lipid düzeyleri açısından aralarında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Hematom hacimleri ile lipid düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde, TG ile hematom hacmi arasında anlamlı negatif korelasyon saptandı ($r=-0,189$). Geliş GKS puanları ile lipid düzeyleri karşılaştırıldığında, total kolesterol ve LDL ile hafif anlamlı

pozitif yönlü korelasyon bulundu ($r=0,155$, $r=0,143$). İH skalası ve İH-DS skoru ile lipid düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde, sadece total kolesterol ile İH skoru arasında anlamlı negatif korelasyon saptandı ($r=-0,141$). Hastalar 6. ayda prognozlara göre değerlendirildiğinde, yaş dağılımı açısından anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$), ileri yaşta prognoz daha kötüydü. Prognoza göre lipid düzeyleri ve LDL/HDL oranları incelendiğinde, sadece TG dağılımı açısından anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$).

Sonuç: Veriler, erkek cinsiyet ve ileri yaşın spontan İH risk faktörü olduğu ve ileri yaşın kötü prognoz göstergesi olduğu yönündeydi. Çoğunluğu supratentoriyel ve lobar yerleşimli idi. Hastaların büyük kısmı TK, LDL ve TG için hiperlipidemi sınırının altında ve HDL için referans değerinin üstündeydi. Kötü prognoz gösteren veya büyük hacimli hematom sahip hastaların TG düzeyleri düşüktü. Düşük TK değerlerinde daha yüksek İH skorlarına ve düşük geliş GKS rastlandı. LDL geliş GKS ile doğru orantılı olup, klinik tablonun şiddetiyle ilişkili bulundu. HDL ile prognoz arasında ilişki yoktu. Bugün İH ve kolesterol arasındaki ilişkiyle ilgili sınırlı ve farklı görüşler mevcuttur. Buna rağmen yüksek düzeyde TG, LDL ve total kolesterolün İH için risk oluşturmadığı, aksine endotelium yapısını güçlendirerek hematom oluşumunu azaltabileceği, düşük düzeylerinin ise kötü prognozla ve geliş klinik tablosunun ağırlığıyla ilişkilendirilebileceği görüşündeyiz. İH grubunu iskemik inme ve kontrol grubu ile karşılaştıran veya toplum tabanlı çalışmaların daha çok bilgi vereceği kanısındayız.

S-005

AKUT İSKEMİK İNMELİ HASTALARDA ENDOVASKÜLER TROMBEKTOMİ VE GÖZ ARKASI TOF MR ANJİOGRAFİ İLE İLGİLİ ÖNCÜ TECRÜBELERİMİZ

Hesna Bektas¹, Oktay Algin², Gökhan Yüce³, Ömer Anlar¹, Orhan Deniz¹

¹Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Girişimsel Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

³Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Girişimsel Radyoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Semptomlar başladıktan sonraki ilk 6 saatte başvuran orta serebral arterin (MCA) ilk segmenti(M1) olan akut iskemik inmeli hastaların tedavisinde endovasküler trombektominin etkili ve faydalı olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızın amacı akut iskemik inmenin ilk 6 saatinde gelen ICA/MCA oklüzyonu nedeniyle endovasküler tedavi uygulanan hastaların verilerini gözden geçirmek ve kliniğimizde son 1 yıldır uygulamaya başladığımız (literatürde henüz yer almayan) yeni inme MR (göz arkası TOF MR Anjiyografi+ difüzyon) protokolünün etkinliğini araştırmaktır.

Yöntem: Şubat 2017- Ocak 2018 tarihleri arasında endovasküler trombektomi için girişimsel radyoloji kliniğimiz ile birlikte değerlendirilen 17 hastanın prospektif olarak biriktirilen verileri değerlendirildi. Hastaların inme başlangıcından sonra semptom-kapı zamanı, semptom-doktor zamanı, semptom-BT zamanı, semptom-BTAnjiyografi(BTA) zamanı, kasık zamanı, MCA'ya ulaşım ve reperfüzyon zamanları, tedavi öncesi, 1.gün, 5.gün, 1. ay National Institute of Health Stroke Skalası (NIHSS) skorları; 1.ay modifiye Rankin skalası (mRS) skorları, mortalite veya kranyal kanama komplikasyonunun olup

olmadığı kaydedildi. 8 hastaya toplamda 10 dakika süren inme MR (göz arkası TOF MR Anjiyografi + difüzyon) çekimi yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya 10 erkek, 7 kadın olmak üzere 17 akut iskemik inmeli hasta alındı. Hastaların yaş ortalaması 63.35 ± 16.178 (24-85), NIHSS 20.06 ± 5.66 (6-25) idi. 4 hastaya iv t-PA verildi. Semptom kapı zamanı 74.24 ± 42.34 dk, semptom-doktor zamanı 110.59 ± 56.47 dk, semptom-BT zamanı 107.59 ± 45.72 dk, semptom-BTA 158.47 ± 58.55 dk, semptom- kasık zamanı 288.71 ± 59.30 dk, semptom-MCA ulaşım zamanı 304.88 ± 51.00 dk bulundu. 5 hastaya BT, MR veya konvansiyonel anjiyografi sonrasındaki bulgulara dayanarak trombektomi uygun görülmedi (işlemden fayda görmeyeceği düşünülerek trombektomi yapılmadı). Bu 5 hastanın 1'inde posterior serebral arter ve 3 hastada lentikulostrat arterde akım mevcut değildi. 1 hastada ise internal karotis arter + MCA-M1 tıkalıydı. Trombektomi yapılan 12 hastanın tamamında MCA M1 oklüzyonu saptandı ve semptom-reperfüzyon zamanı 323.42 ± 43.36 dakikaydı. Trombektomi yapılan hastaların ortalama NIHSS'ları işlem öncesi 20.75 ± 3.74 , 1. günde 14.17 ± 8.59 , 5. günde 11.36 ± 7.89 , 1. ayda ortalama 7 (ÇAG=11) olarak hesaplandı. Trombektomi yapılan ve işlem öncesi iv t-PA alan hastalardan 1'i serebral hemoraji nedeniyle, yoğun bakımda (mekanik ventilatörde) izlenen 2 hasta ise nörolojik kötüleşme nedeniyle kaybedildi. Trombektomi yapılan 9 hastanın 1.ayda mRS 3.00 (ÇAG=5) olarak saptandı. Göz arkası TOF MR bulguları ile BT, MR veya konvansiyonel anjiyografi bulguları tam örtüşmekteydi.

Sonuç: MCA M1 oklüzyonu nedeniyle yapılan endovasküler trombektominin özurlülüğü azalttığı saptanmıştır. Ancak hastaların inme semptomları başladıktan sonra acil servise girişinden konvansiyonel anjiyografiye hazırlanana kadar geçen süreler ise çok uzundur. Akut iskemik inmeli hastalarda acil serviste muayene, kan ve görüntüleme tetkikleri için geçen zaman daha kısa olmalı ve hastalar en kısa sürede anjiyografi ünitesine götürülmelidir. Bunun başarılmasında yeni geliştirdiğimiz inme protokolümüz faydalı gözükmektedir.

S-006

EVDE SAĞLIK HİZMETİ BEKLENTİSİ OLAN İNMELİ HASTALARIN İHTİYAÇLARI

Çiğdem Apaydın Kaya, Esra Mercan, Serap Çifçili

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Bu çalışmanın amacı, inmeli hastaların evde sağlık hizmetleri açısından beklenti ve ihtiyaçlarının belirlenmesidir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki araştırmaya Ekim-Aralık 2017 tarihlerinde Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Biriminden ilk kez hizmet almak için başvuran inmeli hastalar dahil edilmiştir. Tüm hastaların evlerine aynı ekip tarafından ziyaretler düzenlenmiş ve hastaların sosyodemografik özellikleri, yakınmaları, hastalıkları ve ilaçlarını değerlendirilmiş, fizik muayeneleri yapılmış, rutin evde bakım hizmetleri kapsamında biyokimyasal incelemeleri yapılmıştır. Ayrıca 6 maddelik kognisyon değerlendirme testi, Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, Mini Nutrisyonel Değerlendirme-kısa formu uygulanmıştır. Ek

olarak EKG çekilmiş ve Time up and go testi ve 2 soruluk depresyon tarama testi yapılmıştır.

Bulgular: Birim tarafından takip edilen 1304 hastaya ek olarak araştırma döneminde evde sağlık hizmeti almak için yeni başvuru yapan 224 hastanın 42'si (%18,75) inmeli hastalardır (22 K, 20 E; yaş ortalaması 76±10). İnme geçirme zaman ortancası 5,5 (min:1 ay, max:40 yıl) yıldır. 11 kişi (%26) birden fazla inme geçirmiştir. Hastaların 16'sında iskemik inme, 2'sinde hemorajik inme vardır, 24 hastanın inme türü öğrenilememiştir. Yanında epikriz olan hasta sayısı 14'tür (%33). 19 hasta (%45,4) bir nöroloji kliniği tarafından takip edilmekte iken 22 hastanın (%52,3) takibi yoktur. Bir kişinin takip bilgisine ulaşamamıştır. Evde sağlık hizmetlerinden en çok talep edilen hizmet, tedavi ve takip talebidir (n=24). Fizik tedavi ve rehabilitasyon (FTR), hasta alt bezi ve ilaç rapor çıkarılması, sürekli kullanılan ilaçların yazılması, maddi yardım, kan tahlili, yara pansumanı, INR takibi, enjeksiyon ve sonda değişimi diğer taleplerdir. Tam bağımlı olan 18 (%42,8) kişi vardır. Tam bağımlı olmayan 24 kişinin 17'si (%70,8) son inmeden sonra en az bir kez düştüğü bildirilmiştir. Düşenlerin Barthel indeks puanı daha yüksektir (p<0,005). Time up and go testini yapabilen 9 kişi vardır ve hepsi de düşme riski taşımaktadır. Hastaların 39'unun oral beslenmesi varken 2'si NG sonda, 1'i de PEG ile beslenmektedir. Hastaların 13'ünde (%31) aspirasyon öyküsü vardır ve %35,7'sinin malnütrisyonlu, %40,5'inin de malnütrisyon açısından riskli olduğu değerlendirilmiştir. Hastaların 35'i (%83,3) antihipertansif kullanmaktadır. Yirmi hastanın (%47,6) kan basıncı yüksek saptanmıştır ve bunların 4'ü antihipertansif kullanmamaktadır. Otuz iki kişi (%76,2) antitrombotik ya da antikoagülan bir ilaç kullanmaktadır. Bir hasta hariç tüm hastaların LDL değerleri 70'in üzerindedir (ort:126±38). Antihiperlipidemik kullanan hasta sayısı 4'tür. Onsekiz hastada (%42,9) AF saptanmıştır ve bunların 5'i herhangi bir antitrombotik ya da antikoagülan kullanmamaktadır. Hastaların 29'unda (%59,5) uyku problemi, 6'sında (%14,3) dekübit ülseri vardır. Sadece 8 hastanın (%19) havalı yatağı vardır. Değerlendirme yapılabilen 38 hastanın 20'sinde (%52,6) depresyon taraması pozitifdir. On sekiz hastanın (%42,9) evinde sigara içilmektedir. Hastaların hiçbirine grip ve pnömoni aşısı yapılmamıştır. Son inmelerinde hastaların çoğunun (%60) hastaneye otomobille götürüldüğü, %73,8'ine (n=31) taburculuk sonrasında FTR önerildiği halde hepsinin FTR yaptıramadığı (%64) bildirilmiştir.

Sonuç: İnmeli hastaların evde sağlık hizmetlerinden beklentisi sağlık problemlerinin tedavisi ve takibidir ile ancak araştırmamız, bu beklentilerin dışında hastaların çözülmesi gereken pek çok problemle karşı karşıya olduğunu ortaya koymuştur: kan basıncı kontrolü, antihiperlipidemik ve antikoagülan kullanımındaki problemler, düşme ve aspirasyon riski, beslenme problemleri, enfeksiyonlardan korunma, depresyon, uyku problemleri, epikrizlerin olmaması, inme sonrası hastaneye ulaşım, FTR yapılamaması vb. Profesyonel bir organizasyonla hasta merkezli ve multidisipliner bir yaklaşım, saptanan problemlerin çözülmesine katkı sağlayacaktır.

S-007

BİLATERAL KRANIYO - SERVİKAL ARTER DİSEKSİYONU OLGU SERİSİ: KLİNİK VE RADYOLOJİK ÖZELLİKLER

Leyla Babaşova¹, İpek Midi¹, Gazanfer Ekinci²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Kraniyo-servikal arter diseksiyonu (KSAD) 50 yaş altı inme vakalarının yaklaşık %25'ni kapsamaktadır. Çalışmamızda amaç; mevcut KSAD serimizde, bilateral arter diseksiyonu olan olguların klinik, görüntüleme ve altta yatan risk faktörlerini ortaya koymaktır.

Yöntem: Ocak 2012 – Şubat 2018 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji bölümüne başvuran toplam 41 kraniyoservikal diseksiyon hastaları retrospektif ve prospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların mevcut klinik bulguları kayıt edilmiş, kraniyal MR, MR anjio, yağ baskılamalı MR ve gerekli görülen hastalarda DSA incelemesi yapılmış, altta yatan travma yönünden sorgulanmıştır. Diseksiyon lokalizasyonu açısından ön sistem, arka sistem olarak ayrılmış, bunlar da MR anjio bulguları doğrultusunda intrakraniyal ve ekstrakraniyal olarak tekrar gruplandırılmıştır.

Bulgular: Kraniyo-servikal diseksiyonu olan toplam 41 hastanın 24'ü erkek, 17'si kadın olup, ortalama yaş 41.25 olup, 25 hastada vertebral arter (VA), 11 hastada karotis arter (KA), 5 hastada ise bilateral diseksiyon (4 karotis, 1 vertebral arter) saptanmıştır. Bilateral diseksiyonu olanlar ile olmayanlar yaş ortalaması açısından kıyaslandığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (40.6 ile 41.27 p>0.05). Cinsiyet açısından incelendiğinde bilateral diseksiyonu olan hastaların 4'ü kadın, 1'i erkek, bilateral diseksiyonu olmayanlarda ise bu oran erkeklerin lehine olup, 23 erkek, 13 kadın şeklindedir. Tüm hasta grubunda intrakraniyal tutulum vakaların 13'sinde, ekstrakraniyal tutulum 28 hastada mevcuttur. Travma öyküsü bilateral diseksiyonu olmayan hastalar arasında 13/36 (%36.6) olup, bunlardan 9 tanesi VA diseksiyon hastalarıdır. Bilateral diseksiyonu olanlarda ise travma öyküsü 2/5 (%40) hastada, vaskülit 2 hastada saptanmıştır.

Sonuç: Mevcut çalışmamızda bilateral arter diseksiyonu sayısı az olmakla birlikte, bilateral arter diseksiyonu olmayanlar erkekler arasında daha sık olup, bu grupta vertebral arter diseksiyonu ve ekstrakraniyal tutulum daha yüksek oranda bulunmuştur. Bilateral arter diseksiyonu ise kadınlarda daha fazla, ön sistemde ve yine ekstrakraniyal kısımda daha sık, travma oranı ise kısmi olarak daha yüksek oranda bulunmuştur.

SEREBRAL VENÖZ TROMBOZLARDA ERİTROSİT DAĞILIM GENİŞLİĞİNİN (RDW) DEĞERLENDİRİLMESİ

Hale Zeynep Batur Çağlayan

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Eritrosit dağılım genişliği (RDW), standart tam kan sayımından elde edilen dolaşımdaki eritrositlerin değişkenliğini ölçen bir değerdir. Serebrovasküler hastalıklarda ve venöz trombozlarda RDW değerleri ve hastalığın şiddeti ve progresyonu arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır. Ancak serebral venöz trombozlarda bu ilişkinin varlığını gösteren çalışma mevcut değildir. Bu çalışmada, serebral ven trombozu ile RDW değerleri arasında ilişkiyi araştırdık.

Yöntem: 2011-2017 yılları arasında kliniğimize başvuran, serebral venöz tromboz tanısı alan 67 hasta ve 40 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, etkilenen venöz sinus lokalizasyonları, tam kan sayımı parametreleri ve RDW değerleri kaydedildi.

Bulgular: Altmış yedi hastanın (%58.8 kadın) yaş ortalaması 41.76 ± 13.5 , sağlıklı kontrol grubunun (%57.5 kadın) 38.5 ± 9.7 bulundu. Serebral venöz tromboz tanısı alan hastaların RDW değerleri 14.50 ± 2.31 , kontrol grubunun RDW değerlerinden 12.8 ± 0.5 istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. ($p= 0.001$) RDW yüksekliği ve serebral venöz sinüs lokalizasyonu ve yaş arasında ilişki bulunmadı.

Sonuç: RDW yüksekliği, kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklarda olduğu gibi serebral venöz trombozlarda da artmıştır. Serebral ven trombozlarında anizositoz neden olmaktan ziyade, inflamasyon, malnutrisyon ve oksidatif stresin sonucu olabilir. Özellikle risk faktörleri olan hastalarda yüksek RDW değerleri, serebral venöz tromboz için hiperkoagulabilitiyi gösterebilir.

**VIII. ULUSAL BEYİN DAMAR HASTALIKLARI
KONGRESİ
3-6 MAYIS 2018
SHERATON ÇEŞME HOTEL, İZMİR**

POSTER BİLDİRİLERİ

P-001

İSKEMİK İNME SONRASI AKUT DÖNEMDE WALLERIAN DEJENERASYON GÖRÜLEN İKİ OLGU

Faruk Uğur Doğan, Çağrı Ulukan, Esme Ekizoğlu, Nilüfer Yeşilot, Oğuzhan Çoban

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Wallerian dejenerasyon, nöron hasarı ya da akson kesisi sonrasında hasarın distalinde gelişen ilerleyici ayrışma ve demiyelinizasyon sürecidir. Temelde periferik sinir lezyonlarına özgü olmakla birlikte, merkezi sinir sisteminin traktus ve liflerinde de gelişebilmekte ve serebral iskemiyin yanı sıra malignite, hemoraji, cerrahi, epilepsi ve ak madde bozuklukları gibi çeşitli patolojiler sonrasında ortaya çıkabilmektedir. Wallerian dejenerasyon, sıklıkla iskemik inmeden haftalar sonra MR incelemesinde görülmeye başlar. Ancak nadiren akut dönemde de saptanabilmektedir. Burada, kliniğimizde iskemik inme tanısı ile incelenirken akut dönemde Wallerian dejenerasyon görülen olgular sunulacaktır.

Olgu 1: 85 yaşında kadın hasta, konuşma güçlüğü, sağ kol ve bacakta güçsüzlük yakınmaları ile başvurdu. Bradikardi, hipertansiyon ve diyabetes mellitus öyküsü vardı. Nörolojik muayenede global afazi, sağ homonim hemianopsi ve alt ekstremitelerde baskın sağ hemiparezi (1/5) saptandı. Yakınmalarının 8. gününde yapılan kranyal MR incelemesinde solda geniş bir şekilde bazal ganglia, kapsula interna, korona radiata, insula arka bölümü, frontal operkulum ve frontoparietal ak maddeyi içine alan diffüzyon kesitinde hiperintens, ADC kesitinde hipointens, içinde en geniş çapı 3 cm'e ulaşan kanama alanları içeren sol orta serebral arter (MCA) yüzeyel ve derin sulama alanında taze enfarkt ile uyumlu lezyonlar görüldü. Buna ek olarak sol krus serebride diffüzyon ve T2 kesitlerinde hiperintens, ADC kesitinde hipointens lezyon dikkati çekti ve Wallerian dejenerasyon olarak değerlendirildi. Hastanın ilk başvurduğu gün yapılan BT angiyoğrafi incelemesinde sol internal karotid arterde oklüde görünümdeydi. Ancak 8 gün sonra yapılan MR angiyoğrafi incelemesinde oklüzyon görülmeydi. Kardiyoembolik natürde iskemik inme olasılığı akla gelen hastanın transtorasik ekokardiyografi ve 24 saat ritim Holter incelemelerinde önemli özellik saptanmadı ve hastaya asetilsalisilik asit (100mg) tedavisi başlandı, ritim Holter tekrarı planlandı.

Olgu 2: 85 yaşında erkek hasta, konuşma güçlüğü, ağızda sola kayma, sağ kol ve bacakta güçsüzlük nedeniyle getirildi. Hipertansiyonu ve konjestif kalp yetersizliği vardı. Nörolojik muayenede global afazi, sağ homonim hemianopsi ve sağ hemiparezi (1/5) saptandı. Bu yakınmalarının 10. gününde yapılan kranyal MR incelemesinde sağ frontoparietalde kortikosubkortikal ve insulayı içine alan difüzyon kesitinde hiperintens, ADC'de hipointens, sol MCA yüzeyel sulama alanında geniş akut enfarktle uyumlu lezyon görüldü. Ayrıca, sol kapsula interna ve crus serebride Wallerian dejenerasyona bağlı difüzyon kısıtlılığı ve ADC kesitinde hipointensite dikkati çekti. Hastanın MR anjiyografisinde yeterli görüntü kalitesi olmamakla beraber her iki MCA distal dalları seçilemiyordu. Kardiyoembolik etyolojiye yönelik incelemeleri yapılarak, atriyal fibrilasyon saptanan hastaya oral antikoagülan tedavi başlandı.

Sonuç: İskemik inme sonrası motor yollarda gelişen aksomal hasar, işlevsel özrürlülük ve düşük yaşam kalitesiyle doğrudan ilişkilidir. Kortikospinal traktusun inen liflerinde erken dönemde oluşan Wallerian dejenerasyon da kalıcı özrürlülüğün belirleyicilerinden biri olarak görülmektedir. Bu nedenle olgularımızda olduğu gibi geniş bir iskemik lezyonla aynı taraftaki inen motor yollarda görülen akut MR lezyonları yanlış olarak yeni bir enfarkt düşündürmemeli ve erken Wallerian dejenerasyonu akla getirmelidir. Ayrıca Wallerian dejenerasyonun tanınabilmesi, fizik tedavi ve rehabilitasyon stratejilerinin belirlenmesi için de yol gösterici olabilir.

P-002

İSKEMİK İNMEDE İNTERNAL KAROTİS ARTER DARLIĞININ NÖTROFİL LENFOSİT ORANI İLE İLİŞKİSİ

Hülya Çilingir, Şahinde Fazilet Hız, Aslı Yaman Kula, Göktuğ Alper Coşkun

Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

Giriş: İnflamasyon, ateroskleroz progresyonunun ve aterosklerotik plak rüptürünün tüm evrelerinde ön plana çıkmaktadır. Günümüze kadar, T lenfosit ve monositlerin aterogeneze belirgin rol oynadığı kabul edilmekteydi. Yapılan araştırmalar sonucunda karotid arterde bulunan aterosklerotik plaklarda rüptür öncesi erken nötrofil infiltrasyonunun gerçekleştiği kanıtlanmıştır. Bu araştırma kapsamında; artan nötrofil-lenfosit değerinin, internal karotid arter stenozuna bağlı, akut iskemik inme geçiren olgularda, stenozun derecesinin öngörülmesinde basit, kullanışlı bir biyobelirteç olarak kullanılabileceğinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamızda 1 Ocak 2014-30 Nisan 2017 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniğinde internal karotid arter darlığına bağlı iskemik inme bulgularıyla, diffüzyon MRG ve beyin MRG eşliğinde tanı alan 108 hasta incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, hipertansiyon, diyabetes mellitus, sigara kullanımı, dislipidemi, kardiyovasküler hastalık ve nötrofil-lenfosit oranlarına ilişkin bilgileri kaydedildi. Kadın ve erkek hastalar ayrı olarak analiz edildi. İnternal karotis arterde %50'nin altı ve %50 ve üzeri darlığı olan hastalar iki gruba ayrıldı. İki grubun nötrofil lenfosit oranları birbiriyile karşılaştırıldı.

Bulgular: Tüm olgular göz önünde bulundurulduğunda NLR (nötrofil lenfosit oranı) ölçümü 2,03 ve üzeri olan olgularda darlık düzeyinin %50'den yüksek olma riski 3,392 kat fazla saptandı. Kadın olgularda NLR ölçümü 1,85 ve üzeri olan olgularda darlık düzeyinin %50'den yüksek olma riski 5,818 kat fazla saptandı. Erkek olgularda NLR ölçümü 1,24 ve üzeri olan olgularda darlık düzeyinin %50'den yüksek olma riski 10,714 kat fazla saptandı.

Sonuç: Bu çalışmada, yüksek nötrofil- lenfosit oranıyla, artan internal karotid arter stenozu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. NLR değeri yüksekliği, ileri derecede karotid arter darlık derecesinin ön görülmesinde, ucuz ve kullanışlı bir biyobelirteç olabilir. Bununla birlikte internal karotis arter darlığının öngörülmesinde referans alınacak optimal NLR cut off değerinin belirlenmesi için daha geniş hasta

gruplarıyla, benzer çalışmaların yapılması gerektiği kanaatine varılmıştır.

P-003

AKUT İSKEMİK İNMEDE TROMBOLİTİK TEDAVİ- VAKALARLA PRATİK YAKLAŞIM

Ezgi Yakupoğlu, Eren Gözke, Pelin Doğan Ak,
Işıl Kalyoncu Aslan, Boran Can Saraçoğlu

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

Giriş: Akut iskemik inmede intravenöz trombolitik tedavi etkinliği kanıtlanmış bir yöntemdir. Trombolitik ajanlarla yapılan uygun tedavi yöntemleri, inme sonrası bazı hastaların sonlanımını belirgin bir şekilde değiştirir. Bu çalışmadaki amaç son 1 yıl içinde hastanemizde intravenöz trombolitik tedavi uygulanan vakaların genel özellikleri ve tedaviye yanıtlarını bildirmektir.

Yöntem: Ocak 2017 ile Ocak 2018 yılları arasında 1 yıllık süre ile hastanemizde akut iskemik inme olarak değerlendirilen ve trombolitik tedavi açısından uygun bulunan ve trombolitik tedavi uygulanabilen hastalar seçilmiştir.

Bulgular: Ocak 2017 ile Ocak 2018 yılları arasında toplam 26 kişiye intravenöz rt-PA uygulanmıştır. Kişilerin yaş ortalaması 66,3 (34-88) olup; 12'si (%46,1) kadın, 14'ü (%53,9) ise erkektir. Hastaların trombolitik tedaviye uygunluğu açısından 2018 AHA/ASA önerisinde de olduğu gibi NIHSS (The National Institutes of Health Stroke Scale) kullanılmıştır. Hastaların ortalama NIHSS değeri 13,7'dir. (6-24) Hastaların şikayet başlangıcından hastaneye başvurularına kadar geçen süre ortalama 72,5 dakikadır. (20-195) Hastaneye başvurularından sonra kontrastsız kranial BT çekilme süresi ortalama 27,6 dakikadır. (3-96) Hastaların başvurularından sonra rt-PA verilme süresi ise ortalama 100,9 dakikadır. (30-195) rt-PA sonrası en sık görülen komplikasyon olan kranial hemoraji ise 26 hastanın 12 sinde (%46,1) görülmüş olup 8 hastada (%30,7) hemorajik transformasyon tip 1 şeklinde, 1 hastada (%3,8) hemorajik transformasyon tip 2, 1 hastada (%3,8) ise subaraknoid kanama şeklinde prezente olmuştur. Hastaların 3. ayda bakılan mRS (Modifiye Rankin Skalası) ortalaması 2,8 puandır. (0-6) 26 hastanın 19'unda (%73) kontrastsız kranial BT'de dens MCA bulgusu mevcuttur. Akut iskemik inmeye yatkınlığı artırabilecek ek hastalıklardan en sık olan 19 hastada (%73) gözüken hipertansiyon iken, 6 hastada (%23) tip 2 diyabet, 5 hastada (%19,2) ise atriyal fibrilasyon mevcut olup; 5 hastada (%19,2) ise bilinen ek bir hastalık saptanmamıştır.

Sonuç: Akut iskemik inme hastalarında trombolitik tedavi belirgin yararlıdır, hastaları ölümden veya yatağa bağımlı olmaktan anlamlı bir şekilde korumaktadır. Tedaviye ne kadar erken başlanırsa sonuç o kadar yüz güldürücü olmaktadır. Tüm özelliklere bakılarak tedavi penceresindeki hastalar dikkatli bir şekilde değerlendirilmeli ve uygun olan kişilere trombolitik tedavi uygulanmalıdır.

P-004

AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ İLE STROKE BİRLİKTELİĞİ

Ayşin Kisabay Ak, Melike Batum, Merve Akgül,
Deniz Selçuki

Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Nöroloji, Manisa

Giriş: Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) otozomal resesif geçişli, otoimmün, tekrarlayan ataklarla seyreden, ateş, peritonit, artrit, erizipel şeklinde cilt lezyonları ile karakterize herediter bir hastalıktır. AAA'nden sorumlu olan gen "Mediterranean Fever (MEFV)" olup kromozom 16 p13,3'te yer almaktadır. MEFV gen mutasyonunda pürin defekti olduğunda, Th1 aktivitesi ve interferon (IFN)- γ üzerinde negatif feedback etkinin oluşturulamayabileceği böylece proinflamatuvar duruma eğilimin olabileceği gösterilmiştir. İnflamatuvar bir hastalık olan AAA'nde hem ataklar sırasında, hem de ataklar arası dönemde prokoagulan faktörler artar. Antikoagulan ve fibrinolitik aktivite ise azalır. Bunun sonucu olarak tromboza yatkınlık sık görülür.

Olgu: 46 yaşında bayan hasta, 2017 Ocak ayında Romatoloji servisinde AAA atağı olarak izlendiği dönemde ağzında kayma, sol yan güçsüzlüğü, uyuşma ve nöbet geçirme nedeniyle tarafımızca değerlendirilerek nöroloji kliniğinde inme ünitesine yatırıldı. Olgumuzun nörolojik muayenesinde; bilinç açık, oryantasyon kooperasyonu tam, solda santral fasiyal paralizisi, ılımlı dizartri, sol üst ekstremitede kas gücü 1/5, sol alt ekstremitede kas gücü 3/5, solda taban derisi refleksi pozitif ve solda yüz yarısını da içeren hemihipoestezi mevcuttu. Özgeçmişinde; hipertansiyon, romatoid artrit ve kalp yetmezliği de eşlik etmekteydi. Hastanın çekilen beyin ve difüzyon manyetik rezonans (MR) görüntülemelerinde sağ orta serebral arter sulama sahasında difüzyon kısıtlanması takibinde ve sağda bazal ganglionlar düzeyinde oksideoksihemoglobin evresinde serebral hematoma izlendi. Risk faktörlerini araştırmak amacıyla, hemogram, biyokimyasal tetkikleri (açlık kan şekeri, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ve elektrolitler), trombofili paneli ve koagülasyon paneli (protein C, protein S, antitrombin 3), romatolojik-serolojik-enfeksiyöz markerları, karotis vertebral dopler ultrasonu, transtorasik EKO'su planlandı. Rutinlerinde ılımlı anemi (Hg:11,2), homosistinemisi (Homosistein:10), antinükleer antikor (ANA) pozitifliği ve romatoid faktör yüksekliği (RF:237) saptandı. Protein C, S, antitrombin III normal sınırlardaydı. Karotis vertebral dopler USG olağan saptandı. Transtorasik EKO da 2. derece MY, orta AY, sol ventrikül hafif hipokinetik, sol ventrikül konsantrik hipertrofisi, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu %40 olarak saptandı. Diğer planlanan tetkikleri normal sınırlarda idi. Medikal tedavi (antihipertansif ve antiödem ve ilerleyen dönemde antiagregan) düzenlenen olgunun takibinde hematoma resorpsiyon olduğu görüldü. Rehabilitasyon programına alınarak taburcu edildi.

Sonuç: AAA'de nörolojik tutulum idiyopatik intrakraniyal hipertansiyon (psödötümör serebri), optik nörit, tekrarlayan aseptik menenjit, iskemik stroke, kranial sinir lezyonları ve demiyelinizan lezyonlar olarak geniş bir spektrumda karşımıza çıkar. İskemik stroke kliniği ile başvuran takibinde hematoma neden olabilecek herhangi bir ilaç verilmemesine rağmen infarkt içi hematoma gelişen olguyu iki klinik tablonun birlikteliğinden dolayı sunulmasının uygun olduğu düşünüldü. İki farklı kliniğin birlikteliğinin olduğu literatürde benzer olguya rastlanmamıştır.

NON-ARTERİTİK İSKEMİK OPTİK NÖROPATİ HASTALARININ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ, KLİNİK BULGULARI VE TEDAVİ PROTOKOLLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dilek Top Kartı¹, Ömer Kartı², Neşe Çelebisoy³

¹Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İzmir

²Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Oftalmoloji Kliniği, İzmir

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: NAİON (non-arteritik anterior iskemik optik nöropati), 50 yaş üstü popülasyonda en sık rastlanılan primer optik nöropati nedenidir. Bu çalışma NAİON hastalarının demografik verileri, klinik özelliklerini ve tedavi protokollerini analiz etmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Bu çalışma Ege üniversitesi nörosensoryel laboratuvarı ve Bozyaka eğitim ve araştırma hastanesi nörooftalmoloji polikliniğinde NAİON tanısı alan 110 hastanın dosyasının geriye yönelik olarak incelenmesi ile gerçekleştirildi. Hastaların demografik ve klinik verileri kaydedildi. Göz hareketleri, pupiller reaksiyon, EİDGK (en iyi düzeltilmiş görme keskinliği) testi, renkli görme testi, fundus değerlendirmesi ve görme alanı testi (1/10 üzerinde görme keskinliği olan uyumlu hastalarda) dahil olmak üzere ayrıntılı nöro-oftalmolojik muayene yapıldı.

Bulgular: NAİON tanısı alan toplam 110 hasta incelendi. Hastaların 48'i (%45.4) erkek idi. Yaş ortalaması 59.14 ± 15.3 yıl idi. 110 hastanın 81'inde unilateral (%74), 8'inde eş zamanlı bilateral (%7) ve 21'inde ise farklı zamanlarda gelişen bilateral tutulum (%19) mevcut idi. Göz ağrısı, rölatif afferent pupil defekti ve renkli görme bozukluğu sırasıyla 29 (%26), 73 (%66) ve 84 (%76) hastada görüldü. Optik sinir görünimleri değerlendirildiğinde, diskte şişme, solukluk ve atrofi sırasıyla 88 (%80), 21 (%19) ve 1 (%1) hastada izlendi. En yaygın görme alanı defekti altitudinal skotom idi (68, %62). NAİON ile ilişkili diğer görme alanı defektleri ise periferik (%19,17), santral/santroçekal (%12,11), total (%8,7) ve tübüler (%3,3) idi. NAİON'a uygulanan tedavi protokollerini incelediğinde, en çok tercih edilen tedavi ASA (asetil salisilik asit) (%41,37) idi. 29 hastada (%26) oral steroid ile ASA kombinasyonu kullanıldı. 20 hastada (%18) pulse steroid tedavisi (1 g intravenöz olarak 3 ila 7 gün arasında) uygulandı. Bir hastada pulse steroid, ardından oral steroid tedavisi uygulandı. Geri kalan 19 hasta tedavi almadan takip edildi. Başvuru anında etkilenen gözlerdeki ortalama EİDGK 0.36 ± 0.32, son kontrolde ise 0.42 ± 0.38 idi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değil idi (p = 0.116, paired t testi).

Sonuç: Bu çalışma Nöro-oftalmoloji uzmanlık kliniklerinde NAİON'un demografik, klinik özellikleri ve tedavi protokolleri hakkında yararlı bilgiler sağlamaktadır. Bulgularımız diğer toplum tabanlı çalışmalarla büyük ölçüde uyumludur. Katılımcı sayısının fazla olması nedeniyle bu çalışmanın Türk toplumundaki NAİON'lu hastaları yansıttığına inanıyoruz. Bulgularımız daha kapsamlı, çok merkezli çalışmalar için kıyaslanabilir veriler içermektedir.

TUZAK NÖROPATİYİ TAKLİT EDEN STROKE OLGUSU

Ayşe Yılmaz, Rabia Gökçen Gözübatık Çelik, Ayhan Köksal

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Monoparezi veya monopleji ile seyreden kortikal enfarktlar nadirdir. Özellikle piramidal ve serebellar bulguların eşlik etmediği izole sensöryel şikayetle seyreden nörolojik hastalıklarda tuzak nöropati (radial, median, ulnar, pleksus) tanısı ile serebrovasküler olaylar karışabilir. Biz bu olgu bağlamında tuzak nöropatiler ile kortikal enfarkt arasındaki tanı, tedavi ve klinik seyir arasındaki farklılıkları tartışmayı amaçladık.

Olgu: Kırk iki yaşında sol el dominant kadın hasta, birkaç aydır var olan sol el 4. ve 5. parmakta uyuşma şikayeti ile hastaneye başvurmuş. Özgeçmişinde herhangi bir hastalık ve ameliyat öyküsü yoktu. Yapılan elektromiyografi incelemesinde dirsek seviyesinde belirgin ulnar tuzaklanma saptanmış ve tedavi başlanmış. Ancak son 2 gündür uyuşmasının tüm parmaklarda belirginleşmesi ve ince motor hareketlerde güçsüzlük gelişmesi nedeniyle nöroloji polikliniğinde değerlendirilen hastanın medikal tedavi dozu artırılmış. Hasta şikayetinin geçmemesi üzerine hastanemiz nöroloji polikliniğine başvurdu. Yapılan nörolojik muayenesinde konuşmasının hafif dizartrik olduğu, sol el dorsifleksiyonun -4/5 kas gücü, sol el parmaklarında hipoestezi ve kortikal duyu kusuru (parmak agnozisi) olduğu saptandı. Kortikal duyu kusuru ve ulnar nöropatiji aşan hipoestezi olması nedeniyle kranial hadiseler düşünüldü. Yapılan kranial MR incelemesinde sağ MCA kortikal sulama alanında difüzyon kısıtlılığı izlendi. Etiyolojiye yönelik yapılan incelemeler sonucunda aterosklerotik zeminde gelişen iskemik serebrovasküler olay olarak değerlendirildi. Antiagregan tedavisi düzenlenen hastanın takiplerinde sekelsiz iyileştiği gözlemlendi.

Sonuç: İzole monoparezi veya monopleji ile başvuran olgularda defisit belli bir dermatom veya miyotom alanına uymuyorsa tanıda ilk planda pleksus hasarı ve kortikal patolojiler düşünülmelidir. İzole sensöryel bulgularla klinik prezentasyon gösteren olgumuzda EMG incelemesinde Ulnar Tuzak Sendromu saptanması üzerine kranial patolojiler ekarte edilmemiş ve tanı atlanmıştır. Kliniğimizde alınan detaylı anamnez ve yapılan nörolojik muayene sonucunda mevcut şikayetlerine 2 gün önce sol el 4. ve 5. parmakta uyuşukluğun tüm parmaklara yayılması, kas gücü kaybı, kortikal duyu kusuru ve hafif dizartri eklenmesi nöropati kliniği ile açıklanamayacağı için santral patolojileri akla getirmiştir. Bu olgu bağlamında nörolojik hastalıkların bir kısmının benzer klinik bulgu verebileceği detaylı alınan öykü ve nörolojik muayene neticesinde ayırıcı tanının tekrar tekrar gözden geçirilmesi açısından literatürde rastlanan nadir vakalardan olması sebebiyle paylaştık.

P-009

BİLATERAL KAROTİS ARTER ENDARTEREKTOMİSİ SONRASI GEÇİCİ DİSFAJİ

Şennur Delibaş Katı, Yasemin Biçer Gömceli, Aylin Yaman

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Antalya

Giriş: Disfaji karotis cerrahisi sonrası görülebilen çok da nadir olmayan bir semptomdur.

Yöntem: 79 yaşında erkek hasta dış merkezde 1 ay arayla yapılan bilateral karotis endarterektomi cerrahisi sonrası gelişen disfaji şikayeti ile başvurdu. Öncesinde bilinen herhangi bir yutma güclüğü bulunmamaktaydı. Perioperatif inme gelişimi tanısız olarak dışlandıktan sonra nutrisyon bölümü ile birlikte diyet düzenlemesi ile takibe alındı. Nörolojik muayenede hastanın yutma sırasında tekrarlayıcı hareketlerle yutmayı tamamladığı ve bilateral gag refleksinin azalmış olduğu görüldü.

Bulgular: 1 ay sonraki kontrolde hastanın semptomları tama yakın düzelmişti.

Sonuç: Endarterektomi sonrası disfaji nadir olmayıp genelde ilk 1 aylık süreçte düzelmektedir. Literatürde daha da uzayan olgular olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir.

P-011

ANTON SENDROMU: NADİR BİR OLGU

Mustafa Karabacak, Yonca Ünlübaş, Türkan Acar, Bilgehan Atılcan Acar

Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Sakarya

Giriş: Anton sendromu, ilk kez 1920'de Mayen tarafından tanımlanan ve ani başlayan körlük ile karakterize nadir bir antitedir. Bilateral posterior serebral arter enfarktına bağlı olarak gelişen iki yanlı striat korteksin lezyonlarında, korunmuş ışık refleksi ile karakterize bilateral körlük ortaya çıkar. Bu yazıda kortikal körlük yaşayan ve bu durumun farkında olmayan Anton sendromlu bir vaka sunulmuştur.

Olgusu: Altmışbir yaşındaki kadın hasta ani gelişen görme kaybı ile hastanemiz acil servisine başvurdu. Özgeçmişinde bilinen hipertansiyon dışında ek hastalığı bulunmayan hastanın geliş TA:170/110 mmHg idi. Hastanın nörolojik muayenesinde genel durum iyi şuurlu açık koopere, kranial sinirler intakt, motor defisit yoktu. Ancak hasta görme kaybının farkında değildi. İlk çekilen beyin tomografisinde bulgu saptanmayan hastanın diffüzyon MR'ında ADC karşılığı olan bilateral oksipital enfarkt saptandı.

Sonuç: Bilateral oksipital lezyonlarda kortikal körlük olur ve körlüğün inkarı da varsa Anton sendromu olarak bilinir. Kortikal körlük; serebral vazospazm, bilateral enfarkt veya sistemik hipotansiyon sonucu gelişebilir. Hastalardaki en tipik bulgu göremediklerinin farkında olmamaları ve bunu inkar etmeleridir.

Ani gelişen görme kaybı olduğunda ve özellikle hastaların bu durumu inkar etme durumunda bu nadir görülen sendrom akıldan tutulmalıdır.

P-012

SEREBRAL VENÖZ SİNÜS TROMBOZU İLE PREZENTE OLAN SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS: OLGU SUNUMU

Alper Eren, Merve Korukçu

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Erzurum

Giriş: Sistemik lupus eritematozus (SLE) sıklıkla genç kadınlarda görülen otoantikorların neden olduğu mikrovasküler enflamasyonla seyreden multisistem tutulumlu, kronik, otoimmün bir hastalıktır. Otoantikorlar özellikle, böbrekler, kan yapıcı organlar ve santral sinir sistemine karşı gelişir. Çoğunlukla halsizlik, yorgunluk, ateş, artalji ve myalji gibi nonspesifik bulgularla başlayıp değişen şiddetteki klinik bulgular ve organ tutulumlarını içeren kompleks bir tablo ile doktora başvurulur. %60-75 olguda nörolojik veya nöropsikiyatrik bulgular gelişebilir. Biz burada kliniğe yansıyan ilk bulgusu nöropsikiyatrik bir bozukluk olan SLE olgusunu sunduk.

Olgusu: 18 yaşında kadın hasta bilinç bozukluğu, baş ağrısı, bulantı-kusma ve sağ tarafta güçsüzlük yakınmalarıyla kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde son 1 yıldır gerilim tipi baş ağrısı ve zaman zaman güneşe çıkınca yüzünde kızarıklık ve hassasiyet dışında özellik yoktu. Nörolojik muayenede bilinç konfüze, sağda MFP, sağ hemiparezi (üst:1/5, alt:2/5) ve sağda Babinski (+) idi. Acil serviste çekilen BBT'de superior sagittal sinüs ve her iki transvers sinüste trombus ile uyumlu dansite değişiklikleri mevcuttu. Diffüzyon MRG'sinde solda sentrum semiovale düzeyinde kortikal ve jukstakortikal bölgelerde venöz enfarkt ile uyumlu diffüzyon kısıtlılıkları olan hastanın MR venografisinde bilateral transvers sinüs, sol sigmoid sinüs ve süperior sagittal sinüste kontrast dolum defektleri izlendi. Rutin laboratuvar tetkiklerinde vit-B12'si düşük (106 pg/dl) olan hastanın trombofili paneli ve vaskülit markırları çalışıldı. Homosistein yüksek (17,4 umol/L), ANA (++) ve Anti ds-DNA IgM pozitif (196,2 U/ml) saptandı. Romatolojik açıdan sorgulamasında fotosensitivite tespit edilen hastanın kompleman düzeyleri normal ve direkt ve indirect coombs testleri negatifti. İdrarda proteinüri tespit edilmedi. 2015 ACR/SLICC (American College of Rheumatology/Systemic Lupus International Collaborating Clinics) tanı kriterlerine göre SLE tanısı konuldu (fotosensitivite-1p, ANA (+)-1p, Anti ds-DNA (+)-2p, inne-1p) ve romatoloji kliniğince tedavisi düzenlendi.

Sonuç: SLE birden fazla organı tutan sistemik enflamatuvar bir hastalıktır. Nörolojik bulgulara sebep olan patolojik mekanizmalar nöronal antijenlere karşı gelişen antikorlar, tromboz gibi noninflamatuvar vaskülopati ve immün kompleks aracılı vaskülitlerdir. SLE'de MSS tutulumu görece sık görülsede genellikle sistemik hastalığın varlığı ayırıcı tanıda kuşkuyla yer bırakmaz. Nörolojik tutulumla giden klinik tablo inme, nöbet, kore, demans, psikoz ve komadan periferik nöropati ve miyozite kadar değişen bir yelpazededir. SLE'de nörolojik tutulum kötü prognoz olarak bilinmektedir ve majör ölüm nedeni olarak düşünülmektedir. Sıklıkla sistemik hastalık önce ortaya çıkar. Kliniğe yansıyan ilk bulgusu nöropsikiyatrik bozukluklar olan olgular, tüm SLE olgularının yaklaşık %3'lük kısmını oluşturmaktadır. Serebrovasküler hastalık mekanizmalarının nöropsikiyatrik SLE olgularının sadece %20 sinden sorumlu olduğu düşünülmektedir. Serebral sinüs trombozu ise SLE'nin oldukça nadir bir komplikasyonudur ve SLE'nin

seyri sırasında ortaya çıkabileceği gibi bazen SLE'yi ortaya çıkaran klinik tablo olarak da belirebilir. Bizim olgumuzda da SLE tanısı, nadir görülen nörolojik komplikasyonlardan olan sinüs trombozu etyolojisine yönelik araştırmalar sırasında konmuştur. Sonuç olarak SLE, sistemik bulgularının yanı sıra nöropsikiyatrik açıdan da geniş bir hastalık yelpazesinde ortaya çıkabilmektedir. Bizim olgumuz gibi genç inmeli hastalarda sistemik tutulum bulguları olmasa da tanısı ve tedavisiyle özellik arzeden SLE' de akıldan bulundurulmalıdır.

P-013

BİLATERAL EKSTRAKRANYAL KAROTİS ARTER ANEVİZMASI: OLGU SUNUMU

Merve Aşıkovalı¹, Kamer Tandoğan¹, Ülker Anadol Kelleci¹, Ayşe Destina Yalçın¹, Metin Onur Beyaz²

¹T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

²T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Giriş: Ekstrakranyal karotis arter anevrizma (ECAA)' ları tüm arteriyel anevrizmaların %1' den azını, periferik arter anevrizmalarının da %4'ünü oluşturmaktadır. Etiyolojide ateroskleroz (%46-70) en sık nedendir. Bu anevrizmalar tedavi edilmediğinde rüptür riski, tromboemboliye bağlı inme, ölüm gibi komplikasyonlar bildirilmiştir. Bu olgumuzda akut enfarkt nedeni olarak tespit ettiğimiz bilateral ve dev ECAA sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: 88 yaşında acile ani başlayan konuşma bozukluğu ile başvuran kadın hastanın çekilen difüzyon MRG (Manyetik Rezonans Görüntüleme)'de sol frontoparietal alanda akut enfarkt saptanması üzerine nöroloji servisimize interne edildi. Özgeçmişinde geçirilmiş iskemik inmesi mevcuttu. Nörolojik muayenesinde bilinç açık, kooperasyon yok, anlama bozuk, emir almıyor ve ekolalisi mevcuttu. Sağ üst ekstremitede fröst parezisi vardı. Boyun inspeksiyon ve palpasyonunda sol ve sağ boyun bölgesinde 75x65 ve 35x25 mm çaplarında yuvarlak düzgün sınırlı pulsatil dev kitleler bulundu. Tedavi asetilsalisilikasit 300 mg/gün olarak düzenlendi. Yapılan etyolojik tetkiklerinde mevcut kitlenin bilateral internal karotis arter anevrizması olduğu görüldü. Kalp damar cerrahisince operasyon önerilen hasta, takibe alınarak taburcu edildi.

Sonuç: Ekstrakranyal karotis arter anevrizmaları nadir görülmektedir. Tedavi edilmeyen anevrizma olgularında %50-70 oranında inme komplikasyonu bildirilmiştir. İnme etyolojisinde olguların erken tanı ve tedavisi konusunda bilinçli olunmalıdır.

P-014

KESİCİ ALET YARALANMASINA BAĞLI SEREBRAL ENFARKT İLE PREZENTE OLAN KAROTİS ARTER DİSEKSİYONU

Gökhan Görken, Aysel Milanlıoğlu, Gökhan Gökpinar, Vedat Çilingir, Abdullah Yılğör, Aydın Çağaç

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji, Van

Giriş: Spontan veya travma sonrası internal karotis arter (ICA) diseksiyonu genç ve orta yaşta görülen iskemik serebrovasküler hastaların %20'sini oluşturan önemli bir nedendir. Karotis arter diseksiyonlarında klinik tablo sıklıkla horner sendromu, geçici iskemik atak ve inme şeklinde

karşımıza çıkmaktadır. Kesici alet yaralanmalarına bağlı ICA diseksiyonu nadir rastlanan bir durumdur.

Olgu: 36 yaşında ve bilinen herhangi bir hastalığı olmayan hasta boyundan kesici bir alet ile yaralanmasından 3 gün sonra başlayan sağ kol ve bacakta güçsüzlük şikayeti ile acil servise başvurmuş. Nörolojik muayenesinde bilinç somnale, sağ üst ve alt ekstremitelerde 1/5 düzeyinde kas gücü vardı. Diffüzyon MRG' de sağ MCA sulama alanında akut enfarkt saptanması üzerine yoğun bakıma yatırıldı. Etiyolojiye yönelik yapılan tetkiklerden boyun arteriel MR anjiyoda sol ICA'da karotis diseksiyonu ile uyumlu olarak düşünülen bifurkasyon düzeyinden itibaren kraniale doğru servikal segmentlerde kalibrasyonda belirgin inceltme ve minimal kontrastlanma dikkati çekmekteydi. Antikoagulan tedavi verilen hastanın takiplerinde bir problem olmadı. Hasta rehabilitasyon amacıyla fizik tedaviye yönlendirildi.

Sonuç: Kesici alet yaralanmalarına bağlı küt travmalarda internal karotis arterin gerilmesi, hiperekstansiyona maruz kalması intimal yırtığa neden olarak diseksiyona neden olabilir. Bu nedenle kesici alet yaralanmaları sonrasında gelişen genç yaş inme vakalarında ICA diseksiyonunun mutlaka ekarte edilmesi gerekliliği unutulmamalıdır.

P-015

KAYNAĞI BELİRSİZ EMBOLİK İNMEDE ATRİYAL VE VENTRİKÜLER FONKSİYONLARIN EKG, HOLTER-EKG VE EKOKARDİYOGRAFI İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Emrah Kaya¹, Tolga Yalın Yaylalı¹, Eylem Değirmenci²

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Denizli

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Denizli

Giriş: Sol atriyal (LA) kardiyopati inmeye neden olabilir. Miyokardiyal strain analizi sol atriyum ve sol ventrikül (LV) patofizyolojisine dair bilgiler sunabilir. Bu çalışmanın amacı, kaynağı belirsiz embolik inme (ESUS) hastalarında LA fonksiyonlarını ve LV strain değerlerini analiz etmektir.

Yöntem: Bu prospektif çalışma cinsiyet ve yaş açısından benzer olan 35 adet ESUS'lu hasta (61 ± 10 yaşında) ve 37 adet sağlıklı kontrol grubunu (60 ± 10 yaşında) içeriyordu. Tüm hastalara beyin bilgisayarlı tomografisi (BT), konvansiyonel ve difüzyon MRG, BT veya MR anjiyografi, 12 derivasyonlu EKG, transtorasik ekokardiyografi ve Holter EKG monitörizasyonu yapıldı. Major kardiyembolik risklere sahip hastalar dışlandı. Sol atriyum hacimleri ve fonksiyonları ekokardiyografi ile belirlendi. Sol atriyum ve ventrikül strain değerleri speckle-tracking metoduyla global longitudinal olarak ölçüldü. Sonuçlar Bağımsız Örneklem t testi, Mann Whitney U testi ile analiz edildi.

Bulgular: Major kardiyovasküler risk faktörleri iki grup arasında da benzerdi. ESUS'lu hastaların ortalama CHA2DS2-VASc skoru 2.57 ± 1.22, Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Skalası (NIHSS) 3.94 ± 3.03 ve Modifiye Rankin Skalası (mRS) 1.31 ± 0.83 saptandı. Atrial elektromekanik süre (PA) ve gecikme zamanı (EMD), LA boşalma fraksiyonu (EF) ve hacim indeksleri iki grup arasında benzer bulundu. Hasta grubunda sol atriyal global longitudinal strain kontrol grubuna göre düşük saptandı (25.17 ± 7.21% vs. 29.73 ± 8.75%, p=0.019). Yine, hasta grubunda sol ventrikül global longitudinal strain kontrol grubuna göre düşük saptandı (-14.66 ± 4.16% vs.-16.41 ±

3.86%, p=0.031). LA, LV strain değerleri ile skorlar arasında korelasyon saptanmadı.

Sonuç: Bu çalışmada hasta grubu, kontrol grubuna göre daha düşük LA ve LV global longitudinal straine sahipken, LA hacim indeksleri iki grup arasında farklılık göstermemektedir. LA ve LV strain değerleri, asemptomatik AF gelişmesi açısından, hangi hastaların daha kapsamlı kardiyovasküler risk faktörü modifikasyonu ve gözlem için yakından izlenmesi gerektiğinin belirlenmesinde faydalı olabilir.

P-016

İSKEMİK İNME GEÇİREN HASTALARDA MONOSİT/HDL ORANLARININ KLİNİK PROGNOZU BELİRLEMEDEKİ ROLÜ

Deniz Kamacı Şener¹, Nilüfer Büyükkoyuncu¹, Demet Yıldız¹, Meral Seferoğlu¹, Ebru Yaşar¹, Deniz Sığırılı²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Bursa

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bioistatistik Ana Bilim Dalı, Bioistatistik Anabilim Dalı, Bursa

Giriş: İskemik inme serebral kan akımının vasküler nedenlere bağlı olarak aniden durması veya azalmasına bağlı olarak serebral fokal veya jenaralize belirti ve bulguların ortaya çıkması ile karakterize klinik tablodur. Serebrovasküler hastalıkların %80 'i iskemik inmedir. Beyin dokusunun iskemisi ile beyin enerji metabolizmasının bozulması inflamatuvar süreci tetikler. Hücre membranının bozulması intrasellüler kalsiyum artışı ve eksitator nörotransmitterlerin, serbest radikallerin salınımına sebep olur. Bu süreçte lipid peroksidasyonunu tetiklenir ve nöronal hasar meydana gelir. Son zamanlarda yapılan bazı çalışmalarda Monosit/HDL (MHO) oranlarının inflamasyonun yeni bir belirteci olabileceği ve bazı kardiyovasküler, pulmoner arter hastalıklarının, serebral hemorajilerin prognozunu belirlemede yardımcı olabileceği gösterilmiştir.

Yöntem: Ocak 2017 – Ağustos 2017 tarihleri arasında acil servise başvurup iskemik inme tanısı almış ve kliniğimize yatırılmış toplam 108 hasta ve 55 sağlıklı kontrol hastası geriye dönük olarak çalışmaya alındı. Hastaların yatışının ilk 24. Saatinde aç karnına alınan kan örneklerinden lipid paneli, rutin biyokimya değerleri, tam kan sayımı, sedimentasyon ve CRP değerleri incelendi. İskemik inme Bamford ve TOAST sınıflamasına göre gruplandırıldı. Hastaların nörolojik durumu NIH, modifiye rankin skoru ve Bartel indeksi ne göre değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamızda değerlendirilen hastalar ile sağlıklı kontroller arasında yaş, cinsiyet, hipertansiyon, sigara kullanımı açısından fark saptanmadı. MHO hasta grubunda anlamlı olarak daha yüksek saptandı (p=0,001). Hasta grubunda MHO ile modifiye rankin skoru arasında pozitif yönde korelasyon saptandı.

Sonuç: İskemik inmenin akut döneminde dakikalar içinde monositler aktive olur ve prognozda rol oynar. HDL 'nin antioksidan, antiinflamatuvar, antitrombotik etkisi vardır. HDL adezyon moleküllerinin ekspresyonunu engelleyerek monositlerin arter duvarına yapışmasını engelleyerek monositin inflamatuvar cevabını dizginler. MHO inflamasyonun bir göstergesidir, biz de çalışmamızda MHO ile iskemik inme prognozunu belirlemeye katkıda bulunmaya çalıştık.

P-017

MİNÖR İNMELEERDE (NIHSS<6) MEKANİK TROMBEKTOMİ

Çetin Kürşad Akpınar¹, Erdem Gürkaş²

¹Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Samsun

²Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara

Giriş: Akut inme hastalarında major damar oklüzyonu varlığında mekanik trombektomi yapılması gereken standart bir tedavidir. Rehberlerde kanıt düzeyi 1a olarak NIHSS>6 ise mekanik trombektomi yapılması önerilmiştir. Genellikle major damar oklüzyonlu olgular orta (NIHSS 6-9) - ciddi klinik (NIHSS 9>...) tablolar ile karşımıza gelmektedir. Nadiren minor inme (NIHSS <6) kliniği ile de karşımıza gelebilmektedir.

Yöntem: Çalışmaya major damar oklüzyonu olan 2'si kadın 7 inme hastası dahil edilmiştir. Trombolitik tedavi ilk 4.5 saat içerisinde başvuran olgulara verilirken, mekanik trombektomi iki olguda takip sonrası geç dönemde, 5 olguda ilk 6 saat içerisinde uygulanmıştır.

Bulgular: Yaşları 40 ile 81 arasında idi. Tüm olgularda başarılı rekanalizasyon (mTICI 2b-3) sağlandı. İki olguya sadece intravenöz trombolitik tedavi verildi. Bu olgularda takip sonrası klinik progresyon (NIHSS>6) gelişti ve mekanik trombektomi yapıldı. 90.gündeki mRS bir olguda 2 diğer olguda 5 idi. Beş olguya intravenöz trombolitik tedaviyi (uygun olgularda) takiben mekanik trombektomi uygulandı. 90.günde olguların hepsinde iyi klinik sonlanım (mRS 0-2) izlendi.

Sonuç: İlk 6-8 saatte başvuran her olguya yapılabilir. BT BT anjiyografi yapılmalı, major damar oklüzyonu saptanırsa NIHSS skoruna bakılmaksızın mekanik trombektomi uygun olgularda yapılmalıdır.

P-018

SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GİRİŞİMSSEL NÖROLOJİ 13 AYLIK VERİLERİ

Çetin Kürşad Akpınar, İdris Sayılır, Murat Çalık, Melike Kaya

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Samsun

Giriş: 1 Şubat 2017 ile 30 28 Şubat 2017 tarihleri arasında Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji kliniği bünyesinde inme merkezimizde açılmasıyla akut iskemik inme intravenöz ve intra-arteriyel tedavisi ile karotid ve vertebral arter stentleme işlemleri başlamıştır. Bu yazı ile amacımız hastanemiz inme merkezi ve anjiyografi ünitesinde yapmış olduğumuz akut iskemik inme primer ve profilaksi tedavilerinin 13 aylık sonuçlarını bildirmektir.

Yöntem: Akut iskemik inme kliniği ile başvurmuş; ilk 6-8 saatteki, yaş aralığı 18-82 (baziller arter oklüzyonu olan 90 yaşında 1 hasta) ve NIHSS > 5 (5 olguda NIHSS<6) olan hastalara kontrastsız beyin BT çekilip, kanama olmadığı görülürse BT anjiyografi çekilmiştir. Proksimal damar oklüzyonu varlığında trombolitik tedaviyi takiben (uygun hastalarda) mekanik trombektomi, yokluğunda sadece uygun hastalara intravenöz trombolitik tedavi verilmiştir. Semptomatik (inme sonrası ilk 3 ay içinde) karotis ve vertebral arter stenozu olan olgularda %50, asemptomatik karotis ve vertebral stenozu olgularında %70 ve üzeri

darlıklarda karotis, vertebral, baziller ve subklaviyen arter stentleme işlemleri yapılmıştır.

Bulgular: 13 aylık süreçte toplam 212 hastaya tanınal anjiyografi (45 hastaya mekanik trombektomi, 66 olguya karotis, vertebral, baziller ve subklaviyen arter stentleme) uygulanmıştır. Yine bu süreçte 2 hastaya intraarteriyel trombolitik tedavi, 58 hastaya intravenöz trombolitik tedavi (25 olguya trombolitik tedaviyi takiben mekanik trombektomi için anjiyografi ünitesine alındı) uygulanmıştır. İntravenöz trombolitik tedavi verilen hastalardan 1'inde semptomatik intrakraniyal hemoraji, 2'sinde asemptomatik intrakraniyal hemoraji, 1'inde gastrointestinal kanama saptanmıştır.

Mekanik trombektomi olgularının 1'inde mikrotel manuplasyonuna bağlı MCA distal perforasyonu gelişti ama ICA T oklüzyonu olan olgu rekanalize olmadığı için asemptomatik hemoraji gelişti ve malign ICA ödemi nedeni ile ex oldu. Mekanik trombektomi uygulanan 8 olgu da asemptomatik intrakraniyal hemoraji, 1'inde asemptomatik subaraknoid kanama, 2'sinde semptomatik intrakraniyal hemoraji saptanmıştır. Başarılı rekanalizasyon oranımız %75,5 90. gündeki iyi klinik sonuçlarımız %46,6 idi. 66 olguya karotis, vertebral, baziller ve subklaviyen stentleme yapılmıştır (51 olgu; semptomatik ekstrakraniyal ICA stenozu, 9 olgu; asemptomatik ekstrakraniyal ICA stenozu, 1 olgu; semptomatik intrakraniyal ICA stenozu, 3 olgu; semptomatik vertebral arter stenozu, 1 olgu; asemptomatik vertebral arter stenozu, 1 olgu; semptomatik baziller arter stenozu, 1 olgu; semptomatik subklaviyen arter stenozu). Stentleme sonrası 5 olguda minör inme saptanırken olguların dördünde klinik düzelmiştir. Major inme olmadı. 2 olguda akut stent trombozu gelişti (1'inde 4. gün muhtemelen temporal arterite bağlı (geç başvuran olguya herhangi bir müdahale yapılmadı), diğer olguda 2.gün muhtemelen antiagren direncine sekonder, bu olguda endovasküler müdahale trombüs aspire edildi, tirofiban puse sonrası tikagrelor başlandı-hasta tam klinik düzelmeye ile taburcu edildi.). 1. ve 6. aydaki kontrol karotis dopplerlerde rezidü stenoz saptanmadı. Akut iskemik inme sonrası malign MCA enfarktı olan iki olguya (<65 yaş) 48 saat içerisinde dekompresif cerrahi yapılmıştır. Bu iki hasta ex olmuştur.

Sonuç: İnme merkezlerinin kurulması ile daha çok akut iskemik inme hastasına hem intravenöz hem endovasküler tedavi uygulanabilecektir.

P-019

BAZİLER ARTER ANEVİZMASI TEDAVİSİNDE AKIM ÇEVİRİCİ STENTE SEKONDER GELİŞEN TROMBOZ OLGUSU

Hale Batur Çağlayan¹, Nazan Yaman Ege², Taylan Altıparmak¹, Koray Akkan³, Bijen Nazlıel¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara,

²Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Yoğun Bakım Ünitesi, İzmir

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Posterior sistem enfarktları tüm inmeler arasında %15-20 oranında görülmekte ve baziller dolaşım bozuklukları kaynaklı oluşan inmeler tüm inmelerin %1-4'ünü oluşturmaktadır. 3 ay önce asemptomatik sol internal karotis arter darlığına (%90) yönelik stent ve baziller arter

anevrizmasına yönelik girişimsel işlem yapılmış olan ve posterior sistem enfarktı ile başvuran bir olguyu sunmaktayız.

Olgu: Altmış yaşında erkek hasta acil servise baş ağrısı, baş dönmesi, minimal santral fasyal parezi ve dizatri ile başvurdu. Hasta acil servisi ilk 4.5 saat dışında başvurduğu için trombolitik işlemi düşünülmemiş olup, çekilen beyin tomografisi normal olarak izlenmiştir. Diffüzyon MR tetkikinde ise bilateral geniş serebellar, pontin ve talamik enfarkt ile uyumlu diffüzyon kısıtlaması izlendi. Hastaya 3 ay öncesinde baziller anevrizmaya yönelik akım çevirici stent uygulandığından, dijital substarksiyon anjiyografisi (DSA) ile daha ayrıntılı değerlendirildi. DSA'da Sol ICA stenti patent izlenmiş olup, baziller arter proksimalindeki 2 adet intrakranial stent ile endovasküler tedavi uygulanmış olan anevrizmal bölge dolmamakta fakat sağ arka serebral arter P1 segmentinde ve solda daha belirgin olmak üzere her iki superior serebellar arterler ostiumu düzeyinde intimal hiperplaziye bağlı olduğu düşünülen darlıklar izlenmiştir. Hasta 3 ay öncesinde verilen aspirin 100 mg, klopidoğrel 75 mg ve plak stabilizasyonu amaçlı atorvastatin 20 mg tedavilerini düzenli kullanmaktaymış. Ayrıca hastanın stent takıldığı dönemde aspirin ve klopidoğrelle yönelik bakılan ilaç direnci çalışmasında herhangi bir direnç durumu izlenmedi. Hastanın mevcut kliniği ve geniş serebellar enfarktlarına yönelik olarak nöroloji yoğunbakım ünitesine yatırılarak, arka fossa dekompresyon ihtiyacı açısından takip edildi. Antiagregan tedavileri artırıldı, aspirin 300mg, klopidoğrel 2x75 mg, atorvastatin 20 mg ve mannitol tedavileri verildi. Hastanın stent trombozuna yönelik olarak intraarteriyel trombolitik tedavi veya anjioplasti uygulaması, anevrizma proksimalinden çıkan perforan arterleri tıkama riski taşıdığından Girişimsel Radyoloji ile görüşülerek uygun bulunmadı. Yaklaşık olarak 2 hafta sonrasında genel durumu düzelen, nörolojik defisiti kalmayan hasta aspirin 100mg, klopidoğrel 75 mg ve enoksaparin 1x4000 U tedavileri ile servise çıkarılarak kısa süre içinde mevcut tedavi ile taburcu edildi.

Sonuç: Baziller arter stenoz ve oklüzyonları fatal seyirli olabilen, klinikte tanı ve takibinin daha zorlu olduğu inme tablolarından biridir. Klinik tablo hemisferik inmelere göre daha akuttur ve genellikle serebellar, beyin sapı bulguları şeklinde prezente olur. Hastamızda, klopidoğrel ve ASA direnci olmaksızın baziller arter akım çevirici stente sekonder tromboz görülmüştür. Intrakraniyal stentlemelerde stent trombozuyla karşılaşma oranları daha yüksektir. Bunun nedeni intrakraniyal akımın yavaş olması olabilir. Böylece etkin tedaviye rağmen darlık gelişme riski yükselmektedir. Bu olgu sunumuyla, intrakraniyal stent, akım çevirici stent hastalarını işlem sonrası daha yakından takip edilmesi gerektiğini vurgulamak istedik.

P-020

SEREBRAL VEN TROMBOZUNDA EPİLEPTİK NÖBETLERİN RİSK DEĞERLENDİRMESİ

Özlem Ethemoğlu, Halil Ay

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Giriş: Serebral Ven Trombozu (SVT) özellikle genç ve orta yaş erişkinleri etkileyen serebrovasküler hastalıkların bir formudur. SVT hastaları baş ağrısı, bulantı, kusma, fokal nörolojik defisit, epileptik nöbet, bilinç bulanıklığı ve koma tablosu gibi çok değişken klinik bulgular ile başvurabilir.

Epileptik nöbet, SVT hastalarında %30-40 oranında bildirilmiştir. Retrospektif olarak yaptığımız bu çalışmada epileptik nöbetin eşlik ettiği SVT hastalarının risk faktörlerini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Ana Bilim Dalında 2013-2018 yılları arasında SVT tanısı ile takip edilen 44 hasta çalışmaya alındı. Hastaların yaş, cinsiyet, nörolojik muayenesi, risk faktörleri, lezyon lokalizasyonu kayıt altına alındı. Hastalar epileptik nöbetli SVT ve epileptik nöbetsiz SVT olarak 2 gruba ayrıldı.

Bulgular: Hastaların 40'i kadın (%90,9), 4'sı (%9,1) erkek idi. Hastaların yaş ortalaması ise 29,7 olarak saptandı. SVT hastalarının 28'i (%63,6) en az bir epileptik nöbete sahipken, 16'sının ise her hangi bir (%36,4) epileptik nöbeti yoktu. Epileptik nöbetli SVT grubunda Epileptik nöbetsiz SVT grubuna göre anlamlı olarak fokal nörolojik defisit, hemorajik infarkt, paryetal lobu etkileyen lezyonlar ve superior sagittal sinüs tutulumu daha yüksek saptandı. Diğer parametreler ile gruplar arasında anlamlı bir ilişki görülmedi.

Sonuç: Bu çalışma; fokal nörolojik defisit, hemorajik infarkt, paryetal lobu etkileyen lezyonlar ve superior sagittal sinüs tutulumunun Serebral Ven Trombozun'da epileptik nöbetler için yüksek risk faktörleri olduğunu vurgulamaktadır. Fokal nörolojik defisit, hemorajik infarkt, paryetal lobu etkileyen lezyonlar ve superior sagittal sinüs tutulumu olan Serebral Ven Tromboz'lu hastalarda epileptik nöbet geçirme riski nedeniyle yakın takip ve gerektiğinde hızlı antiepileptik tedaviyi önermekteyiz.

P-021

GEÇİCİ İSKEMİK ATAK İLE KARIŞAN FOKAL EPİLEPTİK NÖBET; BİR ACA ANEVİZMA OLGUSU

Muhammet Nur Ögün, Merve Önerli, Şule Aydın Türkoğlu, Nebil Yıldız, Edip Gültekin, Handan Teker

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

Giriş: İntrakranial anevrizmalar toplumun %5'inde gözlenir ve sıklıkla asemptomatik olup tespit edilmezler. Tipik olarak erişkinlikte yaş, hipertansiyon, sigara kullanımı gibi risk faktörleri nedeniyle büyümeleri sonrası klinik belirti vermeye başlayınca tanı alırlar. Fokal epileptik nöbet, kanama, kitle etkisi gibi nörolojik bulgularla prezente olmaktadır. Biz bu olgu sunumunda boğazda yanma hissi sonrası gelen 2-3 dakika süren sol kol ve bacakta uyuşma ile karakterize fokal epileptik nöbetleri olan ve geçici iskemik atak (GİA) ile karışan bir tromboze anterior serebral arter (ACA) anevrizması olgusunu tartışacağız.

Olgusu: 71 yaş erkek hasta, 1 hafta önce başlayan ve toplamda üç kez olan, her defasında 2-3 dakika süren, boğazda yanma hissi sonrası gelişen sol kol ve bacakta uyuşma şikayeti ile nöroloji polikliniğine başvurdu. Hastanın nörolojik muayenesinde anlamlı özellik gözlenmedi. GİA skoru 5 olan hasta iskemik inme, GİA ön tanısıyla ileri tetkik ve tedavi için nöroloji servisine yatırıldı. Hastanın çekilen kontrastlı kranial MR görüntülemesinde sağ ACA A1 segmentinde 12*12 mm boyutlarında tromboze anevrizma görünümü mevcut idi. Diagnostik anjiyografi yapıldı, tromboze olduğu düşünülen anevrizmada kontrast dolumu izlenmedi. EEG'de sağ hemisferde daha belirgin iki yanlı kısa süreli 5-6 Hz frekansında yavaş dalga aktivasyonu dikkati çekti. ACA anevrizmasına sekonder fokal epileptik nöbet olarak

değerlendirilen hastaya Levetirasetam tablet başlandı. Hastanın takiplerinde şikayeti tekrarlamadı.

Sonuç: Serebral anevrizmaların klinik prezentasyonu oldukça çeşitlidir; majör anevrizmal rüptür sonrası subaraknoid kanama, minör anevrizmal hemorajiler sonrası ekstremiteler güçsüzlüğü veya kitle etkisi, fokal epileptik nöbet, serebral iskemik gibi nonhemorajik manifestasyonlar şeklinde olabilir. Tüm serebral anevrizmaların %90'ını sakküler anevrizmalar oluşturur, bunlar sıklıkla büyük arterlerin majör dallanma noktalarında yer alırlar. Sakküler anevrizmalar erkeklerde en sık anterior komunikan arter veya ACA'da lokalize olurken; kadınlarda en sık internal karotid arter bifurkasyonu ve posterior komunikan arterde lokalize olurlar. GİA kliniği ile başvuran hastamızın ileri tetkiklerinde tromboze sağ ACA anevrizması tespit edilmiş olup, anevrizmanın kitle etkisine sekonder epileptik nöbetlerinin olduğu düşünülmüştür. Hastamız antiepileptik tedaviden fayda görmüştür. Biz burada ACA anevrizması olan ve fokal epileptik nöbet ile prezente olan bir olgumuzu sizinle paylaşarak intrakranial anevrizmaların farklı klinik görünümlerinin olabileceğini hatırlatmak istedik.

P-022

SEKİZ OLGU EŞLİĞİNDE 80 YAŞ ÜSTÜ HASTALARDA TPA UYGULAMA DENEYİMLERİ

Şule Aydın Türkoğlu, Merve Önerli, Muhammed Nur Ögün, Nebil Yıldız

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

Giriş: Akut iskemik inme tedavisinin kritik elementlerinin başında gelen intravenöz doku plazminojen aktivatörü (tPA) kullanımının yirmi yılı aşkın süre içinde ülkemizde yeterince yaygınlaşamamasının başta gelen nedenlerinden biri, kullanımına dair birçok sorunun yanıtsız kalmasıdır. Özellikle 80 yaş üstü tPA uygulama konusunda hala fikir birliği sağlanamamıştır. Biz son 4 aydır kliniğimize başvuran 80 yaş üzeri tPA uygulanan 8 olgu eşliğinde bu konuyu tartışmayı hedefledik.

Yöntem: Kliniğimizde son 4 ay içerisinde tPA uygulaması yapılan 15 olgudan 80 yaş üzeri olan 8 olgu retrospektif olarak incelendi. Hastaların başlangıç ve çıkış NIH inme skoru, radyolojik bulguları, tedavi yanıtları ve eşlik eden komplikasyonları değerlendirildi.

Bulgular: Olguların yaş ortalaması 84 olup, başlangıç ortalama NIHSS: 17, çıkış NIHSS: 8,5 idi. Ortalama tPA uygulama saati 110 dakikaydı. İki hastaya servisteki takipleri sırasında sekonder kötüleşme sonrasında, altı hastaya ise acil servis başvurusu ile tPA uygulaması olmuştu. Bir hastada başlangıç ve çıkış NIHSS arasında fark yoktu. Bir hastada sonradan öğrenilen 1 ay önce geçirilmiş travma öyküsü nedeniyle geliştiği düşünülen hemotoraksa bağlı oluşan sekonder nedenlerden ölüm meydana gelmiş olup, bir hastada kontrol altına alınan nasofarengeal kanama harici komplikasyon gelişmedi.

Sonuç: 80 yaş üzeri tPA uyguladığımız 8 hastanın 1 tanesinde sonradan öğrendiğimiz 1 ay önce olan toraks travmasına ikincil hemotoraks gelişti ve sonrasında gelişen komplikasyonlar nedeniyle ölüm meydana geldi. 1 hastada ise infüzyonun son 10 dakikasında kontrol altına alınabilen nasofarengeal kanama meydana geldi. Bunun haricindeki hastalarda herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Hastalarımızın tPA uygulama süresinin ilk 3 saat içerisinde olması major komplikasyon görülmemesini açıklayabilir.

Güncel çalışmalarda 3-4,5 saat arasında da tPA uygulanabileceği ifade edilmektedir. AHA [2018], EMA ve FDA kılavuzlarına göre 80 yaş üstü hastalarda IV tPA uygulaması dışlama kriteri olarak kabul edilmemesi önerilmektedir. AHA 2018 kılavuzuna göre 80 yaş üzeri hastalarda tPA kullanımı için '--- is indicated' şeklinde görüş bildirilmektedir. Üstelik orijinal NINDS tPA çalışmasında %11 olgu 80 yaş üzerindedir. Bunlar dikkate alındığında 80 yaş üzeri hastalarda tPA'nın güvenli verilebileceği görülmektedir. Elbette yaştan inmede kanama riski ve prognozu belirleyen önemli faktörlerden olduğunu da unutmamak gerekmektedir. Bizim 80 yaş üstü deneyimlerimiz de seçilmiş hastalarda tPA uygulanabileceğini desteklemektedir.

P-023

AKUT İSKEMİK İNMEDE IV TROMBOLİTİK TEDAVİ SEMPTOM/İĞNE ZAMANINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Neslihan Eşkut, Özge Yılmaz Küsbeci, Muhteşem Gedizlioğlu

S.B.Ü. Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İzmir

Giriş: İnmelerin %80 ini iskemik serebrovasküler hastalık oluşturur. İnme, tüm dünyada en sık ikinci mortalite, üçüncü en sık morbidite nedenidir. Son çeyrek yüzyılda akut iskemik inmedeki yeni tedavilerden intravenöz doku plazminojen aktivatörü (IV Tpa) uygulanmaya başlaması ile inmenin acil yaklaşımında önemli değişiklikler olmuştur. 'National Institute of Neurological Disorders and Stroke' (NINDS) çalışmasında ilk üç saatte IV Tpa tedavisinin etkinliği gösterilmesi ardından 1996 yılında FDA tarafından onaylanmıştır. 2008 yılı sonrasındaki çalışmalarla tedavi penceresi 4,5 saate uzatılmıştır. Ülkemizde 2006 yılında ruhsatlanıp kullanıma girmiştir. Akut iskemik inme tedavisinde başarılı reperfüzyonu sağlamadaki en önemli faktör erken tedavi uygulanmasıdır. Hastanın acildeki ilk değerlendirmesinden tetkiklerin yapılması ve tedavi uygulanmasına kadar aşamaların tamamlanması ve tedaviye en kısa zamanda başlanması gerekmektedir. Çalışmamızda hastanemizde Nisan 2016-Mart 2018 tarihleri arasında iskemik inme sebebiyle ilk 4,5 saat içinde acile başvuran ve IV Tpa tedavisi uygulanan hastaların retrospektif değerlendirilmesi, kapı- iğne zamanı süresinin irdelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Nisan 2016-Mart 2018 tarihleri arasında iskemik inme sebebiyle SBÜ Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servise semptomların başlamasında sonraki ilk 4,5 saat içinde başvuran ve IV Tpa tedavisi uygulanan 38 hastaya ait veriler PROBEL veri tabanı sistemi kullanılarak retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm hastalar trombolitik tedaviye uygunluk ve kontrendikasyonlar açısından Türk nöroloji derneği beyin damar hastalıkları çalışma grubu tarafından hazırlanmış olan güncel IV Tpa uygulama rehberine uygun olarak değerlendirilip tedavi uygulanmıştı. Hastaların demografik verileri, klinik özellikleri, National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) skorları, semptom başlamasından itibaren acile ulaşma süreleri (semptom/kapı), acile girişten IV Tpa başlamasına kadar geçen süre (kapı/iğne), semptom başlamasından tedavi başlamasına kadar geçen süre (semptom/iğne), kapıdan girişten kan tetkiklerinin istemesi (kapı/kan istem), hemogram ve koagülasyon kan tetkiklerinin sonuçlanması

(kapı/kan sonuç), beyin tomografisi istenmesi (BBT) (kapı/BBT istem), beyin tomografisi çekilmesi (kapı/BBT çekim) arasında geçen süreler kaydedildi. IV Tpa sonrası kontrol BBT de hemoraji saptanan hastalar kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 38 hastanın 21' i kadın, 17' si erkekti. Hastaların yaş ortalaması 68,78±9,13 (aralık, 49-88) yıl idi. Semptom/kapı süresi 98,71±54,04 (aralık, 5-210) dakika, Kapı/iğne süresi 85,02±29,75 (aralık, 25-140) dakika, semptom/iğne süresi 181,18±49,13 (aralık, 90-270) dakikaydı. Kapı/kan istem süresi 6,34±4,63 dk, kapı/koagülasyon sonuç süresi 45,05±20,20dk, kapı/hemogram sonuç süresi 35,02±17,22dk idi.

Sonuç: Akut iskemik inmede ilk 4,5 saatte etkin ve güvenli olduğu kanıtlanmış olan IV Tpa tedavisiyle daha iyi sonuçlar elde etmek için semptom/kapı süresi başta olmak üzere kapı/iğne süresinin kısaltmak amaçlanmalıdır. Semptom/kapı süresinin kısaltmada toplumun farkındalığının ve 112 acil personelinin bilgi düzeyinin artırılması önemlidir. Kapı iğne zamanı her hastada farklı aşamada vakit kaybı yaşansa da en büyük vakit kaybının koagülasyon tetkik sonuçlarının beklenmesi ve onam alınması aşamasında yaşadığımız görüldü. Kapı iğne süresinin oluşumunda acil hekimleri, nöroloji hekimleri, acil ve laboratuvar teknisyen, hemşire, personelleri dahil büyük bir ekibin katkısı vardır. Ekibin her üyesinin hassasiyeti için hastane içi eğitim toplantıları ve trombolitik aday hastalar için 'öncelikli hasta' olduğunu belirten farklı bir kodlama sistemi yapılmasını planladık. Bu şekilde hızlı ve doğru yaklaşımla trombolitik tedavi sonuçlarımızın daha iyi olacağı kanısındayız.

P-024

TANDEM OKLÜZYONDA BAŞARILI BİR TROMBOLİTİK TEDAVİ DENEYİMİ

Ezgi Sezer Eryıldız, Özlem Aykaç, Zehra Uysal Kocabaş, Atilla Özcan Özdemir

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Giriş: İntravenöz rekombinant doku plazminojen aktivatörü (IV rt-PA) akut iskemik inmede yararı kanıtlanmış bir tedavidir. Arteriyel oklüzyona bağlı iskemik inmelerin ise neredeyse yarısı major damar oklüzyonuna bağlıdır. Bununla birlikte major damar oklüzyonlarında pıhtı yükünün daha fazla olması ve oklüzyonun daha proksimalde olması gibi sebeplerle IV rt-PA daha düşük bir etkinlik göstermektedir. Biz de kendi inme merkezimizde IV rt-PA ile tedavi ettiğimiz tandem oklüzyona sahip bir akut inme hastasını sunmayı amaçladık.

Olgu: 65 yaşında erkek hasta bir saat önce başlayan sağ tarafta güçsüzlük, konuşamama şikayeti ile acil servise değerlendirildi. Muayenesinde hastanın bilinci açık olup, motor afazi, sağ santral fasial paralizi, sağ homonim hemianopsi ve sağ hemipleji saptandı. National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) skoru 17 idi. Hastanın hipertansiyon ve bypass öyküsü olup, EKG'si sinus ritmi idi. Acil çekilen serebral BT'de The Alberta Stroke Program Early CT (ASPECT) skoru 10 olarak hesaplandı. Orta serebral artere ait hiperdens arter işareti mevcuttu. BT anjiyografide ise sol internal karotis ve sol orta serebral arterde oklüzyon saptandı. Hastaya semptom sonrası bir buçuk saat sonra 0,9 mg/kg dozundan IV rt-PA başlandı. Sonrasında inme ünitesine yatırılarak takip edildi. 24 saat sonra hastanın NIHSS skoru 7 olarak saptandı, homonim

hemianopsi ve afazide düzelme, sağ alt ekstremita kas gücünde iyileşme gözlemlendi. 24 saat sonra çekilen kontrol BT’de sol lentiform çekirdekte içinde hemorajik transformasyon olan enfarkt alanı saptandı. BT anjiyografide hem sol internal karotis arter hem de orta serebral arterin rekanalize olduğu görüldü. Ancak sol internal karotis arterde %90 üzeri darlığa neden olan ülsere plak sebebi ile endarderektomi için kalp ve damar cerrahisi bölümüne devredildi. Endarderektomi işlemi başarılı olarak gerçekleştirilen hasta fizik tedavi bölümünce rehabilitasyon programına alındı. Hastanın poliklinik kontrolünde 3. ay modified Rankin Scale (mRS) skoru 3 olarak saptandı.

Sonuç: Majör damar oklüzyonunda İV rt-PA ve endovasküler tedavi kombinasyonunun daha önce tek başına İV rt-PA’ya üstünlüğü ortaya konmuştur. Yinede bu hastalarda İV rt-PA, endovasküler tedavi dışında en iyi seçenektir ve endovasküler tedavi imkanının olmadığı durumlarda hızlı bir şekilde uygulanmalıdır.

P-025

İKİ FARKLI PREZANTASYON İLE NÖROSİFİLİZ

Zeynep Tanrıverdi¹, Celal İlker Başarır¹, Şahin Işık¹, Ülgen Yalaz Tekan¹, Gökçe Yüce¹, Münevver Ece Güven¹, Ender Uysal², Nevin Kuloğlu Pazarcı¹, Mehmet Güney Şenol¹

¹Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal SUAM, Nöroloji Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal SUAM, Radyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Sifiliz, bir spiroket olan Treponema pallidum’un neden olduğu cinsel yolla bulaşan bir hastalıktır. Penisilin tedavisi ile birlikte nörosifiliz sıklığı oldukça azalmıştır, günümüzde nörosifiliz daha çok HIV enfeksiyonu ile birlikte görülmektedir. HIV (+) vakalarla birlikte görülen sifiliz vakaları daha kötü seyirli ve tedaviye dirençlidir. SSS invazyonunda nörolojik bulgular, hastalığın herhangi bir evresinde ortaya çıkabilir. Meningovaskülersifiliz, kortikal ve subkortikal infarktların yol açtığı hemiparezi, afazi, görme kaybı, konfüzyon gibi tablolarla karakterizedir. Geç dönemde ise, paralizisi jeneral, sifilitik meningoensefalit, tabes dorsalis, optik atrofi ve meningomyelit gelişir. Meningoensefalit, davranış değişiklikleri, bellek ve duyu bozukluğu, epileptik nöbetler, demans kliniği ile ortaya çıkar.

Olgu 1: HT, DM, HL, obeziteve 1 yıl önce Pons infarktı tanıları olan 52 yaşında kadın hasta sol kol ve bacakta güç kaybı nedeni ile kliniğimize yatırıldı. Bir yıl önce yapılan tetkiklerinde; DSA’da Sağ ICA supraklinoid segmentte %80, sol PCA çıkımında %80 darlık saptandığı; Transtorasik ve transözofagiyal ekoda sol atriyum çapı: 4,7 cm EF: %60, duvar hareketlerinin normal olduğu; vejetasyon- trombus saptanmadığı; EKG ve 24 saat ritmholter’de NSR saptandığı, vaskülit bulgularının normal olduğu görüldü. Yapılan güncel Kranial MRG’sinde sağ MCA alanında parçalı infarkt saptandı. MR Anjiosunda 1 yıl önceki DSA’sında olmayan midbaziler, sağ PCA ve sağ MCA M2 segment, her iki SCA’da darlık eklendiği saptandı. İzlemede kas gücü kötüleşen hastanın çekilen kontrol Kranial MRG’sinde lezyonlarında artış saptandı. Hastada ön planda vaskülit olabileceği düşünüldü. BOS incelemesi yapıldı. BOS protein: 61, glukoz: 141 0 lökosit saptandı. Vaskülit bulguları normal saptandı. Hastaya oral steroid tedavisi başlandı. HIV negatif olan hastanın, kanda VDRL negatif, kan TPHA pozitif saptandı. BOS VDRL negatif, BOS FTA-

ABS: 1/10 pozitif saptandı. Hastaya tekrarlayan inme ile prezente olan nörosifiliz tanısı kondu ve penisilin tedavisi başlandı.

Olgu 2: Son 1 aydır baş ağrısı, davranış değişikliği nedeni ile kliniğimize yatırılan, nörolojik bakışında konfüzyonel tablo ve ense sertliği saptanan, epileptik nöbet geçiren hastanın Kranial MRG’sinde T2-Flair kesitlerde, sağda belirgin bitemporal kortikal hiperintensite saptandı. BOS incelemesinde: 350 lökosit, protein: 72, glukoz: 73 saptandı. Hastaya profilaktik herpes enfeksiyonu ve menenjit tedavisi başlandı. BOS viral seroloji, kültür- mantar – mikobakteri kültürü, sitoloji: negatif saptandı. Limbik-Paraneoplastik panel: sonuçlanmadı. HIV negatif olan hastanın, kanda VDRL- TPHA pozitif (1/64 VDRL +), BOS VDRL 1/32 pozitif, BOS FTA-ABS: pozitif saptandı. Hastaya Nörosifiliz tanısına yönelik penisilin tedavisi başlandı.

Sonuç: Sunumumuzda, ensefalopati veya tekrarlayan inme kliniği ile başvuran (özellikle) genç hastalarda nadir görüldüğü düşünülen sifiliz taraması yapılmasının, hasta ve hasta yakını sağlığı açısından son derece önemli olduğunun vurgulanması amaçlanmıştır.

P-026

BT ANJİYOĞRAFI İLE SAPTANAN ARKUS AORTA TİPLENDİRİLMESİ VE İSKEMİK İNME İLE OLAN İLİŞKİSİ

Hasan Bayındır¹, Sunay Sibel Karayol²

¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa

²Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Giriş: Arkus aorta üst ekstremita ve beyine giden vasküler yapıların orjinini oluşturur. Yaklaşık olarak sekiz farklı arkus aorta tipi tanımlanmıştır. Bunlardan çoğunlukla ilk üç tip daha sıklıkla görülmektedir. Bu çalışmamızda 2017-2018 şubat ayları arasındaki bir yıllık dönem içinde hastanemiz nöroloji kliniğine iskemik inme tanısı ile başvuran ayaktan yada yatarak tedavi gören 379 hastanın, çekilen beyin manyetik rezonans (MR) görüntüleme, beyin bilgisayarlı tomografi (BT) ve karotis vertebral BT anjiyografisinin retrospektif olarak incelenerek iskemik inmenin mevsimlerle ilişkisi, arkus aorta tiplerinin belirlenmesi, sıklığının tespiti ve iskemik inme lokalizasyonu ile olan ilişkilerini incelemektir.

Yöntem: Bu amaçla 2017-2018 Şubat aylarını kapsayan son bir yıl içerisinde Harran Üniversitesi Nöroloji Kliniğine iskemik inme tanısı ile başvuran, ayaktan veya yatarak tedavi edilen 379 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların ayrıntılı dosyaları ve radyolojik görüntüleri incelendi. Klinik ve radyolojik olarak iskemik inme tanısı alan hastaların kraniyal görüntülemeleri, lokalizasyon açısından değerlendirildi. Belirlenen hastaların radyoloji kliniği tarafından karotis vertebral BT anjiyografileri değerlendirilerek aortik ark anomalileri Natsis ve arkadaşlarının 8 tip olarak tanımladıkları sınıflandırma parametreleri kullanılarak tip sınıflaması yapıldı.

Bulgular: Karotis vertebral BT angiografi çekilen toplam 379 olgunun 219’u (%57,8) erkek, 160’ı (%42,2) bayandı. Erkeklerin yaş ortalaması 62,77±13,14, bayanların yaş ortalaması 60,56±13,83, tüm olguların yaş ortalaması 61,84±13,46 idi. 106 olgu (%28) sonbahar aylarında, 94 olgu (%24,8) Kış aylarında, 93 olgu (%24,5) ilkbahar aylarında, 86 olgu (%22,7) yaz aylarında iskemik inme

geçirmişti. 288 olgu (%76) Tip1, 80 olgu (%21,1) Tip2 ve 11 olgu (%2,9) Tip3 arkus aorta idi. Sınıflamadaki geri kalan tiplere, çalışma popülasyonumuzda rastlanılmadı. 220 olgu (%58,0) anterior sirkülasyon infarktı, 159 olgu ise (%42,8) posterior sirkülasyon infarktına sahipti (P=0,002). Tip 1 olguların 154'ünde (%53,5), tip2 olguların 59'unda (%73,8), tip3 olguların 7'sinde (%63,6), anterior sirkülasyon infarktı vardı. Tip1 olguların 134'ünde (%46,5), tip2 olguların 21'inde (%26,8), tip3 olguların ise 4'ünde (%36,4) posterior sirkülasyon infarktı mevcuttu.

Sonuç: 379 olguluk çalışmamızda, arkus aorta tiplendirmesinde 8 dallanma tipinden en çok tip1 (%76), sonrasında sırasıyla tip2 (%21,1) ve tip3 (%2,9) tespit edilmiştir. İskemik inmenin çoğunlukla sonbahar ve kış aylarında görüldüğü saptanmıştır. Tüm iskemik inmelerde anterior sirkülasyon infarktları daha sık görülmüştür. Arkus aorta tiplendirmesinde anterior sirkülasyon infarktları en sık tip2 arkus aortada görülmüştür. Ayrıca arkus aorta tiplendirmesinde posterior sirkülasyon infarktlarının ise daha sık tip1 arkus aortalı olgularda olduğu göze çarpmıştır.

P-027

EKSTRAKRANİYAL ANEVİRİZMAYA BAĞLI EMBOLİK İNME OLGUSU

Oğuzhan Durgan, Merve Melodi Hacıoğlu, Sezgin Kehaya, Hülya Özkan, Babürhan Feyzullah Güldiken

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Edirne

Giriş: İnmelerin etiyolojik nedenlerine bakıldığında kardiyoemboli ve ateroskleroz en sık bilinen nedenler olup anevrizmaya bağlı iskemik inme seyrek görülmektedir. İntrakraniyal anevrizmalara bağlı iskemik inme bilinen bir konudur ve profilaktik antiagregan verilmektedir. Ekstrakraniyal anevrizmalar nadir olarak bildirilmektedir. Ekstrakraniyal Internal Karotis anevrizmalarında medikal tedavi seçenekleri açısından geniş popülasyonlu bir çalışma bulunmamakta olup tedavi seçeneği genellikle cerrahi olmaktadır.

Olgu: Bizler 68 yaşında, 6 yıldır bilinen sol internal karotis anevrizması olan ve antiagregan tedavi altında sağ hemiparezi, global afazi nedeni ile değerlendirilen ender bir vaka sunmaktayız. Etiyolojik araştırmalarda başka neden saptanmayan ve anevrizma içerisinde mural trombüs izlenen hasta anevrizmaya bağlı embolik inme olarak değerlendirildi.

Sonuç: Bu vaka medikal tedavi başarısı ve cerrahi seçenekleri açısından yol gösterici olabileceği için sunulmaya değer bulunmuştur.

P-028

93 YAŞINDA IV TROMBOLİTİK TEDAVİ UYGULANAN VAKADAKİ DENEYİMİN PAYLAŞIMI

Onur Yiğitaslan, Gülce Coşku Yılmaz, Gözde Nur Doğan, Mehmet Çelebisoy

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

Giriş: İskemik inme kliniği ile başvuran hastalarda ilk 4.5 saat içinde uygulanan rekombinant doku plasminojen aktivatörünün (rt-PA) etkili ve güvenilir bir tedavi olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. İlk olarak 1996 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde iskemik inmede

kullanılması amacıyla FDA tarafından ruhsatlandırılmıştır. 2001 yılında Avrupa'da, 2006 yılında ise ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından akut inmeli hastalarda kullanılmak üzere onay verilmiştir.

Olgu: 93 yaşında sağ elini kullanan kadın hasta acil servise sol tarafında güçsüzlük ve konuşma bozukluğu şikayetiyle başvurdu. Öyküden hastanın yakınmaları öncesindeki mRS (modifiye Rankin Skoru) sıfır olduğu, kalp ritm bozukluğu ve hipertansiyon dışında ek hastalığı olmadığı öğrenildi. Yapılan nörolojik muayenede sol nazolabial oluk silik, konuşma dizatrik, sağa zorlu bakış mevcut, sol hemipleji ve sol ihmal saptandı. Yakınmalarının başlanmasından sonraki 30. dakikada NIHSS (National Institute of Health Stroke Score) 11 olarak hesaplandı. Eş zamanlı çekilen beyin BT'de erken evre enfarkt lehine görünüm izlenmedi. Rutin laboratuvar tetkiklerinde IV trombolitik tedaviye engel bir değer saptanmadı. EKG atrial fibrilasyon ritmindeydi. Semptom başlanmasından sonraki 70. dakikada trombolitik tedavi önerilen hasta tedaviyi reddetti. 90. dakikada çekilen diffüzyon MRG'de sağda lateral lentikülostriat arter sulama alanında erken evre enfarkt ile uyumlu sinyal değişikliği gözlemlendi. İzleminde hastanın NIHSS 13'e yükselmesi üzerine yakınları tedaviye onay verdi. Yakınmalarının başlamasından sonraki 145.dakikada tedaviye başlandı. NIHSS, IV trombolitik tedavi sonrası 4, tedavinin 24.saatinde 3 olarak değerlendirildi. 24. saatte mRS 1 olarak saptandı. 24 saat sonra çekilen kontrol beyin BT'de sağda lateral lentikülostriat arter sulama alanına uyan bölgede ılımlı hipodansite izlendi. 1. haftadaki NIHSS 0, mRS 0 olarak hesaplandı. Hastaya sekonder inme profilaksi amacıyla kardiyoöloji önerisi ile apixaban 5 mg/gün başlandı. Hasta tedavi sonrası 1. ayda NIHSS 0 ve mRS 0 olarak takip edilmekte.

Sonuç: IV trombolitik tedavinin uygun zaman aralığında yapıldığında güvenli ve etkili bir tedavi yöntemi olduğu birçok çalışma ile gösterilmiştir. 93 yaşında akut inme kliniği ile acil servise başvuran, IV trombolitik tedavi uygulandıktan sonra mRS 0 olarak taburcu edilen, ileri yaşına ve komorbid hastalıklarına rağmen komplikasyon geliştirmeyen olgumuz; tedavi penceresi içerisinde verilen IV trombolitik tedavinin güvenilir ve etkin bir yöntem olduğuna vurgu yapmak için sunulmaya değer bulunmuştur.

P-029

GENÇ İNMELERDE ETYOLOJİDE ÖNEMLİ BİR TANI: FABRY HASTALIĞI

Fatma Budak Acar, Sibel Mumcu Timer, Nilüfer Kale İçen, Sebatiye Erdoğan

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Fabry hastalığı; X'kromozomuna bağlı geçiş gösteren bir glikosfingolipid birikim hastalığıdır. a-galaktosidaz enzim eksikliği sonucu birçok farklı dokuda globotriozilseramitin birikimi ile sonuçlanan çoklu sistem hastalığıdır. Erkekler daha sık ve daha ciddi etkilense de heterozigot kadınlar da etkilenebilmekte, ancak bulgular daha geç yaşlarda ortaya çıkmaktadır. Hücrelerdeki ilerleyici globotriozilseramitin birikimi inflamasyon ve fibrozisi tetiklemekte, organ fonksiyonlarını bozmakta, renal, kardiyak, gastrointestinal sistem, oküler, nörolojik ve cilt semptomları ortaya çıkmaktadır. Hastalığın erken klinik belirtileri arasında aritmi, hipohidrozis, gastro intestinal sistem semptomları, vasküler deri lezyonları

(anjiokeratomlar), oküler bulgular, distal eklem ağrıları ve tinnitus sayılabilir. Erişkin dönemde ise renal yetmezlik, sol ventrikül hipertrofisi veya serebral inme ile klinik bulgular daha belirginleşir. Bu vaka sunumu ile genç inmeli olgularda etyolojide Fabry hastalığının göz önünde bulundurulması, erken tanı ile enzim replasman tedavisine başlanmasının geç komplikasyonların önlenmesi açısından öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu: 36 yaşında erkek hasta yürüme güçlüğü, sol bacakta güçsüzlük artışı şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Bilinen Fabry hastalığı nedeni ile İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nefroloji biriminde tanısı konulan, takip edilen hasta Fabry hastalığı nedeni ile enzim replasmanı tedavisi almakta, 2013 (pons sol yarımında, sol caudat nukleus lokalizasyonlarında) ve 2016 yılında (pons sağ yarımında) iskemik serebrovasküler hastalık geçirmesi nedeni ile asetilsalisilik asit 100 mg 1*1, klopidogrel 75 mg 1*1, baklofen tb 1*1 tb düzenli kullanmakta idi. 4 gün öncesine kadar walker yardımıyla yürürken son 4 günde sol bacağındaki güçsüzlük artmış. Nörolojik muayenede bilinç açık, koopere, oryante, kranial sinirler intakt, üst extremitelerde kas gücü normal, alt extremitelerde kas gücü 3/5 idi. Duyu muayenesi ve serebellar testler normaldi. Fabry hastalığının kutanöz bulgusu olarak skrotal anjiokeratoması mevcuttu. Kranial ve spinal görüntülemelerinde akut patoloji saptanmayan hastanın biyokimyasında, tiroid fonksiyon tetleri, lipid profili, b12 vitamini ve serolojik testleri normaldi, hemogramında ve tam idrar tetkikinde özellik yoktu, transtorasik ekokardiyografisi normaldi, ileti ve iğne EMG incelemesinde sinir ileti hızları ve amplitütleri normal olup iğne EMG sinde aktif spontan denervasyon saptanmadı. Nefroloji ile konsülte edildi, Fabry hastalığı tanısı nedeniyle 15 günde bir enzim infüzyon tedavisi alan hastaya infüzyon tedavisi uygulandı, sol kulakta işitme kaybı tarifleyen hasta için kulak burun boğaz hastalıkları konsültasyonu istendi, kulak burun boğaz muayenesinde buşon saptanarak tedavisi düzenlendi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile konsülte edilen hastanın sekel motor bulgularına ek defisit saptanmadı, mevcut ikili antiagregan tedavisi, enzim replasman tedavisi ile sistemik komplikasyonlar açısından takip edilmek üzere taburcu edildi.

Sonuç: Fabry hastalığının tanısı, tipik klinik özellikler varlığında dikkatli bir öykü ve fizik muayene ile konulabilir. Kardiak, renal, gastrointestinal, nörolojik, dermatolojik, oküler tutulumları olabilen bir hastalıktır. Erişkinlerde açıklanamayan son dönem böbrek yetmezliği, kardiyomiyopati ve nedeni belli olmayan inme en sık klinik tablodur. Böbrek tutulumu, etkilenen hastaların yaklaşık olarak %50'sinde 35 yaşına kadar ortaya çıkar ve artan yaşla birlikte insidansı artar. Bu nedenle erken tanı yaşamsal önem kazanır. Sistemik olarak pek çok bulgu vermesine rağmen Fabry hastalığının teşhisi genellikle gecikmektedir. Benzer hastalık bulguları olan aile öyküsü tanı için oldukça önemlidir. Hastalar genellikle hastalığın seyrindeki geç dönem komplikasyonların sonuçlarıyla tanı alırlar. Erken tanısı mümkün olan hastalarda enzim replasmanı ile ciddi sistemik komplikasyonların ortaya çıkması engellenebilir.

P-030

ACİL SERVİSTE İNME OLDUĞU DÜŞÜNÜLEN AKUT DİZARTRİ VE ATAKSİ İLE BAŞVURAN BAKTERİYEL MENENJİT OLGUSU

Ali Zeynal Abidin Tak, Yusuf Ehi

Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji, Adıyaman

Giriş: Bakteriyel menenjitler dünyada ve ülkemizde yaygın olarak görülen, beyin omurilik sıvısı (BOS)'nın ve leptomeninkslerin tutulduğu infeksiyon hastalıklarıdır. Hızlı bir seyir göstererek, kalıcı nörolojik hasara yol açabilen akut pürülan menenjitlerde mortalite oranı, tıptaki tüm gelişmelere karşın %30 civarındadır. Mortalite oranının azaltılabilmesi için menenjit tanısının en kısa sürede konulması, etkenin belirlenmesi ve uygun antibiyotik tedavisine bir an önce başlanması gereklidir. Fokal nörolojik bulgular vakaların %10-20'sinde görülür. Ataksi, özellikle çocukluk çağında bakteriyel menenjitin ilk bulgusu, başvuru şikayeti olabilir. Biz acil servise akut ataksi ve dizartri ile başvuran ve inme düşünülerek tarafımıza konsülte edilen ve bakteriyel menenjit tanısı alan hastayı sunmayı uygun bulduk.

Olgu: 42 yaşında erkek hasta üç gündür olan tüm başta lokalize baş ağrısına aniden eklenen baş dönmesi, bulantı ve dengebozukluğu şikayeti ile acil polikliniğe başvurdu. Özgeçmişinde herhangi bir özellik bulunmayan hastanın, ilaç kullanımı da yoktu. Ateşi 37 Co idi. Nörolojik muayenede bilinç açık, koopere-oryante, ense sertliği ve meningeal irritasyon bulgusu yok, kranial alan doğal, kuvvet defisiti yok, sağ kolda hipotoni mevcut, tendon refleksleri normoaktif, taban cildi refleksi iki yanlı fleksör, serebellar testler becerili, ayakta sağa ataksi mevcut. Kranial MRI incelemesinde, sol pons yarımından serebelluma uzanan T1 izointens, T2 ve flairde hiperintens ve sol lateral ventrikül komşuluğunda T1 hipointens, T2 ve flairde hiperintens geniş lezyon görüldü. Mevcut lezyonların diffüzyon ve ADC sekanslarında karşılığı yoktu. Kontrastlı T1'de ponto-serebellar lezyon kontrast tutmuyordu, ventrikül komşuluğundaki lezyon çevresinde kısmi zayıf kontrast tutulumu mevcuttu. Hastanın klinik ve muayene bulguları sonucunda farklı bir etiyolojik sebep olabileceği düşünüldü. Yaptığımız lomber ponksiyonda, açılış ve kapanış basıncı normal, BOS proteini 105, BOS glukoza 67 (eş zamanlı kan glukoza 120), 380 lökosit, 0 eritrosit saptandı. Enfeksiyon hastalıklarına konsülte edilen hasta pürülan menenjit ön tanısı ile kliniklerine yatırıldı.

Sonuç: İnme kliniğiyle acil servislere başvuran hastaların ilk değerlendirmelerinde bilinen etyolojik nedenler dışında farklı bir nedenin de olabileceğinin akılda tutulması gerektiğini vurgulamak istedik.

STEREOTAKTİK RADYOCERRAHİ TEDAVİSİNE RAĞMEN PROGRESSİF SEMPTOMATİK SEYİR GÖSTEREN BEYİN SAPI KAVERNOMU: OLGU SUNUMU

Ender Köktekir¹, Hakan Karabağlı¹, Mert Şahinoğlu²

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroşirürji, Konya

²Selçuk Üniversitesi, Nöroşirürji, Konya

Giriş: Tüm intrakraniyal kavernoöz anjiomlar (KM) içinde beyin sapı'nda yer alan KM'lar etrafındaki önemli vasküler ve nöral yapılar nedeni ile cerrahi tedavisi en zor lezyonlardan biridir. Her ne kadar stereotaktik radyocerrahi yöntemleri bu tür lezyonlarda kullanılsa da bu yöntemlerin etkinliği tartışmalıdır ve bazı lezyonlarda cerrahi tedavi gerekir.

Olgu: 37 yaşında bayan hasta, Nöroloji kliniğinden sağ hemiparezi, dengesizlik ve yüzünde uyuşma şikayetleri ile kliniğimize konsülte edildi. Hastanın daha önce dış merkezde frontal bölgede KM nedeni ile cerrahi tedavi uygulandığı, beyin sapı KM'u nedeniyle ise 1 yıl önce aynı merkezde Gamma-Knife tedavisi aldığı öğrenildi. Hastanın nörolojik muayenesinde sağ üst ve alt ekstremiteler 4/5 kas gücünde idi. Her iki üst ekstremitelerde ise 1. motor nöron alt ekstremitelerde ise 1. motor nöron bulguları mevcuttu. Hastanın Kraniyal MR'ında pontomedüller bileşkenin sol yarısında etrafında ödem alanları olan kanamış KM ile uyumlu görünüm saptandı. Hastanın daha önceki MR'ları incelendiğinde KM büyüklüğünün progresif olarak arttığı ve etrafında kanama alanları olduğu görüldü. Hasta ya cerrahi tedavi planlandı. Lateral suboksipital yaklaşım ile KM total eksize edildi. Postoperatif dönemde ek nörolojik defisiti olmayan hastanın semptomları cerrahi girişimi takip eden 2. ay sonunda tamamen düzeldi.

Sonuç: Beyin sapı KM'ları oldukça nadir görülür ancak konumu itibari ile kanamış KM'ların morbidite ve mortalite oranları diğer bölgelerde yer alan KM'lara göre daha yüksektir. Cerrahi tedavinin de morbidite ve mortalitesi yüksek olduğu için çoğu beyin sapı KM'una literatürde yer alan bazı yayınlar, stereotaktik radyocerrahi'yi günümüzde ilk seçenek olarak önermektedir. Aboukais ve arkadaşları 19 hastada Gamma-Knife tedavisinin kanama oranını %27'den %3'e düşürdüğünü belirtmişlerdir. Ancak sunulan olgu da olduğu gibi Gamma-Knife her zaman bu lazyonlarda kanama riskini tamamen yok edememektedir. Beyin sapı KM'larında cerrahi tedaviye karar vermede en önemli nokta KM'un pia'ya ulaşp ulaşmadığıdır. Bizim olgumuzda KM pia'ya kadar uzandığı için cerrahi tedavi yapıldı. Total cerrahi rezeksiyon sonrası ek nörolojik defisit gelişmedi. Sonuç olarak cerrahi tedavi ile ulaşılabilinen tüm KM'larda, KM beyin sapı'nda olsa bile ilk seçenek cerrahi tedavi olmalıdır. Stereotaktik radyocerrahi ile tedavi yöntemi seçilen hastalar KM'un büyüme ihtimali nedeni ile sıkı takip edilmelidir.

SEREBELLAR ENFARKT SONRASI GELİŞEN YABANCI AKSAN SENDROMU

Songül Şenadım¹, Cahit Keskinlik², Mücahid Erdoğan¹, Cengiz Dayan¹, H. Dilek Ataklı¹

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

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

Giriş: Yabancı aksan sendromu (YAS), yabancı bir aksan olarak algılanan, segmental ve prozodik konuşma değişkenleriyle karakterize nadir görülen bir motor konuşma bozukluğudur. YAS, inme, serebral travma, multipl skleroz, demans ve psikiyatrik bozukluklar gibi çeşitli etiyolojilerle ilişkilendirilmiştir YAS ile ilişkili lezyonlar tipik olarak sol fronto-temporo-parietal bölgeleri içermesine rağmen nadir olarak da serebellumdan kaynaklanabilmektedir. Bu yazıda iskemik inme sonrası Rus aksanı ile Türkçe konuşan bir olgu ele alacağız.

Olgu: Otuz yedi yaşında sağ elini kullanan, Türkçe konuşan kadın hasta, ani gelişen konuşma bozukluğu, sağ kol ve bacakta güçsüzlük şikayetleri ile başvurdu. Nörolojik muayenesinde sesli uyaranla gözünü açıyor, koopere ve oryante idi, konuşması ileri dizartrik, gözlerde sağa forse deviasyon olup, sağ telem silikti. Kas gücü sağ üst ekstremitelerde 3/5 ve alt ekstremitelerde 2/5, sol tarafta tamdı. Taban cildi refleksi iki yanlı fleksör yanıtı idi. Geliş NIH Stroke Skoru 12 saptandı. Şikayetin başlanmasının ikinci saatinde acile başvuran hastaya, üçüncü saatinde 0,9 mg/kg dozunda intravenöz doku plazminojen aktivatörü uygulandı. Tedaviden 24 saat sonra çekilen kontrol beyin tomografisinde sağ serebellumda kortikal - subkortikal ve santral kesiminde heterojenite - parankim dansitesinde kayıp saptandı. Sağ temporal bölgede hemorajik transformasyon geliştiği, kontrolünde ise kanamanın rezorbe olduğu gözlemlendi. Tedavisine asetilsalisilik asit eklendi. Hasta ilk olarak hastaneye başvurduğunda, hastanın Türk aksanıyla konuştuğu izlenimi edinilmişti. Hastaneden çıktıktan sonra, kontrolde hasta yakınları aksanın değişimini fark ettiler. Nöropsikolojik incelemede, hasta isimlendirme bozukluğunun ve aksanlı konuşmanın (hasta Rus aksanı ile Türkçe konuşmakta) ön planda izlendiği motor afazi olarak değerlendirildi.

Sonuç: Serebellar bozukluklarla ilişkili konuşma bozukluğu, çoğunlukla bozuk bir artikülasyon ve prozodi ile karakterizedir. Yabancı aksan sendromu serebellumu etkileyen durumlarda nadir görüldüğünden sunulmaya değer bulunmuştur.

GENÇ İSKEMİK İNME HASTASINA YAKLAŞIM: ÇOKLU RİSK FAKTÖRLERİ VE YÖNETİMİ

Zeynep Özözen Ayas¹, Kıyasettin Asil²

¹Yunus Emre Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Eskişehir

²Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Sakarya

Giriş: Genç erişkinlerde inme yaşlı popülasyona göre daha az görülmektedir. Ayrıca hasta grubunun etiyolojik değerlendirilmesi ileri yaşa göre daha farklı incelemeleri içermektedir. Bu yazıda genç iskemik inmeli erkek hastada saptanan çoklu risk faktörleri ve yaklaşım tartışılmıştır.

Olgu: Kırkyedi yaşında erkek hasta sağ kol ve bacakta güçsüzlük ve uyuşma şikayetiyle acile başvurdu. 2 gün önce, 1 saat süren sağ tarafını hiç kullanamama ve 1 gün önce konuşma bozukluğunun olup düzeldiğini belirtti. Nörolojik muayenesinde sağ alt ekstremitede kas gücü 5/5 ve sağda babinskisi pozitif olarak saptandı. Özgeçmişinde 30 yıldır 3 paket/gün sigara içiciliği, 10 yıldır her gün alkol kullanımı mevcuttu. Soygeçmişinde bir kız kardeşinin koroner arter hastalığına bağlı 55 yaşında eksitus olduğu, diğer 38 yaşındaki kız kardeşinde de koroner arter hastalığı ile atrial septal defekt öyküsü olduğu öğrenildi. EKG'si normal sinüs ritmi olan hastanın rutin laboratuvar incelemesinde normal sınırlarda idi. Kranial CT'si akut dönemde patoloji saptanmayan hastanın MR'da sol serebellum, sol parietal alanda parçalı akut enfarkt alanları mevcuttu. Hasta genç iskemik inme nedeniyle hospitalize edilerek asetilsalisilik asit ve düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi başladı. Etiyolojiye yönelik yapılan EKO'da sol ventrikül hipertrofisi, interatrial septal anevrizma (ASA), patent foramen ovale (PFO) saptandı. Yatışının 48. saatinde çekilen karotis vertebral dopler ultrasonografide sol CCA gövde düzeyinde 32.6x5.4mm boyutlarında proksimal ucu sistol ve diastolde lümen içinde serbest hareket eden unstabil fibrofatty plak tespit edilen hasta, kalp damar cerrahisi bölümü tarafından acil sol karotis endarterektomi ve trombektomi operasyonuna alındı. Servikal blokaj ile işleme alınan hasta aşırı ajite ve koopere olmaması üzerine perioperatif entübe edilerek genel anesteziye geçildi. Bifurkasyoya yaklaşık 1,5 cm mesafede CCA'da ülsere plak ve hareketli trombüs görülen hastanın trombektomi sonrası intimal yapının patolojik ve yaygın aterosklerotik olduğu izlendi. Postoperatif dönemdeki serviste izlemi sırasında herhangi komplikasyon ile karşılaşmadı ve nörolojik muayenesinde sağ babinski pozitifliği dışında normal olarak saptandı. Genç serebrovasküler tetkiklerinde vitamin B12 ve folik asit eksikliği, hiperhomosisteinemi, hiperfibrinojenemi, ve metilentetrahidrofolat redüktaz C677T heterozigot mutasyon saptandı. Transözefageal ekokardiografide ASA ve PFO için takip önerildi. Kronik alkol kullanımı nedeniyle psikiyatri bölümü tarafından değerlendirilen hastaya medikal tedavi başladı. Hasta asetilsalisilik asit 300 mg ve vitamin B12 ile folik asit replasmanları ile takibe alındı.

Sonuç: Genç inmeli hastalarda belirgin bir risk faktörü varlığında bile tüm nedenlerin araştırılması gerekmektedir. Çünkü çoklu risk faktörü varlığında tromboz riskinin arttığı bilinmektedir. Hastamızda sigara içiciliği, kronik alkol kullanımı ve karotis vertebral dopler ultrasonografide saptanan hareketli plak inme riskini arttırmıştır. Saptanan hiperhomosisteinemi, hiperfibrinojenemi, ve metilentetrahidrofolat redüktaz C677T heterozigot mutasyonu düşük düzeyde risk faktörü olarak

değerlendirilmiştir. Hastanın 2 kez yaşadığı iskemik atak bulgularının da muhtemel hareketli plaktan kopan trombüslerin neden olduğu düşünülmüştür. Karotis arter hastalığı tedavi endikasyonlarına nörolojik semptomatoloji, karotis darlık derecesi, medikal komorbiditeler, vasküler ve lokal anatomik özellikler ve karotis plak morfolojisi yönünden karar verilmektedir. Hareketli plağın tespiti sonrası uygulanan karotis endarterektomi ve trombektomi operasyonu vakit kaybedilmeden uygulanarak muhtemel yeni iskemik atakları önlediği düşünülmektedir. Genç inmeli hastalarda geniş etiyolojik araştırmalar ile nedeninin tespitine göre tedavinin şekillendirilmesi, özellikle rekürrens riskinin de düşürülmesi açısından önemlidir.

P-035

PARAPAREZİ İLE SEYREDEN SPİNAL AV FİSTÜL OLGUSU

Nilay Taşdemir, Hacı Ali Erdoğan, Gülhan Yıldırım, Murat Çabalar, Vildan Ayşe Yayla

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

Giriş: Arteriovenöz malformasyonlar (AVM), arterlerle venler arasında direkt fistüloz bağlantılardır. Spinal yerleşimli AVM'ler spinal yer kaplayan lezyonların %3-11'ini oluşturur. Bel ağrısı, inkontinans ve alt ekstremitelerde güçsüzlük ile başvuran hastalarda erken tanı ve tedaviyle tam iyileşme sağlanmaktadır. Parapareziyle başvuran, spinal arteriovenöz fistül (AVF) tanısı alan ve cerrahi tedaviyle kısmi düzelme gözlenen olgu sunuldu.

Olgu: Ellidört yaşında erkek hasta, bacaklarda güçsüzlük, idrar kaçırma şikayetiyle başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Bilinci açıktı, kranial sinirler normaldi. Her iki alt ekstremitelerde atrofi vardı. Derin tendon refleksleri üstte normoaktif, alt ekstremitelerde artmıştı, TCR bilateral fleksördü. Yüzeysel duyu doğaldı. Kas gücü üst ekstremitelerde tamdı, alt ekstremitelerde proksimalde 4/5, distallerde 2-3/5 kas zaafı vardı. Hemogram, biyokimya, malignite, paraneoplastik, vaskülitik ve inflamatuvar patolojilere yönelik testler doğaldı. BOS incelemesi protein yüksekliği (115 mg/dl) dışında normaldi. Batın-toraks BT doğaldı. Kranial MR normaldi. Spinal MR'da T6 hizasından başlayan kord boyunca uzanım gösteren kontrast tutulumu olan ve ekspansiyona neden olan hiperintense lezyon görüldü. Spinal anjiyografiyle sağ T10 interspinal arterden beslenen spinal AVF izlendi. Anterior spinal arter ile anastomoz olması nedeniyle embolizasyon düşünülmeyen hastaya cerrahi uygulandı: alt ekstremitelerde proksimalde kas gücü tam, distalde 4/5 şeklinde düzeldi.

Sonuç: Spinal AVM'li hastalarda miyelopati semptomları venöz hipertansiyon, anevrizma, venöz infarkt veya kitle etkisine bağlı olarak gelişir. Olgumuzda olduğu gibi, spinal MR'da medulla spinaliste hiperintensite, ödem ve intradural mesafede sinyalsiz tübüler yapılar izlenmektedir. Tanıda spinal anjiyografi altın standarttır. Sonuç olarak, spinal AVF'lerde erken tanı ve tedaviyle tam/tama yakın düzelme sağlandığından, paraparezi ile başvuran olgularda bu tanı hızla düşünülmeli ve acil olarak ele alınmalıdır.

SİNÜS VEN TROMBOZU İLE PREZENTE OLAN ANTİFOSFOLİPİD ANTİKOR SENDROMU

Gülhan Yıldırım, Hacı Ali Erdoğan, Vildan Ayşe Yayla, Murat Çabalar
SBÜ Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Antifosfolipid antikor sendromu (APS), fosfolipidlere karşı oluşan antikorlara bağlı tromboza eğilim, rekürren spontan abortus ve trombositopeni ile karakterize otoimmün bir hastalıktır. Antifosfolipid antikorlar (APA) normal popülasyonun %1-5'inde, SLE'de %25-50'sinde pozitif saptanır. Genellikle kadın cinsiyeti etkilenim söz konusudur. Serebral sinüs ven trombozu ile başvuran, incelemeleriyle APS tanısı alan bir olgu sunuldu.

Olgu: Yirmisekiz yaşında erkek hasta bilinç bulanıklığı ve ajitasyon nedeniyle getirildi. Tıbbi özgeçmişinde derin ven trombozu olan hastanın nörolojik muayenesinde kooperasyon kısıtlı, oryantasyonu bozuktur, reaksiyon süresinde uzama ve göz hareketlerinde her yöne kısıtlılık saptandı. Kas gücü doğaldı. Kranial BT'de bilateral talamusta etrafı ödemli heterojen hiperdens alanlar görüldü. Kranial MR'da bilateral talamik bölgede hemorajik transformasyona uğramış akut enfarkt ile uyumlu lezyon görüldü. Kranial venografide sinüs rektus trombozu saptandı. Laboratuvar incelemelerinde antifosfolipid antikor pozitifliği saptandı. APS'ye bağlı sinüs ven trombozu tanısı ile düşük molekül ağırlıklı heparin (enoksaparin sodyum 2x0.6 sc) tedavisi başlandı. Sol üst ve alt ekstremitelerde koreatetoid istemsiz hareketler dışında nörolojik muayenesi doğal olan hasta warfarin tedavisi ile takibe alındı.

Sonuç: APS vasküler tromboz, tekrarlayan düşüklükler ve otoimmün antikorların pozitifliği ile karakterizedir. Nörolojik, kardiyak, pulmoner, renal, hematolojik ve obstetrik patolojilere neden olabilir. APS, viral, bakteriyel, protozoal, fungal infeksiyonlara veya hairy cell lösemi, epitelial tümörler, lenfoproliferatif hastalıklar gibi neoplazilere ve bazı ilaçlara sekonder olarak gelişebilir. APS'de temel patoloji artmış tromboz riskidir. Derin ven trombozu hikayesi olan hastada APA'ya bağlı akut serebral sinüs ven trombozu saptandı. Sonuç olarak, serebral sinüs ven trombozu kliniği olan genç hastalarda APS ayırıcı tanısı için erken dönemde otoantikör taraması yapılarak antikoagulan tedavi başlanması oluşabilecek sistemik komplikasyonları önleyebilir.

BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE KAROTİS ENDARTEREKTOMİ YAPILAN HASTALARIN KLİNİK VE DEMOGRAFİK VERİLERİ, ERKEN VE ORTA DÖNEM TAKİP VE SONUÇLARI

Sibel Mumcu Timer¹, Bülent Mert², Fatma Budak Acar¹, Zerrin Yıldırım¹, Sebatiye Erdoğan¹, Nilüfer Kale¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Giriş: Çalışmamızda, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde karotis arter stenozuna bağlı inme tekrarını önlemeye yönelik karotis endarterektomi uygulanmış olan hastaların klinik ve demografik verileri, erken ve orta dönem

takipleri ve sonuçlarının literatür eşliğinde değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza Ocak 2017-Mart 2018 tarihleri arasında Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği'ne başvuran ve karotis arter stenozuna bağlı inme tekrarını önlemeye yönelik, aynı standart yöntemle karotis endarterektomi uygulanmış olan 29 hasta dahil edildi. Tüm hastaların demografik özellikleri, inme risk faktörleri, karotis darlık düzeyleri, NIH ve preoperatif Rankin skorları, 3. ve 6.ay Rankin skorları ile perioperatif dönemdeki (işlem sonrası ve işlem sonrasındaki ilk 30 gün) komplikasyonlar (inme, ölüm, hipotansiyon, geçici iskemik atak, intrakranial hemoraji, amarozis fugaks, hiperperfüzyon sendromu, bradikardi, diseksiyon, hematoma, anevrizma, yara yeri enfeksiyonu, myokard enfarktüsü, hipertansiyon, kranial sinir paralizisi ve asistoli) retrospektif olarak kaydedildi.

Bulgular: Çalışmamıza 6'sı kadın, 23'ü erkek, yaşları 45 ile 79 arasında olan 29 hasta alındı. Hastaların yaş ortalaması 66,3 idi. Hastaların 25'i semptomatik, 4'ü asemptomatikti. Semptomatik hastaların 3'ü TIA, 22'si iskemik inme ile başvurmuştu. On dokuz hasta hipertansif, 9 hasta diyabetik olup, 10 hastada bilinen koroner arter hastalığı, 17 hastada kronik sigara kullanımı vardı. Bir hastada (%3.4) ölüm görülürken, semptomatik darlık nedeniyle opere olan hastaların birinde (%4) intrakranial hemoraji, asemptomatik darlık nedeniyle opere olan hastaların ise ikisinde (%50) iskemik inme gelişmiş olup, toplam 3 hastada (%10.3) perioperatif nörolojik komplikasyon saptanmıştır. İntrakranial hemoraji gelişen hasta bilinen hipertansif olup, anestezi öncesinde ve operasyon sırasında da hipertansif seyrettiği görüldü. Preop Rankin skoru 1 olan bu hastanın, 3. ve 6.ay Rankin skoru da 1 idi. İskemik inme gelişen asemptomatik hastaların birinde vertebobaziler sistem inme öyküsü mevcut olup, Preop Rankin skoru 4, üçüncü ay Rankin skoru ise 3'tü. Diğer hastada ise herhangi inme/TIA öyküsü olmayıp, postop nöroloji defisit ile taburcu olmuş ancak henüz 3. Ay Rankin skoru değerlendirilememiştir. Semptomatik karotis darlığı nedeniyle opere olan ve HT, KBY, hemodiyaliz, koroner bypass ve kalp yetmezliği öyküsü olan bir hasta ise postoperatif 3.gününde kardiyak arrest sonrasında kaybedilmiştir. Semptomatik hastaların asemptomatik hastalara, erken dönem cerrahi yapılan hastaların da geç dönem cerrahi yapılan hastalara kıyasla 3 ve 6. aydaki Rankin skorlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak, ilk 2 hafta içinde yapılan endarterektomi sonuçlarının daha iyi olduğu gösterilmiş olup, perioperatif nörolojik komplikasyonların da asemptomatik hastalarda daha fazla olması, doğru hasta seçiminin önemini bir kez daha göstermiştir. Ayrıca semptomatik vakalarda kan basıncı regülasyonunun periprosedürel dönemde oldukça dikkat edilmesi gerektiği düşünülmektedir. Çalışmamız halen devam etmekte olup, uzun dönem verileri daha sonra paylaşılacaktır.

SUBARAKNOİD KANAMA İLE PREZENTE OLAN SİNÜS VEN TROMBOZU

Arzu Tay, Sebiha Cansever, Seher Kakdaş

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

Giriş: Serebral ven trombozu (SVT); beynin arteriyel tıkaçıcı hastalıklarına oranla daha nadir görülen klinik bir

tablodur. SVT; beyin damar hastalıklarının %1-2'sinden sorumludur. Her yaşta görülebilmeye rağmen genellikle gençlerde ve özellikle 20-40 yaş arasındaki kadınlarda daha sık görülmektedir. SVT ile subaraknoid kanama (SAK) ilişkisi nadir olarak bildirilmiştir.

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

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

P-040

ANTİTROMBİN III EKSİKLİĞİNE BAĞLI HEPARİN DİRENCİ VE SEREBRAL SİNUS TROMBOZU

Taner Aksu, Ayça Özkul, Ahmet Şair, Cengiz Tataroğlu

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Aydın

Giriş: Antitrombin III prokoagulan faktörleri inhibe edici etkisi nedeniyle eksikliği durumunda tromboza yatkınlık söz konusudur. Serebral venöz trombozda etyolojik faktörler arasında yer alır. Bizim de 22 yaşında kadın hastamız doğum sonrası 4. günde şiddetli başağrısı ve ardından nöbet geçirmesi nedeniyle nöroloji servisine yatırıldı. Özgeçmişinde 2 kez gebelik öyküsü mevcut olup ilkinde 24 haftalıkken intrauterin exitus, ikincinde 27 haftalık erken doğum sonrası exitus öyküsü mevcuttu.

Olgu: Nörolojik muayenesinde bilateral papil ödem ve sol abduzens paralizisi saptandı. Beyin MR ve MR venografide sol transvers ve sigmoid sinüs trombozu yanında sağ posteroparyetalde venöz enfarkt izlendi. Hasta heparinize edildi, yüksek doz heparine rağmen (heparin dozu >50 bin ünite/gün) etkin aPTT yükselmesi saptanmadı. Hastaya kumadin başlandı. Bu esnada yapılan trombofili taramasında Antitrombin III (18.8; normal aralık 83-118) düşük saptandı.

Sonuç: Serebral sinus trombozu, özgeçmişte tekrarlayan bebek ölümleri ve heparin tedavisine yanıtın olmaması akla Antitrombin III eksikliğini getirmektedir. Nadir izlenen bu durumda klinisyenler Antitrombin III eksikliğini uygun tedavinin verilebilmesi için mutlaka düşünmelidir.

P-041

SEREBRAL SİNUS TROMBOZUNDA NÖTROFİL LENFOSİT ORANI İLE PLATELET LENFOSİT ORANLARININ KLİNİKTEKİ YERİ

Ahmet Şair¹, Ayça Özkul²

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji, Aydın

²Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Aydın

Giriş: Serebral sinus trombozu çeşitli klinik ve bulgularla beliren bazen fatal de sayılabilen ciddi bir serebrovasküler hastalıktır. Bu çalışmada inflamatuvar göstergeç olarak değerlendirilen nötrofil lenfosit oranı (NLR) ile platelet lenfosit oranının (PLR) serebral sinus trombozu hastalarında klinik ile ilişkisini incelemeyi hedefledik.

Yöntem: Hastanemiz Nöroloji Servisinde son iki yılda serebral sinus trombozu tanısıyla izlenen hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Klinik, nöroradyolojik, laboratuvar verileri sistem üzerinden elde edildi. Başvuru esnasındaki tam kan sayımı değerleri (hemoglobin, lökosit, nötrofil, lenfosit, platelet, mean platelet volum (mpv), NLR ve PLR değerleri incelendi. Hastaların klinikleri (semptomatik/aseptomatik), lezyon (venöz infarkt/hemorajik infarkt), etkilenen sinüs yönüyle hastalar değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 27 kadın, 7 erkek olmak üzere 21-65 yaş (39.91 ±12.06) aralığında toplam 34 hasta katıldı. Hastalar nörolojik defisit gelişmeyen (n=21) ve gelişenler (n=13) olarak iki grupta incelendiğinde çalışılan parametrelerden nötrofil (5.45±2.3 vs 8.1±4.62, p=0.03), lenfosit (2.3±0.73 vs 1.79±0.68, p=0.04) ve NLR (2.55±1.41 vs 5.24±3.07, p=0.001) anlamlı farklılık gösterdi. Benzer şekilde hastalar serebral lezyon saptanmayan, venöz iskemi ve hemorajik infarkt gelişen olmak üzere üç grupta incelendiğinde sadece nötrofil (2.67±0.5; 1.98±0.99; 5.41±2.04, p=0.03), ve NLR (2.74±1.67; 4.64±3.34; 5.73±3.26, p=0.01) anlamlı farklılık saptandı.

Sonuç: Serebral sinus trombozunda nörolojik defisit gelişenlerde daha düşük lenfosit sayısının yanı sıra daha yüksek nötrofil ve NLR oranları saptandı. Yine hastalarımızın serebral venöz iskemi ve hemorajik infarkt olanlarda nötrofil sayısı ve NLR daha yüksek saptandı. Klinik pratikte sinüs trombozunda NLR ve nötrofil sayısının yüksek olması nörolojik defisit ve serebral lezyon gelişimi açısından önemli bir parametre olarak değerlendirilebilir.

P-042

AKUT İNME MÜDAHALESİ İÇİN MERKEZİMİZE KABUL EDİLEN İKİ AORT DİSEKSİYONU OLGUSU

Ezgi Sezer Eryıldız, Zehra Uysal Kocabaş, Özlem Aykaç, Atilla Özcan Özdemir

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Giriş: Aort diseksiyonu (AD) aort intimasındaki yırtık sonucu kanın aort duvarının tabakaları arasında birikmesi ile gelişen, tanı konulmadığı takdirde ölümcül seyreden bir hastalıktır. Klasik olarak klinik ani başlayan, şiddetli ve yırtıcı göğüs, sırt, bel ve karın ağrısıdır. Bazı olgular ise senkop, hemiparezi-hemipleji, paraparezi-parapleji, myokard enfarktüsü, renal yetmezlik, disfaji gibi atipik bulgular ile prezente olabilirler. Biz de kliniğimize akut

inme müdahalesi için dış merkezden gönderilen iki atipik olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu 1: 67 yaşında erkek hasta 3,5 saat önce başlayan sol tarafta güç kaybı, bulantı ve kusma şikayetleri ile acil serviste değerlendirildi. Nörolojik muayenesinde sol santral fasiyal paralizisi, sol üst ekstremitede pleji, sol alt ekstremitede 2/5 kas gücü mevcuttu. TA 90/60 mmHg, nabız 53/dk idi. Sağ kolda nabızların sola göre daha dolgun alındığı saptandı. Hastaya çekilen beyin BT'de akut kanama ya da enfarkt saptanmadı. Fakat beyin-boyun BT anjiyografisi değerlendirildiğinde çıkan aorttan başlayan sol kommon karotis ve sol internal karotise uzanım gösteren, sol subklavyen arter proksimalini de içine alan diseksiyon flebi izlendi. Aortografide tarif edilen fleb tüm arkus ve inen aortik segmentler boyunca iliak bifurkasyona kadar uzanmakta, sağ brakiosefalik arter boyunca ilerlemekte idi.

Olgu 2: 78 yaşında bayan hasta senkop sonrası fark edilen sol tarafta güçsüzlük sebebi ile acil serviste değerlendirildi. Nörolojik muayenesinde sol homonim hemianopsi, sol santral fasiyal paralizisi, dizartri, sol üst ekstremitede 3/5 kas gücü, sol alt ekstremitede pleji mevcuttu. Özgeçmişinde demans dışında özellik yoktu. Vital bulguları stabildi. Laboratuvar bulgularında sadece troponin yüksekliği mevcut olup, EKG değişikliği yoktu. Acil çekilen beyin BT'de yaygın periventriküler kronik iskemik değişiklikler, sağ serebellar hemisferde kronik enfarkt mevcut olup, akut enfarkt ya da kanama saptanmadı. Beyin-boyun BT anjiyografide sağ kommon karotis arterde bifurkasyon düzeyine kadar, lümende ileri darlığa neden olan belirgin trombüs materyali olup, asendan aortada belirgin dilatasyon ve arcus aortaya uzanan şüpheli diseksiyon flebi görüldü. Aortografide çıkan aort, arcus aort ve inen aort boyunca uzanan ve tüm aort ve iliak arterlere uzanım gösteren tip 1 diseksiyon doğrulandı.

Sonuç: Akut AD olgularının %18-30'u nörolojik semptomlar ile prezente olabilir. Bu olgularda AD'ye ait tipik bulgular olmadığı için tanı gözden kaçabilir. İnme için atipik olan bulguların eşlik ettiği olgularda bu tanının akılda tutulması gerekmektedir. Bunun yanında, akut inme yönetiminde çok değerli olan BT anjiyografi, atipik bulguların eşlik etmediği olgularda bu tanının gözden kaçmasını engellemektedir.

P-043

GEÇİCİ İSKEMİK ATAĞA İLE BELİRTİ VEREN SEREBRAL AMİLOİD ANJİYOPATİ OLGUSU

Gözde Nezir, Hülya Apaydın, Merve Ertürk

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Serebral amiloid anjiyopati (SAA) kesin tanısı patolojik olarak konulan, beyindeki leptomenenjeal, kortikal arteriol, kapiller ve venlerin duvarlarında ilerleyici amiloid depolanmasıyla giden bir mikroanjiyopatidir. Burada geçici iskemik atak (GİA) kliniği ile gelen bir olguyu sunacağız.

Olgu: Bilinen hipertansiyon ve koroner arter hastalığı öyküsü olan 62 yaşında erkek hasta, kliniğimize denge bozukluğu ardından gelen senkop nedeniyle 112 tarafından getirildi. İlk değerlendirmede anılan korunduğu, kelime çıkışında zorluk ile nitelenen Broca tipi afazi dışında muayene bulgusu yoktu. Acilde yapılan beyin BT ve diffüzyon MRG'de herhangi bir akut patoloji saptanmadı ancak eski laküner lezyonları çağrıştıran bulgular vardı. Saatler içinde hastanın konuşmasında belirgin düzelme

olması üzerine hasta GİA olarak değerlendirildi ve servise yatırıldı. Soy geçmişi sorgulandığında hastanın anne babasında hipertansiyon olduğu, ancak ailede beyin damar hastalığı olmadığı öğrenildi. Yapılan ayrıntılı muayenede hastada sol nazolabial sulkusta siliklik, yürürken sağ kolunu daha az sallama ve serebellar dizartri mevcuttu. Hasta ve yakınları bu bulguların bir süredir var olduğunu söylüyor ancak tam zaman belirtmiyorlardı. Hastayla yapılan görüşmede hafif bilişsel bozukluk izlenimi edinildi. Mini mental test puanı 28 bulundu, geri çağırma ve görsel-uzaysal işlev kusurları görüldü. Boston adlandırma testinde başarılıydı, FAB testinde inhibisyon kaybı ve bir uyaran ve tepki çiftinden yeni bir uyaran ve tepki durumuna geçişte başarısızlıkla şekillenen frontal işlev bozuklukları saptandı. Beyin MRG, T2 ve Flair kesitlerinde serebral ve serebellar hemisferlerde, farklı büyüklüklerde hiperintens lezyonların yanı sıra frontal bölgelerde belirgin, sınırları düzgün olmayan hiperintens lezyonlar görüldü. Kontrastlı MRG'de lezyonlar kontrast tutmadı. Ayırıcı tanıda malignite metastazı başta olmak üzere, otoimmün limbik ya da paraneoplastik ensefalit, hipertansif küçük damar hastalığı ön planda düşünüldü. Kanda tümör belirteçleri negatif sonuçlandı, toraks BT'de malignite lehine bulgu yoktu. Bazal gangliyonlar ve sentrum semiovalede perivasküler genişlemiş Virchow-Robin aralıklarının saptanmaması ve hastanın kan basıncının normal seyretmesi nedeniyle hipertansif küçük damar hastalığı tanısından uzaklaşıldı. MRG-SWI kesitlerinde çoğul, bilateral kortikal ve subkortikal mikrohemorajiyle uyumlu demir birikimine işaret eden odaklar görüldü. Hastaya radyolojik olarak SAA tanısı konuldu. Sınırları belirsiz hiperintens geniş lezyonları için eş-zamanlı olabilecek limbik ensefalit, MSS tüberkülozu veya mantar enfeksiyonu olasılıklarını araştırmak üzere BOS örnekleri alınarak ileri tetkikleri planlandı; bakteri, aside dirençli bakteri ve mantar üremedi. Tbc-PCR negatifti. EEG'de sol temporal dezorganizasyon dışında ensefalite işaret edecek bulgu saptanmadı. Hastanın tansiyonunu 125/85 mmHg olacak şekilde takip etmesi, Coraspin 100 mg kullanması önerildi.

Sonuç: SAA özellikle 55 yaş sonrasında akut iskemik ya da hemorajik beyin damar hastalığı, nöbet, baş ağrısı, davranış değişiklikleri, kognitif bozulmaya yol açabilir. Bu belirti ve bulgular damar duvarında ilerleyici amiloid birikiminin neden olduğu hemorajik ve iskemik komplikasyonlar sonucu ortaya çıkar. Özellikle GİA kliniği ile başvurularda beyin MRG'nin normal olması SAA tanısının gözden kaçmasına neden olabilir. Demir birikimine duyarlı gradient-echo veya SWI sekanslarında multipl odaklar halinde hemosiderin birikimiyle nitelenen mikrohemoraji odaklarının görülmesiyle radyolojik olarak SAA tanısı konulabilmektedir ve beyin biyopsisine gerek kalmamaktadır. Mikrohemoraji odaklarının sayısı arttıkça prognoz da kötüleşmektedir. Kesin tanı biyopsiyle konulmakla birlikte, Boston Kriterleri'ne göre 55 yaş ve üzerindeki bir hastada, beyin loblar, kortikal veya kortikosubkortikal alanlarına sınırlı başka bir etiyolojik nedenle açıklanamayan çok sayıda büyük veya mikrokanamanın varlığında tanı "çok olası", aynı şartlarda tek bir kanama var ise tanı "olası" SAA şeklinde konulmaktadır.

ANTİKOAGÜLAN TEDAVİ ALTINDA AKUT İSKEMİK İNMEYE YAKLAŞIM

Nurcan Akbulut¹, Utku Bulut¹, Süleyman Men², Erdem Yaka¹

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

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

Giriş: Oral antikoagülan tedavi alan, akut iskemik inme hastasının tedavi yaklaşımı ile ilgili olarak bir hastayı sunmayı amaçladık.

Yöntem: Acil serviste değerlendirilen, kullanmakta olduğu antikoagülan tedavi nedeni ile intravenöz trombolitik tedavi yapılamayan hastada mekanik trombektomi işlemi uygulanmıştır.

Bulgular: Konuşma bozukluğu, sağ yanda güçsüzlük yakınmalarıyla Acil Servise başvuran 80 yaşında kadın hastanın özgeçmişinde hipertansiyon ve atrial fibrilasyon tanısı vardı. İnme başlangıcının 1 saat 30. dakikasında hastanın NIHSS:17 olarak (afazi, sağda yüzü de içeren hemipleji, sol Vulpian bulgusu) saptandı. 11 saat önce apiksaban kullanımı tespit edilen hastaya intravenöz trombolitik tedavi uygulanmadı. Beyin BT de (Bilgisayarlı Tomografi) sol orta serebral arter düzeyinde dens arter bulgusu dışında patolojik bulgu yoktu, mekanik trombektomi işlemine alındı, orta serebral arter inferior divizyonu rekanalize edilebildi. İşlem sonrası hasta Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi'nde takip edildi. Nörolojik muayenesi stabil (NIHSS 17) olan hastanın kontrol Beyin BT sinde sol orta serebral arter sulama alanında hipodansite saptandı. İnfarkt büyüklüğü nedeniyle erken dönemde antikoagülan tedavi verilmedi. Antiödem tedavisi başlandı. Ekokardiyografide trombüs saptanmadı. İkinci haftadan sonra kontrol Beyin BT'de infarkt alanında hemorajik dönüşüm olmadığı görülerek düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi ile izlenen hastada, taburculuk sonrası başka bir non-vitamin K antagonisti oral antikoagülan (NOAK) tedaviye geçildi.

Sonuç: NOAK tedavisi alan bir hastada akut iskemik inme geliştiğinde, iv trombolitik tedavi alması için, böbrek fonksiyonları normal ise son dozdan en az iki-dört yarı ömür (24-48 saat) süre geçmiş olması gereklidir veya Dabigatran için trombin zamanı (TT) ve ekarin pıhtılaşma testi (ECT) (son ilaç dozundan en az 4 saat sonra normale), rivaroksaban ve apiksaban için Anti Faktör Xa ölçümü (son ilaç dozundan en az 5 saat sonra normale) trombolitik tedavi verilebilir. Sonuç olarak NOAK kullanmakta iken akut iskemik inme geçiren hastalarda, tedavi penceresinde olmalarına rağmen, tartışılan parametreler ışığında, iv. trombolitik tedavi uygulanamıyor ise hastalar vakit kaybetmeden endovasküler girişim açısından değerlendirilmelidirler.

ENDOVASKÜLER TEDAVİ ENDİKASYONUNDA PERFÜZYON GÖRÜNTÜLEMENİN ÖNEMİNE DAİR BİR OLGU

Özlem Aykaç, Zehra Uysal Kocabaş, Ezgi Sezer Eryıldız, Atilla Özcan Özdemir

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Giriş: Akut iskemik inme, tüm dünyada ölümlerin ve sakatlıkların en önemli nedenleri arasındadır. Hastalığın erken tanı ve tedavisi, hastaların yaşam kalitesini arttırmaktadır. Konvansiyonel Bilgisayarlı Tomografi (BT), BT perfüzyon (BTP) ve BT anjiyografi(BTA) incelemeleri serebral iskemik tanısında ve prognoz belirlenmesinde yaygın olarak kullanılan tetkiklerdir. Bu çalışmada, BT ve BTA'nın tanıda yetersiz kaldığı, BT perfüzyonla tanı konarak endovasküler tedavi yapılan ve fonksiyonel sonlanımı başarılı olan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: 66 yaşında erkek hastanın saat 13.10'da aniden sol tarafında güçsüzlük ve konuşma bozukluğu şikayeti başlamış. Hasta 15.25'te acil servise getirildi. Hipertansiyon, Diabetes mellitus, atrial fibrilasyon, koroner stent ve benign prostat hiperplazisi öyküsü mevcuttu. Atrial fibrilasyon nedeniyle dabigatran 2x150 mg tedavisini düzenli olarak kullanmaktaydı. Hastanın nörolojik muayenesinde sol santral fasial paralizisi mevcuttu. Dizartrik konuşuyordu. Sol üst ekstremitede kas gücü 3/5, sol alt ekstremitede ise 0/5'ti. NIHSS 10 olarak hesaplandı. Laboratuvar tetkiklerinde herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Elektrokardiyografisinde atrial fibrilasyonu vardı. Hastanın 16.30'da çekilen beyin tomografisi ve beyin-boyun tomografi anjiyografisinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Klinik radyolojik uyumsuzluğu olan hastaya tanısal amaçlı BT perfüzyon istendi. Sağ anterior serebral arter sulama alanında ortalama geçiş (mean transit time-MTT) ve pik zamanında (time to peak-TTP) artma ve serebral kan hacminde azalma (serebral blood volüm-CBV) izlenen hastada akut anterior serebral arter infarktı düşünüldü. Dabigatran aldığı için trombolitik tedavi yapılamadı. Endovasküler tedavi için 17.15'te anjiyografi süitine alındı. Kontrast incelemede sağ anterior serebral arter perikallosal dalının oklude olduğu görüldü. 3 max reperfüzyon kateteri ve 0.014 nörovasküler tel ile lezyon geçildi. Distalden proksimale devamlı aspirasyon yapıldı. Tama yakın rekanalizasyon sağlandı. 3max reperfüzyon kateterinden 10 mg intraarteriyel trombolitik tedavi verildi. Kontrast incelemede tam rekanalize olduğu izlendi. Ekokardiyografisinde kapak patolojisi olmayan hastanın ejeksiyon fraksiyonu %65 saptandı. Dabigatran tedavisi altında inme geçirdiği için INR değeri 2-2.5 arasında olacak şekilde varfarin tedavisi başlandı. Rehabilitasyona yönlendirilerek taburcu edildi. 3 ay sonraki kontrolünde modifiye rankin skoru 0'dı.

Sonuç: Akut iskemik inmede amacımız hastaya en kısa sürede optimal tedaviyi uygulamaktır. Doku perfüzyonunun erkenden sağlanması ile hastalığın prognozu önemli oranda değişir. Bu nedenle akut iskemik inme hastalarında tedavi kararını verirken hızla uygun görüntüleme yapılması ve tetkiklerin doğru yorumlanması oldukça önem taşır. Sol bacak hakim parezisi olan, yüksek kortikal fonksiyon bozukluğu olmayan olgumuzda tüm inme vakalarının %2'sinde görülen, izole anterior serebral arter infarktı mevcuttu. BT ve BTA'da büyük damar okluzyonu

izlenmedi. Ancak hastanın kliniği büyük damar oklüzyonunu işaret ediyordu. Tanısal amaçlı BTP yapıldı. Sağ anterior serebral arter sulama alanında hipoperfüzyon akut oklüzyona işaret etti. Tromboaspirasyon ve intraarteriyel trombolitik tedavi ile tam rekanalizasyon sağlandı. Bizim olgumuzda olduğu gibi perfüzyon görüntüleme yöntemlerinin, trombolitik ve endovasküler tedavi için uygun hastaların saptanmasında kullanılabileceği akıldaki tutulmalıdır.

P-046

NADİR BİR BEYİN SAPI SENDROMU: BİLATERAL KAUDAL PARAMEDİAN ORTA BEYİN İNFARKTI

Zeynep Özözen Ayas¹, Kıyasettin Asil²

¹Yunus Emre Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Eskişehir

²Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Sakarya

Giriş: Orta beyin lezyonları ataksi, okülomotor bozukluklar, parezi ve parestezi gibi çeşitli klinik semptomlara neden olur. Bilateral caudal paramedian orta beyin infarktları ise oldukça nadir görülen inme tipidir. Kaudal paramedian orta beyin tegmentumunda süperior serebellar pedinkülün çaprazlaşması, santral tegmental alan etkilenebilmektedir. Bu yazıda nadir görülen bilateral kaudal paramedian orta beyin infarktlı hasta tartışılmıştır.

Olgu: Yetmişiki yaşında kadın hasta bulantı, kusma, başdönmesi ve çift görme şikayetleriyle hastaneye başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon ve diyabetes mellitusu mevcut olup, herhangi bir antiagregan/antikoagülan tedavi kullanmadığı öğrenildi. Nörolojik muayenesinde hafif dizartrik konuşma, sol gözde içe bakışta kısıtlılık, bilateral serebellar disfonksiyonu mevcuttu. Rutin laboratuvar testleri normal olan hastanın tansiyonu 180/100 mmHg idi. Elektrokardiogramında atrial fibrilasyon saptandı. Bilgisayarlı tomografisinde akut patoloji saptanmazken, beyin difüzyon ve apparent-diffusion-coefficient magnetik rezonans (MR) görüntülerinde bilateral kaudal paramedian orta beyinde akut enfarkt alanı saptandı. Karotis vertebral doppler ultrasonografide darlık oluşturmayan aterosklerotik plaklar tespit edildi. MR anijografide belirgin daralma saptanmadı. Elektrokardiografisinde sol ventrikülde hipertrofi ve patent foramen ovale saptandı. Antikoagülan ve antihipertansif tedavisi düzenlenen hasta takibe alındı.

Sonuç: Bir kaudal paramedian orta beyin lezyonundaki nörolojik defisitler orta beyindeki dentatorubroolivary sistemin yanı sıra, dentatorubrothalamik yoldaki çaprazlaşmanın tahrip olmasından kaynaklanabilir. Orta beyin infarktlı olan 40 hastanın incelendiği bir çalışmada ataksi 27 hastada, dizartri 22, ekstremitte ataksisi 20, duyu bozuklukları 17, 3. sinir felci 14, parezi 9, internükleer oftalmopleji 5 hastada saptanmıştır. Bizim hastamızda da ataksi, dizartri ve oftalmoparezi bulguları saptanmıştır. Literatürde oftalmoplejinin görülmediği vakalar da bildirilmiştir. Hipertrofik oliver dejenerasyonu ile birlikte hastalarda tremor ve palatal myoklonusun varlığı bildirilmiştir. Ancak hastamızda bu bulgulara rastlanılmamıştır. Orta beyin infarktlı hastalarda büyük ve küçük damar hastalıklarının patogeneizde yaygın, kardioembolizmin ise nadir olduğu bildirilmiştir. Ancak bizim hastamızda yeni saptanan atrial fibrilasyonun altta yatan patolojik mekanizma olabileceği düşünülmüştür. Farklı klinik sendromlarla ortaya çıkabilecek olan ve oldukça nadir görülen bilateral kaudal paramedian orta

beyin infarktlı hastalarda kardioembolizmin araştırılması gerekliliği vurgulanmıştır.

P-047

TROMBOSİTOPENİ VARLIĞINDA AKUT SEREBRAL İSKEMİ

Burç Esra Şahin¹, Yusuf Koçak¹, Burcuğül Kaya², Aysu Yetiş³

¹Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Kırşehir

²Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Kliniği, Kırşehir

³Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Kırşehir

Giriş: Trombositopeniye serebral iskemin eşlik etmesi sık görülmeyecek bir vakadır. Bu vakamızda son 2 aydır anemi ve trombositopenisi görülen kronik böbrek yetmezliği nedeniyle diyalize giren hastanın takibinde akut serebral iskemi gelişmiştir.

Olgu: Seksen yaşında kadın hasta acil servise dializ esnasında bilinç kaybı nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde diyabet, kronik böbrek yetmezliği mevcuttu ve haftada 3 gün hemodiyalize alınıyordu. 2 ay öncesinde sepsis tablosunda, kan kültüründe citrobakter üremiş ve pansitopenisi gelişiyor, heparinsiz diyalize giriyor ve bir kez de anemi nedeniyle kan transfüzyonu yapılmış. Dializ esnasında bilinci kapanan hasta acil servise başvuruda bilinci kapalı sol hemiplejik gözler sağa deviyeye idi. Vital bulgular stabildi. Acil bilgisayarlı beyin tomografi normal, mr beyin difüzyonda sağ paryetal vertex düzeyinde ve sol paryeto occipitalde multiple akut enfakt ile uyumluydu. Yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Yapılan tetkiklerinde trombosit düzeyi 40 bin ve hemoglobulin 10,3 g/dl, APTT 133.2, protrombin zamanı 17.7 ve mr 1.57 saptandı. Ferritin ve b12 düşüklüğü yok. Kardiyak patoloji saptanmadı. Karotis ve vertebral arter doppler ultrasonografisi hasta genel durumu stabil olmadığı için yapılamadı. Yatışının 3. Gününde hastanın bilinci açık, sol hemiparezik 3/5 kuvvet kaybı mevcuttu. Nefroloji günlük konsültasyon ile hastanın dializ ihtiyacına karar verdi heparin uygulanmadı ama dializi sırasında hastanın bilincinde gerileme ve hipotansiyon gelişmesi nedeniyle de bazı seansları yarıda bırakıldı. Neredeyse günlük Eritrosit süspansiyonu ve taze donmuş plazma replasmanı yapılan hastaya trombosit sayısı yükselmediği için antiagregan tedavi başlanamadı. Dahiliye bölümünde de değerlendirilen hastaya ITP ön tanısı ile steroidde verildi ama yanıt alınmadı. Ayrıcı tanılarda lupus nefriti veya enfeksiyona sekonder trombositopeni düşünüldü. Hasta yoğun bakım pnömonisi nedeniyle kaybedildi.

Sonuç: Olgumuz heparin kullanımından kaçınma ve steroid tedavisine yanıt vermedi. Günlük Eritrosit süspansiyonu ve taze donmuş plazma replasmanı yapılan hastanın damar yolu ve dializ fistülünden durdurulamayan sızıntı şeklinde kanaması geliyor; hemoglobin ve trombosit değerleri düşüyordu. Hastamızda trombositopenisi araştırarak yeterli vakit olamadan nörolojik tablosu stabil olsada pnömoni nedeniyle exitus oldu.

İTERNAL KAROTİD ARTER OKLUZYONUNUN NADİR BİR NEDENİ: KATASTROFİK ANTİFOSFOLİPİD SENDROMU

Ahmet Ubur¹, Erdal Bodakçı², Özlem Aykaç¹, Zehra Uysal Kocabaş¹, Ezgi Sezer Eryıldız¹, Atilla Özcan Özdemir¹

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

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

Giriş: Katastrofik antifosfolipid sendromu (KAFS), antifosfolipid antikorları varlığında, akut gelişen ve birden fazla organ sisteminin trombozuyla karakterize antifosfolipid sendromunun(AFS) ağır bir formudur. Küçük, büyük, venöz ve arteriyel trombotik oklüzyonlara sebep olmakta ve agresif tedavi edilmediğinde ölümcül olabilmektedir. Bu çalışmada amacımız, derin trombositopeninin ve internal karotis arter oklüzyonuna bağlı serebral infarktın eşlik ettiği primer KAFS olgusunu sunarak genç inme hastalarında ayırıcı tanılar arasında akılda tutulması gerektiğini vurgulamaktır.

Olgu: 44 yaşında kadın hasta, bekar. 2 gündür devam eden yüksek ateş, bulantı, kusma, karın ağrısı olan hasta 18.00'da sol tarafında güçsüzlük ve bilinç bulanıklığı şikayeti gelişmesi üzerine yakınları tarafından 23.00'da acile servise getirildi. Özgeçmişinde özellik yoktu. Sigara ve alkol kullanmıyordu. Hastanın vücut ısı 37,2 dereceydi, kan basıncı 125/80'idi. Nörolojik muayenesinde uykuya meyilli, sol santral fasial paralizi, sol üst-alt ekstremitelerde hemiparezi mevcuttu. Solda Babinski pozitif. Beyaz küresi 9,5 109 /uL, hemoglobin 13 gr/dl, trombosit 18000 bin, protrombin zamanı(PTZ) 12 sn, INR 1,0, aktive parsiyel tromboplastin zamanı(aPTT) 33 sn (24-40), fibrinojen 424 mg/dl (200-400), D-dimer 12 ng/mL (0-0,55), kreatinin 0,8 mg/dl saptandı. Beyin tomografisinde(BBT) patoloji yoktu. Beyin-boyun BT anjiyografide sağ internal karotis arter oklüdeydi. BT perfüzyonda mismatch görülmedi. Endovasküler tedavi endikasyonu olmayan hasta inme ünitesine yatırıldı. Kardiyembolik etyolojiyi dışlamak için kardiyoloji konsultasyonu istendi. Ekokardiografide hastanın ejeksiyon fraksiyonu %65, duvar hareketleri ve kalp kapakçıkları normal saptandı. EKG normal sinüs ritmindeydi. Trombositopeni etyolojisi için hematoloji tarafından değerlendirilen hastanın periferik yaymasında fragmente eritrosit görülmedi; blast, atipik hücre ve hemoliz saptanmadı. Ayırıcı tanıda Trombotik Trombositopenik Purpura(TTP), Hemolitik Üremik Sendrom(HÜS) için istenen ADAMTS13 düzeyi normaldi. Paroksizmal Nokturnal hemoglobinüri(PNH) açısından bakılan PNH paneli negatif saptandı. Heparinle İndüklenen Trombositopeni(HIT) düşünülmele beraber heparin kullanımı yoktu. Dissemine İntravasküler Koagülasyon(DIC), periferik yayma bulgularıyla dışlandı. Hastaya kanama riski düşük olan fondaparinux 2,5 mg/sc başlandı. Takipte trombosit değerleri 6 bine kadar geriledi. Trombosit replasmanı yapıldı. Replasmana rağmen 5 gün boyunca trombosit değerleri 10 bin altında seyretti. Tromboz ve trombositopeni ayırıcı tanılar açısından romatolojiye konsülte edildi. Sistem sorgulaması normaldi. Olası Antifosfolipid Antikor Sendromu(AFS) ve Sistemik Lupus Eritematosus(SLE) açısından istenen testlerde lupus antikagulanı yüksek titrede pozitif saptandı. Hematolojik sistem ve serebrovasküler sistem tutulumu nedeniyle olası

KAFS kabul edildi. Pulse metilprednizolon 1000 mg/gün 3 gün, ardından 7 seans plazmaferez ve bulguların gerilememesi üzerine 5 gün 0.4g/kg İntravenöz İmmünglobulin(IVIG) tedavisi verildi. Tedavinin 4. gününde trombosit değeri 40 bine yükseldi. Romatolojinin planladığı serolojik testlerden Antikardiyolipin IgG ve IgM, ANA ve anti dsDNA negatif , C3 ve C4 normal idi. Ancak β2 glikoprotein 1B IgM 189(0-40), β2 glikoprotein 1B IgG 100(0-40) değeri yüksek bulundu. Klinik ve laboratuvar bulguları açısından stabil olan hastaya hidrosiklorokin, varfarin tedavisi başlandı. Rehabilitasyona yönlendirilerek taburcu edildi. 3 ay sonraki kontrolünde modifiye Rankin skoru 1'di.

Sonuç: KAFS, %50 ölümle sonuçlanabileceğinden hızlı tanı konmalı ve ağırsif tedavi edilmelidir. Tromboz ve trombositopeninin birlikte olduğu durumlarda akla gelmelidir. Enfeksiyon, cerrahi girişimler, antikoagulan tedavinin kesilmesi ve oral kontraseptif kullanımı KAFS'ı tetikleyebilir. Olgumuzda da akut gastroenterit atağını takiben şikayetler gelişmiştir. KAFS, genç iskemik inme hastalarında akılda tutulmalı, tanı konduktan sonra tedavi hızlıca başlanmalıdır. Trombositopeniye rağmen antikoagulan tedavi geciktirilmemelidir.

P-050

İTERNAL KAROTİD ARTER DİSEKSİYONUNDA FETAL PCAYA BAĞLI TALAMİK ENFARKTI OLAN HASTADA KUMADİNİZASYON SONRASI ENFARKT İÇİ KANAMA VE PSOAS HEMATOMU BİRLİKTELİĞİ

Tuğba Erdoğan¹, Emine Altın¹, Hale Zeynep Batur Çağlayan¹, Bijen Nazlıel¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Klasik vasküler anatomiye sahip insanlarda sağ ve sol posterior serebral arter(PCA) baziler arterden orijin alır, posterior sirkülasyonun bir parçasıdır.PCA'nın ön dolaşımdan, internal serebral arterden(ICA) orijin aldığı anatomik varyasyon ise fetal PCA olarak tanımlanır. Sol hemiparezi ile acil servisimize başvuran, sağ ICA'da diseksiyona rağmen sağ PCA sulama alanında enfarkt saptanan, kumadinizasyon sonrası intraserebral ve psoas içi kanaması olan bir erkek hastayı sunuyoruz.

Olgu: Elli sekiz yaşında erkek sabah saat 07:40'da aniden yere yığılmış. Acil servise getirilen hastanın nörolojik muayenesinde konuşması dizartrik, baş-göz sağa deviyeye(sol ihmali) sol hemianopsisi mevcut, sol nazolabial oluk silik, sol hemiparezi ve hemihipoestezi mevcut.NIHS 11 olarak hesaplanan hastaya kraniyal BT-BT anjiyografi çekildi. BT normal, BT-anjiyografide sağ ICA tromboze saptanması sebebiyle DSA'ya alındı.DSA'da sağ ICA'da near oklüzyon ve fetal PCA tespit edilen, trombektomi uygulanamayan hastaya IV trombolitik tedavi verildi.İşlem sonrası 36. saat kontrol kraniyal BTsinde sağ temporookcipital bölgede talamus düzeyinde enfarktı tespit edildi.Kumadinizasyon esnasında sol bacakta ağrı, hareket kısıtlılığı olan hastaya kontrol kraniyal, lomber BT çekildi.İntraserebral ve sol psoas kası içerisine kanaması tespit edildi.

Sonuç: Fetal PCA, PCA'nın ön dolaşımdan orijin aldığı normal anatomik varyasyon olarak kabul edilse de, tromboembolik olaylardan sonra serebral hasarının şiddetini ve dağılımını etkileyebilir. Bu hastalarda uygun kollateral

damarların yokluğu anterior ve posterior serebral bölgelerde artmış iskemik inme riskini doğurabilir.

P-051

GEBE HASTADA TROMBOLİTİK UYGULAMASI

Hanife Küçükyıldız, Ayşe Güler, Hadiye Şirin

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Akut iskemik inmede intravenöz trombolitik tedavi etkinliği kanıtlanmış sınıf 1A düzeyinde bir tedavidir. IV rTPA'nın gebe hastada kullanımı fetüs haftası, kar-zarar oranı göz önüne alınarak hasta bazında karar verilmesi gereken bir konudur. rTPA yapılan çalışmalar sonucu gebelik kategorisi C olarak belirtilmektedir. Bu yazıda akut iskemik inme nedeni ile iv rTPA uygulanan gebe bir hasta sunulmakta ve literatür bilgileri tartışılmaktadır.

Olgu: 28 yaşında metalik mitral kapak replasmanı bulunan, 12 haftalık gebe hasta acil serviste akut gelişen motor afazi ve sağ yanda 2/5 kas gücü ile değerlendirildi. NIHSS 12 hesaplanan hastaya çekilen kr BT ASPECT 8 olarak hesaplandı. Gebe olması nedeni ile kontrast madde kullanılamayan ve BT anjio çekilemeyen yine aynı nedenle mekanik trombektomi uygulanamayacak olan hastaya, hasta ve yakınlarından onam alınarak IV trombolitik tedavi uygulandı. İşlem sonrası 24.saat NIHSS 2 saptanan hastanın taburculukta mRS 0 idi. Tedavi sonrası Kadın doğum hekimi tarafından da değerlendirilen hastada fetal muayenede patoloji saptanmadı ve herhangi bir kanama komplikasyonu izlenmedi.

Sonuç: IV rTPA moleküler ağırlığı büyük olması nedeniyle (527kDa) plasentadan geçemez. Literatürde gebelerde iv rTPA uygulaması vaka bildirimi bazında yer almaktadır, randomize kontrollü çalışmalar bulunmamaktadır. AHA 2016 dışlama-dahil etme kriterleri içinde gebede trombolitik uygulaması relatif kontraendikasyon olarak değerlendirilmekte, potansiyel yarar potansiyel fetal riskten daha fazla ise uygulanması önerilmektedir. Uygulanması gereken durumda olası fetal riskler göz önüne alınarak hasta bazında değerlendirilmeli, gebelik açısından acil müdahale koşulları sağlanabiliyorsa tedavi uygulanmalıdır.

P-052

SEMPATOMATİK İNTERNAL KAROTİS ARTER STENOZUNA ERKEN DÖNEM ENDOVASKÜLER GİRİŞİM OLGU SUNUMU

Gökhan Pek, Hale Zeynep Batur Çağlayan, Bijen Nazlıel

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Akut semptomatik karotis stenozlarında kontreendikasyon olmadığı durumlarda karotis endarterektomi ve stentleme sık kullanılan tedavi yöntemleridir. Erken dönem müdahalede endarterektomi stentlemeye göre daha düşük prosedürel risk taşıdığı ve ciddi stenoz vakalarında belirgin yarar sağladığı gösterilmiştir. Endarterektomi sonrası gelişen stenoz vakalarında hastanın mevcut durumuna göre tekrar endovasküler girişim yapılabilmektedir. Akut iskemik inme ile takipli semptomatik internal karotis arter darlığı olan, erken dönem endarterektomiye alınan bir erkek hastayı sunuyoruz.

Olgu: Altmış sekiz yaşında erkek hasta uyandığında sol kol ve bacağı hareket ettiremediğini farketmiş. Acil servise yedinci saatte getirilen hastanın nörolojik muayenesi dizartrik konuşma, sol hemiparezi, sol plantar yanıt ekstensör şeklindeymiş. Hastanın şikayetleri on beş dakika içinde düzelmiş. Çekilen kranyal MR'da sağ serebral hemisferde ve sağda talamus ile bazal gangliada akut iskemik saptanmış. Hastanın takibinde rektürren sol hemiparezi gelişmesi üzerine çekilen dijital subtraksiyon anjiyografi sonucu sağ internal karotid arterde lümeni %80 daraltan trombüs saptandı. Erken dönem endarterektomiye yapıldı. Endarterektomi sonrası kontrolde %50 darlık saptanması üzerine sağ internal karotid arter kolleteral akım kontrol edilerek vasküler tıkaç ile embolize edildi.

Sonuç: Semptomatik internal karotid arter stenozlarında erken dönem endarterektomi önerilen tedavi yöntemlerinden biridir. Endarterektomi sonrası semptomatik stenoz gelişmesi durumunda seçilmiş vakalarda embolizasyon uygulanabilmektedir.

P-053

İNTRAVENÖZ TROMBOLİTİK TEDAVİ UYGULANAN MOYAMOYA OLGUSU

Hüseyin Nezih Özdemir, Ayşe Güler

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Literatürde intravenöz trombolitik tedavi uygulanan kısıtlı sayıda Moyamoya hastası bulunmaktadır. Bu konu ile ilgili deneyimimizin paylaşılması amaçlanmıştır.

Yöntem: İntravenöz trombolitik tedavi uygulanan olgu kliniğimizde akut serebrovasküler olay tanısı ile yoğunbakım ünitesi ve yatan hasta servisinde yatırılarak izlenmiştir. Tarafımızca takip edilen olguya ilişkin bilgiler için epikrizden faydalanılmıştır ve olguya ilişkin deneyimlerimiz paylaşılmıştır.

Bulgular: 28 yaş kadın hasta, serebrovasküler olaydan 6 ay önce 30 dakika süren sağ yanda güçsüzlük ve konuşamama şeklinde geçici iskemik atak ile Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Polikliniği'ne başvurusu mevcut. Tetkik edilen hastaya kranial BT anjiyodaki tipik görüntü ile Moyamoya Hastalığı tanısı kondu. Asetilsalisilik asid tedavisi önerilen hastanın ilacını kullanmadığı öğrenildi. Hasta ani gelişen sol yan güçsüzlüğü şikayeti ile başlangıçtan sonraki 195. dakikada ile Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servis'e getirildi. 15 dakika içinde nöroloji hekimi tarafından değerlendirilen hastanın NIHSS:11 olarak hesaplandı. Trombolitik tedavi için kontrendikasyon saptanmayan hasta intravenöz trombolitik tedavi amacıyla Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Yoğunbakım Ünitesi'ne yatırıldı. Nörolojik muayenede hasta bilinç açık, koopere, dezoryante olarak saptandı. Sol nazolabial oluk silik, sol yan 2/5 kas gücündeydi. Anozognozi ve sol yanda hipostezi saptandı. Hastaya inme başlangıcından 250 dakika sonra uygun dozda intravenöz trombolitik tedavi 1 saat sürede verildi. Serebral ödem açısından Mannitol tedavisi başlandı. 24. Saat NIHSS skoru ve nörolojik muayene stabil olarak izlendi. Herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Sonuç: Moyamoya Hastalığı, Willis Poligonu etrafındaki arterlerin progresif stenoz ve okluzyonu ile seyreden serebrovasküler bir hastalıktır. Geçici iskemik atak, inme ve epileptik nöbetler ile kendini gösterebilir. En sık iskemik infarmlar ile başlar, rekrralayıcı infarmlar görülür. Literatürde

Moyamoya Hastaları'nda akut iskemik inmede intravenöz trombolitik kullanımını araştıran sistemik bir çalışma yoktur. Kısıtlı sayıdaki olgu sunumlarında intraserebral kanama bildirilmemiştir. Olgumuza 250.dakikada intravenöz trombolitik tedavi uygulanmıştır. 24. saat NIHSS ve nörolojik muayenesi stabil olan hasta toplam 2 hafta süre ile nöroloji yoğunbakım ünitesi ve yatan hasta servisinde izlenmiştir. Olgu sol yan 2/5 kas gücünde, sekelli olarak düşük doz asetilsalisilik asid tedavisi ile taburcu edilmiştir.

P-054

TEKRARLAYAN İSKEMİK İNME VE TEKRARLANAN TROMBOLİTİK TEDAVİ: İKİ OLGU

Mücahid Erdoğan, Songül Şenadım, Mahir Yusifov, Sezin Alpaydın Baslo, Dilek Ataklı

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

Giriş: İntravenöz trombolitik ve mekanik trombektomi tedavileri, günümüzde akut iskemik inme hastalarında uygun endikasyon bulunması halinde kullanılan ve iskemik inmeye bağlı semptomları geri döndürmede etkili tedavi yöntemleridir. Alteplaz tedavisinin aynı hastada ikinci kez iskemik inme endikasyonu ile kullanımına dair literatürde kısıtlı sayıda veri bulunmaktadır. Bu sunumda ikinci kez alteplaz tedavisi uygulanan iki hastanın sonuçlarını ele almayı hedefledik.

Olgu 1: 52 yaşında erkek hasta, ağızda kayma şikayetiyle acil servise başvurdu. Özgeçmişinde 2 yıl önce atriyal septal defekt sebebiyle operasyon ve 3 kez geçirilmiş iskemik inme öyküsü mevcuttu. Hasta düzensiz olarak asetilsalisilik asit ve dabigatran 150 mg tek doz kullanmaktaydı. Nörolojik muayenede fasyal paralizi, sağ hemiparezi ve afazi saptanan, NIHSS skoru 6 hesaplanan hastanın yapılan kranyal görüntülemesinde sol MCA sulama alanında akut iskemik enfarktı görüldü. Kontrendikasyonu olmayan hastaya trombolitik tedavi uygulandı. 24 saat sonra yapılan kranyal BT'de hemoraji izlenmedi. Taburculuğunda NIHSS skoru 2 olarak değerlendirildi. İlk trombolitik tedaviden 2 ay sonra konuşma bozukluğu ve sağ taraf güçsüzlüğü şikayetleriyle tekrar acil servise başvuran ve sol MCA sulama alanında akut iskemik saptanan hastaya kontrendikasyon saptanmaması üzerine ikinci kez trombolitik tedavi uygulandı. Kontrol kranyal BT'de hemorajik transformasyon izlenmedi, herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Sağ taraf güçsüzlüğünde belirgin düzelme görüldü.

Olgu 2: 69 yaşında kadın hasta sağ taraf kuvvetsizliği şikayetiyle acil servise başvurdu. Hipertansiyon ve diabetes mellitus öyküsü bulunan hasta antitrombotik tedavi kullanmamaktaydı. Hastanın görüntülemelerinde sol MCA sulama alanında akut iskemik enfarkt ve sol ICA oklüzyonu görüldü. Trombolitik tedavi başlanan hasta takibince mekanik trombektomi işlemine alındı. Tam rekanalizasyon sağlandı. 1 yıl sonra ağızda kayma ve konuşamama şikayetleriyle tekrar başvuran hastanın yapılan muayenesinde global afazi ve sağ hemipleji görüldü. Trombolitik tedavi için uygun olan hastaya ikinci kez alteplaz tedavisi verildi. Takiplerinde yapılan kranyal BT görüntülemesinde hemorajik transformasyon izlenmedi, herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Sonuç: Trombolitik tedavi akut iskemik inmede etkinliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir tedavidir. Akut iskemik inme sebebiyle alteplaz tedavisi almış olan hastalarda endikasyon olması durumunda ikinci kez iskemik inme için alteplaz tedavisinin verilmesi güvenli görülmektedir.

P-055

TALAMUS LEZYONUNA BAĞLI HEMİKORE

Sebiha Cansever¹, Arzu Tay¹, Öner Avinca²

¹Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Diyarbakır

²Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Diyarbakır

Giriş: Hemikore tek taraflı fleksiyon ve ekstansiyon, rotasyon veya çaprazlama şeklinde hızlı istemsiz hareketlerin olduğu hiperkinetik hareket bozukluğudur. Tüm vücut bölümlerini içerebilir, fakat ağırlıklı olarak distal bölgelerde görülür. İnme sonrası en sık gelişen hiperkinetik hareket bozuklukluğu hemikoredir.

Olgu: 58 yaşında erkek hasta sağ tarafta yaklaşık 10 gün önce vücudunun sağ tarafında ani gelişen istemsiz, düzensiz ve sürekli olan koreiform hareketler nedeniyle acil servise başvurdu. Öz geçmişinde hipertansiyon, 2013 yılında bypass öyküsü mevcuttu. Nörolojik muayenesinde; bilinci açık, oryante ve koopereydi. Kraniyal sinirleri intakttı. Sağ alt ekstremitelerde daha belirgin olan sağ üst ve alt ekstremitelerde koreiform hareketler vardı. Motor muayenesinde kas gücü kaybı yoktu. Kas tonusu normaldi. Derin tendon refleksleri normoaktif. Plantar yanıtları fleksördü. Duyu ve serebellar muayene normaldi. Laboratuvar incelemesinde rutin tam kan ve biyokimya paneli normaldi. Dış merkezde yapılan karotis-vertebral arter renkli doppler ultrasonografisinde sağ ve sol karotis bifürkasyonunda anlamlı düzeyde stenoza yol açmayan kalsifiye nonkalsifiye aterosklerotik plakları saptandı. EKG'si normal sinüs ritmindeydi. Echosunda sol ventrikül hipertrofisi ve hafif düzeyde mitral ve aort yetmezliği saptandı. Hastanın acilimize başvurmada önce özel bir hastanede çekilen kraniyal BT'de sol talamusta superior pedinküle uzanım gösteren 20*10 mm boyutunda T1 ve T2A da hiperintens subakut dönem hemoraji saptandı. Hastaya dış merkezde başlanan anagregan tedavi hemoraji odaklarının olması nedeniyle kesildi. Hastaya koreik hareketlerinin olması nedeniyle haloperidol ve sodyum valproat başlanıp nöroloji polikliniğe kontrole çağrıldı.

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

bozuklukları kliniği ile karşılaşılan durumlarda serebrovasküler hastalıkların etyolojide düşünülmesi gerektiği vurgulanmak istenmiştir.

P-057

REKÜRREN İNEMEDE ATEROM PLAKLARI

Ceren Aktan¹, Mustafa Emir Tavşanlı¹

¹Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Rekürren inmelerde emboli kaynağı araştırırken rutin taramanın dışında hangi tetkikleri istenmeli, buna nasıl karar verilmeli tespit etmek

Yöntem: Hastanemiz acil servisine 1 ay ara ile başvuran rekürren inme hastasında rutin inme tetkikleri olan transtorasik ekokardiyografi, bilateral karotis- vertebral arter dopler, geniş biyokimya tetkikleri yapıldı. Herhangi bir patoloji saptanamayınca hastaya transözofagial ekokardiyografi planlandı.

Bulgular: 70 yaşında erkek hasta, acil servise sol hemihipoestezi, ataksi, dizatri kliniği ile başvurdu ve kraniyal difüzyon MR görüntülemesinde sağ serebellar akut laküner iskemi görüldü. Hastanın özgeçmişinde; hipertansiyon, hiperlipidemi ve diyabetes mellitus tanıları var. Karotis- vertebral arter de belirgin stenoza rastlanmadı. EKG ve TTE da belirgin patoloji saptanmadı. Hasta 300mg asetilsalisilik asit ile taburcu edildi. Bir ay sonra acil servise yeni gelişen ataksi ile başvuran hastanın difüzyon MR görüntülemesinde sağ pons yarımında akut iskemi görüldü. EKG, dopler ve TTE tekrarlandı fakat herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastaya TEE yapılması planlandı. TEE sonucu hastada aortik arkta grade 5 aterom plağı olduğu saptandı. Hastanın almakta olduğu ASA tedavisi klopidoğrel ile kombine edildi

Sonuç: Aortada aterom plakları inme için iyi bilinen bir risk faktörüdür; inme riskini 4 kat arttırmaktadır. Bizim vakamızda rutin tarama tetkikleri ve iki ayrı TTE hastadaki yüksek dereceli aortik aterom plağını saptayamadı. Bu posterde; ateromun TTE ile saptanıp saptanamayacağını, ilk etapta istenecek tetkiklerden bunu saptamaya yönelik neler olabileceği ve taramamızı ne zaman nereye kadar genişletmemiz gerektiğini tartışmak istiyoruz.

P-058

OKLUDE İNTERNAL KAROTİS ARTERİN ERKEN SPONTAN REKANALİZASYONUNA BAĞLI REKÜRREN İNME: OLGU SUNUMU

Recep Baydemir

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Kayseri

Giriş: Tek veya iki taraflı internal karotis arter (İKA) oklüzyonları inme ile gelen hastaların %6-24'ünde görülmektedir. Spontan rekanalizasyon akut evrede geç döneme göre daha sıktır ve 7 güne kadar %33 civarında olduğunu belirten çalışmalar vardır. Akut iskemik inme sonrası tesbit edilen ve ilk 72 saatte spontan rekanalize olarak rekürren inmeye neden olan İKA oklüzyonuna sahip olgumuzu sunuyoruz.

Yöntem: Ondokuz yaşında kadın hasta senkop ve sol tarafında uyuşma nedeniyle yapılan dış merkez görüntülemelerindeki sağ temporal enfarkt ve sağ İKA oklüzyonu nedeniyle kliniğimize yönlendirildi. Takip ve

araştırma için yatırılan hastanın nörolojik muayenesi normaldi. Gelişinde yapılan Bilgisayarlı Tomografi Anjiyografi (BTA)'de sağ İKA'nın oklüde olduğu, orta serebral arter(MCA) ve anterior serebral arter (ACA)'in sol taraftan yeterince dolduğu görüldü. Takibinin 3. gününde sol vücut yarısında belirgin kuvvet kaybı gelişmesi üzerine tekrarlanan görüntülemelerinde enfarkt alanının genişlediği izlendi. BTA'da İKA da akım izlenirken, MCA ve ACA'da akım izlenmemesi üzerine birinci saatinde hastaya endovasküler müdahale yapıldı. Aspirasyon eşliğinde geri çekilebilir stent ile tekrarlayan mekanik trombektomiler sonrası rekanalizasyon sağlandı. İşlemden hemen sonra kuvvet kaybı tamamen düzeldi.

Bulgular: Akut serebral iskemik olaylarda İKA oklüzyon prevalansı %6-15 olarak bildirilmektedir. Önceleri özellikle kronik tam oklüzyonların genel olarak stabil bir durum olarak kabul edilerek sonraki dönemde distal embolinin olmayacağı görüşü hakimken, yapılan çalışmalarda rekanalizasyonun tahmin edilenden daha fazla olduğu gösterilmiştir (%2.3-11). Oklüde İKA'nın rekanalizasyonu ilk kez 1958 yılında Lehrer tarafından tanımlanmıştır. Spontan rekanalizasyon, bizim olgumuzda olduğu gibi erken veya geç dönemde olabilir. Oklüde damarı rekanalize olan hastalarda rekürren inme görülebilir. Rekanalizasyon diseksiyon durumunda, aterosklerotik lezyon veya emboli'ye göre daha yüksektir. Rekanalizasyonun nedeni olarak, geçici vazospazm, arter duvarının geçici ödemi, oklüzyon bölgesinden trombüsün distal migrasyonu, spontan lizis, trombüs fragmantasyonu ve plak içi hematoma resorpsiyonu gibi hipotezler öne sürülmektedir.

Sonuç: Oklüde İKA'nın spontan rekanalizasyonu ciddi nörolojik komplikasyonlar, hatta ölümlerle sonuçlanabilir. Bu açıdan İKA'sı oklüde olan hastalar rekanalizasyon açısından mutlaka izlenmelidir. Ancak hangi hastaların izleneceği, hangi görüntüleme yöntemiyle ne sıklıkta takip edileceği ile ilgili belirli bir protokol bulunmamaktadır.

P-059

SUPRATENTORIAL DERİN YERLEŞİMLİ İNTRASEREBRAL KANAMA: GÖRÜNTÜLEME, SKALA, PROGNOZ

Zeynep Özözen Ayas¹, Kıyasettin Asil²

¹Yunus Emre Devlet Hastanesi, Nöroloji, Eskişehir

²Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Sakarya

Giriş: Tüm inmelerin %12'sini oluşturan intraserebral kanamalar önemli mortalite oranına sahiptir. Supratentorial kanamalar %90 oranında görülürken bunun %60'ını derin yerleşim alanları (bazal ganglion ve talamus) oluşturmaktadır. Başta hematoma hacmi olmak üzere mortalite için pek çok belirteç ve skala geliştirilmeye çalışılmıştır. Çalışmamızda supratentorial derin yerleşimli spontan intraserebral kanamalı hastalarda demografik özellikler, başlangıç semptomları, glaskow koma skoru (GKS), lokalizasyon, hematoma hacmi, internal ve eksternal kapsül tutulumu, ventrikül açılımının prognoz ve hastane içi mortalite etkisi araştırılmıştır.

Yöntem: Hastaneye başvuran derin yerleşimli spontan intraserebral hematoma tanısı almış hastaların, yaş, cinsiyet, taraf, lokalizasyon, başvuru semptomları, GKS, hematoma hacmi (ABCx0,562) (0-10cc, 10-30cc, 30-60cc, >60cc), lokalizasyon internal ve eksternal kapsül tutulumu, ventrikül açılımı, modifiye rankin skalası (MRS) (1-2: bağımsız,

3,4,5: bağımlı, 6: ölüm) ve hastane içi mortalite sonuçları kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya 18'i kadın, 16'sı erkek olmak üzere toplam 34 hasta alındı. Hastaların ortalama yaşı $68,58 \pm 14,45$ (38-97) idi. Ortalama hastanede yatış süresi $13,64 \pm 13,15$ (4-78) gün idi. Acildeki GKS $12,9 \pm 2,36$ (8-15) idi. Hastaneye başvurusunda 17 hastada (%50) bilinç değişikliği, 14 hastada (%41,1) konuşma bozukluğu, 24 hastada (%70,5) motor güç kaybı, 4 hastada (%11,7) başağrısı semptomları saptandı. Hematomların 20'i sağ (%58,8), 14'ü sol (%41,2) hemisferde idi. Hematom lokalizasyonu 13 (%38,2) hastada globus pallidusta, 11 (%32,3) hastada talamusta, 5 (%14,7) hastada putaminal bölge, 3 (%8,8) hastada ise talamus-putamen-globus pallidusun birlikte tutulumlarını kapsıyordu. Hematom hacmi ortalaması 17,6 cc olup, 0-10 cc olan 20 (%58,8) hasta, 10-30 cc olan 7 (%20,5) hasta, 30-60 cc olan 5 (%14,7) hasta 60 cc üzeri olan 2 (%5,8) hasta saptandı. İnternal kapsül tutulumu olan 22 (%64,7) hasta, eksternal kapsül tutulumu olan 13 (%38,2) hasta, hemorajisi ventriküle açılmış 10 (%29,4) hasta saptandı. Modifiye rankin skalasına göre (MRS) 14 hasta (%41,2) bağımsız, 13 hasta bağımlı %38,2, hastane içi mortalite 7 hastada (%20,6) tespit edildi. İleri yaş, cinsiyet, taraf bulgusu, konuşma bozukluğu, başağrısı varlığı, lokalizasyon, internal ve eksternal kapsül tutulumu, ventriküle açılım parametrelerinin prognoz ve mortalite üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır. Hematom hacmi artışı ve GKS'ü düşüşünün mortalite ile arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. ($p=0,004$, $p=0,002$; $p<0,01$) Bilinç bulanıklığı görülen olgularda mortalitenin arttığı görülürken, motor güç kaybı ile başvuran hastalarda mortalite oranının anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. ($p=0,007$, $p=0,014$; $p<0,05$). Hastanede yatış süresinin prognoz ile arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. ($p=0,005$; $p<0,01$). Ancak bağımlı hasta grubu ve ölen hastaların yatış süreleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. ($p>0,05$).

Sonuç: Supratentorial derin yerleşimli hematomlu hastalarında prognoz ve hastane içi mortalitelerinin öngörülmesinde hematom hacmi, GKS, başvuruda bilinç bulanıklığı önemli parametreler olmakla birlikte başvuruda motor güç kaybının değerlendirilmesi için geniş çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

P-060

ORTA SEREBRAL ARTER-İNTERNAL KAROTİS ARTER TANDEM OKLUZYONLARINA MÜDAHALENİN FARKLI BİR YOLU OLABİLİR Mİ?

Zehra Uysal Kocabaş, Ezgi Sezer Eryıldız, Özlem Aykaç, Atilla Özcan Özdemir

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Giriş: İnme; beyne giden kan akımının farklı nedenlerle kesilmesi sonucu ortaya çıkan, ani başlangıçlı, fokal serebral işlev bozukluğu olarak tanımlanabilir. Uzun süreli dizabilitenin en önde gelen nedenlerinden olan inme, ölüm nedenleri içerisinde ise 3. sırada yer almaktadır. Akut inme yönetiminde amaç en kısa sürede tıkalı olan damarı açarak en az hasarla beynin tekrar kanlanmasını sağlamaktır. Rekanalizasyonu sağlamak amacıyla uygulanan medikal trombolitik tedavilerin ve girişimsel yöntemlerin her geçen gün önemi artmakta ve en iyi sonucu elde edebilmek için bu yöntemler sürekli geliştirilmektedir. Burada kliniğimize sağ

internal karotis arter (İKA) ve orta serebral arter (MCA) okluzyonu ile başvuran akut iskemik inme olgusunda Posterior Komünikasyon Arteri (PcomA)'den uygulanan intraarteriyel rt-PA (rekombinant doku plazminojen aktivatörü) tedavisi ve sonuçları sunulacaktır.

Olgu: Elli dokuz yaşında erkek hasta, 2,5 saat önce gelişen sol hemiparezi nedeniyle Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi acil servisine başvurdu. Hastanın ilk yapılan nörolojik muayanesinde konuşması dizartrikti, sol santral fasiyal paralizi ve solda 3/5 hemiparezi mevcuttu. Çekilen beyin bilgisayarlı tomografi (BT)'sinde kanama izlenmedi. Çekilen beyin bilgisayarlı tomografi anjiyografi (BTA)'sinde ise sağ İKA ve MCA oklude izlendi. Hasta endovasküler müdahale için anjiyo suite'ne alındı. Yapılan Digital Subtraksiyon Anjiyografi (DSA)'da sağ İKA'ın ve MCA M1 segmentinin oklude olduğu görüldü. Sol vertebral arter enjeksiyonunda bilateral PcomA'ın baskın olduğu görüldü ve mikrokater ile sağ PcomA'a yerleşilerek intraarteriyel rt-PA verildi. Hastanın çekilen kontrol BT'sinde ve beyin Manyetik rezonans (MR)'ında sağ frontoparietal enfarkt alanı izlendi. İkili antiagregan tedavi başlanan hasta Modifiye Rankin Skalası (mRS) 0 olarak taburcu edildi. İki ay sonra yapılan karotis ve vertebral arter doppler USG'de sağ İKA'nın rekanalize olduğu ve ciddi stenoz olduğu görüldü. Yapılan DSA'da sağ İKA bulb distalında uzun segment, distalde kollapsa neden olan %99 darlık saptandı ve hasta semptomatik ciddi sağ karotis darlığı nedeniyle endarterektomiye yönlendirildi.

Sonuç: MCA okluzyonu ile başvuran hastaların yaklaşık %25'inde eşlik eden İKA okluzyonu ve İKA okluzyonu ile başvuran hastaların ise %50'sinde eş zamanlı MCA okluzyonu bulunmaktadır. Tandem okluzyon ile başvuran hastaların uygulanacak intravenöz rt-PA tedavisine daha az klinik yanıt verdikleri ve prognozlarının da daha kötü olduğu bilinmektedir. Servikal İKA ve MCA tandem okluzyonlarında intraarteriyel rt-PA tedavisi için standart kurallar olmasa da Willis poligonunda ki sağlam kolleteraller yoluyla oklude olan MCA'ya ulaşarak intraarteriyel rt-PA uygulanan, aspirasyon yapılan ve hatta stent ile trombektomi yapılan vakalar daha önce de bildirilmiştir. Büyük damar okluzyonu ile başvuran akut iskemik inmeli hastalarda rekanalizasyonun erken sağlanması hastanın prognozu açısından büyük önem taşımaktadır. Yapılan anjiyografik değerlendirme ile mevcut sağlam kolleterallerin durumunun değerlendirilmesi ve eğer mümkünse bu kolleteraller aracılığı ile de oklude MCA'ya ulaşarak işleme devam edilmesinin mümkün olduğu muhakkak akılda tutulmalıdır.

P-061

AKUT İNME VE AKUT AĞRI

Demet Yıldız¹, Nilüfer Büyükkoyuncu Pekel²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji, Bursa

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji, Bursa

Giriş: İnme sonrasında görülen santral ağrı sıklığı %8-14 arasındadır. İnme sonrası görülen santral ağrının patofizyolojisi iyi anlaşılmamıştır fakat santral disinhibisyon, uyarıların dengesizliği ve merkezi duyarılma olabileceği düşünülmektedir. Santral ağrı genç inmelilerde daha sık görülmüştür. Geçmişte talamik ağrı talamik inme ile eşanlı görülebilse de spinotalamik

yolun ve onun kortikal projeksiyonlarının herhangi bir yerindeki inme santral ağrı ile sonuçlanabilir Ventroposterolateral talamik lezyonların ağrı oluşturma potansiyeli daha yüksektir. İnme sonrası ağrı genellikle 1-2 ay içinde olmaktadır. Acil servisimize ağrı şikayeti ile başvuran 3 akut inme olgusunu paylaşmak istedik.

Olgu 1: 63 yaşında erkek hasta sağ elde şiddetli ağrı şikayeti ile acil servise başvuran hastaya analjezik tedavisi verilmiş. Şikayetlerinin devam etmesi üzerine kliniğinin 4. Gününde hastanemiz acil servise başvuran hastanın nörolojik muayenesinde sağ üst ekstremitede fröst monoparezi ve sağ hemihipoestezisi mevcuttu. Sağ kolda dizestezi ve allodini tarifliyordu. Özgeçmişinde özellik olmayan ve difüzyon MR da sol parietal bölgede enfarkt saptanan hasta kliniğimize yatırıldı. Klinik takiplerinde ağrısı ve allodinisi medical tedavi almadan spontan geriledi.

Olgu 2: 51 Yaşında kadın hasta 1 yıl önce pons enfarktı geçiren hasta yeni gelişen yutma güçlüğü, sağ kolda ağrı uyuşma şikayetleri ile başvurdu. Nörolojik muayenesinde öğürme refleksinde azalma, sağ kolda dizestezi, allodini mevcuttu. Kliniğimize yatırılan hastanın ağrı şikayeti devam etmesi nedeniyle pregabalin tedavisi başlandı. Şikayetleri kısmen geriledi.

Olgu 3: 59 yaşında erkek hasta ani gelişen sol kol ve bacakta uyuşma şikayeti ile acil servise başvurdu. Özgeçmişte 8 yıl önce TBDH sol hemiparezi öyküsü mevcuttu. Nörolojik muayenesinde sol üst fröst alt 4/5 hemiparezi ve sol hemihipoestezisi mevcuttu. sol kolda uyuşma ve ağrı tarifleyen hastanın difüzyon MR'ında akut enfarkt izlenmedi. LANSS ağrı skalasında 11 puan, DN4 anketinde ise 5 puan aldı. Takkiplerinde ağrı ve yanma şikayeti devam eden hastaya pregabalin tedavisi başlandı.

P-062

MİGREN, İNME VE PATENT FORAMEN OVALE BİRLİKTELİĞİ; OLGU SUNUMU

Nilüfer Büyükkoyuncu¹, Demet Yıldız¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji, Bursa

Giriş: Migrenin, genç yaş grubunda, iskemik inmeye yatkınlık oluşturduğu düşünülmektedir. Özellikle auralı komplike migren ve nörolojik bulguların eşlik ettiği migrenin ardından, inme gelişme olasılığı en yüksek düzeydedir. Bu olguda 25 yaşında genç iskemik inmeli, migreni ve PFO'su olan bir hasta tartışılmıştır.

Olgu: 25 yaşında erkek hasta şiddetli baş ağrısı, sol kol-bacakta güçsüzlük şikayetleri ile acil servise başvurdu. Başın sol yarısında zonklayıcı karakterde, bulantı-kusma, fotofobi ve fonofobinin eşlik ettiği şiddetli baş ağrısı tanımlıyordu. Ağrı öncesi görsel aurası vardı. Acil servisteki değerlendirmesi sırasında sol kol ve bacakta güçsüzlüğün 1 saat içinde düzeldiği gözlemlendi. Acil serviste çekilen Difüzyon MR'da solda posterior serebral arter sulama alanında akut infarkt saptandı. Hasta beyin damar hastalığı tanısıyla nöroloji servisine yatırıldı. Hipertansiyon ve diyabet öyküsü olmayan hastanın nöroloji servisindeki takipleri sırasında tansiyon ve kan şekereğerlerinin regüle seyrettiği gözlemlendi. Sigara kullanım öyküsü olan hastanın alkol veya uyuşturucu madde kullanımı yoktu. Haftada 2-3 gün düzenli spor yapma ve protein tozu kullanma alışkanlığı vardı. Obesitesi ve hiperlipidemisi yoktu. Nörolojik muayenesinde sağda homonim hemianopsi vardı. Baş ağrısı 72 saat boyunca devam etti. Hemogram ve biyokimya

tetkiklerinde özellik yoktu. Spor yapan ve ağırlık kaldırma yapan hastada diseksiyon araştırmak amacıyla DSA yapıldı. DSA'da her iki vertebral arterde %30-40 darlıklar mevcuttu. Diseksiyon lehine bulgu saptanmadı. KMR-Anjiyografide sol PCA'da trombüs açısından anlamlı bulundu. Genç stroke etyolojisi araştırılan hasta kardiyoloji ile konsülte edildi. Transtorasik ekokardiyografide interatrial septumda dopler ile şüpheli geçiş gözlenmesi üzerine yapılan transözafajiyal ekokardiyografide (TEE) patent foramen ovale (PFO) saptandı ancak kontrast geçişi yoktu. Kapatılması önerilmedi. Genetik birimi ile konsülte edilen hastanın trombofili panelinde MTHFR'in C677T ve A1298C alellerinde heterozigot mutasyon saptandı. Homosistein düzeyi 14.1 ile hafif yüksekti. Protein C, Protein S ve anti-trombin 3 düzeyleri normal değerlerdedi. Lupus anti-koagülan taraması negatifti. Vaskülit? araştırmak amacıyla Romatoloji ile konsülte edildi. Tüm vaskülit markerları negatifti, varikülit veya bağ dokusu hastalığı düşünülmeydi. Şikayetleri gerileyen hasta önerilerle taburcu edildi.

Sonuç: Özellikle auralı migrenin ardından inme gelişme olasılığı daha yüksektir. Bunun nedeninin auralı migren oluşum mekanizmasında, posterior dolaşımı etkileyen kan akımında azalma ve oligemi gösterilmektedir. Ayrıca genç hastalarda migren ve inme birlikteliğinin ileri sürülen mekanizmalarından biri de patent foramen ovale yoluyla oluşan paradoksal embolilerdir. PFO, hem kriptojenik stroke olan genç erişkinlerde hem de özellikle auralı migreni olan genç bireylerde sıklıkla görülüyor. Bu olgularda PFO aracılığıyla oluşan mikroembolilerin beyinde iskemiye yol açabileceği, bunda migreni özellikle de auralı migreni tetikleyebileceği söyleniyor. Bizim hastamızda da migren ve inme birlikteliği ile PFO olmakla beraber TEE'de paradoks geçiş gösterilememiştir. Migrene bağlı inme tanı kriterleri hakkında halen belirsizlik vardır. Migren ataklarının kesin olarak belirlenmesi, migren atağı ile uzamış veya kalıcı nörolojik defisit zaman ilişkisinin olması, diğer vasküler hastalık ve predispozan faktörlerin olmadığının gösterilmesi gerekmektedir. Migren profilaksisinin stroke riskini düşürdüğüne dair yeterli kanıt olmadığı gibi migreni ve/veya PFO'su olan hastalarda primer koruma stratejilerine dair yeterli delil de yoktur. Özellikle auralı migreni olan genç bayanlarda stroke riskini düşürmeye yönelik bir tedavi stratejisi ne yazık ki geliştirilmemiştir.

P-063

GENÇ İNME HASTALARININ RETROSPEKTİF ANALİZİ; GENÇ İSKEMİK İNMELİ HASTALARDA PROTROMBOTİK GEN POLİMORFİZİMLERİNİN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Nilüfer Büyükkoyuncu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Bursa

Giriş: 45 yaş altı inmeler genç inme olarak kabul edilmektedir. Genç inmeler tüm inmelerin %4-10 kadarını oluşturur. Çalışmamızda genç inmeli hastaların inme tiplerine göre sınıflamasının yapılması, demografik özellikler, klinik ve görüntüleme bulgularının incelenmesi, protrombotik gen polimorfizimlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Haziran 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve

Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği'nde genç inme tanısıyla yatırılan 66 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, klinik ve görüntüleme bulguları, protrombotik gen polimorfizimleri incelendi. Genetik mutasyonlar ile klinik bulgular arasında korelasyon araştırıldı.

Bulgular: Genç inme tanısıyla takip edilen 66 hastanın 3'ü kanayıcı (grup 1), 63 tanesi tıkanıcı tipte beyin damar hastalığı tanısıyla yatırılmıştı. 63 hastanın 9'ünde serebral venöz trombus gözlenirken (grup 2), 54'de arteriel tipte tıkanıklık (grup 3) vardı. Hastaların 37'si erkek (%56.1), 29'u kadındı (%42.9). Hastaların yaş ortalaması 37'di. Hastaların %25'de hipertansiyon (HT) vardı, HT görülme oranı kanayıcı grupta anlamlı derecede yüksekti ($p=0.036$). Hastaların %12.1'de diyabet vardı. Diyabetik hastaların tümü arteriel tıkanıklık grubundaydı. Kanayıcı grupta yer alan üç hastanın ikisinde derin ak maddede (lobar), 1 tanesinde geniş bazal ganglionik kanama vardı. Her üç hastanın hipertansiyonu (HT) vardı. Serebral venöz tromboz (SVT) tanısıyla yatırılmış 9 hastanın 1'inde superior sagittal sinüs, 2'sinde transvers sinüs, 2'sinde sigmoid sinüs, 3'ünde hem transvers hem sigmoid sinüs, 1'inde internal serebral vende trombus vardı. Hastaların 6'sında venöz infarkt yoktu. 1 hastada paryetal lobda, 2 hastada bilateral talamusta infarkt vardı. Predispozan faktörler incelendiğinde hastaların 2'sinde puerperium, 2'sinde oral kontraseptif kullanımı, 1'de enfeksiyon (mastoidit), 1'de anemi, OK ve protein S düşüklüğü, 1'de de homosistein yüksekliği ile beraber metilenterahidrofolat redüktaz (MTHFR) mutasyonu gözlemlendi. Arteriel tipte tıkanıklığı olanların %7.7'de büyük arter ateroskleroza, %21.2'de kardioembolik, %38.5'de küçük arter tıkanıklığı, %5.8'de diğer nadir nedenler gözlenirken, %26.9 nedeni bilinmeyen grupta yer alıyordu. Lezyon lokalizasyonuna bakıldığında Banford sınıflamasına göre posterior sirkülasyon infarktı %44.2 ile ilk sırada yer alıyordu. Hastaların %16.1'de Faktör V Leiden mutasyonu gözlenirken, hastaların hiçbirinde protrombin gen mutasyonu (F2 G20210A) gözlenmedi. Hastaların %16.1'de MTHFR (C677T) homozigot mutasyonu, %35.5'nde heterozigot mutasyonu gözlemlendi. MTHFR (A1298C) alleli incelendiğinde hastaların %16.1'de homozigot, %41.9'da heterozigot mutasyonu gözlemlendi. Hastaların %19.2'de Protein S düşüklüğü vardı, %13.3 lupus antikoagulan taraması pozitif. Hastaların %83.3'ünde homosistein yüksekliği vardı. Homosistein yüksekliği olanların %12.5'de MTHFR (C677T) homozigot mutasyonu, %56.3'de heterozigot mutasyonu gözlemlendi. Yine homosistein yüksekliği olanların %12.5'de MTHFR (A1298C) homozigot, %43.8'de heterozigot mutasyonu gözlemlendi. Ancak bunlar anlamlı bulunmadı. Konuşma bozukluğu olan hastalarda FVLeiden, MTHFR C677T ve A1298C homozigot mutasyonları daha sık bulundu ancak bu fark anlamlı değildi. Hemiparezisi olanların %40'da FVLeiden mutasyonu gözlenirken, hemiparezisi olmayanların sadece %5'de mutasyon vardı ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlıydı ($p=0.031$). Hemiparezisi olanlarda MTHFR(C677T) hem homozigot hem heterozigot, MTHFR(A1298C) homozigot mutasyonu daha sıkı ancak fark anlamlı değildi. Görme bozukluğu olan hastalarda FVLeiden, MTHFR(C677T), MTHFR(A1298C) homozigot mutasyonları daha sıkıydı. Sonuç: İnme özellikle genç yaş grubunda ciddi sosyal ve ekonomik yükleri de beraberinde getirmektedir. Genç yaş grubunda inme nedenlerinin ayrıntılı incelenmesi ve etyolojiye yönelik etkin tedavi yapılması gerekmektedir. Bu

anlamda genetik mutasyonlarla ilgili ülkemizde yapılan çalışmalar sınırlıdır. Daha yüksek hasta sayısı ile yapılan çalışmalara ihtiyaç vardır.

P-064

BEYİN DAMAR HASTALIKLARINDA RİSK FAKTÖRÜ OLARAK OBEZİTE

Hatice Köse Özlece¹, Elif Sarıca Darol²

¹Acıbadem Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Kayseri

²Yenikent Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Sakarya

Giriş: Nörolojik hastalıklar içinde inme dünyada ikinci sırada yer alan ölüm nedenidir. Aynı zamanda özürllülük yapmada birinci sırada olup endüstrileşmiş toplumlarda hastane başvurularında ve sağlık harcamalarında önemli bir yer tutmaktadır. Bu nedenle beyin damar hastalıkları (BDH) 'nın risk faktörlerinin belirlenmesi ve önlenmesi oldukça önemlidir. Obezite, günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde giderek artış gösteren ciddi bir sağlık problemidir. Özellikle abdominal yağlanma olarak tabir edilen abdominal obezitenin kardiyovasküler hastalıklarda ciddi bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Biz çalışmamızda beyin damar hastalıklarının başında gelen iskemik inme ve geçici iskemik ataklarda önlenebilen bir risk faktörü olan obezitenin rolüne dikkat çekmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya retrospektif olarak bir üniversite hastanesi nöroloji servisi ve yoğunbakım ünitesinde iskemik inme ve geçici iskemik atak (GİA) tanısı alan 18 yaşından büyük 198 hasta alındı. Aynı dönemde iskemik inme ve GİA dışında tanılar alan 202 hasta ise kontrol grubu olarak seçildi. Tüm hastaların demografik özellikleri kaydedildi. İnme için risk faktörü olarak hipertansiyon, diyabetes mellitus, hiperlipidemi, geçirilmiş inme ve koroner arter hastalığı, sigara, alkol, obezite ve abdominal obezite değerlendirildi.

Bulgular: Nöroloji kliniği ve nöroloji yoğun bakım ünitesinde yatarak tedavi almış olan 400 hastanın 198'i iskemik inme (145) ve geçici iskemik atak (53) tanısı almışlardı. 198 hastanın; 97'si (%49) erkek, 101'i (%52) kadın hastalardan oluşmaktaydı. Hastaların yaş ortalamaları 60,048±19,03 idi. Yatan hastalardaki tanı dağılımları incelendiğinde, hastaların en sık BDH tanısı aldığı (%60), bunlar içinde ise en sık iskemik inme (%36) tanısı aldıkları görüldü. İskemik inme tanısı alan hastalarda tesbit edilen en sık risk faktörü obezite idi. Obezite hastaların %70'inde mevcuttu. Erkek hastaların %34'u, kadın hastaların ise %58'i abdominal obezidi. Obezite ve abdominal obezite iskemik inme için istatistiksel olarak anlamlı bir risk faktörü olarak saptandı ($p<0,005$). Geçici iskemik atak tanısı alan 53 hastanın 34'u (%64) kadın, 19'u (%35) erkek hastalardan oluşmakta idi. Obezite %80 ve GİA tanısı alan kadınların %84'u, erkeklerin ise %85'i abdominal obezidi. Obezite GİA hastalarında da istatistiksel olarak anlamlı bir risk faktörü idi.

Sonuç: Nörolojik hastalıklar içinde özellikle inme hastalarında artmış risk faktörleri taşıyan kişilerin belirlenmesi ve değiştirilebilen risk faktörlerinin azaltılmasıyla hastalık insidansının azaltılabileceği gösterilmiştir. Çalışmamızda iskemik inme ve GİA geçiren hastalarda obezite oranları oldukça yüksekti. Özellikle abdominal obezite sıklığı da artmıştı. Dünyada giderek ciddi bir sağlık problemi haline gelen obezitenin önlenmesi beyin damar hastalıklarından korunmada oldukça önemli olduğu

akılda tutulmalı ve obezite ile etkin bir mücadele sergilenmelidir.

P-066

BEYİN DAMAR HASTALIKLARINDA BAKIM VERENLERİN HASTALIKLA İLGİLİ FARKINDALIK DÜZEYİ

Nilüfer Büyükkoyuncu, Demet Yıldız

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Bursa

Giriş: Beyin damar hastalıkları tüm dünyada özellikle genç nüfusta birinci sakatlık nedeni, üçüncü ölüm nedeni olarak yer almaktadır. Görülme sıklığı her geçen gün artan bu hastalıkla ilgili farkındalık düzeyi ne yazık ki istenilen düzeye ulaşamamıştır. Bu çalışmada inmeli hastalarda bakım verenlerin hastalıkla ilgili farkındalık düzeyinin artırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji kliniğinde akut inme tanısıyla yatırılan 42 hastanın bakım verenleri ile görüşüldü. Hasta yakınlarına inme ile ilgili basit temel bilgilerin sorgulandığı 10 soruluk bir anket uygulandı. Sorular nöroloji uzmanı tarafından okundu, bakım verenlerden kendilerine en doğru gelen cevabı vermeleri istendi.

Bulgular: Bakım verenlerin yaş ortalaması 53'dü. %78.6'sı kadın, %21.4'ü erkekti. Ortalama bakım zamanı 4.5 gündü. Bakım verenlerin %33.3'ü eş, %2.4'ü anne, %28.6'sı kız çocuğu, %7.1'i erkek çocuğu, %11.9'u gelin, %16.7'si kuzen, komşu vs. gibi diğer yakınlarından oluşuyordu. Bakım verenlerin %59.5'i orta-öğretim, %31'i lise, %2.4'ü üniversite mezunuydu; %7.1'i eğitimsizdi. Bu hastalıkla karşılaşmadan önce hastalıkla ilgili bilginiz var mıydı? sorusuna hastaların %42.9'u evet cevabını verirken; %33.3'ü hayır cevabı verdi. Yakınınız bu hastalığa yakalandıktan sonra bilgi almak için hangi yollara başvurdunuz? sorusuna %81'i doktordan, %9.5'i internetten şeklinde cevap verirken; %9.5'i bilgi almak için uğraşmadım dedi. İnmenin tanımını yapabilir misiniz? sorusuna bakım verenlerin %52.4'ü evet cevabı verirken; inme belirtileri nelerdir biliyor musunuz? sorusuna %33.3'ü evet cevabını verdi. İnmeye sebep olan risk faktörleri nelerdir? sorusuna %16.7'si hipertansiyon, %9.5'i sigara, %4.8'i yüksek kolesterol cevabını verirken; %66.7'si tüm risk faktörlerini saydı. Hastanızın felç geçirdiğini anlayınca ne yaptınız? sorusuna %47.6'si 112'yi aradım cevabını verirken, %33.3'ü banyoya soktum, soğuk su döktüm cevabını verdi. Hastanızı buraya ne şekilde getirdiniz? Sorusuna %71.4'ü 112 aracılığı ile cevabını verdi. Şikayetleri başladıktan ne kadar süre sonra hastaneye başvurdunuz? Sorusuna hasta yakınlarının %45.2'si ilk bir saat içinde, %35.7'si 1-4 saat içinde, %4.8'si 4-24 saat içinde, %14.3'ü 24 saatten sonra başvurduk cevabını verdi. Trombolitik tedavi terimini duydunuz mu? sorusuna %40.5'i evet duydum cevabını verdi. İlk 4.5 saatte hastaneye gelmenin önemini biliyor musunuz? Sorusuna %73.8'i evet cevabını verdi. İnmenin tedavisi var mıdır? Sorusuna %59.5'i evet cevabını verdi. Son soru açık uçlu bir soruydu. Bu hastalıkla ilgili sizi en çok sıkıntıya sokan durum nedir? sorusuna %61.9'u hastanın hareket edememesi, ihtiyaçlarını karşılayamaması ve bakıma muhtaç olması cevabını verdi.

Sonuç: Beyin damar hastalıklarında hastalıkla ilgili farkındalık düzeyinin artırılması hem hastalığın daha erken

tanınması hem de erken ve doğru tedavi edilme şansını doğuracaktır. Bu konuda başta doktorlar olmak üzere sağlık personeline önemli görev düşmektedir.

P-067

TEKRARLAYICI İSKEMİK İNME VE GEÇİCİ İSKEMİK ATAKLARIN EŞLİK ETTİĞİ AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ: OLGU SUNUMU

Fusun Mayda Domaç, Mehmet Budak, Rahşan Karacı, Sergül Zengin, Mustafa Ülker

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları SUAM Nöroloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) ateş ve ağrılı poliserözit atakları ile seyreden, nörolojik bulguların nadir olarak eşlik ettiği otoimmün bir hastalıktır.

Olgu: Sağ tarafta güçsüzlük ve konuşma güçlüğü ile başvuran 38 yaşındaki hastanın 4 yıl önce ve 1 yıl önce iskemik inme öyküsü ,3 yıl önce AAA tanısı aldığı, asetilsalisilikasit ve kolşisin kullandığı öğrenildi. Bir hafta önce aralıklarla olup düzelen sağ tarafta uyuşma şikayeti gelişen, 3 gün önce sağ tarafta güçsüzlük ve konuşma bozukluğu ile başvurduğu dış merkezde çekilen kranial BT ve difüzyon MR tetkiklerinde özellik olmaması nedeniyle psikiyatriye başvurusu önerilen hasta konversif bozukluk ve major depresyon tanılarıyla psikiyatri kliniğine interne edilmiş. Kliniğimizden istenen konsültasyon sonrasında difüzyon MRI'da beyin sapında subakut iske mi ile uyumlu difüzyon kısıtlılığı saptanması sonrası hasta kliniğimize nakil alındı. Fizik muayenesinde ayak bilekleri ve dirseklerde ağrılı şişlik ile subfebril ateşi saptandı. Nörolojik Muayenesinde şuur açık, koopere, zamana dezoriente idi. Gag refleksi (-). Kas gücü muayenesi sağ üst ve altta 1/5, sağda yüzü içermeyen hipoestezi mevcuttu. Rutin kan tetkikleri, Karotis vertebral Doppler USG, kranial ve servikal MR anjiyografi, transtorasik ve transözafageal ekokardiografi ve EKG Holter tetkiklerinde özellik saptanmadı.

Sonuç: İnme için bilinen risk faktörü ve M694V homozigot AAA dışında hastalığı olmayan, AAA atakları sırasında tekrarlayan geçici iskemik atak ve iskemik inme epizodları olan hastayı literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

P-068

AKUT İSKEMİK İNMEDE MEKANİK TROMBEKTOMİ

Deniz Varlık Kümüş¹, Rahmi Tümay Ala¹, Deniz Atılğan¹, Kürşad Kutluk¹, Süleyman Men², Erdem Yaka¹

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

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

Giriş: Bilinç bulanıklığı yakınması ile başvuran, baziller arter trombozu saptanan ve mekanik trombektomi

uygulanan bir olgu sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Otuz dokuz yaşında kadın hasta, bilinç bulanıklığı yakınması ile acil serviste değerlendirildiğinde yerde kasılmış halde gözleri kapalı olarak bulunduğu, o sırada bilinç bulanıklığı olmadığı, yirmi dört saattir yemek yiyemediği ve bulantı kusmasının olduğu saptandı. Nörolojik muayenede uykuya meyil dışında nöropatolojik bulgu saptanmadı. Elektrokardiyografisi sinüs ritminde olan

hasta hipotansif ve bradikardik idi. Sıvı replasmanı ile kan basıncı normal sınırlara dönen hastanın beyin bilgisayarlı tomografisinin (BT) normal sınırlarda olduğu gözlemlendi. Çoklu ilaç alımına yönelik şüphe olması nedeniyle yapılan toksikasyon incelemesi negatifti. Epileptik nöbet ve inme ön tanılarına yönelik yapılan EEG'si normal sınırlardaydı, difüzyon manyetik rezonans görüntülemesinde (MR) sağ serebellar hemisferde milimetrik akut difüzyon kısıtlılığı, nöro BT anjiyografisinde baziller arterde trombüs saptandı ve mekanik trombektomi işlemine alındı. Hastanın işlem sonrasında bilinç bulanıklığında düzelme gözlemlendi.

Sonuç: Bilinç bulanıklığı ve otonom bulgularla başvuran hastalarda intoksikasyon ve epileptik fenomenlerle karışabilecek klinik gözlenebilmek ile birlikte fatal seyredebilecek arka sistem enfarktları gözden kaçırılmamalıdır. Bilinç bulanıklığı diğer sistem nöropatolojik muayene bulgularının tespitini güçleştirebilir.

P-069

MALİGN ORTA SEREBRAL ARTER ENFARKTLARINDA DEKOMPRESİF KRANYEKTOMİ

Burak Yıldız¹, Turgay Demir¹, Kerem Mazhar Özsoy², Şebnem Bıçakçı¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Adana

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı, Adana

Giriş: Malign Orta serebral arter (OSA) enfarktları ciddi oranda mortalite ile sonuçlanmaktadır. Dekompresif kraniyektomi intrakranial basıncı düşürmek ve herniasyonu önlemek amacıyla Malign MCA enfarktlarında 1956'dan beri uygulanmakta olan bir tedavi yöntemidir. Burada, kliniğimizde son 2 yılda Malign OSA enfarktı tanısı ile dekompresif kraniyektomi yapılan 7 olguyu sunulmaktadır.

Olgular: Dört erkek ve 3 kadın olgunun yaş ortalamaları 63 (min 53- max 73) idi. 5 olgunun sağ OSA, 2 olgunun ise sol OSA oklüzyonu tespit edildi. 5'ine intravenöz trombolitik tedavi, 1 olguya mekanik trombektomi uygulandı. Dört olguya ilk 24 saatte, 3 olguya 24.saatten sonra dekompresif kraniyektomi uygulandı. Akut dönemde 4 olgu exitus ile sonuçlanırken, 1 olgu 2 yıldır, 1 olgu 6, diğer olgu ise 3 aydır takip edilmektedir. Eksitus ile sonuçlanan dört olgunun hastaların yaş ortalaması 66 (min 53- max 73) iken, halen takip edilen 3 hastanın yaşları sırasıyla 60, 61,61 ortalaması 60.66 idi.

Sonuç: Malign OSA enfarktlarında özellikle erken dönemde (ilk 24 saat) ve 65 yaş altı hastalarda uygulanacak dekompresif kraniyektomi mortaliteyi önlemektedir.

P-070

REKÜRREN İSKEMİK İNME VE İNTRAVENÖZ TROMBOLİTİK TEDAVİSİ

Burak Yıldız, Can Çubuk, Turgay Demir, Şebnem Bıçakçı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Adana

Giriş: Akut iskemik inmelerde intravenöz tPA tedavisi ilk kez 1996 yılında FDA tarafından onam almış, ve ülkemizde 2006 yılından beri uygulanmakta olan bir tedavidir. Yakın zamanlı iskemik inme geçirmiş olmak halen iv tPA rölatif kontrendikasyonlarındandır. Hekim kararında negatif yönde etkili olabilmektedir. Sizlere uygun tedavi süresi penceresinde başvuran iki rekürren iskemik inme olgusunu sunmak istedik.

Olgu 1: 81 yaşında Bilinen HT ve kontrolsüz DM tanıları olan 18 Ekim 2017 de konuşma bozukluğu, anlamsız konuşma, sağ yan güçsüzlüğü şikayetleriyle başvuran Difüzyon MRG'sinde sol oksipital ve sol parietal akut difüzyon kısıtlılıkları saptanan olgu, 2 li antiagregan tedavi ile taburcu edildi. Olayın 191. gününde, yeni gelişen sağ yan güçsüzlüğü ve konuşma bozukluğu ile 2. Saatinde (NIHSS: 16) intravenöz tPA tedavisi verildikten 20 gün sonra yeniden ayaktan izlenmeye alındı.

Olgu 2: 2016'da ve 6 ay önce geçirilmiş iskemik inme öyküsü bilinen 68 yaşında erkek hasta, yeni gelişen sol yan güçsüzlüğü şikayetiyle başvurdu. Akut iskemik inme olarak değerlendirilen hastaya olayın 180. Dakikasında NIHSS:17 intravenöz tPA tedavisi uygulandı. Hasta takiplerinde yatışının 12. gününde taburcu edildi.

Sonuç: Uygun zaman aralığında başvuran rekürren iskemik inmelerde, intravenöz tPA tedavi uygun hastada etkin bir tedavi seçeneğidir.