DİJİTAL BİLDİRİ KİTABI



21. Uludağ

NÖROLOJİ Günleri

05-08 Mart 2026, Karinna Otel - Uludağ

Bilimsel İletişim
Prof. Dr. Emine Rabia Koç
Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nöroloji Anabilim Dalı - Bursa
Tel: 0224 295 17 01
erabiakoc@uludag.edu.tr

burkon TURİZM & KONGRE
444 9 443
gizem.bostan@burkon.com

www.uludagnoroloji.org

- Uyku Bozuklukları Kursu
- Nöromusküler Hastalıklarda EMG ile İnceleme Yöntemleri Kursu
- Demiyelinizan Hastalıklar
- Periferik Sinir Sistemi ve Nöromüsküler Hastalıklar
- Hiperkinetik Hareket Bozuklukları
- Baş Ağrısı
- Epilepsi

ISBN: '978-625-6443-60-0'

ÖNSÖZ

Değerli Meslektaşlarımız,

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı tarafından düzenlenen 21. Uludağ Nöroloji Günleri toplantısını 05-08 Mart 2026 tarihinde başarılı bir şekilde tamamladık.

Geleneksel hale gelen ve her yıl önemli sayıda katılımcı ile gerçekleştirdiğimiz Bursa Uludağ Nöroloji Günleri' nde, bu yıl da yine nörolojinin çeşitli dallarındaki gelişmeleri, ülkemizin farklı tıp fakültelerinden çok değerli bilim insanları ile değerlendirdik.

Sempozyumumuz her zaman olduğu gibi, sizlerin destekleri ve katkılarıyla daha da zenginleşti ve yüksek bilimsel düzey ve kalitede geçmiştir. İlginiz ve katkılarınız için teşekkür ediyoruz.

Prof. Dr. Necdet KARLI
Sempozyum Başkanı

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	**3**
SEMPOZYUM DÜZENLEME KURULU	**5**
BİLİMSEL PROGRAM	**6**
SÖZEL BİLDİRİLER	**8**
POSTER BİLDİRİLER	**38**

SEMPOZYUM DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Necdet KARLI

Prof. Dr. Sevda ERER ÖZBEK

Prof. Dr. Aylin Bican DEMİR

Prof. Dr. Emine Rabia KOÇ

Doç. Dr. Emel Oğuz AKARSU

Doç. Dr. Yasemin DİNÇ

Doç. Dr. Furkan SARIDAŞ

BİLİMSEL PROGRAM

Saat	Salon	Program
		5 Mart 2026 Perşembe
14:15 - 15:15	A SALONU	KURS UYKU BOZUKLUKLARI KURSU - 1 Oturum Başkanları: Aylin Bican Demir - Gülin Sünter Uyku evreleri ve sirkadiyen ritm - Gülin Sünter Uyku bozuklukları sınıflaması - Gülçin Benbir Şenel
14:15 - 15:15	B SALONU	KURS EMG KURSU - 1 Tuzak Nöropatilerde Elektrofizyolojik Değerlendirme - Nermin Görkem Şirin İnan Polinöropatilerde EMG - İhsan Şengün
15:15 - 15:30		KAHVE ARASI
15:30 - 16:30	A SALONU	KURS UYKU BOZUKLUKLARI KURSU - 2 Oturum Başkanları: Murat Aksu - Aylin Bican Demir Uyku Bozukluklarında Tanı ve Yönlendirme Ne zaman uzman görüşü alınmalı - Murat Aksu Polisomnografide hangi parametreler değerlendirilir. Bir uyku merkezi değerlendirmesi - Utku Oğan Akyıldız
15:30 - 16:30	B SALONU	KURS EMG KURSU - 2 Servikal Radikülopati ve Pleksopatilerde EMG ile tanıya gidiş - Feray Savrun Lomber Radikülopati ve Pleksopatilerde EMG ile tanıya gidiş - Çağrı Mesut Temuçin
16:30 - 18:00	A SALONU	KURS UYKU BOZUKLUKLARI KURSU - 3 Uyku Laboratuvarı Hasta Hazırlığı: PSG bağlama - Aylin Bican Demir
16:30 - 18:00	B SALONU	PRATİK UYGULAMA EMG PRATİK UYGULAMA Oturum Başkanları: Nermin Görkem Şirin İnan - İhsan Şengün - Feray Savrun - Çağrı Mesut Temuçin
18:15 - 18:30	A SALONU	AÇILIŞ TÖRENİ

Saat	Salon	Program
		6 Mart 2026 Cuma
08:30 - 10:30	A SALONU	PANEL HİPERKİNETİK HAREKET BOZUKLUKLARI Oturum Başkanları: Mehmet Zarifoğlu - Sevda Erer Özbek Distoni tanıdan tedaviye güncelleme - Raif Çakmur Tremor tanıdan tedaviye güncelleme - Okan Doğu Kore tanıdan tedaviye güncelleme - Meltem Demirkıran Tik ve Tourette sendromu - Nazlı Durmaz Çelik
10:30 - 11:00		KAHVE ARASI
11:00 - 13:00	A SALONU	PANEL NÖROMÜSKÜLER HASTALIKLAR OTURUMU Oturum Başkanları: Necdet Karlı - Emel Oğuz Akarsu Miyastenia Gravis Patofizyoloji - Sezin Alpaydın Baslo Miyastenia Graviste Klinik Bulgular ve Tanı Yöntemleri - İhsan Şengün Miyastenia Graviste Tedavi Yaklaşımları ve Son Gelişmeler - Feray Savrun Miyastenia Graviste Özel Durumlar - Can Ebru Kurt
13:00 - 14:00		ÖĞLE YEMEĞİ
14:00 - 14:45	A SALONU	UYDU SEMPOZYUMU CENTURİON UYDU SEMPOZYUMU Oturum Başkanı: Necdet Karlı Nöromuskuler Hastalıklarda IVIG Tedavisi - Çağdaş Erdoğan
16:00 - 16:45	A SALONU	UYDU SEMPOZYUMU TAKEDA UYDU SEMPOZYUMU Oturum Başkanı: Necdet Karlı CIDP'de İmmünoglobulin Tedavisi - Feray Savrun
16:45 - 17:00		KAHVE ARASI

Saat	Salon	Program
17:00 - 19:00	A SALONU	PANEL BAŞAĞRISI OTURUMU Oturum Başkanları: Necdet Karlı - Mustafa Ertaş İntrakranial basınç değişiklikleri - Betül Baykan Küme Başağrısı Etiyopatogenezi - Pınar Yalınay Dikmen Küme Başağrısı Tedavi - Mustafa Ertaş Trigeminal Nevralji Etyopatogenez, Klinik ve Tedavi - Tuba Cerrahoğlu Şirin

Saat	Salon	Program
		7 Mart 2026 Cumartesi
08:30 - 10:30	A SALONU	PANEL MS OTURUMU - 1 Oturum Başkanları: Sibel Canbaz Kabay - Furkan Sarıdaş MS 'de progresyon kavramı ve progresyonu geciktirmedeki hedef basamaklarımız ne olmalı? - Aslı Tuncer Progresyonun plasma/BOS/ vücut sıvılarındaki biomarkerları ve pratikte kullanılabilirliği - Murat Terzi Progresyonun radyolojik belirteçleri ve kullanım alanları - Murat Kürtüncü MS 'te erken dönemde etkin tedavi protokolü ve progresyon üzerine etkileri - Mehmet Fatih Yetkin
10:30 - 11:00		KAHVE ARASI
11:00 - 13:00	A SALONU	PANEL MS OTURUMU - 2 Oturum Başkanları: Emine Rabia Koç - Uğur Uygunoğlu Geç başlangıçlı MS 'te tedavi yönetimi - Semra Mungan Double negatif NMOSD lerde klinik, Tedaviyi nasıl yönlendirelim? - Yeşim Beckmann Nörobehçet tanı / ayırıcı ve tedavi yönetimi - Melih Tütüncü Günlük pratikte optik nöropatilere yaklaşım ve ayırıcı tanı - Nilüfer Kale İçen
13:00 - 14:00		ÖĞLE YEMEĞİ
16:00 - 16:45	A SALONU	UYDU SEMPOZYUMU ALEXİON UYDU SEMPOZYUMU Oturum Başkanı: Emel Oğuz Akarsu Jeneralize Myastenia Gravis ve Eculizumab/Ravulizumab Tedavileri - Zerin Aksun, Emel Oğuz Akarsu
16:45 - 17:00		KAHVE ARASI
17:00 - 18:30	A SALONU	PANEL EPİLEPSİ OTURUMU Oturum Başkanları: İbrahim Bora - Aylin Bican Demir Epilepsi de güncel Farmakolojik tedavi yaklaşımları: Ne zaman hangi ilaç? - Özden Kamışlı İlaca dirençli epilepsi: Ne zaman direnç kabul edilir ne yapılmalı? - Naz Yeni Epilepsi Cerrahisine yönlendirmede karar süreci - Memet Şakir Delil

Saat	Salon	Program
		8 Mart 2026 Pazar
08:30 - 09:00	A SALONU	PANEL AKILCI İLAÇ OTURUMU Furkan Sarıdaş

Saat	Salon	Program
09:00 - 12:00	A SALONU	SÖZEL BİLDİRİ SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU Oturum Başkanları: Özlem Taşkapılıoğlu - Furkan Sarıdaş 09:00-09:07 Servikojenik Baş Ağrısında Uyku Bruksizmi, Oksipital Nevralji ve Servikal MRG Anormallikleri: Olgu-Kontrol Çalışması - Hakan Şilek 09:07-09:14 Huzursuz Bacak Sendromu (HBS) Patofizyolojisinde İnflamasyonun Rolü - Nimet Uçaroğlu Can 09:14-09:21 Nöromiyelitis Optika Spektrum Bozukluğunda Nötrofil/Lenfosit ve Trombosit/Lenfosit Oranlarının Değerlendirilmesi - Nimet Uçaroğlu Can 09:21-09:28 Demans Hastalarında Beslenme Durumu ile Kognitif Performans Arasındaki İlişki: MNA-SF ve SMMT Analizi - Deniz Kamacı Şener 09:28-09:35 Migren Hastalarında Psikolojik Esnekliğin Depresyon ve Anksiyete ile İlişkisi: Kontrollü Bir Analiz - Ruken Şimşekoğlu 09:35-09:42 Akut Baziler Arter Oklüzyonunda Başarılı Rekanalizasyona Rağmen Fonksiyonel Sonlanımı Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi - Abdullah Necip Yüce 09:42-09:49 Optik Kiazma Atrofisi MS İçin Bir Biyobelirteç Olabilir mi? MRG ve VEP Bulgularının Karşılaştırılması - Tahsin Bakkal 09:49-09:56 Primer Huzursuz Bacaklar Sendromu Tanılı Hastalarda Otonom Disfonksiyonun ve Serum CHI3L1 Düzeyinin Değerlendirilmesi - Tahsin Bakkal 09:56-10:03 Nörovasküler Girişimler Sırasında Gelişen Asistoli: Tek Merkez Deneyimi - Utku Cenikli 10:03-10:10 Epilepsi Hastalarında Vagal Sinir Stimülasyonunun Serebral Hemodinamiğe Akut Etkileri: Transkraniyal Doppler Pilot Çalışması - İnan Özdemir Paradoksal İnsomni Hastalarının Polisomnografik Bulgularının Klasik İnsomni ve Normal Bireylerle Karşılaştırılması - Leyla Köse Leba 10:17-10:24 İzole Oftalmik Arter Hipoperfüzyon Sendromu (i-OAHS) - Fatma Gülhan Şahbaz 10:24-10:31 Dijital Substraksiyon Anjiyografi ile Karotis Near-Oklüzyonunun Tanımlanması - Fatma Gülhan Şahbaz 10:31-10:38 Mekanik Trombektomi Sonrası Uzun Süredir Kullanılmayan Dilin Aktivasyonu - Fatma Gülhan Şahbaz Hemifasial Spazm Hastalarında Botulinum Toksin Uygulamasının Sosyal Görünüş Kaygısına Etkisi - Gökhan Aydoğan Non- Diyabetik Genç İnmelerde Trigliserid Glukoz İndexi - Hatice Barut 10:52-10:59 Nöroloji Polikliniğine Başvuran Baş Ağrısı Hastalarının Klinik Özellikleri - Erkan Acar 10:59-11:06 Non-travmatik Subaraknoid Hemorajinin İklimsel Sıklığı ve Klinik Sonuçlarının Değerlendirilmesi - Sena Altan 11:06-11:13 Polisomnografi Parametreleri Obstrüktif Uyku Apne Tedavisinde CPAP Basıncını Öngörebilir mi? - Özlem Akdoğan 11:13-11:20 13-18 yaş aralığında pediatrik ve erişkin kurallara göre polisomnografi skorlamasının karşılaştırılması - Başak Yılmaz 11:20-11:27 Parkinson Hastalığında Sistemik İmmün-İnflamatuar İndeksin Rolünün Araştırılması - Aydan Topal 11:27-11:34 Multipl Sklerozda Spinal Kord Lezyonlarının Segmental Yayılımı: Retrospektif Kohort Analizi - Melike Çakan Ercan 11:34-11:41 Elektrofizyolojik Olarak Spinal Kök Tutulumu Olan Atipik Olgular - Sinan Gönüllü 11:41-11:48 İskemik İnem Hastalarında Nöroanatomik Yerleşimin Yutma Bozuklukları İle İlişkisi - Fatma Eren
12:00 - 12:30	A SALONU	KAPANIŞ TÖRENİ KAPANIŞ OTURUMU

SÖZEL BİLDİRİLER

SERVIKOJENIK BAŞ AĞRISINDA UYKU BRUKSIZMI, OKSIPITAL NEVRALJI VE SERVIKAL MRG ANORMALLIKLERI: OLGU-KONTROL ÇALIŞMASI

Hakan ŞİLEK[1], Yunus DİLER[2]

[1]Department of Neurology, Istanbul Atlas University, Istanbul
[2]ÖzelPendik Bölge hastanesi, Istanbul

Giriş: Servikojenik baş ağrısı (SBA), servikal omurga kaynaklı nosiseptif girdilere bağlı gelişen ikincil bir baş ağrısıdır. Uyku bruksizmi (UB), çene kaslarının uyku sırasında tekrarlayıcı aktivitesi ile karakterizedir ve primer baş ağrıları ile ilişkisi bilinmesine karşın SBA ile ilişkisi yeterince araştırılmamıştır. Trigeminoservikal kompleks (TCC), çiğneme ve servikal afferentlerin yakınsadığı bir yapıdır ve UB-SBA ilişkisini açıklayabilecek biyolojik bir temel sunmaktadır. Bu çalışma SBA'de UB sıklığını migren hastaları ile karşılaştırmayı ve UB şiddeti ile SBA klinik özellikleri, oksipital nevralji (ON) ve servikal MRG bulguları arasındaki ilişkileri incelemeyi amaçlamıştır.

Amaç: SBA hastalarında olası UB prevalansını belirlemek, UB şiddetinin SBA klinik özellikleri ile ilişkisini değerlendirmek, ON eşlik oranını saptamak ve servikal MRG anormalliklerini tanımlamak. Migren hastaları klinik açıdan anlamlı bir karşılaştırma grubu olarak kullanılmıştır.

Yöntem: Ocak–Aralık 2023 arasında 25 SBA hastası ve yaş-cinsiyet açısından eşleştirilmiş 25 episodik migren hastası çalışmaya dahil edilmiştir. Olası UB uluslararası konsensüs klinik kriterlerine göre tanımlanmıştır. Baş ağrısı şiddeti (NRS), sıklığı, Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) ve servikal MRG bulguları kaydedilmiştir. Karşılaştırmalarda Mann–Whitney U ve ki-kare testleri, korelasyon analizlerinde Spearman katsayısı kullanılmıştır. Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır.

Bulgular: Olası UB, SBA hastalarında migren hastalarına göre belirgin derecede daha yüksekti (%76 vs %20; OR = 12.67, $p < 0.001$). UB şiddeti SBA hastalarında daha yüksekti (medyan 2.0 vs 0.0; $p < 0.001$). UB şiddeti ile baş ağrısı şiddeti arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki vardı ($r_s = 0.41$, $p = 0.041$), ancak bu ilişki Bonferroni sonrası keşifsel olarak değerlendirildi. ON, SBA hastalarının %52'sinde görüldü. Servikal MRG'de anormallik %84 oranında saptandı ve en sık C5–C6 düzeyinde izlendi (%43). MRG bulguları ile baş ağrısı şiddeti veya sıklığı arasında anlamlı ilişki yoktu.

Tartışma: SBA hastalarında UB prevalansı, bilinen migren-UB ilişkisine rağmen migrene kıyasla çok daha yüksek bulunmuştur. Bu durum TCC düzeyinde artmış serviko-trigeminal etkileşimin UB ile ilişkili olabileceğine işaret etmektedir. ON'un yüksek oranı ve yaygın servikal MRG anormallikleri SBA'nin çok boyutlu bir ağrı bozukluğu olduğunu desteklemektedir. UB değerlendirmesi SBA tanısal yaklaşımında ek değer sağlayabilir. Polisomnografik doğrulama ve TMB/psikolojik faktörlerin sistematik değerlendirilmesi ile daha büyük örneklemlerde çalışmalar gereklidir.

DEMANS HASTALARINDA BESLENME DURUMU ILE KOGNITIF PERFORMANS ARASINDAKI İLIŞKI: MNA-SF VE SMMT ANALIZI

Deniz KAMACI ŞENER[1]

[1]*Bursa Şehir Hastanesi , Nöroloji Kliniği, Bursa*

Amaç: Demans, ilerleyici kognitif bozulma ile seyreden ve yaşlı popülasyonda önemli bir morbidite nedeni olan klinik bir sendromdur. Kognitif gerilemenin ilerleyişinde nörodejeneratif süreçlerin yanı sıra eşlik eden sistemik faktörlerin de rol oynadığı bilinmektedir. Yaşlı bireylerde sık görülen malnütrisyon ve malnütrisyon riski; fonksiyonel kayıp, artmış hastaneye yatış ve mortalite ile ilişkilidir. Beslenmenin kognitif işlevler üzerindeki etkisi giderek daha fazla ilgi çekmekle birlikte, demans hastalarında bu ilişkinin klinik pratikte sistematik olarak değerlendirilmediği görülmektedir. Mini Nütrisyonel Değerlendirme Kısa Formu (MNA-SF), yaşlı bireylerde beslenme durumunun değerlendirilmesinde pratik bir tarama aracı olup, demanslı hastalarda da kolay uygulanabilirliği nedeniyle klinik izlemde avantaj sağlamaktadır.

Bu çalışmada, demans tanısı ile izlenen hastalarda beslenme durumu ile kognitif performans arasındaki ilişkinin Mini Nütrisyonel Değerlendirme Kısa Formu (MNA-SF) ve Standartize Mini Mental Test (SMMT) kullanılarak değerlendirilmesi ve demans şiddetine göre beslenme durumundaki farklılıkların incelenmesi amaçlandı.

Gereç ve yöntemler: Bu çalışmaya demans tanısı ile izlenen toplam 50 hasta dahil edildi. Hastaların kognitif değerlendirmesi Standartize Mini Mental Test (SMMT) kullanılarak yapıldı. Beslenme durumu, 14 puan üzerinden değerlendirilen MNA-SF ile belirlendi. Hastalar SMMT skorlarına göre hafif, hafif-orta, orta ve ağır demans olarak sınıflandırıldı. Klinik ve demografik verilerin yanı sıra hemoglobin, albümin düzeyleri ve vücut kitle indeksi (VKİ) kaydedildi. SMMT ile MNA-SF ve laboratuvar parametreleri arasındaki ilişkiler değerlendirildi. Ayrıca hastalar hafif–hafif orta demans ve orta–ağır demans grupları olarak ikiye ayrılarak alt grup analizleri yapıldı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 73,0±4,7 yıl olup %42,0'si kadındı. Ortalama Standartize Mini Mental Test (SMMT) skoru 18,3±5,3 olarak saptandı. Mini Nütrisyonel Değerlendirme Kısa Formu (MNA-SF) değerlendirmesine göre hastaların %66,0'ı normal beslenme durumunda iken, %24,0'ü malnütrisyon riski ve %10,0'u malnütrisyon grubunda yer aldı. SMMT ile MNA-SF skorları arasında güçlü ve pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptandı (r=0,80; p

Tartışma: Bu çalışmada demans hastalarında beslenme durumu ile kognitif performans arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. MNA-SF skorları ile SMMT skorları arasındaki güçlü pozitif ilişki, beslenme durumunun kognitif işlevlerle yakından ilişkili olabileceğini göstermektedir. Özellikle malnütrisyon riski ve malnütrisyon grubunda yer alan hastalarda kognitif performansın daha düşük olması, beslenme durumunun demansın klinik şiddeti ile birlikte değerlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Çalışmamızda VKİ ve hemoglobin düzeyleri ile kognitif performans arasında ilişkili saptanmayıp albümin düzeyleri ile kognitif performans arasında saptanan anlamlı ilişki, beslenme durumunun biyokimyasal göstergelerinin ayrıntılı değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Sonuç: Demans hastalarında beslenme durumu ile kognitif performans arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bu bulgular, MNA-SF gibi pratik ve kolay uygulanabilir değerlendirme araçlarının, klinik izlem sırasında risk altındaki hastaların erken dönemde saptanmasına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Hastaların izleminde kognitif değerlendirmeye ek olarak beslenmenin rutin olarak değerlendirilmesi uygun olacaktır.

AKUT BAZILER ARTER OKLÜZYONUNDA BAŞARILI REKANALIZASYONA RAĞMEN FONKSIYONEL SONLANIMI ETKILEYEN FAKTÖRLERIN İNCELENMESI

Abdullah Necip YÜCE[1], Fergane MEHMEDOVA[1], Mehmet Semih ARI[1], Ayça ÖZKUL[1], Murat ÇABALAR[1]

[1]Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Nöroloji Kliniği, İSTANBUL

Amaç: Akut baziler arter tıkanıklığı,tüm iskemik inme vakalarının yaklaşık %1'ini oluşturmaktadır ve yüksek mortalite ile morbidite oranlarıyla ilişkilidir. Günümüzde endovasküler tedavi bu hasta grubunda umut verici sonuçlar sunsada,başarılı rekanalizasyon her zaman iyi bir klinik sonlanımla sonuçlanmamaktadır.Bu çalışmada amacımız,başarılı rekanalizasyon sağlanan hastalarda fonksiyonel sonlanımı değerlendirmektir.

Materyal ve Metot: Çalışma retrospektif olarak tasarlandı. Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi,inme merkezine Ocak 2022-Haziran 2025 tarihleri arasında başvuran hastaların verileri incelendi. Başarılı mekanik trombektomi işlemi uygulanan baziler arter oklüzyonu olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş,cinsiyet,komorbiditeleri, NIHSS ve pc-ASPECT,mTICI,yoğun bakımda kalış süresi,hastane içi mortalite ve 3 aylık mRS sonuçları değerlendirildi.

İstatistiksel analizler: Normallik dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler, ortalama±standart sapma, sıklık ve yüzde olarak sunuldu.t-testi ve ki-kare testleri grupların farklılığını tayin etmek için uygulandı.İkili lojistik regresyon analizi Enter yöntemi ile gerçekleştirildi.İyi ve kötü sonlanıma sahip grupların sağkalımını karşılaştırmak için Kaplan-Meier analizi yapıldı ve gruplar arası farklar log-rank testi ile değerlendirildi.Analizlerde anlamlılık düzeyi p

Bulgular: Toplam 48 baziler arter oklüzyonu olan hastadan %42'sinde başarılı rekanalizasyon görüldü.Başarılı rekanalize olan hastaların sonuçları incelendi.Çalışmanın nominal değişkenleri tanımlayıcı istatistik Tablo1'de gösterilmiştir.Tablo2'de sonlanıma göre gruplar arasındaki istatistiksel farklar verilmiştir. Çalışmanın sayısal değişkenleri 3. ay sonlanıma göre sadece üç değişken için farklı olup, bunların dışında istatistiksel anlamlılık tespit edilmemiştir. Anlamlılık tespit edilenler şunlardır:iyi ve kötü sonlanım gösteren hastalar karşılaştırıldığında, geliş NIHSS skorları iyi sonlanım grubunda anlamlı derecede daha düşüktü(10,14±5,43)ve kötü sonlanım grubunda daha yüksektir(16,54±4,70)(p=0,013).Benzer şekilde, 24.saat NIHSS iyi sonlanım grubunda(4,57±2,07) kötü sonlanım grubuna kıyasla(16,46±7,69) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur(p

Sonuç: Bu bulgular erken dönemdeki NIHSS'in prognozu öngörmede güçlü bir belirteç olabileceğini göstermektedir.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std.Deviation
Yas	20	37	86	62.00	13.211
Charlson_index	20	0	6	2.70	1.593
Entube(gun)	10	5	105	32.10	30.201
Geliş_GKS	20	3	15	9.40	4.018
Geliş_NIHSS	20	3	27	14.30	5.750
24.Saat_NIHSS	20	2	27	12.30	8.517

İşlem_sayı	20	1	4	1.55	.887
pc_ASPECT	20	4	10	7.75	1.803
Ponksiyon-rekananalizasyon(dk)	19	30	120	59.74	25.521
Semptom-ponksiyon(dk)	19	150	710	336.58	126.547
Semptomrekanalizasyon(dk)	19	40	750	385.79	143.742
YBÜ_APACHE	20	2	30	14.00	6.905
YBÜ_yatış(gün)	20	2	105	23.35	29.036
3.ay_mRS	20	1	6	3.95	2.139

		Kötü-sonlanım	İyi-sonlanım	
				P
Cinsiyet	Erkek	6	6	<0,05
	Kadın	7	1	
Antiagregan	Yok	8	3	<0,05
	Var	5	4	
Antikoagulan	Yok	11	7	<0,05
	Var	2	0	
Oklüzyon_bölgesi	Baziler-tandem	3	0	
	Midbaziler	4	1	<0,05
	Baziler-tepe	6	6	
Entübe	Yok	4	6	0,05
	Var	9	1	
Hastane_Ölum	Hayır	5	7	0,015
	Evet	8	0	
İnme_etyolojisi	Ateroskleroz	3	1	
	Kardiyoembolik	7	5	
	Diğer-nedenler	0	0	<0,05
	Nedeni-bilinmeyen	3	1	
İşlem_tekniği	İzole-aspirasyon	0	2	<0,05
	Kombine-teknik	13	5	
Kanama	Yok	7	7	0,05
	Var	6	0	
mTICA	mTICI_2c	3	3	<0,05
	mTICI_3	10	4	
Trakeostomi	Yok	12	7	<0,05
	Var	1	0	

OPTIK KIAZMA ATROFISI MS İÇIN BIR BIYOBELIRTEÇ OLABILIR MI? MRG VE VEP BULGULARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Sıddıka HALICIOĞLU[2], Tahsin BAKKAL[1]

[1]Nöroloji Kliniği, İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Bolu
[2]Radyoloji Anabilim Dalı, Bolu İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu

Amaç: Multiple Skleroz (MS), santral sinir sisteminin (SSS) kronik, inflamatuar, demiyelinizan ve nörodejeneratif bir hastalığıdır. Optik nörit (ON), hastaların yaklaşık %20'sinde ilk başvuru nedeni olup, hastalık süresince hastaların %50-70'inde görülmektedir.

MS patogenezinde akut inflamasyon olmadan da hastalık aktivitesinin devam ettiği durum olan PİRA'nın altında yatan patolojik süreçleri takip etmek için NEDA-3 tanımına beyin atrofisi eklenmiştir. NEDA-4 beyin atrofisini saptayarak henüz fiziksel engelliliğe neden olmamış erken dönem PİRA süreçlerini tespit etmeyi amaçlamaktadır.

PIRA'yı standart MRG sekanslarında göstermek genellikle oldukça zordur. Bu nedenle MS hastalarında, beyin atrofisine ek optik sinir ve optik kiazmadaki yapısal değişikliklerin izlenmesinin, optik sinirin 5. alan olarak eklenmesinden sonra PİRA ve NEDA gelişiminin takibi için faydalı bilgiler vermesi beklenmektedir.

Çalışmanın amacı, görme şikayeti olan ve olmayan, MS tanısı ile takip edilen hastaların Beyin MRG tetkiklerinde optik sinir ve optik kiazmada görülen yapısal değişikliklerin ve atrofinin saptanmasıdır.

Gereç ve Yöntem: 01.06.2024 ile 31.12.2025 tarihleri arasında Elektrofizyoloji Laboratuvarımıza başvuran 2024 McDonald Kriterlerine göre RRMS ile takip edilen hastaların VEP tetkikleri ve VEP ile yakın zamanda çekilmiş Beyin MRG ve Orbita MRG tetkikleri geriye dönük incelendi. Beyin MR, Orbita MR görüntülerinde her iki optik sinir çapı ve optik kiazmanın kraniokaudal boyutu ölçüldü. VEP ile MRG tetkikleri arasında en fazla 30 gün olan hastalar çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: 01.06.2024 ile 31.12.2025 tarihleri arasında 58 hastanın VEP, Beyin MRG ve Orbita MRG tetkikleri geriye dönük incelendi. 5 hasta izole optik nörit olduğu, 1 hasta Primer Progresif MS olduğu için çalışma dışı bırakıldı. VEP tetkiki ile MRG tetkikleri arasında 1 aydan daha uzun zaman olan 5 hasta ve MRG görüntülemelerine ulaşılamayan 15 hasta çalışma dışı bırakıldı.

Yaşları normal dağılım gösteren 32 hastanın yaş ortalaması 35±10du. Hastaların 17si kadın, 15i erkek cinsiyetteydi.

4 hastanın sol göz P100 latansı,7 hastanın sağ göz P100 latansı uzun bulundu. 21 hastada iki yanlı P100 latansında uzama mevcuttu.

26 (%85) hastanın optik sinir ve optik kiazma ölçümleri Beyin MRG Koronal T2 ağırlıklı sekansında, Orbita MRG mevcut olan 5 (%15) hastanın ise Orbita MRG Koronal T2 ağırlıklı sekansında yapıldı.

Hastalık süresi ile optik kiazma çapı arasında zayıf negatif korelasyon saptandı ($r = 0,351$ $p0,05$).

VEP tetkikine göre etkilenen taraf optik sinir çapı ile optik kiazma çapı pozitif yönde çok güçlü korelasyon gösterdi ($r = 0,809$ $p<0.001$).

Tartışma: Çalışmamızın en dikkat çekici bulgularından biri, hastalık süresi ile optik sinir çapı arasında saptanan ilişkidir. Bu bulgu, hastalık süresi uzadıkça optik sinir çapının ve optik kiazma çapının azaldığını, yani atrofini arttığını göstermektedir.

VEP P100 latansı ile optik sinir tutulumunun belirgin olduğu taraflar dikkate alındığında, optik sinir çapı ile optik kiazma çaplarının korele azaldığı ancak yaş ile değişkenlik göstermediği görülmüştür. Bu bulgu optik kiazma atrofisinin, ileride NEDA-4 kapsamında ele alınan kortikal atrofiye ek bir bulgu olabileceğini düşündürmektedir.

Sonuç: Çalışmamızda optik sinirdeki atrofinin hastalık süresiyle korele olması, beyin atrofisine ek optik yapıların ölçümünün de nörodejenerasyonun takibinde, özellikle PIRA süreçlerinin erken tespitinde, tamamlayıcı bir yöntem olabileceğini düşündürmektedir.

NÖROVASKÜLER GIRIŞIMLER SIRASINDA GELIŞEN ASISTOLI: TEK MERKEZ DENEYIMI

Utku CENİKLİ[1]

[1]*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Muğla*

Giriş: Dijital subtraksiyon anjiyografisi (DSA), serebrovasküler hastalıkların tanı ve tedavisinde yaygın olarak kullanılan invaziv bir yöntemdir. Genel komplikasyon oranı düşük olmakla birlikte, özellikle karotis arter stentleme (KAS) sırasında baroreseptör aracılı vagal yanıtlar sonucu bradikardi, hipotansiyon ve nadiren asistoli gelişebilmektedir. Bunun yanı sıra, tanısal DSA ve mekanik trombektomi sırasında da doğrudan mekanik veya kimyasal uyarıya bağlı kardiyak refleksler ortaya çıkabilmektedir. Bu komplikasyonların erken tanınması ve uygun şekilde yönetilmesi işlem güvenliği açısından önem taşımaktadır.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, tek merkezde gerçekleştirilen tanısal DSA ve nörovasküler girişimler sırasında gelişen asistoli olgularının sıklığını, işlem türlerine göre dağılımını, olası mekanizmalarını ve klinik seyirlerini değerlendirmek ve bulguları literatürle karşılaştırmaktır.

Yöntem: Mart 2019 – Eylül 2025 tarihleri arasında merkezimizde gerçekleştirilen tüm serebral anjiyografi ve endovasküler girişimler retrospektif olarak incelendi. Bu dönemde toplam 808 işlem yapıldı (574 tanısal DSA, 143 mekanik trombektomi, 59 karotis arter stentleme, 30 anevrizma embolizasyonu ve 2 vertebral arter stentleme). Asistoli, işlem sırasında en az 3 saniye süreyle kalp atımının durması olarak tanımlandı. Sadece işlem sırasında asistoli gelişen hastalar çalışmaya dahil edildi. Demografik veriler, işlem türü, asistolinin geliştiği aşama, olası tetikleyici mekanizma ve uygulanan müdahaleler kaydedildi.

Bulgular: Toplam 808 girişimde 6 hastada (%0,74) asistoli gelişti. Asistoli olgularının dördü karotis arter stentleme (%6,8; 4/59), biri tanısal DSA (%0,17; 1/574) ve biri mekanik trombektomi (%0,7; 1/143) sırasında izlendi. Tanısal DSA sırasında gelişen asistoli, kateterin internal karotis artere oturtulması esnasında baroreseptörlerin mekanik uyarımı ile ortaya çıktı ve kateterin geri çekilmesiyle düzeldi. Mekanik trombektomi sırasında asistoli, akut iskemik inme nedeniyle yapılan işlemde kammon karotis arterden kontrast enjeksiyonu sonrasında gelişti; prekordiyal darbe ve intravenöz atropin uygulanmasıyla ritim hızla normale döndü. Karotis arter stentleme sırasında gelişen dört asistoli olgusunda ise balon anjiyoplasti veya stent açılımı sırasında vagal yanıt izlendi ve tümünde intravenöz atropin ile düzelme sağlandı. Hiçbir hastada kalıcı ritim bozukluğu, kardiyopulmoner resüsitasyon gereksinimi veya mortalite izlenmedi.

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışma, asistolinin en sık karotis arter stentleme sırasında ortaya çıktığını, ancak tanısal DSA ve mekanik trombektomi sırasında da mekanik veya kimyasal uyarıya bağlı olarak gelişebileceğini göstermektedir. Bulgular, karotis sinüs baroreseptörlerinin doğrudan veya dolaylı uyarılmasının temel patofizyolojik mekanizma olduğunu desteklemektedir. Asistolinin tüm olgularda kısa süreli ve geri dönüşlü seyretmesi, erken fark edilmesi ve uygun müdahale ile klinik sonlanımın iyi olduğunu göstermektedir. Nörovasküler girişimler sırasında asistoli riski göz önünde bulundurulmalı ve ekipler bu nadir ancak potansiyel olarak ciddi komplikasyona hazırlıklı olmalıdır.

Kaynaklar

1. Kaufmann TJ, Huston J 3rd, Mandrekar JN, et al. Complications of Diagnostic Cerebral Angiography: Evaluation of 19,826 Consecutive Patients. Radiology. 2007;243(3):812–819.
2. Leisch F, Kerschner K, Hofmann R, et al. Carotid sinus reactions during carotid artery stenting. Catheter Cardiovasc Interv. 2003;60(1):76–80.
3. Gupta R, Abou-Chebl A, Bajzer CT, et al. Rate, predictors, and consequences of hemodynamic depression after carotid artery stenting. J Am Coll Cardiol. 2006;47(8):1538–1543.
4. Satya K, Dougherty K, Lee VV, et al. Determinants and outcomes of asystole during carotid artery stenting. J Endovasc Ther. 2011;18(4):513–517.
5. Hudson JS, Hassan AE, et al. Bradycardia and asystole during carotid interventions. World Neurosurg. 2019;128:e680–e687.

EPILEPSI HASTALARINDA VAGAL SINIR STIMÜLASYONUNUN SEREBRAL HEMODINAMIĞE AKUT ETKILERI: TRANSKRANIYAL DOPPLER PILOT ÇALIŞMASI

Mahmut Bilal ÇAMAN[1], İnan ÖZDEMİR[1], Esra DALOĞLU GÜRSOY[1], Tuğçe AKÇADAĞ ÇAMAN[1], Fulden CANTAŞ TÜRKİŞ[2], Semai BEK[1], Gülnihal KUTLU[1]

[1]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Muğla, Türkiye
[2]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Muğla, Türkiye

Giriş: Vagal Sinir Stimülasyonu (VNS) ilaca dirençli epilepsi (İDE) tedavisinde kullanılan, etkinliği kanıtlanmış bir nöromodülasyon yöntemidir. Klinik çalışmalarda nöbet sıklığı ve şiddeti üzerindeki olumlu etkileri gösterilmiş olmasına rağmen VNS'nin santral sinir sistemindeki etki mekanizmaları henüz tam olarak aydınlatılamamıştır.

Amaç: Bu çalışmanın amacı VNS uygulanan DRE hastalarında VNS'nin açık-kapalı olduğu durumlarda serebral hemodinamik parametreleri Transkranial Doppler Ultrason (TCD) kullanarak karşılaştırmalı olarak değerlendirmektir. Özellikle orta ve posterior serebral arterlerde Pulsatilite İndeksi (PI) ve Rezistivite İndeksi (RI) gibi vasküler direnç göstergelerinde ortaya çıkabilecek akut değişikliklerin incelenmesi hedeflenmiştir.

Metod: Çalışmaya Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Epilepsi Polikliniğinde takipli, daha önce sol Vagus siniri üzerine VNS implante edilmiş olan epilepsi hastaları dahil edildi. Son analiz 12 hasta ile gerçekleştirildi. Klinik ve demografik verilerin kaydedilmesi sonrasında hastaların VNS'leri açık ve kapalı olduğu koşullarda bilateral TCD ölçümleri yapıldı. Orta ve posterior serebral arterler (MCA-PCA) için anatomik lokalizasyon ve akım yönleri doğrulandıktan sonra, en net ve stabil spektral Doppler sinyalinin elde edildiği derinlik ölçüm için esas alındı. Bu derinlikte artefaktsız ve düzenli spektral dalga formlarının elde edildiği beş ardışık kardiyak siklus seçildi. Pik sistolik akım hızı (Vs), diyastol sonu akım hızı (Vd), ortalama akım hızı (Vm) ve nabız sayısı bu beş siklustaki değerlerin ortalaması alınarak belirlendi. PI Gosling formülüne göre hesaplandı (PI: [(Vs-Vd)/Vm]). RI ise Pourceot formülü kullanılarak hesaplandı (RI: [(Vs-Vd)/Vs]). Beş siklusta PI ve RI için bulunan değerlerin ortalaması istatistiksel analiz için kullanıldı.

Sonuç: VNS açık ve kapalı durumları arasında kalp hızı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$). TCD ile yapılan serebral kan akım hızı analizlerinde MCA ve PCA'da Vs, Vd ve Vm hızları açısından anlamlı fark izlenmedi ($p > 0.05$). Distal serebral vasküler direnç ve mikrovasküler tonusu yansıtan parametreler incelendiğinde, sol MCA'da VNS kapalıyken PI ve RI'nın VNS açık duruma kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı bulundu (PI ve RI için sırasıyla p: 0.008 ve p: 0.02). Buna karşın sağ MCA'da PI ve RI değerleri açısından anlamlı fark görülmedi ($p > 0.05$). PCA ölçümlerinde akım hızları ve vasküler direnç indeksleri açısından anlamlı fark saptanmadı.

Tartışma: VNS'nin açık ve kapalı olduğu koşullar arasında ortalama, sistolik ve diyastolik akım hızlarında anlamlı bir değişiklik saptanmamasına karşın, sol MCA'da PI ve RI değerlerinde izlenen anlamlı farklılıklar, VNS'nin serebral hemodinami üzerindeki etkilerinin global kan akımından ziyade distal vasküler direnç ve mikrovasküler tonusun ince regülasyonu düzeyinde ortaya çıkabileceğini düşündürmektedir. Sol MCA'da gözlenen değişikliklerin lateralizasyon göstermesi, VNS'nin sol servikal Vagus siniri üzerinden uygulanmasına bağlı asimetrik otonom veya kortikal etkilerle ilişkili olabilir.

PARADOKSAL İNSOMNI HASTALARININ POLISOMNOGRAFIK BULGULARININ KLASIK İNSOMNI VE NORMAL BIREYLERLE KARŞILAŞTIRILMASI

Leyla Köse Leba[1]

[1]*Bursa Şehir Hastanesi, Bursa*

Amaç: İnsomni, uykuya dalma güçlüğü, uykuyu sürdürmede zorluk veya erken uyanma ile seyreden ve gündüz işlevselliğini bozan heterojen bir bozukluk grubudur. Psikofizyolojik (klasik) insomnide subjektif yakınmalar genellikle polisomnografide (PSG) saptanan uyku mimarisi bozuklukları ile paralellik gösterirken, paradoksal insomnide belirgin uykusuzluk algısına karşın objektif PSG ölçümlerinin çoğu zaman normal sınırlarda olduğu ve subjektif–objektif uyku değerlendirmeleri arasında belirgin bir uyumsuzluk bulunduğu bildirilmektedir. Sağlıklı bireyler ise subjektif ve objektif uyku ölçümleri arasında uyum gösteren referans grubu oluşturmaktadır. Bu çalışmanın amacı, paradoksal insomni hastalarının polisomnografik özelliklerini klasik insomni hastaları ve sağlıklı bireylerle karşılaştırarak ayırt edici bulguları ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem: Paradoksal insomni, psikofizyolojik (klasik) insomni tanısı alan hastalar ve normal kontrol grubundan oluşan üç grup incelendi. Tüm olguların yaş, vücut kitle indeksi (VKİ) ve PSG parametreleri (toplam uyku süresi, uyku etkinliği, uyku latansı, REM latansı, WASO, uyanıklık sayısı, N1–N2–N3–REM yüzdeleri ve süreleri) değerlendirildi. Verilerin normal dağılım göstermemesi nedeniyle üçlü karşılaştırmalarda Kruskal–Wallis testi, anlamlı bulunan değişkenler için ikili karşılaştırmalarda Mann–Whitney U testi kullanıldı. Çoklu karşılaştırmalar için Bonferroni düzeltmesi uygulanarak anlamlılık sınırı p

Bulgular: Klasik insomni grubunda yaş diğer gruplara göre daha yüksekti (p0.05). Üç grup arasında toplam uyku süresi, uyku etkinliği, WASO, N1–N2–N3–REM yüzdeleri ile N2, N3 ve REM sürelerinde anlamlı fark saptandı (p

Tartışma: Paradoksal insomnide subjektif olarak ağır uykusuzluk algısına karşın, uyku bütünlüğünün ve uyku mimarisinin büyük ölçüde korunduğu; objektif olarak PSG'de toplam uyku süresi ve uyku etkinliğinin normal kontrol grubuna benzer olduğu ve özellikle REM uykusunun klasik insomniye kıyasla belirgin olarak daha iyi korunmuş olduğu gösterilmiştir. Derin uykuya (N3) ait süre ve yüzdeler paradoksal grupta sayısal olarak daha yüksek olmakla birlikte, çoklu karşılaştırma sonrası bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Paradoksal insomni grubunda N2 süresi ve yüzdesinin normal kontrollere kıyasla anlamlı derecede yüksek olması, bu alt tipte uyku evre dağılımında ayırt edici bir özellik olarak öne çıkmaktadır.

Sonuç: Toplam uyku süresi ve uyku etkinliği normal sınırlara yakın, REM uykusu korunmuş ve N2 oranı artmış olgularda, belirgin uykusuzluk yakınmasına rağmen paradoksal insomni tanısının akla getirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

İZOLE OFTALMIK ARTER HIPOPERFÜZYON SENDROMU (I-OAHS)

Gökhan ÖZDEMİR[1], Abdullah BEYOĞLU[2], Leyla ÖZTÜRK SÖNMEZ[1], Gözde ÖNGÜN[3], Ömer Lütfi GÜNDOĞDU[4], Nazım KIZILDAĞ[5], Nurşen ÜNAL[6], Fatma GÜlhan ŞAHBAZ[7]

[1]Department of Neurology, Selcuk University Faculty of Medicine, Konya, Türkiye
[2]Department of Ophthalmology, Selcuk University Faculty of Medicine, Konya, Türkiye
[3]Department of Neurology, Istinye University Faculty of Medicine, Istanbul, Türkiye
[4]Department of Neurology, Recep Tayyip Erdogan University Faculty of Medicine, Rize, Türkiye
[5]Department of Neurology, Ataturk University Stroke Center, Erzurum, Türkiye
[6]Department of Neurology, University of Health Sciences Ankara City Hospital Stroke Center, Ankara, Türkiye
[7]Department of Neurology, Izmir University of Economics Faculty of Medicine, İzmir, Türkiye

Amaç: Geçici monoküler görme kaybı çoğunlukla embolik amaurozis fugaks veya ileri oküler iskemik sendrom (OİS) ile ilişkilendirilir. Ancak ipsilateral internal karotis arter (İKA) hastalığı ileri derecede olan bazı hastalarda, hemisferik perfüzyon korunmuş olmasına rağmen seçici oftalmik arter hipoperfüzyonu gelişebilmektedir. Bu durum mevcut sendromik tanımlamalar içinde yeterince yer bulmamakta ve tanısal yanlış sınıflandırmalara yol açabilmektedir. Bu çalışmanın amacı, İzole Oftalmik Arter Hipoperfüzyon Sendromu'nu (i-OAHS) özgün bir klinikoradyolojik antite olarak tanımlamak ve geniş bir dijital substraksiyon anjiyografi (DSA) kohortunda sıklığını ve klinik-anjiyografik özelliklerini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: 2017–2025 yılları arasında Türkiye'de hasta hacmi yüksek olan inme merkezlerinde, ekstrakraniyal İKA hastalığı şüphesiyle DSA yapılan ardışık hastaların dahil edildiği, çok merkezli retrospektif gözlemsel kohort çalışması yapıldı. Hastalar i-OAHS, i-OAHS olmaksızın amaurozis fugaks (AF), diğer nörolojik semptomlu karotis hastalığı veya asemptomatik karotis darlığı olarak sınıflandırıldı. i-OAHS tanımı şu kriterlere dayandırıldı: (1) izole monoküler görsel semptomlar, (2) ciddi ipsilateral İKA darlığı (≥%90) veya oklüzyon, (3) difüzyon ağırlıklı MRG'de kortikal enfarkt olmaksızın intrakraniyal kollateraller aracılığıyla korunmuş hemisferik perfüzyon ve (4) anjiyografik olarak doğrulanmış seçici oftalmik arter hipoperfüzyonu. Birincil sonlanım noktası, karotis değerlendirmesi amacıyla DSA yapılan hastalar arasında i-OAHS sıklığıydı; ikincil ölçütler AF ile klinik alt grup örtüşmesi ve i-OAHS için prediktörlerdi.

Bulgular: DSA uygulanan 1.476 hastanın 22'si (%1,5) i-OAHS kriterlerini karşıladı. Kohort içinde klinik olarak AF tanısı alan 211 hasta bulunmaktaydı; i-OAHS tanısı alan 22 hastanın 16'sı (%72,7) yalnızca semptomlara dayanarak daha önce AF olarak sınıflandırılmış, DSA'da hemisferik perfüzyonun korunmuş olduğu seçici oftalmik arter hipoperfüzyonunun gösterilmesi sonrası yeniden sınıflandırılmıştı. Geri kalan kohort, oküler yakınması olmayan hemisferik iskemik semptomlu 980 hasta (%66,4) ve insidental olarak saptanan asemptomatik karotis darlığı olan 263 hastadan (%17,8) oluşmaktaydı.

Tartışma-Sonuç: DSA ile değerlendirilen geniş bir karotis hastalığı kohortunda i-OAHS, hastaların %1,5'inde saptanmış ve klinik olarak sıklıkla amaurozis fugaks ile örtüştüğü gösterilmiştir. Bu durum, yalnızca semptomlara dayalı sınıflandırmalarda yanlış tanı riskini vurgulamaktadır. i-OAHS, hemisferik perfüzyonun korunduğu seçici oftalmik arter hipoperfüzyonu ile karakterize özgün bir hemodinamik fenotipi temsil etmektedir. Bulgular, mekanizma temelli bir tanısal yaklaşımı desteklemekte ve açıklanamayan monoküler semptomları olan, ağır ipsilateral İKA hastalığı bulunan seçilmiş hastalarda hedeflenmiş yüksek çözünürlüklü vasküler görüntülemenin klinik olarak yararlı olabileceğini düşündürmektedir.

DIJITAL SUBSTRAKSIYON ANJIYOGRAFI ILE KAROTIS NEAR-OKLÜZYONUNUN TANIMLANMASI

Gökhan ÖZDEMİR[1], Ömer Lütfi GÜNDOĞDU[2], Emrah KESKİN[3], Leyla ÖZTÜRK SÖNMEZ[1], Gözde ÖNGÜN[4], Nurşen ÜNAL[5], Uygar UTKU[6], Fatma Gülhan ŞAHBAZ[7]

[1]Department of Neurology, Selcuk University Faculty of Medicine, Konya, Türkiye
[2]Department of Neurology, Recep Tayyip Erdogan University Faculty of Medicine, Rize, Türkiye
[3]Department of Neurosurgery, Bulent Ecevit University, Stroke Center, Zonguldak, Türkiye
[4]Department of Neurology, Istinye University Faculty of Medicine, İstanbul, Türkiye
[5]Department of Neurology, University of Health Sciences Ankara City Hospital Stroke Center, Ankara, Türkiye
[6]Department of Neurology, Kahramanmaras Stroke Center, Kahramannaras, Türkiye
[7]Department of Neurology, Izmir University of Economics Faculty of Medicine, İzmir, Türkiye

Amaç: Karotis near-oklüzyonu (KNO), distal internal karotis arter (İKA) kollapsı ile birlikte seyreden ileri derecede lümen daralmasıyla karakterize, karotis arter hastalığının yeterince tanınmayan bir hemodinamik alt tipidir. Non-invaziv görüntüleme yöntemlerinde sıklıkla yanlış sınıflandırılması nedeniyle gerçek prevalansı, klinik önemi ve revaskülarizasyon sonrası sonuçları net olarak bilinmemektedir. Distal İKA kollapsının saptanmasında tanısal altın standart olan dijital substraksiyon anjiyografinin (DSA) kullanıldığı bu çok merkezli çalışmada, KNO'nun anjiyografik olarak doğrulanmış prevalansının, klinik özelliklerinin ve karotis arter stentlemesi sonrası sonuçlarının near-oklüzyon olmayan karotis darlıkları ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Ocak 2017 – Haziran 2025 tarihleri arasında karotis darlığı şüphesiyle DSA yapılan ardışık hastalar retrospektif olarak analiz edildi. KNO tanımı NASCET/Johansson kriterlerine göre yapıldı. Demografik özellikler, vasküler risk faktörleri, lezyon lateralitesi, karşı taraf oklüzyonu, semptomatik durum, karotis endarterektomisi (KEA), akut iskemik inme (Aİİ) ile başvuru, stent içi restenoz (SİR) ve mortalite, KNO ve KNO olmayan gruplar arasında karşılaştırıldı. Fonksiyonel durum, başlangıçta ve 3. ayda modifiye Rankin Skalası (mRS) kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 1.375 anjiyografi arasında 328 hasta (%23,8) KNO kriterlerini karşıladı. KNO, sol taraf baskınlığı gösterirken hipertansiyon ve dislipidemi oranları daha düşüktü (p

Tartışma-Sonuç: DSA ile doğrulanmış bu çok merkezli kohortta karotis near-oklüzyonu, karotis darlıklarının yaklaşık dörtte birini oluşturmakta olup, yüksek riskli ancak potansiyel olarak geri dönüşümlü bir hemodinamik fenotipi temsil etmektedir. Bulgular, doğru anjiyografik tanının ve bireyselleştirilmiş tedavi stratejilerinin önemini vurgulamaktadır.

MEKANIK TROMBEKTOMI SONRASI UZUN SÜREDIR KULLANILMAYAN DILIN AKTIVASYONU

Gökhan ÖZDEMİR[1], Leyla ÖZTÜRK SÖNMEZ[1], Fatma Gülhan ŞAHBAZ[2]

[1]Department of Neurology, Selcuk University Faculty of Medicine, Konya, Türkiye
[2]Department of Neurology, Izmir University of Economics Faculty of Medicine, İzmir, Türkiye

Giriş: Bilingualizmde (iki dil konuşan bireylerde) dil temsili, kısmen örtüşen ve karmaşık nöral ağlar tarafından düzenlenmektedir. İnme sonrası iki dillilikle ilişkili afazi, seçici dil bozukluğu ya da patolojik dil değişimi şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Ancak reperfüzyon tedavisini takiben uzun süredir kullanılmayan bir dilin akut olarak yeniden aktive olması son derece nadirdir ve mekanik trombektomi sonrası daha önce bildirilmemiştir.

Olgu: Anadili Türkçe olan, geçmişte uzun süre Danimarka'da yaşamış 67 yaşında sağ el baskın erkek hasta, elektif diz cerrahisi sonrası akut global afazi ve sağ hemipleji ile başvurdu. Difüzyon ağırlıklı MRG'de sol perisilvian ve posterior temporal kortekste akut iskemi saptandı. Dijital substraksiyon anjiyografide sol orta serebral arter M2 segment oklüzyonu izlendi. Semptom başlangıcından 90 dakika sonra mekanik trombektomi uygulandı ve ilk geçişte tam reperfüzyon (TICI 3) sağlandı. İşlem sonrasında motor defisitler hızla geriledi. Beklenmedik şekilde hasta, on yılı aşkın süredir aktif olarak kullanmadığı akıcı Danca dilinde konuşmaya başladı; buna karşın Türkçe ifade ciddi derecede bozuk olarak kaldı. Her iki dilde de anlama korunmuştu. Kontrol görüntülemelerinde hemoraji olmaksızın enfarkt alanının sol perisilvian korteksle sınırlı olduğu görüldü. İzleyen günlerde Türkçe dil üretimi kademeli olarak düzelirken, Danca dilindeki akıcılık yaklaşık 48 saat boyunca devam etti.

Tartışma-Sonuç: Bu olgu, akut iskemik inmede mekanik trombektomi sonrası uzun süredir kullanılmayan, erken edinilmiş bir dilin anında yeniden aktive olduğunun bildirildiği ilk örnektir. Bulgular, erken öğrenilen dillerin fokal kortikal hasara karşı daha dirençli olabileceğini ve reperfüzyon sonrası geçici olarak ortaya çıkabileceğini düşündürmektedir. Bu gözlem, iki dilli bireylerde dil organizasyonuna dair yeni klinik içgörüler sunmakta ve akut inme döneminde dil kontrol ağlarının dinamik doğasını vurgulamaktadır.

HEMIFASIAL SPAZM HASTALARINDA BOTULINUM TOKSIN UYGULAMASININ SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISINA ETKISI

Huriye ÜNLÜEL[2], Gökhan AYDOĞAN[1], Dilek İŞCAN[3], Utku CENİKLİ[1],

[1]Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Muğla
[2]Yozgat Bozok Üniversitesi, Yozgat
[3]Başkent Üniversitesi Adana Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Adana

Amaç: Hemifasiyal spazm (HS), yüz kaslarında istemsiz kasılmalar ile seyreden ve yüz görünümünü etkileyerek sosyal görünüş kaygısı, anksiyete ve depresyon gibi psikososyal belirtilerle ilişkilendirilebilen bir hareket bozukluğudur (1–3). Botulinum toksin tip A, HS tedavisinde motor semptomları azaltmakta ve yaşam kalitesi üzerinde iyileştirici etkiler bildirilmiştir (4,5). Bu çalışmada botulinum toksin tedavisinin HS hastalarında sosyal görünüş kaygısı, anksiyete ve depresyon üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç Ve Yöntem: Çalışmaya HS tanılı 24 hasta dahil edildi. Hastalara tedavi öncesi Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (SGKÖ), Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD-A ve HAD-D) uygulandı. Ardından botulinum toksin tip A enjeksiyonu yapıldı. Bir ay sonra ölçekler tekrarlandı. Komorbiditeye göre tedavi yanıtı alt analizle değerlendirildi. İstatistiksel analizde eşleştirilmiş veriler için parametrik/non-parametrik yöntemler kullanıldı; p

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 24 hastanın yaş ortalaması **60,4±10,5 yıl** olup yaş aralığı **30–70 yıl** idi. Hastaların **%62,5'i kadın (n=15)**, **%37,5'i erkek (n=9)** idi. Hastaların **%50'sinde (n=12)** en az bir kronik hastalık mevcuttu. Sigara kullanımı **%25**, alkol kullanımı **%8,3** idi.

Botulinum toksin tedavisi sonrası SGKÖ ve HAD-Anksiyete skorlarında anlamlı azalma saptandı (p

Tartışma: Bu çalışmada botulinum toksin tedavisi sonrası sosyal görünüş kaygısı ve anksiyete skorlarında anlamlı düşüş saptanması, botulinum toksinin HS'de yalnızca motor bulguları değil, psikososyal iyilik halini de iyileştirebileceğini bildiren literatürle uyumludur (4,5). Botulinum toksinin istemsiz kasılmaları azaltmasıyla birlikte yüz görünümünün normalleşmesi, sosyal etkileşimlerde öznel kontrol hissinin artmasına katkı sağlayabilir. Bu durum kaygı düzeyinin azalması ve sosyal görünürlük algısının düzelmesiyle sonuçlanabilir.

Depresyon skorlarında da azalma görülmesine karşın istatistiksel anlamlılığa ulaşmaması, depresif belirtilerin daha stabil seyirli olması ve etkinin daha uzun sürede ortaya çıkmasıyla ilişkili olabilir. Komorbidite alt analizinde depresyon skorlarındaki azalmanın kronik hastalığı bulunan hastalarda daha belirgin olması dikkat çekicidir. Birden fazla sağlık yükü taşıyan hastalarda motor kontrol ve yaşam kalitesi algısının daha güçlü etkilenmesi bu durumu açıklayabilir.

Çalışmanın sınırlılıkları arasında örneklem büyüklüğünün küçük olması, takip süresinin kısa olması ve psikiyatrik değerlendirmede özbildirim ölçeklerinin kullanılması sayılabilir. Daha geniş örneklemli ve uzun süreli çalışmalar botulinum toksinin HS'deki psikososyal etkilerini daha net ortaya koyacaktır.

Sonuç: Botulinum toksin tedavisi HS hastalarında yalnızca motor semptomları değil, sosyal görünüş kaygısı ve anksiyete gibi psikososyal alanları da olumlu yönde etkilemektedir. Depresyon skorlarındaki düşüş özellikle komorbiditesi olan hastalarda daha belirgin bulunmuştur. Botulinum toksinin HS'de hem motor hem de psikososyal faydalarını destekleyen daha geniş örneklemli çalışmalar gereklidir.

KAYNAKLAR

(1) Kim MS, Han K, Yoon JS, Han SH. *Acta Neurol Scand*. 2015.
(2) Batla A, et al. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2016.
(3) Ekman P. *Biol Psychol*. 2007.
(4) Tan EK, et al. *Clin Neurol Neurosurg*. 2005.
(5) Wang J, et al. *Neurol Sci*. 2019.

PRIMER HUZURSUZ BACAKLAR SENDROMU TANILI HASTALARDA OTONOM DISFONKSIYONUN VE SERUM CHI3L1 DÜZEYININ DEĞERLENDIRILMESI

Tahsin BAKKAL[1], Canan AKÜNAL[2], Serpil YILDIZ[2]

[1]Nöroloji Kliniği,İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Bolu
[2]Nöroloji Anabilim Dalı, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Amaç: Huzursuz bacaklar sendromu (HBS), uykuyla ya da dinlenme durumuyla birlikte ortaya çıkan özellikle alt ekstremitelerde rahatsızlık veren duyular ve bu duyular neticesinde karşı konulamayan hareket etme dürtüsü ile karakterize kronik bir hastalıktır. Hastalığın patogenezinde özellikle demir metabolizması ve dopaminerjik sistemin disregülasyonu yer almaktadır.

Primer HBS tanılı hastalarda Otonom Sinir Sistemi (OSS) fonksiyonlarının hem klinik hem de elektrofizyolojik yöntemlerle incelemeyi, enflamasyon ve remodelling sürecinde yer alan CHI3L1(Kitinaz 3-benzeri protein 1) serum düzeyinin hastalıkla ilişkisini ortaya koymayı amaçladık.

Gereç Ve Yöntemler: Çalışmaya güncel tanı kriterlerini karşılayan Primer HBS tanılı 20 hasta ile yaş ve cinsiyet yönünden benzer 20 sağlıklı kontrol dahil edildi. Olguların otonom fonksiyonları Sempatik Deri Yanıtı (SDY), R-R Aralık Değişikliği (RRAD) ve COMPASS-31 ölçeği ile değerlendirildi. Katılımcılardan sabah saatlerinde ve açlık durumdayken serum örneği alınarak serum CHI3L1 düzeyleri ELİSA yöntemiyle ölçüldü.Bu bildiri aynı isimli tıpta uzmanlık tezi verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

Bulgular: COMPASS-31 toplam skoru hasta grubunda (24,45±14,36), kontrol grubuna (11,2±8,9) kıyasla yüksek saptandı (p

Elektrofizyolojik değerlendirmede tüm katılımcılardan SDY elde edildi. SDY latansı hasta grubunda 1968±141 ms, kontrol grubunda 1941±168 ms olarak ölçüldü (p=0,6). SDY amplitüdü hasta grubunda 827±197 mV, kontrol grubunda 858±195 mV olarak hesaplandı. İki grup arasında anlamlı farklılık yoktu (p=0,59).

İstirahatte RRAD (%R), hasta grubunda %12,81±2,66, kontrol grubunda %15,44±3,59 olarak hesaplandı. %R değeri hasta grubunda daha düşük elde edildi (p=0.012). Derin solunumda RRAD (%D), hasta grubunda %26,55±8, kontrol grubunda %33,54±6,01 olarak hesaplandı. %D değeri hasta grubunda anlamlı olarak daha düşük elde edildi (p=0.003). %D değeri ve SDY amplitüdü ile COMPASS-31 skoru arasında negatif korelasyon mevcuttu. %D ve %R değeri COMPASS-31 ortastatik alt ölçeği arasında negatif korelasyon mevcuttu.

Hasta grubunda serum CHI3L1 düzeyleri [ortanca: 39,52 (2,31–177)], kontrol grubuna [ortanca: 46,92 (31,62–230)] kıyasla anlamlı derecede düşük saptandı (p=0,025). CHI3L1 düzeyi ve hastalık şiddeti ile negatif korelasyon saptandı.

Tartışma Ve Sonuç: Bu çalışma, primer HBS hastalarında OSS fonksiyonlarının bozulduğunu ve hastaların yaşam kalitesini etkileyen çoklu otonomik semptomlar yaşadığını göstermiştir. Bu otonom disfonksiyon COMPASS-31 ölçeği ve RRAD parametreleri ile ortaya konmuştur. RRAD değerlerinin (%R ve %D) hasta grubunda daha düşük olması, parasempatik bir disfonksiyonu işaret eder. Bu durum sempatik sistemin görece baskın hale gelmesine neden olabilir. Bu disotonomi durumu HBS'de kardiyovasküler hastalıkların daha sık görülmesinin altında yatan sebep olabilir.

Güncel literatür taramalarında serum CHI3L1 düzeyinin düşüklüğü ile ilişkilendirilen bir patoloji görülemedi. Serum CHI3L1 düzeyinin HBS hastalarında düşük saptanması ve hastalık şiddeti arttıkça CHI3L1 düzeyinin azalması hastalığın patogenezinde inflamasyon dışı mekanizmaların veya sirkadiyen disregülasyonun rol oynayabileceğini düşündürmektedir.

HBS esasen santral sinir sistemi ile ilişkili bir patoloji olduğunda BOS CHI3L1 düzeyinin değerlendirilmesi daha uygun bir yaklaşım olacaktır.

Otonom disfonksiyona bağlı semptomlar, hastalığın klasik şikayetlerinin gölgesinde kalabilir. Hastalarda bu belirtilerin de sorgulanması hastalığın daha bütüncül şekilde yönetilmesine fayda sağlayabilir.

NON-DİYABETİK GENÇ İNMELERDE TRİGLİSERİD GLUKOZ İNDEXİ

Hatice BARUT[1], Cemile HAKİ[1]

[1]Nöroloji Kliniği, Bursa Şehir Hastanesi

Genç yaşta iskemik inme, artan görülme sıklığı, yüksek morbidite mortalite oranları ve uzun vadeli psikolojik, fiziksel ve sosyal sonuçları nedeniyle hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerde giderek artan bir sorundur. Genç inmelerde altta yatan risk faktörleri ve etyolojileri yaşlı yetişkinlerdeki inmelere göre daha heterojendir.

Amaç: Biz burada, insülin rezistansının genç inme etyolojisindeki rolünü göstermek istedik. Ancak insülin rezistansı nöroloji polikliniklerinde istenebilen bir tetkik olmadığı için HOMA-IR (homeostatik model assesment) yerine geçebilecek, bakılması daha kolay tetkik olan trigliserid glukoz indexi (TyG) ile değerlendirme yaptık.

Metod: Hastalarımızı 01.01.2025 -01.06.2025 tarihleri arasında Bursa Şehir Hastanesi nöroloji servisinde yatarak takip ettiğimiz, 18-50 yaş arası, non-diyabetik genç inmelerden aldık. Hastalarımızın inme geçirdiği dönemdeki kan değerlerini baz aldık. Kontrol grubumuzu inme ve diabet öyküsü olmayan, aynı tarihlerde Bursa Şehir Hastanesi nöroloji polikliniğine baş ağrısı ile başvuran 18-50 yaş arası hastalardan gerilim tipi baş ağrısı tanısı alan ve yakın tarihte lipid profili e-nabız sisteminde mevcut olan hastalardan aldık.

TyG indeksi şu formül kullanılarak ölçülür:

TyG indeksi = Ln (açlık trigliseritleri [mg/dL] x açlık glikozu [mg/dL])/2

Bulgular: Çalışmamıza 46 inme hastası ve 36 gerilim tipi baş ağrısı olan benzer yaş grubunda hasta dahil ettik. Trigliserid mean değeri inme grubunda 151,GTBA grubunda 122 olarak saptadık. Açlık kan şekeri mean değeri inme grubunda 108,GTBA grubunda ise 94 saptadık. TyG ise genç inme grubunda 3.84 değeri alırken, GTBA grubunda 3.71 çıkmıştır. (p=0.008)

Sonuç: Bu çalışma gösteriyor ki, insülin rezistansı inme etyolojisinde değerlendirilmesi gereken önemli bir etmendir.

Tartışma: Yakın zamanda yapılan bir inceleme, insülin rezistansının inme oluşumunda ve ilerlemesinde kilit rolünü vurgulamıştır. Bu rol, ateroskleroz ve tromboz dahil olmak üzere çeşitli mekanizmalar aracılığıyla desteklenir. Ek olarak insülin rezistansı, büyük damar aterosklerozu ve laküner enfarktlar dahil olmak üzere inmenin başlıca etiyolojik alt tiplerinin ardındaki birincil mekanizma olan ateromun oluşumuna katkıda bulunur. Yakın zamanda yapılan bir meta-analiz, daha yüksek bir TyG indeksi seviyesinin, ilk kez inme geçirme riskinin daha yüksek olmasıyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Ek olarak, TyG indeksinin artması, inmeden sonra erken nörolojik bozulma riskinin yüksek olmasıyla ilişkilendirilmiştir. Birkaç başka çalışma, yüksek TyG indeksine sahip hastalarda inme tekrarlama riskinin ve ölüm riskinin arttığını göstermiştir.

PSÖDOTÜMÖR SEREBRIDE ERKEN DÖNEMDE İNVAZIV TEDAVI GEREKTIREN HIZLI GÖRME KAYBI

Nilüfer BÜYÜKKOYUNCU PEKEL[1], Demet YILDIZ[1], Alperen Doğukan ŞAHAN[1]

[1]Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Amaç: İdiopatik intrakraniyal hipertansiyon baş ağrısı ile başlayan ilerleyen evrelerde görme kaybına kadar sorunlara sebep olabilen bir hastalıktır. Kadın cinsiyet ve obezite olmak en sık risk faktörlerindendir. Beyin görüntülemesinde empty sella, göz küresinin arka kısmının düzleşme, perioptik subaraknoid boşluğun genişlemesi veya transvers venöz sinüs stenozu görülebilir. Tanısı hastanın kliniği, şikayetleri, görüntüleme bulguları ve lp ile bos basıncı ölçülerek konulmaktadır. Tedavisinde diyet, medikal tedaviler ve invaziv girişimler kullanılabilir.

Bu olgu sunumuyla birlikte İİH'nin çok kısa sürede tama yakın görme kaybına sebep olabileceğine dair literatüre katkıda bulunmak istedik.

Olgu: 31 yaşında kadın hasta , görmede bulanıklık sebebiyle Göz Hastalıklarına başvurdu. Göz Hastalıkları tarafından Grade 1 papil ödem saptanması üzerine Nöroloji'ye yönlendirilen hasta polikliniğimizde değerlendirildi. 6-7 aydır baş ağrısı şikayeti olan hasta görme şikayetinin yeni başladığını ifade etti.

Kontrastlı kranial ve orbita mr çekilen hastanın görüntülemelerinde patolojik kontrast tutulumu saptanmadı. MR Venografi görüntülemesinde venöz sinüsler açık izlendi.

Hasta İdiopatik intrakranial hipertansiyon açısından tetkik edilmek üzere servisimize interne edildi.

Hastanın yapılan nörolojik muayenesinde görmede bulanıklık ve baş ağrısı dışında anlamlı bir patoloji saptanmadı, göz dibi muayenesinde grade 1 papil ödem görüldü, görme alanı testinde anlamlı görme kaybı görülmedi. Takiplerinde LP ile BOS basıncı ölçümü yapıldı, açılış basıncı 47cm H2O, 45 cc boşaltıldıktan sonra kapanış basıncı 19 cm H2O ölçüldü, BOS örneklemesinde patolojik bulgu görülmedi.

Hasta, intrakraniyal hipertansiyon yapan diğer nedenler ekarte edilerek İİH olarak değerlendirildi , Diazomid 250mg 3*1 tedavisi ve diyet önerisiyle 1 ay sonra poliklinik kontrolüne çağrılarak taburcu edildi. Hasta 3 hafta sonra her iki gözde bulanık görmede artış ve baş ağrısı şikayeti olması üzerine acil servise başvurdu.

Hastanın tekrar yapılan görme alanı değerlendirilmesinde bilateral nazal görme alanında daha fazla olmak üzere , bilateral konsantrik daralma görüldü.

Diazomid tedavisine Topiramat 50mg 2*1 eklendi. Hastanın takiplerinde görme kaybı şikayetlerinde artış olması üzerine görme alanı testi tekrar edildi ve her iki gözde tama yakın görme alanı defekti görüldü. İvedilikle optik sinir fenestrasyonu ve lumboperitoneal şant açısından ilgili branşlara danışıldı.

Hastaya Beyin ve Sinir cerrahi tarafından lumboperitoneal şant operasyonu yapıldı.

Operasyon sonrasında papil ödemde düzelme görüldü. Hastanın diazomid tedavisi sonlandırılarak topamax tedavisi ile devam edildi.

Bul olguda, İİH'nin hastalarda etkin medikal tedaviye , uygun diyete rağmen hızlı bir şekilde görme kaybına sebep olabileceğini vurgulamak istedik.

Tartışma: Literatürde İİH tedavisinde diyet ve kilo kaybı ilk yaklaşımdır. Hastamıza ilk aşamada diyetisyen görüşüyle diyet planı yapıldı, asetazolamid 250mg 3*1 tedavisi başlandı ancak görmesinde kötüleşme devam eden hasta asetazolamid dozunun arttrılmasına rağmen belirgin fayda görememiş, topiramat 50mg 2*1 tedavisi de eklendi.

Takiplerinde görme alanında kötüleşme devam eden hasta invaziv tedaviler açısından ilgili branşlara konsülte edildi. Hastanın lumboperitoneal şant operasyonu sonrasında şikayetleri belirgin geriledi. Kilo kontrolü önerildi, düzenli aralıklarla değerlendirilebilmesi için poliklinik kontrolüne çağrıldı.

Sonuç : İİH kimi zaman ilk tedavi basamağı olan diyet ve kilo kontrolü ile kontrol altına alınabilirken , kimi zaman etkin doz medikal tedaviye rağmen hızlı şekilde progrese olabilmektedir. Bu gibi durumlarda invaziv tedavi seçeneklerinin değerlendirildiği bir tedavi planlanması gerekebilir.

NÖROLOJI POLIKLINIĞINE BAŞVURAN BAŞ AĞRISI HASTALARININ KLINIK ÖZELLIKLERI

Erkan ACAR[1], Tuğçe ÖZDEMİR GÜLTEKİN[2]

[1]Department of Neurology, Acıbadem University
[2]Department of Neurology, Acıbadem Maslak Hospital

Amaç: Bu çalışmada, 2025 yılı içerisinde baş ağrısı şikâyeti ile Acıbadem Maslak Hastanesi nöroloji polikliniğine başvuran hastaların demografik ve klinik özelliklerini, kırmızı bayrak bulgularını, görüntüleme sonuçlarını ve uygulanan tedavi yaklaşımlarını değerlendirmek amaçlandı.

Gereç ve Yöntemler: Bu tek merkezli, retrospektif ve gözlemsel çalışmaya 1 Ocak–31 Aralık 2025 tarihleri arasında baş ağrısı şikâyeti ile nöroloji polikliniğine başvuran tüm hastalar dahil edildi. Hasta kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş ve cinsiyet bilgileri, tanıları, kırmızı bayrak bulgularının varlığı, uygulanan görüntüleme yöntemleri ve sonuçları ile verilen tedaviler analiz edildi.

Bulgular: Toplam 1.725 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların %71,7'si (n=1.237) kadın, %28,3'ü (n=488) erkekti. Kırmızı bayrak bulguları hastaların %39,8'inde (n=687) saptandı. Görüntüleme tetkiki hastaların %51,3'ünde (n=885) uygulandı. Tüm hasta grubunun %26,6'sında (n=460) klinik açıdan anlamlı olabilecek, rastlantısal veya patolojik bulgular tespit edildi. En sık konulan tanılar migren (%43,4; n=749), nonspesifik baş ağrısı (%36,7; n=634), gerilim tipi baş ağrısı (%6,7; n=116) ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı (%6,5; n=113) idi. Primer baş ağrılarında profilaktik tedavide en sık trisiklik antidepresanlar, botulinum toksini ve CGRP antagonistleri tercih edildi.

Tartışma: Çalışmamızda baş ağrısı nedeniyle nöroloji polikliniğine başvuran hastaların büyük çoğunluğunu primer baş ağrılarının oluşturduğu görülmüştür. Kırmızı bayrak bulgularının yüksek oranda saptanması, klinisyenlerin sekonder baş ağrısı olasılığına karşı duyarlılığını göstermektedir. Buna karşın görüntüleme yapılan hastaların önemli bir bölümünde patolojik bulgu saptanmaması, baş ağrısı değerlendirmesinde klinik öykü ve nörolojik muayenenin belirleyici rolünü vurgulamaktadır. Bu bulgular, görüntülemenin seçici ve endikasyona dayalı kullanımının önemini desteklemektedir. Klinisyenlerin profilaktik tedavideki tercihleri ise hastaların tedaviye uyumunda ve şikayetlerin gerilemesindeki en önemli etkenlerdendir. Özellikle migren profilaksisinde kullanımı yaygınlaşan CGRP antagonistleri hem düşük yan etki profili hem de yüksek orandaki etkinlikleri ile dikkat çekmektedir.

Sonuç: Baş ağrısı nedeniyle başvuran hastalarda primer baş ağrıları baskın olup, kırmızı bayrak bulguları görüntüleme kararlarında belirleyici rol oynamaktadır. Ayrıntılı klinik değerlendirme, gereksiz görüntüleme kullanımını azaltabilir ve hasta yönetiminde daha rasyonel bir yaklaşım sağlayabilir. Güncel profilaktik tedavi seçeneklerinin çoğalması ile beraber hastaların tedavi uyumunda ve tedavi sonrası alınan yüz güldürücü sonuçlarda artış sağlamaktadır.

NON-TRAVMATIK SUBARAKNOID HEMORAJININ İKLIMSEL SIKLIĞI VE KLINIK SONUÇLARININ DEĞERLENDIRILMESI

Halil AY[1], Rıdvan TOKLU[1], Sena ALTAN[1]

[1]Nöroloji Kliniği, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Gaziantep

Giriş: Non-travmatik subaraknoid hemoraji, yüksek mortalite ve ciddi nörolojik sekellerle seyredebilmesi nedeniyle önemli bir nörolojik acil durumdur. Literatürde subaraknoid hemorajinin görülme sıklığının mevsimsel ve iklimsel faktörlerden etkilenebileceği öne sürülmüş olmakla birlikte, bu ilişkinin netliği halen tartışmalıdır. Bu nedenle iklimsel değişkenlerin hastalık sıklığı ve klinik sonuçlar üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi klinik açıdan önem taşımaktadır.

Amaç: Bu çalışmada, kliniğimizde izlenen non-travmatik subaraknoid hemoraji olgularının aylara ve mevsimlere göre dağılımını incelemeyi ve klinik sonuçlar ile tedavi yaklaşımlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya Gaziantep Üniversitesi Nöroloji ve Beyin Cerrahisi kliniklerinde 2024 yılı boyunca non-travmatik subaraknoid hemoraji tanısı ile yatırılarak izlenen 45 hasta dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, subaraknoid hemoraji etyolojileri, anevrizma lokalizasyonları, aylara ve mevsimlere göre başvuru dağılımları, uygulanan tedaviler ve klinik sonuçları retrospektif olarak incelendi. Mevsimsel dağılım ile mortalite ve tedavi yöntemleri arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak değerlendirildi. İstatistiksel yöntem ise ki-kare bağımsızlık testi uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 45 hastanın 20'si kadın (%44,4), 25'i erkekti (%55,5). Genel ortalama yaş 50,6 yıl olup, kadınlarda ortalama yaş 57,85, erkeklerde ise 44,8 yıl olarak saptandı. Subaraknoid hemoraji etyolojisine bakıldığında, 25 hastada (%55,5) anevrizma saptanırken, yirmi hastada subaraknoid hemoraji nedeni olarak anevrizma saptanmamıştır.

Anevrizma saptanan olgularda en sık lokalizasyon anterior komunikans arter olup bunu orta serebral arter ve internal karotis arter izledi. Dört hastada birden fazla anevrizma mevcuttu. Görüntüleme bulgularına göre 21 hastada yaygın subaraknoid hemoraji, 8 hastada ise perimezensefalik subaraknoid hemoraji saptandı.

Aylara göre dağılım incelendiğinde olguların özellikle sonbahar aylarında yoğunlaştığı görüldü. Mevsimsel dağılımda en fazla olgu sonbaharda izlenmiş olmakla birlikte, mevsimler arasında subaraknoid hemoraji sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,498).

Tedavi yaklaşımları değerlendirildiğinde, 15 hastaya endovasküler tedavi, 10 hastaya cerrahi tedavi uygulanırken, 20 hastaya herhangi bir girişimsel tedavi yapılmadı. Endovasküler tedaviler arasında primer koilleme, stent destekli koil embolizasyonu ve akım çevirici stent uygulamaları yer aldı. Genel mortalite oranı %40 olarak saptandı. Endovasküler ve cerrahi tedavi uygulanan hastalar arasında mortalite açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmedi (p=0,470).

Sonuç: Çalışmamızda non-travmatik subaraknoid hemorajinin yıl içinde özellikle sonbahar aylarında daha sık görüldüğü izlenmiş olmakla birlikte, bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Klinik sonuçlar açısından endovasküler ve cerrahi tedavi yöntemleri arasında mortalite farkı saptanmamıştır. Bu bulgular, subaraknoid hemorajinin iklimsel faktörlerle ilişkisinin net olmadığını ve klinik sonuçların çok faktörlü bir yapıya sahip olduğunu

düşündürmektedir. Daha geniş hasta gruplarıyla yapılacak çok merkezli çalışmalar, iklimsel etkilerin daha sağlıklı değerlendirilmesine katkı sağlayacaktır.

Tartışma: Literatürde non-travmatik subaraknoid hemorajinin mevsimsel dağılımına ilişkin farklı sonuçlar bildirilmiş olup, bazı çalışmalarda soğuk aylarda, bazılarında ise geçiş mevsimlerinde artış olduğu öne sürülmüştür. Çalışmamızda olguların sonbahar aylarında daha sık gözlenmesi, ani sıcaklık değişimleri ve atmosferik faktörlerin vasküler stabilite üzerindeki olası etkileriyle ilişkili olabilir. Ancak bu artışın istatistiksel olarak anlamlı bulunmaması, hasta sayısının sınırlı olması ve iklimsel değişkenlerin doğrudan ölçülememiş olmasıyla açıklanabilir. Tedavi yöntemleri açısından değerlendirildiğinde, endovasküler ve cerrahi yaklaşımlar arasında mortalite farkı saptanmamış olması, hasta seçimi ve başlangıç klinik durumun prognoz üzerindeki belirleyici rolünü desteklemektedir.

POLISOMNOGRAFI PARAMETRELERI OBSTRÜKTIF UYKU APNE TEDAVISINDE CPAP BASINCINI ÖNGÖREBILIR MI?

Özlem AKDOĞAN[1], Alene SAR[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Amaç: Obstrüktif uyku apnesinin (OUA) tedavisinde sürekli pozitif havayolu basıncı (CPAP) yaygın olarak kullanılmaktadır. Terapötik CPAP basıncını belirlemek için yapılan titrasyon çalışması sırasında, hastaların cihazla ilk kez tanışıyor olmaları uyumu zorlaştırabilir. Özellikle de hastanın uyku etkinliği düşükse basınç ayarlaması için ikinci geceye ihtiyaç duyulabilir. Koca ve ark. OUA hastalarında önceden tahmin edilebilecek basınçlarla CPAP tedavisini başlatmak ve hasta takibini kolaylaştırmak amacıyla formülasyon yapılmasını önermişlerdir. Ehab ve ark. ise yine bu amaçla kullanılan Baveno sınıflandırmasının faydalı olmadığı raporlanmışlardır. Çalışmamızda polisomnografi (PSG) parametrelerinin OUA tedavisinde belirlenmiş en uygun CPAP basıncını belirlemedeki öngörücü rolünü araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmaya İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uyku Laboratuvarında PSG ile orta veya şiddetli OUA tanısı almış ve CPAP titrasyon çalışması ile uygun CPAP basıncı belirlenmiş toplam 118 hasta dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri ve polisomnografik parametreleri retrospektif olarak kaydedildi. Hastaların terapötik CPAP basınçları ile PSG parametreleri arasındaki ilişki incelendi. İstatistiksel analizler SPSS 26 programı ile yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya 22(%26) kadın, 92 (%78) erkek hasta alındı. Ortalama yaş 49,67±10,16 ve median beden kitle indeksi (BKİ) 31,1 (IQR: 27,7-33,92) idi. Median apne - hipopne indeksi (AHI) 46,6 (IQR:33,3-66,8) ve median CPAP basıncı 8 (IQR:7-10) olarak saptandı. Terapötik CPAP basıncı ile ilişkili olabilecek değişkenler spearman korelasyon analizi ile değerlendirildiğinde, BKİ (r = 0.350), AHI (r = 0.404), oksijen desatürasyon olayları (r = 0.402) ile pozitif; ortalama ve en düşük oksijen satürasyonu ile (sırasıyla r = −0.482, r = −0.464) negatif korelasyon saptandı. Ek olarak N3 uyku yüzdesi (r = −0.277) ile de negatif yönde anlamlı korelasyon saptandı. Yaş ve terapötik CPAP basıncı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. CPAP basıncına göre hastaları ≥8 cmH_2O ve <0,05).

Tartışma: OUA tanılı hastaların tedavisinde terapötik CPAP basıncının belirlenmesi için bazen ikinci gece yatış gerekebilir. Bu durum da zaman ve para kaybına neden olmaktadır. Çalışmamızda titrasyon çalışması öncesinde terapötik CPAP basıncını tahminde hastaların BKİ ve ilk gece PSG tetkiklerinde saptanan en düşük oksijen saturasyonunun bağımsız öngörücüler olduğu saptandı. AHİ değerleri arttığında terapötik CPAP basıncının da arttığı görülmekle birlikte, AHİ'nin terapötik basıncı belirlemede prediktif değeri olmadığı saptanmıştır.

Sonuç: Optimum CPAP basıncının önceden tahmin edilebilmesinin, titrasyon çalışmaları sırasında hastalara uygun terapötik basınç ayarlarının daha hızlı yapılabilmesini sağladığını düşünmekteyiz.

13-18 YAŞ ARALIĞINDA PEDIATRIK VE ERIŞKIN KURALLARA GÖRE POLISOMNOGRAFI SKORLAMASININ KARŞILAŞTIRILMASI

Başak YILMAZ[1]

[1]*Kocaeli Şehir Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Klinik Nörofizyoloji Bölümü, Kocaeli*

Amaç: Amerikan Uyku Tıbbı Derneğinin (AASM) 2023 tarihli güncel kılavuzunda doğumdan 18 yaşına kadar pediatrik puanlama kriterlerinin uygulanmasını önerilmektedir, ancak uyku düzenleri ergenlik sonrası bireylerin uyku düzenlerine benzediğinde 13 yaşından itibaren yetişkin kurallarının da kullanılabileceği ifade edilmiştir. Aynı zamanda, uyku çalışmalarında pediatrik ve yetişkin solunum ve puanlama kriterlerinin uygulanması için uygun yaş aralığı konusunda tartışmalar devam etmektedir. Biz de solunum olayı skorlamasının pediatrik ve erişkin kurallara göre yapılmasının fark oluşturup oluşturmadığını incelemek istedik.

Gereç ve Yöntemler: Kocaeli Şehir Hastanesi Uyku Laboratuvarı'nda 13-18 yaş aralığında çeşitli nedenlerle Polisomnografi (PSG) incelemesi yapılmış olan 5 (%45)'i kız ve 6 (%55)'sı erkek 11 hasta çalışmaya dahil edildi. PSG'ler aynı Klinik Nörofizyoloji uzmanı tarafından pediatrik ve erişkin skorlama kurallarına göre ayrı ayrı skorlandı ve veriler karşılaştırıldı.

Bulgular: On bir olgunun pediatrik ve erişkin kurallara göre hesaplanan toplam Apne Hipopne İndeksi (AHİ), toplam obstrüktif AHİ, toplam mikst AHİ, toplam REM AHİ, toplam supin AHİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Toplam santral AHİ ise pediatrik kurallara göre skorlama yapıldığında anlamlı olarak yüksek hesaplandı (p=0,020). Cinsiyete göre değerlendirildiğinde ise kızlar arasında santral AHİ dahil hiçbir grupta anlamlı fark yok iken erkeklerde de tüm olgulardaki gibi santral AHİ değer, pediatrik skorlama ile anlamlı olarak yüksek idi (p=0,033). Ayrıca istatistiksel olarak anlamlı olmasa da alt bileşenler incelendiğinde pediatrik kriterlere göre yapılan skorlama ile hesaplanan AHİ değerlerinin çoğu erişkin kurallara göre yapılana oranla daha yüksek bulunmuştur.

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışmada aynı polisomnografik kaydın pediatrik ve erişkin skorlama kriterlerine göre değerlendirilmesi sonucu erkeklerde ve tüm olgularda santral AHİ değeri pediatrik kurallara göre skorlama yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Bulgularımız erişkin kriterlerin özellikle erkek çocuklarda uyku ile ilişkili solunum bozukluklarının tanısında gecikme veya bulguların olduğundan daha hafif olarak yorumlanmasına yol açabileceğini düşündürmüştür. Bu alanda daha fazla hasta sayısı ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

PARKINSON HASTALIĞINDA SISTEMIK İMMÜN-İNFLAMATUAR İNDEKSIN ROLÜNÜN ARAŞTIRILMASI

Aydan TOPAL[2], Fatih ÇEKİM[1]

[1]Çerkezköy Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Tekirdağ
[2]Samsun Eğitim ve araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Samsun

Amaç: Bu çalışmanın amacı, İdiyopatik Parkinson hastalığı (PH) tanılı hastalarda periferik inflamasyonu yansıtan Sistemik İmmün-İnflamatuar İndeksin (SII), klinik motor özelliklerle olan ilişkisini değerlendirmektir. Bu kapsamda, SII ile motor fenotip (tremor-dominant ve akinetik-rijid), motor semptom şiddeti, dopaminerjik tedavi gereksinimi (levodopa eşdeğer günlük doz) ve seçilmiş klinik değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi hedeflenmiştir. Çalışma ile SII'nin PH'larında motor fenotip ayrımı ve klinik şiddeti yansıtma potansiyeline sahip bir biyobelirteç olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Bu kesitsel çalışmaya, hareket bozuklukları polikliniğinde izlenen 49 idiyopatik Parkinson hastalığı tanılı hasta dahil edildi. Hastalar motor muayene bulgularına göre tremor-dominant (TD) ve akinetik-rijid (AR) fenotip olarak sınıflandırıldı. Demografik veriler, hastalık süresi, **Birleşik Parkinson Hastalığı Değerlendirme Ölçeği – Bölüm III (Unified Parkinson's Disease Rating Scale, Part III; UPDRS-III) (**ON dönem) skorları ve levodopa eşdeğer günlük doz (LEDD) kaydedildi. Tam kan sayımı örnekleri, klinik değerlendirme ile aynı seansta ve aynı gün alındı. Nötrofil, lenfosit ve trombosit değerleri kullanılarak Sistemik İmmün-İnflamatuar İndeks (SII), *SII = (trombosit × nötrofil) / lenfosit* formülü ile hesaplandı. Akut enfeksiyon, kronik inflamatuar hastalık, malignite veya sistemik inflamasyonu etkileyebilecek ek klinik durumları bulunan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. İstatistiksel analizlerde grup karşılaştırmaları ve korelasyon analizleri uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların **26'sı tremor-dominant (TD), 23'ü akinetik-rijid (AR)** fenotipindeydi. İki grup arasında **yaş grubu, cinsiyet ve hastalık süresi** açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. **Sistemik İmmün-İnflamatuar İndeks (SII)** değerleri, TD ve AR fenotipler arasında karşılaştırıldığında **anlamlı bir farklılık göstermedi (**p = 0,896). Ayrıca SII ile **motor semptom şiddetini yansıtan UPDRS-III** skorları, **levodopa eşdeğer günlük doz (LEDD) ve hastalık süresi** arasında anlamlı bir ilişki izlenmedi. Buna karşın**, SII ile yaş grubu arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon** saptandı (r = 0,29; p = 0,045).

Tartışma: Parkinson hastalığında inflamatuar mekanizmaların nörodejeneratif sürece eşlik edebileceği ve periferik inflamasyon belirteçlerinin klinik heterojenite ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Sistemik İmmün-İnflamatuar İndeks (SII), sistemik inflamatuar yükü yansıtan pratik bir biyobelirteç olması nedeniyle bu çalışmada değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, Parkinson hastalarında SII'nin tremor-dominant ve akinetik-rijid motor fenotipler arasında ayırt edici olmadığı gösterilmiştir. Ayrıca SII'nin motor semptom şiddeti, dopaminerjik tedavi gereksinimi ve hastalık süresi ile ilişkili bulunmaması, sistemik inflamasyonun motor fenotipten bağımsız olabileceğini düşündürmektedir. Buna karşın, SII ile yaş arasında saptanan pozitif ilişki, periferik inflamatuar yükün yaşlanma süreciyle artabileceğini ve Parkinson hastalığında inflamasyonun heterojen bir dağılım gösterebileceğini desteklemektedir. Bu bulgular, SII'nin motor fenotip belirleyicisinden ziyade genel sistemik inflamasyonu yansıtan bir belirteç olarak değerlendirilmesinin daha uygun olabileceğini düşündürmektedir.

Sonuç: Bu çalışmada, Parkinson hastalarında Sistemik İmmün-İnflamatuar İndeksin, motor fenotip, motor semptom şiddeti ve dopaminerjik tedavi gereksinimi ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir. Buna karşılık, SII ile yaş arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

MULTIPL SKLEROZDA SPINAL KORD LEZYONLARININ SEGMENTAL YAYILIMI: RETROSPEKTIF KOHORT ANALIZI

Melike ÇAKAN ERCAN[1], Nesrin USTAOĞLU[1], Ufuk EMRE TOPRAK[1]

[1]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Multipl skleroz (MS) hastalarında spinal kord tutulumu, artmış özürlülük ve hastalık progresyonu ile ilişkili bulunmuştur. Ancak spinal başlangıçlı MS'te lezyonların zamansal dağılımı ve klinik sonuçlarla ilişkisi yeterince aydınlatılmamıştır. Bu çalışma, spinal klinik başlangıçlı MS hastalarında seri spinal MRG'ler aracılığıyla lezyonların segmental ve multifokal evrimini incelemeyi ve spinal lezyon yükünün özürlülük üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntemler: 2020–2025 yılları arasında merkezimize başvuran, elektronik hasta kayıtları ile seri beyin ve spinal MRG'leri bulunan MS hastaları retrospektif olarak tarandı. Spinal klinik başlangıçlı olduğu belirlenen ve hastalık süresi en az 1 yıl olan 44 hasta çalışmaya dahil edildi.

Demografik ve klinik özelliklerin yanı sıra her bir MRG için lezyonların anatomik seviyesi (supratentorial, infratentorial, üst/alt servikal, üst/orta/alt torasik), aksiyel yerleşimi (periferik, santral) ve toplam spinal lezyon sayıları kaydedildi. Lezyon yayılım süreleri zaman-bağımlı analizlerle değerlendirildi. Özürlülük belirleyicileri ordinal regresyon modeli ile analiz edildi.

Bulgular: İlk atak yaşı medyan 29 yıl (%95 GA: 25–34) olup hastaların %66'sı kadındı. Medyan hastalık süresi 7 yıl (%95 GA: 6–8) olarak bulundu. Özürlülük zaman içinde anlamlı olarak arttı (medyan EDSS: 1'e karşı 2.5; $p<0.01$).

Üç farklı zamanda çekilen servikal ve torakal spinal MRG'ler değerlendirildiğinde, lezyonların büyük çoğunluğunun periferik ve sıklıkla dorsolateral yerleşimli olduğu görüldü. Üç farklı zaman noktasında yapılan değerlendirmede lezyon dağılımının kranio-kaudal eksende kademeli olarak arttığı izlendi. Üst servikal segmentte tutulum oranı %86'dan %93.3'e yükselirken, alt servikal bölgede %62'den %82.2'ye ulaştı. Artış torasik kordda daha belirgindi (üst torasik %35'ten %60'a; orta torasik %22'den %40'a; alt torasik %13'ten %37.8'e). Yirmi beş hastada spinal lezyonlar medyan 5.6 yılda segmental yayılım gösterdi.

Ordinal regresyon analizinde, toplam spinal lezyon yükü daha yüksek EDSS düzeylerinin bağımsız belirleyicisi olarak saptandı ($\beta = 0.31$, $p = 0.013$). Daha ileri başlangıç yaşı da artmış özürlülük ile ilişkili bulunurken, hastalık süresinin anlamlı bir etkisi izlenmedi.

Tartışma: Çalışmamızda, spinal başlangıçlı MS hastalarında lezyonların zaman içinde homojen dağılmadığı, kranio-kaudal eksende yayılım eğilimi gösterdiği izlenmiştir. Bulgularımız, özürlülüğün segmental yayılımdan ziyade kümülatif spinal lezyon yükü ile daha yakından ilişkili olabileceğini öngörmektedir.

Literatürde spinal kord tutulumu çoğunlukla kesitsel olarak ele alınırken, çalışmamız lezyon evrimini zamansal bir perspektifle incelemesi açısından özgünlük taşımaktadır. Bununla birlikte retrospektif tasarım ve sınırlı örneklem büyüklüğü nedensel çıkarımları kısıtlamaktadır.

Sonuç: Kohortumuzda, servikal spinal tutulumun erken dönemde başladığı, torasik segmentlere doğru yayılımın geç dönemde ortaya çıktığı görülmüştür. Özürlülük segmental yayılım ile ilişkili bulunmazken, spinal lezyon yükünün engelliliğin belirleyicisi olabileceği düşünülmektedir.

ELEKTROFIZYOLOJIK OLARAK SPİNAL KÖK TUTULUMU OLAN ATİPİK OLGULAR

Sinan GÖNÜLLÜ[1]

[1]*Bursa Şehir Hastanesi, Nöroloji Anabilimdalı*

Amaç: Radikülüpati protokolü ile EMG labaratuvarına gönderilen klinik prezentasyonları farklı ve İğne EMG'de Radiküler&kök tutulum bulguları atipik olan vakaları sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmaya Haziran 2025- şubat 2026 yılları arasında son altı aylık dönemde Bursa Şehir Hastanesi Klinik nörofizyoloji Laboratuarına Radikülopati&Pleksus protokolü ile EMG çekimi yapılan hastalardan atipik klinik prezantasyonları ve İğne EMG'de Spinal Radiküler kök tutulum bulguları olan 6 vakayı demografik klinik ve elektrofızyolojık olarak inceledik.

Bulgular: Radiküler tutuluma sebep olan atipik etyoloji olarak 2 vakada Siringomiyeli, 2 vakada Batı Nil Virüsü, spinal dar kanala bağlı 1 vakada Kauda -Equina sendromu, 1 vakada Hirayama (monomelik amniyotrofi) vardı.

Tartışma: Bu olgu serisinde, klinik olarak bu olgularda ekstremite güçsüzlüğü, kas atrofisi, idrar ve gayta inkontinansı, yürüyememe, enfeksiyöz süreç sonrası kol ve/veya bacakta kas güçsüzlüğü gibi bulgular ön plandaydı. EMG'de spinal kök tutulumu saptanan bu hastalarda, Siringomiyeli, Batı Nil virüsü enfeksiyonu, Kauda- Equina sendromu ve Hirayama hastalığı gibi farklı etyolojiler ön planda bulunmuştur. Bu durum özellikle atipik kinik prezentasyonu alan hastalarda yalnızca klinik değerlendirmeye dayanarak tanıya ulaşmanın yetersiz kalabileceğini ortaya koymaktadır.

İğne EMG bulgularının dikkatli değerlendirilmesi, spinal kök tutulumu düşündüren paternlerin saptanması ve klinik ile birlikte yorumlanması, doğru tanıya ulaşmada kritik öneme sahiptir. Ayrıca radikülopati ön tanısı ile değerlendirilen hastalarda enfeksiyöz, yapısal patolojiler, Hirayama hastalığı gibi hastalıkların ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması tedaviye yön verebilir.

Sonuç olarak atipik klinik bulgularda başvuran radiküler tutulum düşünülen hastalarda EMG, yalnızca tanıyı destekleyen ve tedaviyi yönlendiren temel bir araçtır. Bu vakalarda olduğu gibi, klinik bulgular, nörolojik değerlendirme, laboratuvar ve radyolojik görüntüleme bulgularına multidisipliner yaklaşım önem arz etmektedir.

İNTRAKRANİYAL HİPERTANSİYONDAN HİPOTANSİYONA GEÇİŞ: LOMBER PONKSİYONUN NADİR BİR KOMPLİKASYONU

Gizem Aynur AKTAŞ[1], Asuman Orhan VAROĞLU[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Şehir Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı

Amaç: İntrakraniyal hipertansiyon ve intrakraniyal hipotansiyon, BOS basınç spektrumunun iki zıt ucunda yer alan, nadir görülen klinik tablolardır ve her ikisi de baş ağrısı ile seyredebilir. Ancak aynı hastada kısa süre içerisinde ardışık olarak ortaya çıkmaları literatürde oldukça nadir bildirilmiştir. Bu olgu sunumunda, idiopatik intrakraniyal hipertansiyon tanısı sonrası lomber ponksiyon (LP) uygulanan ve ardından intrakraniyal hipotansiyon gelişen bir hasta sunulması amaçlanmıştır.

Gereç Ve Yöntemler: Bilinen kronik hastalığı olmayan 26 yaşında kadın hasta; sağ gözde bir haftadır devam eden görme azalması ve ışık çakmaları şikâyeti ile değerlendirilmiştir. Klinik, nörolojik muayene, göz dibi incelemesi, kraniyal ve orbita manyetik rezonans (MR) görüntüleme bulguları ile LP açılış ve kapanış basıncı ölçümleri değerlendirilmiştir. LP sonrası gelişen semptomlar nedeniyle kontrastlı kraniyal ve tüm spinal MR görüntüleme yapılmıştır. Klinik takip ve tedavi yanıtları izlenmiştir.

Bulgular: Göz dibi muayenesinde sağda evre 2–3, solda evre 2 papilödem saptandı. Orbita MR'da sağda belirgin olmak üzere optik sinir çevresindeki BOS mesafesinde genişleme; kraniyal MR'da parsiyel empty sella ve bilateral optik sinir kılıflarında genişleme izlendi. LP tek girişimde ve teknik olarak sorunsuz gerçekleştirildi; açılış basıncı 47 cmH_2O, kapanış basıncı 16 cmH_2O olarak ölçüldü. BOS biyokimyasal ve mikrobiyolojik incelemeleri normaldi. Asetazolamid tedavisi başlandı.

LP sonrasında gelişen ortostatik baş ağrısı üzerine yapılan kontrol MR'da parsiyel empty sella bulgularında gerileme ve optik sinir kılıflarındaki genişlemede regresyon saptandı. Torakal düzeyde epidural koleksiyon izlenerek intrakraniyal hipotansiyon ile uyumlu bulundu. Konservatif tedavi (yatak istirahati, hidrasyon, kısıtlı mobilizasyon) sonrası baş ağrısı belirgin olarak geriledi ve papilödemde regresyon gözlendi.

Tartışma: Literatürde Panikkath ve arkadaşları tarafından bildirilen benzer tek vakada, BMI'si 30,5 kg/m² olan ve BOS açılış basıncı 44 cmH_2O ölçülen bir erkek hastada LP sonrası intrakraniyal hipotansiyon geliştiği bildirilmiştir. Sunulan vakada ise BOS açılış basıncı 47 cmH_2O olup BMI 25,4 kg/m² olarak saptanmıştır. Her iki vakada da yüksek BOS açılış basıncının LP sonrası intrakraniyal hipotansiyon gelişim riskini artırabileceği düşünülmektedir.

Post-dural ponksiyon baş ağrısı (PDPH) gelişiminde iğne kalınlığı ve iğne ucu tipi temel teknik faktörler arasında yer almakta; özellikle 20–22 gauge kesici uçlu (Quincke tip) iğnelerle PDPH insidansının %20–40'a kadar çıkabildiği bildirilmektedir. PDPH gelişiminin yalnızca işlem sırasında yaşanan teknik zorluklara değil, durada oluşan mikroyapısal hasara da bağlı olduğu düşünülmektedir.

Sonuç: İdiopatik intrakraniyal hipertansiyonlu ve BOS açılış basıncı çok yüksek olan hastalarda, LP sonrası intrakraniyal hipotansiyon gelişme riski göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle bu hasta grubunda açılış basıncının dikkatle değerlendirilmesi, uygun LP iğnesinin seçilmesi ve yakın klinik takibin önemi ön plana çıkmaktadır.

POSTER BİLDİRİLER

ANKSİYETE VE DEPRESYON İLE İDİYOPATİK İNTRAKRANİYAL HİPERTANSİYON TANILI HASTALARDA VİZÜEL SEMPTOM VE ŞİKAYETLERİN İLİŞKİSİ

Selin Soylu[1], Bengisu N. Yedievli[2], Nida İçen[1], Hilal Alper[1], Şule Kurt[1], Sebatiye Erdoğan[1], Nilüfer Kale[1]

[1]Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği
[2]Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Amaç: İdiyopatik intrakraniyal hipertansiyon (İİH), özellikle obez kadınlarda sık görülen baş ağrısı, tinnitus, ve vizüel semptomlar ile karakterize bir sendromdur.

Bu çalışmada İİH tanısı almış hastalarda vizüel, baş ağrısı ve tinnitus semptom ve şikayetlerin anksiyete ve depresyonla ilişkisini değerlendirmek amaçlandı.

Gereç ve Yöntemler: Kesitsel tipte planlanan çalışmaya Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji polikliniğinde , 18 yaş üzerinde olan İİH tanısı almış katılımcıların demografik özellikleri, vücut kitle indeksleri (VKİ) kaydedildi. Hastaların şikayetleri (vizüel semptom, baş ağrısı , tinnitus) kaydedildi. Başağrısı semptom şiddetinin gündelik yaşama etkileri VAS Skalası(*Visual Analogue Scale*, Görsel Analog Skala) ile değerlendirildi. İİH ile ilişkili semptomların ve VKİ ile anksiyete ve depresyon ilişkisi Beck anksiyete ve depresyon ölçekleri ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 50 hasta katıldı. Hastaların 47'si (%94)kadın hastadan oluşmaktadır. Hastaların yaş ortalaması 42 olarak hesaplanmıştır. VKİ dağılımına göre; 18,5–24,9 kg/m² aralığında (normal) 6 (%12), 25–29,9 kg/m² aralığında(fazla kilolu) 22(%44) ve ≥30 kg/m² aralığında(obez) 22(%44) hasta bulunmuştur. VKİ > 25 kg/m² olup vizüel şikayet ve semptom saptanan ve Beck depresyon ve anksiyete ölçeklerine göreanksiyete ve/veya depresyonun eşlik ettiği hasta sayısı 17(%34'ü) olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda vizüel şikayetlere baş ağrısı ve/veya tinnitusun eşlik ettiği hastalarda günlük yaşamın olumsuz etkilendiği, buna paralel olarak hastalıkla ilişkili kaygının arttığı ve anksiyete ve/veya depresyon puanlarının yüksek seyrettiği saptanmıştır. Buna karşılık; vizüel şikayet, tinnitus ve baş ağrısı şikayeti bulunmayan 6 hastada ise depresyon ve anksiyete puanları düşük bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda vizüel şikayetlere baş ağrısı ve/veya tinnitusun eşlik ettiği hastalarda günlük yaşamın olumsuz etkilendiği saptanmıştır. Çalışmamızdaki hastalarda anksiyete ve/veya depresyon yüksek oranda saptandığı için psikiyatrik görüş alınmasının hastaların günlük yaşam kalitesini arttırabileceği öngörülmektedir.

SPINAL PSÖDOATETOZ KLINIĞI ILE BAŞVURAN MULTIPLE SKLEROZ OLGUSU

Nesrin Ustaoğlu[1], Çağla Şişman[1], Melike Ercan[1], Ufuk Emre Toprak[1], Gülsen Babacan Yıldız[1], Gülşen Akman[2]

[1]Nöroloji Anabilim Dalı,İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi,İstanbul
[2]Nöroloji Anabilim Dalı,İstanbul Tıp Fakültesi,İstanbul

Amaç: Multipl skleroz (MS), santral sinir sisteminin, kronik,inflamatuvar demiyelinizan hastalığıdır. Piramidal, duyusal, serebellar ve optik sinir tutulumu sık görülen klinik tablolar arasında yer alır.Psödoatetoz; derin duyu kaybına bağlı gelişen, özellikle ekstremite distalinde yavaş, kıvrımlı ve istemsiz hareketlerle karakterize bir klinik durumdur. Genellikle servikal posterior kolon lezyonları ile ilişkilidir. Spinal kord tutulumu MS'te sık görülmekle birlikte, psödoatetoz gelişimi oldukça nadirdir. Bu yazıda, servikal myelite sekonder psödoatetoz gelişen MS olgusunu sunmak ve bu nadir klinik tabloya dikkat çekmek istedik.

Olgu: 41 yaşında erkek hasta sol vücut yarısında güçsüzlük ve uyuşma şikâyetleri ile başvurdu. Öyküsünde şikayetlerinin yaklaşık 20 gün önce başladığı başka bir merkezde görüntülemelerinin ve BOS incelemesinin yapıldığı transvers myelit tanısı ile pulse steroid tedavisi başlandığı, bulgularında tam düzelme olmaması üzerine tarafımıza başvurduğu öğrenildi. Öz geçmişinde,2 yıl önce sol hemihipostezi atağı dışında özellik saptanmadı. Nörolojik muayenede, sol tarafta belirgin bilateral üst ekstremitelerde el parmak abduktörlerinde kas gücü 4/5, ince motor becerilerde bozulma saptandı. Hastanın özellikle gözlerini kapattığında belirgin hale gelen ellerinde yavaş, irregüler, hedefe yönelik hareketleri bozan psödoatetoz benzeri istemsiz hareketler gözlendi. Kranial MRG'de infra-supratentoriel beyaz cevherde, servikal MRG'de C3–4 seviyesinde posterior kolumnada, torakal MR'ında ise T 7–8 düzeyinde sol dorsolateral yerleşimli, minimal kontrastlanan T2/FLAIR hiperintens demiyelinizan plaklar saptandı.NMO ve anti-MOG antikorları negatifti. BOS OKB tip 2 pozitfti. Hastaya ek doz pulse steroid tedavisi uygulandı ancak psödoatetoik hareketlerde değişiklik olamaması, belirgin fonksiyonel kayıp nedeniyle 5 kür plazmaferez uygulandı.Takipte klinik ve servikal spinal bulgularında gerileme gözlendi. Hastaya RRMS tanısı ile DMT başlandı.

Tartışma: Psödoatetozun, proprioseptif afferent yolların özellikle posterior kolon düzeyinde hasarlanmasına bağlı gelişen ve görsel geri bildirim ortadan kalkması ile istemsiz hareketlerin belirgin hale geldiği klinik bir durumdur. MS'de spinal kord etkilenmesi sık olmasına karşın psödoatetoz olguları sınırlı sayıdadır. Bu olguların çoğunluğu servikal spinal kord lezyonları ile ilişkilidir ve servikal spondilotik miyelopati veya tümör ile karışabilir. Bu nedenle, psödoatetoz ile başvuran hastalarda demiyelinizan hastalıklar ayırıcı tanıda mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Olgumuzda da C3–4 seviyesinde yer alan ödemli demiyelinizan plağın, üst ekstremitelerden gelen proprioseptif afferentlerin iletimini bozarak psödoatetoz kliniğine yol açtığı düşünülmüştür. Literatürde bildirilen benzer olgularda yüksek doz kortikosteroid tedavisine genellikle kısmi veya tam yanıt gözlenirken, bazı olgularda plazmaferez veya diğer immünmodülatör tedavilere ihtiyaç duyulmuştur. Olgumuzda da pulse steroid tedavisine tam klinik yanıt olmaması, servikal posterior kolumnada tutulumunun belirgin olması ve ödemli plak varlığı nedeni ile plazmaferez tedavisi uygulanmış, klinik ve radyolojik düzelme gözlenmiştir.

Sonuç: Psödoatetoz, MS'de nadir görülen bir klinik durumdur. Servikal spinal posterior kolon tutulumunda ortaya çıkabilir ve hastanın günlük yaşam aktivitesini belirgin etkileyebilir. Özellikle ektremite distallerinde istemsiz hareketlerin gözlenmesi, ince motor hareketlerin nörolojik muayenede ayrıntılı değerlendirilmesi unutulmamalıdır. Hastalarda günlük yaşam aktivitesinin olumsuz etkileri de dikkate alındığında atak tedavi yanıtının iyi değerlendirmesi, plazmaferez gibi etkin tedavilerin zaman kaybetmeden tedaviye eklenmesi önem taşımaktadır.

ANTERIOR TALAMUS ENFARKTLARıNDA BILIŞSEL FONKSIYONLARıN ANALIZI

Sümeyye ARSLAN[1], Timur ALİHAN[1], Aygül TANTİK PAK[1], Fatma Münevver GÖKYİĞİT[1]

[1]İstanbul Gaziosmanpaşa EAH Nöroloji Kliniği

Giriş: Talamus, duyusal ve motor iletimin yanı sıra bilinç, uyku-uyanıklık döngüsü ve bilişsel işlevlerin düzenlenmesinde merkezi rol oynayan bir yapıdır. Bu nedenle talamus enfarktları, yalnızca motor-duyusal kayıplarla değil, bilişsel sekellerle de sonuçlanabilir. Ancak izole talamus enfarktı sonrası uzun dönem kognitif etkilenimlerin alanlara göre dağılımı yeterince aydınlatılmamıştır.

Yöntem: 2022–2025 yılları arasında izole unilateral talamus enfarktı tanısı almış ve bilişsel değerlendirmeleri yapılmış 42 hasta (yaş ortalaması 61.4±13.8 yıl) retrospektif olarak incelenmiştir. MRI ile enfarkt alanları sınıflandırılmıştır.

Bulgular: Anterior alan enfarktı olan hastalarda MMSE toplam puanı (17.8±4.6), diğer tüm alanlardan anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0.01$). Bu grupta özellikle yönelim ve kayıt belleği alt testleri belirgin bozulmuş (her ikisi için $p<0.01$) olarak saptanmıştır. Dil puanı ortalaması da düşük bulunmuştur ancak istatiksel anlamlılığa ulaşmamıştır. Buna karşın dikkat/hesaplama ve geri çağırma alanlar arası anlamlı fark göstermemiştir. Diğer gruplarda (inferolateral, santral, posterolateral, paramedian) MMSE ortalamaları 25–26 arasında olup kognitif fonksiyonlar büyük ölçüde korunmuş olarak saptanmıştır.

Sonuç: Anterior talamus enfarktı, uzun dönemde özellikle bellek, yönelim ve dil işlevleri üzerinde belirgin sekel bırakmaktadır. Bu bulgu, anterior nükleusun hipokampus–mamillotalamik trakt–prefrontal bağlantılar aracılığıyla bilişsel fonksiyonlarda kritik rolünü desteklemektedir. Prospektif, çok merkezli çalışmalar bu ilişkinin prognoz üzerindeki etkisini netleştirecektir.

ZOR HASTA, ZOR KARAR: KLADRIBIN TEDAVISI SONRASI REVERSIBL HEPATOTOKSISITE

Burak GEÇER[1], Zehra Begüm KOÇAK GEÇER[1], Semra MUNGAN[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Nöroloji Kliniği

Giriş-Amaç: Multiple skleroz (MS) tedavisinde hastalık modifiye edici tedavi (DMT) seçimi, hastanın klinik seyri, komorbiditeleri ve önceki tedavilere verdiği yanıt doğrultusunda bireyselleştirilir. Özellikle uzun süreli hastalık öyküsü ve çoklu immünmodülatör tedavi geçmişi olan hastalarda, tedavi değişiklikleri sırasında yan etki riski artabilmektedir. Kladribin, yüksek etkinlikli bir oral DMT olup uygun hasta seçiminde etkili bir seçenektir; ancak nadiren ciddi sistemik yan etkilere yol açabilmektedir. Bu bildiride, uzun süreli klinik öyküsü bulunan MS hastasında kladribin sonrası gelişen hepatotoksisite olgusu sunulmaktadır.

Olgu: 2005 yılında, 36 yaşındayken, sistemik lupus eritematozus ön tanısı ile romatoloji takibinde düzensiz hidroksiklorokin ve siklofosfamid kullanma öyküsü olduğu öğrenilen kadın hasta, 2010 yılında sol optik nörit atağı ile kliniğimize yatırıldı. Nörogörüntülemesinde sağ frontal ve bilateral periventriküler beyaz cevherde, servikal C3'te multipl demiyelinizan lezyonları; beyin omurilik sıvısı incelemesinde IgG indeks yüksekliği ve oligoklonal bant tip 2 pozitifliği saptanan hastaya başlangıçta subkutan interferon-beta başlandı, takip sürecinde relapslar ve progresyon nedeniyle sırasıyla glatiramer asetat, fingolimod ve okrelizumab tedavilerine geçildi. Yaklaşık 7 yıl süreyle okrelizumab altında izlenen hastada ataklı progresyonun devam etmesi ve hasta memnuniyetsizliği nedeniyle Mart 2025'te kladribine geçişplanlandı. 52 kg ağırlığındaki hastaya 1. ve 2. tedavi haftalarında 50 mg dozunda kladribin verildi. Tedavinin 2. haftasından yaklaşık 1 ay sonra karın ağrısı, abdominal distansiyon ve bulantı şikayetleriyle başvuran hastanın laboratuvar incelemelerinde, tedavi öncesi normal sınırlarda olan AST ve ALT değerlerinin sırasıyla 135 U/L ve 441 U/L'ye yükseldiği saptandı (Başlangıç AST: 10 U/L, ALT: 15 U/L). Karaciğer enzim yüksekliğini açıklayabilecek etiyolojiler açısından gastroenteroloji tarafından planlanan laboratuvar tetkiklerinde ve abdominal görüntülemelerinde karaciğer enzim yüksekliğini açıklayabilecek başka bir etiyoloji saptanmadığından mevcut tablo, ilaç ilişkili toksik hepatit olarak değerlendirildi. Nöroloji ve gastroenteroloji bölümlerinin 3 aylık izleminde karaciğer fonksiyon testlerinde kademeli düzelme gözlenen hasta için bu süreçte kladribin tedavisinin 2. yıl kürüne devam edilmemesi ve MS açısından yeniden okrelizumab başlanması planlandı.

Tartışma-Sonuç: Uzun süreli hastalık öyküsü, çoklu immünmodülatör tedavi geçmişi ve eşlik eden otoimmün hastalık şüphesi/varlığı bulunan MS hastalarında tedavi planlaması multidisipliner yaklaşım gerektirmektedir. Bu olgu, kladribin gibi yüksek etkinlikli ajanların uygun hasta seçimi ve yakın laboratuvar takibi eşliğinde kullanılmasının önemini vurgulamaktadır. Tedavi sürecinde gelişebilecek hepatotoksisite gibi yan etkilerin erken dönemde tanınması, tedavi sürekliliği ve hasta güvenliği açısından kritik rol oynamaktadır. Bireyselleştirilmiş tedavi stratejileri, kompleks hastalarda optimal klinik yönetimin temelini oluşturmaktadır.

MULTIPLE SKLEROZDA TERIFLUNOMIDE BAĞLI REVERSIBLE TOKSIK HEPATIT: OLGU SUNUMU

Zehra Begüm KOÇAK GEÇER[1], Burak GEÇER[1], Semra MUNGAN[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Nöroloji Kliniği

Giriş-Amaç: Multiple skleroz (MS), santral sinir sisteminin kronik, inflamatuvar ve demiyelinizan bir hastalığıdır. Hastalık modifiye edici tedaviler (DMT), relaps sıklığını azaltmak ve hastalık progresyonunu yavaşlatmak amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır. Teriflunomid, pirimidin sentezini inhibe ederek etki gösteren oral bir DMT olup, genellikle iyi tolere edilir, nadiren hepatotoksisite gibi ciddi yan etkilere yol açabilmektedir. Bu bildiride, teriflunomidaltında toksik hepatit gelişen genç bir MS olgusu sunulmaktadır.

Olgu: Bilinen hastalık öyküsü olmayan 21 yaşında kadın hasta, Ağustos 2025'te sol kol ve bacakta uyuşma şikâyeti ile başvurdu. Nörolojik muayenesinde sol hemihipoestezi ve artmış derin tendon refleksleri dışında patolojik bulgu saptanmadı. Nörogörüntülemesinde bilateral subkortikal beyaz cevherde multiple, pons sol yarısında ve spinal torakal seviyede demiyelinizan lezyonları; beyin omurilik sıvısı incelemesinde IgG indeks yüksekliği ve oligoklonal bant tip 2pozitifliği saptanan hastaya Ekim 2025'te teriflunomid başlandı. İlaç öncesi karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlardaydı (AST: 20 U/L, ALT: 43 U/L). Tedavinin 1. ayında yapılan kontrollerde, hepatotoksisiteye özgü klinik semptom olmaksızın AST ve ALT değerlerinde 20 katın üzerinde artış saptandı (AST: 424 U/L, ALT: 982 U/L). Gastroenterolojiye konsülte edilerek yatış planlanan hastanın viral hepatit paneli negatif bulundu. Karaciğer enzim yüksekliğini açıklayabilecek etiyolojiler açısından gastroenteroloji tarafından planlanan abdominal ve portal ven renkli doppler ultrasonografi, karaciğer manyetik rezonans görüntüleme incelemelerinde karaciğer enzim yüksekliğini açıklayabilecek başka bir etiyoloji saptanmadığından mevcut tablo, teriflunomid ilişkili toksik hepatit olarak değerlendirildi ve teriflunomid kesildi. İlaç kesilmesini takiben karaciğer fonksiyon testlerinde kademeli düzelme izlenen hastanın 2 ay sonraki kontrolünde AST: 33 U/L, ALT: 70 U/L olarak ölçüldü. Ocak 2026'da değerlerin normal aralığa dönmesiyle hastanın tedavisi dimetil fumarat ile değiştirildi. Hasta halen nöroloji ve gastroenteroloji bölümleri tarafından multidisipliner olarak izlenmektedir.

Tartışma-Sonuç: Teriflunomid, MS tedavisinde etkili ve yaygın kullanılan bir ajan olmakla birlikte, nadiren ciddi hepatotoksisiteye yol açabilmektedir. Bu olgu, teriflunomid başlanan hastalarda düzenli karaciğer fonksiyon testlerinin yakın takibinin önemini vurgulamaktadır. Erken tanı ve ilacın zamanında kesilmesi, hepatik hasarın geri dönüşümlü olmasını sağlamada kritik rol oynar. Multidisipliner yaklaşım, bu tür yan etkilerin yönetiminde önemli katkı sağlamaktadır.

İDYOPATİK İNFLAMATUAR MİYOPATİ OLGUSU; KLİNİĞİ, ELEKTROFİZYOLOJİK ÖZELLİKLERİ VE KAS MR'NIN TANI VE TEDAVİDEKİ ROLÜ

Asuman ALİ[2], Tirdad SETAYEŞİ[3], Bilal Burçak ASLAN[4]

[1]Muayenehane hekimi. BURSA
[2]Muayenehane hekimi, Bursa
[3]T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[4]T.C Sağlık Bakanlığı, Kestel Devlet Hastanesi

Amaç: İdyopatik inflamatuvar miyopatiler (İİM) , sıklıkla immün kaynaklı kas hasarının ortaya çıktığı nadir otoimmün hastalıklardır. Hastalar, karakteristik klinik, serolojik ve patolojik bulgulara göre dermatomiyozit, immün aracılı nekrotizan miyopati, anti-sentetaz sendromu, inklüzyon cisimcikli miyozit veya polimiyozit olarak sınıflandırılabilir.

İİM'li hastalar için Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG), tanıyı destekleyebilir ve önemli farklı teşhisleri dışlayabilir.

Bu çalışmada, tanımladığımız hastalığın klinik sunumunu, uygun tanısal değerlendirmesini ve nöroradyolojik özelliklerini literatür verileri ışığında gözden geçirmeyi amaçladık.

Olgu: 75 y.da erkek hasta. Yürüme güçlüğü, yutma, yutkunma zorluğu ve konuşma güçlüğü dolayısıyla poliklinikte değerlendirildi. Yürüyemediği için tekerlekli sandalye ile getirilmişti. Beslenme bozukluğu da başlamış, son bir ayda kilo kaybı olmuştu. Sigara ve alkol kullanma öyküsü yoktu. Hipertansiyon tanısı mevcuttu. Şikayetleri bize başvurmadan üç ay önce, oturduğu yerden kalkma güçlüğü, yürüyememe şeklinde başlamıştı. Günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremiyor, evinin alışverişini yapamıyor, sokağa çıkamıyordu. Öz bakım becerilerini yerine getirmekte zorlanıyordu. Baş ve boyun kontrolü zayıftı. Kollarını omuz hizasının yukarısına kaldıramıyor, ellerini başına koyamıyordu. Üç kez tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu gelişmiş, idrar kültüründe Enterobakter üremişti. Üriner enfeksiyonlardan önce 'TUR' tekniği ile prostat operasyonu geçirmişti. Yürüme güçlüğü uygulanan operasyonla birlikte başlamıştı.

Nörolojik muayenesinde görsel , işitsel algılaması yeterliydi. Dilde atrofi yoktu. Gag refleksi zayıftı. Dil hareketleri serbestti. Ancak fasiyal kaslarda zaaf vardı. Konuşması yavaşlamış, sesinin fonasyonu azalmıştı. Üst ve alt ekstremitelerde proksimalde hâkim 2. Motor nöron tipi tetraparezisi mevcuttu. Kas gücü proksimalde 3/5 oranındaydı. Özellikle omuz kuşağı, pelvis kuşağı ve uyluk kasları çok etkilenmişti ve atrofi gelişmişti. Hemogram ve rutin kan değerleri, tiroid fonksiyon testleri, CK normaldi. Elektrofizyolojik değerlendirmesinde miyopati ile uyumlu MÜP aktiviteleri gözlendi. Olguya Kas MR'ı çalışıldı. Infraspinatus, supraspinatus kaslarinin medial ve lateral segmentleri ile deltoid kas superior-anterior segmentlerindeki kas planlarinda ödem mevcuttu. Uyluk proksimal kesiminde adduktor kas planlarinda, obturatorius eksternus, uyluk anterior komşuluğundaki kas planlarinda, vastus ve iliopsoas kasi distal segmentindeki kas planlarinda hafif ödem izlenmisti.

Malignite taraması yapılmış , PET çalışması normal bulunmuştu. Toraks BT normaldi

Kreatin Kinaz (CK) 105 U/L (39 – 308), PR3 ANCA 3 AU/mL < 12; MPO ANCA < 12, Antinükleer Antikor (ANA) (IFA NEGATİF Titre NEGATİF) di. Anti-Ro-52 Rekombinant (GENİŞ) (++), ANTI SSA (İMMUNOBLOTTING) GENİ (+) ,Anti-Jo1 (İmmunoblotting) GENİ NEGATİF kU/L, AMA-M2(+) di.

Olguya “İdyopatik İnflamatuar Miyopati” tanısı ile tedavi planlandı. Üç boyutlu kemik mineral dansitometri sonucunda “Osteopeni ve Osteoporoz” saptanınca intravenöz immünglobulin (İVİG) tedavisi başlandı. Tedavi beş gün uygulandı. Tedavinin üçüncü gününden itibaren yürüme mesafesi arttı. Bir ay sonra bağımsız yürümeye başladı. Üç (3) ay sonra normal günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebiliyor, normal hayatını hiçbir destek veya yardım olmadan sürdürebiliyordu.

Tartışma ve Sonuç: İİM'lerin zorlukları çok yönlüdür; bunlar arasında klinik heterojenite nedeniyle zamanında tanı koymadaki güçlükler, hastalık patogenezine dair sınırlı bilgiler ve mevcut tedavi seçeneklerinin kısıtlı olması yer almaktadır.

Kas MRG'si, idiyopatik inflamatuvar miyopatilerde standart görüntüleme yöntemi olmaya devam etmektedir.

ANTI-YO POZITIF OVER KANSERI OLGUSUNDA GELIŞEN PARANEOPLASTIK AMSAN: NADIR BIR KLINIK TABLO

Mesrure KÖSEOĞLU[1], Büşra KOÇ[1], Ayça Gül GÜNGÖRDÜ[1], Onur Güneş YILDIRIM[1], Özgün GÜNDOĞDU[1], Mehmet DEMİR[1]

[1]Sbü İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eah, Nöroloji Kliniği

Giriş: Paraneoplastik nörolojik sendromlar, malignitelerin uzak etkisi olarak ortaya çıkan immün aracılı hastalıklardır. Anti-Yo antikorları genellikle paraneoplastik serebellar dejenerasyon ile ilişkilendirilse de, nadir durumlarda periferal sinir sistemini de etkileyebilmektedir. Bu sunumda, evre 3 over kanseri tanılı bir hastada gelişen ve AMSAN (Akut Motor Duyusal Aksonal Nöropati) fenotipiyle seyreden paraneoplastik polinöropati olgusu tartışılmaktadır.

Olgu Sunumu: 66 yaşında kadın hasta, bilinen over kanseri (opere ve 4 kür kemoterapi sonrası) öyküsüyle, 10 gündür devam eden progresif ekstremite güçsüzlüğü ve ağrılı parestezi şikayetleriyle başvurdu.

- **Nörolojik Muayene:** Alt ekstremite distalinde $0/5$, proksimalinde $3/5$ kas gücü saptandı. Derin tendon refleksleri (DTR) alt ekstremitede alınamadı. Bilateral el ve ayaklarda eldiven-çorap tarzı hipoestezi mevcuttu.
- **Laboratuvar ve Görüntüleme:** BOS incelemesinde protein yüksekliği (969 mg/dL) ve hücre izlenmemesiyle albüminositolojik disasosiasyon saptandı. Paraneoplastik panelde **Anti-Yo pozitifliği** görüldü. Tüm spinal ve kranial MR'larda kliniği açıklayacak bası veya metastaz saptanmadı.
- **Elektrofizyoloji (EMG):** Üst ve alt ekstremitelerde motor ve duyusal liflerin ağır aksonal hasarını işaret eden, BKAP amplütüdlerinde düşüş ve yaygın denervasyon bulguları ile karakterize **AMSAN** tablosu izlendi.

Tedavi ve Seyir: Hastaya akut dönemde 5 gün süreyle IVIG (25 mg total) ve takiben 5 kür plazmaferez uygulandı. Tedavi sonrası nörolojik tablosu stabilize olan hasta, paraneoplastik sürecin yönetimi ve nöropatik ağrı kontrolü (Neurontin, Dyloxia) ile idame IVIG tedavisi programına alındı.

Tartışma ve Sonuç: Bu olgu, Anti-Yo antikorlarının sadece serebellar sistemle sınırlı kalmayıp, özellikle jinekolojik maligniteleri olan hastalarda AMSAN gibi ağır aksonal nöropati tablolarına da yol açabileceğini göstermektedir. Paraneoplastik polinöropatilerde erken tanı ve immünmodülatör tedavilerin başlanması, fonksiyonel prognozun korunması açısından kritiktir.

PİRETROİD MARUZİYETİNİ TAKİBEN GELİŞEN AKUT İSKEMİK İNME: OLGU SUNUMU

Mehmet DEMİR[1], Hülya SAYGIN ÇİDEM[1], Mustafa GÜNAL[1], Muhammed Said YILDIRIM[1], Keriman OĞUZ[1], Mesrure KÖSEOĞLU[1]

[1]Sbü İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eah, Nöroloji Kliniği

Giriş: Piretroidler (örneğin Permetrin), evsel böcek ilaçlamasında yaygın olarak kullanılan, organofosfatlara göre memelilerde daha düşük toksisiteye sahip olduğu bilinen insektisitlerdir. Bu ajanların nörotoksik etkileri genellikle geçici semptomlarla (baş ağrısı, baş dönmesi, parestezi) sınırlı kalsa da, nadir vakalarda daha ciddi vasküler olaylarla ilişkili olabilir. Bu sunumda, ev ilaçlaması sonrası başvuran ve sağ serebellar enfarkt saptanan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu: Başvuru**:** 25.01.2026 tarihinde, evinde "Akethrin" (Permetrin içerikli) isimli böcek ilacı kullandıktan bir gün sonra şiddetli baş ağrısı, baş dönmesi, diplopi ve tekrarlayan kusma (10 kez) şikayetleriyle acil servise başvuran erkek hasta değerlendirildi.

Klinik Değerlendirme: Hastanın ilk nörolojik muayenesinde bilinci açık, oryante ve koopere olarak saptandı. Sağ gözde hafif pitozis izlendi; ancak lateralizan motor/duyu defisiti veya ense sertliği saptanmadı. Başlangıç beyin BT görüntülemesi normal olarak raporlandı.

Tanı ve Seyir: Şikayetlerin devam etmesi üzerine çekilen Kraniyal ve Difüzyon MRG'de; **sağ serebellar bölgede ve ponsta** ADC karşılığı olan akut difüzyon kısıtlılığı (iskemik enfarkt) tespit edildi.

- Yapılan anjiyografik değerlendirmede (BTA) **sağ vertebral arterde akım izlenmediği** raporlandı.
- Trombolitik tedavi penceresini kaçıran hasta, ileri tedavi amacıyla trombektomi merkezine sevk edildi ve yoğun bakım ünitesine (YBÜ) yatışı sağlandı.

Takip: Hastanın bir ay sonraki kontrol kayıtlarında hıçkırık ve kusma şikayetlerinin devam ettiği, inme sonrası takip sürecinin sürdüğü görülmüştür.

Tartışma ve Sonuç: Piretroid maruziyeti sonrası gelişen nörolojik semptomlar sıklıkla non-spesifik kabul edilse de, bu vakada görüldüğü üzere posterior sirkülasyon enfarktları ile prezante olabilir. Böcek ilacı maruziyeti ile başvuran ve dirençli kusma/baş dönmesi olan hastalarda, toksik etkilerin ötesinde akut iskemik süreçlerin de akılda tutulması ve radyolojik görüntülemenin (özellikle MRG) ihmal edilmemesi hayati önem taşımaktadır.

TIPIK DEMIYELIZAN HASTALIKTA KARŞILAŞILABİLECEK KOMPLIKASYONLAR

Neslihan ERBAY[1], Prof.Dr.Sibel CANBAZ KABAY[1]

[1]Nöroloji , Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi

Amaç :Atipik demiyelinizasyon bozuklukları, multipl skleroz veya tipik demiyelinizasyon lezyonları için kullanılan tipik tedavilere atipik bir klinik seyir gösteren veya bu tedavilere paradoksal/yetersiz yanıt veren demiyelinizasyon sendromlarını kapsar. Bu olgumuzda demiyelizan bozukluk nedenli tanı ve tedavi planı olan hastada lomber ponksiyon yapılmış olup sonrasında başlanan ıv puls kortizon ile birlikte Sinüs ven trombozu geçiren hastanın yönetimini ve tedavi stratejilerini tartışmayı amaçladık.

Olgu: 26 yaş kadın hasta, yaklaşık 1 hafta önce dengesizlik şikayeti başlamış. İlerleyen günlerde yürüyüşünde bozulma ,koordineli hareketlerinde kayıpları olmuş. Konuşma paterni değişmiş .Şu anda bazaline göre daha peltek konuşuyormuş ve kelimeleri hatırlamakta zroluk yaşıyormuş. Hergün bir öncekine göre şikayetleri artıyormuş. Hasta yakınlarından ilk şikayetleri geçen yıl mayıs ayında olduğu bilgisi alındı.6 aydır progresif ilerleme, son bir haftadır anlamlı kötüleşme tarifliyorlar. 2019 senesinde sol kolda uyuşma şikayeitylenöroloji başvurusu mevcut. O dönemde tetkiklerinde MRG'lerde plaklar olduğu söylenmiş fakat tanı, tedavi ve takibi yapılmamış. Şikayetleri yaklaşık 1 hafta içinde kendi kendisine geçmiş, tedavi almamış. Babası MS hastasıymış. Yazdan beri idrar ve gaita inkontinans şikayeti mevcutmuş. Nörolojik muayenesinde : Sağ santral fasyal paralizi, dizartrik ve patlayıcı vasıfta konuşması mevcut. Kas gücü muayenesinde sağ üst ekstremitede erken düşme, sağ alt ekstremite proksimalinde 4/5 kas gücü defisti izlendi.Serebellar muayene bilateral dismetrisi vardı. DTR alt ekstremitede hiperaktifti.Sağ alt ekstremitede klonusu vardı. Taban cilt refleksi sağ tarafta ekstensör izlendi. Yürüyüş ataksikti.

Hastanın Kontrastsız Beyin Bt ve Nöro Bt Anjiografisinde patoloji izlenmedi.Konvansiyonel MRG: beyaz cevherde medullaspialiste ve serebellum pedinkülden ponsa uzanan demiyelizan? Uyumlu kontrast tutmayan lezyon , ponstaki lezyon ile glialtümör ayrımı yapılmadı.Hastaya puls kortizon başlandı. 5 Günlük puls tedavisi sonrası bazaline dönmeyen hasta için aferez düşünüldü. Santral venöz katater açıldı ancak ertesi gün jtk vasfında gözlerin sağa deviyeolduğu nöbeti gelişmesi üzerine dizam ile müdahale edildi. Hastanın ikinci nöbeti 2 dk boyunca sürdü. Hastaya 3 defa ardışık nöbet geçirmesi üzerine levatirastam dozu yükleme +idame olarak başlandı. Hastanın postiktal süresinin uzaması nedenli hasta elektif entübe edildi. Hastanın yapılan beyin bt görüntülemesinde kortikal ven trombusu ve sağ parietal lobda kortikal infark ile uyumlu değişiklikler izlendi. SVT olan hastada 2x1 DMAH 6 ay devamı önerildi. Çocuk metabilizma polklinik kontrol önerildi. Bos örneğinde Okb tip 3 pozitifliği görülen hastaya okrelizumab tedavisi başlandı.

Sonuç: Atipik demiyelinizan lezyonlar, alışılmadık büyüklükleri, alışılmadık morfolojileri ve nadir görülen kontrastlanma paternleriyle karakterize edilir. Atipik demiyelinizasyon bozuklukları, multipl skleroz veya tipik demiyelinizasyon lezyonları için kullanılan tipik tedavilere atipik bir klinik seyir gösteren veya bu tedavilere paradoksal/yetersiz yanıt veren demiyelinizasyon sendromlarını kapsar.

ATAKSİ VE PARAPAREZİ İLE BAŞVURAN AKUT BORRELİOZİS

Ümit SAYLIK[1], Ümit REZZUKOGLU[2]

[1]Nöroloji, Özel Akdeniz Hastanesi,Manavgat-Antalya
[2]Enfeksiyon Hastalıkları, Özel Akdeniz Hastanesi,Manavgat-Antalya

Amaç: Lyme borreliozisi, Avrupa'da en sık görülen kene kaynaklı enfeksiyonlardan biri olup olguların %10–15'inde nörolojik tutulum gelişmektedir. Akut nöroborreliozis erken dönemde normal manyetik rezonans (MR) ve elektromiyografi (EMG) bulguları ile seyredebildiğinden tanı güçlüğü yaratabilir. Bu çalışmada, hiperakut dönemde başvuran ve normal EMG bulgularına rağmen klinik olarak belirgin nörolojik defisit saptanan bir akut nöroborreliozis olgusu sunulmaktadır.

Olgu: Elli bir yaşında, Çekya kökenli erkek hasta; alt ekstremitelerde uyuşma, güçsüzlük ve ataksi yakınmaları ile başvurmuş, son bir ay içinde iki kez kene temas öyküsü olduğu öğrenilmiştir. Nörolojik muayenede alt ekstremitelerde duyusal kayıp, kas gücünde 4/5 azalma ve belirgin ataksi saptanmış, kraniyal sinir muayenesi normal bulunmuştur. Laboratuvar testleri, beyin ve spinal MR görüntülemeleri ile EMG incelemesi normaldir. Klinik şüphe ile ampirik olarak başlanan doksisiklin tedavisine ikinci günde hızlı klinik yanıt alınmış, serolojik incelemede Borrelia IgM yüksek pozitifliği saptanarak akut borreliozis tanısı doğrulanmıştır.

Tartışma: Nöroborreliozis, erken dönemde normal MR ve EMG bulguları ile seyredebilmekte ve bu durum tanıda gecikmeye yol açabilmektedir. Sunulan olguda, hiperakut dönemde başvuruya bağlı olarak EMG'nin normal olması ve MR görüntülemelerinde patoloji saptanmamasına rağmen belirgin nörolojik defisit bulunması dikkat çekicidir. Klinik şüphe ile ampirik olarak başlanan doksisiklin tedavisine hızlı yanıt alınması, kene temas öyküsü olan ve açıklanamayan akut nörolojik bulgularla başvuran hastalarda akut nöroborreliozisin ayırıcı tanıda mutlaka değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Sonuç: Bu olgu, kene temas öyküsü olan ve açıklanamayan akut nörolojik bulgularla başvuran hastalarda, normal yardımcı tetkiklere rağmen klinik şüphenin ve erken tedavinin nörolojik sekellerin önlenmesinde kritik önem taşıdığını vurgulamaktadır.

GEBELIK VE OTITIS MEDIA SONRASI GELIŞEN SINÜS VEN TROMBOZU: MULTIDISIPLINER YAKLAŞIM

Gizem GÜLLÜ[1], Melisa YAPICI[1]

[1]Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: Sinüs ven trombozu (SVT), serebral venöz dönüşün bozulması sonucu ortaya çıkan nadir ancak ciddi bir klinik tablodur. Etiyolojisinde hiperkoagülabilite, enfeksiyonlar, hormonal değişiklikler ve staz gibi faktörler rol oynar. Gebelik, puerperium ve enfeksiyonların birlikte bulunduğu olgularda risk daha da artmaktadır.

Amaç: Bu olgu sunumunda, postpartum dönemde baş ağrısı şikâyetiyle başvuran ve yapılan görüntüleme sonrası SVT tanısı alan bir hastanın tanı, tedavi ve izlem sürecini multidisipliner yaklaşım çerçevesinde sunmak amaçlanmıştır.

Olgu: Yirmi altı yaşında, 10 gün önce doğum yapmış kadın hasta, şiddetli baş ağrısı şikâyetiyle başvurdu. Yapılan kranial MR venografide sol transvers ve sigmoid sinüslerde tromboz saptandı. Ek olarak bilateral Grade 3 papil ödem, optik sinir tortüozitesi ve parsiyel empty sella bulguları izlendi. Temporal BT'de sol mastoid hücrelerde havalanma kaybı mevcuttu.sinüs ven trombozu ön tanısıyla hastaya düşük molekül ağırlıklı heparin ve sonrasında warfarin başlandı. Eş zamanlı olarak antibiyotik tedavisi, diazomid, potasyum ve demir takviyesi uygulandı. Trombofili ve vaskülit paneli tetkiklerinde vaskülit panelinde patoloji saptanmadı trombofili paneli takip edilmekte.

Sonuç: Hastanın klinik durumu medikal tedavi ile belirgin şekilde iyileşti. Görüntüleme bulguları ve klinik değerlendirme SVT tanısını destekledi. Tedavi sürecinde multidisipliner yaklaşım belirleyici rol oynadı.

Tartışma: Gebelik, enfeksiyon ve staz gibi risk faktörlerinin bir araya gelmesi, SVT gelişiminde önemli bir rol oynar. Bu olguda puerperium dönemi ve geçirilmiş otitis media eş zamanlı risk oluşturmuştur. SVT, baş ağrısı ile gelen kadın hastalarda ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Tanı sürecinde görüntüleme yöntemleri hayati öneme sahiptir. Bu vaka, SVT tanı ve tedavisinde disiplinler arası yaklaşımın gerekliliğini ortaya koymaktadır.

GUILLAIN-BARRÉ SENDROMUNUN NADIR VARYANTI:FARİNGEAL-BRAKİAL-BRAKİAL VARYANT

Nilüfer BÜYÜKKOYUNCU PEKEL[1], Demet YILDIZ[1], Merve ŞAHİNDAŞ[1], Muhammed Furkan ÖZTÜRKCİ[1]

[1]S.B.Ü. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği

Guillain-Barré sendromu (GBS), çeşitli klinik görünümlere ve hem aksonal hem de demiyelinizan formlara sahip akut inflamatuar bir poliradikülonöropatidir ve nörolojik bir acil durumdur. Hastalık çoğunlukla enfeksiyonla başlar. Hem intravenöz immünoglobulin hem de plazma değişimi GBS'de etkilidir. Şaşırtıcı bir şekilde, steroidler tek başına etkisizdir. Bazı durumlarda solunum yetmezliği veya otonomik disfonksiyon ile komplike olabilir. Ayrıca, birçok hastada ağrı, yorgunluk veya diğer kalıcı şikayetler bulunmaktadır. Bununla birlikte, Guillain, Barré ve Strohl tarafından orijinal olarak tanımlanandan farklı klinik fenomenolojiye sahip akut "monofazik" polinöropatiler de mevcuttur: Miller Fisher sendromu (MFS), farengeal-servikal-brakiyal varyant (PCB) ve Bickerstaff ensefaliti gibi birçok varyantı bulunan heterojen bir sendromdur. PCB'de ptozis, oftalmopleji, yüz kaslarında ve/veya faringeal kaslarda görülen kas güçsüzlüğü görülebilir.

Bu olgu sunumunda GBS'nin faringeal-servikal-brakial varyantı olan bir vaka sunumu ile litaratüre katkıda bulunmak istenilmektedir.

34 yaş kadın hasta, 8 gün önce başlayan bulanık görme, gözlerini kapatamama şikayeti ile acile başvurdu. Bilinen diyabet dışında hastalığı yok. 1 ay önce geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonu mevcut.

Hastanın elektromiyografisinde aksonal ve motor etkilenmenin daha çok olduğu polinöropati ile uyumlu idi.

Hastanın kapsamlı laboratuvar değerleri normal sınırlardaydı. Santral görüntülemeleri normaldi.

Nörolojik muayenesinde: konuşma nazoneydi. Bilateral dışa bakış kısıtlılığı mevcuttu, fasial dipleji, her iki yumuşak damak az yükseliyordu, gag refleksi zayıflamıştı, 12. Kranial sinir paralizisi izlendi. Dtr'ler hipoaktifti. Diğer tüm muayeneleri normaldi.

Bos bulgularında: protein 163mg/dl ve hücre görülmedi. Bunun üzerine GBS'nin faringeal-servikal-brakial varyantı düşünüldü. 5 gün boyunca günde 0,4gr/kg ivig tedavisi verildi. Tedaviden 10 ay sonraki muayenesinde şikayetleri tamamen geriledi.

Litaratürde GBS, enfeksiyon sonrası bağışıklık sistemi aracılı sinir hasarı sonucu miyelin ve aksonların tahrip olmasına yol açan bir hastalıktır. GBS, akut yükselen felç olarak karakterize edilir. PCB, üst ekstremitelerde arefleksi ile birlikte hızla ilerleyen orofaringeal ve servikobrakial güçsüzlük olarak ortaya çıkar. Semptomları: disfaji, ptozis, oftalmopleji, yüz felci ve boyun ve üst ekstremite güçsüzlüğü yer alabilir. Alt ekstremite güçsüzlüğü de görülebilir, ancak daha belirgin değildir.

GBS'nin faringeal-servikal-brakiyal varyantı, GBS vakalarının %3'ünü oluşturan, nadir ama en yaygın varyanttır. Vakaların %70'inden fazlasında semptomlarının başlangıcından önce üst solunum yolu enfeksiyonu ve daha az sıklıkla ishal enfeksiyonu görülür.

Mevcut tanı kriterleri, PCB tanısını klinik bulgular, emg ve bos bulgularına dayanılarak koyulur. Simetrik orofaringeal, boyun ve üst ekstremite güçsüzlüğü; arefleksi ve ataksi, bilinç bozukluğu

ve belirgin bacak güçsüzlüğü olmaksızın monofazik bir hastalık paterni bulunmalıdır. Dikkat edilmesi gereken nokta, PCB örtüşme sendromlarının olmasıdır. PCB tablosuna ek ataksi varsa, bu MFS ile bir örtüşmedir; PCB tablosu ataksi ve bilinç değişikliği ile ilişkili ise, Bickerstaff ensefaliti ile bir örtüşme vardır. LP, vakaların %40'ında albüminositolojik disosiyasyonu gösterebilir. EMG, akut motor aksonal nöropati beklenir.

PCB'nin ayırıcı tanısında botulizm, miyastenia gravis ve beyin sapı enfartları düşünülebilir.

Öykü ve fizik muayeneye dayanarak PCB şüphesi yüksek olduğunda, prognozu iyileştirmek için IVIG veya plazmaferez tedavisine mümkün olan en kısa sürede başlanmalıdır.

Sonuç olarak PCB'nin daha önce düşünüldüğünden daha sık olduğu tahmin edilmektedir, ancak fenotipi birçok nörolog için hala yabancıdır. Tanı, anamnez, klinik, emg ve bos bulgularına dayanarak konulabilir.

VESTİBÜLER MİGRENDE FREMANEZUMAB TEDAVİSİ; OLGU SUNUMU

Erkan ACAR[1], Pınar YALINAY DİKMEN[1]

[1]Department of Neurology, Acıbadem University

Amaç: Vestibüler migren, spontan epizodik vertigonun en sık rastlanan nedenidir. Bu olgu sunumunda, akut vestibüler sendrom atakları ile hastanın işini yapmasını engelleyen ve yaşam kalitesini bozan, birçok migren koruyucu tedavisine dirençli semptomlarla ilerleyen vestibüler migren tanılı bir hastada fremanezumab tedavisinin klinik seyir ve ölçekler üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Olgu: Kırk iki yaşında kadın hasta, yaklaşık dört yıl önce **5–30 dakika süren epizodik vertigo ataklarını takiben gelişen persistan sersemlik, sallantı hissi ve baş ağrısı** yakınmaları nedeniyle değerlendirilmiş ve **vestibüler migren** tanısı almıştır. Tanı sonrası **flunarizin 10 mg/gün** tedavisi başlanmış olup, üç aylık tedavi sonunda hastanın semptomları tamamen gerilemiştir.

Yaklaşık üç yıl önce benzer şikâyetlerin yeniden ortaya çıkması ve baş ağrılarının sıklık ile şiddetinin artması üzerine hastaya **propranolol (80 mg/gün)** tedavisi başlanmış, ancak dört aylık kullanım sonrası klinik yanıt alınamaması nedeniyle tedavi **topiramat (100 mg/gün)** ile değiştirilmiştir. Hasta bu tedaviyi iki yıl süreyle düzenli olarak kullanmıştır. Bununla birlikte, yaklaşık bir yıl önce baş ağrıları giderek sıklaşmış ve **kronik günlük baş ağrısı** ile birlikte **akut vestibüler sendrom atakları** gelişmiştir.

Bu dönemde hastanın bir yıl içerisinde **tekrarlayan acil servis başvuruları ve hastane yatışları** olmuştur. **Kronik migren**tanısıyla **Botulinum toksin-A**, **amitriptilin (35 mg/gün)** ve **venlafaksin (75 mg/gün)** tedavileri eklenmiş; ancak ağrı ve vestibüler semptomlar yeterli düzeyde kontrol altına alınamamıştır. Bunun üzerine hastaya **galcanezumab** tedavisi (ilk ay yükleme dozu sonrası **aylık 120 mg**) başlanmış ve tedavi **12 ay** boyunca sürdürülmüştür.

Bu süreçte topiramat kesilmiş; daha önce belirgin klinik fayda sağladığı ancak yan etkiler nedeniyle hasta tarafından tercih edilmeyen **flunarizin 10 mg/gün** yeniden tedaviye eklenmiştir. Galcanezumab tedavisi ile baş ağrısı sıklığı **epizodik migren düzeyine** gerilemiş (**ayda yaklaşık 6 migrenli gün**); ancak **akut vestibüler sendrom ataklarının devam etmesi**nedeniyle tedavi **fremanezumab** ile değiştirilmiştir.

Tedavi öncesinde ve takip sürecinde (1. ve 3. ay) **Baş Ağrısı Etki Testi (HIT-6)**, **Migren Spesifik Yaşam Kalitesi Ölçeği- Rol Kısıtlama Fonksiyonu (MSQ-RFR)**, **Baş Dönmesi Engellilik Envanteri (DHI)** ve **Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS)** kullanılarak değerlendirme yapılmış; sonuçlar **Tablo 1**'de sunulmuştur.

Sonuç: Bu olguda fremanezumab tedavisi sonrası vestibüler semptomlarda, yaşam kalitesinde ve psikiyatrik yükte belirgin ve sürdürülebilir iyileşme gözlenmiştir. Bulgular, framenezumabın vestibüler migren hastalarında etkili bir tedavi seçeneği olabileceğini düşündürmektedir.

Ölçek	Başlangıç	1. Ay	3. Ay
HIT-6	61	63	57
DHI	100	62	48
HADS-A	15	13	9
HADS-D	15	9	6
HADS-T	30	22	15
MSQ-RFR	57,1	62,8	80

Tablo 1. Framanezumab tedavisi sonrası klinik ölçek skorlamalarındaki değişim

EAGLE SENDROMUNA SEKONDER INTERNAL KAROTID ARTER DISEKSIYONU: OLGU SUNUMU

Ümit GÖRGÜLÜ[1], Can ÇUBUK[2], Rabia ÇAKMAK[3]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Nöroloji Kliniği
[2]Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği
[3]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Nöroloji Kliniği

Amaç: Eagle sendromu, uzamış stiloid prosesin veya kalsifiye stilohiyoid ligamentin çevre nörovasküler yapılara bası yapması sonucu ortaya çıkan nadir bir klinik tablodur. Vasküler tip Eagle sendromu, internal karotid arter (İKA) diseksiyonu veya oklüzyonuna yol açarak ciddi nörolojik komplikasyonlara neden olabilir.

Vaka Sunumu: Otuz bir yaşında kadın hasta, bilinen migren öyküsü mevcut olup ani başlayan ağrısız sağ göz görme kaybı şikâyeti ile acil servise başvurdu. Nörolojik muayenesinde pupiller izokorik, DIR/IDIR ++/++, afferent pupil defekti olmayıp, konfrontasyonla görme alanı muayenesinde sağ gözde üst yarıda altitudinal görme defekti mevcuttu. Diğer kraniyal sinir muayeneleri normal olup, fokal motor defisit yoktu. Yüzeyel duyu değerlendirmesi normaldi. Kraniyal MR difüzyon incelemesinde akut iskemik lezyon saptanmadı. Beyin BT anjiyografide sağ internal karotid arterin bulbustan itibaren oklüde olabileceği yönünde şüpheli bulgular izlenmesi üzerine hasta ileri tetkik amacıyla merkezimize sevk edildi. Tanısal serebral anjiyografide sağ internal karotid arterin proksimal kesimden itibaren oklüde olduğu ve "mum alevi" görünümü ile uyumlu bulgular saptandı; bu görünüm karotid arter diseksiyonu lehine değerlendirildi. Mevcut karotid BT anjiyografi detaylı incelendiğinde, sağ stiloid prosesin diseksiyon segmentine yakın komşuluğu dikkat çekti. Takiben planlanan boyun BT incelemesinde her iki stiloid prosesin normalden uzun olduğu (>30 mm) izlendi. Klinik ve radyolojik bulgular birlikte değerlendirildiğinde hastaya Eagle sendromuna sekonder sağ internal karotid arter diseksiyonu tanısı konuldu. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları kliniğinden konsültasyon alındı. Hastada yutma güçlüğü, boğaz ağrısı veya servikofasiyal ağrı gibi tipik Eagle sendromu semptomlarının olmaması nedeniyle cerrahi girişim düşünülmedi. Medikal tedavi ile izlem kararı alındı. Hasta, nöroloji inme polikliniğinde düzenli takibe alındı.

Tartışma: Eagle sendromu, uzamış stiloid prosesin çevre nörovasküler yapılarla patolojik etkileşimi sonucu ortaya çıkan nadir bir klinik tablodur. Vasküler tip Eagle sendromunda, internal karotid arter üzerinde mekanik iritasyon veya kompresyon gelişerek diseksiyon ve oklüzyon gibi ciddi serebrovasküler komplikasyonlara yol açabilmektedir. Özellikle genç hastalarda, travma öyküsü olmaksızın gelişen karotid arter diseksiyonlarında bu etiyoloji akılda tutulmalıdır.

Olgumuzda akut iskemik lezyon saptanmamasına rağmen ani gelişen görme kaybı ve anjiyografide izlenen tipik "mum alevi" görünümü diseksiyon tanısını desteklemiştir. Karotid BT anjiyografi ve boyun BT incelemelerinde stiloid prosesin diseksiyon segmentine yakın komşuluğunun gösterilmesi, Eagle sendromunun tanınmasında görüntülemenin kritik rolünü ortaya koymaktadır. Semptomatik faringeal yakınmaların olmaması nedeniyle hastada cerrahi yerine medikal tedavi ve yakın klinik izlem tercih edilmiştir.

Sonuç / Klinik Mesaj: Genç hastalarda görülen internal karotid arter diseksiyonlarında Eagle sendromu ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulmalıdır. Boyun BT ve BT anjiyografi, tanıda kritik rol oynamaktadır.

BIR MOYAMOYA OLGU SUNUMU

Nilüfer BÜYÜKKOYUNCU PEKEL[1], Demet YILDIZ[1], Tirdad SETAYESHİ[2], Ceylin Şevval SAKLIKAYA[1], Muhammed Furkan ÖZTÜRKCİ[1]

[1]TC. SBÜ. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Bursa
[2]TC. SBÜ. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Bursa

Amaç: 26 yaş erkek hasta, baş ağrısı şikayetiyle polikliniğe başvurdu. Kranial MR'da beyaz cevherde yaygın iskemik gliotik lezyonlar saptanan hastanın etiyoloji araştırılması amacıyla nöroloji servisine yatışı yapıldı. Santral görüntülemelerinde BTA'da çok sayıda kollateral ve belirgin sigara dumanı görüntüsü izlenmesi üzerine hastaya DSA yapıldı, işlem sonrasında hastaya Moyamoya tanısı kondu. Baş ağrısı ile gelen genç hastada nadir bir hastalık olan Moyamoya hastalığının ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini vurgulamak istedik.

Giriş: Moyamoya hastalığı, inmenin nadir görülen bir nedenidir ve internal karotis arterlerin terminal bölümünde ilerleyici darlık ve bunu kompanse eden kapiller kollateral damarların gelişimiyle karakterizedir.

Doğu Asya ülkelerinde, özellikle Japonya ve Kore'de daha yaygındır. Asya popülasyonlarında en sık görülen RNF213 geninin R4810K varyantı ile ilişkilidir.

Olgu: 26 yaş erkek hasta, baş ağrısı şikayetiyle nöroloji polikliniğine başvuruyor. Hasta 1,5 aydır her akşam zonklayıcı tarzda şiddetli baş ağrısı olduğunu, baş ağrısı yüzünden geceleri uyuyamadığını ve uykudan uyandığını ifade ediyordu. Eşlik eden bulantı, kusma olmadığını ancak ışık ve sese karşı hassasiyeti olduğunu belirtmekteydi.

Özgeçmişinde kronik hastalığı yoktu. Sigara kullanımı mevcuttu. Asetilsalisilikasit 300mg ve analjezik kullanımı bulunmaktaydı.

Soygeçmişinde annesinde benzer bir öykü mevcut olduğu öğrenildi.

Hastanın vitalleri stabildi, nörolojik muayenesi doğaldı.

Laboratuvar tetkiklerinde patolojik değer saptanmadı. Vaskülit, trombofili, genç stroke panelleri çalışıldı ve normal sonuçlandı.

Hastanın santral görüntülemelerinde Kranial MR'da beyaz cevherde yaygın iskemik gliotik lezyonlar saptandı. BTA görüntülerinde intrakranial ICA'larda akımın kesildiği ve oftalmik arterden kollateraller ile geri dolduğu izlendi. Çok sayıda kollateral ve belirgin sigara dumanı görüntüsü izlenmesi üzerine hastada Moyamoya hastalığı düşünülerek DSA işlemi planlandı.

DSA işleminde bilateral ICA'ların C6 segmentine kadar açık, C6 segmenti sonrasında ICA'lar oklude olup MCA'ların ICA'dan gelen kollateraller ile dolum gösterdiği görüldü. ICA'dan ACA dolumu her iki tarafta minimal düzeyde mevcut olup görünüm Moyamoya hastalığı açısından anlamlı olarak değerlendirildi.

Hastaya ömür boyu asetilsalisilikasit tedavisi önerildi. İnme riskinin azaltılması açısından sigarayı bırakması ve yaşam tarzı değişiklikleri önerildi.

Tartışma: Moyamoya hastalığı başlangıç yaşı, biçimi, radyolojik bulguları ve genetik fenotipleri açısından oldukça heterojendir. Başlangıcı genellikle inme sonrasında fark edilirken son yıllarda MR görüntülemeleri ile yapılan taramalar sayesinde, bazen baş ağrısı ve baş dönmesi gibi nonspesifik semptomlarla da hastalığının saptanma olasılığı artmıştır.

Bu hastalarda baş ağrısı yaygındır ancak genellikle olduğundan az önemsenir ve iyi tanımlanmamıştır.

Almanya'da yapılan bir kohortta baş ağrısının özelliklerini, sıklığı ve şiddeti araştırılmıştır. Bunlardan %67,3'ü son bir yıl içinde baş ağrısı yaşadığını bildirmiş. Baş ağrısı şiddeti, 0'dan 10'a kadar olan derecelendirme ölçeğinde 3,2 ± 1,3 olarak değerlendirilmiş. Hastaların %47,9'u migren benzeri baş ağrısı, %27'si gerilim tipi benzeri baş ağrısı ve %27'si her ikisinin kombinasyonunu bildirmiş. Migren benzeri baş ağrısı olan hastaların çoğu migrenöz aura tanımlamıştır.

Literatüre göre bizim hastamızda da olduğu gibi baş ağrısı şikâyeti çok yaygındır ve sıklıkla migren benzeri bir fenotip göstermektedir.

Sonuç: Moyamoya hastalığının baş ağrısı şikâyeti ile prezente olması tıbbi literatürde yeterince ele alınmamış bir konudur. Bu durum hastalığının tanısında gecikmesine veya baş ağrısının uygunsuz şekilde tedavi edilmesine ve ilerleyen dönemlerde yıkıcı serebrovasküler sonuçlara yol açabilir. Bu vaka baş ağrısı olan hastalarda Moyamoya hastalığının da ayırıcı tanılarımız arasında yer alması gerektiğini ve ileri kranial görüntüleme ile tanı koyabileceğimizi vurgulamaktadır.

Fulminan Seyirli HSV-1 ve HHV-6 Ensefaliti: Hızlı Nörolojik Progresyon ve Beyin Ölümü

Ayça Gül GÜNGÖRDÜ, Mustafa Günal, MesrureKöseoğlu

İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği

Giriş: Herpes Simpleks Virüs Tip 1 (HSV-1) ensefaliti, sporadik viral ensefalitlerin en sık nedenidir ve erken antiviral tedaviye rağmen mortalite oranı yüksektir. Tipik olarak temporal lob tutulumu ile karakterizedir. Human Herpesvirüs 6 (HHV-6) koenfeksiyonu ise erişkinlerde nadir görülmekle birlikte, immün yanıtı modüle ederek klinik tablonun şiddetini artırabilmektedir. Bu sunumda, çift viral yükün eşlik ettiği ve başlangıç semptomlarının hafifliğine rağmen hızla beyin ölümü ile sonuçlanan fulminan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Bilinen hastalık öyküsü olmayan 41 yaşında kadın hasta, kakosmi ve bayılma hissi ile dış merkeze başvurmuş. Şikayetinden iki gün sonra ara ara olan donuk bakış ve sorulara geç yanıt verme şikayetleriyle kliniğimize başvurmuştur. Hastanın, acil servise başvurusundaki yapılan ilk nörolojik muayenesinde patoloji izlenmemiş olup; şikayete yönelik çekilen Beyin Tomografisi normal olarak izlenmiştir. Difüzyon MR'ında sağ temporal lobta difüzyon kısıtlanması izlendi. Hastanın, öyküsü ve dalgalanan apati kliniği, görüntülemeleri ile değerlendirildiğinde ayırıcı tanıda MSS infeksiyonuna yönelik kontrastlı kranial MR ve lomber ponksiyon planlandı. Acil servis biriminde hastanın tetkikleri tamamlanırken, apati kliniğinin belirginleştiği görüldü. Kontrastlı kranial MR görüntülemesinde sağ temporal lob insular korteks T2 ve flair kesitlerinde hiperintens , T1 hipointens, belirgin kontrastlanmamının olmadığı lezyon izlendi. Lomber ponksiyonunda hücre sayımı (WBC) 0.271 10^3/uL, hücre sayımı (RBC) 0.000 10^6/uL, mononükleer hücre sayımı 0.262 10^3/uL, polimorfonükleer hücre sayımı 0.009 10^3/uL, polimorfonükleer hücre yüzdesi 3.3 %, mononükleer hücre yüzdesi 96.7 % idi. BOS PCR sonuçlarında, Herpes simpleks virüs 1 pozitif, Human herpesvirüs 6 pozitif görüldü. Hastaya, seftriakson 2x2gr IV ve asiklovir 2x750mg IV başlandı. Hastanın takibinin 2. gününde muayenesinde bilinç açık, kısmen koopere ve yer-kişi-zaman oryantasyonunda bozulma olduğu görülmesi üzerine çekilen Bey,n BT'sinde sağ temporal bölgede ödem etkisi izlenmesi üzerine IV dekort ve mannitol tedavisi başlandı. Takibinin 3. gününde kardiyak arrest sonrası 3 dakika CPR ile ritmi geri dönen hastanın bilinci kapalı, pupiller fix dilate, GKS 3 olması nedeni ile çekilen kontrol beyin BT'nde yaygın serebral ve beyin sapı ödemi izlendi. Hastanın takibinin 6. gününde bilinci kapalı, pupilleri fix dilate, GKS 3, cornea refleksi -/-, vestibulokohlear ve vestibulookular refleksleri alınamadı. Apne testi + olan hastanın çekilen serebral BT anjiografisinde kan akımı izlenmedi. Hasta, beyin ölümü olarak kabul edildi.

Tartışma: Bu vaka, HSV-1 ensefalitinin beklenmedik derecede agresif seyredebileceğini göstermektedir. Koenfeksiyon etkisi**,** HHV-6'nın varlığı, virülansı artırarak inflamatuvar yanıtı şiddetlendirmiş olabilir.

Sonuç: HSV-1 ve HHV-6 koenfeksiyonu, erişkinlerde fulminan bir ensefalit tablosu ile beyin ölümüne yol açabilir. Hastalarda yakın nörolojik takip önem göstermekle birlikte, hızlı yoğun bakım desteği ve multidisipliner tedavi hayati önem taşır. Erken antiviral tedaviye rağmen "sitokin fırtınası" veya yaygın beyin ödemi nedeniyle prognozun kötü olabileceği akılda tutulmalıdır.

POLR3B-ILIŞKILI LÖKODISTROFI TANISI KONULAN ILK LIBYALI HASTANIN OLGU RAPORU

Emhammed FARAG[1], Magda ELSHUKRİ[2]

[1]Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara, Türkiye
[2]Bingazi Üniversitesi, Nöroloji Ana Bilim Dalı, Bingazi, Libya

Amaç: Lökodistrofiler, geniş genetik çeşitlilik ve belirgin fenotipik değişkenlik gösteren, beyaz cevherin kalıtsal hastalıklarıdır. Miyelin oluşumundaki bozukluklar veya miyelin kaybı temelinde sınıflandırılırlar ve oldukça nadir görülürler; insidansları yaklaşık 1/250.000–1/500.000 arasındadır. RNA polimeraz III'ün alt birimini kodlayan POLR3B genindeki missens mutasyonlarla ilişkili hipomiyelinizan lökodistrofi alt tipi ise daha nadirdir ve özgün olmayan klinik bulgular nedeniyle tanı koymayı güçleştirmektedir. Bu bildiride, erişkin başlangıçlı ve Libya'da bildirilen ilk POLR3B-ilişkili hipomiyelinizan lökodistrofi olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: 19 yaşındaki Libyalı erkek hasta, iki yıldır devam eden ilerleyici ataksi nedeniyle Benghazi Tıp Merkezi Nöroloji Kliniği'ne başvurdu. Başlangıçta yürüyüş güçlüğü mevcut olup zamanla el ve baş tremoru, konuşma bozukluğu ve bulanık görme eklenmiştir. Özgeçmişinde nörolojik semptomlardan bir ay önce geçirilmiş COVID-19 enfeksiyonu mevcuttu. Aile öyküsünde akraba evliliği bulunmakla birlikte benzer hastalık öyküsü yoktu. Nörolojik muayenede baş ve el tremoru, belirgin dizartri, nistagmus, miyokloniler ve koordinasyon bozukluğu saptandı. VEP incelemesinde iletim gecikmesi izlendi. Otoimmün ve enfeksiyöz belirteçler negatifti. Başlangıçta post-COVID otoimmün ensefalit düşünülerek intravenöz immünoglobulin tedavisi verildi, ancak yanıt alınamadı.

Bulgular: Beyin manyetik rezonans görüntülemede parieto-oksipital derin beyaz cevherde, korpus kallozum spleniumu boyunca uzanan T2A/FLAIR hiperintens lezyonlar saptandı. Difüzyon kısıtlanması ve kontrast tutulumu izlenmedi. Kortikospinal traktlar ve serebellar pedinküllerde yaygın anormal sinyal intensiteleri mevcuttu. Genetik incelemede POLR3B geninde heterozigot, olası patojenik varyant tanımlandı. Bu bulgular doğrultusunda hastaya hipomiyelinizan lökodistrofi tanısı konuldu. Radyolojik ve genetik bulgular Şekil 1–4'te sunulmuştur.

Tartışma: Erişkin başlangıçlı POLR3B-ilişkili lökodistrofi, nadir görülmesi nedeniyle tanısal güçlükler yaratmaktadır. Literatürde sınırlı sayıda olgu bildirilmiştir. Sunulan olguda ataksi ve tremor ön planda olup, dizartri ve nistagmusun eşlik etmesi klinik çeşitliliği göstermektedir. Başlangıçta otoimmün nedenlerin düşünülmesi, erişkinlerde nadir genetik hastalıkların tanınmasındaki zorlukları yansıtmaktadır. Genetik testler tanının doğrulanmasında kritik rol oynamıştır.

Sonuç: Bu olgu, erişkin başlangıçlı POLR3B-ilişkili hipomiyelinizan lökodistrofinin tanısal karmaşıklığını ve genetik incelemenin önemini vurgulamaktadır. Günümüzde küratif tedavi bulunmamakta olup, yeni tedavi yaklaşımlarına yönelik araştırmaların artırılması hastaların yaşam süresi ve kalitesi açısından büyük önem taşımaktadır.

SPASTİK PARAPLEJİ TİP 7: NÖROMİYELİTİS OPTİKA SPEKTRUM BOZUKLUĞUNU TAKLİT EDEN NADİR BİR OLGU

Mehmet Fatih YETKİN[1], Beyzanur ALTIKULAÇ İLİKHAN[1], Yusuf KILIÇ[1], Kübra USLU[2]

[1]Erciyes Üniversitesi Nöroloji Anabilim Dalı, Kayseri
[2]Kayseri Şehir Hastanesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Kayseri

Giriş: Herediter spastik paraplejiler (HSP), alt ekstremitelerde progresif spastisite ve güçsüzlük ile karakterize, klinik ve genetik açıdan heterojen bir nörodejeneratif hastalık grubudur. Otozomal dominant, otozomal resesif veya X'e bağlı kalıtım gösterebilen bu hastalıklarda günümüzde 80'den fazla genetik alt tip tanımlanmıştır. Değişken başlangıç yaşı, yavaş progresyon ve geniş klinik spektrum nedeniyle HSP olguları sıklıkla inflamatuar veya dejeneratif santral sinir sistemi hastalıkları ile karışabilmektedir (1).

Spastik parapleji tip 7 (SPG7), mitokondri iç zarında yer alan paraplegin proteinini kodlayan SPG7 genindeki mutasyonlar sonucu gelişen otozomal resesif bir HSP formudur. Paraplegin, mitokondriyal protein kalite kontrolünde görevli m-AAA proteaz kompleksinin bir bileşeni olup bu kompleksin bozulması mitokondriyal disfonksiyon ve nöronal hasara yol açmaktadır (2). SPG7 yalnızca saf spastisite ile sınırlı kalmayıp serebellar ataksi, oftalmopleji, dizartri, disfaji ve periferik nöropati gibi ek bulgularla seyreden komplike bir fenotip gösterebilir. Bu durum, multipl skleroz ve nöromiyelitis optika spektrum bozukluğu (NMOSD) gibi inflamatuar hastalıklarla ayırıcı tanıyı güçleştirmektedir (3).

Olgu: On dokuz yaşında erkek hasta, yaklaşık iki yıldır giderek artan yürüme bozukluğu ve sol taraf ağırlıklı güçsüzlük yakınmaları ile başvurdu. Özellikle sol alt ekstremitede sürüklenme, düşük ayak bulgusu ve dengesizlik tarifleyen hastanın öyküsünde aralıklı bulanık görme atakları mevcuttu. Daha önce yapılan kranial ve servikal MRG incelemelerinde nonspesifik beyaz cevher lezyonları saptanmış, elektromiyografi normal olarak değerlendirilmişti. Klinik tablo nedeniyle multipl skleroz ön tanısı düşünülmüş ancak lomber ponksiyon yapılmamıştı.

İzlemde progresyon gösteren güçsüzlük ve atak benzeri kötüleşmeler nedeniyle hasta tekrar değerlendirildi. Nörolojik muayenede sol tarafta belirgin olmak üzere üst motor nöron bulguları, spastisite ve duyu kusuru saptandı. Beyin omurilik sıvısı incelemesinde oligoklonal bant negatifti; NMOSD ve MOG antikorları negatif olarak raporlandı. Klinik ve radyolojik bulgular doğrultusunda seronegatif NMOSD düşünülerek rituksimab tedavisi başlandı ancak klinik yanıt sınırlı kaldı. Tanısal belirsizlik nedeniyle yapılan tüm ekzom dizileme sonucunda SPG7 geninde NM_003119.4 transkriptinde homozigot c.2074A>G p.(Ser692Gly) mutasyonu saptandı. Sanger dizileme ile aile segregasyonu yapılan mutasyon, muhtemel patojenik olarak yeniden sınıflandırıldı. Olgu, SPG7 ilişkili herediter spastik parapleji olarak kabul edildi.

Tartışma Ve Sonuç: SPG7 ilişkili HSP, geniş fenotipik spektrumu nedeniyle inflamatuar santral sinir sistemi hastalıklarını taklit edebilir ve tanısal gecikmelere yol açabilir. Olgumuzda atak benzeri seyir, diplopi ve nonspesifik MRG bulguları başlangıçta NMOSD lehine yorumlanmış, immünmodülatör tedavi uygulanmıştır. Ancak objektif inflamatuar belirteçlerin yokluğu ve progresif seyir, genetik tanının önemini ortaya koymuştur.

Genç yaşta başlayan, progresif spastisite ile seyreden ve inflamatuar belirteçlerin eşlik etmediği olgularda herediter spastik parapleji mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Erken dönemde yapılacak genetik analizler, yanlış tanı ve gereksiz immün tedavilerin önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir. Bu olgu, SPG7 mutasyonlarının inflamatuar hastalıkları taklit edebileceğini ve kapsamlı genetik incelemenin klinik yönetimde belirleyici rol oynadığını vurgulamaktadır.

SPİNAL TUTULUMLU NÖROSARKOİDOZDA" TRİDENT BULGUSU"

Mehmet Fatih YETKİN[1], Melike ULUYAĞMUR[1], Nuri TUTAR[1]

[1]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Nörosarkoidoz, sistemik sarkoidozun nadir görülen ancak tanısal açıdan güçlükler içeren bir nörolojik tutulum şeklidir. Spinal tutulum varlığında, özellikle uzun eksen miyelit ile seyreden olgular neuromyelitis optica spectrum disorder (NMOSD) başta olmak üzere diğer inflamatuvar miyelopatilerle karışabilmektedir. Bu bildiride, spinal tutulumla prezente olan bir nörosarkoidoz olgusunun klinik, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve beyin omurilik sıvısı (BOS) bulgularının sunulması ve ayırıcı tanının literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Kırk üç yaşında erkek hastanın klinik bulguları, nörolojik muayene sonuçları, spinal MRG görüntüleri ve BOS analizleri retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastada daha önce sistemik sarkoidoz tanısı mevcut olup, toraks bilgisayarlı tomografide hiler lenfadenopati ve serum ACE yüksekliği saptanmıştır. Nörolojik semptomların ortaya çıkması üzerine kontrastlı spinal MRG ve BOS incelemesi yapılmıştır. Ayırıcı tanı kapsamında NMOSD ve diğer inflamatuvar miyelopatiler göz önünde bulundurulmuştur.

Bulgular: Hasta halsizlik ve yürüme güçlüğü yakınmaları ile başvurmuştur. Nörolojik muayenede her iki alt ekstremitede kas gücü azalması,derin tendon refleksleri ve vibrasyon duyusunda azalma saptanmıştır. Spinal MRG'de servikal ve torasik düzeyleri kapsayan uzunlamasına yaygın T2 hiperintensitesi ile birlikte dorsal subpial gadolinium enhancement izlenmiştir. BOS analizinde hafif derecede pleositoz saptanmış, protein ve glukoz düzeyleri normal bulunmuştur. Klinik ve radyolojik bulgular doğrultusunda nörosarkoidoz lehine değerlendirme yapılmış ve uygulanan tedavi sonrası hastanın klinik bulgularında belirgin düzelme izlenmiştir.

Tartışma: Nörosarkoidozda spinal tutulum, sıklıkla longitudinally extensive transverse myelitis (LETM) paterninde ortaya çıkmaktadır. Dorsal subpial gadolinium enhancement, nörosarkoidoz için karakteristik bir görüntüleme bulgusu olup NMOSD'den ayırıcı tanıda önemlidir. Ayrıca nörosarkoidozda kontrastlanmanın daha uzun süre devam edebilmesi ayırt edici bir özellik olarak bildirilmektedir. Sistemik sarkoidoz bulgularının eşlik etmesi tanısal süreci desteklemektedir.

Sonuç: Spinal tutulumla seyreden nörosarkoidoz olgularında klinik değerlendirme, spinal MRG paternleri ve BOS bulgularının birlikte ele alınması ayırıcı tanı açısından kritik öneme sahiptir. Özellikle dorsal subpial kontrastlanma paterni ve sistemik tutulum bulguları tanıyı güçlendirmekte olup, nöroloji pratiğinde bu nadir antitenin akılda tutulması gerekmektedir.

FULMİNAN SEYİRLİ HSV-1 VE HHV-6 ENSEFALİTİ: HIZLI NÖROLOJİK PROGRESYON VE BEYİN ÖLÜMÜ

Ayça Gül GÜNGÖRDÜ, Mustafa Günal, Mesrure Köseoğlu

İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği

Giriş: Herpes Simpleks Virüs Tip 1 (HSV-1) ensefaliti, sporadik viral ensefalitlerin en sık nedenidir ve erken antiviral tedaviye rağmen mortalite oranı yüksektir. Tipik olarak temporal lob tutulumu ile karakterizedir. Human Herpesvirüs 6 (HHV-6) koenfeksiyonu ise erişkinlerde nadir görülmekle birlikte, immün yanıtı modüle ederek klinik tablonun şiddetini artırabilmektedir. Bu sunumda, çift viral yükün eşlik ettiği ve başlangıç semptomlarının hafifliğine rağmen hızla beyin ölümü ile sonuçlanan fulminan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Bilinen hastalık öyküsü olmayan 41 yaşında kadın hasta, kakosmi ve bayılma hissi ile dış merkeze başvurmuş. Şikayetinden iki gün sonra ara ara olan donuk bakış ve sorulara geç yanıt verme şikayetleriyle kliniğimize başvurmuştur. Hastanın, acil servise başvurusundaki yapılan ilk nörolojik muayenesinde patoloji izlenmemiş olup; şikayete yönelik çekilen Beyin Tomografisi normal olarak izlenmiştir. Difüzyon MR'ında sağ temporal lobta difüzyon kısıtlanması izlendi. Hastanın, öyküsü ve dalgalanan apati kliniği, görüntülemeleri ile değerlendirildiğinde ayırıcı tanıda MSS infeksiyonuna yönelik kontrastlı kranial MR ve lomber ponksiyon planlandı. Acil servis biriminde hastanın tetkikleri tamamlanırken, apati kliniğinin belirginleştiği görüldü. Kontrastlı kranial MR görüntülemesinde sağ temporal lob insular korteks T2 ve flair kesitlerinde hiperintens , T1 hipointens, belirgin kontrastlanmamının olmadığı lezyon izlendi. Lomber ponksiyonunda hücre sayımı (WBC) 0.271 10^3/uL, hücre sayımı (RBC) 0.000 10^6/uL, mononükleer hücre sayımı 0.262 10^3/uL, polimorfonükleer hücre sayımı 0.009 10^3/uL, polimorfonükleer hücre yüzdesi 3.3 %, mononükleer hücre yüzdesi 96.7 % idi. BOS PCR sonuçlarında, Herpes simpleks virüs 1 pozitif, Human herpesvirüs 6 pozitif görüldü. Hastaya, seftriakson 2x2gr IV ve asiklovir 2x750mg IV başlandı. Hastanın takibinin 2. gününde muayenesinde bilinç açık, kısmen koopere ve yer-kişi-zaman oryantasyonunda bozulma olduğu görülmesi üzerine çekilen Bey,n BT'sinde sağ temporal bölgede ödem etkisi izlenmesi üzerine IV dekort ve mannitol tedavisi başlandı. Takibinin 3. gününde kardiyak arrest sonrası 3 dakika CPR ile ritmi geri dönen hastanın bilinci kapalı, pupiller fix dilate, GKS 3 olması nedeni ile çekilen kontrol beyin BT'nde yaygın serebral ve beyin sapı ödemi izlendi. Hastanın takibinin 6. gününde bilinci kapalı, pupilleri fix dilate, GKS 3, cornea refleksi -/-, vestibulokohlear ve vestibulookular refleksleri alınamadı. Apne testi + olan hastanın çekilen serebral BT anjiografisinde kan akımı izlenmedi. Hasta, beyin ölümü olarak kabul edildi.

Tartışma: Bu vaka, HSV-1 ensefalitinin beklenmedik derecede agresif seyredebileceğini göstermektedir. Koenfeksiyon etkisi**,** HHV-6'nın varlığı, virülansı artırarak inflamatuvar yanıtı şiddetlendirmiş olabilir.

Sonuç: HSV-1 ve HHV-6 koenfeksiyonu, erişkinlerde fulminan bir ensefalit tablosu ile beyin ölümüne yol açabilir. Hastalarda yakın nörolojik takip önem göstermekle birlikte, hızlı yoğun bakım desteği ve multidisipliner tedavi hayati önem taşır. Erken antiviral tedaviye rağmen "sitokin fırtınası" veya yaygın beyin ödemi nedeniyle prognozun kötü olabileceği akılda tutulmalıdır.

ANTI-YO POZITIF OVER KANSERI OLGUSUNDA GELIŞEN PARANEOPLASTIK AMSAN: NADIR BIR KLINIK TABLO

Mesrure KÖSEOĞLU[1], Büşra KOÇ[1], Ayça Gül GÜNGÖRDÜ[1], Onur Güneş YILDIRIM[1], Özgün GÜNDOĞDU[1], Mehmet DEMİR[1]
[1]SBÜ İSTANBUL KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EAH, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş: Paraneoplastik nörolojik sendromlar, malignitelerin uzak etkisi olarak ortaya çıkan immün aracılı hastalıklardır. Anti-Yo antikorları genellikle paraneoplastik serebellar dejenerasyon ile ilişkilendirilse de, nadir durumlarda periferal sinir sistemini de etkileyebilmektedir. Bu sunumda, evre 3 over kanseri tanılı bir hastada gelişen ve AMSAN (Akut Motor Duyusal Aksonal Nöropati) fenotipiyle seyreden paraneoplastik polinöropati olgusu tartışılmaktadır.

Olgu Sunumu:66 yaşında kadın hasta, bilinen over kanseri (opere ve 4 kür kemoterapi sonrası) öyküsüyle, 10 gündür devam eden progresif ekstremite güçsüzlüğü ve ağrılı parestezi şikayetleriyle başvurdu.

- **Nörolojik Muayene:** Alt ekstremite distalinde $0/5$, proksimalinde $3/5$ kas gücü saptandı. Derin tendon refleksleri (DTR) alt ekstremitede alınamadı. Bilateral el ve ayaklarda eldiven-çorap tarzı hipoestezi mevcuttu.
- **Laboratuvar ve Görüntüleme:** BOS incelemesinde protein yüksekliği (969 mg/dL) ve hücre izlenmemesiyle albüminositolojik disasosiasyon saptandı. Paraneoplastik panelde **Anti-Yo pozitifliği** görüldü. Tüm spinal ve kranial MR'larda kliniği açıklayacak bası veya metastaz saptanmadı.
- **Elektrofizyoloji (EMG):** Üst ve alt ekstremitelerde motor ve duyusal liflerin ağır aksonal hasarını işaret eden, BKAP amplütüdlerinde düşüş ve yaygın denervasyon bulguları ile karakterize **AMSAN** tablosu izlendi.

Tedavi ve Seyir: Hastaya akut dönemde 5 gün süreyle IVIG (25 mg total) ve takiben 5 kür plazmaferez uygulandı. Tedavi sonrası nörolojik tablosu stabilize olan hasta, paraneoplastik sürecin yönetimi ve nöropatik ağrı kontrolü (Neurontin, Dyloxia) ile idame IVIG tedavisi programına alındı.

Tartışma ve Sonuç: Bu olgu, Anti-Yo antikorlarının sadece serebellar sistemle sınırlı kalmayıp, özellikle jinekolojik malignileri olan hastalarda AMSAN gibi ağır aksonal nöropati tablolarına da yol açabileceğini göstermektedir. Paraneoplastik polinöropatilerde erken tanı ve immünmodülatör tedavilerin başlanması, fonksiyonel prognozun korunması açısından kritiktir.

PİRETROİD MARUZİYETİNİ TAKİBEN GELİŞEN AKUT İSKEMİK İNME: OLGU SUNUMU

Mehmet DEMİR[1], Hülya SAYGIN ÇİDEM[1], Mustafa GÜNAL[1], Muhammed Said YILDIRIM[1], Keriman OĞUZ[1], Mesrure KÖSEOĞLU[1]
[1]SBÜ İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eah, Nöroloji Kliniği

Giriş: Piretroidler (örneğin Permetrin), evsel böcek ilaçlamasında yaygın olarak kullanılan, organofosfatlara göre memelilerde daha düşük toksisiteye sahip olduğu bilinen insektisitlerdir. Bu ajanların nörotoksik etkileri genellikle geçici semptomlarla (baş ağrısı, baş dönmesi, parestezi) sınırlı kalsa da, nadir vakalarda daha ciddi vasküler olaylarla ilişkili olabilir. Bu sunumda, ev ilaçlaması sonrası başvuran ve sağ serebellar enfarkt saptanan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu: Başvuru: 25.01.2026 tarihinde, evinde "Akethrin" (Permetrin içerikli) isimli böcek ilacı kullandıktan bir gün sonra şiddetli baş ağrısı, baş dönmesi, diplopi ve tekrarlayan kusma (10 kez) şikayetleriyle acil servise başvuran erkek hasta değerlendirildi.

Klinik Değerlendirme: Hastanın ilk nörolojik muayenesinde bilinci açık, oryante ve koopere olarak saptandı. Sağ gözde hafif pitozis izlendi; ancak lateralizan motor/duyu defisiti veya ense sertliği saptanmadı. Başlangıç beyin BT görüntülemesi normal olarak raporlandı.

Tanı ve Seyir:

- Şikayetlerin devam etmesi üzerine çekilen Kraniyal ve Difüzyon MRG'de; **sağ serebellar bölgede ve ponsta** ADC karşılığı olan akut difüzyon kısıtlılığı (iskemik enfarkt) tespit edildi.
- Yapılan anjiyografik değerlendirmede (BTA) **sağ vertebral arterde akım izlenmediği** raporlandı.
- Trombolitik tedavi penceresini kaçıran hasta, ileri tedavi amacıyla trombektomi merkezine sevk edildi ve yoğun bakım ünitesine (YBÜ) yatışı sağlandı.

Takip: Hastanın bir ay sonraki kontrol kayıtlarında hıçkırık ve kusma şikayetlerinin devam ettiği, inme sonrası takip sürecinin sürdüğü görülmüştür.

Tartışma ve Sonuç: Piretroid maruziyeti sonrası gelişen nörolojik semptomlar sıklıkla non-spesifik kabul edilse de, bu vakada görüldüğü üzere posterior sirkülasyon enfarktları ile prezante olabilir. Böcek ilacı maruziyeti ile başvuran ve dirençli kusma/baş dönmesi olan hastalarda, toksik etkilerin ötesinde akut iskemik süreçlerin de akılda tutulması ve radyolojik görüntülemenin (özellikle MRG) ihmal edilmemesi hayati önem taşımaktadır.