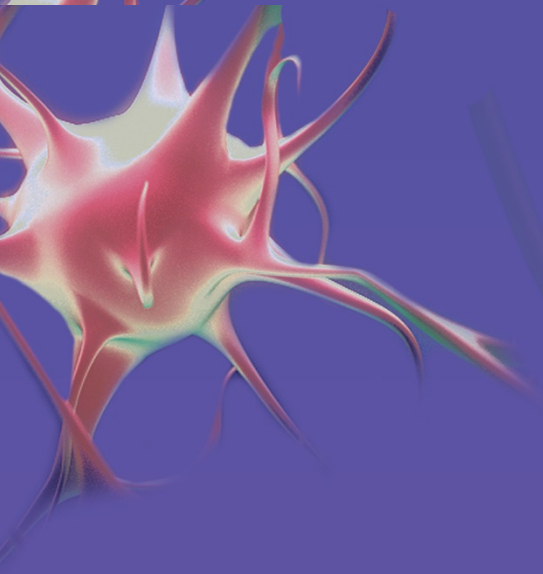


59. ULUSAL NÖROLOJİ KONGRESİ

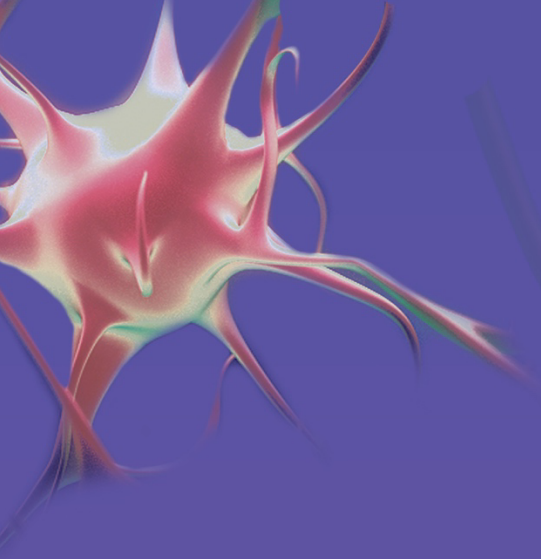
Uluslararası Katılımlı

13-18 Aralık 2023
Kaya Palazzo Otel, Antalya

Ana Tema: Çocuk Nörolojisi

Cumhuriyetimizin 100 Yılı
Bilimin Işığında

BİLDİRİ ÖZETLERİ



SÖZEL BİLDİRİLER

Cumhuriyetimizin 100 Yılı Bilimin Işığında

SS - 1 KRONİK MİGREN HASTALARINDA ULTRASONOGRAFİ EŞLİĞİNDE VE ANATOMİK REFERANS NOKTASI İLE YAPILAN BÜYÜK OKSİPİTAL SİNİR BLOKAJ YÖNTEMLERİNİN KIYASLANMASI

GİZEM GÜRSOY [1], HALE ARKAN TUNA [2]

[1] SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ALGOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
Bu çalışmada ultasonografi eşliğinde yapılan ve anatomik nokta referansı ile yapılan büyük oksipital sinir (GON) blokaj yöntemlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Prospektif ve randomize dizayn edilen bu çalışmada kronik migren hastaları iki gruba ayrılmış, ilk gruba Nöroloji uzmanı tarafından anatomik noktalar referans alınarak ikinci gruba ise Algoloji uzmanı tarafından USG cihazı kullanılarak aynı ekipman, aynı sıklık (haftada 1, toplam 4 kez) ve eş dozda bupivakain ile GON blokajı yapılmıştır. Hastaların atak sıklığı ve süresi, analjezik miktarı ve vizüel analog skala (VAS) skorlarının 1. hafta, 1. ve 3. aylardaki değerleri başlangıç değerleri ile kıyaslanmış ve iki grup arasında bu değerlerin oransal farkı hesaplanmıştır.

Bulgular:
USG eşliğinde yapılan blokaj grubuna 34, anatomik referans noktasına göre yapılan blokaj grubuna 32 hasta alınmıştır. Her iki grubun başlangıçta atak sıklıkları ve atak süreleri arasında fark saptanmazken USG eşliğinde blokaj için yönlendirilen hastaların VAS değerleri ve aldıkları analjezik sayısı istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla saptanmıştır. Her iki grubun 3 aylık takiplerinde başlangıç değerlerine kıyasla daha az atak sıklığı ve analjezik alımı, daha düşük VAS skoru ve daha kısa atak süresi olduğu izlenmiştir. İki grup arasındaki etkinlik farkına bakıldığında ise, işlem sonrası 1. hafta değerlendirmesinde iki grup arasında atak sıklıkları ve atak süreleri arasında fark saptanmamış ancak USG eşliğinde blokaj yapılan hastaların diğer gruba göre VAS skorları ve aldıkları analjezik sayısında anlamlı bir düşüş izlenmiştir. İşlem sonrası 1. ay değerlendirmesinde USG eşliğinde blokaj yapılan hastaların anatomik referans noktasına göre blokaj yapılan hastalara kıyasla anlamı derecede VAS değerlerinde düşme ve atak sıklığında azalma saptanırken 3. ay değerlendirmesinde ise bu bulgulara ek olarak atak süresinde anlamlı derecede kısalma gözlenmiştir.

Sonuç:
Kronik migren hastalarında gerek USG gerek anatomik nokta referansı eşliğinde yapılan GON blokajının etkin bir yöntem olduğu saptanmıştır. USG eşliğinde yapılan blokajların sonuçlarında anatomik referans noktasına göre yapılan blokajlara oranla daha düşük VAS, daha kısa ağrı süresi, daha az atak sayısı ve daha az analjezik alımı olduğu gözlenmiştir.

SS - 2 İDİOPATİK İNTRAKRANİYEL HİPERTANSİYON VE MİGREN TANILI HASTALARIN PERİFERİK KANLARINDA KALSİTONİN GEN İLİŞKİLİ PEPTİD DÜZEYLERİ

AYŞIN KISABAY AK [1], YAĞMUR İNALKAÇ GEMİCİ [1], MELİKE BATUM [1], AYŞEGÜL ŞEYMA SARITAŞ [1], BURAK KARAKAŞ [1], ESER YILDIRIM SÖZMEN [2], FİGEN GÖKÇAY [3], NEŞE ÇELEBİSOY [3]

[1] *MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ BİYOKİMYA ANABİLİM DALI*
[3] *EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*

Amaç:
Kalsitonin Gen İlişkili Peptid (CGRP) migrende patofizyolojisinde önemli bir rol oynamaktadır. Bu prospektif çalışmanın amacı idiopatik intrakraniyal hipertansiyonlu (İİH) hastalarda CGRP düzeylerini araştırmak ve bu düzeyleri migren hastalarının ve sağlık kontrollerin sonuçlarıyla karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntem:
Otuz altı İİH, 36 epizodik migren (EM), 16 kronik migren (KM) ve 36 sağlıklı kontrol (SK) çalışmaya dahil edildi. Total CGRP ve α-CGRP düzeyleri katılımcıların antekübital venlerinden alınan kan örneklerinde ticari bir ELİSA kit ile çalışıldı.

Bulgular:
Hastaların serum total ve α-CGRP düzeyleri SK grubundan istatistiksel anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0.001$). İkili karşılaştırmalarda total ve α-CGRP düzeyleri KM ve İİH hastalarında SK grubuna göre anlamlı derecede yüksekken ($p<0.05$), EM hasta grubunda SK grubuna göre farklılık saptanmadı ($p>0.05$). KM hastalarının total ve α-CGRP kan düzeyleri İİH ve EM hastalarından anlamlı derecede yüksekti (her ikisi için de $p<0.05$). 16 İİH hastasında intrakraniyal basınç (İKB) normalizasyonundan sonra migrenöz özellikte başağrısı gelişirken, yirmi hastada ise sonrasında başağrısı gelişmedi. Bu iki grubun serum CGRP düzeylerinin karşılaştırmasında; devam eden başağrısı olduğunu bildiren hastalarda başlangıç ve kontrol vizitlerindeki serum total ve α-CGRP düzeyleri her iki dönemde de anlamlı derecede yüksek saptandı (her ikisi için de $p<0.05$).

Sonuç:
Sonuç olarak hastaların CGRP düzeyleri hastalarda SK grubundan yüksekti. KM hastalarında ise en yüksek sonuçlar elde edildi. İİH hastalarından elde edilen yüksek CGRP düzeyleri CGRP'nin İİH ilişkili başağrısında rolü olduğunu düşündürmekte ve İKB normalizasyonundan sonra devam eden başağrısı olan İİH hastalarında CGRP'nin daha yüksek olması bu hipotezi desteklemektedir. Şu an itibarı ile İİH hasta grubunda CGRP düzeylerinin araştırıldığı ilk çalışmadır.

SS - 3 MİGRENLİ OLGULARDA BEYİN BEYAZ CEVHER HİPERİNTENSİTELERİ İLE VON WİLLEBRAND FAKTÖR ARASINDAKİ İLİŞKİ

AYNUR YİLMAZ AVCİ [1], EBRU TORUN [2], SERAP ARIKAN [1], MUSTAFA AGAH TEKİNDAL [3]

[1] *BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ ALANYA HASTANESİ*
[2] *ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ*
[3] *İZMİR KATİP ÇELEBİ UNİVERSİTESİ*

Amaç:
Migren, özellikle genç yetişkin kadınlarda vasküler riski arttırdığı bilinen yaygın görülen bir nörovasküler hastalıktır, ancak altta yatan mekanizma tam olarak bilinmemektedir. Migren ağrı atağı sırasında ve ataklar arasında sistemik ve kranyal vasküler yapılarda bazı değişikliklerin olduğu gösterilmiştir. Bu çalışma, migren başağrılı genç erişkin kadınlarda endotel fonksiyon bozukluğu belirteci olan von Willebrand Faktör (vWF) ile kranyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) T2 ve FLAIR sekansında görülen beyin beyaz cevher hiperintens (BCH) değişiklikler arasındaki ilişkiler değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya İHS-IIIb kriterlerine göre migren tanısı almış, 18-50 yaş aralığında 82 migren (yaş ortalaması 35.68±7.75) ve migren başağrısı olmayan sağlıklı 70 kontrol (yaş ortalaması 33.33±7.83) alındı. Vasküler risk faktörü olan olgular çalışma dışı bırakıldı. Başağrısı sırasında vWF için intravenöz kan alındı ve tüm katılımcılara kranyal MRG yapıldı. Tüm MRG görüntüleri radyoloji uzmanı tarafından değerlendirildi.

Bulgular:
Migren başağrılı olgularının %50'si (41 olgu) aurasız migren ve %50'si (41 olgu) auralı migren tanısı aldı. BCH varlığı migren grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha sık görüldü (sırasıyla 35 olgu, %42.7 ve 11 olgu, %15.7). Bununla birlikte, migrenli olgularında vWF aktivitesi kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla 90.28±45.95, 57.81±27.24, p<0,001). Tek değişkenli analizde BCHler ile vWF arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptandı (p<0.001).

Sonuç:
Bu çalışma, migren ağrı atakları sırasında artmış vWF aktivitesinin endotel fonksiyon bozukluğunu işaret edebileceğini ve bu durumun BCH'lerin patofizyolojisinde rol oynayabileceğini göstermektedir.

SS - 4 PSEUDOTÜMÖR SEREBRİ TANISINDA TRANSVERS SİNÜS BASIKLIK ORANININ LOJİSTİK REGRESYON MODELLEMESİ

AHMET VOLKAN KURTOĞLU , ASLI YAMAN KULA

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Pseudotümör Serebri (PTS), beyin omurilik sıvısı (BOS) tetkiklerinde ve beyin görüntülemelerinde kafaiçi basınç artışını (KİBAS) açıklayacak patoloji izlenmemesiyle karakterize bir tablodur. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulguları içinde transvers sinüs basısı, PTS ile en ilişkili görüntüleme bulgusu olarak değerlendirilmesine rağmen, PTS tanısı koyarken basının kantitatif değeri hesaplanmamaktadır. Bu çalışmada transvers sinüs basısının şiddetiyle intrakranial basınç (İKP) ve PTS varlığı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
MRG'de KİBAS'la uyumlu bulguları olan ve lomber ponksiyon yapılan toplam 50 hastanın demografik verileri, İKP değerleri, retina sinir lifi kalınlığı (RNFL) ölçümleri ve klinik bulguları retrospektif olarak incelendi. İKP değeri 250mmH_2O üzerinde saptanan olgular PTS grubuna dahil edildi. Transvers sinüs basıklık oranı (TSBO), MR Venografi kesitlerinden ölçülen bilateral transvers sinüs distal segment çap toplamının, bilateral orta segment çap toplamına oranlanmasıyla hesaplandı.

Bulgular:
İKP ile ortalama RNFL değeri ($r=0.48$, $p<0.001$) ve papilödem varlığı ($r=0.45$, $p<0.001$) arasında orta derecede pozitif korelasyon, İKP ve TSBO ($r=-0.55$, $p<0.001$) arasında ise yüksek derecede negatif korelasyon mevcuttu. PTS grubunda İKP ile TSBO ($r=-0.67$, $p<0.001$) ve ortalama RNFL değerleri ($r=0.57$, $p=0.001$) arasındaki korelasyon tüm gruba göre daha güçlü bulundu. Multivariate lojistik regresyon analizinde papilödem varlığının PTS olma ihtimalini 258 kat (p:0.012), TSBO'daki bir birimlik azalmanın PTS olma ihtimalini 0.02 kat (p:0.044) arttırdığı saptandı (AIC:52.094, Nagelkerke R^2:0.760). Modelinin doğruluğu %90 olarak hesaplandı (Cutoff:0.5; Sensitivite:0.90, Spesifite:0.90). ROC analizinde PTS varlığı tahmininde TSBO'nun optimal cutoff değeri 0.53 olarak hesaplandı (AUC:0.72, Sensitivite:0.75, Spesifite:0.70).

Sonuç:
PTS hastalarında İKP ile TSBO arasında yüksek derecede pozitif korelasyon mevcuttur ve PTS varlığı tahmininde TSBO kantitatif bir veri olarak kullanılabilir.

SS - 5 MİGRENDE MİZOFONİ VARLIĞI VE BU BİRLİKTELİĞİN MİGRENİN KLİNİĞİNE OLAN ETKİLERİ

AYŞENUR ŞAHİN [1], SEDA CAKİR [1], ELİF ILGAZ AYDINLAR [1], MUSTAFA ERTAŞ [2], PINAR YALINAY DİKMEN [1]

[1] ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ

Amaç:
Mizofoni günlük yaşamda normal kabul edilen seslere karşı tahammülsüzlükle karakterize nörofizyolojik ve davranışsal bir bozukluktur. Tetikleyiciler mizofoniklerde duygusal, fizyolojik ve davranışsal tepkilere neden olur. Mizofonide duyusal modülasyon sistemlerinde işlev bozukluğundan kaynaklanan bir hiperaktivasyonun olduğu düşünülmektedir. Mizofoni aynı zamanda depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik hastalıklar ile de ilişkilendirilmiştir. Migrenli beyinlerde de benzer aşırı uyarılabilir durum ve psikiyatrik komorbiditeler sıktır, bu paylaşılmış patofizyolojik mekanizmaları akla getirmektedir. Mizofoninin migren hastalarındaki komorbiditesi ve migren ile mizofoni ilişkisi henüz araştırılmamıştır. Çalışmamızın amacı migren hastalarında mizofoninin yaygınlığının, mizofoninin migrenin klinik seyrine etkilerinin ve mevcut komorbid durumlarla olan ilişkilerinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem:
Prospektif dizaynı olan çalışmamızda migren hastalarının (n=205) demografik bulguları ve migrenin klinik özellikleri, Baş Ağrısı Etki Testi-6 (HIT-6), Migren Engellilik Değerlendirme Testi (MIDAS), Allodini Semptom Kontrol Anketi (ASKA), Mizofoni Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-21) ve Yale Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği (Y-BOCS) yüz yüze yapılan görüşmelerle kaydedildi.

Bulgular:
Mizofoni Şiddet Ölçeği kesme değerini (≥7) aşan 92 hasta (%44,9) mizofoni grubu (MG), 113 hasta (%55,1) mizofonik olmayan grup (MOG) olarak sınıflandırıldı. Grupların ortalama yaşları [36,5(9,3)'e karşı 36,4(9,6); p=0,927] benzerdi. Kadın cinsiyet (%92.4'e karşı %77.9; p<0.006), interiktal ve iktal fotofobi (p=0,013; p<0.001), fonofobi (p=0.001; p<0.001), osmofobi (p<0.001; p<0.001) MG'nda istatistiksel olarak yüksek bulundu. Tablo 1 MG'nda migren sıklığının, baş ağrısının etkisinin, migren ile ilişkili engelliliğin ve psikiyatrik komorbiditelerinin MOG'a kıyasla anlamlı olarak farklı olduğunu göstermektedir.

	MG N=92 Ortalama (OS)	MOG N=113 Ortalama (OS)	p
HIT-6	67.13 (6.25)	63.66 (6.16)	**<0.001**
MIDAS-A	26.13 (19.3)	20.74 (18.06)	**0.041**
MIDAS-B	7.50 (1.54)	7.07 (1.48)	**0.045**
MIDAS Total	25.47 (26.80)	15.39 (14.68)	**0.001**
Son 1 Ayda BAG	9.46 (7.24)	7.89 (6.25)	**0.005**
ASKA	6.15 (3.90)	3.53 (2.86)	**<0.001**
Numerik Analog Skala	7.50 (1.54)	7.07 (1.48)	**<0.001**
DASS-Depresyon	6.79 (5.18)	3.90 (3.73)	**0.004**
DASS-Anksiyete	6.04 (4.45)	3.48 (2.97)	**<0.001**
DASS-Stres Total	9.93 (4.61)	5.98 (3.40)	**<0.001**
Y-BOCKS Obsesyon Total Skoru	7.86 (5.05)	4.96 (4.34)	**<0.001**
Y-BOCKS Kompulsiyon Total Skoru	6.25 (4.89)	4.05 (3.98)	**<0.001**
Y-BOCKS total skoru	14.11 (9.52)	9.0 (8.00)	**<0.001**

Tablo 1. Katılımcıların migren klinik özellikleri ve Hasta Tarafından Bildirilen Sonuç Ölçümleri
N= Katılımcı sayısı, OS: Ortalama sapma, BAG: Baş ağrılı gün, p<0.05

Sonuç:
Çalışmamız migren hastalarında mizofoninin sık olarak görüldüğünü, migrenin kliniği ve komorbiditeleri ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Mizofoni migrenin komorbiditelerinden biri olabilir. Mizofoni ve migren ilişkisinin açığa çıkarılması için geniş katılımcılı çalışmalara ihtiyaç vardır.

SS - 6 MİGRENLİ OLMANIN BPPV SEMPTOMLARINA VE İYİLEŞMEYE OLAN ETKİSİ

SEDA ÇAKIR [1], ÖZLEM GEDİK SOYUYÜCE [2], ZEYNEP GENCE GÜMÜŞ [2], İBRAHİM SERTDEMİR [3], AYSENUR ŞAHİN [1], NAZIM KORKUT [4], PINAR YALINAY DİKMEN [1]

[1] *ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ ODYOLOJİ ANABİLİM DALI*
[3] *ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ BİYOİSTATİSTİK ANABİLİM DALI*
[4] *ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ KBB ANABİLİM DALI*

Amaç:
Çalışmamızdaki hipotezimiz migrenlilerin aşırı uyarılabilir (hipereksitabl) beyin yapıları nedeni ile Benign Paroksismal Pozisyonel Vertigo (BPPV) sırasında vestibüler semptomları daha şiddetli yaşayacakları, yaşam kalitelerinin daha fazla bozulacağı ve iyileşmelerinin migrenli olmayan kişilere kıyasla daha kötü olacağıdır. İkinci amacımız da BPPV sonrasındaki ilk ayda migren baş ağrısı sıklığının artıp artmadığının değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem:
Bu prospektif kohort çalışmasına toplam 128 BPPV hastası alındı. Migren grubuna (MG) ve Kontrol grubuna (KG) 64 hasta dahil edildi. Tüm katılımcılar sosyodemografik veri formunu ve hem BPPV tanısı sırasında hem 1. aydaki takiplerinde Vertigo Semptom Skalası (VSS), Vertigo Dizziness Imbalans Semptom Skalası (VDI-SS) ve Yaşam Kalitesi Skalası (VDI-YKS), Beck Anksiyete Skalası (BAS) ve Beck Depresyon Skalası (BDS) doldurdular. Migren tanısı nöroloji uzmanı tarafından konuldu. İlk görüşmede migrenin etkileri Baş Ağrısı Etki Testi (HIT-6) ve Migren Özürlülük Değerlendirme Ölçeğini (MIDAS) ile değerlendirildi. Migren hastalarının 1. ay kontrolünde baş ağrısı günlüğü teslim alındı ve tüm katılımcılar HIT- 6 ölçeğini tekrar doldurdu.

Bulgular:
MG'nin ortalama yaşı KG'den düşüktü [39.1(10.2)'e 44.6 (9.5); p=0,001]. MG ağırlıklı olarak kadınlardan (n= 55, %85,9) oluşurken, KG' de kadın cinsiyetteki hasta oranı daha az (n=36, %56,2) bulundu (p<0,001). Her iki grupta en sıklıkla posterior kanalın etkilendiği görüldü [MG'ye (n= 52, %81,2) karşı KG (n= 43, %67,1); p=0,085].VSS migrenlilerde hem başlangıçta [19.5(10.7)'a karşı 11.3(8.5); p<0.001] hem de 1. ay kontrolünde [10.9(9.3)'a karşı 2.2(2.7); p<0.001] KG'ye göre daha yüksekti. VDI- SS başlangıçta [%61,9a karşı %77,3; p<0,001] ve birinci ayda [%78,9a karşı %93,7; p<0,001] migrenlilerin KG'ye kıyasla sersemlik ve dengesizlik semptomlarını daha şiddetli yaşadığını göstermekteydi. VDI-YKS'ye göre migrenlilerin yaşam kalitesi BPPV tanısı sırasında [%77,4e karşı %91,8; p<0,001] ve birinci ayda [%86,3e karşı %97,6; p<0,001] KG'ye göre daha fazla bozulmuştu.MG'nin çoğu epizodik migren (% 81,2) sıklığında baş ağrısı yaşıyordu ve ortalama MIDAS skorunu 14,4(19,6) olarak saptandı. BPPV tanısı sırasında hastalarda alınan bilgiye göre bir ay öncesi aylık ortalama baş ağrılı gün (BAG) sayısı 5,0 (6,4) idi. BPPV tanısı sonrasında birinci aydaki baş ağrısı günlüğünde aylık ortalama BAG'nin 5,2 (6,1) olduğu görüldü. (p=0,856)

Sonuç:
Birinci aydaki kontrolde klinik skalalardaki düzelme hızı her iki grup için benzer bulundu, bu bulgu migrenlilerin tanı ve takip sırasında vestibüler semptomları daha şiddetli yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin daha fazla bozulduğu ancak migrenin BPPV'nin iyileşmesini negatif yönde etki etmediği şeklinde yorumlanmıştır. Klinisyenlerin BPPVli hastadan öykü alırken migreni sorgulamaları ve migrenli hastaların kliniklerinin daha gürültülü olabileceğini akılda tutmaları önerilir. Migren ve BPPV ilişkisini açığa çıkarmak için prospektif, geniş katılımcı sayısı olan uzun izlemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

SS - 7 KRONİK MİGRENDE BRUKSİZM VARLIĞI AĞRI FENOTİPİNİ DEĞİŞTİRİR VE KOMORBİD TIBBİ DURUMLAR DAHA SIK EŞLİK EDER

GÜLCAN GÖÇMEZ YILMAZ [1], NEVRA ÖKSÜZ [2], REZA GHOURİ [2], ASENA AYÇA ÖZDEMİR [3], AYNUR ÖZGE [2]

[1] *MERSİN ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ*
[2] *MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ*
[3] *MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIP EĞİTİMİ BÖLÜMÜ*

Amaç:
Bruksizm, istemsiz diş sıkma ve gıcırdatma ile karakterize edilen bir durumdur ve tekrarlayıcı çiğneme kas aktivitesiyle ilişkilendirilir. Bruksizme bağlı çiğneme kaslarında meydana gelen miyaljinin migren ataklarını tetikleyebileceği öne sürülmüştür. Bu çalışmanın amacı, kronik migren (KM) hastalarında bruksizm sıklığını değerlendirmek ve migren klinik özellikleri ile komorbid durumlar arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Gereç ve Yöntem:
2010-2022 yılları arasında Mersin Üniversitesine baş ağrısı şikayetiyle başvuran ve ICHD-3 kriterlerini karşılayan, veri setindeki bilgileri eksiksiz doldurulmuş toplam 824 KM'li hasta çalışmaya dahil edildi. Bruksizmi olan ve olmayan iki hasta grubu oluşturuldu ve gruplar arasında migren klinik özellikleri ile komorbid durumlar değerlendirildi. Yaş, cinsiyet, sigara içme, alkol tüketimi, duygusal stres, fiziksel aktivite, migren özellikleri (örneğin, sıklık, şiddet), ağrı lokalizasyonu, ışığa ve sese duyarlılık, baş dönmesi, koku hassasiyeti, allodini gibi ağrı tanımlayıcıları ve uyku düzensizliği, anksiyete, depresyon, fibromiyalji gibi komorbid durumlar gibi değişkenler değerlendirildi.

Bulgular:
824 KM hastasından 54 hastada (%6,5) bruksizm tespit edildi, bu hastaların 47si (%87) kadındı. KM ve bruksizm arasında yaş, cinsiyet, ağrı sıklığı ve ağrı şiddeti açısından anlamlı bir ilişki bulunmadı (sırasıyla p=0,136, 0,441, 0,064, 0,212). Bruksizmi olan KM hastalarında bilateral ağrı, ışığa duyarlılık ve baş dönmesi daha yaygın olarak saptandı (sırasıyla p=0,002, 0,008, 0,046). Duygusal stres, fiziksel aktivite, uyku düzensizliği, anksiyete, depresyon ve fibromiyalji ile bruksizm arasında pozitif ilişkiler gözlendi (sırasıyla p=0,007, <0,001, <0,001, 0,007, <0,001, 0,002).

Sonuç:
Çalışmamıza göre bruksizm, duygusal stres, uyku düzensizliği, anksiyete, depresyon ve fibromiyalji gibi psikiyatrik komorbid durumların sık görüldüğü KM hastalarında daha yaygın olarak bulunmaktadır. Bruksizm varlığı kronik migrende ağrı fenotipini değiştirebilen, nörobiyolojik belirteçlerinin incelenmesini gerektiren ipuçları barındırır.

SS - 8 KAHRAMANMARAŞ MERKEZLİ DEPREMLER SONRASI BAŞAĞRISI TANILI HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

OMAR ALNAQEEB , BAŞAK ELÇİN ATEŞ , TURGAY DEMİR , ŞEBNEM BIÇAKÇI

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Amaç:
Ülkemizin tarihindeki en büyük felaketlerden biri olan 6 Şubat depremleri, Adana ili dahil olmak üzere tüm bölgeyi ciddi şekilde etkilemiştir. Bu doğal afet nedeniyle 21 Şubatta hastane tahliye edilmiştir. Güçlendirme çalışmalarının planlandığı süreçte sınırlı imkanlarla önce ek binada tek odada ve daha sonra konteynerlerde poliklinik hizmeti sunularak hasta takipleri sürdürülmüştür.

Gereç ve Yöntem:
Bu ön çalışmada, deprem öncesinde polikliniğe baş ağrısı nedeniyle başvuran hastaların deprem sonrasındaki durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Hazırlanan anket formunda demografik veriler, baş ağrılarının tanı ve özellikleri, ek hastalıkları, deprem sonrası baş ağrılarında artış, ağrı kesici kullanımı, hastaneye başvuru, doktora başvuru, maddi ve manevi kayıpları, uyku bozuklukları ve uykuda baş ağrısı sorgulanmıştır.

Bulgular:
Çalışma planlandıktan sonra birinci aşamada 750 hastaya ulaşılmıştır. Migren ve gerilim tipi baş ağrısı en sık tanı olarak gözlenmiştir. Bu hastaların 55inde yeni gelişen veya artan baş ağrıları saptanmıştır (%7.33) (32si kadın ve 23ü erkek). Deprem sonrası, 55 hastadan 25inde baş ağrısı sıklığında ciddi artış gözlenmiştir. 17sinde deprem sonrası ciddi ekonomik kayıpların varlığı dikkati çekmiştir. 55 hastadan 32sinde uyku bozukluğu (insomni), 21inde uykuda baş ağrılarının olduğu belirlenmiştir.

Sonuç:
Bu veriler, deprem gibi çok boyutlu bir stres faktörünün baş ağrıları üzerine etkilerini ortaya koymak, hastaların ihtiyaçlarını daha iyi anlama ve karşılama amacıyla önemli bir gözlem olarak değerlendirilmiştir. Ancak, veri sayısının beklenenden az olması muhtemelen hastaların güncel kaygılarının hedef değiştirmesi ile ilişkili olabilir düşünülmektedir.

SS - 9 YENİ BİR NÖROPEPTİT ADROPİN VE MİGREN İLİŞKİSİ

FATMA EBRU ALGUL [1], HATİCE TOSUN KAYA [2]

[1] *İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *ESKİŞEHİR ŞEHİR HASTANESİ*

Amaç:
Migren toplumda çok yaygın olarak izlenen, şiddetli başağrısı atakları ile karakterize, çeşitli otonomik ve nörolojik semptomların eşlik ettiği nörovasküler bir bozukluktur. Nitrik oksit (NO) migren başağrısı ile en çok ilişki kurulan moleküllerden biridir. Adropin posttranskripsiyonel stimülasyon ile endotelyal nitrik oksit sentazı (eNOS) expresyonunu modüle eden yeni bir nöropeptitdir. Biz de bu çalışma ile fizyopatolojisinde NO'un rol oynadığı bilinen migren ile serum adropin seviyeleri arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını araştırmak istedik.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmamız Haziran 2021- Kasım 2021 tarihleri arasında, 6 ay süreli prospektif bir çalışma olarak dizayn edilmiştir. Migren tanılı 54 hasta ile 35 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edilmiştir. Hasta ve kontrollerin serum adropin, high-density lipoprotein (HDL), low-density lipoprotein (LDL), kolesterol, trigliserid düzeyleri ile vücut kitle indeksleri (VKI) karşılaştırılmıştır. Aynı zamanda migren hastalık süresi ve ağrı sıklığı ve ağrı süresi ve adropin seviyeleri arasındaki ilişki analiz edilmiştir.

Bulgular:
Hasta ve kontrol grup arasında serum adropin, kolesterol, HDL-C, LDL-C, trigliserid ve VKI değerleri arasında anlamlı bir farklılık izlenmemiştir ($p>0,05$). Migren hastalık süresi, aylık ağrı sıklığı ve ağrı süresi ile serum adropin seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Sonuç:
Bu çalışma bildiğimiz kadarı ile serum adropin seviyeleri ve migren ile ilgili yapılmış ilk çalışmadır. Migrenin patofizyolojisinde adropinin rol oynayıp oynamadığına karar vermek için bir çalışma yeterli olmayacaktır. İleride yapılacak daha geniş populasyonlu çalışmalar bu konu ile ilgili ayrıntılı bilgiler sağlayacaktır.

SS - 10 MİGREN VE GASDERMİN D: MİGRENİN İNFLAMATUVAR TEMELİNDE YENİ BİR PERSPEKTİF

RUHSEN ÖCAL [1], OSMAN ÇAĞIN BULDUKOĞLU [2], MERVE GÜRSOY HASOĞLAN [1], MELTEM KORUCUK [1], YEŞİM ÇEKİN [3], SERKAN ÖCAL [1]

[1] ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GASTROENTEROLOJİ KLİNİĞİ
[3] ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, MİKROBİYOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
Migren patogenezi oldukça karmaşık olup, genetik, anatomik, fizyolojik ve farmakolojik mekanizmaların rol oynadığı ileri sürülmüştür. Migrenin patogenezinde steril bir inflamasyon olduğu kanıtlanmıştır. Gasdermin D bir por proteinidir ve hücre içi bileşenlerin hücre dışına sızmasına neden olarak inflamasyonda rol oynamaktadır (1, 2). Bugüne kadar bazı nörolojik hastalıklarda deneysel olarak çalışılmış fakat klinik çalışma kısıtlı sayıda yapılmıştır. Migrenli olgularda deneysel ve klinik çalışması yapılmamış olup, çalışmamız pilot çalışmadır. Bu çalışmanın amacı migren ve migren ilişkili semptomlar ile Gasdermin D'nin potansiyel ilişkisinin rolünü araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışma için Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurulunda (2022/276) onay alındı. Çalışmamıza prospektif olarak, yaş ve cinsiyet uyumlu 47 migren hastası ve 47 sağlıklı kontrol grubu dahil edildi. Migren tanısı ICHD-3rd tanı kriterlerine göre konuldu. Hastaların demografik ve klinik özellikleri kayıt edildi. Hastalar auralı ve aurasız migren olarak iki gruba ayrıldı. Çalışmaya katılmayı kabul eden migren hastalardan akut ağrıda ve ağrısız dönemde kan alındı. Serum Gasdermin D seviyeleri immun assay kitleri ile çalışıldı ve sonuçlar ng/ml olarak verildi. Atak ve ataksız dönem hastaların klinik özellikleri ve Gadermin D düzeyleri sağlıklı kontroller ile kıyaslandı.

Bulgular:
Migren hastalarının atak ve ataksız dönemleri ile sağlıklı kontroller kıyaslanınca median Gasdermin D düzeyleri arasında anlamlı fark yoktu. Migrenli olgularda bulantı ve ağrı şiddeti ile Gasdermin D düzeyi arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptandı.

Sonuç:
Bulantı ve ağrı şiddeti ile olan anlamlı ilişki bize Gasdermin D'nin steril inflamasyonun şiddeti ile ilişkili olabileceğini düşündürdü. Migren hastalığında Gasdermin D'nin rolü ispatlanabilir ise, tedavide yeni seçeneklere ışık tutacak bir por protein olduğunu düşünüyoruz.

SS - 11 "MEKANİK TROMBEKTOMİ YAPILAN ÖN SİSTEM İNMELERİNDE ANESTEZİ SEÇİMİ İLE İYİ KLİNİK SONLANIM VE MORTALİTE ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ''

DİDEM DARICI [1], AHMET BUĞRUL [2], GÜRSAN GÜNEŞ UYGUN [3], HASAN HÜSEYİN KARADELİ [1]

[1] GÖZTEPE PROF DR SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ
[2] ADIYAMAN BESNİ DEVLET HASTANESİ
[3] HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Bu çalışma Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi , İnme Merkezinde 01.01.2021- 31.12.2022 tarihleri arasında büyük damar okluzyon kliniği ile gelen ve mekanik trombektomi yapılan akut ön dolaşım inmelerinde işlem sırasında tercih edilen anestezi seçimi (bilinçli sedasyon – genel anestezi) ile hastaların üçüncü ay klinik sonlanım ve mortaliteleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Göztepe İnme Merkezinde 01.01.2021-31.12.2022 yılları arasında mekanik trombektomi yapılan ön dolaşım akut inme hastalarının dosyaları retrospektif olarak hastaların demografik verileri , semptom-kapı, kapı-kasık, kasık rekanalizasyon süreleri, etkilenen vaskuler alan , işlem sırasında uygulanan anestezi tipi, rekanalizasyon derecesi, işlem komplikasyon varlığı , başvuru, 1. gün, taburculuk inme şiddet skoru, bazal ve 3. ay klinik sonlanım ölçeği , yatış komplikasyonu varlığı , 3 ay içerisinde ölüm varlığı dosya bilgilerinden taranmıştır. İnme ağırlığını değerlendirmek için "National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)" skalası, endovasküler tedavi öncesi hastaların beyin tomografisini değerlendirmek için "The Alberta Stroke Programme Early CT Score" (ASPECT) **,** rekanalizasyon derecesi için The Trombolysis Cerebral İnfarction (TICI) skoru ve 3. ay klinik sonlanım ölçeği olarak da "modifiye Rankin Skalası (mRS)" kullanılmıştır.

Bulgular:
Çalışmaya 289 hasta dahil edildi. Hastaların 242 sine (% 84) bilinçli sedasyon , 47 sine (%16) genel anestezi uygulanmıştır. Yaş , cinsiyet , vaskuler risk faktörleri gibi demografik veriler açısından iki anestezi grubu arasında istatistiksel acıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bilinçli sedasyon grubunda kapı-iğne ve kasık-rekanalizasyon süreleri genel anestezi grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha kısa bulunmuştur (sırasıyla p:0,02, p:0,028)). Internal karotid okluzyonlarında (ICAO), MCA M1 ve M2 okluzyon gruplarına göre genel anestezi tercihi bilinçli sedasyona göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p:0,07). Başarılı rekanalizasyon oranı (TICI2b-3) bilinçli sedasyon grubunda genel anestezi grubuna göre istatistiksel acıdan anlamlı olarak daha yüksek izlenmiştir (p<0.001) . İki grup inme şiddet skorları karşılaştırıldığında başvuru, 1. gün ve taburculuk NHISS genel anestezi grubunda bilinçli sedasyon grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek izlenmiştir(p<0.001). İnme etyolojileri karşılaştırıldığında intrakranyal ateroskleroz grubunda diğer gruplara göre genel anestezi bilinçli sedasyona göre istatistiksel acıdan anlamlı olarak daha yüsek bulunmuştur(p:0.03). Yatış komplikasyon oranı genel anestezi grubunda bilinçli sedasyona göre istatistiksel acıdan anlamlı olarak daha yüsek bulunmuştur (p<0.001). 3. Ay mRS bilinçli sedasyon grubunda ıgenel anestezi grubuna göre istatistiksel acıdan anlamlı olarak daha düşük izlenmiştir (p<0.001). 3. ay mortalite genel anestezi grubunda bilinçli sedasyon grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek izlenmiştir (p<0.001) . Hastaneye başvuru NHISS yüksekliği , bazal mRS in 2-3 olması ve intrakranyal aterosklerozis varlığı genel anestezi grubu için , hipertansiyon varlığı bilinçli sedasyon seçimi adına bağımsız prediktör belirteçler olarak saptanmıştır.

Sonuç:
Çalışmamızda hastaların % 84 üne bilinçli sedasyon uygulanmıştır. Son zamanlarda yayınlanan çalışmalara benzer şekilde anestezi ekibi ile iyi yönetilen bilinçli sedasyon uygulaması bizim inme merkezimizin de daha çok tercih ettiği yöntem olmuştur. Bilinçli sedasyon alan hastaların kapı kasık, kasık rekanalizasyon süreleri daha kısa , rekanalalizasyon oranları daha yüksek izlenmiştir. Tandem okluzyonlar ve intraakranyal aterosklerotik okluzyonlara daha cok genel anestezi uygulanmış , bu okluzyonların MCA M1 ve M2 okluzyonlara göre rekanalızasyon oranları daha düşük izlenmiştir. Basvuru NHISS anestezi tercihini belirleyen bağımsız prediktör olarak saptanmıştır. Yüksek inme şiddeti ile hastaneye başvuran hastaların hastane yatış komplikasyon oranları , 3. ay mRS ve mortalite oranları daha yüksek izlenmiştir. Literatürde anestezi seçimi ile ilgili sayılı randomize

kontrollü çalışma mevcuttur ve bu çalışmalarda anestezi seçiminin fonksiyonel sonlanım ve mortalite üzerine etkisi istatistiksel acıdan farklı bulunmamış ve hatta bir çalışmada genel anestezi grubunda 3. Ay mRS daha iyi gözlenmiştir.

Bizim çalışmamızda bilinçli sedasyon grubunun fonksiyonel sonlamını daha iyi ve mortalite oranları daha düşük izlenmiştir. Bu. süreçte acile başvurudaki inme şiddet skorunun önemli olduğu , ağır klinik ile başvuran hastaların işlem sürelerinin uzun , rekanalizasyon oranlarının daha düşük , yatış komplikasyonlarının ve mortalitelerinin daha yüksek olduğunu gözlemledik. Anestezi tercihinin hastanın acile başvuru kliniği , etkilenen vaskuler alan, merkezdeki anestezi ekibinin tecrübesi ile birlikte belirlenmesi ve bu konu ile ilgili daha cok randomize çalışmanın yapılması gerekmektedir.

SS - 12 NÖROLOJİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE TAKİP EDİLEN, MEKANİK TROMBEKTOMİ UYGULANAN AKUT İNME HASTALARININ YOĞUN BAKIM TAKİP SÜRECİ VE FONKSİYONEL SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

FERGANE MEMMEDOVA [1], ÖZLEM AYKAÇ [2], ZEHRA UYUSAL KOCABAŞ [2], ATİLA ÖZCAN ÖZDEMİR [2]

[1] HATAY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
[2] ESKIŞEHIR OSMANGAZI ÜNİVERSITESİ

Amaç:
İskemik inme, tüm dünyada dizabilitenin önde gelen nedenlerinden biri ve en yaygın ikinci ölüm nedenidir. Hastalık, son derece yüksek sağlık bakım maliyetleriyle birlikte hastanın yaşam kalitesi üzerinde yıkıcı bir etkiye sahiptir ve çok önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Bu çalışmada, Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesine (YBÜ) kabul edilen akut iskemik inme hastalarında endovasküler tedavinin (EVT) sonuçlarını incelemeyi, yoğun bakım taburculuğunda ve takip eden 3 ay sonunda mortalite ve dizabilite düzeyine etki eden faktörleri belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
Çalışma retrospektif olarak tasarlandı. Ocak 2016-Haziran 2022 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İnme Merkezine başvuran inme hastalarının verileri merkezin EVT datasından geriye dönük incelendi. Nöroloji YBÜ'ye kabul edilen, mekanik trombektomi uygulanan tüm akut iskemik inme hastaları çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, eşlik eden hastalıkları, kullandığı ilaçlar, başvuru anındaki NIHSS, radyolojik görüntüleme sonuçları, YBÜ yatış ve tedavi süreci, EVT sonrası kanama ve bu kanamanın oluşma süresi, inme etiyolojisi, taburculuk ve 3 ay sonundaki fonksiyonel klinik sonlanımları (modifiye Rankin Skalası) değerlendirildi. Hastanede kalış süresi, hastane içi mortalite ve dizabilite düzeyine etki eden faktörler incelendi. *İstatistiksel Yöntem;* veriler IBM SPSS V23 ile analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk çarpıklık- basıklık (±1) katsayıları ile incelendi. Bağımlı değişkene LN(X) dönüşümü uygulandı. Yoğun bakımda yatış sürelerine etki eden bağımsız değişkenler Lineer Regresyon Analizi incelendi ve regresyon modelinde yöntem olarak enter metodu kullanıldı. Önem düzeyi $p<0,050$ olarak alındı.

Bulgular:
Çalışmaya toplam 475 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 63,76 idi. Hastaların %51,6'sını erkekler oluşturmaktaydı. Özgeçmişe bakıldığında; hipertansiyon %54,9, DM %23,6, KAH %30,9, atrial fibrilasyon %40,4, geçirilmiş inmesi oranları %16,6'ydı. Daha önce antiagregan kullanımı %30,1, antikoagülan kullanım ise %15'ti. Acile geliş NIHSS ortalaması ise 16,18 olarak hesaplandı. ASPECT skoru ortalaması 8,75'ti. Hastaların tamamında ön sistem oklüzyonu %90,5 iken arka sistem oklüzyonu %9,5 olarak saptandı. Başarılı rekanalizasyon oranı %61,1'di. İşlem sonrası rekanalizasyon skalası (mTICI) en yüksek oranda mTICI2c izlendi (%32,4). İşlem sırasında intraarterial tPA uygulanan hastaların oranı %15,6, intrakraniyal anjiyoplasti olanların oranı %6,5, kalıcı intrakraniyal stent takılanların oranı ise %4,2 idi. İnme etiyolojilerine bakıldığında en yüksek oranda %64,2 ile kardiyoembolik inme izlendi. İşlem sonrası komplikasyonlara bakıldığında ilk 24 saatte BT'de kanama olanların oranı %25,3'tü. Kanamanın oluşturduğu klinik kötüleşme %22,4 olarak saptandı. EVT sonrası BT'de kanama tiplerinden en yüksek oranda (%28,9) Tip1 hematom görüldü. EVT sırasında damar rüptürü oranı %1,1, diseksiyon oranı %6,1, EVT sonrası reoklüzyon oranı ise %6,5 idi. EVT sonrası dekompresyon %9,9 hastada görüldü. Hastaların YBÜ yatış süresi(gün) ortalaması 6,31, hastanede total kalış süresi ortalaması ise 13,11 olarak elde edildi. İnvaziv mekanik ventilasyonda (entübe) takip edilenlerin oranı %27,8, entübe takip gün ortalaması 9,13 idi. Trakeostomi açılanların oranı %5,5 idi. Hastane içi mortalite oranı %20 iken, mortalite nedenlerine bakıldığında en yüksek oranda (%49,5) intrakraniyal kanama veya genişlemiş enfarkt alan görüldü. YBÜ de yatış süreci uzayanların oranı %7,2 olarak bulundu(Tablo1). Üçüncü ay mRS'lere bakıldığında en yüksek oranda (%29,9) mRS 0, bunu takiben ise(%23,8) mRS 6 görüldü (Resim1). Üçüncü ay iyi klinik sonlanım olanların oranı %49,3 iken kötü klinik sonlanım olanların oranı %50,3 idi.
Yoğun bakımda yatış sürelerine etki eden bağımsız değişkenler Lineer Regresyon Analizi ile incelendi ve model istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($F=5,648$; $p<0,001$). Oluşturulan regresyon modelinde yöntem olarak enter metodu kullanıldı ve bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenin %60,1'lik kısmı açıklandı (Tablo 2). MRS 5 olanların yoğun bakımda yatış sürelerinin mRS 0 olanlara göre 0,948 birim daha yüksek olduğu tespit edildi($p=0,002$). Hipertansiyonu olanların yoğun bakımda yatış sürelerinin olmayanlara göre 0,296 birim daha

yüksek olduğu tespit edildi (p=0,045). Koroner arter hastalığı olanların yoğun bakımda yatış sürelerinin olmayanlara göre 0,332 birim daha düşük olduğu görüldü (p=0,036). Trakeostomi uygulanan hastaların yoğun bakımda yatış sürelerinin olmayanlara göre 1,790 birim daha yüksek olduğu tespit edildi (p=0,005). Kontrastlı ASPECT skorunun bir birim artmasının yoğun bakımda yatış süresinde 0,150 birimlik azalış meydana getirdiği gözlendi(p=0,008). Diğer değişkenlerin yoğun bakımda yatış süreleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmadı(p>0,050).

Sonuç:

Literatürden çalışmalara bakıldığında çalışmamızda da olduğu gibi EVT uygulanan hastalarda YBÜ yatış sürecinin kısaldığını gözlemledik. İyi klinik sonlanım oranının, çalışmamızla benzer olarak, 1 yıl sonunda %50 olduğu gösterilmiştir (1). Çalışmamızda üç aylık iyi klinik sonlanım oranı %49 saptanmıştır. Literatürden çalışmalarda YBÜ de ölümlerin oranı %13 gösterilmişken çalışmamızda bu oran %20 saptanmıştır. Çalışmamızda da olduğu gibi mortaliteyi etkileyen faktörlerden en önemlisi semptomatik kanamalar ve hidrosefalidir. EVT sayesinde hastaların yarısı inmeden 3 ay sonra fonksiyonel bağımsızdır. EVT uygulaması yapılmayan YBÜ de takip edilen hastaların YBÜ maliyetini artırdığı ve kötü klinik sonlanıma neden olduğunu vurgulayan çalışmalar mevcuttur (2). Sonuç olarak, mekanik trombektominin YBÜ de kalış sürecini anlamlı şekilde azalttığını gözlemledik. Başarılı rekanalizasyon oranının %61 saptandığı çalışmamızda 3.ay mRS sonuçlarına bakıldığında mRS 0 olanların oranı yüksek saptansa da iyi klinik sonlanımla kötü klinik sonlanım arasında istatiksel olarak anlamlı sonuca rastlanmamıştır. EVT hastalarının işlem başarısından bağımsız olarak ilk 24 saatte BT de kanama oranı %25 civarında bulunmuştur. Bu kanamaların büyük çoğunluğunda klinik progresyon izlenmiştir. Hastane içi mortalite %20 oranında saptanmıştır. Mortalite nedenlerini büyük oranda intrakraniyal kanama veya erken süreçte oluşan enfarkt alanında genişlemeler oluşturmaktadır.

KAYNAKLAR

1. L. Vina˜ Soria et al. Results and functional outcomes of acute ischemic stroke patients who underwent mechanical thrombectomy admitted to intensive care unit. Med Intensiva. 2018;42(5):274-282. www.elsevier.es/medintensiva.

2. Kortelainen S. et al. Acute ischemic stroke in a university hospital intensive care unit: 1-year costs and outcome. Acta Anaesthesiol Scand. 2022; 66:516–525. doi: 10.1111/aas.14037.

Tablo 2: Yoğun bakımda yatış (gün) süresine etki eden faktörlerin Lineer Regresyon Analizi ile incelenmesi

	β_0 (%95 CI)	S. Hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Yaş	-0,006 (-0,017 - 0,005)	0,005	-0,090	-1,120	0,266	0,077	-0,116	2,180
Cinsiyet (Kadın)			Referans					
Erkek	0,079 (-0,182 - 0,341)	0,132	0,044	0,602	0,549	-0,056	0,063	1,850
Hipertansiyon (Hayır)			Referans					
Evet	0,296 (0,007 - 0,586)	0,146	0,165	2,032	**0,045**	0,181	0,207	2,237
Diabet Mellitus (Hayır)			Referans					
Evet	-0,039 (-0,355 - 0,277)	0,159	-0,018	-0,245	0,807	0,143	-0,025	1,841
Koroner Arter Hastalığı (Hayır)			Referans					
Evet	-0,332 (-0,64 - -0,023)	0,155	-0,169	-2,133	**0,036**	-0,028	-0,217	2,130
Atrial Fibrilasyon (Hayır)			Referans					
Evet	0,049 (-0,191 - 0,289)	0,121	0,027	0,406	0,686	0,019	0,042	1,524
Geçirilmiş İnme (Hayır)			Referans					
Evet	0,019 (-0,334 - 0,371)	0,177	0,007	0,105	0,916	-0,088	0,011	1,602
Obezite (Hayır)			Referans					
Evet	-0,168 (-0,537 - 0,201)	0,186	-0,063	-0,903	0,369	0,049	-0,094	1,682
Aktif Sigara Kullanımı (Hayır)			Referans					
Evet	0,037 (-0,243 - 0,316)	0,141	0,018	0,26	0,795	-0,023	0,027	1,635
Antiagregan Kullanımı (Hayır)			Referans					
Evet	0,02 (-0,248 - 0,288)	0,135	0,011	0,150	0,881	-0,036	0,016	1,800
Antikoagülan Kullanımı (Hayır)			Referans					
Evet	0,027 (-0,889 - 0,943)	0,461	0,004	0,058	0,954	0,057	0,006	1,941
Acile Geliş NIHSS	0,018 (-0,011 - 0,047)	0,015	0,094	1,236	0,220	0,359	0,128	1,957
Kontrastlı ASPECT Skoru	-0,150 (-0,259 - -0,041)	0,055	-0,260	-2,726	**0,008**	-0,302	-0,273	3,088
Oklüzyon lokalizasyonu (Ön Sistem)			Referans					
Arka Sistem	0,037 (-0,576 - 0,65)	0,309	0,009	0,120	0,905	0,156	0,013	1,970
Rekanalizasyon Düzeyi (Başarısız İşlem)			Referans					
Başarılı Rekanalizasyon	-0,225 (-0,535 - 0,084)	0,156	-0,108	-1,447	0,151	-0,199	-0,149	1,890
First Pass Rekanalizasyon (Hayır)			Referans					
Evet	-0,249 (-0,671 - 0,172)	0,212	-0,139	-1,175	0,243	-0,105	-0,122	4,797
İlk 45 dk' da Rekanalize Olan Hastalar (Hayır)			Referans					
Evet	0,437 (0,033 - 0,842)	0,204	0,244	2,148	**0,034**	0,079	0,219	4,375
İntra- arterial tPA Uygulanması (Hayır)			Referans					
Evet	0,234 (-0,107 - 0,575)	0,172	0,101	1,363	0,176	0,269	0,141	1,874
Kalıcı Intrakraniyal Stent (Hayır)			Referans					
Evet	-0,25 (-1,146 - 0,646)	0,451	-0,047	-0,555	0,580	-0,013	-0,058	2,458
EVT Sonrası ilk 24 saatte BT' de kanama var mı? (Hayır)			Referans					
Evet	0,067 (-0,252 - 0,386)	0,161	0,029	0,418	0,677	0,138	0,044	1,690
EVT Sonrası Distal Emboli (Hayır)			Referans					
Evet	-0,114 (-0,363 - 0,136)	0,126	-0,062	-0,905	0,368	-0,045	-0,094	1,614
EVT Sırasında Damar Rüptürü (Hayır)			Referans					
Evet	-0,207 (-1,918 - 1,503)	0,861	-0,020	-0,241	0,810	-0,042	-0,025	2,291
EVT Sırasında Diseksiyon (Hayır)			Referans					
Evet	0,07 (-0,495 - 0,634)	0,284	0,016	0,245	0,807	0,022	0,026	1,442
EVT Sonrası Reoklüzyon (Hayır)			Referans					
Evet	0,28 (-0,447 - 1,006)	0,366	0,059	0,765	0,446	0,182	0,080	2,005
EVT Sonrası Vazospazım (Hayır)			Referans					
Evet	-0,125 (-0,357 - 0,107)	0,117	-0,068	-1,072	0,287	-0,151	-0,111	1,359
EVT Sonrası Dekompresyon (Hayır)			Referans					
Evet	0,568 (-0,108 - 1,244)	0,340	0,140	1,670	0,098	0,320	0,172	2,391
İnvaziv Mekanik Ventilasyon (Entübasyon) (Hayır)			Referans					
Evet	0,557 (-0,195 - 1,309)	0,379	0,237	1,472	0,145	0,528	0,152	8,823
Trakeostomi (Hayır)			Referans					
Evet	1,790 (0,566 - 3,014)	0,616	0,337	2,904	**0,005**	0,563	0,290	4,587
Hastane içi Mortalite (Hayır)			Referans					
Evet	-0,552 (-1,382 - 0,278)	0,418	-0,208	-1,320	0,190	-0,302	-0,136	8,492
Uzamış YBÜ Süreci (Hayır)			Referans					
Evet	0,406 (-0,714 - 1,525)	0,564	0,093	0,720	0,473	0,558	0,075	5,670

F=5,648, p<0,001, R^2=%73, Düzeltilmiş R^2=%60,1, β^0: Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β^1: Standartlaştırılmış beta katsayısı, r^1: Zero-order korelasyon, r^2: Partial korelasyon

Tablo 1. Değişkenlere ait frekans dağılımları ve tanımlayıcı istatistikler

		Frekans	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	230	48,4
	Erkek	245	51,6
Hipertansiyon (Var)		261	54,9
Diyabet Mellitus (Var)		112	23,6
Koroner Arter Hastalığı (Var)		147	30,9
Atrial Fibrilasyon (Var)		192	40,4
Geçirilmiş İnme (Var)		79	16,6
Obezite (Var)		77	16,2
Aktif Sigara Kullanımı (Var)		113	23,8
Bilinen Aktif Kanser (Var)		15	3,2
Daha Önce Antiagregan Kullanımı (Var)		143	30,1
Antikoagülan Kullanımı (Var)		71	15
EVT Öncesi IV tPA Uygulanması (Var)		198	41,7
Hiperdens Arter Bulgusu (Var)		302	64,5
Hiperdens Arterin Lokalizasyonu	MCA DOT	18	5,9
	DİSTAL İKA	23	7,6
	BAZİLLER	27	8,9
	PCA	1	0,3
	ACA	2	0,7
	IKA + MCA + ACA	7	2,3
Oklüzyonlar	Ön Sistem	430	90,5
	Arka Sistem	45	9,5
Ön Sistem Oklüzyonların Lokalizasyonu	TANDEM (PROKS İKA-MCA)	74	17,2
	T OKLÜZYONU	57	13,3
	L OKLÜZYONU	16	3,7
	LSA ÖNCESİ MCA PROKSİMAL	165	38,4
	LSA SONRASI MCA PROKSİMAL	65	15,1
	MCA M2	35	8,1
	MCA M3-M4	4	0,9
	ACA	5	1,2
	ACA-MCA	7	1,6
	CCA	2	0,5
Arka Sistem Oklüzyonların Lokalizasyonları	Proksimal Baziller	12	26,7
	Baziller Mid Segment	14	31,1
	Baziller Tepe	9	20
	Vertebral ve Baziller Oklüzyon	7	15,6
	PCA	3	6,7
Rekanalizasyon	Başarısız İşlem	185	38,9
	Başarılı Rekanalizasyon	290	61,1
İşlem Sonrası Rekanalizasyon Skalası (mTICI)	mTICI 0	18	3,8
	mTICI1	4	0,8
	mTICI2a	60	12,6
	mTICI2b	102	21,5
	mTICI2c	154	32,4
	mTICI3	137	28,8

Tablo 1. Değişkenlere ait frekans dağılımları ve tanımlayıcı istatistikler (devam)

		Frekans	Yüzde
İlk 45 dk'da Rekanalize Olan Hastalar			
Evet		223	46,9
EVT Sonrası ilk 24 Saatte Bt de Kanama Var Mı?			
Hayır		355	74,7
Evet		120	25,3
EVT Sonrası Kanama Klinik Progresyon Yaptı Mı?			
Evet		36	22,4
EVT Sonrası BT de Kanama Tipi	Tip1 Peteşial	34	28,1
	Tip2 Peteşial	14	11,6
	Tip 1 Hematom	35	28,9
	Tip2 Hematom	19	15,7
	Subaraknoid Kanama	17	14
	Uzak Hematom İnfarkt ile İlgili Olmayan	2	1,7
İnme Etyolojisi	Ekstrakranial Aterosklerotik Hastalık	48	10,1
	İntrakranial Aterosklerotik Hastalık	41	8,6
	Kardiyoembolizm	305	64,2
	Ekstrakranial Diseksiyon	9	1,9
	İntrakranial Diseksiyon	2	0,4
	Diğer Nedenler	22	4,6
	Nedeni Belirlenemeyen	48	10,1
İnvaziv Mekanik Ventilasyon (Entübasyon)	Yok	343	72,2
	Var	132	27,8
Trakeostomi	Yok	449	94,5
	Var	26	5,5
Hastane içi Mortalite	Yok	380	80
	Var	95	20
Hastane İçi Mortalite Nedeni	Serebral Kanama & Tekrarlayan İskemik İnme	47	49,5
	Septisemi&Pnömoni	24	25,3
	Multipl Organ Yetmezliği	15	15,8
	COVID19	3	3,2
	Kalp Kaynaklı Ölüm	5	5,3
	Akut Pankreatit	1	1,1
Uzayan YBÜ Süreci (Var)		34	7,2

SS - 13 BAŞARISIZ MEKANİK TROMBEKTOMİ NEDENLERİ: TEK MERKEZ DENEYİMİMİZ

HASAN DOĞAN , ÇETİN KÜRŞAD AKPINAR

SAMSUN ÜNİVERSİTESİ SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
Bazı çalışmalarda başarısız mekanik trombektomi oranı %20'lere kadar yükselebilmektedir (1,2). Tecrübeli nörogirişimsel hekim sayısının artması ve cihaz teknolojisindeki gelişmelere rağmen başarısız trombektomi vakalarıyla karşılaşmaktayız. Buna neden olabilecek nedenler arasında trombüs yükü-trombüs uzunluğu, trombüs içeriği, arkus aorta tipi, elonge arkus, bovin tipi arkus, supraaortik damar tortiyozitesi (king, loop…), tortiyoz damar sıklığının fazla olması (CCA, ICA, MCA), damar darlık derecesinin %70'den fazla olması ve tıkalı damar nedeninin altta yatan diseksiyon ya da ateroskleroza bağlı olması yer alır (3-9).
Bu çalışma da amacımız, büyük damar oklüzyonu olan olgularda başarısız mekanik trombektomi nedenlerini araştırmaktır

Gereç ve Yöntem:
2017 Şubat ve 2022 Temmuz tarihleri arasında mekanik trombektomi uygulanan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Başarısız mekanik trombektomi hastalarını; tıkalı damara ulaşamama (başarısız femoral sheat yerleşimi, başarısız guiding katater yerleşimi) ve tıkalı damara ulaşıp oklüzyonun mikrotel ile geçilememesi veya farklı mekanik trombektomi tekniklerine rağmen trombüsün çıkarılamaması olarak gruplandırılmıştır.

Bulgular:

	Hasta sayısı	Başarısız trombektomi	Tıkalı damara ulaşamama	Tıkalı damarın mikrotel ile geçilememesi	Trombüs çıkarılamayıp damarın tıkalı kalması
2017	32	%15,6 (n=5)	4	-	1
2018	93	%11.8 (n=11)	9	-	2
2019	145	%10.3 (n=15)	12	-	3
2020	190	%6,8 (n=13)	10	1 (diseksiyon)	3
2021	220	%9 (n=20)	15	1 (aterosklerotik lezyon)	5
2022	162	%6,7 (n=11)	8	-	3
Toplam hasta sayısı	842	%8,9 (n=75)			

Sonuç:
648 ardışık inme hastasının dahil edildiği bir çalışma da mekanik trombektomi 72 (%11,1) hasta da başarısız olmuştur. Bu hastaların %20'sinde tıkalı damara ulaşılamamış, diğer %20'sinde ise trombüs geçilememiştir (10). Diğer bir çalışma da 592 hastanın 63ünde (%10,6) trombektomi başarısız olmuş, bunun nedeni olarakta diğer çalışmadaki gibi benzer oranlarda zor anatomik erişim ve dirençli oklüzyonlar sorumlu tutulmuştur (5). Charlotte S ve arkadaşlarının çalışmasında başarısız mekanik trombektomi oranı %13.8 (30/218 patients) olarak bildirilmiştir (8). İyi klinik sonlanım başarılı trombektomi sonrası %50'lere kadar yükselmesine rağmen başarısız trombektomi de bu oran %20'lere kadar düşmektedir. Aynı hasta grubunda mortalite %30-40 lara kadar yükselebilmektedir (12-14).
Sonuç: Femoral/iliak arter patolojisi olanlarda radiyal/brakiyal/karotid arter alternatif olarak akılda bulundurulmalıdır. Malzeme çeşitliliğinin fazla olması guiding katater yerleşimi için avantaj sağlayabilir. Trombüs çıkarılamayan olgularda farklı tekniklere pass sayısı artırmadan geçilmelidir. Yine bu olgularda balon anjiyoplasti ve/veya stentleme düşünülmelidir.
Kaynaklar:
1. Zaidat OO, Yoo AJ, Khatri P, et al. Cerebral Angiographic Revascularization Grading (CARG) Collaborators, STIR Revascularization working group, STIR Thrombolysis in Cerebral Infarction (TICI) Task Force (2013) Recommendations on angiographic revascularization grading standards for acute is- chemic stroke: a consensus statement. Stroke 44:2650–2663.
2. Kim GE, Yoon W, Kim SK et al (2016) Incidence and clinical significance of acute Reocclusion after emergent angioplasty or stenting for underlying intracranial stenosis in patients with acute stroke. AJNR Am J Neuroradiol 37:1690–1695. https://doi.org/10. 3174/ajnr.A4770

3. Abdalla RN, Cantrell DR, Shaibani A, Hurley MC, Jahromi BS, Potts MB, et al. Refractory stroke thrombectomy: prevalence, etiology, and adjunctive treatment in a north american cohort. Am J Neuroradiol. (2021) 42:1258–63. doi: 10.3174/ajnr.A7124
4. Eberhardt O, Naegele T, Raygrotzki S, Weller M, Ernemann U. Stenting of vertebrobasilar arteries in symptomatic atherosclerotic disease and acute occlusion: case series and review of the literature. J Vasc Surg. 2006;43:1145–54.
5. Leischner H, Flottmann F, Hanning U, Broocks G, Faizy TD, Deb- Chatterji M, Bernhardt M, Brekenfeld C, Buhk JH, Gellissen S, Thomalla G, Gerloff C, Fiehler J. Reasons for failed endovascu- lar recanalization attempts in stroke patients. J Neurointerv Surg. 2019;11:439–42.
6. Dobrocky T, Piechowiak E, Cianfoni A, Zibold F, Roccatagliata L, Mosimann P, Jung S, Fischer U, Mordasini P, Gralla J. Thrombec- tomy of calcified emboli in stroke: does histology of thrombi in- fluence the effectiveness of thrombectomy? J Neurointerv Surg. 2018;10:345–50.
7. Judge C, Mello S, Bradley D, Harbison J. A systematic review of the causes and management of ischaemic stroke caused by nontis- sue emboli. Stroke Res Treat. 2017;2017:7565702.
8. Charlotte S. Weyland, Ulf Neuberger, Arne Potreck, et al. Reasons for Failed Mechanical Thrombectomy in Posterior Circulation Ischemic Stroke Patients. Clin Neuroradiol (2021) 31:745–752. https://doi.org/10.1007/s00062-020-00950-x

9. Burzotta F, Nerla R, Pirozzolo G, Aurigemma C, Niccoli G, Leone AM, Saffioti S, Crea F, Trani C. Clinical and procedural impact of aortic arch anatomic variants in carotid stenting procedures. Catheter Cardiovasc Interv. 2015;86:480–9.

10. Gerloff C, Fiehler J. Reasons for failed endovascular recanalization attempts in stroke patients. J Neurointerv Surg. 2018 Nov 24.
11. Baek JH, Kim BM, Kim DJ, Heo JH, Nam HS, Yoo J. Stenting as a rescue treatment after failure of mechanical thrombectomy for anterior circulation large artery occlusion. Stroke. 2016;47:2360–3.
12. Song D, Cho AH. Previous and recent evidence of endovascular therapy in acute ischemic stroke. Neurointervention. 2015;10:51–9
13. Campbell BC, Mitchell PJ, Kleinig TJ, et al; EXTEND-IA Investigators. Endovas- cular therapy for ischemic stroke with perfusion-imaging selection. N Engl J Med. 2015;372:1009–18.

14. Goyal M, Menon BK, van Zwam WH et al (2016) Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. Lancet Lond Engl 387:1723–1731. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)

SS - 14 İNME HASTALARI İÇİN TORONTO YATAKBAŞI YUTMA DEĞERLENDİRMESİ TESTİ (TOR-BSST©)'NİN TÜRKÇE VERSİYONUNUN UYARLAMA VE GEÇERLİLİK ÇALIŞMASI

SERKAN BENGİSU [1], ÖZLEM ÖGE DAŞDÖĞEN [1], HATİCE YELDA YILDIZ [2], YAKUP KRESPİ [2]

[1] *ATLAS ÜNİVERSİTESİ*
[2] *İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ*

Amaç:
Ülkemizde akut inmeli hastalarda aspirasyon pnömonisi başta olmak üzere çeşitli komplikasyonları engellemek amaçlı basit, tekrarlanabilir, hızlı uygulanabilen ve standardizasyonu yapılmış, geçerli ve güvenilir disfaji tarama testlerinin sayısı sınırlıdır. Bu amaçla bir disfaji tarama testi olan TOR-BSST'nin akut inmeli hastalarda Türkçe adaptasyonu ve geçerliliğinin sağlanmasıdır.

Gereç ve Yöntem:
İlk olarak TOR-BSST testi, Türkçeye çevrilerek akut inmeli 60 hastaya uygulanmıştır. Ölçüt geçerliliği için videofloroskopik (VFSS) değerlendirme kullanılmıştır. TOR-BSST uygulayıcı eğitimi almış iki dil ve konuşma terapisti (DKT) tarafından hastalar değerlendirilmiştir. İlk DKT hastaların klinik bilgilerine kör olarak TOR-BSST ile, ikinci DKT ise hem hastaların klinik bilgilerine hem de TOR-BSST skorlarına kör olarak videofloroskopi ile hastaları değerlendirmiştir. VFSS uygulanarak kaydedilen görüntüler Disfaji Şiddet Değerlendirme Skalası (DŞDS) ve Penetrasyon Aspirasyon Skalası (PAS) kullanılarak değerlendirilmiştir. Güvenilirliği değerlendirmek için sınıf içi korelasyon katsayısına (ICC) ek olarak duyarlılık, özgüllük ve öngörücü değerler kullanılmıştır ve doğruluğu belirlemek için %95 güven aralığı (CI) hesaplanmıştır.

Bulgular:
Hastaların 35'i (%58,3) TOR-BSST'de başarısız olmuştur. Bu hastaların 33 (%55)'ü VFSS ile yapılan değerlendirmeden de başarısız olmuştur. Buna göre duyarlılık (%93,9), özgüllük (%85,2), pozitif öngörü değeri (%90,5), negatif öngörü değeri (%90,4), olarak tespit edilmiştir Değerlendiriciler arası güvenilirlik (ICC) PAS skorlarında yarı katı kıvam için(ICC=0.98; 95% CI 0.95-0.99), sıvı kıvam için 0.75 (95% CI 0.58-0.85) ve DŞDS için 0.70 (95%0.32-0.85) olarak bulunmuştur.

Sonuç:
TOR-BSST inme sonrası akut disfajik hastalarda yatak başı klinik değerlendirme için geçerli ve güvenilir bir tarama testi olarak saptanmış ve videofloroskopiyle yüksek hassasiyet ve iyi özgüllük değerleri gösterdiği belirlenmiştir.

SS - 15 KÜÇÜK DAMAR HASTALIĞINDA BEYİN VOLÜMÜNÜN HOMOSİSTEİN DÜZEYİ VE KOGNİTİF DURUM İLE İLİŞKİSİ

RIDVAN YAZGU , DİLEK CANSU ÖZENÇ , AYGÜL TANTİK PAK , MÜNEVVER ÇELİK GÖKYİĞİT

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HAMİDİYE TIP FAKÜLTESİ GAZİOSMANPAŞA SUAM NÖROLOJİ

Amaç:
Küçük damar hastalığının (KDH) etyolojisi çok geniş olup hastalık mekanizması genel olarak beyin dokusunu sulayan arteriollerin histopatolojik olarak damar duvarlarında aterosklerotik değişiklikler, damar duvarı kalınlık artışı, lümende daralma ve sonuçta doku perfüzyonunda bozulma şeklindedir. Bu araştırmada küçük damar hastalığı saptanan hastalarda, homosisteinin KDH etyolojisindeki yeri ve önemi, beyin volümü ve kognitif duruma etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Prospektif nitelikte olan çalışmamız etik kurul onayı alındıktan sonra hastanemiz nöroloji polikliniğine ve nöroloji servisine başvuran 20-70 yaş arasındaki cinsiyet ayrımı yapmadığımız hastalar seçilmiştir. Ayrıca bilinç durumu minimental test yapmaya uygun, görüntüleme kalitesi beyin volüm ölçümü yapmaya elverişli, tanı almış ve tedavi almakta olduğu primer demansın olmadığı (Alzheimer v.s.), doğal seyrinde demansla seyreden ek hastalığı olmayan (Parkinson, Parkinson plus v.s.) ve homosistein düzeyi uygun bakılmış hastalar (sabah açlığında) dahil edilmiştir. Beyin volüm ölçümü 3D slicer programı ile yapılmış olup programın detaylı kullanılışı radyoloji doktorları ile birlikte öğrenilerek yapılmıştır. Homosistein ölçümü LC MS MS (Tandem MS) yöntemi ile ölçülmüştür. Kognitif durum değerlendirmesi minimental test ile yapılmış olup yürütücü işlevleri değerlendirmek amacı ile ek olarak sözel akıcılık testleri (hayvan ismi-K,A,S testi-meyve ismi) kullanılmıştır. Sözel akıcılık test değerlendirmesi bildirilen genç-orta yaş-ileri yaş için bildirilen normal değerler dikkate alınarak değerlendirme yapılmıştır. Hastaların vasküler risk faktörleri kayıt edilerek homosisteini normal ve patolojik bulunan hastalarda bunların dağılımı karşılaştırılmıştır. Küçük damar hastalığı saptanan hastaların MR lezyonlarının yeri ve yaygınlığı Fazekas sınıflamasına göre sınıflandırılmıştır

Bulgular:
Vaka grubu 103 kişi olup yaş ortalaması 60,71±8,07 yıl, 103 kişilik kontrol grubunun ise 42,06±12,58 yıl idi. Toplam 206 kişi dahil edildi. Vasküler risk faktörleri olan HT, DM, HL, yaş, sigara kullanımı faktörleri vaka grubunda anlamlı yüksekti. Ayrıca vaka grubunda beyin volümü, minimental test ve yürütücü işlevler açısından anlamlı farklar vardı. Vaka grubunda bu değerler daha düşüktü. Homosistein düzeyleri vaka grubunda anlamlı yüksekti. Yapılan lojistik regresyon analizinde KDH ya homosistein yüksekliğinin neden olduğu ancak HL ve HT kadar ciddi derecede neden olmadığı saptandı. Ayrıca KDH grubundaki yüksek homosistein değerlerine sahip hastalar normal değerlere göre erkek ağırlıklı ve daha ileri yaşta idi. Bu açıdan anlamlı farklar vardı. Yine B12 vitamini, folik asit, kreatinin, Hba1c değerleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklar saptandı. Bu 2 grubun fazekas değeleri, volüm ölçümleri, minimental test skorları ve yürütücü işlev skorları arasında anlamlı fark saptanmadı. Yürütücü işlev testlerine bakıldığında Türkiye normlarına benzer olarak yaş ve eğitim durumundan etkilendiği saptandı.

Sonuç:
Çalışmamızda literatüre benzer şekilde homosistein yüksekliğinin KDH ya neden olduğu sonucuna vardık. Ancak vaka grubumuzdaki ortalama homosistein değerlerimizin sınırda yüksek olması, KDH etyolojisinde sık yer alan vasküler nedenler olan HT, DM, HL, ileri yaş, sigara faktörlerinin anlamlı yüksek olması, homosisteinin KDH etyolojisindeki yeri ve önemi konusunda soru işaretleri yarattı. KDH saptanan vaka grubunu homosistein açısından kendi içinde anlamlı farkın olduğu, yüksek/normal homosistein olarak 2 gruba ayırdığımızda her iki grupta vasküler risk faktörleri olan HT, DM, HL nin benzer dağılımlı olduğunu gördük. Bu durum homosistein yüksekliğinin KDH ya neden olan bağımsız bir risk faktörü olduğunu ancak bu 2 grupta fazekas skorlarında anlamlı fark olmaması, homosisteinin KDH nın bağımsız bir risk faktörü olmasından ziyade, daha önce de belirttiğimiz gibi KDH etyolojileri arasında kaçıncı sırada ve ne derece önemli olduğu konusunda bizi düşündürdü. Bilindiği üzere KDH etyolojisi çok zengin olup homosisteinin rolünün araştırılması konusunda zorluk yaratmaktadır. Bu konuda kesin sonuçlar elde edebilmek için, diğer etyolojilerin kesin dışlanabildiği, laboratuvar parametrelerinin optimum şartlarda çalışılabildiği çok daha geniş hasta grupları ile yapılacak olan klinik araştırmalara ihtiyaç olduğu düşüncesindeyiz.

SS - 17 DENEYSEL İSKEMİ REPERFÜZYON HASARI OLUŞTURULMUŞ SIÇAN BEYİN DOKUSUNDA OTULİN VE SPEKSİN İMMUNREAKTİVİTESİNİN İNCELENMESİ

MUHAMMED BURAK ER [1], FERHAT BALGETİR [1], MERVE KAVAK BALGETİR [4], TUNCAY KULOĞLU [3], BEKİR AKGÜN [2], CANER FEYZİ DEMİR [1], MURAT GÖNEN [1], EMRAH AYTAÇ [1], İREM TAŞÇI [1]

[1] FIRAT ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] FIRAT ÜNİVERSİTESİ BEYİN VE SİNİR CERAHİSİ ANABİLİM DALI
[3] FIRAT ÜNİVERSİTESİ HİSTOLOJİ VE EMBRİYOLOJİ ANABİLİM DALI
[4] FETHİ SEKİN ŞEHİR HASTANESİ

Amaç:
İnme vasküler bir nedene bağlı olarak ortaya çıkan fokal serebral fonksiyon kaybı ile sonuçlanan akut klinik tablolara neden olan sendromdur. Klinik tablo oldukça değişkendir belirtiler günler içinde düzelebilecek kadar hafif olabileceği gibi ciddi sekel bırakan veya ölümle sonuçlanan klinik tablolarıda içerebilir. İnme patofizyolojisinde nöronların nekroz ve apoptozisi ile sonuçlanan nöroinflmasyon rol oynar. Nöroinflamasyonun mekanizması net anlaşılamamakla beraber OTULIN ve speksin moleküllerinin nöroinflamasyonda da rol aldığı ve seviyelerinin artığı düşünülmektedir. Akut iskemik inmenin erken döneminde aşırı enflamatuar yanıtın engellenmesi nöron hücrelerini koruyabilir ve nörolojik sonuçları iyileştirebilir Bu çalışmada deneysel iskemi-reperfüzyon hasarı oluşturulan sıçan beyin dokusunda OTULIN ve speksin serum düzeylerinin ve immünreaktivitesinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmada 8-12 haftalık 35 adet Spraque-Dawley cinsi erişkin erkek sıçanlar rastgele 5 gruba ayrılacak şekilde kullanıldı. Kontrol grubu, Sham grubu, İ/R 2 saat grubu, İ/R 12 saat grubu, İ/R 24 saat grubu oluşturuldu. Kontrol grubundaki sıçanlara deney süresince herhangi bir işlem yapılmadı. Sham grubundaki sıçanlar servikal orta hattan insizyonla bilateral karotis kommunis arterler gözlendikten sonra kapatılıp 4. saatte dekapite edildi. İ/R 2 saat grubu, İ/R 12 saat grubu ve İ/R 24 saat grubundaki sıçanlar bilateral karotis kommunis arterler gözlendikten sonra internal karotis arter içinde cerrahi iplik ilerletilip orta serebral arter 120 dakika oklüde edildi. Ardından sırasıyla 2.saat 12.saat ve 24.saat boyunca reperfüzyonu sağlandı. Deney süresi sonunda tüm gruplardaki sıçanlar ketamin ve xylazine uygulanarak anestezi altında dekapite edildi. Dekapitasyonun ardından sıçanların dokuları hızla çıkarılıp uygun fiksatiflerle tespit edilip ardından histolojik takip serilerinden geçirilip parafin bloklara gömüldü. Parafin bloklardan alınan doku kesitlerinde OTULİN ve Speksin için immunohistokimyasal boyama ve apoptoz için TUNEL boyama yapıldı. Bununla birliktealınan kanlar santrifüj edilerek ayrılan serumların ELİSA yöntemi ile OTULİN, SPEKSİN ve TOS düzeylerine bakıldı.

Bulgular:
Çalışmamızda da kontrol, Sham, İR-2, İR-12 ve İR-24 gruplarında OTULİN ve speksin serum seviyeleri biyokimyasal olarak incelendiğinde kontrol, sham ve İR-2 grupları benzerdi. İR-12ve İR-24 grupları kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı şekilde arttığı tespit edildi, bununla birlikte İR-12 ile İR-24 grupları arasında anlamlı fark yoktu. OTULİN ve speksin immunreaktivitesini değerlendirmek için beyin dokusu immünohistokimyasal olarak boyandı. Kontrol, sham ve İR-2 grubunda benzer olarak saptandı. İR-12 ve İR-24 gruplarında, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında OTULİN ve speksin immunreaktivitesi istatiksel olarak anlamlı derecede artmış olarak tespit edildi. İR-12 grubu ile İR-24 grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu.

Sonuç:
Deneysel iskemi-reperfüzyon hasarının beyin dokusunda OTULIN ve speksin seviyelerini artırdığı, iskemi-reperfüzyonun beyin dokusunu hasarlanmasının patofizyolojisinde OTULIN ve speksinin önemli bir rol oynayabileceği düşünülmüştür. İskemik inmede OTULIN ve speksinin daha geniş çalışmaların yapılması ile inme patofizyolojisinin aydınlatılmasına ve hatta tedavi seçeneklerinin oluşturulmasına katkı sunulabileceği düşünülmüştür.

SS - 18 TROMBEKTOMİ UYGULANAN İSKEMİK İNME HASTALARINDA ERKEN DÖNEM EEG İNCELEMELERİNİN İZLEME KATKISININ ARAŞTIRILMASI

DİLARA MERMİ DİBEK [1], MEHMET SEMİH ARI [2], İHSAN SAYGIN SARI [2], AYÇA ÖZKUL [1], MURAT ÇABALAR [2]

[1] BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ VE KLİNİK NÖROFİZYOLOJİ KLİNİĞİ
[2] BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ, İNME VE YOĞUN BAKIM MERKEZİ

Amaç:
İskemik inme tedavisinde endikasyon penceresinde trombektomi uygun bir tedavi yöntemidir. Hastaların erken dönem izlemleri oldukça önemli olup yakın yoğun bakım izlemi ön planda gerekmektedir. Bu hasta grubu izlemde nöbet meyli olmakla birlikte klinik bulgu vermeden subklinik nöbet aktivitelerin araştırılması nedeni ile elektroensefalografi izlemi önem kazanır. Çalışmamız ile trombektomi uygulanan iskemik inme grubunda nonkonvulsif status epileptikus tablosunun tespitinin öneminin vurgulanması ve hastaların sonlanımlarına katkısının araştırmayı hedeflendi.

Gereç ve Yöntem:
Ocak 2022- Eylül 2023 tarihleri arasında, hastane başvurusu olan intra-arteriyel trombektomi tedavisi uygulanan iskemik inme tanılı işlem süresinin ilk 24-72 saat süresince yatak başı rutin elektroensefalografi (EEG) incelemeleri gerçekleştirilen hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri, enfarkt alanları, etkilenen arteryel segmenti, işlemde rekanalizasyon sağlanması, hastanın bilinç durumu, kontrol beyin bilgisayarlı tomografi (BBT) incelemesinde saptanan bulguları, EEG incelemesinde zemin aktivitesi, epileptiform deşarj varlığı dökümante edilerek hastalarda nonkonvulsif status epileptikus tanısı varlığı kaydedildi. İstatistiksel analizler SPSS 26v ile değerlendirilerek, tanımlayıcı istatistikler ve EEG incelemesinde epileptiform aktivite varlığı ile BBT'de kanama gelişimi ve contrast sızmasının etkisinin incelenmesinde, nonkonvulsif status epileptikus tablosu gelişen hastalarda mortalite sonlanımı Ki-kare ve Fisher Exact testi ile incelenmiştir.

Bulgular:
Çalışmaya 66 hasta verisi dahil edildi. Otuz iki (%48.5) hasta erkek cinsiyette, yaş ortalaması 70.12±11.00 yıl (42.00-90.00) saptandı. Hastaların %56.1'inde zemin ritmi yavaşlaması izlenirken, %87.9'unda frekans asimetrisi %21.2'sinde amplitüd asimetrisi, %24.2'sinde epileptiform aktivite izlendi. Hastaların %9.1 (n=6) 'inde nonkonvulsif status epileptikus tablosu izlenmişti. %12.1 (n=8) hastada klinik olarak nöbet gözlendi. Kontrol BBT incelemesinde %1.5 normal sınırlarda, %59.1'inde enfarkt alanı hipodansitesi, %13.9'unda kontrast sızmasıgörünümü ve %25.8'inde hemorajik transformasyon izlendi. Hastaların %4.5'I sekelsiz düzelirken, %68.2 morbid, %27.3'ünde mortalite izlendi.EEG'de epileptiform aktivite varlığı saptanan hastalarda klinik nöbet gözlemi istatistiksel olarak anlamlı gözlenirken (p=0.013), nonkonvulsif status epileptikus saptanan hasta grubunda mortalite izlenme oranı istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdi (p=0.043).

Sonuç:
Çalışmamız nonkonvulsif status epileptikus tablosunun iskemik inme hasta grubunda mortaliteyi arttırıcı bir faktör olduğunu desteklemektedir. Nonkonvulsif status epileptikusun tedavisinin ise geç kalındıkça dirençli hale geldiği bilinmektedir. Bu nedenle hastalarda erken dönem EEG incelemesi gerçekleştirilerek nonkonvulsif status epileptikus araştırılması hastaların mortaliteden uzaklaşmasına katkı sunar.

SS - 19 UYKUDA ELEKTRİKSEL STATUS EPİLEPTİKUS HASTALARINDA İMMÜN TEDAVİLERİN NÖROPSİKİYATRİK BULGULAR VE DİL BECERİLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

AHMED SERKAN EMEKLİ [1], ŞEVKET OZAN DÖRTKOL [1], MERVE SAVAŞ [2], FIRAT ÖZ [3], PINAR TOPALOĞLU [1], GÜLLÜ TARHAN [4], SELEN ÇIRAK [5], VUSLAT YILMAZ [5], CEM İSMAİL KÜÇÜKALİ [5], ERDEM TÜZÜN [5], ZUHAL YAPICI [1]

[1] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] ATLAS ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ
[3] SİİRT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİ
[4] ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[5] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, AZİZ SANCAR DENEYSEL TIP ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ, SİNİRBİLİM ANABİLİM DALI

Amaç:
Uykuda elektriksel status epileptikus (ESES), çocukluk çağına özgü bir elektroklinik sendromdur. Bu hastalık uykuyla belirginleşen devamlı epileptiform aktiviteyle birlikte dil ve nöropsikiyatrik regresyonla karakterizedir. Literatürde steroid ve IVIg tedavilerini içeren immün tedavilerin klinik ve elektrofizyolojik olarak iyileşme sağladığı bildirilmiştir. Ancak hastaların dil becerileri ve nöropsikiyatrik bulgularının sistematik takibini içeren ve immün tedavilerin etkisini araştıran kapsamlı bir çalışma bulunmamaktadır.

Gereç ve Yöntem:
Prospektif gözlemsel çalışmamıza, video-EEG'de ESES tanısı konulan hastalar dahil edildi. Uygun antiepileptik tedaviye rağmen nöbetleri ve nöropsikiyatrik etkilenmesi olan hastalara kortikosteroid veya IVIG tedavisi uygulandı. Çalışmaya alınma aşamasında ve takip sonunda hastalara: Klinik Global İzlem Ölçeği(KGİ), Çocuklarda Anksiyete-Depresyon Ölçeği, Çocuk-Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama-Değerlendirme Ölçeği, Çocuklar Uyku Alışkanlıklar Anketi, Sorunlu Davranışlar Kontrol Listesi(SDKL), Çocukluk Çağı Otizm Derecelendirme Ölçeği, Türkçe-Okul Çağı Dil Gelişimi Testi(TODİL), Anlatıda Çoklu Dili Değerlendirme Aracı(LITMUS-MAIN-TR), Türkçe Anlamsız Sözcük Tekrarı Testi(TAST), Türkçe Multilingual Cümle Tekrarı Testi, Pediatrik Özürlülük Değerlendirme Envanteri(PÖDE) ve Türkçe İletişim Gelişimi Envanteri(TİGE) uygulandı.

Bulgular:
Çalışmamıza ortalama yaşları 8,8±2,9 olan 25'i erkek toplam 39 hasta dahil edildi. Psikiyatrik değerlendirmede hastaların 25'inde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, 12'sinde zihinsel yetersizlik, 9'unda otizm spektrum bozukluğu, 8'inde özgül öğrenme güçlüğü saptandı. Hastaların 17'si(%43,6) çalışma öncesinde immün tedavi almamıştı. Ortalama 13,1±3,1 aylık takip-tedavi sonrasında SDKL, KGİ, TODİL, TAST, LITMUS-MAIN-TR, PÖDE ve TİGE testlerinde istatistiksel anlamlı iyileşme saptandı($p<0.05$). Klinik olarak 25(%64,1) hastada psikiyatrik bulgular veya dil becerilerinde düzelme izlendi. Dil testlerinde en çok korunan ve tedaviyle en hızlı iyileşen parametrenin fonolojik çalışma belleği olduğu dikkati çekti.

Sonuç:
Çalışmamızda immün tedavilerle hastaların dil becerileri ve psikiyatrik açıdan anlamlı düzeyde iyileşme gösterdiği bulunmuştur. ESES'in immünopatofizyolojisinin ortaya konulması ve tedavisi için ileri araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

SS - 20 ORGANİK ASİDEMİLERDE NÖROLOJİK BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

GULSHAN ALİYEVA [1], ARZU KARAKİRAZ [4], SADIKA ÖZDEMİR [1], ASLI DURMUŞ [2], BELKIS AK_ [2], ŞEBNEM KILIÇ [2], ARZU SELAMİOĞLU [2], CEYDA ÖNEY [3], KEMAL TURGAY ÖZBİLEN [4], HÜLYA MARAŞ GENÇ [3], MEHMET CİHAN BALCI [2], MERYEM KARACA [2], TUNCAY GÜNDÜZ [1], NERMİN GÖRKEM ŞİRİN İNAN [1], ALİ EMRE ÖGE [1], GÜLDEN FATMA GÖKÇAY [2], MURAT KÜRTÜNCÜ [1]

[1] *İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI*
[2] *İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI BESLENME VE METABOLİZMA BİLİM DALI*
[3] *İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI NÖROLOJİ BİLİM DALI*
[4] *İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, GÖZ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI*

Amaç:
Organik asidemiler (OA) dallı zincirli aminoasitlerin katabolizmasında görev alan enzimlerin doğumsal bozuklukları nedeniyle olur. Organik asidemilerin nörolojik tutulumları kognitif etkilenme, entelektüel ve motor gelişim geriliği, nöropsikiyatrik bulgular, hareket bozuklukları, nöbet, akut ve kronik ensefalopati, hemipleji/hemiparezi atakları, mikrosefali gibi bulgulardır. Hastalığın optik atrofi, akut ve kronik görme kayıpları, makülopati, periferik retinopati gibi göz tutulumları da mevcuttur.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Beslenme ve Metabolizma Bilim Dalında izlenen, metilmalonik asidemi (MMA), propiyonik asidemi (PA), izovalerik asidemi (İVA) veya kobalamin B eksikliği (CLB) tanısını almış olan, hastalar dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri, nörogörüntüleme bulguları, biyokimyasal incelemeleri, nörolojik ve oftalmolojik muayeneleri ile görsel uyandırılmış potansiyeller (VEP) ve optik koherens tomografi (OCT) incelemeleri yapıldı.

Bulgular:
Çalışmaya 37 hasta (K/E: 16/21) alındı. Hastaların yaş ortalamaları 14,2±7,7 (±SD) yıl idi. Hastaların 18'i PA (%48.6), 15'i MMA (%40.5), 3'ü İVA (%8,1), 1'i CLB (%2,7) tanılıydı. Dört hastanın (%10,8) ilk klinik yakınması epileptik nöbetti ve toplam 15 hastada (%40,5) nöbet geçirme öyküsü mevcuttu. Nörolojik değerlendirilmelerinde hastaların 24'ünde (%64,9) mental retardasyon, 8'inde (%21,6) tremor, 6'sında (%16,2) motor bulgular, 5'inde (%13,5) parezi ve ekstrapiramidal bulgular, 4'ünde (%10,8) kranyal sinir tutulumu (nistagmus ve göz hareket kusuru) ve 2'sinde (%5,4) kore saptandı. Hastaların 20'sinin kranyal MRG incelemesi mevcuttu ve 8'inin (%40) bilateral globus pallidus internusta (GPİ), bazılarında parçalı özellikte olan, FLAİR hiperintens, 3'ünde (%15) GPİ'de difuzyon sekansında hipointens, çevresi hiperintens lezyonlar ve 6'sında (%30) atrofi izlendi. Otuz hastaya oftalmolojik değerlendirilme yapıldı ve 8'nin (%26,7) fundus muayenesinde optik disklerin soluk, 9'unda (%30) ise vizyon kaybı olduğu saptandı. On altı hastaya OCT incelemesi yapıldı ve 6'sında (%37,5) retina sinir kılıfı tabakasında incelme saptandı. Oftalmolojik değerlendirilmesinde vizyon kaybı izlenmeyen iki hastanın özgeçmişinde ilginç olarak Guillian-Barré sendromu öyküsü vardı.

Sonuç:
Organik asidemiler morbiditesi ve mortalitesi yüksek olan doğumsal metabolik hastalıklardır. Nörolojik bulgular mortalite ve morbiditeyi etkileyen en önemli faktör olup özellikle metabolik dekompansasyon dönemlerinde oluşup, kalıcı olabilir. Organik asidemilerde morbiditeyi azaltmak, patogenez ve etiyolojiye ışık tutmak için bu konuda yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

SS - 21 PEDİATRİK BAŞLANGIÇLI MULTİPL SKLEROZ: 3. BASAMAK MERKEZ DENEYİMİ

MELTEM İNCİ [1], TURAL TALIBOV [2], MEFKURE ERAKSOY [1], ZUHAL YAPICI [1], PINAR TOPALOĞLU [1]

[1] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, ÇOCUK NÖROLOJİSİ BİLİM DALI
[2] İSTANBUL SAĞLIK VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Tüm multipl skleroz (MS) olgularının %2,7-10,5'ini pediatrik başlangıçlı MS olguları oluşturmaktadır. Atipik klinik prezantasyonların sıklığı ve çocukluk çağında sık görülen diğer demiyelinizan hastalıklar nedeni ile tanı gecikebilir. Ataklar erişkinlere göre daha sık görülürken progresif seyir ise daha nadirdir. Çalışmamızda pediatrik başlangıçlı MS olgularının klinik, demografik ve prognostik özelliklerinin özetlenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:
İstanbul Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı Polikliniği'nde 2006-2023 yılları arasında izlenen 31 pediatrik başlangıçlı MS hastasının klinik, demografik ve radyolojik bulguları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:
Hastaların 19'u (%61,3) kızdı. İki hastanın ailesinde MS öyküsü vardı. Ortalama semptom başlangıç yaşı 13,9 iken tanı sırasındaki ortalama yaş ise 13,4'tü. Ortalama takip süresi 47 ay, yıllık atak sıklığı ortalama 1,2'ydi. Yalnızca bir hastada (%3,2) sekonder progresif seyir saptandı. Hastaların 14'ü (%45,2) beyin sapı bulguları ile başvurmuştu. Tüm hastalarda takip süresi boyunca toplam 84 atak izlenirken en sık beyin sapı (%34,9) ve optik nörit (%25,3) atakları görüldü. Yirmi iki hastada (%71) BOS'ta ve bir hastada (%3,2) BOS'ta ve serumda oligoklonal bandlar saptandı, IgG indeksi ise 0,72 idi. En sık kortikal/jukstakortikal (%70) ve spinal (%70) yerleşimli demiyelinizan plaklar görüldü. Görsel uyandırılmış potansiyeller (VEP) ile değerlendirilen 18 hastanın 14'ünde ön görme yollarında iletim aksaması saptandı, bu hastaların yalnızca üçünde optik nörit atağı mevcuttu. İnterferon beta (%67,7) ve takiben fingolimod (%22,6) başlangıç tedavisinde en sık kullanılan hastalık modifiye edici ilaçlardı. Bir hastada enjeksiyon yeri reaksiyonu ve bir hastada bulantı olmak üzere yalnızca iki hastada istenmeyen etki bildirilmişti. Hastaların son muayeneleri sırasındaki medyan EDSS 1 (0-7,5) idi.

Sonuç:
Pediatrik başlangıçlı MS olguları nadir ve olmakla birlikte erken tanı ve tedavi, erken yaşta engelliliğin önlenmesi için önem taşımaktadır. Erişkinlerden farklı olarak progresif seyir çok nadirdir. Hastalığın klinik karakteristiklerinin belirlenmesi, hastalık modifiye edici tedavilerin güvenlik ve etkinliklerinin saptanması için prospektif ve daha fazla hasta ile yürütülen çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

SS - 22 ÇOCUKLUK ÇAĞI VİSÜEL OKSİPİTAL EPİLEPSİ TANILI HASTALARIN KLİNİK VE ELEKTROFİZYOLOJİK ÖZELLİKLERİNİN YENİ ILAE KRİTERLERİ IŞIĞINDA DEĞERLENDİRİLMESİ

BADE GÜLEÇ [1], MİRAY ATACAN YAŞGÜÇLÜKAL [2], AYŞE DENİZ ELMALI YAZICI [3], DOĞUKAN HAZAR EMRE [1], ÖZDEM ERTÜRK ÇETİN [4], AHMET VEYSİ DEMİRBİLEK [1]

[1] İÜC-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, HASEKİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[3] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI KLİNİK ELEKTROFİZYOLOJİ BİLİM DALI
[4] SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, SANCAKTEPE ŞEHİT PROF DR İLHAN VARANK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Çocukluk oksipital visüel epilepsisi (COVE), çocukluk veya ergenlik döneminde başlayan, ILAE'nin son raporunda çocukluk döneminin kendiliğinden sınırlayan epilepsilerinden biri olarak sınıflandırılan bir epileptik sendromdur. Bu epileptik sendromlar arasında COVE ve POLE, puberte sonrası nöbetlerin devam edebildiği epileptik sendromlar arasında tanımlanmıştır. Bu çalışmada temel amacımız, COVE hastalarının güncel ILAE kriterleri ışığında klinik ve elektrofizyolojik özelliklerini sunmak ve COVE'nin POLE ve diğer çocukluk çağı kendini sınırlayan epilepsi sendromları arasındaki farklılıklarının altını çizmeye çalışmaktır.

Gereç ve Yöntem:
İÜC-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda en az 2 yıllık takibi olan, güncel ILAE kriterlerine göre COVE tanısı almış hastalar çalışmaya alınmıştır. Hastaların klinik-demografik özellikleri, uzun dönem takip bulguları, EEG bulguları retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular:
Çalışmaya kriterlere uygun 30 hasta alınmış olup hastaların %63,3'ü erkek cinsiyettedir. Hastaların %23,3'ünde kompleks visüel halusinasyon görülmüş olup %70'inde baş-göz deviasyonu izlenmiştir. Hastaların %60'ında EEG'de oksipital dikenler tek taraflı görülmüştür. Nöbetsizlik 23 hastada ortalama 4,7 yıl sonrasında sağlanmıştır. 7 hastada ortalama 8,2 yıl takip sonrası nöbet aktivitesi izlenmiştir. Hastaların son takiplerindeki yaş ortalaması 18,9 olarak bulunmuştur.

Sonuç:
COVE, olumlu bir prognoza sahip olan bir epileptik sendromdur. Nöbet başlangıcından sonraki 2 ila 4 yıl içinde hastaların yarısında nöbet remisyonu sağlanmıştır. EEG bulguları COVE ile ilgili diğer çalışmalardan farklı oranda bulunmuştur. ILAE tarafından önerilen yeni tanı kriterlerini kullanarak COVEnin elektrofizyolojik özelliklerini belirlemek için daha fazla hasta sayısını veya uluslararası veritabanlarını içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

SS - 23 İDİYOPATİK İNTRAKRANYAL HİPERTANSİYON: ÇOCUK VE ADOLESAN HASTALARDA UZUN DÖNEM TAKİP BULGULARI

GULSHAN ALİYEVA , GÜNEŞ ALTIOKKA UZUN , PINAR TOPALOĞLU , MEFKURE ERAKSOY , ZUHAL YAPICI OBUZ

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ

Amaç:
İdiopatik intrakranyal hipertansiyon (İİH), ikincil bir nedene bağlı olmaksızın gelişen kafa içi basınç artışı sendromudur ve psödotümör serebri olarak da isimlendirilir. İdiyopatik intrakraniyal hipertansiyon, yapısal ve vasküler lezyonların, sistemik nedenlerin dışlanması ile konulan bir tanıdır. Pediatrik popülasyonda İİH çok nadir bir tablo olup prevelansı 0.6-0.71/100,000'dir. Pediatrik İİH'da en sık görülen semptomlarından biri baş ağrısıdır.

Gereç ve Yöntem:
Kliniğimizde 2000-2022 yılları arasında idiopatik intrakranyal hipertansiyon tanısı alan 29 hastanın demografik verileri, radyolojik görüntülemeleri, tedavi yanıtları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:
Çalışmaya polikliniğimizde takip edilen 29 hasta (K/E 23/6) alındı. Hastaların yaş ortalamaları 12,45 (±2,85), klinik başlangıc yaşı 11,90 (± 2,87) yıl idi. Beş hastanın ailesinde migren öyküsü vardı. Hastaneye en sık başvuru nedeni başağrısı (24), çift görme (12) yakınması idi. Hastaların %59,1'i normal kilolu, %9,1'i obezdi. Hastaların %37,9'u zonklayıcı, %34,5'ı sıkıştırıcı karakterde başağrısı ile hastaneye başvurmuştu. Başağrısı en sık frontal ve temporal bölgelerde lokalize ve %65,5 bilateral yerleşimli idi. Hastaların yakınmalarına % 41,4 oranında bulantı eşlik ediyordu. Hastaların 21'inde bilateral papilödem, 10 hastada VI. sinir felci mevcuttu. Radyolojik incelemelerinde kranyal MRG %75,9, MR venografileri %51,7 oranında normaldi ve %13,8 hastada transvers sinus hipoplazisi mevcuttu. Lomper ponksiyon incelemelerinde ortalama açılış basıncı 327,14 idi. Ortalama takip süresi 45,73 ay idi. Asetazolamid tedavisi ile tedavi edilen %34,48 hastanın takiplerinde ilacı kesilmişti ve tekrarlayan başağrısı olmamıştı, %13,79 hastanın kontrol muayenesinde görme alanı testi normal, %37,93 hastanın göz dibi muayenesinde papilödem yoktu ve %20,68 hastanın VI. sinir felci düzelmişti. Bir hastanın ilaç kesiminden 2 ay sonra tekrarlayan başağrısı olmuştu ve 1 hastanın ileri optik atrofisi gelişmişti.

Sonuç:
Çocuklarda İİH yetişkinlere göre daha az akla gelmektedir . Uzun süre yanlışlıkla migren tipi baş ağrısı ile takip edilebilen hastalar gözönüne alındığında erken tanı için baş ağrılı çocuklarda, VI. sinir felci ve papilödem varlığı yanısıra BOS basıncı mutlaka kontrol edilmelidir. Hastaların remisyon ve tedavi kesildikten sonraki takibi de hastalığın tekrarlama olasılığı nedeniyle önemlidir. İdiyopatik intrakraniyal hipertansiyon, çocuklarda pek çok cevaplanmamış sorunun olduğu, erken tanı ile yüz güldürücü olabilen nadir bir tablodur.

SS - 24 ENJEKSİYON NÖROPATİSİ TESPİT EDİLEN ÇOCUK HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

HIZIR ASLI YÜKSEK , CANER BEŞKOÇ , ÖMER FARUK ŞİMŞEKER , NİHAN HANDE AKÇAKAYA , ADEM KARBUZ

ADLİ TIP KURUMU KURUM BAKANLIĞI

Amaç:
Bebek ve erken çocuklukta parenteral bir teknik olan intramüsküler (IM) uygulama uyluk, deltoid ve gluteal bölgeden yapılmaktadır. IM uygulama iyatrojenik sinir hasarının en sık sebeplerindendir ve tedavi endikasyonu konurken; hastanın, ilacın, kullanılacak iğne ve enjektörün özellikleri, teknik uygulama bilgileriyle birlikte değerlendirilmelidir. Enjeksiyon nöropatisinin (EN) sebepleri arasında gereksiz enjeksiyonlar, hatalı uygulama teknikleri ve donanımsız personel tarafından yapılması yer alır. Bu nedenlerden EN'leri, mahkemelerce malpraktis olarak sorgulanmaktadır. Önlenebilir nörolojik komplikasyon olan EN'sinin ülkemizde yargı sürecine yansımış çocuk hastaların özelliklerini dökümente etmeyi hedefledik.

Gereç ve Yöntem:
EN konusuyla malpraktis olup olmadığı ve bu hastaların maluliyet durumlarının tespiti amacıyla Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Adli Tıp Üçüncü ve Yedinci İhtisas Kurulu ile Adli Tıp Üçüncü Üst Kurulu'nda 01.01.2015 – 01.01.2023 tarihleri arasında 18 yaş altı hastalar retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:
EN olarak yönlendirilen 57 erkek, 10 kız; toplam 67 hasta tespit edildi. Yaş ortalaması 10,5 (±1-17) yıldı. EN'ne konu olan ilaçlar sırasıyla diklofenak sodyum (38), sulbaktam ampisilin (12), klindamisin (7), metamizol (4), rutin çocukluk çağı aşıları (1), metoklopramid (1), feniramadol (1) ve testosterondu (1). İki vakada etken bilgisine ulaşılamadı. Endikasyonlar ağrı (31) ve üst solunum yolu enfeksiyonuydu (30). 40 vakada pratisyen, 11 vakada pediatri uzmanı tarafından ilaç önerilmişti. Enjeksiyonların 57'sini hemşire, 3'ünü stajer hemşire ilacı uygulamıştı. 64 vakada gluteal bölge, 2'sinde laterofemoral bölgeden enjeksiyon yapılmıştı. Bir vakada yapılan enjeksiyon bölgesine ulaşılamadı. 64 olguda siyatik sinir tutulumu tespit edildi. Vakaların 47'sinde enjeksiyon sonrası hemen etkilenime ait şikayetler ortaya çıktı. Mahkemelerin malpraktis sorusuna; dosyaların 59'unda komplikasyon, 1'inde hatalı bölge seçimine bağlı malpraktis, 1'inde muhalefetle komplikasyon, diğer dosyalarda verilerin yeterli olmadığı kararları bildirilmişti.

Sonuç:
Ciddi sekel yaratabilen EN özellikle çocuklarda IM uygulama yolunun tercih edilmesinde yarar-zarar oranının dikkate alınması ve alternatif tedavi yollarının gözden geçirilmesiyle önlenebilir bir durumdur. Prospektüs bilgisi olarak 18 yaş altında kullanımı önerilmeyen diklofenak sodyum gibi ilaçlarda ilaç seçimi, enjeksiyon bölgesi olarak gluteal uygulama ve İM enjeksiyon seçeneği çocuk hastalarda hekimler tarafından tekrar tekrar sorgulanmalıdır.

SS - 25 NADİR NÖROGENETİK BİR HASTALIK MODELİ OLARAK EPİLEPTİK ENSEFELOPATİLERDE TRİO TÜM EKZOM DİZİLEME ANALİZLERİ

ÖZGÜ KİZEK [1], ZERRİN KARAASLAN [2], BARIŞ SALMAN [3], SİLVA ALMİRA OVAMİGYAN [3], MELİSA KILIÇ [3], SELEN ÇIRAK [2], SİBEL AYLİN UĞUR İŞERİ [3], VUSLAT YILMAZ [2], ERDEM TÜZÜN [2], CEM İSMAİL KÜÇÜKALİ [2], ZUHAL YAPICI [5], BETÜL BAYKAN [6], PINAR TOPALOĞLU [5]

[1] *GÜMÜŞHANE DEVLET HASTANESİ*
[2] *İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, AZİZ SANCAR DENEYSEL TIP ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ, SİNİRBİLİM ANABİLİM DALI*
[3] *İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, AZİZ SANCAR DENEYSEL TIP ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ, GENETİK ANABİLİM DALI*
[4] *İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ*
[5] *İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, ÇOCUK NÖROLOJİSİ BİLİM DALI*
[6] *İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, KLİNİK NÖROFİZYOLOJİ BİLİM DALI*

Amaç:
Epileptik ensefalopatiler (EE) erken çocukluk döneminde başlayabilen, tekrarlayan epileptik nöbetlerin yanı sıra ciddi bilişsel ve nörolojik gerileme ile karakterize, nadir nörogelişimsel hastalıklardır.Tüm nörogelişimsel hastalıklarda olduğu gibi EE'lerde de heterojen genetik altyapının yapının aydınlatılabilmesi için genetik yaklaşımın genomdaki tüm protein kodlayan bölgelere odaklanan ekzom dizileme olması önerilmiştir. Buradan hareketle,West Sendromu,Lennox-Gastaut Sendromu gibi özel EE sendromları kriterlerini klinik ve elektrofizyolojik olarak karşılamayan,sınıflandırılamayan epileptik ensefalopatili hastaların tüm ekzom dizileme (whole exome sequencing,WES) yöntemi ile genetik tanılarının belirlenmesi ve ilgili genlerin klinik özelliklerinin tanımlanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmamızda 2006-2023 yılları arasında İstanbul Üniversitesi,Nöroloji Anabilim Dalında takip edilen,klinik olarak EE sınıflandırılması dışında kalan,biyokimyasal,metabolik ve görüntüleme bulguları normal olan 9 bağımsız aileden 10 EE'li hasta dahil edilmiş ve mümkün olan ailelerde trio WES çalışması yapılmıştır.Hasta ve aile bireylerinden DNA izolasyonu sonrası, uygun kalitedeki örnekler WES analizine tabi tutulmuştur.Ham veri laboratuvarımızda hizalama, varyant çağırma ve filtreleme gibi analizlerden geçirilmiştir.Trio WES verisinden özellikle ebeveynlerde bulunmayan *de novo*, ebeveynlerin taşıyıcı olduğu homozigot ve her iki ebeveynden aynı gende fakat farklı varyasyonların kalıtıldığı birleşik heterozigotluk gibi önceliklendirilmiştir.

Bulgular:
Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 11,8±4,3'tü.Hastaların ortalama takip süresi 8±3 yıldı.Hastaların genetik analizlerinin sonucunda *KCNQ2* ve *CACNA1E* genlerinde *de novo*,*CACNA1G* geninde ise birleşik heterozigot varyasyonlar Ve bunun dışında pek çok aday varyason tespit edilmiştir.

Sonuç:
Epileptik ensefalopatilerde genetik tanı konulabilenlerin oranı %20'yi geçmemektedir.WES tanı verimi tek vaka çalışmalarında %28'lerde iken bu oran trio WES çalışmalarında %40'a kadar çıkmaktadır.Çalışmamız EE'lerde de novo mutasyonların ve aday genlerin tanımlanması,herhangi bir EE sınıfına girmeyen hastalarda yeni sendromların tanımlanabilmesi,*KCNQ2* gibi bilinen genlerin ise yeni klinik özelliklerin belirlenmesi yönüyle farklılık göstermektedir.WES verisinin yeniden farklı platformlarda analiz edilmesi ve kopya sayısı değişikliklerinin tespit edilmesi WES tanı oranını artırma potansiyeli olacağı için analizlerin farklı yöntemlerle devam etmesi yönüyle devam eden çalışmalar yenilikleri ortaya koyacaktır.

SS - 26 MEGALENSEFALİK KİSTİK LÖKOENSEFALOPATİ HASTALARININ MOBİLİTE, YUTMA VE İLETİŞİM FONKSİYONLARININ PROGNOZU

SEMİH TAŞDELEN [1], PINAR TOPALOĞLU [1], NALAN ÇAPAN [2], ZUHAL YAPICI [1]

[1] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, ÇOCUK NÖROLOJİSİ BİLİM DALI
[2] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

Amaç:
Megalensefalik kistik lökoensefalopati (MLC),süt çocukluğu döneminde başlayan,serebral ak madde ödeminin hakim olduğu,MLC1 proteinini kodlayan gendeki mutasyon nedeniyle oluşan bir lökodistrofidir.Makrosefali en belirgin bulgudur,süt çocukluğu döneminde fark edilir,birkaç yıl sonra motor ve mental gelişim basamaklarında gecikme,nöbetler,ilerleyen dönemde spastisite,ataksi ve dizartrinin hakim olduğu bulgular tabloya eklenir.Kliniğimizde takip edilen 12 MLC hastamızın demografik,genetik,klinik özelliklerinin prognozu ele alınacaktır.

Gereç ve Yöntem:
Bu çalışmada İstanbul Tıp Fakültesi arşivinde 1989-2023 yılları arasında MLC1 varyasyonları saptanmış olguların özellikleri derlenmiştir.Kaba motor fonksiyonel sınıflama sistemi (GMFCS),el becerileri sınıflama sistemi (MACS),iletişim fonksiyon sınıflama sistemi (IFSS), yeme ve içme becerileri sınıflandırma sistemi (EDACS),bakım verme yükü ölçeği kullanılmıştır.Değerlendirme yapılırken Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanılmıştır.

Bulgular:
Hastaların ortalama yaşı 24,4±12,6 idi,%58'si(n=7) erkek,%42'si(n=5) kızdı. %83'ünde(n=10) ilk semptom baş çevresi büyüklüğü iken;bir hastada psikiyatrik yakınmalarbir hastada dengesizlik ilk semptomdu.İlk semptom 7,25±5,94 aylık ortaya çıkarken tanı yaşı 5,75±5,02 yıldı. Hastaların %83'ünde(n=10) minör kafa travması sonrası bayılma öyküsü vardı, bu bayılmaların başlangıç yaşı 3,2±1,39 idi. Hastaların %8'inde(n=1) botulinum toksini uygulaması, %8'inde(n=1) ortopedik cerrahi öyküsü, %33'ünde(n=4) ortez, %33'ünde(n=4) tekerlekli sandalye kullanımı vardı. Hastaların %83'ü(n=10) fizik tedavi almıştı ve ortalama süresi 2,7±5,5 yıldı. Hastaların vücut kitle indeksi 20,6±4 idi, %41'inde(n=5) beslenme sorunu, %25'inde(n=4) aspirasyon öyküsü mevcuttu; %25'inde(n=3) beslenme tam bağımlı, %25'inde(n=3) yarı bağımlı, %50'sinde(n=6) bağımsızdı. Hastaların takip süresi 18,58±10,04 yıl idi. Hastaların GMFCS skoru tanı anında 1,75±1,35 iken takiplerde 2,83±1,69(p=0,017); MACS skoru tanı anında 1,66±0,88 iken takiplerde 2,83±1,40(p=0,01), IFSS skoru tanı anında 1,28±1,24 iken takiplerde 2,41±1,50(p=0,011), EDACS skoru tanı anında 1,3±0,65 iken takiplerde 1,83±0,93(p=0,034) idi.Bakım verme yükü ölçeği 42±20,63 idi.

Sonuç:
MLC tüm düyaya oranla ülkemizce sık görülen ve çoğunlukla kötü prognozlu bir lökodistrofidir.MLC ve benzeri lökodistrofilerde hastaların yaşam kalitesini arttırmak,destek tedavilerin ve gelecekte gündeme gelecek yeni tedavi seçeneklerinin etkinliğini değerlendirebilmek için ayrıntılı prognostik verilerin tanımlanmış olması önem arz etmektedir.

SS - 27 İVİG TEDAVİSİNİN UYKUDA ELEKTRİKSEL STATUS EPİLEPTİKUS HASTALARINDA ANTİ-İNFLAMATUVAR CEVABA KATKISI

VUSLAT YILMAZ [1], HANDE YÜCEER KORKMAZ [1], SELEN ÇIRAK [1], GİZEM KORAL [1], PINAR TOPALOĞLU [3], AHMED SERKAN EMEKLİ [3], ELİF ŞANLI [1], ZERRİN KARAASLAN [1], ŞEVKET OZAN DÖRTKOL [3], MERVE SAVAŞ [2], FIRAT ÖZ [4], CEM İSMAİL KÜÇÜKALİ [1], ERDEM TUZUN [1], ZUHAL YAPICI [3]

[1] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ AZİZ SANCAR DETAE SİNİRBİLİM AD
[2] ATLAS ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ
[3] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[4] SİİRT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİ

Amaç:
Uykuda Elektriksel Status Epileptikus (ESES), özellikle çocukluk dönemine özgü bir elektroklinik sendrom olarak bilinir. Mevcut literatür, steroid ve İntravenöz İmmunglobulin (İVİg) tedavilerinin antiepileptik ilaçlara kıyasla daha başarılı olduğunu ve hastaların EEG paternlerinde belirgin bir düzelme sağladığını göstermektedir. Bu çalışma, İVİg tedavisi uygulanan hastalarda inflamatuvar süreçlerle bağlantılı immünolojik parametrelerin düzeylerinin belirlenmesini ve böylece İVİg tedavisinin etkinliğini belirlemek amacıyla kullanılabilecek potansiyel biyobelirteçlerin tanımlanmasını hedeflemektedir.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmamıza, yaş ortalaması 8,6±3,2 olan 37 ESES hastası (14 kız, 23 erkek) ve yaş ortalaması 12,3±2,5 olan 20 sağlıklı çocuk birey (11 kız, 9 erkek) dahil edildi. İVİg tedavisine başlamadan önce ve tedaviden 1 yıl sonra, hastalardan tekrar BOS ve serum örnekleri alındı, dil ve kognisyon testleri uygulandı. BOS ve serum örneklerinde CXCL13, YKL40, GFAP, HMGB1 ve NFL düzeyleri ELISA yöntemi kullanılarak ölçüldü.

Bulgular:
NFL dışındaki tüm parametrelerin hem BOS hem de serum düzeylerinin tedaviyi takip eden bir yıl içinde anlamlı olarak düştüğü belirlendi. Özellikle inflamasyon ve kognitif yıkımdan sorumlu olan bu parametrelerin sağlıklı bireylerdeki ile benzer seviyelere gelme eğiliminde olduğu gözlendi. BOS ve serumda ölçülen GFAP, YKL40, CXCL13 ve HMGB1 için p değerleri tabloda verilmiştir. Tedaviden sonra ESES bulgusu gerileyen ve epilepsisi tedaviye dirençli olanların tedavi öncesi serum GFAP düzeyleri yüksek (p=0,020), tedavi sonrası CXCL13 düzeyleri ise (p=0,023) düşük bulundu. Dil testi skorları ile serum/BOS YKL40 ve CXCL13 düzeyleri arasında zayıf korelasyon saptandı.

pg/ml	Tedavi öncesi vs, sağlıklı (one-way ANOVA)	Tedaviden önce vs, sonra (bağımlı örneklem t testi)
GFAP BOS	<0,0001	0,0003
GFAP SERUM	0,0002	<0,0001
YKL-40 BOS	0,0002	0,001
YKL-40 SERUM	0,0001	0,0002
CXCL13 BOS	<0,0001	0,0007
CXCL13 SERUM	0,02	0,0006
HMGB1 BOS	0,015	0,004
HMGB1 SERUM	0,005	0,04
NFL BOS	Anlamlı değil	Anlamlı değil

Sonuç:
Bulgularımız İVİg tedavisinin nöroinflamasyon faktörlerini baskıladığını göstermektedir. ESES hastalarının tedavisinin izlenmesinde, nöroinflamasyon parametrelerinin toplu olarak değerlendirildiği bir multipleks test kiti kullanılması, kantitatif olarak ve kısa sürede sonuç veren bir biyobelirteç panelinin geliştirilmesine katkıda bulunabilir.

SS - 28 DRAVET SENDROMLU HASTALARDA UZUN DÖNEM TAKİP BULGULARI

MUHAMMET BİLGEHAN MUŞ , GULSHAN ALİYEVA , PINAR TOPALOĞLU , MEFKURE ERAKSOY , ZUHAL YAPICI OBUZ

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, ÇOCUK NÖROLOJİSİ BİLİM DALI

Amaç:
Dravet Sendromu, erken çocukluk döneminde ve genellikle ilk yıl içerisinde ateşle tetiklenen hemiklonik ve jeneralize klonik nöbetlerle başlayıp sonrasında myoklonik, eklendiği, status epileptikusun sık görüldüğü tedaviye dirençli bir epileptik ensefalopatidir. İnsidansı 1/22.000-44.000 arasındadır. İlk yılda gelişimin normal olduğu ancak sonrasında mental retardasyonun görülebildiği, nörolojik muayenede ataksinin izlenebildiği bu sendroma %70-80 oranında SCN1A mutasyonunun varlığı eşlik eder. Bu çalışmada kliniğimizde takip edilen Dravet sendromu hastalarımızın klinik ve prognostik özelliklerini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
Kliniğimizde 2005-2022 yılları arasında Dravet sendromu tanısı alan 24 hastanın demografik verileri, nöbet semiyolojisi ve antinöbet ilaç tedavileri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:
Çalışmaya polikliniğimizde takip edilen ve tanıları genetik analiz ile konfirme edilmiş 24 hasta (K/E 12/12) alındı. Hastaların yaş ortalamaları 11,67 ± 6,36 idi. Nöbetlerin ilk başlama yaşı ortalaması 5,85 ± 6 ay ve epilepsi süresi 10,8 ± 6,8 yıldı. Ortalama takip süreleri 5,13 ± 4,2 yıldı. İlk nöbet tipi hastaların %50'sinde febril nöbet, %29,2'sinde hemikonvulsif ve %20,8'inde sekonder jeneralize nöbet idi. Hastaların %58,3'ünde hemikonvülsif nöbet, %79,2'sinde febril nöbet, %41,7'sinde miyokloni vardı. Hastaların %33,3'ünün özgeçmişinde status epileptikus vardı ve nörolojik muayenesinde trunkal ataksi saptandı. Hastaların ortalama anti-nöbet ilaç sayısı 3'tü.

Sonuç:
Olgu serimizde literatürden farklı olarak SCN1A mutasyonu tüm hastalarımızda görüldü. Dravet sendromunda, mortalite ile morbidite oranının ve SUDEP riskinin yüksekliği nedeniyle erken dönemde tanı konulması, hastalara zamanında ve uygun tıbbi destek sağlanması önem arz etmektedir. Erken tanı ve olgu serilerinin takibi, klink bulguları kötüleştirebilecek anti-nöbet ilaçların kullanılmaması ve gelecekte kullanılacak mutasyona yönelik tedavilerin geliştirilmesi ve etkinliğinin değerlendirilmesi için son derece önemlidir.

SS - 29 ALZHEİMER HASTALIĞI VE PARKİNSON HASTALIĞI İLİŞKİLİ KOGNİTİF KAYIPTA ARTIRILMIŞ İP UÇLU HATIRLAMA TESTİ ALT TESTLERİ VE BÖLGESEL KORTİKAL KALINLIK FARKI İLİŞKİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

EZGİ DEMİREL ÖZBEK , EZGİ YETİM ARSAVA , AYŞE AKYAY , GÜL YALÇIN ÇAKMAKLI , ESEN SAKA TOPÇUOĞLU

HACETTEPE ÜTF, NÖROLOJİ ANADALI

Amaç:
Parkinson Hastalığı (PH) kognitif kaybın sıkça eşlik ettiği nörodejeneratif bir hastalıktır. Gözlenen kognitif kayıp, en sık demans nedeni olan Alzheimer Hastalığı (AH) kognitif profilinden farklılıklar göstermektedir. Artırılmış İpuçlu Hatırlama (AİH) testi, bellek süreçlerini değerlendirmede faydalı bir test olup, toplam puanı bu iki klinik durumun ayırıcı tanısının yapılmasına olanak sağlamaktadır. Bu çalışmanın amacı, AİH testi alt puanlarındaki farklılıkların AH ve PH ile ilişkili bilişsel bozukluğu ayırt etmedeki yerini ve manyetik rezonans görüntülemede (MRG) beynin yapısal özelliklerinin bu farklılıklar ile olası ilişkisini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem:
Bu amaçla prospektif olarak 50 adet AH ve 25 adet PH demansı olan hasta çalışmaya dahil edildi. AİH testinin her üç denemesindeki kendiliğinden hatırlanan nesne sayıları iki grup arasında tek tek ve ayrıca tekrarlayan ölçümler şeklinde ele alınarak karşılaştırıldı. Yaş, eğitim durumu ve standardize mini-mental test skorları ortak değişken olarak modele dahil edilerek etkileri kontrol edildi. Üçüncü denemede kendiliğinden hatırlanan nesne sayısından birince denemede hatırlanan nesne sayısı çıkarılarak elde edilen değerin kortikal kalınlık ile ilişkisini uzaysal olarak değerlendirmek üzere yüzey temelli görüntü analizleri gerçekleştirilerek gruplar arası farkın ilişkilendirilebileceği bölgesel kortikal kalınlık farkı varlığı araştırıldı.

Bulgular:
Toplam AİH skoru [AH: 25 (4-46), PH: 45 (22-48); p<0.001], her üç denemede kendiliğinden hatırlanan nesne sayısı [AH: 1. Deneme: 3 (2-4), 2. Deneme: 2 (0,8-4,3), 3. Deneme: 2 (0-4); PH: 1. Deneme: 6 (4,5-8), 2. Deneme: 6 (5-9,5), 3. Deneme: 7 (5,5-11); p<0,001] ve ilk ve son denemede hatırlanan obje sayısı farkı [AH: 0 (-1,3-1), PH: 2 (1-3); p<0,001)] AH grubunda PH grubuna göre anlamlı şekilde daha düşüktü. AH grubunda denemeler arası hatırlanan obje sayısında belirgin fark yokken, PH grubu giderek daha çok obje hatırladı. Son ve ilk denemede hatırlanan obje sayısının her bir pozitif yönde artışı PH lehine %84 duyarlılık ve %68 özgüllükle anlamlı bir şekilde yordayıcı olarak saptandı [(AUC)= 0,816; SH=0,052; %95 GA= 0,714-0,919; p<0,001]. Yüzey temelli görüntü analizlerinde sağ medial orbitofrontal, sol perikalkarin ve lingual korteks ile bilateral anterior singulat korteks kalınlığının PH grubunda AH grubuna göre daha fazla olduğu saptanırken, primer bellek ilişkili ilgi alanlarında anlamlı kortikal kalınlık farkı izlenmedi. AİH 3. deneme ile 1. deneme arasındaki farkın artışı PH grubunda anterior singulat korteks kalınlık farkı ile pozitif korelasyon içerisindeydi.

Sonuç:
AİH testi alt skorlarındaki seyrin incelenmesi AH ve PH ilişkili kognitif kaybın ayırıcı tanısında faydalı bir yöntem olarak kullanılabilir. AİH test alt skoru eğrisinin gruplar arası farkı anterior singulat korteks kalınlık farkı ile ilişkilendirilebilir.

SS - 30 FARKLI DEMANS TİPLERİNDE KAN BEYİN BARİYERİ BOZUKLUĞUNUN BOS BİYOBELİRTEÇLERİ VE PROGRESYON İLE İLİŞKİSİ

İREM ÇİFTÇİ GEDİK [1], BEDİA SAMANCI [1], ERDİ ŞAHİN [1], MERVE ALAYLIOĞLU [2], DUYGU GEZEN AK [2], ERDİNÇ DURSUN [2], HAŞMET HANAĞASI [1], HAKAN GÜRVİT [1], BAŞAR BİLGİÇ [1]

[1] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, DAVRANIŞ NÖROLOJİSİ VE HAREKET BOZUKLUKLARI BİLİM DALI
[2] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA, NÖROLOJİK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ, SİNİRBİLİM ANABİLİM DALI

Amaç:
BOS/serum albümin oranı (Qalb) kan beyin bariyeri bozukluğunun göstergelerinden biridir. Çalışmamızda Qalb düzeyini etkileyen faktörler, farklı demans tiplerinde ve Alzheimer sürekliliğindeki değişimi, BOS biyobelirteçleri ve hastalık progresyonu ile olan ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Davranış Nörolojisi ve Hareket Bozukluğu polikliniğinde 2016 yılından itibaren hafif kognitif bozukluk ve demans ön tanısıyla, BOS biyobelirteçleri incelenen 482 hasta ile kognitif olarak normal- KON 20 birey retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların demografik özellikleri, eşlik eden vasküler risk faktörü oluşturan hastalıkları, BOS biyobelirteçleri, Qalb düzeyleri, standartize mini mental test (MMSE) skorları (başlangıçta, 6 ay, 1 yıl ve 2 yıl sonraki) kaydedildi. Hastalar demans tanılarına ve Alzheimer sürekliliğine göre gruplandırılarak Qalb düzeyleri karşılaştırıldı. Qalb düzeyini etkileyen faktörler, Qalb düzeyinin BOS biyobelirteçleri ve hastalık progresyonu ile ilişkisi incelendi.

Bulgular:
Çalışmaya dahil edilen 482 hastanın 258'i (%53,5) kadın, yaş ortalaması 64,5±10,6; KON grubunda ise 20 kişinin 11'i (%55) kadın, yaş ortalaması 60,1±10,1 idi. Qalb düzeyi yaş ile koreleydi (p= ,033) ve erkek cinsiyet ile DM varlığında daha yüksekti (p< ,001; p= ,021). Qalb ile BOS biyobelirteçleri arasında ilişki incelendiğinde; amiloid ve tTau düzeyleri ile negatif, fTau düzeyi ile pozitif korelasyon saptandı (p= ,016; p= ,04; p= ,023). Alzheimer sürekliliğinde Qalb düzeyinin seyrini anlamak amacıyla KON, Alzheimer sürekliliğinde olan ve olmayan HKB (AS+ ve AS-), erken ve orta-ileri evre AH hastaları (CDR1 ve 2-3) karşılaştırıldı. Orta- ileri evre AH hastalarının Qalb düzeyi KON, HKB AS+ ve HKB AS- gruplarından, erken evre AH ise HKB AS-'ten yüksekti. KON ile HKB grupları arasında ise anlamlı fark bulunmadı. Demans tiplerine göre gruplandırma yapıldığında hastaların 119'unda Alzheimer hastalığı, 145'inde Alzheimer dışı demanslar ve 32'sinde çoklu patolojiye sahip demanslar tanılıydı. Qalb düzeyi çoklu patolojiye sahip demanslarda KON ve AH dışı demanslardan anlamlı olarak yüksekti (p= ,008 ve p= ,033). Alzheimer hastalığı ve AH dışı demanslar arasında anlamlı fark izlenmedi. Hastaların MMSE skorları ve bunların 6 ay, 1 yıl ve 2 yıllık değişimleri ile Qalb düzeyi arasında ilişki yoktu.

Sonuç:
Çalışmamızda kan beyin bariyeri bozukluğunun değerlendirilmesinde kullanılan Qalb düzeyinin ileri yaş, erkek cinsiyet ve vasküler risk faktörlerinden DM varlığında yüksek olduğu gösterildi. Qalb düzeyinin pre-demans evrelerdeki KBB bozukluğunu gösteremediği, amiloid ve tau patolojileri ile korele biçimde artarak demans evresinde KBB bozukluğunu yansıttığı anlaşıldı. Farklı demans gruplarının Qalb düzeyleri arasında anlamlı farklılık yokken çoklu patolojinin eklenmesi ile Qalb düzeyinde artış olduğu görüldü. Hastalık progresyonu ile Qalb düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Sonuç olarak demans evresindeki KBB bozukluğunu göstermede Qalb düzeyi kullanılabilir. Ancak erken evrede KBB bozukluğunu göstermek için görüntüleme yöntemleri gibi daha hassas yöntemler kullanılması gerekmektedir.

SS - 31 ALZHEIMER VE HAFIF KOGNITIF BOZUKLUK HASTALARINDA GÖRSEL-UZAYSAL ALGI YETENEĞİNİN İNCELENMESİ

BİRGÜL BALCI [1], BEYZA NUR ASLANTAŞ [2], DİDEM ÖZ [3]

[1] *DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON FAKÜLTESİ*
[2] *DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ*
[3] *DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*

Amaç:
Alzheimer hastalığı (AH) olan bireylerde ve Hafif Kognitif Bozukluk (HKB) tanılı bireylerde görsel-uzaysal algı yeteneklerinin sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırılarak incelenmesi ve bu yetenek ile ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı Demans Polikliniği'nde takip edilen 36 AH, 15 HKB hastası, 26 sağlıklı gönüllü (SG) birey dahil edildi. Tüm katılımcılarda görsel-uzaysal algı yeteneği "Yer Labirent Testi" (YLT) (Şekil .1) ile, bilişsel yetenekleri "Montreal Bilişsel Değerlendirme" (MoCA) ile, yürüme hızı "Zamanlı kalk yürü testi" (İkili Görevli ve Görevsiz) ile değerlendirildi. YLT, 273 x 317 cm boyutlarında, koyu renkli zemin üzerine çizilmiş beyaz bantlar ile oluşturulan iki boyutlu bir labirent olup labirentin girişine yerleştirilen kişinin çıkış noktasına giden yolu bulması istenmektedir. Değerlendirici kronometre yardımıyla kişinin; a) talimatların sonundan labirent girişine gelene kadar geçirdiği süreyi (*planlama süresi*), b) labirent girişinden başarılı çıkışın bulunuşuna kadar geçen toplam süreyi (*anlık labirent süresi*), c) labirent içinde ilk yürüyüşün ardından kişinin labirent ile göz teması kesilerek 10 dakika sonra planlama olmaksızın ikinci deneme süresini (*gecikmeli labirent süresi*) kaydetmektedir. Anlık ve gecikmeli labirent süresi kapsamında kişinin labirentteyken olası yanlış manevralarını dönüşlerini düzeltmelerine izin verilirken, hataları da kayıt altına alınmaktadır. ZKYT sırasında katılımcı oturduğu sandalyeden "başla" komutu ile kalkar, 3m ileride işaretlenmiş olan yerden geri döner, sandalyeye tekrar oturur, bu sırada geçen zaman (sn) kaydedilir ZKYT sırasında ikili görev kapsamında test bataryasına bilişsel görev eklenerek katılımcı, birbirinden farklı hayvan isimlerini yüksek sesle söyleyerek yürüme performansını gerçekleştirir.

Şekil 1: YLT test şeması

Bulgular:
Yaş ortalaması AH grubunda 71,67±8,22 yıl, HKB grubunda 72,47±9,10 yıl, SG grubunda ise grubunda 69,15±7,15 yıldır ve gruplar arasında yaş ortalaması açısından anlamlı fark yoktur (P>0,05). Üç grup arasında YLT, MoCA, ZKYT açısından anlamlı fark tespit edilmiş olup, AH hastaları HKB hastalarına ve sağlıklı kontrol grubuna göre bu üç testte anlamlı olarak daha kötü performans göstermiştir (P<0,0167). HKB ve sağlıklı kontrol grubu arasında MoCA, ZKYT verileri açısından anlamlı fark görülmemiştir (P>0,0167). AH hastaları ile HKB hastaları, YLT testinde labirentin ikinci tekrarında alanı zihninde planlama süresini gösteren performans açısından benzer olup (P>0,0167) diğer YLT parametreleri açısından ise AH hastaları daha kötü performans sergilemiştir (P<0,0167). YLT ölçümlerinde hastanın öğrenme kapasitesini belirleyen labirentten çıkışı zihninde planlama süresi AH grubunda sağlıklı bireylere göre daha kötü (p<0,0167) iken AH ve HKB grubu ile HKB ve sağlıklı bireyler arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,0167). YLT testlerinde sadece planlama süresi AH grubu ile HKB gurubu arasında benzerdi (p>0,0167).

Sonuç:
Görsel-uzaysal performans, bilişsel kapasite ve yürüme hızı AH hastalarında sağlıklı bireylere göre bozulmuş olup, AH hastalarında HKB hastalarına göre bilişsel kapasite ve yürüme hızı daha kötü tespit edilmiştir. HKB tanılı bireylerde sağlıklı kontrollere kıyasla bilişsel kapasite ve yürüme hızına ilişkin anlamlı farkın olmayışı beklenen bir çıktı olup bu bireylerin erken evrede tespiti ile AH'ye gidişten korunabileceği düşünülmektedir.
YLT testinde sadece planlama süresi açısından AH grubu ile HKB grubu benzerlik olması, AH grubuna benzer şekilde HKB tanılı bireylerde de öğrenme yetenekleri ve yürütücü fonksiyonlarında bozulmaları yansıtmakta olup ve bu durumun da ön tanılayıcı bir parametre olduğu düşünülmektedir.

SS - 32 COVİD-19 PANDEMİSİNİ TAKİBEN DEMANS ALT TİPLERİNDE NÖROPSİKİYATRİK PROFİLLER VE KOMORBİD HASTALIKLARIN DAĞILIMI

MİRUNA FLORENTİNA ATEŞ [2], NAZLI GAMZE BÜLBÜL [1], SİBEL KARŞIDAĞ [1], NİLGÜN ÇINAR [2], ŞEVKİ ŞAHİN [3], FENİSE SELİN KARALI [4], ÖZGE GÖNÜL ÖNER [3], TUĞBA OKLUOĞLU [5], FETTAH EREN [6], DİLEK YILMAZ OKUYAN [7], DİLEK YILMAZ OKUYAN [7], ÖZLEM TOTUK [3], MELTEM KARACAN [7], ESRA ACIMAN DEMİREL [8], ZERRİN YILDIRIM [9], HAMDİ ERHAN [10], BÜŞRA SÜMEYYE ARICA POLAT [11], NESRİN ERGİN [12], ESMA KOBAK TUR [13], ESMA KOBAK TUR [13], ÖZLEM AKDOĞAN [5]

[1] SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ SULTAN ABDÜLHAMİD HAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] MALTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[3] SANCAKTEPE ŞEHİT PROF DR İLHAN VARANK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[4] BİRUNİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ
[5] İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[6] SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[7] KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[8] BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[9] BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[10] MERSİN ALZHEİMER MERKEZİ
[11] SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[12] PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[13] SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ FATİH SULTAN MEHMET EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
Aralık 2019'da pnömoni vakalarıyla başlayan ve tüm dünyada hızlıca yayılan SARS-CoV2, COVID-19 pandemisi olarak ilan edilmiş ve günümüze dek çok sayıda kişinin ölümüne sebep olmuştur. COVID-19'un, özellikle hipertansiyon, diabetes mellitus ve koroner arter hastalığı gibi komorbid hastalıklara sahip olan yaşlı bireyler üzerinde çok fazla negatif etkileri olmuştur. Buna ek olarak, sosyal izolasyon nedeniyle kognitife ve psikiyatrik açıdan da yoğun olarak etkilenmelerine neden olmuştur. Çalışmamızda; Alzheimer hastalığı, hafif kognitif bozukluk, vasküler demans, frontotemporal demans ve mikst demans tanısı ile demans polikliniklerinde izlenen 455 hastanın pandemi sonrası süreçteki kronik hastalıklarının dağılımı, davranış bozuklukları, psikiyatrik bulguları, antidepresan ve antipsikotik ilaç kullanım oranları sunulmuş ve literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmamız, çok merkezli ve kesitsel olarak planlanarak, Türkiye'deki 13 farklı merkezdeki Demans polikliniklerinden takip edilen 455 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların pandemi öncesi ve pandemi sonrasındaki komorbid hastalıkları, davranışsal ve psikiyatrik yakınmaları ve klinik bulguları ve ilaç kullanımları kaydedilmiştir.

Bulgular:
Komorbid hastalıkların dağılımı incelendiğinde; hipertansiyon %68, diyabetes mellitus (DM) %24, inme %15, kalp hastalığı %28, kanser %1, böbrek yetmezliği %3 ve hipotiroidizm %2 olarak belirlendi. Eşlik eden kronik hastalıkların saptanma oranı %93 ile mikst tip demansta en yüksek, %59 ile frontotemporal demansta en düşük oranda bulundu. Frontotemporal ve mikst demans grubunda depresyon, anksiyete, sinirlilik ve ajitasyon; Alzheimer ve frontotemporal demans grubunda uyku ve yeme bozuklukları; mikst tip demansta halüsinasyon ve delüzyonlar; frontotemporal demansta ise apati, öfori, disinhibisyon ve anormal motor davranışlar en yüksek oranda bulundu. Antipsikotik kullanan hastalar tüm demans alt tiplerinde %30, vasküler demansta %44, mikst tip demansta ise %50 oranındaydı.

Sonuç:
Sonuç olarak tüm demans alt tiplerinde değişik yoğunlukta olmakla birlikte komorbid olarak kronik hastalık yükü mevcuttur ve kronik hastalık yükü arttıkça davranış bozuklukları ve psikotik bulgular artmaktadır. Çalışma grubumuzda hafif bilişsel bozukluk grubu hariç hemen tüm demans alt tiplerinde yaklaşık olarak %30 oranında antipsikotik kullanımı olmuştur. Antidepressan ilaçlar ise vasküler demans ve mikst demans grubunda sırasıyla %44 ve 50 oranlarında, Alzheimer hastalığı ve hafif bilişsel bozukluk grubunda %26, frontotemporal demans grubunda %32 oranında kullanılmıştır ve her iki ilaç grubunun kullanımında da artış olduğu görülmüştür.

SS - 33 DÜŞÜK EĞİTİMLİ ALZHEİMER HASTALARINDA MULTİMODAL BELLEK DEĞERLENDİRME TESTİ'NİN GELİŞTİRİLMESİ: ÖN ÇALIŞMA SONUÇLARI

MERVE SAVAŞ , DEMET AYGÜN , BURAK MANAY , NAİLE DÖLEK , ALPEREN ŞENTÜRK

İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ

Amaç:
Uzun dönemli bellek performansını ölçmek için kullanılan araçların düşük eğitimli/eğitimsiz Alzheimer hastalarında kullanımı, klinik pratikte zorlayıcıdır. Günlük yaşamda bellek kayıtlarının duyusal ve motor entegratif bağlamlarda gerçekleşmesi, değerlendirme araçlarının doğal ortamları temsil eder nitelikte olması gerekliliğini ön plana çıkarmaktadır.

Gereç ve Yöntem:
NINCDS-ADRDA kriterlerine göre Alzheimer Hastalığı (AH) tanılı (*n*= 17; *ort*. yaş 71,7) düşük eğitim seviyesindeki hastalar ve yaş cinsiyet uyumlu sağlıklı kontroller dahil edilmiştir (*n*=12; *ort.* yaş 68). Hastaların Klinik Demans Değerlendirme Ölçeği (KDDÖ) bellek ekseni skorları kaydedilmiştir (*ort.* 0,91). Öktem Sözel Bellek Süreçleri Testi (SBST)'nin kendiliğinden hatırlama skorları kaydedilmiştir. Farklı bir günde oluşturulan değerlendirmede Multimodal Bellek Değerlendirme Testi (MBDT)'nin "kahve, tarçın, lavanta (koku); araba, inek, poşet (ses); kadife, pamuk, nohut (taktil); kalem, anahtar, fırça (motor) ve pil, kağıt, kablo (semi-modal)" maddeleri için 3 boyutlu/gerçek objeler kullanılmıştır. Maddeler, katılımcılara tek tek sunulup testör tarafından eş zamanlı olarak adlandırılmıştır. Katılımcıların objelere dokunmaları teşvik edilip beraberinde maddeye ait ses ve koku uyaranları verilmiştir. 5 kez tekrarlanan öğrenme oturumlarının her birinde maddelere ilişkin semantik/duysal/motor ipuçları sunulup öğrenme skoru ve 40 dakika sonraki kendiliğinden hatırlama skoru kaydedilmiştir.

Bulgular:
Gruplar arasında SBST ve MBDT toplam skorları Mann-Whitney U Testi ile karşılaştırılmış ve anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). SBST ve MBDT toplam skorları, AH grubunda Mann-Whitney U Testi ile karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmış olup ($p<0,05$); kontrol grubunda anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,180$). KDDÖ ve MBDT'nin 1 ve 2. öğrenme oturumu skorları arasında çok yüksek düzeyde pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır (Spearman Rho Testi, $p=0,037$; $r=0,900$).

Sonuç:
Ön bulgular, düşük eğitimli AH'lerin bellek değerlendirmelerinde multimodal yaklaşımın faydalı olabileceğini göstermektedir.

SS - 34 ALZHEİMER HASTALIĞININ AMİLOİD PET İLE TANISINDA SAYISAL YAKLAŞIM: GÜFAPET

ERDEM BALCI [1], ÜMİT ÖZGÜR AKDEMİR [1], ESEN SAKA [2], LÜTFİYE ÖZLEM ATAY [1]

[1] GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÜKLEER TIP ANABİLİM DALI
[2] HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Alzheimer hastalığının tanısında beyindeki amiloid yükünün varlığı veya derecesini belirlemek oldukça önemlidir. Bu çalışmada amacımız, pozitron emisyon tomografi (PET) metoduyla elde edilen amiloid görüntülerinin kullanıcıdan bağımsız ve otomatik olarak sayısal değerlendirmesinin yapılabileceği bir raporlama yazılımı (GÜFAPET) oluşturmaktır.

Gereç ve Yöntem:
Amiloid PET görüntülerinin sayısal değerlendirmesi Centiloid adı verilen sayısal standart bir birime göre yapılmaktadır. FDA tarafından onaylı amiloid radyofarmasötikleriyle elde edilen PET görüntülerinin sayısal değerlendirmesinde bu birim standart hale getirilmiştir. Centiloid birimi 0 – 100 arasında değişir: 0 genç kontrol grubununun ortalamasına (=<45 yaş), 100 ise tipik Alzheimer hastalarının ortalamasına karşılık gelir. Görüntü işlemlenmesi için hastanın T1-MR ve amiloid PET görüntüsü yeterli olmaktadır. Matlab tabanlı oluşturulan GÜFAPET programında hesaplamalar için SPM ve FLIRT yazılım paketlerinin altyapılarını kullanıldı.

Bulgular:
GÜFAPET raporlama yazılımı hasta bilgilerini, inceleme tarihini, sayısal değerlendirme (Centiloid skoru) sonucunu ve bu sonucu literatürdeki farklı hasta gruplarının sonuçları ile karşılaştırmalı olarak gösteren bir grafiği rapor formatında otomatik olarak oluşmaktadır. Raporda ayrıca Centiloid değerlerine göre beyin amiloid birikim evrelerinin gösterildiği literatür kaynaklı bir grafik ile görsel değerlendirme ve yorum kısımları mevcuttur.

Sonuç:
Alzheimer hastalığının tanısında amiloid PET görüntülerinin görsel olarak değerlendirilmesinin yanında sayısal analize dayanan nesnel ve güvenilir bir raporlama sisteminin oluşturulması klinisyen için temel gereksinimlerdendir. Sayısal analiz sonuçları ayrıca hastanın amiloid yükünün belirlenmesi ve izlemi bakımından, özellikle yeni geliştirilmekte olan ilaçların kullanılmasında kritik bir noktadır. GÜFAPET hem Centiloid gibi literatürde kabul gören sayısal değerlendirmeyi otomatik olarak yapabilmesi hem de klinik yorumların dahil edilebildiği ücretsiz bir algoritma olması nedeniyle Alzheimer hastalığının tanısına katkı sağlayacaktır.

SS - 35 TEK LİF ELEKTROMİYOGRAFİSİNİN İZOLE OKÜLER SEMPTOMLAR İLE BAŞVURAN HASTALARIN TANISAL DEĞERLENDİRMESİNDEKİ ROLÜ

TUĞBA GÜLER , AYSEL ÇOBAN TAŞKIN , EBRU BÖLÜK , LEVENT ÖCEK , UFUK ŞENER

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Göz kapak düşüklüğü ve çift görme nöroloji pratiğinde sık başvuru nedenlerindendir. Ayırıcı tanıda beyinsapı hastalıkları, oküler motor sinir paralizileri, orbita hastalıkları, miyastenia gravis (MG), miyopati gibi birçok etiyolojik neden yer almaktadır. Pitoz ve diplopi ile başvuran olguların çoğuna oküler miyasteni gravis (OMG) ön tanısı ile tek lif elektromiyografi (TLEMG) istenmektedir. Bu çalışmada, oküler belirtilerle başvuran hastaların değerlendirilmesinde TLEMG incelemesinin klinik yararını araştırmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Kasım 2021- Haziran 2023 yılları arasında pür oküler semptomlarla başvuran ve OMG ön tanısı ile TLEMG analizi için kliniğimiz elektrofizyoloji laboratuvarımıza yönlendirilen ve konsantrik iğne elektrodu (KİE) kullanılarak jitter analizi yapılan hastaların klinik ve elektrofizyolojik verileri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:
Çalışmaya 69(%57) kadın, 52(%43)erkek, ortalama yaşları 53,59± 17,15 olan toplam 121 hasta dahil edildi.. İzlemde bu hastaların 74'ünde (%61,2) MG dışı nedenler saptanırken, 47' si (%38,8) OMG tanısı aldı. Semptomların başlangıç süresi ortalama 10,5 ±21,7 ay (2-120) idi. En sık görülen izole semptom pitoz (%45,5) idi. Pitoz ve diplopinin birlikteliği %30.6 idi. Miyastenik ve nonmiyastenik olarak iki gruba ayrılarak incelendiklerinde hastaların yaş, cinsiyet ve boy, ağırlık, klinik bulguları gibi demografik verileri arasında istatistiksel anlamlı farklılık izlenmedi ($p>0.05$). Orbikularis okuli kasından jitter analizinde OMG tanısında duyarlılığı %95, özgüllüğü %97, pozitif prediktif değeri %92 ve negatif prediktif değeri %75 olarak hesaplandı.

Sonuç:
Bu çalışmada jitter analizinin OMG'deki tanısal yararlılığını literatür verilerini destekler niteliktedir. Bununla birlikte jitter analizinin OMG dışında da oküler semptomlu pek çok klinik tablo için istenebildiği unutulmamalıdır.

SS - 36 KRİTİK HASTALIK MİYOPATİ VE NÖROMİYOPATİ AYRIMINDA YENİ BİR ELEKTROFİZYOLOJİK İNDEKS: BKAP GENLİK/SÜRE İNDEKSİ

HANDAN UZUNÇAKMAK UYANIK [1], FATMA GÖKÇEM YILDIZ [2], ÇAĞRI MESUT TEMUÇİN [2]

[1] *HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİK BİLİMLER VE PSİKİYATRİ ENSTİTÜSÜ*
[2] *HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*

Amaç:
Yoğun bakım ünitelerinde sık karşılaşılan nöromüsküler bir sendrom olan kritik hastalıkla ilişkili kuvvetsizlik (KHİK), kritik hastalık miyopatisi (KHM) ve/veya polinöropatisi (KHN) veya birliktelikleri (KHNM) şeklinde görülebilir. Prognozlarının farklı olması nedeniyle subtip ayrımının yapılması önemlidir. Bu çalışmada KHM ile KHNM'nin elektrofizyolojik ayırıcı tanısı için motor sinir iletim çalışmaları verilerinden yeni bir indeks geliştirilerek, sensitivite ve spesifitesi araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Temmuz 2017-Mart 2023 arasında 45 KHM ve 19 KHNM tanısı konan hastanın rutin motor sinir iletim çalışmalarında elde edilen bileşik kas aksiyon potansiyel (BKAP) genlikleri (**$BKAP_{Genlik}$**) ve distal BKAP negatif tepe sürelerine (**$BKAP_{Süre}$**) ait veriler toplanıp, **$BKAP_{Genlik}/BKAP_{Süre}$** indeksi hesaplandı. KHM ve KHNM ayırıcı tanısında **$BKAP_{Genlik}/BKAP_{Süre}$** indeksi cut-off değeri için ROC analizi yapıldı ve eğri altında kalan alan (EAA) hesaplandı. Ayrımda daha yüksek sensitivite-spesifite için lojistik regresyonla birleştirilmiş model kullanılarak çoklu parametreli ROC analizi yapıldı.

Bulgular:
Median sinir **$BKAP_{Genlik}/BKAP_{Süre}$** indeksi için EAA 0.735 (sensitivite: %78.9; spesifite:%66.7) ve cut-off ≤ 0.35 olarak hesaplandı.Ulnar sinir **$BKAP_{Genlik}/BKAP_{Süre}$** indeksi için EAA 0.733 (sensitivite: %57.9; spesifite: %84.1) ve cut-off ≤ 0.51 olarak hesaplandı. Lojistik regresyonla birleştirilmiş model kullanılarak gerçekleştirilen median ve ulnar **$BKAP_{Genlik}/BKAP_{Süre}$** indeksi parametrelerinin birleşik ROC analizinde ise Youden indeksi 0.762 idi.

Sonuç:
Median ve ulnar sinirlerin rutin motor sinir iletim parametrelerinden hesaplanan **$BKAP_{Genlik}/BKAP_{Süre}$** indeksi, KHM ile KHNM'nin elektrofizyolojik ayrımında dikkate değer bir sensitivite ve spesifite göstermiştir. KHM'de kas liflerine ait "senkron dispersiyon" ile buna bağlı BKAP süre uzaması ve genlik düşüklüğü birlikteliği **$BKAP_{Genlik}/BKAP_{Süre}$** indeksinde KHNM'ye göre daha düşük değerlere neden olmaktadır. Geliştirilen indeksin, bu iki subtipin ayrımında pratik ve yol gösterici bir yöntem olabileceği düşünülmüştür.

SS - 37 DİABETES MELLİTUS TANILI ÇOCUK VE ADÖLESANLARDA POLİNÖROPATİYİ GÖSTEREBİLECEK ELEKTROFİZYOLOJİK VE KLİNİK BELİRTEÇLERİN SAPTANMASI

MELTEM İNCİ [1], ALPEREN POYRAZ [2], GÖRKEM ŞİRİN [1], EZGİ SARBAN [3], MELEK YILDIZ [3], FİRDEVS BAŞ [3], ELİF KOCASOY ORHAN [1]

[1] *İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ NÖROŞİRURJİ ANABİLİM DALI*
[3] *İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ENDOKRİNOLOJİ BİLİM DALI*

Amaç:
Tip 1 diabetes mellitus (DM) tanılı çocuklarda sinir ileti incelemelerinin zaman içindeki değişimi ile birlikte diyabetik periferik polinöropati (PNP) ve otonom nöropati için olası risk faktörleri araştırıldı.

Gereç ve Yöntem:
En 2 yıldır tip 1 DM tanısı olan, 8-18 yaş arasında 63 hasta bir yıl arayla iki kez klinik ve elektrofizyolojik olarak değerlendirildi. PNP ile ilişkilendirilebilecek en az bir semptom veya nörolojik muayene bulgusu olan hastalar ilk incelemede "PNP var (Grup 1)" ve "PNP yok" olarak etiketlendi. İlk incelemede "PNP yok" grubunda olanlar ikinci değerlendirmeye göre "Grup 2-PNP var" ve "Grup 3-PNP yok" olarak tanımlandı.

Bulgular:
Gruplar arasında DM süresi benzerdi. İlk değerlendirmede "PNP var" grubunun yaş ortalaması "PNP yok" grubuna göre daha yüksekti. Ortalama Diyabetik Nöropati Semptom skorları ve Kompozit Otonom Semptom Skoru-31 toplam skorları iki değerlendirmede de benzerdi. İlk incelemede hastaların %38'inde, ikincide %60'ında nörolojik muayenede PNP bulgusu saptandı. Hastaların son bir yıldaki HbA1c değerlerinin ortalaması ikinci incelemede daha yüksekti. İkinci incelemede PNP olarak etiketlenen Grup 2 hastaların HbA1c ortalaması da daha yüksekti.İkinci değerlendirmede HDL düzeyleri daha düşüktü. "PNP var" grubunda HDL düzeyleri daha düşük iken LDL/HDL oranı bu grupta daha yüksekti. Grup 1'de altı, Grup 2'de bir hastanın mikroalbüminürisi saptandı. Retinopatisi olan tek hasta Grup 1'deydi. Medyal plantar duysal, tibial ve peroneal motor uyarı şiddetlerinin hem zaman içerisinde arttığı ($p<0,05$) hem de klinik olarak polinöropati olarak etiketlenen gruplarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamakla birlikte daha yüksek olduğu dikkati çekti. Alt ekstremitelerin distallerinde duysal ve motor amplitüdlerde ve sural/radyal amplitüd oranında değişiklik izlenmezken, duysal ve motor sinirlerin latansları uzun, ileti hızları yavaş bulundu. F minimum latansları ile sempatik deri yanıtı latansları polinöropati olarak etiketlenen gruplarda daha uzun, R-R interval değişkenliği (RRIV) daha düşüktü. Diyabetik polinöropati ve otonom nöropati için yüksek HbA1c ve LDL, düşük HDL düzeyleri, diyabet süresi ve insülin dozu ortak risk faktörleriyken; polinöropati için yaş, boy, vücut kitle indeksi, mikroalbüminüri ve retinopati varlığı, otonom nöropati için ise kadın cinsiyet risk faktörü olarak değerlendirildi.

Sonuç:
Diyabetik çocuklarda bir yıl ara ile yapılan klinik ve elektrofizyolojik değerlendirmeler yaş, diyabet süresi, boy, VKI, toplam insülin dozu, yüksek HbA1c ve LDL, düşük HDL düzeylerinin klinik risk faktörleri olabileceğini ortaya koymuştur. Elektrofizyolojik açıdan bakıldığında ise çocuk ve adölesanlarda nöropatinin erken evrelerindeki bulguların amplitüd değişikliklerinden daha önce latans ve ileti hızlarında değişiklikler olabileceğini ve uyarı şiddetindeki artışın takip edilmesinin yol gösterici olabileceğini göstermektedir.

SS - 38 DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA İLAÇ KULLANAN VE KULLANMAYAN GRUPTA GÖRSEL UYARILMIŞ POTANSİYELİN KARŞILAŞTIRILMASI

ZEYNEP ÜNLÜTÜRK [1], BETÜL KIRŞAVOĞLU [2]

[1] *KOCAELİ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ*
[2] *KOCAELİ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, PSİKİYATRİ KLİNİĞİ*

Amaç:
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), kalıcı, genetik, nörodavranışsal ve nörogelişimsel bir bozukluktur. DEHB sadece çocukluk çağı hastalığı olmakla kalmayıp yetişkinlerin de yaklaşık %4,4ünde görülebilmektedir. Görsel Uyarılmış Potansiyel (VEP) kısa görsel uyaranla tetiklenen yanıtın vizüel korteks üzerindeki skalpten kayıtlanması ile elde edilen elektriksel potansiyellerdir. Bu çalışmada DEHB hastalarında psikostimulanla tedavi edilen ve edilmeyen grupta P100 dalgasının latans ve amplitüdü karşılaştırılmıştır. Çalışmanın amacı VEP temelinde hastalık ciddiyeti ve psikostimulan kullanımının santral sinir sistemine etkilerinin tartışılmasıdır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya 15i psikostimulan kullanan, 15i psikostimulan kullanmayan 30 DEHB hastası dahil edildi. Tüm hastalara Yetişkin DEHB Tanı, Tarama ve Derecelendirme Ölçeği uygulandı ve hastalık ağırlığına göre orta ve ağır olarak iki gruba ayrıldı. Tüm hastalarda VEP çalışıldı. Hastaların her iki gözünden elde edilen P100 dalgalarının latans ve amplitüdleri kaydedildi. DEHB hastalarında hastalık ciddiyeti ve ilaç kullanımı temelinde P100 dalgalarının latans ve amplitüdleri karşılaştırıldı.

Bulgular:
Hastalık ciddiyetine göre değerlendirme yapıldığında orta ve ağır DEHB'li grupların P100 dalga latans ve amplitüdlerinde anlamlı fark saptanmadı. Sağ göz P100 dalga latansı, sol göz P100 dalga latansı ve ortalama P100 dalga latansı psikostimulan kullanan grupta kullanmayan gruba göre anlamlı olarak uzun bulundu. Psikostimulan kullanan ve kullanmayan grupta P100 dalga amplitüdleri açısından anlamlı fark saptanmadı.

Sonuç:
Bu çalışma, optik sinir iletimini gösteren P100 dalga latansının psikostimulan kullanan DEHB hastalarında kullanmayanlara göre uzun olduğunu göstermiştir. Alandaki kısıtlı literatüre katkı sağladığı için önemlidir. Daha yüksek örneklem büyüklüğü ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

SS - 39 İNME SONRASI ORTAYA ÇIKAN YUTMA BOZUKLUKLARINDA GELENEKSEL YUTMA TERAPİLERİ, NÖROMUSKÜLER ELEKTRİK STİMÜLASYONU (NMES) VE TRANSKRANİAL DOĞRU AKIM UYARIM (TDCS) TEDAVİSİNİN ETKİLİLİĞİNİN KARŞILAŞTIRILMALI OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

SERKAN BENGİSU [1], NUMAN DEMİR [2], HATİCE YELDA YILDIZ [3], YAKUP KRESPİ [3]

[1] *ATLAS ÜNİVERSİTESİ*
[2] *HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ*
[3] *İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ*

Amaç:
Bu araştırmanın amacı, inme sonrası ortaya çıkan yutma bozukluklarının tedavisinde uygulanan geleneksel terapi yöntemleri, NMES ve tDCS tedavisinin etkililiğini belirlemek, her tedavi yönteminin ayrı ayrı ve bir arada kullanıldığı durumlarda tedaviye olan etkilerini karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntem:
Bu araştırma "tek – kör" randomize kontrollü bir çalışma olarak planlanmıştır. Çalışmaya 40 hasta dahil edilmiştir.Hastalar 4 eşit gruba ayrılmış ve her birine 10 seans tedavi uygulanmıştır. Birinci gruba sahte tDCS ve sahte NMES, ikinci gruba tDCS tedavisi ve sahte NMES, üçüncü gruba NMES ve sahte tDCS tedavisi, dördüncü gruba ise tDCS tedavisi ile birlikte NMES uygulanmıştır. Tüm gruplara aletsel tedavilerin yanında geleneksel yutma terapisi uygulanmıştır. Hastalar tedavi öncesi ve sonrası klinik ve videofloroskopik olarak değerlendirilmiştir. Klinik değerlendirme için GUSS ve Fonksiyonel Oral Alım Skalası (FOAS) ölçekleri kullanılmıştır. Videofloroskopik görüntüler Disfaji Şiddet Değerlendirme Skalası (DŞDS) ve Penetrasyon Aspirasyon Skalası (PAS) kullanılarak değerlendirilmiştir

Bulgular:
Terapi sonrasında ilk üç grupta yumuşak kıvamlardaki PAS skorları dışındaki tüm parametrelerde terapi öncesi ve terapi sonrasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Üç terapinin bir arada uygulandığı dördüncü grupta ise tüm parametrelerde terapi sonrası değerlerdeki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$). Hangi terapi yönteminin daha etkili olduğunu belirlemek amacıyla gruplar arası yapılan karşılaştırmada; GUSS, FOAS, DŞDS ve sıvı kıvamlardaki PAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.01$). Bu parametrelerde en büyük değişimin üç terapinin bir arada kullanıldığı grupta gerçekleştiği görülmüştür.

Sonuç:
Çalışmamızda terapilerin tüm gruplarda etkili olduğu görülmüştür. NMES ve tDCS gibi aletsel tedavilerin kullanılması tedaviden alınan verimi arttırmakta ve daha belirgin bir iyileşme sağlamaktadır. Çalışmamızda inme sonrası yutma bozukluklarının tedavisinde üç tedavinin bir arada kullanıldığı grubun en etkin terapi grubu olduğu sonucuna varılmıştır.

SS - 40 DUYUSAL TEMSİLİN KÖKENİ: DOĞUŞTAN UZUV EKSİKLİKLERİNDEN ÖĞRENDİKLERİMİZ

HİLMİ UYSAL [1], EVRİM GÜLBETEKİN [2], AYHAN ŞAVKLIYILDIZ [3], HATİCE GÜL [4]

[1] AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ EDEBİYAT FAKÜLTESİ PSİKOLOJİ BÖLÜMÜ
[3] AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ MÜHENDİSLİK FAKÜLTESİ ELEKTİRİK VE ELEKTRONİK BÖLÜMÜ
[4] AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU FİZYOTERAPİ PROGRAMI

Amaç:
Literatürde beyindeki duyusal temsilin ontolojik veya embriyolojik kökeniyle ilgili tartışma devam etmektedir. Bu çalışmada, konjenital uzuv eksikliği olan katılımcıları sağlıklı kontrollerle karşılaştırarak somatosensoriyel organizasyonun kökenini ile ilgili tartışmaya katkı yapılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Doğuştan ekstremite eksikliği olan dört katılımcı (üçü iki taraflı amelia, biri tetrameli, 19-31 yaş, iki kadın, iki erkek), 15 sağlıklı kişi (üç erkek, 12 kadın; yaş ortalaması 19,57±1,34 yıl) çalışmaya alınmıştır. Olgular kantitatif elektroensefalografi (QEEG) ve fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) yöntemleri ile değerlendirildi. QEEG verileri için konjenital uzuv eksikliği olan katılımcılarda katılımcıların yanaklarına, omuzlarına ve ayaklarına dokunulduğunda. CZ, C3 ve C4 elektrotlarındaki spektral gücün sağlıklı olanlardan farklı olup olmadığını değerlendirmek için one sample t-testleri yapıldı. fMRI kayıtlarında yüz ve el bölgeleri manyetik olmayan, pamuk takılı bir çubuk kullanılarak uyarıldı. fMRI verileri için, birey düzeyindeki ve grup düzeyindeki değişimler sırasıyla bir ve iki örnek t testiyle incelenmiştir. Ayrıca, maskelenen ilgi alanları Mann-Whitney U-testi kullanılarak sistematik olarak karşılaştırılmıştır.

Bulgular:
Konjenital uzuv eksikliği olan katılımcılar ile sağlıklı kontrollerin somatotopik yapısının bazı ortak kalıplara ve çarpıcı farklılıklara sahip olduğu görüldü. QEEG sonuçlarında, doğuştan uzuv eksikliği olan katılımcılarda, dokunsal uyarı sırasında kortikal aktivitenin sağlıklı katılımcılara göre daha düşük olduğu ve tetramelili bireyin hem amelia hem de sağlıklı katılımcılara göre kortikal aktivite düzeyleri daha düşüktü. Ayrıca fMRI sonuçlarına göre yüzün temsili ağırlıklı olarak üst somatosensoriyel kortekse doğru yer değiştirdiği gözlendi.

Sonuç:
Konjenital uzuv eksikliği olan bireyler ile sağlıklı kontrollerin somatosensoriyel organizasyonundaki benzerlikler ve farklılıklar, hem ontolojinin hem de plastisitenin etkin olduğunu ve gözlenen değişimlerin nedeni olabileceğini desteklemektedir.

SS - 41 SEREBROVASKÜLER HASTALIKLARIN REHABİLİTASYONUNDA TRANSKRANYAL DOĞRU AKIM STİMÜLASYONUN (TDCS) İNMEYE BAĞLI DİSFAJİYE ETKİSİ

ÇAĞRI CANSU [1], İLKER ARSLAN [1], ÖZLEM KURTKAYA KOÇAK [1], HASAN KILINÇ [1], EBRU ŞANSAL [2], TAYLAN ALTIPARMAK [1], HÜRREM EVREN BORAN [1], BANU TİJEN CEYLAN [2], HALE ZEYNEP BATUR ÇAĞLAYAN [1], BÜLENT CENGİZ [1], BİJEN NAZLIEL [1]

[1] *GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KULAK BURUN BOĞAZ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI*

Amaç:
Disfaji, merkezi sinir sistemi hastalıkları ve nöromüsküler hastalıklar gibi çeşitli nörolojik nedenlere bağlı olarak meydana gelebilmektedir. Serebrovasküler hastalıklar sonrası hastaların %13-94'ünde disfaji görülmekte olup; sıklığı lezyon yeri ve büyüklüğü ile ilişkili olarak değişmektedir. Poststroke disfaji tedavisinde konvansiyonel yutma rehabilitasyon yöntemleri yaygın olarak kullanılmaktadır. Son yıllarda artan kanıtlar, noninvazif beyin uyarımı tekniklerinin de inme sonrası gelişen yutma güçlüğünün iyileşmesine katkıda bulunabileceğini göstermektedir. Bu çalışmanın amacı, inme sonrası disfajisi olan hastalarda konvansiyonel yutma rehabilitasyon tedavileri ile birlikte transkranyal doğru akım stimülasyonu (tDCS) uygulanmasının yutma fonksiyonunu iyileştirme ve geri kazanma üzerindeki etkilerinin araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem:
Bu çalışmaya Aralık 2022-Temmuz 2023 tarihleri arasında supratentoriyal düzeyde tek taraflı iskemik inme geçiren, poststroke disfajisi olan, inme sonrası akut dönemde yutma testinde başarısız olmuş 10 hasta dahil edilmiştir. Dahil edilen hastalar sham ve anodal tDCS grubu olarak iki gruba randomize edilmiş; bütün hastalara konvansiyonel disfaji rehabilitasyonu uygulanmıştır. Anodal tDCS 2 mA şiddetinde 20 dakika süresince uygulanmıştır. Sham tDCS uygulamasında 2 mA akım 30 saniye verildikten sonra sonlandırılmıştır. tDCS uygulaması günde bir kez olmak üzere 10 gün boyunca etkilenmemiş (sağlam) hemisfere yapılmıştır. Hastaların yutma fonksiyonları Penetrasyon Aspirasyon Ölçeği (PAS) ve videofloroskopik yutma çalışmaları (VFS) ile değerlendirmiştir. İlk yutma testi inme sonrası akut dönemde, kontrol değerlendirilmesi ise tDCS uygulaması sonrası bir hafta içerisinde yapılmıştır. Hastalar yutma testinden elde edilen sonuçlara göre 4 gruba kategorize edilmiştir: 0: "Yutma bozukluğu yok", 1: "İnce sıvı kıvamında aspire ediyor.", 2: "Nektar kıvamında aspire ediyor.", 3: "Bal kıvamında aspire ediyor." İstatistiksel analizde tedavi öncesi ve sonrası yutma testi sonuçları Wilcoxon Signed-Ranks test ile değerlendirilmiş olup; $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular:
On hastanın (6 kadın, 4 erkek; 71,5 ± 7,7 yaş) 6'sında anodal tDCS, 4'üne sham tDCS uygulanmıştır. Hasta grupları arasında yaş, cinsiyet, inme tarafı, inme etiyolojisi, NIHSS ve mRS arasında fark yoktu. Anodal tDCS uygulanan grupta tedavi öncesi ve sonrası yutma testi sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,317$). 6 hastadan 4'ünde (%66) test skorlarında iyileşme izlenmiştir. Sham grubunda 4 hasta olduğundan dolayı istatistiksel analiz yapılamamakla birlikte; 4 hastanın 3'ünde (%75) test skorlarında iyileşme izlenmiştir.

Sonuç:
Disfaji, inme sonrası meydana gelebilen yaygın komplikasyonlardan biridir. Yetersiz beslenme, dehidratasyon, aspirasyon pnömonisi, hastanede kalış süresinin uzaması ve yüksek tıbbi harcamalara neden olabilen disfaji; inme sonrası düşük yaşam kalitesi, artmış morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Konvansiyonel yutma rehabilitasyonu yöntemleri ile birlikte nöral plastisite artışı disfaji tedavisinde etkilidir. Poststroke disfajide tDCS'in amacı nöral dokunun depolarizasyonu veya hiperpolarizasyona yol açarak istirahat membran potansiyelinde değişikliklere neden olması, böylece sinaptik plastisitenin modüle edilmesidir. Vaka sayısının azlığı nedeniyle elde edilen veriler, anodal tDCS'nin inme sonrası gelişen disfaji tedavisinde etkin olmadığını düşündürse de, devam eden çalışmamızda hasta sayısı arttıkça bu uygulamanın etkinliği daha net ortaya çıkacaktır.

SS - 42 MİGREN BAŞ AĞRISINDA RTMS: 18 HASTANIN ÖN SONUÇLARI

NIHAT MUSTAFAYEV [2], EREN TOPLUTAŞ [1], İSMET ÜSTÜN [1]

[1] *MEDIPOL UNIVERSITESI HASTANESI*
[2] *CASPİAN KLİNİĞİ*

Amaç:
Kronik migren, bireylerin hayat kalitesini ciddi anlamda düşüren ve günlük yaşantısını olumsuz yönde etkileyen nörolojik bir rahatsızlıktır. Tekrarlayıcı transkraniyal manyetik stimülasyon (rTMS) ise kronik migren baş ağrılarının tedavisinde potansiyel bir alternatif olarak incelenmektedir. Bu çalışma, rTMSnin kronik migren hastaları üzerindeki etkilerini değerlendirmeyi amaçlar.

Gereç ve Yöntem:
Bir aylık tek merkezli, randomize ve çift kör bir çalışma gerçekleştirildi. Kronik migren tanı kriterlerini karşılayan ve HADS (Hastane Anksiyete ve Depresyon Skoru) değeri 2den düşük olan hastalar, DLPFCde aktif rTMS veya sham rTMS alacak şekilde iki gruba rastgele ayrıldı. Baş ağrısı günleri, ağrı şiddeti ve MIDAS (Migren Özürlülük Değerlendirme Ölçeği) uyarımın başladığı gün (T0) ile takip eden bir ay boyunca (T1) kaydedildi. Baş ağrılı günlerin sayısı primer sonlanım noktası olarak belirlenirken, ağrı şiddeti ve MIDAS ikincil sonlanım noktası olarak kabul edildi.

Bulgular:
Çalışmaya dahil edilen 18 hastanın tamamı 1. ayı tamamladı. Bu hastaların 10u rTMSe, 8i ise sham-TMSye tabi tutuldu. T0 zaman diliminde demografik veriler ve baş ağrısı ölçümleri açısından iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı. rTMS grubunda 1. ay sonunda baş ağrılı gün sayısında ($p<0.05$), baş ağrısı süresinde ($p<0.05$) ve MIDAS skorunda ($p<0.001$) anlamlı bir iyileşme gözlendi. Ayrıca, rTMS grubunda sham grubuna göre MIDASta ($p<0.001$) ve ağrı şiddetinde ($p<0.05$) anlamlı bir iyileşme elde edildi.

Sonuç:
Çalışmanın sonuçları, rTMSnin kronik migren tedavisinde etkili bir yaklaşım olabileceğini göstermektedir. 1. ay sonunda, rTMS grubundaki hastaların baş ağrılı gün sayısında, baş ağrısı süresinde ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerde belirgin bir iyileşme yaşandı. Bu bulgular, rTMSnin kronik migrenli hastalar için potansiyel bir tedavi yöntemi olabileceğini teyit etmektedir. Ancak daha geniş örneklemli ve uzun dönemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

SS - 43 MEKANİK BOYUN VE BEL AĞRISI HASTALARINDA STATİK MANYETİK ALAN TEDAVİSİNİN AĞRI ŞİDDETİ. FONKSİYONEL ENGELLİLİK, UYKU KALİTESİ VE DEPRESİF BELİRTİLER ÜZERİNDEKİ ETKİNLİĞİ

ONUR SERDAR GENÇLER [1], DURAN BERKER CEMİL [2]

[1] *ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ*
[2] *ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ KLİNİĞİ*

Amaç:
Mekanik boyun ağrısı (MBoA) ve mekanik bel ağrısı (MBeA), hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir ve engellilik seviyelerini artırabilir. Kronik ağrı tedavisinde manyetik terapi gibi güvenli, kullanımı kolay ve invaziv olmayan "tamamlayıcı ve alternatif tıp" yöntemlerine ilgi artmaktadır. Bu çalışma, güçlü neodimyum mıknatısları tarafından oluşturulan Statik Manyetik Alanın (SMA), MBoA ve MBeA hastalarındaki ağrı şiddeti, fonksiyonel engellilik, uyku kalitesi ve depresif semptom seviyeleri üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Bu randomize, çift kör, plasebo kontrollü, çapraz geçişli çalışmada, MBoA ve MBeA hastaları ya manyetik bant ya da sahte bant tedavi gruplarına randomize edildi. İlk İki haftalık tedavi döneminin sonunda gruplar arasında çapraz geçiş yapıldı ve hastalara iki hafta daha manyetik bant ya da sahte bant tedavisi uygulandı. Hastaların ağrı şiddeti "Görsel Analog Skala" (VAS), fonksiyonel engellilik düzeyi "Bel Ağrısı Engellilik Anketi" (ODI) ve "Boyun Engellilik İndeksi" (NDI), uyku kalitesi "Uykusuzluk Şiddet İndeksi" (ISI) ve depresif semptom seviyeleri "Hasta Sağlık Anketi-9" (PHQ-9) ile değerlendirildi.

Bulgular:
Çalışmaya katılan 30 hastanın 17sinde (%56.7) MBeA, 13ünde (%43.3) ise MBoA vardı. Manyetik bant tedavisi (MBT), tüm hastalarda sahte bant tedavisine (SBT) göre VAS skorunda anlamlı bir azalmaya neden oldu ($p<0.001$). MBeA hastalarında, MBTnin ODI skorunda SBTye göre anlamlı bir düzelme sağladığı bulundu ($p=0.009$). MBoA hastalarında ise MBTnin NDI skorunda SBTye göre anlamlı bir düzelme sağladığı saptandı ($p<0.001$). ISI ve PHQ-9 skorlarındaki iyileşme, SBT ile karşılaştırıldığında MBT lehine istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0.001$).

Sonuç:
MBeA veya MBoA gibi kronik ağrıları olan ve geleneksel tedavi yöntemlerinden yeterince fayda görmemiş olan hastalar için neodimyum mıknatıslar, güçlü manyetik alan üretme yetenekleri, yüksek penetrasyon kapasiteleri, güvenilir olmaları ve kolay kullanımları gibi özellikleri sayesinde alternatif bir tedavi seçeneği olabilirler.

SS - 44 FREKANSOGRAM İLE KISA-İNTERVAL İNTRAKORTİKAL İNHİBİSYONUN İNCELENMESİ

İLAY KAYA [1], AYŞE KARAOĞLU [2], BETİLAY TOPKARA ARSLAN [3], HİLMİ UYSAL [4], KEMAL S. TÜRKER [5]

[1] ARTVİN ARHAVİ DEVLET HASTANESİ
[2] İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ MÜHENDİSLİK VE MİMARLIK FAKÜLTESİ, ELEKTRİK ELEKTRONİK MÜHENDİSLİĞİ
[3] BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, FİZYOLOJİ ANABİLİM DALI
[4] AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[5] İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ, FİZYOLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Bu çalışmada, Transkraniyal Manyetik Stimülasyon(TMS)'da gözlenen Kısa-İnterval İntrakortikal İnhibisyon(SICI) algoritmasındaki inhibisyonun, test uyaranı deşarj frekansı üzerindeki etkisi incelendi. SICInın altında yatan sinaptik potansiyel profilleri henüz frekansogram yöntemi kullanılarak araştırılmamıştır ve frekansogram yönteminin SICIda gözlemlenen inhibisyonun altında yatan mekanizmaların anlaşılmasına katkıda bulunmasını beklenmektedir.

Gereç ve Yöntem:
Yaş ortalaması 34,6±16,6 yıl olan, herhangi bir sağlık şikayeti ve problemi olmayan, nörolojik muayenesi normal 3 kadın ve 11 erkek olguda Stimuluslar Arası İnterval(ISI) değerleri 1-30 ms arasındayken eşik altı koşullandırıcı uyarı ile 1.Dorsal İnterosseoz(FDI) kasından kayıt alınarak SICI ve İntrakortikal Fasilitasyon(ICF) kaydedildi. SICI'nın en belirgin olduğu aralık saptandı. FDI kasından SICI'da 3,5 msdeki değişim Peristimulus Frekansogram(PSF) ile değerlendirildi.Spike-2 yazılımı kullanılarak Tek Motor Ünite(SMU)leri şekillerine göre çıkarmak için bir şablon eşleştirme algoritmasından yararlanıldı ve analizleri yapıldı. Kümülatif Toplam(CUSUM) yöntemi, Elektromiyografi(EMG) kayıtlarında ince, fakat kalıcı değişiklikleri ortaya çıkarmak için ve uyarı öncesi taban çizgisinden önemli sapmaları belirtmek için kullanıldı.

Bulgular:
Aktif Motor Eşik(AMT) %37±8 ve eşik altı koşullandırıcı uyarı şiddeti %27,5±6 idi. Tüm durumlarda, test stimülasyonunun inhibisyonu, ISInın ilk 5 mssinde gözlendi. Ortalama olarak en anlamlı inhibisyon 2-4 ms platoda gözlendi ve %60a ulaştı. PSF uygulaması için hedeflenen 3,5 ms ISI'ydı. 10 ms sonra %20lik bir fasilitasyon gözlemlendi.

Sonuç:
Bu çalışmada iki kritik olgu keşfedildi. Tek eşik üstü TMS stimülasyonunun, 50 msnin üzerinde uzun süreli bir uyarıcı postsinaptik potansiyele(EPSP) neden olduğu bulundu. İkinci olarak, eşik üstü uyarımdan önce gelen eşik altı TMS uyarısının, motor uyarılmış potansiyelde inhibisyona yol açtığı görüldü.

SS - 45 AMANTADİNİN KOMATÖZ HASTALARDA EEG ÜZERİNE ETKİSİ: UYANACAK HASTA ÖNGÖRÜLEBİLİR Mİ?

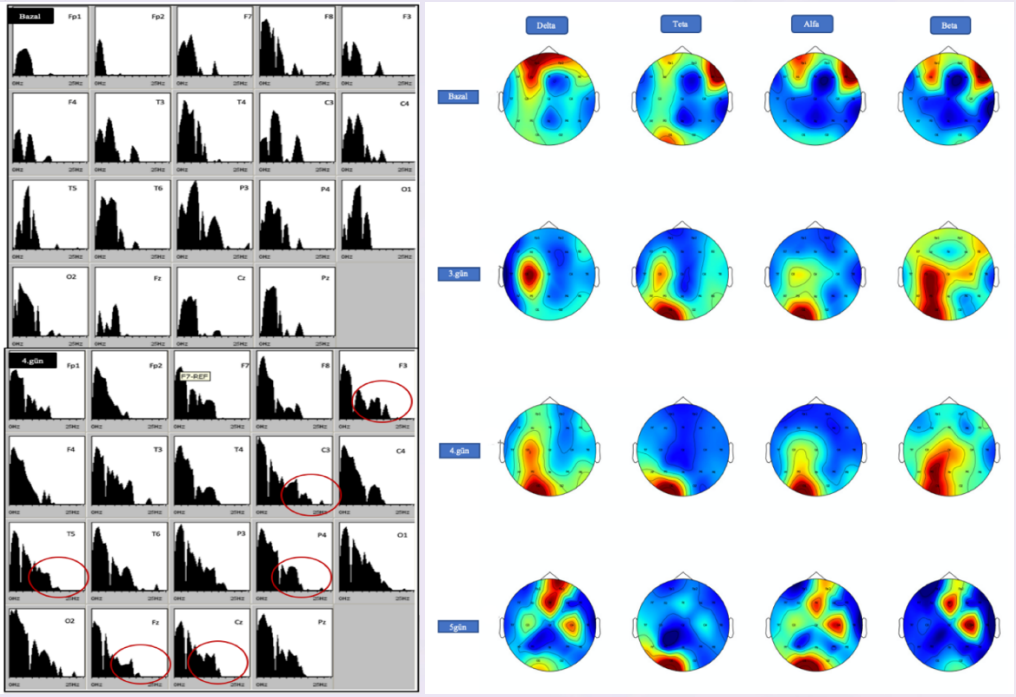
OKAN SÖKMEN [1], MEHMET DEMİRCİ [2], ETHEM MURAT ARSAVA [2], MEHMET AKİF TOPÇUOĞLU [2], NEŞE DERİCİOĞLU [2]

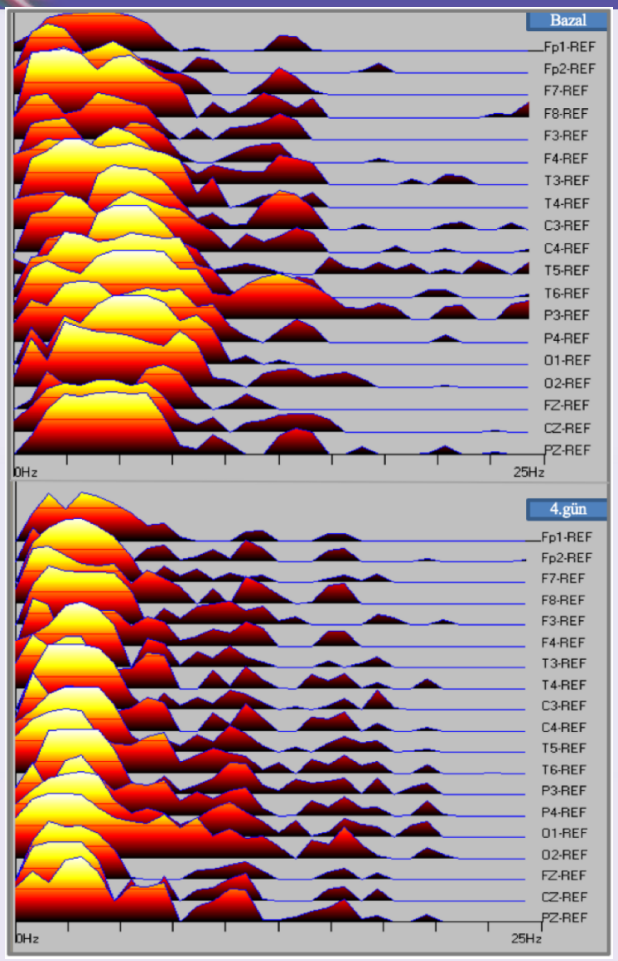
[1] *DÖRTYOL DEVLET HASTANESİ*
[2] *HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*

Amaç:
Bu çalışmada, kliniğimizde bilinç bozukluğu (BB) nedeniyle izlenen ve amantadin başlanması klinisyen tarafından uygun bulunan hastalara sürekli elektroensefalografi (EEG) çekilerek tedavi sonrası klinik değişikliklerin EEG ile ilişkili olup olmadığına bakmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışma Kasım 2021-Kasım 2022 arasında inme-nöroloji yoğun bakım ünitelerinde gerçekleştirildi. Uygun hastalara 5 gün sürekli video-EEG monitorizasyonu uygulandı. EEG çekimi amantadin öncesi başlanarak bazal veriler elde edildi. Amantadin tedavisi 7 gün uygulandı. Hastalar her gün aynı saatte 4 farklı skalayla [Glaskow Koma Skalası (GKS), Ramsay Sedasyon Skalası (RSS), Richmand Ajitasyon Sedasyon skoru (RASS) ve Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R)] değerlendirildi, puanlar kaydedildi. EEG verileri (zemin frekansı, anterior/posterior gradient-evre II uyku elemanları-epileptiform deşarj-iktal kayıt- uyaranlara reaktivite varlığı/yokluğu, amplitüd, frekans, süreklilik) günlük analiz edildi.Takiben, EEG verileriyle farklı skala puanlarının korelasyonu istatistiksel yöntemlerle analiz edildi. Ek olarak 4 hastaya spektral güç analizi uygulandı.

Bulgular:
Çalışmaya 20 hasta (9K-11E, 75.2± 9,47 yaş) alındı. 9 hastanın EEG frekansında ≥1 Hz artış izlendi. Diğer EEG parametrelerinde fark görülmedi. Amantadin tedavisi süresince GKS, RSS, RASS ve CRS-R skala puanları bazal puanlar ile karşılaştırıldığında tedavi sonrası RSS (p=0.031), RASS (p=0.007) ve CRS-R (p=0.033) puanları anlamlı derecede yükseldi. CRS-R'de ≥3 puan artışı ile EEG frekans artışı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p=0.0297). CRS-R'de kategori yükselmesi (p=0,05) ve GKS puan artışı (1 artış, p=0,094; 2 artış, p=0,070) bu ilişkiyi destekleyen trendlerdi. Spektral güç analizi yapılan 4 hastanın 3'ünde EEG-klinik bulgularının ilişkili olduğu gözlendi.





Sonuç:
EEG'nin görsel analizinin tedaviden yarar görebilecek hastaları öngörmesi mümkündür. Benzer bir durum kantitatif EEG analiz yöntemleri için de geçerli olabilir.

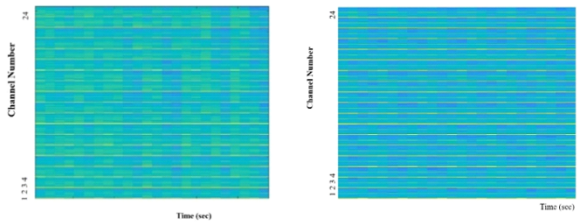
SS - 46 İNME HASTALARI İÇİN EEG SİNYALLERİ İLE KONTROL EDİLEN BEYİN BİLGİSAYAR ARAYÜZÜ GELİŞTİRME

SONER DENİZ ERSOY [1], AYÇA AK [2], VEDAT TOPUZ [2], GALİP YARDIMCI [1], İPEK MİDİ [1]

[1] *MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *MARMARA ÜNİVERSİTESİ TEKNİK BİLİMLER MESLEK OKULU*

Amaç:
Tarafımızca yapılan "Motor imagery EEG signal classification using image processing technique over GoogLeNet deep learning algorithm for controlling the robot manipulator" çalışmasında normal bir kişide bir uzvun hareket ettirildiği düşünüldüğünde dahi uzvu gerçekten hareket ettirmeden sadece o anki bilişsel süreçte veya hareket karar sürecinde elektroensefalogramda olaya ilişkilin potansiyeller gözlemlenebilmekte olduğu gösterilmiştir. Bu ilkeye dayanan bir beyin bilgisayar arayüzü ile inme hastalarının EEG aktivitesi işlenerek evrişimli sinir ağları üzerinden bir yapay zekâ modeli geliştirilmesi planlanmıştır.

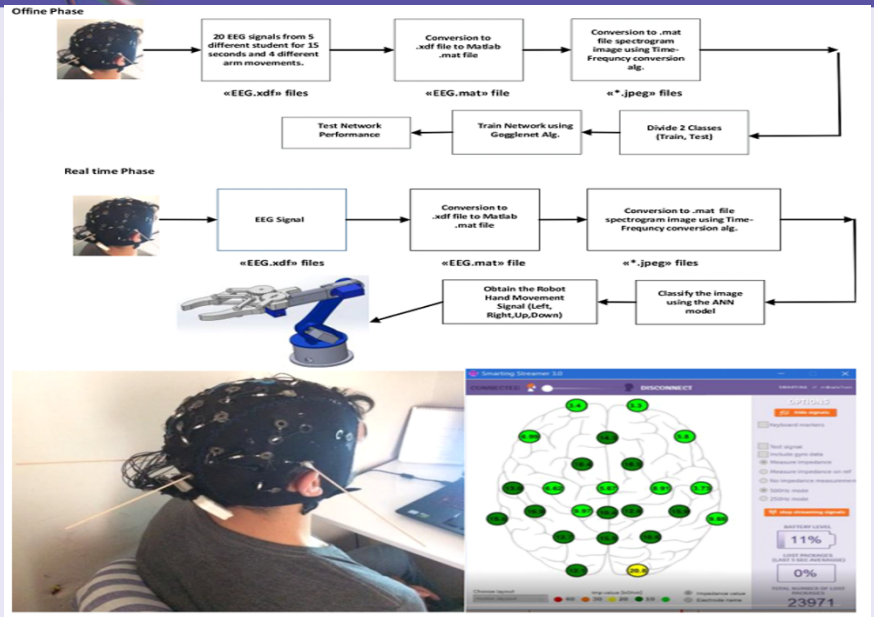
Gereç ve Yöntem:
İnme hastalarından sol ve sağ kol ve bacaklarını yukarı, aşağı, sola ve sağa hareket ettirmeleri ardından ise hareketi düşünmeleri istendi ve her bir işlem için onar saniyelik EEG kayıtları alındı ve EDF ve EDF+ verileri olarak Matlab üzerinden spektrogram görüntüsüne dönüştürüldü.



a. Kol Yukarı b. Kol aşağı

Şekil 1. Bir Önceki Çalışmamızda Sağlıklı Kişilerde Kol Yukarı Ve Kol Aşağı Düşüncesinin Spektrogram Görüntüleri

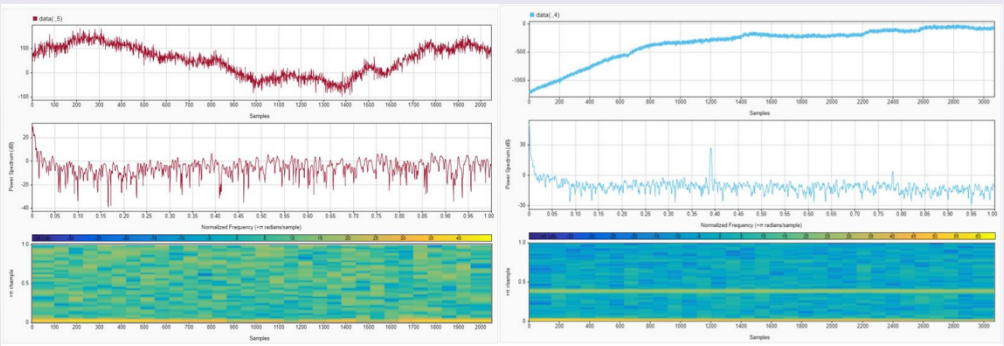
Ardından bu verilerin farklı evrişimli yapay sinir ağları kullanılarak derin öğrenme algoritmaları ile sınıflandırılması amaçlandı. Elde edilen veriler kullanılarak istenen oranda doğruluk elde edilene kadar veri artırma yöntemleri uygulanması planlandı.



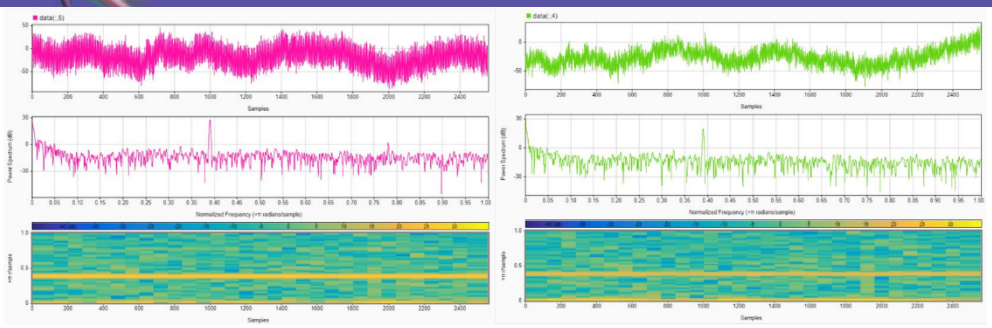
Şekil 2. Daha Önce Tarafımızca Geliştirilen Sistemin Blok Diyagramı

Bulgular:

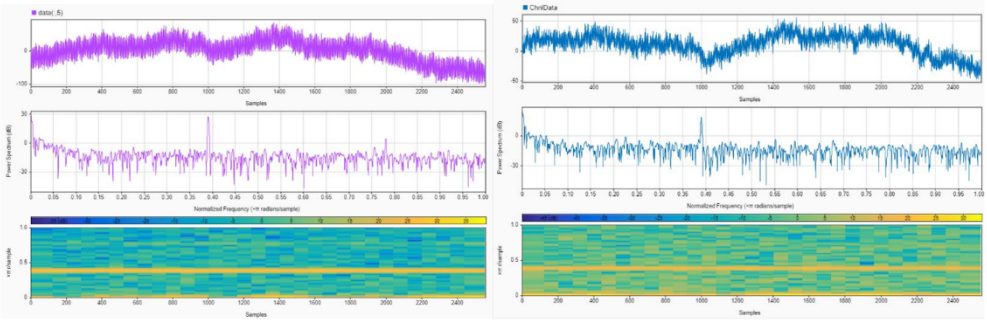
Bu çalışmada hemiparezisi olan inme hastaları ve normal kontrollerden daha önce bahsi geçen aktiviteler gerçekleştirilerek elde edilen EEG verilerinden spektrogram analizleri oluşturuldu. Elde edilen bu analizler, sağlıklı kontroller ve inme hastaları arasında karşılaştırmalı olarak değerlendirildi ve daha önceki çalışmamızda kullanılan bir robotik ekstremite üzerinde bu aktivitelerin kullanımı açısından incelenmesi gerçekleştirildi.



Şekil 3 ve 4. Bir İnme Hastasının Sağ Bacak Kaldırma Düşüncesinin F3 ve F4 Kanallarından Elde Edilen Aktivitesinden Oluşturulan Spektrogram Görüntüleri



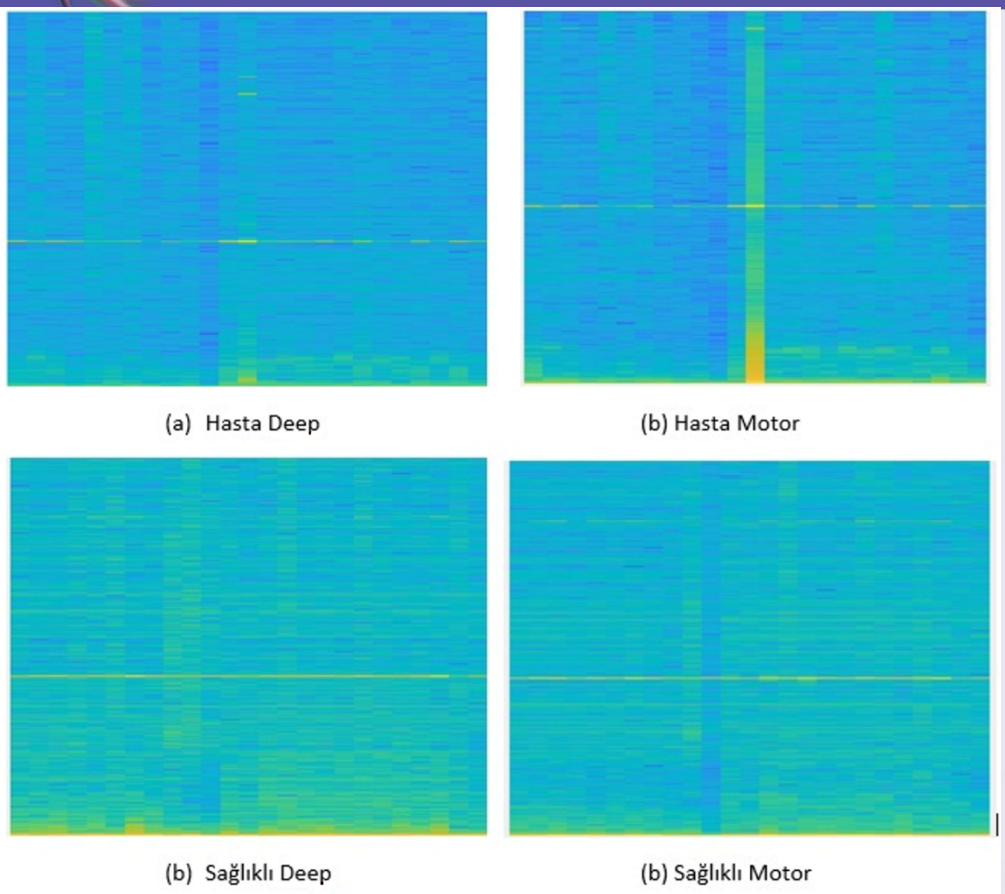
Şekil 5. Sağlıklı Kontrolün Sağ Bacak Kaldırması Sırasında F3-F4 Kanalından Elde Edilen Aktivitesinden Oluşturulan Spektrogram Görüntüleri



Şekil 6. Sağlıklı Kontrolün Sağ Bacak Kaldırması Düşüncesinin F3-F4 Kanalından Elde Edilen Aktivitesinden Oluşturulan Spektrogram Görüntüleri

Sonuç:

Bu spektrogramlar incelendiğinde normal kişilere göre inme hastalarının EEG aktivitelerinde hem motor hem derin düşünce bazında belirgin aktivite farkı izlenmiştir.



Şekil 7. Frontal Kanallardan Elde Edilen Sağ Bacak Kaldırma Düşünce ve Motor Aktivitelerinden Oluşturulan Spektrogram Görüntülerinin Sağlıklı Kontroller ile İnme Hastalarında Karşılaştırılması

Daha önce tarafımızca yapılan çalışmada normal kişilerde mekanik bir ekstremitenin motor fonksiyonunu hem eylemsel hem de düşünce seviyesinde gerçekleştirmesi sağlanmıştır. Benzer bir şekilde inme hastalarında da aynı fonksiyonların robotik ekstremite üzerinde gerçekleştirilmesi açısından çalışmamız devam etmektedir.

SS - 47 İNTERİKTAL DÖNEM TETA BAĞLANTISALLIĞI FOKAL EPİLEPSİ HASTALARINDA İŞLEYEN BELLEK BOZUKLUKLARI İLE İLİŞKİLİDİR

SİMGE AYKAN [1], VİRGİNİE LAGUİTTON [2], SAMUEL MEDİNA VİLLALON [2], STANİSLAS LAGARDE [2], JULİA SCHOLLY [2], FABRİCE BARTOLOMEİ [2], CHRİSTİAN GEORG BENAR [2]

[1] *ANKARA ÜNİVERSİTESİ*
[2] *INSTITUT DE NEUROSCIENCES DES SYSTÈMES*

Amaç:
Epilepsiler, osilasyon değişiminin en belirgin olduğu beyin hastalıklarıdır. Nöbetler, hafıza ve yürütücü işlev bozuklukları, dil, zeka düzeyi ve duyu-motor yetersizlikleri de dahil olmak üzere interiktal bilişsel bozukluklarla karakterize edilen çok daha geniş bir klinik tablonun yalnızca bir belirtisidir. Epilepsili hastalarda teta salınımlarında bozuklular gözlenmektedir ve bu bozukluklar hem nöbet oluşumuna hem de bilişsel bozukluklara katkıda bulunuyor olabilir. Bu çalışmanın amacı, interiktal SEEG aktivitesinin (diken sıklığı ve teta bağlantısallığı) ve/veya nöbetle ilişkili parametrelerin (nöbet sıklığı, epilepsi başlangıç yaşı, epilepsi süresi, nöbet önleyici ilaçlar) fokal epilepsi hastalarındaki genel bilişsel bozuklukları öngörüp öngörmediğini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem:
Temporal ve/veya frontal odaklı 23 fokal epilepsi hastasının retrospektif beş dakikalık spontan Stereoensefalografi (SEEG) kayıtları ve Wechsler Zeka Ölçeği (WAIS-IV), Wechsler Bellek Ölçeği (WMS-III) skorları çalışmada kullanılmıştır. SEEG verilerinden teta bandı bağlantısallığı ve frontotemporal bölgedeki diken sıklıkları değerlendirilmiştir.

Bulgular:
Hastalarda işleyen bellek bozukluğu, frontotemporal bölgelerdeki teta bağlantısallığıyla negatif ilişkilidir ($F(1, 17) = 5{,}239$, $p = 0{,}036$, $R^2 = 0{,}200$, $\beta = -0{,}497$). Ayrıca teta bağlantısallığı, bu bölgedeki mezial diken sıklığı ve teta gücü ile açıklanabilmektedir ($F(2, 17) = 10{,}967$, $p = 0{,}001$, $R^2 = 0{,}540$).

Sonuç:
Sonuç olarak, majör MR bulgusu olmayan fokal epilepsi hastalarının bilişsel işlevlerinde bozulma olduğunu ve bunların en çok işleyen bellekte vurgulandığını gösterdik. Bu bozukluğun ardındaki fizyolojik mekanizmalar, frontotemporal bölgelerde artmış teta bağlantısallığına neden olan mezial dikenlerdeki artış olabilir.

SS - 48 OTOPSİ YAPILMIŞ EPİLEPSİ OLGULARINDA SUDEP

AYŞE DENİZ ELMALI [1], SADIKA ÖZDEMİR [1], İBRAHİM ÜZÜN [2], AYDIN AYDOSELİ [3], NERSES BEBEK [1]

[1] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, KLİNİK NÖROFİZYOLOJİ BİLİM DALI
[2] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ - CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, ADLİ TIP ANA BİLİM DALI
[3] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Epilepside ani ve beklenmedik ölüm (SUDEP), epilepsinin en yıkıcı komplikasyonudur. Kritik önemine karşın, patofizyolojik mekanizması aydınlatılamamıştır. Klinik ve otopsi bulgularının tanınmasında güçlükler mevcuttur. Bu çalışmamızda SUDEP ile ilgili patogeneze ve risk faktörlerine dair bilgi birikimine katkıda bulunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
2009-2019 yılları arasında 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve ölüm sebebi epilepsi hastalığına bağlı gelişen komplikasyonlar olduğuna karar verilmiş olguların demografik ve otopsi verileri ile şahitlerin ifadeleri değerlendirildi.

Bulgular:
2009-2019 yılları arasında 553 vakaya erişildi. Preliminer çalışmada kohortun %20'si (n=108) ayrıntılı ele alındı. Olguların %69'u (n=74) erkekti, ölüm yaşı ortalaması 36.5±11.7 idi, %94'ünün bilinen epilepsi tanısı vardı. Olguların %65'i evde, %19'u hastanede, %8'i ıssız yerlerde, %6'sı ise halka açık yerlerde ölmüştü. Olguların %23'ü pediatrik yaş grubundaydı. %94'ünde otopsi yapılmıştı. %66'sı ölü bulunmuştu. Olguların %66'sında (n=71) ölüm sebebi SUDEP, %18'inde (n= 19) SUDEP dışı, %9'unda (n=10) mümkün SUDEP, %5'inde (n=5) SUDEP+ ve %2'sinde (n=2) nearSUDEP olarak değerlendirildi. SUDEP spektrumundaki 88 olgunun %80'inde ölüm öncesi nöbet bulguları mevcuttu. Bu olguların %16.7'sinin (n=7) nöbetsiz olduğu, %83.3'ünün (n=35) ise aktif nöbetleri olduğu bildirilmişti. Provokan faktörler incelendiğinde olguların %38'inde yüz üstü pozisyon, %13'ünde enfeksiyon, %9'unda uyku deprivasyonu, %17'sinde ilaç aksatımı, %3'ünde alkol ve madde kullanımı mevcuttu. Olguların %36'sında vücut sıvılarında anti nöbet ilaç tespit edilemedi, %16'sında parasetamol saptandı. Otopside olguların %28'inde miyokardda fibrozis dikkati çekti.

Sonuç:
Adli tıp kurumunca ölüm sebebi epilepsi komplikasyonları olarak belirlenen olguların büyük bölümünün SUDEP spektrumunda yer aldığı görülmektedir. Hem nöroloji hem de adli tıp disiplinlerinde bu konunun daha derinlikle ele alınması gerekmektedir.

SS - 49 EPİLEPSİ HASTALARINDA UYKU BOZUKLUKLARI VE DEPRESYON

AYTÜL MUTLU , BİRGÜL BAŞTAN TÜZÜN , ZÜLFİKAR MEMİŞ , BELGİN PETEK BALCI , ÖZLEM ÇOKAR

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HASEKİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
Epilepsi ve uyku arasında etkileşim karışıktır. uyku bozuklukları ve depresyon arasında ise karşılıklı bağlantı mevcuttur. Bu çalışmada amaç Epilepsi polikliniğimizde takip edilen hastalarda uyku bozuklukları ile depresyon ve anksiyetenin araştırılması ve aralarındaki ilişkiyi gözden geçirmektir.

Gereç ve Yöntem:
Uyku bozuklukları ve depresyon varlığını araştırmak üzere erişkin , en az 2 yıldır epilepsisi olan hastalarda epilepsi dışında herhangi bir kronik hastalığı olanlar dışlanarak 111 hastada (alfa anlamlılık seviyesi 0,05 %95 aralıkta) standart anket formları uygulandı. Pitssburgh Sleep Quality Index (PSQI), Epworth Sleepiness Scale (ESS), Beck Depresyon Skalası (BDI), Beck Anksiyete Skalası (BAS), Berlin Uyku Anketi (BUA) testleri ile hastaların demografik özellikleri, vücut kitle indeksi (BMI), nöbet sıklığı, nöbet tipi, anti nöbet ilaç (ANİ) sayısı, uykuda epileptik nöbet varlığı arasındaki bağlantı araştırıldı.

Bulgular:
Erkek hasta sayısı 54 (%48,6), kadın hasta sayısı (%51, 4) , yaş ortalaması 37,6±13,1 (19-77) idi. Fokal nöbet tipi olan hasta sayısı 40 (%36), jeneralize nöbet tipi olan hasta sayısı 71 (%64) , monoterapi alan hasta sayısı 62 (%55,9), politerapi alan hasta sayısı 49 (%44,1) idi. Epilepsi süresi 17,5±11,6 (2-50) yıldı. Nöbet sıklığı ayda 1 nöbetten az nöbeti olan hasta sayısı 41 (% 36,9), ayda 1 'den fazla nöbet sıklığı olan hasta sayısı 25 (%22,5), 2 yıldır nöbetsiz olan hasta sayısı 45 (%40,5) şeklinde olmak üzere nöbet sıklığına göre 3 gruba ayrıldı. Uykuda nöbeti olan hasta sayısı 41 (%36,9), uykuda nöbeti olmayan hasta sayısı 70 (%63,1) idi. Yapılan Ölçeklerin total değerlendirme sonuçları tablo-1 ve tablo-2 dedir.
Tablo-1

Tablo-2

PSQI toplam puanı ile Beck depresyon, Beck anksiyete ölçeği ile pozitif yönde orta düzeyde,. PSQI toplam puanı ile ESS ve Berlin uyku anketi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı. ESS ve Berlin Uyku anketi ile Beck depresyon, Beck anksiyete ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu. Ölçeklerden Berlin Uyku anketi BMI ile pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkili saptandı (p<0,001).
Cinsiyet, eğitim, ve BMI arasında yapılan testler arasında anlamlı düzeylerde istatistiksel olarak fark saptanmadı. Hastaların nöbet sıklıklarında değerlendirilen ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Hastaların tedavi modelinde değerlendirilen ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Hastaların uykuda nöbeti olan ve uykuda nöbeti olmayanlarında yapılan ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.Nöbet tipi fokal olanların Beck depresyon ve Beck anksiyete puanı jeneralize olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı (p=0,039 p=0,010). Cinsiyet, eğitim, nöbet sıklığı ve tedavi gruplarında Beck Depresyon ve Beck anksiyete düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Değerlendirilen ölçeklerden Beck anksiyete ölçeği puanı kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı (p=0,042).

Sonuç:

Yapılan çeşitli çalışmalarda epilepsi hastalarında uyku bozukluklukları ile depresyon ve anksiyetenin değişik yüzdelerde olduğu gösterilmiştir. Hastalarımızın %71,2'inde hafif depresyon, %21,6'inde orta derecede depresyon saptanmıştır. Kötü uyku kalitesi % 36 hastada , gün içi artmış uykululuk %20 hastada saptanmıştır. Nöbet tipi, nöbet sıklığı , uykuda nöbet varlığı ile uyku testleri arasında bir çok çalışmada farklı sonuçlar bulunmuştur. Bizim çalışmamızda epilepsinin tipi, nöbet sıklığı, monoterapi-politerapi ,yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi arasında uyku bozukluğu gelişmesi açısından istatiksel olarak anlamlı bir bağlantı bulunmamıştır. Hastalardan nöbet tipi fokal olanların Beck depresyon ve Beck anksiyete puanı jeneralize olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı (p=0,039 p=0,010). Epilepside depresyon gelişimi ile ilgili bir çok faktör bulunmakla birlikte temporal lob epilepsi ile birlikteliğinin daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bunun mekanizması zayıf anlaşılmakla birlikte hipokampal interleukin-1beta salınımı ile orbito-frontal ve medial frontal lob etkilenimin önemli olduğu bildirilmiştir. Bizim hastalarımızda nöbet sıklığı, ilaç çeşitliliği ile depresyon arasında bağlantı yok iken nöbet tipi ile anlamlı ilişkinin saptanması farklı mekanizmaların olabilaceğini düşündürmüştür.

SS - 50 FOKAL VE JENERALİZE EPİLEPSİ TANILI BİREYLERDE ZAMAN ALGISI İŞLEVLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

FATMA MELTEM ÜSTEKİ [1], SERKAN AKSU [2], SEMAİ BEK [1], GÜLNİHAL KUTLU [1]

[1] *MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ FİZYOLOJİ ANABİLİM DALI*

Amaç:
Epilepsi hastalarında çeşitli bilişsel bozukluklar gösterilmiştir. Bellek, yürütücü işlevler başta olmak üzere bilişsel alanların tümünde bozulmalar gösterilmişse de zaman algısıyla ilgili çalışmalar oldukça sınırlı ve temporal lob epilepsisiyle sınırlıdır. Fokal ve jeneralize epilepsili bireyler arasında da bilişsel bozukluklar açısından fark bulan ya da bulmayan çalışmalar mevcut olmakla birlikte zaman algısı performansları daha önce karşılaştırılmamıştır. Bu çalışmanın amacı fokal ve jeneralize tanılı bireyler arasındaki zaman algısı performansının karşılaştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem:
Epilepsi ve Uyku Merkezi'nde takip edilen 51 fokal ve 51 jeneralize epilepsi tanılı bireye 4,7,32 ve 58 saniyelik zaman aralıkları için Zaman Aralığı Tahmin Testi (ZATT) ve Zaman Aralığı Üretme Testi (ZAÜT) uygulandı. Her iki grup arasında zaman algısı performansı karşılaştırıldı.

Bulgular:
Örneklemin yaş ortalaması 32,65 (1,28) idi. 36 erkek ve 66 kadın katılımcıdan oluşan örneklemde ortalama eğitim süresi 12,3 yıl, hastalık başlangıç yaşı 18,7 yıl ve hastalık süresi 13,8 yıl olarak saptandı. 4 saniye için ZAÜT oranı ($Z = -2,540$; $p = 0,011$) ve 7 saniye için ZAÜT oranı ($Z = -2,274$; $p = 0,023$) fokal epilepsi grubunda daha düşüktü. Diğer zaman algısı parametrelerinde anlamlı farklılık gözlenmedi.

Sonuç:
Güncel bir çalışmada fokal ve jeneralize epilepsi tanılı bireylerin temel bilişsel alanların hiçbirisinde anlamlı farklılık gözlenmemiş ve bu durum epilepsinin bir ağ hastalığı olmasıyla açıklanmıştır. Bu çalışmada ise fokal ve jeneralize epilepsi tanılı bireylerin zaman algısında farklılık gözlenmiştir. Kısa zaman aralıklarına özgü olan bu sonuçların epizodik bellekten ziyade çalışma belleğiyle ilişkili olabileceği düşünülmüş olup farklılığın nöronal temellerini inceleyen kapsamlı çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

SS - 51 EPİLEPSİ HASTALARINDA KARDİYAK ARİTMİYİ ÖNGÖREBİLMEK İÇİN YENİ BİR BELİRTEÇ; FRONTAL QRS-T ANGLE

ÜLKÜHAN DÜZGÜN [1], MUSTAFA BEĞENÇ TAŞCANOV [2], JAVİD SHAFİYEV [1], METİN OCAK [3], İBRAHİM HALİL YASAK [2], HALİL FEDAİ [2], KENAN TOPRAK [2], BÜLENT GÜNGÖRER [4], UĞUR BURAK ŞİMŞEK [5], ÖMER KARADAŞ [1]

[1] GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ
[2] HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
[3] SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
[4] ETLİK ŞEHİR HASTANESİ
[5] GÜLHANE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Merkezi sinir sisteminin kronik bir rahatsızlığı olan epilepsinin en önemli komplikasyonu SUDEP'tir. Epilepsi hastalarında gelişen SUDEP nedenleri karışık ve multifaktöriyeldir. Epilepsi hastaları; hem hastalığın kendisinin hem de antinöbet ilaçların etkisiyle artmış kardiyovasküler olay, SUDEP ve ventriküler aritmi riski taşımaktadır. Daha önceki çalışmalarda epilepsi hastalarında yaygın olarak kardiyak repolarizasyon markerleri üzerinde odaklanılmıştır. Bu çalışmada epilepsi hastalarında görece yeni bir repolarizasyon parametresi olan f (QRS-T) angle değerlerini araştırmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Bu çalışmaya 102 epilepsi hastası ve kontrol grubu olarak 86 sağlıklı gönüllü bireyler dahil edilmiştir. Tüm hastaların klinik verileri hasta vizitleri sırasında prospektif olarak kaydedildi. Tüm katılımcılara 12-lead lı yüzey EKG çekildi. Tüm verileri değerlendirmek için SSPS 22 programı kullanıldı. P<0.05 isttasitiksel olarak anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular:
Epilepsi hasta grubunda; QRS süresi [(89.59±43.63)'e karşı 80.00±9.82) P=0.050], QT [(364.30±36.16) vs. (335,95±35,64), P<0.001], QTc [(418.85±27.06) vs. (409.37±26.66), P=0.018] ve f (QRS-T) angle [(46.55±22.06) vs. (20.84±12.70) P<0.001], kontrol grubu ile karşılaştırıldığında önemli fark tespit edildi. Hastalığa >10 yıl maruz kalan bireylerde f (QRS-T) angle değerinin önemli derecede arttığını gördük. (39.2± 19.0 vs 54.7±22.5 P<0.001). Ayrıca multivariate lojistik regresyon analizinde hastalık süresinin (β =0.263, P=0.009 f (QRS-T) angle'in bağımsız prediktörü olduğu gösterildi.

Sonuç:
Epilepsi hastalarında istenmeyen kardiyak olay risklerini öngörebilmek için görece yeni, ucuz, kolay, tekrarlanabilir ve güvenilir bir repolarizasyon parametresi olan f (QRS-T) angle kullanılabilir.

SS - 52 YENİ BAŞLANGIÇLI STATUS EPİLEPTİKUS: 3. BASAMAK SAĞLIK MERKEZİ VERİLERİ

DİLARA KAPLAN [1], DİDEM ÖNEN [1], İPEK MİDİ [2], KADRİYE AĞAN [2]

[1] *MARMARA ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI*
[2] *MARMARA ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI, KLİNİK NÖROFİZYOLOJİ BİLİM DALI*

Amaç:
Yeni başlangıçlı status epileptikus (**NOSE**), daha önce epilepsi öyküsü olmayan hastalarda 5 dakikadan uzun süren uzamış nöbetler veya bilincin tam olarak normale dönmediği tekrarlayan nöbetlerin varlığı olarak tanımlanmaktadır. Çalışmalar, ilk status epileptikus (SE) atağı geçiren hastaların %59a varan oranda daha önce nöbet öyküsü olmadığını bildirmiştir. Bu çalışmada hastanemizde yeni başlangıçlı status epileptikus nedeni ile takip ettiğimiz hastalarının klinik bulgularının literatür ile karşılaştırılarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Ocak 2018 ve Eylül 2023 arasında Marmara Üniversitesi Hastanesine status epileptikus (SE) ile kabul edilen ve önceden epilepsi öyküsü olmayan tüm yetişkin hastaların (≧18 yaşında) retrospektif bir analizini yapıldı. Hastaların demografik özellikleri, klinik, EEG ve radyolojik bulguları kesitsel olarak incelendi.

Bulgular:
Nöroloji Ana Bilim Dalından takipli klinik yada nörofizyolojik olarak tanı almış 81 yeni başlangıçlı status epileptikuslu hasta çalışmaya alındı. 45'i kadın (%55,55) , 36sı erkek (% 44,44) olmak üzere 19 ila 93 yaşları arasındaki 81 hastadan veri topladık. Bu vakaların 27 'sı (%33,33) 60 yaşın altında idi. Hastaların kraniyal MR görüntülemeleri incelendiğinde 40 hastada akut ya da semptomatik yapısal lezyon mevcut idi. Bunların 25'i serebrovasküler hastalık (% 30,86), 7'si intrakraniyal kitle (%8,64), 3'ü hipoksik iskemik ensefalopati (%3,7), 3'ü ensefalit (%3,7) tespit edilirken 81 hastaların 44'ünde metabolik ve enfektif süreçler eşlik etmekteydi. Hastaların 70'i refrakter status epileptikus (RSE) (%86,41), 11'i non refrakter status epileptikus (%13,58) idi. Hastaların 28' i (%34,56) taburcu olurken, 45 hasta (%55,55) çeşitli nedenlerden dolayı ex oldu, 8 hastanın (%9,87) ise dış merkeze sevk olması sebebi ile sonlanımı belirlenemedi.

Sonuç:
Çalışmamızın sonuçlarına göre etyolojide en sık nedenler enfeksiyöz ve metabolik nedenler (%54,3) ,akut ya da semptomatik yapısal lezyonlar (%49,3) olarak gözlendi. Bu nedenleri yaş ile karşılaştırmalı olarak değerlendirdiğimizde 60 yaş altı hastalarda en sık neden akut ya da semptomatik yapısal lezyon (%37) olarak belirlendi. 60 yaş üstünde ise en sık neden metabolik ve enfektif süreçlerdi (%61,1). Hastaların prognozu incelendiğinde ise ölüm oranı %55,5 olarak sonuçlandı.Yine yaşa göre prognoz değerlendirildiğinde çalışmamızda 60 yaş üstü ve altı ölüm oranlarında belirgin farklılık gözlenmedi. Bu durum genç hastalarda altta yatan maligniteye ve enfektif durumlara sekonder olarak değerlendirildi. Verilere göre enfeksiyonların önlenmesi hastanın prognozunu iyileştirebilir çünkü daha yüksek enfeksiyon oranları daha kötü sonlanıma yol açmaktadır. Yoğun bakım yatışı sırasında NOSE tanısı almış hastaların ölüm oranlarının (%72,2) acil serviste ya da herhangi bir klinikte yatışı sırasında NOSE tanısı alan hastaların ölüm oranından (%40) daha yüksek olduğu izlenmiştir. Bu hastalarda EEG normale dönse bile enfektif ve kardiyak nedenlere bağlı ölüm meydana gelmiştir. Hastaların seyrini ve sonuçlarını değerlendiren daha geniş hasta grubunu içeren prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

SS - 53 ÇOCUKLUK ÇAĞININ KENDİNİ SINIRLAYAN FOKAL EPİLEPSİLERİNDE ANTİNÖRONAL ANTİKOR VE ESES BİRLİKTELİĞİNE EŞLİK EDEN LİNGUİSTİK TUTULUM

MERVE SAVAŞ [1], AYŞE ÖZLEM ÇOKAR [2], ERDEM TÜZÜN [3], SENANUR KAHRAMAN BEĞEN [1], YUSUF ELGÖRMÜŞ [1]

[1] *İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ*
[2] *SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ*
[3] *İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ*

Amaç:
Çocukluk çağının kendini sınırlayan fokal epilepsilerinde, ılımlı klinik seyre rağmen kognitif ve linguistik bozulmalar görülebilmekte ve tabloya nadiren uykuda elektriksel status epileptikus (ESES) eşlik edebilmektedir. Epilepside görülen kognitif bozulmaların anti-nöronal antikorlara bağlı olarak gelişmesi mümkündür. Bu amaçla daha önceki çalışmalarda epilepsi olgularında tanımlanmış ve nörolojik hastalıklarla olan ilişkileri iyi karakterize edilmiş antikorlar (NMDAR, AMPAR, GABAR, LGI1, CASPR2, VGKC ve GAD) taranmış; antikor pozitifliği ve ESES'in dil ve kognisyon üzerindeki etkisi anlaşılmaya çalışılmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya 29 katılımcı dahil edilmiştir. Anti-nöronal antikor saptanan 4 olguya (GAD [n=1], VGKC [n=1], ökaryotik elongasyon faktör 2 [n=2]) ESES eşlik etmektedir. Bu hastalar; ESES görülen anti-nöronal antikor negatif (n=5), ESES ve anti-nöronal antikor görülmeyen epileptik çocuklar (n=10) ve sağlıklı kontrol grubu ile (n=10) ile Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği (WISC-IV), Türkçe Okul Çağı Dil Gelişimi Testi ve anlatı örneklerinin analiz edilmesiyle elde edilen sözel akıcısızlık (SA [ee, şey gibi doldurucu ifade kullanım sıklığı, sözcük üretiminde kısmi ya da total düzenleme ve tekrarlama davranışlarının sıklığı ve türü]) parametreleri açısından karşılaştırılmıştır.

Bulgular:
Dört grup arasında Kruskal Wallis Testi ile yapılan karşılaştırmada WISC-IV ve SA parametrelerinde anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Anti-nöronal antikor ve ESES eşlik eden grup ile diğer gruplar arasında Mann-Whitney U Testi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda WISC-IV ve SA parametrelerinde anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

Sonuç:
Anti-nöronal antikor ve ESES birlikteliği kognitif bozulumu şiddetlendirmektedir. SA sıklığı, sözcük bulma ve sentaktik organizasyon güçlüğüne işaret etmektedir. Klinik tabloda belirgin nöro-gelişimsel gerilik görülmese de detaylı linguistik analizle saptanan SA'nın epileptik çocuklarda kişilerarası sosyal iletişim kalitesini bozabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

SS - 54 FOTİK STİMÜLASYON İLE TETİKLENEN ABSANS NÖBETLERİ

RODİ SARI POLAT , AYLA ÇULHA , PINAR TOPALOĞLU , AYŞE DENİZ ELMALI , NERSES BEBEK

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, KLİNİK NÖROFİZYOLOJİ BİLİM DALI, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Fotik stimülasyonla tetiklenen absans nöbetler nadir rastlanan bir durumdur. Çalışmamızda fotik stimülasyon sırasında absans nöbet gözlenen hastaların klinik ve elektrofizyolojik bulgularını araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
2009-2023 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Kliniğinde kaydedilmiş EEG kayıtları gözden geçirildi. Fotik stimülasyon sırasında absans nöbeti geçiren hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik, klinik ve elektrofizyolojik özellikleri değerlendirildi.

Bulgular:
Çalışmaya 17 kadın, 7 erkek olmak üzere toplam 24 hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşları 18,34 (7-41), ortalama takip süreleri 5,76 yıldı. Hastaların 22'sinde tipik, 2'sinde atipik absans nöbet gözlendi. Tanısı belirlenen 20 hastanın 8'i çocukluk çağı absans epilepsi, 3'ü göz kapağı myoklonili absans epilepsi, 3'ü juvenil absans epilepsi, 3'ü juvenil myoklonik epilepsi, 1'i genetik jeneralize epilepsi ve 2'si Lennox Gastaut sendromu tanısıyla takip edilmekteydi. Bir hastanın klinik tanısı netleşmemişti. Klinik takibi olan 22 hastanın 19'unda absans, miyoklonik veya jeneralize tonik klonik nöbetler devam etmekteydi. 12 (%60) hasta politerapi altındaydı. Hastalardan 3'ünde nöbet kontrolü sağlanmıştı, bunların da ikisinde kontrol ancak politerapi ile mümkün olmuştu.Absans nöbetler 5-30 Hz arası uyaranlarda izlendi. Nöbet sırasında gözlenen diken dalga deşarjlarının frekansı ortalama 3,5 Hz olarak saptandı. Hastaların 14'ünde çoklu dikenler dikkati çekti. En kısa absans süresi 2 saniye, en uzun 90 saniyeydi. Bir hastanın EEG'sinde ek olarak fokal bulgular gözlendi. Tipik absans nöbet gözlenen 22 hastanın temel aktivitesi normaldi, atipik absans nöbeti olan 2 hastanın temel aktivitesi yetersizdi.

Sonuç:
Fotik ile tetiklenen absans nöbetleri nadir görülen bir durumdur ve bizim sonuçlarımız bu tablonun kadınlarda daha sık olduğu, olguların antinöbet ilaçlara dirençli oldukları ve remisyon olasılığının düşük olduğu yönündedir.

SS - 55 FOTOSENSİTİF VE NONFOTOSENSİTİF JÜVENİL MİYOKLONİK EPİLEPSİDE DİFÜZYON TENSÖR GÖRÜNTÜLEME

DİLAN ACAR [1], EMEL UR ÖZÇELİK [2], BETÜL BAYKAN [2], NERSES BEBEK [2], TAMER DEMİRALP [3], ALİ BAYRAM [4]

[1] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, SİNİR BİLİM ANABİLİM DALI, AZİZ SANCAR DENEYSEL TIP ENSTİTÜSÜ
[2] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ VE KLİNİK NÖROFİZYOLOJİ ANABİLİM DALI
[3] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, FİZYOLOJİ ANABİLİM DALI[4] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, HULUSİ BEHÇET YAŞAM BİLİMLERİ ARAŞTIRMA LABORATUVAR

Amaç:
Juvenil miyoklonik epilepsi (JME) de beyin yapısında ve ak madde bütünlüğünde değişiklikler olduğu bilinmektedir, ancak JME alt gruplarının iyi ayrıştırılarak , FS olan ve olmayanların, yapısal farklılıklarını araştıran az sayıda difüzyon tensör görüntüleme (DTG) çalışması bulunmakta ve bunların da sonuçları farklılıklar göstermektedir. Bu çalışmada, DTG ile JME li hastalarda yapısal ak madde değişikliklerinin belirlenmesi, ayrıca fotosensitif olan (JME-FS) ve olmayan (JME-NFS) JME alt grupları arasındaki yapısal farklılıkların ortaya çıkarılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:
Bu çalışmaya 16 JME-FS ve 15 JME-NFSli hasta ile 41 sağlıklı bireyin DTG verileri dahil edildi. Bu grupların ortalama fraksiyonel anizotropi (FA) değerleri hesaplandı, John Hopkins Üniversitesi Ak Madde Atlası aracılığıyla belirlenen tüm beyin ve 81 ilgi bölgesi (ROI)'nin FA değerleri üzerinden TBSS analizleri yapılarak gruplar arası karşılaştırmalar yapıldı.

Bulgular:
Tüm beyin TBSS analizinde; JME hasta grubu, JME alt grupları ile sağlıklı kontroller (SKler) arasındaki karşılaştırmalarda ve sadece JME nin alt grupları arasındaki karşılaştırmalarda FA değerlerinde anlamlı bir farklılık gözlenmedi. ROI bazlı TBSS analizinde ise; JME hasta grubunda SK grubuna göre sağ anterior korona radiata ve sol kortikospinal yolakların FA değerlerinde artış tespit edildi. JME-FS hastaları, SKler ile karşılaştırıldığında, iki taraflı anterior korona radiata bölgesinde FA artışı gözlenirken, JME-NFS hastaları SKler ile karşılaştırıldığında iki taraflı kortikospinal yolakta FA artışı gözlendi. Ayrıca alt grup karşılaştırmasında JME-FSde korpus kallozum genu bölgesindeki FA değerlerinde JME-NFSye göre artış dikkat çekti.

Sonuç:
Sonuçlarımız; JME de talamofrontal ak madde bütünlüğündeki bozulmayı desteklemekte olup, JME-FS ve JME-NFS arasındaki yapısal farklılıkları ortaya koymuştur. Çalışmamız, ayrıca altta yatan mikroyapısal değişiklikleri göstermek için farklı analiz yöntemlerinin birarada kullanılmasının önemini vurgulamaktadır.

SS - 56 GENETİK ABSANS EPİLEPSİLİ SIÇANLARDA İNTRASEREBROVENTRİKÜLER LGI1 ANTİKOR UYGULAMASININ SPONTAN DİKEN-YAVAŞ-DALGA DEŞARJLAR ÜZERİNE ETKİSİ

NİHAN ÇARÇAK YILMAZ [1], ŞURA AKAT [2], BEYZANUR YALÇIN [3], HANDE YÜCEER [3], CANAN ULUSOY [3], CEM İSMAİL KÜÇÜKALİ [3], FİLİZ ONAT [4], ERDEM TUZUN [3]

[1] FARMAKOLOJİ ANABİLİM DALI, ECZACILIK FAKÜLTESİ, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
[2] FARMAKOLOJİ ANABİLİM DALI, ECZACILIK FAKÜLTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
[3] SİNİRBİLİM ANABİLİM DALI, AZİZ SANCAR DENEYSEL TIP ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ, SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
[4] TIBBİ FARMAKOLOJİ ANABİLİM DALI, TIP FAKÜLTESİ, ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ

Amaç:
Çocukluk Çağı Absans Epilepsisi genetik jeneralize epilepsiler arasında önemli bir yer alan, ani ve kısa süreli bilinç ya da farkındalık kaybı ile karakterize edilen nörolojik bir tablodur. Lösin açısından zengin glioma-inaktive protein 1 (LGI1), merkezi sinir sisteminde nöronal uyarılabilirlikte rol oynayan önemli bir sinaptik proteindir. Bu proteinin otoantikorlar tarafından hedef alındığı ve fonksiyonunun bozulduğu Anti-LGI1 ensefalitinde, bellek bozulmaları, davranış ve uyku bozuklukları ile epileptik nöbetler gözlenir. LGI-1 protein disfonksiyonunun absans nöbet patofizyolojisindeki rolü henüz bilinmemektedir. Bu çalışmada LGI-1 proteini hedef alan LGI1 antikor uygulamasının genetik absans epilepsili sıçan modelinde (GAERS) absans nöbetler üzerindeki etkisinin aydınlatılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Anti-LGI ensefalit hastaları (n=4) ve sağlıklı kontrollerin (SK) (n=4) periferik kanından saflaştırılmış IgG GAERS sıçanlara stereotaksik yöntemle lateral ventrikül içine 5 gün boyunca uygulanmıştır. Antikor uygulaması öncesinde ve uygulama sonrasında 2 saat süre ile elektroensefalografi (EEG) kaydı alınarak spontan diken-ve-yavaş-dalga deşarjların (DDD) süresi ve sayısı analiz edilmiştir. Lokomotor aktivite ölçmek için rotarod; öğrenme ve bellek fonksiyonu için Y-labirent davranış testleri uygulanmıştır.

Bulgular:
LGI1-IgG uygulanan GAERS sıçanlarda DDD süre ve sayılarında ilk infüzyon sonrasında ve IgG infüzyonunun 5. gününde bazal değerlere göre anlamlı derecede azalma saptanmıştır ($p<0.05$). Kontrol-IgG uygulanan grupta ise benzer bir etki görülmemiştir. Motor ve bellek işlevlerde antikor uygulamasına bağlı anlamlı değişiklik saptanmamıştır.

Sonuç:
Bulgularımız, literatürde ilk defa, LGI1 antikorlarının spontan absans nöbetleri baskılayıcı bir yönde etki ettiği göstermektedir. LGI1 protein disfonksiyonunun absans nöbet patofizyolojisindeki karmaşık rolünün aydınlatılması içim ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

SS - 57 İLACA DİRENÇLİ OLAN VE OLMAYAN TEMPORAL LOB EPİLEPSİLİ HASTALARDA İRİSİN VE METEORİN-LİKE HORMON SEVİYELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ESRANUR KAYA [1], FÜSUN FERDA ERDOĞAN [1], CAN KOĞ [3], RAVZA TOSUNBAYRAKTAR [1], DİDEM BARLAK KETİ [4], ŞEYMA BENLİ [2]

[1] ERCİYES ÜNİVERSİTESİ NÖROBİLİM ANABİLİM DALI
[2] ERCİYES ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[3] KOÇ ÜNİVERSİTESİ FİZYOLOJİ ANABİLİM DALI
[4] ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIBBİ BİYOKİMYA ANABİLİM DALI

Amaç:
İrisin, hipokampusta eksprese edilen membrana bağlı öncü protein FNDC5in bölünmesi üzerine kana salınan bir hormondur. İrisinin merkezi sinir sistemindeki rolü tam olarak bilinmemektedir ancak nöroprotektif etkiye sahip olabileceğine dair araştırmalar mevcuttur. Epilepsi alanında ise irisin ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Pentolentetrazol ile indüklenerek epilepsi modeli oluşturulan ratlarda irisin hormon seviyelerinin arttığı gösterilmiştir. Meteorin like (METRNL), başlıca yağ ve kas dokusundan salınan ve inflamasyonu düzenleyen yeni tanımlanmış bir hormondur. Meteorin like protein ile yapılan in vivo ve in vitro çalışmalarda nörokoruyucu etkileri olduğu gözlenmiştir. Fakat epilepsi hastalarında meteorin like protein ile yapılmış klinik çalışma bulunmamaktadır. İrisin ve METRNL hormonlarının epilepsi patogenezinde ve ilaca dirençlilikte rol oynayan bir faktör olup olmadığı araştırılmaya değer bir konudur. Çalışmamızın amacı bu hormonların sağlıklı kontroller ile ilaca dirençli olan ve olmayan epilepsi hasta grubunda serum düzeyleri arasındaki farklılıkları araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya ilaca dirençli (n=30), ilaca yanıtı iyi olan (n=30) temporal lob epilepsi hastaları ve sağlıklı kontrol grubu (n=29) alınmıştır. Katılımcılardan alınan kanlar 4000 rpm'de, 10 dakika santrifüj edilip serum kısımları ayrılarak ölçüm zamanına kadar -80°'de saklanmıştır. İrisin ve METRNL düzeyleri ELISA yöntemi ile tayin edilmiştir.

Bulgular:
Serum irisin seviyelerinin ortalama değeri ilaca yanıtı iyi olan temporal lob epilepsi hastalarında 635.56 ± 350.42 pg/ml, ilaca dirençli grupta 559.43 ± 280.18 pg/ml, kontrol grubunda ise 481.37 ± 311.66 pg/ml olarak bulundu. İrisin hormonu açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır (p= 0.178). Serum METRNL seviyelerinin ortalama değeri ilaca yanıtı iyi olan temporal lob epilepsili hastalarda 484.53 ± 373.20 pg/ml, ilaca dirençli grupta 436.6 ± 367.50 pg/ml, kontrol grubunda ise 754.82 ± 319.66 pg/ml olarak bulundu. Sağlıklı kontrollerde METRNL değeri diğer gruplara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$). İlaca dirençli olan ve olmayan hastalar arasında METRNL düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Sonuç:
Çalışmamızın bulgularına göre temporal lob epilepsi patogenezi ve epilepside ilaç dirençliliği ile irisin arasında bir korelasyon yoktur ancak farklı antiepileptik ilaç grupları irisin düzeyini farklı etkileyebilir ve epilepsi hastaları arasında heterojen irisin değerlerine neden olabilir. Bu nedenle farklı epileptik ilaç türlerinin irisin düzeyine etkisi ve daha büyük örneklem ile yapılacak ileri çalışmalar bu açıdan daha fazla yol gösterici olacaktır. Serum METRNL seviyeleri ise her iki epilepsi grubunda da sağlıklılara göre düşüktü ancak ilaca dirençli olan ve olmayan epilepsi grupları arasında anlamlı farklılık yoktu. Bu bulgulara göre METRNL hormonunun temporal lob epilepsi ile ilgili patolojik süreçlerden etkilendiği ve daha düşük olduğu saptanmıştır. Saptanan bu düşüklüğün ne anlama geldiğinin anlaşılabilmesi için daha farklı hipotezlere ihtiyaç vardır.

SS - 58 EPİLEPSİLİ BİREYLERDE EPİLEPSİ EĞİTİMİNİN BİLGİ DÜZEYİ, ÖZYÖNETİM VE STİGMA ÜZERİNE ETKİSİ

İREM İLGEZDİ KAYA [1], AYSEL ÇAVUŞOĞLU [2], AYŞE DENİZ ELMALI [1], NERSES BEBEK [1]

[1] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI, KLİNİK NÖROFİZYOLOJİ BİLİM DALI
[2] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI

Amaç:
Epilepsili biyolojik, psikolojik, sosyal açılardan çok yönlü olarak ele alınmalıdır. Bu çalışmanın amacı epilepsili bireylerin etkin eğitiminin, bilgi düzeyi, özyönetim ve stigma üzerine etkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem:
Epilepsi polikliniğimizde kayıtlı tüm hastalara 'Epilepsi bilgi formu', 'Epilepsi özyönetim ölçeği', 'Stigma ölçeği' içeren bir anket gönderildi. Bu anketin sonunda hastalar epilepsi eğitim programına davet edildi. İki farklı eğitici, aynı bilgi seti ile iki farklı günde 1,5 saatlik eğitim ve soru-cevap etkinliği gerçekleştirdi. Katılanlara eğitim sonrasında tekrar test uygulandı.

Bulgular:
Eğitim öncesi anket dolduran 265 hastanın 69'u (%26) eğitime katıldı. Eğitime katılan hastaların bazalde daha bilgili oldukları görüldü. Üniversite mezunları ve interneti bilgi kaynağı olarak kullanan bireylerin eğitime katılmaya daha motive oldukları, bekarların ise eğitime daha az katıldığı gözlendi. Eğitime katılanların yaş ortalaması 39,1±9,2 (21-68) yıldı, 42'si (%60,9) kadındı, %65,2'si üniversite mezunuydu, %60,9'u aktif çalışıyordu. %44,9'unun fokal, %21,7'sinin jeneralize, %33,3'ünün fokal ve jeneralize nöbetleri vardı. 48 hastanın (%69,6) nöbet sıklığı ayda 1'den azdı. Hastaların %50,7'si monoterapi alıyordu ve 65'i (%94,2) antinöbet ilaçlarını düzenli kullanıyordu. Bilgi kaynağı olarak sırasıyla en sık doktor, internet, diğer hastalar, televizyon ve sosyal medya belirtilmişti (%100, %65,2, %27,5, %20,3, %17,4). Eğitim sonrası hastaların bilgi sorularını daha fazla sayıda doğru yanıtlayabildikleri (p=0,000, önce: 37,0±6,0 sonra: 40,7±6,1), özyönetim ölçeğinde yüzmenin riskleri konusunda farkındalık oluştuğu, hastalıklarına dair bilgilendirici kart taşımak, destek gruplarına katılmak ve hastalığı yakınlarına öğretmek konusunda motivasyonlarının arttığı görüldü. Stigma ölçeğinde ve nöbete etkin müdahale edebileceğini düşünenlerin sayısında değişiklik izlenmedi.

Sonuç:
Epilepsili bireylerin eğitiminin, hastalıkları hakkında bilinçlenmeye ve özyönetime olumlu yönde katkısı olduğu görülmektedir. Stigmatizasyonla mücadelenin daha geniş toplumsal kesimleri de içermesi gerekmektedir.

SS - 59 EPİLEPSİ HASTALARINDA KULLANILAN NÖBET ÖNLEYİCİ İLAÇLARIN SERUM LİPİD PROFİLİ, SERUM VİTAMİN VE HORMON DÜZEYLERİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

İLDEM GARANTİ MALDAR , ŞADİYE GÜMÜŞYAYLA

ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ

Amaç:
Epilepsi tekrarlayıcı bir şekilde ortaya çıkan provake edilmemiş nöbetlerle karakterize kronik bir hastalıktır. Epileptogenezin altında yatan mekanizmalar henüz tam aydınlatılamamakla birlikte, patofizyolojide nöroinflamasyon, oksidatif stress ve metabolik düzensizliklerde sorumlu tutulmaktadır. Bir diğer tarafda nöbet önleyici etkileri nedeni ile tedavide kullanılan antiepileptik ilaçlarda metabolik düzensizliklere yol açarak bazı hastalıklara zemin hazırlamaktadır. Tartışmalı bir konu olmakla birlikte bazı vitaminlerin, antioksidan, antiinflamatuar ve immunmodülatör etkileri ile epilepsi tedavisinde faydalı olabileceği düşünülmektedir. Biz yaptığımız çalışmada epilepsi hastalarında, kanda lipid parametreleri, serum vitamin, hormon ve elektrolit düzeylerini araştırarak, bu düzeylerin bazı hastalık parametreleri ile olan ilişkilerini ortaya koymayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
Ocak 2023 – Mayıs 2023 tarihleri arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Epilepsi polikliniğine başvuran, 101 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların dosyalarından yaş, cinsiyet, kullanıyor olduğu nöbet önleyici ilaçları, nöbet önleyici ilaç kullanım süreleri, nöbet sıklıkları, epilepsi tipleri, epilepsinin primer etyolojik faktörü, nöbet başlangıç yaşları, epilepsi hastalık süreleri gibi klinik bilgilere ulaşılmıştır. Retrospektif olarak sabah istenen açlık kanlarında serum 25-hidroksi vitamin D, B12, folik asit, homosistein, total kolesterol, düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL), yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL), çok düşük yoğunluklu lipoprotein (VLDL), trigliserit, serbest T3, serbest T4, tiroid stimulan hormon (TSH), parathomon, kalsiyum, alkalen fosfataz düzeyleri incelenmiştir. Hastaların mevcut klinik bilgileri ve labaratuar parametreleri arasındaki ilişki incelenmiştir.

Bulgular:
Hastaların yaş ortalamaları 37,6±14,3 idi. Hastaların % 49'u kadın, % 52'si ise erkekdi. %68'i monoterapi kullanırken %32'si ise çoklu ilaç kullanıyordu. Hastaların yaşları ile serum vitamin B12 düzeyi aralında anlamlı ve negatif yönlü bir korelasyon varken (p=0,02), serum trigliserit ve VLDL düzeyi ve yaş arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir korelasyon mevcuttu (sırası ile p= 0,002,0,02). Nöbet önleyici ilaç sayısı ile serum trigliserit düzeyi arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir korelasyon mevcuttu (p=0,01).

Sonuç:
Nöbet önleyici ilaçlar serum lipid düzeylerine etki ederek epilepsili hastalarda ek hastalıkların ortaya çıkmasına neden olabilir. Epilepsili hastalarda serum horman, vitamin ve lipid düzeyleri takip edilerek bu bozuklukların erken tespiti ve tedavisi mümkündür.

SS - 60 DİRENÇLİ STATUS EPİLEPTİKUSTA TOPİRAMAT TEDAVİSİ

SELDA KESKİN GÜLER [1], ÖMER KARADAŞ [2], MURAT MERT ATMACA [3], GULSHAN YUNİSOVA [4], ESER BULUŞ [4], MELEK ÇOLAK ATMACA [5], AYLİN REYHANİ [3], CANDAN GÜRSES [4]

[1] SBÜ, ANKARA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] SBÜ, GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[3] SBÜ, SULTAN 2. ABDÜLHAMİD HAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[4] KOÇ ÜNİVERİTESİ HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[5] SBÜ, SANCAKTEPE ŞEHİT PROF. DR. İLHAN VARANK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
İlk ve ikinci sıra antinöbet ilaçlara (ANİ) rağmen nöbet aktivitesinin devam etmesi dirençli status epileptikus (RSE) olarak tanımlanır. Dirençli olmayan status epileptukusa göre mortalitesi 3-4 kat daha fazla ve %30-40 oranlarındadır. Topiramat (TPM) ikinci jenerasyon, geniş spektrumlu ve ilaç-ilaç etkileşim potansiyeli düşük bir ilaçtır. Bu çalışmada RSE'de TPM etkinliği ve mortalitenin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışma gözlemsel ve çok merkezli olarak tasarlandı. Ülkemizde katılmaya gönüllü üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde gerçekleştirildi. Çalışmaya RSE kabul edilen 18 yaş üstü hastalar alındı. Hastaların demografik verileri, nöbet sınıflamaları ve etyolojileri incelendi. Birinci sıra ilaçlara yanıt vermeyen RSE hastalarına başka ANİ'ler ile birlikte ya da tek başına TPM yüklemesi yapıldı ve idame doz planlandı. Hastaların RSE sonlanım durumu, prognozu, hastaneye geliş ve taburcu sırasında modifiye rankin skorları (mRS), Charlson Komorbidite Ölçümü (CCI), Status Epileptikus Şiddet Skoru (STESS), Epidomiyoloji-Temelli Mortlite Skoru (EMSE) ve END-IT skoru incelendi. TPM'ın etkinliği ve hastaların mortalite oranları incelendi.

Bulgular:
Çalışmaya ortalama 53.4 (± 20.3, 20-84) yaşında, %50'si kadın 32 hasta alındı. Hastalar jeneralize SE (n=11), fokal SE (n=11) ve nonkonvülsif SE (n=10) olarak sınıflandırıldı**.** İskemik ya da hemorajik serebrovasküler hastalıklar (n=7), intraserebral kitle (n=5), NORSE (n=5), ANİ uyumsuzluğu (n=4), tetiklenmiş nöbet (n=3), otoimmun sebepler(n=3), hipoksik iskemik hasar (n=3) ve viral menenjit (n=2) nöbet etyolojisi olarak belirlenen sebeplerdi. TPM ikinci (n=6), üçüncü(n=14), dördüncü (n=7) ya da beşinci (n=5) sıra ANİ olarak hastalara uygulanmıştı. Hastaların 7sinde 24 saat içinde nöbet sonlandı. Birinci haftanın sonunda nöbetleri kontrol altına alınamayan 1 hasta oldu. Yükleme dozu 200-1000 mg olarak değişmekteydi. Hastaların tedricen dozu azaltılarak 100-800 mg/gün dozunda idame edildi. Yan etkiler nedeni ile ilaca devam edilemeyen 4 hasta oldu. 14 hastaya TPM'dan önce, 13 hastaya TPM ile birlikte ya da daha sonra, 2 hastaya da hem öncesinde hem soransında anestezik ajan uygulandı. 11 kişide TPM başarılı, 16 kişide muhtemel başarılı (beraber başka ilaç uygulanmış) ve 5 hastada başarısız olarak kabul edildi. Hastaların 18'i eve taburcu oldu (%56,25), 6 kişi palyatif merkeze ya da rehabilitayon merkezine devredildi (%18.75), 8 kişi vefat etti (%25). Giriş mRS ortanca 4, çıkış mRS 2.5, CCI 1, STESS 3, END-IT skoru 3, EMSE ortalama 90.28 olarak saptandı. Hastaların giriş ve çıkış mRS'ları arasında istatistiksel anlamı azalma vardır ($p<0.05$).

Sonuç:
Bu gözlemsel, çok merkezli çalışma, RSEli hastalarda, enteral olarak uygulanan TPM tedavisinin iyi tolere edildiğini, iyi bir güvenlik profiline sahip ve etkili olduğunu desteklemektedir.

SS - 61 HUNTİNGTON HASTALIĞINDA KORTİKOBULBAR SEMPTOMLARIN HASTALIK PARAMETRELERİ İLE İLİŞKİSİ VE MULTİDİSİPLİNER REHABİLİTASYONU

TUĞÇE SALTOĞLU , YEŞİM SÜCÜLLÜ KARADAĞ

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,ANKARA ŞEHİR HASTANESİ,NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Huntington Hastalığında kortikobulbar semptomlar, hastalığın evresinden bağımsız olarak gelişen, nazone konuşma ve hafif yutma güçlüğünden aspirasyon pnömonisine kadar uzanabilen, hayat kalitesini oldukça fazla etkileyen semptomlardır. Literatürde bulunan sayılı çalışma kortikobulbar rehabilitasyonun kortikobulbar semptomların yanında hastalığın diğer parametrelerine de olumlu etkisini göstermiştir. Bu çalışmada Huntington hastalarında kortikobulbar semptomların hastalığın diğer parametreleri ile ilişkisinin incelenmesi ve kortikobulbar rehabilitasyonun kortikobulbar semptomların yanı sıra bu parametreler üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmamıza klinik tanı almış CAG tekrar sayısı 39 ve üzeri olan 40 adet Huntington hastası dahil edilmiştir. Tüm katılımcılarda 0. Ayda Birleşik Huntington Hastalığı Derecelendirme Ölçeği (UHDRS), kilo, yağ oranı, vücut kitle indeksi (VKİ) ölçümü, ardışık el vurma testi parametreleri ölçülmüştür. Uzman dil konuşma terapistleri tarafından konuşma ve yutma kapasiteleri (farklı kıvamlarda yutma esnasında yutma refleksi ve oral rezidü, yeme esnasında satürasyon değişimi, larinks elevasyonu, maksimum a fonasyonu, nefesli ses, boğuk ses, gag refleksi, artikülatörlerde kore, konuşma hızı) değerlendirilmiştir. Ölçümler sonrasında 40 hastanın 25 ine egzersiz programı verilmiş, 15 i ise kontrol grubu olarak alınmıştır. Egzersizler, ev egzersizleri (over artikülasyon, uzun A fonasyonu, ses glidingleri, eforlu yutma, dil kökü güçlendirme, Masako egzersizi, oral motor güçlendirici diğer egzersizleri içerir) (haftanın 7(yedi) günü, günde 2(iki) kez) olacak şekilde verilmiştir. 0. Ayda ölçülen parametreler, 6. Ayda tekrar ölçülmüş ve karşılaştırılmıştır.

Bulgular:
Hasta grubunun baseline konuşma ve yutma parametreleri tanımlanmış, ses ve yutma özellikleri belirtilmiştir. Egzersiz ve kontrol grubu karşılaştırıldığında kontrol grubunda konuşma parametrelerinden , konuşma hızında yavaşlama oranında artış, egzersiz grubunda konuşma hızında iyileşme görülmüştür. Yutma parametrelerinden ise oral rezidüde artış oranının egzersiz grubuna göre kontrol grubunda istatistiksel anlamlı olarak daha fazla,azalış görülenlerin oranı ise kontrol grubuna göre egzersiz grubunda istatistiksel anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmüştür. Egzersiz ve kontrol grubu karşılaştırıldığında kontrol grubunda UHDRS bağımsızlık skoru ve davranışsal skorlarında, VKİ ve ardışık el vurma testi düzeylerinde kötüleşme, egzersiz grubunda ise UHDRS total motor skor, davranışsal skor, VKİ ve ardışık el vurma testi düzeylerinde gelişme saptanmıştır.

Sonuç:
Sonuç olarak, çalışmamızda Huntington hastalarının kortikobulbar semptomları tanımlanmış ve kortikobulbar rehabilitasyonun kortikobulbar semptomlara ve hastalığın diğer parametrelerine olumlu etkileri gösterilmiştir. Çalışmamız, Huntington hastalarında kortikobulbar semptomları tanımlayan, hastalık parametrelerini ile ilişkisini gösteren ve kortikobulbar rehabilitasyon etkisini gösteren Türkiye'deki ilk çalışma olup ve dünyadaki sayılı çalışmalardan olup, daha geniş hasta grubu ve parametrelerin daha ayrıntılandırılması adına diğer çalışmalara cesaret verebilir. Günümüzde hala modifiye edici tedavilerin uygulanmadığı bu progresif nörodejeneratif hastalıkta ilerleyen çalışmalarla progresyon önlenmesi ve yaşam kalitesinin arttırılması için umut vaat edici olabilir.

SS - 62 HUZURSUZ BACAKLAR SENDROMUNDA EKSPRESYONU ANLAMLI OLARAK DEĞİŞEN GENLERİN ARAŞTIRILMASI

ÖZLEM TİMİRCİ-KAHRAMAN [1], ASENA GÜLÇİÇEK [2], HAŞMET HANAĞASI [3], BAŞAR BİLGİÇ [4], ERDEM TÜZÜN [2], CEM İSMAİL KÜÇÜKALİ [2]

[1] AZİZ SANCAR DENEYSEL TIP ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ, MOLEKÜLER TIP ANA BİLİM DALI
[2] SİNİRBİLİM ANABİLİM DALI, AZİZ SANCAR DENEYSEL TIP ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
[3] İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜMÜ, DAVRANIŞ NÖROLOJİSİ VE HAREKET BOZUKLUKLARI BİLİM DALI
[4] İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜMÜ, NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI

Amaç:
Huzursuz bacaklar sendromu (HBS) kronik, ilerleme gösterebilen, sensorimotor tutulumlu nörolojik bir hastalıktır. HBS gelişiminde demir eksikliği ve dopamin nörotransmisyonundaki bozuklukların rol oynadığı yönünde kanıtlar bulunmakla beraber hastalığın patofizyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır.

Gereç ve Yöntem:
HBS olgularında ekspresyonu anlamlı olarak değişen genlerin saptanması amacıyla 30 HBS hastasının ve 30 sağlıklı kontrolün periferik kan mononükleer hücre (PKMH) örnekleri toplandı. Agilent mikroarray sistemi kullanılarak tüm genom ekspresyon analizi yapıldı. HBS hastalarında kontrollere göre ekspresyonu anlamlı olarak değişen genler tespit edildi (p değeri <0.05 ve kat değişimi >2 olarak kabul edildi). Gen seti zenginleştirme araçları (GSEA) olarak Genespring, DAVID ve String biyoinformatik programları ile tanımlanmış belirgin genlerin, gen ontolojisi (GO), protein-protein etkileşim (PPI) ağı ve yolak analizi gerçekleştirildi.

Bulgular:
HBS olgularında sağlıklı kontrollere göre 30 genin ekspresyonunun anlamlı düzeyde arttığı saptandı. GO analizi ile bunların ağırlıklı olarak apoptozun engellenmesine yönelik düzenleyici genler oldukları belirlendi. PPI analizi ile genler arasında anlamlı etkileşim bulunamadı. Anlamlılık düzeyi en yüksek olan MTRNR2L10 (humanin-like 10), MTRNR2L3 (humanin-like 3) ve koloni stimülan faktör 1 (CSF1) genlerinin serum düzeyleri ELISA ile belirlendi.

Sonuç:
Bulgularımız HBS patofizyolojisinde nöronal apoptoz aracılı mekanizmaların rol oynadığını ve gözlenen gen ekspresyon değişikliklerinin nöron kaybını engellemeye yönelik kompansasyon çabaları olduğunu düşündürmektedir. Humanin-like protein ve CSF1 düzeylerinin HBS tanısında biyobelirteç olarak kullanılması mümkündür.

SS - 63 LEWY CİSİMCİKLİ DEMANSLI YAŞLI ERİŞKİNLERDE POSTPRANDİYAL HİPOTANSİYON ORTOSTATİK HİPOTANSİYONDAN DAHA YAYGINDIR: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

AHMET TURAN ISIK [1], MEHMET SELMAN ONTAN [1], FATMA SENA DOST [2], FEYZA MUTLAY [1], ALEV ÇAM MAHŞER [1], AÇELYA GOKDENİZ YILDIRIM [1], DERYA KAYA [1]

[1] *DOKUZ EYLUL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GERİATRİ BİLİM DALI*
[2] *DARICA DEVLET HASTANESİ, GERİATRİ BÖLÜMÜ*

Amaç:
Disotonomi, Lewy cisimcikli demansın (LCD) destekleyici klinik özelliklerden biridir. Bu çalışmanın amacı, LCD hastalığında kardiyovasküler otonomik disfonksiyonun bir belirtisi olarak postural ve postprandiyal kan basıncı değişikliklerinin prevalansını araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya 125 LCD hastası (76 kadın; ortalama yaş 78.4±7.1 yıl) ve 126 kontrol olgusu (89 kadın; ortalama yaş 74.5±6.8 yıl) alındı. Postprandiyal kan basıncı değişiklikleri ambulatuvar 24 saatlik kan basıncı takibi ile değerlendirildi. Postüral kan basıncı değişiklikleri Tilt Table testi ile değerlendirildi.

Bulgular:
Postprandiyal hipotansiyon (PPH), ortostatik hipotansiyon (OH) ve gecikmiş OH sıklığı LCDli hastalarda kontrollere kıyasla daha yüksekti (%89.4 vs %50.8; p<0.001, %45.5 vs %28.6; p=0.006 ve %13.3 % vs %5.6; sırasıyla p=0.045); supin hipertansiyon (SH) ve ortostatik hipertansiyon (OHT) sıklığı benzerdi. Ancak hipertansiyonu olmayan olgularda SH, LCD hastalarında kontrollere göre daha yüksekti (n=45, %48.9 vs n=37, %27; p=0,043). Yaşa, ilaç sayısına, antipsikotiklere, antiparkinson ilaçlarına, anjiyotensin reseptör blokerlerine ve beta blokerlere göre düzeltme yapıldıktan sonra ise, LCD ile PPH (Odds oranı [OR]:10.52 güven aralığı [CI] %95 3.11-35.61; p<0.001) ve OH (OR:1.96 CI%95 1.05-3.69; p=0.035) bağımsız olarak ilişkili bulundu.

Sonuç:
Bu çalışma, LCD'li yaşlı yetişkinlerde en sık görülen kardiyovasküler otonomik disfonksiyon bulgusunun postprandiyal hipotansiyon olduğunu, bunu ortostatik hipotansiyonun ve supin hipertansiyonun izlediğini göstermiştir. LCD'li hastalarda postüral kan basıncı değişikliklerinin ve postprandiyal hipotansiyonun potansiyel komplikasyonları göz önüne alındığında, hastalığın takibinde kardiyovasküler otonomik disfonksiyon değerlendirilmelidir.

SS - 64 HAREKET ANALİZİ İLE FONKSİYONEL TREMOR KRİTERLERİNİ KARŞILAYAN HASTALARIN ETİYOLOJİK ANALİZİ

RÜMEYSA UNKUN , MERAL KIZILTAN , AYŞEGÜL GÜNDÜZ

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Fonksiyonel hareket bozuklukları içinde tremor yaygın bir fenotiptir. Değerlendirilmesinde sadece muayene ya da polimiyografi kullanılabilir. Bu çalışmada, fonksiyonel tremor açısından bu kriterler kullanılarak polimyografik analiz ile değerlendirilen hastaların klinik bulguları, polimiyografik analiz özellikleri ve etiyolojileri gözden geçirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:
Hareket analizi laboratuvarımıza Ocak-Eylül 2023 tarihleri arasında polimyografik analiz için başvuran tüm kayıtlar değerlendirildi (n=83). Myoklonus ve yüzde istemsiz hareket nedeniyle yapılan analizler çalışma dışında bırakıldı. Üst ekstremitede tremor tespit edilen polimyografik analizler yeniden incelendi. Tüm analizler literatürde bildirilen kriterler doğrultusunda istirahat, postür, aksiyon, yüklenme ve belirli görevleri yerine getirirken yapıldı. Kayıtlar, her kolun dört kas grubuna yerleştirilen Ag/AgCl yüzey elektrotları ile yapıldı: distal el, bilek fleksörleri ve ekstansörleri ve dirsek fleksör kasları. Fonksiyonel tremor klinik ve elektrofizyolojik tanısı için literatürdeki kriterler kullanıldı. Elektrofizyolojik kriterler, i. temel kriter: değişken frekans: >1Hz değişim veya duruş değişikliği, distraksiyon veya sürüklenme ile kısa süreli tremorun baskılanması, ii. destekleyici kriter: yüklenme ile tremor genliğinde artış şeklindeydi.

Bulgular:
Tremor tespit edilen toplam 20 hasta vardı. Bu hastalardan yedisinde fonksiyonel tremorun bir veya daha fazla elektrofizyolojik özelliği izlendi. Bunlar, kontralateral ekstremite hareketi ya da mental aktivite ile 1-2 saniye süreli duraksama, düzensizleşme, frekans değişimi (n=5), 'burst' süre ve şekillerinde değişkenlik (n=1), ağırlık taşıma esnasında tremor frekansında değişim (n=1) şeklindedir. Bu hastalardan üçü Parkinson hastalığı tanısı almış, diğeri HIV ensefalopatisi nedeniyle takip edilmektedir.

Sonuç:
Çalışmamızda kullandığımız elektrofizyolojik özelliklerin spesifitesi daha önceki çalışmalarda %90 üzerinde bildirilmiştir. Ancak görülmektedir ki bu özellikleri yorumlarken dikkatli olmak gerekir. Fonksiyonel hareket bozukluklarında tanıyı zorlaştıran bir diğer özellik de organik ve fonksiyonel etiyolojilerin bir arada olabilmesidir.

SS - 65 SPEECH IN NEUROLOGICAL DISEASES - TURKISH (SPIND-TR) ÇALIŞMASI: ÇALIŞMA PROTOKOLÜ VE İLK SONUÇLAR

BURAK ÖZALTUN [1], GİZEM ÖZTÜRK [1], RABİA KARA [3], GÜLNUR AYIK [1], DUDU GENÇ BATMAZ [1], GAMZE ÖZKAYA [1], MERVE MUYA [1], BURAK ÇOBAN [1], BERİL ÖZDEMİR [1], M. CENK AKBOSTANCI [1], Z. ÇİLER BÜYÜKATALAY [2], SUNA TOKGÖZ YILMAZ [3], REZZAK YILMAZ [1], HÜSEYİN ÖZDEN ŞENER [1]

[1] ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KULAK BURUN VE BOĞAZ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
[3] ANKARA ÜNİVERSİTESİ OTORİNOLARİNGOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:
Türkiye'de nörolojik hastalıklar için konuşma/ses kayıtlarından oluşan bir "Konuşma Bankası" oluşturması, makine öğrenmesi analizleri ile Türk hastalarda nörolojik hastalık prediksiyonu, tanısı ve progresyonuna yönelik akustik biyobelirteçlerin tespit edilmesi amaçlanmaktadır. İlk analiz olarak Parkinson hastalığı (PH) ilişkili akustik biyobelirteçlerin ortaya konması hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem:
2022 yılında başlayan ve on yıllık prospektif gözlemsel bir çalışma olan bu çalışmaya Ankara Üniversitesi Nöroloji Anabilim Dalına başvuran hastalar ile sağlıklı bireyler dahil edilmektedir. Katılımcıların konuşmaları kapsamlı ve tek kayıt protokolü kullanımına dikkat edilerek ses izolasyonlu odalarda, standart uzaklıkta, başa takılan, çok yönlü yoğunlaştırıcı mikrofon ile kaydedilmektedir. Analizler Praat® akustik analiz yazılımı kullanılarak yapılmaktadır. Klinik veriler derin fenotiplemeye izin verecek detayda kaydedilmektedir. Bugüne dek 213 kontrol 154 PH, 10 ALS, 4 Myastenia Gravis, iki ataksi olmak üzere 390 katılımcı alınmıştır. İlk aşamada yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş PH ve kontrol grupları; f0 (vokal kord temel vibrasyon frekansı), jitter (vokal kord vibrasyonundaki mikrostabilite), shimmer (vokal kord amplitüdlerindeki değişkenlik) gibi akustik parametreler yanında eğitim, duygudurum ölçek skoru gibi karıştırıcı faktörler de dâhil edilerek karşılaştırılmıştır.

Bulgular:
İşitme kaybı, geçirilmiş baş-boyun operasyonu olan ve eşleştirme dışı kalanlar çıkarıldıktan sonra 111 bireyin verileri analiz edilmiştir (56 PH, 55 kontrol). Lojistik regresyon modelleri /a/ ve /i/ sesli harf fonemlerinin analizlerinde PH olan erkeklerde anlamlı derecede yüksek f0 değerleri ortaya koymuştur (/a/: Ki-kare(3)=11.427, R^2=28%,OR=1.03, 95%CI:1.00-1.05,p=0.028; (/i/: Ki-kare(3)=13.512, R^2=32%,OR=1.03, 95%CI:1.00-1.06,p=0.015). f0 değerlerinin hastalık süresi ve klinik parametrelerle ilişkisi bulunmamıştır.

Sonuç:
Parkinson hastalarının /a/ ve /i/ fonemlerinin f0 frekansı sağlıklılardan yüksektir. Bu sonuçlar ek akustik parametrelerle prediksiyon gücünün artırılması açısından çok umut vericidir. Türk dilinde açık erişimli "Nörolojik Hastalık Konuşma Bankası" kurulmasını amaçlayan SPIND-TR çalışması birinci yılını tamamlamıştır.

SS - 66 PARKİNSON HASTALARINDA OTONOMİK DİSFONKSİYON VE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

HATİCE VARLIBAŞ , HACI ALİ ERDOĞAN , VİLDAN YAYLA

BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
Parkinson hastalığı (PH) motor ve non motor bulgularla karakterize nörodejeneratif bir hastalıktır. Otonomik disfonksiyon non motor bulgulardan birisi olup gastrointestinal, kardiyovasküler, genitoüriner ve termoregülatuvar sistem gibi birçok sistemi etkiler. Cinsel işlev bozukluğu (CİB), Parkinson hastalarında sık görülmesine ve hayat kalitesi üzerindeki olumsuz etkisine rağmen sıklıkla ihmal edilen bir konudur. Bu çalışmada, CİB ile diğer sistemlere ait otonomik disfonksiyon bulguları ve PH şiddeti arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya kesin idiopatik PH tanılı 41 erkek ve 35 kadın hasta dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri ve hastalık süreleri kaydedildi. Hastalara Birleşik Parkinson hastalığı değerlendirme ölçeği (BPHDÖ), Hoehn Yahr ölçeği, Beck depresyon envanteri, SCOPA AUT skalası (Scales for outcomes in Parkinsons's disease Autonomic Dysfunction), kısa QUİP (Questionnaire for Impulsive-Compulsive Disorders in Parkinson's Disease) ve ASEX ölçeği (Arizona Sexual Experiences Scale) uygulandı. Arizona cinsel yaşantılar ölçeği toplam puanının 19 ve üzeri olması veya herhangi bir soruda 5 ve üzeri puan alınması CİB olarak değerlendirildi. Cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan hasta grupları arasında demografik özellikler ve ölçeklerden elde edilen puanlar kıyaslandı. Cinsel işlev bozukluğu şiddeti ile otonom bulguların ağırlığı ve hastalık evresi arasında korelasyon olup olmadığı değerlendirildi.

Bulgular:
Hastalar cinsel işlev bozukluğu olanlar (%53,9) ve olmayanlar (%46,1) olarak iki gruba ayrıldı. Cinsel işlev bozukluğu olan hastaların yaşı ve PH evresi anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p<0,001). Cinsel işlev bozukluğu olan hastaların toplam SCOPA AUT puanları, kardiyovasküler, üriner ve gastrointestinal sisteme ait alt grupların puanları CİB olmayan gruba kıyasla daha yüksekti (p<0,001). İki grup arasında toplam PH süresi, hiperlipidemi, koroner arter hastalığı, benign prostat hiperplazisi sıklığı açısından fark yoktu (sırasıyla p:0,232, p:0,198, p:0,084, p:0,093). Hipertansiyon sıklığı ise CİB olan grupta daha yüksekti (p:0,001). Hastaların Hoehn Yahr evresi ve BPHDÖ puanları arttıkça, ASEX puanlarının arttığı saptandı (p<0,001). Benzer şekilde hastaların Beck depresyon envanterine göre depresyon şiddeti arttıkça ASEX puanlarının arttığı görüldü (p<0,001). Hiperseksüalite sıklığı %6,5 olarak (erkeklerde %9,75 kadınlarda %2,85) saptandı. Hiperseksüalite tarifleyen ve tariflemeyen hastalar arasında eşdeğer levodopa dozu ve hasta yaşı arasında fark saptanmadı (p:0,58, p:0,76).

Sonuç:
Parkinson hastalığında cinsel işlev bozukluklarının varlığı ve yaşam kalitesi üzerine olan olumsuz etkileri uzun yıllardır bilinmesine rağmen birçok nedenle ihmal edilebilmektedir. Çalışmamızda tespit ettiğimiz CİB ile otonomik disfonksiyon şiddeti ve hastalık evresi arasındaki anlamlı ilişki PH hastalarında CİB'nin erken tanınması açısından farkındalık oluşturabilir ve hastalık yönetiminde bu önemli non motor bulgunun göz ardı edilmesini engelleyebilir.

SS - 67 PARKİNSON HASTALIĞI TANISINDA REAL-TİME QUAKİNG-INDUCED CONVERSİON (RT-QUIC) TESTİ VE FARKLI α-SİNÜKLEİN PROTEİNLERİNİN ROLÜ

MEHMET GÖKHAN ÇAĞLAYAN [1], REZZAK YILMAZ [2], EBRU EVREN [3], BETİL KARAÇOR [1], DAMLA YILDIZ [2], BÜŞRA CANAN ARSLAN [1], URARTU ÖZGÜR ŞAFAK ŞEKER [4], M. CENK AKBOSTANCI [2]

[1] ANKARA ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ ANALİTİK KİMYA BİLİM DALI
[2] ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[3] ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ MİKROBİYOLOJİ ANABİLİM DALI VE İBNİ SİNA HASTANESİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ MERKEZ MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI
[4] BİLKENT ÜNİVERSİTESİ ULUSAL NANOTEKNOLOJİ ARAŞTIRMA MERKEZİ

Amaç:
Bu çalışmanın amacı beyin omurilik sıvısı (BOS) örneklerinde Parkinson hastalığı (PH) tanısında yeni ve güvenilir bir yöntem olan RT-QuIC test tekniğini farklı α-sinüklein proteinleri kullanarak standardize etmek ve hastalık tanısındaki rolünü belirlemektir.

Gereç ve Yöntem:
Çalışma Ankara Üniversitesi (A.Ü.) Eczacılık Fakültesi Analitik Kimya Laboratuvarı'nda gerçekleştirilmiştir. A.Ü. Nöroloji Anabilim Dalı'da alınan örnekler Merkez Mikrobiyoloji Laboratuvarı'nda önerilen sıcaklıkta saklanarak transportu sağlanmıştır. Çalışmada ticari olarak satın alınan N-terminalde histidin etiketli K23Q mutantı, C-terminalde histidin etiketli, etiketsiz yabanıl tip ve Bilkent Üniversitesi Ulusal Nanoteknoloji Araştırma Merkezi'nde rekombinant olarak üretilen glutatyon-S-transferaz (GST) etiketli olmak üzere dört farklı α-sinüklein proteini kullanılmıştır. Parkinson hastalarından ve sağlıklı kontrollerden alınan BOS örnekleri üzerinde çalkalama, dinlendirme, floresans sinyalinin okunması ve dinlendirme döngüleri beş gün boyunca takip edilmiştir. 37° C inkübasyonda, fosfat tamponu (pH= 6.5) içerisinde tohumlama işlemi gerçekleştirilmiştir. 440 nm'de uyarılan Tiyoflavin-T boyasının 490 nm'deki floresansı sinyali üzerinden takip edilmiştir. Sinyal şiddetinin en yüksek alındığı floresans miktarı ve başlangıç sinyalinin alınma süresi değerlendirilmiştir.

Bulgular:
Sağlıklı kontrollerde patolojik α-sinüklein agregatına ait sinyal gözlenmemiştir. N-terminalde histidin etiketli K23Q mutant α-sinüklein ve C-terminalde histidin etiketli α-sinüklein proteinleri başlangıç fazı en kısa süren ve tüm örneklerde beklenen sonuçların elde edildiği proteinlerdir. GST etiketli proteinle ise hasta ve sağlıklı BOS örneklerinde floresans sinyali gözlenmemiştir.

Sonuç:
Çalışmamız Türkiye'de RT-QuIC testi ile PH tanısının desteklendiği ilk çalışmadır. N-terminalde histidin etiketli K23Q mutantı ve C-terminalde histidin etiketli α-sinüklein proteinleri ile tanı koyduracak düzeyde yüksek floresans elde edilmiştir. α-sinüklein proteinindeki mutasyonlar veya etiketlerdeki farklılıklar RT-QuIC test sonuçlarının başarısını belirleyen önemli faktörlerdir.

SS - 68 RATLARDA 6-OHDA İLE OLUŞTURULMUŞ PARKİNSON MODELİNDE GLUTENSİZ DİYETİN NİGROSTRİATAL DEJENERASYON ÜZERİNE ETKİSİ

AYŞE GÜRBÜZ YENİÇERİ [1], MEHMET GÜNEY ŞENOL [1], CUMAALİ DEMİRTAŞ [1], BEYZA BİNİCİ [2], SÜHEYLA UYAR BOZKURT [2], MEHMET FATİH ÖZDAĞ [1]

[1] *SULTAN ABDULHAMİD HAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ*
[2] *MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ*

Amaç:
Dünya genelinde sık görülen nörodejeneratif bir hastalık olan Parkinson hastalığını ortaya çıkaran olaylar kaskadı halen tam olarak bilinmemektedir. Hastalık gelişiminde etkili olduğu düşünülen hipotezlerden biri beyin-bağırsak- mikrobiyata döngüsündeki iki yönlü etkileşimdir. Bu döngüde gluten etkisini değerlendiren çalışmalar yapılmaktadır. Glutenin enterik sinir sisteminde nöronal gelişim ve farklılaşmayı baskıladığı, enterik sinir sistemi ve barsak mikrobiyata düzeninde etkinliğini gösteren çalışmalar vardır. Bu çalışmada 6-hidroksidopamin (6-OHDA) ile oluşturulan deneysel parkinson modelinde glutensiz beslenmenin davranış ve immünhistokimyasal sonuçlar üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmada ağırlıkları 270-370 gr arasında değişen, sprague-dawley cinsi erkek ratlar kullanılarak sham (n=6), kontrol (n=7) ve deney (glutensiz diyet, n=7) olmak üzere 3 ayrı grup oluşturuldu. Her grup için özel olan yemlerden serbest su ve yiyecek alımına izin verildi. 4 hafta sonrasında tüm hayvanlara 6-OHDA (kontrol ve deney grubu) veya salin askorbik asit (sham grubu) solüsyonundan, sağ medial önbeyin demet (MFB) alanına intraserebral enjeksiyon yoluyla cerrahi prosedür uygulandı. Cerrahi prosedür sonrası 4 hafta daha gruplara özel beslenme devam ettirildi. Davranış testlerinden postural asimetri (baş pozisyonu), lökomotor(open field), rotarod ve apomorfin dönüş testi uygulandı. Deney sonunda ratlar sakrifiye edilerek immünhistokimyasal yöntemle beyindeki dopaminerjik hücre ve lif kaybı değerlendirildi.

Bulgular:
İmmünhistokimyasal ve davranış test sonuçlarında glutensiz beslenme ve normal beslenme açısından istatistiksel anlamlı sonuç bulunmadı. Aksine denge ve koordinasyon açısından glutensiz beslenen grup sham grubuna göre istatiksel anlamlılık düzeyinde daha kötü sonlanım gösterdi (p=0,002).

Sonuç:
Bulgular 6-OHDA ile indüklenen parkinson modelinde glutensiz beslenmenin nörodejenerasyon açısından protektif rolü olmadığını göstermektedir.

SS - 69 PARKİNSON HASTALARINDA SEMPATİK DERİ YANITI ÖLÇÜMLERİNİN LEVODOPA SONRASI DEĞİŞİMLERİNİN İNCELENMESİ

HALİL ÖNDER , MUSTAFA YURTDAŞ , MERAL ÖKSÜZ , SELİM SELÇUK ÇOMOĞLU

ETLİK ŞEHİR HASTANESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Sempatik deri cevabı (SDC) sempatik kolinerjik sudomotor fonksiyonu ölçmede kullanılan, non-invaziv, basit ve pratik bir metottur. Hareket bozukluğu kliniğinde otonom disfonksiyonu değerlendirmede sıkça kullanılmaktadır. SDC, sıklıkla MSA hastalarında bozuk olmakla beraber, Parkinson hastalarında (PH) da sıklıkla etkilenmiş olabilmektedir. Bu çalışmada, literatürde daha önce incelenmemiş olan SDC' de levodopa sonrası olabilecek olası değişiklikleri değerlendirmeyi planladık.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya Ocak 2023-Mart 2023 tarihleri arasında Etlik Şehir Hastanesi Nöroloji kliniğine başvuran ve dahil edilmeyi kabul eden tüm PH' ler alındı. Elektrofizyolojik çalışmalar Neurosoft EMG cihazı ile normal oda ısısında gerçekleştirildi. Sempatik deri cevabı ölçümleri her hastada hem ilaç-off dönemlerinde hem de -on dönemlerinde yapıldı. Tüm hastalarda demografik veriler, klinik veriler, MDS-UPDRS (Movement Disorder Society-Unified Parkinson's Disease Rating Scale) ve non-motor semptom skalası (NMSS) ölçümleri ayrıntılı olarak uygulandı. SPSS 26 programı ile istatistikler yapıldı.

Bulgular:
Çalışmaya toplamda 22 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 59 ± 8.1 idi (K/E oranı 8/14). On dört hasta tremor-dominant alt tip iken 8 hasta akinetik-rijid (AR) olarak değerlendirildi. Üç hasta solak iken, 19 hasta sağ elli idi. Hastaların 10'unda semptom başlangıç tarafı sağ tarafken, 12' sinde sol taraf semptom başlangıcı olduğu görüldü. Hastalarda SDC ölçümlerinin, ilaç-off ve -on dönemlerinde yapılan karşılaştırmalı analizlerinde, SDC latansının -on döneminde bilateral olarak kısaldığı görüldü (sağ, p=0.002; sol, p=0.001). MDS-UPDRS-3' de %30' dan fazla düzelme görülen alt grupta (n=15) tekrarlanan analizlerde latans ölçümlerinde on dönemlerindeki azalmanın sebat ettiği gözlendi. Bu parametrelerdeki farkın NMSS skoru düşük olan hasta alt grubunda da (n=11) devam ettiği görüldü. Korelasyon analizlerinde, SDC parametreleri ile hastalık yılı, şiddeti ve LED ile bir ilişki gözlenmedi.

Sonuç:
Çalışmamız sonucunda PH' da SDC ölçümlerinde levodopa sonrası tutarlı değişiklikler olduğunu belirledik. Non-motor semptomlardan otonom disfonksiyona ilişkin bir ölçüm olan SDC' nin levodopaya yanıt vermesi NMSS patofizyolojisinin anlaşılması açısından önemli fikirler sunabilir. Bulgularımızın, PH' de otonom disfonksiyonun mekanizmaları hakkında da fikirler verebileceğini düşünmekteyiz.

SS - 70 HEMİFASİYAL SPAZM HASTALARINDA BOTULİNUM TOKSİN ENJEKSİYONUNUN FASİAL SİNİR HİPEREKSİTABİLİTESİNE ETKİSİ

ÖZLEM KURTKAYA KOÇAK [1], AYŞE BORA TOKÇAER [2]

[1] *ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ*
[2] *GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, KLİNİK NÖROFİZYOLOJİ BİLİM DALI*

Amaç:
Hemifasiyal spazm (HFS), ipsilateral fasiyal sinir innervasyonlu kasların ünilateral, istemsiz, intermittan, irregüler klonik ya da tonik kasılmaları şeklinde tanımlanır. Botulinum nörotoksin (BoNT) uygulaması HFSyi geçici olarak azaltabilir ve yaşam kalitesini iyileştirebilir. Bu çalışmanın amacı idiyopatik HFS hastalarında göz kırpma refleksi çalışması ile BoNTnin beyin sapı uyarılabilirliği üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem:
Bu çalışmada 16 HFS olgusunda BoNT uygulaması öncesinde ve birinci hafta, birinci ay ile dördüncü ay sonrasında blink refleks R1, ipsilateral R2 (iR2) ve kontrlateral R2 (kR2) yanıtlarının latans ve amplitüd değişimlerini değerlendirmeyi amaçladık. Tedavi öncesi ve her vizitte bilateral orbikularis okuli (O. Okuli) kaslarından kayıtlı göz kırpma refleksi ve refleksin yayılımını incelemek için bilateral supraorbital sinir uyarımı ile oris (O. Oris) kaslarından kayıt alındı. Ayrıca her iki o. okuli kası kayıtlı ardışık sinir uyarımı (ASU) testi ile değerlendirdik. Etkilenen taraf ile sağlam taraf arasında ortalama değerler yönünden farkın önemliliği Bağımlı t-testi ile değerlendirildi. $p < 0.05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular:
Botulinum nörotoksin enjeksiyonundan bir hafta ve bir ay sonra, etkilenen taraf supraorbital sinir uyarımı ile elde edilen göz kırpma refleksi R1, iR2 ve kR2 yanıtlarının amplitüdünde enjeksiyon öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düşüş ve latansında anlamlı uzama gözlendi. BoNT enjeksiyonunun 4. ayında ise R1, iR2 ve kR2 yanıt latanslarında tedavi öncesi ile anlamlı fark izlenmezken amplitüd değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı düşüklüğün devam ettiği görüldü. ASU testinde bazal değerlere göre BoNT uygulamasını izleyerek dekrement izlendi.

Sonuç:
Çalışmamız HFS hastalarında BoNT'nin trigeminal afferent sistem üzerinden fasiyal sinir motor nükleusunun eksitabilitesi üzerine etkisi olduğunu düşündürmektedir.

SS - 71 PARKİNSON HASTALIĞINDA UYGULANAN DERİN BEYİN STİMÜLASYONU TEDAVİSİNİN HASTA YAKINLARI TARAFINDAN FARKINDALIĞI

İLAYDA SARE ÇETİNDAMAR [1], LERZE FURKAN YAGHOUTİ [2], NESRİN HELVACI YILMAZ [1], LÜTFÜ HANOĞLU [1]

[1] İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI
[2] İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ PSİKİYATRİ ANA BİLİM DALI

Amaç:
Derin beyin stimülasyonu (DBS) Parkinson Hastalığı (PH) tedavisinde son 30 yıldır etkinliği kanıtlanmış tedavi yöntemidir. Uzun zamandır uygulanmasına rağmen hastalarda farkındalığı halen düşüktür (%18). Hastalık süresinin uzun olması ve yüksek eğitim düzeyi bilinilirlik oranını arttırmaktadır. Bu çalışmada amacımız DBS operasyonunun bakım veren hasta yakınları tarafından farkındalığını ve bilgilerinin doğruluğunu sorgulamaktır.

Gereç ve Yöntem:
2019-2023 tarihleri arasında nöroloji polikliniğine başvuran 92 PH'ının yakınlarına (eş ve çocuk) telefon yoluyla ulaşıldı. Prasad ve arkadaşları tarafından düzenlenen 10 sorudan oluşan anket uygulandı.

Bulgular:
Hastaların yaş ortalaması 68,25±9,34 (38-86), PH süresi 7,25±4,98 (1-21) yıl idi. Hastaların %67,4'ü Hoehn and Yahr Evre 1 ve 2 idi. Yakınlarının %89,1 DBS tedavisini duymuştu. %42,4'ü DBS hakkındaki bilgiyi internet ve televizyon, %29,3'ü doktorundan almıştı. %63'ü DBS'in PH'ını iyileştirebileceğine inanmıyordu. Hastaların yarısı DBS sonrası ilaçların kesileceğini düşünüyordu ve yarısının DBS sonrası programlama yapılacağı hakkında bilgisi yoktu. Sadece 11 kişi pil çeşitlerini (şarjlı/şarjsız) biliyordu. %80'i maliyet hakkında bilgi sahibi değildi.

Sonuç:
Çalışmamızda çoğunluğu erken evre hastalardan oluşan PH'larının yakınlarının DBS'i ismen duyma oranı daha yüksekti. Ancak DBS hakkında ayrıntılı bilgi sahibi olmadıkları görüldü. Ek olarak, DBS ile ilgili beklentinin oldukça düşük olduğu ve DBS uygulanırsa ilaç tedavisinin tamamen sonlanacağı öngörüsü hakimdi. Bilgilerin çoğu medya aracılığıyla alınmıştı. Daha önce ileri evre hastalarla yapılan çalışmada DBS hakkında bilgi sahibi olma oranı %75 olarak bulunmuştur. Ancak hasta yakınının bilgisiyle ilgili sorgulama sadece bir çalışmada yapılmış ve oranın %20 olduğu gözlenmiştir, bilgilendirmenin %70 oranında doktordan alındığı görülmüştür. DBS hakkında doğru yönlendirme yapmak adına daha fazla sayıda eğitim vererek hasta yakınlarıyla yakın iletişimde olunması gerektiğini düşünmekteyiz.

SS - 72 ESANSİYEL TREMOR'DA SERUM ZONULİN VE CLAUDİN-5 DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

NİMET UÇAROĞLU CAN [1], SENA BONCUK ULAŞ [2], YEŞİM GÜZEY ARAS [3], SEZEN IRMAK GÖZÜKARA [4], TÜRKAN ACAR [3], BİLGEHAN ATILGAN ACAR [3]

[1] SAKARYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] EDİRNE KEŞAN DEVLET HASTANESİ
[3] SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[4] SAKARYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ BİYOKİMYA ANABİLİM DALI

Amaç:
Esansiyel Tremor (ET); kronik, progresif, simetrik kinetik ve postüral tremor ile karakterize bir hareket hastalığıdır. Erişkinlerde en sık görülen hareket hastalığıdır. Zonulin, 47 kDalık bir proteindir. Bağırsak geçirgenliğinde ve kan beyin bariyeri (BBB) geçirgenliğinde görev alır. Claudinler ise çok genli bir protein ailesidir. Claudin-5 BBB'de bulunur ve buradaki sıkı bağlantı komplekslerinde görev alır. ET çok sık görülen bir hareket bozukluğu olmasına rağmen tanıda muayene dışında yardımcı tanı yöntemi bulunmamaktadır. Bu da ET-plus gibi eşlik eden bulguların varlığında tanıyı zorlaştırabilmektedir. Çalışmamızın amacı Zonulin ve Claudin-5 düzeyleri ile ET arasında bir ilişki olup olmadığının değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya WHIGET tanı kriterlerine göre ET tanısı almış olan, en az 1 yıldır düzenli olarak takip edilen 18-89 yaş arası hastalar dahil edilmiştir. Fahn Tolosa Marin Tremor ölçeğine göre tremor şiddetleri puanlandırılmış, el, ayak, çene, baş ve ses tremoru kayıt edilmiştir. Alınan venöz serumdan Zonulin ve Claudin-5 düzeyleri çalışılmıştır.

Bulgular:
Vaka ve kontrol grubu arasında Zonulin değerleri anlamlı farklılık göstermezken Claudin-5 değeri vaka grubunda kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşük ($p < 0,001$) bulunmuştur. Gruplar arasında hastaların ayrımında Claudin-5 değerinin anlamlı [Eğri altı alan 0.706(0.614-0.799)] etkinliği gözlenmiştir.

Sonuç:
ET benign bir hastalık olarak adlandırılsa da semptomların progresyonu nedeniyle hastaların iş ve sosyal hayatlarını etkilemektedir. Özellikle istirahat tremoru gibi ek bulguların da tabloya ilave olduğu durumlarda ayırıcı tanı zorlaşmakta ve Parkinson Hastalığı ile de karışabilmektedir. Claudin-5 düzeylerinin ET'de düşük saptanmasının BBB'deki geçirgenliğin bozulması ile ilişkili olabileceğini ve bunun hastalık patofizyolojisinde ve ayrıcı tanıda yardımcı bir marker olabileceğini düşünmekteyiz.

SS - 73 YAPAY ZEKA TEKNİKLERİ KULLANILARAK PARKİNSON HASTALARININ BİLİŞSEL AKTİVİTE ANALİZİ

BAHAR DEMİR [1], SİNEM AYNA ALTUNTAS [1], İLKE KURT [1], SEZER ULUKAYA [2], OĞUZHAN ERDEM [2], SİBEL GÜLER [3], CEM UZUN [4]

[1] HESAPLAMALI BİLİMLER BÖLÜMÜ, TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
[2] ELEKTRİK-ELEKTRONİK MÜHENDİSLİĞİ BÖLÜMÜ, TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
[3] YALOVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[4] KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KULAK BURUN BOĞAZ, BAŞ BOYUN CERRAHİSİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Parkinson hastalığının (PD) erken tanısına yönelik modern Yapay Zeka (AI) tabanlı modellerin geliştirilmesi, son zamanlarda araştırmacılar tarafından büyük ilgi görmektedir. Özellikle farklı veri setlerinin kullanılması (ses, el hareketleri, yürüyüş vb.) güncel modellerin çeşitliliğini arttırmaktadır. Hareket bozuklukları ve titreme de Parkinson hastalığının en belirgin belirtileri arasındadır. PHnin tespitinde çizimlerin kullanılması, doktorların faydalanabileceği önemli bir karar destek yaklaşımı olabilir.

Gereç ve Yöntem:
40 PD ve 40 Sağlıklı Kontrolden (SK) özel bir tablet kullanarak şablonlu ve şablonsuz spiraller çizmeleri istenerek bir veri seti oluşturuldu. Hasta-sağlıklı ayrımı, bireylerin çizimlerinin Destek Vektör Makinesi (DVM), Rastgele Orman (RO) ve Naive Bayes (NB) algoritmaları kullanılarak sınıflandırılmasıyla sağlandı. Sınıflandırma öncesinde veriler minimum-maksimum normalizasyon yöntemi uygulanarak normalleştirildi. Ayrıca, olası aşırı uyum senaryolarını ortadan kaldırmak için Bir Konuyu Dışarıda Bırakma (BKDB) Çapraz Doğrulama (CD) yaklaşımı kullanıldı. Sınıflandırıcıların performanslarını daha da iyileştirmek için ham verilere Temel Bileşen Analizi (TBA) boyut azaltma tekniği de uygulandı ve sonuçlar buna göre karşılaştırıldı.

Bulgular:
Makine öğrenmesi tabanlı sınıflandırıcılar arasında en yüksek doğruluk, TBA uygulaması ile şablonsuz çizimler kullanılarak yapılan DVM sınıflandırmasında %90 olarak elde edilmiştir.

Sonuç:
Model, el çizimi, sayı, kelime ve hece yazma gibi basit el hareketleri kullanılarak çevresel ve eğitimsel düzey farklılıklarını en aza indiren, invazif olmayan bir yöntem olarak klinikte ön değerlendirme sistemi olarak da kullanılabilir. Çalışmamız sonucunda el çizimi analizinin sağlık profesyonellerine zaman kazandırabilecek bir yardımcı sistem olarak kullanılabilmesi için ön hazırlık yapılmıştır. Gelecekte daha kapsamlı veriler üzerinde çalışma planlanmaktadır.

SS - 74 MULTİPL SKLEROZDA SERUM GLİAL FİBRİLER ASİDİK PROTEİN SEVİYELERİNİN HASTALIK AKTİVİTESİ VE ŞİDDETİYLE İLİŞKİSİ

ŞEYMA ERDOĞAN , SENA DESTAN BÜNÜL , HUSNU EFENDİ

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANABİLİMDALI

Amaç:
Multipl Skleroz(MS), santral sinir sisteminin(SSS) otoimmün kaynaklı inflamasyon, demiyelinizasyon ve aksonal hasarla karakterize kronik bir hastalığıdır. Glial fibriler asidik protein (GFAP), SSS'in olgun astrositlerinde bulunan başlıca ara filamenttir ve reaktif astrogliozis belirtecidir. Çalışmamızda serum GFAP düzeyinin, nöroinflamasyon ve hastalık şiddeti açısından anlamlı bir biyobelirteç olma potansiyelini daha açık şekilde ortaya koymak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji AD'nda McDonalds Kriterlerine uygun MS tanısı ile en az 6 ay süreli takipleri yapılan NEDA-3 durumunu sağlayan 40 hasta ve NEDA-3 durumunu sağlamayan 40 hasta üzerinde çalışılmıştır. Venöz kan örnekleri alınarak serum GFAP düzeyleri ELISA yöntemi ile çalışılmıştır. Eş zamanlı Expanded Disability Status Scale (EDSS), 9 delikli test, 25 adım yürüme testi, SDMT skorları kaydedilmiştir.

Bulgular:
NEDA-3 durumunu sağlayan hastalarda, NEDA-3 durumunu sağlamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde serum GFAP seviyesi daha yüksek bulunmuştur. RRMS ve SPMS olarak gruplandırıldıklarında serum GFAP seviyelerinde istatistiksel anlamlı farklılık görülmemiştir. NEDA-3 durumunu sağlayan ve sağlamayan hasta gruplarında serum GFAP seviyesi ile yaş, hastalık süresi ve klinik testlerin (EDSS, 9-HPT, SDMT, 25 adım yürüme testi) korelasyonu çalışılmış olup, anlamlı korelasyon bulunmamıştır. NEDA-3 durumunu sağlamayan hastalar, klinik progresyon, MR aktivitesi ve klinik atak olarak aktivite nedenleri açısından gruplandırılarak serum GFAP seviyesi açısından birbirleriyle kıyaslandığında istatiksel anlamlı farklılık görülmemiştir. Bu alt grupların EDSS ve serum GFAP düzeyi ile korelasyonu çalışıldığında, klinik atak grubunda EDSS ve serum GFAP düzeyi arasında istatiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon görülmüştür.

Sonuç:
Astrositlerin proinflamatuar aktivitelerinin yanı sıra antiinflamatuar aktivitelerinin de olduğu düşünüldüğünde MS patogenezindeki rolleri halen net olarak ortaya konulamamıştır. Serum GFAP seviyeleri, MS hastalığının seyrini ve aktivitesini değerlendirmede potansiyel bir biyobelirteç olabilir. Ancak, GFAPnin MS patogenezindeki kesin rolü ve klinik önemi hakkında daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır

SS - 75 ALEMTUZUMAB İLİŞKİLİ ÖNEMLİ YAN ETKİLER: TEK MERKEZ DENEYİMİ

NUR GÜLCE İŞKAN , TUNCAY GÜNDÜZ , SEVDA ÖZTÜRK ERDEN , MURAT KÜRTÜNCÜ

NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

Amaç:
Alemtuzumab T ve B lenfositlerdeki CD52'ye karşı insanlaştırılmış bir monoklonal antikordur ve ataklarla seyreden multipl skleroz (RRMS) hastalarındaki relaps oranını ve progresyonu azaltmaktadır. Tedavi, bir yıl arayla iki döngü olarak uygulanır. Literatürde otoimmünite ilişkili yan etkiler başta olmak üzere, tiroid disfonksiyonları, fırsatçı enfeksiyonlar, trombositopeni, hemoraji gibi ciddi yan etkiler bildirilmiştir. Bu çalışma, kliniğimizde alemtuzumab tedavisi alan hastalarda izlenen önemli yan etkilerin saptanması için planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Bu çalışmaya, Ekim 2017 ve Ocak 2023 tarihleri arasında, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji Kliniğinde, birinci veya ikinci doz alemtuzumab tedavisi alan, 18 yaş üstü MS hastaları alınmıştır. Önemli yan etkiler belirlenirken yaşamı tehdit eden, ölümle sonuçlanan veya hastaneye yatışı gerektirecek olaylar ve hastaların kronik tedavi almasını gerektirecek hastalıklar seçilmiştir. Hastaların tedavi başlangıcındaki yaş, genişletilmiş özürlülük durum ölçeği skorları (EDSS), cinsiyet, alemtuzumab kürü sayısı ve tarihleri, infüzyon sırasında ve sonrasındaki yan etkiler kaydedilmiştir.

Bulgular:
Çalışmaya 20'si ikinci kürünü de almış olan toplam 39 hasta (kadın: 23, erkek: 16) alındı. Hastaların ortanca yaş değeri 40 (min-maks: 25-64) yıl, ortanca EDSS 6,5 (min-maks: 2-8). Hastaların 8'inde (%20,5) önemli yan etki geliştiği ve bunların 3'ünün (%7,7) fatal sonuçlandığı saptandı. Bu yan etkilerin Graves hastalığı, hemorajik serebrovasküler hastalık, pansitopeni, COVID ve perianal abse olduğu izlendi. Hastaların dördü erkek, dördü kadındı. Ortanca yaş değeri 43,5 (min-maks: 25-64) yıl ve ortanca EDSS'si 6,0 (min-maks: 2-7,5) idi. Bu yan etkilerden dördünün ilk kürden, dördünün ise ikinci kürden sonra ortaya çıktığı görüldü.

Sonuç:
Alemtuzumab, RRMS hastaları için çok etkili bir ilaç olmasına karşın diğer hastalık modifiye edici tedavilere göre ciddi yan etkilere neden olabilmektedir. Çalışmamızda alemtuzumab ilişkili önemli yan etkilerin oranı literatürde bildirilen oranlarla benzer seyretmiş, fakat fatalite oranının daha yüksek olduğu görülmüştür.

SS - 76 TÜRKİYE'DE MULTİPL SKLEROZ HASTALIĞININ EPİDEMİYOLOJİK ANALİZİ

BİLGİN OZTURK [1], ESRA TAŞKIRAN [2], SERKAN DEMİR [3], MERYEM ASLI TUNCER [4], MURAT KÜRTÜNCÜ [5], RANA KARABUDAK [4], AKSEL SİVA [6], HÜSNÜ EFENDİ [7], NAİM ATA [8], MUSTAFA MAHİR ÜLGÜ [8], ŞUAYİP BİRİNCİ [8]

[1] NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI, SBÜ GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
[2] NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI, SBÜ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
[3] NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI, SBÜ SANCAKTEPE ŞEHİT PROF.DR. İLHAN VARANK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
[4] NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI, HACETTEPE TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
[5] NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
[6] NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
[7] NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI, KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
[8] TÜRKİYE CUMHURİYET SAĞLIK BAKANLIĞI

Amaç:
Multipl skleroz (MS) santral sinir sisteminin kronik demiyelinizan bir hastalığı olup genç erişkinlerdeki nörolojik engelliliğin en önemli nedenlerindendir. MS hastalığı ile ilgili olarak birçok çalışma farklı prevalans ve epidemiyolojik sonuçlar ortaya koymaktadır. Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Sağlık Bakanlığı Sağlık Politikaları Geliştirilmesi Çalışma Grubu sağlık resmi veri tabanı taranarak MS hastalarının ortaya çıkarılan verilerinin detaylı bir şekilde incelenmesi ile MS hastalığına ait epidemiyolojik profili oluşturulmak istenmiştir.

Gereç ve Yöntem:
Türkiye'de resmi elektronik sağlık sistemi ülke nüfusuna ait sağlık verilerinin hemen hemen tamamını içermekte olup, bu sistem içinden ICD-10 sınıflamasına göre ICD kodu kullanılarak arama yapılmıştır. MS tanısı bu sınıflamada sadece G35 ICD kodu ile tanımlanmıştır. Veritabanı taraması ile G35 tanısı konulan bütün hastalara ait doğum yılı, cinsiyeti, ikamet ettiği il, ilk tanı aldığı yaş bilgileri ve bu G35 tanısını toplamda kaç defa aldıkları bilgileri hastaların kimlik bilgileri olmaksızın elde edilmiştir. Olası yanlış tanıları dışlamak için en az 3 defa G35 kodu alan hastalar ile çalışma yürütülmüştür. Prevalans ve insidans hesaplamalarının yapılabilmesi için Türkiye İstatistik Kurumu resmi internet sitesinden 2014-2022 yıllarına ait toplam, cinsiyete göre ayrılmış ve illere göre dağılımı yapılmış olan nüfus sayım verileri kullanılmıştır. Prevalans ve insidans analizleri toplam nüfus ve cinsiyete göre yapılmış olan nüfus dağılımları ile ayrı ayrı hesaplanmıştır.

Bulgular:
ICD-10 sınıflamasına göre G35 kodu tanısı veya öntanısı konulmuş toplam 201.061 hastaya ait veriler sunulmuştur. Bu 201.061 hasta içerisinde G35 tanısının hekimler tarafından en az 3 defa girildiği 82225 hastanın gerçek MS hastası olduğu kabul edilmiş olup analizler bu evren üzerinden yapılmıştır. Buna göre Türkiye'deki MS prevalansı yüzbinde 96,4 (Kadın 131,8, Erkeklerde 61,1) olarak hesaplanmıştır. İnsidans hesaplaması, elektronik sağlık bilgi sistemine yoğun bilgi girişleri olması sebebiyle 2020 yılı öncesi tanı almış görünen hastalar dışarıda tutularak 2020-2022 yıllar arasında MS tanısı almış olan hastalar için hem genel hem de kadın-erkek cinsiyetler için ayrı ayrı hesaplanmıştır. 2022 insidansı 6,2/100bin saptanmıştır (Kadın 8,2, Erkeklerde 4,3). Kadın erkek oranının 2,1/1 olduğu izlenmiştir. Ortalama hasta yaşı 43,1±13,3 (Kadın:43,0±13,1 vs. erkek 43,2±13,7) saptanırken ilk tanı yaşı ise ortalama 34,0±13,0 olarak saptandı (Kadın: 33,6±12,6 vs. erkek 34,9±13,7).

Sonuç:
Çalışmamızda sunmuş olduğumuz bu veriler ülkemize ait nüfusun herhangi bir ayırım yapmadan (Etnik köken, gelir dağılımı, coğrafik dağılım, sağlık kuruluşu, sigorta şirketi) neredeyse tamamını kapsayan, ilk ulusal ve resmi sağlık bilgileri içerisinden çıkarılan multipl skleroz epidemiyolojik bilgilerini içermektedir. Bir hasta ülkedeki bütün sağlık kuruluşlarını dolaşmış olsa bile bu hastanın resmi sağlık sistemine iki kez kaydedilmesi teknik olarak asla mümkün değildir. Bu da aynı hastanın sadece tek bir defa değerlendirilmesine imkan sağlamaktadır.
Epidemiyoloji çalışmalarında nüfusun tamamını yansıtacak, detaylı ve güvenilir verilerin önemi daha da ön plana çıkmaktadır. Türkiye yüksek nüfusa sahip bir ülkedir. Nüfusun çok büyük bir kesimine ait sağlık güvencesi devlet tarafından karşılanmaktadır. Yine MS tedavisinde kullanılmakta olan ajanların neredeyse tamamı devlet tarafından karşılanmakta olmasından dolayı devlete ait resmi veri tabanı çok geniştir. Son yıllarda sağlık sistemindeki dijitalleşmeye bağlı olarak Türkiye'deki veri tabanlarında çok büyük ilerlemeler olmuştur. Eldeki bu verilerin analiz edilmesi sonucunda ülkemizin Multipl Skleroz hastalığı açısından orta risk grubuna girdiği görülmüş olup MS tanısı konulması konusunda çok dikkatli olunması gerekliliğini ortaya koymuştur.

SS - 77 MULTİPLE SKLEROZ'UN GEBELİKTE SEYRİ VE GEBELİK ÜZERİNE ETKİSİ

HANDE USTALAR , CAVİT BOZ , MERVE BOZ

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ FARABİ HASTANESİ

Amaç:
Multipl Skleroz SSS'nin demyelinizasyon ve akson hasarı ile giden kronik, inflamatuar hastalığıdır. Üreme çağındaki kadınlar hasta popülasyonunun önemli kısmını oluşturduğundan takip-tedavi planlanmasında gebelik durumu önemlidir. Bu çalışmada MS'in gebelik üzerine etkisi ve gebelik süresince MS hastalık aktivitelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Bu çalışmada Ocak 2010-2021 tarihleri arasında KTÜ Tıp Fakültesi Nöroloji Polikliniğine başvuran daha önce gebelik geçiren 505 ve hiç gebelik geçirmeyen 483 kadın MS hastası çalışmaya dahil edildi.

Bulgular:
Gebelik geçiren MS'li 505 kadının toplamda 1196 gebeliği değerlendirildi. Gebelik sırasında hastaların %12,5'inde atak görüldü; bu atakların %62,9'ı birinci trimestırda, %25,9'u ikinci trimestırda, %11,1'i üçüncü trimestırda idi.Gebelikte atak geçirenlerin toplamda %36,4'ünde prekonsepsiyonel 1 yılda atak öyküsü mevcuttu(p>0,001). Gebelik öncesi relaps oranı ortalaması 0,25 iken bu oranlar gebeliğin birinci trimestırında 0,61, ikinci trimestırda 0,26, üçüncü trimestırda 0,13 ve postpartum 1-3 ayda 0,42 idi. Postpartum relaps oranının yüksek olması istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur(p:0,009). Gebelik öncesi relaps oranı ile gebelik boyunca relaps oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır(p>0,050). MS öncesi ve sonrası gebelikler için yardımcı üreme tekniği kullanımı, çoğul gebelik oranı, gebelik ve doğum komplikasyonları, term/preterm doğum oranı ve doğum sonrası kuvöz ihtiyacı gelişmesinde anlamlı farklılık bulunmadı.

Sonuç:
MS'lilerde gebelik boyunca atak oranı azalır, üçüncü trimestırda minimuma iner. Postpartum ilk 3 ayda relaps oranı daha yüksektir. MS gebeliğe engel değildir. Ancak hastalık kontrol altında olmalı ve hastalar gebelik boyunca ve peripartum dönemde yakın takip edilmelidir.

SS - 78 MULTİPLE SKLEROZ HASTALARINDA GEBELİK SAYISININ PROGNOZA ETKİSİ VE TEDAVİ BAŞLANMA ZAMANI

EZGİ MİHRAP AYDEMİR , MERVE BOZ , CAVİT BOZ

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ FARABİ HASTANESİ

Amaç:
Multipl Skleroz demyelinizasyon ve akson hasarı ile,sıklıkla beyaz cevheri tutan MSS'in kronik bir hastalığıdır. Bu çalışmanın amacı gebelik sayısının MS de prognoza etkisi ve gebelik sonrası optimal tedavi başlangıç zamanının belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem:
Bu çalışmada Ocak 2010-2021 tarihleri arasında KTÜ Tıp Fakültesi Nöroloji Pol. başvurusu olan öncesinde gebelik olan 505 ve olmayan 483 , toplamda 988 MS'li kadın MS hastası dahil edildi.

Bulgular:
Hastalar MS öncesi ve sonrası gebelik sayılarına göre EDSS-6'ya ulaşma sürelerine gebelik sayılarının etkileri incelendi. MS tanısı öncesi 3 ve üzeri gebeliği olanların daha uzun sürede EDSS-6 ulaştığı(p=0.045) , MS sonrası gebelik sayısının anlamlı etkisi bulunmadığı tespit edildi(p=0.12).MS hastalarının RRMS'ten SPMS'e ulaşana kadar geçen süreleri ile gebelik sayıları karşılaştırıldığında bir gebeliği olanlarda 7.38yıl,2 gebelikte 4.21yıl,3 gebelikte 7.41yıl,dört gebelikte 6.96yıl olarak hesaplandı ve anlamlı fark bulunmadı (p: 0,823).KIS öncesi gebeliği olanların KIS başlangıç yaşı ortalama 21.91 yıl , olmayanların 30.88 yıl olarak hesaplanmıştır.(p: <0,001)Postpartum DMT başlanma zamanı ve EDSS'ler karşılaştırıldığında 12-18 ay arası tedavi başlananların EDSS ortalaması düşük saptandı.Postpartum dönemde DMT başlanma zamanlarına göre postpartum 1. yıl, 5. yıl ve 10. yıl EDSS'ler arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Sonuç:
Gebeliğin EDSS-6'ya ulaşmada koruyucu etkisi tespit edilmişken SPMS'e ulaşmada etkisi saptanmamıştır.KIS öncesi gebeliği olanlarda ortalama KIS yaşının daha erken olduğu görüldü. Postpartum ilk iki yılda DMT başlanan ve başlanmayan grupların postpartum 1. yıl, 5. yıl, 10. yıl EDSS değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

SS - 79 MULTİPL SKLEROZ'LU BİREYLERDE AŞILAMA İLE İLGİLİ DELPHİ UZLAŞISI

BİLGE PİRİ CİNAR [1], ASLI TUNCER [2], UFUK ALUÇLU [3], YEŞİM BECKMANN [4], CAVİD BOZ [5], VEDAT ÇİLİNGİR [6], SERKAN DEMİR [7], HALUK GÜMÜŞ [8], TUNCAY GÜNDÜZ [9], RANA KARABUDAK [10], BELGİN KOÇER [11], MESRURE KÖSEOĞLU [12], MURAT KÜRTÜNCÜ [9], BİRGÜL METE [13], SEDAT ŞEN [14], MURAT TERZİ [14], ÖMER FARUK TURAN [15], MELİH TÜTÜNCÜ [13], UĞUR UYGUNOĞLU [13], CİHAT UZUNKÖPRÜ [4], HÜSNÜ EFENDİ HÜSNÜ EFENDİ [16], AKSEL SİVA AKSEL SİVA [13]

[1] SAMSUN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
[2] HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
[3] DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
[4] İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİM FAKÜLTESİ
[5] KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
[6] VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
[7] SANCAKTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
[8] KONYA SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
[9] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
[10] İSTANBUL YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
[11] GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
[12] İSTANBUL KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN HASTANESİ
[13] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
[14] ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
[15] ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
[16] KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Amaç:
Multipl skleroz (MS) ve aşılama konusunda yapılan tartışmalardaki temel sorular; MS gelişiminde/relaps üzerinde aşılamanın olası rolü, naif hastalarda aşı yanıtı, aşı yanıtı ile hastalık modifiye edici tedaviler arasındaki ilişki olmak üzere sıralanabilir. Bu çalışmada, MS için aşılama konusunda ülkemizde bir kılavuz olmadığı ve özellikle pandemi döneminde yaşanan zorluklar nedeniyle, MS hastalarında aşı uygulaması ve aşı türleri hakkında bir Delphi uzlaşısı oluşturulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Yirmi iki uzman görüşlerine dayalı olarak belirlenmesinin amaçlandığı çalışmada nitel ve nicel araştırma becerilerinin işe koşulduğu yapılandırılmış çevrimiçi Delphi tekniğinden faydalanılmıştır. İlk Delphi turunda, belirlenen maddelerin yanı sıra yeni bir madde önerisi olup olmadığı ve varsa bu maddeleri formun en sonunda yer alan serbest metin alanına yazmaları istenmiştir. Tüm panelistlerin katılımıyla gerçekleştirilen ilk Delphi turu sonucunda elde edilen veriler araştırmacılar tarafından incelenmiştir. Ardından, gerçekleştirilen ikinci Delphi turu sonucunda panelistlerden gelen değerlendirme sonuçları araştırmacılar tarafından incelenmiştir. Uzmanlardan gelen 2. Delphi turu verilerinin incelenmesi sonucunda artık yeni fikirlerin üretilmediği, maddelerin tüm güçlü-zayıf yanlarının belirlendiği ve uzmanların maddelerin öneri düzeylerinde bir değişimin olmadığı görülmüştür.

Bulgular:
Panelistlerin uzlaşı düzeylerine yönelik yapılan değerlendirme sonucunda uzlaşıya varılan; 16 madde üzerinde "neredeyse mükemmel uzlaşı", ve 12 madde üzerinde "önemli derecede uzlaşı" olduğu belirlenmiştir. Panelistlerin uzlaşı içinde olmadığı görülen maddeler incelendiği ise; 1 madde üzerinde "Önemsiz uzlaşı (slight-1)" olduğu görülürken 2 madde üzerinde "hiç uzlaşı (indicate poor-0)" olmadığı belirlenmiştir.

Sonuç:
Elde edilen bu bulgular doğrultusunda araştırmacılar tarafından Delphi panelistlerinin uzlaşıya ulaşamadıkları maddeler; MS'li bireylerde canlı aşının olası riskleri ve MS klinik fenotipi ve aşılama arasındaki ilişkiye dair sorulardır.

SS - 80 MULTİPLE SKLEROZ HASTALARINDA COVİD-19 ENFEKSİYONUNUN SEYRİ VE HASTALIK AKTİVİTESİYLE İLİŞKİSİ

SERAP ZENGİN KARAHAN [1], CAVİT BOZ [2]

[1] *TRABZON KANUNİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ*
[2] *KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ*

Amaç:
Şiddetli sistemik inflamatuar reaksiyona neden olan bazı viral enfeksiyonlar, artmış MS atak riskiyle ilişkilidir. Covid-19 enfeksiyonunun da MS hastalarında, hastalık aktivitesini arttırdığı iddia edilmektedir. Bu çalışma, MS hastalarında Covid-19 enfeksiyonunun klinik seyrini, enfeksiyonun atak riskine ve özürlülük artışına etkisini değerlendirmeyi amaçladı. Bu retrospektif kohort çalışması, Covid-19 olan ve olmayan MS hastalarında nüks riskini ve erken dönem özürlülük artışını karşılaştırıyor.

Gereç ve Yöntem:
Covid-19 olan ve olmayan MS hastalarının temel özellikleri, çok değişkenli lojistik regresyon modeline dayalı eğilim puanlarıyla eşleştirildi. Bağımsız değişkenler yaş, cinsiyet, hastalık süresi, başlangıçtaki EDSS, devam eden hastalık modifiye edici ilaç kullanımı ve Covid-19dan önceki yıldaki atak sayısı idi.

Bulgular:
Bu çalışmaya, Covid-19 enfeksiyonu doğrulanmış 433 MS hastası (296 kadın 137 erkek, yaş 40,2±11,8) ve Covid-19 enfeksiyonu olmayan 771 MS hastası (532 kadın, 239 erkek, yaş 43,6±12,0) dahil edildi. . Covid-19 enfeksiyonu öncesi 212 (49,0) hastaya Sars-Cov-2ye karşı tam aşı yapıldı. Covid-19 olan (2,5±2,1) ve olmayan (2,6±2,1) hastaların Covid öncesi EDSS skorları benzerdi. 296 (68,4) hastada hafif, 98 (22,7) hastada orta, 39 (9,0) hastada ise şiddetli Covid-19 enfeksiyonu görüldü, 13 hastada ise mortalite izlendi. Tek değişkenli ve çok değişkenli regresyon analizi, yüksek EDSS skorlarının ve anti-CD20 tedavisinin şiddetli COVID-19 enfeksiyonu için risk faktörü olduğunu gösterdi. Bir yıllık takip döneminde yıllık atak oranı, Covid-19 enfeksiyonu olan (0,14) ve olmayan (0,13) hastalarda benzerdi. Benzer şekilde, ilk relapsa kadar geçen süre ve özürlülüğün ilerlemesi gruplar arasında farklılık göstermedi.

Sonuç:
Çoğu MS hastası, genel popülasyona benzer şekilde covid enfeksiyonunda iyleşme gösterdi. Ancak yüksek EDSS, yaş ve anti-CD20 tedavisi şiddetli Covid-19 ve ölümle ilişkili bulundu. Covid-19, MS atak riskini ve özürlülük oranını artırmadı.

SS - 81 MULTİPL SKLEROZ UZMANLARININ TEŞHİS VE TEDAVİ UYGULAMALARI

SEDAT ŞEN [1], MERAL SEFEROĞLU [2], İLKNUR AYDIN CANTÜRK [3], RANA KARABUDAK [4]

[1] *ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ*
[3] *İSTANBUL GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ*
[4] *YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*

Amaç:
Multipl Skleroz (MS) santral sinir siteminin demiyelinizan ve akson hasarı ile seyreden hastalığıdır. Ülkemizde Sağlık sisteminin gelişmiş olduğu birçok ülkede olduğu gibi MS tanı, takip ve tedavisi bu alan ile ilgisi daha yoğunlaşan hekimler tarafından yapılmaktadır. Bu çalışmanın amacı ülkemizde MS; tanı, takip ve tedavisi yapan uzmanların uygulama pratikleri hakkında bilgi sahibi olunmasıdır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışma için katılımcıların çevrimiçi şekilde dahil olabilecekleri bir anket formu hazırlanmıştır. Sorular katılımcıların yaş, cinsiyet, uzmanlık alanı, uzmanlık süresi gibi bireysel özellikleri, MS tanısı, radyolojik, laboratuvar ve tedavi yönelimi sorgulayan çoktan seçmeli yada onay maddeleri içeren bilgileri kapsamaktadır. Veriler ortalama±standart sapma, ortanca şeklinde verilmiştir. Karşılaştırma için ki-kare testi, ilişki özelliğine değerlendirmek için de Wilcoxon testi ve Spearsman korelasyonu kullanılmıştır.

Bulgular:
Toplam 108 katılımcı çalışmaya dahil olmuştur. Kadın cinsiyet %64 idi. Yaş aralığı 33 ile 69 arasında değişmekle birlikte ortama yaş 48,8, ortanca yaş 44 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %51'i üniversite hastanesinde çalışıyordu. Nöroloji uzmanlık süresi 2-41 arasında, ortalama 17,9 idi. MS hastalığına özel uzmanlık süreleri 1-39 yıl arasında ortalama 15,8 yıldı. Katılımcıların sadece %7,4'ü aldığı MS eğitiminin yeterli olamayacağını ifade etmişti. Radyolojik değerlendirme yetkinliği açısından Katılımcıların %88,1'i kendisini yeterli görmekte idi. Katılımcıların %70,4'ü Türk Nöroloji Derneği MS Çalışma Grubu üyesidir.
Lomber ponksiyon uygulama oranı %76,9 kişi için tanı aşamasında tüm hastaları için uygulama şeklindeydi ve %36,1 katılımcı MS tanısı için tüm hastalarına NMO ve MOG için test yaptırıyordu. MS hastalarının izleminde en sık kullanılan yöntem yalnızca EDSS takibi yapmak şeklindeydi. Radyolojik takipte %97,2 katılımcı kontrast madde kullanımını önermekteydi. Takip aşamasında MR istenme sıklığı %61,1 katılımcı için yılda bir şeklindeydi. Bu durum stabil takip hastaları için %71,3 oranla yine yılda bir şeklinde idi. Kontrast madde kullanımı klinik stabil hasta MR değerlendirmesi için %63,9'a düşmektedir.
Radyolojik izole sendrom hasta yönetimi için en sık yaklaşım şekli takip ve altı ay sonraki MR'da aktivasyon devamı varsa immünmodülatör (İMT) başlamayı önermek şeklindeydi. Erken evre MS hastaları için ilk tercih İMT %57,4 oran ile dimetil fumarat başlanması şeklindeydi. Sağlık otoriteleri tarafından kısıtlama olmadığı varsayıldığında ilk tercih İMT için en yüksek yanıt %31,5 oranla yine dimetil fumarat olmakla birlikte daha yüksek etkinlikli tedavilerin oranı artış göstermekteydi. Sağlık otoritesi kriterleri olmadığı varsayıldığında yüksek hastalık aktivitesi olan hastalar için ilk İMT tercihi natalizumab (%41,7) ve fingolimod (%25,9) olarak değişiyordu. Kök hücre tedavisini %288,7 katılımcı lüzum halinde hastalarına önerdiğini iletmişti.
İndüksiyon tedavisi kullanımı için en büyük endişe %49,1 oran ile enfeksiyon durumu idi. Herhangi bir endişesi olmadığını belirten %16,7 katılımcı vardı. Yetersiz tedavi yanıtı olan hastalarda %64,8 katılımcı hemen tedavi değişikliğine gittiğini diğer katılımcılar ise bir ya da birkaç ay bekledikten sonra tedavi değişikliğine gitmekteydi. Katılımcıların %74,1'i MS'te tedavi bırakılması için asla önermem yanıtını vermişti. MS alanında karşılanmamış ihtiyaçlar açısından en fazla beklenti, kademeli tedavi nedeni ile etkin tedavilerin gecikmesinin önlenmesi (%36,1) ve hastalığın ilerlemesini engelleyen tedavilerin eksikliğini bildirmişlerdir.
Çalışmamızda MS çalışma grubu üyesi olmak, uzmanlık yılı, cinsiyet, yaş, çalışılan kurum, vb. veriler açısından radyolojik izole sendrom tedavi yönetimi, ilk basamak tedavi yönetimi ve radyolojik değerlendirme sonuçları açısından korelasyon analizleri yapılmıştır.

Sonuç:
Multipl skleroz tanı takip ve tedavisini yapan uzmanlar genel olarak yeterli düzeyde eğitim gördüklerini, radyolojik değerlendirme için çoğunlukla yeterli düzeyde oldukları, en sık birinci basamak naif hasta için dimetil fumarat tercih ettikleri ve bu durumun geri ödeme kısıtlamaları olmasa da devam edeceği ancak oranının yaklaşık yarı yarıya düşeceği görülmüştür. Radyolojik izole sendrom hastalarında radyolojik aktivasyonun olması tedavi başlama için endikasyon olarak görülmektedir. Karşılanmamış en temel ihtiyaçlar hastalık progresyonu durduracak tedavilerin yetersizliği ve geri ödeme nedenli uygun hastalar için etkin tedavilerin erken dönemde başlanamaması olmuştur.

SS - 82 MULTİPL SKLEROZ HASTALARINDA REPETETİF TRANSKRANİYAL MANYETİK STİMÜLASYONUN SPASTİSİTE, ÖZÜRLÜLÜK, YORGUNLUK, KOGNİSYON, YAŞAM KALİTESİ VE SERUM NÖROFİLAMAN HAFİF ZİNCİR DÜZEYİ ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

REZZAN YILDIZ [1], MEHMET İLKER YÖN [1], TAHİR KURTULUŞ YOLDAŞ [1], EVREN YAŞAR [2], ELİF YALÇIN [2], FUNDA EREN [3]

[1] ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] ANKARA ŞEHİR HASTANESİ, FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON KLİNİĞİ
[3] ANKARA ŞEHİR HASTANESİ, TIBBİ BİYOKİMYA KLİNİĞİ

Amaç:
Repetetif transkraniyal manyetik stimülasyon (rTMS) yöntemlerinden intermittan teta burst stimülasyonun (i-TBS), multipl skleroz hastalarında, spastisite, özürlülük, yaşam kalitesi, yorgunluk, kognisyon açısından etkisini değerlendirmeyi ve uygulama öncesi ve sonrasında bir aksonal dejenerasyon ve progresyon biyobelirteci olan serum nörofilaman hafif zincir (s-NfL) düzeyindeki değişikliğe bakarak bu yöntemin nöral plastisite ve remiyelinizasyon sürecine olan katkısını göstermeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya 36 hasta dahil edildi. Hastalara EDSS, Modifiye Ashworth Skalası, Vizüel Analog Skala-Ağrı, 25 adım yürüme testi, Barthel indeksi, multipl skleroz yaşam kalitesi ölçeği-54, yorgunluk testleri ve kognitif testleri yapıldı. S-NfL düzeyi ölçümü için kan tetkiki alındı. Randomize şekilde eşit iki gruba ayrılan hastalardan birinci gruba; günde bir seans, 2 hafta süre ile toplam 10 seans olacak şekilde i-TBS uygulandı. Hastaların kan testi ve ölçek değerlendirmeleri uygulama sonrası 1. ay ve sonrası 3. ay olmak üzere toplamda 3 defa yapıldı. Kontrol grubuna i-TBS uygulanmadı, takiplerde 0. ay ve 3. ay olmak üzere toplam 2 defa değerlendirildiler.

Bulgular:
İ-TBS'nin, spastisite düzeyinde anlamlı ölçüde iyileşme sağladığı ($p = 0,002$), ağrı skorunda anlamlı düşüş yaptığı ($p = 0,002$), yürüme hızında artış açısından fayda sağladığı ($p = 0,001$), günlük yaşam aktivitelerini kolaylaştırmada etkisi olduğu ($p = 0,005$), takiplerde sözel öğrenme becerilerini ($p = 0,020$) ve görsel-uzamsal belleği geliştirdiği ($p = 0,006$) gözlendi. Bunun yanında s-NfL düzeyi üzerine anlamlı bir etkisi izlenmedi ($p>0,05$).

Sonuç:
Transkraniyal manyetik stimülasyon tedavisi, hastalığın seyri üzerine tahmin edilebilir olumlu bir etki yaratmamakla beraber multipl skleroz hastalarının günlük hayatını zorlaştıran kısıtlayıcı semptomlar üzerine etki sağlayabilir ve yaşam kalitesini artırabilir.

SS - 83 RADYOLOJİK İZOLE SENDROM REVİZE (2023) TANI KRİTERLERİNİN PERFORMANS ANALİZİ

TUNCAY GÜNDÜZ [1], İREM ÇİTFÇİ [1], BİLGE PİRİ ÇİNAR [2], CAVİD BABA [3], MERAL SEFEROĞLU [4], ALİ ÖZHAN SIVACI [4], VEDAT ÇİLİNGİR [5], ÖZLEM ETHEMOĞLU [6], LEVENT ÖCEK [7], MEHMET BARBUROĞLU [8], SERKAN ÖZAKBAŞ [3], MEFKÜRE ERAKSOY [1], MURAT KÜRTÜNCÜ [1]

[1] *NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ*
[2] *NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI, BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ*
[3] *NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ*
[4] *NÖROLOJİ KLİNİĞİ, BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ*
[5] *NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI, VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ*
[6] *NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI, HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ*
[7] *NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI, UŞAK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ*
[8] *RADYOLOJİ ANA BİLİM DALI, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ*

Amaç:
Radyolojik olarak izole sendrom (RİS) tanısı için 2009 ve 2018 yıllarında tanı kriterleri önerilmiş ve son olarak 2023 yılında RIS konsorsiyumu 2009 tanı kriterlerini yenilemiştir. Bu çalışmanın amacı, merkezi sinir sisteminde asemptomatik ve demyelinizan karakterde MRG lezyonları olan hastaların multipl skleroza (MS) dönüşümünü öngören faktörleri ve üç RİS tanı kriterinin geçerliliğini analiz etmektir.

Gereç ve Yöntem:
Asemptomatik demiyelinizan beyin MRG lezyonu olan tüm katılımcılar bu çalışmaya dahil edilmiştir. Demografik bilgiler, klinik ve beyin omurilik sıvısı (BOS) parametreleri ve MRG lezyon özelliklerini içeren veriler toplanmıştır. Tüm MR görüntüleri iki MS uzmanı ve bir nöroradyolog tarafından yeniden değerlendirilmiştir. Analizler sırasında çok parametreli Cox regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular:
Yedi merkezden toplam 130 kişi (kadın: 92, erkek: 38) çalışmaya dahil edildi. Bu kişilerden 65'i "2009" kriterlerini, 35'i sadece "2018" kriterlerini, 84'ü "2023" kriterlerini karşılamakla beraber 30 kişi hiçbir kriteri karşılamadı. Hastaların %23'ü MS'e dönüştü. Tüm kohort için, MS'e dönüşüm açısından, BOS'ta oligkolonal bant (OKB) varlığı (OR: 11,5), ilk MRG yaşının 34'ten küçük olması (OR: 2,6), spinal lezyon varlığı (OR: 3,6) ve takip MRG'de yeni lezyon varlığı (OR: 3) risk artışına neden oluyordu. Erkek cinsiyet (p=0.6) MSe dönüşüm için belirleyici değildi. Üç tanı kriteri karşılaştırıldığında en iyi performansı "2023" kriterlerinin gösterdiği görüldü (hassasiyet=0.97, özgüllük=0.45, doğruluk= 0.57).

Sonuç:
Bulgularımız, BOS'ta OKB varlığının, diğer faktörlere göre MSe dönüşüm riskininin en güçlü göstergesi olduğunu göstermektedir. MSe dönüşümü öngörme açısından en iyi performansı 2023 kriterleri göstermiştir. Mevcut RİS tanı kriterlerin düşük özgüllüğü nedeniyle, OKB pozitifliğinin, en azından hastalık modifiye ilaç başlanması planlanan hastalar için ön koşul olması düşünülmelidir.

SS - 84 BEYİN OMURİLİK SIVISINDA NÖROFİLAMENT HAFİF ZİNCİR DÜZEYLERİNİN OKRELİZUMAB TEDAVİSİNE YANITLILIK BELİRTECİ OLARAK DEĞERİ

TUĞÇE KIZILAY , RECAİ TÜRKOĞLU , CEMİLE HANDAN MISIRLI

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HAYDARPAŞA NUMUNE SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

Amaç:
Yetersiz tedavi etkisi olan ve gelecekte nörolojik sakatlık geliştirme riski yüksek olan MS hastalarının doğru bir şekilde belirlenmesi giderek daha önemli hale gelmektedir. Etkili immünomodülatör tedavinin, aksonal kaybı ve geri dönüşümsüz MSS hasarı gelişimini önlemede büyük önemi vardır. Bu çalışmadaki amacımız; MS hastalarında Okrelizumab tedavisinin Nörofilament hafif zincir (NfL) konsantrasyonları üzerindeki etkisini ve NfLin hastalığın kötüleşmesi için prognostik potansiyalini araştırmaktır

Gereç ve Yöntem:
Ocak - Nisan 2020 tarihleri arasında MS polikliniğinde takipli ve Okrelizumab tedavisi başlanması planlanmış hastalar prospektif olarak takip edildi. Çalışmaya katılmak için onam verenlerden tedavi öncesi ve tedaviden 1 yıl sonra lomber ponksiyon yapılarak BOS'ta NfL seviyesi İstanbul Üniversitesi Aziz Sancar Deneysel Tıp Araştırma Enstitüsünde ELISA yöntemi ile değerlendirildi. Tüm hastalarının EDSS puanı, MSSS skoru, yıllık atak sayısı(YAS), progresyon indeksi, rutin poliklinik takibi esnasında çekilen MR görüntülemelerinde yeni gelişen veya genişleyen T2 ve kontrast tutan lezyon sayısı, takip süresince yeni atak gelişimi ve dokuz delikli test ölçümleri ve 25 adım yürüme testi gibi muayene bulgularındaki değişim verileri kaydedildi.

Bulgular:
Çalışmamıza 26'sı kadın 9'u erkek olmak üzere toplam 35 hasta dahil edilmiş olup yaş ortalaması 44.37±10.20'dur. Okrelizumab alan hastaların 26'si RRMS (%74,3), 9'u RPMS (%25,7) MS klinik tipine sahiptir. Okrelizumab tedavisini takiben 35 hastanın 18i 1 yıl boyunca, 15i 2 yıl boyunca, 12si 3 yıl boyunca takip edilmiştir. Otuzbeş hastanın tamamının Okrelizumab öncesi bazal NfL konsantrasyonları BOSta ölçülürken 18 hastanın 1 yıl sonra NFL ölçümü için BOS tekrarı yapılmıştır. Onsekiz hastanın okrelizumab tedavisinden 1 yıl sonra ölçülen YAS, MSSS ve NfL konsantrasyonu ilaç öncesine göre anlamlı düşüş gösterirken EDSS, PASAT, 25adım yürüme testi değeri anlamlı değişim göstermemiştir. Okrelizumab verildikten 1 yıl sonra ölçülen NFL konsantrasyonu tedavi öncesi değerleri ile karşılaştırıldığında 553 ±1074 'den 216.7±88.0'e düşüp %60,9 düşüş göstermiştir. Hastaların uzunlamasına takibi süresince hastaların %65'inin NEDA-3'ü sağladığı görülürken 7 hastada EDSS puanında artış ile hastalığın progresyonu, 10 hastada atak geliştiği, 6 hastada ise yeni MR lezyonu geliştiği görülmüştür. Okrelizumab başlanan 10 hastada ise tedavi sonlandırılarak başka bir ilaca geçilmiştir. Seri NfL ölçümü yapılan 18 hastanın 2sinde %64 ve %46 oranında NfL artışı saptanarak tedavinin 1. yılında ilaçları kesilmiştir.Nfl düzeyi %28 artan hastanın ilacı 2. Yılda kesilmiştir. Birinci yılda ölçülen Nfl düzeyi %2 ve %5 azalan hastaların ilaçları 2. ve 3. yılda kesilmiştir. Birinci yılda ölçülen Nfl düzeyi %30 ve %77 azalan 2 hastada ise sırasıyla tedavinin 3. ve 2. yılında ilaçları kesilmiştir. İlacı kesilen diğer 3 hastanın ise seri NfL ölçümü bulunmamaktadır. Bazal Nfl konsantrasyonlarının hasta demografisi ve klinik özellikler ile ilişkisi kesitsel olarak değerlendirildiğinde NfL ile hasta yaşı arasında ilişki bulunmazken hastaların Okrelizumab öncesi geçirilen atak ile Okrelizumab alana kadar geçen süre arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Okrelizumab ilacı verilmeden önce geçirilen süre ile Nfl ölçümü arasındaki süre ne kadar azsa NfL konsatrasyonu o kadar yüksek ölçülmüştür. Ayrıca bazal NfL düzeyleri bazal kranial veya spinal MRda yeni kontrastlı veya yeni T2 FLAİR lezyonları olan hastalarda olmayanlara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Sonuç:
Çalışmamızın uzunlamasına tasarımı sayesinde seri ölçüm yapılan her hastada 1 yıl arayla NfL'in değişimi Okrelizumab tedavisinin etkilerinin değerlendirilmesine izin vermekle kalmadı, aynı zamanda nöroaksonal hasarın spesifik belirteçi olarak NFL'in hastalık aktivitesi ve hastalık şiddeti ile ilişkisini inceleme fırsatı da sağladı. Bu analizlerde her birey kendi kontrolü olarak hareket ettiğinden, sonuçlarımız bireyler arası değişkenlere yönelik analizlere kıyasla daha az çelişkili olabilir. Gerçek yaşam verilerimize göre Okrelizumab tedavisinin bazı hastalarda başarısız olmasının sebebi hasta kohortumuzda yüksek bazal EDSS puanına sahip ileri evre ve daha yaşlı hastalarımızın bulunması olabilir. Ayrıca covid-19 pandemisi nedeniyle bazı hastaların Okrelizumab tedavisinin idame dozlarında gecikme yaşanmıştır. Buna rağmen tedavi sonrası bakılan BOSta NFL düzeylerinin normalleştiğini eşzamanlı olarak göstermemiz kesinlikle ilgi çekicidir. Klinik semptomlar olsun ya da olmasın, yükselen NF-L seviyeleri MRG taraması için bir tetikleyici görevi görebilir. MSde MSS inflamasyonunun oldukça aktif kontrolünün, hastalığın uzun vadeli seyri üzerinde derin etkileri olabileceği tahmin edilmektedir, ancak bu, gelecekteki çalışmalarda gösterilmeye devam etmektedir.

SS - 85 MULTİPL SKLEROZDA SERUM PLEİOTROPİN DÜZEYLERİ

EMRE CİVELEK [1], ÖZLEM KAYIM YILDIZ [1], HALEF OKAN DOĞAN [2], DEMET KABLAN [2]

[1] SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ BİYOKİMYA ANABİLİM DALI

Amaç:
Multipl Skleroz (MS) otoimmün, inflamatuvar ve demiyelinizan kronik bir hastalıktır. Büyük çoğunlukla genç yetişkinlerde görülür ve genelde ataklar ve remisyonlarla gider. Genetik ve çevresel etmenlerin kompleks etkileşimleriyle meydana geldiği düşünülen ilerleyici, heterojen bir hastalıktır. Son zamanlarda, santral sinir sisteminde nöroprotektif ve immün regülatör fonksiyonları olan bir büyüme faktörü ve sitokin olan pleiotropinin (PTN) MS patofizyolojisinde rol oynayabileceği öne sürülmektedir. PTN'nin MS tanısının yanı sıra hastalığın prognozunun öngörülmesinde de rol alabileceği öne sürülmektedir. Bu çalışmada, MS hastalarında ve sağlıklı kontrollerde serum PTN düzeylerini karşılaştırmayı, PTN düzeylerinin relapsing remitting (RRMS), sekonder progresif (SPMS) ve primer progresif (PPMS) MS alt tiplerinde farklılık gösterip göstermediğini, hastalık süresi, EDSS skoru ile belirlenen engellilik düzeyi ve kullanılan hastalık modifiye edici tedaviler (DMT) ile ilişkili olup olmadığını belirlemeyi hedefledik.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmamıza, Kasım 2021 ve Mart 2023 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Polikliniği'ne başvuran 168 ardışık hasta (RRMS, n=119, %70; SPMS, n=22, %13,7; PPMS, n=26, %15,5) dâhil edildi. MS tanısı revize 2017 McDonald kriterlerine göre konuldu. Hastalık süresi ortalama 6,9 ± 4,0 yıldı. EDSS skoru ortanca 1,5 (çeyrekler arası aralık, ÇAA 1-4) idi. Kontrol grubunu ise hasta grubu ile yaş ve cinsiyet açılarından eşleştirilmiş 41 sağlıklı birey oluşturdu. Hasta grubundaki katılımcıların yaş ortalaması 39,16 ± 10,6 ve kontrol grubundaki katılımcıların yaş ortalaması ise 36,15 ± 7,2 idi (p=0,087). Hasta grubundaki katılımcıların 121'i kadın (%72) ve 47'si erkek (%28); kontrol grubundaki bireylerin ise 30'u kadın (%73) ve 11'i erkekti (%26) (P=0,883). Hasta grubundaki bireylerin DMT kullanımı dağılımı şu şekildeydi: interferon β1a, n=12, %7,1; glatiramer asetat n=7, %4,2; fingolimod n=23, %13,7; dimetil fumarat n=37, %22; teriflunomid, n=24, %14,3; natalizumab, n=9 %5,4; kladribin, n=12, %7,1; okrelizumab, n=43, %25,6. Bir hasta (%0,6) herhangi bir tedavi almıyordu. Serum PTN düzeyleri ELISA yöntemi ile ölçüldü.

Bulgular:
Serum PTN düzeyleri hasta grubunda ortanca 240,95 (ÇAA 161,00- 398,73) pg/ml, kontrol grubunda ise ortanca 348,40 (ÇAA 211,70-912,55) pg/ml idi (p=0,005). Hasta grubunda EDSS skorları ya da hastalık süresi ile serum PTN düzeyleri arasında anlamlı korelasyon yoktu (p>0,05). Hasta grubunda MS alt tipleri arasında ya da farklı DMT kullanan gruplar arasında serum PTN düzeyleri açısından anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Hasta ve kontrol grubunda yaş ile serum PTN düzeyleri arasında anlamlı ters yönde korelasyon mevcuttu (sırasıyla p=0,042 ve p=0,011).

Sonuç:
Çalışmamızın bulguları MS hastalarında serum PTN düzeylerinin sağlıklı kontrollerden daha düşük olduğunu göstermektedir. Bugüne dek yapılan bir araştırmada MS hastalarında PTN düzeylerinin artmış olduğu bildirilmekle birlikte, çalışmamıza dâhil edilen hastaların büyük kısmının potent DMT kullanmalarının bu sonuçlar üzerinde etkisi olduğunu ve serum PTN düzeylerindeki düşüşe katkıda bulunduğunu düşünüyoruz. MS hastalarında DMT'lerin serum PTN düzeyleri üzerine etkisine dair daha fazla çalışma yapılması gereklidir.

SS - 86 BICAMS TAST BATARYASININ SAĞLIKLI GÖNÜLLÜLERDE NORMATİF DEĞERLERİ

MELİKE BATUM , AYŞEGÜL ŞEYMA SARITAŞ , BAHADIR ERDOĞAN , NİLAY ÇELEBİ , AYŞIN KISABAY AK , HATİCE MAVİOĞLU

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANADALI

Amaç:
Multipl skleroz (MS), santral sinir sistemini (SSS) etkileyen ilerleyici, kronik, demiyelinizan, nörodejeneratif bir hastalıktır (1). Kognitif bozukluk MSte yaygın olarak görülür ve hastalığın tüm evrelerinde ve alt tiplerinde gösterilebilir (2). MS hastalarında kognitif bozukluk sıklığı %43-70 arasındayken klinik izole sendromda prevalansı %27-57 arasında değişmektedir (3). Özellikle gençlerde sık görülen MS hastalığındaki kognitif bozukluk, mesleki ve sosyal performansı negatif etkilemekte ve ailevi sorunlara neden olmaktadır. Bu nedenle MS hastalarında kognitif durumun mutlak değerlendirilmesi ve periyodik olarak takibi gerekmektedir.Multipl Skleroz seyrinde en sık etkilenen kognitif işlevler bilgi işleme hızı, dikkat, dikkati sürdürme ve bellektir (4). Bu nedenle MS'te kognitif fonksiyonları kısa sürede ama güvenli bir şekilde değerlendirmek üzere, bilgi işleme hızı, sözel ve görsel belleği değerlendirmeye yönelik en son oluşturulan batarya, Brief International Cognitive Assessment for MS (BICAMS)'tır (5). Ancak bilindiği üzere birçok kognitif ölçekte olduğu gibi BICAMS'ı oluşturan testlerin de yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyinden etkilendiği gösterilmiştir (6-10). Hastalarda kognitif bozulma olup olmadığını anlamak için topluma ait normal ve kesme değerlerinin bilinmesi gerekir. Toplumumuz için BICAMS'ı oluşturan testlerin yaş, cinsiyet ve eğitim durumuna göre normal değerlerini belirlemiş ve yayınlanmış bir çalışma yoktur. Bu eksikliği gidermek, hem kendi hastalarımızda kullanabilmek hem de ülkemizde BICAMS'ı kullanan ya da kullanacak olan araştırmacılara referans olabilmesi için bu çalışma planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya yaş, cinsiyet ve eğitim süresine göre gruplandırılan 294 sağlıklı gönüllü, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Komitesi onayı sonrası alınmıştır (Etik Kurul Onay Tarihi ve numarası: 05/12/2018-20.478.486). Gönüllüler hastane çalışanları, yatan hastaların refakatçileri ve polikliniğe başvuran hastaların yakınlarından ve öğrencilerden oluşmaktadır. Çalışmaya dahil edilen gönüllülerde 18-65 yaş arası olmak, okur-yazar olmak ve anadili Türkçe olmak ya da anadili düzeyinde Türkçe bilmesi şartı aranmıştır. Geçirilmiş ya da var olan bir santral sinir sistemi hastalığı olanlar, kognisyonu bozabilecek psikiyatrik veya bir başka sistem hastalığı olanlar, bilinen zeka geriliği olanlar, görme ve işitme fonksiyonu test performansını etkileyecek kadar bozuk olanlar çalışmaya dahil edilmemiştir.Tüm hastalara BICAMS bataryasının içerdiği SDMT, CVLT-II, BVMT-R testleri uygulanmıştır.

Bulgular:
Çalışmamıza 180 kadın, 114 erkek olmak üzere toplam 294 sağlıklı gönüllü alınmıştır. Çalışmaya alınan gönüllülerin 94'ü 18-35 yaş arasında, 109'u 36-50 yaş arasında, 91'i 51-65 yaş arasındaydı. İlköğretim mezunu 85, lise mezunu 95, yüksekokul mezunu 114 gönüllü bulunmaktaydı.

Tablo-1 Cinsiyet, yaş ve eğitim süresiyle BICAMS bataryasının değerleri

Faktör	Değişken		Ort±SS (min-mak)	p	F	partial η2
Cinsiyet	SDMT	Kadın (n=180)	40,48±13,61 (9-77)	0,354	4,458	0,015
		Erkek (n=114)	38,93±14,49 (9-77)			
	CVLT-II	Kadın (n=180)	50,91±10,78 (26-74)	0,110	11,470	0,038
		Erkek (n=114)	47,44±12,04 (22-72)			
	BWMT-R	Kadın (n=180)	23,57±8,06 (2-36)	0,410	2,756	0,009
		Erkek (n=114)	22,76±8,76 (6-36)			
Yaş	SDMT	18-35 (n=94)	46,78±12,97 (12-77)	**<0,001**	40,758	0,221
		36-50 (n=109)	40,90±12,56 (13-77)			
		51-65 (n=91)	31,53±12,20 (9-54)			
	CVLT-II	18-35 (n=94)	53,61±11,46 (27-74)	**<0,001**	10,994	0,071
		36-50 (n=109)	49,76±10,53 (27-74)			
		51-65 (n=91)	45,15±10,82 (22-68)			
	BWMT-R	18-35 (n=94)	27,19±6,81 (4-36)	**<0,001**	19,817	0,121
		36-50 (n=109)	23,04±8,56 (4-36)			
		51-65 (n=91)	19,45±7,71 (2-35)			
Eğitim düzeyi	SDMT	İlköğretim (n=85)	26,04±9,92 (9-49)	**<0,001**	120,857	0,456
		Lise (n=95)	42,44±10,93 (9-61)			
		Üniversite (n=114)	48,07±10,72 (26-77)			
	CVLT-II	İlköğretim (n=85)	42,90±9,96 (26-67)	**<0,001**	28,820	0,167
		Lise (n=95)	49,58±10,39 (26-71)			
		Üniversite (n=114)	54,51±10,73 (22-74)			
	BWMT-R	İlköğretim (n=85)	16,74±8 (2-33)	**<0,001**	52,074	0,266
		Lise (n=95)	24,16±7,10 (5-36)			
		Üniversite (n=114)	27,35±6,40 (6-36)			

SDMT: Symbol Digit Modalities Test, CVLT: California Verbal Learning Test, BWMT-R: Brief Visuospatial Memory Test-Revised, F: Etki faktörü, partial η2: Parsiyel eta-kare, Mean:Ortalama, SD:standart sapma, Min:Minimum, Max:Maksimum.

R^2_{SDMT}= 0,562 (Adjusted R^2_{SDMT}=0,554)

R^2_{CVLT}= 0,259 (Adjusted R^2_{CVLT}=0,246)

R^2_{BWMT-R}=0, 368 (Adjusted R^2_{BWMT-R} =0,357)

Tablo-2 Yaş gruplarına göre BICAMS test değerleri (Posthoc analizler)

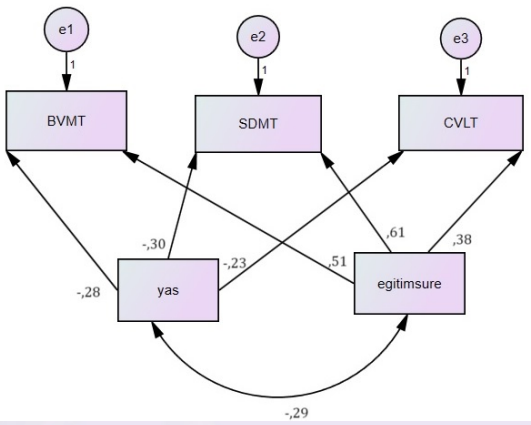
TEST	YAŞ GRUPLARI		Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
SDMT	18-35	36-50	1,332	0,030	0,251	6,667
		51-65	1,385	<0.001	8,770	15,442
	36-50	18-35	1,332	0,030	-6,667	-0,251
		51-65	1,333	0,000	5,436	11,858
	51-65	18-35	1,385	0,000	-15,442	-8,770
		36-50	1,333	0,000	-11,858	-5,436
CVLT-II	18-35	36-50	1,416	0,082	-0,270	6,549
		51-65	1,472	<0.001	3,348	10,438
	36-50	18-35	1,416	0,082	-6,549	0,270
		51-65	1,417	0,026	0,342	7,166
	51-65	18-35	1,472	<0.001	-10,438	-3,348
		36-50	1,417	0,026	-7,166	-0,342
BVMT-R	18-35	36-50	0,956	0,004	0,782	5,388
		51-65	0,994	<0.001	3,865	8,653
	36-50	18-35	0,956	0,004	-5,388	-0,782
		51-65	0,957	0,003	0,870	5,478
	51-65	18-35	0,994	<0.001	-8,653	-3,865
		36-50	0,957	0,003	-5,478	-0,870

p değerleri Bonferroni düzeltmesi ile hesaplanmıştır.

Tablo-3 Eğitim gruplarına göre BICAMS test değerleri (Posthoc analizler)

TEST	EĞİTİM GRUPLARI		Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
SDMT	ILKOGRETIM	LISE	1,407	<0.001	-19,020	-12,246
		YUKSEK	1,353	<0.001	-23,838	-17,324
	LISE	ILKOGRETIM	1,407	<0.001	12,246	19,020
		YUKSEK	1,301	0,001	-8,081	-1,815
	YUKSEK	ILKOGRETIM	1,353	<0.001	17,324	23,838
		LISE	1,301	0,001	1,815	8,081
CVLT-II	ILKOGRETIM	LISE	1,495	<0.001	-9,754	-2,556
		YUKSEK	1,437	<0.001	-14,372	-7,450
	LISE	ILKOGRETIM	1,495	<0.001	2,556	9,754
		YUKSEK	1,383	0,002	-8,085	-1,427
	YUKSEK	ILKOGRETIM	1,437	<0.001	7,450	14,372
		LISE	1,383	0,002	1,427	8,085
BVMT-R	ILKOGRETIM	LISE	1,009	<0.001	-9,285	-4,423
		YUKSEK	0,971	<0.001	-12,150	-7,474
	LISE	ILKOGRETIM	1,009	<0.001	4,423	9,285
		YUKSEK	0,934	0,005	-5,206	-0,710
	YUKSEK	ILKOGRETIM	0,971	<0.001	7,474	12,150
		LISE	0,934	0,005	0,710	5,206

p değerleri Bonferroni düzeltmesi ile hesaplanmıştır.



Şekil-1 Yapısal Eşitlik Modeli Analizi Sonuçları (Yaş ve eğitim süresi)

Çalışmamızda yaşın ve eğitim süresinin SDMT, CVLT-II ve BVMT-R ile korelasyonu değerlendirildiğinde, yaşın BVMT-R'de -.28, SDMT'de -.30 ve CVLT-II'de -.23 negatif korelasyon gösterdiği, eğitim süresinin ise BVMT-R'de .51, SDMT'de .61 ve CVLT-II'de .38 pozitif korelasyon gösterdiği bulundu (Şekil-1).

Sonuç:

Nöropsikolojik testlerin klinik pratikte önemli bir yeri vardır ancak bu testlerin değerlendirilmesinin önündeki en büyük sorun, farklı toplumlarla ilgili normatif verilerin, güvenilir ve doğrulanmış değerlendirme araçlarının azlığıdır. Aynı hastalığa sahip bireylerde bile yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi kognitif değerlendirme sonucunu etkileyebilmektedir. BICAMS için normatif veriler, Portekiz (11) , İtalyan (12), Çek Cumhuriyeti (13), Japonya (14), Brezilya (15), Arjantin (16), Arabistan (17) ve Lübnan (18) olmak üzere çeşitli popülasyonlar için elde edilmiştir. Bu çalışmaların büyük bir kısmı yaş, cinsiyet ya da eğitimin mevcut BICAMS testlerini etkileyebileceğini bildirmiştir. Biz de yapmış olduğumuz bu çalışmayla BICAMS testinin alt testleri olan SDMT, CVLT-II ve BWMT-R testlerinin Türk toplumunda yaş, cinsiyet ve eğitim özelliklerine göre değerleri normal belirlemeyi amaçladık**.**

Yaşın artması kognitif test performansı üzerinde olumsuz etkiye sahiptir. Yaşla birlikte en sık etkilenen kognitif alanlar; bilgi işleme hızı, yürütücü işlevler, bellek, dikkat, işlem hızı, çalışma belleği ve sözel akıcılıktır (19-22). Bu alanların her birinde yaşla birlikte ölçülebilir düşüşler vardır (23). Bu alanların her biri için, kişinin öncelikle uyarıyı algılaması, bilgiyi işlemesi ve ardından yanıt vermesi gerekir. Hem duyusal algı hem de işlem hızı yaşla birlikte azalmakta, dolayısıyla birçok bilişsel alanda test performansı etkilenmektedir. Genel olarak bakıldığında, SDMT, CVLT-II ve BVMT-R testlerinde eğitim düzeyinin bilişsel performans üzerinde olumlu bir etkisi olduğu görülürken, yaşın olumsuz bir etkisi olduğu görülmektedir (5, 14, 17, 24- 27) BICAMSın tüm alt testlerinde eğitim seviyesi arttıkça test puanlarında da artış görülmektedir (5, 17, 24, 27). Bu nedenle eğitim düzeyi düşük olan hastaların BICAMS test sonuçlarının kendi eğitim seviyesiyle benzer olan kontrollerle karşılaştırılmasının gerektiği vurgulanmıştır (28). Bizim çalışmamızda da eğitim seviyesi yükseldikçe SDMT, CVLT ve BVMT-R skorlarının arttığı saptanmıştır. Birçok çalışmada cinsiyetin BICAMS testini etkilediği gösterilmiştir. Alboudi ve Soussi erkek cinsiyetin daha kötü performansla ilişkili olduğunu bildirirken, Massaki cinsiyetin sonuçları etkileyebileceğini vurgulamış ancak hangi cinsiyetin olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğunu bildirmemiştir (14, 17, 28). Buna karşın cinsiyetin BICAMS sonuçlarıyla ilişkili olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (24, 27, 29). Bizim çalışmamızda SDMT, CVLT ve BVMT-R skorları kadın ve erkek cinsiyette farklı bulunmamıştır. Yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyine göre düzeltilmiş normatif değerlerin kullanılması, bireyin BICAMS test sonuçlarının normal aralıkta olup olmadığını veya bilişsel bozulmaya işaret edip etmediğini belirlemek için önemlidir. Normatif değerlerin göz önünde bulundurulmaması bireyin bilişsel performansı hakkında yanlış sonuçlara yol açabilir. Yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyine ilişkin normal değerlerin, bataryanın klinik pratikte kullanımını ve uzunlamasına hasta değerlendirmelerini kolaylaştırabileceğini düşünüyoruz.

Kaynaklar:

1. Bohlega S: Epidemiology of MS. Mult Scler Relat Disord, 2014; 3(6): 766–67
2. OConnell K, Langdon D, Tubridy N, Hutchinson M, McGuigan C. A preliminary validation of the brief international cognitive assessment for multiple sclerosis (BICAMS) tool in an Irish population with multiple sclerosis (MS). *Mult Scler Relat Disord*. 2015;4(6):521-525. doi:10.1016/j.msard.2015.07.012
3. Grzegorski, T., Losy, J., 2017. Cognitive impairment in multiple sclerosis: a review of current knowledge and recent research. Rev. Neurosci. 28 (8), 845–860
4. Benedict RH, Cookfair D, Gavett R, Gunther M, Munschauer F, Garg N, Weinstock-Guttman B. Validity of the minimal assessment of cognitive function in multiple sclerosis (MACFIMS). J Int Neuropsychol Soc 2006; 12:549-558
5. D. W. Langdon, M. P. Amato, J. Boringa et al., “Recommendations for a brief international cognitive assessment for multiple sclerosis (BICAMS),” Multiple Sclerosis Journal, vol. 18, no. 6, pp. 891–898, 2012
6. Beatty WW and Aupperle R. Sex differences in cognitive impairment in multiple sclerosis. *Clin Neuropsychol* 2002; 16: 472–480
7. Savettieri G, Messina D, Andreoli V, et al. Genderrelated effect of clinical and genetic variables on the cognitive impairment in multiple sclerosis. *J Neurol* 2004; 251: 1208–1214
8. Bodling AM, Denney DR and Lynch SG. Cognitive aging in patients with multiple sclerosis: A crosssectional analysis of speeded processing. *Arch Clin Neuropsych* 2009; 24: 761–767
9. Amato MP, Ponziani G, Siracusa G, et al. Cognitive dysfunction in early-onset multiple sclerosis: A reappraisal after 10 years. *Arch Neurol* 2001; 58: 1602–1606
10. Costers L, Gielen J, Eelen PL, Van Schependom J, Laton J, Van Remoortel A, et al. Does including the full CVLT-II and BVMT-R improve BICAMS? Evidence from a Belgian (Dutch) validation study. Mult Scler Relat Disord. 2017;18:33–40
11. C. Sousa, M. Rigueiro-Neves, T. Miranda et al., “Validation of the brief international cognitive assessment for multiple sclerosis (BICAMS) in the Portuguese population with multiple sclerosis,” BMC Neurology, vol. 18, p. 172, 2018.

12. Goretti B, Niccolai C, Hakiki B, et al. The Brief International Cognitive Assessment for Multiple Sclerosis (BICAMS): normative values with gender, age and education corrections in the Italian population. *BMC Neurol*. 2014;14:171. Published 2014 Sep 10. doi:10.1186/s12883-014-0171-6
13. J. B. Dusankova, T. Kalincik, E. Havrdova, and R. H. B. Benedict, "Cross cultural validation of the minimal assessment of cognitive function in multiple sclerosis (MACFIMS) and the brief international cognitive assessment for multiple sclerosis (BICAMS)," The Clinical Neuropsychologist, vol. 26, no. 7, pp. 1186–1200, 2012.
14. M. Niino, T. Fukazawa, J. Kira et al., "Validation of the brief international cognitive assessment for multiple sclerosis in japan," Multiple Sclerosis Journal – Experimental, Translational and Clinical, vol. 3, no. 4, 2017.
15. C. T. Spedo, S. E. Frndak, V. D. Marques et al., "Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the BICAMS in Brazil," The Clinical Neuropsychologist, vol. 29, no. 6, pp. 836–846, 2015.
16. Vanotti S, Smerbeck A, Eizaguirre MB, Saladino ML, Benedict RRH, Caceres FJ. BICAMS in the Argentine population: Relationship with clinical and sociodemographic variables. *Appl Neuropsychol Adult*. 2018;25(5):424-433. doi:10.1080/23279095.2017.1323751),
17. Alboudi A, Hadid A, Ali AR, Alshaikh F, Aqleh H. Normative values of the Brief International Cognitive Assessment for Multiple Sclerosis (BICAMS) in an Arab population: Corrected for age, sex and education. *Mult Scler Relat Disord*. 2020;44:102305. doi:10.1016/j.msard.2020.102305
18. Darwish H, Zeinoun P, Farran N, Ghusn H, Yamout B, Khoury SJ. The Brief International Cognitive Assessment in Multiple Sclerosis (BICAMS): Validation in Arabic and Lebanese Normative Values. *J Int Neuropsychol Soc*. 2022;28(1):94-103. doi:10.1017/S1355617721000102)
19. Ganguli M, Snitz BE, Lee CW, Vanderbilt J, Saxton JA, Chang CC. Age and education effects and norms on a cognitive test battery from a population-based cohort: the Monongahela-Youghiogheny Healthy Aging Team. Aging Ment Health. 2010 Jan;14(1):100-7. doi: 10.1080/13607860903071014. PMID: 20155526; PMCID: PMC2828360
20. Idowu MI, Szameitat AJ. Executive function abilities in cognitively healthy young and older adults-A cross-sectional study. *Front Aging Neurosci*. 2023;15:976915. Published 2023 Feb 8. doi:10.3389/fnagi.2023.976915
21. Baudouin A, Clarys D, Vanneste S, Isingrini M. Executive functioning and processing speed in age-related differences in memory: contribution of a coding task. *Brain Cogn*. 2009;71(3):240-245. doi:10.1016/j.bandc.2009.08.007
22. Statsenko Y, Habuza T, Smetanina D, et al. Brain Morphometry and Cognitive Performance in Normal Brain Aging: Age- and Sex-Related Structural and Functional Changes. *Front Aging Neurosci*. 2022;13:713680. Published 2022 Jan 26. doi:10.3389/fnagi.2021.713680
23. Lezak M D, Howieson D B, Bigler E D, Tranel D. New York, NY: Oxford University Press; 2012. Neuropsychological Assessment. 5th ed
24. N. Giedraitiene, R. Kizlaitien ˙ e, and G. Kaubrys, "The BICAMS ˙ battery for assessment of Lithuanian-speaking multiple sclerosis patients: Relationship with age, education, disease disability, and duration," Medical Science Monitor, vol. 21, pp. 3853–3859, 2015
25. Spain RI, Hildebrand A, Waslo CS, et al. Processing speed and memory test performance are associated with different brain region volumes in Veterans and others with progressive multiple sclerosis. *Front Neurol*. 2023;14:1188124. Published 2023 Jun 8. doi:10.3389/fneur.2023.1188124
26. Skorve E, Lundervold AJ, Torkildsen Ø, Myhr KM. The Norwegian translation of the brief international cognitive assessment for multiple sclerosis (BICAMS). *Mult Scler Relat Disord*. 2019;36:101408. doi:10.1016/j.msard.2019.101408
27. Smerbeck A, Benedict RHB, Eshaghi A, et al. Influence of nationality on the Brief International Cognitive Assessment for Multiple Sclerosis (BICAMS). *Clin Neuropsychol*. 2018;32(1):54-62. doi:10.1080/13854046.2017.1354071
28. Souissi A, Mrabet S, Ferchichi W, et al. Tunisian version of the brief international cognitive assessment for multiple sclerosis: Validation and normative values. *Mult Scler Relat Disord*. 2022;58:103444. doi:10.1016/j.msard.2021.103444
29 Estiasari R, Fajrina Y, Lastri DN, et al. Validity and Reliability of Brief International Cognitive Assessment for Multiple Sclerosis (BICAMS) in Indonesia and the Correlation with Quality of Life. *Neurol Res Int*. 2019;2019:4290352. Published 2019 May 23. doi:10.1155/2019/4290352

SS - 87 MULTİPL SKLEROZ HASTALARINDA SERUM/BOS CXCL13, CCL11 VE CCL20 DÜZEYLERİNİN PROGNOZ İLE İLİŞKİSİ

IŞIL BAYTEKİN [1], HACER EROĞLU İÇLİ [2], BELGİN MUTLUAY [1], BURCU YÜKSEL [1], ZEYNEP ÖZDEMİR [1], MESRURE KÖSEOĞLU [1], AYSU ŞEN [1], DİLEK ATAKLI [1], AYSUN SOYSAL [1], MUSA ÖZTÜRK [1]

[1] SBÜ BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] SBÜ BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, BİOKİMYA KLİNİĞİ

Amaç:
Çalışmamızda 1 yıllık prospektif takiple edinilen veriler ışığında MS hastalığında prognozu belirlemeye destek olabilecek B lenfosit kemoatraktan molekül (CXCL13), eotaksin-1 (CCL11) ve makrofaj inflamatuar protein 3-alfa (CCL20) kemokinlerini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
2021-2022 yılları arasında, demiyelinizan atak nedeniyle MRG ve BOS incelemesi yapıldıktan sonra MS tanısı alan 43 olgu (29 kadın, 14 erkek) dahil edildi. Kontrol olarak idiyopatik intrakraniyal hipertansiyon (İİH) tanılı 12 olgu (11 kadın, 1 erkek) yanında non-inflamatuar nörolojik hastalık (NNH) ön tanılı 10 olgu (7 kadın, 3 erkek) eklendi. Tüm grupların serum/BOS ile MS grubunun 1.yıl serum CXCL13, CCL11 ve CCL20 düzeyleri ELISA yöntemiyle ölçüldü.

Bulgular:
MS grubunun yaş ortalaması 31.6 ± 8.6, İİH grubunun 35.1 ± 11.9 ve NNH grubunun ise 36.3 ± 9.3 idi. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet açısından fark yoktu (p=0.254, p=0.249). MS grubundaki olguların tanı alma süresi ortanca 12 aydı (0,5-204). 31 olgunun (%78) EDSS≤1'di. Gruplar arasında serum CXCL13, CCL11 ve CCL20 açısından anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla p=0.509, p=0.980, p=0.169). MS grubunda BOS CXCL13'ün ortancası 37.2 pg/mL, İİH grubunda 37.6 pg/mL ve NNH grubunda 37.8 pg/mL'ydi. Kruskal Wallis testinde BOS CXCL13 NNH grubunda istatistiksel anlamlı yüksekti (p=0.016). BOS CCL11 ve CCL20 açısından gruplar kıyaslandığında anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.173, p=0.087). Tanı anı ve 1.yıl serum CXCL13, CCLL11 ve CCL20 kıyaslandığında anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.159, p=0.936, p=0.778). Spearman korelasyonunda BOS CXCL13 takip MRG'de yeni lezyon görülmesiyle (r=0.403; p=0.024), serum CCL11 ise olguların tanı alma süresiyle (r=0.497; p= 0.036) anlamlı ilişkiliydi.

Sonuç:
Kemokinlerin MS'e spesifik olmamakla birlikte prognoz tayininde rol oynayabileceği düşünülebilir. Sonuçlarımız BOS CXCL13'in hastalığın aktif olması, serum CCL11'in ise progresyonun tayininde yardımcı olabilecek biyobelirteçler olabileceğini düşündürmektedir.

SS - 88 CUPRİZONLA İNDÜKLENMİŞ SIÇAN MULTİPL SKLEROZ (MS) MODELİNİN TEYİDİNDE ROTAROD TESTLERİ İLE MYELİN BASİC PROTEİN (MBP) ARASINDAKİ KUVVETLİ BİRLİKTELİK VE BU PARAMETRELERİN DİYET ÇİNKO DURUMUYLA İLİŞKİSİ

SÜEDA ECEM YILMAZ , ABDÜLKERİM KASIM BALTACI , HALUK GÜMÜŞ

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Amaç:
Bu çalışmanın amacı, cuprizonla indüklenmiş sıçan Multipl Skleroz (MS) modelinde MS oluşumunun teyidinde Rotarod testleri ile Myelin Basic Protein (MBP) analizinin önemi ve bu parametrelerin diyet çinko durumuyla ilişkisinin araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem:
Wistar cinsi 46 adet erişkin erkek sıçanın kullanıldığı çalışmada hayvanlar 5 gruba (G) ayrıldı (Kontrol 6, diğer gruplar 10). G1, Kontrol. G2, Sham-MS: Sıçanlara Cuprizon'nun içinde çözüldüğü Karboksi-metil-seluloz (KMS) çözeltisi günlük yem tüketiminin %1'i oranında 8 hafta boyunca günlük olarak gavaj yoluyla verildi. G3, 4 ve 5'teki hayvanlara 8 hafta boyunca günlük olarak yem tüketiminin %1'i oranında cuprizon, KMS solusyonu içerisinde gavaj yoluyla verilerek MS oluşturuldu. G4 çinko eksik (50 µg/kg çinko) diyetle beslendi. G5'e intraperitoneal (ip) çinko sülfat (5 mg/kg/gün) takviyesi yapıldı. Uygulamaların bitiminde Rotarod testleri yapıldıktan sonra sakrifiye edilen hayvanlardan alınan corpus callosum doku örneklerinde MBP gen ifadesi Real-Time-PCR yöntemi ile tayin edildi.

Bulgular:
Rotarod testleri değerlendirildiğinde, MS (G3) ve çinko eksik diyetle beslenen MS grubundaki (G4) hayvanlar diğer gruplara oranla çubuk üzerinden daha kısa sürede düştüler ($p<0.05$). Çinko desteği alan MS grubundaki (G5) hayvanlar, G3 ve G4'e oranla çubuk üzerine daha uzun süre kaldılar ($p<0.05$). Corpus callosum'daki en yüksek MBP gen ifadesi düzeyleri G3 ile G4'de elde edildi ($p<0.05$). G5'teki miyelin temel protein gen ekspresyon düzeyleri grup 3 ve 4'den düşük ($p<0.05$), G1 (kontrol) ve G2 (Sham)'den farklı değildi.

Sonuç:
Mevcut çalışmada rotarod testleri ve corpus callosumdaki MBP gen ifadesi bulgularından yola çıkarak 8 hafta süreyle cuprizon uygulamasının sıçanlarda MS benzeri hastalık tablosunu ortaya çıkardığını, MS oluşturulan sıçanlarda çinko desteğinin bu belirtileri iyileştirdiğini göstermektedir.

SS - 89 OTOİMMÜN DEMİYELİZAN HASTALIKLARIN AYIRICI TANISINDA CCL4L2'NİN B HÜCRE TEMELLİ BİYOBELİRTEÇ OLARAK DEĞERİ

GİZEM KORAL [1], FATMANUR AKPUNAR [2], ELİF ŞANLI [1], ZERRİN KARAASLAN [1], HANDE YÜCEER KORKMAZ [1], ESRA ÖZKAN [2], ÖZLEM TİMİRCİ KAHRAMAN [3], TUNCAY GÜNDÜZ [4], MURAT KÜRTÜNCÜ [4], ASLI TUNCER [5], CEM İSMAİL KÜÇÜKALİ [1], YASEMİN GÜRSOY ÖZDEMİR [2], VUSLAT YILMAZ [1], ERDEM TÜZÜN [1]

[1] *1. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, AZİZ SANCAR DENEYSEL TIP ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ, SİNİRBİLİM ANABİLİM DALI*
[2] *5. KOÇ ÜNİVERSİTESİ, TRANSLASYONEL TIP UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ*
[3] *2. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, AZİZ SANCAR DENEYSEL TIP ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ, MOLEKÜLER TIP ANABİLİM DALI*
[4] *3. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[5] *4. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*

Amaç:
Bu çalışmada multipl skleroz (MS) ile diğer otoimmün demiyelinizan hastalıkların ayırıcı tanısında kullanılabilecek B hücre temelli moleküler temelli biyobelirteçlerin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya 23 tekrarlayan ve düzelen ("relapsing-remitting MS"-RRMS), 15 tekrarlayan rekürren optik nevrit, 17 optiko spinal ağırlıklı MS (OSMS), 9 NMOSH olgusu ve 21 yaş ve cinsiyet uyumlu sağlıklı bireyler dahil edildi. Periferik kandan manyetik olarak (MACS) izole edilen B hücrelerinin gen ekspresyon düzeyleri Agilent Human 8X60 K Oligo Microarray teknolojisi kullanılarak tespit edildi. Normalizasyonun ardından ekspresyon farklılığı gösteren genler belirlendi. Fonksiyonel analizler (gen ontoloji ve yolak analizleri) DAVID veri tabanı kullanılarak gerçekleştirildi. Sonuçların validasyonu için real-time PCR yöntemi kullanıldı. Gruplar arasında en anlamlı farklılık gösteren ve inflamatuvar süreçlerde görevli olan CCL4L2 geni seçildi. Bu gen proteolipid protein immünizasyonu ile oluşturulan deneysel otoimmün ensefalit (DOE) fare modelinde shRNA metodu ile susturuldu. Çalışma gruplarında CCL4L2'nin serum düzeyleri ELISA ile belirlendi.

Bulgular:
B hücrelerinde yapılan mikroarray ve PCR analizleri sonucunda, OSMS grubunda CCL4L2, CSF3R, CCL20 ve IL-18R gen ekspresyonlarının diğer hastalık gruplarına göre artmış olduğu tespit edildi. En fazla anlamlı değişiklik gösteren CCL4L2 geninin DOE modelinde susturulması ile, farelerde klinik bulgularda değişim görülmedi ve insan serum CCL4L2 düzeyinin gruplar arasında farklı olmadığı belirlendi.

Sonuç:
CCL4L2'nin deneysel fare modelinde klinik bulgularda değişiklik yaratmaması, B hücrelerinde tespit edilen ekspresyon farklılığının, hastalık patogenezi için fonksiyonel olmadığını göstermektedir. Bununla birlikte CCL4L2 geninin B hücre ekspresyon düzeyinin OSMS ve NMOSH hastalıklarının ayırıcı tanısında biyobelirteç olarak kullanılması mümkündür.

SS - 90 MULTİPL SKLEROZDA KRİTİK BİR EŞİK VAR MI?

OZAN DÖRTKOL , TUNCAY GÜNDÜZ , MURAT KÜRTÜNCÜ

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Multipl sklerozda (MS) EDSS 3 değerinden sonra hastaların homojen bir klinik seyir gösterdiğini ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Çalışmamızda bu durumun ülkemiz MS hastaları için de geçerli olup olmadığı ve özürlülük birikimi üzerinde belirleyici olabilecek diğer klinik faktörlerin analizi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmamıza 1980-2020 yılları arasında takip edilen MS hastaları içinde klinik özellikleri eksiksiz şekilde kaydedilmiş hastalar alınmıştır. R istatistik paketi kullanılarak, klinik özelliklerin EDSS 3 ve EDSS 6'ya kadar geçen süre üzerine etkisi Cox regresyon yöntemi ile analiz edilmiştir. Hastaların EDSS 3 ve 6'ya ulaşma süreleri ise Kruskal-Wallis testi ile karşılaştırılmıştır.

Bulgular:
Çalışmamıza 1580 MS hastası (1092 kadın, 488 erkek) dahil edildi. EDSS 3 ve 6 özürlülük düzeyine ulaşma zamanının erkek cinsiyet, düşük eğitim düzeyi ve progresif MS alt tipine sahip hastalarda anlamlı şekilde kısa olduğu görüldü ($p<0,05$). Buna karşın, sigara kullanımı, ailede MS öyküsü ve OKB pozitifliğinin bu süre üzerinde etkisinin olmadığı izlendi. Hastalar EDSS 3 ve 6 özürlülük düzeyine ulaşma zamanına göre dört farklı grupta değerlendirildi. En kötü prognoz grubunda EDSS 3'e ulaşma ortalama süresi 12,3±6,1 (±SD) ay iken en iyi prognoz grubunda aynı süre 154,2±45,3 aydı. İlginç şekilde, bu hastaların EDSS 3'ten EDSS 6'ya ulaşma zamanı incelendiğinde ise gruplar arasında fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Sonuç:
Çalışmamız literatür ile uyumlu şekilde MS hastalarının EDSS 3 özürlülük düzeyine kadar farklı şekilde seyretmesine karşın, EDSS 3'ten sonra homojen bir klinik seyre sahip olduğunu göstermektedir. Literatürde prognostik önemi olduğu ifade edilen sigara kullanımı, aile öyküsü ve OKB pozitifliğinin prognoz açısından önemli olmadığı görülmüştür.

SS - 91 MULTİPL SKLEROZDA BAŞLANGIÇ BULGUSU VE ATAK ÖZELLİKLERİNİN HASTALIK SEYRİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

OZAN DÖRTKOL , TUNCAY GÜNDÜZ , MURAT KÜRTÜNCÜ

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Bu çalışmada multipl skleroz (MS) hastalarında hastalık başlangıç bulgusunun uzun dönemde hastalık seyri üzerine etkisi ve atakların zamansal seyir analizinin yapılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmamıza 1980-2020 yılları arasında kliniğimizde takip edilen MS hastalarından tüm atakları kaydedilmiş hastalar alınmıştır. Atakların klinik özellikleri, şiddeti, hasta yaşı, hastalık süresi, hasta cinsiyeti, steroid kullanım süresi ve steroid tedavi yanıtları kaydedildi. Eksik veriler, tipine göre ikili veya çoklu regresyon imputasyon yöntemleri ile tamamlandı. R istatistik paketi kullanılarak, atak düzelme yanıtları tek ve çok değişkenli lojistik regresyon, ataklar arası süredeki değişim Kruskal-Wallis testi ve post-hoc analizler Wilcoxon işaretli sıralar ile analiz edildi.

Bulgular:
Çalışmada 1580 MS hastanın başlangıç bulgusu ve 4697 atağı incelendi. Hastalar, ilk klinik bulgu özelliklerine göre dokuz ayrı alt gruba ayrıldı. İlk klinik bulgusu motor (OR: 9,6; CI: 5,9-15,5), serebellar (OR: 2,2; CI: 1,1-4,5) ve spinal (OR: 2,0; CI: 1,3-3,1) olan hastalarda progresif MS formlarına dönüşüm oranı anlamlı şekilde yüksekken; başlangıç bulgusu beyin sapı (OR: 0,2; CI: 0,1-0,5), duysal (OR: 0,4, CI: 0,2-0,7) ve optik nevrit (OR: 0,1; CI: 0-0,4) olan hastalarda ataklı MS formlarına dönüşüm oranının daha yüksek olduğu izlendi. Çok değişkenli regresyon modellerinde, sadece atak tipinin duysal, duysal/motor veya beyin sapı bulgularına sahip olması ve atak şiddet düzeyinin ataktan düzelme üzerine etkisinin olduğu gözlendi. Atak şiddetine göre düzeltilmiş analizde, cinsiyet ve steroid süresinin atağın düzelme durumu üzerinde belirleyici olmadığı saptandı. Ataklar arası sürenin zamansal değişim analizinde, ataklar arası ortanca sürenin ilk beş atak için sırasıyla 2,0, 1,7, 1,5, 1,3 şeklinde giderek kısalırken, sonraki ataklar arasındaki ortanca sürenin 0,9-1,1 arasında statik seyrettiği gözlendi (<5. ataklar arası süre vs. >5. ataklar arası süre; p<0,01).

Sonuç:
Çalışmamız MS'de atakların seyri ve steroid yanıtı konusunda iki önemli sonuç ortaya koymaktadır. Bunlardan ilki ataklı seyirli hastalarda ilk beş atağa kadar atakların zamansal olarak presipite olup, beşinci ataktan sonra sabit bir seyre sahip olduğunu göstermesidir. İkinci sonuç ise duysal, duysal/motor ve beyin sapı ataklarının diğer atak tiplerine göre steroid tedavisine daha iyi yanıt verdiğini ortaya koymasıdır. İlginç şekilde, hafif atakların ağır ataklara göre steroid yanıtlarının daha düşük olduğu izlenmiştir. Ayrıca, genel kanının aksine, steroid süresinin tam düzelme üzerinde belirleyici bir etkisinin olmadığı görülmüştür.

SS - 92 ANTALYA, TÜRKİYE'DE AMYOTROFİK LATERAL SKLEROZ: 2016'DAN 2021'E KADAR ALS PREVALANSI, İNSİDANSI VE HAYATTA KALMA ORANINA İLİŞKİN 5 YILLIK BOYLAMSAL BİR ÇALIŞMA

HİLMİ UYSAL [1], CANUS AYDIN KAYA [1], FIRAT KÖSE [2], MEHTAP TÜRKAY [2], MEHMET R. AKTEKİN [2]

[1] AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI BÖLÜMÜ

Amaç:
Amyotrofik lateral skleroz (ALS), tedavi edilemeyen ilerleyici bir nörodejeneratif hastalıktır. Bu çalışmada Antalyada 2016-2021 yılları arasında ALSnin görülme sıklığı ve prevalans oranlarının hesaplanması ve hayatta kalma süresini belirleyen prognostik faktörlerin belirlenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:
Bu retrospektif çoklu kohort çalışmada, nüfusu 1.286.943 (il merkezi) olan Antalya metropol bölgesindeki beş büyük ilçenin tamamındaki hasta kayıtlarını analiz ettik. Tüm hastanelerin nöroloji bölümleri ile sürekli takibin yapıldığı özel muayenehane ve sağlık kuruluşlarının nöroloji bölümleriyle iş birliği yapılarak yeni olgular belirlendi. ALS tanısı için revize edilmiş El Escorial Kriterleri kullanıldı. İnsidans ve prevalans oranları, ABD 2016 nüfusu temel alınarak yaşa göre standardize edilmiştir.

Bulgular:
2016 ile 2021 yılları arasında (100.000 kişi-yılı başına) toplu yaygınlık oranı 10,7 idi ve 2017 ile 2021 arasında (100.000 kişi-yılı başına) toplu insidans oranı 7.0 idi. ABD nüfusu için standardize edildiğinde prevalans ve insidans oranları sırasıyla yüz binde 16,0 ve 10,3 idi; Vakaların %61,1i Kesin, %19,1i Muhtemel, %8,4ü Mümkün ve %11,5i klinik olarak olası -Laboratuvar destekli olarak sınıflandırıldı. Toplam vakalarda erkek/kadın (E/K) oranı 2,0 idi. Başlangıç yeri hastaların %80,1inde spinal, %19,9unda isebulber idi. Semptomların başlamasından sonraki hayatta kalma süresi 121,3 ± 11,2 aydı. Başlangıç yaşının,bulber başlangıçlılığın, tanıda gecikmenin ve ALS Fonksiyonel Derecelendirme Ölçeği skorunun artması hayatta kalma süresini kısalttı.

Sonuç:
Antalyada belirlenen 5 yıllık ALS verilerinin insidans ve prevalans oranları Avrupa ülkelerine benzer ve literatürle uyumludur. Başlangıç yaşı,bulber başlangıç,tanısal gecikme ve ALSFRS-R skorunun bağımsız prognostik faktörler olarak ALS sağkalımında önemli rol oynadığı gösterilmiştir.
Finansman: Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Yönetim Birimi 2019 yılına kadar bu çalışmaya fon sağlamıştır (TTU-2017-2661). 2019 yılından sonra herhangi bir finansman kullanılmamıştır.

SS - 93 BLEFAROSPAZM OLGULARINDA MİRNA ALT TİPLERİ EKSPRESYON DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ VE ADAY BİYOBELİRTEÇ TAYİNİ

ASLI YAMAN KULA [1], NUR DAMLA KORKMAZ [2], ÖMER FARUK DÜZENLİ [3], MEDİNENUR YOZLU [3], ZEYNEP ECE KAYA GÜLEÇ [3], AYŞEGÜL YABACI TAK [4], CEYHUN TORUNTAY [5], SEDA SÜSGÜN [2], GENCER GENÇ [6], FERAY KARAALİ SAVRUN [7], ZELİHA MATUR [1], AZİZE ESRA BAŞAR GÜRSOY [8], EMRAH YÜCESAN [9]

[1] BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ BİYOLOJİ ANABİLİM DALI
[3] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, NÖROLOJİK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ, SİNİRBİLİM ANABİLİM DALI
[4] BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BİYOİSTATİSTİK VE TIP BİLİŞİMİ ANABİLİM DALI
[5] İSTANBUL TEKNİK ÜNİVERSİTESİ, FEN-EDEBİYAT FAKÜLTESİ, MOLEKÜLER BİYOLOJİ VE GENETİK BÖLÜMÜ
[6] SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[7] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[8] BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[9] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, NÖROLOJİK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ, NÖROGENETİK ANABİLİM DALI

Amaç:
Blefarospazm etiyopatogenezinden sorumlu olduğu bildirilen *ANO3, TOR1A* ve *THAP1* genlerine etkiyen mikroRNA'ların ekspresyon düzeylerinin incelenmesi ve olası aday biyobelirteç potansiyellerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Bu amaçla çalışmaya blefarospazm tanılı 21 hasta ve 20 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. *ANO3, TOR1A* ve *THAP1* genlerine etkiyen sırasıyla; miR125-5p, miR-142-5p ve miR144-3p'nin ekspresyon düzeyleri qRT-PZR yöntemiyle incelenmiştir. Bu işlem için SNORD44 snRNA housekeeping gen olarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde ilk olarak verilerin dağılımına Shapiro-Wilk testi ile bakılmış, normal olmayan dağılım gösteren gruplara Mann Whitney testi yapılmıştır. $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Ayrıca, incelenen tüm miRNA'ların biyobelirteç potansiyellerinin tespiti için ROC analizi ile AUC değerleri hesaplanmıştır.

Bulgular:
hsa-miR125-5p anlatım seviyesi hastalarda kontrollere oranla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artmıştır ($p=0,008$). ROC analizinde AUC değeri 0,743 olarak belirlenmiştir. hsa-miR-142-5p anlatım seviyesi hastalarda kontrollere oranla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azalmıştır ($p=0,007$). ROC analizinde AUC değeri 0,745 olarak belirlenmiştir. hsa-miR144-3p anlatım seviyesi hastalarda kontrollere oranla istatistiksel olarak yüksek anlamlı bir şekilde artmıştır ($p<0,0001$). ROC analizinde AUC değeri 0,917 olarak belirlenmiştir.

Sonuç:
Çalışmada ayrıntılı olarak analiz edilen üç miRNA ekspresyon seviyeleri bakımından istatistiksel olarak ileri derece anlamlı bulunmakla birlikte, ayrıca AUC değerlerinin 0,700'den yüksek olması biyobelirteç olarak uygun adaylar olabileceklerini göstermektedir. İlerleyen dönemde bu miRNA'ların biyobelirteç potansiyelleri daha fazla sayıda birey içeren hasta/sağlıklı gruplarıyla incelenmeli ve özellikle AUC değeri açısından en kuvvetli bulunan miR144-3p ve hedefi olan *THAP1* geni hastalığın etiyopatogenezi açısından incelenmelidir.
Bu çalışma Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir (Proje no: 20221217).

SS - 94 İDİOPATİK PARKİNSON HASTALIĞININ PATOGENEZİNDE ROL ALAN MOLEKÜLER YOLAKLARDA EPİGENETİK DEĞİŞİKLİKLERİN ARAŞTIRILMASI

YAGMUR INALKAC GEMİCİ [1], AHMET KOÇ [2]

[1] *MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ GENETİK ANABİLİM DALI*

Amaç:
İdiopatik Parkinson hastalığına nedeni moleküler düzeyde tam olarak belirlenememiştir. Dejenerasyona neden olabilecek moleküler mekanizmalardan yanlış katlanmış protein stresi ve otofaji ön plana çıkmıştır. Endoplazmik retikulum stresi ve otofajide görevli proteinlerin gen ekspresyonunu etkileyebilecek epigenetik değişikliklerin bu hastalığın patofizyolojisindeki rolünün araştırılması amaçlanmıştır.
Gereç ve Yöntem:
Parkinson tanısı almış hastaların kanlarından DNA izole edilerek metilasyon spesifik restrüksiyon enzimleri ile elde edilen DNA'lar kesilmiştir. Kesilmiş ve kesilmemiş DNA'lar RT PCR ile amplifiye edilerek DNA'lar arasındaki PCR sonucununn farkı ile metile olmayan DNA miktarı elde edilmiştir. Hastalarla kontroller arasındaki metilasyon farklılığı ve hastaların inflamasyon markerları ile ilişkisi değerlendirilmiştir.

Bulgular:
ER stres ve otofaji ilişkili genlerin metilasyon düzeyi kontrollere göre düşük saptanmıştır. (EİF2AK3 p=0.015, MAOA p=0.003, ATF6 p=0.002, NBR1 p=0.007, GBA p=0.012, LRRK2 p=0.043, PRKN p=0.005, ASK1 p=0.035 ve CHOP p<0.001) değerleri ile istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmışken XBBP istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.157). XBBP1 metilasyon düzeyi ile mini mental test arasında pozitif (r=0.563, p=0.003), sedimentasyonları ile negatif korelasyon gözlenmiştir (r=-0.661, p=0.010). Otofaji ile ilişkili PRKN gen metilasyon düzeyi depresyon ile negatif korele olarak izlenmiştir (r=-0.434, p=0.030). CHOP geninin metilasyon düzeyi inflamasyon markeri olan M/HDL ile negatif koreledir (r=-0.437, p=0.038). LRRK2 metilasyon düzeyi ile sedimentasyon negatif korele olarak saptanmıştır (r=-0.546, p=0.043).

Sonuç:
PH patogenezinde ER stres, otofaji ve epigenetik regülasyon arasında ilişki mevcuttur. Bu ilişki nörodejeneratif ve nöroprotektif yolaklar arasındaki dengeyi oluşturmaktadır. Nörodejeneratif süreci hızlandırdığı düşünülen terminal ER stress ilişkili genlerde hipometilasyon patogenezde önemli role sahiptir. Özellikle PH geliştikten sonra bu genlerdeki hipometilasyon ve inflamasyonun çift yönlü etkileşimi PH kliniğinin ilerlemesinde önemli bir etkendir.

SS - 95 OKRELİZUMAB TEDAVİSİ ALAN MULTİPL SKLEROZ HASTALARINDA HİPOGAMMAGLOBULİNEMİ: KİMLER ENFEKSİYON İÇİN RİSK ALTINDA?

DORUK ARSLAN [1], İREM GÜL ORHAN [1], PINAR ACAR-ÖZEN [1], MERVE SAYIN [2], RANA KARABUDAK [1], ASLI TUNCER [1]

[1] *HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, FİZYOLOJİ ANABİLİM DALI*

Amaç:
Okrelizumab tedavisi altında izlenen multipl skleroz (MS) hastalarında hipogammaglobulinemi sıklığını belirlemek ve enfeksiyon gelişiminde rol alan risk faktörlerini analiz etmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Aralık 2017 – Ekim 2023 tarihleri arasında okrelizumab tedavisi alan MS hastaları çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların demografik ve klinik verilerinin yanı sıra; enfeksiyon öyküsü ve/veya antibiyotik kullanım durumları incelenmiştir. Ayrıca, hastaların okrelizumab tedavisi öncesi ve her uygulama sonrası 6.ayda ölçülen serum lökosit, lenfosit, CD19, CD20, IgG ve IgM düzeyleri kaydedilmiştir. Hastalarda enfeksiyon gelişimine yol açan bağımsız risk faktörleri ve hipogammaglobulineminin sürece etkisi değerlendirilmiştir.

Bulgular:
Çalışmaya 135 hasta dahil edilmiş olup; otuz beş (%26.1) hastada toplamda 72 enfeksiyöz durum kaydedilmiştir. İzlem sırasında hipogammaglobulinemi gelişen hastalarda; tekrarlayan enfeksiyon ve antibiyotik kullanımı daha sıktır ($p<0,001$). Tedavi öncesi yüksek serum lökosit sayısı azalmış enfeksiyon riskiyle ilişkiliyken (OR=0.83, %95 GA:0.66-0.96); ilaç altında hipogammaglobulinemi gelişimi artmış enfeksiyon riskiyle ilişkilidir (OR=7.83, %95 GA=3.12-19.2). Okrelizumab tedavisi öncesi hastanın kullanmış olduğu toplam immunsupresif tedavi sayısı ve uygulanan toplam okrelizumab dozu ise artmış hipogammaglobulinemi riski ile ilişkilidir (sırasıyla OR=1.39, %95 GA= 1.05-1.85 ve OR=1.30, %95 GA: 1.10-1.53).

Sonuç:
Anti-CD20 aracılı tedavileri kullanan hastalarda immünoglobulin seviyelerinin yakın takip edilmesi yaşamı tehdit eden enfeksiyonların önlenmesi açısından önemlidir. Bireysel risk faktörleri değerlendirilerek hastalardaki hipogammaglobulinemi riski öngörülebilir.

SS - 96 NEDENİ BELİRLENEMEYEN NÖBETİ OLAN ÇOCUKLARDA KELCH BENZERİ PROTEİN 11 (KLHL11) ANTİKORU

SEDAT GÜNBEK [1], JOHN TZARTOS [2], MARİA PECHLİVANİDOU [3], BOSVELİ DESPOİNA [3], ELPİNİCKİE NİNOU [3], HANDE YÜCEER KORKMAZ [1], BEYZANUR YALÇIN [1], CEM İSMAİL KÜÇÜKALİ [1], SOCRATES TZARTOS [4], ERDEM TÜZÜN [1], DİLŞAD TÜRKDOĞAN [5]

[1] DEPARTMENT OF NEUROSCİENCE, AZİZ SANCAR INSTİTUTE FOR EXPERİMENTAL MEDİCAL RESEARCH, ISTANBUL UNİVERSİTY
[2] 2ND DEPARTMENT OF NEUROLOGY, SCHOOL OF MEDİCİNE, NATİONAL AND KAPODİSTRİAN UNİVERSİTY OF ATHENS, "ATTİKON" UNİVERSİTY HOSPİTAL
[3] 2TZARTOSNEURODİAGNOSTİCS, ATHENS, GREECE.
[4] DEPARTMENT OF PHARMACY, UNİVERSİTY OF PATRAS
[5] DİVİSİON OF CHİLD NEUROLOGY, DEPARTMENT OF PEDİATRİCS, FACULTY OF MEDİCİNE, MARMARA UNİVERSİTY

Amaç:
Kelch benzeri protein 11 (KLHL11)'e karşı gelişen antikor epileptik nöbetlerle seyreden paraneoplastik sendromlarda bulunabilir. Limbik ensefalit, psikoz, hafıza kaybı ve opsoklonus-miyoklonus sendromunun dahil olduğu oldukça heterojen bir klinik spektrum ile ilişkilidir. Nedeni belirlenemeyen epilepsi hastalarının önemli bir kısmında belirlenen çeşitli nöronal hücre içi veya hücre yüzeyi antijenlerine karşı gelişen antikorlar sebebiyle, bu olgularda KLHL11 antikorunun prevalansını ve klinik önemini araştırmayı hedefledik.

Gereç ve Yöntem:
Nedeni belirlenemeyen nöbetleri olan 42 pediatrik ve 59 yetişkin hasta ile 12 sağlıklı kontrol, 134 nörolojik hasta kontrol olgusu çalışmaya dahil edildi. Olguların serumlarında KLHL11'ye karşı gelişen antikorlar hücre temelli test ile tarandı.

Bulgular:
Paraneoplastik nörolojik bozukluğu olan 168 kontrol hastasının 3ünde ve miyoklonik-atonik epilepsi, jeneralize epilepsi veya sentrotemporal dikenli çocukluk çağı epilepsisi ile başvuran nedeni bilinmeyen nöbeti olan 4 çocuk hastada (4-8 yaş, 2 erkek/2 kız) KLHL11-antikoru belirlendi. Bu dört olguda nöbetlerin 2-7 ay devam ettiği ve 2-5 yıllık takip süresinde tekrarlanmadığı, ayrıca konvansiyonel ilaçlara hızlı ve olumlu yanıt veren klinik bulguları olduğu gözlendi. Hastaların nöbet öncesi ve sonrası MR bulguları ve nörogelişimsel özellikleri normaldi. Nedeni belirlenemeyen erişkin epilepsi hastalarında, nörolojik hastalıklı kontrol grubu hastalarında ve sağlıklı kontrollerde ise KLHL11-antikoru saptanmadı.

Sonuç:
KLHL11-antikoru, nispeten iyi seyirli klinik bulguları olan pediatrik epilepsi hastalarında bulunabilir.

SS - 97 MULTİPL SKLEROZ, NMOSH VE MOGAD HASTALARINDA EPİLEPTİK NÖBETLERİN ÖZELLİKLERİ

MELİKE ÇAKAN ERCAN , PINAR ACAR ÖZEN , ASLI TUNCER , RANA KARABUDAK , NEŞE DERİCİOĞLU

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Multipl skleroz (MS), Nöromiyelitis Optika Spektrum Hastalığı (NMOSH) ve Miyelin Oligodendrosit Glikoprotein Antikoru İlişkili Hastalık (MOGAD), merkezi sinir sistemi (MSS) primer inflamatuar demiyelinizan hastalıklarıdır. Bu hastalıkların seyrinde epileptik nöbetler görülebilmektedir. Çalışmamızda, MSS primer demiyelinizan hastalıklarında görülen epileptik nöbetlerin özellikleri karşılaştırılarak primer demiyelinizan hastalıkların patofizyolojik süreçleriyle olası ilişkilerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Nöroimmünoloji ve Epilepsi Polikliniklerinde 2000-2022 yılları arasında epileptik nöbet ve MSS primer demiyelinizan hastalığı tanılarıyla takip edilen toplam 26 hasta demografik bilgileri, primer hastalık ve epileptik nöbet özellikleri ve aldıkları tedaviler açısından retrospektif olarak incelenmiştir. Epileptik nöbetleri demiyelinizan hastalıktan önce başlayan 6 hasta çalışmadan çıkarılmıştır. 8 "relapsing-remitting" MS (RRMS), 3 primer progresif MS (PPMS), 6 sekonder progresif MS (SPMS), 2 seronegatif-NMOSH, 1 MOGAD hastasından oluşan beş grup arasında ve ayrıca progresif (primer ve sekonder) MS ile RRMS şeklindeki iki grup arasında ilk nöbetin görülme zamanının farklı olup olmadığı sağ kalım analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular:
20 hastanın (13 Kadın) yaş ortalaması 36,7 ± 11 ve EDSS median=4.5; aralık:0-9.00) idi. Hastalık grupları arasında cinsiyet, yaş ve EDSS açısından farklılık yoktu. Ataklar esnasında nöbet geçiren 1 MOGAD ve 1 seronegatif-NMOSH hastası dışındaki tüm hastalar en az 1 provoke olmayan nöbet geçirmişti. Hastaların %95'inde nöbetler fokal başlangıçlıydı. 3 MS ve 1 MOGAD hastasında status epileptikus gelişti. MRG'de en sık temporal (n=14) ve frontal lob (n=12) ile beyin sapı (n=14) lezyonları görüldü. 4 hastada (%20) kortikal, diğer 4 hastada tümefaktif demiyelinizan lezyon vardı. Progresif MS hastaları ele alındığında nöbet geçiren hastaların yarısının ilk 11 yılda ilk nöbetini geçirdikleri görüldü. Bu değer RRMS hastaları için 1.8 yıl olarak hesaplandı (p=0.03). RRMS hastalarında görülen epileptik nöbetlerin semiyolojisi, yaklaşık bir yıl önce ortaya çıkan lezyonların topografisi ile ilişkiliydi. Progresif grupta benzer özellik görülmedi. En sık tercih edilen nöbet önleyici ilaçlar LEV (n=13), CBZ (n=6) ve LTG (n=6) idi. Hastaların yarısında nöbetsizlik sağlanabildi.

Sonuç:
Progresif MS (RRMS ve SPMS) hastalarında RRMS hastalarına göre daha geç dönemde ve lezyonlarla direkt ilişkili olmayan nöbetler görülmesi, bu hastalıkların patofizyolojisi ve beyinde yeniden yapılanma üzerinde oluşturdukları etkinin farklı olabileceğini düşündürtmektedir.

SS - 98 GEBELİKTE PRES GELİŞİMİ ENFLAMATUVAR MARKERLARLA ÖNGÖRÜLEBİLİR Mİ?

MURAT ÇEKİÇ [1], TÜLİN GESOĞLU DEMİR [1], DİLEK AĞIRCAN [1], ÖZLEM ETHEMOĞLU [1], HACER UYANIKOĞLU [2]

[1] *HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI*

Amaç:
Preeklampsi ve eklampsi hastaları ile obstetrik PRES hastalarında dolaşımdaki sitokinlere karşı ciddi bir inflamatuar yanıt mevcuttur. LDH/albümin oranı(LAO) ve sistemik immun index(SII) enflamasyonu gösteren markerlardandır. Çalışmamızda gebelikte PRES gelişimini bu enflamatuvar markerlar ile öngörmeye çalıştık.

Gereç ve Yöntem:
Ocak 2013-Eylül 2023 tarihleri arasında Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan tarafımıza konsulte edilen preeklampsi, eklampsi ve PRES tanılı 197 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların klinik, demografik ve laboratuvar değerleri ve ek hastalıkları kayıt altına alındı.

Bulgular:
Çalışmaya dahil edilen hastaların 45 'inde PRESS, 25'inde Eklampsi ve 127'sinde Preeklampsi mevcuttu. Hastaların yaş ortalaması 30,2 ± 6,99 (ort ± SS) 'idi. PRES olan grupta ilk geliş LAO ve SII düzeyleri PRES olmayan gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı (p=0.000, p=0.005). PRES, eklampsi ve preeklampsi grupları arasında LAO ve SII açısından anlamlı fark izlendi (p=0.000, p=0.001). Preeklampsi grubunda LAO düzeyi eklampsi ve PRES grubuna kıyasla anlamlı şekilde düşüktü (p=0.000, p=0.000). SII düzeyi ise preeklampsi grubunda PRES grubuna kıyasla anlamlı şekilde düşük izlendi (p=0.004).

Sonuç:
Gebelikte hangi hastalarda PRES gelişeceği enflamatuvar markerlar olan LAO ve SII ile tahmin edilebilir.

SS - 99 MULTİPL SKLEROZ VE PARKİNSON HASTALIĞI BİR YOLAKTA BULUŞURSA: PTERİDİN VE KİNÜRENİN YOLAĞININ İNFLAMASYON VE NÖRODEJENERASYONDA DEĞİŞEN ROLÜ

İRFAN YAVAŞ [1], GÖZDE GİRGİN [2], GÜL YALÇIN ÇAKMAKLI [3], NAZİRE PINAR ACAR ÖZEN [3], TERKEN BAYDAR [2], BÜLENT ELİBOL [3], MERYEM ASLI TUNCER [3]

[1] *KARABÜK Ü.T.F NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *HACETTEPE Ü.ECZACILIK FAKÜLTESİ FARMASÖTİK TOKSİKOLOJİ ANABİLİM DALI*
[3] *HACETTEPE Ü.T.F NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*

Amaç:

Pteridinler, pirimidin ve pirazin halkalarının birleşmesinden oluşmuştur. Konjuge pteridinler ve konjuge olmayan pteridinler olarak iki gruba ayrılır. Konjuge pteridinler folik asit serilerinde yer alır. Konjuge olmayan pteridinler arasında ise biopterin, tetrahidrobiopterin (BH_4) ve neopterin vardır (1). Birçok organizmada sentezlenen pteridinler, pigment, enzimatik kofaktör, immün sistem aktivasyon molekülü olarak çalışırlar (2). İmmün sistem, patojen varlığında, doku hasarında veya inflamasyon ile aktive olur. İnflamasyon sürecinde immün hücreler arasında sinyal iletimi için sitokinlere ihtiyaç vardır (2). Hücresel immün yanıtta rol alan T hücrelerin ürettiği sitokinlerden biri de interferon gama (IFNγ)'dır. IFNγ sinyali, makrofaj ve dendritik hücrelerde neopterin üretimini artırmaktadır (3). IFNγ bunu şu şekilde yapmaktadır: Guanozintrifosfat (GTP) hidroksilasyonu ile pteridin oluşumundaki hız kısıtlayıcı enzim olan guanozintrifosfat siklohidrolaz (GTPCH)'ı 100 kat uyarmaktadır. Böylece neopterin ve BH_4 artışı olmaktadır (4). BH_4 tirozin, fenilalenin, triptofan hidroksilasyonunda kofaktör olarak gereklidir (5). Pteridin gerektiren bu enzimler üzerinden dopamin, norepinefrin, epinefrin, serotonin ve melatonin gibi nörotransmiterlerin düzeyi etkilenir (6). Nörotransmiter üretiminde kullanılmayan triptofan (Trp) kinürenine yıkılır. Bu katabolizmayı sağlayan indolamin 2,3- dioksijenaz (IDO) enzimidir. IDO için kofaktör yine BH_4'dir. IFNγ IDO enzimini de stimüle ederek triptofan degredasyonu yaparken aynı anda neopterin salınımına da neden olmaktadır (7-10). IFNγ seviyesinin yükselmesi ile neopterin artışı, otoimmün hastalıklarda neopterinin biyobelirteç olarak kullanılmasına olanak sağlamaktadır (11,12). Santral sinir sisteminin (SSS) otoimmün hastalıklarından olan multipl skleroz (MS), inflamasyon, demiyelinizasyon, belli oranda aksonal ve nöronal hasarlanma ile karakterize kronik bir hastalıktır (13). SSS'deki miyelin kılıfına karşı otoreaktif lenfositlerin patogenezde önemli rol oynadığı bilinmektedir (14). Patogenezi oldukça farklı olan Parkinson hastalığında (PH) ise nörodejenerasyona eşlik eden inflamasyon mevcuttur. Yaşlanma ile nörodejenerasyonun artışı, inflamasyonun ve IDO aktivitesinin artışı ile ilişkili olabilir (15,16). PH patogeneziyle ilgili güncel hipotezler protein yanlış katlanması ve agregasyonu, mitokondriyal hasar, oksidatif stres yanısıra nöroinflamasyonu sorumlu tutmaktadır (17-18). Bu çalışmada, patogenezinde farklı inflamasyon mekanizmalarının rol oynadığı iki kronik nörolojik hastalık grubunda, MS ve PH'de, pteridin ve kinürenin yolağı değerlendirilmiştir. Biyolojik sıvılarda mevcut pteridin, triptofan, kinürenin ve metabolitlerinin ölçümü için serum ve idrar örnekleri kullanılmıştır. Bu örnekler elde edilirken MS, PH ve kontrol olmak üzere üç grup oluşturulmuştur. Bu gruplar kendi aralarında alt gruplara ayrılmıştır. MS grubu; primer progresif MS (PPMS), sekonder progresif MS (SPMS) ve ataklarla seyreden relapsing-remitting form MS (RRMS) olmak üzere üç alt gruba ayrılmıştır. PH ise inflamasyonun derecesine göre parkin mutasyonu olan (PRKN), glukoserebrozidaz mutasyonu olan (GBA) ve idiopatik PH olarak üç alt gruba ayrılmıştır. Bu üç grupta inflamasyon derecesi, patogenezde alfa-sinüklein patolojisinin ne kadar rol aldığına göre değişmektedir. PRKN grubunda alfa-sinüklein daha az rol alırken, GBA grubunda daha fazla rol almakta ve daha fazla nöroinflamasyon olması beklenmektedir. Her üç ana gruba toplam 82 kişi alınmıştır. Kişiler, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Kliniği nöroimmünoloji ve hareket bozukluğu polikliniklerine başvuran hastalar ve onların sağlıklı refakatçileri arasından çalışmaya katılma kriterlerine uygun olanlar arasından seçilmiştir. Görüşmelerden sonra Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı ile aydınlatılmış onam formlarına göre serum ve idrar örnekleri toplanmıştır. İdrar neopterin/kreatin oranı, serum neopterin, triptofan, kinürenin, kinürenik asit ve kinolinik asit düzeyleri floresans ve ultraviyole dedektörleri kullanılarak yüksek basınçlı sıvı kromatografisi ve enzim aracılıklı immünosorban assay (ELISA) yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Bu çalışmada; SSS'nin nöroinflamatuar ve nörodejeneratif grupta olan iki farklı hastalığında pteridin ve kinürenin yolağının rolü araştırılmıştır. Çalışma öncesinde iki hastalık grubu arasında sonuçların birbirine benzer, kontrol grubundan ise farklı olacağı varsanılmıştır. Ölçümler ile nöroinflamasyon ve nörodejenerasyon arasındaki ilişki değerlendirilmesi planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Çalışma Gruplarının Tanımlanması

Bu çalışmada örneklerin toplanması işlemi Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda, örneklerle ilgili ölçümler Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmasötik Toksikoloji Anabilim Dalı Araştırma Laboratuvarında gerçekleştirilmiştir. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 21 Haziran 2022 tarih, 16969557-1223 sayılı, karar no:2022/11-39 onayı ile gerçekleştirilmiş ve çalışma süresince Helsinki Bildirgesi ilkeleri takip edilmiştir. Etik kurul onayı ile aydınlatılmış onam formuna göre kan ve idrar örnekleri toplanmıştır. Örnekler Ekim 2022- Mart 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. 18 yaş altı çocuk grubuna girdiğinden çalışmaya alınmamıştır. Dejenertif hastalıklar geç yaşlarda da başlayabildiği için üst yaş sınırı konulmamıştır. Örnekler MS, PH ve kontrol grubu olarak üç gruba ayrılarak seçilmiştir. Patogenezinde inflamasyon ya da nörodejenerasyonun ön planda olmasına göre MS ve PH grupları kendi içinde üç alt gruba ayrılmıştır.MS grubu RRMS, SPMS, PPMS, PH ise parkin mutasyonu olanlar, GBA mutasyonu olanlar ve idiopatik PH (IPH) alt gruplarına ayrılmıştır. Her alt grupta aynı sayıda birey olmasına ve olabilecek maksimum kişiye ulaşılmaya çalışılmıştır. Her grupta 30 kişi olması hedeflenmiştir. Bu şekilde etki büyüklüğü 0.35, %80 güç, %5 tip 1 hata miktarı ile katılım sağlanmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- MS hastalığı tanısı almış olmak
- RRMS alt grubu;
  - Ataklar halinde seyreden,
  - Ataklardan sonra tam ya da tama yakın düzelen.
- SPMS alt grubu;
  - İlk ataklardan sonra iyileşmenin azaldığı ya da olmadığı hastalar,
  - Beyin görüntülemelerinde kontrastlanmanın azaldığı ya da olmadığı hastalar,
  - Beyin görüntülemelerinde, beyin volümünde azalma görülen, nörodejenerasyonun ön plana çıktığı hastalar,
  - Son altı ay içinde atak geçirmeden progresyon gösteren hasta olmak.
- PPMS alt grubuna;
  - 1 yıl, ataktan bağımsız progresyon gösteren hastalar,
  - Aşağıdakilerden 2'si olan hastalar
    - i. MS tipik (periventriküler, kortikal/jukstakortikal veya infratentoryal) alanlarda bir ya da daha fazla lezyon
    - ii. Spinal kordda 2 ve üzeri lezyon,
    - iii. BOS spesifik OKB varlığı.
- PH nedeniyle takip edilen hastalar genetik test sonuçlarına göre
  - PRKN mutasyonu olanlar
  - GBA mutasyonu olanlar
  - İdiopatik PH olmak.
- Katılımcı onam formu daldurmak.

Gönüllüleri dışlama kriterleri:

- Alzheimer hastalığı ve diğer demans bulguları olan hastalar
- Otoimmün hastalığı olanlar. SLE, DM, Sjogren, Behçet v.b
- Enfeksiyon tanısı ve tedavisi alanlar
- Psikiyatrik bozukluğu bulunanlar
- Malignite tanı ve tedavisi altındakiler
- Beyin görüntülemesinde tümör, vaskuler olay, kompresif lezyon olanlar
- Malabsorbsiyon sendromları, B12 eksikliği olanlar
- HTLV-1, HIV miyelopatisi olanlar
- Lyme hastalığı, sarkoidoz tanısı olanlar
- Genetik kökenli lökodistrofisi olanlar
- Parkinson plus sendromu olanlar

Gönüllülerin çalışmadan çıkarılma kriteri sorumlu hekim kararına bırakılmıştır. Bu çalışma, gözleme dayalı karşılaştırmalı bir çalışmadır.

Örneklerin Toplanması ve Saklanması

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı MS ve hareket bozuklukları polikliniğine başvuran, MS ve PH teşhisi olan, katılımcı olmayı kabul edip onam formunu imzalayan gönüllülerden alınan kan ve idrar örnekleri ışıktan korunarak, soğuk zincir ile korunarak Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakolojik Toksikoloji Anabilim Dalı Araştırma Labaratuvarı'na getirildi. Kan örnekleri 4000 devir/dakika'da 10 dakika santrifüj edilerek serum ayırıldı. Serum örnekleri küçük porsiyonlara ayrılarak eppendorf tüpler içerisinde, analiz gününe kadar derin dondurucuda -20°C'de saklandı. Örneklerin toplanması, transferi, saklanması ve ölçüm aşamalarında gün ışığından korunmasına özen gösterildi.

Yöntemler

Serum neopterin, QUIN, KYNA düzeyleri ticari ELİSA kitleri kullanılarak belirlendi. İdrar neopterin, biyopterin ve kreatinin konsantrasyonları ise eş zamanlı olarak floresans ve ultraviyole (UV) dedektörleri kullanılarak yüksek performanslı sıvı kromatografisi (YBSK, HPLC) ile ölçüldü. Serum Trp ve Kyn düzeyleri de eş zamanlı floresans ve UV dedektörleri kullanılarak YBSK ile belirlendi.

Neopterin Düzeylerinin Belirlenmesi

Analiz günü, dondurucudan çıkarılan ve oda sıcaklığına getirilen serum örnekleri vortekslendi ve homojen olarak karışmaları sağlandı. Serum örnekleri, standart ve kontrol çözeltilerinin her birinden 20 mikrolitre alınarak ELISA plağı kuyucuklarına ilave edildi. 100 mikrolitre enzim konjugatı çözeltisi ve 50 µl neopterin antiserum plak kuyucuklarına ilave edildi. Plağın üzeri kapatıldı ve ışıktan korunarak oda ısısında yatay çalkalayıcıda 500 devir/dk'da 90 dakika inkübasyona bırakıldı. 90 dakika sonunda kuyucuklardaki çözeltiler uzaklaştırıldı ve hazırlanan yıkama çözeltisinden her seferinde 300 µl kullanılarak 5 kez yıkandı. Her bir kuyucuğa 150 µl TMB substrat çözeltisi eklendi ve plak oda sıcaklığında, ışıktan korunarak, yatay çalkalayıcıda 500 devir/dk hızda 10 dakika inkübe edildi. Daha sonra her bir kuyucuğa 150 µl durdurma çözeltisi eklendi. Durdurma çözeltisi ilavesinden itibaren 10 dakika içinde ELISA plak okuyucuda 450 nm dalga boyunda optik dansiteler ölçüldü.

Neopterin Düzeylerinin Hesaplanması

Sonuçlar değerlendirilirken neopterin düzeylerine karşılık gelen optik dansite değerleri Soft Max Pro4.8 programına girildi. 4-parametre yöntemi kullanılarak kalibrasyon doğrusu hazırlandı ve örneklerdeki neopterin konsantrasyonları hesaplandı ve nmol/L olarak ifade edildi.

Triptofan ve Kinürenin Düzeylerinin Belirlenmesi

Triptofan ve kinürenin düzeylerinin belirlenmesinde Widner ve ark.nın yöntemi küçük değişiklikler yapılarak kullanılmıştır (126). Her bir serum örneğinden 200 µl alınarak 200 µl 0,015 M KH_2PO_4 tamponu, pH: 6,4 ilave edildi. 50 µl perklorik asit çözeltisi (%70, h/h) ile protein çöktürme işlemi yapıldı. Tüpler vortekslenmeyi takiben 10 dakika süreyle 13.000 devir/dk'da santrifüjlendi. 400 µl süpernatan alınarak viallere aktarıldı. 25 µl hacimde HPLC enjeksiyonu yapıldı. Hareketli faz olarak 0,8 ml/dk akış hızında 0,015 M pH: 6,4 KH_2PO_4 tamponu kullanıldı. Triptofan düzeyleri floresan dedektör (eksitasyon dalga boyu 285 nm, emisyon dalga boyu 365 nm) ile, kinürenin düzeyleri ise eş zamanlı olarak ultraviyole dedektör (dalga boyu 360 nm) ile tespit edildi. Triptofan ve kinürenin düzeyleri hazırlanan kalibrasyon doğru denklemi kullanılarak mmol/L olarak hesaplandı. İndolamin 2,3-dioksijenaz aktivitesini ifade etmek için, her bir örnekteki kinürenin konsantrasyonu, örnekteki triptofan konsantrasyonuna oranlanarak (Kyn/Trp) mol/mmol şeklinde ifade edildi.

Triptofan ve Kinürenin Standart Kalibrasyon Doğrularının Hazırlanması

Dört farklı konsantrasyonda hazırlanan triptofan ve kinürenin stok çözeltileri, her birinden 25'er ml olacak şekilde otomatik örnekleyici ile sisteme yüklendi. Standart konsantrasyonlara karşılık gelen pik yüksekleri kullanılarak kalibrasyon doğruları hazırlandı. Örneklerdeki triptofan ve kinürenin konsantrasyonlarının belirlenmesinde, standartlarla hazırlanan kalibrasyon doğru denklemleri kullanıldı.

Çeşitli konsantrasyonlarda hazırlanan standart triptofan ve kinürenin çözeltileri ile kalibrasyon doğrusu hazırlanmıştır. Validasyon çalışmaları ile tüm serum örneklerindeki triptofan ve kinürenin düzeyleri, ilgili kalibrasyon doğrusuna ait denklem kullanılarak hesaplanmıştır.

Kinolinik Asit Düzeylerinin Belirlenmesi

Analiz günü, dondurucudan çıkarılan ve oda sıcaklığına getirilen serum örnekleri vortekslendi ve homojen olarak karışmaları sağlandı. Plağın kuyucuklarına serum örneklerinden 40 ml, standartlardan 50 ml ilave edildi. Kör olarak kullanılacak kuyucuğa hiçbir çözelti ilave edilmedi. Serum örneklerinin üzerine 10 µl biyotin işaretli kinolinik asit antikor çözeltisi ilave edildi. Kör kuyucukları hariç olacak şekilde standart ve örnek kuyucuklarına 50 ml streptovidin HRP çözeltisi ilave edilerek plağın üzeri kapatıldı ve 37°C'de 60 dakika inkübasyona bırakıldı. 60 dakika inkübasyon sonunda kuyucuklardaki çözeltiler uzaklaştırıldı ve hazırlanan yıkama çözeltisinden her seferinde 300 µl kullanılarak plak 5 kere yıkandı. Her bir kuyucuğa 50 µl kromojen A çözeltisi ve 50 ml kromojen

B çözeltisi eklendi ve plak hafifçe çalkalandıktan sonra 37°C'de 10 dakika inkübe edildi. İnkübasyon sonunda her bir kuyucuğa 50 µl durdurma çözeltisi ilave edilerek reaksiyon durduruldu. Durdurma çözeltisi ilavesinden itibaren 10 dakika içinde ELISA plak okuyucuda 450 nm dalga boyunda optik dansiteler ölçüldü.

Kinolonik Asit Düzeylerinin Hesaplanması

Sonuçlar değerlendirilirken kinolonik asit düzeylerine karşılık gelen optik dansite değerleri Soft Max Pro4.8 programına girildi. 4-parametre yöntemi kullanılarak kalibrasyon doğrusu hazırlandı ve örneklerdeki neopterin konsantrasyonları hesaplandı ve ng/ml olarak ifade edildi.

Kinürenik Asit Düzeylerinin Belirlenmesi

Analiz günü, dondurucudan çıkarılan ve oda sıcaklığına getirilen serum örnekleri vortekslendi ve homojen olarak karışmaları sağlandı. Plağın kuyucuklarına serum örneklerinden 40 ml, standartlardan 50 ml ilave edildi. Kör olarak kullanılacak kuyucuğa hiçbir çözelti ilave edilmedi. Serum örneklerinin üzerine 10 l biyotin işaretli kinürenik asit antikor çözeltisi ilave edildi. Kör kuyucukları hariç olacak şekilde standart ve örnek kuyucuklarına 50 ml streptovidin HRP çözeltisi ilave edilerek plağın üzeri kapatıldı ve 37°C'de 60 dakika inkübasyona bırakıldı. 60 dakika inkübasyon sonunda kuyucuklardaki çözeltiler uzaklaştırıldı ve hazırlanan yıkama çözeltisinden her seferinde 300 µl kullanılarak plak 5 kere yıkandı. Her bir kuyucuğa 50 µl kromojen A çözeltisi ve 50 ml kromojen B çözeltisi eklendi ve plak hafifçe çalkalandıktan sonra 37°C'de 10 dakika inkübe edildi. İnkübasyon sonunda her bir kuyucuğa 50 µl durdurma çözeltisi ilave edilerek reaksiyon durduruldu. Durdurma çözeltisi ilavesinden itibaren 10 dakika içinde ELISA plak okuyucuda 450 nm dalga boyunda optik dansiteler ölçüldü.

Kinürenik Asit Düzeylerinin Hesaplanması

Sonuçlar değerlendirilirken kinürenik asit düzeylerine karşılık gelen optik dansite değerleri Soft Max Pro4.8 programına girildi. 4-parametre yöntemi kullanılarak kalibrasyon doğrusu hazırlandı ve örneklerdeki neopterin konsantrasyonları hesaplandı ve nmol/ml olarak ifade edildi.

İstatistiksel Değerlendirme

İstatistiksel analizler "Statistical Package for the Social Sciences"(SPSS27) istatistik yazılımı kullanılarak değerlendirildi. Neopterin, triptofan, kinürenin, kinürenik asit, kinolonik asit düzeyleri ve Kyn/Trp oranları aritmetik ortalama ve standart sapma ile gösterildi. Tanımlayıcı istatistikler ve bağımlı değişkenler arasındaki ilişki korelasyon analizi ve lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi. Alfa değeri 0,05 olarak seçilerek, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı önemli kabul edildi. Bulguların yorumlanmasında

Bulgular:

Gruplara göre serumdaki Trp (µmol/L), Kyn (µmol/L), Kyn/Trp (µmol/mmol), Neopterin (nmol/L), KYNA (nmol/ml) ve QUIN (ng/ml) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Gruplara göre serum laboratuvar bulgularının karşılaştırılması Tablo 1.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 1.1. Gruplara göre serum laboratuvar bulgularının karşılaştırılması.

Grup / Değişken	MS (n=37)	Medyan [IQR]	Parkinson (n=29)	Medyan [IQR]	Kontrol (n=20)	Medyan [IQR]	İstatistiksel analiz* Olasılık
Trp (mol/L)	56,16±11,73	55,7 [19,0]	58,73±12,59	59,9 [21,0]	60,57±9,23	58,5 [15,5]	F=1,057 p=0,352
Kyn (mol/L)	2,27±0,50	2,29 [0,6]	2,54±0,58	2,41 [0,7]	2,25±0,37	2,18 [0,6]	F=2,929 p=0,059
Kyn/Trp (umol/mml)	41,57±12,11	39,2 [11,4]	44,45±10,51	40,8 [14,5]	38,16±8,52	36,4 [15,9]	χ^2=4,207 p=0,122
Neopterin (nmol/L)	8,18±5,95	6,7 [3,9]	7,92±2,60	6,8 [3,7]	9,15±3,71	8,0 [4,2]	χ^2=3,405 p=0,182
KYN A (mol/ml)	3,31±2,94	1,78 [3,7]	2,59±2,71	1,75 [1,1]	3,33±2,24	2,42 [4,4]	χ^2=3,325 p=0,190
QUIN (ng/ml)	14,76±12,80	9,4 [13,1]	11,61±12,48	7,7 [6,8]	14,67±10,28	8,2 [16,9]	χ^2=4,401 p=0,111

*Normal dağılıma sahip olan verilerde üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "ANOVA" test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde "Kruskal-Wallis H" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Multıpl skleroz alt gruplarına göre Trp (µmol/L), Kyn (µmol/L), Kyn/Trp (µmol/mmol), Neopterin (nmol/L), KYNA (nmol/ml) ve QUIN (ng/ml) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05). Parkinson grubundakilerin alt gruplarına göre Trp (µmol/L), Kyn (µmol/L), Kyn/Trp (µmol/mmol), Neopterin (nmol/L), KYNA (nmol/ml) ve QUIN (ng/ml) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05)

Üç ana gruba, MS alt gruplarına, PH alt gruplarına göre laboratuvar bulgularında tek değişkenli analizlerde anlamlı fark çıkmamasına rağmen sınırda anlamlılıklar olabileceği düşünülerek "Binary Lojistik regresyon" çok değişkenli analizi uygulanmıştır. Buna bağlı olarak MS grubundakilerde; MS durumunu etkileyen faktörlerin incelenmesinde anlamlı bir parametre bulunamamışken, PH risk durumuna göre yapılan Backward:LR lojistik regresyon analizi sonucunda; tüm laboratuvar bulguları kullanılarak optimal model tabloda verilmiştir. Modelde; Kyn/Trp (mol/mmol) değerinin, Parkinson riskini etkileyen önemli bir parametre olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Kyn/Trp (mol/mmol) değeri 1 birim arttığında, Parkinson riski %12,3 artacaktır (OR=1,123). Aynı şekilde, Neopterin (nmol/L) değerinin, Parkinson riskini etkileyen önemli bir parametre olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Neopterin (nmol/L) değeri 1 birim arttığında, Parkinson riski % 24,9 azalacaktır (OR=0,751). MS grubunda EDDS skoru ile Trp (µmol/L), Kyn (µmol/L), Neopterin (nmol/L) ve KYNA (nmol/ml) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).MS grubundakilerin EDDS skoru ile Kyn/Trp (mol/mmol) pozitif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (r=0,352; p=0,033). Kyn/Trp (mol/mmol) arttıkça, EDDS skoru artacaktır. MS grubunda EDDS skoru ile QUIN (ng/ml) negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (r=-0,375; p=0,022). QUIN (ng/ml) arttıkça, EDDS skoru azalacaktır. Parkinson grubundakilerin Hoehn Yahr evresi ile Trp (µmol/L) negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (r=-0,456; p=0,013). Trp (mol/L) azaldıkça, Hoehn Yahr evresi artacaktır. Parkinson grubundakilerin Hoehn Yahr evresi ile Kyn (mol/L), Kyn/Trp (mol/L), Neopterin (nmol/L), KYNA (nmol/ml) ve QUIN (ng/ml) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05). İdrar neopterin düzeylerinin kreatine oranlanarak elde edilen değerleri (µmol/mol kreatin) MS, PH ve kontrol grupları arasındaki karşılaştırmada anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. p=0.07. MS alt grupları arasında idrar neopterin sonuçları Kruskal Wallis test ile karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır. p= 0.471. Parkinson hastalığı alt gruplarının idrar neopterin düzeyleri karşılaştırıldığında MS grubunda olduğu gibi anlamlı bir fark bulunmamıştır. p=0.145. İdrar neopterin düzeyleri ile hastalık yaşı, EDSS, Hoehn Yahr skalası arasında anlamlı bir korelasyon bulunmazken, serumda bakılan metabolitlerden Trp ve neopterin ile negatif yönde, Kyn/Trp ile pozitif yönde korelasyon bulunmuştur. Kyn, QUIN ve KYNA ile idrar neopterin düzeyi arasında ise bir ilişki bulunmamıştır. Multipl skleroz grubunda, idrar neopterin düzeyi ile serum örneklerinde bakılan metabolitler karşılaştırıldığında, kontrol grubundan farklı olarak, Kyn/Trp oranı ile pozitif yönde korelasyon bulunmuştur (p=0,027). Diğer metabolitlerle anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır. PH grubunda ise idrar neopterin düzeyi ile yaş arasında negatif korelasyon bulunurken (p=0,040), sırasıyla QUIN (p=0,002) ve KYNA (p=0,005) ile pozitif korelasyon anlamlı bulunmuştur. Multipl skleroz grubunda idrar neopterin ve serum Kyn/Trp arasındaki korelasyon Şekil 1.1.'de gösterilmiştir. PH grubundaki neopterin ile KYNA arası korelasyon Şekil 1.2.'de idrar neopterin düzeyi ile QUIN arası korelasyon ise Şekil 1.3.'de gösterilmiştir.

Şekil 1.1. MS grubu idrar neopterin düzeyi-serum Kyn/Trp arasındaki korelasyon.

Şekil 1.2. PH grubunda idrar neopterin-KYNA arasındaki korelasyon. (p=0,02)

Şekil 1.3. PH grubunda idrar neopterin-serum QUIN (QA) arasındaki korelasyon.

Sonuç:
Multıpl skleroz ve PH patogenezlerinde inflamasyon ve nörodejenerasyonun rol aldığı kronik nörolojik hastalıklardır. İnflamatuvar ve nörodejeneratif hastalıklarda pteridin metabolizması ve KY aktive olur. Bu aktivasyon, hücresel immun yanıta aracılık eden IFNγ tetiklemesi ile olmaktadır. Pteridin metabolizması ve KY'nı MS ve PH'da değerlendirmek istediğimiz bu çalışmanın başlangıcında kurulan hipotez, iki hastalık grubunda metabolitlerdeki değişimin birbirine benzer olacağı, kontrol grubundan ise farklı olacağıydı. Çalışmanın sonucunda MS, PH ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü. Bununla birlikte MS grubunda hastalık derecesi ile Kyn/Trp düzeyi arasında pozitif korelasyon olduğu gösterilmiştir. MS grubunda serum Kyn/Trp oranıile idrar neopterin düzeyi arasında da pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur. MS hastalığında EDSS ile serum QUIN düzeyi arasında da negatif yönde ilişki olduğu tespit edilmiştir. Parkinson hastalığı grubunda, Hoehn Yahr evresi ile serum Trp düzeyi arasında negatif yönde istatiksel ilişki olduğu tespit edilmiştir. PH grubunda idrar neopterin düzeyi ile yaşın negatif korelasyonu, serum QUIN ve KYNA düzeyleri arasında da pozitif korelasyon olduğu görülmüştür. PH gelişme riskini etkileyen önemli bir etkenin Kyn/Trp olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda örneklem sayısının küçük olması, takip süresi olmayıp kesitsel olması ve tedavi öncesi dönemde örnek alınmaması sonuçları etkilemiş olabilir. Pteridinlerin ışık ve ısıya duyarlı olması, örnek taşınmasında dikkatli olunmasına rağmen sonuçlarda değişime sebep olmuş olabilir. Buna karşılık daha önce MS ve PH birarada değerlendirip inflamasyon ve nörodejenerasyon arasındaki ilişki üzerine yapılmış bir çalışmaya rastlanmadığından özgün bir çalışma olduğunu söyleyebiliriz. İnflamasyon ve nörodejeneasyon arasındaki ilişkinin pteridin ve KY üzerinden incelenmesinde daha büyük örnekleme, geniş zaman aralığında serum ve idrar metabolitlerinin monitorizasyonuna ve tedavi başlanmamış hastaların da dahil edildiği daha çok çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

SS - 100 AKUT İSKEMİK İNMELİ HASTALARIN İNME SONRASI SERUMLARINDA SEREBELLAR ANTİKORLAR

MURAT MERT ATMACA [1], ECE ERDAĞ [2], SERKAN DEMİR [3], HANDE YÜCEER [2], MELEK ÇOLAK ATMACA [3], CEM İSMAİL KÜÇÜKALİ [2], MURAT KÜRTÜNCÜ [4], ERDEM TÜZÜN [2]

[1] SULTAN 2. ABDÜLHAMİD HAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ AZİZ SANCAR DENEYSEL TIP ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ, SİNİRBİLİM ANABİLİM DALI
[3] SANCAKTEPE ŞEHİT PROF. DR. İLHAN VARANK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[4] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Akut iskemik inme (Aİİ) tanılı hastaların serumlarında anti-nöronal antikorlar saptanmasına rağmen bunların serebrovasküler olaydan önce mi yoksa daha sonra mı ortaya çıktığı tam olarak bilinmemektedir. Bu çalışmada Aİİ li hastaların serumlarında anti-nöronal antikorların araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Ardışık 21 Aİİ'li hastanın serumları, Aİİ nin ilk günü içinde ve Aİİ den 1 ve 6 ay sonra toplandı. İyi karakterize edilmiş anti-nöronal antikorlar (NMDA, GABAB ve AMPA reseptör antikorları, LGI1, CASPR2 ve glutamik asit dekarboksilaz antikorları, Yo ve Tr/DNER antikorları) ve ayrıca yeni antijenlere yönelik anti-nöronal antikorlar; hücre bazlı analizler, immünoblotlama ve indirekt immünohistokimya ile araştırıldı.

Bulgular:
Farklı zaman noktalarında toplanan Aİİ'li hastaların serumlarının hiçbirinde iyi karakterize edilmiş antikorlar saptanmadı. Yedi hastanın, 1 ve 6 aylık serumlarında (ancak Aİİ'nin ilk gününde alınan serumlarında değil) serebellar Purkinje hücrelerinin soma ve dendritleri ile reaksiyona giren IgG saptandı. Antikor pozitif hastalar klinik ve etiyolojik özellikler açısından farklılık göstermedi.

Sonuç:
Sonuçlarımız Aİİ nin antikor tetikleyici etkisine dair kanıt sunmaktadır. Anti-serebellar antikorlar inmenin ciddiyeti ile ilişkili olmasa da, inme sonrası kronik komplikasyonlara ve sakatlığa potansiyel olarak katkıda bulunabilirler.

SS - 101 NUSİNERSEN TEDAVİSİ ALAN ERİŞKİN SPİNAL MUSKÜLER ATROFİ HASTALARINDA İNFLAMASYON VE GLİAL HÜCRE İLİŞKİLİ BİYOBELİRTEÇLERİN TESPİTİ

DORUK ARSLAN [1], ZEYNEP ERGÜL-ÜLGER [1], SİBEL GÖKŞEN [2], BERİN İNAN [1], GÜNEŞ ESENDAĞLI [2], SEVİM ERDEM-ÖZDAMAR [1], ERSİN TAN [1], CAN EBRU BEKİRCAN-KURT [1]

[1] HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, DAHİLİ VE CERRAHİ ARAŞTIRMALAR ANABİLİM DALI

Amaç:
Spinal musküler atrofi (SMA) patogenezinin motor nöron dejenerasyonuyla kısıtlı olmadığı, başta glial hücreler ve nöroinflamasyon olmak üzere birçok farklı hücre ve doku tipinin süreçte rol oynadığı düşünülmektedir. Bu çalışmada, glial hücre ve nöroinflamasyon ilişkili moleküllerin sürece katkısının tanımlanması ve tanısal ve/veya nusinersen tedavi yanıtını değerlendiren biyobelirteçlerin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Nusinersen tedavisi alan 24 erişkin SMA hastası çalışmaya dahil edilmiştir. Glial hücre ilişkili olan (GFAP ve GDNF) ve nöroinflamatuvar etkinlik gösteren (YKL-40 ve IL-6) dört molekül seçilerek bu moleküllerin beyin omurilik sıvısı (BOS) düzeyleri analiz edilmiştir. SMA hastalarının örnekleri hem nusinersen tedavisi öncesi ve hem de tedavinin 15.ayında değerlendirilmiştir. Kontrol grubuna 12 sağlıklı birey dahil edilmiş ve ilgili moleküller BOS örneklerinde çalışılmıştır.

Bulgular:
Kontrol grubuna kıyasla SMA hastalarının BOS GFAP ve IL-6 seviyeleri yüksek *(p<0,05)* ve GDNF düzeyi düşüktür *(p<0,05)*. ROC eğrisi analizlerinde GFAP molekülünün tanısal karar verdiriciliği, sınır ≥6,12 ng/ml alındığında, %87,5 duyarlılık ve %100 özgüllüktedir. Farklı biyomolekül değerleri (GFAP, GDNF ve YKL-40) birleştirilerek oluşturulan lojistik regresyon modelinde ise eğri altında kalan alan 1,0 değerine ulaşmıştır *(p<0,001).* Tedavi altında BOS IL-6 ve YKL-40 düzeyleri azalmış olup GDNF düzeylerinde artış gözlenmiştir *(p<0,05)*. Yüksek BOS GFAP seviyeleri daha iyi klinik sonlanım ile ilişkilendirilmiştir *(OR= 0,624, p<0,05)*.

Sonuç:
Çalışma glial hücrelerin ve nöroinflamatuvar değişikliklerin SMA patogenezine katkısını doğrulamaktadır. GFAP, SMA hastalığı için hem tanısal hem de prognostik önemi olan bir belirteçtir ve yüksek seviyeleri daha iyi klinik sonlanımla ilişkilidir. Glial hücrelere yönelik yeni tedaviler ve anti-inflamatuvar ajanlar, mevcut tedavilerin klinik faydası üzerine olumlu etki yapabilir.

SS - 102 MYASTENİA GRAVİSTE İMMUN SUPRESİF TEDAVİNİN KESİLMESİ

İNCİ ŞULE ÖZER , ERGİ KAYA , İHSAN ŞÜKRÜ ŞENGÜN

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALİ, KLİNİK NÖROFİZYOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:
Miyastenia gravis (MG) tedavisinde azatiyoprin ve mikofenolat mofetil gibi immunsupresif tedaviler (İST) sıklıkla uzun yıllar kullanılmaktadır. İyileşme sağlandıktan sonra İST'nin hangi hastalarda ve ne zaman kesileceği konusunda görüş birliği yoktur. Bu nedenle İST kullanırken tedavisi kesilen MG hastalarında relaps olup olmadığını inceledik.

Gereç ve Yöntem:
Dokuz Eylül Üniversitesi Nöromusküler hastalıklar polikliniğine Ocak 2017-Temmuz 2023 başvuran İST'si kesilen hastalar retrospektif tarandı. Hastaların demografik verileri, hastalık yılı, hangi İST'yi ne kadar süre ve dozda kullandıkları, asetilkolin reseptör antikoru (AchR), relaps olup olmadığı, relaps varsa başka tedavi gerekip gerekmediği, timektomi öyküsü, daha önce kullandığı tedaviler, remisyon düzeyi ve IST'den sonra remisyona gelme zamanı, en yüksek MGFA skoru, IST kullanmadığı süre kaydedildi.

Bulgular:
Çalışmamızda 12 kadın, 21 erkek 33 hasta vardı. Yas ortalaması 60,5±11,5 idi. hastalık yılı ortalama 10,6±5,8 idi. İmmun supresif tedavi kullanma yılı ortalaması 9,1±4,6 idi. AchR antikoru 27 (%81,7) hastada pozitifti. İki hasta mikofenolat mofetil, 31 hasta azatiyoprin kullanıyordu. Relaps 9 (%27,3) hastada saptandı. Bu hastaların hepsinde AchR antikoru pozitifti. Mikofenolat mofetil kullanan iki hastada relaps görülürken, azatiyoprin kullanan 7 hastada relaps saptandı. Relaps olanlar ile olmayanlar karşılaştırıldığında farmakolojik remisyonda olan hastalarda, minimal manifestasyon veya kliniği stabil durumdayken ilaç kesilenlere göre daha az relaps saptandı (p=0,01). Yaş, hastalık yılı, İST kullanma yılı, remisyona gelme zamanı, ilaç kullanmadan geçen süre açısından fark yoktu. Relaps olan 9 hasta değerlendirildiğinde timektomi, AchR antikoru, hastalık süresince maksimum MGFA skoru, ilacı kendi isteği ile veya doktor önerisi ile kesme arasında fark yoktu. Relaps olan hastaların 3'üne immunsupresif tedaviye ek olarak IVIG tedavisi verilmesi gerekti.

Sonuç:
Miyastenia gravis tedavisinde İST'ler uzun yıllar kullanılmaktadır. Kullanım süresiyle beraber bu ilaçların yan etkileri artmaktadır. Çalışmamızın sonuçlarına göre farmakolojik remisyonda olan hastaların İST'si kesildiğinde relaps oranı daha düşüktür. Bu nedenle uygun hastalarda ilaç kesilmesi düşünülebilir.

SS - 103 FARKLI NÖROPATİ GRUPLARINA AİT SCHWANN HÜCRE PROFİLİNİN SURAL SİNİR BİYOPSİSİNDE İMMÜNOHİSTOKİMYASAL VE KANTİTATİF PCR YÖNTEMLERİ İLE ARAŞTIRILMASI

AYŞE NUR ÖZDAĞ ACARLI , PATRICIA GARCIA-FERNANDEZ , CLAUDIA SOMMER

NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI, WÜRZBURG ÜNİVERSİTESİ

Amaç:
Schwann hücreleri periferik sinir sisteminin yüksek plastisiteye sahip olan ana glial hücreleridir. Periferik nöropati ya da travma sonrasında periferik sinirlerin rejenerasyonu ve fonksiyonunun yeniden sağlanması için Schwann hücrelerinin desteği gereklidir. Bu bildiride farklı nöropati alt tiplerinde Schwann hücrelerinin hasarlanmaya yanıt profilleri sunulacaktır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya 53 nöropati hastası dahil edildi. Hastalar sinir biyopsi bulgularına göre; 13 vaskülit (60±9,8), 13 kronik aksonal nöropati (63±14), 14 inflamasyonun eşlik etmediği demiyelinizan nöropati (64±8,8) ve 13 inflamasyonun eşlik ettiği demiyelinizan nöropati (55±14) olarak gruplandırıldı. Yirmi-µm-kalınlığındaki sural sinir biyopsi kesitlerine S100 ve p16/Ki67/Sox2 belirteçleri ile üç farklı ikili immünohistokimyasal boyama yapıldı. RNALater ile saklanmış sinir biyopsi örnekleri mevcut olan 27 hastada p16/Ki67/Sox2 belirteçlerinin mRNA ekspresyon düzeyleri kantitatif PCR ile ölçüldü.

Bulgular:
İmmün boyama analizlerinde vaskülit hastalarının Schwann hücre sayıları diğer gruplara kıyasla anlamlı olarak düşük saptandı. Bu grupta, Ki67+ rejeneratif Schwann hücrelerinin daha baskın olarak bulunduğu ve p16+ senesens Schwann hücrelerinin demiyelinizan nöropati hastalarına kıyasla anlamlı olarak düşük olduğu görüldü. Kronik aksonal nöropati grubunda Ki67+ Schwann hücrelerinin sayısı diğer gruplara kıyasla belirgin olarak düşüktü ve Sox2+ onarıcı Schwann hücreleri vaskülit ve inflamasyonun eşlik etmediği demiyelinizan nöropati hastalarına kıyasla anlamlı olarak daha yüksekti. İnflamasyonun eşlik etmediği demiyelinizan nöropati grubunda p16+ Schwann hücrelerinin Ki67+ Schwann hücrelerine kıyasla daha yoğun olarak bulunduğu izlendi. PCR analizinde ise Ki67 mRNA ekspresyonunun vaskülit hastalarında diğer gruplara kıyasla anlamlı olarak artmış olduğu saptandı.

Sonuç:
Vaskülit hastalarında Schwann hücre popülasyonunun azalması rejenerasyon sürecinin bozulmasına yol açarak ağır aksonal kayıp ve özürlülük gelişmesine katkı sağlayabilir. Nöropati tedavisinde, özellikle demiyelinizan nöropatide, Schwann hücrelerinin senesens fazına geçişini önlemeye yönelik moleküllerin geliştirilmesinin faydalı olabileceği düşünülmektedir.

SS - 104 TİMİK PATOLOJİLİ HASTALARIN MİYASTENİA GRAVİS AÇISINDAN KLİNİK VE ELEKTROFİZYOLOJİK OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

BEYZA ARSLAN PINAR KAHRAMAN KOYTAK [2], KAYIHAN ULUÇ [2]

[1] *MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *ACIBADEM ATAŞEHİR HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ*

Amaç:
Miyastenia Gravis (MG), sıklıkla timik patolojilerle ilişkili olduğu bilinen otoimmün bir hastalıktır. Bu çalışmada, timik patolojili hastaların, olası eşlikçi MG açısından incelenmelerine ait klinik, serolojik ve elektrofizyolojik verilerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmamızda, 2021 ve 2022 yılları içerisinde göğüs cerrahisi birimi tarafından timik hiperplazi veya timoma öntanıları nedeniyle, olası eşlikçi MG açısından nöroloji birimine konsülte edilen hastalar değerlendirildi. Hastaların klinik bulguları, asetilkolin reseptör antikoru (AChR-ab) sonuçları ile ardışık sinir uyarımı (ASU) ve konsantrik iğne elektroduyla (KİE) gerçekleştirilen teklif elektromiyografi (TLEMG) incelemelerine ait elektrofizyolojik veriler incelendi.

Bulgular:
Toplam 33 (13 kadın, 20 erkek) hastadan hiçbirinde ASU'da anlamlı dekremental yanıt izlenmedi. KİE ile gerçekleştirilen TLEMG'de ortalama jitter (OJ) % 12,1 hastada artmıştı. OJ artışı olan hastaların hepsinin klinik sorgulamasında MG ile ilişkili bulgular mevcuttu. AChR-ab, sadece 1 (bir) hastada pozitif olarak sonuçlandı. Opere olanların (%63,6) patolojileri sırasıyla % 42,8'i timoma, % 33,3'ü timik hiperplazi, %9,5'i timik kist, %9,5'i timik remnant, % 4,7'si diffüz büyük B hücreli lenfoma, % 4,7'si tipik karsinoid tümör ve % 4,7'si ise adanömatöz nodül şeklindeydi. Patolojik alttipler ile elektrofizyolojik bulgular arasında anlamlı ilişki gözlenmemekle birlikte en yüksek ortalama jitter değerine sahip hastanın patolojisi diffüz büyük B hücreli lenfoma şeklindeydi.

Sonuç:
Bu çalışma, timik patolojilerle nöroloji kliniklerine konsülte edilen hastalarda MG ile ilişkili klinik bulgu olmaması durumunda serolojik ve elektrofizyolojik testlerin sağlık yükünü arttırabileceğini düşündürmüştür. Ayrıca, klinik şüphe olması durumunda elektrofizyolojik tetkiklerden ASU incelemesinin yeterli olmadığını, TLEMG yapılması gerektiğini göstermiştir.

SS - 105 SOD1 MUTASYONLU HASTALARIN KLİNİK VE MOLEKÜLER ÖZELLİKLERİ: YENİ PATOJENİK VARYANTLAR VE FENOTİPLER, TEK MERKEZ DENEYİMİ

İBRAHİM KAMACI [1], ARMAN ÇAKAR [1], UMUT ŞAHİN [2], GULANDAM BAGIROVA [3], SERDAR CEYLANER [3], AYŞE NAZLI BAŞAK [4], OYA UYGUNER [3], HACER DURMUŞ [1], YEŞİM PARMAN [1]

[1] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ NÖROMÜSKÜLER HASTALIKLAR BİLİM DALI
[2] BOĞAZİÇİ ÜNİVERSİTESİ MOLEKÜLER BİYOLOJİ VE GENETİK ANABİLİM DALI
[3] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ TIBBİ GENETİK ANABİLİM DALI
[4] KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ BİYOLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
SOD1 amyotrofik lateral skleroza (ALS) neden olduğu saptanan ilk gendir. Patojenik *SOD1* varyantları ailesel ALS hastalarının %20'si, sporadik ALS hastalarının yaklaşık %1-4'ünde gösterilmiştir. *SOD1* mutasyonu saptanan ALS hastalarında başlangıç yaşı, şiddeti, hastalık süresi ve ilerleme hızı farklılık gösterebilir.

Gereç ve Yöntem:
Bu çalışmada, *SOD1* geninde patojenik varyant görülen hastaların genetik ve klinik özelliklerinin tanımlanması planlandı. Çalışmaya 1995-2023 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi Nöromüsküler Hastalıklar Bilim Dalı polikliniğinden takipli, El-Escorial tanı kriterlerine göre ALS tanısı alan veya spastik tetrapleji ve aksiyal hipotoni sendromlu, genetik incelemesinde *SOD1* geninde patolojik varyant saptanan 23 aileden 28 hasta dahil edildi. DNA analizleri Sanger sekanslama ve/veya eksom sekanslaması yöntemi ile yapıldı.

Bulgular:
On dört hasta erkekti ve üç hastada sporadik mutasyon görüldü. Ortalama başlangıç yaşı 45,4 idi (19-60). En sık ilk yakınma alt ekstremitede güçsüzlüktü (20/28). Bulber başlangıçlı hasta yoktu. Bir hastada 61 yaşında demans gelişti. Aile taraması ile altı presemptomatik aile üyesi saptandı. *SOD1* geninde 10 farklı mutasyon saptandı (L145F, N87S, A5S, D91A, G38R, L188V, N66S, E134K, V88M, V32A). En sık görülen mutasyon Balkan varyant, L145F mutasyonuydu (6/22). Akraba olmayan fakat akraba evliliği öyküsü olan 5 ailede homozigot *SOD1* mutasyonu görüldü (E134K, D91A, N87S). A5S ve N87S mutasyonları erken başlangıç ve hızlı progresyon ile ilişkiliyken D19A gen mutasyonu uzun sağkalım ve L145F mutasyonu farklı fenotipik bulgular ile ilişkiliydi. Spastik tetrapleji ve aksiyel hipotonisi olan bir hastada, SOD1 mRNA ekspresyonunda tam kayba yol açan yeni bir homozigot varyant saptandı (NM_000454.5 c.52_56del5ins154).

Sonuç:
Yüksek akraba evliliği oranına ikincil olarak ülkemizde homozigot *SOD1* mutasyonları sık görülmektedir. *SOD1* eksikliği spastik kuadripleji ve aksiyel hipotoni sendromuna yol açarken *SOD1* susturulmasının motor nöron fonksiyonunda yıkıcı etkileri olabilir.

SS - 106 İNTRAKRANİAL HİPERTANSİYON HASTALARINDA, ETYOLOJİ, KLİNİK, LABORATUVAR ÖZELLİKLERİ, GÖRÜNTÜLEME VE TEDAVİ YANITININ DEĞERLENDİRİLMESİ.

SHUKUR IMANOV , NEŞE ÇELEBİSOY , FİGEN GÖKÇAY

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
İntrakranial hipertansiyon tanısı ile izlenen hastalarda etyoloji, başvuru yakınması, klinik gidişi, görüntüleme özellikleri, laboratuvar özellikleri ve tedavi yanıtının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
282 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hem idiopatik hemde sekonder etyoloji belirlenen intrakranial hipertansiyon hastaları değerlendirmeye alındı.

Bulgular:
282 hasta çalışmaya alındı. Hastaların demografik verileri, hastalık etyolojisi, başvuru yakınmaları, vücut kitle indeksi, görüntüleme özellikleri, laboratuvar bulguları, tedavi yanıtları değerlendirildi. Hastaların 28 (9.9%) i erkek, 254 (90.1%) kadındı. Kadınların yaş ortalaması 33, erkeklerin yaş ortalaması 36 saptandı. Vücut kitle indeksi (VKİ) ele alındığında, Kilo fazlalığı saptanan 11 erkekte başvuru VKİ hesaplana bildi. 3 hastada(27%) VKİ 25-29.9, 1 hastada(9%) VKİ 30-34.9, 4 hastada (36%) VKİ 35-39.9 olarak hesaplandı. 3 hastada VKİ hesaplanmaksızın kilo fazlalığı tespit edildi. (27%) Tedavi yanıtı ele alındığında 11 hastanın 8 de (72%) tam tedavi yanıtı, 3 hastada ise (28%) kısmı yanıt alındığı görüldü. Kadınlar hastalar arasında verilerine ulaşılabilen 190 hastada kilo fazlalığı saptandı. VKİ hesaplanabilen 41 hastada(21.5%) 25-29.9, 30 hastada(15.7%) 30-34.9, 22 hastada(11.5%) 35-39.9, 18 hastada(9.4%) 40< saptandı. 13 hastada VKİ normaldi (6.8%). VKİ normal olan 13 hastanın 8 de (61.5%) tedaviye tam yanıt alındı. 3 hastada (23%) kısmi yanıt alındığı görüldü. 2 hasta (15.3%)medikal tedaviye yanıtsızdı ve hastaların birinde SVT ye sekonder KİBAS gelişmişti. O hastada Optik sinir kılıf fenestrasyonuna (OSKF) kısmi yanıt elde edildi. Genel olarak 11 hasta idiopatik intrakranial hipertansiyon tanısı aldı. 10 hastada (90.9%) tedaviye tam yanıt elde edildi. VKİ 25-29.9 aralığında hesaplanan 41 hastadan 40 hastaya tedavi verilmiştir.. 35 hastada(87.5%) tedaviye tam yanıt, 4 hastada(10%) kısmi yanıt alınmıştır. . 1 hastada(2.5%) tedaviye hiç yanıt alınmamıştır. VKİ 30-34.9 aralığında hesaplanan 30 hastadan 29 hastaya tedavi verilmiştir.26 hastanın verilerine ulaşıla bilinmiştir. 23 hastada (88.3%) tedaviye tam yanıt, 2 hastada(7.6%) kısmi yanıt alınmıştır. 1 hastada(3.6%) tedaviye yanıt alınmamıştır. VKİ 35-39.9 aralığında hesaplanan 22 hastanın hepsine tedavi verilmiştir. 19 hastada(86.3%) tedaviye tam yanıt, 3 hastada(13.7%) kısmi yanıt alındığı görüldü.
VKİ 40< hesaplanan, 18 hastanın 16 da verilere ulaşılmıştır: 15 hastada(93.7%) tedaviye tam yanıt, 1 hastada (6.3%) kısmi yanıt alınmıştır. Etyolojide 33 hastada(11.7%) sekonder etyoloji düşünüldü. 24 hastada(8.5%) sekonder etyoloji saptandı. 10 hasta(41.6%) Behçet, 6 hasta(25%) izole SVT, 3 hasta(12.5%) Meningoensefalit, 2 hasta(8.3%) SLE, 1 hasta(4.1%) Toxocara, 1 hasta(4.1%) Hidrosefali, 1 hasta(4.1%) Menenjiom tanısı aldı.
249 hastada (88.3%) idiopatik intrakranial hipertansiyon düşünüldü. Başvuru yakınmaları tek yakınma ve multiple yakınma olarak ele alındı. Tek yakınma(26.9%) olarak başağrısı 67 hastada(23.7%) bulanık görme 27 hastada(9.5%), TVO 6 hastada(2.1%), diplopi 1 hastada(0.3%), tinnitus 1 hastada (0,3%) saptanmıştır. 178 hastada(63.1%) başvuru yakınması olarak 2 ve üzeri yakınma saptandı. 2 hastada (0.07%) başvuru zamanı hiçbir yakınma yoktu. Sadece başvuru zamanı değil, tüm hastalık seyri boyunca olan yakınma ve bulgular ele alındığında, başağrısı 259 hastada (91.8%), diplopi 78 hastada(27.6%), tvo 106 hastada(37.5%), tinnitus 107 hastada(37.9%), bulantı-kusma 60 hastada(21.2%), bulanık görme 151 hastada(53.5%) yakınma olarak tarif edilmiştir.

Beyin omurilik sıvısı açılış basıncı (BOS AB) ele alındığında, 234 hastada verilere ulaşıldı. KİBAS kliniği ile başvuran 234 hastada:
BOS AB: normal olarak 10 hastada(4.2%) ölçüldü. Hiç bir hastada sekonder neden saptanmadı. 8 hastanın tedavi verilerine ulaşıldı. 5 hasta(62.5%) tedaviye tam yanıt, 3 hasta(37.5) kısmi yanıt verdi.
BOS AB: 250-300 mm su st.aralığında 74 hastada(31.6%) ölçüldü. 68 hastada tedavi verilerine ulaşıldı. 53 hasta(77.9%) tedaviye tam yanıtlı, 6 hasta(8.8%) kısmi yanıtlı olarak izlendi. 9 hastada(13.2%) tedavi yanıtı alınamadı.

BOS AB: 300-400 mm su st. aralığında 64 hastada(27.3%) ölçüldü. 58 hastanın tedavi verilerine ulaşıldı. 44 hastada(75.8%) tedaviye tam yanıt, 12 hastada(27.7%) kısmi yanıt alınmıştır. 2 hastada(3.4%) tedavi yanıtı alınamamıştır.
BOS AB: 400-500 mm su st. aralığında 46 hastada(19.6%) ölçüldü. 43 hastanın tedavi verilerine ulaşıldı. 31 hastada(72%) tedaviye tam yanıt, 9 hastada(20.9%) kısmi yanıt alınmıştır. 3 hastada(6.9%) tedaviye yanıt alınamamıştır.
BOS AB: 500-600 mm su st.olarak 29 hastada ölçüldü. 28 hastanın tedavi verilerine ulaşıldı. 20 hastada(71.4%) tedaviye tam yanıt, 6 hastada(21.4%) kısmi yanıt alınmıştır. 2 hastada(7.1%) tedavi yanıtı alınamamıştır.
BOS AB: 600 mm su st. üzerinde 13 hastada(5.5%) ölçüldü. 11 hastanın tedavi verilerine ulaşıldı. 8 hastada (72.7%) tedaviye tam yanıt, 1 hastada(9%) kısmi yanıt alınmıştır. ,2 hastada(18.2%) tedavi yanıtı alınmamıştır.

Görüntüleme özellikleri ele alındığında 275 hastanın MR+MR Venografi verilerine ulaşıldı. 160 hastada(58%) görüntüleme özellikleri normal saptandı. MRG özellikleri değerlendirildiğinde 'boş sella' bulgusu 44 hastada(16%), perioptik BOS mesafe artışı 27 hastada(9.8%), retrobulber düzleşme 9 hastada(3.2%), optik sinir kıvrımlaşması ise 16 hastada(5.8%) saptandı. MR Venografi özellikleri ele alındığında, hipoplazi(stenoz, kalibrasyon azlığı da bu gruba alınmıştır) 51(18.5%) hasta görüntülenmiştir. Ayrı ayrı venler üzre dağılım yapıldığında transvers sinüs(TS) etkilenmesi 36 hastada(70.5%), sigmoid sinüs(SS) etkilenmesi 7 hastada(13.7%), inferior juguler ven(İJV) etkilenmesi 5 hastada(9.8%), superior sagital sinüs(SSS) etkilenmesi ise 1 hastada(1.9%) saptanmıştır. Sekonder etyolojiye bağlı KİBAS tanısı alan 33 hastadan 25 nin verilerine ulaşıldı. 21 hastada(84%) sinüs ven trombozu saptandı. 18 hastada trombüs lokalizasyon verilerine ulaşıldı. 6 hastada(33.3%) izole SSS trombozu, 2 hastada(11.1%) izole TS trombozu, 4 hastada(22.2%) TS+SSS, 4 hastada(22.2%) TS+SS, 1 hastada(5.6%) SS+İJV, 1 hastada(5.6%) multiple tromboz saptandı. 4 hastada(16%) dural kalınlaşma ve kontrastlanma saptandı. BOS özellikleri ele alındığında 170 hastanın verilerine ulaşıldı. İdiopatik intrakranial hipertansiyon düşünülen 12 hastada(7%) protein yüksekliği (100 mg/dL altında), 6 hastada(3.5%) hücre varlığı (5 hastada 50 10^3/µL altında), 1 hastada(0,6%) IgG index yüksekliği saptandı.

Tedavi yanıtını değerlendirdiğimizde:
Medikal tedavide Asetazolamid 269 hastaya(95.3%) verildi. 251 hastanın verilerine ulaşıldı.Tedaviye 196 hastada(78%) tam yanıt, 35 hastada(13.9%) kısmi yanıt alındı. 20 hasta(7.9%) tedaviye yanıtsız izlendi.
Topiramat 25 hastada(8.8%) tercih edildi. 22 hastada Asetazolamid ile kombine kullanıldı. 12 hastada(54.5%) tam yanıt, 8 hastada(36.3%) kısmi yanıt alındı. 2 hastada(9%) tedavi yanıtı alınmadı. Topiramat 3 hastada izole kullanıldı. 2 hastada tam yanıt, 1 hastada kısmi yanıt elde edildi. OSKF 19 hastaya(6.7%) uygulandı. 10 hastada (52.6%) tam yanıt, 4 hastada(21%) kısmi yanıt alındı. 5 hasta(26.3%) yanıtsızdı. Unilateral uygulanan 13 hastada 9 hastada(69.2%) tam yanıt, 2 hastada(15.3%) kısmi yanıt alındı. 2 hasta(15.3%) yanıtsızdı. Bilateral uygulanan 6 hastada 1 hastada tam yanıt(16.6%) 2 hastada(33.2%) kısmi yanıt alınmıştır. 3 hasta (49.9%) yanıtsız izlenmiştir. 4 hastaya(1.4%) V/P şant uygulandı. 1 hastada tam yanıt, 1 hastada kısmi yanıt alındı. 2 hastada yanıt alınamadı. 1 hastaya L/P şant uygulandı. Yanıt alınmadı. İVMP 10 hastaya uygulandı. 1 hastada tam, 1 hastada kısmi yanıt alındı. 8 hastada yanıt alınamadı. 2 hastaya dural venöz stent uygulandı. 1 hastada yanıt alındı.

Sonuç:
Çalışma sonuçlarına göre: VKİ yüksekliği KİBAS için risk teşkil etse de, VKİ sınıflaması ile KİBAS gidişi ve prognozu arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Etyolojide sekonder nedenler arasında, Behçet KİBAS açısından anlamlı düzeyde risk oluşturmaktadır. BOS AB ile klinik gidişat ve tedavi yanıtı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.
Tedavide kullanılan asetazolamid, tedavi yanıtı ve prognoz açısından çok etkili gözükmektedir. Tedaviye dirençli, malign vakalarda kullanılan OSKF uygulanması, anlamlı ölçüde faydalı gözükmektedir.

SS - 107 TİP 2 DİYABET VE RETİNOPATİYLE İLİŞKİLİ BİLİŞSEL İŞLEV EKSİKLİKLERİ: VOLÜMETRİK BEYİN MR GÖRÜNTÜLEME ÇALIŞMASI

DİLA SAYMAN , ECE ÖZDEMİR ÖKTEM , ÇAĞLAR ÖKTEM , UMUTCAN DURAN , BURAK YULUĞ

ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Tip 2 diabetes mellitus (T2DM), böbrek, retina ve periferik sinirler dahil olmak üzere çeşitli dokular üzerinde zararlı etkileri olan kronik inflamatuar bir hastalıktır. Histopatoloji ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) kullanan çalışmalar, diyabetle ilişkili kronik hipergliseminin mikrovasküler hasara neden olarak beynin temel işleyişini etkileyebileceğini ortaya koymuştur. Diyabete bağlı retinopati (DMR), diyabetin en ciddi nörovasküler sonuçlarından biridir ve retinada yapısal ve fonksiyonel değişikliklere neden olur. Merkezi yapılarla (lateral genikülat çekirdek, mezensefalon, pretektum ve hipotalamus gibi) sinaps yapan retinal ganglion hücrelerinin morfolojisi düşünüldüğünde ve retina ve serebral mikrodamarlar arasındaki önemli mimari ve embriyolojik benzerlikler ışığında, retinanın beynin büyük bir bölümünü temsil ettiği ve bilişteki ince değişiklikleri gösterebileceği sonucuna varılabilir. Örneğin, Hugenschmidt tarafından yapılan büyük bir kohort çalışması, DMRli hastalarda demans riskinin %42 daha fazla olduğunu bildirmiştir. Bu bulgular, özellikle global bilişsel fonksiyon ve işlem hızını etkileyen, T2DMli hastalarda DMR ile kognitif işlevsellikteki bozulma arasında önemli bir ilişki olduğunu gösteren son verilerle tutarlıdır. Komplikasyon olmayan diyabette bile, çok sayıda nöropsikolojik araştırma, esas olarak sözel hafızayı, psikomotor hızı ve yürütme becerilerini etkileyen hafif ila orta derecede bilişsel bozukluklar tanımlamıştır. Nörogörüntüleme araştırmaları, diyabetin, gri madde hacmindeki toplam azalmadan hipokampüs, frontal, singulat ve temporal bölgeler gibi önemli bilişsel beyin bölgelerinde önemli bir kayba kadar, bilişle ilgili beyin yapısında ve işlevinde kritik değişikliklerle ilişkili olduğunu defalarca doğrulamıştır. Bununla birlikte, bilişsel bozukluğu olan DM hastalarında bu yapısal korelasyonlarda yer alan altta yatan patofizyolojik mekanizmalar hala bilinmemektedir. Bildiğimiz kadarıyla, sadece birkaç dinamik görüntüleme çalışması, DMli hastalarda yapısal değişiklikler meydana gelmeden önce önemli bilişsel ağ değişikliklerini ortaya koymuştur. Bu bulgulardan yola çıkarak bu araştırmanın amacı, retinopatisi olan ve olmayan tip 2 diyabetlilerin kognitif fonksiyonlarını aralarındaki morfolojik, yapısal ve biyokimyasal farklılıkları değerlendirerek incelemektir.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya 20-75 yaş aralığında, retinopatisiz T2DMli 12 hasta, DM retinopatili 11 hasta ve yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 15 sağlıklı kontrol dahil edildi. Bilişsel işlevleri etkileyebilecek ciddi bir psikiyatrik veya nörolojik bozukluğu (Alzheimer hastalığı veya şizofreni gibi), alkol veya madde bağımlılığı, zihinsel engellilik, nörobilişsel test performansını etkileyebilecek ciddi görme veya işitme kaybı varlığı veya intrakraniyal tümör, cerrahi, multipl skleroz, epilepsi, inme, kanama, tiroid hastalığı veya hacimsel ölçümleri etkileyebilecek herhangi bir yapısal lezyon öyküsü olan bireyler çalışma dışı bırakıldı. Tüm katılımcılar 3 farklı oftalmoloji uzmanı tarafından kapsamlı muayene edildi. Tüm katılımcılar ana bilişsel alanlara dokunan kapsamlı bir nöropsikolojik muayeneye tabi tutuldu. Bilişsel işlev için test dizisi, Mini Zihinsel Durum Sınavı (MMSE) ve Montreal Bilişsel Değerlendirme (MOCA) testini içermektedir (12). 10 saatlik açlık sonrası rutin biyokimyasal parametreler, tam kan sayımı (CBC) ve alanin aminotransferaz (ALT), aspartat aminotransferaz (AST), kreatinin, serum sodyum ve potasyum düzeyleri, açlık glukozu, HbA1c düzeyleri, açlık trigliserid ve açlık kolesterol düzeyleri dahil olmak üzere endokrinolojik testler yapıldı.

Bulgular:
Bu çalışmada 15 kontrol ve 12 DM ve 11 DMRli hastalardan oluşan iki çalışma grubundan elde edilen veriler bulunmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 51.7 ± 14.5 yıl, ortalama hastalık süresi 15.0 ± 8.4 yıldır. MOCA skorları DMR grubunda kontrollere göre anlamlı olarak daha düşüktü. HbA1c düzeyleri ve MOCA skorları gruplar arasında anlamlı farklılık gösterdi ($p<0.001$). Kontrol grubu ile DM ve DMR grupları arasında ortalama yaş açısından da önemli farklılıklar gözlendi, bu da bizi yaşa göre ayarlanmış değerleri değerlendirmemize yol açtı. Tüm beyin verteks analizi, gruplar arasında gri madde hacmi farklılıklarını ortaya çıkardı. Çoklu düzeltmeden sonra farklılıklar kaydedildi (yaş, eğitim ve TIV). İlk olarak, DMR grubu, sağ inferior temporal girusta DM grubuna göre anlamlı olarak daha az bir gri madde hacmi sergiledi ($p = 0.032$). Ayrıca, DMR grubu, sağ insulada (lateral ve orta kısım) kontrol grubuna göre önemli ölçüde daha az bir gri madde hacmi sergiledi ($p = 0.011$) Artmış HbA1c düzeyleri ile sağ insular bölgeyi ilgilendiren kognitif bozukluk arasında anlamlı negatif korelasyon gözlendi ($p= 0.022$). MOCA skorları da analizlerde istatistiksel olarak anlamlı olarak ortaya çıkan iki bölge (sağ inferior temporal girus ve sağ insula (lateral ve santral kısım) arasında anlamlı korelasyon gösterdi ($p= 0.003$, $p=0.002$). Buna karşılık, gruplar arasında MMSE skorlarında anlamlı bir fark gözlenmedi.

Sonuç:
Bu çalışmada DM ve kontrol grupları arasında MOCA test skorlarında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Bununla birlikte, özellikle DMR aşamasında bilişsel seviyelerde belirgin bir fark tespit edilmiştir. Daha önceki öncü çalışmaların çoğu T2DMde bozulmuş bilişsel işlevlerde hipokampüsün rolünü göstermiş olsa da temporal lob gri madde değişiklikleri ile bilişsel işlev bozukluğu arasında anlamlı bir bağlantı olduğunu gösteren veriler de bulunmaktadır. Örneğin, Zho ve ark. T2DM hastalarında temporalis inferior ve orta bölgesel bağlantıda daha önce hafif kognitif bozukluğu (HBB) olan hastalarda tanımlanan kompansatuar ağ hiperaktivitesine benzeyen telafi edici bir artış ortaya koymuşlardır. Daha sonrasında Chen ve arkadaşları tarafından, kognitif bozukluğu olan T2DM hastalarında temporal gri cevherde kritik değişikliklerin gözlendiği ve demans gelişimi için önemli bir risk faktörü olduğu doğrulanmıştır. Aynı zamanda, bu araştırmadaki görüntüleme verileri klinik sonuçlarımızla uyumlu olup, özellikle T2DM hastalarında kognitif bozuklukla ilişkili olan sağ temporalis inferior ve sağ insular bölgesel hacimlerin rolünü vurgulamıştır. Yakın zamanda yapılan bir meta-analiz, yukarıda açıklanan iki bölgenin DM ile ilişkili bilişsel bozukluk (DM-CI) hastalarında en çok etkilenen bölgeler olduğunu göstermiştir ve bu da DM hastalarında sağ hemisferik bölgelerin sol taraflardan daha ciddi şekilde bozulduğu ifade edilmiştir. Bu, görsel-uzamsal işlevler gibi sağ hemisferle ilişkili bilişsel işlevlerin DM hastalarında neden daha ciddi şekilde etkilendiğinin olası bir açıklamasını temsil etmektedir. Daha sonrasında, Xiong ve ark. ve Zhang ve ark. (2021), DM hastalarında kognitif bozuklukta sağ temporalis inferior tutulumunu gösteren bu sonuçları doğrulamışlardır. Xiong ve ark. kognitif bozukluğu olan DM hastalarında kognitif bozukluğu olmayanlara göre sağ temporalis inferior bölgede ağ organizasyonu ve ReHo değerlerinde belirgin bozulma olduğunu ortaya koymuşlardır. Bu ilginç bulgu, bozulmuş inferior temporal bölgesel fonksiyonların DM hastalarında MOCA skorları ile anlamlı korelasyon gösterdiğini gösteren bir başka çalışmada da doğrulanmıştır. Bu araştırmada, yeni bir görüntüleme tekniği olan voksel aynalı homotopik bağlantı analizi kullanılmıştır. Bununla birlikte, DM-CIde sağ temporalis inferior bölgesini gösteren birkaç çalışma olmasına rağmen, bu sağ taraf insular bölge için güçlü bir şekilde doğrulanmamıştır. Bildiğimiz kadarıyla, sadece birkaç çalışma, bilişteki iyi bilinen rolüne rağmen, sağ insular bölgenin DM-CIde rol oynadığını göstermiştir. Örneğin, biliş ile anlamlı bir ilişki olmamasına rağmen, Yang ve ark. (2016) sağ insular bölgenin DM-Kİli hastalar ile sağlıklı kontroller arasında anlamlı farklılık gösterdiğini bulmuşlardır. Shao ve ark.nın Koklear implantlı T2DM hastalarında bilateral gri cevherde önemli ölçüde azalma ve insular bölgenin fonksiyonel konnektivitesinde genel biliş ve epizodik bellek skorları ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir (22). Burada, Yang ve ark.nın diyabetin seyri boyunca bilişten bağımsız olarak bozulduğunu keşfettiği T2DM kognitif bozukluğunda sağ insular bölgenin tutulumuna, bizim çalışmamızla da literatüre değer kattığımızı belirtmekte fayda vardır. Kısaca, bu bulgular genel olarak sağlıklı durumlarda temporalis inferior ve insular bölgenin bilişteki rolü ile tutarlı olmasına rağmen, diyabette biliş ile spesifik ilişkisine ilişkin

literatür çok azdır. Kapsamlı analizimiz, DMRli hastalar ile DM ve kontrol grupları arasında sağ temporal inferior ve sağ insular bölgelerde önemli farklılıklar tespit etti, bu da tartışmaya değer yeni bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle önemli olarak, bu bölgeler önemli farklılıklar ve MOCA puanları ile anlamlı korelasyonlar sergilemişlerdir.

Özellikle, sağ temporalis inferior bölgesi, DM ve DMR grupları arasında tek belirgin bölge olarak ortaya çıkmıştır. Ayrıca, insular bölge hem MOCA skorları hem de HbA1c seviyeleri ile korelasyon açısından benzersizdir. Özetlemek gerekirse, DMR ve kontrol gruplarının yanı sıra DM ve DM-R gruplarını klinik, görüntüleme ve laboratuvar bulgularına göre ayırt edebiliyor olmamız ilgi çekicidir. Özellikle, DMR grubunda DM grubuna göre önemli ölçüde daha düşük biliş gözlemimiz şaşırtıcı değildir. Bu bulgu, DMRnin, özellikle beyin de dahil olmak üzere, çoklu uç organ hasarı nedeniyle daha karmaşık bir biliş aşamasını temsil edebileceğini öne süren önceki araştırmalarla tutarlıdır. Hafif glikoz seviyelerinin bile sağlıklı bireylerde biliş üzerinde olumsuz bir etkisi olduğunu öne sürmenin yanı sıra, bulgularımız kritik bilişsel bölgeler, glikoz seviyeleri ve bilişsel performanslar arasında önemli korelasyonlar göstermede benzersizdir. Bu açıdan bakıldığında, kohortumuzun daha yüksek glikoz seviyeleri ile bozulmuş biliş arasındaki köklü bağlantıyı doğrulayabilmesi şaşırtıcı değildir. Kognitif disfonksiyon ve buna bağlı hafif beyin atrofisi ve semptomatik ve asemptomatik enfarktüslerin komplike olmayan tip 2 diyabette ilişkili olduğu bulgusu doğrulanmıştır, bu da bu hastaları genel kognitif disfonksiyon için yüksek bir risk altına sokmaktadır. Bu, sadece DMyi değil, aynı zamanda prediyabeti ve yüksek glikoz seviyelerini demans başlangıcına bağlayan son kanıtlarla desteklenmektedir. Bulgularımız T2DMnin seyri sırasında beyin bölgelerinin ilerleyici bir tutulumunu önerse de çalışma grupları arasında hipokampal hacimlerde anlamlı bir fark tespit etmedik, fakat bu da diyabetin önemli bilişsel işlev bozuklukları ile ortaya çıkan sonraki evrelerinde görülmüş olabilir. Bu bulgulara dayanarak, çekirdek kognitif kortikal bölgelere bağlı anahtar yapıların dejenerasyonunun diyabet sırasında erken dönemde ve retinopati gelişiminden önce meydana geldiği varsayılabilir. Başka bir deyişle, yukarıda açıklanan ve çalışma gruplarımızda da önemli değişikliklere uğrayan bölgeler, kortikal devrelerin belirli bilişsel işlevlerdeki kritik düzenleyici rolüne iyi uyan bilişsel ağın önemli bir bölümünü oluşturabilir. Oksipital polde anlamlı bir farklılık olmadığını gözlemlememiz, retinopatinin oksipital lob yapısal bütünlüğü üzerinde bir etkisinin olmadığı ve bilişsel işlev bozukluğunun retinopatinin bilişsel üzerindeki dolaylı etkisi dışında diğer kritik yapılarla ilişkili olduğu fikrini desteklemektedir. Mevcut çalışmanın sağladığı değerli bilişsel ve yapısal bilgilere rağmen, DMR grubumuz nispeten küçüktü ve daha büyük bir örneklem, özellikle DM ve DMR grupları arasındaki ince yapısal ve bilişsel farklılıklar açısından daha doğru sonuçlar verebilir. Bununla birlikte, bu çalışmanın özel bir gücü, özellikle karmaşık diyabet fazında, anormal HbA1c seviyeleri ile bilişsel bozukluklar için nörogörüntüleme kanıtları tespit etmemizdir. Çalışmamız, diyabet hastalarının karmaşık fazının erken teşhisinin olumsuz etkileri azaltmayı amaçlayan gelecekteki potansiyel müdahaleler için çok önemli olabileceğini ve böylece bu sorunların yönetimini iyileştirebileceğini düşündürmektedir.

SS - 108 NARKOLEPSİ HASTALARINDA BÖLGESEL BEYİN HACİM HESAPLANMASI VE KLİNİK KORELASYONU

AYAZ AMRALİYEV , SEVDA İSMAİLOĞULLARI, HALİL DÖNMEZ, GÜLİSTAN ESEL, GÖKMEN ZARARSIZ, İLAYDA YERLİTAŞ

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKULTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Narkolepsi, hızlı göz hareketlerinin (rapid eye movements: REM) görüldüğü uyku fazına anormal geçiş, ani başlayan artmış gündüz uykuluğu ve vakaların çoğunda katapleksi yani kas tonusunun ani kaybı ile karakterize bölgelerinde hacim ölçümler yapılmış. Tutarlı sonuçlar elde edilememiştir. Narkolepsi hastalarında farklı nöropsikolojik testler çalışılmış, fakat Sayı dizisi testi, Bussy Perry saldırganlık ölçeği, Barrat dürtüsellik ölçeği, Temel empati ölçeği çalışılmamıştır. Bizim bu çalışmadaki amacımız daha fazla narkolepsi hastasında beyin volümetrik ölçümünü birçok beyin bölgesini (bazal ön beyin, mezensefalon, pons, bulbus, talamus, hipotalamus, nükleus akkumbens, hipokampüs, prefrontal korteks, limbik sistem, amigdala) aynı anda değerlendirmek ve bu sonuçları nöropsikolojik testlerle (Stroop testi, Buss Perry saldırganlık ölçeği, Barrat dürtüsellik ölçeği, Hamilton depresyon ölçeği, Temel empati ölçeği, Sayı dizisi testi) korelasyonu sağlamaktır. Diğer çalışmalarda etkilenen beyin bölgelerindeki tutarsızlığın giderilmesi ve hastalığın patogenezinin daha iyi anlaşılmasına ışık tutmaktır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya İCSD-3'e göre narkolepsi tip-1 tanısı almış ek hastalığı olmayan 25 hasta, yaş ve cinsiyet uyumlu 25 sağlıklı kontrol alınmıştır. Hasta ve kontrol grubundaki bireylerin her birine volüm ölçümü için MRG çekildi ve nöropsikolojik testler yapıldı. 2.1. MRG Çekim Tekniği Çalışmada 3 Teslalık Philips MR cihazı kullanıldı. Üç boyutlu yüksek çözünürlüklü görüntüler için sT1_W_3D sekansıyla 345 kesit ve 1 mm kalınlığında görüntüler alındı. Yapısal hasarları görmek amacıyla 2D görüntüler üreten ve 3 mm kalınlığındaki T2 FLAIR sekansı da kullanıldı. Görüntü İşleme Elde edilen MR görüntüleri, VolBrain ve MRICloud programları ile analiz edildi. 2.1.1 VolBrain Web tabanlı, otomatik beyin segmentasyonu ve hacim ölçümü yapabilen ücretsiz bir platformdur. Araştırmacılar ve klinik uzmanlar için kullanışlıdır. 2.1.2 MRICloud Bulut tabanlı bir MRG yazılımıdır. Görüntüler buluta yüklendikten sonra otomatik işlenir ve analiz edilir. 2.2 Nöropsikolojik testler Stroop testi, Sayı dizisi öğrenme testi, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, Barratt dürtüsellik ölçeği, Temel empati ölçeği, Hamilton Depresyon Değerlendirme Skalası.

Bulgular:
25 katapleksili narkolepsi hastası ve yaş ve cinsiyet uyumlu 25 sağlıklı kontrol grubu çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar ve kontrol grubu arasında cinsiyet dağılım açısından anlamlı bir fark yok (her iki grupta da 13 kadın, 12 erkek). Hastaların yaş ortalaması 33.20 ± 9.92 iken, kontrol grubunun yaş ortalaması 33.76 ± 5.95tir. Hastalar, kontrol grubuna göre daha yüksek VKİye sahiptir. (28.87 ± 5.74 vs 25.03 ± 3.65; p=0.007)

Nöropsikolojik testler:
Epworth Uykululuk Ölçeği puanına göre hastaların uykululuk düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu göstermektedir (10-18 vs 1-3; p<0.001). Hastalar, kontrol grubuna göre daha yüksek Bussy Perry Saldırganlık puanlarına sahipti (39.48 ± 15.88 vs 29.96 ± 15.08; p=0,035). Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği puanı hastaların depresyon düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu göstermektedir (4-12 vs 0-3; p<0.001). Stroop Testindeki farklı bölümleri tamamlama süreleri hasta grubunun kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yavaş cevapladığı görülmüştür. Sırasıya bölüm3, bölüm 4, bölüm 5 (13.55sn, 17.43sn, 25.32sn vs 11.27sn, 13.77sn, 19.18sn; sırasıyla p=0.021, p=0.009 ve p=0.008). Bölüm 1 ve bölüm 2 de ise anlamlı farklar bulunmadı. Temel Empati ölçeği açısından hastalar ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Barrat Dürtüsellik ölçeği açısından hastalar ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Sayı Dizisi Test puanlarında hastalar ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Volümetrik ölçümler:
Pons sağ yarımında volümetrik ölçüm sonuçları hasta grubu volümlerinin kontrol gurubuna kıyasla anlamlı olarak düşük olduğu görüldü (7459 mm^3(7124-8155) vs (8173mm^3(7486-8754); p=0.070). Sol ve sağ hipokampüs CA1-3 volümetrik ölçüm sonuçları hasta grubu volümlerinin kontrol gurubuna kıyasla anlamlı olarak düşük olduğu

görüldü. Sırasıyla (2000mm^3(1860-2160) vs (2180mm^3(2060-2410); p=0.016/ (2160mm^3(2060-2570) vs 2340mm^3(2200-2520); p=0.050). Sol tarafta hastalar daha düşük puan almıştır. Diğer beyin bölgelerinde (bazal önbeyin, hipokampüs, talamus, nükleus akkumbens, hipotalamus, amigdala, prefrontal korteks, dorzolateral prefrontal korteks, cerebral korteks, mezensefalon, pons sol yarımı, bulbus, limbik sistem, hipokampus CA4-DG, hipokampüs subiculum) anlamlı hacim farkı saptanmamıştır.

Volümetrik ölçüm ve nöropsikolojik testler arasındakı korelasyon.
VKİ artarken stroop bölüm 4 süreleri artmış (p<0.05). Vki artarken sol prefrontal korteksi (p<0.05), sağ prefrontal korteks, sol serebral korteks (p<0.01), sağ serebral korteks (p<0.01), sol limbik sistem (p<0.05), sağ limbik sistem (p<0.01), sağ bazal ön beyin (p<0.05), sağ nükleus akkumbens (p<0.05), sağ amigdala (p<0.01) ve sağ hipokampüs CA1-3 (p<0.05) volümleri arasında pozitif korelasyon bulundu. Son bir yılda aldığı kilo artışı ile Stroop Bölüm 4 arasında güçlü bir pozitif korelasyon bulundu (p<0.01). Son bir yılda aldığı kilo artışı ile sol hipokampüs (p<0.05), sağ hipokampüs (p<0.05), Sol prefrontal korteks (p<0.05), sağ prefrontal korteks (p<0.05), Sol serebral korteks (p<0.01), sağ serebral korteks (p<0.01), sol limbik sistem (p<0.05), sağ limbik sistem (p<0.05), sağ nükleus akkumbens (p<0.05), sağ amigdala (p<0.01), sağ hipokampüs CA1-3 (p<0.01) volümleri arasında pozitif korelasyon bulundu. Katapleksi başlangıç yaşı ve Stroop bölüm 2 arasında pozitif korelasyon bulundu (p<0.05)
Epworth uykululuk skalası ile sol hipokampüs CA1-3 (p<0,01), sağ hipokampüs CA1-3 (p<0,05), sol hipokampüs CA4-DG (p<0,05), sağ hipokampüs subikulum (p<0,05) arasında negatif korelasyon bulundu. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği ile sol bazal ön beyin (p<0,05), sol talamus (p<0,05), sağ talamus (p<0,05), sol amigdala (p<0,05), sol pons (p<0,05), sağ pons (p<0,05), sağ mezensefalon (p<0,05) arasında negatif korelasyon bulundu. Stroop bölüm 1 ile sol nükleus akkumbens (p<0,05) ve sol prefrontal korteks (p<0,05) arasında pozitif korelasyon bulundu. Hastalık süresi ve Stroop bölüm 1 arasında negatif korelasyon bulundu (p<0.05). Uyku atakları başlangıç yaşı ile sol talamus (p<0.05) ve sağ prefrontal korteks (p<0.01) arasında negatif korelasyon bulundu.

Sonuç:
Narkolepsi hastalarında bazı beyin bölgelerinin hacminde azalmalar gözlemlenmiştir:
Sağ ve sol hipokampus CA1-3 bölgelerinin volümleri, sağlıklı kontrollere kıyasla daha küçüktür. Bu durum, narkolepsi hastalarındaki hafıza ile ilgili fonksiyon bozukluğuyla ilişkili olabilir.
Sağ pons bölgesindeki hacim azalması, narkolepsi hastalarındaki anormal REM inturizyonlarının sebebi olabilir.
Narkolepsi hastaları, kontrol gruplarına göre daha depresif bulunmuştur ve saldırganlık ölçeğinde daha yüksek puan almışlardır. Bu yüksek depresyon puanları, aşağıdaki beyin bölgelerinin küçüklüğü ile ilişkili bulundu.

SS - 109 OTOİMMÜN ENSEFALİT HASTALARINDA UYKU ŞİKAYETLERİ, POLİSOMNOGRAFİ BULGULARI VE HASTALIK SEYRİ İLE İLİŞKİSİ

ERDEM TÜZÜN [1], VUSLAT YILMAZ [1], DERYA KARADENİZ [2], UTKU OĞAN AKYILDIZ [3], DEMET İLHAN [4], AYŞEGÜL ŞEYMA SARITAŞ [5], AYŞIN KISABAY AK [5], AYLİN BİCAN DEMİR [6], HİKMET YILMAZ [5], FÜSUN DOMAÇ [7], AYŞE DENİZ ELMALI [8], ÜLKÜ DÜBÜŞ HOŞ [8], R.GÖKÇEN GÖZÜBATIK ÇELİK [9], VASFİYE KABELOĞLU [9], BENGİSU BİLGİN [9], DENİZ TUNCEL BERKTAŞ [10], BENGİ GÜL TÜRK [2], ŞAKİR DELİL [2], CENGİZ DİLBER [11], SEDEF TERZİOĞLU ÖZTÜRK [11], NAZ YENİ [2], ÇİĞDEM ÖZKARA [2], MURAT AKSU [12], CEM İSMAİL KÜÇÜKALİ [1], GÜLÇİN BENBİR ŞENEL [2]

[1] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ AZİZ SANCAR DENEYSEL TIP ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ
[2] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANADALI
[3] AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANADALI
[4] ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANADALI
[5] MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANADALI
[6] BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANADALI
[7] İSTANBUL ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[8] BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[9] BAKIRKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[10] KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANADALI
[11] KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ ÇOCUK HASTALIKLARI AD ÇOCUK NÖROLOJİSİ BİLİM DALI
[12] ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Otoimmün ensefalopati/ensefalitler (OE) son yıllarda giderek daha fazla önem kazanmaya başlayan, oldukça farklı nörolojik bulgular ile seyreden ve geniş bir spektruma sahip antikorlara bağlı olarak ortaya çıkan bir hastalıktır. Çalışmamızda, OE ile ilişkili olarak izlenen uyku bozukluklarının varlığı ve hastalık seyri ile ilişkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Ulusal çok merkezli çalışmamızda, son bir yıl içinde başvuran ve OE tanısı alan hastaların klinik özellikleri gözden geçirildi, hastaların uyku şikayetlerine yönelik sorgulamaları yapıldı ve polisomnografik incelemesi (PSG) yapılan hastalarda PSG parametreleri gözden geçirildi.

Bulgular:
Çalışmamızda toplam 142 hasta (76 kadın, %53,5 ve ortalama yaş 45,3±20,1 yıl [10-81 yıl]) OE ön tanısı ile sorgulandı. Hastaların %59,9'unda ensefalopati, %54,9'unda kognitif problemler, %43'ünde epileptik nöbetler, %59,2'sinde psikiyatrik/psikotik bulgular, %5,6'sında katatoni, %16,9'unda hareket bozuklukları, %19'unda otonom bulgular ve % 20,4'ünde endokrin bozukluklar mevcuttu. Uyku ile ilişkili şikayetler 110 hastada (%77,4) sorgulanabildi; buna göre hastaların %48,2'sinde insomni, %28,2'sinde gündüz aşırı uykululuk, %12,8'inde REM uykusu davranış bozukluğu (RDB), %6,4'ünde onereik stupor, %13,8'inde uyku apnesi ve %9,2'sinde huzursuz bacaklar sendromu (HBS) mevcuttu. Hastaların 83'ünde (%58,5) serum ve/veya BOS'ta antikor saptandı: %43,4'ünde anti-NMDAR, %33,7'sinde anti-LGI-1/CASPR2, %6'sinde anti-GAD, %6'sında anti-GABA-B, %4,8'inde anti-VGKC, %3,6'sında anti-IgLON5, %1,2'sinde anti-Ri ve %1,2'sinde anti-Hu antikorları saptandı. Hastalarda intravenöz metilprenizolon, intravenöz immünoglobülin, plazmaferez ve immün baskılayıcı tedaviler farklı süre, doz ve kombinasyonlarda kullanıldı. Hastaların ortalama takip süresi 19,8+22,4 ay olarak hesaplandı. Takiplerde 5 hastanın (%3,5) exitus olduğu, 17 hastada ise (%12) hiç fayda görülmediği izlendi. Fayda gören grupta, 47 hastada (%69,1) kısmi, 43 hastada (%30,3) tam fayda izlendi. Maksimum modifiye Rankin skoru (mRS) 2,6±1,2 puan, hastaların son kontroldeki ortalama mRS puanları ise 1,5±1,4 puan olarak hesaplandı. Antikor(+) olan hastalar, anti-NMDAR antikoru(+) olanlar, anti-LGI-1/CASPR2 antikoru(+) olanlar ve diğerleri şeklinde 3 grupta incelendi. Anti-NMDAR antikoru(+) olanların %50'si erkek, anti-LGI-1/CASPR2 antikoru(+) olanların %60,7'si erkek, diğer grubun ise %40'ının erkek olduğu görüldü (p=0,117). Anti-NMDAR antikoru(+) olan hastaların ortalama yaşı 37,4±18,2 yıl, anti-LGI-1/CASPR2 antikoru(+) olan hastaların 46,0±20,2 yıl ve diğer grubun yaş ortalaması 50,2+20,2 yıl idi (p=0,027). Uyku ile ilişkili şikayetler değerlendirildiğinde insomni %44,4, %48,1 ve %77,8 (p=0,048); gündüz aşırı uykululuk %30,6, %25,9 ve %38,9 (p=0,653); RDB %5,6, %22,2 ve %27,8 (p=0,049);

onereik stupor %8,3, %7,4 ve %11,1 (p=0,678); uyku apnesi %5,6, %25,9 ve %16,7 (p=0,068) ve HBS %5,6, %14,8 ve %11,1 (p=0,457) oranında mevcuttu. PSG parametreleri açısından incelendiğinde uyku etkinliği ve periyodik ekstremite hareketleri indeksi (PEHİ) gruplar arasında anlamlı farklılık gösterdi, diğer PSG parametreleri anlamlı farklı değildi. Uyku etkinliği anti-NMDAR antikoru(+) olanlarda 77,0±11,8 dk, anti-LGI-1/CASPR2 antikoru(+) olanlarda 69,5±20,9 dk, diğer grupta ise 55,9±14,8 dk (p=0,044); PEHİ ise sırasıyla 8,7±9,5/sa, 24,6±22,2/sa ve 2,5±3,7/sa idi (p=0,045). Anti-NMDAR antikoru(+) olan hastaların 1'inde (%14,3), anti-LGI-1/CASPR2 antikoru(+) olanların 9'unda (%37,5), diğer grupta ise 3 hastada (%50) atonisiz REM uykusu mevcuttu (p=0,232). Tedaviden tam fayda oranları anti-NMDAR antikoru(+) grupta %59,4, anti-LGI-1/CASPR2 antikoru(+) olan grupta %37,0, diğer grupta ise %36,8 idi (p=0,087); exitus olan 5 hastanın 1'i anti-NMDAR antikor(+) olan grupta, 1'i anti-LGI-1/CASPR2 antikoru(+) olan grupta, 3'ü ise diğer grupta yer aldı. Maksimum ve son kontroldeki ortalama mRS puanları gruplar arasında anlamlı farklılık göstermedi (p=0,866 ve p=0,704). Antikor(+) olan tüm grupta uyku şikayetlerinin varlığı ile prognoz karşılaştırıldığında, en yüksek oranda tam fayda gören grupta insomni (p=0,020) ve uyku apnesi (p=0,032) daha sık iken, fayda görmeyen grupta ise gündüz aşırı uykululuk şikayetleri (p=0,033), RDB ve onereik stupor (p=0,001) daha sıktı. HBS varlığı anlamlı farklılık göstermemekle birlikte, fayda gören grupta daha sık olduğu görüldü (p=0,310). PSG parametreleri ile fayda oranları arasında anlamlı farklılık saptanamadı.

Sonuç:
Çalışmamızda, uyku ile ilişkili şikayetlerin, OE hastalarında genel popülasyondan çok daha yüksek sıklıkta olduğu görülmüştür. İnsomni ve gündüz aşırı uykululuk sıklığı NMDAR antikor(+) ve anti-LGI-1/CASPR2 antikor(+) olanlar arasında benzerdi; RDB ise anti-LGI-1/CASPR2 antikor(+) olanlarda daha sıktı. Anti-LGI-1/CASPR2 antikoru(+) olanlarda ise PSG'de PEHİ anlamlı düzeyde yüksekti. Gündüz aşırı uykululuk şikayetleri, RDB ve onereik stupor olan hastalarda fayda görme oranı anlamlı olarak daha düşüktü.

SS - 110 ERİŞKİN YAŞ GRUBUNDA HUZURSUZ UYKU BOZUKLUĞU: YENİ BİR KLİNİK ANTİTEYE DOĞRU

MERVE AKTAN SÜZGÜN , GÜLÇİN BENBİR ŞENEL , DERYA KARADENİZ

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, UYKU VE BOZUKLUKLARI BİRİMİ

Amaç:
Pediatrik popülasyonda uykuda büyük beden hareketlerinin arttığı huzursuzluk haliyle ve gündüz işlevselliğinin etkilenmesiyle karakterize "Huzursuz Uyku Bozukluğu" 2018 yılında tanımlanmıştır. Ancak bu bozukluğun erişkinlerdeki geçerliliği henüz bilinmemektedir. Bu çalışmada mevcut tanı kriterleriyle uyku bozukluğu tanısı almayan popülasyonda subjektif uyku yakınmalarıyla ve makro-uyku parametreleriyle büyük beden hareketleri arasındaki ilişkisi değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya 09/2022-08/2023 arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Uyku ve Bozuklukları biriminde polisomnografi yapılan hastalardan sistemik/nörolojik hastalığı olmayanlar ve uyku yapısını etkileyen ilaç kullanmayanlar dahil edilmiştir. Bu hastalardan "normal", "insomni", "santral hipersomni", "obstrüktif uyku apnesi", "parasomni", "huzursuz bacaklar sendromu/periyodik ekstremite hareket bozukluğu" alt-grupları oluşturularak rutin polisomnografi incelemelerine ilaveten büyük beden hareketleri skorlanmıştır.

Bulgular:
753 polisomnografi tetkiki içerisinden dahil edilme kriterlerine uyan 103 katılımcı (E/K:57/46, ortalama yaş 40,7±12,0) çalışmaya alınmıştır. Çalışma popülasyonunda büyük beden hareketlerinin ortalama süresi 20,4±2,5sn; total büyük beden hareketleri indeksi 7,5±3,4/saat; arousalla ilişkili büyük beden hareketleri indeksi 4,6±3,0/saat; uyanmayla ilişkili büyük beden hareketleri indeksi 2,6±1,2/saat ve anormal solunum olaylarıyla ilişkili büyük beden hareketleri indeksi 2,1±2,9/saatir. Büyük beden hareketlerinin sıklığı NREM1>REM>NREM2>NREM3 şeklinde sıralanmıştır. "Normal" alt-grubunda total büyük beden hareketleri serum ferritiniyle negatif yönde (β=-0,432,p=0,002), arousalla ilişkili büyük beden hareketleri ise total demir bağlama kapasitesiyle pozitif yönde ilişkili (β=0,448,p=0,003) saptanmıştır. "Normal" alt-grubunda ortalama büyük beden hareketleri süresinin 19,0 saniyeden uzun ve NREM3'teki büyük beden hareketleri indeksinin 3,6/saatten yüksek olması kötü uyku kalitesini yordamıştır.

Sonuç:
Bu çalışmada mevcut tanı kriterleriyle uyku bozukluğu tanısı almayan popülasyonda kötü uyku kalitesiyle ilişkilendirilebilecek büyük beden hareketleri kesme değerleri belirlenmiştir. Dolayısıyla büyük beden hareketlerinin skorlanması, bilhassa polisomnografi tetkiki mevcut skorlama kriterleriyle "normal" olarak sonuçlanan kişilerde subjektif uyku yakınmalarının, demir replasmanı başta olmak üzere uykudaki artmış hareketliliği azaltmaya yönelik yaklaşımlarla tedavi edilebilmesi açısından önemlidir.

SS - 111 EPİLEPSİ HASTALARINDA UYKU BOZUKLUKLARI VE SIKLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

İLKNUR GÜÇLÜ ALTUN [1], GÜLİN SÜNTER [2], KADRİYE AĞAN [2]

[1] *ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*

Amaç:
Epilepsi ve uyku arasında antik çağlardan beri bilinen, birbirlerini etkileyen çift yönlü bir ilişki vardır. Nöbet sıklığı ve nöbet önleyici ilaçlar uyku yapısını ve etkinliğini değiştirebildiği gibi, uyku bozuklukları da epileptik nöbetleri tetikleyebilir. Epilepsi hastalarında uyku bozukluklarının görülme sıklığının arttığı bilinmektedir.

Gereç ve Yöntem:
Epilepsi polikliniğinden en az iki yıldır düzenli takip edilen hastalar ve sağlıklı kontrol grubu yüz yüze görüşme ile değerlendirilmiştir. Psikiyatrik ve uyku bozukluğuna neden olacak sistemik hastalığı bulunan, alkol, madde ve antidepresan-antipsikotik kullanan kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir. Hastaların demografik özellikleri, epilepsi hastalık süresi, nöbet tipleri, nöbet sıklığı, kullandıkları antinöbet ilaçlar, uykuda nöbet varlığı kaydedilmiştir. Hasta ve sağlıklı kontrol grubuna Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKI), Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Huzursuz Bacaklar Sendromu Tanı Kriteri Anketi, Uykusuzluk Şiddeti Anketi, REM Uyku Davranış Bozukluğu –Hong Kong Anketi (RBDQ-HK), Stop- Bang Anketi uygulanmıştır.

Bulgular:
Çalışmaya 153 hasta ve 133 sağlıklı kontrol grubu alındı. Hasta grubunun 91'i kadın 62'si erkek; kontrol grubunun 48'i erkek 85'i kadındı. Hastaların yaş ortalaması 32,29±11,04; kontrol grubunun yaş ortalaması 35,41±9,83'dü. Hastalık süresi ortalama 12,4±9,95 yıl, nöbet sıklığı ortalama 5,19±10,3 yıl olarak bulundu. Hastaların 64'ü fokal, 89 'u jeneralize epilepsi ile takipliydi.. Hastaların 79'u uykuda nöbet bildirdi. Uyku kalitesi, insomni, huzursuz bacak sendromu açısından hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Epilepsi hastalarında gündüz aşırı uykululuk, depresyon ve anksiyete kontrol grubuna göre fazla saptandı. Hastalarda REM uyku davranış bozukluğu ve OUAS riski kontrol grubuna göre yüksekti.

Sonuç:
Uyku kalitesi düşük olan epilepsi hastasında sebebin primer uyku hastalığına mı epileptik nöbetlerin tetiklediği bir bozukluk mu olup olmadığının ayrımı önemlidir. Uyku bozukluklarının tanınması ve tedavisi epileptik nöbetlerin kontrolünü ve yaşam kalitesinin artmasını kolaylaştırır. Benzer şekilde epileptik nöbetlerin kontrolü de uyku fragmantasyonunu azaltarak uyku kalitesinin arttırır.

SS - 112 OBSTRUKTİF UYKU APNE SENDROMU, OBEZİTE VE KAROTİS ATEROSKLEROZU ARASINDAKİ ETYOLOJİK İLİŞKİ

YILDIZ ARSLAN [1], MERDA ERDEMİR IŞIK [2], BURAK PAKÖZ [3]

[1] İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] İZMİR MEDICANA INTERNATIONAL HOSPİTAL
[3] ÖZEL KLİNİK

Amaç:
Obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS), serebral küçük damar hastalığı, serebral ateroskleroz yükü ve inme gelişimi için bağımsız bir risk faktörüdür. OSAS ile serebrovasküler (SV) komplikasyonlar arasındaki ilişkinin altında yatan mekanizmalar çok faktörlü ve karmaşıktır. Bunun temel nedeni OSASın sıklıkla obezite, metabolik bozukluklar, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, dolaşım yetmezliği ve karotis aterosklerozu gibi eşlik eden hastalıklarla ilişkili olması ile SV sistemin olumsuz etkilenmesidir. Hayvan modelleri ve klinik veriler üzerine yapılan çok sayıda çalışmadan elde edilen kanıtlar, OSASın ateroskleroz gelişimi üzerinde doğrudan veya dolaylı bir etkisi olduğunu ileri sürmekte ve OSASın yeni bir kardiyovasküler risk faktörü olduğunu ileri sürmektedir. Öte yandan, çeşitli epidemiyolojik çalışmalar obezite ile karotis plakları veya karotis intima media kalınlığı olarak tanımlanan karotis hastalığı ile genel mortalite, kardiyovasküler hastalıklar ve inme arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir. Obezitenin erken aterosklerotik değişiklikleri hızlandırdığı bilinmektedir ve kardiyovasküler hastalıklar için iyi bilinen bağımsız bir risk faktörüdür. Karotis aterosklerozu (KA) ile obezite ve OSAS arasında karşılıklı ve karmaşık bir etkileşim vardır. Bu çalışmada OSAS'lı hastalarda karotis aterosklerozu ile obezite arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
Bu retrospektif çalışmada, Eylül 2020 - Haziran 2023 tarihleri arasında nöroloji ve göğüs hastalıkları polikliniğine uyku apne sendromu nedeniyle başvuran ve polisomnografi(PSG) kaydı için gece yatırılan hastaları inceledik. PSG sonuçlarımıza göre orta ve ağır derecede OSAS olanlar ve son altı ay içerisinde herhangi bir nedenle iki taraflı karotis arter doppler USG (K-DUSG) yapılan hastalar çalışma grubuna dahil edildi. Kontrol grubu nöroloji polikliniğine başvuran, K-DUSG uygulanan ve dışlama kriterlerini karşılayan hastalar arasından seçildi.
Tüm hastaların Beden Kitle İndeksi (BKİ) ağırlık (kg) / boy (m2) olarak hesaplandı. BMI > 30 kg/m2 olan hastalar Dünya Sağlık Örgütü (WHO) kriterlerine göre obez olarak kabul edildi. Akut veya kronik üst solunum yolu veya akciğer enfeksiyonu olanlar, ağır derecede obstrüktif veya restriktif akciğer hastalığı, akut-subakut inme ve miyokard enfarktüsü (MI) veya majör kronik inme ve MI, kalp veya böbrek yetmezliği olan hastalar ile son 6 ay içinde majör cerrahi operasyon geçiren hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Bulgular:
Çalışmaya dahil edilme ve dışlanma kriterlerine uygun orta veya şiddetli OSAS saptanan 47 hasta ve OSAS olmayan ve K-DUSG yapılan 40 hasta çalışmaya alındı.Çalışma grubunun yaş ortalaması 55,63±11,39, kontrol grubunun yaş ortalaması ise 60,67±12,87 idi (p>0.05). Çalışma grubu (n:47) cinsiyet: erkek (E)/ kadın (K): 38/9, kontrol grubu (n:40) cinsiyet: E/K: 24/16 olarak saptandı.
Gruplar arasında cinsiyet ve obezite açısından anlamlı fark tespit edildi (p=0,032 ve p=0,026 sırasıyla). Çalışma grubunda erkek cinsiyet ve obezite (BKİ>30 kg/m2) olan hasta sayısı daha fazlaydı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (P<0,05). Çalışma ve kontrol grupları arasında laboratuvar testleri açısından anlamlı fark saptanmadı.
Ayrıca çalışma grubunu da ayrı analiz ederek grubu; orta ve ağır OSAS olarak ikiye ayırdık. PSG sonuçlarımıza göre 18 hastada orta derecede OSAS, 29 hastada ise ağır OSAS vardı. İki grup arasında anlamlı fark yoktu, ancak ağır OSAS grubunda sadece HT olan hasta sayısı daha fazlaydı (19 /7), fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,074). Orta ve ağır OSAS grupları arasında laboratuvar testleri açısından da anlamlı fark saptanmadı, sadece ağır OSAS grubunda lökosit yüksekliği görüldü.ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,067).
Tüm yapılan istatistiksel analizlerde gruplar arasında karotis aterosklerozu açısından anlamlı fark saptanmadı, gruplar arasındaki dağılım benzerdi.

Sonuç:
OSAS, obezite ve ateroskleroz arasındaki ilişki çeşitli çalışmalarda tanımlanmıştır. Literatürde, uyku apnesinin çoğunlukla arteriyel kan basıncının yükselmesi, otonomik fonksiyon bozukluğu, lipit ve glikoz metabolizmasındaki değişiklikler yoluyla kardiyovasküler sistem (KV) üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğunu gösterilmiştir. Uyku apnesinin neden olduğu kronik aralıklı hipoksi, proinflamatuar eğilime yol açan ateroskleroz için bağımsız bir risk faktörü olabilir.Öte yandan obezite OSAS gelişimi için en sık belgelenen risk faktörüdür. BKİ >40 kg/m2 olan popülasyonda OSAS prevalansının %40 ile 90 arasında olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızda genel popülasyona benzer şekilde orta-ağır OSASlı hastalarda obezite (BKİ>30kg/m2) kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla görüldü (p=0,026). Obezite karotis plak instabilitesi ve ilerlemesi ile ilişkili olabilir, ancak karotis semptomatolojisi ile ilişkisi kanıtlanmamıştır ve gelecekteki çalışmalarda araştırılması gerekmektedir. Çalışmamızın sonuçları literatürden farklı olarak OSASın karotis aterosklerozu için bağımsız bir risk faktörü olamayabileceğini, ateroskleroz üzerindeki etkisinin obezite ve OSASın tetiklediği komorbiditeler ve vasküler risk faktörleri ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Obezite OSAS grubunda daha sık görülmesine rağmen, karotis aterosklerozu veya stenozu olan hasta sayısının her iki grupta benzer olması, iyi bilinen vasküler risk faktörlerinin ve komorbiditelerin aterogenezis üzerinde öncelikli etkisinin olabileceğini düşündürmektedir. OSASın aterosklerozu arttırmasının altında yatan esas mekanizmanın açıklığa kavuşması için enflamatuar faktörler, vasküler risk faktörleri ve komorbiditeler (HT, DM,HL ve obezite gibi) ile arasındaki ilişkinin çok yönlü olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Bunun için prospektif randomize geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

SS - 113 GEBELİKTE HUZURSUZ BACAKLAR SENDROMU

ZEYNEP SOYMAN [1], BERNA ENGÜZEL [1], ÖZLEM AKDOĞAN [2]

[1] *SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM KLİNİĞİ*
[2] *SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ*

Amaç:
Huzursuz Bacaklar Sendromu (HBS), bacaklarını hareket ettirme dürtüsüyle ortaya çıkan, duyusal ve motor semptomlarla seyreden, kronik, ilerleyici veya tekrarlayıcı bir sensoriomotor hastalıktır. HBS ile uyku bozuklukları arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Çalışmanın amacı gebe kadınlarda HBS ile ilişkili olabilecek faktörleri ve HBSnin uyku kalitesine etkisini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmamıza Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümüne başvuran 18-45 yaş arasındaki 370 gebe çalışmaya dahil edildi. Gebeler HBS olan ve olmayan olarak iki gruba ayrıldı. Tüm olguların demografik verileri ve biyokimyasal değerleri kaydedildi. Ek olarak Jenkins uyku skalası (JUS) ve Epworth uykululuk skalası (EUS) uygulandı. HBS olan (n=112) ve olmayan grup (n=258) arasında kaydedilen parametreler karşılaştırıldı. HBS tanısı Uluslararası Huzursuz Bacaklar Sendromu Çalışma Grubu (IRLSSG) kriterlerine göre konuldu ve HBS şiddeti değerlendirildi.

Bulgular:
HBS olan grupta uyku bozukluğu olan gebe oranı (%23,2), HSB olmayan gruptan (%2,3) anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). HBS olan grupta JUS ve EUS değerleri, HSB olmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). Hemoglobin ve TSH değerleri her iki grup arasında anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).

Sonuç:
HBS gebelikte uyku kalitesinde azalmaya ve gündüz uykululuk düzeyinde artmaya katkıda bulunan bir faktördür. Sağlık çalışanlarının gebelikte HBS ve etkileri açısından farkındalığı arttırılmalıdır.

SS - 114 SABAH BAŞAĞRISI YAKINMASI OLAN HASTALARDA OBSTRÜKTİF UYKU APNE SENDROMU VARLIĞININ ARAŞTIRILMASI

METE AYKUT GÜNİKEN , GÜLDENİZ ÇETİN , MELEK ÇOLAK ATMACA , MURAT MERT ATMACA , ÖZDEM ERTÜRK ÇETİN

SBÜ SANCAKTEPE ŞEHİT PROF. DR. İLHAN VARANK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
Sabah başağrısı obstrüktif uyku apne sendromunun (OUAS) önemli semptomlarından birisidir. Ancak primer başağrılarında da, hem primer başağrısının bir parçası, hem de bağımsız olarak OUAS ile ilişkili olarak görülebilmektedir. Primer başağrısı olan hastalarda sabah başağrısı OUAS ile ilişkili olduğunda gözden kaçabilmektedir. Bu çalışma ile nöroloji klinik pratiğinde OUAS ilişkili başağrılarının erken tanınması ve erken tedaviye yönlendirilmesi açısından farkındalık yaratılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Bu çalışmaya Ocak 2023-Haziran 2023 tarihleri arasında başağrısı polikliniğine başvuran hastalardan sabah başağrısı tarifleyen hastalar dahil edilmiştir. Sabah başağrılarının diğer olası risk faktörleri (primer başağrısı sendromu, depresyon, alkolizm, hipertansiyon, insomni, ilaç kullanımı) sorgulanmıştır. OUAS taraması için Berlin anketi uygulanmıştır. Sabah başağrısı varsa; lokalizasyon, niteliği, süre, sıklık, şiddeti, eşlik eden özellikler, analjezik kullanımı değerlendirildi. Sabah başağrısına neden olabilecek depresyonun varlığını değerlendirmek amacıyla Beck Depresyon Ölçeği kullanıldı.

Bulgular:
Başağrısı polikliniğine bir yıl boyunca 480 hasta başvurdu. Bu hastaların 47 kadarında sabah başağrısı saptandı. Sabah başağrısı olan hastaların 18 (%38) 'inde primer başağrısı da vardı. Hastaların yaş ortalaması 47,6 (22-66) idi. Kadın/erkek oranı 34/13 idi. Hastaların 20'sinde her sabah, geri kalanında sıklıkla sabah baş ağrıları olmaktaydı. Ağrı 42 hastada sabah kalkar kalkmaz hemen başlamaktaydı.Hastaların %42'sinda Berlin anketinde yüksek skor saptandı. Primer başağrısı olmayan grupta %43'ünde Berlin anketi anketi yüksek saptandı. Primer başağrısı olanlarda ise %25'inda Berlin Anketi yüksek saptandı. Hastaların %74'ünün ağrıları 4 saatten uzun sürmekteydi. 28 hastanın sabah başağrısı zonklayıcı karakterde (%59), 19 hastanın basınç-sıkıştırıcı karakterdeydi (%40). Primer başağrısı olan ve olmayan grup arasında ağrı karakter ve süresi açısından anlamalı fark izlenmedi. Hastaların 18'i (%38) hipertansiyon tanılıydı ve bunun için ilaç kullanmaktaydılar. Hastaların 21'inde (%44) insomnia vardı. Hastaların 12'si (%25) huzursuz bacaklar sendromu semptomları tarifllemekteydi.

Sonuç:
Sabah başağrısı ile OUAS arasındaki ilişkiyi açıklamak için çeşitli patofizyolojik teoriler öne sürülmüştür. Ağrı hissinin, kan oksijen doygunluğundaki (SpO_2) azalmayla oluşan hipoksemiye, karbondioksit kısmi basıncındaki artışa bağlı serebral vazodilatasyona ve aynı zamanda uykunun bölünmesine neden olan tekrarlayan apnelerin sonuçlarına bağlı olarak ortaya çıktığı varsayılmaktadır. Ancak bu tip başağrısının kesin nedeni hala belirsizliğini korumaktadır. Sabah başağrısı spesifik bir semptom değildir ve anksiyete, depresyon, sirkadiyen ritim bozuklukları, , arteriyel hipertansiyon gibi diğer birçok hastalığın belirtisi olarak karşımıza çıkabilmektedir.
Sabah başağrısı olan hastaların %12-41,7sinde polisomnografik (PSG) değerlendirme ile OUAS olduğu gösterilmiştir. OUAS tedavi edildiğinde başağrısının kaybolması OUASın sabah baş ağrısındaki nedensel rolünü desteklemektedir. Bizim çalışmamızda da sabah başağrısı olanlarda OUAS riski yüksek saptanmakla beraber primer başağrısı olanlarda skorlar daha düşük saptanmıştır. Bu bulgu izole sabah başağrısı olanlarda OUAS riskinin yüksek olduğunu düşündürmekle beraber primer başağrısı olanlarda sabah başağrılarının daha çok başağrısı sendromuyla ilişkili olabileceğini düşündürmüştür.

SS - 115 BAŞ DÖNMESİ ŞİKAYETİ OLAN VE SANTRAL PATOLOJİ DÜŞÜNÜLEN HASTALARDA VİDEONİSTAGMOGRAFİ VE NÖROLOJİK/NÖRORADYOLOJİK DEĞERLENDİRMELERİN İNCELENMESİ

BAHAR ERBAŞ [1], ÇİĞDEM KALAYCIK ERTUGAY [2]

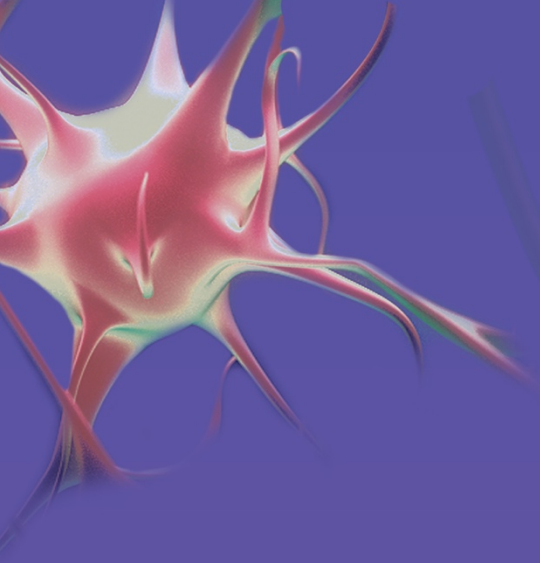
[1] ATAŞEHİR FLORENCE NİGHTİNGALE HASTANESİ, NÖROLOJİ BÖLÜMÜ
[2] ATAŞEHİR FLORENCE NİGHTİNGALE HASTANESİ, KULAK BURUN BOĞAZ HASTALIKLARI

Amaç:
Baş dönmesi (BD) şikayeti ile hastanemize başvuran ve hikayesi veya videonistagmografi (VNG) bulguları ile olası santral patoloji düşünülen hastaların nörolojik/nöroradyolojik değerlendirmeleri ile VNG bulgularının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Aralık-2022 ve Temmuz-2023 tarihleri arasında, Kulak Burun Boğaz (KBB) ve Nöroloji polikliniklerinde ortak olarak değerlendirilen ve BD şikayeti olan hastaların anamnez, muayene, nöroradyolojik inceleme ve VNG sonuçları retrospektif olarak kaydedilerek analiz edildi.

Bulgular:
Çalışmaya yaş ortalaması 42,92±13,95 (17-78) olan, 76 hasta (54 K/22 E) dahil edildi. Santral etyolojiyi düşündüren, en sık rastlanılan VNG bulgusu vertikal nistagmustu. En sık rastlanılan ek nörolojik şikayet ise baş ağrısıydı (33 hasta; %43,5), bu hastaların 15'inde migren mevcuttu. Sekiz hastanın (%12,7) kranyal MR bulguları VNG bulguları ile ilişkili, 10 hastanın (%15,9) olası ilişkili bulundu. Karotis-vertebral arter dopler incelemesi yapılan hastaların 15'i (%28,3) patolojik olarak raporlanmıştı (en sık vertebro-baziller sistem yetmezliği-VBY), 12 hastada ise VBY olmaksızın belirgin (taraflar arası iki katın üzerinde)-asimetrik akım farkı saptandı. Asimetrik akım saptanan hastalardaki en sık VNG bulgusu posterior kanal benign paroksismal pozisyonel vertigo ile uyumlu bulgulardı. Yedi hastada santral, 39 hastada periferik ve santral etyolojiler düşünüldü, dört hastada ise herhangi bir etyoloji saptanamadı.

Sonuç:
Çalışmamızda santral etyoloji düşünülen BD hastalarında migren en sık rastlanan nörolojik tanıdır. VBY olmaksızın asimetrik vertebral arter akım varlığının santral etyolojiler açısından olası bir sebep olarak değerlendirilmesi önerilir.



SÖZEL OLGU BİLDİRİLERİ

Cumhuriyetimizin 100 Yılı Bilimin Işığında

SOS - 1 İZOLE GÖRME KAYBI İLE SEYREDEN BİR SUBAKUT SKLEROZAN PANSENSEFALİT OLGUSU: OPTİK KOHERANS TOMOGRAFİDEN TANIYA

CEM DİNLER [1], ELİF İREM TEKELİ [1], SEYDA ERDOĞAN [1], BENSU SEZER [2], FATİME NİLÜFER YALÇINDAĞ [2], CANAN TOGAY IŞIKAY [1]

[1] ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GÖZ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Giriş:
Subakut sklerozan panensefalit (SSPE) nadir görülen bir hastalıktır. Burada izole görme kaybı ile başvuran, optik koherans tomografi (OCT) incelemesinde 'güve yeniği görüntüsü' tespit edilmesi üzerine SSPE tanısı konulan bir hasta sunulmaktadır.

Olgu Sunumu:
Yirmi dokuz yaşında kadın hasta, sol gözde akut başlangıçlı görme kaybı nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde 2 yıl önce hamilelik döneminde sağ gözde görme bozukluğu vardı. Göz Hastalıkları tarafından değerlendirilen hastanın görme keskinliği sağda 0.12, solda 0.10 idi, solda relatif aferent pupil defekti izlendi. Renkli görmesi sağda 6/12, solda 8/12 idi. Fundus muayenesinde sağ gözde pigmente skar ve sol makulasında sınırları belirgin parlak bej/sarı nekrotizan retinit lezyonu görüldü. Optik koherans tomografide sağda iç ve dış retinal tabakalarda düzensizlik, sol retinada SSPE için spesifik olarak değerlendirilen 'güve yeniği görüntüsü' şeklinde kavernöz nekroz izlendi. Kliniğimize konsülte edilen hastanın beyin MRG incelemesinde bilateral temporobazalde subkortikal ayrıca medial temporal bölgede ve amigdalada T2AG ve FLAIR sekansta hiperintensite izlendi. EEG'de aralıklı jeneralize teta paroksizmleri vardı. BOS'da kızamık IgG düzeyi >230 U/Ml saptanması üzerine SSPE tanısı konuldu. Hastaya 5 gün IVIG tedavisi verilerek, sonrasında da ayda bir alacak şekilde idamesi planlandı. IVIG sonrasında hastanın renkli görmesi tamdı. Ayrıca IFN- β1a ve inozin pranobeks başlandı. Dokuz aydır takip edilen hastanın son muayenesinde görme keskinliği sağda 20/25, solda ise 20/50 idi ve ek bir yakınması yoktu.

Tartışma:
Burada nöro-oftalmolojik bulgular ile başvuran erişkin başlangıçlı bir SSPE hastası sunulmuştur. Tanıda OCT, retinitin diğer nedenlerinin ayrımında kritik bilgiler sağlamış, tanı olarak bizi SSPE'ye yönlendirmiştir. Akut dönemde verilen 5 gün IVIG tedavisi ile klinik olarak anlamlı bir düzelme görülmüştür. SSPE hastalarının yönetiminde akut dönemde IVIG tedavisinin faydalı olabileceği ve idamede alfa interferon bulunamayan durumlarda beta interferon kullanılabileceği akılda tutulmalıdır.

SOS - 2 RİBOFLAVİN TAŞIYICI EKSİKLİĞİ: İKİ NADİR GÖRÜLEN OLGU SUNUMU

HELİN KÖKMEN , HÜRREM EVREN BORAN , BÜLENT CENGİZ , HİDAYET REHA KURUOĞLU

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Riboflavin taşıyıcı eksikliği olarak tanımlanan Brown Vialetto Van Laere (BVVL) ve Fazio-Londe Hastalığı(FLH), kraniyal nöropati, ilerleyici bulber palsi (disfaji, disfoni, dil atrofisi) ile karakterize nadir görülen, kalıtsal nörodejeneratif hastalıklardır. Merkezimize başvuran erişkin başlangıçlı riboflavin taşıyıcı eksikliği özelliklerine sahip iki olgu sunulacaktır.

Olgu 1: 54 yaşında erkek hasta, bir yıldır olan yutma bozukluğu, konuşma bozukluğu, sol göz kapağında düşme şikayetiyle başvurdu. Yakınmalar giderek ilerlemiş. İlk muayenesinde konuşma dizartrik, sağda belirgin bilateral pitoz, hafif fasyal dipleji mevcuttu. Kas tonus gücü normal, yüzeyel-derin duyu normal, derin tendon refleksleri normoaktif, serebellar testler becerikli, yürüyüş normaldi. Özgeçmişinde; geçirilmiş peptik ülser operasyonu mevcuttu. Soygeçmişinde özellik yoktu. Hastaya okulobulber paralizi nedeniyle Miyastenia Gravis ön tanısıyla yapılan repetetif sinir uyarımı testinde Abduktor digiti quinti kasında 50 Hz uyarı ile anlamlı dekrement yanıt izlendi. İstemli kası yöntemiyle sağ frontalis kası konsantrik jitter analizinde incelenen potansiyellerin 9unda (%45) jitter anormaldi ve ortalama jitter artmıştı. Periferik kandan gönderilen Ach Reseptör ve Anti Musk antikoru negatif izlendi. Beyin MRG çekildi: normal izlendi. Motor nöron hastalığı ön tanısı ile yapılan elektromiyografisinde(EMG) tibialis anterior kasında akut denervasyon bulgusu dışında anlamlı patoloji izlenmedi. Hastaya seronegatif myastenia gravis tanısıyla 5 gün intravenöz immunglobulin (IVIG) tedavisi verildi. Sonrasında oral prednizolon tedavisi başlandı. Yapılan yutma testinde oral alması uygun bulunmadı. Yutma güçlüğü olan hastaya perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) açılarak beslenmesi sağlandı. Hastadan gen analizi gönderildi: SLC52A2 geninde C.622G>C (p.A208P) heterozigot mutasyon izlendi. Riboflavin 3x100mg başlandı, prednizolon azaltılarak kesildi. Riboflavin tedavisinden 6 hafta sonra yutma düzelmişti: su içiyor, katı gıdaları yutabiliyordu. Riboflavin tedavisinden 10 hafta sonra konuşma zorluğu devam ediyordu, PEG'den gıda almıyordu. Tanı/tedaviden 4 yıl sonrasında yapılan muayenesinde bilateral işitme kaybı, pitozis, fasial güçsüzlük mevcuttu. Derin tendon reflekslerinde; patella ve aşil refleksleri hipoaktif, diğer refleksleri abolik. Palmomental refleks solda pozitif, Parmak fleksör refleksi bilateral pozitifti. Hastaya kontrol motor nöron protokollü yapılan EMG'de, ilk EMG den farklı olarak motor nöron hastalığı için tipik olan yaygın denervasyon izlendi. Riboflavin tedavisine devam edildi.
Olgu 2: 51 yaşında kadın hasta, 4 yıldır olan yutma bozukluğu şikayeti olup aspirasyon pnömonisi ile başvurdu. İlk muayenesinde konuşma dizartrik, dil gücü zayıftı, öğürme refleksi alınmıyordu. Derin tendon refleksleri global canlı, Hoffman refleksi bilateral pozitif, çene refleksi pozitifti. Alt ekstremitelerde spastik tonus artışı mevcuttu. Plantar yanıt bilateral lakayttı. Sağda aşil klonusu mevcuttu. Hastaya motor nöron hastalığı ön tanısı ile EMG yapıldı, motor nöron hastalığı düşündüren elektrofizyolojik bulgu saptanmadı. Beyin MRG normal olarak izlendi. Lomber ponksiyon yapıldı: BOS incelemesinde basınç, glukoz ve protein değerleri normaldi, hücre izlenmedi, enfektif parametreler negatif saptandı. Odyometrik incelemede bilateral sensörinöral işitme kaybı izlendi. Yutma güçlüğü, aspirasyon öyküleri nedeniyle PEG açıldı, beslenmesi sağlandı. Hastaya DNA dizi analizi yapıldı. SLC52A2 geni; c.104C>A (p.P35H) ve C.622G>C (p.A208P) heterozigot mutasyon saptandı. Riboflavin 3x100mg başlandı. 1 yıl sonraki kontrolde şikayetleri azalmıştı. PEG ile beslenmiyor, beslenmesini oral olarak sağlıyordu. Tanı/tedaviden 5 yıl sonraki kontrolünde polinöropati prokollü EMG yapıldı: Periferik nöropati düşündüren bulgu izlenmedi. Riboflavin 3x100mg olarak devam edildi.

Tartışma:
Brown-Vialetto-Van Laere sendromu(BVVLS) ve Fazio-Londe Hastalığı(FLH) "riboflavin taşıyıcı eksikliği"olarak adlandırılan nadir görülen hastalıklardır. SLC52A1, SLC52A2 ve SLC52A3 genleri sırasıyla RFVT1, RFVT2 ve RFVT3 riboflavin taşıyıcılarını kodlar. SLC52A2 ve SLC52A3 *geninde* çeşitli mutasyonlar bulunmuştur. Hem RFVT2 hem de RFVT3 eksikliği tipik olarak yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıkar ve rapor edilen ortalama başvuru yaşı sırasıyla 3,2 ve 8.5 yıldır. İlerleyici kranial nöropati, motor nöropati, sensörinöral işitme kaybı, dizartri, disfaji ve fasikülasyonlara neden olabilir. Ağır vakalarda, solunum kaslarının zayıflığıyla ilişkili diyafram felci, solunum

yetmezliğiyle sonuçlanır. Fazio-Londe Hastalığı, BVVLS ile aynı klinik semptomları gösterir ancak işitme kaybı yoktur. Aynı ailenin aynı mutasyonu taşıyan üyeleri arasında fenotipik değişkenlikler tanımlanmıştır. EMG'de denervasyon potansiyelleri görülebilir. Beyin MRG genellikle normaldir.Tedavide riboflavin takviyesinin klinik bulguları iyileştirdiği gösterilmiştir. Tedavi edilmezse, etkilenen bireyler 9 ay ila 42 yaş arasında ölürler. Riboflavin, 1 ay boyunca 3 doz halinde günde 10 mg/kgdan başlayarak oral alınabilir ve daha sonra 3 doz halinde günde 50 mg/kglık doza kadar arttırılabilir. İki hastamızın ortak yönü RFVT2 eksikliği semptomlarının geç başlamış olmasıdır. Yayınlanan vaka sayısının az olması ve klinik heterojenite nedeniyle, heterozigot SLC25A2 gen varyantlarının etkisi hala kesin olarak net değildir ve klinik ekspresyon başka genetik ve dış faktörlerden etkilenebilir.

SOS - 3 REKÜRREN KOİTAL BAŞ AĞRISININ YENİ BİR NEDENİ: CAARI

ÖZGE BERNA GÜLTEKİN-ZAİM [1], RAHŞAN GÖÇMEN [2], ETHEM MURAT ARSAVA [1], AYDAN KÖYSÜREN [3], MEHMET AKİF TOPÇUOĞLU [1]

[1] *HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI*
[3] *KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ*

Giriş:
Serebral amiloid anjiyopati ilişkili inflamasyon (CAARI) subakut nörokognitif sendrom ile prezentasyon ve görüntülemede paravasküler inflamasyon ve iskemi ve/veya vazojenik kortikosubkortikal ödem ile karakterizedir. Beta-amiloid birikimine karşı otoimmün reaksiyon sonucu gelişen CAARI sık olarak atlanan, ancak steroid ve immünsupresif tedavilere iyi yanıt verdiği için iyi tanınması gereken, aslında oldukça tipik görüntüleme bulguları olan bir antitedir.

Olgu:
Altmış üç yaşında erkek hasta, beş ay içinde 3 kez koitus esnasında ortaya çıkan baş ağrısı ve serebral kanama episotunun aydınlatılması amacıyla gözden geçirilip tetkik edildi. İlk episotta sağ frontal lober ve konveksal subaraknoid kanama, ikinci ve üçüncü episotlarda sağ temporal lobar intraserebral kanama çeşitli dış merkezlerde yapılan görüntülemelerde dökümante edilmişti. Hastanın kontrast serebral anjiografi dahil olarak vasküler incelemelerinde patoloji bulunmuyordu. Ancak, elde olunmuş olan çok sayıda manyetik rezonans görüntülemede CAARI-spesifik kortikal-subkortikal ödematöz lezyonlar gözden kaçırılmıştı. Hastaya bu aşamada yapılan lombar ponksiyon normal sınırlarda iken kontrastlı geç FLAIR incelemesinde CAARI-spesifik ödematöz lezyonlarla ilişkili leptomeninkslerde tipik inflamasyon bulguları tespit edildi. Hasta pulse ve takiben oral steroid tedavisi ile izleme alındı.

Tartışma:
Literatürde koital baş ağrısı ve serebral hemoraji ile ilişkili sakküler anevrizma, vasküler malformasyon, baziler arter diseksiyonu, iskemik inme, medikal tedavi ilişkili vakalar bildirilmiş olmakla birlikte koital serebral hemoraji nedenli baş ağrısı ile tanı alan bir CAARI olgusu görülmemektedir. Manyetik rezonans görüntülemede bilateral asimetrik lobar kortikal ve subkortikal vazojenik ödem, multipl serebral kortikal mikrokanama ve kortikal superfisiyal siderozisin birlikte bulunması CAARI tanısı için oldukça telkin edicidir. Ek olarak geç kontraslı FLAIR incelemelerde leptomeningeal kontrastlanma ve subaraknoid ekstravazasyon oldukça yol göstericidir. CAARI hastalarında immünsupresif tedavi ile hem klinik hem de radyolojik yanıt elde edilir. Bu olgu rekürren koital baş ağrısı etiyolojik spektrumuna CAARI'yi katmanın yanı sıra tipik görüntüleme bulgularına karşın uzun süre ve çok sayıda merkezde tanı alamaması sebebiyle antitenin hatırlatılması amacıyla sunuluyor.

SOS - 4 CACNA1 MUTASYONUNU KLİNİK VE GENETİK ÖZELLİKLERİ:TEK MERKEZ DENEYİMİ

İBRAHİM KAMACI , PINAR TOPALOĞLU , ZUHAL YAPICI

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI ÇOCUK NÖROLOJİSİ BİLİM DALI

Amaç:
Voltaj bağımlı kalsiyum kanalları (*CACNA*) kardiyak aksiyon potansiyelleri, nörotransmitter salınımı ve kas kasılması gibi birçok fizyolojik olayda rol alır. Membran depolarizasyonuna duyarlı olan bu kanallar kalsiyumun hücre içine girişine izin veren porlar oluştururlar. *CACNA1* geninde oluşan mutasyonlar epilepsi, hareket bozukluğu, gelişim geriliği, otizm, ataksi başağrısı gibi değişik kinik fenotiplere yol açabilirler.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmamızda İTF Nöroloji Anabilim Dalı Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı'nda 2000-2022 yılları arasında takip edilen, yapılan genetik incelemelerinde *CACNA1* geninde mutasyon saptanan 5 hastanın klinik ve genetik özellikleri değerlendirildi.

Bulgular:
Beş hastanın ortalama yaşı 8.1 yıl iken (4– 12) hastaların 4'ü erkekti. Ortalama yakınma başlangıç yaşı 4 yaş idi (6 ay-10 yıl). Üç hastanın ilk yakınması nöbet, birinin baş tremoru, birinin motor ve mental gerilikti. Dört hastanın epilepsi tanısı vardı. İlk yakınması nöbet olan 2 hastanın nörolojik muayenesi normaldi. Bu hastaların birinde nöbet ilişkili hipoksi sonrası hipoksik ensefalopati gelişti. İki hastanın muayenesinde mental retardayon vardı. Bu hastaların bir tanesinin ince motor hareketleri bozuktu. Baş tremoru ile başvuran bir hastanın muayenesinde apendiküler ve trunkal ataksi saptandı. Üç hastada anne baba akrabalığı, iki hastada aile öyküsü vardı. Baş tremoru olan hastada sol serebellum hipoplazisi görüldü. Diğer hastaların kranyal görüntülemeleri normaldi. Bir hastada *CACNA1I* c.2553 T>A, c.2909C>G kompound heterozigot, bir hastada *CACNA1H* c.5006G>A, bir hastada *CACNA1E* c.372G>A, bir hastada *CACNA1A* c.1996A>G ve bir hastada *CACNA1A* c.6463C>T mutasyonu görüldü. Bir hasta üçlü antinöbet tedavi ile nöbetsizdi. Üç hastanın nöbetleri antinöbet tedaviye dirençli seyretti. Baş tremoru haloperidol, diazomid, karbamazepin, valproik asit ve levodopa tedavilerine dirençliydi.

Sonuç:
CACNA1 mutasyonları değişik klinik fenotiplere yol açabilmektedir. Mutasyonun erken tanınması tedavi düzenleme ve aile planlanması konusunda yardımcı olabilir.

SOS - 5 LEİGH SENDROMUNDA MTOR İNHİBİTÖR TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

ZEYNEP KARAKUŞ , PINAR TOPALOĞLU , ZUHAL YAPICI

NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

Giriş:
Leigh sendromu mitokondriyal bozukluklara bağlı olarak ortaya çıkan ve çocukluğun ilk yıllarında ölüme yol açabilen bir subakut nekrotizan ensefalomiyelopati tablosudur. Rapamisin (Sirolimus), mTOR üzerinden inhibe edici etki gösteren farmakolojik bir ajandır ve Rapamisinin birçok organizmada yaşam süresini güvenilir bir şekilde uzattığı gösterilmiştir. Bu vaka sunumunda mTOR inhibitörü tedavisi verilen Leigh sendromlu bir çocuğun nörogelişimsel olarak tedaviye yanıtını aktarmayı hedefledik.

Olgu:
Miadında, vajinal yolla, 3505 gram ağırlığında doğduğu öğrenilen sekiz yaşında kız çocuğu, dört yaşından itibaren yürümede güçlük yakınması ile başvurdu. Nörolojik muayenesinde konuşmada dizartri, hafif oromandibüler distoni, sol bacakta belirgin distonisi saptandı. Kranyal Manyetik Rezonans görüntüleme (MRG) incelemesinde sağda belirgin olmak üzere T2 ve FLAIR sekanslarda hiperintens yaygın striatal tutulum izlendi. Yapılan tüm ekzon analizinde (WES) *MT-ND6* mutasyonu saptanan hastaya Leigh sendromu tanısı koyuldu. Klinik belirtileri progresif seyreden hastaya yedi yaşında rapamisin tedavisi başlandı. Tedavi başladıktan sonra hastanın bir yıl boyunca kliniği stabil seyretti.

Tartışma:
Leigh sendromunun diğer mitokondriyal hastalıklarda olduğu gibi etkili bir tedavisi bulunmamaktadır. Tedavi yöntemleri arasında karnitin, tiamin, lipoik asit gibi pirüvat dehidrojenaz enzim kofaktörleri kullanılabilir ve ketojenik diyet başlanabilir. Ancak bunların hiçbiri etkin tedavi değildir. Leigh sendromunda mTOR inhibitörü tedavisi henüz yeni bir bilgi olmakla birlikte sonuçları umut vericidir. Ancak daha geniş vaka serilerine ihtiyaç vardır.

SOS - 6 KCNMA1 MUTASYONU SAPTANAN DİRENÇLİ BİR EPİLEPSİ OLGUSU: OLGU SUNUMU

DERENCAN ATEŞ

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
KCNMA1 mutasyonlarına bağlı kanalopati, paroksizmal non-kinezijenik diskinezi tip 3, düşme atakları ve epilepsi ile ilişkili, yakın zamanda tanımlanmış bir nöromüsküler bozukluktur. *KCNMA1'*e bağlı kanalopati tipik olarak ya epileptik nöbetler ya da hareket bozukluğu ya da her ikisi ile birlikte, çoğunlukla karakteristik görüntüleme ve elektroensefalografik bulgular olmadan ortaya çıkar. *KCNMA1*'e bağlı kanalopatinin tanı kriterleri veya tedavi yaklaşımı ile ilgili yeterli bildiri yoktur. Bu bildiride dirençli epilepsisi olan ve *KCNMA1* mutasyonu saptanan bir olgu sunulacaktır.

Olgu:
On bir yaşındaki kız çocuğunun tarafımıza ilk başvurusu dört yaşında olup hastanın daha önceleri düşme, 1.5 yaşından sonra ise donuk bakma, kucaklama hareketi ve arkaya devrilme şeklinde ataklarının olduğu öğrenildi. Hastanın tarafımıza başvurana kadar çok çeşitli anti-nöbet tedavileri ve kombinasyonları aldığı öğrenildi. Şüpheli erken doğum öyküsü olan hastanın (36 hafta), omfalosel, kardiyak anomali gibi ek hastalıkları da vardı. Motor ve mental gelişim basamaklarını 6 ay geriden takip eden hastanın, somatik nörolojik muayenesinde belirgin bir patoloji yoktu ancak dengesinin kolaylıkla bozulabildiği öğrenildi. El-ayak çırpma gibi stereotipik davranışları vardı. Mart 2023'te *KCNMA1*- 10q22 mutasyonu saptanan hastanın son EEG'si; fronto-santral bölgelerde odaklaşma eğilimi gösteren asimetrik özellikli jeneralize epileptiform anomalinin varlığını düşündürmekteydi. Hasta halen VNS, levetirasetam, klonazepam ve valproik asit tedavisi altındadır. Atak sıklığı azalmış olsa da halen devam eden nöbetleri olan hastanın klinik takibi devam etmektedir.

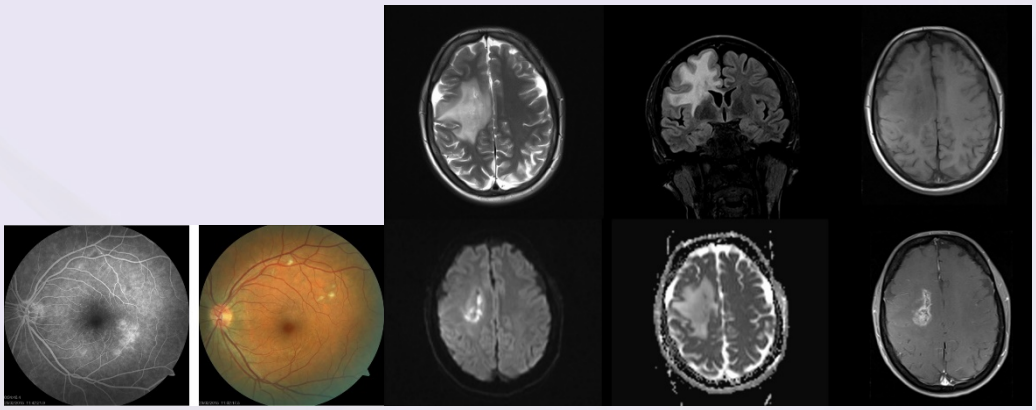
Tartışma:
Kalsiyuma duyarlı potasyum kanallarının alfa alt birimini kodlayan 10q22.3teki *KCNMA1* gen mutasyonu, jeneralize epilepsinin ve diğer nörolojik ve nörolojik olmayan özelliklerin nadir bir nedenidir. VNS implantasyonunun epilepsi ile ilişkili kanalopatiler için etkili bir sonlandırma yöntemi olduğu rapor edilmiştir. Ancak etkili bir tedavinin bulunabilmesi için, bu gen mutasyon hastalığının patofizyolojisini ve ortak kalıtım şeklini açıklığa kavuşturmak için, daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

SOS - 7 OTOZOMAL DOMİNANT RETİNAL VASKÜLOPATİ VE SEREBRAL LÖKODİSTROFİ OLGUSU

ABDULLAH ARI , FİKRET BADEMKIRAN

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Olgu:
37 yaşında kadın hasta, baba ve erkek kardeşinde otuzlu yaşlarda başlayan motor becerilerinde bozulma ve eklenen diğer nörolojik bulgularla intrakraniyal kitle ve nörobehçet şüphesi ile tetkik edilmiş. Eklenen diğer sistemik bulgularla birkaç yıl içinde beyin ödemi sebebiyle kaybedilmiş. Hastamız 2004 yılında senkop, geçici global amnezi şikayetleriyle değerlendirilmiş. Görüntüleme normal saptanmış. 2013 yılında atipik başağrısı ve unutkanlık yakınmasıyla çekilen kraniyal MRG'de sağ periventriküler lezyonları nedeniyle nörobehçet, multipl skleroz ön tanılarıyla 1,5 yıl izlenmiş. 2014 yılında sol vücut yarısında his kaybı, 2015'de sol kolunda güçsüzlük başlamış. Takip kraniyal MRG'larında sağ hemisferde kitle etkisi yapan ve heterojen kontrast tutan lezyonu saptanmış. Kısa süreli pulse steroid tedavisi almış. Tedaviden kısmi fayda görmüş. Tarafımıza başvuru sonrası çekilen perfüzyon MRG'da lezyon bölgesinde hipoperfuzyon, MRG spektroskopisinde kontrastlanan lezyon içerisinde kolin seviyesi artışı, NAA düzeyi azalma ve dev lipit piki saptandı. Görsel şikayeti olmayan hastanın flourans anjiografisinde retinada atılmış pamuk manzarası izlendi. Hastanın aile öyküsü, retinal ve serebral bulguları nedeniyle istenen TREX1 mutasyon taramasında heterozigot c.911_912deICA(p.T304NfsX12) mutasyonu saptandı. Hasta, otozomal dominant retinal vaskülopati ve serebral lökodistrofi (RVCL) tanısı aldı.
RVCL 3'–5' DNA ekzonükleaz enzimini kodlayan TREX1 geni C-terminal çerçeve kayma mutasyonu sonucu erişkin yaşta ortaya çıkan nadir bir mikrovasküler endoteliopati hastalığıdır. Retinal ve santral sinir sistemi vaskülopatisi ile seyreden bu hastalığın görüntülemesinde kontrast tutan sıklıkla beyaz cevher değişiklikleri veya psödotümor görünümü tanımlanmıştır. RVCL retinal vaskülopatiye sekonder, progresif vizyon kaybı ve çeşitli nörolojik tablolar ile karakterize nörovasküler bir hastalıktır. Henüz spesifik bir tedavisi bulunmamaktadır. Hastalar ilerleyici nörolojik, hepatik ve renal problemler nedeniyle ortalama 5-10 yıl içinde kaybedilmektedir.



SOS - 8 FKRP MUTASYONLU OLGULARIN FENOTİPİK İNCELENMESİ VE YENİ FENOTİPLEME

LEVENT AVCI [1], DİLCAN KOTAN [2], HÜSEYİN ONAY [3]

[1] S. B. SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANADALI
[3] İZMİR MULTİGEN GENETİK HASTALIKLAR DEĞERLENDİRME MERKEZİ

Amaç:
Farklı gen mutasyonlarının neden olduğu genetik bozukluklardan olan Limb Girdle müsküler distrofinin (LGMD) her bir alt tipi özgül bir proteini kodlayan gendeki mutasyondan kaynaklanırlar. Bir hücre dışı glikoprotein olan fukutin genindeki mutasyonlarında otozomal resesif LGMD 2I tablosuna yol açtığı bilinmektedir. Çalışmamızda FKRP geninde mutasyonu saptanan LGMD 2I olgularımızın demografik ve fenotipik özellikleri değerlendirilmiş, yeni fenotipleme tanımlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda 2013-2022 yılları arasında yakınmaları başlayan, 178 LGMD fenotipteki bireyden genetik incelemeler sonucunda fukutin miyopatisi tanısı alan olgular retrospektif olarak, cinsiyet, başlangıç yaşı, başlangıç bulguları, pedigree, CK düzeyleri, EMG bulguları, kas biyopsileri, nörogörüntülemeleri ve kardiyak değerlendirmeleri incelenmiştir.

Bulgular:
Çalışmamıza FKRP geninde mutasyon tespit edilen üç indeks, beş olgu dâhil edildi. Olguların 4'ü erkek ve her biri ambuleydi. Olgulardan ikisinde ailede benzer olgu mevcuttu, akraba evliliği yoktu.
Kırk dokuz yaşındaki erkek olgu, yirmili yaşlarda başlayan kollarda ağrı ve eklenen bacaklarda ağrı, yürüme güçlüğü, merdiven çıkma güçlüğü, kolları kaldırma güçlüğü ile görüldü. Özgeçmişinde diyabet, hiperlipidemi, astım vardı. Nörolojik muayenesinde proksimal ve distal ekstremite kas güçleri 4/5' ti. CK değeri normal sınırlardaydı. Genetik analizinde FKRP geninde heterozigot c.427>A(p.R143S) mutasyonu tespit edildi. İndeks olgunun yirmi üç yaşındaki oğlu benzer şekilde yirmili yaşlarda kol ve bacaklarda ağrı ile başlamış ve zamanla çabuk yorulma, merdiven çıkmakta ve ayakta durmakta zorlanma, kolları kaldırmakta zorlanma şikâyetleri eklenmiş. Özgeçmişinde özellik yoktu. Nörolojik muayenesinde kubbe damak, kas güçleri tama yakın, sağ arka bacak kasları atrofikti. CK, kardiyak muayene ve EKO normal sınırlardaydı. Genetik analizinde FKRP geninde heterozigot c.427>A(p.R143S) mutasyonu tespit edildi.
Otuz üç yaşındaki erkek olgunun şikayetleri yirmi iki yaşında kol ve bacaklarda ağrı ile başlamış. Zamanla yürüme güçlüğü, kolları kaldırmakta zorlanma şikayetleri eklenmişti. Özgeçmişinde hepatit C , diyabet mevcuttu. Anne baba akrabalık yoktu. Üvey kız kardeşte benzer hastalık mevcuttu. Nörolojik muayenesinde kubbe damak, göz sıkmaları ve ağız çevresi kaslarda zaaf, miyopatik yüz görünümünde, üst ekstremite proksimaller 4/5, distaller 4+/5, alt ektremitede proksimal kaslar 4+/5, distaller 5/5 kas gücünde, kifoskolyotikti. EKG'de patolojik Q dalgası vardı. EKO normal sınırlardaydı. CK 6 kat artmıştı. Genetik analizinde FKRP geninde heterozigot c.427>A(P.R143S) mutasyonu tespit edildi.
Altmış altı yaşındaki erkek olgunun şikâyetleri yirmili yaşların sonlarında kollarda güçsüzlük ile başlamış ve zamanla yürümede güçlük şikayeti eklenmiş. Özgeçmişinde kalp krizi, retina dekolmanından operasyon öyküsü mevcuttu. Nörolojik muayenede kas gücü proksimaller 4/5, distaller 4+/5' ti. EKO ejeksiyon fraksiyonu % 25 ve hafif mitral yetmezliği vardı. Kas biyopsisi normaldi. Genetik analizinde FKRP geninde heterozigot c.344C>T (p.S115L) mutasyonu tespit edildi.

Sonuç:
FKRP geni 19q11.3 kromozomunda yer alır. Fukutin ilişkili protein (FKRP) en yüksek iskelet kaslarında ve kalpte eksprese edilir. Fukutin miyopatili olgularda CK sıklıkla 5-30 kat çok yüksektir. 2 olgumuzda CK değerleri normale yakındı. Hipoglikosile edilmiş a-distroglikan iskelet kasının yanı sıra kalp kasında da bulunmaktadır ve FKRP mutasyonu homozigot olan bireylerde heterozigot olanlara göre dilate kardiyomiyopati görülme sıklığının daha fazla olduğu bilinmektedir. Heterozigot mutasyonlu iki indeks olgumuzun kardiyak tutulumu mevcuttu. LGMD 2I fenotipinde proksimal hakim kas güçsüzlüğü, skolyoz, kramp, rabdomyoliz sık görülürken fasyal güçsüzlük, asimetrik tutulum nadirdir. 33 yaşındaki olgumuzda yüz kasları yanı sıra göz sıkma ve ağız çevresi kaslarda zayıflık, kol kaslarının bacaklardan daha fazla etkilenmiş ve skolyozu ile FSH gibi fasyal tutulumlu kas hastalığını düşündürmekteydi. Genetik analizlerin yaygınlaşması ile özgün kas tutulumlu kas hastalıkları gibi değerlendirilen kimi olguların doğru tanılanması mümkün olmaktadır. Bizim olgumuzda özgün kas tutulumu, CK değerinin normal oluşu ile FSHyi düşündürmüş olsa da dikkatli fenoitpik değerlendirme, kardiyak etkilenimin varlığı ve en nihayetinde genotip analiziyle LGMD 2I tanısı almıştır. Bu sunumda, kavşak tipi kas distrofi kliniği ile gelen olgularda, fukutin miyopatilerinin kardiyak bulgularla görülebileceği ve kalp muayenesinin hasta takibinin önemli bir parçası olduğuna dikkat çekmek ve FSH benzer fenotipiyle prezente olabileceğini bildiren ilk literatür verisini sunmak amaçlanmıştır.

SOS - 9 NÖBET, AĞIR TROMBOSİTOPENİ VE EŞLİK EDEN ATİPİK SEREBRAL LEZYONLAR: 11 YILLIK TAKİP SONRASI GELEN TANI

AYŞE ALTINTAŞ [1], ESER BULUŞ [2], ESRA KARABİBER [3], CANSIN SAÇKESEN [4], SAFA BARIŞ [5]

[1] *KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *KOÇ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ*
[3] *TCSB MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EAH, ERİŞKİN ALERJİSİ VE İMMÜNOLOJİSİ*
[4] *KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, PEDİATRİ ANABİLİM DALI, ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI*
[5] *MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, PEDİATRİ ANABİLİM DALI, ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ BİLİM DALI*

Giriş:
İmmün disregülasyon sendromları klinikte otoimmünite, otoinflamasyon, alerji ya da lenfoproliferasyon ile karşımıza gelmektedir. Nörosarkoidoz tanısıyla takip edilirken idiopatik trombositopeni ve hipogamaglobulinemi saptanıp primer immün yetmezlik (PİY) tanısı alan olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu:
Bilinen hastalık öyküsü olmayan, anne-baba akrabalığı bulunan 40 yaşındaki erkek 2012 yılında polikliniğimize nöbet geçirme yakınmasıyla başvurdu. Yakınmaları 2009 yılında jeneralize epileptik nöbetler şeklinde başlamıştı ve levetirasetam tedavisiyle kontrol altındaydı. Muayenesinde; bilateral disdiadokokinezi ve hoffman pozitifliği saptandı. Beyin manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) bazılarında kontrast tutulumunun gözlendiği multipl lezyonlar saptandı. Ön planda lenfoproliferatif hastalık (LPH) düşünülerek, lomber ponksiyon ve beyin biyopsisi önerildi. Beyin-omurilik sıvısında protein; 64.6 mg/dl ve oligoklonal band patern 2 pozitifti. Trombosit<100.000 olması nedeniyle biyopsi yapılamadı. Trombositopeni etyolojisi bulunamadı. 2012-2019 yılları arasında aralıklı oral metilprednizolon tedavisi altında takip edildi ve ardışık MRG'lerde bazı lezyonlarda regresyon izlenirken yeni gelişen kontrast tutan lezyonlar da gözlendi. 2019'da lenf nodu biyopsisiyle sarkoidoz tanısı konularak 64 mg/gün oral metilprednizolon başlandı. 2023'te status epilepticus tablosundan geçen hastanın tedavisi levetirasetam+valproat+karbamazepin ile intravenöz+oral metilprednizolon olarak düzenlendi. Toraks görüntülemesinde (03/2023) infiltrasyon+fibrizos+lenfadenomegali saptandı. Serum IgA:20.3 mg/dl, IgG:259 mg/dl, PLT:41 10^3/uL, lenfosit:0.7 10^3/uL saptanması üzerine PİY tanısı konularak tedaviye intravenöz immünoglobulin eklendi. Flow-sitometri incelemesinde sitotoksik lenfosit antijen-4 **(**CTLA-4) protein ifadesi düşük bulundu. Olgumuzun genetik incelemesi sürmektedir.

Tartışma ve Sonuç:
Literatürde immün disregülasyon ile seyreden PİY'lerde santral sinir sistemi tutulumu gözlenen vaka sayısı son derece sınırlıdır. 2014 yılında tanımlanmış otozomal dominant geçişli CTLA-4 eksikliği de bu tablolara yol açabilmektedir. Atipik, rekürren inflamatuvar/demiyelinizan lezyonlar saptanan olgularda eşlik eden hipogammaglobulinemi, idiopatik trombositopeni, lenfadenomegali, splenomegali, dirençli diyare, sık enfeksiyon öyküsü veya akciğer tutulumu varlığında PİY akılda tutulmalıdır.

SOS - 10 CANVAS AİLESİ: BEŞ OLGUNUN SUNUMU

GÜLCAN NEŞEM BASKAN , NEŞE ÇELEBİSOY , FİGEN GÖKÇAY

EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, NÖROLOJİ ANADALI

Giriş:
Serebellar ataksi, nöropati ve vestibuler arefleksi sendromu (CANVAS) otozomal resesif geçişli, nadir görülen, yavaş progresif geç başlangıçlı ataksi nedenlerinden biridir. Genellikle 50'li yaşlarda bulgu vermeye başlayan yürüyüş bozuklukları, özellikle karanlıkta artan dengesizlik semptomları ile başlar. Sensoriyal nöropati, serebellar etkilenim ve bilateral vestibülopati sonucu kardinal bulgu olan ataksi ortaya çıkar. Bu olgu sunumunda karanlıkta artan dengesizlik yakınmasıyla Ege Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Kliniği'ne başvuran ve genetik olarak CANVAS tanısı almış aynı aileden beş hasta demografik veriler, nörolojik muayene bulguları, elektromiyografi ve vide-HIT test bulguları ile sunulmuştur.

Olgular:
67 yaş erkek hasta, yaklaşık on yıldan bu yana olan dengesizlik yakınması ile başvurdu. Yakınmalarının karanlıkta arttığı, baş hareketleri sırasında görmede dalgalanma olduğu ve ekstremite distallerinde nöropatik yakınmalarının olduğu öğrenildi. Nörolojik muayenede baş itme testi (HIT) bilateral pozitifti, yürüyüş ılımlı ataksikti, Romberg testi pozitifti. Tandem yürüyüş beceriksizdi. Hastanın aile öyküsü sorgulandığında toplam yedi kardeş olan hastanın kendisi dahil beş kardeşte benzer yakınmaların olduğu öğrenildi. İki kardeşte herhangi bir semptom olmadığı bilgisi alındı. Anne ve babasında akrabalık olmadığı ancak aynı köyden oldukları belirtildi. CANVAS açısından yapılan genetik analizde RFC1 gen pozitifliği saptandı. Hastanın yakınmaları olan dört kardeşinde de RFC1 gen pozitifliği mevcuttu. Herhangi bir yakınması bulunmayan ve muayene bulguları normal sınırlarda olan iki kardeşten gönderilen gen analizi negatif olarak sonuçlandı.

Tartışma:
Bu yazıda aynı aileden birinci derece akrabalığı olan genetik olarak doğrulanmış beş CANVAS tanılı hasta sunulmuştur. Olguların anne ve babasında akrabalık bulunmadığı; ancak aynı köyden oldukları bilgisi alındı. Literatürde sporadik yayınlanan vakalarda da benzer durumun olduğu görüldü. Olgularımızda ortalama semptom başlangıç yaşı 41.00'di. Olgu 1 ve 2'nin beşinci dekadda dengesizlik yakınması; olgu 3'ün 4. dekadda, olgu 4 ve 5'in üçüncü dekadda kuru öksürük yakınması ilk semptomlarıydı. Olguların tümünde en çok belirtilen semptom yürüyüş bozukluğu ve dengesizlikti. Tüm olgular yakınmalarının özellikle karanlıkta arttığını tariflemekteydi. Yaşları en büyük olan olgu 1 ve 2 progresif sürecin sonucu olarak şiddetli ataksi nedenli ev içinde sınırlı ve yardımlı ambulasyona sahipti. İki olguda literatür ile uyumlu olarak erektil disfonskiyon, urge inkontinans gibi otonomik disfonksiyon bulguları mevcuttu. Polinöropati açısından yapılan EMG de üç olguda sensoriyal polinöropati saptandı. Kronik kuru öksürük tüm olgularımızda olan bir diğer semptomdu. Olgularımızın üçünde bilateral vestibuler etkilenimin belirtisi olarak baş itme testinde bilateral pozitiflik, kalorik testte vestibuler sinirin bilateral uyarılamaması ve video-HIT testinde tüm semisirküler kanal uyarımlarında vestibulo-okuler refleks (VOR) kazançlarında azalma saptandı.

Sonuç:
CANVAS, geç başlangıçlı progresif ataksinin nedenlerinden biridir. RFC1 pentenükleotid tekrarlarının hastalık patogenezindeki yerinin keşfinden sonra hastalığın tanısında anlamlı yol kat edilmiştir. Özellikle karanlıkta, baş hareketleriyle belirginleşen dengesizlik, ekstremite distallerinde uyuşmalar, hissizlik gibi nöropatik yakınmaları olan, şikayetleri başlamadan yıllar önce kuru öksürük yakınması olan hastalarda aile öyküsü olsun veya olmasın klinik şüphe dahilinde CANVAS için genetik inceleme yapılması, hastayı ve klinisyeni gereksiz tetkiklerden alıkoyar; hastanın erken tanı ile rehabilitasyon programına alınmasına olanak sağlar.

SOS - 11 RİNOPLASTİ KOMPLİKASYONU: MERKEZİ SİNİR SİSTEMİ'NİN ENFEKSİYÖZ VASKÜLİTİ

MERYEM SENEM YILDIZ [1], ERSİN TAN [1], AYŞE İLKSEN ÇOLPAK [1], ASLI TUNCER [1], MURAT ARSAVA [1], MEHMET AKİF TOPÇUOĞLU [1], RAHŞAN GÖÇMEN [2]

[1] *HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI*

Giriş:
Merkezi sinir sistemi (MSS) vasküliti primer ve sekonder olarak ikiye ayrılır. Primer MSS vasküliti MSS'ne sınırlı, diğer organlarda vaskülit bulgusu yok iken; sekonder MSS vasküliti sistemik, enfeksiyöz veya inflamatuar duruma sekonder gelişir. Burada rinoplasti operasyonu sonrası baş ağrısı ve ateş şikayeti ile araştırılırken enfeksiyöz vaskülit tanısı alan bir vakadan bahsedilecektir.

Olgu:
51 yaşında kadın hasta, Mart 2023'te geçirdiği rinoplasti operasyonu sonrası baş ağrısı ve ateş şikayeti ile başvurdu. Nörolojik muayenesi tamamen normal saptandı. Ateş açısından yapılan enfeksiyöz taramalarında enfeksiyon lehine sonuç saptanmaması üzerine çekilen kranial MRG'sinde sol anterior talamik difüzyon kısıtlılığı, sol kavernöz sinüs lateralinden optik kiyazma komşuluğuna uzanan kontrastlanma ,komşuluğunda internal karotis arter(ICA) segmentlerinde vaskülit lehine duvar kontrastlanması ve lümende orta derecede daralma görüldü. Beyin-boyun BT anjiografisinde (BBTA) sol ICA supraklinoid segmentte asimetrik incelme ve kontür düzensizlikleri saptandı; fistül,anevrizma ve tromboz ekarte edildi. Transkranial Doppler Ultrason(TCD)'da sol ICA kavernöz segmentte %60 orta derecede uzun segment darlık tespit edildi. BOS bulgularında protein 119 mg/dl ve glukoz 18 mg/dl, eş zamanlı kan glukozu 71 mg/dl saptandı. BOS kültürlerinde üreme olmadı. Bu bulgularla, rinoplasti öyküsü de göz önüne alındığında ön planda enfeksiyöz vaskülit düşünülerek üçlü IV antibiyoterapi, ek olarak antiagregan ve antikoagülan tedavi başlandı. Haftalık TCD ile takip edilen hastanın TCD bulguları stabil seyretti. 6 haftalık IV antibiyoterapi sonrası çekilen kontrol kranial MRG'sinde sol kavernöz sinüs lateralinden optik kiyazma komşuluğuna uzanan kontrastlanmanın belirgin bir şekilde gerilediği görüldü. Nörolojik muayene bulgusu olmayan ve antibiyotik tedavisi biten hasta kranial MRG ile stabil bir şekilde takip edilmektedir.

Sonuç:
Rinoplasti operasyonlarında enfeksiyon riski %1'in de altındadır. Rinoplasti ve sinüs cerrahisi sonrası kavernöz sinüs enfeksiyonu veya trombozu ise yalnızca vaka düzeyinde bildirilmiştir. Bu vakada nörolojik muayene bulgusu olmaması nedeniyle ilk etapta kavernöz sinüs tutulumundan şüphelenilmese de erken dönemde yapılan ek tetkikler ve görüntülemeler ile enfeksiyöz vaskülit tanısı konarak tedavisi yapılmıştır. Hasta stabil izlemdedir.

SOS - 12 TTBK2 GENİ MUTASYONUNUN EŞLİK ETTİĞİ SPİNOSEREBELLAR ATAKSİ TİP 11 İN CADASIL İLE BİRLİKTELİĞİ :NADİR BİR OLGU SUNUMU

HİLAL ÇAĞLAR , ŞEREFNUR ÖZTÜRK

SELÇUK TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

Amaç:

Spinoserebellar ataksi tip 11 ilerleyici serebellar ataksi dizatri ve anormal göz hareketleri ile karakterize otozomal dominant kalıtılan serebellumda purkinye hücre atrofisine neden olan nadir görülen serebellar ataksi türüdür.Tau tubilin kinaz 2 proteinini kodlayan gendeki mutasyonlar sonucu ortaya çıkar .Bu olguda notch3 heterozigotluğu olan SCA 11 olgusunu sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Anahtar kelime SCA 11 , ataksi. NOTCH3

Bulgular:

53 yaşında erkek hasta polikliniğe yürürken denge bozukluğu ,konuşmada güçlük ve görme bozukuluğu ile başvurdu.Öyküsünde yaklaşık 5-6 yıldır olan son iki aydır hızla artan denge kaybı şikayetleri mevcuttu.Hastanın çocukluk çağı epilepsi öyküsü ve kataraktan operasyon öyküsü vardı Ailesinde akrabalık mevcuttu .Poliklinik başvuru muayenesinde dizartik konuşması vardı.Dipolpi ve nistagmus yoktu. Göz hareketler doğaldı.Tandem yürüyüşü ataksikti.Motor ve duyu defisiti eşlik etmemekteydi.Yapılan laboratuar incelemelerinde serum biyokimya ,tam kan ve enfeksiyöz belirteçleri vaskülit paramtrelerinormaldi.Kranial mr görüntülemesinde belirgin serebellar atrofi ve serebellar ak maddede CADASIL açısından anlanmı bilateral temporal tepelerin tutulumu olan yaygın iskemik gliotik alanlar ve sinyal intensite değişiklikleri mevcuttu.Hastada ön planda herediter ataksi ve CADASIL açısından tıbbı genetiğe kan gönderildi.Genetik analizde TTBK2 eninde heterozigot patojenik varyant NOTCH 3 geni heterozigot variant belirlendi.SUSAC açısından göz retinal anjio genetik analiz istendi ancak anlamlı değerlendirilmedi.Hastanın ailaesinde yapılan moleküler genetik incelmede anne heterozigot olarak tespit edildi.Hastaya ecoprin ve dizatrisi için konuşma terapisi başlandı poliklnik kontrollerine alındı.

Sonuç:

TTBK2 genindeki heterozigot mutasyonnun neden olduğu otozomal dominant SCA11 bugüne kadar her bir İngiltere, Fransa,Almanya,Danimarka ve Çinde 6 ailede bildirildi.Klinik olarak hastalığın belirtileri progresif serebellar ataksi, dizatri,nistagmus diplopi zaman zaman piramidal bulgular şeklinde olabilir

Sonuç olarak tüm bu bulgular ışığında TTBK2 geninde heterozigot mutasyonların SCA 11 ile görülmeye başlamakla birlikte olgumuzda olduğu gibi NOTCH3 gen heterozigot variantlığı olan CADASIL ile birlikte bulunabileceğine dikkat çekilmiştir.

Kaynaklar:

1.M. D. Weingarten, A. H. Lockwood, S. Y. Hwo, and M. W. Kirschner, “A protein factor essential for microtubule assembly,” *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol. 72, no. 5, pp. 1858–1862, 1975.

2.Soong B, Paulson HL (2007) Spinocerebellar ataxias: an update. Curr Opin Neurol 20:438–446

3.Houlden H, Johnson J, Gardner-Thorpe C, Lashley T, Hernandez D, Worth P, Singleton AB, Hilton DA, Holton J, Revesz T, Davis MB, Giunti P, Wood NW (2007) Mutations in TTBK2, encoding a kinase implicated in tau phosphorylation, segregate with spinocerebellar ataxia type 11. Nat Genet 39:1434–1436

SOS - 13 SİSTATİYONİN BETA SENTETAZ (CBS) EKSİKLİĞİ İLE İLİŞKİLİ SERVİKAL DİSTONİK TREMOR OLGUSU

RÜMEYSA UNKUN [1], TANYEL ZÜBARİOĞLU [2], AYŞEGÜL GÜNDÜZ [1]

[1] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ÇOCUK ENDOKRİN VE METABOLİZMA BİLİM DALI

Giriş:
Servikal distoni, en sık görülen fokal distoni tipi olup baş, boyun ve omuz kaslarını etkileyerek ağrı ve tremor ile ilişkilendirilebilen tonik ve klonik hareketlere yol açan tekrarlayıcı özellikte istemsiz hiperkinetik hareket bozukluğudur. Bozulmuş sistatiyonin sentezi ve homosistein birikimine yol açan sistatiyonin beta-sentetaz (CBS) eksikliği, metionin metabolizmasında görülen kalıtsal nadir bir bozukluktur. Homosistinüri ile ilişkili hareket bozuklukları da literatürde nadir olarak bildirilmektedir.

Olgu:
Daha önceden sağlıklı 30 yaş erkek hasta başta ve boyunda kasılma, istemsiz dönme ve titreme şikâyeti ile polikliniğimize başvurdu. Öyküsünde 5-6 aydır boyunda dönme, boyun, eller ve sesinde titreme, dengesizlik olduğu öğrenildi. Soy geçmişinde anne-baba akrabalığı; annede dengesizlik, anneanne ve teyzesinde kendisine benzer hareket bozuklukları tariflenmekteydi. Hastanın nörolojik muayenesinde tremorun eşlik ettiği servikal distoni, ataksi ve dizartri ile aksiyon ve postüral tremor mevcuttu. Hastanın ayırıcı tanı ve etiyoloji açısından yapılan kranioservikal MRG görüntülemesi, serum seruloplazmin, idrar bakır ve serum bakır düzeyleri tetkikleri normaldi. İlk laboratuvar değerlendirmesinde serum B12 düzeyinin ısrarlı düşük olduğu ve anemi tespit edildi. Daha sonra istenen serum homosistein düzeyi iki kez ciddi düzeyde yüksekti (serum homosistein: 83,5 µmol/L). Vitamin B6 (piridoksin) tedavisi başlandı. Pridoksin yanıtlılık testi pozitif olan hasta distoni açısından da pridoksinden kısmi fayda gördü. Bu nedenle diğer distoni olası etkenlerinin de dışlanması sonucunda hastamızda CBS eksikliğine bağlı distoni düşünülmüştür. Tedavisine lokal botulinum toksin enjeksiyonları da eklenmiştir.

Tartışma:
CBS eksikliği olan hastaların bazıları asemptomatik olup bazıları da çeşitlilik gösteren klinik tablolar ile başvurabilir. Göz, iskelet sistemi, vasküler sistem ve merkezi sinir sistemi etkilenebilir, nöbetler, psikoz ve depresyon gibi psikolojik ve psikiyatrik komplikasyonlar ve ekstrapiramidal belirtiler görülebilir. Homosisteinüri ile distoni arasındaki ilişki çeşitli çalışmalarda gösterilmiş olup bu durumun homosisteinin yol açtığı bazal ganglion mikroenfarktüsleri veya homosisteinürinin nörotoksik etkileri ile ortaya çıktığı varsayımlar arasındadır. MRG normal olabilir. Yüksek doz piridoksin ile tedavi yanıtı sağlanabilmektedir.

Sonuç:
Distoni etiyolojisinde nadir görülen ve tedavi edilebilir olan klasik homosistinüri olarak da bilinen CBS eksikliği ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

SOS - 14 ERİŞKİN BAŞLANGIÇLI ALEXANDER HASTALIĞININ NADİR TREMOR FORMLARI: OKULO-PALATAL VE LARİNGEAL-LİNGUAL TREMOR

BAHAR GÜLMEZ [1], GÜL YALÇIN-ÇAKMAKLI [1], RAHŞAN GÖÇMEN [2], A.NAZLI BAŞAK [3], ÇAĞRI MESUT TEMUÇİN [1], AYŞE İLKSEN ÇOLPAK [1], ERSİN TAN [1], IŞIN ÜNAL-ÇEVİK [1]

[1] *HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI*
[3] *KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ SUNA VE İNAN KIRAÇ VAKFI NÖRODEJENERASYON ARAŞTIRMA LABORATUVARI*

Giriş:
Alexander hastalığı (AH), glial fibriler asidik protein (GFAP) genindeki mutasyonlarla ilişkili nadir görülen kalıtsal lökodistrofilerdendir. Erişkin başlangıçlı AH, infantil ve jüvenil formlarına göre yavaş seyir gösterir. Dizartri, disfoni, disfaji gibi bulber semptomlar ve beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'de beyin sapı ve frontal periventriküler etkilenim ön plandadır. Okulo-palatal tremor ile laringeal-lingual tremoru olan AH-ilişkili lökodistrofi olgusu sunulacaktır.

Olgu:
Elli altı yaşında kadın hasta, üç yıldır olan ve yavaş ilerleyen baş dönmesi, sıvı gıdaları yutma güçlüğü, nefes darlığı, öksürük, ses kısıklığı, konuşma bozukluğu, yürüme zorluğu ve gözlerde titreme şikayetleriyle kliniğimize yatırıldı. Soygeçmişinde anne ve baba aynı köydendi. Nörolojik muayenesinde dizartri, panduler nistagmus, palatal tremor (klik sesi olmadan), patellar refleks bilateral hiperaktif, sol kolda dismetri, bilateral disdiadokinezi ve hafif ataksikdi. Laringoskopik muayenede, vokal kordları içeren larinks ve genioglossus kasından yapılan tremorogramda 2 Hz frekansında tremor kaydedildi. Antinükleer antikor (ANA) seviyesi 1/320 olarak pozitif bulundu, ancak diğer otoimmün belirteçler negatif çıktı. BOS'ta proteini 27.8 mg/dL, IgG indeksi 0.51 (normal <0.7) ve oligoklonal bant görülmedi. Sitopatolojik inceleme anormal hücreler görülmedi. AQP4 ve MOG antikorları da negatifti. MRG'de medulla oblongata, bilateral simetrik dentat nukleusta, periakuaduktal gri madde ve bilateral posterior periventriküler bölgelerde T2 hiperintens lezyonlar ile bilateral kaudat ve dentat nukleuslarında simetrik paramanyetik madde birikimi ve MR spektroskopide miyoinositol artışı tespit edildi. Tremor paterni ve görüntüleme özelliklerine dayanarak Alexander hastalığını ayırıcı tanımıza aldık ve tüm ekzom analizinde *GFAP* geninde heterozigot patojenik mutasyon saptandı.

Tartışma:
Palatal tremor Guillain-Mollaret üçgenindeki hipertrofik oliver dejenerasyonu işaret etmektedir. Progresif Ataksi ve Palatal Tremor (PAPT) ise levator veli palatini ile ilişkilidir. PAPT'ın genetik nedenlerine baktığımızda literatürde bildirilen az sayıda vaka serisinin yarıdan azında palatal tremorun olduğu AH karşımıza çıkar. Ayrıca, miyoinositol artışı hassas bir belirteç olarak gösterilmese de astrositopati düşünüldüğünde anlamlı olabilir. Literatürde bildiren ventilatör ihtiyacı olan olgudan farklı olarak hastamızda apne veya solunum problemi yoktu. İleri yaş başlangıçlı beyin sapı ve serebellar bulgularla prezente olan hastamızda detaylı muayenelerle okulo-palatal ve laringeal-lingual tremor saptanmıştır. Olası etyolojiler dışlanmıştır. Klinik ve radyolojik bulgular, erişkin-başlangıçlı lökodistrofiler ve AH açısından uyarıcı olmuştur. Literatürde bu özellikteki tremorlar çok nadir tanımlanmaktadır. Kesin tanı için genetik test yapılması önemlidir.

SOS - 15 NADİR AİLESEL GENETİK EPİLEPSİ NEDENLERİNDEN DEPDC-5 İLİŞKİLİ OLGU SERİSİ

NUR GÜLCE İŞKAN [1], PINAR TOPALOĞLU [2], ZUHAL YAPICI OBUZ [2]

[1] *NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ*
[2] *ÇOCUK NÖROLOJİSİ BİLİM DALI, NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ*

Amaç:
Disheveled, Egl-10 and pleckstrin domain-containing protein 5 (DEPDC5) geninde görülen patolojik varyasyonlar, fokal epilepsi sendromunun önemli nedenlerinden biri olarak literatürde öne çıkmaya başlamıştır. Bu olgu serisinde, dirençli nöbetler ile başvuran DEPDC5 patolojik varyasyonu olan üç olgunun tetkik ve tedavi süreçlerinin tartışılması amaçlanmıştır.

Yöntem:
Polikliniğimize dirençli nöbetler, kognitif yıkım ve aile hikayeleri nedeni ile başvuran, genetik analiz yapılmış ve DEPDC5 patolojik varyasyonu saptanmış üç hastanın başlıca klinik özelliklerine (hikâye, nöbet tipleri, tedavi, prognoz…) ait veriler incelenmiştir.

Sonuç:
Hastaların nöbetleri 40 günlük, 4 aylık ve 2,5 yaşlarında başlamıştı ve hepsinde de ilaca direnç mevcuttu. Başlıca nöbet tipleri infantil spazm, miyokloni, farkındalığın etkilendiği fokal nöbetler, tonik vibratuar nöbetler idi. Mental ve motor gelişme gecikmesi nedeniyle polikliniğimize başvuran bu üç çocuktan ikisi erkek, biri kızdı. İkisinin soygeçmişinde akraba evliliği, iki hastanın akrabalarında da epilepsi öyküsü vardı. Yapılan genetik inceleme sonucunda tüm hastalarda heterozigot DEPDC5 patolojik varyasyonu saptandı. Çoklu anti-nöbet tedaviye rağmen hastaların nöbetleri devam etmekteydi.

Tartışma:
Son yıllarda DEPDC5 geninde görülen varyasyonlar sporadik epilepsilerin %5'inde, ailesel epilepsilerin ise %13'ünde saptanmıştır. Ailesel epilepsiler ve infantil spazmların etyolojisinde rol oynadığı bilinmektedir. Genetik varyasyonu bilinen bazı epileptik sendromlarda bozulan genetik yolağın patolojisine yönelik kanallara özgü anti-nöbet tedavi verilmektedir. Bu epilepsi tipinde mTOR yoluyla ilgili bazı tartışmalar olsa da henüz bir tedavi seçeneği yoktur fakat çalışmalar devam etmektedir. Ailesel öyküsü bulunan dirençli fokal nöbetlerle başvuran hastalarda DEPDC5 mutasyonu akılda tutulmalı ve uygun şartlarda ileriye yönelik hasta ve ailesinin genetik analizleri yapılmalıdır.

SOS - 16 TEDAVİ YANITININ YÜRÜME ANALİZLERİYLE TAKİP EDİLDİĞİ, NADİR GÖRÜLEN, SEREBROTENDİNOZ KSANTOMATOZİS OLGUSU

ESER BULUŞ [1], SELEN ÜÇEM [2], ŞAHİN AVCI [3], AYŞENUR TUFAN [1], F. FERİHA ÖZER [1]

[1] *KOÇ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ*
[2] *KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[3] *KOÇ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, TIBBİ GENETİK*

Amaç:
Serebrotendinoz Ksantomatozis (CTX); juvenil katarakt, kronik ishal, tendon ksantomları ve ataksi-distoni-parkinsonizm, nöbet, demans, nöropati gibi çeşitli nörolojik tablolarla seyreden, nadir görülen, herediter, metabolik bir hastalıktır. Bildirimizde yürüme analizleriyle tedavi yanıtı takip edilen bir CTX olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu:
Ellibeş yaşındaki kadın hasta polikliniğimize 10 yıldır var olan, ilerleyici, yürüme güçlüğü yakınmasıyla başvurdu. Özgeçmişinde bilateral juvenil katarkt ve soygeçmişinde ablasında parkinsonizm olduğu öğrenildi. Muayenesinde; derin tendon refleksleri artmıştı, taban cildi refleksi bilateral ekstansördü, bilateral dismetri/disdiadokokinezisi mevcuttu, konuşması serebellar dizartrikti, geniş adımlı ataksik yürüyordu ve mini mental test skoru 13/30 idi. Beyin manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) periventriküler-subkortikal alanlarda T2-FLAİR hiperintens lezyonlar ve bilateral dentat çekirdeklerde hipointensite alanları gözlendi. Elektromiyografisinde (EMG) aksonal tipte polinöropatisi saptandı. Tüm ekzom analizinde CYP27A1 geninde homozigot patolojik bir varyant tespit edildi. Yakınmalar, özgeçmiş/soygeçmiş bilgileri, muayene bulguları, tetkik sonuçları ve genetik incelemesiyle birlikte CTX tanısı konulan hastaya kenodeoksikolik asit (CDCA) 750mg/gün ve simvastatin 20mg/gün başlandı. Tedavinin 4. ve 8. haftalarında yapılan yürüme analizlerinde denge ve stabilite parametrelerinde iyileşme tespit edildi. Ayrıca muayenesinde ksantom boyutlarının küçüldüğü ve entellektüel kapasitesinde iyileşme olduğu gözlendi.

Sonuç:
Jüvenil katarakt öyküsü olan, piramido-serebellar sistem bulguları, ataksi, distoni/parkinsonizm, kognitif bozulma tespit edilen ve tendon ksantomları gözlenen hastalarda, CTX mutlaka akılda tutulması gereken herediter metabolik hastalıklardandır. CDCA tedavisi mümkün olan en erken zamanda başlanmalıdır. Vakamızda da gösterildiği gibi CDCA tedavisiyle hastalık bulgularında iyileşme görülebileceği gibi geri dönüşümsüz olabilecek nörolojik hasarların ortaya çıkışı da engellenebilmektedir.

SOS - 17 CACNA1A İLİŞKİLİ YENİ BİR EPİLEPSİ SENDROMU

SEMİH TAŞDELEN [1], ZEYNEP GÖZDE BUĞDAYCI [1], AYŞE DENİZ ELMALI [1], AYŞE KUTLU [3], SİBEL AYLİN UĞUR İŞERİ [2], HACER DURMUŞ [1], YEŞİM PARMAN [1], NERSES BEBEK [1]

[1] *İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, AZİZ SANCAR DENEYSEL TIP ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ, GENETİK ANABİLİM DALI*
[3] *KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ, KOCAELİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*

Olgu:
CACNA1A genindeki mutasyonların başlıca ailesel hemiplejik migren (AHM), epizodik ataksi tip 2 (EA2) ve spinoserebellar ataksi tip 6 (SCA6) tabloları dışında nöropsikiyatrik hastalıklar, paroksismal distoni, epilepsi, gelişim geriliği, epileptik ensefalopatiyle ilişkisi gösterilmiştir. Status epileptikus (SE) öyküsü olan, *CACNA1A* geninde daha önce bildirilmemiş (NM_001127222.2) c.175A>G (p.Met59Val) heterozigot varyasyonu saptanan bir aile değerlendirilecektir.

Olgu 1: 5 ve 11 yaşlarında SE nedeniyle entübasyon ve yoğun bakım yatışı öyküleri olan 18 yaşında erkek hastanın, jeneralize tonik-klonik nöbetlerle(JTKN) seyreden SE döneminde rabdomiyoliz, iskemik hepatit, ventriküler aritmi, yaygın ödem, plevral efüzyon, pnömotoraks komplikasyonları gelişmişti. Tedaviyle nöbetleri kontrol altına alınan hastanın etiyolojiye yönelik tetkiklerle birlikte genetik incelemeleri planlandı.
Olgu 2(Olgu 1 ve 5'in annesi): 52 yaşında kadın, 48 yaşındayken JTKN nedeniyle levetirasetam başlanmış. 51 yaşında bir ay arayla iki kez SE nedeniyle YBÜ yatışı olmuş, valproat eklenmiş. SE sonrası günlük hayatını etkileyen unutkanlık gelişmişti. Levetirasetam ve valproat tedavisiyle bir yıldır nöbetsizdi.
Olgu 3(Olgu 1'in dayısı): 59 yaşında erkek, 56 yaşındayken SE tanısıyla YBÜ yatışı öyküsü vardı. Migrenöz karakterdeki başağrısı valproatla sonlanmıştı.
Olgu 4(Olgu 2 ve 3'ün babası): 86 yaşında erkek, 40 yaşında böbrek operasyonunu takiben JTKN geçirmesi nedeniyle tedavi başlanmış, 82 yaşında aksitinib tedavisiyle JTKN tekrarlamıştı. Levetirasetam ve lamotrijinle 4 yıldır nöbetsizdi.
Olgu 5(Olgu 1'in kardeşi): 24 yaşında kadın, 14 yaşından beri başağrıları olan hastanın nöbet öyküsü yoktu.
Yapılan genetik incelemede olguların tümünde *CACNA1A* geninde c.175A>G (p.Met59Val) heterozigot varyasyon saptandı. Ailede epilepsi öyküsü olmayan diğer bireylerde bu varyasyon saptanmadı.

Sonuç:
Mevcut bulgular *CACNA1A* c.175A>G (p.Met59Val) mutasyonunun, geniş spektrumda klinik tabloların görüldüğü ön planda SE ile seyreden bir epilepsi sendromuna yol açtığını düşündürmektedir.

SOS - 18 MEVF VE VPS16'NIN OLASI PATOJENİK VARYASYONLARI İLE GELİŞEN ERKEN BAŞLANGIÇLI DİSTONİ VE DİABETES MELLİTUS- SENDROMİK BİR AİLE TANIMLAMASI

YAĞMUR INALKAC GEMİCİ [1], CEMAL EKİCİ [2], MELİKE BATUM [1], CENK AKBOSTANCI [3], AHMET KOÇ [2], HATİCE MAVİOĞLU [1]

[1] *MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ GENETİK ANABİLİM DALI*
[3] *ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*

Amaç:
Distoni 30, VPS16 mutasyonlarına bağlı erken başlangıçlı hiperkinetik hareket bozukluğu olarak tanımlanır. Ailesel Akdeniz ateşi, MEFV gen mutasyonlarının neden olduğu otoinflamatuar bir hastalıktır. VPS16, otofagozom ve endozom olgunlaşmasında rol oynayan genlerden biridir. MEFV mutasyonları pyrin inflamatuarın aşırı aktivasyonunu tetikler Otofagazom disfonksiyonu ve inflamatuar birlikteliğin aktivasyonu klinik tabloların ağırlaşmasına veya yeni klinik tabloların oluşmasına neden olabilir.
VPS16 ve MEFV gen mutasyonlarına bağlı indeks bir olgu ve ailesinin klinik tablolarını literatür eşliğinde anlatmayı ve klinik tablonun oluşumunda etkili olabilecek mekanizmaları tartışmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
İndeks olgunun distoni etiyolojisini belirlemek amacıyla ayırıcı tanıda herhangi bir patoloji saptanmadığından tüm ekzon sekanslama (WES) yapıldı. VPS16 ve MEFV mutasyonlarının tespiti üzerine ailesine genetik analiz yapıldı.

Bulgular:
Altı yaşında önce fokal başlayarak progresif olarak ilerleyen ve jeneralize distonisi olan 17 yaşındaki erkek hastada ateşli olmayan karın ağrısı atakları vardı ve 14 yaşında tip 1 diyabet tanısı konuldu. Tam ekzom dizilimi (WES) ile; VPS16 c.1513C>T/p. Arg505*(muhtemelen patojenik), MEFV c.2080A>G s. Met694val (patojenik), MEFV c.1772T>C s. Ile591Thr (önemi bilinmeyen) heterozigot varyantlar tespit edildi. Bu arada 13. yaşındaki kız kardeşinde de aynı klinik tablo ve genetik varyasyonlar vardı. Babası şeker hastasıydı ve VPS16 c.1513C>T/p Arg505*, MEFV c.2080A>G p Met694val varyasyonları vardı. Annesi asemptomatikti ve MEFV c.1772T>C p. Ile591Thr varyasyonları. Anne-baba arasında akrabalık yoktu.

Sonuç:
Bu hastalıkların kardeşlerde görülmesi ancak ebeveynlerin de yokluğu, VPS16 ve MEFV genlerindeki iki ayrı varyasyonun bir arada bulunmasının fenotipi belirlediği fikrini akla getirmektedir. Ayrıca bu ailede MEFV varyasyon yükünün artması ve DMnin daha erken yaşta ortaya çıkması inflamasyonun erken diyabetik klinik tabloya neden olabileceğini düşündürmektedir.

SOS - 19 PROGRESİF MULTİFOKAL LÖKOENSEFALOPATİ'DE PEMBROLİZUMAB DENEYİMİ

MERYEM SENEM YILDIZ [1], JALE NEZERLİ [1], FATMA GÖKÇEM YILDIZ [1], ERSİN TAN [1], NEŞE DERİCİOĞLU [1], PINAR ACAR ÖZEN [1], ASLI TUNCER [1], RAHŞAN GÖÇMEN [2]

[1] *HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI*

Giriş:
Progresif multifokal lökoensefalopati (PML) JC ve BK virusa bağlı gelişen ilerleyici bir santral sinir sistemi enfeksiyonudur. Tedavide adaptif T hücre transferi, pembrolizumab gibi kontrol-noktası inhibitörleri (KNI) kullanılmasına yönelik olgu bildirimleri mevcuttur. Pembrolizumab, PD-1 reseptörüne karşı geliştirilen humanize IgG4 monoklonal antikorudur. Multipl myelom (MM) tedavisi sonrası takiplerinde PML tanısı almış bir olgudaki pembrolizumab etkinliği radyolojik ve klinik özellikleri ile tartışılacaktır.

Olgu:
2012 yılından beri MM tanısı ile immünsüpresif tedavi altında izlenen, Mayıs 2023te baş dönmesi, yürüme ve konuşma bozukluğu şikâyeti gelişmesi üzerine değerlendirilen hastanın çekilen kranial MRG'sinde sağ perirolandik, bilateral dentat nükleuslar komşuluğunda ve sağ pontomedüller bileşkede kontrast tutulumu göstermeyen T2-hiperintens ve zamanla ilerleyen lezyonlar saptandı. Bu bulgularla öncelikle PML düşünülen hastanın BOS örneğinden gönderilen JC virüs PCR'ın 3470 kopya/ml gelmesi ile PML tanısı kesinleştirildi. MM tanısı da göz önünde bulundurularak pembrolizumab (200 mg /3 hafta) başlandı.
Başvuru nörolojik muayenesinde ağır dizarti (konuşması anlaşılabiliyordu), sola bakışta daha belirgin horizontal nistagmus, sol üst ekstremite motor kuvveti 3/5, bilateral distmetri, disdiadokokinezi ,diz topuk testinde beceriksizlik, ataksi ve sıvı gıdalarla disfajisi olan hastanın pembrolizumab öncesi izleminde sol üst ekstremite kuvveti, disfaji ve dizartri bulguları kötüleşti. Ağustos 2023'te pembrolizumab ilk dozunu alan hastanın tedaviden 3 hafta sonraki muayenesinde radyolojik iyileşme izlenmese de motor kuvveti, dizartrisinde anlamlı düzelme izlendi. Kontrol BOS incelemesinde JCV PCR düzeyi 583 kopya/ml saptandı. Hasta 3 doz pembrolizumab sonrasi stabil izlenmektedir.

Sonuç:
Hematolojik maligniteler sonrası gelişen seçilmiş PML olgularında KNI tedavileri uygulanabilmektedir. PML'de KNI tedavisinin etkinlik ve uzun dönem sonuçları için çok sınırlı bilgi bulunmaktadır. Hızla nörolojik yeti yitimi gelişen hastamız pembrolizumab tedavisi sonrası stabilize olmuştur.

SOS - 20 ROTATUAR NÖBET: ÜÇ VİDEO OLGU SUNUMU

METE AYKUT GÜNİKEN , ÜMİT ZANAPALIOĞLU , ÖZDEM ERTÜRK ÇETİN

SBÜ SANCAKTEPE ŞEHİT PROF. DR. İLHAN VARANK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Rotatuar nöbetler (ekseni etrafında dönme nöbetleri), vücudun kendi etrafında en az 180 derece dönmesi ile karakterize nöbetlerdir. Literatürde "rotatory, volvular, circling ve gyratory" terimleri ile karşımıza çıkar. Nadir görülen bir nöbet tipidir, literatürde sınırlı sayıda olgu bildirimleri mevcuttur. Bu çalışmada ilk nöbetini geçiren ve nöbetleri rotatuar nöbet şeklinde olan üç olgunun video kaydı ile sunularak nadir görülen bu nöbet tipine dikkat çekilmek istenmiştir.

Olgu 1: 18 yaşında erkek hasta, birkaç gün uykusuzluk ardından gündüz saatlerinde kendi ekseni etrafında dönme ile şekillenen nöbet geçirme yakınması ile başvurdu. İş yerinde çalıştığı esnada başın sağa dönerek başladığı, farkındalığın kaybolduğu ve kendi ekseni etrafında iki tam tur (360 derece) ve bir yarım tur (180 derece) dönmesiyle devam eden ve etrafa çarparak yere düştüğü yaklaşık 20-25 saniye süren nöbet aktivitesi izlenmiştir. Kranyal MR normal saptanmıştır, EEG'de jeneralize epileptik deşarjlar izlenmiştir. Hasta levetirasetam tedavisi altında nöbetsiz izlenmektedir.
Olgu 2: 19 yaşında erkek hasta, gündüz saatlerinde iş yerinde olduğu sırada önce başın sola deviye olduğu, farkındalığın kaybolduğu sonrasında kendi ekseni etrafında bir tam tur (360 derece) ve bir yarım tur (180 derece) döndüğü o sırada merdivende olan hastanın bu sırada yere düştüğü yaklaşık 20-25 saniye süren nöbet aktivitesinin varlığı izlenmiştir. Kranial MR'da periventriküler ve korpus kallozumda 2 adet ventriküle dik uzanan hiperintens lezyonlar saptandı. Multiple skleroz (MS) yönünden araştırılan hastada MS olarak değerlendirilmedi. EEG normal saptandı. Levetirasetam altında nöbetsiz takip ediliyor.
Olgu 3: 46 yaş erkek hasta, gündüz saatlerinde bir gün süren şiddetli başağrısının ardından iş yerinde ayakta olduğu sırada başın sola deviasyonuyla başlayan farkındalığın kaybolduğu kendi ekseni etrafında iki tam tur döndükten sonra etraftaki nesnelere çarparak yere düştüğü ve yaklaşık 30 saniye süren nöbet aktivitesinin varlığı izlenmiştir. Kranial MR ve MR venografi normal saptandı. EEG'de jeneralize diken yavaş dalga izlendi. Levetirasetam tedavisi altında nöbetsiz izleniyor.

Yorum:
Rotatuar nöbetler nadir görülen bir nöbet tipidir. Literatürde sıklıkla fokal epilepsilerde bildirilmekle beraber, idiopatik jeneralize epilepsilerde de bildirilmiştir. ilk tanımlandığı dönemlerde ekseni etrafında dönme nöbetlerinin (EEDN) genellikle fokal serebral lezyonlara bağlı olduğu ileri sürülmüştür . Bildirilen fokal serebral lezyonlar arasında neoplastik hastalıklar, intratümoral abse, tuberoz skleroz, Wilson Hastalığı, SVT (serebral venöz tromboz) gibi durumlar bulunmaktadır. Lezyonların yerleşimi en sık olarak frontal veya temporal lobda olmaktadır. Ayrıca juvenil myoklonik epilepsilerde de görülebilen bir nöbet tipi olarak da karşımıza çıkmaktadır. EEDN zaman içinde lezyonsuz parsiyel epilepsilerde de bildirilmiştir. Halen kesin etiyopatogenezi açıklanamamış olmakla birlikte nöbet sırasında dönme davranışından frontal lob, bazal ganglionlar ve vestibüler korteks sorumlu tutulmaktadır. Vercueil ve arkadaşları rotatuar nöbeti olan bir hastada intraserebral EEG çalışmasında nöbetin anterior temporal lob ve orbitosingulat korteksten kaynaklandığını gözlemiş ve SPECT ile asimetrik bazal ganglion aktivasyonu olduğunu göstermiştir. Bu olgu sunumları ile nadir görülen rotatuar nöbetlerin farklı epilepsi tiplerinde de görülebileceğine dikkat çekilmek istenmiştir.

SOS - 21 SAKARYA İLİ C9ORF72 MUTASYONLU ALS OLGULARININ FENOTİPİK ÖZELLİKLERİ

LEVENT AVCI [1], DİLCAN KOTAN [2], ELİF BAYRAKTAR [3], VİLDAN ÇİFTÇİ [3], AYŞE NAZLI BAŞAK [3]

[1] S. B. SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANADALI
[3] KOÇ ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, KUTTAM-NDAL

Amaç:
Tüm ALS'lerin %20'sinde ailesel geçiş görülmekte ve genetik geçişli olguların klinik özelliklerinin belirlenmesi hala değer taşımaktadır. Bu çalışmada, ilimizde ki c9orf72 mutasyonu saptanan ALS hastalarının klinik özellikleri incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem:
Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştıma Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda 2014-2022 yılları arasında yakınmaları başlayan, El Escorial tanı kriterleri ile ALS tanısı almış C9ORF72 mutasyonu saptanan 8 olgu retrospektif olarak, cinsiyet, başlangıç yaşı, başlangıç bulguları, pedigree, kognitif bulguları ve nörogörüntülemeleri incelenmiştir.

Bulgular:
Çalışmaya dahil edilen 8 olgunun 4'ü (%50) erkek, 4'ü (%50) kadın idi. Olguların yaş aralığı 52 ve 72 arasındaydı. Ortalaması 58,875 idi. Klinik özellikler açısından incelendiğinde üç olgu ayaklarda güçsüzlük, yürüme güçlüğü semptomları ile başlamıştı. Bir olgu ayaklarda güçsüzlük, bacaklarda kramp ve seyirmeler, kollarda güçsüzlük ile başlamıştı. Dört olgu da ellerde güçsüzlük ve konuşma bozukluğu ile başladığı tespit edildi. Dört erkek olgudan bir tanesi ayaklarda kuvvet kaybı ve yürüme güçlüğü, üç tanesinde de kollarda kuvvet kaybı ve konuşma bozukluğu ile başlamıştı. Kadın olgulardan ise iki tanesi ayaklarda kuvvet kaybı, yürüme güçlüğü ile başlamış ve bir tanesine daha sonra el kaslarında erime eklenmişti. Bir kadın olgu da ayaklarda güçsüzlük, bacaklarda kramp ve seyirme , kollarda güçsüzlük ile başlamıştı. Kadın olgulardan bir tanesi de konuşma güçlüğü ve el kaslarında erime ile başlamıştı. Sadece bir olguda ailede benzer hastalık mevcuttu. Olguların hiçbirinde nöropsikiyatrik değerlendirmede kognitif bozukluk lehine bulgu saptanmadı.

Sonuç:
ALS hastalarının % 50 ye yakın bir kısmında da kognitif bozuklukların eşlik ettiği görülmüştür. Bu hastalarda % 15 e varan oranda frontotemporal demans (FTD) semptomları geliştiği izlenmiştir C9orf72 intron 1indeki patojenik G4C2 heksanükleotid tekrar genişlemesinin (HRE) ailesel ALS ve FTDnin en yaygın nedeni olduğu bulunmuştur.C9orf72 G4C2 HRE, Avrupa ve Kuzey Amerika popülasyonlarında ALS-FTD, ALS ve FTDnin en sık nedeni iken, Asya ve Orta Doğuda son derece nadir olduğu bulunmuştur. Ülkemizde fenotipik özelliklerin analizi ve ulusal verilerin sunulması önem arzetmektedir.

Bu sunumda, ALS tanısı alan olguların ailesel geçişi ve kognitif bozukluğu saptanmasa da mutlaka genetik incelemelerin yapılması gerekliliği vurgulanmıştır.

SOS - 22 NADİR GÖRÜLEN "PRPS 1 VE VAC14" GENETİK MUTASYONLARLA İLİŞKİLİ HİPERKİNETİK HAREKET BOZUKLUKLARININ FENOTİP-GENOTİP İLİŞKİLERİ

RAHİME KILIÇ [1], GİZEM GÜLLÜ [2], SARRA HAMİDE LAZRAK [1], ÖZGÜR ÖZTOP ÇAKMAK [3], ÇİĞDEM SEVDA ERER ÖZBEK [1], AYŞE NAZLI BAŞAK [3], BÜLENT ELİBOL [4]

[1] ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[3] KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[4] HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Son dönemde kulllanılan WES (tüm exom analizi) ile insan genomundaki ekzonların tümü dizi analizine tabi tutulmakta ve özellikle klinik tanı konulamamış hastalar için hastalığın kesin tanısının konulmasında büyük önem taşımaktadır. Biz bu sunumda ön planda hiperkinetik hareket bozukluğu olan ve nadir olarak bildirilen iki olgu sunmayı amaçladık.

Olgu 1:
20 yaşında erkek hasta,1 yaşından sonra başlayan,kollarında sıçrama, kasılma ve istemsiz hareket şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde febril konvulziyon öyküsü mevcuttu. Muayenesinde mental retardayon, boyunda ve sağ üst ekstremitede hakim distonik postur, her iki elde negatif miyoklonus ve koreiform hareketleri mevcuttu, kraniyal görüntülemesi,Wilson tetkikleri,metabolik ve mitokondriyal enzimleri, otoimmun paneli normal sonuçlandı. Video-eeg kayıtlarında epileptik aktivite gözlenmedi. Genetik analizinde PRPS-1 geninde missense mutasyon saptandı.
Olgu 2:
26 yaşında kadın hasta,7 yıldır var olan boyunda, çenede ve bacaklarda kasılma şikayetiyle başvurdu. Muayenesinde çene açma distonisi, dilde laterotrüzyon, boyunda sola laterokollis, bizaar yürümesi mevcuttu. Genetik analizinde VAC14 geninde homozigot mutasyon saptandı. Medikal tedavi ve botulinum toksin uygulamasına yetersiz yanıtı olan hastaya DBS (derin beyin stimülasyonu) uygulandı.

Sonuç:
PRPS-1 süperaktivitesi erişkin başlangıçlı ürik asit kristalürisi, urolithiazis ve gut artriti ile karakterizedir. Ancak erken çocukluk döneminde sensörinöral sağırlık, hipotoni, zeka geriliği, ataksi gibi nörogelişimsel anormalliklerle seyreden fenotipleri de gözlenmektedir. PRPS-1 deki azalan aktivite Xe bağlı sendromik olmayan sensörinöral sağırlık ,Charcot-Marie-Tooth Tip-5 ve Arts sendromuyla ilişkilendirilmiştir. VAC14 geni, hücre membranında görevli fosfatidilinositol 3,5-bisfosfat seviyesini düzenleyen kompleksin bir bileşenini kodlar. Bu gendeki bialelik mutasyonlar çocukluk çağı striatonigral dejenerasyonu, juvenil parkinsonizm-distoni ve Yunis-Varon benzeri sendrom ile ilişkilendirilmiştir. Sunumumuzda,nadir görülen genetik mutasyonlarla ilişkili hiperkinetik hareket bozukluklarının fenotip-genotip ilişkileri tartışılacaktır.

SOS - 23 KUFOR-RAKEB SYNDROME/PARK9: A CONTRIBUTION TO EXPANDING THE PHENOTYPIC AND GENOTYPIC SPECTRUM

FADIME ERDOGAN KUCUKDAGLI [1], KHALED AL-ROBAIDI [2], LEON S DURE [2]

[1] *ANKARA BILKENT CITY HOSPITAL, DEPARTMENT OF NEUROLOGY*
[2] *UNIVERSITY OF ALABAMA AT BIRMINGHAM, DIVISION OF PEDIATRIC NEUROLOGY*

Objective:
Kufor-Rakeb Syndrome (KRS) is an autosomal recessive, juvenile-onset Parkinson's disease first described in 1994 .Cognitive deficits, hypokinesia, rigidity, spasticity, brisk deep tendon reflexes, upward gaze palsy, tremor, and facial-faucial-finger mini-myoclonus are the common manifestations. KRS is caused by mutations in ATP13A2 producing a transmembrane protein responsible for the regulation of intracellular inorganic cations. Herein, we present a case of 17-year-old female with a novel mutation who was born to nonconsanguineous parents of Hispanic origin, without a family history of neurodegenerative diseases.

Methods:
The patient with a history of neurodevelopmental delay began experiencing slowly progressive difficulties with feeding and speaking, gait issues, shaky hands and severe anxiety in her early teens. At first assesment on her age of 14, she had bradykinesia, decreased eye blink, impaired upward gaze, tongue tremor and anarthria. A differential diagnosis was performed with a focus on juvenile-onset parkinsonism. Disease-causing ATP13A2, c.1298_1299delCT (p.Ser433Cysfs*23) variant homozygous mutation was identified by whole-genome sequencing. The patient's symptoms improved with levodopa treatment. A written consent was obtain for a video recording demonstrating this improvement.

Conclusion:
We reported a patient of KRS with a novel mutation of ATP13A2 gene, who manifested bradykinesia, difficulty walking, poor feeding and anarthria improved with levodopa.

Discussion:
The unique feature of the patient presented here is anarthria and difficulty feeding responding levodopa, and having slow progressive disorder since her disease onset comparing previous cases. Herewith, we describe diverse manifestations, and further expanding the phenotype and genotype of Kufor-Rakeb Syndrome with the unusual features.

SOS - 24 RİTUKSİMAB YANITLI ATİPİK SEYİRLİ RASMUSSEN ENSEFALİTİ

GAMAR ALİYEVA , GAMZE ÖZKAYA , SEYDA ERDOĞAN , ÖZDEN ŞENER

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Rasmussen ensefaliti, genellikle çocukları ve genç erişkinleri etkileyen nadir, ilerleyici bir nörolojik bozukluktur. Burada, başlangıç yaşı geç olan, oksipital tutulum ile prezente olan, nispeten yavaş klinik seyir gösteren ve ritüksimab ile tedavi edilen bir hasta sunulmaktadır.

Olgu:
Yirmi iki yaşında kadın hasta tedaviye dirençli nöbetler nedeni ile başvurdu. Nöbetleri 15 yaşında görme bozukluğu atakları şeklindeydi. Bu dönemde interiktal EEG'de sağ oksipital bölgede epileptiform anormallikler ve sağ parieto-oksipital bölgeden kaynaklanan nöbetleri kaydedilmişti. Beyin MRG'de daha önceki incelemelerde saptanmayan sağ oksipital lob medialinde kontrast tutmayan lezyonlar ve sağ serebral hemisferde atrofi izlenmişti. Bize başvurusunda nöbet semiyolojisi öncekilerden farklı olarak sol kolda uyuşma hissiyle başlayıp sol kol ve bacakta kasılmalar şeklindeydi. Çoklu nöbet önleyici ilaca rağmen nöbetleri devam etmekteydi. Birden fazla kez status epileptikus nedeni ile hastaneye yatış öyküsü vardı. Muayenesinde solda hemiparezi (4/5) ve sol homonim hemianopsi saptandı. Tüm tetkik sonuçları ile Rasmussen ensefaliti tanısı konuldu. Covid-19 pandemisi döneminde immünsüpresif tedaviyi kabul etmeyen hasta 3 haftada bir IVIG tedavisi ile takibe alındı. Bu tedavi altında tekrarlayan ve sık nöbetleri olan hastaya ritüksimab ve oral steroid tedavisi başlandı. Steroid tedavisi takipte azaltılarak kesildi. Yaklaşık 1 yıldır ritüksimab tedavisi altında takip edilen hastada nöbetsizlik sağlanmıştır. Bir yıl ara ile yapılan nöropsikolojik testlerinde fark yoktu. Hemiparezi ise belirgin düzelme gösterdi.

Tartışma:
Hastamızın başlangıçtaki tablosu oksipital lob epilepsisi şeklindedir. Oksipital tutulum ile başlangıç Rasmussen ensefalitlerinde nadiren bildirilmiştir. Literatürde ritüksimab ile tedavi edilen az sayıda hasta bulunmaktadır. Bizim hastamızda olduğu gibi nöbet kontrolü ve nörolojik fonksiyonların korunması açısından bazı hastalarda ritüksimab iyi bir tedavi seçeneği olabilir.

SOS - 25 NADİR BİR HEREDİTER ATAKSİ: PNPLA6 GEN HASTALIĞI

ECE YANIK [1], ESRA ERKOÇ ATAOĞLU [1], GÜLSÜM KAYHAN [2], MEHMET CÜNEYT ÖZMEN [3], AYŞE BORA TOKÇAER [1]

[1] GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ GENETİK ANABİLİM DALI
[3] GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GÖZ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Giriş:
Serebellar ataksi etyolojileri, herediter, dejeneratif veya edinsel olarak sınıflandırılabilir (1). PNPLA6 (Patatin-like phospholipase domain-containing protein 6) hastalıkları, herediter etyolojiler içinde nadir bir grubu oluşturur. Aşağıda, bu gruba ait hastalıklardan Boucher Neuhauser Sendromu (BNS) tanısı konan bir serebeller ataksi olgusu sunulmuştur.

Olgu sunumu:
Kırk dört yaşında erkek hasta, 5-6 yıldır ilerleyen denge kusuru, 2-3 yıldan beri konuşma bozukluğu, el yazısında bozulma şikayetleriyle başvurdu. Özgeçmişinde jinekomasti nedeniyle operasyon öyküsü mevcuttu. Kronik hastalık öyküsü yoktu. Soygeçmişinde özellik yoktu. Nörolojik muayenesinde dizarti, üst ve alt ekstremitelerde dismetri ve ataksik yürüyüş mevcuttu. Kranial MR'da serebellar atrofi izlendi (Resim 1 a, b, c, d). Ataksi etyolojisine yönelik yapılan hemogram, periferik yayma, biyokimya, seruloplazmin, ferritin, tiroid hormonları-otoantikorları, antigliadin ve antiendomisyum antikorları, lipid elektroforezi, E vitamini, metabolik panel ve paraneoplastik antikor testleri normaldi. Elektromiyografide periferik nöropati saptanmadı. Genetik incelemede, PNPLA-6 geninde birleşik heterozigot mutasyon saptanması üzerine, tablonun bir PNPLA6 hastalığı ile uyumlu olduğu düşünüldü. Ataksiye eşlik eden klinik özellikler araştırıldığında, hipogonadotropik hipogonadizmin ve göz bulgularının saptanmasıyla, hasta 'Boucher Neuhauser Sendromu' (BNS) olarak kabul edildi. İlginç olarak, BNS'nin klasik göz bulgusu olan koryoretinal distrofi, yerine olgumuzda 'adult vitelliform makular distrofi' saptandı (Resim 2).

Tartışma:
Edinsel ve dejeneratif nedenlerin dışlandığı, aile öyküsü negatif olduğundan sporadik kabul edilen ataksi vakalarının %13'ünün herediter kökenli olduğu bildirilmiştir (2). PNPLA6 hastalıkları, serebellar ataksinin nadir nedenleri arasında olup, ataksiye eşlik eden diğer klinik özelliklere göre farklı sendromlar tanımlanmıştır (3). BNS; 19. Kromozomda yer alan PNPLA6 geninin homozigot ya da birleşik heterozigot mutasyonlarıyla ortaya çıkan, serebellar ataksi, hipogonadotropik hipogonadizm ve koryoretinal distrofi triadı ile karakterize, otozomal resesif bir sendromdur (4,5). Kranial MRG'de serebellar vermisin üst ve dorsal kısımlarında seçici atrofi ile birlikte serebellar hemisferlerin atrofisi tipiktir (6). Bu olgu, nadir ataksi etyolojilerinden birinin dökümante edilmiş olmasının yanısıra, göz bulgularının literatürde daha önce belirtilenlerden farklılık göstermesi yönüyle de ilginç bulunmuştur.

Kaynaklar:
1. Lieto M, Roca A, Santorelli FM, Fico T, De Michele G, Bellofatto M, et al. Degenerative and acquired sporadic adult onset ataxia. Neurol Sci. 2019;40(7):1335-42.
2. Jayadev S, Bird TD. Hereditary ataxias: overview. Genet Med. 2013;15(9):673-83.
3. Synofzik M, Hufnagel RB, Züchner S. PNPLA6 Disorders. 2014 Oct 9 [Updated 2021 Jun 10]. In: Adam MP, Mirzaa GM, Pagon RA, et al., editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2023. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK247161/
4. Merolla S, Borella M, Bassi F, Canonico F, Santilli IM, Grassi MP. Neuropsychological assessment of Boucher-Neuhäuser syndrome: A case report. Clin Neuropsychol. 2022;36(8):2370-8.
5. He J, Liu X, Liu L, Zeng S, Shan S, Liao Z. Identification of Novel Compound Heterozygous Variants of the PNPLA6 Gene in Boucher-Neuhäuser Syndrome. Front Genet. 2022;13:810537.
6. Tarnutzer AA, Gerth-Kahlert C, Timmann D, Chang DI, Harmuth F, Bauer P, et al. Boucher-Neuhäuser syndrome: cerebellar degeneration, chorioretinal dystrophy and hypogonadotropic hypogonadism: two novel cases and a review of 40 cases from the literature. J Neurol. 2015;262(1):194-202.

SOS - 26 GLİAL SKARA BAĞLI DİRENÇLİ EPİLEPSİ OLGUSUNDA CERRAHİ REZEKSİYON: VİDEO OLGU SUNUMU

EBRU KAYA [1], ÖZDEM ERTÜRK ÇETİN [1], BENGİGÜL ALPASLAN TÜRK [2], ÇİĞDEM ÖZKARA [2], CİHAN İŞLER [2], MUSTAFA UZAN [2]

[1] SANCAKTEPE ŞEHİT PROF. DR. İLHAN VARANK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
[2] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

Giriş:
Epilepsi hastalarının yaklaşık %20-30'u dirençli seyretmekte ve %5-10 kadarı cerrahi adayı olabilmektedir. Lezyonu olduğu varsayılan dirençli fokal epilepsili her hastada cerrahi değerlendirme düşünülmelidir. Epilepsi cerrahisi sonlanımında en başarılı sonuçlar hipokampal skleroz, düşük grade tümörler ve vasküler malformasyonlar olmakla beraber, glial skarlar ile ilişkili epilepside de başarılı sonuçlar elde edilmektedir. Ancak klinik pratikte glial skar ile ilişkili dirençli epilepsilerde cerrahi seçeneği ihmal edilebilmektedir. Burada, glial skara bağlı dirençli epilepsisi olan ve başarılı bir rezektif cerrahi uygulanan bir epilepsi olgusu sunulacaktır.

Olgu:
20 yaşında kadın hasta, 45 günlükken yenidoğanın geç hemorajik hastalığı intrakraniyal kanama geçirmesi nedeniyle sol frontal bölgede sekel gliotik lezyonu mevcuttu. 45 gün-2 yaş aralığında hastanın nöbetleri nedeniyle fenobarbital ile takip edilmişti. 2-9 yaş arası nöbetsiz bir dönemden sonra; 9 yaşında nöbetler tekrar başlamıştı. Hastanın nöbetleri sıklıkla uykuda, farkındalığın kaybolduğu korku, çığlık atıp kalkma, koşmaya çalışma gibi hiperkinetik karakterde nöbetlerdi. Nöbetleri haftada 3-4 gece olmaktaydı ve gecede 4-5 kere olup kümelenme göstermekteydi. Nöbetleri nedeniyle birçok kere travmatik yaralanması mevcuttu. Motor mental gelişimi normaldi. Mevcut tedavisi Levetirasetam 2500mg/gün, Lakozamid 400mg/gün, Clobazam 30mg/gün ve Valproate 250mg/gün idi. Cerrahi adayı olarak değerlendirilen hasta pre-operatif değerlendirilmesi interiktal-iktal VEEG, FDG-PET, nöropsikolojik test ve protokole uygun MR ile yapıldıktan sonra konseyde konuşularak rezektif cerrahi uygulandı. Postop ilk bir hafta bir kaç kısa nöbet sonrasında tekrar nöbeti gözlenmedi. Hasta 1,5 aydır nöbetsiz izlenmektedir, Daha önce bu kadar uzun nöbetsiz dönemi olmamıştır. Nöbet önleyici ilaç tedavisi tedricen azaltılmaktadır.

Sonuç:
Epilepsi cerrahisi söz konusu olduğunda, günümüzde halen gelişmiş ülkelerde bile cerrahiden yeterince yararlanılmamaktadır. Bunun nedenleri arasında hekim ve hastaların bilgi eksikliği, tedavi maliyeti, ya da tıbbi ekipman yetersizliği gibi nedenler yer alabilmektedir. Özellikle glial skar lezyonu olan hastaların cerrahi şansı konusunda hekim ve toplumda bilgi sınırlıdır. Bu olgu sunumu ile skar doku ile ilişkili epilepsilerde de cerrahinin önemli bir tedavi seçeneği olabileceğini vurgulamak istedik.

SOS - 27 EPİLEPSİ CERRAHİSİ SONRASI NÖBETSİZLİK VE PSİKİYATRİK KOMORBİD DURUMUNDA İYİLEŞMENİN ELDE EDİLDİĞİ DİRENÇLİ FRONTAL LOB EPİLEPSİSİ VAKASI

HİKMET ABBASZADE , MERVE İRİŞ , BENGİ GÜL TÜRK , MEMET ŞAKİR DELİL , SELİN YAĞCI KURTİSH , TANER TANRIVERDİ , OSMAN KIZILKILIÇ , SEHER NAZ YENİ

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ

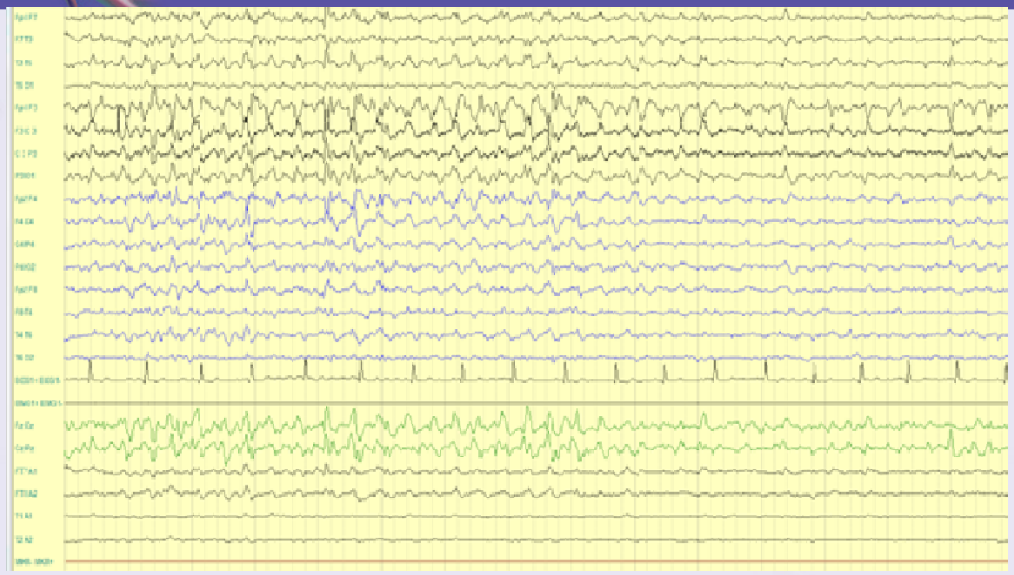
Giriş:
Epilepsi hastalarının %50'de psikiyatrik bozukluklar gelişebilmektedir. Depresyon, anksiyete, davranış ve öğrenme sorunları görülebilmektedir. Frontal lob epilepsisi (FLE) nedeniyle ameliyat olan hastamızda psikiyatrik komorbiditeleri tartışmayı amaçladık.

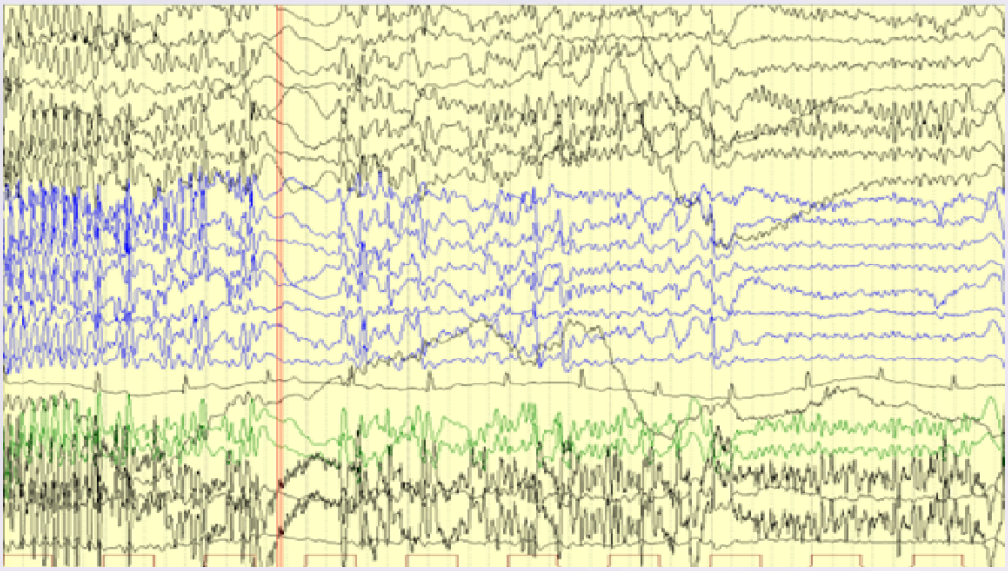
Vaka:
21 yaş kadın. 9 yaşındayken tepkisizlik sonrası korku ile çığlıklar başlamış. Status epileptikusla yoğun bakıma yatırılmış. Nöbetleri her gün perioral hareketlerle, bilinç kaybıyla, genelde geceleri ve dakristikti. Tedaviler etkisizdi. Video-EEG monitörizasyonu (VEM) sol frontal loba işaret etti. 13 ve 18 yaşlarında manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ve FDG/PET normal. İktal SPECTte sol inferior frontal hiperaktivite görüldü. Stereotaktik elektroensefalografiyi (sEEG) hasta ve ailesi reddetti. 20 yaşında MR (3Tesla)da, sol süperior frontal anterior ve singulat girusta kortikal kalınlık artışı görüldü. Epilepsi cerrahisi planlandı.

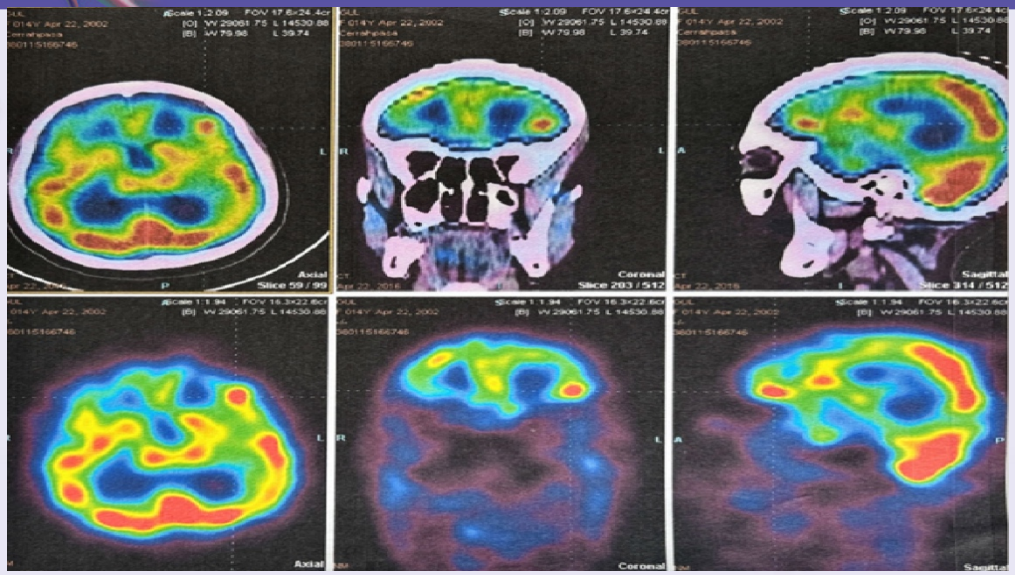
Psikiyatrik öyküsü:
9 yaşında aşırı yeme, patolojik yalan söyleme, daha sonraları uygunsuz cinsel dürtüsel davranışlar gelişti. 13 yaşındayken nöropsikolojik testlerde (NPT) frontal disinhibisyon bozuklukla ''Intelligence Quotient'' (IQ) 87 saptandı ("borderline"). 16 yaşındayken homisidal düşünceleriyle psikiyatriye yatırıldı. Madde kullanıyordu, agresif ve saldırgandı. Tedaviler etkisizdi.
Lezyonektomi sonrası (1.5 yıl) monoterapide, EEG'de uykuda nadir sol frontal dikenler, Patolojisi Fokal Kortikal Displazi (FKD) Tip IIb. Ameliyat öncesi ve sonrası 6 aylık testlerde, tüm zihinsel yetilerde iyileşme, IQ'da 3 puanlık artış. Frontal tip kişilik bozuklu durdu, içgörü arttı. 14 aylık değerlendirmelerde yürütücü işlevler iyileşti

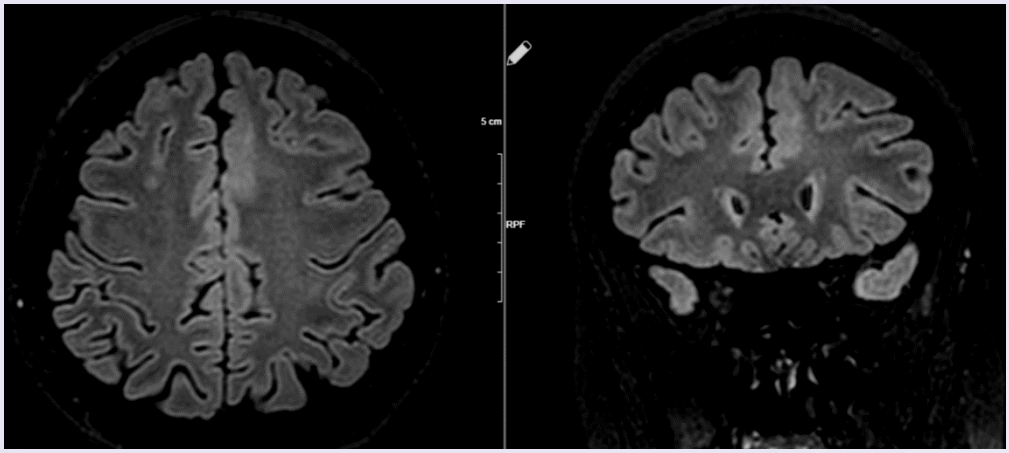
Tartışma:
Epilepsi hastalığında komorbiditelerin göz önünde bulundurulması önemlidir. Nöbetsizlik yaşam kalitesinde önemli bir iyileşmeye yol açsa da, tek başına iyilik durumunu sağlamamaktadır. FLE cerrahisinin bilişsel, davranışsal iyileştirme potansiyeli ile ilgili sınırlı araştırma bulunmaktadır.

Sonuç:
Olgumuzla cerrahi başarının temel bileşenleri olarak sadece nöbetsizliğin değil, psikiyatrik ve davranışsal yönlerdeki iyileşmelerin de dikkate alınmasının önemini vurguladık.









		raw score	raw score	raw score
MENTAL STATUS				
	MMSE	22,00	26,00	22,00
	Alexander IQ Test	84,00	87,00	87,00
EXECUTIVE FUNCTIONS				
	WAIS-R Total	8,00	8,00	9,00
	100-7 Backward	0,00	4,00	0,00
	Fluency Animal	16,00	13,00	16,00
	Fluency K-A-S Letter	11,00	17,00	19,00
	TMT A sec.	82,00	56,00	62,00
	TMT error	2,00	0,00	0,00
	TMT B sec.	130,00	135,00	112,00
	TMT error	2,00	5,00	5,00
	TMT B-A sec.	48,00	79,00	50,00
	STROOP Speed	11,00	13,00	11,00
	STROOP Color Naming	12,00	15,00	13,00
	STROOP Interference sec.	27,00	27,00	25,00
	STROOP-C	3,00	3,00	1,00
	STROOP-E	0,00	0,00	0,00
	CDT	3,00	4,00	4,00
	WAIS-R Similarities	14,00	18,00	18,00
	Proverb Interpretation	0,00	0,00	4,00
	FAB	12,00	16,00	16,00
VERBAL MEMORY				
	CVLT IR-LIST A	5,00	5,00	7,00
	CVLT IR-LIST B	5,00	4,00	5,00
	CVLT 30 min. DFR	6,00	11,00	6,00
	CVLT SDFR	8,00	12,00	6,00
	CVLT RECOGNITION	15,00	16,00	15,00
	CVLT FR	5,00	2,00	0,00
	CVLT TOTAL LEARNİNG	39,00	50,00	45,00
VISUAL MEMORY				
	WMS-VR IR	9,00	10,00	9,00
	WMS-VR DR	6,00	10,00	8,00
	WMS-VR RECOGNITION	9,00	11,00	9,00
	RCFT IR	13,00	17,00	20,00
	RCFT DR	11,00	15,00	18,00
VISUOCONSTRUCTION				
	RCFT-C	33,00	33,00	36,00
PERSONALITY				
	FBI Negative			
	FBI Disinhibition			
	FBI Total			
	TEMPS Scale (hyperthymic)		10,00	8,00
EMOTIONAL STATE				
	BDI	3,00	3,00	4,00
	STAI-X Trait	25,00	27,00	36,00
	STAI-X State	33,00	36,00	34,00

		z score	z score	z score
MENTAL STATUS				
	MMSE	-4,57	-1,70	-4,57
	Alexander IQ Test	84,00	87,00	87,00
EXECUTIVE FUNCTIONS				
	WAIS-R DS Total	-1,40	-1,40	-1,18
"	100-7 Backward	-5,00	-1,00	-5,00
	Fluency Animal	-1,40	-2,00	-1,40
"	Fluency K-A-S Letter	-2,43	-1,52	-1,75
"	TMT A sec.	-4,11	-1,76	-2,31
	TMT error	-2,00	0,00	0,00
	TMT B sec.	-1,54	-1,70	-1,00
"	TMT error	-2,00	-5,00	-5,00
	TMT B-A sec.	0,17	-1,48	0,25
	STROOP Speed	0,18	0,14	0,18
	STROOP Color Naming	0,57	-0,28	-0,46
	STROOP Interference	-0,56	-0,56	-0,64
	STROOP-C	-3,00	-3,00	0,00
	STROOP-E	0,00	0,00	0,00
	CDT	-2,00	-1,00	-1,00
	WAIS-R Similarities	-1,00	0,00	0,00
"	Proverb Interpretatio	-5,00	-5,00	-1,00
	FAB	-1,17	0,56	0,56
VERBAL MEMORY				
	CVLT IR-LIST A	-1,60	-1,60	0,60
	CVLT IR-LIST B	-1,00	0,50	-1,00
"	CVLT 30 min. DFR	-3,60	-1,00	-3,60
"	CVLT SDFR	-3,60	-1,50	-4,90
	CVLT RECOGNITION	0,40	0,45	0,40
	CVLT FR	-3,95	1,00	0,00
	CVLT TOTAL LEARNIN	-2,50	-1,00	-1,60
VISUAL MEMORY				
	WMS-VR IR	-1,26	-0,90	-1,26
	WMS-VR DR	-1,80	-0,50	-1,17
"	WMS-VR RECOGNITIC	-2,22	-1,00	-2,22
	RCFT IR	13,00	17,00	20,00
	RCFT DR	11,00	15,00	18,00
VISUOCONSTRUCTION				
	RCFT-C	0,00	0,00	1,20
PERSONALITY				
	FBI Negative			
	FBI Disinhibition			
	FBI Total			
	TEMPS Scale (hyperthymic)		10,00	8,00
EMOTIONAL STATE				
	BDI	-1,02	-1,02	-0,86
	STAI-X Trait	25,00	27,00	36,00
	STAI-X State	33,00	36,00	34,00

SOS - 28 PARKINSONİZM İLE PRESENTE OLAN GEÇ TANI ALMIŞ TALASEMİ HASTASI

KÜBRA IŞIK [1], ASIM TEKİN [1], GÜLİN MORKAVUK [2]

[1] *SURUÇ DEVLET HASTANESİ*
[2] *ANKARA LÖSANTE ÇOCUK VE YETİŞKİN HASTANESİ*

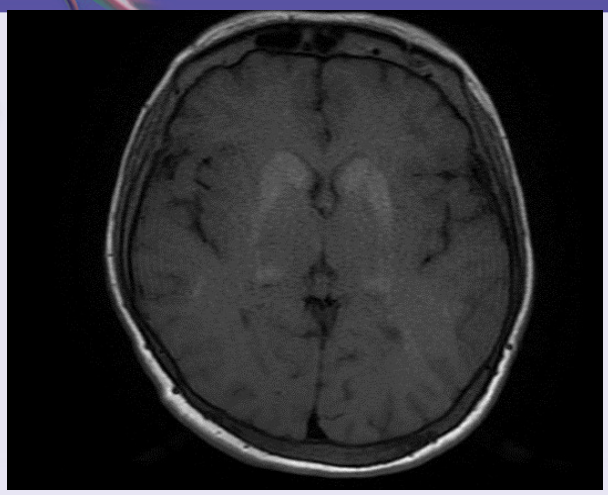
Özet:
Serebral demir regülasyonunun bozulması norodejeneratif hastalıklar patogenizde yer alan nedenlerinden biridir. Demir birikiminin olası olumsuz etkisi reaktif oksijen tüketimi, ferroptozun induklenmesi ile beraberinde inflamatuar değişikliklerin hızlanmasına neden olur. Beyin demir birikimi ile ilgili nörodenerasyon sendromları (NIBA) bazal ganglionlarında anormal demir birikimi ile giden çocukluktan yetişkinliğe kadar olan ilerleyici nadir hastalıkları kapsar.

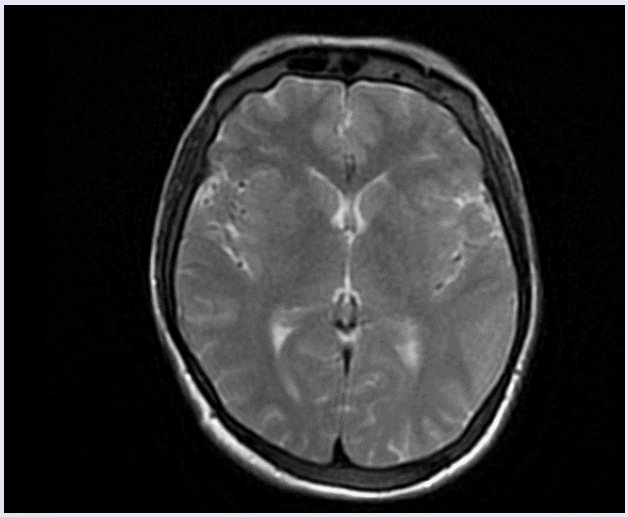
Giriş:
Beyinde demir birikimi ile giden nörodejenerasyon sendromları bazal ganglionlarda anormal demir birikimi ile karakterizedir (1). Bu sendromlar hipo ve/veya hiperkinetik bozukluklarla klinik olarak presente olur. Bilişsel gerileme ve psikiyatrik bozukluklarda beraberinde görülülebilir (2).

Olgu:
30 yaşında kadın hasta, 1 yıldır olan sol vucud yarımında artan güçsüzlük ve sol elde titreme şikayeti ile başvurdu. Özgeçmiş de bir dönem anemi nedeni ile takip edilip oral ve ıv demir tedavisi aldığı öğrenildi. Nörolojik muayenede sol elde ıstırahat ve postural tremor, solda elde bradikinezi ile yürüyüş esnasında sol kol salınımı azalmış olduğu görüldü ve bilateral taban cildi refleksi ekstansördü. Parkınsonizm düşünülen hastanın Beyin MR'da bilateral simetrik globus pallidus ve substansia nigrada T2 ağırlıklı kesitlerde hipointens , T1 ağırlıklı kesitlerde hiperintens lezyon izlendi (şekil 1,2). Kan tetkiklerde ise Hb:8,8, Ferritin :1167, MCV:79,5 olan hastada demir birikimine bağlı parkinsonizm düşünüldü. Hastaya pramipeksol 0,375 mgr/gün ve rasajilin 1gr/gün başlanıp hematolojiye yönlendirildi. Hastaya talasemi tanısı ile deferasiroks 2x360mgr şeklinde başlandı. Hastanın 2 ay sonra kontrolde tremor belirgin azalmıştı.

Tartışma:
Demir birikiminin olası olumsuz etkisi reaktif oksijen tüketimi, ferroptozun induklenmesi ile beraberinde inflamatuar değişikliklerin hızlanmasına neden olur (1).Beyin demir düzeyi pek çok nörolojik hastalıkta artmaktadır. Parkinson hastalığında globus pallidus ve substansiya nigra da ,Alzheimer hastalığında hipokampüs ve entorinal kortekste demir birikimi görülür. Bu değişiklerin özellikle serbest radikal artışı ile hastalık patogenizde önemli rolü olduğu düşünülmektedir (3). NIBA nın tedavisinde daha önceden levodopa , bromokriptin ve triheksifenidil denenmiştir (4). Bizim hastamızda tremor ile bradikinezi belirgin olduğundan düşük doz pramipeksol , rasajilin başlandı ve belirgin fayda gördü.

Sonuç:
Bizim hastamız daha önceden demir eksikliği tanısı almış ve demir tedavisi gören, geç tanı almış talasemi minör hastası olması ile özellikli olduğundan sunmak istedik..





Şekil 1-T1 ağırlıklı aksiyal kesit ,şekil 2- T2 ağırlıklı aksiyal kesit
Şekil 1,2:Bilateral simetrik globus pallidus ve substansia nigrada T2 ağırlıklı kesitlerde hipointens , T1 ağırlıklı kesitlerde hiperintens lezyon izlendi

Kaynak:
1-Cerebral Iron Deposition in Neurodegeneration
2-Mitochondrial Dysfunction, Oxidative Stress and Neuroinflammation in Neurodegeneration with Brain Iron Accumulation (NBIA)
3-Cerebral Iron Deposition in Neurodegeneration
4- Beyinde Demir Birikimi ile Seyreden Nörodejeneratif Hastalıklar / Neurodegenerative Disorders with Brain Iron Accumulation

SOS - 29 MİYOKLONUS-DİSTONİ (DYT11) SENDROMU TANILI HASTADA DERİN BEYİN STİMÜLASYONU: OLGU SUNUMU

ÖZGÜN KÖKSAL , GÜLNAR İBRAHİMOVA , BAŞAK BOLLUK KILIÇ , TAHSİN ALİ ZIRH

MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

Giriş:
Miyoklonus-distoni sendromu (MDS), miyokloni ve distonik hareketlerin farklı şiddetlerde birlikte bulunduğu, sıklıkla üst ekstremite, boyun, gövde ve daha az olarak da alt ekstremitelerin etkilendiği otozomal dominant kalıtımlı bir hareket bozukluğudur. 7. kromozomdaki epsilon-sarkoglikan (SGCE) gen mutasyonuna bağlıdır. Sıklıkla birinci ve ikinci dekadlarda başlamakla birlikte, 20'li yaşlardan sonra da başlangıç gösterebilmektedir. Hastalığa özgü miyoklonik sıçramalar en sık boynu, gövdeyi ve üst ekstremiteleri etkiler ve daha az sıklıkla bacaklarda görülür. Yaşam süresini etkilemeyen bu hastalıkta tanı esas olarak, klinik öykü ve diğer nedenlerin dışlanması ve genetik analiz ile konulmaktadır. Bu olgu sunumunda, myoklonus distoni sendromu tanılı hastamızda, bilateral pallidal derin beyin stimulasyonu (GPİ-DBS) tedavisinin erken dönem sonuçlarını sizlerle paylaşacağız.

Olgu sunumu:
On dokuz yaşında erkek hasta, tarafımıza dört yaşlarında başlayan yoğunlukla baş, kollar ve daha az olmak üzere bacaklarda istemsiz, sıçrayıcı, kısa süreli hareketler ve sonrasında eklenen özellikle boyun kuşağında kas kasılmaları ile başvurdu. Özgeçmişinde miadında normal yolla doğduğu, gelişim basamaklarının normal olduğu, anne ve babasının akraba olmadığı, iki abi ve bir ablasında da aynı belirtilerin bulunduğu öğrenildi. Hastanın onsekiz yaşında yapılan genetik analizi sonucunda MDS (DYT11) tanısı aldığı ve herhangi bir ilaç kullanmadığı öğrenildi. Hastanın tarafımıza başvurusunda Burke-Fahn Marsden Distoni skoru (BFMDR): On üç'tü. Hastaya uygulanan standartize mini mental test skoru (SMMT) otuz olarak saptandı. Preoperatif psikiyatrik değerlendirmesi normal görüldü. Hastaya tarafımızdan bilateral pallidal (globus pallidus internus) DBS uygulandı. Operasyon hasta uyanıkken mikroelektrot kayıtlama tekniği ile gerçekleştirildi. İşlem sırasında veya sonrasında komplikasyon izlenmedi. Postoperatif çekilen beyin BT'de patoloji izlenmedi. Operasyon sonrası birinci günde distonik kasılmaların tama yakın durduğu, myoklonik atımlarda da azalma olduğu görüldü. Postoperatif üçüncü hafta BFMDR skoru: Üç'tü. Hastanın distonik kontraksiyonlarında %77 oranında gerileme olduğu saptandı. Hastanın stimülatör ayarları: Sol lead -2/3/4 3.0 mA, sağ lead -2/3/4 3.0 mA, bilateral atım genişliği:60 µs, bilateral frekans:130 Hz şeklindeydi. Postoperatif SMMT skoru otuzdu.

Tartışma ve Sonuç:
Literatürde DYT-11 tanısı almış ve GPİ-DBS uygulanan az sayıda vaka serisi mevcuttur. Kimi yayınlar talamik DBS'in bu hasta grubunda miyoklus kontrolünde daha etkili olduğunu ifade etmektedir. GPİ-DBS sonrası nöropsikiyatrik ve davranış yan etkileri gösteren hasta bildirimleri mevcuttur. Bu hastamızda GPİ-DBS etkinliği postoperatif çok erken dönemde dahi gözlenmiş ve takipte psikiyatrik yan etki izlenmemiştir. Daha geniş vaka serileriyle GPİ-DBS'in DYT-11'deki etkinliğinin ve yan etkilerinin izlenmesine ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Myoklonus Distoni Sendromu, DYT 11, Pallidal Derin Beyin Stimulasyonu, GPİ-DBS

SOS - 30 ELEKTROKONVÜLZİF TEDAVİ SONRASI ORTAYA ÇIKAN NON- KONVÜLZİF STATUS TABLOSU

ÖMER KARADAŞ [1], UĞUR BURAK ŞİMŞEK [2], BERİN İNAN [1], SEMİH MERT KILIÇ [2], NİRAY BAŞ [2], BERZA ÖZCAN [2]

[1] NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
[2] NÖROLOJİ KLİNİĞİ, GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:
Ekt Sonrası Ortaya Çıkan Non- Konvülzif Status(Nkse) Olgusu

Giriş:
Elektrokonvülsif tedavi (EKT) ilaca dirençli psikiyatrik bozuklukların ve status epileptikusun (SE) tedavisinde kullanılmaktadır. Her ne kadar EKT uygulamasıyla nöbet oluşumu tetiklense de tekrarlayan EKT uygulamalarında nöbet eşiği arttığı için EKT uzamış epileptik nöbetlere neden olmaz. Bununla birlikte, EKTden sonra SE ve/veya dirençli epilepsi gelişimine ilişkin az sayıda vaka raporu mevcuttur. Burada beş seans EKT sonrasında non-konvülzif status epileptikus (NKSE) gelişen bir olgumuzu sunuyoruz.

Olgu:
Yirmi iki yaşında erkek hastaya ilaca dirençli temizlik obsesyonları, perseküsyon hezeyanları, şüphecilik, sosyal izolasyon ve duygulanımda küntleşme bulguları nedeniyle EKT uygulandı. Beş seans düşük doz EKT uygulaması sonrasında hasta uzun süreli elektrografik nöbet geçirmesi ve mental durum değişikliği nedeniyle tarafımızca değerlendirildi. Hastaya çekilen elektroensefalografide (EEG) bilateral yaygın ritmik delta aktivitesi izlendi. EEG kaydı sırasında uygulanan diazepam sonrasında deşarjların baskılandığı görüldü. Hasta Salzburg kriterlerine göre NKSE olarak değerlendirildi. Yatak başı video EEG ile SE tedavi protokolleri uygulandı.

Sonuç:
EKTnin terapötik mekanizmaları karmaşıktır. EKT geçici olarak glutamat seviyelerini artırarak kısa süreli nöbet oluşumunu tetiklese de baskın olan etkisinin presinaptik GABA salınımını artırarak kortikal inhibisyon şeklinde olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle EKT sonrasında NKSE gelişimi oldukça nadir olmakla birlikte EKT sonrasında gelişen bilinç bozukluklarında, boş bakma, sık göz kırpma, hafif myoklonik çekilmeler ve otomatizmalarda NKSE akla gelmeli, erken EEG kaydı yapılmalı ve erken müdahale edilmelidir.

SOS - 31 SANTRAL UYKU APNESİ İZLENİMİ VEREN MEDİKAL-TEDAVİYE DİRENÇLİ EPİLEPSİ: SANTRAL OTONOM ŞEBEKELERE YENİ BİR BAKIŞ

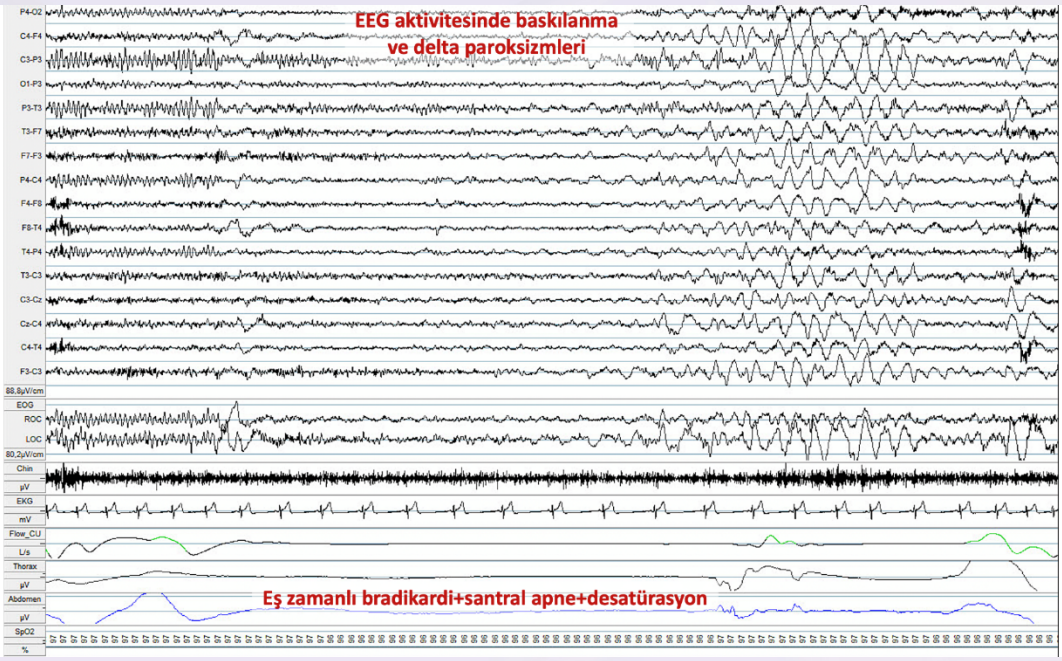
MERVE AKTAN SÜZGÜN , NURSENA ERENER , NUR BAŞÇI , GÜLÇİN BENBİR ŞENEL , ÇİĞDEM ÖZKARA

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

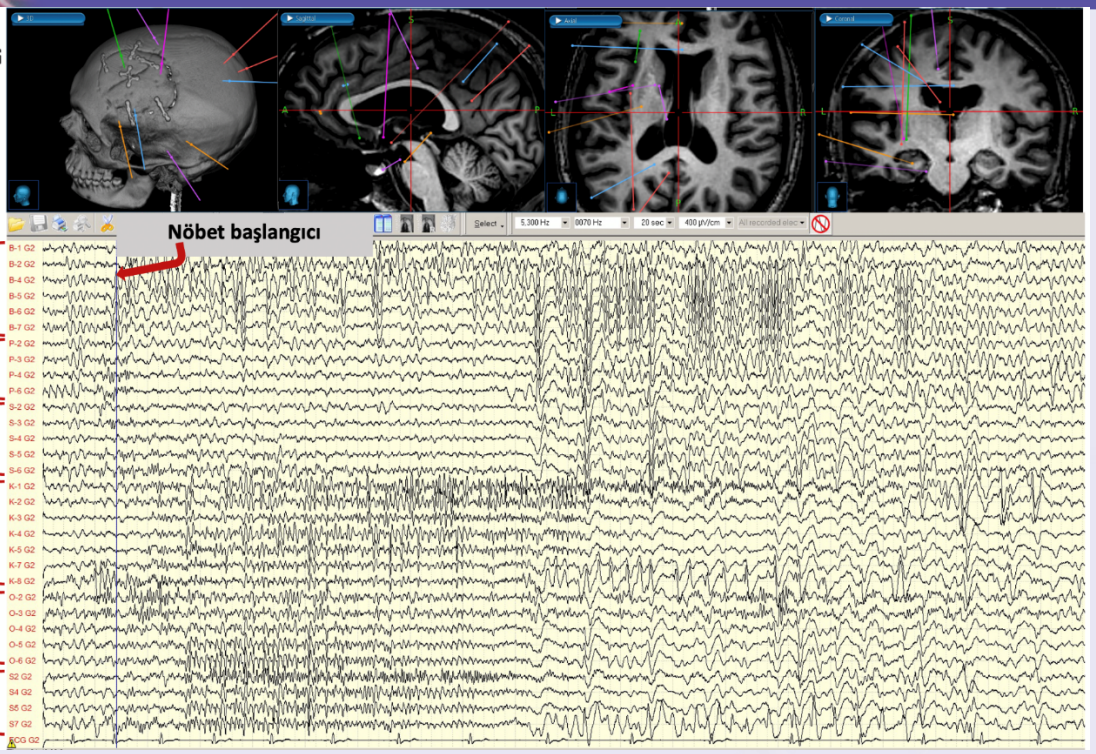
Giriş:
Otonom sinir sistemi tutulumu epileptik nöbetlerde nadiren görülse de yaşamı tehdit eden komplikasyonlara yol açabilmektedir. Nöbetler sırasında limbik sistemden beyin sapına uzanan santral otonom şebekelerin uyarımı otonom işlevleri etkilemektedir. Burada, santral uyku apnesi izlenimini veren apnelerin epileptik semiyolojiye katılımı ve fonksiyonel-anatomik karşılıkları, invazif elektroensefalografi(EEG) monitorizasyon ile eş-zamanlı solunum parametreleri üzerinden tartışılacaktır.

Olgu Sunumu:
29 yaşında erkek hasta, 11 yaşından beri bakışlarda donuklaşmayla şekillenen, okskarbazepin tedavisiyle iyi kontrollü nöbetlerinin 26 yaşından itibaren yoğunlaşması, ani tonus kaybıyla travmalara yol açması nedeniyle başvurdu. Üç yıldır çoklu anti-nöbet ilaç(ANİ) kombinasyonlarına rağmen diürnal nöbetleri sayısızca tekrarlayan hastanın iktal video-EEG'sinde sol santro-parieto-frontalden başlayıp bilateral yayılan yavaş-dalga paroksizmleri saptandı. İktal semiyoloji atoni, bradikardi(30/dakika) ve gülümsemeyle karakterizeydi. Kranyal manyetik rezonans(MR) normaldi. 16-kanal-EEG'yle yapılan polisomnografide yavaş-dalga paroksizmlerine eşlik eden santral apne ve bradikardinin yanı sıra(Resim-1) EEG'nin silik olarak değiştiği veya değişmediği, 14/saat sıklığında tekrarlayan santral apneler kaydedildi. Farklı ANİ kombinasyonlarıyla nöbetler kısa-süreli remisyona girdiğinde tekrarlanan polisomnografide ise santral apnelerin büyük ölçüde kaybolduğu görüldü. Bir yıllık takibin ardından hastanın nöbetlerinin yeniden alevlenmesi ve skalp-EEG'de tanımlanan bölgelerin, pozitron-emisyon-tomografi/MR ve nöropsikolojik-test sonuçlarıyla uyumlu olmasından destek alınarak sol orbitofrontal, parietal, temporal ve limbik yapılara yönelik stereo-EEG uygulandı. Stereo-EEG'de santral apneyle eş-zamanlı, bradikardiden 2-3 saniye önce, sıklıkla süperior parietal lobül ve posterior singulat korteksten başlayan iktal aktivitenin anterior singulat kortekse yayıldığı gözlendi(Resim-2) ve süperior parietal lobülün 2.8mA uyarımıyla nöbet tetiklendi. Eş-zamanlı solunum kayıtlarında uykuda saptanan santral apnelerin stereo-EEG karşılığı mevcuttu. Atoniye bağlı travmatik düşmelerle sonuçlanan ve apne-bradikardi birlikteliğiyle SUDEP riski taşıyan sık nöbetleri nedeniyle hastaya, tanımlanan epileptojenik bölgeleri kapsayacak rezektif cerrahi planlandı.

RESİM 1 PSG kaydı



RESİM 2
Stereo-EEG kaydı



SOS - 32 "ATTENTİON-OFF (DİKKAT-KAYBI) SENSİTİVİTESİ": YENİ BİR RİTMİK ELEKTROGRAFİK PATERN Mİ?

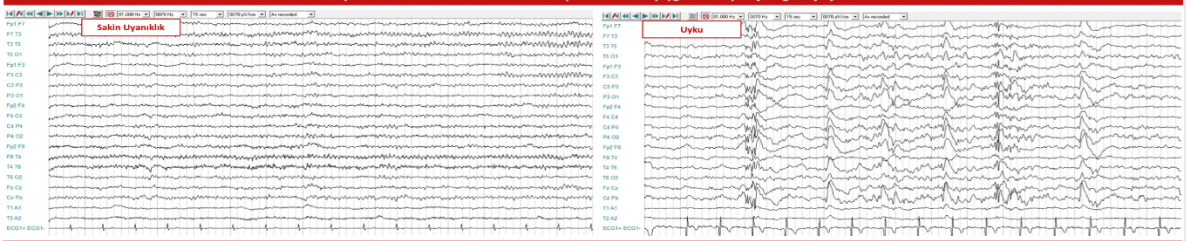
MERVE AKTAN SÜZGÜN , BAHAR ÇALIŞKAN , BENGİ GÜL TÜRK , MEMET ŞAKİR DELİL , SEHER NAZ YENİ

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

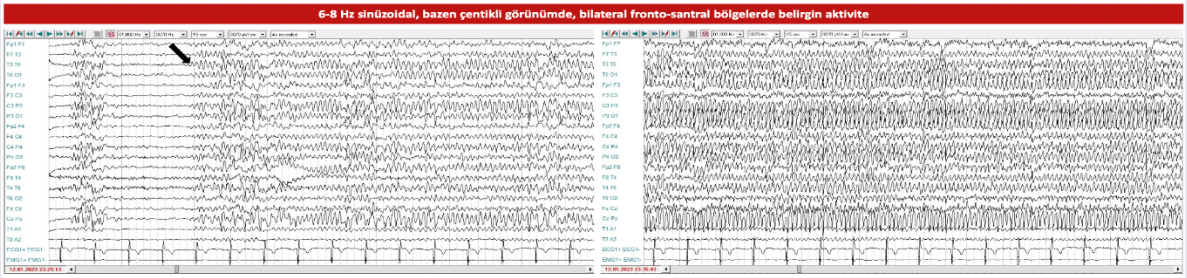
Giriş:
Fokal/jeneralize ritmik elektroensefalografi(EEG) aktiviteleri, yetişkinin benign subklinik ritmik elektrografik deşarjından(SREDA) non-konvulzif status epileptikusa(NKSE) uzanan geniş bir spekturumu oluşturur. Bu olgu, literatürde daha önce tanımlanmamış şekilde dikkatle baskılanan uzun süreli, yaygın ve ritmik EEG paterni üzerinden tartışılacaktır.

Olgu Sunumu:
71 yaşında erkek hasta, tarafımıza uzun yıllardır kullandığı nöbet-önleyici-ilaçların düzenlenmesi amacıyla yakınmasız olarak başvurdu. Öyküsünden beş yaşından beri bakışlarda donuklaşmayla seyreden non-motor ve bilateral tonik-klonik özellikler gösteren motor nöbetleri olduğu, on yıldır nöbetlerinin yalnızca ilaç aksamalarıyla tetiklendiği öğrenildi. Mevcut tedavisi levatirasetam 3000 mg/gün, fenitoin 300 mg/gün, valproat 750 mg/gün olan hastanın EEG çekimi yapıldı. Zemin aktivitesi 8Hz alfadan kuruluyken, uykuda nadiren bilateral-yaygın diken-yavaş dalga paroksizmleri mevcuttu. Uyanıklıkta sıkça tekrarlayan, 1-30dakika sürebilen, 6-8Hz frekansında, bilateral fronto-santral bölgelerde yüksek amplitüdlü, çoğunlukla sinüzoidal bazen çentikli görünümde, göz açma-kapama reaktivitesinin izlenmediği, aniden başlayıp fragmente olarak sonlanan EEG aktivitesi izlendi. Bu aktivite uykuda ve hastayla iletişim halindeyken, hastanın odasına girilerek veya uzaktan sözel komut verildiğinde kaybolmaktaydı. Bu sırada hasta tam bilinçlilik durumunda olsa da hafif bilişsel etkilenmeyi değerlendirmek için, önce tanımlanan EEG aktivitesinin görülmediği sırada, ardından aktivitenin yoğunlaştığı esnada Addenbrook'un Bilişsel Değerlenme Testi uygulandı. İlk değerlendirmede 84/100 puan alan hastanın sonrakinde 72/100 aldığı ve reaksiyon süresinin uzadığı, puanları dikkat ve oryantasyondan kaybettiği saptandı. İntravenöz diazepam uygulandığında hafif sedasyon dışında klinik etkilenmezken, tanımlanan aktivite yalnızca beş dakika baskılanabildi. Bu paternini açıklayabilecek toksik, metabolik veya yapısal neden bulunamadı. Kronik fenitoin kullanımıyla jeneralize aktivitelerin kötüleşebileceği düşüncesiyle fenitoin kesildi. Takipte hastanın kendi haline bırakıldığında dalmaya başladığının görülmesi üzerine yapılan EEG'de bu aktivitelerin süresinin uzadığı ve bir kez motor belirtilerin eklendiği gözlendi. Tanımlanan aktivitenin uykuda görülmemesi, dikkatle baskılanması, frontal-işlevlerde etkilenmelere yol açması bu EEG paterninin özgün yönleridir.

Uyanıklıkta normal zemin aktivitesi ve uykuda bilateral yaygın diken-yavaş dalga deşarjları

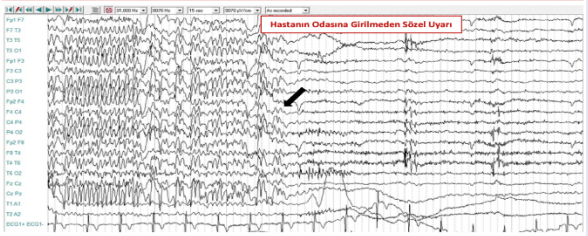


6-8 Hz sinüzoidal, bazen çentikli görünümde, bilateral fronto-santral bölgelerde belirgin aktivite



Göz açma reaktivitesi göstermeyen ritmik aktivite

Sözel komutla sonlanan ritmik aktivite



SOS - 33 DERİN BEYİN STİMULASYONU UYGULANAN KMT2B İLİŞKİLİ DİSTONİ

MİRAY ERDEM [1], MEHMET BALAL [3], GÖKHAN ÇAVUŞ [2], MELİH ÇEKİNMEZ [2], MELTEM DEMİRKIRAN [3]

[1] ADANA ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] ADANA ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BEYİN CERRAHİ KLİNİĞİ
[3] ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
DYT-KMT2B ilişkili distoni (DYT28), erken başlangıçlı, ilerleyici ve fenomenolojik olarak kompleks bir distonidir. Çocukluk çağında alt ekstremite başlangıçlı olup yıllar içerisinde kranioservikal bölgeye yayılır. Literatürde derin beyin stimulasyonu (DBS) uygulanan az sayıda vaka bildirilmiştir.

Olgu:
6 yaşında sağ elinde kavrama güçlüğü nedeniyle çocuk nörolojiye başvuran olgu o dönemde tanı alamamış. Olgunun zamanla konuşması bozulmuş ve 9 yaşında ön planda aksiyal bulguların olduğu jeneralize distoni nedeniyle tekrar tetkik edilerek DYT28 tanısı almış. Hastanın kliniğimize 10 yaşındaki ilk geliş muayenesinde larengeal disfoni, aksiyel distoniye bağlı başta ve gövdede retrofleksiyon postürü, ekstremitelerde sağda ve distalde belirgin bilateral distonik postür saptandı. Düz zeminde desteksiz ancak birkaç adım atabiliyordu. Triheksifenidil ve baklofen tedavisine belirgin yanıt vermeyen olguya 11 yaşında bilateral globus pallidus interna (GPI) derin beyin stimulasyonu uygulandı. Postoperatif 3. haftada pil açılımı yapılan ve takiplerinde komplikasyon görülmeyen olgunun 5.ay muayenesinde larengeal disfoninin devam ettiği, ancak ekstremite kullanımında ve mobilizasyonunda belirgin düzelme yanısıra günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olduğu gözlenmiştir.

Sonuç:
KMT2Bdeki heterozigot mutasyonlar erken başlangıçlı, ilerleyici ve sıklıkla kompleks fenomenolojiye sahip distoni (DYT28) ile ilişkilidir. Klinik bulgularda kaudokraniyal ilerleyişli jeneralize distoni, oromandibular ve larengeal tutulum ön plandadır. Literatürde DBS uygulanan 18 vakanın değerlendirilmesinde olguların %50den fazlasının fayda gördüğü, özellikle servikal ve trunkal distoni üzerinde daha etkin olduğu, en az yararın larengeal distonide olduğu bildirilmiştir. Literatüre benzer şekilde bizim olgumuzda da servikal ve trunkal distonisinin belirgin düzeldiği, konuşmada anlamlı değişiklik olmadığı saptanmıştır. Medikal tedaviye yeterli yanıt vermeyen bu olgularda DBS önemli bir tedavi seçeneğidir.

SOS - 34 GİRATUAR (KENDİ EKSENİ ETRAFINDA DÖNME) NÖBETLERDE LATERALİZASYON/LOKALİZASYON DEĞERİ: 5 OLGU SUNUMU

NUR BAŞCI , DOĞUKAN HAZAR EMRE , BENGİ GÜL TÜRK , MEMET ŞAKİR DELİL , SEHER NAZ YENİ , ÇİĞDEM ÖZKARA

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Giratuar nöbetlerde (GN) olası nöbet semiyolojisini daha ayrıntılı tanımlamak, lateralizasyon ve lokalizasyon değerini araştırmak ve tartışmak için 5 olgu sunuyoruz.

Giriş:
GN, bir nöbet sırasında vücut ekseni etrafında en az 180 veya 360 derecelik bir rotasyon olarak tanımlanır. Seyrek görülüp, fokal epilepsilerin yanı sıra jeneralize epilepsilerde de nadiren bildirilmiştir. Az sayıda çalışmada video-EEG bulguları ayrıntılı olarak tanımlamıştır. Nöbetlerde genellikle hareketin yönü bir kez belirlendikten sonra belirli bir hastada aynı kalır. Jeneralize nöbetler sırasında saat yönünde veya saat yönünün tersine olabilir, ancak fokal nöbetlerde sıklıkla deşarjların (epileptojenik alan) tersi yönündedir. Nöbet sırasındaki ekseni etrafında dönmenin nöroanatomik mekanizması net olarak anlaşılmamıştır; ancak frontal lob, bazal ganglionlar, vestibüler korteks ve ilişkili nöronal ağların etkilenmesine bağlı olduğu düşünülmektedir. Hayvan deneyleri, özellikle kaudat nükleus, putamen ve ilişkili nöronal ağların etkilendiğini göstermektedir.

Olgular:
Üç olgumuz lezyon ilişkili fokal epilepsi, biri MR negatif fokal, diğeri de JME idi. Lezyonu olan hastaların hepsinde dönmenin yönü lezyonla kontralateral idi. MR negatif ve EEG'si normal fokal epilepsili hasta ve JME tanılı hastada ise, dönme yönü sola idi. (Olguların nöbet videoları sunumda gösterilecektir.)

Sonuç:
Sunduğumuz 5 olgunun 3'ünde fokal epileptojenik alan saptanmış olup nöbetlerde dönüş yönleri bu alanın tersi yönündeydi. Bahsedilen nöbetlerin lateralizasyon ve lokalizasyon değeri; uzun süreli video-monitörizasyon ve SEEG ile daha büyük serilerde ileri elektrofizyolojik ve anatomik çalışmalarla daha iyi anlaşılacaktır.

SOS - 35 CARASIL SENDROMU VE FATAL İNTRASEREBRAL HEMORAJİ

SÜMEYRA KAPLAN , ÖZLEM KAYIM YILDIZ

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Olgu:

Özgeçmişinde özellik olmayan 41 yaşında kadın hasta on üç yıl önce kliniğimize bel ve boyun ağrısı, sağ kol ve bacakta uyuşma ve güç kaybı yakınmaları ile başvurdu. İki yıl önce lomber disk hernisi nedeniyle opere edilmişti. Anne ve baba birinci derece akraba idi.

Fizik muayenede alopesisi mevcut olan hastanın nörolojik muayenesinde kognitif bozukluk, sağda belirgin 4/5 tetraparezi ve derin tendon reflekslerinde artış, sağ hemihipoaljezi, bilateral Hoffman ve Babinski pozitifliği mevcuttu. Hastanın beyin manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) serebral subkortikal ve periventriküler beyaz cevher, anterior temporal lob ve eksternal kapsülde yaygın fluid-attenuated inversion recovery (FLAIR) ve T2 ağırlıklı imajlarda hiperintens, T1 ağırlıklı imajlarda izo/hipointens sinyal değişiklikleri, laküner infarktüsler ve seyrek mikrokanamalar izlendi. Spinal MRG'de kord lezyonu saptanmadı ancak servikal ve lomber vertebra dejenerasyonu mevcuttu. Alopesi, spondiloz ve serebral küçük damar hastalığı bulguları mevcut olan hastada subkortikal infarktlar ve lökoensefalopati ile birlikte serebral otozomal resesif arteriopati (CARASIL) sendromu öntanısı ile yapılan genetik tetkikte HTRA1 geninde homozigot c.1108C>T mutasyonu saptandı. Yıllar içerisinde hastanın konuşması ve yürüyüşü kötüleşti, beyaz cevher sinyal değişikliklerinde artış izlendi. Tanıdan yaklaşık on yıl sonra acil servise bilinç kaybı nedeniyle getirilen hastanın beyin bilgisayarlı tomografisinde geniş serebellar hemoraji izlendi. İzlemde beyin ölümü gelişti. CARASIL, HTRA1 geni mutasyonu sonucu gelişen son derece nadir bir nonhipertansif serebral küçük damar hastalığıdır. Genç erişkinlikte başlayan subkortikal infarktlar, kognitif bozukluk, alopesi ve spondiloz ile karakterizedir. Hastalık çoğunlukla Asya popülasyonunda bildirilmiştir. Radyolojik olarak anterior temporal lob ve serebral beyaz cevher sinyal değişiklikleri ile birlikte laküner infarktüsler ve mikrokanamalarla karakterizedir. Bu olgu sunumunda alopesi, spondiloz ve serebral küçük damar hastalığına ilişkin klinik ve radyolojik bulguları olan hastalarda CARASIL tanısının akla getirilmesi ve intraserebral hemorajinin hastalığın bir komponenti olabileceği vurgulanmaktadır.

SOS - 36 AYNI GENOTİP FARKLI KLİNİK PREZENTASYON: GLUKOZ TRANSPORT TİP 1 EKSİKLİĞİ SENDROMLU İKİ OLGU

ZEYNEP BÜŞRA SOYSAL [2], GÖKÇE CIRDI [1], BÜLENT KARA [1]

[1] *KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK NÖROLOJİSİ BİLİM DALI*
[2] *KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*

Giriş:
Glukoz transport tip 1 (GLUT-1) eksikliği sendromu, otozomal dominant geçişli veya sporadik olabilen, ilk aylarda başlayan refrakter nöbetlerden, egzersiz ilişkili diskinezi gibi hareket bozukluklarına kadar geniş fenotipik spektrumda bulgu veren tedavi edilebilir bir hastalıktır.

Olgu:
8 aylıkken davranışsal duraksama şeklinde nöbetleri başlayarak epilepsi tanısı alan 6 yaşındaki kız hasta, nöbet sıklığında artış nedeniyle başvurdu. Perinatal öyküde özellik yoktu. Erken nöromotor gelişim basamakları yaşıtları ile uyumlu olarak tariflendi. Soygeçmişinde anne-baba arasında akrabalık yoktu ve babası epilepsi tanısıyla levetirasetam kullanmaktaydı. Nörolojik muayenesinde tandem yürümede beceriksizlik vardı ve denver testinde ince hareket ve dil gelişimi yaşıyla uyumlu iken, kişisel sosyal ve kaba hareketin 1 yaş geri olduğu görüldü. Biyokimyasal ve metabolik testleri normaldi. Dış merkezde hasta ve babasına yapılan tüm ekzom sekanslamada her ikisinde de SLC2A1 geninde c.50G>A (p. Gly17Glu) klinik önemi bilinmeyen mutasyon saptanması üzerine, GLUT-1 tanısının teyidi için hastamıza yapılan beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde; glukoz 34mg/dL eş zamanlı serum glukozu 73mg/dl olarak bulundu, babasının ise BOS glukozu 46 mg/dL iken serum glukozu 99,2 mg/dLydi. Babasının anamnezinden ilk nöbetini 21 yaşında oruç tuttuğu esnada açlıkta yaşadığı ve mesleğinin profesyonel kalecilik olduğu öğrenildi. Hayatının herhangi bir döneminde hareket bozukluğu yaşamadığını belirtti. Nöbetlerinin öncesinde düşünmekte zorlanma ve saçma konuşma şeklinde ataklar yaşadığını sonrasında ise jeneralize tonik klonik nöbet geçirdiğini söyledi. Nöbet sıklığının birkaç senede bir olduğu öğrenildi. BOS ölçümleri sonrasında tanısı kesinleşen hasta ve babasına modifiye ketojenik diyet önerildi.

Sonuç:
Epilepsi öyküsü olan her yaştaki hastanın izleminde özellikle aile öyküsü olanlarda GLUT-1 eksikliği sendromu akılda tutulması gereken önemli bir ayırıcı tanıdır.

SOS - 37 NADİR BİR HEREDİTER ATAKSİ OLGUSU: GORDON HOLMES OLGU SUNUMU

UMUTCAN DURAN , DİLA SAYMAN , BURAK YULUĞ

ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Özet:
Gordon Holmes sendromu, ilk olarak 1908de aynı adı taşıyan İngiliz nörolog Gordon Holmes tarafından tanımlanan, serebellar progresif ataksi, serebellar atrofi ve hipogonadotropik hipogonadizmin karakteristik özelliklerine sahip, oldukça nadir, otozomal resesif bir durumdur. Bugüne kadar bu sendromla sıklıkla iki gen ilişkilendirilmiştir: RNF216 ve PNPLA6. 23 yaşında bir erkek, sekonder cinsel karakter eksikliği ve birkaç yıldır devam eden ilerleyici yürüme güçlüğü ile başvurdu. Yedi yıl boyunca progresif olarak devam eden semptomlardan sonra sonunda immobil hale geldi ve genetik testler RNF216 gen mutasyonunu ortaya çıkardıktan sonra kesin olarak Gordon Holmes sendromu teşhisi kondu. Bildiğimiz kadarıyla bu, Türkiyedeki ilk Gordon Holmes sendromu vakasıdır.

Giriş:
Hipogonadotropik hipogonadizme ek olarak ilerleyici bilişsel gerileme, demans, ataksi ve kore ile karakterize otozomal resesif, yetişkin başlangıçlı bir durum olan Gordon Holmes sendromu, ilk olarak 19081de aynı adı taşıyan İngiliz nörolog tarafından tanımlanmıştır. Çeşitli çalışmalar, bu sendromun ilk semptomlarının erken ergenlik döneminde ortaya çıktığını ve çoğunlukla konuşma güçlüğü ilk semptom olarak belirtmiştir. RNF216 veya PNPLA6 genlerindeki mutasyonların Gordon Holmes sendromunun altında yatan nedeni temsil ettiği düşünülmektedir, ancak mutasyonun tanımlanamadığı nadir durumlar vardır. Altta yatan patofizyoloji, ubikuitinin sağlıklı proteinlere bağlanmasına ve apoptotik süreçleri indükleyerek hücre ölümüne yol açmasına neden olan bu belirli genlerdeki mutasyonları içerir. Bu hücre ölümü ilerleyici ataksi, hipogonadotropik hipogonadizm ve serebellar atrofi ve beyaz cevher lezyonları gibi yapısal değişikliklere yol açabilir. Bununla birlikte, nadir olması ve sık yanlış teşhis edilmesi nedeniyle, Gordon Holmes sendromunun prevalansı bilinmemektedir.

Hasta:
23 yaşında erkek hasta askerlik öncesi aile hekimine başvurdu ve ataksi nedeniyle ileri tetkik için nöroloji kliniğimize yönlendirildi. 2018 yılında büyüme geriliği ve jinekomasti ile hipogonadotropik hipogonadizm ile endokrinoloji kliniğine başvuru öyküsü bulunmaktaydı ve hasta yakınları tarafından faydasız olduğu belirtilen aylık sustanon tedavisi kullanmaktaydı. Ayrıntılı klinik öyküsü, 18 yaşında başlayan ilerleyici bir konuşma bozukluğunun yanı sıra, sonraki iki yıl boyunca yürüme güçlüğü ve ataksi ile birlikte yardımsız yürüyememe ile sonuçlandığını ortaya çıkardı. Hasta spontan vajinal yolla doğmuş, ebeveynleri arasında akrabalık ilişkisi yoktu ve kişisel doğum travması veya nörolojik hastalık öyküsü yoktu. Nörolojik muayenede alt ekstremitelerde hiperaktif derin tendon refleksleri ve üst derin tendon refleksleri nispeten korunmuş olarak saptandı. Serebellar muayenede dismetri, disdiadokokinezi ve dizartri ile geniş adım yürüme ile belirgin patolojik tandem yürüyüş saptandı. Rutin kan testleri normaldi, ancak hormonal testler hipogonadotropik hipogonadizm ve düşük folikül uyarıcı hormon, luteinize edici hormon ve testosteron seviyeleri ortaya çıkardı. Kraniyal manyetik rezonans görüntülemede serebellar folyalar belirgindi ve dördüncü ventrikül normalden daha geniş görünüyordu. Beyincik çevresinde ve serebellar folya (serebellar atrofi) arasında beyin omurilik sıvısında artış gözlendi, üçüncü ve lateral ventriküller geniş ve bilateral periventriküler beyaz cevherde gliozis alanlarıyla uyumlu hiperintens sinyal değişiklikleri mevcuttu. Hastanın öyküsünde daha öncesinde başka bir nöroloji polikliniğine başvuru öyküsü vardı, fakat daha sonrasında takiplerine gitmemişti. Hastanın yapılan laboratuar taramasında RNF216 mutasyonu ortaya çıktı. Hasta üçer aylık periyotlarla nöroloji ve endokrinoloji polikliniklerinde takip edildi. Hasta bilgilendirildi ve yazılı onam alındı.

Tartışma:
Serebellar ataksi, nörolojik polikliniklerde oldukça yaygın bir şikayettir ve genellikle enfeksiyonlar, serebrovasküler hastalıklar, metabolik dengesizlikler ve genetik nedenlerden kaynaklanır. Gordon Holmes sendromu, serebellar ataksinin nadir görülen genetik nedenlerinden biridir ve RNF216, PNPLA6, STUB1 ve OTUD4 gibi spesifik genlerdeki mutasyonlar nedeniyle otozomal resesif bir şekilde kalıtılır. Patofizyolojik açıdan bakıldığında, bu mutasyonlar ubikitinasyon kaskadlarının aktivasyonuna yol açarak proteolitik/apoptotik bir süreci tetikler ve sonunda yavaş ilerleyen ataksi, serebellar atrofi, demans ve hipogonadotropik hipogonadizm ile karakterize hormonal değişikliklerle ortaya çıkar. Birkaç çalışma, altta yatan patofizyolojinin, beyaz cevher, hipokampus ve hipofiz bezi gibi beynin birçok bölgesinde nörodejenerasyona neden olduğunu göstermiştir. Şu anda, bazı hastalarda sadece kısmi iyileşmeye yol açan hormonal tedavi gibi semptomatik tedaviler dışında, sendrom için herhangi bir terapötik seçenek bulunmamaktadır. Özetlemek gerekirse, Türkiyeden bildirilen ilk vaka olan ve RNF216 mutasyonunun etnik dağılımı hakkındaki literatüre katkıda bulunan Gordon Holmes sendromlu bir hastayı ve konunun kısa bir özetini anlattık.

SOS - 38 BİLATERAL SEREBELLAR LEZYONLA ORTAYA ÇIKAN ERİŞKİN METİLMALONİK ASİDEMİ OLGUSU

PELİN AKSOY [1], PINAR ÖZÇELİK [1], DİLEK GÜNEŞ [2], MEHMET KOLUKISA [1], ZELİHA MATUR [1]

[1] *BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK BESLENME VE METABOLİZMA HASTALIKLARI BİLİM DALI*

Giriş:
Metilmalonik asidemi (MMA), B12 bağımlı bir enzim olan metilmalonil-CoA mutaz (MCM) enziminin eksikliğinin yol açtığı çok nadir görülen, otozomal resesif geçişli, heterojen klinik tabloya yol açan bir metabolik hastalıktır. Burada, MMA'nın 32 yaşındaki kadın hastada nadir bir prezentasyon şekli bildirilmiştir.

Olgu:
Hasta ani başlayan baş ağrısı, baş dönmesi, dilde peltekleşme yakınmasıyla Ocak 2023'te acil servisimize başvurdu. 5 yıldır ara ara baş dönmesi vardı; 6 ayda 10 kg vermişti.Muayenesinde optik atrofi, dizartri, bilateral bakış yönüne vuran horizontal nistagmus, sol üst ekstremitede hafif dismetri ve trunkal ataksi saptandı. Beyin MRG'de bilateral serebellar hemisferlerde difüzyon ağırlıklı kesitlerde simetrik diffüzyon kısıtlaması, flair ve T2 ağırlıklı görüntülemelerde bilateral simetrik hiperintens sinyal artışı ve post kontrast serilerde lineer kontrastlanmalar, ayrıca bilateral serebral hemisferlerde subkortikal U fiberlerinde diffüz lökoensefalopatik değişiklikler ile uyumlu olan, FLAIR ve T2 ağırlıklı görüntülemelerde bilateral simetrik hiperintens sinyal artışları mevcuttu. Toksik, metabolik, otoimmün ensefalitler açısından incelenen hastada homosistein (130 µmol/L) ve metilmalonik asit (özel kromatografi ile 29496 ng/ml) düzeyleri yüksek saptandı. Siyanokobalomin C defisiti tanısıyla intramüsküler B12 vitamini başlandı, homosistein düzeyi 38 µmol/Lye geriledi. Genetik incelemesi henüz sonuçlanmadı.

Tartışma ve Sonuç:
MMAlı hastaların çoğu, bebeklik döneminde yetersiz beslenme, hipotoni, nöbetler, koma ve ölümle sonuçlanan tablolar gösterir. Erken başlangıçlı hastalarda en sık serebral beyaz cevher ve bazal ganglion lezyonları; geç başlangıçlı hastalarda serebrum atrofisi ve beyaz cevher lezyonları görülür. Bilateral serebellar lezyon çok nadirdir. Anne babası ikinci derece akraba olan hastamızda MMA için aile öyküsü yoktu. Tedaviye çok iyi cevap veren bu nadir geç başlangıçlı MMA olgusu, atipik özellikleri nedeniyle sunulmaya değer bulunmuştur.

SOS - 39 AKUADUKTAL WEB İLİŞKİLİ TRİVENTRİKÜLER HİDROSEFALİ: OLGU SUNUMU

BURCU CENGİ , MELTEM İNCİ , ERDİ ŞAHİN , BEDİA SAMANCI , BAŞAR BİLGİÇ , HAŞMET HANAĞASI

DAVRANIŞ NÖROLOJİSİ VE HAREKET BOZUKLUKLARI BİLİM DALI, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

Giriş:
Akuaduktal web, üçüncü ve dördüncü ventrikül arasındaki sistemde akışı bozan nadir konjenital bir anomalidir. Genellikle çocukluk çağında görülen akuaduktal web asemptomatik olabileceği gibi beyin omurilik sıvısı (BOS) akışının bozulmasına bağlı olarak ilerleyen yaşlarda karşımıza çıkabilmektedir. Bu bildiride yürüme güçlüğü yakınması ile başvuran bir akuaduktal web ilişkili triventriküler hidrosefali olgusu sunulacaktır.

Olgu:
Kırk dokuz yaşında erkek hasta, bir yıl önce başlayan uzun mesafe yürüyüş sonrasında ortaya çıkan sağ bacak katılığı, yürüme güçlüğü ve idrar kaçırma yakınmaları ile başvurdu. Nörolojik muayenede sağ alt ekstremite vibrasyon duyusu azalma dışında anlamlı bulgu saptanmadı. Rijidite ve bradikinezisi olmayan hasta belirli bir mesafe yürüyüş sonrası sağ ayağını sürüyordu. Hastanın mini mental durum muayene ölçeği puanı 30 idi. Kranyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemesinde triventriküler hidrosefali ve akuaduktal web izlendi. Beyin omurulik sıvısı (BOS) Akım MRG incelemesinde akuaduktal düzeyde kısıtlanmış akım görüldü. Hastanın klinik özelliklerinin akuaduktal web ile uyumlu olduğu düşünüldü. Beyin ve Sinir Cerrahisi birimi tarafından değerlendirilen hastaya endoskopik üçüncü ventrikülostomi operasyonu yapıldı. İşlem sonrası hastanın yürüme güçlüğü ve idrar inkontinansı günler içinde tamamen düzeldi.

Tartışma:
Erişkin yaşta saptanan triventriküler hidrosefalinin ayırıcı tanısında nadir olmakla beraber tedavi ile geri dönüşümlü bir tablo olan akuaduktal web ile ilişkili hidrosefali tanısı yer almaktadır. Bu hastalar görüntülemedeki hidrosefali ile birlikte yanlış olarak normal basınçlı hidrosefali (NBH) tanısı alabilmektedir. Bu nedenle benzer hastalarda ayırıcı tanıda akuaduktal web düşünülmesi, görüntülemelerin bu yönden detaylı olarak değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

SOS - 40 PEMBROLİZUMAB TEDAVİSİNE İYİ YANIT VEREN CİDDİ ERKEN BAŞLANGIÇLI NATALİZUMAB-İLİŞKİLİ PML-IRIS OLGUSU

MERVE BAHAR ERCAN , BELGIN KOÇER , İLKER ERARSLAN , TAYLAN ALTIPARMAK

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Natalizumab-ilişkili Progresif multifokal lökoensefalopati (PML) gelişim riskini arttıran üç temel faktör serumda John Cunningham virüs (JCV) antikor varlığı, natalizumab tedavi süresi ve öncesinde immünsupresan tedavi kullanımıdır. PML riski natalizumab kullanımının ilk 12 ay içinde oldukça düşüktür ve serum JCV antikoru pozitif olup indeks 0.9< ile ≤1.5 arasında iken, daha önce immünsupresan kullanmayan-kullanan olgularda gelişme riski 0.1/1000-0.3/1000 arasındadır. Son yıllarda küçük vaka serilerinde HİV, SLE, hematolojik maliniteler, primer immün yetmezlikleri, kemoimmünterapiler, rituksimab ve obinutuzumab kullanımında gelişen PML ya da PML-IRIS olgularında Pembrolizumab ile tedavi protokolleri uygulanmıştır, ancak MS'te natalizumab-ilişkili PML olgusunda deneyim bulunmamaktadır.

Olgu:
RRMS tanılı 34 yaşındaki erkek hasta, yüksek doz interferon beta-1b altında sekelli iyileşen piramidal ataklar nedeniyle başvurdu. MRG'da yeni gelişen T2 hiperintens lezyonlar nedeniyle fingolimod 0.5 mg/gün tedavisine geçildi. Tedavinin beşinci yılında gelişen sağ hemiparezi nedeniyle fingolimod sonlandırıldı. Altı haftalık arınma süresinden sonra ayda bir intravenöz 300 mg/gün natalizumab tedavisi başlandı. Serum anti-JCV antikor indeksi 1.21 idi. Natalizumab tedavisinin 11. dozundan sonra hastada bilinç bulanıklığı, kelime bulmada zorluk, tutuk konuşma, sağ üst ve ekstremite güçsüzlüğünde artma yakınmaları gelişti. Nörolojik muayenesinde hasta apatikti, kelime bulmakta zorlanıyor, adlandırma ve tekrarlama bozuk, sağ üst ekstremite proksimal kas gücü -5/5, intrinsik el kasları 2/5, sağ alt ekstremite iliopsoas kas gücü 3/5 ve sağda hemihipoestezi saptandı. Beyin MRG'da pons sol yarısı, mezensefalon, bilateral serebellar hemisfer, bilateral bazal ganglia ve talamus, sol internal kapsül posterior bacağı ve solda belirgin pariyetooksipital subkortikal beyaz cevherde difüzyon kısıtlama bulgusu ve kontrastlanma göstermeyen yeni gelişen T2 hiperintens lezyonlar izlendi. BOS'ta JCV DNA'sı 365.000 kopya/mL bulundu. Hastaya PML tanısı düşünülerek 7 kür plazmaferez tedavisi uygulandı ve mirtazapin 15 mg/gün başlandı. Duyusal afazi ve apatik durumunun devam etmesi nedeniyle 5 doz intravenöz immünglobulin verildi. Takibinde hasta jeneralize tonik klonik vasıfta nöbet geçirdi. Kontrol beyin MRG'sinde PML-IRIS ile uyumlu mevcut bilateral pariyetooksipital beyaz cevher alanlarında T2A-FLAIR kesitlerde progresyon gösteren birleşen hiperintens alanlar ve granüler kontrastlanma izlendi. Tekrarlanan LP'de BOS'ta JCV DNA'sı 94.500 kopya/mL saptandı. Maravirok 2x300 mg/gün oral ve 10 gün süreyle 1000mg/gün intravenöz metilprednizolon uygulandı, ardından 64 mg/gün oral idame devam edildi. Sağlık Bakanlığı'ndan endikasyon dışı onam alınarak pembrolizumab 200 mg/gün iv. infüzyon ile uygulandı, 3 haftada bir tekrarlandı. İlk dozdan sonra BOS'ta JCV 20 kopya/mL idi. İkinci doz itibariyle duyusal afazisi ve kas gücü defisitinde belirgin düzelme oldu, anomi mevcuttu. Toplam beş doz pembrolizumab verilen hastanın 5.ayında bilinci açık, koopere, oryanteydi, anlama ve adlandırma tam, sağ üst ekstremitede kas gücü tam, sağ alt ekstremite iliopsoas -5/5 saptandı, desteksiz mobilize olabiliyordu. Beyin MRG'de PML ilişkili tanımlanan lezyonlarda regresyon görüldü.

Tartışma:
Serum JCV antikoru pozitif olup natalizumab tedavisi alan 35,521 MS'li birey ile yapılan retrospektif bir kohort çalışmasında ilk 12 dozda tahmini PML gelişim riski saptanmamıştır. Aynı çalışmada önceden başka immünsupresan kullanımının PML riskini, natalizumab kullanım süresinden daha fazla arttırdığı gösterilmiştir**.** Olgumuz serum JCV indeksi 1.21 iken tedavinin ilk 12 ayında erken gelişen natalizumab-ilişkili bir PML-IRIS olgusudur, ancak öncesinde fingolimod kullanımının bulunması bu riskin artmasında etkili olabilir. MS'te natalizumab-ilişkili PML tedavisinde pembrolizumab kullanımı ile ilgili deneyim literatürde bulunmamaktadır. Sadece fingolimod ilişkili bir PML olgusunda faydalanım gösterilmiştir. Programlanmış hücre ölüm proteini-1 (PD-1) inhibitörü olan pembrolizumab JC virüsüne karşı CD8+T lenfosit cevabını arttırır. Olgumuzda afazi, kognisyon ve kas gücü kayıplarında belirgin düzelme kaydedilmiş, ayrıca beraberinde klinik ile korele olan radyolojik PML-IRIS tablosunda gerileme izlenmiştir. Klinik olarak progrese olan olgularda pembrolizumab ile tedavi erken sonlandırılmamalı ve tedavinin etkinliği için daha uzun süreli infüzyon olanağı sağlanmalıdır. Ciddi seyirli natalizumab-ilişkili PML olgularında pembrolizumab ile belirgin klinik ve radyolojik iyileşme izlemek ve hastalığı kontrol altına almak mümkündür.

SOS - 41 İNTRAKRANİAL KİST, KALSİFİKASYON VE LÖKODİSTOFİ İLE İLERLEYEN NADİR BİR HASTALIK: LABRUNE SENDROMU

ZELİHA ESENBÜKE ÖZALP , ALPEREN TIKIR , FEYZA BİRİNCİ BALTACI , PELİN DOĞAN AK , EREN GÖZKE

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL FATİH SULTAN MEHMET EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Özet:
Dirençli epilepsi nöbetleri ve bilinç bozukluğu ile prezente olan, kranyal görüntülemeleriyle ön planda Labrune Sendromu (LCC) düşünülen bir olgu sunmayı amaçladık.

Olgu:
42 yaşında kadın, 2 yıl önce jeneralize tonik klinik nöbetleri başlamış. Beyin Mr'da her iki hemisferde, multiple, yaygın, farklı büyüklüklerde, çevresel kontrastlanan, kistik, nodüler lezyonlar izlendi. Kistik metastazları düşündürmekteydi. 1 yıl önce kistektomi yapılmış, malignite saptanmadığı öğrenildi. Valproik Asit kullanırken acil servisimize 5 gündür bilinç durumunda gerileme, uykuya meyil, oral alımında azalma şikayetleriyle geldi. EEG'de yaygın dezorganizasyon saptandı. LP'de BOS glukozu 70 (eş zamanlı kan şekeri 110), protein 81 mg/dl idi. Hücre saptanmadı. Bakteriyel/viral panel negatifti. 1 yıl önce yapılan biyopsi raporlarında eozinofilik hiyalinizasyon olduğu öğrenildi. Nörosistoserkozis açısından araştırıldı, albendazol tedavisi aldı. Enfeksiyon hastalıkları açısından nörosistoserkozis olarak değerlendirilmedi. MR görüntülemelerinde lezyonların Labrune sendromu ile uyumlu olabileceği düşünüldü. Daha önce dış merkezde yapılmış olan patolojik incelemelerinde raporlanan beyin parankimi içinde vasküler yapılarda yaygın olarak lümeni daraltan, eozinofilik, kolajenöz birikim ve bu alanlarda ve parankim de yaygın distrofik kalsifikasyon odaklarının lietarürde sunulan labrune sendromu olgularının patolojik özellikleriyle benzer olduğu görüldü. MR spectroskopi incelemesinde NAA, Cholin ve Cr piklerinde azalma izlenmesi de Labrune sendromu açısından anlamlı bulundu. Labrune sendromu için SNORD 118 gen çalışması yapılması planlandı.

Tartışma:
Labrune sendromu lökoensefalopati, serebral kalsifikasyonlar ve kistlerden oluşan radyolojik bulgularla karakterize, son derece nadir görülen bir hastalıktır. rRNA sentezine aracılık eden ve protein kodlamayan bir gen olan SNORD118 genindeki otozomal bir mutasyonun sonucudur. Başlıca semptom ve bulgular bilişsel gerileme, nöbet, piramidal/ekstrapiramidal ve/veya serebellar bulgulardır. Genellikle yavaş seyirlidir. Son derece nadir olmasına rağmen kalsifikasyon ve kistlerle seyreden lökoensefalopatilerin ayırıcı tanısında akılda bulundurulmalıdır.

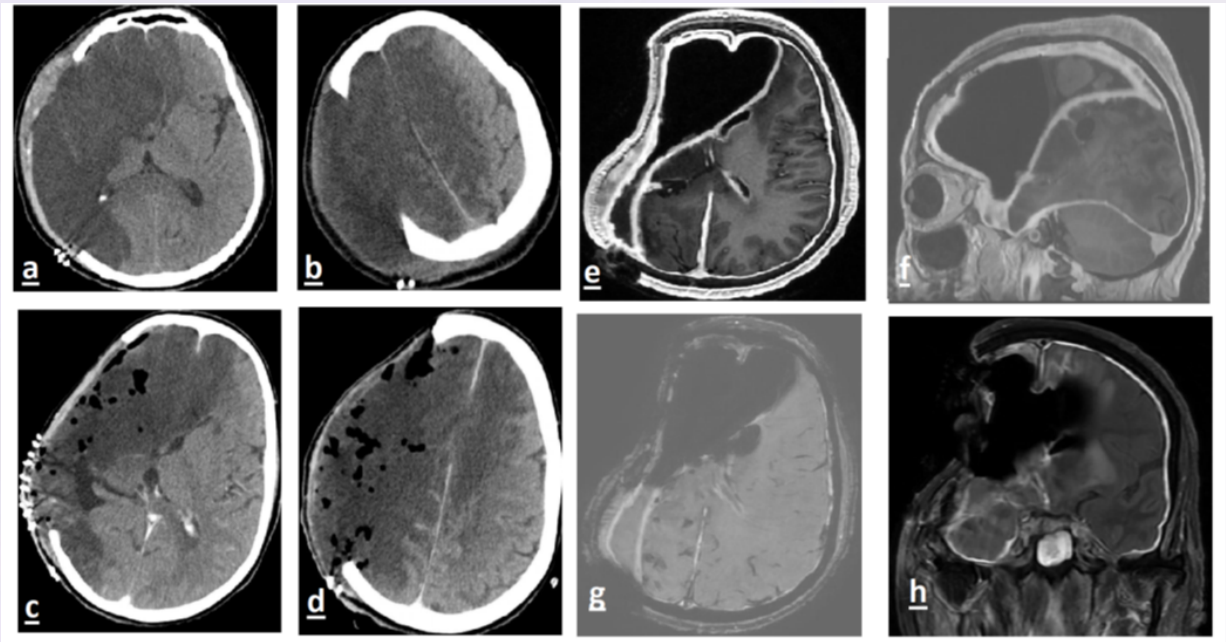
59. ULUSAL NÖROLOJİ KONGRESİ

SOS - 42 DEKOMPRESİF KRANİEKTOMİ SONRASI GELİŞEN SKİN FLAP SENDROMU; NADİR BİR KOMPLİKASYON

SEMRA ARI SEVİNGİL [1], FERGANE MEMMEDOVA [2], EMRE ÖZKARA [1], ATİLLA ÖZCAN ÖZDEMİR [1], ÖZLEM AYKAÇ [1]

[1] *ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ*
[2] *HATAY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ*

Olgu:
60 yaşında kadın hasta, 2 gündür sol kolda uyuşukluk, güçsüzlük kaybı nedeniyle acil servise başvurdu. Daibetes mellitus dışında özgeçmişinde belirtilen hastalığı yoktu. Vital bulguları stabildi. Elektrokardiyografi incelemesi normal sınırlarda idi. Nörolojik muayenesinde; bilinç açık, kismi oryante ve koopere, sol kol ve bacakta 1/5 hemiparezi, sol nazolabial sulkus silik, sol homonim hemianopsi, orta disartri, sol hemihpoestezi mevcuttur. Gloskow koma skalası (GKS); E4V2M6 dü. Bilgisayarlı beyin tomografisinde (BT) akut hemoraji yoktu. BT anjiyografide sağ internal karotis arter-middle cerebral arter oklüzyonu (Tandem) mevcuttu. Hasta ilk 4,5 saat diliminde başvurmaması nedeni ile trombolitik tedavi (IV rt-PA) veya endovasküler tedavi uygulanamadı. Hasta nöroloji yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Diyabetik ketaoasidoz saptanması üzerine endokrin görüşü alınarak tedavi düzenlemesi yapıldı. Yatışının 2. gününde GKS; E1V1M3 olması nedeni ile entübe edildi. Anizokori saptanması üzerine, kontrol BT çekildi. Sağ orta serebral arter sulama alanında frontotemporoparietalde ödem ve hipodansite görülmesi üzerine nöroşişürji (NRŞ) konsültasyonu ile acil dekopresif kraniektomi planlandı. Kraniektomi sonrası GKS; E:4V2M6 yükseldi. Ampirik antibiyoterapi başlandı. Postoperatif 2. günde ateşi 38^{c} olup, kan-idrar-solunum kültürleri alındı ve enfeksyon hastalıklarınca tazobaktam-piperasiline başlandı. Hasta extübe edildi. Kontrol BT sinde bilateral anterior serebral arter okluzyonunun da tabloya eklendiği görüldü (Resim 1 a,b). Antiödem tedavi başlandı. Postoperatif 8. günde tekrar ateşi olan hastanın tedavisi mopem ile değiştirildi. 14. günde tekrar ateş yükseklığı nedeni ile vankomisin tedavisi eklendi. Hipernatremi ve poliüri saptanması üzerine santral diabetes inispitus nedeni ile, tek doz desmopressin tedavisi uygulandı. 28. günde de solunum paterni bozulması nedeniyle hasta tekrar entübe edildi. Nöbet ve tekrar ateş yükselmesi görülmesi üzerine, intrakranial abse şühesi ile kontrastlı BT çekildi. Abse saptanmadı (Resim 1 c,d). Antibiyotik tedavisi amikasin ve tigesiklin olarak değiştirildi. Genel durumunun kötü seyretmesi, başarısız winingler ve uzamış entübasyonu nedeniyle hastaya trakeastomi işlemi uygulandı. Takiplerinde sık ararkıklarla nöbet geçirmesi nedeni ile kontastlı kranial magnit rezonans görüntüleme (MRG) planlandı. MRG da bilateral pnömosefalus, extra-axial abse ve skin plap sendromu (SFS) ile uyumlu görünüm saptandı (Resim 1 e,f,g,h). SFS na yönelik kranioplasti işlemi için NRŞ'ye danışıldı subdural alanda kistik koleksyon görüldü drenaj uygulandı. İşlem esnasında fronparietel kemik defekt sınırları kerison ile genişletidi. Enfeksyon nedeni ile kraniplasti uygulanmadı. Sepsis nedeni ile hasta yatışının 68. gününde exitus olarak kabul edildi.



SOS - 43 AİLESEL HİPERKALEMİK PERİYODİK PARALİZİ: OLGU SUNUMU

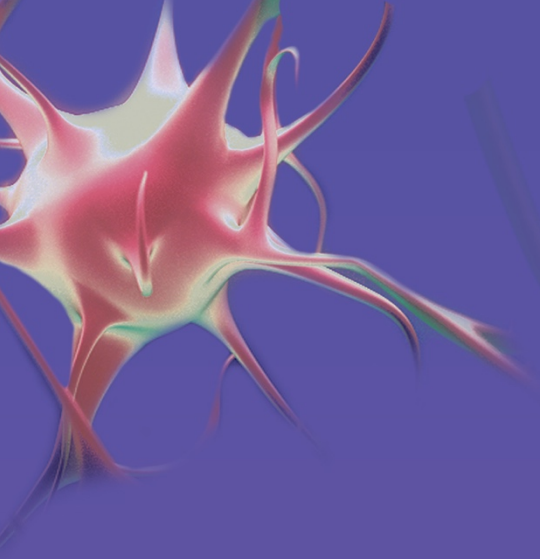
ANIL YAKUT [1], BİRGÜL DERE [1], RASİM TUNÇEL [1], SANEM KESKİN YILMAZ [2], ÖZGÜL EKMEKÇİ [1]

[1] *EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ÇOCUK NÖROLOJİ BİLİM DALI*

Giriş:
Hiperkalemik Periyodik Paralizi (PP), tekrarlayan paralizi atakları ve hiperkalemi ile karakterize herediter bir hastalıktır. Prevalansı 1/200,000 olarak bildirilmektedir. Ataklar bebeklikte fark edilebilir ama çoğunlukla çocukların uzun süre oturmak zorunda kaldıkları ilkokul çağlarında dikkati çeker. Atak süresi 15 dk-1 saat arasında değişebilir, atak aralarında kas gücü ve serum potasyum düzeyi normaldir. Ataklar daha çok egzersiz sonrasında, soğuğa maruziyetle, açlıkla, potasyum alımıyla ortaya çıkar. Ataklar çoğu zaman bacaklarda olmakla beraber ekstremiteleri tutar, yüz ve solunum kasları etkilenmez. 12 hasta birey içeren SCN4A mutasyonu saptanan bir aileyi sunmayı amaçladık.

Olgu-1:
14 yaş erkek, 2 yaşından beri açlıkta, egzesizle, soğuğa maruziyetle, potasyumdan zengin gıdalar tükettikten sonra jeneralize kas güçlüğü atakları olduğunu, atak sırasında şekerli su içtiğinde veya miksiyon sonrasında semptomlarının gerilediğini belirtti. Öyküde babasında, kardeşinde, babaannesinde, amcasında ve bir kuzeninde çocuklukta başlayan aynı semptomlar olduğu öğrenildi. İzlemde açlıkla ve soğukla tetiklenen 2 atağında sırasıyla potasyum seviyeleri 5.3 ve 5.7 saptandı. EMG'de ekstansör digitorum communis, interossei dorsalis ve biceps kasında miyotonik deşarjlar izlendi. Genetik incelemede SCN4A gen mutasyonu gözlendi. Kardeşinde ve babasında aynı gende mutasyon saptandı. Ailede 9 kişide daha benzer semptomatoloji olduğu öğrenildi. Hastaya, babasına ve kardeşine asetazolamid başlandı ve ataklarda belirgin azalma gözlendi.

Tartışma:
Hiperkalemik PP, kaslarda iyon kanallarının bozuklukları ile ilişkili ender görülen bir hastalıktır. Jeneralize kas güçsüzlüğü atakları ile gelen hastada akla gelmeli, öykü ve atak sırasında kan potasyum düzeyi yüksekliğiyle tanıya gidilmelidir. Hastalar potasyumdan zengin yiyeceklerden, uzun süreli açlıktan ve soğuğa maruziyetten kaçınmalıdır. Tedavide tiyazid diüretikleri veya karbonik anhidraz inhibitörleri sıklıkla kullanılmaktadır. Biz hastamıza asetazolamid başladık ve 7 aydır ataksız takibine devam edilmektedir.



TARTIŞMALI E-POSTER BİLDİRİLERİ

Cumhuriyetimizin 100 Yılı Bilimin Işığında

TEP - 1 LANDAU-KLEFFNER SENDROMU'NDA İMMUNOTERAPİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

NUR GÜLCE İŞKAN [1], BURCU CENGİ [1], PINAR TOPALOĞLU [2], ZUHAL YAPICI OBUZ [2]

[1] NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
[2] ÇOCUK NÖROLOJİSİ BİLİM DALI, NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

Amaç:
Landau-Kleffner sendromu (LKS), konuşma geriliği ve nöbetlerle giden, 3-9 yaş arasındaki çocuklarda görülen nadir bir sendromdur. Elektroensefalografi (EEG) incelemesinde yavaş dalga uykusunda elektriksel status epileptikus (ESES) görülmektedir. Bu vaka serisinde kliniğimizde takip edilen LKS tanılı altı hastanın tanı, takip ve tedavi sürecinin paylaşılması amaçlanmıştır.

Yöntem:
Bu vaka serisinde LKS tanısı ile izlenen altı hastanın demografik verileri, özgeçmiş ve soygeçmiş bilgileri, semptomları, kognitif verileri, muayene bulguları, görüntüleme bulguları, tedavi ve prognozuna ait verilerine yer verilmiştir.

Sonuç:
Bu vaka serisinde, konuşma geriliği, agresyon ve nöbet yakınmaları ile başvuran, 7-15 yaş aralığında, özgeçmişinde bilinen bir hastalığı olmayan ve yakınmalarının başlamasına kadar gelişimi normal olan altı hasta incelendi. Hastaların ortalama takip süreleri 11,6 (min-maks: 1-22) yıldı. Hastaların beşi erkek biri kadındı. İki hastanın soygeçmişinde anne ve baba akrabalığı vardı. Nörolojik muayenelerinde kelime çıkışında azalma, varolan kelime dağarcıklarında azalma, anomik afazi ve literal parafazileri vardı. Anti-nöbet ilaçlar, steroid ve intravenöz İmmünglobulin G (ivİg) tedavileri ile klinik ve elektrofizyolojik düzelme gözlendi.

Tartışma:
Landau-Kleffner sendromu, epileptik nöbetler, konuşma geriliği ve agresyon ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken nadir bir epileptik ensefalopati tablosudur. Erken tanı konması ve immun tedavinin uzun döneme yayılması, hastaların nöbetleri ve konuşma geriliğinin remisyona girmesi için önemlidir. Landau-Kleffner sendromunda, İvİg ve diğer immun tedavilerin süresinin belirlenebilmesi için daha geniş olgu serilerine ihtiyaç vardır.

TEP - 2 ERİŞKİN SPİNAL MUSKÜLER ATROFİ TANILI HASTALARDA NUSİNERSEN TEDAVİSİ: TEK MERKEZ KLİNİK DENEYİMİ

BERİN GÜLATAR-TÜRKOĞLU [1], PINAR KAHRAMAN-KOYTAK [2], KAYIHAN ULUÇ [2]

[1] *MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANADALI*
[2] *ACIBADEM ATAŞEHİR HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ*

Amaç:
Spinal müsküler atrofi (SMA), 'survival motor neuron 1' (SMN1) genindeki mutasyonlara bağlı olarak omurilik ve beyin sapında motor nöron dejenerasyonu ile karakterize otozomal resesif kalıtsal bir hastalıktır. SMA nın çocukluk çağı hastalığı olduğu bilinmesine rağmen hastaların neredeyse üçte biri yetişkin olup tedavi konusunda yaklaşım pediatrik populasyon odaklıdır. Bu doğrultuda, nusinersen tedavisi gören SMA hastalarına ait gerçek yaşam verilerimizi paylaşmak istiyoruz.

Gereç ve Yöntem:
Bu çalışmada, Marmara Üniversitesi Nöroloji Anabilim Dalı Nöromusküler Hastalıklar Ünitesi'nde takip edilen ve nusinersen tedavisi alan 18 SMA hastasının (9 kadın, 9 erkek) klinik özellikleri değerlendirildi. Demografik özellikler, Hammersmith Fonksiyonel Motor Skalası (HFMS) skorları ve 6 Dakika Yürüme Testi (6-DYT) not edildi.

Bulgular:
On sekiz hastanın 7 si SMA tip 2, 11 i SMA tip 3 tanılıydı. SMA tip 2 ve tip 3 hastalarının yaş ortalaması sırasıyla 23,8 ve 26 idi. Nusinersen tedavisinin yükleme dozları sonrasında HFMS skorları, SMA tip 2 hastalarda ortalama 9.2 den (min:2,max:25) 13.8 e (min:5, max:32), SMA tip 3 hastalarda ise ortalama 40.1 den (min:5, max: 55), 56.8 e (min:6, max:61) yükseldi. On sekiz hastanın 16 sında HFMS skorunda yükleme doz sonrası en az 3 puanlık artış oldu. (%88) Takipler sırasında tüm hastaların HFMS skorlarına göre motor fonksiyonları stabildi. Fonksiyonel sınıflamaya göre SMA tip 2 hastaların tümü oturur, SMA tip 3 hastalarının 3 ü oturur, 8 i yürür kategorisindeydi. Yürür kategorisinde 6 hastanın ortalama yürüme mesafesi 357.3 metre (min:218, max:452) olarak hesaplandı. Bütün hastalarda skolyoz vardı ve tip 2 hastaların tamamına, tip 3 hastaların 3 üne, intratekal ilaç uygulaması floroskopi eşliğinde yapıldı, herhangi bir komplikasyon yaşanmadı.

Sonuç:
Çalışmamızda pediatrik populasyonda olduğu gibi nusinersen tedavisinin yükleme dozları sonrası motor fonksiyonda iyileşme görülmüştür. Takiplerde görece stabil gidişat nedeniyle erişkin SMA hastalarında yeni tedavilerin ve tedavi beklentilerinin tartışılmasına hala ihtiyaç duyulmaktadır.

TEP - 4 SPİNAL MUSKÜLER ATROFİ (SMA) HASTALARINDA 5 YILLIK NUSİNERSEN TEDAVİSİ DENEYİMİ

GULSHAN ALİYEVA , ZUHAL YAPICI OBUZ , MEFKURE ERAKSOY , PINAR TOPALOĞLU

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ

Amaç:
Spinal müsküler atrofi (SMA) medulla spinalisteki ön boynuz hücrelerinin dejenerasyonu ile karakterize otozomal resesif geçişli kalıtsal bir hastalıktır. İnsidansı dünyada 1/6000-10.000dir. Hastalığın beş tipi vardır. Ekstremitelerde güçsüzlük ve atrofiyle seyreden SMA'nın ağır formunda solunum da etkilenir. Hastalık 5q kromozumundaki SMN-1 (Survival motor neuron) geninin her iki kopyasındaki mutasyon ya da delesyon nedeniyle ortaya çıkmaktadır. SMN1 geninin kromozomunun sentromerik bölgesinde SMN2 bulunur ve bu genden düşük oranda normal protein sentezi yapar. Patojen gen *SMN1* olmasına rağmen hastalığın ağırlık derecesi *SMN2* tarafından modüle edilmektedir. Hastalığın tedavisinde kullanılan antisense oligonukleoid olan Nusinersen SMN2 geninde tam protein yapımını inhibe eden bölgelere etki ederek daha fazla normal protein yapımını sağlar.

Gereç ve Yöntem:
Kliniğimizde 2017-2022 yılları arasında Nusinersen tedavisi alan SMA hastalarının demografik verileri, SMA tipleri, tedavi yanıtları retrospektif olarak incelendi. SMA tip I hastaları tedavi öncesi ve tedavi süresince CHOP-INTEND (children's hospital of philadelphia infant test of neuromuscular disorders) skorlaması, SMA tip II ve SMA tip III hastalarına HFMSE (Hammersmith Functional Motor Scale–Expanded) skorlaması ile takip edildi.

Bulgular:
Polikliniğimizde takip edilen 38 SMA hastasından 23'ü (K/E 11/12) Nusinersen tedavisi almaktaydı. Ortalama yaş 13. 43 (1-24) idi. Tedavi alan hastalarımızın 4'ü (%17.4) SMA tip I, 11'i (% 47.8) SMA tip II, 8'i (% 34.8) SMA tip III tanılıydı ve hepsi 4.doz tedavisini tamamladı. Ortalama doz 8 idi (4-12). Nusinersen tedavisi uygulanan SMA tip II hastalarımızın HFMSE skorunda ortalama 4.36 puan, SMA tip III'lerde ise ortalama 5.5 puan artma saptandı. SMA tip I hastalarımızdan 2'si kontrol muayene yapılamadan vefat ettiği için değerlendirilemedi. Sadece 1 hastamızın kontrol değerlendirilmesinde CHOP-INTEND skorlamasında 24 puanlık bir artış izlendi.

Sonuç:
Nusinersen tedavisi ile SMA Tip II ve III hastalarının klinik takiplerinde literatür ile uyumlu olarak HFMSE skorlarına da yansıyan artış görülmüştür. SMA tip hastalarımız için güncel verilerimiz hasta sayısı nedeniyle yeterli değildir. Ülkemizde insidansı yüksek olan SMA tedavisinde, onay alan diğer ilaç seçenekleri ile birlikte dünya genelinde yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

TEP - 5 CLIPPERS HASTALARININ KLİNİK&GÖRÜNTÜLEME ÖZELLLİKLERİ, TEDAVİLERİ VE TAKİPLERİ - ÜÇÜNCÜ BASAMAK MERKEZ DENEYİMİ

EZGİ DEMİREL OZBEK [1], NAZİRE PINAR ACAR ÖZEN [1], RAHŞAN GÖÇMEN [2], ERSİN TAN [1], RANA KARABUDAK [1], ASLI TUNCER [1]

[1] *HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, RADYOLOJİ ANABİLİM DALI*

Amaç:
CLIPPERS genellikle ataksi, diplopi, nistagmus ve dizartri gibi heterojen belirtilere sahip nadir görülen kronik bir santral sinir sistemi (SSS) inflamasyonudur. Temel radyolojik bulgular pons ve serebellumda yerleşen homojen, gadolinyum tutan ve kortikosteroidlere yanıt veren nodüler lezyonlardır. Bu lezyonlar biyopsi preparatlarında yoğun perivasküler lenfositik inflamasyon gösterirler. Tedavi kortikosteroidler ve diğer immünsüpresif ilaçları içerir. Bu çalışmanın amacı, merkezimizde CLIPPERS ile takipli hasta grubunun klinik ve radyolojik özelliklerini, yönetimini ve sonuçlarını incelemektir.

Gereç ve Yöntem:
Bu retrospektif, tek merkezli çalışmada kliniğimize Şubat 2018 - Şubat 2023 tarihleri arasında CLIPPERS ön tanısıyla başvuran/yönlendirilen toplam 11 hasta değerlendirilmiştir. Tanı alan hastaların demografik özellikleri, klinik bulguları, laboratuvar sonuçları, görüntüleme ve patolojik çalışmaları ile tedavi stratejileri listelenmiştir.

Bulgular:
Kliniğimizde CLIPPERS ön tanısı ile değerlendirilen on bir hastadan beş tanesi CLIPPERS için tanısal kriterleri karşılamıştır. Yaş ortalaması 64 (51-74)tür. Hastaların %80i erkeklerden oluşmaktadır. Başvurunun en sık sebepleri denge kaybı (%80), diplopi (%60) ve dizartri (%60) olarak bildirilmiştir. Parezi, vertigo ve disfaji daha az sıklıkla bildirilen semptomlardır. Nörolojik muayenede vakaların %80inde ataksi, %60ında dizartri, %60ında oftalmopleji ve %60ında hemiparezi görülmüştür. Kraniyal görüntülemede kontrast tutan pontin lezyonların serebelluma kadar uzandığı (%60) ve daha az sıklıkla mezensefalon ve medullada da yerleştiği görülmüştür. Beyin omurilik sıvısında (BOS) pleositozu hastaların %80inde tespit edilmiş ve ortanca BOS protein seviyesi 55 (41-99) mg/dl saptanmıştır. 2 hastada biyopsi yapılmıştır. Hastaların birinde demiyelinizasyon ile birlikte parankimal ve perivasküler T hücre baskın lenfohistiositik bir reaksiyon görülmüş, diğer vakada ise histolojik olarak malign glionöronal bir tümör teşhisi konmuştur. Kanser taraması sırasında bir hastada pankreasta nöroendokrin tümör tespit edilmiştir.Tüm hastalar pulse steroid tedavisi ile belirgin klinik ve radyolojik bir iyileşme göstermiştir ancak üç hasta kortikosteroid kesilmesi veya azaltılması sonrasında relaps yaşamıştır. Hastaların ortalama takip süresi 17±14 aydır. Bu süre zarfında bir hasta ex olmuştur. İki hastada izlemde steroid tedavisi kesilebilmiştir. Diğer 2 hastada ise metotreksat ve siklofosfamid gibi immünsüpresif ajanlarla tedavi devam etmektedir.

Sonuç:
CLIPPERS tanı zorluğu olan nadir bir klinik sendromdur. Ayırıcı tanıda birçok otoimmün ve enfeksiyöz merkezi sinir sistemi bozukluğu dikkatlice düşünülmelidir. Hem tanıda hem de tedavide gecikmeler olumsuz sonuçlara yol açabilir. Bu hastalar malignite açısından taranmalıdır. Kortikosteroidlerin hızlı azaltılması relapsa yol açabilir. Bazı hastalar kronik immünsüpresif tedaviye ihtiyaç duyabilir. Şu anda uzun vadeli tedavi stratejisi konusunda bir görüş birliği bulunmamaktadır.

TEP - 6 DEMANS HASTALARINDA TELEFON KULLANABİLME YETİSİNİN KAYBI

ÖZLEM TOTUK , MERVE TÜRKKOL , ESRA NUR SANCAR , FEYZULLAH YADİ , SENA AYŞE EMRE , ŞEVKİ ŞAHİN

SANCAKTEPE ŞEHİT PROF DR İLHAN VARANK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Demans yaşlı nüfusun artmasına bağlı önemi giderek artan bir halk sağlığı sorunudur. Birden fazla kognitif fonksiyonun işlevsellik kaybına yol açacak şekilde progresif bozukluğu ile giden nörodejeneratif hastalıkların ana başlığıdır. Günümüzde teletıp ve telerehabilitasyonu içeren telefon uygulamaları demans hasta ve hasta yakınları için önemli bir bilgi ve iletişim kaynağıdır. Hastaların uyumunu anlayabilmek için telefon kullanabilme yetisini kaybeden ve kaybetmeyen hasta gruplarının demografik ve kognitif bulguları karşılaştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmamıza demans polikliniğine başvuran hastalar randomize olarak alınmıştır. Hastaların Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri değerlendirilmiş, klinik demans skorları saptanmış, minimental değerlendirme testleri(MMT) yapılmış ve telefon kullanabilme yetileri sorgulanmıştır.

Bulgular:
Analize, toplam 204 hasta (124 AH, 21 FTD, 35 VD, 24 LBD) dahil edildi. Hastalar tanılarına ve telefon kullanabilme yetilerine göre 'telefon kullanma yetisini kaybetmiş' ve 'telefon kullanma yetisi korunan'lar olarak iki gruba ayrılarak her tanı grubu kendi içinde incelendi. Çalışmaya dahil edilen hastaların demografik bilgileri : 124 AH hastası (82 Kadın) yaş ortalaması 77,37 ± 9,15; 21 FTD (10 Kadın) yaş ortalaması 67,25 ±7,55 ; 35 VD hastası (14 Kadın) yaş ortalaması 73,94 ±11,86 ; 24 LBD hastası 75,08 ± 7,03 idi. Bağımsız örneklemler T-test sonucuna göre telefon kullanma yetisini kaybeden 63 AH hastasının MMT skorları (15,06 ±5,02), Barthell GYA skorları (57,38 ±39,63) telefon kullanma yetisi hala korunan 61 AH hastasının MMT skorları (19,31 ±6,17), Barthell GYA (96,97 ±10,05) skorlarına göre anlamlı düzeyde daha düşüktür. Ayrıca artık telefon kullanamayanların CDR puanları (9,68 ±5,89) hala telefon kullanma yetisi korunan grubun CDR (1,73 ±1,42) puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Lawton skorlamasına göre telefon kullanma yetisininin kaybı Barthell GYA, MMT ve CDR skorlaması ile anlamlı düzeyde ilişkilidir ($t(122)= 9,76$, $p<0,05$). Telefon kullanma becerisini kaybeden FTD hastalarının Barthell GYA skorları (68,33 ± 35,08) telefon kullanma becerisi korunan FTD hastalarının Barthell (100,0±0,00) skorlarından anlamlı düzeyde daha düşük, telefon beceri kaybı olanların CDR puanları (8,67±7,12) kayıp olmayanlara göre (1,81±1,12) anlamlı düzeyde daha yüksekti ($t(18)= 3,16$, $p<0,05$). 35 VD hastasından telefon kullanma becerisini kaybedenlerin Barthell skorları (50,56 ± 42,63) telefon kullanma becerisi korunan VD hastalarının Barthell (93,33±21,00) skorlarından anlamlı düzeyde daha düşük, telefon beceri kaybı olanların CDR puanları (10,36±6,84) kayıp olmayanlara göre (1,63±0,58) anlamlı düzeyde daha yüksekti ($t(34)= 5,39$, $p<0,05$). 24 LBD hastası için de benzer şekilde telefon becerisi kayıp olanların Barthell puanları (37,91±41,14) kayıp olmayanlara göre (90,83±25,65) daha düşüktür ve CD kayıplarda (7,75±5,78) kayıp olmayanlara göre (2,95 ±4,19) daha yüksek bulundu. MMT skorları yalnızca telefon becerisini yitimi olan ve olmayan AH grupları arasında anlamlı düzeyde farklıdır. Telefon kullanma becerisini yitiren AH gruplarının MMT skorları anlamlı düzeyde daha düşüktür. Ancak FTD,LBD ve VD telefon kullanma becerisi açısından yapılan karşılaştırmada MMT skorları anlamsızdır.

Sonuç:
Telefonun tedavi izlemi ve rehabilitasyon için çok sık kullanıldığı bu dönemde rehabilitasyon ve teletıp uygulamalarının kolay ulaşılabilir olabileceği grubu odaklamak ve yeni uygulamaları bunun üzerine inşa etmek uygun olacaktır. AH dışındaki demans tiplerinde MMT skorunun kayıp olan alanları yeteri kadar göstermemesi sebebi ile MMT skorları anlamsız çıkmış olabilir. Bu sebeple daha geniş bataryalar ve hasta sayıları ile çalışmaları zenginleştirmek önemlidir.

TEP - 7 İSKEMİK İNMEDE KLİNİK (OCSP) VE RADYOLOJİK SINIFLANDIRMANIN UYUMLULUĞU

EDİS HACILAR , MİNE SEZGİN , ESME EKİZOĞLU TURGUT , NİLÜFER YEŞİLOT

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANADALI

Amaç:
Oxfordshire Community Stroke Project (OCSP) sınıflandırması, akut inme yönetiminde yaygın olarak kullanılmaktadır. Nörolojik muayene bulgularına göre etkilenmiş damar sulama alanını tahmin etmekte, klinisyenlerin tedaviye yönelik karar verme süreçlerini yönlendirmektedir. Çalışmamızda, iskemik inme (İİ) hastalarının OCSP grupları ile nörogörüntüleme bulguları arasındaki ilişkiyi ve bu ilişkiyi etkileyebilecek parametreleri değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem:
Çalışmaya 2014-2020 yılları arasında İstanbul Üniversitesi İnme Veri bankasına kaydedilmiş ve difüzyon MRG ile lezyon lokalizasyonu doğrulanmış, tek bir OCSP grubu içinde sınıflandırılan İİ hastaları dahil edildi. OCSP-görüntüleme uyumsuzluğu; Laküner sendrom (LACS) için anterior serebral arter ve vertebral arter sulama alanına uyan lezyonlar, parsiyel anterior sirkülasyon sendromu (PACS) için arka sistem sulama alanındaki lezyonlar, total anterior sirkülasyon sendromu (TACS) için orta serebral arter lezyonu dışındakiler, posterior sirkülasyon sendromları (POCS) için ön sistem sulama alanındaki lezyonlar olarak belirlendi. OCSP-görüntüleme arasındaki uyum ve bu uyumu etkileyebilecek klinik parametreler uygun istatistik testler kullanılarak değerlendirildi.

Sonuç:
Çalışmaya İİ tanısı almış 633 hasta dahil edildi. Hastaların 597'sinde (%94.3) OCSP ile görüntüleme uyumlu bulundu. Uyumluluk yüzdeleri LACS için %93, PACS için %92, TACS için %94 ve POCS için %97.4'idi. OCSP-görüntü uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında yaş dışındaki diğer değişkenler benzer sıklıktaydı. Uyumlu ve uyumsuz grupta yaş ortalamaları sırasıyla 67.2 (SD:13.9) ve 60.9 (SD:17.4) p=0.009. Yaş azaldıkça uyumsuzluk olasılığı artmaktadır (OR=0.92, %95 CI 1.55-11.08, p=0.01).

Tartışma:
Çalışmamız, OCSP ile radyolojik bulguların yüksek düzeyde uyumunu teyit etmekte, OCSPnin güvenilir bir ön değerlendirme aracı olduğunu vurgulamaktadır. Yaş azaldıkça artan uyumsuzluk oranı, genç İİ hastalarında karar verme süreçlerinde OCSP'nin ön gördürücü özelliğinin daha az olduğuna işaret edebilir.

TEP - 8 MYASTENİA GRAVİSTE İDRAR İNKONTİNANSININ SIKLIĞI VE RİSK FAKTÖRLERİ

HAŞİM GEZEGEN, GÜLNUR EVMEK, HACER DURMUŞ TEKÇE, YEŞİM GÜLŞEN PARMAN

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, NÖROMÜSKÜLER HASTALIKLAR BİLİM DALI

Amaç:
Myastenia Gravis (MG), nöromüsküler ileti bozukluğuna neden olan otoimmün bir hastalıktır. MG, hastalığın süresine, ağırlığına, antikor tipine bağlı olarak alt üriner sistem semptomlarına ve idrar inkontinansına sebep olarak MG hastalarının yaşam kalitesini etkileyebilir.

Gereç ve Yöntem:
Vaka-kontrol çalışması şeklinde tasarlanan çalışmaya, Mayıs-Ağustos 2023 tarihleri arasında İstanbul Tıp Fakültesi Nöromusküler Hastalıklar polikliniğinden takipli 96 MG tanılı hasta ve genel nöroloji polikliniğinden takipli 92 hasta kontrol grubu olarak dahil edildi. Katılımcılara idrar kaçırma, sık idrara çıkma, idrar yapma zorluğu gibi semptomların ciddiyetini değerlendirmek amacıyla ICIQ-F/MLUTS; aşırı aktif mesane semptomlarını değerlendirmek için OAB-V8; yaşam kalitesi için ICIQ-LUTSqol anketleri uygulandı. MG hastalarının ayrıca MGADL ve MGFA skorları hesaplandı.

Bulgular:
188 katılımcının 123ü (%65) kadın ve yaş ortalaması 48.9 (± 13.8) idi. MG hastalarının 60ı (%63), kontrol grubunun 63ü (%68) kadındı. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet açısından fark yoktu. Gruplardaki kadınlar arasında vajinal doğum açısından fark yoktu. MG hastalarının 69u (%72) AchR, 15i (%16) MuSK antikoru pozitif iken, 12 (%12) hasta seronegatif idi. Tüm gruplar için depolama skoru medyan 2 (0-14), boşaltma skoru medyan 1 (0-20), inkontinans skoru medyan 2 (0-22), toplam ICIQ-F/MLUTS skoru medyan 6 (0-42), ICIQ-LUTSqol skoru medyan 2 (0-65), OAB_V8 skoru medyan 6 (0-42) saptandı. Hastaların ortalama takip süresi 11 (1-43) yıl, MGADL skoru 1 (0-12), MGFA skoru 1 (I-IIIB) idi.
Kadın ve erkeklerde inkontinans, ICIQ-F/MLUTS toplam skoru, OAB-V8 ve ICIQ-LUTSqol skorları ile kadınlarda depolama ve boşaltma skoru MG ve kontroller arasında anlamlı derecede farklı bulundu (tüm sonuçlar için $p < 0.001$). Antikor alt-grupları arasında bu skorlar açısından anlamlı fark bulunmadı.

Sonuç:
MG, kadın ve erkeklerde inkontinansın sıklığını arttırmakta ve yaşam kalitesini etkilemektedir. Çalışmamızda klinik pratikte gözden kaçan ve yüksek morbiditesi olan bu semptoma dikkat çekmeyi amaçladık.

TEP - 9 KRONİK MİGRENİ OLAN ADELOSANLARDA VOL-BRAİN ANALİZİ İLE MORFOLOJİK DEĞİŞİKLERİN ANALİZİ

TUĞBA UYAR CANKAY [1], ALİ MERT BEŞENEK [2], NUR HÜRSOY [2], FATMA ÇELİKER [2]

[1] *İSTANBUL GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTAHANESİ*
[2] *RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ*

Amaç:
Bu çalışma ile amacımız kronik migreni (KM) olan adelosan hastalarda değişen beyin morfolojik yapısını yaş/cinsiyet yönünden benzer normal kontrollere göre değerlendirmekti. .KM özellikle ergenlerde yıkıcı ve çok ciddi fonksiyonel kayba neden olan en sık başağrısıdır. Bu yaygın hastalığın patofizyolojisi ile ilgili bilgiler halen sınırlıdır ve yol açtığı nöroplastisteye bağlı etkileri tam olarak bilinmemektedir. KM'de detaylı karakteristik klinik özelliklerin nörogörüntülemeler ile kombinasyonu, yapısal değişiklikleri net görmemeizi sağlayacak ve kişisel tedavilerin için anahtar rol oynayacaktır.

Gereç ve Yöntem:
Bu kesitsel, prospektik ve klinik-bazlı çalışmada, adelosan yaşta (12-18 yaş aralığı) aurasız kronik migreni olan 40 hasta ile cinsiyet ve yaş olarak eşleşen 30 sağlıklı kontrol grubunun kranial manyetik (MR) resonans görüntüleri değerlendirildi. Görüntülemeler daha sonra volümsel değerlendirme incelemesi için Vol-Brain uygulaması ile analiz edildi. Hastalarda başağrısının klinik özellikleri (başağrısının süresi, başağrısı şiddet derecelendirmesi, fonksiyonel kayıp) değerlendildi ve beyin morfolojik incelemesi yapıldı

Bulgular:
Her iki grubun direkt karşılaştırılmasında kontrol gruba oranla, KM olan hastalarda putamen, serebellum ve hipotalamus alanlarında belirgin hacimsel azalma (p: 0.001) gözlendi

Sonuç:
Bu çalışma kronik migreni olan adelosanlarda kontrol grubuna göre hacimsel farklıları ön-kanıt raporları ile ilk olarak ortaya koymaktadır. CM de seçici anatomik alanların değişimi kronifikasyon ve ağrının devamının nedeni olabilir. CMi olan adelosanlarda MR la anahtar lokal spesifik değişikliklerin topogafik dökümantasyonu ileride klinikte tanı, kronifikasyon nedenleri, kişiye özgü tedavi/nöromodulasyon potansiyellerinin belirlenmesi için yol gösterici olacaktır bu nedenle uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır.

TEP - 10 ALS HASTALARINDA KORPUS KALLOZUMDAKİ ŞEKİL DEĞİŞİKLİKLERİNİN İSTATİSTİKSEL ŞEKİL ANALİZİ İLE İNCELENMESİ

EMEL OĞUZ AKARSU [1], DENİZ SIĞIRLI [2], RIFAT ÖZPAR [3], NECDET KARLI [1]

[1] *ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ, ULUDAĞ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI*
[2] *ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ, ULUDAĞ TIP FAKÜLTESİ, BİYOİSTATİSTİK ANA BİLİM DALI*
[3] *ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ, ULUDAĞ TIP FAKÜLTESİ, RADYOLOJİ ANA BİLİM DALI*

Amaç:
Amiyotrofik lateral skleroz (ALS), primer motor korteks, beyinsapı ve spinal kordda ilerleyici motor nöron kaybı ve buna eşlik eden kortikospinal traktus dejenerasyonu ile karakterize bir nörodejeneratif hastalıktır. Yüksek oranda miyelinli liflerden oluşan en büyük beyaz madde alanı olan korpus kallozumun, farklı nörolojik hastalıklarda etkilendiği bilinmektedir. ALSde çeşitli voxel-tabanlı morfometri ve difüzyon tensor görüntüleme yöntemleri kullanan çalışmalarda, kallozal disfonksiyon araştırılmıştır. Landmark tabanlı istatistiksel şekil analizi ve thin-plate-spline (TPS) yöntemleri ise, çeşitli anatomik yapıların konum ve büyüklük gibi değişkenlerinden arındırılarak nesnenin geometrik bilgisinin korunmasının mümkün hale gelmesini bir yapıdaki landmarkın konumlandırıldığı tüm alt bölgelerde minimal deformasyonların ortaya konulabilmesini sağlayan yöntemlerdir.

Gereç ve Yöntem:
Bu çalışma, 26 ALS hastasının ve 26 sağlıklı kontrolün kranial manyetik rezonans görüntüleme taramaları kullanılarak gerçekleştirildi. Midsagittal kesiTler üzerinde landmarklar işaretlendi ve Genelleştirilmiş Procrustes analizi gerçekleştirilerek şekil farkını değerlendirmek için kallosal landmarkların koordinat verileri kullanıldı. Kontrollerden hastalara doğru olan şekil deformasyonu TPS yöntemi kullanılarak incelendi.

Bulgular:
Çalışmada yaş (+/- 5yıl) bakımından eşleştirilmiş 26 ALS hastası ve 26 sağlıklı kontrol mevcuttu. Hasta ve kontrol gruplarında yaş ortalamaları sırasıyla 56,35±15,33 ve 56,07±14,22 yıl idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı genel şekil farkı yoktu (p=0,524). Ancak, bölgesel deformasyonlar incelendiğinde, Witelson sınıflamasına göre korpus kallozumun rostral gövde ve istmus bölgesinde deformasyon belirlendi.

Sonuç:
ALS hastalarında korpus kallozumun şekil analizi ile değerlendirilmesinin korpus kallozumdaki yapısal değişikliklerin saptanmasında yardımcı bir inceleme yöntemi olarak kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

TEP - 12 ESANSİYEL TREMORLU HASTALARDA NON-MOTOR SEMPTOMLAR: HASTALIK SÜRESİ VE ŞİDDETİ İLE İLİŞKİLİ MİDİR?

TUBA AKINCI , AYÇA SİMAY ERSÖZ , SEFA ÖZAYDIN

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Esansiyel tremorun(ET) motor özelliklere sahip tek boyutlu bir hastalıktan ziyade, non-motor semptomların da eşlik ettiği heterojen nörodejenaratif bir hastalık olduğu görüşü son yıllarda tartışılmaktadır. Çalışmamızda ET tanısıyla takip edilen hastalarda non-motor semptomları değerlendirmeyi; hastalık süresi ve şiddeti ile ilişkisini saptamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
Araştırmaya Mart 2023-Ağustos 2023 tarihleri arasında Haydarpaşa Numune Hastanesi Nöroloji polikliniğine başvuran Movement Disorders Scoiety (MDS) tanı kriterlerine göre esansiyel tremor tanısı konulan ardışık 30 hasta ile yaş ve cinsiyet uyumlu 30 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Non-motor semptomları değerlendirmek için Montreal bilişsel değerlendirme ölçeği (MoCA), Pittsburgh uyku kalite indeksi (PSQI), non-motor semptomlar skalası (NMSQ), Beck depresyon ölçeği (BDI), Beck anksiyete ölçeği (BAI) hasta ve kontrol gruplarına uygulandı. Hasta grubunda ayrıca hastalık öyküsü, kullandıkları ilaçlar kaydedildi, Fahn-Tolosa-Marin Tremor Değerlendirme Ölçeği (FTM-TDÖ) uygulandı.

Bulgular:
Hasta ve kontrol grubunda yaş ve cinsiyet açısından anlamlı fark saptanmadı (p=0,429& p=0,196). Hasta grubunda BDI, BAI ve NMSQ ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı yüksek saptandı. Hastalık süresi arttıkça PSQI, BAI ve NMSQ skorlarının yükseldiği görüldü. Hastalık şiddeti(FTM) ile MOCA arasında ters yönlü;PSQI, BDI, BAI ve NMSQ arasında aynı yönlü korelasyon bulundu.
45 yaş üstü hastaların MOCA ortalaması, 45 yaş üstü kontrollere göre anlamlı olarak düşükken (p=0,008), PSQI, BDI, BAI, NMSQ değerleri anlamlı yüksek idi(sırasıyla p= 0,019; p<0.001; p<0.001; p=0,012).

Sonuç:
ET hastalarında, 45 yaş üstünde, tremor nedenli dizabiliteye ek olarak uyku kalitesinde azalma, kognitif fonksiyonlarda bozukluk, depresyon ve anksiyete düzeylerinde artış görülmektedir. Tremor şiddeti ve süresi arttıkça, hastaların non-motor semptomları artmaktadır. ET hastalarında non-motor semptomların tanınması ve tedavisi hastaların rehabilitasyonuna önemli ölçüde katkı sağlayacaktır.

TEP - 13 AĞRILI OFTALMOPLEJİDE TANIYA YÖNELİK KLİNİK İPUÇLARI: 11 YILLIK DENEYİM

BARAN SINIR , BERFİN KARDELEN AYDIN , ÖZGE ÖCEK , PINAR ORTAN

BOZYAKA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Ağrılı oftalmopleji, periorbital veya hemikranyal baş ağrısına, bakış kısıtlılığı, diplopi, pitozis, Horner Sendromu ve yüzde hipoestezi gibi bulguların eşlik ettiği klinik bir durum olarak tanımlanabilir. Etiyolojisinde birçok farklı sendrom veya klinik tanı (vasküler, inflamatuar, enfeksiyöz, neoplastik, kriptojenik) olabileceğinden ayrıcı tanısı zorlayıcıdır. Bu çalışmada, ağrılı oftalmopleji kliniğiyle başvuran hastaların, klinik tanılarına ulaşmamıza yardımcı olabilecek bazı ipucu muayene bulgularından bahsedilecektir.

Gereç ve Yöntem:
SBÜ İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği'ne 2012-2023 yılları arasında ağrılı oftalomopleji kliniğiyle yatırılarak takip edilen hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, klinik özellikleri, görüntüleme bulguları, tanıları kaydedildi.

Bulgular:
Çalışmaya 18'i erkek, 16'sı kadın; yaş ortalaması 53,2 ± 17,7 olan 34 hasta dahil edildi. En sık başvuru şikayetleri baş ya da göz ağrısına eşlik eden çift görme şeklindeydi. Baş ağrısı, 6 hastada hemikranyal, 5 hastada bilateral periorbital, 23 hastada unilateral periorbital bölgede lokalizeydi. Ağrılı oftalomoplejinin etiyolojisi olarak hastaların 10'unda diyabetik nöropati, 6'sında orbital miyozit, 3'ünde Tolosa-Hunt sendromu, 3'ünde intrakranyal anevrizma, 2'sinde intrakranyal hipertansiyon, 1'inde karotiko-kavernöz fistül, 1'inde intrakranyal hipotansiyon, 1'inde Miller Fisher sendromu, 1'inde tiroid oftalmopatisi, 1'inde psödotümor orbita tanıları saptandı ve 5 olgu kriptojenik olarak değerlendirildi. Olguların 13'ünde izole abdusens, 6'sında total ve 2'sinde parsiyel izole okülomotor sinir tutulumu vardı. Diyabetik nöropati, intrakranyal anevrizma, Miller Fisher Sendromu, intrakranyal hipotansiyon, intrakranyal hipertansiyon, psödotümor orbita tanıları alan ve kriptojenik olan olguların tümünde tek izole kraniyal sinir tutulumu mevcut iken, Tolosa-Hunt Sendromlu 3 olguda ve karotiko-kavernöz fistül tanısı alan hastada multipl kranyal sinir etkilenimi mevcuttu. Kranyal nöropati olmaksızın ekstraoküler kasların tutuluşu nedeniyle oftalmopleji saptanan 7 olgudan altısı orbital miyozit, biri ise tiroid oftalmopatisi tanısı almıştı. Psödotümör orbita tanısı alan ve kriptojenik olan bir olguda ise optik sinir ve ekstraoküler kasların birlikte etkilendiği görüldü. Klinik tanıya yönelmemize yardımcı olabilecek bakış kısıtlılıkları dışındaki ek muayene bulgularını incelediğimizde ise orbital miyozit olgularında kemozis, pitozis, propitozis ve periobital ödem, tiroid oftalmopatisi olgusunda skew deviasyon, karotiko-kavernöz fistül olgusunda kemozis ve propitozis, psödotümor orbita ve kriptojenik olan bir olguda propitozis ve pitozis saptandı. Karotiko-kavernöz fistül, tiroid oftalmopatisi tanılı hastaların, orbital miyozit tanılı bir hastanın ve kriptojenik olan bir olgunun bilateral tutulumu vardı.

Sonuç:
Ağrılı oftalmopleji, acil, göz hastalıkları ve nöroloji kliniklerine önemli bir başvuru nedenidir. Müdahele edilmediğinde, önemli oranda morbidite ve mortaliteye neden olabileceğinden hızlı tanı konularak, multidisipliner yaklaşım ile tedavi edilmesi kritik önem taşımaktadır.

TEP - 14 A DALGALARI VE ÇOKLU A DALGALARI: SAĞLIKLI MI, PATOLOJİK Mİ?

EGEMEN KAAN ÇAKAR , TUBA AKINCI , BADE GÜLEÇ , AYŞEGÜL GÜNDÜZ , NURTEN UZUN ADATEPE

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA-CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Özet:

A Dalgaları ve Çoklu A Dalgaları: Sağlıklı Mı, Patolojik Mi?

Egemen Kaan Çakar[1], Tuba Akıncı[1], Bade Güleç[1], Ayşegül Gündüz[1], Nurten Uzun Adatepe[1]

1- İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı

Amaç: A dalgaları hem sağlıklı hem de nörolojik hastalığı olan bireylerde gözlenmiş geç yanıtlardır. Motor sinir ileti çalışmalarında motor yanıtın ardından ortaya çıkarlar. Bu çalışmadaki amaç, A dalgalarının kaynağı olabilecek nedenleri tanımlamaktır.

Yöntem: Bu çalışmada, Ocak 2022-Aralık 2022 tarihleri arasında elektromiyografi laboratuvarımıza elektrofizyolojik değerlendirme için yönlendirilmiş olan 404 hastanın tıbbi ve elektrofizyolojik sonuçları retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya alınan 404 hastanın toplam 1197 siniri değerlendirilmişti. A dalgaları, sinir ileti çalışmaları normal bulunan bireylerin %42,2'sinde izlendi. Bu dalgalar en sık polinöropati, ardından radikülopati, motor nöron hastalıkları ve miyopati hastalarında gözlendi. Sinir ileti çalışmaları polinöropati olarak sonuçlanan hastaların çoğunluğunda (%43.6) A dalgaları multipl olarak izlendi. Multipl A dalgaları normal sinir ileti çalışmaları olan hastaların ise %16,6'sında görüldü. Multipl ve tek A dalgaları en sık tibial sinirlerde görüldü. A dalgalarının görülme sıklığı yaş ile birlikte artış eğilimi göstermekteydi.

Sonuç: Tek A dalgaları, multipl A dalgalarına kıyasla normallerde daha yaygın görüldü. Bildiğimiz kadarıyla, bu çalışma miyopatilerde ve nöromusküler bileşke bozukluklarında A dalgası varlığını bildiren ilk çalışmadır.

TEP - 15 AKUT İNME SONRASI DİSFAJİDE NABIZ OKSİMETRESİNİN ASPİRASYONUN TESPİTİ İÇİN KULLANILMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ

SERKAN BENGİSU [1], ÖZLEM ÖGE DAŞDÖĞEN [1], HATİCE YELDA YILDIZ [2], YAKUP KRESPİ [2]

[1] *ATLAS ÜNİVERSİTESİ*
[2] *İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ*

Amaç:
Disfaji, akut inmenin en tehlikeli semptomlarından biridir ve erken tespiti için çeşitli tarama araçları önerilmiştir. Klinik yutma değerlendirmesinde oksijen satürasyonunun (SpO_2) ölçümü ve SpO_2de ≥%2lik bir düşüş genellikle aspirasyon belirteci olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmanın amacı, akut inme sonrası disfajili hastalarda aspirasyon ve penetrasyon ile oksijen desatürasyonu arasındaki ilişkiyi araştırmak ve aspirasyonu öngörmek için klinik bir araç olarak nabız oksimetresinin etkinliğini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem:
Akut dönemde bulunan inme geçirmiş 40 hasta ve 40 sağlıklıyla gerçekleştirilmiştir. Disfajili hastaların videofloroskopi (VFSS) değerlendirme bulgularıyla eş zamanlı olarak yutma sırasında ve sonrasında nabız oksimetresi ile SpO_2 değeri gözlemlenmiş, VFSS incelemesinde görülen aspirasyon esnasında ve sonrasında SpO_2 düzeyleri başlangıç değerleriyle karşılaştırılmıştır. Disfajik olmayan sağlıklılarda nabız oksimetresi ile yapılan ölçümler, disfajik hastalarla aynı protokol ile gerçekleştirilmiştir. Desatürasyon, %2 oksijen doygunluğu azalması olarak tanımlanmıştır. Disfaji şiddeti hem yarı katı hem de sıvı kıvamlar için VFSS sırasında PAS skorları kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular:
Yarı katı ve sıvı kıvamlarda hasta ve kontrol arasındaki oksijen desatürasyon değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Disfajik hatalarda sıvı kıvamda hastaların 23'ünde aspirasyon izlenmiştir. Aspirasyon tespit edilen hastaların %60,9'unda (n=14) oksijen desatürasyonu tespit edilmiştir (p=0,0001) ancak yarı katı kıvamda anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0,613). Nabız oksimetresi sıvı kıvamda, yüksek özgüllük ve negatif öngörü değerleri (%100) ve makul duyarlılık (%60,9) ve pozitif öngörü değerleri (%60,9) sergilemiştir. Eğri altı alan (AUC) değeri (0.83), nabız oksimetresinin özellikle sıvı kıvamda disfajiyi belirlemede etkili olduğunu göstermiştir

Sonuç:
SPO_2 düşüşü, kıvama bağlı olarak aspirasyonu tahmin etme potansiyelini taşıyabilir. Nabız oksimetresinin, özellikle sıvı kıvamda disfajiyi değerlendirmede tamamlayıcı olabileceği sonucuna varılmıştır.

TEP - 18 TEMPORAL LOB EPİLEPSİSİ VE PSİKOJEN NON EPİLEPTİK NÖBET GEÇİREN HASTALARDA BEYİN KAYNAKLI NÖROTROFİK FAKTÖR, DEPRESYON, OBEZİTE VE NÖROENFLAMASYONUN KARŞILAŞTIRILMASI

BETÜL MERD

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ

Amaç:
Dirençli ve dirençsiz Temporal Lob Epilepsisi (TLE) hastaları ve Psikojen Non Epileptik Nöbet (PNEN) geçiren hastalarda beyin kaynaklı nörotrofik faktör (BDNF), depresyon, obezite ve nöroenflamasyon gibi komorbid durumların karşılaştırılmasını ve olası etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışma, en az 1 yıldır "International League Aganist Epilepsy" (ILAE) (Uluslararası Epilepsiyle Savaş Derneği) kriterlerine göre TLE tanısı almış olan ve PNEN geçiren 74 hasta ile yürütüldü. Dirençli TLE geçiren (n:25), Dirençsiz TLE geçiren (n:24) ve PNEN geçiren (n:25) olmak üzere hastalar üç gruba ayrıldı. Tüm hastalara Demografik Bilgi Formu (DBF), Beden Kütle İndeksi (BKİ), Fiziksel Aktivite Ölçeği (FAÖ), Charlson Komorbidite İndeksi (CCI) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) uygulandı. Ek olarak, bu hastaların serum örneklerinde; beyin kaynaklı nörotrofik faktör (BDNF), İnterlökin (IL)-6, IL-1B, Tümör Nekrozis Faktör (TNF)-a, Adiponektin, Leptin düzeyleri ölçüldü. Elde edilen veriler uygun istatiksel yöntemler ile değerlendirildi. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi

Bulgular:
Adiponektin düzeylerinde gruplar arası anlamlı farklılıklar bulundu. PNEN ve dirençli TLE hastalarında IL-1B ve leptin düzeyleri, dirençsiz TLE hastalarına göre daha yüksekti ve aralarında anlamlı farklılık vardı. Her iki grup TLE hastası karŞılaŞtırıldığında, nöroenflamasyonun markeri olan IL-1B düzeyleri Dirençli TLE'li hastalarda daha yüksek düzeyde bulundu. Ayrıca TLE ve PNEN hastalarında depresyon ve obezite parametreleri arasında istatistiksel farklılıklar bulunmamasına rağmen, her üç grup hasta Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kriterlerine göre evre I obezite oldukları belirlendi.

Sonuç:
Her üç grup hastada evre I obezite saptanması ve bu parametrenin yüksek olması hastaların kullandığı antiepileptik, antidepresan ve anksiyolitik ilaçların yan etkisi, olası hormonal değişiklikler ve hastalığın verdiği yeterli mobilizasyonun olmaması ile ilişkilendirildi. Ayrıca dirençli TLE hastalarında bazı proinflamatuar markerlerin yüksek bulunması nöroenflamasyon ve epilepsi arasında önemli bir ilişki olduğunu gösterdi. Her üç grup hastada depresyon düzeylerinin yüksek çıkması bu hastalıkların etyolojisi ve patogenezinde psikiyatrik faktörlerin de belirleyici olduğunu ve bu özelliğin tedavide göz önünde bulundurulmasının tedavi başarısını daha çok yükselteceğini düşündürdü.

TEP - 19 DEPREM BÖLGESİNDE BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ NÖROLOJİK YOĞUN BAKIM; 6 ŞUBAT DEPREMLERİNDEN NE KADAR ETKİLENDİK?

BURCU SAADET ZEYBEK , RANA ZEYNALOVA , HASAN DURAN CEMALOĞLU , TURGAY DEMİR , ŞEBNEM BIÇAKÇI

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Ülkemiz tarihindeki en büyük felaketlerden biri olan 6 Şubat Depremleri tüm bölgeyi olduğu gibi Çukurova Üniversitesi Hastanesini de ciddi derecede etkilemiştir. Hastanemiz, 21 Şubat 2023 tarihinde orta riskli olarak değerlendirilerek boşaltılmasının ardından Onkoloji Hastanesi ve Pediatri Poliklinikleri binası olmak üzere iki binada hizmete başlamıştır. Nöroloji Yoğun Bakım ünitesi olarak 20 Şubat 2023'te hastalarımız şehirdeki diğer hastanelere sevk edilmiştir. Bu çalışmada deprem sürecinde özellikle hastalarımızın durumdan ne düzeyde etkilendiğini belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
Retrospektif olarak planlanan çalışmamızda hastane elektronik arşivinden deprem öncesi 7 ay içerisinde ve sonrasında NYB ünitemizde yatan hastalarımız belirlenmiştir. Tüm hastalara telefon ile ulaşılarak son durumları hakkında bilgi toplanmaya çalışılmıştır.

Bulgular:
Deprem öncesi 12 yatak ile 2. Basamak yoğun bakım hizmeti veren NYB ünitesi deprem sonrası Onkoloji Hastanesinde 10 Mart 2023'ten sonra 4 yatak ile 1. Basamak yoğun bakım şartlarında hizmet vermeye çalışmıştır. Deprem öncesi son 7 ayda 200 hasta yatmışken deprem sonrası 7 ayda 52 hasta yatışı yapılmıştır. 6 Şubat öncesi yatan hastalardan 37 (% 19,57) hastaya ulaşılamamış, 26 (% 13,7) hasta yatış sırasında hastanede ex olmuştur. Taburculuk sonrası 6 Şubat öncesi 15(% 7,93), sonrası 5 (% 2,64) hastanın ex olduğu öğrenilmiştir. Taburculuk sonrası 76 (% 33,04) hastanın Üniversite Hastanesine başvuru ihtiyacı olmuş ancak bu hastaların 69 'u (% 90.78) Üniversite Hastanesine ulaşamamıştır.

Sonuç:
6 Şubat depremleri ve sonuçları bölgemizde ÇÜTF olarak hizmet verdiğimiz tüm hastalarda olduğu gibi, Nöroloji Yoğun Bakım ihtiyacı olan takipli ve yeni hastaları da ciddi derecede etkilemiştir.

TEP - 20 EPİLEPSİLİ HASTA YAKINLARINA VERİLEN EĞİTİMİN BİLGİ DÜZEYİ VE TUTUM ÜZERİNE ETKİSİ

İREM İLGEZDİ KAYA [1], AYSEL ÇAVUŞOĞLU [2], AYŞE DENİZ ELMALI [1], NERSES BEBEK [1]

[1] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI, KLİNİK NÖROFİZYOLOJİ BİLİM DALI
[2] STANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI

Amaç:
Epilepsi sürecinde hasta yakınlarının doğru bilgiyle donanmış aktif desteği hayli kıymetlidir. Bilgi düzeyinin tutumla ilişkisi olduğu, eğitimlerin hastalığa ve hastaya karşı önyargıları azalttığı bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı epilepsili bireylerin yakınlarına verilen epilepsi eğitiminin bilgi düzeyi ve hastalığa karşı tutum üzerine etkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem:
Polikliniğimizde kayıtlı epilepsi hastası yakınlarına 'Epilepsi bilgi formu' ve 'Epilepsi tutum ölçeği'ni içeren bir anket gönderildi. Anket doldurulduktan sonra, anketi dolduran hasta yakınları planlanan eğitim programına davet edildi. İki eğitici, aynı bilgi setiyle iki farklı günde 1,5 saatlik eğitim ve soru-cevap etkinliği gerçekleştirdi. Eğitim sonrasında katılanlara tekrar test uygulandı.

Bulgular:
Eğitim öncesi anketi dolduran 77 hasta yakınının 29'u (%37,6) eğitime katıldı. Bekarların ve stigmatizasyona yatkın hasta yakınlarının eğitime katılmama olasılığının daha fazla olduğu görüldü. Eğitime katılan hasta yakınlarının yaş ortalaması 46,3±9,2 (31-65) idi, 18'i (%62,1) kadındı. Hasta yakınları, hastaların 14'ünün ebeveyni, 10'unun eşi, 4'ünün kardeşi, 1'inin de çocuğuydu. %55,2'si üniversite mezunuydu, %48,3'ü çalışıyordu. Bilgi kaynağı olarak sırasıyla doktor, internet, diğer hastalar, broşür ve televizyon belirtilmişti (%82,8, %75,9, %31, %20,7, %17,2). Eğitim sonrası hasta yakınlarının bilgi sorularını daha fazla doğru yanıtlayabildikleri (p=0,000, 37,6±5.7, 42,1±6,1) görüldü. Eğitim öncesinde 11 hasta yakını (%37,9) nöbete doğru müdahale edebileceğini düşünüyordu. Eğitim sonrasında 1 kişinin nöbete müdahalede yetersiz olduğunu, 10 kişinin de nöbete doğru müdahaleyi öğrendiğini düşündüğü (p=0,021) görüldü. Tutum ölçeğinde global bir iyileşme izlendi, en bariz fark hastalığı gizleme eğiliminin azalmasıydı.

Sonuç:
Epilepsi hakkında eğitimin, hasta yakınlarının bilinçlenmesini sağladığı, hastalığa karşı tutumlarını ve nöbete etkin müdahaleyi olumlu etkilediği görülmektedir. Epilepsi hakkında bilinçlendirme çalışmalarının hasta yakınlarını da içerecek şekilde genişletilmesi, hastalıkla mücadelede daha etkin olunmasını sağlayacaktır.

TEP - 21 İNME HASTALARI İÇİN BİLİŞSEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE VERSİYONU (CASP-TR) UYARLAMA VE GEÇERLİLİK ÇALIŞMASI: ÖN BULGULAR

ÖZLEM ÖGE-DAŞDÖĞEN [1], SERKAN BENGİSU [1], HATİCE YELDA YILDIZ [2], YAKUP KRESPİ [3]

[1] *ATLAS ÜNİVERSİTESİ*
[2] *İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ*
[3] *İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ*

Amaç:
İnme hastalarına spesifik bilişsel profili değerlendirmek için geliştirilmiş testlerin sayısı sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı inme hastaları için bilişsel bir değerlendirme aracının Türkçe versiyonunu geliştirmek ve inme hastalarında CASP-TRnin uyarlama ve geçerliliğini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem:
CASP testinin adaptasyonu için testin geliştiricisinden izin alınmış olup her iki dile de hâkim iki çevirmen tarafından Türkçeye çevrildikten sonra nörolog, psikiyatrist, dil ve konuşma terapisti, nöropsikologlardan oluşan uzman paneli tarafından gözden geçirilip gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Ardından İngilizceye geri çevirisi yapılarak orijinal versiyonla karşılaştırılmıştır. Oluşturulan CASP Türkçe versiyonu, akut inmeli 18 hastaya uygulanmıştır. Birbirine kör iki bağımsız dil ve konuşma terapisti ardışık günlerde hastaları değerlendirmiştir. Ölçüt geçerliliği için Türkçe Mini Mental değerlendirme testi [Turkish Mini-Mental State Examination (T-MMSE)] testi kullanılmıştır. Güvenilirliği değerlendirmek için %95 güven aralığına (CI) göre sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) ve ayrıca test-tekrar test analizi ve T-MMSE ile korelasyonu hesaplanmıştır.

Bulgular:
Değerlendiriciler arası uyum (ICC) 0.94 (95% CI 0.85-0.98) olarak hesaplanmış olup >.90 mükemmel uyumu işaret etmektedir. Aynı hastalara bir gün arayla yapılan iki CASP-TR testinin test-tekrar test analizlerinde Pearson korelasyon katsayısı kullanılmış, pozitif yönde çok yüksek bir korelasyon bulunmuştur (r=0.90; p=0.01). T-MMSE ve CASP-TR arasındaki ölçüt bağıntılı geçerlik değerlendirmesinde Spearman Rho korelasyon katsayısı kullanılmıştır ve yüksek bir ilişki bulunmuştur (r=0.82; p=0.01).

Sonuç:
Elde ettiğimiz ön bulgularda, CASP-TR'de değerlendirmeciler arası uyumun yüksek olduğunu, yüksek bir test-tekrar test güvenirliği olduğunu ve CASP-TR ile T-MMSE arasında yüksek bir ölçüt bağıntılı geçerlik olduğunu saptadık. Buna dayanarak, daha geniş bir örneklem grubu üzerinde yapılacak analizler, CASP-TR'nin inmeli popülasyonda biliş değerlendirmesi için potansiyel bir değerlendirme aracı olabileceğini göstermektedir.

TEP - 22 POSTAURİKULER BÖLGEDEN KAYDEDİLEN SEMPATİK DERİ YANITLARI İLE OTONOM FONKSİYONLARI DEĞERLENDİRİLEN VESTİBÜLER MİGREN TANILI HASTALARIN, MİGREN TANILI HASTALAR VE SAĞLIKLI KONTROL GRUBU İLE KARŞILAŞTIRILMASI

HANDAN BİLGİN [1], SERPİL YILDIZ [2], ŞULE AYDIN TÜRKOĞLU [2]

[1] ÇORUM EROL OLÇOK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
[2] ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Vestibüler migren (VM) ve Klasik Migrenin (KM) doğrudan tanımlanmış bir nedeni bulunmamakla birlikte patofizyolojisinde otonom disregülasyonun olduğu uzun yıllardır tartışılmaktadır. Bu tez çalışmasında, VM ve KM hastaları ataklar arası dönemde değerlendirilmiş ve daha önce çok az çalışmada kullanılmış olan postauriküler sempatik deri yanıtı (PASDY) tekniği kullanılmıştır. Yaş olarak uyumlu normal kontrol olgularla VM, KM olan olguların SDY arasında fark olup olmadığı, migren türlerinin otonom teorinin bir belirteci olabilecek SDY üzerine etkisinin olup olmadığı araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya bilinen herhangi bir kronik hastalık ve/veya ilaç kullanım öyküsü olmayan yaş median değeri 39,5 olan 21 kadın (%80,8) ve 5 erkekten (%19,2) oluşan 26 kişilik VM hastaları, yaş median değeri 32,5 olan 24 kadın (%77,4) ve 7 erkekten (%22,6) oluşan 31 kişilik KM hastaları ve yaş median değeri 38 olan 13 kadın (%50) ve 13 erkekten (%50) olaşan 26 kişilik Sağlıklı Kontrol dahil edilmiştir.

Bulgular:
VM hastaları ile kontrol grubu arasında Sağ ve Sol Amplitüd değerlerinde anlamlıya yakın bir fark dikkati çekmektedir (Sol p=0,193, Sağ p=0,202). Buradan yola çıkarak VM hastaları ve kontrol grubu arasında Sağ ve Sol Amplitüd değerleri kombine edilerek analiz yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı Amplitüd farkı dikkati çekmiştir (p=0.047). KM hastaları ile kontrol grubu arasında Sağ ve Sol Amplitüd değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklılık elde edilememiştir (Sol Amplitüd p=0,306, Sağ Amplitüd p=0,254). VM ve KM grubunda kendi içinde semptomatik asemptomatik taraf karşılaştırması yapıldığında iki grupta da belirgin taraf bulgusu tarifleyen hastalarda semptomatik tarafa ait SDY amplitüd değerleri asemptomatik tarafa kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük amplitüdlü elde edilmiştir (p=0,008, p=0.014). VM KM grubu karşılaştırmalı olarak değerlendirildiğinde ise amplitüd değerlerinin VM lehine yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç:
Sonuç olarak bu çalışma literatürde pek çok çalışmada işaret edilen KM'de görülen asimetrik sempatik hipofonksiyonun/disfonksiyonun ortak patofizyolojiye dair pek çok sinonim özellikleri barındıran VM hastalarında da benzer şekilde olabileceğini göstermiştir.

TEP - 23 OPTİK SİNİR ATROFİSİ İLE GELEN HASTAALARDA ETYOLOJİYE DAİR İZ SÜRME

ELİF SÖYLEMEZ , BAŞAK CEREN OKÇU , BUSE GÜL BELEN , MEHMET FATİH ÖZDAĞ

SULTAN ABDÜLHAMİD HAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Optik sinir atrofisi optik diskte solukluk ve görme alanında kayıpların izlendiği optik sinir hastalıklarının son dönem patolojisidir. Etyolojide optik sinir ve retinanın inflamatuar ve vasküler hastalıkları, glokom, intoksikasyon, travma, enfeksiyöz, kompresif, infiltratif, konjenital ve herediter hastalıklar yer alır. Bu çalışmada, polikliniğimizde optik sinir atrofisi tespit edilen olgularda altta yatan sebepleri incelemek, ciddi görme kayıplarıyla sonuçlanabilen tablolara dikkat çekmek hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem:
Ocak 2023 - Eylül 2023 tarihleri arasında nörooftalmoloji polikliniğimizde izlenen hastalar kesitsel olarak incelenmiştir.

Bulgular:
Optik sinir atrofisi olan 5'i kadın olmak üzere 13 olgu, dördü iki yanlı olmak üzere toplam 17 göz çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların yaşları 33 ile 80 arasında değişmekte olup ortalaması 63.1'dir. Şikayetlerin ortalama başlangıç zamanı 19 aydır. Dört olguda nonarteritik iskemik optik nöropati, iki olguda glokom, bir olguda travma sonrası optik sinir hasarı, bir olguda bilateral optik sinir kılıfı fenestrasyonuna rağmen görme kaybına kadar ilerleyen psödotümör serebri, diğer olgularda ise vaskülit (Churg Straus Sendromu) ve toksoplazma enfeksiyonu tespit edilmiştir. 3 olguda altta yatan etyolojik neden tespit edilememiştir. VEP incelemelerinde 3 gözde yanıt elde edilmemişken 1 gözde latansta uzama izlenmiştir. Optik koherens tomografi incelemelerinde etkilenen gözlerde retinal sinir lifi tabakasının kalınlık ölçümlerinin ortalaması 80.1'dir. Beyin mr görüntülemelerinde atrofisi olan 5 gözde optik sinir etrafındaki beyin omurilik sıvısı mesafesinde belirginleşme dikkat çekmiştir.

Sonuç:
Optik sinirde geri dönüşsüz hasara sebep olabilecek nedenler akılda tutulmalı, kalıcı görme kaybı gelişmeden tanısal incelemeler tamamlanıp tedaviye başlanmalıdır.

TEP - 24 YENİ TANI MULTİPL SKLEROZ'LU BİREYLERDE POSTURAL SALINIM VE KAS KUVVETİNDEKİ DEĞİŞİMİN OBJEKTİF YÖNTEMLERLE TAKİBİ VE FARKLI DİSABİLİTE DÜZEYLERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

FERAY GÜNGÖR [1], UĞUR OVACIK [2], GÖKÇE LEBLEBİCİ [3], ZEYNEP ÖZDEMİR [4], BURCU YÜKSEL [4], AYSUN SOYSAL [4], ELA TARAKCI [1]

[1] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ, FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
[2] İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU, TIBBİ HİZMETLER VE TEKNİKLER BÖLÜMÜ, FİZYOTERAPİ PROGRAMI
[3] İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ, FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
[4] BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
Bu çalışmada amacımız, yeni tanı almış olan ve klinik olarak herhangi bir şikayeti olmayan MS'li bireyleri postural salınım ve alt ekstremite kas kuvveti yönünden takip etmek, benzer EDSS düzeyinde olup hastalık süresi 2 yıl ve üzeri olan erken evre MS'li bireyler, diğer EDSS grupları ve sağlıklı kontroller ile karşılaştırmaktı.

Gereç ve Yöntem:
McDonald kriterlerine göre MS tanısı almış (<3 ay) EDSS'si 0-1.5 arasında olan bireyler (n=19), hastalık süresi 2 yılın üzerinde olan ve EDSS'leri 0-4.5 olan MS'li bireyler (n=39) ve benzer yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksine sahip sağlıklı bireyler çalışmaya dahil edildi (n=20). MS'li bireyler ve sağlıklı kontrollerin anterior-posterior (AP), mediolateral (ML) ve total postural salınımları Biodex Denge Sistem'indeki "Postural Stabilite Testi" ile; her iki ekstremitenin quadriceps ve hamstring izokinetik kas kuvveti ise Biodex Multi Joint System izokinetik dinamometresi ile 60°/s açısal hızında değerlendirildi. Yeni tanı MS'li bireyler başlangıçta (t0), 3. (t3) ve 6. (t6) ayda değerlendirildi.

Bulgular:
Yeni tanı MS'li bireylerin AP, ML ve total salınımları 6 aylık takibin sonunda başlangıç verilerine kıyasla yüksek bulundu, t0-t3 ve t0-t6 arasında anlamlı fark bulunurken ($p<0.001$) t3-t6 arasındaki salınım farkı anlamlı değildi ($p>0.05$). Benzer şekilde quadriceps ve hamstring izokinetik kas kuvveti de 6 aylık takibin sonunda başlangıç verilerine kıyasla anlamlı düşüş gösterdi. Yeni tanı MSli bireylerin başlangıçtaki AP, ML ve total salınımları sağlıklı bireylere kıyasla daha yüksekken ($p:0.010$, $p:0.015$ ve $p:0.009$), kas kuvveti sonuçları her iki bacak için başlangıçta benzerdi ($p>0.05$). Hastalık süresi ortlama 3.78±3.86 olan ve EDSS'si 0-1.5 arasında olan bireyler ile yeni tanı MS'li bireyler karşılaştırıldığında, EDSS düzeyleri aynı olmasına rağmen hastalık sürsi daha uzun olan grupta denge ve kuvvet sonuçları anlamlı şekilde daha kötüydü. EDSS düzeyi ve hastalık süresi arttıkça fonksiyonel sonuçların belirgin şekilde kötüleştiği belirlendi.

Sonuç:
Yeni tanı alan MS'li bireylerde objektif yöntemlerle yapılan denge ve kuvvet takibinin hastalığın progresyonu üzerine hassas sonuçlar verdiğini ve tanıdan itibaren düzenli takibin yapılması gerektiğini düşünmekteyiz. Ayrıca EDSS düzeyi benzer olan fakat hastalık süresi daha uzun olan grupta denge ve kuvvet sonuçlarının daha kötü olması; hastalığın sinsi progresyonunun EDSS'ye yansımadığına önemli bir kanıt oluşturmaktadır. Herhangi bir şikayeti olmamasına rağmen yeni tanılarda sağlıklı bireylere kıyasla görülen postüral salınımlardaki artış da tanı konmadan önceki süreçte etkilenimin başladığına ancak eşik değerin altında olduğu için günlük yaşama yansımadığına işaret etmektedir.

TEP - 25 MULTİPL SKLEROZDA NAVİGASYONEL BECERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

MERVE TÜRKKOL , ÖZLEM TOTUK , İPEK GÜNGÖR DOĞAN , DAMLA ÇETİNKAYA TEZER , ŞEVKİ ŞAHİN , SERKAN DEMİR

ŞEHİT PROF. DR. İLHAN VARANK SANCAKTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Multipl skleroz (MS), dizabilite nedeniyle GYA üzerinde negatif etkileri olabilir. Bozulan navigasyonel beceriler; yön bulma ve araç kullanma gibi yetileri olumsuz yönde etkileyebilir (1).Hastalarda navigasyonel yetilerin dökümante edilmesi uygun nörorehabilitasyona yönlendirme ve ehliyet işlemleri konusunda yararlı kanıtlara ulaşılmasını sağlayabilir.

Gereç ve Yöntem:
Çalışma grubuna EDSS ''ExpandedDisabilityStatusScale'' puanı 2 olan, inaktif dönemdeki RRMS tanılı 30 erkek ve 30 kadın randomize olarak dahil edilmiştir. Hastalarda Navigasyon Beceri (NB) yordayıcıları olarak; Çizgi Yönü Belirleme Testi (ÇYBT) (2) ve Zamanlı 25 Adım Yürüme Testi 'Timed 25-Foot Walk Test' (T25-FWT) ve *10/36 Uzamsal* Geri Çağırma *Testi (10-36 UGÇT)*kullanılmıştır. Korelasyon analizinde yaş, cinsiyet ve EDSS puanı da analize dâhil edilmiştir.

Bulgular:
Tüm değişkenlerkendi arasında anlamlı, orta düzey korelasyona sahipti. Yaş ortalaması kadınlarda (38.5±8.66 yıl) erkeklere göre (52,5±8,08 yıl) daha gençti. ÇYBT puan ortalamaları kadınlarda (24.23 ±3.80) erkek göre (M=26,79 ,SD=2,70) anlamlı olarak daha düşüktü. T25-FWT süresi kadınlarda (6.28±1.17 sn) erkeklere göre (5.68±1.9) istatistiksel olarak yavaştı.10-36 UGÇT'de cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmadı.Regresyon analizinde birinci adımda cinsiyet, ikinci adımda T25-FWT beceri performansı NB için en güçlü yordayıcılar olduğu bulundu.Hastalarda T25FW performansının süresi uzadıkça NB performanslarında azalma olduğu istatistiksel olarak saptandı. Cinsiyet NB'deki değişimin büyük varyansını açıklayan faktör olarak bulundu.

Sonuç:
Sonuçlar kadınlarda belirgin olmak üzere her iki cinsiyette de navigasyonel becerilerin kısmen bozulduğunu gösterir. 'EDSS'den bağımsız olarak ÇYBT ve T25FW bu konuda bilgi vericidir' Ancak, güncel literatürde navigasyonel becerilerin erkekler lehine farklılıklar gösterebileceği belirtildiği için (3), kontrol grubu da içeren daha geniş gruplarda ileri çalışmalar gereklidir.

TEP - 26 TEDAVİ İLE İLİŞKİLİ KLİNİK DALGALANMA GÖSTEREN BİR MİLLER-FİSHER SENDROMU OLGUSU

HELİN KÖKMEN , TAYLAN ALTIPARMAK, H. EVREN BORAN, HALE BATUR ZEYNEP ÇAĞLAYAN, BİJEN NAZLIEL, BÜLENT CENGİZ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Miller-Fisher Sendromu(MFS), Guillain-Barre Sendromunun(GBS) nadir görülen bir şekli olup, 2-3 hafta içerisinde geçirilmiş gastroenterit veya üst solunum yolu enfeksiyonunu takiben ortaya çıkan eksternal oftalmopleji, arefleksi ve ataksi ile karakterizedir. Bu sunuda tedavi ile ilgili klinik dalgalanma gösteren bir MFS olgusu sunulacaktır.

Olgu:
28 yaşında erkek hasta iki gündür olan binoküler bakışta yan yana çift görmesi şikayetiyle başvurdu. İlk muayenesinde sol gözde pitoz ve dışa bakış kısıtlılığı ve sağ gözde içe bakışta kısıtlılık mevcuttu. Bilateral patella refleksleri canlı, diğerler refleksler normoaktifti. Diğer nörolojik muayene bulguları normaldi. Özgeçmişinde; iki hafta önce geçirdiği ağır üst solunum yolu enfeksiyonu mevcuttu. Beyin BT, arteryel-venöz fazlı BT Anjiyografi, kontrastlı Beyin, Orbita MRGde (manyetik rezonans görüntü) patolojik bulgu saptanmadı. Hastanın yatışının ikinci gününde bilateral total oftalmoplejisi gelişti. İkinci gün yapılan nörolojik muayenede derin tendon reflekslerinde triseps refleksi hipoaktif, diğer refleksler abolikti. Yürüyüş hafif ataksikti. Hastaya elektromiyografi yapıldı. Sinir iletim çalışması normaldi, her iki gastroknemius-soleus kasından H refleksi yanıtı alınamadı. Hastaya lomber ponksiyon yapıldı. BOS(beyin omurilik sıvısı) basıncı 11 cmH2O ölçüldü. Glukoz (BOS):67 mg/dL, protein (BOS):25,2 mg/dL ölçüldü. Lökosit sayımı, BOS kültürü negatif sonuçlandı. Periferik kandan gönderilen gangliosid panelinde GT1a, GT1b, GQ1b, Sulfatid IgG pozitif sonuçlandı. 5 gün 0,4 g/kg/gün dozunda intravenöz immun globulin (IVIG) tedavisi verildi, IVIG tedavisi tamamlandıktan 3 gün sonra, hastanın şikayetlerinin başlangıcının 10. gününde sol fasial paralizisi gelişti. Hastaya ek 3 doz 0,4 g/kg/gün dozunda IVIG tedavisi verildi. Klinik olarak düzelme gösteren hasta önerilerle taburcu edildi.

Tartışma:
MFS, ataksi, arefleksi ve oftalmoparezi ile karakterize akut başlangıçlı immün aracılı nöropati olan GBS'nin nadir bir varyantı olarak kabul edilir. Patofizyolojide periferik sinir ile mikrobiyal/viral antijenler arasındaki moleküler taklit, gangliosidlere (GQ1b, GM1 ve GD1a) karşı antikor oluşturulması, humoral immun sistemin aktivasyonu yer almaktadır. GQ1bye karşı antikorlar %85 duyarlılık, %100 özgüllüğe sahiptir ve 1. haftada zirveye ulaşırken, BOS'ta albüminositolojik disosiasyon daha sonra ortaya çıkar. Elektrofizyolojide küçülmüş duyusal sinir aksiyon potansiyelleri ve H reflekslerinin alınmaması karakteristiktir. Radyolojik görüntülemeler genellikle normaldir. Tedavide plazmaferez, IVIG kullanılabilmektedir. MFS tedavi ile prognozu iyi seyirli bir klinik tablodur. Ortalama iyileşme süreleri 8-12 hafta arasında değişmektedir. GBS de tedavi ile ilişkili klinik dalgalanma, IVIG ya da plazmaferez tedavileri sonrası gelişen kas güçsüzlüğündeki artma ya da stabil giden klinik seyirde kötüleşme olarak tanımlanmıştır. Tedavide ek doz IVIG ya da plazmaferez önerilmektedir. Literatürde MFS'de tedavi ile ilişkili klinik dalgalanma tablosu bildirilmediği için olguyu paylaşmayı uygun gördük.

TEP - 28 MULTİPL SKLEROZ HASTALARINDA HASTALIĞA BAĞLI FİZİKSEL VE PSİKOLOJİK ETKİLENİM DÜZEYİ HASTALIK SÜRESİ İLE İLİŞKİLİ MİDİR?

EKİN AYDIN DEMİR [1], NESLİHAN EŞKUT [1], ASLI KÖŞKDERELİOĞLU [1], ATALAY AKTUNA [2]

[1] SBÜ İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] VAN MURADİYE İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Amaç:
Relapsing remitting tip Multipl Skleroz'da (RRMS) hastalık seyri boyunca gerek ataklara gerek hastalık progresyonuna ikincil fiziksel ve psikolojik morbidite gelişebilmektedir. Bu çalışmada erişkin MS hastalarında fiziksel ve psikolojik etkilenimin hastalık süresi ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:
SBÜ İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Demiyelinizan Hastalıklar Özel Dal Polikliniği'nde takipli 100 hasta ardışık olarak değerlendirildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, yıllık atak hızları (ARR), EDSS skorları, Beck Depresyon Ölçeği (BDI) , Yorgunluk Şiddet Ölçeği (FSS) , Multipl Skleroz Etki Skalası- 29 (MSIS-29) ve 25 Adım Yürüme Testi (25FTW) sonuçları incelendi.

Bulgular:
Hastaların 57'si (%57) kadındı. Yaş ortalaması 38,5±8 yıl, ortalama hastalık süresi 9,8±6,8 yıldı. Çalışmaya alınan 60 hasta 10 yıl ve altı; 40 hasta ise 10 yıl üzeri hastalık süresine sahipti. Hastalık süresine göre incelendiğinde MSIS-29 fiziksel ($p=0,263$) ve MSIS-29 psikolojik ($p=0.55$) etkilenim puanları arasında anlamlı farklılık saptanmazken, FSS skorları arasında anlamlı fark saptandı ($p<0.05$).
Hastaların fiziksel etkilenim düzeyi ile yıllık atak hızı ($p=0,02$; $r=0,2$), EDSS ($p<0,001$; $r=0,43$) ve 25-FWT skorları ($p<0,001$; $r=0,42$); BDI ($p<0,001$; $r=0,69$) ve FSS ($p<0,001$; $r=0,59$) skorlarıyla pozitif yönlü anlamlı kolerasyon saptandı. Benzer şekilde psikolojik etkilenim düzeyi ile yıllık atak hızı ($p=0,003$; $r=0,29$), EDSS ($p=0,001$; $r=0,32$) ve 25-FWT skorları ($p=0,01$; $r=0,25$); BDI ($p<0,001$; $r=0,75$) ve FSS ($p<0,001$; $r=0,56$) skorlarıyla pozitif yönlü anlamlı kolerasyon saptandı.

Sonuç:
Çalışmamızda RRMS tanılı hastaların hastalıktan fiziksel ve psikolojik yönden etkilenme durumu ile hastalık süresi arasında ilişki saptanmadı. Ancak depresyon varlığı, yorgunluk düzeyi, alt ekstremite fonksiyonları ile pozitif yönde korele olduğu görüldü. Hastaların klinik takiplerinde immunmodülatör tedavi yanında bu yönlerden de takip edilmesinin önemini vurgulamak istedik.

TEP - 29 MULTİPL SKLEROZDA NATALİZUMAB DENEYİMİ; TEK MERKEZ ÇALIŞMASI

AYŞEN ÖNDER , SEDAT ŞEN , MURAT TERZİ

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Multipl Skleroz (MS) santral sinir sisteminin demiyelinizan ve akson hasarı ile seyreden hastalığıdır. Hastalığın kontrolünün sağlanması için immünmodülatör tedaviler uzun yıllardır etkinlik ve güvenilirlikleri göz önünde tutularak kullanılmaktadır. Natalizumab yirmi yıla yakın bir süredir kullanılan etkin bir MS tedavi ilacıdır. Çalışmamızda natalizumab tedavisi alan MS hastalarının klinik, demografik ve etkinlik verilerini sunuyoruz.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya klinik kesin MS tanısı alan ve en az 6 ay süre ile natalizumab kullanan hastalar dahil edildi. Hasta verilerine İMed veri tabanından ulaşıldı. Hastaların yaş, cinsiyet, hastalık süresi gibi demografik verilerinin yanı sıra, atak sayısı, radyolojik aktivitesi, EDSS ve laboratuvar bulguları gibi klinik bulguları değerlendirildi. Hastaların yıllık atak sayıları, ilk atağa kadar olan süreleri için sağ kalım analizleri ve NEDA-3 sonuçları değerlendirildi.

Bulgular:
Çalışmaya 151 hasta dahil edildi. Hastaların 108'i kadın, 43'ü erkek hasta idi. Kadın/erkek değeri 2,51 olarak bulundu. Hastaların yaş aralığı 21,63 ile 67,60 arasında değişmekle birlikte ortalama yaş değeri 44,50 ±10,01 olarak bulundu. Aile öyküsü 17 hastada vardı (%11,3) ve en sık kardeş şeklinde idi. İlk tedavi olarak 4 hastada direkt natalizumab kullanılırken diğer tüm hastalar en az bir İMT sonrası natalizumab kullanan hastalardı. Hastalık süreleri 2,73-30,66 yıl arasında değişmekle birlikte ortalama hastalık süresi 16,08±6,59 yıl olarak bulundu. Natalizumab tedavisine başlandığı dönemdeki hastalık süreleri 0,27-26,68 yıl arasında, ortalama 9,93±6,26 yıl olarak bulundu. Natalizumab tedavisine geçiş için en sık neden sık atak ve EDSS ilerlemesi (%30-%42) olarak bulundu. Tedavi öncesi son bir yıldaki atak sayıları 0 ile 6 arasında değişmekle birlikte ortalama yıllık atak sayısı 1,19 olarak bulundu. Hastaların bazal EDSS değerleri 0 ile 5,5 arasında değişmekle birlikte ortalama bazal EDSS değeri 3,08±1,79 olarak bulundu. Hastaların 53'ü halen natalizumab tedavisine devam ediyordu. Natalizumab tedavisi kesilen hastaların ilaç kullanım süreleri 0,1-11,2 yıl arasında değişmekle birlikte ortalama kullanım süresi 2,71±2,34 yıl olarak bulundu. Halen tedaviye devam eden hastaların ilaç kullanım süresi 0,1-10,99 yıl, ortalama 3,53±2,45 yıl olarak bulundu. Tüm hastalar için ilaç kullanım süresi 0,1-11,2 yıl ortalama 3,11±2,42 yıl olarak bulundu. Natalizumab sonlandırma nedeni en sık EDSS progresyonu (%30,7) olarak bulundu. Bu sebebi planlı sonlandırma (ilaç kullanım süresinin dolması) ve JCV pozitifliği, gebelik planlaması, yan etki ve hasta isteği takip etmekte idi. Sık atak ve MR aktivasyonu nedeni ile tedavisi kesilen hasta oranı %8'di. Tedavisi herhangi bir nedenle sonlandırılan hastaların %14,6'sında yüksek hastalık aktivitesinin geri dönmesi ya da rebount gelişimi gözlenmişti. İnfüzyon reaksiyonu şeklinde ciddi yan etkiler sadece 3 hastada gözlenmişti. Bu yan etkiler 1,3 ve 7. dozlarda oluşmuştu. Natalizumab başlandığı dönemde JCV değeri negatif olan hastaların %5'inde takip süresi içerinde pozitif serolojiye dönüş görüldü. Hastaların natalizumab tedavisi altında ilk atağa kadar geçen sürelerini değerlendirmek için sağ kalım analizi yapıldı. Yıllık atak durumu, MR aktivitesi ve EDSS ilerlemesini değerlendiren NEDA-3 verileri üç yıllık dönemde her yıl için hesaplandı.

Sonuç:
Natalizumab tedavisi MS hastalarında etkinlik ve güvenilirlik durumları göz önünde tutularak kullanılmıştır. Hastalar ortalama 3 yıl süre ile bu tedavi altında kalmışlardır. Tedaviye devam eden süreçte %5 hastanın JCV değeri pozitifleşmiştir.

TEP - 30 PERİFERİK TİPTE FASİYAL SİNİR HASAR MODELİ OLUŞTURULAN SIÇANLARDA AMANTADİNİN REJENERASYONDA YERİ OLABİLİR Mİ? ELEKTROFİZYOLOJİK VE PATOLOJİK DEĞERLENDİRME

TUĞBA EYİGÜRBÜZ [1], MELİS ECE ARKAN ANARAT [2], GAMZE KULDUK [3], TURGUT ADATEPE [4], YAVUZ ATAR [5], NİLÜFER KALE İÇEN [1]

[1] İSTANBUL BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ
[2] PROF. DR. CEMİL TAŞÇIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ KBB
[3] PROF. DR. CEMİL TAŞÇIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ PATOLOJİ
[4] İSTANBUL BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ELEKTROFİZYOLOJİ
[5] ÖZEL ACIBADEM HASTANESİ KBB

Amaç:
Fasiyal sinir yaralanmaları kişiler için hem bedensel hem de ruhsal sorunlara yol açabilen bir durumdur. Tedavisi için çeşitli ilaçlar denenmiş ve cerrahi teknikler geliştirilmiştir, ancak henüz istenilen seviyeye ulaşmamıştır. Biz de bu çalışma ile nöroprotektif ve inflamasyon azaltıcı özellikleri bildirilen ancak periferik sinir iyileşmesinde az çalışılmış bir molekül olan amantadinin fasiyal sinir hasarındaki etkisini araştırmayı ve bu konuda etkinliği kanıtlanmış olan steroid tedavisi ile karşılaştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
Sprague-Dawley cinsi yirmidört adet erkek sıçan üç randomize gruba bölünerek fasiyal sinir trunkus seviyesinden itibaren kesilerek emilmeyen sütür ile tamir edildi. 1. gruba amantadin, 2. gruba deksametazon tedavisi uygulandı. 3. grup olan kontrol grubuna cerrahi işlem sonrası medikal tedavi verilmedi.
Operasyondan hemen önce, 3., 6. ve 8. haftalarda sıçanlar elektrofizyolojik parametreler ile değerlendirildi. 8. hafta sonunda cerrahi olarak çıkarılan fasiyal sinirde patoloji incelemeleri yapılarak sinir rejenerasyonu açısından karşılaştırıldı.

Bulgular:
Çalışmanın erken dönem sonuçlarında amantadin verilen grupta elektrofizyolojik ve patolojik parametreler yönünden belirgin fark gözlenmemiş olsa da istatistiksel açıdan değerlendirilmeler halen devam etmektedir.

Sonuç:
Antiviral olarak bulunan ve merkezi sinir sisteminde daha fazla gösterilen N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptörlerini antagonize eden amantadin molekülünün periferik sisteminin bir parçası olan fasiyal sinirde rejenerasyona etkisi incelenmiştir. Çalışmamızdaki ön sonuçlar göz önüne alındığında amantadinin fasiyal sinir rejenerasyonunda belirgin etkisi görülmemiştir.

TEP - 31 RADYOLOJİK İZOLE SENDROMLU BİREYLERDE BEYİN SAPI ATROFİSİ RADYOLOJİK BİR BELİRTEÇ OLABİLİR Mİ?

SENA DESTAN BÜNÜL [1], FURKAN AKKOÇ [1], BUKET RENDE [2], AYBALA NESLİHAN ALAGÖZ [1], HÜSNÜ EFENDİ [1]

[1] *KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ,NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *KOCAELİ SAĞLIK VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTESİ,AVRUPA MESLEK YÜKSEKOKULU*

Amaç:
Radyolojik izole sendrom (RIS), klinik belirtileri olmayan fakat beyin veya omurilik Manyetik Rezonans Görüntülerinde(MRG) anormal lezyonlara sahip bireyleri tanımlayan bir nörolojik durumdur. RISin etkilediği bölgelerden biri olan beyin sapı, birçok vital işlevi düzenler. Bu çalışmanın amacı, RIS tanısı almış bireylerde beyin sapı hacminin, sağlıklı kontrollere göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem:
Bu çalışma, RIS tanısı almış 30 birey ile sağlıklı 30 kontrol grubunu içermektedir. Tüm katılımcılara 3 Tesla (3T) yüksek çözünürlüklü kranial MRI taramaları uygulanmıştır. Beyin sapı hacmi, özel görüntü işleme yazılımları kullanılarak volumetrik olarak hesaplanmıştır.

Bulgular:
Beyin sapı hacmi, RIS tanısı almış bireylerde sağlıklı kontrol grubuna göre belirgin bir şekilde daha düşüktü. Bu, RISli bireylerde beyin sapı atrofisinin mevcut olduğunu göstermektedir. Ayrıca, MRG sonuçları, RISli bireylerde belirli beyin sapı bölgelerinde daha belirgin atrofi olduğunu da ortaya koymaktadır.

Sonuç:
RIS tanısı almış bireylerde belirgin bir beyin sapı atrofisi saptanmıştır. Bu bulgular, RISin potansiyel olarak beyin sapı hacminde ve işlevselliğinde değişikliklere yol açabileceğini göstermektedir. Beyin sapı atrofisinin RISin klinik seyrine, semptomlarına ve sonuçlarına etkisi hakkında daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

BASILI POSTER BİLDİRİLERİ

Cumhuriyetimizin 100 Yılı Bilimin Işığında

BP - 1 DOUBLE POZİTİF MİYASTENİA GRAVİS

AHMET YUSUF ERTÜRK , İNCİ ŞULE ÖZER , İHSAN ŞÜKRÜ ŞENGÜN

9 EYLÜL TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI KLİNİK NÖROFİZYOLOJİ BİLİM DALI

Giriş:
Miyastenia gravis (MG) oküler, bulber veya jeneralize kuvvetsizlikle seyreden bir hastalıktır. Tanı koymada Asetil kolin reseptör antikoru (AchRab), Muscle spesifik kinaz (Musk) antikoru, Low Density Lipoprotein Resentör 4 (LRP4ab) otoantikorlarından yararlanılır. Jeneralize MG hastalarında AchR ab %80-90 hastada saptanırken, LRP4ab AchR negatif hastaların %17'sinde saptanmaktadır. İki otoantikorun aynı hastada pozitif olması ise daha nadir rastlanılan bir durumdur.

Olgu:
24 yaşında erkek hasta akşama doğru daha belirgin olan, 2 aydır giderek ilerleyen bilateral pitoz, diplopi, jeneralize güçsüzlük, son zamanlarda eklenen yutmada ve konuşmada zorlanma yakınması ile hastaneye başvurmuş. AchRab negatif sonuçlanması nedeniyle hastanemize sevk edilmiş. Hastanemizde pridositigmin testine yanıt vermesi, ardışık sinir uyarım testinde nazal kasta %10,3 dekrement saptanması üzerine MG tanısı düşünüldü. Bulber tutulumu olması nedeniyle intravenöz immun globülin tedavisi tedavisi verildi. Anti Muskab negatif gelmesi nedeniyle LRP4 antikoru gönderildi. Sonuçta LRP4ab pozitif saptandı. Eş zamanlı bakılan AchRab düzeyi yüksek (2 ng/dl) saptandı. Hastamız hem AchRab hem de LRP4ab pozitif olduğu için double seropozitif olarak kabul edildi. Toraks bilgisayarlı tomografide timik hiperplazi ile uyumlu olabilecek görünüm saptanması nedeniyle timektomi yapıldı. Tip 1 diabetes mellitus öyküsü olan hastada mikofenolat mofetil tedavisi başlandı.

Tartışma:
Literatüre bakıldığında Ac Rab pozitif olgularda %7,5 LRP4 pozitif saptanmıştır. Bazı kaynaklarda kliniğin daha şiddetli olduğu, ekstremite tutulumunun daha çok olduğu, kadınlarda daha sık görüldüğü, immun tedaviye cevap verdiği öne sürülmüştür.

Sonuç:
MG tanısında otoantikor tayini önemlir. Double seropozitif olguların olabileceği akılda tutulmalıdır. Literatürde gelecekte artan vaka serileriyle klinik seyir ve tedavi yöntemlerinin seçenekleri açısından daha çok yardımcı olabilir.

BP - 2 KCNQ2 MUTASYONLU HASTA DENEYİMİ

ATAKAN AYDOĞAN , PINAR TOPALOĞLU , ZUHAL YAPICI

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ

Amaç:
KCNQ2 ile ilişkili bozukluklar, kendi kendini sınırlayan ailesel neonatal epilepsiden (SLFNE) şiddetli epileptik ensefalopatiye (NEO-DEE) kadar değişen epileptik sendromlara neden olan tablolardır. Bu çalışmada kliniğimizde takip edilen 3 hastanın klinik özelliklerine değinilecektir.

Gereç ve Yöntem:
Bu çalışmaya 2011-2023 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD'na başvurmuş ve takibi yapılan 3 tane *KCNQ2* patolojik varyasyonu taşıyan hasta dahil edildi. Bu hastaların demografik özellikleri, klinik ve görüntüleme bulguları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:
Birinci hasta, 2 günlükken başlayan, günde 2-10 defa olan, tonik spazm karakterinde nöbetleri olan, özgeçmişinde preterm doğum ve plasenta previa öyküsü mevcut olan bir erkek çocuktur. 2,5 aylıkken kliniğimize başvuran hastanın daha önce kullanmakta olduğu levetirasetam ve fenitoin tedavileri nöbetleri kontrol altına alınması üzerine kesilmiş, fenobarbital tedavisi devam etmiştir. Hastanın elektroensefalografi (EEG) incelemesi ve kranyal MRG incelemeleri normal saptanmıştır. Genetik incelemesinde *KCNQ2* (NM. 172107.4):c. 1025C>T (p. Ser342Leu) heterozigot mutasyon saptandı. Şu an 5 yaşında olan hasta ilaçsız takip edilmekte olup nöbet geçirmemektedir ve motor- mental gelişimi normaldir.
İkinci hasta, 11 ve 23 aylıkken febril konvülziyon (FK), 5,5 yaşında dalma, atoni ve göz seyirmesi şeklinde polimorfik nöbetleri olan bir kız çocuktur. Özgeçmişinde preterm doğum öyküsü vardır. Klobazam, valproik asit ve levetirasetam tedavileri ile nöbetleri kontrol altına alınmıştır. Kranyal MRG normal olan hastanın genetik incelemesinde *KCNQ2* (NM. 172107.4) c.1149.2_1149-1insCC mutasyonu saptandı. Okuma-yazma öğrenememesi nedeniyle 8 yaşında yapılan EEG'de uykuda elektriksel status epileptikus (ESES) belirlenmesi üzerine intravenöz immunglobulin tedavisi 2 yıl boyunca uygulanmış ve bu tedaviden hem nöbetleri hem de kognitif durumu fayda görmüştür. Şu an 12 yaşına gelen hastanın takiplerinde nöbetleri kontrol altındadır ve WISC-R'a göre hafif-orta kognitif geriliği mevcuttur. Üçüncü hasta, 2 günlükken jeneralize konvülsif nöbetleri başlayan, fenobarbital, vigabatrin ve epdantoin ile nöbetleri kontrol altına alınan bir kız çocuktur. Özgeçmişinde özellik saptanmamıştır. Kranyal MRG ve ilk EEG incelemeleri normaldir. Genetik incelemesinde *KCNQ2* ilişkili mutasyon saptandı. Takip EEG incelemelerinde santral bölgelerde zaman-zaman kuşkulu keskin dalga aktivitesi ve sol santroparyetal ve sağ orta frontal bölgede uyku ile aktive olan epileptojenik odak izlenmiştir. Şu an 11 yaşında olan hastanın nöbetleri kontrol altındadır, orta-ağır motor-mental gelişim geriliği mevcuttur.

Sonuç:
Tüm ekzom klinik kullanımının artışı ile daha fazla sayıda patolojik varyasyonu bilinen epileptik ensefalopati saptanmaktadır. Epileptik sendromlarda bu tanıyı bilmek tedaviyi doğru yönlendirmek açısından önemlidir. Literatürde *KCNQ2* ilişkili bozukluklarda sodyum kanal blokörleri kullanımı nöbetlerin kontrol altına alınmasında fayda sağlamaktadır. Ezogabin gibi hedefe yönelik yeni moleküller üzerinde çalışılmaktadır. Olgu sayısı arttıkça, klinik bilgi birikimi ve genetik yolaklara yönelik tedavi cevabı daha iyi değerlendirilecektir.

BP - 3 OTOİMMUN LAMBERT EATON MİYASTENİK SENDROM (LEMS) OLGUSU

BARIŞ MALDAR [1], ÖZLEM KURTKAYA KOÇAK [1], AHMET HAREKET [1], ERSİN KASIM ULUSOY [1], HESNA BEKTAŞ [2]

[1] ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] AYBÜ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Lambert Eaton Miyastenik Sendrom(LEMS); proksimal kaslarda güçsüzlük,reflekslerin kaybolması veya azalması,otonom ve oküler bulgular ile gelişen presinaptik voltaj bağımlı kalsiyum kanalllarına karşı antikor gelişimi ile karakterize nöromuskuler kavşak hastalığıdır.

Olgu Sunumu:
Kırk üç yaşında kadın hasta altı aydır olan merdiven çıkarken zorlanma şikayetiyle kliniğimize başvurdu.Nörolojik muayenesinde her iki alt ekstremite proksimal kaslarda hafif güçsüzlük (4+/5) ve reflekslerde azalma mevcuttu ve bir yıldır ağız kuruluğu tarifliyordu. Sinir iletim çalışmasında yaygın BKAP (Birleşik Kas Aksiyon Potansiyeli) amplitüd düşüklüğü saptanması üzerine LEMS düşünülerek abduktor digiti minimi(ADM) kasında 10 sn maksimum egzersiz sonrası BKAP amplitüdünde %115 oranda artış ile postegzersiz fasilitasyon izlendi ve ardışık sinir uyarımı(ASU) testinde 2, 3 ve 5 Hz uyarımı ile anlamlı dekrement ve 50 Hz uyarımda %66 inkrement görüldü. Malignite taraması için pozitron emisyon tomografisi,kontrastlı toraks ve abdomen tomografi ile paraneoplastik markerlar çalışıldı ve negatif saptandı. P/Q tipi kalsiyum kanal antikoru negatif sonuçlandı. 3-4 diaminopiridin tedavisi planlanmış olup 5 gün ıntravenöz immunglobulin tedavisi verildi. Malignite saptanmayan hasta otoimmün LEMS düşünüldü.

Tartışma:
N tipi kalsiyum kanal antikoruna bakmadığımız için kesin seronegatif diyemeyeceğimiz olgumuzda en sık gözlenen P/Q tip antikor negatif saptandı.Malignite taraması negatif olan olgumuzun genç yaşta olması ve hafif seyirli kliniği ön planda otoimmün etyoloji düşündürmüş olup bu açıdan araştırmamız halen devam etmektedir.Olgumuz altı aylık periyod ile iki yıla kadar paraneoplastik tarama planlanarak takibe alınmıştır.

Sonuç:
Hafif proksimal kas güçsüzlüğüne eşlik eden otonom semptomlar ve hiporefleksi saptanan, sinir iletim çalışmasında yalnızca BKAP amplitüd düşüklüğü olan bu olguda LEMS ön tanısı düşünülerek yapılan ASU incelemesi ile tanı doğrulanmıştır

BP - 4 MİYASTENİK KRİZ İLE BAŞVURAN HASTALARDA YARDIMCI FOLİKÜLER T HÜCRE (TFH) VE YARDIMCI T HÜCRE 17 (TH17) İLİŞKİLİ SİTOKİNLERİN TEDAVİ ÖNCESİ VE SONRASI DEĞİŞKENLİĞİ

DORUK ARSLAN [1], ZEYNEP ERGÜL-ÜLGER [1], SİBEL GÖKŞEN [2], GÜNEŞ ESENDAĞLI [2], SEVİM ERDEM-ÖZDAMAR [1], ERSİN TAN [1], CAN EBRU BEKİRCAN-KURT [1]

[1] HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, DAHİLİ VE CERRAHİ ARAŞTIRMALAR ANABİLİM DALI

Amaç:
Yardımcı T hücre 1 ve 2 (Th1 ve Th2) ilişkili sitokinlerin miyastenia gravis (MG) patogenezine katkısı bilinmekte olup; son dönemde foliküler Th (Tfh) ve Th17 ilişkili moleküllerin patogeneze katkısı tartışılmaktadır. Bu çalışmada, miyastenik krizli (cMG) hastalarda kurtarma tedavisi öncesi ve sonrası Tfh ve Th17 ilişkili moleküllerdeki değişikenliği incelemek ve stabil MG ile miyastenik kriz hastalarındaki moleküler farklılıkları ortaya koymak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Stabil jeneralize MG (gMG) ve cMGli hastalar Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA) sınıflandırmasına göre değerlendirilerek çalışmaya dahil edildi. Serum örnekleri cMG hastalarından hem kurtarma tedavisi öncesi (plazmaferez veya IVIg) hem de tedavi sonrası alındı. Tfh ve Th17 ilişkili seçilen moleküllerin (IL-22, IL-17A, CXCL13, sPD-L1, sICOSLG ve sCD40L) serum seviyeleri ticari ELISA kitleri kullanılarak analiz edildi.

Bulgular:
On iki cMG (IVIg için 6, plazmaferez için 6) ve on gMG hastası çalışmaya dahil edildi. Tedavi sonrası cMG hastalarında, tedavi yönteminden bağımsız olarak, serum sPDL1 ve CXCL13 düzeylerinde azalma gözlendi ($p<0,05$). Farklı olarak, serum sICOSLG düzeyleri sadece IVIg ile tedavi edilenlerde azaldı ($p<0,05$) ve serum IL22 düzeyleri plazmaferez uygulanan hastalarda artış gösterdi ($p<0,05$). cMG hastalarının serum IL-17A düzeyi stabil hastalara kıyasla yüksekti ($p<0,001$) ve düzeyi hastalık şiddetiyle pozitif korelasyon gösterdi ($r=0,678$, $p=0,001$).

Sonuç:
Çalışma sonuçları Tfh ve Th17 ilişkili yolakların MG patogenezine katkısını doğrulamaktadır. Serum IL22 ve CXCL13 düzeylerindeki değişiklikler tedavi modalitelerine göre farklılık göstermektedir. Bu moleküllerin MG patogenezindeki rolünün anlaşılmasıyla; ilgili moleküller miyastenik krizli hastalarda kurtarma tedavisi seçiminde yol gösterici olabilir. Artan serum IL-17A seviyeleri hastalık şiddetine katkıda bulunabilir.

BP - 5 İLK ATAĞI DÜŞÜK AYAK OLAN MULTİPLE SKLEROZ: OLGU SUNUMU

BESTE AKGÜL , ELİF USANMAZ , CİHAT ÖZGÜNCÜ , ONUR BULUT , FARUK ÖMER ODABAŞ

KONYA ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Özet:
Düşük ayak, kas veya sinir hasarına bağlı olarak ayakta dorsifleksiyon ve eversiyon yetisinin kaybı ile sonuçlanan bir tablodur. Genellikle izole periferik sinir sistemi hasarını gösterir. Multiple sklerozda(MS) ortaya çıkması nadirdir. Bu olgumuzda ilk atağı düşük ayak olan multiple skleroz vakasını sunuyoruz.

Vaka Sunumu:
20 yaş kadın hasta, 8 aydır devam eden sol ayakta güçsüzlük şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastadan alınan anamneze göre daha önce dış merkezlerde düşük ayak teşhisi konulduğunu belirtti. Şikayetlerin öncesinde görme, konuşma, denge bozukluğu gibi başka bir atak tariflemiyordu. Nörolojik muayenede sol iliopsoas 4/5 sol ayak dorsofleksiyon 2/5, bilateral derin tendon refleksleri normoaktif izlendi. Yapılan iğne EMG incelemesi normal sınırlarda izlendi. Periferik sinir hasarı gözlenmedi. Hastaya yapılan MR incelemelerde beyin, beyin sapı ve servikal bölgede kontrast tutan multiple demiyelizan özellikli plak izlendi. Hastanın servis yatışı planlandı. 10 gün intravenöz pulse steroid tedavisi verildi. Lomber ponksiyon yapıldı, oligoklonal band tip 2 olarak sonuçlandı.Taburculuk sırasında düşük ayak şikayetinin önemli ölçüde gerilediği farkedildi.

Tartışma:
Düşük ayak sıklıkla peroneal sinir felci ve L5 radikülopati nedeniyle gelişse de merkezi nörolojik patolojiler sonucunda da ortaya çıkabilir. Prevalansıyla ilgili yeterli veri yoktur ancak literatürde multiple sklerozda atak sonrası düşük ayak gelişebildiğini gösteren yayınlar mevcuttur. İlk atak olarak düşük ayak görülme sıklığı çok daha nadirdir. Dolayısıyla düşük ayak tablosu ile başvuran hastada EMG ve kas iskelet sistemi bozukluklarını gösteren görüntüleme yöntemleri kliniği açıklama konusunda yetersiz kalırsa, santral görüntülemenin gerekliliğini de akılda bulundurmak gerekir. Bu olgumuzda hem düşük ayak etyolojisi konusunda hem de MS düşündürecek ilk muayene bulguları açısından farkındalık oluşturmayı amaçlıyoruz.

BP - 6 PIK3R2 MUTASYONLU MEGALENSEFALİ-POLİMİKROGİRİ-POLİDAKTİLİ-HİDROSEAFLİ SENDROMU OLAN NADİR BİR OLGU

TURAL TALIBOV [1], MELTEM İNCİ TALIBOV [2], PINAR TOPALOĞLU [2], ZUHAL YAPICI [2]

[1] İSTANBUL SAĞLIK VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, ÇOCUK NÖROLOJİSİ BİLİM DALI

Amaç:
Megalensefali-polimikrogiri-polidaktili-hidrosefali sendromu (MPPH-1) 19p13 kromozomunda *PIK3R2* geninin heterozigot mutasyonu sonucu oluşan nadir bir sendromdur. Bu sendrom megalensefali, hidrosefali, polimikrogiri ve polidaktiliyi içermektedir. Hastalarda kabarık alın, basık burun kökü, geniş gözler şeklinde ayrıt edici yüz görünümü ve ağır motor geriliklikle birlikte konuşmanın hiç gelişmediği izlenmektedir. Manyetik rezonans görüntülemede (MRG) jeneralize megalensefali ile geniş korpus kallozum, genişlemiş ak madde ve pakigirik korteks görünümüne neden olan fokal gri madde kalınlaşmaları görülmektedir. Sendromun tanısı tüm ekzom sekanslama sonucu mutasyonun gösterilmesi ile konulmaktadır.

Gereç ve Yöntem:
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi; Nöroloji Anabilim Dalı, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalında MPPH-1 sendromu tanısı ile takipli bir olgunun, demografik, klinik, radyolojik ve elektrofizyolojik özellikleri sunuldu.

Bulgular:
Dört yaşında erkek hasta. Otuz yedi haftalık iken sezaryen operasyonu ile 2800 gr doğum öyküsü mevcuttu. Oturamama, emekleyememe, konuşamama ve yürüyememe, ekstremitelerde kasılma şikâyetleri olması nedeni ile yapılan muayenesinde kabarık alın, basık burun kökü ve geniş gözler şeklinde dismorfik yüz görünümü saptandı. Baş çevresi 48 santimetre idi. Nörolojik muayenesinde anlamlı kelime çıkışı yoktu. Tek tek kas gücü muayenesine iş birliği kuramadı. Tüm ekstremitelerde spastisitesi mevcuttu. Derin tendon refleksleri hiperaktif, taban derisi refleksi iki yanlı ekstansördü. Ekstremite spastisitesi nedeni ile botulinum toksini enjeksiyonu ve aşil kısalığı nedeni ile operasyon öyküleri mevcuttu. Anne-baba akrabalığı yoktu. Ayırıcı tanı için yapılan kranyal MR incelemesinde megalensefali, diffuz polimikrogiri, korpus kallozumda kalınlaşma ve kavum septum pellucidum izlendi, servikal MRG incelemesi ise normaldi. Ayırıcı tanıda yer alan metabolik hastalıklar için yapılan kan ve idrar analizleri normal olarak değerlendirildi. Hastanın nöbet öyküsü yoktu ancak çekilen elektroensefalografide her iki frontosantrotemporal bölgelerde epileptiform anomali varlığı ile uyumlu bulgular mevcuttu. Klinik bulguları ile MPPH-1 Sendromu düşünülen hastanın yapılan tüm ekzom sekanslama gen dizi analizinde 19. kromozomda, *PIK3R2* geninde heterozigot mutasyon (c.1054T>C) saptandı.

Sonuç:
Bu olgu sunumunda, motor ve mental gelişim geriliği, megalensefali ile MRG incelemelerinde polimikrogiri, kalın korpus kallozum saptanan ve MPPH-1 sendromu tanısı alan nadir bir hastanın klinik bulguları ve genetik tanısı detaylı bir şekilde sunulmuş, MPPH-1 sendromunun klinik çeşitliliği ve tanı zorluklarının vurgulanması amaçlanmıştır. Semptomatik tedavi, rehabilitasyon ve psikososyal destek gibi alanlarda bilinçli bir şekilde yaklaşıldığında, hasta ve ailesinin yaşam kalitesi artırılabilir. Hastalığın tanınarak aileye genetik danışmanlık verilmesi diğer tüm nadir genetik hastalıklarda olduğu gibi önem taşımaktadır.

BP - 7 KİF1C MUTASYONU İLİŞKİLİ HEREDİTER SPASTİK PARAPAREZİ OLGULARI

ZAHRA HÜSEYNLİ , GULSHAN ALİYEVA , PINAR TOPALOĞLU , ZUHAL YAPICI

NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

Giriş:
Herediter spastik paraparezi (HSP), alt ekstremitelerde spastisitenin baskın olduğu nadir, kalıtsal nörodejeneratif bir hastalıktır. Prevalansı dünyada 0,1-9,6/100.000dir. Hastalığın otozomal dominant, X'e bağlı resessif ve mitokondriyal geçiş paternleri görülmektedir. Klinik olarak saf ve komplike, başlangıc yaşına göre erken (<35 yaş) ve klasik (>35 yaş) formları vardır. Hastalığın patofizyolojisinde kortikospinal traktusların servikal ve torasik omuriliğin lateral kordlarında aksonal dejenerasyonu rol almaktadır. Bu bildiride erken başlangıçlı ilerleyici serebellar belirtileri olan, iki aileden gelen, *KİF1C* mutasyonu saptanan dört olgu sunulacaktır.

Olgu:
İlk ailemiz anne-baba akrabalığı olan iki kız kardeşti. Hastalar iki yaşında başlayan yürüme güçlüğü, ekstremitelerde titreme ve kalem tutamama yakınmaları ile tarafımıza başvurdu. Her iki kardeşin nörolojik muayenesinde başta titübasyon, distoni ve serebellar testlerde bozukluk saptandı. Genetik incelemesinde indeks vakalarda *KIF1C* geninde c.1996G>T p.E666 homozigot, anne ve babada ise heterozigot mutasyon saptandı. Benzer yakınmalara sahip olan kuzeninde de homozigot mutasyon izlendi.
Diğer ailemiz yine benzer şekilde anne-baba akrabalığı öyküsü olan 4 yaşında başlayan ellerde titreme yakınmalarına kısa süre içerisinde yürüme güçlüğü eklenen ikiz kız çocuklarıydı. Hastaların nörolojik muayenesinde derin tendon reflekslerinde artış, bilateral apendiküler ve trunkal ataksi mevcuttu. Hastalardan birinin 11 yaşında çekilen kranyal MRG incelemesinde bilateral kortikospinal traktus seyri boyunca hiperintensite izlendi. Hastaların genetik incelemesinde *KIF1C* geninde homozigot c.182C>A, p.Se61Te mutasyon saptandı. Hastalarımız hepsi fizik tedavi ve rehabilitasyon ile takip edilmekteydi.

Tartışma ve Sonuç:
Günümüzde HSPde nöro-dejenerasyonu önleyecek veya geri çevirecek spesifik bir tedavi yoktur. Tedaviler semptomları azaltmaya ve dengeyi, gücü geliştirmeye yöneliktir. *KIF1C* mutasyonlu hastalar ilk serebellar bulgular ve daha sonra eklenen piramidal bulgularla başvurabilir, bu nedenle tanımlanamayan serebellar disfonksiyonlu vakaların ayırıcı tanısında komplike HSP akılda tutulmalıdır.

BP - 8 MARAŞ MERKEZLİ DEPREM SONRASI ENKAZ ALTINDA KALAN HASTALARIN ELEKTROFİZYOLOJİK BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

AHMET YILDIRIM [1], EMRE AKBAŞ [1], BAHADIR HOŞVER [1], RAHŞAN İNAN [2], TUĞBA EYİGÜRBÜZ [3], İLKNUR GÜÇLÜ ALTUN [4], TURGUT ADATEPE [3]

[1] MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ PROF DR SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ KARTAL DR LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[3] SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[4] ÇANAKKALE 18 MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Doğal afetler insan yaşamını birçok yönden olumsuz etkileyen sonuçlara neden olmaktadır. 6 Şubat 2023'te Kahramanmaraş merkezli depremde 50 binden fazla insan hayatını kaybetti ve 100 binden fazla yaralı vardı. Depremde enkaz altında kalmaya bağlı oluşan periferik sinir hasarları büyük bir işgücü ve yaşam kalitesi kaybı yaratmakta, psikolojik ve ekonomik problemlere sebep olabilmektedir. Depremden etkilenen hastaların periferik sinir, pleksus ve kök yaralanmalarının EMG bulguları açısından değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem:
Deprem sonrası enkaz altında kalan, üç farklı merkeze başvuran hastaların klinik ve EMG bulguları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:
EMG laboratuarında incelenen 47 hastanın 19'u erkek 28'i kadındı. EMG si yapılan hastaların ortalama yaşları 29,5 en küçük hasta 6 en büyük 69 yaşında idi. Çalışmadaki hastaların 17'si on sekiz yaş altındaydı. 12 hastada üst ekstremite hasarı, 34 hastada alt ekstremite hasarı ve bir hastada üst ve alt ekstremite hasarı mevcuttu. Ortalama enkaz altında kalma süresi 29,5 saatti. Yapılan EMG incelemelerinde 37 hastada periferik sinir hasarı, 8 hastada pleksus hasarı, 1 hastada kök yaralanması ve 1 hastada hem pleksus hem de periferik sinir hasarı saptandı. En sık periferik sinir hasarı %46 oranı ile peroneal sinirde bulunmuş olup bunu siyatik ve tibial sinir hasarı izlemiştir.

Sonuç:
Deprem sonrası enkaz altında kalan hastalarda ağır engellilik hali oluşturacak düzeyde periferik sinir yaralanmaları tespit edilmiştir. Bu hastalarda sinir rejenerasyonunun takibi, fizyoterapinin uzun dönem etkilerini araştıracak prospektif çalışmalara ihtiyaç mevcuttur.

BP - 9 FOKAL STİFF PERSON SENDROMU

JALE NEZERLİ , ZEYNEP DENİZ KOLUŞ , MUHAMMED ALPEREN YILDIRIM , ÇAĞRI MESUT TEMUÇİN , MEHMET ERSİN TAN

HACETTEPE ÜNİVERSİTE HASTANESİ

Giriş:
Anti-glutamik asit dekarboksilaz (GAD) otoantikoru beyinde bulunan inhibitör bir nörotransmitter olan GABA oluşumunda gerekli olan GAD enzimine karşı çalışır. GAD otoantikoru sonucunda oluşan hastalık Stiff person sendromu(SPS) olarak adlandırılır. Bu bildiride fokal Stiff person sendromu tanısı alan bir olgu sunulacaktır.

Olgu:
Bilinen dahili hastalığı olmayan 41 yaş kadın hasta sağ alt ekstremitede kasılma ve ağrı nedeniyle tarafımıza başvurdu. 2021 yılında ilk şikayetleri bel ve kalça bölgesinde ağrı ile başlamış. Ağrıları zamanla sağ bacağına yayılmış.Sadece morfine yanıtlı olan ağrılı ataklar sonrasında sağ bacağında kasılmaları giderek artmış. Başlangıçta tek destekle mobilize olan hasta 01.2023'den beri yürüyemez hale gelmiş. Ortopedi, Nöroşirurji tarafından izlenen hastanın semptomlarının psikiatrik olduğu düşünülmüş.Servise yatışında sağ alt ekstremiteye lokalize diz fleksörlerinde kontraktür düşündürecek sertliği mevcuttu. Yatışı sırasında EMG yapıldı, Glutamik asit dekarboksilaz (GAD) antikor düzeyi bakıldı;GAD>2000 IU/ml görülerek malignite taraması yapıldı. Malignite saptanmadı.Hastaya 5 gün İVMPZ verildi, diazepam yavaş artımla 4x0.5 tablete çıkıldı.5 gün İVİG tedavisi ve düzenli şekilde fizik tedavi aldı. Sağ bacağındakı kasılmaların belirgin şekilde azaldığı görüldü.Hasta 3 haftada bir İVİG tedavisi ve düzenli fizik tedavi önerileri ile taburcu edildi.

Yorum:
Stiff person sendromu ilk olarak 1956 yılında tanınlanmıştır. SPS >20 yaş kadınlarda erkeklerden iki kat daha sık görülmektedir. Literatürde GAD antikor titresi ile hastalık şiddeti arasında bir ilişki olmadığı bildirilmiştir.Düşük veya negatif anti-GAD antikor titresi olan olgularda fonksiyonel bozuklukların dışlanması önemlidir; bu olgumuzda normal SPS'den farklı olarak fokal tutulum mevcuttur.

BP - 10 BİR OTOİMMUN HASTALIK BİRLİKTELİĞİ OLGUSU: GBS, OTOİMMUN ENSEFALİT VE SJÖGREN SENDROMU

KİRMAN ALDENİZ DOĞAN [1], SALİHA GÖKÇE [1], İLKER ARSLAN [1], TAYLAN ALTIPARMAK [1], EVREN BORAN [1], HALE ZEYNEP BATUR ÇAĞLAYAN [1], HAMİT KÜÇÜK [2], MURAT UÇAR [3], BÜLENT CENGİZ [1], BİJEN NAZLIEL [1]

[1] *GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ROMATOLOJİ BİLİM DALI*
[3] *GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI*

Giriş:
Guillain-Barre Sendromu(GBS) akut, kazanılmış, immün aracılı bir nöropati olup antesedan enfeksiyonlara, otoimmün hastalıklara sekonder gelişebilmektedir. Otoimmün ensefalitler ise nöronal hücre yüzeyi veya hücre içi proteinlere karşı gelişen otoantikorlara sekonder çeşitli nörolojik semptomlarla karşımıza çıkabilen bir tablodur. Malignitelerle kuvvetli ilişkisi nedeniyle hastalar bu açıdan mutlaka taranmalıdır. Burada GBS ile başvuran, takiplerinde otoimmün ensefalit tespit edilen, çoklu antikor pozitifliğiyle seyreden bir Sjögren vakası sunulmuştur.

Olgu:
Bilinen Graves hastalığı olan 53 yaşında kadın hasta bel ağrısını takiben 3-4 gün içinde başlayan asendan güçsüzlük, dizartri-disfaji yakınmalarıyla başvurdu. Antesedan enfeksiyon öyküsü mevcut olmayıp nörolojik muayenesinde fasial dipleji, dil gücü-baş fleksiyonu zayıflığı, tetraparezi ve DTR kaybı tespit edildi. EMG'sinde demyelinizan özellikler gösteren sensorimotor nöropati saptanması üzerine GBS ön tanısıyla LP yapıldı. BOS örneklerinde albuminositolojik disosiasyon (Protein: 316 gr/dl, Total çekirdekli hücre: 29/mm3) görülen hastaya IVIG tedavisi planlandı. Takiplerinde paranoid sanrıları, görsel/işitsel halüsinasyonları başlayan hastanın MRG'sinde yaygın kortikal ödem, EEG'sinde sol temporal bölge disfonksiyonu izlendi. BOS'tan çalışılan pareneoplastik/limbik ensefalit panelinde anti-CRMP5/CV2, anti-recoverin, anti-titin ve anti-GAD65 antikorları pozitif saptandı. Malignite taraması amacıyla tüm vücut PET-BT çekildi, malignite lehine bulgu saptanmadı. IVIG tedavisi sonrası hastanın güçsüzlüğü ve psikotik yakınmaları geriledi. Hastanın kontrol EMG'sinde demyelinizan anormallik bulgularında düzelme izlendi. Takiplerinde hemolitik anemi ve proteinüri saptanması üzerine gönderilen serum otoimmün belirteçlerinde anti-SSA/Ro, anti-nRNP/Sm, AMA2 pozitifliği ve total C4 düşüklüğü tespit edildi. Romatoloji tarafından tükrük bezi biyopsisi yapıldı ve hidroksiklorokin tedavisi başlandı. Biyopsisi Sjögren hastalığı ile uyumluydu. Takiplerinde 2 kere daha aylık IVIG tedavisi verildi ve 6 ay sonra malignite taramasının tekrarlanması planlanarak romatoloji bölümümüze devredildi. Takibinin 4. ayında nörolojik yakınması yoktu.

Tartışma:
GBS ve otoimmün ensefalitler, sinir sisteminin otoimmün hastalıklarıdır. Bu tablolar çeşitli sistemik otoimmün hastalıklara eşlik edebilmekte ve otoimmün hastalığa sahip olmak riski arttırmaktadır. Vakamızda GBS kliniği ile başvuran hastanın takiplerinde otoimmün ensefalit geliştiği görüldü ve IVIG tedavisi ile hem nöropatik hem de ensefalitik bulgularda iyileşme izlendi. Bunun yanısıra tükrük bezi biyopsisiyle Sjögren tanısı netleştirildi. Sjögren hastalığında çeşitli nörolojik komplikasyonlar görülebilmekte olup literatürde hem GBS hem de otoimmün ensefalitlere eşlik edebildiğini bildiren vaka raporları mevcuttur. Anti-CRMP5/CV2 antikorları hem ensefalite hem de nöropatiye(%80) zemin hazırlayabilmektedir. Nöropati, genellikle aksonal sensorimotor tipte ve asimetrik gelişirken; simetrik, demiyelinizan natürlü nöropati vakaları da bildirilmiştir. Küçük hücreli akciğer kanseri ve timoma ile ilişkilendirilmiş olup hastamızın malignite taramasında herhangi bir maligniteye rastlanmamıştır. Anti-CRMP5/CV2 antikoru gibi yüksek riskli paraneoplastik antikoru mevcut olan hastalarda ilk taramada malignite saptanmaması halinde 4 yıl boyunca 6 ay arayla tarama yapılması önerilmektedir. Vakamızda GBS, otoimmün ensefalit, Sjögren hastalığı ve Graves hastalığı birlikte görülmüştür. Bazı kişiler genetik olarak otoimmüniteye yatkınlık göstermekle birlikte çeşitli çevresel faktörler ve ayrıca maligniteler de otoimmün hastalıkların görülme riskini arttırmaktadır. Hastamızda otoimmüniteye yatkınlık olduğu görüldüğünden; romatolojik, nörolojik ve onkolojik açıdan yakın takibe alınmıştır.

BP - 11 FLAD1 MUTASYONU İLE İLİŞKİLİ MİYOPATİ

BERİN GÜLATAR , MEHMET SARI

MARMARA PENDİK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:
Miyopatiler, duyusal veya otonomik fonksiyonlarda herhangi bir bozulma olmaksızın saf motor sendrom olarak ortaya çıkar. Çoğu miyopatide semptomlar bilateral olma eğilimindedir ve tercihen proksimal kasları etkilemektedir. EMG klinik olarak miyopatiyi taklit edebilen diğer tanıları akla getirerek yararlı olmaktadır.

37 yaşında kadın hasta, 15 yıldır olup son 1,5 senedir belirginleşen güçsüzlük şikayeti mevcut. Hamilelik sırasında boyun kas gücünde ve proksimal kas gücünde azalma periyodu yaşamış, sonrasında kısmen düzelme olmuş. Anne baba akrabalığı yok. 6 sağlıklı kardeşi var ve aile öyküsü yok. Özgeçmişinde özelik yok. Nöroloji muayenesinde Baş fleksiyon 4+/5, ekstansiyon 5-/5 KG, bilateral deltoid 4/5 biceps/triceps: 5-/5, distal 5-/5 bilateral QF: 4/5 R/L Hamstring: 5-/5 TA 5-/5 GC 5-/5 parmak ekstansiyonu 5-/5 dtr normal, duyu defisiti yok. Deri döküntüsü ve miyotonosi yok. Ck: 449, Ldh: 1026, B12:166 ve vaskülit paneli negatif saptanıyor. Hastaya herediter miyopati ön tanısıyla yapılan EMG'de proksimal kaslarda hafif şiddette miyopatik tutulum ile uyumlu bulgular saptandı. Efor dispnesi olan hasta kardiyoloji ve göğüs hastalıklarına yönlendirildi . EKO ve SFT normal saptandı. Fizik tedavi ve rehabilitasyon programına devam ediyor ve kısmi faydalanma mevcut. Herediter miyopati ön tanısıyla istenen genetik analiz sonucunda, TTN (NM_133379) geninde heterozigot mutasyon c.13589T>G(p. ıle4530ARG) saptandı.Kardeşlerinde ve annesinde aynı lokusta benzer mutasyon mevcuttu. Tıbbi genetik görüşü ile tüm ekzom analizi tetkiki önerildi ve FLAD1 c.1588C>T (p.Arg530Cys) heterozigot olası patojenik varyant saptandı. Hastaya riboflavin (100 mg gün) + karnitin (2 g/gün) başlandı. Takibi devam etmektedir.

Sonuç ve Tartışma:
FLAD1 geni mutasyonu oldukça nadir olup bu hastalarda hipotoni, bulbar semptomlar, skolyoz, kardiyomiyopati, miyopati görülebilmektedir. Miyopatisi olan hastalarda yavaş yürüme, miyalji, gebelikte kas gücünde azalma, kas atrofisi görülebilmektedir. Genel olarak FLAD1 gen mutasyonunda riboflavin tedavisiyle daha iyi prognoz olması beklenmektedir. Son yıllar içerisinde herediter miyopatilerin farklı formları ve sorumlu genlerinin tanınmasında önemli ölçüde ilerleme olmuştur ve bu patojenezin daha iyi anlaşılmasını sağlamıştır.

BP - 12 KARDİYAK ANOMALİSİ OLAN PEDİATRİK YOĞUN BAKIM HASTALARINDA DİSFAJİNİN EBEVEYN STRES DÜZEYİNE ETKİSİ

ÖMER OKUYAN , MERVE SAVAŞ , SENANUR KAHRAMAN BEĞEN , BURAK MANAY , YUSUF ELGÖRMÜŞ

İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ

Amaç:
Pediatrik yoğun bakım hastalarında hipermetabolik süreçler nedeniyle enerji ihtiyacı artmakta ve yetersiz beslenme mortalite/morbidite ile sonuçlanabilmektedir. Yutmayla ilişkili fonksiyon kaybı klinik tabloyu ağırlaştırabilmektedir. Beslenme ve yutma güçlükleri, kalp hastalığı olan bebekler ve çocuklarda yaygın olarak bildirilen komorbiditelerdir. Bu güçlükler çocuk sağlığı ve ebeveynlerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya yaşları 14-24 ay aralığında olan ve enteral beslenen kardiyak anomalili bebekler dahil edilmiştir. Kardiyak patolojiler, kardiyak üfürüm (n=7), fallot tetralojisi (n=5), büyük arterlerin konjenital malformasyonu (n=2) ve konjenital pulmoner kapak stenozudur (n=1). Çocuk Yorkhill malnütrisyon skoru (Pediatric Yorkhill Malnutrition Score [PYMS]) kullanılarak malnutrisyonu olan (Grup 1: n=8) ve olmayan (Grup 2: n=7) bebekler belirlenmiştir. Katılımcıların ebeveynlerine Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (PedsQL) ve Pediatrik Yeme Değerlendirme Ölçeği (PEDI-EAT-10) uygulanmıştır.

Bulgular:
Grupların test skorları Mann-Whitney U Testi ile karşılaştırılmıştır. PedsQL ve PEDI-EAT-10 skorlarında gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). PEDI-EAT-10 ve PedsQL arasında pozitif yönlü orta düzeyde korelasyon olduğu saptanmıştır (Spearman Rho Testi: $r=0,682$; $p=0,02$).

Sonuç:
Kardiyak hastalık, disfaji ve malnütrisyon varlığı, pediatrik yoğun bakım hastalarının ebeveynlerinde fiziksel, duygusal ve düşünsel sağlığı olumsuz etkilemekte; endişe düzeyini arttırarak günlük aktiviteler ve aile ilişkilerini değiştirmektedir. Ailelerin psiko-sosyal yönden desteklenmeleri; stres düzeylerinin azalmasını sağlayarak bebeğe verdikleri bakım kalitesini yükseltebilir. Ayrıca bu bebeklerde modifiye baryum yutma çalışması ve fiber optik endoskopik inceleme gibi enstrümental ve objektif yutma değerlendirmelerinin yapılması, disfajinin detaylı betimlenmesine katkıda bulunabilir.

BP - 13 MÖBİUS SENDROMLU BİR OLGUDA DİL, KONUŞMA VE YUTMA BOZUKLUKLARI

TUTKU ALTINTAŞ , GÖKSU İREM EMRAH , MERVE SAVAŞ , AYNUR İKRA DEMİR , ALPEREN ŞENTÜRK

İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ

Olgu:
Konjenital bir sendrom olan Möbius sendromu (MS) maksillofasiyal anomaliler ve nörolojik bulguların eşlik ettiği, insidansı tam olarak bilinmeyen nadir görülen bir sendromdur. 6. ve 7. kranial sinir tutulumuna bağlı olarak bebeklik döneminde ortaya çıkan klinik bulgulara işitme kaybı, kas-iskelet sistemi yetersizlikleri, dil, konuşma ve yutma bozuklukları gibi ek durumlar eşlik edebilmektedir. Bu çalışmada MS'na bağlı olarak görülebilecek dil, konuşma, yutma ve rezonans bozukluklarının incelenmesi amaçlanmıştır. 7 yaşında, anadili Türkçe olan olguya Türkçe Erken Dil Gelişim Testi (TEDİL), Videfloroskopik Yutma Çalışması (VFYÇ), Pediatrik Yeme Değerlendirme Skalası (PEDI-EAT-10), Penetrasyon Aspirasyon Skalası (P-AS), Fonksiyonel Oral Alım Skalası (FOAS), nazometrik değerlendirme, timpanometrik inceleme ve oral-periferal muayenene uygulandı. TEDİL alıcı dil puanı 21; eşdeğer yaşı 3.1'dir. İfade edici dil puanı 13; eşdeğer yaşı 1.1'dir. Oral-periferal değerlendirmede gözlerde; hipertelorizm, nistagmus, dudaklarda; yetersiz hareket ve açık ağız, burunda düşük nazal bridge ve tübüler şekil gözlendi. Sınıf III maloklüzyon kapanması olan olgunun, eksik diş, dil hareket ranjında kısıtlılık, sınırlı velum hareketine eşlik eden bifid uvula ve adenoid hipertrofisinin olduğu saptandı. Rezonans değerlendirmesi sonucu hipernazalite görüldü. Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG) ile beslenenn olgunun P-AS skoru 6, FOAS skoru 3, PEDI-EAT-10 skoru 28'dir. Hastanın timpanometrik incelemesi sonucunda bilateral Tip B timpanogram gözlendi. MS olgusunda, ağır dil bozukluğu ile birlikte şiddetli hipernazalite, dizartri ve disfaji görülmüştür. MS dil, konuşma ve yutma becerilerini etkileyen kranial sinir tutulumları ve kraniofasiyal anomalilerle karakterize olduğu için tanı alan olgular dil ve konuşma terapistleri tarafından değerlendirilmeli ve rehabilite edilmelidir.

BP - 14 FLAİL ARM KLİNİĞİ İLE PREZENTE OLAN BİR AKUT HEPATİK PORFİRİ VAKASI

RUMEYSA EREN , BANU ÖZEN BARUT

DR LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Akut hepatik porfiriler (AHP) hem biyosentez yolağındaki enzimlerin eksikliği sonucu epizodik ve akut nörovisseral semptomlarla ortaya çıkan hastalıklardır. Tipik olarak üst ekstremitelerden başlayıp, progrese olan, bulber ve solunum kaslarını da tutabilen motor aksonal tipte bir polinöropati görülür. Bu bildiride karın ağrısı ve üst ekstremitelerde güçsüzlük ile başvuran, sonrasında AHP ile ilişkili alt motor nöron sendromu tanısı alan hasta nadir görülmesi nedeni ile sunulmuştur.

Olgu:
2 aydır üst ekstremitelerinde simetrik ilerleyici güçsüzlük, karın ağrısı, kabızlık şikayetleriyle acil servise başvuran 46yaşında erkek hastanın öyküsünden birer yıl arayla kendiliğinden düzelen benzer atakların olduğu ve düşük karbonhidrat içerikli ağır bir diyet uyguladığı öğrenildi. Soygeçmişinde anne baba akrabalığı mevcuttu. Nörolojik muayenesinde üst ekstremitelerde proksimalde 3/5, distallerde 1/5 kas güçsüzlüğü, atrofi ve refleks kaybı mevcuttu. Laboratuar incelemelerinde anemi (Hb:6,5g/dl) dışında özelik saptanmadı, ağır metal paneli negatifti. Spinal görüntüleme ve lomber ponksiyon incelemelerinde özellik yoktu. Elektrofizyolojik incelemede iki yanlı C4-T1 segmentlerinde aktif ön kök-ön boynuz tutulumu izlendi. SMN-2 gen analizi negatifti. Kas güçsüzlüğünün alt ekstremitelere progrese olması üzerine tekrarlanan elektrofizyolojik incelemede servikal, torakal ve lomber segmentlerde alt motor nöron tutulum saptandı. İdrarda porfobilinojen (PBG) yüksekliği izlenmesi üzerine AHP atağı tanısı konulan hastanın kas güçsüzlüğünde intravenöz dekstroz ile birlikte dört doz 3-6mg/kg/gün hemin tedavisi sonrası minimal bir düzelme izlendi.

Tartışma:
Karın ağrısı atakları, periferik motor nöropati ve nöronopati kliniği ile başvuran hastalarda AHP ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmesi gereken tedavi edilebilir bir hastalıktır. Nörolojik bulgular kurşun zehirlenmesi, Guillain–Barré sendromu, polimiyozit, spinal musküler atrofi ve amyotrofik lateral skleroz gibi hastalıkları taklit edebileceğinden bu hastalarda en az bir kez idrarda PBG düzeyi bakılmalıdır.

BP - 15 BRAKİAL PLEKSUS HASARIYLA KARIŞTIRILAN TALAMİK EL: OLGU SUNUMU

CİHAT ÖZGÜNCÜ , ONUR BULUT

KONYA ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Olgu:

Hareket bozuklukları oldukça geniş bir etyolojide değerlendirilebilir. Talamus lezyonlarını takip eden hareket bozuklukları da oldukça iyi tanımlanmıştır. Distoni ve hemiataksi en yaygın bulgulardandır. Özellikle vasküler hadiseler sonrası daha sık görülürler. Doğuştan brakial pleksus hasarıyla takipli olan ancak asıl tanının talamik el olduğu olguyu sunuyoruz. 13 yaşında kız hasta elektofizyoloji laboratuarımıza brakial pleksus hasarı boyutunu belirlemek üzere çocuk nöroloji bölümünce yönlendirildi. Alınan anamnezde sağ elinde doğuştan itibaren hareket kısıtlılığı olduğunu bu nedenle operasyon geçirdiğini ancak yeterli düzeyde fayda görmediğini ayrıca epilepsi tanısı ile takip edildiğini ve tegretol 200mg 2x1 kullandığı öğrenildi. Ancak hastanın muayenesinde distoninin daha belirgin olduğu ve sadece brakial pleksus hasarıyla durumun açıklanamayacağı farkedildi. Yapılan iğne EMG incelemesinde sağ radial DSAP kayıtlanamadı. Hastadan beyin MR görüntüleme istendi. MR'da sol talamusun anteromedialinde 1x0,5 cm boyutta gliotik karakterde sekel izlendi. EEG incelemesinde ise sol frontal bölgede epileptiform keskin yavaş dalga deşarjları izlendi. Hastanın kliniği talamik el olarak değerlendirildi. Talamus beyinde aktarma merkezi olarak düşünülebilecek önemli bir subkortikal yapıdır. Bu nedenle hasarlarında farklı klinik tablolar bir arada görülebilir. Talamik el de bu kliniklerden biridir. Genellikle iskemik veya hemorajik inme gibi akut başlangıçlı hadiseden sonra meydana geldiği için tanı konmakta sorun yaşanmaz ancak vakamızdaki gibi bir olguda yıllar süren bir gecikme meydana gelebilir. Uzun süreli kortikal uyarı ile talamik el sendromunun tersine çevrilebildiğini belirten yayınlar mevcuttur. Bu nedenle fenomenin zamanında tanınması el becerisinin kazanılmasına yönelik erken rehabilitasyona başlanabilmesi açısından oldukça önemlidir.

BP - 16 LAMBERT-EATON MİYASTENİK SENDROMU TANILI HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

DENİZ DOĞAN , ARMAN ÇAKAR , HACER DURMUŞ TEKÇE , YEŞİM GÜLŞEN PARMAN

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, NÖROMUSKÜLER HASTALIKLAR BİLİM DALI

Giriş:
Lambert-Eaton Miyastenik Sendromu (LEMS), çoğunluğu paraneoplastik olan bir nöromusküler kavşak hastalığıdır. Vakaların çoğu küçük hücreli akciğer kanseriyle ilişkilidir. Erkeklerde daha sıktır, ortalama başlangıç yaşı 58'dir. Presinaptik voltaj kapılı kalsiyum kanallarına (anti-VGCC) karşı oluşan antikorlar % 85-95 oranında saptanmaktadır. Bacaklarda baskın güçsüzlük, fasilitasyon, arefleksi, disotonomi klinik özelliklerdendir. EMG'de ardışık sinir uyarımında düşük frekanslarda dekrement, yüksek frekanslarda inkrement görülmektedir. Tedavide 3,4-diaminopyridine (3,4-DAP), piridostigmin, intravenöz immunglobulin (IVIg), plazmaferez, steroid vb. yer almaktadır. Bu bildiride kliniğimizde tanı almış 33 LEMS hastasının demografik özellikleri sunulacaktır.

Olgular:
Kliniğimizde 1993-2022 yılları arasında tanı almış 23'ü (~%70) erkek, 10'u (~%30) kadın 33 LEMS hastasının en erken tanı yaşı 15, en geç tanı yaşı 77, medyan tanı yaşı 48,3 idi. 33 hastamızın 13'ünün (~%39) öldüğü belirlendi. Hastalarımızın tamamının kol ve/veya bacaklarda güçsüzlüğü vardı. 24 hastanın (~%72) fasilitasyonu, 20 hastanın (~%60) arefleksi/hiporefleksisi, 22 hastanın (~%66) disotonomisi, 19 hastanın (~%57) oküler tutulumu, 18 hastanın (~%54) bulber tutulumu, 1 hastanın solunum yetersizliği öyküsü vardı. 17 hastanın (~%51) anti-VGCC antikoru pozitifti. 10 hastanın (~%30) küçük hücreli akciğer kanseri, 6 hastanın (~%18) küçük hücreli dışı akciğer kanseri, 1 hastanın timoma, 1 hastanın endometriyum kanseri, 1 hastanın primeri bilinmeyen beyin metastazı, 1 hastanın primeri bilinmeyen şüpheli kemik metastazı öyküsü vardı. 12 hastanın (~%36) tümörü yoktu. Hastalarımızın tamamının EMG bulguları LEMS ile uyumluydu. Piridostigmin 33 hastanın 27'si (~%81), 3,4-DAP 24'ü (~%72), steroid 17'si (~%51), Azatioprin 5'i (~%15), IVIg 12'si (~%36) tarafından kullanılmıştı.

Sonuç:
LEMS, paraneoplastik özellikte bir nöromusküler kavşak hastalığıdır. İleri yaş erkeklerde bacaklarda baskın güçsüzlük ve disotonomi varlığında ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

BP - 17 MULTİPLE MYELOM İLİŞKİLİ SİSTEMİK AMİLOİDOZA SEKONDER POLİNÖROPATİ

NUR DİLEK BAŞPINAR , MELİS GÖKÇE ÇİL , CEMİLE HANDAN MISIRLI

HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTENESİ

Olgu:

Paraproteinemiler, plazma hücrelerinin aşırı proliferasyonu sonucu ortaya çıkar ve kandaki paraprotein adı verilen proteinlerin birikimine sebep olur. Periferik nöropati ile sıklıkla görülür. Multiple myeloma(MM), paraproteinemilerin en yaygın türüdür. Özellikle MM hastalarında, amiloid birikimi sonucu sistemik amiloidoz gelişebilir. Amiloidoz, amiloid fibrillerinin doku ve organlarda ekstrasellüler birikiminden kaynaklanan multisistemik bir hastalıktır. Hafif zincir amiloidozu (AL) ve transtiretin ilişkili ATTR amiloidozu alt tipleri bulunur. Kardiyomyopati, hepatomegali, nefrotik sendrom ve otonomik tutulumun eşlik ettiği periferik nöropati ile prezante olabilir. Burada periferik nöropati ile prezante, MM ilişkili hafif zincir sistemik amiloidoz olgusunu sunuyoruz. Özgeçmişinde diyabetes mellitus (DM), hipertansiyon(HT), iki kere perkutan koroner girişim (PKG) öyküsü ve bilateral karpal tünel sendromu(KTS) operasyonu olan 67 yaşında kadın hasta alt ekstremitelerde belirgin parestezi şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Nöromusküler muayenesinde alt ekstremitelerde proksimal kas zaafı, uzun çorap tarzında parestezi, hipoaktif derin tendon refleksleri (DTR) ve vibrasyon duyu kaybı izlendi. Polinöropatiye yönelik yapılan tetkiklerinde paraproteinemi ve ekokardiyografisinde(EKO) restriktif kardiyomyopati saptanması sonrasında MM'ye sekonder sistemik amiloidoza yönelik ileri tetkik edildi. Takibi esnasında dekompanse kalp yetmezliği gelişmesi üzerine yakın takip amacıyla koroner yoğun bakıma sevk edildi. Bir ay sonra vefat etti. Paraproteinemiye sekonder AL amiloidoz, otonomik ve kardiyak tutulumun derecesine göre yüksek mortalite ile ilişkilidir. Çeşitli ve nonspesifik hastalık prezantasyonu, kompleks tanısal testler ve multidisipliner yaklaşım ihtiyacı sebebiyle hastalar genellikle geç tanı almaktadır. Bu olgu aracılığıyla polinöropati ile prezante paraproteinemiye sekonder sistemik amiloidoz olgularını tanıma konusunda klinisyenlerin farkındalığını arttırmayı ve erken tanı ve tedavinin sağlanmasını amaçlıyoruz.

BP - 18 SPORADİK SEREBRAL AMİLOİD ANJİYOPATİDE NADİR AMA TANISAL BİR BULGU: OKSİPİTAL ÇİZGİSEL GİRİFORM KALSİFİKASYON

TUĞBA ÖZÜM [1], MERT DEMİREL [1], ETHEM MURAT ARSAVA [1], RAHŞAN GÖÇMEN [2], MEHMET AKİF TOPÇUOĞLU [1]

[1] *HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI*

Olgu:
76 yaşındaki erkek hasta 3 saat önce başlayan konuşma bozukluğu ile acil birimine başvurdu. Öncesinde hastanın demans tanısı mevcuttu. Öz bakımında ve gündelik aktivitelerde her açıdan ailesine bağımlı olan hasta destekle mobilize olabiliyordu. İlk nörolojik muayenesinde dezoryantasyon, dizartri ve sağ hemiparezi not edildi. Kontrastsız beyin BT görüntülemesinde sol frontoparietal lobar 17 cm^3 hematom saptandı. Hasta normotansif izlem planı ile Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi'ne kabul edildi. Beyin hassasiyet ağırlıklı manyetik rezonans (MR) sekanslarında serebral amiloid anjiyopati ile uyumlu çok sayıda kortikal ve subkortikal mikrokanama odaklarının varlığı tespit edildi. MR ve BT'de bilateral oksipital kortekste lineer kalsifikasyon görünümü dikkat çekmekteydi. Bu kalsifikasyonun 4 ay önce elde olunmuş olan MR görüntülemesinde izlenmiyor olması bu özgün mineralizasyonun düşünülenden daha hızlı gelişiyor olabileceğini işaret etmektedir.

Sonuç:
Herediter CAA için iyi bilinen ama seyrek olarak sporadik CAA'da da görülen giriform lineer bilateral oksipital kalsifikasyon bulgusunun tipik bir örneğini sunuyoruz. Gözlemimiz bu bulguyu taşıyan CAA olgularının prognozunun daha ağır seyrettiği ve varlığının yakın zamanda kanama olacağını işaret edebileceği şeklindeki düşünceyi destekliyor ve ikna edici bir örnek sunuyor.

BP - 19 KUM SAATİ GÖRÜNTÜSÜ İLE PREZENTE NEVRAJİK AMYOTROFİ OLGUSU

BETÜL ÖZENÇ [1], İSMAİL KOÇ [2], ERSİN ERDOĞAN [3], ZEKİ ODABAŞI [4]

[1] GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
[2] ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİİ
[3] ÖZEL KLİNİK, BEYİN CERRAHİ
[4] SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ

Olgu:
35 yaşında erkek hasta mesleği pilot. Özgeçmişinde bilinen kronik hastalığı ve düzenli ilaç kullanımı yok. Soygeçmişinde özellik yok. Hastanın sol kolunda şiddetli ağrı şikayeti sonrasında sol el bileği ve parmaklarını kaldıramama şikayeti ile dış merkeze başvurmuş. Hastaya dış merkezde yapılan EMG raporunda radial sinirin spiral oluk düzeyinde tuzak nöropatisi tanısı konulmuşBir buçuk ay sonra şikayetlerinde düzelme olmayınca dekompresyon cerrahisi yapılmış. Postop 2. ayda düzelme olmayınca EMG için tarafımıza başvurdu. Nörolojik muayenesinde, motor muayenede solda düşük el ve düşükparmak, sol brakioradialis refleksi azalmış. Hastaya nevraljik amyotrofi ön tanısını düşünerek yaptığımız EMG de spiral oluk distali-dirsek segmentinde duyu dalının kurtulduğu sol radial sinirin total lezyonu saptandı. Hastanın şikayetlerinin düzelmemesi, daha öncesinde geçirilmiş radial sinir cerrahisi öyküsü olması nedeniyle adezyon? düşünülerek beyin cerrahi ile koordine şekilde tekrar açıldı. Operasyonda dirsekte brakiyoradialis kasının medialinden başlayarak dirseğin birkaç cm üst kısmına kadar açıldı. Makroskopik olarak sinir üzerinde birkaç adet bant ve daralmalar izlendi (kum saati görüntüsü) Hastaya önecelikle nörolizis denilen boğumlara serum fizyolojik enjekte edilerek boğumların açılması beklendi. Nörolizisten yararlanmayınca o bölüm kesilerek epinöral olarak uç uca anastomoz yapıldı.
Ameliyattan 10 ay sonra yapılan EMG'de EIP hariç diğer kaslarda reinnervasyon bulguları izlendi. 2 sene sonra hastanın şikayetlerinin tamamen düzeldi ve pilotluğa tekrar başladı. Nevraljik amyotrofi genellikle üst ekstremiteleri tutan, şiddetli ağrıyı takip eden kuvvetsizlik, multifokal inflamatuvar bir nöropatidir. Tedavi öncelikle ağrı tedavisi, kortokosteroid, IVIG ve fizik tedavidir. Son yıllarda sinir ya da fasiküllerdeki strüktürel patolojik değişikliklerin saptanması cerrahi sinir dekompresyonu veya rekonstrüksiyonu için hastaların aday olabileceğini düşündürmektedir.

BP - 20 ANTİ ZİC-4 POZİTİFLİĞİ VE MOTOR NÖRON HASTALIĞI

MELİH İĞCİ , ŞÜHEDA ÇALAK , HASAN DOĞAN , MUSTAFA ONUR YILDIZ , BİLGE PİRİ ÇINAR , ÇETİN KÜRŞAD AKPINAR

SAMSUN ÜNİVERSİTESİ SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ ANADALI

Giriş:
Amyotrofik lateral skleroz (ALS), beyin ve omuriliğin üst ve alt motor nöronlarının dejenerasyonu ile karakterize, nadir görülen bir nörodejeneratif hastalıktır. ALS, paraneoplastik nörolojik sendromların (PNS) klasik bir fenotipi olmamasına rağmen, PNS, ALSnin çok sayıda nedeninden biridir. Burada Anti Zic-4 antikoru pozitifliği ile giden, Amyotrofik lateral skleroz olgusu sunulmuştur.

Olgu:
66 yaş kadın hasta, 1 yıldır olan düğme iliklemede güçlük, konserve açamama, yürümede zorlanma ve ses kısıklığı yakınmaları ile kliniğimize başvurdu. Nörolojik muayenede konuşma disfonik, dilde atrofi ve fasikülasyon, bilateral birinci dorsal interosseöz kaslarda atrofi, sağ üst ekstremitede fasikülasyon, dört ekstremitede derin tendon refleksleri hiperaktif, sağda babinski saptandı. Kraniyal ve servikal görüntülemeleri doğaldı. Ön planda motor nöron hastalığı düşünülen hastaya yapılan elektrofizyolojik incelemede ekstremite ve kranial kaslarda aktif ve kronik denervasyon bulguları izlendi. Hasta klinik ve elektrofizyolojik bulgularla ALS olarak değerlendirildi. Hastanın öyküsünde son 1,5 yılda 20 kg kaybetmesi nedeniyle paraneoplastik ALS açısından tarama yapıldı ve paraneoplastik antikor testleri gönderildi. Anti Zic-4 antikor pozitif sonuçlanan hastaya tüm vücut Pozitron emisyon tetkik (PET) incelemesi planlandı. PET incelemesinde sağ tiroid üst kutupta heterojen karakterde glandın geri kalan kesimlerine oranla metabolik aktivite artışı izlendi. Olası paraneoplastik ALS olarak değerlendirildi.

Sonuç ve Tartışma:
Paraneoplastik nörolojik bozuklukların kanser hastalarının %0,01'inde mevcut olduğu tahmin edilmektedir. Paraneoplatik ALS de nadir görülen bir durum olup bu durumu tanımlayan az sayıda vaka raporu bulunmaktadır. Anti Zic-4 antikoru daha çok serebellar dejenerasyon ile ilişkilendirilmiştir. Literatürde Anti-Ri gibi paraneoplastik antikorlara sekonder motor nöron hastalığı kliniği gelişen vakalar bildirilmesine rağmen Anti-Zic-4 ve ALS ilişkisine dair bilgi bulunmamaktadır. ALS şüphesi olan hastalarda tümörlerin ve paraneoplastik antikorların taranmasına daha fazla dikkat edilmelidir.

BP - 21 LİMBİK ENSEFALİT KLİNİĞİ İLE PREZENTE TİMİK NEOPLAZİ: OLGU SUNUMU

NİRAN SOĞUKSUBAŞI , MİRAY ERDEM , YUSUF TAMAM

ADANA ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Limbik ensefalit merkezi sinir sisteminde özellikle temporal bölge tutulumu ile seyreden nöronal otoantikorların sebep olduğu bir hastalıktır. Limbik sistem etkilenmesine bağlı akut/subakut başlangıçlı nöropsikiyatrik bulgular ve nöbetler gözlenebilir. Nadir görülen paraneoplastik limbik ensefalit ile prezente olan timik neoplazi olgusunu paylaşmak istedik.

Olgu:
68 yaşında kadın hastanın öyküsünden 5 yıl önce tesadüfen saptanan timoma nedeniyle opere olduğu, 1 yıl önce eklem ağrıları nedeniyle SLE tanısı aldığı, Haziran 2022de bilinç bozukluğu ve zona zoster nedeni ile başvurduğu dış merkezde yapılan BOS incelemesinde HSV-1 pozitif gelmesi üzerine intravenöz asiklovir tedavisi aldığı öğrenildi. Hasta bu dönemde kendi isteği ile kliniğimize başvurmuş olup geliş nörolojik muayenesi normal sınırlarda idi. Enfeksiyon hastalıkları tarafından asiklovir 21 güne tamamlanması ve kontrol BOS incelemesi önerildi. Çekilen Serebral MR ;Heriki temporal lob medial kesimde bilateral simetrik tutulum, otoimmün ensefalit açısından değerlendirilmesi uygun olacaktır. şeklinde raporlandı. EEG normal olarak değerlendirildi. BOS kontrolünde protein 908 mg/dl(15-450),gram boyamada %60 MNL ve 40 lökosit/mm3 olarak saptandı. HSV ve VZV PCR negatif geldi. Bakılan limbik ensefalit ve paraneoplastik panelde anti LGI1 pozitif olarak saptandı ve hastaya 25 gr/günden 5 gün süre ile IVIG verildi. Toraks BT incelemesinde plevrada şüpheli nodüler görünüm saptanması üzerine yapılan PET incelemesinde sağ akciğer alt lob superior düzeyde hipermetabolizma gösteren düzensiz plevral kalınlaşma tespit edildi ve biyopsi alındı. Patolojide timik neoplazi tip B1 olarak saptanan olgu onkoloji tarafından devir alındı.

Sonuç:
Paraneoplastik limbik ensefalit oldukça nadir görülen nörolojik bir sendrom olmakla birlikte santral sinir sistemi enfeksiyonları ile karışabildiğinden ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Paraneoplastik limbik ensefalitlere neden olan maliginiteler sıklık sırasına göre küçük hücreli akciğer kanseri, meme, testis kanseri, Hodgkin lenfoma, over karsinomu ve timoma/timik karsinom olarak bilinmektedir.Paraneoplastik limbik ensefalit tanısı için klinik bulgular uyumlu ise Beyin MR, EEG, BOS incelemesi ve santral sinir sistemine spesifik otoantikorların bakılması oldukça değerlidir.

BP - 22 İATROJENİK BOTULİZM: KOZMETOLOJİDE ARTAN BİR RİSK

ÖZLEM ÖNDER [1]

[1] *FETHİYE DEVLET HASTANESİ, NÖROLOJİ*
[2] *YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, NÖROLOJİ*

Giriş:

Botulinum toksin tip A nın (BoNTA) nöroloji ve dermatoloji başta olmak üzere birçok alanda çeşitli endikasyonlarla kullanımı her geçen artmaktadır (1). Özellikle kozmetik amaçlı olarak kullanımındaki artış yaygınlaşmakta ve sertifikalı uygulama eğitimleri olsun ya da olmasın estetisyenler, pratisyen hekimler ve uzmanlık alanından bağımsız olarak birçok uzman hekim tarafından da uygulanmaktadır. Botulinum toksin tip A nın diffüzyon etkisi ile yayılımı lokal etkilerinin ötesine geçerek olgularda yaygın güçsüzlük, yutma zorlukları, konuşma bozuklukları ve ekstroküler kas tutulumu ile kendini gösteren çift görme gibi çeşitli yakınmalara sebep olabilmektedir (2). Burada Miyastenia Gravis hastalığını taklit eden yakınmalar ile Nöroloji polikliniğine yönlendirilen ve değerlendirmeler sonucu İatrojenik Botulizm kliniği geliştiği ortaya konulan bir olgu paylaşılmıştır.

Olgu Sunumu:

Yirmi sekiz yaşında kadın hasta kol ve bacaklarda güçsüzlük, yutma güçlüğü, çift görme ve göz kapak düşüklüğü ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın başvurusundan 11 gün önce avuç içi artmış terleme yakınmasıyla özel bir merkeze başvurduğu ve her iki avuç içine toplam 200 MU Botulinum Toksin Tip 1A (BoNTA) uygulanıldığı öğrenildi. Hastaya ilk kez BoNTA enjeksiyonu uygulandığı, bilinen hastalık ve ilaç kullanım öyküsünün olmadığı belirtildi. Hastanın nörolojik muayenesinde bilateral pupil üstü ptoz, solda dışa bakış kısıtlılığı mevcut olup pupiller izokorikti, direkt ve indirekt ışık refleksleri normaldi ve göz sıkması bilateral zayıftı. Hastanın konuşması nazone, dil ve masseter kas gücü zayıf olup disfaji tanımlanıyordu. Bunun yanında boyun retrofleksiyonunda ve tüm ekstremitelerin proksimalinde hakim hafif güç kaybı vardı. Hastada öncelikli olarak BoNTA enjeksiyonuna sekonder jeneralize Botulizm tablosu düşünülmüş olup diğer olasılıklara yönelik nörogörüntüleme, elektronöromiyografi ve laboratuvar tetkikleri ile tüm bu olasılıklar dışlandı. Hastaya pridostigmin 60 mg peroral (po) 5x1 ve destek tedavisi başlanarak klinikte izlemine devam edildi. Klinik izleminin 5. günü tamamlanarak anlamlı nörolojik muayene değişikliği olmadan mevcut tedavinin devamı ile poliklinik kontrollerine çağrılarak taburcu edildi. Hasta poliklinik takibinin 1. ayında yutma güçlüğü yakınmasının devam ettiği, bu nedenle beslenme güçlüğü yaşadığını ve diğer yakınmalarında kısmen iyileşme olduğunu ifade etti. Hastanın kontrol muayenesinde ptozun belirgin iyileştiği, dışa bakış kısıtlılığının aynen devam ettiği, göz sıkmasının halen bir miktar zayıf olduğu görüldü (Resim 2). Hastanın konuşması halen hafif nazone, dil ve masseter kas gücü ile ekstremite ve boyun retrofleksiyonu kas güçlerinin zayıf olduğu saptandı. Hastanın tedavisine 0,5 mg/kg/gün dozunda po prednizolon eklendi. Uygulanan tedaviden belirgin yarar edilen hastanın kademeli olarak kortikoterapisi azaltılmaya başlandı. Hasta takibinin 4. ayında sadece pridostigmin 60 mg tb 4x1 kullanmakta iken kontrol nörolojik muayenesi olağan değerlendirildi ve tedavinin kademeli azaltılarak sonlandırılması planlandı.

Tartışma:

Botulizm etkeni anaerobik, gram-pozitif bir bakteri olan Clostridium botulinum tarafından oluşturulan toksinler olup nadiren C. baratii ve C. butyricum suşlarından da kaynaklanabileceği bildirilmiştir (3). Botulinum toksinleri bilinen en potent toksinlerden biridir. İnsanlar için ölümcül doz bilinmemekle birlikte, deneysel hayvan çalışmaları sonucu 70 kg bir birey için saflaştırılmış kristalli botulinum toksini tip Anın öldürücü dozlarının oral alım ile 70 µg ve inhaler şekilde ise 0,80-0,90 µg olabileceği tahmin edilmektedir (4). Botulizm en sık kontamine gıda aracılığıyla ortaya çıkmakta olup bunun dışında bakteri ile kolonize bir yara yoluyla veya biyolojik silah amaçlı geliştirilen aerosoller ile de olabilmektedir. Son zamanlarda giderek artan bir kullanım alanı olarak kozmetik ya da terapödik amaçlar için yüksek doz BoNTA enjeksiyonu sonucu İatrojenik Botulizm nadir bir komplikasyon olmakla beraber bu tür vakaların bildiriminde artış görülmektedir (5). Sıklaşan kullanımı ile beraber dünyada yaygın olan ancak ülkemizde de giderek yaygınlaşmaya başlayan Botoks Partisi adıyla uygunsuz koşullarda ve yetkili olmayan kişiler tarafından yapılan toplu BoNTA uygulamalarının bu artışta önemli bir payı olduğunu düşündürmektedir. İatrojenik Botulizm açısından önemli bir avantaj toksinin etkisi gibi yan etkisinin de genellikle geçici olmasıdır (6). Olgumuzda olduğu gibi destek tedavi ile olası komplikasyonların engellenmesi ve var olan

kliniğin doğru yönetimi bir süre sonra tedaviye ihtiyacın da giderek azalmasına imkan vermektedir. Botulizm tanısı yüksek klinik şüphe ve kapsamlı bir nörolojik muayene ile mümkündür (7). Literatürde Maskelenmiş MG kliniğinin uygulanan BoNTA enjeksiyonu sonrası ortaya çıkabildiği bildirilmiştir (8). Bu nedenle hastamızın kliniğinde MG için karakteristik olan gün içi fluktuasyon kliniği ve EMGde anormallik olamamakla beraber olası MG açısından antikorlar da değerlendirilerek normal saptanması üzerine MG tanısı dışlanmıştır. Olgumuz; uygun koşullarda ve deneyimli hekimler tarafından BoNTA uygulanmasına özen gösterilerek İatrojenik Botulizmin engellenebileceğine, başta Miyastenia Gravis olmak üzere yaygın güçsüzlük ve kraniyal sinir tutulumu kliniği olan olgularda Botulizmin ayırıcı tanılar arasında dikkatli değerlendirmesi gerektiğine ve erken tedavi uygulamaları ile yakın takip sonucu olgularda hızla klinik iyileşme elde edebildiğine dikkat çekmek için sunulmaya değer bulunmuştur.

BP - 23 KLEİNE-LEVİN SENDROMU: OLGU SUNUMU

SEVİL YUSİFLİ , PINAR TOPALOĞLU , ZUHAL YAPICI OBUZ

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ

Giriş:
Kleine-Levin sendromu (KLS), kognitif değişiklik, derealizasyon, apati, kompulsif yeme ve aşırı cinsellik gibi davranışsal bozukluklarla ilişkili tekrarlayan şiddetli aşırı uyku atakları ile karakterize olan bir nöropsikiyatrik hastalıktır. Burada 10 yaşında KLS tanısı alan bir hastanın davranış, uyku ve klinik bulgularının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Olgu:
10 yaşında erkek hasta, annesi tarafından, gece erken uyuma ve sabah geç uyanma şeklinde gün içinde toplam 18 saat süren aşırı uyku hali ile getirildi. Sadece günlük ihtiyaçları için uyanan hastada aynı zamanda yorgunluk, uzaktan eğitime katılmama, arkadaşları ile az zaman geçirme, eskiden sevdiği oyunları oynamama şeklinde isteksizlik hali mevcuttu. Ebeveynleri tarafından uykudan uyandırıldığı sırada aşırı sinirlilik ve küfretme şeklinde davranış değişikliği tarif ediliyordu. Hastalık başlangıcında idrar inkontinansı ve terlemede azalma gibi otonom semptomları tarif edilen hastanın nörolojik muayenesi ve tiroid fonksiyon testler ve geniş biyokimyasını içeren laboratuar değerleri normaldi. Kranyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve elektroensefalografik (EEG) incelemesinde herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Polisomnografik uyku testinde hastanın erken dönemde REM uykusuna geçtiği, aralıklı uyanıklık atakları olduğu kayıtlandı. Non-REM dönemi azalmıştı ve REM latansı çok kısaydı. Enfeksiyona yönelik etiyolojiler açısından yapılan lomber ponksiyon incelemesinde özellik yoktu. Oreksin/hipokretin oranı<50 pg/mL (N>200) olarak saptandı. Hastada daha önce bu hastalıkla ilişkisi gösterilen insan lökosit antijeni (HLA) DQB1∗0602 alt tipi saptandı. Olgumuzun anamnez, klinik özellikler ve tetkik sonuçları ile birlikte değerlendirildiğinde Kleine-Levin sendromu (KLS) olduğu düşünüldü.

Tartışma:
KLS, önceden geçirilmiş bir üst solunum yolu enfeksiyonu, kafa travması, inflamatuar veya otoimmün bir hastalık ile yakından ilişkilidir. Nüksün önlenmesi açısından, antidepresanlar, lityum, karbamazepin ve diğer antikonvülzanların sıklıkla kullanıldığı belirtilmektedir. KLS, tanıya yönelik klinik kılavuzlarda yer almasına rağmen, etiyolojisi, patogenezi ve tedavisine yönelik yeterince araştırma yoktur. Olgumuz erken başlangıçlı KLS olgularına bir örnek oluşturmakla beraber özelikle çocuk yaş grubundaki olguların etyo-patogenezine yönelik geniş hasta gruplarını içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

BP - 25 MENTAL RETARDASYONUN HEREDİTER NEDENLERİNDEN TRAPPC9 MUTASYONU: BİR HİPOMİYELİNİZAN LÖKODİSTROFİ

ZAHRA HÜSEYNLİ , GULSHAN ALİYEVA , PINAR TOPALOĞLU , ZUHAL YAPICI

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, ÇOCUK NÖROLOJİSİ BİLİM DALI

Giriş:
Zeka geriliğinin etiyolojisi çok çeşitli olup hem genetik hem de çevresel faktörlere bağlı olabilir. Zeka geriliği davranışsal, sendromik veya dismorfik özelliklerle ilişkilendirilebilen, değişken şiddette kognitif bozulmayla ortaya çıkan heterojen bir grup bozukluktur. Günümüze kadar 700'den fazla mental retardasyonun eşlik ettiği nadir genetik hastalık tanımlanmıştır. Genetik nedenler, kromozomal anomalilerinden tek gen bozukluklarına kadar değişmektedir. *TRAPPC9*'daki mutasyonlar, mikrosefali ve obezite ile kendini gösteren nörogelişimsel bir bozukluğa neden olur.

Olgu:
Olgumuz nöromotor gelişim basamaklarında gecikmesi olan, sistemik ve nörolojik muayenesinde mikrosefali, derin tendon reflekslerinde artış, oturma dengesi bozukluğu saptanan bir yaşında erkek hastaydı. Anne baba akrabalığı öyküsü olan hastanın ağabeyinde de motor gelişme geriliği olduğu öğrenildi. Hastanın Manyetik Rezonans görüntüleme (MRG) incelemesinde periventriküler ağırlıklı olmakla beraber yaygın subkortikal yerleşim gösteren, eksternal kapsülün tutulduğu hipomiyelinizasyon ile uyumlu görünüm izlendi. Hastanın genetik incelemesinde 19.kromozomunda *TRAPPC9* geninde homozigot mutasyonu saptandı.

Tartışma ve Sonuç:
TRAPPC9 geni baskın olarak anneden gelen allel ile geçiş göstermektedir. Postmitotik nöronlarda nöronal hücre farklılaşmasında aynı zamanda hafızanın işlenmesinde önemli rol oynar. *TRAPPC9*eksikliğinde, mental retardasyona ek olarak konuşmanın olmaması veya gecikmesi, stereotipik hareketler ve dismorfik özellikler eşlik edebilir. Özgeçmişinde özellikle akraba evliliği olan konuşma ve ciddi zihinsel engelli çocukların daha yoğun genetik testlere tabi tutulması düşünülmelidir. *TRAPPC9* özellikle, klinik olarak mental retardasyonun ön planda olup, diğer nörolojik bulguların geri planda olduğu olgularda akla gelmesi gereken bir mutasyondur.

BP - 26 ANTİ MA 2 İLİŞKİLİ LİMBİK ENSEFALİT OLGUSU

UMUR POYRAZ , LEYLİ CAN AYNAL

ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

Giriş:
Anti-ma2 ilişkili ensefalit tablosu en sık testis tümörü,Küçük hücreli adenokarsinom,Lenfoma ve Timoma ile birlikte görülebilir. Anti-Ma2 vakalarında en sık malignite grubu testis tümörleridir. (%40)(Ortega Sueora ve ark). Ma proteinlerine karşı antikorlar, tümör tespiti olmasa bile "kesin paraneoplastik sendrom" tanısı koymamızı sağlayan "iyi karakterize edilmiş onkonöronal antikorlar" grubuna dahildir. Nörolojik tutulum primer organ tutulumdan daha önce görülebilir .Hastaların % 62 sinde nörolojik tutulum daha önce gelişmiştir(Dalmau ve ark) OLGU:72 yaş erkek hasta silik şekilde başlayan uyku problemleri,sinirlilik şikayetleri için ilk olarak 2 ay önce psikiyatri bölümüne başvuruyor.Hastaya essitalopram 10 mg tedavisi başlanıyor.Sonrasında 2 ay içinde yaklaşık 10 kg kilo kaybı yaşıyor ve eş zamanlı olarak 3 gün hastane yatışı gerektiren pulmoner emboli tanısı alıyor.Sonrasında konuşmada hızlanma ,artikülasyon bozukluğu ,irritabilite ve çift görme şikayetiyle kliniğimize başvuruyor.Nörolojik muayenesinde patolojik olarak kooperasyon ve oryantasyon bozuk,sol göz dışa bakışta kısıtlıydı.Postural tremor ve geniş tabanlı yürüyüş mevcuttu.Taban cilt refleksi lakayttı. Yapılan kranial görüntülemede bilateral caudat nucleusta,putamende,capsula interna anterior bacağında,bilateral parahipocampusta.sol temporal anteromedialde kontrast tutmayan sinyal değişiklikleri mevcuttu.(resim1,2)Eeg: Lateralizasyon ve lokalizasyon vermeyen yaygın paroksizm mevcuttu.Lomber Ponksiyonda total protein 67.4 gr/dl ,hücre yok ,CMV,EBV,HERPES PCR negatif sonuçlandı. Kandan gönderilen limbik ensefalit panelinde anti ma2 pozitif saptandı.Diğer biyokimya incelemelerinde patoloji saptanmadı.Anti ma 2 ensefalitine yönelik skrotal usg ,batın ct,toraks ct ,periferik yayma,tüm vücut PET taraması yapıldı.Patoloji bulunamadı.Hastaya 5 defa gün aşırı şekilde plazmaferez tedavisi uygulandı.Klinik olarak fayda görmedi ancak yapılan kontrol görüntülemelerde lezyonda gerileme saptandı.Yaklasık20 gün sonra yapılan kontrol görüntülemeler(resim 3,4,5) ve 1.ayın sonrasında yapılan görüntülemelerde (resim6,7,8) gerileme gözlendi. Hasta denge egzersizleri yapılması amacıyla FTR bölümüne devredildi.

Tartışma:
Anti-ma2 ensefalitinde nörolojik manifestasyon olarak en sık limbik sistem ,diensefalon ve beyin sapı tutulumuna bağlı klinik tablo görülür.Paraneoplastik limbik ensefalit tipik olarak kısa süreli hafıza kaybı, nöbetler, sinirlilik, depresyon ve demansa dönüşebilen bilişsel gerilemeye neden olur (Hierons ve diğerleri, 1978; Posner, 1995).Beyin sapı ensefaliti olarak tutulumunda ise nükleer ve supranükleer oftalmoparezi,kraniyal nöropatiler,atipik parkinsonizm tablosu dizartri ve disfaji görülür.Beyin sapı disfonksiyonu olan hastaların yaklaşık %92'sinde göz hareketleri anormallikleri belirgindir.Diensefalon tutulumunda ise sıklıkla gündüz uykululuk hali, katapleksi ve narkolepsi başta olmak üzere uyku problemleri ve hipokinetizm görülmektedir.En sık tutulan anatomik lokalizasyonlar;medial temporal loblar, hipokampus , amigdala. medulla oblangata dorsal çekirdekleri ,talamus ve hipotalamustur.

Sonuç:
Biz bu olguda Anti-ma2 ensefaliti nörolojik bulgularının malignite saptanmadan önce klinik olarak görülebileceğini ve tanı koyma aşamasında bunun akılda tutulmasının önemini vurgulamayı amaçladık.

BP - 27 GRANÜLOSİT KOLONİ STİMÜLAN FAKTÖR UYGULAMASINA BAĞLI GELİŞEN POSTERİOR REVERSİBL ENSEFALOPATİ SENDROMU(PRES) OLGUSU : OLGU SUNUMU

AYÇA SİMAY ERSÖZ , MERT EROĞLU , CEMİLE HANDAN MISIRLI

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Posterior reversibl ensefalopati sendromu(PRES), genellikle posterior parietal ve oksipital bölgelerde vazojenik ödem ile seyreden; ensefalopati,nöbet, görme bozuklukları,baş ağrısı ile prezente olan bir tablodur. Etyolojisinde preeklampsi, hipertansif ensefalopati,organ transplantasyonları, immunosupresif/sitotoksik ilaçlar gibi sebepler sayılmaktadır. Akut gelişen ensefalopati tablosu olan hastada, rekombinant granülosit koloni stimulan faktör kullanımının PRES yapabileceğine dikkat çekmek istedik.

Olgu:
Bilinen renal hücreli karsinom(RCC) tanılı 71 yaş kadın hasta, bilinç bulanıklığı sebebiyle acil servise başvurduğu sırada izlenen şuurun korunmadığı jeneralize tonik klonik kasılmalarla giden bir nöbeti oldu.
Çekilen kranyal manyetik rezonans görüntülemede(MRG) Fluid Inversion Recovery (FLAIR) sekansında bilateral parietooksipital ve parasagittal frontal alana uzanım gösteren hiperintensiteler izlendi. Hastanın sistolik kan basıncı 160 mmHg olarak saptandı. Hastanın nörolojik muayenesinde uykuya meyil, tekli emire aralıklı kooperasyon izlendi; ensefalopati durumu hakimdi, PRES ön tanısıyla interne edildi. PRES etyolojisi açısından hastanın anamnezi detaylandırıldığında, 1 hafta önce filgrastim ve vinflunin aldığı görüldü. Hastanın kontrollerinde iki hafta sonra mental durum muayenesinde düzelme olması üzerine çekilen MRG'de hiperintensitelerin kaybolduğu görüldü.

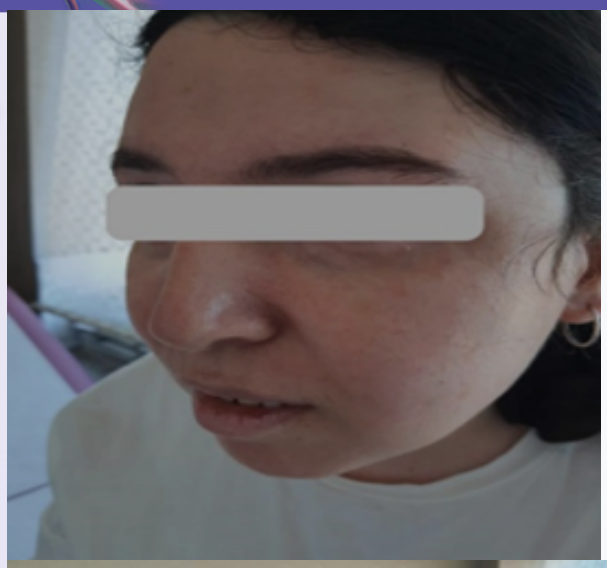
Tartışma:
Vinflunin,sitotoksik etkili bir vinka alkoloididir, antitümör aktivite gösterir.Filgrastim ise kemoterapi ile ilişkili kemik iliği baskılanmasında kullanılmakta olan granülosit makrofaj stimülan faktördür(GM-CSF) .Literatürde filgrastimle ilişkili PRES vakaları, filgrastim uygulaması başlangıcından 5-6 gün sonra bildirilmiştir. Kemoterapi ile ilişkili 70 adet PRES olgusu bildirilen bir çalışmada en sık PRES gelişen kemoterapik ajanların platin bazlı ajanlar ve vinka alkoloidleri olduğu raporlanmıştır. PRES gelişen olgularda nöbetlerin semptomatik tedavisi ve antihipertansif tedavi;şüpheli ajanın bırakılması ile birlikte önerilmektedir. Bu olgu aracılığıyla PRES etyolojisinde yer alan nadir sebeplerden birine ve PRES tablosunun yönetimine dikkat çekmek istedik.

BP - 28 ERİŞKİN TİP DYKE DAVİDOFF MASSON SENDROMU, OLGU SUNUMU

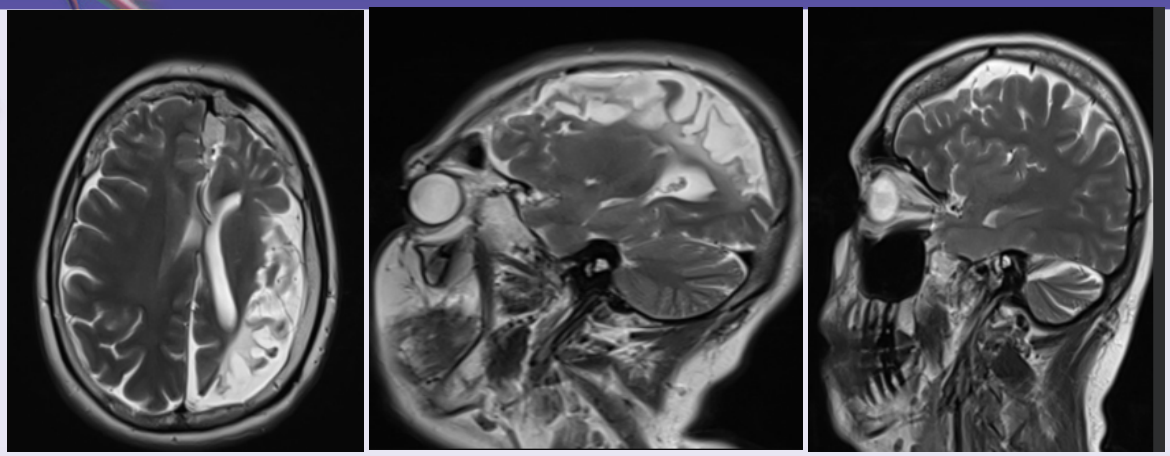
EMİR RUSEN [1], ZAİNAB ZUHAİR [2], AİSHA HAMDULLAH [3]

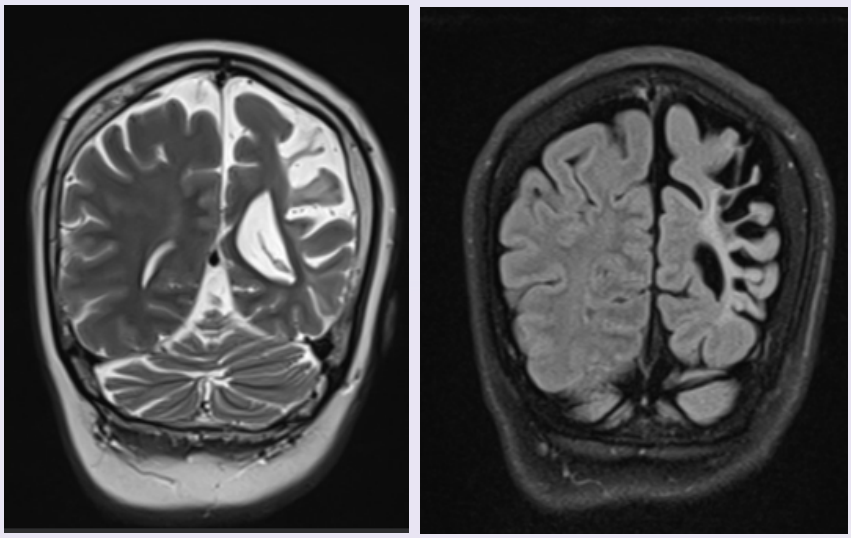
[1] *ALTINBAŞ ÜNİVERSİTESİ*
[2] *ALTINBAŞ ÜNİVERSİTESİ*
[3] *ALTINBAŞ ÜNİVERSİTESİ*

Olgu:
37 yaşında kadın hasta 1 yıl önce epilepsi tanısıyla hastanemize müracaat etti. 2 yaşında yüksek ateş ve kasılma şikayetleri olan hastaya epilepsi tanısı konulmuş. Hastanın gündüz ve uykuda jeneralize tonik klonik nöbetleri, ani düşme atakları nedeniyle uzun süre valproik asit, klonazepam, lamotrigin, karbamazepin ve diğer antikonvülzan ilaçlar denenmiştir .Nörolojik muayenesinde hafif derecede mental retardasyon, konuşma bozukluğu, sağ hemiparezi (4/5), hemihipoestezi ve yüz asimetrisi saptandı. Hastanın özgeçmişinde annesi 2 aylık gebe iken sobadan zehirlenmiş. Gebeliğin süresince hastalık veya ilaç kullanma öyküsü yokmuş. Hasta doğal spontan vajinal doğumla 10 gün geç doğmuş. Motor gelişimi normal olan hastanın sol kolunda muhtemelen doğum sırasında müdahaleye bağlı brakial pleksopati gelişmiştir. Hastanın soy geçmişinde anormal olay ve akraba evliliği saptanmadı.

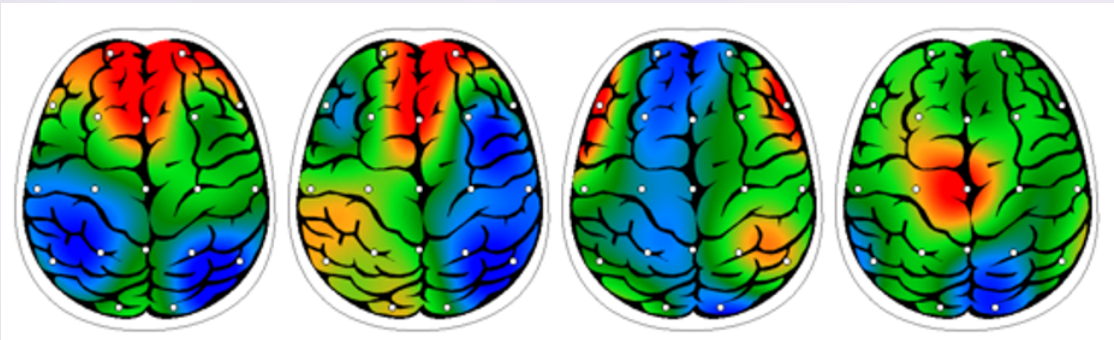


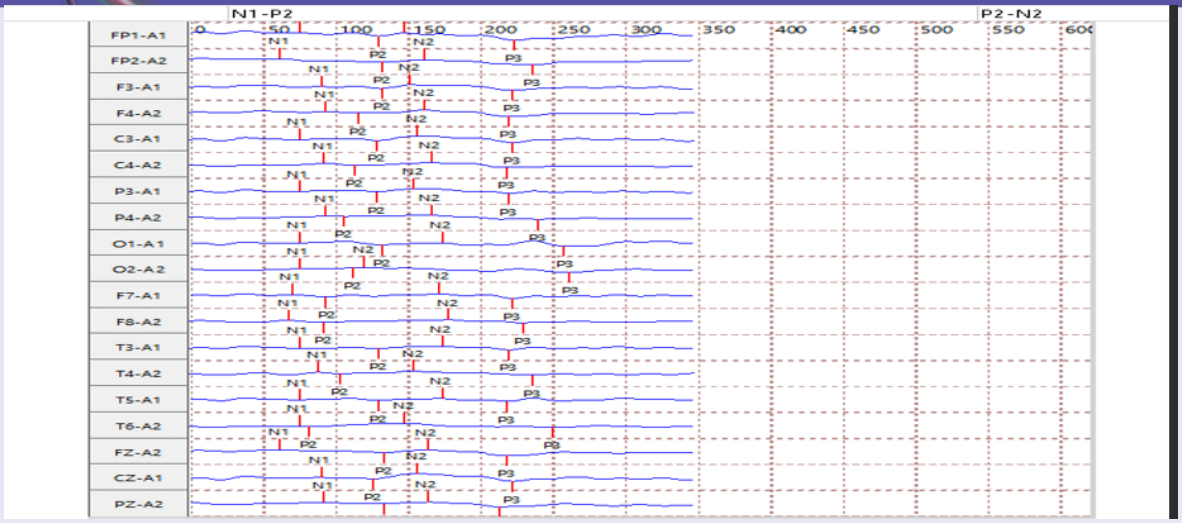
Kranial MRI görüntülerinde sol hemisfer frontoparietal loblar seviyesinde daha belirgin olmak üzere sol hemisferik yaygın ensefalomalazik-gliotik sinyal değişiklikler, parenkimal kayıba sekoınder asimetrik sulkal ventriküler genişleme saptandı. Ayrıca beyin sapı sol yarısında wallerian dejenerasyon ile uyumlu hemiatrofik değişiklikler saptandı. Ayrıca sağ frontal verteks düzeyinde minimal ensefalomalazik-gliotik sinyal değişiklikler, anterior interhemisferik fissür düzeyinde dural ossifikasyon , sol tarafta kalvaryal kemiklerde asimetrik kalınlaşma tespit edildi. Bu bulgular Dyke Davidoff Masson Sendromu tanısıyla uyumlu bulundu.





Tüm gece video monitörizasyon EEG ve beyin haritalanması yapıldı. Bulgular sol hemisfer frontotemporoparietal bölgelerden kaynaklanan epileptiform anomali ile uyumlu bulundu. Hastanın klinik vulguları, EEG ve nörogörüntüleme bulguları DDMS için patogonomiktir.





DDMS ilk kez 1933 yılında Dyke,Davidoff ve masson tarafından tanımlanan, intrauterin veya perinataldönemde değişik konjenital ve edinsel nedenlerle oluşan enfarkt sonucu gelişen hemisfer hipoplazisi veya atrofi ile karakterize bir sendromdur. Tnı klinik, radiolojik görüntüleme bulgularına dayanır. Klinikte en sık rastlanan dirençli epilepsi, fasiyal asimetri, öğrenme güçlüğü, kontrlateral hemiparezi ve mental retardasyondur. Farklılaşmalarındaki anahtar faktör, konjenital tipte, yapıların etkilenen tarafa doğru orta hat kaymasına yol açan serebral hemi atrofisinin bulunmasıdır. Bununla birlikte, edinsel tipte doğumdan sonra veya sulkasyonun sona ermesinden sonra meydana gelir. Atrofik serebral hemisferle beraber, sulkuslarda genişleme saptanır. Hastanın öyküsü, klinik bulgular, radiyolojik görüntüleme bulgular ve EEG sonuçları ile birlikte Dyke Davidoff Masson tanısını desteklemektedir. Ayırıcı tanıda kronik Rasmussen ensefaliti , Sturge-Weber sendromu (pial anjiyomların arttığını , atrofik kortekste kalsifikasyonlar, ipsilateral yüz kutanöz kılcal malformasyonu), Silver-Russell Bazal ganglia germinom (klasik yüz fenotipi üçgen yüz; küçük, sivri çene, geniş alın ve ince, geniş ağız, gecikmiş kemik yaşıyla birlikte büyüme geriliği, klinodaktili, normal baş çevresi ile hemihipertrofi ve normal zeka ile karakterize edilir) bulunur. Fishman sendromu veya ensefalokraniyokütanöz lipomatoz (Nöbetlerle ortaya çıkan, gözün lipodermoidi ile birlikte tek taraflı kranial lipomu içeren nadir bir nörokütanöz sendrom) ve lineer nevüs sendromu (Schimmelpenning-Feuerstein-Mims sendromu), tipik bir fasiyal nevüs, zeka geriliği, tekrarlayan nöbetler ve hemimegaensefali bulguları ile karakterizedir. DDMSnin medikal tedavisi antikonvülsan ilaçların akılcı kullanımı ile yapılmaktadır . Hastayı nöbetsiz bırakma şansı %85 olan fonksiyonel hemisferektomi veya hemisferotomi, ilaca dirençli nöbetler için cerrahi seçeneklerden biridir. (Özellikle hemiplejili ve tedavi edilemeyen sakatlayıcı nöbetleri olan hastalar gibi dikkatle seçilmiş vakalarda). Uzun vadeli yönetim fizyoterapi, mesleki terapi ve konuşma terapisini içerir. Vagus sinir stimülasyonu, tıbbi olarak tedavi edilemeyen epilepsi için başka bir tedavi seçeneğidir.

BP - 29 KAS ZAAFINDA POLİMİYOZİT: ANTİ SENTATAZ SENDROM OLGUSU

FURKAN TALHA TOKDEMİR [1], İPEK ARSLAN [1], ÇAĞLA TATAR [2], METİN MERCAN [3], FARUK KARANDERE [2], ŞENGÜL AYDIN YOLDEMİR [2], FULYA EREN [1], MEHMET HURŞİTOĞLU [2]

[1] TAKSİM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ, SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
[2] SADİKONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ DAHİLİYE KLİNİĞİ, SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
[3] SADİKONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ, SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Giriş:
Polimyozit, dermatomyozit ve otoimmün nekrotizan miyozit; inflamatuar miyopati sınıfına giren ve ortak özelliği kreatin kinaz yüksekliği ve proksimal kas zaafı bulgusu olan hastalıklardır. Polimyozitlerin alt sınıfı olan anti sentetaz sendromu; miyozit, interstisyel akciğer hastalığı, inflamatuar artrit, işçi eli görünümü ve raynaud fenomeninden oluşan klinik bulgular ile antisentetaz'lardan herhangi birinin birlikteliğine verilen addır. En sık anti sentetaz birlikteliği anti jo-1'dir ve miyozitin ön planda olduğu formu oluşturur. Burada antisentetaz sendromu olgumuzu sunarak proksimal kas zaafı bulgusu ile gelen hastada ayırıcı tanıda nadir de olsa aklımıza gelmesi gerektiğini vurgulamak istedik.

Olgu:
28 yaşında kadın hasta; 4 yıldır romatoid artrit ve raynaud fenomeni tanılı hasta; halsizlik, merdiven çıkma gibi engel aşmada zorluk, çarpıntı ve nedeni bilinmeyen ateş şikayetleriyle dahiliye servisine yatırıldı. Gelişinde laboratuar tetkikleri:CRP:239 mg/L Sodyum:133 mmol/L Potasyum:4.1 mmol/L kreatinin:0.5 mg/dL üre:12 mg/dL AST:87 U/L ALT:26 IU/L CK:2850 U/L WBC:13.6 e3/uL HB:9.9 g/dL MCV:91 fL Sedimentasyon:69 mm/saat Ferritin:943.9 ug/L Tam idrar tahlilinde (TİT): Lökosit::14 Eritrosit:5 idi. Enfeksiyon odağı bulmak amacıyla istenen kan ve idrar kültüründe üreme saptanmadı. Yapılan tüm batın USG de : Karaciğer (K.c) boyutları üst sınırdadır. parankim ekosu grade 1 hepatosteatoz lehine arttığı ve . K.c segment 8 de 20*12 mm boyutlu hiperekojen solid lezyon izlenmesi dışında anlamlı patoloji saptanmadığı öğrenildi Çarpıntısından dolayı çekilen elektrokardiyografide (EKG) patoloji olmadığı, troponin değerlerinde anormallik saptanmadığı, yapılan transtorasik ekoda (TTE) ejeksiyon fraksiyonu (EF):60 romatizmal mitral ve aort kapak ve hafif orta posteriorda egzantrik mitral yetmezlik saptandığı öğrenildi. Toraks BT'de periferik fibrotik dansiteler, alt loblarda interseptal kalınlaşmalar ve yer yer buzlu cam görünümü ve kistik değişikler mevcut olup interstisyel akciğer hastalığı olarak değerlendirildiği saptandı.Solunum fonksiyon testleri zorlu FEV1: 104 ml FEV1/FVC: % 118 PEF: 94 ml olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde yutma güçlüğü, proksimal interfalangeal 2,3,4. Ekleminde; hassasiyet, ısı artışı ve kızarıklık, üst ve alt ekstremitelerde diz ve dirsek ekstansiyon kısıtlılığı mevcut olup, gower bulgusu pozitif, üst ekstremite kas gücü 5/5 alt ekstremite ekstansiyon kas gücü +4/5, kalça fleksiyonu 4/5 olarak değerlendirildi.Yürüme temkinli olarak değerlendirildi. .Diğer nörolojik muayene bulgularında patoloji saptanmadı. Mevcut tedavisinde Hidroksiklorokin 200 mg 1*1, Prednizolon 5 mg 1*1 kullanan hastanın yapılan laboratuvar ve radyolojik incelemelerinde akut faz yüksekliğini açıklayacak infeksiyon odağı ve maligniteye ait bulgu saptanmadı. Otoimmün panelinde proteinaz 3 anti nötrofil antikor (pr3 ANCA):- myeloperoksidaz ANCA (mpo ANCA):- antinükleer antikor (ANA):+ (ince benekli ++) anti jo-1: + anti ds DNA: + anti-SS-A:+ anti SS-B: + romatoid faktör (RF):33 anti CCP<8 olarak bulunduğu öğrenildi. Proksimal kas güçsüzlüğü olan hastanın tutulum yeri ve biyopsi öncesi inflamasyon yerinin tespiti için el ve uyluk mr'ı istendi. Uyluk mr'ında bilateral uyluk düzeyinde anterior ve posterior kas gruplarında ve fasyalarında T2AG'de yaygın sinyal artışı izlendi. Polimiyozit yönünden değerlendirilmesi önerildiği öğrenildi. Proksimal kas güçsüzlüğü nedeniyle ve polimiyozit? Ön tanıları ile yapılan myopati protokolü ile çekilen elektromiyografi'sinde (EMG) sağ biceps ve deltoid kasında kısa süreli, düşük amplitüdlü küçük motor ünit potansiyeli (MUP))izlenmiş ve polifazik MUP oranı artmış olup miyopati lehine sonuçlandı. Kas biyopsisi planlandı. Miyozit panelinde anti SS-A antikoru: 3+ anti jo-1 antikoru : 3+ diğer antikorlar negatif olan ve klinikte miyozit, interstisyel akciğer hastalığı,inflamatuar artrit ve raynaud fenomeni olan hasta antisentetaz sendromu olarak düşünüldü. Kas biyopsisinde inflamasyon ve kas lifi nekrozu saptanmasıyla tanı desteklendi. Romatolojinin önerisiyle 3 gün1g/gün şeklinde pulse steroid tedavisi uygulandı. Takiplerinde ck, crp düzeyi geriledi. Şikayetleri azalan hasta çıkış tedavisinde hidroksiklorokin stoplandı ve metilprednizolon 0.5 mg/kg/gün başlandı.

Sonuç:
Subakut başlayan kas zaafı ve kreatinin yüksekliğinde miyozitler nadir de olsa ayırıcı tanıda düşünülmeli ve diğer bulgulara göre sınıflandırılmalıdır; çünkü kas zaafının artmasını ve sekel kalmasını engellemek için tanının erken konarak erken tedavi başlanması önemlidir.

BP - 30 BİLATERAL KAROTİKOKAVERNÖZ FİSTÜL OLGUSU

HATİCE SEVİL , İBRAHİM EMİK , DİLEK TOP KARTI , ŞEHNAZ ARICI

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Karotikokavernöz fistül internal karotis arter ile kavernöz sinüsün venöz yapıları arasındaki anormal vasküler bağlantı sonucu oluşur. Semptomatolojisi temel olarak kavernöz sinüsteki önemli sinir ve damar yapıları üzerindeki etkilerin bir sonucudur.
OLGU: 66 yaşında hipertansiyon tanısı olan kadın hasta, gözlerde kızarıklık ve ağrı yakınmalarına eklenen sol gözde dışa kayma ve çift görme yakınması ile tarafımıza başvurdu. Hastanın yapılan nörooftalmolojik muayenesinde, primer pozisyonda sol göz hafif içe deviye, bilateral dışa ve aşağı bakış kısıtlılığı, sağda belirgin olmak üzere bilateral kemozis mevcuttu. Kontrastlı kraniyal MRG, kraniyal MRG venografi normal saptandı. Kontrastlı orbita MRG'de bilateral superior oftalmik vende genişleme, BT anjiyografide sağda belirgin olmak üzere genişlemiş yaygın aberran venöz yapılar ve bilateral superior oftalmik venlerde genişleme saptandı. Hasta indirekt karotikokavernöz fistül olarak değerlendirildi. DSA yapılan hastaya girişimsel radyoloji tarafından bilateral kavernöz sinüs embolizasyonu uygulandı. Hastanın muayene bulguları geriledi, göz hareketleri olağan olarak saptandı.

Tartışma:
Karotikokavernöz fistül, nadir görülen bir hastalıktır. Kraniyoservikal travmalı hastaların %0,2'sinde görülür. Travmatik olmayan olguları sıklıkla orta/ileri yaşlı kadın hastalardır. Sıklıkla tek taraflıdır. Hipertansiyon, diabetes mellitus, Ehler-Danlos sendromu, fibromusküler displazi kolaylaştırıcı faktörlerdir. Klinik olarak pulsatil tinnitus, propitozis, orbital üfürüm, konjonktival kızarıklık, kemozis, diplopi, retroorbital ağrı, görme keskinliğinde azalma, intraoküler basınç artışı, tromboz, serebral iskemi olarak prezente olabilir. Tanıda dijital substraksiyon anjiyografi altın standarttır. İndirekt karotikokavernöz fistüllerin %20-%60 oranında kendiliğinden kapanması beklenir. Kompresyon tedavisi en az invaziv yöntemdir. Transarteriyel, transvenöz sıvı embolizan ajan, koil, balon tedavileri invaziv tedavi seçeneklerindendir. Endovasküler girişimin başarı oranı %80'den yüksektir. Bilateral karotikokavernöz fistülü nadir görülen bir tablo olması nedeniyle sunulmuştur.

BP - 31 SEREBRAL VENÖZ TROMBOZA SEKONDER SUBDURAL HEMATOM VE ORTA MENİNGEAL ARTER EMBOLİZASYONU: OLGU SUNUMU

HELİN KÖKMEN [1], TAYLAN ALTIPARMAK [1], FATİH ÖNCÜ [2], BURAK KARAARSLAN [3], HALE ZEYNEP BATUR ÇAĞLAYAN [1], MEHMET KORAY AKKAN [2], BİJEN NAZLIEL [1]

[1] GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, RADYOLOJİ ANABİLİM DALI
[3] GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Serebral venöz sinüs trombozlarına sekonder gelişen subdural hematom nadir görülür. Son yıllarda orta meningeal arter (MMA) embolizasyonunun, subdural kanamalarda düşük nüks oranıyla, güvenli ve minimal invaziv bir tedavi seçeneği olduğu gösterilmiştir.

Olgu:
47 yaşında kadın hasta baş ağrısı, bulantı, kusma şikayetleriyle başvurdu. Çekilen Beyin BT'de sol transvers sinüs ve sigmoid sinüs hiperdens izlendi. Kraniyal MRG (manyetik rezonans görüntüleme) venografi'de Sol transvers ve sigmoid sinüste internal juguler vene uzanan tromboze görünüm izlendi. Sinüs ven trombozu tanısı ile hasta Nöroloji Servisi'ne yatırıldı. Özgeçmişinde menengiom ve buna sekonder epileptik nöbet, hipotiroidi, pulmoner tromboemboli mevcuttu. Venöz sinüs trombozu tanısıyla hastaya enoksaparin tedavisi başlandı. Trombofili panelinde Faktör V leiden, MTHFR(C677T) heterozigot saptanmış olup hayat boyu antikoagulan tedavi alması hematoloji tarafından önerildi. Hastanın poliklinik kontrollerinde çekilen Beyin MRG' de sol frontoparietal bölgede subdural hematom geliştiği görüldü. Hastaya Orta Meningeal Arter embolizasyonu yapıldı. Kontrol Beyin tomografilerinde subdural hematomun tamamen rezorbe olduğu izlenerek antikoagülasyonuna tekrar başlandı.

Tartışma:
Subdural hematom tedavisinde Burr-hole açılması ve drenaj cerrahisi yaygın olarak uygulanmaktadır ancak hastaların %5-33ünde tekrarlama riski taşır. Orta Meningeal Arter Embolizasyonu (MMAE) minimal invazif etkin bir tedavi yöntemi olarak kabul edilir. Hafif semptomatik hastalarda hematom büyümesini önlemek amacıyla, cerrahi drenaja yardımcı olarak, antiplatelet/antikogulan tedavi gören hastalarda ve koagulopatik olan hastalarda kanama riskini azaltmak ve ortadan kaldırmak amacıyla uygulanmaktadır. MMAE neovaskülarizasyonu engelleyerek hematomun tekrarını önler. MMAE, kronik subdural hematomun iyileşmesini kolaylaştırır ve tedaviye bağlı daha düşük komplikasyon riskiyle geleneksel tedaviden daha etkili olduğu kabul edilir. Bu olgu sunumunda, sinüs ven trombozuna sekonder subdural hematomu olan hastalarda MMAE tedavisinin etkinliğini vurgulamayı hedefledik.

BP - 32 ÇOK NADİR BİR BİRLİKTELİK: CMT-1A VE OTOİMMÜN MİYASTENİA GRAVİS

PINAR ÖZÇELİK , İLAYDA ÖZTÜRK , ZELİHA MATUR

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİMDALI

Olgu:
Otoimmün miyastenia gravis (MG) 1-2/10.000, Charcot-Marie-Tooth tip 1A (CMT-1A) 1/50.000 prevalansa sahip iki nadir görülen hastalıktır. Bu bildiride MG semptomları ile polikliniğimize başvuran, klinik ve EMG bulgularıyla herediter demiyelinizan bir polinöropatiye de sahip olduğu düşünülen; tetkikleri sonucunda hem MG hem de CMT-1A tanısı alan 55 yaşında bir kadın hasta sunulmuştur.

Hasta yaklaşık 6 aydır olan ses kısıklığı, yutma güçlüğü, 20 kg'ye yakın kilo kaybı ve bacaklarda güçsüzlük yakınmaları ile başvurdu. Özgeçmişinde glokom, hipertansiyon ve reflü tanısı vardı. Nörolojik muayenesinde; bilateral pitoz, sol gözde dışa bakış kısıtlılığı ve her iki gözde vertikal bakışta kısıtlılık mevcuttu. Oftalmoparezisi dalgalanma göstermekteydi. Boyun fleksörleri, üst ve alt ekstremite proksimal kaslarında ve altta ayak dorsifleksörlerinde kas gücü 4/5'di. Vibrasyon duyusu altta belirgin tüm ekstemitelerde azalmıştı. Derin tendon refleksleri kayıptı; bilateral pes kavus deformitesi vardı. EMG incelemesinde; herediter demyelinizan polinöropatiler ve NMB'de post-sinaptik tipte iletim defekti ile uyumlu bulgular mevcuttu. Ach reseptör ve Musk antikorları negatif saptandı. Genetik test sonucunda PMP22 geninde duplikasyon mevcuttu ve CMT1A tanısı konuldu. Hastaya oral pridostigmin ile birlikte IV immunglobulin tedavisi verildi. Tedavi sonrası klinik iyileşme görüldü. Taburculuğundan bir hafta sonra klinik kötüleşmesi olan hastaya, miyastenik kriz tanısıyla plazmaferez tedavisi 7 kür uygulandı. Şu anda olgu hala servisimizde takip edilmekte olup, prednizolon ve rituksimab tedavisi ile izlenmektedir.

Sonuç:
Bildiğimiz kadarıyla olgumuz literatürde erişkin yaşta hem CMT1A hem de MG tanısı almış olan ilk olgudur. Biz de olgumuzun tanı ve tedavisi sırasındaki seyrini ve bu nadir rastlanabilecek hastalık birlikteliğini sunmak istedik.

BP - 33 ÇOCUK HASTALARDA TROMBEKTOMİ DENEYİMLERİMİZ: 5 OLGU SUNUMU

SEVDA SAYYİĞİT TEKİN , MUTTALİP ÖZBEK , HAMZA GÜLTEKİN , EŞREF AKIL , CUMALİ ÇETİNER

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Pediatrik popülasyonda akut iskemik inme nadir görülen ancak morbidite ve mortalite nedeni olabilen ciddi bir olaydır. Çocuklarda akut iskemik inme görülme sıklığı yılda ortalama 100.000 de 1.5-8.0 dir. Çocuklarda inme etyolojisi erişkinlere göre önemli ölçüde farklılık gösterir ve çeşitlidir. Erişkin hastalarda tromboliz ve mekanik trombektomi temel tedavi modalitesi olmakla birlikte çocuklarda akut iskemik inme için değerlendirme ve tedavi genelde erişkin literatürüne dayanmaktadır. Değerlendirme ve tedavi prensiplerini belirleyen çok merkezli klinik çalışmalar henüz yetersizdir.

OLGU 1: Bilinen DKMP tanılı ve düzenli asetilsalik asit kullanımı olan 12 yaş kız çocuğu çocuk kardiyoloji servisinde takip edilmekte iken sabah saat:07.30 civarında yakınları tarafından sağ kol bacakta güçsüzlük ile fark edilmiş. Hasta en son saat 01:00 civarlarında yakınları tarafından sağlam görülmüş. Hastanın NM de bilinç açık, tutuk afazik, koopere ve oryante,gözler her yöne hareketli, pupiller ızokorık IR ve KR bilateral pozitif, sağ üst ve alt ekstremıteler 2/5 kas gücünde, sağda babinski pozitif, sağda total SFP mevcuttu.Hastanın pedNIHH skoru:13-14 olarak hesaplandı. Hastanınçekilen DWI de sol bazal ganglıonlarda akut enfarkt ile uyumlu difüzyon kısıtlılığı görüldü.Hasta ivedilikle mekanik trombektomi işlemine alındı. Hastanın anjıo görüntülemesinde sol mca M1 total oklüde idi. Hastaya aspirasyon+stentrıever ile 1 pass yapıldı TICI 3 rekanalizasyon sağlandı.

OLGU 2: 17 yaş erkek hasta bulantı kusma baş dönmesi ve nöbet ile dış merkezde entübe edilmiş. hastanın çekilen BBT-A da baziler arter trombüsü saptanması üzerine tarafımıza sevk edildi. Hasta entübe ve sedatize olduğundan nörolojık muayene tam olarak değerlendirilemedi. Hasta 8.saatinde mekanık trombektomi işlemine alındı. Hastanın anjıo işleminde baziller tepe oklüzyonu saptandı. 3 pass aspirasyon+stentrıver uygulandı TICI 3 rekanalizasyon sağlandı. Hastanın post-op yapılan etyolojik araştırmasında Sol akciğer alt lobda yaklaşık 7x 5 cm boyutlarına varan lobüle konturlu, AVM lehine değerlenidrilen kitle lezyonu izlendi. Hasta post-op mRS:1 ile taburcu edildi ve göğüs cerrahisi tarafından lobektomi yapıldı.

OLGU 3: 9 Yaş erkek hasta 10 gündür olan baş dönmesi. dengesiz yürüme ve bulanık görme şikayeti ile dış mekreze başvurmuş çekilen DWI de sol serebellar alanda enfarkt olması nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. Hastanın NM de bilinç açık koopere oryante GTOH pupiller ızokorık IR ve KR bilateral pozitif bakış yönüne vuran nistagmusu mevcut tüm ekstremiteler tam kas gücünde ataksik yürüyüşü vardı. Hasta elektif şartlarda DSA amaçlı yatırıldı ve yapılan anjioda sol vertebral arterde diseksiyon imajı ile uyumlu görünüm ve baziller tepede trombüs imajı izlendi. Hastaya 1 pass aspirasyon+stentrıever ve 3 pass aspirasyon yapıldı ve TICI 3 rekanalizasyon sağlandı. Hasta post-op 3.ayda mRS 0 ile takip edildi.

OLGU 4: 13 yaş erkek hasta bilinen hastalık öyküsü yok 5 saat önce başlayan sol kol bacakta güçsüzlük ile tarafımıza başvurdu. hastanın NM de bilinç açık dizartrik konuşma mevcut koopere oryante GTOH pupiller izokorık IR ve KR bilateral pozitif solda SFP mevcut sol üst alt ekstremite kas gücü 1-2/5 idi. Hastanın DWI de sağda bazal ganlion seviyesinde akut enfarkt saptanması üzerine acil mekanık trombektomiye alındı. Hastanın sağ MCA M1 oklüde görüldü. 1 pass aspirasyon+stentrıver uygulandı TICI 3 rekanalizasyon sağlandı. Hastanın etyolojik taramasında herhangi bir risk faktörü bulunamadı. Hasta 3.ayında mRS:0 ile takip edildi.

OLGU 5: 7 yaş kız çocuğu bilinen hastalık öyküsü olmayıp 7 saat önce başlayan sağ kol bacakta güçsüzlük ve konuşamama şikayeti ile tarafımıza sevk edildi. Hastanın NM de bilinç açık mıx afazık GTOH pupiller ızokorık IR ve KR bilateral pozitif sol ekstremıteler plejık tdr sağda pozitif Hastanın dış merkezli DWI de sol frontoparyetalde akut enfarkt mevcut olması nedenıyle acil mekanik trombektomiye alındı. Hastanın anjıo da sol MCA M1 oklüde görüldü. Hastaya 1 Pass aspirasyon yapıldı ve TICI 3 rekanalizasyon sağlandı. KOntrol DWI de sol korona radıata ve frontotemporalde sağda occipitalde ve frontalde akut enfarkt ile uyumlu difüzyon kısıtlılığı saptandı. hastanın şüpheli sap serebral alan enfakrtı nedeniyle kontrastlı kranial mR çekildi.

Hastanın bilateral serebral alanda kistyik yapılar ile uyumlu lezyon saptandı. Hastanın etyolojik taramasında kardiak echınococcus saptandı. Hasta 3.ayında mRS:1 ile takip edildi.

Sonuç:

Save childs çalışmasında pediatrik popülasyonda MT'nin nörolojik sonuçları, rekanalizasyon oranları, yan etkileri yetişkinlerde yapılan randomize çalışmaların sonuçları ile karşılaştırıldığında MT'nin pediatrik popülasyonda olumlu sonuçları olduğu saptanmıştır.Yine bu yaş grubunda semptomların başlamasından itibaren 24 saate kadar klinik defisit ile infarkt alanın uyumsuzluğu olanlarda MT'nin güvenilir ve nörolojik sonuçlarının iyi olduğu gösterilmiştir.İnmenin erişkinlerdeki en önemli sebebi ateroskleroz olmasına karşın çocukluk çağında inme sebepleri çok sayıda ve değişkendir.Etyolojide yer alan risk faktörleri travma,enfeksiyon, hematolojik, metabolik,kardiyovasküler ve vaskülitik hastalıklar gibi.Bizde bu çalışmamızda pediatrik iskemik inme risk farktörlerinin değişken olduğunu tespit ettik.Bu konuda daha fazla vaka toplanıp randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

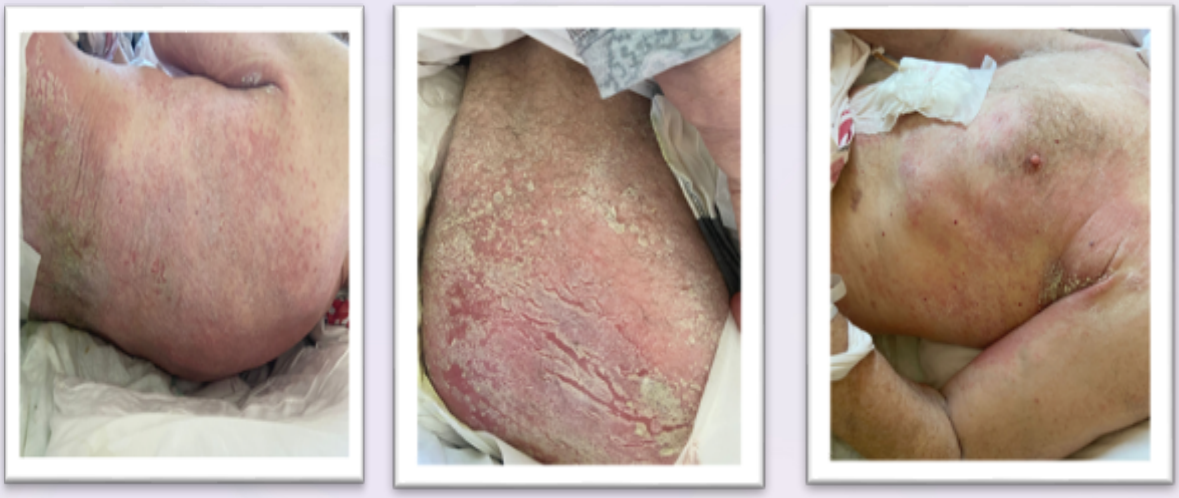
BP - 34 LEVODOPA/KARBİDOPA BAĞIRSAK JELİ İNFÜZYONU SONRASINDA GELİŞEN YENİ BİR ADVERS OLAY: YAYGIN MAKÜLOPAPÜLER DÖKÜNTÜSÜ OLAN BİR OLGU

BORAN CAN GÜNER , ÖZGÜL OCAK , YILDIZHAN ŞENGÜL

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ,NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Levodopa/karbidopa infüzyon pompası ileri evre, oral levodopa tedavisine kısmi yanıt alınan hastalarda kullanılmaktadır. Levodopa/karbidopa infüzyon tedavisi PEG-J (perkütan endoskopik gastrostomi-jejunostomi) infüzyon pompası aracılığı ile gerçekleştirilmektedir (1). Bu uygulamaya bağlı advers etkilerde lokal deri lezyonları bildirilmiş olmasına rağmen lezyonlar genellikle cerrahi alanında sınırlı cilt lezyonları şeklinde olmaktadır (2). Levodopa/karbidopa bağırsak jeli infüzyonu sonrası sırtta ,göğüs ön yüzde, bilateral inguinal ve uyluk bölgesinde daha belirgin olmak üzere tüm vücutta yaygın eritemli ,skuamlı yer yer fissürlü deri lezyonları olan olgu sunulmuştur.

Olgu:
Yetmiş beş yaşında erkek hasta genel durum bozukluğu ve parkinson kliniğinde kötüleşme nedeni ile acil serviste değerlendirilerek nöroloji servisine yatış yapıldı. Özgeçmişinde parkinson hastalığı ve benign prostat hiperplazisi tanıları mevcuttu. Tedavide levodopa /benserazid (100/25mg) 4x2, rasajilin 1mg 1x1 tedavilerini kullanmaktaydı. İlk nörolojik muayene bilinç açık, kooperasyon kısıtlı ,verbal çıktısı azalmıştı ve hipofonik konuşması mevcuttu, sağda belirgin alt ve üst ekstremitelerde rijidite ve dişli çark mevcut, lateralizan motor defisit saptanmadı. Hastanın ileri evre parkinson hastası olması sebebi ile levodopa/karbidopa bağırsak jeli infüzyon pompası tedavisi başlandı Tedavi ile dört extremitede rijiditesinde belirgin azalma ve kliniğinde regresyon gözlendi. Tedavi başlangıcından 1 gün sonra hastada deri lezyonları oluştu ve dermatoloji ile konsulte edildi. Deri lezyonları sırtta ,göğüs ön yüzde,bilateral inguinal ve uyluk bölgesinde ,bez bölgesinde eritemli ,skuamlı yer yer fissürlü lezyonlar olarak tanımlandı (Şekil 1 . Oral mukoza ve genital bölgede beyaz plaklar izlendi. Deri lezyonlarından dermatoloji tarafından biyopsi alındı. Biyopsi sonucu yüzeyel perivasküler dermatit olarak geldi. Hastanın lezyonlarında vücudunun yarısından fazlasını kaplayacak şekilde artış olduğu ve mukoza tutulumu olduğu için dermatolojiye Steven Johnson Sendromu ve TEN açısından tekrar konsulte edildi. Dermatoloji önerilerine uyuldu. Levodopa/ karbidopa bağırsak jeli infüzyonu azaltılarak kesildi. Levodopa /benserazid (100/25mg) 5x2 olarak tedavisi değiştirildi. Hastanın lezyonları tedavi değişikliği ile regresyon gösterdi (Şekil 2) . Taburculukta hastanın oral alımı iyileştiği görüldü ve hasta levodopa /benserazid (100/25mg) 5x2 olarak tedavisi ile taburcu edildi.



Şekil 1:Levodopa/karbidopa tedavisi başlanması ile oluşan eritemli ,skuamlı yer yer fissürlü lezyonlar.

Şekil 2 : Levodopa/karbidopa tedavisi kesildikten sonra lezyonlarda oluşan regresyon

Tartışma:

Parkinson hastalarında deri lezyonlarını iyatrojenik (uygulanan tedavilere sekonder) ve iyatrojenik olmayanlar olarak ikiye ayırılmaktadır. İyatrojenik olmayanlara melanoma ,seboreik dermatit,terleme bozuklukları,bülloz pemfigoid,rozasea,perioral dermatit, iyatrojenik olanlara genellikle subkutan veya perkutan uygulanan tedavilere sekonder uygulama bölgesinde lokal lezyonları örnek verilebilir (3). Literatürde karbidopa tedavisinden sonra oluşan yaygın deri lezyonları bildirilmiş olmasına rağmen Levodopa/karbidopa bağırsak jel infüzyon tedavisine bağlı yaygın cilt lezyonları literatürde bildirilmemiştir (4) . Biz olgumuzun cilt lezyonları açıısndan levodopa/karbidopa bağırsak jel infüzyon tedavisine bağlı literatürdeki ilk olgu olması nedeni ile sunduk.

Kaynakça:

1. Udd, Marianne, et al. "Problems related to levodopa-carbidopa intestinal gel treatment in advanced Parkinsons disease." Brain and Behavior 7.7 (2017): e00737.
2. Shimamura, Munehisa, et al. "Analysis of PEG-J associated complications in 14 adult patients treated with levodopa-carbidopa intestinal gel." Rinsho Shinkeigaku= Clinical Neurology 59.3 (2019): 153-156.
3. Niemann, Nicki, Andrew Billnitzer, and Joseph Jankovic. "Parkinsons disease and skin." Parkinsonism & Related Disorders 82 (2021): 61-76.
4. Cansino-Torres, Mariana Aurora, et al. "Allergy to carbidopa." Clinical Neuropharmacology 41.2 (2018): 75-79.

BP - 35 OLGULAR İLE NADİR GÖRÜLEN İZOLE DİYABETİK BRAKİYAL PLEKSOPATİ

MELİH Ş. DORU , OKAN AKŞAHİN , SİBEL KARŞIDAĞ

SULTAN ABDULHAMİD HAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Diyabetik radikülopleksopati özellikle tip 2 Diyabetes Mellitus (DM) tanılı erkeklerde, daha çok alt ekstremitelerde unilateral veya asimetrik bilateral tutulum gösteren ağrılı nadir bir nöropatidir. Diyabetik servikal radikülopleksus nöropati (DSRPN) ise daha da nadir görülen servikal bölgeyi izole etkileyen üst ekstremitede bulgularla prezente olan bir alt grubudur. Bu yazıda DSRPN'li 3 hastayı sunduk.

Olgular:
10 yıldan uzun süredir tip 2 DM tanılı ve düzenli takibi olmayan yaşları 57 ile 62 arasında değişen akut başlangıçlı üst ekstremitede tek taraflı güçsüzlük ve ağrı şikayetleri ile polikliniğimize başvuran 3 erkek hasta servisimize interne edildi. Nörolojik muayenede 2 hastada proksimal ve distal 1 hastada ise distal tek taraflı kas güçsüzlüğü izlendi. Laboratuvar incelemelerinde glikozile hemoglobin (HbA1c) değerleri %8.9-9.5-11.8 olarak saptandı. Kan glukoz takipleri regüle değildi. Lomber ponksiyon değerlerinde protein yüksekliği dışında anlamlı patoloji saptanmadı. Elektrofizyolojik incelemelerde 2 hastada orta-alt trunkusta, 1 hastada ise tüm pleksusta etkilenme görüldü. 2 hastada ek olarak aksonal polinöropati zemini saptandı. 2 hastaya 1000 mg/gün metilprednizolon tedavisi ve intravenöz immunglobulin (İVİG) tedavisi verildi, tüm hastalara fizik tedavi uygulandı. Takiplerde üç hastada da kısmen klinik düzelme kaydedildi, nüks izlenmedi.

Tartışma:
DSRPN sekel bırakabilen ciddi kas güçsüzlüğü ve ağrı ile prezente olabilen patogenezinde mikrovaskülitten kaynaklanan iskemik hasarın rol oynadığı nadir bir diyabet komplikasyonudur. Hastalarda görülen BOS protein yüksekliği patolojik sürecin kök seviyesine kadar yayıldığını düşündürmektedir. Hastaların semptomatik olarak rahatlatılması ve sinir fonksiyonlarının kaybını yavaşlatmak esastır. Bu amaçla metilprednisolon ve İVİG tedavileri kullanılabilmektedir. Sonuç olarak; üst ekstremite izole ağrı ve kas güçsüzlüğü ile gelen hastalarda nadir de olsa DSRPN ayrıcı tanıda düşünülmelidir.

BP - 36 VOGT-KOYANAGİ-HARADA SENDROMU VE B-HÜCRELİ LENFOMA BİRLİKTELİĞİ: BİR ENSEFALİT OLGUSU

MERVE BAHAR ERCAN , BELGİN KOÇER , TAYLAN ALTIPARMAK

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) Sendromu bilateral, kronik, diffüz granulomatöz panüveit, işitsel, nörolojik bulgular ve vitiligo ile karakterize sistemik otoimmün bir hastalıktır. Melanosit spesifik proteinler tirozin ve tirozin ilişkili protein-1 ve protein-2'ye karşı gelişen otoantikorlar rol oynar. En sık görülen nörolojik tablo aseptik menenjitdir. VKH tanısı almış ağır ensefalit tablosu ile prezente olan bir B hücreli lenfoma olgusu sunulmaktadır.
Olgu:
Ellibeş yaşında erkek hasta, üst solunum yolu enfeksiyonunu takiben dirençli ateş, başağrısı, bulanık görme, bilinç bulanıklığı, konuşma bozukluğu, kooperasyon-oryantasyon bozukluğu ve görsel halüsinasyonlar ile başvurdu. Özgeçmişinde tinnitus ve işitme kaybı öyküsü mevcuttu**.** Beyin MRG'de bilateral pariyetooksipitalde periventriküler beyaz cevherde ovoid ve bilateral bazal ganglia-kapsüler yapılar ve mezensefalotalamik alanlarda yer yer ventriküle dik uzanım gösteren, yamasal, difüzyon kısıtlamayan, T2 kesitlerde hiperintens demiyelinizan karakterde lezyonlar saptandı. BOS proteini yüksek (250 mg/dl), glukoz 79 mg/dL (skş:208 mg/dL), mononükleer lenfozit (MNL) hücre 98 hücre/uL, polimorfonükleer lenfosit (PMNL) 17 hücre/uL, gram boyamada MNL hücre hakimiyeti gözlendi. Serum ve BOS'da meningoensefalit, brucella, sfiliz paneli, herpes ve tbc PCR negatif, OKB tip1 negatif, İgG indeksi 0.6, serum anti-NMO ve anti-MOG negatif, serum IL6 düzeyi yüksek 150,9 (<7) saptandı, nörobehçet ve nörosarkoidoz dışlandı. Göz muayenesinde görme keskinliği sağda 30 cm-solda 50 cm'den parmak sayma şeklinde idi, fundus muayenesinde optik disk sağda soluk-solda hiperemik görünümde, bilateral yaygın seröz retina dekolmanı ve OCT'de koroid tabakada kalınlaşma gözlendi. Hastada bilateral oküler tutulum, ensefalit kliniği ve işitsel bulguların varlığı ile Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) Sendromu tanısı konuldu, 10 gün süre ile 1000 mg/gün intravenöz metilprednizolon (İVMP) tedavisi uygulandı. Bilinç bulanıklığı ve başağrısı düzelen hastanın görme keskinliğinde sağda 20/100 ve solda 20/80 şeklinde düzelme, retina dekolmanında gerileme gözlendi. Oral MP 80 mg/gün, azatiyoprin 2x50 mg/gün ve adalimumab 40mg/gün iki haftada bir üzere tedavisi düzenlendi. Üç ay sonra ÜSYE sonrasında benzer klinik bulgulara ilaveten sol kol ve bacakta güçsüzlük gelişti. Hastanın kooperasyonu kısıtlı, oryantasyonu bozuktu, tek kelimelik basit cevaplar verdiği, solda hemiparezi (2/5 kas gücünde) görüldü. Kontrastlı Beyin MRG'de mevcut lezyonlarda tama yakın regresyon vardı. Fundus muayenesinde bilateral papil ödem var iken dekolman yoktu. BOS proteini ve glukoz normal idi, gram boyamada bakteri ve Wright boyamada lökosit görülmedi, enfeksiyöz ve inflamatuar durumlar dışlandı, serum IL-6 düzeyi 8,5 (<7) saptandı. BOS sitolojisinde melanin yüklü makrofaj tespit edilmedi. Hastaya 10 gün süre ile 1000 mg/gün İVMP uygulandı, ardından 30 gr/gün İvİg beş gün süre ile verildi. Takibinde hastanın kooperasyonu ve solda kas gücü tam düzeldi, papil ödemi geriledi. Bir hafta sonra hastada letarji gelişti. Beyin MRG'de bilateral pariyetal, sekonder motor alanlar ile orta frontal giruslar düzeyinde, superior frontal girusta U liflerini etkilemeyen yamasal, difüzyon kısıtlayan,T2 kesitlerde hiperintensite ve SWI'da multipl mikrohemorajiler barındıran alanlar izlendi. BOS'ta JCV PCR negatif saptandı. İVMP 1000 mg/gün başlandı, takibinde 5.günde bilinci kötüleşen hastaya 2 seans plazmaferez uygulandı, ancak gelişen trombositopeni nedeniyle sonlandırıldı. Trombositopeni etiyolojisine yönelik yapılan kemik iliği biyopsisinde B-hücreli lenfomayı destekleyen bulgularla tanı konuldu. Hastanın kemik iliği biopsisi ve MRG bulguları intravasküler lenfoma tanısını düşündürdü. Hasta septik şok nedeniyle eksitus oldu.
Tartışma:
VKH sendromu dirençli ateş, başağrısı, bulanık görme, ensefalopati ve/veya meningismus bulguları olan, BOS pleositozuna rağmen nonspesifik MRG bulgularının görüldüğü nörolojik tabloda akla gelmelidir. Fundus muayenesinde bilateral eksüdatif retinal dekolmanın ve OCT'de koroidal kalınlaşmanın olması tanı için ipucu özelliğindedir. Ensefalit düşünülen ve enfeksiyöz ve inflamatuar hastalıkların dışlandığı vakalarda VKH tanısı akla gelmelidir. BOS'da PMNL varlığı VKH tanısını dışlamaz. Literatürde de sınırlı sayıda VKH sendromu kliniği ile başlangıç gösteren ya da takiplerde VKH sendromu ortaya çıkan lenfoma ve lösemi vakaları bulunmaktadır. SSS tutulumu intravasküler lenfomatöz tutulumdan kaynaklanabilir. Multipl serebral kanama ve mikrohemorajilerin ayırıcı tanısında intravasküler büyük B-hücreli lenfoma tanısı düşünülmelidir. Olgunun MRG bulguları bu tanıyı desteklemektedir. Olgu, VKH sendromunda ensefalit tablosunun gelişmesi ve beraberinde lenfomanın tespit edilmesi nedeniyle özellik göstermektedir. Erken teşhis ve agresif sistemik immünosupresif tedavi her iki hastalık için önemlidir.

BP - 37 ATİPİK BİR OLGU: 19 YAŞINDA HIZLI İLERLEYİCİ BİR NÖRODEJENERATİF HASTALIK

TUBA ERDOĞAN SOYUKİBAR [1], YILMAZ ONAT KÖYLÜOĞLU [2], NİLSU GÜVENÇER [2], MUSTAFA EGE ŞEKER [2], MEHMET MALİK BİLGİLİ [2], ERKAN ACAR [1]

[1] ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ

Giriş:
Nörodejeneratif hastalıklar, çoğunlukla ileri yaşlarda görülen ve çok sayıda alt tipi olan bir hastalık grubudur. Genç hastalarda etyolojiler arasında genetik, metabolik, hipoksik ve otoimmün sebepler bulunmaktadır. Otoimmün ensefalit ve nadir de olsa Creutzfeldt-Jakob hastalığı (CJH) bu alt tipler arasında yer almaktadır.

Olgu:
On dokuz yaşında kadın hasta yaklaşık 6 ay önce başlayıp giderek belirginleşen istemsiz hareketler, dengesizlik, kognitif bozukluk şikayetleriyle başvurdu. Özgeçmişinde febril konvülsiyon, tik bozukluğu, OKB, disosiyatif kognitif bozukluk mevcuttu. Motor-mental gelişimi normaldi. Anne-baba 2. derece akrabaydı, iki kardeşi exitustu (4 yaş nedeni bilinmeyen meningoensefalit, 9 yaş ani kardiyak ölüm). Muayenesinde apatik görünüm, serebellar testlerde beceriksizlik, ataksik yürüyüş ve yaygın DTR artışı mevcuttu. Başvurudan 4 ay önceki beyin omurilik sıvısı (BOS) ve Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) incelemeleri normaldi. Hastanemizde yapılan MRG'sinde T2/FLAIR sekansta bilateral frontal lob mediali, singulat girus, sol temporal mediali, hipokampüs ve sol insüler kortekste belirgin, kontrastlanmayan hiperintensiteler ve EEG'de zemin aktivitesinde yavaşlama saptandı. BOS'ta hücre saptanmadı ve glukoz, protein, albümin, IgG normal saptandı. Ayırıcı tanıda otoimmün ensefalit, olası CJH düşünüldü. MRG'si daha çok otoimmün ensefalitle uyumlu olduğu için intravenöz metilprednizolon 1000 mg/gün başlandı. Kliniğinde dramatik iyileşme gözlendi fakat tedavinin dördüncü gününde ani kardiyak arrest sonucu exitus oldu. BOS ve serum paraneoplastik panel, BOS otoimmün panel testleri negatifti. BOS Nöron Spesifik Enolaz yüksek ve Protein 14-3-3 pozitif saptandı.

Sonuç ve Yorum:
Hastamızın klinik ve MRG bulguları ve steroide dramatik yanıt otoimmün ensefalit düşündürmekteydi. Ancak serebellar ve ekstrapiramidal bulguların varlığı, BOS'ta hücre olmaması, normal protein değeri ve Protein 14-3-3 pozitifliğiyle beraber hastanın exitus olması olası CJH düşündürmüştür. Bu sunuda santral sinir sistemini etkileyen nadir hastalıkların ayırıcı tanısının önemini vurgulamak istedik.

BP - 39 MİDE BOTOKS UYGULAMASI SONRASI NÖROLOJİ KLİNİĞİMİZDE İZLENEN ÜÇ İYATROJENİK BOTULİZM OLGUSU

DİLARA ASAR , LEVENT ÖCEK , AYSEL ÇOBAN , EBRU BÖLÜK , UFUK ŞENER

SBÜ İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTENESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Botulizm, clostridium botulinum tarafından üretilen nörotoksinlerinin sebep olduğu nöroparalitik bir hastalıktır. Giderek artan intestinal botulinum toksin tip A enjeksiyonunun gastrik boşalmayı yavaşlattığı ve ghrelin düzeyine etki ederek iştahta azalma sağladığı gösterilmiştir. Ancak mide botoksu sonrasında iyatrojenik botulizm ortaya çıkabilmektedir. Biz de olgularımızla son yıllarda yaygınlaşan mide botoks uygulaması sonrası ortaya çıkan nöromuskuler kavşak bozukluğuna dikkat çekmek istedik.

Olgu:
Olgu 1: 43 yaşında kadın hasta mide botoks sonrası 5.gününde çift görme,yutma güçlüğü ve nefes darlığıyla başvurdu.Nörolojik muayenesinde bilateral pitozisi, fasial diplejisi ve gag refleksinde azalması vardı.Baş fleksiyonu, ekstansiyonu ve proksimal kas gücü 4/5 idi. Asetilkolin reseptör antikoru pozitif (AChRAb) (6,39 nmol/L) saptandı.Tek lif EMG'si nöromusküler kavşak bozukluğuyla uyumlu saptandı.Antitoksin uygulanmadı.Pridostigmin ve intravenöz immunglobulin tedavisi (IVIG) başlandı.Kliniğinde regresyon izlenen, yutması düzelen hasta kontrol planlanarak taburcu edildi.
Olgu 2: 44 yaşında kadın hasta göz kapağında düşüklük,yutma güçlüğüyle başvurdu.8 gün önce mide botoks yaptırdığı öğrenildi.Nörolojik muayenesinde bilateral pitozisi, fasial diplejisi ve gag refleksinde azalması vardı. Baş fleksiyonu, ekstansiyonu ve proksimal kas gücü 3/5 idi.Tek lif EMG'sinde nöromusküler kavşak bozukluğuyla uyumlu saptandı.AChRAb negatifti. Antitoksin uygulanmadı.Hastaya pridostigmin ve IVIG başlandı. Kliniğinde regresyon izlenen,yutması düzelen hasta kontrol planlanarak taburcu edildi.
Olgu 3: 30 yaşında kadın hasta mide botoksu uygulaması sonrası acil servise ağızda kuruluk,bulanık ve çift görme şikayetleriyle başvurdu. Nörolojik muayenesinde;vertikal ve horizontal göz hareketleri kısıtlı, konuşma hipofonik,baş fleksiyonu,ekstansiyonu ve proksimal kas gücü 3/5 idi.Tek lif EMG'sinde nöromusküler kavşak bozukluğuyla uyumlu saptandı.AChRAb negatifti.Antitoksin uygulandı.Kliniğinde regresyon izlenen hasta kontrol planlanarak taburcu edildi.

Tartışma:
İyatrojenik botulizmin mide botoksu sonrasında nadir görülmekle birlikte antitoksin mortalitede azalma sağlamaktadır.

,

BP - 40 MYASTENİA GRAVİS HASTALIĞININ FARKLI KLİNİK SEYİRLERİ

İPEK ARSLAN , FURKAN TALHA TOKDEMİR , NAZİF SEÇKİNÜLKÜ , HÜLYA OLGUN , FULYA EREN , BURCU ALTUNRENDE

TAKSİM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Myastenia Gravis (MG) hastalığı 150/milyona yaklaşan prevalansı ile nöromuskuler bileşkenin en sık görülen bozukluğudur. Nöromüsküler kavşakta postsinaptik membranda yer alan proteinlere karşı gelişen IgG antikorlarının, asetilkolin reseptör kaybına ve postsinaptik fonksiyon bozukluğuna neden olmasıyla, anormal fluktuasyon gösteren yorulma ve kas güçsüzlüğü ile seyreden kronik otoimmün bir hastalıktır. MG hastaları, tutulan kasa, başlangıç yaşına, antikor özelliklerine ve timoma varlığına göre alt gruplara ayrılır. MG hastalarında alt gruplar tedavi seçimi ve prognozun ön görülmesi açısından önemli yere sahiptir. Çalışmamızda yeni kurulan servisimizde 2023 yılında hastalarımızın MG tanısı alma ve seyri sürecindeki klinik tecrübemizi paylaşmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
2023 Ocak ile 2023 Ağustos tarihleri arasında Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniğinde servisimize yatan, klinik ve laboratuvar yöntemleri ile MG tanısı alan 7 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar; cinsiyet, tanı yaşı, klinik tutulum, antikor seropositivitesi (Anti-AChR antikoru, Anti-MUSK antikoru), EMG ve teklif değerlendirmeleri, timoma varlığı ve timektomi uygulanması, buz ve yorma testi cevapları, mestinona yanıtları, eşlik eden hastalık ve uygulanan tedavi kriterlerine göre retrospektif olarak değerlendirilerek kayıt altına alındı ve literatür bilgileri ile karşılaştırıldı.

Bulgular:
Çalışmaya 6 erkek (%71.4), 5 kadın (%28.6) olmak üzere 11 MG hastası dahil edildi. Hastaların tanı aldığındaki yaş ortalaması 40,18±19.47 (14-83) idi. Hastalık süresi ortalama 63.64±151.92 (3-408) ay idi. Eşlik eden hastalık olarak bir hastada nöromiyelitis optika spektrum hastalığı (NMOSD), bir hastada hipertiroidi, bir hastada kardiyak aritmi saptandı. MG klinik tutulum bulguları açısından oküler tutulumu olan 10 hasta (%90.90) (3 hastada hem pitoz hem diplopi,2 hastada hem bulanık görme hem pitoz, 2 hastada sadece diplopi, 2 hastada sadece pitoz, 1 hastada sadece bulanık görme) bulber tutulumu olan 3 hasta (%36.36) (3 hasta yutma ve konuşma güçlüğü, 1 hasta hem yutma, hem solunum güçlüğü), ekstremite kaslarında tutulumu olan 3 hasta (%27.27) (1 hastada boyun kaslarında, 2 hastada ekstremite kaslarında güçsüzlük) ve miyastenik kriz NMOSD'si olan 1 hastada (%14.28) saptandı. Klinik seyirde okuler başlangıçlı 10 hastanın ikisinde jeneralize MG gelişti, birinde bulber bulgular, birinde de eksterime tutulumu eklendi. Bulber başlangıçlı bir hastada da jeneralize MG gelişti. Antikor tutulumu olarak anti-AChR saptanan 7 hasta (%63.63), anti-MUSK saptanan 3 hasta (%27.27) ve seronegatif saptanan 1 hasta (%9.9) mevcuttu. Repetitif EMG incelemesinde dekrement saptanan 4 hasta (%57.14), tek lif incelemesinde 3 hastada(%42.85) jitter artışı ve blok saptandı.1 hastada kalp pili nedeniyle EMG yapılamadı. 1 hastada (%14.28) timik hiperplazi mevcuttu, 4 hastada (%36.36) timoma saptanarak timektomi yapıldı. Buz ve yorma testine pozitif cevap veren 8 hasta (%72.72) vardı. Tanı anında mestinona olumlu yanıt veren 7 hasta (%63.63) mevcuttu. Tedavi olarak; 9 hastaya mestinon, 5 hastaya oral steroid, 5 hastaya intravenöz immunoglobulin (IVIG) ve 4 hastaya azatioipirin tedavisi başlandı ve NMOSD'si olan miyasetinik kriz saptanan 1 hastaya plazmaferez uygulandı. Tedavi altında ortalama 36 ±89.96 (1-240) ay takip süresinde hastaların klinik bulgularında belirgin düzelme ve stabil seyir saptandı.

Sonuç:
MG hastalığı tipik olarak okuler bulgularla başlayıp çoğunlukla okuler belirtilere bulber ve ekstremite kaslarına ait tutulum belirtileri ekleneceği gibi, nadiren konuşmada bozulma gibi bulgularla başlayıp tanıda gecikmeye yol açabilir. MG tanısının erken konması ve erken etkin tedavi ile hastalığın ilk yıllarında görülecek alevlenmelerin önlenmesi mümkün olabilir. Eşlik eden NMOSD gibi otoimmun hastalık varlığında seyrin daha ağır ve miyastenik krizlerin görülebileceği de akılda tutulmalıdır.

BP - 41 AKUT MONOPAREZİNİN NADİR BİR NEDENİ: AORT DİSEKSİYONU OLGUSU

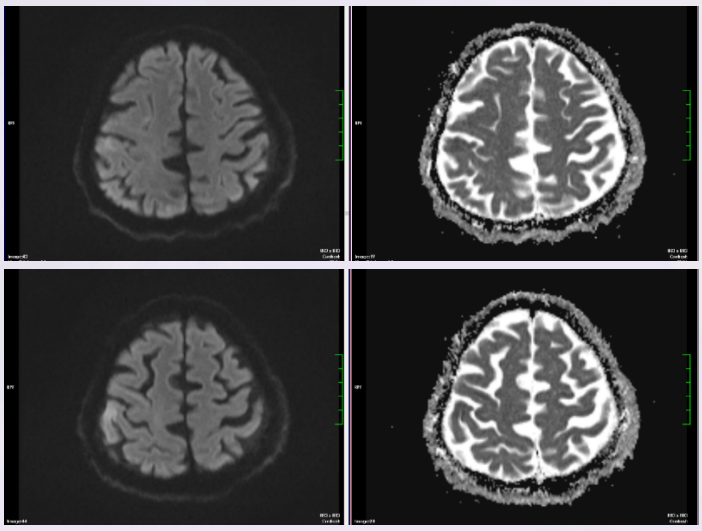
MUHAMMET AKİF ÇEVİK , FETTAH EREN

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

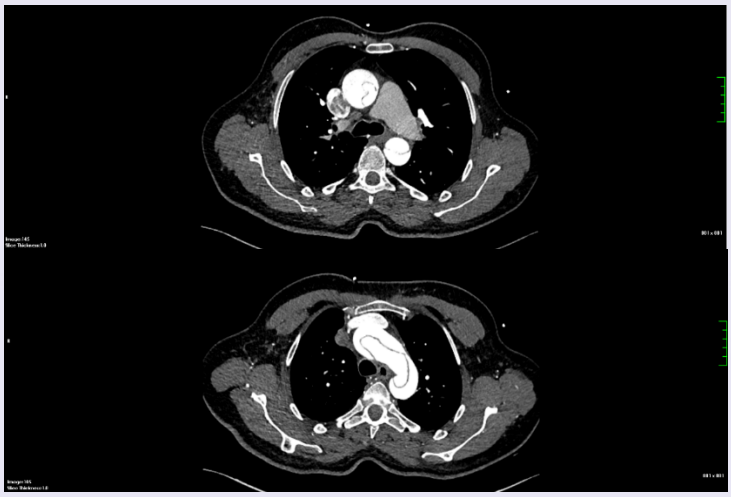
Giriş:
Akut gelişen monoparezi; etyolojisinde inme, spinal kord iskemisi ve basısı, transvers miyelit, Guillain-Barré Sendromu, miyastenik kriz ve aort diseksiyonu gibi birbirinden farklı patolojiler bulunabilen endişe verici bir nörolojik semptomdur (1, 2). Burada sağ alt ekstremitede ani güçsüzlük şeklinde şikayeti olan bir akut aort diseksiyonu olgusu sunulmaktadır.

Olgu:
Bilinen hipertansiyon tanılı, oral antihipertansif kullanan 65 yaşındaki erkek hasta acil servise 2 saat önce ani gelişen bilinçte kötüleşme, sağ bacakta uyuşma ve güçsüzlük şikayetleriyle başvurdu. Acil servis başvurusuna kadar geçen sürede hastanın bilincinin açıldığı, sağ bacak güçsüzlüğünün kısmen düzeldiği öğrenildi. Nörolojik muayenesinde patolojik olarak sağ alt ekstremitede MRC'ye göre 4/5 kas güçsüzlüğü ve dermatomal dağılıma uymayan hipoestezi ile sağda ekstansör taban derisi yanıtı tespit edildi. Hastanın arteriyel tansiyonu 80/50 mm Hg idi. Elektrokardiyografide sinüs bradikardisi ile D1, aVL, V1-6 derivasyonlarında T negatifliği görüldü. Kan tetkiklerinde Troponin T (14,5 ng/L) yüksekliği dışında özellik yoktu. Kontrastsız beyin BT'de akut patoloji tespit edilmedi. Difüzyon MRG'de sağ postsantral girusta kortikal-subkortikal düzeyde fokal zayıf difüzyon kısıtlılığı izlendi (Şekil 1'e bakınız). Kontrastlı BT anjiografide çıkan aorta, arkus aorta ve inen aortada trunkus brakiosefalikus, sol ana karotis ve sol subklavian arterlere uzanım gösteren diseksiyon flebi ile uyumlu görünüm izlendi (Şekil 2'ye bakınız). Kalp ve damar cerrahisi tarafından değerlendirilen hasta akut aort diseksiyonu tanısı ile acil operasyona alındı.

Sonuç:
Akut aort diseksiyonu semptomatolojisindeki çeşitlilikten dolayı tanısal zorluklar içeren, yaşamı tehdit edici nadir bir hastalıktır (2). Hipertansiyon, en yaygın komorbiditedir (3). Her üç hastadan birinde nörolojik defisite rastlanır (2). İnme semptomları en sık görülen nörolojik bulgudur ve çoğunlukla sağ taraflıdır. Nörolojik bulgular genellikle başlangıçta ortaya çıkar, altta yatan durumu maskeleyebilir ve ilk başta sıklıkla iyileşme eğilimi gösterir. Özellikle ağrısız diseksiyonlarda nörolojik semptomların ön planda olması tanıyı zorlaştırabilir. İntravenöz trombolitik gibi acil inme tedavileri bu hastalar için hayati risk oluşturabilir (5). Kardiyak Troponin T sıklıkla yüksektir (3). Kontrastlı BT anjiografi ilk tanısal değerlendirme araçlarındandır, duyarlılığı ve özgüllüğü yüksektir (3, 4). Proksimal diseksiyonlarda acil cerrahi gerekmektedir ve prognoz hızlı tanıya bağlıdır (2). Sonuç olarak aort diseksiyonu, akut monoparezi gibi inme semptomları gösteren hastaların ayırıcı tanısında akılda tutulması gereken nadir nedenlerden biridir.



Şekil 1: Difüzyon MRG tetkikinde sağ postsantral girusta kortikal-subkortikal düzeyde fokal zayıf difüzyon kısıtlılığı izlendi.



Şekil 2: Kontrastlı BT anjiografi tetkikinde çıkan aorta, arkus aorta ve inen aortada diseksiyon flebi ile uyumlu görünüm izlendi.

Kaynaklar:

1-EyreAJ. "Chapter 9 – RosensEmergencyMedicine: ConceptsandClinicalPractice." (2023).
2-Piper SN, Kötter KP, Triem JG, Pfleger S, Schmidt CC, Saggau W, Boldt J. Neurologische Symptome bei akuter thorakaler Aortendissektion--ein Fallbericht [Neurologic symptoms in acute thoracic aortic dissection--a case report]. Anaesthesiol Reanim. 1998;23(6):164-6. German. PMID: 10036797.
3- Mussa FF, Horton JD, Moridzadeh R, Nicholson J, Trimarchi S, Eagle KA. Acute Aortic Dissection and Intramural Hematoma: A Systematic Review. JAMA. 2016 Aug 16;316(7):754-63. doi: 10.1001/jama.2016.10026. PMID: 27533160.
4-Morello F, Santoro M, Fargion AT, Grifoni S, Nazerian P. Diagnosis and management of acute aortic syndromes in the emergency department. Intern Emerg Med. 2021 Jan;16(1):171-181. doi: 10.1007/s11739-020-02354-8. Epub 2020 May 1. PMID: 32358680.
5-Gaul C, Dietrich W, Erbguth FJ. Neurological symptoms in aortic dissection: a challenge for neurologists. Cerebrovasc Dis. 2008;26(1):1-8. doi: 10.1159/000135646. Epub 2008 May 30. PMID: 18511865.

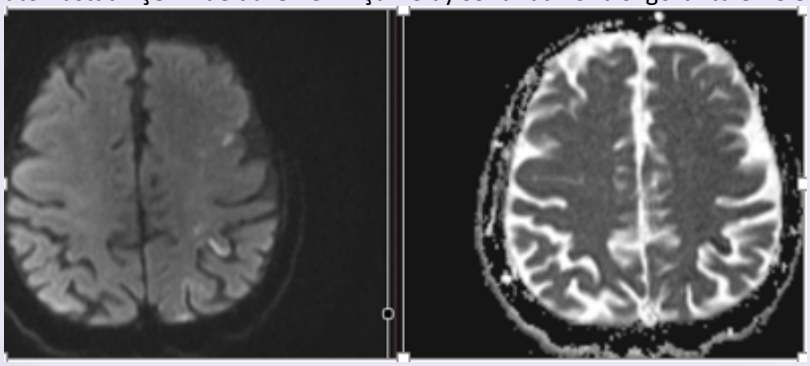
BP - 42 YÜZEN TROMBÜS İLİŞKİLİ KAROTİS ARTER EMBOLİSİ

ÖZGE TÜRK , VEDAT ALİ YÜREKLİ

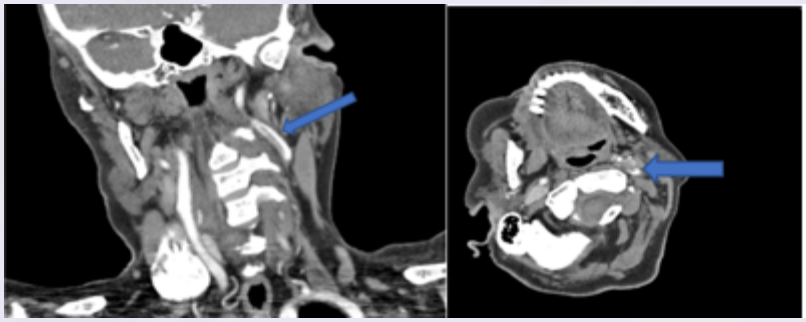
SÜLEYMAN DEMİREL TIP FAKÜLTESİ

Giriş:
Akut iskemik inme ve geçici iskemik atak ile başvuran hastaların karotiste saptanan yüzen trombüse yaklaşım konusunda net fikir birliği yoktur. Biz de yüzen trombüs vakamızı literatür eşliğinde sunmayı hedefledik.

Olgu:
Hipertansiyon dışında ek hastalığı olmayan 75 yaş kadın hasta dış merkeze sol yüz yarısında uyuşma ve konuşma bozukluğu nedeniyle başvurmuş olup sonrasında tarafımıza yönlendirilmiştir. Yakınmaları 4 saat sürmüş olup sonrasında tamamen düzelmiştir. Nörolojik muayenesinde fokal nörolojik defisit saptanmamıştır. Çekilen difüzyon manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde sol anterior ve orta serebral arter borderzone alanında difüzyon kısıtlanması izlenmiştir (Resim 1). Çekilen beyin bilgisayarlı tomografi (BT) anjiografisinde sol internal karotis arterde servikal segmentte, sol karotis komüniste bifurkasyo düzeyinin 2 cm distalinden başlayan ve 3 cm lik segment boyunca izlenen, nonokluziv intralumınal internal karotid arter yüzen trombusu ile uyumlu hipodens görünüm olduğu izlenmiştir (Resim 2). Hastanın tedavisi klopidogrel, düşük molekül ağırlıklı heparin ve atorvastatin şeklinde düzenlenmiştir. 3 ay sonunda kontrol görüntülemelerinde patoloji saptanmamıştır.



Resim 1: Anterior ve orta serebral arter borderzone iskemisi



Resim 2: BT anjiografide sagittal kesitte ve aksiyel kesitte trombüsün görünümü

Tartışma
Karotis yüzen trombüsleri nadirdir ve görüntüleme tetkiklerinin gelişmesiyle birlikte daha sık tanı konulabilmektedir. En sık etiyoloji aterokslerozdur. Bunun yanında malignite, trombofili ve altta yatan inflamatuvar süreçler etiyolojide yer almaktadır. Görüntüleme olarak BT anjiografide halka işareti ve VKA dopplerde trombüsün akut subakut fazlarına göre hiperekojenik rim görünümü tanımlanmıştır. Karotis yüzen trombüslerinde ilk haftada tekrarlayan iskemik olaylar yüksek görülmekte olup optimal tedavi hususunda net bir görüş yoktur. Tedavi hususunda kanıt düzeyi yüksek çalışmalara ihtiyaç vardır.

BP - 43 MORTAL SEYREDEN GERİATRİK BİR TETANOZ OLGUSU

PELİN AKSOY [1], MECBURE NALBANTOĞLU [1], GÜLAY OKAY [2], ZELİHA MATUR [1]

[1] *BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, ENFEKSİYON HASTALIKLARI ANABİLİM DALI*

Amaç: Tetanoz, Clostridium tetani'nin ürettiği ekzotoksinlerin neden olduğu, akut gelişen, tonik kas spazmlarıyla seyreden; jeneralize, lokal, sefalik ve neonatal şeklinde klinik formları bulunan, aşı ile önlenebilir mortalitesi yüksek bir infeksiyon hastalığıdır. Jeneralize tetanoz, solunum tutulumu ve otonomik disfonksiyon nedeniyle ileri yaştaki hastalarda yüksek mortaliteye neden olmaktadır. Burada eksik ve temas sonrası geç tetanoz profilaksisi olan, lokal başlayıp jeneralize forma dönüşen bir tetanoz olgusunu sunmaktayız.

Olgu:
Bilinen üç yıldır Alzheimer Hastalığı olan 85 yaşında kadın hasta, acil servisten tarafımıza üç gün önce başlayan, sıklığı gittikçe artan, farkındalığın korunduğu, sağ eldefleksiyon postürde, iki gün önce eklenen çenede kasılma, beslenme ve nefes alma güçlüğü şikayetleriyle danışıldı. Öyküsünde on gün önce evinde saksının üstüne düşme sonrası yaralanma ve toprakla teması olduğu öğrenildi. Muayenesinde sağ ön kolunda nekroze açık yara, trismusa bağlı ağzını açma ve yutma güçlüğü ve konuşmada dizartri, sağ elde fleksiyon postürde tonik kasılma, ense sertliği ve alt ekstremitelerde hiperrefleksi görülmesi sebebiyle tetanozdan kuşkulanıldı. Enfeksiyon hastalıkları servisine lokal tetanoz ön tanısı ile yatırılan tetanoz aşısı, yara çevresine tetanoz immunoglobulini, metronidazol, kasılmaları için klonazepam tedavileri başlanan hasta desatüre olması, spazmlarının jeneralize olması ve opistotonus postürü gelişmesi üzerine entübe edildi, yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) alındı. Jeneralize tetanoz tanısıyla YBÜ'de midazolam infüzyonu ve endotrekal aspiratta üremeler nedeniyle intravenöz antibiyoterapilerle takip edilen hasta takibinin 28.gününde kaybedildi.

Tartışma ve Sonuç:
Tetanozun yaygın immünizasyon çalışmaları ile görülme sıklığı azalmakla beraber ileri yaş grubunda görüldüğünde mortal seyredebileceği akılda tutularak, lokal ya da jeneralize tonik kas spazmları görülen hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmesi gerekmektedir.

BP - 44 NADİR GÖRÜLEN BİRLİKTELİK MYASTENİA GRAVİS VE STİFF-PERSON SENDROMU : OLGU SUNUMU

ÜMMÜ REYYAN TOKLU ÇETİNKAYA , ULVİYYAT JAFAROVA , DEMET İLHAN ALGIN , OĞUZ OSMAN ERDİNÇ

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Stiff-Person Sendromu(SPS) aksiyel ve ekstremite kaslarında aralıklı ilerleyici ağrılı kas spazmı ile karakterize nadir görülen bir hastalıktır . İnhibitör yolak için kritik bir enzim olan glutamik asit dekarboksilazın (GAD) blokajından kaynaklanan santral sinir sisteminin(SSS) inhibisyonunun azalması nedeniyle artan kas aktivitesinden kaynaklanır. Myastenia gravis (MG), oküler, bulbar, ekstremite ve/veya solunum kaslarını içeren dalgalı motor güçsüzlük ile karakterize otoimmün bir nöromüsküler hastalıktır. Timoma, myastenia gravis ve SPS arasında bir ilişki kaydedilen vakalar literatürde sınırlı sayıdadır.

Olgu:
43 yaşında bir senedir myastenia gravis tanılı kadın hasta göz kapağı düşüklüğü , çabuk yorulma ,yutma güçlüğünde artış ve yeni gelişen ağrılı istemsiz kasılma şikayetleri nedeniyle polikliniğe başvurdu. Özgeçmişinde MG ve astım mevcuttu . Nörolojik muayenesinde yorma testi ile sağ gözde pitoz ,tek nefes testi sekiz idi. Sağ tarafta belirgin tüm vücutta yaygın spastik kasılmalar gözlenen , aksiyal postürü bozulan hastanın derin tendon refleksleri canlı saptandı. Çalışılan kan tetkikleri B12 ve demir eksikliği dışında olağandı. Hareketle artan istemsiz kasılma ve rijiditesi olan hastanın SPS ön tanısı ile serumdan çalışılan Anti-GAD 65 antikoru pozitif saptandı. Elektromiyografi (EMG) incelemesinde sinir ileti incelemeleri normaldi. İğne EMG incelemesinde , sağ abduktor pollicis brevis , sağ abduktor digiti minimi ve paraspinal kaslarda devamlı spontan motor ünite potansiyeli (MÜP) boşalımları izlendi. Torakal paraspinal kaslarda devamlı spontan MÜP boşalımları esnasında intravenöz (İ.V) diazepam yapıldı ve diazepam sonrası spontan MÜP boşalımlarının kaybolduğu gözlendi. Kranial manyetik rezonans görüntüleme (MRG), toraks bilgisayarlı tomografi (BT) , malignite tarama açısından istenen kanser markerları normal saptandı. Tüm vücut pozisyon emisyon tomografisinde uterus sağ kenarda fokal artmış fluoro-2-deoksi-glikoz (FDG) tutulumu olan hastaya ileri tetkikler planlandı. Piridostigmin, prednizolon, azatioprin tedavisi altında şikayetleri olan hastanın 0,4gr/kgdan intravenöz immunglobulin (IVIG) tedavisi sonrası şikayetlerinde azalma gözlendi. Kontrollerinde destekle mobilize olan; rijiditesinde artış saptanan hastaya ritüksimab başlandı. Ritüksimab tedavisi sonrası yapılan EMG'de spontan deşarjların azaldığı gözlendi.

Tartışma:
Stiff-Person Sendromunun Myastenia Gravis hastalığı ile birlikteliği literatürde çok az bildirilmiş olup eşlik eden antiteler açısından akılda tutulması ve altta yatan olası maligniteler açısından mutlaka araştırılması gerektiği unutulmamalıdır.

BP - 45 TEK MERKEZ ÇOCUK HEMATOLOJİ KLİNİĞİ KEMİK İLİĞİ TRANSPLANTASYON ÜNİTESİNDEN İSTENEN NÖROLOJİ KONSÜLTASYONLARININ İNCELENMESİ

YÜKSEL DEDE [1], BÜŞRA ÇAĞLAR [2], NEVİN YALMAN [3], BERRİN AKTEKİN [1]

[1] YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
[3] YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK HEMATOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:
Çeşitli hematolojik hastalıklar nedeni ile kemik iliği transplantasyonu uygulanan ya da uygulanması planlanan çocuklarda görülen nörolojik komplikasyonların etyolojisi, uygulanan tedavi yöntemleri ve alınabilecek önlemler açısından incelenmesi planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Bu çalışmada Ağustos 2021 ile Ocak 2023 tarihleri arasında hastanemiz çocuk hematoloji kliniğine bağlı pediatrik kemik iliği ünitesinden nöroloji kliniğimize istenmiş olan konsültasyonlar değerlendirilmiştir. Çalışmamız tek merkezli, retrospektif, kesitsel niteliktedir.

Bulgular:
Pediatrik kemik iliği ünitesinde yatarak izlenen yaş ortalamaları 8,13 (ss:4,56) olan 7 kız (%47), 8 erkek (%53) toplam 15 çocuk hastanın tarafımızca nörolojik açıdan değerlendirilmesi istenmiştir. Hastaların 12'sine (%80) kemik iliği transplantasyonu (KİT) uygulanmış, 3'üne (%20) uygulanmamıştır. Uygulanan kemik iliği transplantasyonlarının tamamı allojeniktir. Hastaların 8'inde ALL (%53) 2'sinde AML (%13) 2'sinde Talasemi (%13) 1'inde Aplastik anemi (%6), 1'inde Miyelodisplastik sendrom(%6), 1'inde Hodgkin Lenfoma (%6) vardı.
Hastaların 9'u (%60) yatışı boyunca sadece bir kez, 6'sı ise (%40) birden fazla kez tarafımızca değerlendirildi. Nörolojik açıdan istenen konsültasyonların sebepleri ise KİT uygulanmamış çocuklarda baş ağrısı, nöbet geçirme ve paresteziydi. KİT uygulanan hastalarda istem nedenleri KİT uygulama öncesi değerlendirmenin yanı sıra, nöbet geçirme, senkop, baş ağrısı, konuşma bozukluğu şeklindeydi.
Değerlendirilen tüm konsültasyonların 5 tanesine (%33) klinik ve radyolojik olarak Posteriyor reversible ensefalopati sendromu (PRES) tanısı kondu. PRES tanısı konan hastaların tamamında öncesinde hipertansiyon saptandı. PRES tanısı alan 5 hastadan 4'ünün (%80) bulguları tamamen geriledi, bir hasta ise hipertansif intrakranial kanamaya ilerlemesi nedeni ile kaybedildi. Revesible seyreden bir PRES olgusu başka nedenlerle (GİS ve cilt GVHD, KKY, sepsis) kaybedildi. Hiç PRES geliştirmemiş 3 vaka başka nedenlerle kaybedildi. (GİS GVHD, GİS ve cilt GVHD, Relaps ALL)

Sonuç:
Sonuç olarak bizim merkezimizde pediatrik hematoloji kemik iliği ünitesinde nörolojik açıdan rastlanan en sık bulgu nöbet geçirmeydi. Nöbet açısından değerlendirilen 7 hastanın 5'inde (%71) PRES saptandı. PRES olgularının %80'i revesible seyretti. PRES geçiren tüm hastaların öncesinde hipertansif seyretmiş olması pediatrik hastalarda kan basıncı kontrolünün nörolojik komplikasyonların önlemesinde önem arz etmektedir. Buna vurgu yapmak açısından bildirimizi yayınlamaya değer bulduk.

BP - 46 FRENİK SİNİR TUTULUMLU BİR NEVRALJİK AMİYOTROFİ OLGUSU

ABİR ALAAMEL , ONURAL TÜMER , YUSUF SAVRUN , HİLMİ UYSAL

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Omuz ve boyun ağrısı sonrasında gelişen nefes darlığıyla başvuran bir olgunun nadir görülen bir patolojisinin paylaşılması amaçlanmıştır.

Yöntem:
Kırk yedi yaşında bir erkek hasta 1 yıldır sırt üstü yatamama şikayeti ile başvurdu. 1 sene önce sağ omuzundan boynuna yayılan ve birkaç gün süren şiddetli ağrı sonrasında şikayetinin başladığını belirtti. Sırt üstü uzandığında şiddetli nefes darlığı şikayeti belirgindi. Ayakta ve oturur pozisyonda nefes darlığı yoktu. Özgeçmişinde bir özellik yoktu. Soy geçmişinde annesi ile babası aynı köydenlerdi. Annesi pankreas kanseri nedeniyle kaybedilmişti. Nörolojik muayenesinde bilinç açık, oryante ve koopereydi. Motor muayenesi normaldi. Derin tendon refleksleri normoaktif idi. Plantar yanıtları bilateral fleksördü ve patolojik refleksi yoktu. Sinir ileti çalışmalarında frenik sinir uyarımı ile sağ diyafragma kasından elde edilen BKAP amplitüdü sola göre belirgin ufalmıştı. Elektromiyografik incelemede sağ diyafragma kasında denervasyon potansiyelleri ve seyrelmiş MUP paterni izlendi. Sağ trapez kasında nörojenik MUP değişiklikleri ve rejeneratif karakterde MUPler izlendi. Deltoid kası normal bulundu.

Sonuç ve Tartışma:
Nevraljik amiyotrofi Parsonage ve Turner tarafından tanımlanmış nadir bir patolojidir. Nevraljik amiyotrofi olgularında frenik sinir tutulumu oldukça nadir görülmektedir. Literatürde sınırlı sayıda olgu bildirilmiştir. Acile ağrı sonrasında akut nefes darlığı şikayetiyle başvuran hastalarda diyafragma paralizilerinin de akılda tutulması ve bir nörolog tarafından değerlendirilmeleri gerektiği kanısındayız.

BP - 47 THYMİDİNE KİNASE(TK2)ESKİKLİĞİ İLE GEDEN MİTOHONDRİAL MİOPATİDE REQRESSİYA.

GÜNEL ÜMİD

AZERBAYCAN TİP UNİVERSİTESİ

Olgu:
Mitoxondrial hastaliqlar-diaqnoz ve tedavide şok zor olan hastalik qrubudur.Miopatik hastaliklar -kas zaifligi,yurume zorlugu,kaslarin erimesi,sinir-ezele oturuculuyunun bozuklugu ile geden hastalik qrubudur.TK2 hastaliginda ise mitohondrial DNA-da duplikasyon/delesyon sebebile mitohondrilerde THYAMIDINE KINASE enziminin sintezi bozulur ve neticede proksimal,bulbar,yuz,teneffus kaslarinin zaifliyi yaranir.EMQ-miopatiye uygun deyiwkenlikler olur.Kreatinkinaza yuksek şikiyor.Simptomlarin baslanmasina gore asagidaki formlari var:
1.Infantil -ilk simptomlar 1yasinda başlar.Ilk mental ve fizik gelisim normal olur.Ilk olaraq el ve bacaklarda hipotoni,kas guzsuzliyi ve nefes alma cetinliyi yaranir.Sonralar beyinde ensefalopati baslar ve koqnitiv bozuntular,eşitme kaybi,nobetler yaranir.
2.Usaqliq donemi -1ile 12 yas arasi baslar.ilk olaraq fasial kaslarda zaiflik,ptoz,fasial paraliz,oftalmoplegia yaranar.Hastalik hizli proqressiv eder ve cocuk 10 yaslarda yatakda olar,nefes almakta zorluk ceker.
3.Gec donem-12 yasdan sonra kas zaifligi,esasen boyun,ense,ptoz,yurume bozuklugu yaranir ve hastalik hizli progress etmez.
Bizde ayni ailenin 2 erkek kardesinde bu hastalik askar edildi.Boyuk kardes 9 yasinda oturub kalkamamak,yurumekde ve nefes almakda zorluk,tez yorulmak sikayeleri ile gelmis.5hamilelikdendir.Ilk 2 kardes dogulandan derhal sonra ekz olmus.Sonra 1 kiz kardesi(normal) ,sonra bu cocuk doqmus.Bundan sonra bir erkek kardes daha var,o da hasta.Noroloji muayinede:ezele gucu eller-4/4;bacaklar2/2.DTR ellerde +/+;bacaklarda -/-.Fasial paraliz,ptoz,oftalmopleji yok.CK-2500;kan amin ac.-N;Tandem MASS-hafif bozukluk;idrar orqanik asitler-N.WES-TK2(LIPID MIOPATISI).EMQ-miopatiye uygun bulgular.TEDAVI:3 yil l-carnitin;CoQ ve B2 almiş.Şimdi son 2 yilda hic bir şikayeti yok,CK-N VE HEC BIR ILAC ALMIYOR.HASTALIK REQRESS ETMIS.Kucuk kardes 9yasinda ayni şikayetler:oturub kalkamamaq,kas zaifliyi,nefes alma zorunluluqu ile gelmiş.Noroloji muayinede:Noroloji muayinede:ezele gücü eller-3/3;bacaklar2/2.DTR ellerde +/+;bacaklarda -/-.Faşial paraliz,ptoz,oftalmopleji yok.CK-3100;kan amin ac.-N;Tandem MASS-hafif bozukluk;idrar orqanik asitler-N.WES-TK2(LIPID MIOPATISI).EMQ-miopatiye uygun bulgular.TEDAVI:1yil L-carnitin,CoQ ve B2 almiş şikayetleri olmamis.Sonra B2 kabul etmemis ve yeniden yerisi ve nefes almasi zorlasmis,cabuk yoruluyor. Tedavıye yenıden başlanmıs ve yenıden klınık ıyılesme olmus.bu 2 vaka bıze sunu demeye esas verır kı,tk2 (lıpıd mıopatısı)-rıboflavın tedavısı ile reqresıon ede bıler.

BP - 48 GEBEDE İNTRAKRANİAL BASINÇ ARTIŞI İLE PREZENTE OLAN BİR NÖROBRUSELLOZ

NESİBE BÜŞRA FİDANTEK , ADALET ARIKANOĞLU

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Bruselloz dünya genelinde en sık, ülkemizde ise endemik olarak görülen önemli bir zoonozdur.Kronik bruselloz seyrinde direkt nörolojik tutulum olguların yaklaşık %5 inde bildirilmektedir.Periferik ve santral sinir sistemini tutan nörobrusellozun birçok farklı prezentasyonu olabilir.Olgumuz,nörobrusellozun oldukça nadir bir prezentasyonu olan izole intrakraniyal hipertansiyonu(İH) akılda tutmak için hazırlandı.

Olgu:
28 yaşında,21 haftalık gebe hasta 8 ay önce brucella nedeni ile doksisiklin ve rifampisin olmak üzere ikili antibiyoterapi almış,son 2 aydır ateş,kilo kaybı terleme şikayetleri ile bakılan rose bengal pozitif ve capture testi 1/ 5120 olması nedeni ile enfeksiyon kliniğine yatırılmıştı. Takiplerinde dirençli baş ağrılarının gelişmesi üzerine kliniğimize transferi sağlandı.Çift görme (4 aydır), akşamları olan güçsüzlük, yürürken zorlanma, baş ağrısı, ellerde uyuşma, kilo kaybı ve hasta yakınlarının tariflediği geçici olan sağ göz kapağında düşme şikayetleri mevcuttu.
Fizik muayenesinde genel durumu orta, bilinci açık, oryante, koopere, düşük vücut ağırlığı ve soluk görünüm mevcuttu.Sağ göz kapağında yaklaşık 3 mm kadar düşüklük ve yüzünde seğirmesi vardı. Nörolojik muayenesinde(NM) göz toparları orta hatta, pupiller izokorik, gözler her yöne hareketli, direkt ve indirekt ışık refleksleri normaldi.Tüm ekstremite kas kuvvetleri tam kas kuvvetinde ve derin tendon refleksleri normoaktifti.Tandem Walk testini doğru bir şekilde yaptı. Romber bulgusu yoktu.Vibrasyon normaldi.Taban deri refleksleri çift taraflı fleksördü. Meninks irritasyon bulguları yoktu.Göz dibi muayenesinde her iki optik disk sınırlarının silinmiş olduğu görüldü ve bilateral papil ödemi olarak değerlendirildi.
Lomber ponksiyon (LP) öncesi yapılan MR görüntülemeleri(kraniyal MR ve beyin MR venografi)normaldi.Beyin omurilik sıvısı (BOS) açılış basıncı 30 cm H_2O, glukozu 25 mg/dl(eş zamanlı kan şekeri 96 mg/dl),proteini 345 mg/dl ve BOS mikroskobik değerlendirilmesinde 15*10 lökosit izlendi,BOStan bakılan Rose Bengal testi pozitifti ve pandy testi 3+idi.Kan ve BOS kültürlerinde üreme olmadı.Menejit-Ensefalit multipleks PCR paneli negatifti.AChR antikoru negatif ve tek lif EMG normaldi.Fetal iyilik hali için yapılan obstetrik ultrasonografik değerlendirmede, obstetrist tarafından akut müdahale düşünülmedi.Hastamız klinik ve laboratuvar bulguları ile nörobruselloz kabul edildi.Mevcut trimetoprim+sülfametoksazol ve rifampisin tedavisine seftriakson ve asetazolamid eklendi.Takiplerinde papil ödemi ve diğer NM bulgularında gerileme görülürken; nüks veya herhangi bir sekel görülmedi.

Tartışma:
Birçok farklı nörolojik klinik prezentasyon ile karşımıza çıkarak tanı güçlüklerine yol açabilen nörobrusellozun - akla gelmediği takdirde-tedavisindeki gecikme, çeşitli sekellere neden olabilirken;erken teşhis ile olumlu sonuçlar alınabilmektedir.187 nörobruselloz vakasını içeren bir çalışmada, intrakraniyal hipertansiyon % 0,5 idi.(1)Nörobrusellozu olan gebe hastalarda primer İH sıklığına veya olgu bildirimine dair bir çalışmaya rastlayamadık. Gebelikte idiyopatik olarak karşımıza çıkabilen İH durumunda akla mutlaka nörobruselloz getirilmedir.

Kaynaklar:
1. Gul HC, Erdem H, Bek S. Overview of neurobrucellosis: a pooled analysis of187 cases. Int J Infect Dis. 2009; 13: e339-343.

BP - 49 PRİMER PROGRESİF AFAZİDE DİL KONUŞMA TERAPİSİNE BAĞLI ELEKTROFİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER: BİR OLGU SUNUMU

SEREN DÜZENLİ ÖZTÜRK [1], DİDEM ÖZ [2], İBRAHİM CAN YAŞA [3], DUYGU HÜNERLİ [2], YAĞMUR ÖZBEK İŞBİTİREN [2], ÖZGE YILMAZ KÜSBECİ [4], GÖRSEV YENER [4]

[1] *İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ*
[2] *DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ*
[3] *BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ*
[4] *EKONOMİ ÜNİVERSİTESİ*

Amaç:
Primer progresif afazi (PPA) primer olarak dil işlevlerinin ilerleyici şekilde bozulduğu, diğer bilişsel becerilerin erken evrede görece korunduğu nörodejeneratif bir hastalıktır. Farklı varyantları bulunan PPA'da en yaygın ve en erken görülen semptom anomidir. Sözcükler, kavramlar ile işitsel sembollerin eşleştiği ve anlam içeren dilsel öğelerdir. Sözcüklerin morfolojik, fonolojik ve anlamsal özelliklerine ilişkin bilgilerin oluşturduğu zihinsel sözlükçeye erişim yazılı ve/veya sözlü dilin üretim ve anlama sürecinde temeldir. Beynin uyarana karşı öz, doğal yanıtları olan olaya ilişkin potansiyel bileşenlerinden (OİP) N400 sözcük-anlamsal işlemlemeyle ilişkilendirilmektedir. Bu çalışmada BOS Alzheimer tanılı Logopenik Afazi kriterlerini karşılayan olguya verilen dil ve konuşma terapisinin etkisi klinik ve elektrofizyolojik olarak N400 OİP özelinde incelenmiştir.

Yöntem: Olgu 53 yaşında, kadındır. Konuşması tutuk ve sözcük bulma güçlüğü yaşamaktadır. Olgunun bilişsel işlevleri ayrıntılı bir nöropsikolojik test bataryası ile değerlendirilmiştir. Anlamsal hazırlama paradigması ile eş zamanlı EEG verisi toplanmıştır. Değerlendirmeleri tamamlanan olgu "Semantik Özellikler Analizi" yaklaşımının kullanıldığı haftada 4 seans 45 dk süre ile toplam 16 seans yoğun dil-konuşma terapisi programına alınmıştır. Terapi sonrası 3. ayda olgunun nöropsikolojik değerlendirmeleri ve N400 çekim protokolü tekrarlanmış, takip değerlendirmelerinin sonuçları, ilk değerlendirmelerin sonuçlarıyla karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Terapi sonrası hastanın dil ve konuşma işlevlerinde klinik bir düzelme izlenmiştir. Ayrıca terapi sonrası EEG verilerinde anlamsal açıdan ilişkili sözcük çiftlerinde sözlüksel aktivasyonun bir göstergesi olarak N400 OİP ortalama genliğinde artış saptanmıştır.

Tartışma: N400 OİP yanıtları, sözcük-anlamsal işlemleme sürecinde iyileşme varlığına işaret etmektedir. Bulgular nörodejenerasyonla seyreden hastalıkta elektrofizyolojik yanıtları indükleyebilen bireysel dil ve konuşma terapisinin önemi ve etkisine dikkat çekmektedir. Gelecekte daha büyük örneklemle, uzunlamasına çalışmalar önerilmektedir.

Destek: İzmir Bakırçay Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri birimi tarafından KBP.2021.009 proje numarası ile desteklenmiştir.

BP - 50 BİLİNEN İMMÜN YETMEZLİĞİ OLMAYAN HASTADA İNTRAKRANİAL MİLİER TÜBERKÜLOZ

ALMUTHNA ALABDALLAHALALEWY , CEVRİYE MERVE YILDIZ , ELİFNUR ÇELİKELOĞLU , GULNÜR TEKGÖL UZUNER

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI

Giriş:
Tüberküloz (TBC) küresel bir halk sağlığı sorunudur; en yaygın ölüm nedenlerinden birini oluşturur TBC tipik olarak pulmoner olarak ortaya çıkar. enfeksiyon, aynı zamanda SSS dahil vücudun diğer kısımlarını da etkileyebilir. Milier TBC çoğunlukla immün sistemi baskılanmış hastalarda görülür. Bunlara genellikle TBCnin ekstrakraniyal ve meningeal tutulumu eşlik eder.

Olgu:
40 yaşında erkek hasta, akut başlayan konuşma bozukluğu şikayeti ile acil servise başvurdu. Ayrıca hastanın son 2-3 aydır ara sıra olan başağrısı ve diplopi şikayeti mevcuttur, tadı almada bozulma tarif ediyordu. Hastanın özgeçmişinde yaklaşık 6 aydır geçmeyen öksürük şikayeti mevcut olup dış merkezde Sarkoidöz? Ön tanısı konulmuştu. Hastanın nörolojik muayenesi hafif dizartri ve üst ekstremite vibrasyon duyusunda bilateral azalma dışında olağandı, ense sertliği yoktu. Hastaya nöroloji servisine yatışı verildi. Kontrastlı kranial, serikal ve torakal MR planlandı. Her iki serebral hemisferde, ponsta, mesensefalonda ve serebellumda en büyüğü 7mm çapında multipl T2 hiperintensteler izlendi Hastaya LP yapıldı, BOS görünümü berrak, Protein düzeyi 140,60 , glukoz düzeyi 48,00 ve eşzamanlı kanşekeri 78 olarak saptandı Yatış sonrasında hastanın geniş anamnezi tekrar alındı, kendisi çiğ et yediğini, TBC hastası ile temas ettiğini öğrenildi. Nörosistiserkoz ve Nörotuberkuloz açısından enfeksiyon hastalıklarına ve göğüs hastalıklarına danışıldı. MR raporu tekrar değerlendirildi, MR'Daki lezyonlar milier tüberkülöz ve Nörosistiserkoz açısından anlamlı olabileceği söylendi. PPD testi, Balgam ARB ve tüberküloz kültürü istendi. Sonucu ile birlikte milier TBC tanısı konuldu ve anti-TBC tedavisi başlanarak göğüs hastalıkları servisine devir edildi. Nöroloji poliklinik takiplerinde şikayetlerinde belirgin azalma gözlendi, çekilen Kontrol MR'da lezyonlarda büyük oranda regresyon görüldü.

Tartışma:
Tüberküloz, merkezi sinir sisteminin en sık görülen mikobakteriyel enfeksiyonudur. Leptomenjit en sık görülen tüberküloz olsa da, SSSnin milier tutulumu dissemine formunda ortaya çıkar ve genellikle menenjit veya meningoensefalit olarak ortaya çıkar. Hastamızda daha önce edinilen sarkoidoz tanısı, SSS tutulumunun tanısının zor olmasına neden olmuştur. Bu tür nadir vakalarda tüm tanıların göz önünde bulundurulması ve nadir de olsa miliyer tüberkülozun gözden kaçırılmaması önemlidir.

BP - 53 BALÓ'NUN KONSANTRİK SKLEROZU BİR OLGU SUNUMU

GÖZDE ÖNGÜN , DURSUN KIRBAŞ

İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ GAZİOSMANPAŞA MEDİCAL PARK HASTANESİ

Özet:
Balónun konsantrik sklerozu(BCS), genellikle multipl sklerozun nadir bir varyantı olarak kabul edilir. Bu hastalar akut veya subakut nörolojik semptomlar ile başvururlar. Karakteristik görünüm MRGde genellikle serebral beyaz cevherde bir veya daha fazla eşmerkezli olarak çok katmanlı halka benzeri lezyonladır. Tarihsel olarak BCS nin ölümcül olduğu düşünülüyordu ve hastalar postmortem tanı alıyordu; ancak Manyetik rezonans görüntüleme (MR) ile birlikte çoğu BCS vakası antemortem tanınabiliyor ve tedavi edilebiliyor.

Giriş:
Balónun konsantrik sklerozu (BCS), merkezi sinir sisteminin (CNS) nadir görülen, enflamatuar, demiyelinizan bir hastalığıdır. Çocuk ve genç yaştaki insanları etkilemektedir. Sıklıkla afazi, kognitif ve davranışsal değişiklikler ile kendini gösterir. BCS "soğan benzeri" değişen yoğunlukta değişen halkalardan oluşan eş merkezli katmanlı modellerin varlığı ile tanımlanmaktadır. Kontrastlı T1 ağırlıklı görüntülerde aktif demiyelinizasyon katmanlarının zenginleşmesini ve DAGde genellikle en dıştaki halkalarda difüzyon kısıtlamasını içerir.

Olgu Sunumu:
Bilinen hastalığı ve ilaç kullanım öyküsü olmayan sağ elini kullanan 40 yaşında kadın hasta bir hafta önce önce sağ kolunda, bir gün önce de sağ bacağında meydana gelen güçsüzlük yakınması ile geldi. Hastaneye başvurduğu gün konuşması da bozulmuş. Nörolojik muayenesinde; bilinç açık oryante koopere, konuşma dizartrik, pupiiler izkoroik, ışık reflesi iki taraflı alınıyor, kranial sinirler sağlam, sağ süt ekstremite proksimali 3/5 distali 4/5 kas gücünde, sağ alt ekstremite proksimal 3/5 ve distal 4/5, duyu defisit yok, derin tendon refleksleri normoaktif, taban cildi refleksi sağda ekstansör yanıtlı solda ise plantar yanıtlı, serebeller testler becerikli, rhomberg bulgusu pozitif idi. Hasta 1 ay önce de 1 hafta kadar süren sağ taraflı güçsüzlük nedeni ile beyin cerrahisi birimine başvurmuş ve kas gevşetici sonrası şikayetleri gerilemiş. Hastaya demiyelizan hastalık , neoplazm ve serebrovasküler hastalık ön tanısı ile kontratlı beyin MRI görüntülemesi istendi.
Kontratlı beyin MR görüntülemesinde; Solda lateral ventrikül gövde komşuluğunda periventriküler korona radiata ve sentrum semiovale düzeyinde ,T1 sekansta silik sınırlı hipointens, T2 sekansta santrali BOS ile izointens görünümde olup periferi rim tarzında daha düşük sinyal intensitesinde hiperintens, FLAİR sekansta homojen hiperintens, yaklaşık 18x16 mm boyutlarda ölçülen lezyon sahası mevcuttur. Intra venöz kontrast madde verilmesi sonrası alınan görüntülerde santral kesiminde ince rim tarzında kontrast tutulumu mevcut olup periferi hipointens yapıdadır. Difüzyon ağırlıklı görüntülerde periferinde rim tarzında daha belirgin olmak üzere difüzyon kısıtlılığı gözlendi.Çevresinde belirgin ödem sahası mevcut değildi. Öncelile demiyelinizan özellikte düşünülmüştü. Tanımlanan lezyon düşük gradeli gliom, lenfoma veya atipik apse formasyonu açısından MR perfüzyon ve spektroskopi ile de değerlendirildi. Malignite düşünülmedi. Kontrastlı servikal ve torakal MRda tutulum izlenmedi. Hastaya lomber ponksiyon yapıldı. BOS sitolojisi hücre sayımı, basıncı ve biyokimyası normal sınırlardaydı. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde Hemogram, sedimantasyon, kan biyokimyası, serolojik testleri normal, beyin omurilik sıvısında (BOS) oligoklonal bant negatif (TİP 4)bulunmuştur.DFS70 pozitif bulunmuştur. ANA I-320 pozitifliği mevcuttu. Diğer vaskülit markerleri, viral ve bakteriyel testler negatif sonuçlandı.
Hastaya yapılan tetkikler sonucu 7 gün boyunca 1000 mg/gün dozunda i.v metilprednizolon tedavi uygulandı. Hastanın konuşma bozukluğu geriledi. Kas gücünde defisiti sağ üst ve alt ekstremite kas gücü 4/5, duyu defisiti yoktu. Derin tendon reflkesleri normoaktifti. taban cildi refleksi sağda ekstansör yanıtlı idi. Hastaya ayda bir gün 1000 mg/gün dozunda i.v metilprednizolon tedavi planlandı. Hasta 2,5 ay sonra kontrole geldiğinde yapılan nörolojik muayenesinde değişiklik tespit edilmedi. Fizik tedavi ve rahabilitasyon tedavisne devam etmekteydi. Kontrol kontratlı beyin MRda ; Sol periventriküler lokalizasyonda boyutunda hafifçe azalma izlenen anlamlı değişiklik olarak kabul edilmeyen santrali daha nodüler, etrafı daha kistik-ödematöz görünümde iki zon içeren, demiyelinizan lezyonu düşündüren kontrastlanması ve difüzyon kısıtlılığı önceki incelemelerde kaybolan güncel incelemede de benzer özellik gösteren lezyon, yeni gelişen lezyon saptanmadı. 5 ay sonra kontrole gelen hastanın nörolojik muayenesinde kas gücü tamamen düzelmişti. Taban cildi refleksi bilateral lakayıt, derin tendon

refleksleri normoaktifti. Kontrol kontratlı Beyin MR incelmesinde Solda periventriküler ak maddede boyutu stabil görünümde, kontrast tutmayan stabil demiyelinizan lezyon izlenmekteydi. Lezyon alanından kortikospinal traktus boyunca mezensefalon krus serebrisine doğru Wallerian dejenerasyon ile uyumlu sinyal artışı izlenmekteydi. Görsel uyandırılmış potansiyeller (VEP) bilateral normal sınırlarda tespit edilmişti.

Tartışma:

BCS, nadir ve akut ve subakut nörolojik semptomlar ile seyreder. Afazi, kognitif ve davranışsal değişiklikler ile kendini gösterir. Son zamanlardaki vaka serileri incelendiğinde hastaların hemiprazi, monoparazi ve hemihipoestezi ile de başvurduğu ve genç yaşta olduğu görülmüştür.

BCS, atipik demiyelinizan hastalıklar spektrumunda yer alırken, BCSnin multipl sklerozun (MS) fenotipik bir varyantı mı yoksa ayrı bir varlık mı olduğu konusunda devam eden tartışmalar var. BCSnin ayırt edici patolojik özelliği, merkezi bir lezyondan, genellikle bir venül çevresinde uzanan, eşmerkezli demiyelinizasyon ve miyelin rezervasyonu halkalarıdır. Oksidatif stres, hipoksi kaynaklı doku hasarı, astrositopati, kemotaktik uyaranlar, aquaporin-4 kaybı, oligodendrositopatinin lezyon oluşumunun potansiyel nedenleri olduğu ileri sürülmüştür. BCS tanılı toplamda 132 hastadaki 146 lomber ponksiyonun (LP) sonuçları analiz edildiği bir çalışmada; En çarpıcı bulgu, toplam BCS grubundaki tüm LPlerin %66sında (56/85) BOS oligoklonal bantların (OKB) bulunmamıştı. Başlangıçta OKB pozitif hastaların 1/2sinde OKB kayboldu. Bu çalışmanın, çoğu durumda BCS benzeri lezyonların, MSden immünolojik olarak farklı bir hastalık varlığını gösterdiğini göstermektedir. Bizim hastamızda da OKB negatifti. 2020 yılında 8 hastalık seri ile yapılan bir çalışmada, farklı immünoterapilere yanıt ile kombinasyon halinde, hastalığın başlangıcında ve seyri sırasındaki radyolojik özelliklerine bağlı olarak BCSnin üç alt gruba sınıflandırılmasına ilişkin yeni bir görüş ortaya atılmştır. Bir hasta Relapsing Remitting MS için tanı kriterlerini karşıladığında, BCS hastalığı için MS hastalığı modifiye edici tedavileri düşünmek mantıklı bulunmuştur ve tedavide başlangıçta, bu hastalarda hastalık remisyonu için yüksek doz kortikosteroidler önerilmiş ve steroidlere zayıf yanıt veren hastalarda rituksimabın etkili olduğu bulunmuş. Öte yandan, tipik MS lezyonları bulgusu olmayan soliter kitleleri olan hastalarda, kortikosteroidlerden sonra siklofosfamid ile acil immünsüpresyon uygulanması gerektiği düşünülmekteydi. Demiyelinizan BCS lezyonlarına yol açan kimyasal mediatörlerin ve sitokinlerin üretiminde aktif makrofajların rolü dikkate alındığında, siklofosfamid bu tip inflamasyonu baskılayabilen tek terapötik strateji olarak kabul edilir. Sonuçta, BCSnin, bir alt grubun MS ile ortak özellikleri paylaştığı (OCBler, MS tipi lezyonlar, nüksler, hümoral tepkiler) ve diğer bir alt grubun farklı bir etiyopatogenez (aktive edilmiş makrofajlar ve astrositler) ile karakterize edildiği heterojen bir hastalık olduğu kanaatine varılmıştır. Tedavide ise siklofosfamid gibi immünosüpresif ajanlar genellikle BCSde etkili olduğu, bununla birlikte, anti-CD20 monoklonal antikorlar veya daha klasik hastalık modifiye edici MS terapileri gibi terapötik alternatifler, BCSnin MSe benzer karışık lezyonlara sahip olması durumunda düşünülebileceği önerilmektedir. BCS , oldukça nadir görüldüğü için tanı ve tedavi sürecinde zorluklar yaşanmaktadır. Teknolojik gelişmeler ve bu konuda yapılacak olan yayınlar sayesinde bilgimizin artacaktır.

BP - 54 PROGRESİF OFTALMOPLEJİ İLE GİDEN MİTOKONDRİYAL MYOPATİ OLGU SUNUMU

HİLAL ÇAĞLAR

SELÇUK TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

Amaç:
Mitokondriyal miyopatiler, mitokondriyal solunum zincirinin primer disfonksiyonundan kaynaklanan ve kas hastalıklarına neden olan geniş, heterojen bir mitokondriyal hastalık grubudur. Mitokondriyal hastalıklar sıklıkla nükleer DNA(n DNA) veya mitokondiyal DNA(mtDNA) sonrası meydana gelir. Mitokondiyal miyopatiler kalıtımsal ya da edinsel olabilir ve genellikle 20 yaşından önce görülür. Mitokondriyal myopatide bulgular genellikle ekstraokuler kas zayıflığına bağlı oftalmopleji ,pro simal kaslarda belirgin kas güçsüzlüğü ,egzersiz intoleransıdır.Bu yazımızda 21 yaşında erken çocukluk döneminden itibaren bilateral pitoz ,nazone konuşma ,egzersiz intoleransı, proksimal kas güçsüzlüğü semptomları olan laboratuar, görüntüleme elektrofiyolojik inceleme biyopsi sonuçlarıyla uyumlu mitokontrial myopati vakasını sunduk.

Giriş:
Mitokondriyal hastalıklar, kalıtımsal veya edinsel olabilmektedir. Bu hastalıklarda genetik defekt, mitokondriyal DNA ile nükleer DNA'nın mutasyonlarıdır. Mutasyonlar, oksidatif fosforilizasyonu etkileyerek, ATP miktarını azaltıp, multisistemik belirtilere neden olurlar.(1) Mitokondriyal hastalıklar birçok organ ve sistem tutulumu ile farklı klinik bulgularla seyredebileceği gibi tek organ tutulumu ile de seyredebilir(2). Hastalar sıklıkla nonspesi k semptomlarla veya mitokondriyal hastalıkların tipik kliniği ile prezente olurlar (3). Mitokondriyal hastalıklarda klinik fenotip ve anormallikler terminal mitokondriyal enerji metabolizması ile birliktelik gösterir (4).

Gereç ve Yöntem:
OLGU
21 yaşında kadın hasta erken çocukluk döneminde başlayan bilateral göz kapağı düşüklüğü , yutma güçlüğü ,son 3 yıldır artan proksimal kas güçsüzlüğü merdiven çıkmada zorlanma ,egzersiz intolerans şikayeti artmış.Öz ve soy geçmişinde hastalık öyküsü yok
Nörolojik muayenesinde ,bilateral pitoz,eksternal oftalmopleji mevcuttu. Bilateral masseter kasında atrofinin belirgin olduğu miyopatik yüz görünümü, proksimal kaslarda hafif güçsüzlük vardı (Resim 1).

Resim 1. Bilateral pitoz görünümü
Kas gücü üst ekstremitede bilateral distalde 4/5 ,proksimalde 4/5 diğere kas gücü normaldi.Derin tendon refleksleri hipoaktifti.Seviye veren duyu kusuru yoktu.Tandem yürüyüşü becerikliydi. Laborotuar bulgularında CK 9471 U/L ,Tam kan hemogramı,biyokimyası vaskülit parametreleri ,CRP,RF ,laktik asit ,sedimentasyon değerleri normaldi.Asetilkolin reseptör antikoru 0.1 altında antititin negatifti. Kranial MRG ve EEG(elekroensefalografi) normaldi. EMG(elektromyografi) incelemesinde dekremental ve inkremental yanıt elde edilememiştir. Kas biyopsisinde; kesitler arasında çap farkı, bazı liflerde internal nukleus birkaç dejenere lif izlenmektedir. Gomori trikrom boyasında birkeç raggred red lif ve SDH boyasında raggred blue lif görülmüştür. PAS ve ORO boyalarında glikojen ve lipid içeriği doğaldır. ATP az boyasında tip1 tip 2 dağılımı normaldir. Mitokondriyal myopati ile uyumludur. Zeka testi, kraniografi, endoskopi, odyometri, baryumlu özefagus grafisi, batın USG (ultrasonografi) ,Ekokardiyografi normaldi.

Şekil 1-2. Kas biyopsisi materyali. SDH(+) süksinik dehidrojenaz raggred blue lif görünümü

Bulgular:
OLGU
21 yaşında kadın hasta erken çocukluk döneminde başlayan bilateral göz kapağı düşüklüğü , yutma güçlüğü ,son 3 yıldır artan proksimal kas güçsüzlüğü merdiven çıkmada zorlanma ,egzersiz intolerans şikayeti artmış.Öz ve soy geçmişinde hastalık öyküsü yok
Nörolojik muayenesinde ,bilateral pitoz,eksternal oftalmopleji mevcuttu. Bilateral masseter kasında atrofinin belirgin olduğu miyopatik yüz görünümü, proksimal kaslarda hafif güçsüzlük vardı (Resim 1).

Resim 1. Bilateral pitoz görünümü
Kas gücü üst ekstremitede bilateral distalde 4/5 ,proksimalde 4/5 diğere kas gücü normaldi.Derin tendon refleksleri hipoaktifti.Seviye veren duyu kusuru yoktu.Tandem yürüyüşü becerikliydi. Laborotuar bulgularında CK 9471 U/L ,Tam kan hemogramı,biyokimyası vaskülit parametreleri ,CRP,RF ,laktik asit ,sedimentasyon değerleri normaldi.Asetilkolin reseptör antikoru 0.1 altında antititin negatifti. Kranial MRG ve EEG(elekroensefalografi) normaldi. EMG(elektromyografi) incelemesinde dekremental ve inkremental yanıt elde edilememiştir. Kas biyopsisinde; kesitler arasında çap farkı, bazı liflerde internal nukleus birkaç dejenere lif izlenmektedir. Gomori trikrom boyasında birkeç raggred red lif ve SDH boyasında raggred blue lif görülmüştür. PAS ve ORO boyalarında glikojen ve lipid içeriği doğaldır. ATP az boyasında tip1 tip 2 dağılımı normaldir. Mitokondriyal myopati ile uyumludur. Zeka testi, kraniografi, endoskopi, odyometri, baryumlu özefagus grafisi, batın USG (ultrasonografi) ,Ekokardiyografi normaldi.

Şekil 1-2. Kas biyopsisi materyali. SDH(+) süksinik dehidrojenaz raggred blue lif görünümü

Sonuç:
Mitokondriyal miyopatiler uzun dönem nükleotid anoloğu kullanımı veya kazanılmış somatik mutasyon sonucu açığa çıkabilir, kas güçsüzlüğü ve kas ağrısı ile kendini gösterir (5). Bununla birlikte; izole adult başlangıçlı miyopatilerde ağrı çok beklenen bir bulgu değildir. Mitokondriyal miyopatilerde ilk belirtiler çoğunlukla doğumla birlikte başlasa da, erişkin yaşlarda başlayan olgular da bildirilmiştir (6,8). İlk semptom genellikle proksimal kaslardan başlayan güçsüzlüktür ve çoğu zaman myastenia gravis ile karışır (4). Önemli laboratuvar testi yüksek serum pürivat, laktat, alanin ve karnitin değerleridir. Laktatın pürivat'a oranının 20'den yüksek olması çoğu zaman beklenen bir bulgudur. Normal laktat ve laktat/pürivat oranı da olgumuzda olduğu gibi görülebilir (6-7). Serum CPK değeri normal veya yüksek saptanabilir. En önemli tanı yöntemlerinden biri kas biyopsisi olup MGT ile ragged red li er ve sitokrom oksidaz (COX) ile yapılan immünohistokimyasal incelemede COX aktivitesinin yokluğu saptanır (6). Olgumuzda ara ara olan disfaji ve nazone konuşma nedeniyle yapılan ardı sıra uyarım testinde dekrement yanıtın olmaması tanıyı MG'den uzaklaştırdı. Mitokondriyal miyopati alt tiplerinden, MELAS'ta mitokondriyal ensefalomiyopati, laktik asidoz, nöbet benzeri epizodlar, migren benzeri baş ağrısı, nöbetlere bağlı kortikal körlük, hemiparezi görülebilirMERRF ise miyoklonik epilepsi; mitokondriyal miyopati, serebellar ataksi, nöbetler ile seyreder. MILS (maternal kalıtılan Leigh sendromu) bazal ganglia ve beyin kökünde karakteristik simetrik lezyonlarla seyreder. NARP demans, nöropati (sensoriyal), ataksi, retinitis pigmentoza ile genç yetişkinleri etkiler. LHON Leber'in herediter optik nöropatisi, genç erkeklerde akut veya subakut görme kaybı ile görülmektedir. X' e bağlı resesif Barth sendromu, mitokondriyal miyopati, büyüme geriliği, kardiyopati, lökopeniye neden olur. Pearson sendromu (PS) sideroblastik anemi ve ekzokrin pankreas bozukluğu ile gider. Olgumuz yukarıda sayılan hastalıkların bazılarından başlangıç yaşı, bir kısmından klinik tablosu, laboratuar ve elektrofizyolojik incelemeleri sonuçları, bir kısmından da görüntüleme incelemlerinin normal olmasıyla ayırt edildi.(12-13-14) Tedavi seçenekleri sınırlı olup uzun süreli açlıktan, soğuk maruziyetinden kaçınılmalı, alkol ve tütün kullanımından uzak durulmalı, enfeksiyonlara karşı önlem alınmalıdır. Diyetten karbonhidratın uzaklaştırılması semptomları kısmen hagifletebilir. (1). Bunun dışında koenzim Q 10, idebenon, quinone, vitamin E ve gen terapisi uygulanabilir (11) Sonuç olarak; Nadir görülüyor olması tanı güçlüğünün bulunması ve myastenia gravesle karışması nedeniyele progresif oftalmopleji ile seyreden mitokondriyal myopatinin ayırıcı tanıda akılda tutulmasında yarar vardır.

Anahtar kelimeler: Mitokondriyal miyopati, ragged red lifler, Mitokondriyal DNA

KAYNAKLAR
1. Kawai H, Akaike M, Yokoi K, Tamaki Y, Saito S. Mitochondrial myopathy with autosomal dominant inheritance-report of a family and review of the literature. Rinsho Shinkeigaku 1993;33(2):162-8.
2. Hirata K, Nakagawa M, Higuchi I, Hashimoto K. Adult onset limb-girdle type mitochondrial myopathy with a mitochondrial DNA np8291 A-to-G substitution. J Hum Genet. 1999; 44: 210-4.
3. Saneto RP, Friedman SD, Shaw DW. Neuroimaging of mitochondrial disease. Mitochondrion. 2008 Dec; 8 :396-413.
4. Massimo Z,,Antonella S. Mitochondrial Disorders. Current Neurology and Neuroscience Reports 2003, 3: 423–432.
5. Clay AS, Behnia M, Brown KK. Mitochondrial disease: a pulmonary and critical-care medicine perspective. Chest 2001 Aug; 120(2): 634-48.

6. Kayacan D, Kayacan SM, Bozkurt D. Erişkin başlangıçlı saf mitokondrial miyopati olgusu. İst Tıp Fak derg 2005; 68: 119-22
7. Robert E, Casper D. Adult-Onset Mitochondrial Myopathy Coexistent with Lumbar Disc Disease . J Bone Joint Surg Am. 1996; 78: 767-71.
8. Pancrudo J, Shanske S, Coku J, Lu J, Mitochondrial myopathy associated with a novel mutation in mtDNA. Neuromuscul Disord. 2007 Aug; 17: 651-4
9. Malgorzata R, Gerard D, Zbigniew Z, Mitochondrial diseases. Med Sci Monit, 2000; 6: 817-822.
10. Cohen B, Gold D. Mitochondrial cytopathy in adults: what we know so far. Cleve Clin J Med 2001 Sep; 68: 746.
11. Oishi M, Miki K, Morita A, Fujioka K, Aoki S. Mitochondrial encephalomyopathy associated with diabetes mellitus, cataract, and corpus callosum atrophy. Intern Med. 20
12. Vedanarayanan VV. Mitochondrial disorders and ataxia. Semin Pediatr Neurol 2003:10(3):200-9.
Mak SC, Chi CS, Chen CH, Shian WJ. Clinical manifestation of mitochondrial diseases in Children..Zhonghua Min Guo Xiao Er Ke Yi Xue Hui Za Zhi 1993;34(4):247-56.

BP - 55 AKUT İSKEMİK İNME HASTALARINDA SUSCEPTİBİLİTY-WEİGHTED IMAGİNG (SWI) GÖRÜNTÜLEMEDE SAPTANAN HAMORAJİK TRANSFORMASYONUN RİSK FAKTÖRLERİ VE KLİNİK PROGRESYON İLE İLİŞKİSİ

RÜMEYSA TAŞCI BULCA , BÜŞRA ELİF YILDIRIM , M. DURAN BAYAR , AYGÜL TANTİK PAK , MÜNEVVER ÇELİK GÖKYİĞİT

SBÜ GAZİOSMANPAŞA EĞ ARŞ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
İskemik inme hastalarında Hemorajik Transformasyon (HemTr), yaşamı tehdit edici, hastane yatış süresini uzatan bir komplikasyondur.
Bu çalışmada HemTr sıklığı, riks faktörleri ve klinik progresyon ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmamızda kliniğimizde 2022 Ocak-2023 Haziran tarihleri arasında akut iskemik inme tanısı ile başvuran 43 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışmamıza dahil edilen hastalarda trombolitik tedavi uygulanmamıştı. Tüm hastaların demografik verileri, komorbid hastalıkları, kardiyovasküler öyküleri, inme etyolojisi açısından TOAST sınıflandırmaları, başlangıç ve çıkış National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) kaydedildi. Tüm hastaların başlangıçta ve 10. Gününde çekilen SWI görüntülemeleri HemTr açısından değerlendirildi.

Bulgular:
Çalışmaya alınan hastaların 18'i kadın (%40,9), 26'sı erkekti (%59,1). Hastalar 39-92 yaş aralığındaydı ve kadınların yaş ortalaması erkeklere göre anlamlı derecede yüksekti (sırasıyla 68,72±10,05; 57,31±11,23; p=0,001). Giriş SWI görüntülemede sadece 3 hastada HemTr görüldü. Hastaların 3'ü de kadındı, 3'ünde de geçirilmiş inme öyküsü mevcuttu ve bunların yaş ortalamaları HemTr olmayanlara göre anlamlı derecede yüksekti. 10.gün SWI'da HemTr olanların olmayanlara göre yaş ortalamaları yine anlamlı derecede yüksek bulundu (p=0,001). 10.gün SWI'da HemTr gelişmesi için kadın cinsiyet ve ileri yaş anlamlı derecede yüksek risk oluşturmaktaydı. Yaşa ek olarak değiştirilebilir risk faktörlerinden HT 10.gün SWI'larında HemTr (%91,7) olma olasılığını anlamlı derecede yükseltiyordu (p=0,04). TOAST sınıflamasına göre değerlendirildiğinde de kardiyoemboli grubunda HemTr anlamlı derecede yüksek orandaydı (% 66,7). Giriş ve çıkış NIHSS'ları HemTr ile karşılaştırıldığında yatarken HemTr geliştiren olgularda giriş NIHSS'larının anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü (p=0,024).

Sonuç:
Az sayıda hasta ile yaptığımız çalışmada kadın cinsinin, ileri yaşın, HT'nin, kardiyoembolinin ve giriş NIHSS'nın yüksek olmasının HemTr gelişimini anlamlı derecede etkilediğini düşündürdü. Bu sonuçlara göre çalışmamızın daha büyük gruplarda iskemik lezyon ve HemTr volüm ölçümleriyle birlikte sürdürülmesinin uygun olacağını düşündük.

BP - 56 KRONİK İNFLAMATUVAR DEMİYELİNİZAN POLİNÖROPATİ (CIDP) OLGUSUNDA NİSTAGMUS PATERNİ

OMAR EL QUTOB , KADİR GÜLŞEN , HASAN FATİH YILDIZLAR , FETTAH EREN

KONYA SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Olgu:
Kronik inflamatuvar demiyelinizan polinöropati (CIDP) edinsel immün nöropati olup ekstremite distallerinde progresif olarak seyreden kuvvetsizlik ile karakterize bir hastalıktır. Gelişebilecek nörolojik defisitlerinde nistagmusun sıklıkla eşlik etmediği bilinmektedir. Literatürde nistagmusun eşlik ettiği sadece bir CIDP hastası bulunmakta olup kliniğimizde takip ettiğimiz ikinci CIDP olgusunu sunmaktayız. Otuz iki yaşında erkek hasta el parmaklarında uyuşma, alt ekstremite distallerinde güçsüzlük ve geceleri artan iğne batması şeklinde şikayetler ile tarafımıza başvurdu. Nörolojik muayenede özellikle sola bakışta belirginleşen horizontal ve vertikal nistagmus izlendi. Alt ekstremitelerde 3-4/5 kas gücü defisiti izlendi, bilateral alt ekstremitelerde derin tendon refleksleri alınamadı. Üst ekstremitelerde refleksler ve kas gücü normal olarak değerlendirildi. Özgeçmişinde hastanın şikayetleri ilk 14 yaşındayken ortaya çıkmış. Merdivenden çıkmakta zorlanıyormuş. On yıl önce yapılan sinir ileti değerlendirilmesinde bilateral alt ekstremitelerde yer yer iletim blokları ve demiyelinizan tip motor bulguları izlenmiş. Beyin omurilik sıvısı (BOS) biyokimyasında mikroprotein 72 mg/dL (15-45) olarak değerlendirilmiş. Görsel uyarılmış potansiyel (VEP) incelemesinde bilateral olarak P100 latansları 118 ms olarak sonuçlanmış. 2023 yılında güncel elektonörografide demiyelinizan karakterde sinir iletileri belirlendi. Hastaya intravenöz immunoglobulin ve immunsupresif tedavi başlandı. Bu olgu sunumu ile nistagmusun eşlik ettiği CIDP vakaların özellikleri literatür eşliğinde değerlendirilmiştir.

BP - 57 AKUT KORNEA DEFORMASYONU İLE BELİRTİ VEREN OKÜLER İSKEMİK SENDROM OLGU SUNUMU

ALPEREN TIKIR, ELİF KORKMAZ , FEYZA BİRİNCİ BALTACI , ÖZLEM SOYDEMİR , IŞIL KALYONCU ASLAN , EREN GÖZKE

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL FATİH SULTAN MEHMET EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Oftalmik arter (OA), Internal Karotid Arter (ICA)'den doğrudan dallanan bir yapıdır ve göze ait yapıların beslenmesinde rol oynar. ICA oklüzyonlarında OA ile beslenen yapıların perfüzyonu bozulur. Bu olguyla mekanik trombektomi sonrası gelişen akut santral retinal arter oklüzyonu (SRAO) tablosuna dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu:
Seksen bir yaşında hasta, kelime bulma güçlüğü şikayetinin 10. saatinde getirildi. Anomik afazi mevcuttu. BT Anjiografi'de sol ICA oklüzyonu, kranial Manyetik Rezonans (MR) incelemesinde sol parieto-oksipital bölgede geniş infarkt görüldü. Sonrasında uykuya meyillilik, ileri dizartri, sağ hemiparezi gelişti. Ticagrelor verilerek mekanik trombektomi (MT) uygulandı, TICI2C açıklık sağlandı, sol karotis artere stent takıldı. Asetilsalisilik asit, ticagrelor, Enoksaparin başlandı. 72 saat sonra Kranyal BTde ödem ve ventriküllerde bası, BT Anjiografi'de stentin oklüde olduğu görüldü. Anti-ödem tedavisi başlandı. 6. gününde sol göz korneasında içe çökme gelişti, ışık refleksi alınamadı. Fundusun seçilemediği ve red refle izlenmediği, bulguların Akut Okuler İskemik Sendrom ile uyumlu olduğu belirtildi. Semptomatik tedavi ve göz banyosu ile takip edildi.

Tartışma:
Ani, ağrısız görme kaybı durumunda SRAO ayırıcı tanıda yer alır. SRAO görmeyi ve yaşamı tehdit eden, mortalite riski olan bir durumdur. Tanısı için hızlı görüntüleme ve tedavi kritik öneme sahiptir. Geri dönüşümsüz retinal hasar gelişebilir. Tedavide akut reperfüzyon hedeflenmektedir. Hiperbarik tedavi, doku plazminojen aktivatörü ve göz içi basıncını düşürmeye yönelik ön kamara parasentezi uygulanabilir. Olgumuz afazik olması nedeniyle görme kaybını belirtememiş, ön kamara çöküklüğü nedeni ile durum farkedilmişti.

Sonuç:
İpsilateral karotis arter stenozu, SRAO için önemli bir risk faktörüdür. Semptomlar gelişitiğinde eş zamanlı inme ve karotid arter stenozu/tıkanıklığı için ayrıntılı nörolojik ve vasküler değerlendirme gerekmektedir.

BP - 58 AKUT İSKEMİK İNME TAKLİTÇİSİ OLAN SPONTAN SERVİKAL EPİDURAL HEMATOM(SSEH) OLGUSU

ALİ ASADOV , OĞUZHAN ERKARA , MİNE HAYRİYE SORGUN , CANAN TOGAY IŞIKAY

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Spontan servikal epidural hematom, akut omurilik basısının nadir bir nedenidir. Akut başlangıçlı nörolojik defisitin iyileşebilmesi için erken tanı ve tedavi gerektir. Acil servise inme belirtileri ile başvuran hastalar, akut dönemde kontraendikasyonlar dışlandıktan sonra intravenöz doku plazminojen aktivatörü (tPA) ile tedavi edilir. Ancak, inme taklitçisi olan bazı durumlarda tPA, hastanın kliniğinin kötüleşmesine neden olabilir. Biz de acil servise inme belirtileri ile başvuran ancak yapılan tetkiklerde SSEH çıkan bir olguyu sunmak istedik.

Olgu:
67 yaş kadın hasta perde asarken sağ omzundan başlayıp boynuna yayılan ağrı, sağ kolda uyuşma ve sonrasında sağ kol ve bacakta güçsüzlük şikayeti olması nedeniyle acil servise başvurdu. Hasta ilk 4,5 saat içinde değerlendirildi. Nörolojik muayenesinde kas gücü sağ üst ekstremite proksimal 2/5, distal 3/5, sağ alt ekstremite 1/5, sağ babinski saptandı. Kranial sinirlerin muayenesi normaldi. Kranial BT'de kanama dışlandıktan sonra yapılan kraniyal ve servikal BT/BTA'da oklüzyon veya disseksiyon saptanmadı. Hastanın ciddi boyun ağrısı sonrası şikayetlerinin başlaması, yayılarak artması ve kraniyal sinirlerin muayenesinin normal olması nedeni ile çekilen servikal MRG'de C3-T2 aralığında epidural hematom görüldü. Beyin sinir cerrahisine yönlendirilen hastanın operasyon sonrasında kliniğinde belirgin düzelme görüldü.

Tartışma:
Hemiparezi ile birlikte SSEH, akut iskemik inme ile karıştırılabilir ve tPA tedavisi nörolojik semptomları kötüleştirme, cerrahiyi geciktirme ve cerrahi sonrası sonucun kötüleşme riskini taşır. Eğer hasta hemiparezi ve boyun ağrısı ile başvurduysa ve kranial sinir muayenesi normalse, tPA verilmeden önce SSEH düşünülmelidir.[1]

Referans:
1- Patel R, Kumar A, Nishizawa K, Kumar N. Hemiparesis in spontaneous spinal epidural haematoma: a potential stroke imitator. BMJ Case Rep. 2018 Jan 26;2018:bcr2017222686. doi: 10.1136/bcr-2017-222686. PMID: 29374642; PMCID: PMC5786944.

BP - 59 TRANSVERS SİNÜS STENOZU İÇİN VENÖZ STENTLEME KİME, NE ZAMAN, NASIL?

ALMAS AGHAYEVA , NURSENA GARİPÇİN , ÖZLEM AYKAÇ , ZEHRA UYSAL KOCABAŞ , ATİLLA ÖZCAN ÖZDEMİR

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ UNİVERSİTESİ

Giriş:
Behçet Sendromu ilk kez Behçet tarafından oral, genital ülserler ve üveit triadı ile tanımlanmıştır. Etyolojisi bilinmeyen, multisistemik ve enflamatuvar bir hastalıktır.Klasik triadı dışında romatolojik, vaskülitik, pulmoner, gastrointestinal sistem ve sinir sistemini de tutabilir. Mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerinden biri santral sinirsistemi tutulumu olup% 5-10 oranında görülmektedir. Parankimal olarak beyin sapı ve ya kortikospinal traktus tutulumu olurken, nonparankimal olarak serebral venöz sinüs tutulumuna yol açar. Bu yazımızda venöz sinüs stenozu nedeniyle endovasküler stentleme yapılan nörobehçet hastalığı vakasını sunmayı amaçladık.

Olgu:
22 yaşında erkek hasta başağrısı ve bulanık görme şikayeti ile nöroloji polikiniğine başvurdu, hastanın özgeçmişi sorgulandığında oral ve genital aftları olduğu öğrenildi, Soygeçmişinde özellik yoktu. Hastanın nörolojik muayenesinde bilateral alt görme alanı defekti dışında patoloji saptanmadı, Laboratuvar bulgularında HLA-b5 pozitifliği dışında rutin testleri normaldi, yapılan LP de BOS açılış basıncı 35 cm h20 ölçüldü, orbital ve kraniyal manyetik rezonans görüntülemesi İİH ile uyumlu bulundu ve hastaya tarafımızca topiramat ve asetazolamid başlandı, hasta mevcut muayene bulguları, laboratuvar değerleri göz önünde bulundurularak Behçet hastalığı öntanısı ile romatolojiye danışıldı ve ve hastanın BEHÇET tanısı kesinleşti,10 gün ıv metilprednizolon tedavisi başlandı, hastanın şikayetlerinin azalması sonrası taburcu edildi, takiplerinde mikofenolat mofetil ve azatioprun başlanan hastanın gastrik intolerans nedeniyle tedavisini devam ettiremediği öğrenildi, şikayetleri yeniden artması üzerine nöroloji polikliniğine başvuran hastaya diagnostik serebral anjiografi (DSA) yapıldı. Transvers sinüste ölçülen basınç değeri 21 mmHg saptandı.Sağ transvers sinüste stenotik segmentte ölçülen basınç yüksek olduğu için endovasküler stentleme ve anjioplasti uygulandı, düzenli aralılarla poliklinik takibi ile taburcu edildi, takiplerinde başağrısı ve bulanık görme şikayetlerinin tama yakın geçtiği öğrenildi.

Sonuç:
Başağrısı ve bulanık görme şikayeti ile gelen hastamızda ileri tetkiklerinde Nörobehçet tanısı konulmuş ve transvers sinüs stenozuna stentleme yapıldıktan sonra şikayetleri gerilemiştir. Eşlik edebilecek olası venöz sinüs stenozlarında seçili vakaların endovasküler stent uygulanmasıyla tedavide dramatik bir yanıt olabileceği unutulmamalıdır.

BP - 60 AKUT BAŞLANGIÇLI PARAPLEJİ İLE PREZENTE OLAN, PROGRESİF VE MORTAL SEYİRLİ SPİNAL EPİDURAL APSE: OLGU SUNUMU

ÇAĞRI CANSU [1], SABİNA AMİRASLANOVA [1], TAYLAN ALTIPARMAK [1], MERVE BAHAR ERCAN [1], HALE ZEYNEP BATUR ÇAĞLAYAN [1], AYDEMİR KALE [2], HASAN KUTLUK PAMPAL [3], MURAT UÇAR [4], BİJEN NAZLIEL [1]

[1] *GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ ANABİLİM DALI*
[3] *GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI*
[4] *GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI*

Giriş:
Spinal epidural apse, nadir görülen ancak yüksek morbidite ve mortaliteye yol açabilen önemli bir santral sinir sistemi enfeksiyonudur. Burada, akut başlangıçlı parapleji nedeniyle değerlendirilen ve etiyolojide spinal epidural apse saptanan bir olgu sunulmuştur.

Olgu Sunumu:
Elli üç yaş erkek hasta ani başlangıçlı ve ilerleyici bilateral alt ekstremite güçsüzlüğü nedeniyle tarafımıza danışıldı. Hastanın anamnezinden beş gün önce diyabetik ketoasidoz nedeniyle başka bir merkezde takip edilmeye başlandığı, üç gün önce sağ koroner arterine stent takıldığı, takiplerinde bilateral alt ekstremite güçsüzlüğü gelişmesi nedeniyle hastanemiz Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesine (YBÜ) sevk edildiği öğrenildi. Hasta tarafından bir haftadır boyun ve sol omuz ağrısı olduğu, sol kolunu kaldırmakta zorlandığı ifade edildi. Nörolojik muayenesinde hastanın bilinci açık, kooperasyon ve oryantasyonu tamdı. Kraniyal sinirleri intaktı. Kas güçleri sağ üst ekstremitede 5/5, sol üst ekstremite hareketleri ağrılı olup proksimalde en az 3/5, distalde 5/5'ti. Bilateral alt ekstremiteleri plejikti. Duyu muayenesinde eldiven-çorap tarzı hipoestezi ve hipoaljezi mevcut olup; ayak bileği distalinde vibrasyon kaybı mevcuttu. Derin tendon refleksleri global abolikti. Hastanın takiplerinde önce sol, ardından sağ üst ekstremitesinde de parezi gelişti. Özgeçmişinde diyabetes mellitus, hipertansiyon, hipotiroidi, koroner stent ve koroner arter baypass greft operasyon öyküleri olan hasta; insülin, levotiroksin, metoprolol, ramipril, amlodipin, atorvastatin, klopidogrel ve asetilsalisilik asit kullanmaktaydı. Tetkiklerinde anemi, nötrofili, hiperglisemi, hiponatremi, hipokalemi, tiroid fonksiyon bozukluğu ve akut faz reaktanlarında yükseklik mevcuttu. Spinal manyetik rezonans görüntülemede (MRG) spinal kord posteriorunda C1 vertebra inferiorundan T3 vertebraya kadar uzanan ve periferal kontrastlanma gösteren epidural apseyle uyumlu koleksiyon alanı, C2-C3 vertebra düzeyinde paraspinal kaslarda periferal kontrastlanma gösteren apseyle uyumlu koleksiyon alanı ve çevre yumuşak dokuda ödemli görünüm izlendi. Beyin MRG'de 7. ve 8. kraniyal sinirler ile solda 5. kraniyal sinirde kalınlaşma ve patolojik kontrast tutulumu, sağ oksipitalde difüzyon kısıtlayan ve vazojenik ödem alanı bulunan sinyal değişikliği izlendi. Beyin ve Sinir Cerrahisi tarafından apse drenajı yapılan hastanın operasyon materyalinde gram pozitif koklar izlendi. Enfeksiyon hastalıkları tarafından seftriakson ve linezolid başlanan hastanın apse ve kan kültürlerinde metisilin dirençli Staphylococcus aures üredi. Bir aylık YBÜ takibi sonrası sepsis ve çoklu organ yetmezliği nedeniyle hasta kaybedildi.

Tartışma:
Spinal epidural apse etkilediği bölgeye göre değişik klinik tablolara sebep olabilen, çeşitli hastalıklarla karışabildiği için tanı koymada güçlükler olan acil bir durumdur. En sık klinik bulguları lokal ağrı, baş ağrısı, ateş, hızlı yerleşen paraparezi/pleji, seviye gösteren duyu kusuru ve sfinkter disfonksiyonudur. Olguların %50'sinden fazlasında etken Staphylococcus aures'tur. Etken epidural aralığa komşuluk yoluyla, hematojen veya direkt yolla ulaşmaktadır. Travma, kronik hastalıklar, immunsüpresyon ve intravenöz madde kullanımı kolaylaştırıcı faktörlerdir. Tedavide antibiyoterapi ile birlikte apse drenajı ve cerrahi dekompresyon önerilmektedir. Olgumuzda yüksek komorbid hastalık yükü ve kontrolsüz diyabetes mellitusun spinal epidural apse gelişiminde kolaylaştırıcı nedenler olduğu düşünülmüştür.

BP - 62 İZOLE YADA REKÜRREN OPTİK NÖRİT İLE BAŞVURAN, NMO VE MOG ANTİKOR POZİTİF OLGU SERİSİ

NURAY BİLGE [1], METİN UÇAR [2], ABDULKADİR KURT [1]

[1] ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] ERZURUM ŞEHİR HASTANESİ, GÖZ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

Giriş:
Optik nörit (ON), multipl skleroz(MS), nöromiyelitis optika spektrum bozuklukları (NMOSD) ve miyelin oligodendrosit glikoprotein (MOG) antikor ilişkili demyelinizan hastalıklar gibi merkezi sinir sisteminin inflamatuar hastalıkları, enfeksiyöz veya SLE, sjogren, sarkoidoz gibi sistemik hastalıklarla ile ilişkili olabilir, nüks ile veya nüksetmeden izole bir şekilde görülebilir ve hastalığın ilk bulgusu olabileceği gibi hastalık seyri sırasındada görülebilir. Yeni antikorların keşfi ve revize edilen tanı kriterleriyle optik nörit etyolojisindeki hastalıkların belirlenmesi giderek artmaktadır. Çalışmamızda ilkatak yada rekurren optik nörit ile başvuran, beyin ve spinal MRG'leri normal yada MS için atipik olan hastaların takiplerinde Aquaporin-4 ve MOG antikor pozitif saptanan olgularımızın demografik ve klinik bilgilerini ve takiplerde hastalık seyrini paylaşıyoruz.

Bulgular:
2018-2023 yılları arasında ilk atak optik nörit ile başvuran beyin ve spinal MRG' leri normal yada MS için atipik olan, Aquaporin-4 antikoru pozitif olan 3 hasta (2 erkek, 1 kadın) ve anti MOG antikoru pozitif olan 6 hasta (2 erkek, 4 kadın) toplam 9 hasta (4 erkek, 5 kadın) çalışmaya alındı. Hastaların yaşı 18 ile 67 arasında değişiyordu yaş ortalamaları 35 idi. 6 hastanın ilk optik nörit atağı idi, 1 hastamız (NMO) 8 yıl önce aynı gözde, bir hastamız 18 yıl ve 10 yıl önce 2 defa farklı gözde (MOG) ,1 hastamız 8 ay önce farklı gözde optik nörit(MOG) atağı geçirmişti ve bu üç hasta geçmişte herhangi bir tanı almamışlardı. Hastaların hepsinde unilateral optik nörit mevcuttu. MOG pozitif iki hastamızın geçmişteki optik nörit atağından diğer gözde sekel görme keskinliği azdı. Son başvuruda etkilen gözde ortalama görme keskinlikleri 4 hastanın parmak sayma düzeyinde (2 NMO, 3 MOG),5 hastanın ortalama 4/10(2-6/10)düzeyindedi, önceki optik nörit sekelei olan 3 hastamızın sırasıyla görme keskinlikleri 8/10, 5/10 idi. Nmo pozitif 2 hastada RAPD +,3 hastada RENKLİ GÖRME BOZUK,1 hastada optikd diskte kabarıklık mevcuttu, MOG pozitif 6 hastanın 3'ünde RAPD + , 5'inde renkli görme bozuk, 2 hastada optik disk kabarık, 2 hastada soluktu. VEP'de 3 NMO hastasının hepside amplitüdler düşük, p100 latasları uzamıştı. MOG hastasının 3'ünde amplitudler düşük, 4'ünde p100 latansı uzamıştı. Hastaların beyin MRG'lerinde 1 NMO hastasında kortikal subkortikal nonspesifik plaklar vardı, diğer hastaların beyin ve spinal normaldi, MOG hastalarının ikisinde nonspesifik plaklar, 1 hastada tonsiller herniasyon ve aynı hastanın servikalde syringomiyelisi vardı. Diğer hastaların spinal MRG leri normaldi. Hastaların beyin MRG'lerinde NMO hastalarının 1'inde etkilenen gözde optik sinirde hiperintesite, 1 hastada ise bilateral optik sinirde uzun segment ılımlı kontrastlanma mevcuttu. MOG pozitif 1 hastada retrobulber bölgede kalınlık artışı, hiperintensite ve kontrast tutulumu vardı. Hastalar en erken 2 gün en geç 15 gün olmak üzere ortalama 9 gün sonra hastaneye başvurmuşlardı ve aynı gün tüm hastalara 5-10 gün arasında 1gr/gün İV metilprednizolon başlandı. 7 gün pulse tedavisine yanıtı olmayan (1mps) 1 NMO hastasına plazmaferez önerildi, kabul etmeyen hastaya oral metil prednizolon 1mg/kg başlandı, 1. ay kontrolünde görme keskinliği tamdı ve azatiopurin 2.5 mg/kg (endikasyon dışı ritüksimab onamı reddedildi) tedavi eklendi. MOG pozitif hastalarımızın birinde daha önce sol gözde 1mps sekel vardı ve sağ göz 5 gün pulse tedavisne rağne hala 5/10 olması nedeni ile gün aşırı 5 gün plasmaferez yapıldı ve eş zamanlı gün aşırı pulse tedavisi 10 güne tamamlandı ve tedavi sonrası sağ göz görme keskinliği 10/10 yüskseldi sol göz sekel görme keskinliği aynı düzeyde kaldı. Diğer 7 hasta pulse steroid tedavisine 1 hasta 5/10 ile aynı oranda kaldı , 4 hastada tedaviden hemen sonra tam düzelme oldu diğer 2 hastda 1 ay içinde tam düzelme oldu. 1 NMO , 1 MOG hastasına 3 ay oral steroid, 2 MOG hastasına ise 15 gün ara ile 3 doz pulse steroid idame yapıldı. Profilaktik tedavide NMO hastalarının 2'si rıtuksumab, 1'i azatiopürin (endikasyon dışı ritüksimab onamı reddedildi), MOG pozitif hastaların ise 1 hasta ritüksimab, 1 hasta ilaçsız takipte , diğer 4 hastaya azatiopürin tedavisi başlandı. Hastalarımızın profilaktik tedavi sonrası en az 3 ay en fazla 60 ay takiplerinde hiçbirinde optik nörit yada başka bir atak görülmedi, kontrol beyin ve spinal MRG' lerinde progresyon izlenmedi. Hastaların hiçbirine BOS incelemesi için LP yapılmadı.

Sonuç:
İzole yada rekurren optik nörit atağı ile başvuran, beyin ve sipinal MRG normal yada MS için atipik hastalar optik nörite sebep olablecek hastalıklar açısından NMO ve MOG antikor testini içerecek şekilde tetkik edilmeli, tetkikler normal olsa dahi uzun vadeli yakın takibe alınmalıdır.

BP - 63 TOTAL VE PARSİYEL KORPUS KALLOZUM AGENEZİSİ OLAN İKİ OLGUNUN NÖROKOGNİTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

HASRET ZİŞAN KAYABAL , HAKAN SERDAR ŞENGÜL , YILDIZHAN ŞENGUL

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Korpus kallozum (CC), sol ve sağ serebral hemisferleri birbirine bağlayan yaklaşık 200 milyon akson içeren, insan beynindeki en büyük beyaz madde kanalıdır. CC Agenezisi (AgCC) (total veya parsiyel yokluğu) konjenital bir beyin malformasyonudur. AgCC, 7. -20. embriyonik haftalar sırasında nöral gelişimin bozulması nedeniyle oluşur. AgCC nin önceleri son derece nadir olduğu düşünülse de, nörogörüntülemenin klinik kullanımındaki artış, nispeten normal fonksiyon gösteren bireylerde daha yüksek tespit oranlarıyla sonuçlandı. En yeni kanıtlar AgCCnin en az 4.000 doğumda 1de görüldüğünü ve bunun da onu en yaygın görülen konjenital beyin bozukluklarından biri haline getirdiğini gösteriyor. Bildirimizde parsiyel AgCC olan anne ve total AgCC olan çocuğunun nöropsikolojik değerlendirmesi (NPD) sunulmuştur.
Olgu I: Yaklaşık bir yıldır olan unutkanlık şikayeti ile poliklimize başvuran sağ el dominant 51 yaşında kadın hastanın normal doğumla doğduğu fakat doğumu sırasında vakum kullanıldığı öğrenildi. Özgeçmişinde:Gelişim basamakları normal olduğu, beş yaşında okuma yazma öğrendiği ve lise mezunu olduğu öğrenildi. Kendi işyerini işlettiği, daimi müşterilerinin isimlerini ve yüzlerini unuttuğunu ve multitask gerektiren işleri yapamadığını ifade etti. NPD'sinde: Vakanın, Stroop testinde 3 spontan hatasının olması ve süre farkının biraz fazla olması, dikkat işlevlerinde hafif sorun yaşayabilmesi dışında genel olarak bilişsel özellikleri normal düzeyde olduğu saptandı. EEG: Normal saptandı. Kranial MR görüntülemesinde: parsiyel AgCC, oksisefali görüldü.
Olgu 2: Sol el dominant 23 yaşında erkek. İlk vakanın oğlu. Kısa süreli hafızada problemler yaşayabildiğini ifade etti. Üniversite mezunu, mühendis.Normal doğum, gelişim basamakları normal olan hastamızın muayenesinde bilateral intansiyonel tremor, tandem yürüyüşünde minimal beceriksiz, taban cildi refleksi bilateral lakayttı. EEG: Normal Nöropsikolij değerlendirme(NPD)'sinde :vakanın genel olarak bilişsel özellikleri normal düzeydeydi. Dil işlevlerinde güçlük çekebildiği görülmektedi. Adlandırma ve atasözü açıklama bölümünde hafif de olsa sorun yaşadığı görülmekteydi. Özellikle atasözlerini açıklarken kelime sayısının az olduğu ve içeriklerin sınırlı olduğu gözlendi. Kranial MR: Total AgCC oksisefalik, mikrosefali (ventriküller geniş, colposefalik).

Sonuç:
AgCC'li bireylerin ön planda azalmış kognitif işlem hızı, çoklu görevlerde zorlanma, problem çözme, konsept oluşturma, soyut düşünmede sorunlar, sözlü ve görsel bilgileri hafızaya kodlamada ve yeni öğrenilen bilgileri kendiliğinden geri getirmede zorluk yaşayabilirler. Bununla birlikte total ve parsiyel AgCCli hastalar arasındaki nöropsikolojik sonuçlarda, nöropsikolojik sonuçların izole total AgCCli hastalar için kısmi AgCCye kıyasla açıkça daha kötü olmadığı görülmektedir.

BP - 64 AKUT İSKEMİK İNME HASTALARINDA HALP SKORU İLE ERKEN DÖNEM FONKSİYONEL SONUÇLAR ARASINDAKİ İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

GÜVEN GİRGİN , ZEYNEP KAYA DOĞU , İLKİN İYİGÜNDOĞDU

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Hemoglobin, albumin, lenfosit ve trombosit (HALP) skorunun, sistemik inflamasyon ve beslenme durumunun kolayca hesaplanabilen bir belirteci olduğu düşünülmekte ve çok sayıda kanserde prognozun öngörülmesinde fayda sağladığı öne sürülmektedir. Farklı hastalıklar ve perioperatif süreçlerde prognozu ve risk faktörlerini belirlemede çalışmalar devam etmekte ancak inme ve HALP skoru arasındaki ilişki hakkında henüz yeterli veri bulunmamaktadır. Bu nedenle bu çalışmada akut iskemik inme tanısıyla hastaneye yatırılan ve takip edilen hastalarda HALP skoru ile inme şiddeti, erken dönem fonksiyonel sonuçlar ve mortalite arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi ve tartışılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmada Başkent Üniversitesi Hastanesi nöroloji servisi ve yoğun bakımda 15/07/2015 ve 15/07/2019 tarihleri arasında akut iskemik inme ön tanısı ile yatırılarak takip edilen 586 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Yatışında iskemik inme dışında tanı alan, hemorajik serebrovasküler hastalığı bulunan, kronik böbrek ya da karaciğer hastalığı olan, başvuruda ya da öncesinde son 1 haftaya kadar enfeksiyon öyküsü olan, bilinen malignite veya hematolojik hastalığı olan, başvuru süresi semptom başlangıcından sonra 7 günün üzerinde olan hastalar ve yatışında tam kan sayımı ve albumin tetkik sonuçları eksik olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Demografik verileri, klinik özellikleri ve laboratuvar sonuçları kaydedildi. Hastaların başvuru NIH İnme Ölçeği (NIHSS) skorları, yatış süreleri, mortalite oranları, taburculuk Modifiye Rankin Skalası (mRS) değerleri incelendi. mRS <3 olan hastalar iyi prognoza, mRS ≥3 olan hastalar ise kötü prognoza sahip olarak değerlendirildi. HALP skoru hastalarda: Hemoglobin (g/L) x Albumin (g/L) x Lenfosit (/ L) / Platelet (/L) olarak hesaplandı. Veriler SPSS paket programı kullanılarak analiz edildi. HALP skoru ile hastaların inme şiddeti, erken dönem fonksiyonel sonuçları ve ölüm oranları arasındaki ilişki istatiksel olarak değerlendirildi. $p< 0.05$ istatiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi.

Bulgular:
Çalışmada dışlama kriterleri sonucunda toplam 159 hastanın verisi analiz edildi. Hastaların yaş ortalamaları 72.27 ±12.28 yıldı ve hastaların %62.9'u erkek cinsiyetindeydi. Hastaların %44.0' ında (n=70) TOAST (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment) sınıflamasına göre kardiyoembolik inme mevcuttu. Hastaların başvuru NIHSS skor ortalamaları 7.20 ±5.32 ve hastane yatış süresi ortalamaları 7.33 ± 6.58 gündü. Taburculukta 102 hastada (%64.2) mRS<3 iken 57 hastada (%35.8) mRS ≥3 olarak değerlendirildi. Mortalite oranı %7.5 (n=12) olarak saptandı. Hastaların HALP skoru ortalaması iyi prognozlu hasta grubunda 52.54 ±26.56, kötü prognoza sahip hasta grubunda 33.29±29.43 olarak değerlendirildi ve gruplar arası HALP skoru farkı iki grup arasında istatiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olarak değerlendirildi ($p<0.05$). Ek olarak mortalite izlenen hasta grubunda, izlenmeyenlere oranla HALP skoru ortalamaları istatiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p< 0.05$).

Sonuç:
İskemik inme dünya çapında önde gelen mortalite ve morbidite nedenlerinden birisidir. İnme prognozunda yeni belirleyicilerin araştırılması, kötü sonuçlara sahip yüksek riskli hastaların erken belirlenmesine yardımcı olabilir ve daha etkili ikincil korumaya katkıda bulunabilir. HALP basit ve kolayca ölçülebilen bir belirteçtir; ancak akut iskemik inme hastalarında prognozu öngörmedeki rolünü doğrulamak için daha fazla hasta sayılı, prospektif ve çok merkezli araştırmalara ihtiyaç vardır.

BP - 65 PLED OLAN HASTALARDA KÖTÜ KLİNİK SONLANIM RİSKİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

SERDAR BARAKLI [1], MEHMET İLKER YÖN [2]

[1] ÇORUM SUNGURLU DEVLET HASTANESİ
[2] ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA ŞEHİR HASTANESİ

Amaç:
Periyodik lateralize epileptiform deşarj (PLED) ve bilateral bağımsız periyodik lateralize epileptiform deşarj (BiPLED) genellikle destrüktif ve yapısal beyin lezyonları ile ilişkili olup klinik ve prognostik önemleri belirsizliğini korumaktadır. Bu çalışmamızda PLED ve BiPLED olan hastalarımız arasında kötü klinik sonlanım riskini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
2018 Ocak ve 2019 Haziran tarihleri arasındaki EEG veritabanı ve medikal kayıtlar incelendi. EEG incelemesinde PLED ve BiPLED olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Demografik veriler, hasta hikayeleri, nöbet tipleri, nöroradyolojik görüntülemeler ve 4 aylık klinik izlem kaydedildi. Kötü klinik sonlanım koma veya eksitus olarak belirlendi.

Bulgular:
Toplam 21 hasta çalışmaya dahil edildi. Bireylerin ortalama yaşı 67 (30-89) olarak bulundu. 13 hastada (%61.9) PLED, 8 hastada (%38.1) BiPLED saptandı. PLED olan hastaların dördünde santral sinir sistemi enfeksiyonu, üçünde intrakranial kitle, ikisinde inme ve bir tanesinde anoksik beyin hasarı mevcuttu. PLED olan 3 hastanın etyolojisi tespit edilemedi. BiPLED olan hastaların ikisinde inme, ikisinde intrakranial kitle, birinde santral sinir sistemi enfeksiyonu, birinde metabolik ensefalopati, birinde otoimmün ensefalit ve birinde anoksik beyin hasarı mevcuttu. PLED olan hastaların ikisinde (%15.4) ve BiPLED olan hastaların altısında (%75) 4 aylık izlemde kötü klinik sonlanım tespit edildi. PLED olan hastalar ile karşılaştırıldığında BiPLED olan hastalarda kötü klinik sonlanıma ait risk oranı 5.4 (95% güven aralığı=1.09-26.76) olarak tespit edilmiştir.

Sonuç:
BiPLED yaygın olmayan bir bulgu olmakla beraber koma ve ölüm açısından daha yüksek risk ile ilişkilidir.

BP - 66 TÜPLÜ DALIŞTA TİP II DEKOMPRESYON HASTALIĞI: OLGU SUNUMU VE LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

ZİŞAN KAYABAL [1], ŞEFİKA KÖRPINAR [2], YILDIZHAN ŞENGUL [1], MUSTAFA ÇAM [1]

[1] *ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ, SUALTI HEKİMLİĞİ VE HİPERBARİK TIP ANABİLİM DALI*

Giriş:
Caisson Hastalığı olarak da bilinen dekompresyon hastalığı (DCH), çevre basıncındaki ani azalmadan kaynaklanan ve dalış sırasında çözünmüş olan inert gazın kabarcık formuna dönüşerek dokulara veya kana salınmasıyla sonuçlanan klinik bir sendromdur. DCH, klinik temellere göre iki alt gruba ayrılabilir. Tip Ide eklem ağrıları, deride küçük yama şeklinde cilt bulgular (kutis marmoratus) ve lenfatik tıkanıklıklar bulunur. Tip II ise daha ciddi klinik tablolarla seyreden formudur. Vakamız dalış sonrası bacaklarda güçsüzlük, uyuşma, idrar kaçırma, dışkı hissedememe yakınmasıyla başvuran omurilik tutulumu olan DCH Tip II hastasıdır. Nadir görülen bir vaka olması nedeniyle sunulmaya değer görülmüştür.

Olgu:
55 yaşında erkek hastamızın önce 56 metreye(m) dalış yaptığı, bu dalışında sorun yaşamadığı, sonrasında 30 m'ye dalış yaptığı, çıktığında destekle yürüyebildiği öğrenildi. Hasta kendini tedavi etmek amacıyla çıkınca yarım saatlik periyotlarla oksijen soluduğunu ifade etti. 6 saat sonrasında yürüyememesi ve bacaklara uyuşma şikayetleri başlayan hasta şikayetlerinin artması üzerine acil servise başvurmuş. Tarafımızca değerlendirildiğinde paraparezisi (bilateral proksimalde belirgin 2/5), taban cildi refleksi lakayıtlığı, üriner inkontinansı mevcuttu ve anal sfikter tonusu yoktu.. Torokal MR görüntülerinde T6 vertebra düzeyi spinal kord posterior santralde ve T7 vertebra düzeyinde spinal kord sağ posterior paramedian alanda T2 sinyal artışları izlenmekteydi. Bulgular iskemi, miyelit yönünde değerlendirildi. Hastaya Tip II DCH (Medulla Spinalis Tutulumu) tanısıyla Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp(SHvHT)Anabilim Dalınca rekompresyon tedavisi başlandı. Tedavi sürecinde Hiperbarik Oksijen(HBO) ile birlikte devam edilirken myelit ayırıcı tanısı ile 5 gün boyunca 1g/gün Pulse steroid tedavisi verildi. Pulse tedavisi tamamlandıktan sonra hasta Fizik Tedavi ABD'na fizyoterapi amaçlı transfer edildi. Fizik tedavi sürecinde HBO devam edildi. Toplamda 40 seans HBO alan hastanın olaydan birinci aydaki kontrol muayenesinde, kas güçleri tam, desteksiz yürüyebiliyor, 15 dakika idrarını tutar halde, prezervatif sondalıydı.

Sonuç:
Tip II DCH, omuriliğin enfarktüsüne yol açabilen nadir bir durumdur. İnsidansının 5000 ila 10.000 dalışta bir vaka olduğu tahmin edilmektedir. Nitrojen kabarcıklarının beyin ve spinal kordda yarattığı hasarın mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte direk mekanik obstrüksiyon ya da parankim ve vasküler yapıların kompresyonu sonucu oluştuğu düşünülmektedir. Beyinde baskın olarak arteryel dolaşım tutulumu söz konusu iken spinal kordda direk kabarcık formasyonuna ek olarak venöz drenajın konjesyonu ve obstrüksiyonu ön plandadır. Kabarcıkların neden olduğu direkt mekanik etkiye ek olarak oksidatif stres ve inflamatuar sürecin indüklenmesi de sekonder etkileri oluşturarak kliniği daha karmaşık hale getirir.

BP - 68 ATAKLARLA SEYREDEN MULTİPL SKLEROZ HASTALARINDA SOSYAL KOGNİSYON BECERİLERİ İLE DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

GÜLAY BAYRAKTAR [1], MURAT TERZİ [2]

[1] *ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ, SİNİR BİLİMLERİ ANABİLİM DALI*
[2] *ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*

Amaç:
Multipl skleroz (MS) hastaları fiziksel ve duyusal semptomlara ek olarak bilişsel bozukluklar gösterebilmektedir. Bir sosyal kognisyon becerisi olan yüzde dışa vuran duyguları tanıma MS hastalarında etkilenebilmektedir. Çalışmamızın amacı ataklarla seyreden MS hastalarında gözlerden duygu tanıma performansı ile demografik ve klinik özellikler arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi MS Polikliniğinde takip edilen MS tanılı 70 hasta dahil edildi. Katılımcılardan demografik bilgiler formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve 10 Maddeli Kişilik Ölçeğinin Duygusal Dengelilik alt boyutunu yanıtlamaları ve Gözlerden Zihin Okuma Testini (GZOT) tamamlamaları istenmiştir. Klinik verilere iMED veri tabanından ulaşılmıştır.

Bulgular:
Çalışmaya yaş ortalamaları 38.14 ± 9.36 olan 47 kadın, 23 erkek MS hastası dahil edildi. Ortalama hastalık süresi 121 ay ± 71 ve EDSS skoru 0.80 ± 1.42 olarak hesaplandı. Klinik ve demografik özellikler ve GZOT performansı bakımından erkek ve kadınlar arasında fark bulunmazken kişisel gelir düzeyi erkeklerde daha yüksekti. Gözlerden duygu tanıma becerisinde hastaların %10'unda orta, %18,57'sinde şiddetli bozukluk saptandı. Duygu tanıma performansı ile yaş, hastalık süresi ve engellilik düzeyi arasında negatif, atak sayısı, eğitim durumu ve yerleşim arasında pozitif korelasyon gözlenmiştir. Çoklu regresyon analizine göre ileri yaş ($b = -.324$, $p = .004$) ve düşük eğitim düzeyi ($b = .381$, $p < .001$) GZOT'de düşük performans ile ilişkili bulunmuştur.

Sonuç:
Gözlerden zihin okumada hastaların %28,57'sinde orta veya şiddetli bozukluk görülmüştür. Bulgular ileri yaş ve düşük eğitim düzeyinin gözlerden duygu tanıma açısından risk faktörü oluşturduğunu düşündürmektedir. Yaşam kalitesine olumsuz etkisi sebebiyle sosyal kognisyon bozukluğu için risk faktörlerinin belirlenmesi uygun müdahalelerin hayata geçirilmesini sağlayabilir.

BP - 69 MULTİPL SKLEROZ TEDAVİSİNDE DİMETİL FUMARATIN İKİ YILLIK TÜRKİYE GERÇEK YAŞAM VERİSİ

MURAT TERZİ [1], SEDAT ŞEN [1], YEŞİM BECKMANN [2], RANA KARABUDAK [3], ELİF MERVE HELVACI [4], MEHMET FATİH YETKİN [5], CİHAT UZUNKÖPRÜ [2], RECAİ TÜRKOĞLU [6], EMİNE RABİA KOÇ [7], BELGİN PETEK BALCI [8], SENA DESTAN BÜNÜL [9], ASLI TUNCER [10], ÖZLEM ETHEMOĞLU [11], SEMRA MUNGAN [12], CANER FEYZİ DEMİR [13], NURAY BİLGE [14], MERAL SEFEROĞLU [15], SALTANAT MERT [16], AYLİN AKÇALI [17], ABDÜLKADİR TUNÇ [18], KADRİYE AĞAN [19], HÜSNÜ EFENDİ [9], CAVİT BOZ [20], NUR YÜCEYAR [21], TAHİR KURTULUŞ YOLDAŞ [12], YILMAZ İNANÇ [22], FURKAN SARIDAŞ [7], NİLDA TURGUT [23], MERAL SEFEROĞLU [15], DÜRDANE AKSOY [24], ÖMER FARUK TURAN [7], PINAR ACAR ÖZER [10], MEHMET TECELLİOĞLU [25], GÜLİN SÜNTER [19], ASLI KÖŞKDERLİOĞLU [26], FATMA AVŞAR ERTÜRK [27], VEDAT ÇİLİNGİR [28], GÜLNUR TEKGÖL UZUNER [29], AYDAN KÖYSÜREN [30], BÜLENT GÜVEN [27], HURİYE HAYAT GÜVEN [27], İLKNUR AYDIN CANTÜRK [31], BURCU ALTUNRENDE [32], BEDRİYE KARAMAN [21], GÜLGÜN UNCU [33], ŞEYDA FİGÜL GÖKÇE [34], DİLCAN KOTAN [18], ASLI AKSOY GÜNDOĞDU [35], SERPİL DEMİRCİ [36], BİLGİN ÖZTÜRK [37], YAŞAR ALTUN [38], ALİ ÖZHAN SIVACI [15], ŞULE AYDIN TÜRKOĞLU [39], MELİKE BATUM [40], ZEYNEP ÖZDEMİR [41], AZİZE ESRA GÜRSOY [16], DUYGU ARSLAN MEYDİYEV [42], RABİA GÖKÇE GÖZÜBATIK ÇELİK [41], ZEYNEP ÖZÖZEN [42], ADALET ARIKANOĞLU [43], AHMET KASIM KILIÇ [44], BELGİN KOÇER [45], FUNDA UYSAL [42], MÜNİRE KILINÇ TOPRAK [46], VİLDAN GÜZEL [47], GENCER GENÇ [48], NESLİHAN EŞKUT [26], SERPİL BULUT [48], FERAH KIZILAY [49], NİLÜFER KALE İÇEN [50], SAMİ ÖMERHOCA [50], SİBEL CANBAZ KABAY [51], MEHMET İLKER YÖN [52], MEHMET UĞUR ÇELİK [43], MUSTAFA AÇIKGÖZ [53], AHMET YABALAK [54], CANER BAYDAR [28], ERSİN KASIM ULUSOY [12], MURAT ALPUA [55], FATMA KURTULUŞ [42], HATİCE MAVİOĞLU [40], İBRAHİM ACIR [56], İREM TAŞÇI [13], SERKAN ÖZBEN [57], AHMET ÖZŞİMŞEK [58], FETTAH EREN [59], MERYEM TUĞBA SÖNMEZ [42], PINAR ÖZTÜRK [60], YEŞİM EYLEV AKBOĞA [61], LEVENT ÖCEK [62], NURHAN KAYA TUTAR [50], VİLDAN YAYLA [56], ESRA DERYA DİNÇ POLAT [56], FATMA AKKOYUN ARIKAN [51], BURHANETTİN ÇİĞDEM [34], ÜLGEN YALAZ TEKAL [48]

1-ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
2-İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ
3-YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
4-ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ SİNİR BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
5- ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
6-HAYDARPAŞA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ
7- ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
8- HASEKİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ
9- KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
10- HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
11- HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
12- ANKARA ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ
13- ELAZIĞ FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
14- ERZURUM ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
15- BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ
16- BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ
17- GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
18- SAKARYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ
19- MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
20- KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
21- EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
22-KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
23- TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ
24- TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
25- İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
26- BOZYAKA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ
27- ANKARA DIŞKAPI EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ
28- VAN YÜZÜNCÜYIL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
29- OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
30- AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
31- SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ
32-TAKSİM EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ
33- ESKİŞEHİR ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ
34- SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
35- TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

36- SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
37- ANKARA GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ
38- ADIYAMAN EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ
39- BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
40- CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
41- BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ
42- ETLİK ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ
43- DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
44- LÜTFİ KIRDAR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ
45- GAZİ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
46-ANKARA BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
47-BEZMİ ALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ
48-ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ
49- AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
50- BAĞCILAR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ
51- DUMLUPINAR EVLİYA ÇELEBİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ
52- BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ
53- BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
54- DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
55- KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
56- BAKIRKÖY DOKTOR SADİ KONUK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ
57- ANTALYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ
58- ALANYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ
59- SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
60- YENİMAHALLE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ
61- SİNCAN EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ
62- TEPECİK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ

Giriş ve Amaç:
Multipl Skleroz (MS) santral sinir sisteminin demiyelinizan ve aksonal hasarı ile seyreden hastalığıdır. İmmünmodülatör tedaviler (İMT) etkinlik ve güvenilirlik verileri göz önüne alınarak MS tedavisinde kullanılırlar. Enjeksiyon şeklinde kullanılan İMT tedavilere son 10 yılda oral tablet ve kapsül şeklinde kullanılan tedaviler de eklenmiştir. Dimetilfumarat (DMF) günde iki defa, oral olarak kullanılan, birinci basamak MS tedavilerinden biridir. Çalışmanın amacı MS tedavisinde kullanılan DMF'nin etkinlik ve güvenilirlik verilerinin elde edilmesidir.

Gereç ve Yöntem:
Çalışma çok merkezli, gözlemsel ve kesitsel olarak planlanmıştır. DMF tedavisine devam eden, 2017 McDonald tanı kriterlerine göre MS tanısı almış, 18 yaş üzeri hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmanın etik kurul onayı 03.03.2021 tarihli ve 2021/129 numaralı karar ile Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Çalışmaya katılmak için olur veren hastaların; bireylerin demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, boy, kilo vb.), tedavi öncesi ve tedavi altındaki klinik verileri (atak, radyolojik aktivite, muayene bulguları), tedavi altında oluşan yan etkiler ve rutin takipte kullanılan laboratuvar bulguları hasta dosyalarından taranarak çalışma formuna dahil edilmiştir. Hasta takibi esnasında yapılmış ise yirmi beş adım yürüme testi, dokuz delikli çivi testi, PASAT veya digit sembol test verileri de kaydedilmiştir. Hastalık aktivitesinin değerlendirilmesi için yapılan manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve genişletilmiş engellilik durum ölçeği (*Expanded Disability Status Scale*, EDSS) bilgileri altı aylık ya da yıllık veriler şeklinde kaydedilmiştir. Veriler IBM SPSS 20.0 programında analiz edilmiştir. Veriler normal dağılış göstermediğinden iki eşli gruplar Wilcoxon sign rank testi ile, ikiden çok eşli gruplar ise Friedman testi ile test edildi. İstatistiksel anlamlılık değeri $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular:
Çalışmaya 62 merkezden 96 araştırmacı katılmıştır. Çalışmaya dahil edilen 1751 hastanın 1180'i kadın (%67.4), 571'i erkek (%32.6), kadın/erkek 2.07'dir. Yaş aralığı 18.64 ile 64.84 arasında değişmekte, ortalama yaş 35.93±9.4 idi. Beden kitle indeksi ortalama 24.83±3.99'du. Sigara kullanımı 143 hastada vardı. Sigara kullanımı bilgisi mevcut olan hastalar göre değerlendirme yapıldığında %27.6 hasta halen kullanıyordu. Hastalık süresi 0.1-30.9 yıl arasında değişmekle birlikte ortalama hastalık süresi 4.83±5.11 yıl olarak bulundu. Ek hastalık bulunması durumu %11.9 hastada mevcuttu. İlk tedavi olarak %58.4 hasta DMF kullanırken diğer hastalarda öncesinde en az bir İMT kullanımı vardı. Öncesinde kullanılan İMT'ler açısından değerlendirme yapıldığında en sık kullanılan İMT

interferonlardı (%24.9). İkinci basamak bir tedaviden DMF'ye geçen hasta oranı %3.4'tür. Başka bir İMT'den DMF'ye geçiş yapılma sebebi en sık %44 oranında yan etki sebebiyle olmuştur. Yan etki için önleyici veya giderici tedavi uygulananlar %64.1, uygulanmayanlar ise % 35.9'dur. İlaç kullanım süresi 0.1-4.10 yıl arasında değişmekte idi. Ortalama kullanım süresi 1.58±1.12 yıl olarak bulundu. Tedavi süresince %36.9 hastada herhangi bir yan etki ortaya çıkmıştı. En sık yan etki %57.6 ile flushing idi. Yan etkiler %56.5 hastada semptomatik tedavi ile düzelmişken, % 9.3 hastanın yan etki nedeniyle tedavisi sonlandırılmıştır. Yan etkilerin en sık gözlemlendiği doz 240 mg'a geçiş yapıldığında olmuştu. Hastalarda etkin tedavi dozuna 24.8 ±16.1 günde ulaşılmıştır. Ortalama olarak yan etki 37.7±25.3 gün sürmüştür. Yan etki olan hastaların beden kitle indeks ortalaması 24.52±3.51, olmayanların 25.06±3.89 olarak bulundu. Beden kitle indeksi ile yan etki görülmesi açısından anlamlı bir ilişki bulunmadı. Yan etki oluşan hastaların ortalama vücut ağırlığı 67.66±12.96, yan etki olmayanların vücut ağırlığı ortalaması 70.23±13.75 kg olarak bulundu. Tedavi öncesi son iki yıldaki ortalama yıllık atak sayısı 1.05 son bir yıldaki ortalama yıllık atak sayısı 0.94 idi. Tedavi altında birinci yılını dolduran hasta sayısı 479, ikinci yıl ya da daha fazla süreyi dolduran hasta sayısı 564 idi. Bu hastalar için yıllık atak sayısı, EDSS ve MRG bulguları açısından değerlendirmeler yapıldı. Birinci ve ikinci yıllar için NEDA-3 değeri hesaplandı. Tedavide 1. ay Lenfosit düzeyi ile tedavide 6. ay Lenfosit düzeyi arasında fark vardır ($p<0.05$). Diğer aylarda önemli bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Tedavide 1. ay WBC ortanca değerleri ile diğer aylardaki WBC değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Tedavi süresince yalnızca 18 hastada (%0.1) ciddi advers olay 14 hastada da gebelik oluşmuştur. Hastaların 319'ü (%18.2) herhangi bir sebeple tedaviyi bırakmıştı. En sık tedaviyi bırakma sebebi 124 (%38.9) hasta ile yan etkiler nedeni ile oluşmuştu.

Sonuç:
MS tedavisinde kullanılan DMF yıllık atak sayısı ve EDSS üzerine etkin bir birinci basamak İMT'dir. Sıklıkla naif hastalarda kullanılmıştır. En sık yan etki alerjik deri bulguları olmakla beraber bu durum beden kitle indeksinden bağımsızdır. Yan etki gelişen hastaların ortalama vücut ağırlığı daha düşüktü. Hastaların çoğunluğu etkinlik ve güvenilirlik durumları göz önünde tutularak tedavilerine devam etmektedir. En sık tedavi sonlandırma nedeni yan etkilerdir.

BP - 70 NÖROLOJİK HASTALIKLARDA TERAPÖTİK PLAZMAFEREZ TEDAVİSİNİN YAN ETKİLERİN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

FEYZULLAH YADİ , SENA AYŞE EMRA , İPEK GÜNGÖR DOĞAN , DAMLA ÇETİNKAYA TEZER , ŞEVKİ ŞAHİN , SERKAN DEMİR

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ŞEHİT PROF. DR İLHAN VARANK E.A.H. NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
Terapötik plazmaferez (TP), etkinliğini dolaşımdaki otoantikorlar, immün kompleksler, inflamatuar mediyatörler ve toksinler gibi maddeleri elimine ederek sağlar. Diğer tedavilere yanıtsız olgularda güçlü bir seçenektir. Genellikle iyi tolere edilse de nadiren ciddi yan etki (YE)'ler yol açabilir. YE'leri öngerebilmek hayati önem taşır.

Gereç ve Yöntem:
2021-2023 yılları arasında kliniğimizde TP uygulanan hastalara ait veriler retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların demografik verileri ve YE profilleri, santral sinir sistemi (SSS) ve periferik sinir sistemi (PSS) hastalıkları olarak gruplanıp ele alınmıştır.

Bulgular:
Toplam 43 hastanın (24 kadın/19 erkek) yaş ortalaması: 44,08±17 yıldı. Hastalara toplam 240 seans TP (ortalama: 5.58) uygulandı. SSS grubu 30 hastadan (16 multipl skleroz, 5 miyelin oligodentrosit glikoprotein ilişkli hastalık, 6 optik nörit, 3 transvers miyelit), PSS grubu 13 hastadan (10 Guillain Barre Sendromu (GBS), 3 kronik inflamatuvar demiyelinizan polinöropati) oluşmuştur. Toplam 43 hastanın, % 55'inde tedaviyi kesmeyi gerektirmeyen YE'ler izlendi. Bunlar, SSS grubunda %79, PSS grubunda %30,7 oranında izlendi. YE'lerin dağılımı; parestezi %33, dispine %25 hipotansiyon %20.8, ılımlı hipertermi %16, ürtiker %12.5, elektrolit imbalansı %8.3 olarak bulundu. Hipotansiyon ve parestezi %9'luk oran ile en sık birliktelik gösteren YE'lerdi. Bir GBS hastası tedaviye yanıtsızlıktan kaybedildi.

Sonuç:
Çalışmamızda litaretürle uyumlu olarak en sık yan etki parestezi olarak bulunmuştur. Bildiğimiz kadarı ile litaratürde belirtilmeyen sonucumuz ise, hipotansiyon gelişen hastalarda parestezinin sık olmasıydı. Bu durum, intravasküler volüm değişimi sırasında doku kanlanmasındaki değişikliklerle açıklanabilir. YE'ye bağlı mortalite çalışmamızda görülmemiştir. Mortalite, literatürle uyumlu olarak PSS grubundan bir GBS olgusunda hastalığın progresyonu nedeni ile gerçekleşmiştir. SSS grubunda mortalite saptanmamıştır. Çok merkezli, daha fazla sayıda hasta içeren ileri çalışmalar gereklidir.

BP - 71 ORTA SEREBRAL ARTER (MCA) ENFARKTINDA EKSTÜBASYON BAŞARISININ ERKEN DÖNEM BELİRTEÇLERİ

GÖKTUĞ DİNÇER , BEDRİYE KARAMAN , RASİM TUNÇEL , AYŞE GÜLER , HADİYE ŞİRİN

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Nörolojik yoğun bakımda akut iskemik inme hastalarının önemli bir kısmı entübe olurken bu hastaların bir kısmında ekstübasyon gerçekleştirilememekte, trakeostomi ile uzun süreli mekanik ventilasyon uygulanmaktadır. MCA enfarktı hastalarında erken ekstübasyon veya uzamış entübasyonu öngördürecek parametreleri ortaya koymak amacıyla bu retrospektif çalışma tasarlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
2019-2022 yılları arasında EÜTF Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi'nde entübe izlenmiş olan tüm orta serebral arter (MCA) enfarktı hastalarına (n=81) ait demografik, biyokimyasal ve radyolojik bulgular ele alınmış, SETscore (Stroke Early Tracheostomy Score) hesaplanmış ve veriler SPSS v29 programında uygun testler ve lojistik regresyon ile değerlendirilmiştir. EÜTF Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (23-2.1T/27) onay alınmıştır.

Bulgular:
İlk 14 gün içerisinde ekstübe olabilen hastalarla (n=21) diğerleri (n=38) karşılaştırılmıştır. Yüksek SETcore (3,5±3,3 vs 7±4,3, p<0.01), yüksek APACHE-II Akut Fizyoloji Skoru (5,4±2,8 vs 8,6±4,1, p<0.01), Lung Injury Score-LIS (1,3±1,3 vs 3,3±2, p<0.01), düşük PaO2/FiO2 (313±104 vs 256±102, p<0.05), düşük preentübasyon Glasgow Koma Skoru (11,8±1,9 vs 10,2±2,1, p<0.01), diyabet tanısı almış olmak (p<0.05), muayenede saptanmış disfaji (p<0.01), internal karotis arter oklüzyonu olması (p<0.01) ve ASPECTS M4 (p<0.01) ve M5 (p<0.05) alanlarında enfarkt izlenmesi uzamış entübasyon ile ilişkili bulunmuştur. Yaş, eski inme öyküsü, inme etiyolojisi, etkilenen hemisfer, prestroke mRS, KOAH/astım öyküsü, NIHSS skoru, shift ve ASPECTS skoru değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Sonuç:
Tüm inme hastaları için tasarlanmış olan SETscore MCA hastalarında da uzamış ventilasyon ihtiyacını öngördürmektedir. Yakın gelecekte SETscore ve başka klinik parametreler ile ekstübasyon beklentisi olmayan MCA enfarktı hastalarında erken trakeostomi kararı daha büyük bir kesinlikle verilebilir ve böylece uzamış hastanesi yatışı ve uzamış entübasyonun komplikasyonlarından kaçınılması mümkün olabilir.

BP - 72 CREUTZFELDT-JAKOB OLGULARININ RETROSPEKTİF İNCELENMESİ

HANİFE ŞENTÜRK , HANİFE ŞENTÜRK , BANU ÖZEN BARUT

KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ

Amaç:
Bu çalışmada 2015-2023 yılları arasında Kartal Şehir Hastanesi'ne başvuran ve Creutzfeldt-Jakob (CJ) tanısı alan 6 hastanın klinik ve laboratuvar bulguları ile detaylı olarak incelenmesi planlanmıştır.

Metot:
2015-2023 yılları arasında CJ tanısı almış 6 hasta; 53-87 yaş aralığında olup, hastaların cinsiyeti 4 erkek, 2 kadındır. Kliniğimize yürüme bozukluğu, dengesizlik, konuşmada bozukluğu, görme kaybı, unutkanlık, tepkisizlik, hareketlerde bozulma gibi şikayetlerle başvurmuştur.2015-2023 yılları arasında başvuran Creutzfeldt-Jakob tanısı alan hastalarda başlangıç yaşı, semptom süreleri, ilaç kullanımı, Hemogram, kan glukozu, elektrolitler, BFT, KCFT, EEG bulguları, Kranial ve Difüzyon MRI özellikleri, BOS Protein, BOS Glukoz, Covid-PCR testi, tiroid otoantikorları, akciğer grafisi, BOS ve kanda bakteriyel virolojik testler,BOS 14.3.3 ve Total Tau retrospektif olarak taranmıştır.

Sonuç:
Nörolojik muayenede ataksi, kognitif etkilenme akinetik mutizm tüm hastalarda mevcuttu. Sadece 1 olguda vizüel bulgular mevcuttur. 5 olguda miyoklonus görüldü. Difüzyon MRG'da 5 olguda tipik olarak bazal ganglionda bilateral difüzyon kısıtlanması görülmüştür .Bu alanların ADC incelemelerde karşılığı hipointenstir. 5 olgunun EEG'sinde periyodik keskin dalga sol frontal bölge başlangıçlıydı. Bir olgu takibinde status epileptikus kliniği gelişti.Tüm hastalardan BOS 14.3.3 gönderildi. 2 hastanın sonucu pozitif olarak geldi. Diğer 4 hastanın sonuç bilgisine ulaşılamadı. Hiçbir vakaya beyin biyopsisi yapılmadı. Hastaların tümü 'Muhtemel' CJ olarak değerlendirildi. Hastaların %100'ü fatal seyretti.

Tartışma ve Sonuç:
Prodromal dönemde hızlı seyirli demans, kognitif etkilenme, psikiyatrik-davranışsal semptomların olması olguların psikiyatrik tanı ve tedavisine neden olabilmekle birlikte; ayırıcı tanıda nörodejeneratif, otoimmün, infeksiyöz, toksik ve metabolik etiyolojier yeralır. Hızlı ilerleyen demans olgularında CJH tanısının akla gelmesi ve buna yönelik incelemelerin yapılması tanının netleştirilmesinde önemlidir.

BP - 73 HUZURSUZ BACAK SENDROMUNUN HEMODİYALİZ HASTALARINDA GÖRÜLME SIKLIĞI

ŞERİFE NEŞE ERDOĞAN , FİGEN TUNALI , HANDAN MISIRLI

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Huzursuz Bacak Sendromu (HBS) kol ve bacaklarda hareket ettirme dürtüsü ile karakterize edilen, genellikle uyku bozukluğunun eşlik ettiği kronik bir hareket bozukluğudur. Rahatsızlık özellikle istirahatte ortaya çıkar. HBS idiyopatik ve semptomatik olmak üzere iki şekilde ortaya çıkabilir. Semptomatik HBS´nin nedenleri arasinda demir eksikliği anemisi, üremi, romatoid artrit, diyabetes mellitus ve gebelik sayılabilir. Hastalığın Prevalansı yaşla artmakla olup %5-%15 arasında görülmektedir. Literatürde HBS ile ilgili çok sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmadaki amaç hemodiyalize giren hasta grubunda HBS sıklığını saptayıp etkileyen faktörleri tespit etmektir.

Gereç ve Yöntem:
Bu çalışmaya HNEAH nöroloji Polikliniğine değişik nedenlerle başvuran hemodiyaliz tedavisi gören hastalar dahil edilmiştir. Hastalar Uluslarası HBS çalışma grubunun (IRLSSG) tanı kriterleri ile değerlendirilmiştir. HBS semptomlarının şiddeti Uluslararası HBS şiddet skalasına(IRLS) göre, uyku bozuklukları da Pittsburg Uyku kalite indeksi ile değerlendirilmiştir. Sonuçların anlamlılık dereceleri istatiksel olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular:
Araştırmada hemodiyaliz tedavisi olan 160 olgunun 40´ında (%25) HBS tespit edildi. Tespit edilen 40 hastanin %25´inde HBS belirtileri hafif-orta şiddetli, %75´inde HBS belirtilerini şiddetli-ağır şiddetli yaşadığı görüldü.
HBS sendromu tanısı olan hemodiyaliz olgularında uyku kalitesinin daha kötü olduğu istatiksel olarak saptandı.

Sonuç:
Hemodiyaliz hastalarında, HBS sıklığını araştırmak için çok detaylı anamnez, fizik muayene ve nörolojik muayene yapılması gerekmektedir. Hemodiyaliz hastalarında huzursuz bacak sendromunun varlığı, uyku sorunlarına yol açarak uyku kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Hemodiyaliz hastalarında HBS ve uyku kalitesi doğru değerlendirilip, uygun tedavinin planlanmasının, bu hastaların yaşam kalitelerinin artıracağı saptanmıştır.

BP - 74 AMFİFİZİN ANTİKORUNA BAĞLI LİMBİK ENSEFALİT OLGUSU

DİLARA ASAR , LEVENT ÖCEK , ALP SARITEKE , UFUK ŞENER

SBÜ İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTENESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Otoimmun ensefalit sıklıkla akut-subakut başlangıçlı olup konfüzyon,davranış bozukluğu,nöbet ve psikiyatrik bulgular ile presente olur. İlk tanımlanan NMDR antikoru olup, amfifizin antikoru sıklıkla otoimmun ensefalitte ve katı kişi sendromunda görülür. Sıklıkla akciğer ve meme ile ilişkili maligniteler sonrası ortaya çıkmaktadır. Biz de hızlı gelişen amfifizin antikoruna bağlı limbik ensefalit olgumuzu sunmak istedik.

Olgu:
Yirmi yedi yaşında kadın hasta üç gün önce başlayan konuşma bozukluğu, yakınlarını tanıyamama şikayetleriyle acil servise başvurdu. Bilinen kronik hastalık ve ilaç kullanım öyküsü yoktu. Nörolojik muayenesinde; kooperasyon kurulabiliyor, konuşma akıcılığı yavaş, göz hareketleri vertikal ve horizontal planda kısıtlıydı. Gag refleksinde azalma, derin tendon reflekslerinde dört yanlı azalma, aksiyel kaslarında rijidite saptandı. Servis izleminin birinci gününde bilinç değişikliği, nöbet ve solunum sıkıntısı gelişmesi nedeniyle yoğun bakım ünitesinde izleme alındı.Levetirasetam 1500 mg/gün ile nöbetleri kontrol altına alındı. Nörogörüntülemeleri ve laboratuvar tetkiklerinde patolojik bulgu saptanmadı. EEG'sinde ön bölgelerde daha belirgin yaygın zemin ritim düzensizliği görüldü. EMG'si normaldi. Beyin omurlik sıvısı incelemesinde hücre görülmedi, protein ılımlı yüksek idi (87,93 mg/dL). İleri tetkiklerde amfifizin antikoru yüksek titrede pozitif olarak saptandı. 2 gr/kg/gün intravenöz immunglobulin, ardından 1000 mg/gün yedi gün intravenöz metilprednizolone (MP) tedavisi uygulandı. Klinik bulgularında gerileme gözlenen hastada 1 mg/kg olacak şekilde oral MP idamesine geçildi. Yapılan malignite taramalarında bulgu saptanmadı. Altıncı ayında kliniği tamamen düzelen hastanın izlemi devam etmektedir.

Tartışma:
Oldukça nadir gözlenen amfifizin antikoru ilişkili limbik ensefalit olgumuzda immünoterapi ile dramatik düzelme görülmüş olup sunulmaya değer görülmüştür. Nöbetleri kontrol altında olan ve mobilizasyonu ve kişisel bakımını sağlayan hastamızın takibi devam etmektedir.

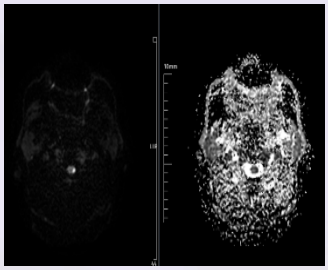
BP - 76 ANTERİOR SPİNAL ARTER ENFARKTI OLGU SUNUMU

EMİNE FINDIK , RÜMEYSA TAŞCI BULCA , BÜŞRA ELİF YILDIRIM , AYGÜL TANTİK PAK , MÜNEVVER ÇELİK GÖKYİĞİT

SBÜ GAZİOSMANPAŞA EĞ ARŞ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

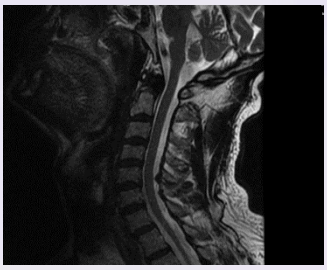
Giriş:
Anterior spinal arterin medulla spinalis ile birlikte alt bulbusu suladığı bilinmektedir. Ancak anterior spinal arter oklüzyonlarının daha çok medulla spinaliste geliştiği düşünülmektedir.
Bu sunumumuzda alt bulbus ile birlikte üst servikal bölgede anterior spinal oklüzyonuna bağlı olduğu düşünülen lezyonu görülen bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu sunumu:
68 yaşında erkek hastanın 2 kez geçirilmiş iskemik serebrovasküler hastalık öyküsü, düzenli Ecopirin , Plavix kullanımı, diyabetes mellitus , hipertansiyon , bilateral karotis hastalığı tanıları mevcut. Son 3 gündür sol vücut yarımında uyuşma şikayeti ile acil servise başvuran hastanın nörolojik muayenesinde sol üst ve alt ekstremitede kas gücü 4/5 , solda yüz yarımını içine alan hemihipoestezi saptandı. DWI MR'da sol medulla oblangatada (yakınmalarıyla aynı tarafta) akut enfarktla uyumlu difüzyon kısıtlılığı izlenmesi üzerine hasta kliniğimize yatırıldı (Resim 1). İntrakranial ve ekstrakranial BTA incelemede sol vertebral arter V4 segmenti oklüde izlendi. Kranial MR'da medulla oblangata sol lateral kesimde üst servikal spinal korda dogru uzanim gösteren alt sınırı tetkik limitleri nedeni ile değerlendirilemeyen subakut iskemi ile uyumlu difüzyon kisitlanmasi izlendi (Resim 2). Kontrastlı servikal DWI MR'da üst servikal kordda aynı T2 hiperintens kontrast tutmayan sinyal değişikliği izlendi. Görülen lezyonun üst servikale uzandığı kuşkusu ya da üst servikalde ayrı lezyon kuşkusu ile lezyonun vasküler değil farklı natürde olma olasılığını araştırmak amacıyla yapılan tetkiklerin tümü normal bulundu ve bu lezyonun vasküler olabileceği düşünüldü. Hastanın ilk görüntülemelerinin yapıldığı tarihten yaklaşık 5 ay sonra kontrol kontrastlı kranial MR ve servikal MR (Resim 3) görüntülemesi yapıldı ve lezyonun aynı şekilde olmasına ek olarak hastanın şikayetinin düzelmesi sebebiyle lezyonun vasküler olduğu kanaatine varıldı.



(Resim 1)

(Resim 2)



(Resim 3)

Sonuç:
Yakınmaları ile ipsilateral alt bulbus ve üst servikal lezyonu olan, sol vertebral arter V4 segmenti oklüde olan olguda sol vertebral arter ile birlikte sol anterior spinal arter sulama alanını da kısmen içine alacak şekilde vasküler lezyon geliştiği düşünüldü. Alt bulbus ve üst servikal yerleşimli vasküler lezyon ile birlikte ipsilateral yakınmalar çok nadir olarak görülebilir. Bulbustaki lezyonlarda ipsilateral nörolojik muayene bulguları saptandığında, lezyonun piramiste ve vasküler olabileceğinin akla getirilmesi gerektiğini vurgulamak istedik.

BP - 77 ATİPİK KLİNİK BAŞLANGIÇLARI NEDENİYLE TANI KONULMASI GECİKEN MYASTENİA GRAVİS HASTALARI

ESRA SOLAK YILMAZ , ÖZDEN KAMIŞLI , DENİZ KAMACI ŞENER , ASLIHAN AKGÜN , ABDÜLCEMAL ÖZCAN

BURSA TIP FAK. BURSA ŞEHİR SUAM, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Olgu:
Myastenia Gravis (MG); postsinaptik yerleşimli nikotinik asetilkolin reseptörlerinin hedef alındığı otoimmün kökenli bir hastalıktır. MG hastalarında kas güçsüzlüğü diğer nörolojik hastalıklarla karıştırılabilir. Bizde hastanemize başvuran daha önce motor nörona hastalığı ve hareket bozukluğu tanısı almış 2 olgu ile MG tanısı almış olup motor nöron hastalığı ve MG birlikteliği olan bir olgunun tanı aşamalarını gözden geçirmek istedik.

Olgu 1: 74 yaş erkek, 2 yıl önce yutma zorluğu , boynunu tutamama, kas seğirmesi olan hasta dış merkezde motor nöron hastalığı tanısı almış ve riluzol başlanmıştı.Yutma güçlüğünün giderek artması, kilo kaybı ve güçsüzlük nedeni ile hastanemize başvurdu. Hastadan alınan öyküde hafifde olsa şikayetlerinde fluktuasyon tanımlaması üzerine AchR antikoru gönderildi ve repetetif ve tek lif EMG'leri yapıldı. Antikoru pozitif gelen ve EMG'si MG ile uyumlu gelen hastaya tanı kondu ve önce İVIG tedavisi, yeteri kadar düzelme olmaması üzerine plazma değişimi yapıldı. Hasta belirgin fayda gördü,nazogastrik sondası çekildi ve oral almaya başladı. Toraks BTde timoma ile uyumlu görüntü olması nedeniyle timektomi planlandı.
Olgu 2: 64 yaş kadın hasta 3 ay önce nefes darlığı konuşmada bozulma yakınması olmuş dış merkezde MG tanısı almış, hastanın hızlı ilerleyen kollarda ve bacaklarda güçsüzlük ile birlikte son zamanlarda eklenen seğirme şikayetleri vardı. Son 10 gündür genel durumu kötüleşen hasta yatırılarak tetkik edildi. Hastanın öyküsünde fluktuasyon hiç yoktu, antikorları negatif idi. EMG'de motor nöron hastalığı ile uyumlu bulgular saptandı. MG ve Motor nöron hastalığı birlikteliği olabileceği düşünüldü.
Olgu 3: 69 yaşında erkek hasta, 2 yıldır olan ve giderek artan yürümede zorlanma, ayakta duramama, kollarda sıçrama şikayetlerine başını tutamama ve yutma güçlüğü eklenmesi üzerine polikliniğimize başvuran hasta yatırıldı. Hastanın myokloni ve/veya koreatetoid hareket bozukluğuna benzeyen istemsiz hareketleri izlendi. Öyküde zaman zaman kendini daha iyi hissettiği, yorulduğunda şikayetlerinin arttığı öğrenildi. AchR antikoru gönderildi ve pozitif geldi. EMG yapıldı ve bulgular MG ile uyumlu bulundu. IVIG tedavisi ve pridostigmin başlandı. Hasta şikayetleri tamamen düzeldi. Azatiopurin başlandı ve takibe alındı.
Bu 3 olguda atipik seyirli ve tanı almaları geciken MG hastaları idi. MG tanısının her zaman kolay olmadığının ve bir çok durumda akla gelmesi gerektiğinin hatırlatılması amacıyla sunuma değer bulundu.

BP - 78 İSKEMİK İNMEDE TROMBOLİTİK TEDAVİSİ VE OROLİNGUAL ÖDEM

ÖZLEM KARBUZ , ERGİ KAYA , VESİLE ÖZTÜRK

DOKUZ EYLÜL UNİVERSİTESİ TIP FAKULTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Bu vakada akut serebrovasküler olay ile acil servise başvuran ve IV TPA tedavisi almaktayken orolingual ödem gelişen bir hasta tartışılacaktır.

Olgu:
87 yaşında bilinen hipertansiyon ve diyabetes mellitus tanıları olan kadın hasta, acil servise yakınları tarafından konuşamama ve sol yanlı güçsüzlük şikayetiyle getirildi. Hasta şikayetlerinin 2.saatinde değerlendirildi. Hastanın acil servis başvurusunda kan basıncı 146/98 mmHg, kan şekeri 173 mg/dl ve nörolojik muayenesinde sol yanlı kas gücü 4/5 kuvvetinde, sol santral fasial paralizisi, hafif dizartrik konuşması, sol yanlı söndürme fenomeni mevcuttu. Taban cildi refleksi solda ekstansör sağda fleksördü. Hastanın EKG'sinde ritmi atrial fibrilasyon olarak saptandı.
Hastanın çektirilen beyin BT sinde sağ mca dens görünümde, akut infarkt ile uyumlu hipodansitesi yoktu. NIHSS skoru 5 olarak saptanıp intravenoz trombolitik başlandı. Hastanın trombolitik tedavisinin bitmesine 10 dakika kala sol dudak kenarında ılımlı şişlik fark edildi. Nefes darlığı mevcut değildi. Tpa bitiminde nörolojik muayenesi benzer olan hastanın alt dudağında ve dilinde şişlik olduğu, konuşmasının orta dizartrik olduğu görüldü. Uvula ödemi yoktu. Bu esnada nöro BT anjiyo çekilen hastada sağ MCA M1 distalinde trombüs saptandı ancak orolingual ödemi nedeniyle vitalleri stabil seyretmeyen hastada trombektomi uygun bulunmadı. Hastaya antihistaminik ve metilprednisolon IV tedavisi başlandı. TDP verildi. Yapılan müdahaleyle hastanın orolingual ödemi azaldı, havayolu güvenliği sağlandı ve hasta servis izlemine alındı.

Sonuç:
Orolingual anjiyoödem, iskemik inme için alteplaz/tenekteplaz ile tedavi edilen hastaların %1-8'inde ortaya çıkabilir. Tipik olarak hafif, geçici ve iskemik hemisferin kontralateralindedir. Bu nedenle tedaviyi uygulayanlar olarak; ilaç infüzyonunun durdurulması, antihistaminik ve glukokortikoidlerin uygulanması ve gerekirse entübasyon konusunda tetikte olunmalıdır.

BP - 79 HSV-1 ENSEFALİTİ NMDAR ENSEFALİTİNİN TETİKLEYİCİSİ OLABİLİR : LİTERATÜR EŞLİĞİNDE BİR OLGU SUNUMU

RANA ÖZEROL , GÜLCAN NEŞEM BASKAN , BURHANETTİN ULUDAĞ

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Anti-N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptör antikorları ensefalitin giderek daha fazla tanınan bir nedenidir. Hastalar davranış değişiklikleri, nöbetler, otonomik instabilite, konuşma bozukluğu ve bazen de hareket bozukluğuyla başvurabilir.
Bu olgu sunumunda HSV-1 ensefaliti tedavisinden 1.5 ay sonra konuşma bozukluğu ve dezorganize davranışlarla acil servise başvuran, servis izleminde anti NMDAR ensefaliti tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

Olgu:
Bilinen hipertansiyon tanılı 61 yaşında kadın hasta jeneralize tonik klonik nöbetle acil servise başvurdu, lomber ponksiyonda HSV-1 PCR pozitif saptanan hasta 21 gün asiklovir tedavisi aldıktan sonra nörolojik muayenede tam düzelme ve nöbet kontrolü de sağlanarak taburcu edildi. Taburculuktan 1.5 ay sonra dezorganize davranışlar, apati tablosuyla acil servise getirildi. Nörolojik muayenesinde hasta non koopere, anlamlı kelime çıkışı yok, lateralizan motor ve duysal defisit saptanmadı. Hasta ensefalit sonrası nöbet olarak değerlendirildi 3000 mg Levetirasetam yükleme yapıldı ve idame tedavisi planlanarak servise yatırıldı. EEG'sinde sol temporalde delta ritminde yavaş dalga aktivitesi izlendi. Kranial MRG'de FLAIR sekansta solda belirgin bilateral temporal, hippokampal alanda ve derin beyaz cevherde sinyal artışı izlendi. İkinci yatışında hastaya tekrar lomber ponksiyon yapıldı. LP sonuçlarında HSV-1 PCR negatifti. Otoimmün-limbik ensefalit panelinde anti NMDAR antikoru 1/320 + saptandı. Hastaya toplam 7 gün, 1 gram/kg/gün ıv pulse metilprednizolon tedavisi verildi. Tedavi sonrası hastanın nörolojik muayenesi normale döndü.

Tartışma:
Yapılan çalışmalarda Herpes simplex virüs ensefalitinin seyri sırasında anti-NMDA reseptör antikorlarının üretiminin tetiklenebileceği ve ensefalitin klinik olarak ortaya çıkabileceği bildirilmiştir. Literatürde Anti-NMDA reseptör antikorlarının sentezinin HSV ensefalitinden sonra başladığı ve tekrarlayan semptomların steroide cevap veren anti-NMDA reseptör ensefalitinden kaynaklandığı bildirilmiştir.
Bu olgu sunumu, Herpes ensefaliti tedavisine rağmen kişilik değişikliği, dezorganize davranışlar gibi psikiyatrik septomlarla başvuran hastaların anti-NMDA reseptör ensefaliti açısından araştırılmasının önemini vurgulamayı amaçlamıştır.

BP - 80 AKUT İNME KLİNİĞİ İLE PREZENTE OLAN TODD PARALİZİLİ GEBE OLGU SUNUMU

BERİA AKSU SELMAN , RAHİM RAHİMOV , SALTANAT MERT , AYHAN KÖKSAL

BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Todd paralizisi (TP), epileptik nöbetten hemen sonra ortaya çıkabilen; akut başlangıçlı nörolojik bulgularla klinik veren ve difüzyon MRI'da sitotoksik ödemin de eşlik ettiği, parestezi, afazi, hemianopsi, bilinç durumunun etkilenmesi gibi nörolojik durumlarla sonuçlanabilen heterojen bir klinik sendromdur.
Bu sunumumuzda; inme benzeri klinik ve radyolojik bulgular ile prezente olan gebe hastada gelişen Todd paralizisi vakasının ayırıcı tanısındaki güçlükleri ve stroktan ayırmanın tedavi açısından hayati önem taşıdığı kritik noktalar üzerine vurgu yapılacaktır.

Olgu:
27 yaş 28 haftalık gebe kadın hasta , generalize-tonik klonik tarzı nöbet geçirerek postiktal dönemde merkezimize başvurdu. Anamnezde gebeliğin 19.haftasında ilk kez bayılma ile acile başvurduğu ve ilk kez GTKN tarzı nöbet geçirdiği ,tedavi olarak levetirasetam 500 2*1 başlandığı ve EEG' de patoloji saptanmadığı öğrenildi. Sol kol ve bacağında güçsüzlük şikayeti ile gelen hastanın nörolojik muayenesinde sol üst ekstremitesi plejik, sol alt ekstremitesi proksimal kas gücü 0/5 , distal kas gücü 2/5 görüldü.Hastanın MR görüntülemesinde sağ temporoparietal bölgede ADC'de hipointens, DWİ'de hiperintens akut difüzyon kısıtlanma sahaları izlendi. Preeklampsi tetkiki yapıldı ve negatif çıktı. Kontrastsiz Beyin MR Anjiografi ve MR venografisinde büyük damar oklüzyonu görülmedi ve sol transvers sinus hipoplazik görüldü. Başlangıçta iskemik inme olarak değerlendirilen hastanın parezisinde 45 dakika sonunda tama yakın düzelme olduğu görüldü. Kontrol DWİ'de hiperintens akut difüzyon kısıtlanması alanlarının kaybolduğu görüldü. Bu veriler doğrultusunda hastanın kas gücü defisiti postiktal dönem komplikasyonu olan TP lehine yorumlandı. Levetirasetam dozu 2x1000 mg yapıldı.EEGsinde sağ parietal bölgede diken yavaş dalga görüldü. Nöbetleri tekrarlamayan hasta salah halinde taburcu edildi.

Sonuç:
TP olgumuz; tedavisi ve etyolojisi tamamen farklı olan inme ayırıcı tanısında akılda tutulması amacıyla sunulmuştur.

BP - 81 METANOL İNTOKSİKASYONUNDA SIRA DIŞI TUTULUM

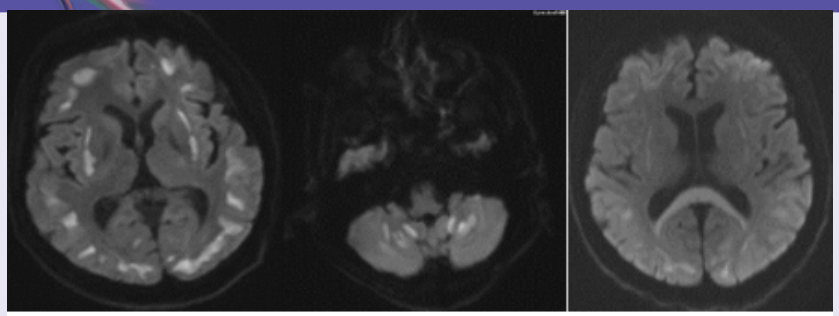
DİLARA CARİ GÜNGÖR [1], BÜŞRA PEKİNCE [2], YEŞİM ŞERİFE BAYRAKTAR [3], JALE BENGİ ÇELİK [3]

[1] SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANADALI, YOĞUN BAKIM BİLİM DALI
[2] SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GÖĞÜS HASTALIKLARI ANADALI, YOĞUN BAKIM BİLİM DALI
[3] SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANADALI, YOĞUN BAKIM BİLİM DALI

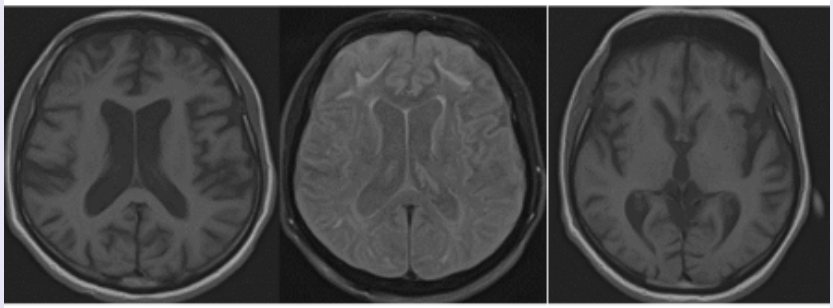
Giriş:
Metanol intoksikasyonu metabolik asidoz, optik sinir hasarı, santral sinir sistemi infarktına neden olabilen, morbidite ve mortalitesi yüksek ciddi bir tablodur. Metanol intoksikasyonunda karakteristik olarak putamen tutulumu saptanırken, daha nadir olarak serebral, serebellar, beyin sapı ve kapsüla eksterna tutulumu da olabilir. Biz bu yazıda, metil alkol intoksikasyonuna bağlı görme kaybı ile başvuran, klinik takibinde konfüzyonu gelişen ve kranial görüntülemesinde putamen tutulumu olmaksızın bilateral serebral, serebellar ve kapsüla eksterna tutulumu olan bir olgu takdim edeceğiz.

Olgu Sunumu:
Görme kaybı şikayeti ile hastanemiz acil servisine başvuran 50 yaşında erkek hastanın anamnezinden 2 gün önce ev yapımı alkol tükettiği öğrenildi. Bilinci açık, koopere ve oryante olan hastanın pupillaları middilate, bilateral direkt/indirekt ışık refleksi negatif ve fundoskopik muayenesinde bilateral optik disk sınırları silik idi. Kan gazında artmış anyon açıklı metabolik asidozu mevcuttu. Beyin tomografi ve difüzyon MR görüntülemeleri normal olarak değerlendirildi. Anamnez, muayene ve laboratuar bulguları ile birlikte değerlendirilen hasta metil alkol intoksikasyonu tanısı ile yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Hastaya femoral katater takılarak diyalize alındı. İntravenöz sodyum bikarbonat ve etanol tedavisi başlandı. Kronik alkol tüketimi olduğu öğrenilen hastanın tedavisine tiamin eklendi. Klinik takibinde bilincinin konfüze olması nedeni ile kontrol difüzyon MR çekilen hastanın görüntülemesinde bilateral simetrik serebral, serebellar hemisferlerde, kapsula eksternada ve korpus kallosum spleniumunda sitotoksik ödem ile uyumlu difüzyon kısıtlanması görüldü. Bilateral görme kaybı ve konfüzyonu devam eden, kan gazı takiplerinde metabolik asidozu düzelen, vital bulguları stabil olan hasta yatışının 19. gününde taburcu edildi. Taburculuk sonrası kontrol muayenelerine devam edilen hastanın 4 ay sonraki muayenesinde görme kaybının devam ettiği görüldü. Konfüzyonu gerileyen hastanın yer ve zaman oryantasyonu bozuktu, serebellar muayeneye koopere olamadı, diğer nörolojik muayene bulguları normal olarak değerlendirildi. Kontrol amaçlı çekilen kranial MR grafisinde T2 ve flair sekanslarda bilateral frontal ve parietooksipital bölgelerde hafif sinyal artışı ve atrofi görüldü. Korpus kallosum, kapsula externa ve serebellumda sinyal artışı izlenmedi.

Tartışma:
Metanol intoksikasyonu erken tanı konulması ve agresif tedavi edilmesi gereken ciddi bir tablodur. Erken dönemde non spesifik gastrointestinal sistem bulguları ön planda olan bu tabloda ilerleyen saatlerde bulanık görme ya da görme kaybı, komaya kadar ilerleyebilen santral sinir sistemi bulguları, myokardiyal disfonksiyon, böbrek yetmezliği ve metabolik asidoz görülebilir. Karakteristik olarak putamen tutulumu ile seyreden bu tabloda bizim olgumuzda olduğu gibi nadir olarak putamen tutulumu olmaksızın bilateral simetrik serebral, serebellar hemisferlerde, kapsula eksternada ve korpus kallosum spleniumunda etkilenme görülebilir. Tedaviye rağmen bizim olgumuzda olduğu gibi klinik ilerleyici olabilir, görme ile ilgili bulgular ve serebral lezyonlar kalıcı sekel oluşturabilir.



Resim 1. Difüzyon MRG



Resim 2. Kranial MRG T1 ve Flair Sekans

BP - 82 EPİLEPSİ HASTALARINDA FEBRİL KONVÜLSİYON SIKLIĞI VE EPİLEPSİ KLİNİĞİ ÜZERİNDE ROLÜ

FAZİRAH HUSSEİN , KEZBAN ASLAN-KARA , MEHMET TAYLAN PEKÖZ

ÇUKUROVA UNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Febril konvülsiyon (FK) pediatrik yaş grubunda en sık görülen nöbet tipidir. FK geçiren çocuklarda epilepsi gelişme sıklığı % 2-10 arasında olduğu düşünülmektedir. Pediatrik popülasyonda FK epidemiyoloji ve insidans çalışmaları mevcut olup erişkin de sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Çalışmamız amacı kliniğimizde epilepsi tanısı ile takıp edilen geniş bir kohort hasta grubunda FK sıklığı, nöbet tipi ve demografik özellikler ile değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmamız retrospektif olup Çukurova Üniversite Nöroloji ABD epilepsi poliklinikte takıp edilen 4938 hastada içinde, klinik bulguları ve demografik verileri tamamlanmış 3512 hasta dahil edilmiştir.

Bulgular:
Epilepsi tanı olan (n: 3512) hastaların içinde % 19.5 (n:685)'de FK hikayesi mevcuttu. Bu hastaların %6.8 komplike FK öyküsü vermişti. FK geçiren hastaların nöbet başlama yaş ortalama 11.3±10 yaş, olmayanlarda ise 21.8±15.9 ($p<0.005$) idi. FK sıklığı erkek hastalarda daha sıktı (%53.7, %46.3, p:0.027). Nöbet semiyolojisi, FK geçiren hastaların %59.3 (n:406)'ünde fokal başlangıçlı nöbetler, %34.7 (n:238)'ünde jeneralize başlangıçlı tanımlanırken, %6 (n:41)'sında ise nöbetler sınıflandırılamamıştı. Bu hastalar nörolojik muayenesinde %72.2 normal, %6.5 MR ve kalanı kranial sinir tutulumu, sendromik fenomen ya da periferik nörolojik bulgular mevcuttu. FK öyküsü veren hastaların % 9.9'u sadece uykuda, % 39.6'sı sadece uyanıklıkta, % 50.5'i ise uyku ve uyanıklık sırasında nöbet geçirmekteydi.

Sonuç:
Epilepsi tanısı olan hastanın %19.5'inde FK hikayesi mevcuttu. Nöbet başlama yaş ortalamasına FK olan hastalarda daha erken ve fokal başlangıçlı nöbetler daha fazla görünüyordur. FK sıklığının erişkin epilepsi hastlarında da sık olduğu dikkati çekmiştir. Ulusal çapta FK hakkında bilgilendirme ve farkındalığın yaratılması önemli olacağını düşünüyoruz.

BP - 83 COVID-19 TANISI İLE YATIRILAN HASTALARDA AKUT İSKEMİK İNME İNSİDANSI VE ÖZELLİKLERİ: TÜRKİYE'DE ÇOK MERKEZLİ BİR ÇALIŞMA

MURAT MERT ATMACA [1], NAZLI GAMZE BÜLBÜL [1], MİRUNA FLORENTİNA ATEŞ [2], BURCU SELBEST [3], FETTAH EREN [4], SİBEL GÜLER [5], UĞUR BURAK ŞİMŞEK [1], MEHMET FATİH YETKİN [6], MERVE AKÇAKOYUNLU [6], ELİF ÖZGE BİÇER [7], SONER KILIÇ [8], ŞAZİMET TAŞ [7], ZEYNEP KOCAKAYA [7], KEVSER KARASU [7], UFUK YÜKSEL [7], AYŞEGÜL ULUKILIÇ [9], ZEYNEP TÜRE YÜCE [9], NURİ TUTAR [10], BURCU BARAN KETENCİOĞLU [10], KÜRŞAT GÜNDOĞAN [7], ŞAHİN TEMEL [7], MURAD AL HASAN [6], ŞEYMA BENLİ [6], ÇAĞLA ERÖZ [6], AHMET ÖZTÜRK [11], FÜSUN FERDA ERDOĞAN[6]

[1] SULTAN 2. ABDÜLHAMİD HAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] MALTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[3] DENİZLİ DEVLET HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[4] SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[5] TRAKYA ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[6] ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[7] ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ
[8] KAYSERİ ŞEHİR HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[9] ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, ENFEKSİYON HASTALIKLARI VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ ANABİLİM DALI
[10] ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, GÖĞÜS HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
[11] ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, TIP BİLİŞİMİ VE BİYOİSTATİSTİK ANABİLİM DALI

Amaç:
Akut iskemik inme (Aİİ), yüksek morbidite ve mortalite ile COVID-19 un nadir görülen bir komplikasyonudur. Bu çalışmada, COVID-19 lu hastalarda Aİİ nin sıklığını, özelliklerini ve sonlanımını bildirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
Bu çok merkezli ve kesitsel çalışma, Nisan 2020 ile Şubat 2021 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Hastanelerde yatan COVID-19'lu hastalardan Aİİ gelişenlerin ve gelişmeyenlerin ayrıntılı olarak özellikleri kaydedilerek karşılaştırıldı.

Bulgular:
Çalışmaya 693 hasta dahil edildi. On altı (%2,31) hastada Aİİ saptandı. Aİİ gelişen hastalarda ortanca yaş 77 (48-91) yıl idi ve hastaların 10 u (%62,5) kadındı. Başvuru anındaki medyan NIHSS skoru 9 idi (aralık 3-17). Total anterior sirkülasyon enfarktı (TACİ) en sık (%37,5) olan enfarkt tipiyken, kardiyoembolizm ise en sık etiyoloji (%37,5) idi. Dokuz hastada (%56,25) COVID-19 tanısından sonraki 24 saat içinde Aİİ gelişti. COVID-19 şiddeti 7 hastada (%43,75) şiddetli veya kritikti. Sekiz hasta öldü, 8 hasta taburcu edildi. Aİİ gelişen hastalarda gelişmeyenlere kıyasla daha yüksek oranda hipertansiyon, koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği, miyokard enfarktüsü öyküsü, serebrovasküler hastalık öyküsü, şiddetli ve kritik COVID-19, daha yüksek ortalama yaş ve daha uzun yoğun bakım ünitesinde kalış oranı saptandı (her biri için $p<0,001$).

Sonuç:
COVID-19'lu hastalarda Aİİ nadir değildir ve mortalite ile ilişkilidir. Komorbiditeleri ve şiddetli COVID-19 u olan yaşlı hastalarda COVID-19'un herhangi bir aşamasında özellikle de ilk 72 saatinde Aİİ ile karşılaşılabilir. İnme öyküsü olan COVID-19 hastalarda artmış Aİİ riski vardır.

BP - 84 EPİLEPSİA PARSİALİS CONTİNUA OLGUSUNDA DİFFÜZYON MRG VE EEG BULGULARININ KORELASYONU

AZİZE İPEKBAYRAK

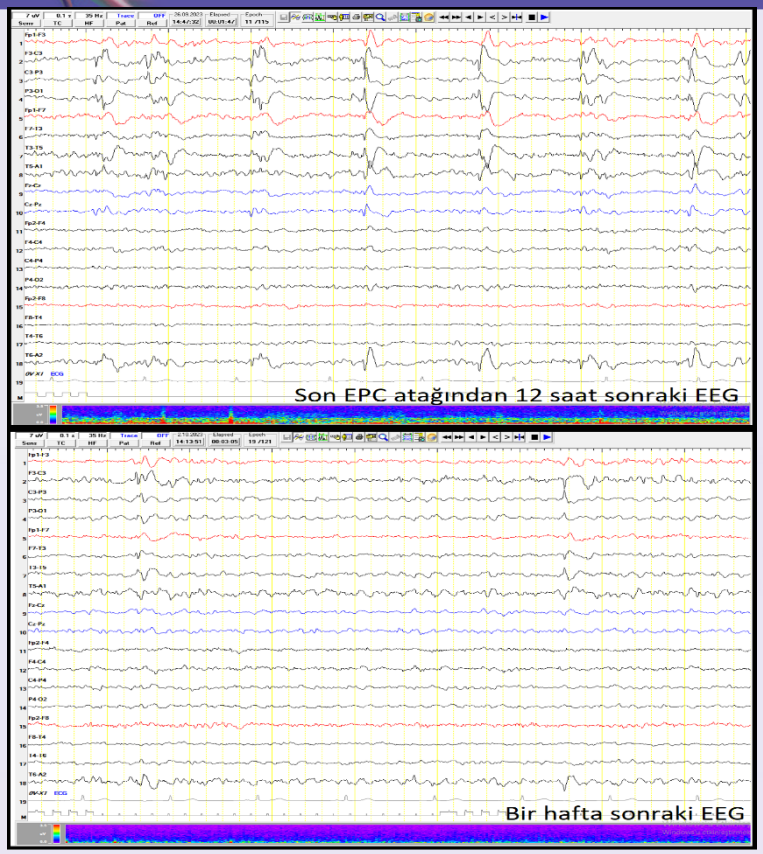
ZİLE DEVLET HASTANESİ

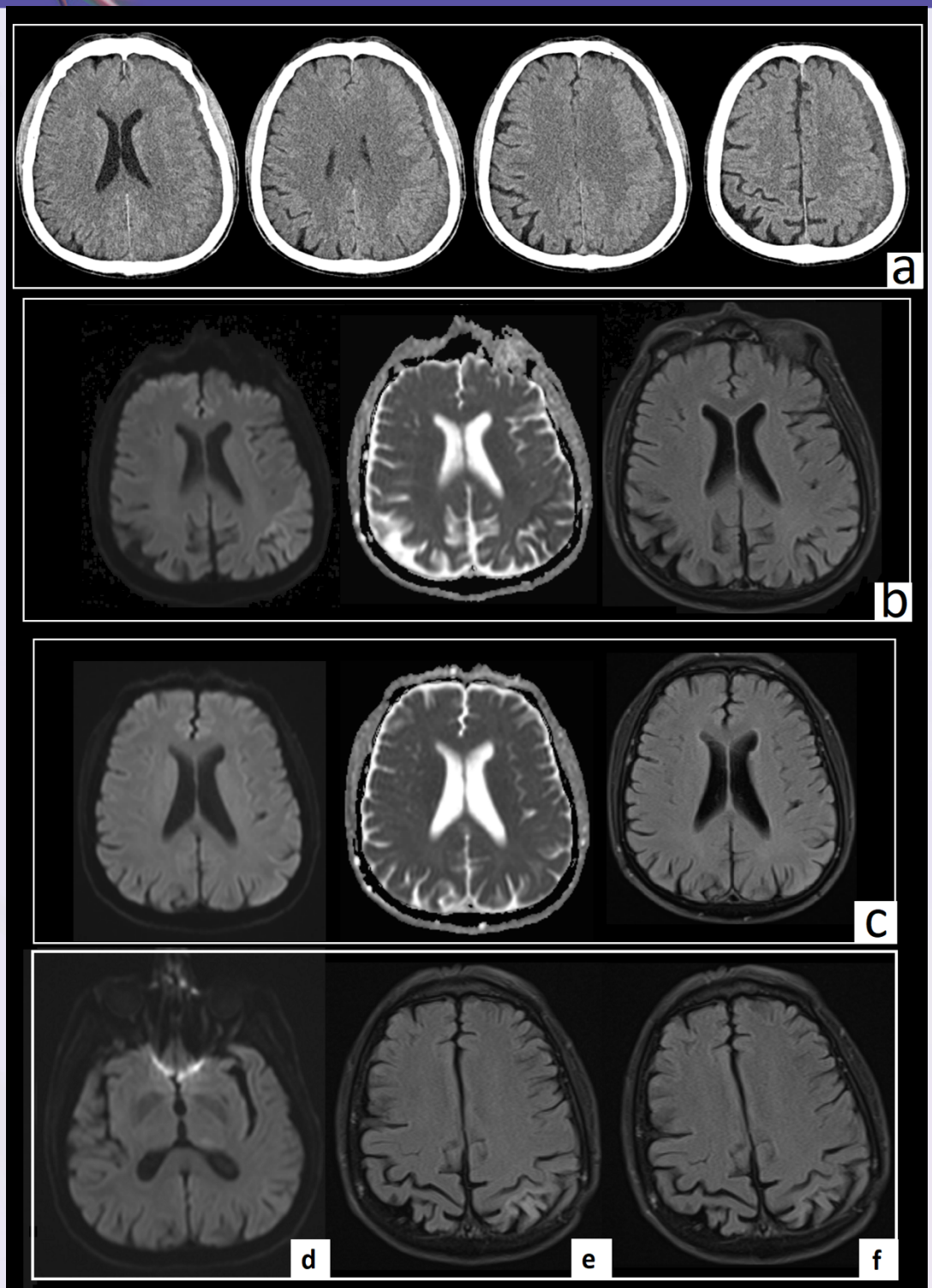
Amaç:
Travmatik subdural hematom sonrası subakut-kronik dönemde Epilepsia Partialis Continua (EPC) izlenen bu olguda, EPC ile difüzyon Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) ve peri-iktal/ inter-iktal EEG bulgularının zamanla evolüsyonu gösterilmek istendi.

Olgu:
Bilinen sistemik hastalık öyküsü olmayan 71 yaşında erkek hasta, aynı zeminden düşme şeklindeki kafa travmasından 3 hafta sonra aniden başlayan sağ vücut yarısındaki EPC ile değerlendirilmiş, nöbet önleyici tedavisi düzenlenmiş ve hematom boşaltılması için dış merkez nöroşirürji kliniğine sevk edilmişti. 9 ay ve 3 ay sonra tekrar acil serviste EPC atakları ile görüldü. Son atak bulguları, acil servis kabulünde, bir ve üç hafta sonraki takiplerinde dökümante edildi. Takiplerde nörogörüntüleme ve EEG bulgularında anlamlı gerileme izlendi.

Sonuç:
Son başvurusunda, sağ kolda klonik atımlar, güçsüzlük, uyuşma ve kelime bulma güçlüğü şeklinde araya sensöriel ve bilişsel auraların karıştığı bir klinik gelişen hastanın, bu EPC atağı sırasında istenen difüzyon MRG'sinde, daha önceki tetkiklerinde olmayan geniş ve silik bir parietal diffüzyon kısıtlama alanı ve EEG'sinde sol hemisferde lateralize periyodik deşarjlar (LPD) izlendi. Levetirasetam po dozu arttırılmış, takip EEG'lerde deşarjların sıklığında azalma olmuş, difüzyon kısıtlılığı ve klinik gerilemişti.

Tartışma:
LPD sıklıkla akut beyin hasarından sonra görülen bir fenomendir. EPC tedaviye dirençli nadir bir epilepsi türüdür, ilgili motor yolakların inflamasyonu ve lokal bir serebrite bağlı olduğu düşünülmektedir. Standart status tedavisi yararsız olup IVIg ve klonazepam önerilen seçeneklerdir. Başvuruya sebep olan ana atak dursa da günde bir-iki kez tariflediği uyuşma şikayetleri devam etmekteydi. Kliniği selim seyreden bu hastada MRG ve EEG takiplerle korele edilebilmiştir. Bu hastada stroku ekarte ettiren şey sol pulvinardaki silik diffüzyon kısıtlılığı olmuştur.


Son EPC atağından 12 saat sonraki EEG
Bir hafta sonraki EEG



a. İlk prezentasyonundaki subakut subdural hematom
b. Son EPC atağındaki geliş difüzyon MRG
c. Son EPC atağına müdahale edildikten bir hafta sonraki difüzyon MRG
d. Sol pulvinardaki silik difüzyon kısıtlılığı
e. Son ataktaki geliş FLAIR hiperintens lezyonu
f. FLAIR hiperintens lezyonun 3 hafta sonraki hali

BP - 85 REKÜRREN MILLER-FISHER SENDROMU

BERİN GÜLATAR-TÜRKOĞLU , HATİCE ÖMERCİKOĞLU-ÖZDEN

MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANADALI

Olgu:
Guillain-Barre sendromu varyantı olarak Miller-Fisher sendromu (MFS), oftalmopleji, ataksi ve arefleksi triadı ile karakterize, nadir görülen otoimmün bir polinöropati tablosudur. Yaklaşık %85 oranında görülen antikor pozitifliği, ayırıcı tanı listesinde birçok hastalık bulunan bu sendromda tanıyı desteklemesi açısından önemlidir. Klinik gidişatın genelde iyi olması sebebiyle immün tedavilerin yeri hala tartışmalıdır. Monofazik seyirli olmakla birlikte olgumuzda olduğu gibi nadiren rekürren olabilir.

Olgu: 21 yaş erkek hasta, 1 hafta önce bacak baldırlarda uyuşma şikayeti , sonrasında ellerde uyuşma, 2-3 gün önce de sağ gözde ağrı, dışa bakamama, dengesizlik şikayetleriyle dış merkeze başvurmuş. İleri tetkik için hastanemize yönlendirilmiş. 2016 yılında yürüyememe, ataksi ve çift görme nedenli Miller-Fisher Sendromu ön tanısıyla 5 gün boyunca IVIG tedavisi almış ve tetkikleri normal saptanmış. Sekelsiz düzelen hastanın anti-gangliozid GQ1b antikoru zayıf pozitif sonuçlanmış. Bize başvurusundan yaklaşık 2 hafta öncesinde ishal ve üst solunum yolu enfeksiyonu mevcuttu. Geliş nörolojik muayenesinde; sağ göz laterale bakış kısıtlılığı ve diplopi mevcut olup motor kas gücü 5/5'ti. Derin tendon refleksleri üst ekstremitede hipoaktif, alt ekstremitede alınamıyordu ve tandem yürüyüşü beceriksiz görüldü. Elektromiyografisi normal sınırlarda olan hastanın BOS incelemesinde protein: 71 mg/dl idi ve direk bakıda hücre saptanmadı. Kranial, orbita ve spinal mr görüntülemeleri normaldi. MFS tanısıyla 2gr/kg IVIG tedavisi başlandı ve kliniğinde hızlı düzelme izlendi. Poliklinik takiplerinde sağ gözde hafif dışa bakış kısıtlılığı görülen, diplopi izlenmeyen hastanın anti-GQ1b antikoru pozitif olarak sonuçlandı. Yorum: MFS nadir görülen bir nörolojik tablo olup tanısı esasen klinik olarak konulur. Hastalığa ilişkin farkındalık ve bilgi, klinisyenlerin doğru tanı koymalarına ve tedavi kararları vermelerine yardımcı olabilir.

BP - 86 METRONİDAZOL İLE İNDÜKLENEN ENSEFALOPATİ: İKİ OLGU

HAYAT GÜVEN [1], AYŞE SEDA EREN ZEYDOĞLU [2], SÜHA KAVASOĞLU [1], FATMA AVŞAR ERTÜRK [1], BÜLENT GÜVEN [1]

[1] ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] KAYSERİ ŞEHİR HASTANESİ ALGOLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Metronidazol anaerobik ve protozoal infeksiyonların tedavisinde kullanılan hücresel penetransı yüksek bir antibiyotiktir. Metronidazol periferik nöropatinin yanı sıra; disartri, ataksi, mental durum değişiklikleri ve nöbetler gibi SSS disfonksiyonunu yansıtan semptomlara neden olabilir ve bu klinik tablo "metronidazol ile indüklenen ensefalopati" (MİE) olarak adlandırılır.

Olgu 1: On dokuz yaşında kadın hasta 3 gün önce başlayan baş dönmesi, dengesizlik, çift görme, işitme kaybı, el ve ayaklarında uyuşma, karıncalanma, ağrı yakınmaları ile başvurdu. Diare nedeniyle hastaya 1500 mg/gün metronidazol başlandığı; tedavinin 21. gününde yakınmalarının ortaya çıktığı öğrenildi. Hastanın nörolojik muayenesinde ekstremite distallerinde ağrı ve ısı duyusunda azalma saptandı, yürüyüşü ataksikti. Hastanın semptomlarının başlangıcından sonraki 3, 7 ve 21. günlerde yapılan beyin MRG'lerinde korpus kallosum spleniumunda DAG'da artmış ve ADC'de azalmış sinyal özelliğinde; inferior kollikuluslarda ise DAG'da sinyal artışı gösteren, ancak ADC'de sinyal değişikliği izlenmeyen lezyonlar saptandı. Lezyonlar T2-ağırlıklı görüntülerde hiperintens olarak izlendi. Yedinci günde yapılan MRG'de inferior kollikulus lezyonları kontrastlanırken, splenium lezyonu kontrast tutmuyordu. 99. günde T2-ağırlıklı görüntülerde splenium lezyonu hafif hiperintens ve büyük ölçüde rezolüsyon göstermiş olarak saptanırken; inferior kollikulus lezyonlarının hipointens sinyal özelliğinde olduğu görüldü. Hastanın ENMG'sinde tüm ekstremitelerde incelenen sinirlerde F yanıtları elde edilemedi, ancak sinir iletim hızları normaldi. 30. günde yinelenen ENMG'de ise anormal bulgu saptanmadı. Odyometride her iki kulakta yüksek frekanslı seslerde işitme kaybı saptandı, ancak 6 gün sonra tüm frekanslarda işitme normal bulundu. Metronidazol tedavisi kesilen hastanın 4. günden itibaren iki hafta içerisinde sırasıyla diplopi, ataksi ve işitme azlığı giderek düzeldi. Duyusal semptomlar ise 99. günde azalmakla birlikte devam ediyordu.
Olgu 2: Yirmi dokuz yaşında erkek hasta, 1 gün önce başlayan baş ağrısı, bulantı, kusma, dengesizlik ve konsantasyon zorluğu yakınmalarıyla başvurdu. Diare ve ateş yüksekliği yakınması nedeniyle 5 gün önce 1500 mg/gün metronidazol tedavisi başlandığı öğrenildi. Hastanın nörolojik muayenesinde hafif konfüzyonel durum ve ataksik yürüyüş dışında patolojik bulgu saptanmadı. Spleniumda DAG'da hiperintens, ADC karşılığı hipointens olan lezyon tespit edildi. Bu lezyon T2 görüntülerde artmış sinyal özelliğine sahipti. Doksan altı saat sonra yinelenen beyin MRG'de değişiklik saptanmadı, lezyon kontrast tutulumu göstermiyordu. Metronidazol tedavisi kesilen hastanın konfüzyonel durumu ilk 24 saat, ataksisi ise 72 saat içerisinde düzeldi.

Sonuç:
MİE hastalarımızda olduğu gibi metronidazolün hem kısa hem de daha uzun süreli kullanımı ile gelişebilir. İlk hastamızda SSS bulguları, periferik nöropati ve işitme kaybının birlikte bulunması; metronidazole bağlı yaygın bir nörotoksititeye işaret etmektedir. MİE patofizyolojik mekanizmalarını açıklamaya yönelik çeşitli teoriler ileri sürülmesine karşın, pek çok soru halen yanıtsızlığını korumaktadır. MİE lezyonlarının özgün ve seçici yerleşimleri, hastalarımızda da olduğu gibi farklı lokalizasyonlardaki lezyonların sitotoksik veya vazojenik ödeme işaret eden farklı görüntüleme özellikleri göstermesi ve rezolüsyon sürelerindeki değişiklikler ilgi çekicidir. İlk hastamızda, inferior kollikulus lezyonları kontrast tutuyordu, MİE lezyonlarında kontrastlanma nadiren bildirilmiştir. İnferior kollikulus lezyonlarının, 3 ay sonraki kontrolde T2-ağırlıklı görüntülerde hipointens olarak izlenmesi de beklenen bir bulgu değildi ve dejeneratif sonuçlara işaret edebileceği düşünüldü. Metronidazol kullanımı sırasında ortaya çıkan nörolojik semptomları olan hastalarda, özgün MRG bulgularının saptanması ile MİE tanısının gecikmeden konulması ve ilacın kesilmesi; semptomların ve görüntüleme bulgularının sıklıkla geri dönüşlü olması nedeniyle önemlidir.

BP - 87 KULAK AĞRISI İLE PREZENTE OLAN BİLATERAL İNTERNAL KAROTİD ARTER OKLÜZYONU OLGUSU

CENNET YAVUZ , ECE ÖZDEMİR ÖKTEM , BURAK YULUĞ , RAMAZAN KARACA

ALANYA ALADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ

Giriş:
Eksternal karotis arter (EKA) anastomozunun distal dalları ile internal karotis arterin(İKA) distal dalları serebral kollateral dolaşımın önemli bir kaynağıdır. EKA ve İKA ipsilateral/bilateral darlığı iskemik sekellere neden olabilir. Semptomatik bilateral internal karotid arter (İKA) hastalığı nadir fakat sonuçları açısından yıkıcı bir durumdur. Tek başına yüksek mortalite oranları ve tekrarlayan inme ile ilişkili olabilir. Bilateral İKA stenozunun prevalansı büyük ölçüde bilinmemektedir. Bir çalışma, koroner arter bypass cerrahisi öncesi karotis ultrasonografi taraması yapılan hastaların %10unda bilateral İKA darlığı tanımlamaktadır .Bu bildiride iskemik gliotik odakları olan hastada bilateral İKA oklüzyonu tartışılmıştır.

Vaka:
38 Yaşında kadın hasta nöroloji polikliniğe nonspesifik, daha çok kulak çevresinde lokalize baş ağrısı ile basvurdu. Nörolojik muayenesi tamamen normaldi. Özgeçmişinde; 2 yıl önce 15 dakika süren sağ hemiparezi ve dizartri olduğu öğrenildi. Hastanın radyolojik tetkiklerinde; beyin manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) periventriküler non-spesifik iskemik glial odaklar ve sol parietal venöz anjiom saptandı. Beyin ve karotis bilgisayarlı tomografi anjiografi (BTA) incelemesinde bilateral ICA oklüzyonu saptandı. Etyolojiye yönelik yapılan incelemesinde rutin biyokimya testleri, vaskülit paneli, kardiyak incelemeleri normal saptandı. Genetik trombofili panelinde heterozigot MTHFRC677T poliformizmi,homozigot PAI-1 4G aleli saptandı. Enfeksiyon paneli, diğer trombofili parametreleri (protein C, protein S, antitrombin 3) normal saptandı. Diagnostik serebral anjiografide (DSA) her iki IKA'nın bulbustan itibaren oklude olduğu gözlendi. Hastaya antiagregan tedavisi başlanarak 6 ayda bir beyin MR kontrolü önerildi.

Tartışma:
IKA oklüzyonu, serebral anterior dolaşımı etkileyen, iskemik inme ve geçici iskemik ataklara sebep olabilen bir vasküler patolojidir. Tanısında, distal internal karotid arterleri etkileyen bilateral stenozların anjiyografik görünümü gösterilmelidir. Diagnostik serebral anjiyografi, tanı için altın standarttır ve tedavi planlaması için gereklidir. Özellikle, semptomatik hastalar ve MRG perfüzyon görüntülemelerde hipoperfüzyon saptanan hastalarda cerrahi revaskülarizasyon ve uzun süreli ASA 100 mg kullanımı önerilir.Bizim olgumuzda antiagregan tedavi ile takip edilmektedir.

BP - 88 NEKROTİZAN RETİNİT TABLOSU İLE BAŞVURAN YETİŞKİN BAŞLANGIÇLI SUBAKUT SKLEROZAN PANENSAFALİT OLGUSU

EMRE EMİRBAYER , AHMET YUSUF ERTÜRK , RAHMİ TÜMAY ALA , İLKNUR TUĞAL TUTKUN , ALİ OSMAN SAATCİ , İBRAHİM ÖZTURA , GÜLDEN AKDAL , ERDEM YAKA

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

Giriş:
Subakut sklerozan panensefalit (SSPE), mutant kızamık virüs infeksiyonunun sebep olduğu,ilerleyici ve fatal seyirli bir santral sinir sistemi hastalığıdır Görme ile ilgili yakınmalar, tipik semptomlardan önce ortaya çıkabilir. Klasik SSPE tablosu gelişmeden önce görme bulanıklığı yakınması ile başvuran ve nekrotizan retinit tanısı alan olgu sunulmuştur.

Olgu:
22 yaşındaki kadın hasta3 yıl önce sol gözde aralıklı bulanık görme yakınması nedeniyle yapılan ileri incelemede nekrotizan retinit saptanmış. Hastada kan tetkikinde kızamık IgG yüksek bulunduğu için olası SSPE tanısı açısından nörolojik ileri inceleme önerilmiş ancak hasta kabul etmemiş. Davranış sorunları ve ellerde sıçrama yakınmaları ile değerlendirilen hastanın nörolojik bakısında disinhibe davranış, bilateral pramidal bulgular, beyin MRG'de bilateral subkortikal frontapariyetal beyaz cevher lezyonları ve EEG'de göz kapağı miyoklonisine eşlik eden frontallerde yüksek amplitüdlü bifazik keskin aktivite ile uyumlu bulgular saptandı. SSPE ön tanısı ile yapılan BOS incelemesinde BOS IgG kızamık antikor düzeyi yüksek saptandı (>230U/ml). Kızamık BOS/Serum IgG>5'idi. SSPE tanısı ile İnosin Pranobeks 100 mg/gün ve karbamazepin 400 mg/gün tedavi başlandı. Tedaviden sonra kısa bir remisyon gözlendikten sonra hızlı ilerleyen kognitif ve piramidal sistem bulguları olan hasta, SSPE tanısının 18. ayında trakeostomili ve gastrotomili vaziyette mekanik ventilatöre bağlı paliyatif merkezinde izlenmektedir. Son nörolojik muayenesinde hastanın bitkisel yaşam durumunda, kuadriplejik ve ağır spastiste bulguları olduğu saptanmıştır.

Sonuç:
SSPE'nin tipik kliniği oluşmadan önce olgumuzda olduğu gibi nekrotizan retinitle başlayabilir. Hastanın yetişkin olması tanıyı dışlamaz, kızamık enfeksiyonu ile SSPE kliniği arasındaki 18 yıla kadar uzayabilen bir latent dönem olduğu unutulmamalıdır. Progresyon önleyici tedavileri başlamak ve gelecekte olabilecek yeni tedavilerin uygulanması açısından erken tanı önemlidir.

BP - 89 BİR TANI MACERASI: ENSEFALİT? POSTERİOR REVERSİBLE ENSEFALOPATİ SENDROMU?

GÜLCE COŞKU YILMAZ [1], ZEYNEP TANRIVERDİ [2], DİLEK TOP KARTI [2], YEŞİM BECKMANN [2], MUSTAFA FAZIL GELAL [2]

[1] *TORBALI DEVLET HASTANESİ*
[2] *İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ*

Giriş:
Posterior Reversible Ensefalopati Sendromu(PRES), serebral otoregülasyon ve endotel disfonksiyonuna bağlı klinik ve radyolojik bulgularla seyreden bir tablodur. Afazi ile prezente olan, non konvulzif status epileptikus(NKSE) saptanan, ensefalit tedavisi gören, takibinde Gerstmann ve Balint sendromlarının komponentleri ve apraksi gelişen olgumuz atipik bir PRES vakasıdır.

Olgu:
63 yaşında kadın hasta bir akşam önce başlayan konuşamama ve anlamama yakınmalarıyla acil servisimize başvurdu. Hipertansiyon dışında hastalığı yoktu. Vital bulguları normaldi. Beyin BT ve diffüzyon MRG'sinde patoloji izlenmedi. Lomber ponksiyon yapıldı, beyin omurilik sıvısında(BOS) protein 137mg/dl, glukoz 73mg/dl, 10 lökosit saptandı, kültürlerinde üreme olmadı. Kan amonyak düzeyi normaldi. Viral ensefalit ön tanısıyla asiklovir ve seftriakson başlandı, 21 güne tamamlandı. Kranial MRG'sinde bilateral pariyetooksipital lobda PRES ile uyumlu vazojenik ödem saptandı. EEG'de izlenen NKSE bulguları antiepileptik tedavi ile geriledi. Herpes PCR negatifti. Paraneoplastik sendrom(PNS)/otoimmun ensefalit(OİE) düşünülerek pulse steroid ve intravenöz immünglobulin uygulandı. Kontrol BOS'ta protein 91 mg/dl, glukoz 105 mg/dl idi, hücre saptanmadı. PNS/OİE panelleri ve malignite taraması negatif sonuçlandı. Kontrol kraniyal MRG'de vazojenik ödemde gerileme ve bilateral pariyetooksipital kortekste hemorajiye sekonder kontrastlanmalar görüldü. Hastanın uyanıklığı ve verbal çıkışı arttı ve destekle mobilize olmaya başladı. Poliklinik kontrollerinde verbal çıkışı anlamlı ve akıcı olan, kompleks emirlerde zorlanan hastanın motor defisiti yoktu. Nörooftalmolojik bakısında VO: 0,3/0,3 idi; görme alanında sadece santral görmenin kısmen korunduğu görüldü. Astereognozi, iki nokta diskriminasyonu bozukluğu veya yüzeysel duyu kaybı izlenmedi. Simültanagnozi, akalküli, agrafi, agrafestezi, parmak agnozisi, sağ-sol dezoryantasyonu, ve apraksisi mevcuttu.

Sonuç:
Bu hastalarda en sık bellek fonksiyonları etkilenmekle birlikte diğer bilişsel alanlara yönelik değerlendirme de önemlidir. Olgumuzun renkli muayene bulgularının videolar eşliğinde sunumunun eğitici olabileceği kanaatindeyiz.

BP - 90 SEREBROVASKÜLER OLAY SONRASI AFAZİ REHABİLİTASYONUNDA ÇOK MODALİTELİ TERAPİ ETKİLİLİĞİ: ÖN ÇALIŞMA BULGULARI

AYŞE SALİHA YAZAROĞLU , SENANUR KAHRAMAN BEĞEN , MERVE SAVAŞ , AYNUR İKRA DEMİR , GÖKSU İREM EMRAH

İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ

Amaç:
Afazi rehabilitasyonunda kanıt temelli çalışmalarla etkililiği ortaya konmuş semantik ve fonetik özellikler analizi, geleneksel stimülasyon terapisi gibi yöntemler çoğu zaman kağıt kalem etkinlikleri ile uygulanmakta ve multisensoryel uyaranları içermemesi bakımından eksik kalmaktadır. Bu amaçla koku duyusu temel alınarak motor, proprioseptif, taktil ve tat duyularını içeren ve işitsel-görsel entegrasyon gerektiren materyal seçimi ile oluşturulmuş terapötik girişimin etkililiği incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem:
İnme sonrası 6. haftada afazi rehabilitasyonuna başlanan 69 yaşında, anadili Türkçe ve üniversite mezunu olan hastaya haftalık 10 saat olmak üzere 8 hafta terapi uygulandı. Terapi temaları içecekler (limonata ve kahve), yiyecekler (kereviz ve salatalık), baharatlar (tarçın ve karanfil), çiçekler (gül ve lavanta) olarak belirlenmiş, temayla ilişkili eylem ve isim sözcükler ayrık ve entegre edilmiş gerçek materyallerle sunulmuştur (Limon yağının pamuğa damlatılması ve koklandıktan sonra adlandırılması, limonu gözler kapalı palpasyonla adlandırma, limon kesme hareketi esnasında eylem adlandırma, limonu rendeleme esnasında ortaya çıkan sesin önceden dinletilerek eylemin adlandırılması, video üzerinden eylem adlandırma, vb.) Terapi öncesi ve sonrası hastaya Afazi Dil Değerlendirme Testi (ADD), Boston Adlandırma Testi (BAT); hasta yakınlarına Zarit Bakım Yükü Ölçeği (ZBYÖ) uygulanmıştır.

Bulgular:
Terapi öncesi/sonrası ADD testi puanı 90/148'dir (konuşma akıcılığı [17/18], işitsel anlama [9/35], tekrarlama [0/14], adlandırma [7/18] dilbilgisi [0/0], söz eylem [0/2], okuma [32/36] ve yazma [25/25]). BAT ise kendiliğinden adlandırma 3/3; semantik ve fonemik ipucuyla adlandırma 0/0; sadece işlevini söyleme 0/24'dür. Anlatı analizinde semantik parafazi 16/1, literal parafazi 18/3 ve neolojistik parafazi sayısı 10/1 olup informatif söylemlerin tüm cümlelere oranı %31/63'tür. ZBYÖ skoru 40/13'tür.

Sonuç:
Akıcı afazili bireyin rehabilitasyonunda multimodal yaklaşımın etkili olduğu görülmüştür.

BP - 91 ANTİ-SOX1 LİMBİK ENSEFALİT KLİNİĞİ İLE PREZENTE OLAN SCLC OLGUSU

ESRA SOLAK YILMAZ , GÖKBERK METİN , SUAT KAMIŞLI , ÖZDEN KAMIŞLI

BURSA TIP FAKÜLTESİ, BURSA ŞEHİR HASTANESİ,NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Paraneoplastik nörolojik sendromlar; Kanserin kendisine, metastazına, metabolik bozukluğa veya kanser tedavisine bağlı olmadan ,kanserin uzak etkisi ile ortaya çıkan nörolojik bozukluklardır. Limbik sistem, serebellum, periferik sinir sistemi ve nöromuskuler bileşke en sık tutulan bölgelerdir. SOX-1 proteinleri, korunmuş bir DNA bağlayıcı proteini paylaşır ve MSS gelişiminde önemli bir rol oynar. Anti-SOX1 antikorları çeşitli nörolojik sendromlarla ilişkili bulunmuştur.

Olgu:
65 yaşında kadın hasta 5 aydır olan unutkanlık, kişilik ve davranış değişikliği şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Ayrıca ara ara olan kısa süreli kafa karışıklığı şikayeti vardı. Özgeçmişinde hipertansiyon, diabet ve hashimato tanıları vardı. Ayrıca 2003 yılında küçük hücre dışı akciğer kanseri nedenli opere edildiği ve 20 yıldır remisyonda olduğu öğrenildi. Nörolojik muayenesinde DTR'ler hipoaktifti. MMSE'de hafif kognitif bozukluk saptandı. Laboratuvar incelemeleri normaldi. Beyin MR'da mezial temporal bölgelerde bilateral hiperintens alanlar saptandı. BOS incelemesi normal sınırlardaydı. EEG'de temporal bölgelerde epileptik anormallik saptandı. Olası otoimmun/paraneoplastik ensefalit açısından otoimmun ve paraneoplastik ensefalit panelleri gönderildi ve anti-SOX1 antikoru pozitif geldi. Malignite taraması derinleştirildi. Toraks BT'de sağ paratrakeal ve infrakardiyak alanda solid kitlesel lezyon saptandı (LAP), tüm vücut PET çalışması yapıldı. PET'de hipermetabolik nodüler kitlesel lezyonlar saptandı. Hastaya biyopsi yapıldı ve normal olarak değerlendirildi. İlk biyopsi negatif gelen hastaya kontrol 2. Biyopsi yapıldı sonucunda SCLC saptandı. Hastaya kemoterapi ve radyoterapi başlandı.
Anti-SOX1 antikoru pozitif olan hastaların oldukça yüksek bir kısmında (%90) kanser tespit edilmiştir. En sık saptanan kanser ise SCLC' dir. Bizim hastamızda da antikor pozitifliği saptanması üzerine detaylı kanser taraması yapıldı. Hastanın özgeçmişinde 20 yıl önce olan küçük hücre dışı akciğer kanseri öyküsü olması nedeniyle nüks olabileceği düşünüldü. Ancak hastaya yapılan ilk biyopsi sonucu maligniteye rastlanmadı. Kısa bir süre sonra 2. biyopsi yapıldı sonucunda SCLC saptandı. Bu kanserin ilk kanserden farklı bir kanser olduğu ve daha in-situ dönemde olduğu düşünüldü. Hastaya kemoterapi ve radyoterapi başlandı. Kanser taramasında ısrarcı olup oldukça erken dönemde SCLC saptanan bu hastamızı nadir görülen bir durum olması nedeniyle sunuma değer bulduk.

BP - 92 CREUTZFELDT-JAKOB HASTALIĞINI TAKLİT EDEN SREAT OLGUSU

BAŞAK GİZEM KAPUCU , GÖKBERK METİN , ECEM GÖKGÖZ , ÖZDEN KAMIŞLI

BURSA TIP FAK. BURSA ŞEHİR HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Olgu:
Steroid yanıtlı otoimmun tiroiditle ilişkili ensefalopati [steroid responsive encehalopathy associated with autoimmune thyroiditis (SREAT)] anti-tiroid antikor seviyesinin yüksek olması ile ilişkili bilinç bozukluğu, ajitasyon, ilerleyici kognitif kötüleşme ve nöbetlerle karakterize bir ensefalopati tablosudur. Genellikle kortikosteroid tedavisine iyi yanıt verir. Tanı ensefalopati yapabilecek diğer nedenlerin dışlanması ile konur. Creutzfeldt-Jakob hastalığı (CJD) ise demans, kişilik değişiklikleri, myoklonik nöbetler ve giderek ilerleyen nörolojik defisitlerle karakterize bir hastalıktır. EEG de periyodik olarak ortaya çıkan trifazik dalgalar görülür, beyin MR da DWI, Flair ve T2 ağırlıklı sekanslarda serebral korteks, korpus striatum, kaudat nucleus başında ve putamende hiperintens sinyal artışları izlenir. Bu yazımızda CJD'yi taklit eden bir SREAT olgusu sunulmuştur.

Olgu: 55 yaşında kadın hasta yaklaşık 1 aydır olan unutkanlık, dalgınlık ve durgunluk, içe kapanma ve nöbet geçirme şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın nöbeti ilk kez olan JTK nöbet şeklindeydi. Hastanın muayene sırasında myoklonileri olduğu gözlendi. Difüzyon MRG'da kortikal lineer sinyal artışları izlendi. Rutin kan tetkikleri normal sınırlardaydı. Hastanın tiroid otoantikorları ile birlikte tiroid fonksiyon testleri çalışıldığında; TSH 9,5 (N:0,27-4,20), T3 ve T4 değerleri normal sınırlarda, anti-TPO 100IU/mL (N:0-34) bulundu. EEGde trifazik dalga paterni izlendi. Nöbetleri için LEV başlandı, LEV 3000mg/güne çıkıldı ancak myoklonileri durmayan hastaya VPA eklendi. Bu arada hastaya LP yapıldı. BOS'ta protein 1243mg/L (N:150-450) çıktı. CJD ön tanısı ile 14.3.3 proteini gönderildi. Olası otoimmun ensefalit açısından otoimmun ve paraneoplastik ensefalit panelleri gönderildi. Olası otoimmun ensefalit-SREAT ön tanıları ile hastaya 5 gün süreyle 1 gr/günden metilprednizolon tedavisi başlandı. Tedavi sonrası hasta klinik olarak düzeldi ve nöbetleri durdu. 14.3.3 proteini ve otoimmun ve paraneoplastik ensefalit panelleri negatif geldi.Hastada steroid cevaplı otoimmun tiroidit ilişkili ensefalopati düşünüldü.Oral steroid idame tedavisi ve levotiron tedavisi başlandı. Subakut kognitif kötüleşme, kişilik değişikliği, myokloni ve jeneralize tonik klonik nöbet kliniği ile polikliniğimize başvuran, ve beyin MRG difüzyon ağırlıklı görüntülemede (DWI) bilateral frontal korteks, insulada ve parietooksipital bölgelerde kortikal lineer sinyal artışları izlenen ve CJDden ayırt edilmesi gereken bir SREAT olgusu ilginç olması nedeniyle sunulmuştur.

BP - 93 SEREBRAL AMİLOİD ANJİOPATİ İLİŞKİLİ İNFLAMASYON - İKİ OLGU

SÜMEYRA KANAT [1], ÖMER NUMAN CEYLAN [1], ÖZLEM KAYIM YILDIZ [1], BÜLENT YILDIZ [2]

[1] SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI

Olgu:
Altmış sekiz yaşında kadın hasta sol tarafında ilerleyici güç kaybı, anlamsız konuşma, kafa karışıklığı yakınmaları ile başvurdu. Daha önce bir kez kısa süreli sağ taraflı sensorimotor semptomları olan ve lober hematom geçiren hastanın beyin manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) susceptibility-weighted (SWI) imajlarda kortikal mikro ve makrohemorajiler ve kortikal süperfisiyal siderozisle birlikte sağ serebral hemisferde komşu subkortikal beyaz cevhere uzanan, kitle etkisi gösteren ve vazojenik ödemle karakterize konfluen fluid attenuated inversion recovery (FLAIR)/T2 hiperintens sinyal değişikliği ve leptomeningeal kontrastlanma mevcuttu.
Diyabetes mellitus, hipertansiyon ve hiperlipidemi öyküsü olan 63 yaşında kadın hasta her iki gözle bulanık görme yakınması ile başvurdu. Sol homonim hemianopisi olan hastanın beyin MRG'de SWI imajlarda kortikal mikro ve makrohemorajilerle birlikte sağ temporoksipital bölgede komşu subkortikal bölgeye yayılan vazojenik ödemle birlikte FLAIR imajlarda hiperintens sinyal değişiklikleri ve kontrastlanma izlendi. Her iki olguya da kortikosteroid tedavisi başlandı. Tedavi sonrası klinik bulgularda ve beyin MRG bulgularında düzelme izlendi. Serebral amiloid anjiopati (CAA) ilişkili inflamasyon (CAA-ri), CAA'nin nadir bir alt tipidir. İki alt tipi vardır: inflamatuar serebral amiloid anjiopati ve amiloid β-ilişkili anjiit. Akut veya subakut kognitif değişiklikler, baş ağrısı, fokal nörolojik defisitler ve epileptik nöbetlerle seyreder. Tanı için altın standart otopsi ya da biyopsidir; fakat biyopsinin invaziv doğası nedeniyle çoğu olguya klinikoradyolojik özelliklere dayanılarak tanı konmaktadır. Olası ve mümkün CAA-ri için klinik ve MRG bulgularına dayalı tanı kriterleri mevcuttur. Alternatif tanılar dışlanmalıdır. İmmünsüpresifler ve kortikosteroidlerle tedaviye yanıtlıdır.

BP - 94 STANDART AFAZİ TESTLERİ EDİNİLMİŞ DİL BOZUKLUKLARINI ÖLÇMEKTE YETERİNCE HASSAS MI?: BİR LATENT AFAZİ OLGU SUNUMU

ÖZLEM ÖGE-DAŞDÖĞEN [1], HATİCE YELDA YILDIZ [2], YAKUP KRESPİ [3]

[1] *ATLAS ÜNİVERSİTESİ*
[2] *İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ*
[3] *İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ*

Amaç:
Türkçede edinilmiş bir dil bozukluğu olan afazinin saptanmasında kullanılan standardize değerlendirme araçları mevcuttur. İnme sonrası standart afazi testlerinde dil açısından normal sınırlar içindeki vakamız, karşılıklı sohbeti sürdürebilmektedir, lisana ilişkin görünür bir problemi bulunmamaktadır. Bu olgu sunumunun amacı, klasik afazi değerlendirmelerinin sınırlılıklarını ve edinilmiş örtük dilsel yetersizlikleri nasıl perdelediğini irdelemektir.

Yöntem:
Nörolojik muayenesi ve radyolojik tetkikleri yapılmış olup dil için Gülhane Afazi Testi-2 (GAT-2) ve Boston Adlandırma Testi (BAT), biliş için Mini-Mental Durum Testi (MMDT) kullanılmıştır.
BULGULAR: Vaka 63 yaşında ilkokul mezunu, sağ el dominansı ifade edilmiş, erkektir. Koroner arter hastalığı dışında kronik hastalık tariflememiştir. İskemik inme sonrası günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmekte güçlük nedeniyle başvurmuştur. Nörolojik muayenesi kabaca normal olarak değerlendirilmiş olup manyetik rezonans görüntülemede; sol insular korteks posteriorundan temporal operkuluma uzanan iskemik alan, sağ supramarjinal girusta gliotik ensefalomalazik alan, sağ talamusta kronik iskemik alan ve serebelloserebellar atrofi saptanmıştır. MMDT puanı 26'dır. GAT-2 puanı 83/74+'dir. BAT'a göre konfrontasyon adlandırması korunmaktadır (60/42+) Anlamsız Sözcük Tekrarı testi puanı 16/6+'dir. Sözel sayı menzili; ileri sayı menzili 4 birim ve ters sayı menzili 3 birim. Sözel akıcılık performansına bakıldığında ise semantik akıcılık puanı 14, harf akıcılığı puanı 9'dur. Sohbet sırasında isim sözcüklerin kullanımı sınırlıdır. Nadir olarak literal parafazileri vardır. Fonolojik işlem belleği güçlüğü ön plandadır.

Sonuç:
Latent afazi vakalarının dil becerileri örtük bir biçimde etkilendiği halde standart afazi testleri uygulandığında dil becerileri normal sınırlarda çıkmaktadır. Bu nedenle dil alanında şikayetleri olmasına ve inme öncesi mesleki ya da entelektüel yaşamına geri dönememesine rağmen mevcut değerlendirme araçlarıyla bu örtük dil-bilişsel sorunlar ortaya çıkarılamadığından rehabilitasyon sürecine de dahil olamamaktadır.

BP - 95 TRANSKRANİAL MANYETİK STİMULASYON SONRASI GELİŞEN NÖBET ÖYKÜSÜ OLGU SUNUMU

GİZEM SARIOĞLU ERMUMCU , KEVSER ÖZEN YILMAZ , NİHAT ŞENGEZE

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ

Giriş:
Transkraniyal manyetik stimülasyon(TMS), dirençli depresyon, migren ve OKB için tedavi yöntemidir.TMS için kafa derisinin çeşitli bölgelerine yerleştirilen elektromanyetik bobin kullanılır.Bu bobin manyetik darbeler üretir,patofizyolojik ve klinik sonucu yaratmak için farklı beyin bölgelerini uyarır.TMS nöbetlere de neden olabilir.Bunun ne oranda gerçekleştiği bilinmemektedir.Nöbetlerin olasılıkla TMSye ilk maruziyet sırasında görülmektedir.TMS etkisi ve ona bağlı gelişebilecek komplikasyonlar da görülebildiğinden,bu konuya dikkat çekmek için olgu sunumu hazırladık.

Olgu:
Yirmi yedi yaşında bilinen depresyon tanısı olan erkek hasta,yaklaşık 30 saniye süren dört ekstremitede tonik kasılma,ağızdan köpük gelme,gözlerde yukarıya kayma şikayetleriyle başvurdu.İdrar-gaita inkontinans olmamış.5-10 dakika postiktal konfüzyon dönemi olmuş.Özgeçmişinde nöbet öyküsü bulunmamamakta,depresyon nedeniyle en son 5 gün önce olmak üzere 30 seans TMS tedavisi alma öyküsü mevcuttur.Nörolojik muayenesi olağandı.Alınan anamnezinde nöbeti tetikleyecek ek faktör yoktu.Kranial bilgisayarlı tomografisinde, manyetik rezonans görüntülemesinde,kan tetkiklerinde nöbete neden olabilecek patoloji saptanmamıştır.Elektroensefalografisi normal raporlanmıştır.Kardiyak değerlendirme normaldi.Hastanın geçirdiği nöbet; aldığı TMS tedavisine bağlı olabilecek semptomatik nöbet olarak değerlendirildi.Antiepileptik tedavi başlanmadı, nöbet takibi açısından poliklinik kontrolü önerildi

Sonuç:
TMS ile ilişkili nöbet riski genel olarak %1den azdır.Bu nöbetlerde tedavi önerisi nöbet sırasında destekleyici tedavidir.Araştırmalar;epilepsi hastalarında daha önce TMS ile ilişkili nöbet geçirmişlerde TMS'nin kontrollü devam edebileceğidir.TMS ile ilişkili nöbetlerin oranı,psikotrop ilaçlara bağlı gelişen nöbetlerle karşılaştırıldığında benzer veya daha düşüktür.Nöbet TMSnin nadir fakat ciddi bir etkisi olsa da,dirençli depresyonu TMS ile tedavi etmenin yararları,diğer komplikasyonlarından daha ağır basabilir.TMS ile ilgili araştırmalar devam ettikçe,hangi katılımcı özelliklerinin ve TMS protokollerin bileşenlerinin nöbet riskini artırabileceğini daha iyi anlaşılacaktır

BP - 96 BAKLOFEN İLE TEDAVİ EDİLEN TARDİF DİSTONİ VAKASI

GÖKHAN AYDOĞAN

MUĞLA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Genellikle antipsikotik sınıfı ilaçların aylarca veya yıllar içinde kullanılmasından sonra gelişen tardif distoni, tekrarlayan sürekli kas kasılmasıyla karakterize, çoğunlukla ağız, yanak,dil kaslarını etkileyen bir klinik tablodur. Öncelikle mevcut ilaç dozları mümkün olduğu kadar azaltılır, antikolinerjik ilaçlar durdurulur ve gerekiyorsa yeni nesil antipsikotiklere geçilir, klozapin önerilen ilk seçenektir.Tedavi direnci mevcutsa botulinum toksini, tetrabenazin, reserpin, klonazepam, baklofen, pridoksin ve E vitamini reçete edilebilir.Bildirmiş olduğumuz bu olgu sunumunda 1 yıllık aripiprazol tedavisi ile oromandibular, lingual protrisyon distonisi gelişen hastanın pridoksin, e vitamini ve baklofen ile tama yakın düzeldiği vakayı bildiriyoruz.

Vaka:
75 yaşında 1 yıldır aripiprazol tedavisinden sonra dilde ve çenede ani kasılmalar ve buna bağlı olarak yemek yemekte güçlük şikayeti ile tarafımıza başvurdu ve yapılan fizik muayenesinde hastanın oromandibular ve lingual bölgede distonik kasılmaları mevcuttu.Fahn Tolasa Marin tremor scalasına göre dil(4/4), oromandibular(4/4), sağ üst ekstremite (3/4), sol üst ekstremite (3/4) şiddetindeydi. Hastanın ariprazol tedavisi sonlandırıldı ve tedavide e vitamini(2mg kg/gün), vitamin B12, B6, B1 kombinasyonu 1x1 ve baklofen 3x1 tedavisi başlandı.3 hafta sonrasında dil(3/4) ve oromandibular(3/4), saü üst ekstremite(2/3) sol üst ekstremite(2/4) olarak değerlendirildi ve baklofen tedavisi kademeli olarak 3x2 dozuna çıkarıldı ve 2. Ayın sonunda dil(1/4), oromandibular(0/4), sağ üst ekstremite(1/4) sol üst esktremite(1/4) olarak gözlendi ve vitamin desteği sonlandırılarak baklofen tedavisinin devamı önerildi.

Sonuç:
Her ne kadar son dönemlerde tardif distoni tedavisinde botilinum enjeksiyonları çok sık kullanılsa da, medikal tedavinin denenmesi maliyet ve olası komplikasyonların önüne geçmesinde önem arz etmektedir.

BP - 97 MAKULAR DEJENERASYON TEDAVİSİ SONRASI GELİŞEN GENÇ YAŞ PARKİNSONİZM: OLGU SUNUMU

AYBALA NESLİHAN ALAGÖZ , ZEYNEP BÜŞRA SOYSAL , HALİT EYÜPLER , SENA DESTAN BÜNÜL

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
İntra vitreal anti vasküler endotelyal büyüme faktör monoklonal antikoru (anti-VEGF), özellikle 60 yaş üzerinde sık görülen makular dejenerasyon ve proliferatif diyabetik retinopati tedavilerinde kullanılan ilaçlardır. Uzun dönem kullanımının, nörodejeneratif hastalıklara yol açabileceği veya gelişimini hızlandırabileceği üzerine hipotezler bulunmaktadır. Bu olgumuzda, genç yaşta anti-VEGF tedavisi sonrasında başlayan parkinsonizm sunulmaktadır.

Olgu:
49 yaşında kadın hasta, 10 yıldır olan parkinsonizm yakınmaları nedeniyle başvurdu. 13 yıldır psödoksantoma elastikum ve makular dejenerasyon tanısıyla, düzenli anti-VEGF tedavisi alıyordu. 10 sene önce kollarında ve sol bacağındaki ağrı yakınmasına, hareketlerde yavaşlama, katılık eklenmesi üzerine Parkinson Hastalığı tanısı almıştı. Nörolojik muayenesinde; maske yüz görünümü, baş, gövde, sol üst ve alt ekstremitede rijidite ve bradikinezi mevcuttu. Non-motor semptom yakınması yoktu. Mini mental test 30/30'du. İdrar ile serum bakır ve serum seruloplazmin seviyeleri, beyin BT, MR ve PET görüntüleme normal sınırlardaydı. Hasta apomorfin testini ve DAT-SPECT'i kabul etmedi. Parkinson Hastalığı genetik incelemesi için yönlendirildi. Dopaminerjik tedavilerden fayda görmemesi gerekçesiyle kendi isteğiyle medikasyon almıyordu. Yakınmaları nedeniyle mesleğini bırakmıştı. Alternatif tedavi değerlendirilmesi üzerine Göz Hastalıklarına danışıldı, mevcut tedaviye devam edildi.

Tartışma:
İn vivo ve in vitro deneylerde VEGF verilmesinin, substansia nigra ve striatumda dopaminerjik nöron kaybını engellediği, düşük VEGF seviyelerinin bozulmuş nöronal doku perfüzyonu ile iskemiye yol açtığı gösterilmiştir.

Sonuç:
Olgumuz; erken yaşta anti-VEGF tedavisi sonrasında parkinsonizm gelişmesi nedeniyle önemli olabilir ve genç yaş parkinsonizmlerde ayırıcı tanıda seyrek kullanılan ilaçlarla ilişkili parkinsonizmin de akılda bulundurulmasını hatırlatması açısından sunmaya değer bulduk.

BP - 98 HLA-DRB1 GENİ İLE MENARŞ YAŞININ MULTİPL SKLEROZ BAŞLANGIÇ YAŞI VE BİRBİRLERİ İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

CEREN AKTAN [1], CANAN EMİR [2], SERAP ÜÇLER [2]

[1] *TOKAT DEVLET HASTANESİ*
[2] *PROF. DR. CEMİL TAŞÇIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ*

Amaç:
MS tanılı kadınların HLA-DRB1 15:01 geni ile hastalıklarının ilk belirti verdiği yaş ve menarş yaşının ilişkisini ve bunun EDSS üzerine etkisini kontrol grubu ile karşılaştırarak ortaya koymaya çalıştık.

Gereç ve Yöntem:
Çalışma Aralık 2020 - Ağustos 2021 arasında, Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesinde yapıldı.
MS tanılı 20 kadın ile hastalığı ve MS öntanısı olmayan sağlıklı 20 kadın alındı.
MS tanılılara ilk semptomun ortaya çıkış yaşı, menarş yaşı sorulup EDSS hesaplandı; kontrol grubuna ise menarş yaşı soruldu.
Gönüllülerden kan alınarak, İstanbul Üniversitesi Tıbbi Biyoloji Laboratuvarında çalışıldı.

Bulgular:
HLA-DRB1 15:01, vaka grubunda 3; kontrol grubunda 2 katılımcıda vardı.
Vaka grubu menarş yaşı 10-17 arasında, ortalaması : 12,85'ti.
Kontrol grubun menarş yaşı 9-15 arasında, ortalaması: 12,85'ti.
Vaka grubunun EDSS skorları 0-7 aralığında; medyan değeri : 1idi.
HLADRB-1 15:01 geni ile erken menarş arasında anlamlı ilişki saptandı ($p < 0,05$).
HLA -DRB1 15:01 ile ilk semptomun görüldüğü yaş arasında; menarş yaşı ile ilk semptomun görüldüğü yaş arasında; menarş yaşı ile EDSS skorları arasında, HLA-DRB1 15:01 +/- liği ile EDSS skorları arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Sonuç:
1-Erken menarşın MS ilk semptomunun erken görülmesine sebep olduğu yönündeki literatürün aksine, erken menarşın MS ilk semptomu yaşı ile iligisi olmadığı
2- HLA DRB1 15:01 gen taşıyıcılığını geç menarşla ilişkilendiren literatürün aksine; genin erken menarş ile ilişkili olduğunu bulduk.
Literatürden farklı sonuçlarımız muhtemelen coğrafi farklılıklardan kaynaklanıyordu.
Çalışmamızın kısıtı örneklem grubumuzun küçük oluşuydu.
Çoğu Avrupa kökenli çalışmada erken menarş yaşının MS ilk semptomunun erken görülmesine sebep olduğu gösterilse de, kesin risk faktörü olarak kabul edilmemiştir. Bunun için farklı coğrafyalarda daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

BP - 99 ENDOVASKÜLER TEDAVİ UYGULANAN SEREBRAL VENÖZ TROMBOZ: OLGU SUNUMU

HAZAL ÇETİN [1], HİLALİ DUYGU ERASLAN [1], ŞAMİL ÖZKAN [1], YUSUF SAVRUN [2], TAYLAN ALTIPARMAK [1], HALE BATUR ÇAĞLAYAN [1], FATİH ÖNCÜ [3], KORAY AKKAN [3], BARAN ÖNAL [3], BİJEN NAZLIEL [1]

[1] GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] KASTAMONU EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[3] GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Serebral Venöz Tromboz (SVT) otitis media, mastoidit, boyun enfeksiyonu gibi lokal enfeksiyonlar sonucu görülebilir. Başağrısı, vakaların yaklaşık %90ında en yaygın semptomudur; yaklaşık %25inde tek bulgudur. Ayrıca semptomatik nöbet ve fokal nörolojik semptomlar da izlenebilir. Bu bildiride mastoidit sonrası gelişen ve endovasküler tedavi ile düzelim sağlanabilen bir serebral venöz tromboz olgusunu sunmak istedik.

Olgu:
Bilinen bir hastalık geçmişi olmayan 19 yaşında kadın hasta, analjeziklere dirençli, şiddetli başağrısı, bulantı-kusma, kulak ağrısı şikayetleriyle acil servise başvurmuş. Çekilen MR venografide (MRV) sol transvers ve sagital sinüslerde tromboz görülmüş ve enoksaparin tedavisi başlanmış. Takipte sol elinde tonik kasılmalar gelişmiş ve tedrici olarak stupor oluşmuş. Antiepileptik tedavilere rağmen düzelim izlenmemesi üzerine hastanemiz Nöroloji yoğun bakım ünitesine devralındı. Bilinci stupor, olan hastada kontrol nörogörüntülemelerinde superior sagital, sol transvers, sol sigmoid sinüsler ve sol internal juguler vende akım izlenmedi, yaygın kortikal ödem izlendi ve solda mastoid efüzyon saptandı. Nörolojik durumunda optimal antikoagülan tedaviye rağmen düzelme olmayan hastaya Dijital Substraksiyon Anjiyografi (DSA) planlandı. Yapılan DSA'da venöz fazda konfluens sinuum, sağ transvers ve sigmoid sinüsler dışındaki kesimlerde drenaj gözlenmedi. Endovasküler girişim ile trombektomi yapılan hastada kısmi venöz rekanalizasyon sağlandı. Mastoidite yönelik uygun antibiyoterapisine ve enoksaparin tedavisine devam edilen hastada ilk hafta tedrici olarak nörolojik durumunda belirgin düzelme izlendi; SVT ye yönelik etyolojik incelemesinde ek bir risk faktörü tespit edilmeyen hasta uygun antikoagülasyon planıyla taburcu edildi.

Tartışma:
Antikoagülan tedavi intraserebral kanama varlığında dahi SVT tedavisinde ilk basamak olarak kabul edilmiştir. Hastaların çoğunda sistemik antikoagülasyonla düzelim görülse de %13e varan oranlarda devam eden morbidite ve mortalite görülmektedir. Antikoagülan tedaviye dirençli olgularda lokal trombolitik tedavi, mekanik trombektomi, tromboaspirasyon ve balon kateter ile kombine prosedürler alternatif olarak uygulanabilmektedir . Endovasküler tedavi için standardize görüntüleme seçim kriterleri oluşturulmamıştır. Kötü prognoz seyri beklenen, sistemik antikoagülasyonun başarısız olduğu, yaygın trombüs yükünün olduğu, serebral ödem, artmış intrakraniyal basınç, mental durum değişikliği, nörolojik semptomlarda progresif kötüleşme durumlarında endovasküler tedavi seçenekleri gözden geçirilebilir. Modern endovasküler cihazlarla trombektomi yapılan SVT hastalarında rekanalizasyon oranları ve sonuçları ile ilgili çok sınırlı veri bulunmaktadır, ileri çalışmalar gereklidir. Bu olgu sunumuyla antikoagülan tedaviye dirençli, progresif kötüleşen bir genç hastada 'kurtarma tedavisi' olarak endovasküler tedavi seçeneklerinin de düşünülmesi gerektiğine dikkat çekmek istedik.

BP - 100 DİYABETİK ÖYKÜSÜ OLMAYAN AKUT İSKEMİK İNME HASTALARINDA HBA1C İLE PROGNOZ İLİŞKİLİSİ

HİLAL ÇÖKLÜ , OĞUZHAN TAŞ , MİNE HAYRİYE SORGUN , FATMA TUĞRA KARAARSLAN TÜRK , KURTULUŞ UMUT BOZKURT , BERİL ÖZDEMİR , CEREN AYPERİ GÜNDOĞMUŞ , NIJAT ABBASZADE , ALİ CEM EKŞİ , CANAN TOGAY IŞIKAY

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Diyabetes mellitus (DM), koroner arter hastalığı ve iskemik inme için kanıtlanmış bir risk faktörüdür. Glikolize hemoglobin A1C (HbA1C) ise son 2-3 aydaki kan şekeri seviyesini yansıtan bir belirteçtir. Akut iskemik inme hastalarında yüksek kan şekeri ve HbA1c düzeyleri ile fonksiyonel bağımsızlık arasında ters bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Biz de bu çalışmada, diyabet veya antidiyabetik tedavi öyküsü olmayan inme hastalarında HbA1c düzeyinin inme şiddeti, erken nörolojik kötüleşme ve inme sonrası prognoz ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
Kliniğimizde Ağustos 2017 ve Aralık 2019 arasında akut iskemik inme veya geçici iskemik atak tanısıyla izlenmiş olan ve DM öyküsü olmayan 286 hastanın verileri retrospektif olarak analiz edildi. Hastaların kayıtları incelenerek demografik verileri, risk faktörleri, başvuru Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Ölçeği (NIHSS) skorları ve HbA1c düzeyleri, yatış esnasında erken nörolojik kötüleşme gösterip göstermedikleri, mortalite ve taburculuk sonrası modifiye Rankin Skalası (mRS) skorları ile klinik seyirleri kaydedildi. İnme subtipleri otomatize “Causative Classification System” kullanılarak sınıflandı.

Bulgular:
DM öyküsü olmayan akut iskemik inme hastaları arasında HbA1c ≥ 6.5 olan 60 (%21, ort.yaş±SD=69.52±11.1, kadın/erkek=22(%36.7)/38(%63.3)) hasta tespit edildi. HbA1c≥6.5 olan hastaların yaşı, başvuru NIHSS ve takip mRS skorları istatistiksel olarak, HbA1c<6.5 olan hastalardan daha yüksekti ve yatış esnasında erken nörolojik kötüleşme gösteren hasta sayısı HbA1c≥6.5 olan hastalarda daha fazla bulundu ($p<0.05$). Çoklu regresyon analizinde ise, HbA1c düzeyi ile yatış esnasında erken nörolojik kötüleşme arasında anlamlı ilişki bulundu (0.027).

Sonuç:
Bu çalışmada, DM öyküsü olmayan her beş akut iskemik inme hastasından birinin yeni DM tanısı aldığı ve HbA1c yüksekliği ile yatış esnasında erken nörolojik kötüleşme arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Diyabet öyküsü olmayan hastalarda da HbA1c düzeyinin kontrol edilmesi prognostik açıdan önemli olabilir ve HbA1c düzeyi yüksek bulunan hastaların akut dönemde erken nörolojik kötüleşme açısından yakın izlemi önerilebilir.

BP - 102 ANTİ GAD 65 ANTİKOR İLİŞKİLİ SEREBELLAR ATAKSİ OLGUSU

MERVE AYDIN , YILDIZHAN SENGUL , ÖZGÜL OCAK

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Hücre ölümüne yol açan immün aracılı nöronal fonksiyon bozukluğu, serebellar ataksi (SA) gelişiminden sorumlu bir patomekanizmadır. İmmün aracılı serebellar ataksiler (IASAlar) karakteristik olarak gluten ataksisi, paraneoplastik serebellar dejenerasyon, antiglutamat dekarboksilaz 65(anti-GAD65), antikoruyla ilişkili serebellar ataksi, enfeksiyon sonrası serebellit ve opsoklonus miyoklonus sendromu gibi çeşitli otoimmün temelli etiyolojileri kapsar. Glutamatın GABAya dönüşümü, glutamat dekarboksilazın iki izoformu (GAD; GAD67 ve GAD65) tarafından katalize edilir. Daha küçük izoforma (anti-GAD65 Abs) karşı otoantikorlar serebellar ataksi (SA) ile ilişkilidir. Bu durum çoğunlukla 50-60 yaş arası kadınları etkiler ve subakut veya kronik başlangıç gösterir. Hemen hemen tüm hastalarda duruş ve yürüyüş ataksisi görülürken, ekstremite ataksisi, dizartri ve nistagmus yaklaşık %60 ila %70 hastada gözlenir. Vakamız ekstremite ataksisiyle prezente subakut serebellar bulguları olan Anti GAD 65 ilişkili immune aracılı serebeller ataksi olgusudur.
Olgu: Elli sekiz yaşında kadın hasta sol tarafta titreme şikayetiyle hareket bozuklukları polikliniğimize başvurdu. Bu yakınmasının subakut başladığı, başladıktan sonra progresyon göstermediği öğrenildi. Nörolojik muayenesinde: Sol üst ekstremitesinde intansiyonel tremoru mevcuttu. Sol üste ve alt ekstremitede serebellar testleri beceriksizdi. Hastanın çekilen kontrastlı beyin MR'ında diffüz serebellar atrofisi mevcuttu. Hasta bu bulgulara sebep olması olası tanılar açısından ayrıntılı tetkik edildi. Gönderilen paraneoplastik panelde Anti GAD 65 antikoru pozitif saptanan hastanın mevcut kliniği Anti GAD 65 antikoru ilişkili immune aracılı serebellar sendroma sekonder olabileceği düşünüldü.

Tartışma ve Sonuç:
Serebellar ataksilerin %2 kadarını AntiGAD65 ilişkili serebellar ataksiler oluşturmaktadır. Anti-GAD65 ile ilişkili serebellar ataksi vakaların yaklaşık %80-90ında çoğunlukla kadınları etkiler ve çoğunlukla yaşamlarının altıncı on yılında meydana gelir. Hastaların çoğunda kronik bir tablo gelişirken, vakaların yaklaşık üçte birinde subakut semptomlar görülür; Hastamızda subakut başlayan sadece ekstremite ataksisi ile kendini gösteren serebellar sendrom mevcuttu.

BP - 104 İNTRAKRANİYAL KİTLE OPERASYONU GEÇİREN HASTALARIN NÖBET VE KİTLE ÖZELLİKLERİNİN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ: OLGU SERİSİ

FURKAN TALHA TOKDEMİR , HÜLYA OLGUN , BURCU ALTUNRENDE , FULYA EREN

TAKSİM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ, SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Amaç:
İntrakraniyal kitleler preoperatif ve postoperatif dönemde epileptik nöbetlere neden olabilmektedir. Postoperatif dönemde olan nöbetlerin morbiditeyi ve hastanede yatış süresini uzattığı bilinmektedir. En sık nöbet ile prezente kitleler menenjiom ve düşük gradeli tümörlerdir. Postoperatif dönemde nöbet oluşma riskini belirleyen bazı faktörler tanımlanmıştır. Bu olgu serisinde intrakranial kitle operasyonu geçiren ve nöbetleri olan hastalarda postoperatif dönemde nöbeti tetikleyen faktörleri, nöbet ve kitle özelliklerini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Hastanemiz epilepsi polikliniğinden son 6 ay içinde takip edilen, intrakranial kitle nedeniyle opere olmuş ve epileptik nöbetleri olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Dosya verileri eksik olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların demografik özellikleri, pre- ve postoperatif nöbet sıklıkları, nöbet tipleri, kitle yerleşim yerleri, kitle histopatolojleri ve kullandıkları ilaçlar retrospektif olarak dökümente edildi. Dört hasta olgu serisi olarak değerlendirmeye alındı. Tüm bulgular literatür verileri eşliğinde gözden geçirildi.

Bulgular:
Üçü kadın, 5'i erkek olan 8 hastanın yaş ortalaması 42.57 (27-71) idi. Tüm hastaların kitle lokalizasyonu supratentoriyel alanda olup tüm hastalar kraniotomi ile opere edilmişti. Hastaların hepsinde kitlenin ilk nöbet ile prezente olduğu tespit edildi. Hastaların tamamında fokal başlangıçlı nöbetler vardı, iki hastada bilateral yayılım eşlik etmekteydi. Histopatolojilerine göre değerlendirildiğinde 2 hasta menenjiom, 1 hasta atipik menenjiom, 2 hasta glial tümör,1 hasta anaplastik astrsitom 1 hasta ise oligodendrogliom olarak tanı almıştı. Ameliyat sonrası nüks kitle 1 hastada görüldü. Bir hastada postoperatif 2. günde nöbet başlarken bir hastada 7.ayda ve diğer hastada ise 6 yılın sonunda nöbetler görüldü. 1 hastada ise sadece preoperatif dönemde nöbetlerin olduğu ve bu hastanın oligodendrogliom tanısı aldığı dikkat çekti. Atipik menenjiom ve menejiom tanısı alan 3 hastanın ikili antinöbet ilaç kullandığı ve atipik menenjiom tanısı alan hastanın nöbetlerinin halen sık devam ettiği gözlendi. Dirençli nöbetleri olan bu olguda tümör yerleşim yeri ise sağ pariyetooksipital bölgeydi. Diğer hastalar ise monoterapi altındaydı. Hastaların EEG'leri değerlendirildiğinde 1 hastada normal, 1 hastada operasyon alanı ile uyumlu bioelektrik aksama ve diğer 6 hastada yine lezyon alanı ile uyumlu fokal epileptik aktivite bulundu.

Sonuç:
İntrakranial kitleler arasında en sık nöbete neden olanların menenjiom ve düşük gradeli tümörler olduğu bildirilmiştir. Bu olgu serisinde de üç hastanın menenjiom tanısı alması dikkat çekmiştir. Menenjiom hastalarında postoperatif nöbetler için bazı prediktör faktörler olduğu öne sürülmüştür. Preoperatif nöbet varlığı, kafa tabanı dışı lokalizasyon, rezeksiyon büyüklüğü, postoperatif komplikasyonların varlığı ve menenjiom rekürrensi tanımlanan faktörlerdir. Bu olgu serisi, hasta sayısının azlığı ile her ne kadar kesin bir sonuca vardırmayı mümkün kılamıyor olsa da hastaların tamamının düşük gradeli tümör olması, supratentorial yerleşim göstermesi ve preoperatif nöbetlerinin olması ile bu tanımlamalarla uyumlu olarak değerlendirildi. Menenjiom hastalarında en sık frontal yerleşimde postoperatif nöbetlerin oluştuğu lietaratürde bildirilmişse de bu olgu serisinde nöbet sıklığı en yüksek olan hastada sağ pariyetooksipital bölgede kitle yerleşimi bulunması dikkat çekicidir. Postoperatif nöbet geçirme riskine ait bulguların tanımlanması hastaların yaşam kalitesini oldukça bozan nöbetlerin önlenmesinde ve yönetiminde oldukça önemlidir. Bu amaçla derlenen bu olgu serisi bir ön çalışma niteliğindedir ve daha büyük örneklemler ile güçlü sonuçlara varılabilmesi öngörülmektedir.

BP - 105 BEYİN DAMAR HASTALIĞI ETYOLOJİSİNDE ARTERYEL DİSEKSİYON SAPTANAN HASTALARIN ÖZELLİKLERİ

TUĞÇE MUCUR , MEHMET YALMAN , BÜŞRA ELİF YILDIRIM , AYGÜL HAJİYEVA , AYGÜL TANTİK PAK , MÜNEVVER ÇELİK GÖKYİĞİT

SBÜ GAZİOSMANPAŞA EĞ ARŞ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
Genç SVO'ların en önemli sebeplerinden olan karotis veya vertebral arter diseksiyonu travma sonucunda olabileceği gibi kendiliğinden de ortaya çıkabilir. Bu çalışmada beyin damar hastalığı etyolojisinde diseksiyon saptanan hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri açısından değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:
Nöroloji Kliniğimizde 0cak 2022-Eylül 2023 tarihleri arasında beyin damar hastalığı tanısı ile yatırılan hastalar retrospektif olarak incelendi. Etyolojide arteriel diseksiyon 16 hastada saptanarak bunlar risk faktörleri ve prognoz açısından beyin damar hastalığı nedeni ile kliniğimizde yatmış olan diğer 203 hasta ile kıyaslandı. Beyin damar hastalığı etyolojisi araştırılmak üzere beyin ve karotis arter BT-anjiyografi ile intrakraniyal TOF MR-anjiyografi ve karotis vertebral Doppler USG kullanıldı. Görüntülemelerdeki tedrici incelme, çift lümen görünümü diseksiyon lehine değerlendirildi.

Bulgular:
Diseksiyon hastalarının yaşı 22-79 arasındaydı ve diğer hastalardan ileri derecede anlamlı olacak şekilde düşüktü (46,38±14,32; 66,09±13,48 p<0,000). 10'unda vertebral arter diseksiyonu, 5'inde İCA diseksiyonu, 1'inde de baziller arter diseksiyonu görüldü. 10 hasta minör travma ve boyun ağrısı tarifledi. Hastaların 6'sında hiperlipidemi, 3'ünde hipertansiyon, 5'inde diyabet, 1'inde demir eksikliği anemisi, 2'sinde vaskülit gibi risk faktörleri mevcuttu. Diseksiyon olgularında sigara kullanımı %56,3 iken diğerlerinde %19,7 oranında saptandı (p<0,002). 14 hastada hemiparezi, ataksi, dizartri gibi fokal nörolojik defisit ya da TIA görülürken, diğer 2 hasta baş, boyun ağrısı ve yürümede dengesizlikten yakınmaktaydı. Hastaların hepsinde antikoagülan tedaviye geçildikten sonra bulgularında gerileme görüldü. Geliş NIHS skoru genelde 0-3 arasında seyreden hastaların çıkış NIHS skorlarının 0-2 arasında değiştiği görüldü.

Sonuç:
Çalışmamız, diseksiyon hastalarının genç yaşta olduğunu, sigara kullanımı ve minör travmanın yüksek oranda olduğunu, prognozda antikoagülan tedavinin iyi sonuçlar verdiğini gösterdi. Sonuç olarak, çalışmamız diseksiyona yol açabilecek farklı etkenlerin ayrıntılı araştırılması gerektiğini, bu nedenle daha büyük hasta grubu oluşturarak sürdürülmesi gerektiğini düşündürdü.

BP - 106 CLIPPERS SENDROMU ATİPİK BİR VAKA, İKİNCİ DEKATTA TANI ALAN KADIN HASTA

RANA ÖZEROL , GÜLCAN NEŞEM BASKAN , FİKRET BADEMKIRAN , ZAFER ÇOLAKOĞLU

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Steroidlere yanıtlı pontin perivasküler tutulumu olan kronik lenfositik inflamasyon (Chronic lymphocytic inflammation with pontine perivascular enhancement responsive to steroids CLIPPERS) yürüme ataksisi, diplopi, fasiyal parestezi ve dizartriyle prezente olan nadir görülen bir tablodur.

Olgu:
Bilinen hastalığı ve ilaç kullanımı olmayan 20 yaşında kadın hasta, 3 ay önce başlayan konuşma bozukluğu, sol yüz yarımında uyuşma nedeniyle kliniğimize başvuruyor. Nörolojik muayenesinde hafif dizartrik konuşma ve sol maksiller ve mandibular sinir alanında parestezik yakınmalar vardı. Nöro oftalmolojik muayenesi olağandı. Kranial MRG'de kapsula interna posterior krusunda, her iki crus serebride, tektumda, periaquaduktal alanda lineer trakt boyunca T2A FLAIR sekansta hiperintens ve T1A görüntülemelerde belirgin kontrastlanma gösteren alanlar izlendi. Lezyonlar ön planda demiyelinizan olarak değerlendirildi fakat ayırıcı tanılar arasında lenfoma, nörobehçet de yer aldı. Vaskülit markerları normal sınırlardaydı. HLA B-51 negatif sonuçlandı. Lomber ponksiyonda protein artışı görülmedi. BOS örneğinden ayırıcı tanılar arasında lenfoma olması nedeniyle flow sitometri çalışıldı, patoloji saptanmadı. BOS patolojisi benign sitoloji olarak sonuçlandı. BOS'ta Tip 2 oligoklonal bant saptandı. Lezyon lokalizasyonu nedeniyle lezyondan biyopsi yapılamadı. Anti aquaporin-4 antikor negatifti. Hastaya CLIPPERS sendromu ön tanısıyla 5 gün, 1000mg/gün ıv metilprednizolon tedavisi verildi. Ardından 60mg/gün oral steroid idame tedavi devam edildi. Steroid sonrası tekrarlanan kranial MRG'de bilateral tektum ve periaquaduktal alandaki hiperintens lezyonlar regrese olmuştu, kontrastlanma izlenmedi ve hastanın fasiyal parestezik yakınmaları geriledi, konuşması normale döndü. Olgu CLIPPERS olarak değerlendirildi.

Sonuç:
CLIPPERS etiyolojik olarak aydınlatılamamış nadir görülen bir tablodur. Ortalama görülme yaşı 50'dir ve ağırlıklı olarak erkeklerde görülür. Bu olgu sunumu ile literatürde henüz bildirilmemiş, genç kadın olguda atipik demiyelinizan özellikte lezyonlar varlığında ayırıcı tanılar arasında CLIPPERS sendromu düşünülmesinin önemi ve CLIPPERS'ta oligoklonal bant pozitifliği eşlik edebileceğinin önemini vurgulamak amaçlanmıştır.

BP - 107 ANTİ-GAD ANTİKORU POZİTİF 3 KADIN OLGU EŞLİĞİNDE LİTERATÜR GÖZDEN GEÇİRMESİ

TUĞBA ÖNDER , NEVİN PAZARCI KULOĞLU , GİZEM GÜRSOY

ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

ANTİ-GAD ANTİKORU POZİTİF 3 KADIN OLGU EŞLİĞİNDE LİTERATÜR GÖZDEN GEÇİRMESİ
Amaç: Nöbet, hipoestezi ve opsoklonus-myklonus-ataksi gibifarklı kliniklerle başvuran ve anti- Glutamik asit dekarboksilaz (GAD) antikor pozitifliği saptanan 3 kadın olgunun seyri eşliğinde literatür bilgilerinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Olgu 1:
48 yaş kadın, post COVID 1. ayda nöbet geçirmiş ve nörolojik muayenesinde bilinç bulanıklığı, dizartri, opsoklonus, myoklonus ve ataksi saptanmıştır. Kranial görüntülemelerinde patoloji saptanmamış, elektroensefalografi bulguları ağır ve yaygın organizasyon bozukluğu ile uyumlu bulunmuştur. Anti-GAD antikor pozitifliği saptanan hastaya 5 gün pulse steroid ve aylık IVIg tedavisi uygulanmış olup 2 yıllık süreç içerisinde bilincinin normal haline geldiği, konuşmasının daha anlaşılır olduğu, opsoklonu-myoklonus ve ataksinin belirgin ölçüde gerilediği gözlenmiş olup, hastanın takibine devam edilmektedir.
Olgu 2:
41 yaş kadın, 8 ay önce COVID enfeksiyonu geçirmiş ve başvurudan 10 gün önce ağız ve dil çevresi ile sağ elde hipoestezi şikayetleriyle polikliniğimize başvurmuştur. Muayenesinde derin tendon refleksleri canlı alınan ve kranial görüntülemelerinde iki yanlı frontoparietal periventriküler alanda T2 hiperintens lezyonlar saptanan hastada anti-GAD antikor pozitifliği saptanmış olup, 7 gün pulse steroidve sonrasında oral steroid tedavisi verilmiştir. Hasta 1 yıldır takip edilmektedir.
Olgu 3:
73 yaş kadın, yeni başlayan status epileptikus, yoğun ajitasyon ve kranial görüntülemelerinde bilateral limbik alanlarda T2 hiperintens lezyonlar görülmesi üzerine pulse steroid ardından 5 gün IVIg tedavisi verilmiştir. İlk EEG bulguları status epileptikusla uyumlu olan ve anti-GAD antikoru pozitif saptanan hasta aylık IVIg tedavisi altındayken takibin 4. ayında pnömoni sonrası ex olmuştur.
Sonuç: Anti-GAD antikor pozitif olgular sıklıkla nöbetle prezente olmakta ve otoimmün ensefalit olgularının yaklaşık %17,5'inde saptanmaktadır. Daha nadir de olsa beyin sapı semptomları ile prezente olan olguların da bildirildiği ve COVID enfeksiyonu sonrası farklı prezentasyonlar ile karşımıza çıkabileceği unutulmamalıdır.

BP - 108 ANTİ-Rİ POZİTİF OPSOKLONUS-MİYOKLONUS SENDROMU : OLGU SUNUMU

ULVIYYAT JAFAROVA , ÜMMÜ REYYAN TOKLU ÇETİNKAYA , DEMET İLHAN ALGIN , SERHAT ÖZKAN , OĞUZ OSMAN ERDİNÇ

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Giriş:
Opsoklonus-miyoklonus sendromu (OMS), yetişkinlerde opsoklonus, miyoklonus, ataksi, davranış ve uyku bozuklukları gibi klinik özelliklerin olduğu nadir ve heterojen bir hastalıktır. OMS yetişkinlerde genellikle meme, over ve küçük hücreli akciğer kanseri; çocuk vakalarının ise %50'sinde nöroblastom ile ilişkilendirilmiştir. OMSnin etiyolojisi hala belirsizdir, ancak erişkin ve çocuk hastalarda otoantikorların mevcudiyeti otoimmün bir kökene işaret eder. Bu olguda paraneoplastik olarak meme kanseriyle ilişkilendirilen anti-Ri antikoru pozitif olan OMS tartışılmıştır.

Olgu:
64 yaşında kadın hasta, yaklaşık 1.5 aydır devam eden baş dönmesi, bulantı, kusma, yürüme güçlüğü ve dengesizlik şikâyeti ile polikliniğimize başvurdu. Nörolojik muayenesinde gözlerde her yöne olan kaotik göz haraketleri, ataksik yürüyüş ve kollarda belirgin tüm vücutta miyoklonik atımları, uykusuzluk, huzursuzluk hissi mevcuttu (Video 1). Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon ve tiroidektomi hastalıkları mevcuttu. Soygeçmişinde özellik saptanmadı. Hastanın kraniyal ve servikal MR görüntülemesinde anlamlı patoloji görülmedi . Rutin biyokimya, hemogram tetkiklerinde anormal bulgu saptanmadı. Hasta uyumsuzluğu nedeniyle miyoklonilere yönelik EMG yapılamadı. OMS ön tanısı ile paraneoplatik tarama amacıyla serumdan otoantikor çalışıldı ve ANTİ-Rİ pozitif sonuçlandı. Hastaya öncelikle 5 günlük IV metilprednizolon tedavisi uygulandı, şikayetlerde anlamlı gerileme olmaması nedeniyle IVIG tedavisine geçildi. 3 gün tedavi aldıktan sonra kusma yan etkisi nedeniyle stoplanıp 5 günlük plazmaferez tedavisine geçildi ve belirgin iyileşme gözlendi (Video 2). Malignite tarama amacıyla PET-CT çekildi ve normal saptandı. İleri tetkik amaçlı çekilen abdomen ve toraks BT'de sol meme üst dış kadranda yaklaşık 17 mm boyutunda yumuşak doku dansitesinde görünüm izlendi. Genel cerrahiye konsulte edildi ve poliklinik takibi önerildi. Hasta aylık IVIG ve oral prednol tedavi planı ile taburcu edildi. Uykusuzluk şikayeti olan hastaya yapılan polisomnografide uyku etkinliği %55 olarak değerlendirildi. Poliklinik takiplerinde şikayetlerinin tekrarlaması nedeniyle yeniden plazmaferez uygulandı ve aylık ivig ve metiprednizolon yanıtı olmadığı için rituksimab başvurusu yapıldı. Genel cerrahi takiplerinde yapılan meme USG'de meme saat 2 hizasında areolaya 2 cm mesafede orta derinlikte 6x5 mm boyutunda BIRADS IV lezyon izlendiği gözlendi ve biyopsi planlandı.

Tartışma ve Sonuç:
Yetişkin başlangıçlı OMSnin patogenezinde immünolojik temelleri, paraneoplastik ve parainfeksiyöz nedenler göz önünde bulundurulsa da, OMS gibi otoimmün beyin hastalıkları ile ilgili cevaplanmamış birçok soru vardır. Önleyici stratejiler ve optimal tedavi yaklaşımları geliştirmek için, OMSde otoimmün yanıtları başlatan ve sürdüren mekanizmaların aydınlatılması önemlidir. Paraneoplastik OMSde, immün yanıt muhtemelen tümör tarafından ifade edilen nöronal antijenlere karşı başlatılır, ancak diğer OMS türlerindeki immünolojik tetikleyiciler belirsizliğini korumaktadır. OMSli hastaların çoğunda immünoterapi ile tam remisyon elde edilmesine rağmen, immün mekanizmaların nöral fonksiyonu nasıl etkilediğinin daha iyi anlaşılmasını sağlayacak kesin immün mekanizmaların tanımlanmasına ihtiyaç vardır.

Opsoklonus myoklonus sendromu tanı kriterleri ;

Dört destekleyici bulgudan en az üçü

1-Opsoklonus
2-Myoklonus ve/ veya ataksi
3-Davranış bozuklukları ve/ veya uyku bozuklukları
4- Tümör ve /veya antinöronal antikorların varlığı

Bizim olgumuz OMS için belirtilen tanı kriterlerinin tamamını karşılamakta olup, erişkinlerde nadir görülen bu sendromun yeni tedavi stratejierinin konuşulması ve tartışılması amacıyla önemli olduğunu ve literatüre katkısı olacağını düşünmekteyiz.

BP - 109 BAZİLLER TEPE SENDROMU; İKİ OLGU SUNUMU

ULVİ SAMADZADE , LÜTFİYE ÇİFTCİ , AYBÜKE FIRAT , KÜRŞAD KUTLUK

DOKUZ EYLÜL UNİVERSİTESİ TIP FAKULTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Trombektomi uygulanmış ve uygulanmamış iki baziler tepe olgusu sunulmuştur.
Olgu 1:
23 yaşında erkek hasta, sol yanlı güç kaybı, konuşma bozukluğu şikayetiyle baş vurduğu merkezde Beyin BT'de patoloji saptanmaması üzerine iv alteplaz tedavisi almış. Konjenital tek böbreği olduğu için hastaya BT anjiografi yerine MRG anjiografi çekilmiş, baziler arter ince kalibrasyonda gözlenmiş. Dif MRG görüntülemesinde pons ve serebelleum sol yarısında akut enfarkt saptanmış. Trombolitik tedaviden yaklaşık 36 sat sonra 2. Basamak YBÜ ihtiyacı nedeniyle hastanemize devir alındı. Nörolojik muayenesinde anartri, sağ yanlı 4-/5 kas gücü vardı, sağda Babinski pozitifti. BT anjiografide baziler arter okluzyonu izlendi. Diagnostik amaçlı yapılan DSA'da baziler arter distal 1 sm segmenti PoCA aracılığı ile dolduğu gözlendi. EKO'da PFO saptandı, ajite salinle geçiş izlenmediğinden kardioloji tarafından işlem düşünülmedi. Taburculuktan bir ay sonra nörolojik muayenesinde dizartri ve sol tarafında 4+/5 kas gücü mevcuttu.
Olgu 2:
35 yaşında kadın hasta sol taraflı güçsüzlük, konuşma bozukluğu nedeniyle acil serviste değerlendirildi. Muayenede semikoopere,kelime çıkışı yok, sol taralı kas gücü 2/5,solda Babinski pozitifi. Beyin BT'de sağ MCA sulama alanında yaygın hipodens alan görülmesi üzerine hastada trombolitik tedavi düşünülmedi. Dif MRG'de ponsta akut dif kısıtlılığı gözlendi, sağ MCA sulama alanı normaldi. BT anjiografide baziler arter oklude idi. Hasta trombektomi işlemine alındı. İşlem sonrası ılımlı dizartri ve solda früst parezi dışında nörolojik muayene tamamen normaldi.

Sonuç:
Akut inme tablosunda gelen, özellikle genç hastalarda vasküler görüntüleme eksik kalmamalıdır. Klinik, radyolojik, ve diğer tetkiklerle, Baziler tepe sendromu gibi önemli bir vasküler olayın iyi tanınması ve gerekli tedavilerin (girişimlerin) optimum şekilde uygulanması gerekir.

BP - 110 GEÇİCİ GLOBAL AMNEZİ VE HİPOKAMPAL LEZYONLAR

NURBANU TOPRAKOĞLU , SÜMEYYE MERVE ÖZDEMİR , EŞREF EROL , GONCA NUR BOĞA , BÜLENT GÜVEN , HAYAT GÜVEN

ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Geçici global amnezi (GGA); anterograd amnezi ile karakterize, patofizyolojisi henüz kesinlik kazanmamış bir sendromdur. Semptomlar ani başlangıçlıdır ve 24 saat içinde düzelir. Sıklıkla birkaç saat süren semptomlara başka bir nörolojik bulgu eşlik etmez. Manyetik rezonans görüntülemenin (MRG) konvansiyonel sekanslarında sıklıkla anormal bulgu saptanmazken, beyin difüzyon ağırlıklı görüntülemede (DAG) hipokampal punktat lezyonlar bildirilmiştir.

Olgu 1:
Altmış iki yaşında kadın hasta ani başlangıçlı ve 3.5 saat süren hafıza kaybı yakınması ile başvurdu. Geçici anterograd amnezisi olan hastanın nörolojik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Semptomlarının başlangıcından 8 saat sonra yapılan DAG normal bulundu. 24. saatte DAG'da hiperintens, ADC'de hipointens olarak izlenen, sağ hipokampal punktat difüzyon kısıtlaması saptandı. 72. saatte tekrarlanan beyin MRG'de DAG lezyonunun sinyal intensitesi artmıştı. T2-ağırlıklı ve FLAIR görüntülerde hipokampal lezyon izlenmedi. Hipertansiyon ve hipotiroidi öyküsü olan hastanın laboratuvar incelemeleri, transtorasik ekokardiyografi, karotis-vertebral arter renkli Doppler USG ve elektroensefalografisi normal bulundu.

Olgu 2:
Elli yedi yaşında kadın hasta 8 saat süren ani başlangıçlı hafıza kaybı yakınması ile başvurdu. Öz geçmişinde herhangi bir hastalık öyküsü olmayan hastanın başvurusu sırasında kan basıncı yüksek olarak bulundu. Nörolojik muayenesi normal olan hastanın semptomları anterograd amnezi ile uyumlu idi. Semptomlarının başlangıcından 6 saat sonra yapılan DAG normal bulundu. 64. saatte beyin MRG'de sağ hipokampusde DAG'da hiperintens ve ADC karşılığında hipointens olarak izlenen punktat lezyon saptandı. T2-ağırlıklı ve FLAIR görüntülerde patolojik bulgu tespit edilmedi. Laboratuvar incelemeleri, karotis-vertebral arter renkli Doppler USG, transtorasik ekokardiyografi, ritm Holter ve elektroensefalografi normal bulundu. Otuz beş gün sonra tekrarlanan beyin MRG'de DAG, T2-ağırlıklı ve FLAIR görüntülerde hipokampal lezyon saptanmadı.

Sonuç:
GGA tanısı koyduğumuz iki hastada sağ hipokampal, temporal hornların komşuluğunda yerleşmiş difüzyon kısıtlayan punktat lezyonlar saptandı. GGA'de hipokampal difüzyon kısıtlaması gösteren lezyonlar bildirilmiştir. Bu lezyonlar tek ya da iki taraflı olabilir. Lezyonlar sıklıkla hipokampal girusun temporal horna bitişik lateral kenarında yer alan CA1 alanındadır. İki hastamızda da semptomların başlangıcından 8 ve 6 saat sonra yapılan DAG'da hipokampal lezyon saptanmadı. İlk hastamızda hipokampal lezyon 24. saatte yapılan DAG'da görüntülendi ve 72. saatte daha belirgin hale geldiği izlendi. İkinci hastada, semptomlarının başlangıcından 64 saat sonra hipokampal DAG lezyonu saptandı. Hipokampal DAG lezyonları genellikle semptomlar düzeldikten sonra görüntülenir. Bu lezyonlar için DAG'ın duyarlılığının semptom başlangıcından sonra erken dönemde düşük olduğu (ilk 12 saatte %15.6); duyarlılığının giderek arttığı ve 24-96 saat sonra yapıldığında %67 ve %83 arasında değiştiği bildirilmiştir. Lezyonlar sıklıkla geçicidir ve T2 ağırlıklı ve FLAIR görüntülerde kalıcı bulgu izlenmez. İki hastamızda da erken dönemde T2 ağırlıklı ve FLAIR görüntülerde hipokampal lezyon saptanmadı, ikinci hastada 1 ay sonra yapılan MRG normal bulundu. Gerektiğinde yinelenerek yapılan DAG ile hipokampal lezyonların görüntülenmesi, klinik olarak konulan GGA tanısının desteklenmesi açısından önemlidir. Aynı zamanda GGA patogenezindeki mekanizmaların aydınlatılmasında da rol oynayabilir.

BP - 111 OTOİMMÜN ENSEFALİT ETYOLOJİSİNDE GELİŞTİĞİ DÜŞÜNÜLEN SÜPER DİRENÇLİ STATUS EPİLEPTİKUS OLGUSU

İLKNUR GÜÇLÜ ALTUN , HASRET ZİŞAN KAYABAL

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ AD

Olgu:
Epileptik nöbeti sonlandıran mekanizmaların başarısızlığında ya da gerekli müdahalenin yokluğunda, nöbetin türü ve süresine bağlı olarak nöronal hasar gelişebilir.
Bilinen psöriazisi olan 40 yaşında erkek hastanın, gribal enfeksiyon tedavisi aldıktan birkaç hafta sonra, bilinç değişikliği ve kasılması üzerine başvurduğu acil serviste sık jeneralize tonik klonik nöbetler geçirmesi üzerine status epileptikus tanısıyla yoğun bakım ünitesine yatırıldığı belirtildi. Midazolam infüzyonu ve levetirasetam 3000 mg/gün, valproik asit 1500 mg/gün, fenitoin 300 mg/gün tedavisine rağmen nöbetleri kontrol altına alınamaması üzerine tarafımıza sevk edildi.
Hasta değerlendirildiğinde jeneralize tonik klonik nöbet aktivitesi devam ettiğinden midazolam dozu 0,2mg/kg/saat olacak şekilde düzenlendi. Beyin BT'de akut nöropatoloji gözlenmedi, dış merkezde çekilen beyin MR normal olarak değerlendirildi. Midazolam infüzyonu altında elde edilen EEG'sinde sağ hemisfer frontosantropariyetalde belirgin yüksek amplitüdlü 2-2.5 Hz keskin ve yavaş dalgaların çekim süresince bilateral zemin aktivitesine hakim olduğu izlendi. Etiyolojiye yönelik lomber ponksiyon yapıldı, Bos ve serumda Viral ensefalit paneli negatif, Otoimmünensefalit paneli negatif geldi. Yeterli süre ve dozda midazolam infüzyonu almasına rağmen EEG'sinde değişiklik olmaması üzerine hastaya 2mg/kg yükleme yapılarak, 3mg/kg/sa idame dozunda tiopental başlandı. 48 saatin sonunda tiapental temin edilemediğinden ketamin başlandı. Medikal tedavisine topiramat 2*200 eklendi, ketamin 500 mg/h ile takip edildi. Ketamin infüzyonu altında EEG'sinde yaygın zemin aktivite bozukluğu ve sık epileptiform aktivitesi devam eden hastaya metilprednizolon 1000 mg/gün başlandı ve 10 gün devam edildi. Kontrol EEG'sinde trase çekimi boyunca ara ara sağ hemisfer frontosantral alanda 2-3 hz yavaş dalgaların zemin aktivitesine karıştığı ve aralıklı olarak tüm hemisfer bölgelere yayıldığı izlendi. 10 seans plazmaferez tedavisi sonrası çekilen EEG'si hafif şiddette zemin aktivite bozukluğu ile uyumlu olup, epileptiform anomaliye rastlanmadı. Klinik ve EEG'de düzelmesi olan, nöbeti gözlenmeyen ancak amnezi ve ajitasyonları olan hastaya yapılan nöropsikolojik değerlendirmede karmaşık dikkat, bellek, soyutlama, görsel – mekansal beceriler ve frontal işlevlerde etkilenme saptandı.
Tartışma ve Sonuç: Otoimmün ensefalit nedenli status epileptikus tanısında otoimmün ensefalit paneli önemli rol oynar. Bazı antikorların zor tespit edilebileceğine, otoantikor seviyelerinin zaman içinde değişebileceğine dikkat edilmelidir.

BP - 112 NADİR GÖRÜLEN İLERİ YAŞ ATAKSİ TELENJİEKTAZİ OLGUSU

NİHAN KAHVECİ , TUBA KARAKOYUN ALPAY , ASLI AKSOY GÜNDOĞDU

TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Ataksi telenjiektazi (AT); başta sinir sistemi ve immün sistemi etkileyen; ilerleyici serebellar ataksi, okülokutanöz telenjiektaziler, immün yetmezlik, iyonize radyasyona aşırı duyarlılık ve kanser gelişimine yatkınlıkla karakterize nadir görülen nörodejeneratif bir hastalıktır. Oluşumundan 11. kromozomun uzun kolunda lokalize Ataxia-telangiectasia-mutated (ATM) gen mutasyonu sorumlu olup otozomal resesif kalıtımsal geçiş göstermektedir.
Sıklığı 1–3/40.000–100.000 arasında bildirilmiştir. Hastalığın nadir görülmesi ve farklı klinik bulgular ile ortaya çıkabilmesi nedeniyle tanı konmasında güçlük yaşanmaktadır. Ayrıca hastaların büyük çoğunluğunda belirtiler, özellikle de hareket bozuklukları, çocukluk çağı ve pubertede başlarken olgumuzda görece geç başlangıç göstermesi nedeniyle ileri yaşta tanı alan bu olgu üzerinden hastalığın klinik özelliklerine dikkat çekmeyi amaçladık.

Olgu:
29 yaşında kadın hasta dengesiz yürüme ve konuşmada bozulma nedeniyle kliniğimize başvurdu. İki yıl öncesine kadar şikayeti olmayan hastanın iki yıl önce başlayıp yavaşça ilerleyen dengesiz yürüme, düşme, peltek konuşma ve sık sık elinden nesneleri düşürme öyküsü mevcuttu. İnfantil dönemde yürümeye başlamada gecikme ve zorlanma olduğu fakat mental gelişiminin normal ilerlediği yakınları tarafından ifade edildi. Nörolojik muayenesinde konuşma dizartik, mental durum muayenesi normaldi. Bilateral dismetri, disdiadokinezi ve üst ekstremitelerde postural tremor mevcuttu. Romberg bulgusu pozitif, tandem yürüyüş beceriksiz ve yürüyüş ataksikti. Rutin biyokimya, hemogram, idrar, serum bakır, 24 saatlik idrarda bakır tetkikleri ve tiroid fonksiyon testleri normal sınırlar içerisinde; anti endomisyum IgA, doku transglutaminaz IgA ve IgG negatif saptandı. Kranial manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'de bilateral serebellar hemisferlerde ve vermiste atrofi, serebellar folyolar belirgin görünümde izlendi. Hastaya yapılan ATM tüm gen dizi analizi pozitif sonuçlandı. Klinik seyir ve genetik tetkik sonucunda AT tanısını kondu, oral pirasetam tedavisi başlandı. Tarafımızca klinik takibi devam etmekte olan hasta fiziksel tıp ve rehabilitasyon bölümü tarafından aktif rehabilitasyona alındı.

Tartışma:
AT sıklıkla erken çocukluk döneminde başlar, ileri yaşa kadar yaşam ender görülür. AT'de ataksi dışında tremor, okulomotor apraksi, nistagmus gibi nörolojik bulgular da görülebilir. Bildirilen AT'ye sahip olgulara göre oldukça ileri yaşa ulaşan olgumuzda da postural tremor ve ince motor becerilerde kayıp mevcuttu.
AT'li hastalarda enfeksiyonlar sık görülür. Bizim hastamız dengesiz yürüme ile başvursa da sorgulandığında çocuklukta sık enfeksiyöz hastalık geçirdiği öğrenildi. Bunun nedeni AT'de Ig A, E ve G düzeylerinin düşük olması nedeniyle çok kolay sinopulmoner enfeksiyon gelişebilmesidir.
Ataksi ile başvuran hastalarda AT dışında diğer nedenler de göz önünde bulundurulmalıdır. MRG ataksinin ayrıcı tanısında önemli bir tetkiktir. Serebellum doğumsal anomalileri, tümör veya vakamızda olduğu gibi serebellar atrofiyi göstererek ayırıcı tanıda yardımcı olur. Herediter ataksilerden en yaygın görüleni Friedreich ataksisidir. AT'den daha geç başlar ve okulokütanöz lezyonlar yoktur. Ataksi dışında piramidal bulgular daha ön plandadır. Bu özellikleri ile AT'den ayrılmakla beraber günümüzde kesin ayırım genetik analiz ile yapılmaktadır. Olgumuzda gerek muayene bulguları gerekse kranial MRG bulguları AT tanısını akla getirmiş ve hastaya yapılan genetik analiz tanıyı kesinleştirmiştir.

Sonuç:
AT bulguları sıklıkla erken çocukluk döneminde başlasa da olgumuzda olduğu gibi tipik ataksi görece geç yaşta da başlayabilir. Bu olguların AT'ye göre daha geç başlangıçlı olan, başta Friedrich ataksisi ve diğer ataksi nedenleri ile ayırıcı tanısının doğru yapılması çok önemlidir. Biz de bu yazımızda olgumuz üzerinden AT klinik ve patolojik özelliklerini tartışarak ayırıcı tanının önemini ve çok nadir görülse de ileri yaş vakalar için de AT'nin göz önünde bulundurulmasını vurgulamayı amaçladık.

BP - 113 FAHR SENDROMU(İDİYOPATİK BİLATERAL BAZAL GANGLİYON KALSİFİKASYONU); FARKLI KLİNİK PREZENTASYONLARLA BAŞVURAN 4 OLGUNUN SUNUMU

ÖYKÜM AKINCI , RASİM TUNCEL , AHMET ACARER

EGE ÜNİVERSİTE HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Olgu:
Fahr sendromu; kalsiyum, fosfor ve mineral metabolizması bozukluğu sonucu bazal ganglion, serebellum ve serebral kortekste bilateral simetrik kalsifikasyonla seyreden, nörodejeneratif bozukluklarla karakterizedir. Fahr sendromunu; farklı etyolojiler saptanan 4 olguyla açıklamak istedik.
OLGU 1: 51 yaş hipotiroidi tanılı kadın, baş dönmesi, dengesizlik, düşme nedenli çekilen Kranial Bilgisayarlı Tomografide bilateral bazal ganglionlarda ve serebellar hemisferlerde kalsifikasyon odakları saptanmış. Tetkiklerinde saptanan sekonder hipoparatirodizme bağlı Fahr sendromu tanısı kondu.
OLGU 2: 60 yaş, hipertansiyon tanılı erkek, 8 yıldır olan baş dönmesi, dengesizlik şikayetine ellerde, yüzde kasılma şikayetleri eklenmiş.Son zamanlarda artan sinirlilik, unutkanlık nedenli çekilen BT'de bilateral simetrik bazal ganglionda, serebellumda kalsifikasyon mevcut, tetkiklerinde primer hipoparatiroidizm saptanması üzerine Fahr Sendromu tanısı kondu. Nöropsikolojik testte davranışsal tipte frontotemporal demans olarak değerlendirildi.
OLGU 3: 60 yaş kadın, subtotal tiroidektomili, 6 yıldır ara ara olan dengesizlik, baş dönmesi şikayetlerine eklenen baş ağrısı nedeniyle çekilen BT'sinde bilateral bazal ganglionda, bilateral talamus posteriorunda kalsifikasyonlar izlenmiştir. Subtotal tiroidektomiye sekonder kalıcı hipoparatiroidisi ile Fahr Sendromu tanısı konuldu.
OLGU 4: 49 yaşında erkek, majör depresyon nedeniyle Elektrokonvülsif Terapi (EKT) uygunluğu için çekilen BT'sinde bilateral simetrik periventriküler beyaz cevherde, bazal gangliyonlarda, talamusta ve serebelllumda kalsifikasyon saptanmış. Muayenesi olağan olan hastada wilson, toksin maruziyeti, kalsiyum metabolizma hastalıkları gibi olası tanılar dışlandı. Kız kardeşi ve oğlunda benzer görüntüleme bulgularıyla genetik geçişli Fahr Hastalığı olarak değerlendirildi.
Fahr Sendromu, ilk kez 1930 yılında tanımlanmış olmasına rağmen klinikte, sık karşılaşılmaması nedeniyle gözden kaçabilmektedir. Etiyolojisinde genetik faktörler, sistemik hastalıklar, hipoparatiroidizm, psödohipoparatiroidizm, kalsiyum metabolizma bozuklukları vardır. Nöropsikiyatrik şikayetleri bulunan ve hipokalsemi kliniği ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

BP - 114 RELAPSİNG POLİKONDRİTİN NADİR ANCAK TEHLİKELİ KOMPLİKASYONU: İNME

HİLAL KAYA [1], EKREM SARIKAYA [1], ÖZLEM KAYIM YILDIZ [1], ALPER DOĞANCI [3], AYŞE VURAL ÖZGEÇ [4], BÜLENT YILDIZ [2]

[1] SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI
[3] SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
[4] SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Olgu:
Relapsing polikondrit kartilajinöz yapıların immün aracılı destrüksiyonu ile karakterize relaps ve remisyonlarla seyreden, inflamatuar bir hastalıktır. Etiyolojisi bilinmemekle birlikte kartilaj dokusunda çokça bulunan tip II kollajene karşı otoimmün bir reaksiyon sonucu geliştiği düşünülmektedir. Son derece nadir bir hastalık olan RPK'in yıllık insidansı 1/1,4 milyon olarak bildirilmiştir.
Relapsing polikondritte en yaygın tutulum yerleri kulak, göz, burun ve respiratuar trakttır. Nörolojik tutulum nadirdir ancak yüksek morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Bugüne dek RPK ile ilişkili inme geçiren son derece az sayıda hasta bildirilmiştir.
Bu olgu sunumunda, bilateral görme ve sensörinöral işitme kaybı ile birlikte yaygın serebral infarktüs gelişen ve aurikular perikondrit ve hastalığın diğer tipik özellikleriyle relapsing polikondrit tanısı konan ve immün aracılı tedaviyle anlamlı düzelme sağlanan bir hasta sunulmaktadır.
Kırk dokuz yaşında kadın hastada, renal kitle tanısı ile uygulanan parsiyel nefrektomi operasyonundan sonraki günde her iki gözde kızarıklık ve bulanık görme gelişmiş, hastaya bilateral anterior üveit tanısı konmuştur. İzlemde makulayı içine alan retinit saptanması üzerine endojen endoftalmit tanısı konarak intravitreal, konjonktival ve kan örnekleri alınmış ve topikal ve parenteral antibiyoterapi başlanmıştır. Bir gün sonra her iki kulak kepçesinde kızarıklık, şişlik ve ağrı ve her iki kulakta işitme kaybı gelişen hastada aurikular perikondrit, BT'de otit ve mastoidit bulguları ve odyometrik incelemede bilateral orta derecede sensörinöral işitme kaybı saptanmıştır. İzlem sırasında sağda belirgin olmak üzere yaygın kas güçsüzlüğü ve bilinç değişikliği gelişen hastanın beyin manyetik rezonans görüntülemesinde bilateral bazal ganglionlarda ve beyin sapında yaygın infarktüs alanları görülmüştür. Yüksek doz steroid, intravenöz immünglobulin ve infliximab tedavileri uygulanan hastada belirgin klinikoradyolojik düzelme saptanmıştır.
Relapsing polikondrit ile ilişkili retinit, sensörinöral işitme kaybı ve inme tablosu, bugüne dek çok az sayıda hastada bildirilmiştir. Hastanın klinikoradyolojik özellikleri ile birlikte yönetimi tartışılacaktır.

BP - 115 ATİPİK WİLSON HASTALIĞI OLGUSU: KOGNİTİF VE NÖROPSİKİYATRİK SEMPTOMLARLA BAŞVURU

NAZLI GÖKDERE , ATAKAN TOPRAK , ESMA KOBAK TUR , H.FERHAN KÖMÜRCÜ , EREN GÖZKE

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL FATİH SULTAN MEHMET EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Wilson hastalığı, bakır metabolizma bozukluğuna sekonder gelişen, otozomal resesif geçişli olan, tedavi edilebilir bir metabolik hastalıktır. Parkinsonizm, distoni, kore, atetoz, myoklonus gibi belirtiler ile başlangıç bildirilmiş olmasına karşın, davranış değişiklikleri ve psikiyatrik bulgularla prezentasyon nadir görülmektedir. Burada atipik nöropsikiatrik bulgular ile başlayan ve geç tanı alan bir olgu sunulacaktır.

Olgu:
54 yaşındaki erkek hasta, yaklaşık bir aydır belirginleşen yakınlarını tanıma güçlüğü, anlamsız konuşmalar, bulantı ve kusma yakınması ile acil servise başvurdu. Hastanın son on yıldır yalnız yaşadığı ve son beş aydır kelime bulma güçlüğü, kişileri tanıma güçlüğü yaşadığı öğrenildi. Bir yıldır paranoid hezeyanları, dezorganize davranışlarının ortaya çıktığı ve öz bakımını sürdüremediği öğrenildi. Nörolojik muayenesinde; bilinci açık, nonkoopere, nonoryante. Göz hareketleri serbest, korneada şüpheli Kayser-Fleischer halkası mevcuttu. Göz kontağı kurmakta zorlanıyordu. Konuşması dizartrik ve hipofonik, nadir tekli emir alabiliyordu. Bradimimik, bilateral yaygın bradikinezi ve rijiditesi mevcuttu. Oturma dengesini sağlayamıyor ve sola ataksi mevcuttu. Göz hastalıkları değerlendirmesinde yarık lamba yöntemiyle korneada Kayser-Fleischer halkası doğrulandı. MR T2 sekansında, pons, mezensefalon, talamus ve bazal ganglionlarda simetrik hiperintens değişiklikler gözlendi. Serum seruloplazmin değeri 0.258 ve 24 saatlik idrar bakır değeri ise 133 ug/dL olarak bulundu. Penisilamin challenge testinde hastanın idrar bakırı 434 ug/24 saat olarak ölçüldü. Trientine 250 mg 2x2 başlandı.

Sonuç:
Wilson hastalığı olgularında saf psikiyatrik bulgular %2,4 oranındayken, nörolojik belirtilerde bu oran %69,1'lere ulaşmaktadır. Kayser-Fleischer halkası nörolojik bulguları olan hastaların neredeyse tamamında görülebilmektedir. Kognitif ve nöropsikiyatrik semptomların ön planda olduğu bu atipik Wilson olgusunu paylaşmaya değer bulduk.

BP - 116 GEÇ PRES TANISINDA RADYOLOJİK İPUÇLARI: OLGU SUNUMU

ÖMER ELÇİ [1], ALİHAN ABDULLAH AKBAŞ [1], DİLCAN KOTAN [2]

[1] *SAKARYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ*
[2] *SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ A. D.*

Giriş:
PRES sendromu baş ağrısı, bulantı, kusma, mental değişiklikler, nöbet vb gibi nonspresifik klinik bulgularla gelişen ve nörogörüntülemelerde sıklıkla oksipital ve paryetal yaygın geçici serebral ödemle karakterize bir durumdur. Tanı ve tedavinin gecikmesi klinik progresyona, status, serebral kanama ve enfarkt gibi komplikasyonlara yol açabilir. Burada son hafta gebeliğinde başağrısı sonrası postpartum mental değişiklik ve nöbetle prezente geç dönemde tanı alan PRESS olgumuzu sunduk.

Olgu:
34 haftalık hastane çalışanı gebe, bir hafta süren baş ağrısı sonrası ılımlı tansiyon yüksekliği ile 37. haftada jinekoloji servisinde indüksiyonla doğum sonrası iki gün magnezyum tedavisi ile externe edilmiş. Evde ilk günden sonra çocuğuna ve çevreye karşı ilgisizliği farkedilmiş, bir gün sonrasında şuur kaybının eşlik ettiği nöbet ile acilde görüldü. İlk bakıda TA 200/120 mmHg, şuur konfüze, ağrılı uyaranla 4 ekstremite en az 4/5 kas gücünde, taban derisi refleksi bilateral ekstansor idi. BBT ve difüzyon MRG normal idi. Levetiracetam yükleme dozu sonrası oral 3x500 mg ile nöbet kontrolü sonrası eksterne edildikten 1 hafta sonra şuur bulanıklığı, konuşamama ve acile gelince görülen nöbet ile görüldü. Nörolojik muayenede şuur konfüze, nonkoopere, nonoryente, ağrılı uyaran ile 4 ekstremite kısmi hareketli, taban derisi refleksi bilateral ekstansor idi. BBT yaygın serebral ödem izlendi. MR venografi normal, kranyal MRG kortekse uzanım gösteren yaygın multipl vazojenik ödem ile uyumlu idi. EEGde frontoparyetal ara ara jeneralize olan paroksizmal aktivite izlendi. Lomber ponksiyon biyokimya, hücre, viral-bakteriyel menengit paneli, Tbc PCR normal, vaskülitik, otoimmün ve paraneoplastik panel negatif idi. Mannitol ve deksametazon ile antiödem tedavi başlandı. Nöbet kontrolünde lacozamid 2x100 mg eklendi. Tedavinin birinci gününde şuuru açılan olguda nörodefisit yok idi.

Tartışma-Sonuç:
PRES sendromu klinik şüphe durumunda radyolojik görüntüleme yöntemleriyle tanı konulabilen bir durumdur. Bizim olgumuzun klinik bulguları ilk aşamada preeklampsi ile prezente olsa da klinik progresyon yanısıra radyolojik ipuçlarıyla geç dönemde PRESS tanısı alması ve dramatik tedavi cevabıyla sunuma değer bulunmuştur.

BP - 117 İNFLAMATUAR SEREBRAL AMİLOİD ANJİOPATİ, GERİ DÖNÜŞLÜ BİR DEMANS NEDENİ

ŞÜKRAN İDİL KÖSTEM [1], PELİN ÖNER [1], SAİD ALİZADA [1], NURİ KARABAY [2], RAİF ÇAKMUR [1], ERDEM YAKA [1]

[1] *DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, NÖROLOJİ ABD*
[2] *DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, RADYOLOJİ ABD*

Amaç:
Hızlı artış gösteren unutkanlıkla başvuran hasta serebral amiloid anjiopatiye bağlı inflamasyon (SAA-İ) olarak değerlendirilmesi nedeniyle sunulmaya değer bulundu.

Olgu:
74 yaşında kadın hasta, 1,5 yıldır devam eden unutkanlık yakınmasının 1 haftadır artması, evde odaların yerini karıştırma, genel durum bozukluğu ile polikliniğimize başvurmuş. Düşme öyküsü ve yaygın ekimozları olan hastanın beyin BT'sinde bilateral parietooksipital ve sağ frontal bölgede kitle şüpheli vazojenik ödem ile uyumlu hipodens alanlar saptanmış. KOAH, mitral kapak replasmanı (MVR), AF'si olan, bu nedenle varfarin kullanan hasta INR yüksekliği ve retroperitoneal hematom nedeniyle genel cerrahi, ardından sindirim sistemi kanaması nedeniyle gastroenteroloji servislerinde takip edilmiş. Beyin MRG'de her iki parietooksipital bölge ve sağ frontotemporal bölgede vazojenik ödem, hacim artışı ve sulkal silinme ile karakterize, SWI'da kortikal mikrohemorajilerin olduğu lezyonlar dikkati çekmiş, metastatik tutuluma olabileceği düşünülmüş. Kontrastsız çekilmesi nedeniyle santral kısımda nodüler lezyon, leptomeningeal/kortikal tutulum ekarte edilememiş. 1 ay sonra metabolik tablosu ve kognitif durumu düzelme eğiliminde olan ancak bazaline dönmeyen hasta tekrar değerlendirildi. Kontrol kontrastlı beyin MRG'de flair hiperintensitelerinin gerilediği, mikrohemorajilerin sebat ettiği görüldü. SAA-İ ön tanısı ile hasta nöroloji servisine yatırıldı. MVR ve AF'si nedeniyle varfarin tedavisine devam edildi. İzleminde apatisi azalan, kliniği gerileme eğiliminde olan, görüntüleme ile inflamatuar süreçte gerileme gösterilen ve aktif varfarin kullanan hastada BOS örneklemesi düşünülmedi.
Tartışma:SAA, leptomeningeal-kortikal arter ve venlerde B amiloid birikimi ile giden bir vaskülopati olup vakaların çoğunda serebral hemoraji/infarkt/lökoensefalopati ve demans ile prezente non-inflamatuar bir tablodur. Bazı vakalarda amiloid B'ya karşı inflamasyon gelişebildiği gösterilmiş olup immünsüpresif tedaviden fayda tarif edilmektedir. Olgumuzda akut dönemde enfektif-metabolik yakınmaları olması, kontrol görüntülemede spontan remisyon gösterilmesi nedeniyle nedeniyle immünsüpresif tedavi düşünülmemiştir.

BP - 118 NODÜLER HETEROTOPİNİN EŞLİK ETTİĞİ DİRENÇLİ EPİLEPSİ OLGUSU

CANSU EĞİLMEZ SARIKAYA , SUDE KENDİRLİ ASLAN , MİRUNA FLORENTİNA ATEŞ , AYŞE DESTİNA YALÇIN , NİLGÜN ÇINAR

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Beyin gelişimi sırasında nöronal migrasyonunda bozukluk olması gri cevher heterotopisi gibi kortikal malformasyonlara yol açabilmektedir. Bu nöro-gelişimsel kortikal patolojiler ilaca dirençli epilepsilerin %40 ından sorumlu tutulmaktadır (1,2). Dirençli epilepsi olgularında etyolojinin saptanabilmesi için kraniyal görüntülemeler önem taşımaktadır; ancak görüntülemelerin çözünürlük derecesi patolojinin ortaya konulmasında aksaklıklara yol açabilmektedir. Burada da uzun yıllardır dirençli epilepsi nedeniyle takip edilen ancak etyolojisi bulunamamış hastada 3 Tesla Manyetik Rezonans (MR) görüntülemesi ile ortaya konulabilen nodüler heterotopi vakamızı sunmayı amaçladık.

Olgu:
Yirmi yedi yaşında, epilepsi tanısı ile takipli kadın hasta son zamanlarda hergün günde birkaç kere olan konuşmada ani duraklama ile birlikte başta sağa dönme, gözlerde sağa kayma ile polikliniğimize başvurdu. Öyküsünden 6 aylıkken kasılma ataklarının başladığı ve bu atakları nedeniyle çekilen elektroensefalografi (EEG) tetkikinde hipsaritmi görülmesi nedeniyle West Sendromu ön tanısı ile takip edildiği öğrenildi. Miadında, spontan vajinal yolla doğduğu, doğumda ve sonrasında herhangi bir sağlık sorunu yaşanmadığı, motor gelişim evrelerinin normal olduğu bildirildi. Medikal tedavi olarak Valproik asit 3000 mg/gün, Levetiresetam 2500 mg/gün, Klobazam 30 mg/gün kullanımı olan hastanın nörolojik muayenesinde sınır zeka dışında patoloji izlenmedi. Hastanın öncesinde yapılmış ince kesit, kontrastlı MR tetkiklerinde patoloji izlenmedi. Hastaya yapılan video EEG çekiminde sol temporo-parietal bölgede nöronal hipereksitabilite izlendi. Yapılan 3 Tesla MR görüntülemesinde sol lateral venrtikül atrium lateral duvarında subependimal heterotopik gri cevher odağı saptandı. Nöbetleri devam eden hastaya Lakozomid tedavisi idamede 200 mg/gün olacak şekilde başlandı. Hasta epilepsi cerrahisi açısından konseye yönlendirildi.

Tartışma:
Lateral ventrikül duvarına komşu bulunan periventriküler nodüler heterotopi, sık rastlanan kortikal gelişimsel malformasyonlarından biridir (1). Malformasyonların tanısı koymakta yaygın olarak kullanılan konvansiyonel 1,5 Tesla MR tetkikleri yetersiz kalabilmekte ve olası cerrahiden fayda görebilecek hastalarda tedavinin gecikmesine neden olabilmektedir. Özellikle refrakter nöbetleri olan ve EEG de fokal odak gösterilen hastalarda detaylı ve ileri görüntüleme yöntemlerine başvurulması önem taşımaktadır.

Referanslar:
1. Watrin F, Manent JB, Cardoso C, Represa A. Causes and consequences of gray matter heterotopia. CNS Neurosci Ther. 2015;21(2):112-122. doi:10.1111/cns.12322
2. Barkovich AJ, Guerrini R, Kuzniecky RI, Jackson GD, Dobyns WB. A developmental and genetic classification for malformations of cortical development: update 2012. Brain. 2012;135(Pt 5):1348-1369. doi:10.1093/brain/aws019

BP - 119 RELAPSİNG-REMİTTİNG MULTİPL SKLEROZ'DA NATALİZUMAB TEDAVİSİNE GEÇİŞ VE ETKİNLİK VERİLERİ

EZGİ ERTURUL TOKGÖZ , ÇAĞRI CANSU , MERVE CEREN AKGOR , HAZAL ÇETİN , BELGİN KOÇER

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Natalizumab, α4β1-integrini bloke ederek lenfositlerin periferden santral sinir sistemine (SSS) geçişini engellemektedir. Relapsing-Remitting Multipl Sklerozda (RRMS) atak hızını azaltmada ve özürlülüğün ilerlemesini engellemede etkili bir monoklonal antikordur. Bu çalışmanın amacı, RRMS hastalarında natalizumab tedavi başlama ve bitirme kararındaki etkenler ve tedavi etkinliğinin retrospektif olarak değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem:
Ocak 2017-Ekim 2023 tarihleri arasında en az altı doz Natalizumab tedavisi alan 48 hasta çalışmaya dahil edildi. Natalizumab öncesi kullanılan ilaçlar, natalizumab tedavisine geçme nedenleri, natalizumab kullanma süreleri, bazal, yıllık ve son Natalizumab doz vizitindeki EDSS ve tedavi kesildiyse kesilme nedenleri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:
Çalışmaya dahil edilen olguların 33'ü (%68,8) kadın, 15'i (%31,2) erkekti, yaş ortalaması 37±10.9 idi. Olgularda bazal EDSS skoru 2-5.5 iken son doz sırasındaki EDSS skoru 2-6.5, natalizumab kullanım süresi 6-60 ay arasındaydı. Otuz dört olgu (%70,8) natalizumab tedavisine devam etmekte iken 8 olguda (%16,7) serum JCV antikor indeks yüksekliği, 4 olguda (%8,3) hasta isteği ve 2 olguda (%4,2) klinik progresyon nedeniyle tedavi kesildi. Olguların 7sinde natalizumab tedavisi öncesi ilaç kullanımı yoktu. Tekli ilaç kullanan 29 olguda interferon beta (n=11), dimetil fumarat (n=8), fingolimod (n=6), teriflunomid (n=2) ve glatiramer asetat (n=2) kullanımından sonra natalizumab tedavisine geçilmişti. Çoklu ilaç kullanımı olan 7/12 olguda ise en sık interferon beta ve ardından fingolimod kullanım öyküsü mevcuttu. Natalizumab tedavisi öncesi tek veya çoklu ilaç kullanımı olan olgularda en sık fingolimoddan (%34,1) geçiş var iken en az teriflunomidden (%5.2) natalizumaba geçiş görüldü.

Sonuç:
Birinci basamak tedavi altında yüksek hastalık aktivitesine sahip olgularda natalizumab tedavisine geçişin, birinci basamak enjekte edilen ajanların kendi arasında değişim ve fingolimod tedavisine geçişe göre klinik ve radyolojik stabilizasyon açısından daha etkin olduğu gösterilmiştir. Fingolimod kullanımından sonra okrelizumab tedavisine geçiş natalizumaba nazaran yıllık atak hızını azaltmada daha etkili olmakla birlikte, natalizumab ve okrelizumab tedavilerinde özürlülük birikiminde bir farklılık izlenmemiştir. Progresif multifokal lökoensefalopati (PML) gelişmesinde natalizumab kullanım süresinin tedavi öncesinde immünsupresif tedavi kullanım varlığından daha fazla önem gösterdiğine dair bulgular vardır, bununla birlikte yakın klinik ve radyolojik takip ile iki yıl üzerinde kullanım tecrübeleri artmaktadır. Serum JCV antikor indeksi 1.5 üzerinde olan yüksek olmasına 3 ile 4 yıla kadar kullanımı olan olgularımızda PML görülmemiş, sadece bir olguda on birinci doz sonrasında indeks değeri 1.21 iken PML gelişimi izlenmiştir. Natalizumab yakın serum JCV antikor indeks takibiyle güvenli bir şekilde kullanılabilir. PML gelişiminde hastanın bireysel özellikleri ve önceden çoklu immünsupresif ilaç kullanım varlığı özellik göstermiştir.

BP - 120 MENİNGOVASKÜLER NÖROSİFİLİZ VE HIV ENFEKSİYONUNA SEKONDER MOYAMOYA SENDROMU

GÜRSAN GÜNEŞ UYGUN [1], DİDEM DARICI [2], MELİS GÖKÇE ÇİL [1], ZEYNEP BAŞTUĞ [1], CEMİLE HANDAN MISIRLI [1]

[1] SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Moyamoya anjiyopatisi, internal karotid arterlerin terminal kısmının, orta ve ön serebral arterlerin proksimal kısmının daralması ve kollateral damarların gelişimi ile karakterizedir. İdiyopatik olduğunda ve genetik mutasyon varlığında moyamoya hastalığı, altta yatan sistemik bir hastalıkla ilişkili olduğunda moyamoya sendromu olarak tanımlanır. Bu olguda genç iskemik inme etiyolojisi araştırırken tespit edilen HIV ve sifilizin eş zamanlı enfeksiyonuna bağlı gelişen nadir görülen moyamoya sendromu sunulmuştur.

Olgu:
26 yaşında erkek hasta, ani gelişen sağ taraflı güçsüzlük ve konuşamama ile acil servise getirildiğinde, nörolojik muayenesinde global afazi, sağ üst ve alt ekstremite kas zaafiyeti 3/5 tespit edildi. Beyin-boyun anjiyografide sol orta serebral arter dolum defekti, difüzyon manyetik rezonans görüntülemede (MRG) sol sentrum semiovalede antero-posterior dizilimde akut iskemik infarkt görüldü. Serebral anjiyografide moyamoya anjiopatisi tespit edildi. Anti-HIV pozitif, HIV-RNA 516.121 kopya/ml, CD4 sayısı 160 hücre/mm^3, TPHA pozitif, VDRL: 159 pozitif RPR: 1/32 sulandırım ile pozitif olarak değerlendirildi. Lomber ponksiyon ile alınan beyin omurilik sıvısında (BOS) hücre: 44/mm3, glikoz 38 mg/dl, protein 186 mg/dl; BOS menenjit paneli, tuberkuloz, HSV-1/2, VZV DNA PCR negatif; BOS VDRL ve TPHA pozitif olarak saptandı. Antibiyoterapi ve sonrasında anti-retroviral tedavi başlandı. Yatışının 20. gününde nöbet geçirmesi ve uyanıklık kusuru gelişmesi üzerine planlanan beyin görüntülemede iskeminin olduğu hemisferden farklı olarak kontralateral bazal gangliyon alanında hematom görüldü. Hasta kısa süre sonra vefat etti.

Tartışma:
Moyamoya anjiyopatisinin en sık görülen prezentasyonu iskemik inmedir ve bu inmelerin baskın paterni genellikle border-zone infarktlarıdır. HIV ve nörosifiliz enfeksiyonu birlikteliğinin sonucu olarak moyamoya sendromu nadir bir durumdur ve literatürde sadece iki kez iskemik inme şeklinde tanımlanmıştır. Yetişkin Moyamoya hastalarının %10unda intrakraniyal hematom görülmüştür. Bizim olgumuz, HIV ve nörosifilizin moyamoya sendromunun etiyolojisinde rol oynadığı iskemik inmeye ek olarak karşı hemisferde intrakraniyal hematomun meydana geldiği ilk olgudur.

Sonuç:
Hastamızın intrakraniyal kanama ile sonuçlanan seyri, nadir görülen Moyamoya sendromunun dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi gerektiğine ve bu tür karmaşık vakaların tedavisinin zorluklarına ve prognozun belirlenmesindeki kritik öneme vurgu yapmaktadır.

BP - 121 NÖROAKANTOSİTOZ OLGU SUNUMU

AHMET VOLKAN KURTOĞLU [1], KADRİYE ALPAY [1], ELVİN ZEYNALOV [2], ZELİHA MATUR [1]

[1] *BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ DAHİLİYE ANABİLİM DALI*

Özet:
Kore, farklı edinilmiş veya genetik hastalıklardan kaynaklanan bir hiperkinetik hareket bozukluğudur. Nöroakantositoz; MSS dejenerasyonu, nöromüsküler semptomlar ve periferik kanda akantositoz gibi ortak özellikleri kapsayan nadir hastalıkları içeren bir şemsiye kavramdır. Bu olguda nadir görülen bir kore-akantositoz hastası tartışılacaktır.

Olgu:
67 yaşında erkek hasta; ellerinde ve ayaklarında dans eder tarzda olup kendi isteğiyle durduramadığı istemsiz hareketler, yürürken dengesizlik, unutkanlık ve kolay sinirlenme şikayetleriyle başvurdu. Özgeçmişinde 1 ay önce tanı aldığı hipertiroidi, propil tiyourasil 50mg/gün kullanımı vardı. Ailede öyküsü yoktu. Muayenesinde modu ötimikti; akatizi. patlayıcı dizartri, ataksi, alt ekstremitelerde hiporefleksi mevcuttu; tüm ekstremitelerinde yürürken daha belirgin olup istirahatte de devam eden koreiform hareketler görüldü. MMSE skoru 24/30'du. EEG'de bazal aktivite normaldi; EMG'de sensorimotor aksonal polinöropati bulguları mevcuttu. Laboratuvarda HbA1C'si yüksek (%6,4), TSH'sı düşük (<0.01mIU/L); amonyak, karaciğer fonksiyon testleri, idrar bakır düzeyi, lipoprotein elektroforezi, lipoprotein A ve lipid profili normal sınırlarda, vaskülit ve malignite belirteçleri negatifti. Periferik yaymada yaygın akantositler izlendi. Genetik incelemelerinde bilinen bir patejenik mutasyon saptanmadı. Beyin MRG'de anlamlı patoloji izlenmedi. Hastaya hareketleri için olanzapin 1x2,5mg başlandı, sonra dozu 1x5mg olarak arttırıldı. Tedaviyle koreiform hareketlerinde azalma izlenen hastanın uzun dönem takiplerinde; başlangıçta koreiform hareketlerinin belirgin azaldığı, akatizik halinin kaybolduğu, konuşmasının daha akıcı olduğu ve patlayıcılığının kaybolduğu; ancak aylar içinde şikayetlerinin yeniden artmaya başladığı izlendi.

Tartışma ve Sonuç:
Kore, geniş bir ayırıcı tanı listesine sahip; özellikle nadir sebeplerinin ortaya çıkartılması zor bir tablodur. Hastamız araştırılan metabolik ve genetik sebeplerin dışlanması, periferik yaymasında yaygın akantositlerin izlenmesi sebebiyle kore-akantositoz tanısıyla izlendi. Başlangıçta verilen semptomatik tedaviden fayda gördüğü ancak hastanın kliniğinin sonrasında yeniden ilerlediği öğrenildi.

BP - 122 GRANÜLOMATOZİS POLİANJİTİS HASTASINDA SANTRAL SİNİR SİSTEMİ TUTULUMU: OLGU SUNUMU

AYŞE KARAKAYA ATILGAN , KADİR GÜLŞEN , EMEL AFİFE ATAMAN , AYŞE AVCI , FETTAH EREN

KONYA SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Amaç:
Granülomatozis Polianjitis (Wegener granülomatozis) başlıca akciğer ve böbrek tutulumuyla giden multisistemik bir hastalıktır. Bu hastalarda santral sinir sistemi (SSS) tutulumu oldukça nadirdir. Bu olgu sunumu ile Granülomatozis Polianjitis hastasındaki santral sinir sistemi tutulumunu ve ayırıcı tanıları literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

Yöntem (Olgu Sunumu):
Yirmi beş yaş erkek hasta sağ taraflı ekstremitelerde güçsüzlük şikayeti ile başvurdu. Nörolojik muayenesinde dezoryantasyon, sağ dudak kenarında asimetrik düşme, sağ tarafta silik hemiparezi, tüm odaklarda derin tendon refleks hiperaktivitesi ve ataksi mevcuttu. Beyin manyetik rezonans görüntülemede solda sınırları keskin putamen ve kaudat nükleusta lokalize hiperintensite belirlendi. Yapılan immünolojik değerlendirme, renal ve pulmoner görüntülemeler eşliğinde hastaya Granülomatozis Polianjitis tanısı konuldu. Mevcut SSS lezyonları bu hastalık ile ilişkilendirildi ve immünsupresif tedavi başlandı.

Sonuç ve Tartışma:
Granülomatozis Polianjitis hastalığında SSS tutulumu yaklaşık %6-11 arasında olup genellikle minör iskemi/hemoraji görülmektedir. Bunun yanında özellikle subkortikal yapılarda değişik natürde lezyonlar görülmektedir. SSS tutulumu özellikle 4-5. dekatlarda ortaya çıkmaktadır. Bu olgu sunumu ile başlangıçta iskemik inme ile karışabilecek natürde lezyonu olan genç bir Granülomatozis Polianjitis olgusu sunulmaktadır. Ayrıca bu olgu nezdinde hastalığın klinik ve SSS radyolojik özellikleri takdim edilmektedir.

BP - 123 TROKLEAR SİNİR FASİKÜLER TUTULUMU

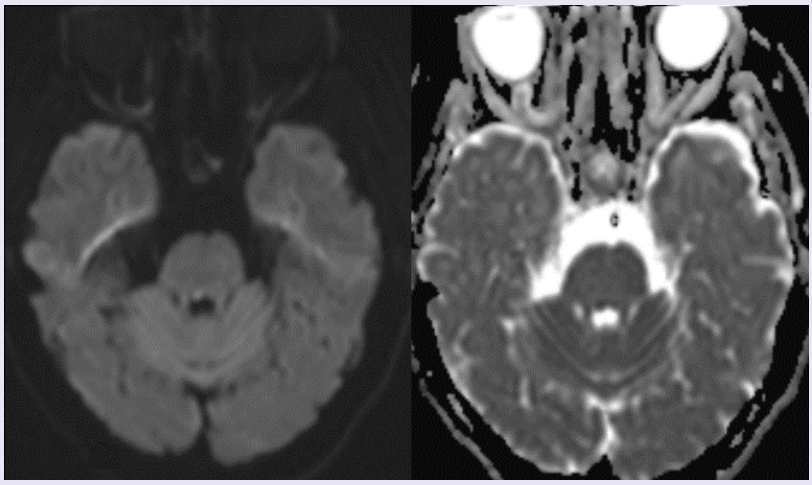
AZİZE İPEKBAYRAK

ZİLE DEVLET HASTANESİ

Amaç:
Akut başlangıçlı vertikal diplopi ile değerlendirilen ve sol troklear sinirin fasiküler tutulumu saptanan bu nadir olgu örneği ile troklear sinirin kendine has anatomisi ve klinik özellikleri hatırlatılmak istenmiştir.

Olgu:
Diabet tanılı 71 yaşında kadın hasta, kendiliğinden düzelen total görme kaybını takip eden binoküler diplopi ile acil servisten kabul edildi. Nörolojik muayenede patolojik olarak sağ gözde hipertropya mevcuttu, sağa-aşağı bakmakla ve başı sağa eğmekle vertikal diplopi şikayeti artıyordu. 300 mg/g po ASA başlanarak interne edildi. Kan şekeri takibi yapıldı. HbA1c 7.4'tü. Kontrastlı kranial MRG'de periventriküler beyaz cevherde Fazekas tip II iskemik gliotik değişikler mevcuttu. Difüzyon MRG'de ise pontomezensefalik bileşke sağ alt ucunda ADC karşılığı olan noktasal bir difüzyon kısıtlılığı izlendi.

Sonuç:
Klinik ve nörogörüntülemeler ışığında sol troklear sinirin fasiküler tutulumu olarak değerlendirildi. 6 ay sonraki poliklinik kontrolünde hasta hala başını sola eğerek vertikal diplopiyi düzeltmeye çabalıyordu.
Tartışma: Troklear sinir çapraz yapan ve beyin sapını arkadan terk eden tek kranial sinir çifti olup en uzun ve en ince kranial sinir çiftidir. İzole troklear sinir parezisinin en sık sebebi travmadır. Bilinç kaybı veya kafatası kırığı olmaksızın minör travmalardan da etkilenebilir. Troklear sinirin çekirdeğinin beyin sapında diğer çekirdeklere yakınlığı nedeniyle izole vasküler tutulumu ise oldukça nadirdir. Mikrovasküler tutulumu 50 yaş üstü diabet olan hastalarda izole okülomotor sinir veya abdusens siniri parezisi gibi görülebilir. Muayenede, üç aşamalı Parks-Bielchowsky testi uygulanır ve hipertropya olan göze göre paretik kas tanınmaya çalışılır. Bu vaka, troklear sinirin izole fasiküler tutulumunu göstermesi açısından paylaşılmaya değer bulunmuştur.



BP - 124 PFO VE İSKEMİK İNMELİ HASTALARIN İNCELENMESİ : TEK MERKEZ VERİLERİ

CANSU GÜLCİHAN TÜRKOK , MURAT MERT ATMACA

SULTAN ABDÜLHAMİTHAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
İskemik inme tüm dünyada en sık mortalite ve morbidite nedenlerinden biridir. Kriptojenik iskemik inmeli hastalar patent foramen ovale (PFO) açısından araştırılmalıdır, ancak PFO saptansa bile kapatma kararı nöroloji/kardiyoloji ekibi tarafından çok sayıda parametre göz önünde bulundurularak alınmalıdır. Bu çalışmada, merkezimizde inme etiyolojisi için yapılan tetkiklerde PFO saptanan 21 iskemik inmeli hastanın detaylı özellikleri incelendi.

Gereç ve Yöntem:
Hastanemizde iskemik inme ile takip edilirken yapılan tetkiklerde PFO tanısı almış 21 hasta retrospektif olarak tarandı. Hastalar giriş ve taburculuk NIHSS skorları , 3.ay modifiye Rankin skorları, Risk of Paradoxical Embolism (RoPE) skorları, Pascal sınıflaması, alt extremite doppler incelemeleri , vaskülit belirteçleri, trombofili paneli , PFO özellikleri , antiagregan/ antikoagülan tedavileri, enfarkt özellikleri, inme tekrarı, vasküler incelemeleri ve ritm holter sonuçları açısından değerlendirildi.

Bulgular:
Hastaların çoğunda inme şiddetinin hafif olduğu ve 2 hasta dışında giriş NİHSS skorunun 6'nın altında olduğu saptandı. Bir hasta dışında tüm hastaların 3. ay modifiye Rankin skoru 0 idi. Kardiyoembolik inmede beklenenin aksine hastaların 12'sinde multipl yerinetek enfarkt alanı mevcuttu. Hiçbir hastada derin ven trombozu (DVT) bulgusu saptanmadı. Hastaların yarısına ritm holter yapıldı ve hiçbirinde atriyal fibrilasyon saptanmadı. Vasküler incelemelerde 2 hastada inme ile ilişkili patoloji (1 hastada diseksiyon, 1 hastada karotis darlığı) saptandı.Pascal sınıflamasına göre inme-PFO ilişkisi 13 hastada "olası", 4 hastada "muhtemel" ve 4 hastada "olası olmayan" şeklinde belirlendi.Altı hastada PFO kapatma işlemi gerçekleştirildi. Hastaların yarısı antiplatelet yarısı da antikoagülan ilaçlar ile izlendi. 2 hastada iskemik inme/geçici iskemik atak tekrarı oldu.

Sonuç:
PFO saptanan iskemik inmeli hastaların genelde hafif inme geçirdiği, inme tekrarının nadir olduğu ve hastaların yarısında multipl enfarkt alanlarının olduğu tespit edilmiştir. Alt ekstremite venöz Doppler USG'de hiçbir hastada DVT bulgusunun olmaması , Doppler USG'nin katkısının kısıtlı olduğunu düşündürmektedir. Pascal sınıflamasına göre hastaların yarısından fazlasında inme-PFO ilişkisinin "olası" olması, PFO kapatma kararı verilmesini zorlaştırmıştır.

BP - 126 SENSÖRİNÖRAL IŞİTME KAYBI, BRADİKARDİ VE NÖBET İLE PREZENTE OLAN PSİKOJENİK EPİLEPTİK OLMAYAN NÖBET OLGUSU

FATMA ÖZLEM HÖKELEKLİ , JOHN SADLER

UNİVERSİTY OF TEXAS SOUTHWESTERN MEDİCAL CENTER

Giriş:
Psikojenik epileptik olmayan nöbetler (PNES), klinik olarak epileptik nöbetlere benzeyen fakat onlarda görülen elektrofizyolojik değişiklikleri karşılamayan epizodik hadiselerdir. Prevalansin genel populasyonda 1/3000`e kadar çıktığı tahmin edilmektedir (Benbadis, 2000).

Olgu:
19 yaşında işitme engelli sağ el dominant erkek hasta kliniğe nöbet şikayetiyle başvurdu. Tipik semiyolojisinde, sağ üst ekstremitede başlayan kasılmalar sağ alt ekstremiteye yayılıyor ve daha sonra tüm vücutta kasılmalar meydana geliyordu. Hasta bazen nöbet başlamadan önce genel bir vücut ağrısı tarifliyordu. Nöbet sırasında farkındalığını yitiriyor, fakat dilini ısırmıyor ya da inkontinant hale gelmiyordu. Nöbetten sonra kafa karışıklığı, baş ve ense ağrısı tarifliyordu. Nöbetler en fazla 10 dakika sürüyordu. 12 yaşında başlamıştı, nöbetlerin sıklığı ayda bir ile günde 3 arasında değişiyordu, en uzun nöbetsiz periyod 3 yıl idi. Anksiyete ve stres potansiyel olarak nöbetleri tetikliyordu. Öyküsünde, annesinin gebelik sırasında metamfetamin kullandığı, gebeliğin preeklampsi ile komplike olduğu, hastanın işitme engelli olarak dünyaya geldiği öğrenildi. Yapılan testler sensörinöral işletmeye kaybı gösterdi, hasta işaret diliyle anlaşıyordu. Nörolojik muayenesi işitme hariç normaldi. Testler bradikardi gösterdi. Hastanın sensörinöral işitme kaybı, bradikardi ve nöbet ile prezentasyonu kanal bozukluklarını akla getirdiyse de yapılan devamlı video EEG`de hastanın tipik nöbetinin EEG karşılığı olmadığı görüldü, hasta epileptik olmayan psikojenik nöbet tanısı aldı, antiepileptigi kesildi. Psikiyatrik değerlendirmede hastaya travma sonrası stres bozukluğu tanısı kondu ve hasta psikoterapiye yönlendirildi.

Sonuç:
Nöbetle presente olan olgularda, eşlik eden nörolojik ve sistemik semptomlar olsa da, PNES akılda tutulmalıdır. Tanıda devamlı video EEG`de tipik nöbetin yakalanması ve EEG karşılığının olup olmadığının değerlendirilmesi büyük önem taşır. Travma öyküsü olan hastalarda PNES riski artmıştır (Fiszman, 2004).

BP - 127 SEREBRAL VENÖZ TROMBOZDA LİPİT PROFİLİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

FATMA ŞİMŞEK , ÜMİT GÜMÜŞ

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ AD, ERZURUM

Amaç:
Serebral venöz tromboz (SVT), iskemik inmeye göre daha seyrek olarak görülmektedir. İskemik inme daha çok ileri yaş hastalarda görülürken SVT daha genç hastalarda görülür. Bu iki hastalığın etiyolojik risk faktörleri birbirinden farklıdır. Çalışmamızın amacı arteryel iskemik inmede etiyolojide rol oynayan kolesterol seviyelerinin SVT'li hastalardaki rolünü belirlemektir.

Gereç ve Yöntem:
2020 Ocak-2023 Ocak tarihlerinde hastanemiz nöroloji kliniğinde SVT tanısı ile takip edilen hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Dosya verilerinde eksiklik olmayan 32 hasta çalışmaya alındı. Kontrol grubu olarak chec-up amaçlı nöroloji polikliniğine başvuran cinsiyet ve yaş eşleştirilmiş 32 sağlıklı kişi alındı. Hasta ve kontrol grubunun demografik verileri, lipit profili, tespit edilen etiyolojik risk faktörleri kaydedildi. İstatistik analizler SPSS 20 yazılımı kullanılarak yapıldı.

Bulgular:
Yaş ve cinsiyet eşleştirilmiş olan grupların yaş ortalaması 33,47±11,68 yıldı. Çalışmaya dahil edilen kişilerin %78,1' i kadın, %21,9'u erkekti. Hastalarda en sık görülen semptom %84,4 (n=27) ile baş ağrısı idi. Diğer semptomlar %6,3 bilinç değişikliği, %3,1 konuşma bozukluğu, %6,3 parezi idi. Hastaların %6,3'ünde izole superior sagittal sinüs, %21,9'unde izole transver sinüs, %71,9'unda birden fazla sinüste tutulum vardı. Etiyolojide en sık sebep %34,4 (n=11) ile postpartum dönemdi. Bunu %25 (n=8) ile enfeksiyöz nedenler takip ediyordu. Lipit profili incelendiğinde iki grup arasında HDL, LDL ve trigliserit düzeyleri arasında anlamlı fark yoktu (sırasıyla p=0,643, p=0,962, p=0,707).

Sonuç:
SVT hastalarının yaklaşık %30'unda etiyolojik neden tespit edilemeyebilir. Düşük HDL kolesterol düzeylerinin tekrarlayan SVT ile ilişkili olabileceğini gösteren bir çalışma olması SVT etiyolojisinde lipit profilinin incelenmesi gerektiğini düşündürmektedir (1). Lipit profilinin SVT hastalarındaki rolünü göstermek için daha çok hastanın değerlendirileceği büyük hasta popülasyonu ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

BP - 130 BAŞAĞRISI VE İSHAL ŞİKAYETİ İLE GELEN YAŞLI HASTADA IGG4 İLİŞKİLİ HASTALIK

KEVSER ERDOĞAN , NERMİN TEPE

BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ

Amaç:
IgG4 ile ilişkili hastalık, çoklu organ tutulumu yapabilen, kronik, immün aracılı bir hastalıktır. 2 aydır analjeziklere dirençli şiddetli başağrısı ve ishal şikayeti olan ve IgG4 İlişkili Hastalık saptanan yaşlı hastamızda bu tanın da yaşlılarda hatırlanması açısından paylaşmak istedik.

Yöntem:
Esansiyel tremor, koroner arter hastalığı,kalp yetmezliği tanıları olan 78 yaşında kadın hastanın iki aydır bilateral, bulantının olduğu, fotofobi ve fonofobinin eşlik ettiği, zonklayıcı, hareketle artan, analjezik yanıtsız, gece uykudan uyandıran baş ağrısı ve 3-4 aydır etyolojisi saptanamayan ishali mevcuttu. Nörolojik muayenede kooperasyonu kısıtlı, sol göz dışa bakış kısıtlılığı, bilateral ellerde postural tremor ve çene tremoru mevcuttu. Kontrastlı beyin MR'ında leptomeningeal yüzeylerde yer yer kontrastlanma saptanınca lomber ponksiyon yapıldı. BOS basıncı 450 mm H_2O, BOS proteini: 77,4 mg/dl, BOS mikrobiyolojisi normal, malign hücre saptanmadı. Enfeksiyöz parametreleri, hepatit, Brucella, Borrelia, Sifiliz belirteçleri negatifti. **Serum IgE: 293 (0-160)**,**IgG4:1,31(0-1.25)** ve **lipaz (0-67)** değerleri yüksek saptandı. Toraks ve abdoment BT'de patoloji saptanmadı. Diyare etyolojisi için Gastroenteroloji bölümünce endoskopi,kolonoskopi yapılarak biyopsi alındı. Biyopsi sonucu; mide ve barsaktan alınan tüm preparatlarda mukozal doku lamina propriasında plazma hücre infiltrasyonu, CD138 ve IgG4 immunohistokimyasal boyanma izlendi. Hastaya IgG4 ilişikili hastalık tanısı konularak steroid tedavisi başlandı.

Sonuç:
İgG4 ile ilişkili hastalık, multisistemik, immün aracılı fibroinflamatuar bir durumdur. Patofizyolojisi net olarak aydınlatılamamış olsa da özellikle CD4+ ve T-helper hücrelerinin önemli role sahip olduğu düşünülmektedir. Histopatolosinde etkilenen dokuda IgG4-pozitif plazma hücreleri, fibrozis, obliteratif flebit ve eozinofilin eşlik ettiği yoğun lenfoplazmasitik infiltrasyon izlenir. Hastalığın yeni tanınması sebebi ile prevelansı net bilinmemektedir. Tekli organ tutulumu görülebileceği gibi çoklu organ tutulumu da izlenebilir. Tanı klinik şüphe varlığında alınan örneklerle histopatolojik olarak konulmaktadır. Merkezi sinir sistemi tutulumu oldukça nadir olup sıklıkla; hipofizer ve/veya meningeal tutulumdur. Periferik dokularda da merkezi sinir sisteminde de tümor benzeri kitle ile ya da etkilenen dokuda hipertrofi ile gelebilir. Tedavisinde glukokortikoid, yanıtsız hastalarda ise rituksimab, azathioprin, mikofenolat mofetil önerilmektedir.

BP - 131 İZOLE S1 KÖK TUTULUMU İLE SEYREDEN İDİYOPATİK LUMBOSAKRAL PLEKSİT

SEBİLE SERRANUR TÜMER DOĞUKAN , YÜKSEL ERDAL , ZELİHA MATUR

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Lumbosakral radikülopatiye neden olan lezyonların çoğunluğu sinir basısına bağlı gelişir ve disk patolojilerinden kaynaklanır. Ayrıca tanıda neoplastik, enfeksiyöz ve enflamatuvar bozukluklarının da göz önünde bulundurulması önemlidir. Burada izole S1 radikülopatisiyle ortaya çıkan idiyopatik lumbosakral pleksit tanısıyla verilen steroid tedavisine tam yanıt alınan 51 yaşında erkek hasta bildirilmiştir.

Yöntem:
Hasta sağ bacağında güçsüzlük ve incelme yakınmasıyla başvurdu. Öyküsünden 2 ay kadar önce 1-2 hafta süren şiddetli bel ve sağ bacak ağrısı olduğu, lomber MR'ında L3-L4 seviyesinde geniş tabanlı disk protrüzyonuna bağlı sağ L4 köküne bası saptandığı, non-steroidal anti-enflamatuvar ilaç kullanımıyla ağrısının gerilediği; fakat sağ bacağında güçsüzlük geliştiği öğrenildi. Muayenesinde sağda kalça ekstansiyonu, diz fleksiyonu ve ayak bileği ekstansiyonu hafif güçsüzdü (4/5), Aşil refleksi azalmıştı. EMG'de sağ S1 kökünde, parsiyel aksonal kayıpla seyreden akut dönemde tutulum saptandı. Rutin kan biyokimyası (glukoz ve HbA1C dahil) normaldi, tümör belirteçleri negatifti. Beyin omurilik sıvısında (BOS) protein düzeyi yüksekti (122,9 mg/dl; normali 15-45) ve 23 lenfosit/mm3 görüldü. BOS glukozu normaldi. BOS'ta Borrelia, Tuberküloz, flow sitometri, kültür ve geniş menenjit paneli negatif sonuçlandı. İdiyopatik lumbosakral pleksit tanısıyla hastaya 3 gün IV metilprednizolon 500 mg/gün verildi, ardından orale geçildi, tedricen azaltılarak 15 gün sonra kesildi. Hastanın 1 ay sonraki kontrol muayenesinde kas gücü tam olarak düzeldi; EMG'de sağda H refleksi latansının sola göre 2 ms uzun olması dışında özellik görülmedi.

Sonuç:
İdiyopatik lumbosakral pleksit veya lumbosakral radikülopleksus nöropatisi çok nadir bir hastalıktır. İzole kök tutulumları ile de seyredebilir. Bu olguyu, klinik ve görüntüleme bulgularının uyumuna dikkat edilmesinin ne kadar önemli olduğunu bir kez daha vurgulamak için sunduk.

BP - 132 KARDİYOPULMONER BYPASS SONRASINDA GELİŞEN KORE OLGUSU

ZEYNEP KAYA DOĞU [1], İLKİN İYİGÜNDOĞDU [1], H.TANKUT AKAY [2], SEDA KİBAROĞLU [1]

[1] BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KALP VE DAMAR CERRAHİSİ ANABİLİM DALI

Giriş ve amaç:
Kore; aritmik, hızlı, genellikle ekstremitelerin distalini tutan istemsiz hareketlerdir (1). Nörodejeneratif veya genetik hastalıklar, metabolik bozulmalar, ilaçlar gibi birçok farklı durum koreye sebep olabilir. Pompa sonrası kore (PSK), kardiyopulmoner bypass (KPB) kullanılarak yapılan majör kardiyovasküler cerrahilerden sonra gelişen kore olarak tanımlanır (2). Çocuklarda görüme oranı %1-2 arasında değişmekle beraber erişkinlerde daha nadir görülür (2). Bu bildiride pulmoner endarterektomi sonrasında kore gelişen bir olgu sunulmaktadır.

Olgu:
Nörolojik/psikiyatrik hastalık geçmişi olmayan 43 yaşında kadın olguya, kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyon nedeniyle pulmoner endarterektomi yapıldı. Cerrahi sırasında kardiyopulmoner bypass süresi 280 dk. ve en düşük sıcaklık (EDS) 34,2^{o}C idi. Ameliyattan sonraki gün almakta olduğu sedatif ilaçlar kesilen ve ekstübe edilen hasta, ekstremitelerinde istemsiz hareketler ve konuşma bozukluğu nedeniyle tarafımıza danışıldı. Muayenesinde bilinci açık, kooperasyon ve oryantasyonu tamdı. Kraniyel sinirler, duyu ve motor muayenesi intakttı. Tüm ekstremitelerde, gövdede ve dilde koreoatetoik hareketleri gözlendi (Video). Beyin MRG'de anormal bulguya rastlanmadı. Post-op dobutamin ve milrinon infüzyonu altında izlenen hastada adrenomimetik kullanımına ikincil şikayetler gelişmiş olabileceği düşünülerek izleme alındı. Ertesi gün hastanın dobutamin infüzyonu sonlandırılmasına rağmen şikayetlerinin aynı şekilde devam etmesi üzerine hastada pompa sonrası kore düşünülerek olanzapin 2,5 mg/gün tedavisi başlandı, tedavi yanıtının kısıtlı olması nedeniyle 5 mg/gün dozuna yükseltildi. Hastanın zarar verme/görme sanrıları olması nedeniyle psikiyatri bölümüyle görüşülerek tipik antipsikotikle izlemine karar verildi. Olanzapin kesilerek lorazepam 1 mg/gün ve haloperidol 3 mg/gün başlandı. İzleminde koreiform hareketlerinin ve sanrılarının belirgin düzeyde azaldığı görüldü, bu tedavi şemasıyla taburcu edildi. Taburculuktan sonra şikayetleri azalarak kaybolan hastanın tedavisi kademeli kesildi ve sonrasındaki 2 yıllık izleminde tekrarlamadı.

Tartışma ve sonuç:
PSK nadir görülmekle beraber hastanın fonksiyonelliğini bozduğu için erken tanınması ve tedavi edilmesi gereken bir durumdur. Farklı yayınlar PSK gelişme riskinin daha genç, KPB süresinin daha uzun, EDS'nin daha düşük olduğu hastalarda daha yüksek olabileceği ve bu hasta grubuyla beraber kaudat nukleus ve putamende T2/FLAIR ağırlıklı görüntülerde hiperintens lezyonlar görülen hastalarda daha kötü seyredebileceğini öne sürmüştür (2,3). Günümüzde PSK'nın etkin bir tedavisi olmamakla beraber semptomatik tedavilerle hastaların şikayetleri kontrol altına alınabilmektedir. Literatürde vaka sayısının ve kapsamlı çalışmaların az olması nedeniyle PSK'nın engellenebilmesi için çok merkezli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Referanslar:
1. Stimming, Erin, Furr MD, FAAN, Bega, Danny. Chorea. Continuum. 2022;28(5):1379-1408.
2. Ahn JH, Song J, Choi I, Youn J, Cho JW. Risk factors and prognosis of adult-onset post-pump chorea. J Neurol Sci. 2021 Mar 15;422:117328.
3. Surie S, Tijssen MA, Biervliet JD, et al. Chorea in adults following pulmonary endarterectomy. Mov Disord. 2010 Jun 15;25(8):1101-4.

BP - 133 BNT162B2 AŞILAMASINDAN SONRA TEKRARLAYAN DEMİYELİNİZASYON ATAKLARI: İKİ OLGU SUNUMU VE LİTERATÜR İNCELEMESİ

EZGİ ASLAN , ASUMAN ORHAN VAROĞLU

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ

Olgu:
BioNTech BNT162b2 aşılamasını takiben tekrarlayan demiyelinizan atakları olan iki vakayı tanımlıyoruz.COVID-19 aşısı ile bağlantılı olarak tekrarlayan herhangi bir demiyelinizan atak vakasına ilişkin rapor bulunmamaktadır.İlk vaka: 37 yaşında erkek hasta diplopi ve pitozis nedeniyle başvurdu. Nörolojik muayenede sağ tarafta izole okülomotor kraniyal paralizi görüldü. BNT162b2nin ikinci dozunu 10 gün önce olduğu öğrenildi.T2 ve flair ağırlıklı MRda, ponsda hiperintens lezyonlar görüldü,T1de kontrast tutulumuna dair bir kanıt yoktu. Hastaya BNT162b2 ile ilişkili santral pontin miyelinolizis (CPM) tanısı koyduk. Kortikosteroid tedavisi 3 ay sürdü. İlk ataktan altı ay sonra aynı bölgede yeni bir lezyon ortaya çıktı. İkinci vaka: 57 yaşında erkek el ve ayaklarda uyuşma, bilinç bulanıklığı ve kooperasyon bozukluğu şikayetiyle hastaneye başvurdu. MRda her iki hemisferde kortiko-subkortikal lokalizasyonlu hiperintens lezyonlar görüldü.Hastanın iki hafta önce BNT162b2 olduğu öğrenildi. Metilprednizolon (IV) tedavisi aldıktan ve üç ay boyunca prednizolon idame ilacı aldıktan sonra,hasta tamamen iyileşti. İlk ataktan altı ay sonra yeni klinik bulgular ve demiyelinizan lezyonlarda artış tespit edildi. Erken kortikosteroid tedavisine rağmen BNT162b2 aşılamasının tekrarlayan demiyelinizasyon ataklarıyla ilişkili olabileceğinden aşının aslında hiç masum olmadığını ve kalıcı olabilecek demiyelinizasyonlara sebep olabileceğini düşündük. Bu nedenle litareturden farklı olarak daha uzun kortikosteroid tedavi öneriyoruz.

Anahtar Kelimeler: demiyelinizasyon lezyonu; merkezi pontin miyelinolizi; ozmotik demiyelinizasyon; BNT162b2; Kovid-19 aşısı;

BP - 134 NADİR GÖRÜLEN VE MORTALİTESİ YÜKSEK SEREBRAL VENÖZ HAVA EMBOLİSİ İLE TAKİP EDİLEN BİR OLGU

AYŞE BETÜL ÇETİN , ŞEVAL ÖZAYDINLI , SELDA KESKİN GÜLER

ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Serebral venöz hava embolisi(CVAE), havanın çeşitli yollar ile venöz sisteme girmesi ile oluşan ciddi nörolojik defisitlere hatta ölüme sebep olabilen oldukça nadir görülen bir fenomendir. Santral venöz kateter (CVC) yerleştirilmesi veya çıkarılması, endoskopi, histeroskopi ve laparoskopi gibi çeşitli girişimlere sekonder iyatrojenik olabilir. Hastanın kliniği hava embolisinin hacmi ve etkilediği bölgeye göre değişir . Bildirilen en sık nörolojik semptomlar fokal nörolojik defisitler, koma, nöbetler, ensefalopati ve baş ağrısıdır. Dolaşım sistemine hava girmesine sebep olabilecek bir olayın ardından akut nörolojik defisitler geliştiğinde serebral hava embolisinden şüphelenilmelidir.

Olgu:
70 yaş kadın hasta akut böbrek yetmezliği, pulmoner emboli ve kolanjiyosepsis nedeni ile yoğun bakımda takip edilmekteydi. CVC yerleştirilmesini takiben hastanın Glasgow Koma Skalası (GKS) 15 puandan 5 puana düşmesi nedeni ile tarafımıza danışıldı. Ön planda CVAE düşünülerek acil beyin tomografisi plalandı ve CVAE tanısı konuldu. Trendelenburg pozisyonuna alındı. %100 oksijen tedavisi başlandı vitalleri yakın takip edildi ve intravenöz sıvı desteği verildi. Hasta mevcut komorbid hastalıkları ve CVAE ile bir gün takip edildikten sonra kardiyopulmoner arrest sonucu hayatınıkaybetti.

Tartışma:
CVAE gerçek insidansı bilinmemekle beraber çok nadir görülen bir durumdur ve yüksek mortalite ve morbidite oranına sahiptir. Patofizyolojide havanın primer olarak vasküler yapıları tıkaması ayrıca oluşturduğu inflamatuar yanıt sonucu oluşan endotel hasarı yer almaktadır. Nadir görülen serebral venöz hava embolisinin genellikle iyatrojenik ve mortalitesi yüksek bir durum olması nedeni ile vakamızı paylaşmak istedik.

BP - 135 3,4-METİLENEDİOKSİ-N-METİLAMFETAMİN İLİŞKİLİ İNTRAKRANİYAL HEMORAJİ, OLGU SUNUMU

ZEYNEP CANBOLAT , CANSU KOSTAKOĞLU DUMAN , BURAK GEÇER , BERNA ARLI , AYŞE TİTİZ , SEMRA MUNGAN

SBÜ ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
3-4 metilendioksi N metilamfetamin (MDMA), ekstazi olarak da bilinen sentetik amfetamin türevi psikoaktif bir maddedir. Ekstazi kullanımı kardiyak, vasküler ve nörolojik birçok komplikasyona neden olabilir. Hemorajik veya iskemik inme, serebral venöz tromboz, serebral ödem ve koma görülen nörolojik komplikasyonlar arasındadır. Burada ekstazi kullanımı sonrası intrakranial hemoraji ile başvuran 29 yaş erkek hasta sunuldu.

Olgu:
Bilinen kronik hastalık ve düzenli ilaç kullanım öyküsü olmayan 29 yaş erkek hasta, baş ağrısı şikayeti ile başvurdu. Geliş kan basıncı normal sınırlarda olan hastanın, nörolojik muayenesinde patolojik bulgu izlenmezken beyin bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ kaudat nucleus başından lentiform nucleus anterioruna ve internal kapsül ön bacağına doğru uzanan aksiyel planda en geniş yerinde 38x24 mm boyutlarına ulaşan akut parankimal hematom alanı ve çevresinde az miktarda hipodens ödem alanı izlendi. Beyin karotis arter BT anjiografide anevrizma, arteriovenöz malformasyon veya vaskülit izlenmeyen hastanın etiyolojik araştırmasında hastane başvurusundan 1 hafta önce ekstazi kullanımı olduğu öğrenildi. Genel durumu stabil izlenen hasta tetkik ve tedavileri tamamlanarak taburcu edildi.

Sonuç:
İntrakraniyal hemorajinin, amfetamin alımının bilinen bir yan etkisi olmasının aksine türevi 3-4 metilendioksi N metilamfetamin ile ilgili vaka bildirimleri çok nadirdir. Olguda mevcut kliniğini açıklayan başka etiyolojik faktör bulunamamış olup ön planda ekstazi kullanımına bağlı intrakranial hemoraji düşünüldü. Bu olgu ile genç intrakranial hemoraji hastalarında madde kullanımını sorgulamanın önemine dikkat çekmek istedik.

BP - 136 PRİMER SANTRAL SİNİR SİSTEMİ VASKÜLİTİ

BAŞAK ÖZKAN , BURAK GÜLŞEN , İBRAHİM ACIR , HÜLYA ERTAŞOĞLU TOYDEMİR , VİLDAN YAYLA

BAKIRKÖY DR SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Primer santral sinir sistemi vasküliti (PSSSV) sistemik hastalık veya etiyolojik neden olmaksızın ortaya çıkan bir vaskülittir. Klinik heterojendir, orta yaş erkeklerde görülmektedir. Başağrısı ve senkopla başvuran PSSSV tanısı alan genç hasta, atipik prezentasyonu ve hızlı progresyonu nedeniyle sunulmuştur.

Olgu:
Başağrısı ve bayılmayla acile başvuran 16 yaşındaki erkek hastanın nörolojik muayenesi doğaldı, kranial görüntülemesinde bilateral paramedian talamusta hiperintensite izlendi. Takiplerinde progresyon olan hastanın kranial MR görüntülemesinde iskeminin arttığı görüldü; serebellumun solunda, pons sağ anteriorunda, mezensefalon orta hatta, bilateral talamus paramedian alanda iskemi, kranial anjiyografide baziler arter ve sol PCA oklüzyonu izlendi. Heparin infüzyonu başlanan hastanın rutin kan tahlilleri, toksik panel, EKG, ekokardiyografi, EEG, kontrastlı ve T1 yağ baskılı MR incelemelerinde patoloji saptanmadı. Serebral vazokonstriksiyon sendromu, sistemik vaskülitlerin veya romatizmal hastalıkların serebral tutulumu, MoyaMoya anjiyopati ve enfeksiyöz vaskülopatilerin ayırıcı tanısı için yapılan diagnostik serebral anjiografide arka sistemi etkileyen vaskülitik görünüm izlendi. Hastanın beyin omurilik sıvısı (BOS) açılış basıncı normaldi, protein yüksekti. Vaskülit testleri, Fabry ve paterjisi, BOS'ta menenjit, viral ve tüberküloz paneli negatifti. Trombofili panelinde MTHFR homozigottu. Sistemik vaskülit tanısı dışlanan hasta PSSSV olarak kabul edilerek metilprednizolon ve azatiopürin tedavisiyle takibe alındı.

Tartışma ve Sonuç:
PSSSV nadir, spesifik bulgusu olmayan progresif bir hastalıktır. Olgumuzda olduğu gibi başağrıları ve bilişsel anormallikler sıktır. Tanı anamnez, nörolojik ve sistemik muayene, MR, anjiyografi, BOS incelemesi ve beyin biyopsisini içermektedir. BOS'ta pleositoz ve/veya artmış protein seviyelerine rastlanabilir. Serebral anjiyografinin sensitivitesi %40-90, spesifitesi %30'dan azdır. Belirti ve bulgular özgün olmadığı için immünosupresif tedaviye başlamadan önce ayırıcı tanıların dışlanması önemlidir. Atipik prezentasyonlu genç inme, aseptik menenjit, nedeni bulunamayan menenjit olgularında PSSSV' nin düşünülmesini vurgulamak amacıyla olgumuz sunulmuştur.

BP - 137 BAZİLER STENOZU OLAN OLGUDA İNME-BAŞLANGIÇLI NÖBET:BİR OLGU SUNUMU

AYÇA SİMAY ERSÖZ , FATMA ZEHRA SAÇMA , CEMİLE HANDAN MISIRLI

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Son yıllarda literatürde inme başlangıcında ilk semptom olarak nöbetle gelen olgular bildirilmiştir.
Nöbet ile prezente beyin sapı infarktı olan hastamızda saptanan midbaziler stenozun stentlenmesi sonrası nöbetlerin durması sebebiyle ,bu hastalarda dirençli nöbet kontrolünde girişimsel müdahalenin önemini vurgulamak için olgumuzu sunmak istedik.

Olgu:
74 yaş kadın hasta, acil servise, yeni başlayan yürümede zorluk, o gün içerisinde yatakta bulunduğunda kafa karışıklığı ve tepkisizlik şikayeti ile getirildi.Bilateral pons paramedian ve sol serebellumda akut difüzyon kısıtlılığı izlendi.
Kafa karışıklığı yarım saat içinde düzelen hastada inme başlangıcında olası nöbet düşünüldü.
Acil serviste, sol kol ve bacakta klonik atımların olduğu bir nöbet geçiren hastanın, beyin-boyun bilgisayarlı tomografi anjiyografi(BTA)si çekildiğinde midbaziler stenoz izlendi ve elektif stentleme planlandı.
İzleyen süreçte hastanın dirençli status epileptikus tablosu dolayısıyla propofol infüzyon ihtiyacı olması ve infüzyon kesildikten hemen sonra nöbetlerinin hemen başlaması üzere, hasta acil stentleme işlemine alındı.Stentleme işlemi sonrasında nöbet tekrarı izlenmedi.

Tartışma:
İnme başlangıçlı nöbetler inme semptomları başlangıcının 24 saat içinde nöbet görülmesi durumunda tanımlanmıştır.
Orta beyinsapı yapılarının hasarlanması nöbet eşiğinin düşmesi ile sonuçlanmaktadır. En önemli risk faktörü arka sistem dolaşımının disregülasyonuna bağlı oluşan beyinsapı inmeleri olarak bilinmektedir.
Literatürde akut inme-başlangıçlı nöbetler, baziler arter oklüzyonu ya da stenozunun sonucu olarak vaka düzeyinde bildirilmiştir.
Bu hastalarda paramedian talamus, orta beyinsapı, talamus ve orta beyin sapının birlikte tutulumu; yalnızca 1 vakada da serebellum, medial temporal lob ve oksipital kortekste lezyonlar izlenmiştir.
İnme-başlangıçlı nöbetlerde özellikle arka sistemde baziler arter tromboz ve stenozu açısından mutlaka vasküler görüntülemesinin yapılması ve gereğinde stent anjiyoplasti dirençli nöbetlerin kontrol altına alınması açısından seçenek olarak düşünülebilir.

BP - 138 İNME KLİNİĞİ İLE PREZENTE OLAN AORT DİSEKSİYONU: OLGU SUNUMU

VASFİYE SEZER [1], AYŞE POLAT ZAFER [1], BİLGEHAN ATILGAN ACAR [2], TÜRKAN ACAR [2]

[1] S.B. SAKARYA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Aort diseksiyonu (AD), aort intimasında oluşan yırtık sonucu kanın aort duvarına dolmasıdır. Hipertansiyon (HT) ve ateroskleroz diseksiyon için predispozan faktördür. AD'ye sekonder iskemik inme, iskemik nöropati gibi nörolojik komplikasyonlar görülebilir. Bu yazıda inme bulguları ile prezente olan ve AD tanısı alan üç olguyu sunduk.

Olgu-1:
Elli yedi yaşında erkek hasta göğüs ağrısı, sağ bacakta güçsüzlükle başvurdu. Nörolojik muayenesinde genel durumu iyi, şuur açık, kas gücü bilateral tamdı. Diffüzyon manyetik rezonans görüntülemede (dMRG) sol parietal lob ve bilateral serebellumda b1000'de hiperintens lezyon izlendi. Toraks BT Anjiyografi'de AD izlendi.
Olgu-2:
Seksen yedi yaşında kadın hasta genel durumda bozulma şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde HT mevcuttu. Nörolojik muayenesinde genel durumu kötü, şuur kapalı olup ekstremitelerde ağrılı uyarana minimal yanıt izlendi. dMRG'de bilateral middle serebral arter (MCA) ve anterior serebral arter (ACA) sulama alanında b1000'de hiperintens lezyon izlendi. Servikal BT Anjiyografi'de AD saptandı.
Olgu-3:
Elli bir yaşında erkek hasta sırt, omuz ağrısı ve senkop şikayeti başvurdu. Özgeçmişinde HT ve böbrek nakli öyküsü mevcuttu. Nörolojik muayenede genel durumu kötü, şuur uykuya meyilli olup tüm ekstremitelerde ağrılı uyarana minimal yanıt izlendi. dMRG'de bilateral anterior watersheed sulama alanında b1000'de hiperintens lezyon izlendi. Servikal BT Anjiyografi'de AD saptandı.

Tartışma:
AD, diseksiyonun konumuna veya genişliğine göre Stanford Tip A ve B olarak sınıflandırılır. ADnin en sık görülen semptomu göğüs veya sırtta yırtılma benzeri ağrıdır. Sunduğumuz olgularda da olduğu gibi göğüs, sırt ağrısına eşlik eden hemiparezi, bilinç bulanıklığı gibi bilateral serebral hipoperfüzyonuna işaret eden bulguların izlenmesi halinde mevcut tablonun AD'ye sekonder gelişmiş olabileceği akılda tutulmalı ve buna yönelik ileri tetkikler planlanmalıdır.

BP - 139 MYOKLONİ İLE PREZENTE OLAN FAHR HASTALIĞI

CANSU EĞİLMEZ SARIKAYA , MİRUNA FLORENTİNA ATEŞ , SUDE KENDİRLİ ASLAN , AYŞE DESTİNA YALÇIN , NİLGÜN ÇINAR

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Fahr hastalığı, bazal ganglia, serebellum ve serebral korteks de kalsifikasyonla karakterize ender görülen bir nörodejeneratif hastalıktır. Sıklıkla otozominal dominant geçiş bildirilmekle birlikte otozomal resesif veya sporadik vakalar da izlenebilmektedir. Klinik bulgular genellikle 4. ve 5. dekatta ortaya çıkmaktadır. Klinikte parkinsonizm, distoni gibi hareket bozuklukları, depresyon, demans, davranış değişikliklerinin eşlik ettiği nöropsikiyatrik hastalıklar ağırlıklı olarak izlenmektedir. Biz burada geç başlangıçlı ve myokloni ile prezente olan Fahr olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu sunumu:
Seksen bir yaşında kadın hasta 1 yıldır mevcut olan ekstremitelerde belirgin sıçrayıcı istemsiz hareketler şikayeti ile nöroloji kliniğimize başvurdu. Öyküsünden 1 yıl önce istemsiz sıçrama şikayeti başlayan hastanın son 2 aydır gün içinde çok sayıda istemsiz sıçramaları olduğu öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde diyabet ve hipertansiyon dışında özellik yoktu. Soygeçmişinde bir özellik olmayan hastanın nörolojik muayenesinde ekstremite distallerinde myoklonik karakterde hareketleri, ataksik yürüme paterni izlendi. Labaratuar incelemelerinde toksik, metabolik ve enfeksiyöz nedenler açısından değerlendirildiğinde anlamlı patoloji gözlenmedi. Hastanın nöropsikolojik muayenesinde yürütücü işlevlerde bozulma, görse-mekansal algı ve eşleştirmesinde bozulma, sözel bellekte başlamış olduğu düşünülen primer tipte bellek bozukluğu saptandı. Yapılan kranial bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesinde bilateral bazal ganglionlar, beyin sapı, dentat nukleus ve beyaz cevherde yaygın simetrik kalsifikasyon alanları izlendi. Elektroensefalogram (EEG) incelemesinde yaygın, devamlı ve düzensiz 6-7 c/s teta dalgaları ve jeneralize sağ hemisfer ön yarısında belirgin 1-1,5 sn süreli diken boşalımları izlenmiştir. Bunlara video monitörizasyonda sol omuzda myokloni olarak değerlendirilen istemsiz hareketlerin eşlik ettiği saptanmıştır. Sodyum valproat+ valproik asit 500 mg 2x1 tedavisi başlanan hastada myoklonilerinin azaldığı klinikte gözlemlendi.

Tartışma:
Fahr hastalığı diğer adıyla bilateral striopallidodentat kalsinozis, nadir görülmesine rağmen nörodejeneratif hastalıklar ayırcı tanısında akılda bulundurulması gereken bir hastalıktır. Tanıda radyolojik görüntülemelerde bilateral bazal ganglia gibi karakteristik yerleşim bölgelerinde kalsifikasyonların gösterilmesi önem taşımaktadır. Kalsifikasyonları göstermede BT incelemesi, manyetik rezonans görüntülmesine göre daha duyarlı bir görüntüleme sağlamaktadır. Klinik bulguların başlangıcı genellikle 4-5. dekat olmasına karşın daha gençlerde ve daha yaşlı hastalarda da gösterilmiş vakalar bulunmaktadır. Klinik spektrum ağırlıklı olarak psikiyatrik, demansiyel bulgular ve parkinsonizm tablosu ile olmasına karşın nadir olarak myokloni, nöbet, spastite, vertigo ve hatta koma ile de prezente olabilmektedir. İleri yaşlarda myokloni ile gelen hastalarda Fahr hastalığının da ayırıcı tanıda düşünülmesi önem taşımaktadır.

BP - 141 MİGREN HASTALARINDA RETİNA SİNİR LİFİ KALINLIKLARININ OPTİK KOHERENS TOMOGRAFİ CİHAZI İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

HÜSNE ASLAN

SİVAS DEVLET HASTANESİ,GÖZ HASTALIKLARI

Amaç:
Auralı ve aurasız migren hastaları ile sağlıklı kontrol grubunun peripapiller RSLT kalınlık ölçümlerini karşılaştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
Rutin göz hastalıklarına muayeneye gelen ve özgeçmişinde auralı migren hikayesi olan 30 hastanın 60 gözü ve özgeçmişinde aurasız migren hikayesi olan 30 hastanın 60 gözü çalışma grubu olarak, sistemik ve oküler hastalık hikayesi olmayan 30 hastanın 60 gözü kontrol grubu olarak belirlendi.Detaylı oftalmolojik muayenenin ardından optik koherens tomografi (OKT) ile ortalama, üst, dış, alt ve iç kadran, ortalama RSLT ölçümleri alındı. Bu değerler iki grup arasında istatistiksel yöntemlerle karşılaştırıldı.

Bulgular:
Yaş ortalaması migren ve kontrol grubu için sırasıyla 28,2±4 ve 27,9±4,5 yıl bulundu (p=0,671). Hastalar ortalama 6,1±2,4 yıldır migren tanısı ile takip edilmekte idi. Sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında migreni olan hastalarda sağ ve sol gözde peripapiller süperior kadran RSLT kalınlığı daha ince bulundu (p<0,05).Diğer parametrelerde iki grup arasında fark olmadığı gibi, iki migren alt grubu arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Sonuç:
Çalışmamızda migren hastalarında süperior kadran RSLT kalınlığında azalma tespit ettik.Migren hastalarında retinal kan akımınındaki azalma ganglion hücre kaybına yol açarak RSLT kalınlığında incelmeye neden olabilmektedir.

BP - 142 İNTRAVENÖZ METİLPREDNİZOLONA BAĞLI SEMPTOMATİK SİNUS BRADİKARDİSİ

SHANAY ALİZADA [1], RAHİME KILIÇ [1], FURKAN SARIDAŞ [1], EMİNE RABİA KOÇ [1], ÖZLEM TAŞKAPILIOĞLU [2], ÖMER FARUK TURAN [1]

[1] BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
[2] ACIBADEM BURSA HASTANESİ

Amaç:
Steroidler, otoimmun hastalıklar, inflamatuvar patolojilerle giden hastalıkların tedavisinde kullanılan anti-inflamatuar ajanlardan biridir. Bununla birlikte kortikosteroid tedavsinin individual, dozaj ve tedavi sürecine bağlı yan etkileri mevcuttur: hiperglisemi, hipertansiyon, immunsupresyon, hipokalemi ,osteoparoz, miyopati steroidlere sekonder gelişen yaygın komplikasyonlardır. İntravenöz metilprednizolon (IVMP) ile ilişkili sinus bradikardisi olgusunu sunuyoruz.

Olgu:
24 yaşında kadın hasta, farkındalığın kaybolduğu fokal nöbet ve görme bozukluğu şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde semptomatik sinüs taşikardisi nedeniyle propranolol kullanımı mevcuttu. Kraniyal görüntülemesinde sağ parietooksipital periventiküler alanda kontrastlanan lezyon saptandı. 1000 mg/gün IVMP tedavisi başlandı. Geniş rutin, enfeksiyon/vaskülit panelleri, EEG, BOSta oligoklonal bant çalışıldı. Daha önce IVMP kullanım öyküsü olmayan hastanın geliş vitalleri stabildi. IVMP tedavisinin 3.gününde bradikardi saptanması üzerine beta bloker tedavisi kesildi. Ertesi gün göğüs ağrısı ve çarpıntı şikayeti ve bradikardide derinleşme (40-45) gelişmesi üzerine metabolik, enfektif ve kardiyak biyobelirticileri içeren laboratuvar testleri 6 saatlik kontroller şeklinde çalışıldı. Çekilen EKG sinus bradikardisi mevcuttu. Bradikardiye neden olabilecek anlamlı patoloji saptanmadı. IVMP tedavisi kesildi. Takip eden süreçte 24 saat kalp tepe atımının fizyolojik sınıra geldiği gözlemlendi.

Tartışma ve Sonuç
Steroid kaynaklı bradikardinin kesin mekanizması bilinmemektedir; steroidler, sitokin üretiminin ve sempatik sinir sisteminin fonksiyonunun baskılanması yoluyla bradikardik etki gösterebilir. Başka bir mekanizma, kortikosteroidlerin elektrolitlerde ve su fizyolojisinde ani bir değişime neden olarak plazma hacminin genişlemesine yol açmasıdır. Bu da baroreseptörleri aktive eder ve bradikardiye neden olur. Hastamızda bradikardi yüksek doz IVMP tedavisinin yan etkisi olarak ortaya çıktığı düşünüldü. Neden olabilecek diğer sebepler dışlandığında pulse steroid tedavisi sinus bradikardisinin potensiyel nedeni olarak düşünülmelidir. Steroid infüzyonunun kesilmesi ile geri dönüşümlüdür. Tedavi gerektirmez.

BP - 143 GEBELİKTE MİLLER-FİSHER SENDROMU: OLGU SUNUMU

BENGİSU ŞAHİN , ZEYNEP KAYA DOĞU , SEDA KİBAROĞLU , UFUK CAN

NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI, BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA

Giriş ve Amaç

Miller-Fisher sendromu (MFS), Guillain-Barré sendromunun (GBS) bir varyantı olarak kabul edilmektedir. MFS, akut başlangıçlı oftalmopleji, ataksi ve arefleksi/hiporefleksi ile karakterize nadir bir hastalıktır. GBS'nin dünya çapında görülme sıklığının 1-2/100.000 olduğu tahmin edilmektedir ve MFS, bu toplamın küçük bir kısmını temsil etmektedir. MFS ile gebelik arasındaki ilişki daha önce bildirilmemiştir. Bu bildiride gebelik döneminde MFS tanısı alan bir hasta sunulmaktadır.

Olgu

31 yaşında, in-vitro fertilizasyon (IVF) tedavisi ile 2.gebelik haftasında olan kadın hasta, 2 gün önce başlayan tüm vücutta uyuşma, görme bulanıklığı, dengesizlik şikâyetleriyle acil servise başvurdu. Sorgulandığında başvurusundan 2 hafta önce in-vitro embriyo transferi yapılan hastaya DMAH tedavisi başlandığı, yakın zamanda farklı bir ilaç, madde kullanımı olmadığı, yaklaşık 1 haftadır öksürük ve balgam şikâyetleri olduğu öğrenildi.

Nörolojik muayenesinde bilateral vertikal bakış kısıtlılığı, sağ>sol bilateral pitoz, diplopi tespit edildi. Pupilleri izokorik, IR +/+, sağ vücut yarımında belirgin yaygın hipoestezi, tüm ekstremitelerde motor kuvvet 4/5, dismetri mevcuttu. Plantar yanıtı bilateral fleksördü. Belirgin trunkal ataksisi ve ayakta belirgin ataksisi mevcuttu. Konuşması dizartrikti, disfajisi vardı.

Beyin MRG ve akut dönemde yapılan EMG normal sonuçlandı. Hastanın klinik bulgularının hızla kötüleşmesi nedeniyle plazmaferez(PF) tedavisi başlandı.

Serumda Anti GD3 IgG,GT1a IgG, GT1b IgG, GQ1b IgG, Sulfatide IgG antikorları pozitif saptandı. GQ1b IgG'ye karşı antikorlar oftalmopleji, ataksi ve arefleksi ile karakterize edilen ve GBS'nin en sık görülen varyantı olarak kabul edilen MFS ile güçlü bir şekilde ilişkilendirildiği için MFS tanısının kuvvetle netleşmesi nedeniyle lomber ponksiyon yapılması planlanmadı.

PF 10 seansa tamamlanan hastanın, PF sonrası muayenesinde ekstremitelerde motor defisit izlenmedi, bilateral bakış kısıtlılığı devam ediyordu. Atakside belirgin düzelme gözlenen hasta destek ile mobilize oldu. Diplopi dışında tüm muayene bulgularında belirgin düzelme olan hasta taburcu edildi. 1 ay sonraki kontrolünde yürümede ve yutma fonksiyonlarında belirgin düzelme olduğu, diplopinin devam ettiği görüldü. Aylık kontrollere devam edilmesi planlandı.

Tartışma ve Sonuç

Klasik MFS, oftalmoparezi, ataksi ve arefleksi/hiporefleksinin akut başlangıcıyla tanımlanır. GQ1b gangliozid antikorları, klasik MFS'li hastalarda %80-90 oranında mevcuttur ve hastamızın serumunda anti-GQ1b antikorları yüksek titrede saptanmıştır. MFS'de oftalmoparezinin varlığı, GQ1b gangliozide karşı antikorların varlığıyla yüksek oranda ilişkilidir.

GBS formlarının tanısını doğrulamada büyük rol oynayan elektronöromiyografi(ENMG) çalışmalarının MFS'de rolü daha sınırlıdır. MFS'li hastalarda rutin çalışmalar normal olabilir. Hastamızın ENMG incelemeleri normal bulgular göstermiştir. MFS'nin gebeliğin normal seyri ve uzun vadeli perinatal sonuçları üzerindeki etkisi bilinmemektedir. Bu antitenin tanı, tedavi ve prognozunu ele alan daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Bu bildiride IVF sonrası gebeliğin erken döneminde MFS tanısı alan ve plazmaferez ile başarıyla tedavi edilen bir olgu sunulmuştur.

BP - 144 POSTERİOR REVERSİBLE ENSEFALOPATİ SENDROMU, OLGU SERİSİ

CANSU KOSTAKOĞLU DUMAN , GÜRAY KOÇ

ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Posterior reversible ensefalopati sendromu (PRES) baş ağrısı, mental durum değişikliği, nöbet ve görme bozukluklarıyla prezente olan, nörogörüntülemede beyinde oksipitoparietalde ödemle karakterize klinik ve radyolojik bir sendromdur. Endotel hasarına sekonder kan beyin bariyerinin bozulmasının patofizyolojide rol oynadığı düşünülmektedir.

Materyal Metod:
1 Kasım 2021-1 Şubat 2023 tarihleri arasında Ankara Şehir Hastanesi nöroloji, nefroloji, romatoloji ve kadın doğum kliniklerinde PRES tanısıyla izlenen 5 olgu retrospektif tarandı. Demografik, klinik, radyolojik ve laboratuar verileri incelendi. Olguların ortalama yaşı 38'di. 5 olgudan üçünde kronik böbrek hastalığı (KBH) ve hemodiyaliz öyküsü mevcuttu. 1 olgunun postpartum 3. gününde, hemolitik üremik sendrom tanılı diğerinin ise postpartum 1. ayında bulguları gelişmiş, yalnızca biri preeklampsi teşhisi almıştı. Yüksek kan basıncı değerleri 2 olguda izlendi. Başvuruda klinik prezantasyonlar nöbet (n=2), görme bulanıklığı (n=2) ve bilinç değişikliğiydi(n=1). Beyin manyetik rezonans görüntülemede (MRG) olguların tamamında beyinde bilateral oksipitoparietalde ödem bulguları izlenirken 4 olguda frontal bölgelerin etkilenimi, takip MRG'si görülen 3 olguda lezyonlarda regresyon izlendi. Olguların 4'ünde hemoglobin ve demir seviyeleri düşüktü. Nötrofil/lenfosit oranı(NLO) olguların tamamında referans değerin üzerindeydi.

Olgular	Nötrofil/Lenfosit Oranı	Referans Aralık
Olgu 1	5,68	0.78-3.53
Olgu 2	7,43	
Olgu 3	4,3	
Olgu 4	16,9	
Olgu 5	19,7	

Tartışma:
Bu olgular PRES'in her zaman yüksek kan basıncı değerleri ile ilişkilendirilmesi gerekmediğini ve görüntüleme bulgularının değişkenliğini desteklemektedir. Birçok farklı klinik antitede incelenen ve subklinik inflamasyonun bir belirteci olarak kullanılan NLO'nun hipertansiyon hastalarında kan basıncı regülasyonunun ve böbrek hastalığının bir göstergesi olabileceği gösterilmiştir. Preeklampside NLO gibi enflamatuar belirteçlerin yüksek olduğuna değinen çalışmalar olduğu gibi prediktif değer olarak kullanışsız olduğunu gösteren çalışmalar da vardır.

Sonuç:
Olguların tamamında NLO yüksek olmasının PRES'te altta yatan etiyolojik nedenlerden kaynaklanabileceği gibi doğrudan PRES ile ilişkili olma ihtimali düşünülebilir. Bu konuda daha geniş popülasyonlu çalışmalara ihtiyaç vardır.

BP - 145 PRİMER ANTİFOSFOLİPİD ANTİKOR SENDROMU(AFAS) İLİŞKİLİ TRANSVERS MİYELİT

GİZEM ÖZTÜRK , CANAN YÜCESAN

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Transvers miyelit, primer AFAS'ın nadir bir belirtisidir.[1] Biz de transvers miyelit ile prezente olan bir primer AFAS vakası sunmak istedik.

Olgu:
59 yaşında erkek hasta, 5 aydır olan progresif yürüme güçlüğü, idrar yaparken zorlanma şikayetiyle geldi. Nörolojik muayenesinde alt ekstremite proksimal kas gücü bilateral 3/5, distaller 2/5, vibrasyon duyusu bilateral L1 seviyesine kadar kayıp, DTR hiperaktif, taban derisi yanıtı bilateral ekstensör saptandı. Kranial MRG normaldi. Servikotorakal MRG'de C3 düzeyinden T12 düzeyine kadar uzanan homojen kontrastlanan kordda ekspansiyon oluşturmayan santral yerleşimli hiperintens lezyon saptandı. BOS incelemesinde protein ve IgG indeksi yüksek, lenfositik pleositoz saptandı. Menenjit paneli negatifti. Hastaya 10 gün 1 gr/gün metilprednizolon tedavisi başlandı. Nörolojik muayenesinde değişiklik olmayan hastaya 5 seans plazmaferez yapıldı. Malignite ekartasyonu açısından çekilen TAP-BT'de sağ external iliak arterde oklüzyon saptandı ve hastaya tedavi dozunda LMWH başlandı. Anti-NMO IgG ve anti MOG-IgG negatif sonuçlandı.12 hafta ara ile gönderilen 2 vaskülit panelinde anti-kardiyolipin ve anti-beta2 glikoprotein IgM yüksekliği görülmesi üzerine hastaya primer AFAS tanısı koyuldu. Plazmaferez sonrası kas gücünde kısmi düzelme görülen hastaya warfarin+azatioprin tedavisi başlanarak fizik tedaviye yönlendirildi.

Tartışma:
Primer AFAS'ta transvers miyelit patogenezi net bilinmemekle birlikte spinal kord fosfolipidleri ile antifosfolipid antikorlarının direkt etkileşimi sonucu olduğu düşünülmektedir.[1] Hastamız transvers miyelit olgularında primer AFAS tanısının da akla gelmesi gerektiğini göstermesi açısından ilginçtir.

Referans

1- Rodrigues, Carlos Ewerton Maia, and Jozélio Freire de Carvalho. "Clinical, radiologic, and therapeutic analysis of 14 patients with transverse myelitis associated with antiphospholipid syndrome: report of 4 cases and review of the literature." *Seminars in arthritis and rheumatism* vol. 40,4 (2011): 349-57.

BP - 146 ANTI ZIC-4 ANTİKOR POZİTİF PARANEOPLASTİK ENSEFALİT OLGU SUNUMU

CUMALİ ÇETİNER , MUTTALİP ÖZBEK , CEBRAİL DURMAZ , MEHMET UĞUR ÇEVİK

DİCLE ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ABD

Giriş:
Paraneoplastik nörolojik sendromlar (pns), malign bir neoplazmın uzak etkisinden kaynaklanan bir grup hastalıktır. Pnsler sinir sisteminin herhangi bir bölümünü etkilebilir ve bir tümörün doğrudan metastazı yerine sinir dokusuna zarar veren immün aracılı bir mekanizmayı tetikleyebilir. Pnsler merkezi veya periferik sinir sistemini veya her ikisini birden etkilebilir. Bu nedenle, paraneoplastik sendromların semptom ve bulguları çeşitlidir. Bunlardan sık görülen semptomlar bilinç durumu bozukluklarıdır. Bizde ensefalit kliniği ile gelen nadir görülen ve hücreiçi yerleşimli zic-42e karşı gelişen antıkor sonucunda ensefalit ve sonrasında derinin skuamoz hücreli karsinomu tanısı alan bir olgu sunumu hazırladık.

Olgu:
63 yaş erkek hasta yaklaşık 3 hafta önce başlayan yakınlarını tanıyamama sonrasında anlamsız konuşma oral alımda azalma şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Hastanın bilinen ht koah tanıları mevcut olup soy geçmişte ek özellik yok. Hastanın nm de bilinç laterjık farkındalık azalmış kısmı-koopere kısmı-oryante gtoh pupıller ızokorık ır ve kr bilateral pozitif taraf bulgusu yok tdr fleks/fleks hastaya beyin bt çekildi ve kitle ekartasyonu sonrasında lp yapıldı. Bos mikroskopisinde 9*10 lökosit protein: 138 mg/dl olarak rapolanınca hastaya intaniye tarafından uygun antibiyoterapi ve antiviral tedavi başlandı. Hastaya 2 gün sonra çekilen kranial mrgda bilateral bazal ganlionlarda kontrast tutmayan hiperintens lezyonlar saptandı. Hastanın eeg de düşük amplitüdlü teta dalgaları görüldü. Hastada otoimmün ve paraneoplastik panel gönderildi. Gelen sonuçta anti zic-4 antikor pozitifliği saptanınca hastaya ıvıg tedavisi 0,4gr/kg/gün 5 gün olarak verildi. Hastanın ıvıg tedavisi sonrasında nörolojik muayenede düzelme saptandı. Hastada malignite taraması planlandı. Çekilen pet-ctde bilateral akciğer bazallerde ve sağ orta zonda fdg tutulu izlenmiş olup primer tm? Olarak raporlandı. Hasta ve yakını biyopsi kabul etmedi yatışının 25. Gününde şifa ile taburcu edildi. Hasta kontrollerine düzenli gelmeyip en son yaklaşık 5 ay sonra poliklinik kontrolünde sol göz medial kantalde kitle görüldü ve plastik cerrahisine danışıldı. Alına biyopsi sonucu invaviz skuamöz hücreli karsinom olarak raporlandı.

Sonuç:
Zıc-4ün hücre içi yerleşimi nedeniyle, antikorla ilişkili otoimmünite, kesin mekanizmalrı bilinmemekle birlikte potansiyel olarak t-hücre aracılıdır.izole zic4 antikorlarına bağlı paraneoplastik antikorlarına bağlı paraneoplastik sendromlar nadirdir.hastalarda genel olarak paraneoplastik serebellar dejenerasyon ve küçük hücreli akciğer kanseri bildirilmiştir. Hastamızda ise daha önce bildirilmeyen derinin skuamöz hücreli kanseri tanısı almıştır. Pns ile ilgili vakaların tanısı tedavisi açısından daha fazla vakaya ihtiyaç vardır.

BP - 147 PRİMER SANTRAL SİNİR SİSTEMİ VASKÜLİTİ: PATOLOJİ VE GÖRÜNTÜLEME BULGULARI İLE NADİR GÖRÜLEN BİR TALAMİK TUTULUM

TOLGA ÇETİNDAMAR [1], ÇAĞLA AKDUMAN [1], SULTAN MEŞE [2], YÜKSEL ERDAL [2], RENGİN BİLGEN AKDENİZ [1], M AYDIN SAV [1], GAZANFER EKİNCİ [1], RANA KARABUDAK [1]

[1] *YEDİTEPE ÜNİVERSİTE HASTANESİ*
[2] *BEZMİALEM ÜNİVERSİTE HASTANESİ*

Olgu:
Primer santral sinir sistemi vasküliti (PSSSV), herhangi bir sistemik tutulum olmaksızın beyin ve medulla spinalis vasküler yapılarını tutan, nadir bir hastalıktır. Farklı klinik tablolar gösterebilmektedir. Bu yazıda ön planda talamus tutulumu ile giden MR ve patolojik incelemeleri ile kesin tanı almış bir PSSSV olgusunu sunmayı amaçladık.
Kırk sekiz yaşında erkek hasta, üç ay önce başlayan, sıklığı ve şiddetinin son on gündür arttığı başağrısı ve on gündür olan çift görme yakınması ile başvurdu. Özgeçmişinde Hashimoto tiroiditi ve miyokard infarktüsü vardı. Nörolojik muayenesinde apati, oryantasyon-kooperasyon güçlüğü dikkat çekiyordu. Bilateral horizontal nistagmus, gövde ve alt ekstremitelerde ataksi saptandı. Kontrastlı beyin manyetik rezonans görüntülemede (MRG) sol talamusun tamamını ve mezensefalonu içeren, 5,5 x 2,5 cm çapında hiperintens görünüm izlendi. MR Spektroskopi ve MR perfüzyon incelemeleri sonucunda ön planda kitle düşünülmedi. Beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde protein:83,4 mg/dl (15-45mg/dl), glukoz:67mg/dl (40-70mg/dl) saptandı. Direkt mikroskobik bakıda 705 lökosit görüldü, % 80 lenfosit hakimdi. Vaskülit belirteçleri, serum ACE seviyesi normal aralıktaydı. Paterji testi, NMO ve MOG tetkikleri negatifti. Beyin ve sinir cerrahisi tarafından stereotaktik yöntemle talamustan alınan biyopsi sonucu: Leptomenikslerin de etkilendiği, lenfositik ve non nekrotizan vazosentrik nöropilde saçılmış T/B hücre infiltrasyonu, PSSSV ile uyumlu bulundu. Hastaya kortikosteroid, ve siklofosfamid tedavisi başlandı. Kliniği tam olarak düzelen hastanın yapılan kontrol görüntülemelerinde lezyonların önemli ölçüde gerilediği görüldü.
PSSSV klinik ve görüntüleme olarak çeşitli belirti ve bulgularla karşımıza gelebilir. Kraniyal MRG'de mesensefalon ve talamik bölge tutulumlarında, PSSSV ayırıcı tanı listesinde akılda bulundurulması gereken bir durumdur. Tanıda en önemli kriter patolojik değerlendirmedir.

BP - 148 HERPES ZOSTER OFTALMİKUS SONRASI GELİŞEN OFTALMOPAREZİ: OLGU SUNUMU

FATMA AYBÜKE ÇOKKAÇAR , CAN FURKAN YILMAZ , SARE SEYHAN KESKİN , UĞURALP KILIÇ , HÜLYA OLGUN , FULYA EREN , BURCU ALTUNRENDE

TAKSİM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Herpes zoster virüsü çocukluk çağında veziküler döküntülere yol açtıktan sonra duysal sinir kök ganglionlarında latent kalan ve sıklıkla yaşlı ve immün sistemi baskılanmış kişilerde reaktive olan bir DNA virüsüdür. Tüm herpes zoster vakalarının %10-20 sinde oftalmik tutulum gözlenir. Bu bildiride oftalmoparezi ile prezente olan bir herpes zoster oftalmikus (HZO) vakasının sunulması amaçlanmıştır.

Olgu:
68 yaşında kadın hasta 3 hafta önce başlayan sağ göz çevresinde veziküler döküntüler, sağ retrorbital ağrı ve 3 gündür çift görme şikayetiyle başvurdu. Nörolojik muayenesinde sağ gözde abduksiyon kısıtlılığı, spontan içe bakış ve ödeme bağlı pitoz izlendi. Görme keskinliği ve görme alanı muayenesi normaldi. Kan tetkiklerinde VZV IgM:0.4 COI(-) VZV IgG:2.7 COI(+) olarak görüldü. Kontrastlı kranial-orbital MR görüntülemelerinde özellik izlenmedi. BOS basıncı, biyokimyası ve hücre sayımı normaldi. Hastaya valasiklovir 3*1 gr/gün IV ve 1*64mg/gün metilprednizolon başlandı. 1 ay sonra kontrolünde göz hareket kısıtlılığının azaldığı görüldü.

Tartışma:
HZO hastalarının %7-13'ünde ekstraoküler kas felci görülebilmektedir. Bu ekstraoküler kas tutulumunun tromboflebite sekonder olduğu veya perinörit veya perivaskülitik bir miyozitten kaynaklandığı şeklinde çeşitli görüşler bildirilmiştir. Ekstraoküler kas felci genellikle cilt lezyonlarından 2- 4 hafta sonra diplopi şeklinde prezente olur, 2-23 ay devam edebilir ve çoğunluğu bir yılda iyileşir. Tüm HZO vakalarında antiviral tedavi başlanması gerekir. Vaskülitik bileşenler ve ekstraoküler kas tutulumları için kortikosteroid tedavisi de önerilmiştir. Nadir görülmesi nedeniyle sunulmaya değer bulunan bu olguda da hasta, tedaviye iyi yanıt vermiştir. Dışa bakış kısıtlılığında diğer nedenler dışlandığında ve özellikle ağrılı veziküler lezyonlar da mevcutsa ayırıcı tanıda HZO akılda tutulmalıdır.

BP - 149 HAFİF BİLİNÇ BOZUKLUĞUNDAN KOMAYA WERNİCKE ENSEFALOPATİSİ OLGU SERİSİ

SİNEM FİDAN BUÇİN , AHMET YABALAK , MİNE AKSEL , HALİME ŞAHAN

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Amaç:
Wernicke ensefalopatisi (WE), yetersiz beslenen, alkolik hastalarda tanımlanan konfüzyon, ataksi ve nistagmusla karakterize; tiamin eksikliğinden kaynaklanan nadir bir nörolojik hastalıktır. Hastalarda delirium, anterograd amnezi gelişebilir, konfüzyondan komaya geniş bir yelpazede bilinç bozukluğu izlenebilir. Biz de farklı klinikler ve radyolojik özellikler olan iki Wernicke ensefalopatisi vakasını sunarak literatür eşliğinde tartışmak istedik.

Olgu1:
Kronik alkolizm öyküsü olan 56 yaşında erkek hasta, 2 hafta önce başlayan spontan düzelen diplopi ve bir haftadır devam eden anterograd amnezi kliniği ile tarafımıza başvurdu. Kontrastsız beyin MRG'da bilateral mamiller cisimciklerde T2 hiperintensitesi izlendi. Iv tiamin replasmanı sonrası klinik yavaşça düzeldi.

Olgu2:
70 yaşında kadın hasta, anlamsız konuşma ve uyku hali şikayeti ile değerlendirildi. Bilinen Endometrium karsinomu, 4 aydır bulantı-kusma, oral alım azlığı olan hastada 15 gün TPN ile nütrisyon sağlandığı öğrenildi. Nörolojik muayenesinde bilinci letarjik idi, yatak içerisinde hareketli idi. Kranyal MRG'de mezensefalonda periaqueduktal, iki yanlı medial talamik ve kortikal olarak da presantral gyrusta iki yanlı T2 hiperintens lezyonlar izlendi. Tiamin replasmanı sonrasında ilk olarak GKS:5'ten 9'a yükselse ve radyolojik regresyon izlense de takiplerinde hasta kaybedildi.

Sonuç:
WE hafif bellek kusurundan ağır koma tablosuna kadar geniş bir klinik ile prezente olabilmektedir. Benzer şekilde radyolojik olarak da periventriküler hafif hiperintens lezyonlardan kortikal tutulumun da olduğu yaygın lezyonlara kadar bulgular görülebilmektedir. Literatürde kortikal lezyonlar nadir bildirilmiş ve kötü prognoz ile ilişkili bulunmuştur. WE tedavi edilebilen bir hastalık olduğu için beslenmesi çeşitli nedenlerde bozulmuş olan tüm hastalarda akla hemen gelmeli ve riskli hasta gruplarında profilaktik tedavi unutulmamalıdır.

BP - 150 BAŞ AĞRISININ NADİR BİR NEDENİ; METİMAZOL KULLANIMINA BAĞLI SEREBRAL VENÖZ SİNÜS TROMBOZU OLGUSU

TİNA PAK , TALHA YAMAK , YEŞİM SÜCÜLLÜ KARADAĞ

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Olgu:

Serebral venöz sinüs trombozu(SVST) , dural sinüslerin ve/veya venlerin trombozunu içerir. Tüm inmelerin %0,5-1'ini oluşturur.Hastalar genellikle baş ağrısı veya fokal nörolojik defisit nedeni ile başvurur. En sık superior sagittal sinüs etkilenir. Sinüslerin atrezisi/hipoplazisi, asimetrik sinüs drenajı gibi venöz anatomideki varyasyonlar sinüs trombozunu taklit edebilir. Sistemik inflamatuar hastalıklar, kalıtsal ve edinsel koagülasyon bozuklukları en sık gözlenen etiyolojik nedenlerdir. Yaklaşık % 30 olguda neden tespit edilemez.

59 yaşında bilinen hastalık öyküsü olmayan, aktif sigara içicisi olan erkek hasta, Nisan 2022'de multinodüler guatr (MNG)'a tanısına bağlı olarak metimazol kullanmaya başlamış. Baş ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran hastanın kontrastlı kranial manyetik rezonans görüntülemesi; bilateraloptik sinir çevresinde BOS mesafeleri artmış ve sağ transvers sinüs düzeyinde lümende T2A hiperintens parsiyel dolum defekti izlenmiştir şeklinde raporlandı. Sağda transvers sinus sigmoid sinus bileşkesi düzeyinde izlenen dolum defekti parsiyel trombüs lehine değerlendirildi. Vaskülitik,romatolojik ve koagülopati yapabilecek patolojiler saptanmadı. Bilinen hipertirodisi olan hasta, metimazol 1x10 mg olarak kullanmakta idi. Hastanın bir ay önceki TSH mIU/L : 0.12, T4: 1.08 ng/dl ve T3: 4.59 ng/l idi. Hastanın nöroloji servis yatışındaki TSH: 10.09mIU/L , T4: 0.70ng/dl , T3: 3.05ng/l olarak sonuçlandı, mevcut kliniği hipotiroidi ile uyumlu idi.

SVST hastaları için altta yatan etiyolojiyi belirlemek, risk faktörlerini sınırlamak önemlidir. Tiroid fonksiyon bozuklukları ve özellikle literatür incelendiğinde hipertirodinin SVST riskini artırdığı bilinmektedir ancak olgumuzda görülen iyatrojenik hipotiroidi SVST'nin az rastlanan sebeplerinden birisidir. Bu sebeple sizlerle paylaşmak istedik.

E-POSTER BİLDİRİLER

Cumhuriyetimizin 100 Yılı Bilimin Işığında

EP - 1 MOTOR NÖRON HASTALIĞININ NADİR VARYANTI- FASİYAL BAŞLANGIÇLI DUYUSAL VE MOTOR NÖROPATİ (FOSMN)

RÜMEYSA UNKUN , ZEYNEP ESİN SAYAR , NUR AYDINLI , FURKAN ASAN , AYŞEGÜL GÜNDÜZ

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Fasiyal başlangıçlı duyusal ve motor nöronopati sendromu (FOSMN), karakteristik özellikleri olan, yüz, boyun, üst ekstremitelere ve gövdenin üst yarımına yayılabilen duyu anormallikleri ve ardından gelişen alt motor nöron defisitleri ile karakterize nadir görülen ve yavaş ilerleyen bir motor nöron hastalığıdır. Burada yüzde duyusal yakınmalar ile başvuran bir FOSMN olgusu sunulacaktır.

Olgu:
Daha önce bilinen hastalığı olmayan 60 yaş erkek hasta yüzde his kaybı şikâyeti ile tarafımıza başvurdu. Hastanın ilk şikâyeti 7 sene önce tat bozukluğu ile başlamış ve bir yıl sonrasında sağ yüz yarımından başlayıp tüm başa yayılan karıncalanma, keçelenme hissi şeklinde duysal belirtileri eklenmiş. Nörolojik muayenede tüm başta hipoestezi ve hiperaktif derin tendon refleksleri, bilateral Hoffman pozitifliği mevcuttu. EMG incelemesinde yaygın kronik dönemde ön kök/ön boynuz etkilenimi ve iki yanlı trigeminal sinirde akson hasarı bulguları saptanmıştır. Göz kırpma refleksi iki yanlı elde edilememiştir. Beyin MR, tükürük bezi biyopsisi, otoimmün antikor paneli, PET MR, anti-MAG, transtiretin amiloidoz genetik inceleme tetkiklerinde özellik yoktu. SSA pozitifliği ve gangliozid antikorlarında pozitiflik olunca FOSMN ön tanısı ile beş gün 1000 mg/gün metil prednizolon tedavisi uygulandı fakat klinik bulgularda değişiklik olmadı.

Tartışma:
FOSMN ilk olarak 2006 yılında siringomiyeli benzeri bir sendrom olarak tanımlanmıştır. Daha çok orta ileri yaş erkek cinsiyetin etkilendiği bu hastalığın patogenezi belirsizliğini korumakla birlikte otoimmün ve nörodejeneratif süreçlerin rol aldığı düşünülmektedir. FOSMNnin ayırt edici özelliği, kornea refleksi ve göz kırpma reflekslerinin azalması veya yokluğunu gösteren karakteristik nörofizyolojik bulguları olup klinik olarak hastalar çeşitlilik gösterebilir. Vaka sayısının oldukça az olması nedeni ile tedavi konusunda net bir fikir birliği yoktur.

Sonuç:
Ayırıcı tanıda başka nedenlerin bulunamadığı fasiyal duysal semptom başlangıçlı ve sonrasında motor nöron bulgularının eşlik ettiği vakalarda elektrofizyolojik özelliklerle birlikte nadir görülen FOSMN sendromu akla gelmelidir.

EP - 2 VASKÜLOPATİ NEDENİ OLARAK YENİ BİR GEN: KRIT1

EBRU MARZIOGLU OZDEMIR [1], GÖKHAN ÖZDEMİR [2], ÖZKAN BAĞCI [1]

[1] SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ GENETİK ANABİLİM DALI
[2] SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Olgu:
Vaskülopati nedeni olarak yeni bir gen: KRIT1
Vaskülopatiler genel olarak nonaterosklerotik damar hastalıklarını ifade eden bir terimdir. Arteriyel diseksiyon ve fokal serebral arteriyopati gibi progresif olmayan arteriyopatiler, moyamoya hastalığı ve serebral vaskülit gibi progresif arteriyopatiler bu grup hastalık içerisindedir. Vaskülopatilerin bir çoğunda ise neden bilinmemektedir. Bu olgu sunumunda biz ilk kez KRIT1 gen mutasyonunun neden olduğu vaskülopati hastasını sunacağız.
23 yaş erkek hasta, ani gelişen sağ tarafında kuvvet kaybı ve dengesizlik şikayeti ile acil servise başvurdu. Daha önceye ait hastalık veya ilaç kullanım öyküsü yoktu. Muayenesinde şuur açık, konuşma dizartrik, sağ hemiparezi mevcuttu. Difüzyon MRG de Pons sol yarısında diffüzyon kısıtlılığı vardır. Genç hasta olduğu için direkt anjio ünitesine alındı. Supraaortik büyük arterlerde önemli darlık olmamasına rağmen lupsasyon, elongasyon ve düzensizlikler mevcuttu. İntrakranial arterlerde de düzensizlikler ve yer yer boğumlanmalar vardı. Bu bulgular nonaterosklerotik vaskülopatiyi destekleyici nitelikteydi. Basiller arterden lokal 15 mg tPA verilerek işlem sonlandırıldı. Hastanın 1 ay sonraki muayenesi normaldi. Hasta, babasının da genç yaşta felç geçirdiğini ifade etmesi üzerine aile fertlerini çağırarak soyağaçları ve genetik analiz için tıbbi genetik anabilim dalından konsültasyon istendi. Yapılan soyağacı ve nörolojik incelenmesinde; babası ve kız kardeşinin de minör iskemik inme geçirdiği tesbit edildi. Ailesel inmeye yatkınlık olduğu düşünülerek; hastamızda klinik ekzom sekans analizi yapıldı. Analiz sonucunda; KRIT1 geninde c.1867C>T heterozigot missense variyant klinik ile uyumlu olarak raporlandı. Bunun üzerine ailesel tarama yapıldı. Hastanın 3 kız ve 1 erkek kardeşi vardı. Diğer erkek kardeş dışında tüm aile bireylerinden kan alındı. Aynı varyantın ebeveynlerinde ve kız kardeşlerinde de olduğu tesbit edildi. Arteriyopatiler; inme nedeni olarak her ne kadar nadir görünse de, nedeni bilinmeyen inmelerin önemli bir sebebidir. Vasküler görüntüleme, hematolojik ve genetik incelemelerde sağlanan tüm gelişmelere rağmen birkaç çalışma dışında genç inme çalışmalarında etiyolojisi bilinmeyen inme en sık etiyolojik grubu oluşturmuştur. Bizim hastamızda da olduğu gibi özellikle gençleri etkilemektedir. Ayrıca tekrarlayan iskemik inmede de önemli prediktif faktördür. Daha sonra bizim hastamızda da 2 kez minör inme atakları tekrarladı. Alt tipler arasında ayrım yapmak oldukça güçtür. Serebral anjiyografi, altın standart tanı yöntemidir. Bizim hastamızın da DSA sı vaskülopati ile uyumluydu. Genetik faktörler (Ehler Danlos Sendromu, fibromuskuler displazi vb.) vaskülopati gelişiminde etkili olsa da, birçok hastada net olarak bu gösterilememiştir. KRIT1 geni (CCM1 olarak da bilinir), kan damarlarını oluşturan hücreler arasındaki etkileşimi güçlendiren ve damarlardan sızıntıyı sınırlandıran bir proteinin yapımını sağlar. KRIT1 proteini, komşu hücreleri birbirine bağlayan bağlantı noktalarında bulunan bir kompleks oluşturmak için bir dizi başka proteinle etkileşime girer. Bu kompleksin bir parçası olarak KRIT1 proteini, RhoA-GTPase olarak bilinen bir sinyal molekülünün kapatılmasına (bastırılmasına) yardımcı olur. Bu molekül, hücrenin yapısal çerçevesini oluşturan bir lif ağı olan aktin hücre iskeletinin düzenlenmesinde rol oynar. Açıldığında, RhoA-GTPase, hücreler arasındaki bağlantıların zayıflamasına ve kan damarlarından artan sızıntıya bağlı olan aktin liflerinin oluşumunu uyarır. Beyindeki zayıf ve sızıntıya yatkın kan damarları topluluğu olan serebral kavernöz malformasyonları olan ailelerde 100den fazla KRIT1 gen mutasyonu tespit edilmiştir. Bu mutasyonların neredeyse tamamı, KRIT1 proteininin yapım talimatlarına zamanından önce bir durma sinyali vererek yeterli KRIT1 proteini üretimini engeller. Bu proteinin eksikliği muhtemelen kompleksin işlevini bozar.

Sonuç olarak, RhoA-GTPase sinyali anormal şekilde açılır, hücresel bağlantılar zayıflar ve kan damarı duvarlarının geçirgenliği artar. Beyne artan sızıntı, serebral kavernöz malformasyonu olan bazı kişilerde baş ağrıları, nöbetler ve beyin kanaması gibi sağlık sorunlarına neden olabilir. KRIT1 genindeki mutasyonlar, tüm ailesel serebral kavernöz malformasyon vakalarının yüzde 50sine kadarını oluşturur. İspanyol kökenli insanlarda vakaların yüzde 70inden belirli bir mutasyon sorumludur. Ayrıca retinada kavernöz malformasyonlar ve ciltte hiperkeratotid kutaneoz kapiller venöz malformasyonların bazı hastalarda eşlik ettiği gösterilmiştir. Fakat şimdiye kadar litaratürde direkt olarak inme ile ilişkilendirilmemiştir. Biz bu vaka sunumu ile KRIT1 gen mutasyonunun vaskülopati yaparak inmeye neden olabileceğini göstermiş olduk.

EP - 3 TÜRKİYE'DEKİ AMYOTROFİK LATERAL SKLEROZLU HASTALARIN KLİNİK VE GENETİK ÖZELLİKLERİ: TEK MERKEZDEN VERİLER

GULSHAN YUNİSOVA [1], ELİF BAYRAKTAR [3], CEREN İSKENDER TUNCA [3], AYŞE NAZLI BAŞAK [3], PİRAYE OFLAZER [2]

[1] KOÇ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, KAS HASTALIKLARI MERKEZİ
[2] KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI VE KOÇ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, KAS HASTALIKLARI MERKEZİ
[3] KOÇ ÜNİVERSİTESİ, TRANSLASYONEL TIP ARAŞTIRMA MERKEZİ, NÖRODEJENERATİF HASTALIKLAR ARAŞTIRMA MERKEZİ (KUTTAM

Amaç:
Amyotrofik lateral skleroz (ALS), üst ve/veya alt motor nöronları etkileyen, etiyolojisi bilinmeyen nörodejeneratif bir hastalıktır. Ailesel -familyalALS (fALS) vakaları yüksek genetik heterojenite gösterirken sporadik ALS'nin (sALS) (%90) çeşitli genetik ve çevresel risk faktörleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Genetik çalışmalar, *C9orf72, SOD1, TARDBP* ve *FUS* genlerinin ALS'de en yaygın mutasyona uğramış genler olduğunu göstermiştir. Türkiyede genetik tanılı ALS hastalarına ilişkin çalışmalar ve veriler çok sınırlıdır.

Gereç ve Yöntem:
Bu bildiride 2019-2023 yılları arasında Koç Üniversitesi Hastanesi Kas Merkezi'nde kayıtlı ve ALS tanılı 21 akraba olmayan aileden 24 hastanın demografik, klinik ve genetik özellikleri sunulmaktadır. Tüm hastaların genetik analizi Koç Üniversitesi, Translasyonel Tıp Araştırma Merkezi'inde (KUTTAM) yapılmıştır.

Bulgular:
Takip edilen 238 ALS hastasının 24ünde yapılan genetik testler sonucunda, ALS ile ilişkili genlerden birinde patojenik bir varyant olduğu tespit edildi. 24 hastanın 12si (%54) erkekti, 11 (%52) indeks hasta ise fALS idi. Yedi indeks hastada, *C9orf72* geninde artmış tekrar sayısı tespit edildi, 8 indeks hastada ise *SOD1* geninde heterozigot patojenik varyantlar gösterildi. Ayrıca 6 indeks hastada *FUS, OPTN, DCTN1, SQSTM1, SPG11* ve *PFN1* genlerinde hastalıkla ilişkili patojenik varyantlar bulundu.
SOD1 varyantı bulunan grup: *SOD1* geninde variant bulunan 8 indeks hastanın (4 kadın, 4 erkek) 6'sı (%75) fALS grubundaydı. Hastalık başlangıç yaşı 43,8±17,9 yıl olup hastalık süresi 15 ay ile 13 yıl arasında değişmekteydi. Bu gruptaki tüm indeks hastalarda belirtiler alt ekstremitelerde alt motor nöron bulguları ile başlangıç göstermişti. Motor zaaf ile birlikte 2 hastada alt ekstremitede duyusal yakınmalar da mevcuttu; elektromiyografi (EMG) ve somatosensoriyel uyarılmış potansiyel (SEP) testlerinde yaygın motor nöron tutulumu ile birlikte polinöropati ve dorsal kord tutulumu saptandı. EMGde polinöropati saptanan 1 indeks hastada takip sırasında apraksi ve serebellar ataksi gelişti ve hasta, hastalığın 5. yılında kaybedildi.
C9ORF72 tekrar artışı bulunan grup: *C9ORF72* tekrar sayısında artış saptanan 7 hastada (4 erkek, 3 kadın) ortalama başlangıç yaşı 53,7±15,2 yıldı. Bunlardan 3'ü (%42) sALS vakalarıydı. Hastalık süresi 9 ay ile 5 yıl arasında değişiyordu. Bu grupta kognitif değişikliklerle başlangıç gösteren hasta yoktu, ancak bir hastada takip sırasında kognitif bozukluk gelişti. Dört hastada başlangıç, ekstremitelerde alt motor nöron bulguları ileydi, diğer 3 hastada ise başlangıç bulber alandan idi.
FUS ve DCTN1 varyantları bulunan grup: *FUS* ve *DCTN1* gen mutasyonları olan 2 erkek hastanın başlangıç yaşları 44 ve 39 idi, sırasıyla sALS ve fALS vakalarıydı. İki hasta da alt motor nöron bulgularıyla ekstremite başlagıçlı vakalardı.
Diğerleri: *OPTN, SQSTM1, SPG11* ve *PFN1* genlerinde mutasyon bulunan diğer 4 hastada (2 kadın, 2 erkek) başlangıç yaşı 37,5±11,8 yıldı. Başlangıçta primer lateral skleroz fenotipi gösteren *OPTN* mutasyonlu hasta dışında tüm hastalar alt motor nöron belirtileri ile ekstremite başlangıçlı vakalardı.

Sonuç:
Bu çalışmada Türkiyedeki tek merkezden ALS hastalarının klinik ve genetik özelliklerini sunduk. Çalışmamızın genetik sonuçları literatürle uyumlu olup fALS vakaları tüm hastaların yaklaşık %10unu kapsamaktadır. Hasta grubumuzda genler arasındaki dağılım *SOD1* baskınlığını gösterdi. Gelecekte ALS hastalarının hem klinik hem de moleküler özelliklerini kapsayan kapsamlı çalışmaların yapılması, hastalığa yol açan yeni mekanizmaların ortaya çıkarılmasına yardımcı olacaktır.

EP - 4 ASLINDA HER ŞEY ÖKSÜRÜK İLE BAŞLADI: CANVAS VAKA SUNUMU

ONUR AKAN , BEKİR BURAK KILBOZ , BEGÜM YARALIOĞLU , CİHAT ÖRKEN , SERAP ÜÇLER

NÖROLOJİ KLİNİĞİ, PROF. DR. CEMİL TAŞCIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Giriş:
Serebellar ataksi, nöropati, vestibüler arefleksi sendromu kelimelerinin baş harflerinden oluşan bir kısaltma olan ve nörolojik semptomlardan yıllarca önce başlayan kronik kuru öksürüğün ilk bulgularından olduğu nadir bir hastalık olan CANVAS, RFC1'in pentanükleotid ekspansiyonundan kaynaklanır. Bu bildiride duysal gangliyonopati ön tanısı ile izlenen, genetik testlerle tanı konulan bir CANVAS olgusu anlatılmıştır.

Vaka Sunumu:
Yeni başlayan denge ve yürüme bozukluğu nedeniyle başvuran 53 yaşında erkek hasta, dört yıldır olan inatçı öksürük, ilerleyici ses kısıklığı nedeniyle Kulak Burun Boğaz bölümünden yönlendirildi. Hipertansiyon, sigara öyküsü olan hastanın muayenesinde disfoni, bilateral alt ekstremitelerde pozisyon, ağrı, ısı duyularında azalma ile arefleksi saptandı, geniş adımlı yürümekteydi. Kraniyal MR'da serebellar atrofi gözlendi (Şekil 1). EMG'de tüm duysal yanıtların alınamadığı aksonal bir polinöropati / nöronopati gözlendi. Kan ve BOS incelemesi normaldi. PET'te malignite saptanmadı. Dorsal gangliyonopati ön tanısıyla beş gün 0.4mg/kg/gün IVIG verilen hasta belirgin fayda görmedi. Sjögren sendromu açısından Schirmer testi bilateral pozitifti ancak tükürük bezi biyopsisi negatif sonuçlandı. Prednol 40mg/gün'den fayda görmedi, üçüncü ayda kesildi. Takiplerinde bilateral horizontal nistagmus, ortostatik hipotansiyon, ataksisinde artış ve postural instabilite gözlendi. Aile öyküsü olmasa da, immünomodülatör tedavilere yanıt vermeyen olguda, yapılan genetik incelemede RFC1 geninde homozigot AAGGG tekrar artışı bulundu.

Tartışma ve Sonuç:
Primer gangliyonopati olduğu düşünülen CANVAS'ta kronik kuru öksürük sıklıkla ilk bulgudur. Yaklaşık %60'ında serebellar atrofi gözlenir. Olgumuzdaki Schirmer testinde tükürük bezi disfonksiyonu saptanması, tükürük bezi biyopsisinin ise Sjögren sendromu ile uyumsuz olması, CANVAS'ta bildirilen otonomik bozukluğa bağlı azalmış ter bezi lif yoğunluğu ile uyumludur. CANVAS ataksi ile başvuran, öksürük eşlik eden, duysal gangliyonopatilerde akla gelmelidir.

EP - 5 YAŞLI YETİŞKİNLERDE İLKEL REFLEKSLER VE DEMANS: GÖZLEMSEL VE KOHORT ÇALIŞMALARINA DAİR BİR META-ANALİZ ÇALIŞMASI

KUBRA ALTUNKALEM SEYDI [1], DERYA KAYA [1], IDIL YAVUZ [2], MEHMET SELMAN ONTAN [1], FATMA SENA DOST [3], AHMET TURAN ISIK [1]

[1] DOKUZ EYLUL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GERİATRİ BİLİM DALI
[2] DOKUZ EYLUL ÜNİVERSİTESİ FEN FAKÜLTESİ İSTATİSTİK BÖLÜMÜ
[3] DARICA DEVLET HASTANESİ

Amaç:
Primitif refleksler, yaygın serebral disfonksiyon ve frontal lezyonların göstergesi olduğu ileri sürülen klinik bulgulardır. Öte yandan bazı çalışmalar PRlerin yalnızca fizyolojik yaşlanmanın göstergesi olduğunu göstermiştir. Demanslı hastalarda bu reflekslerin prevalansı ve bunların etkileri mevcut literatürde kapsamlı bir şekilde bulunmamaktadır. Bu nedenle çalışmamızın amacı, demanslı hastalarda primitif reflekslerin prevalansı ve riskine ilişkin kapsamlı bir analiz sunmaktır.

Gereç ve Yöntem:
Ocak 1990dan Nisan 2021e kadar yayınlanan İngilizce makaleler PubMed, ScienceDirect, Cochrane ve Web of Scienceda "Primitif Refleksler", "Palmomental refleks", "Glabellar refleks", "Snout refleksi", "Frontal serbest kalma işaretleri"," "Köklenme (rooting) refleksi", "İlkel oral refleksler", "Yakalama/Kavrama refleksi" ve "Korneomandibular refleks" anahtar kelimeleriyle arandı. Belirlenen makalelerin başlıkları ve özetleri, potansiyel olarak ilgili makalelerin belirlenmesi amacıyla tarandı. Olasılık (odds) oranları (OR) ve risk oranları (RR), %95 güven aralıkları (CI) ile çıkarıldı ve logaritmik dönüşümün ardından rastgele etkiler modeli (the random effects model) kullanılarak birleştirildi. Demans hastalarındaki prevalans da rastgele etkiler modeli kullanılarak birleştirildi.

Bulgular:
Çalışma, toplam 3.255 demans hastasını ve 1.984 sağlıklı kontrolü (hem 10 vaka kontrol hem de 19 vaka serisi çalışması dahil) içeren 29 çalışmayı içeriyordu. Bunlar arasında en yaygın olanı Snout refleksiydi (olguların %48i), en az olanı ise vakaların %26sında mevcut olan Yakalama/kavrama refleksiydi. Demanslı bireylerde primitif refleks riskinin, sağlıklı kontrollere göre 13.94-16.38 kat arasında önemli ölçüde arttığı, gözlemlenen en düşük riskin ise 2.20-3.74 kat daha yüksek olduğu bulundu. Yakalama/Kavrama refleksi demans için en yüksek riski sergilerken (kontrollere göre 16.38 kat daha yüksek), bunu 9.6 kat daha fazla demans riski ile Emme (suck) refleksi takip ederken, Snout refleksi en düşük riski sergiledi.

Sonuç:
Demansta, primitif reflekslerin riski yüksektir ve bu refleksler yüksek prevalansa sahiptir. Bu nedenle demans tanı sürecinde primitif reflekslerin, özellikle Yakalam/Kavrama refleksinin rutin yatak başı muayenesi olarak değerlendirilmesi yararlı bir yaklaşım olacaktır.

EP - 6 YETİŞKİNLERDE MYASTENİA GRAVİSİN BAŞLANGIÇ YAŞINA GÖRE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN VE PROGNOZUN DEĞERLENDİRİLMESİ

FATMA KARA , MEHMET FATİH GÖL , CAVİT BOZ

ORDU DEVLET HASTANESİ

Amaç:
Yetişkinlerde Myastenia Gravis (MG) hastalığının başlangıç yaşına göre demografik ve klinik özelliklerini değerlendirmeyi ve bu özelliklerin prognoz üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
Bu çalışmaya Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi nde 1992-2021 yılları arasında takip edilen ve MG hastalarının kayıt altında tutulduğu MG database de kayıtlı olan 332 MG hastası dahil edildi. Hastalar 3 yaş alt grubuna ayrıldı: EOMG (başlangıç yaşı <50), LOMG (başlangıç ≥50 ve <65 yıl) ve çok geç başlangıçlı MG (başlangıç ≥65 yıl). Hastaların demografik, klinik ve immünolojik verileri ile bunların prognoza etkileri değerlendirildi.

Bulgular:
Hastaların 177si (%53,3) kadın ve 155i erkek (%46,7) olup yaş ortalaması 55,3 ± 17,4 idi. Toplam 176 hasta (%53) EOMG, 94 hasta (%28,3) LOMG ve 62 hasta (%18,7) çok geç başlangıçlı MG olarak sınıflandırıldı. 282 hastada (%84,9) anti-AChR pozitifliği, 21 hastada (%6,3) anti-MuSK pozitifliği ve 2 hastada ise (%0,6) anti-AChR ve anti-MuSK double pozitifliği saptandı. Hastalığın başlangıcındaki MGFA skorları değerlendirildiğinde, iyi prognozlu hastaların %95,6sında MGFA-1, kötü prognozlu hastaların %40,3ünde MGFA-2B düzeyi saptandı. Klinik takip sonundaki MGFA-PIS skorları değerlendirildiğinde ise iyi prognoza sahip olanların %65,6sı MM-3, kötü prognoza sahip olanların ise %54,6sı worse olarak saptandı.

Sonuç:
Toraks BTde timoma varlığı, yoğun bakımda yatış, myastenik kriz, plazmaferez kullanımı, komorbidite, 2 ve daha fazla komorbiditenin varlığı kötü prognoz ile ilişkili olarak saptandı.Başlangıç yaşı, cinsiyet ve eşlik eden otoimmün hastalıkların prognoz üzerine bir etkisi saptanmadı

EP - 7 GUİLLAİN BARRE SENDROMUNA İLİŞKİN KLİNİK ÖZELLİKLER VE PROGNOSTİK FAKTÖRLER

MİNE TOPCUOĞLU KARAKOÇ , GÜLCAN BASKAN , BEDRİYE KARAMAN , AYŞE GÜLER

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Guillain Barré sendromu (GBS), spinal sinir köklerinin ve periferik sinirlerin immün aracılı hasarına bağlı bir hastalıktır. Çalışmamızda, kliniğimizde izlenen GBS hastalarının demografik özelliklerinin, anamnez, klinik, laboratuvar, elektrofizyolojik bulgularının değerlendirilmesi ve bu parametrelerin hastalığın prognozuna etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Kliniğimizde Ocak 2018 ve Mart 2023 ayları arasında izlenen, GBS tanısı almış 50 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi.Hastaların taburculuk ve 6. ayda Hughes sınıflamasına göre klinik derecelendirmeleri (Hughes skoru ≤2:iyi prognozlu; Hughes skoru >2: kötü prognozlu) yapıldı. Ki-kare testi ile prognoza ilişkin faktörler ortaya konulmaya çalışıldı.

Bulgular:
Çalışmamızdaki GBS hastalarının ortalama yaşı 52,52 ±13,17 olarak saptanmıştır. 14 hasta (%28) öncül enfeksiyon olarak ÜSYE semptomları tariflemiştir. 19 hastada (%38) başvuru esnasında bulbar bulgular mevcuttu. 13 hastada (%26) otonom tutuluş izlendi. 7 hastanın (%14) mekanik ventilasyon ihtiyacı olmuştur. İzlemde 8 hastada (%16) pnömoni gelişmiştir. Hastaların taburculuk ve 6. ayda Hughes skorlamasına göre yapılan gruplandırmalarında taburculuk esnasında 33 hasta (%66) Hughes ≤2 ve 17 hastada (%34) Hughes >2 olarak; 6. ayda 41 hastada (%82) Hughes ≤2 ve 9 hastada (%18) Hughes >2 olarak saptanmıştır. Bu parametrelere göre yapılan karşılaştırmalarda öncül enfeksiyon üsye öyküsü varlığı, ilk yakınmaların bulbar tutulum ile uyumlu olması, takipte pnömoni gelişimi , mekanik ventilasyona gereksinim olması hem taburculuk anında hem de 6. ayda morbiditeyi arttıran faktörler olarak saptanmıştır. Otonom tutuluş ve bulbar semptomlarla başlangıç takipte mekanik ventilatör ihtiyacı ile ilişkilendirilmiştir.

Sonuç:
GBS öncülü ÜSYE varlığı, bulbar başlangıç, takipte pnömoni gelişimi ve mekanik ventilasyon ihtiyacının taburculuk ve 6. Ayda morbiditeyi arttırdığı ortaya konmuştur. GBS'ye klinik yaklaşımda bu özelliklere sahip hastalar daha dikkatli ve yakın takip edilmelidir.

EP - 8 LİMB-GİRDLE MÜSKÜLER DİSTROFİ TANISINDA GENETİK PANEL

SARRA ELHAMİDA LAZRAK [1], EMEL OĞUZ AKARSU [1], HÜSEYİN ONAY [2], NECDET KARLI [1]

[1] BURSA ULUDAĞ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
[2] MULTİGEN GENETİK HASTALIKLARI DEĞERLENDİRME MERKEZİ

Amaç:
Limb Girdle Muskuler Distrofi (LGMD) pelvik ve omuz kuşağındaki kaslarda simetrik, ilerleyici kas güçsüzlüğü, normal yürüme yaşı ve yüksek CK düzeyi ile karakterize heterojen bir kas hastalığı grubudur. Şu an etkin bir tedavisi olmamasına rağmen hedeflenmiş tedavi yöntemlerinin araştırılıyor olması ve genetik danışmanlığın verilebilmesi açısından genetik tanının belirlenmesi önemlidir.
Bu çalışmada son iki yıl içinde başvuran ve genetik panel ile tanı alan Limb-Girdle Müsküler Distrofi (LGMD) hastalarımızın değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya 2021-2023 yılları arasında Uludağ Üniversitesi Uludağ Tıp Fakültesi nöromüsküler hastalıkları polikliniğine başvuran, LGMD öntanısı ile araştırılan ve LGMD paneli çalışılan 32 hasta dahil edildi. LGMD paneli GAA, SGCA, SGCB, SGCD, SGCG, DYSF, CAPN3, ANO5, FKRP, TCAP genlerinden oluşmakta idi.

Bulgular:
Bu dönemde LGMD paneli çalışılan 32 hasta çalışmaya alındı. hastaların yaş aralığı 19 ile 63 arasındaydı.Hastaların hepsinde CK yüksekliği mevcut olup, EMG incelemelerinde miyopati ile uyumlu bulgular mevcuttu. Bir hastada baldır kaslarda hipetrofi mevcuttu. üç hastada ANO5 geninde homozigot, üç hastada DYSF geninde homozigot mutasyon saptandı. Hastaların 1 tanesinde GAA geninde klinik önemi bilinmeyen heterozigot mutasyon, 4 hastada DYSF geninde ve 2 hastada ANO5 geninde heterozigot mutasyon belirlendi.

Sonuç:
LGMD tanısında genetik panel, non-invaziv ve diğer genetik analiz yöntemlerine göre daha etkin maaliyete sahip olmaları nedeniyle tercih edilebilecek, kolay ve non-invazif bir yöntemdir.

EP - 9 "BEYNEX" UYGULAMASI, ÇEVRİMİÇİ BİLİŞSEL TAKİP SİSTEMİ; GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI VE TANISAL DEĞER ARALIĞININ BELİRLENMESİ

NİLGÜN ÇINAR [1], SUDE KENDİRLİ ASLAN [1], MİRUNA FLORENTİNA ATEŞ [1], EZGİ YAKUPOĞLU [2], EBRU AKBUĞA KOÇ [3], NACİ EMRE BOLU [1], FENİSE SELİN KARALI [4], TUĞBA OKLUOĞLU [5], NAZLI GAMZE BÜLBÜL [6], ELİF BAYINDIR [7], KAMİL TOLGA ATAM [7], ENİS HİSARLI [7], SARP AKGÖNÜL [7], OĞULCAN BAGATIR [7], SAİM EMRE ŞAHİNER [7], TÜRKER AHMET HASAN ŞAHİNER [8]

[1] MALTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] ALTUNİZADE ACIBADEM HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[3] YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ
[4] BİRUNİ ÜNİVERSİTESİ DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ
[5] İSTANBUL EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[6] İSTANBUL SULTAN ABDÜLHAMİD HAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[7] BEYNEX TECHNOLOGİES OÜ
[8] ATAŞEHİR MEMORİAL HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
Dünya genelinde 55 milyonun üzerinde demans hastası bulunmaktadır ve bu hastaların %60ı düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Her yıl bu sayıya yaklaşık 10 milyon yeni vaka eklenmektedir (1). Hastalığın ilk belirtileri olan bellek, lisan ve düşünme yeteneklerinde azalma ortaya çıkmadan 20 yıl kadar önce, beyindeki patolojik süreçlerin ortaya çıktığı bilinmektedir (2). Bu sebeple hastalığı erken evrede tespit etmek büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmamızda Beynex uygulamasının, Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MoCa) referans alınarak, demans tarama testlerine uygunluğu ve eşik değerlerinin yaş ve eğitim seviyesine uyarlanılarak saptanması hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem:
Beynex, 7 kategoride (görsel algı, problem çözme, bellek, esnek düşünme, dikkat, lisan, hız) zihinsel egzersizler içeren bir bilişsel takip uygulamasıdır. Tüm kategorilerden alınan veriler kişinin yaş ve eğitim seviyesine göre özel bir formülasyon ile tek değer olarak sunulmuştur (Beynex Performans İndeksi = BPI). Katılımcıların (n=91) optimizasyon fonksiyonu kullanılarak elde edilen Beynex testi kesme puanları Montreal Bilişsel Değerlendirme (MoCA) testi ile karşılaştırılmıştır; ayrıca 214 katılımcıdan toplanan verilerle validasyon ve güvenilirlik analizleri gerçekleştirilmiştir.

Bulgular:
Beynex kategorizasyon puanları valide edilmiş ve sonuçların MoCA puanlamasıyla uyumlu olduğu gösterilmiştir. Cronbach Alfa değerleri iyi bir iç tutarlılığın olduğunu göstermiştir. Lineer regresyon kullanılarak yapılan test-yeniden test güvenilirlik analizinin sonucunun R^2 değeri 0.65 olarak. Tablo 1 tanımlayıcı kategorileri ve bunlara karşılık gelen MoCA ve BPI puanlarını göstermektedir.

	MoCa eşik değerleri	BPI eşik değerleri
Demans	< 20	< 49.0
Hafif bilişsel bozukluk	20-24	49.0-55.6
Normal	≥ 24	≥ 55.6

Tablo 1: Tanımlayıcı kategoriler ve bunlara karşılık gelen Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği ve Beynex Performans İndeksi puanları

Sonuç:
Günümüzde hızla gelişen yapay zeka teknolojisi ile kişinin bilişsel seviyesini etkileyen yaşam faktörlerini belirleyerek o kişiye özel mesajlar üretebilmek artık mümkündür. Çevrimiçi bir uygulama olan Beynex'i kullandığımız bu çalışmada dağılım grafikleri ve doğrusal regresyon analizi ile, BPI puanları ve MoCA puanları arasında bir korelasyon gösterdik. Beynex testi gibi otomasyon araçları, bilişsel işlevlerin sürekli taranmasını ve

izlenmesini kolaylaştırarak, demanslı bireyler ve aileleri için mevcut tedavilere, destek hizmetlerine ve gelecek planlamasına zamanında erişim ve hasta prognozuna fayda sağlayabilir.

Kaynaklar:

1) Alzheimer's Association. 2023 Alzheimer's Disease Facts and Figures. alz.org/facts https://doi.org/10.1002/alz.13016
2) Bateman RJ, Xiong C, Benzinger TL, Fagan AM, Goate A, Fox NC, et al. Clinical and biomarker changes in dominantly inherited Alzheimer's disease. N Engl J Med 2012;367(9):795-804.

EP - 11 GUILLAIN-BARRE SENDROMU'NDA MEKANİK VENTİLASYON PREDİKTÖRLERİ

İLKER ARSLAN , EZGİ ERTURUL TOKGÖZ , HALE ZEYNEP BATUR ÇAĞLAYAN , H. EVREN BORAN , TAYLAN ALTIPARMAK , BÜLENT CENGİZ , BİJEN NAZLIEL , REHA KURUOĞLU

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Guillian-Barre Sendromu (GBS) olan hastaların yaklaşık %20-30'unda yoğun bakım ünitesi yatışı ve mekanik ventilasyon gerektirecek solunum yetmezliği gelişmektedir. Mekanik ventilasyon riski olan hastaların erkenden belirlenmesi, gecikmiş entübasyona bağlı oluşabilecek komplikasyonlarınönlenmesine, mortalive ve morbiditenin azaltılması açısından önemlidir. Bu çalışmada amacımız, GBShastalarında mekanik ventilasyon riskini öngörecek demografik özellikler, klinik ve elektrofizyolojik bulguları araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem:
Retrospektif olarak planlanan bu çalışmada, üçüncü basamak referans merkezimizdeGBS tanısıyla izlenen 103 hasta dahil edilerek hastaların demografik özellikleri, hastaneye başvuru sırasındaki klinik bulguları ve elektrofizyolojik parametleri değerlendirildi. Elde edilen BKAP değerleri, laboratuvar normal sınırımıza oranlanarak normale göre yüzdesi hesaplandı. Değişkenlere göre ki-kare, Fischer- exact test, Mann-Whitney U testi veya bağımsız-t-test ile istatistiksel analizler yapıldı. Mekanik ventilatör prediktörlernii belirlemek için ikili lojistik regresyon analizi yapıldı.

Bulgular:
103 GBS hastasından mekanik ventilatör ihtiyacı olan 21 hasta(%20) ve olmayan 82 hasta(%80) arasında demografik özellikler bakımından fark bulunmazken; semptom-hastane başvuru süresi, bulber tutulum, fasiyal güçsüzlük, dil güçsüzlüğü, MRC toplam skoru açısından anlamlı fark saptandı. Mekanik ventilasyonda klinik bulgularının prediksiyonu için yapılan çok değişkenli ikili lojistik regresyon analizinde semptom-hastaneye başvuru süresi (OR 0,78 (0,62-0,98), p=0,031) ve bulber tutulum (OR 1,36 (0,25-7,52), p=0,038) anlamlı iken; hastaneye başvuru sırasında kategoriksel düşük MRC (1: MRCtoplam <20, 2: MRCtoplam 20-40, 3: MRCtoplam >40) istatistiksel anlamlı olmasa da mekanik ventilasyon riskini arttırdığı saptandı (OR 3,72 (0,83 - 16,51), p=0,059). Elektrofizyolojik parametrelerden median BKAP (r = -0,258, p=0,01), ulnar BKAP (r = -0,253, p=0,012), posterior tibial BKAP (r = -0,214, p=0,034) ve median sinir F dalga varlığı (r = -0,251, p=0,013) ile mekanik ventilasyon arasında anlamlı olarak negatif korelasyon mevcuttu. Çok değişenli ikili lojistik regresyon analizinin sonuçlarına göre mekanik ventilasyon ihtiyacında median BKAP% (OR 0,993 (0,974-1,012), p = 0,462), ulnar BKAP% (OR 0,992 (0,972-1,013), p = 0,449), peroneal BKAP% (OR 0,983 (0,964-1,002), p = 0,074) ve posterior tibial BKAP%'lerinin (OR 1,009 (0,988-1,030), p = 0,401) etkisi olmadığı saptandı.

Sonuç:
Bu çalışmada, GBS'li hastalarda mekanik ventilasyon riskini öngörebilecek klinik bulgular, literatür ile benzer olarak semptom-hastaneye başvuru süresi, bulber tutulum, fasiyal güçsüzlük, dil güçsüzlüğü, MRC toplam skoru olarak bulundu. Elektrofizyolojik parametrelerden median BKAP, ulnar BKAP, posterior tibial BKAP ve median sinir F dalga varlığı ile mekanik ventilasyon arasında anlamlı olarak negatif korelasyon mevcut olmakla beraber bu parametrelerin duyarlılıkları düşük, özgünlükleri ise çok düşük bulunmuştur. Yani elektrofiyolojik parametreler GBS'de klinik seyir (mekanik ventilasyon ihtiyacı) kestirimi için düşük duyarlılık taşımaktadır.

EP - 13 SIGMAR-1 MUTASYONUNUN EŞLİK ETTİĞİ DİSTAL HEREDİTER MOTOR NÖROPATİ: İKİ KARDEŞ OLGU

SERAY İBİŞ , GÜLCAN NEŞEM BASKAN , RASİM TUNÇEL , AYŞE NUR YÜCEYAR , ÖZGÜL EKMEKÇİ

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Distal kalıtsal motor nöropatiler (dHMN), duyusal değişiklik bulunmaksızın yavaş ilerleyen, simetrik, distalde baskın güçsüzlük ve amiyotrofinin eşlik edebildiği klinik bulgularla seyreden hastalık grubudur. SIGMAR-1 mutasyonunun eşlik ettiği dHMN'ler nadir görülmekle beraber hem üst hem de alt motor nöron belirtileriyle Amyotrofik lateral sklerozu (ALS) taklit edebilir. Elektromiyografi (EMG), kas biyopsisi ve başlangıç yaşı ile survival motor neuron (SMN) ilişkili Spinal müsküler atrofiyi (SMA) taklit edebilir. İki olgumuzla ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması amacıyla dikkat çekmek istedik.

1.Olgu:27 yaşında erkek hasta. 3 yaşında yürüme bozukluğu başlamış. 6 yaşında düşme şikayetinin eklenmesi ve yürüme güçlüğünde artışla beraber ekstremite distallerinde güçsüzlük farkedilmiş. EMG'si motor polinöropati/ön boynuz motor nöron hastalığını desteklemekte şeklinde değerlendirildi. İleri tetkik edilerek kas biyopsisinde SMA lehine yorumlanan denervasyon , reinnervasyon bulguları saptandı. SMN MLPA analizinde SMN1 iki kopya saptanmıştır. Nörolojik muayenesinde simetrik distal zayıflık saptanan , intrinsik el kaslarının atrofisi eşlik eden hastada tipik klinik presentasyonu göz önünde bulundurularak yapılan genetik taramada SIGMAR-1 homozigot mutasyonu saptanmıştır.

2.Olgu:15 yaşında erkek hasta. 7 yaşında düşme, alt ekstremite güçsüzlüğü ve ince motor beceri kayıpları olmuş. Abisinde benzer yakınmalar bulunan hastanın genetik testinde SIGMAR-1 homozigot mutasyonu saptandı.

Tartışma:
Hastalığın başlangıç yaşının genç olması, daha yavaş seyir ALS ve distalde hakim güçsüzlük SMN geni ilişkili SMA ayırıcı tanısında dHMN'yi göz önünde bulundurmamız gereken klinik prezentasyonlar açısından önemlidir.

EP - 14 MİYASTENİA GRAVİS HASTALIĞI TANISINDA KULLANILAN TETKİKLERİN DUYARLILIK DEĞERLENDİRMESİ

BAŞAK CEREN OKCU KORKMAZ , BUSE GÜL BELEN , SİBEL KARŞIDAĞ , NAZLI GAMZE BÜLBÜL , ELİF SÖYLEMEZ , MEHMET GÜNEY ŞENOL , MEHMET FATİH ÖZDAĞ

SULTAN 2.ABDULHAMİD HAN EĞİTİM VE ARAŞTURMA HASTANESİ

Amaç:
Miyastenia Gravis (MG) tanısında kullandığımız araçların duyarlılık düzeylerini araştırdık.

Gereç ve Yöntem:
Repetitif EMG: Nasal ve APB kasının fasial ve median sinirin (3-5-7-10 Hz) repetitif uyarısıyla %10'u aşan dekrement yanıt pozitif kabul edildi. Tek lif EMG: Frontal ve orbikularis oculi kaslarında 20 yanıtta 2 ve daha fazla 45 mikrosaniyeyi aşan jitter yanıtı patolojik kabul edildi. Aetilkolin reseptör antikoru (AchR) : <0.25 değerleri negatif kabul edildi.

Bulgular:
Nöroloji polikliniğinde izlenen 38 hasta (yaş ortalaması 49±15 yıl, kadın/erkek: 27/11) çalışma kapsamına alınmıştır. MG dağılımı oküler (18), bulber (8) ve jeneralize (12) şeklindedir. Okuler MG hastalarımızda repetitif EMG negatif; tek lif EMG 17 hastada pozitif; AchR 2 hastada pozitif; toraks bilgisayarlı tomografı (BT) 1 hastada residü timüs, 2 hastada timüs hiperplazisi, 1 hastada timoma olarak saptanmıştır. Bulber MG'li hastalarda repetitif EMG 3 hastada pozitif; tek lif EMG 7 hastada pozitif; AchR 3 hastada pozitif; toraks BT 2 hastada residü timüs, 1 hastada timik hiperplazi, 2 hastada timoma olarak saptanmıştır. Jeneralize MG hastalarında repetitif EMG 1 hastada pozitif; tek lif EMG 9 hastada pozitif, 3 hastada yapılamamış; AchR 5 hastada pozitif; toraks BT 2 hastada residü timüs, 2 hastada timoma olarak pozitif saptanmıştır. Tüm bulguları özetlersek oküler -bulber -jeneralize formda sırasıyla repetitif EMG pozitifliği (%0-%38-%8), tek lif EMG pozitifliği (%94-%88-%99), AchR pozitifliği (%11-%38-%42) toraks BT pozitifliği (%22- %38-%33) olarak saptanmıştır.

Sonuç:
Sonuçlarımıza dayanarak MG ile gelen hastada tanıda en duyarlı tetkik Tek lif EMG olmak üzere sırasıyla; antikor pozitifliği, toraks BT bulguları ve repetitif EMG olarak saptanmıştır.

EP - 15 BİLATERAL PİTOZİS VE OFTALMPOLEJİ İLE BAŞVURAN HASTADA NADİR BİR GENETİK NEDEN: KIF21A MUTASYONU OLGU SUNUMU

EMRE AKBAŞ , AHMET YILDIRIM

MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ PROF DR SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Oküler kaslarda konjenital fibrozis (CFOEM1) nonprogresif oftalmopleji ve pitozisle karakterize, erişkin yaşta karşılaşılabilecek nadir genetik durumlardandır. Pitozisle başvuran hastaların ayırıcı tanısında genetik incelemenin önemi giderek artmaktadır. Biz bu olguda ptozis ve oftalmopleji ile başvuran hastada özellikle Ortadoğu ve Asya toplumlarında saptanan KIF21A mutasyonun neden olduğu oküler kaslarda konjenital fibrozis olgusu sunacağız.

Olgu:
24 yaş kadın hasta polikliniğimize yıllardır devam eden her iki göz kapağında düşüklük, göz hareket bozukluğu ve nazone konuşma şikayeti ile başvurdu. Her iki gözde horizontal bakış kısıtlılığı, yukarı bakışta belirgin kısıtlılık ve proptozis mevcuttu. İğne EMG si normal sınırlardaydı. Nöromusküler kavşak hastalkığını dışlamak amacıyla yapılan ardısıra uyarım ile dekrement yanıt saptanmadı. Asetilkolin reseptör antikoru negatifti. Beyin MR normal sınırlardaydı. Orbita MR'da rektus kaslarında belirgin atrofik görünüm ve kas liflerinde incelme dikkati çekti. Genetik incelemede KIF21A geninde (NM_001173464.2) heterozigot missense mutasyon saptandı. Hastaya KIF21A mutasyonu neden olduğu otozomal dominant kalıtımlı oküler kaslarda konjenital fibrozis (CFOEM1) tanısı koyuldu

Tartışma:
Pitozis ve oftalmopleji ile başvuran hastaların ilk tanısında nörologlar olarak mitokondrial miyopatiler, miyastenia gravis gibi nöromuskuler hastalıkları düşünme eğilimindeyiz. Genetik incelemenin önemi gün geçtikçe daha değer kazanmaktadır. Bilateral pitozis ve progresif olmayan oftalmoplejisi olan hastalarda KIF21A mutasyonunun da akılda bulunmasını önermekteyiz.

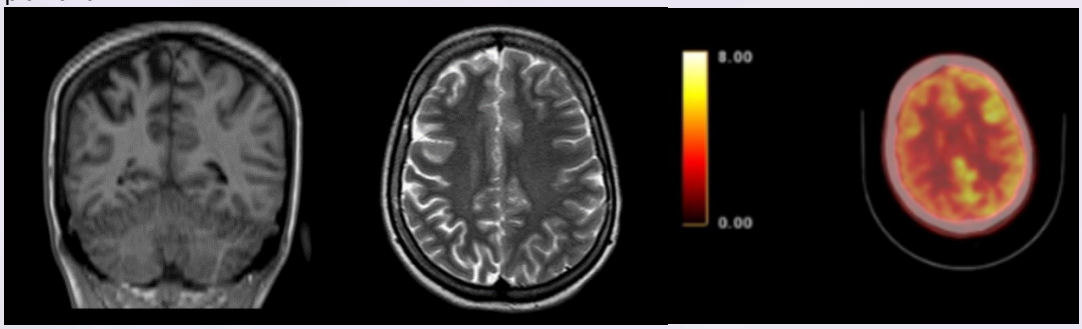
EP - 17 ANTİ-GAD ANTİKORU İLİŞKİLİ OTOİMMÜN ENSEFALİT DÜŞÜNÜLEN BİR RASMUSSEN ENSEFALİT OLGUSU

BERİL KARACAN , OZAN ARSLAN , FATMA GENÇ

ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Glutamik asit dekarboksilaz (GAD), fizyolojik işlevi glutamatın gama-aminobütirik aside (GABA) dekarboksilasyonu olan, nöronlarda ve insülin salgılayan pankreatik β hücrelerinde oldukça eksprese edilen intrasellüler bir enzimdir [1,2]. GAD antikorları (Ab), GABAerjik iletimin azalmasından kaynaklandığı düşünülen Stiff-person sendromu, serebellar ataksi ve limbik ensefalit dahil olmak üzere multipl nörolojik sendromlarla ilişkilendirilmiştir.

Olgu Sunumu:
Dış merkez anti-GAD ilişkili otoimmün ensefalit nedeniyle 10 yaşından beri takipli 24 yaş kadın hasta Nöroloji polikliniğine immünoterapi düzenlenmesi ve etiyoloji araştırılması için başvurdu. Hastadan alınan anamnezde sol ağız kenarında istemsiz çekilme-kasılmalar sonrasında farkındalığın bozulduğu sekonder jeneralize tonik klonik nöbetleri (JTKN) olduğu öğrenildi. Haftada 1-2 kez olan JTKN geçirirmiş. 3 farklı (Lamotrijin, Karbamazepin, Lakozamid) nöbet önleyici ilaç (NÖİ) altında bu nöbetleri devam etmekteydi. 7 yıl önce dış merkez yapılan tetkiklerinde anti-GAD (+) saptanmış. Hastaya dış merkezde daha öncesinde intravenöz immünglobulin (IVIG), metilprednizolon, ritüksimab tedavisi uygulanıp fayda gördüğü öğrenildi. Anti-GAD ilişkili otoimmün ensefalit etiyolojisi araştırılması açısından beyin Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG), Elektroensefalografi (EEG), Stiff-Person Sendromu açısından iğne elektromiyografi (EMG), lomber ponksiyon (LP), paraneoplastik tutulum-malignite tarama açısından meme ultrasonografi (USG), over USG, toraks-abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) ve periferik yayma istendi. Kognitif değerlendirme açısından yapılan Montreal Bilişsel Değerlendirme (MoCA) 28/30 idi. Beyin MRG'de sağ hemisfer sola göre atrofik izlendi. Serebral hipometabolizma açısından Beyin Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) istendi. Beyin PET incelemesinde sağ serebral hemisferde asimetrik hipometabolizma gözlendi. EEG'de sağ hemisferde teta yavaşlaması, sağ parasagittal bölgede keskin karakterli yavaş dalgalar izlendi. EEG bulgusu fokal epilepsi tanısını desteklemekteydi. Stiff-Person sendromu açısından yapılan iğne EMG normaldi. LP'de açılış basıncı: 16 cm H2O, eş zamanlı kan şekeri: 88 mg/dl, beyin omurilik sıvısı (BOS) diğer laboratuvar parametreleri normaldi. Tarafımızca dış merkeze gönderilen paraneoplastik/limbik/anti-GAD antikorları negatifti. Yapılan incelemelerde malignite ilişkili bulgu saptanmadı. Hematoloji görüşünde hematolojik maligniteler için ek tetkikler istendi. Tetkikler normal sınırlarda saptandı. İleri tetkik için Hematoloji poliklinik kontrolü önerildi. Tek taraflı hemisfer inflamasyonu, dirençli nöbetler nedeniyle Rasmussen Ensefaliti (RE) düşünüldü. RE tanısıyla hastaya 5 gün 1000 mg/gün metilprednizolon verildi. Nöbetlerinde bir miktar düzelme izlenen hastanın steroide bağlı cilt lezyonları nedeni ile devam edilemedi. Bu nedenle hastaya IVIG tedavisi planlandı.



Sonuç: Rasmussen ensefaliti dirençli fokal nöbetler, progresif nörolojik defisit ve bilişsel bozukluk, ilerleyici tek taraflı fokal kortikal atrofi ile karakterizedir. Biz de kliniğimizde çoklu antiepileptik kullanımı olan, epilepsi parsiyalis kontinuası (EPC) ve ara ara jeneralize tonik klonik nöbetleri olan dış merkezde anti-GAD antikoru pozitif otoimmün ensefalit düşünülen ve tarafımızca Rasmussen ensefaliti tanısı alan hastamızı anlatmak istedik.

1. Solimena, M.; De Camilli, P. Autoimmunity to glutamic acid decarboxylase (GAD) in Stiff-Man syndrome and insulin-dependent diabetes mellitus. Trends Neurosci. 1991, 14, 452–457. [CrossRef]
2. Vincent, S.R.; Hökfelt, T.; Wu, J.Y.; Elde, R.P.; Morgan, L.M.; Kimmel, J.R. Immunohistochemical studies of the GABA system in the pancreas. Neuroendocrinology 1983, 36, 197–204. [CrossRef] [PubMed]

EP - 18 ANTİ-MUSK ANTİKOR SEVİYELERİNİN KLİNİK SEYİR İLE İLİŞKİSİ

CANSU ELMAS TUNÇ , INGA KONECZNY

NÖROLOJİ KLİNİĞİ, VİYANA TIP FAKÜLTESİ

Amaç:
Miyastenia Gravis (MG) nöromüsküler bileşkenin etkilendiği otoimmün bir hastalık olup, hastaların bir bölümünde kas spesifik kinaza (MuSK) karşı IgG4 subtipinde antikorlar görülmektedir. IgG4 anti-inflamatuar ve immünolojik olarak atıl olarak kabul edilen bir antikor grubu olduğu halde son dönemde patojenik olduğu bir hastalık grubu tanımlanmıştır. IgG4 otoimmün hastalıklarının bir üyesi olan MuSK-MG, farklı klinik özelliklere sahiptir ve tedavi yanıtında farklılık gösterir. Bu çalışmanın amacı, MuSK-MG hasta serumlarının IgG alt sınıf profillerini inceleyerek, prognostik belirteçler olarak yararlılıklarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem:
MuSK-MG tanısı alan 16 hasta çalışmaya dahil edilmiş olup, 2017 yılından itibaren Viyana Tıp Üniversitesi Nöroloji Bölümü biobankasında saklanan 55 serum örneği incelenmiştir. Hastalık şiddeti, Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA) sınıflandırması kullanılarak örneklerin toplandığı dönemde kaydedilen semptomlar ele alınarak retrospektif olarak belirlendi. Anti-MuSK seropozitifliği hücre bazlı testlerle belirlenmiş, sinyal yoğunluğuna göre 0-4 arasında bir puan verilmiş olup, IgG alt sınıf analizi akım sitometri ile analiz edilmiştir.

Bulgular:
IgG alt sınıf analizine IgG4 baskın alt grup olup, bunu IgG1 izlemiştir (%89, %5). IgG2 ve IgG3 seviyeleri ise sınır değerin altında kalmıştır. IgG4 düzeyleri CBA skorları ($p=0.0464$, $R= 0.1182$) ve MGFA skorları ($p=0.0076$, $R=0.2025$) ile korelasyon göstermiştir. Alevlenme sırasındaki IgG4 düzeyleri remisyon sırasındakinden istatistiksel olarak daha yüksekti ($p=0.0001$). Düşük antikor seviyelerine sahip hastalar daha olumlu klinik seyir gösterirken, yüksek MuSK-IgG4 seviyelerini alevlenmeler takip etmiştir. Rituksimab tedavisinden sonra, IgG4 seviyeleri ilk ayda düşmüş ve 6-10 ay boyunca düşük seyretmiş, ardından yeniden yükselme gözlenmiştir.

Sonuç:
MuSK antikorları ağırlıklı olarak IgG4 alt grubuna ait olup, anti-MuSK IgG4 düzeyleri klinik şiddetle korelasyon göstermektedir. IgG4 seviyeleri tedaviden sonra azalırken, yüksek seviyelerin devam etmesi ve yeniden yükselmesi hastalık seyrinde alevlenmeyi ve olumsuz klinik seyri gösterebilir. Sonuçlarımız MuSK-IgG4 düzeylerinin olası prognostik değerini ortaya koymaktadır.

EP - 20 MİKROSEFALİ VE DİSTONİ İLE BİRLİKTELİĞİNDE NADİR BİR LÖKODİSTROFİ OLGUSU: PLEKGH2 MUTASYONU

GULSHAN ALİYEVA, ZAHRA HÜSEYNLİ, PINAR TOPALOĞLU, ZUHAL YAPICI

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, ÇOCUK NÖROLOJİSİ BİLİM DALI

Giriş:
Lökodistrofiler doğrudan veya oligodendrositler aracılığıyla dolaylı olarak gelişen, başlıca miyelinin etkilendiği, genetik hasarla oluşan ve klinik olarak ilerleyici olan herediter hastalık grubu şemsiyesi altında toplanmış hastalıklardır. 19q13 kromozomu üzerindeki *PLEKHG2* genindeki homozigot varyasyonlar, lökodistrofi ve distoni ile birlikte veya distoni olmadan edinilmiş mikrosefali ile karakterize edilen ciddi bir nörogelişim bozukluğu ile ilişkilidir. Bu bildiride *PLEKHG2* mutasyonu saptanan bir olgu sunulacaktır.

Olgu:
Olgumuz sinirlilik ve sağ gözde dışa kayma yakınmaları ile tarafımıza başvuran, anne-baba akrabalığı öyküsü olmayan iki yaşında bir erkek çocuktu. Somatik ve nörolojik muayenesinde mikrosefali, sağ gözde içe bakışta 2-3 mm kısıtlılık, derin tendon reflekslerinde artış, parmak burun ve diz topuk testinde bozukluk saptandı. Hastanın Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) incelemesinde kortikospinal traktuslarda T2 ve FLAIR ağırlıklı kesitlerde hiperintensite, globus pallidus internada demir birikimi ile uyumlu görünüm izlendi. Hastanın genetik incelemesinde 19. kromozomunda *PLEKGH2* geninde c.278 G>A (p.Gly93Glu) ve c.3878G>A (p.Arg1293Gln) heterozigot mutasyon saptandı.

Tartışma ve Sonuç:
PLEKHG2 kortikal nöronlarda akson, dendrit ve sinaps gelişimi için gereklidir. Çok çeşitli hastalık gruplarını içeren lökodistrofilerin iyi tanınması, erken çocukluk döneminde mikrosefali, nöbet, hareket bozukluğu kliniği ile başvuran hastalarda son derece önemlidir. Tedaviler semptomları azaltmaya, nöbet yönetimine, hareket bozukluğu tedavisine yöneliktir.

EP - 21 İNMEDE REPERFÜZYON TEDAVİLERİ SONRASI HEMORAJİ GELİŞEN HASTALARDA TEDAVİ TİPİNE GÖRE KAN HÜCRELERİNİN, NIHSS VE MRS'NİN ZAMANSAL DEĞİŞİMLERİ

HATİCE FERHAN KÖMÜRCÜ , EREN GÖZKE , IRMAK SALT , IŞIL KALYONCU ASLAN , PELİN DOĞAN AK

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL FATİH SULTAN MEHMET EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Bu çalışmada rtPA ve/veya trombektomi uygulanan ve ilk 24 saat içinde serebral hemoraji gelişen AIS hastalarında yapılan reperfüzyon tedavisi tipine göre lenfosit/ platelet/ nötrofil sayılarını ve oranlarının, NIHSS ve mRS değerlerinin zamansal değişimlerini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
AIS'ta rtPA ve/veya trombektomi yapılan, tedavi sonrası ilk 24 saatte serebral hemoraji gelişen hastalarda reperfüzyon tedavisi tipine göre hastaneye başvuru günü, 1, 3 ve 7. günlerde lökosit, nötrofil, lenfosit, platelet değerleri; platelet/lenfosit, platelet/nötrofil, platelet/ lökosit, nötrofil/ lökosit, nötrofil/lenfosit oranları kaydedildi. Ayrıca hastaneye başvuru günü ve 3. gün NIHSS değerleri ile hastaneye başvuru günü, taburculuk günü ve 3. ay mRS değerleri de kaydedilerek reperfüzyon tedavisi tipine göre değerlendirildi. Bu çalışmada rtPA ve/veya trombektomi uygulanan ve ilk 24 saat içinde serebral hemoraji gelişen AIS hastalarında yapılan reperfüzyon tedavisi tipine göre lenfosit/ platelet/ nötrofil sayılarını ve oranlarının, NIHSS ve mRS değerlerinin zamansal değişimlerini araştırmayı amaçladık.

Bulgular:
Toplam 436 AIS hastası çalışmaya alınmış olup, %50,5'inde rtPA, %28,2'sinde trombektomi ve %21,3'ünde ise hem rtPA hem de trombektomi birlikte uygulanmıştır. Hastaların %25,5'inde reperfüzyon tedavileri sonrası hemoraji gelişmiştir. Reperfüzyon tedavisi tipi ile hemoraji gelişimi oranı karşılaştırıldığında sadece trombektomi tedavisi uygulananlarda bu komplikasyon oranı daha yüksek bulunmuştur. NIHSS skorlarında hastalarda başvuru günü ile 3. gün arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. mRS skorları reperfüzyon tedavisi tipine göre inme öncesi, taburculuk ve 3. ay değerleri karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmuştur. Lökosit, nötrofil, lenfosit, platelet sayıları ve oranları hastaneye başvuru günü, 1, 3 ve 7. günlerde değerlendirilerek bu parametrelerin reperfüzyon tedavisi alt tipine ve zamana bağlı olarak farklılıklarının olduğu gösterilmiştir.

Sonuç:
Reperfüzyon tedavisi alıp hemoraji komplikasyonu gelişen AIS hastalarında, enflamasyon ve immünolojik süreçlerde önemli rolleri olan periferik kan hücrelerinin ve mRS / NIHSS değerlerinin zamansal değişimlerinin incelenmesi, hemoraji komplikasyonunun oluşturduğu enflamatuvar ve immünolojik süreçlerin anlaşılmasına katkı sağlayacaktır

EP - 23 ÇOCUKLUK ÇAĞININ KENDİNİ SINIRLAYAN EPİLEPSİLERİNDE UZUN DÖNEMLİ KOGNİTİF TUTULUMLARIN İNCELENMESİ

MERVE SAVAŞ [1], SENANUR KAHRAMAN BEĞEN [1], AYŞE ÖZLEM ÇOKAR [2], YUSUF ELGÖRMÜŞ [1], DAMLANUR DEMİRHAN [1]

[1] *İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ*
[2] *İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ*

Amaç:
Çocukluk çağının iyi gidişli fokal epilepsileri, adölesan dönemle birlikte nöbetler ve EEG anomalilerinin genellikle kendiliğinden sonlanması ile tanımlanmıştır. Bu hastalarda kognitif-linguistik bozulmalar ve akademik başarısızlık görülebilmektedir. Epilepsiyle ilişkili klinik parametrelerde görülen spontan iyileşmeye rağmen hastalar süreğen kognitif bozukluk açısından risk altındadır.

Gereç ve Yöntem:
Çocukluk çağının kendini sınırlayan epilepsi tanılı olgular (Grup-1; [n=7], ort. yaş 16,71; *ort.* nöbetler sonlandıktan sonra geçen süre 5 yıl) ve sağlıklı kontrol grubu (Grup-2; [n=7]; *ort.* yaş 15,39) olmak üzere 14 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcılar, Millî Eğitim Bakanlığı ya da ÖSYM tarafından yapılan merkezi sınavlarda düşük başarı elde etmiş çocuklardan oluşmaktadır. Tüm katılımcılara Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği (WISC-IV), matematiksel problem çözme testi (PÇT) ve 4-18 yaş Çocuk ve Ergenler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL) uygulanmıştır.

Bulgular:
Gruplar arası karşılaştırma Mann Whitney-U Testi ile yapılmıştır. WISC-4'ün sözel kavrama, algısal akıl yürütme, çalışma belleği, işlemleme hızı ve tüm ölçek zeka puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). CBCL'ye göre Grup-1; istatistiksel olarak anlamlı biçimde "etkinlik", "sosyallik" ve "okul" alt alanlarından daha düşük; "sosyal içe dönüklük", "anksiyete/depresyon", "sosyal sorunlar", "düşünce sorunları" ve "dikkat sorunları" alt alanlarından daha yüksek skorlar elde etmiştir ($p<0,05$). PÇT performansı gruplar arası farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Tüm katılımcılar en çok zorlandıkları dersin matematik olduğunu belirtmiştir.

Sonuç:
Çocukluk çağının kendini sınırlayan epilepsilerinde hastalıkla ilgili klinik parametreler iyileşse de kognitif ve akademik güçlükler devam etmekte ve sosyal duygusal sorunlar görülebilmektedir. Yüksek öğrenim ve meslek edinimi gibi iş yaşamına entegrasyonla ilgili basamakları gerçekleştirme açısından risk altında olan epileptik bireylerde eğitsel ve terapötik desteklerin sağlanması gerekliliği ön plana çıkmaktadır.

EP - 24 YAYGIN KRAMP ŞİKAYETİ İLE TANI ALAN SPİNOSEREBELLAR ATAKSİ TİP-2 OLGUSU

RUMEYSA EREN , RAHŞAN ADVİYE İNAN , BANU ÖZEN BARUT

DR LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Spinoserebellar ataksi (SCA) tip-2; ataksi, sakkadik göz hareketlerinde yavaşlama, arefleksi, myoklonus, parkinsonizm ile prezente olan progresif otozomal dominant geçişli periferik nöropatinin eşlik edebildiği bir nörodejeneratif hastalıktır. Serebellum ve beyin sapı dışında substantia nigra, bazal ganglionlar ve talamus tutulumu SCA tip-2'de görülen psikiyatrik semptomlar, REM uyku bozukluğu, kramplar ve otonomik disfonksiyon gibi non-motor ve ekstraserebellar bulgularla da ilişkilendirilmiştir. Bu bildiride ataksiden daha belirgin otonomik, psikiyatrik semptomlar ve jeneralize kramplarla ilerleyen bir SCA tip-2 vakası sunulmuştur.

Olgu:
32 yaş erkek hasta 10 yıl önce bacaklarda başlayan huzursuz bacak sendromu olarak değerlendirilen soğukla ve hareketle tetiklenen uykuda devam eden krampların tüm ekstremitelere yayılmasıyla başvurdu. Yeni gelişen fobiler ve yaygın hiperhidroz tarifledi. Bilateral glokom öyküsü mevcut. Babada SCA tip-2 mevcut. Nörolojik muayenesinde bilateral horizontal sakkadik göz hareketlerinde yavaşlama, bilateral dismetri, disdiadokinezi, tandem yürüyüşünde beceriksizlik ve hipoaktif derin tendon refleksleri saptandı. Manyetik rezonans görüntülemede beyinsapı, serebellum ve medulla spinalis atrofikti. Elektrofizyolojik incelemede duyusal aksonal tipte bir polinöropati ve alt ekstremitelerde baskın fasikülasyon potansiyelleri ile birlikte yaygın nörojenik tutulum bulguları izlendi. Malignite taraması ve lomber ponksiyonda patoloji görülmedi. Hasta takiplerinde ATXN2 geni CAG tekrarı sayısı 19/40 izlenerek SCA tip-2 tanısı almıştır. Asetazolamid tedavisiyle krampları %90 oranında geriledi.

Tartışma ve Sonuç:
Kramplar, fasikülasyonlar ve miyokimi periferik sinir hipereksitabilitesinin belirtisidir. Herediter olarak en sık amyotrofik lateral skleroz ve spinal muskuler atrofide izlense de spinoserebellar atakside de bildirilmiştir. Fasikülasyonlar SCA tip-3'te daha sık görülürken kramplar en sık SCA tip-2'de görülmüştür. Burada dengesizlik şikayetlerine göre kramp yakınmalarının daha ön planda olduğu bir SCA tip-2 olgusu sunulmuştur.

EP - 26 BARİATRİK CERRAHİ SONRASI GELİŞEN ÜÇ POLİNÖROPATİ OLGUSUNUN LİTERATÜR IŞIĞINDA SUNUMU

TUĞBA ÖNDER , CAN ÇALIKUŞU , GİZEM GÜRSOY , NEVİN PAZARCI

ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
Bariatrik cerrahinin obeziteyle ilişkili komorbiditelerin tedavisinde medikal tedaviden daha etkili olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte, operasyon sonrası nadir de olsa ensefalopati, optik nöropati, miyelopati, poliradikülonöropati ve polinöropati gibi nörolojik komplikasyonlar görülebilmektedir. Biz de kliniğimizde takip ettiğimiz bariatrik cerrahi sonrası periferik sinir komplikasyonlarını üç olgu eşliğinde değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
Olgu 1: 28 yaş, kadın, tüp mide operasyonundan sonra 1,5 ay boyunca devam eden dirençli bulantı-kusma, yemek yiyememe, ardından bacaklarda karıncalanma ve güçsüzlük yakınması ile başvurdu. Muayenesinde alt ekstremitelerde proksimal ve distal 3/5 düzeyinde parezi, çorap tarzı duyu kusuru tespit edildi, EMG incelemesinde alt ekstremiteleri ve duysal lifleri ön planda etkileyen aksonal tipte bir polinöropati sendromu ve T6-S1 kök innervasyonlu kaslarda yoğun denervasyon potansiyellerinin eşlik ettiği subakut dönem nörojen tutulum saptandı. BOS incelemesinde hücre yoktu, biyokimyasal değerlendirmesi normaldi. Pulse steroid başlandı, klinik düzelme saptanmayınca toplamda 2gr/Kg dozunda IVIg verildi. Kısmi bir yanıt alınan hastanın tedavisi aylık 0,5 gr/kg dozunda idame IVIg tedavisi ile 6 aydır takip edilen hastanın güncel nörolojik muayenesi normale döndü.

Bulgular:
Olgu 2: 26 yaş, kadın, 2,5 ay önce mide küçültme operasyonu olmuş. Fistül ve apse komplikasyonları gelişmiş, yoğun antibiyoterapi, fistül için stent ve apse drenaj işlemleri yapılmış. İki haftadır olan üst ve alt ekstremitelerde güç kaybı ve uyuşukluk yakınmaları ile yatırıldı. Distallerde 2/5, proksimallerde 3/ 5 düzeyinde kuatriparezi, arefleksi ve eldiven-çorap tarzı duyu kusuru mevcuttu. BOS'ta albuminositolojik disosiasyon saptandı. EMG incelemesi diğer olgular ile benzerdi. Başlanan antibiyoterapinin ardından 2gr/Kg dozunda IVIg verildi. 3 hafta sonra tekrarlanan 1gr/Kg dozundaki ikinci IvIg ile kas güçleri düzelmeye başladı. Hasta halen yatarak tedavi alıyor.
Olgu3: 25 yaş, kadın, gastrik by-pass operasyonundan 3 ay sonra başlayan akut polinöropati tablosu ile yatırıldı. BOS incelemesinde albuminositolojik disosiasyon mevcuttu ve EMG incelemesi diğer olgularla benzerdi. Hastaya IVIg tedavisi yükleme dozu ardından 6 ay boyunca aylık 1gr/Kg dozunda idame tedavisi uygulandı, 2 yıldır takibimizde olan hastanın nörolojik muayenesi halen normal olarak seyretmekte.

Sonuç:
Bariatrik cerrahi sonrasında gelişen nörolojik tutulumlar için immunolojik-enflamatuar mekanizmaların sorumlu olabileceğini bildiren hipotezler mevcuttur. Literatürde bildirilen operasyon-komplikasyon zamansal ilişkisi ve verilen immunmodülatör tedavi ile tablonun düzelmesi bu hipotezleri doğrular niteliktedir. Nörolojik komplikasyonların önlenebilmesi için hızlı kilo kaybından kaçınılması, yeterli miktar ve zamanda nürisyon-vitamin desteğinin sağlanması ve komplikasyonlar açısından yakın takibi önerilir.

EP - 27 GUILLAIN BARRE SENDROMU - TEK MERKEZ DENEYİMİ

GÜLSÜM ASLI TATLI , EKREM SARIKAYA , ÖZLEM KAYIM YILDIZ

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Guillain Barre sendromu (GBS) hastalarında yoğun bakım (YB) ve mekanik ventilasyon (MV) gereksinimi ve olumsuz prognoz için öngörücü faktörlerin belirlenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:
Kliniğimizde son 12 yıl süresince GBS tanısıyla izlenen hastaların klinik ve elektrofizyolojik verileri retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:
Çalışmaya 26'sı (%37,7) kadın, 43'ü (%62,6) erkek olmak üzere toplam 69 hasta alındı. Hastaların ortalama ± SD yaşları 55,8 ± 17 idi. Öncü etkenler olarak hastaların %37,8'inde üst solunum yolu enfeksiyonu, %35,1'inde gastroenterit ve %18,9'unda diğer etkenler mevcuttu. Semptom başlangıcından başvuruya kadar geçen süre ortanca (ÇAA) 7 (3,3-10) gündü. GBS alt tiplerine göre 33 hastada (%47,8) akut inflamatuar demiyelinizan poliradikülonöropati (AIDP), 10 hastada (%14,5) akut motor aksonal nöropati (AMAN), 11 hastada (%15,9) akut motor sensöriyel ve aksonal nöropati (AMSAN), 2'sinde (%2,9) Miller Fisher sendromu (MFS) mevcuttu; hastaların 13'ü (%18,8) sınıflandırılamadı. 30 hastada (%43,5) nöropatik ağrı, 26 hastada (%37,7) bulber tutulum, 9 hastada (%13) fasiyal paralizi, 6 hastada (%8,7) oftalmopleji, 23 hastada (%33,3) solunum yetmezliği ve 9 hastada (%13) disotonomi mevcuttu. 14 hastanın (%20,3) MV ve 16 hastanın (%23,2) YB gereksinimi olmuş, 6 hasta (%8,7) ölmüştü. Ortanca (ÇAA) hastanede kalış süresi 15 (11-23) gün, ortalama ± SD YB'da kalış süresi 8,3 ± 7 gündü. 21 hastaya (%30,4) intravenöz immünglobulin (IVIG) ,26 hastaya (%37,7) plazmaferez, 11 hastaya (%15,9) IVIG ve plazmaferez tedavileri uygulandı. 11 hasta (%15,9) tedavisiz izlendi. Taburculukta ortanca (ÇAA) modifiye Rankin skoru (mRS) 2 (1-5) idi. MV gereksinimi en fazla AMSAN, bulber tutulum ise en çok AMAN ve MFS hastalarındaydı. mRS skoru AMAN ve AMSAN hastalarında en yüksekti. Yaş, glukoz, YB, MV gereksinimi, bulber tutulum ve solunum yetmezliği mortalite için, MV gereksinimi, bulber tutulum, solunum yetmezliği ve disotonomi ise YB gereksinimi için bağımsız öngörücülerdi.

Sonuç:
AMAN ve AMSAN alt tipleri daha şiddetli klinik seyir ve yüksek mRS ile ilişkili bulundu. Yaş, glukoz, YB ve MV gereksinimi, bulber tutulum ve solunum yetmezliği mortalite için bağımsız öngörücülerdi.

EP - 28 BAŞ AĞRISI VE DİPLOPİ YAKINMASI İLE BAŞVURAN KANDİDA MENENJİTİ OLGUSU

DİLARA ÇULHAOĞLU GÖKÇEK , SELİN BETAŞ AKIN , ABDULLAH GÜZEL

AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI

Giriş:
Menenjit; Leptomeninkslerin ,beyinomurilik sıvısının (BOS) enflamasyonudur. En sık menenjit etkeni bakterilerdir, mantarlara bağlı menenjit nadirdir.Kandida menenjiti sıklıkla prematür yenidoğanlar, santral sinir sistemi cerrahisi geçirenler ve immünsüpresif hastalarda görülür.Mantarlara bağlı menenjit olgularında mortalite, morbidite oranı yüksektir.Yüksek dozda,uzun süre antibiyotik kullanımı ve immunsupresif tedaviler sonucu mantar enfeksiyonları görülebilmektedir.

Olgu Sunumu:
37 yaşında kadın hasta 14 gündür devam eden zonklayıcı, enseden başlayıp yukarıya yayılan baş ağrısı,bilateral bulanık görme ve diplopi yakınmalarıyla başvurdu.Hastanın özgeçmişinde 2 yıldır psöriazis ve anklizan spondilit tanıları mevcut olup adalimumab tedavisi almaktaydı.Hastanın başvurusunda ağız kenarında beyaz lekeler dikkat çekmekteydi.Nörolojik muayenesinde solda pitozis, bilateral papilödem, derin tendon reflekslerinde global artış saptandı.Ateş, ense sertliği,meninks irritasyon bulgusu izlenmedi.Beyin konvansiyonel MRG'de patoloji saptanmayıp kontrastlı MR venografisi sol transvers sinüste kronik trombüs izlendi.Lomber ponksiyonda giriş basıncı 30 cmH2O ölçüldü. BOS'da protein 119,7mg/dL (yüksek) , glikoz 11,1 (düşük) saptandı.BOS menenjit panelinde üreme izlenmedi ancak Thoma'da 200 lökosit izlendi,gram boyamada maya morfolojisi ve kültür sonucunda candida albicans üremesi görüldü.Enfeksiyon hastalıkları önerisi ile intravenöz flukonozol ve lipozomal amfoterisin-B ve tarafımızca oral asetalozamid tedavileri başlandı.Tedavinin 28. gününde hastanın yakınmalarının gerilediği izlendi. Hastanın aylık poliklinik takiplerinde ek yakınması izlenmedi.

Tartışma ve Sonuç:
Kandida menenjiti immünsüpresif hastalarda görülen nadir bir hastalıktır.Kandida menenjiti olgularında mortalite oranı yüksektir.Olgumuzda bilinç bulanıklığı izlenmeyip baş ağrısı ve diplopi ile başvurması atipik başlangıçlı olup vakamızı sunuma değer kılmaktadır.Hızlı klinik tanı ve doğru tedavi yaklaşımı mortal seyredebilecek bu tabloyu önleyebilir.

EP - 29 PARİETOOKSİPİTAL LOKALİZASYONLU İSKEMİK İNME SONRASI GELİŞEN ATİPİK BİR HEMİKORE OLGUSU

ECE ÖZDEMİR ÖKTEM , DİLA SAYMAN , EMİR İZZET BİRCAN , SEYDA ÇANKAYA , BURAK YULUG

ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Kore, özellikle ekstremitelerin distal kısımlarını ve yüz kaslarını etkileyen kısa, düzensiz, ani, istemsiz hareketlere yol açan bir hareket bozukluğudur. İdiyopatik olarak görülebildiği gibi inme komplikasyonu olarak da ortaya çıkabilir. Sıklıkla bazal ganglionlar arasındaki direkt ve indirekt yolların bozulmasına yol açan akut iskemik enfarktlardan sonra görülür. Literatürde parietooksipital bölgede iskemik enfarkt sonrası hemikore gelişen olgular oldukça sınırlı olup altta yatan mekanizma tam olarak anlaşılamamıştır. Bu bildiride atipik yerleşimli bir hemikore olgusunu sunmayı ve ilgili literatür ışığında olası mekanizmaları tartışmayı amaçladık.

Olgu:
86 yaşında, sağ elli kadın hasta, dokuz saat önce başlayan sol tarafta istemsiz hareketler ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde diyabet (DM), hipertansiyon (HT), koroner arter bypass greftleme (KABG), internal karotis arter (ICA) stentleme öyküsü mevcut olup asetilsalisilik asit ve klopidogrel kombine tedavi kullanmaktaydı. Nörolojik muayenesinde, bilinç hafif uykuya meyilli, orofasiyal bölgede çiğneme, yutma şeklinde ve solda ekstremite distallerinde atma şeklinde düzensiz, istemsiz koreiform hareketler mevcuttu. Sol tarafta Babinski refleksi pozitif olup serebellar, duyu ve refleks muayenelerinde patolojik bulgu saptanmadı. Rutin kan incelemeleri hafif üre ve kreatin yüksekliği dışında normal sınırlardaydı. Beyin manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG), lateral ventrikül oksipital hornu komşuluğunda sağ parietooksipital alanda akut enfarkt ile uyumlu diffüzyon kısıtlaması izlendi. Beyin ve boyun BT anjiyografisi (BTA)'sında sağ ICAda endovasküler stent ve her iki ICA intrakranyal kısmının kavernöz segmentinde kalsifiye aterosklerotik plaklar gözlendi. Kardiyak tetkiklerinde elektrokardiyogram (EKG) normaldi, transtorasik ekokardiyogramda (TTE) sağ atriyal dilatasyon ve ileri derecede global hipokinezi görülmesi üzerine yatışının 7. gününde warfarin tedavisine geçildi. Hastanın yatışının 24. saatinde koreiform hareketlerin kendiliğinden gerileyerek kaybolduğu görüldü.

Sonuç:
Olgumuz izole parietooksipital inmenin kontralateral hemikore ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle akut başlangıçlı hemikorenin, subtalamik çekirdek ve talamus gibi tipik lokalizasyonlar dışındaki akut iskemik enfarktlarda da görülebileceği akılda tutulmalıdır.

EP-30 BÖBREK TRANSPLANTASYONLU HASTADA ATİPİK BAŞLANGIÇLI PROGRESİF MULTİFOKAL LÖKOENSEFALOPATİ OLGUSU

ELİF TOPAY , SELİN BETAŞ AKIN , GÖKÇE ZEYTİN DEMİRAL , ÜLKÜ TÜRK BÖRÜ

AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI

Giriş:
Progresif multifokal lökoensefalopati(PML),JCV'nin neden olduğu santral sinir sisteminin nadir görülen,sıklıkla ölümcül bir hastalığıdır.Burada böbrek transplantasyonu sonrası uzun süredir immunsupresan tedavi alan bir hastada gelişen iyi seyirle seyreden PML vakası bildirilmesi amaçlanmıştır.

Olgu:
36 yaş erkek hasta bir gündür olan sağ kolda uyuşma ve güçsüzlük yakınmasıyla acil servise başvurdu.Hastanın özgeçmişinde 12 yıl önce böbrek transplantasyon öyküsü olduğu ve takrolimus 5mg/gün,mikofenalat 360 mg/gün,deltakortil 5mg/gün kullandığı öğrenildi.Soygeçmişi olağandı.Vitalleri normaldi.Yapılan nörolojik muayenesinde sağ üst ekstremite kas gücü +4/5 ve hipoestezi,sağ Babinski pozitif saptandı.Beyin BT'sinde kanama saptanmadı.Beyin MRG'ında sol serebral hemisferde verteks düzeyi frontal ve parietal beyaz cevherden başlayıp sol lateral ventrikül atrium komşuluğuna uzanan,sağ serebral hemsiferde sentrum semiovale düzeyinde parietal beyaz cevherden başlayıp sağ temporal beyaz cevhere uzanan T2 FLAIR hiperintens geniş alanlar izlendi.Hastada böbrek transplantasyonu ve immünsupresyon kullanımına bağlı PML düşünüldü.Kandan JC DNA gönderilerek pozitif saptandı.HIV,CMV,immunglobinler,eritrosit sedimentasyon hızı ve tümör belirteçleri normaldi.Lomber ponksiyon yapılarak beyin omurilik sıvısından(BOS) JCV pozitif saptandı.PML tanısı ile hasta nefroloji ile konsulte edilerek takrolimus kesildi ve tedavi siklosporin 25 mg/gün olarak düzenlendi.2 hafta sonra mikofenalat tedavisi kesildi.Hastaya 5 kez gün aşırı plazmaferez tedavisi yapıldı.Takiplerde fokal nöbetleri olan hastaya zonisamid 100 mg/gün tedavisi başlandı ve kontrol altına alındı.Plazmaferez sonrası hastanın güçsüzlük şikayeti düzelmiş olup kliniği stabil seyretti.

Tartışma-Sonuç:
Böbrek transplantasyonu olan hastalarda immünsüpresyon tedavi kullanımına bağlı PML tanısı akılda bulundurulmalıdır. Hızlı klinik tanı ve doğru tedavi yaklaşımı ölümcül seyredebilecek bu tabloda çok önemlidir.

EP - 31 İNME EKİBİ OLUŞTURULMASINDAN ÖNCESİNDEKİ VE SONRASINDAKİ AKUT TEDAVİLERİN KULLANIMININ İNCELENMESİ

MEHMET MESUT DORUKOĞLU [1], TUGAY KARAOĞLAN [2], EMRE ERSEGÜN [2], AYŞE GÜLER [1], FUNDA KARBEK AKARCA [2], HADİYE ŞİRİN [1]

[1] EGE ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] EGE ÜNİVERSİTESİ ACİL TIP ANABİLİM DALI

Amaç:
İskemik inme tedavisinde ana amaç tıkalı damarı rekanalize etmek ve zamanında reperfüzyonu sağlamaktır. Bu amaçla intravenöz doku plazminojen aktivatörü (iv tpa) ve endovasküler trombektomi(EVT), başlıca tedavi seçenekleridir. Bu çalışmanın amacı merkezimizde inme ekibi oluşturulmasından öncesindeki ve sonrasındaki akut tedavilerin kullanımının değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmamız retrospektif ve kesitseldir. Hastaların dosyaları incelenmiştir ve bilgileri standart bir olgu rapor formuna kaydedilmiştir. Bu çalışmada 2009-2021 yılları arasında iv tpa ve/veya endovasküler trombektomi ile tedavi edilmiş hastaların; demografik özelikleri, klinik verileri, tanı ve tedaviye ulaşma süreleri analiz edilmiştir. Ek olarak hastalar başvuru zamanına göre hafta içi-hafta sonu, mesai içi-mesai dışı şeklinde gruplandırılmıştır. Tüm veriler inme ekibinin kurulduğu 2014 öncesi ve sonrası karşılaştırmalı olarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS-26 kullanıldı. İstatistiksel önemlilik için $p< 0.05$ değeri kriter kabul edilmiştir.

Bulgular:
Üç yüz doksan altı hasta dahil edildi. 2014 ve sonrası üç yüz yirmi iki, 2013 ve öncesinde yetmiş dört hasta vardı. İnme ekibi oluşturulduktan sonra EVT tedavisi yapılan hastalar anlamlı olarak arttı. İnme ekibi oluşturulmadan önce hafta içi ve mesai saatlerinde yapılan EVT tedavisinin inme ekibi oluşturulduktan sonra haftanın her günü ve her saatinde yapıldığını tespit ettik. İv tpa tedavisi alan hastalarda inme ekibi kurulduktan sonra; kapı-muayene($p=0,081$) ve kapı-görüntüleme($p=0,093$) sürelerinde anlamlıya yakın kısalma dikkat çekti ve kapı transfer zamanında ise sürede uzama yönünde anlamlı fark mevcuttu. Ancak diğer parametreler inme ekibi kurulmadan önceki sonuçlarla benzerdi.

Sonuç:
İnme ekibi oluşturulmasından sonra özellikle EVT tedavisinde görülen iyileşmeler anlamlıydı. İv tpa tedavisi alan hastaların süreleri inme ekibi kurulmadan önce de optimal süreye yakın olduğundan istatistiksel anlamlı fark oluşturmadığı görülmektedir. Bu veriler hastanemizde inme ekibi kurulmadan önce de akut iskemik inme hastalarına reaksiyon hızımızın benzer olduğunu düşündürmektedir.

EP - 32 NADİR BİR OLGU: FMF İLİŞKİLİ ASEPTİK MENENJİT

TUBA ERDOĞAN SOYUKİBAR [1], ERKAN ACAR [1], SEDEF BAŞGÖNÜL [2], SERAP GENÇER [2], BAHAR ARTIM ESEN [3]

[1] *ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ, ENFEKSİYON HASTALIKLARI ANABİLİM DALI*
[3] *ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ, DAHİLİYE ANABİLİM DALI, ROMATOLOJİ BİLİM DALI*

Giriş:
Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF) çoklu serözit ilişkili tekrarlayan ateş ataklarının olduğu otoinflamatuar multisistemik bir hastalıktır. Aseptik menenjit ise enfeksiyöz süreçlere bağlı olmayan meningeal inflamasyon olarak tanımlanır. FMF'e bağlı aseptik menenjit çok nadir bir durumdur, aralıklı tekrarlayabilir ve spontan remisyonla düzelebilir.

Olgu:
Yirmi dört yaşında kadın hasta bir haftadır sıklığı ve şiddeti artarak devam eden baş ağrısı, bulantı, kusma şikayetleriyle başvurdu. On gün önce ateş yüksekliği nedeniyle 3 gün antibiyotik kullanımı sonrası tek doz steroid uygulandığı şikayetlerinin düzeldiği öğrenildi. Özgeçmişinde İdiopatik Trombositopenik Purpura (ITP), eltrombopag kullanımı mevcuttu. Nörolojik muayenesi normaldi. Hastanın 14 yaşından beri ateş, baş ağrısı, bulantı ve eklem ağrılarıyla seyreden atakları mevcuttu. Manyetik Rezonans Görüntülemede (MRG) sağ parietal, bilateral serebellar hemisferlerde belirgin FLAIR hiperintensite ve leptomeningeal kontrastlanma artışı saptandı. Beyin omurilik sıvısında (BOS) hücre yoktu, glukoz: 49, protein: 79 saptandı. Ayırıcı tanıda enfeksiyöz patojenlere bağlı menenjit düşünüldü, intravenöz (IV) asiklovir ve seftriakson başlandı. Şikayetleri devam eden hastanın 4. gün kontrol BOS tetkikinde 113 lökosit (%88 lenfosit), glukoz: 47, protein: 73 saptandı. Sitopatolojik incelemede malignite saptanmadı. Her iki tetkikte BOS viral/bakteriyel/mantar menenjit testleri negatif saptandı. Asiklovir ve seftriakson kesildi, otoimmün süreçler açısından IV metilprednizolon 1gr/gün başlandı ve oral idameyle devam edildi. Şikayetleri düzelen hastaya 10. günde yapılan kontrol MRG'de patolojik bulgu saptanmadı. Romatoloji konsültasyonu istenen hastada ANA ve lupus antikoagülanı pozitif, diğer romatolojik testler negatif saptandı. Otoinflamatuar gen panelinde m694v heterezigot pozitifliği saptandı, tedaviye kolşisin eklendi.

Sonuç ve Yorum:
Hastamızın MRG ve BOS bulguları aseptik menenjit tanısıyla uyumludur. Her ne kadar karın ağrıları olmasa da tekrarlayan ateş, baş ağrısı, eklem ağrılarının varlığı, genetik sonucu FMF ile uyumludur. Bu sunuda tedaviyle remisyon sağlanabildiği için otoinflamatuar hastalıkların ayırıcı tanıda önemini vurgulamak istedik.

EP - 33 OKÜLER BULGULARLA KARAKTERİZE ANTİ-LRP4 POZİTİF İKİ MİYASTENİA GRAVİS OLGU SUNUMU

BAHADIR HOŞVER , EMRE AKBAŞ , AHMET YILDIRIM , TEMEL TOMBUL

GÖZTEPE PROF DR SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ

Özet:

Miyastenia Gravis, antikorlar aracılığıyla oluşan otoimmün bir hastalıktır. Klinik tanıyı destekleyen en sık otoantikorlar antiasetilkolin reseptör (AChR) ve anti kas spesifik tirozin kinaz (anti-MuSK) antikorları iken, tüm MG tanılı hastaların %5'i kadarında lipoprotein reseptör ilişkili protein 4 (LRP4) antikor pozitifliği saptanmıştır. Bu antikorların saptanmadığı hasta grubu, seronegatif miyastenia gravis olarak tanımlanır. LRP4; postsinaptik kas hücresinde MuSK reseptörüne bağlı agrin adlı proteoglikan ile aktive olan bir ko-reseptör olarak çalışmaktadır. Oküler bulgularla seyreden ve anti-LRP4 antikoru pozitif iki hasta sunmayı amaçladık.

Olgu-1:

50 yaşında kadın hasta tarafımıza 1.5 ay önce başlayan sağ göz kapağında düşüklük şikayeti ile başvurdu. Nörolojik muayenede göz hareketleri her yöne serbest izlendi, hasta tarafından çift görme tarif edilmedi. Kas gücü normal sınırlardaydı. Hastanın AChR ve anti MuSK antikoru negatif saptandı. Frontal kastan 25 mm konsantrik iğne ile yapılan tek lif EMG tetkikinde ise toplam 26 adet potansiyel çiftin 1 tanesi üst sınırda, 1 tanesinde uzun jitter saptanmış olup, MG tanısı açısında şüpheli bulunmuştur. Toraks BT sinde timus bezi doğaldı. Hastadan istenen anti LRP4 antikoru pozitif sonuçlandı. Piridostigmin 60 mg tedavisi başlanıp kademeli olarak 3x1 tablete yükseltildi. Kontrol muayenesinde pitozun gerilediği görüldü.

Olgu-2:

26 yaş kadın hasta tarafımıza 1 ay önce başlayan sol göz kapağında düşüklük şikayeti ile başvurdu. Nörolojik muayenede göz hareketleri her yöne serbest izlendi. Kas gücü normal sınırlardaydı. Hastanın AChR ve anti MuSK antikoru negatif saptandı. Frontal kastan 25 mm konsantrik iğne ile yapılan tek lif EMG tetkikinde ise toplam 20 adet potansiyel çiftin bireysel ve ortalama jitter değerleri normal sınırlardaydı. Torkas bt sinde timik hiperplazi saptandı. Hastadan istenen anti LRP4 antikoru pozitif sonuçlandı. Piridostigmin 60 mg tedavisi başlanıp kademeli olarak 3x1 tablete yükseltildi. Kontrol muayenesinde pitozun gerilediği görüldü.

Sonuç:

MG öntanısı ile nöroloji polikliniklerine yönlendirilen, oküler bulgular ile başlangıç gösteren ve devam eden, anti AChR veya anti MuSK pozitifliği saptanamayan, tek lif EMG incelemesi normal veya şüpheli bulunan hastalarda anti LRP4 antikoru araştırılması tanı açısından yararlı olabilir. Günümüzde anti LRP4 pozitif MG olgularının belirlenmesi, gelecekte bu hastalara yönelik spesifik tedavi stratejilerinin geliştirilmesini kolaylaştırabilir.

EP - 34 HEDEFE YÖNELİK MONOKLONAL ANTİKOR KOMBİNASYONU İLİŞKİLİ AĞRILI ASİMETRİK SUBAKUT POLİRADİKÜLOPATİ OLGUSU

BEKİR BURAK KILBOZ , İLAYDA CEREN KARADENİZ , ONUR AKAN , SERAP ÜÇLER

NÖROLOJİ KLİNİĞİ, PROF. DR. CEMİL TAŞCIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Giriş:
Kemoterapiye bağlı duysal aksonal nöropati sıklıkla görülür. İmmün checkpoint inhibitörlerinin demiyelinizan nöropatik etkileri bildirilmekle birlikte, meme kanserinde önemli bir hedef olan HER2'ye yönelik monoklonal antikorlarla (trastuzumab, pertuzumab) ilgili demiyelinizan nöropati bilinmemektedir.

Vaka Sunumu:
78 yaşında kadın, üç hafta önce başlayan sağ aksillada ağrı ve kolda güçsüzlük, üç gündür bacaklarında güçsüzlük ile başvurdu. Meme karsinomu nedeniyle bir buçuk yıldır paklitaksel, trastuzumab ve pertuzumab kombinasyonlu kemoterapi almakta olduğu öğrenildi. Nörolojik muayenesinde sağ üst ekstremitede en belirgin, sağ alt ekstremitenin sola göre daha fazla etkilendiği, sol üst ekstremitenin etkilenmediği distal ağırlıklı motor zaafiyet görüldü. Derin tendon refleksleri global abulikti. EMG'sinde duysal ve motor lifleri tutan, demiyelinizan edinsel polinöropati / poliradikülonöronopati sendromu gözlendi. BOS'ta albuminositolojik disosiyasyon bulundu. Kontrastlı spinal ve brakiyal pleksus MRG'sinde patolojik bulgu yoktu. Vaskülit paneli, gangliozit paneli ve paraneoplastik panel negatifti. Takibinde sol üst ekstremitede parezi gelişti, 5 gün 0.4mg/kg/gün IVIG verildi, kas gücünde dramatik düzelme görüldü. Bir ay sonra dört ekstremite güçleri daha da iyiydi, refleksler altta hipoaktif, üstte normoaktif bulundu, EMG'sinde uzun distal latansları kısalmış, iletim yavaşlığı azalmış, BKAP amplitüdleri düzelmişti. Metilprednizolon 64mg/gün'le takibe alındı, progresyon görülmedi.

Tartışma ve Sonuç:
Literatürde trastuzumab sonrası bildirilen bir Guillain Barre Sendromu olgusu haricinde HER2'ye yönelik monoklonal antikorlarla gelişen bir demiyelinizan nöropati olgusu bulunmamaktadır. Görüntüleme yöntemleri ile nöronal invazyonun, klinik tablo ve seroloji sonuçlarıyla enfeksiyöz patolojilerin dışlandığı, immünomodülatör tedaviye yanıt gösteren bu olgumuzda; hedefe yönelik monoklonal antikor kombinasyonu sonrası gelişen motor kaybın ön planda olduğu ağrılı asimetrik subakut demiyelinizan poliradikülopati olgusu sunulmuştur.

EP - 35 SEREBRAL PALSİ TEDAVİSİNDE YÜKSEK DOZ BOTULİNUM TOKSİNİ TİP-A TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ

PROF DR ALPER DAİ

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ

Amaç:
Serebral palsi, çocukluk dönemindeki ağır fiziksel yetersizliğin sık görülen sebeplerinden birisidir. Botulinum toksini tip-A (BTX-A), farklı bir tedavi yolu olarak yaygın olarak kabul görmektedir. Bununla beraber, BTX-A'nın pediatrik optimal dozunun saptanması konusunda, klinisyenler arasında ortak bir konsensus mevcut değildir. Vücut ağırlığı kilogram başına 2-6 Ünitelik dozlardan, maksimum 29 ünite/kg'lik total doza kadar kullanıldığı bildirilmiştir. Pediatrik kullanım dozu hala kesin olmadığı için bu çalışma yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Bu çalışmada, rehabilitasyon merkezlerinden sevk edilen serebral palsi (SP) tanılı ve spastik ekinöz deformitesi alan toplam 12 hastaya 25 U/kg BTX-A tedavisi uygulandı. Tedavi sonrası, tüm hastalar toplam 6 ay takip edildi. Tedavinin 3. ayında Gros Motor Fonksiyon Ölçümü (GMFÖ) ve Modifiye Ashwort Skorlaması (MAS) yapıldı. Aynı zamanda, BTX-A tedavi sonrası yan etkiler, çocuk hasta sorgulama formu (ÇHS) ile incelendi.

Bulgular:
Altı kız ve 6 erkek hastanın yaş ortalaması 4,5 ± 2,8 yıl idi. Tedavi öncesi ve tedavi sonrası 3. ayda yapılan GMFÖ ve MAS skorlaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). ÇHS formunda, enjeksiyon yerinde kas ağrısı en sık bulgu idi.

Sonuç:
Objektif testler olarak kullanılan bu iki skorlama ve ÇHS formları dikkate alındığında yüksek doz BTX-A tedavisi, istatistiksel olarak başarılı bulunmuştur. Yüksek dozda BTX-A tedavisinin, güvenli, etkili olduğu ve çocuklar tarafından iyi tolere edildiği tespit edilmiştir. Kas spastisitesi değişik hastalarda farklı düzeyde olduğu için tedavide BTX-A dozunun titrasyonu, hastaya göre uygun dozlarda ayarlanmalıdır

EP - 36 GENÇ İNMELERDE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

DİDEM DARICI [1], EMRE AKBAŞ [1], MERVE ER [2], AHMET BUGRUL [3], HASAN HÜSEYİN KARADELİ [1]

[1] *MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ PROF DR SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ*
[2] *MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ PROF DR SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ PSİKİYATRİ KLİNİĞİ*
[3] *BESNİ DEVLET HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ*

Amaç:
Genç yaşta inme geçiren hastalarda gelişen cinsel işlev bozukluğu ile ilgili literatürde kısıtlı veri mevcut olup bu hasta grubunda cinsel işlev bozukluğunun risk faktörlerinin belirlenmesi, alınabilecek önlemlerin tartışılması ve farkındalığın arttırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem:
01.01.2021-10.06.2023 tarihleri arasında Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi İnme Merkezi'nde takip edilmiş 18-50 yaş arası 'genç' inmelerin demografik verileri, inme alt tipleri, vasküler risk faktörleri, cinsel işlev bozuklukları ve depresyona ait ölçekler değerlendirildi. Araştırmada 88 hasta değerlendirilmiş olup inme öncesinde cinsel işlev bozukluğu olan, inme sonrası bazal MRS değeri 3 ve üstü, inme sonrası 6 aydan az süre geçmiş hastalar dahil edilmemiştir.

Bulgular:
Çalışmaya 29 kadın, 59 erkek hasta dahil edildi. Kadınların yaş ortalaması 44, erkeklerin yaş ortalaması 46 idi. İnme sonrası hastaların ortalama takip süresi 15 ay olarak kaydedildi. İnme sonrası cinsel işlev bozukluğu kadınların % 82,4'ünde, erkeklerin %59,3 ünde izlenmiş olup kadın hastalarda cinsel işlev bozukluğu istatistiksel acıdan anlamlı olarak daha yüksekti. Kadınların depresyon skoru ortalaması (14), erkeklerin (9) depresyon skoru ortalamasından istatistiksel acıdan anlamlı olarak yüksektir. Cinsel işlev bozukluğu olanlarda komorbid hastalıklardan DM, cinsel işlev bozukluğu olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p:0,027). Cinsel işlev bozukluğu olanlarda iskemik inme, olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek izlenmiştir(p:0,01). Cinsel işlev bozukluğu olan hasta grubunun inme sonrası cinsel danışmanlık alma talebi %32 (n:19) iken istatistiksel acıdan cinsel işlev bozukluğu olmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek izlenmiştir (p:0,02)

Sonuç:
İnme sonrası cinsel işlev bozukluğu gelişimi yaygındır fakat yeterince sorgulanmamakta ve tanınmamaktadır. İnme geçiren hastaların %90ı inme sonrası cinsel işlev bozukluğuyla ilgili tavsiye almayı umut etse de, hastaların %10undan azı herhangi bir yardım talep etmektedir.(1) Literatürde çok az sayıda inme sonrası cinsel işlev bozukluğuyla alakalı çalışma mevcut olup genelde ileri yaş erkekler incelenmiştir(2). Hastaların % 67 sinde cinsel işlev bozukluğu saptanmış olup, kadınlarda erkeklere oranla daha sık izlenmiştir ve literatürle karşılaştırıldığında inme sonrası cinsel işlev bozukluğu bu çalışmada daha sık saptanmıştır. (3) Çalışmamızda diabetus mellitus'u olanlarda inme sonrası cinsel disfonksiyon olmayanlara göre daha sık izlenmiştir. Tüm hastaların %25'i, inme sonrası cinsel işlev bozukluğu gelişen hastaların %32'si inme sonrası destek- danışmanlık talep etmişlerdir ve bu oran literatür ile benzerdir. İnme sonrası cinsel işlev bozukluğu gelişimi sıktır ve klinisyenler tarafından bu durumun sorgulanması hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini arttırması açısından önem arz etmektedir.

EP - 37 CROHN HASTALIĞI BAĞLAMINDA ANTİ-GLUTAMİK ASİT DEKARBOKSİLAZ (GAD) İLİŞKİLİ BİR OTOİMMÜN ENSEFALİT VAKASI

ERKAM AKKOYUN [1], TUNCAY GÜNDÜZ [1], BİLGER ÇAVUS [2], FİLİZ AKYÜZ [2], MURAT KÜRTÜNCÜ [1]

[1] MULTİPL SKLEROZ VE DEMİYELİNİZAN HASTALIKLAR BİRİMİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
[2] GASTROENTEROHEPATOLOJİ BİLİM DALI, DAHİLİ TIP BİLİMLERİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

Giriş:
Crohn hastalığı, başlıca kolonu tutan ancak ekstraintestinal organları da etkileyebilen otoimmün bir hastalıktır. Bu bildiride, Crohn hastalığının tanısından kısa bir süre sonra meydana gelen, tedavi ve beslenme eksiklikleriyle ilişkilendirilmeyen anti-glutamik asit dekarboksilaz (GAD) antikorlarıyla ilişkilendirilen bir otoimmün ensefalit vakası sunulacaktır.

Olgu:
Elli yedi yaşında erkek hasta, bir yıl önce şiddetli kilo kaybı (24 kg) ve persistan ishal yakınmaları sonrasında, kolonoskopi ve biyopsi ile Crohn hastalığı tanısı aldı. Bu tanıdan iki hafta sonra hastada bilinç değişikliği, hafıza kaybı gelişti. Birkaç gün içinde ensefalopatisi belirginleşen ve solunum sıkıntısı ortaya çıkan hasta entübe edildi. Bu sırada yapılan beyin MRG incelemesinde bilateral singulat girus, insüler korteks, amigdala, hipokampus ve prekuneusta asimetrik şekilde diffüzyon kısıtlamasının eşlik ettiği kontastlanan lezyonlar olduğu saptandı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) analizinde, hafif bir BOS protein artışı gözlendi ve hastanın serum anti-GAD antikoru pozitif saptandı. Hasta, yedi günlük i.v. metilprednizolon, beş gün i.v. immünglobulin (IVIG) ve oral kortikosteroidlere olumlu yanıt verdi. Ardından, aylık IVIG, azatioprin ve Crohn hastalığı için vedolizumab tedavisi ile takip edildi ve hafif bilişsel yıkım dışında tama yakın düzelme sağlandı. Üç ay sonra yapılan takip MRG incelemesinde lezyonların tama yakın kaybolduğu gözlendi.

Tartışma:
Crohn hastalığı bağlamında merkezi sinir sistemi (MSS) tutulumu primer hastalığa, kullanılan tedavilere ve malnütrisyona bağlı olarak gelişebilir. Ancak, Crohn hastalığının ilk bulgularından hemen sonra ortaya çıkan anti-GAD ilişkili otoimmün ensefalit daha önce bildirilmemiştir. Glutamatı GABA'ya çeviren sitozolik bir enzim olan GAD, MSS ve pankreas dışında bağırsaklarda da eksprese edilmektedir. Bu iki farklı otoimmün hastalığın nadir birlikteliği nedensellik ilişkisi açısından değerlendirmeyi hak edebilir.

EP - 38 NÖROLOJİ SERVİSİNDE İZOLE PERİFERİK TİPTE KRANİAL NÖROPATİ SIKLIĞI VE ETİYOLOJİLERİ

SANİYE KARABUDAK , ZELİHA MATUR , PINAR ÖZÇELİK , YÜKSEL ERDAL , ASLI YAMAN-KULA , VİLDAN GÜZEL , MECBURE NALBANTOĞLU , FERDA İLGEN-USLU , GÜLŞEN AKMAN

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
İdiyopatik periferik fasiyal paralizi dışındaki izole periferik tipte kranial nöropatiler (PKN) oldukça seyrektir. Travma, enflamasyon, enfeksiyon, tümöral infiltrasyon, iskemi, dışarıdan bası yapan kitleler gibi birçok nedenle gelişebilirler. Bu çalışmada, yatarak tetkik-tedavisi yapılan, sadece PKN'si olan hastaların ayrıntılı analizi yapılmıştır.

Yöntem:
1/9/2022 – 31/8/2023 tarihleri arasında yatarak tetkik-tedavi edilmiş 552 hasta geçmişe dönük incelendi. İzole PKN'si olan, 23 hasta (9 erkek) saptandı. Bu hastaların demografik verileri, etiyolojileri, BOS bulguları, tedavileri ve seyirleri belgelendi.

Bulgular:
Hastaların yaş ortalaması 51,4±14,9 (aralık:18-76) yıldı. 18'sinde tek bir PKN (tek/iki yanlı) [beşinde II., dördünde VII., üçünde VI., ikisinde III., ikisinde V., birinde IX. kranial sinir], 6'sında birden fazla farklı PKN (ikisinde III+IV., birinde III+IV+VI., birinde III+IV+VI+XII., birinde III+IV+V+VI+VII., birinde III+IV+V+VI+VII+VIII. kranial sinirler) mevcuttu. Etiyoloji, hastaların 15'inde enflamatuvar, 4'ünde iskemik, 2'sinde tümör infiltrasyonu, 1'inde enfeksiyöz nedenlerdi. Çoklu PKN'si olan hastaların ikisinde tümör infiltrasyonu, birinde tüberkülöz menenjiti saptanmıştı. Fasiyal diplejisi olan 3 hasta Guillain-Barre sendromu (GBS) tanısı almıştı. Tekrarlayan fasiyal paralizisi olan 1 hastada nörosarkoidoz saptanmıştı. İskemik nedenler en sık diyabete bağlı mikrovasküler hasarla ilişkili olup hastaların ikisinde III., ikisinde VI. kranial sinir tutulumu mevcuttu. 13 hastanın MR incelemesinde lezyon görülmüştü. 2 hastada tümör infiltrasyonu olması dışında en sık görülen MR bulgusu optik nevritli hastalardaki optik sinir kontrastlanması idi.

Sonuç:
PKN'ler içinde en sık tek başına / diğer kranial sinirlerle birlikte III. kranial sinir tutulumu, görülmüştür. PKN etiyolojisinde en sık enflamatuvar (optik nevrit, nörosarkodoz, multipl skleroz, GBS gibi) nedenler rol oynamıştır. Çoklu kranial nöropatisi olan hastalarda malignite ve enfeksiyöz etiyolojiler öncelikle düşünülmelidir.

EP - 39 KRONİK MİGREN TEDAVİSİNDE BOTULİNUM TOKSİN ENJEKSİYONUN YIPRANMA PAYI (WEAR-OFF FENOMENİ): BİR RETROSPEKTİF ÇALIŞMA

EMİR RUSEN [1], GAYE HAFEZ [2], YEŞİM TUNÇ [3]

[1] *ALTINBAŞ ÜNİVERSİTESİ*
[2] *ALTINBAŞ ÜNİVERSİTESİ*
[3] *KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ*

Amaç:
Migren sık tekrarlayan, zonklayıcı baş ağrısı atakları ve eşlikçi semptomlar ile karakterize, yaşam kalitesi ve iş gücünde önemli kayıp ile ilişkili nörolojik bir bozukluktur. Üç aydan uzun süren, ayda 15 gün ve ayda en az 8 atak geçiren epizodik migren tipi baş ağrısı varlığı "Kronik Migren" olarak tanımlanmıştır. Kronik Migren' in toplumda %1-3 sıklığında bulunduğu ve tüm migrenlilerin %10'dan fazlasını oluşturduğu tahmin edilmektedir. Kronikleşme ile ilişkili komorbiditelerin değerlendirilmesi ve tedavisi, aynı zamanda KM tedavisinin temelini oluşturmaktadır. Kronik Migren profilaktik tedavi seçenekleri Epizodik Mergen'e göre daha az çalışma yapılmıştır. Tıbbi tedaviye dirençli Kronik Migren olgularında olumlu etki sağlayan OnaBot-A uygulaması klinik tedavide sıklıkla kullanıma girmiştir. Kronik Migren tanısı ile Onabot-A uygulamalarının klinik etkinliği ve yöntemi/standart doz uygulamaları PREEMPT1-2 çalışmaları ile başlamıştır. Çalışmada tüm hastalara 155-195 Ü Onabot-A uygulanmıştır. Tedavide standart uygulama aralığı net olmayıp 3 aylık aralarla en az 3-5 kür yapılmaktadır. 5. Kür enjeksiyondan sonra Onatbot-A etkisi azalmış olup yıpranma (Wear off fenomeni) görülmektedir. Bu çalışmada 5 kür veya daha fazla Onatbot-A uygulanan hastalarda wear off fenomeni araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya 26 kadın ve 4 erkek yetişkin hasta alınmıştır. Uluslararası Baş Ağrısı Sınıflandırması (ICHD-3 beta) tanı kriterleri ile Kronik Migren tanısı konulan Hastalara 3 er ay aralarla PREEMPT 1-2 çalışmaya uygun frontal, temporal ,oksipital ve servikal bölgeler olmak üzere 31 noktaya 5'er ünite toplam 155-195 ünite Onabot-A enjeksiyonu yapılmıştır. 4 yıl boyunca hastalar takip edilmiştir. Bu çalışmada hastalara periferik sinir blokajı, IM ketorolak enjeksiyonları veya IV/oral steroid ilaçlar verilmedi. Hastaların bir kısmına anksiyete bozukluğu nedeniyle SSRI veya SNRI grubu ilaçlar verilmiştir. Çalışma süresi ortalama 9-15 ay olup 3-5 kür Onatbot-A enjeksiyonu yapılmıştır. Enjeksiyondan maksimum etki gören hastalara ek kür tedavi yapılıp değerlendirmeye alınmıştır. 5 kürden sonra Onatbot-A enjeksiyonun etki süresi giderek azalmıştır. Bu hastalarda tedavi etkinliğinin azalması wear-off fenomenin varlığını göstermektedir. Çalışmada Onatbot-A enjeksiyon sayısı ile wear-off fenomenin gözlenmesi araştırılmıştır.

Bulgular:
30 hastanın 26sı (%87) kadın, 4ü (%13) erkekti. Tüm hastaların yaş ortalaması (±SS) 37,93±9,32 olup en genci 24, en yaşlısı 72 yaşındaydı .Cinsiyet ve yaş, yıpranma fenomeninin varlığı veya yokluğu açısından anlamlı değişkenler olmasa da, OnaBot-A enjeksiyonlarının (OnaBot-A n-tedavi döngüsü) sayısının, wear-off varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir değişken olduğu bulunmuştur. ($p<0,011$) .Çalışmamızda niceliksel değişkenlerin dağılımının normallik açısından kontrol edilmesi Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Değişkenler normal dağılmıyorsa iki bağımsız örneği karşılaştırmak için Mann-Whitney U testini kullanırız. Örneğin, aşınma grupları arasında yaşları Mann-Whitney U testiyle karşılaştırdık. Ayrıca Onabot-A n tedavi döngüsü değişkeni, yıpranma grupları arasında Mann-Whitney U testiyle karşılaştırıldı. Bağımsız değişkenlerin aşınma durumu üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi için lojistik regresyon testi yapıldı. Cinsiyet, yaş ve Onabot-A tedavi döngüsü (n), lojistik regresyon modelinde bağımsız değişkenlerdir. İki bağımlı kategorik grup Mc Nemar Testi ile değerlendirildi. Onabot-A tedavisi öncesi ve sonrası migren atak sayıları gruplara göre düzenlenerek Mc Nemar Testi ile değerlendirildi. İstatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p< 0,05$)ı. Tüm analizler IBM SPSS Ver. 28 programı ile yapılmıştır.

Sonuç:

Kronik migren baş ağrıların tedavisindeki temel amaç, ağrının şiddetini ve sıklığını azaltırken aynı zamanda rahatlama sağlamaktır. Migren hastaları için tedavinin etkinliği, baş ağrısı günlerinin sayısını veya şiddetini başlangıç düzeyine kıyasla ne kadar azalttığına göre belirlenir. Onabot-A tedavisi, geleneksel ilaçlara iyi yanıt veremeyen ve uzun süre baş ağrısı yaşamayan kişiler için etkili bir seçenek sunuyor. Bu özel çalışmada, daha önce önleyici tedavileri denemiş ancak başarılı olamayan kronik migren hastalarına Onabot-A enjeksiyonu yapıldı. Enjeksiyondan bir ay sonra tedavinin etkinliği değerlendirildi. Başlangıç değerlerine göre önemli bir azalma yaşayan hastalar Onabot-A tedavisine hızlı yanıt verenler olarak kabul edildi. Baş ağrılarının günlük yaşam üzerindeki etkisini değerlendirmek ve baş ağrısının şiddetini değerlendirmek için güvenilir bir araç olarak görsel analog ölçek (VAS) anketi kullanıldı. Bu basit aracın, migrenlerin kronik migren hastalarını günlük olarak nasıl etkilediğini ölçmede faydalı olduğu kanıtlandı. OnabotAyı kronik migren tedavisinde kullanırken tedavi döngüsü sırasında wear-off (yıpratma etkisi) olabileceği unutulmamalıdır. İlacın etkinliği, Onabot-A ile uzun süreli tedavi sırasında ortaya çıkabilecek yıpranma aşamalarından etkilenmiş gibi görünmüyor. Onabot-A kullanılarak tekrarlanan tedavilerin güvenli ve iyi tolere edildiği görüldü.

EP - 40 HIV ENFEKSİYONUNDA NÖROLOJİK TUTULUM-OLGU SERİSİ

AYBALA NESLİHAN ALAGÖZ , AYDAN DAĞDAŞ , SENA DESTAN BÜNÜL

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Giriş:

Ülkemizde HIV(insan immün yetmezlik virüsü) ile enfekte birey sayısı hızla artmaktadır. Artan vaka sayılarıyla komplikasyonlar da sıklaşmaktadır. Bunlardan biri de nörolojik komplikasyonlardır. Bu olgu serisinde; Kocaeli Üniversitesi Hastanesi'ne başvuran,nörolojik sistem tutulumu gösteren,Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği sendromu(AIDS) tanısı alan dört olgu sunulmaktadır.

OLGU-1

70 yaşında erkek hasta, 5 gün önce başlayan sağ kolda güçsüzlük yakınması ile başvurdu. Nörolojik muayenede;sağ kol kas gücü 4/5 idi. Beyin manyetik rezonans görüntülemede(MRG) bilateral paryetooksipital bölgede,çevresel kontrastlanma gösteren T2A hiperintens tutulum izlendi.Takibinde anti-HIV antikor testi pozitif saptandı.

OLGU-2

AIDS ve milier tübreküloz tanıları olan 56 yaşında erkek hasta, tarafımıza 2 haftadır olan çift görme şikayeti ile başvurdu.Nörolojik muayenede; sol gözde 6.kranial sinir paralizisi vardı. Beyin MRG'de bilateral frontal hemisferlerde,pons sol yarısında extraaksiyel,kontrastlanma gösteren T2A hiperintens lezyonlar izlendi.

OLGU-3

AIDS tanısı ile izlenen 54 yaşında kadın hasta, bilinç bulanıklığı nedeniyle konsulte edildi.Nörolojik muayenede; konfüzyon saptanan hastanın çekilen beyin MRGde;bilateral parankimal,çevresel kontrastlanma gösteren T2A hiperintens lezyonlar izlendi.

OLGU-4

53 yaşında erkek hasta, 5 gün önce başlayan bilinç bulanıklığı yakınması ile başvurdu. Nörolojik muayenede; konfüzyon saptanan hastanın çekilen beyin MRGde; bilateral beyin parankiminde,pons ve medulla oblangatada T2A hiperintens lezyonlar izlendi.Takibinde anti-HIV antikor testi pozitif saptandı.

Tartışma:

AIDS tanılı hastalarda nörolojik komplikasyonlar %40-50oranında görülür. Hastaların %10'unda ilk yakınma ve bulgular sinir sistemi ile ilişkilidir. Otopsi serilerinde ise; santral sinir sistemi tutulum oranları %75-90 arasında değişmektedir. Virüs direkt etki veya fırsatçı enfeksiyonlar yolu ile tüm sinir sisteminde tutulum yapabilmektedir. Bu olgu serisinde; klinik pratikte sıkça karşımıza çıkmaya başlayan;AIDS nörolojik komplikasyonlarının, radyolojik bulguları ışığında, klinik presentasyonları tartışılacaktır.

EP - 41 ATAKSİNİN GİZLİ YÜZÜ: SEREBROTENDİNÖZ KSANTAMOTOZİS

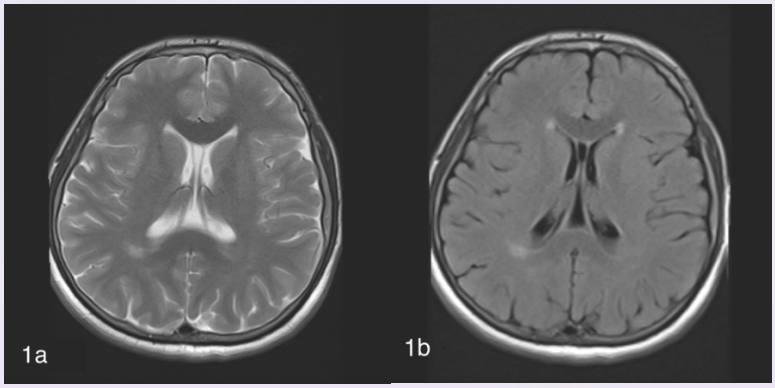
AYŞENUR ERSOY ŞENGÜL , SEVDE ÇIRAKOĞLU , HALUK GÜMÜŞ

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKULTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Özet:
Serebrotendinöz ksantomatozis (CTX) ,CYP27A1 genindeki homozigot veya bileşik heterozigot mutasyonların neden olduğu nadir görülen otozomal resesif bir hastalıktır. Bebeklik döneminde ishal, juvenil katarakt, ergenlik döneminde tendon ksantomları ve yetişkinlikte ilerleyici nöropsikiyatrik fonksiyon bozukluğu ile semptom gösterebilir. Kliniğimize denge bozukluğu ile dış merkezde alınan beyin MR sonrasında demiyelinizan bozukluk ön tanısıyla tarafımıza başvuran hastamızın ailesini de taramamız sonucunda her iki kardeşte nadir görülen bu hastalığı tespit ettik. Ataksinin çok nadir sebeplerinden ve tespiti halinde hastaların nöropiskiyatrik ve sakatlığın başlamasını önleyici tedavisinin bulunmasından dolayı dikkat çekmek istedik.

Giriş:
Serebrotendinöz ksantomatozis(CTX) , 2. kromozomun uzun kolundaki 9 ekzonlu CYP27A1 genindeki mutasyon sonucu ortaya çıkan nadir görülen otozomal resesif bir hastalıktır (1). Bu gen, safra asidi sentezinden sorumlu mitokondriyal bir enzim olan sterol 27-hidroksilazı kodlar. Bu mutasyon nedeniyle kolesterol safra asitlerine dönüşemez, kolestanol ve safra alkolüne dönüşür. Aşırı kolestanol üretimine ve bunun sonucunda beyin de dahil olmak üzere dokularda kolestanol birikmesine yol açarak demans, omurilik parezi ve serebellar ataksi ile belirgin ilerleyici nörolojik fonksiyon bozukluğuna yol açar. Diğer dokularda birikmesi tendon ksantomlarına, erken ateroskleroza ve kataraktlara neden olur. Klinik belirtiler genellikle bebeklik döneminde başlar ve yaşamın birinci ve ikinci dekadları boyunca gelişir (2). Biz de kliniğimize ataksi ile başvuran juvenil katarakt operasyonu geçirmiş 24 yaşındaki erkek hastamızın fizik muayene ve elektrogörüntüleme yaptık. Aynı zamanda aile öyküsünde ablasında da juvenil katarak ve yürüme güçlüğü olduğu öğrenilerek yapılan gen analizinde iki kardeşte de CTX tanısı alan vakamızı sunmayı amaçladık.

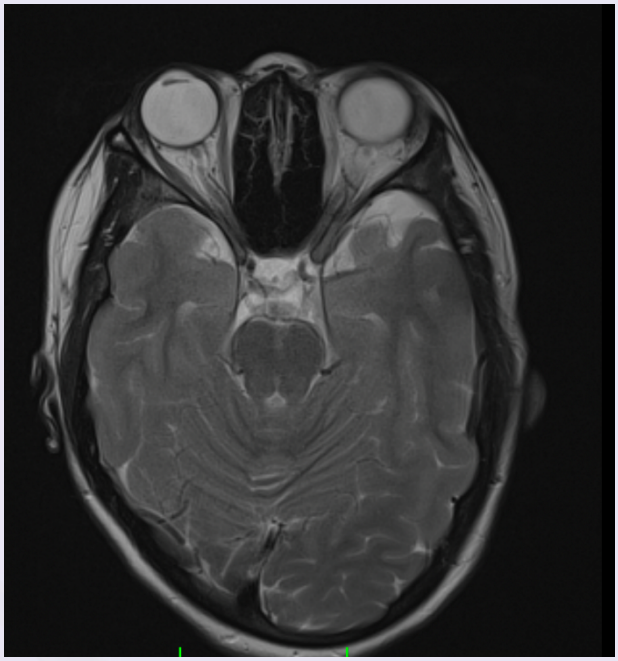
OLGU 1:
Birinci derece akraba evliliğinden doğan 24 yaşındaki erkek hasta, geçen yıl başlayan denge bozukluğu , düz yürümede güçlük ve anlama güçlüğünün giderek arttığı şikayetleriyle başvurdu. Öykü ve klinik muayenede 6 yaşında bilateral juvenil başlangıçlı katarakt operasyonu olduğu, hafif derecede zihinsel engellilik , ataksi ve derin tendon reflekslerinde azalma saptadık. Lavoratuvar tetkiklerinde hematolojik değerler, lipit parametleri ve temel metabolik profili normaldi. Alınan beyin MRG raporunda bilateral periventriküler derin beyaz cevher alanında özellikle posterior hornlar komşuluğunda, parietooksipitalde ve anterior horn komşuluğunda ve periventriküler derin beyaz cevher alanında T2A ve FLAIR sekansta artmış sinyal intensiteleri dikkati çekmekteydi (Şekil 1a/1b). Yapılan elektrofizyolojik incelemede motor hakimiyetli sensori-motor aksonal polinoropatiyi destekleyici bulgular belirlendi. İncelenen F yaniti latans ve persistanslari normaldi. Igne EMG incelemesinde MUP morfolojisi normal, katilim tam ve anormal spontan aktivite izlenmedi. Bu tabloya dayanarak CTX ten şüphenilerek CYP27A1 gen testi istendi ve homozigot varyant saptandı. Hastaya endokrin ve metabolizma klinikleriyle işbilirği içinde kenoteksikolik asit 750 mg /gün başlandı ve diyet programı düzenlendi.



Şekil 1a /1b : Beyin MR T2 ve Flair görüntülemede axial kesitte bilateral periventrikuler hiperintensite.

OLGU 2:

Yukarıda adı geçen olgunun ablası 29 yaşında kadın hasta ,10 yaşında bilateral juvenil başlangıçlı karatakt operasyonu olduğu, yapılan pskiyatrik değerlendirmede orta derecede zihinsel engellilik olduğu tespit edildi. Beyin MR raporunda her iki tarafta optik sinir çevresinde subaraknoid mesafe artmış görünümdedir. Optik sinirde sağda daha belirgin olmak üzere hafif tortiyozite mevcuttu (Şekil 2). Elektrofizyolojik incelemede fizyolojik limitte veriler elde edildi. Laboratuvar incelemelerinde hematolojik ,biyokimyasal profil normaldi. Klinik ve pozitif aile bulgusu olması üzerine CTX ten şüphenlenilip CYP27A1 gen testi çalışıldı ve homozigot varyant saptandı. Hastaya endokrın ve metabolizma klinikleriyle işbilirği içinde kenoteksikolik asit 750 mg/günde başlandı ve diyet programı düzenlendi.



Şekil 2: Beyin MR T2: MR raporunda her iki tarafta optik sinir çevresinde subaraknoid mesafedeki artış. Sağda daha belirgin olmak üzere hafif tortiyozite.

Tartışma:

Serebrotendinöz ksantomatozis (CTX), 2. kromozomun uzun kolundaki 9 ekzonlu CYP27A1 genindeki mutasyon sonucu ortaya çıkan nadir görülen otozomal resesif bir hastalıktır (1). Bu gen, safra asidi sentezinden sorumlu mitokondriyal bir enzim olan sterol 27-hidroksilazı kodlar. Bu mutasyon nedeniyle kolesterol safra asitlerine dönüşemez, kolestanol ve safra alkolüne dönüşür. Kolestanol vücudun çeşitli yerlerinde birikerek değişik semptomplara yol açar. CTX hastalığına yol açan bu birikimde hastalığın başlangıç yaşı 19 , ortalama tanı yaşı 32dir (3). Klinik belirtiler arasında juvenil başlangıçlı katarakt (dünya çapında seçilmiş vaka serileri üzerinde yapılan bir araştırmaya göre hastaların %88i), inatçı ishal (%50), tendon ksantomlar (%68) yer alır. Sadece %4ünde (1/25 hasta) osteoporoz, sakküler abdominal aort anevrizması veya yenidoğan sarılığı görülür. Tendon ksantomları en çok bilateral ayak bileklerinde görülür, bunu dizler, dirsek, parmaklar ve tibia izler. CTX hastalığının bazen ilk belirtisi merkezi sinir sistemi tutulumu olabilir (4), beyin hasarının gerçek nedeni bilinmemektedir. Beyin dokusunda yüksek miktarda kolestanolün apoptotik yolları aktive ettiği ve nöron ölümüyle sonuçlandığı düşünülmektedir (5). CTX hastalarının beyinlerinde değişen derecelerde serebral ve serebellar atrofinin yanı sıra fokal/diffüz beyaz madde anormalliklerini ortaya çıkarmıştır (6). Epilepsi ve Parkinsonizm CTXin başlangıç nörolojik özellikleridir (7). Literatürde bildirilen CTXin nörolojik özelliklerinin aralığı geniştir; bu özellikler arasında zihinsel engellilik, demans, psikiyatrik semptomlar (yani davranış değişiklikleri, depresyon, ajitasyon, halüsinasyon ve intihar girişimleri), piramidal belirtiler, ilerleyici ataksi, distoni ve palatal miyoklonus yer alır

(4,7,8). Bizim vakamızda ilerleyen ataksi ve erkek karedeşte demiyelinizan lezyon şüphesi olması üzerine , ataksinve beyin lezyonlarının sadece demiyelinizan hastalık olmadığı nadir görülen genetik hastalıklar da olabileceği ve tedavi altında hastaların semptomlarının ilerlemesinin durdurulacağını vurgulamak istedik.

Kaynaklar:

1. Salen G, Steiner RD. Epidemiology, diagnosis, and treatment of cerebrotendinous xanthomatosis (CTX). J Inherit Metab Dis. 2017 Nov;40(6):771-781. doi: 10.1007/s10545-017-0093-8. Epub 2017 Oct 4. PMID: 28980151.
2. Cali JJ, Hsieh CL, Francke U, Russell DW. Mutations in the bile acid biosynthetic enzyme sterol 27-hydroxylase underlie cerebrotendinous xanthomatosis. J Biol Chem. 1991 Apr 25;266(12):7779-83. PMID: 2019602; PMCID: PMC4449724.
3. Pilo-de-la-Fuente B, Jimenez-Escrig A, Lorenzo JR, Pardo J, Arias M, Ares-Luque A, Duarte J, Muñiz-Pérez S, Sobrido MJ. Cerebrotendinous xanthomatosis in Spain: clinical, prognostic and genetic survey. Eur J Neurol. 2011 Oct;18(10):1203-11. doi: 10.1111/j.1468-1331.2011.03439.x. Epub 2011 Jun 4. PMID: 21645175.
4. Guyant-Maréchal L, Verrips A, Girard C, Wevers RA, Zijlstra F, Sistermans E, Vera P, Campion D, Hannequin D. Unusual cerebrotendinous xanthomatosis with fronto-temporal dementia phenotype. Am J Med Genet A. 2005 Dec 1;139A(2):114-7. doi: 10.1002/ajmg.a.30797. PMID: 16278884.
5. Cerebrotendinous xanthomatosis: diversity of presentation and refining treatment with chenodeoxycholic acid. Islam M, Hoggard N, Hadjivassiliou M. *Cerebellum Ataxias.* 2021;8:5
6. Cerebrotendinous xanthomatosis: need for early diagnosis. Muhammed K, Nandakumar G, Saritha S. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2006;72:364–366.
7. Pedroso JL, Pinto WB, Souza PV, Santos LT, Abud IC, Avelino MA, Barsottini OG. Early-onset epilepsy as the main neurological manifestation of cerebrotendinous xanthomatosis. Epilepsy Behav. 2012 Jul;24(3):380-1. doi: 10.1016/j.yebeh.2012.04.121. Epub 2012 May 30. PMID: 2265843
8. Federico A, Dotti MT. Cerebrotendinous xanthomatosis: clinical manifestations, diagnostic criteria, pathogenesis, and therapy. J Child Neurol. 2003 Sep;18(9):633-8. doi: 10.1177/08830738030180091001. PMID: 14572142.

EP - 42 İNSAN İMMUN YETMEZLİK VİRUSU (HIV) İLE İLİŞKİLİ GENÇ İSKEMİK İNME OLGUSU

BEYZANUR TOKSAL , ADNAN BURAK BİLGİÇ , BUSE PARLAR , SERPİL BULUT , GENCER GENÇ , TUBA CERRAHOĞLU ŞİRİN , NURULLAH ÖZCAN

ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonunda yaşam süresi, gelişen antiretroviral tedavi yöntemleri sayesinde uzamaktadır ve bu nedenle hastalar virolojik olarak baskılanmış HIV enfeksiyonuna daha uzun süreli maruz kalmaktadır. Bu durum, fırsatçı enfeksiyonlar gibi edinilmiş immün yetmezlik sendromu (AIDS) ile ilişkili komplikasyonların azalmasına fakat inme gibi AIDS ilişkili olmayan komplikasyonların artmasına neden olmaktadır. HIV enfeksiyonu, ilişkili inme patofizyolojisi net olmamakla beraber, HIV kaynaklı koagülopati, fırsatçı enfeksiyonlara bağlı vaskülitler, HIV ile ilişkili intrakraniyal ve ekstrakraniyal vaskülopatiler ve HIV kaynaklı kardiyomiyopati gibi sebeplerin rol oynadığı düşünülmektedir. HIV ilişkili inme başlangıç yaşı değişken olmakla birlikte daha çok 45 yaş altı bireyleri etkilemektedir. Biz de ülkemizde daha nadir görülmekte olan HIV ilişkili genç inme hastasını sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
34 yaşında sağ elli erkek hasta acil servisimize 24 saat önce başlayan konuşma bozukluğu ve sağ kol ve bacakta kuvvetsizlik gelişmesi üzerine başvurdu. Yapılan nörolojik muayenesinde kooperasyon ve oryantasyon bozukluğu, sağ ihmali olup, sağ nazolabial sulkus silinmesi, global afazi ve sağ üst ekstremite 0/5 sağ alt ekstremite 2/5 kas kuvvetsizliği saptandı. VKI(vücut kitle endeksi):17 idi. Geliş NIHSS:19 (afazi:2, emir almama:2, sağ nazolabial sulkus silikliği:1, sağ üst ekstremitede hiç hareket yok:4, sağ alt ekstremitede minimal hareket var:3, sağ ihmali:1, sözel ifade ve anlama yok:3, anlaşılmaz artikülasyon:2, duyu kusuru:1) olarak hesaplandı. Difüzyon Beyin Manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'de; sol orta serebral arter sulama alanında geniş enfarkt ile uyumlu görünüm saptandı. MRG Beyin Anjiyografilerinde: sol orta serebral arter M1 proksimal oklüzyonu saptandı. Beyin Bilgisayarlı Tomografide (BT); sol orta serebral arter sulama alanında geniş hipodens demarke alan saptandı. Tam kan biyokimya, hemogram, ve Tam otomatik idrar tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Yapılan kardiyolojik incelemelerinde anormal bulguya rastlanılmadı. Serolojik incelemelerinde CD4 ve CD8 Thücre sayıları 108 ve 609 olarak saptandı. Antiiskemik tedavi önerileriyle nöroloji yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Özgeçmişinde 1 yıl önce HIV(+) tanısı almış. Antiretroviral tedavisi dışmerkezde başlanmış. Soygeçmişinde anlamlı patoloji yok. Yapılan tedavi ve takiplerinin 10.gününde NIHSS:11 (afazi:2, tekli emir alıyor:1, sağ nazolabial sulkus silik:1, sağ üst ekstremite yerçekimine direnemiyor:2, sağ alt ekstremite tutuyor ama tam değil:1, duyu:1, zor ama kısmi bilgi alışverişi var:1, anlaşılmaz artikülasyon:2) ve MRS:4 olarak taburcu edildi.

Bulgular:
34 yaşında sağ elli erkek hasta acil servisimize 24 saat önce başlayan konuşma bozukluğu ve sağ kol ve bacakta kuvvetsizlik gelişmesi üzerine başvurdu. Yapılan nörolojik muayenesinde kooperasyon ve oryantasyon bozukluğu, sağ ihmali olup, sağ nazolabial sulkus silinmesi, global afazi ve sağ üst ekstremite 0/5 sağ alt ekstremite 2/5 kas kuvvetsizliği saptandı. VKI(vücut kitle endeksi):17 idi. Geliş NIHSS:19 (afazi:2, emir almama:2, sağ nazolabial sulkus silikliği:1, sağ üst ekstremitede hiç hareket yok:4, sağ alt ekstremitede minimal hareket var:3, sağ ihmali:1, sözel ifade ve anlama yok:3, anlaşılmaz artikülasyon:2, duyu kusuru:1) olarak hesaplandı. Difüzyon Beyin Manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'de; sol orta serebral arter sulama alanında geniş enfarkt ile uyumlu görünüm saptandı. MRG Beyin Anjiyografilerinde: sol orta serebral arter M1 proksimal oklüzyonu saptandı. Beyin Bilgisayarlı Tomografide (BT); sol orta serebral arter sulama alanında geniş hipodens demarke alan saptandı. Tam kan biyokimya, hemogram, ve Tam otomatik idrar tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Yapılan kardiyolojik incelemelerinde anormal bulguya rastlanılmadı. Serolojik incelemelerinde CD4 ve CD8 Thücre sayıları 108 ve 609 olarak saptandı. Antiiskemik tedavi önerileriyle nöroloji yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Özgeçmişinde 1 yıl önce HIV(+) tanısı almış. Antiretroviral tedavisi dışmerkezde başlanmış. Soygeçmişinde anlamlı patoloji yok. Yapılan tedavi ve takiplerinin 10.gününde NIHSS:11 (afazi:2, tekli emir alıyor:1, sağ nazolabial sulkus silik:1, sağ üst ekstremite yerçekimine direnemiyor:2, sağ alt ekstremite tutuyor ama tam değil:1, duyu:1, zor ama kısmi bilgi alışverişi var:1, anlaşılmaz artikülasyon:2) ve MRS:4 olarak taburcu edildi.

Sonuç:
HIV ilişkili inme genel olarak genç hastaları etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda inme etiyolojisi olarak vaskülit, kardiyomiyopati, kaşeksi, hiperkoagulopati, protein c ve s eksikliği, dislipidemi, endotel disfonksiyonu, kaposi sarkom ve primer santral sinir sistemi lenfoması gibi HIV ilişkili neoplaziler, endokardit, gibi çeşitli sebeplerle gelişebileceği bildirilmiştir. Yine çalışmaların çoğunda HIV ilişkili inme gelişen hastaların iyi prognozlu olduğu bildirilmiştir. Olgumuzda kaşeksiye bağlı inme geliştiğini düşünmekteyiz.

EP - 43 NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU: MİYOZİT VE MYASTENİA GRAVİS BİRLİKTELİĞİ

BİRGÜL DERE , SEHER VERİLİ , ABDULLAH ARI , ŞEYMA AYKAÇ , AYŞE GÜLER , İBRAHİM AYDOĞDU

EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Miyastenia Gravis (MG), nöromusküler bileşkenin en sık hastalığıdır. İnflamatuvar miyozitler ise (İM) proksimal iskelet kaslarının tutulduğu heterojen hastalık grubudur. İki durumun birlikteliği nadir görülmektedir. Aşağıda düşük baş kliniğiyle başvuran, hem miyozit hem myasteni bulguları izlenen ve eş zamanlı antikor pozitiflikleri saptanan olgu tartışılacaktır.

Olgu:
75 yaş erkek 10 yıl önce kolon kanseri operasyonu öyküsü(kür) mevcut. 15 gündür olan baş düşüklüğü ve yürüme güçlüğü şikayetiyle başvurusunda yapılan muayenede baş fleksiyonu 4/5, baş ekstansiyonu 2/5 ve extremite proksimal kas güçleri 4/5di. İğne EMG'de proksimal kaslarda belirgin denervasyonla birlikte miyojenik MÜP'ler izlendi, servis yatışı yapıldı. İM tanısıyla 5 gün pulse steroid tedavisi aldı fakat klinik faydalanım izlenmedi. Takipte solunum sıkıntısıyla entübe edilerek yoğun bakıma alındı. Paraneoplastik panelde anti-titin antikoru 3+ pozitifti. Miyozit panelinde Anti cN1a +2 pozitifti. Eş zamanlı serum analizinde Ach Reseptör Antikoru yüksekti. Tek lif EMG nöromüsküler kavşak bozukluğuyla uyumluydu. Tüm vücut BT normaldi. Sol kuadriseps femoristen yapılan biyopsi inflamatuar miyopatiyle uyumluydu. Kas MR'ında sağ alt ekstremite ve sağ üst ekstremite proksimal kas gruplarında daha belirgin miyozit bulguları görüldü. 140 gr IVIG verildi. Pridostigmin 180 mg/gün başlandı. Pridostigmin ve IVIG sonrası belirgin faydalınımı olan hasta extübe edilip, rehabilite edildikten sonra 4 extremitede tam kas gücüyle taburcu edildi.

Tartışma-Sonuç:
MG ve İM ilişkisi literatürde izole raporlar ve birkaç vaka serisinde tanımlanmıştır.Olguların %50'sinden fazlasında timik patoloji mevcut olduğu görülmüştür, fakat olgumuzda timik patoloji saptanmamıştır. İM bulguları ile başvuran bu olguda steroide rağmen klinik kötüleşme olması halinde MG'nin dikkate alınması gerektiğini ve bu iki hastalığın nadir birlikteliğini vurgulamak istedik.

EP - 44 BRAKİAL PLEKSOPATİ ÖN TANISI İLE ELEKTROMİYOGRAFİ LABORATUVARINA BAŞVURAN ÇOCUK HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

DİLARA MERMİ DİBEK [1], İBRAHİM ÖZTURA [2]

[1] BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ VE KLİNİK NÖROLOFİZYOLOJİ BÖLÜMÜ
[2] DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, KLİNİK NÖROFİZYOLOJİ BİLİMDALI

Amaç:
Brakial pleksopati zor doğum veya klavikula fraktürü öyküsü olan bebeklerde, fizik muayenede kol hareketinde kısıtlılık veya asimetri görülen hastalarda ön tanı olarak akla gelmektedir. Pleksus hasarı olup olmadığını araştırmak için elektromiyografi (EMG) uygun bir tanı aracıdır. EMG laboratuvarına başvuran 4 yaş altı, brakial pleksopati ön tanılı hastaların sonuçlarını dökümante etmeyi hedefledik.

Metot:
Eylül 2021-23 tarihleri arasında EMG laboratuvarına başvuran 4 yaş altındaki hasta EMG bulguları çalışmaya dahil edildi. Hastaların istem nedeni, nörolojik muayene bulguları, EMG sonuçları, lokalizasyonları, EMG incelemesinde çalışılan duyu ve motor sinir ileti çalışması, iğne elektrot incelenen kaslar dökümante edilmiştir. Çalışmaya ileri yaştaki sekel inceleme amaçlı brakial pleksopati ön tanılı hasta verileri dahil edilmemiştir.

Bulgular:
Otuz dokuz hasta EMG sonucu çalışmaya dahil edilmiştir. On dört (%35.9) erkek cinsiyet, yaş ortalamaları 7.9±11.99 ay (2gün-47ay) olarak saptandı. Istem nedenleri arasında, 12'sinde (%30.8) zor doğum öyküsü ardından kolda güç kaybı, 12'sinde (%30.8) klavikula fraktür öyküsü, 14'ünde (%35.9) motor güçsüzlük olmadan asimetrik Moro refleks yanıtı ve 1 hastada (%2.6) aşı sonrası flask paralizi olduğu belirtilmişti. On üç hastada (%33.3) motor güç kaybı var iken 1 hastada (%2.6) güç zaafı olan kolundaki II.falanksta ve gövde ile sırtında hemanjiom görünümü mevcut diğer hastalarda cilt değişikliği yoktu. Otuz dokuz hastada duyu ve motor sinir ileti incelemesi kayıtlanmış, iğne elektrot incelemesi deltoid (n=38, %97.4), biceps brakii (n=37, %94.9), triceps brakii (n=23, %59), ekstensör digitorum komminis (n=31, %79.5), birinci dorsal interooseöz (n=30, %76.9), fleksör digitorum superfisialis (n=16, %41), abduktör pollisis brevis (n=25, %64.1) ve abduktör dig minimi (n=7 %17.9) kaslarından kayıtlanmıştır. C7 kökü amaçlı triceps brakii kasında istemli kası sağlanamadığında ekstensör digitorum komminis kası kayıtlanmış, C8-T1 kök değerlendirmesinde abductor digiti minimi kası kayıtlanmıştır. Yedi hastada (%17.9) pozitif keskin dalga ve fibrilasyon aktivitelerinin izlendiği spontan denervasyon faaliyeti kayıtlanmıştır. 13 hastada (%33.3) brakial pleksopati izlenmiş, 7'si (%53.8) pan-pleksopati iken 6'sı (%46.2) üst trunkus hasarı olarak saptanmıştır. Klavikula fraktürü öyküsü ve asimetrik Moro refleksi nedeni ile EMG istenen ve motor zaafı olmayan hastalarda brakial pleksus hasarı izlenmezken, motor zaafı olan ve aşı sonrası flask güçsüzlüğü tanımlanan hastalarda brakial pleksopati ile uyumlu EMG sonuçları izlenmiştir.

Sonuç: Bebeklerde EMG incelemesi uyum nedeni ile kısıtlı olmakla birlikte hasar varlığı, lezyon yaşı ve lokalizasyonu ile ilgili bilgi sunması dolayısıyla etyolojiye yön vermesi açısından önemli yer tutar. Hasta grubunun uyum kısıtlılığı nedeni ile istemli kasının daha kolay aktivite edilebildiği kaslar, erişkin hasta rutininde kullanılan kaslar yerini alabilmektedir. C7 kökü/orta trunkus/ radial sinir değerlendirmesi için rutinde daha sık kullanılan triceps brakii yerine ekstensör digitorum komminis kasının kullanımı, abduktor pollisis brevis kası yerine median sinir ile innerve fleksör digitorum superfisialis kasının veya birinci dorsal interosseöz kası yerine abductor digiti minimi kaslarının kullanımı tercih edilebilir. Uygulama metotları değiştirilerek sonuca ulaşılabilse de uygulamanın kısıtlılığı düşünülerek EMG laboratuvarına yönlendirilmeden önce motor zaafı olmadan tek başına klavikula fraktürü veya asimetrik Moro refleks varlığında EMG ilk akla gelecek tanı metodlarında yer almaması akılda tutulabilir.

EP - 45 PİRİMİDİN 5' NÜKLEOTİDAZ EKSİKLİĞİ OLAN HASTADA ORAL KONTRASEPTİF KULLANIMIYLA TETİKLENEN SEREBRAL VENÖZ TROMBOZ

ELİF İREM TEKELİ , BERİL ÖZDEMİR , MİNE HAYRİYE SORGUN , CANAN TOGAY IŞIKAY

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Pirimidin 5' nükleotidaz (P5N) eksikliği nadir görülen bir konjenital hemolitik anemidir ve orta derecede splenomegaliye neden olur. Splenektomi hemolizi iyileştirmede etkili olup, splenektomi sonrası trombositoz genellikle orta düzeydedir ve tromboz riski yüksek değildir. Bununla birlikte, devam eden hemoliz olduğunda aşırı trombositoz meydana gelebilir ve yüksek trombotik riske neden olabilir. Literatürde P5N eksikliği nedeniyle splenektomi yapılmış bir hastada splenektomi sonrası portosplenomezenterik ven trombozuolgusu bildirilmiştir. Biz P5N eksikliğine bağlı hemolitik anemi, splenoktomi öyküsü olan ve oral kontraseptif kullanımı sonrası serebral venöz tromboz (SVT) gelişen bir olguyu sunduk.

Gereç ve Yöntem:
Bulgular: Yirmi bir yaşında kadın hastanın dört gün önce baş ağrısı ve bulantısı başlamış. Sonrasında jeneralize tonik klonik nöbet geçirmesi üzerine acil servise getirilmiş. Acil serviste statusepileptikus kabul edilerek uygun tedavi başlandı. Özgeçmişinde P5'N eksikliği ve splenektomi öyküsü olan hastanın son altı aydır menstrüel düzensizlik nedeniyle oral kontraseptif tedavi aldığı öğrenildi. Nörolojik muayenesinde bilinci uykuya meyilli, ajite ve oryantasyonu bozuktu. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit 18.000/ml, trombosit 517.000/ml idi. Kranial MRG ve MR venografide süperior sagittal sinüste ve kortikal venlerde tromboz, sol frontalde subkortikal alanda hematom, SAK ve eşlik eden ödem görüldü. Hastaya enoksaparin 2x0.4 ml başlandı. Takiplerde nörolojik muayenede kötüleşme ve trombositsayısının bir milyon üzerine çıkması nedeniyle enoksaparin 2x 0.6 ml'e çıkılıp trombositaferezi yapıldı. İzlemde nörolojik muayenesi tamamen düzelen hasta, varfarin tedavisi ile taburcu edildi. Üç ay sonra çekilen kontrol MR venografide tam rekanalizasyon görüldü.

Sonuç:
P5N eksikliğine bağlı hemolitik anemi nedeniyle splenektomi yapılan hastalarda trombositozve sonrasında tromboz öyküleri olabileceği akılda tutulmalıdır. Böyle hastalarda oral kontraseptif gibi tromboz riskinin artışı ile ilişkilendirilmiş tedavilere başlarken dikkatli olunmalıdır.

EP - 46 SKUAMOZ HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİNDE SOX-1 ANTİKOR POZİTİF PARANEOPLASTİK SEREBELLAR SENDROM

GAMAR ALİYEVA , NİJAT ABBASZADE , FATMA TUĞRA KARAARSLAN TÜRK , SEYDA ERDOĞAN , CANAN YÜCESAN

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:

Anti-SOX1 antikorları küçük hücreli akciğer kanserinin (KHAK) serolojik bir belirteci olarak kabul edilen onkonöral antikorlardan biridir ve KHAKli hastaların %36,5 kadarında saptanır. Küçük hücreli olmayan akciğer kanserlerinde paraneoplastik serebeller sendrom ve anti-SOX1 antikoru saptanması oldukça nadirdir.

Literatürde kanser tedavisinde kullanılan "check-point" inhibitörlerine bağlı otoimmün nörolojik sendromlarla ilgili bildirimlerin sayısı giderek artmaktadır. Nivolumab da bu grupta yer alan bir anti-PD1 monoklonal antikordur ve bizim olgumuzda nörolojik sendromu kötüleştirdiği değerlendirilmiştir.

Olgu:

Bilinen koroner arter hastalığı ve diyabetes mellitüsü olan 75 yaşındaki erkek hasta polikliniğimize Nisan 2023'de 3 senedir olan ve giderek artan dengesizlik yakınması ile başvurdu. Hasta 3 yıl önce skuamoz hücreli akciğer kanseri tanısı almış, aynı yıl içinde opere edilmiş ve kemoterapi verilmiş, başvurusundan 3 ay önce sonlanan toplam 6 doz Nivolumab almıştı. Nivolumab tedavisine başlandıktan sonra şikayetlerinin kötüleşmesi üzerine bu tedavi sonlandırılmıştı. Nörolojik muayenesinde tüm ekstremitelerde solda belirgin bilateral dismetri, solda hafif intansiyonel tremor, ataksik yürüyüş, tandem beceriksizliği saptandı. SARA (scale for asessment and rating of ataxia) skoru 7 idi. Kontrastlı kranial MRG'de bifrontopariyetalde ve ponsta T2AG ve FLAIR sekansta hiperintens sinyal özelliğinde iskemik-gliotik odaklar ve yaygın atrofi dışında anormal bulgu saptanmadı. BOS tetkikleri normaldi. BOS'dan ve serumdan gönderilen paraneoplastik panelde serumda SOX-1 antikoru bulundu. Paraneoplastik Serebellar Sendrom (PSS) düşünülerek IVIG tedavisi planlandı; ilk IVIG infüzyonu sırasında alerjik reaksiyon gelişmesi üzerine 5 gün İV 1000 mg metilprednizolon tedavisi verildi ancak klinik yanıt görülmedi. Sonrasında 5 seans plazmaferez tedavisi uygulandı. Plazmaferez tedavisi sonrasında SARA skoru 4'e geriledi.

Tartışma:

Hastamızın dengesizlik yakınmasının 3 yıl önce, neredeyse akciğer kanseri ile eş zamanlı başladığı ancak nivolumab tedavisi ile şiddetinin arttığı anlaşılmaktadır. Anti-SOX1 antikoru küçük hücreli olmayan akciğer kanserlerinde çok nadirdir; ancak serebeller sendroma yol açabilecek diğer tüm nedenler dışlandığı için hastamızdaki serebeller bulguların akciğer kanseri ile ilişkili paraneoplastik bir sendrom olduğunu; ek olarak nivolumab tedavisinin hastanın PSS tablosunu kötüleştirdiğini düşündük. Hastamızın şansı plazmaferez ile tedaviye yanıt vermesi oldu ancak paraneoplastik nörolojik sendromu olan kanser hastalarında "check-point" inhibitörlerinin nörolojik tabloyu kötüleştirebileceği ve immün-tedaviye yanıt vermeyebileceği akılda tutulmalıdır.

EP - 47 NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONU OLAN AKUT İSKEMİK İNME HASTALARINDA ORAL ANTİKOAGÜLAN KULLANIMI İLE NIHSS SKORU VE İNFARKT VOLÜMÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ

GÖKHAN AYDOĞAN [1], ALPER EREN [2]

[1] *MUĞLA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ*
[2] *ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ*

Amaç:
Non-valvuler atrial fibrilasyona bağlı kardiyoembolik inme geçiren hastaların oral antikoagülasyon kullanımının, ilk başvuruda hesaplanan NIHSS skoru ve çekilen diffüzyon manyetik rezonans'ın cm^3 cinsinden semiotomatik olarak ölçülen infarkt volümününe etkisini karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmamızda akut iskemik inme tanısıyla başvuran 101 NVAF hastası retrospektif olarak bu çalışmaya dahil edildi. Hastalar OAK ilaç kullanımına göre 4 gruba ayrıldı: OAK kullanmayanlar (grup 1), subterapötik dozda warfarin kullanan (70 yaş altı; INR≤2,0, 70 yaş üzeri; INR≤1,6 grup 2), terapötik dozda warfarin kullananlar (70 yaş altı; INR≥2,0, 70 yaş üzeri; INR≥1,6 grup 3) ve terapötik dozda Non-vitamin K oral antikoagülan kullanan grup 4 olmak üzere 4 gruba ayrıldı. Bu hastaların infarkt volümleri, NIHSS skorları hesaplandı ve antikoagülasyonun non-valvuler atrial fibrilasyonu olan hastalardaki etkileri istatistiksel olarak karşılaştırıldı

Bulgular:
Retrospektif olarak çalışılan bu çalışmada; Grup 1; 47, Grup 2: 18, Grup 3: 6 ve Grup 4: 30 hastadan oluşmaktaydı. İnfarkt volümü Grup 1 için 22,20 cm^3 medyan, Grup 2: 12,95 cm^3 , Grup 3: 2,25 cm^3 ve Grup 4: 4,40 cm^3 olarak hesaplandı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p:0,039). Hesaplanan NIHSS skoru Grup 1 için 9, Grup 2: 8,5, Grup 3: 6,5 , Grup 4 olarak hesaplandı ve antikoagülasyon kullanımının NIHSS skoru üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p:0,029).

Sonuç:
Çalışmamızda akut iskemik inme ile başvuran AF hastalarında antikoagülan tedavi altında inme şiddeti ve infarkt volümünün azaldığı, mortalite ve morbidite oranında iyileşmeler sağlandığı gösterilmiştir

EP - 48 FARKLI ORAL ANTİKOAGULAN TEDAVİLER ALAN HASTALARIN SAĞKALIM AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

GÖKHAN KÜÇÜKSEZGİN [1], EMİŞ CANSU YAKA [2], ŞULE BİLGİN [2], PEMBE KESKİNOĞLU [3], ERDEM YAKA [1]

[1] DOKUZ EYLÜL UNİVERSİTESİ TIP FAKULTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] SBÜ TEPECİK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[3] DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ BİYOİSTATİSTİK VE TIBBİ BİLİŞİM ANABİLİM DALI

Amaç:
Atriyal fibrilasyon (AF) olan ve oral antikoagulan (OAK) başlanmış akut inme hastalarını 9 ay takip ederek başlanan OAKları kıyaslamaktır. Amaca yönelik olarak hedeflerimiz; Tekrarlayan iskemik inme(İİ), sistemik emboli(SE), kanama, ölüm sonlanımları için, zaman bağımlı analizlerle tedavi gruplarına göre risk analizi yapmaktır.

Gereç ve Yöntem:
11.01.2022-11.10.2022 tarihleri arasında DEÜ ve Tepecik EAH'a gelen, nonvalvüler AF olup son 14gün içinde İİ geçirmiş, OAK başlanmış hastaların 9ay süreyle izlendiği prospektif kohort çalışmadır.
Çalışmamızda temel sonuç değişkenlerimiz tedavilerin başarısızlıklarını belirleyen tekrarlayan inme, kanama, ölümdür. Sonuç değişkenlerini etkileyen özellikler zaman bağımlı risk analiziyle değerlendirilmiştir.
Sonuç değişkenlerini etkileyen temel değişken, Varfarin/NOAK olarak gruplandırılmış antikoagülan tedavidir. Demografik,sağlık özgeçmiş bilgileri tanımlayıcı ve analitik değerlendirilmiştir.

Bulgular:
Çalışmaya 104 hasta alınmıştır. 1.,3.,6.,9. aylarda izlem yapılmıştır. Taburculukta hastaların %77.9-%22.1 sıklıkta NOAK/Varfarin dağılımı gözlenmiştir. Seksen yaş üzerinde NOAK grubu ilaçların Varfarin'den daha sık tercih edildiği saptanmıştır(p=0.011). Diğer demografik özgeçmiş özellikleri OAK tedavi tercihini etkilememiştir. 14ölüm gözlenmiş olup, 2'si(%8.7) Varfarin, 12'si(%14.8) NOAK tedavi grubundadır, OAK tedavi gruplarına göre ölüm sıklıkları farklı değildir(p=0.680).
İzlemde İİ, SE, kanama geçiren toplam 7hastanın, 4'ünde tekrarlayan inme ve SE aynı hastalarda, kanama 3hastada ve kanama olan 1hastada ölüm gözlenmiştir. Ölüm hariç inme, SE, kanama sayısı düşük(n=6) olduğu için ölümle birleştirilerek de analizler gerçekleştirilmiştir. Ölüm sonucu için sağkalım analizinde; tedavi grupları ortalama sağkalım süreleri(Varfarin=259.3, NOAK=243.8 gün) arasında istatistik fark saptanmamıştır(p=0.680). Ölüm ve diğer sonuç değişkeni için tedavi gruplarının ortalama sağkalım süreleri farklı bulunmamıştır (p=0.314).

Sonuç:
Tedavi grupları arasında sonlanım noktaları açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

EP - 49 İNMELİ HASTALARDA HEMŞİRE TAKİP PROGRAMININ PSİKOSOSYAL SORUNLARA VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

HİLALNUR KÜÇÜKAKGÜN [1], ZELİHA TÜLEK [2], YAKUP KRESPİ [3]

[1] *ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ FAKULTESİ, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANADALI*
[2] *İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, FLORENCE NİGHTİNGALE HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI*
[3] *İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*

Amaç:
İnme hastalarında depresyon, anksiyete, bilişsel bozukluk ve yorgunluk gibi psikososyal sorunlar sık görülür. Psikososyal sorunlar inme sonrası süreçte fiziksel iyileşme, sosyal hayata dönüş gibi sonuçları etkilemektedir. Ayrıca yaşam kalitesinin düşmesine de yol açabilir. Bu çalışmada inme hastalarında hemşire takip programının psikososyal sorunlar ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amaçlanmıştır

Gereç ve Yöntem:
Ön test - son test randomize kontrol gruplu deneysel araştırma olarak planlanan bu çalışmaya 55 deney, 49 kontrol grubunda yer almak üzere toplam 104 hasta katıldı. Tüm hastaların inme ağırlığı ve fonksiyonel durumları değerlendirildi. Ayrıca hastalara Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Yorgunluk Şiddet Ölçeği, Normal Yaşama Yeniden Katılım İndeksi ve İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulandı. Deney grubundaki hastalara hemşire takip programı uygulandı ve hastalar üç ay boyunca takibe alındı. Kontrol grubu kliniğin rutin protokolü ile taburcu oldu. Üçüncü ayda bağımsız değerlendiriciler aracılığıyla iki grubun değerlendirmesi yapıldı.

Bulgular:
Çalışmayı tamamlayan hastalarda iki grupta da erkeklerin daha fazla olduğu bulundu. Deney grubu hastaları yaş olarak kontrol grubuna göre biraz daha gençti (deney: 55,33±15,50, kontrol: 62,82±14,34, p=0,013), bilişsel test puanları daha iyiydi (p=0,050). Gelir düzeyini iyi olarak belirten bireyler deney grubunda daha ağırlıklıydı (p=0,071). Gruplarda minör inme ve bağımsız hastaların ağırlıklı olduğu bulundu. Takip programı sonrası hastaların üçüncü ay primer sonlanım ölçütleri değerlendirildiğinde, taburculuğa kıyasla üçüncü ayda elde edilen iyileşme açısından iki grup arasında fark bulunmadı. Grup içinde başlangıca göre elde edilen fark değerlendirildiğinde, deney grubunda uyku kalitesinin arttığı (p=0,001); anksiyete (p=0,084), nomal yaşama uyum (p=0,076) ve yaşam kalitesi (p=0,059) puanlarında iyileşme eğilimi olduğu bulundu.

Sonuç:
İnme yönetimine ilişkin uygulanan hemşire takip programının hastaların psikososyal sonuçlarının ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde yararlı sonuçları olabileceği bulundu.

EP - 50 İLERİ YAŞ MYASTENİA GRAVİSLİ OLGUDA EKULİZUMAB YANITI

LEVENT AVCI [1], SAADET DURSUN [1], DİLCAN KOTAN [2]

[1] S. B. SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANADALI

Giriş:
MG fenotipik, patogenez ve tedavi algoritmaları açısından heterojen bir hastalıktır. Kortikosteroidler, azatioprin, mikofenolat mofetil gibi immünoterapiler miyastenik semptomlarının kontrolünde etkinliği uzun zamandan beri bilinmektedir. Burada, miyastenik bulber kriz semptomları ile prezentasyon sonrası ağır ekstremite zaafı ile immunoterapilere dirençli ileri yaş kadın olguda ekulizumab ile olan tecrübemizi paylaşmayı amaçladık.

Olgu:
Altmış sekiz yaşındaki kadın hasta beş gündür olan konuşma bozukluğu ve eklenen yutma güçlüğü, nefes darlığı, kol ve bacaklarda güç kaybı şikayetleri ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde diyabet, hipertansiyon, meme ve böbrekte tümör öyküsü ve beş ay önce geçirilmiş korona öyküsü vardı. Nörolojik muayenesinde konuşma ileri dizartrik, göz hareketlerinde her iki yöne belirgin bakış kısıtlılı, öğürme refleksi azalmış, boyun antefleksiyonu 4/5, her dört ekstremitede proksimal kaslarda 4/5, distaller 4+/5 kas gücündeydi. Takipneik ve tek nefes testinde ona kadar sayabilen hasta yoğun bakım ünitesinde entübe edildi. MR difüzyon ve BBT normal idi. Bulber MG düşünülen olguda asetilkolin reseptör antikoru 75.8 nmol/l, repetetif uyarıda %18 dekrementel yanıt izlendi. Beş gün 0,4 gr/kg/gün intravenöz immünglobulin ve oral steroid 1 mg/kg/gün ile 27 gün sonrasında ekstübe edildi. Toraks BT nornaldi. Takiplerinde aylık IVIg, oral steroid ve azatioprin planlandı. 2. ayın sonunda nazogastrik tüp desteği sonlandırıldı. Takibinin 6. ayında her iki bacakta güç kaybıyla gelen olgunun muayenesinde bilateral pupil seviyesinde asimetrik ptoz, konuşma dizartrik ve paraplejikdi. Torakal ve lomber MRG normaldi.MG-ADL skoru 18 idi.Steroid dozu arttırılması, IVIG 5 gün yeniden uygulanması sonrası klinik düzelmeyen olguda plazmaferezde yanıtsızdı. Tedaviye dirençli olgumuza onkoloji görüşü alınarak ekulizumab başlandı. Tedavinin 11. ayında proksimallerde 4+/5 lik kas güçleri ile fizyoterapi desteğiyle ambulasyonu sağlandı.

Tartışma:
Olgumuz ileri yaş olması, bulber başlangıçla tanı alması, parapleji gibi nadir ekstremite prezentasyonuyla kısa sürede ağır ikinci kötüleşmeyi göstermesi yanısıra ekulizumab ile tama yakın iyileşme göstermesiyle sunuma değer görülmüştür.

EP - 51 İNTERNÜKLEER OFTALMOPLEJİ TANISINDA İNCE KESİT MR ÇEKİMİNİN ÖNEMİ

NİLGÜN ERTEN [1], AYSEL TEKEŞİN [2]

[1] *İSTANBUL FİZİK TEDAVİ REHABİLİTASYON EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ*
[2] *İSTANBUL EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ*

Olgu:
Otuz yedi yaşında kadın hasta, bir haftadır olan baş dönmesi, bulanık ve çift görme şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Bir hafta önce aynı şikayetlerle acil servise başvurduğunda vertigo tanısı konularak betahistin tedavisi başlanmıştı. Şikayetleri geçmeyince kliniğimize başvuran hasta sol gözde içe bakışta kısıtlılık olması ve sağ gözde dışa bakışta nistagmus olması üzerine ileri tetkik ve tedavi amacıyla nöroloji servisimize yatırıldı. Nörolojik muayenesinde; şuur açık, koopere, oryanteydi. Sağ elini kullanan hastanın konuşması doğaldı. Meningeal irritasyon bulgusu yoktu. Pupiller izokorik, ışık refleksi +/+, sağ gözde dışa bakışta horizontal nistagmus vardı. Sol gözde hafif addüksiyon kısıtlılığı mevcuttu. Taraf veren parezi saptanmadı. Serebellar testler bilateral becerikliydi. Taban cildi refleksi bilateral fleksör yanıtlıydı. Sfinkter kusuru yoktu, duyu muayenesi doğaldı. Rutin kan tetkikleri, vaskülit tetkikleri, transtorasik ekokardiyografi, ritim holter tetkikleri, DWI-MR, kraniyal BT, MR beyin venografi, kontrastlı beyin-servikal-torakal MR, VEP tetkikleri yapıldı. Rutin kan tetkiklerinde PLT:460 bin, vitamin B12 :130, LDL:145' di.Vitamin B12 replasman tedavisi başlandı. Transtorasik ekokardiyografisinde EF:%60'dı. Kalp boşluklarında trombüs izlenmedi. Transözefageal EKO çektirilmesi planlandı. Hastaya çektirilen kontrastlı beyin-servikal-torakal MR' da demiyelinizan lezyon görülmemişti. MR venografisinde sinüs trombozu lehine bulgu saptanmadı. Hastada ön planda aterosklerotik zeminde (20 paket/yıl sigara kullanma öyküsü ve oral kontraseptif kullanımı öyküsü mevcuttu) gelişen iskemik inme düşünüldü. Kliniğimizde çekilen ilk DWI-MR' da iskemi lehine görüntü saptanmamıştı. Ancak üç gün sonra tekrar çektirilen beyin sapı ince kesitli 3 Tesla MR'da ponsta mediyal longitüdinal fasikül (MLF) tutulumu ile uyumlu internükleer oftalmopleji (İNO) yapabilecek noktasal lezyon görüldü. Biz İNO kliniği ile bize başvuran genç hastada ilk olarak demiyelinizan patoloji düşünmüştük. İlk değerlendirmede MR'da lezyon göremeyince klinik izole sendrom olabileceğini düşündük. Ancak üç gün sonra çektirilen beyin sapı ince kesitli 3 Tesla MR'da İNO kliniğini açıklayan lezyonun görülmesiyle düşüncelerimiz vasküler patoloji lehine ağırlık kazandı. Tedavisini bu yönde planladık. Takibinde ek bir şikayet gelişmedi.

EP - 52 KOLŞİSİN MİYOPATİSİ SONRASI GELİŞEN MAKROFAJ AKTİVASYON SENDROMU OLGUSU

NUR DİLARA ÇAĞMAN [1], ŞADİYE GÜMÜŞYAYLA [1], ŞULE BİLEN [1]

[1] BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ
[2] BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[3] BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
İskelet kası birçok yapısal protein ve enerji yolağından oluştuğundan sistemik bozukluk ve ajandan etkilenebilir. Direkt miyotoksik ya da immünolojik etkileri nedeniyle inflamasyona bağlı kas hasarına neden olabilen birçok ajan, edinsel miyopati nedenidir. Biz kolşisin kullanımına bağlı miyopatisi olan hastanın takibi sırasında makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) geliştiren bir olgunun yönetimindeki zorluklara dikkat çekerek literatüre katkı sunmak istedik.

Olgu:
65 yaşında erkek hasta, 1 yıl önce başlayan alt ekstremitelerinde daha belirgin olmak üzere ilerleyici kas güçsüzlüğü nedeni ile kliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde ailesel akdeniz ateşi nedeniyle 25 yıldır kolşisin kullandığı öğrenildi. Nörolojik muayenesinde tetraparezisi mevcuttu. Elektomiyografisinde primer kas lifi tutulumu vardı. Laboratuvar bulgularında CK'sı normaldi. Miyopati açısından yapılan tetkikler negatif olarak sonuçlandı ve hastada kolşisine bağlı toksik miyopati düşünüldü. Kolşisin azaltılıp kesildi, parezisinde bir miktar düzelme izlendi. Takibinde karaciğer enzimlerinde ve akut faz reaktanlarındaki yükseklik arttı, pansitopeni ve dirençli hiponatremi gelişti. Oksijen ihtiyacı artan, vazopressör ihtiyacı gelişen hasta yoğun bakıma devredildi. Bu süreçte çoklu antibiyoterapiye rağmen AFR'leri progresif artan hasta için romatoloji MAS düşündü.

Sonuç:
Miyopati ile gelen bir hastada direkt bir ajanı sorumlu tutmadan önce endokrin-metabolik nedenler, mitokondrial disfonksiyon, infeksiyöz-inflamatuar miyozitler, paraneoplastik sendromlar, bağ doku bozuklukları, amiloidoz ve sarkoidoz gibi romatolojik nedenler iyi analiz edilmeli gereğinde kas biyopsisi planlanmalıdır. Kolşisine bağlı miyopati ile takip ettiğimiz olgumuzun hiperferritinemi, hipertrigliseridemi, pansitopeni, multiorgan yetmezliği, akut faz reaktan yüksekliği gibi MAS kriterlerini karşıladığı görüldü . Altta yatan romatolojik bir hastalığı ve bunun tedavisinde kullanılan miyotoksik ajana bağlı miyopati ardından MAS gelişen bu olguyu paylaşarak bu hastaların tanı ve yönetimindeki zorluğa dikkat çekmek istedik.

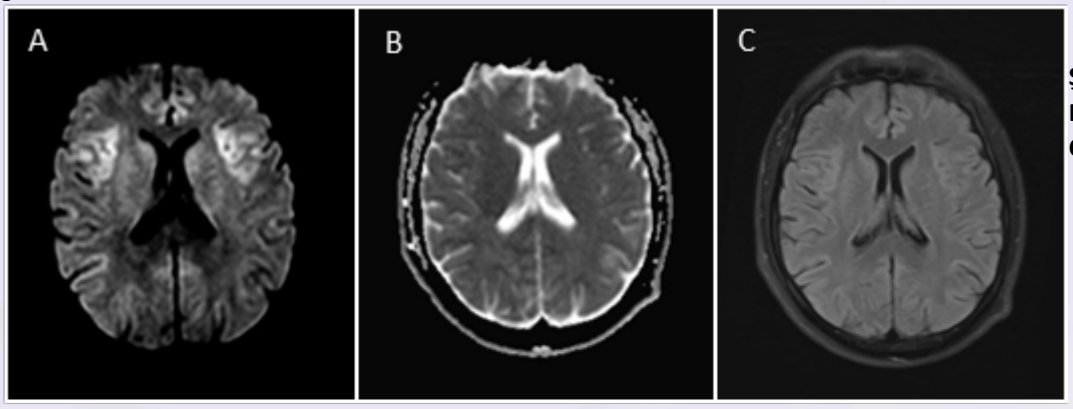
EP - 53 ELEKTRİK TRAVMALI OLGU: NÖROLOJİK BULGULAR VE PROGNOZ

NURULLAH ÖZCAN , HAZAL ÇAĞMAN , TUBA CERRAHOĞLU ŞİRİN , GENÇER GENÇ , SERPİL BULUT

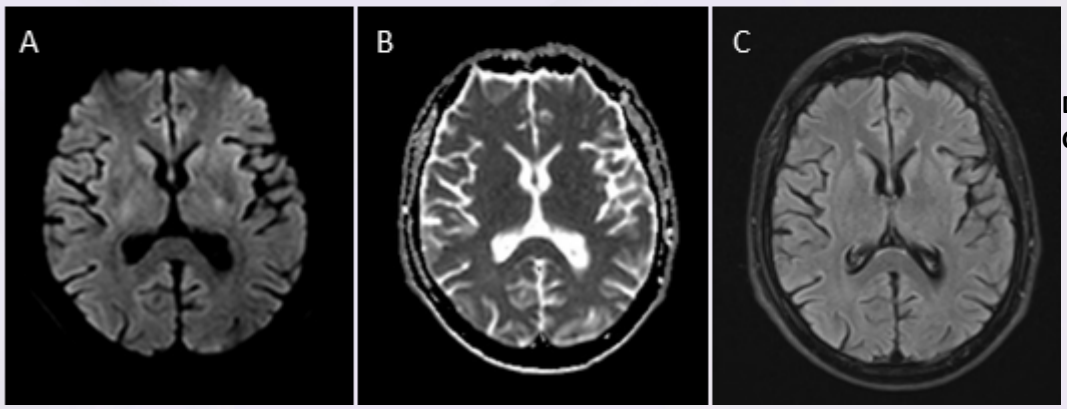
ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Elektrik travmaları, özellikle düşük-gelirli ülkelerde, hafif hasardan yaşamı tehdit edici multiorgan yetmezliğine kadar çeşitli tablolarda, sağlık problemi olmaya devam etmektedir. Yüksek voltajlı elektrik travması, lokal doku hasarının yanı sıra nörolojik hasar ve kardiyovasküler hasara da neden olabilir. Tromboza yatkınlık yanı sıra epilepsi, anormal istemsiz hareketler, baş ağrısı, ve periferik nöropati riskinde artış ile ilişkilidir. Elektrik travmalı olgumuz üzerinden nörolojik bulgulara ve altta yatan mekanizmaya dikkat çekmek istedik.

Olgu:
36 yaş erkek hasta, yüksek voltajlı elektrik travması sonrası gelişen kardiak arreste sağlık profesyonelleri tarafınca başarılı şekilde CPR ile müdahale edilmişti. Her iki el 1. Parmak proksimal kısımlarda elektrik yanığı mevcuttu. Akımın sağdan girdiği soldan çıktığı düşünüldü. Hasta uyanık, reaksiyon süresi uzun, verbal çıktı tekli ve nadir ve sol üst ve alt ekstremitelerde erken dönemde spastisite gelişen triparezi tespit edildi. Sistemik bakılarında patoloji izlenmedi. Difüzyon MRG'de temporal ve frontal alanda ADC karşılığı olmayan fokal kortikal hiperintensiteler izlendi (Şekil 1). EEG'de yaygın organizasyon bozukluğu saptandı. EMG normaldi. Yatışının 13. gününde sol brakial arter trombozu gelişti. Warfarin ile tedavi edildi. Kısmi şifa ile taburcu edildi. İzlemde 1.5 ay sonra destekli mobilize olduğu ve kontrol MRG'de lezyonların tam gerilediği (Şekil 2), 2. ayında desteksiz mobilize olduğu görüldü.



Şekil 1: A: DWI, B: ADC C: FLAIR



Şekil 2: A: DWI, B: ADC C: FLAIR

Tartışma:

Elektrik travmasında doğrudan hasarın akım şiddeti ile ilişkili olduğu ve tromboksan A2 salınımını arttırarak mikrosürkulasyonda vazokonstrüksiyon ve tromboz ile progresif doku hasarına neden olduğu öne sürülmüştür. Parsiyel veya tam damar oklüzyonu olay anında veya gecikmiş olarak görülebilir, bu nedenle olgumuzda da olduğu gibi erken dönem beyin hasarı yanı sıra gecikmiş tromboz ortaya çıkabilir. MRG lezyonları gerileyen ve klinik düzelme görülen olgumuz temelinde sistemik komplikasyonların yakın takibi ve tedavisiyle hastaların iyi seyirli olabileceği görülmektedir.

EP - 54 ENDOVASKÜLER YABANCI CİSİM İLİŞKİLİ ALERJİK VASKÜLİT: OLGU SUNUMU

OZAN EZER , TAHA BURAK AYAZ , BURCU CENGİ , TUNCAY GÜNDÜZ , MURAT KÜRTÜNCÜ

NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

Giriş:
Endovasküler girişimlerin yaygınlaşmasından sonra intrakranyal damarlara koil ve stent yerleştirilmesi giderek daha sık uygulanmaktadır. Genel olarak güvenli olan bu işlem sonrasında, nadiren ciddi ve geri dönüşümsüz yan etkiler izlenebilmektedir. Bu yan etkilerden biri de yabancı cisim ilişkili alerjik vaskülitlerdir. Bu bildiride intrakranyal anevrizmaya koil embolizasyonu ve stentleme sonrasında gelişen yabancı cisim ilişkili alerjik vaskülit gelişen bir olgu sunulacaktır.

Olgu:
Elli yedi yaşında nikel alerjisi olan kadın hastanın başvurusundan 10 yıl önce sol orta serebral arter (MCA) bifurkasyon düzeyinde sakküler anevrizması için endovasküler koilleme işlemi uygulandığı ve işlemden yaklaşık iki hafta sonra görsel illüzyon ve oksipital nöbetlerinin başladığı öğrenildi. Hastanın o dönemde yapılan beyin MRG'sinde sol oksipital bölgede inflamatuvar natürde bir lezyon ortaya çıktığı ve beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde oligoklonal band incelemesinin pozitif olması üzerine, kısa süre steroid tedavisi verildiği, bu tedavi ile hastanın radyolojik bulgularının gerilediği ve yakınmalarının düzeldiği anlaşıldı. Bu olaydan sekiz yıl sonra sol internal karotid arter suprakavernöz segment anevrizması için akım çevirici stent uygulanan hastanın işlem sonrası birinci ayda epileptik nöbet geçirdiği öğrenildi. Bunun üzerine yapılan beyin MRG incelemesinde sol MCA sulama alanında yaygın, inflamatuvar natürde lezyonlar ortaya çıktığı ve hastaya yüksek doz metilprednizolon tedavisi ve antiepileptik tedavi verildiği ifade edildi. Bu tedavi altında klinik bulguları düzelen hastanın tedavisine mikofenolat mofetil ve oral steroid ile devam edildiği anlaşıldı. Steroid tedavi dozunun düşürülmesinden sonra sol MCA sulama alanında yeni lezyonların ortaya çıkması nedeniyle hasta servisimize yatırıldı. Yatışında yapılan incelemelerinde hastanın sistemik vaskülite ait incelemelerinin negatif olması ve BOS incelemelerinin normal saptanması üzerine hastada yabancı cisim ile ilişkili alerjik MSS vasküliti geliştiği düşünüldü. Mikofenolat tedavisinin kesilerek, siklofosfamid tedavisine geçilmesine karar verildi.

Tartışma:
Nikel alerjisi olan bireylerde endovasküler işlemlerde kullanılan stent ve koil gibi içinde nikel alaşımları bulunan maddelere alerjik yanıtlar ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca, kateterizasyon işlemi sırasında salınan hidrofilik polimer kaplı materyallerinin mikroembolisine bağlı granülomatöz yabancı cisim reaksiyonu da gelişebilmektedir. Bu nedenle, endovasküler işlemler öncesinde hastalarda nikel alerjisi sorgulanmalı, bu tür girişimler sonrasında ilgili arter sulama alanında yeni lezyonlar ortaya çıkan hastalarda yabancı cisim reaksiyonu ile ilişkili immünolojik süreçler akla getirilmelidir.

EP - 55 DEMANS HASTALARINDA POLİFARMASİNİN DÜŞME ÜZERİNE ETKİSİ

ÖZLEM TOTUK , ESRA NUR SANCAR , MERVE TÜRKKOL , FEYZULLAH YADİ , SENA AYŞE EMRE , ŞEVKİ ŞAHİN

SANCAKTEPE ŞEHİT PROF DR İLHAN VARANK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Demans yaşlı nüfusun artmasına bağlı olarak önemi giderek artan bir halk sağlığı sorunudur. Birden fazla kognitif fonksiyonun işlevsellik kaybına yol açacak şekilde progresif bozukluğu ile giden nörodejeneratif hastalıkların ana başlığıdır. Yaşın düşme üzerine etkileri olduğu gibi demans hastalığının da etkileri vardır ve normal popülasyona göre düşme riski artmıştır. Demans hastalarında tekrarlayan düşme, düşmeye bağlı morbidite ve mortalite normal popülasyona göre fazladır. Geriatrik popülasyonda kronik hastalıkların artması sebebiyle polifarmasi oldukça sık karşılaşılan bir durumdur. Polifarmasi, diğer adı ile çoklu ilaç kullanımı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından aynı anda çok sayıda(beş veya daha fazla)ilaç kullanımı olarak tanımlanmıştır. Polifarmasi hem ileri yaşta hem de demans hastalarında düşmeyi artırıcı nedenlerden bir tanesidir.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmamıza demans polikliniğine başvuran hastalar randomize olarak alınmıştır. Hastalara Morse Düşme Ölçeği dolduruldu, polifarmasi ölçütü olan beşten fazla ilaç kullanan hastalar belirlendi ve ilaç türleri alt tiplere (psikotropik, non-psikotropik) ayrıldı.

Bulgular:
Çalışmada toplanan verilerin analizinde tek değişkenli varyans analizi (ANOVA) kullanıldı. İstatistiksel analiz için toplam 102 hasta incelendi. Hastalar arasında nonpsikotrop ilaç kullanımı olan 32 hasta vardı.Psikotrop ilaç kullanımı olan 70 hastanın sayısal dağılımına göre: antidepresan 45, antipsikotik 10, antidepresan ve antipsikotik kullanım birlikteliği olan 15 hasta var idi. İlk hipotezimize göre psikotrop ilaç kullanımı ile düşme arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu. İkili karşılaştırmalara göre antipsikotik ilaç kullanımı (60,90±20,94) , antidepresan (39,53±22,96) ve antidepresan+antipsikotik ilaç kullanımı birlikteliğine göre (39,27±29,51) Morse düşme riski açısından daha riskli psikotrop ilaç grubu olarak görüldü. Ayrıca nonpsikotrop ilaçlar (36,50±25,94) psikotrop gruba göre düşme riski açısından daha az riskli bulundu. ANOVAdan elde edilen sonuçlara göre psikotrop ilaç kullanımının düşme üzerinde (Wilk's Lambda).(T2) = (6, 194) = 2,62, p <.05, η2 = .075) anlamlı etkisi bulunmuştur(F(3,98) = 2,58, p <.05, η2 = .073)

Sonuç:
Antidepresan ve antipsikotik birlikte kullanan hastalara göre tek başına antipsikotik kullanan hastalarda riskin yüksek olması, sayılarının görece az olmasında ya da antidepresan alanlarda antipsikotik dozunun daha düşük tutulması nedeniyle olabilir. Daha fazla sayıda hasta içeren çalışmalara ihtiyaç vardır. Demans hastalarında yaşa bağlı komorbidite çokluğu da göz önüne alınarak özellikle psikotrop olmak üzere ilaç seçiminde dikkatli olmak gerekmektedir.

EP - 56 BARİATRİK CERRAHİ SONRASI WERNİCKE ENSEFALOPATİ OLGUSU

RÜMEYSA PALTACI , DERYA ÖZDOĞRU , GÜLÇİN YENİCE , YUSUF TAMAM , ZÜLFİKAR ARLIER

SBÜ ADANA ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Wernicke ensefalopatisi (WE) tiamin (vitamin B1) eksikliğine bağlı olarak gelişen nöropsikiyatrik bir hastalıktır. Akut veya subakut başlayan oküler bulgular, ataksi ve konfüzyonla karakterizedir. Bazı hastalarda klasik bulguların bir arada bulunmaması veya koma gelişimi nedeniyle tanı koymada zorluk yaşanabilir. Nadir bir hastalık olmamakla birlikte tanıda gecikmeler yaşanabilmektedir. Bu nedenle bariatrik cerrahi sonrası uzun süren karın ağrıları ve halsizlik şikayetleri buna bağlı olarak oral alımda bozulma nedeni ile ortaya çıkan WE vakamızı sunmaya değer bulduk.

Olgu:
24 yaşında kadın hasta 1 hafta önce gözlerde kayma ara ara bulanık görme, çift görme ve 3-4 gün önce başlayan bacaklarda güçsüzlük, yürümede zorlanma şikayeti ile acil servise başvurmuş. Özgeçmişinde bilinen hipertansiyonu ve yaklaşık 2 ay önce bariatrik cerrahi öyküsü ve o dönemden beri oral alım kısıtlılığı, ara ara bulantı ve kusma yakınmaları ve halsizlik şikayetleri mevcuttu. Nörolojik sistem muayenesinde konjuge göz hareketlerinde bakış yönüne vuran nistagmus, sol gözde belirgin olmakla birlikte bilateral gözlerde içe deviasyon, alt ekstremite DTR ler hipoaktif ve ataksik yürüme mevcuttu. Laboratuvar değerlerinde trigliserid yüksekliği dışında anlamlı patolojiye rastlanılmadı. Kontrastlı serebral MR görüntülemede bilateral dorsomedial talamuslar düzeyinde 3. ventrikül ependimal yüzeylerine bitişik konumda simetrik silik sınırlı, T2 ve FLAIR hiperintens kontrast tutulumu göstermeyen sinyal patolojileri görüldü. Hastada yapılan incelemeler sonucunda Wernicke ensefalopati tanısı düşünülerek IV Tiamin 500mg/gün başlandı. 3 gün 500 mg İV tiamin tedavisi ile bakış paralizisinde belirgin düzelme ve nistagmusunda azalma oldu. Daha sonra tedavisine 5 gün Tiamin 100mg/gün İV ile devam edildi. Yapılan son nörolojik muayenesinde hafif ataksik yürüyüş dışında ek patoloji saptanmayan hasta oral tiamin tedavisi ile taburcu edildi.

Tartışma:
WE sıklıkla kronik alkolizme bağlı olarak görülmekle birlikte tiamin alım veya emilim eksikliğine neden olabilen gastrointestinal cerrahiler, uzun süreli açlık, uzun süreli kusma, kronik hemodiyaliz, total parenteral beslenme gibi durumlarla da ortaya çıkabilmektedir. WE klinik olarak tanısı konulan bir hastalıktır. WEde farklı derecelerde bilinç bulanıklığı, nöro-oftalmolojik semptomlar ve ataksiden oluşan klasik triad olguların yalnızca yaklaşık %16-38'inde mevcuttur. Bu nedenle malnutrisyonu olan hastalarda Wernicke ensefalopatisinden şüphe duymak ve nörogörüntülemelerden faydalanmak önemlidir.

EP - 57 C9ORF72 MUTASYONU İLE İLİŞKİLİ AMİYOTROFİK LATERAL SKLEROZ VE FRONTOTEMPORAL DEMANS BİRLİKTELİĞİ

SELVA ALTUNTOP ÖZGE ÖCEK PINAR ORTAN ÖZGE YILMAZ KÜSBECİ

[1] İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
[2] İZMİR MEDİCAL POİNT HASTANESİ

Giriş:
Amiyotrofik lateral skleroz (ALS) ve frontotemporal demans (FTD) farklı klinik seyirleri olmasına rağmen, her ikisi de kronik seyirli, progresif ve fatal sonlanımları olan nörodejeneratif hastalıklardır. 2011 yılında C9orf72 geninin kodlama yapılmayan bölgesindeki GGGGCC intronik hekzanükleotid tekrar genişlemelerinin FTD ve ALS birlikteliğine neden olduğunun bulunması ile bu iki hastalığın birbirleri ile olan ilişkileri güçlenmiştir. Nadir görülmesi nedeniyle C9orf72 mutasyonu saptadığımız olgumuzu sunmak istedik.

Olgu:
Özgeçmişinde hipertansiyon tanısı olan, soygeçmişinde özelliği bulunmayan, 58 yaşındaki erkek hasta, 2 yıldır unutkanlık, aşırı para harcama şikayetleri ile başvurdu. Nörolojik muayenesinde; bilinci açıktı, kooperasyonu ve oryantasyonu kısıtlıydı, kraniyal sinir bakısı olağandı, lateralizan defisiti yoktu, bilateral interosseöz, tenar, deltoid, trapez ve gastroknemius kaslarında atrofi mevcuttu, bilateral üst ekstremite proksimal kaslarında fasikülasyonlar izlendi. Babinski kanıtı bilateral ekstansördü. Myerson bulgusu pozitifti. Bradikinezisi ve sağda rijiditesi vardı. Kranial görüntülemesinde bilateral frontotemporal atrofisi olduğu görüldü. Sinir iletim çalışması normal iken, iğne elektromiyografisinde yaygın ön boynuz motor nöron etkilenmesi lehine bulgular saptandı. Kognitif değerlendirmesinde mini mental testi 9/30 ve frontal değerlendirme bataryası 0/18 bulundu. Elektroensefalografisi normaldi. İncelemelerinde demans bulguları, birinci ve ikinci motor nöron tutuluşunun bir arada saptanması nedeniyle FTD ve ALS birlikteliği düşünüldü. Genetik incelemesinde C9orf72 pozitifliği saptanan hastaya riluzol başlandı. Takibinde klinik tablosu hızlı progrese olan hasta ikinci ayında exitus oldu.

Tartışma:
C9orf72 genetik varyantı TDP43 inklüzyonlarının birikimine neden olarak ALS ve FTD gelişimindeki ortak yolu oluşturmaktadır. Sporadik ALS olgularının %7'sinde, ailesel ALS olgularının ise %43'inde pozitif bulunmuştur. Hastamızda da olduğu gibi parkinsonizm gibi hareket bozuklukları saptanabilir.

Sonuç:
C9orf72 ilişkili FTD ve ALS birlikteliği konusundaki literatür bilgilerimizin artması gelecekte yeni tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine yardımcı olacaktır.

EP - 58 UZUN SEGMENT TRANSVERS MİYELİT OLARAK PREZENTE OLAN SPİNAL KORD GLİOMU: OLGU SUNUMU

ÇAĞATAY ÇOPUR , DUYGU ENGEZ , CANSU KOSTAKOĞLU , SEMRA MUNGAN

SBÜ ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Uzun segment transvers miyelit (LETM), spinal kordda 3 veya daha fazla segmenti tutan, lezyon seviyesinin altında parezi, seviye veren duyu kusuru ve otonomik disfonksiyon bulguları gösteren inflamatuar demiyelinizan hastalıktır.1 Genç erişkinlerde LETM görülmesi Nöromiyelitis Optika Spektrum Bozukluğu (NMOSD) veya Miyelin Oligodendrosit Glikoprotein Antikoru İlişkili Hastalık (MOGAD) şüphesi uyandırmaktadır. Ayırıcı tanılarda spinal kord malignansileri de yer almalıdır.

Vaka:
26 yaşında erkek hasta, 4 ay önce sağ tarafta belirgin olmak üzere her iki bacağında güçsüzlük şikayeti başlamış. Dış merkez Torakal MR'ında demiyelinizan ve inflamatuar süreçler açısından şüpheli lezyonlar izlenen hastaya BOS incelemesi yapılmış ve 10 gün 1 gr pulse steroid tedavisi verilmiş olup şikayetlerinin devam etmesi üzerine hasta kliniğimize başvurdu. Nörolojik muayenesinde sağ alt ekstremite 3/5 motor kuvvette, sağ alt ekstremitede T8 seviyesi altında hipoestezi vardı. Kontrastlı spinal MR'ında C5-Th4 düzeylerinde ekspanse intramedüller lezyon, Th3 düzeyinde intramedüller nodüler kontrastlanma gösteren lezyon, Th7-Th9 düzeylerinde intramedüller lezyon izlendi. Öncelikli olarak miyelit lehine yorumlandı ancak intramedüller neoplaziler ekarte edilemedi. Yaptığımız BOS incelemesinde total protein ve albümin yüksekti. Sitolojide malignite lehine bulgu saptanmadı. NMO antikorları, oligoklonal bant, enfektif parametreler negatif izlendi. Hastanın kliniği, radyolojik ve laboratuvar bulguları, metil prednizolon tedavisine yanıtsızlık ile beraber değerlendirildiğinde tarafımızca miyelit düşünülmedi. Hasta hastanemizin tümör konseyinde değerlendirildi. Beyin ve sinir cerrahisi tarafından Th3 seviyesindeki lezyondan biyopsi alındı. Biyopsi örneğinin patolojisinde H3K27 değişimli DSÖ derece 4 diffüz orta hat gliomu tanısı aldı.

Sonuç:
Spinal kord tümörleri her ne kadar nadir olarak görülseler de morbiditesinin yüksek olması ve direkt tedavi seçeneğinin olması nedeniyle LETM ile başvuran genç erişkinlerde ayırıcı tanıda ele alınmalıdır.

EP - 59 İNSAN İMMÜN YETMEZLİK VİRUSUYLA ENFEKTE OLGULARDA SANTRAL SİNİR SİSTEMİ FIRSATÇI ENFEKSİYONLARI

ESRA NUR SANCAR [1], ASLIHAN AYŞE BÜBER [2], GÖZDE BARAN [1], GÜLDENİZ ÇETİN ERCİ [1], FATMA YILMAZ KARADAĞ [2], DERYA ÖZTÜRK ENGİN [2], SERKAN DEMİR [1], ŞEVKİ ŞAHİN [1]

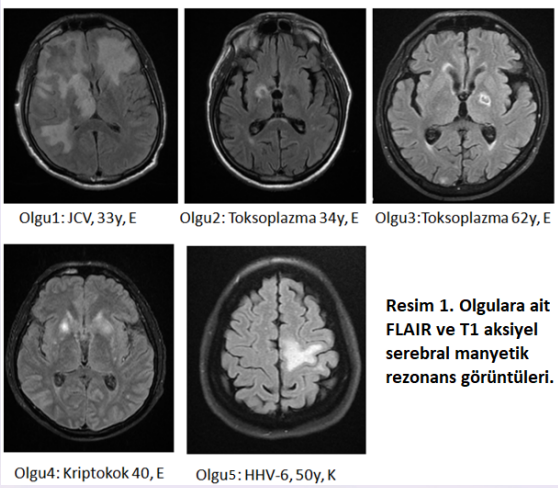
[1] SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ŞEHİT PROF. DR İLHAN VARANK E.A.H. NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ŞEHİT PROF. DR İLHAN VARANK E.A.H. ENFEKSİYON HASTALIKLARI VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
HIV (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü) enfeksiyonu günümüzde antiretroviral tedaviler sonrası daha iyi kontrol edilebilse de araya giren fırsatçı enfeksiyonlar hala hastaların prognozunu kötü yönde etkilemektedir. HIV + olguların profilini bilmek, santral sinir sistemi (SSS) fırsatçı enfeksiyonlarının tutulumunun kliniğini ve serebral tutulum paternini bilmek erken tanı için yararlı olabilir.

Metot:
Ocak 2022-Ekim 2023 arasında HIV enfeksiyonu tanısı konulan hastalardan SSS etkilenimi saptananlar retrospektif olarak incelenmiştir.

Olgular:
Toplam 102 olgunun beşinde 'kesinleşmiş' izole SSS enfeksiyonu saptanmıştır. Hastaların yaş ortalaması 44.5 yıl, olup cinsiyet dağılımı; 4 erkek, 1kadındır. İlk olguda hemiparezi gelişmiş, serebral biyopsi ve plazma titereleri ile onaylanmış John Cunningham virüs (JCV) kaynaklı progresif multifokal lökoensefalopati (PML)tanısı konulmuştur. İkinci ve üçüncü olgularada parkinsonizm nedeni olarak toksoplazma ensefaliti saptanmıştır. Dördüncü olguda dizartri ve tipik nodüler lezyonları ile kriptokok tutulumu saptanmıştır. Beşinci olguda ataksik hemiparazi araştırılırken Human herpesvirüs-6 (HHV-6) ensefaliti tanısı konulmuştur. Olgulara ait demografik, klinik ve radyolojik bilgilerin ayrıntıları **Tablo-1**'de, radyolojik görüntülemeler ise **Resim-1'**de gösterilmiştir.

Sonuç ve Tartışma:
HIV enfeksiyonlu olgularımızda literatür ile paralel olarak, sık görülen serebral fırsatçı enfeksiyonlardan; PML, serebral toksoplazmoz ve kriptokok enfeksiyonları saptanmıştır. HIV pozitif olgularda sık rapor edilen sitomegalovirüs enfeksiyonuna bizim serimizde rastlanmamış ancak son yıllarda aynı aileden gelen bir HHV-6 olgusu saptanmıştır. Kriptokok ensefaliti olgusu tipik nodüler lezyonları ile, toksoplazma olguları ise özellikle bazal ganglion çevresi halkasal lezyonları ile klinik tanımıza ışık tutmuştur. Çok merkezli ileri çalışmalar gereklidir.



Resim 1. Olgulara ait FLAIR ve T1 aksiyel serebral manyetik rezonans görüntüleri.

	Yaş	Cinsiyet	HIV tanısı süresi	Fırsatçı patojen	MRG Bulguları	Nörolojik Tablo
Olgu 1	33	Erkek	5 ay	JCV	Frontoparietal alanda korpus kallozumdan karşı frontale yayılan lezyon	Hemihipoestezi, hemiparezi, davranış değişiklikleri
Olgu 2	48	Erkek	6 yıl	Toxoplasma	Bazal ganglion ve talamusu içeren lezyon	Parkinsonizm
Olgu 3	62	Erkek	6 ay	Toxoplasma	Bazal ganglion lezyonu	Parkinsonizm
Olgu 4	40	Erkek	Eşzamanlı	Kriptokok	Parietal lobda lezyon	Dizarti, dezoryantasyon
Olgu 5	50	Kadın	4 sene	HHV-6	Santral sulkus komşuluğunda lezyon	Ataksik hemiparazi

Tablo 1. Olgulara ait demografik, klinik ve radyolojik bilgiler.

EP - 60 İNTRALUMİNAL İNTERNAL KAROTİS ARTER TROMBÜSLERİNDE FARKLI TEDAVİ YAKLAŞIMLARI: 3 OLGU SUNUMU VE LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

ŞEYMA BENLİ , RECEP BAYDEMİR

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
İskemik inmeli hastalarda arkus itibaren vasküler görüntülemenin rutin kullanımı, ekstra ve intrakranyal arterlerdeki intralüminal trombüsün (İLT) daha fazla tanınmasını sağlamıştır. Kateter anjiyografisine dayalı çalışmalar, İLT prevalansının %0,4 ile %1,5 arasında değiştiğini bildirmiştir. İleri derecede karotis stenozu varlığında İLT prevalansı daha da yüksektir. İLT tedavisi kanıtlanmış stratejilerin (medikal veya cerrahi) bulunmaması nedeniyle terapötik bir zorluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Literatürde İLT'ye müdahale konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. Bu çalışmada 3 farklı yöntemle tedavi edilen 3 ayrı karotis trombüslü hastalarımızı sunuyoruz.

Olgu 1:
70 yaşında erkek hasta sağ parestezi ve konuşma bozukluğu nedeniyle farklı merkezde acile başvuyor. Çekilen difüzyon manyetik rezonans görüntülemede (MRG) sol kortikal infarkt alanları izlenmiş. Hasta aspirin ve klopidogrel tedavisi ile tam remisyon ile kendi rızası sonucu taburcu olmuş. Taburculuktan 9 gün sonrasında motor afazi, sağ alt ekstremite kas gücü 3-4/5, sağ üst ekstremite 1-2/5 kas gücü ile tekrar acil servide başvuruyor (NIHSS:12). Hastaya yapılan bilgisayarlı tomoğrafi anjiografide (BTA) sol internal karotis arterde (İKA) ciddi darlık izlendi. Orta serebral arter (MCA) ana dalları açıktı. Hastaya dijital substraksiyon anjiyografi (DSA)'ya alındı. DSA'da sol İKA'da uzun trombüs izlendi. İşlem sırasında intraarteryal heparin tedavisi uygulanıp distal koruma filtresi açılarak trombüs bulunan darlık bölgesine stent yerleştirildi. Klopidogrel ve düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) ile NIHSS 6 olarak taburcu edildi.
Olgu 2:
68 yaşında erkek hasta başka merkeze yaklaşık 4 saat içinde düzelen sol hemiparezi şikayeti ile başvuruyor. Difüzyon MRG'da kortikal infarkt alanları izleniyor. Dış merkezde yapılan karotis doppler ultrasonoğrafi (USG)'de sağ İKA'da kritik darlık ve hareketli trombüs saptanıyor. Hasta tarafımıza sevk edildi. Gelişinde nörolojik muayenesi normaldi.Klopidogrel ve DMAH tedavileri başlanarak ertesi gün DSA'ya alındı. DSA'da internal karotis arter servikal segmentinde uzun segment ciddi darlık ve darlık distalinde hareketli trombüs izlendi. DSA sonucunda hastaya endarterektomi kararı verildi. Cerrahi sonrası hasta modifiye rankin skoru (MRS) 0 olarak taburcu edilidi.
Olgu 3:
67 yaşında erkek hasta sağ hemiparezi ile acil servisimize başvurdu. NIHSS skoru 14 olarak değerlendirildi. Çekilen BTA'da sol M1 oklüde olarak saptandı. Trombektomi amacıyla acil anjiyoya alındı. Alınan DSA görüntülerinde sol İKA'da darlık ve trombüs izlendi. Ayrıca sol orta serebral arter M1segmenti oklüde olarak görüldü. Orta serebral arterde tam rekanalizasyon sağlandı (TICI 2c). Masada belirgin kuvvet kazancı saptandı. Kontrol kontrast görüntülerde internal karotis arterde darlık ve darlık distalinde trombüs görüldü. Hasta rekanalizasyon sonrası tama yakın fayda görmesi nedeniyle elektif stent planlanarak işlem sonlandırıldı. Klopidogrel ve DMAH tedavisi ile devam edilerek 10 gün sonra hasta tekrar anjiyoya alındı. Görüntülerde trombüsün tamamen rezorbe olduğu görüldü. Darlık bölgesine stent yerleştirildi. İkinci ay MRS 1 olarak kontrole geldi.

Tartışma:
İLT tedavisi ile ilgili olarak literatürde sadece medikal tedavi, erken veya geç karotis revaskülarizasyon, medikal tedavi ile başlanarak ertelenmiş karotis revaskülarizasyon şeklinde farklı tedavi protokolleri ile ilgili küçük vaka serileri mevcuttur. Çalışmamızda ilk olgumuza akut dönemde erken karotis stentleme, ikinci olgumuza erken dönemde karotis endarteroktomi, üçüncü olgumuzda ise akut dönemde mekanik trombektomi ve medikal tedavi uygulanarak ertelenmiş revaskülarizasyon yapılmıştır. 3 olgumuzda da hem perioperatif hem de uzun dönem komplikasyon izlenmemiş olup prognozları iyi seyretmiştir. Çalışmamız hasta bazında düşünüldüğünde uygun seçilmiş karotis trombüslü kişilere karotis revaskülarizasyonunun etkili ve güvenli bir tedavi seçeneği olduğunu göstermektedir. İLT'ye yaklaşımda karotis revaskülarizasyonun uygun kriterlerinin ve tedavi süresinin belirlenmesi açısından daha geniş randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

EP - 61 6 ŞUBAT 2023 DEPREMİ SONRASI UZAK BİR MERKEZ OLARAK İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE SEVKEDİLEN HASTALARDA EMG DENEYİMİ

AYSEL ÇOBAN TAŞKIN , EBRU BÖLÜK , TUĞBA GÜLER , UFUK ŞENER

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
6 Şubat 2023'te ülkemizde iki büyük deprem yaşandı. Depremler sonucunda resmi rakamlara göre en az 50 bin 783 kişi hayatını kaybetti ve 122 binden fazla kişi ise yaralandı.Bu çalışma ile 6 Şubat depremi sonrası İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği Elektromiyografi (EMG) laboratuvarına, periferik sinir hasarlanması ön tanısı ile gönderilen, çocuk ve erişkin hastalara ait demografik veri, klinik ve muayene özellikleri ile EMG bulgularını derledik.

Gereç ve Yöntem:
Şubat- Temmuz 2023 tarihleri arasında periferik sinir hasarı ön tanısıyla EMG laboratuvarına yönlendirilen çocuk ve erişkin hastalara ait demografik veri, klinik ve muayene özellikleri ile EMG bulguları incelendi.

Bulgular:
Şubat- Temmuz 2023 tarihlerinde EMG laboratuvarına yaşları 3 ile 62 arasında değişen, yaş ortalaması 22,1 olan 45 hasta başvurdu. Hastaların 3' ü deprem sırasında kaçmaya çalışırken yüksekten atlama sonucu yaralanmıştı. Diğer hastalarda enkaz altında kalma süresi 2 ile 105 saat arasında ve ortalama 22 saatti. Laboratuvarımızdaki ilk EMG incelemesi yaralanmadan sonra ortalama ilk 32,13 günde yapılmıştı. 6 hastaya en az 2 takip EMG incelemesi yapılabilmişti. Hastaların yakınmaları olan ve travmaya uğradıkları taraflar arasında belirgin farklılık gözlenmedi, %89'unda bir periferik sinir ya da pleksus hasarını düşündüren elektrofizyolojik bulgular saptanırken, %11' inde inceleme normal sınırlardaydı. Aynı anda birden fazla periferik sinir ya da pleksus hasarı oranı ise % 22' ydi (10 hasta).

Sonuç:
Elektromiyografi (EMG) incelemesi , travmatik periferik sinir yaralanmaları sonrasında sıklıkla başvurulan tanı yöntemlerindendir. Ülkemizin 11 ilini etkileyen iki büyük deprem sonrası kurtulan hastalardan travmatik periferik sinir yaralanması ön tanısıyla bölgeye uzak bir merkez olan kliniğimize yönlendirilen hastalardan elde edilen EMG veri ve laboratuar deneyimleri paylaşılmıştır.

EP - 62 HERPES SİMPLEKS VİRÜS TİP-1 ENFEKSİYONUNA BAĞLI TRANSVERS MİYELİT: OLGU SUNUMU

YAĞMUR ÖZDEN , MUSTAFA AÇIKGÖZ , ULUFER ÇELEBİ , ESRA ACIMAN DEMİREL , KÜBRA ALTINER , HÜSEYİN TUĞRUL ATASOY

ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Transvers miyelit; motor, duysal ve/veya otonom semptom ve bulgularla ortaya çıkan, spinal kordun akut/subakut inflamasyonudur. İdiyopatik olabileceği gibi inflamatuar, demiyelinizan veya enfeksiyöz süreçler nedeni ile de ortaya çıkabilir. Viral enfeksiyonlar transvers miyelitin nadir nedenlerindendir.

Olgu:
Yetmiş iki yaşında kadın hasta, bir haftadır idrar kaçırma ve yürüme güçlüğü olması ile tarafımıza başvurdu. Geliş nörolojik muayenesinde; alt ekstremitelerde kas gücü 3/5 idi ve derin tendon refleksleri yaygın olarak hipoaktifti, T5 seviyesinin altında bilateral seviye veren duyu kusuru saptandı. Hastanın elektromiyografisi normaldi. Çekilen beyin MR'ı normaldi. Spinal MR'da T5-9 aralığında, ekspansiyon gösteren, T2 ağırlıklı görüntülerde sinyal artışı ve T1 ağırlıklı görüntülerde kontrast madde tutulumu olan lezyon izlendi. Lomber ponksiyon(LP) yapılamadı ve tekrarlanması hasta tarafından reddedildi. Vaskülit belirteçleri negatifti. Brucella, borrelia, sifiliz testleri negatifti. Nöromiyelitis optika ve MOG antikorları negatifti. Hastaya on gün 1gr/gün metil-prednizolon tedavisi uygulandı. Ardından oral metil-prednizolon 1 mg /kg /gün idame edildi. Tedaviye yanıt alınamadı ve yedi seans plazmaferez tedavisi uygulandı. Hastada plazmaferez sonrasında klinik gerileme gözlendi. Kontrol spinal MR'ında lezyonun genişlediği ve T2-L1 seviyeleri arasına ilerlediği görüldü. Hastaya LP yapıldı. BOS'ta Herpes Simpleks Virüs (HSV) Tip-1 PCR pozitif olan hastaya asiklovir tedavisi başlandı ve 14 güne tamamlandı. Ancak yine düzelme olmadı bunun üzerine 5 gün IVIG tedavisi verildi. Klinik olarak yine düzelme izlenmedi ve hasta rehabilitasyon programına alınarak taburcu edildi.

Sonuç:
Transvers miyelit etyolojisinde HSV Tip-1 enfeksiyonu mutlaka araştırılmalıdır. HSV Tip-1 enfeksiyonuna sekonder gelişen transvers miyelitte vakaların çoğunda tedaviye yanıt kötüdür.

EP - 63 COVID-19 İLE TETİKLENEN AKUT NEKROTİZAN ENSEFALOPATİ İLE İLİŞKİLİ RANBP2 MUTASYONU

SENA AYŞE EMRE , ESRA NUR SANCAR , GÜLDENİZ ÇETİN ERCİ , GÖZDE BARAN , ÖZDEM ERTÜRK ÇETİN , ŞEVKİ ŞAHİN

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ŞEHİT PROF. DR İLHAN VARANK E.A.H. NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
Akut nekrotizan ensefalopati (ANE) genellikle viral enfeksiyonlar sonrası özellikle infantil dönemde ortaya çıkan nadir görülen bir ensefalopatidir. Görüntülemesi; bilateral talamus etkilenimi, beyin sapı, serebellumda ak maddeyi içeren simetrik, multifokal lezyonlar ile karakterizedir. ANE nadir görülmekle beraber, sporadik vakaların RANBP2 mutasyonu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Burada, COVID-19 enfeksiyonu sırasında atipik özelliklileri nedeniyle istenen genetik analizde RANBP2 mutasyonu saptanan bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Öncesinde sağlıklı, COVID-19 aşısı olmamış, 32 yaş erkek hasta acile şuurun etkilendiği bilateral tonik klonik nöbet nedeniyle getirildi. Hastanın COVID-19 PCR testi pozitif geldi. Akciğerde infiltrasyon izlenmedi. D-dimer 750 ng/dl, CRP 140 mg/L saptandı. Nörolojik bakıda; bilinç konfüze, reaksiyon zamanı uzun ve piramidal dizartri mevcuttu. Diffüzyon manyetik rezonans görüntülemede (MRG); bilateral talamik bölgede ADC karşılığı olan lezyonlar görüldü. Hastanın EEG'sinde frontal bölgelerde hakim 1-2 sn süreli teta paroksizmleri mevcuttu. Lomber ponksiyonda; mikroprotein 2.49 µg saptandı ve hücre izlenmedi. Levetirasetam 1500 mg/gün başlana hastada ANE düşünülerek 1000 mg IV metilprednizolon yedi gün süreyle verildi. Onbeş gün sonra sekelsiz taburcu edilen hastanın gen analizinde RANBP2 geninde Thr585Met mutasyonu saptandı. Hastanın anne babası akraba değildi. Ancak kendi akraba evliliği yaptığıdan çocukları için genetik danışmanlık önerildi.

Sonuç ve Tartışma:
Olgumuz RANBP2 mutasyonlu bireylerde erişkin yaşta da ANE geliştirebileceğine işaret eden COVID-19 ile ilişkilendirilmiş literatürdeki nadir örneklerden biridir. Bu mutasyona sahip bireylerin enfeksiyonun tetiklediği ANE geçirme olasılıkları ve aşılanmaları konusunda bilgilendirilmeleri önemli olup, klinisyenlerin özellikle simetrik MR lezyonlu para-post ensefalopatili olgularda RANBP2 mutasyonunun araştırmaları bu konudaki bilgilerimizi arttıracaktır.

EP - 65 İNME GEÇİREN HASTALARDA TROMBOFİLİ İLE İLİŞKİLİ GENETİK POLİMORFİZMLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

AHMET BUĞRUL [1], OSMAN SERHAT TOKGÖZ [2], MUKADDES RÜVEYDAGÜL CERAN [2], EMİNE GÖKTAŞ [3], AYŞE GÜL ZAMANİ [3], MAHMUT SELMAN YILDIRIM [3]

[1] *ADIYAMAN BESNİ DEVLET HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ*
[2] *NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[3] *NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ GENETİK ANABİLİM DALI*

Amaç:
İnme dünya genelinde en sık ikinci mortalite sebebidir. Gelişmiş teknolojik tarama yöntemlerine rağmen inmenin etiyolojik nedenleri hala tam aydınlatılamamıştır. Nedeni bilinmeyen inmelerde genetik polimorfizmlerin katkısı giderek önem kazanmaktadır. Bu çalışma iskemik inme ile trombofili ile ilişkili genetik polimorfizmlerin ilişkisini incelemeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya bir üniversite hastanesi nöroloji kliniğine, 2019-2022 yılları arasında iskemik inme tanısı ile izlenen akut veya kronik dönemde olan 200 hasta ve iskemik inme tanısı olmayan 90 bireyden oluşan kontrol grubu alınmıştır. 18 yaş ve altı, yetersiz veri nedeni ile etiyolojik tiplendirme yapılamayan hastalar ve genetik çalışma için onam alınamayan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Elde edilen komorbidite, demografik, klinik ve radyolojik veriler kendi aralarında ve kontrol grubu ile karşılaştırıldı.

Bulgular:
Çalışmaya alınan 200 inme hastasının %43,5'i kadın, yaş dağılımı 19-92 arası olup ortalaması 60,27 ± 13,3 idi. Kontrol grubunun %45,6'ü kadın, yaş aralığı 36-83 ortalaması 58,52±11,20 idi. Kontrol grubu ile hasta grup arasında yaş ve cinsiyet dağılımı açısından anlamlı fark yoktu. MTHFR A1298C CC genotipi resesif genetik modelde kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti ve çok değişkenli binary lojistik regresyon analizinde odds oranı 3,45 olarak saptandı ($p<0,05$). TOAST sınıflamasına göre Büyük damar aterosklerozunda Faktör XIII V34L ($p<0,005$ OR: 2,92 CI%95 1,3-6,5), Kardiyoembolik inme etiyolojisinde ITGB3 L33 ($p<0,05$ OR: 4,9 CI%95 1,06-22,9), Küçük damar hastalığında Faktör II G20210A ($p<0,05$ OR: 3,54 CI%95 1,02-12,25), Nedeni bilinmeyen etiyolojilerde MTHFR C677T ($p<0,05$ OR: 2,48 CI%95 1,01- 6,08), Diğer etiyolojiye sahip olan hastalarda ise NOS3 T-786C polimorfizmi daha yüksekti ($p< 0,05$ OR: 5,50 CI%95 1,13-26,59). İnme geçiren hastalarının %28,5'i inme öncesi COVID-19 geçirdiği %29,5'i Biontech ve %48,5'i Sinovac aşısı olduğu tespit edildi. COVID-19 enfeksiyonu ve aşı sonrası inme öyküsünün diğer inme grubuna göre gen polimorfizmleri açısından anlamlı bir farkı yoktu.

Sonuç:
Bu çalışmada iskemik inme hastalarında MTHFR A1298C CC genotipi bağımsız risk faktörü olarak saptanmıştır. Diğer trombofili ilişkili genler ile iskemik inme arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır.

EP - 66 TANDEM OKLUZYONU OLAN AKUT İSKEMİK İNMELİ HASTALARDA MEKANİK TROMBEKTOMİ VE KAROTİS ARTER STENTLEMENİN FONKSİYONEL VE GÜVENLİK SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

BİRGÜL DERE [1], BEDRİYE KARAMAN [1], RASİM TUNÇEL [1], AYŞE GÜLER [1], CELAL ÇINAR [2], HADİYE ŞİRİN [1]

[1] EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Tandem lezyonlar (TL) akut büyük damar okluzyonu olan inme olgularının %10-20'sini oluşturur. Mekanik trombektomi (MT), TLli hastalara fayda sağlamakla birlikte optimal yönetim ve prosedür stratejisi belirsizdir. Çalışmamızda TL'li akut inme olgularında MT sırasında karotid artere stent takılmasının (KAS), hemoraji oranlarını artırmadan iyi fonksiyonel sonlanımla ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmamıza akut iskemik inme tanısıyla başvuran ve TL saptandıktan sonra trombektomi işlemine alınıp Ege Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Yoğun Bakım'da izlenen 47 hasta dahil edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, kasık-rekanalizasyon süresi, KAS olup olmadığı, semptomatik intrakraniyal hemoraji (sICH) komplikasyonunun varlığı sorgulanmıştır. Prognoz değerlendirmesi çıkış ve 3. Ay mRS üzerinden yapılmış olup iyi klinik sonlanım mRS 0-2 olarak tanımlanmıştır.

Bulgular:
Hastalarımızın 29'u erkek 16'sı kadındı. Yaş ortalaması 64.5 (min:42 max:85)'ti. KAS ve stent olmayan grup karşılaştırıldığında çıkış ve 3. Ay mRs arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. KAS grubunda SICH oranı %34,5, stent takılmayan grupta %37,5 olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,84). KAS grubunda %51.7 hastaya ilk 24 saatte antiagregan tedavi uygulanmıştı, bu hastaların %62.5'inde, uygulanmayanların ise %47.6'sında iyi klinik sonlanım izlendi, bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,47).

Sonuç:
Çalışmamızda Papanagiotou ve ark.'nın TITAN çalışmasından farklı olarak TL'li KAS yapılan ve yapılmayan olgular arasında iyi klinik sonlanım açısından istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi. Literatürle uyumlu olarak gruplar arasında sICH komplikasyonu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ve bu durum KAS'ın güvenli bir prosedür olduğunu düşündürdü. Sonuçta TL'li akut inme hastalarında MT sırasında KAS'ın etkili ve güvenli bir tedavi olduğu düşünülmekle birlikte ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

EP - 67 MİYELİN OLİGODENDROSİT GLİKOPROTEİN ANTİKORU İLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR (MOGAD) İÇERİSİNDE NADİR GÖRÜLEN BİR FORM: FLAMES

DÜRDANE AKSOY , ORHAN SÜMBÜL , BETÜL ÇEVİK , UĞUR KULU , YUSUF KOÇAK , SEMİHA KURT

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Miyelin oligodendrosit glikoprotein antikoru ile ilişkili bozukluklar (MOGAD) hem çocuklarda hem de yetişkinlerde görülebilmektedir ve zaman zaman ayırıcı tanıda klinisyeni oldukça zorlamaktadır. FLAMES (Nöbetlerle giden anti-MOG ilişkili ensefalitde Flair kortikal hiperintens lezyonlar) MOGAD' da seyrek görülen fenotiplerden birisidir. Ensefalopati, nöbetler, baş ağrısı, BOS pleositozu ve Flair serilerde kortikal hiperintensite ile karakterizedir. Burada MOGAD ın nadir varyantlarından birisi olan ve kortikal T2 Flair hiperintens lezyonlar ve nöbetlerle karakterize FLAMES sendromlu bir hasta sunulmuştur.

Olgu:
Kırkbeş yaşında bir erkek hasta sersemlik, şiddetli baş ağrısı ve epileptik nöbetlerle acil polikliniğimize baş vurdu. Bilinci letarjik olan hastanın sol temporal lobda saptanan kortiko-subkortikal hiperintens lezyon saptanması üzerine herpes ensefaliti, otoimmun ensefalit ön tanıları ile tetkik edildi. Önce Asiklovir başlanan, ancak genel durumu değişmeyen ve HSV-PCR negatif gelen hastaya pulse-steroid tedavisine geçildi. Steroidden faydalanan, oral kortikosteroid ve antiepileptik ile tedavisi devam eden hastanın genel durumu düzeldi. Taburculuğundan 6 ay kadar sonra hasta aynı klinik ve status epileptikus ile tekrar kliniğimize başvurdu. Yapılan görüntülemelerinde T2-Flair kesitlerde her iki parietal, temporal ve oksipital kortikal hiperintens lezyonları saptandı. Steroid tedavisi başlandı, genel durumu düzeldi. Gönderilen anti-MOG IgG pozitif olarak geldi ve hastanın tanısı FLAMES olarak kesinleşti, gerekli tedavisi düzenlendi.

Tartışma:
FLAMES sendromu; Ensefalopati, nöbetler, baş ağrısı, BOS pleositozu ve Flair serilerde kortikal hiperintensite ile karakterizedir ve bizim olgumuzda olduğu gibi kortikosteroide yanıt çok iyidir. Burada nöbetler bu olgudaki gibi status epileptikusa dönüşebilir ve solunum desteğini gerektirebilir. Flames de kortikal hiperintensite genellikle tek taraflı tanımlanmış olsa da bilateral de olabilir ve etkilenen beyin bölgesinde leptomeningeal kontrastlanma eşlik edebilir. Şimdiye kadar FLAMES ile ilişkili fenotiplerde başka oto-antikorlara dair bir kanıt saptanmamasına rağmen, hastalık patogenezinde bilinmeyen bir oto-antikor da rol oynuyor olabilir. Bu olgu, tekrarlayan ensefalopati tablosu, kortikal lezyonlar ve epileptik nöbetler ile gelen vakalarda FLAMES sendromunun da ayırıcı tanıda düşünülmesi açısından öğretici bulunmuştur.

EP - 68 PRİMER SANTRAL SİNİR SİSTEMİ VASKÜLİTİ 3 OLGUNUN KLİNİK VE RADYOLOJİK ÖZELLİKLERİNİN LİTERATÜR EŞLİĞİNDE GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

FURKAN SARIDAŞ , EMİNE RABİA KOÇ , ÖMER FARUK TURAN

BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Amaç:
Primer santral sinir sistemi vasküliti(PSSSV), santral sinir sistemi ile sınırlı, nadir görülen, orta ve küçük damaları etkileyen inflamatuar hastalıktır. Akut, subakut, kronik progresif veya relapslar şeklinde seyredebilir. En sık semptomlar baş ağrısı, psikiyatrik semptomlar, ensefalopati, vizüel semptomlar, jeneralize nöbetler, inme ve multifokal nörolojik defisitlerdir. Bu çalışmada üç olgu özelinde PSSSV tanı ve tedavi yaklaşımları değerlendirilmiştir.

Materyal ve Metot :
B.U.Ü. Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda 2014-2023 tarihleri arasında PSSSV tanısı ile takipli 3 olgunun klinik, radyolojik özellikleri, tanı ve tedavi yöntemleri incelendi.

Bulgular:
25, 25 ve 45 yaşında sırasıyla iki erkek ve bir kadın hasta; 81, 34 ve 94 ay polikliniğimizde takip edildi. Başlangıç bulguları bir hastada akut hemiparezi, iki hastada dirençli nöbetlerdi. Takiplerinde psikiyatrik bulgular, şuur değişiklikleri ve baş ağrısı kaydedildi. Vaskülit belirteçlerinde patoloji saptanmadı. İki hastada serebral anjiogram ve bir hastada serebral biyopsi vaskülit ile uyumluydu. Tüm hastalara atak döneminde yüksek doz intravenöz metilprednizolon uygulandı ve kısmi düzelme görüldü. Tedaviye oral steroid, siklofosfamid, rituximab veya azatioprin ile devam edildi. Takiplerde iki hastada relaps görüldü.

Sonuçlar:
PSSSV oldukça seyrek görülen ve tanı-tedavisinde kesinleşmiş bir algoritma bulunmayan bir hastalıktır. Otoimmün, enfektif, neoplastik veya alternatif inflamatuar hastalıkların dışlanması, nörogörüntüleme, labaratuar bulguları ve biyopsi ile tanı konulur. Kraniyal MR ve beyin omurilik sıvısı hastaların çoğunda anormaldir. Atak tedavisinde yüksek doz kortikosteroidler, idamede kortikoterapi birlikteliğinde siklofosfamid, azatioprin, rituximab, metotreksat veya mikofenolat mofetil gibi immunsüpresif ajanlar kullanılır.

Referanslar:
1-Rice CM, Scolding NJ. The diagnosis of primary central nervous system vasculitis. Pract Neurol. 2020 Apr;20(2):109-114.
2-Godasi R, Pang G, Chauhan S, Bollu PC. Primary Central Nervous System Vasculitis. 2022 May 10. StatPearls Publishing; 2022 Jan–. PMID: 29494083.

EP - 69 POLİDİPSİ VE POLİFAJİ İLE GELEN ANTİ-LGI-1 İLİŞKİLİ OTOİMMÜN LİMBİK ENSEFALİT OLGUSU

NURSENA GARİPÇİN , ALMAS AGHAYEVA , ALPER VEYSEL AKÇADIRCI , ZEHRA UYSAL KOCABAŞ , ÖZLEM BURÇLUKÖSE AYKAÇ

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ

Amaç:
Otoimmün ensefalitler subakut başlangıçlı bellek bozukluğu, nöbetler ve konfüzyon ile karakterize paraneoplastik veya immünolojik etyolojiye sahip bir grup sendromdur. LGI1 ensefaliti, voltaj kapılı potasyum kanal kompleksi antikorlarına eşlik eden bir otoimmün ensefalit (ALLE) tablosudur. Sunumumuzda görüntülemelerinde iskemik inme düşünülerek yönlendirilen, ancak tekrarlayan radyolojik, klinik ve laboratuvar tetkileri neticesinde nadir görülen Anti-LGI-1 otoimmün limbik ensefalit tanısı koyduğumuz hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu:
38 yaşında erkek hasta; 1 aydır sol kolda olan kasılmalar, polidipsi, dürtü kontrol bozukluğu, polifaji ve kişilik değişikliği nedeniyle dış merkezde çekilen MR görüntülemesinde sağ caudat nukleusta difüzyon kısıtlılığı ve EEG'de epileptiform anormallik olması nedeniyle iskemik inme ön tanısı ile tarafımıza yönlendirildi. Metal işinde çalışmaktaydı. Nörolojik muayenesi doğaldı. Tetkiklerinde hiponatremisi mevcuttu. Çekilen yeni kontrastlı MR'da her iki hipokampüste T2 ve FLAIR sekanslarda hipeintensite, sağ globus pallidusta T1'de hiperintens lezyonlar saptandı. LP 'sinde BOS biyokimyası normaldi. Hastaya limbik ensefalit ön tanısı ile İVİG tedavisi verildikten sonra kliniğinde belirgin düzelme saptandı. BOS'ta anti-LGI1 otoantikor pozitifliği saptanması üzerine hastaya metilprednizolon başlandı.

Tartışma:
Anti LGI1 limbik ensefaliti nadir görülen ancak hiponatremi, distoni gibi karakteristik özellikleri olan bir tablodur. İmmünsüpresif tedavilere dramatik yanıt alınmaktadır. Ayırıcı tanıda entoksikasyon, metabolik bozukluklar, stroke, paraneoplastik ve otoimmün ensefalitler yer alır. Olgumuzda IVIG ve metilprednizolon tedavisine dramatik yanıt görülmüştür.

Sonuç:
Davranış, bellek bozukluğu ve fasiyo-brakial distonik nöbetler nedeniyle başvuran, MR görüntüsü uyumlu hastalarda otoimmün limbik ensefalit akılda bulundurulmalı ve immünsüpresif tedavi geciktirilmeden başlanmalıdır.

EP - 70 BİR ANTİOKSİDAN OLAN ÜRİK ASİDİN EPİLEPSİLİ HASTALARDA KOGNİSYON ÜZERİNE ETKİSİ

ÖKKEŞ ASLAN , BURHANETTİN ÇİĞDEM

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Epilepsi, en yaygın ciddi beyin hastalıklarından biridir ve spontan epileptik nöbetler oluşturmaya kalıcı yatkınlıkla karakterizedir. Epilepsinin nöropsikiyatrik bozuklukların küresel yüküne önemli katkıda bulunduğu bildirilmiştir.Ürik asit (ÜA) için antioksidan ve proinflamatuvar etki mekanizmaları da söz konusudur.Çalışmamızda epilepsi alt nöbet tiplerindeki hasta grupları ile kontrol grubu (KG) serum ÜA seviyesi karşılaştırılacak olup kognitif fonksiyonlar üzerine etkisi incelenecektir.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmamıza 2021-2022 yıllarında Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji Anabilim dalına başvuran, ILAE sınıflamasına göre epilepsi tanısı almış 40 jeneralize grup, 40 fokal grup epilepsi ve 40 KG hastada eş zamanlı serum ÜA düzeyi ve gözetmen eşliğinde Montreal Bilişsel Değerlendirme(MoCA) testi ölçümleri yapıldı.

Bulgular:
Hastalar ÜA seviyesi açısından incelendiğinde Jeneralize tonik klonik epilepsili (JTKN) bireylerin ortalama 4,66 ± 1,26; Jeneralize myoklonik epilepsili(JME) bireylerin 4,73± 1,89; KG bireylerin 4,63 ± 1,41; Fokal farkındalığın etkilendiği otomatizmalı motor klonik epilepsili bireylerin 3,03± 0,89; Fokal farkındalığın etkilendiği motor klonik epilepsili bireylerin 4,72 ± 1,28 idi.ÜA seviyesi yönünden gruplar arası fark anlamlı bulunmuştur (p=0,005,p<0,05).Hastalar MoCA testi açısından incelendiğinde puanları JTKNli bireylerin ortalama 24,03 ± 3,85; JMEli bireylerin 25,25± 3,24 ; KG bireylerin 24,60±4,01; Fokal farkındalığın etkilendiği otomatizmalı motor klonik epilepsili bireylerin 20,50± 6,05; Fokal farkındalığın etkilendiği motor klonik epilepsili bireylerin 24,16 ± 3,88 idi.MoCA sonuçları karşılaştırıldığında gruplar arası fark anlamsız bulunmuştur (p=0,214,p>0,05).

Sonuç:
Çalışmamızda Fokal farkındalığın etkilendiği otomatizmalı motor klonik epilepsili bireylerin ortalama ÜA seviyesi diğer gruplara göre anlamlı şekilde düşüktü ama gruplar arası MoCA testi açısından fark yoktu ve bu sonuçlar ileride nöbet sınıflamasında tanısal destek potansiyelinin yanında epilepsili bireylerin sosyal hayata katılabilmesinin önünde kognitif açıdan engel olmadığı fikrini desteklemiştir

EP - 71 MYASTENİA GRAVİS HASTALARINDA YORGUNLUĞUN İNCELENMESİ

RAHMİ ALA [1], PINAR ÖZÇELİK [3], İHSAN ŞÜKRÜ ŞENGÜN [2]

[1] *ERMENEK DEVLET HASTANESİ*
[2] *DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[3] *BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*

Amaç:
Yorgunluk, Myastenia Gravis hastalarında sık saptanan ve çok boyutlu bir problemdir. Bu çalışma ile katılımcılarda saptanan yorgunluğun hastalık ve kişiye özel değişkenlerle ilişkisi, yorgunluğun nedeni ve hastalık yükü üzerine değerlendirilme yapmak amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem:
53 MG hastası (farmakolojik remisyon ya da minimal bulgusu olan) çalışmaya dahil olmuştur. MG hastaları pozitif antikor testi, repetetif incelemelerde dekrement yanıt ya da tek lif EMG'de uzamış jitter yanıtı ile tanı almıştır. Sonrasında hastalar myastenik kötüleşme öyküsüne göre iki gruba ayrılmıştır.Yorgunluk CIS-F, MG-QoL, QMG-Skoru, dinamometri ile el sıkma gücü ile değerlendirilmiştir

Bulgular:
Ortalama CIS skoru 72 saptandı. Cut-off değer 40 olarak alındığında hastaların %80'i "yorgun" olarak değerlendirilmiştir. Kötüleşme olan grup daha yüksek CIS-Total, CIS-Fiziksel aktivite, CIS-subjektif algı yorgunluk skorları ile bulber ve ekstremite güçsüzlük skorları ve kaliteli yaşam ölçeği skorlarına sahiptir. Ayrıca yorgunluk QMG-bulber, ekstremite, el skma güç kaybı ve yaşam kalitesi skorları ile güçlü pozitif korelasyon göstermiştir. Yorgunluk yaş, hastalık süresi, erken veya geç başlangıç, alkol, sigara kullanımı ile korelasyon göstermemiştir.

Sonuç:
Yorgunluk MG hastaları için sık bir problemdir. Sorun sadece fiziksel yorulabilirlik değil aynı zamanda bu hastalar hem düşük yaşam kalitesine sahip hem de hastaların yorgunluk algısında sorun mevcuttur. Yorgunluk periferal orijinlidir. Myastenik Kriz grubundaki daha düşük skorlar bu nedenle nöromuskuler kavşaktaki hastalık yükü ile açıklanabilir. Myastenik krizi önlemek, bulber ve jeneralize semptomu olan bireylerde daha agresif tedavi, fiziksel aktivite artışı yorgunluğun engellenmesi açısından önemli olabilir.

EP - 72 TRANSVERS MİYELİT İLE PRESENTE OLAN BİR SJOGREN SENDROMU OLGUSU

TUBA DEMİRER , DÜRDANE AKSOY , BETÜL ÇEVİK , ORHAN SÜMBÜL , YUSUF KOÇAK , UĞUR KULU

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

Giriş:
Primer Sjögren sendromu (pSS), ekzokrin bezlerin mononükleer lenfositik infiltrasyonu ile seyreden otoimmün bir hastalıktır. Hastalarda antinükleer antikorlar (özellikle anti-SSa ve anti-SSb) saptanır. pSS' de nörolojik tutulum santral ya da periferik olabilir ve sıklığı %10 ile %60 oranında değişmektedir. Nörolojik tablolar; optik nörit, multipl kranial nöropatiler, transvers miyelit, aseptik menenjit, ensefalomiyelit, epilepsi, inme, polinöropati ve kognitif etkilenme şeklinde geniş bir yelpazede ortaya çıkabilir. Olguların %39'unda hastalık nörolojik bulgular ile başlayabilmektedir. Burada ilk olarak transvers myeliti saptanan, tetkikleri sonucu nörosjögren tanısı konulan bir olgu tartışılmıştır.

Olgu: 29 yaş kadın hasta yaklaşık 8 aydır olan sol kol sol bacak ve sol diz arkasında ağrı karıncalanma şikayeti ile başvurduğu ortopedi kliniğinde servikal diskopati ön tanısı ile çekilen servikal mrında Medülla spinalisde C2-3 intervertebral disk seviyesinde 2x1 cm boyutlu (demİyelizan plak? kitle??) saptanması üzerine MS, demiyelinizan hastalık ön tanıları ile kliniğimize yönlendirildi
Hastanın özgeçmişinde ağız ve göz kuruluğu, ışık hassasiyeti olduğu ve göz kuruluğu nedeniyle ara sıra suni gözyaşı kullandığı öğrenildi, soy geçmişinde Annede romatoit artirit tanısı, kardeşinde pulmoner emboli öyküsü mevcuttu. Nörolojik muayenede; Her iki üst ve alt ekstremite derin tendon reflekslerinde artış dışında özellik yoktu. Kontrastlı beyin, servikal ve torakal MR, BOS ve serumdan serolojik immünolojik inceleme, VEP tetkikleri istendi. Kontrastlı beyin ve torakal MR görüntülemeleri normaldi. Servikal MR' da: Medulla spinaliste C2-3 interverterbral disk seviyesinde sağ posterolateral yerleşimli hafif ekpansiyona neden olan, intravenöz kontrast madde enjeksiyonu sonrası hafif periferal kontrastlanma gösteren T2 hiperintens lezyon mevcuttu. Yapılan lomber ponksiyonda (LP); mm3 de 5 lökosit, 1400 eritrosit görüldü. BOS glukozu: 62,5 mg/dL (eş zamanlı glikoz:117 mg/dL), protein:31,3 mg/dL saptandı. Anti-MOG, Anti NMO-IgG değerleri negatifti. BOS ve serumda oligoklonal bandlar saptanmadı, IgG indeksi 0,81 bulundu. VEP tetkiki ve ayrıntılı oftalmik muayene normaldi. Serumda incelenen vaskülit markerlarından ANA ve anti-ssa antijeninin pozitif saptanması üzerine; Romatoloji kliniği önerileryle pSS ön tanısıyla schirmer tetkiki ve tükürük bezi biyopsisi yaptırılarak, sonucunda pSS tanısı konuldu, tedavisi başlandı.

Tartışma ve Sonuç:
Burada miyelit bulguları ile başvuran, tetkikleri sonrasında pSS ve ilişkili tranvers miyelit tanısı konulan bir kadın hasta sunulmuştur. SS' de Santral sinir sistemi tutulumu diffüz ya da MS' teki demyelinasyonu taklit eder şekilde fokal/multifokal olabilir. SS ilişkili TM olgularında en sık tutulum bölgesi servikal ve/veya torakal kordtur. Aqp-4 IgG negatif olan NMOSH li olgularda, klinik tablodan aksi kanıtlanıncaya dek pSS sorumlu tutulduğu ve, iki hastalığın tedavisi de büyük oranda benzer olduğundan tedavi kararı çok etkilenmediği unutulmamalıdır. Burada olgudaki gibi SS tanısı zaman zaman hastanın nörolojik tutulumları sonrasında konulabilmektedir. Dolayısıyla özellikle spinal kord tutulumu ile gelen kadın hastalarda pSS akılda tutulması gereken ayırıcı tanılar arasında olmalıdır.

Kaynaklar:
1. Goules AV, Tzioufas AG, Moutsopoulos HM. Classification criteria of Sjögrens syndrome. J Autoimmun 2014;48-49:42-5.
2. Leone MC, Alunno A, Cafaro G, Valentini V, Marcucci E, Bartoloni E, et al. The clinical spectrum of primary Sjögrens syndrome: beyond exocrine glands. Reumatismo 2017;69:93–100.

EP - 73 MİGREN HASTALARINDA ALLODİNİ VE FOTOFOBİ BİRLİKTELİĞİNİN GÖRSEL UYARILMIŞ POTANSİYELLERDE ZAMAN-FREKANS ANALİZİ İLE ARAŞTIRILMASI

KÜBRA CANBALOĞLU , MEHMET ERGEN , TUBA ERDOĞAN SOYUKİBAR , ELİF ILGAZ AYDINLAR

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ

Amaç:
Migren baş ağrısıyla birlikte görülen allodini ve fotofobi merkezi sensitizasyonun bir sonucu olarak meydana gelmektedir. Bu çalışmada oksipital kortekste görsel uyarım sırasında görsel uyarılmış potansiyel (GUP) yanıtları ve bunların zaman-frekans alanında karşılıkları incelendi.

Gereç ve Yöntem:
Kronik ve yüksek frekanslı epizodik migreni olan 41 katılımcıdan ve 19 sağlıklı katılımcıdan 0.25° ve 1° patern uyaran EEG yanıtları kaydedildi. Epizodik migren hastaları baş ağrısız dönemde ve kronik migren hastaları baş ağrısız veya minimal baş ağrılı dönemde iken kayıtları alındı. Migren hastalarından Allodini Semptom Anketi-12 (ASA-12) ve migrene bağlı fotofobiyi değerlendirmek için 5li Likert ölçeği alındı. Migren hastaları baş ağrısına eşlik eden allodini skorlarına göre allodinisiz-hafif allodinili (ASA-12<6) ASA-1 grubu ve orta-şiddetli allodinili (ASA-12≥6) ASA-2 grubu olarak ikiye ayrıldı. Katılımcıların N75, P100, N135 latansları ve N75-P100, P100-N135 tepeden tepeye amplitüdü ölçüldü. Dalgacık dönüşümü yöntemiyle yapılan zaman-frekans analizi sonucunda uyarılmış güç yanıtları 70-145 ms zaman penceresinde beta bandı (13-25 Hz) güç yanıtı ortalama genliği elde edildi.

Bulgular:
1° patern P100-N135 amplitüdü ASA-2 grubunda ASA-1 ve kontrol grubuna göre daha yüksekti (p=0,014). P100-N135 amplitüdü ile hem migren atak dönemi hem de baş ağrısız dönem ASA puanları arasında pozitif korelasyonlar bulundu (sırasıyla p=0,022, p=0,048). Baş ağrılı dönem fotofobi skoru ile ASA skoru arasında pozitif korelasyon bulundu (p=0,02). ASA-2 grubu beta bandı yanıtı ASA-1 grubuna kıyasla yüksek bulundu (p=0,036).

Sonuç:
Sık migren ataklarına sahip hastalarda, beyin sapındaki ağrı modülasyon sistemlerindeki bozulma, santral sensitizasyona katkıda bulunabilir. Bu merkezi sensitizasyon, trigeminovasküler yolağın sık aktivasyonunun bir sonucu olarak ortaya çıkabilir ve muhtemelen görsel kortikal hipereksitabiliteyi yansıtır.

EP - 74 ASEPTİK MENENJİT TABLOSUNDAN SİSTEMİK LUPUS TANISINA

BEKİR SAMİ ÖZTÜRK , SEMA AKARSU , MEHMET SERHAT YILDIRIM , RAHŞAN KARACI , MUSTAFA ÜLKER , FÜSUN MAYDA DOMAÇ

ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Sistemik Lupus Eritematozus (SLE) nöropsikiyatrik tutulum ile yüksek morbiditeye sahip organ tutulumları ile seyreder. Belirti ve bulgular; akut konfüzyonel durum,hafif kognitif disfonksiyon, status epileptikus, kore, psikoz, transvers miyelit, inme ya da komaya varabilen tablolarla kendisini gösterebilmektedir. SLE hastalarında hastalık seyri boyunca yaklaşık her 3 hastadan birinde nöropsikiyatrik bulgu görülmekte iken aseptik menenjit görülme oranı %2 den azdır.

Olgu:
22 yaş kadın hasta, psikiyatri kliniğinde madde bağımlılığı ve bipolar bozukluk tanısı ile yatışının 8. gününde gelişen yüksek ateş, kreatin kinaz yüksekliği, rijidite nedeniyle Nöroleptik Malign Sendrom(NMS) ön tanısıyla nöroloji kliniğimize devredildi. Hastanın antipsikotik tedavisi kesilip hidrasyon başlandı. Yatışının 6. Gününde hastada bilateral 2/5 kas gücü düzeyinde paraparezi gelişti.Transvers miyelit veya spinal epidural abse ön tanılarıyla çekilen kontrastlı torakolomber spinal MR doğal olarak değerlendirildi.Hastanın BOS tetkiklerinde protein yüksek,glikoz düşük, hücre sayımı ve menenijt paneli negatif sonuçlandı.Hastanın genç yaş kadın hasta olması ve yüzünde malar rash düşündüren lezyonların bulunması, kan tetkiklerinde ANA ve anti-dsDNA pozitifliği, LDH yüksekliği, lökopeni ve anemisinin olması, tam idrar tetkikinde proteinüri saptanması nedeniyle dahiliyeye konsülte edildi ve hasta SLE lehine değerlendirildi. Hastanın nedeni açıklanamayan ateşi, akut paraparezi gelişmesi ve tabloyu açıklayacak diğer nedenlerin dışlanması nedeniyle SLE ilişkili aseptik menenjit olarak değerlendirildi ve pulse steroid tedavisi başlanarak romatoloji kliniğine devredildi.

Tartışma:
Biz bu vakayı, SLE hastalığının henüz sistemik bulgular vermeden önce nöropsikiyatrik semptomlarla prezente olabileceğini hatırlatmak ve ayrıca hastamızda tespit
ettiğimiz aseptik menenjit tablosunun birçok tabloyla benzerlik göstermesinden ötürü diğer nedenleri ekarte ettikten sonra zamanında verilmiş doğru tedaviyle yüz güldürücü sonuçlar
alınabileceğine güzel bir örnek olduğunu düşündüğümüz için sunmaya değer bulduk.

EP - 75 SPONTAN DÜZELEN VE TEKRARLAYAN MOTOR SİNİR FELÇLERİYLE SEYREDEN BİLATERAL BİR DURAL KAROTİKOKAVERNÖZ FİSTÜL OLGUSU

BERİL ÖZDEMİR , MİNE HAYRİYE SORGUN , CANAN TOGAY IŞIKAY , ANIL ARAT

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Giriş:
Kavernöz sinüs ve karotis arter sistemi arasındaki anormal vasküler bağlantılara karotikokavernöz fistül (KKF) denir. KKF spontan/sekonder sebeplere bağlı, yüksek/düşük akımlı, direk/indirek olabilir. En sık travmaya sekonder gelişmekle birlikte, spontan da görülebilir. İlk olarak spontan düzelen komplet okülomotor sinir felci ve 5 ay sonra bilateral abdusens felci ile başvuran düşük akımlı dural KKF olgusunu sunuyoruz.

Olgu:
62 yaşında hipertansiyon öyküsü olan kadın hasta, 3 gündür olan çift görme ve yüzünde ağrı yakınmasıyla başvurdu. Muayenesinde solda komplet okülomotor sinir felci saptandı (Resim 1). Yeni diyabet tanısı alan hastanın beyin MRG'sinde "sol kavernöz sinüs superiorunda ICA ve MCA arasında asimetrik kontrastlanma artışı" görüldü (Resim 2). DSA'da "bilateral kavernöz-inferior petrozal sinüs dönüşleri erken ve belirgin" izlenen hasta medikal tedavisi düzenlenerek izleme alındı.
İzlemde 3. ayda bulguları tama yakın düzelen hasta ilk değerlendirmeden 5 ay sonra çift görme yakınmasıyla tekrar başvurdu ve bilateral solda belirgin proptozis, konjesyon ve abdusens felci saptandı (Resim 3). Tekrarlanan DSA'da düşük akımlı dural tipte KKF ve bilateral superior oftalmik venlerde konjesyon görüldü (Resim 4).
İki hafta süreyle bilateral ardışık karotis kompresyonu önerilen hasta muayene bulgularının kötüleşmesi üzerine embolizasyon tedavisine yönlendirildi (Resim 5). Embolizasyondan bir ay sonra konjesyon ve proptozisi düzelen hastanın göz hareket kısıtlılığı kısmi olarak devam etmekteydi.

Tartışma:
Tüm KKF lerin %30'unun spontan geliştiği, postmenapozal kadınlarda daha sık olduğu bilinmektedir. Karotis basısı ile spontan remisyon olabilir, düzelme gözlenmeyen vakalarda embolizasyon gerekebilir. Bizim olgumuzdaki gibi ardışık birden fazla oküler motor sinirin etkilendiği durumlarda da KKF gözden kaçırılmamalıdır.

EP - 76 REVERSİBL SPLENİAL LEZYON SENDROMU: NADİR BİR PREZENTASYON

BURÇİN DURMUŞ , SEFER ÖZKAYA

KARAMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Ani görme bozukluğu atağının ayırıcı tanısında başta göz hastalıkları olmakla birlikte hipoglisemi,hipertansiyon,ilaç toksisitesi,optik nörit,demyelinizan hastalıklar,migren,tümör,epilepsi,retinal vasküler patolojiler ve histeri nöbetleri yer almaktadır(1).Nörolojik hastalıklar arasında sık karşılaşılmasa da, geçici görme bozukluğu şeklinde epileptik nöbetler ortaya çıkabilir.Bu nöbetler sonrasında kalıcı/geçici olabilen çeşitli manyetik rezonans görüntüleme(MRG) değişiklikleri tanı zorluğuna yol açabilir.Bu durumlardan biri de korpus kallozum spleniumunun (KKS) geçici olarak etkilendiği Reversibl Splenial Lezyon Sendromu(RESLES)'dur(2).Bu sendrom birçok etiyolojik neden ile ilişkilidir.Bu tanı hakkında gerekli bilgiye sahip olunması;doğru tanının erken konulması,gereksiz invaziv girişimlerin önlenmesi ve doğru tedavilerin başlanması açısından önemlidir.Acil servise ani görme kaybı ile başvuran hastaların anamnez bilgileri,kliniği,muayene bulguları ve tetkik sonuçlarının doğru bilgiler ışığında değerlendirilmesi hastanın ilgili branşa ve dolayısıyla erken tedaviye ulaşmasını sağlayacaktır. Bu yazıda geçici kısa süreli görme bozukluğu ile prezente olan epileptik nöbete bağlı geçici splenial lezyon saptanan bir olgu üzerinden RESLES'e neden olabilecek diğer bazı hastalıklar tartışılmıştır.

Olgu:
Yirmi altı yaşında kadın hasta, sabah saatlerinde başlayan ve öğlene kadar yaklaşık 20-30 kez tekrar eden 5-6 saniye süreli her iki gözde bulanık görme veya görememe şikayeti ile acil servise başvurdu.Anamnezde postpartum yirmi beşinci gününde olduğu,sezaryen doğum yaptığı ve epidural anestezi uygulandığı,gebeliği boyunca herhangi bir sorun yaşamadığı,kendisinde ve ailesinde bilinen herhangi bir hastalık olmadığı,düzenli ilaç kullanımı olmadığı öğrenildi.Acil serviste hasta,göz hastalıkları hekimince değerlendirildi ve muayenesi olağan saptandı.Nörolojik muayenesi görme ile ilgili şikayetlerinin olmadığı dönemde göz dibi dahil olmak üzere olağandı.Kan tetkikleri normaldiBeyin tomografisinde (BT) anlamlı patoloji saptanmadı. Diffüzyon MRG'sinde KKS'unda B1000'de hiperintens, ADC'de hipointens gözlenen lezyon saptandı **(Şekil 1a-1b).**Serebrovasküler hastalık açısından postpartum dönemde olması dışında belirgin risk faktörü olmayan genç yaş hastaya olası disseksiyon açısından kontrastlı karotis vertebral arter beyin BT anjiografi yapıldı ve normal saptandı.Demyelinizan ve enfeksiyöz hastalık ön tanılarına yönelik yapılan kontrastlı beyin MRG'sinde KKS'nda T2 ve FLAIR'da hiperintens,T1'de izo-hipointens lezyon saptandı ve kontrast tutulumu izlenmedi **(Şekil 2-3);**servikal MRG normaldi.Santral sinir sistemi enfeksiyonu açısından değerlendirildiğinde ateş yüksekliği yoktu,C-reaktif protein normaldi ve lökositozu yoktu.Lomber ponksiyon yapılması planlandı ancak hasta işlemi kabul etmediği için yapılamadı.Sık ve uzun süreli epileptik nöbetler sonrasında beyin MRG'de en sık splenial bölgede sinyal değişikliğinin olduğu göz önüne alınarak, hastaya epileptik nöbet ön tanısına yönelik elektroensefalografi (EEG) yapıldı.EEG'de paroksismal,jeneralize,teta frekansında 4-5 saniye süresince devam eden yavaş dalgalar gözlendi **(Şekil-4).**Bunun üzerine hasta epileptik nöbet tanısıyla yatırıldı ve 1000 mg/gün levetiresetam yüklemesi sonrası 1000 mg/gün idame tedaviye geçildi.Hastanın antiepileptik tedavi sonrasında şikayetleri tamamen düzeldi ve tekrarlamadı.Hasta epilepsi tanısı açısından sorgulandığında çocukken febril/afebril konvülziyon öyküsü olmadığı, ailede epilepsi tanısı olan birey olmadığı öğrenildi.Sekonder epileptik nöbet açısından herhangi bir etiyolojik neden saptanmadı.Yatışı sırasında hastanın genç stroke etiyolojisine yönelik de tüm tetkikleri(Ekokardiyografi, beyin MR venografi, vaskülit markerları, lupus antikoagülan testi,antikardiyolipin antikorları, açlık kan şekeri, Holter EKG, Holter tansiyon, Faktör 5 Leiden mutasyonu, protrombin gen mutasyonu, protein C, protein S, antitrombin III düzeyi) yapıldı ve normal saptandı.Covid-19 salgını olması ve Covid-19 hastalığında da epileptik nöbetin görülmesi nedeni ile hastaya yapılan toraks BT normal ve alınan sürüntü PCR testi negatif saptandı.Yatışının on dördüncü gününde yapılan kontrol beyin MRG ve EEG normal saptandı. Hasta antiepileptik tedavi ile takibe alınmak üzere taburcu edildi.

,

Tartışma:
Ani görme bozukluğu atağının ayırıcı tanısında başta göz hastalıkları olmakla birlikte hipoglisemi,hipertansiyon,ilaç toksisitesi,optik nörit,demyelinizan hastalıklar,migren,tümör,epilepsi,retinal vasküler patolojiler ve histeri nöbetleri yer almaktadır.(1).Nörolojik hastalıklar arasında sık karşılaşılmasa da, geçici görme bozukluğu şeklinde epileptik nöbetler ortaya çıkabilir.Bu nöbetler sonrasında kalıcı/geçici olabilen çeşitli manyetik rezonans görüntüleme(MRG) değişiklikleri tanı zorluğuna yol açabilir.Bu durumlardan biri de (KKS) geçici olarak etkilendiği RESLES'dur.Geçici KKS lezyonları epileptik nöbet,antiepileptik ilaçların kesilmesiilaç intoksikasyonu, hipoglisemi ve enfeksiyonlar(özellikle viral üst solunum yolu enfeksiyonları başta olmak üzere) sonrası karşımıza çıkabilmektedir(2).Olgular genellikle asemptomatik olup baş ağrısı,konfüzyon,nöbet,deliryum gibi bulgularla da karşımıza çıkabilir.KKS santral kesiminde T2 hiperintens ve diffüzyon kısıtlaması gösteren,düzgün sınırlı,oval lezyon olarak karşımıza çıkar ve en sık akut serebrovasküler hastalık ile karıştırılır.Kontrast tutulumu genellikle izlenmez.Patofizyolojisi ile ilgili kan beyin bariyerinin geçici bozulması,geri dönüşümlü demyelinizasyon,intramyelinik ödem,ekzositotoksik ödem ve arginin-vazopressin (AVP) salınımı gibi teoriler bulunmaktadır (3).Uzun süreli epileptik nöbete bağlı periiktal MRG değişiklikleri sık görülmemekle birlikte iyi bilinen bir özelliktir.Erken dönemde kraniyal MRG'de en fazla hipokampüs,neokorteks,korpus kallozum ve posterior talamusta görülen,enflamasyon veya iskemiyi taklit eden,nöbete bağlı bazı sinyal değişiklikleri geri dönüşümsüz beyin hasarı olarak değerlendirilmemelidir.Beyin MRG'de T2 ve FLAIR'da hiperintensite görülür.Bazen heterojen kontrast tutulumu olabilir.DAG değişiklikleri iskemik inme ile benzerdir ve bu nedenle en sık akut serebrovasküler hastalık ile karıştırabilir.Özellikle acil servislerde akut serebrovasküler hastalıklar ile sık karşılaşılmaktadır.Hastaların demografik, klinik ve muayene bulguları açısından yeterince değerlendirilmemesi halinde RESLES olguları akut SVO olarak yanlış değerlendirilip RESLES'in altında yatan diğer tedavi edilebilir hastalıklar atlanabilir.Hipokampüs ve korpus kallozum spleniumu RESLES'te en sık etkilenen lokalizasyonlardır(4,5).Hastaların görüntüleme tetkiklerinde saptanan patolojilerin lokalizasyonlarının dikkatlice değerlendirilmesi tanı doğruluğu açısından son derece önemlidir(6).RESLES olgularında nöbetin başlangıcından sonraki MRG'nin çekildiği zaman,lezyonun saptanması açısından önem taşımaktadır ve kontrol MRG'de lezyonun geçici olduğunu gösterme açısından yeni MRG'nin çekileceği dönem önem arz eder.Lezyonun kaybolması 7 ile 30 gün arasında değişebilir(5,7).Uzun süreli karbamazepin kullanımı,yüksek doz fenitoin,vigabatrin, levetiresetam düzeyleri ve bu antiepileptiklerin ani kesilmesi sonrası da gelişen RESLES olguları bildirilmiştir.Özellikle karbamazepin, arjinin-vazopressin sistemi üzerinden hücre zarını etkileyip sitotoksik ödeme neden olarak MRG değişikliklerine yol açıyor olabilir(8, 9).Bu nedenle hastalarda anamnezde özellikle ilaç kullanımının sorgulanması önemlidir.Geçici görme bozukluğuna ve MRG değişikliklerine yol açan bir diğer nörolojik hastalık migrendir.Migren, gelişmiş ülkelerde %12 oranında görülmektedir.Kronik migreni olan hastalarda genellikle konvansiyel beyin MRG'de beyaz cevherde,subkortikal bölgelerde veya korona radiata düzeyinde T2 ve FLAIR sekanslarda milimetrik hiperintens odaklar saptanabilir.Diffüzyon MRG'de akut diffüzyon kısıtlılığı saptanmaz(10).Ancak literatürde familyal hemiplejik migren tanısı olup bu atakla başvuran hastalarda atak sırasında hemiparezinin kontralateralindeki hemisferde DAG ve ADC artmış sinyal değişikliği olabileceği belirtilmiştir(11).Yeterince araştırma ve olgu bildirimi olmamakla birlikte 2020 yılında tüm dünyayı etkileyen Covid-19 salgını sonrası bu hastalıkta da görme bozukluğu açısından diplopi ve nörolojik açıdan %0,5 oranında epileptik nöbet görüldüğü bildirilmiştir.Sadece bu şekilde klinik prezentasyon gösterme ihtimali olması sebebiyle artık hem acil servis hem de nöroloji kliniklerinin pratiğinde epileptik nöbet ile başvuran hastalarda Covid-19 enfeksiyonu da akılda tutulması gereken bir ön tanı olmaya başlamıştır.Şimdiye kadar olgu bildirimi düzeyinde DAG ve FLAIR'da hiperintens tutulumlar şeklinde görünüme neden olduğu bilinmektedir (11).Ancak tabi ki bu konuda daha sağlıklı ve gerçekçi bilgilerin elde edilmesi için daha çok araştırma ve olgu bildirimine ihtiyaç vardır.

Sonuç:
RESLES birçok etiyolojik nedenden dolayı karşımıza çıkabilecek çoğunlukla iyi huylu ve etiyolojik neden ortaya konulduğunda tedavi edilebilir geçici bir durumdur.Bu bilgiler ışığında sonuç olarak;hastalar değerlendirilirken bu tanı hakkında yeterince bilgi sahibi olmak hem gereksiz invaziv/noninvaziv girişimlerin hem de yanlış tedavilerin yapılmasının engellenmesini sağlayacaktır.Hastanın doğru branş uzman hekimine en kısa sürede ulaşabilmesi açısından doğru değerlendirme en önemli basamaktır.Tek epileptik nöbette dahi olguların bazılarında RESLES ortaya çıkabilir ve bir çok başka klinik tabloyu taklit edebilir.Acil servise benzer klinikle başvuran hastalarda diğer acil tanılar ekarte edildikten sonra,RESLES ön tanısının bilinmesi ve akılda tutulması hastanın doğru tedaviye daha fazla zaman kaybetmeden ulaşmasını sağlaması açısından önemlidir.Olgumuzun bu nedenle, demonstratif bir yönü olduğu düşünülerek,olgumuz sunulmaya değer görülmüştür.

EP - 77 BEYİN SAPI VE UZUN MİYELİT İLE SEYREDEN NÖROBEHÇET OLGUSU: KLİNİK VE RADYOLOJİK ÖZELLİKLERİ

BÜŞRA SEZEN NACAK , EZGİ SÖNMEZ , FURKAN TALHA TOKDEMİR , FATMA AYBÜKE ÇOKKAÇAR , İPEK ARSLAN , FATMA MERVE HAL , FULYA EREN , HÜLYA OLGUN , BURCU ALTUNRENDE

TAKSİM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Behçet hastalığı (BH) tekrarlayan oral ve genital aft ve oküler hastalık gibi belirtilerle kendini gösteren, birçok organ tutulumu ile sistemik bulguların eşlik edebildiği bir kronik vaskülittir. Nörolojik tutulum oranı %10'dan azdır ve erkeklerde daha sık görülmektedir. Nörolojik tutulum ilk bulgu olarak %3 olguda, sistemik bulgularla eş zamanlı olarak %7.5 olguda görülebilmektedir. Nörolojik tutulum BH'da morbidite ve mortalitenin en önemli sebeplerinden biridir. Bu çalışmada kraniyal ve spinal tutulum olmak üzere nörolojik bulgular ile prezente olan ve takipte Behçet Hastalığının sistemik bulguları gelişen bir nörobehçet hastalığı (NBH) olgusunun klinik ve radyolojik tutulumunu ve tedavi yanıtını literatür ile eşliğinde paylaşmayı amaçladık.

Olgu:
24 yaşında, kardeşinde BH olan, kendisinde sadece oral aft öyküsü bulunan erkek hastada yaklaşık 1.5 yıl önce çift görme, sağ bacakta başlayan ve sonrasında sol bacağa yayılan güçsüzlük ve uyuşma yakınması olduğu, o dönemdeki nörolojik muayenesinde, sağ fasiyal paralizi, bilateral alt ekstremitede -5/5 parezi saptandığı, DTR'lerin global canlı, TCR'nin bilateral ekstansör olduğu öğrenildi. Yapılan beyin MRG'sinin doğal olduğu, spinal kordda T2'de multipl hiperintens alanlar saptandığı, 5 günlük IVMP verildiği öğrenildi. 2023 Mayıs ayında yürüyememe, tekrarlayan çift görme şikayetlerine idrar ve gaita inkontinansı yakınmalarının eklenmesi üzerine, kliniğimize ilk kez başvuran hastanın nörolojik muayenesinde bilateral end-point nistagmus, alt ekstremitede sağda 2/5, solda 3/5 düzeyinde parezisi saptandı. DTR'leri global hiperaktif, TDR'leri bilateral extansördü. Alt ekstremitede bilateral aşil klonusu mevcuttu. Kontrastlı kranial MRGde T2 ve FLAIR sekanslarda korpus kallosum anterior ve posteriorunda birer adet, lateral ventriküllerin anterior hornunda, septum pellicidumda lineer tarzda, beyin sapında, sol serebellar hemisferde, servikomedüller düzeyde hiperintens lezyonlar saptandı. Beyin sapındaki lezyonda silik kontrastlanma gözlendi. Koronal kesitlerde beyin sapı tutulumu Behçet Hastalığı için tipik olan görünüm ile uyumlu idi. Spinal MRG'de T9-11 seviyesinde posteriorda uzun segment miyeliti mevcuttu.Takipte gözünde kızarıklık gelişen hastanın yapılan göz konsültasyonu sonucunda anteior üveiti saptandı. Ayırıcı tanıya yönelik vaskülit testleri, NMO IgG ve MOG IgG negatif saptandı. Hastanın LP'sinde BOS berraktı, BOS'ta 11/mm^3 lenfosit saptandı. BOS biyokimyası normaldi. BOS'ta zayıf IgG bandları mevcuttu. Tekrarlayan oral aftlarına ek olarak takipte sadece anterior üveiti eklenen, nörolojik tutulumuna ait radyolojik görüntüleri nörobehçet ile uyumlu olan hastada NBS düşünüldü. 10 gün IVMP tedavisi uygulandı, 32 mg idame oral steroid tedavisine geçildi. ALT-AST değerlerinde yükselmesi üzerine idame steroid dozu 24 mg'a düşürüldü. Hastaya 3 ay süresince 1000 mg/ay Siklofosfamid IV tedavisi planlandı. Siklofosfamid tedavi sonrası NM'de hastanın nistagmusunun kaybolduğu, altta sağ ekstremitede 3/5, sol alt ekstremite 4/5 olarak kas gücünün biraz düzeldiği görüldü. Kontrol kranial MRG'de eskisinde mevcut olan sol serebellar ve servikomedüller düzeydeki hiperintens lezyonların belirgin şekilde gerilediği görüldü. Sol lateral ventrikül posterior horn komşuluğundaki mevcut olan hiperintens lezyonun tamamen kaybolduğu saptandı. Hastaya ayda bir 3 kez siklofosfamid tedavisi sonrasında azathiopirin tedavisi başlanması planlandı.

Sonuç:
BH'da nörolojik tutulum %10'nun altında nadir olarak görülmektedir. BH'da nörolojik tutulumun genellikle diğer sistemik bulguların ortaya çıkmasından sonraki 3-6 yıl içerisinde görüldüğü bildirilse de, bizim olgumuzdaki gibi nadiren %3 olguda ilk tutulum bulgusu olarak da görülebilmektedir. Behçet hastalığının tanı kriterlerini dolduracak sistemik bulguların, başlangıçta olmadığı durumlarda, tanı koymakta güçlük ve tanıda gecikme yaşanmaktadır. Özellikle akut/subakut şekilde beyin sapı ve/veya medüller tutulum bulguları ile başvuran, MRG'de tanıda yol gösterici olabilecek diensefalik beyin sapı ya da medüller tutulumu olan hastalarda, morbidite ve mortalitesi yüksek olan NBH'nın akılda tutulması, erken ve etkin tedavi başlanması açısından çok önemlidir.

EP - 78 ALZHEİMER DEMANSI PROGNOZUNU BELİRLEMEDE HANGİSİ DAHA ÜSTÜN; PLATELET-LENFOSİT ORANI MI, NÖTROFİL-LENFOSİT ORANI MI, SİSTEMİK İNFLAMATUAR İNDEKS Mİ?

FATMA EBRU ALGUL , YÜKSEL KAPLAN

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Alzheimer hastalığı (AD) etyopatogenezinde inflamatuar süreçlerin ve nörodejenerasyonun rol oynadığı uzun yıllardır bilinmektedir. Sistemik inflamatuar index (SII), nötrofil-lenfosit oranı (NLO) ve platelet-lenfosit oranı (PLO) periferik kandan kolayca ölçülebilen ve maliyeti ucuz inflamatuar markerlardır.SII platelet×nötrofil /lenfosit (P × N/L) oranı ile hesaplanılmaktadır. Biz de bu çalışma ile yeni bir inflamatuar marker olan SII'nın AH fizyopatolojisinde anlamlı bir rolunun olup olmadığını ve AH ağırlık derecesini değerlendirmesinde NLO, PLO ve SII arasında en etkili olanının hangisi olduğunu araştırmayı hedefledik.

Gereç ve Yöntem:
Bu çalışma olgu-kontrollü ve prospektif bir çalışma olup, 2021 ve 2022 yılları arasında İnönü Üniversitesi nöroloji kliniğine başvuran 175 AH tanılı hasta ile 61 sağlıklı kontrol dahil edildi. AH tanılı hastalar hafif, orta ve ağır demans olarak gruplara bölündü. SII, NLO ve PLO değerleri hesaplanıldı.

Bulgular:
AH tanılı hastalar ile kontrol grup arasında NLO ve PLO arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmişken ($p<0,05$), SII arasında anlamlı bir farklılık izlenmedi ($p>0,,05$). Demans altgrupları arasında ise NLO değerlerinin hafif,orta ve ağır demans grupları arasında anlamlı olarak farklı olduğu ve yine SII değerlerinin hafif,orta ve ağır demans grupları arasında anlamlı olarak farklı olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Demans ağırlık derecesi ile korelasyonu en yüksek olan parametrenin ise NLO olduğu tespit edildi.($r=0,286$, $p<0.05$)

Sonuç:
SII değerleri demans seviyesi ile ilişkili yeni bir inflamatuar merker olup,demans seviyesini belirlemede korelasyonu en yüksek marker ise NLO olarak tespit edilmiştir. Bu bulgular SII formülünde NLO dan farklı olarak eklenmiş olan platelet değerlerinin prognoz belirleme özelliklerine aslında ek bir katkı sağlamadığını düşündürmüştür. İleride yapılacak daha geniş populasyonlu çalışmalar ile bu konu daha net aydınlatılabilecektir.

EP - 79 SİNÜZİTE SEKONDER VENÖZ SİNÜS TROMBOZU GELİŞMİŞ BİR OLGUDA, TROMBOFİLİ PANELİ DEĞERLENDİRİLEREK TEDAVİ PLANLAMASI

NİLGÜN ERTEN [1], AYSEL TEKEŞİN [2]

[1] İSTANBUL FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
[2] İSTANBUL EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:
Yirmi üç yaşında erkek hastada, bir haftadır başının önünden sağ gözüne yayılan, pozisyonla değişmeyen, basıcı, sıkıştırıcı tarzda ve şiddeti giderek artan baş ağrısı olmuş. Görmesinde bulanıklık gelişmesi üzerine hastanemiz acil servisine başvuran hasta, tetkiklerinin yapılması ve tedavisinin düzenlenmesi amacıyla kliniğimize yatırıldı. Nörolojik muayenesinde; bilinç açık, koopere, oryanteydi. Sağ el dominant olan hastanın konuşması doğaldı. Meningeal irritasyon bulgusu yoktu. Pupiller normoizokorik, ışık refleksleri +/+, göz hareketleri dört yöne doğaldı. Sağ gözünü kapalı tutma eğilimindeydi. Fundoskopik değerlendirmede, bilateral optik disk hiperemik ve grade 4 papil ödem mevcuttu. Taraf veren parezi bulgusu saptanmadı. Serebellar testler bilateral becerikliydi. Taban cildi refleksleri bilateral fleksör yanıtlıydı. Sfinkter kusuru yoktu. Duyu muayenesi normaldi. Acil serviste çektirilen Paranazal Sinüs BT incelemesinde, sağ maksiller sinüste ve frontal sinüs sağ yarıda yumuşak doku dansiteleri izlendi. Beyin BT' de sağda transvers sinüste minimal dansite artışı görüldü. Difüzyon MR incelemesinde akut difüzyon kısıtlılığı gözlenmedi. Kranyal MR Venografi incelemesinde; sağda transvers sinüste, süperior sagittal sinüse doğru, frontopariyetal lob bileşke seviyesine değin uzanım gösteren intraluminal trombüs ile uyumlu dolum defekti mevcuttu. Trombüs görünümü inferiorda da juguler ven proksimaline değin uzanım göstermekteydi. Kontrastlı Kranyal MR incelemesinde, sağda transvers sinüste ve süperior sagittal sinüs frontopariyetal lob bileşkesi düzeyine değin uzanım gösteren intralüminal trombüs materyali ile uyumlu dolum defekti izlenmişti. Ayrıca sağda frontal sinüs, maksiller sinüs ve ethmoid sellülerde mukozal kalınlık artışları ve kontrast tutulumları izlenmişti. Rutin kan tetkiklerinde anormallik gözlenmedi. Genetik incelemesi; MTHFR Heterozigot 1298AC, Faktör II Heterozigot 20210GA, Faktör V Leiden Heterozigot1691GA, PAI Serpine 1 Homozigot 4G/4G şeklindeydi. Enfeksiyon hastalıklarının önerisi de alınarak sinüzit nedeniyle, ampisilin-sulbaktam 4*3 g/gün iv başlandı. Ayrıca hastaya sinüs ven trombozu için düşük molekül ağırlıklı heparin(enoksaparin sodyum) tedavisi 2*0,8 ml/gün sc uygulandı. Kulakta dolgunluk hissi tarif eden hastaya Enfeksiyon hastalıklarının da görüşü alınarak, riskleri hastaya anlatılarak ve imzalı onam alınarak pulse steroid tedavi başlandı ve 10 gün boyunca devam edildi. Takibinde hastanın kliniği düzeldi. Bu vakada sinüzite sekonder venöz sinüs trombozu olduğu gerçeğiyle yetinseydik ve genetik risk faktörlerini tarama ihtiyacı duymasaydık antikoagülan tedavisini kestiğimizde hastada rekürrens görülme ihtimali yüksek olacaktı. Biz bu hastada ömür boyu antikoagülasyon tedavisi önerdik.

EP - 80 AMPD2 GEN MUTASYONUNA BAĞLI HEREDİTER SPASTİK PARAPAREZİ: NADİR BİR OLGU

ÖYKÜ BEYAZ , CANSU KOSTAKOĞLU DUMAN , AYŞE TİTİZ , SEMRA MUNGAN

SBÜ ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Herediter Spastik Paraparezi(HSP), traktus kortikospinalis ve spinal kordun arka kordunun retrograd aksonal dejenerasyonuna bağlı bacaklarda yavaş ilerleyen simetrik spastisite, kas gücünde azalma, yürüme bozukluğu, artmış tendon refleksleri ve sfinkter kusuru ile karakterize nörodejeneretif heredofamilyal nadir bir hastalıktır. Genellikle otozomal dominant geçiş gösteren HSPde daha nadir olarak otozomal resesif ve Xe bağlı kalıtım görülebilir.

Olgu:
41 yaş kadın erken çocukluk döneminden itibaren giderek artan yürüme güçlüğü şikayeti ile kliniğimize yatırıldı. Özgeçmişinde 28 aylıkken yürümeye başladığı, çocukluğunda hafifken 16 yaşında şikayetlerinin daha belirgin hale geldiği ve idrar, gaita kaçırmalarının olduğu, son 1 yıldır ise giderek arttığı ve desteksiz yürüyemediği öğrenildi. Anne baba akrabalığı yoktu. Aile öyküsünde 8 yaşındaki oğlunda benzer bulgular olduğu öğrenildi. Nörolojik muayenesinde bilateral alt ekstremitelerde 3/5 kas gücü, spastisite, alt ekstremitelerde daha belirgin hiperaktif derin tendon refleksleri, bilateral babinski, bilateral aşil klonusu ile dilde fasikülasyon ve makaslayarak yürüme paterni görüldü. Elektromiyografi (EMG) yaygın motor ağırlıklı periferik nöropatiyle uyumluydu. Beyin manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) korpus kallozum atrofisi izlendi. Genetik incelemede AMPD2 geninde hetrozigot mutasyon saptanan hastanın otozomal resesif spastik paraparezi tip 63 (SPG 63) açısından yıllık genetik inceleme ile takibi planlandı.

Tartışma:
Otozomal resesif spastik paraparezi tip 63 (SPG63), bebeklik döneminde başlayan gecikmiş ve makaslayarak yürümeyle ortaya çıkan ve normal bilişle ilişkili nadir ve karmaşık bir kalıtsal spastik paraparezidir. Görüntülemede korpus kallosumda incelme ve periventriküler derin beyaz madde değişiklikleri izlenir. SPG63e, AMP deaminaz 2yi kodlayan AMPD2 genindeki (1p13.3) homozigot bir mutasyon neden olur. Klinik ve radyolojik olarak SPG63 düşünülen bu olguyu nadir görülmesi nedeniyle paylaşılmaya değer gördük.

EP - 81 KARPAL TÜNEL SENDROMU HASTALARININ PRE-POSTOPERATİF DEĞERLENDİRİLMESİ

TUĞBA ERDOĞAN [1], DUYGU DÖLEN [2], SACİT AKDENİZ [3]

[1] ALANYA ANATOLİA HASTANESİ
[2] ISTANBUL TIP FAKÜLTESİ
[3] SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Karpal tünel sendromu(KTS) median sinirin el bileği seviyesinde kompresyonudur. KTS'nin elektrofizyolojik olarak hafif, orta ve ağır evresi mevcuttur. Orta evrede cerrahi, tüm evrelerde semptomatik tedavi ve rehabilitasyon kullanılmaktadır. Hafif ve ağır evrede cerrahi tedavinin faydası tartışmalıdır. Çalışmanın amacı KTS hastalarında elektrofizyolojik evrelemeye göre cerrahiden fayda görme durumlarını karşılaştırmaktır

Gereç ve Yöntem:
Çalışma Hakkari Yüksekova Devlet Hastanesi'nde KTS nedeniyle opere olmuş hastaların dosyalarının retrospektif olarak taranması ile oluşturulmuştur. Hastaların demografik özellikleri, preoparatif klinik bilgileri, muayene bulguları, Boston Semptom Ağırlık Ölçekleri kaydedilmiştir. Hastaların preoperatif postoperatif 2. ayda yapılan elektrofizyolojik bulguları kaydedilmiştir.

Bulgular:
Beşi erkek, 52'si kadın 57 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 49,01'dir. Hastaların ikisi elektrofizyolojik olarak hafif evre, 42'si orta evre, 13'ü ağır evredir.

	KTS Evre				
	Hafif n:2	**Orta n:42**	**Ağır n:13**	**Toplam n:57**	***P***
Preoperatif Distal Latans	3.64	5.96	9.60	6.51	**0.000**
Preoperatif BKAP Amplitüdü	4750	4917	1695	4176	**0.001**
Preoperatif Duyu İletim Hızı	43.20	33.84	2.08	26.92	**0.000**
Postoperatif Distal Latans	3.20	4.42	6.59	4.87	**0.000**
Postoperatif BKAP Amplitüdü	5810	6371	3429	5680	**0.002**
Postoperatif Duyu İletim Hızı	50.15	40.32	27.10	37.65	**0.000**

Hastaların pre-post operatif elektrofizyolojik bulguları ve Boston Semptom Ağrılık Ölçekleri karşılaştırıldığında orta ve ağır evredeki hastalarda anlamlı fark tespit edilmiştir. Ancak tenar atrofisi olan hastalarda elektrofizyolojik bulgular ve Boston Semptom Ağırlık ölçeklerinde anlamlı fark izlenmemiştir.

Sonuç:
Karpal tünel sendromu hastalarında ağır evrede dahi cerrahi tedavi etkili olabilir. Preoperatif değerlendirmede tenar artofi bulgusu göz önünde bulundurulmalıdır.

EP - 82 BİLATERAL MEDİAL MEDÜLLER SENDROM: OLGU SUNUMU

ZAKİR ERAT , GÖZDE BAŞKURT , MURAT ERTEN , ZEHRA UYSAL KOCABAŞ , ÖZLEM AYKAÇ , ATİLLA ÖZCAN ÖZDEMİR

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERİSTESİ

Giriş:
Medial medüller enfarktüs, posterior dolaşımdaki iskemik inmelerin %1.5inden azını oluşturur. Bu bölgenin bilateral enfarktüsleri daha da nadirdir. Bilateral medial medüller enfarktüs genellikle akut dizartri, disfaji ve kuadriparezi ile kendini gösterir. Manyetik Rezonans (MR) görüntülemede karakteristik "kalp görünümü" veya "Y harfi" işareti nörologlar tarafından iyi tanınmasına rağmen, atipik görüntülerle de prezente olabilmektedir. Biz bu yazıda tetrapleji ve solunum güçlüğü ile giden bir bilateral medial medüller enfarkt olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu:
Altmış dokuz yaş erkek hasta dört ekstremitede güçsüzlük nedenli acil servise başvurdu. Hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. Herhangi bir ilaç kullanmıyordu. Hastanın nörolojik muayenesinde hafif dizartri, sol santral fasiyal paralizi, sağ alt ekstremite 3/5, sağ üst ekstremite 5/5, sol alt ekstremite 2/5, sol üst ekstremite 4/5 kas gücü ve sol alt ekstremitede hipoestezi mevcuttu. Babinski bilateral pozitifti. Hasta muayene esnasında aktif olarak kusuyordu. Acil serviste çekilen beyin bilgisayarlı tomografisi (BT) normal, BT anjiografide sol vertebral arterde anlamlı darlığa yol açmayan plak ve sağ vertebral arter V4 segmentinde okluzyon izlendi. Çekilen difüzyon MR'da medullanın medialinde difüzyon kısıtlılığı görüldü. İlk semptomu 6 saati geçen hastaya 300 mg klopidogrel yüklendi ve intravenöz unfraksiyone heparin tedavisi başlandı. Hastada yatışın ikinci gününde tetrapleji gelişmesi üzerine çekilen difüzyon MR'da medullada Y harfi şeklinde difüzyon kısıtlılığı izlendi. Takibinde solunum sıkıntısı gelişen, saturasyon düşüşü olan hasta entübe edilerek yoğun bakıma yatırıldı.Yoğun bakım takibinde hastaya trakeostomi ve perkütan endoskopik gastrostomi açıldı.

Tartışma:
Bilateral medial medüller enfarkt tüm iskemik inmelerin nadir bir alt tipi olup, genellikle hipoglossal felç, kuadripleji, derin duyu kaybı, solunum yetmezliği, bulbar disfonksiyon ile kendini gösterir. Patognomonik MRG bulguları, "kalp görünümü" olarak bilinen medial medulla seviyelerinde bilateral enfarktüsü ortaya koymaktadır. Medulla oblongatanın anterior-medial bölgesinin kan akımı iki ana bölümden oluşur: üst üçte biri vertebral arterin (VA) paramedian dalları ile beslenirken, alt üçte ikisi anteiror spinal arter(ASA) tarafından beslenir. Bilateral medial meduller enfarktın genellikle VA veya ASA'i içeren aterotrombozdan kaynaklandığı konusunda fikir birliği vardır. Başka bir deyişle kılavuzlara göre büyük arter aterosklerozu olarak kategorize edilmiştir.

Sonuç:
Bilateral medial medüller enfarkt genellikle posterior dolaşımın büyük arterleri veya bu arterlerin dalları ile ilişkili olan, ciddi morbidite ve mortalite ile ilişkili nadir görülen bir inme tipidir. Bu inme tipinde beyin sapında küçük bir alan etkilenmesine rağmen klinik olarak ağır seyir göstermektedir. Beyin sapındaki kortikobulber liflerin anatomik varyasyonlarının bir sonucu olarak, medüller enfarktüsün yol açtığı santral fasiyal paralizi göz ardı edilmemelidir. Erken tanı için difüzyon ağırlıklı MRG ile elde edilen karakteristik bulguların akılda tutulması esastır.

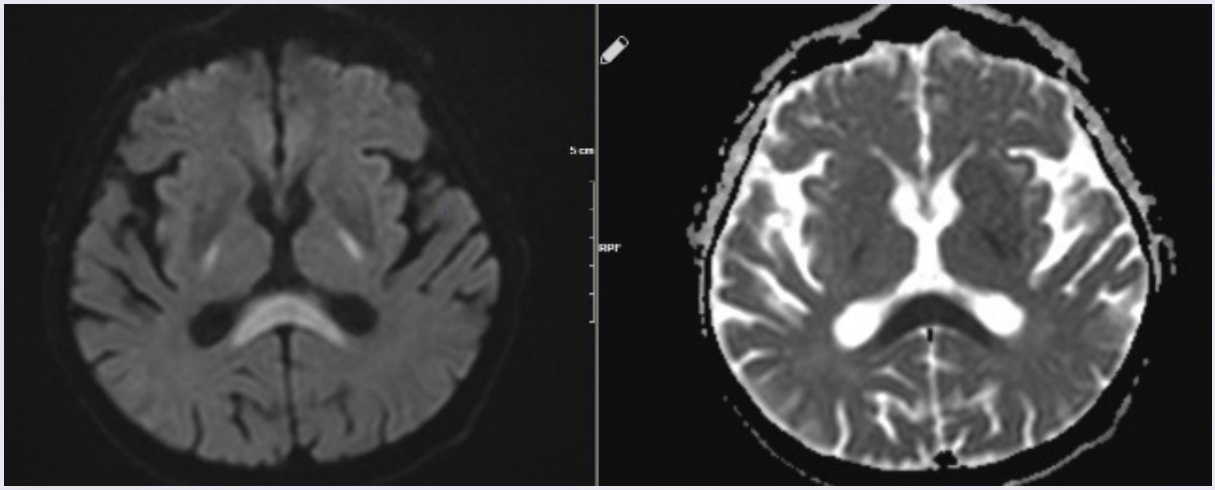
EP - 83 OXALİPLATİN İLİŞKİLİ KORPUS KALLOSUM TUTULUMU İLE GİDEN TOKSİK REVERSİBLE LÖKOENSEFALOPATİ OLGUSU

ASLI SENA KAYA , BEGÜM YARALIOĞLU , ONUR AKAN , SERAP ÜÇLER

NÖROLOJİ KLİNİĞİ, SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ PROF. DR. CEMİL TAŞÇIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ

Giriş:
Korpus kallosumun sitotoksik lezyonları, korpus kallosumda geçici hasar oluşturan klinik-radyolojik bir sendrom olarak kabul edilir. Özellikle spleniumda ilaçlar, malign neoplazmlar, enfeksiyonlar, subaraknoid kanama, metabolik bozukluklar gibi birçok nedene sahiptir. Klinik tablo tutulum şiddetine göre değişkenlik gösterir.

Olgu:
Bilinen mide kanseri, kronik böbrek yetmezliği öyküsü olan 69 yaşında erkek hasta son kemoterapi dozunu aldıktan 3 gün sonra, bir gündür devam eden dizartri, hareketleri başlatmada güçlük, uykuya meyil nedenleri ile acil servise başvurdu. Hastanın 5 ay boyunca oxaliplatin ve 5-fluorouracil kemoterapi kullandığı öğrenildi. Nörolojik muayenesinde dizartik, apraksik konuşma, ekstremitelerde pozisyon duyusu kaybı olan hasta da belirgin lateralizan motor defisit saptanmadı. Taban cildi refleksi bilateral lakayt alındı. Rutin kan tetkikleri normal olup viral seroloji, vaskulit paneli negatifti. EEG incelemesi normaldi. Yapılan kraniyal görüntülemelerinde bazal ganglionlarda internal kapsüllerde simetrik şekilde, kallozum spleniumu ekspanse eden T2A /FLAİR hiperintens kontrast tutmayan sinyal değişiklikleri, diffüzyon ağırlıklı incelemede ise korpus kallozum splenium ve internal kapsüllerde diffüzyon kısıtlılığı dikkat çekti (şekil 1). Destek tedavisi verilen hastanın bir haftalık izleminde şikayetleri tamamen geriledi ve kalıcı sekel saptanmadı. Kontrol kraniyal görüntülemelerinde lezyonları düzelen hastada toksik reversible lökoensefalopati düşünüldü ve onkoloji hekimiyle iletişim kurularak kemoterapötik ajan değişimine gidildi.



şekil1.

Sonuç:
Kanserli hastalarda görülen nörolojik komplikasyonlar kanserin kendisi, metastaz, paraneoplastik sendrom, metabolik sebeplere bağlı olabileceği gibi radyoterapi ve kemoterapiye bağlı da gelişebilmektedir. Oksaliplatin nörotoksisitesinde posterior reversibl ensefalopati sendromu bildirilmiştir. Ancak olgumuzda olduğu gibi bazal gangliyonlar, talamus, internal kapsül, derin beyaz cevher, korpus kallosum splenium tutulumu yaygın değildir.

EP - 84 MİYASTENİA GRAVİS HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

BUSE GÜL BELEN , BAŞAK CEREN OKCU KORKMAZ , SİBEL KARŞIDAĞ , ZEYNEP KARAOĞLU AKINCI , MURAT MERT ATMACA , MEHMET GÜNEY ŞENOL , MEHMET FATİH ÖZDAĞ

SBÜ SULTAN ABDÜLHAMİD HAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
Miyastenia gravis (MG) hastalığında yaşam kalitesinin (YK) etkilendiği bilinmektedir. Amaç bu hastalarda YK üzerine etkili faktörleri saptamaktır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışma 21 MG hastasını (yaş ort 53±12 yıl, kadın/erkek: 12/9, hastalık süresi ort: 22±14 ay) kapsamaktadır.

Uygulanan Ölçekler:
Amerika Miyastenia Gravis Birliği Sınıflandırması (MGFA): Sınıf I: sadece oküler, Sınıf II: oküler + hafif ekstraokuler, Sınıf III: orta derecede ekstraokuler, Sınıf IV: ağır dereceli ekstraokuler kas tutulumu, Sınıf V: entübe hastalar.
MG için 15 Maddelik Yaşam Kalitesi Ölçeği (MG-QoL15): 15 soru (0-4 arasında hiç-çok fazla), toplam puan 60, puan arttıkça yaşam kalitesi kötüleşir. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): 21 soru(0-4 arasında) puanlandırılır. Toplam puan=63. Yorgunluk Şiddet Ölçeği (YŞÖ): 9 madde (1- 7 arasında) puanlanır. Skor=Toplam puan/9. Bulgular: MG tipine göre: [Okuler=9, Bulber=10, Jeneralize=2]; MGFA: [Sınıf 1= 8, Sınıf 2=13]; [timik hiperplazi =3, timoma=3, timektomili=6]; tedaviye göre [pridostigmin=8, immünsupresif=9, plazmaferez=4] . Ortalama MG-QoL15: 8.1±6, YŞÖ: 4.2±2 ve BDÖ: 5,2±5; MG-QoL15 kadınlarda 7.5±6, erkeklerde 8.8±7 (p=0.6); timektomililerde 11.1±4, timektomi olmayanlarda 6.9±7 (p=0.2)dir. MG tipine göre MG-QoL15 [oküler form= 3.5±4, bulber form =12.2±5 (p=0.002*)]; MGFA [Sınıf I=4±5 , Sınıf II=10.6±6 dir (p=0.017*)]; tedaviye göre [pridostigmin= 5.2±6, immünsupresif =8.3±5, plazmaferezlilerde= 13.5±9 (p=0.13)] bulunmuştur. MG-QoL15 ile YŞÖ-BDÖ arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (sırasıyla p<0.002*, p<0.0001*) . Regresyon analizinde MG-QoL15 üzerinde BDÖ,YŞÖ etkili parametrelerdir (sırasıyla p <0.0001- p=0.03).

Sonuç:
MG tipi, ağırlık düzeyi, yorgunluk ve depresyon MG hastalarında yaşam kalitesini belirlemektedir.

EP - 85 BARİYATRİK CERRAHİ SONRASI GELİŞEN LAMBERT EATON MYASTENİK SENDROM

DİLARA ASAR , LEVENT ÖCEK , AYSEL ÇOBAN , EBRU BÖLÜK , UFUK ŞENER

SBÜ İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTENESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Bariyatrik cerrahi (BS) sonrasında nütrisyonel eksikliğe bağlı periferik nöropati ve rabdomiyoliz gibi nörolojik durumlar bildirilmiştir. Lambert-Eaton Myastenik Sendromu (LEMS) nöromusküler kavşaktaki presinaptik sinir terminallerindeki P/Q tipi voltaj bağımlı kalsiyum kanallarına karşı antikor nedeniyle asetilkolin salınımında azalma, buna bağlı olarak kas güçsüzlüğüyle prezente olur. Biz de, BS sonrasında literatürde ilk kez tanı alan primer otoimmün LEMS olgusunu paylaşmak istedik.

Olgu:
Kırk sekiz yaşında erkek hasta son altı aydır giderek artan merdiven çıkarken, otobüse binerken zorlanma oturduğunda kalkamama şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde sekiz ay önce BS operasyonu olduğu öğrenildi. Nörolojik muayenesi; bilinç açık,motor kas gücü her iki alt ekstremite proksimal 3+/5 distal 4/5; dört ekstremite derin tendon refleksleri hipoaktif olarak değerlendirildi. Rutin laboratuar tetkiklerinde anlamlı bulgu saptanmadı. EMG incelemesinde presinaptik nöromusküler kavşak bozukluğunu düşündüren bulgular elde edildi. P/Q tipi kalsiyum kanal antikoru pozitif idi (42 pmol/lt). Yapılan tüm malignite taramalarında patoloji saptanmadı. Primer otoimmün LEMS ön planda düşünüldü. Pridostigmin ve iki gr/kg/gün intravenöz immunglobulin tedavisi uygulandı. 3,4 diaminopridin tedavisi planlandı. Klinik bulgularında düzelme gözlenen hastanın izlemi kliniğimizde devam etmektedir.

Tartışma:
Bariyatrik cerrahi sonrası ortaya çıkan ilk otoimmün LEMS olgusu olması nedeniyle sunulmaya değer bulunmuştur. Proksimal kas güçsüzlüğü ile gelen olgularda nadir görülen LEMS'in akılda tutulması, klinik bulgular açısından hastanın sorgulanması ve izlemi önem taşımaktadır.

EP - 86 DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ GENÇ İNME İÇİN BİR RİSK FAKTÖRÜ MÜ? OLGU SUNUMU

GÜNGÖR ÇAKMAKCI , EMİNE SAYGIN UYSAL , GÖNÜL AKDAĞ , MUSTAFA ÇETİNER

KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
İnmede risk faktörlerinin belirlenmesi ve doğru yönetim erken dönemdeki önleyici tedavilerin planlanması açısından önemlidir. Akut iskemik inmedeki risk faktörleri genel olarak iyi bilinmesine rağmen anemi geri planda kalmıştır. Anemi ve inme arasındaki ilişki yeterince araştırılmamış ve tanımlanmamıştır. Yıllar boyunca inme gelişimi için çeşitli risk hesaplayıcıları geliştirildi. Ancak olası kontrol edilebilir bir risk faktörü olarak demir eksikliği anemisi hesaplamalara dahil edilmemiştir. Bu vakada menorajiye sekonder ağır demir eksikliği anemisi olan ve iskemik inme geçiren 19 yaşındaki kadın olguyu paylaşıyoruz.

Olgu:
Demir eksikliği anemisi ve menoraji öyküsü olan 19 yaşındaki kadın hasta sağ kol ve bacakta uyuşukluk ve güçsüzlük nedeniyle şikayetinin 15. saatinde kliniğimize başvurdu. Nörolojik muayenesinde sol vücut yarısından hipoestezi ve 4/5 düzeyinde hemiparezi tespit edildi. Hemoglobin 5.4 g/dl, MCV 53.5 fL, trombosit 713 10^3/µL, ferritin:0.9 ng/mL, serum demir 9 ug/dL, serum demir baglama kapasitesi 419 mcg/dL saptandı. Beyin difuzyon ağırlıklı manyetik rezonans görüntülemesinde sol anterior serebral arter ve sol orta serebral arter border zone sulama alanlarında akut enfarkt izlendi. Manyetik rezonans anjiografi görüntülemesinde major damar okluzyonu görülmedi. Genç inme etiyolojilerine yönelik olarak yapılan ayrıntılı araştırmalarda patoloji saptanmadı. Paketlenmiş kırmızı kan hücresi transfüzyonu ve antiagregan tedavi uygulandı. Fizik tedavi ve rehabilitasyon programına alınan hasta tam klinik iyileşme ile taburcu edildi.

Sonuç:
Olgumuzda inme etiyolojisine yönelik olarak yapılan kapsamlı araştırmalarda birincil sebep saptanamadı. Böylelikle demir eksikliği anemisinin inme için bir risk faktörü olduğunu değerlendirdik. Bu ve benzer olgular ışığında demir eksikliği anemisinin inme için olası kontrol edilebilir bir risk faktörü olarak ve demir eksikliği anemisi için taramanın ve tedavinin daha ciddi olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

EP - 87 AKIM ÇEVİRİCİ STENT SONRASI TRİVENTRİKÜLER HİDROSEFALİ: OLGU SUNUMU

HİLALİ DUYGU ERARSLAN [1], HELİN KÖKMEN [1], GÖZDE SERTTAŞ [1], TAYLAN ALTIPARMAK [1], HALE ZEYNEP BATUR ÇAĞLAYAN [1], FATİH ÖNCÜ [2], BURAK KARAARSLAN [3], AHMET BARAN ÖNAL [2], BİJEN NAZLIEL [1]

[1] GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, RADYOLOJİ ANABİLİM DALI
[3] GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Vertebrobaziler sistem disekan ve fuziform yapıda anevrizmaların sık rastlandığı bir bölgedir. İskemi, kanama, bası etkileriyle nörolojik semptomlar oluşabilir.

Olgu:
Elli dört yaşında erkek hasta; ani başlayan binoküler bakışta vertikal ve horizontal çift görme, sağ gözde dışa bakış kısıtlılığı, başın sola deviasyonu ve baş dönmesi kliniğiyle başvurdu. Beyin-Boyun BT anjiyografisinde sol vertebral arter okluzyonu, baziler arterde dolikoektazisi ve krus serebriye indentasyon saptandı. DSA (Dijital subtraksiyon anjiografi) yapılan hastada baziler arterde fuziform anevrizma görüldü. Hastaya endovasküler tedavi, cerrahi girişim veya medikal tedavi seçeneği sunuldu. Hasta medikal tedaviyi (dual antiplatelet tedavisi) seçerek taburcu oldu. İki ay sonra sol taraflı güçsüzlük, konuşmada peltekleşme şikayetiyle tekrar başvurdu. Hastanın tedavisi asetilsalisilik asit ve tikagrelor 2x90mg olarak düzenlenerek baziler arterine akım çevirici stent takıldı. Altı ayda bir kontrol DSA önerilerek taburcu edildi. Beş ay sonra subakut gelişen yürümede dengesizlik şikâyeti ile başvurusunda çekilen Beyin BT'sinde triventriküler hidrosefali saptandı. Hastada, geniş boyunlu stentin aquaduktus serebriye yakın seyretmesi nedenli bası oluşturduğu görüldü. Beyin cerrahisi bölümümüzce ventrikülöperitoneal şant takıldı. Hastanın ventrikülöperitoneal şant sonrası yürümedeki dengesizlik şikayeti gerilemiş olup 6 aylık tikagrelor tedavisi klopidogrel ile değiştirilerek takibe devam edilmektedir.

Tartışma:
Fuziform anevrizmalar, nadiren subaraknoid kanama ile ortaya çıkmaktadır ancak inmeye neden olabilmekte ve boyutları büyüdüklerinde semptomatik hale gelebilmektedir. Anevrizmaların endovasküler yöntemler ile tedavisi günümüzde çok daha güvenilir ve non-invaziv olması sebebiyle rutin cerrahi yöntemlere alternatiftir. Akım çevirici stent ile anevrizma tedavisi nispeten yeni bir endovasküler tedavi yöntemi olup kompleks ve geniş boyunlu anevrizma tedavisinde rutin koil ile embolizasyon yöntemine üstündür. Anevrizmatik segmente yerleştirilen akım çevirici stent ile anevrizma içerisine olan akım değiştirilmekte, neointimal proliferasyon ve trombozis ile anevrizma oklüzyonu sağlanmaktadır. Endovasküler tedavi sonrası gecikmiş serebral iskemi, hidrosefali, nöbet, vazospazm, gecikmiş anevrizma rüptürü ve stentle ilgili komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Hastamızda da hidrosefaliye ilişkin dengesizlik, yürümede zorluk semptomları ortaya çıkınca beyin cerrahisi tarafınca takılan ventrikülöperitoneal şanttan fayda görmüştür.

EP - 88 İDİYOPATİK LONGİTUDİNAL YAYGIN TRANSVERS MİYELİT OLGUSUNDA SPİNAL KORD "H" BULGUSU

İLKER ARSLAN , ŞERİFE YAYMACI , BELGİN KOÇER

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Longitudinal yerleşimli yaygın transvers myelit (LETM) geniş etiyolojik çeşitliliğe sahip olup nöromiyelitis optika spektrum bozukluğu (NMOSD) ve myelin oligodendrosit glikoprotein antikoru ile ilişkili hastalık (MOGAD) gibi SSS otoimmün hastalıklar ilk olarak akla gelse de; sistemik otoimmün hastalıklar, enfeksiyöz, paraneoplastik durumlara bağlı ve idiyopatik olarak da görülebilmektedir. Laboratuvar ve nörogörüntüleme tetkikleri ayırıcı tanıda anahtar role sahip olup spinal kord MRG'de aksiyel kesitlerde gözlenen "H" bulgusu MOGAD ile ilişkilendirilmiştir. Burada LETM ile presente olan ve spinal kord "H" bulgusu saptanan bir vakayı sunuyoruz.

Olgu:
Elli beş yaşında kadın hasta, bel ağrısını takip eden 4-5 gün içerisinde başlayan her iki alt ekstremitede güçsüzlük ve hissizlik, idrar kaçırma şikayetleri ile acil servise başvurdu. Nörolojik muayenesinde parapleji, alt ekstremitelerde DTR kaybı, T10 dermatom seviyesi altında duyu kaybı anal refleks kaybı saptandı. Torakolomber MRG'sinde T9-L2 vertebra arası uzanım gösteren, spinal kordda santral yerleşimli ve lomber düzeyde hafif ekspansil olan, patolojik kontrast tutulumunun izlenmediği uzun segment T2 sinyal artışı tespit edildi; aksiyel kesitler incelendiğinde kord santralinde gri maddeyi etkileyen, ön ve arka boynuzlar boyunca uzanım gösteren "H bulgusu" görüldü. Kraniyal ve servikal MRG'sinde patoloji saptanmadı. BOS proteini yüksekti (176 mg/dl) ve lenfositik hafif pleositoz görüldü. Serum ve BOS'ta enfektif ve paraneoplastik tetkikler ve serum anti-AQP4 IgG ile anti-MOG IgG negatif, BOS OKB negatif tip1 ve IgG indeksi normal sonuçlandı. Görsel uyarılmış potansiyel incelemesi bilateral normal bulundu (P100 dalga latansı sağda 102 m/sn, solda 101 m/sn). Klinikte LETM tablosunun konus medullarise yerleşmesi ve "H bulgusu" mevcudiyeti nedeniyle ön planda MOGAD düşünüldü, ancak serum anti-MOG IgG negatifdi. Tek kor klinik karakteristiği olan hasta için seronegatif NMOSD tanısı da uygun olmayıp hastamız idiopatik transvers miyelit olarak kabul edildi. İntravenöz metilprednizolon 1000 mg/gün başlandı; tedavinin 6. gününde klinik fayda olmaması üzerine gün aşırı 5 seans plazmaferez uygulandı. Tedavi sonrasında bilateral alt ekstremite kas gücü 2/5'ti, duyu defisiti diz distaline gerilemişti, nörojenik-barsak-mesane şikayetleri devam ediyordu. Hastada 6 ay sonra serum anti-MOG IgG ve anti-NMO IgG çalışılması, beyin ve tüm spinal kord MRG tetkiklerinin tekrarlanması planlandı.

Tartışma:
"H bulgusu" klasik olarak MOGAD'da tanımlanan bir spinal kord MRG bulgusudur. Aksiyel T2A sekanslarda spinal gri maddenin tutulumunu tanımlar, ön ve arka boynuzların etkilenimi sonrası sinyal artışı "H" harfine benzemektedir. "H bulgusu" MOGAD'lı hastaların yaklaşık %30-60'ında görülmektedir, fakat bu belirti MOGAD'a patognomonik değildir. NMOSD hastalarının %10'undan azında görülebilir, multipl sklerozda görülmesi beklenmemektedir. Ayrıca bazı akut flasit miyelit tipleri, spinal kord infarktları ve idiyopatik transvers miyelitde de saptanabilir. Spinal kord "H" bulgusu var iken MOGAD tanısı konulamayan olgularda yakın klinik, laboratuar ve radyolojik takip yapılması olası tanılar ve tedavi yaklaşımını belirlemek için önemlidir.

EP - 90 LAKÜNER İNMEDE GÖZDEN KAÇIRILMAMASI GEREKEN BİR NEDEN: SEREBRAL AMİLOİD ANJİOPATİ OLGUSU

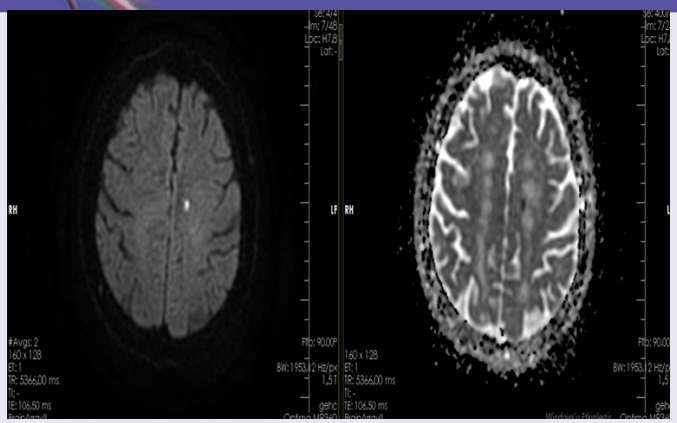
MUHAMMET AKİF ÇEVİK , FETTAH EREN

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

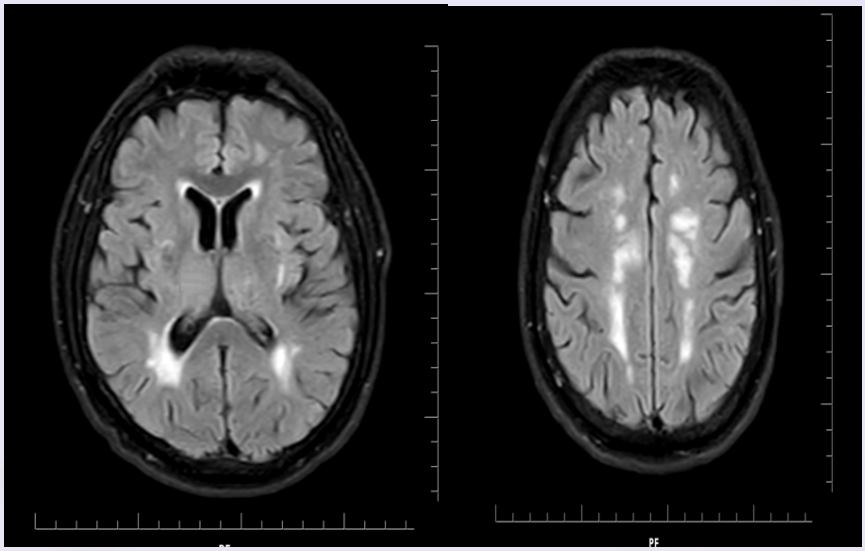
Giriş:
Laküner inme önemli morbidite ve mortaliteye sahip yaygın bir iskemik inme tipidir. Laküner inmede erken evrede prognoz genellikle olumlu olsa da uzun vadede özellikle kardiyovasküler nedenlerden kaynaklı ölüm riskinde belirgin artış gözlenmektedir. Ayrıca çok sayıda laküner enfarktüsün birikmesi önemli fiziksel ve bilişsel engellere, demansa yol açmaktadır. Bu nedenle laküner inmede risk faktörlerinin yönetimi ve erken teşhis daha olumlu sonuçlar için elzemdir. Burada sağ alt ekstremitede ani güçsüzlük şeklinde şikayeti olan bir serebral amiloid anjiopati olgusu sunulmaktadır.

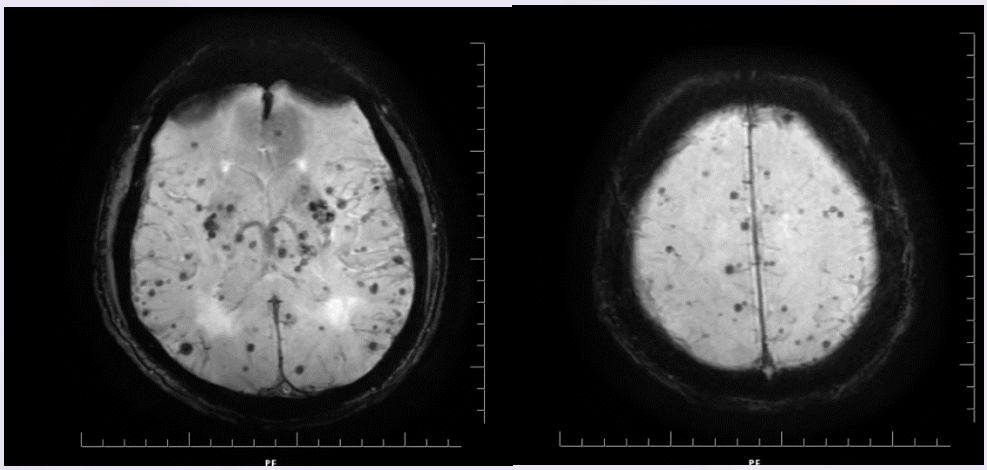
Olgu:
3 yıl önce sol kol ve bacakta güçsüzlük şeklinde semptomatize olup sekelsiz iyileşen iskemik serebrovasküler hastalık öyküsü olan 63 yaşındaki erkek hasta nöroloji polikliniğine ani gelişen sağ bacak güçsüzlüğü şikayetiyle başvurdu. Herhangi bir ilaç kullanımı yoktu. Nörolojik muayenesinde patolojik olarak sağ alt ekstremitede MRC'ye göre 4/5 kas güçsüzlüğü ile sağda ekstansör taban derisi yanıtı tespit edildi. Kontrastsız beyin BT'de akut patoloji tespit edilmedi. Difüzyon MRG'de sol frontal lobda subkortikal düzeyde laküner boyutta difüzyon kısıtlılığı izlendi (Şekil 1'e bakınız). Kontrastlı karotis ve beyin arteriyel BT anjiografide major vasküler yapılarda patoloji izlenmedi. Hastanın yatışı gerçekleştirildi. Takiplerinde hasta bir kez yaklaşık 1 dk kadar süren ve akabinde 30 dk kadar postiktal konfüzyon olan jeneralize tonik-klonik nöbet geçirdi. Hastadan SWI sekansının eklendiği beyin MRG tetkiki istendi. Beyin MRG tetkikinde FLAIR sekansta diffüz kortikal atrofi, bilateral yaygın subkortikal-periventriküler hiperintens beyaz cevher lezyonları ve SWI sekansta kortikal ve lobar yerleşimli yaygın multipl mikrohemorajiler tespit edildi (Şekil 2'ye bakınız). Hasta mevcut klinik ve nörogörüntülemeleri ışığında muhtemel serebral amiloid anjiopati olarak değerlendirildi.

Sonuç:
Serebral amiloid anjopati (CAA); ağırlıklı olarak leptomeningeal boşlukta, kortekste küçük ila orta büyüklükteki arterlerin, arteriyollerin, venüllerin duvarlarında ilerleyici kongofilik, immünoreaktif, amiloid protein birikimi ile karakterize edilir. CAA; özellikle yaşlı populasyonda lober intraserebral kanamalar, antikoagülan kullanımına bağlı intraserebral kanamalar, subkortikal infarktlar, kognitif bozukluklar, demans ve geçici fokal nörolojik epizodlar gibi klinik manifestasyonlara sahiptir (1). Beyin parankimindeki dağılımı esas olarak hipokampus ve korteks bölgesindedir. CAA inme, bilişsel gerileme ve yaşa bağlı engelliliğin önemli bir nedenidir. MRGdeki temel nörogörüntüleme belirtileri arasında multipl mikrohemorajiler, kortikal superfisyal siderozis, beyaz cevher hiperintensiteleri, mikro enfarktüsler, perivasküler alanlar, kortikal atrofi yer alır (2). Sonuç olarak laküner inme tespit edilen hastalarda ayırıcı tanılar arasında serebral amiloid anjiopati mutlaka akılda tutulmalıdır.



Şekil 1: Difüzyon MRG tetkikinde sol frontal lobda subkortikal düzeyde laküner boyutta difüzyon kısıtlılığı izlendi.





Şekil 2: Beyin MRG tetkikinde FLAIR sekansta diffüz kortikal atrofi, bilateral yaygın subkortikal-periventriküler hiperintens beyaz cevher lezyonları ve SWI sekansta kortikal ve lobar yerleşimli yaygın multipl mikrohemorajiler tespit edildi.

Kaynaklar:

1-Li Q, Yang Y, Reis C, Tao T, Li W, Li X, Zhang JH. Cerebral Small Vessel Disease. Cell Transplant. 2018 Dec;27(12):1711-1722. doi: 10.1177/0963689718795148. Epub 2018 Sep 25. PMID: 30251566; PMCID: PMC6300773.

2-Charidimou A, Boulouis G, Gurol ME, Ayata C, Bacskai BJ, Frosch MP, Viswanathan A, Greenberg SM. Emerging concepts in sporadic cerebral amyloid angiopathy. Brain. 2017 Jul 1;140(7):1829-1850. doi: 10.1093/brain/awx047. PMID: 28334869; PMCID: PMC6059159.

EP - 91 CREUTZFELDT-JAKOB HASTALIĞI: ÜÇ TİPİK OLGU VE BİR HEİDENHAİN VARYANTI OLGUSU

ÖZGENUR GÜNGÖR , MEHMET EMRE ÇAVUŞ , ÖZLEM KAYIM YILDIZ

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Olgu:
Creutzfeldt- Jakob hastalığı (CJH), prion proteinlerinin yol açtığı, hızlı progresif demans, ataksi ve myoklonusla karakterize, aylar içerisinde fatal sonlanan nadir bir dejeneratif beyin hastalığıdır. İnsidansı yaklaşık milyonda 1'dir. Sporadik, familyal, akkiz ve yeni varyant tipleri mevcuttur. Bu olgu sunumunda demans, ataksi ve motor semptomlarla başlayan üç CJH olgusuyla birlikte hastalığın nadir bir alt tipi olan Heidenhain varyantına sahip bir olgu sunulmaktadır. Yaşları 63, 74 ve 53 olan ikisi kadın üç hasta dengesiz yürüme, unutkanlık ve sıçrama yakınmaları ile başvurdu. Beyin manyetik rezonans görüntülemede (MRG) tipik kortikal difüzyon kısıtlılığı ve fluid attenuated inversion recovery (FLAIR) imajlarda hiperintens sinyal değişikliği (kurdele bulgusu), elektroensefalografide (EEG) periyodik keskin dalga kompleksleri olan hastaların ikisinde beyin omurilik sıvısında 14-3-3 proteini pozitif saptandı. Semptom başlangıcından ölüme kadar geçen süre 3-5 ay arasındaydı.
Heidenhain varyantı olan 74 yaşında erkek hasta ise ani başlayan geçici görme kaybı atakları ile başvurdu. İzlemde semptomlarına ataksi ve myoklonus eklenen hastanın EEG'sinde periyodik keskin dalga kompleksleri mevcuttu. Beyin MRG'de bilateral oksipital korteklerde difüzyon kısıtlanması ve FLAIR görüntülerde hiperintens sinyal değişiklikleri izlendi. Progrese olarak akinetik mutizm geliştiren hasta, semptom başlangıcından 6 ay sonra öldü.
CJH'nın Heidenhain varyantı, görme keskinliğinde bozulma, renk algısının bozulması, optik distorsiyonlar ve halüsinasyonlar gibi vizüel bozukluklarla başlar. Nörogörüntülemede oksipital korteks tutulumu ile karakterizedir. Sağ kalım süresi daha uzun olabilir. Vizüel semptomlar hastalığın diğer semptomları olmadan haftalarca devam edebilir ve CJH tanısı koymayı güçleştirebilir. CJH'nın tipik klinik özelliklerine ek olarak kortikal vizüel semptomlarla birlikte nörogörüntüleme ve EEG'de tipik bulguların varlığı halinde tanı akla getirilmelidir.

EP - 92 GUİLLAİN BARRE SENDROMUNUN AMSAN VARYANTI İLE PREZENTE OLAN BİRİ LEPTOSİPİROZ DİĞERİ TÜBERKÜLOZ MENENJİTİ OLAN İKİ OLGU

SİBEL GÜLER

YALOVA ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Olgu:
Leptospirosis, tropikal ülkelerde sıklıkla görülen bir zoonozdur. Tüberküloz ile ilgili nörololojik belirtiler arasında tüberkülom, beyin apsesi, potts omurgası ve radikülomiyelopati yaygın olarak yer almaktadır. Bununla birlikte şimdiye kadar tüberküloz ile ilişkili sadece birkaç GBS vakası yayınlanmıştır. Burada Guillain Barre Sendromu Varyantı (GBS) olan akut motor ve duyusal aksonal nöropati (AMSAN) ile komplike olan biri leptospiroz ve diğeri tüberküloz olan iki vaka sunuyoruz. Birçok enfeksiyöz ajanın GBSnin AMSAN varyantını tetiklediği bilinmektedir, ancak yalnızca birkaç AMSAN ve leptosipiroz vakası ile AMSAN ve tüberküloz ilişkili vaka bildirilmiştir. Bu nedenle bu ilişkinin daha fazla değerlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Tüberküloz genel olarak aralarında tüberkülom, menenjit, radikülomiyelit, beyin apsesinin yer aldığı farklı nörolojik tablolar ile prezente olmaktadır. Burada, tüberküloz menenjit tanısı alan sonrasında arefleksik kuadriparezi kliniği gelişen GBSnin AMSAN varyantı tanısı elektrofizyolojik olarak EMG ile konulan yaşlı bir erkek olgusu sunulmuştur. Dolayısıyla bu olgunun tüberkülozun bilinen nörolojik tablolarından farklı ve nadir olması ayrıca sadece antitüberküloz tedaviye (ATT) ve antibiyoterapiye olumlu yanıt vererek mevcut kuadriparezi kliniğinin düzelmesiyle literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Leptospirosis, hem tropikal hem de ılıman bölgelerde yaygın olan ve bir zoonozdur. Sri Lankada yaygın olarak görülen bir enfeksiyondur ve çoğunlukla çiftçilik yapan toplumlarda daha yaygındır. AMSAN varyantı GBS gelişen ikinci hastamız da benzer şekilde bir çiftçiydi. Leptospiroz; miyeloradikülopati, miyelopati, serebellar disfonksiyon ve nadiren de GBS gibi nörolojik tablolar ile prezente olmaktadır.Hastamızda GBSnin şiddetli bir formu olana AMSAN varyantı saptandı. Hastamızda 14 döngü plazma değişimine rağmen tam olmayan iyileşme görüldü. Dolayısıyla büyük olasılıkla parsiyal rezidüel aksonal hasarın bu durumu tetiklediği düşünüldü. Ayrıca dikkat çeken bir diğer nokta çok az çalışmada hastalıktan sonraki yirmi dört saat içinde solunum kaslarının hızlı tutulmasının ventilatör desteği gerektirdiğini ve eşlik eden diğer kardiyovasküler otonom semptomların varlığını gösterir. Bu durumun tedavisi yapılmayan periferik sinirlerin elektrofizyolojik sonuçlarının bir göstergesi olduğu bildirilmiştir. Ancak olgumuzda hızlı ilerleyen ve yoğun plazmaferez ve antibiyoterapiye rağmen tam olarak düzelmeyen kas gücüne karşın solunum kaslarının tutulumu veya solunumsal ek bir problem gözlenmemiştir. Burada bildirilen iki farklı bulaşıcı ajan olarak bilinen tübeküloz ve leptospirosise bağlı gelişen AMSAN vakaları; tedavi ile kliniklerinin düzelmesi bakımından son derece önemlidir. Özellikle endemik bölgelerde nörolojik semptomların atipik prezentasyonlarının bir nedeni olarak leptospiroz mutlaka düşünülmelidir. Her iki olguda da yeterli klinik yanıt alınması; öncelikle hastaların ciddi kronik hastalıklarının olmaması ve buna ikincil olarak güçlü bağışıklık yanıtlarının varlığı ile ilişkilendirilmiştir.

EP - 93 NÖROMİYELİTİS OPTİKA VE MYASTENİA GRAVİS BİRLİKTELİĞİ OLAN BİR OLGU

TUTKU ATAY , SELİN BETAŞ AKIN , ÜLKÜ TÜRK BÖRÜ

AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANADALI

Giriş:
Nöromyelitis optika(NMO) tipik olarak optik nörit ve transvers myelit ile seyreden omurilikte üç veya daha fazla segmentin tutulumunun görüldüğü enflamatuar, demiyelinizan bir merkezi sinir sistemi bozukluğudur.Myastenia gravis(MG) ise yorulan kaslarda güçsüzlük ile karakterize nöromüsküler iletinin bozulduğu otoimmün bir hastalıktır.

Olgu:
45 yaş kadın hasta iki gündür sol gözde görmede azalma yakınmasıyla nöroloji kliniğine başvurdu.Hastanın özgeçmişinde; 2011 yılında günlük aktivitelerini yaparken akşama doğru bütün vücutta güçsüzlük ve sağ göz kapağında düşüklük yakınmaları ile asetilkolin reseptör antikoru pozitif MG tanısı mevcuttu.Ek olarak 2019 yılında ani başlayan sağ gözde tam görme kaybı ve denge bozukluğu öyküsü mevcuttu.Yapılan nörolojik muayenede sağ gözde pitoz ve derin tendon reflekslerinde artış saptandı.Kraniyel,spinal ve orbita MR çekildi.Orbita MR'ında bilateral optik sinirde kontrast tutulumu saptandı.Kraniyel ve spinal görüntüleme olağandı.(Şekil-1)Farklı dönemlerde bilateral görme kaybı olan hastadan mevcut klinik ve bulgular ile demiyelinizan hastalık ve MG birlikteliği düşünülüp oligoklonal band ve NMO-MOG kanları istendi.Aquaporin-4 reseptör antikoru pozitif, myelinoligodendrosit IgG 1 değeri(anti-mog) negatifti.5 gün 1000mg/gün steroid tedavisi verildi.Tedavi sonrası hastanın görmesinde kısmi düzelme saptandı

Tartışma:
NMO ve MG otoimmün mekanizmalarla birlikteliği görülebilen iki hastalıktır.Bu hastalarda genellikle MG semptomları daha önce başlamakta olup daha iyi bir seyir göstermektedir.Olgu sunumunda bahsi geçen hastada MG tanısı 2011 yılında NMO tanısından önce konulmuş olup hastanın klinik öyküsünde MG yapılan klinik çalışmalardaki gibi daha iyi bir seyir göstermiştir.Bizim olgumuz da literatür bulguları ile örtüşmektedir.

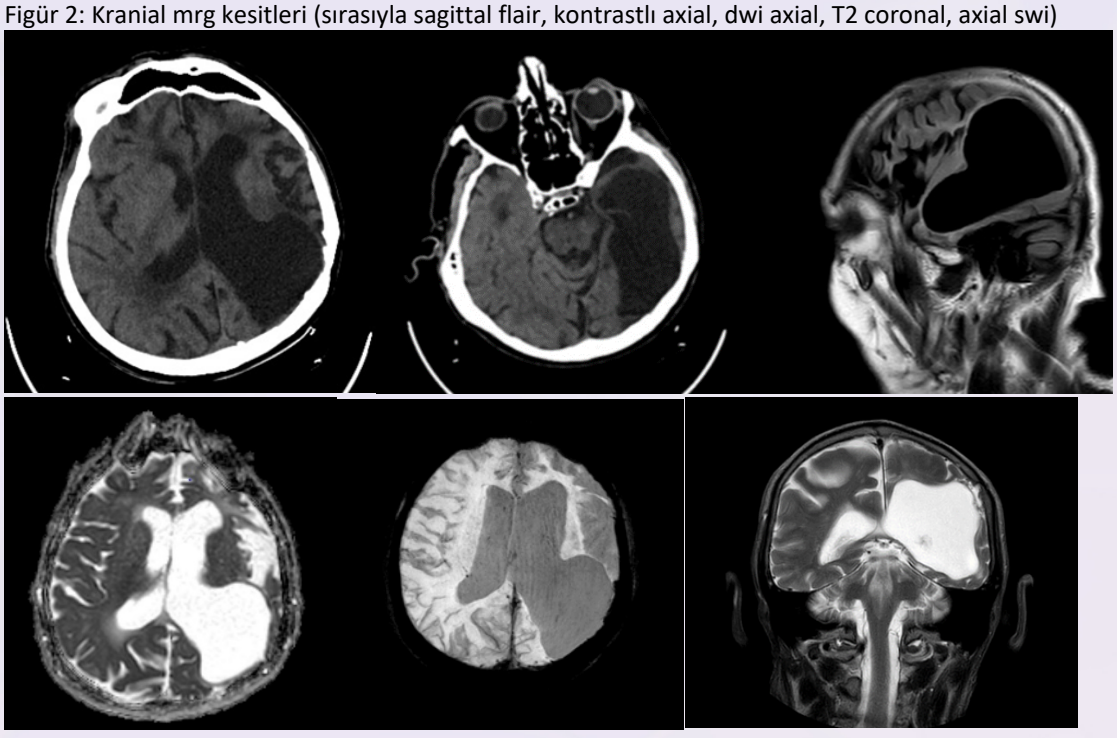
EP - 94 ERİŞKİNDE PORENSEFALİK KİST OLGU SUNUMU

FATMA NUR UĞUR , ZEHRA YAVUZ , SELİM SELÇUK ÇOMOĞLU

ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

Giriş:
Porensefalik kist, yetişkinlerde oldukça nadir bildirilen beyin parankiminde BOS (beyin omurilik sıvısı) ile dolu bir kist veya boşluğu içeren merkezi sinir sisteminin bozukluğudur. Genellikle konjenitaldir edinsel de olabilir. Konjenital porensefalik kistler, serebral iskemiye veya hemorajiye yol açan intrauterin vasküler hasarlardan kaynaklanır. Gebelik sırasında alınan alkol, CMV gibi bir virüsler intrauterin enfeksiyöz hasara ve konjenital porensefalik kistlere yol açabilir. Edinsel porensefalik kistler yaşamın ilerleyen dönemlerinde travma, cerrahi, iskemi veya enfeksiyona sekonder gelişir. Porensefali olan kişilerde Tip 4a1 kollajen zincirini kodlayan COL4A1'de de novo veya kalıtsal heterozigot mutasyonlar bildirilmiştir, son zamanlarda tubulin alfa 1a genindeki mutasyonlar da bu patolojik durumun başlangıcıyla ilişkilendirilmiştir. Porensefalik kistler tahmini insidansı 3.5 /100.000'dir ve yetişkinlerde çok nadir olarak bildirilmektedir. Bu olgu sunumunda nörogörüntülemeler ile sol fronto- temporal loblarda porensefalik kist saptanan erişkin bir hastayı sunuyoruz.

Olgu:
70 yaşında erkek hasta bir haftadır süren hareketle artan baş dönmesi, tinnitus ve denge kaybı ile başvurdu. Baş dönmesi periferik vertigo özelliğinde idi. Hastanın özgeçmişinde epilepsi, KOAH ve hipertansiyon hastalıkları mevcuttu 70 paket/yıl sigara kullanımı vardı. Ayrıca 3 yaşında yüksekten düşme sonrası hastanın nöbetleri başladığı öğrenildi. Nöbetleri 12 yıldır tedavi altında (levetirasetam 100 mg, karbamazepin 800 mg/gün) ve jeneralize tonik klonik tarzı özellikte idi. Nörolojik muayenesinde ataksik yürüyüş mevcuttu diğer nörolojik muayene bulguları normaldi. Rutin laboratuvar incelemeleri normal sınırlarda idi. Minimental test skoru:27/30 idi (oryantasyon:9/10, tekrarlama:0/1, üç aşamalı sorular:2/3) ve rutin EEG normal sınırlar içinde idi. Bilgisayarlı Tomografik (BT) ve Manyetik Rezonans (MR) incelemede porensefali tespit edildi. Periferik vertigo için semptomlarına yönelik tedavisi düzenlendi.
Figür 1: kranial bt; sol frontotemporal ve lateral ventrikülü kapsayan alanda BOS dansitesinde kistik alan
Figür 2: Kranial mrg kesitleri (sırasıyla sagittal flair, kontrastlı axial, dwi axial, T2 coronal, axial swi)



Tartışma:
Porensefalik kist, merkezi sinir sistemini etkileyen bir boşluğu tanımlar (1,3). Porensefalik kistlerin klinik özellikleri boyutu ve yerine göre değişken olabilmektedir. Asemptomatik veya epilepsi, fokal nörolojik defisit veya mental retardasyon ile de prezente olabilir (2). Nöbetler jeneralize veya fokal olabilir. Motor defisitleri hemipareziden şiddetli atonik diplejiye kadar değişir. Bilişsel eksiklikler, normal veya hafif öğrenme güçlüğünden ciddi zeka geriliğine kadar değişir (4). Mikrosefali eşlik edebilir. EEG tanıda yardımcı olabilir, ancak bulgular spesifik değildir. BT'de BOS ile aynı dansitede iyi tanımlanmış sınır ile bir intrakranial kist izlenir. Genellikle bitişik parankiminde kitle etkisi yoktur, ancak bazen çok büyük kistler lokal kitle etkisine neden olabilir ve kontrast tutmaz. Mr'da T1'de düşük sinyal yoğunluğu ile BOS sinyali içerir: T2de yüksek sinyal yoğunluğu görülür. Porensefalik kistin ayırıcı tanısında araknoid kist, şizensefali ve ependimal kist yer alır. Tedavi, fizik tedavi, nöbet bozuklukları için anti-epileptik ilaçlar ve hidrosefali durumunda bir şant içerebilir. Anti-epileptik ilaca dirençli epilepsisi olan hastalarda cerrahi önerilir, hemisferektomi ve hemisferotomiyi içerir, ancak genellikle çocuklarda ve iskemi veya travma ile ilişkili büyük porensefalik kist olgularında yapılır. Hemisferektomi büyük, tek taraflı hemisfer porensefalik kistler ve nörolojik defisit ile ilişkili dirençli nöbetler için tercih edilen cerrahi tedavidir. Alternatif bir minimal invaziv yaklaşım ise serebral arterlerin embolize edildiği kalıcı endovasküler balon tıkanıklığıdır. Ancak bu yaklaşım, güvenliğini ve etkinliğini henüz kanıtlamamıştır. Biz, travma sonrası epilepsi ile prensente yetişkinlikte saptanan proensefalik kist olgusunu sunduk.

Sonuç:
Porensefalik kist çeşitli klinik özelliklere sahiptir. Yetişkinlerde porensefalik kist olguları nadirdir, nadiren ve bazen de insidental bildirilir. Bu olgu erişkinlikte saptanan kafa travması sonrası epilepsinin eşlikçisi olduğu nadir bir porensefalik kistin radyolojik bulgusuna dikkat çekmek amacı ile sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Porensefali; bilgisayarlı tomografi; epilepsi; manyetik rezonans görüntüleme; edinsel; nöbet

Referanslar:
1)Tambuzzi S, Gentile G, Zoja R. Porencephalic cyst in adult. Autops Case Rep. 2022 Jan 7;12:e2021351. doi: 10.4322/acr.2021.351. PMID: 35350817; PMCID: PMC8745398.
2) Petrişor C, Trancă S, Cordoş A, Binţinţan V. Increased Susceptibility to Postoperative PCA Morphine-Induced Respiratory Depression in a Patient with an Undiagnosed Traumatic Porencephalic Cyst - A Case Report. J Crit Care Med (Targu Mures). 2019 May 13;5(2):66-70. doi: 10.2478/jccm-2019-0011. PMID: 31161144; PMCID: PMC6534944.
3) Oommen AT, et al. Unusual Presentation of Porencephalic Cyst in an Adult. J Clin Diagn Res. 2017 Feb;11(2):OD12-OD13. doi: 10.7860/JCDR/2017/22654.9374. Epub 2017 Feb 1. PMID: 28384919; PMCID: PMC5376780.
4) El Hasbani G, Balaghi A, Assaker R, Rojas A, Troya M, Kofahi A, Assaker JP, Diab C, Al Husayni H. Intraparenchymal hemorrhage and cerebral venous thrombosis in an adult with congenital porencephalic cyst presenting for generalized tonic-clonic seizures. Radiol Case Rep. 2019 Nov 12;15(1):95-99. doi: 10.1016/j.radcr.2019.10.028. PMID: 31762865; PMCID: PMC6854081.

EP - 95 AKUT BAZİLLER ARTER OKLUZYONU İLE BAŞVURAN İLERİ BAZİLLER ARTER DARLIĞI OLAN HASTALARDA BALON ANJİOPLASTİ SONUÇLARI

ZÜLFİKAR MEMİŞ , BAHAR KARAGÖZ , İREM KURU , AYTÜL MUTLU , AYŞE ÖZLEM ÇOKAR

HASEKİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ , NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
Yüksek oranda mortalite ve dizabilite ile ilişkilendirilen akut baziller arter okluzyonunun endovaskuler tedavisi etkinliği konusunda net sonuçlar henüz elde edilememiştir. Bu vaka serimizi sunmamızın amacı akut endovaskuler tedavi sırasında ileri baziller arter darlığı olan hastalarda tek başına balon anjioplasti etkinliği ve sonuçlarını değerlendirmektir.

Yöntem:
Vaka serimize retrospektif olarak girişimsel nöroloji kliniğimizde, endovasküler baziller arter girişimi sırasında stentleme yapılmaksızın balon anjioplasti uygulanan 7 erkek ve 2 kadın hasta olmak üzere toplam 9 hasta dahil edildi. Tüm hastaların başvuru serebral BT Anjiografi , 24.saat serebral BT Anjiografi , balon anjioplasti öncesi, balon anjioplasti işleminin 10. , 30. Dakikasında Dijital Substraksiyon Anjiografi (DSA) görüntülemesi ve 10. Gün DSA görüntülemesi kaydedildi. Darlık oranlarının ardışık görüntülemelerinde farklılıkları analiz edildi. Başvuru Ulusal İnme Sağlık Ölçeği (NIHSS), 24. saat NIHSS ve 10. gün NIHSS skoru hesaplaması yapıldı.

Bulgular:
Balon anjioplasti sonrasında 10, ve 30. Dakika kontrol DSA da darlık oranlarında azalma olduğu görüldü. 10. Gün kontrol DSA görüntülemesinde darlık oranı artışı görülmemiştir. Hastalarımızdan 7 tanesinde işlem sonrası 24. saat ve 10. gün NIHSS skoru hesaplamasında azalma olduğu görüldü.

Tartışma:
Bu vaka serisinin sonuçları, yeterli perfüzyonu sağlanamayan baziller arter darlıklarında akut endovaskuler tedavi sırasında tek başına anjioplasti uygulamanın etkin bir tedavi yöntemi olduğunu düşündürmektedir.

VAKA NO	BTA ORAN	DSA 0.DK-10.DK	DSA 10.DK - 30.DK	DSA 30.DK - 10.GÜN	BAŞVURU NIHSS	24.SAAT NIHHS	10.GÜN NIHSSS
1	-19	-34	0	0	13	10	5
2	-40	-45	0	0	6	0	0
3	-43	-43	0	-10	8	3	1
4	-34	-32	0	-10	8	5	2
5	0	-20	+12	+10	9	6	5
6	-27	-30	0	+16	10	6	2
7	-11	-20	0	0	5	1	0
8	-27	-32	0	0	8	3	7
9	-12	-33	0	EX	12	12	EX

BTA ORAN; BTA İŞLEM ÖNCESİ DARLIK DERECESİ -BTA İŞLEM SONRASI DARLIK DERECESİ DEĞİŞİM ORANI, **DSA 0.DK-10.DK**; DSA İŞLEM ÖNCESİ DARLIK DERECESİ –DSA İŞLEMİN 10. DAKİKASI DARLIK DERECESİ DEĞİŞİM ORANI, **DSA 10.DK -30.DK**; DSA İŞLEMİN 10.DAKİKASI DARLIK DERECESİ –DSA İŞLEMİN 30. DAKİKASI DARLIK DERECESİ DEĞİŞİM ORANI**, DSA 30.DK -10.GÜN**; DSA İŞLEMİN 30. DAKİKASI DARLIK DERECESİ - 10. GÜN DSA DARLIK DERECESİ DEĞİŞİM ORANI

EP - 96 MYOKLONUS: KLİNİK VE ELEKTROFİZYOLOJİK BULGULAR IŞIĞINDA DEĞERLENDİRME

TURAL AGHAYEV , MERVE İRİŞ , DOĞUKAN HAZAR EMRE , NUR BAŞÇI , BENGİ GÜL TÜRK , MEMET ŞAKİR DELİL , AYŞEGÜL GÜNDÜZ , ÇİĞDEM ÖZKARA

1- İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Myoklonus, hızlı, kısa, düzensiz ve sıçrayıcı istemsiz hareketlerdir. Anatomik orjin, tetikleyici faktör, diğer klinik özellikler gibi çeşitli faktörler dikkate alınarak sınıflandırılır. Sınıflandırmaya rağmen altta yatan nedenler oldukça heterojendir ve etiyolojik tanı zordur. Burada, myoklonus ile başvuran bir olguda diğer nörolojik ve sistemik bulgular ile elektrofizyolojik bulguların uygun şekilde değerlendirilmesinin etiyolojik tanıya nasıl yardımcı olabileceğinin vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu:
Akraba evliliği olmayan 17 yaşında erkek hasta ellerde sıçrayıcı hareketler ile başvurdu. Sıçrayıcı hareketler ışık uyaran veya dokunma ile şiddetleniyordu. Birkaç kez tüm vücutta kasılma ve şuur kaybının olduğu baygınlığı olmuştu. Yaklaşık on yaşından beri çabuk yorulması vardı, son yıllarda bulantı-kusma nedeniyle şiddetli kilo kaybı olmuştu. İşitme-görme kaybı, kısa boy yoktu. Nörolojik muayenede yüzü de içeren yaygın kas güçsüzlüğü, ellerde stimulus duyarlı myoklonus tespit edildi. Kas güçsüzlüğü olduğundan iğne emg ile miyopati varlığı doğrulanmış ve kas biyopsisi yapıldı. Hareket analizi ile kısa süreli, yüksek amplitüdlü myoklonus varlığı konfirme edildi. C refleks yoktu, ancak median sinir uyarımı ile çok yüksek amplitüdlü SEP yanıtları (dev SEP) elde edildi. EEG'de hafif yaygın biyoelektrik yavaşlama zemininde jeneralize diken dalga aktiviteleri (göz kapamaya duyarlı) ve fotomyoklonik yanıt tespit edildi. Uyarana duyarlı kortikal myoklonus, epilepsi, myopati varlığı nedeniyle MERRF ön tanısıyla yapışan genetik analizde MT-TK genindeki m.8344A>G missense varyantı saptandı.

Tartışma:
Myoklonus değerlendirilirken ilk basamak hareket analizi ile varlığını konfirme etmektir. Bu aynı zamanda anatomik orjin konusunda bilgi verir. Olgumuzdaki kısa süreli myoklonus kortikal ya da kortiko-subkortikal orijini düşündürür. Dev SEP varlığı kortikal refleks myoklonusu destekler. Myoklonus ve multisistemik tutulum mitokondriyal hastalıkları akla getirdiğinden hastamız bu yönde incelenmiştir.

EP - 97 OTOİMMÜN EPİLEPSİ Mİ MTLE Mİ? BİR OLGU SUNUMU

YAĞMUR İNALKAÇ GEMİCİ , FATİH ÇELİK

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Özet:
Mezial temporal lob epilepsisinde otoimmün etyoloji oldukça nadirdir. Anti- glutamik asit dekarboksilaz 65 (Anti-GAD65) pozitifliği olan hastalar epileptik nöbetler, serebellar ataksi ve stiff-person sendromu gibi nörolojik bulgulara sahip olabilir. Ayrıca hipotiroidizm veya diyabet gibi otoimmün hastalıkları da vardır. Bu yazıda sadece fokal nöbetlerle başvuran ve nörolojik muayenesi normal olan 25 yaşında bir erkek hastayı tanımlıyoruz. Hastanın adrenal yetmezliği, hipokampal skleroza bağlı refrakter nöbetleri, anti-GAD65 pozitifliği mevcut olup intravenöz immünglobulin tedavisine yanıt vermiştir. Hastamızın özelliklerini literatür ışığında sunmak istedik.

Giriş:
Mezial temporal lob epilepsisi (MTLE), fokal epilepsinin en yaygın fakat dirençli olan formudur. Ailesel formları da olmasına rağmen MTLE en sık sporadik olarak görülür. MTLE'de altta yatan en sık histopatolojik anormalik hipokampal sklerozdur (HS). HSden sonra MTLEnin sık nedenleri arasında tümörler, fokal kortikal displaziler, post-enfeksiyöz durumlar (özellikle HSV ensefalitinden sonra), vasküler anormallikler, inflamatuar lezyonlar ve travma sonrası ensefalomalazi bulunur (1). Otoimmünite HSnin çok nadir bir nedenidir. Otoimmün MTLEde anti-glutamik asit dekarboksilaz 65 (anti-GAD65) pozitifliği daha da nadirdir. Hipotiroidizm ve diyabet en sık birlikte görülen otoimmün bozukluklardır (2). Anti-GAD65, stiff-person sendromu, serebellar ataksi ve limbik ensefalit gibi bazı nörolojik sendromlarla ilişkilidir (3). Bildiğimiz kadarıyla otoimmün poliglandüler sendrom ile otoimmün MTLE birlikteliği tanımlanmamıştır. Bu yazıda otoimmün poliglandüler sendromlu ve anti-GAD65 pozitif hipokampal sklerozlu bir hastayı literatür ışığında tartışmak istedik.

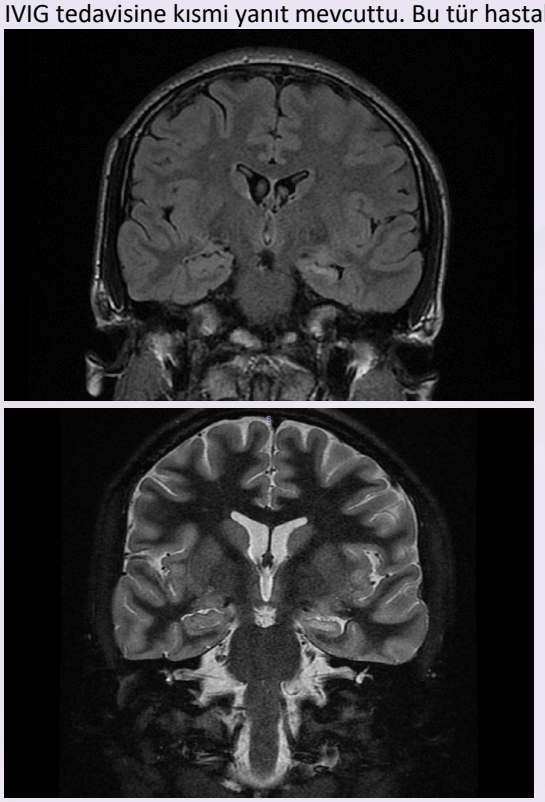
Olgu Sunumu:
25 yaşında, sağ elini kullanan erkek hasta nöroloji polikliniğine 21 yaşındayken başlayan fokal nöbetlerle başvurdu. Nöbetler, koku alma auraları ile başlıyordu ve bunu gözlerde tonik deviasyon, dudak şapırdatma ve tekrarlayan dil hareketleri gibi oroalimenter otomatizmalar ve farkındalıkta bozulma takip ediyordu. Nöbetler 15-20 saniye sürüyordu ve ayda yaklaşık 5-6 kez meydana geliyordu. Hastanın eşlik eden başka nörolojik yakınması yoktu. Hastanın çocukluk döneminde herhangi bir ateşli nöbet geçirmediği öğrenildi. 17 yaşındayken hiponatremi ve hipotansiyon şikayetiyle hastaneye başvurduğu ve adrenal yetmezlik tanısı aldığı, 24 yaşında hiperglisemi şikayetiyle başvurarak tip 1 diyabet tanısı aldığı ve otoimmün poliglandüler sendrom tip 2 tanısı konularak deksametazon tedavisi uygulanmaya başlandığı öğrenildi. Nörolojik muayenede patolojik bir bulguya rastlanmadı. Laboratuvar bulgularında seri yapılan testlerde serum kortizol, sodyum ve klor düzeyleri düşüktü. Laboratuvar incelemesinde başka bir patolojiye rastlanmadı. Manyetik rezonans görüntülemede (MRG) sol hipokampüste atrofi ve patolojik T2 hiperintensitesi görüldü (Şekil 1). Hastanın elektroensefalografi tetkikinde sol temporal bölgede faz karşılaşması yapan diken-dalga aktivitesi görüldü. Genetik araştırmada epilepsi ile ilişkili mutasyon panelinde yeni nesil dizilemede herhangi bir patoloji ortaya çıkmadı. Hastaya başlangıç olarak oral karbamazepin 400 mg/gün başlandı ve dozu kademeli olarak artırıldı. Ek olarak oral levetirasetam ve oral lakosamid tedavisine başlandı. Uygun süre ve uygun dozda üçlü antiepileptik tedaviye rağmen tedaviye minimal yanıt alındı. Literatür taraması yaptığımızda nadir de olsa epileptik nöbetlerle ortaya çıkan anti-GAD65 ensefalopatisi ile hipotiroidizm veya tip 1 diyabet gibi otoimmün hastalıkların birlikteliğinin olabileceğini gördük. Hastaya serum testi uygulandı ve anti-GAD65 antikoru pozitif olarak sonuçlandı. Sonrasında intravenöz immünglobulin (IVIG) tedavisine başladık. 5 gün boyunca 0,4 g/kg/gün yükleme yapıldıktan sonra ayda 1 kez 0,4 g/kg idame tedavisine geçildi. IVIG tedavisi sonrasında hastanın nöbet sıklığı ayda bire düştü ve nöbet süreleri kısaldı.

Tartışma:
Yazımızda etkin dozda üçlü antiepileptik kullanılmasına rağmen dirençli nöbetleri olan bir hastayı tanımladık. Hastanın MRGsinde hipokampal skleroz saptandı ve tıbbi öyküsünde otoimmün poliglandüler sendroma bağlı adrenal yetmezlik ve diyabet öyküsü vardı. Otoimmün poliglandüler sendromda ve hipokampal skleroza bağlı

epilepside anti-GAD65 pozitifliği çok nadir görünmektedir. Ancak bildiğimiz kadarıyla literatürde hem her iki hastalığa hem de anti-GAD65 pozitifliğine sahip olan bir olgu bulunmamaktadır.

Anti-GAD65 antikorları nörolojik olarak stiff-person sendromu, otoimmün epilepsi ve serebellar ataksi ile ilişkilidir. Hipokampal skleroz (HS) ile birlikte anti-GAD65 pozitifliği olan nadir vakalar da vardır. Robert L ve ark. epileptik nöbetler, stiff-person sendromu ve ataksisi olan ve hipokampal sklerozu (HS) olan iki hasta tanımladı. Her iki hasta da IVIG tedavisine yanıt verdi ancak birinin nöbetleri tamamen düzelmedi. Yazarlar, antikor aracılı mekanizmalarla ortaya çıkabilen bir sendrom olabileceğini ve vakaların takibinde ek semptomların görülebileceğini öne sürdüler (4). Hastamızın ek otoimmün hastalığı ve IVIG yanıtı olması antikor aracılı mekanizmaları desteklemektedir ancak olgumuzda ek nörolojik semptom görülmemektedir. Mäkelä, K. M ve ark. anti-GAD65 pozitif epileptik nöbetlerin olduğu bir vaka serisi sundu. Altı hastadan birinde hipokampal skleroz, birinde ise hipokampal atrofi vardı. Bu altı hastadan üçünde hastalığın otoimmün doğasının bir parçası olarak hipotiroidizm mevcuttu. Bu hastalardan birinde MRG'de T2 anormalliği mevcuttu ancak erken dönemde uygulanan immünoterapi sonrasında MRG anormalliği düzeldi. Bu nedenle yazarlar, erken tanı ile semptomların ve anormal bulguların geri döndürülebileceğini vurgulamaktadır (5). Ceyhan Dirican ve ark. juvenil miyoklonik nöbetlerde ve MTLEde anti-GAD65 pozitifliğini araştırdılar ve iki durum arasında anlamlı bir fark bulamadılar. Yazarlar, otoimmünitenin eşlik etmediği epilepsi hastalarında rutin anti-GAD65 analizini önermemektedir (6). Hastamızın tanısı MTLE bulgularına eşlik eden başka nörolojik bulgusu olmaması nedeni ile hastalığın başlangıcından 4 yıl sonra konuldu. Bu nedenle, eşlik eden otoimmün hastalığı olan MTLE hastalarında başka nörolojik semptom olmasa bile anti-GAD65in değerlendirilmesini öneriyoruz. Jason R. Fredriksen ve ark. anti-GAD65 pozitif olan 19 epilepsi hastasının MRG bulgularını tanımladı. Hastaların 16sı kadındı. Bunlardan beşinde hipokampal tutulum vardı (tüm hastaların %26'sı; 4 kadın, 1 erkek). Ancak bu beş hastanın hipokampal lezyonlarının hiçbiri izole değildi. En sık görülen patolojiler subkortikal ve parankimal anormalliklerdi. Hastaların sadece %3ünde mezial temporal skleroz (MTS) vardı. Hastaların %32sinde MR incelemelerinde herhangi bir anormallik görülmedi. Dolayısıyla ek MRG anormallikleri anti-GAD65 pozitifliği ile korele değildir ve MTS, anti-GAD65 pozitif epileptik hastalarda yaygın bir bulgu değildir. Bununla birlikte, eşlik eden atrofinin varlığının, anti-GAD65 pozitif epileptik nöbetlerde immünoterapiye daha kötü yanıta neden olabileceğini düşündürebilir (7).

Glover ve arkadaşlarının bildirdiği anti-GAD65 pozitifliği ve HS olan dirençli temporal lob epilepsili iki hastada amigdalohippokampektomi sonrası nöbetlerde düzelme oldu. Hastaların takibinde her ikisinde de immünoterapilere hafif yanıt veren stiff-person sendromu ve serebellar ataksi gelişti (4). Hastamızda atrofi ve IVIG tedavisine kısmi yanıt mevcuttu. Bu tür hastalarda cerrahi tedaviler de düşünülebilir.



Şekil 1: MRG'de koronal T2 ve FLAIR kesitlerde mezial temporal sklerozu düşündüren sol hipokampal hiperintensite.

Referanslar:

1. 1.Toro-Pérez J, Suller-Martí A, Herrera M, Bottan J, Burneo JG. Epilepsia del lóbulo temporal plus: revisión [Temporal plus epilepsy: a review]. Rev Neurol. 2020 Sep 16;71(6):225-233. Spanish. doi: 10.33588/rn.7106.2020339. PMID: 32895906.
2. 2.Nóbrega-Jr AW, Gregory CP, Schlindwein-Zanini R, Neves FS, Wolf P, Walz R, Steindel M, Lin K. Mesial temporal lobe epilepsy with hippocampal sclerosis is infrequently associated with neuronal autoantibodies. Epilepsia. 2018 Sep;59(9):e152-e156. doi: 10.1111/epi.14534. Epub 2018 Aug 26. PMID: 30146688.
3. 3.Dade M, Berzero G, Izquierdo C, Giry M, Benazra M, Delattre JY, Psimaras D, Alentorn A. Neurological Syndromes Associated with Anti-GAD Antibodies. Int J Mol Sci. 2020 May 24;21(10):3701. doi: 10.3390/ijms21103701. PMID: 32456344; PMCID: PMC7279468.
4. 4.Glover, R. L., DeNiro, L. V., Lasala, P. A., Weidenheim, K. M., Graber, J. J., & Boro, A. (2015). ILAE type 3 hippocampal sclerosis in patients with anti-GAD-related epilepsy. Neurology(R) neuroimmunology & neuroinflammation, 2(4), e122. https://doi.org/10.1212/NXI.0000000000000122
5. 5.Mäkelä, K. M., Hietaharju, A., Brander, A., & Peltola, J. (2018). Clinical Management of Epilepsy With Glutamic Acid Decarboxylase Antibody Positivity: The Interplay Between Immunotherapy and Anti-epileptic Drugs. Frontiers in neurology, 9, 579. https://doi.org/10.3389/fneur.2018.00579
6. 6.Ceyhan Dirican, A., Elibirlik, S., Köksal, A., Öztürk, M., Altunkaynak, Y., Baybaş, S., & Dirican, A. (2016). Evaluation of Glutamic Acid Decarboxylase Antibody Levels in Patients with Juvenile Myoclonic Epilepsy and Mesial Temporal Lobe Epilepsy with Hippocampal Sclerosis. Noro psikiyatri arsivi, 53(3), 253–256. https://doi.org/10.5152/npa.2015.9948

7.Fredriksen, J. R., Carr, C. M., Koeller, K. K., Verdoorn, J. T., Gadoth, A., Pittock, S. J., & Kotsenas, A. L. (2018). MRI findings in glutamic acid decarboxylase associated autoimmune epilepsy. Neuroradiology, 60(3), 239–245. https://doi.org/10.1007/s00234-018-1976-6

EP - 98 GEÇ BAŞLANGIÇLI ATAKSİYLE BAŞVURAN HASTADA ÇOK ENDER BİR TANI: SCA45

MERT DEMİREL [1], İSA FURKAN SARIER [1], ERSİN TAN [1], ŞEYMA TEKGÜL [2], NAZLI BAŞAK [2], NEŞE DERİCİOĞLU [1]

[1] HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] KOÇ ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, KUTTAM-NDAL

Olgu:
Ataksi kliniğiyle başvuran hastalarda karmaşık bir tanısal algoritma uygulanmaktadır. Etyolojinin saptanamadığı olgularda çoğu kez tüm ekson sekanslamaya (=WES) gidilmektedir. Bildirimizde, klinik olarak genetik ataksi düşünülen bir hastada WES analiziyle nadir alt grup tanısı almış bir hasta sunulmaktadır. 44 yaşında kadın hasta, 2 yıldır ilerleyici dengesizlik yakınmasıyla yatırıldı. Aile öyküsü negatifti. Muayenesinde proksimal hakim kuadriparezi, oftalmoparezi, tüm ekstremitelerde ve gövdede ağır ataksi saptandı. Plantar yanıtları bilateral ekstansördü. Laboratuvar tetkiklerinde anlamlı bir patoloji saptanmadı. Daha önce sık görülen SCA tipleri (1,2,3,6,7,8,10,17) için yapılan gen analizleri negatifti. Kraniyal MRG ve EMG'de patoloji saptanmadı. SEP ve MEP bilateral patolojikti. WES analizi uygulandı. Hastanın FAT2 geninde heterozigot bir mutasyon tanımlandı (FAT2 c.7387G>C p.Ala2463Pro (+/-)). Literatürde spinoserebellar ataksi (SCA) 45 olarak bildirilen hastalıkla uyumlu olabileceği görüldü. SCA oldukça heterojen ve yaklaşık 50 alt gruptan oluşan karmaşık bir sendrom grubudur. Bazı alt tipler sık görülse de çoğu oldukça nadir görülür ve farklı fenotip kümelerinden oluşur. SCA45 ilk olarak 2017 yılında FAT2 gen mutasyonunun saptanmasıyla tanımlanmıştır. FAT2 insanda protocadherin FAT2 proteinini kodlamaktadır. Bu protein hücre proliferasyonu ve migrasyonu (özellikle serebellar granül hücrelerinde paralel liflerinin organizasyonu) ile ilişkilendirilmiştir. Şimdiye kadar bildirilen çok az sayıdaki olguda serebellar ataksi tüm bireylerde 40 yaş sonrası başlamıştır. Literatürde olgular biriktikçe SCA45 ilişkili klinik spektrum daha iyi tanımlanacaktır. Sıklıkla görülen SCA tiplerinin negatif olması ve ataksinin geç başlangıçlı olması durumunda hastalarda SCA 45 tanısının akılda bulundurulması gerekmektedir.

EP - 99 SUBARAKNOİD-BOYUN BEYİN OMURİLİK SIVISI FİSTÜLÜ OLGUSU

ALİ CEM EKŞİ , İLKE ŞAHİN , CANAN YÜCESAN

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

Giriş:
Beyin omurilik sıvısı (BOS) fistülü gelişen hastalarda subaraknoid sıvı dış ortama veya vücut boşluğuna kaçar. Dura ektazisi ve çoklu meningeal divertikülü olan kişilerde BOS fistülü daha sık görülür. Yine kayropraktik manipülasyon, pilates ve hatta doğum sonrasında omurgada BOS sızıntısı olabileceği bilinmektedir. Bu sızıntılar en sık torakal bölgede görülür. Literatürde plevra ve özofagus gibi dokulara fistül oluşumu görülmekle birlikte, kusma sonrasında boyuna fistüle rastlanmamıştır.

Vaka:
Mayıs 1998'den bu yana relapsing-remitting multipl skleroz tanısı ile takibimizde olan 63 yaşındaki hekim kadın hasta, Haziran 2022'de şiddetli bulantı-kusma yakınmasıyla geldi.Nörolojik muayenesinde önceki bulgulara göre fark saptanmayan hastaya Gastroenteroloji kliniği tarafından proton pompa inhibitörü başlandı ve bu tedavi ile hastanın yakınmaları düzeldi. Taburcu olduktan sonra boynun sağ tarafı ve sağ omuzunda 10 gün boyunca çok şiddetli olan ve analjeziklere yanıt vermeyen ağrı geliştiği, sonrasında sağ supraklaviküler bölgede yaklaşık 1 cm boyutunda şişlik oluştuğu öğrenildi.Bu bölgeye yapılan yüzeyel ultrasonografide 14x11 mm boyutunda,vasküler akımın izlenmediği kistik lezyon görülmüş.Servikal MR görüntülerinde alt servikal-üst torasik düzeylerde, en büyüğü sağ tarafta T1-T2 düzeyinde olan, bilateral nöral foramenlerde spinal meningeal kistler görüldü.Baş ağrısı yakınması olmayan hastanın boyun ve omuz ağrısı zaman içinde azalarak geçti.

Tartışma:
Hastamızda spinal meningeal kistlerin ne zamandır bulunduğunu bilemiyoruz ama subaraknoid-boyun fistülünün şiddetli kusma atakları sonrası geliştiğini düşünüyoruz. Böyle bir fistülün oluşabilmesi için dura ve boyundaki fasyaların aynı anda yırtılması gerekir ve bu da oldukça düşük bir olasılıktır. BOS fistülüne her zaman ortostatik baş ağrısının eşlik etmeyebileceği ve şiddetli kusma atakları sonrasında gelişen boyun-omuz ağrılarında BOS-boyun fistülü olasılığı akılda tutulmalıdır.

EP - 100 C9ORF72 İLE GİDEN NADİR BİR FRONTOTEMPORAL DEMANS OLGUSU

ALMUTHNA ALABDALLAHALALEWY , FATMA NAZLI DURMAZ ÇELİK , FERGANE ÖZLEM AKARSU

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI

Giriş:
Frontotemporal demans (FTD), frontal ve/veya temporal kortikal lobların dejenerasyonundan kaynaklanan bilişsel ve/veya dil bozukluğuna neden olan nadir bir dejeneratif tablodur. C9orf72'de mutasyonu artmış G4C2 tekrarına yol açar ve bu mutasyon otozomal dominant geçişli, FTD ve amyotrofik lateral sklerozun (ALS) birlikte görülebildiği C9-FTD/ALS tablosu ile ilişkilidir. Ailesel FTDnin yaklaşık %25ini, FTD/ALS ilişkisi olan vakaların ise %80ini açıklamaktadır. DeJesus-Hernandez ve ark. ve Renton ve ark.'nın birbirinden bağımsız 2011 yılında tanımlanmıştır. Nadir görülmesi nedeni ile C9orf72 mutasyonlu bir FTD olgumuzu sunmak istedik.

Olgu:
52 Yaşında erkek, 3-4 senedir algılamada bozukluğu, özbakımda azalma ve uygunsuz davranışlar şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde psikiyatri tarafından bipolar bozukluk tanısı aldığı ve risperidon kullandığı öğrenildi. Nörolojik muayenesinde hastanın dikkatini toplamakta zorlandı, konuşmasında hafif tutukluk saptandı. Myerson testi, palmomental refleksi pozitifti. Babinski bilateral pozitifti. Hastaya mini mental durum değerlendirme testi yapıldı 16/30 puan idi. (Yönelim, kayıt, dikkat, hesap yapma ve şekil kopyalamadan puan kaybetmişti) Kranial manyetik rezonans görüntülemede (MRG) solda daha belirgin bilateral temporal atrofi ve bilateral frontal parietal ve oksipital kortikal atrofi gözlendi. Hastada anamnezi, kliniği, nöropsikyatrik değerlendirilmesi ve görüntülemesi sonucu FTD düşünüldü. Beyin FDG- PET CT görüntülmede prefrontal ve anterior temporal bölgelerde bilateral hipometabolizma saptandı. FTD gen panelinde C9orf72 r >116 G_4C_2 tekrarı saptandı. Hastaya FTD tanısı ile sertralin başlanıp poliklinik kontrolüne çağrıldı.

Tartışma:
Nadir bi demans nedeni olan FTD'de genetik varyantların önemini vurgulamak amacıyla bu vakayı sunmaktayız. C9ORF72nin işlevleri hakkındaki bilginin artması, hastalığın çeşitli mekanizmalarını hedef alan stratejilere olanak sağlayacaktır. Hastalığın farkındalığının artması bu da yönde destekleyici olacaktır.

EP - 101 MYASTENİK OLGUDA GELİŞEN PROGRESSİF MULTİFOKAL LÖKOENSEFALOPATİ

DR. AYŞE NUR KOCABAŞ , HEM. ALEYNA ÇAĞLAR , PROF. DR. CAVİT BOZ

KTÜ FARABİ HASTANESİ

Olgu:

Bu vakada, miyastenia gravis(MG) nedeniyle kullanılan kemoteropotik, rituksimab ve eculizumab tedavileri sonrası gelişen progressif multifokal lökoensefalopati(PML) vakasını sizlere sunmayı amaçladık. 30 yaş erkek hasta, 2018de pitoz, yutma güçlüğü ile MG tanısı aldı.Yapılan tetkiklerde timik karsinom tespit edilen timektomi yapılan ve radyoterapi tedavisi alan hasta, timik karsinom metastazı olması üzerine altı kür carboplatin+paklitaksel tedavisi aldı.Mg için üç kür altı ayda bir rituximab 500 mg devamında bir hafta arayla 5 kür eculizumab 900 mg, ayda bir 3 gün 30 gr IVIG tedavisiyle takipliyken Ocak 2023 de ataksi,dizartri, sol santral fasial asimetri ve yüz yarımında hipoestezi gelişti.Çekilen MR'da "sağ frontoparietalde, sol parietalde subkortikal beyaz cevherde, beyin sapında, bazal ganglionlarda, bilateral talamuslarda, serebellumda noktasal kontrastlanmaları olan yaygın T2A ve flaırde hiperintens lezyonlar"izlendi.Hastada ayırıcı tanıya yönelik yapılan tetkikler, diagnostik serebral anjiografi normal olarak değerlendirildi.Mr spekstroskopide Cho/NAA oranı artma ve yapılan beyin biyopsisi sonucuyla ön planda demiyelinizan hastalık düşünüldü.PML açısından PCR çalışılması önerildi.Yapılan lomber ponksiyonda protein 59,58 mg/dl' idi, thomada beyaz küre yoktu.Jc virüs 177 kopya/ ml (pozitif) olarak tespit edildi. Progresif multifokal lökoensefalopati (PML), yetişkinlerin %50sinin böbreklerini latent olarak enfekte ettiği tahmin edilen, insan poliomavirüsü olan JC virüsü tarafından oligodendrositlerin enfeksiyonuna bağlı yaygın lezyonlarla karakterize edilen, merkezi sinir sisteminin (CNS) demiyelinizan bir hastalığıdır. Demiyelinizasyon lokasyonuna bağlı olarak oldukça çeşitli semptomlara yol görülmektedir: bilişsel ve davranışsal değişiklikler, dil bozuklukları, motor güçsüzlük veya görme bozuklukları ile karşımıza çıkabilir.Hastalık başlangıçta HIV enfekte kişiler tanımlansa da monoklonal antikorların çeşitli otoimmün ve lenfoproliferatif bozukluklar için kullanımının artmasıyla birlikte, bu enfeksiyonu artık natalizumab, rituksimab gibi ilaçları kullanan HIV dışı hastalarda da görüyoruz.

EP - 102 B22 TANILI HASTADA İZOLE OFTALMOPARAZİ İLE TANI ALAN BURKİTT LENFOMA OLGUSU

BARIŞ HAYTI , MERT SARILAR , SELMA TEKİN

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Kavernöz sinüsler kafa tabanında orta hatta yakın sella turcica'nın her iki tarafında bulunan birbiri ile bağlantılı, çoklu kanallı venöz bir yapıdır. Bu yapıların tutuluşunda, kavernöz sinüs sendromunun bir parçası olarak diplopi, oftalmoparezi, trigeminal sinir alanında duyu kaybı, Horner Sendromu, kemozis, proptozis gibi tablolar ortaya çıkabilir. Sebepleri arasında sıklıkla neoplastik süreçler, ICA anevrizması, tromboz, karotika-kavernöz fistüller, enfeksiyon ve Toloso Hunt sendromu sayılabilir. Burkitt Lenfomaya bağlı infiltrasyonun bunun nadir bir sebebi olması ve hastanın izole göz bulgularıyla tanı alması sebebiyle olgumuzu sunmaya değer bulduk.

Olgu Sunumu:
34 yaşında erkek hasta üç haftadır olan başının sağ yarımında ağrı, sonrasında eklenen sağ göz kapağında düşüklük ve diplopi ile kliniğimize başvurdu. Muayenesinde sağda pitozis ve total oftalmoparezi mevcut olup eşlik eden başka nörolojik bulgu saptanmadı. Çekilen Orbita MRG'nda sağ kavernöz sinüs düzeyinden orbital apeks'e uzanan 25x13mm boyutunda hiperintens lezyon izlenmiş olup hastada kavernöz sinüs sendromu düşünüldü. Öyküsünden 1,5 yıl önce korunmasız cinsel temas yaşadığı ve sonrasında HIV+ saptandığı; lakin tedavi almak istemediği öğrenildi. Başvuru anındaki laboratuvar bulgularında; sedimentasyonu 72mm/sa ve CRP değeri 35 mg/L olarak artmış saptandı, diğer rutin kan tetkiklerinde belirgin patoloji izlenmedi. Yapılan etiyolojik araştırmasında lezyon biyopsi sonucu ile Burkitt Lenfoma tanısı konulan hasta, enfeksiyon hastalıkları ve hematoloji bölümlerince takibe alındı.

Tartışma ve Sonuç:
Literatür araştırmamızda Burkitt Lenfoma infiltrasyonuna bağlı kavernöz sinüs sendromu sayısı oldukça az olup, B22 tanılı hastada izole oftalmoparezi tablosunda Burkitt Lenfoma gibi ciddi mortalitesi yüksek sistemik bir hastalığın çıkabileceğini akılda bulundurmak adına vakamızı sunmayı amaçladık.

EP - 103 COVİD19 ENFEKSİYONU İLE EPİLEPTİK NÖBETİ EKLENEN NASU-HAKOLA OLGUSU

BEGÜM YARALIOĞLU , SİBEL ÜSTÜN ÖZEK, İSMAİL BİLGİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,PROF DR CEMİL TAŞÇIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Nasu-Hakola, ekstremitelerin polikistik osseöz lezyonlarına bağlı kemik kırıkları ve progresif presenil demans ile karakterize genetik geçişli, nadir görülen bir hastalıktır. Genellikle otuzlu yaşlarda epileptik nöbet, agnozi, apraksi, konuşma ve hafıza bozukluğu gibi nöropsikiyatrik semptomlar görülür. Literatürde hastaların aynı genetik mutasyona sahip olmasına rağmen bazılarında epileptik nöbet varken bazılarında olmadığı ve olguların farklı fenotiple prezente oldukları vurgulanmıştır. Bildirimizde TREM2 mutasyonu saptanan, nöbet öyküsü olmayan ve COVİD19 enfeksiyonuyla epileptik nöbetlerin tetiklendiği bir Nasu-Hakola olgusunu sunuyoruz.

Olgu:
36 yaşında erkek hasta acil servise evde bilateral tonik klonik nöbet öyküsüyle başvurdu. Hastanede de 3 kez JTKN gözlenen olgu status epileptikus olarak kabul edildi. Midazolam ve fenitoin infüzyonu sonrası nöbetleri kontrol altına alındı. Özgeçmişinde 6 yıl önce hareketlerinde yavaşlama ve unutkanlık yakınmalarının başladığı, mesleğine devam edemediği, günlük aktivitelerinde kısmı bağımlılığı geliştiği ve bu yakınmaları ile TREM2 mutasyonu saptanarak Nasu-Hakola Hastalığı tanısı aldığı öğrenildi. Öncesinde nöbet öyküsü olmayan hastanın acil serviste yapılan nörolojik muayenesinde; bilinci somnolan, gözler spontan açık, pupiller izokorik ve ışık refleksi alınıyordu. Ense sertliği yoktu, başı sola deviye olma eğilimindeydi. Lateralizan motor defisit saptanmadı. Beyin BT ve difüzyon MRG'de yaygın atrofi ve subkortikal kalsifikasyonlar görüldü. EEG'de her iki hemisfer üzerinde teta frekansında yavaş dalgalar görülmüş ve bu zemin üzerinde sol frontotemporal bölgede intermitant delta frekansında yavaş dalgalar ve keskin ve yavaş dalgalar dikkati çekti. Toraks BT'de buzlu cam görünümü izlendi. COVİD19 PCR pozitif saptandı.

Tartışma:
Aynı mutasyona sahip Nasu-Hakola hastalarında klinik farklı seyredebilir. Daha önce nöbeti olmayan hastalarda takipte epileptik nöbetler ortaya çıkabileceğinden, hastaların klinik takibi ve bilgilendirilmesi önem taşır. COVİD19 enfeksiyonu ile akut dönemde ve takip eden aylarda görülen yeni nöbet olguları bildirilmiştir. Daha önce nöbeti olmayan olgumuzda COVİD19'un nöbetleri tetiklediği düşünülmüştür.

EP - 104 DÜŞÜK AYAK İLE PREZENTE EWİNG SARKOMU

BETÜL ÖZENÇ , AYŞE GAMZE ŞAHİN , KORAY TACAR , ZEKİ ODABAŞI

GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:
Bilinen kronik hastalığı ve ilaç kullanımı olmayan 56 yaşında erkek hasta 2 ay önce başlayan ve giderek artan yürüme güçlüğü, solda düşük ayak şikayeti ile lomber diskopati ön tanısıyla nörofizyoloji laboratuvarımıza yönlendirildi. Hastanın son 4 ayda 12 kilogram kaybı olduğu öğrenildi. Travma, enjeksiyon öyküsü yoktu.
Hastanın yapılan sinir ileti çalışması ve iğne EMG incelemesinde solda akut-subakut süreçte siyatik sinir hasarını düşündüren elektrofizyolojik bulgular saptandı. Lomber paraspinal kaslar ve sol kalçada incelenen proksimal kasların iğne EMG incelemesi normaldi. Hastaya yapılan lomber MR da lomber radikülopati saptanmadı. Sol uyluk MR ve yapılan PET incelemesinde kas içi yerleşimli düzensiz sınırlı dev hipermetabolik kitlesel lezyon (yumuşak doku sarkomu?) saptandı. Yapılan biyopside floresan in situ hibridizasyon çalışmasında ESWR geninde füzyonu gösteren break-apart saptanmıştır. Hastaya Ewing sarkomu tanısı konularak tedavisine başlandı.

EP - 106 TÜMEFAKTİF LEZYON İLE RELAPS GELİŞEN OLASI NÖRO-BEHÇET OLGUSU

BURCU YÜKSEL [1], KEZBAN ASLI AÇIL KAYA [1], ARAZ CEREN İNCESOY [1], HANDE SARIAHMETOĞLU [1], SEZİN ALPAYDIN BASLO [1], DİLEK ATAKLI [1], GÜLŞEN AKMAN DEMİR [2]

[1] BAKIRKÖY PROF.DR.MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ 1.NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] ŞİŞLİ FLORENCE NİGHTİNGALE HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Behçet hastalığı, Türk dermatolog Hulusi Behçet tarafından 1937'de tanımlanmış, net olarak etyolojisi bilinmeyen, multisistemik enflamatuar bir hastalıktır. Nörolojik tutulum nadir olmakla birlikte, olursa Nöro-Behçet hastalığı olarak adlandırılır. Burada yaklaşık 2,5 yıldır olası Nöro-Behçet tanısıyla etkin immünsupresan tedavi altında takip edilirken, yine nadir görülen tümör benzeri tümefaktif bir lezyonla relaps gelişen bir hastayı sunmaktayız.

Olgu:
52 yaşında erkek hasta, Ocak 2021'de ani başlayan çift görme, sağ kol ve bacakta uyuşma, yürümede dengesizlik şikayetleri ile başvurdu. Hastanın kontrastlı beyin MR'ında sol pons, mezensefelondan talamusa uzanımı bulunan yaygın ödem etkisi olan T2-FLAIR hiperintensitesi, ponstaki lezyon içinde hemorajik alan izlendi. Soygeçmişinde babasında Behçet hastalığı öyküsü olduğu öğrenildi. BOS hücre: 750 lökosit/mm^3, BOS protein 96 mg/dl saptandı. Muayenede beyin sapı tutulum bulguları vardı. Paterji testi ve HLA-B51 negatifti. Yapılan incelemeler sonucunda diğer olası tanılar dışlanarak, hastada olası Nöro-Behçet hastalığı düşünüldü. 10 gün IV metilprednisolonla klinik ve radyolojik olarak iyi yanıt veren hastaya azatioprin başlandı. Hastanın kliniğinde ve MR lezyonlarında belirgin düzelme gözlendi. Eylül 2023'te sol yüz yarımında ağrı, çenede uyuşma ve 2-3 saat süren kafa karışıklığı şikayetiyle başvurdu. Muayenede sağ nazolabial oluk silik, sağ üst ekstremitede -5/5 parezisi vardı. Kranial MR'da sol temporal lobda tümör benzeri geniş T2-FLAIR hiperintens, kısmi kontrast tutan, hemorajik komponenti ve ödem etkisi olan lezyon görüldü; LP yapılamadı. Ayırıcı tanıda Herpes ensefaliti veya tümör olabileceği düşünüldü. MR spektroskopi ile tümör olasılığı dışlandı. Antiviral, antibakteriyel ve mannitol ile antiödem tedavinin 4.gününde servis takibinde 2 saat kadar süren motor afazi gelişen hastaya MR çekildi, lezyonun boyutunda ve ödem etkisinde artış olduğu değerlendirildi. Tedaviye Dekort 4x4 i.v. eklendi. Lezyonun Nöro-Behçet'e bağlı tümefaktif lezyon ile uyumlu olabileceği düşünülerek IV metilprednisolon uygulandı. Şikayetlerinde gerileme saptandı.

Tartışma ve Sonuç:
Nöro-Behçet hastalığında nörolojik tutulum parankimal ya da non-parankimal olarak görülebilir. Behçet hastalığının sistemik kriterlerine uymayan ancak tüm ayırıcı tanılar dışlandıktan sonra başka bir nedene bağlanamayan tipik nörolojik tutulumlarda olası Nöro-Behçet terimi kullanılmaktadır (1, 2). En sık görülen MR lezyonları beyin sapı-talamus- bazal ganglia hattında görülen T2 hiperintens lezyonlardır. Ancak nadir de olsa tümörden, abseden, enfeksiyonlardan ayrım gerektiren tümefaktif karakterde izole serebral hemisfer lezyonları da görülebilmektedir (3). Bu nedenle Nöro-Behçet lezyonlarını değerlendirirken bu durumun da akılda tutulması gerekir.

Referanslar:
1-Akman-Demir G, Serdaroglu P, Tasçi B. Clinical patterns of neurological involvement in Behçets disease: evaluation of 200 patients. The Neuro-Behçet Study Group. Brain. 1999 Nov;122 (Pt 11):2171-82. doi: 10.1093/brain/122.11.2171. PMID: 10545401.
2-Kalra S, Silman A, Akman-Demir G, et al. Diagnosis and management of neuro-Behcet's disease: international consensus recommendations. J Neurol 2014; 261 (9): 1662-1676.
3-D. L.H. Bennett, D. J.H. McCabe, J. M. Stevens, V. Mifsud, N. D. Kitchen, G. Giovannoni Tumefactive neuro-Behçet disease.Neurology Aug 2004, 63 (4) 709; DOI: 10.1212/01.WNL.0000130357.51278.CF.

EP - 107 POSTERİOR SİSTEM İNMEDE ENDOVASKÜLER TEDAVİ: RETROSPEKTİF ÇALIŞMA

FATİH HAKAN TUFANOĞLU [1], CEMİLE HAKİ [2], BAŞAK GİZEM KAPUCU [2], SÜLEYMAN BEKİRÇAVUŞOĞLU [1], BEHİÇ AKYÜZ [1], MUSTAFA İŞLEYEN [1], SUAT KAMIŞLI [2], KAYA SARAÇ [1]

[1] BURSA ŞEHİR HASTANESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI
[2] BURSA ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Posterior dolaşımda inme tüm iskemik inmelerin yaklaşık %20'sini oluşturur ve beyin sapı, talamus, serebellum ve oksipitotemporal lobları etkileyerek yüksek morbidite ve mortaliteye neden olan ciddi bir nörolojik olaydır. Anterior sistemde endovasküler tedavi etkinliği kanıtlanmış olmakla birlikte posterior sistemde en iyi tedavi üzerinde görüş birliği yoktur. Biz bu çalışmamızda posterior sistem inmede işlemin etkinliğini ve güvenliğini ortaya koymayı ve literatüre katkıda bulunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
01-09-2020 ve 01-09-2023 tarihleri arasında Bursa Şehir Hastanesi Nöroloji acil kliniğine başvuran/ sevk edilen ve posterior sistemde inme tanısı alıp endovasküler tedavi uygulanan 18 yaşından büyük 29 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların klinik, görüntüleme ve tedavi verileri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:
Vakaların %82,8'inde (n=24) rekanalizasyon sağlandı (mTICI 2b-3). Endovasküler tedavi sonrası 24. saatte çekilen kontrastsız beyin tomografide hastaların %31'inde (n=9) intrakraniyal hemoraji saptandı. 3. ay mRS skorlarına bakıldığında %34,5'inin iyi fonksiyonel sonuç gösterdiği görüldü (n=10, mRS ≤2). 3. ayda mortalite oranı %41,4 (n=12) saptandı. Ex olan olguların işlem süresi sağ olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek iken Glasgow koma skorları anlamlı düzeyde düşüktü ($p<0,05$). Geliş NIHSS ile 3.ay mRS ölçütü arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak orta düzeyde anlamlı ilişki saptandı ($r=0,462$; $p=0,012$; $p<0,05$).

Sonuç:
Gelişen yeni tekniklere, cihazlara ve yüksek revaskülarizasyon oranlarına rağmen posterior sistem inmede mortalite hala çok yüksek gözükmektedir. İşlem sonrası hemorajik komplikasyonları ve gereksiz rekanalizasyon oranlarını azaltmak için hasta seçimi dikkatli yapılmalıdır. Geliş Glasgow koma skoru, NIHSS skoru ve işlem süresi hastalığın prognozu için yol gösterici olabilir.

EP - 109 SERONEGATİF OTOİMMÜN ENSEFALİT OLGUSU

ELSHAN MUSTAFAYEV , MECBURE NALBANTOĞLU , FERDA İLGEN USLU , ZELİHA MATUR

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİMDALI

Amaç:
Otoimmün ensefalitler, subakut başlangıçlı bellek bozukluğu, konfüzyon, çeşitli psikiyatrik semptomlar ve nöbetlerle karakterize bir grup sendromdur. Subakut başlangıçlı nörolojik bulgular (davranış değişiklikleriyle karakterize ensefalopatiler, hareket bozuklukları, sık nöbetler, psikoz, otonom bozukluk), beyin omurilik sıvısında (BOS), beyin görüntülemesinde santral sinir sistemi inflamasyonu bulgusunun veya non-spesifik ak madde değişikliklerinden bir veya daha fazlasının saptanması durumunda otoimmün etiyolojilerin araştırılması önerilmektedir.

Olgu:
Bilinen hastalık öyküsü olmayan, 43 yaşında kadın hasta beş gün içinde 12 defa tekrarlayan farkındalığın bozulduğu, başın ve gözlerin sağa deviye olduğu nöbetler, eşlik eden baş ağrısı, kafa karışıklığı ve hafıza kusurları nedeniyle acil servisimize başvurdu. İnteriktal dönemde yapılan nörolojik muayene doğaldı. Kan tetkiklerinde ve kontrastlı kraniyal manyetik rezonans görüntülemesinde özellik izlenmedi. İnteriktal dönemde yapılan elektroensefalografide epileptiform anomali saptanmadı. Kontrol elektroensefalografide klinik nöbet görüldü ve sol frontalden sağa yayılım gösteren epileptiform aktivite izlendi. BOS protein ve glukoz düzeyleri normaldi; hücre görülmedi; oligoklonal bant patern 2 pozitifti, IgG indeksi yüksekti. Tümör belirteçleri, malignite tarama görüntülemeleri, otoimmün ensefalit ve paraneoplastik antikor paneli negatif sonuçlandı. Hastaya otoimmün ensefalit ön tanısıyla intravenöz levetirasetam ve pulse metilprednisolon tedavileri verildi. Hastanın nöbetleri kontrol altına alındı, baş ağrısı geriledi. Oral metilprednisolon ve levetirasetam tedavileri ile poliklinik takibine alındı.

Sonuç:
Son yıllarda, epilepsinin iyi bilinen nedenlerinin yanı sıra immün etiyolojiler de gündeme gelmektedir. Seronegatif hastalarda görülen tedaviye yanıtın da henüz keşfedilmemiş antikor tipleri ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir. Bu olgu bağlamında, akut/subakut başlangıçlı sık tekrarlayan nöbetler, nöropsikiyatrik değişiklikler ve enflamasyonu destekleyen laboratuvar ve radyolojik bulguları olan olgularda otoimmün epilepsilerin akla getirilmesi gerektiğini vurgulamak istedik.

EP - 111 PSİKİYATRİK SEMPTOMLAR ILE ACİL SERVİSE BAŞVURAN ANTİ-NMDAR ENSEFALİT OLGUSU

ENES DURAK , ABDULLAH UYAR , BATURHAN YALÇIN , ÇİĞDEM DENİZ

TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTE HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Olgu:
Giriş: Anti N-metil D-aspartat reseptör (NMDAR) ensefaliti nöropsikiyatrik semptomlarla karakterize nadir görülen otoimmun bir hastalıktır. Nöbet, kognitif bozulma, otonomik disfonksiyon ve koma klinik tabloya eşlik edebilir. Hastalığın oluşum mekanızmasında N-metil D-aspartat reseptörünün GluN1 subunite karşı gelişen antikorlar rol oynamaktadır. Acil servise bilişsel ve psikiyatrik semptomlarla başvuran anti-NMDAR ensefaliti hastasını sunmayı amaçladık.
Olgu:26 yaş kadın hasta, iletişim kuramama, uyuyamama, kafa karışıklığı, anlamsız konuşma, yemek yememe, kasılma şikayetleriyle acil servise başvurdu. Hastanın 1 ay önce ateş ve kusma şikayetleri olduğu, 1 hafta önce yürüme güçlüğü, çevresiyle iletişim kurma zorluğu nedeniyle dış merkeze yatış öyküsü bulunduğu öğrenildi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik saptanmadı. Nörolojik muayenesinde bilinç uykuya meyilli, oryantasyon ve kooperasyon kısıtlı, kas güçleri tam izlendi. Ensefalit-nöbet ayırıcı tanısı amacıyla kliniğimize yatışı yapıldı. Hastanın çekilen elektroensefalogram(EEG) ve manyetik rezonans görüntüleme(MRG) tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Lomber ponksiyonda(LP) 160/mm3 lökosit (%90 lenfosit ağırlıklı) saptandı. Beyin omurilik sıvısı(BOS) menenjit-ensefalit paneli ve Herpes PCR negatif sonuçlandı. BOS'ta yoğun lökosit saptanması üzerine Enfeksiyon hastalıkları tarafından asiklovir ve seftriakson tedavisi başlandı. BOS otoimmun paraneoplastik panelinde NMDAR antikoru pozitif saptandı. Hastaya otoimmun ensefalit tanısı ile 5 gün intravenöz immunglobulin (IVIG) tedavisi başlandı. Malignite taraması için istenen Pozitron emisyon tomografisinde (PET CT) sağ overde 26*43*30,5 mm boyutunda ve over loju proksimal kesiminde yoğun florodeoksiflukoz(FDG) tutulumu görüldü. Hasta Kadın doğum hastalıkları tarafından Onkoloji konseyinde tartışılmak üzere takibe alındı. IVIG tedavisi sonrası semptomları gerileyen hasta iyilik haliyle taburcu edildi. Hastaya aylık idame IVIG tedavisi planlandı.

Tartışma:
Anti-NMDAR ensefaliti en sık karşılaşılan otoimmun ensefalit nedenidir, genç yaş ve kadınlarda daha sık gözükmektedir. Hastalığın viral enfeksiyon benzeri semptomlarla karakterize prodromal bir dönemi mevcuttur. Sonrasında psikiyatrik semptomlar gelişir. Bu dönemi nörolojik komplikasyonlar ve uzun dönemde görülen defisitler izler. Hastalığın ayırıcı tanısında demiyelinizan hastalıklar, viral ensefalitler akılda tutulmalıdır. Olgumuzda prodromal bulguları nöropsikiyatrik semptomların izlemesi, MRG ve EEG bulgusunun olmaması, Herpes PCR negatif sonuçlanması, ayırıcı tanıda Herpes Ensefaliti'nden uzaklaştırmaktadır. Kesin tanı için serum/BOS numunesinde NMDAR antikorları gösterilmelidir. Retrospektif çalışmalarda anti-NMDAR ensefaliti ile over teratomu birlikteliği sık gözlenmiştir. Olgumuz PET CT'de izlenen over tutulumu açısından takibe alınmıştır. Tedavide kortikosteroidler, IVIG, plazmaferez, Rituksimab(RTX), siklofosfamid kullanılabilir. Hastaya uygun tedavinin seçilmesi ile tedavi şansı yüksek olup, tedavisiz kalması halinde ölümcül seyredebilmektedir. Olgumuzda IVIG tedavisine yanıt alınmıştır ve idame IVIG tedavisi ile takibi planlanmıştır.

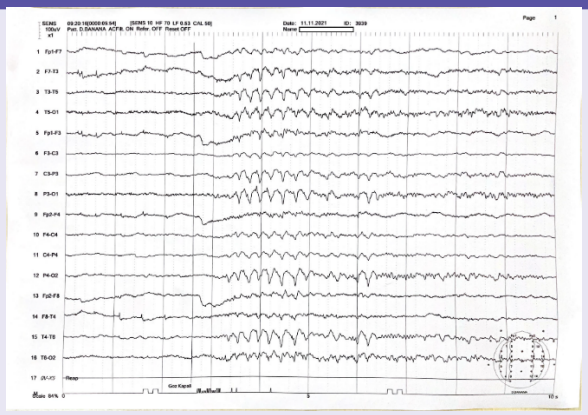
Sonuç:
Nöropsikiyatrik semptomlarla başvuran, MRG ve EEG normal izlenen hastalarda otoimmun ensefalitler akılda tutulmalıdır.

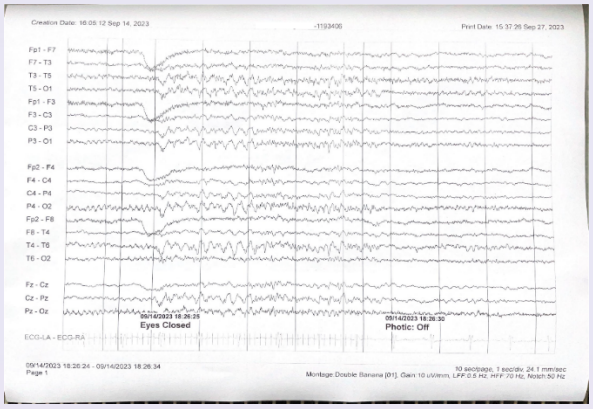
EP - 112 İDİYOPATİK JENERALİZE EPİLEPSİLİ OLGUDA SÜREĞEN BİR EEG BULGUSU OLARAK GÖZ KAPAMA SENSİTİVİTESİ

EZGİ EROĞUL , AYTEN CEYHAN DİRİCAN

BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:
Birimimizde idiyopatik jeneralize epilepsi ile takip ettiğimiz, dalma ve jeneralize tonik klonik (JTK) nöbetlerle giden bir olgumuzu, göz kapama sensitivitesinin gözlendiği EEG örnekleri ile birlikte sunmayı uygun bulduk. Bilinen hastalık öyküsü olmayan 28 yaşındaki kadın hastanın özgeçmişinde santral sinir sistemi enfeksiyonu, kranyal travma, febril konvülsiyon öyküsü yoktu; motor mental gelişimi tamdı. Soygeçmişinde epilepsi öyküsü ve anne-baba akrabalığı bulunmamaktaydı. Nöbetleri, 15 yaşında, yaklaşık 1 dakika süren, farkındalığın kısmen korunduğu dalma ve göz kırpıştırması şeklinde başlamıştı. Takiplerinde JTK nöbetleri de gözlenmişti. Şu anda tedavi altında olan hastamızın JTK nöbetleri kontol altında olup dalma nöbetleri devam etmekteydi. Olgumuzun 2012, 2016, 2021 ve 2023 tarihlerindeki EEG çekimlerinde göz kapamayı takiben 2 saniye içerisinde ortaya çıkan epileptik deşarjları gözlendi. Bu aktivitelerin göz kapama sonrasında 1-4 saniye süreyle devam ettiği ardından, fiksasyon kaybı duyarlılığından farklı olarak, göz kapalı kaldığı sürece devam etmeyerek sonlandığı görüldü. Göz kapama sensitivitesi (GKS), rutin bir EEG kaydı sırasında gözlerin kapatılmasını takiben 1-4 saniye süreyle ortaya çıkan geçici epileptik anormalliklerdir. Bir dizi kortikal veya subkortikal bölgede ortaya çıkabilen paroksismal aktiviteden ileri gelebileceği düşünülmektedir. Bu fenomen hem idiyopatik fokal hem de jeneralize epilepsilerde gözlenebilmektedir. İdiyopatik fotosensitif oksipital lob epilepsisi, GKS görülen sendromların tipik bir örneğidir ve bu sendromda göz kapanmasından hemen sonra fokal oksipital epileptik aktivite gözlenebilir. Göz kapağı miyoklonili absans epilepsisi, çocukluk çağı absans epilepsisi, juvenil absans epilepsisi ve juvenil miyoklonik epilepsi gibi genetik/idiyopatik jeneralize epilepsi sendromlarının çoğunda GKS kaydedilmiştir. GKS, absans epilepsiler için kötü bir prognostik belirteç gibi görünmektedir. Olgumuzun 10 yıllık takiplerinde devam ettiği görülen bu nadir rastlanan elektrofizyolojik özelliğin belki sanılandan sık olduğu, gözden kaçabileceği düşünülmüştür. Bu olgu sunumunda, EEG örneklerini literatür bilgileri eşliğinde sunmayı uygun bulduk.





Kaynaklar:

Dede, H. Ö., Bebek, N., Emekli, S., Baykan, B., Yapıcı, Z., & Gökyiğit, A. (2021). The clinical significance and electrophysiologic findings of fixation-off and closure of the eyes sensitivity: Data from a prospective unselected population. *Epilepsy research*, *170*, 106541. https://doi.org/10.1016/j.eplepsyres.2020.106541

Tekin Güveli, B., Baykan, B., Dörtcan, N., Bebek, N., Gürses, C., & Gökyiğit, A. (2013). Eye closure sensitivity in juvenile myoclonic epilepsy and its effect on prognosis. *Seizure*, *22*(10), 867–871. https://doi.org/10.1016/j.seizure.2013.07.008

Sevgi, E. B., Saygi, S., & Ciger, A. (2007). Eye closure sensitivity and epileptic syndromes: A retrospective study of 26 adult cases. *Seizure*, *16*(1), 17–21. https://doi.org/10.1016/j.seizure.2006.09.004

Giuliano, L., Fatuzzo, D., Mainieri, G., Maira, G., Elia, M., Ferlazzo, E., Gasparini, S., Nicoletti, A., Sofia, V., & Zappia, M. (2019). Eyelid myoclonia with absences: Electroclinical features and prognostic factors. *Epilepsia*, *60*(6), 1104–1113. https://doi.org/10.1111/epi.15157

EP - 113 NÖROLOJİK PERSPEKTİFİN EOZİNOFİLİK GRANÜLOMATÖZ POLİANJİT TANISINDAKİ ÖNEMİ: OLGU SUNUMU

FADİME ERDOĞAN KÜÇÜKDAĞLI , GÜRAY KOÇ , TAHİR KURTULUŞ YOLDAŞ

ANKARA ŞEHİR HASTANESİ

Giriş:
Eozinofilik granülomatoz polianjit (EGPA), astım, eozinofili ve çeşitli organların granülomatöz veya vaskülitik tutulumu ile karakterize, anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) ile ilişkili nadir görülen bir vaskülittir. EGPAnın tanısı ve tedavisi oldukça zordur ve multidisipliner bir yaklaşımı gerektirir. Daha önceleri Churg-Strauss Sendromu olarak bilinen bu hastalıkla ilişkili nöropatik özellikler mononöritis multipleksi içerir ve bu durum vaskülite sekonder görülen lezyonların lokal özelliğini yansıtır. Biz burada alt ekstremitede sensorial kayıp nedeniyle kliniğimizce araştırılan ve sinir iletim çalışmasında elde edilen bulgular ve diğer klinik bulgular ışığında EGPA tanısı konulan bir hastayı sunuyoruz.

Olgu:
22 yaşında kadın hasta alt ekstremitede his kaybı sonucu sıcak yüzeye teması hissetmemesi üzerine gelişen yanık ve güçsüzlük nedeniyle Nöroloji polikliniğine başvurdu. Hastanın anamnezinde son 2 ay içinde tam kan sayımında izlenen eozinofili nedeniyle kemik iliği biyopsisi yapıldığı, göğüs ağrısı nedeniyle araştırılırken miyokardit ve intrakardiyak trombüs tanısı aldığı, aynı zamanda 5 yıldır astım nedeniyle inhaler tedavi almakta olduğu öğrenildi. Sinir iletim çalışmasında asimetrik aksonal polinöropati (mononöritis multipleks) izlenmesi üzerine EGPA ön tanısı ile Romatoloji bölümüne danışıldı. Takibinde EGPA tanısı konularak siklofosfamid tedavisine başlandı. Hastanın fotoğraf ve klinik bulgularının bilimsel amaçlı kullanılmasına yazılı onamı alındı.

İNCELENEN SİNİRLER	LATANS msn	UYARILMIŞ CEVAP AMPLİTÜDÜ mV/µV	İLETİM HIZI m/sn
R.N. Medianus			
Motor B-APB	3.38	2,3	
	7,14	1,51	53,2
Duyu 2.P-B	2,12	6,0	54,2
R.N. Ulnaris			
Motor B-ADM	2,04	5,46	
B-D	6,02	5,18	52,8
Duyu 5.P-B	1,64	4,9	57,9
L.N. Medianus			
Motor B-APB	3,2	13,5	
	6,42	13,0	64,8
Duyu 2.P-B	1,64	21,1	67,1
L.N. Ulnaris			
Motor B-ADM	2,1	11,44	
B-D	5,4	12,82	60,2
Duyu 5.P-B	1,42	20,40	66,9
R.N. Tibialis post			
Motor B-AH	P,Y,		
R. N.Peroneus prof			
Motor B-EDB	3,2	1,0	
	9,75	0,76	45,8
L.N. Tibialis post			
Motor B-AH	3,55	2,12	
	11,45	1,49	45,6
L. N.Peroneus prof			
Motor B-EDB	4,45	3,13	
	10,25	3,18	50
R. N. Suralis	P.Y.		
L. N. Suralis	P.Y.		

TARTIŞMA: EGPA, ANCA ilişkili vaskülitler arasında en nadir görüleni olup, çeşitli organ tutulumları görülmektedir. Hastalar respiratuar yetmezlik ve pulmoner hemoraji gibi ağır tablolar ile tanı alabilmektedir. Tanı konulurken klinik bulguların multidisipliner yaklaşımla değerlendirilmesi gerekmektedir. Klinik pratikte mononöritis multipleks görülen hastaların sistemik muayeneleri ve anamnezin derinleştirilmesi bu açıdan önem taşımaktadır.

EP - 114 ATİPİK YERLEŞİMLİ OLASI SCHWANNOMUN NEDEN OLDUĞU İZOLE 3. KRANİAL SİNİR PARALİZİSİ OLGUSU

MERVE AYDIN , FEHİME BAŞTÜRK , ÖZGÜL OCAK , İBRAHİM ÖZTOPRAK

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI

Giriş:
Okulomotor sinir (3. Kranial Sinir[3. KS]) medial, inferior, superior rectus , inferior oblik, levatör palpebra ve iris sfinkter kasları ile silier cisimi innerve eder. 3. KS paralizisi, orta beyindeki nükleusdan orbital segmente kadar olan nöroanatomik lokalizasyonlarda okülomotor sinire etki eden çeşitli nedenlere bağlı olarak çok geniş bir etiyoloji yelpazesiyle karşımıza çıkmaktadır.

Olgu:
Sol taraflı baş ağrısı (migren tipi),sol gözde büyüme ve sol göz kapağında düşüklük şikayetiyle acil servise başvuran 54 yaşında erkek hastamızın muayenesinde izole 3. kranial sinir paralizi saptandı. Dokuz sene önce benzer şikayetlerinin olduğu ve kendiliğinden geçtiği öğrenildi. Nörolojik muayenesinde: sol göz midriatik, sol gözde pitozis mevcuttu.Sol göz spontan pozisyonda hafif aşağı dışa deviyeydi. Hastanın acil serviste çekilen difüzyon mr ve beyin bt sinde akut nöropatoloji saptanmadı. Bilinen yeni tanı atrial fibrilasyonu, migreni,10 sene önce hemorajik inme öyküsü, iki kez geçirilmiş myokard infaktüsü öyküsü ve 8 yıl önce koroner anjiografi öyküsü olan hastanmız başvurusu sırasında Rivaraksaban 20 mg 1x1 ve Metoprolol 25 mg 1x1 kullanmaktaydı. Olası anevrizma ve vasküler nedenlerin ekartasyonu amacıyla çekilen karotis ve beyin BT anjiografisi normaldi. Kontrastlı beyin MR' ında:Sol 3.kranial sinir sisternal segmentinde yaklaşık 5 mm çapta nodüler lezyon izlenmekteydi. Lezyon kontrastlı serilerde yoğun homojen kontrastlanmaktaydı. Hasta Nöroradyoloji konseyimizde görüşüldü. İzole 3.kranial sinir paralizisi etyolojisi olarak ön planda atipik yerleşimli nodüler lezyon- olası 3. kranial sinir schwannomu düşünüldü.

Tartışma ve Sonuç:
Intrakranyal schwannoma tüm intrakranyal tümörlerin yaklaşık %7sini oluşturur. Ancak intrakranyal schwannomların çoğu, vestibüler siniri ve ardından trigeminal siniri içeren kranyal sinirlerin duyusal bölümünden kaynaklanır. Tamamen motor sinir olan okülomotor sinir schwannomu (ONS), Recklinghausen hastalığı ile ilişkili olmadığı sürece oldukça nadir görülen bir tümördür. ONS, yavaş büyüyen benign bir tümör olduğundan tedavinin standart bir protokolü yoktur.

EP - 115 İSKEMİK SEREBROVASKÜLER HASTALIK ETİYOLOJİSİNDE FABRY HASTALIĞI

FURKAN USLU , MERVE ZENGİN , ŞENAY TOPSAKAL , SELMA TEKİN

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ

Giriş:
Fabry hastalığı en sık görülen ikinci lizozomal depo hastalığıdır. Fabry, Xe bağlı doğuştan gelen bir hastalıktır ve glikosfingolipidlerin, çok çeşitli hücrelerde birikmesiyle sonuçlanır. Hastalık erkeklerde özellikle şiddetli klasik fenotipte karşımıza çıkar. Erkeklerde yaşamın ikinci dekadlarında klinik başlar. Nörolojik, dermatolojik ve böbrek ve kalp belirtileri görülmektedir. Ailede Fabry hastalığı öyküsü bulunmadığında, genellikle kardiyomegali, proteinüri veya serebrovasküler hastalık (SVH) etiyolojisinde ortaya konulur.

Olgu Sunumu:
25 yaş erkek hasta, ani başlayan baş dönmesi şikayeti olması nedeniyle acil serviste değerlendirilmiştir. Hastanın difüzyon MRG'ında sağ kapsula interna düzeyinde lineer difüzyon kısıtlılığı saptandı. Hastanın daha önceden de konuşmada bozuklukla SVH öyküsü olması nedeniyle takip edildiği sırada etiyolojik olarak olası vaskülitik hastalıklar, Behçet hastalığı, kardiyak ritim bozukluğu açısından tetkikleri yapılmış olduğu öğrenildi. Hastada genç yaş SVH etiyolojisi açısından Fabry enzim düzeyi bakılmış ve sonuç anlamlı geldi. Diğer tetkiklerde herhangi anormallik saptanmayan hastada SVH etiyolojisinin Fabry hastalığına bağlı olduğu düşünüldü. Hastanın erkek kardeşinde akroparestezi, annesinde vücutta anjiokeratomların da olması nedeni ile yapılan incelemelerde kardeş ve anne de Fabry tanısı almıştır.

Tartışma ve Sonuç:
Fabry klasik tip genelde adölesan dönemde akroparestezi ile başlar. İkinci sıklıkla telanjiyektaziler ve anjiyokeratomlar karakteristiktir. Proteinüri- poliüri gibi açıklanamayan böbrek semptomları olabilir. İlerleyen yaşla birlikte kardiyak ve nörolojik tutulumlar olabilir. Hastalarda nörolojik olarak geçici iskemik atak SVH etyolojisinde rol oynar. Hastalarda ani başlayan görme kaybı, işitme kaybına yol açabilir. Kognitif bozukluk, depresyona sebep olabilir. Tedavisinde enzim yerine koyma tedavisi uygulanır. Biz bu vakamızda özellikle genç yaş SVH etyolojisinde sebep bulunamadığında fabry akılda bulundurulması gerektiğini belirtmek için hazırladık.

EP - 116 EPİLEPSİLİ HASTALARDA UYKU VE DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

GÜLÇİN YENİCE , PINAR BENGİ BOZ , DERYA ÖZDOĞRU , MİRAY ERDEM , ELİF BANU SÖKER

ADANA ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Epilepsili hastalarda depresyon ve anksiyete bozuklukları yanısıra hastalık ilişkili kaygı ve uyku bozukluklarının sık görüldüğü ve hastalığın prognozunu kötü etkilediği bilinmektedir. Bu çalışmada epilepsi hastalarında uyku ve duygudurum bozukluğunun yaygınlığını etkileyen faktörleri belirlemeyi hedefledik.

Gereç ve Yöntem:
Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Epilepsi polikliniğinde takip edilen 75 epilepsi hastası çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, nöbet tipi, nöbet sıklığı, hastalık süresi, kullandığı ilaç sayısı, status epileptikus öyküsü, nöbetlerin uykuda ve uyanıklıkta olmaları, huzursuz bacak sendromu (HBS) varlığı kaydedildi. Hastalara Pittsburgh uyku kalitesi indeksi, Epworth uykululuk ölçeği, Beck depresyon envanteri ve anksiyete ölçeği uygulandı.

Bulgular:
Çalışmaya epilepsi tanılı 43 kadın (%57.3) ve 32 erkek (%42.7) olmak üzere 75 hasta dahil edildi. Yaş ortalamaları 33±13.9 olup hastalık süreleri ortalama 12.9±11.2 idi. Hastaların 36'sında (%48) nöbetler uykuda, 66'sında (%88) uyanıklıkta idi. 25 (%33.3) hastada HBS kaydedildi. Nokturnal nöbetleri olanların, HBS ve ayda en az bir ve üzeri nöbeti olan hastaların Pittsburgh uyku indeksi puanları yüksek saptandı($p<0.05$). Epworth uykululuk ölçeği ile tüm klinik bulgularda istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı. Hastaların Beck depresyon ölçeği puanı yüksekliği ile HBS arasında pozitif korelasyon saptandı. Ayrıca HBS varlığında ve jeneralize nöbetleri olan hasta grubunda Beck anksiyete ölçeği puanları yüksek saptandı($p<0.05$).

Sonuç:
Çalışmamızda hastalardaki uyku kalitesindeki bozulmanın nöbet tipinden bağımsız olduğunu ancak sık ve nokturnal nöbetler ile uyku kalitesindeki bozulma arasında literatür ile benzer ilişki olduğunu saptadık. Ayrıca bu hastalarda uyku kalitesi bozukluğu, depresyon ve anksiyete bozukluğu ile HBS arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gördük. Gerekli durumlarda uyku kalitesini etkileyecek uygun medikal ve davranış tedavileri ile hastalığın prognozunun olumlu yönde etkileneceğini düşünmekteyiz.

EP - 117 AKUT MİYOKARD ENFARKTÜS SONRASI GELİŞEN KORTİKAL LAMİNAR NEKROZ

FATMA GÜLHAN ŞAHBAZ

AFYONKARAHİSAR DEVLET HASTANESİ

Giriş:
Kortikal laminar nekroz (KLN) psödolaminar nekroz adıyla da bilinmekte olup, beyinde kortex bölgesinde, genellikle hücresel düzeyde oksijen ve glikoz metabolizmasındaki bozulmalar sonucu gelişmektedir.Birçok farklı etyolojik faktör bu tabloya sebep olabilir.Diğer beyin damar hastalıkları ve hemoraji ile sıklıkla karışabilmektedir.Biz de burada miyokard enfarktüs ilişkili bir KLN olgusu sunmayı amaçladık.
Olgu:61 yaşında kadın hasta bilinen diyabet ve hipertansiyon tanıları bulunmakta olup evde bilinç kaybı, fenalaşma, morarma şikayetiyle 112 tarafından acil servise getirilmiş.Eelektrokardiyografide st eleve akut miyokard enfarktüs izlenen hasta kardiyoloji tarafından acil koroner anjioya alınmış.Hastanın anjiografi sonrası yoğun bakım takiplerinde tekrarlayan sekonder jeneralize nöbetleri izlenmesi üzerine tarafımıza konsulte edilmiştir.Hastanın nörogörüntülemelerinde nöbet kliniği ile uyumlu tarafta sağ frontal kortikal bölgeye sınırlı difüzyon kısıtlılığı izlendi.

Tartışma:
Serebral hücreler hipoksi, hipoglisemi gibi metabolik problemlere çok duyarlı yapıdadır.Gri madde etkilenimi beyaz maddeye oranla daha fazla görülmektedir.Bu olguda görüldüğü üzere sistemik bir perfüzyon defekti lokalize nörovasküler hadiselere yol açabilmektedir.KLN, ağır hipoksik hasarlarda negatif prognostik faktör olarak da kabul edilmektedir.

Sonuç:
KLN, birçok farklı klinikle prezente olabilir.Etyolojisi geniş bir yelpazeye sahip olup metabolik süreci tetikleyebilecek her durum bu tabloya farklı şiddetlerde sebep olabilir.Görüntüleme bulguları ile tanı koymak mümkün olup hemoraji, displazi, enfeksiyöz patolojilerden ayırt edilmesi gerekmektedir.Literatürde nadir bir sebep olarak adı geçen koroner iskemik hastalıkları da bu hastalığın etyoljoisinde göz önünde bulundurmak önemlidir.

EP - 118 TUBEROSKLEROZ KOMPLEKSİ

HİLAL ÇAĞLAR , KADİR ÇAĞLAR

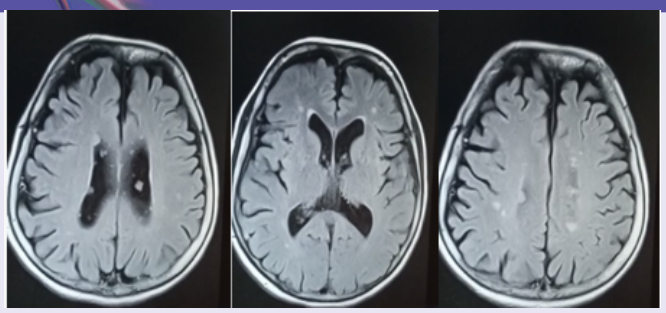
SELÇUK TIP FAKÜLTESİ

Amaç:
Tuberoskleroz mezodermal ve ektodermal hücrelerin hiperplazisinden oluşan nörokutanöz triaddır.Kompleks terimi, genetik heterojenitesi ve multisistemik tululuma dikkat çekmektedir.Hastalığın başlangıç yaşı ve şiddeti çok geniş çeşitlilik gösterip klasik triadı;epilepsi, mental retardasyon ve adenoma sabeseum 'dur.

Gereç ve Yöntem:
Tüberoskleroz (TS); özellikle beyin, deri,göz,böbrek ve kalp olmak üzere bir çok sistem ve organı etkileyen hamartamöz lezyonlarla karakterize otozomal dominant kalıtım gösteren nörokutanöz sendromdur.[1]1/6000 ile 1/10000 arasında prevalansı değişir.[2]Fakat yeni mutasyonlar ile minimal etkilenmiş bireylerin olması sonucuyla prevalansın daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir.[3,4]

Tuberoskleroz kompleksinin genetik geçişinin 9 ve 16 ' ıncı kromozomlar üzerindeki gen lokusları ile ilgili olduğu kabul edilmektedir.[5,6]9p34 geni hamartin ,16p13 geni tuberin üretmektedir. Bu genlerdeki mutasyonlar sonucunda tüberin ve hamartin kopleksinin işlevi bozulmakta ve rapamisinin (Mtor) sinyal yulundaki inhibitör görevi bzulduğu için klinik bulgular ortaya çıkmaktadır .[5,7,8]Bireylerin % 75 inde yeni mutasyonlar ve hastaların 1/3 ünde aile öyküsü vardır. Tuberoskleroz kopleksinin başlangıç yaşı ve etkilenimi değişkenlik göstermekle birlikte,sıklıkla beş yaş öncesi epilepsi ve deri bulguları ile başlar.Patognomonik erken deri lezyonu konjenital hipopigmente lezyondur. Çeşitli organda gözlenebilen hamartomlar genellikle asemptomatik seyreder.Bu sebeple nöbet (epilepsi) ve mental retardasyon olmayan olgularda kütanöz lezyonlar tanıya yardımcı olur. Shagreen patch adenosabeseum, hipopigmente plaklar, periungal fibromlar, ash-leaf makülleri patonmomonik kutanöz lezyonlardır.[4]

Bulgular:
Polikliniğimize 36 yaşında kadın hasta sırt alt kısmında yerleşen deriden hafif kabarık portakal kabuğu görünümünde açık sarı renkli lezyon (sheagreen patch),yüzünde sivilce benzeri kabarıklıklar , Sol kol ön yüzünde ,bacak deriden açık renkli lezyon ve parsiyel nöbet şikayeti ile değerlendirildi. Nöbet şikayetinin çocukluk çağında olmadığı son 2 yıldır arttığı ifade edildi. Antiepileptik kullanımı olmayan hastanın özgeçmişinde özellik yok ve soy geçmişinde babasında cilt lezyonları olduğu belirlendi. Hasta, akraba evliliğinin 3. çocuğuydu. Diğer kardeşlerinde semptom olmayıp sağlıklı olduğu belirtildi. Nörolojik muayenesinde, hastanın yer zaman kişi oryantasyon ve kooperasyonu tamdı. Kognitif fonksiyonları ve bilişsel işlevleri normal değerlendirildi. Zeka düzeyi normal raporlandı.Göze konsülte edilen hastanın göz muayenesinde retinal hamartom saptanmadı. Kas gücü defisiti duyu defisiti yoktu. Serebellar testleri becerikliydi. Dermatolojik muayenesindenazolabial katlantılar, yanaklarda multiple deri renginde sert papüller (adeno sebaseum), sağ lumbosakral bölgede deriden kabarık portakal kabuğu görünümünde 1.5 cm boyutunda düzensiz sert plak, sol kol ön yüzünde ,sol alt ekstremitede ve gluteal bölgede yaklaşık 1 cm boyutlarında hipopigmente nodül izlendi. Vakanın laboratuar tetkiklerinde patoloji yoktu.EKO sunda rabdomyom saptanmadı.EKG si normal değerlendirildi. Nöbet öyküsü olan hastanın EEG si fizyolojik raporlandı.Abdominal ultrasonografik incelemesinde parankimal organlar normal değerlendirildi.Kranial MR görüntülemedebilateral lateral ventrikül içi ve subependimal hamartomaztöz lezyonlar her iki hemisferde subkortikal tuber ve parankimal nodüller saptandı. Bilateral lateral ventrikülde obstruksiyona neden olmayan dilatasyon vardı Klinik semptomları MRG bulguları ile olası tuberoskleroz tanısı konulan olguda moleküler genetik inceleme planlandı.Septomlarına yönelik tedavi planlanarak 3 aylık periodlarla kontrol önerildi.



T1ağırlıklı sekansta Subependimal noduller ve kortikal tuberler

Tablo 1 de Olgunun karakteristik özellikleri	
Yaş- Cinsiyet	36 yaş , kadın
Adenoma sebaseum	+
Hipomelanoik maküller	+
Shagreen patch	+
Periungaual fibromlar	yok
Subepandimal nodüller	+
Kardiyak rabdomyom	yok
Anjiomyolipom	yok
Nöbet	+
EEG bulgusu	normal
Aile öyküsü	+
EKG	normal

Sonuç:

Tuberokleroz komleksi semptoplarının başlanma yaşı , hastalığın seyri ve şiddeti belirtileri çok değişkenlik gösteren bir hastalıktır.Tuberoskleroz kompleksin ilk semptomik bulgusu hipopigmente lezyonlar , bireylerin % 60-97 raslanır.Genellikle gluteal bölge ve gövdede görülür fakat ekstremitelerde de görülmektedir.[1] Hipopigmente makül sayısı 1 ile 100 arasında değişir.Normal kişilerde 1-2 adet hipopigmente lezyon görülebilir üç veya daha fazla lezyon tuberoskleroz tanısı için uyarıcı olmalıdır.Olguda karakteristik gluteal bölgede ve ekstremte yüzeylerinde hipopigmente makül saptanmıştı. Fasial anjiofibrom Tuberosklerozun patagnomonik kutanöz lezyonudur.Vakaların % 75 bulunmaktadır.Genellikle puberte dönemine kadar sayıları artar.[5]Karakteristik olaraknazolabial bölge burun ve yanaklarda bulunur.Vakada karakteristik bölgede lezyonlar mevcuttu. Tuberoskleroz kompleksinin tipik kalp bulgusu rabdomiyom olup ,sıklıkla birçok lezyon şeklinde belirip bening tümörlerdir.[6]Rabdomyomlar intrauterin dönemde oluşur sıklıkla prenatal ultrasonografi ile belirlenir.Genellkle belirti vermez veya süt çocukluğu çağında semptomatik olurlar.[6]Semptomatik olanlar dahil bütünü kendiliğinden geriler.[7]Olgumuzda rabdomyom saptanmadı.Kardiyak rabdomiyomlar kalpte ileti sistemini etkilediğinde Wolf-Parkinson-White sendromu ismiyle tanınmalan aritmi izlenebilir.[6-7]Olgumuzda EKG normaldi. Tuberosklerozda santral sinir sisteminde gözlenen lezyonlar gloinöronal hamartomlar veya kortikal tuberler ,beyaz cevher heterotipileri(displastik veya demyelizan lezyonlar),subepandimal nodüllerdir.[8-9]Kortikal tüberler anormal glial , nöronal hücreler ve astrositozis ile ayırt edilen hamartomatöz plaklar olarak kabul görür.Sayı ve boyutları semptomlarla ilişkisizdir.Sıklıkla temporal ve frontal yerleşim gösterir.Epilepsi ve davranış bozukluklarıyla ilşkili oldukları

düşünülmektedir.Tüberler zamanla kalsifiye olur.[8,10,11,12]Subependimal nodüller fetal evrede oluşur.lateral ventrikül ve üçüncü ventrikül yüzeyinde yerleşmektedir .1 cm küçük lezyonlardır.Histopatolojik olarak ince bir ependimal hücre katmanı ile çevrilmiş ve dmarlanması yoğun ,astrosit içeren hamartomatöz oluşumlardır.Olgumuzun MRG subepandimal nodüller ve kortikal tuber ler görüldü. Tüberoskleroz kompleksinde nöbetler en sık başvuru nedeni ve en sık izlenen medikal sorunlardır. Hastaların %75-90'nında epilepsi gelişmektedir [13]Nöbetle başvuranların %60'ı ise ilk bir yaşta nöbet ile gelmektedir [14]Chu-Shore ve ark. [14], tek nöbeti olan 248 tüberoskleroz kompleksli olgunun 246'sında (%99) epilepsi geliştiğini bildirmişlerdir. İlk tanı anında en sık görülen nöbet infantil spasm olup, olguların %36-69'unda görülmektedir [15]. Diğer taraftan, infantil spasm tanısı ile izlenen olguların da yaklaşık %25'inin tüberoskleroz kompleksi olduğu gösterilmiştir [16]. Basit parsiyel, kompleks parsiyel ve ikincil jeneralize gibi diğer nöbet tipleride görülmektedir [14]. Ülkemizden yapılan bir çalışmada tüberoskleroz kompleksi tanılı hastalarda nöbet başlama yaşının üç gün ile 2,5 yaş arasında değiştiği, %76 olgunun bir yaş ve altında olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada en sık nöbet tipinin %95 oranında kısmi nöbet olduğu, %38 infantil spasm ve status epileptikus izlendiği belirtilmiştir [17]Tüberoskleroz kompleksi olgularının yaklaşık %75'inde EEG bozukluğu izlenmektedir. Bunlar sırasıyla fokal ya da multifokal deşarjlar (%48), hipsaritmi (%19) ve jeneralize diken-dalga aktivitesi (%8) biçiminedir [14-16]. Olgumuzda fokal nöbet olmasına karşın EEG normal değerlendirildi. Sonuç olarak, hastalarımızın belirti ve bulgularının literatür ile uyumlu olduğu gözlendi. Olası tüberoskleroz kompleksi olarak izlenmekte olan olguda moleküler genetik inceleme planlandı.

Anahtar Kelime: Tuberoz skleroz, ventrikül içi tümör,subepandmal nodül,shagreen patch

Kaynaklar:

1.T, Panigrahy A, McClintock W. The diverse clinical manifestations of tuberous sclerosis complex: a review. Semin Pediatr Neurol. 2006;13: 27-36.

2.Levine D, Barnes P, Korf B, Edelman R. Tuberous sclerosis in the fetus: second- trimester diagnosis of subependymal tubers with ultrafast MR imaging. AJR.2000;175: 1067-9.

3. Devlin LA, Shepherd CH, Crawford H, Morrison PJ. Tuberous sclerosis complex: clinical features, diagnosis,and prevalence within Northern İreland. Dev Med Child Neurol. 2006; 48: 495-9.

4. Harper JI. Tuberous sclerosis complex. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnanh SM eds. Textbook of Dermatology. 6th ed. United Kingdom: Blackwell Science 1998:384-8.

5. http://www.emedicine.com/derm/topic438.htm Nambi R. Tuberous Sclerosis. eMedicine. 2006.

6. J źwiak S, Domańska-Pakieła D, Kwiatkowski DJ, Kotuls- ka K. Multiple cardiac rhabdomyomas as a sole symptom of tuberous sclerosis complex: case report with molecular con rmation. J Child Neurol 2005; 20: 988-9.

7. Webb DW, Thomas RD, Osborne JP. Cardiac rhabdomyo- mas and their association with tuberous sclerosis. Arch Dis Child 1993; 68: 367-70.

8. Mizuguchi M, Takashima S. Neuropathology of tuberous sclerosis. Brain Dev 2001; 23: 508-15.

9. Goh S, Butler W, Thiele EA

10. Altman NR, Purser RK, Post MJ. Tuberous sclerosis: characteristics at CT and MR imaging. Radiology 1988; 167:527-32.

11. Kingsley DP, Kendall BE, Fitz CR. Tuberous sclerosis: a clinicoradiological evaluation of 110 cases with particular reference to atypical presentation. Neuroradiology 1986; 28: 38-46.

12. 12Goodman M, Lamm SH, Engel A, Shepherd CW, Houser OW, Gomez MR. Cortical tuber count: a biomarker indi- cating neurologic severity of tuberous sclerosis complex. J Child Neurol 1997; 12: 85-90.

13 .Joinson C, O'Callaghan FJ, Osborne JP, et al. Learning di- sability and epilepsy in an epidemiological sample of in- dividuals with tuberous sclerosis complex. Psychol Med 2003; 33: 335-44.

14 .Chu-Shore CJ, Major P, Camposano S, Muzykewicz D, Thiele EA. The natural history of epilepsy in tube- rous sclerosis complex. Epilepsia 2010; 51: 1236-41.

15. Riikonen R, Simell O. Tuberous sclerosis and infan- tile spasms. Dev Med Child Neurol 1990; 32: 203-9.

16. Westmoreland BF. The electroencephalogram in tube- rous sclerosis. In: Gomez MR, Sampson JR, Whittemo- re VH, (eds).Tuberous sclerosis complex: developmental perspectives in psychiatry. 3rd ed. New York: Oxford Uni- versity Press; 1999. p.63

17.Saltık S, Karatoprak YE, Taşel B. Tüberoskleroz komplek- si tanılı hastalarda epilepsinin özellikleri ve klinik seyri. Turk Arch Ped 2013; 123-30.

EP - 119 NONKETOTİK HİPEROSMOLAR KOMA İLE PREZENTE OLAN FOKAL NÖROLOJİK DEFİSİT

IŞIK TAYFUN , ŞEHNAZ ARICI , ZEYNEP TANDRIVERDİ

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK ARAŞTIRMA VE HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Olgu:
65 yaşındaki kadın hasta 2 saat önce gelişen ağızda kayma ve sol kolunda güçsüzlük ile acil servise başvurmuş. Bakılan kan glukoz değeri 700mg/dL saptanmış. Sol kol ve bacakta güçsüzlük artınca 112 ile trombolitik tedavi ihtiyacı ile taraımıza sevk edilmiş. Yapılan idrar tetkikinde keton negatif olan hastanın kan glukoz değeri 500mg/dL olarak ölçülmesi ve kan gazında asidozu olmaması üzerine diyabetik ketoasidoz tanısı ekarte edildi. Semptomlarının başlamasının üzerinden 8 saat geçmesi sebebiyle iv trombolitik tedavi düşünülmedi. Beyin boyun BT-anjiyografide herhangi bir stenoz izlenmedi. Diffüzyon MRG tetkikinde diffüzyon kısıtlılığı saptanmadı. Hastanın nörolojik muayenesinde basit emir alıyor, verbal çıkış dizartrik, gözler ppda sağa deviye, sol NLO silik, sol yanda 2-3/5 kas gücü izlendi ve NIHHS:21 olarak hesaplandı.Takip ve tedavi amacıyla inme ünitesine nakil alındı. Yatışı sırasında da kan glukoz yüksekliği devam eden hastanın Endokrinoloji önerisiyle insülin infüzyonu başlandı ve kademeli olarak kan şekeri regüle edildi. Iv hidrasyon da başlanan hastanın 24 saat sonraki muayenesinde nörolojik defisitinin tamamen gerilediği görüldü. Çekilen EEG sinde zemin ritmi yavaşlaması dışında patoloji izlenmeyen hasta NIHS skoru:0 olarak servis izlemine devredildi. Hiperglisemi glukozun kanda 140mg/dLden yüksek bulunmasıdır. Bilinç bozukluğu ile başlayan sınır 300mg/dLdir. Hiperosmolalite, hipovolemi, fokal motor nöbetler veya fokal nörolojik defisitler görülebilir. Hiperglisemide doku ödemine bağlı olarak vasküler direncin, viskozitenin artması veya beyin hücrelerindeki metabolizma hızının azalması olabilir. Enfarkt oluşturmaya yetmeyen fakat fonksiyonları bozmaya yetecek derecede serebral iskemi ortaya çıkabilir.
Bu olguda nonketotik hiperosmolar durum nedeniyle acil servise akut iskemik inme bulguları ile gelen hastaların hiperglisemi ve hipoglisemi açısından değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmak istenmiştir.

EP - 120 GENÇ İSKEMİK İNMELİ VAKADA ANTİFOSFOLİPİD SENDROMU

IŞIK TAYFUN , ŞEHNAZ ARICI , ZEYNEP TANRIVERDİ

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK ARAŞTIRMA VE HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Olgu:
43 yaşındaki kadın hasta 1 haftadır olan sol kolda uyuşma ve güç kaybı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Beyin BT ve BT-anjiyografide patoloji izlenmeyen hastanın Diffüzyon MRGsinde sağ frontopariyetalalanda akut iskemi görüldü. Muayenesinde sol NLO silik, sol üst ekstremite hipoestezi, sol üst ekstremitede distal ağırlıklı kuvvet kaybı izlendi. Genç inme olarak değerlendirilen hastada ileri incelemeler yapıldı. Kardiyak bakı yapılan hastanın Ekokardiyografisinde PFO(patent foramen ovale) izlenmesi üzerine kapama işlemi yapıldı. Otoantikorlar arasında Antikardiyolipin IgG:27,5, Antifosfolipid IgG:33,1, Lupus antikoagülanı:1,33 ve DRVVTS:56 şeklinde pozitif sonuçlar saptandı. Romatoloji tarafından değerlendirilen hastanın otoantikor tetkiklerinin 12 hafta sonra tekrarlanması önerildi. Benzer sonuçlar saptanması üzerine Hematoloji tarafından değerlendirilen hastada ön planda Antifosfolipid antikor sendromu düşünülerek pıhtılaşma faktörleri açısından mixing testi yapıldı. Mixing testinde aPTT uzamış saptandı ve hastada kazanılmış trombofili düşünülerek 2li antiagregan tedavi önerildi.
Antifosfolipid sendromu arteryal/venöz trombozlarla, tekrarlayan gebelik morbiditesi ve kalıcı antifosfolipid antikor pozitifliği ile seyreden konjenital veya kazanılmış otoimmün sistemik bir hastalıktır. Antifosfolipid antikorların ilgili proteinlere bağlanması sonucunda endotel aktivasyonu ile protrombotik durum oluşturduğu ve oluşan trombozlar sonucu değişen klinik tablolarla seyredebildiği bilinmektedir. Genellikle genç kadınlarda görülür. Bu olguda 50 yaş altı genç inme ile tetkik edilen hastalarda hematolojik ve romatolojik hastalıkların tetkik edilmesinin önemi vurgulanmak istenmiştir.

EP - 121 OPPOZİSYON GÜÇSÜZLÜĞÜNÜN NADİR BİR SEBEBİ: KORTİKAL ENFARKT

İLAYDA CEREN KARADENİZ , İREM SEVGİLİ , YASEMİN ESERLİ , CİHAT ÖRKEN , SERAP ÜÇLER

NÖROLOJİ KLİNİĞİ, SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, PROF. DR. CEMİL TAŞCIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ

Giriş:
Premotor alandaki milimetrik kortikal lezyonlar nadiren izole distal güçsüzlük nedeni olabilmektedir. Bu bildirimizde kortikal iskemik lezyona bağlı sol elinde oppozisyon güçsüzlüğü gelişen vakamız anlatılmıştır.

Olgu Sunumu:
47 yaşında bilinen diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve nefrektomi öyküsü olan kadın hasta, akut başlangıçlı sol el birinci ve ikinci parmakta güçsüzlük şikayeti ile başvurdu. On ikinci saatinde değerlendirilen hastanın nörolojik muayenesinde izole sol el oppozisyon güçsüzlüğü (MRC 4+/5) saptandı.Difüzyon MR'ında sağ premotor kortekste, el alanına uygun ADC karşılığı bulunan milimetrik difüzyon kısıtlılığı bulundu. Etyolojik taramaları yapılan hastanın rutin kan tetkikleri normaldi. EKG sinüs ritmindeydi. Ekokardiyografi, karotis ve vertebral doppler USG, 24 saatlik ritim holterde patoloji izlenmedi. Genç, vasküler yükü olan hastada kraniyal MR'da ek olarak korpus kallozuma dik hiperintens lezyon görüldü. VEP'te bilateral amplitüdler normal, latanslar uzun bulundu. Lomber ponksiyonda protein ve glukoz normaldi, 1/mm3 lökosit görüldü. Oligoklonal bant tip 1 olarak sonuçlandı, NMO ve MOG antikorları negatifti. Vaskülit panelinde anti-ribozomal P1 antikoru pozitif görüldü. Stroke etyolojisi açısından romatolojik takibi devam etmektedir.

Tartışma ve Sonuç:
Oppozisyon güçlüğü, periferik lezyonlarla sıklıkla açıklanabilmekle birlikte, nadiren kortikal lezyonlara atfedilebilir. Bu bildiride, anatomik lokalizasyonun önemini tekrar göstermek amacıyla santral kaynaklı izole oppozisyon defisitine neden olan vakamız sunulmuştur.

EP - 122 MİYOZİTLE PREZENTE OLAN CONN SENDROMU

MEHMETCAN YEŞİLKAYA , CEVRİYE MERVE YILDIZ , DEMET İLHAN ALGIN

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Conn sendromu; hipertansiyon, hipokalemi ile seyreden endokrinolojik bir hastalıktır. Proksimal kas güçsüzlüğü ile tarafımıza başvuran ve Conn sendromu saptadığımız hastada izlediğimiz tanı ve tedavi sürecini sizinle paylaşmak istedik.

Olgu:
52 yaşında erkek hasta, 1 haftadır yürümede güçlük, kollarda ve bacaklarda ağrı, ishal, idrarda koyu renk şikayeti ile nöroloji polikliniğine başvurdu. Öyküsünde özellikle merdiven çıkarken, saçlarını tararken zorlanma tarifleyen hasta, daha önce de benzer şikayetleri 2 kere yaşadığını belirtti. Hastanın; proksimal kas güçleri 4/5, distal kas güçleri tam, derin tendon refleksleri azalmıştı. Hastanın özgeçmişinde 10 yıldır hipertansiyon ve sigara kullanımı vardı. Daha önce de benzer öykü yaşadığı esnadaki kan sonuçlarında potasyumun 1,9 mEq/L olduğu ancak bununla ilgili müdahale yapılmadığı öğrenildi.
Bu bulgular saptanan hastada, Gullian barre, Hipopotasemiye bağlı miyozit ve Postenfektif miyozit öntanılarıyla; EMG ve biyokimya, tam kan istemi yapıldı. EMGde proksimal kaslarda belirgin düşük ampütüdlü, polifazik MÜPler potansiyelleri saptandı. Sinir ileti çalışmalarında BKAPlarında yaygın olarak düşük saptandı. Serumda potasyumu 1.7 mEq/L ölçülen hastada hipopotasemiye yönelik tedavi başlandı. Kreatinin kinazı; 7300 U/L ölçüldü. Böbrek fonksiyon testlerinde ılımlı bozulma gözlendi. Hipopotasemiye bağlı rabdomiyoliz düşünülen hastada; hipopotasemiye yol açabilecek nedenler için istenen abdomen dinamik tomografide, sol adrenal bezde ön planda adenom lehine değerlendirilen nodüler lezyon gözlendi. Beraberinde istenilen hormonal tetkiklerle primer hiperaldestronizm tanısı konuldu. Potasyumu düzelen, şikayetleri gerileyen, cerrahi düşünülmeyen hasta medikal tedaviyle izleniyor.

Tartışma:
Proksimal kas güçsüzlüğüyle başvuran hastada elektrolit düzensizliklerinin miyozite yol açabileceği mutlaka düşünülmelidir. Hipopotasemi ve miyozit ile seyreden hastalarda altta yatabilecek sekonder neden araştırılmalıdır. Miyozit tablosunun renal fonksiyonları bozabileceği, buna yönelik tedavilerin geciktirmeden başlanması gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır.

EP - 123 YAŞLILIK NEDENİYLE HUKUKİ EHLİYET DEĞERLENDİRİLMESİ İSTENİLEN OLGULARDA HUKUKİ EHLİYET DEĞERLENDİRME FORMUNUN VE MİNİ MENTAL DURUM TESTİNİN UYGULANMASI

MELEK ÇOLAK ATMACA

ŞİLE DEVLET HASTANESİ

Amaç:
Yaşlılık nedeniyle hukuki ehliyet değerlendirilmesi istenilen olgularda, geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiş olan Hukuki Ehliyet Değerlendirme Formunun (HEDEF) ve standard Mini Mental Durum Testinin (MMDS) uygulanması, iki yöntemin karşılaştırılması ve bu olguların ne oranda hukuki ehliyetinin olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Noterlikler ve tapu müdürlüklerinden 65 yaş ve üzerinde olmaları nedeniyle hukuki ehliyet değerlendirilmesi için 06.07.2023 ve 15.09 2023 tarihleri arasında İstanbul'daki bir devlet hastanesine yönlendirilen ve bilinen demans tanısı olmayan tüm olgular dahil edilmiştir. Olguların hukuki ehliyetine HEDEF ve MMDS uygulanarak karar verilmiştir. Ayrıca olguların sosyodemografik verileri bir form aracılığıyla kaydedilmiştir.

Bulgular:
Olguların 23'ü (%51) kadın, 22'si (%49) erkekti. Yaş ortalaması 74,4±7 idi. Olguların 25'i (%55,6) ilkokul mezunu idi, 21'i (%46,7) ilçe veya kasabada yaşıyordu, 31'i (%68,9) halen evliydi ve eşi ile yaşıyordu, 22'sinin (%48,9) ekonomik durumu orta idi, 43'ünün (%95,6) çocuğu vardı ve 41'i (%91) çalışmıyordu. MMDS ve HEDEF skoru ortalamaları sırasıyla 27,2±2,7 ve 16,3±2,2 idi. MMDS ve HEDEF skorları arasında pozitif yönde (r:0,87, p<0,001), MMDS skoru ile yaş arasında negatif yönde (r:-0,397, p:0,007) ve HEDEF skoru ile yaş arasında negatif yönde korelasyon vardı (r:-0,322, p:0,031). Eğitim düzeyi arttıkça MMDS ve HEDEF skorlarının anlamlı olarak arttığı görülmüştür (sırasıyla, p:0,006 ve p:0,002). Yönlendirilen 45 olgunun birinin (%2,2) hukuki ehliyetinin olmadığına karar verilmiştir. Bu olgunun hem MMDS skoru hem de HEDEF skoru eşik değerin altında saptanmıştır. Diğer olguların hem MMDS hem de HEDEF skorları normal saptanmıştır.

Sonuç:
Yaşlılık nedeniyle hukuki ehliyet değerlendirilmesi istenilen olguların %98'inin hukuki ehliyetinin olduğu görülmüştür. Hukuki ehliyetin değerlendirilmesinde hem MMDS'nin hem de HEDEF'in kullanılabileceği sonucuna varılmıştır.

EP - 124 KIRKSEKİZ YILDIR DEVAM EDEN TEKRARLAYACI SYDENHAM KORESİ

MERYEM SENEM YILDIZ , BURAK SAMET ÇAKIR , GÜL YALÇIN ÇAKMAKLI , MEHMET ERSİN TAN , IŞIN ÜNAL ÇEVİK

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Edinilmiş kore sebepleri arasında post enfeksiyöz, otoimmün, paraneoplastik, romatolojik, metabolik, endokrinolojik, toksik veya yapısal lezyonlar sayılabilir. Sydenham koresi (SC) çocuklarda beta-hemolitik streptococ enfeksiyonundan 1-6 ay sonrasında başlayabilen, otoimmün, geçici bir koredir. Nadiren gebelik dışında tekrarlaması pek yoktur. SC öyküsü olan, LGI-1 antikoru saptanan 48 yıldır süren jeneralize koreli bir vaka sunulacaktır.

Olgu:
60 yaşında kadın hasta günlük fonksiyonlarını bozan jeneralize kore şikayeti ile yatırıldı. Hasta 12 yaşında başlayan dil ve ekstremitelerde jeneralize apendiküler hareketleri nedeniyle SC tanısı almış ancak bu istemsiz hareketler 48 yıl boyunca tamamen kaybolmamış ve dalgalanmalar göstermişti. Son 4 yıldır, günlük yaşamını kısmen engelleyen unutkanlık şikayeti eklenmişti. Aile öyküsü yoktu. Muayenede dil ve ekstremite distallerinde belirgin jeneralize kore ve motor impersistans saptandı. Beyin MRGsinde yaygın hafif serebral ve serebellar atrofi gözlendi. Nöropsikolojik testlerde hafıza normaldi ancak görsel-uzamsal işlevler orta derecede, dikkat ve yürütücü işlevler ciddi derecede bozulmuştu. Nöbet öyküsü yoktu. EEGde sağ tarafta baskın, jeneralize yavaş dalga paroksizmleri ve sol temporal bölgede fokal epileptiform anormallik saptandı. Periferik kan yaymasında akantosit açısından negatifti. Huntington hastalığı için yapılan genetik testler negatifti. Ekokardiyografisi geçirilmiş akut romatizmal ateş öyküsünü destekliyordu. ASO normaldi. Otoimmün limbik ensefalit panelinde serumda LGI-1 antikoru 1/100 pozitif bulundu. Malignite saptanmadı. İkinci kez test doğrulandıktan sonra, 1000 mg/gün dozunda intravenöz pulse metilprednizolon ve ardından IVIG verildi. Tetrabenazin tedavisi eklendi, kısmi düzelme ile taburcu edildi.

Tartışma:
SC olgularının %20 sinde uzun dönemde nöropsikiyatrik bulgular gözlenebilir. Nöronal antikorların kalsiyum kalmodulin kinaz-2 yi indükleyerek dopamin salınımını arttırdığı gösterilmiştir. LGI-1 antikorları fasiobrakial distonik nöbet,limbik ensefalit ve nöbetlerle ilişkilidir. Kore ise nadir bir semptomdur. Hastamızda ensefalit düşünülmemiştir. Literatürde akut SC ve LGI1 antikoru pozitif saptanan pediatrik bir olgu mevcuttur. Nadiren SC, hafif ve geçici streptokok enfeksiyonlarından veya diğer uyaranlardan sonra da tekrarlayabilir. Koreye-yatkınlığı olan hastamızda, SC öyküsüne rağmen uzun dönem penisilin profilaksisi kullanılmamış olması ve nöronal antikorların dönemsel olarak aktivasyonuyla ilişkili klinik tabloda alevlenmelerin olduğu düşünülmüştür.

Sonuç:
SC takip eden kalıcı jeneralize kore olağan dışıdır. Olası edinsel kore etyolojileri ve antikor-ilişkili immün süreçler tanımlanarak tedavi düzenlenmelidir.

EP - 125 KONTRALATERAL NERVUS ABDUCENS PARALİZİSİNİN EŞLİK ETTİĞİ HERPES ZOSTER OLGUSU

METEHAN KARAHOCA , İLAYDA CEREN KARADENİZ , İSMAİL BİLGİ , ÜLGEN KÖKEŞ SARIHAN , ZEYNEP KURT , SİBEL ÜSTÜN ÖZEK

PROF. DR. CEMİL TAŞÇIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Latent Varicella Zoster Virüsünün (VZV) reaktivasyonu ile ortaya çıkan herpes zoster, dermatomal ağrı ve veziküler döküntülerle karakterizedir. Kranial sinir paralizileri nadir bir komplikasyondur ve genelde ipsilateral görülür. Herpes zostere sekonder kontralateral kranial sinir paralizileri ise çok nadir bildirilmiştir.

Olgu:
60 yaşında kadın hasta. Sağ gözde dışa bakış kısıtlılığı, sağa bakışta çift görme ve takiben 4. günde ortaya çıkan sol frontal bölgede veziküler döküntü ve şimşek çakar tarzda ağrı öyküsü mevcuttu. Bu şikayetlerle dış merkez başvurusunda valasiklovir 2000 mg/gün ve gabapentin 300 mg/gün tedavisi başlandığı öğrenildi. Tedavi altındayken bakış kısıtlılığı ve çift görme yakınmasının devam etmesi üzerine polikliniğimize başvuran hasta ileri tetkik ve tedavi için interne edildi.
Nörolojik muayenesinde sağ gözde dışa bakış kısıtlılığı ve sağa bakışta binoküler diplopisi vardı. Bunun dışında nörolojik muayenesi normaldi. Sol frontal lokalizasyonda krutlu lezyonları izlendi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Kontrastlı beyin MRG ve MR venografisi normaldi. Biyokimyasında VZV IgM, VZV IgG pozitif bulundu. BOS'da pleositoz (52 Lökosit/mm3 (hücre cinsi: %70 Lenfosit, %30 PNL)) ve protein yüksekliği (154,5 mg/dL) saptandı. VZV PCR multiplex negatifti. 3*750 mg asiklovir intravenöz tedavisi 14 güne tamamlandı. Tedavisinin 6. gününde bakış paralizisinin belirgin düzeldiği görüldü.

Tartışma:
Yakınmalarının 23. gününde ve tedavi altında iken serumda VZV antikor pozitifliği saptanırken BOS'da lenfosit ağırlıklı hücre artışı ve protein artışı viral bir santral sinir sistemi enfeksiyonunu desteklemekteydi. BOS'da VZV DNA'nın saptanmaması tanıyı dışlamamaktadır. Anti-VZV IgG oluşmaya başladığında VZV DNA negatifleşebilmektedir. Ancak biz hastamızda BOSda anti VZV IgG bakamadık. Olgumuzda antiviral tedavi ile dermatolojik ve nörolojik semptomlarının düzelmesi tanıyı güçlendirdi. Herpes zosterde virusun direkt etkisi yanında immünolojik ve vaskülopatik süreçler üzerinden de etki edebileceği düşünülmelidir. Sonuç olarak herpes zostere eşlik eden nörolojik bulguların santral sinir sistemi enfeksiyonu kaynaklı kontralateral tarafta da ortaya çıkabileceği akla gelmelidir.

EP - 127 EPİDEMİOLOGİCAL CHARACTERİSTİCS AND RİSK FACTORS OF STROKE İN PREGNANCY AND POSTPARTUM WOMEN İN SOMALİA: A RETROSPECTİVE STUDY

NOR OSMAN SİDOW [1], ENGİN NAKUŞ [1], MOHAMED SHEİKH HASSAN [1], ABDİKARİN ALİ OMAR [2]

[1] *DEPARTMENT OF NEUROLOGY, SOMALİ MOGADİŞU TÜRKİYE RECEP TAYYİP ERDOĞAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ*
[2] *DEPARTMENT OF GYNECOLOGY AND OBSTETRİCS, SOMALİ MOGADİŞU TÜRKİYE RECEP TAYYİP ERDOĞAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ*

Amaç:
Stroke in women with pregnancies and postpartum periods has a higher level of vulnerability than in other people. The aim of this study is to provide information on the burden of stroke in pregnant women and after delivery, as well as discover the most risk factors for them causing the stroke and examine the types of stroke in Mogadishu, Somalia.

Gereç ve Yöntem:
This is a retrospective study. The data was obtained from the health information system documented in the 3-year period between January 2020 and December 2022. All the women with pregnancy and seven weeks after delivery presenting with stroke clinical features in the emergency are included in this study. Patients who were admitted as neurology inpatients or ICUs were identified from the data by confirming the diagnosis with a first CT brain and an MRI brain with a venogram. The risk factor was taken from the doctors and progressive notes in the system. data was analyzed using the commonly used statistical package, SPSS version 26.0.

Bulgular:
This study included 102 pregnant and postpartum women who had acute strokes in an emergency department. 90 (88.2%) had a postpartum period, and 12 (11.8%) had a pregnancy. according to the age of the participants in years: 46 (45.1%) between 15 and 24 years, 32 (31.4%) between 25 and 34, and 24 (23.5%) between 15 and 24 years old. 70 (68.7%) had cerebral sinus vein thrombosis (CSVT), while 21 (20.5%) had ischemic stroke (SS), and 11 (10.8%) had hemorrhagic stroke (HS). There were no differences in the location of the infraction or haemorrhage site, and the documented clinical presentation of the stroke, but the CSVT presentation was different from the other strokes; most of them, 61.1 (88%) had a seizure with focal neurological deficit.39 (38.2%) had superior saggital sinus thrombosis, and 17 (16.7%) had transverse sinus thrombosis.

Sonuç:
This study showed that the most common type of stroke in pregnant and postpartum women is cerebral sinus venous thrombosis, and the greatest risk factor is the same as pregnancy and postpartum with abortion, eclampsia, and preeclampsia. So, early recognition of these strokes in women during pregnancy and postpartum helps health professionals make early diagnoses with appropriate treatment.

Anahtar Kelimeler: Stroke, Pregnancy, Postparum, Cerebral Sinus Thrombosis, Abortion

EP - 128 POEMS SENDROMU: OLGU SUNUMU

SERKAN KIRBAŞ

ÖZEL MUSA GÜL HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
POEMS (polyneuropathy, organomegaly, endocrinopathy, M-protein, skin changes) sendromu altta yatan plazma hücre diskrazilerinin olduğu nadir bir durumdur. Major kriterleri poliradikülonöropati, klonal plazma hücre bozukluğu, sklerotik kemik lezyonları, yüksek vasküler endotelyal büyüme faktörü (VEGF) ve Castleman hastalığının varlığıdır. Minör kriterleri ise organomegali, endokrinopati, karakteristik cilt değişiklikleri, papilödem, ekstravasküler hacim yüklenmesi ve trombositozu içerir. Burada POEMS sendromu tanısı konulan erişkin bir hasta sunulmaktadır.

Olgu:
Özgeçmişinde herhangi bir özellik bulunmayan 60 yaşındaki erkek hasta günlük hayatını olumsuz etkileyen sol bacağında ve ayağında uyuşma, sızı, yanma, gücünde azalma nedeniyle polikliniğimize müracaat etti. Şikayeti yaklaşık 1 yıl önce başlamıştı ve özellikle geceleri artmaktaydı. Son 1 aydır sağ bacağı ve ayağında benzer rahatsızlıklar olmaktaydı. Eşi tarafından zayıfladığı bilgisi alındı. Muayenesinde bilateral temporal ve maxiller bölgelerde lipoatrofi, sol alt extremitede ayak dorsal kaslarda hafif atrofi, tüm taraf DTR'lerde kayıp vardı, patolojik refleks tespit edilmedi. ENMG'si aktif denervasyon bulgularının eşlik etmediği, alt extremitenin ön planda etkilendiği ağır sensorıo-motor polinöropatiyi destekliyordu. Rutin tetkikleri ESR 40mm/saat ve hipertiroidi dışında normaldi. Serum ve protein elektroforezi IgA lambda hafif zincir monoklonal gamapatisini gösterdi. Toraks ve batın BT de sklerotik kemik tutulumunun raporlanması üzerine yaptırılan kemik iliği biyopsisi lambda (+) plazma hücre diskrazisiyle uyumluydu. POEMS sendromu düşünülerek batın USG istendi ve hafif hepatosplenomegali tespit edildi ancak mayii izlenmedi. Papil ödem görülmedi. VEGF 655 pg/ml (<96.2) yüksekti. Hasta kemik iliği biyopsisinin yapıldığı ileri merkez hematolojiye yönlendirildi. Takip ve tedavisi devam etmektedir.

Tartışma ve Sonuç:
POEMS sendromu nadir görülür. Özellikle asimetrik başlangıçlı güç kaybına nöropatik ağrının eşlik ettiği ağır periferik nöropati tablolarında akılda tutulmalıdır.

EP - 129 HERPES SİMPLEKS ENSEFALİTİ İLİŞKİLİ OTOİMMÜN STATUS EPİLEPTİKUS

SONER DENİZ ERSOY , BERİN GÜLATAR , KADRİYE AĞAN , İPEK MİDİ

MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Status epileptikus, mortalite ve morbiditesi yüksek olan nörolojik acillerden biri olup erken tanı ve tedavi geri dönüşümsüz beyin hasarını önlemek açısından elzemdir. Otoimmün status epileptikus nadir görülse de klasik status epileptikus tedavisine dirençli olgularda otoimmün etiyoloji akla gelmeli ve immünmodülatör tedavilerin verilmesi düşünülmelidir. Bu bağlamda, herpes simpleks virüs ensefaliti ilişkili otoimmün, dirençli status epileptikus olgumuzu sizlerle paylaşmak istedik.

Vaka Sunumu:
54 yaşında, sağ elli erkek hastamızın insülin direnci dışında bilinen hastalığı ve kullandığı ilaç ya da madde öyküsü yoktu. Dış merkez acile baş ağrısı ile başvuran ve tetkik edilen hastanın, eve taburcu edildikten bir gün sonra sabah uyandığında anlamsız konuştuğunun ve davranış değişikliği olduğunun fark edilmesi üzerine dış merkez nöroloji servisinde yatışı olmuş. Viral ensefalit tanısıyla asiklovir tedavisi başlanan hastanın ilk LP'sinde lenfosit ağırlıklı hücre artışı ve hafif protein yüksekliği ve asiklovirin 4. Gününde yapılan kontrol LP'sinde HSV tip 1 PCR pozitifliği saptanmış, paraneoplastik ve otoimmün ensefalit panaeli negatif sonuçlanmış. Kranial MR görüntülemesinde sol temporal bölgede T2/FLAIR hiperintens lezyon saptandığı belirtilen ve takibinde jeneralize tonik-klonik nöbeti izlenen hastaya difenilhidantoin iv yükleme tedavisi sonrası levetirasetam 2x500 mg dozunda başlanmış. İleri tetkik ve tedavi için servisimize nakil edilen hastanın muayenesinde yer ve zaman oryantasyonunun olmadığı, kompleks emirleri alamadığı fakat lateralizan/lokalizan ek bulgu olmadığı görüldü. Minimental test puanı 13/30 olarak saptandı. EEG'sinde solda frontotemporal bölgede epileptiform aktivite, sol hemisferde yaygın PLED aktivitesi izlenmesi üzerine diazem infüzyonu başlanıd, levetirasetam 2x2000 mg/gün iv olarak düzenlendi. Kliniğinde ve EEG'sinde düzelme izlenmemesi üzerine tedaviye topiramat 2x200 mg/gün eklendi. Kontrastlı Kranial MR görüntülemesinde, sol temporopariyetal bölgede T2/FLAIR'de hiperintensite ve bu bölgede kontrast tutulumu izlendi. Tekrar LP'si yapıldı, hücre sayısında ve protein düzeyinde artış izlendi, menenjit/ensefalit paneli negatif olup patolojisinde malign hücre izlenmedi. Paraneoplastik ve otoimmün ensefalit paneli tekrar istenen hastanın kanser taraması ve vaskülit paneli negatif sonuçlandı. EEG'de PLED aktivitesinin devam etmesi üzerine Lakozamid 2x200 mg/gün tedavisi eklenmesine ve asiklovir tedavisine rağmen kliniğinde düzelme olmayan hastada otoimmün etiyoloji düşünülerek iv metilprednizolon tedavisi 1 gr/gün olarak 5 gün verildi. EEG'sinde PLED aktivitesi sıklığı ve amplitüdünde düşme ve oryantasyonunda kısmi düzelme izlenmesi üzerine devamında plazmaferez tedavisine geçildi. Takibinde kliniğinde belirgin düzelme izlenen, MMST puanı 25/30'a yükselen ve EEG'sindeki PLED aktivitesi gerileyen hastanın ikinci kez gönderilen paraneoplastik ve otoimmün ensefalit paneli de negatif sonuçlandı. Kranial MR görüntülemesinde mevcut lezyonların kontrastlanmasında artış izlenen fakat kliniğe yansıması görülmeyen hasta oral prednol 1mg/kg tedavisi ve rituksimab tedavisi planıyla poliklinik izlemine alınarak taburcu edildi. MMST puanı 30/30 olup EEG'si normal olan, kranial MRG'ında lezyonunda gerileme ve kontrastlanmasında azalma izlenen hasta poliklinik takiplerine devam etmektedir.

Tartışma:
Paraenfeksiyöz ve neoplastik tetikliyiciler ile çeşitli immün terapilerin advers etkilerinin otoimmün ensefalitlerde potansiyel olarak ilişki spektrumunda yer aldıkları göz önünde bulundurulmalıdır. Başlangıçta haftalar ile aylar alabilen ensefalopati, nöropsikiyatrik semptomlar ve nöbetlerle prezente olabilen progresif nörokognitif gerileme söz konusudur. (1) Herpes simpleks ensefaliti monofazik olan sıklıkla ciddi ve ölümcül bir ensefalopatidir. Herpes ensefaliti sonrası NMDA reseptörünün (NMDAR) GluN1 subunitine ve diğer sinaptik proteinlere karşı otoantikorların gelişimi postenfeksiyöz dönemde otoimmün seyir ile ilgili hipotezleri desteklemektedir (2). Anti-NMDA antikoru ensefalitleri başta olmak üzere bu otoimmün ensefalitlerde temel yaklaşım terapötik yaklaşım immünmodülatuvar tedavi (metilprednizolon, IVIG, plazmaferez) ile antiepileptik ilaçların birlikte kullanımıdır. (3) Herpes simpleks ensefaliti ilişkili direçli status epileptikusu olan hastamız, otoimmün etiyoloji düşünerek verdiğimiz immünmodülatör tedaviden belirgin fayda görmüştür. Tedavi konusunda fikir birliği olmasa da nadir görülen ve kötü prognozlu olan bu durumlarda immünmodülatör tedavilerden çekinilmemesi gerektiği düşünülmektedir.

EP - 130 ALKOLE SEKONDER WERNİCKE ENSEFALOPATİSİ VE POLİNÖROPATİ: 2 OLGU

SERDAR ÇETİN , MERT GÖBEL , ERTUĞRUL TOKA , HACI ALİ ERDOĞAN , VİLDAN YAYLA

BAKIRKÖY DR SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Tiamin eksikliğine bağlı olarak Wernicke ensefalopatisi (WE) ve aksonal polinöropati tabloları ortaya çıkabilir. Sıklıkla kronik alkol kullanımıyla ilişkilidir ancak gastrik cerrahi, hiperemezis, parenteral beslenme ve malnutrisyona sekonder benzer tablolar gelişebilir. Kronik alkole bağlı eşzamanlı gelişen Wernicke ensefalopatisi ve polinöropati tanılarına dikkat çekmek için olgularımız sunuldu.

Olgu 1
Yürüme güçlüğü, dengesizlik ve unutkanlıkla başvuran kronik alkol kullanımı olan 55 yaşındaki erkek hastanın muayenesinde yer, zaman oryantasyonu bozuktu. Horizontal nistagmus, kuadriparezi (kas gücü 4/5) ve arefleksi mevcuttu. Kranial ve spinal MRı doğal olan hastanın EMG incelemesi sensoriyel tipte polinöropatiyle uyumluydu. Rutin laboratuvar değerleri normaldi. Nöropsikometrik testinde orta derecede verbal ve ileri derecede non-verbal işlev bozukluğu saptandı. Wernicke ensefalopatisi ve polinöropati açısından İV 3x200 mg tiamin tedavisi başlandı. Tedavi sonrası kognitif düzelme izlendi ve 3.ayda hasta tek başına ambuleydi.
Olgu 2
Yürüme güçlüğü, unutkanlık, anlamsız konuşma ve görsel halüsinasyon şikayetiyle başvuran hastanın 15 yıldır 100 ml/gün alkol kullanımı mevcuttu. Muayenesinde kooperasyon ve oryantasyonu bozuktu. Kuadriparezik olan hastanın kas gücü 3/5 idi. EMG'de sensorimotor polinöropati saptandı. Kranial MR'da bilateral talamusta ve periaquaduktal gri cevherde hiperintensite izlendi. Alkole sekonder WE ve polinöropati tanısıyla intravenöz 200mg/gün tiamin başlandı. Kognitif durumunda kısmi düzelme izlenen hasta 3. ay muayenesinde kognitif olarak normaldi ve bağımsız mobilizeydi.

Tartışma ve Sonuç:
Kronik alkolizmde sık görülen Wernicke ensefalopatisi ve aksonal polinöropati tablolarında erken dönem vitamin replasmanı tedavisi ve uygun diyet ile kalıcı nörolojik hasarlar engellenebilir. Wernicke ensefalopatisi olan olgularda polinöropati birlikteliği akılda bulundurulmalıdır.

EP - 132 ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ İNME MERKEZİ'NE BAŞVURAN AKUT İSKEMİK İNME HASTALARININ TANI VE TEDAVİ SÜREÇLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

MERVE KARAMAN [1], ALPER EREN [2]

[1] *ARDAHAN DEVLET HASTANESİ*
[2] *ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANADALI*

Amaç:
İnme merkezi yaklaşımının etkinliği değerlendirilirken inme kayıtlarının analizi esastır. Çalışmamızda inme merkezi verilerimizin analizi ile akut inme yönetiminin daha etkili hale getirilmesini sağlayacak unsurların tespit edilmesini amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
Verilerimiz, 01.01.2021-30.09.2021 tarihleri arasında inme merkezimize başvuran akut inme hastalarında inme kalite metrik ve unsurları değerlendirilmek üzere prospektif olarak kayıtlanıp istatistiksel analiz edilmiştir.

Bulgular:
524 akut inme hastamızın %13'ü acil sağlık hizmetleri, %33'ü kendi imkanları ve %54'ü başka hastaneden sevkle olmak üzere tüm hastaların %36'sı ilk 4.5 saat, %11'i 4.5-6 saat içinde başvurdu. İlk 4.5 saat başvuruları, acil sağlık hizmetleriyle ve şehir merkezinden başvuranlarda daha fazlaydı($p<0,05$). Hastaların başvuru NIHSS; hafif %70,4(n=338), ağır %8,4(n=39) idi. NIHSS ile semptom-kapı zamanı arasında negatif korelasyon saptanıp NIHSS hafif hastaların orta ve ağır hastalara göre semptom-kapı zamanının uzun olduğu görüldü($p<0.01$). İskemik inme hastalarının %88,8'inde konservatif, %6'sında İV-rtPA, %3,9'unda EVT ve %1,3'ünde İV-rtPA+EVT uygulandı. Konservatif tedavilerin %77,2'si NIHSS hafif (0-6), İV-tPA+EVT'lerin %66,7'si NIHSS ağır(≥16) grubunda daha fazlaydı($p<0.01$). Hastaların %68,7'sinin taburculuk mRS 0-2, %22,5'inin 3-5 ve %8,8'inin 6'ydı. İlk 6 saat başvurularının zaman bağımlı metrikleri, tüm iskemik inme hastalarının ortalamalarına kıyasla daha düşük saptandı($p<0,05$). İV rtPA ve EVT uygulananların semptom-kapı, kapı-BT, kapı-nörolog ve kapı-yatış zamanları, konservatif tedavi alanlara göre daha kısaydı($p<0,05$).

Sonuç:
İnme kalite metrik ve unsurlarını kapsayan inme merkezlerinde, ilgili verilerin kayıtlanarak hastane öncesi ve hastane içi yönetim sürecinde etkili olabilecek faktörlerin tespit edilip iyileştirilmesi, kılavuzlarda önerilen zaman sürelerine erişebilmek adına yol gösterici olacaktır.

EP - 133 DENTAT ÇEKİRDEKLERDE PARAMANYETİK MADDE BİRİKİMİ PROGRESİF SUPRANÜKLEER PALSİ- C FENOTİPİNİN HABERCİSİ OLABİLİR Mİ?

ESHGİN MAHARRAMOV [1], ANIL CEM GÜL [1], GÜL YALÇIN ÇAKMAKLI [1], RAHŞAN GÖÇMEN [2], BÜLENT ELİBOL [1], ERSİN TAN [1], IŞIN ÜNAL ÇEVİK [1]

[1] *HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI*

Amaç:
Nörodejeneratif hastalıklardan biri olan progresif supranükleer palsi (PSP)'nin son yıllarda farklı fenotipleri bildirilmektedir. Başlangıç/ana semptomu serebellar bulgular olan PSP-C (cerebellum) alt tipi yeni tanımlanmış olup literatürdeki veriler sınırlıdır. Bu bildiride, serebellar bulgularla ile başlayan ve demir birikimi ile prezente olan bir PSP-C olgusu sunulmaktadır.

Olgu:
Altmış yaşında erkek hasta 7 yıl önce başlayan dizartri, 6 aylık süreçte eklenen yürüme güçlüğü ve dengesizlik şikayetleri nedeniyle farklı merkezde araştırılmıştır. Bu dönemdeki Beyin MRG'sinde Manyetik Duyarlılık Görüntüleme (SWI) sekansında dentat çekirdeklerde paramanyetik madde birikimi saptanması üzere hastanın NBİA alt gruplarından biri olabileceği düşünülmüştür. Şikayetlerine zamanla bradikinezi, rijidite de eklenmiştir. Hasta 2 yıl önce yürüme yetisini, 3 ay önce de konuşma yetisini kaybetmiş, beslenme zorluğu ve kilo kaybı nedeniyle PEG açılması amacıyla servisimize yeniden yatırılmıştır. Muayenesinde her yöne bakış kısıtlılığı, hipofoni, anartri, yaygın ve ağır rijidite, bradikinezi, postural instabilite, bilateral aşil klonus ve serebellar bulgular saptanmıştır. Kontrol MRG'de mezensefalonda ağır atrofi ve serebellar atrofinin yanı sıra dentat çekirdeklerde en yoğun olmak üzere nukleus ruberler, substansia nigra ve globus pallidusda paramanyetik madde birikimi dikkat çekmiştir. Diğer nörodejeneratif, otoimmun/paraneoplastik, vasküler, toksik/metabolik sebepler dışlanmıştır. MRG bulgularının kliniği ile uyumlu olması PSP tanısını desteklemiştir. Hastanın serebellar bulgularla başlaması nedeniyle PSP-C olarak değerlendirilmiştir. Yutma testleri sonrasında PEG açılması ve L-dopa tedavisi uygulanmıştır.

Tartışma:
PSP-C nadir bir alt tipi olup vakalar sıklıkla Asya kıtasından bildirilmiştir. PSP-Cli hastaların çoğunda başlangıç semptomu olarak trunkal ataksi ile ilişkili yürüme bozuklukları görülür. Hastalığın çok erken evresinde serebellum veya orta beyinde kayda değer bir atrofi gözlenmemiştir. Ayrıca literatürde paramanyetik madde birikimi ile ilgili bilgiye de rastlanmamıştır. PSP-C olarak tanımladığımız bu olgumuzda 7 yıl önceki başlangıç MRG bulgusu dentat çekirdeklerde paramanyetik madde birikimidir. Bu bulgu hastalığın başlangıç semptomu olan serebellar nörodejeneratif sürece sekonder paramanyetik madde birikimi olarak yorumlanabilir. Nitekim yeni çekilen MRG'de, progresif nörodejeneratif süreçle bağlantılı olarak diğer bölgelerde de paramanyetik madde birikim dikkatimizi çekmiştir. Klasik PSP tanımlarında serebellar başlangıç dışlayıcı bir bulgu olmakla birlikte, olgumuzda dentat çekirdekte paramanyetik madde birikimi ile başlangıcın, PSP-C patogenez ve fenotipinin tanımlanmasında önemli bir veri olabileceğini düşünmekteyiz.

Kaynak:

1. Shoichiro Ando, Masato Kanazawa, and Osamu Onodera. Progressive Supranuclear Palsy with Predominant Cerebellar Ataxia. J Mov Disord 2020;13(1):20-26. doi: 10.14802/jmd.19061
2. Necpál J, Borsek M, Jeleňová B. PSP-Richardson syndrome mimics: An overview and pragmatic approach. Rev Neurol (Paris). 2023 Aug 3:S0035-3787(23)00980-3. doi: 10.1016/j.neurol.2023.02.070.
3. Xu Z, Lim TCC, Au WL, Tan LCS. Progressive Supranuclear Gaze Palsy with Predominant Cerebellar Ataxia: A Case Series with Videos. J Mov Disord. 2017 May;10(2):87-91. doi: 10.14802/jmd.16059.
4. Synofzik M. Parkinsonism in neurodegenerative diseases predominantly presenting with ataxia. Int Rev Neurobiol. 2019;149:277-298. doi: 10.1016/bs.irn.2019.10.019.
5. Krzosek P, Madetko N, Migda A, Migda B, Jaguś D, Alster P. Differential Diagnosis of Rare Subtypes of Progressive Supranuclear Palsy and PSP-Like Syndromes-Infrequent Manifestations of the Most Common Form of Atypical Parkinsonism. Front Aging Neurosci. 2022 Feb 9;14:804385. doi: 10.3389/fnagi.2022.804385.

EP - 134 MİNÖR İSKEMİK İNME SEMPTOMLARIYLA BAŞVURAN MAJOR DAMAR OKLÜZYONUNA MEKANİK TROMBEKTOMİ UYGULAMASI: OLGU SUNUMU

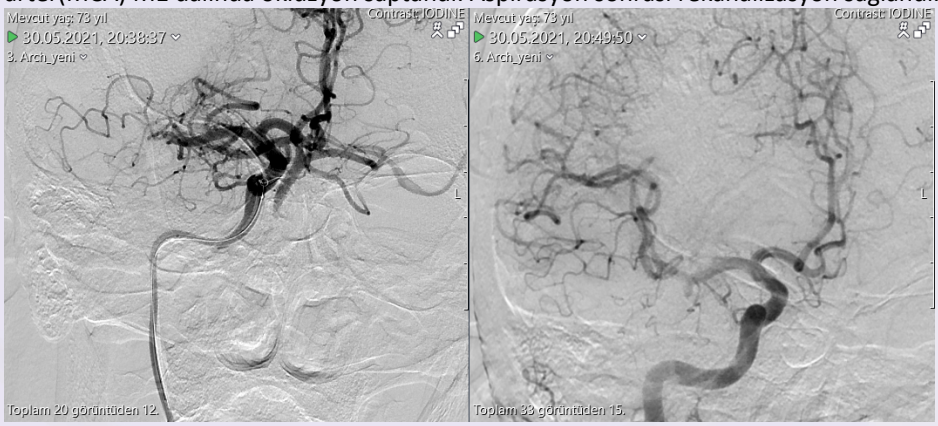
ASLI ÇIPLAKLIGİL , RECEP BAYDEMİR

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

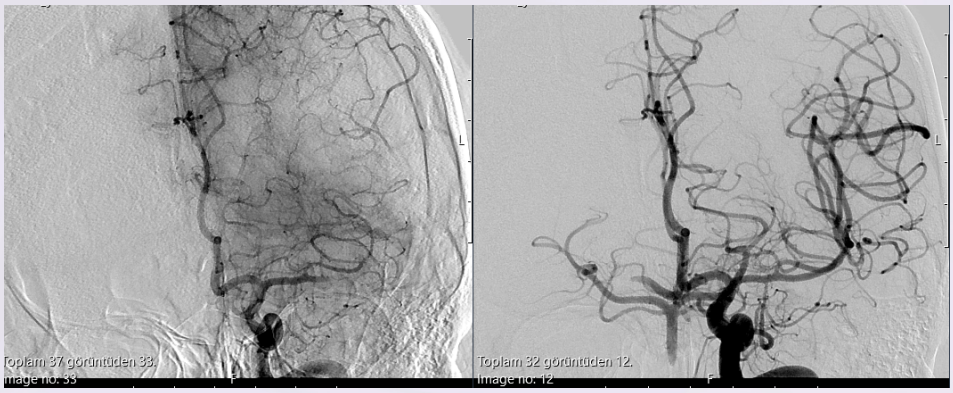
Amaç:
Ulusal Sağlık İnme Ölçeği (NIHSS) <5 olan iskemik inmeler minör inme olarak kabul edilmektedirler. Major damar oklüzyonları nadiren minör iskemik inme belirtileriyle prezente olurlar. Bu grubun tedavisinde mekanik trombektomi literatürde standardize edilmemiştir. Aşağıda bu şekilde başvurup tedavi alan olgular üzerinden tecrübelerimiz paylaşılacaktır.

Yöntem:
Merkezimize düşük NIHSS ile başvuran ilk 6 saatinde başarılı bir şekilde mekanik trombektomi uygulanan olgular üzerinden tecrübemiz aktarılacaktır.

Sonuç:
İlk olgumuz 71 yaşında erkekti. Merkezimize 4 saat önce başlayan sol tarafta kuvvet kaybı, konuşma bozukluğu ve bilinç değişikliği şikayetleriyle başvurdu. Bilgisayarlı tomografi anjiografisinde(BT-A) sağ orta serebral arter(MCA) M1 dalında oklüzyon saptandı. Aspirasyon sonrası rekanalizasyon sağlandı.



İkinci olgumuz; 44 yaşında erkekti. Yine 4. saatinde acil servisimize sağ tarafta kuvvetsizlik, konuşma bozukluğu ve bilinç değişikliği ile başvurdu. Difüyon ağırlıklı manyetik rezonans görüntülemesinde(MR) solda bazal ganglion düzeyinde akut difüzyon kısıtlılığı izlendi. BT-A'da sol MCA M2 oklüzyonuna aspirasyon yapıldı. Başarılı rekanilazasyon sonrası işlem masasında tama yakın kuvvet kazancıyla işlem sonlandırıldı.



Son olgumuzda 58 yaşında kadındı. Hastanemiz acil servisine 5 saat önce başlayan sol vücut yarımında 3/5 kuvvet, konuşma bozukluğu şikayetleriyle başvurdu. Görüntülemelerle sağ MCA M1 oklüzyonu saptandı. Aspirasyon sonrası tam rekanalizasyon sağlandı.

Tartışma:

Major damar oklüzyonunun eşlik ettiği minör iskemik inmenin akut tedavisine yaklaşım özellikle mekanik trombektominin faydaları tartışılmaktadır. İnme şüphesiyle merkezlere başvuran her hastada mutlaka beyin görüntülemeleri yapılmalıdır. Olguların kontredike durumları yoksa intravenöz doku plazminojen inhibitörleri başlanmalıdır. Minör iskemik inme bulgularıyla prezente olan ön sistem major damar oklüzyonlarına olgu bazında seçim yapılarak uygun vakalarda mekanik trombektomi komplikasyonsuz başarılı bir şekilde uygulanabilmektedir.

EP - 135 UYKU MAKROYAPISINDA ANKSİYETE, DEPRESYON, YAŞLANMA VE CİNSİYETİN ETKİLERİ

DEMET AYGÜN [1], MERVE SAVAŞ [2], BURAK MANAY [2], ALPEREN ŞENTÜRK [2]

[1] ATLAS ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ
[2] ATLAS ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ

Amaç:
Uyku bozukluklarıyla sıklıkla ilişkilendirilen en yaygın psikiyatrik semptomlar anksiyete ve depresyondur. Çalışmanın amacı, anksiyete veya depresyonun, farklı yaş gruplarının ve cinsiyet uyku makroyapısındaki etkisini incelemekti.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya uyku semptomları olan 150 (erkek:89, kadın:61) hasta dahil edildi. Hastalara tüm gece boyunca polisomnografi(PSG) yapıldı. Anksiyete, depresyon, yaş ve cinsiyetin sırasıyla uykuya başlama, sürdürme ve uyku aşamalarına etkisi analiz edildi. Hastaların işlem öncesi Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçekleri değerlendirildi. BAÖ'ne göre 0-7 puan arası; normal, 8-15 puan arası; hafif, 16-25 puan arası; orta, 26-63 puan arası; şiddetli düzeyde anksiyete belirtili olarak gruplandırıldı. BDÖ'ne göre 0-16 puan; hafif, 17-29 puan; orta, 30-63 puan şiddetli düzeyde depresif belirtili olarak gruplandırıldı. Yaşa göre; 18–34, 35–52, 53-69 olmak üzere 3 grup oluşturuldu. PSG'de uyku parametrelerinde uyku latansı, toplam uyku süresi, uyku verimliliği, yavaş uyku(evre2,evre3), REM evre yüzdeleri ve süreleri, REM uyku latansı değerlendirildi. İstatistiksel analiz sırasında IBM SPSS 20 yazılımı Kolmogorov-Smirnov testi kullanıldı.

Bulgular:
Çalışmada anksiyetelilerde; uyku ve REM latansında uzamaya (sırasıyla p:0.001, p:0.000), REM ve evre2 ve evre3 uykusu süresinde azalmaya (sırasıyla p:003, evre2 p:0.003, evre3 p:0,026), depresif belirtililerde; REM ve evre3 uyku latansında kısalmaya(sırasıyla REM p:0,028, evre3 p:0.0043), REM süresinde arttığı(p.0001) izlendi. Yaşlanmayla evre3 süresinin(p:0,03), REM fazının azaldığı(p:0,043) ve uyku sırasında uyanıklık reaksiyonlarının arttığı(p:0,042) izlendi. Anksiyeteli kadınlar erkeklere göre daha fazla yavaş dalga uykusu(p:0,034) ve daha az REM evre yüzdesine(p:0034) sahipti.

Sonuç:
Beynin bilişsel işleyişinde uyku evrelerinin normal düzeni önemlidir. Uyku makro yapısındaki değişiklikler, anksiyete veya depresyondan yakınan hastaların bilişsel fonksiyonlarının bozulmasında etkili olabilir.

EP - 136 GASTROENTEROLOJİYE BAŞVURAN AREA POSTREMA SENDROMU OLGULARI

DİLAN KANGÜL , ASİLE SEVAL ASLAN , ŞEYMA KILIÇ , ERKİNGÜL BİRDAY

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI

Giriş:
Nöromiyelitis optika spektrum hastalığının (NMOSD) ana klinik tablolarından olan Area postrema sendromu nadir görülen demiyelinizan, inatçı kusma, hıçkırık, başdönmesi gibi yakınmalarla ortaya çıkan bir hastalıktır.

Gereç ve Yöntem:
Burada öyküleri benzer olan, inatçı kusma nedeniyle Gastroenterolojiye başvuran, ardından nörolojik incelemeleri sonucunda Area postrema sendromu (NMOSD) tanısı alan hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri sunulucaktır.

Bulgular:
OLGU-1: Haziran 2016'da sol gözde ağrılı bulanık görme yakınması olan, o dönemde beyin ve servikal MR görüntülemesi (MRG) normal saptanan, AQP4 antikoru negatif olan, optik nörit tanısıyla 5 gün yüksek doz metilprednizolon tedavisi ile tam düzelen 27 yaşında kadın hasta Ağustos 2016'da inatçı kusma nedeniyle Gastroenteroloji polikliniğine başvurmuş. Tetkiklerinde özellik saptanmayan hastanın yapılan nörolojik muayenesinde sol optik diskte solukluk dışında özellik yoktu. Yapılan beyin MRG'de bulbus dorsalinde area postremada kontrast tutan lezyon saptandı. Yeniden bakılan AQP4 antikoru negatifti. Yapılan lomber ponksiyon incelemesinde hücre yoktu, protein, şekeri normaldi. Oligoklonal bant negatifti. Area postrema sendromu (NMOSD) düşünülen hastaya yüksek doz metilprednizolon tedavisi başlandı ve inatçı kusması düzeldi.
OLGU-2: Nisan 2022'de inatçı kusma şikayetiyle Gastroenteroloji polikliniğine başvuran,tetkiklerinde özellik saptanmayan, bu süreçte 20 kg kadar kilo kaybı yaşayan 23 yaşında erkek hasta, Ekim 2022'de Nöroloji kliniğimize başvurdu. Nörolojik muayenesinde derin tendon refleksinde artış dışında özellik yoktu. Yapılan beyin ve servikal MR görüntülemede diensefalik ve area postremada demiyelinizan lezyon saptandı. Ayrıca servikal spinal kordda kısa segment T2 hiperintens lezyon görüldü. Yapılan lomber ponksiyon incelemesinde hücre yoktu. Protein ve şekeri normaldi. AQP4, MOG antikoru negatifti. Oligoklonal bant pozitifti. Area postrema sendromu (NMOSD) düşünülen hastaya yüksek doz metilprednizolon tedavisi başlandı ve inatçı bulantı kusması tamamen düzelen hastanın kaşektik görünümünün de gerilediği görüldü.

Sonuç:
NMO spektrum hastalığının ana tablolarından olan Area postrema sendromu sadece kusma ile ortaya çıktığı zaman hastaların Gastroenteroloji bölümünde uzun bir süre incelendiği, bu süreçte klinik tablo ciddi progresyon gösterebilmektedir. İki olgumuzun da ilk başvurusu Gastroenterolojiye olması nedeniyle öyküleri benzerdi. Biri ciddi kaşektik hale gelmişti. Bu bakımdan inatçı bulantı kusması olan hastalarda daha dikkatli olunmalıdır

EP - 137 CIDP'YE EŞLİK EDEN MYASTENİA GRAVES HASTALIĞI -OLGU SUNUMU

GİZEM AYDIN , BAŞAK GİZEM KAPUCU , ÖZDEN KAMIŞLI , ABDULCEMAL ÖZCAN

BURSA ŞEHİR HASTANESİ

Giriş:
Myastenia gravisli hastalarda romatoid artrit, sistemik lupus eritamatöz, Hashimoto tiroiditi, Graves hastalığı ve pernisiyöz anemi gibi diğer otoimmün hastalıkların görülme sıklığı yüksektir. Kronik inflamatuar demiyelinizan polinöropati (KIDP) olgu bazında esas olarak multiple skleroz, SLE ve Graves hastalığı ile ilişkilendirilmiştir. Ancak myastenia gravis ve kronik inflamatuar demiyelinizan polinöropati (KIDP) birlikteliği nadir bir tablodur. Farklı immün patogenezi olan bu iki hastalığın örtüşen klinik semptomları nedeniyle ilkine tanı konulduğunda diğerinin tanısı atlanabilir. Bu olgu sunumunun amacı nadir görülen myastenia gravis ve KIDP birlikteliğinde tanı süreci ve tedavi yaklaşımını tartışmaktır

Olgu:
43 yaş kadın hasta. 13 yıldır KIDP tanısı ile başka kliniklerde takip edilen hasta uzun süredir aylık IVIg infüzyonları ile tedavi ediliyor. IVIg infüzyonu için hastanemize yattığında son zamanlarda farklı şikayetlerinin olduğundan bahsetti. Kol ve bacaklarında uyuşmanın gün boyu olduğunu fakat güçsüzlüğün akşamları belirginleştiğini, katı gıdaları yutmada güçlük çektiğini, ara ara nefes darlığı olduğunu belirtti. Kas ağrıları nedeniyle birkaç kez acile başvurduğunu, kas gevşetici ilaçlar verildiğini, güçsüzlük ve yutma güçlüğü şikayetlerinin kötüleştiğini söyledi. Nörolojik muayenesinde ekstremitelerin proksimalinde belirgin 4+/5 kas gücü, ekstremitelerin distalinde hipoestezi mevcuttu. Sağ gözde pitoz saptandı. Sağa bakışta diplopi tarifledi. Hasta miyastenia gravis açısından değerlendirildi. Buz testi uygulamasında pitozunda düzelme gözlendi. Nörofizyolojik incelemede ardışık sinir uyarım testinde anlamlı amplitüd azalması, tek lif EMG incelemesinde anormal jitter artışı saptandı.
Hastanın serumunda asetilkolin reseptörüne (AchR) karşı antikorlar yüksek bulundu [8,2 nmol/l (normal<0,4)] ve hastada KIDP'nin myastenia gravis ile örtüştüğü düşünüldü Hastaya total doz 2gr/kg olacak şekilde 5 gün boyunca IVIG tedavisi verildi. Tedavisine Pridostigmin bromür eklendi. Nefes darlığı, yutma güçlüğü, güçsüzlük şikayetleri belirgin derecede düzeldi.

Sonuç:
KIDP sıklıkla ekstremite distallerinde parestezi, güçsüzlük ve yürüme güçlüğü ile başlar. İlerleyici veya relapslarla seyreden, simetrik proksimal ve distal kas güçsüzlüğü, duyu kaybı ve derin tendon reflekslerinde azalma ile karakterizedir. KIDP'nin patogenezinde schwann hücreleri veya myeline karşı otoantikorlar söz konusudur. Motor son plağın otoimmün hastalığı myastenia graviste AchR ye karşı otoantikorlar söz konusudur. Güçsüzlük tutulan kas grubu kullanıldıkça artan karakterdedir. Oküler ve bulber kaslar daha fazla tutulur. Bu olguda geçmişte miyastenia gravis olup olmadığı belirsizdir. Fakat hastaların her başvurusunda yeni gelişen semptomlar açısından sorgulanmasının önemini göstermektedir. Aynı hastada ortaya çıkan bu iki hastalığın tanınması semptom yönetimi ve tedavi seçeneklerine olası etkileri bağlamında uyarıcıdır.

EP - 138 NİTRÖZ OKSİT İLİŞKİLİ SUBAKUT PROGRESİF MİYELOPATİ OLGUSU

HELİN KÖKMEN , ZEYNEP MÜNİROĞLU , MERVE BAHAR ERCAN , BELGİN KOÇER

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Nitröz oksit, diş ve cerrahi operasyonlarda anestezik amaçla kullanılan bir inhalandır. Ek opioid reseptör aktivitesi ile birlikte bir N-metil-D-aspartat antagonisti olarak görev yapar, analjezik ve öforik etkilere yol açar. Son yıllarda uyuşturucu olarak kullanımı artmıştır. Nörotoksisitesini, sinir sisteminde demiyelinizasyona yol açan B12 vitamininin inaktivasyonu ile gösterir. Klinikte nöropati, miyelopati ya da subakut kombine dejenerasyon gibi nörolojik tablolara neden olur. Nitröz oksit suistimali sonrasında gelişen bir subakut progresif miyelopati olgusu sunulmaktadır.

Olgu:
Otuz yedi yaşında erkek hasta, bir aydır ayaklardan gövdeye ve ellere uzanan uyuşma-karıncalanma şikayetiyle başvurdu. Duyusal şikayetlerden bir hafta sonra ellerde güçsüzlük eklenmiş ve yürümekte zorlanmaya, takılıp düşmeye başlamıştı. Nörolojik muayenesinde bilinci açık, koopere ve oriyente idi, kognitif fonksiyonları normaldi, bilateral parmak fleksörleri ve intrensek kaslarda kas gücü 4/5 idi, duyu muayenesinde bilateral T4 distalinde seviye veren yüzeyel duyu kusuru ve patella distalinde vibrasyon kaybı saptandı. Yürüyüş geniş tabanlıydı ve Romberg testi pozitifti. Özgeçmişinde iki yıldır nitröz oksit kullanımı mevcuttu ve son bir aydır günde 20 şişe (her şişe 8gr) olmak üzere yüksek dozda kullanmış, balon ile inhale etmişti. Beyin MRG normal iken, spinal kord MRG'sinde C1 seviyesinden alt torakale kadar uzanan, kord santral ve posteriorunde yerleşimli, geniş, T2A kesitlerde hiperintens görünümde, kontrastlanmayan lezyon izlendi. BOS incelemesinde basınç, glukoz ve protein değerleri normaldi, hücre izlenmedi. Serum ve BOS'ta HSV1-2 PCR ve diğer enfektif parametreler negatif saptandı. BOS OKB tip1 negatif, IgG indeksi normal idi (0.48), serum anti-NMO IgG ve anti-MOG IgG negatif sonuçlandı. Vaskülit belirteçleri negatifti, serum metilmalonik asit (MMA) düzeyi yüksek bulundu (8,69 mol/L-normal değer 0-0,4), homosistein 42 µmol/L (6-15) yüksek idi. Serum vitamin B12 düzeyi 469 pg/m ve vitamin B6 6,51 µg/L olarak normal aralıkta sonuçlandı. ENMG'de periferik nöropati düşündüren elektrofizyolojik bir bulgu izlenmedi, sadece sağ peroneal ve sol posterior tibial sinirlerde F-yanıtı uzaması görüldü. Hastaya transvers miyelit tanısı ile 10 gün süre ile 1000mg/gün intravenöz metilprednizolon (İVMP) uygulandı, sonrasında oral 64mg/gün metilprednizolon ile devam edilip tedrici azaltılarak 1,5 ayda kesildi. Muayene bulgularında bir faydalanım olmaması üzerine İVMP tedavisi ardından 7 seans plazmaferez tedavisi verildi. Nörolojik muayenede bilateral T10 düzeyinde seviye veren yüzeyel duyu kaybı var iken vibrasyonu normal, her iki elde kas gücü tam, romberg testi negatif olacak şekilde klinik faydalanım izlendi.

Tartışma:
Nitröz oksit kobalamine bağlanarak etkisiz hale getirir, tükenmesi nöropati ve miyelopatiye neden olur. Olguların çoğunda serum B12 vitamini düzeyi düşüktür, ancak üçte birinde normaldir. Yüksek MMA ve homosistein seviyeleri fonksiyonel B12 eksikliğinin bir göstergesi olarak kullanılabilir. Tedavi nitröz oksitten uzak durulması ve B12 vitamini takviyesidir. Tedaviye rağmen nörolojik semptomların düzelmesi aylar sürebilir ve birçok hastada sekel semptomlar bildirmektedir. Vaka serilerinde sadece hastaların %10'ununda sekel belirti ya da bulgu yoktur. Duyu anormallikleri, güç kaybı ve yürüyüş bozuklukları en yaygın görülen sekel bulgulardır. Geç başvuran ve nitröz oksit kullanmaya devam eden hastalarda daha ciddi sekel bulgular olabilir. Olgumuzda tedaviyle motor bulgularda tam düzelme izlendi, ancak hastanın subjektif duyu anormallikleri devam etmekteydi. Erken tanı ve tedavi, uzun vadeli nörolojik sekelleri önlemek için önemlidir.

EP - 139 LOMBER PONKSİYON İŞLEMİ SONRASI PNÖMOSEFALUS OLGUSU

HİKMET ÇINAR , FATİH FURKAN GÜNEL , DURSUN AYGÜN

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Pnömosefalus, lomber ponksiyon sonrası görülen oldukça nadir bir komplikasyondur.Pnömosefalus,etimolojik olarak 'pneumo:hava' ve 'cephalus:kafa' kelimelerinden oluşur ve intrakranial kavite içerisinde hava bulunması anlamına gelir.Pnömosefalusun en sık sebebi kafa travması olup tüm vakaların %74'ünü oluşturmaktadır.Pnömosefalusun diğer sebepleri ise intrakraniyal neoplaziler,enfeksiyonlar,kranial cerrahiler,paranazal sinüs cerrahisi ve lomber ponksiyon olarak sayılabilir.Bu raporda lomber ponksiyon işlemi sonrası gelişen pnömosefalus olgusunu sunuyoruz.

Olgu:
İdiyopatik intrakraniyal hipertansiyon ön tanısıyla lomber ponksiyon yapılan 26 yaşında kadın hasta ertesi gün bel,sırt ve başının tümünde şiddetli ağrı şikayeti ile acil servise başvurdu.Bu baş ağrısı eskiden alın bölgesinde olan baş ağrılarından farklı,başının tümünde ve çok daha şiddetliydi.Nörolojik muayenede bilinç açık,oryante,koopereydi,kraniyal sinir muayenesi normaldi,motor ve duyu defisiti saptanmadı,serebellar testler başarılıydı,derin tendon refleksleri normoaktifti,patolojik refleks izlenmedi ve yürüyüş normaldi.Hastanın çekilen bilgisayarlı beyin tomografisinde sol lateral ventikül anterior,posterior ve inferior hornlarda ve sağ lateral ventrikül anterior hornda pnömosefalus geliştiği görüldü(Şekil 1).Hasta nöroloji servisine yatırıldı,yatak istirahati,intravenöz hidrasyon,asetaminofen,nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar ile analjezik destek ve profilaktik antibiyotik tedavileri verildi.Hasta klinik olarak takip edildi.Baş ağrısı şikayeti gün geçtikçe gerileyen hastanın beş gün sonra çekilen bilgisayarlı beyin tomografisinde pnömosefalus değerlerinin rezorbe olduğu görüldü(Şekil 2) ve hasta taburcu edildi.

Tartışma:
Pnömosefalus intrakranial kavite içerisinde hava bulunması olarak tanımlanır.Hava dansiteleri epidural, subdural, subaraknoid ve intraparankimal alanlarda görülebilir.Pnömosefalus lomber ponksiyon işlemi sonrası nadiren gelişir. Lomber ponksiyon sonrası görülen pnömosefalus daha çok subaraknoid alanda ve ventrikül içinde görülür. Tanıda bilgisayarlı beyin tomografisi en iyi yöntemdir. Havanın varlığı, menenjit gelişmesine yol açabilecek bir enfeksiyon kaynağıdır. Pnömosefalus patogenezini açıklamak için iki ana teori öne sürülmüştür.İlki Dandynin küresel valf teorisi: Travma veya kranyuma yapılan müdahalelerde ekstrakraniyal basınç intrakraniyal basıncı aştığı zaman, havanın dış ortamdan kranyal boşluğa tek yönlü hareketi ile açıklanır.İkinci olarak Horowitz ve Lunsfordun ters soda şişesi etkisi:Beyin omurilik sıvısının dura defekti nedeniyle sürekli sızıntısı sonucu aşırı kaybı ve subaraknoid boşlukta negatif kafa içi basıncı oluşması ile açıklanır.Oluşan negatif basınç nedeniyle hava içeri çekilebilir ve basınç gradiyenti stabil olana kadar hava girişi olur.Biz olgumuzda gelişen pnömosefalusun Horowitz ve Lunsfordun ters soda şişesi etkisi teorisiyle oluştuğunu düşünüyoruz. Pnömosefalus gelişiminde farklı etiyolojik faktörler de ele alındığında diğer olası mekanizmalar ise şunlardır: Ikınma,öksürme veya hapşırma gibi valsalva manevraları nedeniyle paranazal sinüslerdeki basıncın ani bir şekilde artması, havanın kafa tabanındaki defektler yoluyla intrakraniyal kaviteye emilmesine neden olabilir.Anestezi sırasında nitröz oksit kullanımı da pnömosefalus ile ilişkili olabilir. Nitröz oksidin kan-gaz partisyon katsayısı nitrojeninkinden 34 kat daha fazladır. Bu, nitröz oksidin havadan çok daha hızlı kraniyal boşluğa yayılmasına neden olur.Hava üreten mikroorganizmalarla oluşan beyin apseleri pnömosefalusa yol açabilir.Postdural ponksiyon sonrası iğneyi dışarı çekmeden önce stile iğneye tekrar yerleştirilirken subaraknoid boşluğa hava itilmesi de düşük bir olasılık olarak ele alınabilir. Pnömosefalus tedavisi yatak istirahati,başın 30 derece Fowler pozisyonuna getirilmesi,valsalva manevralarından kaçınılması,analjezik destek verilmesi, profilaktik antibiyotik verilmesi,hiperbarik oksijen tedavisi, şiddetli, ödem etkisi yapan vakalarda diüretik+ mannitol verilmesi ve gerekirse cerrahi drenaj olarak sayılabilir.Genellikle iki hafta içinde düzelir. Bizim olgumuzda pnömosefalus medikal tedaviyle geriledi.Baş ağrıları gerileyen hastanın beş gün sonra çekilen kontrol bilgisayarlı beyin tomografisinde hava değerlerinin rezorbe olduğu görüldü. Sonuç olarak lomber ponksiyon sonucu nadir bir komplikasyon olarak pnömosefalus gelişebilir.Biz de olgumuzda lomber ponksiyon sonrası şiddetli baş ağrısı ile acil servise gelen ve bilgisayarlı beyin tomografisinde pnömosefalus saptanan hastamızı bildirdik.

KAYNAKLAR

1.Śmiłowska, K., Sznajder-Stacha, K., Kocyłowski, D., Popek, A., Rozpondek, K., Grechuta, M., & Salari, M. (2021). Pneumocephalus as a rare complication: a systematic review plus clinical vignette. Neurologia i Neurochirurgia Polska, 55(3), 253-268

2.Markham JW. The clinical features of pneumocephalus based upon a survey of 284 cases with report of 11 additional cases. Acta Neurochir (Wien). 1967; 16(1): 1–78, doi: 10.1007/BF01401900, indexed in Pubmed: 6032371

3.Lee WY, Kim SH, Kim OL, Choi BY: Delayed tension pneumocephalus caused by ventriculoperitoneal shunt. J Korean Neurosurg Soc. 41 (1): 47- 49, 2007

4.Hawley JS, Ney JP, Swanberg MM: Subarachnoid pneumocephalus from epidural steroid injection. Headache 45 (3): 247- 248, 2005

5.Flora GS, Tuchschmidt JA, Sharma OP: Pneumocephalus in association with lumbar punctures. Chest. 98 (4): 1041, 1990

6.Erol F, Özveren F, Topsakal C: Tension pneumocephalus following lumbar puncture in cerebrospinal fluid fistula. Turkish Neurosurgery 10: 221- 223, 2000

7.Kozikowski GP, Cohen SP: Lumbar puncture associated with pneumocephalus: Report of a case. Anesth Analg. 98(2): 524- 526, 2004

8.Düz, B., Pusat, S., Kural, C., Kırık, A., & Gönül, E. (2008). A case of pneumocepahlus association with lumbar punctures. Türk Nöroşirürji Dergisi, 18, 145-7.

9.Aassouani, F., Ennacery, Z., Charifi, Y., Mamadou, D., El Bouardi, N., Haloua, M., ... & Alami, B. (2022). Lumbar puncture as a cause of tension pneumocephalus, pneumorrachis, and sacral meningocele infection leading to death: An extremely rare case report. Radiology Case Reports, 17(11), 4379-4383.

10.Gorissen, Z., Hakvoort, K., van den Boogaart, M., Klinkenberg, S., & Schijns, O. (2019). Pneumocephalus: a rare and life-threatening, but reversible, complication after penetrating lumbar injury. Acta Neurochirurgica, 161, 361-365.

11.Das, J. M., & Bajaj, J. (2022). Pneumocephalus. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing.

EP - 140 ERGENLERDE KÜME BAŞAĞRISINDA ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMİ BÜYÜK OKSİPİTAL SİNİR BLOKAJI

MİNE BUSE SALKIN SARGIN , GİZEM AYNUR AKTAŞ , TUĞBA UYAR CANKAY , TEMEL TOMBUL

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE ŞEHİR HASTANESİ

Giriş:
Küme tipi başağrısı (KBA) paroksizmal, ısrarlı bir şekilde unilateral ve retroorbital bölgede tipik olarak oldukça şiddetli bir baş ağrısı olarak tanımlanır. Dakikalar içinde maksimum şiddete ulaşmaktadır. Lakrimasyon, konjoktival hiperemi, rinore ve Horner sendromu gibi kraniyal otonomik semptomların ipsilateral ve ağrıyla prezente olmaktadır. Genellikle günde 1-2 atak olmakla birlikte, bazı hastalarda günde 8'e kadar çıkabilir. Daha çok 12 yaşından sonra ergen ve özellikle erişkin dönemde görülmekte ve tedavilere dirençli seyredebilmektedir.

Olgu:
On iki yaşında erkek hasta, hep sağ tarafta olan, ipsilateral lakrimasyonun eşlik ettiği çok şiddetli 15-30 dk arası süren baş ağrısı atakları şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Yapılan nörolojik muayenesi göz dibi dahil normaldi. Kardiyolojiden takipli arada hipertansif atakları olan hasta losartan kullanıyordu. Pediatrik Kardiyoloji'ye danışılarak hastaya verapamil 80 mg 3*1 başlandı. Verapamil dozu EKG kontrolü ile tedricen haftalık olarak arttırılarak 320 mg/güne çıkıldı. Bu tedavi ile atak şiddeti Visuel ağrı skalasına (VAS) göre 10'dan 9'a ve ayda 8'den 6'ya geriledi. Hastaya bilateral %2 lidokain ile GON blokajı haftalık olarak 4 hafta uygulandı. Hastanın 1 ay sonra kontrolünde VAS 3'e ve sıklığı ayda 2 ye gerilemişti.

Sonuç:
KBA genellikle tek taraflı, 15-180 dakika, nadiren de daha uzun sürmektedir. Verapamil tedavisi hem epizodik, hem kronik küme baş ağrısında ilk seçenek olmakla birlikte GON blokaj, 4 yaşından sonra uygulanabilen tedavisi ataklarda ve devam eden ağrıda etkili, yan etki profili düşük etkili bir tedavi yöntemidir.

EP - 141 SEREBRAL PALSİ AYIRICI TANISINDA MTHFR GEN MUTASYONU: OLGU SUNUMU

MUTTALİP ÖZBEK [1], ŞÜKRAN TAN [2], ROJAN İPEK [3]

[1] *DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *DİCLE ÜNİVERSİTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI*
[3] *DİCLE ÜNİVERSİTESİ ÇOCUK NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*

Giriş:
MTHFR, metilentetrahidrofolat redüktaz anlamına gelir. Kanda yüksek düzeyde homosistein ve düşük düzeyde folat ve diğer vitaminlere yol açabilen genetik bir mutasyondur.Metilen tetra hidro folat redüktaz (MTHFR), metil döngüsünde hız sınırlayıcı bir enzimdir ve MTHFR geni tarafından kodlanır. MTHFR; 5,10-metilentetrahidrofolatın 5-metiltetrahidrofolata dönüşümünü katalize eder. Bu da homosisteinin metiyonine yeniden metilasyonu için yardımcı bir substrattır.İnsanlar MTHFR geninde bir veya iki (ya da her ikisi de) mutasyona sahip olabilir. Bu mutasyonlara genellikle varyantlar denir. Bir varyant, bir genin DNA'sının genellikle kişiden kişiye farklılık gösteren veya değişebilen bir parçasıdır Tek varyanta (heterozigot) sahip olmak sağlık sorunlarına yol açmaz. İki mutasyonun (homozigot) daha ciddi sorunlara neden olur.Amerika popülasyonunun yaklaşık %30-40'ında C677T gen pozisyonunda bir mutasyon olabilir. Hispanik kökenli insanların yaklaşık %25'i ve Beyaz-Avrupa kökenlilerin %10-15'i bu varyant için homozigottur (iki mutasyon). Amerikan nüfusunun yaklaşık %20'sinde A1298C gen pozisyonunda homozigot bir mutasyon olabilir. Gen mutasyonları kalıtsaldır, yani ebeveynlerden alınır. Kavramsal olarak, her ebeveynden MTHFR geninin mutant bir kopyasının alınması sonucu homozigot bir mutasyona sahip olunabilir ve risk artar.

Olgu:
8 yaşında erkek hasta nöbet nedeniyle hastanemize başvurdu. 47 yaşında annenin ikiz gebelik ile 31 hafta 1100 gr doğmuş. Annede gebelik hipertansiyonu nedeniyle acil S/C alınmış. Doğumda hipoksik kalma öyküsü yok. Prematürite nedeniyle 54 gün ikiz eşiyle yoğunbakım yatış öyküsü mevcut. Hasta ilk nöbetini 1 yaşındayken enfeksiyon endeniyle hastanede yatarken geçirmiş. WEST sendromu tanısı almış ve hastaya rivotril ve sinacten tedavisi başlanmış. Hasta 2. nöbetini 3 yaşında geçirmiş. Dış merkezde levetirasetam 60mg/kg/gün, Rivotril 2*3 damla, Lioresal 2*yarım tablet (0,7 mg/kg/gün) başlanmış. hastanın 3 yaşından sonra nöbeti olmamış. Hastanın NM de Bilinç açık kelime çıktısı çok az GTOH IR ve KR bilateral pozitif kas gücü üst ekstremitelerde 3/5 kas gücünde alt ekstremitelerde 2/5 kas gücünde deerin tendon reflekslerinde artış izlendi babinski bilateral pozitif. Hastanın bilateral dizlerde ve dirseklerde ekstremitelerde spastisite mevcut. hasta başını dik tuttamıyor, kifoskolyoz mevcut. Genitoüriner sistem muayenesinde bilateral inmemiş testis mevcut. Hastanın çekilen EEG de bilateral jeneralize epileptiform anomali ile uyumlu dalga aktivitesiizlendi. Krania MRG da bilateral lateral ventrikül komşuluğunda Hipoksik İskemik Ensefalopati? ile uyumlu lezyonlar izlendi. Hastanın kan tetkiklerinde folat:3,2 (düşük) Homosistein: 97 (yüksek) olarak görüldü. Hastaya istenen genetik çalışmasında MTHFR homozigot mutasyon saptandı.

Sonuç:
Bir MTHFR varyantına sahip olmak, tıbbi tedaviye ihtiyacınız olduğu anlamına gelmez. Bu sadece bir B vitamini takviyesi almanız gerektiği anlamına gelebilir.Tedavi tipik olarak, neredeyse her zaman çoğu MTHFR varyantına atfedilen seviyenin üzerinde, çok yüksek homosistein seviyelerine sahip olduğunuzda gereklidir. Tedavi, nedene bağlı olacaktır.Yüksek homosistein seviyeleri, doğrulanmış bir MTHFR mutasyonu, folat, kolin veya B-12, B-6 veya riboflavin vitaminlerindeki vitamin eksikliklerinde takviye önerebilir. MTHFR gen mutasyonu, vücudun folik asit ve diğer önemli B vitaminlerini işleme şeklini engeller. Bu besinin takviyesini değiştirmek, etkilerine karşı koymada potansiyel bir odak noktasıdır.Biz bu vakamızda serebral palsi kliniği ile karışan ve ayırıcı tanısında unutulmaması gereken MTFHR gen mutasyonuna dikkat çekmek istedik.

EP - 142 SEREBRAL VENÖZ SİNÜS TROMBOZU SONRASI BİLATERAL NERVUS ABDUCENS PARALİZİSİ: OLGU SUNUMU

NURAY BİLGE [1], METİN UÇAR [2], ABDULKADİR KURT [1], NAZIM KIZILDAĞ [1]

[1] ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, ERZURUM
[2] ERZURUM ŞEHİR HASTANESİ, GÖZ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

Giriş:
Serebral venöz sinüs trombozu (SVT), dural sinüslerin ve/veya venlerin trombozunu içerir. İnsidansı yılda 0,2-1,2/100.000 olgudur. Tüm inmelerin %0,5-1'ini oluşturur ve genellikle gençlerde görülür. Hastamizda olduğu gibi gebelik, puerperyum ve oral kontraseptif kullanımı nedeni ile genç kadınlarda biraz daha fazla görülmektedir. Hastalar genellikle baş ağrısı veya fokal nörolojik defisit nedeni ile başvurur. Trombozun olduğu sinüs lokalizasyonu kliniğin oluşmasında belirleyicidir. En sık superior sagittal sinüs trombozu görülür. Bu sinüsün trombozunda intrakraniyal basınç artışına bağlı baş ağrısı ve papilödem ön plandadır. Burada 18 yaşında 5 gün önce doğum yapmış bir hastamızda gelişen SVT sonrasında kafa içi basın artışı sendromu klinik bulgularının eklendiği bir olguyu sunacağız.

Olgu:
Sistemik hastalığı ve herhangi bir ilaç kullanımı olmayan 18 yaşında kadın hasta spinal anestezi ile sezeryan olarak doğum sonrası 5. günde baş ağrısı ve kusma, sol tarafta 10 dakika süren güçsüzlük ve uyuşma şikayeti olmuş. Baş ağrısı ve kusması artarak devam etmiş. Başka bir merkezde bu şikayetlerle çekilen beyin MRG venografide sol transvers sinustan sinus sagittalis superiora uzanan tromboz izlenmiş, SVT tanısı ile levetirasetam 500 mg tb 2*1,düşük molekül ağırlıklı heparin 0,6 cc 2*1, asetazolamid 250 mg tb 3*2 tedavisi başlanmış. Ancak asetazolamid tedavisini 1 ay kullnadıktan sonra bırakmış. 20 günlük hastanede yatışı sonrası takiplerinde şikayetleri gerileyen hasta taburcu edilmiş. 2 ay sonra başın sağ tarafındaki ağrı ve çift görme şikayetinin olması üzerine nöroloji polikliniğimize başvurdu. Nörolojik muayenesinde bilateral dışa bakış kısıtlılığı ve bilateral optik disk solukluk izlenen hasta yatırıldı. Kontrol MRG de minimal rekanalizasyon ve minimal regresyon görülen hastanın tranvers sinüs çaplarında azalma görüldü. Rutin kan tetkiklerinde, otoımmun vaskülit tetkiklerinde ve trombofili genetik paneli normaldi SVT üzerinden 2 ay geçen ve diazomid kullanmayı bırakan hastaya mannitol ve asetazolamid tedavisi eklendi. 2 ay içinde kliniğinde progresyon görülen hastaya varfarin sodyum başlandı doz ayarlaması yapıldı. 15 gün sonra hastanın göz dibi muayanesi bilateral arka pole doğal görüldü, bilateral dışa bakış kısıtlığında kısmi düzelme görüldü, Coumadin tb 1x1, levetirasetam 500 2*1, asetazolamid 3*2 tedavileri ile taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç:
SVT'de semptomlar trombozun yerine göre değişiklik gösterse de en sık semptom baş ağrısıdır. Bulantı, kusma, bulanık görme gibi yakınmalar olabileceği gibi hemiparezi, konuşma bozukluğu, görme alanı kaybı gibi fokal nörolojik defisite, konfüzyon ve koma gibi değişik düzeylerde bilincin etkilenmesine yol açabilir. Yakınmalar akut, subakut seyirli olabilir, günler-haftalar içinde artar. Fokal veya jeneralize epileptik ataklar, status epileptikus görülebilir. Hastamızın ilk semptomları başağrısı ve kusma idi. SVT için risk faktörleri, kan akımındaki staz, damar duvarı değişiklikleri ve kan içeriğindeki değişiklikler olarak bilinen klasik Virchow triadı nedenleridir.Genç kadınlarda hem puerperyum hem de gebelikte görülebilmektedir (6). Hastamız 5 gün önce doğum yapmıştı puerperyum döneminde idi. VST'de gelişen patolojinin altında iki önemli mekanizma bulunmaktadır. Bunlardan bir tanesi parankimal iskemik hasar, diğeri de intrakraniyal basınç artışıdır. Venöz ve kapiller basınç artışı zamanla kan beyin bariyerinin bozulmasına, interstisyel alana sıvı geçişi ile vazojenik ödeme, basınç artışı devam ederse venöz kapillerlerdeki yırtılma ile venöz hemorajilere neden olur. Diğer mekanizma BOS geçişinin engellenmesi ile ilgilidir. Normalde BOS transportu, superior sagittal sinüsten, araknoid granülasyon aracılığı ile olmaktadır. Sinüs, bir trombüs ile oklüde olduğunda BOS geçişi azalır ve intrakraniyal basınç giderek artar. İntrakraniyal basınç artışı en çok superior sagittal sinüs trombozunda görülür. Hastamızda da sol transvers sinustan sinus sagittalis superiora uzanan tromboz mevcuttu ve intrakraniyal basınç artışını gösteren bilateral 6.kraniyal sinir tutulumu ve bilateral haif papil ödem vardı.

SVT tedavisinde tromboza yol açtığı düşünülen altta yatan nedene yönelik tedavi başlanmalı, enfeksiyon, enflamasyon, epileptik atak, dehidratasyon gibi sorunlara hemen müdahale edilmelidir. Antikoagülasyon ana tedavi yöntemidir. Düşük molekül ağırlıklı heparin, anfraksiyone heparine karşı daha üstün bulunmuştur. Akut fazdan sonra antikoagülasyona vitamin K antagonistleri ile 6 ay devam edilmesi gerektiği ileri sürülmüştür. Aspirin veya diğer antiagreganlarla yapılan çalışmalarda bu ilaçların etkin olmadığı gösterilmiştir. Hastamız 2 ay düşük molekül ağırlıklı heparin kullandı ancak klinik progresyon üzerine K vitamin antagonisti olan sodyum varfarin ile tedaviye devam ediliyor. SVT prognozu genellikle iyi olmakla birlikte ölümle sonuçlanabilecek kadar kötü seyredebilir. Bu nedenle SVT'nin erken tanısı önemli olup klinik ve radyolojik bulguları iyi bilinmeli, hastalar uygun ve etkili tedavi ile yakından takip edilmelidir.

EP - 143 WARTHİN TÜMÖRÜ SAPTANAN SERONEGATİF SEREBELLAR DEJENERASYON OLGUSU

PELİNSU ÖNER , SAİD ALİZADA , ŞÜKRAN İDİL KÖSTEM , RAİF ÇAKMUR

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Paraneoplastik serebellar dejenerasyon (PSD), en sık görülen paraneoplastik nörolojik sendromlardan biridir. PSD hastalarında serebellar ataksi neoplazmın ilk belirtilerindendir ve seronegatif PSD hastalarının yarısından çoğunda semptomlar tümör tanısından önce ortaya çıkar. Bu olguda Wathin tümörüne bağlı olduğunu düşündüğümüz bir PSD olgusunu sunduk.

Olgu:
55 yaş erkek hasta, 3 ay önce başlayan ve progresif ilerleyen denge bozukluğu ve bu nedenle yürüme güçlüğü şikayetiyle nöroloji servisine interne edildi. Nörolojik muayenesinde bilateral okuler ve ekstremite dismetrisi, rotatuar nistagmus, serebellar dizartri, trunkal ataksi, sola ataksik yürüyüş saptandı.Laboratuvar bulgularında rutin biyokimya, hemogram, seroloji ve vaskülitik testleri normal saptandı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) biyokimya ve mikrobiyolojisi normal saptandı, kültürde üreme görülmedi. Paraneoplazi paneli negatif saptandı. Beyin MRG'de ılımlı serebellar atrofi izlendi. Hastanın genetik ataksi paneli negatif sonuçlandı. Hastaya seronegatif paraneoplastik serebeller dejenerasyon ön tanısıyla 10 gün 1 gr/gün intravenöz metilprednizolon tedavisi verildi. Tedavi sonrası belirgin iyileşme gözlendi. Malignite tarama amaçlı yapılan USG'de sol parotis bezinde nodül saptanan hastaya yapılan PET-CT'de parotis bezinde tutulum izlendi. 3 hafta sonra 5 gün 2 gr/gün intravenöz metilprednizolon uygulandı. Tedavi sonunda tama yakın iyileşme gözlendi. Hastanın sol parotis bezindeki kitleden yapılan biyopsi sonucu Warthin tümörü ile uyumlu görüldü. Hasta kulak burun boğaz hekimine yönlendildi. KBB tarafından tümör eksizyonu önerilen hasta takibe alındı.

Sonuç:
Paraneoplastik retinopati, benign Warthin tümörüne sekonder olarak gelişebilmekle beraber, literatür taramalarımızda Warthin tümörüyle ilişkili paraneoplastik serebellar sendrom olgusu saptamadık. Olgumuzda ön tanı olarak seronegatif PSD düşünülmekle beraber, Warthin tümörüyle olan olası ilişkisi açısından olgu tümör eksizyonu sonrasında takip edilecektir.

EP - 144 SPONTAN ANTERİOR SEREBRAL ARTER DİSEKSİYONUNA BAĞLI BİR GENÇ İSKEMİK İNME OLGUSU

ALİ CEM EKŞİ , ÇAĞATAY ŞENOL , OĞUZHAN ERKARA

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

Giriş:
Anterior serebral arter (ACA) bölgesinde lokalize olan serebral enfarktüsler nispeten nadirdir ve tüm iskemik inmelerin %0,5-3ünü temsil eder. Servikal arterlerin spontan diseksiyonu,genç hastalarda akut serebral iskeminin nadir bir nedeni değildir. Ancak intrakraniyal arterlerin spontan diseksiyonları nadirdir ve anterior serebral arterlerin spontan diseksiyonlarına ilişkin yalnızca birkaç rapor mevcuttur.

Olgu:
Kırküç yaşında erkek hasta sabah ani başlangıçlı ensede ağrı ile uyanmış, sonrasında sol tarafında uyuşma, ağızda kayma ve konuşmasında yavaşlama şikayeti ile dış merkez acil servise başvurmuş.Orada yapılan nörolojik muayenesinde sol üst ekstremitede silik parezi saptanmış.Beyin BT normal olan hastanın beyin-boyun BT anjiografi (BTA) görüntülemesinde sağ ACA A2 segmentinde ince kalibrasyon saptanmış. Hasta detaylı inme etyolojisinin araştırılması amacıyla dış merkezden kliniğimize yatırıldı. Difüzyon MRG'de sol ACA infarktı tespit edildi.EKG, 24 saatlik ritm Holter, transtorasik ve transösefegeal EKO, vaskülit belirteçleri, trombofili paneli, HIV, VDRL, Brucella ve Borrelia sonuçlarında patoloji saptanmadı. Hastaya vaskülit ön tanısıyla yapılan dijital subtraksiyon anjiografide sağ ACA A2 segmenti proksimalinde yaklaşık 11 mm'lik bir segmentte kontur düzensizliği gösteren segmental genişleme izlendi. Görünüm diseksiyona sekonder genişleme ile uyumlu bulunarak hastaya asetilsalisilik asit 100 mg, klopidogrel 75 mg ve hiperlipidemisi için atorvastatin 40 mg başlandı.Üç ay sonraki nörolojik muayenesi normaldi.Çekilen kontrol beyin-boyun BTA'da ACA'daki düzensizliğin düzeldiği saptandı.Mevcut tedavisineasetilsalisilik asit 100 mg şeklinde devam edildi.

Tartışma:
Ani başlayan baş ağrısı ile ACA infarktı olan genç inme hastamızda etyolojide spontan ACA diseksiyonu bulunmuştur. Özellikle genç inme hastalarında baş ağrısının da eşlik ettiği durumlarda, nadir de olsa intrakranyal diseksiyonları araştırmak gerekir.

EP - 145 ÜÇ FARKLI OLGUDA ÜÇ FARKLI CREUTZFELD JAKOB HASTALIĞI KLİNİĞİ

DR. ARDA DUMAN [1], DR. ÖZGÜR ÖZTOP ÇAKMAK [1], DR. ŞEVİN HUN ŞENOL [2], DR. DENİZ URAZ ERARSLAN [2]

[1] *KOÇ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI*
[2] *KOÇ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, PSİKİYATRİ ANA BİLİM DALI*

Olgu:
Prion hastalıkları santral sinir sistemini etkileyen, çoğunlukla hızlı ilerleyen demans tablolarıyla ortaya çıkan nöropsikiyatrik hastalıklardır. Hatalı katlanan hücresel prion proteinleri, hastalık ile ilişkili prion proteinlerine dönüşmektedir. Cruetzfeldt Jacob hastalığı (CJH)'da prion hastalıklarından biri olup sporadik, varyant ve genetik olmak üzere 3 farklı formu bulunmaktadır (1-2).

Olgu 1: Daha önce bilinen psikiyatrik yakınması olmayan 63 yaşında, evli, erkek hasta geçirdiği soruşturma sonucunda işini kaybettikten sonra içe kapanma, sosyal iletişimde azalma, öfkelenme, çevreye karşı güvensizlik ve olayla ilgili tekrarlayan düşünceler gibi belirtileri olmuş. Bu belirtilere zaman içinde önce uykusuzluk ve ardından yemek yeme düzeninde her zamankine göre farklılıklar olduğu gözlenmiş. Çökkünlük belirtilerine ailesinin dalgınlık olarak nitelendirdiği evinin yolunu karıştırma gibi önceden olmayan unutkanlıklar eklenmiş. Bu belirtilerle başvurduğu hekim tarafından depresyon düşünülerek tedavi başlandıktan sonra unutkanlığı dalgalı bir artış göstermiş. Uzun süre aç kaldığında bile yemek yemek için bir çabası olmadığı gözlenmiş. Telefon ve televizyon kumandasını kullanamama belirtisiyle başvurduğu Nöroloji Kliniği'nde hastada demans düşünüldüğü için mevcut ilaç tedavileri kesilerek demans tedavisi başlanmış. Organik bozukluk taraması için yapılan beyin MR görüntülemede bulgular CJH ile uyumlu olduğu saptanmış ve hastanemize yönlendirilmiş. Alınan BOS örneğinde çalışılan Rt- Quic testi pozitif olarak sonuçlandı.
Olgu 2: Bilinen ek hastalığı olmayan, evli, 68 yaşında erkek hasta, tarafımıza, bir ay önce sol el parmaklarında başlayan kola yayılan uyuşukluk şikayeti ile başvuran hastanın, son birkaç ay içinde belirgin kilo kaybı şikâyeti olmuş. Hastanın daha sonraki dönemde sol kolunda spontan yükselmeler ve sol elinde beceriksizlik şikayeti eklenmiş. Daha sonra dengesizlik ve koordinasyon problemi ortaya çıkmış. Dış merkezde serebrovasküler olay düşünülerek MR görüntülemeleri yapılmış ancak normal sınırlarda saptanmış. Tarafımızdan değerlendirilen hastanın bulguları subakut başlangıç gösteren ve sonrasında hızlı progresif seyreden ekstrapiramidal ve serebebellar sistem tutulumu ile uyumlu. Hastanın, yapılan FDG PET incelemesinde; Sağ presentral-postsantral girus ve thalamusta hipometabolizma saptandı. Yapılan EEG tetkikinde; Sağ hemisferde belirgin hafif organizasyon bozukluğu ile sağ hemisfer ön yarılarında nonspesifik paroksimal değişiklik gözlendi. Yapılan BOS tetkikinde Protein 14-3-3 pozitifliği saptanarak tanısı kesinleştirildi.
Olgu 3: Bilinen ek bir hastalığı olmayan 49 yaşında, evli, kadın hasta tarafımıza 2 ay önce başlayan baş ağrısı ve sonrasında ilerleyen periferik görme alanı kaybı şikayeti ortaya çıkmış. Yapılan oftalmolojik kontrollerinde herhangi bir sorun saptanmamış. Hastanın daha sonra yürüme bozukluğu ve hareketlerde beceriksizlik şikayeti ortaya çıkmaya başlamış. Daha sonra persekütif hareketleri başlayan hastanın ek olarak böcekler görme şeklinde halüsinasyonları ortaya çıkmış. Bu dönemde Psikiyatri tarafından da değerlendirilmiş ve tedavi düzenlenmiş. Hastanın daha sonra bilinç durumunda dalgalanma ve yemek yeme dürtüsünde azalma olduğu fark edilmiş. Hastanın daha sonra miyoklonik tipte kasılmaları ve bilinç kaybı olması üzerine dış merkezde yapılan değerlendirmede ön planda otoimmün ensefalit düşünülerek IVIG ve IVMP tedavileri verilmiş. Hastanın tedavilere yanıtı olmaması ve dirençli nöbetleri olması üzerine tarafımıza devredildi. Tarafımızca değerlendirilen hastanın yapılan görüntülemesinde ribbon sign ve hockey stick sign saptanması ve hastanın yapılan EEG'sinde yaygın tirfazik ve keskin dalga deşajlarının olduğu görülmesi üzerine yapılan BOS incelemesinde Protein 14-3-3 pozitif olarak saptandı.CJH semptomatolojisinde; Nöropsikiyatrik semptomlar genel olarak demans, davranışsal anormallikler ve afazi, apraksi ve frontal lob sendromları dahil olmak üzere yüksek kortikal fonksiyonu içeren eksiklikler olarak ortaya çıkabilir [3]. Konsantrasyon, hafıza ve muhakemede bozulma sık görülen erken belirtilerdir [4]. İlgisizlik ve depresyon gibi ruh hali değişiklikleri yaygındır; öfori, duygusal değişkenlik ve kaygı daha az sıklıkla ortaya çıkar [60]. Uyku bozuklukları, özellikle aşırı uyku ve aynı zamanda uykusuzluk da yaygındır ve bir başlangıç belirtisi olabilir [61,62]. Bazı hastalarda psikotik özellikler, özellikle görsel halüsinasyonlar görülebilmektedir. [63]. Hastalığın ilerlemesiyle birlikte demans çoğu hastada baskın hale gelir ve hızla ilerleyebilir. Özellikle irkilmeyle tetiklenen miyoklonus, hastalık sürecinde hastaların yüzde 90ından fazlasında görülür, ancak iler düzeyde demansı olan olgularda bile başvuru sırasında mevcut olmayabilir. Hızla ilerleyen

demans ve miyoklonus kombinasyonu olan bir hastada sporadik CJD (sCJD) her zaman düşünülmelidir. Nistagmus ve ataksiyi de içeren serebellar belirtiler hastaların yaklaşık yüzde 20 ila 40ında ortaya çıkan semptomlardır (4). Özellikle, insan gonadotropini ve büyüme hormonu tedavisinin yanı sıra dura mater greftleriyle ilişkili iatrojenik CJD (iCJD)'lerde hastalık seyrinin erken döneminde büyük ölçüde izole bir serebellar sendrom olarak ortaya çıkma eğilimine sahiptir (5,6). Hastaların yüzde 40 ila 80inde hiperrefleksi, ekstansör plantar yanıtlar (Babinski belirtisi) ve spastisite gibi bulgular dahil olmak üzere kortikospinal sistem tutulumu belirtileri gelişir. Hipokinezi, bradikinezi, distoni, sertlik gibi ekstrapiramidal bulgular da ortaya çıkar (7).

1. Thompson, A. et al. (2014) 'Behavioral and psychiatric symptoms in prion disease', American Journal of Psychiatry, 171(3), pp. 265–274. doi:10.1176/appi.ajp.2013.12111460.
2. Wall, C.A. et al. (2005) 'Psychiatric manifestations of Creutzfeldt-Jakob Disease: A 25-year analysis', The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 17(4), pp. 489–495. doi:10.1176/jnp.17.4.489.
3. Krasnianski A, Bohling GT, Heinemann U, et al. Neuropsychological Symptoms in Sporadic Creutzfeldt-Jakob Disease Patients in Germany. J Alzheimers Dis 2017; 59:329.
4. Rabinovici GD, Wang PN, Levin J, et al. First symptom in sporadic Creutzfeldt-Jakob disease. Neurology 2006; 66:286.
5. Noguchi-Shinohara M, Hamaguchi T, Kitamoto T, et al. Clinical features and diagnosis of dura mater graft associated Creutzfeldt Jakob disease. Neurology 2007; 69:360.
6. Will RG. Acquired prion disease: iatrogenic CJD, variant CJD, kuru. Br Med Bull 2003; 66:255.
7. Boesenberg C, Schulz-Schaeffer WJ, Meissner B, et al. Clinical course in young patients with sporadic Creutzfeldt-Jakob disease. Ann Neurol 2005; 58:533.

EP - 147 KOZMETİK AMAÇLI BOTULİNUM TOKSİN UYGULAMASI SONRASI DİSFAJİ GELİŞEN İKİ OLGU

GÜL MELİSA BOZDOĞAN YILMAZ , HALİL CAN ALAYDIN , HALİT FİDANCI

SBÜ ADANA ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:
Giriş: Botulinum toksin; strabismus, blefarospazm, servikal distoni semptomatik tedavilerinde ve kozmetik amaçlı olarak kullanılmaktadır. Kozmetik amaçlı botulinum toksin uygulanması sonrası disfaji gelişen iki olgumuzu sunduk.

Olgu 1: Elli yaşında kadın hasta kozmetik amaçlı yüz bölgesine botulinum toksin uygulaması yaptırdıktan üç gün sonra başlayan ve giderek artan yutma güçlüğü, kollarda kuvvetsizlik şikayeti olması üzerine tarafımıza başvurdu. Hasta yoğun bakıma yatırıldı. Sağ orbikülaris oris kası kayıtlı 3 Hz ve sağ abdüktör digiti minimi (ADM) kası kayıtlı 50 Hz ardı-sıra sinir uyarımında sırasıyla %8,8 dekrement ve %115 inkrement yanıt izlendi. Post-egzersiz ADM kası kayıtlı bileşik kas aksiyon potansiyeli (BKAP) amplitüdünde %26 artış izlendi. On bir gün takip edilen hasta iyilik hali ile taburcu edildi.

Olgu 2: Kırk altı yaşında erkek hasta hiperhidrozis nedeniyle avuç içlerine botulinum toksin uygulaması yaptırdıktan bir hafta sonra başlayan ve üç haftadır devam eden konuşmada zorlanma ve yutma güçlüğü şikayetleri ile başvurdu. Hasta nöroloji servisine yatırıldı. Hastanın sol frontalis kasından konsantrik iğne ile jitter ölçümü yapıldı; incelenen dört potansiyelin tümünde jitter anormaldi. Sol ADM kası kayıtlı 50 Hz ardı-sıra sinir uyarımında %32,5 inkrement yanıt izlendi. Post-egzersiz ADM kası kayıtlı BKAP amplitüdünde %32 artış izlendi. İki gün takip edilen hasta iyilik hali ile taburcu edildi.

Tartışma:
Botulinum toksin uygulaması sonrasında nadir de olsa sistemik botulizm belirtileri gösteren vakalar iyatrojenik botulizm ya da botulizm-benzeri sendrom olarak bildirilmektedir. Düşük frekans ardı-sıra sinir stimülasyonunda dekrement yanıt ve hızlı frekans ardı-sıra sinir stimülasyonunda inkrement yanıt iyatrojenik botulizm hastalarında izlenebilen elektrofizyolojik anormalliklerden olabilir.

EP - 148 5-FLOROPİRİMİDİN ENSEFALOPATİSİ: OLGU SUNUMU

MELİKE ÇAKAN ERCAN [1], MERT DEMİREL [1], RAHŞAN GÖÇMEN [2], MEHMET AKİF TOPÇUOĞLU [1]

[1] *HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI*

Giriş:
Floropirimidin kaynaklı akut nörotoksisite serebellar sendrom veya ensefalopati belirtilerini içerirken, gecikmiş form subakut multifokal lökoensefalopati olarak ortaya çıkabilir.

Olgu:
41 yaşında erkek hasta, karaciğer, akciğer ve abdominal diğer organlara metastaz yapmış kolon adenokanser tanısıyla mFOLFOX ile beraber bevacizumab tedavisi alma planı ile İç Hastalıkları tarafından yatırıldı. Kemoterapinin ilk dozunda, epigastrik ağrı, kusma ve ardından uykuya meyil gelişen hasta Nöroloji'ye konsülte edildi. Vital bulguları normal sınırlarda olan hasta sesli uyaranla göz açıyordu. Yere ve zamana dezoryante görülen hasta tek basamaklı emirlere koopere olabiliyordu. Plantar yanıtları bilateral ekstensör alındı. Kreatinin 2.68mg/dL, BUN 65.10 mg/dL'di. Beyin MRG'de korpus kallozum spleniumunda belirgin ve internal kapsül arka bacağında bilateral silik difüzyon kısıtlılığı saptandı. EEG'de frontal lobda bilateral intermittan ritmik delta aktivitesi kaydedildi. 5-florourasile bağlı toksik ensefalopati olarak takibe alındı. Dihidropirimidin dehidrogenaz geninde patoloji saptanmadı. 48 saat içinde BUN 120.71 mg/dL olan ve oligüri gözlenen hasta akut böbrek hastalığı nedeniyle hemodiyalize alındı. Ertesi gün kooperasyon, oryantasyon ve uyanıklığında kısmi düzelme görüldü. Kontrol beyin ASL perfüzyon MRG'de korpus kallozum spleniumu ve internal kapsül arka bacaklarındaki simetrik artmış difüzyon kısıtlılığı, bilateral superior kollikulus ve talamus medialinde artmış CBF saptandı. Tekrarlanan MRG'de lezyonlar gerilemiş görüldü. 5-FU doz azaltma planı ile aldığı dördüncü kürde klinik ve radyolojik bulgular tekrarladı.

Sonuç:
5-FUnun neden olduğu nörotoksisite, böbrek fonksiyon bozukluğu ile eş zamanlı ortaya çıkabilir ve yaşamı tehdit eden sonuçlar oluşturabilir. Patogenezi henüz belirsizdir ve beyin görüntülemede spesifik lokasyonlarda sitotoksik ödem ile perfüzyon artışı saptanır. DPD eksikliği tek iyi belirlenmiş risk faktörü olup normal olması toksisiteye yatkınlığı dışlamaz.

EP - 149 DİYABETİK HASTALARDA GLİSEMİK KONTROLÜN POLİNÖROPATİ VE TUZAK NÖROPATİ GELİŞİMİNE ETKİSİ

ELİF SARICA DAROL , HALİL ALPER ERYILMAZ , MURAT ALEMDAR

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Diyabetik hastalarda, açlık kan şekeri (AKŞ) ve HbA1c düzeyleri ile polinöropati ve tuzak nöropati oranları ile bu patolojilerinin birlikte görülme oranları arasındaki olası ilişkileri araştırmak.

Gereç ve Yöntem:
EMG laboratuvarımızda sinir ileti çalışmaları konvansiyonel yöntemlerle yapılan ve 1 yıldan uzun süredir tip 2 diabetes mellitüs (DM) tanısı olan hastalar çalmamıza dahil edildi. Hastalar, glisemik kontrol düzeylerine göre güncel Amerikan Diyabet Derneği (ADA) klavuzunun önerdiği gibi HbA1c seviyelerine bakılarak sınıflandı. Diyabetik polinöropati (DPNP) şiddetinin evrelemesi Michigan Diyabetik Nöropati Skorunun elektrofizyolojik alt seti ve Karpal Tünel Sendromununki (KTS) Amerikan Elektrofizyoloji Derneği'nin (AAEM) önerileri doğrultusunda yapıldı. İstatistiksel analizler için SOFASTAT programı kullanıldı.

Bulgular:
Yaş ortalaması 62,4±9,9 olan toplam 347 hasta çalışmaya dahil edildi. EMG ile; 167 (%48,1) hastada DPNP, 200 hastada KTS ve 9 hastada kübital tünel sendromu (KüTS) tespit edildi. Tuzak nöropatisi sıklığı DPNPli hastalarda DPNP olmayanlara göre daha yüksekti. (sırasıyla %73,7 ve %45,0; p<0,001) DPNP'li hastaların DPNP'li olmayanlara göre, tuzak nöropatili hastaların diğerlerine göre ortalama açlık kan şekeri ve HbA1c düzeyleri daha yüksekti. (tüm analizler için p<0,001) DPNP ve tuzak nöropati brlikteliği olan hastaların ortalama açlık kan şekeri ve HbA1c düzeyleri, diğerlerine kıyasla daha yüksekti. (her iki analiz için p<0,001) ADA sınıflamasına göre HbA1c düzeyleri grup 1'deki hastaların 19unda (%27,9), grup 2'dekileri 21inde (%42,9), grup 3'dekilerin 30unda (%41,7) ve grup 4'dekilerin 97sinde (%61,4) DPNP mevcuttu. (p<0,001) Benzer şekilde tuzak nöropati sıklığı, kötü glisemik kontrolü olan gruplarda daha yüksekti (p=0.008). DPNP şiddetine bakıldığında; grup 1de DPNP ve tuzak nöropati birlikteliği olan hasta oranı en azken, en yüksek oran grup 4teydi. (p<0,001) Grup 1de en yüksek DPNP olmayan hasta oranı ve en düşük evre 3 DPNP ciddiyeti olan hasta oranı bulunurken, grup 4te en düşük DPNP olmayan hasta oranı ve en yüksek evre 3 DPNP hasta oranı vardı. (p<0,001) KTS derecelerine bakıldığında; en yüksek KTS olmayan hasta oranı ve en düşük ağır KTS hasta oranı grup 1de iken, en düşük KTS olmayan hasta oranı ve en yüksek ağır KTS hasta oranı grup 4teydi. (p=0,029)

Sonuç:
Polinöropatili ve tuzak nöropatili hastalarımızda, diğer hastalara kıyasla glukoz ve HbA1c düzeylerinin yüksek olması, yanısıra glisemik kontrolü daha bozuk olan hasta gruplarında yine DPNP ve KTS'nin elektrofizyolojik şiddetlerinin daha yüksek oluşu, DMli hastalarda PSS tutulumlarını önlemede ve bu tutulumların şiddetini düşük tutmakta glisemik kontrolün önemini göstermektedir.

EP - 150 İZOLE VERTİGO İLE BAŞVURAN 2 HASTADA SAPTANAN EEG ANORMALLİKLERİ VE ANTİEPİLEPTİK TEDAVİDEN FAYDA GÖRMELERİ ÜZERİNE OLGU SUNUMU

RONAY BOZYEL

SİLVAN DR.YUSUF AZİZOĞLU DEVLET HASTANESİ

Olgu:
Amaç: İzole baş dönmesi şikayeti ile gelen hastalarda tipik klinik epileptik nöbetler görülmeden de EEGde anormallikler olabileceği ve bu semptomların antiepileptik tedaviden fayda görebileceğini göstermeyi ve bu durumun tartışılması amaçlandı.

Olgu 1: 23 yaşında erkek hasta ayağa kalkınca olan baş dönmeleri olduğunu, eşyaların üzerine doğru geldiğini belirtiyor. Nörolojik muayenede gözler kapalı rombergde zorlanıyor, odyolojik muayene ve testler normal izlendi. Beyin mrg ve beyin angiografi mrg normal izlendi. Piresetam, betahistidin, dimenhidrinat tedavilerinden fayda görmediğini belirtti. Şikayetlerin devam etmesi üzerine EEG incelemesi yapıldı, sağ frontal alanlarda daha belirgin ara ara karşı frontal alana da yayılan 2-3 hz orta amplitüdlü yavaş dalga aktivitesi izlendi, 1 kere de sağ frontalde alanda düşük amplitüdlü keskin yavaş dalga aktivitesi izlendi. Klinik olarak farkındalığın bozulduğu nöbetler belirtilmedi. Hastaya karbamazepin 2x200 mg doz artırımı ile başlandı, tedavi sonrası kontrolde şikayetlerinin azaldığını ifade etti.
Olgu 2: 48 yaşında erkek hasta 4 yıldır baş dönmesi şikayeti olduğunu belirtiyor. Nörolojik muayenede nistagmus yok, odyolojik testler normal izlendi. Dış merkezlerde yapılan beyin mrg ve beyin angiografi mrg normal raporlandı. Servikal mr da hafif diskopati bulguları izlendi. Piresetam, betahistidin, trimetazidin dihidroklorid tedavilerinden fayda görmediğini belirtti. Emg polinöropati protokolü incelemesi normal izlendi. Şikayetlerin devamı etmesi üzerine EEG planlandı, sağ frontal alanda daha belirgin düşük orta amplitüdlü yavaş dalga aktiviteleri izlendi. Antiepileptik tedavi olarak karbamazepin 2x200 mg doz artırımı başlanan hasta tedaviden fayda gördüğünü belirtti.

Tartışma :
Vertigo, dizzines hekime en çok başvuru nedenleri arasındadır. Az sayıda hastada vertigo tedavisine yanıt alınamadığı izlendi ve bu hastaların antiepileptik tedaviden dramatik bir yanıt aldığı görüldü. Literatür incelendiğinde izole vertigo ile seyreden nöbetlerde daha çok temporal alanda görülen epileptik deşarjların olduğu belirtildi. Az sayıda olgu sunumunda vertigonun frontal lob epilepsisinin nadir bir semptomu olabileceği belirtildi. Sunulan 2 olguda daha çok frontalde alanlarda anormallik saptanmakla beraber 1 olguda temporal alan yayılım izlendi. Tipik tedavilere yanıt vermeyen kronik vertigolarda EEG incelemesi yapılması ve antiepileptik tedaviden faydalanmak düşünülebilinir.

EP - 151 GABAPENTİNE YANIT VEREN ORTOSTATİK TREMOR: OLGU SUNUMU

SANEM COŞKUN DUMAN [1], ARDA DUMAN [2]

[1] *ŞEHİT PROF. DR. İLHAN VARANK SANCAKTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ*
[2] *KOÇ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ*

Olgu:
Ortostatik tremor, ayağa kalkınca ortaya çıkan alt ekstremite ve gövde tremorudur. Semptomatik olarak bazı ilaçlardan fayda görmektedir. Bu yazıda üç yıldır devam eden ortostatik tremor yakınması olan 51 yaşında bir erkek hasta sunuldu. Elektrofizyolojik incelemelerde de gösterilen ortostatik tremor gabapentine iyi yanıt verdi.

Elli bir yaşında kadın hasta üç yıldır ayağa kalkınca vücudunda ortaya çıkan alt ekstremitede titreme yakınması ve ayakta durmakta güçlük şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Bilinen ek hastalığı olmayan hastanın nörolojik muayenesinde özellik yoktu. Nörolojik muayenesinde bilinci açık, oryante, koopereydi. Kraniyal sinirler intakt, duyu muayenesi doğaldı. Motor muayenede üst ekstremitede kas güçleri tamdı. Alt ekstremitede yatarak ve oturarak muayenesinde özellik olmayan hastanın ayağa kalkınca ortaya çıkan tremoru ve alt ekstremite ekstensörlerinde belirgin 4/5 kas kuvveti mevcuttu . Kişi ayakta dururken tipik yüksek frekanslı (13-18 Hz) tremor EMG ile belirlenirken tremorun oturma ya da otururken bacakların ardı sıra istemli hareketleri ile kaybolduğu izlendi. Diz ekstansörleri, ayak bileği dorsifleksörleri ve plantar fleksörlerinin kas güçleri tamdı. Derin tendon refleksleri normoaktifti. Patolojik refleks alınmadı. Yapılan labaratuar ve MR beyin ve lomber görüntülemelerinde özellik saptanmadı.

Gabapentin tedavisi başlanan hastanın bir ay sonra kontrolünde ortostatik tremor amplitüdünde ve frekansında belirgin azalma olduğu gözlendi.

Ortostatik tremora sinir sisteminin hangi bölümünün neden olduğu tartışmalıdır. Tedavisi semptomatiktir. Klonazepam, propranolol, gabapentin, pregabaline, primidone, carbidopa/levadopa, valproik asit, roprinole ve fenobarbitalin en etkili ilaçlar olduğu bulunmuş, bununla birlikte özellikle spesifik bir ilacın olmadığı belirtilmiştir. Bu olgu tek başına gabapentin kullanımının klinik iyileşmede etkin olabileceğini göstermektedir.

EP - 152 GEBELİKTE EPİLEPSİ NÖBETLERİNİN SEYRİ

SENA AYŞE EMRE , ÜMİT ZANAPALIOĞLU , ÖZDEM ERTÜRK ÇETİN

SBÜ SANCAKTEPE ŞEHİT PROF. DR. İLHAN VARANK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
Antinöbet ilaç (ANİ) kullanan hastaların üçte biri üreme çağındadır ve gebe kadınların %0,4-0,8'i epilepsi hastasıdır. Gebelikte epilepsi tedavisi, annede oluşan nöbetin kontrolü ve teratojenik risk arasındaki dengeyi içermektedir. Kadınların gebelik döneminde nöbet geçirmeleri hem kendilerinde hem de bebeklerinde çeşitli sorunların oluşmasına neden olmaktadır. Epilepsili bireylerde gebelikte nöbetlerin seyri ile ilgili değişken veriler mevcuttur. Fokal epilepsilerde ve frontal lob epilepsisinde gebelikte nöbet sıklıklarında biraz daha artış bildirilmiştir. Politerapi alanlarda ve sık nöbeti olanlarda yine gebelikte nöbet sıklığında artış olabilmektedir.
Bu çalışmada; epileptik gebelerde gebelik boyunca nöbetlerin seyri ve nöbet sıklığı artışı ile olası ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Eylül 2020-Eylül 2023 tarihleri arasında epilepsi polikliniğinde takipli 37 gebe hasta çalışmaya dahil edildi. Nöbet başlangıç yaşı, gebelik yaşı, gebelikte nöbet sıklığı, nöbet tipi, her bir trimester için kullanılan antinöbet ilaç ve dozu, folik asit kullanımının varlığı, elektroensefalografi (EEG), beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulguları, post-partum nöbet sıklığı ve kullanılan antinöbet ilaçlar değerlendirilmiştir.

Bulgular:
Toplam 37 epileptik gebenin, gebe kalma yaş ortalaması: 28.3±5.2 yıldı. Hastaların nöbet başlangıç yaşı ortalaması 16,2 idi. İki hasta CBZ monoterapisi, 8 hasta LTG monoterapisi, 21 hasta LEV monoterapisi almaktaydı. Hastaların gebelik boyunca ilaç tedavi uyumu tamdı. 6 hasta ise politerapi almaktaydı. 16 hasta gebelikte nöbet geçirmedi, 21 hastada gebelikte nöbet izlendi. Altı hastada gebelikte nöbet sıklığında artış izlendi. Bu hastaların dört tanesi idiyopatik jeneralize epilepsi tanısı ile takip edilmekteydi. Bu hastaların 4 tanesi politerapi almaktaydı. İki hasta gebelik öncesinde valproat almakta iken gebelik nedeniyle ilaç tedavisi levetirasetama geçilmişti.

Sonuç:
Epileptik kadın hastalarda gebelikte nöbet sıklıkları değişkenlik gösterebilmektedir. Biz çalışmamızda politerapi alanlarda ve valproat tedavisi değiştirilenlerde gebelikte nöbet sıklığında artış izledik. Bu çalışma ile gebelikte nöbet sıklığı artışı ile olası ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesini amaçladık.

EP - 153 PSİKOZ TABLOSU SONRASI STATUS EPİLEPTİKUS İLE BAŞVURAN NMDA ENSEFALİTİ OLGUSU

YELİZ KIYAK KEÇELİ , GÜLCAN GÖÇMEZ YILMAZ , SEMİR MAZMAN

MERSİN ŞEHİR HASTANESİ

Giriş:
Toplumda prevalansı bir milyonda bir görülen Anti-N-metil-D-aspartat reseptör (NMDAR) ensefaliti, otoimmun ensefalitler arasında en sık karşılaşılan ensefalit türüdür. Başlangıç semptomları davranış değişikliklerine eklenen epileptik aktivite ile karakterize olmakla birlikte geniş bir semptom yelpazesinde ortaya çıkabilir. Bu olgu sunumunda davranış değişiklikleri ile başlayan, status epileptikus ile başvuran tedavi ile tam düzelme izlenen bir anti-NMDA reseptör ensefaliti olgusu sunulmuştur.

Olgu:
Sağ el dominant, 26 yaşında kadın hastanın 1 ay önce davranış değişiklikleri, halüsinasyonları, emosyonel labilite gibi psikotik atakları sonrası boş bakma-bilinç bulanıklığı başlamış. Jeneralize tonik klonik nöbet öyküsü ile acil servise başvuran hastanın nöbetlerinin sık aralıklarla olması nedenli Status epileptikus kabul edilerek yoğun bakım ünitesine yatırıldı. İkili antiepileptik tedaviye rağmen nöbetlerin devam etmesi nedeniyle entübe edilen hastanın kontrastlı beyin magnetik rezonans(MR)ında solda daha belirgin bilateral temporal bölgede kontrast tutulumu dikkati çekmektedir. BOS tetkikinde ensefalit paneli gönderilen hastada NMDAR antikoru saptanmıştır. IV metil prednizolon infüzyon tedavisi sonrası ekstübe edilen hastada takiplerinde ikili antiepileptik tedavi ile nöbet gözlenmemiştir. Bilinci stupor olan hastaya çekilen EEG sinde yaygın yavaş dalgalar gözlendi. Hastaya 5 gün boyunca 0,4 mg/kg/gün IV immunglobulin tedavisi başlanmış ,bilincinde düzelme saptanmıştır.Oral beslenmesinin açılan hastanın kontrol EEG si normal sınırlardadır. NMDA ensefaliti tanısı sonrası çekilen tüm vücut PET –CT si normaldir. Hasta nörodefisitsiz taburcu edildi. Paraneoplastik hadise nedenli ilk 5 yıl belirli aralıklarla kanser taraması yapılması planlandı.

Sonuç:
Anti-NMDAR ensefaliti, erken tedavi ile iyi cevap alınabilen, özellikle adölesan-genç erişkin yaş grubunda ani gelişen hareket bozuklukları, psikiyatrik belirtileri olan hastalarda akla gelmelidir.

EP - 154 İDİYOPATİK İNTRAKRANİYAL HİPERTANSİYONDA CİNSİYET FARKLILIKLARI

GİZEM MESUT , SHANAY ALİZADA , EMEL OĞUZ AKARSU , NECDET KARLI

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Bu çalışmanın amacı, cinsiyetler arasında idiopatik intrakraniyal hipertansiyonun (IIH) demografik, klinik ve görüntüleme özelliklerini karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Başağrısı Polikliniğinde takip edilen, Friedman Kriterlerine uygun olarak seçilen, idiyopatik intrakraniyal hipertansiyon tanısı alan 100 hasta dahil edildi. Hastalar cinsiyetlere göre iki gruba ayrılarak gruplar arası demografik özellikler, tanı süreleri, muayene bulguları ve kranial MR ve MR venografi bulguları karşılaştırıldı.

Bulgular:
Çalışmaya alınan hastaların 82 si kadın (%82), 18'i erkekti (%18). Hastaların başvuru sırasındaki ortalama tanı yaşları 41,16±11,03 idi. Başvuru sırasındaki tanı yaşları, komorbid hastalıklar (hipertansiyon ve endokrin bozukluklar), obezite birliteliği açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu (p>0.05). Erkeklerde sigara kullanımı kadınlara göre daha sıktı (p=0.03). Semptomlar açısından gruplar kıyaslandığında başağrısı erkeklerde daha nadir bir semptomdu (p=0.02). Bulanık görme, çift görme, fotofobi, fonofobi, bulantı ve/veya kusma, tinnitus varlığı açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (p>0.05). Nörolojik muayenede papilödem varlığı, optik atrofi varlığı, diğer kranial sinir etkilenmeleri açısından gruplar arasından anlamlı fark saptanmadı (p>0.05). Ortalama BOS basınçları açısından gruplar arasından anlamlı fark yoktu (p>0.05). Kranial MR görüntüleri değerlendirildiğinde venöz stenoz kadınlarda daha sıktı (p=0.005). Gruplar arasında tedavi seçenekleri açısından anlamlı fark yoktu.

Sonuç:
Bulgularımız, idiyopatik intrakranial hipertansiyonda cinsiyetler arasında farklı semptom profillerinin olduğunu ve başağrısının kadınlarda daha sık görüldüğünü desteklemektedir. Venöz stenozun idiyopatik intrakranial hipertansiyonun nedeni veya sonucu olup olmadığı net bilinmemektedir. Kadınlarda daha sık gözlenmesi patofizyolojinin aydınlanmasında katkı sağlayabilir.

EP - 156 EBV SANTRAL SİNİR SİSTEMİ ENFEKSİYONU OLGUSU

AYLA BARLAS , SEVİL YUSİFLİ , PINAR TOPALOĞLU , ZUHAL YAPICI OBUZ

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ

Giriş:
Epstein-Barr virüsü (EBV), sistemik lupus eritematozus(SLE), multiple skleroz(MS), enfeksiyöz mononükleoz gibi otoimmün bozuklukların yanı sıra birçok farklı malignite ile ilişkili olan onkojenik bir virüstür. Dünya nüfusunun %95inden fazlasını enfekte etmektedir ve primer enfeksiyon sıklıkla asemptomatiktir. Gelişmekte olan ülkelerde genç yaşta, daha gelişmiş ülkelerde ise daha ileri yaşlarda ortaya çıkar. Bu olgu sunumunda MS'i taklit eden bir santral sinir sistemi EBV enfeksiyonunu anlatmayı hedefledik.

Olgu:
On altı yaşında kız hasta C/S ile, 37 haftalık, normal doğum ağırlığında doğmuş. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik olmayan hasta ani başlayan sol vücut yarısında his kaybı ve sol tarafta güçsüzlük yakınması ile başvurdu. Hasta, semptomlarının başlangıcından 6 gün önce üst solunum yolu enfeksiyonu geçirmişti. Laboratuar incelemeleri normal olan hastanın nörolojik muayenesinde sol hemiparezi ve hemipoestezi dışında anormallik görülmedi. Kranial MR incelemesinde sol serebellum, sol korpus kallosum splenium, sağ lateral ventrikül anterior hornu ve posteriorunda T2-FLAIR hiperintens lezyonlar görüldü. Mevcut lezyonlardan korpus kallozum komşuluğundaki lezyon kontrast tutulumu göstermekteydi. Hastanın yapılan lomber ponksiyon incelemesinde mikroskop ile direkt bakıda 145 /mm3 boyasız ve 92/mm3 lenfosit hücresi görüldü. BOS ve eşzamanlı serum biyokimyası normaldi. BOS'ta bakılan viral menenjit taramasında EBV DNA (+), oligoklonal bant incelemesi patern 2 olarak sonuçlandı. Ampirik olarak Seftriakson ile başlanıp Asiklovir tedavisi ile tedavisi devam etmekte olan hasta bu tedaviden belirgin fayda gördü ve tedavisinin 5. gününde yapılan nörolojik muayenesi normaldi. Hastamızda ön planda MS'i taklit eden EBV ilişkili ensefalit tablosu düşünülmekle birlikte MS açısından da ileri dönem kontrol MR incelemesi ile takip önerildi.

Tartışma:
Epstein-Barr virüsü inflamatuar bir hastalık olan multipl skleroz (MS) ile ilişkilendirilmiştir, ancak MS-EBV'nin ilişkisine dair doğrudan kanıt hala eksiktir. Vakamızın ileri dönem takipleri ile birlikte EBV ilişkili ensefalit mi yoksa MS atağını tetikleyen bir enfeksiyon mu sorusuna cevap vereceği ve literatüre katkı sağlayacağı için değerli olduğunu düşündük.

EP - 157 DUYUSAL NÖROPATİ İLE PREZENTE OLAN ANTİ-HU İLİŞKİLİ PARANEOPLASTİK SUBAKUT DUYUSAL NÖROPATİ

DİLAN CAN , MERVE ALTINCI , SAİT ALBAYRAK , MURAT GÖNEN , CANER FEYZİ DEMİR , EMRAH AYTAÇ

FIRAT ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ A.B.D.

Olgu:
Paraneoplastik nörolojik sendromlar (PNS), küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK), meme kanseri, timoma, ve lenfoma gibi belirli malignitelerle yaygın olarak ortaya çıkan bir grup immün aracılı nörolojik bozukluktur. PNS semptomları oldukça çeşitlidir ve genellikle ilişkili kanserin ortaya çıkmasından önce görülür. Bu da PNS'nin erken teşhisinde güçlüklere ve kanserin erken evrelerinde tedavisinin gecikmesine yol açmaktadır. Son birkaç dekadda, nöronlar ve tümör hücreleri tarafından birlikte ifade edilen antijenlere karşı bir düzine antikor tanımlanmıştır. Bu antijenlerin saptanması, PNS için potansiyel bir teşhis aracı olabilir. Bu "onkonöral" antikorlar, PNS hastalarının yaklaşık %60 ında bulunur. Düşük olasılıkla da olsa yanlış pozitiflik saptanabilir Bu olguda duyusal ataksi ile prezente olan Anti-Hu antikoru ilişkili paraneoplastik subakut duysal nöropati tanısı alan hasta sunulacaktır.

Bilinen larinks kanseri tanılı 7 yıl önce son radyoterapi ve kemoterapi tedavisi tamamlanmış sağ elli 75 yaşında erkek hastanın 3 ay önce bacaklarda ve uylukta ağrı yakınmaları başlamış.Gece saatlerinde artan uyuşma ve üşüme yakınmaları eklenmiş.Son 1 ay içinde şiddetlenerek gündüz de yakınmaları başlamış,dış merkezde semptomatik tedaviler sonrası klinik yakınmalarında düzelme olmayan ve dengesizlik,yürüme güçlüğü,düşme atakları gelişince kliniğimize başvuran hastanın nörolojik muayenesinde bilinci açık oryante koopere,kas gücü zaafı yok, yürüyüş ataksikti. Tandem beceriksiz ve romberg pozitifti .Derin tendon refleksleri bilateral üst ekstremitelerde hipoaktif, bilateral alt ekstremitelerde arefleksiydi. Disdiadokinezi dismetri yoktu.Vibrasyon duyusu alınamadı ,pozisyon duyusunda kayıp mevcuttu.Taban cildi refleksi bilateral fleksordü. Kranial ,servikal,torakal ve lomber MR görüntülemelerinde patolojik bulgu izlenmedi. Hemogram ve biyokimyasal tetkiklerde özellik saptanmadı. Vitamin B12 düzeyi ve 25-OH Vitamin D3 düzeyi normal aralıktaydı.Tümör markerları negatifti. Protein elektroforezi normal sınırlarda saptandı. Hastaya lomber ponksiyon (LP) yapıldı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) protein:110,6 mg/ dL, glukoz: 60 mg/dL, eş zamanlı kan şekeri: 82 mg/dL,klor:116 mEq/L,potasyum: 3 mEq/L,sodyum:139,4 mEq/L olarak sonuçlandı.Bos direkt ve boyalı mikroskopide özellik yoktu.BOS sitoloji sonucunda özellik yoktu.Tümor markerları negatif sonuçlanmış olsa da radyolojik incelemelerde organisite saptanmadığından paraneoplastik nedenlere yönelik şüphe artmış istenen paraneoplastik antikor paneli sonucunda Anti-Hu antikoru pozitif sonuçlandı.Hastaya 5 gün boyunca 30 gr/gün IVIG tedavisi verildi.

Paraneoplastik subakut duyusal nöropati (SSN) alttan başlayan parestezi-dizestezi ile ortaya çıkar, günler/haftalar içinde ilerler. Semptomlar genellikle asimetriktir, derin tendon refleksler sıklıkla kayıptır, derin duyu belirgin derecede bozulur ve kasgücü normaldir.Bazı olgularda derin duyu kaybı baskın bulgudur. Bu yüzden duysal ataksi ve ellerde psödoateotid hareketler sıklıkla gözlenir.Eğer hastada önceden bilinen kanser varsa ve kemoterapi almışsa, kemoterapiye bağlı duysal nöropatiden ayırt edilmesi önemlidir. Tutulan bölgeler arka kök ve ganglion olduğundan BOS incelemesi sıklıkla patolojik sonuçlar verir.Sıklıkla anti-Hu ve anti-CV2 antikorları ile ilişkilidir. Hastaların %18 inde serumda antikorlar saptanamaz. EMG de duysal aksonal hasar ile seyreden polinöropatiyle uyumlu olarak duysal aksiyon potansiyelleri kaydedilemez, buna karşın motor iletiler normal sınırlardadır.

EP - 158 HİPERGLİSEMİYE SEKONDER GELİŞEN PONTİN MİYELİNOZİS OLGU SUNUMU

FATMA EBRU ALGÜL , AHMET ADIGÜZEL , FATMA BEYZA ÜNVER , NESİHE BASA

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Giriş:
Santral pontin miyelinolizis, sıklıkla merkezi sinir sisteminin ve diğer alanlarının demiyelinizasyonuyla ilişkili olan ponsun demiyelinizan bir hastalığıdır . İlk olarak1959'da Adams ve arkadaşları tarafından genç alkoliklerle ilişkilendirilmiştir . Hiponatremi majör predispozan faktör olmakla birlikte hipokalemi, karaciğer sirozu, ciddi yanıklar ve edinilmiş immün yetmezlik sendromu gibi durumlar da bu duruma neden olmaktadır .Etyolojide çok nadir olarak kronik hiperglisemiye maruz kalmış hastalar yer alabilmektedir. Biz de literatürde nadir görülmesi sebebi ile kronik hiperglisemiye sekonder gelişen bir pontin miyelinozis olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu:
59 yaşında kadın hasta yürümede dengesizlik,konuşma ve yutmada zorlanma şikayetiyle geldi.Diabetes mellitus dışında özgeçmişinde özellik olmayan hastanın ayrıntılı anamnezi alındığında uzun süredir olan ve son 3 aydır belirgin olmak üzere yüksek hiperglisemi ile seyrettiği öğrenildi.Çekilen kranial mr da ponsta demiyelinizan kontrast tutulumu gösteren hiperintens alan görülmesi üzerine hastanın pontin miyelinozis tanısı ile yatışı yapıldı.Kan şekeri regülasyonu sağlandıktan sonra taburcu edilen hastanın uzun dönem klinik ve radyolojik olarak bulgularının gerilediği saptandı.

Sonuç:
Santral pontin miyelinozis hiponatremi başta olmak üzere bir çok etyolojik sebebe bağlı olarak gelişebilmekle birlikte çok çok nadir olarak hiperglisemi maruziyetine sekonder karşımıza çıkabilmektedir.Biz bu olgu sunumuyla literatürde birkaç vaka dışında karşılaşımıza çıkmayan kronik hiperglisemiye sekonder gelişen pontin miyelinolizis hastasında hiperglisemi seyrinin tedavi edilmesiyle klinik ve radyolojik olarak bulguların takibini tartışmayı amaçladık.

EP - 160 ELTROMBOPAG KULLANAN HASTADA GELİŞEN SİNUS VEN TROMBOZU OLGU SUNUMU

HELİN ÖZÜM TOMUL , FATMA EBRU ALGÜL , AHMET ADIGÜZEL , EMEL UYAR

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Giriş:
Serebral sinüs ven trombozu ; dural sinüs veya serebral venlerde gelişen trombüsle sinüsün parsiyel ya da total olarak tıkanmasıyla ortaya çıkan tablodur. Etyolojisinde birçok faktör rol oynamaktadır. İdiyopatik olarak ortaya çıkabildiği gibi oral kontraseptifler, hiperkoagülabileye neden olan ilaçlar da neden olabilir. Eltrombopag; bir trombopoetin reseptör agonisti olup,idiopatik trombositopenik purpura ve aplastik anemi hastalarında son yıllarda trombosit sayısını arttırmak amacıyla sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır. Literatürde kullanımı sırasında derin ven trombozu , pulmoner emboli ve sinüs ven trombozu gibi trombotik hadiseler bildirilmiştir. Biz de literatürde nadir görülmesi sebebi ile idiyopatik trombositopeni purpura (ITP) nedeni ile eltrombopag tedavisi başlanılan ve takiplerinde serebral venöz tromboz gelişen bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu:
36 yaşında kadın hasta. ITP nedeniyle hematolojide takipliyken trombosit sayısının 25.000 altına düşmesi nedeniyle 50mg/gün eltrombopag tedavisi başlanmış. Tedavi başlandıktan 5 gün sonrasında başının sol tarafında zonklayıcı vasıfta, şiddetli baş ağrısı ve mide bulantısı ile tarafımıza konsulte edildi. Daha öncesinde hiç baş ağrısı şikayeti yaşamayan hastanın herhangi bir primer baş ağrısı tanısı yoktu. Çekilen kranial manyetik rezonans (MR) venografisinde sol transvers sinüste akıma engel olan trombüs tespit edildi. Nöroloji servise yatırılarak takip edilen hastaya düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi başlanıldı. Takiplerinde şikayetleri gerileyen hasta nöroloji poliklinik kontrol önerisi ile taburcu edildi.

Sonuç:
Son yıllarda kullanım sıklığı artış gösteren trombosit yapımını indükleyici ajanların yan etkilerine dair bilgiler literatürde yer almaya başlamış olup, sık olmamakla birlikte trombotik hadiselere neden olabileceği gösterilmiştir. Kabul gören temel mekanizma trombosit aktivasyonunu artması üzerinden tromboza yatkınlık oluşturduğu yönündedir. Trombosit yapımını indükleyici ajanlar başlanırken sinüs ven trombızu yönünden de dikkatli olunması gerekmektedir.

EP - 161 MİLLER FİSHER SENDROMUNDE PUPİL TUTULUŞU: İKİ ATİPİK OLGU SUNUMU

BERFİN KARDELEN AYDIN , EMRULLAH ÇINAR , ASLI AKÜN , ÖZGE ÖCEK , PINAR ORTAN

İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:

Giriş:
Miller Fisher Sendromu (MFS) ataksi, oftalmoparezi, arefleksi triadı ile karakterize, Gullian Barre Sendromunun alt başlığı olarak bilinen nörolojik bir hastalıktır. Burada pupil tutulumu saptanan iki atipik vaka sunumu yapılmaktadır.

Olgu -1:
53 yaşında kadın hasta, iki gündür olan görme bulanıklığı ve baş dönmesi şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyonu bulunan hastanın, şikayetleri başlamadan 2-3 gün öncesinde ÜSYE geçirdiği öğrenildi. Nörolojik muayenesinde, bilinci açık, yürüyüşü olağandı, pupilleri fix dilateydi, ışık refleksi bilateral alınamadı, bakış kısıtlılığı yoktu, tüm ekstremitelerinde parestetik yakınmaları mevcuttu, vibrasyon duyusu azalmıştı. Derin tendon reflekleri normaktif alındı. Nörogörüntülemelerinde radyopatoloji saptanmadı. İzleminin ikinci gününde bilateral tüm yönlere bakış kısıtlılığı, sol gözde pitoz, ataksi ve arefleksi bulguları eklendi. Hastaya lomber ponksiyon yapıldı, albüminositolojik disosiyasyon saptandı. Anti-GQ1b otoantikoru negatifti. Elektromiyografi incelemesi normaldi. Hastaya intravenöz immunglobulin tedavisi verildi. Takibinde bulguları tamamen geriledi.
Olgu 2:
20 yaşında erkek hasta beş gündür olan görme bulanıklığı, çift görme, sağ göz kapağında düşüklük, dengesizlik şikayetleriyle başvurdu. Özgeçmişinde özellik bulunmayan hastanın şikayetleri başlamadan 9 gün öncesinde ÜSYE geçirdiği öğrenildi. Nörolojik maueyenesinde, bilincinin açık yürüyüşünün ataksik, pupillerinin midriyatik, ışık refleksinin bilateral azalmış olduğu izlendi. Bilateral yukarı ve dışa bakış kısıtlılığı ve sağ gözde pitozu mevcuttu. Vibrasyon duyusu alt ekstremitelerinde azalmıştı. Derin tendon refleksleri üstlerde hipoaktifti, altlarda alınamadı. Nörogörüntülemelerinde radyopatoloji saptanmadı. Polinöropati protokolü ile yapılan elektromiyografi incelemesi normaldi. Lomber ponksiyon yapıldı, BOS incelemesi normal bulundu. Anti-GQ1b otoantikoru negatifti. Hastaya intravenöz immunglobulin tedavisi uygulandı. Bir ay sonraki kontrolünde tüm bulguları geriledi.

Tartışma:
MFS tanısı için klinik bulgular ön plandadır. Literatürde %38-48 oranında pupil tutuluşunun olabileceği bildirilmiştir. Olgularımızın ilkinin izole fiks pupil tutuluşu ile başvurması dikkat çekici olmuştur.

Sonuç:
MFS pupil tutuluşu ile prezente olabilmektedir. Erken tanı ve tedavinin, prognoz açısından önemli olması nedeniyle hastaların klasik triad dışındaki klinik bulguları ile başvurabilecekleri akılda tutulmalıdır.

EP - 162 İNME BULGULARIYLA PREZENTE OLAN HIZLI SEYİRLİ CREUTZFELDT-JAKOB HASTALIĞI: OLGU SUNUMU

MERVE YAĞMUR ÇOBAN ORAL , GİZEM CENGİZ , VEDAT ALİ YÜREKLİ , MELİKE DOĞAN ÜNLÜ

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ

Amaç:
Creutzfeldt–Jakob Hastalığı (CJH) nadir görülen, hızlı ve ölümcül seyreden nörodejeneratif bir hastalıktır. Burada önce iskemik Serebrovaküler Olay (SVO) tanısı ile takip edilip daha sonra klinik, laboratuvar, Elektroensefalografi (EEG) ve Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) bulguları ile CJH tanısı alan hasta tartışılmıştır.

Giriş:
CJH 1/1.000.000 oranında %85 sporadik görülebilen ortalama 60 yaşlarında başlayan ataksi, miyoklonus, demans, psikiyatrik, görsel, serebellar, piramidal ve ekstrapiramidal bulguların görülebildiği, ilerleyen evrede mutizmin gelişebildiği %90'ının bir yıl içinde kaybedildiği hastalıktır.

Olgu:
Bilinen ek hastalığı olmayan 57 yaşında erkek hasta halsizlik, konuşmada azalma, çevreye ilgisizlik şikayetleriyle dış merkeze başvurmuş. Takiplerinde çift görme, bulanık görme şikayeti gelişen hastanın çekilen MRG'de diffüzyon kısıtlılığı olması üzerine iskemik SVO tanısı konularak antiagregan tedavi başlanmış. Şikayetinde giderek artma olan hasta tarafımıza başvurdu. Hastanın nörolojik muayenesinde sağda alien hand mevcut olup hasta apatik görünümlüydü. Kontrol MRG'de kortikal ribbon izlendi. Beyin-omurilik sıvısı (BOS)'nda protein artışı (166,86 gr/dl) dışında özellik yoktu. BOS'ta protein 14.3.3 pozitif saptandı. Takiplerinde önce ajitasyon sonrasında akinetik mutizm gelişen hastanın 3 ay sonra miyoklonileri başladı. EEG'lerde bifazik ve trifazik keskin dalgalara eşlik eden periyodik lateralize epileptiform deşarjlar görüldü. Klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulguları ile hastaya CJH tanısı konuldu. Hasta 6 aylık takip sürecinden sonra kaybedildi.

Tartışma Sonuçlar:
CJH nadir görülen bir hastalık olmakla birlikte yapılan çalışmalar ve olgu sunumları doğrultusunda hastaların MRG bulguları akut iskemik SVO ile karışabilmektedir. Hastaların takiplerinde klinik progresyon olması, MRG bulgularının ilerleyici olması akla ayırıcı tanıda CJH da getirmelidir.

EP - 163 AKUT İSKEMİK İNMEDE TROMBOLİTİK TEDAVİSİ SONRASI İNTRAKRANİYAL HEMORAJİ RİSK FAKTÖRLERİ

MUHAMMED FURKAN ÖZTÜRKCİ , DOĞUKAN HAKAN KILIÇASLAN , ABDULSAMET GÖRGÜL , MUKADDES HANDE ÖZGEN , AYGÜL GÜNEŞ

BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Akut iskemik inme tedavi yöntemlerinden birisi olan IVtPA sonrası gelişebilecek komplikasyonlardan biri intrakraniyal hemorajik transformasyondur. Hemorajik transformasyon gelişimi birçok risk faktörüne bağlı olup, bu risk faktörlerinin ortaya konması hemoraji gelişiminin önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Amacımız IVtPA uygulanan olgularda hemoraji gelişimine sebep olan farklılıkları araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem:
Hastanemiz İnme Merkezi kayıtlarından IVtPA uygulanan 100 hasta rastgele örnekleme ile seçilmiş ve hastanın ilk başvurusunda alınan kanları değerlendirilmiştir.

Bulgular:
Çalışmaya alınan 100 hastanın %52'si erkektir ve yaş ortalaması 69.8 ±1.3'dır. Olguların %54.8'ine hipertansiyon, %30.1'ine KAH; %26.6'sına DM eşlik etmektedir. Olguların %11.7'sinde inme öyküsü vardır. Sigara kullanım verisine erişilebilen 43 olgunun %67.5'inin sigara maruziyeti vardır. Olguların %6'sında hemoraji gelişmiştir. Çalışma grubunun kan parametreleri WBC:10.1±0.4, RBC:4.5±0.1, Hb:12.6±0.2, hematokrit:38.1±0., platelet:259.9±10.5, RDW:15.2±0.4, nötrofil:7.2±0.4, AKŞ:137.5±5.4, GFR:75.2±2.6, üre:21.1±2.1, kreatinin:1.1±0.1, CRP:25.0±4.7, sedimentasyon:31.5±3.0, fibrinojen:344.4±18.4'dür. Semptom-iğne süresi 161.0±6.7 dakikadır. Çalışma grubunun %20'si başvuru öncesinde antiagregan veya antikoagülan kullanmaktadır ve intrakraniyal hemoraji olanlarda %33.3'e yükselmektedir. Olguların giriş NİHSS 12.4±0.6'dır. Hemoraji gelişen olgularda glukoz,crp,sedimentasyon, nötrofil değerleri yüksek;tedaviye başlama süresi uzundur ($p \leq 0.05$).

Sonuç:
IVtPA sonrası ilk 36 saat içindeki kanamalar tedavi ile ilişkilendirilmektedir. İskemik inme hastalarında IVtPA sonrası kanama oranı NINDS çalışmasında %6,4 olarak bildirilmiştir. Yapılan çalışmalarda diyabet öyküsü veya yüksek kan glukozu ile nötrofil sayısındaki yükseklik artmış kanama riski ile ilişkili bulunurken bizim çalışmamızda da tedavi sonrası kanamalı hastalarda glukoz düzeyi ve nötrofil sayısı anlamlı derecede yüksekti. CRP,sedimentasyon yüksekliği ile tedavi süresinin uzaması ile ilgili iskemik SVO'da kötü prognoz veya hemorajik transformasyon riskinin arttığı çalışmalarda gösterilse de IVTPA ile bağlantılı hemoraji riski açısından yeterli literatür yoktur

EP - 164 NÖROLOJİ UZMANI VE UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNDE İŞYERİNDE MARUZ KALINAN MOBBİNG (YILDIRMA) VE UYKU KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

NESRİN ERGİN

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ

Giriş ve Amaç:
Uyku, bireyin yaşam kalitesini ve iyilik hâlini etkileyen önemli bir sağlık değişkenidir. Mobbing (yıldırma) ise uluslararası alanda "intikamcı, acımasız, şeytanca ve onur kırıcı eylemler aracılığıyla bir çalışana ya da bir grup çalışana zarar vermeyi amaçlayan saldırgan davranışlar" olarak tanımlamıştır. Bu araştırmada Türk Nöroloji Derneğine kayıtlı Nöroloji uzmanı ve uzmanlık öğrencilerinde işyerinde maruz kalınan mobbing (yıldırma) ve uyku kalitesi arasındaki ilişki ortaya konması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmamız kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmada 15.10.2021-15.12.2021 tarihleri arasında veri toplanmış olup, araştırma evrenini Türk Nöroloji Derneğine üye olan uzman veya araştırma görevlisi hekimler oluşturmaktadır. Katılımcılara literatür taranarak oluşturulan anket formu etik ve kurum izinleri alındıktan sonra çevrimiçi Google Forms platformu üzerinden uygulanmıştır. Anket formu sosyodemografik soruların yanında Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği ve Mobbing Ölçeği ile ilgili sorular içermektedir.

Bulgular:
Araştırmaya 245 kişi katılmıştır. Katılanların %71'i kadındır ve yaş ortalaması 38,1 (±9,9) yıl, %66,1'i uzman hekimdir, %1,6'sı bağımlılık yapıcı madde kullanmaktadır, %31'i antidepresan kullanmaktadır, mobbing ölçeği ortalaması 90,4 (±50,7) tür ve %77,6'sının uyku kalitesi kötüdür.

Tartışma ve Sonuç:
Nörologların önemli bir kısmında uyku kalitesi bozuktur. Kötü uyku kalitesine katkıda bulunan faktörlerden biriside iş yerindeki mobbingtir. Bu grubun hem sağlıkları hem de iş verimlerinin arttırılması için bu konularda farkındalığın arttırılması ve çözüm yollarının tespiti ve gerekli girişimlerin yapılması önemlidir.

EP - 165 KONUŞMA İLE İNDÜKLENEN LİNGUAL DİSTONİ: BİR OLGU EŞLİĞİNDE LİTERTAÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ.

RASHAD İSMAYILOV , YILDIZ DEĞİRMENCİ

1İSTANBUL SAĞLIK VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTE HASTANESİ, ŞİŞLİ KOLAN İNTERNATİONAL HOSPİTAL, NÖROLOJİ KLİNİĞİ, PARKİNSON HASTALIĞI VE HAREKET BOZUKLUKLARI BİRİMİ, İSTANBUL

Giriş:
Lingual distoni, fokal distoni olan oromandibular distoninin (OMD) bir çeşidi olarak düşünülmektedir. Nadir görülen bu distoni formunun prevalansı %4 olarak bildirilmiştir. Bu vaka sunumunda, konuşma ile tetiklenen lingual distoni olgusunun sunumu ve literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu:
59 yaşında kadın hasta, yaklaşık 2 yıldır, konuşmayle tetiklenen dilinde kıvrılma, bükülme, kasılma yakınmasıyla başvurdu. Hasta sakız çiğnerken yakınmalarının azaldığını bildirmekteydi. Stres, öfke ve heyecanla yakınmaları artan hastanın, dinlenme, yemek yeme ve diğer istemli hareketler sırasında herhangi bir şikayeti yoktu. Geceleri aralıklı olarak, uyanıkken ağızda geviş getirme ve şapırdatma hareketleri olduğu ve hastanın yaklaşık 30 yıldır şizofreni tanısıyla dönem dönem çoklu antipsikotik ve anksiyolitik tedavileri aldığı ve son 1 yıldır mirtazapin, ketiapin ve klonozepam tedavisi altında olduğu ancak fayda görmediği öğrenildi. Ailesinde nörolojik hastalık öyküsü olmayan hastaya 2 ay önce dildeki kasılmalara yönelik botulinum toksin tedavisi uygulandığı, akabind gelişen yutma güçlüğü nedeniyle tekrarlanmadığı öğrenildi. Etiyolojiye yönelik laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri normal olan hastanın nörolojik muayenesinde konuşma sırasında ortya çıkan dil distonisi, dil protrüzyonu izlenen hastanın mirtazapin ve ketiapin tedavileri kademeli olarak kesildi ve klozapin ile tetrabenzain tedavileri ile titrasyona alındı.

Tartışma ve Sonuç:
Lingual distoni, tipik olarak dili etkileyen ve nadir görülen bir fokal distonidir. Oromandibular distoniler atında sınıflandırılan bu nadir fokal distoni formu, primer olabileceği gibi, beyin hasarı, neörodejeneratif, metabolik, infeksiyöz hastalıklara ve nöroleptik kullanımına ikincil, tardiv olarak da ortaya çıkabilir. Olgumuz, nadir görülen bir fokal distoni formu olan konuşma ile indüklenen lingual distoni olgusu olması nedeniyle sunulmaya değer bulunmuş ve etiyoloji ve tedavi yaklaşımları açısından literatür eşliğinde tartışılmıştır.

EP - 167 RADYOTERAPİYE SEKONDER GELİŞEN KAROTİS ARTER DARLIKLARINDA, STENTLEME İŞLEMİ SONRASI UZUN DÖNEM PROGNOZ TAKİBİ

TUĞBA ERDOĞAN [1], HALE ZEYNEP BATUR ÇAĞLAYAN [1], TAYLAN ALTIPARMAK [1], GÖZDE SERTTAŞ [1], MEHMET KORAY AKKAN [2], BARAN ÖNAL [2]

[1] GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ AD
[2] GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, RADYOLOJİ AD

Amaç:
Karotid arterlerde radyasyona bağlı oluşan darlıkların, arteriyel fibrozis ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada baş- boyun kanseri nedeniyle radyoterapi (RT) uygulanmış olan ve karotid arter darlığı gelişip stent ile revaskülarizasyon sağlanan hastaların 30 günlük, 5 yıllık prognozları ve restenoz oranlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
Radyoterapi nedenli karotis arter darlığı saptanan 13 hastaya, girişimsel radyoloji bölümümüzce endovasküler yaklaşımla stent uygulanmıştır. Bu hastaların 30 günlük, 1 yıllık, 5 yıllık prognozları (majör advers kardiyak ve serebrovasküler olay- MACCE) ve vasküler nedenli ölüm oranları takip edilmiştir. Ayrıca RT almamış benzer darlık oranlarına sahip hastalarla karşılaştırılmış ve takiplerinde restenoz oranları değerlendirilmiştir.

Bulgular:
RT uygulanmış olan 13 hastanın 1 yıllık prognozu incelendiğinde 1 hastada minör inme ve stent içi darlık geliştiği izlenirken, hastalarda miyokard enfarktüsü (MI), MACCE, vasküler kaynaklı ölüm gelişmediği görüldü. RT öyküsü olan ve olmayan hastaların 30 günlük, 1 yıllık ve 5 yıllık takiplerinde; MI, majör ve minör inme, restenoz, MACCE, stent tarafı inme ve vasküler nedenli ölüm oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi. RT alan hastaların %33,3 ünde, almayan hastaların ise %13,7sinde restenoz gözlendi ($p>0.05$).

Sonuç:
RT nedeniyle, karotis arter stenozu gelişen ve stentleme uygulanan hastalarda, radyoterapi görmemiş hastalara oranla stent restenozu ve uzun dönem komplikasyon riski açısından belirgin bir farklılık izlenmemiştir.

EP - 168 GERÇEKTEN 'İLK NÖBET' Mİ?

EBRU KAYA , NAZİRE ÇELEM , PINAR BEKDİK , ÜMİT ZANAPALIOĞLU , ÖZDEM ERTÜRK ÇETİN

SANCAKTEPE ŞEHİT PROF. DR. İLHAN VARANK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
'İlk nöbet' şüphesi acil servislere sık bir başvuru nedenidir. Ancak bir 'ilk nöbet' aktivitesi ile karşı karşıya kalındığında geniş ayrıcı tanı vardır; geçici iskemik ataklar, migren auraları, paroksismal hareket bozuklukları, senkop, uyku bozuklukları, epileptik olmayan psikojen nöbetler bunlardan bazılarıdır. Eğer nöbet ise bunun akut semptomatik nöbet mi yoksa altta yatan bir epileptojenik beyin patolojisi mi olduğu sorusu özellikle önemlidir, çünkü bu koşullar nöbet tekrarına ilişkin prognozu belirleyecektir. İlk nöbet şüphesinde etiyolojinin, nüksetme riskinin, tanısal elektroensefalogram (EEG) veya nörogörüntüleme ihtiyacının belirlenmesi, nöbet önleyici ilaç tedavisine başlamaya kararın ve yaşam tarzı konularındaki sosyal veya duygusal etkilerle ilgili hasta ve aile endişelerinin ele alınması her zaman gereklidir. Çalışmamızda ilk nöbet şüphesi ile başvuran hastaların, tanı takip ve tedavi süreçleri prospektif olarak değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmamızda Haziran 2022-Haziran 2023 tarihleri arasında hastanemiz acil ve nöroloji polikliniklerine 'ilk nöbet' şüphesi ile başvuran 114 hasta prospektif olarak dahil edildi. Hastaların takip süreçlerinde kaç hastada epilepsi tanısı konduğu, kaç hastanın epilepsi dışı tanı aldığı ve epilepsi tanısı alanların etiyolojik incelemeleri ve tedavi süreçleri değerlendirildi.

Bulgular:
Toplamda 47 kadın, 67 erkek hasta vardı. Ortalama yaş 45,1'di. İlk nöbet şüphesi ile başvuran hastalardan 79 hasta epileptik nöbet, 12 hasta senkop, 14 hasta akut semptomatik nöbet, 8 hasta psikojen non-epileptik nöbet, 1 hasta geçici iskemik atak olarak değerlendirildi. Dört hastada ilk nöbet status epileptikus şeklindeydi. İlk nöbet şüphesi ile başvuran hastalardan toplam 60 tanesine epileptik nöbet geçirdiği düşünülerek nöbet önleyici ilaç tedavisi başlandı. Rutin takiplerinde toplam 3 hastanın nöbet aktiviteleri düzenli ilaç kullanımına rağmen tekrarladığı için doz artırımı ile kontrol altına alındı.

Sonuç:
Çalışmamızdaki bulgular ilk nöbet şüphesi ile başvuran hastaların yaklaşık yarısından fazlasında epilepsi nöbeti olduğunu düşündürmüştür. Acil veya nöroloji polikliklerine sık bir başvuru nedeni olan ilk nöbet şüphesinin detaylı değerlendirilerek, olası diğer etiyolojilerin belirlenmesi, gereksiz ilaç tedavisinden kaçınmak için önem taşımaktadır.

EP - 169 MULTİPL SKLEROZ VE EPİLEPSİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

FULYA ÇABUK [1], EMİNE SAYGIN UYSAL [1], NİYAZİ UYSAL [1], GÖNÜL AKDAĞ [1], MUSTAFA ÇETİNER [1], SİBEL CANBAZ KABAY [2]

[1] KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Epilepsi kortikal nöronlardaki anormal elektiriksel aktiviteden kaynaklanan nöbetlerle karakterize kronik bir nörolojik durumdur. Multipl Skleroz (MS)'da beyaz cevher patolojileri hastalık için esas bulgu olsa da son dönemdeki çalışmalar gri maddenin de inflamatuar süreçten etkilendiğini gösterdi. MS ve epilepsi arasındaki ilişki tam olarak tanımlanamasada MS'de izlenen kortikal ve derin gri cevher etkileniminin epilepsiye neden olabileceği düşülmektedir. Bu çalışmada, MS ve epilepsi birlikteliği olan hastaların analiz edilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:
01.01.2007-01.10.2023 tarihleri arasında Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Nöroloji Anabilim Dalında takip edilen MS tanısı olan toplam 850 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. MS ve epilepsi birlikteliği görülen toplam dokuz hastanın sosyodemografik verileri, eşlik eden epilepsi türü ve elektrofizyolojik bulguları, tedavi modaliteleri, MS tipi, MS lezyon lokalizasyonları ve EDSS skorları kaydedildi.

Bulgular:
MS tanısı ile takip edilen 850 hastanın %1,05'ine (n=9) epileptik nöbet eşlik ediyordu. Hastaların (n=9) %77,7'si (n=7) kadın, %22,2 (n=2) erkekti. Ortalama yaş 46±10 yıl idi. MS ve epilepsi seyri açısından incelendiğinde %33,3 hastada MS'in ilk atağı nöbet ile prezente olmuştu, %22,2 hastada epileptik nöbetler MS tanısından önce vardı ve %44,4 hastada ise MS tanısı sonrası epileptik nöbet izlendi. Hastaların %77,7'si Relapsing Remitting Multipl Skleroz ve %22,2'si Sekonder Progresif Multipl Skleroz idi. Nöbet tipi açısından incelendiğinde %22,2'sinde nonmotor nöbet, %11,1'inde fokal motor nöbet, %66,6'sında jeneralize tonik klonik nöbet izlendi. Takip sırasında bir hastada status epileptikus tablosu gözlendi. Radyolojik görüntülemede hastaların tümünde kortikal/jukstakortikal lezyon varlığı izlendi.

Sonuç:
MS'de nöbetlerin gri maddede meydana gelen nörodejenerasyona bağlı olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada da epilepsi ve MS birlikteliği olan hastalarda kortikal ve derin gri cevher etkileniminin daha fazla olduğunu saptadık.

EP - 170 AKUT İSKEMİK İNMEYE NEDEN OLUP BAŞARILI ENDOVASKÜLER TEDAVİ UYGULANAN TAKAYASU ARTERİTİ OLGUSU

GİZEM GÜLLÜ [1], BURCU SİVRİKAYA [1], SELİME ERMURAT [2], TİRDAD SETAYESHİ [3]

[1] BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ROMATOLOJİ KLİNİĞİ
[3] BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, RADYOLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Takayasu arteriti(TA) sıklıkla genç kadınlarda görülen ve büyük boy damarları etkileyen kronik, ilerleyici bir vaskülittir. Hastalık nadiren akut iskemik inme(Aİİ) ile prezente olur. Aİİ'de trombolitik ve endovasüler tedavilere genellikle kötü yanıt alınmaktadır.
TA tanısı olan, sağ common karotis arter(CCA) ve orta serebral arterde(MCA) akut gelişen tromboza yönelik başarılı endovasküler tedavi uygulanan hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu:
22 yaş kadın hasta, sol tarafında geçici uyuşma ve hafif konuşma bozukluğu ile acil servise başvurdu. Bilateral CCA'larda ciddi stenoz görülmesine rağmen intraserebral kan akımının iyi olması ve düşük NIHSS(1) nedeniyle oral antiagregan tedavi ile yatırıldı. Hastanın TA olduğu ve tedavi almadığı öğrenildi. Hastaya 1000 mg pulse steroid tedavisi başlanıldı. İki gün sonra hastada nöbet, konuşma bozukluğu ve sol hemiparazi gelişince çekilen Diffüzyon MR'da yeni gelişen MCA enfarktı ve BT Angiografisinde sağ CCA ve MCA M1 oklüzyonu nedeniyle endovasküler tedavi planlanıldı. Sağ CCA balon angioplasti ile açıldı, sağ MCA M1, M2 ve ACA A2'de trombüs görülmesi üzerine aspirasyon ve stent retriver ile trombüsler alındı(TICI 2b). Sol CCA'daki preokluziv darlığa da balon angioplasti uygulandı. 24. Saatinde hastanın apatisi, dizartrik konuşması ve solda 2/5 hemiparazisi(NIHSS:10) vardı. BT'de sağ MCA'da frontal bölgede enfarkta bağlı ödem gözlendi, antiödem tedavi başlandı. CV Dopplerinde bilateral CCA ve ICA'da yeterli akım olduğu görüldü. 1. Ayın sonunda hasta destek ile mobilize olurken(MRS:3), 3. Ayda desteksiz mobilize olabilmekteydi(MRS:2).

Tartışma:
TA'nin neden olduğu Aİİ'de trombolitik/endovasküler tedaviyle ilgili yayınlanmış az sayıda veri bulunmaktadır. Hastalığın aktif döneminde invaziv tedaviler komplikasyon riskini arttırdığı için öncelikle immünsupresif tedaviler önerilmektedir. Aİİ'de endovasküler tedavi her ne kadar komplikasyon riski içerse de etkili bir tedavi yöntemidir.

Sonuç:
Her ne kadar literatürde yeterli veri olmasa da TA hastalarda akut inmede, olgumuzda olduğu gibi, multidisipliner yaklaşımla gerçekleştirilen endovasküler tedavi ile başarılı sonuçlar elde edilebilir.

EP - 172 BİLATERAL ANTERİOR OPERKÜLER SENDROM

BÜŞRA YAĞMUR YILDIRIM , MUKADDES RUVEYDAGÜL CERAN , HASAN HÜSEYİN KOZAK

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ

Giriş:
Bilateral operkülersendrom(FCMS); fasiyal, lingual, velofaringeal ve mastikatör dipleji, ve istemli-otomatik hareket disosiyasyonu ile karakterizedir ve en sık olarak bilateral operküler kortekste lokalize iskemik lezyonlar sonucunda gelişir. Anartri ile birlikte, farenks ve çiğneme kaslarına ait istemli hareketlerin yapılamadığı, ancak aynı kasların refleks olarak kasılabildiği klinik tablo ortaya çıkar .Klinik tamamen pareziye bağlı olup, apraksi veya afazi söz konusu değildir . Farklı etyolojilere bağlı ortaya çıkan FCMS, klasik olarak sıklıkla serebrovasküler hastalıklarda (SVH)görülmektedir. Ayrıca, santral sinir sistemi enfeksiyonları, migrasyon anomalileri, epilepsi,nörodejeneratif hastalıklar ve travma ile birlikte de tanımlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Bu yazıda; kliniğimizde takip ettiğimiz olgu eşliğinde ve literatürle destekli olarak FCMS kliniği, etyolojisi ve prognozu gözden geçirilmiştir.

Olgu:
Otuz yedi yaşında,lise terk,sağ elli kadın hasta ;Senkop şikayetinin ardından akut başlangıçlı sol hemiparezi, konuşamama,yutkunamama ve ağzını hareket ettirememe ile acil servise başvurdu.Kendisinde 20 yaşında 6 aylık gebe iken geçirilmiş sağ hemiparezi ,hipertansiyon ve romatizmal kalp hastalığı öyküsü mevcuttu.Düzenli asetilsalisilik asit ve antihipertansif tedavisi alıyordu.Genel fizik muayenesinde vitalleri normal,kan basıncı 160/76 mm Hg idi.Nörolojik muayenesinde afonikti.İşaretleri kullanarak ve yazarak soruları cevaplayabildi.Ağzını açamıyor, dilini çıkaramıyor, dişlerini gösteremiyor, ıslık çalamıyor, çiğneyemiyor ve yutkunamıyordu. Dil orta hat pozisyonunda ve hareketsizdi. Spontan gülümseme ve esneme korunmuştu.Bilateral damak felci vardı. Sol tarafta güçsüzlük (3/5) mevcuttu .Acil servis başvurusunda çekilen görüntülemelerinde ; Sağdafrontotemporal bölgede sylvian fissüre doğruda uzanan ve insulayı etkileyen akut enfarkt ile uyumlu difüzyon kısıtlanması ve sol frontotemporalde kronik enfarkt sekeli, ensefalomalazi kalan ve hacim kaybı izlenmişti.(resim 1).

Resim 1

Hematolojik, biyokimyasal parametreleri normaldi. Bilateral karotis arter doppler ultrasonografisi, serebral dört damar digital subtraksiyon anjiyografisi, transtorasik ekokardiyografisi (EKO) normal bulundu.Takılan ekg holter tetkiğinde paroksismal atrial fibrilasyon tespit edilen hasta varfarin ile takibe alındı. Hastada mevcut bulgularla kardiyoembolik serebrovasküler olay düşünüldü.
Yaklaşık bir aylık nöroloji servisi takibi ardından fizik tedavi ve rehabilitasyon aldıktan sonra nazogastrik sonda ile taburcu edilmişti.Yutması normale dönen ve nazogastrik sondası 3 ay sonra çıkarılan kadın hasta yaklaşık bir senedir ayaktan takip edilmektedir.Serebrovasküler olaydan dört ay sonra çekilmiş kontrol kranial MRGde bilateralfrontoparietal alanda kronik infarkt sekeli ile uyumlu ensefalomalazik alan ve hacim kaybı görüldü.
[Resim 2]
Olay tarihinden 8 ay sonra son nörolojik muayenesinde, tek hecelik sesler çıkarabilme,sol tarafta derin tendon reflekslerinde artış dışında özellik yoktu.Hasta istemli mimik kas hareketlerini minimal yapabiliyordu.

Resim 2

Tartışma:
Olgumuzda afazi,istemli mimik kaslarını hareket ettirememe,yutkunma güçlüğü , refleks olarak mimik kaslarının hareketinin gözlenmesi bilateraloperküler sendrom için tipiktir.Klinik bulgularının aniden ortaya çıkması ve kranial görüntülemelerinde bilateral pariyetal bölgelerde infarktların gözlenmesi etyolojide serebrovasküler hadiseleri düşündürmektedir.Olguya ait tekrarlayan serebrovasküler hadiselerin nedeni araştırılmış ve kardiyak aritmi tespit edilmiştir.Antikoagülasyon tedavi ile takibi devam etmektedir.Sendromun major defisitleri olan disfaji ve anartri zor problemlerdir ve geridönüşü zordur. Operküler sendromun tedavi ve sürvisi etyolojik nedene bağlıdır. Sendrom, tekrarlayan serebral infarktlar sonrasında geliştiğinden serebrovasküler olaylan

azaltmaya yönelik tedbirler en önemli tedavi stratejisidir.Kardiyak aritmi tespit edildikten sonra tekrarlayan serebral hadiseleri azaltmak için antikoagüle edilen hasta olgu olarak sunulmuştur.Literatür incelendiğinde kardiyak artitmiye sekonderoperküler sendrom hastası gözlenmemiştir.

Genç yaş serebrovasküler olay ile takip edilen hastalarda etiyolojiye yönelik daha ayrıntılı değerlendirme yapmak altta yatan nedeni saptayabilmek açısından önemlidir. Altta yatan etiyoloji tespit etmek ve etiyolojiye yönelik uygun tedaviyi başlamak rekürren inmelerin önüne geçmek ve geri dönüşü zor olan nörolojik fonksiyonel durumları engelleyebilmek adına temel yaklaşımı oluşturmaktadır.

EP - 173 İSKEMİK İNME SAATİNİN PROGNOZLA İLİŞKİSİ

NIJAT ABBASZADE , ALİ CEM EKŞİ , MİNE HAYRİYE SORGUN , BERİL ÖZDEMİR , KURTULUŞ UMUT BOZKURT , OĞUZHAN TAŞ , FATMA TUĞRA KARAARSLAN TÜRK , HİLAL ÇÖKLÜ , CEREN AYPERİ GÜNDOĞMUŞ , CANAN TOGAY IŞIKAY

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Fiziksel aktivite, duygusal stres, yeme davranışı gibi eksojen faktörler ve kan basıncındaki değişimler, otonomik sinir sistemi aktivitesi gibi endojen faktörler sirkadiyen ritimden etkilenir ve hem inme oluşumu hem de seyrini değiştirebilir. Bu çalışmada iskemik inme saatinin inme etyolojisi, inme şiddeti, erken nörolojik kötüleşme, prognoz ve uygulanan trombolitik/trombektomi tedavileriyle ilişkisini araştırmayı planladık.

Gereç ve Yöntem:
Ağustos 2017 ve Aralık 2019 arasında akut iskemik inme veya geçici iskemik atak ile kliniğimize başvurmuş ve inme saati bilinen 432 hastanın verileri retrospektif olarak analiz edildi. Hastalar inme geçirdikleri saate göre 4 gruba (Grup 1=24.00'dan uyanıncaya kadar olan veya uyanınca fark edilen, Grup 2= sabah uyandıktan 12.00'a kadar olan, Grup 3=12.00'dan 18.00'a kadar olan, Grup 4=18.00'dan 24.00'a kadar olan) ayrıldı. Hastaların kayıtları incelenerek demografik verileri, risk faktörleri, başvuru Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Ölçeği (NIHSS) skorları, erken nörolojik kötüleşme ve taburculuk sonrası modifiye Rankin Skalası (mRS) skorları kaydedildi. İnme subtipleri otomatize "Causative Classification System" kullanılarak tespit edildi. Hastaların inme şiddeti kabul sırasında NIHSS skorları, prognozları ise ilk kontroldeki mRS skorları kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular:
Uyanınca fark edilen veya gece 24:00'dan sonra inmesi olan (Grup 1) 135 hasta (%31.2, ortalama yaş±SD=69,28±14,08, kadın/erkek=52/83 (%38.5/%61.5) vardı. Grup 1'de erkek cinsiyet daha fazla idi (p=0.031). Grup 2'de ise geçirilmiş inme daha sık tespit edildi (p=0.049). Yatış esnasında erken nörolojik kötüleşme gösteren hasta sayısı grup 1'de anlamlı olarak daha yüksekti (p=0.018). İnme etyolojisi ve trombolitik/trombektomi uygulaması açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı.

Sonuç:
Bu çalışmada, gece uykuda olan veya uyanınca fark edilen inme hastalarında yatış esnasında erken nörolojik kötüleşmeyi daha sık bulduk. Bu bulgu sirkadiyen ritmin iskemik inme sonrası erken prognozla ilişkisini göstermektedir ve ileriye yönelik inme tedavi yaklaşımlarını değiştirebilir.

EP - 174 APİKAL NONCOMPACTION ANOMALİSİ SAPTANAN GENÇ İNME OLGUSU

CANSU SARAÇ , HACI ALİ ERDOĞAN , HÜLYA ERTAŞOĞLU TOYDEMİR , VİLDAN YAYLA

BAKIRKÖY DR SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Apical noncompaction, kalbin sol ventrikül apikalinin intrauterin morfogenezde tam gelişmemesi sonucu oluşan nadir bir konjenital kardiyomiyopatidir. Kardiyak apeks bölgesi, sol ventrikül inferioru ve lateral duvarı etkilenmektedir. Apikal noncompaction anomalisi, malign aritmilere, tromboembolik olaylara ve iskemik inmelere neden olabilmektedir. Genç inme etyolojisinde yer alan bu tablo nadir olması nedeniyle sunulmuştur.

Olgu:
Bulanık görme ve baş dönmesi şikayeti ile başvuran 38 yaşında kadın hastanın özgeçmişinde migren dışında bir özellik yoktu. Muayenesinde sağ üst ve alt ekstremitede kas gücü -5/5 idi ve sola ataksisi mevcuttu. Hastanın difüzyon MR görüntülemesinde bilateral serebellumda parçalı, sol posterior serebral arterde (PCA) ve sol posterior serebral arter - orta serebral arter (PCA-MCA) borderzone da noktasal ve sol oksipital alanda parçalı akut enfarkt ile uyumlu difüzyon kısıtlılığı izlendi. Genç inme etyolojisine yönelik vaskülit, trombofili-Fabry testleri negatif sonuçlandı. Transtorasik ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu %60, sol atrium 36 mm olarak ölçüldü ve sol ventrikül apikal segmentte noncompaction izlendi. Antikoagulan tedavi başlanan hasta inme poliklinik takibine alındı.

Sonuç:
Apikal noncompaction iskemik serebrovasküler hastalığa neden olabilecek, genç inme etyolojisinde yer alan konjenital kardiyak bir anomalidir. Rekürren inmelere neden olabileceği gibi antikoagulan tedavinin gecikmeden başlanması da önem arz etmektedir. Bu olgu sunumu ile genç inme hastalarının etyolojisini araştırırken apical noncompaction anomalisinin akılda bulundurulması gerektiğini vurgulamak istedik.

EP - 175 FARKLI İKİ METABOLİK SENDROM ORTAK KLİNİK BULGU: HEMİBALLİSMUS

SANİYE KARABUDAK , SAFİYE SERRA ERZURUMLUOĞLU , YÜKSEL ERDAL , ZELİHA MATUR

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

Amaç:
Hemiballismus vücudun bir yarısında ekstremitelerin proksimalini tutan, hızlı ve büyük amplitüdlü, istemsiz hareketlerdir. Bu bildiride hemiballismus kliniği ile hastanemize başvuran ve etiyolojik incelemede üremik ensefalopati ve non-ketotik hiperglisemi saptanan iki olgumuzu paylaşarak videolar eşliğinde tartışmayı amaçladık.

Olgu 1:
Altmış iki yaşında erkek hasta, bir haftadır olan kol ve bacaklarda giderek artan istemsiz hareket yakınmalarıyla hastanemize başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon, Tip 2 diyabetes mellitus (DM), kronik böbrek yetmezliği (KBY) öyküsü mevcuttu. KBY nedeniyle haftada 2 gün diyalize girmekle birlikte son zamanlarda diyalizlerde aksamalar mevcuttu. Muayenesinde, peroral diskinezi ve dört ekstremitede şiddetli hemiballismusu vardı. Laboratuvar tetkiklerinde kreatinin; 7,92 mg/dL (N:0,7-1,3 mg/dL), eGFR 7 mL/min/1,73 m2 (>90 mL/min/1,73 m2), üre 92 mg/dL (N:19,2-49,2 mg/dL) idi. Kranyal MRG incelemesinde bilateral bazal ganglialarda FLAIR sekansta hiperintensiteler izlendi. Tedavisi haloperidol günde 3x10 damla olarak düzenlendi. Diyalizi haftada 3 güne çıkarıldı. Düzenli diyaliz tedavi sonrası hareketleri tamamen gerilemesi nedeniyle haloperidol tedavisi kesildi.
Olgu 2:
Yetmiş dokuz yaşında kadın hasta, 5 gündür olan sol kol ve bacakta istemsiz hareket yakınmasıyla hastanemize başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon, Tip 2 DM vardı. Nörolojik muayenesinde sol üst ve alt ekstremite proksimallerinde bükücü, büyük amplütüdlü istemsiz hareketler hemiballismus lehine değerlendirildi. Laboratuvar tetkiklerinde kan şekeri:612 mg/gL(N:83-110 mg/dL) olup Hba1c:12% (N:4-6 %) idi. Beyin tomografisinde sağda bazal ganglia düzeyinde sola göre asimetrik hiperdansite vardı. Tedavisinde haloperidol 3x10 damla başlanan hastada belirgin fayda sağlanmaması üzerine olanzapin 2.5 mg 2x1'e geçildi. Zamanla kan şekeri regülasyonu sağlanan hastanın şikayetleri tama yakın düzeldi.

Tartışma ve Sonuç:
Metabolik ensefalopatiler hemiballismus etiyolojisinde en önemli tedavi edilebilir sekonder nedenlerdendir. Hastalarda altta yatan metabolik bozukluğun düzeltilmesi tedavinin ana unsurunu oluşturmaktadır.

EP - 176 CRP-ALBUMİN ORANI TRİGEMİNAL NEVRALJİ ETYOLOJİSİNE YENİ BİR BAKIŞ AÇISI MI ?

FATMA EBRU ALGUL , BEYZA ÜNVER

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Trigeminal nevralji (TN) trigeminal sinirden kaynaklanan bir kronik nöropatik ağrı sendromudur. TN patogenezinde inflamasyonun rol oynadığına dair birçok çalışma mevcuttur. Literatürde yeni bir inflamatuar marker olan CRP albumin oranı (CAR) ve TN ilişkisi üzerine herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Biz de TN tanılı hastalar ile sağlıklı kontroller arasında serum CAR seviyeleri arasında farklılık olup olmadığını araştırmak, CAR ile trigeminal nevralji ağrı sıklığı arasında ilişki olup olmadığını araştırmak istedik.

Gereç ve Yöntem:
2020-2022 yılları arasında İnönü Üniversitesi nöroloji polikliniğine başvuran, 100 idiopatik TN tanılı hasta ve 70 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edildi. Hastaların periferik kanlarından sedimentasyon (ESR), CRP, albumin, total protein çalışıldı ve CAR (CRP/albumin) hesaplanıldı. Hastalar ağrı sıklıklarına göre iki gruba ayrıldı. Ağrı sıklığı haftada bir ve daha fazla olan hastalar birinci grup, ağrı sıklığı ayda bir ve daha az olanlar ikinci grup olarak sınıflandırıldı.

Bulgular:
TN tanılı hastalar ile kontrol grup arasında CAR seviyeleri arasında anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Ağrı sıklığı yoğun olan birinci grup ile az olan ikinci grup arasında CAR seviyeleri arasında anlamlı farklılık tespit edildi (($p<0,05$).

Sonuç:
Etyolojisi hala net olarak aydınlatılamamış olan TN ile bir inflamatuar marker ve prognostik öngörücü olan CAR arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu, bu ilişkinin TN etyopatogenezinde inflamasyonun rol oynadığını birkez daha gösterdiği düşünülmektedir. İleride yapılacak prospektif ve geniş çaplı araştırmalar ile trigeminal nevralji ve inflamasyon ilişkisi daha net anlaşılabilecektir.

EP - 178 DRAMATİK LEVODOPA YANITI OLAN BİR VASKÜLER PARKİNSONİZM OLGUSUNUN SUNUMU; LEZYON LOKALİZASYONU LEVODOPA YANITINDA BELİRLEYİCİ OLABİLİR Mİ?

BERİA NUR ERTUĞRUL , HALİL ÖNDER

ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

Giriş:
Vasküler parkinsonizm nadir görülen bir hastalıktır ve tüm parkinsonizm sendromlarının yaklaşık %3 ila %6sını oluşturur. Vasküler parkinsonizm, simetrik, ağırlıklı olarak alt ekstremite bradikinezi ve rijidite ile karakterize bir hastalıktır. Vasküler parkinsonizmli hastalarda levodopaya yanıt idiyopatik parkinson hastalığına göre daha düşüktür. Yazımızda, substantia nigra tutulumu da olan vasküler parkinsonizm tanılı levodopaya iyi yanıt veren bir olgu sunulacaktır.

Olgu:
47 yaşında erkek hasta yürüme güçlüğü ile polikliniğe başvurdu. Hastanın şikayetleri ilk kez üç yıl önce sağ alt ekstremitede ani gelişen güç kaybı ile başlamış. Güç kaybı bir hafta içinde düzelmiş, ardından her iki alt ekstremitede hareket kısıtlılığı buna bağlı yürüme zorluğu başlamış ve şikayetleri giderek artmış. Hastanın nörolojik muayenesinde sağ alt ekstremitede silik parezi, bilateral alt ekstremitede orta derecede rijidite saptandı. Hastanın yürüyüşü küçük adımlarla karakterizeydi, dönüşlerde zorlanıyordu. Bunun yanında, hareket başlangıcınca ve dönüşlerde ortaya çıkan yürümede donma fenomeni dikkat çekmekteydi. Muayenesi, alt ekstremite parkinsonizmi ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hasta başvurusundan üç ay önce miyokart enfarktüs geçirmişti. Stent uygulanan hastaya, ikili antiplatelet ve antihipertansif tedavi başlandığı öğrenildi. Beyin MR'da bilateral periventriküler beyaz cevherde ve substantia nigrada kronik iskemik lezyonlar görüldü. Hastaya vasküler parkinsonizm düşünülerek levodopa/benserazid (100/25 mg) oral tedavi verildi. İlaç sonrası belirgin fayda gören hastanın yürümesi normale yakın düzeldi. Donmaları tamamıyla düzeldi.

Tartışma:
Vakamızda MR' da yaygın kronik vasküler lezyon görülmekle birlikte, bazal ganglia anatomisi içinde substantia nigranın özellikli olarak tutulması dikkat çekmekteydi. Oldukça illüstratif olan vaka sunumumuz, nigrostriatal lezyonların levodopaya daha iyi yanıt verdiği hipotezini destekler niteliktedir. Benzeri vakaların tedavi yanıtı incelenmesi parkinsonizm ve dopaminerjik yanıtın patofizyolojisinde katkılar sağlayabilir.

EP - 179 MULTİPL NADİR GENETİK MUTASYONLARLA İLİŞKİLİ ATİPİK ALS OLGUSU

BERİL TAŞDELEN , CEYDA NUR BENLİ , PINAR BEKDİK , SERKAN DEMİR

ŞEHİT PROF. DR. İLHAN VARANK SANCAKTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

Giriş:
ALS motor nöron hasarı ve ilerleyici kas güçsüzlüğü ile seyreden bir hastalık olup farklı mutasyonlarla ilişkili olabilmektedir. Bir hastamızda nadir olarak gözlemlenen ALS/nöropati ilişkili SPTLC1 ve DYNC1H1 genlerinde eş zamanlı mutasyon saptanmış olması nedeniyle sunuma değer bulunmuştur.

Olgu:
58y erkek hasta, son 1 yıldır ekstremitelerde hissizlik ve yürüme güçlüğü şikayetleriyle değerlendirildi. Hastanın her dört ekstremitesinde kas zaafı, patolojik refleksler ve fasikülasyonlar görüldü. EMG ağır duysal ve motor polinöropati ve yaygın ön boynuz tutulumu ile uyumlu olarak değerlendirildi ve BOS incelemesinde protein yüksekliği saptandı. NGS DNA dizileme sonucunda SPTLC1 geninde c.1016C>T, ve DYNC1H1 geninde c.5519G>T, mutasyonları saptanması ve duysal tutulumun eşlik etmesi nedeniyle hasta atipik ALS olarak kabul edildi.

Sonuç&Tartışma:
ALS'nin genetik temelleri açısından her geçen gün daha fazla bilgiye ulaşılmaktadır. Hastamızda görülen c.1016C>T mutasyonu sadece bir ailede tespit edilmiştir (1). Hastamızda tespit edilen, DYNC1H1 c.5519G>T mutasyonu literatürde daha önce hiç bildirilmemiş olmakla birlikte bir hastada DYNC1H1 c.4106A>G mutasyonu ile ilişkili ALS tespit edilmiştir (2). Literatüre sağladığı katkıdan dolayı olgumuz sunuma değer bulunmuştur.

Referanslar
1.Bode H, Bourquin F, Suriyanarayanan S. HSAN1 mutations in serine palmitoyltransferase reveal a close structure-function-phenotype relationship. Hum Mol Genet. 2016,Mar 1;25(5):853-65. doi:10.1093/hmg/ddv611.
2.Mentis AA, Vlachakis D, Papakonstantinou E. A novel variant in *DYNC1H1* could contribute to human ALS-FTD spectrum. Cold Spring Harb Mol Case Stud. 2022,Mar 24;8(2):a006096. doi:10.1101/mcs.a006096.

EP - 180 YENİ TANILI MULTİPL SKLEROZ HASTALARINDA DİMETİL FUMARAT VE TERİFLUNOMİD KULLANIMIN FİZİKSEL, NÖROPSİKOLOJİK VE KOGNİTİF AÇIDAN ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

BERİL TAŞDELEN , ŞAHİKA OCAK , EBRU HATUN ULUDAŞDEMİR , CEYDA NUR BENLİ , DAMLA ÇETİNKAYA TEZER , İPEK GÜNGÖR DOĞAN , SERKAN DEMİR

ŞEHİT PROF. DR. İLHAN VARANK SANCAKTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

Amaç:
Santral sinir sisteminin kronik bir otoimmün hastalığı olan Multipl Skleroz (MS), engelliliğe sebep olabilmesi nedeniyle tedavisi önem arz eden bir hastalıktır. MS tedavisinde birinci basamak ilaçlar arasında oral kullanılması nedeniyle dimetil fumarat (DMF) ve teriflunomid (TRF) sıklıkla tercih edilmektedir. Literatürde DMF ve TRF'nin MR aktivitesi, atak sıklığı ve EDSS üzerine etkinlikleri sıklıkla karşılaştırılsa da hastaların hayat kalitesini birlikte etkileyen fiziksel, kognitif ve psikolojik parametreler üzerine etkisi bilinmemektedir. Çalışmamızda bu iki birinci basamak oral kullanımlı ilacın kognitif ve psikolojik parametreler üzerine etkisini değerlendirmek istedik.

Gereç ve Yöntem:
Bu çalışmada yeni MS tanısı alan ve DMF veya TRF başlanan hastaların demografik verileri, MR bulguları, EDSS, atak tipi, toplam atak sayısı, MSFC, Yorgunluk Şiddet Ölçeği, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete skorlarının tedavi başlangıcında ve tedavinin 1. yılında karşılaştırılması tasarlanmıştır. Çalışmamız longitudinal olarak tasarlanmış olup örneklem sayısının daha da artırılarak hastaların takibine devam edilmesi planlanmaktadır.

Bulgular:
Çalışmaya 97 DMF, 22 TRF başlanan hasta dahil edilmiş olup DMF grubunda başlangıç MoCA skoru ortalaması 25,08 iken 1. yılda 26 olarak görülmüş; TRF grubunda ise başlangıç skoru 26,6 iken 1. yıl skoru 22,67 olarak görülmüştür. Yorgunluk şiddeti ölçeği skorları DMF grubunda ortalama 35,3'ten 32,17'ye gerilemiş olup TRF grubunda 39,95'ten 43,75'e bir artış gözlenmiştir. Her iki grupta tedavi başlandıktan sonra Beck Depresyon Ölçeği skorlarında düşüş gözlenirken; DMF grubunda tedavi sonrası Beck Anksiyete Ölçeği skorlarında bir düşüş mevcut olup TRF grubunda ise artış izlenmiştir.

Sonuç:
Klinik deneyimlerin aksine çalışmamızın sonuçları DMF grubunda anksiyete skorlarının TRF grubuna göre anlamlı düşüş göstermesi, TRF grubunun örneklem sayısının DMF grubuna göre az olması veya DMF grubundaki hastaların geçirdiği atak fenotipine uygun hastalık aktivitesinin baskılanması ve klinik iyileşmenin daha fazla olması ile ilişkili olabilir.

EP - 182 ELEKTROFİZYOLOJİK ÖZELLİKLERİ VE MR GÖRÜNTÜLERİ İLE TRAVMATİK BRAKİAL PLEKSUS AVULSİYONU OLAN 2 OLGU

BETÜL ÖZENÇ , AYŞE GAMZE ŞAHİN , SEMİH MERT KILIÇ , ZEKİ ODABAŞI

GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:
Elektrofizyolojik Özellikleri ve MR Görüntüleri ile Travmatik Brakial Pleksus Avulsiyonu Olan 2 Olgu

Sinir kökü avulsiyonları, fonksiyonel durumu optimize etmek için hızlı değerlendirme, doğru tanı ve erken cerrahi ile zamanında tedavi edilmelidir. Teşhis; klinik değerlendirmeyi, manyetik rezonans görüntülemeyi ve ayrıntılı elektromiyografiyi içermelidir. EMG özellikle brakial pleksopati ile cerrahi müdahalenin gerekli olabileceği (acil rekonstrüktif cerrahi gerektiren) sinir kökü yaralanmaları arasında ayrım yapmada önemlidir.

Olgu 1: 19 yaşında erkek hasta 3 hafta önce motosiklet kazası sonrası sol kol abduksiyonu ve fleksiyonunda ağır güçsüzlük şikayeti ile beyin cerrahi kliniğinden EMG yapılması için nörofizyoloji laboratuvarımıza yönlendirildi. Hastaya yapılan sinir ileti çalışması ve iğne EMG de sol median, ulnar sinir duyusal iletileri normalken, motor BKAP amplitüdleri küçük elde edildi. Iğne EMG de incelenen kaslarda yoğun denervasyon bulguları (pozitif keskin dalga ve fibrilasyon) izlendi. Brakial pleksus MR görüntüleri ile EMG bulguları doğrulandı ve hasta cerrahiye yönlendirildi.

Olgu 2: 24 yaşında kadın hasta 20 gün önce olan araç dışı trafik kazası sonrası sol elde güçsüzlük şikayeti ile nörofizyoloji laboratuvarımıza yönlendirildi. Hastaya yapılan sinir ileti çalışması ve iğne EMG sonrasında hastada sol brakial pleksus alt trunkus avulsiyonu düşünüldü ve brakial pleksus MR ile doğrulandı.

EP - 183 İNME VE KANSER BİRLİKTELİĞİ: 45 OLGUNUN ANALİZİ D-DİMER, CRP, D-DİMER/CRP ORANININ İNCELENMESİ

SİNAN GÖNÜLLÜ , CEMİLE HAKİ , ASLIHAN AKGÜN ÇELİK , SUAT KAMIŞLI , ÖZDEN KAMIŞLI

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, BURSA ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Kanser dünya üzerinde ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. Kanser hastalarında normal popülasyona oranla serebrovasküler hastalık gelişme riskinde artış izlenmektedir. Bu çalışmada kliniğimize serebrovasküler hastalık tanısı ile yatan etiyolojik taramada kanser varlığı ya da öyküde kanser birlikteliği saptanan hastaların kanser tipleri, olası inme nedeni ve diğer demografik verileri, D-dimer, CRP, D-Dimer/CRP oranı incelenerek, elde edilen sonuçların mevcut literatür bilgileri eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmamıza SVH tanısıyla Bursa Şehir Hastanesi Nöroloji Kliniği ve Yoğun Bakım ünitesinde yatırılarak izlenen, kanser birlikteliği saptanan hastalar alındı.

Bulgular:
Kanser birlikteliği saptanan hastaların 23'ü kadın, 22'si erkek toplam 45 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. 43 hasta iskemik inme, 2 hastada hemorajik inme saptandı. Saptanan kanser tipleri sıklık sırasına göre 8 kolon kanseri, 7 akciğer kanseri, 5 meme kanseri, 4 prostat kanseri, 3 hasta over kanseri, 3 mesane kanseri, 3 meme+akciğer kanseri, 1 pankreas kanseri, 1 meme+kolon kanseri,1 rektum kanseri, 1 endometrium kanseri, 1 kemik iliği kanseri, 1 vulva kanseri, 1 dil kanseri, 1 larenks kanseri, 1 dudak kanseri, 1 cilt kanseri, 1 lenfoma birlikteliği mevcuttu. 1 hastada da iskelet sisteminde multipl metastaz varlığı saptanmış, primer odak araştırılmaktaydı. Hastaların 43 iskemik inme hastasının etyolojisine bakıldığında 9'unda (%20) büyük damar aterosklerozu, 8'inde (%17) büyük damar aterosklerozu+ kardiyoembolik odak, 6'sında (%13) kardiyoembolik odak, 4'ünde (%8) laküner enfarkt saptandı. 16'sında (%35) inme nedenleri yeterince araştırılmış olmasına rağmen etyolojik neden saptanamamıştır. İskemik inme hastalarının 16'sında (%35) Kranial MR görüntülemelerinde multifokal diffüzyon kısıtlılığı izlendi. Laboratuar verilerinde d-dimer değeri 34 hastada(%75), CRP değeri 34 hastada(%75), D-dimer/CRP oranı(üst sınır 0,1) 21 hastada(%46), ferritin değeri 20 hastada, INR değeri 3 hastada, APTT değeri 5 hastada normalin üzerinde bulundu. Kanser tanılı olmayan 45 hastada d-dimer , CRP, d-dimer /CRP oranı bakıldığında d-dimer değeri 19 hastada(%42), CRP 18 hastada(%40), d-dimer /CRP 20 hastada (%44) üst sınırın üzerinde bulundu.

Sonuç:
Diğer birçok çalışmada gösterildiği gibi d-dimer, kanserle ilişkili inmelerin saptanmasında önemli bir rol oynayabilir. Yine Difüzyon MRG'de multifokal lezyon varlığı ve CRP yüksekliği kanser ilişkili inme birlikteliğini düşündürebilir. İnme etyolojisi araştırılırken klasik inme risk faktörlerinin yanı sıra çok çeşitli mekanizmalarla tromboza yatkınlık yaratan gizli kanserlerin araştırmalarda akılda bulundurulması gerektiği unutulmamalıdır.

Anahtar Sözcükler: Kanser, inme, CRP, d-dimer

EP - 184 TİBİAL VE MEDİAN SOMATOSENSÖRİYAL UYARILMIŞ POTANSİYELLERİN BOYA GÖRE NORMAL DEĞERLERİNİN DÖKÜMATASYONU

DİLARA MERMİ DİBEK [1], İBRAHİM ÖZTURA [2]

[1] BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ, NÖROLOJİ VE KLİNİK NÖROFİZYOLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL
[2] DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, KLİNİK NÖROFİZYOLOJİ BİLİMDALI, İZMİR

Giriş:
Somatosensöriyal Uyarılmış Potansiyeller (SSEP), elektrofizyoloji laboratuvarında periferik sinir sisteminden santral sistemine uzanan duyusal yolaklardaki fonksiyonel iletim hakkında fikir veren bir tanı yöntemidir. Klinik laboratuvarda sıklıkla median ve tibial SSEP kayıtlamaları kullanılmaktadır. Periferik yanıt, spinal yanıt ve kortikal yanıt rutinde kullanılırken kanal sayısı arttırarak subkortikal yanıtlar, spinal seviyede birden fazla segment hakkında ileti süresi ile ilgili tanısal ipuçları elde edilebilir.
Boyun latansları etkileyen önemli bir değişken olması ve bebekten erişkinliğe belirgin değişkenlik izlenmesi nedeni ile çalışmamızda boy ile median ve tibial SSEP yanıt latanslarının normal aralıklarının belirlenmesi hedeflenmiştir.

Metot:
2021 Eylül-2023 Eylül tarihleri arasında Keypoint Dantec cihazı ile elde edilen, normal olarak sonuçlanan tibial ve median SSEP yanıtları çalışmaya dahil edildi.
Hastaların yaş, boy, istem nedeni,var ise anatomik yapı bozuklukları dökümante edildi.
SSEP kayıtları Fz ortak referans elektrotu ile uygun averajlama metoduyla kayıtlandı. Median SSEP kayıtlarında N20-kortikal, N13-C5 spinal ve N9-erb yanıtlarının, tibial SSEP için P37-kortikal, N20-T12 spinal, N7 popliteal fossa-periferik yanıtlarının latansları, iki ekstremite latans farkları ve santral ileti zamanları (tibial SSEP için P37-N20 latans farkı ile median SSEP için N20-N13 latans farkı) değerlendirildi.

Bulgular:
37 hastadan alınan tibial SSEP kayıtları çalışmaya dahil edildi, sağ ve sol uyarımların ortalama değerleri değerlendirmeye alındı. Cinsiyet dağılımı 26 (%70.3) kadın, 11(%29.7) erkek; yaş ortalamaları 26.24±20.47(1.50-67.00) yıl, boy ortalamaları 144.32±26.90(70.00-185.00) cm saptandı. Boy değerine göre düzeltilmiş yaş ile N7, N20, P37 latansları arasında anlamlı bir korelasyon izlenmezken; yaş değerine göre düzeltilmiş boy ile N7, N20, P37 latansları arasında pozitif yönde güçlü korelasyon (sırası ile r=0.824 p<0.000, r=0.801 p<0.000, r=0.745 p<0.000) saptandı. Boy ve N7, N20 ve P37 latansları arasındaki ilişki regreyon analizi ile formuluze edilerek normal latans grafikleri oluşturuldu. P37-N7 ve N20-N7 latans farklarının boy ile orta dereceli pozitif yönde korelasyonu izlenirken (sırası ile r=0.547 p<0.000, r=0.570 p<0.000), N37-N20 latans farkının boy ile ilişkisi saptanmadı (r=0.289, p=0.087).
21 hastadan alınan median SSEP kayıtları çalışmaya dahil edildi, sağ ve sol uyarımların ortalama değerleri değerlendirmeye alındı. Cinsiyet dağılımı 16 (%76.2) kadın, 5 (%23.8) erkek; yaş ortalama değeri 31.61±14.05 (6.00-63.00) yıl, boy ortalama değeri 158.52±14.83(120.00-180.00) cm saptandı. Boy değişkenine göre düzeltilmiş yaş ve N9, N20 latansları arasında anlamlı bir korelasyon izlenmezken N13 ile yaşın pozitif yönde zayıf korelasyonu saptandı (r=0.449 p=0.047); yaş değişkeni düzeltilmiş boy ile N9, N13, N20 latansları arasında pozitif yönde güçlü korelasyon (sırası ile r=0.839 p<0.000, r=0.820 p<0.000, r=0.722 p<0.000) saptandı. Boy ve N9, N13 ve N20 latansları ile arasındaki ilişki regreyon analizi ile formuluze edilerek normal latans grafikleri oluşturuldu. N20-N9, N13-N9, N37-N20 latans farkının boy ile ilişkisi saptanmadı (sırası ile r=0.431 p=0.058, r=0.377 p=0.101, r=0.160, p=0.500).

Sonuç:
Çalışmamızın sonuçları, median ve tibial SSEP çalışmalarının periferik, spinal ve kortikal yanıt latanslarının boy ile ilişkisini göstermekte, santral ileti zamanının ise boy ile belirgin bir ilişkisi olmadığını desteklemektedir. Ek olarak çalışma sonuçları, boy-periferik, boy-spinal ve boy-kortikal yanıt latansları korelasyon grafikleri ile boya göre normal değerlerin laboratuvar koşullarında kullanılabileceği bir grafik ve tahmini latans değeri hesaplanacak birer formül sunmaktadır.

EP - 185 NADİR GÖRÜLEN BİR HASTALIK OLAN LÖKOENSEFALOPATİ İLE İLİŞKİLİ PERİODONTAL EHLER DANLOS SENDROMU OLGUSU

EMRE EMİRBAYER , İSMET ONİKİOĞLU , ULVİ SAMADZADE , İBRAHİM ÖZTURA , İHSAN ŞÜKRÜ ŞENGÜN

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

Giriş:
Periodontal Ehlers-Danlos sendromu, şiddetli periodontitis nedeniyle erken diş kaybı, pretibial renk değişiklikleri, eklem hipermobilitesi ve bağ dokusu anormallikleri ile karakterize spesifik EDS alt tipidir. C1R mutasyonunun neden olduğu periodontal EDSnin genel bir özelliği olarak lökoensefalopatinin görüldüğü olgu bildirmekteyiz.

Olgu :
52 yaşında kadın hasta, 2010 yılında başlayan oksipital bölgede zonklayıcı tarzda baş ağrısına eşlik eden mide bulantısı, eş zamanlı unutkanlık ve depresif yakınmaları başlamış. İş performansında azalma nedenli malulen emekli olmuş. Günlük işlerini gerçekleştirmekte zorluk yaşayan, ağrılarılarının şiddeti ve sıklığı artan hastanın Beyin MRG'de beyin sapı ve derin beyaz cevherde, hiperintens simetrik görünüm saptanması üzerine Lökoensefalopati tetkik edilmesi amacıyla servise interne edildi. Hastanın 2 taraflı patella altında ekimotik alanları vardı. Çocukluğundan beri diş eti problemleri yaşadığını ve dişlerinin çoğunu kaybettiğini belirtti. Babasının da cilt ve diş eti problemi olduğunu ve kız kardeşinde de erken yaşta dişlerini kaybettiğini, Gardner Daimond tanısı olduğunu, intrakraniyal anevrizma nedenli opere olduğu öğrenildi. Nörolojik muayene hipodinamiye bağlı dört yanlı kas gücü 4/5 saptanması dışında olağandı. Bos biyokimya, kültür sonuçları normaldi. Nöropsikolojik test sonucunda ACE-R Skoru 47/100 olarak saptandı. Serolojik ve vaskülitik paneli normaldi. Lökodistrofi yapabilecek metabolik hastalıkların dışlanması amaçlı idrar ve serumdan organik asit ve enzim düzeylerine bakıldı, normal saptandı. Genetik incelemede Notch 3 geni normal sınırlarda saptanırken C1R geninde heterozigot mutasyon saptandı. Hastada mevcut klinik, radyolojik ve genetik sonuçlarlara birlikte Periodontal EDS'na bağlı lökoensefalopati düşünüldü. Aile taraması önerilerek poliklinik takibine alındı.

Sonuç:
Klinik ve radyolojik olarak lökoensefalopati ile uyumlu olgularda Periodontal EDS'nin ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bir hastalık olduğuna dikkat çekmek isteriz.

EP - 186 HİPOKALEMİK PERİYODİK PARALİZİLİ OLGU SUNUMU

FATMA ÜNCÜ

ELBİSTAN DEVLET HASTANESİ

Giriş:
Hipokalemik periyodik paralizi tekrarlayan ağrısız paralizi atakları ile seyreden nadir görülen bir hastalıktır. Bu olgu sunumunda; daha öncesinde benzer şikayetleri olmasına rağmen hastane başvurusu olmadığı için tanı alamayan, acil servisimize başvurusu ardından interne edilerek tanı konulan hipokalemik periyodik paralizi vakası sunulacaktır.

Olgu:
26 yaşında erkek hasta dünden beri giderek artan kollarda ve bacaklarda güç kaybı şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde özellik yoktu. Nörolojik muayanesinde; bilateral alt ve üst ekstremite kas güçleri 2/5, DTRler dört yönlü hipoaktifti. Patolojik refleks, duyu kaybı,solunum güçlüğü, bulber ve oküler kas tutulumu yoktu. Vital bulguları normaldi. Kraniyal görüntülemesi olağandı. Laboratuar tetkiklerinde serum potasyum seviyesi 2,2mEq/L saptandı. Tiroid fonksiyon testleri ve batın USG normaldi. Hastanın şikayetlerinin dün tarlada çalıştıktan sonra başladığı öğrenildi. Anamnez derinleştirildiğinde aslında uzun süredir ağır efor sonrası benzer şikayetlerinin olduğu, kendiliğinden düzeldiği ancak hiç bu kadar ağır düzeyde olmaması nedeniyle daha önce hastane başvurusunun olmadığı öğrenildi. Abisinde de benzer şikayetlerin olduğu, onun da daha önce bu şikayetle hastane başvurusu olmadığı öğrenildi. EKGde QT uzaması görülmedi. Hastaya monitorize edilerek potasyum replasmanı başlandı. EKG ve serum potasyum seviyesi belli aralıklarla kontrol edildi. Hastamızda potasyum replasmanını takiben 4 saat içinde kas güçleri ve serum potasyum seviyesi normal aralığa geldi.

Tartışma:
Hipokalemik periyodik paralizi etyolojisine göre primer ve sekonder olarak ikiye ayrılır.Primer olgular sıklıkla erkeklerde görülmekte ve otozomal dominant geçiş göstermektedir. Ataklar genelde yoğun egzersiz,aşırı karbonhidrat tüketimi, stres, enfeksiyon, cerrahi ile tetiklenebilir.Sekonder nedenler arasında da en sık tirotoksikoz görülür.Atakların önüne geçmek için bu hastalara potasyumdan zengin karbonhidrattan fakir diyet, yoğun egzersizden uzak durmaları önerilir. Sonuç olarak ani gelişen paralizilerin ayırıcı tanısında hipokalemik periyodik paralizi de sebep olarak akla gelmelidir.

EP - 187 BAŞ AĞRISI İLE PREZENTE OLAN "DURAL ARTERİOVENÖZ FİSTÜL"BAŞ AĞRISI İLE PREZENTE OLAN "DURAL ARTERİOVENÖZ FİSTÜL"

GÖZDE BAŞKURT , ZAKİR ERAT , AHMET ÖZKOCABAŞ , ZEHRA UYSAL KOCABAŞ , ÖZLEM AYKAÇ , ATİLLA ÖZCAN ÖZDEMİR

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Dural Arteriovenöz Fistül (DAVF); dura materin iki tabakası arasında bulunan ve meningeal arterler tarafından vaskülarize edilen venöz boşluktaki anormal yapılardır.
Olgumuzda dev DAVF'yi ve bu zorlu vasküler antitenin tanı ve tedavisinde katater anjiyografinin önemini vurgulamak istedik.

Olgu:
Altmış üç yaş erkek hasta, acil servise şiddetli baş ağrısı ile başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon , koroner arter hastalığı ve boyun fıtığı operasyonu mevcuttu. Düzenli kullandığı ilaç yoktu. Yedi yıl önce dış merkezde anevrizma saptanması üzerine operasyon önerilmiş ancak hasta operasyonu kabul etmemiş. . Muayenesinde sol pupili midriyatik hafif dizartrik, sağ 4/5 hemiparezisi mevcuttu. Sol gözde 6 yıldır olan bulanık görme ve çift görme şikayeti vardı. Bilgisayarlı Beyin Tomografisinde (BT) pons ve mezensefalon seviyesinde hiperdens alan görüldü. Beyin boyun BT anjiyografisinde (BTA) bilateral internal karotyis arter (İKA) dolikoektazik, baziller tepe ve sağ posterior serebellar arter (PSA)'de anevrizmatik görünüm saptanması üzerine hasta antiepileptik ve antiödem tedavisi ile yatırıldı.Yapılan tanısal anjiyografide sol eksternal karotis arterden (EKA) dolan COGNARD Tip-4 DAVF izlendi. iki2 seansta mevcut DAVF'ye coil ve embolizan madde ile müdahale edildi. İşlem sonrası baş ağrısı gerileyen hastanın görme bulanıklığı ve çift görme dışında muayenesi doğaldı.

Tartışma-Sonuç:
DAVF; genellikle 10 ila 40 yaşları arasında intrakraniyal kanama, nöbet, fokal nörolojik defisit veya baş ağrısıyla ortaya çıkar; önemli bir kısmı da asemptomatiktir.. Geleneksel anjiyografi DAVFlerin doğru sınıflandırılması için altın standarttır. Tedavisinde endovasküler, cerrahi veya kombine tedavi stratejileri mevcuttur.Tedavide hasta bazlı yaklaşım ve fistülün tekrarlama riski nedeniyle uzun süreli anjiyografik takip uygundur.

EP - 188 KANSERLİ AKUT İSKEMİK İNME HASTALARINDA NÖTROFİL/LENFOSİT ORANININ PROGNOZA ETKİSİ

KURTULUŞ UMUT BOZKURT , BERİL ÖZDEMİR , MİNE HAYRİYE SORGUN , OĞUZHAN TAŞ , FATMA TUĞRA KARAARSLAN TÜRK , CEREN AYPERİ GÜNDOĞMUŞ , HİLAL ÇÖKLÜ , NIJAT ABBASZADE , ALİ CEM EKŞİ , CANAN TOGAY IŞIKAY

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Nötrofil-lenfosit oranı (NLO), periferik kandaki nötrofiller ve lenfositler arasındaki dengeyi yansıtan, sistemik inflamatuar durumun bir göstergesidir. Akut inme ve inmeden bağımsız malignite varlığında NLO yüksekliğinin kötü prognostik bir belirteç olduğu bilinmektedir. Biz bu çalışmada kanser olan ve kanser olmayan akut inmeler arasında NLO'nun prognoza etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
Ağustos 2017 ve Aralık 2019 arasında akut iskemik inme veya geçici iskemik atak (GİA) ile kliniğimize başvurmuş 548 hastanın verileri retrospektif olarak analiz edildi. Hastaların aktif kanser hastalığı (son 6 ay içinde tanı almış veya KT/RT almaya devam eden veya kanseri kür olmamış olan) olup olmamasına göre ikiye ayrıldı. Hastaların kayıtları incelenerek demografik verileri, risk faktörleri, başvuru Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Ölçeği (NIHSS) skorları, başvuru esnasındaki NLO ve taburculuk sonrası modifiye Rankin Skalası (mRS) skorları kaydedildi. İnme subtipleri otomatize "Causative Classification System" kullanılarak tespit edildi. Hastaların inme şiddeti kabul sırasında NIHSS skorları, prognozları ise ilk kontroldeki mRS skorları kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular:
Aktif kanser tanısı olan 28 (%5.1, ort.yaş±SD=71.07±11.46, kadın/erkek=11(%39.3)/17(%60.7)) hasta vardı. Kanser olmayan grupta hipertansiyon ve hiperlipidemi daha sık tespit edildi ($p<0.05$). Kanserli hasta grubunda ise inme öncesi mRS, başvurudaki NIHSS>4, NLO, takip mRS>3 ve mortalite oranları daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Kanserli hasta grubunda NLO'su yüksek olanlarda takip mRS skorları daha yüksekti ($p=0.006$).

Sonuç:
Biz de bu çalışmada, aktif kanseri olan inme hastalarında inme şiddetini daha fazla ve prognozu daha kötü bulduk. Ayrıca kanseri olan inme hastalarında artmış NLO'nun inme prognozunu kötüleştirdiğini tespit ettik. NLO oranı yüksek olan akut iskemik inme hastalarında, sık görülen etyolojilerin dışlandığı durumlarda kanserin eşlik edebileceği ve kanser saptanan hastalarda prognozun daha kötü olabileceği hatırlanmalıdır.

EP - 189 NÖROLOJİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE İKİ YILLIK DÖNEMDEKİ HASTANE ENFEKSİYONLARININ VE İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

MAHMUT TARI [1], ÖZKAN ÖZMUK [1], GAMZE ALTAN [2], GÜLFEM ECE [2]

[1] SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ, İZMİR
[2] SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI, İZMİR

Amaç:
Hastane enfeksiyonları(HE), hastanın yatışında aldığı tanısı, altta yatan hastalıkları, invaziv girişimler ve yoğun bakım mikrobiyotasında üreyen patojenlere bağlı olarak gelişebilmektedir. Bu çalışmada iki yıllık dönemde nöroloji yoğun bakım ünitesi(NYBÜ)nde takip edilen hastalarda HE etkenlerinin ve altta yatan risk faktörlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Ocak 2021-Ocak 2023 tarihleri arasında hastanemiz NYBÜ`nde yatan hastalardan kan, trakeal aspirat ve balgam örnekleri retrospektif olarak incelenmiştir. Bu tarihler arasında yatışı olan 146 hastadan bir veya birden fazla mikroorganizma üremesi saptanan 33 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar laboratuvar, klinik ve radyolojik verilerine göre değerlendirilip tanımlama 'Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi' (Centers for Disease Control and Prevention) ölçütlerine göre yapılmıştır. Hastaların yoğun bakım ünitesine yatışında aldığı tanılar, altta yatan hastalıkları, yatış süresi, invaziv girişimler ve mortalite oranları da çalışmaya dahil edilmiştir.

Bulgular:
Mikrobiyoloji laboratuvarına gönderilen 383 kan kültürü örneği değerlendirilmiştir. Gönderilen 89 trakeal aspirat örneğinin 39`unda(%44), 64 kan kültür örneğinin 12`sinde(%19), 18 balgam örneğinin 7`sinde(%39) enfeksiyon etkeni mikroorganizma üremesi belirlenmiştir. En fazla izole edilen mikroorganizmalar %36 ile *Klebsiella pneumoniae* olup bunu %21 ile *Pseudomonas aeruginosa* ve %19 ile *Acinetobakter baumanii* izlemiştir. Sadece bir hastanın kan kültüründe *Candida parapsilosis kompleks* üremesi saptanmıştır. *Staphylococcus aureus* izolatları incelendiğinde trakeal aspirat kültürlerinden birinde MRSA üremesi varken diğer tüm izolatlar MSSA olarak saptanmıştır. Tüm örnekler birlikte değerlendirildiğinde üreyen toplam 21 *Klebsiella pneumoniae* izolatının ikisi duyarlı iken, 19 izolatta ESBL pozitifliği ve karbapenem direnci gözlenmiştir. HE`nın büyük kısmını oluşturan kan dolaşım enfeksiyonları ve pnömoni yoğun bakım ünitemizde mortalitenin ana sebebi görülmüş olup NYBÜ`nde yatan hastalarda mortalite oranı %18.5 iken patojen mikroorganizma izole edilen grupta bu oranın %57.5 olduğu saptanmıştır.

Sonuç:
YBÜ'lerinde izole edilebilmiş etken mikroorganizmalar ve duyarlılık profilleri üniteler arasında farklılık gösterebilir. HE etkenlerinin erken tespiti, ampirik tedavinin uygun ve hızlıca başlanması morbidite ve mortaliteyi azaltma açısından son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Hastane enfeksiyonları, nöroloji yoğun bakım ünitesi, surveyans

EP - 190 NADİR ANCAK MORTAL OLABİLEN BİR REVASKÜLARİZASYON KOMPLİKASYONU: HİPERPERFÜZYON SENDROMU

MEHMET YERTÜRK , KÜBRA NUR USTABAŞ , HİLAL EYİCİL , ELİF KORKUT , EDA ÇOBAN , NİLÜFER KALE

S.B.Ü. BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş ve Amaç:
Hiperperfüzyon sendromu, karotis revaskülarizasyonunu (karotis endarterektomisi (KEA) veya karotis arter stentleme) takiben oluşan nadir ancak ölümcül bir komplikasyondur. Revaskülarizasyon sonrası 14. günde görülen akut nörolojik kötüleşme hiperperfüzyon sendromuna bağlı olabilir. Ancak kranyal görüntülemeler ile ayırıcı tanı yapılabilmekte ve anti ödem tedavinin hızla verilmesi ile nörolojik bulgular gerileyebilmektedir. Olgumuz nadir ancak ölümcül olabilen bu sendromun önemine vurgu yapmak amacı ile paylaşılmıştır.

Olgu:
70 yaş erkek hastanın bulbus enfarktı nedeniyle yapılan tetkiklerinde sol ICA'da asemptomatik % 80 darlık saptanması üzerine kalp damar cerrahisi tarafından KEA işlemi uygulanmıştı. Poliklinik takiplerinde sol ICA'da restenoz gözlenmesi üzerine hastaya sol İCA stentleme planlandı. Koroner yoğun bakımda postoperatif takip edilen hastada ani gelişen dizartri , sağ hemipleji nedeniyle yapılan Difüzyon MRG ve Kranyal BT görüntülemelerinde solda daha belirgin olmak üzere her iki hemisferde yaygın ödem gözlendi. Beyin boyun BT anjiyografilerinde patoloji gözlenmeyen hasta 'Hiperperfüzyon Sendromu' olarak değerlendirildi. IV deksametazon tedavisi başlanan hastanın kontrol kranyal görüntülemelerinde ödemde anlamlı azalma görüldü. IV tedavinin 3.gününde hastanın nörolojik muayene bulguları normaldi. Hastanın takiplerinde kontrol görüntülemeleri normal olarak görüldü. Hasta antitrombotik tedavi ile taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç:
Hiperperfüzyon sendromu ölümcül sonuçlara neden olabilecek bir nörolojik acildir. Karotis stenozu sonucunda dilate olan damarlar oluşan perfüzyonda yeterli vazokonstriksiyonu yapamamaktadır. Perfüzyon basıncı intraserebral ödem ve kanamaya neden olarak akut nörolojik tablolara neden olmaktadır. İşlem sırasında gelişen hipertansiyon hiperperfüzyon sendromu gelişebileceğinin göstergesi olabilmektedir.

EP - 191 NÖROBEHÇET HASTALIĞI'NDA KLİNİK ÖZELLİKLER

MELİH İĞCİ , ŞÜHEDA ÇALAK , HASAN DOĞAN , MUSTAFA ONUR YILDIZ , BİLGE PİRİ ÇINAR , ÇETİN KÜRŞAD AKPINAR

SAMSUN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Genellikle genital ülser, üveit ve bukkal aftozise neden olan Behçet hastalığı, kronik tekrarlayan, vasküler-inflamatuar bir hastalıktır. Nörobehçet sendromu (NBS) iki şekilde ortaya çıkabilir; Nörobehçet hastalarının %75inde parankimal tutulum görülmektedir. Nonparankimal tutulum ise daha az sıklıkta görülmektedir. Burada kliniğimize Behçet tanısıyla başvuran ve NBS tanısı alan olgular incelenmiştir.

Sonuçlar:
Bu çalışmaya 2018-2023 yılları arasında Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran 1231 Behçet Hastalığı tanılı bireyler içerisinde Nöroloji kliniğine başvuran, ortalama yaşı 44.91+14.15 olan (15-70) 38 behçet hastası dahil edilmiştir (K/E; 1.1). Polikliniğimize başvuran 38 hastanın %28.9'unun NBS tanısı aldığı görülürken, bu grubun %72'inde parankimal tutulum, %18'inde nonparankimal tutulum vardı. Behçet grubunun yaş ortalaması 45.74+14.72, NBS grubunun ise yaş ortalaması 42.9+13.38 olarak saptandı (p=0.33). Parankimal ve nonparankimal NBS grupları yaş açısından da değerlendirildiğinde anlamlı fark izlenmedi (p=0.711). Nonparankimal tutulum olgularımızda serebral ven trombozu mevcuttu. 11 NBS olgusunun 3'ünde behçet hastalığı tanısından önce nörolojik prezentasyonla başvuru olduğu görüldü (%27.2).

Tartışma ve Sonuç:
Bu çalışmada NBH kohortumuzun demografik verileri literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiş olup, biraz daha düşük oranda nonparankimal tutulum izlenmiştir. Öncesinde Behçet Hastalığı tanısı olmayan bireylerde, yeni gelişen nörolojik olay sırasında mutlaka sistemik değerlendirme yapılması, özgeçmiş ya da soygeçmiş sorgulanırken Behçet hastalığı açısından da ayrıca değerlendirmenin önemli olduğu düşünülmektedir.

EP - 192 SAĞLIK ÇALIŞANI OLAN VE SAĞLIK ÇALIŞANI OLMAYAN MİGRENLİ BİREYLERDE ENGELLİLİK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

HATİCE YÜKSEL , MERVE ÖNERLİ YENER , HESNA BEKTAŞ

ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ

Amaç:
Migren; toplumda sık görülen, yaşam kalitesini azaltan ve dikkate değer iş gücü kaybına yol açan bir primer baş ağrısı bozukluğudur. Migrenin sağlık çalışanları arasındaki yaygınlığı ve yarattığı dizabilite oranları net olarak bilinmemektedir. Bu çalışmada sağlık çalışanı olan ve olmayan bireyler arasındaki migrene bağlı ağrılı gün sayısı ve engellilik düzeylerini karşılaştırmayı hedefledik.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya sağlık çalışanı olan 83 (69 kadın /14 erkek) ve sağlık çalışanı olmayan 136 (125 kadın /14 erkek) migren hastası dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik verileri ile MİDAS puanları kaydedildi.

Bulgular:
Sağlık çalışanı olan ve olmayan hastalar cinsiyet ve yaş açısından benzerdi (p:0.078 ve p:0.563). Tanı yaş ortalaması sağlık çalışanlarında (22.89±6.92) kontrol grubundan (25.26±98.71) anlamlı olarak düşüktü (p<0.036). Sağlık çalışanlarında aylık migren sıklığı ve migrenli gün sayısı anlamlı olarak daha düşük iken (p:0.001 ve p:0.001) atak şiddeti açısından iki grup arasına anlamlı farklılık saptanmadı (p:0.409). MİDAS ortalaması sağlık çalışanlarında (2.47±1.34) kontrol grubundan (2.95±0.99) anlamlı olarak düşüktü (p<0.003). Sağlık çalışanı olanlar (%98.2) ve olmayanlar (%98.8) ağrı kesici kullanım sıklığı açısından benzerdi (p:0.775).

Sonuç:
Çalışmamızdaki MİDAS skorunun sağlık çalışanlarında daha düşük olması bu gruptaki aylık migren sıklığı ve migrenli gün sayısının daha düşük olmasından kaynaklanabilir. Bazı çalışmalarda sağlık çalışanlarında migren sıklığının daha fazla olduğu gösterilmiştir, sağlık çalışanlarının migren konusundaki bilgi ve duyarlılığının fazla olması tanı sıklığındaki bu yüksekliği açıklayabilir. Bu durum ayrıca normal popülasyonda daha ciddi vakalara migren tanısı konurken sağlık çalışanlarında hafif vakaların farkındalığa bağlı daha erken tanı alması ile açıklanabilir. Sağlık çalışanlarının profesyonel deneyime bağlı doğru tanı alma oranları ve baş ağrısı epizodlarını daha iyi tanımaları göz önünde tutulursa, elde edilen yaygınlık oranları gerçek popülasyon prevalansı için daha güvenilir sonuçlar verebilir.

EP - 193 NÖROLOJİK YOĞUN BAKIM HASTALARINDA DİSFAJİ VE AFAZİNİN BAKIM VEREN YÜKÜNE ETKİSİ

MELTEM CAN İKE , MERVE SAVAŞ , PINAR AKGÜN , AYŞE SALİHA YAZAROĞLU , ALPEREN ŞENTÜRK

İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ

Amaç:
Yoğun bakımda yatan hastaların yakınlarında psiko-sosyal yükler oluşabilmektedir. Bakım yükü, hastaya verilen bakım desteğinin kalitesini ve bakım verenin bireyselliğinin azalmasına yol açabilmektedir. Bu amaçla nöroloji yoğun bakım hastalarında sözel iletişim ve beslenme fonksiyonlarındaki kayıp şiddetinin bakım verenlerde yarattığı yük düzeyi incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem:
Yoğun bakım hastası 23 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcılar, afazik ve disfajik (Grup 1, [n=6]), disfajik (Grup 2, [n=5]), afazik (Grup 3, [n=5]) ve afazik ve disfajik olmayan (Grup 4, [n=7]) olarak gruplandırılmıştır. Tanıda Hızlı Afazi Testi (HAT) ve Gugging Yutma Tarama Testi (GUSS) kullanılmıştır. Hastaların bakım verenlerine Zarit Bakıcı Yük Ölçeği (ZBYÖ) uygulanmış ve skorlar kaydedilmiştir.

Bulgular:
ZBYÖ skorları gruplar arası Kruskal-Wallis Testi ile karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Grup 1'in diğer gruplara göre ZBYÖ skoru daha yüksek bulunmuştur (ort. 68,4). Grup 1 ile diğer gruplar; Mann-Whitney U Testi ile ikili karşılaştırıldığında, Grup 2 (ort. 34,5) ve Grup 4 (ort. 19,6) ile arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Grup 1, 2 ve 3'te HAT skorları ile ZBYÖ skorları arasında pozitif yönlü orta-yüksek düzeyde; GUSS skorları ile ZBYÖ skorları arasında ise negatif yönlü orta-yüksek düzeyde korelasyon saptanmıştır (Spearman Rho Testi: $p<0,05$).

Sonuç:
Afazi ve disfaji birlikteliği bakım veren yükünü arttırmaktadır. Hasta yakınlarının kaygı ve stres düzeylerini azaltmak ve tükenmişlik yaşamalarını engellemek amacıyla destek çalışmalarının yapılması gerekmektedir. Ayrıca yoğun bakım hastalarının afazi ve disfajilerine yönelik terapötik girişimlerin bakım veren ruh sağlığı üzerindeki etkisinin incelenmesi önerilmektedir.

EP - 195 UZUN SÜRELİ SİPROFLOKSASİN KULLANAN BİR HASTADA GELİŞEN NORSE, NADİR BİR OLGU SUNUMU

NESİHE BASA , AHMET ADIGÜZEL , FATMA EBRU ALGÜL

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI

Giriş:
Yeni başlangıçlı dirençli status epileptikus(NORSE) bilinen epilepsi hastalığı olmayanlarda, ilk incelemelerde net bir neden bulunamayan nadir, yıkıcı klinik bir tablodur ve başvurudan sonraki ilk 72 saat içinde etiyolojisinin aydınlatılamaması gerekmektedir.

Olgu:
73 yaşında erkek hasta. Ani gelişen bilinç kaybı, kasılma ve idrar inkontinası nedeniyle tarafımıza başvurdu. Bilinen diyabetes mellitus, kronik obstriktif akciğer hastalığı, hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği ve morbit obezite tanıları mevcuttu. Kullandığı ilaçlar asetil salisilik asit 100 mg ve siprofloksasin 1000 mg/gündü. Takip amacıyla yatışı yapılan hastanın aynı gün status epileptikus gelişti. Rutin kan tetkiklerinde, alınan kültürlerinde, yapılan lomber ponksiyonda, çalışılan otoimmün ve paraneoplastik panelde ve alınan beyin tomografisinde anlamlı bir özellik bulunamadı. Daha sonra anamnezi derinleştirildiğinde iki yıl önce geçirilen bir pilonidal sinüs operasyonu sonrasında siprofloksasin reçete edilmiş ve cerrahi operasyon endişesi nedeniyle de yaklaşık 2 yıl boyunca siprofloksasin 2*500 mg kullandığı öğrenildi. İlaç da sağlık çalışanı olan oğlu tarafından farklı kişilere reçete ettirilerek temin edilmiş.

Sonuç:
NORSE epilepsinin oldukça nadir rastlanan bir kliniğidir. Bu vakada uzun süreli siprofloksasin kullanımının NORSE kliniğine yol açtığını görüyoruz. Kinolon grubu antibiyotikler epileptik nöbet eşiğini düşürmektedir ancak bunun doz ya da süre bağımlı olduğu üzerine net bir konsensüs bulunmamaktadır. Bu vakaya dayanarak kinolanların süre bağımlı NORSE etyolojisinde rol aldığını düşünüyoruz. NORSE etyolojisinde nöbet eşiğini düşüren ajanların uzun süreli kullanımının sorgulanmasını öneriyoruz.

EP - 196 GRİP AŞISINA SEKONDER GELİŞEN EDİNSEL SENSORİ-MOTOR POLİNÖROPATİ OLGUSU

NİLGÜN ERTEN [1], AYSEL TEKEŞİN [2]

[1] İSTANBUL FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ
[2] İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:
Elli dört yaşında kadın hasta yaklaşık bir aydır olan dizlerden aşağıda ağrı, uyuşma, yürüme güçlüğü nedeniyle kliniğimize başvurdu. Öyküsünden hastaya yaklaşık bir buçuk ay önce Vaxigrip Tetra 0,5 ml uygulandığı öğrenildi. Guillain-Barré Sendromu ön tanısıyla Nöroloji servisine yatışı yapıldı. Sağ elini kullanan hastanın nörolojik muayenesinde kraniyal alan intakttı. Kas gücü tüm ekstremitelerde 4/5 düzeyindeydi, aşil refleksi alınamadı, biseps- triseps -stiloradial-patella refleksleri hafif artmış, taban cildi refleksi bilateral lakayttı. Sifinkter kusuru yoktu. Bilateral T10 seviyesine kadar hipoestezisi mevcuttu. Küçük adımlarla tutunarak yürüyordu. Serebellar testler bilateral becerikli ve Romberg negatifti. Diğer nörolojik muayene bulgularında bir özellik saptanmadı. Laboratuvar incelemelerinde hemogram, biyokimya, sedimentasyon hızı, tiroid fonksiyon testleri, vaskülit paneli normaldi. Tümör belirteçleri negatifti. Çektirilen serviko- torakal spinal MR' da patoloji saptanmadı. Yapılan lomber ponksiyonda (LP) beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde hücre görülmedi, BOS proteini 264mg/L (150-450) normaldi. Elektromiyografi (EMG) incelemesinde; bilateral sural duyusal yanıtların amplütüdleri ufalmıştı. Bilateral tibial, sol peroneal motor yanıtların amplütüdü ufalmıştı. Sağ soleus kası kayıtlı h-refleksi yanıtının amplütüdü ufalmıştı. İncelenen diğer ileti yanıtları normaldi. İğne EMG'de incelenen kaslarda MÜP konfigürasyonları doğaldı. İstirahatte anormal spontan aktivite saptanmamıştı. Bu bulgular alt ekstremitelerde aksonal tutulumun ön planda olduğu sensori-motor polinöropati lehine yorumlandı. Bu bulgular ışığında hastamıza Grip aşısına sekonder gelişen edinsel polinöropati tanısı konuldu.

EP - 197 EPİLEPSİLİ HASTALARDA POLİFARMASİ SIKLIĞI VE İLAÇ ETKİLEŞİMLERİ

OĞUZHAN FIRAT [1], NEŞE DERİCİOĞLU [2], KUTAY DEMİRKAN [1]

[1] HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ KLİNİK ECZACILIK ANABİLİM DALI
[2] HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Epilepsili hastaların büyük çoğunluğu anti-nöbet ilaçlarla (ANİ) tedavi edilmektedir. Genellikle yaygın >1 ANİ kullanımıyla birlikte ko-morbidite varlığında ek ilaçlar da kullanılmaktadır. Polifarmasi, ilaç etkileşimleri ve yan etki artışı ile sonuçlanabilir. Bu araştırmada merkezimizde izlenen hastalarda polifarmasi sıklığının belirlenmesi ve potansiyel ilaç etkileşimlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Nöroloji polikliniğinde takip edilen epilepsili hastalara ait veriler retrospektif olarak hastane medikal bilgi sisteminden (Nucleus®) alınmıştır. Beş ve daha fazla ilaç kullanımı (ANİ ve diğer) polifarmasi olarak kabul edilmiştir (1). İlaç etkileşimleri 'Lexicomp Drug Interaction Checker' kullanılarak tespit edilmiştir. Etkileşimlerin analizine C (yakın izlem), D (tedavi değişimi düşünülmeli) ve X (kombine kullanımdan kaçının) düzeyindeki etkileşimler dahil edilmiştir.

Bulgular:
Çalışmaya 100 hasta alındı (54 kadın; yaş ortancası (Çeyrekler aralığı, ÇA) 31.5 (22.5-51.75) yıl; epilepsi tanı süresi ortancası (ÇA) 12 (6-27) yıl). En sık görülen nöbet tipi jeneralize nöbet (%67) idi. Toplam ilaç sayısı ortancası (ÇA) 2 (1-4) idi. Hastaların %57'si ANİ monoterapisi alırken, polifarmasi sıklığı %20 idi. En sık kullanılan ANİ levetirasetamdı (%55). Hastaların %47'sinde en az bir ko-morbid hastalık bulunmaktaydı. Hastaların %54'ünde en az bir adet etkileşim (en az bir adet C düzeyi %53; en az bir adet D düzeyi %11) vardı. 16 hastada ANİ düzeyini etkileyen toplam 25 etkileşim (%36sında yükseliş, %64ünde düşüş) tespit edildi. Hastaların %43ünde santral sinir sistemiyle (ataksi, konfüzyon gibi) ve %27sinde diğer yan etkilerle ilişkili potansiyel etkileşimler mevcuttur.

Sonuç:
Bu çalışma epilepsili hastalarda polifarmasi ve yaygın potansiyel ilaç etkileşimlerinin varlığını göstermektedir. Epilepsi tedavisinde polifarmasiyle ilişkili yan etkilerin ve ilaç etkileşimlerinin değerlendirilmesi, önlenmesi ve yönetimi önem taşımaktadır.

EP - 198 PARANEOPLASTİK MULTİPLE KRANİAL NÖROPATİ OLGUSU

OĞUZHAN TAŞ , NİJAT ABBASZADE , İLKE ŞAHİN , ÖZDEN ŞENER

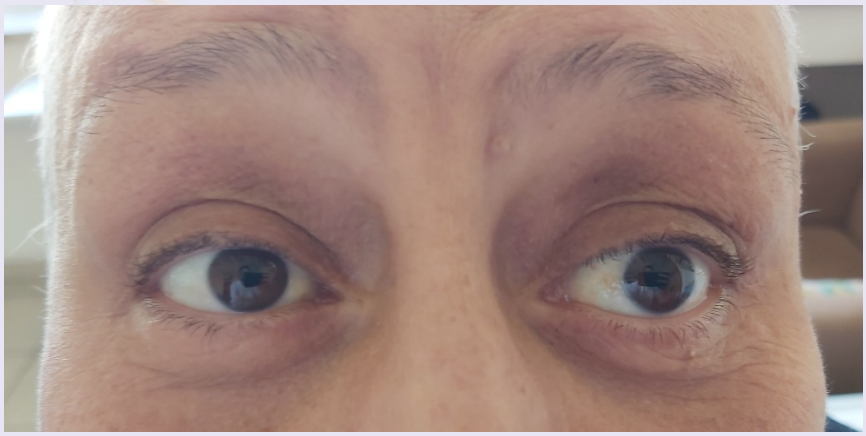
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Giriş:
Paraneoplastik sendrom, sistemik malign tümör varlığında ortaya çıkan bir grup klinik semptomdan oluşur. Nöral antijenlere karşı gelişen antikorların sebep olduğu otoimmün bir hadisedir. Santral veya periferik sinir sisteminin herhangi bir bölümü tutulabilir.

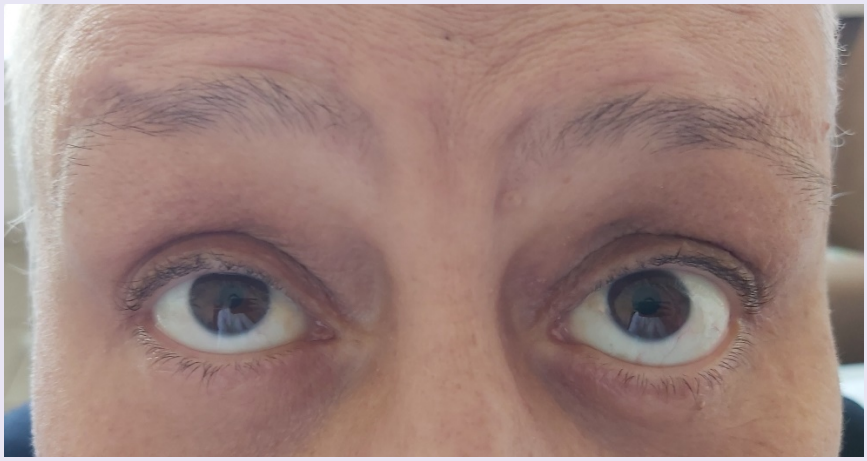
Olgu:
53 yaşında kadın hasta, ses kısıklığı, çift görme ve denge bozukluğu şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde bilinen hipotiroidisi, panik bozukluğu, 25 paket/yıl sigara kullanımı öyküsü mevcuttu. Levotiroksin 75mcg 1*1 ve duloksetin 60mg 1*1 kullanmaktaydı. Soygeçmişinde babasının akciğer karsinomu sebebi ile eksitus öyküsü vardı. Şikayetlerinin son 1 ayda giderek arttığını tarifledi.
Başvurusundan önce dış merkezdeki kontrastlı kranial manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde; beyin-boyun MR anjiografisinde; lomber ponksiyon (LP), limbik ensefalit paneli tetkiklerinde patoloji saptanmamış. Serum vaskülit belirteçlerinden ANA, anti-ds DNA, SSb + gelmesi üzerine 7 gün intravenöz (IV) 1000mg/gün metilprednizolon tedavisini takiben oral idameye geçilmiş. Romatoloji bölümü tarafından romatolojik hastalık düşünülmemiş. Şikayetleri geçmeyince tarafımıza başvurmuş.
Muayenesinde konuşması hipofonikti; nötral pozisyonda sağ göz hafif, sol göz belirgin içe deviyeydi; her iki gözde yukarı bakış kısıtlılığı mevcuttu; sağ göz hem içe hem dışa bakışta kısıtlı, sol göz dışa bakışta kısıtlıydı; sol nazolabial oluk hafif silikti; solda yüzü de içeren hemihipoestezi tarifledi; tandemi beceriksizdi, yürüyüşü geniş tabanlıydı.

Şekil 1. Nötral Bakışta Gözlerin Pozisyonu

Şekil 2. Sağa Bakış Muayenesi

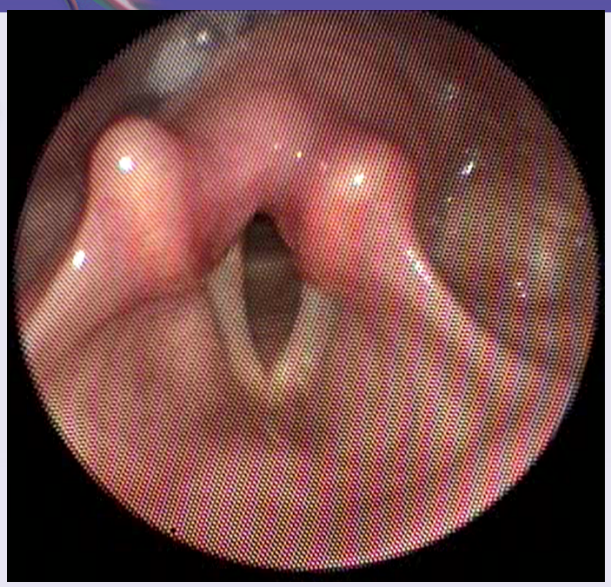


Şekil 3. Sola Bakış Muayenesi

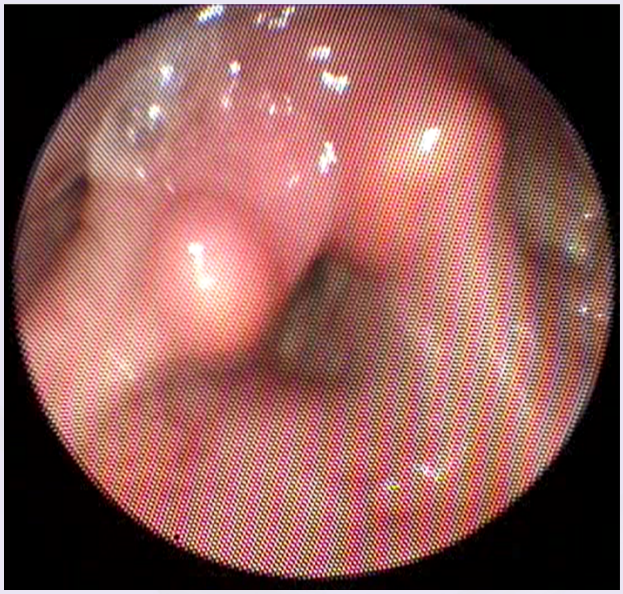


Şekil 4. Yukarı Bakış Muayenesi

Şekil 5. Aşağı Bakış Muayenesi

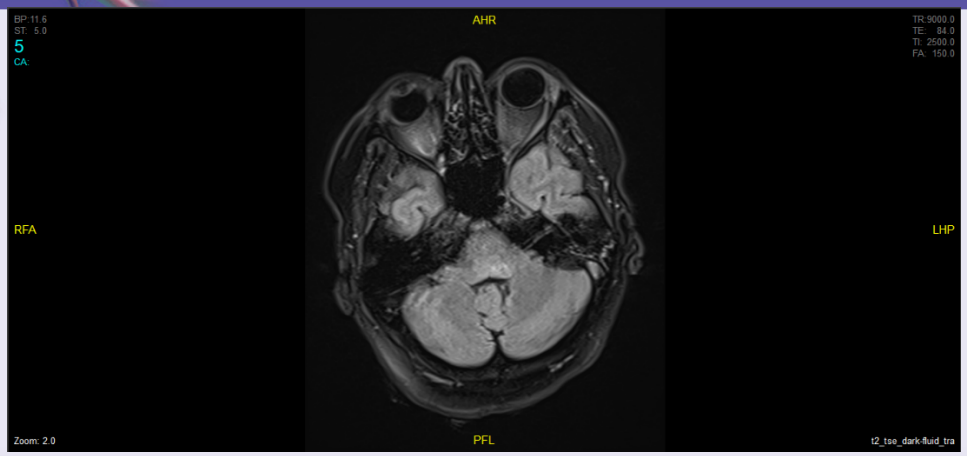


Şekil 6. Vokal Kordlar Açık



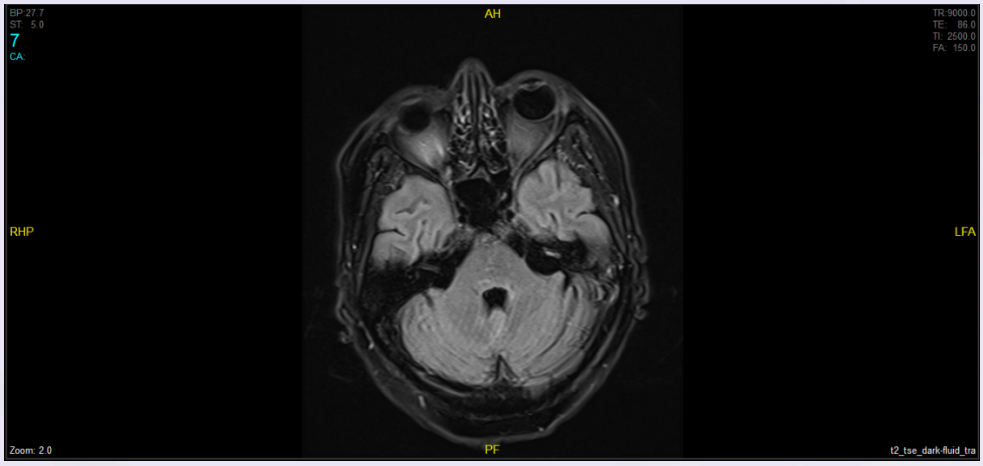
Şekil 7. Vokal Kord Kapalı

30gram/gün, 5 gün IV İmmünoglobülin tedavisi verildi. Ses kısıklığında kısmi iyileşme ve vertikal bakış kısıtlılığında iyileşme ile takip edilmek üzere taburcu edildikten 1,5 ay sonra şikayetlerinde artma ile tekrar başvurdu. Tekrarlanan LP tetkiklerinde, beyin omurilik sıvısı (BOS) limbik ensefalit panelinde, paraneoplastik panelinde, serum glutamik asit dekarboksilaz antikoru araştırmasında patoloji saptanmadı. Kontrastlı kranial MRında pons posteriorunda, medulla oblangata sol lateralinde ve C1 düzeyinde spinal kordda T2 ve FLAIR sekanslarda intensite artışı raporlandı. Torako-abdomino-pelvik bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ hiler bölgede 24mm x 16mm boyutlarında lenfadenopati raporlandıktan sonra PET-BTsinde patolojik 18F-FDG tutulumları saptandı. Biyopsi materyali küçük hücreli akciğer karsinomu ile uyumlu sonuçlandı. Tetkiklerinin sürdüğü sırada hastaya 5 seans plazmaferez uygulandı, sonrasında Tıbbi Onkolojiye devredildi.



Şekil 8. FLAIR Sekansında Hiperintensite

1 ay sonra şikayetlerinde artma tarifleyen hastaya 5 seans daha plazmaferez uygulandı, kontrastlı kranial MRında, önceki tetkikte raporlanan intensite artışı izlenmedi, iskemik gliotik odaklar dışında patoloji raporlanmadı. Yakınmalarına karşın nörolojik muayenesinde belirgin farklılık izlenmeyen hasta, paraneoplastik multipl kranial nöropati sekeli olarak kabul edildi.



Şekil 9. Kontrol MR FLAIR Sekansı

Tartışma:
Sunulan bu olgu ile kranial nöropati yapabildiği bilinen ve multipl kranial nöropati yaptığı nadir olarak bildirilen paraneoplastik nöral tutulumun, literatürde daha önce belirtilmemiş şekilde eş zamanlı, bilateral ve asimetrik multiple kranial nöropati de yapabildiğini belirtmek amaçlanmıştır.

EP - 199 TRİGEMİNAL TROFİK SENDROMUN NADİR BİR NEDENİ: İSKEMİK KRANİYAL NÖROPATİ

ÖZLEM ÖNDER [1]

[1] FETHİYE DEVLET HASTANESİ, NÖROLOJİ
[2] YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, NÖROLOJİ

Giriş:
Trigeminal trofik sendrom (TTS), trigeminal sinirin farklı nedenlere ortaya çıkan hasarı sonucu trigeminal anestezi, fasiyal parestezi ve yüzde ülsere lezyonlar ile karakterize nadir görülen bir hastalıktır (1). Ülserasyon en sık burun kanadında ve tek lezyon şeklinde görülmekte olup trigeminal sinir dermatomuna uyan bölgelerde çoklu ülsere lezyonlarla nadiren karşılaşılmaktadır (2). Burada iskemik kraniyal nöropati sonrası çoklu fasiyal ülserasyonlarla başvuran bir TTS olgusu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu:
Diyabetes mellitus, hipertansiyon ve Bell palsi öyküsü olan 85 yaşındaki erkek hasta 2 ay içinde giderek kötüleşen sol burun kanadı, yanak ve göz altı bölgesindeki karıncalanma ve ülseratif lezyonlar ile başvurdu (Şekil 1). Ülser oluşumundan iki yıl önce geçirilmiş sol Bell palsi sekeli bulguları ve kısmi pitozu olan hastanın iki ay önce de abducens paralizisi nedeniyle diplopi atağı geçirdi. Son yaşanan iskemik kraniyal nöropati sonrası, yüzün sol tarafında uyuşma, karıncalanma ve inatçı kaşıntı ile karakterize değişen bir his geliştiği belirtildi. Bu hisleri takiben cildini ovmaya başladığı ve bu nedenle de zamanla ülseratif lezyonların oluştuğu ve giderek genişlediği ve derinleştiği öğrenildi. Nörolojik muayenesinde sekel bulguara ek olarak yüzün sol yarısında ağrı, hafif dokunuş ve sıcaklık hislerinin azaldığı ve bu bulguların ülseratif lezyonların yakın komşuluğunda daha belirgin olduğu belirtildi. Sistemik muayenede anormallik görülmedi. Hematolojik ve biyokimyasal laboratuvar testleri normal sınırlar içindeydi. Nörogörüntülemede, yaşa bağlı kortikal atrofiye, periventrikülerde belirgin yaygın lökoriazisin ve multipl milimetrik iskemik lezyonların eşlik ettiği görüldü. Ülseratif leyzon açısından altta yatan malign, vaskülitik veya enfeksiyöz olası bir etyoloji cilt biyopsisi ile dışlandı. Tüm bu tetkikler sonucunda Abdusens paralizisi ile eş zamanlı trigeminal sinir iskeminin neden olduğu trigeminal trofik sendrom olarak değerlendirildi. Hasta ve yakınları ülserasyonun kendine bağlı doğası ve yumuşak pamuklu eldiven kullanmanın önemi hakkında bilgilendirildi. Tedavide ağrılı disesteziler için 300 mg/g gabapentin ile başlanarak klinik yanıta göre dozun kademeli olarak artırılması planlandı. Hastanın 600 mg/g gabapentin kullanımı sırasında nöropatik ağrı yanıtı kısmen elde edilebilmişti ancak bu sırada gelişen bilateral subdural hematom nedeniyle beyin cerrahisi kliniği takibine alınan hasta kaybedildi.

Tartışma:
Trigeminal trofik sendrom, çoğunlukla burun kanadında yerleşik trigeminal anestezi, parestezi ve ülserasyon ile karakterize nadir bir durumdur. Nazal alan karakteristik olarak etkilenir, ancak yanakları, üst dudağı, alın ve diğer trigeminal dermatom alanlarını da etkileyebilir (1). Burnun ucu özellikle ön etmoidal sinirin medial nazal dalı tarafından farklı innervasyona sahip olduğundan korunur (3). Lezyonlar, santral veya periferik nedenlerden ötürü trigeminal sinirin duyusal dalında gelişen hasar nedeniyle ortaya çıkan parestezi, anestezi ve ağrı nedeniyle etkilenen bölgenin kasıtsız ve tekrarlayıcı kaşınması, ovulması ile çizilmesinin bir sonucu olarak ortaya çıkar (4). Hastamızın şikayetlerinin abducens paralizisi ile eş zamanda başlaması çoklu iskemik risk fakörü sahibi hastada trigeminal iskemik nöropatinin eşlik ettiği multipl iskemik kraniyal nöropati ile ilişkili olduğu düşündürmüştür. Nöronal hasar ve ciltteki ülseratif lezyonların oluşumu arasındaki geçen süresi haftalardan on yıllara kadar değişebilmektedir (5). Olgumuzda iskemik hasar ile lezyonların ortaya çıkması arasındaki süre iki aydı. Trigeminal trofik sendrom, bazal hücreli karsinom ve yassı epitel hücreli karsinom, herpes virüsü enfeksiyonları, granülomatöz hastalıklar ve piyoderma gangrenozum gibi dermatolojik yüz ülserasyonlarının diğer nedenlerinden ayrıştırılmalıdır (6). Trigeminal trofik sendromun en yaygın nedenleri arasında inme, akustik nöroma, ensefalit, travma ve herpes zoster olmakla beraber Trigeminal Nevraljiye yönelik yapılan girişimler sonucu iyatrojenik olarak da gelişebilir (7). TTS tedavisi zordur ve genellikle multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Tedavinin ilk adımı hastalarda kendini yaralamayı önlemektir. Bu amaçla, hastalar tırnaklarını kısa tutmaları, parmaklara yumuşak bir bandaj takmaları ve yumuşak eldivenler giymeleri konusunda uyarılmalıdır (8). Tekrarlayan kompulsif davranışlar devam ederse, psikiyatrik konsültasyon önerilmelidir. Lokal yara bakımı için ikincil enfeksiyonları önlemek için topikal ve sistemik antibiyotikler kullanılmalıdır (9). Nöropatik ağrı tedavisinde amitriptilin, pregabalin, lamotrijin, fenitoin, baklofen, botulinum toksini, gabapentin, okskarbazepin ve

karbamazepin gibi ilaçlar kullanılmıştır. Son zamanlarda, gabapentin ve karbamazepin, TTS tedavisinde ilk seçenek olarak önerilmektedir (9).

Sonuç:

Trigeminal trofik sendrom nadir bir hastalık olup bilinmediği takdirde kolayca yanlış teşhis edilebilir. Tanısı özellikle tek taraflı nöropatik ağrı ve ipsilateral yüz ülseri ile görüşülen hastalarda dikkate alınmalıdır. Gecikmiş tanı ve davranışsal modifikasyon olmadan uygunsuz yönetim kronik ülserlere neden olma eğilimindedir. Bu bildiri, iskemik kranial polinöropatinin bir parçası olarak ortaya çıkan nadir görülen bir TTS vakası olması sunulmaya değer bulunmuştur.

Bu makalede yayınlanacak anonimleştirilmiş bilgileri için hastadan yazılı bilgilendirilmiş olur alınmıştır.

EP - 200 YAŞLILARDA EPİLEPSİ ETİYOLOJİK NEDENLERİNİN ARAŞTIRILMASI VE SINIFLANDIRILMASI

PELİN YENİLMEZ YEŞİLDAŞ , ŞÜKRÜ HAKAN KALEAĞASI

MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

Amaç:
Epilepsi yaşlı popülasyonda sık görülen nörolojik hastalıklardandır. Son yıllarda insanların yaşam süresi arttıkça, yaşlı popülasyonda epilepsi hastalığı görülme riski de yükselmektedir. Bu çalışmada yaşlı hastalarda epilepsi etiyolojik nedenlerin araştırılması ve sınıflandırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmamızda, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda takipli, ilk nöbeti 65 ve 65 yaş üzerinde başlayan, en az 2 kez aralıklı nöbet geçiren, epilepsi tanısı konulan ve tedavi edilen 300 hastadaki epilepsiye ait etiyolojik faktörler ve nöbet tipleri retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların yaş ve cinsiyet verileri ile geçirdiği nöbet tipi, ek hastalıkları, etiyolojik faktörleri, EEG, MR, BT bulguları ve kullandıkları nöbet önleyici ajanlar kaydedilmiştir.

Bulgular:
Çalışmamıza dahil edilen hastaların %51,7' si (n=155) erkek, %48,3' ü (n=145) kadın olup yaş ortalaması 76,3 yıldır. Çalışmamızda literatür verileri ile uyumlu olacak şekilde en sık (%79.7) görülen nöbet tipi fokal nöbetlerdir. Hastaların %88,3'ü (n=265) monoterapi almaktadır. Çalışmamız serebrovasküler hastalıkların, en sık (%73) etyolojik neden olduğunu göstermiştir.

Sonuç:
Yaşlılarda gençlere göre farklı nöbet bulguları görülebilmesi, epilepsiyi taklit edebilecek hastalıkların sık olması epilepsi tanısında zorluk yaratır. Ayrıca yaşlı epilepsi hastalarında tedavi yaklaşımı diğer yaş gruplarına göre farklılık gösterir. Yaşlı epilepsi hastalarının tanı ve tedavisinde bu özelliklere dikkat edilmesi mortalite ve mobiditeyi azaltmak açısından çok önemlidir.

EP - 201 PONS HEMORAJİSİNİN NADİR BİR PREZENTASYONU: SEKİZ BUÇUK SENDROMU

OĞUZHAN TÜRK , ECE ÖZDEMİR ÖKTEM , BURAK YULUĞ

ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ

Giriş:
Sekiz buçuk sendromu, bir gözde horizontal göz hareketlerinde kayıp, diğer gözde addüksiyon kaybı, abduksiyonda nistagmus ve fasiyal paralizi ile karakterize bir klinik tablodur. Kısaca; Fisher'in bir buçuk sendromuna ipsilateral periferik fasiyal paralizinin eklenmesi sonucu ortaya çıkar. Bu klinik tablo en sık ponsun tegmentumunda lokalize iskemik serebrovasküler hastalıklara bağlı ortaya çıkar.

Olgu:
50 yaşında, özgeçmişinde özellik olmayan erkek hasta, şiddetli baş ağrısı ve senkop nedeniyle acil servise kabul edildi. Tansiyon yüksekliği (180/120 mmHg) dışında vital bulguları doğaldı. Nörolojik muayenesinde; sol gözde abduksiyon ve addüksiyon kısıtlılığı, sağ gözde abdüksiyonda nistagmus, solda fasiyal paralizi saptandı. Ekstremitelerin kuvvet muayenesinde herhangi bir defisit saptanmayan hastanın ataksisi mevcuttu. Rutin kan tetkiklerinde hafif üre yüksekliği dışında patolojik bulgu saptanmadı. Radyolojik görüntülemelerinde beyin bilgisayarlı tomografide (BT) pons posteriorunda 16*20 mm'lik hiperdens hemoraji ile uyumlu alan izlendi. Beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRG) hemosekansında pons sol paramedian tegmentumda hemoraji ile uyumlu alan görüldü. BT anjiografi tetkikinde sol internal karotis arterde (İKA)'da %50 civarında darlığa neden olan plak dışında anlamlı patoloji izlenmedi. Hastada bir buçuk sendromu ile birlikte fasiyal paralizi olması nedeniyle sekiz buçuk sendromu düşünüldü, antiödem ve antihipertansif tedavi başlanan hastanın takibinde hemorajisinde totale yakın rezorbsiyon, klinik bulgularında kısmi düzelme gözlendi.

Tartışma:
Ponstaki paramedyan pontin retiküler formasyon (PPRF), altıncı kraniyal sinir nükleusu ve mediyal longitidunal fasikül (MLF) arasındaki bağlantılar sayesinde horizontal göz hareketleri sağlanır. Sekiz buçuk sendromu bu yapıların lezyonuna bağlı gelişen nadir bir nörooftalmolojik sendromdur. Sıklıkla demiyelinizan ve iskemik serebrovasküler hastalıklara bağlı olsa da nadir bir sebep olarak pons hemorajisi akılda tutulmalıdır.

EP - 202 PARSONAGE-TURNER SENDROMU:OLGU SUNUMU

SERKAN KIRBAŞ

ÖZEL MUSA GÜL HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ,KIRŞEHİR

Giriş:
Parsonage-Turner Sendromu (idiyopatik brakial nevrit, nöraljik amyotrofi) etiyopatogenezi tam olarak bilinmeyen, ön planda omuz kuşağını etkileyen, tipik olarak ani şiddetli ağrıyla başlayan, ardından ilgili alanda atrofiye kadar varabilen kas güçsüzlüğüyle karakterize nadir bir hastalıktır. Burada servikal brachial plexusun tümünün etkilendiği Parsonage -Turner Sendromu tanısı konulan erişkin bir hasta sunulmaktadır.

Olgu:
Özgeçmişinde 20 yıldır IDDM (+) olan 69 yaşındaki erkek hasta, sol omuzundan başlayıp tüm kola yayılan ağrı ve güçsüzlük şikâyetiyle müracaat etti. Şikayeti 1 yıl önce aniden sol koluyla ters bir hareket yapmasından sonra başlamıştı. Önce şiddetli ağrı ve bunun takiben1 hafta sonra sol kolunu kaldıramama, sol omzundan koluna yayılan uyuşma ve zamanla eline kadar varan güçsüzlük eşlik etmişti. Bu şikayetle gittiği merkezlerce yapılan Servikal-Omuz MRG'lerinde, Servikal plexus MR'sinde objektif patolojik bulgu tespit edilmeyince NSAİİ ilaçlar verilerek fizik tedavi programına alındığı öğrenildi. Yaklaşık 3 aylık tedaviden hiçbir fayda görmemişti. Bize müracaatındaki nörolojik muayenesinde; sol omuz abduksiyonda kas gücü kuvveti 3/5 düzeyinde, sol deltoidde ve infraspinatusta atrofi, sol kolda duyu azalması, ön kol fleksiyon kaslarında ve sol el bileği dorsofleksiyonunda 3/5 düzeyinde kuvvet kaybı tespit edildi. Elektrofizyolojik incelemede, sensorıo-motor polinöropati zemininde sol üst extremitede servikal brachial plexusun tamamının etkilendiği kronik parsiyel aksonal hasarlanma tespit edildi. Klinik bulgular eşliğinde idiyopatik brakial plexit (Parsonage-Turner Sendromu) düşünüldü. Alfalipoik asit 600 mg/gün ve pregabalin (tedricen artırılarak, 300mg/gün) tedavisine destekleyici takviyelerle tekrar fizik tedaviye yönlendirildi.

Tartışma Ve Sonuç:
Parsonage-Turner Sendromu nadir görülür fakat özellikle altta yatan herhangibir neden tespit edilemeyen idiyopatik, tek taraflı omuz ve kolda ani başlayan ağrı ve güçsüzlük durumunda akla gelmelidir.

EP - 203 AKUT İNME KLİNİĞİ İLE BAŞVURAN BİR SEREBRAL MUKORMİKOZİS OLGUSU

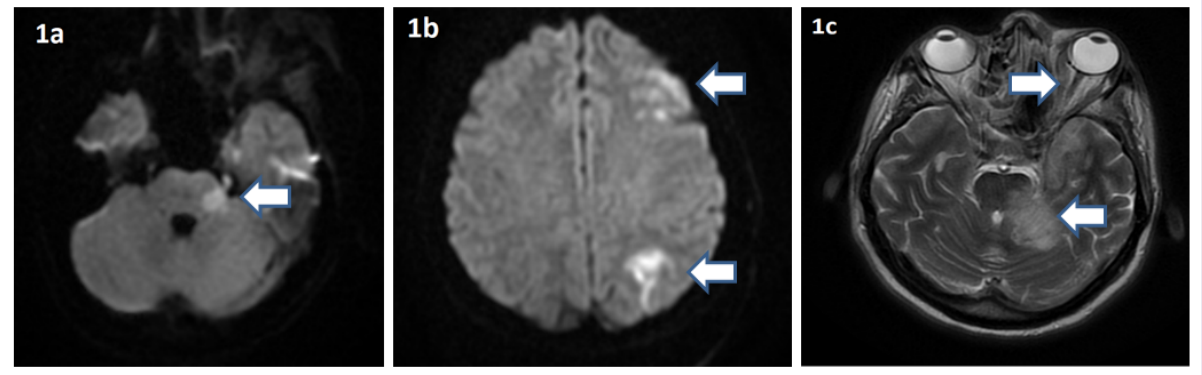
GÖZDE BARAN [1], FEYZULLAH YADİ [1], ESRANUR SANCAR [1], AYŞE ŞABAPLI ÇETİN [2], DENİZ TURAN [3], ŞEVKİ ŞAHİN [1]

[1] SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, SANCAKTEPE E.A.H. NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, SANCAKTEPE E.A.H. ENFEKSİYON HASTALIKLARI VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ KLİNİĞİ
[3] İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İSLAB-2 BÖLGE MERKEZ MİKOLOJİ LABORATUVARI

Giriş:
Mukormikoz; rinoserebral, pulmoner, gastrointestinal, subkutanöz ve nadiren de dissemine olarak farklı formlarda ve daha çok immünsüpresif olgularda karşımıza çıkabilen fırsatçı bir enfeksiyondur. Rinoserebral mukormikozisde orbital sellülit, kavernöz sinüs sendromu ve merkezi sinir sistemi tutulumu olabilir. Genelde tablo subakut olup günler içerisinde ilerler. Fatal seyredebilen bu hastalık nadiren inme ile karıştırılır.

Olgu:
Tip I diyabetes mellitus tanılı 38 yaşındaki kadın, sol göz hareketlerinde kısıtlılık, göz kapağında düşüklük ve uykuya meyil ile getirildi. Bir ay önce dişini çektirdiği bölgede apse geliştiği öğrenildi. Nörolojik muayenesinde, solda total oftalmoplejisi olan hastanın, şuuru konfüze ancak oryantasyonu tamdı. Sağda Babinski işareti pozitifti. Bunun dışında patolojik refleks veya lateralizan bulgu saptanmadı. Difüzyon manyetik rezonans görüntülemesi (MRG)'sinde pons sol yarımında ve serebellar pedinkülde difüzyon kısıtlılığı izlendi (**Resim1a**). Ektrokardiografisi normal sınırlarda bulunan hastaya 100 mg asetil salisilik asit başlandı. Laboratuvar incelemesi diyabetik ketoasidoz ile uyumlu bulundu. Yatışının 8. saatinde sağ üst ve alt ekstremite kas gücü, 1/5 düzeyine geriledi. Kontol MRG'de, sol parietal ve frontal lobda yeni difüzyon kısıtlılıkları izlendi **(Resim 1b).** Takiplerinde saturasyonu düşen hasta entübe edildi. Ağız bölgesindeki yaradan yapılan biyopsi ile mukormikozis tanısı kondu. Tedavisine, Amfoterisin B 10mg/kg eklenen hastanın yeni MRG'sinde lezyonların maksiler sinüsden, orbitaya ve infra-supratentoriel bölgelere yayıldığı görüldü (**Resim1c**). Hastanın maksiler sinüsü ve orbita tabanını eksize edildi **(Resim 2).** Hasta yatışının 20. gününde kaybedildi.

Sonuç:
Rinoserebral mukormikoz, damak veya sinüslerde nekrozla başlar, orbita ve beyin dokularına yayılır. Olgumuzda olduğu gibi nadiren serebral görüntülemeler inme ile karışıklığa yol açabilir (1). Ancak ayrıntılı muayene ve hızlı tedavi kararı hastaların sağlığını olumlu yönde etkileyebilir.



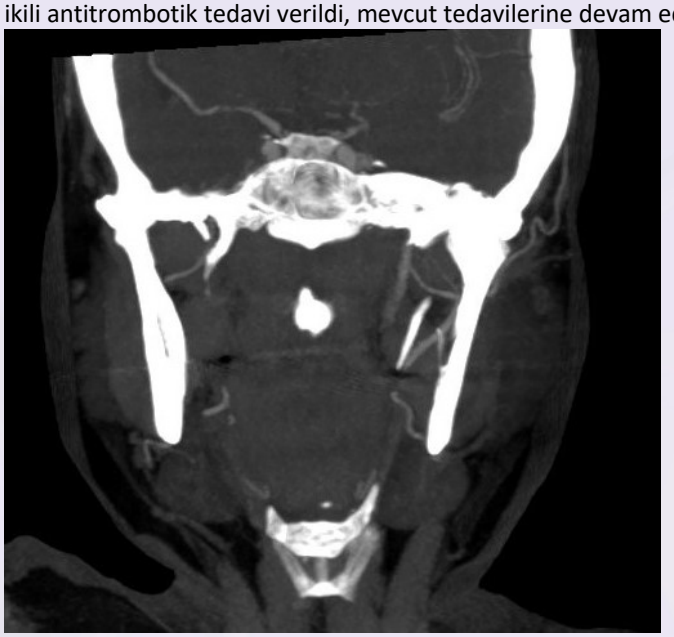
EP - 204 REVERSİBL SEREBRAL VAZOKONSTRİKSİYON SENDROMU

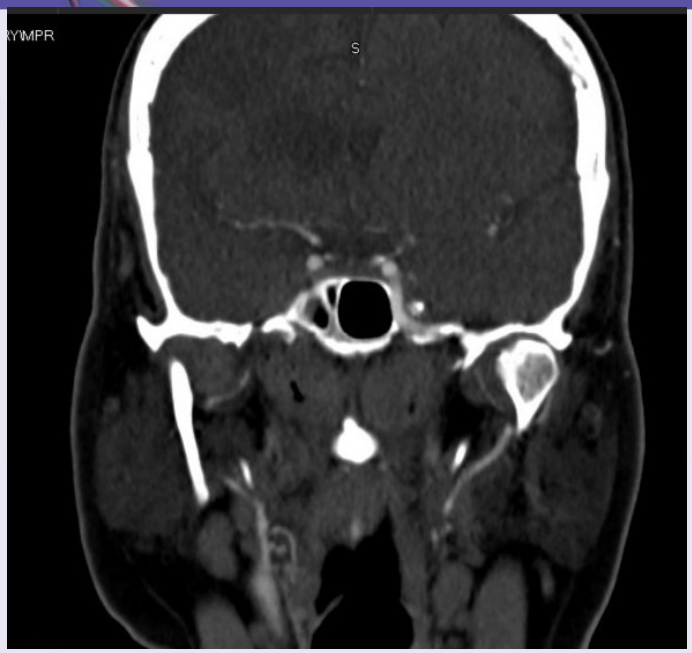
TAHSİN GÜNDÜZALP

BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

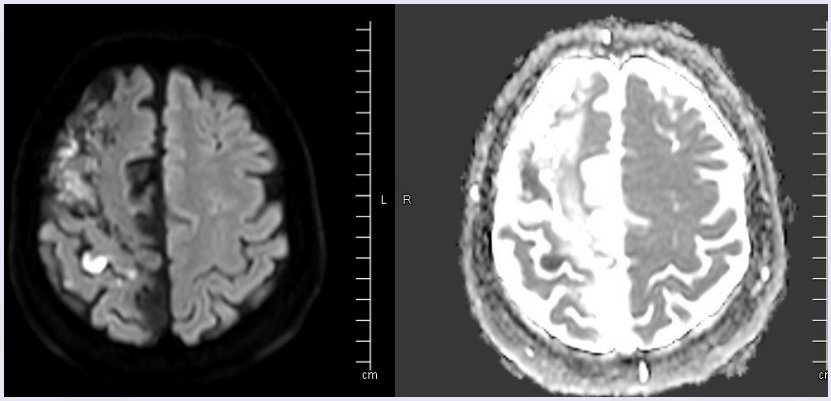
Giriş & Amaç:
Reversibl serebral vazokonstriksiyon sendromu(RSVS), intravasküler tonus değişikliklerinin yol açtığı yaygın ve geçici bir serebral vazospazm tablosudur. Hormonal değişimler, vazokonstriktif ajanlar, tümörler, metabolik ve vaskulitik nedenler sonucu oluşur, fokal nörolojik defisitlere, akut iskemik ve hemorajik inmelere yol açar.
Bu olgu sunumunda onbeş aylık takip süresince altı defa tekrarlayan iskemik inme geçiren ve RSVS olduğu düşünülen bir hastanın klinik ve görüntüleme bulguları eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

Vaka Sunumu:
57 yaş kadın hasta acile sol kolda uyuşma ve güçsüzlük şikayeti ile başvurdu. Koroner arter hastalığı, diabet ve hipertansiyon öyküsü olan hastanın onbeş ay içerisinde altı defa iskemik inme geçirdiği öğrenildi. Hastanın antidiabetik, antihipertansif (diltiazem) ve ikili antitrombotik (asetilsalisilik asit+ klopidogrel) ilaçlarını düzenli kullandığı öğrenildi.
Nörolojik muayenesinde bilinç açık, koopere, oriente, konuşması doğal, kas gücü sol üst ekstremitede -3/5, sol alt ekstremitede -4/5 düzeyinde idi, sol TCR ekstansördü.
Hastanın çekilen beyin BT de sağ ACA ve MCA arter alanlarında multipl kortikal ve subkortikal yerleşimli kronik enfarktlar mevcuttu. Diffüzyon MR da sol MCA alanında akut enfarkt gözlendi. Hastanın beyin ve karotis BT anjiografide her iki CCA bulbusunda en belirgin yerde sağ ICA lümeninde yaklaşık %20-30, solda %40 darlığa neden olan mikst plaklar izlendi. Transtorasik ve transözafagial ekokardiyografi normal sınırlar içinde idi. Ritm holterde atrial fibrilasyon saptanmadı. Vaskülit betirteçleri normal sınırlar içindeydi. Lomber ponksiyonda hücre saptanmadı, BOS biyokimyası normaldi. Dijital substraksiyon anjiografi yapıldı, vaskülit/ateroskleroz lehine bulgu gözlenmedi. Trombofili panelinde MTHFR,F13,PAI serpine,FV leiden heterozigot saptandı. Yatışı sırasında hastaya ikili antitrombotik tedavi verildi, mevcut tedavilerine devam edildi.





Hastanın farklı tarihlerde çekilmiş baş-boyun bt anjiolarında sağ middle cerebral arterin normal akımlı ,stenotik akımlı koronal kesit görüntüleri.



Öykudeki mca enfarktına bir örnek olarak difüzyon/adc görtülemesi.

Tartışma& Sonuç:

Son 15 ay içinde 6 kez rekürren iskemik inme ile kliniğimizde takip edilen hasta 2-3 ay ara ile, sol hemiparezi atakları ile acile başvurmuş, sağ İCA dallarını tutan farklı zamanlarda farklı enfarkt alanları nedeniyle yatırılmıştır. Hastanın düzenli antititrombotik tedavi kullanımı mevcuttur. Hasta sol hemiparezi ile acile başvurmuş, kısa sürede parezisi düzelmiş, her seferinde sekelsiz taburcu olmuştur. Geçmişe dönük görüntüleme yöntemleri incelendiğinde hep sağ hemisfer enfarktları (sıklıkla sağ MCA enfarktı) geçirmiş olduğu, anjiografik tetkiklerinde proksimal ICA ve CCA'da anlamlı stenoz bulgusu izlenmemekle birlikte tetkiklerin bir kısmında sağ MCA distal dallarında kontrast madde geçişinde azalma ve sonraki görüntülerde normal olduğu izlenmiş, DSA da anlamlı hiçbir darlık saptanmamıştır.Bu bulgular hastada etyolojide RVCS olabileceğini düşündürmüştür.

EP - 205 İSKEMİK İNMEYE BAĞLI İZOLE ALT EKSTREMİTE MONOPAREZİSİ: ÜÇ FARKLI ANATOMİK BÖLGE ENFARKTI

ÜMMÜGÜLSÜM KADIOĞLU , FATİH ÇEKİM , HASAN DOĞAN , MUSTAFA ONUR YILDIZ , BİLGE PİRİ ÇINAR , ÇETİN KÜRŞAD AKPINAR

SAMSUN ÜNİVERSİTESİ SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ AD, SAMSUN, TÜRKİYE

Giriş:
İskemik inme kliniğinde genellikle hemiparezi tabloya eşlik ederken nadiren monoparezi ile seyreder. Daha çok kortikal lezyonlarda görülür. Kliniğimize üç farklı anatomik bölgenin etkilenmesine bağlı izole bacak güçsüzlüğü ile başvuran üç olgu sunulmuştur.

Olgu-1: 72 yaşında kadın hasta sabaha karşı gelişen sol bacakta güçsüzlük yakınması ile acil servisimize başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon, diyabetes mellitus, koroner arter hastalığı vardı. Muayenesinde sol alt ekstremite 1/5 kas gücü olması dışında bulgusu yoktu. Difüzyon MR da presantral gyrusun verteks düzeyinde akut enfarkt izlendi.
Olgu-2: 62 yaş erkek hasta 8 saattir olan sol bacakta güç kaybı şikayeti ile acil servise başvurdu. Muayenesinde sol alt ekstremite 3/5 kas gücü olması dışında bulgusu yoktu. Difüzyon MR da sağ pons akut enfarktı izlendi.
Olgu-3: 68 yaşında erkek hasta 2 gündür olan sol bacakta güçsüzlük yakınması ile acil servisimize başvurdu. Sol alt ekstremitede 4/5 kas gücü dışında nörolojik muayenesi doğaldı. Difüzyon MR da sağ talamusta akut enfarktı izlendi.

Sonuç:
Santral lezyonlara bağlı monoparezi somatotropik motor temsil ayrımı belirgin olan kortikal etkilenme daha sık beklense de kortikospinal yol boyunca herhangi bir lokalizasyondaki lezyon monopareziye neden olabilir.203 inme hastasının incelendiği bir yayında monoparezi %2,5 oranında saptanmıştır. Literatürde beklenenin aksine monoparezi ile başvuran ve inme tanısı almış hastaların sadece %31,4 ünde kortikal lezyon saptanmıştır. Kortikospinal yolun alt ekstremiteyi innerve eden motor lifleri presantral gyrusun verteks düzeyindeki korteksten başlayıp kapsula internanın arka bacağı ve pons ventralinden geçerek ilerler. Bu bölgelerde etkilenme olması monoparezi ile ortaya çıkabilir. Kortikospinal yolun seçici etkilenmesine bağlı olarak monoparezinin göürlebileceği akılda bulundurulmalı ve enfarkt yeri olarak sadece kortikal bölgeye odaklanılmamalı.

EP - 206 ANTİ-NÖTROFİL SİTOPLAZMİK ANTİKOR İLİŞKİLİ VASKÜLİTİK NÖROPATİ: OLGU SUNUMU

ZELİHA GÜNEŞ , ZELİHA MATUR

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ

Amaç:
Anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) ilişkili vaskülit, sık görülen bir mononöritis multipleks nedenidir. Bu bildiride ANCA ilişkili vaskülite bağlı nöropati tanısı alan 71 yaşında kadın hasta sunulmuştur.

Yöntem:
Hasta, dört ay önce sağ bacakta diz altında uyuşma ve güçsüzlük ile başlayıp 1 ay içinde sola bacağa ve ilerleyerek kollara geçen uyuşma, kaslarda güçsüzlük ve inceleme, yürüme güçlüğü; iştahsızlık, kilo kaybı nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde interstisyel akciğer hastalığı mevcuttur. Muayenesinde kaşeksi, ellerde çomak parmak, sağ tibia üzerinde yanık izi; sağ alt ekstremitede ve distallerde baskın, asimetrik kas güçsüzlüğü ve kas atrofisi, distalde baskın eldiven-uzun çorap tarzı duyu kusuru, altta baskın derin duyu bozukluğu saptandı. EMG incelemesinde subakut dönemde aksonal kayıpla seyreden asimetrik polinöropati (konfluens gösteren mononöropati multipleks) ile uyumlu bulgular saptandı.Sural sinir biyopsisinde progresyonu süren ağır aksonal nöropati ve kas biyopsisinde nörojenik tutulum bulguları gösteren kas dokusu bulguları görüldü.
p-ANCA pozitif, c-ANCA negatif, lupus antikoagülanı pozitif, antikardiyolipin antikor pozitif bulundu. 24 saatlik idrar immünfiksasyon elektroforezinde kappa ve lambda hafif zinciri mevcuttu. Toraks BT'de akciğerlerde bilateral yaygın bal peteği görünümü ve buzlu cam alanlarının eşlik ettiği parankim tutulumu vardı.Romatoloji konsültasyonu sonucunda Sjögren+ANCA ilişkili vaskülit tanısı konuldu. Mikofenolat mofetil 2000 mg/gün, hidroksiklorokin 200 mg/gün, rituksimab 1,5 gr tedavisi ile klinik tablosunda kısmi düzelme başladı.

Sonuç ve Tartışma:
Vaskülitler, mononöritis multipleks ayırıcı tanısında akla ilk gelen tanı olmalıdır. İnterstisyel akciğer hastalığı bilinmesine rağmen bu hastanın tanısı 4 ay gecikmişti. Multidisipliner yaklaşım ve erken tanı, hastalığın morbiditesinin azalmasını sağlayacaktır.

EP - 207 HOMOZİGOT ALS 2 PATOJENİK VARYANTI TESPİT EDİLEN HEREDİTER SPASTİK PARAPAREZİ OLGUSU

FATMA ŞİMŞEK , ABDULKADİR KURT , MUSTAFA CEYLAN

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ AD, ERZURUM

Amaç:
Herediter spastik paraparezi (HSP) nadir görülen, alt ekstremiterlerde ilerleyici spastik zaaf ile kendini gösteren genetik geçişli bir hastalıktır. Hastalarda epilepsi, mental retardasyon, optik atrofi, ataksi, ekstrapiramidal bulgular ve işitme kaybı gibi bulgular görülebilir. Akraba evliliklerinin devam ettiği ülkemizde genetik danışmanlık verilmesi açısından bu hastalıklara tanı konulması ayrı bir öneme sahiptir.

Olgu Sunumu:
Lise mezunu olan 25 yaşındaki kadın hasta 6-7 yıldır olan ve gittikçe progresyon gösteren yürüme ve konuşma bozukluğu nedeni ile polikliniğimizde değerlendirildi. Nörolojik muayenede; bilinç açıktı, afazi nedeni ile sorulanlara cevap veremiyordu fakat koopere idi. Sürekli istemsiz gülmeleri ve ağızdan salya akması vardı. Alt ekstremitede bilateral spastisitesi vardı, alt ekstremitede derin tendon refleksleri canlı alınıyordu, ataksisi vardı ve bilateral taban cildi refleksi ekstansördü. Anne ve baba amca çocuklarıydı. Ailede benzer kliniğe sahip hastalık öyküsü olan kişi tariflemiyorlardı. Psikiyatri tarafından yapılan zeka testinde sınırda mental kapasite olarak değerlendirilmişti. Hastanın beyin ve spinal manyetik rezonans görüntülemeleri normaldi. Göz, kulak ve kardiyoloji muayenesi normal olarak değerlendirildi. Wilson açısından yapılan tetkikler normaldi. Çekilen elektromiyografi normaldi. Hasta tam gen analizi için yönlendirildi ve hastada infantil başlangıçlı otozomal resesif geçiş gösteren spastik paralizi ile ilişkili homozigot ALS 2 patojenik varyantı tespit edildi.

Sonuç ve Tartışma:
HSP insidansı 1-10/100.000'dir. Hastalara semptomatik tedaviler uygulanmaktadır. Akraba evlilikleri nedeni ile görülme riski artan genetik hastalıklar nadir görülseler de tedavisi mümkün olmayan durumlarla sonuçlandığı için ailelere genetik danışmanlık verilmesi önemlidir.

EP - 208 PARANEOPLASTİK DİSTONİ

MELİH İĞCİ , ŞÜHEDA ÇALAK , HASAN DOĞAN , MUSTAFA ONUR YILDIZ , BİLGE PİRİ ÇINAR , ÇETİN KÜRŞAD AKPINAR

SAMSUN ÜNİVERSİTESİ SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ AD, SAMSUN, TÜRKİYE

Giriş:
Paraneoplastik hareket bozuklukları malign neoplazmların nadir görülen, otoimmün aracılı, metastatik olmayan komplikasyonlarındandır. En sık görülen hareket bozuklukları kore, distoni, opsoklonus-miyoklonus sendromu, stiff person sendromu ve nöromiyotonidir. Bu olguda Anti-yo pozitif olan muhtemel paraneoplastik jeneralize distoni olgusu sunulmuştur.

Olgu:
Bilinen çölyak hastalığı olan 41 yaşında kadın hasta konuşmada bozulma, ellerde titreme ve kasılma şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Nörolojik muayenede dilde sola deviasyon, tortikollis, sol üst ve alt ekstremite kas gücü 4+/5 ,sol taraf yüz dahili hipoestezi, derin tendon refleksleri hiperaktif, jeneralize distoni saptandı. Yapılan kraniyal görüntülemelerde bir özellik yoktu. Etiyolojik araştırma için yapılan tetkiklerde ca-125 yüksekliği saptandı. Paraneoplastik panelde Anti-yo pozitifti. Altta yatan malignite gösterilemedi.

Sonuç:
Anti-yo purkinje hücrelerine karşı oluşan bir antikor olup daha çok paraneoplastik serebellar dejenerasyon ile ilişkisi bilinmektedir. Diğer yandan anti- NMDAR ensefaliti gibi otoimmün ve paraneoplastik durumlarda distoninin görülebileceği bilinmektedir. Literatürde anti-yo ve jeneralize distoni ilişkisine dair yeterli veri mevcut değildir. Anti-yo antikorunun serviks, over ve meme kanserleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu olgumuz ile distoni ile başvuran hastalarda paraneoplastik ve otoimmün etiyolojinin mutlaka akılda tutulması gerektiğini ve böylece olası malignitenin erken teşhisine fayda sağlayabileceğini vurguladık . Paraneoplastik distoni tanılı hastalar da, altta yatan malignitenin tedavisi ile distoni tedavi edilebilir.

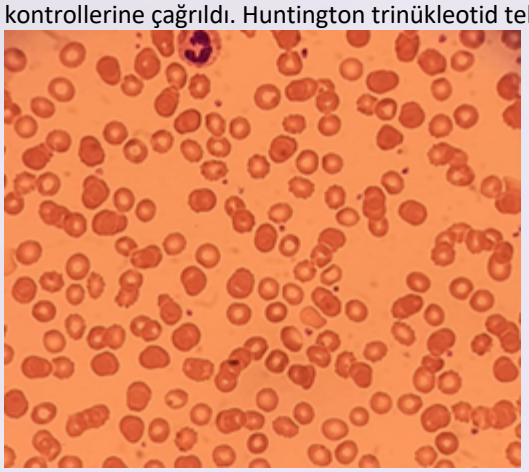
EP - 209 PSİKİYATRİK BELİRTİLERLE VE HAFİF DEMANSİF SEMPTOMLARLA BAŞLAYAN BİR NÖROAKANTİSOZ OLGUSU

BERİL KARACAN , OZAN ARSLAN , FATMA GENÇ , AYLİN YAMAN

ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Nöroakantositoz, dikensi kırmızı kan hücreleri (akantositler) ve progresif nörolojik gerilemenin bir kombinasyonuyla sonuçlanan bir grup kalıtsal genetik bozukluğu ifade eder. [1] Nörolojik tablo hastalıklar arasında büyük farklılıklar gösterebilir ve hareket bozuklukları, nöropati, psikiyatrik semptomlar, nörobilişsel dejenerasyon ve nöbetlerin ortak karakteristik özelliklerini içerebilir. [2] Kore-Akantositoz, McLeod Sendromu, Huntington benzeri Hastalık 2 olmak üzere birçok spesifik hastalık grubunu içerir. [3]

Olgu Sunumu:
65 yaş kadın hasta Nöroloji polikliniğine akut başlangıçlı sağda istemsiz hareketler, sinirlilik ön planda olmak üzere; anlamsız konuşma ve unutkanlık şikayetleriyle başvurdu. Hastanın özgeçmişinde Psikiyatri takipli olduğu ve Essitalopram kullanımı olduğu görüldü. Geliş muayenesinde sağ tarafta hafif ballistik ve koreiform hareketler, yüzde perioral tik tarzı istemsiz atımları mevcuttu. Kısmi oryantasyon ve kooperasyon kaybı mevcuttu. Mevcut semptomlarının hastanın halasında da olduğu öğrenildi. Koreiform hareket bozukluğu, kişilik bozukluğu, hafif demansif semptomlar olması nedeniyle Huntington Hastalığı, Creutzfeld-Jacob Hastalığı(CJD), Nöroakantositoz ön tanılarıyla etiyoloji amaçlı yatışı verildi. Hastaya Kontrastlı Beyin Manyetik Rezonans(MR), Elektroensefalografi(EEG), lomber ponksiyon(LP) ve Mini-Mental Durum Değerlendirmesi(MMSE) yapılması planlandı. Hastaya dış merkezde başvuru öncesi hareket bozukluğu için Amantadin 100 mg 2x1 başlanmış ancak hasta fayda görmemiş. Amantadin kesilerek Olanzapin 2.5 mg 1x1 tedavisine geçildi. EEG'de sol temporal bölgede keskin karakterli yavaş dalgalar gözlendi. MMSE: 21 olarak ölçüldü. Kontrastlı Beyin MR'da anlamlı bulgu izlenmedi. Yapılan LP'de açılış basıncı: 20 mm H20, eş zamanlı kan şekeri: 110 mg/dl, Beyin omurilik sıvısı(BOS) direkt bakıda beyaz küre(WBC): 7/mm3, eritrosit(RBC): 0/mm3'tü. Total protein 72.9 g/dl, Albumin: 295.5'ti. Menenjit panelinde sadece Brucella IgM+'liği görüldü. Dış merkeze CJD paneli, otoimmün/paraneoplastik panel gönderildi. Dış merkez tetkikleri normaldi. Brucella Igm+'liği açısından enfeksiyon hastalıkları görüşü alındı. Tek başına anlamlı kabul edilmedi. Hastanın takiplerinde Olanzapin 2.5 mg ile kısmi yanıt izlendi. Olanzapin dozu 5 mg/güne artırıldı. Olanzapin 5 mg 1x1 ile koreiform hareketlere tam yanıt alındı. İleri yaş psikozu açısından psikiyatri görüşü alındı. Daha öncesinde kaygı bozukluğu tanısı olan hastaya mevcut koreiform hareketleri açısından organik ekartasyon önerildi. Yapılan Elektromiyografide(EMG) nöropatik tutulum izlenmedi. Huntington Hastalığı açısından genetiğe yönlendirildi. Nöroakantositoz açısından periferik yayma ile hematoloji görüşü alındı. Hastanın periferik yaymasında yaygın akantosit görüldü. Hastanın takiplerinde Olanzapin 5 mg 1x1 ile koreiform hareketleri görülmedi. McLeod Sendromu, kalp tutulumu açısından Kardiyoloji görüşü alındı. Yapılan incelemelerde kardiyomiyopati ve aritmi saptanmadı. Hematoloji, Nöroloji, Kardiyoloji poliklinik kontrollerine çağrıldı. Huntington trinükleotid tekrar dizilimi genetik tetkik sonucu takip ediliyor.



Sonuç:
Nöroakantositoz periferik yaymada akantositlerin görüldüğü, kliniğinde psikiyatrik belirtilerin ve hareket bozukluğunun izlendiği nadir görülen, multisistemik, nörodejeneratif bir hastalıktır. Hastalığın kesin bir tedavisi olmamakla beraber, genetik geçiş açısından danışmanlık verilmesi önem arz etmektedir. Psikiyatrik semptomlarla başlayan, koreiform hareketleri olan ve periferik yaymada yaygın akantosit görülen Nöroakantositoz hastamızı sizinle paylaşmak istedik.

1. Jung HH, Danek A, Walker RH. Neuroacanthocytosis syndromes. Orphanet J Rare Dis. 2011 Oct 25;6:68. [PMC free article] [PubMed]
2. Shah JR, Patkar DP, Kamat RN. A case of McLeod phenotype of neuroacanthocytosis brain MR features and literature review. Neuroradiol J. 2013 Feb;26(1):21-6. [PMC free article] [PubMed]
3. Peikert K, Dobson-Stone C, Rampoldi L, Miltenberger-Miltenyi G, Neiman A, De Camilli P, Hermann A, Walker RH, Monaco AP, Danek A. *VPS13A* Disease. In: Adam MP, Mirzaa GM, Pagon RA, Wallace SE, Bean LJH, Gripp KW, Amemiya A, editors. GeneReviews® [Internet]. University of Washington, Seattle; Seattle (WA): Jun 14, 2002. [PubMed]

EP - 210 HİPOKSİK TREMOR: ÇOK NADİR BİR OLGU SUNUMU

ÖMER ELÇİ [1], ESRA ÜNAL [1], OĞUZHAN TURHAN [1], AYŞE POLAT ZAFER [1], TÜRKAN ACAR [2]

[1] SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] SAKARYA ÜNİVERSİTESİ, NÖROLOJİ A.D.

Giriş:
Beyin dokusunda perfüzyonu etkileyen çeşitli klinik durumlar sonrası santral oksijen alımının azalmasına bağlı hipoksik iskemi gelişebilir. Hipoksik iskemiye bazal ganglia, talamus, serebral korteks ve serebellum beyindeki diğer bölgelere göre daha duyarlıdır. Hipoksik-iskemik etyolojilere bağlı gelişen santral hasara bağlı etyolojiler görülen klinik durumlarda tremor çeşitlerinin yanı sıra parkinsonizm, kore, distoni gibi hareket bozuklukları da görülebilmektedir. Bu yazıda post cpr hipoksi öyküsü olan ve fokal nöbet ile karışabilecek hipoksik tremor olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu:
Olgumuzda, 62 yaş kadın hasta solunum yetmezliği, nefes darlığı sonrası gelişen kardiyak arrest ile acil servise getirilmiştir. 12 dakika kardiyopulmoner resüsitasyon (cpr) öyküsü olan hastanın özgeçmişinde hipertansiyon (HT) ve kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) tanıları mevcuttu. Post-cpr sonrası gelişen hipoksik-iskemi nedeniyle yüzünde oluşan atımlar ve sağ elde başlayan kasılma, titreme görülmesi üzerine takip edildiği klinikte levetirasetam (LEV) 500 mg 2x1 iv tedavi başlanmış. Ancak değişiklik olmaması üzerine tarafımıza konsülte edilen hastanın nörolojik muayenesinde yüz sağ yarımında ve sağ kolda atımlar olduğu görüldü. Yapılan nörogörüntülemelerinde bilateral bazal ganglionlarda hipodens alanlar izlendi ve hastada serebral hipoperfüzyona bağlı hipoksik tremor düşünüldü. Antiepileptik tedavi kesilerek serebral hipoperfüzyondan kaçınılması önerildi.

Tartışma-Sonuç:
Hipoksik iskemik durumlara bağlı gelişen santral hasar kaynaklı görülen klinik durumlarda tremor çeşitlerinin yanı sıra parkinsonizm, kore, distoni gibi hareket bozuklukları görülebileceği bilinmektedir. Hipoksik kalınan sürenin uzunluğuna bağlı olarak etkilenimin farklı derecelerde olabileceği akla gelmelidir. Bir hastada gelişen istemsiz hareket bozukluğunda tremorun; sarsıntılı olmaması, ritmik, salınımlı ve devamlılık gibi özelliklere sahip olması fokal nöbetle ayrıcı tanıda yardımcı olacağı unutulmamalıdır.

EP - 211 AKUT ATEROTROMBOTİK İNMEDE STRES HİPERGLİSEMİ ORANI VE MONOSİT HDL ORANININ İNME ŞİDDETİ ÜZERİNE ETKİSİ

BÜŞRANUR OĞUZ SELÇUK , CANDAN MERVE YERLİGÜL , ELİF GÖZDE TÜREDİ KARABULUT , MUSTAFA ÜLKER , RAHŞAN KARACI , FÜSUN MAYDA DOMAÇ

ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
İnflamasyon, ateroskleroz gelişimi, plak instabilitesi ve plak rüptürünün tetiklenmesini içeren mekanizmalar yoluyla serebrovasküler hastalıkların patogenezinde rol oynar. Yapılan çalışmalarda; monosit sayısının HDL'ye oranı (MHO) ve akut (giriş glikoz seviyesi) ve glikozile hemoglobin (HbA1c) değerinin birleşimiyle hesaplanan stres hiperglisemi oranının (SHO) inflamasyon ve ateroskleroz üzerindeki etkisi dikkat çekmektedir. Bu çalışmada; akut aterotrombotik inmede SHO ve MHO'nun inme şiddeti üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmamıza, son 5 yıl içinde akut iskemik inme tanısı ile nöroloji kliniğinde yatırılan aterotrombotik inme etyolojisi olan tüm hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların stres hiperglisemi oranı (SHO) ve monosit HDL oranları (MHO) hesaplandı. İnme şiddetini değerlendirmek için Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Ölçeği (NIHSS) kullanıldı. Hafif (1-4), orta (5-15) orta-şiddetli (16-20) olmak üzere hastalar 3 gruba ayrıldı. Gruplar içinde SHO ve MHO ile inme şiddeti arasındaki korelasyon araştırıldı.

Bulgular:
Çalışmaya 101 kadın hasta ve 148 erkek hasta toplamda 249 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 68.71±.11.43 idi.Hastaların SHO 19.66±.5.48 ve MHO 0.015±0.007 olarak hesaplandı. Hastaların NIHSS göre düşük skoru olanlarda orta ve orta-şiddetli olanlara göre monosit/HDL oranları anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p<0.05$). SHO açısıdan NIHSS şiddetleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Sonuç:
Akut aterotrombotik inme tanısı ile takip edilen hastaların NIHS skorlaması ve prognozu değerlendirildiğinde, düşük NIHS skoru ve iyi prognozla seyreden hastalarda MHO anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Monosit/HDL oranlarının inflamasyon sürecinde yer alarak inme şiddeti ve dolaylı olarak mortalite ile ilişkili olabileceğini ve monosit /HDL oranının prognostik bir belirteç olarak kullanılabileceği düşünülmektedir.

EP - 212 AKUT İSKEMİK İNME SONRASI YENİ AF TANISI ALAN HASTALARDA İNME ŞİDDETİ VE REKÜREN İNME KRONİK AF HASTALARINDAN FARKLI MIDIR?

CEREN AYPERİ GÜNDOĞMUŞ , FATMA TUĞRA KARAARSLAN TÜRK , MİNE HAYRİYE SORGUN , ALİ CEM EKŞİ , HİLAL ÇÖKLÜ , NIJAT ABBASZADE , OĞUZHAN TAŞ , BERİL ÖZDEMİR , KURTULUŞ UMUT BOZKURT , CANAN TOGAY IŞIKAY

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Atriyal fibrilasyona (AF) bağlı iskemik inme gelişen hastalarda inmenin daha şiddetli ve fatal sonuçlandığı bilinmektedir. Diğer yandan daha ağır klinik bulgularla seyreden iskemik inme olgularında AF ve diğer aritmilerin de komplikasyon olarak daha sık gelişebileceği bilinmektedir. Çeşitli araştırmalarda akut iskemik inme hastalarının %7,8-36,2sine indeks inmeden sonra AF tanısı konulduğu bildirilmiştir. İnme sonrası yeni tanı alan AFli hastalar ile inmeden önce kronik AFsi olduğu bilinen hastalarda inme şiddeti ve prognoza ilişkin farklı sonuçlar bildirilmiştir. Bu çalışmada yeni tanı alan AFli hastalar ile kronik AFsi olanlar inme şiddeti, inme etyolojisi ve prognoz açısından karşılaştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Kliniğimizde Ağustos 2017 ve Aralık 2019 arasında akut iskemik inme veya geçici iskemik atak (GİA) tanısı alan ve inmeden önce bilinen veya inme sonrası saptanan AF'si olan 148 hastanın verileri retrospektif olarak analiz edildi. Hastaları "yeni tanı almış AF" ve "bilinen AF" olan hastalar olarak iki gruba ayırdık. Hastaların kayıtları incelenerek demografik verileri, risk faktörleri, başvuru Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Ölçeği (NIHSS) skorları ve taburculuk sonrası ilk kontrolde modifiye Rankin Skalası (mRS) skorları ile klinik seyirleri kaydedilmiştir. İnme subtipleri otomatize "Causative Classification System" kullanılarak sınıflanmıştır.

Bulgular:
Yeni tanı almış AFlilerin oranı %58.1 (86/148, ortalama yaş±SD=78.1±9.2, kadın/erkek=39(%45.3)/47(%54.7)) idi. Yeni tanı alan AFli hastalarda diabetes mellitus tanısı daha fazla iken, bilinen AF'li hastalarda koroner arter hastalığı ve geçirilmiş inme öyküsü daha fazla idi ($p<0.05$). İki grubun CHA2DS2-VASc skorları arasında fark yoktu. Bilinen AF'li hastalarda başvuru NIHSS daha yüksek ve izlemde rekürren inme daha sıktı ($p<0.05$).

Sonuç:
Bizim serimizde bilinen AF'li hastaların daha fazla inme öyküsü olduğu, daha şiddetli inme geçirdikleri ve takiplerinde daha fazla rekürren inme geliştiği tespit edilmiştir. Bu sonuçlar yeni tanı almış AF'li hastalarla bilinen AF'si olan inme hastalarının farklı özellikler taşıdığını ve farklı yaklaşımlar gerektirdiğini ortaya koymaktadır. İnme sonrası "yeni tanı almış AF" li hastalarda inme şiddetinin ve tekrarının daha az olması, bu hastalarda inmeye sekonder geçici aritmi olasılığını akla getirmektedir. Bu hastalarda antitrombotik tedavi yaklaşımımız farklı olmasa da prognozun daha iyi olabileceği öngörülebilir.

EP - 214 SÜPER DİRENÇLİ STATUS EPİLEPTİKUS İLE İZLENEN YETİŞKİN BİR HASTADA ENDER GÖRÜLEN ETİYOLOJİ:PİRİDOKSİN EKSİKLİĞİ

JALE NEZERLİ , ETHEM MURAT ARSAVA , MEHMET AKİF TOPÇUOĞLU , NEŞE DERİCİOĞLU

HACETTEPE UNİVERSİTE HASTANESİ

Giriş:
Piridoksin bağımlı epilepsi (PBE), ilk kez 1954 yılında tanımlanan otozomal resesif geçişli bir rahatsızlıktır. Sıklıkla yenidoğan döneminde dirençli nöbetlerle başlar. Etkilenen bireylerde farklı nöbet tipleri ve sık status epileptikus (SE) öyküsü karakteristiktir. Hastaların %30'nda doğum asfiksisi öyküsü bulunabilir. Hastaların ömür boyu B6 vitamini kullanması gerekir. Bu bildiride süper dirençli SE nedeniyle yoğun bakım ünitemize (YBÜ) yatırılarak izlenen yetişkin bir PBE hastası sunulacaktır.

Olgu:
34 yaşında, bilinen Chiari tip-1 malformasyonu, perinatal hipoksi-kognitif etkilenme, tip-2 diyabet, astım ve PBE tanıları olan kadın hasta yüksek ateş ve sık bilateral tonik-klonik nöbetler nedeniyle acil servise başvurdu. Levetirasetam (LEV) 2x500 mg, klonazepam 2x1 mg ve Benexol® 1x1 tablet kullanmaktaydı. İlk 2 basamak tedaviye yanıt vermeyen hasta entübe edilerek YBÜ'ne yatırıldı ve IV anestezi infüzyonuna başlandı. Serebral enfeksiyon ekarte edilemediğinden risklere rağmen L/P yapıldı ancak sonuçlar normal saptandı. Midazolam, ketamin ve propofol infüzyonuna rağmen jeneralize konvulzif nöbetleri devam etti. Tüm çabalara rağmen piridoksin IV formu 3 gün sonra elde edilebildi. Süper dirençli SE tablosundaki hastada IV piridoksin (750 mg) infüzyonundan 7 dakika sonra nöbetler aniden sonlandı ve tekrarlamadı. Yüksek doz P.E. B6 vitaminine devam edilen hastada anestetikler azaltılarak kesildi. Hasta defisitsiz taburcu edildi.

Yorum:
PBE hastalarında serebral L-lizin yıkım yolağında a-aminoadipik semialdehit dehidrojenaz (antikitin) enziminde (ALDH7A1 geni) defekt bulunmaktadır. Hastalar için kesin bir piridoksin idame doz önerisi yoktur. Ateşli hastalık sırasında nöbetlerin artabileceği bildirilmiştir. Hastamızda piridoksin ile SE'un ani sonlanmasının dirençli SE'tan piridoksin eksikliğinin sorumlu olduğunu düşündürmektedir. Özellikle ateşli hastalık döneminde PBE hastalarında piridoksin ihtiyacının artabileceği ve temin edilememesi halinde hastalarda dirençli SE'un gelişeceği akılda tutulmalıdır.

EP - 216 BEŞ FARKLI OLGU IŞIĞINDA TRİGEMİNAL NEVRALJİYE ETYOLOJİ TEMELLİ TANI VE TEDAVİ YAKLAŞIMI

ONUR ANIL MUTLU , SABAHATTİN SAİP

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Trigeminal nevralji (TN), trigeminal sinirin duyusal innervasyonunda (V_1, V_2, V_3) ortaya çıkan, şimşekvari, şiddetli ve kısa süreli paroksismal ağrılarla karakterizedir. Trigeminal sinirin vasküler yapılarla basıya uğraması temel nedensel faktör olmakla birlikte vasküler patolojiler, neoplaziler ve demiyelinizan hastalıklar da TN'ye yol açabilirler. Amacımız; TN ile başvurup farklı tanılar alan beş hasta üzerinden TN'de etyoloji araştırılmasını tartışmaktır.

Olgular:
Birinci olgu; 67 yaşında erkek,prostat kanseri tanılı hasta, sol V_2-V_3 trasesinde nevraljiyle başvurdu. Kontrastlı kraniyal manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) solda daha belirgin olmak üzere her iki trigeminal sinirde vasküler yapıların yakın komşuluk gösterdiği görüldü. İkinci olgu; 49 yaşında kadın, sağ yüz yarımında şimşekvari ağrılar nedeniyle çekilen MRGde sağ pontoserebellar köşe sisternasında trigeminal siniri komprese eden menenjiom saptandı. Üçüncü olgu; 56 yaşında kadın, 7 yıldır olan TN şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Çekilen MRGde trigeminal sinir intraaksiyal kesiminde, subkortikal ve periventriküler alanlarda lezyonlar izlendi. İleri tetkikler sonucu multipl skleroz (MS) tanısı aldı. Dördüncü olgu; 58 yaşında erkek, sol V_2 trasesinde şiddetli ağrıyla başvurdu. MRGde cavum Meckeli'de ve periventriküler alanlarda kontrastlanmalar izlenen hasta nörosarkoidoz tanısı aldı. Beşinci olgu; 62 yaşında kadın, meme kanseri tanılı hasta, sol V_3'teki ağrıları nedeniyle dış merkezde TN tanısı almıştı. Disfaji gelişmesi üzerine tarafımıza başvurdu. MRGde trigeminal sinirde cavum Meckeli'ye uzanan kontrastlanma izlendi. Beyin-omurilik sıvısı incelemesiyle metastaz saptandı.

Sonuç:
TN; idiyopatik, klasik ve sekonder olarak sınıflandırılabilir. Klasik TN vasküler bası kaynaklıyken sekonder TN'ye vasküler malformasyonlar, neoplaziler ve demiyelinizan hastalıklar yol açabilir. TN ile başvuran hastalarda anamnez ve fizik muayene, görüntüleme yöntemleri ve ileri tetkiklerle sekonder sebeplerin saptanması ya da dışlanması büyük önem taşımaktadır.

EP - 217 TEKRARLAYAN MOTOR VE DUYUSAL SEMPTOMLARLA BAŞVURAN RESLES OLGUSU

RABİA GAYRET , DÜRDANE AKSOY , BETÜL ÇEVİK , ORHAN SÜMBÜL , YUSUF KOÇAK , UĞUR KULU

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Giriş:
RESLES, Korpus kallozumun spleniyumunu tutan geri dönüşümlü lezyonların varlığı ile karakterize geniş bir hastalık spektrumu olan hastalarda bildirilmiştir ve geri dönüşümlü spleniyal lezyon sendromu (RESLES) olarak adlandırılır. RESLESin nörolojik semptomları nöbet, konfüzyon, deliryum, anormal konuşma, kas güçsüzlüğü, oftalmopleji, fasiyal sinir felci, bulanık görme ve baş ağrısı ile karakterizedir. Semptomların başlamasından sonraki bir ay içinde herhangi bir sekel olmadan tamamen iyileşirler. Burada kısa süreli Nörolojik semptom ve bulguları sonrasında RESLES tanısı alan bir kadın hasta sunulmuştur.

Olgu:
Bilinen herhangi bir hastalığı olmayan 41 yaşında kadın hasta vücutta ve ekstremitelerde yaygın uyuşma, güçsüzlük, halsizlik, yüz yarısında seğirme yakınmalarıyla kliniğimize başvurdu. Hasta günlük aktiviteleri sırasında birden konuşmakta zorlanmış, yerinden kalkıp yürüyememiş, yüzünde kasılma olmuş, yaklaşık yarım saat sonra tamamen normale dönmüş. Ancak ertesi gün aynı yakınmalar tekrarlamış, İdrar gaita inkontinansı, çenede kilitlenme morarma, bilinç kaybı olmamış.Kliniğimize geldiğinde hastanın Nörolojik muayenesi normal sınırlarda değerlendirildi, öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Hasta Geçici İskemik Atak, Nöbet, Demiyelinizan hastalık ön tanılarıyla kliniğimize yatırıldı. Yapılan hemogram, tam biyokimya, tiroid fonksiyon testleri normaldi. Etyolojiye yönelik; Spinal MR görüntüleme, EEG, karotis vertebral doppler ultasonografisi, ritim holter tetkiklerinde anormallik saptanmadı. Diffüzyon MR görüntülemesi " Diffüzyon ağırlıklı serilerde korpus kallozum spleniumda hiperintens "RESLES" ile uyumlu fokal sinyal değişikliği alanı mevcuttur." şeklinde değerlendirildi. Yapılan kontrastlı beyin MR görüntülemelerinde nonspesifik gliotik ak madde lezyonlar dışında ek bulgu yoktu. Takiplerinde hastanın kliniğinde tekrarlama olmadı. Bir ay sonraki görüntülemesinde RESLES olarak değerlendirilen lezyon tamamen kaybolmuştu.

Tartışma:
Burada klinik ve radyolojik olarak RESLES tanısı konulan bir kadın hasta sunuldu. Yapılan tetkiklerinde herhangi bir etyoloji tespit edilemedi ve takibe alındı. RESLES, korpus kallosumun spleniumunda yer alan, geri dönüşümlü MRI' da splenium orta hattında iyi sınırlı lezyonlar ile karaktarize bir sendromdur. RESLES enfeksiyon, yüksek irtifa, serebral ödem, nöbetler ve antinöbet ilaç yoksunluğu, metabolik nedenler olmak üzere çeşitli bozukluklarla ilişkilendirilmiştir, patofizyolojisi açık değildir; çoğunlukla vazojenik ödem olgusuyla ortaya çıkar, klinik semptomlar çok değişkendir ve spesifik değildir ve altta yatan bir hastalık olmadığında prognoz genellikle iyidir. Farklı ve değişken nörolojik bulgularla gelen, hastalarda RESLES sendromunu akla getirmek ve etyolojiye yönelik tetkikleri sonrasında uygun tedavi planı yapmak önemlidir.

Kaynakça
1.Conti M, Salis A, Urigo C, Canalis L, Frau S, Canalis GC. Korpus kallozumun splenyumunda geçici fokal lezyon: Klinik-fizyopatolojik açıklama ve literatürün gözden geçirilmesi amacıyla MR görüntüleme. *Radiol Med.* 2007; 112:921–935. [PubMed] [Google Akademik]2. Malhotra HS, Garg RK, Vidhate MR, Sharma PK. Bumerang işareti: korpus kallozumun splenyumunda geçici lezyonun klinik önemi. *Ann Hint Acad Neurol.* 2012; 15:151–157. [PMC ücretsiz makale] [PubMed] [Google Akademik]3. Shuo Zhang, MD, Yan Ma, MD, and Juan Feng, MD, PhD Clinicoradiological Spectrum of Reversible Splenial Lesion Syndrome (RESLES) in Adults, A Retrospective Study of a Rare Entity, Medicine (Baltimore). 2015 Feb; 94(6): e512. Pubmed 4. Pei-lin Lu,[1] John F. Hodes,[2] Xu Zheng,[1] and Xing-yue Hu[1]Reversible Splenial Lesion Syndrome with Some Novel Causes and Clinical Manifestations5. Xue J, Zhang Y, Kang J, Duan C, Yi Z, Yang C, ve diğerleri. Çocuklarda geri dönüşümlü dalak lezyonu olan hafif ensefalit / ensefalopatinin kohort çalışması. *Beyin Davranışı.* (2021) 11:e2306. 10.1002/brb3.2306 [PMC ücretsiz makale] [PubMed] [CrossRef] [Google Akademik]6. Tetsuka S. Korpus kallozumun splenyumunda geri dönüşümlü lezyon. *Beyin Davranışı.* (2019) 9:e01440. 10.1002/brb3.1440 [PMC ücretsiz makale] [PubMed] [CrossRef] [Google Akademik]

EP - 218 LİTERATÜRE YENİ BİR DİLEMMA: HEMİBALLİSMUS & KAROTİS STENTLEME!

SENA BONCUK ULAŞ [1], AYŞE POLAT ZAFER [2], YEŞİM GÜZEY ARAS [3], TÜRKAN ACAR [3], BİLGEHAN ATILGAN ACAR [3]

[1] *EDİRNE KEŞAN DEVLET HASTANESİ*
[2] *SAKARYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[3] *SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*

Giriş:
Hemiballismus bir vücut yarısında yüksek amplitüdlü hareketlerle karakterize, hiperkinetik nadir bir hareket hastalığıdır. Sıklıkla kontralateral bazal ganglia ya da subtalamik nükleusu etkileyen bir durum sonucu görülür. İnme akut hemiballismusta sık görülen etyolojilerdendir. Karotis stenozu ilişkili hemiballismus olguları oldukça nadir olup burada biri hipoperfüzyon diğeri hiperperfüzyon kaynaklı olan karotis stenozu ilişkili iki akut hemiballismus olgusu sunulmuştur.

Olgu 1: 79yaş erkek hasta acil servise sol kol ve bacakta ani gelişen hareket bozukluğu ile başvurdu. Nörolojik muayenesi solda hemiballismus dışında normaldi. Şikayetleri ayağa kalkmakla şiddetlenmekteydi. Beyin BT ve difüzyon MRG normal olup BT-anjiografide sağ ICA'da %95 stenoz izlendi. Sağ ICA'ya balon anjiyoplasti ve stentleme sonrası hemiballismusun düzeldiği görüldü.
Olgu 2: 71yaş erkek hasta sol kolda uyuşma şikayeti ile başvurdu. Nörolojik muayene sol nazolabial olukta silinme dışında normaldi. Beyin BT'sinde özellik bulunmayıp difüzyon MRG'de sağ frontalde milimetrik enfarkt alanı mevcuttu. BT anjiografide sağ ICA near-oklüde/oklüde, sol ICA'da %99 stenoz ve sol vertebral arterin oklüde olduğu görüldü. DSA'da Sağ ICA near-oklüzyona balon anjiyoblasti yapılıp stentleme planlandığı esnada sağ ICA distal emboli komplikasyonu ve sağ MCA kliniği gelişen hastaya önce embolektomi ardından karotis stentleme yapıldı. İşlem sonrası muayenesi doğal olan hastada, 1 saat sonra sol hemiballismus gelişti. Beyin BT ve difüzyon MRG'de yeni eklenen enfarkt alanı görülmedi. Medikal tedaviye dirençli semptomlar 24 saat içerisinde düzeldi.

Tartışma:
Hemiballismus nadir olarak kiritik karotis darlığına bağlı hipoperfüzyon ilişkili olabileceği gibi çok daha nadir hiperperfüzyon ilişkili de gelişebilir. Sunduğumuz ikinci vaka, literatürde bildirilen karotis stentleme sonrası hiperperfüzyon ilişkili ilk vakadır. Burada karotis stenozu ile hemiballismus arasındaki karışık ilişkiyi vurguladık.

EP - 219 COVID-19 İLİŞKİLİ ARCUS AORTA MURAL TROMBÜSÜNE SEKONDER GELİŞEN BİR İSKEMİK İNME OLGU SUNUMU

ŞERİFE BÜŞRA DEMİRTAŞ , DİDEM ÖNEN , ALBINA ZOHRABOVA , SEVİNJ ISAZADE , İPEK MİDİ

MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Covid-19 ile ilişkili birçok nörolojik komplikasyon literatürde yer almaktadır. Bunlar arasında iskemik inme %0.8-5.7-oranında belirtilmektedir.**1** Bu çalışmada Covid-19 hastalığı ile ilişkili olarak arkus aortada mural trombüs sonucu gelişen arka sistem infarktı ile başvuran hasta sunulacaktır.

Olgu:
46 yaşında kadın hasta baş dönmesi, bulantı, kusma şikayeti ile acil servise başvurmuş olup nörolojik muayenesinde bilateral düşük amplitüdlü sola vuran nistagmus, dizartrik konuşma, sağda 4/5 kas gücü , sol vücut yarımında hipoestezi, sağda pozitif dismetri ve diz topuk testi ve sağa ataksisi mevcuttu.Hastanın geliş vital bulgularında ateşi 36.5 kan basıncı 114/79 mmhg, nabız 90/dk solunum sayısı 22/dk idi. Hastanın laboratuar değerlerinde hemoglobin 7.5g/dl harici ek özellik yoktu.Hasta akut inme olarak değerlendirilerek çekilen diffüzyon MR'da bilateral serebellum, korpus kallozum sağ yarımında, sol talamus ve sol oksipital lobda akut diffüzyon kısıtlılığı saptandı.Acil serviste yapılan Covid-19 PCR testi pozitif sonuçlandı.Hastanın kraniyoservikal BT anjiografisinde arkus aortanın distalinden başlayan, sol subklavian artere uzanım gösteren 25x11mm boyutunda duvara yapışık sıvama tarzında mural trombüs izlendi. KVC ile yapılan konseyde intravenöz heparin tedavisi ile takibi uygun görüldü.Hastanın 10 gün sonra çekilen kontrol BT Anjiografisinde mural trombüs görünümünün gerilediği izlendi.Asetilsalisilik asit ve DMAH tedavisi ile taburcu edilen hastanın 6. ay kontrolünde çekilen BTA'de trombüs görünümünün kaybolduğu izlendi.Son nörolojik muayenesinde NIHSS: 2 MRS: 0 olarak değerlendirildi.

Sonuç:
Covid-19 hastalığı tromboembolik olaylara yatkınlık yaratmakta olup genellikle derin ven trombozu, akut ekstremite inmesi veya pulmoner tromboemboliye neden olmakla birlikte nadiren arterial trombüse bağlı serebral iskemik inmeye neden olmaktadır. Bu hastalarda cerrahi tedaviye ek olarak iv heparin tedavisi olumlu sonuç vermektedir.

EP - 220 AKUT İSKEMİK İNME HASTALARINDA PROGNOSTİK NUTRİSYON İNDEKSİ VE NÖTROFİL / LENFOSİT ORANININ KLİNİK SONLANIMA ETKİSİ

ZEYNEP TANRIVERDİ [1], EREN MİNGSAR [2], ENİSE NUR ÖZLEM TİRYAKİ [1], HATİCE SEVİL [1], DİLAN DÜZTAŞ [1], MENSURE ÇAKIRGÖZ [3]

[1] *IKÇU ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ*
[2] *IKÇU ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ DAHİLİYE KLİNİĞİ*
[3] *SBÜ TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ANESTEZİ KLİNİĞİ*

Amaç:
Nöroloji yoğun bakım ünitesinde takip edilen akut iskemik inme (Aİİ) hastalarında malnütrisyon kötü prognozla ilişkilidir.Bu çalışmada, albümin ve lenfosit değerlerine dayalı, günlük pratikte kullanımı kolay bir skorlama sistemi olan prognostik nutrisyon indeksi (PNİ) ve nötrofil lenfosit oranı (NLR) skorunun Aİİ hastalarında klinik sonlanım üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
01.03.2020 ile 01.09.2021 tarihleri arasında acil servise başvurarak akut iskemik inme tanısı ile nöroloji yoğun bakım ve inme ünitesinde ardışık olarak yatan toplam 215 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi.İskemik inme etyolojisi belirlendi. Tüm hastaların demografik özellikleri ve vasküler risk faktörleri kayıtlandı.Laboratuvar testleri değerlendirildi.İlk kez inme geçiren ve nörolojik kötüleşme saptanan hastalarda PNİ ve NLP skoru değerlendirildi.Tüm hastalarda ise sağ kalım analizi ile mortalite belirteçleri saptandı.

Bulgular:
Çalışmaya 215 hasta dahil edildi.İlk kez iskemik inme geçiren hasta sayısı 183 (%84.6) idi ve bu hastaların 2. aydaki mRS skoru ile, yaş,beyaz küre sayısı, nötrofil sayısı, lenfosit sayısı, BUN düzeyi,PNİ, NLP, albümin düzeyi ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkili bulundu.PNİ ve lenfosit düzeyi,ikinci aydaki nörolojik durumu belirlemede bağımsız belirleyiciler olarak tespit edildi.Tüm hastalara yapılan sağ kalım analizinde yaş, PNİ, NLP, albümin, trombosit ve lenfosit düzeyleri ile mortalite arasında istatistiksel anlamlılık saptandı.NLP, yaş ve PNİ mortalitenin bağımsız belirleyicileri olarak bulundu.

Sonuç:
Nutrisyonel durum, akut iskemik inme sonrası nörolojik seyir ve mortalite üzerinde kritik bir etkiye sahiptir. PNİ ve NLR, iskemik inme hastalarının prognozu ve yaşam süresini etkileyen önemli bağımsız belirleyicilerdir. Bu skorlama araçları, prognoz belirteci olarak pratik bir şekilde kullanılabilir.

EP - 221 NÖROAKANTOSİTOZ OLGUSU

AHMET ŞENGÜL , MERVE ALTINCI , DİLAN CAN , FERHAT BALGETİR , İREM TAŞCI

FIRAT ÜNİVERİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ A.B.D.

Olgu:
Bu bildiride çocukluk döneminde başlayan gövdesinde ekstremitelerinde koreiform hareketleri olan nöroakantositoz hastasını sunuyoruz. 27 yaşında sağ elli erkek hasta, 21 yıldır yüz gövde kol bacak ve boyunda istem dışı hareket şikayetleri son 2 yıldır artmış. 2 ay önce konuşma bozukluğu yakınması başlamış.Dudaklarında yüzünde, dilinde, gövdesinde, kollarında ve bacaklarında koreiform hareketler mevcuttu. Konuşması dizartrikti. Özgeçmişinde özellik yoktu. Soygeçmişinde özellik yoktu. Nörolojik muayenede;bilinç açık oryante, koopere, göz küre hareketleri serbestti. Pupiller izokorik,.ışık refleksi bilateral normaldi.Korneada Kayser-Fleisher bulgusuna rastlanmadı.Kas tonusu normaldi. Dismetri ve disdiadokinezi yoktu. Rijidite saptanmadı.Derin tendon refleksi bilateral üst ekstremiteler hipooaktif, alt ekstremiteler arefleksiydi. Taban cildi refleksi bilateral fleksordü.Duyu muayenesi olağandı. Oromandibular diskinezi ve ekstremite distallerinde koreiform hareketler mevcuttu.Seruloplazmin ve idrarda bakır düzeyi normaldi.Serum kreatin kinaz (CK): 1362 U/l olup periferik yaymada %10 akantosit saptandı. Hastanın rutin biyokimya testleri, hemogram, sedimantasyon,tiroid fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. EMG de yaygın sensorimotor polinöropati ile uyumlu bulgular izlendi. Kranial MR patoloji saptanmadı. Hastaya klozapin 25 mg tb ve E vitamini reçete edildi. Nöroakantositozis, kore, distoni, parkinsonizm, oromandibuler diskineziler, motor ve vokal tikler gibi zengin nörolojik bulguların eşlik ettiği nadir nörodejeneratif bir hastalıktır. Çoğunlukla otozomal resesif geçişle uyumlu aile öyküsü vardır. Hastalık genellikle 3. veya 4. on yılda başlar ancak her yaşta görülebilir. Ekstremitelerdeki kore ve orofasyal diskineziler en göze çarpan klinik özelliklerdir. Vakaların üçte birinde nöbetler ve yarısında demans vardır. Periferik aksonal nöropati ve amiyotrofi olabilir. Hastalarda depresyon, anksiyete, paranoid delüzyonlar, obsesif kişilik, kişilik değişiklikleri, apati ve impulsivite gibi psikiyatrik bulgular görülebilir. Tanımlanan bulgularıun eşlik ettiği kore hastalarında etyolojide nadir bir neden olan nöroakantosioz periferik yayma ile kolayca tespit edilebilir. Kore hastalarında ayırıcı tanı testlerine periferik yaymanın rutin olarak dahil edilmesi nöroakantositoz hastalarının atlanmaması için elzemdir.

EP - 222 AKUT İNME HASTALARINDA DEKOMPRESİF KRANİYEKTOMİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

ABDÜLHAMİD KAYA [1], TURGAY DEMİR [1], KADİR OKTAY [2], ŞEBNEM BIÇAKÇI [1]

[1] *ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, BEYİN CERRAHİSİ ANABİLİM DALI*

Amaç:
Malign orta serebral arter (OSA) infarktları ve masif intraserebral hemorajiler yüksek doz antiödem tedavilere rağmen yüksek mortalite sahiptir. Dekompresif kranyektomi bu hastalarda mortaliteyi önleyebilir, hatta fonksiyonel iyileşmeye katkı sağlayabilir. Dekompresif kranyektominin hem uygulanma zamanı hem de hasta yaşı gibi faktörler prognoza etkilidir. Bu çalışmada merkezimizde akut inme hastalarına uygulanmış dekompresif kranyektomilerin sonuçlarını paylaşmak istedik.

Gereç ve Yöntem:
Retrospektif olarak planlanan bu çalışmada Çukurova Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesinde Ocak 2016- Aralık 2022 tarihleri arasında akut inme tanısıyla yatan , dekompresif kranyektomi uygulanan hastalar çalışmaya dahil edildi ve elektronik arşiv dosyaları tarandı. Hastaların cinsiyeti, yaşı, komorbid durumları, etiyoloji, etkilenen vasküler yapılar, hematom lokalizasyonu, uygulanan antiödem tedavi, mortalite ve 1. yılın sonundaki modifiye Rankin skorları kayıt edildi.

Bulgular:
Çalışmaya dahil edilen 18 hastanın % 55,5'i (n=10) erkek, yaş ortalaması 66,38 ± 20,5 (31-93) idi. Hastaların % 55,5'i (n=10) intraserebral hemoraji, % 38,9 'u (n=7) iskemik inme ve % 5,5'i (n=1) subaraknoid hemoraji tanısı almıştı. Komorbid hastalıklardan hipertansiyon % 66,6 , tip 2 Diyabetes mellitus %33,3, koroner arter hastalığı %16,6 , atriyal fibrilasyon % 16,6, akut miyeloid lösemi, immün trombositopenik purpura ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı ise %5,5 hastada mevcuttu. Hastaların % 55,5'inde (n=10) iki ya da daha fazla komorbite mevcuttu. Kliniğe kabulde ortalama NIHSS skoru 20 (8-31) idi. Olguların %38'inde semptomatik nöbet oldu, 1 olguda status epileptikus gelişti. Anti ödem olarak %88,9 hastada %20'lik Mannitol, %11,1 inde %3 NaCl kullanıldı. Dekompresif kranyektomi sonrası mortalite % 77,8 olarak gerçekleşti. Sağ kalan hastaların 1 yıl sonraki ortalama mRS 3,75(3-4) idi.

Sonuç:
Akut inme hastalarında özellikle malign OSA enfarktlarında sıkça uygulanan dekompresif kranyektomi uygun zamanda ve özellikle 60 yaş altı hastalarda hem mortalitenin önlenmesi hem de fonksiyonel iyileşme açısından mutlaka akılda tutulmalı ve kranyektomi adayı hastalar çok yakından takip edilmelidir.

EP - 224 ANTİ-NMDA RESEPTÖR ENSEFALİTİ VE SEREBRAL SİNÜS VEN TROMBOZU BİRLİKTELİĞİ

BETÜL ÇEVİK , DÜRDANE AKSOY , ORHAN SÜMBÜL , YUSUF KOÇAK , UĞUR KULU , SEMİHA KURT

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Anti-NMDA reseptör ensefaliti; akut veya subakut başlangıçlı nöropsikiyatrik semptomlar, nöbet, otonomik disfonksiyon ve hareket bozuklukları ile karekterize bir otoimmün ensefalittir. Burada, Anti-NMDA reseptör ensefaliti seyri sırasında serebral sinüs ven trombozu gelişen bir olgu sunulmaktadır.

Olgu:
Üç aydır içine kapanma, konuşmama, ağlama atakları ve unutkanlık şikayetleri olan 35 yaşında erkek hastanın, bir ay önce üç kez jeneralize tonik-klonik nöbeti olmuş. Dış merkezde ensefalit ön tanısıyla yatırılan hastanın yapılan lomber ponksiyonunda BOS basıncı, biyokimyası normal, mikroskopisinde bol eritrosit saptanmış, lökosit saptanmamış. BOS-kültürde üreme olmayan hastaya asiklovir-seftriakson tedavisi başlamış. Brucella, anti-HIV, VDRL, BOS HSV-PCR negatif saptanan hastada IgG NMDA-reseptör antikor pozitifliği saptanması üzerine kliniğimize sevke edilmiş. Nörolojik muayenesinde hastanın bilinci açıktı, sorulara amaca yönelik cevap vermekte zorlanıyordu, oryantasyon ve kooperasyonu kısıtlıydı. Aldığı Valporat tedavisine 1000 mg/gün devam edildi. Metilprednisolon 1000 mg/gün intravenöz-beş gün verilmesinin arkasından ağızdan 1mg/kg/gün idame tedavisi verildi. Ajitasyonu olan hastaya haloperidol damla başlandı. Tümör markerları, abdomen-toraks CT ve skrotal ultrasonu normal saptanan hastanın, dış merkez kontrastlı beyin-MRI normal olarak raporlanmıştı. EEG'sinde zemin aktivitesi 5-7 Hz teta olan hastanın kontrol kontrastlı beyin-MRI da serebellar atrofi, serebellar sulkal kortikal yüzeylerde T2A FLAİR serilerde diffüz hafif sinyal artımı, sol sigmoid ve transvers sinüste geç subakut trombüs izlendi. Trombofili panelinde Faktör V Leiden heterozigot mutasyon saptandı. Düşük molekül ağırlıklı heparin ve takiben kumadin başlandı. Bulgularında düzelme olan hasta idame oral steroid ve antikoagülan tedavi ile taburcu edildi.

Tartışma:
Faktör V Leiden heterozigot mutasyonu venöz tromboz riskini artırmaktadır. Behçet, antifosfolipid-antikor sendromu ve Sjögren sendromu gibi bazı sistemik otoimmün hastalıklarda otoantikorların neden olduğu endotel disfonksiyonu sinüs ven trombozuna yol açabilmektedir. Faktör V Leiden mutasyonu zemini olan olguda, NMDA reseptör antikorlarının da benzer mekanizma ile endotel disfonksiyonuna sebep olduğu veya ensefalite bağlı beyin doku hasarının serebral venöz trombozu tetiklemiş olabileceği düşünülmektedir.

EP - 225 TEKRARLAYAN İSKEMİK İNME VE MALİGNİTE İLİŞKİSİ

CEVRİYE MERVE YILDIZ , ZEHRA UYSAL KOCABAŞ , ÖZLEM AYKAÇ , ATİLLA ÖZCAN ÖZDEMİR

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, ESKİŞEHİR

Olgu:
Kırk bir yaş kadın hasta 7 saattir olan konuşma bozukluğu şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Nörolojik muayenesinde anlama, isimlendirme ve tekrarlama bozukluğu mevcuttu. Çekilen beyin bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol temporal bölgede hipodens alan, beyin boyun BT anjiografisinde sol orta serebral arterde (OSA) M3 oklüzyonu saptandı. ASPECT (The Alberta Stroke Program Early CT Score) skoru 7, NIHSS (Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Skoru) 7 olan hasta intravenöz unfraksiyone heparin başlanarak servise yatırıldı. Difüzyon ağırlıklı görüntülemede (DAG): Sol paryetotemporal difüzyon kısıtlılığı gözlendi (Şekil 1).

Çalışılan vaskülit, genetik, trombofili panellerinde anlamlı bulgu saptanmadı. Ekokardiyografi ve ritim holterde kardiyak neden bulunamadı. Hasta 2 ay sonra endoskopi, kolonoskopi, mamografi planı ile düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) tedavisi kesilerek sadece asetilsalisilik asit ile takip planlandı. DMAH tedavisinin kesiminden 1 gün sonra tutuk konuşma gelişmesi üzerine hasta acil servisimize başvurdu . Tutuk afazisi olan hastada çekilen difüzyon ağırlıklı görüntülemede sol presantral gyrusta kısıtlılık saptandı (Şekil 2).

Çalışılan kanser biyobelirteçlerden; CA-125: 181,00 U/mL (0 – 35) // CA-15-3 252,00 U olması üzerine çalışılan batın ulstasonografisinde : adneks kaynaklı olduğu düşünülen 125 x 75 mm boyutlarında , içerisinde solid ve kistik komponentler barındıran, ince ekojen septasyonlar içeren, RDUS incelemede belirgin vaskülarizasyonu izlenen kitle lezyonu izlendi. İleri tetkik amaçlı Pozitron emisyon tomografisinde (PET) tüm pelvisi dolduran, umblikusa uzanan 105 x 73 x 142 mm boyutlarında santrali hipometabolik çeperi heterojen tarzda hipermetabolik lezyon izlendi. Kadın doğum hastalıklarına konsulte edilen hastaya histerektomi yapıldı. Alınan materyalin patoloji raporu berrak hücreli karsinom olarak sonuçlandı.

Hastaya histerektomi yapıldıktan 1 gün sonra global afazi , tepkisizlik gelişmesi üzerine çekilen DAG: yaygın serebral embolizm (ön ve arka sistem). Çekilen beyin boyun anjiografisinde sol OSA'de lentrikulostriat arter (LSA) sonrası oklüzyon saptandı. NIHSS 9 olan hasta endovasküler müdahaleye alındı. Direkt aspirasyon tekniği ile ilk pass TICI 2b rekanalizasyon sağlandı. Endovasküler müdahale sonrası 24.saat NIHSS 4 olan hasta antiagregan ve antikoagülan tedavi ile taburcu edildi. Ailesinde kanser öyküsü olan hastada çalışılan herediter kanser paneli analizinde hastanın kliniği ile ilişkili olabilecek herhangi bir varyasyon tespit edilmedi.

EP - 226 OBEZ OLMAYAN HASTALARDA OBSTRUKTİF UYKU APNE SENDROMU

DEMET AYGÜN [1], MERVE SAVAŞ [2], BURAK MANAY [2], ALPEREN ŞENTÜRK [2]

[1] *ATLAS ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ*
[2] *ATLAS ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ*

Amaç:
Obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS), hipopne veya apneye neden olan üst solunum yollarının tekrarlayan kollapsları ile karakterizedir. Bu olayları, aralıklı hipoksemi, sempatik hiperaktivasyon ve oksihemoglobin desatürasyonları takip eder. Tanıda altın standart polisomnografidir(PSG). Kardiyovasküler, serebrovaskuler problemler, diyabet, bilişsel işlevlerde azalma ve kötü yaşam kalitesi açısından risk faktörüdür. Obezite OUAS için ana risk faktörüdür. Ancak OUAS'lı yetişkinlerin yaklaşık %20si obez değildir. Bu çalışmanın odak noktası OUASlı obez olmayan yetişkin bireylerin (vücut kitle indeksi:VKİ <30kg/m2) PSG bulgularını ve spesifik özelliklerini incelemektir.

Gereç ve Yöntem:
Bu çalışmada obez ve obez olmayan toplam 150 OUAS'ın demografik, klinik, polisomnografik özellikleri, apne-hipopne indeksi (AHI), oksijen desatürasyon indexi(ODI) ortalama oksihemoglobin satürasyonu(Sat02 ortalama değeri %) ve komorbiditeleri karşılaştırılmıştır. OUAS, AHI ≥ 5-15 ise hafif, AHI 15-30 ise orta, AHI ≥ 30 ise şiddetli olarak sınıflandırılır.

Bulgular:
Obez ve obez olmayan OUAS hasta oranı sırasıyla %62 ve %38 idi. Obez olmayan OUAS hastalarının yaş ortalaması daha gençti(46,52±9,37). Hafif ve orta OUAS oranı daha sık (*p*;0,007, *p*;0,038), ODI daha az(*p* 0,041), Sat02 ortalama değeri % daha yüksekti(*p* < 0,001).
Obez OUAS'ta, erkek cinsiyet oranı (*p* 0,038), boyun çevresi genişliği(*p* 0,001), şiddetli AHI(>30) oranı (*p* 0,001) daha fazla idi. Hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi obez OUAS'ta daha sıktı.

Sonuç:
Bu bulgular obez olmayan OUAS'ta genellikle AHI, desatürasyon indeksi ve komorbidite açısından daha az şiddetli hastalığa sahip olunduğunu gösterdi. Obez olmayan hastalarda sendromun tanınması genellikle daha genç olduklarından erken teşhis ve bakım, sendromla ilişkili uzun vadeli riski azaltabileceği için önemlidir.

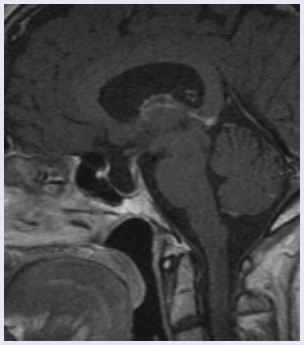
EP - 227 İDİYOPATİK İNTRAKRANYAL HİPERTANSİYONA EŞLİK EDEN PARSİYEL HİPOFİZ YETMEZLİĞİ OLGUSU

FEHİME BAŞTÜRK , ÖZGÜL OCAK

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI

Giriş:
İdiyopatik intrakraniyal hipertansiyon normal görüntüleme ve beyin omurilik sıvısına bileşimi ile birlikte olan artmış kafa içi basıncı durumudur . Septomları genellikle artmış kafa içi basıncına bağlı baş ağrıları, papilödem, görme değişiklikleri veya pulsatil kulak çınlaması olarak kendini gösterir. İİH, kadınlarda daha sık görülmektedir. İnsidansı genel populasyonda 0,9/100.000 iken, doğurganlık çağındaki obez kadınlarda 19,3/100.000'dir. MRG bulguları genellikle, empty sella, posterior globun düzleşmesi, perioptik subaraknoid boşluğun genişlemesi, transvers venöz sinüs stenozu şeklinde görülmektedir.
Empty sella aslında bir sendrom ismi olmakla birlikte zamanla BT/MR görüntüleme bulgusuna da radyologlar tarafından verilen isim olarak kullanılmaktadır. Empty sella sendromu, subaraknoid boşluğun sella turcicaya fıtıklaştığı, hipofiz bezinin sıkışmasına ve düzleşmesine neden olan bir hastalıktır. Empty sella bulgusu olan hastalarda, hipofiz bezi hastalıkları açısından tarama önerilebilir fakat çoğu vakada, hipofiz fonksiyonu normaldir (hipofiz bezinin anormal görünümüne rağmen), ancak bazı vakalarda (%20 civarında) hipofiz hormon düzeylerinin herhangi biri veya tümü normal olabilir. Hiperprolaktinemi ve büyüme hormonu eksikliği empty sella sendromunda en sık görülen iki bulgu gibi görünmektedir.

Olgu:
Bilinen kronik hastalığı ve kronik ilaç kullanımı olmayan 30 yaşında kadın hasta polikliniğimize sıklığı giderek artan retro-orbital bölgede, baskı hissi yaratan, fotofobi ve fonofobinin eşlik ettiği baş ağrısı ve bilateral görme bulanıklığı şikayeti ile başvurdu. Hastadan MR tetkiki istendi. Covid hastalığına yakalandığı ve bulaştırıcı olduğu dönemde MR tetkiki için hastaneye başvuramayan hasta 3 ay sonra artan baş ağrıları ve analjeziklere cevap vermemesi sebebiyle yeniden polikliniğimize başvurdu. MR görüntülemesinde empty sella bulgusu izlenen hasta ileri inceleme amacıyla servisimize interne edildi. Göz hastalıklarına konsülte edilen hastada bilateral papilödem saptandı. Hastaya basınç ölçülmesi amacıyla lomber ponksiyon işlemi yapıldı ve LP'de BOS basıncı 360mmH2O olarak saptandı. İdiyopatik intrakranyal hipertansiyon tanısı ile hastaya topiramat ve diazomid tedavisi başlandı.
Yaklaşık 6 ay sonra hastada memede şişlik-kızarıklık şikayetleri gelişen hasta endokrinolojiye yönlendirildi. Hastanın kan sonuçlarında kontrollü yapılan kortizol testinde değer 5,61 saptanması üzerine hastaya ACTH stimülasyon testi uygulandı. Sonuçları ile hastada parsiyel hipofiz yetmezliği düşünüldü ve endokrinoloji tarafından takibe alındı.



Tartışma Ve Sonuç:
İdiyopatik intrakranyal hipertansiyon ile takip edilen pek çok olguda hipopituarizm tablosu görülmemekle birlikte özellikle galaktore, adet düzensizlikleri gibi semptomları olan hastaların idiyopatik intrakranyal hipertansiyona sekonder hipopituarizmi olabileceği unutulmamalıdır.

Kaynakça:

1. Chiloiro S, Giampietro A, Bianchi A, et al. DIAGNOSIS OF ENDOCRINE DISEASE: Primary empty sella: a comprehensive review. *Eur J Endocrinol*. 2017;177(6):R275-R285. doi:10.1530/EJE-17-0505
2. Ucciferro P, Anastasopoulou C. Empty Sella. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; October 7, 2022
3. Weisberg LA, Housepian EM, Saur DP. Empty sella syndrome as complication of benign intracranial hypertension. *J Neurosurg*. 1975;43(2):177-180. doi:10.3171/jns.1975.43.2.0177
4. Akçakaya N, Akçakaya H, Mehmet O , Sencer A , Yapıcı Z. Idiopathic Intracranial Hypertension: Diagnosis and Therapeutic Approach: DOI:10.4274/tnd.97820 Turk J Neurol 2017;23:43-50
5. Mondragon J, Klovenski V. Pseudotumor Cerebri. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; September 29, 2022
6. Eren Y, Clinical Features of Pseudotumour Cerebri Syndrome Syndrome: A Retrospective Evaluation of 60 Patients: DOI: 10.4274/atfm.galenos.2019.80299 Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2019;72(1):61-65

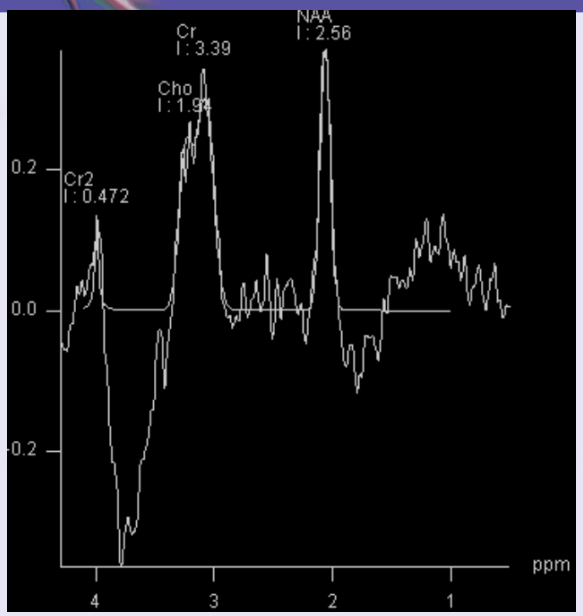
EP - 229 ATİPİK RADYOLOJİK TUTULUMLU SUBAKUT SKLEROZAN PANENSEFALİT OLGU SUNUMU

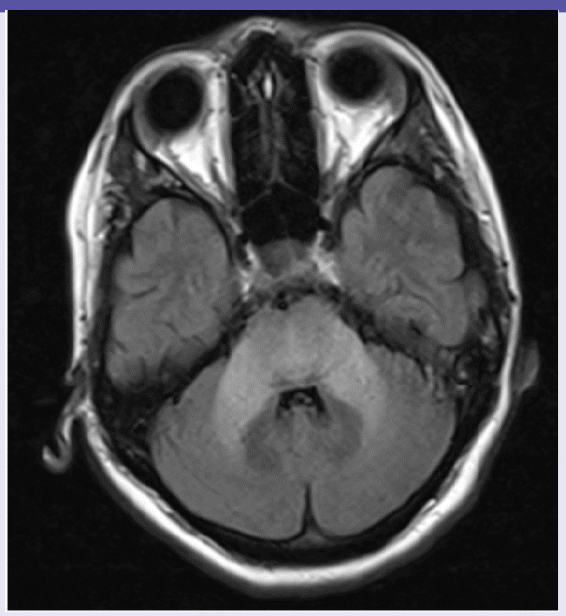
ÖMER ÇELİK [1], AYDIN ÇAĞAÇ [1], ABDULSABIR YALIN [1], MEHMET SULTAN KULBAY [2], GÖKHAN GÖRKEN [2]

[1] *VAN YÜZÜNCÜYIL ÜNİVERİSTESİ*
[2] *VAN EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ*

Giriş:
Subakut sklerozan panensefalit (SSPE) kızamik infeksiyonundan yıllar sonra ortaya çıkan santral sinir sisteminin kötü prognozlu,progresif inflamatuar bir hastalığıdır. Semptomlar tipik olarak kızamık enfeksiyonundan yaklaşık 8-11 yıl sonrasında izlenir. Başlangıçta, düşük okul başarısı ve entelektüel bozulmaya ek olarak kişilik veya davranış değişiklikleri mevcuttur. Çoğu zaman miyoklonus, otonomik disfonksiyon ve fokal felçler ile motor fonksiyonda sürekli bir düşüş vardır. Bazı hastalarda fokal veya jeneralize nöbetler vardır.SSPEli hastaların yaklaşık üçte birinde epilepsi gelişir. Hastalığın ilerlemesi ile vejetatif durum veya akinetik mutizm gelişir.SSPE hastalığının seyri %95 den fazla ölümcül olup, spontan remisyon %5 oranındadır . Biz bu yazımızda, MR bulgularıyla atipik radyolojik tutulum gösteren sıradışı bir SSPE olgusunu sunduk.

Olgu:
Bilinen sistemik hastalığı olmayan 22 yaşında kadın hasta; yaklaşık 11 ay önce kollarında sıçrayıcı hareketler ,ses ile irkilme ve sonrasında gelişen şuur bozukluğu nedeni özel bir merkeze başvurmuş. Hastaya fokal başlangıçlı nöbet ön tanısıyla karbamazepin 2X400 mg başlanmış. Karbamazepinden fayda görmeyen hastaya daha sonra valproik asit 2x500 mg başlanmış ve miyoklonik nöbetlerde azalma olduğu gözlenmiş. Kombine antiepileptik tedavi ile takipleri evde devam eden hastanın son bir aydır davranış bozukluğu,görsel halüsinasyonlar,sürekli uyku hali,beslenme reddi gibi semptomların olması üzerine psikiyatri servisine yatırılmış. Hasta oral alımının olmaması ve genel durumunda bozukluk olması üzerine organik nedenlerin araştırılması için tarafımıza sevk edildi. Hastanın nörolojik muayenesinde bilinç somnole; yer, kişi, zaman oryantasyonunun ve kooperasyonunun olmadığı izlendi. Kelime çıkışı yoktu. dört ektremitede motor kas gücü 2/5 ve yaygın spastisite(Modifiye ashworth sklası grade 4) mevcutttu. Derin tendon refleksleri hiperaktif, babinski, hoffman, klonus negatifti. Ense sertliği ve diğer meninks irritasyon bulguları yoktu.
Kontrastlı beyin MR da ponstan orta serebellar pedinkül ile serebellar hemisferlere uzanım gösteren T-2 FLAİR ağırlıklı serilerde hiperintens ,T1 ağırlıklı serilerde izointens ve kontrast tutmayan sinyal değişikliği olarak raporlandı. Hasta nöroradyoloji ile birlikte değerlendirildi. Ön planda gliom ve beyin sapı ensefaliti düşünüldü.Beyin MR Spektroskopide hafif kolin artışı olduğu görüldü. Radyoloji tarafından kitle lehine değerlendirilmediğinden malignite öntanısından uzaklaşıldı.
Lomber ponksiyon yapıldı ,bos biyokimya, sitoloji ve mikrobiyolojik değerlendirmeleri normal, kültürde üreme yok , NMO,anti-MOG testleri negatfti, OKB tip-3 pozitif saptandı. Vaskülit,gangliozid paneli negatifti.Malignite taramasında patolojik bulgu saptanmadı.
EEG epileptiform deşarj ile uyumlu idi.
Malignite taraması için kontrastlı toraks ve abdomen BT ile tüm vücut PET çekildi abdomen ve toraksta patoloji saptanmadı PET de tutulum olmadığı görüldü.
Hastaya otoimmün ensefalit ön tanısı ile 10 gün süreyle1 gr pulse steroid tedavisi uygulandı fakat klinik yanıt alınamadı.Hastanın dış merkezde çalışılan otoimmün ensefalit paneli negatif geldi.
Hastanın anamnez ve klinik bulguları göz önünde bulundurularak SSPE ön tanısı ile BOS ve serumdan kızamık ıgG çalışıldı, BOS kızamık ıgG:230 ,serum kızamık ıgG :27 olarak saptandı.
Hastaya kinik bulguları, laboratuvar testleri, EEG bulguları ve santral görüntülemleri ile subakut sklerozan panensefalit tanısı konuldu.
Hastaya 5 gün 0,4gr/kg/gün IVIG tedavisi uygulandı
Hastanın kliniğinde anlamlı bir düzelme olmadı. Hastaya PEG açıldıktan sonra evde bakım hastası olarak taburcu edildi.





Tartışma :

SSPE kızamık infeksiyonunun nadir görülen geç dönem komplikasyonudur. Hastalığın görülme yaşı 2- 32 yaş gibi geniş bir aralıkta izlense de, sıklıkla 5 -15 yaşları arasında izlenmektedir. SSPE tanısı için değerlendirme çok yönlü olmalıdır. Tanı için altın standart beyin biyopsisi olsa da, SSPEyi teşhis etmek için bir dizi kriter kullanmak gerekmektedir. Bu kriterler klinik semptomlar, spesifik BOS ve serum globulin düzeyleri, EEG ve beyin biyopsi bulgularından oluşuyor**.** Görüntüleme, tanıyı destekleyici kanıt olarak kullanılabilir ancak her zaman anormal bulgular göstermez. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG**),** belirgin ventrikülomegali ile birlikte azalmış gri cevher hacmi, hiperintensiteler ve atrofiyi gösterebilir¸MRG, progresyonu izlemede de önemlidir. İlk görüntüleme normal olabilir, daha sonra periventriküler beyaz cevherdeki lezyonlara ilerleyebilir, ardından derin beyin yapılarına ve beyin sapına yayılabilir. Olgu sunumları, sunduğumuz olguda olduğu gibi SSPEli bazı hastaların yukarıda tarif edilen tipik progresyondan ziyade primer beyin sapı lezyonları geliştirdiğini göstermiştir. Genel olarak beyin sapındaki bu lezyonlar otoimmün veya metabolik bozuklukları düşündürmektedir. Bununla birlikte, bu kanıtlar SSPEnin görüntülemede primer beyin sapı lezyonlarında da düşünülmesi gerektiğini göstermektedir. Hastaları SSPE açısından değerlendirmek için manyetik rezonans spektroskopisi de kullanılabilir. Hastalığın erken dönemlerinde N-asetil-aspartatta bir azalma aynı zamanda olgumuzda da belirtildiği gibi inflamasyon ve demiyelinizasyon kanıtı olan kolinde bir artış beklenir. Hastalık seyrinde, normal N-asetil-aspartat / kolin oranı ile kolinin/kreatinin veya inositol /kreatinin oranları yüksek olmalı veya N-asetil-aspartat/kreatinin oranı düşük olmalıdır. Bu bulgular beyin hacminin azaldığını düşündürmektedir.Beyin sapı tutulumu ve MR spektroskopide kolin artışı olan ve hızlı klinik seyir gösteren genç erişkin hastalarda ön tanılar arasında yavaş virus infeksiyonlarının da akılda tutulması gerektiği görüşündeyiz.

Kaynaklar:

1-Gutierrez J, Issacson RS, Koppel BS. Subakut sklerozan panensefalit: bir güncelleme. Dev Med Çocuk Neurol. 2010 Ekim; 52(10):901-7.

2. Buchanan R, Bonthius DJ. Measles virus and associated central nervous system sequelae. Semin Pediatr Neurol 2012;19:107-14.

3-Jafri SK, Kumar R, Ibrahim SH. Subakut sklerozan panensefalit - güncel perspektifler. Çocuk Sağlığı Tıp Ther. 2018; 9:67-71.

4-Ferren M, Horvat B, Mathieu C. Kızamık Ensefaliti: Yeni Terapötiklere Doğru. Virüs. 2019 Kasım 02; 11(11)

5- Upadhyayula PS, Yang J, Yue JK, Ciacci JD. Klinik bir antite olarak beyin sapının subakut sklerozan panensefaliti. Med Sci (Basel). 2017 Kasım 07; 5(4)

EP - 230 SERTOLİZUMAB PEGOL TEDAVİSİNE BAŞLANDIKTAN SONRA NÖBETLERLE PREZENTE ROMATOİD LEPTOMENEJİT OLGUSU

SAİD ALİZADA [1], KADİR SONGÜR [2], DİDEM ÖZ [1]

[1] *DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *DÖRTYOL DEVLET HASTANESİ, FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI*

Giriş:
Romatoid menenjit (RM), romatoid artritin (RA) morbiditesinin artmasına yol açabilen bir komplikasyondur. Bu yazıda uzun süredir RA tanısı alan ve anti-romatizmal tedaviye eklenen sertolizumab pegolün ikinci yükleme dozu sonrasında RM gelişen bir olgu sunulmaktadır.

Olgu:
66 yaşındaki hasta, jeneralize tonik-klonik(JTK) nöbetle acil servise getirildi. Hastanın kullandığı anti-romatizmal ilaçlara Sertolizumab pegol (SERP) eklenmiş. Hastayı acil servise getiren bu şikayetlerin SERP tedavisinin ikinci yükleme dozundan sonra başladığı öğrenildi. Tekrarlayan JTK nöbetleri olması üzerine hasta nöroloji servisinde takip edildi. İlk kranyal MRGde leptomeningeal kontrastlanma ile birlikte iki taraflı frontoparietal sulkal difüzyon kısıtlaması görüldü. Elektroensefalogramda (EEG), sağ frontosantral bölgede lokalize periyodik lateralize epileptiform deşarjı (PLED) görüldü. Beyin omurilik sıvısında(BOS) analizinde albuminositolojik dissosiasyon saptandı. BOS'ta bakteriyel, viral, fungal, mikobakteriyel analizleri normal saptandı. Ampirik seftriakson ve asiklovir intravenöz (IV) tedavisine rağmen ikinci EEG (PLED aktivitesinde artış), kranial MR (leptomeningeal tutulumda artış) ve BOS incelemesinde ilerleyici bulgular saptandı. Tekrarlanan kültürlerde üreme olmadı. Yapılan incelemeler sonucunda hastaya aseptik LM tanısı konuldu. Hastada LMin klinik bulgularından sorumlu olabilecek nedenler dışlandı. Hastanın tedavisine yakın zamanda eklenen SERPin aseptik LM etiyolojisinde rol oynayabilecek bir neden olduğu belirlendi. Bu nedenle SERP tedavisi kesildi. Hastanın bilinç bulanıklığının devam etmesi üzerine 5 gün süreyle 1 gr/gün metilprednizolon tedavisi başlandı. Steroid tedavisinden sonra klinik yanıt alınan hastada kontrol kranyal MRda leptomeningeal patolojik kontrast tutulumu izlenmedi, EEGde epileptiform anormallik saptanmadı.

Sonuç:
RM, uzun süreli RA tanısı alan hastalarda hastalığın kendisinden veya RA tedavisinde kullanılan birçok ilaca bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca anti-TNF ilaçların tedaviye eklenmesinden kısa süre sonra RM gelişebileceği de unutulmamalıdır.

EP - 231 OPTİK SİNİR TUTULUMUNUN OLDUĞU BİR OTOİMMÜN ENSEFALİT VAKASI

SONER DENİZ ERSOY , EMİNE YAĞMUR TURAN , İPEK MİDİ , KADRİYE AĞAN

MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Otoimmün ensefalitler geniş spektrumda klinik, radyolojik ve laboratuvar bulgularıyla kendini gösterebilen limbik ensefalitler grubudur. Psikiyatrik bulgular, mental durum değişikliği ve nöbetler dışında serebellar veya beyin sapına yönelik fokal nörolojik defisitlerin olabildiği bu hastalık grubunda optik sinir tutulumu nadiren gösterilmiştir. Bu vaka; tarafımıza plazmaferez tedavisi açısından yönlendirilen limbik ensefalit ön tanılı bir hastanın, yeniden değerlendirilmesiyle saptanan atipik bulgular sonucu farklı bir tanıya ulaşılması nedeni ile sunulmak istemiştir.

Vaka Sunumu:
45 yaşında Kosova'da yaşayan kuaför bir kadın hasta 2019 yılında progresif özellik gösteren unutkanlık, korku, karından gelen tuhaf bir hisle beliren ani bilinç kayıpları ve kilo kaybı nedeniyle ülkemizde dış merkez nöroloji kliniğine başvurmuş. Hastanın yapılan kraniyal MR'ında sağda temporal lob medialinden parasylvian alana, solda temporal lob medialinden oksipital loba ve lateral ventrikül posterior hornu seviyesinden parietal loba uzanan; ayrıca her iki hipokampal girusu da tutan T2 FLAIR sekansta hiperintens görünümde lezyonlar saptanmış ve hasta ilgili merkezde interne edilmiş. Hastanın yapılan LP'sinde protein seviyesi normal ancak iki adet hücre ve BOS'ta sodyum 118 mEq/L, serumda ise 124 mEq/L saptanmış olup, yapılan paraneoplastik tarama ve gönderilen otoimmün-paraneoplastik panel negatif sonuçlanmış. Hastanın yatışı sırasında fasiobrakiyodistonik nöbetleri izlenmesi, hiponatreminin saptanması ve kronik gidişatı olan bir kliniğinin olması nedeniyle hasta ön planda orada anti-LGI1 ensefaliti lehine değerlendirilerek 5 gün IVIG ve 10 gün 1 gr MP tedavisi almış. Klinik ve radyolojik açıdan düzelme izlenen hastanın oral metilprednizolon 1x64 mg ve mikofenolat mofetil 1x250 mg tedavisi ile taburculuğu yapılarak aylık takibi planlanmış. Yaklaşık 2 sene boyunca kliniği stabil seyreden hastanın yeni gelişen sol gözde görme kaybı şikayeti gelişmesi üzerine hastaya plazmaferez önerilmiş ancak yabancı hasta olduğu için arama süreci nedeniyle 8 ay içerisinde hastanemize refere edilmiştir. Hastanın muayenesinde sol gözde görme kaybının izlenmesi üzerine çekilen orbita MR'ında bilateral optik sinirlerde kontrast tutulumu olmadan yaygın ve tüm segment boyunca olan sinyal artışının olduğu izlenmiştir. Çekilen VEP'inde sağda ileri derecede uzun latanslı yanıtlar elde edilmiştir. Solda birbirini destekleyen anlamlı bir yanıt elde edilememiştir. Hastanın tekrardan yapılan LP'sinde özellik izlenmemiş olup gönderilen otoimmün-paraneoplastik paneli negatif sonuçlanmıştır. Hastanın intrakraniyal kontrast tutan yeni lezyonunun olmaması ve kliniğinin 6 aydan uzun süredir var olması nedeniyle tarafımızca plazmaferez tedavisi uygun görülmedi. Hastanın dış merkezde yapılan tetkiklerinde ANA ++ saptanması üzerine ANA ve ENA paneli tekrar çalışılarak ANA +++ ve anti-Ro52 +++ saptanarak hasta Sjögren hastalığı açısından kliniğimizde ileri tetkike gitmiştir. Hastanın yapılan EMG'si polinöropati ile uyumlu sonuçlandı. Schimmer + ve tükürük bezi sintigrafisi Sjögren ile uyumlu bulunmuştur. Hastadan alınan tükürük bezi biyopsisi ile de Sjögren hastalığının tanısı kesinleşmiştir. Sjögren ile ilişkili limbik ensefalit ve eşlik eden optik sinir tutulumu kabul edilen hastada idame tedavi olarak Ritüksimab tedavisi planlanmıştır.

Tartışma:
Primer Sjögren hastalığı, ekzokrin glandların lenfositik infiltrasyonu sonucu kserostoma ve keratokonjonktivitis sikka kliniği ile kendini gösteren bir otoimmün sendromdur. Sjögren hastalığının santral sinir sistemi tutulumu oldukça nadir görülmekle birlikte bu hastalıkta periferik nöropati, optik sinir tutulumu, otonom bulgular ve spinal kord tutulumu da gösterilmiştir. Sjögren hastalığı ilişkili limbik ensefalitlerde diğer limbik ensefalitlere benzer şekilde medial temporal lob tutulumu izlenebilmektedir ve yine diğer limbik ensefalitlere benzer bir şekilde prezentasyonunun ana bulguları mental durum değişikliği, istemsiz hareketler ve hafıza kaybı şeklinde olabilmektedir. Bunun dışında sistemik miyoklonus, santral hipoventilasyon ve otonomik disfonksiyon bulguları da bu hastalarda görülebilmektedir. Bundan dolayı seronegatif ve nedeni kesinleştirilememiş olan atipik prezentasyonlu limbik ensefalitlerde romatolojik açıdan bulgular ne kadar hafif olsa da romatolojik hastalıklar açısından da tarama önem arz etmektedir. Tedavide çoğu vakada metilprednizolon tercih edilse de plazmaferez sonrası IVIG tedavisinin de uygulandığı bildirilmektedir. Tedavi ile çoğu bulgunun gerilediği vakalar bulunmakla beraber sıklıkla hafıza kaybının sekel olarak kaldığı izlenmiştir.

EP - 232 PARKİNSON HASTALARINDA DÜRTÜ KONTROL BOZUKLUĞUNUN KLİNİK BULGULAR İLE İLİŞKİSİ: PROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA

MUSTAFA MERİÇ [1], ABDULLAH ARCAN [2], AYŞEGÜL GÜNDÜZ [2]

[1] *İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA – CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ*
[2] *İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA – CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*

Amaç:
Dürtü kontrol bozukluğu (DKB), aşırı, tekrarlayıcı ve kompulsif davranışlar ve subjektif kontrol kaybı nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini engelleyen davranışları tanımlar. Bu çalışmada, İdiyopatik Parkinson hastalığının (İPH) tedavi süreçlerinde %10-20 sıklığında saptanan ve önemli sosyal sonuçları olan DKB'nin prospektif olarak değerlendirilmesini ve diğer klinik bulgular ile ilişkisinin ortaya konmasını amaçlamaktadır.

Yöntem:
Bu, 2023 yılında başlatılmış prospektif bir çalışmadır. Hareket bozukluğu polikliniğinde takipli tüm hastalar değerlendirilerek İPH tanısı alan hastalar ayrıntılı olarak değerlendirilmektedir. Demografik ve klinik bulgular kaydedilmektedir. Hastalara beş farklı ölçek (Birleşik PH Değerlendirme Ölçeği, Parkinson Hastalığında Dürtü Kontrol Bozukluğu Ölçeği, İPH'da Dürtü Kontrol Bozukluğu Ölçeği – Değerlendirme Skalası, Hamilton Depresyon Ölçeği/HDÖ, Standardize Mini Mental Test/SMMT) uygulanmaktadır.

Sonuçlar:
Çalışmamıza 32 hasta (17 erkek) dahil edildi ve bu hastaların yaş ortalaması 63,1±10,8 yıldı. Yirmidokuz hasta İPH ile uyumluydu, üç hasta atipik Parkinsonizm lehine değerlendirilmiş ve çalışmadan dışlandı. DKB, 13 (%44.8) hastada saptanmıştır, hobicilik (%27,5) en sık DKB olarak dikkati çekmektedir. DKB'si olan hastaların HDÖ ortalama skoru 8,5 ve SMMT ortalama skoru 26,1 , DKB'si olmayan hastaların HDÖ ortalama skoru 4,5±4,8 ve SMMT ortalama skoru 27,2±3,4 olarak hesaplandı. Hastaların 26'sı (%89,7) levodopa, 15'i (%51,7) dopamin agonisti, 8'i (%27,6) amantadin ve 3'ü (%10,3) MAO-B inhibitörü kullanmaktadır. DKB olan ve olmayan hastalar arasında BPHDÖ motor skorları ve Hoehn-Yahr evresi farklı değildi.

Tartışma:
Bu çalışmadaki önemli bulgular: (i) retrospektif değerlendirmemize kıyasla DKB sıklığının daha yüksek olması (%7 vs %44,8); (ii) kültürel olarak hobicilik fazla iken patolojik kumar oynama gibi faaliyetlerin az olmasıdır. Potansiyel elektrofizyolojik ve genetik belirteçlerin belirlenmesi için ayrıntılı taramaların gerektiğini düşünmekteyiz.

EP - 233 BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİNDE TAKİPLİ MULTİPLE SKLEROZ HASTALARINDA ENFEKSİYON GEÇİRME DURUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

ABDÜSSAMET MUTLU , CAVİT BOZ

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ FARABİ HASTANESİ NÖROLOJİ ABD

Amaç:
Multipl skleroz (MS), hastalık modifiye edici tedaviler (DMT) gerektiren immün aracılı bir merkezi sinir sistemi hastalığı olup klinik pratikte hastaların takibinde MS ve enfeksiyon riskine yönelik DMT hakkında çok az şey bilinmektedir. Çalışmamızda MS hastalarında kullandıkları DMT'ler ile geçirilen enfeksiyonlar arasındaki ilişki incelendi.

Gereç ve Yöntem:
Bu çalışma tek merkezli, kesitsel bir araştırma olarak Nisan 2021 ve Nisan 2023 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji kliniği tarafından yürütülmüştür. Hastaların demografik özellikleri, MS'le ilişkili bilgiler, son EDSS skorları, eşlik eden komorbiditeler, enfeksiyon nedeniyle hastaneye yatış ve geçirilen enfeksiyon bilgileri çalışmaya dahil edilmiştir.

Bulgular:
Çalışmadaki 509 hastanın 342 (%67,2)tanesi kadın, 167 (%32,8) tanesi erkekti. RRMS sayısı 472(%92,7), SPMS sayısı 30(%5,9), PPMS sayısı ise 7(%1,4) idi. Üriner trakt enfeksiyon(ÜTE) sayısı ve hastaneye yatış sayısı SPMS'te RRMS-PPMS'e göre ve 2. Basamak tedavi alanlar 1. Basamak tedavi alanlara göre yüksek saptandı($p<0.05$). Monoklonal antikor kullanan hastalarda ÜTE sayısı diğer gruplarla kıyaslandığında yüksek saptandı($p<0.05$). Sadece Natalizumab kullanan hastaların ÜTE sayısı diğer ilaçlara(İlaç değişimi olmayan) göre daha yüksek saptandı($p<0.05$). Fingolimod kullanan hastalarda fingolimod kullanmayanlara göre cilt-cilt altı enfeksiyon sayısı yüksek saptandı($p<0.05$).

Sonuç:
MS hastalarında kullanılan ilaç tipi ve aldığı basamak tedaviye göre çeşitli enfeksiyonlar açısından risk altında oldukları düşünülmektedir. Bu nedenle klinisyenlerce MS hastalarının enfeksiyonlara yönelik koruyucu önlemler ve bu enfeksiyonların komplikasyonları hakkında bilgilendirilmesi ve enfeksiyon belirtileri açısından düzenli izlemi önemlidir.

EP - 234 MULTİPL SKLEROZ'DA SERVİKAL SPİNAL KORD KESİTSEL YÜZEY ALANI İLE FİZİKSEL VE BİLİŞSEL PARAMETRELER ARASINDAKİ İLİŞKİ

BİLGE PİRİ CİNAR [1], BANU ALICIOĞLU [2], MUSTAFA AÇIKGÖZ [3], EYUP ÇETİN [2], BESTE DAĞDEVİREN BOZ [3], ARZUCAN TOKSAL UÇAR [7], NURSENA CEYLAN [3], BURCU YÜKSEL [5], NAZLI GAMZE BÜLBÜL [6], ÖZLEM ETHEMOĞLU [4], HALİMENUR NURLU [3]

[1] SAMSUN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİMDALI
[2] ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ, RADYOLOJİ ANABİLİM DALI
[3] ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI
[4] HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[5] ISTANBUL BAKİRKOY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SİNİR VE NÖROLOJİK HASTALIKLAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[6] SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, HAMİDİYE TIP FAKÜLTESİ, SULTAN ABDÜLHAMİD HAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[7] ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ, FİZİK TEDAVİ YÜKSEKOKULU

Amaç:
Multipl Skleroz (MS) hastalarında, servikal omurilik, spinal kordun etkilendiği bilinen bir durumdur ve %90a kadar oranlarda etkilendiği bilinmektedir. Bu çalışma, MS'in erken aşamalarında spinal kord atrofisinin varlığı kolayca uygulanabilen tekniklerle değerlendirilebilirse, hastalığın doğal seyrine erken müdahale kapısını açabileceği düşüncesi üzerine tasarlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya, 2010 McDonald kriterlerine göre MS tanısı alan hastalar dahil edildi. Fiziksel engellilik düzeyi EDSS, 9 delikli tahta testi ve zamanlı 25 adım yürüme testi ile değerlendirilirken, bilişsel durumları BICAMS ile değerlendirildi. Beyin MRG incelemeleri MS protokolüne göre planlanmış olup, beyin sapı ve üst servikal spinal kord 3D T2 (B_FFE) orta sagittal görüntüleri alındı.

Bulgular:
Çalışmaya ortalama yaşı 40.57±11.22 olan 35 MS hastası dahil edildi (F/M; 24/11). Çalışma grubunun 24'ü RRMS iken, 11'i SPMS idi ve ortalama EDSS puanı 2.79±1.29 olarak saptandı. C1 ve C2 CSA değerleri ile fiziksel ve bilişsel parametreler arasındaki korelasyon analizleri yapıldığında; yaş ve hastalık süresinin etkisi çekildiğinde ise; C2 ile EDSS arasında anlamlı negatif korelasyon izlenirken (r=-0.425; p=0.014), C2 ile hem üst ekstremite işlevleri hem de bilişsel testler anlamlı biçimde bağıntılı idi. RRMS ve SPMS grupları kendi aralarında yaş ve hastalık süresinin etkisi çekilerek CSA ve diğer parametreler arasında kısmi korelasyon yapıldığında; SPMS grubunda C1 ve C2 CSA değerleri arasında oldukça güçlü bağıntı izlenirken, RRMS grubunda orta derecede bağıntı izlendi. RRMS grubunda sadece C2 CSA değeri ile SDMT arasında iyi derecede bağıntı izlenmiştir.

Tartışma:
MS'te servikal kesitsel yüzey alanının ölçümünün, kolay ve uygulanabilir yöntemlerle değerlendirilmesi ve fiizksel ve bilişsel parametrelerle ilişkisinin gösterilmesi oldukça önemlidir.

EP - 235 EPİLEPSİ HASTALARINDA NÖROGÖRÜNTÜLEMEDE EN SIK SAPTANAN LEZYONLARIN NATÜRÜ VE LOKASYONU İLE NÖBET KONTROLÜ İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

BİRGÜL DERE , ŞEYMA AYKAÇ , İBRAHİM AYDOĞDU

EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Kraniyal lezyonlar erişkin başlangıçlı epilepsinin en yaygın nedenidir. Hemen hemen tüm beyin lezyonları epilepsiye neden olabilse de, infiltre tümörlerin, inmeye göre epilepsiye neden olması daha muhtemeldir. Bu çalışmada lezyonel epilepsili hastalarda en sık saptan lezyonların natürü ve lokasyonu ile nöbet kontrolü arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
Hastaların nöbet türü, sıklığı, lezyon natürü, lezyonun hemisferik lokalizasyonu, kullanılan antiepileptik ilaç ve operasyon öyküsü retrospektif olarak sorgulandı. Epileptojenik lezyonların türleri ve nöbetlerin kontrol altında olup olmadığı değerlendirildi. Veriler SPSS versiyon 25 ile analiz edildi.

Bulgular:
Çalışmaya toplam 101 hasta dahil edildi. Median yaş 42 yıldı (min, max 27-59). Hastaların %43'ü kadın, %57'si erkekti. Dahil edilen hastaların %75'inde nöbet kontrolünün sağlanırken, %25'inde ise nöbet kontrolü sağlanamadı. Lezyonların en sık hemisferik yerleşim bölgesi sol hemisferdi. Lober yerleşim bölgesi olarak en sık frontal lob ikinci sıklıkta ise temporal lob saptandı. Hemisferik ve lober yerleşim bölgeleri açısından nöbet kontrolü olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Lezyon natürlerinin dağılımları incelendiğinde; nöbet kontrolü olan grupta kraniyal tümörler en sık lezyon iken, nöbet kontrolü sağlanamayan grupta kortikal displazi anlamlı düzeyde fazlaydı (p=0,010).

Sonuç:
Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak en sık saptanan epileptojenik lezyon kraniyal tümörlerdi, en sık hemisferik yerleşim sol hemisferdi. Frontal ve temporal lob en sık lober yerleşim bölgeleriydi. Nöbet kontrolü tümör grubunda yüksek orandaydı. Nöbet kontrolü olmayan grupta kortikal displazi çoğunluktaydı. Lezyon kaynaklı epilepsilerde nöbet kontrolünün lezyon natürüyle ilişkili olduğu düşünülmekle birlikte lezyonun lateralize olduğu hemisfer ve lober yerleşim bölgesi de bu konuda klinisyene yol gösterebilir.

EP - 236 MULTİPL SKLEROZ HASTALARINDA FONKSİYONEL YÜRÜME DEĞERLENDİRMESİ'NİN TELE-DEĞERLENDİRME YOLUYLA UYGULANMASI

PERİM ZENGİN [1], BURCU ERSÖZ HÜSEYİNSİNOĞLU [2], BURCU ALTUNRENDE [3]

[1] *İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ*
[2] *MARMARA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMELERİ FAKÜLTESİ FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ*
[3] *İSTANBUL TAKSİM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ*

Amaç:
Multipl Skleroz (MS) ve tele-tıp üzerine yapılan çalışmalarda, bu hasta grubunda uzaktan nörolojik değerlendirme yapmanın teknik olarak uygun olabileceği, ancak çevrimiçi video konferans yoluyla yapılan değerlendirmelerin güvenirliğinin araştırıldığı çalışmalara ihtiyaç olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmanın amacı Fonksiyonel Yürüme Değerlendirme (FYD) ölçeğinin MS hastalarında çevrimiçi video konferans yoluyla uygulamasının geçerlilik ve güvenirliğini incelemekti.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya MS tanısı almış, EDSS puanı 2-6,5 arasında olan, son 30 gün içerisinde atak geçirmemiş, video konferans yazılım uygulamasını telefon ya da bilgisayarında kullanabilen kişiler dahil edildi. Tele-FYD'nin içerik geçerliliği için hastalar klinikte yüz yüze Zamanlı Kalk Yürü Testi, Dört Adım Kare Testi, Zamanlı 25 Adım Yürüme Testi, 12 Maddeli Multipl Skleroz Yürüyüş Ölçeği ve Berg Denge Ölçekleri ile değerlendirilerek bu ölçekler ile Tele-FYD skoru arasındaki korelasyon incelendi. Klinik değerlendirmeden 15 gün sonra çevrimiçi olarak Zoom veya WhatsApp video konferans uygulamaları kullanılarak tele-değerlendirmeler yapıldı. Tele-değerlendirmede FYD'nin uygulanabilmesi için bazı modifikasyonlar yapıldı. Tele-değerlendirme güvenirliğinin incelenmesi için tele-değerlendirme sırasında ekran görüntü kaydı alındı. Bu ekran kayıt görüntüleri iki ayrı araştırmacı tarafından hareket analizi yazılımı kullanılarak incelendi ve Tele-FYD skorları kaydedildi; güvenirlik analizi için ise gözlemciler arası uyum ve Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı hesaplandı.

Bulgular:
Çalışmaya 34 MS tanılı olgu katıldı. Tele-FYD'nin diğer sonuç ölçütleriyle arasındaki korelasyon katsayılarına göre yüksek düzeyde bir ilişki saptandı ($r=0.762$-0.893; $p<0.001$). Tele-FYD, her iki gözlemci için yüksek Cronbach alfa ($\alpha 1.gözlemci=0.842$; $\alpha 2.gözlemci=0.870$) ile güvenilir olduğu bulundu. Ayrıca, geleneksel yüz yüze değerlendirmelerle karşılaştırıldığında, tele-değerlendirme yoluyla gerçekleştirilen Tele-FYD geçerliliği yüksek düzey ($ICC=0.928$) korelasyonla gösterildi.

Sonuç:
Tele-FYD'nin MS hastalarında kullanımı geçerli ve güvenilir bulundu. Pandemi, kliniğe ulaşımın zorluğu gibi bariyerler varlığında Tele-FYD MS'li bireylerin değerlendirme ve takip sürecinde kullanılabilir.

EP - 237 OPTİK SİNİR TUTULUMUNUN EŞLİK ETTİĞİ TOLOSA-HUNT SENDROMU: BİR OLGU SUNUMU

CANSU ÖZTÜRK , ELİF DİLARA AKSOY

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ, NÖROLOJİ AD

Giriş:

Ağrılı oftalmopleji olarak prezente olan Tolosa-Hunt sendromu (THS) ilk kez 1954 yılında tanımlanmıştır, nadirdir ve tahmini insidansı milyonda bir ila iki vakadır. Kavernöz sinüsün idiyopatik granülomatöz inflamasyonundan kaynaklanır ve bu sendromun başlangıcını karakterize eden sürekli ağrının nedenidir. Oftalmoparezi III, IV veya VI. kraniyal sinir inflamasyon nedeniyle hasar gördüğünde ortaya çıkar. İnternal karotid arterin kavernöz kısmındaki sempatik liflerin veya okülomotor siniri çevreleyen parasempatik liflerin hasarı nedeni ile pupiller disfonksiyon ortaya çıkabilir. Trigeminal sinir tutulumu paresteziye neden olabilir. THS tipik olarak tek taraflıdır; vakaların yüzde 4 ila 5inde bilateral semptomlar ortaya çıkar. Hastalar genellikle kortikosteroid tedavisine yanıt verir.

Tolosa-Hunt sendromu için başarılı bir şekilde tedavi edilen hastaların %40 kadarında nüks görülebilir. Bu tipik olarak orijinal lezyonla aynı tarafta meydana gelir ancak karşı tarafta da görülebilir. Spontan remisyon meydana gelebilir; spontan remisyon yaşayan hastaların, ilaçla tedavi edilen hastalar kadar nüks riskine sahip olduğu görülmektedir. Nükslerin ilk tanı ve tedaviden 13 yıl kadar sonra ortaya çıkabileceğini bildirilmiştir.

Olgu:

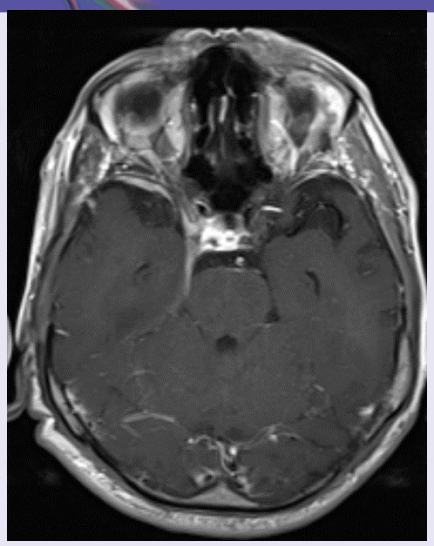
73 yaşında erkek hasta Ağustos 2023 başlangıçlı sağ gözde ağrı ve sağ göz kapağını açamama yakınmaları ile nöroloji polikliniğine başvurdu. Hastanın sağ frontal bölgede ve sağ gözünde sıkıştırıcı tarzda, parasetamole yanıtlı ve uykudan uyandıracak kadar şiddetli bir ağrı eşlik ediyordu.

Özgeçmişinde primer hipertansiyon, glokom, koroner arter by pass ameliyatı ve koroner anjiyografi olan hastanın sistemik muayenesi doğaldı. Hastanın 1 yıl önce de ipsilateral gözde aynı şikayetlerinin olduğu öğrenildi. Nörolojik muayenesinde sağ gözde total pitoz, sağ göz direkt ışık refleksi negatif, sağ pupil middilate, anizokori mevcuttu ve sağ gözün hareketleri lateral dışında diğer yönlere kısıtlıydı. Hasta sağ gözde bulanık görme tarifliyordu ve görme keskinliği 20/100'dü. Hastada papil ödem saptanmadı. Sol gözün nörolojik muayene bulguları doğaldı. Hastanın sağ yüz yarımında hipoestezisi mevcuttu.

Hastanın klinik özelliklerine göz önünde bulundurularak ağrılı oftalmopleji ayırıcı tanılarına yönelik incelemeler yapıldı. Hastanın kontrastlı kranial manyetik rezonans görüntülemelerinde(MRI), sağ kavernöz sinüste simetrik kalınlaşma ve orbital apekse kadar uzanan asimetrik kontrastlanma olduğu tespit edildi. Beyin ve boyun MR anjiografilerinde sağ internal karotid arter supraklinoid segmentinde hafif derece darlık olduğu saptandı.

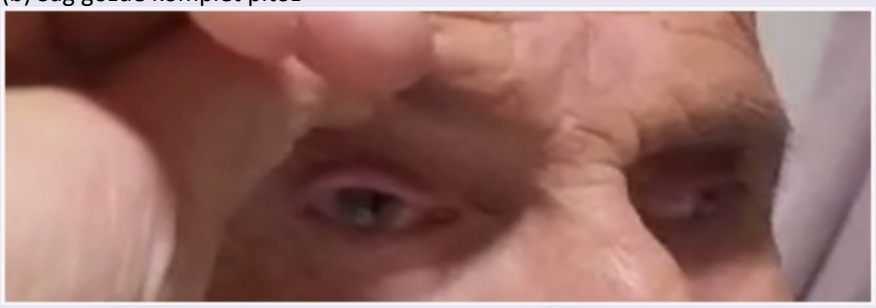
Rutin kan biyokimyası normaldi. Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve CRP gibi inflamatuar belirteçler normaldi. Anjiotensin dönüştürücü enzim (ACE), ANA, AntiDsDNA, c-ANCA, p-ANCA, HbA1c gibi spesifik testler normaldi. Neoplastik nedenlerin dışlanması amacıyla abdomen, pelvis, toraks, boyun bilgisayarlı tomografi tetkikleri yapıldı, anlamlı patoloji saptanmadı. Hastanın dış merkeze gönderilen kan otoimmün panel ve paraneoplastik panel tetkikleri negatif olarak sonuçlandı.

Hastanın tedavisi 500mg/gün metilprednizolon olarak düzenlendi. Metilprednizolon pulse tedavisinin birinci gününde hastanın baş ve göz ağrısı ile birlikte sağ yüz yarımındaki hipoestezi geçti. Sağ gözde pitoz ve 3., 4. kranial sinir paralizisi devam etmekteydi. Hasta 3 gün 500 mg metilprednizolon devamında 3 gün 250 mg metilprednizolon tedavisi aldı. Daha sonra kademeli olarak düşülen tedavi, hastanın karaciğer fonksiyon testlerindeki yükselme nedeniyle 125 mg metilprenizolon olarak revize edildi. Hastanın tedavisinin beşinci gününde, sağ gözünde vertikal bakışta minimal göz hareketi olduğu görüldü. Diğer nörolojik muayene bulgularında değişiklik gözlenmedi. Tedavinin dokuzuncu gününde karaciğer fonksiyon testlerindeki progresyon nedeniyle tedaviye ara verildi. Hastanın tedavisiz takip edildiği 2. gününde analjeziklere cevapsız zonklayıcı tarzda göz ağrısı olmaya başladı. Metilprednizolon tedavisine 3 gün aradan sonra 1mg/kg olarak devam edildi. Düşük doz steroid tedavisine devam edilmesine karar verildi. Son ataktan bir ay sonra yapılan takip MRGsinde kontrast tutulumunun azaldığı görüldü.



(a) Aksiyel postgadolinyum T1 ağırlıklı manyetik rezonans görüntüsü: Sağ kavernöz sinüste superior orbital fissüre ve orbital apekse uzanan kontrastlı lezyon.

(b) Sağ gözde komplet pitoz



(c) Sağ gözde içe bakış kısıtlılığı

Tartışma:

Optik sinir dahil farklı ipsilateral kraniyal sinirleri tutan rekürren bir THS vakası sunduk. THS Uluslararası Baş Ağrısı Bozuklukları Sınıflandırmasının üçüncü baskısına göre, hastada ipsilateral üçüncü, dördüncü ve altıncı kraniyal sinir felçlerinden bir veya daha fazlasının olması ve MRG veya biyopsi bulgularının kavernöz sinüs, superior orbital fissür veya orbitada granülomatöz enflamasyon olması ve oftalmoplejiyi açıklayan başka bir nedenin olmaması durumunda tanı koyulabilir. Orbital veya periorbital baş ağrısı ile birlikte veya öncesinde görülür. Lezyon kavernöz sinüs ve orbitanın ötesine uzanabilir ve oküler motor sinirler dışında optik sinir ve kraniyal sinirleri de tutabilir. THS dışlama tanısıdır ve beyin sapı ve ekstramedüller periferik lezyonların öncelikle düşünülmesi gereken çoklu kraniyal nöropatilerin nadir bir nedenidir. Görme keskinliğinin bozulması optik sinir tutulumunu düşündürür. Kavernöz sinüs, vakaların %25ini temsil eden çoklu kraniyal sinir tutulumlarının en yaygın bölgesidir.

EP - 238 İYİ HUYLU İNTRAKRANİYAL HİPERTANSİYON GERÇEKTEN İYİ HUYLU BİR HASTALIK MIDIR? BU TERMİNOLOJİ BİR ANAHTAR NOKTA MIDIR?

KÜBRA NUR USTABAŞ , MEHMET YERTÜRK , SELİN SOYLU , SAMİ ÖMERHOCA , EDA ÇOBAN , NİLÜFER KALE

BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Hastalık; yaygın olarak psödotümör serebri (PTC) , idiyopatik intrakraniyal hipertansiyon (IIH) ve bazı klinikler tarafından hala benign intrakraniyal hipertansiyon olarak adlandırılır. Artmış kafa içi basıncının (örn. baş ağrısı, papilödem, görme kaybı) neden olduğu semptom ve bulguları, normal beyin omurilik sıvısı (BOS) bileşimi ile nörogörüntüleme veya diğer değerlendirmelerde başka bir neden içermeyen klinik kriterlerle tanımlanan bir hastalıktır.Bu çalışmanın amacı bir dönem benign intrakraniyal hipertansiyon olarak adlandırılan hastalığın seyrini klinik ve radyolojik değerlendirmeler sonrası tedavi modifikasyonu ile takip etmektir.

Gereç ve Yöntem:
Bağcılar Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde PTC tanısı ile takip edilen 67 hastanın retrospektif incelemesi yapıldı. Olguların demografik verileri, hastalık öncesi kanıtlanmış risk faktörleri, PTC kanıtlanmış semptom ve bulguları, tanı dönemindeki görsel muayeneleri ve biyokimya sonuçları, Lomber Fonksiyon analizi, tedavi uygulamaları ve takip süreleri çalışmaya dahil edildi.

Bulgular:
Merkezimizdeki olguların ortalama takip süresi 32 aydı. 34 olgu en az bir dönem ikili tedavi almış, 29 olgu tekli tedavi ile takip edilmiş, 4 olgu ise hiçbir dönemde medikal tedavi almadan takip edilmiştir. 67 olgunun sadece 1ine cerrahi operasyon uygulanmıştır. PTCnin en önemli sonuçlarından biri olan görme kaybı olgularımızın hiçbirinde total görme kaybı olarak ortaya çıkmadı.

Sonuç:
Hastalık önceleri malignitenin neden olduğu sekonder intrakraniyal hipertansiyondan ayırmak için benign intrakraniyal hipertansiyon olarak adlandırılsa da, yapılan çalışmalar total görme kaybının yanı sıra yaşamı olumsuz etkileyen klinik semptomlara (inatçı ve sakatlayıcı baş ağrısı gibi) neden olabileceğini göstermiştir. Bu nedenle hastalık PTC ve IIH olarak anılmaya başlanmıştır.
Her ne kadar doğru klinik takip ile hastalığın riskleri en aza indirilebilse de bu durum hastalığın kötü sonuçlar doğurabileceği gerçeğini değiştirmez.

EP - 239 KORNEA TRANSPLANTASYONU SONRASI GELİŞEN İYATROJENİK CREUTZFELDT-JACOB OLGUSU

MEHMET AKİF BALCI , AHMET YILDIRIM , GİZEM AYNUR AKTAŞ , SİMAY IŞILDAR , TEMEL TOMBUL

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ

Olgu:
Prion hastalıkları uzun inkübasyon periyodu olan, semptomların ortaya çıkmasıyla kaçınılmaz şekilde ölümle sonuçlanan nörodejeneratif hastalıklardır. Sporadik, genetik, edilmiş olarak üç gruptur. İyatrojenik Creutzfeldt-Jacob hastalığı (iCJD) edinilmiş prion hastalıklarındandır. CJD'nin ortalama başlangıç yaşı 62 iken iCJD'li hastalarda daha gençtir. Bulaşta kadavradan alınan gonadotropinler, dural greft transplantasyonu, kontamine nöroşirurjikal aletler, stereotaktik derin elektrodlar, kornea tranplantasyonu rol oynamaktadır. Kornea transplantasyonuna bağlı CJD vakası literatürde azdır. Bildirimizde kornea transplantasyonundan 2 yıl sonra tanı alan CJD olgusu sunmaktayız.

Olgu :
Hipertansiyon, hipertiroidi, 2 yıl önce kornea nakli öyküsü olan 49 yaş kadın hasta 3 aydır olan dengesizlik, 2 aydır olan konuşma bozukluğu, kol ve bacaklarda güçsüzlük şikayetleriyle miyopati ayırıcı tanısıyla tarafımıza yönlendirildi. Muayenesinde konuşması dizartik, serebellar testleri bilateral beceriksizdi. Kas gücü üst ekstremite proksimallerinde -5/5, alt ekstremite proksimallerinde 4/5 idi. Asetilkolin reseptör antikoru, anti Musk, miyozit paneli negatifti. EMG'sinde sinir ileti çalışmaları ve repetetif testi normaldi. İğne EMG'sinde bilateral deltoid, biceps brachi, rektus femoris, tibialis anterior, gastrocnemius kaslarında, kısa süreli ve yer yer düşük amplitüdlü, polifazik motor ünite potansiyelleri görüldü. Patolojik spontan aktiviteye rastlanmadı. Miyojenik tutulumla uyumlu bulundu. EEG'de hemisfer arkalarında teta yavaş dalgaları izlendi. Difüzyon MR'ında DWI'da bilateral kaudat nukleus, corpus striatum, talamus ve superior frontal gyrus hiperintensti. BOS'ta hücre yoktu, protein 26 mg/dLidi. BOS 14-3-3 ve RT-QuIC testi pozitif sonuçlandı. CJD tanısı konuldu.

Sonuç:
Konuşma bozukluğu ve kas güçsüzlüğü şikayetleriyle nöromusküler polikliniğine yönlendirilen hastanın EMG'sinde miyojenik tutulum görülmesine rağmen, hastanın serebellar bulgularının ön planda olması, kranial MR'da CJD ile uyumlu tutulum ve bulaş açısından öykü olması, iyatrojenik CJD'yi düşündürmelidir. Kornea transplantasyonu sonrası klinik, laboratuvar ve radyolojik bulguların desteklediği iCJD olgumuz nadir olması nedeniyle sunuma değer görülmüştür.

EP - 240 PLEKHG5 MUTASYONU İLE SEYREDEN ARA FORM CMT HASTASI

MUSTAFA HARUN ŞAHİN [1], ŞULE BİLEN [2]

[1] *SİNOP ATATÜRK DEVLET HASTANESİ*
[2] *ANKARA ŞEHİR HASTANESİ*

Özet:
Kalıtsal motor ve duyusal nöropati (HMSN) olarak da bilinen Charcot-Marie-Tooth (CMT) hastalığı, zayıflık, kas kaybı ve genellikle distalde en şiddetli duyu kaybı ile karakterize edilen, genetik ve klinik olarak heterojen bir grup bozukluğu kapsar. CMT demiyelinizan formlar (CMT1) ve aksonal formlar (CMT2) olmak üzere iki ana alt tipe ayrılır. Otozomal resesif ara CMT formlarında heterozigot plekhg5 mutasyonları tanımlanmıştır.

Pleckstrin homoloji alanı içeren G ailesi üyesi 5 (PLEKHG5) geni, sinaptik veziküllerin otofajisini düzenlediği motor nöronlarda spesifik olarak eksprese edilen bir guanin değişim faktörünü kodlar. PLEKHG5 genindeki mutasyonlar, distal spinal müsküler atrofi IV ve ara Charcot-Marie-Tooth hastalığı tip C (CMTRIC) lere sebep olup CMT ara formları oldukça nadirdir.

Biz bu çalışmada son 10 yıldır şikayetleri progresif artan 45 yaşında erkek hastayı paylaşmak istiyoruz. Hastanın muayenesinde üst ekstremitelerde motor kuvvet tam, alt ekstremtielerde proksimalde motor kuvvet 4/5, distalde 4/5 olarak görüldü. DTRler alt ekstremitelerde hipoaktif olarak alındı. Ayak yapısında pes kavus deformitesi gözlendi. Metatarsal kaslar ve ön ayak kaslarında atrofi izlendi. Yapılan sinir iletim çalışmasında ağır derecede ve kronik akson kaybı ile karakterize polinöropatik tutulum saptandı. Hastanın genetik incelemesinde NGS çalışmasında PLEKHG5 geninin 12. Ekzonunda c.1187G> A(p.Arg396Lys) varyantı heterozigot olarak saptandı. ACMG 2015 varyant sınıflama klavuzuna göre klinik önemi bilinmeyen varyant olarak saptandı. Biz de bu vakamızda PLEKHG varyantının CMT ara formlarına neden olabileceğini size bir vaka üzerinden göstermek istedik.

EP - 241 DEMANS HASTALARINDA COVİD-19 SIKLIĞI VE DEMANSIN COVİD-19 PROGNOZU ÜZERİNE ETKİSİ

NİLÜFER BÜYÜKKOYUNCU PEKEL [1], DEMET YILDIZ [1], MELİH YÜKSEL [1], FATMA TUBA ENGİNDENİZ [1], ENAD KENAN [1], EBRU ÇETİN KENAN [1], DENİZ SIĞIRLI [2]

[1] SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
[2] ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

Amaç:
Bu çalışmada demans hastalarında covid-19 görülme sıklığı ve demansın covid-19 prognozu üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Nöroloji polikliniğinde demans tanısı ile takipli hastaların poliklinik kayıtları incelenerek hastaların demografik özellikleri, covid geçirip geçirmediği, covid geçirmiş ise hastane yatışının olup olmadığı, yoğun bakım ihtiyacının varlığı, pnömoni varlığı, CRP, fibrinojen, D-dimer değerleri, mortalite oranları kayıt altına alındı. Covid tanısı almış benzer yaş ve cinsiyette, demansı olmayan bireylerden örneklem grubu oluşturularak iki grup arasında hastaneye yatış oranları, mortalite derecesi ve laboratuvar değerlerinin karşılaştırıldı.

Bulgular:
Çalışmada 25 demansı olan, 40 tane demansı olmayan covid pozitif hasta yer aldı. Demans olan grup ile demansı olmayan grup arasında yaş, cinsiyet, HT, DM, KKY, KAH, astım veya KOAH varlığı açısından fark yoktu. Çalışmaya katılanların 40ı kadın, 25i erkek olup, katılımcıların yaş ortalaması 71.52±6.63 yıl idi. Mortalite demansı olan grupta anlamlı derecede yüksekti (p=0.007). Demansı olmayan grupta servis yatışı yüksek iken; demans olan grupta yoğun bakım yatışı oranı anlamlı derecede yüksekti (p<0.001). Demansı olan grupta nefes darlığı, halsizlik, boğaz ağrısı ve bulantı-kusma anlamlı derecede yüksek bulundu. Pnömoni varlığı açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktu. Demansı olan grupta trombosit, BUN ve troponin yüksek bulundu. Demansı olan covid hastaları ex olanlar ve sağ kalanlar olarak 2 gruba ayrıldığında KKY ve KAH ex olan grupta anlamlı olarak yüksekti.

Sonuç:
Alzheimer hastalarında (AH) covid-19 enfeksiyonuna bağlı mortalite ve morbiditenin artışı birden fazla mekanizmaya bağlanabilir. Bunlar arasında ACE-2 viral reseptörleri ve proinflamatuar moleküllerin artmış ekspresyonu; DM dahil Alzheimer komplikasyonların artışı, yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç-ilaç etkileşimi sayılabilir.

EP - 242 BEDEN İMAJI BOZUKLUĞU İLE SEYREDEN PARİYETAL LOB EPİLEPSİ OLGUSU

RONAY BOZYEL

SİLVAN DR.YUSUF AZİZOĞLU DEVLET HASTANESİ

Amaç:
Bu olgu sunumunda atipik duyusal ve kas ekstremite şikayetleri ile gelebilen hastalarda bu durumun pariyetal lob epilepsisi ile ilgili olabileceğini göz önünde tutmak amaçlandı.
Giriş: Pariyetal lob kökenli nöbetlerde genellikle hastaların çoğu, ağrılı disestezileri içerebilen somatosensoriyel bir aura sergiler, ancak vertigo, afazi, kişinin vücut imajında bozukluklar da meydana gelir, pariyetal lobdan tamamlayıcı motor alanına iktal yayılım meydana geldiğinde hipermotor belirtiler ortaya çıkabilir, Temporolimbik yayılım meydana geldiğinde, karmaşık görsel veya işitsel halüsinasyonlar ve otomatizmler ortaya çıkabilir.

Olgu:
45 yaşında erkek hasta 5 yıldır sağ tarafında güçsüzlük ve rahatsızlık hissettiğini, son dönemlerde sağ yüz yarımının eridiğini ve inceldiğini ifade etti. Nörolojik muayenede yüz ve ekstremite kaslarında atrofi görülmedi, kas gücü muayenesi normaldi, derin tendon refleksleri normoaktifti, nörolojik muayenede patolojik bulgu izlenmedi. Kontrastlı beyin mrg normal izlendi, servikal mrg'de C5-6 ve C6-7 de hafif diskopati görüntüsü izlenmekle beraber miyelomalazi veya kliniği açıklayacak patoloji izlenmedi. Olası motor nöron hastalığına yönelik iğne emg ile yüz ve ekstremite kasları incelendiğinde normal bulgular elde edildi. Özellikle sağ yüzünün eridiği konusunda ısrarcı olan hasta sağ kolunda daha çok olmak üzere rahatsızlık hissi duyduğunu belirtti. Nöropatik ağrı ön tanısı ile duloksetin başlanan hasta %50 den daha az bir fayda gördüğünü belirtti. Şikayetlerinin devam etmesi üzerine EEG planlandı ve sol pariyetal alanda 3-4 kere tekrar eden 1-2 hz keskin yavaş dalga aktivitesi izlendi, bu aktivitenin daha az sıklıkla sol frontotemporale yayıldığı izlendi. Pariyetal lob epilepsi ön tanısı ile hastaya karbamazepin 2x200 mg doz artırımı ile başlandı. 1 ay sonra kontrollerde hasta kendi ifadesi ile rahatladığını ve şikayetlerinin azaldığını belirtti.

Tartışma:
Hastanın özellikle sağ yüzünde erime olduğu konusunda tekrarlayan şikayetiyle beraber yüzünde atrofi olmaması ; hastanın kendi yüz kaslarını incelmiş ve güçsüz şeklinde algıladığı yorumuna neden olmuştur, bunun pariyetal lob nöbetlerinde görülebilen beden imajı bozukluğu ile ilgili olduğu düşünüldü. Sağ kol ve bacağında hissettiği rahatsızlık hissi ,pariyetal lob nöbetlerde görülen ağrılı dizestilere örnek olabilir. Literatür incelendiğinde kısmı veya bütün vücut illüzyonları, somatoparafreni vb somatosensoryel bulgular olduğunu görüyoruz. Atipik duyumsama şeklinde semptomların varlığında epileptik nöbet ayırıcı tanılar içinde düşünülmelidir.

EP - 243 NÖROLOJİK SEMPTOMLARLA PREZENTE OLAN BİR HUGHES SENDROMU

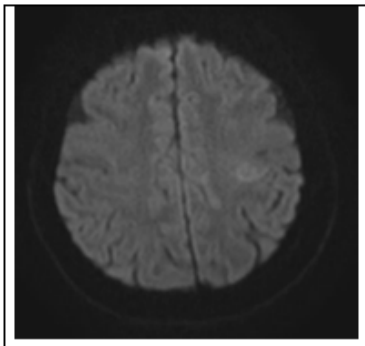
SEÇİL DİRKEÇ , YAREN SEVGİ EPİKLER , BEKİR BURAK KILBOZ , ONUR AKAN , SERAP ÜÇLER

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL PROF. DR. CEMİL TAŞCIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

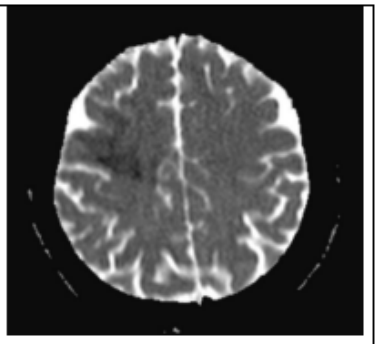
Giriş:
Hughes sendromu, diğer adıyla anti-fosfolipid antikor sendromu, edinsel trombofili nedenleri arasında en sık görüleni olup arteriyel ve venöz tromboz eğilimine, tekrarlayan düşüklere neden olabilir. Sistemik bulgusu olmadan, fokal nörolojik defisit ve epileptik nöbetle başvuran, atipik nöroradyolojik bulguları olan serebral ven trombozu etiyolojisinde Hughes sendromu tanısı alan olgu sunulmuştur.

Olgu:
Bilinen kronik hastalığı olmayan 39 yaşındaki kadın hastanın uyandıktan 2 saat sonra sağ kolda güçsüzlük, uyuşma şikayetinin başladığı; ardından kollarında kasılma, yere yığılma, gözlerinde yukarı deviasyon, ağzından köpük gelmesiyle seyreden, birkaç dakika süren bir nöbet geçirdiği öğrenildi. Oral kontraseptif kullanımı ve 3 kez spontan abortus öyküsü bulunmaktaydı. Nörolojik muayenesinde sağ elde früst parezi ve hipoestezi saptandı. Acil servisteki difüzyon MRG'sinde solda subkortikal beyaz cevherde ADC karşılığı izointens olan hiperintens lineer odak görüldü (Resim 1-2). Kraniyal MRG'de T1 izo-hipointens trombüs formasyonu (Resim 4), kontrastlı MR venografide superior sagittal sinüste 9-10 cm'lik bir segmentte ve iki köprü vende devamlılık kaybı izlendi (Resim 6). Serebral ven trombozu tanısıyla antikoagülan başlandı. Kan tetkiklerinde sınırda akut faz reaktanı artışı ve LDL yüksekliği saptandı. Protein-S ve Antitrombin-3 aktivitesi düşük, anti-kardiyolipin IgM pozitif bulundu. Paterji testi negatif sonuçlandı. Yatışında sağ kolunda ısı artışı, kızarıklık nedeniyle çekilen venöz doppler USG'de tromboflebit saptandı. Tüm incelemeler neticesinde hastaya Hughes sendromu tanısı konuldu. Antikoagülasyon sonrası semptomları tamamen gerileyen hasta varfarin 5 mg/gün tedavisi ile taburcu edildi.

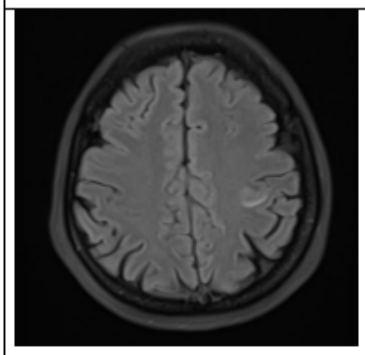
Sonuç:
Fokal nörolojik defisit ve epileptik nöbetle başvuran olgularda serebral ven trombozu ayırıcı tanıda akla gelmelidir. Edinsel trombofili nedenlerinden olan Hughes sendromu tanısında tekrarlayan düşük öyküsü ve tromboflebit önemli ipuçları olup nörolojik semptomlar tanıya ilerlemede yol gösterici olabilir.



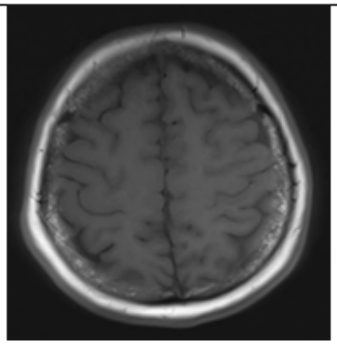
Resim 1- Difüzyon MRG DWI sekansı



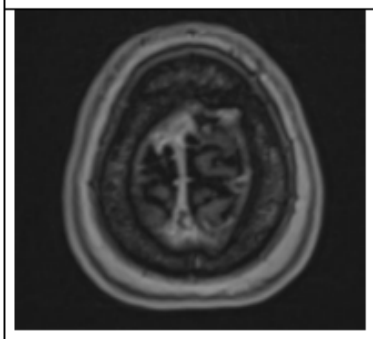
Resim 2- Difüzyon MRG ADC sekansı



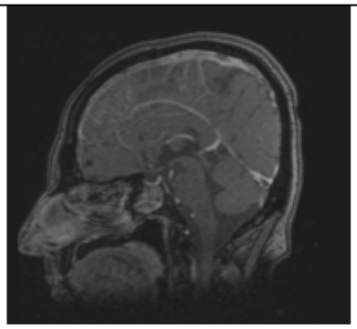
Resim 3- Flair sekanslı MRG



Resim 4- T1 sekanslı MRG



Resim 5- Kontrastlı sekans



Resim 6- MR Venografi

EP - 244 SARS-COV-2 ENFEKSİYONUYLA YATAN HASTALARDA ELEKTROENSEFALOGRAFİ

TAYLAN PEKÖZ , ABDULHAMİD KAYA

ÇUKUROVA ÜNİVERESİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Amaç:
SARS-CoV-2 hastalığı tanısı ile takip edilen hastalarda elektroensefalografi (EEG) istemleri, EEG ve nörogörüntüleme bulguları ile tanılarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem:
Çukurova Üniversitesi Nöroloji Anabilim Dalı Elektrofizyoloji laboratuvarında 2021-2022 tarihleri arasında SARS-CoV-2 hastalığı tanısı ile EEG çekilen hastalar retrospektif olarak tarandı. Hastaların demografik özellikleri, epilepsi öyküsü varlığı, istem nedenleri, EEG bulguları , nörogörüntüleme bulguları analiz edildi.

Bulgular:
Elektrofizyoloji laboratuvarında EEG incelemesi yapılan hastaların 32'sinde kesin covid tanısı olup %56,2'si erkek idi. Hastaların yaş ortalaması 35.3 (dağılım 17-58) yıl idi. Hastaların istemleri incelendiğinde %62,5 (n:20) 'nin baş ağrısı , 18,7(n:6)'sinin unutkanlık ve diğerlerinin nöbet ile istendiği saptandı. EEG bulgularında % 31,2 (n:10)' sinde diffüz yavaşlama, %9,3 (n: 3) fokal yavaşlama , % 46,8 (n:15) 'i normal ve %12,5 (n:4)'inde fokal epileptik aktivite saptandı. EEG'de epileptik aktivite saptanan hastalar epilepsi hastası olup son 6 ay içerisinde yapılan EEG incelemesi ile karşılaştırıldığında progresyon saptanmadı. Nöbet ile EEG incelemesi yapılan 6 hasta da epilepsi tanısı ile kliniğimizde takipli olup SARS-CoV-2 hastalığı ile tamamında nöbet sıklığında artış saptandı. EEG'de fokal yavaşlama saptanan hastaların nörolojik hastalık tanısı olmayıp nörogörüntülemelerinde fokal yavaşlamaya neden olabilecek patoloji saptanmadı. Baş ağrısı ile istem yapılan 20 hastanın 15'nin EEG si normal, 2'sinde fokal yavaşlama ve 3'ünde diffüz yavaşlama saptandı.

Sonuç:
SARS-CoV-2 enfeksiyonu sırasında baş ağrısı sıklıkla eşlik eden bir semptom olup bu nedenle EEG incelemesi yapılan hastaların tamamında anlamlı patoloji saptanmadı. Ayrıca enfeksiyonlarla nöbet sıklığı artabileceğinden SARS-CoV-2 enfeksiyonu tüm epilepsi hastalarında nöbet sıklığında artışa neden olmuştur.

EP - 245 NÖBET İLE İLİŞKİLİ AJİTASYON

ZAHRA HÜSEYNLİ , AYŞE DENİZ ELMALI , NERSES BEBEK

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, KLİNİK NÖROFİZYOLOJİ BİLİM DALI

Amaç:
Epilepsi ilişkili ajitasyon nadir görülen fenomen olup iktal aktivite ile ilişkilerine göre iktal, interiktal ve postiktal olarak sınıflandırılmaktadır. Çalışmamızda iktal ve postiktal ajitasyon olgularının araştırılması, klinik özelliklerinin ortaya konulması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya kliniğimizde epilepsi tanısıyla 2010-2023 VEM izlemine alınan hastalar dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri, nöbet başlangıç yaşı, nörogörüntüleme ve elektrofizyolojik bulguları, agresyonun başlangıç zamanı, süresi ve özelliği, nöropsikolojik test incelemesi, IQ skoru, psikiyatrik değerlendirilmesi ve ilaç kullanımı not edildi.

Bulgular:
Çalışmaya alınan 19 hastanın (K/E: 6/13) yaş ortalamaları 38,26±12,15 yıl, nöbet başlangıç yaşı 11,6±5,9 yıldı. Ajitasyon 13 hastada (%68,4) postiktal, 6 hastada (%31,6) iktaldi. Bir hastada interiktal dönemde ajitasyon görüldü. Hastaların onunda (%52,6) etyolojide yapısal nedenler, birinde (%5,3) otoimmun ensefalit saptandı, sekizinde (%42,1) sebep belirlenemedi. Sekiz hastanın elektrofizyolojik bulguları sağ hemisfere (%42,1), altısının sola (%31,6) lateralizeydi, beşi (%26,3) lateralize edilemedi. Nöbetlerin, hastaların on dördünde (%73,7) temporal/frontotemporal, ikisinde (%10,5) frontal bölgelerden kaynaklandığı saptandı, bir hastada (%5,3) ise jeneralize epileptiform anomali görüldü. İki hastada (%10,5) lokalizasyon tanımlanamadı. Manyetik rezonans görüntülemesinde hastaların on birinde (%55,6) mezial temporal skleroz ve heterotopi gibi yapısal lezyonlar mevcuttu. Psikiyatri birimi tarafından değerlendirilen hastalardan 14'ünde (%73,7) aktif psikopatoloji saptanmadı. İki hastanın (%10,5) depresyon, üç hastanın (%15,8) ise anksiyete bozukluğu tanısı mevcuttu. Altı hastanın (%31,5) mental retardasyonu vardı. NPT yapılan 18 hastadan 12'sinde frontal etkilenim, 5'inde bellekte bozulma, 1'inde multimodal etkilenim vardı.

Sonuç:
Nadir tablolar olan iktal ve postiktal ajitasyonun farklı klinik ve elektrofizyolojik tablolara eşlik edebileceği akılda tutulmalıdır. Çalışmamız ajitasyonun frontal etkilenim ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

EP - 247 MULTİPL SKLEROZ'DA 4-AMİNOPİRİDİN (DALFAMPİRİDİN) MOLEKÜLÜNÜN AEROBİK EGZERSİZ İLE KOGNİTİF İŞLEVLER ÜZERİNE OLAN ETKİSİ

SAİT ALBAYRAK , CANER FEYZİ DEMİR , MURAT GÖNEN , EMRAH AYTAÇ , FERHAT BALGETİR , İREM TAŞÇI

FIRAT ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Multipl skleroz (MS), inflamasyon, demiyelinizasyon, gliozis ve nöron kaybı ile karakterize, merkezi sinir sisteminin (MSS) kronik otoimmün bir hastalığıdır. MS'in sadece fiziksel ve motor dizabiliteye yol açtığı düşüncesi yaygındır, oysa çok sayıda çalışmalar var ki kişide dikkat, kavramsal akıl yürütme, işlem verimliliği, bilgi işleme hızı, bellek, sözel akıcılık (lisan) ve yürütücü işlevleri de süreç içinde ciddi olarak etkileyebildiğini göstermiştir. Bilişsel bozukluğu değerlendirmek için birçok test mevcut olduğu gibi bilişsel bozukluğun tedavi sürecinde gerek egzersiz gerekse medikal tedavi seçeneklerinin varlığı devam eden araştırmalarla doğrulanmıştır. Bu çalışmada MS'li hastalarda sıkça görülen kognitif sistem tutulumunu ve bunun ölçümünde kullanılan belirli testler eşliğinde egzersiz öncesi ve sonrasında Dalfampiridin molekülünün etkisini belirlemeyi hedefledik.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmamızda Multipl Skleroz ile takip edilen ve dalfampiridin tedavisi alan hastalar ele alınmıştır. Bu çalışmaya dahil edilme kriterleri hastalık ile ilgili McDonalds kriterleri göz önünde tutularak; RRMS tanılı 18-60 yaş arası, EDSS skoru 1.0-5.5 arasında olan, steroid tedavisi almayan veya çalışmaya başlamadan en az 3 ay önce steroid tedavisi kesilen hastalardan oluşturuldu. Hasta kayıtlarından, demografik özellikler olarak; hastaların yaşı, cinsiyeti, vücut ağırlığı, boyu, mesleği, EDSS skoru ve eğitim durumu ele alındı. Dışlama kriterleri olarak son 3 ay içinde atak geçirmiş olan bireyler, ortopedik, kardiyopulmoner veya egzersizlere katılımı engelleyen sistemik sorunları olanlar, MS dışında bilinen başka bir nöromüsküler hastalık tanısı almış olanlar yanı sıra immünomodülatör ilaç alanlar olarak belirlenmiştir. Belirtilen kriterleri sağlayan toplam 16 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar rutin tedavilerinde dalfampiridin molekülünü kullanan ve kullanmayan olarak iki gruba ayrıldı. Her iki grup aerobik egzersiz öncesi ve sonrası PASAT ve MSNQ testlerine tabi tutularak, veriler egzersiz öncesi ve sonrası olarak kıyaslanmıştır.

Bulgular:
Tüm hastalar ele alındığında egzersiz sonrası PASAT değeri egzersiz öncesinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,003). Egzersiz öncesi ve sonrası MSNQ değeri arasında anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,712). Egzersiz öncesi başarılı olan 8 hastanın 7'si egzersiz sonrasında da başarılı iken egzersiz öncesi başarısız olan 8 hastanın 7'si egzersiz sonrasında da başarısız olduğu görülmüştür. Egzersiz öncesi ve sonrası başarılı olma durumu arasında anlamlı farklılık görülmemiştir (p=1,000).Dalfampiridin kullananların egzersiz sonrası MSNQ değeri dalfampiridin kullanmayanların egzersiz sonrası MSNQ değerinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,015). İlaç kullananların MSNQ değişimi ilaç kullanmayanların MSNQ değişiminden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,003). İlaç kullanan ve kullanmayanlar arasında egzersiz öncesi MSNQ açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,382).Dalfampiridin kullanımı arasında egzersiz öncesi PASAT (p=0,798), egzersiz sonrası PASAT (p=0,574) ve PASAT değişimi (p=0,442) açısından anlamlı farklılık görülmemiştir

Sonuç:
Multipl skleroz (MS) hastalarının yaklaşık üçte ikisi hastalığın bir sonucu olarak kognitif bozukluk yaşamaktadır (98,254). Bilişsel bozukluğu değerlendirmek için birçok test mevcut olduğu gibi bilişsel bozukluğun tedavi sürecinde gerek egzersiz gerekse medikal tedavi seçeneklerinin varlığı devam eden araştırmalarla doğrulanmıştır. Bu çalışmaları göz önünde bulundurarak bizim çalışmamızda, egzersiz faktörünün ve diğer hastalık modifiye edici ajanların (DMT) kullanım amaçlarından farklı olarak sadece yürüme güçlüğü üzerine olumlu katkısıyla bilinen dalfampiridin kullanımının, kognitif işlevler üzerine bir etkisinin olup olmadığı; oluyorsa ne yönde bir farklılık oluşturduğunu göstermeyi hedefledik. MS hastalarında aerobik egzersizin kognitif işlevler üzerine etkilerinin araştırıldığı literatür verileri incelendiğinde Langeskov-Christensen M. ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada MS hastalarında aerobik egzersiz sonrasında Tekrarlanabilir Kısa Nöropsikolojik Test Bataryası testi (BRB-N) kullanılarak hastaların kognitif işlevleri kıyaslanmıştır. Bu çalışma sonucunda Langeskov-Christensen M. ve ark. tüm hasta grupları arasında anlamlı bir fark tespit edememiş olsalar da kognitif anlamda engelli alt grupta (toplam

grubun %43ü) gruplar arası Sembol Rakam Modaliteleri Testinde (SDMT) klinik açıdan anlamlı bulunan bir iyileşme olduğunu göstermişlerdir. Sonuç olarak mevcut MS grubunda, 24 haftalık denetimli aerobik egzersizin toplam grupta herhangi bir kognitif alan üzerinde etkisi olmadığı, ancak kognitif olarak engelli alt grupta işlem hızını potansiyel olarak iyileşme olduğu gösterilmiştir.Aerobik egzersiz üzerine Özkül Ç. ve ark tarafından yapılan başka bir çalışmada kognitif bozukluğu olan RRMS ve hafif engelli MS hastaları rastgele iki gruba ayrılmıştır: Egzersiz Grubu (EG, n:17) ve Kontrol Grubu (KG, n:17). EG, 8 hafta boyunca haftada üç seans aerobik ve pilates eğitiminden oluşan kombine bir egzersiz eğitimi alırken, KG evde gevşeme egzersizleri yapmıştır. Kognitif işlevler, yürüme kapasitesi, yorgunluk, ruh hali ve yaşam kalitesi başlangıçta ve sekiz hafta sonra sırasıyla Kısa Tekrarlanabilir Nöropsikolojik Test Bataryası (BRB-N), Altı Dakika Yürüme Testi (6-MWT), Yorgunluk Etki Ölçeği (FIS), Beck Depresyon Envanteri (BDI) ve MS Yaşam Kalitesi-54 (MSQoL-54) kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışma, uzun süreli sözel bellek, yürüme kapasitesi, kognitif yorgunluk ve fiziksel yaşam kalitesi üzerinde EG grubunda olumlu yönde anlamlı grup-zaman etkileşimleri göstermiştir ($p<0.003$). Dalfampiridin kullanımının kognitif işlevler üzerine etkisine dair literatür verileri incelenediğinde, Landmeyer NC ve ark. yapmış olduğu bir sistematik gözden geçirme çalışmasında, 55 farklı MS hasta örneğini içeren 44 çalışmayı incelenmiştir. Bu gözden geçirmede yirmi beş çalışma platform tedavileri (esas olarak β-interferon [n = 17] ve glatiramer asetat [n = 4]) ile ilgiliyken, 22 çalışma eskalasyon tedavileri (esas olarak natalizumab [n = 14] ve fingolimod [n = 6]) ile ilgili bulunmuştur. Bildirilen veriler çoğunlukla kognitif alan işlem hızıyla sınırlıdır. 41 çalışma ve 7.131 hastayı içeren bir başka meta-analizde, genel olarak DMTlerin kognitif test performansı üzerinde hafif ve orta düzeyde bir pozitif etkisi olduğu (g = 0,27, %95 güven aralığı [CI] = [0,21-0,33]), ancak platform (g = 0,27, %95 CI = [0,18-0,35]) ve eskalasyon tedavileri (g = 0,28, %95 CI = [0,19-0,37]) arasında veya herhangi bir DMT ile β-interferon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ortaya konmuştur. Bizim çalışmamızın sonucunda ise tüm hastaların dalfampiridin kullanımı bağımsız olarak ele alındığında egzersiz sonrası PASAT değeri egzersiz öncesinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,003). Egzersiz öncesi ve sonrası MSNQ değeri arasında anlamlı farklılık ise görülmemiştir (p=0,712).Literatür verilerine göre DMT dışı bir molekül olarak dalfampiridinin ve sadece aerobik egzersizin tek başına MS hastalarında uygulanmasının kognitif işlevler üzerine olumlu etkileri olduğu daha önce bildirilmiştir. Bizim çalışmamızın sonuçları ise dalfampiridin kullanımının aerobik egzersiz ile desteklenmesinin tek başına dalfampiridin kullanımına göre çok daha yüz güldürücü sonuçları olduğunu göstermektedir. Farklı çalışma sonuçlarında bataryalar arası farklı sonuçlar elde edilmiş olması tek bir bataryanın kognitif işlevlerin geniş çaplı değerlendirilmesinde yeterli olmadığına işaret etmektedir. Bu bağlamda kognitif işlevlerin değerlendirilmesi için daha kapsamlı testlerin gerekliliği yanı sıra farklı medikal tedavilere yanıtların daha geniş hasta gruplarında incelenmesi açısından yeni çalışmalara da ihtiyaç duyulmaktadır.Sonuç olarak; aerobik egzersiz uygulamaları ve dalfampiridin; RRMS'te kognitif test performansını iyileştirmede etkili olabileceği gibi, bu amaca yönelik kullanımın yaygınlaştırılması için mevcut veriler oldukça yetersizdir. Daha kapsamlı kognitif sonuç ölçümlerinin egzersiz ve tedavi modaliteleri üzerinden daha geniş hasta popülasyonlarında ve ek kognitif bataryalar yardımıyla kullanımı MS için ciddi ve sık görülen bu bozukluğun yönetiminde ufuk açıcı olacaktır.Sonuç olarak; aerobik egzersiz uygulamaları ve dalfampiridin; RRMS'te kognitif test performansını iyileştirmede etkili olabileceği gibi, bu amaca yönelik kullanımın yaygınlaştırılması için mevcut veriler oldukça yetersizdir. Daha kapsamlı kognitif sonuç ölçümlerinin egzersiz ve tedavi modaliteleri üzerinden daha geniş hasta popülasyonlarında ve ek kognitif bataryalar yardımıyla kullanımı MS için ciddi ve sık görülen bu bozukluğun yönetiminde ufuk açıcı olacaktır.

EP - 248 SEREBRAL SİNÜS VEN TROMBOZUNDA MEKANİK TROMBEKTOMİ: OLGU SUNUMU

AYŞENUR YILDIRIM ÇETİN

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Giriş:
Tüm inmelerin %0,5-1'ini oluşturan, genellikle gençlerde görülen serebral sinüs ven trombozu (SVT) vakaları genellikle baş ağrısı ve fokal nörolojik defisit ile başvururlar. Erken tedavi ile mortalite ve morbidite önemli ölçüde azaltılabilir. Tedavide antikoagülan tedavi öncelikli olup, yeni çalışmalara dahil edilen endovasküler müdahale de bir başka tedavi seçeneğidir.

Olgu:
23 yaş kadın hasta sezaryen özgeçmişine sahip olup doğumdan 3 gün sonra; baş ağrısı şikayeti ve nörolojik muayenesi bilinç stupor, pupiller anizokorik, sağ ekstremiteler hemiparezik 2/5 şekilde acil servise başvurdu. Kraniyal bilgisayarlı tomografisinde(BT) superior sagittal sinüs ve sol transvers sinüste akım defekti, sol temporaparyetelde intraparankimal hemoraji ve yaygın ödem gözlendi. Hasta unfraksiyone heparin, antiödem ve profilaktik antinöbet tedavisi ile takibe alındı. Beyin cerrahisinden konsültasyon istenen hasta dekompresyon cerrahisine alındı. Klinik kötüleşme görülen hastanın takibinde çekilen BT'sinde sol hemisferik kanamanın arttığı ve yeni başlayan subraraknoid kanama(SAK) görüldü. Muayenesi efektif antikoagülan tedaviye rağmen kötüleşen ve intraparankimal kanamasında artış olan hasta venöz trombektomi planı ile anjiyoya alınarak parsiyel rekanalizasyon sağlandı. Endovasküler tedavi sonrasında unfraksiyone heparin tedavisine devam edildi. Klinik olarak kısmi iyileşme görülen ve çekilen kontrol görüntülemelerinde superior sagittal sinüste akımın kısmen olduğu görülen hastanın genetik incelemelerinde MTHFR homozigot gen mutasyonu saptandı.

Sonuç:
Serebral SVT vakalarında erken tanı ve tedavi önemli ölçüde mortalite ve morbiditeyi azaltmaktadır. Efektif antikoagülan tedaviye rağmen kanamasında artış olan klinik kötüleşme görülen hastalarda mekanik trombektomi yüz güldürücü olabilir.

EP - 249 POSTERİOR REVERSİBLE ENSEFALOPATİ SENDROMU

HİLAL GÜDEK , ESRA AŞLAKCI , MELİS GÖKÇE ÇİL , HAVVA TUĞBA ÇELİK , CEMİLE HANDAN MISIRLI , ÖZLEM KESİM ŞAHİN

HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:
Posterior reversible ensefalopati sendromu (PRES), görme bozukluğu, baş ağrısı, nöbetler ve bilinç bozukluğu gibi klinik belirtilere sahiptir. Manyetik rezonans görüntülemede(MRG) posterior parietal ve oksipital alanda subkortikal bölgede vazojenik ödem tipiktir. Hastalığın patofizyolojisi tam aydınlatılamamış olsa da endotel hasarına sekonder kan beyin bariyerinin bozulmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Risk faktörleri olarak hipertansiyon, eklampsi, renal disfonksiyon, otoimmün hastalıklar ve immün yetmezlik tedavi sıralanabilir. Tedavi stratejisi altta yatan nedene ve komplikasyonların yönetimine yöneliktir. Çoğu hastada prognoz iyi seyirlidir ancak bazı hastalarda morbidite ve mortaliteye sebep olabilir. Burada postpartum nöbet ile prezante iki PRES olgusunu sunuyoruz.

Olgu-1
Otuz beş yaşında gestasyonel hipertansiyon sebebiyle takipli kadın hastaya gebeliğin kırkıncı haftasında HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet) sendromu teşhisi konuldu. Acil sezaryen operasyonu sonrası 15 saniye süren jeneralize tonik klonik(JTK) nöbet izlendi. Klinik, eklampsi olarak değerlendirildi. Manyetik rezonans görüntüleme(MRG) flair sekansında bilateral parietooksipital lob ve bazal gangliyada difüzyon ağırlıklı incelemede(DWI) difüzyon kısıtlılığı oluşturmayan hiperintens lezyonlar izlendi. Tansiyon regülasyonu sağlandı, levatirasetam başlandı. Kontrol MRG'de regresyon izlendi.

Olgu-2
Yirmi sekiz yaşında gestasyonel diyabetes mellitus(DM), ikiz gebelik ve bir fetusta intrauterin gelişme geriliği ile takipli kadın hasta, hipertansif seyretmesi üzerine acil sezaryen operasyonuna alındı. Postpartum fotopsi ve jeneralize tonik klonik nöbet(JTK) izlenmesi üzerine eklampsi olarak değerlendirildi.Kranial MRG flair sekansında parietooksipital ve sol serebellar bölgede DWI'de difüzyon kısıtlılığı oluşturmayan sulkal hiperintens lezyonlar izlendi. Tansiyon regülasyonu sağlandı, levatirasetam başlandı. Kontrol görüntülemelerinde regresyon görüldü.
İki olgudan oluşan olgu serimiz ile erken tanı ve multidisipliner yaklaşımın prognozu iyileştirmede ve uzun vadeli komplikasyon riskini azaltmada önemli olduğunu vurgulamak istedik.

EP - 250 EPSTEIN BARR VİRUS ENFEKSİYONUNUN NADİR BİR PREZENTASYONU: UZUN SEGMENT TRANSVERS MİYELİT

GİZEM KIZILAY , HİLMİ UYSAL , FERAH KIZILAY

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Uzun Segment Transvers Miyelit, Transvers Miyelit'in nadir görülen bir formudur. Spinal Manyetik Rezonans Görüntülemede üç veya daha fazla vertebral segment boyunca uzanan T2 hiperintensitesi olması beklenir. Bu bildiride EBV ilişkili bir Uzun Segment Transvers Miyelit olgusu sunulmuştur.

Olgu:
19 yaş erkek hasta; Acil Servise ateş, yürüme güçlüğü, dört ekstremitede uyuşma ve güçsüzlük, idrar - gaita retansiyonu ile başvurdu. Hastanın 112 tarafından ölçülen ateşi 38°C olup Acil Servis ölçümü 37.1°C idi, diğer vital bulguları normal aralıktaydı.
Nörolojik muayenesinde ense sertliği, Kerning bulgusu mevcuttu. Sağ üst ekstremite kas gücü distalde 4/5, sol üst ekstremite kas gücü proksimalde 2/5 distalde 4/5, her iki alt ekstremite kas gücü proksimalde 2/5 distalde 4/5'ti. DTR'leri dört ekstremitede normoaktif olup yüzeyel, derin ve kortikal duyusu doğaldı.
Kontrastlı Spinal MR'da servikal ve torakal seviyelerde uzun segmentte kalınlık ve kontrastlanma artışı saptanmış, klinik tablo Uzun Segment Miyelit lehine değerlendirilmiştir.
Lomber Ponksiyon'da Mikroprotein 92,5 Glukoz 55 eş zamanlı parmak ucu kan şekeri 55'tir. Direkt bakıda 5 eritrosit görülmüştür. BOS EBV DNA pozitif, NMO-MOG antikorları negatif bulunmuştur.
6 gün Metilprednizolon 1000 mg IV almış, 7 seans Plazma Değişimi yapılmıştır. Pulse steroid tedavisinden sonra Metilprednizolon 80 mg/gün PO başlanmıştır.
Taburculuğunda nörolojik muayenesi intakt ve radyolojik bulguları tam regrese bulunmuştur. Otoimmün, demiyelinizan, paraneoplastik diğer etyolojiler dışlanarak ön planda EBV İlişkili Uzun Segment Miyelit düşünülmüştür.

Tartışma:
EBV'nin nörolojik bulguları arasında menenjit, ensefalit, miyelit bulunur. Olgumuzda literatürle uyumlu olarak spinal görüntülemede uzun segmentte kalınlık, kontrastlanma artışı ve kranial görüntülemede leptomeningeal tutulum saptanmıştır.

EP - 251 GENÇ ERKEK HASTADA SEKONDER EPİLEPTİK NÖBET İLE PREZENTE OLAN PİTÜİTER APOPLEKSİ OLGU SUNUMU

FATMA GÜLHAN ŞAHBAZ

AFYONKARAHİSAR DEVLET HASTANESİ

Giriş:
Pitüiter apopleksi (PA); hipofiz bezinde akut gelişen hemoraji veya iskemi sonucu ortaya çıkan mortal seyirli olabilen nadir görülen acil bir durumdur.Genellikle baş ağrısı, görme bozuklukları ve bilinç değişikliği görülmektedir.Biz burada atipik bir klinik ile prezente olan genç erkek hastayı sunmayı amaçladık.
Olgu:40 yaşında erkek hasta sol tarafta başlayıp tüm vücuda yayılan kasılma , ağızda salya akma, bilinç bulanıklığı şikayetiyle 112 tarafından acil servise getirildi.Uzamış postiktal letarji ile değerlendirilen hastaya antiepileptik tedavileri sonrası yoğun bakım ünitesinde takip edildi.Kranial görüntülemelerinde suprasellar bölgede sağa lateralize hipofiz makroadenom ile uyumlu görünüm izlendi. Enfeksiyöz patolojiler ve hemoraji ekarte edildi. Sol üst ekstremiteden pektoral kaslara yayılan myoklonileri olması nedeniyle valproik asit tedaviye eklendi.Kontrastlı hipofiz mr görüntülemesinde adenom içinde kanama saptanması üzerine hasta acil cerrahi için ileri merkeze sevk edildi.

Tartışma:
PA ani vasküler bir patoloji sonucu gelişmektedir.Genellikle altta yatan adenom söz konusudur.Görme keskinliğinde azalma, optik sinir ve kiazma bası altında kalması halinde görme alanı kayıpları izlenebilir.Kavernöz sinüs içindeki kranial sinirlerin etkilenmesine bağlı olarak oküler hareket kısıtlılıkları görülebilmektedir.Uygun şekilde zamanında tedavi edildiğinde genellikle görsel semptomlar iyileşmektedir. Kafa travması, gebelik ve hormon tedavileri sebepleri arasında gösterilmektedir.Konservatif ilaç tedavileri dışında özellikle bilinç değişikliği ve yaygın görme alanı kayıpları ile seyreden hastada tümörün cerrahi olarak çıkarılması önerilmektedir.

Sonuç:
PA diğer birçok nörolojik hastalık ile karışabilen, her hekimin hızla tanıması gereken acil nörolojik bir hastalıktır.Tanı klinik , muayene ve görüntüleme eşliğinde konulur.Bazı olgularda transsfenoidal acil cerrahi tedavi ihtiyacı olabilmektedir.Erken tanı büyük önem arz etmekte olup erken dönemde doğru müdahale yapılmadığı takdirde kalıcı körlük gibi yüksek morbidite ve hayati tehlike söz konusudur.

EP - 252 OLASI BEHÇET HASTALIĞINA SEKONDER MOYAMOYA SENDROMU

MELİH İĞCİ , ŞÜHEDA ÇALAK , HASAN DOĞAN , MUSTAFA ONUR YILDIZ , BİLGE PİRİ ÇINAR , ÇETİN KÜRŞAD AKPINAR

SAMSUN ÜNİVERSİTESİ SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ AD, SAMSUN, TÜRKİYE

Giriş:
Moyamoya Hastalığı, supraklinoid internal karotid arterlerin daralması ve anjiyografide duman bulutu görünümüne yol açan anormal kollateral damarların oluşması ile karakterize, idiyopatik ilerleyici tıkayıcı bir arteriyopatidir. Çoğunlukla genç kadınları etkilemekle birlikte inme, geçici iskemik ataklar, migren tipi baş ağrıları, bilişsel bozukluklar ve nadiren kişilik veya davranış değişiklikleri ile prezente olabilir. Altta yatan otoimmün hastalıklara bağlı olarak geliştiğinde "Moyamoya Sendromu" olarak adlandırılırken idiyopatik ise moyamoya hastalığı denir. Burada behçet hastalığına bağlı gelişen moyamoya sendromu olgusu sunulmuştur.

Olgu:
Bilinen tip 1 diabetes mellitus tanısı olan 36 yaşında erkek hasta, yaklaşık 1 yıldır ara ara olan konuşma bozukluğu, kelime bulmada güçlük yakınması nedeniyle tarafımıza başvurdu. Nörolojik muayene normaldi. Kraniyal görüntülemelerinde bilateral ICA supraklinoid segmentleri, bilateral ön ve orta serebral arter M1 ve M2 segmentleri oklude olup M3 segment ve distali pial kollateraller vasıtasıyla doluş göstermekte ve kafa tabanında yaygın ince kollateraller izlendi. Hastaya yapılan DSA'da moyamoya ile uyumlu görünüm izlendi. Yapılan EEG de patoloji saptanmadı. Sistemik sorgulamada artralji, oral aft tariflemesi üzerine Behçet açısından tetkik edildi. Romatoloji ile ortak yapılan konseyde hastada Behçet hastalığı ve buna sekonder Moyamoya sendromu düşünüldü.

Sonuç:
Behçet Hastalığında vasküler tutulum %2-46 oranında bildirilmesine rağmen bunların çoğu venöz olup arteriyel etkilenme yalnızca %3,6 oranında bildirilmiştir. Patofizyolojide Behçet Hastalığında görülen panvaskülite sekonder damar duvarının media ve adventisya tabakalarında lenfositik infiltrasyon rol oynamaktadır. Moyamoya sendromu lupus gibi otoimmün hastalıklara sekonder görülebildiği bilinmektedir, ancak Behçet Hastalığına sekonder Moyamoya sendromuna dair literatürde vaka sayısı sınırlıdır. Otoimmun hastalıklara sekonder gelişen moyamoya sendromu genç yaş inmelerin etiyolojisinde akılda tutulmalıdır.

EP - 253 FASİYAL DİPLEJİ OLGU SERİSİ

MİNE AKSEL , AYŞEGÜL ÖZYILMAZ , HALİME ŞAHAN , SİNEM FİDAN BUÇİN

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI

Özet:
Fasial dipleji nadir görülen bir klinik durumdur. Tek taraflı fasiyal paralizi en sık idiopatik nedenli iken fasiyal dipleji sıklıkla altta yatan sistemik hastalığa bağlı görülür. Bu yazıda farklı etiyolojilerle takip edilen üç fasial dipleji olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgular:
Kliniğimize üç ay içinde başvuran 59 yaşında erkek, 63 yaşında erkek ve 77 yaşında kadın üç hastanın sırasıyla ilk ikisi bir gün önce, üçüncü hastanın bir hafta önce başlayan yüz hareketlerinde zorlanma şikayeti vardı. Nörolojik muayenelerinde fasiyal dipleji izlendi, ilk hastanın eşlik eden bilateral patella refleksi zayıftı, diğer muayene bulguları doğaldı. Birinci hastanın bir ay önce üst solunum yolu enfeksiyon öyküsü, üçüncü hastanın iki ay önce kene ısırma öyküsü dışında üç hastanın da özgeçmişinde özellik yoktu. Sinir ileti çalışmasında bilateral fasiyal sinir amplitüdü düşük bulundu. İlk iki hastaya lomber ponksiyon(LP) yapıldı ve bos proteini(sırasıyla 221mg/dl, 175mg/dl) artmış bulundu, diğer tetkikleri normaldi. İlk hastada varyant Gullian-Barre Sendromu(GBS) olarak değerlendirildi, kliniğin hafif olması sebebiyle IVIG tedavisi düşünülmedi. Prednol tedavisi ile ilk üç gün içinde klinikte düzelme izlendi. İkinci hastanın seroloji testlerinde Varicella(VZV) IgM(+) ve IgG(+) izlendi. Üçüncü hasta onam vermemesi sebebiyle LP yapılamadı, serumda bakılan B.burgdorferi IgG(+++) pozitifti. Lyme hastalığı tedavisi düzenlendi.

Tartışma:
Fasiyal paralizi olgularının ancak %0,3'ünde fasiyal dipleji görülmektedir. Fasiyal diplejinin en yaygın nedenleri; Lyme hastalığı, GBS, Bell paralizisi, lösemi, sarkoidoz, bakteriyel menenjit, sifiliz, lepra, Moebius sendromu, infeksiyöz mononükleozis ve kafatası fraktürü olarak bildirilmiştir. Bizim olgularımızın biri varyant GBS ile uyumlu, birinde VZV (+), bir olgumuzda Lyme hastalığı tespit edilmiştir. Fasiyal dipleji olgularının %20'si idiopatiktir. Fasial diplejide prognoz etiyolojiye göre değişebileceğinden ayrıntılı tetkikler yapılmalıdır. Üç olgunun klinik takibinde prognozu iyi seyretmiştir.

EP - 254 FARKLI ETİYOLOJİLERLE AKUT TRANSVERS MİYELİT VAKA SERİSİ

BEYZA KARAGÖZ , NAZLI GÖKDERE , M.FATİH PUL , IŞIL KALYONCU ASLAN , H.FERHAN KÖMÜRCÜ , EREN GÖZKE

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL FATİH SULTAN MEHMET EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Akut transvers miyelit TM, spinal korda fokal inflamasyon sonucu meydana gelen demiyelinizasyon ve nöronal hasara bağlı olarak gelişen motor, duyusal ve otonomik disfonksiyon ile karakterize bir durumdur. Bu olgu sunumuyla akut transversmiyelit olgularının etiyolojik spektrumunun incelenmesi amaçlandı.

Olgu-1
Otuz dokuz yaşında erkek, bacaklarda ani his kaybı ve güçsüzlük şikayetiyle getirildi. 2 hafta önce torakal alanda zona öyküsü vardı. Muayenesinde paraparezikti. T10'da seviye veren duyu kusuru vardı. MR'da servikal kordta, bulber bileşke düzeyinden itibaren inferiora uzanan, yer yer ekspansiyon oluşturan diffüz T2 sinyal artımı izlendi. T6 -T12 arası kontrast tutulumu izlendi. BOS normaldi. NMO, MOG, enfeksiyon panelleri negatifti. Steroid ve sonrasında IVIG tedavisi aldı. Fayda görmedi. Plazmaferez uygulandı, kısmi fayda sağlandı. Azatioprin ile takip edilmekte.

Olgu-2
Yirmi altı yaşında kadın, sağ kolda uyuşma, idrarını yapamama şikayetiyle geldi. Muayenesinde tetraparezikti. DTR'ler yaygın hiperaktifti. C5'te seviye veren duyu kusuru mevcuttu. Servikal MR'da C5-C7 seviyelerinde kontrast tutmayan demiyelinizan plaklar ile uyumu lezyonlar izlendi. BOS incelemesi doğaldı. NMO, OKB, viral belirteçler negatifti. Akut TM tanısıyla steroid başlandı. Progrese olmasıyla IVIG tedavisi uygulandı, fayda gördü. Kanda Borrelia IgG + ancak BOS'ta Borrelia (western blot) ve BOS NMO (cellbased) negatifti. IgG indeksi artmıştı. Göz hastalıkları tarafından optik nörit olarak değerlendirildi. Seronegatif NMO tanısıyla Azatioprin tedavisiyle takip edilmekte.

Olgu-3
Altmış bir yaş erkek, 10 gündür bacaklarda güçsüzlük, idrar kaçırma şikayetleriyle başvurdu. Kas gücü; bilateral kalça fleksiyon ve ekstansiyonu 4/5 idi. Bilateral çorap tarzı hipoestezisi mevcuttu. DTR'ler üst ekstremitelerde hipoaktif, alt ekstremitelerde alınamadı. MR'da torakal kord boyunca diffüz ödemli sinyal artışı saptandı. BOS'da 10 lökosit, mikroprotein 60 mg/dl ölçüldü. OKB Tip 2 pozitif saptandı. IVIG tedavisinden fayda görmedi. Akut TM tanısıyla pulse steroid tedavisinden fayda gördü.

Olgu-4
Elli dokuz yaşında kadın, 3 gündür sol bacakta daha belirgin her iki bacakta güçsüzlük ve idrar kaçırma şikayetleriyle acil servise başvurdu. Özgeçmişinde özellik yoktu. Muayenesinde paraparezikti. TCR bilateral ekstensör yanıtlıydı. BOS'da 107 lökosit (%95 lenfositer), mikroprotein 189 mg/dl idi. BOS NMO negatif, OKB Tip 2 + idi. Akut TM tanısıyla steroit ve Azatioprin başlandı. 2 yıl sonra intrakranyal hematom geçirdi, sağ M1 seviyesinde sakküler anevrizma, M1, M2 seviyelerinde fokal lümen daralmaları saptandı. 1 yıl sonra bulbus enfarktı geçirdi. Vaskülit açısından araştırıldı. Ankilozan spondilit tanısı aldı.

Olgu-5

Yirmi dokuz yaşında erkek, 3 gündür giderek artan yürüme bozukluğu, bacaklarda his kaybı, idrar kaçırma şikayetleriyle geldi. Kas gücü; alt ekstremite distallerde 2/5 düzeyinde parezikti. TCR bilateral ekstensördü. DTR'ler alt ekstremitelerde hiperaktifti. T6'ya kadar seviye veren duyu kusuru mevcuttu. Ataksikti. Spinal MR'larda C8-T1 seviyesinden başlayıp 5-6 segment devam eden hiperintens lezyon saptandı. BOS'da 24 lökosit (%98 lenfosit), mikroprotein 46 mg/dl ölçüldü. BOS NMO negatifti. VEP'te sağ göz P100 latansı uzundu. Akut TM ön tanısıyla verilen steroidten fayda gördü. Seronegatif NMO tanısıyla oral prednizolon ile takip edilmekte.

Tartışma

Akut transversmiyelit, geniş etiyolojik spektrumlu nöro-immün bir hastalıktır. Her hastada altta yatan nedenin farklı olabileceği unutulmamalıdır. Ayrıca altta yatan nedene bağlı tedavi şekli de değişebilmektedir.

EP - 255 İNTRAKRANİAL HİPOTANSİYONA SEKONDER SEREBRAL VEN OKLÜZYONU VE SEREBRAL HEMORALİ

SERAP ZENGİN KARAHAN

TRABZON KANUNİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Intrakraniyal hipotansiyon serebral ven trombozunun nadir görülen bir nedenidir.

Olgu:
63 yaşında, bilinen hipertansiyon ve böbrek taşı dışında rahatsızlığı olmayan hastanın spinal anestezi ile yapılan taş kırma işlemi sonrası gelişen şiddetli, enseden başlayıp frontale yayılan ve pozisyonla değişen baş ağrısı şikayeti gelişmiş. Ağrı kesiciye rağmen ağrıları geçmeyen hasta, işlem sonrası 5. günde ani gelişen konuşamama ve sağ kol ve bacakta kuvvet kaybı şikayetiyle acil servise getirildi. Çekilen beyin BT ve beyin MR'da 'da sol parietalde geniş hemorajik infarkt saptanan hasta, hikaye ve görüntülme bulguları göz önüne alınarak sinüs ven trombozuna sekonder hemorajik infarkt ön tanısıyla inme yoğunbakım ünitesine kabul edildi.

Sonuç:
İntrakranial hipotansiyon , ağır nörolojik sekellere ve ölüme neden olabilen serebral ven trombozunun nadir fakat akılda tutulması gereken bir nedenidir.

EP - 256 HORNER SENDROMUNUN EŞLİK ETTİĞİ SPİNAL İSKEMİ OLGU SUNUMU

ŞULE KAHRAMAN , SELAHATTİN REYHANİ , ELİF KORKUT , EDA ÇOBAN , NİLÜFER KALE

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ÜNİVERSİTESİ BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş ve Amaç:
Spinal kord iskemileri, vasküler nörolojik patolojilerin yaklaşık %1-2'sini oluşturur. Akut dönemde spinal diffüzyon MRG (DWI MRG) tanı koydurucu olsa da spinal bölgedeki kemik arterafaktları nedeniyle kaliteli görüntü elde edilemeyebilir. Motor ve duyusal semptomlara ek olarak horner sendromu (HS) nadiren tabloya eşlik edebilir. Amaç servikal spinal iskemide HS görülebileceğine vurgu yapmak ve spinal DWI MRG ın tanıya olan katkısına dikkat çekmektir.

Olgu Sunumu:
35 yaş erkek hasta ağır yük taşıma sonrasında aniden iki kolda uyuşma, güç kaybı olması ve 1 saat sonra paraparezi, idrar inkontinasının başlaması üzerine başvurdu. Solda belirgin 4 ekstremitede motor zaaf, C4 hizası altında duyu kusuru, karın cildi refleksi yokluğu, solda HS bulguları vardı ve üriner inkontinans tariflemekteydi. Beyin BT, DWI ve kontrastlı MRG'ı normaldi.

Servikal MRGda C4 -C7 seviyesinde T2de hiperintens, kontrastlanmayan lezyon görüldü. Spinal DWI MRG artefaktsız çekilebildi ve iskemi görüldü. Diseksiyon ayrıcı tanısı için çekilen yağ baskılı boyun MRG, abdominal ve servikal BT Anjiografi normaldi. Kardiyoembolik etyoloji, genç inme nedenleri araştırma sonuçları ve BOS bulguları normaldi. Steroid tedavisinden fayda görmedi. Antiagregan tedavisiyle taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç:
Spinal iskemi miyelite göre belirtilerin çok hızlı başlaması, steroid tedavisine yanıtsızlıkla ayırt edilebilir. Erken dönemde miyelit ve iskemi ayırımı spinal bölgenin artefaktsız DWI MRG çekimiyle mümkündür. Hastamızın DWI MRG görüntüleri net elde edilmiş ve spinal iskemi kanıtlanmıştır. Servikal spinal sempatik zincirin etkilenmesiyle nadiren klinik bulgu olarak tabloya eşlik edebilen HS hastamızda gözlenmiştir. Spinal kord iskemisi tedavisinde, erken dönemde antiagregan tedavi başlanmalı ve temel amaç altta yatan etyolojik nedene yönelik olmalıdır.

EP - 257 POSTRAVMATİK SEREBRAL YAĞ EMBOLİSİ OLGUSU VE TİPİK NÖRORADYOLOJİK GÖRÜNÜM

AYŞE AVCI , KADİR GÜLŞEN , FETTAH EREN , EMEL AFİFE ATAMAN , AYŞE ÖYKÜ KARAKAYA ATILGAN

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Olgu:
Yağ embolisi sendromu, genellikle alt ekstremite uzun kemik fraktürü veya ortopedik cerrahi sonrası 24-72 saat içinde peteşi, mental kontüzyon ve solunum yetmezliği ile karakterize bir tablodur. İzole serebral yağ embolisi ise % 0,9-2,2 oranında görülen mortal bir tablodur. Bu olgu sunumu ile serebral yağ embolisinin klinik ve nöroradyolojik özelliklerini sunmayı amaçladık. Bilinen hastalık ilaç kullanımı olmayan 25 yaş erkek hastanın araç dışı trafik kazası sonrası femur şaft kırığı ile acile başvurdu. Hastaya uzun bacak atel operasyon planlandığı sırada bilinç bozukluğu gelişmesi üzerine hasta entübe edildi. Difüzyon manyetik rezonans görüntülemesinde yıldızlı gökyüzü manzarasını düşündürür şekilde bilateral ve multiple difüzyon kısıtlılıkları izlendi. Hastada serebral yağ embolisi düşünülerek tedavi düzenlendi. Yağ embolisi sendromu sıklıkla alt ekstremite fraktürü ve intramedüller cerrahi gibi ortopedik yaralanmalar sonucu genellikle ilk 24 saat içinde görülür. Uzun kemik kırığı olan hastalarda görülme sıklığı %0,5-19 arasında değişkenlik gösterir. Klinik bulgular genellikle travmadan sonra 12-72 saat içinde ortaya çıkar. Bilinç bozukluğu, epileptik nöbet, stupor, koma, baş ağrısı ve rijidite olguların %86'sında bildirilmiştir. Bizim olgumuzda posttravmatik 48 saat sonra bilinç bulanıklığı gelişti. Tipik yıldızlı gökyüzü manzarasının tanınması tanısal karmaşanın önüne geçerek erken tanı konulmasında yardımcı bir görüntüleme özelliğidir.

EP - 258 TROMBÜS BİR VARMIŞ BİR YOKMUŞ, SONU İYİ BİTEN KORKUNÇ BİR MASAL: OLGU SUNUMU

AYŞE POLAT ZAFER [1], OĞUZHAN TURHAN [1], BİLGEHAN ATILGAN ACAR [2], TÜRKAN ACAR [2], AHMET CAN ÇAKMAK [3]

[1] *S. B. SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ*
[2] *SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ A.D.*
[3] *S. B. SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, KARDİYOLOJİ KLİNİĞİ*

Giriş:
İnme, serebral işlevlerin fokal veya global bozukluğuna bağlı klinik bulguların hızla yerleştiği; bu bulguların 24 saat veya daha uzun sürdüğü veya ölümle sonuçlandığı bir klinik antitedir. Bu yazıda kardiyoloji servisinde dekompanse kalp yetmezliği (DKY) ve intrakardiyak trombüs nedeniyle takip edilen hastada gelişen akut inmeye yaklaşım üzerinde durulmuştur.

Olgu:
Elli dört yaşında erkek hasta DKY tanısıyla kardiyoloji kliniğinde takip edilmekteydi. Transtorasik ekokardiyografide (TTE) ejeksiyon fraksiyonu (EF) %25 olup sol ventrikül (LV) içinde serbest trombüs mevcuttu. Takibinde bilinç bulanıklığı, sağ tarafında kuvvetsizlik gelişmesi üzerine yapılan kontrol TTE'de mevcut trombüsün izlenmediği farkedildi. Nörolojik muayenesinde şuur konfüze olup global afazi, sağ tarafta 2/5 hemiparezi mevcuttu. Bilgisayarlı beyin tomografisinde (BBT) patoloji izlenmedi. Dijital Substraksiyon Anjiyografide (DSA) sol internal karotid arter (ICA) distalinde T oklüzyon olup sol orta serebral arter (MCA) dolumu izlenemedi. MCA M1 distalinden manuel aspirasyonla mekanik trombektomi yapıldı, rekanalizasyon sağlandı. Kontrol nörolojik muayenesinde şuur açık, mikst disfazik olup sağ tarafta 4/5 hemiparezi izlendi. Kontrol BBT'de akut patoloji izlenmedi, enoksaparin sodyum 60 mg başlandı.

Tartışma:
Kardiyoembolik inmeler, tüm inmelerin %25'ini oluşturur. AF, kalp yetmezliği, intrakardiyak trombüs kardiyojenik inme nedenleridir. İntrakardiyak trombüsün endotel hasarı, staz ve hiperkoagülopatiye bağlı geliştiği düşünülmektedir. Tedavide en az 3 ay vitamin K antagonisti (VKA) ile antikoagülasyon önerilmektedir. Tedaviye rağmen LAA trombüsü oluşursa, non-vitamin K antagonisti oral antikoagülanlara (NOAK) geçiş düşünülebilir. Özetle intrakardiyak tromboz ciddi klinik bir sorun olup erken tespit ve tedavisi büyük önem taşımaktadır. Olgumuzda olduğu gibi inme merkezi ve kardiyoloji kliniğinin birlikte yürüttüğü multidisipliner yaklaşım; kardiyoembolizme bağlı inmede tam veya tama yakın iyileşme yönünden büyük öneme sahiptir.

EP - 260 MULTİPL SKLEROZ HASTALARININ KOGNİTİF FONKSİYONLARININ PACED AUDITORY SERIAL ADDITION TEST (PASAT), SYMBOL DIGIT MODALITIES TEST (SDMT), BENDER-GESTALT TESTLERİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

YASEMİN DEMİRTAŞ ÖZDEN KAMIŞLI [1], FATMA EBRU ALGUL [2], MEHMET TECELLIOGLU [2], ABDULCEMAL ÖZCAN [1]

[1] SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BURSA TIP FAKÜLTESİ
[2] İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Multipl skleroz (MS) hastalığı sıklıkla genç erişkinlerde görülen, santral sinir sisteminin demyelinizan bir hastalığıdır. MS tanısı alan hastaların %40-65'inde yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen nöropsikolojik defisitlerin de geliştiği bilinmektedir. Kognitif alanlarda özellikle dikkat, uzun dönem bilgi işleme hızı ve çalışma belleğinde bozulmalar gözlemlenir.
Biz de bu çalışma ile MS hastalarının kognitif fonksiyonlarını değerlendirmede kullanılmış olan PASAT, SMDT testleri ile daha önce MS hastalarının kognitif değerlendirilmesinde kullanılmamış olan Bender-Gestalt testi ile kognitif değerlendirme yapmayı ve testler arasındaki ilişki ile test performansları ve depresyon arasındaki ilişkiyi tespit etmeyi planladık.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya 2017-2018 yılları arasında, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Kliniği MS polikliniğine başvuran, Mc Donald tanı kriterlerine göre kesin MS tanısı almış 50 MS hastası, 50 sağlıklı gönüllü olmak üzere 100 hasta dahil edildi. Çalışmaya alınan hastaların hastalık öyküsü ve sosyodemografik özellikleri saptanarak her katılımcıya PASAT, Bender-Gestalt testi, SDMT, Beck depresyon testi uygulandı.

Bulgular:
Kontrol grubu ve hastaların test sonuçları karşılaştırmasında kontrol grubunun PASAT (*p:0,036*) ve SDMT (*p:0,031*) puan ortalamaları hasta grubuna göre anlamlı olarak yüksek tespit edildi, fakat kontrol ve hasta grubu Bender Gestalt Testi-Süre ve Bender Gestalt Testi-Hata puan ortalamaları bakımından kıyaslandığında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık bulunamadı. SDMT ile Bender Gestalt Testi-Süre ve Bender Gestalt Testi-Hata arasında anlamlı negatif korelasyon tespit edildi (p:0,007,p:0,006).

Sonuç:
Bender Gestalt Testi literatürde MS hastalarının kognitif değerlendirmesinde ilk kez kullanılmış olup, daha önce yaygın bir şekilde tüm dünyada kullanılan SDMT ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunması çalışmamızı diğer çalışmalardan farklı kılmaktadır. Fakat Bender Gestalt Testi'nin MS'li hastaların kognitif fonksiyonlarını değerlendirmesinde kullanılabilmesi için daha geniş popülasyonla yapılan çalışmalara ihtiyaç vardır.

EP - 261 SUBARAKNOİD KANAMA İLE KARIŞAN KORTİKAL LAMİNER NEKROZ OLGUSU

FATMA ŞİMŞEK , RECEP YEVGİ , HASİBE POLAT

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ AD, ERZURUM

Amaç:
Kortikal laminer nekroz (KLN) genellikle serebral hipoksi, iskemi veya hipoglisemiden sonra görülür. Etiyolojide rol oynayan nedenlerden biride beynin glikoz ve oksijen talebinde artışa neden olan status epileptikustur. Kortikal laminer nekroz görülen bu olgu dirençli nöbetler veya status epileptikus sonrasında ortaya çıkabilen radyolojik görüntülere dikkat çekmek için sunulmuştur.

Olgu sunumu:
Çocukluktan beri epilepsi hastası olan 52 yaşındaki bayan hasta gece başlayıp sabah saatlerine kadar devam eden nöbet şikayeti ve baş ağrısı nedeni ile acil serviste değerlendirildi. Nöbetleri çoğunlukla farkındalığın bozulduğu fokal ve bazen sekonder jeneralize olan özellikteydi. Dörtlü nöbet önleyici ilaç kullanıyordu. Hastanın normalde nöbet sıklığı ayda 1-2 şeklinde iken 6 ayda bir bu şekilde nöbet sıklığının arttığı ve bazen status epileptikus nedeni ile yoğun bakım yatışları olduğu öğrenildi. Ailede epilepsi öyküsü yoktu. Nörolojik muayenede; bilinç açık, oryantasyon ve kooperasyonu kısmiydi. Apatik görünümde olan hastanın ense sertliği, motor defisiti, ateşi yoktu. Taban cildi refleksi bilateral fleksör olarak alınıyordu ve göz dibi normaldi. Çekilen bilgisayarlı beyin tomografisinde sol parieto-oksipital bölgede verteks düzeyinde hiperdens görünümü olan hastada subaraknoid kanama olabileceği düşünüldü. Hastaya çekilen manyetik rezonans görüntülemede (MRG) aynı yerde T1 sekansta hipointens, FLAIR sekansta hiperintens görünüm radyoloji ile birlikte değerlendirildiğinde hastanın mevcut kliniğide göz önüne alınarak kortikal laminer nekroz olarak değerlendirildi. Ayrıca dirençli nöbetleri olan hastanın MRG'de sol parietal bölgede transmantle sign ile uyumlu görünüm olduğu izlendi.

Sonuç ve tartışma:
Epileptik nöbetler sonrasında geri dönüşümlü MRG anormallikleri izlenebilir. KLN'da dirençli nöbetler sonrasında görülebilen ve üç ay gibi uzun bir sürede düzelebilen radyolojik bulgulardan biridir.

EP - 262 GEBELİKTE TEK TARAFLI RÜPTÜRE OLMUŞ BİLATERAL ARTERİOVENÖZ MALFORMASYON GÖRÜLEN BİR OLGU

HİLAL TUĞBA HOŞGELDİ , HAYRİ DEMİRBAŞ

AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ A.D.

Giriş ve Amaç:
Arteriovenöz malformasyon (AVM) konjenital gelişimsel vasküler lezyonlardır.Normal bir damar düzeninde arter ile ven aralarındaki kılcal damarlar aracılığı ile bağlantı kurar.AVM'de bu kılcal damarlar bir bölgede gelişemez ve arter ile ven doğrudan bir ilişki içinde olup bir yumak oluşturur ve kan bu yumağın içinde normalden daha hızlı yol alır.Bilateral avm nadir görülen bir tablo olması nedeniyle olgu sunmaya değer bulundu.

Olgu:
30 yaş kadın,bilinen kronik hastalığı ve ilaç kullanım öyküsü olmayan 8 haftalık gebe hasta sağ alt ekstremitesinde güçsüzlük,yürüme bozukluğu yakınmalarıyla acil serviste değerlendirildi.Hasta daha önce herhangi bir yakınmasının olmadığını,sabah uyandığında sağ bacağını hareket ettiremediğini ve yürüyemediğini belirtti.Nörolojik muayenesinde sağ alt ekstremite kas gücü 2/5 ve taban cildi refleksi bilateral lakayıt olarak değerlendirildi.Beyin MRG görüntülemesinde Sol parietal lob posteriorunda arteriovenöz malformasyona sekonder kanama(Şekil-1) ve sağ parietal lob posterior kesiminde subkortikal alanda AVM saptandı.(Şekil-2) Hastanın gebeliği sonlandırıldıktan sonra gamma knife tedavisi uygulandı. Takiplerinde hastanın kas güçsüzlüğünün gerilediği görüldü.

Tartışma ve Sonuç:
AVMler nadir görülen konjenital gelişimsel vasküler lezyonlardır.AVM rüptüre olmadan eğer basınç semptomlarına sebep olacak kadar büyük değilse nadiren belirti verir.Genç bir hasta nörolojik bir bozukluğa ilişkin semptomlarla başvurduğunda beyin AVMleri için yüksek oranda şüphe uyandırır.Gebelikle ilişkili artan hemodinamik değişikliklerin,kıvrımlı AVMlerde artan vasküler distansiyona katkıda bulunması ve dolayısıyla basınç semptomlarına yol açması muhtemeldir.Ayrıca,hamileliğin neden olduğu bu hemodinamik değişiklikler,ince mikrovasküler hasara ve kanamaya yol açabilir.

EP - 263 MULTİPL SKLEROZ HASTALARINDA APATİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

KİMYA KILIÇASLAN [1], HİLALNUR KÜÇÜKAKGÜN [2], ZELİHA TÜLEK [3], MELİH TÜTÜNCÜ [4]

[1] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI
[2] ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
[3] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, FLORENCE NİGHTİNGALE HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
[4] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Apati, nöroloji hastalarında sık görülen nöropsikiyatrik semptomlardan biridir. Apati azalmış motivasyon, ilgisizlik, içe kapanma ve duygusal tepkilerde azalma ile karakterize nöropsikiyatrik bir sorun olup hastanın fonksiyonel bağımlılık düzeyini arttırabilmektedir. Multipl Skleroz (MS) hastalarında apati prevalansının yaklaşık %35 olduğu bildirilmesine rağmen apati değerlendirilmediği için gözden kaçabilmektedir. MS hastalarında apatinin bilişsel işlev bozukluğunun (özellikle yürütücü islev bozukluğu) erken belirtisi olduğu bildirilmektedir. Apati ayrıca hastanın ve yakınlarının yaşam kalitesini de etkileyebilmektedir. Bu nedenle hastalarda apatiyi değerlendirmek ve apati ile ilişkili faktörleri belirlemek önemlidir. Bu çalışma multipl skleroz hastalarında apati ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı, ilişki arayıcı tipte gerçekleştirildi. Çalışma bir üniversite hastanesindeki MS polikliniğinde takip edilen, kesin MS tanılı 60 hasta ile gerçekleştirildi. Değerlendirmeyi engelleyecek tanı konmuş herhangi bir mental sorunu olan ve herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı olan veya antidepresan kullanan depresif hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmada veri toplama araçları olarak; Hasta Bilgi Formu, Genişletilmiş Özürlülük Durum Değerlendirmesi Formu (EDSS), Apati Değerlendirme Ölçeği (AES) klinisyen (AES-C) ve öz bildirime dayalı hasta formu (AES-S), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Multipl Skleroz Uluslararası Yaşam Kalitesi Ölçeği (MUSIQOL) ve Yorgunluk Şiddet Ölçeği (YŞÖ) kullanıldı.

Bulgular:
Çalışmaya dahil edilen 60 hastanın bulguları sunulmuştur. Hastaların yaş ortalamalarının 41,9±12,9, MS tanı süresi ortalamasının 10,17±8,61 yıl olduğu, hastaların %83,3'ünün relapsing remiting multipl skleroz (RRMS) olduğu, %51,7'sinin dizabilitesinin hafif düzeyde olduğu saptandı. AES-C ortalama puanının 34,20±10,42, AES-S ortalama puanının 32,82±9,69 olduğu saptandı. Hastaların %51,7'sinde minimal depresyon ve %73,3'ünde yorgunluk olduğu bulundu. MUSIQOL puan ortalaması 61,45±18,81 olarak saptandı. Hastaların apati (AES-S) puanlarının yaş ($r=0,438$, $p<0,001$), EDSS skoru ($r=0,354$, $p=0,005$), yorgunluk ($r=0,364$, $p=0,004$), depresyon ($r=0,481$, $p<0,001$) ve yaşam kalitesi ($r=0,379$, $p=0,003$) ile korele olduğu bulundu.

Sonuç:
Multipl skleroz hastalarında apatinin fonksiyonel durum, depresyon ve yorgunluk ile ve ayrıca yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu görüldü. MS hastalarının apati açısından değerlendirilmesi önerilir. Çalışmanın veri toplama aşaması devam etmektedir. MS hastalarında apatiyi etkileyen faktörler veri toplama süreci tamamlandığında tekrar değerlendirilecektir.

Anahtar Kelimeler*:* Multipl skleroz, apati, yaşam kalitesi

EP - 264 BEŞ GÜN ÖNCE GEÇİRİLMİŞ ÜSYE SONRASI ANİ GELİŞEN MOTOR, DUYSAL VE KONUŞMA BOZUKLUĞU İLE BAŞVURAN VE BULGULARI TAMAMEN DÜZELEN MERS OLGUSU

MEHMET KAZDAL , DÜRDANE AKSOY , BETÜL ÇEVİK , ORHAN SÜMBÜL , YUSUF KOÇAK , UĞUR KULU

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Giriş:
Hafif ensefalopati/ensefalite bağlı geçici splenial lezyon (MERS), geçici hafif ensefalopati ve korpus kallozum spleniumda geçici lezyonun manyetik rezonans görüntüsünden (MRG) oluşan kliniko radyolojik bir sendromdur. Viral, bakteriyel ve parazitik enfeksiyonlar, epilepsi, ilaçlar, anti-epileptik ilaçların geri çekilmesi, malignensiler, serebrovasküler hastalıklar, travma ve kabakulak aşısı şimdiye kadar MERS ile ilişkilendirildi.

Olgu:
25 yaş erkek hasta ani başlayan sol yüz yarımında ve sol kolda uyuşukluk, konuşma bozukluğu, dilinde dolanma, bacaklarda tutmama ve ayağa kalkamama şikayetleri ile başvurmuş. Şikayetleri yaklaşık 5-6 saat kadar sürüp geçmiş. Beş gün önce üsye yakınmaları başlamış. Başvurusunda 38 derece ateş saptanmış. Özgeçmişinde özellik yoktu. Nörolojik muayene normal sınırlardaydı. Hasta tia , nöbet, ensefalit ön tanılarıyla yatırıldı. Hastaya lomber ponksiyon yapıldı, BOS dan menenjit/sepsis paneli ve serumdan otoimmün ensefalit paneli çalışıldı negatif olarak sonuçlandı. Çekilen beyin mr da korpus kallozumu totale yakın tutarak ventrikül gövdesi-sentrum semiovale düzleminde periventriküler alandan subkortikal mesafelere doğru ağırlıklı olarak pariyetalde beyaz cevher alanlarına uzanmış, bilateral internal kapsül posterior bacağını simetrik tutmuş belirgin diffüzyon kısıtlamaları görülmektedir. Tariflenen bulgular öncelikle infektif proçese sekonder gelişmiş mild ensefalopati reversible splenial lezyonlar (MERS tip2) ile uyumluydu. Hasta MERS olarak değerlendirildi. Hastanın takiplerinde kliniği normale dönmüş ve çekilen kontrol mr ında lezyonları tamamen kaybolmuştu.

Tartışma:
Reversibl splenial lezyonlu hafif ensefalit/ ensefalopati (MERS) klinik ve radyolojik bir tanı olup korpus kallosum spleniumda reversibl belirgin bir lezyon, enfeksiyöz bir ajan ve hafif ensefalopati ile ilişkilidir. Bu olgu sunumunda, acil servise ani başlayan sol yüz yarımında ve sol kolda uyuşukluk, konuşma bozukluğu, dilinde dolanma, bacaklarda tutmama ve ayağa kalkamama şikayetleri ile başvuran korpus kallozum spleniumda difüzyon kısıtlaması nedeniyle nöroloji kliniğine kabul edilen erişkin bir hastada MERS'nin ana klinik ve radyolojik özelliklerini vurguladık.

Kaynaklar
1.Tada H, Takanashi J, Barkovich AJ, Oba H, Maeda M, Tsukahara H, et al. Clinically mild encephalitis/encephalopathy with a reversible splenial lesion. Neurology 2004;63:1854–18582. Starkey J, Kobayashi N, Numaguchi Y, Moritani T. Cytotoxic Lesions of the Corpus Callosum That Show Restricted Diffusion: Mechanisms, Causes, and Manifestations. Radiographics 2017;37:562–5763. Tetsuka S. Reversible lesion in the splenium of the corpus callosum. Brain Behav 2019;9:e01440.4. Zhang S, Ma Y, Feng J. Clinicoradiological spectrum of reversible splenial lesion syndrome (RESLES) in adults: a retrospective study of a rare entity. Medicine (Baltimore) 2015;94:e5125. Garcia-Monco JC, Cortina IE, Ferreira E, Martinez A, Ruiz L, Cabrera A, et al. Reversible splenial lesion syndrome (RESLES): what's in a name? J Neuroimaging 2011;21: e1–146. . Yuan J, Yang S, Wang S, Qin W, Yang L, Hu W. Mild encephalitis/ encephalopathy with reversible splenial lesion (MERS) in adults-a case report and literature review. BMC Neurol 2017;17:103.

EP - 265 NÖROLOJİK YOĞUN BAKIM HASTALARINDA KRANİYAL SİNİR TUTULUMUNUN YUTMA FONKSİYONLARINA ETKİSİ

DEMET AYGÜN , MERVE SAVAŞ , MEHMET NURİ ELGÖRMÜŞ , TUTKU ALTINTAŞ , BURAK MANAY

İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ

Amaç:
Nörolojik yoğun bakım hastalarında disfaji varlığı, mortalite ve morbiditeyi arttırabilmektedir. Bu hastalarda malnütrisyonun önüne geçmek ve uygun yutma koşullarını oluşturmak amacıyla yutma işlevinin kendisi ve kraniyal sinir (KS) fonksiyonları değerlendirilmelidir.

Gereç ve Yöntem:
Yoğun bakım hastası 21 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcılar, Gugging Yutma Tarama Testi (GUSS)'ne göre ve aspirasyon riski olmayan hafif disfajik (Grup 1, [n=10]) ve aspirasyon riski yüksek ağır disfajik (Grup 2, [n=11]) olarak gruplanmıştır. Grup 1'de 7 olgu oral; 3 olgu nazogastrik sonda ve oral yol ile dönüşümlü beslenmektedir. Grup 2'nin tamamı perkütan endoskopik gastrostomi ile beslenmektedir. Grup 2'de 1 olguda aktif pnömoni mevcuttur. Yutmayla ilişkili otonomik (7 ve 9. KS), duysal (5, 7, 9 ve 10. KS) ve motor (5, 7, 9, 10 ve 12. KS) disfonksiyonlar değerlendirilmiş ve her patolojik bulgu 1 puan olarak skorlanmıştır (Örneğin asimetrik uvula elevasyonu, hipoaktif gag refkesi, öksürük refleksi yokluğu, dil protrüzyonunda sınırlılık, azalmış bukkal tonus, azalmış larengeal elevasyon, velofarengeal yetmezlik, nazal regürjitasyon, ağız içi total sekresyon azlığı, vb.). KS disfonksiyon toplam skoru, iki grup arasında karşılaştırılmıştır.

Bulgular:
Mann-Whitney U Testi ile karşılaştırılan KS skorları arasında (Grup 1: 0rt. 8,09; Grup 2: Ort. 14,1) anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). GUSS skorları ile KS skorları arasında negatif yönlü yüksek düzeyde korelasyon saptanmıştır (Spearman Rho Testi: $r=-0,795$; $p<0,05$).

Sonuç:
Yatak başı yutma değerlendirmesi ile saptanan disfaji şiddeti, hastanın normal diyet ya da enteral/parenteral beslenme kararının alınmasında yol göstericidir. En uygun beslenme koşullarının sağlanmasında eşlik eden KS disfonksiyon şiddeti göz önünde bulundurulmalı ve yutma rehabilitasyonu planlamasında dikkate alınmalıdır.

EP - 266 VALPROİK ASİT İLİŞKİLİ HİPONATREMİ: OLGU SUNUMU

TUĞBA ÖZÜM , NEŞE DERİCİOĞLU

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Hiponatremi, serum sodyum düzeyinin <134 mmol/L olmasıdır. Böbrek fonksiyon bozukluğu sonucu suyun atılamaması veya serumda antidiüretik hormon (ADH) yüksekliği (uygunsuz ADH sendromu=SIADH) sonucu gelişebilir. Birçok ilaç da hiponatremi yapabilir. Bunlar arasında antidepresanlar, antipsikotikler, nöbet önleyici ilaçlar (NÖİ) ve anti-kanser ajanlar bulunur. Valproik asit (VPA) ilişkili SIADH'a çok ender rastlanmaktadır. Bildirimizde bu konuya dikkat çekmek ve riski artıran etkenler hakkında bilgi vermek amaçlanmıştır.

Olgu:
65 yaşında kadın hasta psikotik depresyon tanısıyla EKT yapılmak üzere Psikiyatri servisine yatırıldı. 35 yıl önce epilepsi tanısı almış ve 20 yıldır levetirasetam (LEV) kullanmaktaydı. Hipertansiyon tanısıyla karvedilol, amlodipin ve indapamid de almaktaydı.
Yatışında olanzapin 10 mg/gün başlandı. Nörolojik muayenesi normaldi. Kranial MRG ve EEG'de kayda değer bulgu izlenmedi. Duygu durum ve davranış bozukluğu nedeniyle LEV kesilerek VPA başlandı (1000 mg/gün). Hastanın gün içerisinde uykululuğu fark edilince VPA tedavisinin 9. gününde biyokimya incelemesi yapıldı. VPA öncesi 135 mEq/L olan kan sodyum düzeyi 128 mEq/L idi. İdrar ozmolalitesi 456 mOsm/kg, serum ozmolalitesi 283 mOsm/kg ve idrar sodyumu 108.6 mEq/L idi. Hasta ilaç ilişkili hiponatremi olarak değerlendirildi. İndapamid kesildi. Oral sodyum desteği başlandı. VPA ilişkili SIADH düşünüldüğünden VPA kesilip 250 mg/gün LEV başlandı. Hastanın serum sodyum düzeyi kısa sürede toparlandı.

Tartışma ve sonuç:
NÖİ'lar içinde en yüksek risk karbamazepin ve okskarbazepinledir. VPA ilişkili hiponatremi ender olarak bildirilmiştir. İleri yaşta, özellikle diüretik ve antidepresan kullananlarda bu duruma daha sık rastlanmaktadır. Bizim hastamız da olanzapin ve indapamid almaktaydı. İlaç kesimi ve tuz replasmanıyla hiponatermi hızla düzeldi. İleri yaşta olup riskli ilaç kullananlarda VPA tedavisine başlarken dikkatli olunmalı, serum elektrolitleri yakından izlenmelidir.

EP - 267 MULTİPL SKLEROZLU BİREYLERDE ÜST EKSTREMİTE KAS GÜCÜ VE FONKSİYONU ÜZERİNE HASTALIK SÜRESİNİN ETKİSİ

UĞUR OVACIK [1], FERAY GÜNGÖR [2], KÜBRA NUR MENENGİÇ [1], ZEYNEP ÖZDEMİR [3], BURCU YÜKSEL [3], AYSUN SOYSAL [3], ELA TARAKCI [2]

[1] İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU, FİZYOTERAPİ PROGRAMI
[2] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ
[3] İSTANBUL BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
Çalışmamızın amacı benzer EDSS düzeylerine sahip MS'li bireylerin üst ekstremitede yaşadıkları kas güçsüzlükleri ve fonksiyonel kayıpları ile hastalık süreleri arasındaki ilişkiyi incelemekti.

Gereç ve Yöntem:
EDSS düzeyleri 3≤ olan 59 MS'li birey hastalık süresi <1yıl olanlar (GrupI) ve hastalık süresi≥1 yıl olanlar (GrupII) olmak üzere iki gruba ayrıldılar. Grupların Hand Held dinamometre ile kaba, pinçmetre ile çimdikleyici (tip, lateral, üçlü) kavrama kuvvetleri değerlendirildi. Üst ekstremite fonksiyonları unilateral olarak Dokuz Delikli Peg Testi (DDPT), bilateral olarak ise Minnesota El Beceri Testi (MEBT) ile incelendi. Bilateral üst ekstremite fonksiyonu hariç tüm değerlendirmeler dominant tarafta yapıldı. Tüm ölçümler iki kez tekrarlandı, ortalama skor kaydedildi.

Bulgular:
GrupI (23K, 6E; yaş ortalaması:34.93±8.41; EDSS:1.12±0.54) ve GrupII (20K, 10E; yaş ortalaması:30.36±9.99; EDSS:1.15±0.60) demografik ve klinik özellikler bakımından benzerdi (p>0.05). GrupI'in kavrama kuvveti sırasıyla kaba 23.53±8.46; tip 3.45±1.07; lateral 4.37±1.31; üçlü 5.18±1.67 kg idi. GrupII'nin kavrama kuvveti ise sırasıyla 27.41±7.67; tip 4.12±1.09; lateral 5.29±1.55; üçlü 5.77±1.43 kg idi. GrupI'in DDPT 19.26±1.72 sn ve MEBT 52.19±8.90 sn idi. GrupII'nin ise DDPT 20.97±3.54 sn ve MEBT 57.57±16.71 sn idi. İki grubun tip kavrama (p=0.025), lateral kavrama (p=0.021), unilateral (p=0.022) ve bilateral fonksiyon (0.038) skorları arasında anlamlı fark vardı.

Sonuç:
Çalışmamızın sonuçlarına göre EDSS düzeyleri aynı fakat hastalık süreleri farklı olan MS'li bireylerde fonksiyonel durumların farklı olduğu, hastalığın gizlice ilerlediği görülmektedir. MS'li bireylerin üst ekstremite klinik durumları yorumlanırken hastalık süresi göz önünde bulundurularak fonksiyonel testlerin kullanılması gerektiğini önermekteyiz.

EP - 268 DİRENÇLİ HİPONATREMİ İLE GİDEN ANTİ LGI1 İLİŞKİLİ OTOİMMUN ENSEFALİT

BURAK GÜLŞEN , MEHMET DEMİR , İBRAHİM ACIR , HÜLYA ERTAŞOĞLU TOYDEMİR , VİLDAN YAYLA

BAKIRKÖY DR SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Anti-LGI1(Leucine-rich glioma-inactivated 1) otoantikor ilişkili limbik ensefalit, hafıza kusuru, nöropsikiyatrik semptomlar, davranış bozuklukları ve temporal lob nöbetleri ile karakterize bir hastalıktır. Olgularda sıklıkla hafıza kusuruna eşlik eden dirençli hiponatremi görülür.

Olgu:
Altmış altı yaşında erkek hasta bir ay önce başlayan unutkanlık ve aralıklı bulantı, kusma şikayetleriyle başvurdu. Nörolojik muayenesi doğaldı. Mini mental test skoru 27/30 bulundu. Kontrastlı MR incelemesinde sol amigdala ve hipokampüs seviyesinde kontrast tutmayan diffüz hiperintens lezyonlar mevcuttu. Elektroensefalografi (EEG) incelemesinde aralıklı yavaş dalga paroksizmleri izlendi.
Yatışı sırasında dirençli hiponatremi izlenen hastanın beyin omurilik sıvısında ılımlı protein yüksekliği vardı. Menenjit paneli negatifti. Otoimmün limbik ensefalit panelinde anti LGI1 pozitif (++) bulundu. Immunsupresif tedavi ile takibe alındı.

Tartışma ve Sonuç
Anti-LGI1 antikor ensefaliti, voltaj kapılı potasyum kanalı (VGKC) kompleksine karşı antikorlarla ilişkili bir ensefalit tablosudur. Günler içinde ilerleyici bellek bozuklukları, konfüzyon, nöbet, ajitasyon, kişilik değişikliği ve psikoz ile prezente olur. Olguların %60'ında hiponatremi saptanabilmektedir. BOS analizi genellikle normaldir ancak inflamatuar değişiklikler olabilir. Olgumuzda klinik bulgulara eşlik eden dirençli hiponatremi tablosu izlenmesi, otoimmun ensefalit olasılığını akla getirmiştir. Olgumuz ile ensefalit tablolarında sodyum takibinin önemini ve dirençli hiponatremi durumlarında LGI1 ensefalitinin düşünülmesi gerektiğini vurgulamak istedik.

EP - 269 RELAPS VE REMİSYONLARLA GİDEN MULTİPL SKLEROZ HASTALARINDA ORAL İMMÜNMODÜLATÖR TEDAVİLERİN LENFOSİT SAYILARINA VE KARACİĞER ENZİMLERİ ETKİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMALI DEĞERLENDİRİLMESİ

MERVE SAYIN [1], İLKNUR CANTÜRK [2], LEVENT ÇETİNKAYA [3], PINAR ACAR ÖZEN [4], ALEVTİNA ERSOY [5], RANA KARABUDAK [6], ASLI TUNCER [7]

[1] *LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ FİZYOLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[3] *ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM FAKÜLTESİ*
[4] *HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[5] *ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[6] *YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[7] *HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*

Amaç:
Multipl skleroz (MS) demiyelinizasyon, enflamasyon ve akson – nöron hasarı ile karakterize olan otoimmün özellikte merkezi sinir sistemi hastalığıdır. Multiple skleroz (MS) tedavisinde oral olarak kullanılan hastalık düzenleyici tedaviler (IMT), hastalarda lenfopeni riskinin artması ile ilişkilendirilmektedir. Çalışmamızda yaş, cinsiyet farkları, EDSS ve kullanılan hastalık düzenleyici tedavilerin lenfopeni üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya 2019-2023 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Nöroloji Bölümü MS Polikliniğinde değerlendirilen ve Fingolimod (n=97), Dimetil Fumarat (n=78) ya da Teriflunamid (n=32) kullanan toplam 207 sayıdaki relaps ve remisyonlarla giden MS hastası alınmıştır. Hastaların İMT kulllanım öncesi tam kan içerikleri ve ALT, AST, GGT değerleri ile kullanımdan sonraki değerleri kaydedilmiştir. Hastalara ait cinsiyet, yaş, EDSS ve çalışma sırasında aldığı İMT ilacı ile varsa önceki İMT tedavisi kayıt altına alınmıştır. Hastaların başlangıç ve 9-12.ay değerleri karşılaştırılmıştır. 1000/Ul altı lenfosit sayıları lenfopeni olarak değerlendirilmiştir. 800-999/Ul 1. derece; 500-799/Ul arası 2. derece; 200-499 /Ul arası 3. Derece; <200/Ul lenfosit değerleri 4.derece lenfopeni olarak sınıflanmıştır. Karaciğer fonksiyon testlerinde ALT, AST ve GGT düzeyleri değerlendirilmiştir. Değerlerden herhangi birinin laboratuvar refarans aralığı üstünde olması KCFT yüksekliği olarak değerlendirilmiştir.İstatistiksel analiz için IBM SPSS 26 paket programı kullanılmış olup gruplar arası farklar bağımlı, bağımsız değişken t testi ve etki büyüklüğü analizi Cohen's d Kullanılarak analizler gerçekleştirilmiştir.

Bulgular:
Teriflunamid kullanmakta olan hastaların ortalama lenfosit sayıları başlangıçta 2106 (±717) /uL iken 12. Ayda 1854 (±473) /uL saptanmıştır (p=0,058). Dimetil Fumarat alan grupta (n=78) tedavi başlangıcında lenfosit sayıları 1995 (±707)/uL iken 12. ay kullanım sonunda 1310 (±572)/uL izlenmiştir (p<0,001). Fingolimod (n= 97) grubunda da tedavi öncesindeki lenfosit seviyeleri ortalama 1906 (793) /uL iken 12. ay kullanım sonunda 598(±259)/uL saptanmıştır (p<0,001). Yapılan etki büyüklüğü analizinde Teriflunamid ile lenfosit değerleri üzerinde orta derecede (Cohen's d=0,415) etki izlenirken; Fingolimod ve DMF lenfosit sayılarını güçlü bir etki ile azalttığı doğrulanmıştır (Cohen's d sırasıyla 2,218 ve 1,065). Tüm tedavilerde ortalama lenfosit değerlerindeki değişiklikler erkek/kadın cinsiyet ve tedaviye 45 yaş sonrası ve öncesi başlangıç olarak değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık izlenmemiştir. Hastaların eski DMT'leri göz önünde bulundurulduğunda da gruplar istatistiksel açıdan benzer özellik göstermektedir. DMF ile takipte hastaların %35.3'ünde 1. derece, %1.9'unda 2. derece ve %0.5'inde ise 3. derece lenfopeni görülmüştür. Fingolimod tedavisi ile 1.yılda hastaların %19.6'sı 1. derece, %46.4'ü 2. derece, %34'ü 3. derece lenfopeni geliştirmiştir. Teriflunamid ve Dimetil Fumarat alan hastalarda KCFT değerleri arasında tedavi başlangıç ve sonunda anlamlı farklılık izlenmezken, Fingolimod tedavisinin 12. ayında hastaların % 24.7'sinde KCFT yüksekliği saptanmıştır (p=0,001).

Sonuç:
Değerlendirilen hasta grubunda DMF ve Fingolimod tedavileri literatür ile uyumlu olarak lenfopeni yapabilmektedir ancak ağır lenfopeni gelişme olasılığı tüm gruplarda düşük seviyededir. KCFT değerleri fingolimod grubu dışında normal seyretmiştir.

EP - 271 OROMANDİBULAR DİSKİNEZİLİ BİR BİLATERAL BASAL GANGLİON HİPERDENSİTESİ OLGUSU

İLHAN ÖZCAN , HATİCE ÖZCAN , YUSUF ÖZDEMİR , HAMZA ŞAHİN

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, KAHRAMANMARAŞ, TÜRKİYE

Giriş:
Beyin bilgisayarlı tomografi (BT) incelemelerinde görülen bilateral basal ganglion hiperdensitesi çok farklı durumlarla birlikte görülebilmektedir. Ancak patofizyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Bununla birlikte striatumda biriken astrositlerin reaktif olarak şişmesinin bu tabloya neden olabileceği öne sürülmüştür. Bu astrositler yüksek miktarda çinko, bakır ve demir içermekte ve beyin BT incelemelerinde hiperdens bölgeler olarak izlenmektedir (1,3). Bu yazıda, ağız çevresinde ve çenede istemsiz hareketlerle başvuran bir bilateral basal ganglion hiperdensitesi olgusunu sunduk.

Olgu:
Yetmiş yaşında bilinen diyabetes mellitus tanılı ve genel durum bozukluğu nedeniyle entübe bir şekilde dahiliye yoğun bakımda takip edilen bir erkek hasta, son bir haftadır ağız çevresinde ve çenesinde istemsiz hareketleri olması üzerine tarafımıza konsülte edildi. Nörolojik muayenede hasta entübe durumda olup, bilinci kapalıydı, ağzında oromandibular istemsiz hareketler mevcuttu ve ağrılı uyarılara ekstremite yanıtları yoktu. Son bir haftadır kan şekeri düzensiz bir şekilde 350 mg/dlnin üzerinde seyrediyordu. İdrarda keton seviyeleri negatif bulunurken, HbA1C değeri %7, sodyum seviyesi 161 mEq/L, pH ise 7.41 olarak ölçüldü. Kranial görüntüleme sonucunda beyin BT incelemesinde bilateral basal ganglionlarda hiperdens bölgeler tespit edildi. Hastanın mevcut şikayetlerinin non-ketotik hiperglisemiye sekonder olabileceği düşünüldü ve hastaya sodyum valproik asit (2*500mg) tedavisi başlandı.

Sonuç:
Sonuç olarak akut gelişen hareket bozukluğu ve beyin BTde bilateral basal ganglion hiperdensitesi olan hastalarda non-ketotik hiperglisemi ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Kaynaklar:
1.Hyperdense Basal Ganglia on Brain CT in Non-Ketotic Hyperglycemia Associated with Hemichorea
2.Concepts and controversies in nonketotic hyperglycemia-induced hemichorea: Further evidence from susceptibility-weighted MR imaging J Magn Reson Imaging. 2009; 29(3): 699–703. DOI:
3. Non-ketotic Hyperglycemia Chorea-Ballismus and Intracerebral Hemorrhage: A Case Report and Literature Review

EP - 272 BEYİN SAPI ENSEFALİT İLE PREZENTE OLAN PARANEOPLASTİK SENDROM OLGUSU

ARZU TAY [1], SEBİHA CANSEVER [2]

[1] *DİYARBAKIR GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ*
[2] *DİYARBAKIR ÖZEL BOWER HASTANESİ*

Giriş:
Paraneoplastik sendromlar, tümörden salgılanan maddelere bağlı gelişen veya vücudun tümöre yanıtı olarak ortaya çıkan endokrin veya endokrin olmayan semptomlar topluluğudur (1). Semptomları çok değişken olduğundan dikkatli bir inceleme yapılmadığında kolaylıkla gözden kaçabilirler. Paraneoplastik sendromların tanınması, kanserin erken tanısına yardımcı olabilir, sendromun ağırlığı prognoz ve tedaviye cevap açısından bir gösterge olabilir ve semptomların tedavisi yaşam kalitesini arttırabilir. (2,3) Biz de beyin sapı ensefaliti ile prezente olan hastamızı tartışmak istedik.

Olgu:
55 yaşında erkek hasta1 aydır olan baş ağrısı ve ara ara olan amnezi şikayeti ile poliklniğimize başvurdu. Yapılan kranial magnetik rezonans (MR) incelemesinde ponsta orta hattan serebellar pedinküllere ve orta spinal odaklara doğru uzanım gösteren hiperintens ekspansil görünüm izlendi. Hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı servisimize yatırıldı. Hastaya yapılan kontrastlı kranial MR incelemesinde kontrast tutulumu izlenmedi. Tüm spinal MR incelemesinde spinal tutulum izlenmedi. Hastaya 5 günlük plus steroid tedavisi başlandı.
Ara ara olan kısa süreli amnezi tarifleyen hastaya EEG çekimi yapıldı. EEG'sinde sağ frontotemporal bölgeden kaynaklanan ve T6 da faz karşılaşması yapan keskin-yavaş dalga aktiviteleri izlenmesi üzerine antiepileptik tedavi yapıldı. Yapılan BOS incelemesinde oligoklonal bang, IgG indeksi normal saptandı. NMO antikoru negatif saptandı. Yapılan VEP incelemesi normaldi. Hastanın vaskülit markerları ve tümör markerları çalışıdı. Anlamlı bir bulguya rastlanmadı. Hastaya yapılam kranial MR spektroskopi incelemesinde anlamlı bir patolojiye rastlanmadı.Yapılan incelemeler sonrasında hasta 1mg/kg oral steroid tedavisi ve antiepileptik tedavi başlanıp aylık nöroloji poliklnik kontrolü önerilerek taburcu edildi. Hastanın yapılan aylık EEG incelemelerinde sağ hemisfer frontotemporal bölgedeki epileptik aktivitenin devam ettiği görüldü. Takibinin üçüncü ayında yapılan kontrastlı kranial MR incelemesinde sağ frontal bölgede ve ekstraaksial menejial yapılarda kontrast tutulumu gösteren ve metastaz olarak değerlendirilen lezyonlar saptandı. Hastanın bunun üzerine yapılan tetkikleri sonucunda renal hücreli karsinom tanısı aldı. Hasta daha sonra tedavisi düzenlenmek üzere onkolojiye yönlendirildi.

Tartışma:
PNSlar'ın özellikle küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK), timoma, monoklonal gamapati ve hematolojik malignitelerin seyrinde sıklıkla (%3-15) gözlendiği bilinmekle beraber, tüm kanser olgularında PNS görülme sıklığı ile ilgili olarak, farklı çalışmalarda, 1/1000 ile 1/10000 arasında değişen değerler bildirilmiştir.(4,5,6) Genitouriner kanserler arasında renal hucreli karsinom, hastaların yaklaşık üçte birinde paraneoplastik sendroma ait semptom ve bulguların görülebilmesiyle kendini gösteren bir patolojidir. Santral sinir sisteminin birden fazla bölgesinde nöronal kayıp ve inflamasyon bulunması durumunda paraneoplastik ensefalomiyelit düşünülmelidir. Ön planda hipokampus (limbik ensefalit), serebellumun Purkinje hücreleri (serebellar dejenerasyon), beyinsapı (beyinsapı ensefaliti) ve medulla spinalis (miyelit) alanlarından iki veya daha fazlası tutulur. Bizim vakamızda nonspesik bir baş ağrısı ve yine nonspesifik amnezi ile kliniğimize başvurmuş olup, kranial görüntülemede ponsta tutulum saptanmıştır. Yapılan kranial görüntüleme ve laboratuar incelemelerinde patoloji izlenmemiştir. Yapılan yakın takip ile hastamıza renal hücreli karsinom tanısı konulmuştur.

Sonuç:
PNS hastalarda çeşitli nörolojik bulgulara sebep olabilmekte olup kliniğimize başvuran hastalarda bu tanının aklımızda bulunması ve yakın takipte tutulması gerekliliği belirtmek için bu vakamız paylaşılmıştır.

EP - 273 BARİATRİK CERRAHİYE SEKONDER GELİŞEN NÖROLOJİK KOMPLİKASYONLAR: OLGU SERİSİ

BEYZA CANİK , SİMAY SAVUR , SERAP MÜLAYİM , SENA DESTAN BÜNÜL , AYBALA NESLİHAN ALAGÖZ

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI

Giriş:
Günümüzde obezitenin artmasıyla beraber bariatrik cerrahiler de hızla yaygınlaşmaktadır. Bu bildiride, kliniğimize bariatrik cerrahi sonrasında başlayan nörolojik şikayetlerle başvuran 5 hastanın klinik ve elektrofizyolojik bulgularının sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem:
Bariatrik cerrahi sonrası nörolojik şikayetlerle Ağustos-Ekim 2023 tarihleri arasında hastanemize başvuran 5 hastanın demografik, klinik, laboratuvar ve elektrofizyolojik bulguları değerlendirildi.

Bulgular:
Değerlendirilen 5 hastanın 4'ü kadın (%80), 1'i erkek hastaydı (%20). Hastaların yaş ortalaması 29 ± 5 bulundu. Bariatrik cerrahi sonrası şikayetlerin başlama zamanı ortalama 60 ± 21 gün, kilo kaybı ortalama 27,8 ± 14,5 kg saptandı. Hastaların 4 tanesinin post-operatif dönemde vitamin takviyesi aldığı ancak bir hastanın takviye almadığı öğrenildi. Başvuru şikayetleri el ve ayaklarda şiddetli ağrı, uyuşma ve yürüme güçlüğü olup vitamin takviyesi almayan hastada eşlik eden çift görme ve bilinç bulanıklığı mevcuttu. Nörolojik muayenesinde hastaların tamamında alt ekstremitede arefleksi, parestezi ve 4 hastada motor defisit bulunmaktaydı. Vitamin takviyesi almayan hastanın kranial manyetik rezonans görüntülemesinde Wernicke ensefalopatisi (WE) ile uyumlu bilateral talamusta ve mamillller cisimcikte T2 hiperintensite görüldü ve beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde albuminositolojik dissosiasyon saptandı. Aynı hastada sinir ileti çalışmasında sensorial, diğer 4 hastada sensorimotor, alt ekstremitelerde belirgin, aksonal ağırlıklı polinöropati ile uyumlu bulgular görüldü. Tüm hastalara intravenöz vitamin ve eser element takviye tedavileri uygulandı, 3 hasta intravenöz immunoglobulin (IVIg) tedavisi aldı. Takiplerinde hastalarda kısmi iyileşme izlendi.

Sonuç:
Bariatrik cerrahi sonrasında nutrisyonel eksikliklere bağlı olarak nörolojik komplikasyonlar görülebilir. Literatürde daha çok akut aksonal polinöropatiler, WE vakaları bildirilmekle beraber Guillain Barre Sendromu (GBS) benzeri bulgularla prezente olan vakalar da mevcuttur. Post-operatif dönemde yakın klinik takip ve uygun tedavi, nörolojik komplikasyonların önlenmesi açısından önemli olabilir.

EP - 274 TEKRARLAYAN İSKEMİK İNME SONRASI MOYA MOYA HASTALIĞI OLGUSU

BÜŞRA SEZEN NACAK , SİNEM DEMİR , FULYA EREN , BURCU ALTUNRENDE , HÜLYA OLGUN

TAKSİM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:
Moya moya; intrakraniyal internal karotid arterlerin apekslerinde kronik ilerleyici stenoz ile karakterize,nadir, idiopatik bir hastalıktır. Hastalar iskemik inme, TİA, intrakranial kanama, nöbet, baş ağrısı, koreiform hareketler veya kognitif ya da psikiyatrik değişiklikler ile başvurabilirler. Tanı; klinik ve radyografik bulgulara dayanarak konur. Tedavisi iskemik bölgenin revaskülarizasyonuna dayanır. Tekrarlayan veya ilerleyici serebral iskemik olayları olan ve bununla ilişkili azalmış serebral perfüzyon rezervi olan hastaların tedavisi için genellikle cerrahi önerilir.

Olgu:
54 yaşında kadın hasta sağ tarafta güçsüzlük ve hafıza kaybı şikayeti ile 2020 yılında acile başvurduğu hastanın yapılan MR diffüzyonunda her 2 MCA'da noktasal multipl enfarktı olması üzerine hastaya yapılan serebral anjiografide sol İCA oklude ve sol MCA-ACA kollateralleri tarafından kanlanmanın olduğu izlendi. 2021 yılında sol hemiparezisi olması üzerine çekilen Diffüzyon MR'ında sağ ACA ve MCAda parçalı akut enfarktı olması üzerine yapılan DSA yapılan hastaya Moya Moya tanısı konulduğu öğrenildi. 2022 mart ayında Nöroşirurji tarafından opere edilen hastanın 2023 haziran ayında çekilen karotis ve beyin BT Anjiografisinde Sol ICA'nın tamamen oklüde sağ ICA'nın diffüz inceldiği izlendi.

Sonuç:
Tekrarlayan inme gelişen hastalarda nadir bir sebep olan Moya Moya akla getirilmelidir. Moyamoya hastalığı, zamanında tanı konulduğunda ve serebral revaskülarizasyon sayesinde başarılı bir şekilde tedavi edilebilen nadir bir hastalıktır.

EP - 275 ANTİ-LGI1 İLİŞKİLİ OTOİMMÜN LİMBİK ENSEFALİT OLGU SUNUMU

EBRAR BEŞLİ , ÖYKÜ BEYAZ , MEHMET İLKER YÖN

ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ

Giriş :
Otoimmün Limbik Ensefalit; akut/subakut başlangıçlı davranış ve kişilik değişikliği gibi nöropsikiyatrik belirtiler, nöbet ve hafıza kaybı ile karakterize bir hastalıktır. İmmünpatogenezde paraneoplastik ve enfeksiyöz bulunmaktadır.

Olgu :
54 yaş erkek hasta kliniğimize ani başlangıçlı amnezi, nöbet ve kişilik değişikliği şikayeti ile başvurdu. Hastanın yaklaşık 4 gün süren yaşadığı olayları hatırlayamama ve orobukkal otomatizma sonrası farkındalığın bozulduğu üst ekstremitelerde miyoklonik atımlar şeklinde nöbet ve öfke kontrolünde bozulma ve şiddet eğilimde artış şikayetlerinin olduğu öğrenildi. Nörolojik muayenesinde basit emirlere koopere idi, oryantasyonu tamdı, lateralizayon gösteren motor defisiti yoktu. Muayene süresince hasta geçmişe yönelik soruların bazılarına cevap vermediği ve huzursuz/sabırsız tavırda olduğu görülmüştür. Hastanın kan tetkiklerinde dirençli hiponatremi ve beyin mrg görüntülemelerinde sol parahipokampal gyrusta kalın görünüm ve sinyal artışı olduğu görüldü. EEG sonucu normal olarak değerlendirildi.Serumdan çalışılan limbik ensefalit panelinde anti LG1 antikoru pozitif olarak saptanması üzerine hasta paraneoplastik süreçler açısından araştırılmak ve tedavi amacıyla interne edildi. Yapılan paraneoplastik taramalarında anlamlı patoloji görülmedi.Hastanın BOS örneklemesinden gönderilen paraneoplastik sonucu negatif olarak görüldü.Nöropsikolojik test sonucu 18/30 olarak görüldü.Hastaya 5 gün süre İle intravenöz immünglobulin tedavisi verildi.

Tartışma :
Bu olgu sunumunda psikiyatrik semptomlar ve nöbet ile başvuran erkek hasta sunulmuştur. Davranış ve bellek bozukluğu, nöbet şikayetleri ile başvuran hastalarda otoimmün limbik ensefalit ayırıcı tanıda düşünülmeli ve zaman kaybetmeden otoimmün-paraneoplastik etyolojiler açısından araştırılmalı ve tedavi planlaması yapılmalıdır.

EP - 276 SENKOP AYIRICI TANISINDA OTONOM TUTULUMLU GBS OLGUSU

EMEL AFİFE ATAMAN , AYŞE KARAKAYA ATILGAN , AYŞE AVCI , KADİR GÜLŞEN , HALUK GÜMÜŞ

KONYA SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Amaç:
Guillain-Barré Sendromu (GBS) akut başlangıçlı oto-immun aracılı inflamatuar polinöropatidir. Erkeklerde daha sık görülmektedir. Genellikle hastalığın başlangıcından 1-4 hafta öncesinde; üst solunum yolu enfeksiyonu, gastroenterit ve cerrahi girişim öyküsü mevcuttur. En sık etken C.jejuni'dir. GBS'da ön planda duyusal ve motor sinirler etkilenir. Kan basıncında dalgalanmalar, aritmiler, pupiller anomaliler, terleme bozuklukları, vazomotor fonksiyon bozukluğu şeklinde otonomik disfonksiyonlar görülür.
Bu olgu sunumunda otonom tutulum olan bir GBS olgusu incelendi.

Yöntem (Olgu Sunumu):
46 yaşında erkek hasta ayaklardan başlayan ağrılar, istemsiz ejekülasyon, idrar kaçırma şikayetleriyle başvurdu. Bilinen kronik hastalığı olmayan hastanın şikayetlerinden 10 gün önce pnomoni tanısı aldığı, antibiyoterapi başlandığı ve hastanın şikayetleri ilerledikçe ayağa kalktıkça gelişen baş dönmesi ve tekrarlayan senkop öyküleri olduğu öğrenildi. Nörolojik muayenesinde pupiller middilate ve ışık refleksleri alınamadı. Yürüme güç ve geniş tabanlı, DTR hipoaktif alındı.
Manyetik rezonans görüntüleme normaldi. Yapılan BOS incelemesinde protein 171 mg/dl ve glukoz: 67 mg/dl olarak belirlendi. EMG incelemesinde bilateral peroneal sinirin kondüksiyon blok varlığı belirlendi.
Ortostatik hipotansiyonu olan hastanın tansiyon değerleri yatarken 100/80 ayakta 40/20 otururken 130/90 olarak tespit edildi.
GBS otonomik tutulum belirlenen hastaya IVIG tedavisi uygulandı. Hastaya midodrin başlandı ve kontrollerinde otonomik semptomlarında, pupil dilatasyonunda belirgin düzelme gözlendi.

Sonuç:
GBS ile başvuran hastalarda öncelikle üst solunum yolu veya gastrointestinal sistem enfeksiyonu tanımlanmaktadır. Bu hastalıkta maksimum defisitin yerleşmesi 4-6 hafta içinde tamamlanır. Tanıyı destekleyen laboratuvar bulgusu; albuminositolojik dissosiasyon veya BOS proteininde orantısız artıştır. Sinir ileti çalışmaları, elektromiyografi , MRG, sinir biyopsisi klinik tanının doğrulanmasında yardımcıdır. Tedavide plazmaferez, IVIG ve yüksek doz steroid kullanılabilmektedir.

EP - 277 TEDAVİDEN TANIYA GİDEN STEROİD YANITLI ENSEFALOPATİ TABLOSU

EMRE EMİRBAYER , ŞÜKRAN İDİL KÖSTEM , TOLGA POLAT , RAİF ÇAKMUR

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Hashimato ensefalopatisi tiroid otoantikorlarına eşlik eden steroid yanıtlı ensefalopati (SREAT) tablosudur. Klinik olarak konfüzyon, psikoz, yürüyüş bozuklukları, psikiyatrik bulgular ve kognitif gerileme ile seyreden subakut ya da kronik ensefalopatiyle karakterizedir. Bu yazıda ensefalopati tablosuyla başvuran, steroid tedavisine tam yanıt veren ve serumda tiroid antikor yüksekliği saptanan olgu sunulmuştur.

Olgu:
22 yasında kadın hasta, 1 sene önce her 2 göz kapağında ptozis nedeniyle myastenia gravis ön tanısıyla tetkik edilen, AchR Ab ve Anti Musk negatif saptanan hastaya pridostigmin tedavisi başlanmış. Hastanın elektromiyografik incelemesi normal ve şikayetlerinde azalma üzerine ilacı kesilmiş. Nöroloji polikliniğine 1,5 aydır sabahları çift görme, ptozis, uykuya meyil, görsel varsanıları ve dalgalanan sol yanlı güçsüzlükle başvurdu. Eş zamanlı gribal enfeksiyon nedenli çoklu antibiyoterapi kullanımı vardı. Myastenik kriz ön tanısıyla nöroloji servisine yatırıldı. Nörolojik muayenesinde bilinci uykuya meyilli, semikoopere, konuşması hipofonik, 4 yanlı kas gücü 3/5 ve derin tendon refleksleri hipoaktif saptanması dışında olağandı. Hastada kliniği kötüleştirebilecek çoklu ilaç kullanımı nedeniyle IVIG tedavisi başlandı ancak yanıtsızdı. İzleminde dalgalanan konfüzyonu, negatif myoklonusları saptanmasıyla otoimmün ensefalit açısından LP planlandı. Kranial BT ve MRında nöropatoloji yoktu. BOS proteini 90, bol lökosit nedenli hızlı menenjit paneli çalıştırıldı ve sonuç negatif saptandı. Otoimmün ensefalit, paraneoplastik panel çalışıldı, sonucları negatifti ve EEGde epileptiform aktivite saptanmadı. NMDAR ensefaliti şüphesiyle malignite tarandı, patolojiye rastlanılmadı. Otoimmün ensefalit ön tanısıyla 1 gr/gün iv pulse steroid tedavisi başlandı. Bu süreçte tiroid otoantikorları gönderildi. Anti TPO 132.7, Anti TG 15 gelmesi üzerine tiroid usg yapıldı ve sağ lobta hipoekoik halosu olan nodül görüldü. 10 gün kadar pulse steroid tedavisi alan hastanın şikayetlerinde tam düzelme saptandı.

Sonuç:
HE tanısı için henüz net bir belirteç bulunmamaktadır. Bu nedenle ayırıcı tanıda bu klinik tabloyu yapabilecek diğer nedenler düşünülmeli ve tetkiklerle dışlanmalıdır. Olgumuz ensefalopati kliniğiyle başvuran hastaların ayırıcı tanısında, HE tanısının da unutulmaması gerektiğinin, doğru tanı ve uygun tedaviyle gerçekleşen dramatik düzelmenin vurgulanması amacıyla bildirilmiştir.

EP - 278 RHOMBENSEFALİT VAKA SERİLERİ

EZGİ MİHRAP AYDEMİR , HANDE USTALAR , CAVİT BOZ

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ FARABİ HASTANESİ

Giriş:
Listeria monositogenez genellikle immünsuprese insanlarda bakteriyel menenjite sebep olan gram pozitif bir bakteridir.Rombensefalit diğer ismi ile beyin sapı enfefaliti , serebellum mezensefalon pons ve medullaoblongatayı kapsayan ensefalitlerdir.Menenjitlerin aksine Rombensefalitler genellikle immünkompedan insanlarda görülmektedir.Bu çalışmada kültür pozitif 3 listeriozis vakası sunulacaktır.

Bulgular:
64 ve 47 yaşlarındaki kadın hastalar ve 70 yaş erkek hasta ,kraniyel sinir tutulumu ,dizartri,nistagmus,hemiparezi ve ataksi şikayetleri ile alınan MR'larında T2A FLAIR kesitlerde beyin sapı ,serebellumda ve servikal spinalkordda T1C+ da kontrast tutan lezyonlar görüldü.Hastaların takiplerinde ateş , genel durum bozukluğu saptanması üzerine kan kültürü ve lomber ponksiyon yapıldı.Lomber ponksiyonda thomada anlamlı hücre artışı veya protein artışı görülmedi.Bos kültüründe üreme olmadı.Kan kültründe Listeria monositogenez üreyen hastalara 3 ay boyunca günde 6 kere 2 gram ampisilin tedavisi başlandı ,antibiyoterapi altında şikayetleri gerileyen hastalar ortalama 3 aylık tedavi sonucunda taburcu edildi.

Sonuç:
Rombensefalitler ilk etapta baş ağrısı ,mide bulantısı gibi nonspesifik semptomlar ile prezente olan sonrasında asimetrik Multipl kraniyel sinir tutulumu , serebellar semptomlar , hemiparezi ve meningea lirritasyon bulguları gösterebilir.Serebrospinal sıvı incelemesinde genellikle hafif lökosit ve protein artışı ve normal glukoz seviyeleri beklenir.Hem kan hemde bos kültüründe listeria üremesi beklenir. Listeria ya bağlı beyin apsesi görüldüğünde MR da lezyon etrafında halo şeklinde kontraslanma görülürken diğer vakalarda beyin sapı ve spinalkordda kontrast tutan hiperintens lezyonlar görülür.Erken tanı başarılı tedavi şansını belirgin arttırmaktadır.En az 6 hafta süre ile i.v 9 gram/gün ampisilin birinci basamak tedavidir.Sonuç olarak tekrarlanan kan ve BOS kültürü ve MR lar ile erken tanı ve tedavi sekelsiz iyileşme açısından oldukça önemlidir.

EP - 280 UZUN SÜRELİ YOLCULUĞU TAKİBEN GELİŞEN İNME İLE PREZENTE OLAN BİR PRİMER ANTİFOSFOLİPİD ANTİKOR SENDROMU: OLGU SUNUMU

İSMAİL BİLGİ , GÜNEŞ KAHRAMAN , SİBEL ÜSTÜN ÖZEK , CİHAT ÖRKEN

SBÜ PROF. DR. CEMİL TAŞÇIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ

Giriş:
Antifosfolipid Antikor Sendromu (AFAS) arteryel ve venöz tekrarlayan tromboz eğilimi, tekrarlayan düşükler ile seyredebilen, klinik tablodan negatif yüklü fosfolipidler ve fosfolipid protein komplekslerine karşı oluşmuş antikorların sorumlu tutulduğu, edinsel trombofili nedenleri arasında ilk sırada yer alan bir otoimmün sendromdur. Kesin tanı için klinik olarak vasküler tromboz veya gebelikte 10 hafta sonrasında spontan düşük/plasental yetmezlik, eklampsi gibi nedenlerden dolayı birden fazla prematür doğum öyküsünden en az birisine ek olarak; laboratuvar testlerinde anti kardiyolipin antikoru, anti beta-2 glikoprotein-1 antikoru veya lupus antikoagülanından en az birisinin 3 ay ara ile pozitifliğinin gösterilmesini esas alan ***Sapporo kritlerleri*** kullanılır.

Olgu:
41 yaşında kadın hasta uzun süreli yolcuğu takiben gelişen baş ağrısı ve görmede bulanıklaşma şikayeti ile acil servise başvurdu. Nörolojik muayenesinde sol homonim hemianopsi ve solda yüzü ve üst ekstremiteyi içeren hipoestezisi mevcuttu. Difüzyon MRG'de sağ temporooksipital bölgede PCA sulama alanına uyan akut iskemi izlendi. Özgeçmişinde ***bir kez spontan abortus*** dışında özellik yoktu. Etyolojiye yönelik yapılan iskemi taramasında ekokardiyografi ve bilateral karotis-vertebral arter doplerde özellik yoktu. Biyokimyası normaldi. Etyolojiye yönelik istenen vaskülit ve tromboz panelinde ***Anti kardiyolipin IgM 52,4*** (üst sınır 12), İgG negatif; ***Anti beta-2 glikoprotein 1 İgM 103,5*** (üst sınır 20), İgG negatif saptandı. Tromboz panelindeki diğer tetkikler (APC rezistansı, AT-3 aktivitesi, prot-C/S aktivitesi, LA taraması) normaldi. Bu bulgular eşliğinde hastaya primer AFAS tanısı konularak antikoagülan+antiagregan (asa+warfarin) tedavisi başlanarak takibe alındı.

Tartışma:
Olgumuz daha önce tromboz veya bir hastalık öyküsü olmayan ve uzun süreli yolculukta hareketsiz kalma sonrasında gelişen inme tablosunda diğer nedenler dışlanarak AFAS tanısı konulan genç bir kadındı. Bilinen risk faktörü olmayan iskemik inmeli kadın hastalarda geçmiş düşük öyküsü; travma ve virchow triadındaki diğer faktör olan staza yol açabilecek uzun süreli seyahat, hareketsizlik gibi durumlar öyküde sorgulanmalıdır. AFAS tanısı alan hastaların antikoagülan/antiagregan tedavisi sekonder profilaksisi ve düzenli tabibi önemlidir.

EP - 281 NURAİD II (MLC901): TRAVMATİK BEYİN HASARI NÖROREHABİLİTASYONU: OLGU SUNUMU

METİN GÜZELCİK , SERKAN GENÇ

SAMSUN ROMATEM FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON HASTANESİ

Giriş:
Travmatik Beyin Yaralanması (TBY) genç erişkinlerde sıklıkla rastlanan engellilik ve ölüm sebebidir (1). TBY sonrası primer hasarı takiben sekonder yaralanmayla sonuçlanan patolojik süreçler izlenmektedir (2). TBY'nın direkt tedavisi olmamasına rağmen, destek tedaviler yoluyla nöroproteksiyon ve nörorejenerasyon sağlanabilmektedir (3). NurAiD II (MLC901), çeşitli bitkilerin kombinasyonundan oluşan, beyin hasarında terapötik etkinlik gösterdiği birçok çalışma ile ispatlanan ve ülkemizde kullanıma sunulan takviye edici gıdadır (4).

Olgu Sunumu:
27 yaşında erkek hasta L.A., Haziran 2021'de yüksekten düşme sonucunda TBY ön tanısıyla şuuru kapalı biçimde 2 ay yoğun bakımda kalıyor. 11 ay sonra fizik tedavi ve rehabilitasyon amacıyla hastanemize başvuruyor. Geldiğinde yapılan nörolojik muayenede; genel durum bozuk, şuuru laterjik, uyanık olduğu dönemde gözler bir noktada fiks, cisim takibini baş hareketleriyle yapmaya eğilimi, afazik ve sadece anlamsız sesler çıkarabiliyordu, yutma zayıf ve sıvı gıdalara karşı belirgin intolerans mevcuttu ve Nazogastrik (NG) sonda ile beslenmekteydi, sol taraf belirgin olmak üzere tetraparezik olan hastanın derin tendon refleksleri hipoaktif ve her dört ekstremitede flask tonus izlenmekteydi, ayak taban refleksi bilateral olarak lakayt idi ve oturma dengesi yoktu. Kaşektik görünümdeki hastaya PEG açıldı. Robotik ve fizik tedavi uygulamalarının yanı sıra MLC901 3X2 olacak şekilde PEG'den başlandı. Kelime çıkartmaya ve kısa cümleler kurmaya başlayan, püre kıvamında besinleri alabilen, oturma dengesini sağlayabilen ve bir kişi yardımıyla yürüyebilir duruma gelen hasta, yatıştan 2 ay sonra taburcu edilerek uzaktan takip edilmeye devam edildi.

Tartışma ve Sonuç:
İnme ve beyin yaralanmalarında tedavi seçenekleri oldukça sınırlıdır (5). NurAiD (MLC601,MLC901) tedavisinin; travmatik beyin yaralanmasında fonksiyonel ve kognitif iyileşmeyi, iskemik inmede inme sonrası fonksiyonel ve motor iyileşmeyi, hipoksik iskemik beyin yaralanmalarında nörolojik fonksiyonları etkili ve güvenli biçimde iyileştirebildiği görünmektedir (4,11–15). Çok bileşenli formülasyonu sayesinde NurAiD (MLC601, MLC901), nöroprotektif ve nörorejeneratif etki göstermektedir (10,11). MLC901, K_{ATP} ve AKT yolaklarını aktifleştirerek, beyin yaralanmasını takiben izlenen LDH artışını, glutamat eksitotoksisitesini, kan beyin bariyeri işlevsizliğini, kalsiyum homeostazındaki bozulmayı düzeltmekte, ödemi baskılamakta, nekroz, apopitoz ve oksidatif stresi engellemektedir (12–14). Nörorejenerasyon sürecinde kılcal damar yoğunluğunu, vasküler perimetreleri, BrdU reaktif endotel hücre proliferasyonunu, BDNF protein düzeyini arttırarak ve DNA fragmantasyonu ile Bax ifadesini azaltarak anjiyogenez ve nörogenezi sağlamaktadır (5,13,14).
Çalışmalarda, MLC901'in TBY'nda fonksiyonellik üzerine etkinliği gösterilmektedir. Hastamız yüksekten düşme sonrası TBY geçirdi ve hastanemiz bünyesinde yoğun rehabilitasyon sürecine tabi tutuldu. 3 aylık süre boyunca rutin MLC901 tedavisi uygulandı. Hastada 2 ay sonrasında motor, duyu ve kognitif gelişmeler izlendi. Olgu sunumumuzda TBY hastalarında rehabilitasyon süresince uygulanan MLC901 tedavisinin ve multidisipliner yaklaşımın fonksiyonellik üzerine etkinliği yansıtmayı amaçladık.

Kaynaklar
1. Barlow KM. Traumatic brain injury. Handb Clin Neurol. 2013;112:891–904.
2. Haddad SH, Arabi YM. Critical care management of severe traumatic brain injury in adults. Scand J Trauma Resusc Emerg Med [Internet]. 2012;20(1):12. Available from: https://doi.org/10.1186/1757-7241-20-12
3. Clausen T, Bullock R. Medical Treatment and Neuroprotection in Traumatic Brain Injury. Curr Pharm Des. 2005;7(15):1517–32.
4. Yeh M-L, Chiu W-L, Wang Y-J, Lo C. An investigation of the use of traditional Chinese medicine and complementary and alternative medicine in stroke patients. Holist Nurs Pract. 2017;31(6):400–7.
5. Heurteaux C, Widmann C, Moha ou Maati H, Quintard H, Gandin C, Borsotto M, et al. NeuroAiD: properties for neuroprotection and neurorepair. Cerebrovasc Dis. 2013;35 Suppl 1:1–7.

6. Theadom A, Barker-Collo S, Jones KM, Parmar P, Bhattacharjee R, Feigin VL. MLC901 (NeuroAiD IITM) for cognition after traumatic brain injury: a pilot randomized clinical trial. Eur J Neurol [Internet]. 2018;25(8):1055-e82. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ene.13653
7. Chua AE, Yacapin VJ, Manalo III GL, Ledesma LK. Protocol for Safety and Efficacy of MLC901 (NeuroAiD II) in Patients With Moderate Traumatic Brain Injury: A Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial (ANDROMEDA). Neurosurgery. 2022;10–1227.
8. Kumar R, Fadzil F, Bee S, Kamalanathan P, Jaffar A, Paramasvaran S, et al. NeuroAiD use in traumatic brain injury (TBI). J Neurol Sci [Internet]. 2021 Oct 1;429. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jns.2021.118220
9. Pakdaman H, Gharagozli K, Karamiani F, Goushki MS, Moini S, Sobhanian A, et al. MLC901 in hypoxic-ischemic brain injury patients: A double-blind, randomized placebo-controlled pilot study. Medicine (Baltimore). 2023;102(23).
10. Siddiqui FJ, Venketasubramanian N, Chan ES-Y, Chen C. Efficacy and Safety of MLC601 (NeuroAiD®), a Traditional Chinese Medicine, in Poststroke Recovery: A Systematic Review. Cerebrovasc Dis [Internet]. 2013;35(Suppl. 1):8–17. Available from: https://doi.org/10.1159/000346231
11. Tan C-HN, Choy D, Venketasubramanian N. NeuroAid II (MLC901) in Haemorrhagic Stroke. Case Rep Neurol [Internet]. 2020;12(Suppl. 1):212–7. Available from: https://doi.org/10.1159/000508588
12. Maati HMO, Borsotto M, Chatelain F, Widmann C, Lazdunski M, Heurteaux C. Activation of ATP-sensitive potassium channels as an element of the neuroprotective effects of the Traditional Chinese Medicine MLC901 against oxygen glucose deprivation. Neuropharmacology. 2012;63(4):692–700.
13. Heurteaux C, Gandin C, Borsotto M, Widmann C, Brau F, Lhuillier M, et al. Neuroprotective and neuroproliferative activities of NeuroAid (MLC601, MLC901), a Chinese medicine, in vitro and in vivo. Neuropharmacology. 2010 Jun;58(7):987–1001.
14. Gandin C, Widmann C, Lazdunski M, Heurteaux C. MLC901 favors angiogenesis and associated recovery after ischemic stroke in mice. Cerebrovasc Dis. 2016;42(1–2):139–54.

EP - 282 MONOPAREZİ VE DÖKÜNTÜ İLE PRESENTE ENFEKSİYÖZ MYELİT

NEVAL AKTAŞ , CELİL UÇAN , GÜLDEN YURDDAŞ , NURDAN GÖÇGÜN , BİRGÜL BAŞTAN , AYTÜL MUTLU

HASEKİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ,NÖROLOJİ ANABİLİM DALI,İSTANBUL

GİRİŞ:
Myelit spinal kordun lokal inflamasyonu sonucu gelişen motor,duyusal ve otonomik disfonksiyon ile karakterize nadir nörolojik bir bozukluktur.Değişken derecelerde güçsüzlük,duyusal değişiklikler ve otonomik disfonksiyon ile presente olabilir.Etiyolojisinde enfeksiyöz ajanların tetiklediği self antijenlere karşı gelişen immun tolerans bozukluğu yer almaktadır.Genel popülasyonda prevelansı milyonda 1-8'dir.Biz de nadir olarak görülen enfeksiyöz uzun segment myelit olgumuzdan bahsetmek istedik.

Olgu:
77 yaşında erkek hasta yürüyememe şikayeti ile acil servise başvurdu. 10 gün önce başlayan üst solunum yolu enfeksiyonu semptomlarını takiben göğüs ve sırtında ağrı şikayeti olduğu öğrenildi. Son 2-3 gündür de her iki alt ekstremitede güç kaybı ile yürüyemez olmuştu. Özgeçmişinde hipertansiyon, diyabetes mellitus, koroner arter hastalığı mevcut idi. Hastanın muayenesinde göğüs ve sırt bölgesinde krutlanmış veziküler döküntü izlendi. Nörolojik muayenesinde kas gücü sağ alt proksimali 4/5 ,sağ tcr ekstensör idi ve DTR´ler alt ekstremitede hipoaktif olarak izlendi.Hastaya yapılan torokal mr tetikinde T2-T6 seviyelerinde T2-hiperintens lezyon görüldü. BOS incelemesinde 35 lökosit mevcut idi ve protein: 1417 mg/dl (150-450) ve glukoz: 78 mg/dl (eş zamanlı kan glukozu: 115 mg/dl) .Bos multiplex PCR tetkikinde varisella zoster PCR pozitifliği saptanması üzerine hastaya asiklovir tedavisi başlandı.

Sonuç:
Bu olgu sistemik muayenenin tanıda ne kadar önem arz ettiğini ve varicella zostere bağlı myelitin nadiren de olsa immunsuprese olmayan hastalarda da karşımıza çıkabileceğini bir kere daha ortaya koymaktadır.

EP - 283 POSTPARTUM SEREBRAL ANJİOPATİ VE SUBARAKNOİD KANAMA: OLGU SUNUMU

NURSEL ERDAL

KIRIKKALE YÜKSEK İHTİSAS HASTANESİ

Olgu:
27 yaşında kadın hasta postpartum 6. günde jeneralize tonik klonik nöbet geçirmesi nedeniyle yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Bilinç uykuya meyilli, kısmen koopere, kısmen oryanteydi. Kranyal sinir muayenesi normal, taraf bulgusu, ense sertliği ve patolojik refleks yoktu, konuşma hafif dizartrikti. Beyin BT'de sol parietal lobda verteks seviyesinde intraparankimal -subaraknoid hemoraji açısından anlamlı olabilecek dansite artışları izlendi. Nimodipin ve antinöbet tedavi olarak levetirasetam başlandı. Kranyal MR Anjio yapıldı, normal bulundu, anevrizma saptanmadı. Postpartum Serebral Anjiopati(PSA) tanısı ile takip edilen hastanın yoğun bakım ve servis yatışı süresince tekrar nöbeti olmadı. 16. günde yapılan beyin BT ve beyin MR'da kanamanın tamamen rezorbe olduğu görüldü.

Tartışma:
PSA, reversible serebral vazokonstrüksiyon (RSVS) tablosu içinde tanımlanmış bir klinik durumdur. Serebral arterlerde reversible multifokal vazokonstrüksiyon alanları ile ortaya çıkmakta, serebral infarkt nadiren de subaraknoid kanama ile prezente olmaktadır. PSA erken tanındığında büyük oranda tamamen iyileşme ile sonuçlanır. Bu olgu postpartum subaraknoid kanamanın nadir görülen bir nedeni olan PSA'ya dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur.

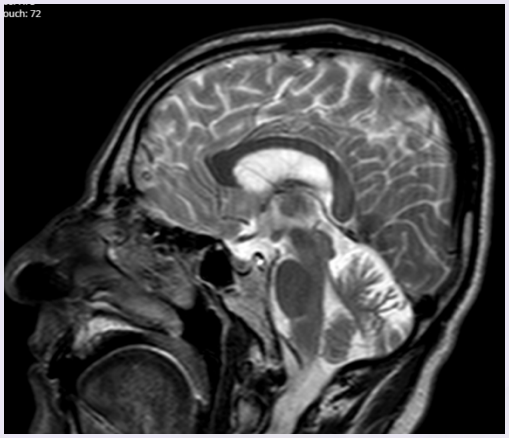
EP - 284 SEREBELLAR ATAKSİ İLE GİDEN ATAKSİ-TELENJİEKTAZİ TANILI HASTA; OLGU SUNUMU

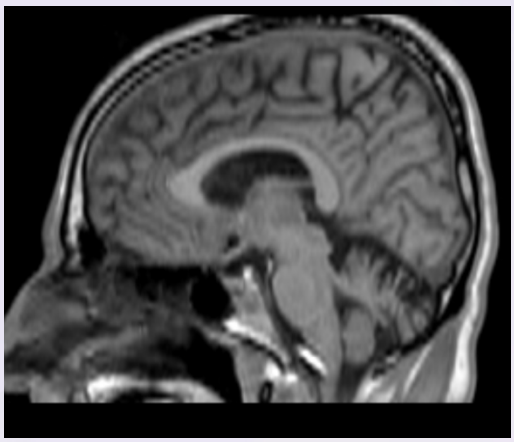
OZAN ARSLAN , EMİNE GÖRGÜLÜ , FATMA GENÇ

ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Ataksi telenjiektazi (AT), serebellar ataksi, göz kapağı ve konjonktivada telenjiektazi ve enfeksiyona yatkınlık triadı ile karakterize herediter nörodejeneratif bir hastalıktır. (1) ATli hastalar tekrarlayan sinüs ve akciğer enfeksiyonlarına, diyabete, büyüme geriliğine, kemik kırıklarına ve malignitelere yatkındır. (2) AT, DNA hasar onarımında rol oynayan ve otozomal resesif bir kalıtılan 11. kromozom üzerindeki ATM genindeki mutasyonlardan kaynaklanır. (3)

Olgu Sunumu:
43 yaş erkek hasta 7 aydır olan yavaş ilerleyen denge kaybı şikayetiyle başvurdu. Annesinde de benzer şikayetler varmış ancak genetik tanı almamış. Nörolojik muayenede romberg pozitifliği, tandem yürüyüşte beceriksizliği, taraf vermeyen ataksisi, vibrasyonda 4 saniye kaybı mevcuttu. Propriosepsiyon korunmuştu. İnspeksiyonla belirgin okülokutanöz telenjiektazisi görülmedi. Ataksi etiyolojisi için beyin, servikal, torakal Manyetik Rezonans(MR), elektromiyografi(EMG), kan tetkikleri istendi. Kan tetkikleri normaldi. Beyin MR'da serebellar atrofi gözlendi. Servikal ve torakal MR normaldi. Yapılan EMG bilateral alt ekstremitelerde yaygın sensörimotor periferik polinöropati ile uyumluydu. Ataksi, polinöropati, nistagmusu olan hasta genetiğe yönlendirildi. Yapılan genetik incelemede AT-mutated(ATM) geninde heterozigot mutasyon tespit edildi. Hasta olası maligniteler yönünden tetkik edildi. Protein elektroforezi, Immunglobulin A, E ,G düzeyleri normaldi. Serum alfa fetoprotein düzeyi 80,77 mikrogram/dl idi(normal: 0-9). Olası gastrointestinal patolojiler, maligniteler açısından Gastroenteroloji'ye yönlendirildi. Hasta rehabilitasyonu için Fizik Tedavi'ye yönlendirildi. Genetik danışmanlık açısından yakınları genetiğe yönlendirildi. Hastanın takibi devam etmekte.





Sonuç: Ataksi-Telenjiektazi, herediter nörodejeneratif bir hastalıktır ve etkin bir tedavisi yoktur. Hastalara semptomatik tedavi, rehabilitasyon uygulanır. Tekrarlayan sinopulmoner enfeksiyonlara ve malignitelere karşı tedbirli olunmalı ve hastalar düzenli aralıklarla takibe çağrılmalıdır. Biz de progresif ataksisi olan ve Ataksi-Telenjiektazi tanısı olan hastamızı paylaşmak istedik.

Rothblum-Oviatt C, Wright J, Lefton-Greif MA McGrathMorrow SA, Crawford TO, Lededrman HM. Ataxia telangiectasia: a review. Orphanet J Rare Dis 2016; 11: 159.

van Os NJH, Roeleveld N, Weemaes CMR, Jongmans MCJ, Janssens GO, Taylor AMR et al. Health risks for ataxia-telangiectasia mutated heterozygotes: a systematic review, meta-analysis, and evidence-based guideline. Clin Genet 2015; 90(2): 105-117.

Reiman A, Srinivasan V, Barone G, Last JI, Wootton LL, Davies EG et al. Lymphoid tumours and breast cancer in ataxia telangiectasia; substantial protective effect of residual ATM kinase activity against childhood tumours. Br J Cancer 2011; 105: 586- 591

EP - 285 FOVİLLE SENDROMU OLAN İKİ OLGU

SELMAN YILDIZ , FEYZULLAH YADİ , ÖZLEM TOTUK

ŞEHİT PROF. DR. İLHAN VARANK SANCAKTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Beyin sapı sendromları, genellikle lezyonun olduğu tarafta bulunan kranial sinirlerde periferik paralizi ve lezyonun neden olduğu kortikospinal yolun etkilenmesi sonucu karşı taraf vücut yarısında hemiparezi ile karakterizedir. Etkilenen kranial sinirin lokalizasyonuna göre, ipsilateral göz hareketleri, yüz, yumuşak damak ve dil semptomları görülebilir. Bu sendromların temel mekanizması, lezyonun olduğu taraftaki kranial sinir çekirdeğinin ve henüz çaprazlanmamış piramidal yolun etkilenmesine dayanmaktadır.
Mezensefalon lezyonlarına bağlı beyin sapı lezyonları arasında Weber sendromu, Benedict sendromu, Claude sendromu, Parinaud sendromu ve Baziller Tepe sendromu; pons lezyonlarına bağlı beyin sapı lezyonları arasında Foville, Millard-Gubler, Raymound, Locked-In, Marie Foix ve Brissaud-Siccard sendromları; bulbus lezyonlarına bağlı beyin sapı lezyonları ise Wallenberg sendromu ve Medial Medüller sendrom olarak bilinir.
Bu sendromlar arasında Foville sendromu, fasiyal sinir lifleri, paramedian pontin retiküler formasyon (PPRF) ve kortikospinal yolların etkilenmesi sonucu ipsilateral periferik tip fasiyal paralizi, lezyon tarafında ipsilateral konjuge göz hareketleri kaybı ve kontralateral hemiparezi ile karakterizedir.

Olgu 1: Bilinen HT ve geçirilmiş SVO öyküsü olan, 88 yaşında kadın hasta. Kooperasyon kısıtlılığı sebebi ile acil servisimize başvurdu. Nörolojik muayenesinde; sol göz kapamada zayıflık ve nazolabial sulkus'ta siliklik, GAG refleksi zayıf, motor muayene sağ üst ve alt ekstremite 2/5 olarak saptandı. Çekilen Kranial Difüzyon MR'da; pons sol medial yarımında akut difüzyon kısıtlılığı saptandı. Beyin ve Karotis BT Anjiografi de sol ICA proksimali %65,sağ ICA proksimali %60 stenoz saptandı. EKG AF ritminde idi. Rivaroksaban mevcut tedavisine asetil salisilik asit 100 mg eklendi.
Olgu 2: Bilinen HT ve kardiak anjio öyküsü olan, 61 yaşında erkek hasta. Bilinç bozukluğu,peltek konuşma ve sağ tarafta kuvvetsizlik şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Nörolojik muayenesinde; tekli emir düzeyinde koopere, konuşma dizartrik, sol göz dışa bakış kısıtlılığı, motor muayene sağ üst ve alt ekstremite 3/5 olarak saptandı. Çekilen Kranial Difüzyon MR'ında; pons sol medial yarımında, flair sekansda karşılığı olmayan akut difüzyon kısıtlılığı saptandı. Beyin ve Karotis BT Anjiografi de büyük damar oklüzyonu görülmedi. Hastaya alteplaz tedavisi uygulandı, nörolojik maueyhensi düzeldi. kranial sinir ve motor muayene doğaldı.Hastaya asetilsalisilik asit 100 mg ve klopidogrel 75 mg başlandı.

Tartışma:
Foville Sendromu'nda, ipsilateral fasial veya abducens sinirin etkilenmesi ve bununla birlikte kontralateral hemiparezi semptomları görülebilir. Bazen hemiparezi silik olduğunda tam nörolojik muayene yapılmadığında serebrovasküler olay gözden kaçabilir ve periferik nedenlerin ön planda düşünülmesine neden olabilir. Bu nedenle, doğru tanıya gitmede fizik muayenenin yeri ve önemini belirtmek amaçlı hastalarımızı paylaştık.

EP - 286 DUYUSAL ATAKSİK NÖROPATİ TABLOSU İLE PREZENTE İNVAZİV DUKTAL KARSİNOMA OLGUSU

SADETTİN KALENDEROĞLU , NİSA ÖZGE GÜVENÇ , ÖZLEM AKDOĞAN , AYSEL TEKEŞİN , UFUK EMRE TOPRAK

SBÜ İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
Meme kanseri alt tiplerinden invaziv duktal karsinom meme kanserlerinin yaklaşık %70–75'ini oluşturmaktadır. Literatürde nörolojik semptomlarla prezente invaziv duktal karsinoma olguları oldukça nadirdir. Burada, yürüme güçlüğü şikayeti ile başvuran, klinik değerlendirmesinde duyusal ataksik nöropati tablosu düşünülen ve etyolojide invaziv duktal karsinoma saptanan olguyu sunmak bu nadir klinik tabloya dikkat çekmek istedik.

Olgu:
Polikliniğe yürüme güçlüğü şikayeti ile başvuran 47 yaşında kadın hastanın öyküsünde şikayetlerinin 15 gün önce başladığı ve beraberinde kollarında uyuşma şikayetlerinin eşlik ettiğini ifade etmekteydi. Özgeçmişinde özellik saptanmayan hastanın nörolojik muayenesinde derin duyu bozukluğu ve duyusal ataksi saptandı. Akut gelişen ataksik yürüme ve nöropatik yakınmaları olan hastanın şikayetlerinin 20. gününde yapılan EMG incelemesinde özellik saptanmadı. Rutin kan testleri normaldi. Nörolojik muayenesinde derin duyu bozukluğu, duyusal ataksisi ve nöropatik yakınmaları olan hastada dorsal kök gangliopatisine yönelik yapılan kontrastlı spinal görüntülemelerinde özellik saptanmadı. BOS incelemesinde belirgin protein artışı saptandı. Klinik takibi sırasında sol gözde dışa bakış paralizisi gelişen hastanın kontrastlı kranial MRGsinde özellik saptanmadı. Pulse steroid tedavisi başlanan hastanın tedavisinin 5. gününde yürüme bozukluğu ve nöropatik yakınmalarında kısmen gerileme gözlendi. Etyolojik nedenlere yönelik yapılan meme USG'de BRADS-5 malignite riski yüksek kitle saptandı. Biyopsi sonucu, invaziv duktal karsinom, nükleer grade 2-3 olarak gelen hasta cerrahi ve diğer onkolojik tedavileri düzenlenmek üzere ilgili bölümlere devir edildi.

Tartışma:
Duyusal nöronopatiler, dorsal kök ganglionun heterojen hastalıkları arasında yer alır. Ataksi kliniğinin ön planda olduğu, duyusal nöronopatiler, sıklıkla otoimmun ve paraneoplastik süreçlerle ilişkili ortaya çıkan, klinikte kas gücünün korunduğu derin duyu bozukluğu ile karakterize duyusal ataksiye, parestetik yakınmalar ve ağrının eşlik ettiği nadir görülen klinik tablolardır. Etyolojik nedenler arasında yer alan maligniteler arasında akciğer kanserleri ilk sıralarda yer alırken, duyusal nöronopati, ataksi ile ilişkili meme kanseri oldukça nadir bildirilmiştir. Olgumuzun; hem nörolojik tablosunun hem de etyolojik neden olarak meme ca ilişkisinin nadir görülmesi açısından ilginç olabileceğini düşündük.
İnvasiv duktal karsinoma'nın nörolojik semptomlarla ilk belirtisini vermesi oldukça nadir rastlanan bir durumdur. Özellikle ilerleyici, derin duyu bozukluğu ile ilişkili ataksi, nöropatik yakınmalar ve kranial sinir etkilenmelerinin görüldüğü olgularda, olası altta yatan paraneoplastik süreçlerin mutlaka araştırılmaları gerekir.
Sonuç olarak, duyusal ataksi kliniği ile değerlendirilen olgularda paraneoplastik etiyolojileri göz önünde bulundurmak özellikle kadın olgularda meme patolojilerinin değerlendirilmesi erken tanı ve tedavi açısından önemlidir.

KAYNAKÇA

- Sancho Saldaña A, Mahdi-Rogers M, Hadden RD. Sensory neuronopathies: A case series and literature review. J Peripher Nerv Syst. 2021 Mar;26(1):66-74.
- OLeary CP, Willison HJ. Autoimmune ataxic neuropathies (sensory ganglionopathies). Curr Opin Neurol. 1997 Oct;10(5):366-70.
- Kuntzer T, Antoine JC, Steck AJ. Clinical features and pathophysiological basis of sensory neuronopathies (ganglionopathies). Muscle Nerve. 2004 Sep;30(3):255-68.

EP - 287 MUTLU KALABİLMEK İÇİN HASTALIĞINI YILLARCA SAKLAYAN VE TEDAVİ ALMAK İSTEMEYEN BİR OLGUNUN SUNUMU

SONGÜL BAVLİ

SUŞEHRİ DEVLET HASTANESİ

Olgu:
31 yaşında erkek hasta, polikliniğimize banyo sonrası bilinç bulanıklığı şikayeti ile başvurdu. Eşi, hastamızı banyodan çıktıktan sonra kafası karışık haldeyken bulmuş, sorulan sorulara cevap vermiyormuş, bu durum 15-20 dk kadar sürmüş. Kendine geldiğinde yakın geçmişteki şeyleri hatırlamamış. Bu durum birkaç kez daha tekrarlanınca eşi endişelenmiş ve ısrarcı davranarak hastayı muayene olmaya ikna etmiş. Özgeçmişinde; 5 yaşındayken bir kez febril konvülziyon, sigara kullanımı vardı. Soygeçmişinde; anne babası akraba değildi.2 erkek kardeştiler. Hasta çocukluğundan beri istisnasız ne zaman sıcak suya girse büyük bir haz hissediyormuş. Ergenlik dönemlerine gelince abisi banyoda baygın halde bulunmuş ve sıcak su epilepsisi olarak tanı almış, JTK nöbet geçirdiği için tedavide VPA başlanmış ve ilaçla nöbetsizmiş. Hasta abisine tanı konulduktan sonra hastalık hakkında araştırma yapmış ve kendisinde de sıcak su epilepsisi olduğunu düşünmüş ama sıcak suyla temas edince gelen haz hissi, vücuduna yayılan uyuşukluk, gevşeme ve geçmişi unutmak kendisine iyi geliyormuş bu yüzden kendisine de ilaç başlanırsa bu hisleri kaybedebileceğinden ve polis olmak istediğinden kimseyle paylaşmak istememiş, hem mesleği de çok stresliymiş ve hergün bilerek sıcak duş alarak bu stresle daha kolay baş edebiliyormuş. Nörolojik muayenesi, kranial MRG'si, interiktal EEG'si, kan tahlilleri ve kardiyolojik muayenesi normal olan olguya genetik tetkik yapılamadı.

Sonuç:
Aile öyküsü, haz fenomeni ve self indüksiyon gibi özelliklerin eşlik ettiği bir sıcak su epilepsisi olan olguyu, nadir görülmesi ve toplumda ne kadar farkındalık çalışması yapılsa da çoğunlukla benign seyirli olan refleks epilepsili hastaların bile mesleği kaybetme, toplum içinde etiketlenme ve evliliklerinin etkilenmesi korkusuyla yıllarca gizlenmek zorunda olmalarının da üzücü yönünü vurgulamak amacıyla sunmaya değer bulduk.

EP - 288 SİSTEMİK İNFLAMATUAR İNDEKSİN AKUT İSKEMİK İNME NEDENİYLE ENDOVASKÜLER TEDAVİ SONRASI İNTRAKRANİAL HEMORAJİ VE MORTALİTEYLE İLİŞKİSİ

FİRDEVS EZGİ UÇAN TOKUÇ , ŞENNUR DELİBAŞ KATI

ANTALYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ

Amaç:
Akut inmede uygun hasta seçimi ile endovasküler tedaviye alınan hastalarda hedef 3. ay mRs değerlerindeki iyilik halidir. İşlem sonrası en korkulan komplikasyonlardan biri semptomatik intrakranial kanamadır. Sistemik inflamasyon göstergesi olan sistemik inflamatuar index (SII) trombositx nötrofil/lenfosit olarak hesaplanmakta olup yine daha önce bazı çalışmalarda inme ciddiyeti ile ilişkisi veinme sonrası hemorajik transformasyon ön görücüsü olarak bildirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:
Ocak 2021- Ocak 2023 tarihleri arasında akut iskemik inmeye bağlı endovasküler tedavi uygulanan ve nöroloji yoğun bakımda takip edilen 133 hasta çalışmaya dahil edildi. Retrospektif olarak bulgular incelendi. Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk ve Kolmogorov- Smirnov Testleri ile incelendi. Kategorik verilerin incelenmesinde Yates Düzeltmesi ve Pearsın Ki-Kare Testi kullanıldı. İkili gruplarda normal dağılıma uyan parametrelerin karşılaştırılmasında Bağımsız Örnekler t Testi, normal dağılıma uymayan parametrelerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanıldı. Kanama varlığına ve mortaliteye etki eden risk faktörlerinin incelenmesinde Binary Lojistik Regresyon Analizi kullanıldı. Kanama varlığını ve mortaliteyi belirlemede parametreler için kesme değerin bulunmasında ROC Analizi kullanıldı. Analiz sonuçları kategorik değişkenler için frekans (yüzde) şeklinde, nicel değişkenler için ortalama ± standart sapma ve ortanca (minimum – maksimum) şeklinde sunuldu. Önem düzeyi $p<0,050$ olarak alındı.Çalışmaya 18 yaş üstünde kapı iğne zamanı 24 saatten kısa olan ve başarılı ICA, MCA,Baziler arter okluzyonu nedeniyle EVT uygulanmış hastalar dahil edildi. EVT başarısız olan, EVT sonrası kan tahlilleri olmayan, EVT sırasında arrest olan, EVT sonrası nörogörüntüleme yapılamayan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular:
EVT yapılan hastaların 38 'inde (%28,6) exitus gelişmiş olup exitus gelişen hastalar ile NLO(nötrofil lenfosit oranı), PLO (platelet lenfosit oranı) ve Sİİ ortanca değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmiş olup exitus olan hastalarda bu değerler daha yüksektir (sırası ile 0,001, 0,027, 0,004). Hastaların MRS skorları 0-2 arası iyi klinik sonuç, 3-6 arası olanlar kötü klinik sonuç olarak sınıflandırıldı. Bu bağlamda MRS'ye göre kötü klinik sonuç izlenen hastalarda NLO,PLO,Sİİ değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek izlendi (sırasıyla p=0,001, <0,001, <0,001).

Sonuç:
NLO, PLO ve Sİİ değerleri hem intrakranial kanama hem de mortaliteyle direk ilişkilidir.

EP - 289 AIDS VE TOXOPLAMA APSESİ OLGUSUNDA HOLMES TREMORU: FARKLI PATOGENETİK MEKANİZMALARIN ORTAK SONUCU MU?

ÖZLEM ÖNDER [1]

[1] *FETHİYE DEVLET HASTANESİ, NÖROLOJİ*
[2] *YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, NÖROLOJİ*

Giriş:
Holmes tremoru, istirahat, postür ve hareket sırasında ağırlıklı olarak proksimal hakimiyet gösteren düşük frekanslı bir tremor kliniğidir. Genellikle mezensefalon ya da talamus yerleşimli lezyonlar ile ilişkilendirilmiştir. Kliniğin benzer fenomenolojide ancak farklı fizyopatolojiler sonucu oluştuğu düşünülmektedir. Semptomların ortaya çıkma süresi için genellikle altta yatan nedenin üzerinden haftalar, aylar hatta yıllar geçtiği bilinmektedir. Bu yazıda, mezensefalon ve talamus yerleşimli HIV ilişkili toksoplazma apsesinden yaklaşık dokuz ay sonra gelişen bir Holmes tremoru olgusunun sunulması ve bu nadir birlikteliklerin literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu:
Kırk bir yaşındaki kadın hasta yaklaşık bir haftadır olan sağ kolda giderek artan istemsiz hareketler nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Nörolojik muayenede sağ üst ekstremitede proksimal ağırlıklı istirahat ve postür sırasında gözlenen düşük frekanslı tremor ile sağ elde distonik postür mevcut olup ek olarak sekel sağ hemiparezi, santral fasiyal paralizi ve 0.3/0.6 görme keskinliği mevcuttu. Nörogörüntülemesinde mezensefalon sol yarısı ve sol talamusta yerleşik T1 ağırlıklı sekanslarda izo-hipointens, T2 ağırlıklı ve FLAIR sekanslarda merkezi hiperintens, çevresi hipointens görünüm veren ve çevresel kontrastlanma gösteren boyutunu koruyan ancak ödem etkisi belirgin şekilde azalmış olan apse lezyonu izlenmekteydi. Sağ lateral ventrikül ön horn komşuluğundaki ikinci apse lezyonu da aynı şekilde izlendi (Şekil 2). Laboratuvar tetkiklerinde HIV ve toksoplazma Ig G pozitifliği mevcuttu. Elektrofizyolojik incelemeler ile Holmes tremoru tanısı kesinleştirildi. Holmes tremoru tanısıyla olgunun mevcut antiviral tedavisine ek olarak kademeli doz titrasyonu yapılarak levetiresetam uygulanmaya başlandı. Klinik takibinin üçüncü ayında belirgin iyileşme gözlendi. Ancak hastanın distoniye ait yakınmalarının devamı nedeniyle tedaviye doz titrasyonu planlanarak klonazepam eklendiyse de intolerans nedeniyle sonlandırılmak durumunda kalındı. Bunun üzerine hasta tremor ve distoni kaynaklı fonksiyonel kaybının tam olarak giderilebilmesi amaçlanarak medikal tedaviye ek olarak derin beyin stimülasyonu uygulanmak üzere ileri bir merkeze yönlendirildi. Bu süreçte sol memede ele gelen kitle sonrası aksiller lenf nodu ve mandibüler kemik metastazı olan inflamatuvar meme kanseri tanısı alması nedeniyle hasta onkolojik tedaviye öncelik verme kararı aldı. Nörolojik takibinin altıncı ayında, onkolojik tedavi planlanması amaçlı yapılan nörogörüntülemede mezensefalon ve talamustaki apse lezyonunda belirgin şekilde rezorpsiyon görüldü (Şekil 3). Hastamız halen nöroloji, enfeksiyon hastalıkları ve onkoloji polikliniğimizde takip edilmektedir.

Tartışma:
Holmes tremoru unilateral, ekstremite proksimalinde hakimiyet gösteren, istirahat, postür ve aksiyon sırasında gözlenen düşük frekanslı nadir bir tremordur. Etiyolojide çeşitli nedenler bildirilmiş olmakla birlikte en sık serebrovasküler hastalıklar, travma, vasküler malformasyonlar ve multipl skleroz rol oynamaktadır. HIV ilişkili fırsatçı toksoplazma enfeksiyonu kaynaklı fokal lezyonlar Holmes tremorunun en nadir görülen nedenlerinden biridir. Holmes tremoru tedavisinde ilk amaç altta yatan nedenin ortadan kaldırılmasıdır. Fakat etyolojik faktörün uygun şekilde tedavisine rağmen düzelmeyen vakalar olabilmektedir, bu durumda karbamazepin, valproik asit, klonazepam ve levetirasetamın etkinlikleri gösterilmiş ve kullanıma girmiştir (6,7). Medikal tedavi seçenekleri arasında yan etki profilinin düşük olması ve titrasyon zorluğu olmaması gibi iyi tolerasyon özellikleri nedeniyle levetirasetam önemli bir yer tutmaktadır (7). Bizim olgumuzda çoklu ilaç kullanımının devamlılığı ve hepatotoksisite olasılığı göz önüne alınarak renal eliminasyona uğrayan bir ajan olan levetirasetam tercih edilmişti. Semptomatik medikal tedaviye rağmen halen yanıt alınamayan vakalarda talamik VIM nukleusun hedeflendiği derin beyin stimülasyonu gibi invaziv tedavi seçenekleri medikal tedaviye ek olarak uygulanabilmektedir (8). Olgumuz; oldukça nadir rastlanan etiyolojisi, zengin görüntüleme bulguları ve Holmes tremoru patofizyolojisine yönelik öne sürülen primer nöronal hasar hipotezine katkı sağlayan yönleri ile paylaşılmaya değer bulunmuştur.

EP - 290 LAMOTRİJİNE DRAMATİK CEVABI OLAN ATİPİK KRONİK ISRARCI BAŞAĞRISI

GİZEM AYNUR AKTAŞ , MİNE BUSE SALKIN SARGIN , TUĞBA UYAR CANKAY , AHMET YILDIRIM , TEMEL TOMBUL

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE ŞEHİR HASTANESİ

Vaka sunumu:
Yirmi üç yaş erkek hasta, 3 yıl önce ani olarak başlayan ve devam eden sıkıştırır tarzda, tüm gün süren ve çok şiddetli baş ağrısı şikayeti ile başvurdu. Baş ağrısı hareketle artmakta, ağrı nedenli çok sık uyku problemi yaşadığını, günlük işlerini devam ettiremediği bu yüzden üniversiteyi bıraktığı ve evden dışarı çıkamadığı bilgisi edinildi. Hastanın özgeçmişinde özellik yok. Hastanın nörolojik muayenesinde normaldi. Hastaya dış merkezde yapılan lomber ponksiyon incelemesinde BOS açılış kapanış basıncı, otoimmun ensefalit paneli, beyin dijital anjiografi, PET ve EEG incelemeleri normaldi. Hasta yakınmaları başladıktan 1 yıl sonra baş ağrısı çok şiddetlendiği zaman tekrar dış merkezde yatırıldığında Kranial MR incelemesinde spleniumda FLAIR kesitinde hiperintensite gözlenmişti. Kontrol Mr incelemelerinde özellik gözlenmedi. Hastaya topiramat, gabapentin, esitlopram, pregabalin, duloksetin, indometazin ve metilprednizolon başağrısı için verilmiş fakat cevap alınamamış.
Hastaya refrakter ve çok şiddetli baş ağrısı nedenli 4 hafta Büyük Oksipital Sinir blokajı yapıldı ve aritmi ekarte edilerek 48 saat süreyle lidokain 2mg/dk infuzyonu uygulandı. Başağrısı şiddet ve süresinde etki gözlenmedi.

Hastaya lamotrijin 2x25 başlanarak haftalık 25 mg arttırıldı ve 100 mg/güne çıkıldı. Başağrısının dramatik olarak düzeldiği, sıklık ve şiddetin azaldığı gözlendi.

Tartışma:
Lamotrijin öncelikle trigeminal nevralji, trigeminal nöropati, SUNCT/SUNA, migrenin bazı formları ve ısrarcı devam eden baş ağrısı ve fasiyal ağrı sendromlarında ağrıyı baskılamak için kullanılır. Doz kademeli olarak 200 mg/gün e kadar arttırılabilir. Atipik kronik ısrarcı baş ağrılarında ve diğer tedavilere cevap vermeyen otonom sefaljilerde akılda tutulması gereken bir seçenektir.

EP - 291 YENİ TANILI MULTİPL SKLEROZDA OLİGOKLONAL BAND VE SERVİKAL SPİNAL KORD LEZYON İLİŞKİSİ

MERVE BAHAR ERCAN , BELGİN KOÇER , ELİF KARAHÜSEYİNOĞLU , NEJAT ALPEREN KÖROĞLU

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Çalışmamızda ilk atak ile gelen yeni tanılı MS'li bireylerde tanı anında beyin omurilik sıvısında (BOS) OKB pozitifliği ile servikal spinal kord lezyon sayısı, yerleşimi, asemptomatik ya da semptomatik lezyon varlığı arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığının belirlenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:
Ocak-Ekim 2023 tarihleri arasında MS polikliniğine başvuran hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. İlk atakla gelen ve McDonald 2017 tanı kriterlerine göre yeni MS tanısı alan 207 hasta çalışmaya dahil edildi. BOS OKB, IgG indeksi değerleri ve servikal spinal kord MRG'de lezyon sayı ve yerleşimleri incelendi, bulgular demografik özelliklerle birlikte değerlendirildi. İstatistik yöntemi olarak IBM SPSS 25 kullanıldı.

Bulgular:
Olguların 55'i erkek (%26.6) ve 152'si kadındı (%73.4). Kadınlarda ortalama yaş 33±11,4 erkeklerde ise 31,4±11,8 idi. BOS incelemesinde 207 hastanın 178'unda (%85,9) OKB pozitifliği saptandı. OKB pozitif saptanan hastaların 124'ünde (%69,6) ilk tanı anında servikal spinal kord MRG'de MS ile uyumlu tek segment ya da multi-segment tutulum yapan demiyelinizan lezyon mevcut iken (p=0.044). Bu grupta 114/124 hastada (%91,9) OKB tip2 pozitif ve 10/124 hastada (%8,1) tip3 pozitif idi. Servikal lezyonların tek segment ya da multi-segment olması ile OKB pozitifliği arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı (p=0.128). Bu olguların 41/124'inde (%33) servikal lezyonlar asemptomatikti. OKB tip1 ve tip4 olan 15/29 (%51,7) olguda servikal lezyon yoktu. Servikal lezyonlar en sık C2-3 ve ikinci sıklıkta C5-6 yerleşimli idi. Tanıda servikal lezyonu bulunan 138 (%66,6) hastanın 6sında (%4,3) OKB tip1 ve 8inde (%5,7) OKB tip4 idi.

Sonuç:
Yeni tanılı MS hastalarında BOS'ta oligoklonal band (OKB) varlığı hem tanı hem de gelecekte MS progresyonunu öngörmede önemli bir belirteçtir. Ayrıca karşıt görüşler olmakla, spinal kord lezyon yükünün atrofiden bağımsız olarak MS'te ikinci atağın görülme zamanı ve hastalık progresyonunda belirleyici olduğu bilinmektedir. Her iki parametre arasındaki ilişki ise net değildir. Çalışmada ilk atak ile gelen yeni tanılı MS'te BOS OKB pozitifliği ve servikal spinal kord MRG'de semptomatik ya da asemptomatik spinal kord lezyon varlığı arasında anlamlı pozitif bir ilişki olduğu sonucuna varıldı. Bu sonuç intratekal inflamatuar aktivite varlığında daha fazla oranda servikal spinal kordda lezyon bulunduğunu göstermektedir.

EP - 292 İNTRAKRANİYAL HİPOTANSİYON OLGULARINDA ETİYOLOJİ, KLİNİK, GÖRÜNTÜLEME VE TEDAVİ ÖZELLİKLERİ : TEK MERKEZ VERİLERİ

CANSU GÜLCİHAN TÜRKOK , CEYDA DOĞAN , MURAT MERT ATMACA

SULTAN ABDÜLHAMİTHAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
İntrakraniyal hipotansiyon sekonder başağrısı sebeplerinden biridir. Etiyolojisi spontan ve sekonder olarak ikiye ayrılmaktadır. Beyin omurilik sıvısı (BOS) basıncının 6 cm H20'nun altında olması tanıda yardımcı olmakla beraber birçok hastada klinik ve magnetik rezonans (MR) incelemesi ile tanı konulabilir. Klinik olarak postural baş ağrısı ile prezante olur. Tedavide istirahat, kafein, hidrasyon ve epidural kan yaması yer almaktadır. Çalışmamızda İntrakraniyal hipotansiyon ile takip ettiğimiz ve tedavilerini yaptığımız 12 hastanın verilerinden bahsettik.

Gereç ve Yöntem:
İntrakraniyal hipotansiyon tanısı almış ve kliniğimizde takip ve tedavileri yapılmış 12 hasta retrospektif olarak tarandı ve çalışmaya dahil edildi. Hastalar yaş ,cinsiyet, spontan ve sekonder sebeplere bağlı olarak etiyolojik değerlendirme, klinik özellikler , MR bulguları ve tedavi özellikleri ile tedavi yanıtı açısından değerlendirildi.

Bulgular:
Hastaların 8 'i kadın 4 'i erkekdi . Yedi hasta spontan intrakraniyal hipotansiyondu. İki hasta lomber ponksiyon (LP) , 2 hasta spinal anestezi ve 1 hasta ise kemik biyopsisi sonrası tanı almıştı. Tüm hastalarda postural baş ağrısı vardı , 3 hastada baş ağrısına bulantı eşlik ediyordu. Tanı amaçlı sadece 4 hastaya LP yapılmıştı. MR incelemelerinde sadece 3 hastada MR'da intrakraniyal hipotansiyon düşündürecek bulgu saptanmadı. Hastaların 7'sinde dural kalınlaşma ve kontrast tutulumu mevcuttu. 3 hastada venöz yapılarda belirginleşme ve konjesyon , 2 hastada subdural kanama , 2 hastada sinüs ven trombozu, 2 hastada minimal tonsil herniasyonu ,2 hastada mamillopontin mesafede azalma , 1 hastada corpus callosum spleniumda aşağı açılanma izlendi. Tedavide tüm hastalara istirahat, hidrasyon ve kafein uygulaması yapıldı. Bu tedaviye yanıt alınamayan 6 hastaya epidural yama tedavisi uygulandı.

Sonuç:
İntrakraniyal hipotansiyonlu hastaların çoğu kadındı. Etiyolojide spontan ve sekonder sebepler oransal olarak birbiyle yakındı. Tüm hastalarda postural baş ağrısı olması bu tanıda muhakkak sorgulamamız gerkeken bir semptom olduğunu düşündürmekteydi. Hastaların büyük çoğunluğuna LP yapılmadan tanı koyulması LP gerekliliğini tekrar düşündürmektedir. MR incelemesi değerlendirildiğinde ise en çok dikkat çeken dural kalınlaşma ve dural kontrast tutulumu idi. Hastaların yarısında istirahat ve hidrasyon tedavisine yanıt alınamamış ve epidural kan yaması tedavisine ihtiyaç duyulmuştu. Epidural yama tedavisi gerekliliği ise etiyolojiye göre fark göstermemekteydi. Son olarak tedaviler sonrasında 9 hastada klinik açıdan tam düzelme , 3 hastada ise kısmi düzelme saptandı . Sonuç olarak tüm bu bulgular İntrakraniyal hipotansiyonun etiyoloji ve MR bulguları ile bağımsız olarak iyi prognozlu bir hastalık olduğunu düşündürmektedir

EP - 293 MULTİPL SKLEROZ HASTALARININ KLİNİK VE MR BULGULARI İLE ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

ELİF MERVE HELVACI [1], MURAT TERZİ [2]

[1] *ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ SİNİR BİLİMLERİ ANABİLİM DALI*
[2] *ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*

Amaç:
Multipl Skleroz ile beslenme arasındaki ilişki son 50 yıldır araştırılmaya devam edilmektedir. Vücut kompozisyonu, MS' in ilerlemesi ile ilişkilidir. Fazla kilo/obezite, nöroinflamasyonu ve hastalık ilerleme ve nüks riskini artırmaktadır. Bu çalışmanın amacı MS hastalarının antropometrik ölçümleri ile klinik ve MR bulguları arasındaki ilişkiyi incelemektir . Literatürde MS hastalarının beslenme durumları üzerine araştırmalar yapılmış olmasına rağmen; hastaların antropometrik durumları ile klinik ve demografik özellikleri arasındaki ilişki üzerine yapılmış kapsamlı çalışmaya rastlanmamıştır.

Gereç ve Yöntem:
Bu araştırmada 15 Ekim 2019-15 Ekim 2022 tarihleri arasında Nöroloji kliniğine başvurmuş, 18-65 yaş aralığında, MS tanısı almış çalışmaya alınma kriterlerine uyan 356 kişinin retrospektif olarak Tanita BC 418 cihazı ile ölçüme alınmış değerleri, BKİ değeri metabolizma hızı, vücuttaki toplam ve segmental yağ ve kas oranı ve biyokimyasal kan bulguları, MRG bulguları değerlendirilmiştir. Çalışma için 16.11.2021 tarihli OMÜ KAEK 2021/520 sayılı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu"ndan gerekli izin alınmıştır.Çalışmada TANİTA BC 418 cihazı kullanılarak hastaların vücut analizi yapılmıştır.Vücut ölçümü yapılan hastaların sonuçları araştırmacı tarafından hazırlanan excel dosyasına aktarılmıştır.Araştırma verileri araştırmacı tarafından hazırlanan excel dosyaya kaydedilmiştir. Dosyayı; bireylerin demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, boy, kilo vb.), son 3 aylık; kan basıncı, kan lipit profili, kan lenfosit düzeyi, kan beyaz küre düzeyi, atak tedavisi, tedavi uygulaması şekli, EDSS (Expanded Disability Status Scale) skoru, toplam atak sayısı, son 3 aylık MRG (Manyetik Rezonans Görüntüleme) bulguları, gibi durumlar belirlenerek sonuçlar istatiksel olarak değerlendirilmiştir.Hastaların EDSS skoru, atak sayısı, atak şiddeti, ataktan etkilenen bölüm, MS tanı tarihi, MS tipi, MS süresi, kullanılan MS ilacı, MS dışında kullanılan ilaç, ilk semptom yeri, MS tanı kriterleri, MRG bulguları klinik bulguları excel dosyaya aktarılmıştır.Çalışmadaki tüm bireylerin biyokimyasal parametrelerine hasta dosyasındaki kayıtlardan ulaşılmıştır. Değerlendirilen parametreler, hastaların muayeneleri esnasında nöroloji uzmanı tarafından tetkiki istenen ve rutin hasta takibinde bakılan parametrelerdir. Hastalardan bu çalışma için ayrıca kan örneği vermeleri istenmemiştir.Verilerin analiz edilmesinde tanımlayıcı istatistik yöntemi (yüzdelik, frekans, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler) kullanılmıştır. Ayrıca, kullanılacak diğer testlere karar verirken verilerin basıklık ve çarpıklık değerleri incelenerek +-2 değerleri arasında olma durumunda verilerin normal dağılıma uyduğu kabul edilmiştir ve parametrik testler kullanılmıştır

Bulgular:
Yapılan analiz neticesinde bazı kan değerleri ile hastaların toplam yağ, kas kütle ve yüzdeleri, FFM ve TBV değerleri arasında hem negatif yönde hem de pozitif yönde, hem düşük hem orta hem de büyük düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir, p≤.050. Obez olmayanların (BKİ<25) MS süresi ortalaması ($\bar{X}$=6.95, SS=5.30) ile obez olanların (BKİ=25+) MS süresi ortalaması ($\bar{X}$=9.23, SS=6.39) arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir, t(263)=3.09, p=.002. Obez olanların MS süresi olmayanlara göre daha fazladır. Yine yapılmış analiz sonucuna göre obez olmayanların (BKİ<25) metabolizma hızı ortalaması ($\bar{X}$=1406.65, SS=220.69) ile obez olanların (BKİ=25+) metabolizma hızı ortalaması ($\bar{X}$=1595.32, SS=280.16) arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir, t(354)=6.96, p<.001. Obez olanların metabolizma hızı obez olmayanlara göre daha fazladır. Toplam yağ dışı kütle (FFM) açısından MS ilaç tipleri arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir, F(5, 232)=2.83, p=.017. Hangi ilaç tipleri arasında anlamlı fark olduğunu tespit etmek üzere yapılan bonferroni post hoc analizi neticesinde ise Interferon beta-1 ($\bar{X}$=45.77, SS=9.39) ile teriflunomid ($\bar{X}$=53.06, SS=12.15) arasında anlamlı bir fark olduğu, Interferon beta-1 kullananların yağ dışı kütle ve TBV değerinin teriflunomid'den daha az olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç:
MS hastalığı genç yetişkinlerde engelliliğin başlıca nedenlerindendir ve insidansı yıldan yıla artmaktadır. MS hastalığı, bireylerin hem fiziksel hem de mental olarak yaşam kalitesini önemli düzeyde etkilemektedir. Bu nedenle hastalığın ilerleyişinde ve hastaların yaşam kalitesi üzerinde etkili olan faktörlerin araştırılması ve bilinmesi gerekmektedir.

EP - 294 MULTİPL SKLEROZ HASTALIĞINDA LEZYON VOLÜMÜ İLE OLİGOKLONAL BANT VE BOS/SERUM ALBUMİN İLİŞKİSİ

GÜLLÜ TARHAN , BURÇE AKBAĞRA KAYA , ARİF MUSAB AKINER , YAREN BETÜL YILMAZ , SAİME FÜSUN MAYDA DOMAÇ

ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ

Amaç:
Bu çalışmada, Multipl Skleroz hastalığında BOS OKB varlığı, IgG indeksi ve BOS/serum albümin yüksekliğinin; demiyelinizan lezyonlar (sayı ve volüm) ve beyin atrofisi ile ilişkisi araştırıldı.

Gereç ve Yöntem:
Hastanemizde MS tanısı konulan, OKB Tip1 ve Tip2 saptanan 47 hasta (sırasıyla 21 ve 26 kişi) retrospektif olarak incelendi. Hastaların BOS indeksleri, demiyelinize lezyonlarının sayı ve volümleri (periventriküler, subkortikal, jukstakortikal, infratentorial) ve lezyon yükü karşılaştırıldı. Başvuru anında serebrum, serebral gri cevher,serebellum ve beyin sapında atrofi olup olmadığı ile EDSS skorları not edildi.

Bulgular:
IgG indeksi (> 0,7 olduğuna bakılmaksızın),OKB Tip 2de Tip1e göre istatiksel olarak anlamlı yüksek bulundu($p<0,05$). OKB tipleri ile BOS/serum albümin, başvuru EDSS skorları, başvuru anındaki total demiyelinizan lezyon volümü ve dağılımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı($p>0,05$). Bu parametrelerden herhangi ikisinin birbiri ile korelasyonu saptanmadı. Ancak yaş kriteri dışlandığında IgG indeksi ile periventriküler lezyon volümü arasında orta düzeyde pozitif bir korelasyon saptandı(c: 0,489, $p<0,05$). Hastaların serebrum,serebral gri cevher, serebellum, ve beyin sapında sırasıyla %57,%31,%14,%21 oranlarında yaşa göre atrofi saptandı. Ancak bu atrofinin BOS biyobelirteçleri ya da EDSS ile doğrudan bir ilişkisi saptanmadı.

Sonuç:
IgG indeksi periventriküler lezyonların(PVL)hacmi ile ilişkilendirilirken, lezyon sayısıyla ilişkilendirilmemesi tanıda lezyonların sayısından çok lezyon hacminin daha önemli olduğunu düşündürmektedir. PVL'lerin sadece volümünün IGG indeksi ile korele olması bu durumun BOSa komşu olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir. PVL'lerin hastalık tanısında ek bir ipucu sunmaması tanı değeri olarak diğer mekanlardan farklı olup olmadığı konusunu tartışmaya açmaktadır.Bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.
Hastaların çoğunda beyin atrofisinin tespit edilmesi, MS'te atrofinin yeri ve atrofinin klinik sonuçlara nasıl yansıdığını değerlendirmek için daha kapsamlı hastalık şiddeti ölçeklerinin geliştirilmesi gerektiği düşündürmektedir.

EP - 296 GRİ MADDE HETEROTOPİSİ SAPTANAN JUVENİL MYOKLONİK EPİLEPSİ OLGU SUNUMU

KADRİYE GÜLEDA KESKİN , PELİN DOĞAN AK , IŞIL KALYONCU ASLAN , EREN GÖZKE

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL FATİH SULTAN MEHMET EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Gri madde heterotopileri; nadir görülen, kognitif/gelişimsel gerilik, nöbet, sistemik malformasyonlarla birlikteliği olabilen santral sinir sistemindeki migrasyon anomalileridir. Polikliniğimizde epilepsi nedeni ile takip ettiğimiz ve bu nadir anomaliyi saptadığımız bir hastamızı paylaşmak istedik.

Olgu:
Çocuk nöroloji tarafından juvenil myoklonik epilepsi (JME) tanısı ile takip edilen 20 yaşında kadın hasta tarafımıza kontrol amaçlı başvurdu. Aile öyküsü yoktu. Nörolojik muayenesi normaldi. Gelişimsel ve kognitif fonksiyonları normaldi. 13 yaşında ellerde sıçrayıcı tarzda atımlar nedeniyle başvurmuş. EEG'de bilateral hemisferlerde senkron epileptiform aktivite saptanmış. JME olarak değerlendirilmiş ve levetirasetam tedavisi başlanmış. En son bir yıl önce myoklonik nöbet izlenmiş. EEGde jeneralize 3-5Hz diken dalga aktivitesi saptandı. Kontrol amaçlı çekilen kraniyal MRG'de sol lateral ventrikül korpusu komşuluğunda bant tarzında ön arka çapı 18 mm'Ye, kalınlığı 3,5 mm'ye ulaşan gri cevher hetoropisi ile uyumlu görünüm izlendi.

Tartışma:
Gri madde heterotopileri Oegema ve ark. tarafından 5 ana grup ve alt gruplara ayrılmıştır. Periventriküler nodular heterotopi ve subkortikal bant heterotopisi üçüncü grupta bulunmaktadır. Periventriküler heterotopiler, içlerinde en sık görüleni ve epilepsi ile de ilişkisi en fazla olan malformasyondır. Hastalarda sıklıkla fokal nöbet izlenmekte ve EEG'de de fokal epileptiform aktivite bulunmaktadır. Hastamızda ise farklı olarak jeneralize epileptiform aktivite izlenmiştir.
Heterotopiler, diğer merkezi sinir sistemi malformasyonları ile bir arada olabilir. En sık ventrikulomegali izlenmiştir. Bunun dışında korpus kallozum agenizisi, serebellar vermis hipoplazisi, polimikrogri de görülmektedir. Hastalarda kromozom anomalileri ve sistemik malformasyonlar da eşlik edebileceğinden bu yönde de muhakkak taranmalıdır.

Sonuç:
Gri madde heterotopisi nadir görülen bir patoloji olup özellikle genç yaş epilepsi hastalarında etiyolojiye yönelik yapılan görüntülemelerde akılda tutularak değerlendirilmelidir.

EP - 297 MULTİPL SKLEROZ VE TRİGEMİNAL NEVRALJİ BİRLİKTELİĞİ:KLİNİK GÖZLEMLER, TANI VE TEDAVİ ÜZERİNE DETAYLI BİR İNCELEME

KEBİRE EYLÜL ARSLAN , LEVENT ÖCEK , ALP SARITEKE , UFUK ŞENER

SBÜ İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
Multipl skleroz (MS), merkezi sinir sistemini etkileyen farklı klinik bulgular ile karakterize bir hastalıktır. Trigeminal nevralji (TN), yüz bölgesinde birkaç saniye süren ağrı ataklarıyla karakterize bir sendromdur ve trigeminal sinirin nöroanatomik dağılımını etkiler. MS'in en sık görülen komplikasyonlarından biri ağrı olmakla beraber TN varlığı nadir görülür. Yakın zamanda MS'te TN oranı %3,8 olarak bildirilmiştir. Biz de kliniğimizde MS ile ilişkili TN (MS-TN) olan hastaların klinik ve demografik verileri eşliğinde literatürü gözden geçirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmamıza Ocak 2002-Ağustos 2023 yılları arasında kliniğimiz MS dal polikliniğinde MS-TN kliniği ile düzenli takiplerine devam edilen hastalar dahil edildi. Hastaların, yaş, cinsiyet,hastalık süresi gibi demografik, klinik özellikleri ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) lezyon özellikleri retrospektif olarak olarak kaydedildi.MRG lezyon özellikleri ve Genişletilmiş Engellilik Semptom Ölçeği (EDSS) retrospektif olarak kaydedildi.

Bulgular:
775 MS hastasının 21'inde (%2,7) MS-TN saptandı. Hastaların 9'u (%42,9) kadın, 12'si (%57,1) erkek, ortalama yaşları 55,76 ± 11,04 idi. 15'i (%71,4) RRMS, 2'si (%9,5) SPMS, 4'ü (%19) PPMS tanısı ile izleniyordu. Ortalama EDSS'si 2,8±2,5 idi. İlk MS atağı öncesinde 5 (%23,8) hastanın TN tanısı vardı. Bir hastanın (%4,8) TN ilişkili semptomları bilateraldi. Kraniyal MRG'de 8 hastanın (%38,1) TN ile ilişkili olabilecek ponsda demiyelinizan özellikteki lezyonu görüldü. 15 hasta (%71,4) medikal tedaviden fayda görürken, 3 hastaya (%14,4) sfenopalatin gangliyon blokajı, bir hastaya (%4,8) gliserol enjeksiyonu, bir hastaya da mikrovasküler dekompresyon (%4,8) uygulaması yapıldı.

Sonuç:
Multipl sklerozlu hastalarda çeşitli nöropatik semptomlar görülse de ağrının en şiddetlisi ve yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olan TN dir. MS-TN'de medikal tedaviler ile ağrıyı kontrol edemiyorsak cerrahi seçeneklerde düşünülmelidir.

EP - 298 AURASIZ MİGREN HASTALARINDA AĞRISIZ DÖNEMLERDE HEMOGRAM PARAMETRELERİ VE İNFLAMASYON İNDEKSLERİ

HATİCE FERHAN KÖMÜRCÜ , CEREN ERKALAYCI , EREN GÖZKE

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL FATİH SULTAN MEHMET EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Migren patofizyolojisinde nörojenik inflamasyonun ve hemokonsantrasyonun belirgin bir rolü olması yönüyle hemogram parametrelerinin ve inflamasyonu gösteren indekslerin değerlendirilmesi önemli bilgiler sağlayabilir. Bu çalışmada epizodik aurasız migren tanılı hastalarda ağrı atakları arasındaki dönemlerde kan hücre sayı ve oranlarını, sistemik inflamasyon indeksi (SII), sistemik inflamasyon cevap indeksi (SIRI) ve kırmızı hücre indeksini (RCI) araştırdık.

Gereç ve Yöntem:
Aurasız migren tanısı konmuş 309 hastanın ağrı atağı dışındaki dönemde alınmış kanlardaki ve 199 sağlıklı kişiden alınmış kanlardaki hemogram bilgileri retrospektif olarak hastane kayıtlarından alındı. Eritrosit, lökosit, lenfosit, platelet (plt), monosit, eozinofil sayıları; hemoglobin, hematokrit (hct), mean corpuscular volüm (MCV), red blood cell distribution width (RDW), mean platelet volüm (MPV), nötrofil/lenfosit oranı, platelet/lenfosit oranı, monosit/lenfosit oranı (MLR) ve nötrofil/monosit oranı; SII, SIRI ve RCI değerlerinin gruplar arasında farklarının olup olmadığı araştırıldı.

Bulgular:
Migren hasta grubunda kontrol grubuna göre MLR ve RDW değerleri anlamlı olarak düşük; plt, MPV ve hct anlamlı olarak yüksek bulundu. Diğer hemogram parametrelerinde, hücre oranlarında, SII, SIRI ve RCI değerlerinde hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık bulunmadı.

Sonuç:
Bu çalışmada hct, plt, MPV'ün yüksek bulunması ve MLR'nin düşük bulunması aurasız migrende ağrı ataklarının olmadığı dönemde hemokonsantrasyonun ve kronik enflamasyonun devam ettiğini desteklemektedir.

EP - 299 VERTİKAL BAKIŞ KISITLILIĞI İLE BAŞVURAN BİR PROGRESİF SUPRANÜKLEER PALSİ VAKASI

İREM CEYDA BİLDİK , HALİL ÖNDER , SELİM SELÇUK ÇOMOĞLU

ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

Giriş:
Progresif supranükleer palsi (PSP) beyin sapı ve bazal ganglionları etkileyen nörodejeneratif hastalık olup atipik parkinsonizm nedenlerinden en sık görülenidir. Hastalık klinik bulgularına göre; PSP - Richardson sendromu (PSP-RS), PSP-parkinsonizm, frontal PSP ve yürümede donmanın da eşlik ettiği saf akinezili formlar şeklinde sınıflanmaktadır. Biz bu posterde vertikal bakış kısıtlılığı nedeniyle daha önce göz hastalıkları bölümüne başvuruları olan bir PSP-RS tanılı hasta üzerinden klinik pratikteki tanı zorluklarına vurgu yapacağız.

Olgu:
Altmış yedi yaşındaki erkek hasta görme bozukluğu ve yürüme güçlüğü şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın sorgulamasında son bir yıldır başlayan görme şikayetlerinin yukarı ve aşağı bakışta kısıtlılık ile başlayıp ilerlediği öğrenildi. Bu şikayetlerle birkaç kez göz kliniği başvuruları olan hastada vertikal bakış paralizisi not alınmakla beraber, göz açısından herhangi bir hastalığın saptanmadığı öğrenildi. Hastanın ek sorgulamasında, konuşmasında hafif bozulmanın eşlik ettiği, hafif denge bozukluğu şikayetleri yaşadığı öğrenildi. Hastanın son 6 aydır birkaç kez düşme yaşadığı öğrenildi. Nörolojik muayenesinde bilinci açık , oryante ve koopere idi. Kranial sinir muayenesinde ; konuşma hipofonik, hafif dizartrik şekildeydi. Göz hareketlerinde vertikal ve horizontal bakış kısıtlılığı mevcuttu bununla birlikte okülosefalik refleks ile göz hareketlerinin serbest olduğu görüldü. Motor, duyu ve serebellar muayene bulguları normal sınırlarda idi. Ekstrapiramidal sistem muayenesinde; hafif bradimimi, sol üst ekstremitede hafif orta şiddetli rijidite ve bradikinezinin eşlik ettiği görüldü. Hastanın aynı zamanda belirgin, bradimimi ve postural instabilitesi mevcuttu. Derin tendon refleksleri normoaktif olarak değerlendirildi. Patolojik refleks saptanmadı. Bu bulgularla ön planda Progresif Supranükleer Palsi-Richardson sendromu (PSP-RS) düşünülen hastanın beyin manyetik rezonans görüntülemesinde de tanıyı doğrular şekilde belirgin mezensefalon atrofisi görüldü (Resim 1). Standardize Mini Mental test skoru 27 olarak değerlendirildi. Bununla birlikte ayrıntılı nöropsikolojik değerlendirmede Stroop Test puanı normal değerlerin altındaydı. Frontal alana ilişkin tüm test skorlarının normal değerlere göre belirgin düşük olduğu görüldü.

Hafif şiddetteki parkinsonian bulgularına yönelik Levodopa tedavisi başlanan hasta konuşma ve denge bozukluğuna yönelik fizik tedavi programına alındı.

Tartışma ve Sonuç:
Bu raporda sunulan PSP-RS tanısı konulan vakanın pek çok özelliğinin öğretici olduğunu düşünmekteyiz. Vakanın klinik prezentasyonunda, hastalığın temel bulgularından vertikal bakış kısıtlılığı ve düşmeler olmakla beraber, hastanın klinisyene başvurmasına neden olan ön plandaki şikayeti görme bozukluğu idi. Bu vaka sunumu üzerinden, Progresif Supranükleer Palsi, temelde bir hareket bozukluğu hastalığı olmakla beraber, gözle ilgili atipik semptomların ilk ve temel özürleyici semptom olabildiğine dikkat çekmekteyiz. Hastanın birkaç kez göz kliniklerine başvurduğu ve tanı sürecinin uzadığı göz önünde bulundurulduğunda, PSP klinik bulgularına ilişkin farkındalığın göz hekimlerince de arttırılması gerektiğine dikkat çekmekteyiz.

Resim 1: Manyetik rezonans görüntülemede belirgin mezensefalon atrofisi izlenmekte.

EP - 300 METAMFETAMİN KULLANIMI OLAN NÖBETLERLE PREZENTE ANTİ-NMDA RESEPTÖR ENSEFALİTİ VAKASI

ATABERK PAMUK , SAİD ALİZADA , BARIŞ BAKLAN

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Anti-NMDA reseptör ensefaliti, akut veya subakut başlangıçlı ekstrapiramidal, psikiyatrik ve epileptik semptomlar ile seyredebilmektedir. Bu olguda olduğu gibi doğru ve zamanında tanı konulması tedavi seçiminde ve hastanın prognozunda kritik bir öneme sahiptir.

Olgu:
Yirmi üç yaş kadın hasta,on beş yaşından bu yana düzenli metamfetamin kullanımı bulunmakta. Hastanın madde alımı sonrası başlayan jeneralize tonik klonik (JTK) nöbetlerle acil servis başvuruları mevcut. Epikrizlerinde madde kullanımına sekonder nöbet olduğu düşünülerek taburcu edildiği görüldü.İki gün boyunca bilinç durumunun düzelmemesi üzerine bir kez daha acil servise başvuran hastanın nörolojik muayenesi konfüze pupiller midriyatik görünümde sağ kolunda tonik vasıflı fokal atımlar mevcuttu.Hastanın idrar testinde metamfetamin pozitifliği saptandı. Hastanın radyolojik görüntülemelerinde sol anterior temporal ve sol meziyal temporalde 'Fluid attenuated Inversion Recover' (FLAIR) sekansında hiperintensite saptanması üzerine hasta ensefalit ön tanısıyla servise interne edildi. Servis izleniminde de giderek bilinci kötüleşen ve JTK nöbetleri devam eden hastanın anti-epileptik tedavisi tekrardan düzenlendi.Hastaya lomber ponksiyon(LP) yapıldı ve elektroensefalografi(EEG) çekildi. Beyin omurilik sıvısı(BOS) biyokimyası normal, menenjit panelleri negatif sonuçlandı. EEG'de sol hemisferde yavaş aktivite asimetrisi ve sol temporoparietal alanda periyodik lateralizan deşarj saptandı.BOS'tan paraneoplastik ve otoimmun panel çalışıldı,NMDA-R pozitifliği saptandı. Hastaya on gün boyunca bir gram/gün olacak şekilde intravenöz metilprednizolon tedavisi uygulandı .Yapılan paraneoplastik tarama sonucunda hastanın çekilen abdomen tomografisinde sağ overde teratom saptandı.Teratomun rezeksiyonu sonrası iki günde nörolojik semptomlarında belirgin düzelme gözlendi.

Sonuç:
Paraneoplastik otoimmun ensefalit muhtemel bir malignitenin erken tanısına olanak sağlaması açısından oldukça önemlidir.Bu olgumuzda da atipik prezentasyon sonrası anti NMDA reseptör ensefaliti ve over teratom tanısı almasıyla sunmaya değer bulduk.

EP - 301 BALİNT SENDROMU :OLGU SUNUMU

BURCU AKALIN , AYSU KISA , ÖZLEM AKDOĞAN , UFUK EMRE TOPRAK

İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Balint sendromu (BS), posterior görsel ilişkilendirme alanları ile prefrontal korteksin motor bölgeleri arasındaki bağlantıların etkilendiği bilateral parieto-oksipital hasarla ilişkili, optik ataksi, simültanagnozi, okulomotor apraksi triadından oluşan nadir bir nörolojik bozukluktur. Bu yazıda, iskemik inmeye sekonder gelişen Balint sendromu olgusunu sunmak, bu nadir klinik tabloya dikkat çekmek istedik.

Olgu:
61 yaşında erkek hasta sabah uyandığında farkedilen yüzleri tanıyamama şikayeti ile acil servise başvurdu. Difüzyon ağırlıklı manyetik resonans görüntülemesinde(MRG) bilateral oksipital alanlarda difüzyon kısıtlılığı saptanan hastanın FLAIR MRG kesitlerinde patoloji saptanmadı. Kliniğinin ilk 4,5 saati içinde değerlendirilen hastaya iv t-PA tedavisi uygulandı. Başvurudaki nörolojik muayenesinde sol homonim hemianopsi ve prosopagnozi saptanan hastanın trombolitik tedavi sonrası hemianopsi şikayetinin tamamen, prosopagnozi şikayetinin kısmen düzeldiği saptandı. Ancak kliniğimizde tekrarlanan nörolojik muayenesinde görme alanını bütün olarak algılayamadığı (simultanagnozi), motor beceri kusuru olmamasına rağmen objelere ulaşmada zorluk yaşadığı (okulomotor apraksi) ve objeleri göz ile takip etmede zorluk yaşadığı (optik ataksi) gözlendi. İskemik inmeye sekonder BS tanısı konan hastada hiperlipidemi ve atriyal fibrilasyonu saptanması nedeniyle anti-lipidemik ve antikoagülan tedavisi düzenlendi.

Sonuç:
Balint sendromu nadir görülen klinik bir tablo olup, tanı göz patolojilerine bağlı görme kaybı veya psikoz gibi nöropsikiyatrik hastalıklarla karıştırılabilir. Etiyolojiler arasında travma, hipoksik beyin hasarı, inme, metastaz, ensefalit, posterior reversibl ensefalopati, posterior kortikal atrofi ve Creuzfeldt-Jacob hastalığı düşünülmelidir. Sendromun tanınması etyolojik patolojinin erken tanınması ve tedavisinde oldukça önemlidir.

EP - 303 HİPONATREMİ İLE PREZENTE OLAN ANTİ-HU İLİŞKİLİ LİMBİK ENSEFALİT: OLGU SUNUMU

ONUR ANIL MUTLU [1], YAĞIZCAN SELEK [1], ERSAN ATAHAN [2], MEMET ŞAKİR DELİL [1], ÇİĞDEM ÖZKARA [1]

[1] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, GÖĞÜS HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Amaç:
Limbik ensefalit (LE); hücre yüzeyindeki, sinaptik ya da intrasellüler antijenleri hedef alan otoantikorların neden olduğu inflamatuar bir limbik sistem hastalığıdır. Otoimmün ya da paraneoplastik olarak sınıflandırılabilir. Amacımız bilinçte dalgalanma ve nöbetle başvuran, hiponatremi saptanan ve anti-Hu ilişkili limbik ensefalit tanısı alan bir hasta üzerinden LE'de malignite araştırılmasının önemini tartışmaktır.

Olgu:
75 yaşında kadın hasta; bilinçte dalgalanma, görsel halüsinasyonlar ve tüm vücutta kasılma gelişmesi üzerine dış merkez yoğun bakım servisine yatırılmış. Hiponatremi saptanarak semptomatik tedavi verilmiş. Taburcu edilen hasta gün içinde birkaç kere tekrarlayan, her iki kolda kasılma ve çenede kilitlenme şeklinde, gözlerin açık olduğu 3-15 dakika süren ataklar nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Kontrastlı kraniyal manyetik rezonans görüntülemede (MRG) sağda daha belirgin olmak üzere her iki mezial temporal bölgede hiperintensite saptanan ve elektroensefalografide (EEG) subklinik deşarjların izlendiği hasta LE öntanısıyla servisimize yatırıldı. Yatış sırasında serum sodyumu 129 (136-145) ölçüldü. Beyin-omurilik sıvısında hücre görülmedi, protein normal sınırlardaydı. Viral ve otoimmün ensefalit paneli negatifti. 14 gün intravenöz Asiklovir ve 10 gün Metilprednizolon (1000 mg/gün) uygulandı. Pozitron emisyon tomografi/bilgisayarlı tomografide sağ akciğer alt lobunda ve hiler bölgede hipermetabolik lezyon saptandı. Bronkoskopiyle biyopsi uygulanmasının ardından küçük hücreli akciğer karsinomu (KHAK) tanısı aldı ve onkolojiye yönlendirildi. Taburculuk sonrası paraneoplastik ensefalit panelinde anti-Hu (+++) saptandı.

Sonuç:
Limbik ensefalit, akut/subakut başlangıçlı nöropsikiyatrik semptomlarla karakterize otoimmün/inflamatuar bir hastalıktır. Hiponatremi, literatürde özellikle VGKC ilişkili otoimmün ensefalitlerle ilişkilendirilmiştir. Ancak ensefalit ve hiponatreminin onkonöronal antikorlardan kaynaklanabileceği akılda tutulmalı ve hastalar malignite açısından araştırılmalıdır. Literatürde hiponatremi ve Anti-Hu ile ilişkili LE kısıtlı olarak bildirilmiştir. Olgumuz bu açıdan literatüre katkı sağlayabilir.

EP - 304 COVID-19 AŞI SONRASI GÖRÜLEN MEZENSEFALON İNFARKTI

SERKAN KIRBAŞ [1], DİLEK YANOĞLU [2]

[1] *ÖZEL MUSA GÜL HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ,KIRŞEHİR*
[2] *KAÇKAR DEVLET HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ, RİZE*

Giriş:
Coronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) pandemisinde agresif bir şekilde SARS-CoV-2'ye karşı aşı geliştirme çalışmaları yapılmış ve bu aşılar tüm dünyada yaygın kullanıma girmiştir. Ensık görülen yan etkiler enjeksiyon bölgesinde ağrı, subfebril ateş, kırgınlık ve halsizlik gibi geçici gribal semptomlardır. Çok nadiren gerek COVID-19un kendisinin gerekse kullanılan aşıların tromboembolik olaylara yol açtığı bildirilmiştir. Burada, BNT162b2 (BioNtech/Phizer mRNA) aşı sonrası mezensefalon infarktı geliştiğini düşündüğümüz erişkin bir hasta sunulmaktadır.

Olgu:
Özgeçmişinde herhangibir özellik bulunmayan 68 yaşındaki erkek hasta baş dönmesi ve sağ tarafında güçsüzlük nedeniyle polikliniğimize getirildi. Şikayetlerinin 1 hafta önce yaptırdığı Phizer-BioNtech mRNA aşısından 2 gün sonra başladığı öğrenildi. Daha önceki aşıları ilk 2 doz Sinovac, 3.doz mRNA aşısıydı.Nörolojik muayenesinde; bilinç açık koopere, oryante. Konuşma hafif disfazik. Pupiller normoizokorik, DIR ve IIR+/+. Sol göz kapağı hafif pitotik. Sağ tarafta kas gücü kuvveti 4/5 düzeyinde (parsiyel weber sendromu). Tüm taraflarda DTR'ler normaldi, patolojik refleks tesbit edilmedi. Hematolojik ve biyokimyasal incelemelerinde özellik yoktu.Beyin diffüzyon MRG'sinde; mezensefalon sol yarısında akut infarkt ile uyumlu görünüme rastlanıldı.Polinöropatiyi dışlamak için yapılan sinir iletim çalışmaları normaldi. Kardiyolojik değerlendirmesi, Beyin-Karotis BT anjiosu yaşla uyumlu aterosklerotik değişiklikler dışında anlamlı patolojiye rastlanılmadı. Protrombotik mutasyonlardan MTHFR heterozigot pozitifliği tespit edildi. Post-vaksinal akut mezensefalon infaktı tanısıyla ilk 1 ay ASA+Klopidrogel kombinasyonu başlandı. Ardından proflaksiye tek başına klopidrogel 75 mg/gün ile devam edildi.

Tartışma Ve Sonuç:
Sadece bu vakaya dayanarak COVID-19 mRNA aşısı ile iskemik inme arasındaki nedensel ilişkiyi kurmak zordur. Ancak nörologlar akut veya/subakut serebrovasküler olaylarla karşılaştıklarında anamnezde mutlaka aşı durumunu sorgulamalı, riskli durumlarda bir sonraki aşılar öncesi hastaları bilgilendirmeli ve yakından takip etmelidir.

EP - 305 KAROTİS STENOZU REVASKÜLARİZASYONUNUN NADİR GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLARINDAN REPERFÜZYON HASARI VE NÖBET

SİNEM ÖZÇELİK , ZEYNEP SUNA , SUNAY SUMRU ÖZDEMİR ÖNER , VESİLE ÖZTÜRK

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

Olgu:
67 yaşında, hipertansiyon ve diyabet komorbidleri olan kadın hasta, iki ay önce ani gelişen sağ yanlı güçsüzlük şikayeti ile değerlendirilmiş. Görüntülemede sol sentrum semiovale posteriorunda akut iskemik lezyon ve sol internal karotid arterde near-occlusion saptanan hastaya, bir ay sonra sol ICA stentleme ile revaskülarizasyon uygulanmış. İşlem öncesi ve sonrası nörolojik muayenesi bilinç açık koopere, oryante, konuşma olağan, göz hareketleri serbest, pupiller izokorik, kas gücü sağ yanlı 4+/5, sol yanlı tam, duyu ve serebellar bakı olağan, TCR F/F şeklinde değerlendirilmiş. Aritmi saptanmayan hasta inme sonrası başlanan ASA 100 mg/gün ve Klopidogrel 75 mg/gün tedavisi ile taburcu edilmiş. İşlemden bir hafta sonra sağ kolunda başlayıp jeneralize olan, üç günde dört kez tekrarlayan nöbet nedeniyle acil servise getirilen hastanın yakınlarından son iki gündür konuşmasında bozulma da olduğu öğrenildi. Muayenesi bilinç açık, non-koopere, non-oryante, gözler sola bakma eğiliminde, pupiller izokorik, konuşma motor ağırlıklı mikst afazik, kas gücü sağ yanlı 1/5, sol yanlı 4+/5, duyu ve serebellar bakı değerlendirilemedi, TCR F/E, kan basıncı 190/90 mmHg olarak saptandı. Levetirasetam ve esmolol uygulanan hastanın tetkiklerinde beyin BT normal, diffüzyon MR'da nöbete sekonder düşünülen sol temporoparietooksipitalde kortikal diffüzyon kısıtlılığı, EEG'de sol temporoparietalde lateralize periodik deşarjlar ve yavaş düzensiz zemin ritmi gözlendi. Diazepama yanıt alınamayan hastanın tedavisine valproat eklendi. İzlemde sağ yanlı miyoklonik fokal nöbeti olması üzerine çekilen beyin BT normal, diffüzyon MR'da ek olarak sulkuslarda ödem, MR anjiografide sol MCA'da artmış kan akımı gözlenmiş olup reperfüzyona sekonder olarak değerlendirildi. Tedavisine lakozamid eklenen hastanın izlemde nörolojik muayenesinin bazaline döndüğü gözlendi.
Reperfüzyon hasarı, stenotik arterin reperfüzyonu sonrası beyin vasküler yapısındaki otoregülasyonun bozulması sonrası gelişen bir komplikasyon olup nöbete de yol açabilmektedir. Reperfüzyon sonrası kan basıncı kontrolü, bu komplikasyonun önlenmesinde büyük önem taşımaktadır.

EP - 306 ATRİAL FİBRİLASYON VE SEREBRAL AMİLOİD ANJİOPATİ OLGU SUNUMU

SUNAY SUMRU ÖZDEMİR ÖNER , SAİD ALİZADA , VESİLE ÖZTÜRK

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

Giriş:
Serebral amiloid anjiopati (SAA) ileri yaş olgularda intraserebral hemorajilerin sık görülen ancak az bilinen sebeplerinden biridir. Bu olguda özellikle antikoagülasyon planı olan intraserebral hemoraji hastalarının etyolojisinde Serebral amiloid anjiopatiye dikkat çekmek istedik.

Olgu:
90 yaşında hasta genel durumunda kötüleşme görülmesi üzerine yakınları tarafından acil servise getirildi. Yapılan nörolojik muayenesinde belirgin bir patoloji saptanmadı. Özgeçmişinde Paroksismal atriyal fibrilasyon (PAF) atakları mevcut olan hastanın bu nedenle varfarin kullanımı vardı, INR 1.21 saptandı. Hastanın kan basıncı 109/70mmHg olarak ölçüldü. Beyin tomografisinde (BT) sol frontal bölgede intraparankimal hematom ile uyumlu hiperdens alan görüldü. Nöro BT Anjiyografide kanamaya neden olabilecek patoloji saptanmadı. Atrial fibrilasyon (AF) sebebiyle antikoagülasyon endikasyonu olan intrakranyal kanama hastası tetkik ve tedavi amacıyla nöroloji servisine interne edildi. Beyin MRG'de sol frontal lobda orbital gyrus düzeyinde 34x25 mm boyutlarında akut intraparankimal hematom ve simetriğinde sağ periventriküler yerleşimli 5mm boyutlu akut intraparankimal hematom izlendi. Normotansif ileri yaş hastada multiple kortikal/lobar kanama alanları olması nedeniyle M-Boston Kriterlerine göre olası amiloid anjiopati lehine değerlendirildi. CHADS-VASc skoru yüksek hesaplanan hastanın buna rağmen tekrarlayan hemoraji riskinin de yüksek olması nedeniyle kar-zarar antikoagülasyon uygun görülmedi. Hasta atrial apendix kapama işlemi açısından değerlendirilmek üzere ilgili branşa yönlendirildi.

Sonuç:
Söz konusu olgu gibi emboli ve hemoraji riski yüksek vakalarda SAA ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalı, özellikle antikoagülasyon endikasyonu oluşturan durumlarda gereken tetkikler titizlikle incelenerek kar zarar oranı gözetilmelidir.

EP - 307 SİNÜS VEN TROMBOZUNDA KANAMA: "KAJU İŞARETİ"

ŞEYDA ÇANKAYA [1], AHMET ÖZŞİMŞEK [1], ECE ÖZDEMİR ÖKTEM [1], HATİCE LAKADAMYALI [2], BURAK YULUĞ [1]

[1] ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ AD., ALANYA, ANTALYA
[2] ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, RADYOLOJİ AD., ALANYA, ANTALYA

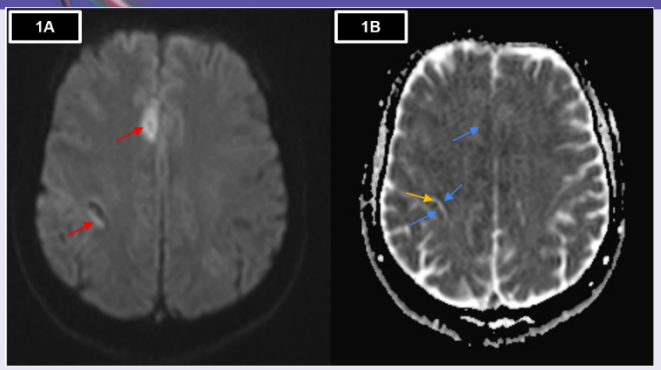
Giriş:
Sinüs ven trombozunda (SVT) intraserebral hemorajiler oldukça yaygın görülür. Bu kanamaların morfolojisi lokalize küçük jukstakortikal lezyonlar ve subaraknoid kanamalardan büyük yer kaplayan hemorajik enfarktlara kadar değişebilir (1). Bu sunumda SVT'de görülen venöz hemoraji ve "kaju işareti"ne vurgu yapmayı amaçladık.

Olgu:
Olgumuz 43 yaşında kadın hasta bir haftadır devam eden baş ağrısı, sol tarafında uyuşma ve kuvvet kaybı yakınmalarıyla acil servise başvurdu. Özgeçmişinde talasemi minor tanısı ve üç sağlıklı doğum öyküsü vardı. Hastanın nörolojik muayenesinde; sol hemiparezi (motor kuvvet 4/5) ve solda taban cildi refleksi extensor saptandı. Ense sertliği yoktu. Acil servisteki difüzyon ağırlıklı beyin manyetik rezonans (DWI) incelemesinde, sağ frontal bölgede parasagittal alanda nodüler enfarktla uyumlu diffüzyon kısıtlanması saptandı. Bilgisayarlı beyin tomografisinde (BBT) ise sağ parietal bölgede hemorajik odaklar vardı. Bilgisayarlı Tomografi Anjiyografi (BTA) normaldi. Beyin manyetik rezonans (MR)'da sağ frontal parasagittal alanda T2 hiperintensite gösteren ödem varlığı ve parietal bölgede hemorajik odaklar görüldü. Hastaya SVT ön tanısıyla kontrastlı MR venografi (MRV) istendi. MRV'de superior sagital sinüste dolum defekti gösteren trombusla uyumlu alanlar saptandı. Hasta ikinci basamak yoğun bakıma yatırılarak düşük molekül ağırlıklı heparin, antiödem tedavi ve baş ağrısına yönelik topiramat başlandı. Nöroradyoloji konseyinde görüntüler değerlendirildi ve kanama odaklarının venöz hemoraji sonucunda geliştiği sonucuna varıldı. BBT'de, SVT'ye yüksek özgüllüğü olan ve "kaju işareti" adı verilen venöz hemorajiler tanımlandı. Baş ağrısı tedaviye iyi yanıt veren hastaya yatışının 3. günü warfarin başlandı. Hematoloji tarafından talasemi minör için ek öneride bulunulmadı.

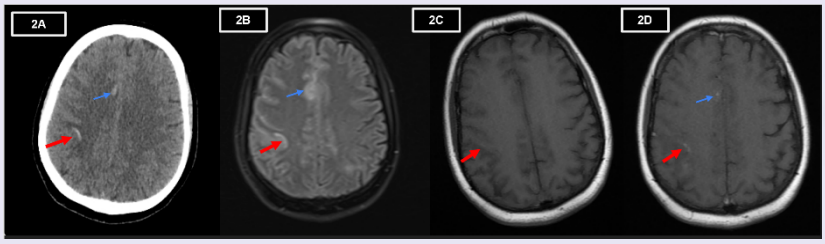
Tartışma:
SVT, klinisyenler arasında farkındalığın artmasına rağmen hem klinik hem de radyolojik olarak tanısı zor koyulan bir hastalıktır. Bu zorluğun nedeni nörolojik tablonun objektif fokal nörolojik defisitlerden subjektif halsizlik ve baş ağrı semptomlarına kadar genişlemesidir. Genel olarak SVT semptomları arasında bulantı, kusma, baş ağrısı, görme kaybı, nöbet ve kuvvet kaybı sayılabilir. Radyolojik ve klinik bulgular eşliğinde SVT tanısı konur. Hastalarda %40 intraserebral hemoraji; intraserebral hemorajili vakaların ise %26'sında jukstakortikal kanama saptanmıştır (1). SVT olgularında, jukstakortikal beyaz cevher kanamalarında sulkusun tabanında kaju fıstığına benzeyen ve "kaju işareti" adı verilen içbükey bir şekil ortaya çıkar. Jukstakortikal venlerin kanamasıyla oluşan "kaju işareti" BBT'de ve sıklıkla superior sagital sinüs trombozunda görülür (2). Non-travmatik SVT için kaju işareti nispeten yüksek spesifite gösterir [özgüllük: 0.98 (95% CI 0.95 -1.0)] (1).

Sonuç:
Küçük jukstakortikal kanamalar SVT için karakteristiktir ve başka hastalıklarda çok nadir görülürler. Klinisyenlerin bu kanamaları tanıması SVT tanısında büyük kolaylık sağlayacaktır.

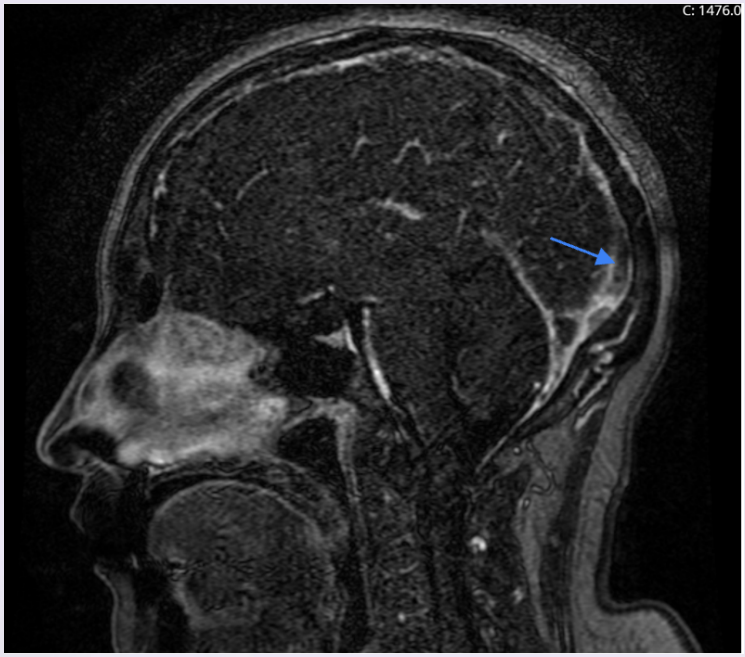
KAYNAKLAR:
1. Coutinho JM, van den Berg R, Zuurbier SM, VanBavel E, Troost D, Majoie CB, et al. Small juxtacortical hemorrhages in cerebral venous thrombosis. Annals of Neurology. 2014;75(6):908-16.
2. Moudrous W, Tijssen C. Juxtacortical haemorrhage in cerebral venous sinus thrombosis:'The Cashew Nut Sign'. Case Reports. 2015;2015:bcr2015211978.



Şekil 1. Hastanın gelişinde (semptomların 3. günü) Diffüzyon MRG incelemesi **(1A)**; sağda frontalde falks komşuluğunda ve sağ parietal lobda venöz enfarkta bağlı nodüler diffüzyon kısıtlama görülen alanların (kırmızı ok) ADC **(1B)** karşılığında sinyal düşüklükleri (mavi oklar) ve sağ parietalde vazojenik ödeme bağlı sinyal artışı (sarı ok).



Şekil 2. Radyoloji görüntülerinde parietal lobdaki «kaju işareti» kırmızı, frontal alandaki hemorajik alan mavi oklarla gösterilmiştir. Hastanın gelişinde (semptomların 3. günü) çekilen BBT (şekil 2A), T2 (şekil 2B) ve T1 ağırlıklı MR'da hemorajik odaklar gözlenirken; semptomların 7. gününde T1 ağırlıklı MR'da (şekil 2D) sinyal artışı belirgin hale gelmiştir.



Şekil 3. Kontrastlı MR Venografi görüntülemede superior sagital sinüste dolum defektine neden olan trombus mavi okla gösterilmiştir.

EP - 309 PLAZMA DİSKRAZİLERİNE BAĞLI POLİNÖROPATİ OLGULARI

BAŞAK CEREN OKCU KORKMAZ , BUSE GÜL BELEN , SİBEL KARŞIDAĞ , ELİF SÖYLEMEZ , NAZLI GAMZE BÜLBÜL , MEHMET GÜNEY ŞENOL , MEHMET FATİH ÖZDAĞ

SULTAN 2.ABDULHAMİD HAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Plazma hücre diskrazileri, kemik iliğinde plazma hücrelerinin denetimsiz çoğalmasına bağlı polinöropati (PNP) nedenlerindendir.
Burada 3 plazma diskrazisi olgusu sunulmuştur.

Olgu 1.
73 yaşında diyabetik erkek hasta 20 aydır yürüme güçlüğü, alt ekstremitelerde uyuşma ve kilo kaybıyla başvurdu. Nörolojik muayenede (NM) ekstremite distallerinde hakim parezi, düşük ayak, DTR'ler abolik saptandı. Tetkiklerde HbA1c:6,9 du. Beyin omurilik sıvı (BOS) incelemesinde Hücre:0, Protein:135mg/dl, EMG' de sensörimotor ağır aksonal polinöropati saptandı. Serum protein elektroforezinde (SPE) beta1 fraksiyonunda pik, serum immunfiksasyon elektroforezinde (S-IFE) IgA lambda bandı gözlendi. Kemik iliği biyopsisinde (KİB) smoldering multiple myelom tanısı koyuldu. Kortikosteroid tedavi uygulandı.
Olgu 2.
74 yaşında erkek hasta 8 yıldır ayaklarda yanma şikayetiyle başvurdu. NM'de çorap tarzı hipoestezi , EMG'de duyusal aksonal polinöropati mevcuttu. SPE'de gama fraksiyonunda M-protein piki ve S-IFE'de monoklonal IgM kappa bandı gözlendi. Idrar immunfiksasyon elektroforezinde serbest monoklonal kappa bandı gözlendi. Hastanın PET'inde kemiklerde litik lezyonlar izlendi. KİB'de %5 kappa monoklonal plazma hücreleri saptandı. MGUS tanısıyla oral kortikosteroid planlandı.
Olgu 3.
64 yaşında erkek hasta ayaklarında yanma şikayetiyle başvurdu. NM'de alt ekstremitelerde parezi, çorap tarzı hipoestezi, DTR'ler abolik saptandı. EMG'de aksonal sensorimotor polinöropati izlendi. BOS'ta Hücre:0 Protein:161 mg/dl saptandı. Malignite araştırmasına yönelik servikal, toraks tomografide lenf nodları ve abdominal USG'de splenomegali izlendi. S-IFE'de IgA lambda bandı ve SPE'de beta 2-gama bölgesinde M-protein piki gözlendi. PET ve KİB normal bulundu. Paraproteinemi-PNP öntanısıyla IVIG verildi.

Tartışma:
Polinöropati etiyolojisine yönelik ileri tetkiklerde vaskülit testleri, kanser belirteçleri, vitamin düzeyleri ve yanısıra gözden kaçırılan monoklonal gamapatilere yönelik incelemeler yapılmalıdır.

EP - 310 GEÇİCİ GLOBAL AMNEZİ KLİNİĞİYLE BAŞVURAN KRONİK VİRAL MENENJİT; OLGU SUNUMU

BERFU BAYRAKTAR , EYLEM ÖZAYDIN GÖKSU , FATMA GENÇ , DERYA SEYMAN

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Hızlı ilerleyen demans etiyolojisi immün aracılı, enfeksiyöz ve metabolik ensefalopatilerin yanı sıra prion hastalıkları ve diğer nörodejeneratif hastalıkların atipik olarak progresyonları da dahil olmak üzere geniş bir heterojen bozukluk grubunu kapsamaktadır. Batı Nil virüsü asemptomatik bir klinik tablodan ağır ensefalit ve menenjite varan geniş bir klinik varyasyonla prezente olabilir.

Olgu Sunumu:
66 yaş erkek hasta başvurudan 5 saat önce başlayan akut başlangıçlı hafıza kaybı ve anlamsız konuşma şikayeti ile acil servise başvurdu. Başvuru sonrası şikayetleri düzelen hastanın nörolojik muayenesi normaldi. Hasta Geçici Global Amnezi ön tanısı nedeni ile nöroloji servisine yatırıldı. Olası santral sinir sistemi enfeksiyonu ekartasyonu için LP yapıldı. 90/mm3 eski eritrosit görüldü. MR'da sol vertekste milimetrik akut infarkt alanı ve venbold sekans'ta confluens sinuum'da şüpheli artefakt/fistül alanı izlendi. Hastaya asetilsalisilik asit 81mg 1*1 başlandı. EEG'de sol temporal bölgede keskin karakterli yavaş dalgalar görüldü. Hasta taburcu edildi. Hastada 3 ay içinde unutkanlık şikayetleri başlamış. Dış merkeze başvuran hastaya demans tanısı konarak donepezil başlanmış. İlk başvurudan 6 ay sonra hastada akut gelişen konuşmada bozulma, uykuya eğilim, sol tarafta kuvvetsizlik şikayeti ile acil servise başvurmuş. Çekilen BBT de sağ bazal ganglion seviyesinde hiperdens kanama alanları ve beyin dokusunda ödem izlenmesi üzerine YBÜ'ne yatışı yapılmış. LP'da BOS glukozu 104 mg/dl, total proteini 130,6 mg/dl geldi. Hücre sayımında 80 eritsosit/mm3 izlendi. SSS enfeksiyonu ekarte edilemediği için çoklu antibiyoterapi ve asiklovir tedavisi almaya başladı. MRG de: T2'de bilateral mezensefalona uzanan ödemli periventriküler hiperintens alan ve sağ frontotemporalde kortikal hiperintensite, bilateral sağda belirgin talamik kontrast tutulumu, venbold'da sağ bazal ganglionda kanama izlendi. Beyin perfüzyon MR tetkiki istendi. Çekilen beyin perfüzyon MR'da kitle lehine bulgu olmamakla birlikte, akut hemorajik lökoensefalit-ADEM ile uyumlu olabileceği düşünüldü. Enfeksiyon, radyoloji, nöroloji kliniklerinin birlikte yaptıkları konseyde hızlı ilerlerleyen kognitif yıkımı olan hastaya kronik viral menenjit (batı nil virüsü?) düşünüldü. Hastaya 5 günlük iv immünglobulin(IVIG) planlandı. Ancak Yoğun bakım takiplerinde nazokomiyal pnömoni ve sepsis kliniği gelişen hasta ex oldu. Hasta yakınlarına tanısal otopsi önerildi ancak kabul edilmedi.

Sonuç:
Olgumuzda hastada bilinç bozukluğu, hızlı ilerleyen kognitif yıkım olması kronik viral menenjit tablosu düşündürmekte idi. Bu tablo ılımlı, kendini sınırlayan konfüzyonel bir durumdan ağır ensefalopati, koma ve ölüme varan değişkenlikte görülebilir. Biz de geçici global amnezi kliniği ve progresif kognitif yıkımı olan kronik viral menenjit hastamızı paylaşmak istedik.

EP - 311 SUBKORTİKAL BANT HETEROTOPİSİ OLAN BİR EPİLEPSİ OLGUSU

BİRSEN ULUCA KAYA [1], REZZAN YILDIZ [2], ABİDİN ERDAL [1]

[1] ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Serebral hemisferlerin en dıştaki ince tabakasını oluşturan gri madde (*substantia grisea*) beyin korteksi olarak isimlendirilir. Korteksin kalınlığı 1,5-4,5 mm arasında değişir. Korteks altı tabakadan meydana gelir ve 10 milyardan fazla nöron içerir (1). Gelişimsel bir anomali varlığında, ventriküler bölgeyi terk eden nöronlar, korteksteki nihai hedeflerine ulaşamaz ve bu da kliniğe epilepsi ve zeka geriliği şeklinde yansır (2). Bu gelişimsel anomalilerden biri 'Subkortikal bant heterotopisi (SBH)' ya da 'double korteks sendrom'dur. SBH, cinsiyete bağlı bir kalıtıma sahip olup etkilenen bireylerin %90ından fazlası kadındır. Ancak DCX geni için somatik mozaik veya hemizigot mutasyonların olması durumunda, erkek vakaların da olabileceği literatürde gösterilmiştir (3). SBH'li kadın hastalarda tanımlanan en sık neden, DCX genindeki mutasyonlardır (2). Biz de dirençli epilepsi öyküsü olan SBH tanılı bir hastayı sunmak istedik.

Olgu:
15 yıldır epilepsi tanılı, mental retarde, sağ el dominant 22 yaşında kadın hasta, nöbet sıklığında artış nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Valproik asit 1000 mg/gün, karbamazepin 600 mg/gün, klobazam 40 mg/gün kullanmaktaydı. 1 ay önce lamotrijin ve levetirasetam tedavileri kesilip karbamazepin tedavisi eklenmişti. Nöbet sıklığı 2-3 günde bir, jeneralize tonik klonik vasıftaydı. Haftada 1-2 defa da başın öne düştüğü, dakikalar içerisinde kendine geldiği küçük nöbetler eşlik etmekteydi. Tedavi değişimi sonrası nöbet sıklığında artış meydana geldiği öğrenildi. EEG çekimi öncesinde nöbeti olan, EEG aktivitesi non-konvülsif status epileptikus olarak değerlendirilen hasta, nöroloji yoğun bakımımıza yatırıldı. 2000 mg levetirasetam yüklenmesi ardından 2000 mg/gün idame ile levetirasetam tedavisine devam edildi. Takiplerde levetirasetam 3000 mg/gün'e çıkılarak karbamazepin azaltılarak kesilme planı yapıldı. Nöbetleri kontrol altına alınan hasta, taburcu edildi. Poliklinik takiplerinde mevcut tedavisine ek olarak kademeli şekilde lamotrijin 100 mg/gün eklenmesi planlandı. Beyin MR görüntülemeleri 'her iki serebral hemisferde subkortikal alanda lineer diffüz bant şeklinde kortekse yakın intensitede diffüz bant heterotopiyi düşünüdüren sinyal değişiklikleri izlendi' şeklinde raporlandı. Son çekilen EEG'sinde çok sık, 10 sn'den uzun sürebilen, 2,5-3 Hz frekansında jeneralize senkron keskin dalga deşarjları izlendi. Hastada DCX gen mutasyonu pozitif saptandı. Hastanın halen epilepsi polikliniğinde yakın takip ve tedavisi devam etmektedir.

Sonuç:
Subkortikal bant heterotopisi, dirençli nöbet ve mental retardasyonla seyreden, ciddi bir nörolojik bozukluktur. Doğru klinik, nöroradyolojik ve genetik yaklaşımla tanıya ulaşılır. Status epileptikus tablosuna kadar varabilen dirençli epilepsisi olan vakaların tanınması ve doğru anti-nöbet ilaç tedavileri ile epilepsi açısından yakın takibi önemlidir.

EP - 312 C19ORF12 GENİNDE HOMOZİGOT VARYANT MPAN VAKASI

BURAK ÖZALTUN , ONUR BULUT , REZZAK YILMAZ , M. CENK AKBOSTANCI

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ

Olgu:
Demir birikimi ile birlikte giden nörodejenerasyon (NBIA), bilişsel işlev bozukluğu ve ekstrapiramidal ve piramidal belirtilerle karakterize edilen, bazal ganglionlarda demir birikimi ile seyreden kalıtsal hastalıklar grubudur. Mitokondriyal membran proteini ile ilişkili nörodejenerasyon (MPAN), en yaygın üçüncü NBIA alt tipidir ve C19orf12 mutasyonuna bağlı olarak otozomal resesif yolla kalıtılan nadir bir hastalıktır [1]. 3 yıldır olan depresif belirtiler, hareketlerde yavaşlama, konuşmama ve dengesizlik nedeniyle kliniğimize başvuran 31 yaş kadın hastanın nörolojik muayenesinde apatik, anartrik, disfaji, spastik tetraparezi, yaygın rigidite ve jeneralize distonik kasılmaları mevcuttu. Kranial MRG'sinde bilateral globus pallidus ve substantia nigrada demir birikimini gösteren T2AG ve SWI sekansta hipointens lezyonlar mevcuttu. NBIA açısından yapılan genetik analiz de MPAN lehine C19orf12 geninde NM_001256047.1:c.-2C >T olarak adlandırılan homozigot mutasyon tespit edildi. Beyinde demir birikimi ile giden nadir görülen bir nörodejeneratif hastalık olan MPAN'ın farkındalığını artırmak için bu olguyu sunuyoruz.

Kaynakçalar:
1. Selikhova M, Fedotova E, Wiethoff S, Schottlaender LV, Klyushnikov S, Illarioshkin SN, et al. A 30-year history of MPAN case from Russia. *Clin Neurol Neurosurg.* 2017;159:111–3.

EP - 313 OROFARENGEAL DİSFAJİNİN NADİR BİR SEBEBİ: OLGU SUNUMU

CEMRE TOKUŞ , İLTER ÖZCAN , NEHİR ÖZALP , SEVİNJ NAMAZOVA , ÖZLEM BAŞAK DEMİREL , YELİZ ÇİFTÇİ , TUĞBA KORKMAZ , BEDİLE İREM TİFTİKÇİOĞLU

İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ ÇİĞLİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:
Orofarengeal disfaji; ağız, hipofarenks ve üst özefagusu etkileyen sorunlar varlığında ortaya çıkan bir bulgudur. Esas sorun yutkunma eyleminin başlaması ve gıdanın üst özefagusa itilmesi sırasında yaşanmaktadır. Disfajinin orofarengeal kaynaklı olduğunu düşündüren semptomlar; nazal regürjitasyon, yutkunma sırasında öksürme, dizartri ve nazone konuşmadır. Orofarengeal disfaji etiyolojisinde nörojenik, metabolik, miyopatik ve enfeksiyöz nedenler yer alabilir. Başlıca sebepler arasında myastenia graves, multipl skleroz, amyotrofik lateral skleroz gibi nörolojik hastalıklar; servikal osteofitler veya diğer vertebral bozukluklar; karsinomlar ve edinsel veya kalıtsal yapısal bozukluklar sayılabilir.
Olgu sunumunda değerlendirilen 81 yaşındaki erkek hasta, bir yıldır giderek artan yutma güçlüğü ile nöroloji kliniğine başvurdu. Hastada şikayetine eşlik eden nazone konuşma, nazal regürjitasyon ve kilo kaybı bulguları mevcuttu. Nörolojik muayenesinde uvula orta hatta, palatal arklar eşit ve yavaş çekiyordu. Hastanın bulber tutulumlu myastenia graves ve ALS ön tanılarıyla yapılan tetkikleri (EMG, ACh reseptör antikoru, buz testi) normal sınırlarda değerlendirildi. Hastanın servikal vertebra manyetik rezonans görüntülemesinde C2-C6 vertebralar boyunca anterior longitudinal ligamentlerde osteofitik çıkıntılar izlendi. Osteofitik çıkıntıların sol piriform sinüse bası yaptığı saptandı. Kraniyal sinir protokolünde çekilen manyetik rezonans görüntülemelerinde solda PICA'nın 9. Kraniyal sinire bası yaptığı saptandı.
Bu bildiride, yutma güçlüğü şikayetiyle kliniğe başvuran hastalarda etiyoloji araştırılırken kraniyal sinirlere yönelik ayrıntılı görüntüleme yapılmasının önemi vurgulanmak istenmiştir.

EP - 314 KORTİKAL KÖRLÜK İLE PREZENTE OLAN CREUTZFELDT-JAKOB HASTALIĞI HEİDENHAİN VARYANTI; BİR OLGU SUNUMU

DERYA KORKUT GEDİK [1], BERFİN İLAYDA BALCILAR [2]

[1] *ÖZEL AKTIP HASTANESİ*
[2] *İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ*

Olgu:
Creutzfeldt-Jakob Hastalığı (CJH) prion proteinlerinin neden olduğu nadir görülen, hızlı ve progresif seyreden dejeneratif spongioform bir ensefalopatidir (1). Hastalık hızlı ilerleyen demans, miyoklonik nöbetler, ataksi, görme kayıpları ve akinetik mutizm ile prezente olmaktadır (2). CJH'nin Heidenhain varyantı (hv) görme kaybı, görsel halüsinasyonlar veya renklerin rahatsız edici algılanması ile karakterize olabilir ve oldukça nadir görülmektedir (3). Demans bulguları olmadan, görsel yakınmalar başladığında tanı koymak zorlaşmaktadır. Olgumuz, 73 yaşında erkek hasta her iki gözde görme kaybı yakınması ile kliniğimize başvurdu. Nörolojik muayenesinde her iki gözde her yöne bakış kısıtlılığı ve ataksisi mevcuttu. Her iki gözde görme keskinliği ışık hissi düzeyinde olup ciddi bir görme kaybı vardı. Kranial MRGda tek taraflı pariyetooksipital bölgede kortikal difüzyon kısıtlanması, takiplerde miyoklonik nöbetler ve EEGde tipik periyodik diken yavaş dalga aktivitesinin görülmesi, ayrıca BOSta 14-3-3 proteninin pozitif olması ile hvCJH tanısı düşünüldü. Biz bu olguda görme kaybı yakınması ile başvuran hastalarda, kortikal körlüğün ayırıcı tanısında CJH'nın atipik prezentasyonlarının bilinmesinin erken tanı ve bulaştırıcılık potansiyelinin azalmasında faydalı olacağını vurgulamaktayız.

EP - 315 NÖROPSİKİYATRİK TUTULUM VE EPİLEPSİ İLE KARAKTERİZE, TEDAVİ EDİLEBİLİR GENETİK BİR HASTALIK: NIEMANN-PICK TİP C

EBRU ALTINDAĞ [1], YASEMİN ALANAY [2], BETÜL BAYKAN [3], AYŞIN DERVENT [4]

[1] *İSTANBUL FLORENCE NİGHTİNGALE HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ*
[2] *ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ÇOCUK GENETİK HASTALIKLARI BİLİM DALI*
[3] *MAÇKA EMAR TIP MERKEZİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ*
[4] *İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, ÇOCUK NÖROLOJİSİ BİLİM DALI, EMEKLİ ÖĞRETİM ÜYESİ*

Olgu:
Niemann-Pick tip C (NPC) hastalığı *NPC1* and *NPC2* gen mutasyonları sonucu meydana gelen, otozomal resesif geçişli nadir bir hastalıktır. Erken başlangıçlı organomegali ve ağır ensefalopatilerden, geç başlangıçlı kognitif bozukluk, ataksi ve distonilere uzanan geniş bir klinik spektrum ile karakterizedir. Fokal veya jeneralize epilepsi nöbetleri hastalık ilerledikçe sık görülür. Literatürde NPC hastalarında görülen epilepsi nöbetlerinin semiyolojik özellikleri, EEG bulguları, tedavisi ve prognozuyla ilişkili bilgi kısıtlıdır. Bu çalışmada aralarında akrabalık olmayan sağlıklı anne-babadan doğan, tedaviye dirençli epilepsisi olan, genetik olarak tanısı konmuş jüvenil başlangıçlı NPC hastası sunulacaktır.

Olgu sunumu:
Seksiyo/sezeryan ile zamanında doğan, ince motor becerilerinde hafif gerilik dışında nöromotor gelişim basamakları normal olan 10,5 yaşında erkek hastanın 6 yaşında okul başarısında düşüklük ve ileri derecede dikkat eksikliği tanısıyla, metilfenidat tedavisi ve özel eğitim aldığı, tabloya 8 yaşında agresif davranışlar daha sonra da epileptik nöbetlerin eklendiği öğrenildi. Çoklu antinöbet tedaviye rağmen dalma şeklinde kısa süreli nöbetleri ve özellikle sol omuz ve koldaki fokal miyoklonik nöbetleri kontrol altına alınamadı. Kognitif tutulum, ataksi, apraksi, distoni ve vertikal supranükleer felç klinik tabloya eklendi. EEG'de fronto-santral bölgelerde, parasagittal orta hat üzerinde, özellikle sağda fokal epileptiform anomali saptandı. Kranyal MRG hafif ventriküler dilatasyon dışında normaldi. Tüm ekson sekanslama incelemesinde *NPC1* geninde birleşik heterozigot *[(NPC1(NM_000271.5):c.2861C>T, (p.Ser954Leu)] [c.3107C>T (p.Thr1036Met)]* tespit edildi. Segregasyon analiziyle anne ve babada bu varyantlar için heterozigot taşıyıcılık gösterildi. Jüvenil NPC tanısıyla miglustat tedavisi başlanan hastanın ataksi, agresyon ve epileptik nöbetlerinin gerilediği izlendi.
Nadir ve tedavi edilebilir bir hastalık olan NPC tablosu ile ilgili epilepsi bağlamında literatür gözden geçirilerek hastalık ile ilgili farkındalığın arttırılması önem taşımaktadır.

EP - 316 RADYOTERAPİ SONRASI GELİŞEN BİLATERAL KAROTİS OKLÜZYONU: OLGU SUNUMU

ELİF USANMAZ , BESTE AKGÜL , CİHAT ÖZGÜNCÜ , ONUR BULUT , GÖKHAN ÖZDEMİR

KONYA ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Özet:
Radyoterapi, internal karotis arterin (İKA) darlık ve tıkanıklıklarının nadir bir nedenidir. Olgumuzda, nazofarenks kanseri nedeni ile radyoterapi alan hastamızdaki bilateral IKA darlığına bağlı serebral iskemi olgusunu sunuyoruz.

Giriş:
Servikal radyoterapiye sekonder karotis veya vertebral arterin sklerozuna bağlı daralması veya tıkanması nadiren görülmektedir. Servikal radyoterapi sonrası karotis arterdeki stenozun erken saptanması serebrovasküler atakların önlenmesi açısından önemlidir.

Vaka sunumu:
30 yıl önce nazofarenks kanseri nedeniyle servikal bölgeye radyoterapi alan 51 yaşında erkek hasta 10 saattir olan konuşmada bozulma, yüzün sol yarısında kayma ,1 haftadır aralıklı görme kaybı ve sağ tarafta güçsüzlük şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Yapılan nörolojik muayenesinde sağ nazolabial oluğu silikti, sağ pronotor drifti pozitifti, sağ taraf kofrontasyon testinde açıda daralma mevcuttu. NIHH skoru 4 olarak değerlendirildi.Çekilen Diffüzyon MRG'de 'solda globus pallidus düzeyinde yaklaşık 2x1cm boyutunda, ve solda dağınık akut iskemi izlendi. Hastaya trombolitik tedavi verilmedi. Hasta, nöroloji servise yatırıldı. BT anjiografileri incelenen hastaya Dijital Substraksiyon Anjiografi (DSA) yapıldı; Sağ CCA orijinden oklüde, sol CCA proksimalden oklüde olarak izlendi. Sol vertebral arter sağa göre dominanslığa sahipti. Her iki vertebral arterden Willis poligonu ile ön sistem dolumu mevcuttu. İşlem sonrasında medikal takip kararı alındı.

Tartışma:
Literatürde radyoterapi sonrasında karotis sisteminde stenoz gelişebildiğini gösteren yayınlar mevcuttur. Bu stenozlar zamanla oklüzyona kadar giden kritik durumlara sebep olabilmektedir. Beynin vasküler beslenmesi temelde Willis poligonuna bağlıdır. Bu nedenle karotis sistemindeki kronik daralmalar adaptasyon süreci ile açık olan damarsal yapıların daha etkin rol almasını sağlayabilir. Bu sayede vakamızdaki gibi bilateral karotis oklüzyonunda dahi hasta günlük hayatını devam ettirebilir.

Sonuç:
Vakamızda nazofarengeal kanser için servikal bölgeye yapılan radyoterapinin neden olduğu nadir görülen bilateral internal karotis arter oklüzyonu olgusunu sunuyoruz. Bildirilen olguların çoğuna iskemik ataklar sonrasında tanı konulmuştur. Bu nedenle, servikal radyoterapi alan hastalar serebrovasküler ataklara yol açabilecek karotis oklüzyonu gelişimi açısından dikkatle izlenmelidir.

EP - 318 SPG MUTASYONUNDA KLİNİK VARYANTLAR: SAKARYA İLİ TECRÜBESİ

LEVENT AVCI [1], DİLCAN KOTAN [2], ŞEYMA TEKGÜL [3], ELİF BAYRAKTAR [3], VİLDAN ÇİFTÇİ [3], AYŞE NAZLI BAŞAK [3]

[1] S. B. SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ A.D.
[3] KOÇ ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, KUTTAM-NDAL, TOPKAPI, İSTANBUL

Amaç:
Otozomal resesif ataksilerde çeşitli gen mutasyonları görülmekle beraber SPG mutasyonunun hastalık yapıcı etkisi bilinmektedir. SPG mutasyonu HSP, ALS gibi başkaca klinik spektrumlara da yol açmaktadır. Burada, SPG mutasyonu saptanan olguların klinik özellikleri değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:
Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştıma Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda 2015-2022 yılları arasında yakınmaları başlayan, 46 bireyden genetik incelemeler sonucunda SPG7 (paraplegin), SPG11 (spatacsin), SPG15 (spastizin) mutasyonu saptanan olgular retrospektif olarak, cinsiyet, başlangıç yaşı, başlangıç bulguları, pedigree, kognitif bulguları ve nörogörüntülemeleri incelenmiştir.

Bulgular:
İncelemeye alınan olgularımızın üçü de kadındı ve yaşları 21, 54, 15 idi. SPG 7 mutasyonu saptan olgu yirmili yaşlarda yürümede dengesizlik ile başlamış, sonrasında konuşma bozukluğu eklenmiş idi. Aile öyküsü yoktu, anne-baba 2. dereceden akrabaydı. Nörolojik muayenesinde konuşma dizartrik, belirgin trunkal atkasik, dismetrik ve alt ekstremitelerinde belirgin spastisik idi. Beyin manyetik rezonans görüntülemede serebellar bölgede atrofi dışında özellik saptanmadı.
SPG 11 mutasyonu saptanan olgu elli dört yaşındaydı. On yedi yaşında başlayan yürüme ve konuşma güçlüğü şikayetleri vardı. Son iki yıldır yürüyememe , aldı aydır konuşma bozukluğunda artma, anlamada güçlük şikayeti ve son iki yıldır da yatağa bağımlı olduğu öğrenildi. Soygeçmişinden bir erkek ve bir kız kardeşinde de benzer bulgular olduğu ve erkek kardeşinin bir ay önce bu hastalık sebebiyle ex olduğu öğrenildi. Nörolojik muayenede plejiye yakın tetraparezik, tenar ve hipotenar kaslar belirgin atrofik, derin tendon refleksleri hiperaktif, taban cildi refleksi solda ekstansör idi. Beyin MRG da çok belirgin kortikal atrofi ve korpus kallosumda belirgin incelme izlendi. EMG motor nöron hastalığıyla uyumlu idi. Psikometrik testler ağır kognitif yıkımı gösteriyordu. Juvenil başlangıçlı ALS-demans kompleksi tanısı aldı. Ailede diğer hasta bireylerde aynı mutasyonu tespit ettik.
SPG 15 mutasyonu saptanan hasta otuz yaşındaydı. On dört yaşında unutkanlık ve üzerine eklenen yürüme güçlüğü şikayeti başlamıştı. Aile öyküsü yoktu, anne ve babası aynı köydendi. Muayenesinde kooperasyon kısıtlılığı, dizartrik konuşma, kas gücü üst ekstremiteler tam alt ekstremiteler spastik ve proksimaller 4/5 kas gücündeydi. EMG incelemesinde belirgin patoloji yoktu. Beyin MRG da korpus kallozum, korteks, beyin sapı ve serebellumda yaygın atrofi izlendi.

Sonuç:
Son yıllarda SPGnin geniş genetik çeşitliliği yanı sıra fenotipik varyantları bilinmektedir. SPG7, SPG15 mutasyonları sıklıkla herediter spatik paraplejinin önemli bir kısmını oluşturduğu gösterilmişse de bizim olgumuz ataksi fenotipinde idi. SPG11 olgumuz ise çok daha nadir ALS-demans kliniğiyle prezente olmuştu.
Bu sunumda, HSP fenotipi dışında görülebilen ender SPG mutasyonları vurgulanmış ve nörolojik değerlendirmeler yanı sıra elektrofizyolojik incelemelerin önemi vurgulanmıştır.

EP - 319 İZOLE NÖROLOJİK DEKOMPRESYON HASTALIĞI OLGUSU

MUSTAFA UĞURELİ , HAZAL ÇAĞMAN , EMİNE ÇELİKKAŞ , TUBA CERRAHOĞLU ŞİRİN , SERPİL BULUT , GENÇER GENÇ

SEYRANTEPE HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:
Nörolojik Dekompresyon Hastalığı (DKH), ani basınç gradienti değişikliği sonucunda, kanda bulunan inaktif gazların doku ve kandaki çözünmüş formlarındaki fark nedenli, kanda kabarcık oluşumu sonrası, lokal ve sistemik reaksiyonlar neticesinde, nörolojik semptomlara yol açan bir tablodur. Santral sinir sistemini çeşitli seviyelerde etkileyebilirken, Dalgıçlarda daha fazla göğüs-sırt ve abdomende ağrı, parapleji, idrar retansiyonu, sfinkter kusuru bulgularıyla spinal kord tutulumu (torakal segment baskın) gelişir. Nöroloji kliniklerinde sıklıkla görülmeyen bu hastalığa dikkat çekme amacıyla olgumuzu sunduk.
Olgu:
33 yaş, erkek hasta, midye toplama amacıyla endüstriyel oksijen konsantratörü ile dalış yaparken, hortum kaçağına bağlı nefes alamaması üzerine 18 metreden 2 dakikanın altında çıkma ve 3 saat sonra paraparezi (3/5), L1 seviyesinde duyu kusuru ve idrar retansiyonu ile yatırıldı, Dış merkezde 4 gün ardışık hüperbarik oksijen tedavisi aldı ve bilateral alt ekstremite proksimal kas güçleri 4/5 düzeyine iyileşti, duyu kusuru ve sfinter kusuru tamamen geriledi. Kranial-spinal MRG'lerinde, kranial-spinal Bt anjiografilerinde, EEG, EMG ve nöropsikolojik testlerde ve DKH'ın diğer sistemik tutulumu taramalarında patoloji saptanmadı. Sevk edilemediğinden hasta servisimizde 3 gün daha yattı, olay başlangıcının 5-7. günlerinde dış merkeze hiperbarik oksijen tedavisi için kabul edilmediği için gönderilemedi, tedavisiz izlendi. 8. Gün hasta yataklı sualtı hekimliği birimine sevk edildi. 1 ay süreyle sualtı hekimliği kliniğinde izlenen hastanın, kas güçlerinde iyileşme olmadığı öğrenildi.

Sonuç:
DKH hastaları izole nörolojik tutulumla seyredebileceği gibi kardiopulmoner, muskuloskeletal, lenfatik ve kulak patolojileri de görülebilir, multisistemik yaklaşım yapılmalıdır. MRG DKH için sensitif değildir, ancak vertebral arter diseksiyonu ve inme tabloya eşlik edebileceğinden ayırıcı tanıda gereklidir. Hastalığı erken tanımak ve Hiperbarik oksijen tedaviye hızlı başlamak oluşabilecek nörolojik sekelleri önlemek açısından önemlidir.

EP - 320 RENAL HÜCRELİ KARSİNOMA BAĞLI PARANEOPLASTİK ENSEFALOPATİ

SEZGİ DOĞAN , SÜMEYYE VATANSEVER , ELİF ÜÇGÜL , FÜSUN MAYDA DOMAÇ , MUSTAFA ÜLKER , RAHŞAN KARACI

ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EAH

Giriş:
Paraneoplastik nörolojik sendromlar oldukça nadir görülür ve hastanın tümör hücreleri ve sinir sistemi bileşenleri tarafından paylaşılan antijenlere karşı bağışıklık tepkisi aracılık eder. Renal hücreli karsinom (RCC)klasik olarak limbik ensefalit veya diğer paraneoplastik nörolojik sendromlarla ilişkili değildir. Renal hücreli karsinom ile ilişkili daha önce belgelenmiş iki limbik ensefalit vakası bildirilmiştir. Biz de vakamızda nadir RCC ye bağlı nadir görülen tablolardan biri olan paraneoplastik ensefalopatisini gözden geçireceğiz.

Olgu :
Bilinen tükrük bezi tümörü olan ve radyoterapi alma öyküsü olan 48 yaşında erkek hasta 2 kez nöbet geçirmesi üzerine tarafımıza başvurdu. Nöbeti 2-3 dk kadar bilincin kaybolduğu jeneralize tonik klonik vasıfta idi. Postiktali geçtikten sonra hasta değerlendirildiğinde kooperasyon ve oryantasyonunun dalgalı seyrettiği görüldü. Hastaya valproat sodyum ve karbamazepin başlandı. Hastaya etyoloji araştırmak üzere lomber ponksiyon yapıldı. Biyokimyasal, limbik ve paraneoplastik paneli olağan saptandı. Kranial MRI ında nöropatoloji görülmedi. Hastanın EEG ve uyku EEG si çekildi. Lateralizasyon vermeyen ılımlı yaygın zemin ritmi yavaşlaması olarak sonuçlandı. Akciğer grafisinde solda plevral effüzyon görülmesi üzerine çekilen kontrastlı toraks bt de sol böbrekte 3.5 cm nodüler lezyon tespit edildi ve Renal hücreli karsinom lehine değerlendirildi.Bu ensefalopatik tablonun renal hücreli karsinoma bağlı paraneoplastik ensefalopati olabileceği düşünüldü.

Sonuç:
Paraneoplastik nörolojik sendromu olduğu varsayılan hastaların serumunda veya BOSunda bir dizi ilişkili antikor tanımlanmıştır. Limbik ensefalit üzerine yapılan bir incelemede, hastaların yalnızca yaklaşık %60ının antikor pozitifliği olduğu ortaya çıkarılmıştır. Dolayısı ile klasik antikor ve BOS bulgularının yokluğu, paraneoplastik sendrom tanısını dışlamadığı ve ayrıntılı malignite taramalarının yapılmasının gerekli olduğunu düşündürmektedir.

EP - 321 KORESİZ HUNTİNGTON HASTALIĞI: OLGU SUNUMU

BETÜL ÇEVİK [1], ORHAN SÜMBÜL [1], DÜRDANE AKSOY [1], YUSUF KOÇAK [1], UĞUR KULU [1], RUKİYYE ÇINAR [2]

[1] TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] TOKAT DR. CEVDET AYKAN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ

Giriş:
Huntington Hastalığı (HH) orta yaşlarda başlayan, otozomal dominant geçiş gösteren, esas olarak kore, psikiyatrik bozukluklar ve kognitif yıkım triadı ile karakterize progresif bir nörodejeneratif hastalıktır.

Olgu:
Elli dört yaşında kadın hasta, 4 yıldır depresyon ve anksiyete tanıları ile sertralin 50 mg/gün ve aripiprazol 5mg/gün kullanırken son iki aydır halüsinasyon ve sanrıları başlamış. Sinirlilik, anlamsız konuşmalar, eşyaları kırma, aile bireylerine saldırgan davranışlar gösteren hasta kızına saldırınca psikiyatri servisine yatırılmış. 5 mg haloperidol ve 5 mg biperiden intramüsküler enjeksiyonu takiben 100mg/gün ketiapin başlanan hastada yatışının ikinci günü apati ve rijidite gelişince kliniğimize sevk edildi. Muayenesinde, bilinci açık olan hastanın ilk birkaç gün verbal çıkımı yoktu, sonraki muayenesinde etrafa ilgisiz, sorulan tekrarlayıcı soruları birkaç kelimeyle cevaplamaya başladı. Yer ve zaman oryantasyonu kısmi, kooperasyonu kısıtlı olan hastada bradimimi, hafif antefleksiyon postürü ve bilateral rijidite mevcuttu. İstemsiz hareket izlenmedi. Kreatin kinaz 231 U/L (26 – 192) idi. Mini mental-test puanı 19 olan hastanın EEG' sinde zemin aktivitesi 8-9 Hz alfaydı ve sağ temporalde asimetrik yavaşlama izlendi. Beyin MRI da yaygın serebral ve serebellar atrofisi olan hastanın Lomber ponksiyonunda anormallik saptanmadı. Otoimmün–limbik ensefalit paneli negatif gelen hastanın anamnezi derinleştirildiğinde, eşi hastanın yedi kardeşinden altısında benzer semptomlar olduğunu ve bir kardeşinin bu şikayetlerle erken yaşta vefat ettiğini, fakat hastalıklarının tanısını bilmediğini belirtti. Psikotik bulguları, kognitif bozukluğu ve aile öyküsü olan hastanın genetik incelemesinde huntingtin (HTT) geninde 44 CAG trinükleotid tekrarı saptandı. Hastaya HH teşhisi konuldu.

Tartışma:
HH hastaların yaklaşık üçte ikisinde nörolojik bulgularla başlarken, üçte birinde psikiyatrik ya da davranışsal belirtilerle ortaya çıkmaktadır. Başlangıç bulguları anksiyete ve depresyon olan psikotik ve kognitif bozukluğun eklendiği, ancak koreiform hareketleri olmayan hastamızda aile öyküsü uyarıcı olmuştur. Bu olgu, HH' da klinikte her zaman koreiform hareketlerin görülmeyebileceğinin akılda tutulması açısından sunulmaya uygun bulunmuştur.

EP - 322 AĞRISIZ BACAKLAR HAREKETLİ PARMAKLARI SENDROMU: NADİR BİR OLGU SUNUMU

BUSE ÇAĞLA ARI [1], ESMA KOBAK TUR [2], MEHMETZEKİ YILDIZ [3]

[1] BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ABD, İSTANBUL
[2] SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ FATİH SULTAN MEHMET EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL
[3] BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSTESİ TIP FAKÜLTESİ BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ ABD, İSTANBUL

Amaç:
Ağrısız Bacaklar Hareketli Ayak Parmakları sendromu, ayak parmaklarının sürekli, istemsiz fleksiyon, ekstansiyon, abdüksiyon, addüksiyon ve torsiyonu içeren hareketleri ile karakterize nadir görülen bir motor bozukluktur. Nöropati, lumbosakral pleksopatiler, omurilik travması veya santral sinir sistemi patolojileri ile ilişkili olabileceği bildirilmesine rağmen etiyolojisi ve mekanizmaları belirsizliğini korumaktadır. Kraniyal ve spinal nörogörüntüleme, biyokimyasal değerlendirmeler, viral serolojinin yanı sıra otoimmün ve paraneoplastik biyobelirteç analizlerini de kapsayan kapsamlı bir incelemenin ardından tanı konulmalıdır.

Olgu:
Otuz dört yaşında erkek hasta sol ayak parmaklarında istemsiz hareketler şikayeti ile başvurdu. Şikayetlerine bacağını hareket ettirme dürtüsü eşlik etmiyordu ve sirkadiyen ritimle uyumlu değildi. Hareketler gün boyunca aralıklı ortaya çıkıyor, birkaç saniye sürüyor ve düzeliyordu. Hareketlerden önce rahatsızlık hissi ya da ağrı yoktu. Hareketler günlük yaşam aktivitelerini aksatmıyor, uyku sırasında kayboluyordu. Muayenesinde sol ayak ikinci ve üçüncü parmakta zaman zaman ritmik, düzensiz, tekrarlayıcı abdüksiyon-addüksiyon tipi, dördüncü parmakta ise fleksiyon-ekstansiyon tarzında istemsiz hareketler mevcuttu. Bu hareketler diğer ayak parmaklarına veya ekstremitelere yayılmıyordu.

Sonuç:
Tam kan sayımı, tümör belirteçleri, idrar analizi, otoimmün ve paraneoplastik belirteçler normal aralıklarda saptandı. Kraniyal ve dorsal MR görüntülemeleri normal olarak değerlendirildi. EEG, sinir iletim ve iğne EMG çalışmaları da diğer tetklikler ile benzer şekilde normaldi. Nörolojik muayene, tanısal testler ve nörogörüntüleme çalışmaları sonrası hastaya "Ağrısız Bacaklar ve Hareketli Ayak Parmakları Sendromu" tanısı konuldu.

Tartışma:
Ağrısız Bacaklar ve Hareketli Ayak Parmakları Sendromu seyrek görülen bir fenomendir. Bu olgunun en önemli amacı, hastalığın bilinirliliğini arttırmaktır. Patofizyolojisini aydınlatmak için daha fazla araştırma yapılması zorunludur.

EP - 323 ELEKTRONİK NARGİLE KULLANIMI SONRASI ENSEFALOPATİ:OLGU SUNUMU

ADALET GÖÇMEN , ÖZLEM ETHEMOĞLU , FIRAT ÇELİK

HARRAN ÜNİVERSİTESİ

Olgu:
Karbon monoksit(CO) zehirlenmesi özellikle kış aylarında soba kullanımına bağlı artan önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Son yıllarda özellikle gençler arasında yaygın kullanılan nargile içimine bağlı da karbonmonoksit zehirlenmesi vakaları görülmektedir (1).Ülkemizde satışı yasak olmasına rağmen, özellikle gençler arasında yaygın bir şekilde kullanılan elektronik nargile de yine normal nargileden daha az da olsa CO solunabilmektedir (2). Bu olguda elektronik nargile kullanımı sonrası da karbon monoksit zehirlenmesi görülebileceğini ve bunun kronik süreçte de nörolojik semptomlarla karşımıza çıkabileceğini vurgulamak istedik. OLGU 19 yaşında erkek hasta, son 1-2 aydır olan yürümede dengesizlik, bulantı, kusma şikayetleri ile başvurdu. Hastanın anamnezinde yaklaşık 2 ay önce elektronik nargile alıp ara ara kullanmış olması ,aynı dönemde sigarayada başlamış olması dışında özellik yoktu. Nörolojik muayenesinde dizartri, dismetri, ataksi mevcuttu. Yapılan kranial MR (manyetik rezonans) görüntülemelerinde sağ serebellum her iki hemisferinde, pons ve mezensefelonda, periventriküler T2, flair sekanslarda hiperintens, T1 de serebellumda hipointens, diffüzyon ağırlıklı görüntülerde kısıtlılık ve kontrast tutulumu da göstermeyen lezyonlar mevcuttu. Bu bölgelere yönelik yapılan MR spectroskopide özellik görülmedi. Hastada karbon monoksit zehirlenmesi düşünüldü. Hastaya 1gr/gün pulse prednol 5 gün boyunca ,rezervuarlı maske ile %100 oksijen solutuldu ara ara ve hasta hiperbarik oksijen tedavisinin yapıldığı merkeze yönlendirildi. Tedavi sonrasında hastanın şikayetlerinde belirgin oranda düzelme gözlendi. TARTIŞMA Karbon monoksit zehirlenmesi ani nörolojik semptomlarla gelebileceği gibi, geç dönem nöropsikolojik semptomlarla da gelebilmektedir (3). Literatürde benzer vakalarda mevcuttur (4,5). Bu nedenle benzer klinik ile gelen hastalara toksik madde maruziyeti sorgulanırken mutlaka sigara ile birlikte nargile de sorgulanmalıdır. REFERANS 1-CANPOLAT, Ömer. Bir Nargile İçimi İle Gelişen Nadir Görülen Karbon Monoksit Zehirlenmesi. ACTA ONCOLOGICA TURCICA, 53.1: 155-157. 2- REZK-HANNA, Mary, et al. Differential effects of electronic hookah vaping and traditional combustible hookah smoking on oxidation, inflammation, and arterial stiffness. Chest, 2022, 161.1: 208-218. 3- Lader M. Karbon monoksit zehirlenmesinin nöro-psikiyatrik komplikasyonları. Curr Med Lit - Psikiyatri. 2009; 20 :1–7. 4-VON RAPPARD, Joscha; SCHÖNENBERGER, Melanie; BÄRLOCHER, Lorenz. Carbon monoxide poisoning following use of a water pipe/hookah. Deutsches Ärzteblatt International, 2014, 111.40: 674. 5-HAMCAN, Salih, et al. Isolated cerebellar damage caused by carbon monoxide intoxication. Case Reports, 2013, 2013: bcr2013201647.

EP - 324 ANİ İŞİTME KAYBI İLE PREZENTE OLAN ANTERİOR İNFERİOR CEREBELLAR ARTER ENFARKTI

ASYA KÖSEREİSOĞLU , AYSUN ARSLAN , BANU ÖZEN BARUT

SBÜ KARTAL DR.LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Anterior inferior serebellar arter (AICA) enfarktı,lateral pontin sendrom veya Marie Foix Alajouanin sendromu olarak da bilinir. Ani işitme kaybı, baş dönmesi ile kulak burun boğaz (KBB) polikliniğinde akut idiopatik sensorinöral işitme kaybı tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

Olgu:
Baş dönmesi, sağ kulakta ani işitme kaybı ile KBB polikliniğine başvuran 57 yaşında erkek hastaya idiopatik ani sensörinöral işitme kaybı düşünülerek oral prednol tedavisi başlamış. Şikayetlerine yürümesinde dengesizlik eklenmesi üzerine tarafımıza başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyonu mevcut. Nörolojik muayenesinde patolojik olarak bakış yönüne vuran horizontal nistagmus,sağda dismetri,sağa ataksi görüldü. Manyetik rezonans görütülemede AICA sulama alanında akut diffüzyon kısıtlılığı izlendi. Rutin kan tetkikleri normal olan hastada, hiperlipidemi ve HbA1c yüksekliği görüldü. Bilgisayar tomografi anjiyografi,elektrokardiyogram,ekokardiografide patoloji saptanmadı. Prednol kesildi. Asetilsalisilik,klopidogrel ile takip edildi. Takiplerinde denge bozukluğu,baş dönmesi düzelen hasta ikili antiagregan,oral antidiyabetik,antihipertansif ve statin tedavisi ile taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç:
Vertigo ve işitme kaybı acilde sıktır. Serebeller ve beyinsapı bulguları yoksa genelde periferik etyoloji düşünülür. AICA alt pons laterali, orta serebellar pedinkül, flokkulüs, inferior serebullumu ve AICA nın labirent arter dalı iç kulağı besler. Labirent arter anterior vestibüler ve koklear dallara ayrılır. Labirent arter oklüzyonu olabilirken, koklear arter oklüzyonu sık değildir. Bu nedenle vertigo olmaksızın işitme kaybında labirent ya da koklear arter oklüzyonu tartışmalıdır. Vertigo ve işitme kaybı birlikteliğinde özellikle risk faktörleri varsa, santral etyoloji düşünülmelidir. AICA enfarktı nadir görülür ancak ciddi sonuçları vardır. Bu olguda risk faktörlerine dikkat etmenin önemi vurgulanmaktadır.

EP - 325 ENGELLENEMEYEN KARDİYOEMBOLİK İNME

CANAN ÇAYLAK

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ

Amaç:
Kardiyoembolizm iskemik inmenin önemli bir nedenidir. Atrial fibrilasyon ; inme riskini yaklaşık 5 kat artırmaktadır. Olgumuzu; kardiyak trombüs varlığından uygun antikoagülan tedaviye rağmen kliniğin çok kötü ilerleyebileceğini, tabloya enfektif endokardit eklenebileceğini vurgulamak için sunmak istedik.

Yöntem:
Konuşma bozukluğu nedeniyle acil serviste değerlendirilen 73 yaşındaki kadın hastanın Difüzyon Ağırlıklı Manyetik Rezonans Görüntülemede(Difüzyon MRG) sol hemisferik embolik paternde difüzyon kısıtlılığı saptandı.Çekilen Beyin+Boyun Bilgisayarlı Tomografi Anjiografide (BTA) belirgin vasküler patoloji izlenmedi ancak kalpte görülen hipodens alanın trombüs olabileceği düşünüldü. Muayenemizde hastanın lateralizan motor defisiti yoktu ancak hafif dizartrikti. AF'si olan hasta intravenöz unfranksiyone heparin tedavisi planı ile Nöroloji servisimize yatırıldı.Takiplerinde kliniği progrese olan hastada yeni embolik iskemik lezyonlar saptandı.Transtorasik Ekokardiyografide (EKO) trombüs saptanmayan hastada ısrarlarımız neticesinde yapılan Transözofagel Eko(TEE)'da sol atrial apendiks içinde 18mm*14mm boyutlarında unstabil hareketli trombüs saptandı.Sonuçları ile konseyde değerlendirilen hastaya Varfarin başlandı.Ancak etkin dozda tedavi almasına rağmen hastanın kliniği kötüleşti ve yeni iskemik odaklar gelişti. Eş zamanlı ateşli dönemleri olması üzerine enfektif endokardit açısından antibiyoterapisi başlandı.Hastanın uygun medikal tedavi ile önlenemeyen yeni lezyonları olması üzerine hasta kalp ve damar cerrahisi kliniğine ameliyat planı ile devir edildi. Ancak hasta ameliyata alınamadan kaybedildi.

Sonuç ve Tartişma:
AF, sol atrium ve sol atrial apendikste trombüs oluşumu kardiyoembolik inmelerin major nedenlerindendir. Etkin antikoagulasyona rağmen yeni inmeler engellenemiyorsa , mevcut trombüse yönelik cerrahi müdahelenin mutlaka akla gelmesi gereken tedavi yaklaşımlarından olması gerektiği kanısındayız.

EP - 326 PROGRESİF MULTİFOKAL LÖKOENSEFALOPATİ, OLGU SUNUMU

CANSU KOSTAKOĞLU DUMAN , ÖMER FARUK TAŞ , ONUR SERDAR GENÇLER , OĞUZHAN KURŞUN

ANKARA ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Progresif multifokal lökoensefalopati (PML), HIV ile yüksek birliktelik gösteren, John Cunningham virüsünün (JCV) neden olduğu, beynin nadir görülen demiyelinizan hastalığıdır. Motor veya duyusal kayıp, kognitif bozukluk, akut ensefalopati, epileptik nöbet, ataksi, hemianopsi, diplopi gibi belirtiler ile prezente olabilir. Mirtazapinin etkinliği PML tedavisinde değişkenlik göstermektedir. Bu vaka takdiminde antiretroviral tedaviye (ART) ilave olarak mirtazapin başladığımız PML ve HIV birlikteliği olan olgu sunuldu.

Olgu:
55 yaş erkek iki haftadır süren sol göz kapağında düşme ve sol vücut yarısında güçsüzlük şikayetleriyle başvurdu. 2 ay önce HIV pozitif saptanan hastanın nörolojik muayenesinde şuuru konfüze basit emirlere koopere, konuşması dizartrik, sol göz hareketleri her yöne kısıtlı, solda pitozu ve asimetrik kuadriparezisi mevcuttu. Diffüzyon manyetik rezonans görüntülemede (MRG) birçoğu 2 ay önceki MRG'de görülen sağ serebellar ve bilateral serebral hemisferlerde difüzyon kısıtlaması gösteren T2 hiperintens lezyonlar görüldü. Kontrastlı serilerde sadece sol talamomezensefalik bileşke lezyonunda zayıf kontrastlanma saptandı.CD4+:47 hucre/µl (500-1200/mm ^{3}), BOS analizinde JCV pozitif saptandı. Tedavide ART'ye mirtazapin 15 mg eklendi ve tedricen dozu artırıldı Takibinde bilincinde, solunum ve genel durumunda bozulma olan hasta entübe edildi ve akabinde yaşamını yitirdi.

Tartışma:
HIV ile ilişkili PML, %5-31 oranında kortikal/derin gri cevher ve serebellar tutulum yapar. Serebral toksoplazmozis ve primer SSS lenfomasından, MRG'de kontrast artışının çok az oluşu ve kitle etkisi olmamasıyla ayrılır. JCV'nin esas hedefi oligodendrositlerdir ve serotonin 5HT-2A reseptör bağımlıdır. 5HT-2A antagonisti olan mirtazapin PML'de virüs yayılımını azaltmak amacı ile başlanmıştır. Ancak ilacın etkinliği PML'de değişkenlik göstermektedir. JCV'nin yayılım hızını azaltan etkin tedavilerin bunması PML'nin seyrine olumlu katkılar yapabilir. Burada HIVin akılda tutulması gereken bu komplikasyona ve tedavi alternatiflerine dikkat çekmek istedik.

EP - 327 NON-HODGKİN LENFOMANIN İLK PREZENTASYONU OLARAK ; GUILLAIN BARRE SENDROMU

EBRU NUR KARAKÖPRÜLÜ , TAHSİN GÜNDÜZALP , ALPEREN KOCAOĞULLAR , TUĞBA EYİGÜRBÜZ , EDA ÇOBAN , NİLÜFER KALE İÇEN

İSTANBUL BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
Gullian Barre sendromu (GBS), akut başlangıçlı, simetrik, otoimmün poliradikülopatidir. Sıklıkla geçirilmiş bir infeksiyon sonrasında gelişen akut arefleksik flask bir tetraparezi tablosu ile ilişkilidir. Etyolojisinde aşı uygulamaları, hematolojik maligniteler ile de ilişkisi mevcuttur. Lenfomaların seyri sırasında periferik sinir sistemi tutulumunun gözlendiği bilinse de , Non-Hodgkin lenfomanın ilk prezentasyonu olarak gelişmesi nadirdir. Bu nedenle olgumuz sunulmaya değer bulunmuştur.

Olgu:
63 yaş erkek hasta ayak tabanlarında başlayarak yukarı doğru yayılan uyuşma, yanma hissi ve giderek artan iki yanlı bacaklarda güçsüzlük nedeni ile başvurdu. Özgeçmişinde konjenital sağırlık dışında hastalık öyküsü yoktu. Nörolojik muayenede bilateral alt ekstremitelerin distallerinde hakim kuvvet kaybı ve uzun eldiven çorap tarzında duyu kusuru mevcuttu. Derin tendon refleksleri alt ektremitelerde alınamadı, üstte ise hipoaktifti. Sistemik muayenesinde servikal bölgede ve bilateral aksiller bölgede lenfadenomegali saptandı. Elektromiyografi'de iki yanlı alt ve üst ekstremitelerde distal kaslarda seyrek denervasyon potansiyelleri ile birlikte nörojen tutulum bulguları görüldü. Beyin omurilik sıvısında (BOS) protein seviyesi 3 kat artmış olup hücre yoktu. Hastaya GBS tanısı ile 5 gün IVIg tedavisi verildi. Tedaviden belirgin yarar gören hasta desteksiz yürür hale geldi. Takiplerinde lenf nodu biyopsi sonucu B hücreli Non Hodgkin Lenfoma gelen hasta hematoloji birimince izleme alındı.

Tartışma ve Sonuç:
Literatürde GBS, birçok hematolojik neoplazi ile, özellikle Hodgkin lenfoma ile ilişkili bulunmuştur. Ancak Non-Hodgkin lenfoma ile nadiren ilişkilendirilmiştir. Polinöropati ve lenfoma gelişimi arasında kabul gören en sık mekanizma, sinir gövdelerinin direkt lenfoma hücrelerince infiltrasyonu ve GBS tipinin meydana getirdiği immün aracılı inflamatuar yanıttır ki bu da paraneoplastik sendrom olarak ifade edilebilir. Olgumuz tipik demyelinizan bir GBS ile prezente olmuş paraneoplastik bir hematolojik maligniteyi gün ışığına çıkartmıştır.

EP - 328 DİFÜZYON MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME SADECE AKUT ENFARKT DEĞERLENDİRMEK İÇİN DEĞİLDİR

FATMA ŞİMŞEK

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ AD, ERZURUM

Amaç:
Hastalar birçok farklı nörolojik yakınma ile acil servise başvurabilirler. Acil servise en sık başvuru nedenlerinden biri de sık görülen nörolojik hastalıklardan olan iskemik inmelerdir. Bu hastaları değerlendirirken sık kullanılan görüntüleme yöntemleri bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT) ve difüzyon manyetik rezonans görüntülemedir (MRG). Bu olgu ile hastaları değerlendirirken difüzyon MRG'nin sadece enfarkta yönelik değerlendirilmemesi gerektiği vurgulanmak istenmiştir.

Olgu sunumu:
Baş dönmesi şikayeti nedeni ile acil servise başvuran ve burada çekilen difüzyon MRG'de akut enfarkt olmaması nedeni ile nöroloji polikliniğine yönlendirilmiş olan hasta değerlendirildi. 42 yaşındaki kadın hastanın yaklaşık 1 yıldır baş dönmesi olduğu, bu şikayetinin zaman zaman daha gürültülü seyrettiği, son birkaç aydır bulantı ve kusmalarında olaya eşlik ettiği ve aynı şikayetle çok sayıda acil başvurusu olduğu öğrenildi. Nörolojik muayenede bilinç açık, oryante ve koopere, motor-duyu defisiti yok, bilateral horizontal nistagmusu var, göz dibi bilateral silikti. Hastanın acilde çekilen difüzyon MRG'sine bakıldığında akut iskemi olmadığı fakat beyin sapı düzeyinde düzgün sınırlı, beyin sapına bası yapan B1000'de hipointens, ADC'de hiperintens lezyon imajı izlendi. Hastaya beyin MRG çekildi. Beyin sapına bası yapan dev anevrizması olduğu ve BOS akımını bozduğu için hidrosefaliye neden olduğu görüldü. Hastaya çekilen BT anjiyografide dev anevrizmanın yer yer tromboze olduğu görüldü. Hasta tedavi amaçlı ileri merkeze yönlendirildi.

Sonuç ve Tartışma:
Hastaları değerlendirirken her zaman sıralama anamnez, muayene ve yardımcı laboratuar tetkikleri şeklinde olursa gereksiz tetkik ve zaman kaybının önüne geçilebilir. Difüzyon MRG akut enfarkta duyarlı olmakla birlikte sadece enfarkt aramak için bakmak doğru bir değerlendirme şekli değildir.

EP - 329 SUBKLAVYEN ÇALMA SENDROMU: OLGU SUNUMU

İSRA NUR KAYAKOĞLU , GOKHAN OZDEMIR , CİHAT ÖZGÜNCÜ , EMİN ERÇİN , BEYZA İNCE

KONYA ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Olgu:
Üst ekstremitelerde nabız alınamamasının çeşitli sebepleri vardır. Özellikle romatolojik ve vasküler nedenler öncelikle düşünülmelidir. Nabız yokluğu dışında ek semptomların da varlığı bizi tanıya yaklaştırır. Kolda uyuşma ve baş dönmesi şikayeti ile gelerek subklavyen çalma sendromu tanısı alan olguyu sunuyoruz.
Bilinen bir hastalığı bulunmayan 65 yaşında erkek hasta acil servise göz kararması, baş dönmesi, mide bulantısı, sol kolda uyuşma ve senkop şikayetiyle başvurdu. Muayenesinde sol kol radial arterden nabız alınamadı. Hastanın sol kolunda elevasyonla beraber uyuşukluk ve elektrik çarpması şikayeti oldu. Yapılan vertebral arter doppler ultrason incelemesinde sağ vertebral arterde retrograd akım izlendi, ön tanı olarak subklavian çalma sendromu düşünülerek hastaya digital substraction kateter anjiografi (DSA) yapıldı. Sağ subklavyen arter orjininde %50 darlık, sol subklavyen arter proksimalinde preoklüzyon izlendi. Darlık stentlenerek rekanalizasyon sağlandı. İşlem sonrası sol radial nabız normal olarak alındı.
Vertebral arterlerde kan akımının yönü sistolde ve diastolde kraniale doğru yönlenmiştir. Subklavyen arterde stenoz olduğunda, arterin distalindeki basıncın azalması nedeniyle ipsilateral vertebral arterde akım tersine dönerek kliniği oluşturur. Bu olgularda baş ağrısı, baş dönmesi, kolda güçsüzlük, uyuşma, kolda soğukluk, ataksi vertebrobaziler sistem yetmezliğini düşündüren semptomlar gözlenebilir. Semptomların süresi saniyeler içinde geçebilir. Bazı olgular semptomsuz da olabilir. Hastanın şikayet durumu ve darlığın yüzdesine göre tedavi kararı verilir. Vakamızdaki gibi tedavide anjiyografi sırasında balon anjiyoplasti ve stentleme kullanılabilir.
Sonuç olarak; başta ileri yaş olmak üzere risk faktörleri olan hastalarda öncelikle iyi bir anamnez, fizik muayene ve uygun tetkikle tanıyı rahat bir şekilde koyabilir ve hastayı doğru şekilde tedaviye yönlendirebiliriz. Bu olgumuzda subklavyen çalma şendromu açısından farkındalık oluşturmak amaçlanmıştır.

EP - 330 ANİ BAŞLAYAN AFAZİ VE PARAPAREZİ İLE PREZENTE MERS OLGUSU

HALİME ŞAHAN , AHMET YABALAK , MİNE AKSEL , SİNEM FİDAN BUÇİN

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Hafif ensefalopatiyle görülen geçici splenial lezyonlar (MERS) bilinç bozukluğu, afazi, baş ağrısı, paralizilerle seyredebilen radyolojik görüntülemelerle tanı koyulabilen klinik-radyolojik bir tanıdır. Görüntülemelerde 2 farklı tipe ayrılır; tip 1'de spleniumun, tip 2'de splenium ve derin beyaz cevherinde (DBC) tutulumu görülür. MERS Tip 2 erişkinlerde çok nadir görülür, literatür araştırmasında Türklerde daha önce bir kez erişkin Tip 2 MERS olgusu görülmüştür. Erişkinlerde nadir görülmesi, tanıdaki güçlük nedeniyle olgumuz sunulmaya layık görülmüştür.

Olgu:
22 yaşında kadın 14 saat önce başlayan konuşma bozukluğu, ekstremitelerde güçsüzlük, baş ağrısıyla başvurdu. 2 gündür boğaz ağrısı, ateşi 37,6 °C olan hastanın özgeçmişinde, soygeçmişinde özellik yoktu. Nörolojik muayenede (NM) bilinci açık, koopere, meningeal irritasyon bulgusu olmadığı görüldü. Konuşmada anlama, adlandırma, tekrarlamanın korunduğu, motor muayenede sol üst 5/5, sağ üst 4/5, bilateral alt 2/5 izlendi. Difüzyon ağırlıklı Manyetik Rezonans görüntülemelerinde (MRG-DWI) bilateral DBC ve spleniumda simetrik difüzyon kısıtlılığı görüldü. Kan tahlillerinde CRP yüksek, lökositozun olmadığı görüldü. Beyin-omurilik sıvısında hücre saptanmadı, protein 151 mg/dl, glukoz normaldi. Takiplerinde kuadriparezi gelişen hastaya pulse steroid (PS) başlandı. Tedavinin 12. saatinde NM doğaldı. 72. saat kontrol MRG-DWI'da lezyonların regrese olduğu görüldü. Bakteriyel/viral enfeksiyon etkenlerine ait kültür/PCR negatif sonuçlandı. Steroid 5 gün verildikten sonra NM normal olarak taburcu edildi.

Sonuç:
MERS erişkinlerde nadir görülen, radyolojik olarak akut toksik lökoensefaloptiyle karışabilen bir tanıdır. Öncesinde enfeksiyon, ateş bulguları, toksik ajan maruziyetinin olmamasıyla klinik olarak ayırt edilebilir. Tedaviyle ilgili literatürde görüş birliği sağlanamasada olgumuzda PS sonrası klinik hızlıca düzelmiştir. Nadirde olsa erişkinlerde DBC lezyonu saptanan hastaların ayırıcı tanısında düşünülmelidir.

EP - 331 SEREBRAL HİPERPERFÜZYON SENDROMU : OLGU SUNUMU

ZEYNEP KAYA DOĞU, ASLI DOĞRU , UĞURCAN UĞUR , İLKİN İYİGÜNDOĞDU

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ABD

Giriş:
Serebral Hiperperfüzyon Sendromu, karotid arter revaskülarizasyon işlemlerinden sonra oluşabilen bir komplikasyondur. Nadir bir komplikasyon olmasına karşın hastalarda ciddi morbidite ya da mortaliteye sebep olabilir. Günümüze kadar birçok patofizyoloji önerilmesine rağmen kronik serebral iskeminin yol açtığı serebral otoregülasyon yetersizliği öne sürülen teorilerin en önemlisidir. Ana diagnostik kriterleri baş ağrısı ve nöbet gibi nörolojik semptomlarının yanında artmış serebral arteriyal kan akımının gösterilmesidir. Bu yazıda karotis stentlemesi sonrası nadir bir komplikasyon olan serebral hiperperfüzyon sendromu gelişen bir vakanın sunulması ve tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu:
75 yaşında kadın hasta baş dönmesi ve baş ağrısı şikayetiyle dış merkez nöroloji bölümüne başvurmuş ve hastada yapılan tetkikler sonucunda sol internal karotid arterde (ICA) %70 darlık izlenmesi nedeniyle hastada sol ICAya elektif stentleme işlemi yapılmıştır.
İşlemden 10 gün sonra hasta acil servisimize bilinç durumunda kötüleşme, nöbet, ateş ve tansiyon yüksekliği ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon ve diyabetes mellitus nedeniyle ilaç kullanımı mevcuttu. İlk başvuru nörolojik muayenesinde aijte konfüze, basit emirlere kooperasyonu kısıtlı, yer zaman kişi oryantasyonu bozuk, sağ üst ve alt ekstremite 4/5 kuvvetindeydi ve sağda plantar yanıtı ekstansör olarak saptandı. Ense sertliği, meningeal irritasyon bulgusu bulunmamaktaydı. Acil serviste yapılan tetkiklerde ilk difüzyon MR görüntülemelerinde sol frontotemporoparietal bölgede ve sağ insüler korteks düzeyinde korteks ve subkortikal beyaz cevheri etkileyen belirgin diffüzyon kısıtlılığı göstermeyen vazojenik ödem ile uyumlu olabilecek lezyonlar izlendi, akut enfarkt lehine bulgu izlenmedi ve Beyin BT tetkiklerinde kanama saptanmadı. Hasta ileri tetkik amaçlı servise yatırıldı. Servis izleminde bilinç durumu stupor olan hastada kontrol görüntüleme planlandı ve hastanın kontrol difüzyon MR görüntülemelerinde sol temporoparietal ADC karşılığı olmayan difüzyon kısıtlılığı boyutlarında progresyon ve vazojenik ödemde artış izlendi. Hasta yoğun bakım koşullarında takip edilerek antiödem ve EEG'de trasenin çoğunluğunda zemin aktivitesinde yaygın yavaşlama aktivitesi görülmesi üzerine antiepileptik tedavileri düzenlendi.
Stent öyküsünü takiben gelişen klinik bulgular ve difüzyon MR'da izlenen lezyon nedeniyle serebral hiperperfüzyon sendromu ön tanısı ile hastaya Beyin Perfüzyon BT yapıldı ve sonucu sol frontal ve temporoparietal bölgede simetriğine göre korteks ve subkortikal beyaz cevheri etkileyen artmış CBV, CBF değerleri izlenmekte olarak raporlandı. Bulgular serebral hiperperfüzyon sendomu ile uyumlu olarak değerlendirildi. Etkin kan basıncı regulasyonu, solunum desteği, antiödem ve antiepileptik tedavileri devam eden hastanın yoğun bakım izlemini takiben servis izlem ve tedavi sürecine devam edildi.
3 hafta sonra yapılan kontrol Beyin Perfüzyon BT'de önceki tetkiklerinde belirgin hiperperfüze olarak izlenen alanın halen sağa göre hafif asimetrik artış izlenmekle birlikte perfüzyonunda önceki tetkike göre belirgin regresyon saptandı. Yaklaşık 1 ay takip ve tedavi sürecinin ardından bilinci açık, basit emirlere koopere, afazik, sağ alt ekstremitede 4/5 motor kuvvet dışında motor defisiti izlenmeyerek taburcu edildi. Taburculuk sonrası 2. ay yapılan değerlendirilmesinde Beyin Perfüzyon MR' da sol temporal lobda özellikle periventriküler alanda CBV haritasında sağ ile karşılaştırıldığında perfüzyonunda asimetrik azalma izlendi ve belirgin hiperperfüze lezyon saptanmadı. Hastanın nöroloji polikliğinde taburculuk sonrası takip süreci devam etmektedir.

Sonuç:
Azalmış serebral rezerv ve kontrolsüz hipertansiyon serebral hiperperfüzyon gelişimindeki en önemli risk faktörlerindedir. Yüksek riskli görülen her hastada yakın postoperatif monitorizasyon ve etkin kan basıncı kontrolü yapılmalıdır. Klinisyenler için serebral revaskülarizasyon prosedürleri sonrası görülen bu potansiyel komplikasyonun erken dönemde tanınması ve benzer klinik bulgulara sahip diğer tablolardan ayırıcı tanısı ile hastalarda etkin tedavi ve müdahalelerin sağlanması önem taşımaktadır.

EP - 332 POLİSİTEMİA VERA İLİŞKİLİ İNTRASEREBRAL KANAMA VAKASIPOLİSİTEMİA VERA İLİŞKİLİ İNTRASEREBRAL KANAMA VAKASI

KEVSER ÖZDEMİR , MERT SARILAR , MERVE ZENGİN , SELMA TEKİN

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ

Giriş ve Amaç:
İnstraserebral kanama (İSK) merkezi sinir sistemi parankimi içine kanamayı ifade eder. Primer ve sekonder olarak ikiye ayrılır. Primer İSK sebeplerini sıklıkla hipertansiyon, amiloid anjiyopati oluştururken sekonder İSK sebepleri arasında anevrizma, arterio-venöz malformasyon, venöz sinüs trombozu, vaskülitik süreçler ve hematolojik hastalıklar yer almaktadır.
Polisitemia verada (PV) kanama insidansı, trombozdan düşüktür ve hastaların yaklaşık %20'sinde ortaya çıkar. Sıklıkla GİS veya SSS kanamaları görülmektedir. İntraserebral kanamaya neden olan mekanizmalar arasında hiperviskoziteye bağlı endotelyal hücre hasarı ile birlikte olan vasküler staz ve edinsel tip IIa vWH'nın gelişimi vardır. Kliniğimizde İK ile gelen bir hastada etiyolojide ilk kez PV saptanması açısından olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu:
34 yaşında erkek hasta, sol kolda güçsüzlük şikayeti ile başvurduğu acil serviste çekilen beyin BT'de sağda bazal ganglionlar komşuluğunda 13x32 mm boyutlarında intraparankimal hemoraji saptanması üzerine interne edildi. Vital değerleri stabil olan hastanın bilinen ek hastalığı veya ilaç kullanımı olmadığı öğrenildi. Olası vasküler malformasyonlar açısından çekilen BT anjiyografisi normal olarak değerlendirildi. Bakılan hemogramda hemoglobin, hematokrit ve eritrosit değerleri yüksek saptandı. Hematoloji tarafından PV olarak değerlendirilen hastaya flebotomi uygulandı. Takiplerinde kanaması regrese olan hasta PV etiyolojisinin araştırılması için hematoloji poliklinik kontrolü önerisiyle taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç:
Polisitemia Vera'da trombosit sayısının yükselmesi sonucunda, trombositlerin bağlanması ve proteolize bağlı olarak yüksek moleküler ağırlıklı von Willebrand multimerlerinin konsantrasyonunun azaldığına inanılmaktadır. İSK ile başvuran hastada etiyoloji araştırmasında kanama diyatezlerinin yanı sıra trombosit fonksiyon defektleri, uzamış kanama zamanı ve aşırı trombositoz ile birlikte edinsel bir vWF defekti geliştirebilen PV'nin akılda bulundurulması açısından vakamızı sunmaya değer bulduk.

EP - 333 MEZENSEFALONDA BULUTLANMA FENOMENİ; VAKA SUNUMU VE LİTERATÜR TARTIŞMASI

MEHMET YERTÜRK , BURAK TEBERİK , ELİF KORKUT , SAMİ ÖMERHOCA , SEBATİYE ERDOĞAN , EDA ÇOBAN , NİLÜFER KALE

S.B.Ü. BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş ve Amaç:
Fogging efekt– bulutlanma fenomeni – iskemik infarktlarda subakut dönemde beyin görüntülemelerde bir infarktın görünmez hale gelmesi ve sonra yeniden belirmesidir. Öncelikle bilgisayarlı tomografi görüntülerinde tanımlanmıştır. Ancak zamanla T2 ağırlıklı MRG ve DWIde de gösterilmiştir. Genellikle enfarktüsün subakut evrelerinde ortaya çıkmaktadır. Çoğunlukla kortikal enfarktlarda olmakla birlikte arka sistem enfarktlarında da gösterilmiştir.

Olgu:
66 yaş erkek hasta iletişim kurulamama, sol göz kapağında düşme şikayetleri nedeniyle acil polikliniğimize başvurdu. Hastaya çekilen Difüzyon MRG'da mezensefalon sol yarımında akut enfarkt gözlendi. Hasta ikili antiplatelet tedavi başlanarak servise yatırıldı. Yatışının 13.gününde genel durum bozukluğu gelişen hastaya çekilen Difüzyon MRG ve T2 ağırlıklı görüntülemelerde yeni gelişmiş bir lezyon olmamakla beraber, yatışı sırasında saptanan klinikten sorumlu lezyonun kaybolduğu görüldü. Servis takiplerinde vital bulguları ve metabolik tablosu stabil seyreden hastanın birkaç gün izleminin ardından taburcu edilmesi planlandı. Taburculuk öncesi tekrarlanan görüntülemelerinde mesensefalon enfarktının yeniden görünür hale geldiği gözlendi. Kliniği stabil olan hasta taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç:
Bulutlanma fenomeni eskiden bilindiği gibi sadece kortikal enfarktlarda beyin tomografisinde gözlemlenen bir revaskülarizasyon bulgusu değildir. Literatürde beyin sapı enfarktlarında da difüzyon ve T2 ağırlıklı sekanslarda gösterilmiştir. Buna dayanarak hastamızın görüntülemelerindeki farklılık bir beyin sapı bulutlanma fenomeni - olarak değerlendirilmiştir.

EP - 334 MTHFR(C677T) HOMOZİGOT MUTASYONUNA BAĞLI OLARAK GELİŞEN SİNÜS VEN TROMBOZU OLGUSU

NİLÜFER BÜYÜKKOYUNCU PEKEL , DEMET YILDIZ , MUHAMMED FURKAN ÖZTÜRKCİ

BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Serebral ven trombozu erişkin yaş grubunda tüm stroke'ların %1-2'sinden sorumludur ,gebelik ve oral kontraseptif kullanımı ile ilişkisi nedeni ile kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir.Etiyolojide post-partum dönem ve gebelik dışında travma,intrakranial enfeksiyonlar,behçet ve lupus gibi sistemik inflamatuar hastalıklar ve hematolojik hastalıklar ön planda yer almaktadır .Superior sagittal ve transvers sinüs %60 oran ile en sık tutulan yapılardır. Baş ağrısı hastaların yaklaşık %90'ında görülür diğer semptomlar;nöbet,parezi,papilödem,zihinsel durum değişiklikleridir.Teşhiste ilk basamak görüntüleme yöntemi BT olup,kranial mrg,mr venografi de diğer tanı yöntemleridir,günümüzde altın standart yöntem MRG'dir.Tedavisi semptomatik,etiyolojiye yönelik ve antitrombotik olarak üçe ayrılır.Tedaviye Heparin veya DMAH ile başlanıp altta yatan trombofili olmadıkça 3-12 ay boyunca oral antikoagülan kullanımına devam edilmelidir.Biz de olgumuzda serebral ven trombozu etiyolojisine göre farklı tedavi yaklaşımlarını tartışmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
57 yaş erkek hasta, yaklaşık 5 yıl önce senkop sonrası düşme ve kot fraktürü nedeni ile göğüs cerrahisi servisinde yatışı oldu yatış sırasında jtk tarzı nöbeti olan hasta nörolojiye konsülte edilmiş o dönemki eeg normal olarak raporlandı ve epilepsi tanısı ile hastaya 2*500mg levetirasetam başlandı.Hastaya o dönem senkop ve nöbet etiyolojisine yönelik olarak diff mr çekilmiş ve sol parietalde akut enfarkt görüldü ayrıca çekilen venöz mr anjio'da superior sagittal ve sağ transvers ve sigmoid sinüste trombüs görülmesi üzerine sinüs ven trombozu tanısı ile coumadin başlandı hastanın ınr efektif değere ulaşınca taburcu edildi.5 yıllık süreçte düzenli ınr takibi yapılan hastanın bu süreçte nöbeti de olmadı.Özgeçmişinde; o dönemde özellik olmayan hastanın mevcut takiplerinde Hipertansiyon ortaya çıktı,poliklinik takiplerinde sinüs ven trombozu etiyolojisine yönelik olarak istenen genetik panelinde homozigot MTHFR(C677T) gen mutasyonu ve heterozigot faktör 13 mutasyonu saptandı.son poliklinik başvurusunda yapılan NM:şuur açık,koopere ve oryante,ır:+/+,bakış kısıtlılığı yok,motor muayenede defisit yoktu,son 5 yıldır nöbeti olmadı ve son bir yıldır levetirasetam kullanımını kendisi sonlandırdı.Ayrıca etiyolojiye yönelik olarak 2018 Yılında yapılan MR venografide sağ transvers sinüs,sigmoid sinüs ve süperior sagital sinüs boyunca kodlanamayan ve kontrast sonrası opasifiye olmayan alan bu düzeydeki venöz sinüs trombozu ile uyumlu olarak saptandı,bu süreçte aralıklı olarak istenen 2021 yılı ve 2023 yılı mr venografide sağda transvers ve sigmoid sinüs kodlanamıyor olarak yorumlandı.

Bulgular:
İlk tanının konulmasından itibaren hastaya oral antikoagülan başlandı ve 5 yıldır düzenli olarak hasta INR takipleri ile warfarin kullanmaya devam etti.O dönemde hastanın geçirdiği jtk tarzı nöbete sekonder olarak başlanan levatirasetam 2*500mg sonrası çekilen eeg'ler normal olarak raporlandı ve hasta levetirasetam tedavisinin 4.yılında nöbetlerinin olmamasına dayanarak bu tedaviyi kendisi sonlandırdı ve bir yıllık süreci de nöbetsiz geçirdi.Tedavi sürecinde yine etiyolojiye yönelik olarak hastadan istenen genetik panelde MTHFR(C677T) homozigot mutasyon olarak saptandı ve hastanın da warfarin kesilmesine yönelik poliklinik başvuruları nedeni ile Hematolojiye konsülte edildi.Hematoloji konsültasyona cevaben hastanın protein c-s düşüklüğünün coumadin ilişkili olabileceğini eğer nörolojik açıdan uygunsa coumadin kesildikten sonra bu testlerin tekrarlanması gerektiğini ve buna göre tedavi yol haritasının çizilmesi gerektiğini belirtildi.

Sonuç:
Serebral ven trombozunda mortalite oranı çalışmalarda %2,5-20 arasında bulunmuştur,Bu yüzden etkin tedavinin yapılması önem arz etmektedir.Bugüne kadar yapılan çalışmalarda vakaların %90'ında etkili olabilen antikoagülasyon tedavisi çoğunlukla kabul görmüştür.Avrupa kılavuzlarında yeni nesil oral antikoagülanların kullanımı önerilmese de yeni nesil oral antikoagülanlarla da tedavi ve takip yapan klinikler vardır.Venöz tromboz geçici bir etiyolojiye sahipse,antikoagülan tedaviye 3-12 ay süreyle devam edilmesi önerilmekte ancak herediter veya edinsel trombofililer gibi altta yatan sebeplerde daha uzun süreli antikoagülasyon önerilse de net bir sonlanım noktası belirtilmemiştir.Olgumuzda MTHFR (C677T) mutasyonu mevcut olup bu mutasyon hiperhomosisteinemi nedenli protombotik bir etkiye sahip olduğundan hastanın warfarinin stoplanmasına yönelik poliklinik başvurularında hassas davranıldı ve tedavi süreci devam ettirildi.Bu süreçte tekrarlayan bir tromboz öyküsü olmadı.

EP - 335 ALLOJENİK KEMİK İLİĞİ TRANSPLANTASYONU YAPILAN REFRAKTER AKUT MİYELOİD LÖSEMİ HASTASINDA GELİŞEN PROGRESİF MULTİFOKAL LÖKOENSEFALOPATİ: OLGU SUNUMU

SAHİB ROVSHANOV [1], YAGUT HÜSEYNOVA [2], HAKAN AKGÜN [1], ÜLKÜ BEKAR [3], OSMAN İLHAN [2], AYNUR UĞUR BİLGİN [2]

[1] ANKARA KORU HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] ANKARA KORU HASTANESİ, HEMATOLOJİ KLİNİĞİ
[3] ANKARA KORU HASTANESİ, RADYOLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Progresif multifokal lökoensefalopati (PML), allojenik kemik iliği transplantasyonu (KİT) sonrası takipte ortaya çıkan ; kronik immunsüpresyon ve bozulmuş hücresel immuniteden kaynaklı olduğu düşünülen nadir ölümcül bir komplikasyondur. Burada refrakter akut miyeloid lösemi (AML) tanısı ile allojenik KİT yapılan ancak hastalık bulguları devam eden ve bu nedenle kemoterapi alırken PML bulguları ortaya çıkan bir olgu sunulmuştur.

Olgu Sunumu:
43 yaşında erkek hasta, beş ay önce AML tanısı konularak kemoterapi ve ardından allojenik KİT yapılan, hematoloji servisinde kemoterapi tedavisi ile takip edilirken son bir haftadır artan uyku hali, bilinç bulanıklığı, konuşmada azalma ve davranış bozukluğu ile tarafımıza danışıldı. Yapılan nörolojik muayenesinde anormal olarak bilinç durumunda konfüzyon hali, zaman ve yer dezoryantasyonu, kelime çıkışında azalması vardı. Diğer nörolojik muayene bulguları normal sınırlarda olan hastanın çekilen beyin manyetik rezonans görüntülemede (MRG) sol serebral hemisferde eksternal kapsül, insula, talamus arka medial kesimi ile temporal lobda difüzyon kısıtlığı ve kontrastlanma göstermeyen T2 hiperintens lezyon alanı öncelikle PML lehine yorumlandı. Hastaya lomber ponksiyon yapıldı ve beyin-omurilik sıvısında Polyoma JCV PCR kopya sayısı yüksek çıkınca tanı doğrulandı. Hastaya virüs spesifik T hücre tedavisinin verilmesi planlandı, ancak yeterli kanıt olmaması ve primer hastalığının dirençli olması nedeni ile uygulanamadı. Bir diğer seçenek olan pembrolizumab tedavisi de yine hastanın genel durumunun kötü olması ve yan etki profili nedeniyle verilemedi. Mirtazapin ve düşük doz sitozin arabinozid (ara-C) başlanan hastanın PML tanısı aldıktan yaklaşık iki ay sonra dış merkezde vefat ettiği öğrenildi.

Sonuç:
Allojenik KİT sonrası nadir görülen PML güncel tedavi seçeneklerine rağmen halen oldukça mortal seyirli bir komplikasyondur. Sunulan olgumuzda altta yatan hastalığının refrakter olması ve bu nedenle de mevcut tedavi seçeneklerinin uygulanaması nedeniyle hastalık progresif seyrederek ölümle sonuçlanmıştır.

EP - 336 NÖBET İLE PREZENTE OLAN PEDİATRİK KORTİKAL DİSPLAZİ OLGUSU: OLGU SUNUMU

SEVDA YAZICIOĞLU AĞCA [1], ABDULLAH CANBAL [2], BURCU ÇALIŞKAN [2], SALİHA YAVUZ ERAVCI [2], AHMET SAMİ GÜVEN [2]

[1] NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ AD
[2] NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ, PEDİATRİK NÖROLOJİ AD

Giriş:
Fokal kortikal displazi (FKD), kortikal gelişimsel malformasyonlar arasında en sık görülen ve pediatrik yaş grubunda cerrahi tedavi uygulanan ilaca dirençli epilepsilerin en sık nedenidir. Biz bu olguda fokal kortikal displazisiye bağlı nöbetleri olan hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu:
Üç yaşında erkek olgu; 2 gün önce başlayan ve toplamda 10 kere olan gözlerde sağa deviasyon , göz kapağında myokloni , sabit noktaya bakma, kollarda sağ doğru versif şekilde nöbet geçirme şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Prenatal ve postnatal öyküde özellik yoktu. Miadında 3400 gram olarak normal vajinal yolla doğmuştu. Öz geçmiş ve soy geçmişte özellik yoktu. Sistemik ve nörolojik muayenesi normal olan olgunun rutin biyokimya tetkiki normaldi. Çekilen beyin manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) , kortikal displazi ile uyumlu sol frontal verteks parankimde T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintens, T1 ağırlıklı görüntülerde de hipointens lezyonlar görüldü. Spektroskopik incelemede tanımlanan lezyonda tümöral dokuyu düşündüren kolin piki görülmemiş olup normal serebral metabolit değerleri mevcuttu. Nöbet semiyolojisi ILAE 2017 'ye göre farkındalığın korunduğu fokal motor nöbet sınıfında idi. EEG' de, trase süresince aralıklarla izole ve 1-4 Hz seriler halinde sol hemisfer frontal bölgede orta amplitüdlü diken dalgaların paroksizmleri izlendi. Levetirasetam ve sodyum valproat ile nöbetleri kontrol altına alınan hasta beyin cerrahisi bölümü ile birlikte nöbetsiz olarak takip edilmektedir.

Sonuç:
Bu olgumuzu, pediatrik yaş grubunda dirençli epilepsi varlığında gelişimsel malformasyonlardan sık görülen fokal kortikal displazi olabileceğinin de düşünülmesi ve nöbet ile gelen olgularda beyin MR görüntülemenin önemini vurgulamak için sunduk.

EP - 337 AKUT KORONER SENDROM İLİŞKİLİ BAŞ AĞRISININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ

YASEMİN EREN , BEYZA NUR ÇETİN , BERİA NUR ERTUĞRUL

ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

Amaç:
Akut Koroner Sendrom tanısı ile başvuran hastaların baş ağrısı özelliklerinin klinik olarak değerlendirilmesi ve kardiyak baş ağrısı kriterlerinin tartışılması.

Gereç ve Yöntem:
Akut Koroner Sendrom tanısı ile başvuran ardışık 148 hastada baş ağrısı özellikleri, demografik veriler ve kardiyak bulgular iki nörolog tarafından kayıt edildi.

Bulgular:
Toplam 21 hastada baş ağrısı saptandı. 12 erkek, 9 kadın hastanın tamamında baş ağrısı ve göğüs ağrısı eş zamanlıydı. Ağrı süresi 22,9 ± 21,2 saat, %47.6 oranında sıkıştırıcı ve ağrı şiddeti VAS'a göre 7,5 ± 1,8 idi. %52 oranında genelde frontotemporoparietal bölgede lokalize idi. 7 hastada bulantı varken, 10 hastada fotofobi ve eforla ağrıda artış vardı. %90.5 oranında hastalarda ST elevasyonu, %43.1 oranında sirkumfleks arter oklüzyonu saptandı, girişimsel işlem yapıldı ve düzelme izlendi. Uluslararası Baş Ağrısı Sınıflandırmasına göre 4 hasta kardiyak baş ağrısı kriterlerini karşıladı.

Sonuç:
Kardiyak baş ağrısı özellikleri değişkenlik göstermekte ve revizyon önerileri bildirilmektedir. Bu çalışmada verilerimiz literatür ışığında tartışılmıştır.

EP - 338 AKUT GELİŞEN KORE OLGUSUNDA OLASI TOKSİN MARUZİYETİ

TUĞBA ATASOY, CANSU İREM ALTUNEL , FATMA GENÇ , EYLEM ÖZAYDIN GÖKSU , AYSUN TILTAK

ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:
41 yaşında erkek hasta sağ elde istemsiz atım şikayetiyle acil serviste değerlendirildi.Hastanın şikayeti acil servis başvurusundan yaklaşık 13 saat önce birden başlamış.Acil servise başvurana dek atımlarda azalma olduğunu ifade ediyor. Bu şikayetlerine ek olarak peltek ve anlamsız konuşma şikayeti de olmuş. Hastanın bilinen kronik hastalığı olmadığı, günde 3 paket sigara kullanımı olduğu alkol ve madde kullanımı olmadığı aynı zamanda hastanın tarım ile uğraştığı neredeyse her gün zirai ilaçlama yaptığı öğrenildi. Sağ kol ve bacakta koreiform hareketler dışında nörolojik muayenesi normaldi.çekilen nörogörüntülemelerinde sol corpus striatumda adc karşılığı olmayan hiperintensite izlendi.akut başlangıçlı hareket bozukluğu ön tanısı etyoloji araştırmak için haloperidol tedavisiyle serviste takibi yapıldı.Hasta Asetilkolinesteraz(ace) düzeyi,vaskülit paneli,kontrastlı kranial mr, bos incelemesi;Nöroakantositoz ,Wilson hastalığı,Akut romatizmal ateş,Granülomatoz hastalık Romatizmal hastalıklar ve toksik maruziyet açısından değerlendirilmesi planlandı.Takip sürecinde koreiform hareketlerinde düzelme izlenen hastanın; yapılan tetkikler sonucunda yıllardır koruyucu ekipman olmaksızın zirai ilaçlama maruziyeti olması akut başlayan koreiform hareketlerinin toksik maruziyete sekonder olabileceği düşünüldü.Henüz sonuçlanmayan tetkikleri takip edilmekte.Hasta göğüs hastalıkları ve nöroloji poliklinik kontrollerine çağrıldı.

EP - 339 FİSHER'İN 1.5 SENDROMU VE FASİYAL PARALİZİ NADİR BİR OLGU 8.5 SENDROMU

ALİHAN ABDULLAH AKBAŞ [1], LEVENT AVCI [1], BİLGEHAN ATILGAN ACAR [2]

[1] *S. B. SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ*
[2] *SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ A.D.*

Giriş:
Bir buçuk sendromu; MLF ile birlikte 6. sinir çekirdeğini veya PPRF içeren tek taraflı bir lezyondan kaynaklanmaktadır. İpsilateral 7. kranial sinir çekirdeğinde de bir lezyon görüldüğü zaman 8.5 sendromu adını alır. Ponsta bulunan PPRF/ abdusens nükleus lezyonu ipsilateral konjuge bakış felcine ve MLF lezyonu da ipsilateral adduksiyon kısıtlılığına neden olur. 7. sinir lezyonunda fasiyal paraliziye neden olur. Çok az sayıda olguda tanımlanan sendromun en sık nedeni ise iskemik serebrovasküler hastalıklardır. Bu yazıda ani başlangıçlı 1.5 sendromu ve santral tipte 7. kranial sinir paralizisi kombinasyonu ve kontralateral hemiparezisi olan 8.5 sendromu olgusu sunuldu.

Olgu:
70 yaş erkek hasta yatağında tepkisizlik, konuşmama ve tüm vücutta olan kasılma ile acil servise getirilmiş. Gelişinde genel durum orta-kötü şuur açık kısmi koopere kısmi oryanteydi. Dizartrik, pupiller izokorik, IR ışık refleksi +/+, sol göz içe, her iki göz sola bakış kısıtlı idi. Sol nlo silik, sol üst 3/5 alt 2/5 hemiparetikti. Beyin BT'de pons sol yarımında hipodens alan izlendi. Hastaya kalp pili nedeniyle MR çekilemedi. 8,5 sendromu tanısı alan hasta antiagregan tedavisi başlanıp yoğun bakım takibine alındı.

Tartışma:
8.5 sendromu PPRF ve MLF in yanı sıra fasiyal sinir çekirdeği veya fasikülünün tutulduğu kaudal pons tegmentum lezyonlarında görülmektedir. 1.5 sendromu klinik bulguları izlenen hastamızda fasiyal paralizi ve kortikospinal traktus tutulmasına bağlı olarak kontrolateral hemiparezinin ani başlaması ön planda iskemik inme düşündürdü. Hastamızda olduğu gibi ani başlayan benzer göz hareket bozukluklarında öncelikli olarak pons düzeyinde inme ve mevcut bulgularla 8,5 sendromu olabileceği akılda tutulmalıdır.

EP - 340 BALO'NUN KONSANTRIK SKLEROZU: OLGU SUNUMU

NURAY BİLGE , FURKAN KUMURCU

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, ERZURUM

Giriş:
Balonun konsantrik sklerozu (BCS), nadir görülen bir demiyelinizan hastalık olup, multipl sklerozun (MS) atipik formlarından biri olarak da kabul edilir. BCS genç erişkinleri etkileyen monofazik, ilerleyici ve fulminan seyirli bir hastalık olarak tanımlansa da seyrinin ilk bildirilerden farklı olarak her zaman kötü olmadığı son yıllarda çeşitli olgu sunumları ile anlaşılmıştır. Burada başlangıçta Balo'nun konsatrik sklerozu için tipik MRG görüntüleri olan ve takiplerde stabil seyreden MS spesifik tedavi ile takipli bir olgumuzu sunuyoruz.

Olgu:
25 yaşında erkek hasta yaklaşık 10 gündür olan sağ kol bacakta güçsüzlük, peltek konuşma, ağızda kayma şikayetleri ile başka bir merkezde çekilen beyin MRG'de multipl lezyonlar görülmesi üzerine tarafimiza sevk edilmiş. Öyküsünde 2 yil önce yine sağ taraf güçsüzlük ve çift görme şikayeti nedeni ile tetkik edildiği, geçici iskemik atak düşünülerek antiagregan 100 mg 1*1 başlandığı öğrenildi. Nörolojik muayanesinde şuur açik, oryante-koopere, kraniyal sinirler intaktt, ense sertliği yok, sağ MFP, sağ üst ekstremİte +3/5, sağ alt ekstremİte 4+/5 motor kuvveti mevcut, duyu defisiti yok, serebellar testler sağda beceriksiz, DTRler normoaktif, taban cildi refleksi bilateral fleksördü. Kontrastlı beyin MRG'de en büyüğü 21x17 mm olan sol frontal lobda sağ temparoparietalde, periventriküler bazıları korpus kallosuma dik seyirli, brakium pontis düzeyinde multipl sayıda bazılarının etrafında yoğun ödem etkisi olan yer yer kontrast tutulumlarının olduğu multipl lezyonlar mevcuttu MS? ADEM ? Balo'nun konsatrik sklerozu? ön tanıları olarak düşünüldü (Şekil 1). MRG spektroskopisi ön planda ADEM? MS? uyumlu olarak raporlandı. Spinal MRG normaldi. BOS biyokimyası normaldi OKB gönderildi. HIV, Treponema pallidum, Borrelia burgdorferi, EBV, CMV, Toksoplazma gondii ve otoimmun antikorlar (anti-nükleer antikorlar (ANA), anti-DNA, anti-mitokondriyal antikorlar, anti-Ro, anti-Sm, A Scl 70, negatif veya normal bulundu. VEP normaldi. Hastaya 7 gün 1 gr İV metil prednizolon verildi, şikayetlerinde düzelme olmaması üzerine günaşırı 5 gün plazmaferez tedavisi yapildi, ek olarak 3 gün gün aşırı İV 1 gr metil prednizolon tedavisi verildi. Tedavi sonrası şikayetlerinde kismi düzelme görüldü. Sağ ekstremite istemsiz kasilmaları için gabapentin 300 mg 1*1 başlandı, kasılmalar azaldı. Takiplerinde OKB sonucu tip 2 (2 band) pozitif saptandı. MS tanısı ile teriflunamid 14 mg 1*1 başlandı. Hasta gabapentin 2*300mg , teriflunamid 14 mg 1*1 ile taburcu edildi nöroloji poliklinik kontrolü önerildi. 3 yıllık takiplerinde radyolojik ve klinik aktivite izlenmedi.

Tartışma ve Sonuç:
Balonun konsantrik sklerozu (BCS), nadir görülen bir demiyelinizan hastalık olup, agresif ve sıklıkla ölümcül bir klinik seyir sergileyen multipl sklerozun (MS) [1] atipik formlarından biri olarak kabul edilir [2]. BCSnin en yaygın olarak rapor edilen klinik belirtileri bilişsel veya davranışsal işlev bozukluğu, baş ağrısı ve/veya nöbetleri içerir [3] ve başlıca ayırıcı tanılar tümefaktif demiyelinizasyon, akut dissemine ensefalomiyelit, merkezi sinir sistemi tümörleri, serebral apse ve lenfomadır. Bununla birlikte, MRI görüntülemenin gelişmesi [4] hastalığın daha iyi anlaşılmasına yol açmıştır ve artık birçok hastanın atak sonrasında neredeyse tamamen iyileşebildiği kabul edilmektedir. BCS, kötü prognoz, nöropatolojik lezyonlar (demiyelinizasyon ve normal miyelinasyonun değişen lamelleri) ve BOS analizinde Oligoklonal bantların bulunmaması nedeniyle genellikle MSden farklı bir antite olarak kabul edilmiştir. Ancak bu görüş yakın zamanda tartışılmaktadır. Hastamızda MS için atipik sayılacak hemiparezi başlangıcı vardı ancak BOSicelemsinde OKB pozitif saptanmıştı ve BCS için soğan kabuğu benzeri tipik beyin MRG bulgusu ve eş zamanlı MS için tipik korpus kallosuma dik plaklarda vardı. BCS'de tipik olarak MRG'de iç içe geçmiş lameller halinde soğan zarı benzeri görünümü olan büyük lezyonlar bulunur. Hastalık histopatolojik olarak konsantrik, lamelli tarzda demiyelinizan, bunlarla alterne eden miyelinin korunduğu muhtemel remiyelinizan alanlarla karakterizedir. Son zamanlarda olgumuzda olduğu gibi aynı hastada BCS ve tümefaktif demiyelinizasyonun ortaya çıktığı olgular rapor edilmiştir.

Ayrıca, MSin klinik seyri sırasında Balo lezyonları ortaya çıkabilir. Balo lezyonları olan bazı hastalarda zamanla MS gelişebilir. Hastamızda da eş zamanlı BCS ile uymlu ve tipik MS plakları ile uyumlu görünümü mevcuttu, BOS okb Tipik tip 2 pozitifdi ve beyin MRG takiplerinde lezyonlarında küçülme gözlenirken tipik soğan zarı görünümü kaybolmuştu.

Sonuç olarak Balonun konsantrik sklerozu nadir genç erişkinlerde görülen demiyelizan bir hastalıktır. BCS'nin daha önce tanımlandığı gibi ilerleyici ve fatal gidişli olmayıp, olgumuzda olduğu gibi prognozunun bilinenden daha iyi bir hastalık olduğu dikkati çekmiştir ve MS başlangıcı yada seyrinde de görülebileceği akılda tutulmalıdır.

EP - 341 PARANEOPLASTİK KOREATOTOZ

SEBAHAT SUAY , GÖZDE TÜREDİ , SEMA AKARSU , RAHŞAN KARACI , MUSTAFA ÜLKER , FÜSUN MAYDA DOMAÇ

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Paraneoplastik sendromlar santral sinir sisteminin birden çok alanının etkilenmesi sonucu çeşitli nörolojik semptomları içerir. Paraneoplastik hareket bozuklukları nadir görülür, otoimmün ve metastatik olmayan indirekt ilişkili komplikasyonlardır. Farklı oluşum mekanizmaları, klinik görünümleri ve tedavi süreçleri tabloyu ilginç kalmaktadır. İdiopatik veya dejeneratif olarak kabul edilen birçok hareket bozukluğu artık immün aracılı olarak kabul edilmektedir. Anti-CRMP5 ile ilişkili olarak kore görülebilmektedir ve bu paraneoplastik olarak değerlendirilmektedir. SLE ve APAS ile ilişkili hareket bozuklukları çoklu antikorlarla birlikte ortaya çıkar, paraneoplastik değildir, moleküler taklit veya bilinmeyen mekanizmalarla tetiklenir.

Olgu:
Bilinen hipertansiyon, diyabet, hipotiroidi tanıları olan 54 yaşında kadın hasta 1 aydır olan el ve ayaklarda eldiven çorap tarzı uyuşma ve istemsiz hareket şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Nörolojik muayene istemsiz hareketleri dışında doğaldı. EMG tetkikinde bilateral simetrik sensoriomotor aksonal polinöropati+bilateral hafif kts saptandı. Akantasitoz ön tanısıyla istenen periferik yaymada %1'den az akantosit gözlendi. Wilson ön tanısıyla istenen bakır ve serüloplazmin düzeyleri normaldi. Kraniyal MR'ında yaygın atrofi, kronik iskemik gliotik odaklar izlendi. Kore tedavisi için kademeli 3*10 damla haloperidol başlandı.Öksürük şikayeti nedeni ile çekilen akciğer grafisinde hiler dansite artışı saptanması üzerine çekilen kontrastlı toraks BT'de sağ hiler mediastende kitle saptandı.Göğüs hastalıkları tarafından devralınan hastada yapılan biyopside küçük hücreli akciğer karsinomu saptanması nedeniyle hastaya paraneoplastik hareket bozukluğu tanısı konuldu.

Tartışma:
Biz bu vakayı Akut gelişen hareket bozukluklarında sekonder nedenler araştırılması gerektiğini göstermek amacıyla yazdık. Görüntüleme yöntemleri ve laboratuar tetkikleri yapılarak paraneoplastik sendromlar akılda tutulmalı ve tümör araştırılması gerekmektedir

Kaynaklar

1)https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33208548/
2)https://nn.neurology.org/content/8/4/e1014?fbclid=IwAR24H0tnvWeQYow2weGkZVAWsmuU9lqNvke_oVUBV_udPbl6405xdWaqeXg

EP - 342 POSTER OLGU SUNUMU - KOLON KANSERİ METASTAZINA BAĞLI GELİŞEN KAVERNÖZ SİNÜS SENDROMU

BURCU NUR PALA , ALENE SAR , MERVE HAZAL SER , ÖZLEM AKDOĞAN , AYSEL TEKESİN , UFUK EMRE TOPRAK

İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Kavernöz sinüs sendromu; unilateral oftalmopleji, retroorbital ağrı, trigeminal sinir disfonksiyonu ile karakterize bir tablodur. Neoplastik, enfeksiyöz ve inflamatuar patolojiler olmak üzere çeşitli etiyolojik süreçlerle ilişkilendirilirken, kavernöz sinüs metastazları oldukça nadir bildirilmiştir. Bu yazıda kolon kanser metastazına bağlı gelişen bir kavernöz sinüs sendrom olgusunu sunmak istedik.

Olgu:
67 yaşında kadın hasta 1,5 ay önce sol yüz yarımında ağrıyı takiben haftalar içinde gelişen diplopi şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde 14 yıl önce kolon kanseri tanısı ile 2 yıl önce kemik metastazı nedeniyle radyoterapi ve kemoterapi öyküsü mevcuttu. Nörolojik muayenesinde sol yüz yarımı V1 ve V2 trasede hipoestezi, sol 3.ve 4. kranial tutulumu saptandı. Çekilen kranial MR'ında sol orbita apeksini ve kavernöz sinüsü infiltre eden Mackel Cave'e uzanım gösteren kontrastlanan lezyonu mevcuttu. BOS incelemesi normal sınırlardaydı. 7 gün 1 gr IVMP a ağrısı ve diplopisi yanıtsızdı. Kraniyal BT'de kemik destrüksiyonu olması nedeniyle lezyonun kolon kanserine bağlı sklerotik metastatik bir süreç olduğu düşünüldü. Doku biyopsisi planlandı ancak hasta kabul etmedi. Lezyona radyoterapi uygulandı. Radyoterapi sonrası şikayeti kısmen geriledi, radyolojik olarak lezyonun progrese olduğu izlendi.

Sonuç:
Malignitelere bağlı metastatik kavernöz sinüs tutulumu oldukça nadirdir. Literatürde sıklıkla baş boyun bölgesi, meme ve akciğer malignitelerine bağlı bildirilmiştir. Kolorektal kanserle ilişkili kavernöz sinüs metastazı, literatürde az sayıda belgelenmiş son derece nadir vakalardır. Ancak yeni keşfedilen antikanser tedaviler ile uzayan sürvinin bu durumda rolü olduğu düşünülmektedir. Özellikle ileri yaş, steroid tedavisine yanıtsız kavernöz sinüs sendromu olgularında metastatik tutulumun ayırıcı tanıda yer almalıdır.

EP - 343 DEMANS İLE KARIŞABİLEN VE PSİKOZ BULGULARIYLA GİDEN HİPOTİROİDİ ENSEFALOPATİSİ OLGUSU

DİLA SAYMAN , UMUTCAN DURAN , RAMAZAN KARACA , BURAK YULUĞ

ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Hipotiroidi veya Hashimoto ensefalopatisi (HE), toplumda nadir görülen ve altta yatan otoimmün nedenlere bağlı olarak gelişen nadir bir tablo olarak karşımıza çıkmaktadır. Prevalansı 2/100.000 olarak belirlenmiştir. Patogenezi tam olarak aydınlatılamamış olmakla beraber oto antikorlarla olan yakın ilişki ve steroide dramatik yanıt izlenmesi nedeniyle otoimmün bir bozukluk olarak kabul edilmektedir. Davranış değişiklikleri, bilişsel bozukluk, unutkanlık, konfüzyon, inme benzeri semptomlar, nöbet, miyokloni ve psikiyatrik semptomlarla beraber hastalığın geniş bir klinik prezantasyonu bulunmaktadır. Hastalığın tanısı manyetik rezonans (MR) görüntüleme teknikleri, EEG, kan laboratuar parametreleri ve beyin omurilik sıvı örneği incelemesinden yararlanılarak koyulabilmektedir. Bu olgu sunumunda 60 yaşında davranış bozuklukları ile başvuran bir HE hastası sunulmuştur.

Olgu:
60 yaşında erkek hasta, 3 gün önce aniden başlayan baş ağrısını takiben unutkanlık, halüsinasyon ve sanrı şikayetleri ile nöroloji polikliniğimize başvurdu. Hasta yakınlarından alınan bilgilere göre hastanın olmayan olayları olmuş gibi anlattığı, ani sinirlenmelerinin olduğu ve zaman zaman anlamsız mırıldanmalarının olduğu öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde 1 yıl önce tiroid bezinden opere olduğu ve operasyon sonrası levotiroksin ilacını kullanmadığı öğrenildi. Hastanın yapılan nörolojik muayenesinde bilinci açık, oryante, koopere idi. Motor muayene, kranial sinir muayenesi, yürüyüş ve denge muayenesi olağandı. Hastadan anamnez alındığı sırada kendisinin uçabildiğini ve bunu kanıtlamak için balkondan atlayabileceğini söylemesi dikkat çekti. Hasta iskemik inme ve subaraknoid kanama ön tanılarıyla ileri tetkik ve araştırma amacıyla nöroloji servisine yatırıldı. Hastanın hezeyanları üzerine psikiyatri görüşü istendi, haloperidol tedavisi başlandı ve hastanın suisid riskine karşın hasta penceresiz odaya alındı. Nörokognitif testlerinde mini mental test skoru 18/30, MOCA skoru 14/30 idi. Hastanın yapılan santral görüntülemelerinde difüzyon kısıtlılığı veya kanama alanı izlenmedi. MR görüntülerinde global atrofi ve iskemik gliotik odakları mevcuttu. Hastanın kan parametrelerinde TSH düzeyi 82.79, serbest T3 1.73, Serbest T4 0.23 olarak ölçüldü. Hastada ilk olarak düşünülen iskemik inme ve subaraknoid kanama ön tanılarından uzaklaşılarak hipotiroidi ensefalopatisi tanı olarak düşünüldü. Hastanın çekilen EEG'sinde bilaeral frontal ve parietal bölgelerde 8 Hz. zemin aktivitesi izlendi. Tiroid ultrasonografisinde tiroid bezi sol lobu operasyona bağlı olarak gözlenemedi, sağ lobu lokalizasyonunda 7*8*11 mm boyutunda izoekoik lezyon izlendi. Hasta lomber ponksiyon işlemine onam vermediği için BOS incelemesi yapılamadı ve pulse steroid tedavisi ve levotiroksin tedavisi başlandı. Hasta steroid tedavisine dramatik yanıt verdi ve steroid tedavisi sonrası semptomları azaldı. Aynı zamanda tedavi sonrası nörokognitif testleri tekrarlanan hastanın mini mental test skoru 24/30, MOCA skoru ise 20/30 olarak raporlandı. Tedavisi tamamlanan hastanın levotiroksin tedavisi ve oral steroid tedavisi dahiliye bölümü ile düzenlenerek, düzenli poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Tartışma:
Hashimoto ensefalopatisi ilk olarak Brain ve arkadaşları tarafından 1966 yılında literatüre kazandırılmıştır. Günümüze kadar yaklaşık 200 vaka bildirilmiş olup nadir görülen ve otoimmün zeminli olduğu düşünülen, patofizyolojisi hala tam anlamıyla aydınlatılamamış bir tablodur. HE genellikle 4. Dekatta ve kadınlarda görülen bir hastalıktır ve hastalığın tanısında spesifik bulgular olmamasına karşın görüntüleme yöntemleri, kan laboratuvar teknikleri, EEG çekimi ve BOS bulguları yardımcı olabilmektedir. MR görüntülemeleri genellikle normal olarak gözlenmekle beraber iskemik gliotik odaklar, demiyelinizasyon, ödem ve atrofi gibi hastalığa spesifik olmayan bulgular görülebilmektedir. EEG'de ise en sık görülen bulgu zemin aktivitelerinde yavaşlama olarak bilinmektedir. BOS incelemelerinde otoimmün antikorların varlığı ve protein yüksekliği gözlenebilmektedir, %27 oranında oligoklonal band pozitifliği olması da dikkat çekicidir. Hastalığın çok çeşitli klinik semptomları olabilmesi ve steroid tedavisine yanıt vermesi nedeniyle klinisyenler tarafından anamnezin dikkatli ve ayrıntılı alınması ve ayırıcı tanıda hipotiroidi ensefalopatisinin düşünülmesi, hastaların doğru tanı alarak tedaviye ulaşmaları ve yanlış tedavi almalarının önüne geçilmesi amacıyla önem arz etmektedir.

EP - 344 KONTRASTSIZ BT KESİTLERİNDE BAZİLER ARTER ANEVRİZMASINI TAKLİT EDEN NONANEVRİZMAL PERİMEZENSEFALİK SUBARAKNOİD KANAMA OLGUSU

EZGİ AYŞE ÇAKIR KARAHAN

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Subaraknoid hemoraji; mortalite ve morbiditenin önemli bir kısmını oluşturur. Subaraknoid hemorajilerin büyük bir çoğunluğu anevrizmal kaynaklı olmakla birlikte %15-20'sinde etiyoloji bulunamamıştır. Başlangıç semptomları birbirleriyle benzer şekildedir ancak non-anevrizmal kanamalar anevrizmal olanlara göre daha benign karakterdedir. Erken ve doğru tanınması komplikasyonu arttırabilecek olan gereksiz tetkiklerin ve cerrahi müdahalenin önlenmesi açısından önemlidir. Bu çalışmada biz orta şiddette baş ağrısı ile ayaktan nöroloji polikliniğine başvuran bir hastada bilgisayarlı tomografide (BT) baziler arter anevrizmasını taklit eden perimezensefalik kanamanın görüntüleme ve klinik bulgularını paylaştık.

Olgu Sunumu:
Üç gündür süren, orta şiddette baş ağrısı nedeniyle başvuran 59 yaşında erkek hasta takip altına alındı. Nörolojik muayenesi doğaldı.Hastanın Beyin BT'de beyin sapı anterioründe baziler arter anevrizmasını yansıtabilecek ancak subaraknoid kanamadan (SAH) ayırt edilemeyen hiperdens lezyon görüldü. Anevrizma ayırıcı tanısı için bir gün sonra BT anjiografi (BTA) ve dijital substraksiyon anjiografi (DSA) yapıldı. Anjiografik serilerde vertebrobaziler arter sisteminin normal kalibrasyonda olduğu görüldü. Anevrizma izlenmedi. Kontrol görüntülemelerinde mevcut sinyal artışının azaldığı görüldü.Hasta klinik bulgular ve radyolojik bulgularıyla değerlendirildiğinde hastaya spontan perimezensefalik kanama tanısı konuldu. Mevcut baş ağrısı için semptomatik tedavi verildi. Internasyon süresince hastada herhangi bir komplikasyon gelişmedi.Hastada kliniğin tekrar etmemesi nedeniyle DSA tekrarına gerek görülmedi.

Sonuç:
Son yıllarda daha sık görülmeye başlanan, tanımlanması gereksiz tetkiklerin ve cerrahi müdahalenin önlenmesi açısından önemli olan bir vakaya değinmek istedik. BTA kesin tanı ve ayırıcı tanı için çoğu zaman yeterlidir. Nadiren DSA gerekebilir. Semptomatoloji açısından anevrizmal SAK'lara benzemekle birlikte iyi prognoza sahip olduğunu bu çalışmadaki olgumuzda komplikasyon gelişmemesi, şikayetlerinin daha ılımlı seyretmesiyle doğrulandığını gösterdik.

EP - 345 PRİMER SANTRAL SİNİR SİSTEMİ LENFOMASI: OLGU SUNUMU

FATMA SEDA BİNGÖL , ERSİN KASIM ULUSOY

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ,ANKARA ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Primer santral sinir sistemi lenfoması (PSSSL), B hücre kökenli non-hodgkin lenfomalar (NHL) içinde yer alan; tüm beyin tümörlerinin %2- 6'sını ve tüm non-hodgkin lenfomaların %1 ile %2'ni oluşturan agresif seyirli bir lenfomadır. Son yıllarda tanı yöntemlerindeki gelişmler ve immünsüpresif tedavi yöntemlerinin daha sık kullanılmasına bağlı olarak SSS lenfoma tanısında büyük bir artış olmuştur. Tanı alan hastalara uygulanabilecek tedaviler steroid, radyoterapi ve kemoterapiden oluşur. Biz de servisimizde takip ettiğimiz primer santral sinir sistemi tanısı konulan bir hastayı sunmayı uygun bulduk .

Olgu:
Yetmiş yaşında erkek hasta, yaklaşık iki ay önce yürüme güçlüğü ve konuşurken duraksayarak konuşma şikayetiyle polikliniğe başvurdu. Hastanın kontrastlı kraniyal manyetik rezonans görüntülemesinde her iki subependimal alana uzanım gösteren 58x39 mm boyutunda kitle olduğu görüldü. Hasta Beyin cerrahisi tarafından değerlendirildi ve cerrahi girişim düşülmedi. 3X8 mg/gün deksametazon tedavisi başlandı. Hastaya Fizik ve nörolojik muayenesinde sağ gözde dışa bakış kısıtlılığı, sol alt ekstremitede de asendan seyrden hipoestezi mevcuttur. Yapılan MR Spektroskopi sonrası primer santral sinir sistemi lenfoması tanısı konuldu. Sistemik tutulum yönünden incelendikten sonra hastaya RT uygulanmıştır. RT sonrası kemoterapi başlanılan kemoterapiye bağlı komplikasyonlar nedeniyle kaybedilmiştir.

Tartışma:
Tüm santral sinir sistemi lenfomaları içinde % 1-2 oranında görünen primer SSS lenfomaları oldukça nadir görülen tümörlerdir. Son yıllarda görülme sıklığındaki artışa rağmen nadir görülen primer SSS lenfomalarının yaygın kabul gören standart bir tedavi yöntemi yoktur.Destek bakımına göre kombine tedaviler uygulanması ile yüksek cevap oranları elde edilmesine rağmen median sağkalım 12-18 aydır ve 5 yıllık sağ kalım oranı sadece %3-4 olarak bildirilmektedir

EP - 346 OKRELİZUMAB İLİŞKİLİ PALMOPLANTAR PÜSTÜLOZİS

HATİCE KÜBRA SARI [1], FATMA TUĞRA KARAARSLAN TÜRK [1], GİZEM NUR ÖZTÜRK [2], HİKMET BELİZ BAYINDIR [2], NİHAL KUNDAKÇI [2], CANAN YÜCESAN [1]

[1] *ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ DERMATOLOJİ ANABİLİM DALI*

Giriş:
Multipl skleroz (MS), inflamatuar demiyelinizasyon ile karakterize, merkezi sinir sisteminin otoimmün aracılı nörodejeneratif bir hastalığıdır. Okrelizumab, tekrarlayan multipl skleroz (RRMS) veya birincil ilerleyici multipl skleroz (PPMS) formlarına sahip yetişkinlerin tedavisi için onaylanmış, intravenöz olarak uygulanan, insanlaştırılmış bir anti-CD20 monoklonal antikordur. Okrelizumab ilişkili palmoplantar psöriazis az vakada bildirilmiş olup doktorların bu yan etkiye aşina olması önemlidir.

Olgu:
Altmış iki yaşında olan ve 2002 yılından beri RRMS tanısı ile takip edilen kadın hasta; Aralık 2022'de 4. doz okrelizumab tedavisini almak üzere geldiğinde ellerinde ve ayaklarındaki hafif kaşıntılı lezyonlardan yakındı. Hasta ellerindeki lezyonların ikinci okrelizumab küründen sonra, yaklaşık bir yıldır olduğunu, son 1.5 aydır (üçüncü okrelizumab küründen 4 ay sonra) benzer lezyonların ayaklarında da oluştuğunu bildirdi. Hastanın öz geçmişinde 20 paket/yıl sigara öyküsü dışında özellik yoktu. Daha önce herhangi bir dermatolojik rahatsızlık geçirmediğini ifade etti.
Fizik muayenesinde bilateral palmar ve plantar alanda püstüller, plantar alanda açılmış püstüllerin oluşturduğu erode alan, sol el 3. tırnak ve baş parmakta trakeonişi gözlendi. Eklem ağrısı yoktu. Vücutta başka plak saptanmadı. Dördüncü kür tedavisini almak için gelen hastada bu döküntülerin olması üzerine deri ve zührevi hastalıklarına danışıldı ve onlar tarafından püstüler lezyonlardan biyopsi alındı. Dermatoloji konsültasyonunda bulguların palmoplantar püstülozis ile uyumlu olduğu, bu durumun okrelizumab tedavisi ile ilişkilendirildiği değerlendirmesinin yapılması üzerine okrelizumab kesildi. Bir haftalık topikal tedaviden sonra kontrol muayenesinde lezyonları belirgin şekilde azalmış olarak saptandı.

Tartışma ve Sonuç:
Olgumuzda sunulan palmoplantar püstüler lezyonlar hasta öyküsü, ortaya çıkış zamanı açısından okrelizumab ile ilişkilendirilmiştir. Literatürde az sayıda vaka bildirilmiş olup okrelizumabın böyle bir yan etki oluşturabileceği akılda bulundurulmalıdır.

EP - 347 TEKRARLAYAN İSKEMİK İNME İLE PREZENTE OLAN GENÇ PRİMER SANTRAL SİNİR SİSTEMİ VASKULİT OLGUSU

KEBİRE EYLÜL ARSLAN [1], LEVENT ÖCEK [1], ÜMİT BELET [2], UFUK ŞENER [1]

[1] SBÜ İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] SBÜ İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ RADYOLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Primer santral sinir sistemi vaskuliti(PSSV) beyin parankiminin, omuriliğin ve leptomeninklerin küçük ve orta büyüklükteki arterlerinin damar duvarında inflamasyon ve oklüzyonun geliştiği nadir bir hastalıktır.Kesin tanı kortikal biyopsiyle veya vasküler görüntüleme yöntemleriyle konulur.Biz de tekrarlayıcı iskemik ataklarla gelen genç PSSV olgusunu klinik ve görüntüleme bulgularıyla sunmaya değer bulduk.

Olgu:
Kırk dokuz yaşında erkek hasta aniden başlayan konuşamama ve sağ ekstremitede güçsüzlük nedeniyle acil servise başvuruyor.Özgeçmişinde altı ay önce geçirdiği kafa travması dışında özellik yoktu.Nörolojik muayenesinde: motor afazi, sağ nazolabial sulkusta silinme ve sağ hemiparezisi(4/5) saptandı.Beyin Bilgisayarlı Tomografisinde anlamlı bulgu yoktu.Diffüzyon ağırlıklı görüntülemelerinde sol orta serebral arter sulama alanında ve sağ ventrikül komşuluğunda akut iskemik lezyon lehine bulgular gözlendi.Hastada kardiyoembolik ve aterotrombotik risk faktörü saptanmadı.Karotis Vertebral Doppler Ultrasonografi olağandı.Vaskülit markerları ve trombofili paneli negatifti.Asetilsalisilikasit (ASA) 100 mg/gün başlandı.İzleminde sağ hemipleji gelişen hastanın Kranial MRG'sinde iki hemisferde T2 lezyon sayısında artış ve sol frontoparietal bölgede akut ve subakut dönem iskemik lezyonlar görüldü. Beyin ve Boyun BT Anjiografisinde vasküler yapılar düzensizdi. Bilateral internal karotis arter distalinde akım azalması izlendi.Dijital Substraksiyon Anjiyografisinde basiller arter, bilateral internal serebral arter,bilateral arka serebral arterler ince kalibrasyondaydı.Beyin omurilik sıvısı incelemesi normaldi.Hastada ön planda PSSV düşünüldü.Biyopsi planlandı ancak hasta yakınları kabul etmedi.Hastaya 7 gün 1gr/gün intravenöz kortikosteroid tedavisi verildi.1mg/kg/gün idame oral kortikosteroid ve ASA 100mg/gün ile taburcu edildi.İzlemde azatiopürin başlanması planlandı.

Tartışma:
Primer santral sinir sistemi vasküliti genellikle baş ağrısı, inme, multifokal yaygın nörolojik belirtilerle prezente olur.Kliniğin sistemik vaskülit veya ek bir durumla açıklanamaması, primer santral sinir sistemiyle ilişkili klasik anjiyografik veya histopatolojik özelliklerinin gösterilmesiyle PSSV tanısı konabilidiği unutulmamalıdır.

EP - 348 SUSAC SENDROMU BENZERİ ATİPİK MULTİPLE SKLEROZ OLGUSU

MEHMET AKİF BALCI , ASUMAN ORHAN VAROĞLU

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ

Giriş:
Susac Sendromu (SS) ensefalopati, retinal arter dal okluzyonu ve işitme kaybı triadı ile karakterizedir. MR'da T2 veya FLAIR sekansta en azından biri corpus callosumda (kartopu manzarası- snowball like olarak da bilinir) olan multifokal, küçük, küre şeklinde lezyonlar görülür. Bu bildirimizde ensefalopati ve nöbet ile presente olup MR'da corpus callosumda kartopu manzarasıyla SS'ye benzeyen, corpus splenium lezyonu ve diğer atipik lezyonların eşlik ettiği klasik olmayan bir MS vakası sunmaktayız.

Olgu:
21 yaş kadın hasta 4 gündür olan ateş, ensefalopati, nöbet ve gribal semptomların varlığıyla tarafımıza başvurdu. Muayenesinde kooperasyon ve oryantasyon kısıtlıydı, apatikti ve tetraparezisi (3-4/5) mevcuttu. Serum biyokimyası normaldi. Anti MOG, NMO, OKB negatifti. BOS proteini 170mg/dL (referans: 40-70 mg/dL) idi, hücre yoktu. IgG indeksi 0.55 idi. MR FLAIR'da periventriküler alanda, sol serebellar hemisferde ve corpus callosumda kontrast tutmayan hiperintensitelerin yanı sıra bilateral polimikrogrisi mevcuttu. PET-CT ile malignite dışlandı. MR spektroskopisi demiyelinizan lezyon lehineydi. İşitme kaybı ve retinal arter dal okluzyonu yoktu. SS ön tanısıyla iv metilprednizolon (1000mg/gün) başlandı. 2 hafta sonraki MR'ında lezyonlarda önemli düzeyde gerileme izlendi. Hasta 1 ay sonra aynı şikayetlerle tekrar başvurdu. Superior frontal subkortikal, sağ serebellar pedinkülde ve C2 vertebra seviyesinde kontrast tutan yeni lezyonlar görüldü. OKB tekrar çalışıldı ve pozitifti. Hasta atipik başlangıçlı MS tanısı aldı. Fingolimod başlanan hastanın 2 yıldır atağı olmadı.

Sonuç:
Kortikal klinik semptomlarla başvuran radyolojik olarak corpus callosumda kartopu manzarası ve corpus splenium lezyonu olan hastalarda MS mutlaka ayırıcı tanıda yer almalıdır.

EP - 349 FOLFİRİ-BEVACİZUMAB KAYNAKLI KEMOTERAPOTİK İLİŞKİLİ NÖBET İLE PREZENTE OLAN AKUT TOKSİK GERİ DÖNÜŞÜMLÜ LÖKOENSEFALOPATİ OLGU SUNUMU ;

MUHAMMED YILDIRIM , TAHİR KURTULUŞ YOLDAŞ

ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ

Giriş:
Lökoensefalopati beyaz cevherde myelin hasarı ile karakterize ilerleyici bir hastalıktır.
Metabolik,enfeksiyöz ve bazı ilaçlar (kemoterapotikler,immunsupresanlar,bezodiazepinler,opioidler ..) a bağlı oluşabilir.
Literatürde toksik ilişkili lökoensefalopatilerde kemaoterapotik ilaçlar önemli bir yer tutmakla beraber sıklıkla 5-florourasil ve metotreksat sorumlu tutulmuştur.
Diğer kemoterapotik ilaçların bu klinik tabloya nadiren neden olması ile beraber Folfiri-bevacizumab teavisi alan kolon kanseri olan hastada gelişen akut toksik lökoensefalopati olgusunu sunmak istedik.

Olgu:
58 yaşında bilinen nörolojik hastalık öyküsü olmayan kolon kanseri nedeni ile kemoterapi almakta olan ve son kemoterapiyi 4 gün önce alan hastada bilinç bulanıklığı, boş bakma,etrafa tepkisizlik şikayetleri ile acil servise başvuran hastanın acil serviste yapılan nöroloik muayenesinde bilinç konfüze dezoryante olarak görülüyor. Acil serviste 2 kez jeneralize tonik-klonik nöbeti de görülmesi üzerine intrakranial metastaz şüphesi ile santral görüntülemeleri yapılan hastada beyaz cevherde sentrum semiovale düzeyinden , internal kapsül ve beyin sapında lateral traktuslara uzanan, korpus kallozumu da içine alan diffüzyon kısıtlılığı izlenen hastada bulgular toksik lokoensefalopati ile uyumlu olarak düşünülerek nöroloji servisine interne edildi. Yatışında nörolojik muayenesi doğal olarak görüldü. Hastaya EEG planlandı. EEG si serebral biyokaktivitenin hafif disfonksiyonu ile uyumlu olarak görüldü. Takiplerinde nöbeti görülmeyen ve kemoterapotik ilişkili toksik lökoensefalopati düşünülen hasta tedavi rejimi değişilmesi açısından onkoloji bölümüne konsulte edildi ve hastanın kemoterapisi sonlandırıldı. Ayırıcı tanı açısından lomber ponksiyon planlanan hastada hastanın rızası olmaması nedeni ile işlem yapılamadı. İlk kranial görüntülemelerinden 10 gün sonra yapılan kontrol görütüntülemelerinde lezyonlarında belirgin gerileme izlenen ve nörolojik muayenesi normal olan takiplerinde nöbet geçirmeyen hasta taburcu edildi.

Tartışma:
Toksik lökoensefalopati hafif kognitif bozukluktan komaya kadar farklı semptomlarla seyreden bir hastalık olmakla beraber günümüzde kanser tedavisinin gelişmesi ile sorumlu ajanların sayısı artmaktadır. Vakamızda Folfiri-Bevacizumab tedavileri alan ve nöbet kliniği ile prezente olan ve neden olan kemoterapotiklerin kesilmesi ile kliniği ve kranial görüntülemesi düzelen geri dönüşümşlü kemoterapi ilişkili akut toksik lökoensefalopati vakamızı ele aldık. Ancak unutulmamalıdır ki nörolojik semptomların ilerleyici seyrettiği vakalar da literatürde mevcuttur.

EP - 350 NADİR GÖRÜLEN SPASTİK PARAPLEJİ TİP 15 OLGUSU

NİLGÜN ERTEN

İSTANBUL FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Kalıtsal spastik parapleji (HSP) tip 15, genellikle çocukluk veya ergenlik döneminde (örn. 5 ila 18 yaş arasında) ortaya çıkan kalıtsal bir hastalıktır. Hastalığa, SPG15 geni olarak da bilinen ZFYVE26 genindeki mutasyonlar neden olur, otozomal resesif karakterlidir. Hastalık nadir görülür ve alt ekstremitelerden başlayıp üst gövde ve ekstremitelere yayılan ilerleyici spastisite ile karakterizedir.

Olgu:
Yirmi beş yaşında kadın hasta kliniğimize başvurduğunda on yedi yaşından beri olan yürüme bozukluğu, ellerde bacaklarda ağrı ve uyuşma üzerine eklenmiş konuşma bozukluğu şikayetleri mevcuttu. Daha önce başvurduğu sağlık kuruluşlarından hastalığı ile ilgili bilgi alamamış olmaktan yakınmaktaydı. Hastalığının ne olduğunu bilemediği için tedirginlik yaşamaktaydı. Rutin kan tetkikleri normaldi. Nörolojik muayenesinde sürekli bir gülümseme hali mevcuttu. Kraniyal alan intakttı. Alt ekstremitelerinde belirgin olmak üzere tetraparezisi mevcuttu. Rijidite saptanmadı. Meyerson pozitif, derin duyular korunmuş, serebellar testler becerikliydi. Derin tendon refleksleri tüm ekstremitelerde hafif artmıştı. Bilateral taban cildi refleksi ekstansördü ve spastik yürüyüşü mevcuttu. Kontrastsız kraniyal MR'da periventriküler beyaz cevherde bilateral frontoparietal subkortikal derin beyaz cevherde FLAIR kesitlerde hiperintens milimetrik sinyal değişiklikleri mevcuttu. Hastanın kliniğiyle birlikte bu bulgular demiyelinizan plak olarak düşünülmedi. Servikal MR' da bulging mevcuttu. Torakal MR normaldi. Kanda bakır ve seruloplazmin normaldi. Yirmi dört saatlik idrarda bakır normaldi. Herediter spastik paraparezi açısından genetik analiz için genetik polikliniğine yönlendirildi. Genetik polikliniğinden; Huntington koresi genetik testi ve trombofili paneli bakılmış olarak bize geri geldi. Huntington koresi genetik sonucu negatifti. Trombofili panelinde MTHFR, Faktör 2, PAI genlerinde heterozigot mutasyonlar mevcuttu. Diğerleri normaldi. Hasta tekrar herediter spastik paraparezi gen analizi için yönlendirildi. Hastada ZFYVE 26 geninde homozigot: c.112 C>T varyantı tespit edildi. Hastaya kalıtsal spastik parapleji (HSP) tip 15 tanısı konuldu.

Tartışma:
Bu hastalığın tanısının konulması için genetik test ısrarımız; hastanın hastalığını öğrenmesi ve kız kardeşinde de silik şikayetler başlaması nedeniyle aile bireylerinin genetik danışmanlığa yönlendirilmesi için önemliydi.

EP - 351 ANKİLOZAN SPONDİLİT VE MULTİPL SKLEROZ BİRLİKTELİĞİ

NURAY BİLGE , FURKAN KUMURCU , ÜMİT GÜMÜŞ

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, ERZURUM

Giriş:
Multipl skleroz (MS) inflamatuvar, demiyelinizan ve akson hasarı ile karakterize otoimmün santral sinir sisteminin hastalığıdır. Ankilozan spondilit (AS) çoğunlukla sakroiliak eklemleri ve omurgayı, daha az olmak üzere periferik eklemleri tutan, bunun yanı sıra eklem dışı tutulumların olduğu enflamatuvar romatizmal bir hastalıktır. AS'li hastalarda ekstraartiküler tutulum açısından nörolojik patolojiler önemli yer tutmaktadır. Ankilozan spondilit ve multipl sklerozun birlikteliği genellikle nadir olmakla birlikte, burada MS ve AS hastalıklarının birlikte görüldüğü 4 hastayı sunduk.

Bulgular:
Çalışmamıza alınan hastalarımızın hepsi erkekti ve yaş ortalamaları 36,5 yıl(27-47)idi. 1 hastamız MS tanısından 5 ay sonra AS tanısı alırken, 3 hastamızın AS tanısından sırasıyla 10 yıl, 3yıl ,9 yıl sonrasında MS tanısı aldılar. Önce MS tanısı olan hastamız interferon beta tedavisi kullanmaktaydı. Önce AS tanılı 1. hastamız 10 yıldır anti TNF inhibitörü ve sülfasalazin tedavisi kullanmış olup 2 aydır ilaç kullanmiyordu takiplerinde anti TNF inhibitörü ilaç tekrar başlanmadı, 2. hastamız 3 yıldır sülfasalazin kullanmaktaydı, 3. hastamız 8 yıldır sülfasalazin tedavisi kullanmış olup 1 yıldır tedaviyi bırakmıştı. Hastalarımızın hepsine LP yapıldı ve 3 hastamızda OKB pozitif, bir hastamızda OKB negatifdi. Hastalarımızın tümünde beyin ve spinal MRG'lerinde demyelinizan plakla uyumlu multipl plaklar mevcuttu. Hastalarımızın VEP p100 latansları uzamıştı, amplitüdler normaldi. Hastaların EDSS ortalamaları 2.6 idi. Üç hastada HLAB27 pozitifdi, hepsinde sakroileit mevcuttu. 1 hastamızın AS daha progresif seyir gösterirken AS için secukinumab tedavisine geçildi, aynı hastamızda aktif MS lezyonları MRG'de gösterilmesede klinik progresyon olması üzerine MS tedavisi fingolimoda geçildi ama klinik progresyon daha çok AS ilişkili olduğu düşünüldü. Daha önce AS tanısı olup sonradan MS tanısı alan bir hastamızda MS daha aktif seyir gösterdi ilaç tedavisi fingolimoda geçildi, 1 hastamızda ise MS tedavilerine rağmen üç atak gözlemiş olup MS ilacı fingolimod ve başka bir merkezde ocrelizumab başlanan hastda AS içinde secukinumab tedavisine geçilmiş olup her iki hastalık stabil seyretmektedir. Bir hastamızda ise teriflunamid, salazoprin kullanmakta olup MS ve AS stabil seyretmektedir.

Sonuç:
AS'nin medikal tedavisinde kullanılan bazı ilaçlar, demiyelizan sürecini hızlandırma ve/veya nörolojik toksisite oluşturma riski taşımaktadır. AS tedavisinde kullanılan anti-TNF tedavilerinin demyelinizan hastalık yapıcı yan etkisi olması, hastaların değerlendirmesini yaparken kapsamlı bir nörolojik inceleme yapma zorunluluğumuzu ortaya koyar. Hastalarımızın sadece birinde 3 yıldır salazoprin ile birlikte anti-TNF blokör kullanım öyküsü vardı ve ancak MS tanısını almadan önce 2 aydır ilaçlarını kullanmıyordu, aynı hastanın beyin servikal MRG'si MS için tipik demyelinizan plaklar ile uyumluydu ve kız kardeşi de MS takipliydi, BOS incelemsinde OKB pozitifdi. MS ve AS birlikteliğinin tedavi stratejisi üzerinde büyük etkisi vardır ancak bu hastalarda tedavi için kanıta dayalı bir öneri yoktur. Bilinen bir terapötik stratejinin iki seçeneği vardır: İlk seçenek, herhangi bir anti-TNFa tedavisinin kesilmesi veya demiyelinizan bozuklukları olan hastalarda bu tedavinin ciddi yan etkileri nedeniyle tanımlanmış MS hastalarında bundan kaçınılmasıdır. İkinci bakış açısı ise MSin birinci basamak tedavisinde glatiramer asetat ve İnterferon betanın tercih edilmesidir. Rituksimab yada secukinumabın AS ve MS birlikteliği için tek başına kullanımları belirsizliğini korumaktadır. Dolayısıyla bu AS ve MS birlikteliğinde en iyi tedavi seçeneği hala belirsizdir. Çalışmamızda 1 hastamız hem ocrelizumab hemde secukinumab kullanımı birlikte olup 2 yıldır her iki hastalık stabil seyretmektedir. 1 hastamızda fıngolimod ve secukinumab tedavisi almakta ancak AS ile ilişkili sırt ve vücut ağrıları, yürüme güçlüğü devam etmekte MS stabil seyretmektedir. Çeşitli çalışmalarda her iki hastalığınn birlikteliğinde HLA-B27 pozitifliğinin biraz ön plana çıktığı gözlemlenmekte ama literatürde HLA-B27 negatif vakalarda bildirilmişitr. Bizim çalışmamaızda 3 hastada HLA-B27 pozititi, bir hastada negatif idi. Sonuç olarak AS ve MS genetik, çevresel faktörlerle iliflkili otoimmun iki hastalık olarak bir arada görülebilmektedir. Her iki hastalığın birlikte görüldüğü olgularda medikal tedavi programlarının düzenlenmesinde klinik yönden dikkatli olunması gerekmektedir.

EP - 352 HAVAYOLLARINDAN NÖROLOJİ YOĞUN BAKIMA: 8 TURİST OLGU SERİSİ

NURİ MEHMET BASAN [1], İHSAN SAYGIN SARI [1], HALİL İBRAHİM AKÇAY [2], MEHMET SEMİH ARI [1], MURAT ÇABALAR [1], AYÇA ÖZKUL [1]

[1] İSTANBUL BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Nörolojik problemler, havayolu yolcuları arasında sık görülen sağlık sorunları arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer alırlar. Senkop, epileptik nöbetler, baş ağrısı, sinir kompresyonları, barotravma, vertigo ve serebrovasküler hastalıklar (SVH) en sık rapor edilen kategorilerdir. Bu çalışmada havalimanlarından hastanemize getirilip nöroloji yoğun bakımlarına interne edilen turist sağlığı hastaların değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya 2020-2023 yılları arasında İstanbul Havalimanı'ndan getirilerek Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi (BÇSŞH) nöroloji yoğun bakımlarına interne edilen turist hastalar dâhil edilmiştir. Hastaların sosyo-demografik özellikleri, yatış verileri ve başvuru şikâyeti, tanı, tedavi ve sonlanım verileri toplanmıştır.

Bulgular:
Çalışmaya 2020-2023 arasında İstanbul Havalimanı'ndan BÇSŞH nöroloji yoğun bakımlarına alınan sekiz turist hasta dâhil edildi. Hastaların dördü kadın, dördü erkekti. Ortalama yaş 65,9±12,4'tü. Hastaların uyrukları Almanya, Güney Afrika, Hindistan, Irak, Moldova, Sierra Leone, Ukrayna ve Yunanistan'dı. Ortalama yatış süresi 37,9 gündü. Dört hasta havalimanı binasından, diğer dört hasta ise uçakta genel durumda kötüleşme nedeniyle acil iniş sunucu uçaktan 112 ekipleriyle hastaneye getirildi. İlk başvuru şikâyetleri altı hastada hemiparezi, beş hastada senkoptu. Beş hasta iskemik SVH, iki hasta hemorajik SVH ve bir hasta da epilepsi nedeniyle interne edildi. İskemik SVH hastalarının hepsi trombektomi işlemine alındı. Hemorajik SVH hastalarına anti-hipertansif ve destek tedavisi verildi. Epilepsi hastasına ise anti-epileptik ve destek tedavisi verildi. Yedi hasta taburcu edildi, bir tanesi ise eksitus oldu.

Sonuç:
Havalimanlarından hastanemize çoğunluğu iskemik olmak üzere sıklıkla SVH vakaları gelmektedir. Havayolu yolculuklarının hem hemorajik hem de iskemik SVH riskini arttırdığı bilinmektedir. Havayolu ve transit yolcularında nörolojik hastalıklar açısından farkındalık, erken müdahale açısından önem taşımaktadır. Hastaların en yakın sağlık kuruluşuna ve inme merkezine ivedilikle nakli sağlanmalıdır.

EP - 353 LENFOMANIN NADİR BİR PREZENTASYONU: UYUŞUK ÇENE SENDROMU VE OFTALMOPAREZİ

NURSU ERDOĞAN AKIN [2], ECEM AĞDAK [3], DAMLA ERİMHAN [2], SERKAN ÖZBEN [3], YASEMİN BİÇER GÖMCELİ [1]

[1] *ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ*
[2] *SBÜ ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ*
[3] *SBÜ ANTALYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ*

Amaç:
Uyuşuk çene sendromu parestezi, hipoestezi, uyuşukluk çenede ağrı ile karakterize nörolojik bir durumdur. Sendrom hafif bulgularla başlamakta ancak etiyolojisinde erken tanının önemli olduğu ciddi sorunlar bulunabilmektedir.

Gereç ve Yöntem:
32 yaşında erkek hasta çift görme ve çenenin her iki tarafında uyuşukluk şikayetleri ile acil servise başvurdu. Hasta 2 hafta önce sağ alt diş ağrısı ve uyuşukluk nedeniyle diş hekimine başvurmuş. Antibiyoterapi başlanmış ve diş çekimi planlanmış.
Takibinde şikayetlerine saplanıcı baş ağrısı eklenmiş, uyuşukluk artmış ve çift görme başlamış. Bunun üzerine hasta nörolojiye yönlendirilmiş.
Bilinen ek hastalığı olmayan hasta son 2 hafta içinde 10 kg kaybetmiş. Hastanın nörolojik muayenesinde bilateral dışa bakış kısıtlılığı mevcuttu. Duyu muayenesinde belirgin defisit olmamasına rağmen çenesinde uyuşukluk hissi vardı. Diğer nörolojik muayene bulguları normaldi. Sistem muayenesinde sol sternokleidomastoid kasında ele gelen kitle saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde hafif lökositoz, AST, ALT, CRP ve ferritin yüksekliği tespit edildi. Göz dibi değerlendirmesinde papilödem saptanmadı.

Bulgular:
Kranial MR ve MR anjiografi tetkiklerinde patolojik bulgu yoktu. Lomber ponksiyonda basınç, protein ve hücre sayımı normal bulundu.
Hipofiz ve orbita MR'larında meckel kavitesi ve bilateral kavernöz sinüste diffüz kontrast tutulumu saptandı. Solda mastoid hücrelerde hiperintens sinyal artışı görüldü. Bunun kavernöz sinüs tutulumu ile birlikte nörolenfomatozis ile uyumlu olabileceği düşünüldü.
Hastanın maligniteye yönelik yapılan tetkiklerinde multipl metastazlar saptandı. Hastanın endoskopisinde yapılan biyopsi sonucu morfolojik histopatolojik yüksek yüksek gradeli Burkitt lenfoma ile uyumlu bulundu. Hasta onkolojiye devredildi.

Tartışma:
Uyuşuk çene sendromu mental sinirin nadir bir sensoriyel nöropatisidir.
Yayınlanan vaka bildirimlerinin %29-53 ü malignite ile ilişkili bulunmuştur. Hastaların %28'i ilk olarak diş hekimine başvurmuştur. Genellikle hafif seyreden kliniği sebebi ile klinisyenler tarafından atlanabilmekte olup sıklıkla altında inflamatuvar durumlar veya maligniteler yatmaktadır. Uyuşuk çene sendromu ayrıca travma, dental girişimler, diyabetes mellitus ve multiple skleroz ile de ilişkili olabilir. Sendromun bulguları ve ciddiyeti ile ilgili farkındalığın artması altta yatan patolojilerin erken tanısı için oldukça önemlidir.

EP - 356 AKUT İSKEMİK SEREBROVASKÜLER HASTALIĞI TAKLİT EDEN BİR HERPES ENSEFALİTİ OLGUSU

SHAİR SHAH SAFA , ECE ÖZDEMİR ÖKTEM , BURAK YULUĞ

ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ

Giriş:
Herpes simpleks virüsü (HSV), viral ensefalitlerin en sık tanımlanan etkenidir. Herpes ensefaliti genellikle ateş, tek taraflı veya generalize baş ağrısı, kişilik-davranış değişiklikleri, fokal nöbetler ile prezente olmaktadır. Tedavi edilmeyen olgularda mortalite %70in üzerindedir.

Olgu:
48 yaşında erkek hasta dış merkezden akut iskemik serbrovasküler olay (SVO) ön tanısı ile acil servise kabul edildi. Yakınından alınan anamneze göre iki gündür anlamsız konuşmaları ve davranış değişikliği olduğu öğrenildi. Nörolojik muayenesi, yer ve zaman oryantasyon bozukluğu dışında normaldi. Vücut sıcaklığı 38.1 derece olup diğer vital bulguları stabildi. Laboratuvar tetkikleri lökosit 15bin/µL ve nötrofil 13.45bin/µL olması dışında doğal sınırlardaydı. Radyolojik tetkiklerinde, beyin bilgisayarlı tomografisi (BT) normaldi. Beyin diffüzyon manyetik rezonans görüntülemede (MRG) sağ temporal lobda akut diffüzyon kısıtlaması, ADC haritalamada da hipointens karşılığı mevcuttu ve radyoloji bölümü tarafından akut iskemik enfarkt ile uyumlu difüzyon kısıtlanması olarak raporlandı, kontrastlı beyin MR görüntülemede kontrast tutulumu saptanmadı. Kranial ve karotid BT anjiografi tetkikinde sağ internal karotid arterde %50 stenoz izlendi.
Hastanın radyoloji raporları akut SVO ile uyumlu olsa da klinik olarak uyumsuz olduğu düşünülerek lomber ponksiyon (LP) yapıldı. BOS 'ta 40 mg /dl protein, 80 Lökosit/mm³, HSV1 PCR ve EBV PCR pozitif olan hastaya herpes ensefaliti tanısı konularak intavenöz asiklovir tedavisi başlandı. Antiviral tedavisi 21 güne tamamlanan hastanın izleminde tama yakın iyileşme gözlendi.

Tartışma:
Herpes ensefaliti; semptom ve muayene bulguları açısından olduğu kadar radyolojik olarak da akut serebrovasküler hastalığı taklit edebilir. Bu durum kimi zaman hastanın erken tanı almasını zorlaştırmaktadır. Her ne kadar görüntüleme iskemik SVO'yu düşündürse de temporal bölgede lokalize lezyonlarda özellikle ateş ve ensefalopati bulguları varlığında herpes ensefaliti ayırıcı tanı olarak akılda bulundurulmalıdır ve zaman kaybedilmeden tanısal işlemler yapılarak tedavi başlanmalıdır.

EP - 357 UZUN YILLAR PNES OLARAK TAKİP EDİLEN BİR FOTOSENSİTİF EPİLEPSİ OLGUSU

SONGÜL BAVLİ

SUŞEHRİ DEVLET HASTANESİ

Olgu:
67 yaşında erkek hasta, polikliniğimize güneşe çıkamama, güneşte kalınca bayılma şikayetleri ile başvurdu. Kendini bildi bileli ne zaman güneşte kalsa veya çok parlak ışığa maruz kalsa önce gözleri kararıyormuş başı dönüyormuş, sonra fenalaşıyormuş. Güneşte gözleriyle aşağıya ve yukarıya doğru bakamıyormuş. 2009 yılında hacca gittiğinde büyük bir bayılma yaşamış. Yurda dönünce araştırılmış ancak şikayetlerinin psikiyatrik sebepli olduğu söylenip Sertralin 25 mg başlanmış ve dozu 100 mg'a kadar yükseltilmiş. Hasta ilacını düzenli kullanmasına rağmen bu şikayetleri hiç geçmemiş ama her defasında da psikiyatrik hastalığı olduğu söylendiği için hayat kalitesini çok bozan bu şikayetlerle yıllarca yaşamaya devam etmek zorunda kalmış. Özgeçmişinde DM,HT,KAH, BPH gibi tanıları olan hastanın soygeçmişinde özellik yoktu. Nörolojik muayenesi normaldi. Beyin MRG'sinde her iki serebral hemisferde ılımlı atrofisi ve beyaz cevherlerde fazekas 1 iskemik değişiklikleri vardı, MRA'sında her iki karotid bulbusta aterom plaklarına bağlı kontür düzensizlikleri mevcuttu. İnteriktal EEG sinde zemin ritmi normal seyrederken fotik stimülasyon verildiğinde her defasında fotoparoksismal yanıt izlenmekteydi. Hasta fotosensitif epilepsi kabul edilip tedavide Valproik asit başlandı. Koruyucu tedavi olarak güneşten ve parlak ışıktan sakınma, şapka ve güneş gözlüğü takması gibi önerilerde bulunuldu. Tüm önerilere uyan hastanın bir daha nöbeti olmadı. Kontrol EEG'leri normal izlendi.

Sonuç:
Refleks epilepsiler iyi anamnez alınmadığında ve yoğun poliklinik koşullarında yanlışlıkla PNES tanısı alabilir ve bu nedenle hayat kaliteleri olumsuz etkilenebilir. Bu olgu buna dikkat çekmek açısından sunulmaya değer bulunmuştur.

EP - 358 ISG-15 GEN DEFEKTİ OLAN HASTADA GELİŞEN ENSEFALİT OLGUSU

ÖYKÜ BEYAZ , TALHA YAMAK , MEHMET İLKER YÖN

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Olgu:
Ensefalit fokal nörolojik bulgular, davranış değişikliği, epileptik nöbetler, uyanıklık kusurunun görüldüğü beyin parankiminin inflamasyonu olarak tanımlanabilir.
Mikobakteriyel hastalıklara Mendelyen duyarlılık ise zayıf virulanslı non-tuberkuloz mikobakterilere ve atenue *Mycobacterium bovis* içeren Bacillus Calmette-Guérin (BCG) aşısına duyarlılık gösteren ancak diğer mikroorganizmalara normal immün yanıt veren, rutin immün yetersizlik taramasında hematolojik ve immunolojik incelemeleri normal bulunan 'immun sistemin doğuştan kusurudur.
Hastamıza 2 aylıkken yapılan BCG aşısı sonrası vücutta yaygın lenfadenopatiler(lap) gelişmesi üzerine "Mikobakteriyel Enfeksiyonlara Mendelian Duyarlılığa Neden Olan ISG-15 Gen Defekti" tanısı almıştır.Hasta şu an 27 yaşında olup 38,5 derece ateş, bilinç bulanıklığı ve farkındalığın kaybolduğu jeneralizie tonik klonik vasıfta nöbet ve takip eden 2 gün boyunca kişilik değişikliği fark edilmesi üzerine tarafımıza başvurmuştur.

Kliniğimizde interne edilen hastanın gelişinde bilinci uykuya meyilli tekli emirlere koopere ikili emirlere ise koopere olamıyor ve uygunsuz kelimeler çıkışları oldu. Aralıklı Yer zaman kişi oryantasyonu gün içerisinde fluaktasyon gösteriyor ve günün genelinde oryantasyonu yoktu. Kasiyer olmasına rağmen basit toplama çarpma işlemlerini yapamıyordu. Rutin kan tetkiklerinde kreatin kinaz yüksekliği dışında anlamlı bulgu yoktu. Akut faz reaktanları negatifti. Kontrastlı kranial MR görüntülemesinde sol frontotemporalde flairde hiperintensite, dural kalınlaşma ve kontrast tutulumu görüldü meningoensefalit açısından anlamlı bulunmuştur. BOS kültüründe üreme olmadı, Hastaya mevcut immün yetmezlik öyküsü sebebiyle çekilen toraks BT de TBC açısından anlamlı bulgu görülmedi ve BOS numunesinden çalışılan TBC PCR negatif sonuçlanmıştır.

Hastaya 3x10mg/kg iv asiklovir tedavisi başlanmıştır. Tedavinin 3. gününden sonra hastanın nörolojik muayenesi tamamen doğal olarak değerlendirilmiştir. Tedavi 9. gününde tamamlanmıştır, hasta şifa ile taburcu edilmiştir. Literatür tarandığında ISG-15 gen defektinde mikobakteriyel ve viral enfeksiyonlara yatkınlık bildiren vakalar nadir görülmüştür. Bu sebeple olgumuzu sizlerle paylaşmak istedik.

EP - 359 İNFLUENZA AŞISINA BAĞLI REKÜRREN ENSEFALOPATİ TABLOSU: OLGU SUNUMU

AYŞE KURT , HACI ALİ ERDOĞAN , VİLDAN YAYLA

BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Ensefalopati beyin fonksiyonlarının etkilendiği enfeksiyöz, metabolik ve toksik nedenlerin sebep olduğu fokal ya da global işlev bozukluğudur. Enfeksiyöz nedenler içerisinde influenza virüsü sıklıkla pediatrik yaş grubunu etkiler ve mortal seyredebilir. İnfluenza virüsünün yol açtığı bu tablodan farklı olarak influenza aşısından sonra gelişen ensefalopati tablosu nadir gözlenir ve selim seyirlidir. Olgumuz iki kez ardışık yıllarda influenza aşısı olduktan bir hafta sonra başlayan ensefalopati tabloları nedeniyle hospitalize edilmesi ve tam düzelme sağlanması nedeniyle sunulmuştur.

Olgu:
Bir hafta önce başlayan ateş ve bilinçte bozulma şikayetiyle acil servisimize başvuran 76 yaşındaki kadın hastanın tıbbi özgeçmişinde kronik hipertansiyon, diyabetes mellitus ve hipotiroidi öyküleri mevcuttu. Nörolojik muayenesinde ense sertliği pozitifti, kooperasyon ve oryantasyonu bozuktu. Konuşma anlamsız sesler şeklinde idi. Rutin hemogram ve biokimya incelemesi doğaldı. Kontrastlı kraniyal MR görüntülemesinde ve EEG'de özellik saptanmayan hastanın meningoensefalit ön tanısı ile yapılan BOS incelemesinde 22-23/mm^3 lökosit saptandı. BOS kültürü ve menenjit paneli negatifti. Hastaya ampirik olarak antibiyoterapi ve antiviral tedavi uygulandı. Hastanın şikayetlerinin her iki seferde de influenza aşısı sonrası ortaya çıkması ve diğer ensefalopati nedenlerinin dışlanması sonucu influenza aşısına sekonder akut ensefalopati tanısı düşünüldü. Hastanın yatışının 3. gününde nörolojik bulguları tamamen geriledi ve nörolojik muayenesi doğal olarak taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç:
Aşılamadan sonra ilk altı haftada görülme sıklığı artan ensefalopati tablosunun patogenezi net aydınlatılamamış olsa da sitokin fırtınasının yarattığı nöroinflamasyonun rol aldığı düşünülmektedir. Bu olgu sayesinde influenza aşısı sonrası nadir görülen bu klinik tablonun selim seyirli olduğuna ve ensefalopati ayırıcı tanısında düşünülmesi gerektiğine dikkat çekmek istedik.

EP - 360 ÇOKLU KRANİYAL NÖROPATİNİN NADİR BİR SEBEBİ: AKCİĞER ADENOKARSİNOMUNUN LEPTOMENİNGEAL METASTAZI

ZEYNEP KAYA DOĞU , İLKİN İYİGÜNDOĞDU , UĞURCAN UĞUR , ÜLKÜ SİBEL BENLİ

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş ve Amaç:
Çoklu kraniyal nöropati (ÇKN) etiyolojisinde en sık tümörler, vasküler olaylar ve otoimmün süreçler görülmektedir (1,2). ÇKN tablosuyla başvuran bir hastada etiyolojinin aydınlatılması için detaylı değerlendirme yapılmalıdır. Bu bildiride ÇKN tablosuyla başvuran bir olgu sunulmaktadır.

Olgu:
Hipertansiyon tanılı, 74 yaşında kadın olgu 5 hafta önce başlayan mide bulantısı ve baş dönmesi şikayetlerine zamanla eklenen dengesizlik, bilateral görmede ve işitmede azalma, peltek konuşma, yutma güçlüğü şikayetleriyle başvurdu. Başvurusunda yoğun bulantı ve dengesizlik nedeniyle oral alımı ve mobilizasyonu kısıtlıydı, son 10 günde ortaya çıkan görsel ve işitsel halüsinasyonlar tarifliyordu. Muayenede bilinci açık, kısmen dezoryanteydi. Sol göz pitotik ve hareketleri her yöne kısıtlıydı. Pupiller izokorikti, ışık refleksi salimdi. Fasiyal asimetri izlenmedi, dil ağız dışında primer pozisyonda sola deviyeydi. Duyu, motor ve serebellar muayenesi normaldi. Meningeal irritasyon bulgusu yoktu. Ataksik ve dizartrikti, nazone konuşmaktaydı. Beyin MRG'de atrofi ve iskemik gliotik değişikliklere eşlik eden her iki 7-8. sinir kompleksinde ve tentorium cerebellide kontrastlanma görüldü. Septik/aseptik/karsinomatöz menenjit, paraneoplastik nörolojik sendrom, bağ dokusu hastalığı ön tanılarıyla BOS incelemesi yapıldı. %70'i lenfosit, %20'si nötrofil olmak üzere 53 hücre/µL görüldü. Açılış basıncı 280 mmsu, BOS glukozu 4 mg/dL (serum glukozu 166 mg/dl), sodyum 135 mmol/L, protein 185,8 mg/dL, albumin 117,01 mg/dL ölçüldü. BOS OKB tip 1 negatif, IgG indeksi 0,5 ölçüldü. BOS sitolojisi "Karışık tipte inflamatuvar hücre infiltrasyonu yanı sıra natürü net olarak belirsiz atipik hücreler saptandı (Karsinom infiltrasyonu?)" olarak raporlandı. ANA (1/320) ve p-ANCA pozitifliği dışındaki romatolojik parametreler, pareneoplastik antikorlar paneli, hepatit-HIV-VDRL paneli negatif, quantiferon pozitifti. Tümör belirteçlerinde sınırda CA125 ve beta2 mikroglobulin yüksekliği saptandı. Laboratuvar bulgularına göre öncelikle tüberküloz menenjiti düşünüldü ancak BOS örneğinin yetersiz olması nedeniyle tüberküloz ve enfeksiyöz menenjit PCR panelleri çalıştırılamadı. Enfeksiyöz etiyolojiler için ampirik dörtlü antitüberküloz tedavisi, seftriakson, ampisilin ve asiklovir tedavileri başlandı. Toraks BT'de anterior mediastende kalsifiye timoma veya teratomu düşündüren solid oluşum, sol üst lobda öncelikle round atelektazi/pnömoniyi düşündüren görünüm ve sağ bazalde hamartom/granülomla uyumlu kalsifiye nodül olması üzerine göğüs hastalıklarınca ön planda tüberküloz düşünülmedi. Abdomen BT'de kitle/patolojik LAP görünümüne rastlanmadı. İkinci BOS incelemesinde mikobakteri PCR ve enfeksiyöz panel negatifti, biyokimyasal bulgular ve hücre sayımı bir öncekine benzerdi. İkinci sitoloji raporu "Atipik hücreler. Hastanın metastatik tümörler açısından araştırılması önerilir." şeklinde raporlandı. BOS kültüründe üreme olmaması üzerine antibiyoterapiler kesildi. Hastanın kraniyal sinir tutulumlarında artış ve bilinç durumunda gerileme olması üzerine yapılan kontrol MRG'de serebellar hemisferleri ve tüm spinal kordu kaplayan leptomeninkslerde, internal akustik kanallarda, trigeminal sinir traselerinde, optik sinirlerde kontrast madde tutulumu görüldü. İzleminde bilinç düzeyinin stupora gerilemesi ve fokal başlangıçlı jeneralize nöbet geçirmesi üzerine hastanın tedavisine 1000 mg/gün levetirasetam eklendi ve izlemine YBÜ'de devam edildi. Öncelikle 5 gün boyunca 1000 mg, sonrasında 3 günde bir kademeli azaltılacak şekilde IVMP tedavisi başlandı. Takibinde Aspergillus pnömonisi ve respiratuvar asidoz gelişmesi üzerine entübe edildi. Karsinomatöz menenjit ön tanısına yönelik primer tümör tespit edilemediği için dura biyopsisi yapıldı ancak tanısal sonuçlanmadı. Primeri bilinmeyen kanser tanısıyla hastaya PET-BT yapıldı, "Sol akciğer üst lobdaki lezyonda SUV değerinin 4,74 ölçülmesi üzerine primer tümör odağı olabileceği düşünüldü." şeklinde raporlanması üzerine ilgili lezyondan tru-cut biyopsi yapıldı. Pnömoni ve İYE'ye bağlı septik şok tablosunda izlenen hasta tru-cut biyopsi raporunun adenokarsinomla uyumlu olarak raporlanmasının ertesi gününde kardiyopulmoner arrest sebebiyle kaybedildi.

Tartışma ve Sonuç:

Çoklu kraniyal nöropati (ÇKN) etiyolojisinde farklı süreçler görülebildiği için hastalarda etiyolojinin aydınlatılması için detaylı değerlendirme yapılmalıdır. Leptomeningeal metastaz (LM) en sık melanom (%23), ikinci sıklıkta akciğer kanserlerinde (%9-25) görülür (3). Küçük hücreli dışı akciğer kanserlerinde LM görülme oranı %3-5, tedaviye rağmen sağ kalım 2-6 aydır (4). Steroidler ve radyoterapi tedavide kullanılmakla beraber primer tümörün ortadan kaldırılması tedavide esastır. LM düşünülen bir hastada primer tümör ilk değerlendirmelerde saptanamazsa ısrarcı olunmalı ve tümörün tanımlanması için gerekli tüm tetkikler yapılmalıdır.

Referanslar:

1. Moutran-Barroso H, Kreinter-Rosembaun H, Zafra-Sierra MP, Ramírez-Arquez E, Martínez-Rubio C. Multiple cranial neuropathy: Clinical findings in a case series of 142 patients. Mult Scler Relat Disord. 2022 Sep;65:103997.
2. Keane JR. Multiple cranial nerve palsies: analysis of 979 cases. Arch Neurol. 2005 Nov;62(11):1714-7.
3. Thakkar JP, Kumthekar P, Dixit KS, Stupp R, Lukas RV. Leptomeningeal metastasis from solid tumors. J Neurol Sci. 2020 Apr 15;411:116706.
4. Cheng H, Perez-Soler R. Leptomeningeal metastases in non-small-cell lung cancer. Lancet Oncol. 2018 Jan;19(1):e43-e55.

EP - 361 NE ZAMAN ASEPTİK MENENJİT? NE ZAMAN HANDL?

YAREN SEVGİ EPİKLER , METEHAN KARAHOCA , BEKİR BURAK KILBOZ , ASLI SENA KAYA , ONUR AKAN , CİHAT ÖRKEN , SERAP ÜÇLER

İSTANBUL PROF. DR. CEMİL TAŞCIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ

Giriş:
HaNDL sendromu (headache, neurological deficit, lymphocytic pleocytosis) şiddetli baş ağrısı, geçici nörolojik defisitler ve beyin omurilik sıvısında (BOS) lenfositik pleositoz ile karakterize bir dışlama tanısıdır. İnme, menenjit, ensefalit ve vaskülitlerden ayırt edilmelidir. BOS bulguları aseptik menenjitle benzerlik gösterdiğinden tanı konulma süreci uzayabilmekte, hatta atlanabilmektedir. Teşhisi geciktiren süreçleri tartışmak amacıyla, ayırıcı tanısında geçici iskemik atak (GİA), aseptik menenjit düşünülen bir HaNDL olgusu sunulmaktadır.

Olgu: 31 yaşında, doktor, erkek hasta tekrarlayıcı, 30 dakika süren dizartri, fasiyal paralizi, sol kol ve bacakta uyuşma, şiddetli baş ağrısı nedeniyle başvurduğu hastanede GİA tanısı ile takip edilmiş, antiagregan tedavi verilmiş. Şikayetlerine diplopi eklenmesi üzerine kliniğimize başvuran hastanın nörolojik muayenesinde sol gözde dışa bakış paralizisi ve bilateral papil ödem saptandı. EEG'de hemisferlerde yavaş dalgalar görüldü. Ayırıcı tanıda yapılan, sistemik ve santral sinir sistemi enfeksiyonlarına yönelik taramalar, MR ve PET içeren nörogörüntülemeler, protein elektroforezi normaldi. BOS bulgularında lenfosit hakimiyetinde lökositoz, basınç yüksekliği ve protein artışı mevcuttu. Aseptik menenjit, HaNDL ön tanıları düşünüldü. Kafa içi basınç artışına yönelik asetozolamid tedavisi, enfeksiyon hastalıklarının resmi önerisiyle 14 gün asiklovir, tetrasiklin tedavisi aldı. 15 gün sonra kliniği düzelen hastada papil ödem saptanmadı. Kontrol BOS bulgularında hücre yoktu, basınç ve protein seviyesinde ılımlı düşüş saptandı, hastaya HaNDL tanısı kondu.

Sonuç:
BOS'ta hücre artışına rağmen bakteriyel etkenin saptanamadığı menenjitler aseptik menenjitler olarak adlandırılır. Birçok sebeple ortaya çıkabilir, büyük çoğunluğundan virüsler sorumludur. HaNDL düşünülen hastalarda BOS bulguları aseptik menenjit ile uyumlu olduğunda tanı hemen konulamamakta, körlemesine aseptik menenjit tedavisi verilmektedir. BOS benzerliğine rağmen HaNDL'a özgü nörolojik defisitler ve baş ağrısı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.

EP - 362 NÖBET İLE PREZENTE OLAN NADİR BİR FRONTOETMOİDAL ENSEFALOSEL OLGUSU

BERİA NUR ERTUĞRUL , ASLI ECE ÇİLLİLER

ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

Giriş:
Ensefaloseller, beyin parankiminin meninkslerle birlikte kafatası kemiğindeki açıklıklardan herniasyonu ile karakterize edilen bir grup nörolojik bozukluktur. Nöral tüp defektleri yanı sıra kraniumda cerrahi veya travmaya sekonder defektler sonrasında görülebilirler. İlk ve tek jeneralize nöbet ile acil servise başvuran, beyin MR'ında frontoetmoidal ensefalosel yanısıra migrasyon anomalisinin eşlik ettiği ve uyku deprivasyonlu EEG'sinde sol tarafta belirgin bilateral frontoparietal bölgede keskin dalga ve diken dalga saptanan 32 yaşında kadın hasta ele alındı. Nöbet etyolojisinde migrasyon anomalisinin eşlik ettiği frontoetmoidal ensefalosel olduğu düşünülen bu hasta nadir bir vaka olarak sunulacaktır.

Olgu:
32 yaşında, bilinen epilepsi öyküsü olmayan kadın hasta kafa travmasının eşlik ettiği jeneralize nöbet ile acil servisimize başvurdu. Jeneralize tonik klonik nöbetin 3-4 dakika sürdüğü, ardından yaklaşık 15 dakika postiktal konfüzyonu olduğu öğrenildi. Özgeçmişinde; natal öyküsünde özellik olmayan hastanın 8 aylıkken bir kez febril konvülziyon geçirdiği hasta tarafından beyan edildi. Kafa travması, cerrahi müdahale öyküsü yoktu. Beyin MR'ında frontal lobda gyrus rektus düzeyinde ethmoid kemik doku içine doğru, düzensiz, aksiyal kesitlerde 2x3.5 santimetrelik parankim uzanımları izlendi (frontoethmoidal ensefalosel); bu düzeyde polimikrogri, pakigri ve heterotopinin eşlik ettiği gözlendi. Uyku deprivasyonlu EEG'sinde sol tarafta belirgin, bilateral frontoparietal bölgede yüksek amplitüdlü 5-6 Hz, yavaş dalga, keskin dalga, rudimenter diken dalga deşarjlarının paroksismal olarak ortaya çıktıkları gözlendi.Hastaya levetirasetam 2x 500 mg oral tedavi başlandı. Hastanın bir yıllık takibinde nöbeti tekrarlamadı. Hastanın nöbetinin frontoetmoidal ensefaloselin eşlik ettiği migrasyon anomalisi ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

Tartışma:
Frontoetmoidal ensefaloseli olan nöbet hastalarının, antinöbet ilaçlara iyi yanıt vermesi nadir bir durumdur. Literatür araştırılması ve görüntülemeleriyle tartışılmıştır.

EP - 363 PNÖMOSEFALİ: NADİR BİR LOMBER PONKSİYON KOMPLİKASYONU

ELİF GÖKÇEN KÖKTÜRK [1], ZEHRA BAYKAN BIYIKLI [2], RAMAZAN AKPINAR [2]

[1] *ISPARTA YALVAÇ DEVLET HASTANESİ*
[2] *KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ*

Giriş:
Lomber Ponksiyon (LP) 19.yüzyıldan beri kullanılan ve halen Nöroloji'de temel tanısal araçlardan olan invazif bir işlemdir.En sık görülen komplikasyon başağrısıdır ancak hemoraji, herniasyon, kranial nöropatiler, sinir kökü irritasyonu, enfeksiyon gibi nadir komplikasyonlar da bildirilmektedir.

Olgu:
36 yaşında kadın hasta yaklaşık 1 aydır olan başının tepesinde zonklayıcı, yatınca artan ayaktayken azalan baş ağrısı şikayeti ile başvurdu.Muayenede papil ödem görülmesi üzerine intrakranial hipertansiyon ön tanısıyla yatırıldı.Beyin MR intrakranial hipertansiyon ile uyumlu görülmedi ve BOS basıncı ölçülmesi için LP yapıldı. Tek girişte travmatize edilmeden yapılan LP'de BOS basıncı:110mmH2O ölçüldü ve örnekleme için 10cc BOS alındı.Ponksiyon iğnesi geri çekildiği anda hastanın başının tamamında, önceki ağrılardan çok daha şiddetli, sıkıştırıcı baş ağrısı başladı. Acil çekilen beyin BT'de bazal sisterna ve sol temporal lob anteriounda ekstraaksiyal alanlarda serbest hava dansiteleri görüldü.Pnömosefali olarak değerlendirilen hastaya yatak istirahati verildi.Takibinin 5.gününde çekilen kontrol görüntülemede hava dansitelerinin absorbe olduğu gözlendi, hastanın baş ağrısı geriledi.

Tartışma:
Pnömosefali travma, intrakranial cerrahi, LP gibi işlemlere sekonder veya spontan olarak gelişebilir.Tedavisi konservatiftir eğer BOS kaçağı yoksa spontan rezorbsiyon beklenir.LP sonrası baş ağrısı nadir değildir ve her zaman santral görüntüleme yapılması gerekmeyebilir.En sık post-dural ponksiyon baş ağrısı görülür (%30-40).Uluslarası Başağrısı Sınıflaması'nda göre ponksiyon işleminden sonra günler içinde dural ponksiyondan BOS sızıntısına bağlı gelişen ağrı olarak tanımlanmıştır Ancak LP sonrası her baş ağrısını bu gruba sokmak doğru olmaz.Bu hastanın baş ağrısı karakteri ve başlama zamanı post-dural ponksiyon başağrısı ile uyumsuz olduğu için ciddi komplikasyon ihtimaline karşı ivedilikle görüntüleme alınmıştır.Yaygın kullanılan bu işlemin komplikasyonlarının ve başağrısı karakterlerinin farkında olunması hastanın takip ve tedavisinin doğru yönetimini sağlayacaktır.

EP - 365 NON-MOTOR VE FOKAL MOTOR NÖBETLE PREZENTE LGI-1 VAKASI

HANDE USTALAR , EZGİ MİHRAP AYDEMİR , CAVİT BOZ

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ FARABİ HASTANESİ

Olgu:
65 yaşında erkek hastada bir ay önce başlayan epigastrik yükselme hissi sonrası kısa süreli sol çenede kasılma şeklinde, bilincin korunduğu ara ara vuran atakları takiben jeneralize tonik klonik atak(2020) olmuş.Dış merkezde başlanan levetirasetam tedavisiden fayda görmemiş. Fokal nöbet sıklığı artmış. Poliklinikte çekilen EEG'sinde nadiren ortaya çıkan *P3 ve P4 elektrodunda faz yapan bilateral senkron, izole diken dalgalar* görüldü. Tarafımızca nöroloji servisi ve video EEG monitorizasyon (VEM) ünitesinde değerlendirilen nörolojik muayenesi normal olan hastanın yapılan tetkiklerinde; biyokimya, enfektif parametreler, otoantikorlar, malignite taraması normal saptandı. VEM kaydı boyunca anlamlı elektrofizyolojik bulgu elde edilemedi. Beyin MRI'da sağ mezial temporal skleroz görüldü. Hastanın kanından bakılan otoimmün ensefalit antikorlarından *LGI-1 antikoru pozitif* saptandı.Pulse streoid tedavisi başlandı. Nörokognitif testleri normal olan hastada doz azaltılarak steroid tedavisi kesildi. Kontrol kan tetkiğinde LGI-1 pozitifliği devam eden ancak kliniği normale dönen hastaya IVIG tedavisi verildi.Hasta steroid ve IVIG tedavisi sonrası nöbetsiz takip edilmektedir.
Otoimmun ensefalit immun aracılı yollarla santral sinir sisteminde meydana gelen inflamatuvar olaydır.Paraneoplastik (intraselüler nöronal proteinlere karşı gelişen (onkonöronal proteinler)) ve otoimmun (nöronal hücre yüzeyi veya sinapsa karşı gelişen) antikorlar nedenli gelişebilir.LGI-1 membran yüzey antijenine arşı gelişen otoimmun antikordur.Fasiobrakial distonik nöbetler LGI-1 için patognomoniktir. İmmunterapiye iyi yanıt verir.Yeni başlayan, antiepileptik ilaçlara dirençli, etyolojisi bilinmeyen özellikle temporal veya multifokal nöbetleri olan, otoimmun veya malign hastalık öyküsü olan, psikiyatrik bulguların da eşlik ettiği hastalarda akla gelmelidir.Tanıda MRI (bilateral mezial temporal lobda T2 W-FLAIR hiperintensitesi), EEG(temporal lobda epileptiform deşarj veya yavaşlama), LP (BOS'da pleositoz)yardımcıdır. Kandan veya BOS'tan otoantikor çalışılır.Malignite taraması yapılır İmmunsupresifler ve semptomatik tedavi ile takip edilirler.

EP - 367 ZİC 4 POZİTİFLİĞİ İLE BİRLİKTE GÖRÜLEN PARANEOPLASTİK SEREBELLAR SENDROM: OLGU SUNUMU

GİZEM ERKARACA KABAOĞLU [1], BEYZA NUR BOZKURT [1], AYŞE POLAT ZAFER [1], ŞULE DALKILIÇ [1], HALİL ALPER ERYILMAZ [1], TÜRKAN ACAR [2]

[1] S.B. SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ A.D.

Giriş:
Zic proteinlerindeki mutasyonların spina bifida, haloprozensefali, serebellar malformasyonlar ve sensorimotor yürüyüş anormallikleri gibi nörolojik anormalliklere neden olduğu görülmüştür. Bizim olgumuz da 6 aydır devam eden dengesizlik ve kilo kaybı nedeniyle takibe alınmış ve paraneoplastik serebellar sendrom (PSS) düşünülmüştür. PSS en yaygın paraneoplastik nörolojik sendromlardan biridir ve vakaların %92ye yakın oranı KHAK ile ilişkilidir. Etiyolojisi bilinmeyen serebellar fonksiyon bozukluğu olan hastalarda Zic4 antikorlarının tespit edilmesi, küçük hücreli akciğer kanseri ile ilişkili PSSyi düşündürmektedir. Bu yazıda Zic4 antikor pozitifliği ve PSS birlikteliği olan bir vakayı sunduk.

Olgu: 74 Yaş erkek hasta,6 aydır olan dengesizlik şikayetinde son dönemde artış olması, yürümede zorlanma, aynı zamanda iştahsızlık ve kilo kaybı şikayetleri sebebi ile nöroloji kliniğine başvurdu. Hastanın nörolojik muayenesinde yürüyüş ataksisi mevcuttu. Kr MRG'de periventriküler flair-T2 kesitinde hiperintens iskemik-gliotik odaklar izlendi. Tümör taramasına yönelik yapılan tetkiklerinde torak BT'de patolojik bulgu saptanmadı. Batın ve tiroid USG olağan izlendi. Tümör markerları negatif görüldü. LP sonucunda protein 54,2 mg/dl olup hücre görülmedi. Paraneoplastik panel çalışıldı. Zic4 pozitifliği saptanması üzerine hasta küçük hücreli akciğer kanseri araştırılması açısından göğüs hastalıkları polikliniğe yönlendirildi.

Tartışma: Etiyolojisi bilinmeyen serebellar fonksiyon bozukluğu olan hastalarda Zic4 antikorlarının tespit edilmesi, küçük hücreli akciğer kanseri ile ilişkili PSS düşündürmektedir. PSS; ataksi, dizartri, nistagmus ile kendini gösterir. Vakamızda dengesizlik, ataksik yürüyüş, kilo kaybı, iştahsızlık şikayetlerinin olması ve Zic 4 pozitifliği görülmesi sebebi ile malignite açısından tetkikler yapıldı. Malignite tespit edilemedi. Fakat vakaların %50'sinde paraneoplasttik nörolojik bozuklukların altta yatan maligniteden önce ortaya çıktığı göz önünde bulundurularak hastaların yıllık malignite taraması yapılması açısından takibe alınması akılda tutulmalıdır.

EP - 368 İNSİDENTAL PANTOPAQUE ARTIĞI:OLGU SUNUMU

BURÇAK BARAZ [1], ESRA ÇIVGIN [2], BERKAY ERSÖZ [2], EBRU GÜNDOĞAN [1], OĞUZHAN KURŞUN [1]

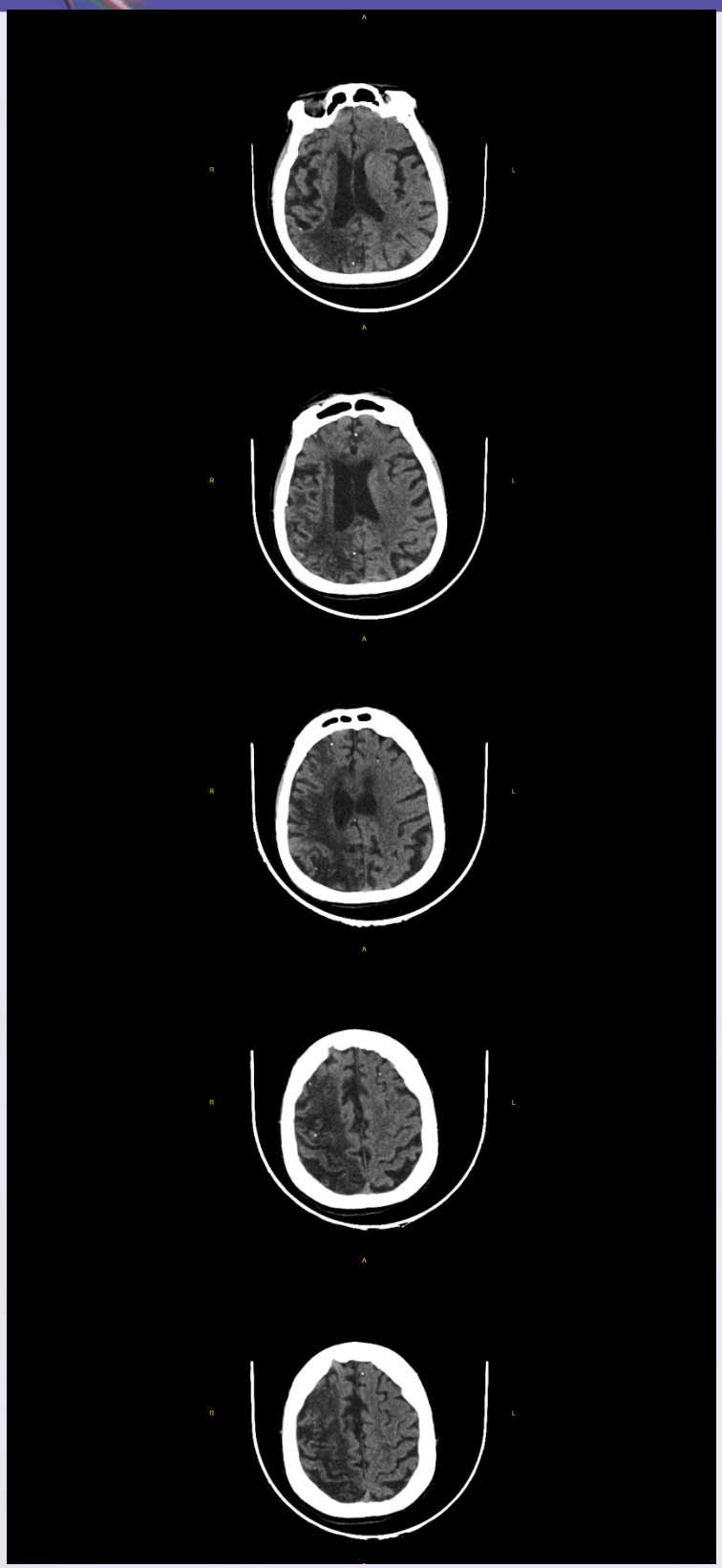
[1] ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ RADYOLOJİ KLİNİĞİ

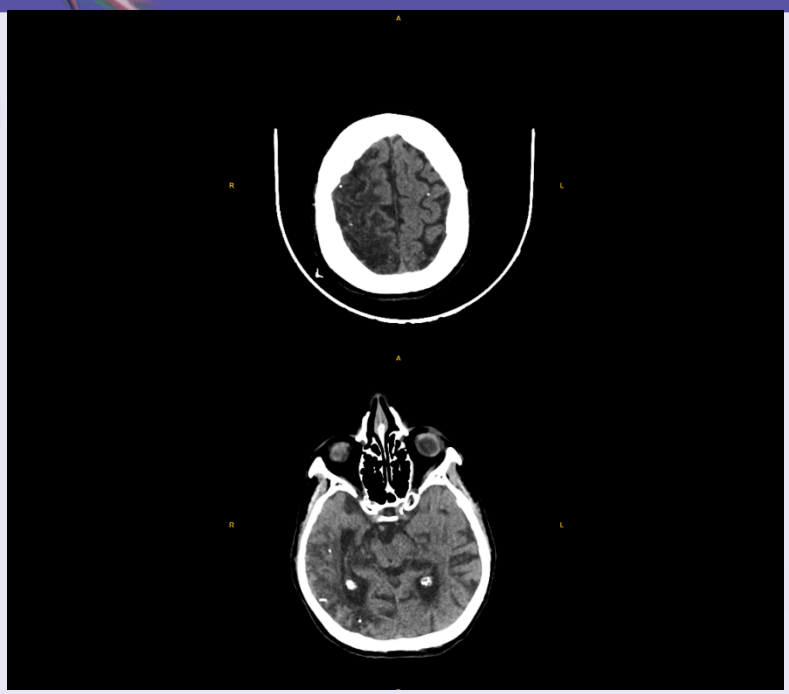
Giriş:
Pantopaque, diğer adıyla İofendilat, yağda eriyen,radyoopak bir iyot bileşiğidir.1944-1980 yılları arasında, suda çözünür kontrast maddelerin keşfinden önce miyelografi, venrikülografi, sisternografi gibi santral sinir sistemi görüntülemelerinde kullanılmıştır. İofendilat; zor emilmesi ve araknoidit gibi yan etkileri nedeniyle günümüzde kullanılmamaktadır.

Olgu Sunumu:
Bilinen İskemik Serebrovasküler Olay ve demans öyküsü olan 74 yaşındaki kadın hasta; 2gündür yemek yemekte ve konuşmakta zorlanma, algılama güçlüğü şikayetleriyle getirildiği acil serviste çekilen Kraniyal Manyetik Rezonans Görüntülemesinde (MRG) iskemik enfarktgörülmesi üzerine İskemik İnme tanısı aldı. Çekilen Kraniyal Bilgisayarlı Tomografide (BT)'de"Subaraknoid alanda dağınık yerleşimli milimetrik hiperdansiteler izlenmektedir. (Pantopaque artığı?)" şelinde raporlandı.Hastanın tıbbi görüntüleme geçmişine ulaşılamadığı için daha önce İofendilat varlığını gösteren herhangi bir görüntüleme izlenemedi.

Tartışma:
Pantopaque artıkları, BT'de hiperdens, MRG'de T1 ağırlıklı görüntülerde hiperintens ve T2 ağırlıklı görüntülerde izointens-hipointens görünmektedir. Görüntülemelerde tümor ve ateşli silah saçmalarını taklit ederek tanıda yanıltıcı olabilmektedir.Literatürde az sayıda vaka bildirimi yapılmış olması ve vaka bildirimlerinin genellikle insidental saptanan görüntülemeler üzerine olması nedeniyle,uzun vadede oluşturabileceği klinik tablolar ile ilgili, hastaların uzun yıllar takip edilmesi ve daha çok çalışma yapılması gerekmektedir. Biz de bu makalede acil servise iskemik inme kliniği ile başvuran hastanın kraniyal görüntülemelerinde insidental olarak Pantopaque artıkları izlenmesine dair olguyu sunuyoruz.

Kaynaklar
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9345776/
https://www.researchgate.net/publication/322942209_Acil_Serviste_Pantopaque_Kullanimina_Bagli_Farkli_Bir_Intraserebral_Goruntu_Pantopaque_Droplets
https://norosirurji.dergisi.org/pdf/pdf_TND_1377.pdf




A
R
L
P
A
R
L
P

EP - 369 MERKEZİMİZDE MYELİN OLİGODENDROSİT GLİKOPROTEİN (MOG) ANTİKOR İLİŞKİLİ HASTALIK KLİNİK PREZANTASYONU VE TEDAVİSİ: OLGU SERİSİ

MELİS GÖKÇE ÇİL , TUBA AKINCI , CEMİLE HANDAN MISIRLI

SBÜ HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:
Miyelin oligodendrosit glikoproteini (MOG), memelilerin merkezi sinir sisteminde oligodendrositlerin ve miyelin yüzeyinden eksprese edilen bir zar proteini olup, miyelin oligodendrosit glikoprotein antikoru ilişkili hastalık (MOGAD), multipl skleroz (MS), akut dissemine ensefalomiyelit (ADEM) ve aquaporin 4 antikoru (AQP4-Ab)-pozitif nöromiyelitis optika spektrum bozuklukları (NMOSD) ile örtüşmektedir. Santral sinir sisteminin ayrı bir demiyelinizan hastalığı olarak kabul edilmektedir.
Burada iki farklı nadir görülen klinik ile prezente MOGAD olgusunu sunuyoruz.
Olgu-1
Kırk yedi yaşında bilinen ek hastalığı olmayan kadın hasta sağ gözde bulanık görme, renkli görmede bozulma şikâyeti ile acil servise başvurdu. Yapılan oftalmolojik muayenesinde sağ gözde vizyon kaybı, reaktif afferent pupiller defekti (RAPD), optik disk (OD) ödemi izlenmesi üzerine optik nörit (ON) olarak değerlendirildi. Pulse steroid tedavisine yanıt alınamaması üzerine plazmaferez başlandı. Tam düzelme izlendi. Pulse steroid tedavisine dirençli ON sebebiyle yapılan ileri incelemelerde MOG antikoru pozitif saptandı.
Olgu-2
Bilinen huzursuz bacaklar sendromu ve hipotiroidi öyküsü olan 54 yaşında kadın hasta ateşli hastalık öyküsü sonrası başlayan bulanık görme, baş dönmesi, baş ağrısı ve yaygın parestezi şikayetleri ile acil servise başvurdu. Yapılan nöromuskuler muayenesinde Derin tendon refleksleri (DTR)global canlı ve taban cildi refleksi (TCR) bilateral ekstansör saptandı. Alt ekstremite distallerinde parestezi izlendi. Kraniyospinal görüntülemelerde lezyon saptanmadı. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) negatif myelit kliniği ile tetkik edildiğinde MOG antikoru pozitif saptandı ve on günlük pulse steroid ve idame oral steroid tedavisinden fayda gördü.
Steroid dirençli ON ve MRG negatif myelit nadir karşılaşılan klinik prezentasyonlardır. İki olgudan oluşan olgu serimiz ile benzer kliniklerle başvuran hastalarda MOGAD'ın ayırıcı tanılar arasında yer alması gerektiğini vurgulamak istedik.

EP - 370 KAROTİKOKAVERNÖZ FİSTÜLE SEKONDER ÜÇÜNCÜ KRANİAL SİNİR PARALİZİSİ OLGUSU

MUHAMMED ABDULKADİR ERKAN [1], ELİF BENGİSU BİLGİN [1], ZEYNEP ALPARSLAN [1], BURCU YÜKSEL [1], ÖMER YILDIZ [2], FATİH KILINÇ [2], HATEM HAKAN SELÇUK [3], AYSUN SOYSAL [1], HAYRUNNİSA DİLEK ATAKLI [1]

[1] SBÜ BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] SBÜ BAKIRKÖY DR.SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI
[3] ACIBADEM ATAŞEHİR HASTANESİ GİRİŞİMSEL NÖRORADYOLOJİ BİLİM DALI

Giriş:
Karotikokavernöz fistüller (KKF) arteriyel ve venöz sistem arasındaki anormal arteriovenöz anastomozlarla karakterizedir. Barrow sınıflamasına göre; (A) direkt tip, (B) internal karotis arterin (ICA) meningeal dallarından köken alan indirekt tip, (C) eksternal karotis arterin (ECA) meningeal dallarından köken alan indirekt tip , (D) her iki ICA ve ECA'nın meningeal dallarından köken alan indirekt tip olarak dörde ayrılırlar. Karotikokavernöz fistüller travmatik etyolojiye bağlı görülebilmelerine rağmen idiopatik de görülebilmekte, tek taraflı nörolojik bulgulara neden olabilmektedirler. Olgumuzda travma öyküsü bulunmayan spontan indirekt tip D KKFden bahsedilecektir.

Olgu:
Elli yedi yaşında kadın hasta iki aydır devam eden başağrısı, çift görme ve sağ göz kapağında düşüklük şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Muayenede pupiller anizokorik (R>L), sağ göz pupil ortası pitotik ve spontan duruşta göz küresi dışa deviye idi, her iki gözde kemozis ve proptozis saptandı. Ptozis ayırıcı tanısına yönelik sinir iletim çalışması ve ardışık sinir uyarım testi normal sınırlarda saptandı, asetilkolin reseptör antikoru negatifti. BT anjiyografide bilateral kavernöz sinüslerde erken dolum saptanması üzerine DSA yapıldı.Sağ ICA kavernöz segment ve meningohipofizeal trunkus dallarından ve sağ ECA orta meningeal arter dallarından dolan ,kavernöz sinüslere drene olan karotikokavernöz fistül traktı saptandı.Bunun üzerine endovenöz yolla internal juguler ven üzerinden inferior petrozal sinüs ve kavernöz sinüse mikrokateter ulaştırılarak fistül traktına yerleşildi, koil ile embolize edildi.Embolizasyon sonrasında hastanın şikayetleri geriledi.

Tartışma ve Sonuç:
Direkt tip KKF yüksek akıma bağlı olarak oftalmopleji, kırmızı göz, orbital konjesyon, proptosis ve ağrı şikayetleriyle başvurabilir ancak indirekt tiplerde travmatik faktör olmadan da hastalar mevcut şikayetlerle tarafımıza başvurabilir.Böyle durumlarda etyolojik nedenleri araştırmakla birlikte vasküler nörogörüntülemelerle ayırıcı tanılar gözden geçirilmelidir.

EP - 371 GABA-B ANTİKOR POZİTİF OTOİMMÜN ENSEFALİT

YELDA HARBİYELİ , ABDULSABIR YALIN , VEDAT ÇİLİNGİR

VAN YÜZÜNCÜYIL ÜNİVERİSTESİ

Giriş:
Otoimmün ensefalit, enfeksiyon veya otoimmün mekanizmalar tarafından tetiklenen limbik sistemi tutan bir hastalıktır.. Ayrıca, paraneoplastik sendrom grubunda yer alan patolojiler gibi kansere yanıt olarak ortaya çıkan nöro-antikorlarla da ilişkisi kanıtlanmıştır. (1-2).Son yıllarda, giderek artan sayıda otoimmün ensefalit ile ilişkili antikor tanımlanmıştır. 2010 yılında ilk kez anti-GABA-B (gama aminobütirik asit-B) reseptör ensefaliti bildirilmiştir (3). Bu hastalık, GABA-B reseptör antikorlarının aracılık ettiği bir otoimmün ensefalit türüdür ve sıklıkla limbik sistemi etkiler. Genellikle ilk semptom olarak dirençli epileptik nöbetler, bilişsel bozulma ve davranışsal anormallikler başlıca klinik bulgulardır (4). Paraneoplastik limbik ensefalit tanısında kesitsel görüntüleme yöntemleri ile yapılan çalışmalarda santral görüntüleme bazı olgularda normal bulunurken bazı olgularda özellikle MRG'nin limbik sisteme ait patolojik görünümleri saptayabildiği gösterilmiştir. (5,6,7). Biz yazımızda AC ca tanılı dirençli epileptik nöbetler ile başvuran anti GABA-B reseptör pozitif ensefalit olgusunu sunmayı amaçladık.

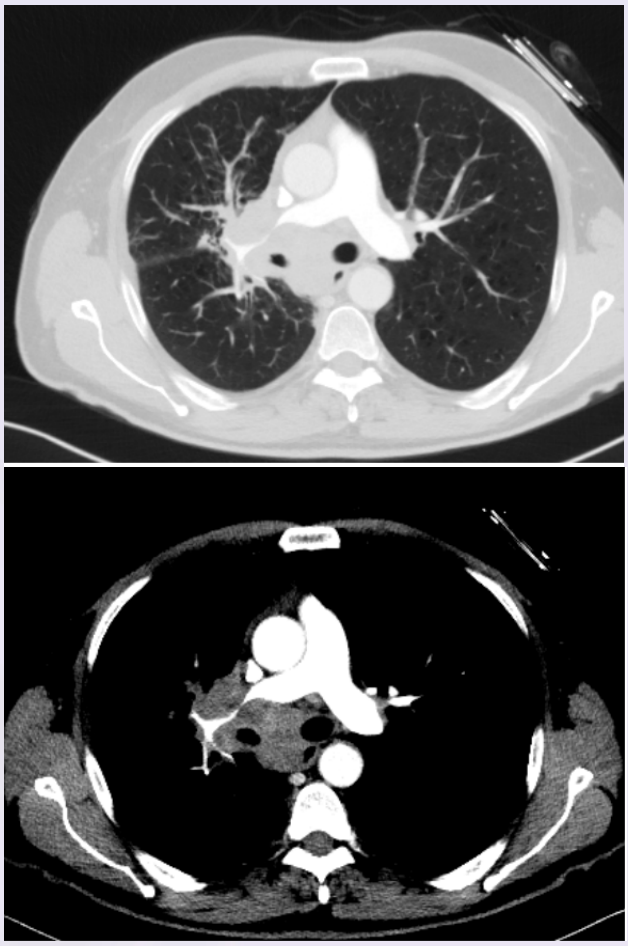
Olgu Sunumu:
59 yaşında sigara öyküsü olan erkek hastanın; 6 ay önce öksürük şikayetiyle çekilen toraks BT'sinde sağ paramediastinel alanda, sağ pulmoner artere belirgin invaze olan 10x7cm ebatlı kitle saptandı(**Resim1**). Yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi patoloji sonucu küçük hücreli akciğer karsinomu ile uyumluydu. Hastaya onkoloji kliniği tarafından tedavi başlanarak takibe alındı.
Başvurudan 1 hafta önce başlayan giderek artan başağrısı, bulantı, kusma, baş dönmesi, şuurunda gerileme, davranış değişikliği, unutkanlık şikayetleri olan hasta dahiliye yoğun bakım ünitesinde yatışının birinci gününde jeneralize tonik klonik karakterde nöbetleri olması üzerine tarafımıza konsülte edildi. Hastanın daha önce bilinen epilepsi tanısı ve nöbet öyküsü yoktu. Çekilen beyin diffüzyon ağırlıklı mrg de bilateral temporalde diffüzyonda kısıtlanma izleniyordu. Hastaya kraniyal metastaz düşünülerek kontrastlı beyin MRG çekilmişti. Hastann MRGsinde bilateral temporal lob medialde kampal-parahipokampal, bilateral hiluslar ve kortekste belirgin kompresyona neden olmayan, T1 ağırlıklı sekanslarda hipointens ve T2 ağırlıklı sekanslarda ise hiperintens karakterde, IV kontrast madde (gadolinium) verilmesini takiben kontrast tutulumu göstermeyen lezyon alanları saptandı(**Resim2**). Hastanın tanımlanan lezyon alanı metastaz görünümü ile uyumlu değildi. Hastaya yapılan beyin omurilik sıvısı(BOS) tetkiklerinde protein 45.3 mg/dl,, klor 132 mmol/dl, glukoz 65mg/dl olarak ölçüldü ve direkt bakıda hücre izlenmedi. BOS kültürde üreme olmadı. Çekilen eegde her iki frontotemporal kayıtlarda teta yavaşlaması izlendi. (**Resim3**). BOS ta çalışılan paraneoplastik antikor panelinde; NMDAR, AMPA1, AMPA2,CASPR2 negatif; GABAR B1/B2 pozitif saptandı. Klinik, laboratuvar ve MRG bulguları değerlendirildiğinde hastaya paraneoplastik limbik ensefalit tanısı konuldu. Nöbetleri durdurmak için levetirasetam 2x1000 mg başlandı, daha sonra tedaviye valproik asit 2x1000 eklendi. Antiepileptik tedavi ile nöbetleri azaldı ama durmadı. Klinik takip, laboratuvar ve görüntülemeler sonrasında hastaya tarafımızca pulse steroid tedavisi başlanmasına karar verildi. Günlük 1000mg olmak üzere 10 günlük tedavi sonrası nöbetleri tamamen durdu. Ancak hasta sepsis nedeniyle 18. günde ex oldu.

Tartışma:
Otoimmün ensefalit (OE) genellikle limbik sistemi tutan otoimmün mekanizmaların aracılık ettiği bir tür ensefalittir. Başlıca klinik bulgular epileptik nöbetler, kognitif disfonksiyon ve anormal davranışlardır (1, 8).
Anti-NMDAR ensefalitinin tanısının konulmasında şimdiye kadar nöronal hücre yüzey proteinlerine ve sinaptik proteinlere karşı LGI1, AMPAR GABAR ve CASPR2 antikorları gibi otoantikorlar kullanılmaktadır. (9). Anti-GABA-B reseptörü ile ilişkili ensefalit, GABA-B reseptörü ile ilişkili antikorların üretimi nedeniyle bağışıklık yanıtı oluşturan nadir bir otoimmün ensefalit türüdür.

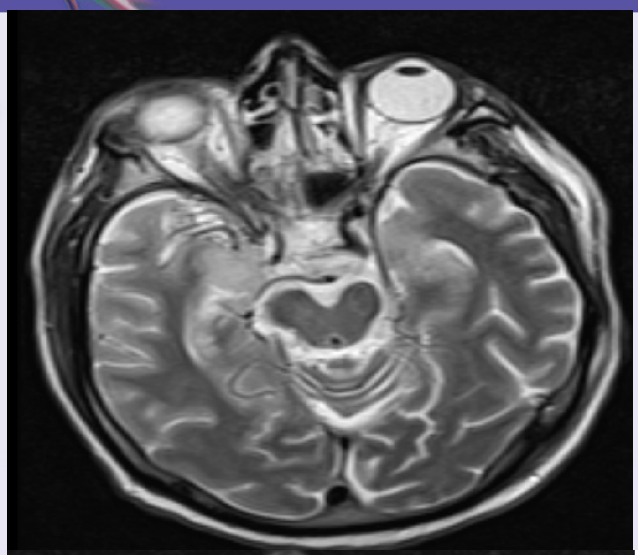
GABA-B-reseptörünün yapısının ve/veya fonksiyonunun bozulmasının spontan nöbetlere neden olabileceği bilinmektedir. Anti-GABA-B reseptör ensefalitli hastalarda oluşan antikorlar GABA-B reseptörünün aktivasyonunu bozabilir ve ya reseptörün yapısını değiştirmeden fonksiyonunu bozabilir (4). Anti-GABA-B reseptör ensefaliti

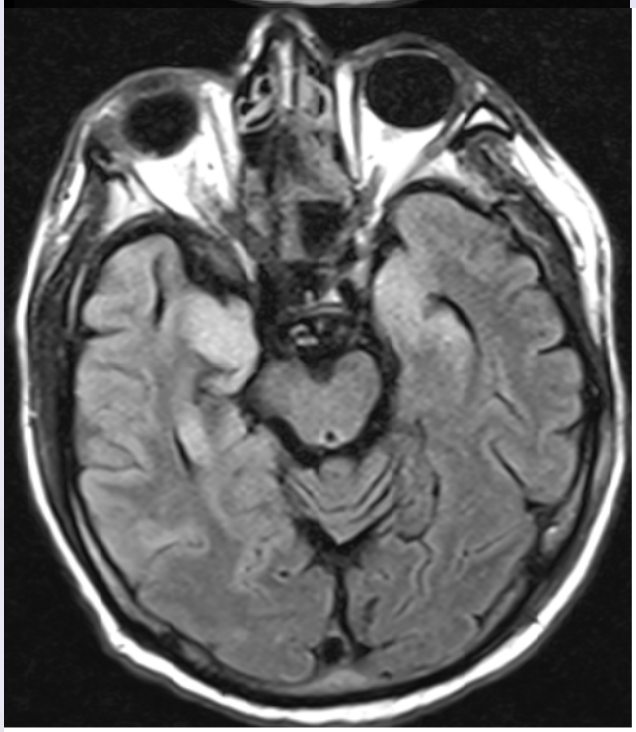
sıklıkla limbik sistemi tutar ve epilepsi, davranış bozukluğu-değişikliği, bellek bozuklukları ile kendini gösterir. İmmünsüpresif tedavilerin kullanıldığı küçük hücreli akciğer kanseri ile yakın ilişkilidir . Hastalığın hızlı tanınması; santral sinir sisteminin hasarının iyileştirilebilmesi açısından hayati öneme sahiptir.

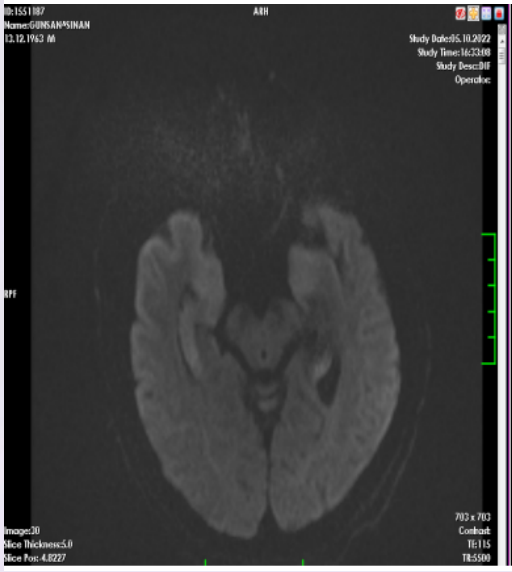
Anti-GABA-B reseptör ensefaliti nadir görülür ve bildirilen vaka sayısı sınırlıdır . Biz de bilateral limbik sistem tutulumu, dirençli epileptik nöbetleri ile hastalığın tipik fenotipinin bir örneği olan anti-GABA-B reseptör ensefaliti vakamızı derledik ve sunmak istedik. Nöbet tedavisi sonrası epileptik nöbetlerin sayısı azaldı fakat durmadı, davranış ve bilişsel işlevlerde anlamlı bir düzelme olmadı. Pulse steroid tedavisinden sonra bilinçte kısmen düzelme oldu ve nöbetler tamamen durdu.
Sonuç olarak biz bu çalışmamızda yeni başlayan ve klasik antiepileptik tedaviye dirençli olan ,diğer nedenlerin dışlandığı status epileptikus hastalarında, tanıda otoimmün epilepsi düşünmek gerektiğini ve antiepileptik tedaviye dirençli olabileceğini , immün tedavi ile nöbetlerin kontrol edilebileceğini, klinik düzelmenin sağlanabileceğini vurgulamak istedik. İleri yaşta başlayan davranışsal belirtilerin ve komorbid immün bozuklukların eşlik ettiği klinik durumlarda santral görüntülemelere ek olarak kapsamlı bir BOS değerlendirmesi ile otoimmün markerlara bakılması vakaların doğru tanı alması ve tedavisinin düzenlenmesi açısından önem taşımaktadır.



RESİM 1: **Toraks BT parankim ve mediastinal pencerede sağ paramediastinel bölgede sağ arteri belirgin daraltan kitle**

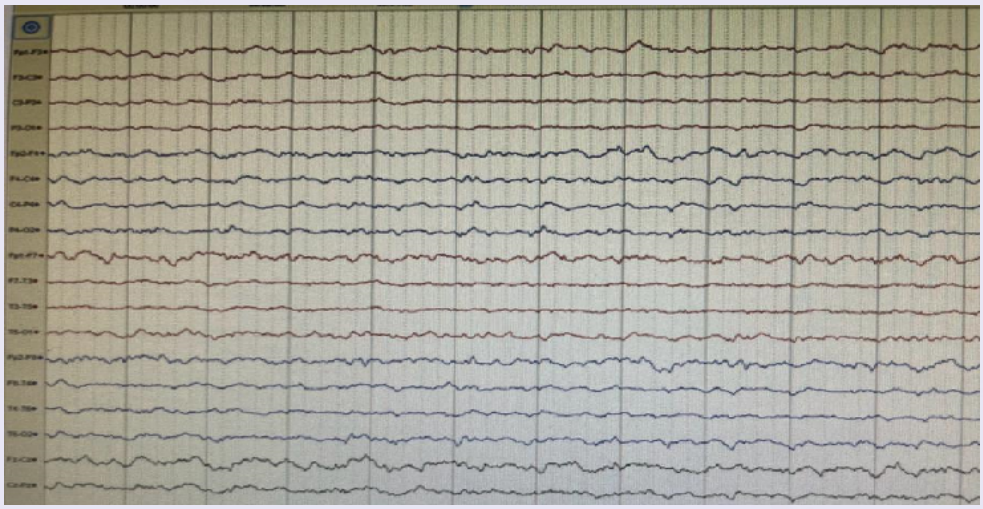


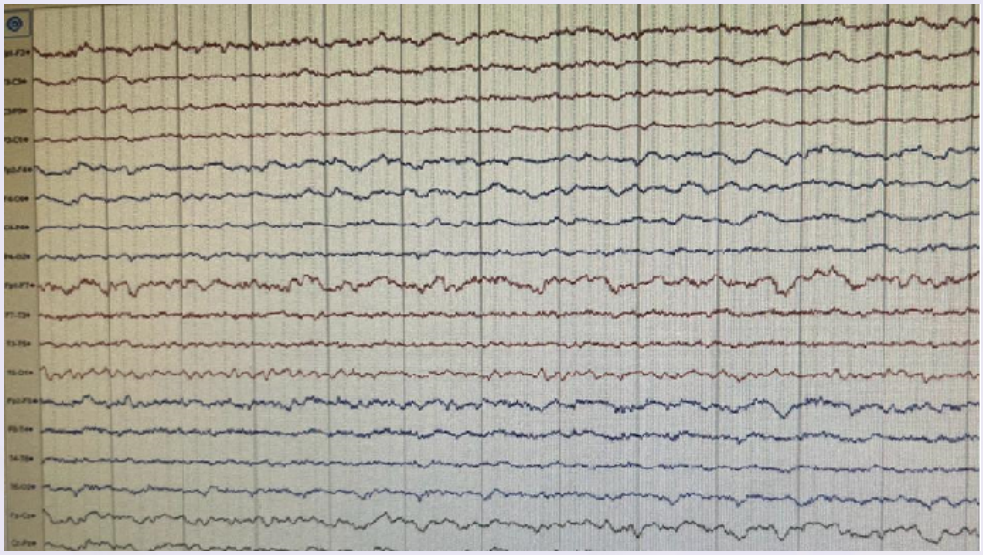


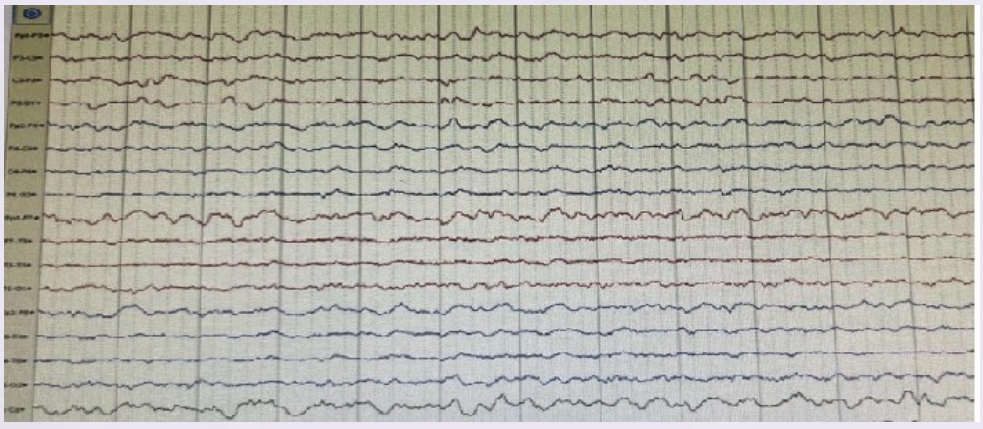

ID:1551187
Name:GUNSAN^SINAN
13.12.1963 M
ARH
Study Date:05.10.2022
Study Time:16:33:08
Study Desc:DIF
Operator:
RPF
703 x 703
Contrast:
TE:115
TR:5500
Image:20
Slice Thickness:5.0
Slice Pos:-4.0227

ID:1551187
Name:GUNSAN^SINAN
13.12.1963 M
ARH
RPF
Image:9
Slice Thickness:5.0
Slice Pos:-4.0227

RESİM 2







RESİM 3

Kaynaklar :

1. Dutra LA, Abrantes F, Toso FF, Pedroso JL, Barsottini OGP, Hoftberger R. Otoimmün ensefalit: tanı ve tedavinin gözden geçirilmesi . *Arq Neuropsiquiatr.* (2018) 76 :41–9. 10.1590/0004-282x20170176
2. Serafini A, Lukas RV, VanHaerents S, Warnke P, Tao JX, Rose S, ve diğerleri. Paraneoplastik epilepsi . *Epilepsi Davranışı.* (2016) 61 :51–8. 10.1016/j.yebeh.2016.04.046
3. Lancaster E, Lai M, Peng XY, Hughes E, Constantinescu R, Raizer J, ve diğerleri. Nöbet geçiren limbik ensefalitte GABA(B) reseptörüne karşı antikorlar: vaka serisi ve antijenin karakterizasyonu . *Lancet Neurol.* (2010) 9 :67–76. 10.1016/S1474-4422(09)70324-
4. McKay JH, Dimberg EL, Lopez Chiriboga AS. Gama-aminobütirik asit reseptörü tip B otoimmünitesinin sistematik bir incelemesi . *Neurol Neurochir Pol.* (2019) 53 :1–7. 10.5603/PJNNS.a2018.000
5. Xu L, Hu J, Chen Q. Two cases of paraneoplastic limbic encephalitis associated with small cell lung cancer and a literature review. Exp Ther Med 2015;9(2):335-40
6. Pastuszak Ż, Stępień A, Tomczykiewicz K, Piusińska-Macoch R, Kordowska J, Galbarczyk D, et al. Limbic encephalitis-a report of four cases. Cent Eur J Immunol 2017;42(2): 213-7.
7. Burton GV, Bullarda DE, Walther PJ, et al. Paraneoplastic limbic encephalopathy with testicular carcinoma: a reversible neurologic syndrome. Cancer 1988; 62:2248- 2251.
8. Newman MP, Blum S, Wong RC, Scott JG, Prain K, Wilson RJ ve diğerleri. Otoimmün ensefalit . *Stajyer Med J.* (2016) 46 :148–57. 10.1111/imj.12974
9. Seluk L, Taliansky A, Yonath H, Gilburd B, Amital H, Shoenfeld Y, ve diğerleri. Paraneoplastik nörolojik otoantikorlar için geniş bir ekran; tanı ve öngörü değerleri . *Clin Immunol.* (2019) 199 :29–36. 10.1016/j.clim.2018.12.007

EP - 372 NADİR GÖRÜLEN BİR SENDROM SCHİLDER HASTALIĞI: OLGU SUNUMU

SENA ADALIOĞLU , ÖZDEN KAMIŞLI , ŞAHİN AY , ABDÜLCEMAL ÖZCAN

BURSA TIP FAKÜLTESİ, BURSA ŞEHİR HASTANESİ,NÖROLOJİ AD

Giriş:
Schilder hastalığı (SD) veya miyelinoklastik diffüz skleroz, merkezi sinir sisteminin nadir görülen demiyelinizan bir hastalığıdır. Genellikle çocukları ve genç erişkinleri etkiler ve sıklıkla intrakraniyal kitle lezyonu gibi bulgularla ortaya çıkar. Atipik sunumları nedeniyle, genellikle tanı koymak zordur.

Olgu Sunumu:
24 yaşında kadın hasta, 3-4 gündür olan sağ kol bacakta uyuşma, 1 haftadır gördüğünü idrak edememe, alışık olduğu cisimleri ilk bakışta tanıyamama, her zaman girdiği sokağı sanki tanımıyormuş hissi ve baş ağrısı şikayetleriyle başvurdu. Baş ağrısı, başın tepesinden önüne doğru yayılan bir ağrı, daha önceki migren ataklarından farklı karakterdeymiş. Özgeçmişinde aurasız migreni mevcuttu. Nörolojik muayenesinde alt ekstremitelerde derin tendon refleksleri canlıydı, sağ alt ekstremitede aşil klonusu mevcuttu. Yürüyüşü ataksikti. Yapılan tetkiklerde kontrastlı kraniyal MRG'de sağda belirgin bilateral, tümefaktif T2 hiperintens beyaz cevher lezyonları izlendi. Kontrast tutulumu vardı. Demiyelizan hastalık ön tanısıyla 7 gün 1000mg/gün IV metilprednizolon tedavisi verildi. Steroid tedavisinden belirgin fayda görmeyen ve kliniği kötüleşen hastaya kontrol beyin MR çekildi. Kontrol MR'da sol lateral ventrikül arka boynuzu komşuluğundaki lezyonda büyüme ve kontrastlanmada artış izlendi. Bunun üzerine hastaya 7 seans plazmaferez yapıldı. 2. defa 7 gün 1000 mg/gün pulse metilprednizolon tedavisi verildi. Tedavi başlanmadan önce yapılan LP sonuçlarında BOS biyokimyası normaldi, IgG indeksi 0.63 (0.3-0.6), OKB negatifti. Servikal ve torakal spinal görüntülemeleri normaldi. NMO ve MOG antikorları gönderildi, sonuçları negatif geldi. Ayırıcı tanıya yönelik vaskülit markerları bakıldı negatif geldi. Tedavi sonrası klinik olarak düzelme izlendi. 3 hafta sonra çekilen kontrol MR'da lezyon boyutlarında küçülme ve kontrastlanma paterninde azalma gözlendi.
Lezyonların tümefaktif görünümü, demiyelizan hastalık açısından yapılan LP'nin negatif gelmesi sebebiyle MSS maligniteleri açısından değerlendirildi. MR spektroskopide sağ oksipitotemporalde posterior derin temporalde kitle lezyonları ve yoğun vazojenik ödemler izlendi. Lezyonlarda kolin yükseklikleri tespit edilmiştir. Radyolojinin yorumunda tümör ekarte edilemediği belirtildiği için biyopsi planlandı. Sağ frontaldeki lezyondan stereotaktik cerrahi ile biyopsi alındı. Biyopsi 2 farklı merkezde değerlendirildi. Biyopsi sonucunda reaktif astrositoz, gemistositler ve vazojenik ödem görünümü izlendi. Biyopsi sonucu malignite bulguları saptanmadı.
Klinik, radyolojik, BOS, ve patoloji sonuçları birlikte değerlendirildiğinde Schilder hastalığı düşünüldü. Atipik inflamatuar demyelinizan lezyonların görüldüğü hastalıklardan biri Schilder hastalığıdır. Akut tedavide önce steroid arkasından plazma değişimi yapılarak hastalık kontrol altına alınmıştır. Yakın MR takipleri yapılmaktadır. Nadiren de olsa Schilder hastalığında da relaps olabileceğinden bu açıdan dikkatle takibi yapılmaktadır.

EP - 373 AKUT İSKEMİK İNMELERDE NESFATİN 1 VE GALEKTİN 3 DEĞERLERİNİN MORTALİTEYE KATKISI

ŞENNUR DELİBAŞ KATI [1], SERKAN ÖZBEN [1], MERT VAN [1], ERTAN KÜÇÜKSAYAN [2], ESRA CİLLİ [1], AYLİN YAMAN [1], TOMRİS ÖZBEN [3]

[1] ANTALYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ
[2] ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BİYOKİMYA ANABİLİM DALI
[3] AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BİYOKİMYA ANABİLİM DALI

Amaç:
Nesfatin 1 ve galektin 3 düzeyleri özellikle kardiyovasküler hastalıklarda önemi araştırılan belirteçlerdir. İnmede akut ve kronik dönemdeki farklılıkları prognoza katkı sağlayabilir.

Gereç ve Yöntem:
Toplam 154 hasta (akut inme, kronik inme ve inmesiz grup olmak üzere) çalışmaya alındı.
G*Power V. 3.1.9.6 programı kullanılarak örnek genişliği hesaplanmıştır. %95 güven (1-α), %95 test gücü (1-β), f=0,341 etki büyüklüğü ile 4 grup için çalışmaya dahil edilmesi gereken vaka sayısı toplamda 152 olarak belirlenmiştir. Çalışma 154 vaka ile tamamlandığından PostHoc power analizi sonucuna göre testin gücü %95,3 olarak bulunmuştur [1].

Bulgular:
mRs değerleri ile direk anlamlı bir ilişki saptanmadı. Galektin 3 düzeyleri ile NIHSS arasında pozitif korelasyon vardı: $p<0.05$.

Sonuç:
Özellikle farklı alt gruplarla akut inmede bu değerlere bakılması prognoz açısından fikir verebilir.

EP - 374 GÖK GÜRÜLTÜSÜ BAŞ AĞRISIYLA GELEN OLASI SANTRAL SİNİR LENFOMASİ

ELİF UYSAL , EYLEM ÖZAYDİN ĞOKSU

ANTALYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Gök gürültüsü baş ağrısı (TCH), 1 dakika içinde maksimum yoğunluğa ulaşan ani, şiddetli bir baş ağrısıdır. TCH birincil veya ikincil olabilir. Primer TCH tanısı altta yatan bir neden bulunmadığında konur; ancak görüntüleme,(kranial manyetik rezonans, kranial tomografi, lomber ponksiyon) ikincil nedenleri ayırt etmede çok önemlidir. Subaraknoid kanama (SAk), ikincil TCH'nin en sık nedenidir. Vakaların çoğunluğunu anevrizmal SAK oluşturur, ancak diğer nedenler de göz önünde bulundurulmalıdır. Kafa içi enfeksiyon,primer merkezi sinir sistemi lenfoması, perimezensefalik kanama, arteriovenöz malformasyonlar ve dural arteriovenöz fistülün yanısıra diğer nedenler arasında geri dönüşümlü serebral vazokonstriksiyon sendromu yer alır. İskemik inme, hipofiz apopleksi ve posterior reversibl lökoensefalopati diğer nedenler iken, vasküler olmayan nedenler arasında üçüncü ventrikülün kolloid kistleri ve spontan intrakraniyal hipotansiyon yer alır. 1 Primer merkezi sinir sistemi lenfoması (PCNSL), sistemik tutulum kanıtı olmaksızın beyni, omuriliği, leptomeningleri veya vitreoretinal boşluğu etkileyen nadir bir ekstranodal lenfomatöz malignitedir. PCNSL tanısı yüksek düzeyde şüphe gerektirir çünkü klinik tablo tutulan yapılara göre değişir. 2 Merkezi sinir sistemi lenfoması, gök gürültüsü baş ağrılarının nadir görülen nedenlerinden biridir.

Olgu Sunumu:
30 yaş erkek hasta, Nisan 2023 Tarihinde daha önce hiç yaşamadığı bir baş ağrısı şikayeti ile başvurmuş. Baş ağrısı birdenbire başlamış ve aniden şiddetlenmiş. Eşlik eden bulantısı ve kusması olması üzerine acil servise (AS) başvurmuş. Başvuru sonrası hastanın şikayetleri geçmiş. O sırada yapılan nörolojik muyanesinde lateralizan bir bulgu saptanmamış. Dış merkezde çekilen MRG de sağ temporal ve sol mezensefalonda tanımlanamayan t2 ve t2 flairde yaygın hiperintens lezyonlar saptanması üzerine tarafımıza refere edilmiş. 2 gün sonra polikliniğimize başvurduğunda ara ara frontal bölgede sıkıştırıcı tarzda çok rahatsızlık vermeyen bulantı ve kusmanın eşlik etmediği en fazla 1 saat sürüp gün içinde 1-2 kez tekrarlayabilen baş ağrıları tarifledi. Hastanın hayvan besiciliği ile uğraştığı ancak bunun dışında ek bir şikayetinin ve bulgusunun olmadığı gözlendi. Hastaya opaklı MRG planlandı. Ancak 2 gün önce gökgürültüsü başağrısı olması ve MRG de atipik lezyonları olması nedeni ile LP planlandı. LP de WBC: 53 , direkt bakı:10 lökosit saptanan hasta santral sinir sistemi enfeksiyonu ön tanısı ile enfeksiyon hastalıklarına yönlendirildi. Hasta hospitalize edildi. Hastanın BOS bulgularında sitolojide çok sayıda mononükleer hücre yanısıra arada az sayıda kaba kromatin ve hafif nükleer kontür düzensizliğine sahip dar sitoplazmalı atipik hücreler saptanması üzerine kontrol lp yapılmış. Lp de BOS direkt bakı:Alanda 65/mm3 hücre görüldü, atipik hücreler saptandı. Bos HMG: lök:68 (%97 MNL) eritr:0 BOS BK: GLUKOZ:5 PROTEİN:103 saptanması üzerine maliğnite ön tanısı ile hemotolojiye /onkolojiye danışılmış. paraneoplastik tarama ve pet yapılmış. Kemik iliği biyopsisinde;Megakaryositler sayısı ve dağılımı normal olup Dismegakaryopoezis izlenmiştir.Flow sitometride;%26 lenfosit saptanmış.Hastaya çekilen PET CT depatoloji saptanmamış. Hasta tetkik sonuçlarını beklerken başağrılarının artması üzerine tekrar polikiniğimize başvurdu. Baş ağrısı yaygın, öksürmekle artan şiddetli kusmaların eşlik ettiği bir baş ağrısıydı. Nörolojik muayenesinde papil ödem ve 6. Kraniyal sinir parazisi saptanan hasta nöroloji servisine intrakraniyal basınç artışı ön tanısı ile yatırıldı. LP yapıldı. BOS açılış basıncı:60 mmh2o ekş: 60 wbc:134,rbc:0 , bos glukoz:11,direkt bakı:50 lökosit, total protein:125,7 saptandı. Sitolojide yeterli numune olmadığı için enfeksiyon ? tanımlanamayan atipik hücreler , lefoma ? yüksek ihtimal merkezi sinir sistemi lenfoması olarak yorumlandı.Enfeksiyon hastalıkları SSS enfeksiyonu düşünmedi. LP sonrası hastanın baş ağrılarında rahatlama gözlendi. Hastanın servis takibinde kısa bir süreliğine yanıtsızlık sonrasında 3-4 dk süren anlamsız konuşmaları oldu. Kısa süreli nöbet düşünülen hastaya EEG çekildi. EEG de kafa ön bölgelerde izlenen ve zaman zaman da jeneralize olan keskin ve delta frekansında yavaş dalgalar saptandı. Hastaya Levatirasetam başlandı. Çekilen kontrastlı MRG de; önceki lezyonlarının görülmediği ancak ; özellikle posterior fossa bölgesinde yaygın leptomeningeal tutulum gözlendi. Beyin cerrrahisi ile görüşülerek hastaya etyolojiye yönelik biyopsi planlandı. Biyopsi yapıldıktan sonra genel durumu stabil olan hasta nöroloji

servisine devir alındı. Birden şiddetli başağrısı başlayan hastaya kontrol BBT çekildi. BBT de herhangi bir patolojik bulgu (şift/kanama) gözlenmedi. BBT çekildikten sonra servise gelen hastanın birden solunum sıkıntısı gelişti. Solunum arresti sonrası kardiyak arrest olması sonrası hasta ex oldu. Hastaya tanı amaçlı otopsi önerildi. Ancak hasta yakınları kabul etmedi. Çıkan patoloji sonucunda;hücre bloğuna uygulanan immünohistokimyasal boyalardan pan cK ile boyanma izlenmezken , LCA boyasıyla bazı atipik hücrelerde boyanma izlenmiştir.

Sonuç:

Gök gürültüsü baş ağrısı, kliniği ve sekonder nedenleriyle önemli ve altta yatan nedenlerin tespit edilmesi gereken bir durumdur.Altta yatan etiyolojinin tespit edilmesi, nedene yönelik tedavi verilmesi morbidite ve mortaliteyi önemli ölçüde azaltır.Bizim olgumuz, gök gürültüsü baş ağrısıyla prezente olan,kliniğinde kişilik değişikliği ve nöbetlerin eşlik ettiği, nörogörüntülemelerde leptomeninks tutulumu, bos ve kemik iliğinde atipik hücrelerin görülmesi ile lenfoma şüphesi uyandıran nadir görülen olası primer merkezi sinir sistemi lenfoması ile alakalı bir olgudur. Bu olgumuzu sizlerle paylaşmak istedik.

1.Thunderclap Headache. Sekhon S, Sharma R, Cascella M.2023 Jun 4. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–.PMID: 32809464 (Free Books & Documents)
2. Primary central nervous system lymphoma. Schaff LR, Grommes C.Blood. 2022 Sep 1;140(9):971-979. doi: 10.1182/blood.2020008377.PMID: 34699590 (Free PMC article. Review)

EP - 375 TERİFLUNOMİD KULLANIMI İLE İLİŞKİLENDİRİLEN İKİ HUZURSUZ BACAKLAR SENDROMU OLGUSU

DÜRDANE AKSOY , BETÜL ÇEVİK , ORHAN SÜMBÜL , YUSUF KOÇAK , UĞUR KULU , SEMİHA KURT

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Relapsing Remitting Multipl Sklerozun (RRMS) birinci basamak tedavisinde kullanılan Teriflunomid, dihidroorotat dehidrogenaz enzimini reversibl şekilde inhibe edip, de-novo pirimidin sentezini bozarak, hızlı prolifere olan T ve B lenfositlerini azaltır. Teriflunomid in sık gözlenen yan etkileri; baş ağrısı, asemptomatik ALT yükselmesi, gastrointestinal yan etkiler, saç incelmesi, artralji, hipertansiyon, lökopeni ve periferik nöropatidir. Huzursuz Bacaklar Sendromu (HBS); bacakları hareket ettirme ihtiyacı ile karakterize, rahatsız edici hisler ve uyku bozukluğunun eşlik ettiği, kronik bir hareket bozukluğudur. Hastalar şikayetlerini bacaklarda engel olamadıkları hareket ettirme isteği, acı-yanma-karıncalanma şeklinde çok ağrılı olmayan, oldukça rahatsız edici bir his şeklinde ifade ederler. HBS ile ilişkilendirilen birçok hastalığın yanı sıra antidepresan, antipsikotik gibi bazı ilaçlar da sorumlu tutulmuştur. Burada teriflunomid başlanmasının arkasından HBS gelişen iki kadın hasta sunulmuştur. Hastalarda HBS tanısı için Uluslararası HBS çalışma grubunun 2014 tanı kriterleri kullanılmış, beş temel kriterin hepsini karşılamaları sonucu HBS olarak kabul edilmiştir.

Olgu 1:
Kırk iki yaşında RRMS tanısı ile takipli kadın hasta 12 yıldır kullandığı İnterferon beta-1b nin yaptığı enjeksiyon yeri sorunları ve grip benzeri yan etkileri nedeniyle ilaç değişimi için kliniğimize başvurdu. Hasta 10 yıldır ataksız ve progresyonsuzdu (EDSS: 1). Nörolojik muayenesinde minimal ataksisi dışında özellik yoktu. Tetkikleri sonrasında Teriflunomid'e geçildi. Hasta iki ay sonra yaklaşık bir aydır süren, akşamları ve özellikle gece yattığında bacaklarındaki huzursuzluk hissini kendini uyutmadığını, sürekli oynatma ihtiyacı hissettiğini belirterek polikliniğimize başvurdu. Yapılan hemogram, biyokimya, ferritin, tiroid fonksiyon testleri ve Elektronöromyografisi (ENMG) normaldi. Nörolojik muayenesinde ve EDSSde değişiklik yoktu. Bulgular Terflunomid tedavisi ile ilişkilendirilerek ilaç değişimine gidildi, bir ay içinde hastanın semptomları tamamen düzeldi.
Olgu 2:
Otuz yaşında kadın hastaya kliniğimizde yapılan tüm tetkikleri sonrasında klinik kesin RRMS tanısı konularak (EDSS:1.5) Teriflunomid tedavisi başlanmıştı, öz geçmişinde özellik yoktu, Soy geçmişinde annesinde HBS öyküsü vardı. Hastamızın ilk ay kontrolleri normaldi. Üçüncü ay kontrolünde bacaklarında hissettiği huzursuzluk, hareket ettirme isteği ve buna bağlı uykusuzluğundan yakındı, bir aylık takip sonrasında şikayetlerinde hiçbir değişiklik olmadı. Tetkiklerinde: Hemogram, biyokimya, tiroid fonksiyon testleri, ferritin ve ENMG normaldi. Yapılan değerlendirme sonrasında HBS tanısı konuldu, bir başka birinci basamak immunmodulatuar ilaca geçildi. Birkaç hafta içinde HBS semptomları kayboldu.

Tartışma:
Klinik çalışmalar, Teriflunomidin iyi tanımlanmış ve yönetilebilir bir güvenlik, tolere edilebilirlik profiline sahip olduğunu ifade etmektedir. Önemli hematolojik reaksiyonlarda (pansitopeni gibi) veya polinöropati geliştiğinde ilaç kesimi önerilir. Her iki hastamızda da polinöropati saptanmamıştı. Hastaların Diabetes mellitus, anemi, kronik böbrek yetmezliği gibi komorbid hastalıkları ve/veya kullandıkları başka ilaçları yoktu, EDSS skorları düşüktü. HBS semptomları ilaç kesimi sonrası tamamen düzeldi. Literatürde Teriflunomid tedavisiyle ilişkili polinöropati, aksonal nöropati olguları olmasına rağmen HBS olgusu bildirilmemiştir. Burada, Teriflunomid tedavisi sırasında gözlenebilecek yan etkiler arasında MS hastalarında zaten daha sık görüldüğü bilinen HBS' nin de akılda tutulması gerektiğini vurguladık.

EP - 376 BİR ÜÇÜNCÜ BASAMAK NÖROLOJİ SERVİSİNDEKİ COVİD-19 İLİŞKİLİ NÖROLOJİK HASTALIKLAR

ZELİHA GÜNEŞ , ZELİHA MATUR , FERDA USLU , ASLI YAMAN-KULA , VİLDAN GÜZEL , MEHMET KOLUKISA

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ

Amaç:
SARS-CoV-2 virüsünün nöroinvazyon mekanizması hâlâ tam olarak bilinmese de Covid-19'la ilişkili iskelet kası, merkezi ve periferik sinir sistemi tutulumları bildirilmiştir. Bu çalışmada, Covid-19 pandemisi sırasında kliniğimizde yatırılarak takip ve tedavi edilen, Covid-19 enfeksiyonu veya aşısı ile zamansal ilişkisi saptanan hastaların, klinik özelliklerinin belgelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Türkiye'de pandeminin başladığı 11 Mart 2020 tarihinden pandeminin sona erdiği 31 Mayıs 2023'e kadar yatırılarak izlenen 1905 hastadan, belirti ve bulgularının başlamasından önceki son 6 hafta içinde, 1) PCR test pozitifliği ve/veya Covid-19 enfeksiyonuyla uyumlu görüntüleme ve klinik bulguları ile Covid-19 tanısı almış, 2) Covid-19 aşısı olmuş hastalar değerlendirmeye alındı.

Bulgular:
Kırkbeş (%0.02) hastada Covid-19 enfeksiyonu (5'inde post-enfeksiyöz ensefalit, 2'sinde kronik inflamatuar demiyelinizan polinöropati, 1'inde 6. kranial sinir paralizisi, 4'ünde ensefalopati, 1'inde dermatomiyozit, 2'sinde diplopi, 3'ünde polinöropati, 4'ünde demiyelinizan hastalık, 3'ünde Guillain-Barre sendromu, 1'inde miyastenia gravis, 1'inde otoimmün ensefalit, 1'inde santral pontin miyelinolizis, 12'sinde iskemik inme, 2'sinde sinüs ven trombozu, 3'ünde transvers miyelit), 4 (%0.002) hastada Covid-19 aşısı (2'sinde Guillain-Barre sendromu,1'inde 6. kranial sinir paralizisi, 1'inde dermatomiyozit) ile nörolojik tablo arasında zamansal ilişki saptandı. Aşı ile ilişkili olguların tümü Biontech aşısından sonra gelişmişti.

Sonuç:
Covid-19 ile ilşkilendirilebilecek nörolojik bozukluklar değerlendirildiğinde, meta-analiz çalışmalarında miyalji, tat ve/veya koku kaybı, baş ağrısı ve özellikle yaşlı hastalarda akut konfüzyon-deliryum gibi nörolojik bulgular ile yakın ilişki kurulabilmiştir. İnme prevelansında İnfluenza çalışmaları ile kıyaslanarak artış olduğu düşünülmektedir, fakat genel popülasyon ile karşılaştırma yapılamamaktadır. Geçirilen enfeksiyonun şiddeti ile de nörolojik durumlar arasında net bir ilişki kurulamamıştır. 39 aylık süreçte kliniğimizde yatırılarak incelenen hastalarda da belli bir hastalık grubu için özel bir sıklık artışı dikkati çekmemiştir.

EP - 377 DERİN BOYUN ENFEKSİYONUNA BAĞLI GELİŞEN HORNER SENDROMU OLGUSU

BURAK GEÇER [1], EMİRHAN BÜYÜKÇAPAR [1], SERRA ATEŞ [1], GÖNÜL VURAL [2], ŞADİYE GÜMÜŞYAYLA [2]

[1] SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Horner sendromu, ptoz, miyozis ve anhidroz ile karakterizedir. Sendrom, sempatik yolağın seyri sırasındaki hasarına bağlı olarak gelişir. Zamanında tanı konması ve tedavisi oldukça önemlidir; çünkü tedavi edilebilir benign lezyonlar da Horner Sendromuna neden olmaktadır. Biz de kliniğimizde akut gelişen horner sendromu bulguları ve sol kolda güçsüzlük etiyolojisini araştırdığımız 30 yaşındaki erkek hastamızı sunmak istedik.

Olgu:
Nörolojik hastalık öyküsü olmayan şüpheli madde kullanımı mevcut 30 yaş erkek düşme sonrasında gelişen sol gözkapağında ptoz, sol pupilde miyozis ve sol üst ekstremite güçsüzlüğü ile servisimize yatırıldı. Muayenesinde sol gözkapağında ptoz, sol pupilde miyozis, sol omuz abdüksiyonu 2/5, dirsek fleksiyonu 1/5, kolun eksternal rotasyonu 1/5, ön kol supinasyonu 1/5, el sıkma 5/5 motor kuvvette ve sol C3-4-5-6 miyotomunda hipoestezi mevcuttu. Beyin ve spinal manyetik rezonans görüntülemesi normal; brakial plexus görüntülemesinde C4,C5,C6,C7,C8 kökleri düzeyinde orta ve inferior tranklar seviyesinde divisyonal segmentlerde yaygın T2 sinyal artışı, kalınlaşma ve perinöral heterojen intensite değişiklikleri saptandı. Son 1 aydır zaman zaman boynunda ağrı olduğu öğrenilen hastanın ilgili bölgeye ait görüntülemelerinde retrofaringeal boşlukta palatin tonsil seviyesinden C6'ya kadar sol prevertebral, skalen, sternokleidomastoid ve paraspinal kaslara yayılan derin boyun enfeksiyonu tespit edildi. İlgili bölümlerce abseye yönelik drenaj sağlandı ve uygun antibiyoterapi başlandı.

Tartışma ve Sonuç:
Servikal ya da mediastinal yer kaplayıcı lezyonların Horner sendromunun bir nedeni olduğu ve tedavi edilebilir olabildikleri akılda tutulmalıdır. Erken tanı ve uygun tedavi olgular için yaşam kurtarıcı olabilmektedir.

EP - 378 ATİPİK NÖROLOJİK TABLO: FARKLI HASTALIKLARDA LEPTOMENİNGEAL TUTULUM

BUSE GÜL BELEN , BAŞAK CEREN OKCU KORKMAZ , SİBEL KARŞIDAĞ , AYLİN REYHANİ , MEHMET GÜNEY ŞENOL , MEHMET FATİH ÖZDAĞ

SBÜ SULTAN ABDÜLHAMİD HAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Giriş:
Leptomeninksler primer veya metastatik neoplaziler, enfeksiyöz, otoimmün nedenlerle nadiren etkilenebilir. Leptomeningeal karsinomatoz en sık meme kanseri olmak üzere solid tümörlerde %4-15 oranında görülür. Tanıda BT veya MR'da kontrastlanma, BOS sitolojisi önemlidir.
Hastalarda baş ağrısı, kusma, kranial sinir defitleri, nöbetler, parezi, ataksi, hidrosefali görülebilir.
Burada leptomeningeal tutulum saptanan üç olgu sunulmuştur.

Olgu-1
53 yaşında erkek hasta bir aydır sağ kol, bacakta istemsiz hareketler,konuşmada bozulmayla başvurdu. Nörolojik muayenede (NM) sağda myokloni, dismetri, ataksi; EEG incelemesinde bifrontal epileptiform aktivite, kontrastlı kranyal MR da sol parietal leptomeningeal tutulum izlendi. BOS normal, tetkiklerde Romatoid faktör 128,7 IU/mL ve CCP >500 U/mL saptandı. Romatoloji tarafından Romatoid artrit tanısıyla 7 gün pulse steroid (1000 mg/gün), 2*500 mg valproik asit uygulandı.
Olgu-2
49 yaşında erkek hasta, 4 aydır kuşak tarzında ağrı, yürüme zorluğu, 1 aydır çift görme, ses kısıklığı, epileptik nöbetlerle başvurdu. NM'de kas gücü global 4/5, DTR abolikdi. Lomber MR da multiple kemik metastazları; kontrastlı beyin MR da leptomeningeal tutulum, BOS proteini 242 mg/dL saptandı. Tedavide pulse steroid (1000 mg/gün), 2*500 mg levetirasetam verildi. Kemik iliği biyopsisi, küçük hücreli nöroendokrin tümor ile uyumluydu. Onkoloji kliniğine nakledildi.
Olgu-3
72 yaşında erkek hasta on gündür diyare, konuşmada ve yürümede bozulmayla başvurdu. NM'de dizartrik konuşma, sağ gözde 6., solda 7.sinir parezisi, DTR hipoaktif, ataksik yürüyüş saptandı. Özgeçmişinde tam kür pankreas kanseri tanısı mevcuttu. Kontrastlı beyin MR'da leptomeningeal tutulum izlendi. Yoğun bakıma devredildi.

Tartışma:
Farklı atipik nörolojik tablolarla başvuran, kanser olgularında, otoimmün hastalıklarda, leptomeningeal tutulum akılda bulunmalı ve incelemeler planlanmalıdır.

EP - 379 HALLERVORDEN-SPATZ HASTALIĞI:OLGU SUNUMU

ELİF ÖZDEMİR GÖKDAĞ , SEBAHAT SUAY , ELİF GÖZDE TÜREDİ , MUSTAFA ÜLKER , RAHŞAN KARACI , FÜSUN MAYDA DOMAÇ

ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EAH

Amaç:
Hallervorden-spatz hastalığı,diğer adıyla Pantotenatkinaz-2 ilişkili nörodejenerasyon(PKAN), otozomal resesif kalıtılan, progresif ekstrapiramidal ve piramidal semptomlarla seyreden nadir bir hastalıktır.PANK2 gen mutasyonuyla ilişkilidir.Bazal ganglionlardaki demir birikimi MR'da karakteristik kaplan gözü görünümünü oluşturur.Semptomların başlangıcı sıklıkla 7-15 yaşlarda olsa da her yaşta prezente olabilir. Bazı vakalarda optik atrofi, retinopati ve kognitif gerileme de eşlik eder.

Olgu:
Kırk dokuz yaşında kadın hastaya 35 yaşında parkinson hastalığı teşhisi konulmuş. Bilinen başka hastalığı olmayan hastanın 2 yıl önce işitsel ve görsel halüsinasyonları başlamış. Sık sık kendi kendine konuşmaları olan hastanın son zamanlarda halüsinasyonları çok artması, yüksekten atlayarak suisid girişiminde bulunması üzerine polikliniğimize getirildi. Hastanın nörolojik muayenesinde konuşmada ileri dizartri, disfaji, bilateral üst ekstremitede rijidite, çene distonisi, sağ elde daha belirgin olmak üzere bilateral tremor mevcuttu.Assosiye hareketleri azalan hasta yürürken dengesini sağlamakta zorlanıyordu.Hastanın kognitif muayenesi dizartrisi sebebiyle tam olarak değerlendirilemedi. Çekilen kraniyal MR'da T2'de bazal ganglionlarda simetrik hipointensite içinde hiperintens alanlar (kaplan gözü) görüldü. Hasta göz hastalıklarına konsülte edildi, yapılan göz muayenesinde sağ göz görme keskinliği 0,7, sol göz görme keskinliği 0,6 olarak saptandı. Bilateral fundus muayenesinde iğsi hiperpigmente görünüm mevcut olan hastaya retinitis pigmentosa tanısı konuldu. Hallervorden-Spatz hastalığı düşünülerek genetik testler için yönlendirildi. Halüsinasyonlar için olanzapin 2,5 mg'dan başlanıp yavaş yavaş artırılarak 10 mg'a çıkıldı. Tedavisi levodopa+karbidopa, 1 mg rasajilin ve 25mg ketiapin olarak düzenlendi.

Tartışma:
Atipik parkinsonizm bulguları ile gelen genç yaş hastalarda aile öyküsü sorgulanıp, genetik hastalıklar akılda tutulmalıdır. Hastalar multisistem olarak incelenmeli ve farklı organ tutulmaları eşliğinde genetik sendromlar düşünülmelidir.Hallervorden-Spatz hastalığında da nörolojik ve psikiyatrik bulgular dışında özellikle göz bulguları da mutlaka sorgulanmalıdır.

EP - 380 GUILLAIN-BARRE SENDROMUNA EŞLİK EDEN OGILVIE SENDROMU: AKUT İNFLAMATUAR DEMİYELİNİ ZAN POLİRADİKÜLONÖROPATİ (GUİLLAİN BARRE SENDROMU) TANILI HASTADA AKUT KOLONİK PSÖDOOBSTRÜKSİYON (OGİLVİE SENDROMU)

FETİ ÇETİN

TUNCELİ DEVLET HASTANESİ

Giriş:
Tıbbi teşhisin karmaşık dokusunda, görünüşte ilgisiz sendromların kesişmesi benzersiz bir zorluk teşkil eder. Bu vaka, 93 yaşındaki bir hastada Ogilvie Sendromu ve Guillain-Barre Sendromunun nadiren bir araya gelişini göstermekte ve tanı ve tedavide disiplinler arası işbirliğine duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır.

Vaka Sunumu:
Başvuru ve İlk Belirtiler:
93 yaşında bir erkek hasta ateş, öksürük, balgam ve idrar retansiyonu şikayetleriyle nefroloji kliniğine başvurmuştur. İlk değerlendirmeler akut ve kronik böbrek yetmezliğini araştırırken, hastaneye yatışının 4. gününde hasta, özellikle ellerinde ve ayaklarında uyuşma ve güçsüzlük olmak üzere endişe verici nörolojik semptomlar bildirmiştir.

Tıbbi Geçmiş:
Hastanın dekompanse akut böbrek yetmezliği, hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği ve 8 yıllık kardiyak pacing öyküsünden oluşan tıbbi geçmişi tanı için zorlu bir zemin oluşturmuştur.

Tanısal İncelemeler:
Elektromiyografi (EMG): Nörolojik semptomlar nedeniyle yapılan EMG, yaygın sensorimotor polinöropatiye işaret etmiştir. Bu temel kanıt, kapsamlı bir nöroloji klinik konsültasyonunun ardından Guillain-Barre Sendromu teşhisinde çok önemli bir rol oynamıştır.
Laboratuvar Testleri: Kliniğimize Guillain Barre Sendromu tanısıyla devri alındıktan sonra yapılan rutin testlerde hipokalemi, hipomagnezemi, hipokalsemi ve inorganik fosfor seviyelerinde azalma tespit edilmiştir. Önemli olarak, kandaki malignite belirteçleri normal sonuç vermiştir. Hasta kaynaklı nedenlerden dolayı Lomber Ponksiyon yapılamamıştır.
Görüntüleme: Hastanın abdominal distansiyonunu ve ilişkili semptomları daha fazla değerlendirmek için röntgen, abdominal ultrason ve BT dahil olmak üzere radyolojik incelemeler yapılmıştır. Bu testlerde malignite saptanmazken, sağ hemitoraksta plevral sıvı birikimi tespit edilmiş, bununla birlikte sigmoid kolon ve inen kolonda çapta artış görülmüştür.

Tanı ve Tedavi:
Guillain-Barre Sendromu (GBS):
Hastanın anamnezi, fizik muayenesi ve EMG bulguları göz önünde bulundurularak GBS tanısı konmuştur. Beş gün boyunca 2 g/kg dozunda 150 gram IVIGden oluşan güçlü bir tedavi rejimi uygulanmıştır.
Ogilvie Sendromu:
Karın semptomları, özellikle de şişkinlik ve kabızlık devam ettiği için daha ileri değerlendirmeler yapılmıştır. Altta yatan herhangi bir patoloji olmaması ve gastroenteroloji kliniğinin yönlendirmesiyle Ogilvie Sendromundan şüphelenilmiştir. Kolon dekompresyonu önemli kolon bölgelerinde dilatasyon olduğunu göstermiştir. Daha sonra yapılan aspirasyon abdominal distansiyonu hafifletmiştir. Tedavi, intravenöz hidrasyon, titiz enteral beslenme yönetimi, günlük rektal tuşe ve iki günde bir neostigmin ampullerini içeren kapsamlı bir şekilde uygulanmıştır.

Sonuç ve Takip:
İki günlük yoğun tedavinin ve ardından yapılan kolonoskopinin ardından hasta dramatik bir şekilde iyileşmiştir. Hastanın semptomlarındaki ikiliğin farkına varılması ve zamanında müdahale edilmesi başarılı bir taburculuğu beraberinde getirmiştir.

Değerlendirme:
Bu vaka, tıbbi teşhisin karmaşık doğasının bir örneğidir. GBS ve Ogilvie Sendromunun eş zamanlı olarak ortaya çıkması, kapsamlı klinik değerlendirmelerin, disiplinler arası konsültasyonların ve bütünsel bir hasta merkezli yaklaşımın gerekliliğini yinelemektedir.
Bu vaka, Ogilvie ve Guillain-Barre Sendromlarının nadir görülen yakınlaşmasını örneklemektedir. Benzersizliği, örtüşen durumların teşhis ve tedavisinde disiplinler arası işbirliğinin önemini vurgulamaktadır. Bu tür nadir birliktelikler, klinisyenlere tıbbi sunumların çok yönlü doğasını ve kapsamlı değerlendirmelerin gerekliliğini hatırlatmaktadır.

EP - 381 OBEZİTE NEDENİ İLE GASTREKTOMİ YAPILAN OLGUDA AĞIR MOTOR BULGULAR İLE KARAKTERİZE GUİLLAİN-BARRé SENDROMU

KADİR GÜLŞEN , AYŞE AVCI , EMEL AFİFE ATAMAN , AYŞE KARAKAYA ATILGAN , FETTAH EREN

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Olgu:
Obezite dünya genelinde sağlık açısından önemli bir sorun olarak kabul edilmektedir. Hastalığın tedavisinde giderek daha fazla kullanılan bir yöntem de bariatrik cerrahidir. Postoperatif akut, subakut ve kronik dönemde bir dizi nörolojik komplikasyonlar meydana gelebilmektedir. Guillain-Barré sendromu (GBS) nadir de olsa bunlardan birisidir. Burada postoperatif erken dönemde ortaya çıkan kötü prognozlu ve kuadripleji ile karakterize genç bir GBS olgusu sunmaktayız. Yirmi üç yaşında kadın hasta 1 aydır olan ilerleyici kas gücü kaybı ve tüm ekstremitelerde hissizlik şikâyeti ile başvurdu. Özgeçmişinde hastanın başvurusundan 3 ay önce obezite cerrahisi amacıyla sleeve gastrektomi operasyonu geçirmiş olduğu öğrenildi. Operasyon sonrası hareketlerinde giderek artan alt ekstremiteden başlayıp üst ekstremiteye doğru ilerleyen kas gücü zafiyeti gelişmeye başlamış. Tarafımıza başvurusundan önce yapılan sinir iletim çalışmasında motor ve duysal sinir iletileri kayıtlanmamış. Mevcut nörofizyolojik bulgular tarafımızdan da konfirme edildi. Beyin omurilik sıvısı incelemesinde protein seviyesi 139 mg/dL (15-45) olarak saptandı. Beyin ve spinal manyetik rezonans görüntüler normal olarak değerlendirildi. Nörolojik muayenesinde ciddi allodini mevcuttu. Dört ekstremitede istemli kas gücü saptanadı ve derin tendon refleksleri alınamadı. Hastaya akut polinöropati tanısı ile 5 kür plazmaferez uygulandı. Plazmaferez sonrası üst ekstremitede minimal istemli hareket başlayan hasta fizyoterapi önerisiyle taburcu edildi. Obezite cerrahisinin neden olduğu nörolojik komplikasyonlar, temel olarak postoperatif malabsorbsiyona bağlı olarak gelişmektedir. GBS, bariatrik cerrahinin potansiyel olarak gecikmiş bir komplikasyonu olabilir. Ancak bu hastaların prognozu sıklıkla iyidir. Bu olgu sunumu ile prognozu kötü seyredebilen bir hastalığın klinik ve nörofizyolojik özellikleri literatür eşliğinde değerlendirilmiştir.

EP - 382 DELİRYUM TANILI HASTALARDA DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER

PINAR İLKEM EMEKSİZ , METİN ASLAN , MUSTAFA ÜLKER , RAHŞAN KARACI , FÜSUN MAYDA DOMAÇ

ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Deliryum; dikkat, bilinç ve bilişsel fonksiyonlarda dalgalanma ile seyreden akut başlangıçlı bir nöropsikiyatrik sendromdur. İleri yaş, nörobilişsel bozukluklar, kümülatif komorbiditeler, deliryum öyküsü, görme-işitme problemleri deliryum için başlıca risk faktörleridir. Çalışmamızda deliryum tanılı hastaların demografik ve klinik özelliklerinin dokümantasyonu amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya 2014-2023 yılları arasında Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği'nde deliryum tanısı almış olan hastalar dahil edildi. Dahil etme kriterimiz DSM-V'e göre deliryum tanı kriterlerini karşılamış olmak iken DSM-V'e göre delirium tremens tanısı almış olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Kriterler doğrultusunda 48 hasta (28 erkek, 20 kadın) retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet gibi demografik özellikleri, komorbiditeleri ve deliryum öyküsü ,enfeksiyon, renal-hepatik disfonksiyon, elektrolit bozukluğu varlığı vb. deliryum için risk faktörü olabilecek durumlara ilişkin verileri ile tanı anındaki semptom ve klinik bulguları kaydedildi.

Bulgular:
Çalışmaya dahil edilen vakaların yaş ortalaması kadınlarda 80.40(±9.06), erkeklerde 74,75 (±14.75)'di. Komorbiditeler incelendiğinde 18 hastanın (%37.5) kardiyak komorbidite , 30 hastanın (%62.5) hipertansiyon, 9 hastanın (%18.7) hiperlipidemi, 14 hastanın (%29.1) diyabet, 8 hastanın (%16.6) demans, 2 hastanın işitme bozukluğu (%4.1), 4 hastanın görme bozukluğu (%8.3) ve 5 hastanın (%10.4) depresyon tanıları; 10 hastanın (%20.8) iskemik inme öyküsü olduğu görüldü. Klinik bulgularda 1 hastanın (%2) bilinç durumunun uykuya meyilli olduğu, 33 hastada (%68.7) oryantasyon bozukluğu, 30 hastada (%62.5) kooperasyon kısıtlılığı, 12 hastada (%25) uykusuzluk ,7 hastada (%14.5) konuşma bozukluğu, 25 hastada (%52) huzursuzluk, 15 hastada (%31.2) sinirlilik, 27 hastada halüsinasyon (%56.7), 23 hastada davranış bozukluğu (%47.9) ,11 hastada hezeyan (%22.9), 5 hastada inkontinans (%10.4) görüldü. Laboratuvar tetkiklerinde 3 hastada (%6.2) hepatik disfonksiyon , 6 hastada (%12.5) renal disfonksiyon; 16 hastada (%33.3) enfeksiyon, 6 hastada (%12.5) hiponatremi ve 1 hastada (%2) hipernatremi görüldü.

Sonuç:
Deliryum, ileri yaş ve eşlik eden çoklu komorbiditelerin varlığında görülme riski artan akut nöropsikiyatrik bir sendrom olup bilinç değişikliği, oryantasyon kooperasyonda bozulma, halüsinasyonlar, hezeyanlar, davranış değişiklikleri vb. semptom ve bulgularla karşımıza çıkabilmektedir. Morbidite ve mortalitede artışa yol açabilecek bu tabloyu klinik bulgular, risk faktörleri ve altta yatabilecek etiyolojiler yönünden tanımak önemlidir.

EP - 383 ATİPİK TUTULUMLU WERNİCKE ENSEFALOPATİSİ OLGUSU

ENVER MERT EROĞLU , SEFA ÖZAYDIN , CEMİLE HANDAN MISIRLI

SBÜ HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Wernicke Ensefalopatisi ön planda Tiaminin nütrisyonel eksikliğine bağlı gelişen bir sendromdur. Klasik klinik triadı mental durum değişikliği, okülomotor etkilenim ve ataksiyi içermekte olup Wernicke Sendromlu olgularda ilk muayenede triadın saptanma ihtimali %16-30 olduğu düşünülmektedir. Wernicke Ensefalopatisinin etiyolojisinde alkolizm yüksek oranda (~%50) bulunmakla birlikte, non-alkolik Wernicke Ensefalopati olguları da bildirilmiştir. Radyolojik olarak spesifik alanları tutmayı seven Wernicke Ensefalopatisinin atipik tutulumlu olgusunu paylaşmak istedik.

Olgu:
58 yaşında bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan kadın hasta, acil servise evinin banyosunda baygın halde bulunması üzerine yakınları tarafından getirilmiş olup, bilinen son iyi olduğu saatin mevcut durumdan 4 saat önce olduğu öğrenildi. Hastanın acil servis muayenesinde dizartrik konuşma, ataksi, ekstremitelerde güçsüzlük, dışa bakış kısıtlılığı saptanması üzerine hastaya yapılan görüntülemelerde Diffüzyon MRG'de korpus kallosum spleniumda ve parietooccipital lobda yaygın vazojenik ödem sahaları gözlendi. T2 FLAIR(fluid attenuated Inversion Recovery) sekansında korpus kallosumda spleniumda ve bilateral parietooksipital bölgede diffüz hiperintensite alanları izlendi. Hastaya parenteral ve sonrasında enteral tiamin tedavisi sonrası klinikte ve görüntülerde dramatik iyileşme izlendi.

Tartışma:
Literatürde atipik tutulumlu Wernicke olguları bildirilmiş olup, taranan olgularda nadir olarak korpus kallosum splenium tutulumunun olduğu görülmüştür. Wernicke Ensefalopatisinin nöroradyolojik görüntülemesinde en çok danışılan yöntemin MRG olduğu düşünülmektedir. DWI da erken dönem ödematöz lezyonları değerlendirilebilmesi açısından değerlidir. FLAIR ve T2 sekans serilerde bilateral paraventriküler talamik, hipotalamik hiperintensiteler mamiller cisim, periakuaduktal gri madde ve 4. ventrikül tabanındaki lezyonlar da eşlik edebilmektedir. Belirtilen bölgelerin dışında atipik olarak putamen, nucleus kaudatus, splenium, dorsal medulla, pons, nucleus ruber, substantia nigra vb. tutulumları saptanan olgular da bildirilmiştir.

EP - 384 İNTRASEREBRAL KANAMALARDA EEG ÖZELLİKLERİ

ŞERİFE BÜŞRA DEMİRTAŞ , MEHMET SARI , İPEK MİDİ , KADRİYE AĞAN YILDIRIM

MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
İntraserebral kanamalar, iskemik inmelere göre daha az görülmekle birlikte ciddi özürlülüğe ve ölüme yol açabilen tablolardır. Bu çalışma içinde intrakranial kanama ile başvurup, nöroloji servisinde takip edilen hastaların EEG bulguları, eşlik eden nöbet durumları ve prognozlarının incelenmesi planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
2020 Ocak- 2023 Ekim ayında acil servise başvurduktan sonra intraserebral parankimal kanama tanısı ile nöroloji servisinde takip edilen hastalar çalışma içine alınmıştır. Subaraknoidal, subdural ve epidural kanama, tümör içi kanama, tpa sonrası kanama, infarkt içi kanama, serebral ven trombozu ile ilişkili venöz enfart içi kanama hastaları dışlanmıştır. Hastalara ilk başvuruları esnasında kranial beyin tomografisi (BT), BT anjiografi, takiplerde kranial MR, gerekli görülen hastalarda DSA tetkikleri yapılmıştır. Hastaların demografik bilgileri, geliş vitalleri, kanamanın boyutu, ko-morbid durumları ve kullandıkları ilaçlar oluşturulmuş olan excel dosyasına kayıt edilmiştir. Hastaların izlenmeleri sırasında hastaların rutin yada uzun süreli EEG kayıtları yapılmış, yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastaların çekimleri de portable EEG aleti ile kayıt altına alınmıştır. Hastaların kanama lokalizasyonu, bazal ganglia, talamus, beyin sapı, serebellum ve lobar kanama olarak kategorize edilmiştir.

Bulgular:
Toplam 124 primer intraserebral kanaması olan (76 E, 48K) hastaların yaş ortalaması 62 dir. Hastaların %33ü (41) talamus, %30u (37) lobar, %29u (36) bazal ganglia, %5i (6) beyin sapı, %3ü (4) serebellar kanama olarak sınıflandırılmıştır. EEG kayıtları mevcut olan hastalarda, EEG kayıtlarında zemin aktivitesinde yavaşlama, jeneralize aralıklı yavaşlama, fokal aralıklı yavaşlama, mevcut kanama alanı tarafında epileptiform anomali, periyodik epileptiform deşarjlar ve non-konvulsif status epileptikus ile uyumlu aktiviteler izlenmiştir.

Sonuç:
İntraserebral kanama ile başvuran hastaların bilinç durumunda değişme kanama ile ilgili olabileceği gibi bazı hastalarda bunun altında yatan neden EEGdeki aktivitelerle ilişkili olabilmektedir. Çalışamızda özellikle talamik kanama ile gelen hastalarda periyodik epileptiform deşarjlarla karakterize nonkonvulsif status epileptikus tablosuna rastlandığı görülmüştür. Bu nedenle intraserebral kanama hastalarında EEG takibinin yapılması önem taşımaktadır.

EP - 385 MULTİPL SKLEROZLU BİREYLERDE TELE-DEĞERLENDİRME İLE UYGULANAN FİZİKSEL VE KOGNİTİF TESTLERİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN İNCELENMESİ

YONCA ZENGİNLER YAZGAN [1], FERAY GÜNGÖR [1], SEDEF KARAMAHMUT [2], MESUDE TÜTÜNCÜ [3]

[1] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ
[2] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
[3] BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
Multipl Skleroz (MS), kronik doğası nedeniyle sürekli klinik takip gerektiren bir hastalıktır. Uzaktan değerlendirme yöntemlerinin kullanımı, bireylerin takip süreçlerinin sürdürülebilirliğinin sağlanmasına, rehabilitasyon hizmetlerine erişimin kolaylaşmasına, maliyet ve zaman tasarrufuna katkıda bulunabilir. Bu çalışmanın amacı, MS'li bireylerde tele-değerlendirme ile uygulanan fiziksel ve kognitif testlerin geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesiydi.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya MS tanısı almış 33 birey dahil edildi. Zamanlı Kalk ve Yürü Testi (ZKYT), 30 Saniye Otur Kalk Testi (30sOKT), Dört Adım Kare Testi (DAKT) ve MS için Kısa Uluslararası Bilişsel Değerlendirme Bataryasının (Brief International Cognitive Assessment for MS-BICAMS) içerisinde bulunan "Sayı Sembol Modaliteleri Testi" (SSMT), "Kaliforniya Sözel Öğrenme Testi-İkinci Sürümü" (KSÖT-II) ve "Kısa Viziospasyal Bellek Testi-Güncel" (KVBT-G) testleri önce klinikte yüz yüze; ardından bir hafta ara ile iki kez tele-değerlendirme olarak uygulandı.

Bulgular:
Altı katılımcı, yüz yüze değerlendirmeden sonra tekrar test edilemediği için dışlandı ve çalışma 27 katılımcı ile tamamlandı. Tele-değerlendirme yöntemi tüm katılımcılar tarafından iyi tolere edildi. Tele-değerlendirme ve yüz yüze değerlendirme şeklinde uygulanan ZKYT, 30sOKT, DAKT, SSMT, KVBT-G testleri arasında yüksek düzeyde korelasyon bulundu (sırasıyla r=0.854; r=0.857; r=0.801; r=0.877; r=0.785, p<0.001). Yalnızca KSÖT-II'nin tele-değerlendirmesi ile yüz yüze değerlendirmesi arasında orta derecede korelasyon bulundu (r=0.549, p=0.004). ZKYT, 30sOKT, DAKT, SSMT, KSÖT-II, KVBT-G testlerinin sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) 0.859-0.981 arasındaydı. Tüm testlerin test-retest güvenirliği "mükemmel" bulundu.

Sonuç:
ZKYT, 30sOKT, DAKT ve BICAMS testleri, fiziksel ve kognitif performansı pratik olarak ölçmek için kullanılan; tele-değerlendirme aracılığıyla uygulanabilecek güvenilir ve geçerli testlerdir. Geçerli ve güvenilir tele-değerlendirme yöntemlerinin kullanımı, uzaktan etkin bir şekilde değerlendirme yapabilmeye ve rehabilitasyon süreçlerini yürütmeye olanak sağlayarak sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artıracaktır.

EP - 386 TRAVMATİK BİLATERAL ABDUSENS VE UNİLATERAL SOL HİPOGLOSSUS FELCİ

ZEYNEP SUNA , PELİNSU ÖNER , BERİL ÇOLAKOĞLU , İHSAN ŞÜKRÜ ŞENGÜN

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİMDALI

Giriş:
Kafa travmasına bağlı unilateral abdusens felci görülme sıklığı %1-2,7 arasındadır, bilateral abdusens felci nadirdir.Travma ilişkili abdusens felci, tüm abdusens felci hastalarının %10 unu oluşturur.

Olgu:
Öncesinde tamamen sağlıklı, nörolojik şikayeti olmayan 66 yaş erkek, öğlen saatlerinde bahçesinde aynı seviyeden sırt üstü düşmüş, başını toprak zemine çarpmış.Ayağa kalktıktan sonra çift görme, mide bulantısı başlamış. Acil servise başvurmuş. Bilinen hastalığı, düzenli kullandığı ilacı yok. Nörolojik muayenesinde bilinç açık, primer pozisyonda sol göz içe deviye, her iki göz dışa bakış kısıtlı, vertikal göz hareketleri serbest, pupiller izokorik, dil dışarı çıkarıldığında sola deviye, içerde sağa deviye, konuşma ılımlı dizartrik, diğer bulguları olağan saptandı.
Beyin BT, BT anjiyo:normaldi. Orbita, servikal, balans sekansını içeren kontrastlı beyin MR da kliniğini açıklayacak bir bulgu saptanmadı.EMG:ılımlı polinöropati saptandı.Tiroid oftalmopatisi açısından TFT, otoantikor testleri normaldi.Romatolojik testleri ve seroloji negatif, HBA1C:normaldi. Olası beyin sapı vasküler malformasyonlar açısından DSA: normal saptandı.BOS biyokimyası normal, kültüründe üreme yok, sitolojisi normaldi.Hızlı menenjit paneli negatifti. Brucella, Lyme testi negatifti.Mevcut klinik, laboratuvar, görüntülemeler sonucu posttravmatik bilateral 6 ve unilateral 12. kraniyal sinir parezisi düşünülerek 5 gün 1 gr/gün IV metilprednizolon tedavisi uygulandı.Tedavi sonrası muayenesi benzer olup 6 ay sonra kraniyal sinir avulsiyonu açısından beyin MR ile kontrol önerildi.

Sonuç:
Abdusens, uzun intrakraniyal seyriyle travmaya en duyarlı kraniyal sinirdir. Olgumuzda kamçı (whiplash) şeklinde boyun travmasına bağlı bilateral 6. ve unilateral 12. sinir felci düşünülmüştür.Literatürde tek olgu bulunmuştur.Tedavi konusunda kesin bir protokol yoktur.Oral veya IV steroid tedavisi uzmanlar tarafından önerilmektedir.İyileşme süreci 1 yıla kadar devam etmektedir. Olgumuz nadir bir vaka olmasıyla literatüre katkı için sunulmaya değer görülmüştür.

EP - 387 ERKEN BAŞLANGIÇLI DEMANS SEBEBİ OLARAK NEİMAN PİCK SENDROMU TİP C

ZEYNEP ÜNLÜTÜRK [1], EYLEM TEKE [1]

[1] *KOCAELİ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ*
[2] *PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*

Olgu:
Neiman Pick Hastalığı nadir görülen, otozomal resesif kalıtılan, progresif ve fatal bir lizozomal depo hastalığıdır. NPC 1 veya NPC 2 geninde mutasyona bağlı hücre içinde lipidlerin lizozomlara taşınması bozulur ve lipid birikimi olur. Sfingolipidozlar grubu içersinde yer alır; Tip A (klasik infantil form), Tip B (visseral jüvenil form) ve Tip C (subakut jüvenil form) olmak üzere 3 tipi bulunmaktadır.
Neiman Pick hastalığının tüm tipleri 100.000 canlı doğumda 1 görülmektedir ve %95'i NPC 1 gen mutasyonuna bağlıdır. Yetişkin form unutkanlık, sakarlık, supranükleer bakış parezisi, nöbet gibi nöropsikiyatrik semptomlarla ortaya çıkabilmekte ve hastalar yanlış tanı ile takip edilebilmektedir. Burada dikkat eksikliği ve depresyon tanısı ile psikiyatri kliniğinde uzun süre takip edilmiş, unutkanlıkları olan bir Neiman Pick Tip C hastası sunulmuştur. Psikiyatri kliniğinde takipli sertralin ve olanzapin kullanan 34 yaşında erkek hasta unutkanlık ve dengesizlik şikayetiyle nöroloji polikliniğine başvurmuş, yapılan genetik testinde NPC 1 geninde homozigot mutasyon saptanan hastaya miglustat tedavisi başlanmıştır.
Neiman Pick Sendromu Tip C erişkin form bir metabolik hastalık olup, nörolojik ve psikiyatrik semptomlarla ortaya çıkabilmektedir. Nörolojik semptomların ilerlemesini yavaşlatıp sağkalımı olumlu yönde etkileyen bir tedavisinin olması klinikte bu hastalığın akla gelmesi ni önemli kılmaktadır.

EP - 388 BEYİNSAPI AURALI MİGREN: ZOR BİR OLGU

AHMET VOLKAN KURTOĞLU , SANİYE KARABUDAK , ASLI YAMAN KULA , ZELİHA MATUR

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

Olgu:
Beyinsapı auralı migren (BAM), çok nadir görülür. Motor ve retinal belirtiler olmadan beyinsapı bulgularının en az ikisinin izlendiği auralarla karakterizedir. Burada, BAM tanısını koyduğumuz 63 yaşında bir erkek sunulacaktır.

Olgu:
Hasta "sağ kulakta çınlama sonrasında baş dönmesi, bulantı, dengesizlik, konuşmada peltekleşme" atakları ve frontal bölgede lokalize, zonklayıcı birkaç saat süren başağrısı nedeniyle başvurdu. İlki 3 ay önce başlayan bu ataklar, başlangıçta 2 haftada birken, son zamanlarda giderek sıklaşmış her gün tekrarlamaya başlamıştı. Özgeçmişinde DM, HT, aterosklerotik koroner ve periferik arter hastalıkları mevcuttu. Ailesinde migren öyküsü vardı. Nörolojik muayenesinde fokal nörolojik defisit saptanmadı. Geçici iskemik atak (GİA), nöbet, BAM, epizodik ataksi ön tanılarıyla yatırılan hastanın atakları gün içinde sık tekrarladı. Ataklar çoğunlukla sağ, bazen sol kulaktan başladı. Atakları sırasında sorulan sorulara cevap verebilmekte, tekli emirleri uygulayabilmekteydi; en fazla 5 dakika içinde sonlanan atakların hemen sonrasında tamamen normale dönmekteydi. Beyin MR'ında klinik tabloyla uyumlu bulgu yoktu; BT anjiyografisinde baziler arterde hafif incelme ve sol vertebral arterde hipoplazi izlendi. BOS incelemesi, proteinin yüksek (86 mg/dl) olması dışında normaldi. EEG'sinde epileptiform anomali izlenmedi. Otoimmun ve paraneoplastik antikor panelleri negatifti. BAM olasılığı ile Valproat 500 mg 2x1 başlandı. Migren ve epizodik ataksiler için genetik inceleme istendi. 3 aydır atak tekrarı olmadı.

Tartışma ve Sonuç:
Geniş ayırıcı tanı listesine sahip olmasından dolayı BAM tanısının konulması zordur. Hastamız yaşının ileri olması, vasküler risk faktörlerinin fazla olması nedeniyle öncelikle GİA açısından araştırıldı. Epizodik ataksiler ve BAM için de başlangıç yaşı ileriydi. Sorgulandığında baş ağrısının uzun süredir olduğu öğrenildi. Tedaviden fayda görmesi sebebiyle hastanın BAM tanısıyla takibine karar verildi.

EP - 389 TEK TARAFLI GÖRME KAYBI VE HAREKET BOZUKLUĞU ETİYOLOJİSİNDE NADİR BİR TABLO

EGEMEN KAAN ÇAKAR , EGE GÜR , TURAL AGHAYEV , BENGİ GÜL TÜRK , AYŞEGÜL GÜNDÜZ , UĞUR UYGUNOĞLU , AHMET VEYSİ DEMİRBİLEK

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Olgu:
Tek taraflı ağrısız görme kaybı ve fokal istemsiz tekrarlayıcı hareket bozuklukları olan, genç erişkin bir hastanın ayırıcı tanısının tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu/Sonuçlar:
Yaklaşık dokuz aydır sol elinde istemsiz hareket yakınması olan 23 yaş erkek hasta, kliniğimize başvurdu. Zaman zaman şiddeti artarak sol alt ekstremite de tekrarladığı ve Bu nedenler ile yazma güçlüğü ve tekrarlayan düşmeleri başladığı öğrenildi. Konuşmada ilerleyici bozulma vardı.
Yedi yıl önce sol gözde haftalar içinde kendiliğinden iyileşen ağrısız görme kaybı yaşamış, neden saptanmamıştı.
Nörolojik muayenesinde trunkal ataksi ve sol üst ekstremitede istirahat halinde proksimalde başlayan kasıılma fazı hızlı relaksasyon fazı yavaş zaman zaman eş zamanlı yüz ve bazen alt ekstremitede de benzer istemsiz hareketin eşlik ettiği myoklonus olarak nitelendirdiğimiz hareketler izlendi
Beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde protein yüksekliği ve oligoklonal bant pozitifliği (Tip 2) saptandı. Kraniyal görüntülemede bir özellik saptanmadı. Elektroensefalografide bilateral yaygın, yüksek amplitüdlü, genellikle difazik özellikli delta frekansında psödo-periyodik yavaş dalga paroksizmleri ve beraberinde bazen başta negatif miyokloniler, sol üst ekstremitede miyokloniler ve negatif miyokloniler izlendi. BOS'ta Rubeola IgM antikorları pozitif olarak izlenen hastaya subakut sklerozan panensefalit tanısı konuldu.

Tartışma/Sonuç:
Subakut sklerozan panensefalit, persistan mutant kızamık virüsünün neden olduğu, progresif fatal bir nörodejeneratif hastalıktır. Klinik belirtiler kognitif ve davranışsal değişiklikler ile periyodik myoklonileri kapsar. Bu tipik bulgulardan iki sene öncesine kadar bazı görsel belirtiler de öncülük edebilir.
Olgumuzda iki klinik belirti tartışmaya değer bulunmuştur:

1. Görsel belirtilerin yaklaşık yedi yıl gibi bir süre önce gelişmiş olması
2. Periyodik myoklonilerin tek taraflı tekrar etmesi.

Hastalığın erken evrelerinde miyoklonusun nadiren tek taraflı olarak ortaya çıkabildiği bildirilmiştir. Görsel bulgular için literatürde zaman aralığının en uzun bildirildiği olgu olarak ön plana çıkmaktadır.

EP - 390 ATİPİK YERLEŞİMLİ GENİŞLEMİŞ VİRCHOW-ROBİN BOŞLUKLARINA BAĞLI ORTAYA ÇIKAN PARKİNSONİZM

KÜBRA ALTINER , MUSTAFA AÇIKGÖZ , ESRA ACIMAN DEMİREL , ULUFER ÇELEBİ , YAĞMUR ÖZDEN , HÜSEYİN TUĞRUL ATASOY

ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ AD

Giriş:
Virchow-Robin boşlukları (VRB) beyin parankimindeki perforan arter ve venleri çevreleyen perivasküler boşluklardır. Tipik lokalizasyonları beyin sapı ve serebral beyaz cevherdir ancak nadir olarak bazal ganglionlarda gözlenebilirler ve parkinsonizm kliniğine neden olabilirler.

Olgu:
Elli yaşında erkek hasta yaklaşık iki yıldır olan halsizlik, unutkanlık, sol elde titreme ve konuşmada yavaşlama şikayetleri olması nedeni ile tarafımıza başvurdu. Bir yıl önce dış merkezde yapılan Kranial MRG'da bazal ganglionlarda simetrik lezyonlar izlenmesi nedeniyle araştırılmıştı ve parkinsonizme yönelik tedavi başlanmıştı. Öyküsünde çelik sac üreten işyerinde çalışmış olması ve lezyonların lokalizasyonunun atipik olması nedeni ile hastanın serum ve idrarında ağır metal düzeyi seviyelerine bakılmıştı ancak sonuçlar normal sınırlarda idi. Hasta tarafımıza başvurduğunda nörolojik muayenesinde apatik görünümde idi, bradimimisi mevcuttu, Myerson arazı pozitifti, sol üst ve altta hafif bradikinezisi vardı, yürüyüşü kısa adımlı idi ve sol kolun assosiye hareketlere katılımı azdı. Yapılan kan tetkiklerinde belirgin anormallik gözlenmedi. Tarafımızca tekrarlanan Kranial MRG 'da bilateral tüm bazal ganglionları etkileyen, her iki Sylvian fissüre kadar uzanan, çok sayıda, yer yer birbirleri ile birleşmeye meyilli, büyüklükleri 1 cm'ye kadar ulaşan, T1 ve T2-FLAIR hipointens, T2 hiperintens, kistik görünümlü, kontrast madde tutmayan lezyonlar izlendi. Hastanın yapılan tetkiklerinde metal birikimi olmaması, iskemik veya enfeksiyöz tablo gözlenmemesi nedeniyle mevcut lezyonların genişlemiş kistik VRB'ye ait olduğu düşünüldü ve hasta semptomatik tedavisi düzenlenerek takibe alındı.

Sonuç:
Bazal gangliyonlardaki lezyonların ayırıcı tanısında iskemik, toksik, metabolik, enfeksiyöz ve nörodejeneratif sebepler yer almaktadır. Parkinsonizm ile gelen hastalarda ayırıcı tanıda bazal ganglionlardaki genişlemiş VRB de yer almalıdır.

EP - 391 BÜYÜK OKSİPİTAL SİNİR BLOKAJI VE PULSE RADYOFREKANS ABLASYON TEDAVİSİ UYGULANAN TRİPTAN AŞIRI KULLANIMI BAŞ AĞRISI OLGUSU

BİRGÜL DERE [1], TURAN DOĞAN [2], AYTEN ERFEN [2], AHMET KOÇER [2], MELTEM UYAR [2]

[1] EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ALGOLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Büyük oksipital sinir (GON) pulse radyofrekans (PRF), kronik baş ağrısı tedavisi için endike olan minimal invaziv bir tekniktir. PRFnin sinaptik iletimi modüle ederek uzun vadeli analjeziye yol açtığı gösterilmiştir. İlaç aşırı kullanımına bağlı baş ağrısı (İAKB) toplumun %1-2sini etkilemektedir. İAKB hastalarının yarısından fazlasının GON bloğuna olumlu yanıt verdiği bildirilmiştir. Aşağıda triptanların kesilmesine ek olarak, GON blokajı ve ardından uygulanan PRF tedavisinden belirgin klinik faydalanımı olan olguyu tartışmayı amaçladık.

Olgu:
52 yaş kadın, 30 yıldır migren tanısı mevcut. 10 yıldır sadece atak dönemlerinde triptan kullanıyor. Son 1 yılda, ayın yaklaşık 20 gününde migrenöz vasıflı baş ağrısı nedeniyle ayda 20'den fazla triptan kullanıyormuş, proflaksi tedavilerinden yararlanımı olmamış. Ağrı sıklığında azalma olmayan hasta triptan aşırı kullanım baş ağrısı (TOH) tanısıyla kliniğimize yatırıldı. Görüntülemeleri ve muayenesi normaldi. Triptan alımı stoplandı. 80 mg IV prednizolon tedavisi verildi. Tek seans bilateral GON blokajı uygulandı. Ağrı şikayetinde gerileme izlenmesi üzerine bilateral GON PRF uygulandı. Proflaksi tedavisi amitriptilin 25 mg/gün olarak düzenlendi. İşlem sonrası 1. günde baş ağrısı şikayeti tamamen geçti. İzlemlerinde atak sıklığı ve ağrı şiddetinde azalma olduğu görüldü.

Tartışma:
İAKB hastalarında, ilacın aniden kesilmesini takiben lidokain enjeksiyonu ile yapılan, tek ve üç aşamalı GON bloklarının migren atak sıklığı, süresi ve ağrı şiddetinin azalmasında etkili olduğu saptanmıştır. Karadaş ve arkadaşlarının çalışmasında TOH tedavisinde triptanın kesildiği dönemde tekrarlanan GON bloklarının uygulanması baş ağrılarının azaltılmasında oldukça etkili bulunmuştur. Hastamızda da tek lokal enjeksiyon ve sonrasında PRF ile atak sıklığı ve şiddetinde azalma görülmüştür.

Sonuç:
TOH tedavisinde GON bloğunun etkinliğini ve gücünü tam olarak belirlemek için randomize, çift-kör, plasebo kontrollü ve uzun süreli takip çalışmalarına ihtiyaç vardır.

EP - 392 OSTEOGENEZİS İMPERFEKTA'YA SEKONDER KRANİOSERVİKAL BİLEŞKE ANOMALİSİ GELİŞEN OLGUDA ELEKTROFİZYOLOJİK İNCELEMELER (ENMG, SEP , PSG)

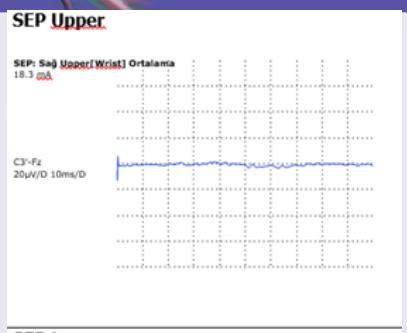
BÜŞRA ZEYBEK , UTKU OĞAN AKYILDIZ

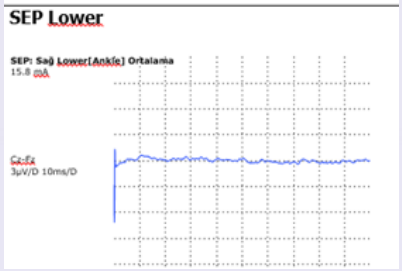
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTE HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİMDALI

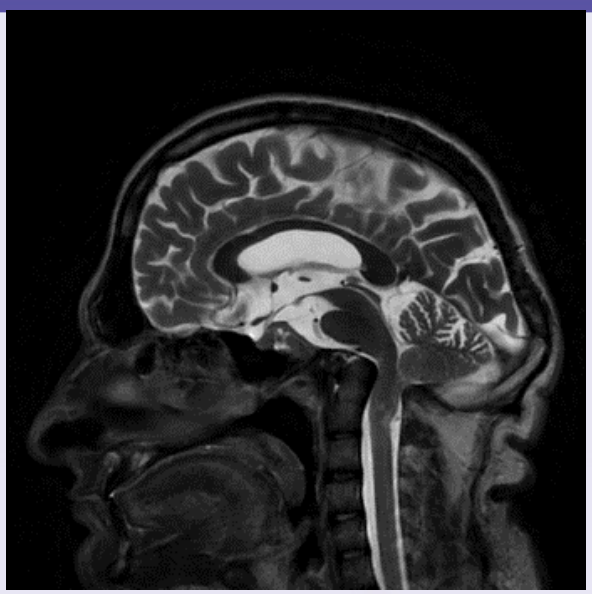
Giriş:
Osteogenezis imperfekta (OI), kemik kırılganlığı ve iskelet deformiteleri ile karakterize olan fakat sistemik sistem bozukluklarının da eşlik ettiği, bir grup bozukluğu kapsayan genetik bir hastalıktır ve kalıtsal kemik kırılganlığının en yaygın şeklidir.Patofizyolojide büyük çoğunluğu OD geçiş gösteren Tip 1 kollajen üretimi ve işlenmesinde rol oynayan genlerdeki kusurlar rol oynamaktadır. OI geniş bir klinik spekturuma sahiptir. Bu spektrum perinatal ölüm ve in utero multiple kemik kırıklarından, neredeyse normale yakın boy ve düşük kemik insidansına kadar çeşitlilik göstermektedir. OI hastalarına kraniyoservikal bileşke anomalilerine sekonder gelişen çeşitli nörolojik bulgular nedeniyle vakamızı sunuyoruz.

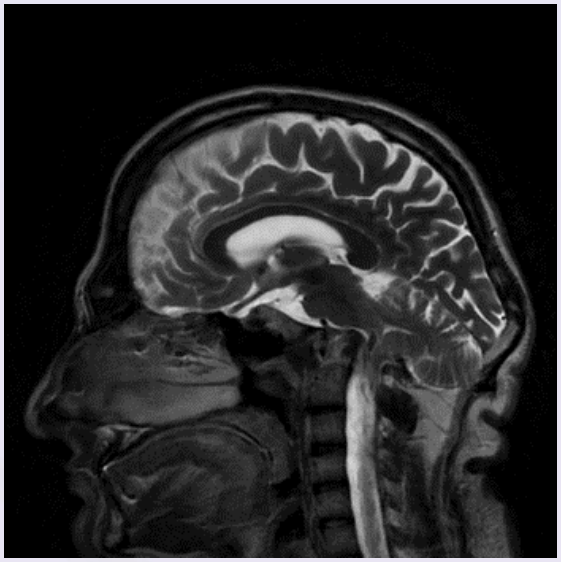
Olgu:
27 yaşında bilinen Osteogenezis imperfekta tanılı erkek hasta, nöroloji kliniğine son 1 yıldır artış gösteren, özellikle başı sola çevirinde belirginleşen tüm vücutta uyuşma, yürümede dengesizlik nedeniyle başvuruyor.
Yapılan nörolojik muayenede yukarı bakışta up-beat nistagmus , dilde atrofi ve fasikülasyon, gag refleksinde azalma, üst ektsremite de DTR normal iken alt ekstremite canlı (adduktor refleks eklenmiş), babinski refleksi sağda pozitif saptanıyor. Hastadan istenen elektonöromiyografi tetkiğinde incelenen motor ve duyusal sinir ileti çalışmaları normal sınırlarda saptanıyor. Üstte ve alt ektsremitede median ve tibial SEP yanıtı elde edilemiyor. İğne EMGde genioglossus kasında denervasyon olmaksınız nörojenik MÜP paterni izleniyor. Bulgular bilateral üstte ve altta leminiskal sistemin etkilenmesini ve hypoglossal sinirin parsiyel aksonal etkilenmesi lehine raporlanıyor.
İstenen Kranial MRG; odontoid proçeş McRae çizgisnin 2 cm superiouna yer değiştirmiştir (baziller invajinasyon) bu düzeyde foramen magnum odontoid proçes tarafından daraltılmış olup, odontoid proçes bulbusa indante görünmdedir. Spinal kord ve bulbusta T2 serilerinde myelomalazi lehine patolojik hiperintens sinyal artışları mevcuttur, kafa tabanı düzlenmiştir. Serebellar tonsiller C2 vertebra düzeyine kadar herniye görünümdedir. Sonuç tonsiller herniasyon, baziller invajinasyon, paltibazi lehine raporlanıyor.
Epworth uykululuk skor 8 (sınır değer) gündüz aşırı uykuluk tariflemeyen fakat uzun süredir tanıklı apnesi olan olguda, PSG incelemesinde Solunumsal analiz sonucunda 6 obstrüktif apne,5 miks apne, 0 santral apne ve 221 hipopne saptandı. (AHİ) 41,2 olarak saptandı, ağır düzeyde OSAS ile uyumlu bulundu.
Hastanın tedavi çekimi hasta kranioservikal bileşke anomalisi nedeniyle dış merkezde opere edileceği için yapılamadı.

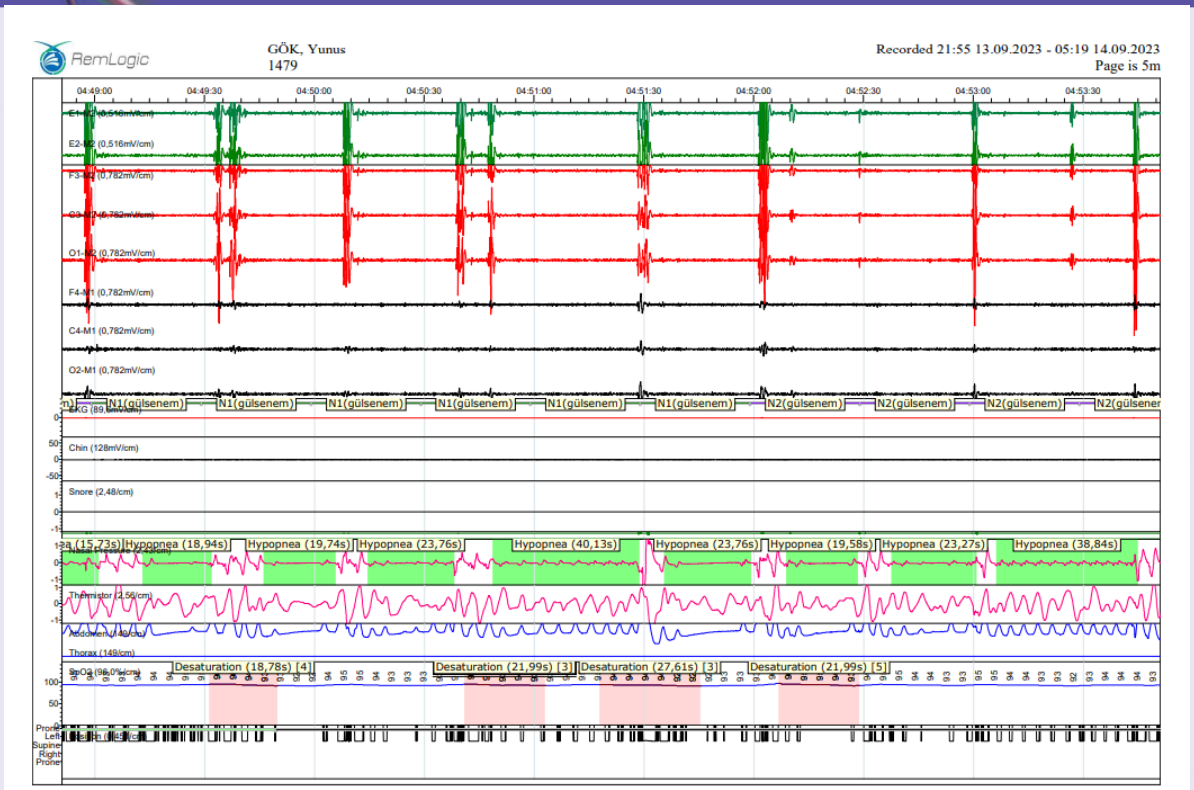
Tartışma:
Kraniyoservikal bileşke anomalileri ve OSAS açısından OI hastaları değerlendirildiğinde halen yeterli sistematik çalışma bulunmamaktadır. Kraniyoservikal bileşke anoalileri OI hastalarında en ciddi sonuçları doğuran kemik komplikasyonlarındandır. Yetişkin OI hastalarını kapsayan çalışmada sırasıyla platibazi %25-%37, baziler invajinason %13 saptanmış olup, çoğu olgu henüz asemptomatikken radyolojik olarak saptanmıştır. Son yapılan OI hastalarındaki OSAS prevalansı çalışmasında çeşitli fenotiplerdeki OI hastalarının %52 sinde PSG ile OSAS tanısı konmasına rağmen beklenmedik şekilde gündüz aşırı uykululuk, OI şiddeti, boyun çapı arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır. Bu hastalarda intermittant nokturnal hipoksi, apneye sekonder uyku kısıtlılığı ve uyku fragmantasyonuna sekonder artmış sempatik tonus kemik metabolizması ve mimarisini osteoporoz ve kemik kırılganlığı agreve ediyor olabilir.
Bu durumda bizim hastamızda olduğu gibi OSAS kliniği çok belirgin olmasa da, beyin sapını etkileyen ek bulgular (dilde atrofi, SEP yanıt kaybı vb.) nedeniyle nöroloji polikliniğine başvuran ve aslında ağır düzey OSAS'ı olan OI hastalarının kraniyoserkial bileşke anomaliliği ilerlemeden yeterli tanı ve tedavi alamamasının nedeni olabileceğinden, nadir ve kliniği yavaş ilerleyen bu nörolojik tabloyu geniş nörolojik bulgular içermesi nedeniyle sunuyoruz.


SEP Upper
SEP: Sağ Upper[Wrist] Ortalama
18.3 mA
C3'-Fz
20µV/D 10ms/D


SEP Lower
SEP: Sağ Lower[Ankle] Ortalama
15.8 mA
Cz-Fz
3µV/D 10ms/D






RemLogic
GÖK, Yunus
1479
Recorded 21:55 13.09.2023 - 05:19 14.09.2023
Page is 5m
04:49:00
04:49:30
04:50:00
04:50:30
04:51:00
04:51:30
04:52:00
04:52:30
04:53:00
04:53:30
E1-M2 (0,516mV/cm)
E2-M2 (0,516mV/cm)
F3-M2 (0,782mV/cm)
C3-M2 (0,782mV/cm)
O1-M2 (0,782mV/cm)
F4-M1 (0,782mV/cm)
C4-M1 (0,782mV/cm)
O2-M1 (0,782mV/cm)
N1(gülsenem)
N2(gülsenem)
EKG (89,6mV/cm)
Chin (128mV/cm)
Snore (2,48/cm)
Hypopnea (15,73s)
Hypopnea (18,94s)
Hypopnea (19,74s)
Hypopnea (23,76s)
Hypopnea (40,13s)
Hypopnea (23,76s)
Hypopnea (19,58s)
Hypopnea (23,27s)
Hypopnea (38,84s)
Thermistor (2,56/cm)
Thorax (149/cm)
SpO2 (96,0%/cm)
Desaturation (18,78s) [4]
Desaturation (21,99s) [3]
Desaturation (27,61s) [3]
Desaturation (21,99s) [5]
Supine
Right
Prone

EP - 393 ERGENLERDE KÜME BAŞAĞRISINDA ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMİ BÜYÜK OKSİPİTAL SİNİR BLOKAJI

MİNE BUSE SALKIN SARGIN , GİZEM AYNUR AKTAŞ , TUĞBA UYAR CANKAY , TEMEL TOMBUL

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE ŞEHİR HASTANESİ

Giriş:
Küme tipi başağrısı (KBA) paroksizmal, ısrarlı bir şekilde unilateral ve retroorbital bölgede tipik olarak oldukça şiddetli bir baş ağrısı olarak tanımlanır. Dakikalar içinde maksimum şiddete ulaşmaktadır. Lakrimasyon, konjoktival hiperemi, rinore ve Horner sendromu gibi kraniyal otonomik semptomların ipsilateral ve ağrıyla prezente olmaktadır. Genellikle günde 1-2 atak olmakla birlikte, bazı hastalarda günde 8'e kadar çıkabilir. Daha çok 12 yaşından sonra ergen ve özellikle erişkin dönemde görülmekte ve tedavilere dirençli seyredebilmektedir.

Olgu:
On iki yaşında erkek hasta, hep sağ tarafta olan, ipsilateral lakrimasyonun eşlik ettiği çok şiddetli 15-30 dk arası süren baş ağrısı atakları şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Yapılan nörolojik muayenesi göz dibi dahil normaldi. Kardiyolojiden takipli arada hipertansif atakları olan hasta losartan kullanıyordu. Pediatrik Kardiyoloji'ye danışılarak hastaya verapamil 80 mg 3*1 başlandı. Verapamil dozu EKG kontrolü ile tedricen haftalık olarak arttırılarak 320 mg/güne çıkıldı. Bu tedavi ile atak şiddeti Visuel ağrı skalasına (VAS) göre 10'dan 9'a ve ayda 8'den 6'ya geriledi. Hastaya bilateral %2 lidokain ile GON blokajı haftalık olarak 4 hafta uygulandı. Hastanın 1 ay sonra kontrolünde VAS 3'e ve sıklığı ayda 2 ye gerilemişti.

Sonuç:
KBA genellikle tek taraflı, 15-180 dakika, nadiren de daha uzun sürmektedir. Verapamil tedavisi hem epizodik, hem kronik küme baş ağrısında ilk seçenek olmakla birlikte GON blokaj, 4 yaşından sonra uygulanabilen tedavisi ataklarda ve devam eden ağrıda etkili, yan etki profili düşük etkili bir tedavi yöntemidir.

EP - 394 OTOİMMÜN ENSEFALİT

GÜLLÜŞAH ÜSTÜN , FATMA MELTEM ÜSTEKİ , SEMAİ BEK , GÜLNİHAL KUTLU

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Anti NMDA ensefaliti karmaşık nöropsikiyatrik özellikler ve merkezi sinir sistemindeki NMDA reseptörlerinin NR1 alt birimine karşı IgG antikorlarının varlığıyla karakterize olan otoimmün ensefalittir. Nöropsikiyatrik semptomlar psikiyatrik tanı almamış hastalarda günler haftalar içinde ortaya çıkar.

Olgu:
Kafa karışıklığı, görsel işitsel halüsinasyon ve intihar düşünceleri nedeniyle psikiyatri servisinde takip edilen yirmi iki yaşında kadın hasta yattığı serviste tarafımızca değerlendirildi. Hastanın şikayetlerinin bir ay önce başladığı, progresif seyrettiği, son günlerde içe kapanma, tepkilerde azalma konuşma içeriği ve miktarında azalmanın eşlik ettiği öğrenildi. Nörolojik muayenesinde; Bilinci açık, basit emirlere kısmi koopere verbal çıkış azalmış, yer zaman oryantasyonu bozuktu. Sağ üst ekstremite kas gücü 5-/5 diğer ekstremite kas güçleri tamdı. Babinski bilateral lakayttı. Ense sertliği yoktu. Nörokognitif fonksiyonlardan saat çizme bozuktu. Hastanın ensefalopati etyolojisini araştırmak için istenilen EEG de Delta Brush aktivitesi izlendi. Hastanın kranial MR'ında; her iki talamus medial kesimde T2'de hiperintens alanlar vardı. Bunun üzerine yapılan bos incelemesinde; protein:26.6 glukoz:76 klor:125.6 hücre 5 %100 mononükleer karakterde saptandı. Hastadan gönderilen otoimmün ensefalit panelinde Anti NMDA reseptör antikoru pozitif bulundu. Klinik olarak otoimmün ensefalit düşünülen hastaya bos örneği alındıktan hemen sonra beş gün 1000 mg metil prednizolon tedavisi başlandı. Tedavinin beşinci gününde hasta jeneralize başlangıçlı motor tonik klonik nöbet geçirdi ve ilk basamak tedaviye yanıt vermeyen hasta status epileptikus kabul edilip yoğun bakımda takibe alındı. Takibinde 0.4kg/gr/gün den olacak şekilde beş gün IVIG, beş seansta plazmaferez tedavisi verildi. Tedavi sırasında malignite taraması yapılan hasta da çekilen pelvis tomografisinde over de kist rapor edildi. Tanısal amaçlı opere edildi ve patolojisi seröz kistadenofibrom olarak saptandı. Yeterli klinik düzelme olmayan hastaya aylık 750 mg/m2 olacak şekilde 6 doz siklofosfamid tedavisi verildi. Hastanın son nörolojik muayenesinde; bilinci açık, koopere oryante, kas gücü defisiti saptanmadı. Nörokognitif fonksiyonlarında belirgin düzelme olan hasta da saat çizme tamdı.

Tartışma:
Psikiyatrik bulgularla gelen hastalarda kognitif değerlendirme mutlaka yapılmalıdır. Kognitif değerlendirmesi bozuk olan hastalarda otoimmün ensefalitler akla gelmelidir.

EP - 395 HASHİMOTO ENSEFALOPATİSİ: OLGU SUNUMU

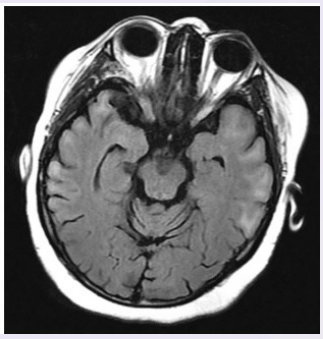
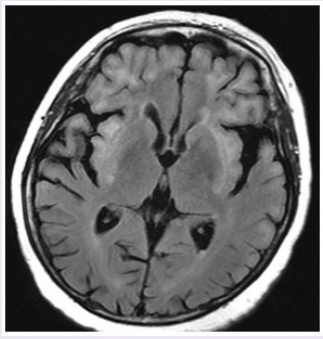
SÜMEYYE SULTAN EZENCİ , ELİF DUYSAL VURMAZ , AYGÜL TANTİK PAK , MÜNEVVER ÇELİK GÖKYİĞİT

SBÜ GAZİOSMANPAŞA EĞ ARŞ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş-amaç:
Hashimoto ensefalopatisi subakut başlangıçlı, progresif ya da ataklarla seyreden nöropsikiyatrik tablodur.
Bu olgu sunumunda nörolojik muayene, laboratuvar tetkikleri, KRMR ve EEG ile Hashimoto ensefalopatisi düşünülen bir hasta sunulmuştur.

Olgu sunumu:
6 aydır anlamsız davranışlar ve unutkanlık şikayetleri olan hasta, MMSE 23/30 idi. Kranial MR'da bilateral frontal, temporal, parietal loblarda, insulada ve bazal ganglionlarda kortikosubkortikal T2-FLAIR hiperintens lezyonları mevcuttu, kontrast tutulumu saptanmadı. Hastanın levotiroksin ve aripiprazol kullanımı mevcuttu. Periferik yayması, otoimmün hepatit markerları normaldi. Venöz ve arteryal amonyak normaldi. Vaskülit tetkikleri normaldi. Hipotiroidi tanısı olan hastada tiroid antikorlarından TSI, TRAb, Anti TG normal, Anti TPO yüksekti. Tiroid USG tiroidit ile uyumluydu. LP'de BOS görünümü berraktı, biyokimyası normaldi, 1 eritsosit, 2 lökosit vardı. VZV, HSV1, HSV2, Tüberküloz, 14.3.3 negatifti. OKB tip 1, NMO ve anti MOG negatifti. EEG'de diffüz yavaşlama vardı. Otoimmün ensefalit panel, CA markerlar negatifti.
Sonuç olarak ensefalopati tablosu ile kliniğimize yatırılarak tetkikleri yapılan hastada hashimoto tiroiditi saptandı. Ensefalopatisi açısından yapılan tüm diğer tetkikler negatif ve MR görüntülemesi uyumlu olduğu için hastada Hashimoto ensefalopatisi tanısı düşünüldü.
Hastada Hashimoto ensefaliti tanısıyla oral metilprednizolon 48 mg (prednison karşılığı 60mg) başlandı. Diyetine uymayan ve Cushingoid yüz görünümü gelişen hastada metilprednizolon dozu düşürülerek tedaviye azatioprin 50 mg 1*1 eklendi. Hastanın takibine devam edilmektedir.

Sonuç:
Ensefalopatisi olan hastalarda etiyoloji araştırılırken tiroidit açısından tetkik ve tedaviye iyi yanıtlı olduğu bildirilen Hashimoto ensefalopatisi unutulmamalıdır. MR görüntüleri özellikli ve tanıda yardımcıdır. Hashimoto ensefalopatisi bazı olgularda tedaviye dirençli olup yanıt gözlenemektedir. Tedaviye yanıt tanı niteliğinde olmakla birlikte yanıt alınaması Hashimoto esefalopatisi tanısını dışlamamaktadır.

EP - 396 KONUS MEDULLARİS SENDROMU VE AYIRICI TANISI; OLGU SUNUMU

NURBANU AYGÜNDÜZ YAPICI , LÜTFİYE ÇİFTÇİ , SEDANUR ÇALAR , DİDEM ÖZ

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ABD.

Giriş:
Konus medullaris, yetişkinlerde tipik olarak L1 vertebra seviyesinde sonlanan spinal kordun terminal ucudur. Konus medullaris sendromunda bilateral alt ekstremitelerde değişen derecelerde üst ve alt motor nöron belirtileri, sırt ağrısı, canlı patellar refleks, aşil refleksinin kaybı, eyer tarzında hipoestezi, alt ekstremitelerde hipoestezi, mesane, bağırsak ve cinsel işlev bozukluğu görülür.

Olgu:
67 yaş erkek hasta bacaklarında ağrı ve yürüme güçlüğü şikayetleri ile acil servise başvurdu. Şikayetlerine idrar ve gaita kaçırma da eklendi. Hastanın nörolojik muayenesinde alt ekstremitelerde güçsüzlük (distal ağırlıklı), perianal ve perine bölgelerini içeren S1-2-3 duyu dermatomlarında hipoestezi, TCR: bilateral ilgisiz, patellar refleksi canlı saptandı. Çekilen kontrastlı spinal MRG'de T12-L1 düzeyinde konus medullariste kontrast tutmayan T2 hiperintens lezyon saptandı. Miyelit etyolojisini netleştirmek ve tedavi amaçlı hasta nöroloji servisine yatırıldı. Hastaya LP yapıldı. OKB, NMO IgG, MOG-IgG için testler gönderildi. Hastaya 1 gr/gün 10 gün IV metilprednizolon tedavisi verildi. İdrar/gaita inkontinansı ve perianal hipoestezisi devam eden hastaya 7 seans plazmaferez uygulandı. Hastada konus medullaris tutulumu olması, semptomların subakut başlangıçlı olması ve kortikosteroid tedavisine iyi yanıt (motor defisitin iyileşmesi) alınması bize ön planda MOGAD tanısını düşündürdü. Fakat NMO IgG, MOG-IgG için testler negatifti (OKB tip 1). Ayırıcı tanı için vaskülitik, enfeksiyöz, metabolik nedenlere yönelik gönderilen testlerde de patoloji saptanmadı. İdiyopatik transvers miyelit? olarak hasta takibe alındı.

Sonuç:
Konus medullaris sendromu etyolojisinde; travma, kompresyon, metastaz, tümörler, hematom, apse, lenfoma gibi nedenler rol oynar. En sık MOGAD olmak üzere inflamatuar demiyelinizan hastalıklar ayrıca nadir olmakla birlikte nörosarkoidoz, SLE gibi bazı miyelopati nedenleri de konus medullaris tutulumuna neden olabilir. Etyolojinin kapsamlı şekilde araştırılması gereklidir.

EP - 397 KANNABİNOİD KULLANIMI SONRASI GELİŞEN BEYİN SAPI LEZYONU

SERAP ÖZTÜRK , SENA DESTAN BÜNÜL

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Kannabinoidler dünyada gençler arasında yaygın kullanılmaktadır. En önemli kannabinoid olan tetrahidrokannabinol (THC), esrarda bulunan birincil psikoaktif maddedir; santral ve periferik sinir sistemi ile bağışıklık hücrelerinde reseptörleri bulunmaktadır. Literatürde birçok preklinik ve klinik çalışmada kannabinoidlerin nöroprotektif etkileri bildirilmiştir. Medikal faydalarının yanı sıra iskemik, hemorajik inme ve atipik demiyelinizan lezyonlar ile de ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmada, THC kullanımı sonrası gelişen atipik beyin sapı lezyonu ile prezente olan bir olgu sunulmuştur.

Olgu:
Bilinen ailevi akdeniz ateşi (FMF), ankilozan spondilit tanıları olan ve bu nedenle düzenli kolşisin kullanan, yurt dışında ikamet eden 23 yaşında erkek hastada, THC kullanımını takiben binoküler diplopi, sağda abdusens paralizi, sol vücut yarımında hemiparezi, parestezi ve dengesizlik gelişmiştir. Beyin manyetik rezonans (MR) görüntülemede pons sağ yarı inferior ve bulbusta 1 cm difüzyon kısıtlaması ve kontrast tutulumu olmayan T2 hiperintens lezyon saptanmıştır. Amerika Birleşik Devletlerinde takip edildiği merkezde 3 gün intravenöz immünglobulin (IVIG) tedavisi uygulanmış, hastanın tedaviden fayda görmemesi üzerine uygulanan 1mg/kg (60mg) oral metilprednisolon tedavisi ile hastada belirgin iyileşme izlenmiştir. Tedavinin 20.gününde izlemi hastanemizde devam eden hasta; ayırıcı tanıda bulunan vaskülit, nörobehçet, iskemik süreçler ve nöromyelitis optika spektrum hastalıkları (NMOSD), anti-MOG ilişkili hastalık (MOGAD), multipl skleroz (MS) benzeri demiyelinizan hastalıklar açısından tetkik edilmiştir. Sistemik vaskülit belirteçleri negatif saptanmış, beyin MR venografide trombüs izlenmemiş, ekstrakranial tromboflebit bulgusu tespit edilmemiştir. Tüm spinal MR görüntülemede miyelit bulgusuna rastlanmamıştır. Anti-NMO ve anti-MOG antikorları negatif saptanan hastada beyin omurilik sıvısında (BOS) tip 2 oligoklonal bant (OKB) pozitifliği tespit edilmiştir.

Tartışma:
Kannabinoid kullanımı; herhangi bir risk faktörü olmayan gençlerde inme, akut koroner sendrom benzeri tromboembolik olaylar ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca atipik demiyelinizan lezyon ile globus pallidusta bilateral simetrik T2 hiperintens lezyonlar saptanan; global amnezi, frontal lob sendromu ile prezente olan vakalar bildirilmiştir. Bu olguda, beyin MR görüntülemede difüzyon kısıtlılığı olmaması, steroide yanıt alınması ve OKB tip 2 pozitifliği nedeniyle ön planda demiyelinizan süreçler düşünülmüştür.

EP - 398 LAKÜNER İNMEDE KARDİYOEMBOLİK RİSK FAKTÖRLERİ VE MİKROEMBOLİ GEÇİŞİNİN ARAŞTIRILMASI

BAŞAK ÖZKAN , İBRAHİM ACIR , HACI ALİ ERDOĞAN , VİLDAN YAYLA

BAKIRKÖY DR SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Laküner enfarktlar perforan arterlerin oklüzyonuyla ortaya çıkar ve iskemik inmelerin %25'ini oluşturur. Klasik (saf motor, saf duysal, sensorimotor, ataksik hemiparezi, dizartri/beceriksiz el sendromu) ve atipik (izole dizartri, izole hemiataksi, geçici internükleer oftalmopleji ile saf motor hemiparezi, geçici subkortikal afazi ile saf motor hemiparezi, tek taraflı/iki taraflı paramedian talamik enfarkt sendromu ve hemikore-hemiballismus) sendromlarla ortaya çıkar. Laküner enfarktların prognozu boyutlarının küçük olması, bulgularının hafif olması nedeniyle daha iyidir. Laküner inme için hipertansiyon ve diabetes mellitus major risk faktörleri olsa da diğer faktörlerinin doğru belirlenmesi hasta yönetimi açısından önemlidir. Çalışmamızda laküner inmeli hastalarda interatrial mikroemboli geçiş varlığını, geçiş sayısını belirlemek ve olası kardiyoembolik risk faktörlerini tanımlamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji kliniğine 01.09.2023-01.11.2023 tarihleri arasında başvuran 40 laküner inmeli hasta değerlendirildi. Yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKİ), kolesterol, HbA1c düzeyleri, klinik ve demografik verileri listelendi. Hastaların elektrokardiyografi, ekokardiyografi, ritim holter incelemesiyle birlikte transkranial ultrasonografi ile orta serebral arter üzerinden mikroemboli geçiş sayısı Spencer sınıflaması kullanılarak istirahatte ve valsalvada kaydedildi.

Bulgular:
Kırk hastanın yaşları 29-80 yıl arasındaydı ve ortalama yaş 56 yıldı. Laküner sendromlar sınıflandırıldığında ataksik hemiparezi 2, saf duysal 11, saf motor 16, sensorimotor tablo 3 hastada mevcuttu. 8 hastanın nörolojik muayenesi doğaldı. Mikroemboli geçişi spontanda en fazla 48, valsalvayla 80 kaydedilmiştir. Olgularımızda laküner inme lokalizasyonu en sık ponsta (%27.5) izlenmiştir, bunu lentikülostriat (%20), talamus (%17,5), bulbus (%12,5), sentrum semiovale (%10), serebellum (%7,5), kapsüla interna (%5) takip etmiştir. Spontanda mikroemboli geçişi %57,5 iken, valsalvayla %72,5 kaydedilmiştir. Mikroemboli geçişi ile laküner inme lokalizasyonları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmuş ($p<0.037$); valsalvayla en fazla sayıda mikroemboli geçişi ponstaki laküner inmelerde kaydedilmiştir ($p<0.019$). Mikroemboli geçişi ile yaş, cinsiyet, VKİ, kolesterol, HbA1c değeri, sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (sırasıyla *p:0.82, p:0.55, p:0.27, p:0.71, p:0.71, p:0.15*).

Sonuç:
Laküner inmelerde majör risk faktörleri hipertansiyon, diabetes mellitus, sigara olarak bilinmektedir. Kardiyoembolik inmeler de laküner sendromlarla başvurabilmektedir. Çalışmamızda laküner inmeli hastalarda mikroemboli geçişi değerlendirilmiştir. Ponstaki laküner enfarktlarda mikroemboli geçişi anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Bu durum ponstaki laküner enfarktlarda risk faktörlerinin daha geniş düşünülmesi gerektiğini hatırlatmıştır. Aynı zamanda yüksek sayıdaki mikroemboli geçişi rekürren laküner inmeli hastalarda kardiyoembolik etiyolojiye yönelik tedavi stratejilerinin de geliştirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Sonuç olarak inme lokalizasyonu ile mikroemboli geçişinin anlamlı ilişkisi, risk faktörlerinin daha geniş değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmüştür. Bu bilgilerin önleme ve tedavi stratejileri konusunda katkı sağlayabileceği kanısındayız.

EP - 399 DİSTONİ İLE BAŞVURAN FAHR SENDROMU:OLGU SUNUMU

HİLAL ÇAĞLAR , HİLAL ÇAĞLAR

SELÇUK TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

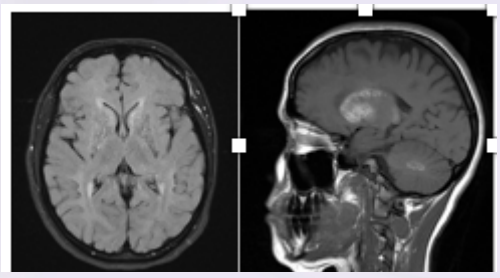
Özet
Fahr sendromu, simetrik ve bilateral olarak bazal gaglionlar, sentrum semiovale ve serebellumda kalsiyum ve fosfor metabolizma bozukluğuyla oluşan kalsinozisle seyreden nörodejeneratif bozukluklarla karakterize beyin tomografisinde kalsiyum ve çeşitli minerallerin birikiminin görülebileceği nadir rastlanan bir hastalıktır. Klinik prezentasyon en sık parkinsonizm kinetik hareket bozuklukları (distoni, kore, tremor, atetoz,orofasial diskinezi) kognitif bozukluklardır. Bu sendrom sistemik hastalıklar, toksinler, radyasyon, hipoparatirodizm, psödohipoparatirodizm ve hiperparatirodizmde sporadik görülebileceği gibi ailesel de olabilir. Tanısında Beyin tomografisi kullanılmakta olup tedavisi çoğu zaman semptomatik ve kalsiyum metabolizması düzeltilmesini içerir. Bu olgu distoni ve yürüme güçlüğü ile polikliniğe başvuran hasta tartışılacak.

Anahtar kelimeler: FAHR sendromu , distoni, bazal gaglionlar

Giriş:
Fahr sendromu serebellum, talamus ve bazal ganglionlarda kalsiyum ve fosfor metabolizma bozukluğu sonucu oluşan kalsinozisle seyreden nörodejeneratif bozukluklarla karakterize beyin tomografisi (BT) ile kalsiyum ve çeşitli mineralle- rin birikiminin gösterilebileceği nadir görülen bir hastalıktır (1). Bu sendromun etyolojisi kesin olarak bilinmemekle beraber kalsiyum metabo- lizma bozuklukları, toksinler, enfeksiyonlar, genetik faktörler, hipoparatiroidizm ve psödohipopa- ratiroidizm nedenler arasında gösterilmiştir (2). Fahr sendromu klinik olarak genellikle beceriksizlik, kolay yorulma, dengesiz yürüme, yavaş veya konuşma bozukluğu, yutma güçlüğü, istemsiz hareketler, ya da kas krampları olarak başlamakla beraber psikoz, demans, kişilik değişiklikleri gibi nöropsikiyatrik semptomlar da verebilir (3).

Bulgular:
OLGU SUNUMU Olgu ;çocukluğundan itibaren olan dengesiz yürüme ve konuşma güçlüğü ve istemsiz hareketler kas krampları şikayeti ile polikliniğe başvurdu Laboratuvar incelemelerinde tam kan, idrar, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, periferik yayma ve tiroid fonksiyon testleri normaldi. Kanda parathormon, kalsiyum, fosfor ve vitamin D düzeylerine bakıldı ve normal bulundu. Soygeçmişinde anne babası akraba öyküsü mevcuttu.Nörolojik Muayenesinde ;bilinç açık konuşma dizartrik, servikal distoni orofasial dizkinezi ,kas gücü defisiti yok, serebellar testlerde dismetri tandem yürüyüşü ataksik

Kranial mr putamen ve globus pallidusta daha belirgin olmak üzere her iki tarafta simetrik
olarak bazal ganglionlarda, frontal,parietal ve temporal loblarda subkortikal yerleşimli, dentat nukleustalarda simetrik kalsifikasyon lehine sinyal değişiklikleri izlenmektedir.SWI görüntülrde tariflenen alanlarda paramanyetik etkiye bağlı sinyal değişiklikleri izlenmektedir.Bulgular Fahr hastalığı ile uyumludur.
Olgu öykü, laboratuar, klinik ve radyolojik bulgu-lar doğrultusunda idiyopatikFahr sendromu olarak değerlendirildi. Kas kramları için lierosel 10 mg 1*1 ve servikal distonisi için botoks önerilerek 1 ay sonra poliklinik kontrolü önerildi.



Sonuç:

KAYNAKÇA

1. Hoque MA, Siddiqui MR, Arafat Y, Khan SU, Rahman KM, Mondol BA, Mohammad QD. Fahrs disease: a very rare cause of epilepsy. Mymensingh Med J 2010; 19: 127-129.
2. Manyam BV. What is and what is not 'Fahr's disease'. Parkinsonism and Relat Disorders 2005; 11: 73-80.
3. Andrea H Nemeth. GeneReviewsTM [Internet]. Pagon RA, Bird TD, Dolan CR, et al., editors. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993
4. Anderson J.R. Intracerebral calcifications in a case of SLE with nuerologic manifestations. Neuroradiology 1980; 19: 213-214.
5. Illum F. Calcification of basal ganglia following carbon monoxide poisoning. Neurodiology 1980; 19: 213- 214.
6. Harati Y, Jackson JA, Benjamin E. Adult onset idiopathic familial brain calcifications. Arch Intern Med 1984; 144: 2425-2427.
7. Gescwind DH, Loginov M, Stern JM. Identification of a locus on chromosome 14Q for idiopathic basal ganglia calcification. Am J Genet 1999; 65: 764-77

EP - 400 BAĞIMLILIKTA İNSÜLER KORTEKSİN ROLÜ: BİR OLGU SUNUMU

AYŞE BETÜL ÇETİN , BURCU GÖKÇE ÇOKAL , LEVENT ERTUĞRUL İNAN

ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:
Uyuşturucu madde bağımlılığı, beden ve ruh sağlığını, aile ve sosyal hayatı olumsuz etkileyecek düzeyde bağımlılık yapıcı madde alma isteği anlamına gelir ve aynı zamanda önemli bir halk sağlığı sorunudur. İnsüler korteks, beyinde lateral sulkusun derinliklerinde yer alır ve bağımlılığın oluşumunda, sürdürülmesinde ve nüksetmesinde kritik bir rol oynar. Çalışmalar iskemik inme gibi olaylar sonucu insuler korteks hasarı olan hastalarda bağımlılık düzeyinin azaldığını ve hatta bağımlılığın ortadan kalktığını göstermiştir. Bu olgu sunumumuzda orta serebral arter (MCA) enfarktüsünden sonra uyuşturucu bağımlılığı ortadan kalkan bir hastadan bahsettik.
26 yaşında erkek hasta uyandığında fark edilen sağ hemiparezi ve konuşma bozukluğu nedeniyle acil servise getirildi. Sol MCA m2 segment seviyesinde trombüs ve bu arterin beslediği bölgede akut enfarktüs vardı. Beynin manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) kortikal-subkortikal periventriküler seviyede supraventriküler seviyeden sol frontoparietal lobdaki insulaya kadar uzanan geniş bir alanda akut/subakut enfarktüs gözlendi. Hastanın birkaç yıldır esrar, 1 yıl boyunca her gün 5 gram eroin, son birkaç haftadır metamfetamin kullandığı ve inme geçirmeden önceki gece de pregabalin kullandığı öğrenildi. Hasta bir yıl boyunca aralıklı olarak takip edildi ve takipte tekrar bağımlılık yapıcı madde kullanımı ve yoksunluk belirtileri gözlenmedi.
İnsula aktivasyonu prefrontal korteks fonksiyonlarını etkileyerek ilaç arama ve tedarikine yönelik eylem planlarını gerçekleştirmek için dikkat, yargılama, planlama ve karar verme süreçlerini etkileyebilir. Yapılan çalışmalar sonucunda insüler korteks hasarı sonucu bahsedilen mekanizmalarla bağımlılığın şiddetinin azaltılabileceği hatta ortadan kaldırılabileceği bildirilmiştir. Şu anda bağımlılık için etkili bir tedavi yoktur etkili tedavilerin oluşturulması için bağımlılık mekanizmalarının anlaşılması gerekir. Bu nedenle, insulanın bağımlılık oluşumundaki rolünü anlamaya yardımcı olmak için olgumuzu sunmaya değer bulduk.

EP - 401 WERNİCKE ENSEFALOPATİSİ

BARIŞ MALDAR [1], ÖZLEM POLEN DEMİR [1], HÜSEYİN METİN OLGUN [1], ZEYNEP SENA TUĞLU [1], HESNA BEKTAŞ [2]

[1] ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] AYBÜ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Wernicke ensefalopatisi, tiamin (B1 vitamini) eksikliğinden kaynaklanan akut nörolojik sendrom oluşturan, santral sinir sisteminin metabolik bir sendromudur. Hastalığın klinik triadı oftalmopleji, akut bilinç değişiklikleri ve ataksi ile karakterizedir. En sık klinik bulgu bilinç değişikliği olup hafif oryantasyon bozukluğundan komaya kadar geniş bir skaladadır. Biz de dirençli kusmaları sonrası beslenmesi kısıtlanmış bilinç bozukluğu ile Nöroloji Yoğun Bakım'da izlediğimiz wernicke ensefalopatili olguyu sunmak istedik.

Olgu Sunumu:
Prostat kanseri nedeniyle opere olan ve gastrojejunostomi öyküsü olan 56 yaşında erkek hasta 2 ay boyunca devam eden dirençli kusma sonrası iştahsızlık, çift görme, bilinç bulanıklığı şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Nörolojik muayenesinde bilinci letarjik, kooperasyonu kısıtlı ve 4 ekstremitede minimal hareket mevcuttu. Beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'da wernicke ensefalopatisi ile uyumlu görünüm mevcuttu. Lomber ponksiyon yapıldı ve viral, otoimmun ve paraneoplastik ensefalit ekarte edildi. Elektroensefalografisi (EEG) normaldi.Hasta Wernicke ensefalopatisi düşünüldü. Tedavide ilk 3 gün 3x500 mg, takip eden 2 gün boyunca 1x500, ardından 5 gün süreyle 1x250 mg olacak şekilde intravenöz tiamin tedavisi uygulandı ve ardından idame intravenöz tiamin replasmanı 1x25 mg şeklinde düzenlendi. Takibinde klinik bulguları gerileyen hasta fizik tedavi rehabilitasyon servisine devir edildi.

Tartışma ve Sonuç:
Uzun süreli beslenemeyen, oral alım yetersiz hastalarda ortaya çıkan çift görme, bilinç bulanıklığı şikayetleri Wernicke ensefalopatisi tanısını aklımıza getirmelidir. Beyin omurilik sıvısı incelemesi ile viral, otoimmun, paraneoplastik ensefalitin ekarte edilip başlanılan intravenöz tiamin tedavisine olumlu yanıt olması ardından radyolojik görüntüleme ile tanının desteklenmesi bu olgumuzda Wernicke ensefalopatisi tanısını düşündürdü. Wernicke ensefalopatisi düşünülüp erken dönemde tiamin replasmanı yapılması kliniğin tamamen düzelmesinde ve/veya büyük ölçüde iyileşmesinde son derece önemlidir.

EP - 403 DEVASAL ARAKNOİD KİSTE EŞLİK EDEN VİSUAL SNOW SENDROMLU BİR OLGU SUNUMU

ABDURRAHİM OZKAN , EMRE AFŞİN , MUHAMMED YILDIRIM , TAHİR KURTULUŞ YOLDAŞ , MEHMET İLKER YÖN

ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ

Olgu:
Bu yazıda, kapsamlı uzman konsültasyonları ve tıbbi testlerin ardından Visual Snow Sendromu tanısı alan ve çocukluğundan beri auralı migreni olan 22 yaşında bir kadın olgu sunulmuştur. Hastada 3. kez hemoroid operasyonu sonrasında gelişen görme alanındaki görsel görüntülerin sürekli tekrarlaması (palinopsi) , telefondaki görüntünün duvara yada başka bir yere baktığında devam etmesi (afterimage), okuduğu yazıların birbirine karıştığını farketmesi, günlük hayattaki insanların gözlerini 2-3 tane görmesi , insanları gölgeli gördüğü için sokağa çıkmaktan korkması , cift ve parıltılı görme , tinutus , konsantrasyon bozukluğu ve baş ağrısı şikayetleri nedeniyle nöroloji polikliniğine başvurdu. Bu şikayetleri 2 yıldır devam etmekteymiş. Bu şikayetleri için şimdiye kadar laroxyl ve flunerazin tedavileri almış ancak cevap alamamış. Hastanın çekilen kranial MR'da fronto-temporal bölgede geniş araknoid kist görüldü. Visual snow'la araknoid kist arasında bağlantı düşünüldü. Visual snow santral visual proçeste bir disfonksiyona bağlı olduğu düşünülmekte ancak sebebi tam olarak bilinmemektedir. Kortikal hiperekstabilite,nin patofizyolojik mekanizmada rol oynayabileceği düşünülmektedir. Eren ve Arkadaşlarının yayınladığı makalede visual snow'da visual asosiasyon kortexde disfonksiyon olduğunu saptamışlardır. Hastamıza antiepileptik tedavi planlandı.

EP - 404 TÜBERKÜLOZ MENENJİTİ: YANILTICI LABORATUVAR BULGULARI EŞLİĞİNDE DİRENÇLİ BİR OLGU

ARİFE GONCA KAPICIOĞLU , HAZAL ÇAĞMAN , TUBA CERRAHOĞLU ŞİRİN , ÜLGEN YALAZ TEKAN , GENÇER GENÇ , SERPİL BULUT

SEYRANTEPE HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Tüberküloz (TBC) menenjiti prodromal ateş, halsizlik ve baş ağrısıyla başlayıp, ilerleyici nörolojik bulgularla seyredip hastalık başlangıcından itibaren 5-8 hafta içinde stupor, koma ve ölümle sonuçlanabilmektedir. Dirençli bir TBC olgusunun seyrini sunmayı amaçladık.

Olgu:
40 yaş, erkek, bilinç bulanıklığı ve ateş yüksekliğiyle başvurdu. Kranial MRG'de diffüz duramater kalınlaşması izlendi. BOS'da glikoz 44 mg/dL, protein 216 mg/dL ve 340 lökosit/mm3 (%60 MNL, %40 PNL) bulundu, TBC menenjiti ön tanısıyla dörtlü antiTBC ve P.O. prednizolon başlandı.
Tedavinin 6. gününde stupor, kuadriparezi, global arefleksi gelişti. Spinal MR'da C7-L1 arasında T2'de hiperintens, kontrast tutmayan segmenter lezyonlar saptandı. tedaviye 1 gr/gün IV metilprednizolon (IVMP) eklendi, 4. gün hastanın bilinç düzeyi tam açıldı ve üst ekstremite kas güçleri tama yakın düzeldi. IVMP kesilmesinden 2 gün sonra hastada global afazi ve solda fokal motor nöbet izlendi. Anti-Tbc tedaviye rağmen klinik progresyonu olan TBC-PCR negatif hastada BOS patolojisinin lenfoma?, demyelinizan hastalık? olarak raporlanması üzerine, otoimmun/paraneoplastik nedenler olabileceği düşünülerek 2g/kg/5 gün IV immunglobulin başlandı, yanıt alınmadı. Serum kanser markerleri, toraks-batın BT, tüm vücut PET-CT, BOS-OKB, anti MOG, NMO-IgG, EKO, paraneoplastik-otoimmün panellerde patoloji bulunmadı. 27. günde Glaskow koma skoru aniden 4 oldu. Kontrol MRG'de bilateral temporaparietaoksipital PRES ile uyumlu alanlar izlendi. Yatışın 45. gününde BOS kültüründe mycobacterium tuberkulosis üreyen hasta aynı gün ex oldu.

Sonuç:
TBC menenjitinin prognozu, hastanın ilk başvurudaki nörolojik durumuna ve anti-Tbc ajanların başlanma zamanına bağlıdır. Olgumuzun ilk başvurusunda ayırıcı tanıda tüberküloz ilk sırada düşünülmüş ve dörtlü anti-TBC ampirik tedavi hemen başlanmıştır. Buna karşın tedavi yanıtının iyi olmaması, klinik progresyonun devamı, tekrarlanan BOS değerlendirmesinde inflamatuar- otoimmün hastalıklar düşündüren verilerin gözlenmesi tanı ve tedavi sürecini zorlaştırmıştır. Kesin tanı aracı olan BOS mikobakteri kültürünün sonuçlanması uzun zaman gerektirmektedir. Bu da klinisyeni tanı ve tedavi açısından ikilemde bırakabilmektedir. Hastamızda anti-tbc tedavi yatış süresince devam etmesine karşın hastalık mortal olarak seyretmiştir.

EP - 405 GEMSİTABİN KULLANIMINA BAĞLI LÖKOENSEFALOPATİ OLGUSU

AYŞE BETÜL ÇETİN , HANNE SENA KESKİN , SELDA KESKİN GÜLER

ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:
Lökoensefalopati, miyelinin çeşitli nedenler sonucu hasara uğradığı serebral beyaz cevherdeki değişikliklerin genel ismidir.. Bu durum çevresel toksinler sonucu ya da tedavi için kullanılan kemoterapötik ajanlar sonucu oluşabilir. Toksik lökoensefalopati ile sonuçlandığı bilinen terapötik ajanlar arasında kraniyal radyasyon, immünosupresif ilaçlar ve kemoterapötik ajanlar bulunur.
48 yaş erkek hasta dört aydır giderek artan unutkanlık, agresif davranışlar, denge bozukluğu, konuşmada güçlük şikayeti ile tarafımızca takip edildi. Pankreas kanseri ile takipliydi 6 ay önce kemoterapi olarak gemsitabin başlanmıştı. Hastanın kranial manyetik rezonans (MR) görüntülemelerinde her iki medulla oblangata posterior bölümünde, ponsta ağırlıklı olarak sağ yarıda, bilateral kortikospinal trakt traselerinde, bazal ganglionlar - kapsüler yapılarda ve talamusta, bilateral periventriküler alanda ve korpus kallozumda, T2 AG ve FLAIR sekanslarda hiperintens, diffüzyonları nispi kısıtlı, supratentorial olanları ağırlıklı olarak simetrik, keskin konturlu olmayan lezyon alanları saptandı. Tüm laboratuvar sonuçları ışığında benzer nörogörüntüleme özelliklerine sahip vasküler hastalıklar, maligniteler, demiyelinizan hastalıklar ve paraneoplastik hastalıklar gibi ayırıcı tanılar dışlandıktan sonra hastanın tanısı kemoterapiye bağlı lökoensefalopati olarak kabul edildi.
Kemoterapiye bağlı lökoensefalopati oldukça nadir görülen bir durumdur. Gemsitabin kullanan hastalarda davranış ve bilinç durumu değişiklikleri, denge bozuklukları, nöbetler görüldüğünde kemoterapi ilişkili lökoensefalopati düşünülmelidir. Nadir görülen tedavi ilişkili bir komplikasyon olması, başka hastalıklarla karışabilmesi, erken tanındığında ve önlem alındığında geri dönüşlü olabilmesi nedeniyle olgumuzu paylaşmaya değer bulduk.

EP - 406 SEREBRAL VENÖZ TROMBOZ: KISA SÜRELİ ORAL KONTRASEPTİF KULLANIMI

BAHADIR DANIŞMANT , ZEYNELABİDİN KARAKAŞ , GİZEM GÜLLÜ , AYGÜL GÜNEŞ

BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

GİRİŞ
Serebral venöz tromboz (SVT), arteriyal iskemilere göre daha az yaygındır; ancak teşhis edilmesi daha zordur.Yıllık insidans 1,16-2,02 /100.000'dir.Kadınlarda daha sık görülür (K/E,3:1). SVT'nin sık risk faktörleri: Genetik-kazanılmış protrombotik durumlar, obezite, oral kontraseptif kullanımı, gebelik-lohusalık, malignensi, enfeksiyon, kafa travmasıdır.

Amaç:
SVT olgularında etyolojide sıkça rastlanan OKS kullanımı nedeniyle SVT-OKS kullanımı ilişkisi olabilecek bir olguyu sunmak istedik.

Olgu:
38 yaşında kadın, üç gündür sol kol ve bacakta güçsüzlük ve uyuşması mevcut. Özgeçmişinde hipertansiyon mevcut olup risk faktörü olarak obezitesi (VKİ kaç????)yaklaşık) ve son 4-5 gündür progestin (OKS) kullanımı mevcuttu. Nörolojik Muayenesinde sol yüz yarımı/kolda hipoestezi, sol früst hemiparezi dışında özellik saptanmadı. Kontrastsız BBT'de sağ talamusta hipodansite, straight, sağ transvers sinüs ve Galen veninde hiperdansite görüldü. Antikoagülan başlandı. Yatışında etyoloji için tüm tetkikler yapıldı. Obezite ve kısa süreli(5 gün) OKS kullanımı dışında risk faktörü saptanmadı.

Tartışma:
SVT ciddi sendromlarla ilişkilidir; hastaların komada olma veya motor defisit, afazi ve nöbet geçirme olasılıkları yüksektir; izole baş ağrısıyla başvurma olasılıkları düşüktür.
Olgumuzda uyuşma ve güçsüzlük gibi fokal semptomlar mevcuttu . SVT'de bulguların daha yavaş gelişmesi, intrakraniyal hipertansiyon ve nöbet varlığı arteriyel inmeden ayıran önemli klinik farklılıklardır. Derin venöz sistem trombozunda (straight sinüs ve dalları) SVTnin tek bulgusu olarak iki taraflı talamik lezyon, deliryum, amnezi ve mutizm gibi davranışsal semptomlar görülebilir. Bizim olgumuzda da SVT'ye sekonder sağda belirgin, bilateral talamik enfarkt saptandı.
Doğurganlık çağında kadın olması tipik olup risk faktörlerinden obezite ve OKS kullanımı saptanmıştır. Ancak OKS kullanımı sadece 5 gün idi. Literatürde bizim olgumuz kadar kısa kullanımı olan olgu bulamadık.

Sonuç:
Sonuç olarak SVT inmenin nadir bir nedenidir ancak patofizyolojisi ve tedavisi diğer arteriyel inmelerden farklıdır.Geçici veya kronik bir risk faktörüne bağlı ortaya çıkıp çıkmadığını ortaya koymak, prognoz ve uzun dönem tedavi belirlenmesi açısından önemlidir.

EP - 407 SPİNAL VASKÜLER MALFORMASYONLARDAN DURAL AV FİSTÜL

BURCU AKKOYUNLU , ALİ İHSAN YARDIM , HASAN DOĞAN , MUSTAFA ONUR YILDIZ , BİLGE PİRİ ÇINAR , ÇETİN KÜRŞAD AKPINAR

SAMSUN ÜNİVERSİTESİ SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ AD, SAMSUN, TÜRKİYE

Giriş:
Dural arteriovenöz; fistül (AVF) dura mater içinde dural arterler ve venöz sistem arasında arteriovenöz şanttır. Spinal vasküler malformasyonların yaklaşık %80'ini oluşturan vasküler malformasyonlardır. Kliniğimize alt ekstremitede güç kaybı, idrar ve gayta inkontinansı şikayetleri ile başvurup Spinal AVF tanısı alan bir hastayı sunuyoruz.

Olgu:
40 yaşında erkek hastanın 1,5 yıl önce sol bacakta güçsüzlük, uyuşma ve bel ağrısı şikayeti lomber diskopati bağlanıp opere edilmiş ama yakınmaları düzelmemiş. Yakınmalarına gayta ve idrar inkontinansı eklenmesi üzerine kliniğimize başvurdu. Uzun süre oturduğunda veya ıkındığında yakınmalarının artıyormuş. Nörolojik muayenesinde patolojik olarak sol alt ekstremitede refleksler canlı, vibrasyon duyusu sağda daha fazla olmak üzere iki taraflı azalmıştı. Solda T8 düzeyine kadar seviye veren duyu kusuru mevcuttu. Eyer tarzında perianal anestezi ve hipoestezisi de olan hastanın Taban cildi refleksi bilateral lakayttı. BOS proteini 113 mg/dl idi. Torakal spinal kord 1/2 distal kesiminde T2 sekansında ödemi düşündürür diffüz intensite artışı ve T8 vertebra düzeyinden başlayarak inferiora doğru spinal kordta kontrastlanma görünümü mevcuttu. Hastada ilerleyici paraparezi olması, kliniğin fluktasyon göstermesi, asendan seyir ve Spinal MR anjiografi çekilerek dural avf tanısı konuldu. Dış merkezde uygulanan cerrahi tedavi ve fizik tedavi sonrası şikayetlerinde belirgin düzelme izlendi.

Tartışma:
Spinal AVF; uzun süre oturma, valsalva manevrası ve egzersiz gibi venöz konjesyonu artıran durumlarda klinik kötülüşme olabilir. Olguların %70 inde üst ve alt motor nöron birlikteliği izlenir. Alt ekstremitede ağrı ile birlikte kademeli olarak ilerleme gösteren parezi ve pareztesi bulguları olan ve sfinkter kusurunun da eşlik ettiği hastalarda dural av -fistül akla gelmelidir.

EP - 408 ULNAR OLUK TUZAK NÖROPATİSİ OPERASYONU OLAN BİR OLGU: HİRAYAMA HASTALIĞI

BUSE GÜL BELEN , BAŞAK CEREN OKCU KORKMAZ , SİBEL KARŞIDAĞ , MURAT MERT ATMACA , MEHMET GÜNEY ŞENOL , MEHMET FATİH ÖZDAĞ

SBÜ SULTAN ABDÜLHAMİD HAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Giriş:
Hirayama hastalığı, genç erkekleri etkileyen, 3-5 yıl içinde kendini sınırlayan, üst ekstremite distal kaslarında kendini gösteren servikal miyelopatidir.
Burada, yanlış tanı alarak ulnar sinir tuzak nöropatisi operasyonu olan Hirayama hastalığı olgusu sunulmuştur.

Olgu :
24 yaşında erkek hasta, 5 yıldır sol elinde yavaş ilerleyen güçsüzlük ve kaslarda erime ile başvurdu. Bu süreçte ulnar sinir tuzak nöropatisi düşünülerek opere edilmişti. Operasyon sonrası şikayetleri ilerlemişti. Nörolojik muayenede sol üst ekstremite parmak abdüksiyonu 4/5, ekstansiyonu 4/5, EDC ve FDI kaslarında atrofi saptandı. EMG incelemesinde C8-T1 innervasyonlu kaslarda akut denervasyon potansiyelleri ve seyrelmiş MÜP ler saptandı. Servikal MR ve boyun fleksiyon MR'ı normaldi.

Tartışma:
Hirayama hastalığı, 1959 yılında Keizo Hirayama tarafından tanımlanmıştır. Monomelik amyotrofi olarak da anılır. Boyun fleksiyonu sırasında dural kesenin anteriora kayması, spinal kord ön kısmında iskemi oluşması suçlanmaktadır. Klinik olarak üst ekstremite distal kaslarında başlayan şikayetler birkaç yıl içinde durur. Tenar, hipotenar, interosseos kaslar, bilek fleksörleri ve ekstansörlerinde atrofi izlenirken brakioradialis kası korunur. Bazı genler (KIAA1377, C5ORF42) sorumlu olabilir.
Klinik şüphe olduğunda nötral pozisyonda servikal MR, boyun fleksiyon MR ve EMG tanıda yardımcıdır. EMG'de ilgili kaslarda akut ve kronik nörojen tutulum bulguları saptanır. Nötral pozisyon servikal MR'daki en karakteristik bulgu duranın altta bulunan laminaya posterior bağlantısının kaybıdır. Servikal fleksiyon MR (boynun 35° fleksiyonu) tanıda en önemli incelemedir, posterior duranın öne doğru yer değiştirmesi, epidural akım boşlukları ve yüksek yoğunluklu hilal şeklinde bir kütle yer alır.
Bu klinik bulgularla gelen hastalarda Hirayama hastalığı düşünülmeli ve tetkikler planlanmalıdır.

EP - 409 LİTYUM İNTOKSİKASYONU İLE İLİŞKİLİ POSTERIOR REVERSİBLE ENSEFALOPATİ SENDROMU: OLGU SUNUMU

BÜŞRA SEZEN NACAK , CANSU GÜMÜŞ , ELİF NUR TÜNCER , FULYA EREN , HÜLYA OLGUN , BURCU ALTUNRENDE

TAKSİM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Posterior Reversible Ensefalopati Sendromu (PRES), nöbetler, bilinç değişikliği, görme bozukluğu ve baş ağrısı gibi çeşitli klinik tablolarla ilişkili nadir bir nörolojik sendromdur. Nörogörüntülemedeki karakteristik bulgular arasında, tipik olarak parieto-oksipital beyaz maddeyi kapsayan serebral ödem yer alır. PRES sıklıkla sitotoksik ilaç tedavisi, (pre)eklampsi, sepsis, böbrek hastalığı veya otoimmün bozukluklar sonucunda gelişir. İmmün aktivasyon, endotel disfonksiyonu, vasküler instabilite, sistemik hipoperfüzyon gibi mekanizmaların rol oynağı düşünülmektedir. Bu duruma inflamatuar sitokinler, vazoaktif maddeler ve/veya doğrudan ilaçla endotel toksisitenin değişmesi, VEGF sinyalizasyonundaki değişiklikler aracılık edebilir. Tedavi semptomatiktir, altta yatan duruma göre belirlenir. Bu bildiride lityum toksisitesi ile ilişkili PRES olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu:
Bipolar bozukluk nedeniyle lityum kullanan 37 yaşında kadın hasta mental durum değişikliği, tüm vücutta titreme şikayeti ile başvurdu. Lityum seviyesi toksik dozda, 1.59mEq/L saptandı. Nörolojik muayenesinde; gözler spontan açık, sesli-ağrılı uyarana yanıt yoktu. DTR global hiperaktifti. TCR bilateral fleksördü. Sol alt ekstremitede klonus mevcuttu. Çekilen kontrastsız kranial MR'da her iki hemisferde T2 ve FLAIR'de simetrik diffuz hiperintens lezyonlar izlendi. Laboratuvar incelemelerinde böbrek fonksiyon testlerinde yükseklik, hipernatremi dışında vaskülit paneli ve tümör markerlarında patolojik bulgu saptanmadı. LP yapılan hastanın mikro total proteini ve albümin serum, Albumin BOS yüksekti, kan beyin bariyeri bozuk olup intratekal IgG sentezi saptanmadı. Serum ve BOS'ta bakılan otoimmün ensefalit antikorları ve BOS'ta bakılan menenjit paneli negatifti. Çekilen EEGsinde yaygın biyoelektrik aksama saptandı. Hastanın yatışı sırasında psikiyatriye danışıldı, ilaç tedavisi düzenlendi. 1 ay sonunda klinik ve radyolojik olarak düzelen hasta taburcu edildi.

Tartışma:
Lityumun sıklıkla değişmiş mental durum, miyoklonus, kas fasikülasyonları, nöbet ve nonkonvülsif status epileptikus gibi çeşitli nörotoksik etkileri vardır. Lityuma maruz kalanlarda VEGF ekspresyonunun değiştiği çalışmalarla gösterilmiştir. Lityumun PRESin bir tetikleyicisi olduğu az sayıda vaka örneği literatürde bulunmaktadır. Posterior reversibl ensefalopati sendromu (PRES), karmaşık bir klinik tabloya sahip klinik-radyolojik bir sendromdur. PRESin başka ilaçların yanı sıra lityum toksisitesine bağlı olarak da gelişebileceği akılda tutulmalı ve tedaviler ona göre planlanmalıdır.

EP - 410 SANTRAL PONTİN DEMİYELİNOZİSE NEDEN OLAN SELF-REFEEDİNG SENDROMU: OLGU SUNUMU

CİHAT ÖZGÜNCÜ [1], RAMAZAN KÖYLÜ [2], HAKKI YÜCE [2], AYŞEGÜL DEMİR [1]

[1] *KONYA ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ*
[2] *KONYA ŞEHİR HASTANESİ ACİL TIP KLİNİĞİ*

Olgu:
Santral pontin demiyelinozis (SPD); elektrolit dengesizliği, alkolizm, malnutrisyon gibi durumlarda ortaya çıkabilen nadir görülen ve mortal seyredebilen nörolojik bir hadisedir. Beslenme bozukluğu bulunan hastanın aşırı kalorili beslenmesinin ardından gelişen ve SPD'ye neden olan refeeding sendromlu olguyu paylaşıyoruz.
45 yaşında kaşektik görünümde kadın hasta 2-3 gündür devam eden bilateral kol ve bacakta yaygın kuvvet kaybı şikayeti ile acil servise başvurdu. Alınan anamnezde kilo almak istediği için aktardan 2 hafta önce aldığı birtakım içeriği bilinmeyen karışımlardan yüksek miktarda tüketmeye başlamış. İlk nörolojik muayenesinde bilinç konfüze, kas gücü tüm ekstremitelerde 2/5 olarak değerlendirildi. Hastanın difüzyon MR görüntülemesinde santral pontin demiyelinozis izlendi. Genel durumu kötüleşen hasta yoğun bakıma alındı. Entübe edildi. Alınan 8. saat kanlarında CK:1526 (0-170), K:1.7 (3.5-5.1), Na:154 (136-145) ve laktik asidoz izlendi hasta diyalize alındı. Takiplerinde hastaya günde 12 ampule kadar potasyum verilmesine ve düzenli diyalize alınmasına rağmen potasyum seviyeleri panik değerde seyretti. CK seviyeleri 10binleri ve CRP 200 (0-5) seviyelerini geçti. Yapılan literatür incelemelerinde hastanın beyin MR bulguları, kan değerleri ve kliniği ile değerlendirilerek refeeding sendromu tanısı kondu. Hastaya amonyak düzeyi gönderildi. Ancak numune teknik nedenlerle çalışılamadı. Hasta yatışının 5.günü exitus oldu.
Refeeding sendromu malnutre hastaların yanlış beslenmesi sonucu gelişebilen fatal bir komplikasyondur. Mevcut elektrolit dengesizlikleri kardiyak, respiratuar ve nöromuskuler sistemde önemli hadiselere yol açabilmektedir. İatrojenik vakalar olduğu gibi vakamızdaki gibi hastanın kendini yanlış beslemesi sonucu da olabilmektedir. Tedavi hastanın dikkatlice monitörize edilmesi ve yakın takibini gerektirmektedir. Hastamız kliniği ilerledikten sonra hastaneye başvurduğu için tanı gecikmiş ve tedavi maalesef yetersiz kalmıştır.

EP - 411 MULTİPL SKLEROZ'DA OKRELİZUMAB TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ VE GÜVENİLİRLİĞİ: DÖRT YILLIK İZLEM SONUÇLARI

ÇAĞRI CANSU , TUĞBA ERDOĞAN , SEDA NUR AKKAYA , BELGİN KOÇER , HELİN KÖKMEN

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Okrelizumab, CD20 eksprese eden öncü ve olgun B hücrelerini hedef alan humanize anti-CD20 monoklonal antikorudur. Bu çalışmanın amacı, Multipl Skleroz (MS) hastalarında okrelizumab tedavisinin etkinliğinin ve güvenilirliğinin retrospektif olarak değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem:
Ocak 2018-Eylül 2023 tarihleri arasında en az iki doz okrelizumab tedavisi uygulanmış 22'si Relapsing- Remitting MS (RRMS), 20'si Primer Progresif MS (PPMS) ve 54'ü Ataklı Sekonder Progresif MS (SPMS) olmak üzere toplam 96 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Tedavinin 1. yılında 93, 2. yılında 65, 3. yılında 39 ve 4. yılında 24 hastanın EDSS skorları, yıllık atak sayıları, tam kan sayımı parametreleri, immunglobulin (Ig) düzeyleri, karaciğer fonksiyon testleri (KCFT), hepatit belirteçleri ve tedavi süresince hastalarda izlenen yan etkiler retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular:
Çalışmaya katılan hastaların 65'i kadın 31'i erkekti. Hastaların yaş ortalaması 48,4±11,1 idi (20-70 yaş). Tedavi öncesinde EDSS skorlarının ortalaması 4,69±1,55 olup; tedavinin 1.yılında 4,75±1,61, 2.yılında 4,87±1,69, 3.yılında 4,97±1,82 ve 4.yılında ise 5,00±1,73 idi. Tedavinin 1. yılında hastaların %86'sında, 2. yılında %71'inde, 3. yılında %64'ünde, 4. yılında da %62'sinde EDSS skorlarında kötüleşme olmadı. Olguların takiplerinde RRMS hastalarının %77'sinde EDSS stabil kalırken, %14'ünde iyileşme, %9'unda kötüleşme; ataklı SPMS hastalarının %65'inde EDSS stabil kalırken, %9'unda iyileşme, %26'sında kötüleşme; PPMS hastalarının %60'ında EDSS stabil kalırken, %40'ında ise kötüleşme izlendi. Tedavi süresince hiç atak geçirmeyen hastaların oranı 1.yılda %96, 2.yılda %91, 3.yılda %85 ve 4.yılda %75 olup; bu oranlar okrelizumab ilk dozundan önceki ataksız hasta oranlarına göre yüksekti ($p<0,05$). Hastalık alt tipi ve zaman içerisindeki dağılıma göre ataklar değerlendirildiğinde bir RRMS ve beş ataklı SPMS hastasında, ilk iki yıl içerisinde atak meydana gelmiş olup; takipleri devam eden hastalarda diğer yıllarda atak izlenmedi. Hastaların takiplerinde serum IgM ve IgG düzeylerinde azalma izlenirken ($p<0,001$, $p=0,01$), değerlerin ortalaması alt sınırın üzerindeydi. Lenfosit düzeylerinde de tedavinin 1. ve 2 yıllarında azalma izlenmiş olup ($p=0,001$, $p=0,01$); 3. ve 4. yıllarda anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,994$, $p=0,607$). Serum IgA ve nötrofil düzeylerinde ise tedavi süresince anlamlı değişiklik izlenmedi ($p>0,05$). Hastaların %94'ünde 4 yıllık süre boyunca KCFT normal sınırlarda bulundu. Okrelizumab tedavisi sürecince en sık görülen yan etki üriner sistem enfeksiyonu (%29) olup; diğerleri üst solunum yolu enfeksiyonları (%13), yüz, gövde veya ekstremitelerde karıncalanma/keçeleşme (%8), uykusuzluk (%6), baş ağrısı (%5) ve yumuşak doku enfeksiyonlarıydı (selülit ve diş absesi, %2). Düşük serum IgM düzeyleri ile enfeksiyon gelişme riski arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Takipleri süresince hiçbir hastada hepatit B, C ve A enfeksiyonu, hepatit B virüs reaktivasyonu, tüberküloz veya HIV enfeksiyonu, malignite veya ilaç ilişkili ölüm meydana gelmedi.

Sonuç:
Okrelizumab, Multipl Sklerozda atak sayısını azaltmada ve özürlülüğün ilerlemesini engellemede etkili bir tedavi olup; ciddi olmayan yan etkiler nedeniyle tedavide tercih edilebilecek bir monoklonal antikordur. Bulgular okrelizumab tedavisinin RRMS hastalarında atak sıklığını ve hastalık progresyonunu azalttığını, PPMS ve ataklı SPMS hastalarında ise öncelikle EDSS skorlarında stabilizasyon sağlayarak hastalık progresyonunu yavaşlattığını göstermektedir. Bu çalışmada saptanan görece yüksek üriner sistem enfeksiyonu oranlarının, özellikle ileri evre hastalarda primer hastalıkta izlenen üriner sistem etkilenimi ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Olgularımızın dört yıllık izleminde hepatit B reaktivasyonu, kronik enfeksiyon veya malignite görülmemesi okrelizumab tedavisinin uzun dönem güvenilirliğini desteklemektedir.

EP - 412 İZOLE DÖRDÜNCÜ KRANİYAL SİNİR PARALİZİSİ İLE PREZENTE OLAN İDİYOPATİK İNTRAKRANİAL PAKİMENENJİT OLGUSUNUN İKİ YILLIK İZLEMİ

DİLARA ASAR , LEVENT ÖCEK , İREM FATMA ULUDAĞ , UFUK ŞENER

SBÜ İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTENESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Nadir görülen bir hastalık olan idyopatik intrakranial pakimenenjit (İİP) dura materin lokal ya da diffuz inflamasyonudur. Otoimmun ve vaskülitik süreçler sebep olabildiği gibi altta yatan bir sebep olmaksızın da ortaya çıkabilir. En sık klinik bulgu başağrısı ve kranial sinir patolojileridir. Bu olgumuzda, iki yıl izlediğimiz izole dördüncü kraniyal sinir paralizisi ile gelen İİP olgusunun klinik ve radyolojik izlemi sunulacaktır.

Olgu:
Kırk yedi yaşında kadın hasta polikliniğe üç aydır olan oksipital bölgeden başlayıp frontal bölgeye yayılan sıkıştırıcı tarzda baş ağrısı ve son üç gündür olan çift görme şikayeti ile başvurdu. Nörolojik muayenesinde sağ troklear sinir paralizisi dışında anlamlı bulgu saptanmadı. Kraniyal manyetik rezonans görüntülemelerinde (MRG) sağ tentoryum serebellide T2 hiperintens yaygın kontrastlanma gösteren diffuz dural kalınlaşma izlendi. Laboratuar incelemelerinde tam kan sayımı, karaciğer fonksiyon testleri, ASO, üre ve glukoz düzeyleri, lipid profili, sedimantasyon ve protein elektroforezi normal bulundu. Romatoid artrit, Wegener granülomatozisi, Sarkoidoz ve Sjögren sendromunu dışlamak üzere tetkik edilen serum RF, CRP, C-ANCA, ACE, SS-A, SS-B düzeyleri normal bulundu. Serum immungloubulin (IgG) düzeyleri normal idi. Enfeksiyöz serolojik testler negatif bulundu. BOS biyokimyasal analizi normal idi. BOS ve kanda mikobakterium tüberkülozis, sifiliz, HIV saptanmadı. Yapılan tüm malignite taramalarında patolojik bulgu saptanmadı. IgG4-ilişkili hastalıklar açaısından biyopsi planlandı ancak hasta izin vermediği için yapılamadı. Hastada ön planda İİP düşünüldü. Hastanın takipte klinik bulguları geriledi ve tekrarlanan malignite taramaları negatif idi. İki yıllık izlemde yapılan kraniyal MRG'larında lezyonun gerilediği gözlendi.

Tartışma:
Herhangi bir etiyolojik sebebin belirlenememesi nedeniyle İİP tanısı alan hastalar gerek klinik, gerekse radyolojik açıdan takip edilmelidir. Ayırıcı tanıda son yıllarda artan IgG4-ilişkili hastalıklar açısından mutlaka incelenmelidir.

EP - 413 NADİR BİR NÖRO-OFTALMOLOJİK BULGU OLARAK OKÜLER FLUTTER

DURUL ÜSTÜN , ÖZGÜR MUHARREMOĞLU , ASLI KÖŞKDERELİOĞLU , PINAR ORTAN

SBÜ İZMİR BOZYAKA EAH, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Oküler flutter, intersakkadik intervalin olmadığı, arka arkaya konjuge horizontal sakkadlarla karakterize bir nöro-oftalmolojik bulgudur. Sürekli veya aralıklı olarak görülebilir. Amplitüdü değişken olup tipik olarak viral ensefalitlerde, paraneoplastik sendromlarda, demyelinizan hastalıklarda, uyuşturucu intoksikasyonlarında görülebileceği gibi bariz bir sebebi de olmayabilir. Opsoklonustan farklı olarak vertikal ya da torsiyonel komponent içermez. Sunacağımız hasta nadir görülen bu bulguya örnektir.

Olgu:
63 yaşında kadın hasta, polikliniğimize son 3 aydır olan ve ilerleyici yürüme güçlüğü, dengesizlik, hareketlerde beceriksizlik nedeniyle başvurmuştur. Anamnez derinleştirildiğinde bir ayda 15 kilo kaybı olduğu, travma, intoksikasyon, enfeksiyon öyküsü olmadığı öğrenilmiştir. Nörolojik muayenesinde horizontal planda, hızlı, aralıklı, tekrarlayıcı nitelikte, okuler flutter olarak değerlendirilen sakkadik hareketler, bilateral dismetri ve disdiadokinezi, trunkal ataksi izlenmiştir. Meninks irritasyon bulgusu, piramidal irritasyon kanıtı yoktur. Rutin laboratuar tetkiklerinde ılımlı ALT, AST, GGT yüksekliği, B12, ferritin, sedimentasyon ve CA15-3 yüksekliği saptanmıştır. Kraniyal MRG'de patoloji saptanmayan hastanın diğer rutin ve ayrıntılı laboratuar tetkiklerinde ve yapılan LP'de patolojik bulgu izlenmemiştir. Paraneoplastik antikor paneli negatif olarak sonuçlanmış, olası malignite tespiti açısından görüntüleme ve tanı yöntemlerinde (toraks, batın BT, mammografi, meme MR, endoskopi-kolonoskopi) malignite saptanmamıştır. Otoimmün serebellit/rombensefalit ön tanısıyla 1000 mg/gün IV prednizolon başlanmıştır. Tedavi sonrası bulgularında düzelme görülmüştür.

Tartışma:
Oküler flutter, çoğunlukla dramatik bir göz hareketi olarak ortaya çıkan bir nistagmus olarak gözükse de, yeni başlangıçlı osilopsi şikayeti olan bir hastada çıplak gözle görülemeyecek kadar küçük amplitüdlü göz hareketlerinden ibaret olabilir. Gözün horizontal sakkadlarının kontrolünden sorumlu burst nöronlarının lokalize olduğu pons veya serebellumu etkileyen patolojilerde görüldüğü bildirilmiştir. Flutter ve opsoklonus, ana olarak en çok iki klinik durumda gözlenir, bunlar; paraneoplastik durumlar ve parainfeksiyöz beyinsapı ensefalitidir. Vakamızla bu nadir görülen nöro-oftalmolojik bulgu ve etiyolojilerine dikkat çekmeyi amaçladık.

EP - 414 CREUTZFIELD-JACOB HASTALIĞI TANILI İKİ OLGU

FİLİZ EKİNCİ , MEHMET YILDIZ , HABİBE SEVİM GÖKMEN , MEHMET NECMİ EKE , ZÜLFİKAR ARLIER

ADANA ŞEHİR HASTANESİ

Amaç:
Creutzfeldt-Jacob Hastalığı (CJH) patogenezinde prion adı verilen anormal katlanmış proteinlerin yer aldığı nörodejenaratif bir hastalıktır. . Sporadik , genetik , iyatrojenik ve varyant olmak üzere 4 formu vardır. Klinik olarak progresif seyirli demans, miyoklonus, serebellar ataksi, görsel semptomlar, piramidal ve ekstrapiramidal bulgular, akinetik mutizm ile karekterizedir. Semptomlar ilerledikçe solunum yetmezliği, bilinç düzeyinde bozulma ve koma gelişir. Uzun süren kuluçka dönemi sonrası kliniğin ortaya çıkmasıyla hızlı fonksiyon kaybı ve yaklaşık 1 yıl içinde ölüm ile sonuçlanır. Kliniğimizde ard arda CJH saptadığımız 2 olgumuzu paylaşmak istedik.

Olgu 1
68 yaş erkek,denge bozukluğuyla başvurdu, geliş muayenesinde bilinç apatikti.Beyin MRG(manyetik rezonans görüntüleme)'de solda belirgin, bilateral oksipital loblarda hiperintens görünüm mevcuttu. EEG'sinde diffüz serebral disfonksiyon zemininde 1-3 saniyeli tekrar eden jeneralize yavaş keskin karakterli dalgaları mevcuttu. BOS(Beyin omuriliksıvısı) incelemesinde 14-3-3 proteini pozitifti.
Olgu 2
67 yaş kadın,titremeyle, gelişinde bilinç letarjikti oryantasyon kooperasyon kısıtlı idi.
MRG'de bilateral bazal ganglionlarda diffüzyon kısıtlılığı mevcuttu. EEG'de periyodik jeneralize keskin karakterli dalgalar lateralize epileptiform deşarjlar izlendi. BOS 14-3-3 proteini pozitifti.

Tartışma ve Sonuç :
Şiddetli nörolojik yıkım ile seyreden CJH nadir görülen bir hastalık olmasına rağmen kliniğimizde sık karşılaşılması, bilinç bozukluğu ile seyreden hastalıkların ayırıcı tanısında CJH'nın düşünülmesi gerektiğini gösteriyor.
CJH için en önemli bulgu kognitif bozulma ve ortaya çıkan myoklonilerdir. EEG'de saptanan periyodik lateralize epileptiform deşarjların izlenmesi, beyin MRG'da simetrik ya da asimetrik bazal gangliyonlar, serebral kortekste ve talamusta kurdele tarzında diffüzyon kısıtlılıklarının görülmesi, BOS incelemesinde 14.3.3 protein pozitifliği tanıyı netleştirir.

EP - 415 NADİR BİR SPASTİK PARAPAREZİ ETYOLOJİSİ: TÜMEFAKTİF VİRCHOW-ROBİN BOŞLUKLARI

HAZAL ÇETİN [1], KİRMAN ALDENİZ DOĞAN [1], ESRA ERKOÇ ATAOĞLU [1], MURAT UÇAR [2], BÜLENT CENGİZ [1]

[1] *GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI*

Giriş:
Perivasküler boşluklar (Virchow-Robin boşlukları), beyin parankimine penetre olan arter ve arteriollerin etrafını saran pia ile kaplı, düzgün sınırlı boşluklardır. Çapları 2 mm'den küçük olup, hafif genişlemiş boşluklar sağlıklı yaşlılarda oldukça yaygın ve asemptomatiktir. Çapları 4 mm'nin üzerinde olduğunda 'dilate', 15 mm'nin üzerinde olduğunda 'dev' ya da 'tümefaktif' perivasküler boşluklar olarak tanımlanırlar. Aşağıda semptomatik tümefaktif perivasküler boşlukları olan bir olgu sunulmuştur.

Olgu:
62 yaşında erkek hastada, 4-5 yıl önce başlayan ve giderek ilerleyen sağ kol ve bacakta his kaybı, güçsüzlük, yürürken sağ ayakta takılma, sağ elde ince işlerde beceriksizlik yakınmaları mevcuttu. Özgeçmişte özellik yoktu. Nörolojik muayenede, sağda -5/5 hemiparezi, spastik tonus artışı, hiperaktif DTR, Hoffman pozitifliği ve ekstansör plantar yanıt saptandı. Kraniyal MR'da, solda belirgin bilateral talamo-mezensefalik aksta, solda uzun aksı 4cm'ye ulaşan, tümefaktif perivasküler boşlukları düşündüren çok sayıda kistik lezyon izlendi. Lezyonların solda 3. ventrikül posterioruna ve akuadukt düzeyine uzanımı nedeniyle bu düzeyde darlık ve proksimalde lateral ventriküller ve 3. ventrikülde dilatasyon görüldü. Spastik parezinin diğer olası etyolojilerine yönelik yapılan spinal MR'lar normaldi. KİBAS için yapılan göz dibi incelemesi normaldi. Motor Uyandırılmış Potansiyel (MEP) incelemesi, sağda kortikospinal traktus tutulumuyla uyumluydu. Somatosensöriel Uyandırılmış Potansiyel (SEP) incelemesinde anormallik izlenmedi. Hidrosefalisi semptomatik olmayan hastanın, bu aşamada VP şanttan ek fayda görmeyeceği düşünüldü. Spastisitesine yönelik Baklofen tedavisi düzenlenerek, klinik takibi planlandı.

Tartışma:
Tümefaktif perivasküler boşluklar, lokalizasyonlarına ve kistik genişlemenin derecesine göre farklı klinik prezantasyonlar gösterebilirler. Lokal kitle etkisine bağlı baş ağrısı, baş dönmesi, bilişsel bozukluk, ataksi, görme bozukluğu, nöbetler, piramidal/ekstrapiramidal bozukluklar, okulomotor anormallikler saptanabilir. En sık, olgumuzda olduğu gibi, mezensefalotalamik bölge yerleşimi sözkonusudur. Bu durumda, kistlerin kitle etkisine bağlı akuadukt veya 3. ventrikül basısı sonucu obstruktif hidrosefali olasıdır. Akut hidrosefali, mezensefalon basısı gibi durumlarda cerrahi tedavi önerilmekte olup, bunun dışında genellikle Kraniyal MR ile klinik takip yeterli bulunmaktadır. Sunulan olgu, nadir görülen ve tanısı Kraniyal MR ile mümkün olan semptomatik tümefaktif Virchow-Robin boşluklarına yönelik farkındalığın arttırılması açısından önemlidir.

EP - 416 MULTİPL SKLEROZ BİLGİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (MULTİPLE SCLEROSİS KNOWLEDGE ASSESSMENT SCALE-MSKAS) GEÇERLİLİK GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

ZELİHA TÜLEK [1], HİLALNUR KÜÇÜKAKGÜN [2], KİMYA KILIÇASLAN [3], AYSEN RANA DOĞAN [3], MELİH TÜTÜNCÜ [4]

[1] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, FLORENCE NİGHTİNGALE HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
[2] ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ FAKULTESİ, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
[3] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI
[4] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Hasta eğitimi ve tedavi süreci hakkında bilgilendirmelerin pek çok kronik hastalıkta olduğu gibi MS'li bireylere, sağlık hizmeti sağlayıcılarına ve topluma farkındalık oluşturarak olumlu etkiler ortaya çıkardığı bilinmektedir. Bunun yanında hastaların karar verme sürecine dahil edilebilmeleri için ve tedavilerini bireysel durumlarına göre ayarlayabilmek için hasta eğitimi şarttır. Bireylerin Multipl Skleroz etiyolojisi ve tedavi stratejileri hakkındaki bilgi seviyelerini değerlendiren az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bessing ve arkadaşları (2021), 22 sorudan oluşan, bireylerin MS bilgisini ölçme, MS bilgisindeki eksiklikleri belirleme ve bilgi düzeyindeki değişimi değerlendirme amacıyla Multipl Skleroz Bilgi Değerlendirme Ölçeği (Multiple Sclerosis Knowledge Assessment Scale-MSKAS)" adlı ölçeği geliştirmiştir. Bu çalışmada, MSKAS ölçeği Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Metodolojik araştırma dizaynı olan bu çalışmanın, bir üniversite hastanesinin MS polikliniğine başvuran 154 MS hastası üzerinde yürütülmesi planlandı. Çalışmanın bu aşamasında 30 hasta ile veri toplama süreci gerçekleştirildi. Çalışmada veri toplama süreci devam etmektedir. Çalışmada veri toplamada Multipl Skleroz Bilgi Değerlendirme Ölçeği`nin yanı sıra Hasta Bilgi Formu, Genişletilmiş Özürlülük Durumu (EDSS), Mini- Cog ve eş değer ölçek olarak Multiple Skleroz Bilgi Anketi kullanıldı.

Bulgular:
Çalışmaya katılan hastaların %80'i kadın (n=24), %43,3'ü üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olup yaş ortalaması 40,27±11,09 di. Hastaların MS tanı süresi 8,62±7,49 yıl ve MS tipi ağırlıklı olarak (%83,3) Relapsing - Remitting Multiple Skleroz (RRMS) idi. EDSS skoruna göre %83,3'ünün dizabilitesihafif düzeydeydi (EDSS skoru 0-2,5), %20'sinin kognitif fonksiyonları kötüydü (Mini-Cog pozitif). Hastalardan %60'ı MS hakkında bilgi aldığını belirtti. Ayrıca hastaların %73,3'ü düzenli sağlık kontrolüne gidiyordu. Ölçeğin çeviri-geri çeviri ve uzman görüşü yoluyla linguistik geçerlik çalışması yapılmasının ardından psikometrik özellikler değerlendirildi. Ölçeğin Cronbach α güvenirlik katsayısı 0,65 olarak bulundu. Ölçeğin EDSS skoru, Mini-Cog puanı ve eş değer ölçek ile korelasyonları anlamlı bulunmadı. Hastaların yaş ve tanı süresi ile bilgi düzeyleri arasındaki korelasyon incelendiğinde ise yaş ile bilgi düzeyi arasında negatif yönlü orta ilişki bulundu. Ayrıca hastalarda eğitim düzeyi yüksek olanların bilgi düzeyi daha iyi olarak bulundu.

Sonuç:
Multipl Skleroz Bilgi Değerlendirme Ölçeği' nin veri toplama süreci devam etmektedir. Türk toplumunda kullanıma uygun ve psikometrik açıdan yeterli olup olmadığı veri toplama süreci tamamlandığında tekrar değerlendirilecektir.
Anahtar Kelimeler: Multiple Skleroz, bilgi, geçerlik ve güvenirlik

EP - 417 ALZHEİMER HASTALIĞI FARKINDALIK PROGRAMI'NIN REHABİLİTASYON EKİBİNDE ROL ALACAK ÖĞRENCİLERİN BİLGİ DÜZEYİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

KÜBRA NUR MENENGİÇ [1], BÜŞRA AKSAN SADIKOĞLU [2], GÖKÇEN EROL [3], PELİN VURAL [4], İDİL ARASAN DOĞAN [5], CENGİZ ÇELİKÇİ [6], FENİSE SELİN KARALI [7], SAMET TOSUN [7], ELİF İKBAL ESKİOĞLU [7], HİLAL BOSTANCI [8], NAZLI GAMZE BÜLBÜL [9], ZEYNEP SÜZME [6], GÜLAY KENANGİL [10], NİLGÜN ÇINAR [11], İPEK YELDAN [12], ELA TARAKCI [12]

[1] *İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU, FİZYOTERAPİ PROGRAMI*
[2] *İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ*
[3] *ACIBADEM ALTUNİZADE HASTANESİ*
[4] *İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ*
[5] *ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ, SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ, PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI*
[6] *KADIKÖY BELEDİYESİ ALZHEİMER MERKEZİ*
[7] *BİRUNİ ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ*
[8] *İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, ERGOTERAPİ BÖLÜMÜ*
[9] *SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, SULTAN ABDULHAMİT HAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ*
[10] *BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[11] *MALTEPE ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[12] *İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ*

Amaç:
Yaşlı nüfusun genel nüfusa oranı arttıkça Alzheimer hastalığına (AH) yönelik verilen rehabilitasyon hizmetlerine duyulan ihtiyacın artacağı düşünülmektedir. Gelecekte AH rehabilitasyonunda rol alabilecek meslek gruplarından öğrencilerin bu hasta grubunu yakından tanıması, ihtiyaçların belirlenmesi ve hedef odaklı sağlık hizmetinin sunulması açısından önem arz etmektedir. Bu çalışmanın amacı, Alzheimer hastalığına yönelik düzenlenen farkındalık geliştirme programının sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin bilgi düzeyine etkisini incelemekti.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya sağlık alanında lisans ve lisansüstü düzeyde eğitim görmekte olan 120 katılımcı dahil edildi. Alzheimer Hastalığına Yönelik Çok Bileşenli Hibrit Bilgi, Beceri Kazandırma ve Farkındalık Geliştirme Eğitimi Projesi kapsamında, nöroloji uzmanı, fizyoterapist, psikolog, dil konuşma terapisti, ergoterapist ve sosyal hizmet uzmanından oluşan, alanında özelleşmiş multidisipliner sağlık profesyonelleri tarafından, AH rehabilitasyonunu tüm yönleri ile ele alan kapsamlı bir eğitim programı hazırlandı. Eğitim Grubu (EG) bu eğitimi tamamlayan öğrencilerden oluşurken, Kontrol Grubu'na (KG) bu eğitime katılmayan öğrenciler dahil edildi. Katılımcıların AH'ye ilişkin bilgi düzeyleri Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği (AHBÖ) ile değerlendirildi. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 22.0 paket programda Independent-Samples T-Test ile yapıldı.

Bulgular:
EG (n=60, %88.33 Kadın) ve KG'nin (n=60 , %75.6 Kadın) AHBÖ skorları sırası ile 20.96±3.14 ve 17.75±4.079 idi. Bilgi düzeyi bakımından karşılaştırıldığında gruplar arasında EG lehine istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0.001).

Sonuç:
Multidisipliner bir ekip tarafından hazırlanmış olan eğitim programının öğrencilerin hastalığa ilişkin bilgi düzeyini anlamlı düzeyde arttırdığı görülmüştür. AH tanılı bireylerin toplumsal katılımlarının önündeki engellerin aşılması, ancak bu alanda çalışan sağlık profesyonellerinin, multidisipliner rehabilitasyon anlayışının önemini ve gerekliliğini benimsemesi ile mümkün olabilir. AH rehabilitasyonunun sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin eğitim müfredatlarına eklenmesi ve Alzheimer hastalığına ilişkin farkındalığın, alanda çalışan uzmanlar tarafından düzenlenen eğitimlerle desteklenmesi gerektiği düşüncesindeyiz.

EP - 418 KAPESİTABİN İNTOKSİKASYONUNA BAĞLI ENSEFOLAPATİ

MERVE YAVUZ , AYŞE GÜLER

EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Kapesitabin 5 florourasil prekürsörü bir kemateropatik bir ajandır. En sık görülen yan etkileri diare mukozit nötrepeni olarak bildirilmiştir.Nadir de olsa ensefolaptiye neden olduğu bilinmektedir.

Gereç ve Yöntem:
Niemann ve ark. ilk olarak 2004 yılında kapesitabin kaynaklı lökoensefalopatiyi tanımlamıştır. Klinik olarak yorgunluk gibi daha hafif semptomlardan disfazi, ağrılı trismus, serebellar sendrom, bilinç değişiklikleri gibi nörolojik semptomlar görülebilir.Semptomların genellikle ilaç başlangıcından 3-7 gün sonra ortaya çıktığı bildirilmiştir.Görüntülemede simetrik periventriküler, korona radiata,kortikospinal yollar, orta serebellar pedinküller ve korpus kallosumun splenyumun difüzyonda ADC karşılığı olan sitotoksik ödem ile tutarlı bulgular görülür. Tedavide İlaç kesilmesi genellikle nörolojik semptomların birkaç gün içinde tam iyileşmeye yol açar.

Bulgular:
83 yaş kadın hasta yeni tanı intrahepatik kolanjiokarsinom.Kemateropatik tedavi olarak kapesitabin 500 mg 2*2 almakta. Tedavinin 8.gününde gelişen ensefolaptik tablo dengesizlik nedenli tarafımıza başvurdu.Nörolojik muaynesinde konfuzyon ataksi saptandı. Ensefolopati kliniğini açıklamak için yapılan rutin kan tetkiklerinde analmlı patoloji saptanmadı. Yapılan bos örneklemede hücre saptanmadı fakat ılımlı protein yüksekliği mevcuttu. Yapılan kraniyel difüzyon mr görüntülemede her iki korpus kallazum spleniumda, kapsula interna arka bacağında, orta serebellar pedinkülde difüzyon kısıtlanması saptandı.Hastanın ayrıntılı sorgulandığında kemateroaptik ilacını alması gerektiğinden fazla aldığı öğrenildi. Hasta Kapesitabin ilişkili akut toksik lökoensefolapati olarak değerlendirildi.Hastanın mevcut tedavisi durduruldu. 2 günlük klnik takibinde ensefolapari tablosu tamamen geriledi.

Sonuç:
Kapesitabin 5 florourasil prekürsörü bir kemateropatik bir ajandır.Nadir de olsa ensefolaptiye neden olduğu bilinmektedir. Tedavide İlaç kesilmesi genellikle nörolojik semptomların birkaç gün içinde tam iyileşmeye yol açar. Bu klinik tabloyu öykü ve tipik görüntüleme bulguları ile tanımak mümkündür.

EP - 419 BEL AĞRISININ NADİR NEDENİ CLUNEAL SİNİR TUZAKLANMASI-ULTRASONOGRAFİNİN TANI VE TEDAVİDEKİ ROLÜ

NIHAT MUSTAFAYEV [2], ALISAN BAYRAKOGLU [3], ABDULKADİR TUNÇ [1]

[1] SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] CASPIAN CLINIĞI
[3] BEZMIALEM UNIVERSITESI TIP FAKULTESI NOROLOJI ANABILIM DALI

Olgu:
Kronik bel ağrısı (KBA), yetişkinler arasında oldukça yaygın bir sağlık sorunudur ve sıklıkla farklı kökenlere bağlanır. Bu ağrı, genellikle mekanik nedenlere bağlı olarak ortaya çıksa da, bazen KBAnın daha nadir bir nedeni olan kluneal nevralji (KN) göz ardı edilebilir. KN, kluneal sinirlerin sıkışması veya baskılanması sonucu meydana gelen bir nöralji türüdür ve KBAnın kayda değer bir nedenidir. Bu vaka raporu, KNnin nadirliğine rağmen, KNnin tanı ve tedavi süreçlerini daha iyi anlamak amacıyla iki KN hastası örneği sunmaktadır. Hastaların tanı aşamaları, semptomları ve sonunda ultrasonografi altında sinir bloğu uygulamasıyla elde edilen çözümleri vurgulanmaktadır.
Olgu 1:
45 yaşında bir erkek hasta, iliak krest üzerinde hassasiyet ve sağ kalça ile uyluğa yayılan aralıklı ağrı ile karakterize kronik bel ağrısı ile başvurdu. Belirtileri özellikle bel hareketleri ve uzun süreli oturma sırasında artmaktaydı. Kapsamlı bir değerlendirme sonucunda, iliak krestin palpasyonu sırasında pozitif Tinel belirtisi elde edildi ve KN şüphesi ortaya çıktı. Öncesinde muhtemel diğer nedenlerin ekarte edilmesi için bel MR ve ENMG incelemeleri normal sonuçlar verdi. Hastaya ultrasonografi altında sinir bloğu uygulandı ve işlem sonrası belirgin bir rahatlama gözlendi.
Olgu 2:
55 yaşındaki bir kadın hasta, kronik bel ağrısı ve bacaklarına yayılan iki taraflı kalça rahatsızlığı şikayetiyle başvurdu. Hasta 5 yıl önce L5 lomber disk cerrahisi operasyonu geçirmişti. Tanısal görüntüleme ile yeni bir disk herniasyonu dışlandı ve KN şüphesi nedeniyle ultrasonografi altında sinir bloğu uygulandı. İşlem sonrası ağrılarında %50 oranında bir iyileşme gözlendi. Birinci ay kontrolünde, şikayetlerinin neredeyse tamamen iyileştiği gözlemlendi.
Kluneal nevralji, nadir olsa da, kronik bel ağrısının ayırıcı tanısına dahil edilmelidir. Bu iki vaka, doğru teşhisin önemini vurgulamakta ve KN ile ilişkili bel ağrısını çözmede sinir bloğunun etkinliğini ve ultrasonografi ile sinir bloğunun başarı oranının daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır. KNnin tanı ve tedavi süreçlerini daha ayrıntılı bir şekilde inceleyerek hekimlere bu nadir durumu daha iyi tanıma ve etkili bir şekilde tedavi etme fırsatı sunmayı amaçlamaktadır.

EP - 420 MİDE BALONU KOMPLİKASYONU: WERNİCKE ENSEFALOPATİSİ

SÜMEYRA KANAT [1], ÖZLEM KAYIM YILDIZ [1], NİSA BAŞPINAR [2]

[1] SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI

Olgu:
Bilinen diyabetes mellitus ve hipotiroidi öyküleri olan ve 3 ay önce obezite tedavisi için endoskopi eşliğinde mide balonu uygulanan 32 yaşında kadın hasta acil servise üç gündür var olan bulantı, kusma, halsizlik, göğüs ağrısı, karında şişlik ve idrar çıkışında azalma yakınmaları ile başvurdu.
Genel durumu orta olan hasta hipotansif (80/50 mmHg) ve takipneikti, solunum sesleri dinlemekle iki taraflı azalmıştı, batın distansiyonu ve hassasiyeti mevcuttu. Prerenal azotemisi, direkt hiperbilüribinemisi, hipokalemisi ve lökositozu olan hastanın toraks bilgisayarlı tomografisinde özefagus rüptürü, pnömomediastinum ve yaygın cilt altı amfizem mevcuttu. Göğüs cerrahisi hekimlerince opere edilen hastada operasyon sonrası bilinç değişikliği gelişti. Nörolojik muayenede uykuya meyilli olan hastanın kooperasyonu kısıtlıydı, taraf değiştiren horizontal jerk nistagmusu mevcuttu, hasta mobilize edilemedi.
Beyin manyetik rezonans görüntülemede (MRG) bilateral frontal lobta presantral gyrusta kortikal-lineer hiperintens sinyal değişikliği ve bu bölgelerde diffuzyon kısıtlaması, bilateral dorsomedial talamusta, mamiller cisimlerde ve periaquaduktal gri cevherde FLAİR hiperintens sinyal değişiklikleri izlendi. Hasta Wernicke Ensefalopatisi tanısıyla nöroloji yoğun bakım ünitesine devir alındı. İntravenöz tiamin tedavisi başlandı.
Tiamin eksikliği nedeniyle gelişen Wernicke ensefalopatisi, okulomotor bozukluk, ataksi ve mental durum değişikliği ile karakterizedir. Beyin MRG bulguları karakteristiktir; mamiller cisimler, talamus, hipotalamus ve periakuaduktal gri cevherde T2 ağırlıklı imajlarda simetrik hiperintens sinyal değişikliği ve difüzyon kısıtlılığı izlenir. Kortikal sinyal değişiklikleri nadirdir. Bu bildiride, alkolik olmayan bir hastada mide balon uygulaması sonrası gelişen özefagus rüptürü, pnömomediastinum ve yaygın cilt altı amfizemle birlikte kortikal tutulum gösteren bir Wernicke ensefalopati tablosu sunulmaktadır.

EP - 421 KARBAMAZEPİN TEDAVİSİNE YANITLI HARLEQUİN SENDROMU

AYŞE KURT , İBRAHİM ACIR , VİLDAN YAYLA

BAKIRKÖY DR SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Harlequin sendromu yüzün yarısında görülen terleme ve kızarıklık ile karakterize nadir bir nörolojik hastalıktır. Patogenezinde ön planda stellate ve superior servikal ganglion arasındaki sempatik zincirin blokajı düşünülmektedir. Harlequin sendromu tanılı hastamız nadir olması ve medikal tedaviye yanıt görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

Olgu:
Yüzün sol yarımında terleme, kızarıklık ve yanma şikayeti ile başvuran 34 yaşında kadın hastanın laboratuvar tetkiklerinde ve kranial görüntülemelerinde patoloji saptanmadı. Yüzün tek tarafında kızarıklık, terleme, yanma ile başvuran hastamızda etiyolojik incelemeler sonrası sekonder sebepler dışlandı. Sol yüz yarısında otonomik bulguların eşlik ettiği nevraljiform ağrı ile Harlequin sendromu düşünülen hastaya başlanan Karbamazepin 800 mg/gün tedavisi sonrasında şikayetlerinde tekrarlama görülmedi.

Sonuç:
Harlequin sendromunun kesin tedavisi bilinmemekle birlikte algoloji alanında stellate ganglion blokajı, torakal sempatik ganglion blokajı, karşı tarafa uygulanan sempatektomi operasyonu uygulanan olgular bildirilmiştir. Harlequin sendromu düşünülen hastada uygulanan karbamazepin tedavisinden sonra şikayetlerin tekrarlamaması, karbamazepinin medikal tedavi olarak bir seçenek olduğunu düşündürtmüştür. Nadir gözlenen bu sendromda cerrahi tedavi öncesinde medikal tedavi, karbamazepinin kullanılabileceğini vurgulamak istedik.

EP - 422 DEMANS HASTALARINDA MALNUTRİSYONU BELİRLEMEDE KALSİYUM VE ALBUMİNİN YERİ

ÖZLEM TOTUK , MERVE TÜRKKOL , FEYZULLAH YADİ , ESRA NUR SANCAR , ŞEVKİ ŞAHİN

SANCAKTEPE ŞEHİT PROF DR İLHAN VARANK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Demans yaşlı nüfusun artmasına bağlı önemi giderek artan bir halk sağlığı sorunudur. Birden fazla kognitif fonksiyonun işlevsellik kaybına yol açacak şekilde progresif bozukluğu ile giden nörodejeneratif hastalıkların ana başlığıdır. Beslenme yetersizliği bağımsız bir mortalite ve morbidite risk faktörüdür. Kilo kaybı ve malnütrisyonun hastalık teşhisi koyulmadan çok önce başlayabileceği gibi kilo kaybı olmadan da beslenme yetersizliği görülebilir. Demans hastalarında bozulmuş sindirim ve besin emilimine dair yayınlar vardır. Çinko ve kalsiyum emilimi aktif iyon kanalları yolu ile olmaktadır ve demans hastalarında çinko seviyesinde düşüklük ile ilgili çalışmalar mevcut ancak kalsiyum üzerine çalışmaların sayısı yetersizdir. Beslenme yetersizliğini gösteren düşük albumin düzeyi mortalite için artmış riski gösterir. Her zaman standart bir muayeneye dahil edilmeyen ancak hem hastanın yaşam kalitesini düşüren hem de bakıcı yükünü artıran bu durumun basit ulaşılabilir parametreler ile poliklinik şartlarında değerlendirilip değerlendirilemeyeceğini anlamak adına çalışmamız planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmamıza demans polikliniğine başvuran hastalar randomize olarak alınmıştır. Evre I-II demans hastaları çalışmaya alınmıştır. Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) uygulanmış, kan değerlendirmelerindeki kalsiyum ve beslenme üzerine daha çok bilinen albumin değerleri kayıtlanmıştır. Malnütrisyon göstergesi olarak kalsiyum ve albumin'in kullanılabilirlikleri ölçülmüştür.

Bulgular:
Analize dahil edilen toplam 171 hastanın (66 erkek) yaş ortalaması 73,66 ± 9,48 yıldı. MNA değerlerine göre hastaların sayısal dağılımı ; normal nütrisyonel durum : 64, malnütrisyon riski : 91, malnütrisyonlu 16 hasta idi. Çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) sonuçlarına göre albumin ve kalsiyum parametrelerinin malnütrisyon göstergesi olabileceğini hipotez ettiğimiz varsayım doğrulanmadı. Ne albumin ne de kalsiyum demans hastalarında malnutrisyon göstergesi olarak anlamlı değildir. (Kalsiyum mean 9,23 ± 0,70, albumin mean 41,00 ± 5,01)

Sonuç:
Demans hastalarında malnütrisyon riskini belirlemede albumin ve kalsiyum gibi kan değerleri yeterli değildir, sorgulama ile değerlendirme yapılmalıdır. Daha fazla sayıda hasta içeren çalışma yapılması uygundur.

EP - 423 OPSOKLONUS İLE BAŞVURAN SPORADİK CREUTZFELDT-JAKOB HASTALIĞININ BROWNELL-OPPENHEİMER VARYANTI: OLGU SUNUMU

PINAR İLKEM EMEKSİZ , GÜLLÜ TARHAN , BAHAR ŞENER , RAHŞAN KARACI , MUSTAFA ÜLKER , FÜSUN MAYDA DOMAÇ

ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Creutzfeldt Jakob Hastalığı(CJH), prion birikimiyle ortaya çıkan hızlı ilerleyici bir enfeksiyöz nörodejeneratif hastalıktır. Sporadik, herediter, iatrojenik, varyant alttipleri tanımlanmıştır. Sporadik CJH(sCJH)'nin %16'sını oluşturan Brownell-Oppenheimer varyantı ön planda progresif ataksi ile prezente olur.

Olgu:
Altmış yaşında erkek hasta, 6 ay önce başlayan gözlerde titreme şikayetiyle başvurdu. Şikayetlerine iki aydır denge kaybı, yürüme güçlüğü ve konuşma bozukluğu eklendiği öğrenildi. Hastanın trafik kazası sonrasında splenektomi öyküsü ve 30 paket/yıl sigara kullanımı mevcuttu. Nörolojik muayenede dizartri ve opsoklonus mevcuttu. Sol alt ekstremite kas kuvveti -5/5, dört ekstremitede dismetri ve disdiadokokinezi saptandı. Solda; patella ve aşil DTR'si hiperaktif; TCR ekstansördü.Yürüyüş geniş tabanlı, sola ataksikti.MMT 28/30 ve MoCA 23/30 saptandı. EEG normaldi. Beyin BT'de posterior kortikal alanda ve serebellumda atrofi izlendi. Beyin MR'da bilateral anterior temporal, parieto-oksipital alanlarda ADC karşılığı olan kortikal şeritlenme ile uyumlu difüzyon kısıtlılığı izlendi. BOS'ta; protein 62 mg/dl, menenjit, ensefalit, otoimmün, paraneoplastik paneller ve hücre negatifti. BOS CJH panelinde NfL ve HTtau düzeyleri yüksekti. 14-3-3 proteini ve RT-QuIC/EP-QuIC testi pozitifti. Hastaya, sCJH 2018 kriterlerine göre muhtemel sCJH'in Brownell-Oppenheimer Varyantı tanısı konuldu. Semptomatik pirasetam tedavisiyle opsoklonus geriledi. Tekrarlanılan EEG'leri normaldi.Diğer bulgularında progresyon gelişti..Poliklinik takibi planlanarak taburcu edilen hastanın, taburculuktan 6 ay sonra pnömoni nedeniyle eksitus olduğu öğrenildi.

Tartışma:
sCJH Brownell Oppenheimer varyantı ön planda ataksi ile prezente olmaktadır. Hastamızda serebellar bulgulardan önce opsoklonus başlaması nedeniyle nadir bir hastalık olsa da, progresif serebellar bulgularla ve opsoklonusla başvuran hastalarda sCJH'nin bu varyantı ayırıcı tanılar arasında bulunmalıdır.

EP - 424 POSTERİOR KOMUNİKAN ARTER ANEVRİZMASINA SEKONDER OKÜLOMOTOR SİNİR FELCİ: OLGU SUNUMU

SABİNA AMİRASLANOVA , HAZAL ÇETİN , ELİF SARAÇOĞLU , MUHAMMET ŞAMİL ÖZKAN , TAYLAN ALTIPARMAK , HALE ZEYNEP BATUR ÇAĞLAYAN , BARAN ÖNAL , BİJEN NAZLIEL

GAZİ ÜNİVERSİTESİ

Giriş:
Okülomotor sinir felci, altta yatan birçok patolojiyle ilişkili nadir bir nörolojik defisittir. Bunlardan posterior komunikan arter anevrizması, bazal sisternada okülomotor sinir ile yakın seyretmesi nedeniyle tanımlanmıştır. Unkus ve beyin sapı arasındaki konumuna ek olarak, beyin sapını terk ederken anatomik çevresi nedeniyle izole üçüncü kranyal sinir felci görülebilir. Posterior komünikan arter anevrizmaları, vakaların %20-30unda okülomotor sinir felci ile ortaya çıkar. Bir PCOM anevrizması bası etkisine sekonder kaynaklandığı tespit edilen bir okülomotor sinir felci vakasını sunuyoruz.

Olgu:
Yetmiş iki yaş kadın hasta koroner anjiografi sonrası başlayan senkop ve çok şiddetli baş ağrısı nedeniyle başvurdu. Over kasneri tanısıyla takip edilen ve kemoterapi alan hastanın çekilen tomografisinde sağ hemisfer pariyetooksipital bölgede subaraknoid kanama izlendi. BT anjiografisinde patoloji saptanmayan hasta o dönemde DSA yapılmasını kabul etmedi. İki gün içerisinde hemorajisi tamemen rezorbe olan hasta, kendi isteğiyle taburcu olup yaşadığı ile dönüş yaptı. Yaşadığı ilde de kontrol BT normal olrak izlenmiş olan hasta üç hafta sonra kontorele çağırıldı. Kontrolünde sağ göz kapağında düşüklük şikayeti izlendi. Nörolojik muayenede sağ gözde total pitoz, sağ gözde içe-aşağı-yukarı bakış parezisi, sağ pupilde nonreaktif dilatasyon gözlendi. Üçüncü kranial sinir paralizisi ön tanısı ile hastaya Beyin bilgisayarlı tomografik anjiografi ve dijital substraksiyon anjiografi tetkikleri yapıldı. Sağ İnternal karotis arter posterior komunikan bileşkede 6 mm boyutunda fuziform anevrizma saptandı. Girişimsel Radyoloji tarafından hastaya endovasküler coilleme işlemi yapıldı.

Tartışma:
Okulomotor sinir felci akut olarak ortaya çıktığında sıklıkla stabil olmayan bir anevrizmanın habercisidir. Bu semptomatik anevrizmalar sıklıkla bazal sisternada en yaygın anevrizma tipi olan posterior komünikan arterden (PCOM) kaynaklanır. PCOM anevrizmalarında, büyüyen anevrizmanın kitle etkisiyle pupil tutulumunun olduğu 3. KS felci görülebilir. Her ne kadar üçüncü kranial sinir felçlerinin küçük bir kısmı anevrizmadan kaynaklansa da, bu tanının dışlanması zorunludur. Nörogörüntüleme yöntemleri ve altın standart olarak da DSA önerilir. PCOM anevrizmasının tedavi seçenekleri arasında cerrahi klipleme ve endovasküler teknikler yer alır.

EP - 425 MUTLİPL SKLEROZ HASTALARINDA KULLANILAN PROFLAKTİK TEDAVİLERİN UYKU VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

SAFİYE GÜL KENAR [1], BURAK GEÇER [2], SEMRA MUNGAN [2]

[1] NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ, MERAM TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, KLİNİK NÖROFİZYOLOJİ BİLİM DALI
[2] ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
Santral sinir sisteminin demyelinizan bir hastalığı olan Multipl Skleroz (MS), hatsalık ilişkili faktörler nedeniyle yaşam kalitesini etkiletebilmektedir. Uyku bozuklukları MS hastalarında sık görülür ve yaşam kalitesini etkileyebilir. MS yönelik hastalık modifiye edici tedaviler oral, enjeksiyon ve intravenöz tedavi olarak uygulanabilmektedir. Çalışmamızda uygulanan tedavi formlarının MS hastalarında uyku kalitesi ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmamıza Ankara Bilkent Şehir hastannesi MS polikliniğinde takipli olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 56 MS hastası dahil edildi ve sonuçlar yaş ve cinsiyet olarak benzer olan 35 sağlıklı kontrol ile karşılaştırıldı. Hasta ve kontrol grubuna Pittsburgh uyku kalite indeksi (PUKİ), Epworth uykululuk sklası (EUS), yorgunluk şiddeti ölçeği (YŞÖ), hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HADs) uygulandı. MS hastalarına ek olarak MS yaşam kalitesi ölçeği-54 (MSQOL-54) ölçeği uygulandı ve genişletilmiş özürlülük durum ölçeği (EDSS) skorları hesaplandı.

Bulgular:
MS hastalarının 43' ü (%76,8) kadın, 16' sı (%23,2) erkekti ve hastaların yaş ortalaması 37,9 ± 11,3' tü. 30 hasta oral tedavi, 20 hasta enjeksiyon tedavisi, 6 hasta ise infüzyon tedavisi altındaydı. İnfüzyon tedavisi alan hasta grubunun EDSS skoru (3,3 ± 0,5) diğer iki gruba göre (oral: 1,3 ± 0,7; enjeksiyon: 1,2 ± 0,4) anlamlı olarak yüksekti ($p<0,001$). PUKİ toplam skoru, infüzyon (9,2 ± 4,4) ve oral (6,8 ± 4,2) tedavi grubunda sağlıklı kontrollere (3,8 ± 2) göre daha yüksek iken ($p=0,001$), EUS değerleri gruplar arasında benzerdi. Fiziksel yaşam kalitesi infüzyon tedavisi grubunda (47,55 ± 18,92), oral tedavi grubuna (60,91 ± 19,25) göre daha düşüktü ($p=0,048$). Mental yaşam kalitesinde ise anlamlı fark yoktu ($p=0,316$). PUKİ' ye göre MS grubunda uyku kalitesi kötü olan vaka oranı kontrol grubuna göre anlamlı olarak fazla iken ($p=0.030$), ilaç formları arasında fark saptanmadı ($p=0,350$). Basit korelasyon analizinde, EDSS ve PUKİ skoru arasında pozitif yönlü anlamlı korelasyon izlenirken (r_1: 0,373, $p=0,005$), MSQOL-54 fiziksel kompozit skoru arasında ise negatif yönlü anlamlı korelasyon saptandı (r_1: -0,588, $p<0,001$). Kısmi korelasyon analizinde MSQOL-54 fiziksel kompozit skoru etkisi kontrol altına alındığında EDSS ve PUKİ skoru arasındaki korelasyon anlamını yitirirken, EDSS etkisi kontrol altına alındığında MSQOL-54 fiziksel kompozit skoru ile PUKİ skoru arasındaki anlamlı negatif yönlü korelasyon devam ediyordu (r_2= -0,537; $p<0,001$).

Sonuç:
Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak, MS hastalarının sağlıklı kontrollere göre daha kötü uyku kalitesine sahip olduğunu tespit ettik ancak MS tedavi formları arasında fark saptamadık. Yaşam kalitesinin özellikle fiziksel bileşenler açısından infüzyon tedavisi alanlarda oral tedavi kullananlara göre daha düşük olması EDSS skoru ile ilişkili olabilir ancak, fiziksel yaşam kalitesi ve uyku kalitesi arasındaki ilişki EDSS' den bağımsız olarak da anlamlıdır. Uyku kalitesinin düzeltilmesi MS hastalarında yaşam kalitesi üzerinde etkili olabilir.

EP - 426 LOMBER DİSKOPATİYLE BİRLİKTE DİYABETİK AMİYOTROFİ

SEBAHAT SUAY , GÖZDE TÜREDİ KARABULUT , RAHŞAN KARACI , MUSTAFA ÜLKER , FÜSUN MAYDA DOMAÇ

İSTANBUL ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

GİRİŞ:
Diyabetik lumbosakral radikülopleksus nöropatisi (DLRPN) olarak bilinen diyabetik amiyotrofi, diyabetik nöropatinin nadir formudur.Diabetik amyotrofide monofazik, asimetrik ağrılı güçsüzlük;proksimal kas atrofisi,kilo kaybı,arefleksi,parapleji görülebilir.İmmünmodülatörler tedavide önemlidir.

OLGU:
71 yaş hipertansiyon ve diyabet tanılı kadın hasta 2 aydır sağ kalçadan dize kadar ağrı nedeniyle başvurduğu dış merkezde lomber diskopati tanısı almış.Şikayetleri devam eden ve son 1 aydır uylukta atrofi gelişen hasta tarafımıza başvurdu.Lomber MR'ında L1- L2,L3-L4 , L5-S1 hernisi ve L2-L3,L3-L4 protrüzyonu saptandı.Muayenesinde sağ alt ektremite proksimal 3/5,uyluk abduksiyonu 3/5, adduksiyonu 3/5,distal 4/5 ayak bileği fleksiyon ve dorsifleksiyon 5/5 idi.Sağ patella refleksi alınamadı,.Sağda femoral germe testi+'ti ,Sağda hiperaljezi ve uylukta atrofi saptandı..EMG'de sağ femoral motor sinir BKAP amplütüdü sola göre düşük saptandı.L2-L3 akut ve kronik denervasyon bulgusu izlenip radikülopati ile uyumlu sonuçlandı.Özet EMG'de sağda T.anterior,Gastrocinemius Medialis,Vastus Medialis ve Add.Longusta polifazi ve yüksek amplütüd görülürken paraspinal ,lumbar L3 kaslarda görülmedi.Vastus Medialis ve Add.Longusta +3 fibrilasyon ve positif keskin dalga görülürken lumbar L3 ve paraspinal kaslarda +1 görüldü.Sağda femoral sinir amplütüdü 358uV iken solda 1.01 mV olarak saptandı.Hastaya 5 gün boyunca 1 gr/gün steorid verildi.Ağrıları için pregabalin 2x75mg başlandı.Steroid sonrası ağrıları azalan hastanın muayenesinde uyluk abdüksiyon ve addüksiyon 4/5 ;ayak dorsifleksiyonu 5/5 olup patella refleksi normoaktifti.

TARTIŞMA:
Lomber diskopatili diyabetik hastalarda akut,fokal,asimetrik,ağrılı alt ekstremite güçsüzlüğü ve atrofide diabetik amyotrofi düşünülmelidir.Diyabetik amiyotrofide femoral sinir motor iletiminde distal latans uzarken;amplitüd sağlam tarafa göre düşüktür.İğne EMG'de kuadriseps ve addüktörlerde pozitif keskin dalga ve fibrilasyon potansiyelleri görülür.Lomber diskopatide paraspinallerde de değişiklik gözlenebilir.

Kaynaklar
1) https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/53837
2) https://www.uptodate.com/contents/diabetic-amyotrophy-and-idiopathic-lumbosacral-radiculoplexus-neuropathy
3) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560491/

EP - 427 BOTULİNUM TOKSİNİ ENJEKSİYONU SONRASINDA GELİŞEN BOTULİZM

SEBİLE SERRANUR TÜMER DOĞUKAN , PINAR ÖZÇELİK , MECBURE NALBANTOĞLU , ZELİHA MATUR , FERDA USLU , ASLI YAMAN KULA , MERAL YILSEN

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
İyatrojenik botulizm nadiren görülür; Botulinum toksin tip A'nın (BoNT-A) kullanıldığı tedavilerin komplikasyonudur. Bu bildiride son 1 yılda kliniğimizde takip edilen 4 hasta sunulmuştur.

Olgu 1: 32 yaşında erkek, el ve ayaklara yapılan BoNT-A uygulamasından 4 gün sonra başlayan bulanık ve çift görme, yutmada güçlük şikayetleriyle başvurdu. Muayenesinde GAG refleksi azalmıştı, sağ nazolabial oluk silikti, sağ gözde minimal ptozu mevcuttu, boyun ekstansiyonu ve el interosseöz kasları hafif güçsüzdü.

Olgu 2: 39 yaşında kadının, mideye BoNT-A uygulamasından 3-4 gün sonra çift görme, göz kapağında düşüklük, yutma güçlüğü ve nefes darlığı gelişmişti. Muayenesinde solda hafif ptoz, proksimal yerleşimli ve üst ekstremitede kaslarında belirgin hafif kas güçsüzlüğü vardı. Tek nefeste 25'e kadar sayabildi.

Olgu 3: 47 yaşında kadın, koltuk altına BoNT-A uygulamasından 6 gün sonra görmede bulanıklık ve göz kapağında düşüklük, yutmada güçlük şikayetleriyle başvurdu. Muayenesinde solda pupil üst hizasında ptoz ve disfaji mevcuttu.

Olgu 4: 54 yaşında kadın, 6 yıldır servikal distoni nedeniyle takipliydi. Son BoNT-A uygulamasından 3 gün sonra gelişen yutmada güçlük, nefes almada zorluk şikayetleriyle başvurdu. Muayenesinde hafif disfajisi vardı, boyun fleksiyonu 3/5, dil bilateral dirençle yeniliyordu. Hastaların Anti-Asetilkolin reseptör ve Anti-Musk antikorları negatifti. EMG incelemelerinde ardışık sinir uyarım testlerinde nöromüsküler bileşke işlev bozukluğu ve/veya iğne EMG'sinde denervasyonu gösteren patolojik spontan aktivitenin eşlik ettiği miyopatik tutulum bulguları görüldü. Oral pridositigmin ve destek tedavileri ile düzeldiler.

Sonuç:
İyatrojenik botulizm, BoNT-A enjeksiyonları uzman ellerde ve ruhsatlı güvenilir ürünlerle yapıldığında, nadir görülen bir durumdur. Günümüzde estetik amaçlı yaygın kullanımı nedeniyle, akut oküler, bulber bulguların eşlik ettiği güçsüzlük tablolarında mutlaka ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

EP - 428 GABAA RESEPTÖR ANTİKORU İLE İLİŞKİLİ OTOİMMÜN ENSEFALİT: OLGU SUNUMU

ÜMMÜGÜLSÜM KADIOĞLU , FATİH ÇEKİM , HASAN DOĞAN , MUSTAFA ONUR YILDIZ , BİLGE PİRİ ÇINAR , ÇETİN KÜRŞAD AKPINAR

SAMSUN ÜNİVERSİTESİ SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ AD, SAMSUN, TÜRKİYE

Giriş:
Otoimmün ensefalitler akut/subakut başlangıçlı bilinç değişikliği, bellek bozukluğu ve dirençli nöbetlerle karakterize immünolojik etyolojiye sahip bir grup sendromdur. Son yıllarda farkındalığın artması nedeniyle tanı sıklığı da artmıştır. Bu yazıda bilinç değişikliği ve dirençli nöbetler ile başvuran, GABA-A reseptör ilişkili otoimmün ensefalit tanısı alan olgumuzu sunuyoruz.

Olgu:
67 yaş erkek hasta birkaç haftadır olan bilinç değişikliği yakınmasına, son 1 haftadır eklenen ve sıklığı artan jeneralize tonik-klonik epileptik nöbet eklenmesi üzerine acil servisimize başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Postiktal dönemde yapılan nörolojik muayene de bilinç konfüze ve koopere değildi. Lateralizan bir bulgusu yoktu. Diğer muayene bulguları normaldi. Laboratuvar ve radyolojik görüntülemeleri doğaldı. Levetirasetam 3000mg yükleme yapıldı ve nöroloji yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Nöbetleri ve ensefalopati hali devam eden hastaya sırasıyla valproik asit ve lakozamid başlandı. Beyin omurilik sıvı örneklemesinde protein normaldi ve hücre yoktu. BOS'tan gönderilen viral ve bakteriyel ensefalit paneli negatifti. EEG de hafif-orta derecede yaygın biyoelektriksel organizasyon bozukluğu vardı. Gönderilen otoimmün ensefalit panelinde GABA A reseptör antikoru pozitif olarak geldi. IVIG tedavisinin 3.gününde nöbetler kontrol altına alındı ve ensefalopati hali düzeldi. Malignite taramasında küçük hücreli akciğer karsinomu saptanan hastanın onkoloji takibinin 10. ayında ex oldu.

Sonuç:
Akut başlangıçlı psikoz, bilinç değişikliği ve dirençli nöbetleri açıklayacak etiyolojik bir neden bulamaz isek akla otoimmün ensefalit gelmeli ve malignite yönünden taranmalıdır. Uygun olgular da klinik şüphe de yüksekse, sonuçlar çıkana kadar IVIG tedavisi başlanabilir. Kliniğe iyi yanıt alınması bu ensefalit tipini destekleyebilir.

EP - 429 İNMENİN ÇOK NADİR BİR NEDENİ: İDİYOPATİK TROMBOSİTOPENİK PURPURA

ÜMMÜGÜLSÜM KADIOĞLU , FATİH ÇEKİM , HASAN DOĞAN , MUSTAFA ONUR YILDIZ , BİLGE PİRİ ÇINAR , ÇETİN KÜRŞAD AKPINAR

SAMSUN ÜNİVERSİTESİ SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ AD, SAMSUN, TÜRKİYE

Giriş:
İdiyopatik Trombositopenik Purpura trombosit düşüklüğü ile giden kronik bir durum olması nedeniyle hemorajik inmeye yatkınlık oluşturmaktadır. Ancak İTP paradoksal olarak iskemik inme için de nadir bir risk faktörüdür. İTP tanısı ile takip edilen ve iskemik inme tanısı alan bir olgumuzu sunuyoruz.

Olgu:
49 yaşında kadın hasta 3 gün önce başlayan baş dönmesi, mide bulantısı, görme bozukluğu ile acil servisimize başvurdu. Özgeçmişinde İTP tanısı vardı. Bu tanı için ilaç kullanmıyordu. Yapılan nörolojik muayenesinde solda homonim hemianopsi dışında patolojik bulgu saptanmadı. Difüzyon MRında bilateral oksipital ve serebellar bölgelerde akut enfarkt alanı saptanması üzerine iskemik inme tanısıyla servisimize yatırıldı. Tam kan sayımında platelet düzeyi 102.000/l olması dışında normaldi. Hastamız minor inme olarak kabul edilerek 300 mg asetilsalisilik asit ve 300 mg klopidogrel yüklemesi yapıldı. Etiyolojik araştırma amacıyla yapılan elektrokardiyogram, transtorasik ekokardiyografi, 24 saat holter ve transözefagial ekokardiyografi testleri normaldi. Beyin-Boyun BT Anjiografisinde büyük damar oklüzyon/stenozu gözlenmedi. Genç inme markerlarında patoloji saptanmadı. En olası etiyolojik neden olan ITP düşünüldü.

Sonuç:
İTP'de hemorajik inme olsaılığı daha yüksekte olsa nadiren iskemik inme de görülebilir. Patogenez net aydınlatılamasa da en olası hipotezler arasında; eşlik eden antifosfolipit antikorlarının bulunması, İTP tedavisinde kullanılan ilaçların etkisi ve daha sık olarak aktive edilmiş veya hasarlanmış trombositlerden üretilen trombosit mikropartiküllerin etkisi yer alır. Tedavi konusunda halen net bir fikir birliği yoktur.

EP - 430 AĞRILI GÖRME KAYBININ NADİR BİR NEDENİ

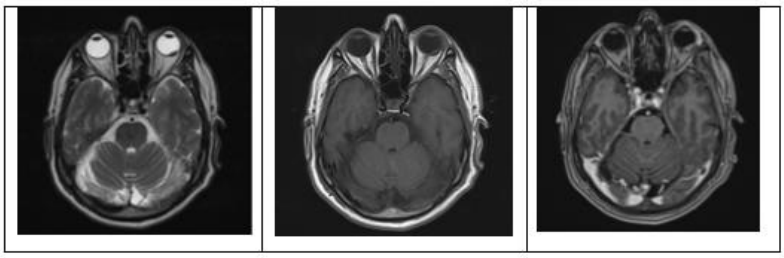
YAREN SEVGİ EPİKLER , SEÇİL DİRKEÇ , BEKİR BURAK KILBOZ , ONUR AKAN

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL PROF. DR. CEMİL TAŞCIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

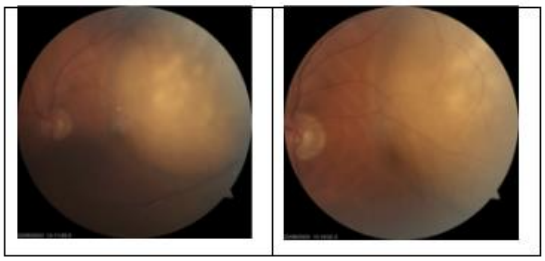
Giriş:
Koroid metastazı öncelikle oftalmolojiyi ilgilendirse de çeşitli nedenlerden dolayı nöroloji pratiğinde ilgi çekici olabilir. Bu sunumda ağrılı görme kaybı ile prezente olan akciğer adenokanserine sekonder bir koroidal metastaz olgusu irdelenmektedir.

Olgu:
Elli yedi yaşında erkek hasta şiddetli sol periorbital ve frontal ağrı, progresif görme kaybı ile acil servise başvurdu. Diyabetes mellitus, akciğer adenokanseri ve glokom öyküsü olan hastanın nörolojik muayenesinde sol gözde vizyon kaybı dışında ek özellik yoktu. Kraniyal difüzyon MR görüntülemelerinde sağ frontal bölgede sulkus sınırlarını çizen kortikal difüzyon kısıtlılığı görüldü. Serebrovasküler hastalık ve metastaz ön tanılarıyla interne edilen hastaya antiagregan tedavi başlandı. Göz hastalıkları bölümüne konsülte edilen hastanın göz içi basınçları yüksekti. Önerilen glokom tedavisi ile göz içi basıncı regüle olmasına rağmen periorbital ve frontal ağrı şiddetinde azalma olmadı. Kraniyal MR T1 ve T2 ağırlıklı kesitlerde sol göz küresi posteriorunda patolojik sinyal değişiklikleri ile kontrast tutulumu izlendi (Şekil 1). Göz hastalıklarına rekonsülte edilen hastanın fundoskopi incelemesinde gözün koroid tabakasında makulayı da içine alan metastatik lezyon tespit edildi (Şekil 2).

Sonuç:
Koroid metastazları bazen altta yatan sistemik malignitenin ilk belirtilerinden biri olabilir. Nörologlar, koroid metastazından kaynaklanan görme bozuklukları veya dirençli ağrı gibi diğer nörolojik semptomları olan hastalarla karşılaşabilirler. Bu oküler bulguların tanınması, altta yatan kanserin erken teşhisini sağlayabilir.



Şekil 1: T1, T2 ağırlıklı, kontrastlı aksiyel kesitlerde sol göz küresinin arka tarafındaki lezyonun görünümü



Şekil 2: Fundoskopik görünüm

EP - 431 BİLATERAL MEDİAL MEDÜLLER SENDROM SOLUNUM YETMEZLİĞİ İLE ÖLÜMCÜL OLABİLİR

YELDA YILDIZ , YAKUP KRESPİ

İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VEARAŞTIRMA HASTANESİ İNME MERKEZİ

Olgu:
Medial meduller sendrom posterior sistem infarktları içerisinde nadir görülen bir sendromdur . Klinik bulguları Dejerin triadı olarak tanımlanmıştır ; kontrlateral yüzü içermeyen hemipleji, derin duyu kaybı ve ipsilateral hipoglossal paralizi ile karakterizedir. Etyolojik nedenler büyük arter aterosklerozu, kardiyooemboli,küçük damar atereoklerozu ve vertebral arter disseksiyonu şeklinde geniş bir yelpazeye dağılır. Anatomik olarak %76 oranında rostral ve %20 oranında ventral tutulum ön planladır . Unilateral olguların prognozu iyidir . Bilateral meduller sendrom tetraparezi derin duyu kaybı dizartri disfaji ve solunum yetmezliği bulguları ile seyreder. Sadece piramisin tutulduğu olgular oldukça sınırlıdır. Bilateral piramis tutulumu ise literatürde sayılıdır. Unilateral piramis tutulumu ile başvuran hızla bilateral meduller sendroma progrese olan olgumuzu paylaşmayı istiyoruz. 60 yaşında DM,HT ve Koroner Arter hastalığı öyküsü olan obez bir hasta erkek hasta sol kol ve bacakta güçsüzlük şikayeti ile başvurdu. Muayenesinde sol üst ve alt ekstremitede kas gücü 4/5 idi. Artikülasyonu doğal, dil orta hatta ve derin duyu korunmuştu. Çekilen ilk diffüzyon görüntülemede sağda piramisde akut infarkt saptandı. BTA da sağ v4 distalinde ileri darlık mevcuttu ; diğer vasküler yapılarda ileri tortiozite mevcuttu. İkili antiagregan tedavi başlandı. Yatışının 1. gününde kliniğine sağ hemiparezi eklendi. Muayenesinde kranial sinir tutulumu ve duyu bulgusu mevcut değildi. Bu klinik kötüleşme üzerine yapılan radyolojik incelemelerde sol piramisin de tutulduğu görüldü . Tirofiban infüzyonu başlandı. Yatışının 3. gününde motor defisiti progrese olmaya devam ederek 4 ekstremitrde 3/5 e geriledi ve dizatri eklendi. Yapılan muayenesinde göz hareketleri serbest fasiyal asimetri yok uvula ve dil orta hattaydı . Yatışının 5. gününde solunum yetmezliği tabloya eklendi. Çekilen MR da iki taraflı meduller infarkt genişlemiş tipik ‘hearth shape’ şeklinde izlenmekteydi. CO2 retansiyonu gelişti. CPAP ile solunum yetmezliği kontrol altına alınamadı ve entübe edildi. Bilinci açık ve tetraplejik olan hasta extübe edilemedi. Yoğun bakım takibinde kas gücü kaybı tetraplejik olarak progrese oldu. Bu aşamada entübe olduğu için nörolojik muayene ayrıntılı olarak yapılamadı. Olgumuz bilateral meduller sendromun fatal bir örneği olmuştur. Bu vaka ile meduller sendromun dinamik bir seyir sergileyebileceğini ve solunum yetmezliği ile sonuçlanabileceğini hatırlatmak istedik.

EP - 432 OLİGODENDROGLİOMA BERABERLİĞİ İLE SEYREDEN NÖROLOJİK TUTULUMLU ERDHEİM CHESTER HASTALIĞI OLGUSU

ALİ CEM EKŞİ , İLKE ŞAHİN , CANAN YÜCESAN

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

Dr. Ali Cem EKŞİ[1],Dr.İlke ŞAHİN[1],Dr.Öğr.Üyesi Sena ÜNAL[2], Prof.Dr.Işınsı KUZU[3],Prof.Dr.Aylin HERPER[3],Prof. Dr.Canan YÜCESAN[1]
[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı
[3]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Giriş:
Erdheim-Chester hastalığı (ECD), revize edilmiş sınıflandırmaya göre L grubu histiyositoz sendromlarına ait, nadir görülen, Langerhans dışı hücreli bir histiyositozdur. Bilateral simetrik diyafiz veya metafizyal kortikal osteoskleroz ile ortaya çıkan iskelet tutulumu ECDnin tipik belirtisidir ve hastaların yaklaşık %95inde görülür. Daha önce tanımlanan iskelet dışı belirtiler arasında kardiyovasküler, retroperitoneal, endokrin ve nörolojik semptomlar yer alır. Merkezi sinir sistemi (MSS) tutulumu hastaların üçte bir ile yarısında görülür ve kötü prognozun bağımsız bir klinik belirleyicisidir.

Vaka:
Otuz sekiz yaşındaki sağ el dominant erkek hastanın kliniği 2013 yılında sağ tarafta zonklayıcı vasıfta, orta şiddette, fotofobi ve fonofobinin eşlik ettiği, ıkınmakla beraber provake olan, ağrı kesici almakla azalan baş ağrısı ile başlamış. Beyin MRG'de kitle saptanan hasta oligodendrogliom öntanısı ile 8 yıl boyunca takip edilmiş, takiplerinde lezyonda büyüme olması üzerine Kasım 2022'de opere edilmiş ve patoloji sonucu düşük grade oligodendroglioma ile uyumlu gelmiş. Operasyon sonrası bir ay radyoterapi ve bir ay kemoterapi (Temozolomid) almış. Operasyondan 3 ay sonra fokal nöbet ve sol tarafta güçsüzlüğü gelişen hasta son MR'ında çevresinde ödemin eşlik ettiği kitle benzeri lezyon nedeniyle yeniden Haziran 2023'de opere edilmiş.Operasyon sırasında alınan dokunun histopatolojisinde beyin parankimi içindeki hücrelerin yaygın kuvvetli sitoplazmik CD68+ histiyositler içerdiği, histiositlerin arasında az sayıda dağınık T lenfosit, damarların etrafında birkaç tane B lenfosit bulunduğu ve Erdheim-Chester lehine CD163+,CD1a, S100 ile soluk nonspesifik boyanma özelliğine sahip olduğu görüldü.
Nörolojik muayenesinde sol santral fasiyal paralizi ve sol hemiparezi saptandı. Kranial manyetik rezonans (MR) görüntülemede sağ frontoparietalde periventriküler alanda ve sentrum semiovale düzeyinde, multipl, hafif düzeyde periferik difüzyon kısıtlayan T2AG'de santrali hiperintens, periferi hipointens sinyal özelliğinde, yoğun kontrastlanan yeni gelişimli lezyonlar ve çevresinde yaygın ödem görüldü.Spinal kord MRG ve BOS bulguları normaldi. Multisistemik tutuluma dair yapılan tetkiklerde prolaktin yüksekliği ve somatomedin C düşüklüğü dışında anormal bulgu saptanmadı.

Tartışma:
Literatürde oligodendrogliom operasyonu sonrasında gelişen ve nörolojik yakınmalarla ortaya çıkan Erdheim-Chester hastalığı birlikteliği görülememiştir. Tümör operasyonu ve radyoterapisinden sonra tekrar ortaya çıkan kitle lezyonu ilk bakışta tümör nüksünü veya radyasyon nekrozunu akla getirse de bambaşka yeni bir tümör olabileceği akılda tutulmalıdır.

EP - 433 CİNSEL İLİŞKİ SONRASI GELİŞEN VERTEBRAL ARTER DİSEKSİYONU

CAHİT AYAN , MEHMET ZAHİD AYDIN , ALPEREN KAPAMA , FETTAH EREN

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Olgu:
Primer cinsel aktivite baş ağrısı, intrakranial bozukluk olmaksızın cinsel uyarılma ile ortaya çıkan, bilateral, künt olarak başlayan ve orgazm ile aniden yoğunlaşan baş ağrılarını ifade eder. Ağrı karakteri patlayıcı nitelikte olduğu için "Thunderclap Başağrısı" şeklinde ifade edilir. Bu nedenle sekonder başağrılarından ayrımı gerekir. Öncelikle subaraknoid kanama, arteriyel diseksiyon ve reversible serebral vazokonstriksiyon sendromu açısından hastalar değerlendirilmelidir. Bilinen hastalık ve ilaç kullanımı olmayan kırk sekiz yaşında erkek hasta 4 gün önce başlayan cinsel ilişki ile ortaya çıkan zonklayıcı vasıfta baş ağrısı şikayeti ile başvurdu. Kan basıncı, rutin biyokimyasal tetkikleri ve nörolojik muayenesi normaldi. Kranial manyetik rezonans görüntüleme (MRG) normal olarak değerlendirildi. Vaskuler bilgisayar tomografi anjiografide (BTA) sol vertebral arter belirgin ince kalibasyonlu ve V2 ditalinden itibaren oklüde görünümde izlendi. Dijital substraksiyon anjiografi (DSA) neticesinde sol vertebral arter V4 segmentinden itibaren oklüde olarak saptandı. Sol vertebral arterin diseksiyona bağlı trombüs ile oklüde olduğunu destekleyen vaskuler görünüm izlendi. Hastanın antiagregan tedavi altında takiplerine devam edildi. Mevcut semptomlar takipler sırasında azaldı. Bu olgu sunumu ile cinsel ilişki sonrası başlayan baş ağrılarında vaskuler etiyolojilerin önemli olduğu, sekonder nedenler dışlanmadan tanı konulmamasının gerekliliği ve önemi gösterilmiştir.

EP - 434 GEÇ BAŞLANGIÇLI DÜŞÜK PENETRANSLI HUNTİNGTON OLGUSU

BORAN CAN GÜNER , ÖZGÜL OCAK

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ,NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Huntington hastalığı (HH), ekzon 1deki sitozineadenin-guanin (CAG) tekrarlarının (≥ 36) genişlemesinden kaynaklanan nadir otozomal dominant nörodejeneratif bir hastalıktır. Başlangıç yaşı CAG genişlemesi ile ters orantılıdır. İnsidansın zirvesi dördüncü-beşinci on yılda (yaygın başlangıçlı, YB-HH) olup, klinik olarak hareket bozuklukları (kore, distoni, yürüyüş ve denge bozukluğu, ataksi, dizartri, disfaji, okülomotor fonksiyon bozukluğu), davranışsal anormallikler (depresyon, anksiyete, mani, obsesif kompulsif bozukluk, dürtüsel bozukluk, intihar düşünceleri, paranoid sanrılar) ve bilişsel bozukluk (dikkat, soyutlama, sözel akıcılığın bozulması gibi yürütücü işlevler). 70 yaşında koreifrom hareketleri başlayan düşük penetranslı hastamızı geç başlangıçlı HH'na dikkat çekmek amacıyla sunmaktayız.

Olgu:
72 yaşında kadın hasta 2 yıldır tüm vücutta yaygın istemsiz hareketlerinin olması nedeniyle Parkinson ve Hareket Bozuklukları polikliniğimize başvurdu. Öyküsünde 4 yıl önce vakanın eşine karşı gerçekliğe uymayan kıskançlıklarının başladığı ve bu süreç içerisinde bilişsel işlevlerinde bozulmalar meydana geldiği öğrenildi. Psikiyatri başvurusu olan hastaya Sertralin 50 mg başlandığı ve psikiyatri takibinde olduğu öğrenildi. Öz geçmişinde başka özellik olmayan hastanın soy geçmişinde hastadan önce öykü alınamadı. Yatışı sırasında hasta anneannesinin 65 yaşlarında vefat ettiği ve son döneminde kendikininkileri andıran hareketlerinin olabileceğini ifade etti. Nörolojik muayenesinde: Dizartisi olan hastanın yüzü de içeren jeneralize koreiform hareketleri ve motor impersistansı mevcuttu. Kognitif değerlendirmesinde frontal inhibisyon, karmaşık dikkat alanlarında ciddi sorunlar yaşadığı görüldü. Kelime akıcılığında bozulma olan hastanın dil işlevleri ve görsel mekansal becerilerde de bozulmalar vardır. Soyutlama, isimlendirme gibi alanların daha korunduğu görüldü. Kranial görüntülemesi normal sınırlardaydı. Kore etiyolojisi yönünden ayrıntılı araştırılan hastamızın CAG tekrar sayısı 19-38 arası saptandı.

Tartışma ve Sonuç:
Daha az sayıda hasta, yaşamın beşinci on yılının ötesinde semptomlar göstermektedir. 59 yaşından sonra hastalığın başladığı geç başlangıçlı HH (GB-HH) olarak adlandırılan bu alt grup büyük kohorttlarda %11,4 sıklıkta olduğu gösterilmiş olup genel olarak CAG tekrar sayısı %66-72 arasında başlangıç yaşıyla ters orantılıdır. Etkilenen aleldeki CAG tekrar boyutu, YB-HH ile karşılaştırıldığında GB-HHde daha düşüktür ve azaltılmış penetrans aralığında (36-39) CAG tekrarı olan hasta sayısı, YB-HH ile karşılaştırıldığında GB-HHde anlamlı derecede daha yüksektir. Düşük ve orta penetranslı HH hastalarının aile bireylerinin asemptomatik olabileceği, geç yaşlarda da başlayabileceği mutlaka akılda tutulmalıdır.

EP - 435 COVİD-19, BİR ÜÇÜNCÜ BASAMAK NÖROLOJİ SERVİSİNDEKİ HASTA YATIŞINI NASIL ETKİLEDİ?

ZELİHA MATUR , ZELİHA GÜNEŞ

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
COVID-19, yakın tarihteki en büyük bulaşıcı hastalık salgınıydı. Mayıs 2023'te salgın etkisini kaybetmekle birlikte, varyantlarla hastalık devam etmektedir. Türkiye'de ilk olgu 11 Mart 2020'de görüldü; Nisan-Mayıs aylarında sıkı kapanma tedbirleri uygulandı. Bu kısıtlamaların sonucu olarak birçok hastanın sağlık hizmetlerine erişimi engellendi; sağlık çalışanları ve diğer sağlık kaynakları COVID-19a atandı, böylece birçok ayaktan ve yatarak tedavi hizmeti kısmen askıya alındı. Bu çalışmada bir vakıf üniversitesi nöroloji kliniğinde, Covid-19'un yatarak tedavi hizmetlerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Geriye dönük bu kesitsel çalışmada, 1 Ocak 2020-30 Eylül 2023 tarihleri arasında nöroloji servisinde yatırılarak takip ve tedavi edilen hastaların aylık sayıları, hastaların aylık toplam yatış süresi (gün) ve bir hastanın ortalama yatış süresi (gün) hesaplandı.

Bulgular:
2020'de yatan hasta sayıları Ocak'ta 86, Şubat'ta 78 iken, Mart'ta 54, Nisan'da 22, Mayıs'ta 56 olmuştur. Haziran'dan itibaren yatan hasta sayıları tekrar artmıştır. Yıl bazda, aylık ortalama hasta yatış sayısının anlamlı derecede değişmediği (sırayla 2020'de 63, 2021'de 65, 2022'de 63, 2023'te 60 hasta), ancak aylık ortalama (sırayla 2020'de 412, 2021'de 318, 2022'de 305, 2023'de 261 gün) ve hasta başına ortalama yatış sürelerinin (sırayla 2020'de 7, 2021'de 5, 2022'de 5, 2023'te 4 gün) anlamlı derecede kısaldığı saptanmıştır. Ayrıca 2022'den itibaren hastanemizde yatan hastalardan alınan fark ücretleri artmış Haziran 2022'den itibariyle Ocak 2020 ile kıyaslandığında 12 katına çıkmıştır.

Sonuç:
Sıkı kapanma tedbirleri sırasında hasta sayısında kısa süreli bir düşüş olmuş, ardından tekrar eski sayılara ulaşılmıştır. Ancak Covid-19'un ekonomi üzerinde olumsuz etkileri yıllar içinde artmıştır. Maliyetlerin artması son 10 ayda hasta yatış sürelerinin belirgin kısalmasına sebep olmuştur.

EP - 436 PRİMER SANTRAL SİNİR SİSTEMİ VASKÜLİTİ

FURKAN SERTAÇ DOĞAN , CİHAT UZUNKÖPRÜ

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ, NÖROLOJİ ABD

Giriş:
Primer santral sinir sistemi vasküliti nadir görülen bir hastalıktır ve yıllık insidansı 2.4 insan /1.000.000 kişi-yılı olarak bildirmiştir. Erkek/kadın oranı 2/1dir. Ortalama tanı yaşı 50dir.

Olgu:
46 yaş erkek hasta Aralık 2019'da sol kol ve bacakta uyuşma, beceriksizlik şikayeti ile başka bir merkeze başvurmuş.Çekilen Beyin BT'de kitle şüphesi saptanması üzerine hastanemize yönlendirilmiş ve beyin cerrahisi kliniği yatışı yapılmış.Nörolojik muayenesinde solda 4/5 kas gücü saptanmış. Kraniyal MRG sağda frontol lobda presantral gyrus içerisinde yaygın vazojenik ödem bulguları olarak değerlendirilmesi sonrasında olası SSS Vasküliti ayırıcı tanısı ile hasta nöroloji kliniğine nakil alındı.Dekort sonrası bulgularında radyolojik-klinik iyileşme olması nedeniyle 5 gün daha 1gr/gün IVMP tedavisi verildi Etyolojiye yönelik : Otoantikorlar negatif Serolojik incelemeler negatif saptandı. LP ve DSA önerildi.Hasta kabul etmedi. Hasta kendi isteği ile taburcu oldu oral steroid tedavisini kabul etmedi. Hasta 2020 – 2022 yıllarında baş ağrısı ve sol tarafta uyuşukluk şikayetleri ile acil servise başvurdu fakat yatışı kabul etmedi. 27/12/2022 Tarihinde hastanemize baş ağrısı ve solda güçsüzlük şikayeti ile yatışı yapıldı. Otoantikor, seroloji ve diğer incelemeler yeniden negatif saptandı. Romatoloji bakısı, KBB, Göz bakısı normal saptandı. NMO-MOG ve OKB negatif saptandı, LP de malign hücre saptanmadı, diğer rutin BOS incelemeleri olağan Beyin cerrahisi kliniğine biyopsi açısından konsülte edildi. 7 gün 1gr/gün İVMP uygulandı. Taburculukta 50 mg/gün prednizolon ve Siklofosfamid ile izleme karar verildi. Biyopsi sonucu Primer santral sinir sistemi olarak sonuçlandı.

Tartışma:
Primer santral sinir sistemi vaskülitinde , vaskülit diğer sistemlerin tutulumu olmadan SSS ile sınırlıdır. Serebral ve meningeal biyopsi, PSSV tanısı için altın standarttır. Vaskülit arterleri segmenter olarak etkilediğinden negatif biyopsi örneği tanıyı dışlatmaz Biyopsinin PSSV tanısı için duyarlılığı -%53-75 arasındadır.Baş ağrısı ve tekrarlayan nörodefisit (parezi , afazi , ataksi vb..) ile başvuran hastalarda Primer santral sinir sistemi vaskülitine dikkat çekmek istedik.

EP - 437 BAŞ AĞRISININ NADİR NEDENİ: NÖROBRUSELLOZ

KEBİRE EYLÜL ARSLAN , LEVENT ÖCEK , ALP SARITEKE , UFUK ŞENER

SBÜ İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Bruselloz az gelişmiş ülkelerde sık görülen zoonotik hastalıklardan biridir.Vücutta yaygın tutulum yapabileceği gibi hastaların %5'inde santral sinir sistemi direkt invazyonu görülebilir.Nörobrusellozda görülen başlıca klinik tablolar menenjit, ensefalit,meningoensefalit,miyelit,radikülonörit,beyin apsesi,epidural apse, granülom,demiyelinizan ve meningovasküler sendromlardır. Olgumuz, nadir görülen nörobrusellozun farklı prezentasyonları olmaları nedeniyle akılda tutulması gerektiğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Olgu:
Yirmi sekiz yaşında erkek hasta bir aydır olan yürüme bozukluğu,baş ağrısı ve dengesizlik şikayetleriyle acil servise başvurdu.Kendisinin çiftçi olduğu, yaklaşık beş aydır baş ağrısından şikayet ettiği ama ağrı kesicilerle rahatladığı için doktora başvurmadığı öğrenildi.Her iki frontal bölgede zonklar tarzda olan baş ağrısına bulantı kusmanın eşlik etmediğini, son zamanlarda kulaklarda çınlamasının eşlik ettiğini belirtti.Nörolojik muayenesinde: Alt ekstremite proksimal kas gücü bilateral 4/5,tandem yürüyüşte bozukluk,Romberg testi pozitifliği saptandı. Göz muayenesi olağandı.Laboratuvar değerlerinde beyaz küre ve CRP'de hafif yüksekliği dışı normaldi.Kranial MRG'de beyin sapından kranial sinirlere uzanan ve Spinal MRG'de torakolomber bölgeden kaudaya kadar uzanan leptomeningial kontrastlanma gözlendi.Beyin Omurilik Sıvısı direkt bakısında: lökosit: 150/mm3, proteini:926 mg/dl,LDH:104 U/L,sodyum:133 mEq/L ve glikoz: 36,7 mg/dL bulundu.Wright aglütinasyon testi serumda 1/320, BOS'de 1/160 titrelerde pozitif olarak sonuçlandı.Yatışının beşinci gününde BOS kültüründe Brucella spp. üremesi oldu.Nörobruselloz tanısı ile enfeksiyon hastalıkları tarafından doksisiklin 200 mg/kg, rifampisin 600 mg/kg ve seftriakson 2 gr/kg olarak tedavisi düzenlendi.İkinci ayda klinik bulgularında tama yakın düzelme gözlenen hastanın enfeksiyon ve nöroloji kliniklerindeki izlemi devam etmektedir.

Tartışma:
Bruselloz, vücutta tüm organ sistemlerinin tutulabildiği sistemik bir hastalıktır.Nörobruselloz en önemli klinik tablolardan biri olup kalıcı nörolojik sekeller olabilmektedir.Ayırıcı tanısının doğru yapılması ve laboratuvar testleriyle doğrulanması, hastaların yakın takibi esastır.Morbiditenin azaltılması, erken tanı ve uygun tedavi ile mümkün olabilir.

EP - 438 HEMİKORE İLE BAŞVURAN İSKEMİK İNME OLGUSU

MÜJDAT DENİZ BENLİ

ANKARA POLATLI DUATEPE DEVLET HASTANESİ

Giriş:
Kore sıklıkla ekstremitenin distalinde izlenen, düzensiz, ritmik olmayan, rastgele, küçük amplitüdlü istemsiz hareketlerdir. İnme sonrası kore gibi hiperkinetik semptomlar %1-4 oranında nadiren ortaya çıkar. En sık olarak bazal ganglionlar (%44) ve talamusu (%37) etkileyen vasküler kökenli hadiseler sonrası görülür. İskemik ve hemorajik inme dışında metabolik veya endokrin bozukluklar, otoimmün hastalıklar, nörodejeneratif hastalıklar sonucu da gelişebilir. Altta yatan mekanizma; bazal ganglionlardaki direkt ve indirekt yolaklar arasındaki dengenin bozulması sonucu motor talamusta gelişen disinhibisyondur. Bu olgu sunumunda kaudat nukluesta gelişen infarkt sonrası sol vücut yarısında koreiform hareketlerle başvuran bir hasta paylaşılmıştır.

Olgu:
Bilinen nörolojik hastalık öyküsü olmayan 74 yaşında erkek hasta sol kol ve bacağında ani gelişen istemsiz, düzensiz ve sürekli olan koreiform hareketler nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon öyküsü mevcuttu.Nörolojik muayenesinde şuur açık, koopere, oryante idi. Kranial sinirler intakt idi. Belirgin lateralizan motor yada duyu defisiti saptanmadı. Plantar yanıtlar bilateral lakayt idi. Laboratuvar incelemesinde anlamlı patoloji saptanmadı. Elektrokardiyografisi (EKG) sinüs ritmindeydi. Bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT) normal sınırlardaydı. Diffüzyon MR görüntülemesinde sağ kaudat nukleus başında akut diffüzyon kısıtlaması izlendi. Karotis -vertebral arter renkli doppler ultrasonagrafisinde anlamlı stenoza rastlanmadı. Ekokardiyografi (EKO) ve 24 saatlik ritm holter normal olarak değerlendirildi. Hastaya ikili antiagregan tedavi ve haloperidol başlanması sonrası şikayetlerinde düzelme izlendi.

Tartışma:
Kore inme sonrası en sık görülen hiperkinetik hareket bozukluklarındandır. Kore inmenin hemen sonrasında yada haftalar sonra gelişebilir. Genellikle bazal ganglionlar yada talamusun akut, küçük - derin yerleşimli enfarktlarında görülür. Bu enfarktlara bağlı olarak striatopallidal yolağın etkilenmesiyle pallidal nöronlara giden inhibitör sinyaller azalır. Bunun sonucunda motor talamik yapılar üzerinde gelişen disinhbisiyon sonucu kore meydana gelir. Tedavide inmeye yönelik tedavilerin yanısıra koreye de yönelik semptomatik tedaviler uygulanır. Nöroleptikler, atipik nöroleptikler, GABA reseptör agonistleri, tetrabenazin, rezerpin yanısıra levetirasetam ve topiramat gibi antiepileptikler de kullanılabilir.

Sonuç:
Bu olgu, inme sonrası hiperkinetik hareket bozukluklarının da ayrıcı tanıda düşünülmesini göstermesi açısından paylaşılmaya değer görülmüştür.

EP - 439 NORMAL BASINÇLI PSÖDOTÜMÖR SEREBRİ: OLGU SUNUMU

ŞERİFE BEYZA ÖZER KIROĞLU , FATMA YILMAZ CAN

ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
Psödotümör serebri (PTS) kafa içi kitle, yapısal lezyon veya hidrosefali olmaksızın, normal beyin omurilik sıvısı (BOS) varlığında kafa içi basıncının artışıdır. Normal basınçlı PTS ise normal intrakranial basınç artışı haricinde PTS ile aynı özellikleri taşımaktadır.

Olgu:
59 yaşında, beden kitle indeksi 27 olan kadın hasta. Baş ağrısı ve bulanık görme şikayeti ile başvurdu. Yapılan nörolojik muayenede papilödem dışında patolojik bulgu saptanmadı. Kranial MRG'da perioptik subaraknoid aralıkta BOS artışı ve empty sella izlendi. MR venografi (MRV) normal sınırlardaydı. Görme alanı testinde bilateral kör nokta genişlemişti. PTS ön tanısı ile lomber ponksiyon (LP) yapıldı. BOS açılış basıncı 180 mmH2O olarak ölçüldü. BOS biyokimyasal ve mikroskobik incelemesi normal sınırlardaydı, kültürde üreme olmadı. Bir hafta sonra 2. kez LP yapıldı ve basıncı 210 mmH2O olarak ölçüldü. Hasta LP sonrası baş ağrısı ve bulanık görmede kısmen düzelme tarifledi. Radyolojik ve klinik olarak PTS ile uyumlu ancak BOS basıncı normal sınırlarda olduğu için normal basınçlı PTS düşünüldü.

Tartışma:
PTS nin klasik belirtileri baş ağrısı, papilödem, geçici görme kaybı, altıncı sinir felci ve pulsatil kulak çınlamasıdır. Hastamızda baş ağrısı, bulanık görme şikayeti ve muayenede pailödemi vardı. BOS basıncının 250 mmH2O'nun üzerinde olması PTS tanı ölçütü olarak tanımlanmıştır. Normal basınçlı PTS için papilödemin bulunmasına ilişkin iki açıklama öne sürmüştür; BOS sirkülasyonunda anormallik olabileceği ve ölçümünün yapıldığı subaraknoid aralığa yansımayan, optik sinir kılıfının bulunduğu bölgede papilödem oluşmasına sebep olan bölgesel bir anormalliğin olabileceğidir. Bazı bireylerin normalden daha düşük intrakraniyal basınca sahip oldukları ve hafif bir yükselmeyle PTS semptom ve bulgularının ortaya çıktığı şeklinde açıklamalar da vardır.

EP - 440 BARİATRİK CERRAHİ SONRASI GELİŞEN POLİNÖROPATİ OLGUSU

CANSU KURT , CANSU ERKOL , GÜLSEN KARACA SARI , AYSEL TEKEŞİN , UFUK EMRE TOPRAK

SBÜ İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Giriş:
Bariatrik cerrahi sonrası, erken ya da geç dönemde gelişebilen santral (wernicke ensefalopatisi...) ve periferik sinir sistemi (polinöropati, radikülopati...) ile ilişkili farklı nörolojik komplikasyonlar görülebilmektedir. Bu komplikasyonların sıklıkla nütrisyonel eksikliklere bağlı geliştiği bildirilmektedir. Bu yazıda ayaklarda ağrı ve uyuşma nedeniyle başvuran, laparoskopik sleeve gastrektomi sonrası vitamin B eksikliğine bağlı polinöropati saptanan ve tedavi sonrası kliniğinde düzelme olan olguyu sunmak istedik.

Olgu:
Yirmi üç yaşında kadın hasta Nöroloji polikliniğine on beş gündür olan ayaklarda ağrı, uyuşma nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde üç ay önce tüp mide ameliyatı (mide rezeksiyonu ile %80'i alınmış) sonrası otuz kilo verme öyküsü mevcuttu. Nörolojik muayenesinde bilateral ayak dorsi fleksiyonunda güçsüzlük, her iki ayak parmak uçlarında allodini mevcuttu. Laboratuvar bulgularında vitamin B12 ve folik asit düzeyleri düşük saptandı. Elektronöromiyografi (EMG) incelemesinde alt ekstremitelerde belirgin aksonal sensorimotor polinöropati saptandı. Üç ay önce tüp mide operasyonu sonrası otuz kilo kaybeden hastanın şikayetleri ve EMG bulguları operasyon sonrası vitamin emilim bozukluğuna bağlı gelişen polinöropatiyle ilişkili bulundu. Kompleks vitamin B replasman tedavisi sonrası hastanın klinik bulgularında düzelme gözlendi.

Tartışma:
Bariatrik cerrahinin kilo kaybı ve obezite ile ilişkili komorbiditelerin tedavisinde oldukça etkili olduğu gösterilmiştir. Laparokopik sleeve gastrektomi morbid obezitenin cerrahi tedavisinde günümüzde standart tedavi yöntemi olarak uygulanmaktadır. Operasyon sonrası nörolojik komplikasyonlar hastaların %5-16'sında görülmekte olup, en sık görüleni periferik nöropatidir (%16). Gastrik cerrahi sonrası gelişebilecek nörolojik komplikasyonlara karşı diyet önerileri önem arz etmektedir.

Sonuç:
Bu yazıda gastrik cerrahi sonrası gelişen nöropati bulgularının nutrisyonel destek eksikliğine bağlı olabileceği ve erken dönemde fark edildiğinde replasman tedavisiyle geri dönüştürülebilir yüz güldürücü sonuçlar elde edilebileceğini vurgulamak istedik.

EP - 441 AĞRILI MULTİPL KRANİAL NÖROPATİ

MEHMET SERHAT DAL , BİRGÜL BAŞTAN TÜZÜN , SEFER GÜNAYDIN , HİLAL AKBAŞ , NURDAN GÖÇGÜN , AYŞE ÖZLEM ÇOKAR

SBÜ HASEKİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Nöropatik ağrı, merkezi veya periferik sinir sisteminin doğrudan lezyona uğramasına ve/veya disfonksiyonuna bağlı ortaya çıkan bir ağrı türüdür. Nöropatik ağrı; santral, periferik veya otonomik sinir sisteminden kaynaklanabilir. Devamlı veya ataklar halinde olabilir. Tedavide başlıca; anti-nöbet ilaçlar, antidepresanlar, opioid analjezikler, anti-aritmikler ve lokal anestezikler kullanılabilir. Bu olgumuzda; 51 yaşındaki bir kadın hasta ele alınmıştır, hastamızda sırasıyla periferik fasyal paralizi, vokal kord paralizisi, trigeminal nevralji ve glossofaringeal nevralji gelişmiştir. Şiddetli ağrı, senkop, senkop sırasında inkontinans şikayetleri olan hastanın ağrıları birçok ilaca rağmen rahatlamamış sadece fentanil patch ile hafiflemiştir.

Olgu:
51 yaşında kadın hasta; yaklaşık 1 hafta önce başlayan boynun sol tarafında ağrı, senkop ve idrar kaçırma şikayetleriyle başvurdu. Özgeçmişinde dm, periferik fasyal paralizi, vokal kord paralizisi ve trigeminal nevralji vardı. Nörolojik muayene: Bilinç açık. Koopere oryante. Anlama normal, konuşma minimal dizartrik(sekel). Pupiller izokorik, di ır ++/++, göz küreleri orta hatta ve hareketleri her yöne serbest. Sol nls silik(sekel). Sol göz kapatamama.(sekel). Kas kuvveti lateralizan bulgu saptanmadı. Tcr bilateral fleksör. Takipleri boyunca ara ara ağrıya bağlı senkopları ve senkoplar sırasında idrar-gaita kontinansı oldu. Glossofarengeal nevraljiye uyan bu ağrılar hastada ağrılı multipl kranial nöropati tanısını destekledi. Orbita mrida sol intrakonal bölgede lezyon saptanan hastanın lap muayenesinde sol parotis ve sol boyun lenflerinde lap saptandı, usg de destekledi ve kbb tarafından alınan biyopsi non-hodgkin lenfoma ile uyumlu bulundu.

Sonuç:
Daha önce periferik fasyal paralizisi, vokal kord paralizisi ve trigeminal nevraljisi olan ve tanı konamayan hastada glossofaringeal nevralji ve mrida intrakonal lezyon saptanması üzerine ağrılı multıpl kranial nöropati etyolojisi araştırılmış, lenfoma saptanmıştır ve tedavisine başlanmıştır.

EP - 442 ENFEKTİF ENDOKARDİTİN BİR KOMPLİKASYONU OLAN İSKEMİK İNME OLGU SUNUMU

MELİH İĞCİ , ŞÜHEDA ÇALAK , HASAN DOĞAN , MUSTAFA ONUR YILDIZ , BİLGE PİRİ ÇINAR , ÇETİN KÜRŞAD AKPINAR

SAMSUN ÜNİVERSİTESİ SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ AD, SAMSUN, TÜRKİYE

Giriş:
Enfektif endokardit (İE) bakteriyel ajanların neden olduğu kalp endokardiyumunun ve kalp kapaklarının enfektif hastalığıdır. Ateş, kardiyak üfürüm ve myalji gibi nonspesifik semptomlar kendini gösterir. Akut iskemik inme, enfektif endokarditin bir nörolojik komplikasyondur ve yüksek morbidite ve mortaliteye sahiptir. Enfektif endokardite sekonder iskemik inme tanısı ile takip edilen bir olgu sunulmuştur.

Olgu:
Yaklaşık 2 haftadır ateş yakınmaları olan 39 yaşında erkek hasta baş ağrısı ve dengesizlik yakınması başlaması üzerine acil servisimize başvurmuş. Özgeçmişinde mitral kapak hastalığı dışında ek bir özellik yoktu. Nörolojik muayenesi doğal, vücut sıcaklığı 38.5 C saptandı. Rutin laboratuvar testlerinde beyaz küre 11,4 10^9/L, sedimantasyon 25 mm/h , CRP 33 mg/L olarak gözlendi. Çekilen beyin diffüzyon MRI da serebrum ve serebellumda çok sayıda milimetrik enfarktlar izlendi. Hastada ateşi olması, mitral kapak hastalığı öyküsü olması ve mr bulguları ile ön planda kardiyoembolik etiyoloji düşünüldü ve enfektif endokardit ön tanısı ile kardiyolojiye konsülte edildi. Transtorasik Ekokardiyografi (EKO) de patolojik bir bulgu saptanmadı. Yüksek klinik şüphe nedeni ile transözofageal ekokardiyografi (TEE) planlandı. TEE'de mitral kapak posterior ile sol atriyum bileşkesinde atrial yüzde lokalize 20x6 mm ebatlarında vejetasyon ile uyumlu kitle izlendi. Hastaya olası İE tanısı konularak infeksiyon hastalıkları kliniği ile ortak olarak izlendi. Uygun antibiyotik tedavisi başlandıktan sonra kardiyo-vasküler cerrahi kliniğine devir edildi.

Sonuç:
İskemik inme İE'in nadir bir komplikasyonudur ancak tanı konulmadığında yüksek mortaliteye sebep olabilir. Bu nedenle ateş öyküsü olan her hasta dikkatli bir şekilde değerlendirilmeli ve TEE yapmadan bu tanı dışlanılmamalıdır. Bu tanı atlanırsa mortal bir seyir olabileceği unutulmamalıdır. Akut dönemde başvuran hastalarda ateş anamnezi dikkatli bir şekilde alınmalıdır.

EP - 443 SMART SENDROMU OLGU SUNUMU

MERVE KARABAŞ , ÜMMÜ SERPİL SARI , NERMİN TEPE

BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ABD

Amaç:
SMART(Stroke-like migraine attacks after radiation therapy) sendromu radyoterapi sonrası genellikle migrenle ilişkili nöbetler, görme bozukluğu, konuşma bozukluğu, tek taraflı hemianopsi gibi subakut başlangıçlı stroke benzeri semptomlarla birlikte olan kranial radyoterapinin gecikmiş bir komplikasyonudur. SMART sendromu tanısı koyduğumuz olgumuzu sunmak istedik.

Yöntem:
55 yaşında erkek hasta, 2 gündür olan baş ağrısı, görme bulanıklığı , gözünün önünde uçuşma şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Hasta 17 yıl önce beyin tümöründen operasyon sonrası 3 ay radyoterapi almış, 5 yıl önce 2 kere baş ağrısı başladıktan kısa süre sonra jtkn tarzında nöbeti olmuş. Hastaya levetireseram ve valproik asit başlanmış. Takiplerinde nöbeti olmadığı için ilaçları kademeli olarak kesilmiş.NM;Bilinci uykuya meyilli, Wernicke afazisi ,sağda taban cildi refleksi ekstansör yanıttı. Yapılan kan tetkikleri ve BOS parametreleri normaldi. Hastaya çekilen kontrastlı beyin MR'ında T2 sekansında belirgin gyral genişleme(ödem), kortikal hiperintens lezyon, kortikal ve gyral kontrastlanma olması üzerine hastada klinik ve görüntülemeyle SMART sendromu lehine düşünüldü.

Tartışma:
SMART sendromu, hastaların MRG'de kortikal gadolinyum tutulumu ile birlikte migren benzeri baş ağrıları, fokal nörolojik defisitler ve potansiyel olarak nöbet ile başvurduğu geçici ve geri dönüşümlü bir durumdur. Hastalar RT'den 1 ile 37 yıl sonra SMART sendromu ile başvurabilirler. Tedavisi net değildir.

Sonuç:
SMART sendromu klinik semptomlarının tümör nüksü ve diğer nörolojik hastalıklarla örtüşmesi nedeniyle tanısı zor bir hastalıktır. Tanının gecikmesi gereksiz invaziv işlemlere ve tedavinin gecikmesine neden olabildiğinden hastamızı sunmak istedik.

EP - 444 NÖTROFİL/LENFOSİT ORANI İLE İNTRAKRANİYEL ARTERİYEL KALSİFİYON TİPİ KARŞILAŞTIRILMASI

OZAN TANGUR , BİRGÜL BAŞTAN T

HASEKİ EĞİTİM VE ARAŞTRIMA HASTANESİ

Amaç:
Genel bir bakış olarak, vasküler kalsifikasyon 65 yaş üstü hemen hemen tüm kişilerde mevcuttur, diyabetiklerde ve son dönem böbrek hastalarında son derece yaygındır

Vasküler kalsifikasyonun iki tipi tanımlanmıştır: İntimal ve medial (Mönckebergin medial sklerozu);İntimal kalsifikasyon aterosklerotik plaklarla ilişkilidir ve osteojenik hücre farklılaşmasını indükleyen plak içindeki modifiye lipid birikimi,proinflamatuar sitokinler ve apoptozdan kaynaklandığı düşünülmektedir. Stenotik intimal lezyonlar nedeni ile iskemiye yol açabilmektedir,medial kalsifikasyon ise damar duvar sertliği,hipertansiyon,periferik arter hastalığı,ventiküler hipertrofi ile ilişkilidir.

Konvansiyonel olarak intrakraniyel internal karotid arter kalsifikasyonu ayrımı mevcut değildi. 2017 yılında yapılan histolojik kesitler ile beyin tomografisi kesitlerinin karşılatırıldığı bir çalışmada, kontrastız beyin tomografisi ile medial ve intimal kalsifikasyon ayrımının kontrastsız beyin tomografisi ile yapılabileceği ortaya konuldu.

Periferik kandaki nötrofil-lenfosit oranı (NLR), sistemik inflamasyon ve bağışıklık arasındaki dengeyi yansıtır ve birçok hastalıkta prognostik bir biyobelirteç olarak ortaya çıkmaktadır.NLR sağlıklı erişkinlerde iskemik inme bağımsız bir risk faktörü olarak gösterildi fakat henüz kılavuzlara girebilecek kadar yeterli çalışma mevcut değil.

İskemik inmelerin yüzde 75'inin intrakraniyal arteriyel kalsifikasyon ile ilişkili olduğu gösterilmiş, NLR ile iskemik inme riski ve akut inme arasında ilişki gösterilmiş fakat bu iki parametre ve alt tipleri arasındaki ilişki henüz çalışılmamıştır

Gereç ve Yöntem:
İskemik inme tanısı ile nöroloji servisine yatan hastalar listelendi,her 10 . hasta çalışmaya dahil edildi. 20 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışma yapılan hastaların kontrastsız beyin tomografi görüntülemelerine göre intimal veya medial kalsifikasyon grubu olarak sınıflandırıldı. Bu iki grubun Nötrofil lenfosit oranları karşılaştırıldı.

Bulgular:
Yirmi hasta çalışmaya alındı,yüzde 45 i kadındı,11 hastada İİCA kalsifikasyonu medial lehine idi,9 hastada ise intimal tip İİCA kalsifikasyonu lehine idi.Medial kalsifikasyon grubunda ortalama nötrofil lenfosit oranı 2,76 bulundu,İntimal tipte ise 4,5 bulundu.İki grup kıyaslandığında intimal kalsifikasyon grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (P = 0,0169)

Sonuç:
İntimal tipte intrakraniyel internal karotid arter kalsifikasyonu izlenen hastalarda nötrofil lenfosit oranı yüksek bulundu

EP - 445 HİPERİNTENS LEZYONLARIN AYIRICI TANISINDA ZORLUKLAR, NADİR KARIŞABİLEN BENİGN DURUMLAR: BİR VIRCHOW-ROBIN BOŞLUĞU VAKA SUNUMU VE LİTERATÜR TARTIŞMASI

SELAHATTİN REYHANİ , EBRU NUR KARAKÖPRÜLÜ , SAMİ ÖMERHOCA , SEBATİYE ERDOĞAN , EDA ÇOBAN , NİLÜFER KALE

BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Virchow-Robin boşlukları beyindeki arteriyoller, kılcal damarlar ve venüllerin etrafında bulunan ve çeşitli geçiş yollarından oluşan, çeşitli maddelerin hareket edebildiği perivasküler alanlardır. VRB'ler tipik olarak anterior komissürün vertekse yakın bölgeleridir. VRB'nin ayırıcı tanısı laküner infarkt, tümör, demyelinizasyon ve vasküliti içermektedir. Perivasküler boşluklarla ilgili pek çok soru halen cevaplanmamış olsa da, normal perivasküler boşluk fonksiyonunun beyin sağlığını korumak için önemli olduğu artık netlik kazanmıştır.

Amaç:
Bu olgu sunumunda bilinen hastalığı olmayan bir hastanın klinik ve görüntüleme bulguları eşliğinde ayırıcı tanıda perivasküler boşluk tartışılması amaçlanmıştır.

Vaka Sunumu:
45 yaşında erkek hasta, 10 gün önce yaşadığı ; kusma sırasında ensesinde şiddetli ağrı şikayeti ile hastaneye başvurdu.Ağrısının zamanla azaldığını ifade etti.Başvuru sırasında ağrısı olmadığını ancak parietal alanda ağırlık hissi olduğunu tarifliyordu.
Bilinen hastalık ya da ilaç kullanımı yoktu.
Alkol/sigara/madde kullanımı yoktu.
Soygeçmişte özellik bulunmuyordu.
Nörolojik muayene tamamen doğaldı ve vital değerlerde patoloji saptanmadı.

Tartışma:
Bu olguda bir perivasküler boşluk vakasının örnek klinik ve görüntüleme ile prezantasyonu tartışılmıştır.

EP - 446 KORTİKOSTEROİD ENJEKSİYONU SONRASI ORTAYA ÇIKAN HİPOKALEMİK PERİYODİK PARALİZİ OLGUSU

SERKAN KIRBAŞ

ÖZEL MUSA GÜL HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ,KIRŞEHİR

Giriş :
Hipokalemik Periyodik paralizi (HipoPP), iskelet kası iyon kanallarındaki genetik mutasyonlara bağlı nadir görülen nöromüsküler bozukluklardandır. Çoğunlukla otozomal dominant geçişli olup vakaların %60'ında kalsiyum kanal (CACNA1S) mutasyonu tespit edilmiştir.Tipik klinik bulguları çoğunlukla saatler içinde düzelen, hipokalemiye (<2.5 mEq/L) eşlik eden epizodik generalize kas güçsüzlüğüdür. Ataklara genellikle karbonhidrattan zengin öğünler, alkol kullanımı, egzersiz sonrası dinlenme veya ilaçlar yol açabilmektedir. Burada kortikosteroid (betametazon dipropiyonat) enjeksiyonu sonrasında ortaya çıkan HipoPP'li erişkin bir hasta sunulmaktadır.

Olgu:
Özgeçmişinde herhangi bir özellik bulunmayan 43 yaşındaki erkek hasta kollarda ve bacaklarda güçsüzlük nedeniyle getirildi. Nörolojik muayenede, her iki üst extremitede kas gücü kuvveti 4/5, her iki alt extremitede ise 3/5 düzeyindeydi ve destekle yürüyordu. Duyu azalması tarif etmiyordu.Tüm taraflarda DTR'ler azalmıştı ve patolojik refleks tespit edilmedi. Elektrofizyolojik incelemesi, Beyin ve Servikal MRG'si normaldi. Rutin tetkiklerinde CK:514 U/L yüksekliği ve Potasyum: 2,8mmol/L düşüklüğü tespit edildi. Sorgusunda şikayetinden 5 saat önce bel ağrısı nedeniyle steroid (betametazon dipropiyonat) enjeksiyonu yaptırdığını, ardından evine geçip kısa süreli uyuduğunu ve kalkmak isterken kalkamadığını ve kollarını oynatamadığı öğrenildi. İlaca bağlı sekonder HipoPP düşünülerek hospitalize edildi. EKG değişikliği yoktu. Tedavi olarak tek doz iv potasyum infüzyonunun ardından oral potasyum verildi. Ertesi gün klinik bulguları tama yakın düzeldi. Serum CK:132 U/L ve Potasyum:4,1 mmol/L düzeyleri normal sınırlara geldi. Hasta ilk defa böyle bir şey yaşamıştı ve aile hikayesi yoktu. Klinik bilgi verilerek genetik test gönderildi.Takibe alındı.

Tartışma Ve Sonuç:
Akut paraparezi/pleji tablolarında iskelet kası iyon kanal hastalıkları akılda tutulmalı ve predispoze faktörlerin tespitinde steroid kullanımı sorgulanmalı ve ileriye yönelik gerekli önlemler açısından bilgilendirilmelidir.

EP - 447 BARİATRİK CERRAHİ SONRASINDA GELİŞEN OLASI POLİNÖROPATİ OLGUSU

ÜMMÜGÜLSÜM KADIOĞLU , FATİH ÇEKİM , HASAN DOĞAN , MUSTAFA ONUR YILDIZ , BİLGE PİRİ ÇINAR , ÇETİN KÜRŞAD AKPINAR

SAMSUN ÜNİVERSİTESİ SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ AD, SAMSUN, TÜRKİYE

Giriş:
Morbid obezite sıklığının dünyada artması nedeniyle uygulanan bariatrik cerrahi sıklığı artmıştır. Bariatrik cerrahi sonrasında ensefalopati, pleksopati, myelopati ve radikülonöropati gibi nörolojik komplikasyonlar nispeten sık görülmektedir. Gıda alımının kısıtlanması ve/veya bağırsaktan emiliminin azalması ile nutrisyonel yetersizliğe neden olmaktadır. Sıklıkla tiamin, B12, folat, D ve E vitaminleri eksikliklerine bağlı olarak nütrisyonel nöropatiler görülmektedir. Bizde bu olgumuzda başarılı bariatrik cerrahi sonrasında gelişen olası nutrisyonel periferik nöropatiden bahsettik.

Olgu:
25 yaşında erkek hasta yaklaşık bir aydır ayak parmaklarından başlayan ve assendan yayılım gösteren ağrılı karıncalanma ve uyuşma şikayetleri ile nöroloji polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde 5 ay önce geçirdiği başarılı sleeve gastrektomi operasyonu vardı. Nörolojik muayenede kas gücü üst ekstremitelerde distalde 3/5, alt ekstremitelerde proksimalde 4/5, distalde 1/5 idi. Derin tendon refleksleri alınamadı. Duyu muayenesinde alt ekstremilerde diz altında vibrasyon duyusu azalmıştı. Patolojik refleksi yoktu. Hastanın yapılan rutin laboratuvar ve radyolojik tetkikleri (beyin, servikal MRG ve beyin BT) normaldi. Hastaya yapılan lomber ponksiyonda BOS sonuçları normal gözlendi. Vitamin B12, folat ve transketolaz düzeyleri gönderildi, patoloji saptanmadı. Hastanın yapılan EMG sonucu sensorimotor aksonal polinöropati ile uyumlu gözlendi. Hastanın yakınmaları sleeve gastrektomi sonrası geliştiği için nutrisyonel polinöropati ön tanısı ile tiamin de içeren b multivitamin replasmanı yapıldı ve IVIG tedavisi verildi. Taburculuk nörolojik muayenesinde kas gücü üst ekstremitelerde distalde 3/5, alt ekstremitelerde proksimalde 4/5, distalde 2+/5 olan hasta poliklinik takibine alındı.

Sonuç:
Bariatrik cerrahi sonrası nörolojik komplikasyon insidansı %16 olarak belirtilmiştir. Nutrisyonel eksiklik en önemli faktör olarak ortaya çıkmaktadır. Diğer yandan bu hastaların yapılan sural sinir biyopsilerinde inflamatuar patogenezin gösterilmesiyle bariyatrik cerrahi sonrası ortaya çıkan bu durumda immun mekanizmaların önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir. Bariyatrik cerrahi sonrası gelişebilecek polinöropati gibi nörolojik komplikasyonlarda multivitamin/mineral desteği sağlanmalı ve immun etiyoloji göz ardı edilmeden uygun tedavi düzenlenmelidir.

EP - 448 MULTİPLE SKLEROZ (MS) HASTALARINDA AEROBİK KAPASİTE İLE DELTOİD VE RECTUS FEMORİS KASLARININ VİSKOELASTİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI

EMİNE KILIÇPARLAR CENGİZ [1], TUBA MADEN [2], YASEMİN EKMEKYAPAR FIRAT [3], HAKAN POLAT [4]

[1] DR. ERSİN ARSLAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ, GAZİANTEP
[2] GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ
[3] SANKO ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, GAZİANTEP
[4] SANKO ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ, GAZİANTEP

Amaç:
MS hastalarında 2 dk yürüme testi genellikle yürüme mesafesini ve egzersiz toleransı değerlendirmek için kullanılır**.** Azalmış aerobik kapasite ile tip 1 liflerinden yoğun olan deltoid ve quadriseps femoris kas kuvvetinin ilişkili olduğu gösterilmiştir. Farklı kas lifi tiplerinin de viskoelastik özellikleri değiştirdiği bilinmesine rağmen viskoelastik özelliklerin aerobik kapasite ile ilişkisi incelenmemiştir. Bu çalışmanın amacı MS hastalarında üst ve alt ekstremite kaslarının gücü ve viskoelastik özelliklerinin ölçülüp aerobik kapasite ile ilişkisinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya 11 erkek ve 20 kadın olmak üzere toplam 31 Relapsing Remitting Multipl Skleroz (RRMS) hastası alındı. Sosyodemeografik verileri kaydedildi. 2 dakika yürüme testi uygulandı ve testin kesme değerine göre katılımcılar iki gruba ayrıldı. Hastaların kas kuvveti değerlendirmesi el dinamometresi (Commander Muscle Tester, JTech, USA) ile bilateral deltoid orta ve ön parçaya, quadriseps femoris kasına uygulandı. Aynı kasların viskoelastik değerlendirmeleri MyotonPro® (Myoton AS, Estonia) ile bilateral olarak test edildi.

Bulgular:
Hastaların yaşları 18-50 (ort±SS=33,84±7,93), EDSS 1-3 (ort±SS=1,62±0,65) idi. Egzersiz tolaransı iyi olan grubun bilateral olarak deltoid kas kuvveti ve dominant taraf Quadriceps kas kuvveti diğer gruptan daha iyiydi ($p<0,05$). Kaslara ait myotonometrik özellikler gruplarda benzerdi ($p>0,05$).

Sonuç:
Egzersiz kapasitesi yüksek ve düşük olan MS hastalarının deltoid ve quadriceps kas gücü arasında fark bulunmuş olması, aerobik kapasitede yalnızca alt ekstremite kaslarının değil üst ekstremite kaslarının da etkisi olduğunu göstermiştir. Aerobik kapasiteye göre kasların yapısal özelliklerindeki benzerlik örneklemimizin homojenliği ile açıklanabilir. Farklı tip MS hastalarının veya EDSS skorunun daha geniş aralığa yayıldığı hastalarla kasların viskoelastik özelliklerinin kıyaslanmasının literatüre ışık tutacağını düşünmekteyiz.

EP - 449 ACİL TIP KLİNİĞİNE BİLİNÇ BULANIKLIĞI İLE BAŞVURAN BİR ADEM: OLGU SUNUMU

MERVE BOZKURT , MUSTAFA BOZKURT , AYŞE SIRTLAN , SEDAT YAŞİN

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

Ensefalopati tablosu acil tıp kliniklerinde sık karşılaşılan durumlardandır. Genelde yaşlı popülasyonda altta yatan kronik hastalıklara veya akut metabolik süreçlere sekonder gelişmektedir. İlerleyen vakalarda hasta ile olan iletişim eksikliği nedeniyle nadir görülen hastalıkların saptanması zor olabilir. Bizde bu olgu sunumunda ensefalopatinin acil tıp kliniklerinde sık karşılaşılmayan bir nedeni olarak Akut Dissemine Ensefalomiyelit (ADEM) vakasını sunmayı amaçladık.

ADEM, post infeksiyöz ensefalomiyelit olarakta bilinen merkezi sinir sisteminin demiyelinizan bir hastalığıdır. ADEM yetişkinlerde nadir görülen bir hastalıktır, dolayısıyla kesin insidansı bilinmemektedir. Yetişkinlerde, Covid-19 pandemisi ve aşılama neticesinde, artan bir sıklıkta vaka serileri bildirilmektedir. Genellikle viral bir enfeksiyona sekonder olarak meydana gelen inflamatuar reaksiyondan kaynaklanır. Sıklıkla görülen multifokal nörolojik defisitler ve ensefalopati tablosu akut başlangıçlı ve hızlı seyirlidir. Çoğu hasta motor defisitlerle başvurur; bunlar monoparezi,paraparezi veya kuadriparezi ile sonuçlanabilir. Duyusal bozukluklar ,beyin sapı tutulumu sıktır. Ek belirtiler ve semptomlar arasında baş ağrısı, halsizlik, menenjizm, ataksi, afazi, optik nörit (bazen iki taraflı), nistagmus, ekstrapiramidal hareket bozuklukları, idrar retansiyonu, nöbetler ve kafa içi basıncında artış sayılabilir. Tanı klinik ve radyolojik bulgular birlikte değerlendirilerek konulur.
Bu vakamızda acil servise ensefalopati ile başvuran ADEM ön tanısıyla nöroloji yoğun bakım ünitesine yatışı verilen 18 yaşında kadın hasta sunulmuştur.
Hasta yakınlarından alınan anamnezde 2 ay öncesinde üst solunum yolu hastalığı öyküsü mevcuttu. 15 gün önce başlayan ve tedrici artış gösteren çift görme, güçsüzlük, yürüme bozukluğu ve sürekli uyku hali şikayetleri mevcuttu. Bilinen ek hastalık yok. Düzenli kullandığı ilaç yok. Acil serviste yapılan fizik muayenede ateş 38,3° nabız 87/dk tansiyon 118/75 mmHg solunum sayısı 16/dk sat 96 olarak ölçüldü. Genel durum kötü, gks: 6, bilinç durumu stupor, pupiller ışığa duyarlı, dtr hiperaktif, plantar yanıtlar ekstansör olarak saptandı. Ense sertliği yoktu. Ağız spontan açık ve kapamaya dirençli, oral mukoza kuru, akciğer sesleri doğal, batın muayenesi rahat olarak değerlendirildi. Parmak ucu kan şekeri 85 mg/dL olarak ölçüldü. Sol temporamandibular eklem dislokasyonu acil tıp kliniğinde redükte edildi.
Tam kan sayımı, biyokimyasal panel ve pıhtılaşma değerleri normal olarak saptandı. Bunun üzerine intoksikasyon şüphesi ile yapılan ağır metal taramasında bir bulguya rastlanmadı. İdrarda toksik tarama bir özelik göstermedi.
Beyin bt normal olarak raporlandı. Beyin MRI'da difüzyon kısıtlaması saptanmadı ,T2 flair sekansta dağınık yerleşimli bilateral simetrik hiperintens görünüm izlendi.
Hasta ADEM ön tanısıyla nöroloji yoğun bakımına yatışı yapıldı. Olası santral sinir sistemi infeksiyonunu belirlemeye yönelik beyin omurilik sıvısının (BOS) incelenmesinde 5/mm3 lökosit, protein 129 mg/dl ve glukoz 73 mg/dl (eş zamanlı kan glukoz 112 mg/ dl) idi. Menenjit paneli negatif idi..Ayrıca hastanın BOS kültüründe üreme olmadı. Hastadan ace, lyme, nmo , anti mog, vaskülit, amonyak düzeyi ,toksik tarama tetkikleri gönderildi. Tip 2 OKB pozitif , diğer tetkikleri normal olarak geldi. Hasta vep testine koopere olamadı. Eeg si zemin aktivite yavaşlığı olarak geldi. Kontrastlı kranial mr da mezensefalon her iki pons posterioruna uzanan, bilateral bazal ganglionlar seviyesinde özellikle internal ve eksternal kapsül seviyesinde daha belirgin olmak üzere kontrastlanma göstermeyen belirgin ekspansiyon oluşturmayan, kitlesel imaj göstermeyen, T2 ve FLAİR da çoğunlukla simetrik görünümde hiperintensite izlenmiştir. Hastaya çekilen pet-ct normal olarak raporlandı.
Hastaya 7 gün boyunca 1000mg /gün metilprednizolon tedavisi verildi. Kortikosteroide tedavisine yanıt vermeyen olgumuzda 7 seans plazmaferez tedavisi uygulandı. Hastanın son muayenesi bilinç açık oryante koopere, total kas gücü 5/5, dtr ler total canlı olarak değerlendirildi. Tedaviden belirgin fayda gören hasta 32 mg oral metilprednizolon tedavisiyle nöroloji poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edilmiştir.
ADEM nadir görülen bir hastalıktır,. ADEMin çocuklarda yetişkinlere göre daha sık görüldüğü düşünülmektedir, yetişkinlerde kesin insidansı bilinmemektedir. Bu olgu sunumu ile acil servise ensefalopati kliniği ile gelen erişkin olgularda erken tanı ve uygun tedavi ile büyük oranda nörolojik sekel kalmadan iyileşebilen ADEM'in akılda tutulması amaçlanmıştır.

EP - 450 ATAKLARLA SEYREDEN SEROPOZİTİF NÖROMİYELİTİS OPTİKA SPEKTRUM BOZUKLUĞU OLGUSUNDA EKULİZUMAB DENEYİMİ

ŞERİFE YAYMACI , HAZAL ÇETİN , MERVE BAHAR ERCAN , BELGİN KOÇER

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Nöromiyelitis optika spektrum hastalığı'nda (NMOSH) konvansiyonel immünsupresif ajanlara tedavi yanıtı değişkendir, bu nedenle yeni tedavi seçenekleri arayışı doğmuştur. Kompleman aktivasyonu hastalığın patogenezinde önemli bir rol oynamaktadır. Ekulizumab, plazma C5i bağlayarak sitotoksik membran atak kompleksi ve proinflamatuar C5a faktörü oluşumunu bloke eden humanize bir monoklonal antikordur. Bu bildiride kortikosteroid, immünglobulin, siklofosfamid ve rituksimab tedavilerine rağmen ataklarla klinik seyir gösteren, tedaviye dirençli bir NMOSH olgusu sunulmaktadır.

Olgu:
İki ay önce sol gözde geçirilmiş optik nörit öyküsü olan 40 yaşında kadın hasta sol bacakta güçsüzlük şikayetiyle başvurdu. Hipotiroidi ve vitiligo tanıları vardı. Nörolojik muayenesinde (NM) sol alt ekstremitede parezi (kas gücü 2/5) ve T4 düzeyinde seviye veren duyu kusuru mevcuttu. Spinal kord MRG'de T1-L2 aralığında kord santralinde yerleşim gösteren geniş, kontrastlanmayan T2A-FLAIR kesitlerde hiperintensite izlendi, beyin MRG'si normaldi. Serum anti-NMO IgG pozitif, serum anti-MOG IgG negatif, OKB tip 4 negatif ve IgG indeksi normal (0,35) sonuçlandı. Hastaya 1g/gün intravenöz metilprednizolon (ivMP) tedavisi başlandı, klinik yanıtsızlık nedeniyle 5.günden sonra, 5 seans plazmaferez tedavisi ve ardından 5 gün 20g/gün iv.immünglobulin tedavisi uygulandı. Atak koruyucu tedavi olarak iv.500mg/gün rituksimab tedavisi başlandı, hasta sol alt ekstremitesinde monoparezi (kas gücü 4/5) ile taburcu oldu. Hasta bir ay sonra bilateral görme kaybı nedeniyle başvurdu, NM'de bilateral optik disk soluk, her iki gözde ışık seçemiyordu ve sol alt ekstremitede monoparezi (kas gücü 5-/5) vardı. Orbita MRG'de her iki optik sinir posterior yarı kesiminden itibaren optik kiazmaya kadar uzanan ve optik kiazmada heterojen kontrastlanan T2A kesitlerde hiperintensite izlendi. Ayrıca FLAIR sekansında optik kiazma ve solda postkiazmatik optik trakt ödemli görünümdedir. Sol internal posterior bacağında sol talamus lateral genukulat nükleus düzeyine kadar uzanım gösteren difüzyon kısıtlamasının eşlik ettiği ödem ile uyumlu hiperintensite mevcuttu. İkinci doz 500mg iv. rituksimab tedavisi tamamlandı ve 10 gün süre ile 1g/gün ivMP verildi. Klinik yanıt olmaması nedeniyle 5 gün 20 g/gün ivIg tedavisi ile devam edildi. Tedaviler sonunda sol göz ile sadece ışığı seçerken, sağ göz ile 1 metreden parmak sayıyordu, sol alt ekstremitede kas gücü tamdı. Hastaya üç kez 2 hafta aralıklarla ivİg uygulandı, son ataktan 5 ay sonra bilateral alt ekstremite kas güçsüzlüğü ve idrar yaparken zorlanma şikayetleriyle tekrar başvurdu. NM'sinde her iki göz bir metreden parmak sayıyordu ve parapleji (kas gücü 1/5) saptandı, Torakal MRG'de T1-T8 arası santral kanal komşuluğunda, geniş, kontrastlanan, progresyon gösteren aktif demiyelinizan lezyon izlendi. Hastaya 10 gün 1g/gün ivMP uygulandı, klinik yanıt izlenmemesi nedeniyle 5 seans plazmaferez tedavisi ve tek doz 24g/gün ivİg tedavisi verildi. Tedaviler sonrasında NM'sinde bilateral renkli görme 0/12, görme keskinliği sağ gözde 20/100, sol gözde 20/400, parapleji (kas gücü 1/5) idi. Ardından 3 doz 1g/gün/ayda bir siklofosfamid uygulandı. Klinikte yanıt izlenmemesi üzerine ekulizumab ilk 4 hafta 900mg/haftada bir, 5. hafta 1200mg/haftada bir, sonrasında 2 haftada bir 1200mg iv. olarak uygulandı. Halen NM'sinde görme keskinliği sağda 20/100, solda 20/400 idi, paraparezi (kas gücü 3/5), alt ekstremitelerinde spastisite ve klonusu mevcuttu. Hasta ekulizumab tedavisi 7. dozunu tamamlamış ve henüz atak geçirmemiştir.

Tartışma:
NMOSH'da özürlülük gelişimi tekrarlayan ataklara bağlıdır. Klinik çalışmalarda Ekulizumab ile atakları ve özürlülük derecesini azaltmada belirgin etkinlik gösterilmiştir. Olguda ağır özürlülük bırakan transvers miyelit tablosunda geri dönüşüm izlenmiş ve hasta stabil seyretmiştir. Mevcut ajanlar içerisinde terapötik açıdan en hızlı etki başlangıcına ve atakları azaltmada en yüksek etkinliğe sahip olan ilaçtır. Kötü prognozlu naif hastalarda veya olgumuzda olduğu gibi diğer ajanlara rağmen tekrarlanan ve ağır özürlülük oluşturan ataklar izlenen, tedavi başarısızlığı olan hastalar için muhtemel en iyi seçenektir.

EP - 451 PARKİNSON HASTALARINDA UYKU KALİTESİ, GÜNDÜZ AŞIRI UYLULULUK HALİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

NAZAN ŞİMŞEK ERDEM

ÖZEL TERMESSOS HASTANESİ

Amaç:
Parkinson Hastalığı (PH) olan hastaların uyku kalitesini ve gündüz aşırı uykululuk halini ve etkileyen faktörlerini incelemek

Gereç ve Yöntem:
İdiopatik PH olan18 hastanın uyku kalitesi Pittsburgh Uyku Kalitesi Indexi (PUKİ) ile ve gündüz aşırı uykululuk hali Epworth Uykululuk Ölçeği (ESS) ile değerlendirildi. Hastaların klinik durumu Birleşik Parkinson Hastalığı Derecelendirme Ölçeği (BPHDÖ ile ve evrelemesi Hoehn&Yahn skalası ile değerlendirildi. Hastaların depresyon ve anksiyetesi Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) ile değerlendirildi. Hastaların günlük dopaminerjik tedavileri L-dopa eşdeğer dozu güncel önerilere göre hesaplandı.

Bulgular:
Hastaların ortalama yaşı 56±10 yıl, ortalama hastalık süresi 11±5 yıl idi. Hastaların ortalama PUKİ puanı 7.8±5 idi ve 13 (%72) hastanın PUKİ puanı ≥ 5 idi yani kötü uyku kalitesi mevcuttu. Hastaların PUKİ puanı ile hastaların yaşı, hastalık süresi, kullandıkları günlük levodopa dozları, HADS skoru ve BPHDÖ toplam skoru ile anlamlı ilişki yoktu. Hastaların PUKİ toplam skoru ile BPHDÖ 1. Bölümü ile istatistiksel olarak pozitif korele idi. Hastaların Hoehn&Yahn evreleri arttıkça uyku kaliteleri istatistiksel olarak anlamlı bozulmaktadır. Hastaların ortalama ESS skoru 7.3±4 idi. 6 hastanın ESS skoru 10 'dan büyüktü ve gündüz aşırı uykululuk hali vardı. Hastaların ESS skorları ile yaşları, tanı yaşları, ortalama hastalık süreleri, günlük levodopa dozları, HADS skoru ve BPHDÖ toplam ve alt bölüm skorları arasında anlamlı ilişki yoktu.

Sonuç:
PH olan hastalarında uyku kalitesinde bozukluk çok sık görülmektedir. Hastalık evresi arttıkça uyku kaliteleri daha çok bozulmaktadır. PH olan hastalardaki gündüz aşırı uykululuk hali hastaların klinik durumları ve kullandıkları levodopa dozları ile ilişkili değildi.

EP - 452 ANTİ-MOG POZİTİF DEMİYELİNİZAN HASTALIK: NADİR BİR OLGU SUNUMU MOGAD

ALİHAN ABDULLAH AKBAŞ [1], OĞUZHAN TURHAN [1], ESRA ÜNAL [1], DİLCAN KOTAN [2], TÜRKAN ACAR [1]

[1] S. B. SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ A.D.

Giriş:
Miyelin oligodendrosit glikoprotein antikoru ile ilişkili hastalık (MOGAD) çoğunlukla optik sinir ve medulla spinalis tutulumu ile seyreden otoimmün bozukluktur. Kliniğinde, görme keskinliğinde azalma, görme kaybı, baş dönmesi gibi semptomlar olabilmektedir. Hastaların nörogörüntülemelerinde; beyinsapı lezyonları, nadiren periventriküler MS benzeri lezyonlar görülebilir. MOGAD, otoimmünitenin etkilendiği hastalıklarla birliktelik gösterebilir. Bu yazıda anti-mog pozitif olan ve FMF birlikteliği bulunan olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu:
29 yaş kadın hasta baş dönmesi ve çift görme şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Sola bakışta sağ göz içe bakamama sol gözde nistagmus, sağ bakışta sol göz içe bakamama sağ göz nistagmus mevcuttu. Olası inme ve multipl skleroz (MS) düşünülen hastanın kontrastlı kranial MR' ında demiyelinizan plaklar izlendi. 5 gun pulse steroid tedavisinde ciddi yanıt alınamadı. 4 doz gün aşırı plazmaferez yapıldı. Tetkiklerinde okb anti-nmo anti-mog pozitif, vaskülit tetkikleri negatif sonuçlandı. Takiplerinde sola bakışta sağ göz içe bakışta tam düzelme görüldü. Sağ bakışta sol göz içe bakışta kısıtlılık devam ediyordu. İmmün modülatuvar tedavisi planlanarak taburcu edildi.

Tartışma-Sonuç:
Demiyelinizan hastalık ve FMF hastalıklarında inflamasyon, kliniklerinde ataklarla seyretmesi benzerlik göstermektedir. FMF'te oluşan inflamatuar süreçlerle demyelinizasyon oluşur ve demiyelinizan hastalıklar gelişebilir. NMOSD, MOGAD ve ADEM hastalarını MSden MRG bulguları ile ayırmak mümkün olabilir. Ancak ayırıcı tanıda nörogörüntüleme tek başına yeterli olamayabilir. Görüntüleme, klinik ve laboratuvar bulgularıyla doğru ayırıcı tanı yapılmalıdır. MOGAD, benzer olabilecek klinik tabloları ve alışılmış ataklarla seyretme özelliğinden dolayı toplumda daha sık görülen MS veya nöromiyelitis optika spektrum bozuklukları (NMOSD) ile karışabilir. MOGAD tanısı için anti-MOG pozitifliği önemli bir biyobelirteçtir.

EP - 453 AKUT HEMORAJİK ENSEFALOMİYELİT: OLGU SUNUMU

AYBİKE BIYIK , SERAP RUKEN TEKER , MİNA ÜZÜLMEZ YILDIZ , AYSUN SOYSAL

BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Akut hemorajik ensefalomiyelit (AHEM), çoğunlukla serebellar hemisferler, nadir olarak serebellum, beyin sapı ve omuriliği etkileyen, ADEM'in hiperakut bir varyantıdır. Çok nadir olan bu hastalık hem erişkin hem de çocuklarda görülür. Kanıta dayalı tanı kriterleri bulunmadığından tanı koymak zordur ve düşük insidans buna bağlı olabilir. Nörogörüntüleme, BOS bulguları ve klinik ile ayrıcı tanıda akla gelmesi, morbidite ve mortalite açısından önemlidir.

Olgu:
39 yaşında erkek hasta, 6 gündür olan şiddetli baş ağrısı ve bulantı şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Ense sertliği dışında muayene bulgusu olmayan hastanın kranial MR'ında T2-FLAIR'da sağ pontoserebellar hiperintens kontrastlanmayan lezyon, spinal MR'da T4 seviyesine kadar uzanan diffüz ödematöz tutulum saptandı. Etiyolojiyi belirlemek amacıyla yapılan lomber ponksiyonda BOS'ta 200 lökosit , protein 82 , glukoz 51 (eş zamanlı kan şekeri 96) olması üzerine seftriakson 2x2 gr tedavisi ile nöroloji servisinde takip edilmeye başlandı. Ön planda Behçet düşünülerek 5 gün IV metilprednisolon tedavisi başlandı ve hastanın şikayetleri geriledi. Tedavi bitiminden 2 gün sonra baş ağrısı ve başdönmesi şikayeti, nörolojik muayenesinde nistagmus, desteksiz oturamama, ataksi gözlendi. Kranial MR'da sol pontoserebellarda kontrastlanmayan granülomatöz lezyona yönelik nöroradyoloji görüşü alındı, enfeksiyon lehine değerlendirildi. Tüberküloz ve sarkoidoz açısından çekilen toraks BT'de patoloji izlenmedi. Sistemik vaskülit markerları, viral-bakteriyel enfeksiyon paneli, NMO, MOG antikorları, otoimmun-paraneoplastik panel, HLA B51 negatif olarak sonuçlandı. Hastanın çocukken tüberküloz öyküsünün de bulunması üzerine, anti-tbc tedavisi, fungal enfeksiyon dışlanamadığı için antifungal tedavi ve prednol 60mg/gün po başlandı.
Takiplerinde klinik ve radyolojik olarak iyileşme gösteren hasta, taburcu edildikten 1 ay sonra sağ taraflı uyuşma şikayetiyle tekrar başvurdu. Kranial MR'ında sol serebellar pedinkülde granülomatöz görünümde, kontrastlanmanın eşlik ettiği lezyonda, kanama odakları gözlendi. Hastaya 10 gün pulse steroid tedavisi ve idame olarak 60mg/gün oral idame başlandı. Şikayetleri geriledi.

Sonuç:
Literatürde genellikle ölümcül seyrettiği bildirilen ve oldukça nadir görülen akut hemorajik ensefalomiyelit, mortalite oranı göz önünde bulundurulduğunda, erken tanı ve yüksek doz metilprednizolon tedavisinin yaşam kurtarıcı olabileceği akılda tutulmalıdır.

EP - 454 DÜŞÜK MOLEKÜL AĞIRLIKLI HEPARİN KAYNAKLI DERİ NEKROZU OLAN İSKEMİK İNME: OLGU SUNUMU

AYSU KISA , SELİME BETÜL ÖZKAN , ÖZLEM AKDOĞAN , UFUK EMRE TOPRAK

İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Heparine bağlı cilt nekrozu nadir görülür. Fraksiyone olmayan heparine (UFH) bağlı cilt nekrozu, düşük molekül ağırlıklı heparine (DMAH) göre daha sık gözlenir. Atriyal fibrilasyona bağlı iskemik inme gelişen, DMAH başlanması sonrası yaygın cilt nekrozu oluşan bir hasta sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem:
Ani başlangıçlı konuşmada peltekleşme şikayetiyle başvuran 78 yaşında kadın hasta iskemik inme tanısıyla acil serviste değerlendirildi. Nörolojik muayenesinde dizartri ve solda 4/5 kas gücü mevcuttu. Trombektomi uygulanan ve atriyal fibrilasyon nedeniyle DMAH başlanan hasta yoğun bakım ünitesine devredildi. Yatışının birinci ayında kliniğimize devir alınan hastanın her iki üst ekstremitesinde ciltte yaygın hiperemik zeminde erode ülserler gözlendi. Lezyonların kliniğinin birinci haftasında başladığı, sayısının ve çapının zamanla arttığı öğrenildi. Dermatoloji tarafından önerilen yara bakımı tedavisine rağmen gerileme olmadı. Şikayetlerin yatışında başlaması nedeniyle kullandığı ilaçlar gözden geçirildiğinde lezyonların DMAH kullanımına bağlı olabileceği düşünüldü. DMAH tedavisi kesildikten sonra lezyonlar geriledi.

Bulgular:
Heparine bağlı cilt nekrozunda tromboz cilt damarlarına lokalizedir. Başlangıçta sıklıkla ağrının eşlik ettiği eritemli, maküler, papüler veya ekzematöz özellikteki lezyonlar birkaç günde nekrotik hale gelir. Patolojik incelemede küçük ve orta büyüklükteki dermal ve hipodermal damarlarda trombüse bağlı nekroz gözlenir. Nekroz genellikle DMAH başlanmasını takiben 5.-11. günler arasında gelişir. Ancak hasta daha önce duyarlılaşmışsa hemen ortaya çıkabilir. Tanı tedavinin ilk günlerinde oluşan deri lezyonları, laboratuvar testleri ve deri biyopsisi ile konulur.

Sonuç:
DMAH kullanımı olan hastalarda sadece enjeksiyon bölgesi değil tüm vücut bölgeleri nekroz olasılığı açısından rutin kontrol edilmelidir. Deride nekroz saptandığında diğer organlarda da yaşamı tehdit eden komplikasyonlar gelişebileceğinden heparin tedavisi hemen kesilmelidir.

EP - 455 HEPATİK ENSEFELOPATİ VE MRG GÖRÜNTÜLEMEDE ATİPİK KORTİKAL TUTULUM:OLGU SUNUMU

ESRA ACIMAN DEMİREL , MUHAMMET BUĞRA YEŞİLDEMİR , AYŞENUR BAŞEL PALA

BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ABD

Giriş:
Akut hiperamonyemik ensefalopati, amonyak üretiminin artmasına veya eliminasyonunun azalmasına neden olan sebeplerle ortaya çıkan bir tablodur. Nöropsikiyatrik bulgular, beyin ödemi, intrakraniyal hipertansiyon, koma ve ölüme neden olabilir. Beyin MRG bulguları spesifiktir.
Biz kranial MRG de atipik tutulumu olan hiperamonyemik ensefalopati hastasını sunmak istedik.

Olgu:
43 yaşında erkek hasta Ocak 2023 tarihinde sol kolda güçsüzlük, çevresindekileri tanıyamama, gaita ve idrar kaçırma, bilinç değişikliği nedeniyle tarafımıza danışıldı. Hastanın nörolojik muayenesinde bilinç açık, kısmi koopere, oryantasyonu bozuk, motor defisiti yok, patolojik refleksi yoktu. Ensefalopati tablosu mevcuttu.
Hasta 2022 Aralık ayında gastroenteroloji kliniğine başvurmuş ,alkolik siroz tanısı konmuş ve hastaya tedavi başlanmış.
Difüzyon MRG'sinde korpus kallozumda, sağ kaudat nukleus başı komşuluğundan internal kapsül anterior bacağına uzanan 1 cm çaplı oval şekilli diffuzyon kısıtlılığı izlendi.
Kontrastlı MRG'de korpus kallosum korpusunda, sağ kaudotalamik bileşke kesiminde T2-FLAİR hiperintens lezyon izlendi. Lezyonda geç kontrastlanma izlendi. Bilateral bazal ganglionlarda T1 AG sinyal artmış görüldü.
Hastanın Beyin MRG Anjiyografisi normaldi. EEG de ön planda Hepatik enselelopati şeklinde yorumlandı .
Hastanın hiperamonyemisine yönelik yapılan tedavi ile , hastanın beyin MRG görüntülemelerinde düzelme ve bilinç durumunda iyileşme izlendi.

Tartışma:
Hipoksik-iskemik ensefalopati, limbik ensefalit, akut hipertansif, hiponatremik veya Creutzfeldt-Jacob ensefalopatileri gibi diğer durumlarda beyin MRG'sinde kapsamlı kortikal sinyal anormallikleriyle karşılaşılabilir ve bu nedenle ayırıcı tanıya dahil edilmelidir.
Siroz nedeniyle takipli hepatik ensefalopatili hastaların MRG 'de beyinde atipik amonyak birikimi ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

EP - 456 KRANİAL SİNİR PARALİZİSİ İLE PREZENTE OLAN NAZOFARİNKS KARSİNOMU OLGUSU

CANSU ÇAPITLI , CİHAT UZUNKÖPRÜ , YEŞİM BECKMANN

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ABD

Amaç:
Kranial sinirler Nöroloji pratiğinde lezyon lokalizayonu açısından oldukça önemlidir. Kranial sinir tutulumları olan olgularda etyolojide enfeksiyonlar, malignite ve anevrizma basısı ön planda değerlendirilmelidir. Ardışık multipl kranial sinir tutulumu olan olgularda tümöral invazyon ekarte edilmelidir. Nöroloji polikliniğine çift görme şikayeti ile başvuran, görüntülemelerinde kavernöz sinüse invaze olan nazofarinks karsinomu saptanan hastayı sunmak istedik.

Olgu:
55 yaşında KOAH dışında bilinen ek hastalığı olmayan erkek hasta, başın sağ yarısında ağrı ve çift görme şikayetiyle başvurdu. Muayenede sağ gözde izole dışa bakış kısıtlılığı saptandı. Göz hastalıkları tarafından yapılan muayenede optik disk sınırları normaldi, papil ödem yoktu. Beyin ve boyun bt anjiyografide sağ internal karotis arterde lümende daralma izlendi.
Çekilen kranial mrg'da nazofarinkste rosenmüller fossayı oblitere eden irregüler yumuşak doku kitlesinin kavernöz sinüse invaze olduğu görüldü. Foramen ovale düzeyinde perinöral yayılım ile uyumlu kontrastlanma artışı izlendi. Yapılan endoskopik bakıda nazofarinks sağ kesiminden biyopsi alındı. Patoloji sonucunda non-keratinize nazofarinks karsinomu saptandı. Takipte hastanın sağ gözünde pitoz gelişti. Acil indüksiyon kemoterapisi başlanarak Onkoloji bölümüne devredildi.

Tartışma:
Kranial sinirler Nöroloji pratiğinde lezyon lokalizasyonu için kritik bilgiler sağlaması nedeniyle özel bir yere sahiptir. İlk değerlendirilmesi gereken kranial sinir tutulumunun izole ya da multipl olup olmadığıdır. Etyolojide lokalize inflamasyon, enfeksiyonlar,granülomatöz hastalıklar, travma, yer kaplayan oluşumlar, anevrizma basısı ön planda değerlendirilmelidir. Tümör anterior olarak kavernöz sinüs ve orta serebral fossa bölgelerine doğru yayılmışsa, kranial sinirlere bası etkisi nedeniyle belirgin görsel , okülomotor ve duysal bozukluklar olabilir. Olgumuzda ardışık kranial sinir tutulumu ile prezente olan etyolojide perinöral invazyona neden olan nazofarinks karsinomu olduğu için sunmaya değer bulduk.

EP - 457 NÖROBRUSELLOZ OLGU SUNUMU

EBRAR BEŞLİ , BUSE ALTUNBAŞAK , GÖRKEM TUTAL GÜRSOY , YEŞİM SÜCÜLLÜ KARADAĞ

ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ

Giriş:
Akut/subakut başlangıçlı serebellar bulgular vasküler, metabolik , paraneoplastik veya enfeksiyoz nedenlere bağlı ortaya çıkar. Ayırıcı tanı için ayrıntılı öykü, nörolojik muayene ve görüntüleme; gerekliği görüldüğü taktirde ileri tetkik yöntemleri ile inceleme önemlidir.

Olgu:
57 yaş erkek hasta 6 ay önce ani başlayan denge kaybı, konuşma bozukluğu ,unutkanlık şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Öyküsünde bu süre içinde 10 kg kilo kaybı olması nedeniyle tetkik edildiği, tiroid ve prostat ca açısından araştırıldığı öğrenildi. Yapılan nörolojik muayenesinde belirgin patlayıcı tarzda konuşma, sola ataksi, bilateral dismetri ve disdiadokinezi saptandı. Beyin magnetik rezonans görüntülemesi normal olan hasta paraneoplastik serebellar dejenerasyon ön tanısı ile yatırıldı. Hastanın BOS örneklemesinden limbik, paraneoplasik panel ve bos brucella aglütinasyon testi gönderildi. Hastanın nöropsikolojik test sonucu 16/30 olarak bulundu.Limbik ve paraneoplastik panel sonucu negatif saptandı. BOS brucella aglütinasyon sonucu 1/512 titrede pozitif olarak saptanması üzerine hastaya doksisiklin 2x100 ve rifampisin 1x600 mg başlandı. Semptomlarında belirgin düzelme görüldü.

Tartışma:
Nörobruselloz nadir görülen bir komplikasyon olup ülkemizde görülme sıklığı %3-17.2 oranında değişmektedir (1). Sıklıkla menenjit, meningoensefalit, kranial nöropati, intrakranial hipertansiyon şeklinde santral sinir sistemi tutulumu görülür (2). Hastamızda farklı olarak öncelikle serebellar bulguların ön planda olması ve eşlik eden malignite süreçleri olması nedeniyle ön planda paraneoplastik serebellar dejenerasyon düşündük (3). Hastanın tekrarlanan kranial MR sonucunun normal olması ve gönderilen ensefalit panelinin negatif olması ve BOS brucella antijeninin pozitif olması nedeniyle nörobrucelloz tanısı koyarak tedavisine başladık. Bu vaka nörobrucellozun çok nadir bir görülme şekli olan serebellar tutulum ile de seyredebileceğini göstermesi açısından önemlidir.

EP - 458 RADYOTERAPİNİN GEÇ BİR KOMPLİKASYONU: SMART SENDROMU-OLGU SUNUMU

EZGİ AYŞE ÇAKIR KARAHAN , AYŞEGÜL ÖZYILMAZ , AHMET YABALAK , BURCU POLAT

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Giriş:
Radyasyon tedavisi sonrası felç benzeri migren atakları (SMART) sendromu, belirli bir sebepten alınan radyasyonun gecikmiş bir komplikasyonudur. Nadir bir tanı olması üzerine tartışmaya değer bulunmuştur. SMART sendromunun tanısı, migren benzeri baş ağrıları, felç benzeri semptomlar ve nöbetler, manyetik rezonans görüntüleme (MRI) bulgularına dayandırılabilir.

Olgu Sunumu:
Otuz yaşında erkek hasta tarafımıza baş ağrısı, peltek konuşma ve bulanık görme şikayetiyle başvurdu. Hipertansiyon, hipotiroidi, alopesi, epilepsi ve geçirilmiş minör enfarkt tanıları mevcut olup, beş yaşında dördüncü ventrikül içinde santral yerleşimli, bulbusa bası yapan, spinal metastazlarla seyreden medulloblastom tanısı almış opere edilmiş, kemoterapi ve radyoterapi almış olduğu öğrenildi. Hasta mükerrer muayenelerinde bilinci konfuze, sağ homonim hemianopsi,kas gücü sağ üst 0/5, sağ alt 3/5 olarak değerlendirildi. İlk görüntülemelerinde akut patoloji izlenmemiş olup kontrol manyetik rezonans görüntülemelerinde (mrg) sol oksipitoparietal loblarda kortikal düzeyde subaraknoid hemorajik alanlar,gyruslarında kontrast tutulumu ve fokal kortikal laminer nekroz ile uyumlu griform sinyal artışı görüldü. Hastanın kan, BOS örnekleri ve genetik tetkiklerinde herhangi bir özellik görülmedi. Sık tonik klonik nöbetleri nedeniyle antiepileptik tedavisi revize edilmesine rağmen nöbetleri sebat etti, takibinde status epileptikus kabul edildi, yoğun bakım takibine alındı. Yatışının on beşinci gününde hastanın bilinci açıldı, güç kaybı düzeldi, şikayetleri gerilemiş olarak taburcu edildi. Kontrol görüntülemelerinde mevcut tutulan alanda lezyon yerine ensefalomalazik alan izlendi.

Sonuç:
Literatürde farklı tedavi prosedürleri uygulandığı görülse de iki hafta-iki ay aralığında kendiliğinden semptomları düzelen vakalar da bildirilmiştir. Radyoterapi öyküsü olan, inme benzeri bulgular, nöbetler ve baş ağrısıyla başvuran bir hastada SMART sendromunun tanınması, invaziv prosedürlerinden ve yanlış teşhisten kaçınmak için esastır.

EP - 459 GRANÜLOMATÖZ POLİANJİTİS (WEGENER GRANÜLOMATOZU) TANILI HASTADA GELİŞEN AKUT İSKEMİK İNME

BÜŞRA YARSAN , MERYEM TUBA SÖNMEZ , DUYGU ARSLAN MEHDİYEV , SELİM SELÇUK ÇOMOĞLU

ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
Günümüzde granülomatöz polianjitis olarak isimlendirilen Wegener granülomatozu multisistemik ve nekrotizan özellikte bir vaskülittir. Tedavisiz hastalarda, %23-50 oranında nörolojik komplikasyon ortaya çıkabilir. En sık rastlanılan nörolojik komplikasyonlar kranial ve periferik nöropatilerdir. Santral sinir sistemi parankimini etkileyen küçük damar vasküliti ise daha az sıklıkla görülür. Olgu sunumumuzda bu komplikasyon ele alınacaktır.

Yöntem:
Kırk dokuz yaşında erkek hasta peltek konuşma ve dengesizlik yakınmasıyla kliniğimize başvurdu. Üç gün önce 10 dakika kadar süren benzer yakınmaları olduğu öğrenildi. Hastanın 12 yıl önce Wegener granülomatozu tanısı aldığı, hastalığı nedeniyle 1,5 yıl steroid tedavisi gördüğü ancak 10 yıldır takipsiz olduğu bildirildi. Periferik nöropati için aldığı Gabapentin 600 mg/gün dışında düzenli ilaç kullanımı bulunmamaktaydı.

Sonuç:
Nörolojik muayenesinde hafif dizatrisi ve tandem yürüyüşte hafif zorlanma dışında yeni bulgu saptanmadı. Alt ekstremitede azalmış derin tendon refleksleri ve eldiven çorap tarzı duyu kaybı, öncesinde var olan periferik nöropatisi ile ilişkilendirildi. Beyin manyetik rezonans görüntülemesinde difüzyon ağırlıklı kesitlerde bilateral ponsta parçalı görünümde akut infarkt lehine değerlendirilen lezyonlar saptandı. İskemik inme etyolojisine yönelik rutin tetkikleri normaldi.

Tartışma:
Elde edilen bulgular sonucunda hastada granülomatöz polianjitis ilişkili akut iskemik inme düşünüldü. Hastaya antiagregan (oral asetilsalisilik asit 100 mg/gün) tedavinin yanı sıra 5 gün süre ile pulse steroid (intravenöz metilprednizolon 1 gr/gün) tedavisi verildi. Akabinde oral steroid ile idame tedavisine geçildi. Hastanın 1 hafta sonra yapılan klinik takibinde denge bozukluğu şikayetinin düzeldiği ve konuşmasının normale döndüğü saptandı. Granülomatöz polianjitisin oldukça nadir olan bu nörolojik komplikasyonuna dikkat çekmek amacıyla olgumuz sunulmaya değer görülmüştür.

EP - 460 ESNEME İLE TETİKLENEN REFLEKS EPİLEPSİSİ OLAN ERGEN HASTA

MİNE BUSE SALKIN SARGIN , GİZEM AYNUR AKTAŞ , TUĞBA UYAR CANKAY , AHMET YILDIRIM , TEMEL TOMBUL

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE ŞEHİR HASTANESİ

Giriş:
Refleks epilepsiler (RE) objektif ve spesifik tetikleyiciler (dışardan etkiler veya hastanın kendi aktivitesine bağlı) ile ortaya çıkan epileptik nöbetlerdir. RE'de uyaran faktöre göre alt tipleri değişken farklı şekillerde nöbetler gözlenebilmektedir. RE spesifik tetikleyiciler bazen de kendiliğinden olabilen fokal veya jeneralize nöbetlerle prezente olabilmektedir. Uyaran genellikle dışardan (ışık,sıcak su) ve internal (emosyonel, düşünme) olabilmektedir. Erişkinlerde görülen nöbetlerin % 5'ini, çocuklukta görülenlerin ise %10'unu RE'ler oluşturur.

Olgu:
On dört yaşında erkek hasta son 2 ay içinde giderek sıklaşan gerinme sonrası aniden boş bakma, ardından bilinç kaybı ile ani düşmelerin olduğu atakları şikayeti ile başvurdu. Hasta gerindikten sonra aniden boş bakıyor sonrasında 'ne oluyor?' diyerek düşüyormuş. Öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Nörolojik mauyenede motor-mental gelişimi normaldi ve anormal bulgu saptanmadı. Hasta nöroloji kliniğinde esneme sonrası benzer ataktan geçti. Kardiyolojik değerlendirmesi, EEG, kranial MR ve MR anjiografi incelemeleri normaldi. Hastaya refleks epilepsi tanısı ile levetirasetam 500 mg 2x1 başlandı ve esneme veya benzer tetikletici hareketlerden kaçınması gerekliliği anlatıldı. Tedavi sonrası nöbetlerin gerilediği gözlendi.

Sonuç:
Refleks epilepsi fizyolojik aktivitelerde rol alan fonksiyonel anatomik ağların uyarılmasına bağlı kortikal hiperekstibilitaye bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Fokal nöbet olarak başlayabilir, kortikoretikuler yollar ile hızlı sekonder jeneralizasyon gözlenebilir. Self-induced nöbetler çok nadir ve paterne hassasiyeti olan kişilerde görülmektedir. Bu nöbetler arasında en çok bilineneni tekrarlayan ışık kaynağına bakma ve elini sallama ile ortaya çıkan ayçiçeği sendromu, tekrarlayan göz açma ve kapatmalar, spesifik baş hareketleri, hızlıca Tv kanallarının değiştirilmesi ile ortaya çıkan nöbetler olarak bilinmektedir ve kompulsif komponenti bulunmaktadır. Esneme ile tetiklenen refleks epilepsi çok nadir refleks epilepsi türleri arasındadır ve senkoptan ayırt edilmelidir.

EP - 461 ERİŞKİN DÖNEMDE NADİR GÖRÜLEN BİR KLİNİK TABLO: ABSANS STATUS EPİLEPTİKUS

ONUR ANIL MUTLU , BENGİ GÜL TÜRK , FURKAN ASAN

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Absans status epileptikusu (ASE), İdiopatik/ Genetik Jeneralize Epilepsi (I/GJE) tanılı hastalarda veya nadiren *"de-novo"* olarak gelişebilir. *De-novo* olarak ortaya çıkan ASE'nin benzodiyazepin çekilme tablosu veya metabolik anormallikler gibi farklı nedenleri bildirilmiştir. Bu olguda ASE tablosundaki bir hastanın etiyolojik değerlendirmesinin tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu:
Daha önce bilinen kronik bir hastalığı olmayan, 13 haftalık gebe olan 22 yaşında kadın hasta; iki gündür tekrarlayan bayılma atakları nedeniyle başvurdu. Gün içerisinde iki-üç kere atakların tekrarlayabildiği, bu atakların dışında da öncekine göre çok daha az konuştuğu ve genellikle dalgın olduğu belirtildi. Ataklarda ise renginin solduğu, tüm ekstremitelerde kısa süreli (10 saniye kadar) kasılmaların olduğu öğrenildi. Hastanın poliklinikte yapılan değerlendirmesinde zaman oryantasyonunda bozulma olduğu, konuşma ve hareket etmeye karşı genel bir isteksizlik hali olduğu görüldü. Haricinde nörolojik muayenede bir özellik saptanmadı. Rutin elektroensefalografi (EEG) kaydında, kayıt süresinin tamamı boyunca devam eden, her iki hemisferin fronto-santral elektrotlarda belirgin olmak üzere yaygın, 3 Hz, diken-yavaş dalga paroksizmleri görüldü. ASE olarak değerlendirilerek diazepam ve ardından levetirasetam uygulaması yapıldı. Ertesi gün çekilen EEG'de ASE tablosunun düzeldiği görüldü. Nörolojik muayenesi de normale dönen hasta oral levetirasetam tedavisi ile taburcu edildi. Hasta ve yakınları tekrar sorgulandığında daha önce benzer bir epizod yaşamadığı ya da epilepsi öyküsü olmadığı öğrenildi.

Tartışma Ve Sonuç:
Olgumuzda daha önce epilepsi öyküsü olmaması ve gebelik sırasında ASE'nin gelişmesi, tablonun gebelik ile tetiklenmiş olma olasılığını düşündürmüştür.
Gebelikte başlayan epilepsiler içerisinde I/GJE oldukça düşük bir oranı oluşturmaktadır. Ancak özellikle gebeliğin ilk trimesterinde hormonal değişikliklere bağlı olarak epileptik nöbetlere yatkınlığın artmasının, olgumuzda tetikleyici rol oynamış olabileceği düşünülmüştür.

EP - 462 İNTRAKRANİAL HİPOTANSİYON SENDROMU İLİŞKİLİ İZOLE KORTİKAL VEN TROMBOZU OLGUSU

SAHİB ROVSHANOV , HAKAN AKGÜN

ANKARA KORU HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
İntrakranial hipotansiyon sendromunun serebral venöz tromboz (SVT) ile birlikteliği nadirdir. Kortikal ven trombozu SVT'nin nadir görülen bir formu olup, bazı durumlarda tanı açısından zorluk yaşanabilir. Bu bildiride biz epidural anestezi sonrası gelişen intrakranial hipotansiyon ve bununla ilişkili izole kortikal venöz trombozu olan vakayı sunmaktayız.

Olgu Sunumu:
Bilinen dahili hastalığı olmayan, epidural anestezi altında sezaryen yapılan 29 yaşında kadın hastanın doğum sonrası 5 gündür devam eden ortostatik baş ağrısı nedeni ile poliklinik başvurusunda yapılan nörolojik muayenesi normaldi. Çekilen beyin manyetik rezonans görüntülemede (MRG) bilateral serebral dural planlarda kalınlaşma ve artmış kontrastlanma görülmüş olup bulgular intrakranial hipotansiyon lehine yorumlandı. Hasta sıvı hidrasyonu ve kafein içeren analjezik tedavisi başlanarak takibe alındı. Beş gün sonra şikayetlerinin geçmemesi ve eklenen sağ tarafta kısa süreli, birkaç dakika süren güçsüzlük atakları ile hasta tekrar kliniğimize başvurdu. Beyin MRG tekrarlandı, önceki görüntülemede olan dural kalınlaşma ve kontrastlanma bulgularında artış ve buna ek olarak sol posterior paryetal kortikal venlerde tromboz ile uyumlu bulgular görüldü. Hastaya yatış yapılarak enoksaparin tedavisi başlandı. Hastanın klinik bulgularında artış olması üzerine lomber bölgeden epidural yama yapıldı. Gönderilen trombofili panelinde PAI-1 polimorfizmi homozigot (4G/4G) mutant olarak pozitif sonuçlandı. Bir ay sonraki takipte hastanın semptomları gerilemiş olup ve kontrol beyin MRG tamamen normaldi.

Sonuç:
Epidural anestezi sırasında istenmeyen dural penetrasyonlar intrakranial hipotansiyon ve bunun sonucu olarak da venöz yapılarda kan akışında staz ve kompensatuar dilatasyona bağlı sinüs trombozu ortaya çıkarabilir. Altta yatan hematolojik koagülasyon bozukluğu da bu durumu kolaylaştırabilir. Spontan veya iatrojenik intrakranial hipotansiyon hastalarında serebral venöz tromboz mevcut klinik durumu ağırlaştıra ve daha kötü sonuçlara neden olabileceğinden bu tarz vakaların yakın takibi ve erken tanısı önemlidir.

EP - 463 MELATONİN TEDAVİSİNE YANIT VEREN PİNEAL HİPOSEKRESYONLA İLİŞKİLİ BAŞ AĞRISI OLGUSU

ÖMER KARADAŞ , SEMİH MERT KILIÇ

GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
İnsanlar da dahil olmak üzere memelilerin çoğu karanlık aydınlık siklusuyla ilişkili sirkadyen ritme bağımlıdır. Organizasyon bir fotonöroendokrin (FNES) sistemden oluşmaktadır. Bu sistem ile düzenlenen fizyolojik değişikler ile ilişkili baş ağrıları olabilmektedir. Bu yazıda melatonin tedavisine cevap veren pineal bez lezyonuna bağlı baş ağrısı olgusu sunulmuştur.

Olgu:
38 yaş erkek hasta, 18 ay önce başlayan, her iki temporal bölgede lokalize, uyandıktan sonra zonklayıcı karaktere dönüşerek başın geneline yayılan ağrı mevcut. Güneş doğmadan önce uyandığında ağrı daha hafif olmaktaymış; aksi halde çok şiddetli baş ağrısı tariflemekte. Gözlerde kızarıklık sulanma olmaktaymış. Bu baş ağrısı değişkenlik göstermekle birlikte 1.5 -5 saat sürmekteymiş. Ağrı sırasında anksiyete de eşlik ediyormuş. Hastanın yapılan nörolojik ve fizik muayenesi normal sınırlarda olup tam kan, rutin biyokimya ve hormon profili normal olarak saptanmıştır. NSAİ, triptan, O2, SNRI, topiramat tedavileriyle yakınmalarında bir değişiklik olmamış. Hastanın beyin MR incelenmesinde pineal bezde 10x7 mm boyutlarında lezyon tespit edildi. Gece saat 02:00'daki plazma melatonin seviyesi 11 pg/ml olarak ölçülen hastaya pineal hiposekresyon ile ilişkili baş ağrısı tanısı ile yatmadan önce (gece 23:00 sularında) 6 mg melatonin tedavisi başlandı. Tedavinin 10. gününde VAS skoru 10'dan 4'e geriledi. 2. Ayda melatonin dozu 10 mg/gün' e çıkarıldı. Baş ağrısı tama yakın düzeldi. Tedavi sonrası 3. ayda saat 02:00' da ölçülen plazma melatonin seviyesi 66 pg/ml olarak ölçüldü.

Sonuç:
Pineal bezdeki lezyon veya lezyon ile ilişkili yolakların tutulumu sebebi ile FNES etkilenmesi düşünülen baş ağrılı hastada, tedaviye melatonin eklenmesi ile şikayetlerin kaybolduğu görüldü.

EP - 464 PARAPLEJİ İLE PREZENTE OLAN OLASI BANWARTH SENDROMU

YAŞAR ALTUN , SADİYE ŞENER ÇALIŞKAN

ADIYAMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ. ADIYAMAN

Olgu:
19 yaş kadın hasta, 1 Eylül 2022'de sol santral fasiyal paralizi nedeni Giresun EAH'ne başvurmuş. Beyin BT ve Kraniyal MRG'de özellik olmaması üzerine hastaya semptomatik tedavi başlanmış. Fasiyal asimetrisi gerileyen hastanın emosyonel stresle yakınmaları 14 Eylül 2022'de tekrar başlamış. Fizik muayenede anlamlı bir özellik saptanmayan ve görüntülemelerinde patoloji görülmeyen hastaya ek tedavi önerilmemiş. 18 Eylül 2022'de ani gelişen her iki bacağını oynatamama şikayetiyle başvuran hastada eşlik eden ağrı, kasılma, geçirilmiş viral ya da bakteriyel, ÜSYE, AGE vb. bir enfeksiyon belirtilmedi. Ayrıca idrar retansiyonu olan hasta çekilen kraniyal ve torakal MRG ilk aşamada normal olarak değerlendirilmiş. Kontraslı lomber MRG Kauda equina liflerinde hafif boyanma GBS açısından değerlendirilmesi şeklinde raporlanmıştır. Mevcut hali tarafımızca değerlendirilen hastanın nörolojik muayenesinde IR+/+, göz hareketleri doğal, bakış paralizisi yok. Sağda 5. kraniyal sinir duyu dalları hipoestezi, motor intakt. Sağda 7. sinir santral fasiyal paralizi. Sağ nasolabial sulkus silik, dil ağız dışında sola deviye -12. kraniyal sinir tutulum. Bilateral alt ektremite plejik. Duyu muayenesi: T10 düzeyinde seviye veren hipoestezi. T10 seviyesine kadar sıcak- soğuk ve ağrılı uyarana yanıt azalmıştı. DTR'ler: Her iki alt ekstremitede hipoaktif, üstte normoaktif.
Laboratuar değerlerinde Hgb değeri 11.5, lökositoz nötrofili ağırlıklı saptandı. (26900 lökosit, % 83.5 nötrofil), akut faz reaktanları negatif. ELİSA negatif. Brucella Immunocapture (-), T.Pallidum Total Antikor Ig M+ Ig G (-), VDRL-RPR(-), ARB(-) değerlendirildi. ENA panelinde: ANA (-), Anti SS B. (+/-), Anti Histon (+++), ACE (-) olan hastanın bu değerleri Romatoloji tarafından anlamlı bulunmadı. Hastada akut porfiriyi dışlamak adına idrarda porfirin istendi. Hastanemizde porfobilinojen çalışılmadığı için gönderilmedi. Atipik pnömoni paneli çalışılan hastanın Miycoplasma Pneumonia antikor IgM (+) saptandı. Herhangi bir klinik bulgu bulunmamaktaydı. Hastaya diseksiyon ekartasyonu açısından Kontraslı üst ve alt batın BT çekildi. Patolojiye rastlanmadı.
Seviye veren duyu kusuru olması üzerine Kontrastlı Torakal MR'da T3-T9 arasında intradural, ekstramedüller alanda spinal kordu anteriora iten, tüm serilerde BOS ile izointens sinyal özelliği gösteren araknoid kist ile uyumlu görünüm saptanması üzerine Myelegrafi planlanan hastada patoloji görülmedi. Beyin cerrahisi tarafından değerlendirilen hastaya girişim düşünülmedi. EMG normal sınırlarda değerlendirildi. LP si yapılan hastanın BOS basıncı 170 cm H2O, biyokimyası doğal. Direkt bakıda 20 eritrosit sayıldı.
Hasta myelit kabul edilerek İVMP 1000 mg/gün başlandı. Tedavinin 3. gününde motor defisitde gerileme görüldü. Yatışının 10. günü tedavisinin 5. gününde Borrelia burgdorferi Ig M 1,11 (<0.9 neg.), IgG 3.92 (<16 neg.) tespit edilen hastaya enfeksiyon hastalıkları önerisiyle 14 gün Doksisiklin 2x100 mg başlandı.
Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde 15-20 Ağustos 2022 tarihleri arasında Giresun'da fındık bahçesinde çalıştığı ve orda aynı anda 2 tane kene tarafından ısırıldığı anlaşıldı. O dönem ateş, halsizlik vb. şikayetleri ve cilt döküntülerinin hiç olmadığı öğrenildi. Depresif duygu durumu nedeniyle psikiyatri ile konsülte edilen hastaya paroksetin 1x20 başlandı. PULS steroid tedavisi 7 güne tamamlanan hastanın paraplejisi tamamen geriledi ve hasta desteksiz yürümeye başladı. Hastanın aynı zamanda kraniyal motor ve duyu defisiti de tamamen düzeldi. Kontrol EMG'de iletiler normal saptandı. Tüm şikayetleri gerileyen hasta şifa ile taburcu edildi.
Sonuç; hastada Lyme hastalığının nadir bir nöroinvaziv formu olan Bannwarth Sendromu düşünüldü. Bu oluşumda ağrılı radikülopati, motor güçsüzlük, kranial sinir felci, Lenfositik pleositoz (BOS'ta lenfosit sayısında anormal bir artış) görülebilir. Hastalıkta semptomlar birkaç hafta boyunca ortaya çıkabilir. Parapleji ile gelen hastada Bannwarth Sendromu göz ardı edilmemelidir.

EP - 465 SERVİKAL VE TORAKAL EPİDURAL BOŞLUKTA GENİŞLEMEYLE SEYREDEN SPONTAN İNTRAKRANİAL HİPOTANSİYON OLGUSU

ABDURRAHİM OZKAN , MUHAMMED YILDIRIM , MEHMET İLKER YÖN , TAHİR KURTULUŞ YOLDAŞ

ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ

Olgu:
Spontan intrakraniyal hipotansiyon (SIH), beyin omurilik sıvısının (BOS) sızması, buna bağlı BOS hipovolemisi ve intrakraniyal hipotansiyon ile sonuçlanır. Bazı hastalarda SIH minör travmadan önce gelebilse de, sıklıkla tanımlanabilir herhangi bir başlatıcı olayın yokluğunda ortaya çıkar. Ortostatik baş ağrısı, genellikle bir veya daha fazla SIH semptomunun eşlik ettiği birincil klinik bulgudur. Hastalar postüral baş ağrısı, tinnitus, vertigo, diplopi, yüzde hipoestezi, bulantı, kusma yakınmaları ile başvurmaktadır. . Tanısı anemnez, klinik, laboratuar ve radyolojik tetkikler ile konur. Tanıya radyolojik olarak ; gadolinyum ile MRG, nükleer sternografi ve miyelografiyi içerebilen görüntüleme çalışmalarının bir kombinasyonu ile ulaşılabilir. Tedavi, yatak istirahati ve hidrasyon gibi konservatif yönetimden, otolog kan yaması ile lomber ponksiyon, sızıntı yerinde BT rehberliğinde fibrin yapıştırıcı enjeksiyonu ve açık cerrahi müdahale gibi invaziv prosedürlere kadar uzanmaktadır. Sonuçlar, BOS kaçağının semptomların hafifletilmesiyle tam olarak çözülmesinden, kronik aralıksız semptomatoloji ile devam eden ve / veya tekrarlayan sızıntılara kadar değişir. OLGU: Otuz sekiz yaşında erkek hasta, 1 ay önce sabah uyandığında boynundan ve omuzlarından başlayan baş ağrısı şikâyeti ile nöroloji kliniğimize başvurdu. Baş ağrısı, ayağa kalkınca şiddetleniyor, uzanınca azalıyordu. Son bir haftadır kulak çınlaması şikayetide başlamıştı. Kranial MR'da supratentorial ve infratentorial diffüz düzenli pakimeningeal kalınlaşma izlendi. Servikal ve torakal MR'da epidural sıvı koleksiyonları gözlemlendi. BOS kaçakları servikal ve torakal vertebra lokalizasyonunda ileri düzeyde ileri düzeyde BOS koleksiyonuna yol açtığı gözlemlenen hastaya SIH tanısı kondu. Hastaya ağırlık egzersilerini bırakması önerildi. Hastanın 2 ay sonra şikayetlerinde gerileme oldu. Bu vaka raporunda postural tipte baş ağrısı, baş dönmesi ve kulak çınlaması şikayetleriyle başvuran hastanın MR bulgularında servikal ve torokal vertebralarda epidural mesafenin arttığını ortaya çıkardı ve SİH tanısı konduğu anlatılmakta. Vaka nadir görülen ve genellikle yanlış tanı konan SIH olan bu durumun teşhis ve tedavisindeki zorluklara dikkat çekiyor ve multidisipliner bir yaklaşımın önemini vurguluyor.

EP - 466 KOLŞİSİNE BAĞLI NÖROMİYOPATİ GELİŞEN OLGU SUNUMU

EMİNE GÖRGÜLÜ , AYLİN YAMAN , OZAN ARSLAN

ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Kolşisine bağlı gelişen nöromiyopati, yüksek doz kısa süreli veya terapötik dozda uzun süreli kolşisin alımında ortaya çıkmaktadır.Kronik kolşisin nöromiyopatisi, genellikle 1-2 yıl 0.5-1 mg/günlük dozlarda kolşisin alan hastalarda görülmetedir.Hastalarda genellikle alt ekstremiteyi tutan proksimal kas güçsüzlüğü görülmektedir. Serum CK seviyeleri normalin 10-20 katı kadar artış göstermektedir. Emg de keskin pozitif dalgalar ve polifazik miyopatik potansiyellere rastlanmaktadır. Sinir ileti testlerinde derin tendon reflekslerin azalmasının eşlik ettiği asemptomatik aksonal polinöropati görülmektedir. Kolşisin kesilmesiyle, kas güçsüzlüğü ve CK seviyesi 1-2 gün veya 1-2 haftada normale gelirken, nöropatinin iyileşmesi daha yavaş olmaktadır.

Olgu Sunumu:
69 yaşında kadın hasta 3 gün önce başlayan her iki bacakta ve kolda güçsüzlük şikayeti ile başvurdu.Güçsüzlüğü aynı gün içinde her iki kola yayılmış ve aynı zamanda kol ve bacaklarında hafif orta şiddette kas ağrısıda mevcuttu.Güçsüzlük ve ağrı şikayetleri bacaklarda daha şiddetli kollarda daha ılımlıydı.Aynı zamanda sol tarafında daha belirgin,asimetrik şiddetteydi.Uyuşukluk vs diğer nöropatik yakınmaları yoktu.Ayaklarının altında acı tariflemekteydi.Hastanın 1 hafta önce yaygın miyalji ile acil servise başvurduğu,üsye tanısıyla antibiyotik yazılıp taburcu edildiği öğrenildi.Hastanın uzun süre statin kullanımı mevcuttu,2 hafta önce tesadüfi ck yüksekliğii saptanınca kaslarına zarar veriyor diye kesildiği ama o zaman hastanın miyalji güçsüzlük gibi şikayetleri olmadığı öğrenildi.Özgeçmişinde hipertansiyon,diyabetes mellitus,kür malignite öyküsü henüz tam tanısı olmayan bağ dokusu hastalığı vardı.Asa,insülin,kolşisin,kalsitriol kullanmaktaydı.Hastanın nörolojik muayenesinde kranial sinirler intaktı bulber tutulum bulgusu yoktu.Kas gücü bilateral üst ekstremite proximal/distal 4/5 bilateral alt ekstremite proximal ve distal 4-/5 olacak şekilde bilateral simetrik alt ekstremitede daha belirgin olan proksimal distal farkı olmayan bir tabloydu.Hasta solda daha fazla güçsüzlük hissettiğini söylemekteydi muayenede kas gücü simetrik eşit saptandı.Bilateral biseps dışında reflexler alınamadı.Duyu korunmuştu.Miyotonik bulgular saptanmadı.İdrar ve gaita inkontinansı yoktu. Bu bulgularla hasta ağrılı tetraparezi tablosuyla tetkik edilip tedavi edilmek amacıyla yatırıldı.Hastaya tabloyu açıklamak amacıyla öncelikle emg yapıldı. Emg yaygın yer yer demyelinizan özellik gösteren subakut süreçte sensörimotor periferik nöropati ve mıyotonıların izlendiği yaygın mıyopatık tutulum ıle uyumlu saptandı.Bos protein normaldi.Hastanın guillain barre sendromu şüphesi mevcuttu fakat kliniğin akut olup emg de bulguların subakut olarak yorumlanması,hastanın kliniğinde kötüleşme olmaması,bos protein değerinin normal olması,bulber tutulum olmaması nedeniyle hastaya guillain barre sendromu tanısı konmadan diğer ayırıcı tanılarda değerlendirildi.Hastanın uzun süredir kolşisin kullanımı mevcuttu.Emg de demiyelinizasyonun yanında miyopatik tutulumunda olması ve 1 hafta önce serum ast-alt ve ck değerinin 3000 olması(tarafımıza yatışının 2. gününde normal düzeye geriledi) nedeniyle kolşisine bağlı akut miyopati de olabileceği düşünüldü.Hastanın kolşisini kesildi.Hastaya guillain barre sendromu ve akut inflamatuar nöropati ön tanılarıyla 5 gün ıvıg verildi.Hastanın kolşisin tedavisi kesilmesi ve IVIG tedavisi sonrasında kas gücünde belirgin düzelme izlendi.Hasta mevcut düzelme tablosunun daha hızlı olması da sebebiyle GBS den uzaklaşılarak ön planda kolşisine bağlı akut nöromiyopati olarak kabül edildi.

Sonuç:
Bu vaka yaygın olarak kullanılan kolşisinin kısmen nadir görülen bir yan etkisine dikkat çekmek amaçlanmıştır..Aynı zamanda buna benzer olguların literatürde az olması da olgumuzu önemli kılmaktadır.Kolşisine bağlı hem miyopati, hem nöropati ve kombine nöromiyopati görülebilmektedir. Proksimal kas güçsüzlüğü, distal duyu bozukluğu, distal arefleksi ve aksonal nöropati görülebilir.Bizim olgumuzda kombine nöromiyopati tablosu mevcuttu,kass gücünde proksimal ve distalde fark yoktu belirgin yaygın kas güçsüzlüğü, distallerde belirgin refleks kaybı gibi bulgular benzerdi.CK yüksekliği eşilk etti.Aynı zmaanda hastada miyopati yan etkisi olan statin kullanımıda mevcuttu.Kolşisin ve statinin birlikte kullanımının ilaca bağlı toksisite riskini arttırdığı düşünüldü.

EP - 468 MİYELİN OLİGODENDROSİT GLİKOPROTEİN ANTİKORU İLE İLİŞKİLİ HASTALIK (MOGAD)'IN KLİNİK VE RADYOLOJİK ÖZELLİKLERİ: OLGU SERİSİ

FURKAN TALHA TOKDEMİR [1], EZGİ AYŞE ÇAKIR [2], İPEK ARSLAN [1], AHMET YABALAK [2], BURCU ALTUNRENDE [1]

[1] TAKSİM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ, SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
[2] DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Miyelin Oligodendrosit Glikoprotein Antikoru ile İlişkili Hastalık (MOGAD), miyelin oligodendrosit glikoproteinini (MOG) hedef alan otoantikorların varlığı ile karakterize edilen, farklı fenotipik prezentasyonlara sahip bir demiyelinizan hastalık spektrumudur. Tedavi ve prognozdaki farklılıklar nedeniyle MOGAD'ın diğer demiyelinizan hastalıklardan ayırımı önemlidir. Biz MOGAD tanısı koyduğumuz 5 olgunun klinik ve radyolojik özellikleri ile klinik seyrini sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği ve Düzce Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı servislerinde yatan ve multiple skleroz polikliniklerinden takipli , klinik, laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri ile MOGAD tanısı alan 5 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar; cinsiyet, tanı yaşı, klinik tutulum, antikor seropositivitesi (Anti-NMO antikoru, Anti-MOG antikoru), LP ve radyolojik görüntüleme tutulum sonuçları, eşlik eden hastalık, klinik seyirdeki atakları ve uygulanan tedavi kriterlerine göre retrospektif olarak değerlendirilerek kayıt altına alındı ve literatür bilgileri ile karşılaştırıldı.

Bulgular:
Çalışmaya alınan 3 kadın, 2 erkek hastanın tanı aldığındaki yaş ortalaması 30 yıl, hastalık süresi ortalaması 30 ay idi. İlk atak bulgusu olarak, 4 hastada optik nörit (birinde bilateral), 1 hastada eş zamanlı beyinsapı ve miyelit atağı mevcuttu. Takipte 3 hastada 4 atak (3 ON, 1 eş zamanlı beyin sapı ve miyelit atağı) görüldü. Optik nörit atağı ile başvuran hastaların 3'ünde MRG'de optik sinirde kontrast tutan lezyon (1'inde kiazma anteriorunda, 1'inde intraorbital perinöral enflamasyonla beraber ve 1'inde intrakanaliküler) saptandı. Eş zamanlı beyin sapı ve miyelit atağı olan hastada ponsta, orta serebellar pedinkülde ve beyin sapından konus medüllarise uzanan ve kord santralinde H bulgusu gözlenen lezyonlar saptandı. ON geçiren bir hastada da C6-T2 hidromyelit saptandı. Tüm hastalarda anti- MOG antikoru pozitifti. Atak tedavisi olarak bütün hastalar 1000mg IVMP tedavisi aldı. 3 hastada plazmaferez yapıldı, 1 hasta 5 gün IVIG tedavisi aldı. Koruyucu tedavi olarak 2 hastaya rituxumab, 3 hastaya azatiyoprin tedavisi başlandı. Koruyucu tedavi altında hastalarda tekrarlayan atak gözlenmedi.

Sonuç:
MOGAD optik nörit, transvers miyelit, ADEM, beyin sapı sendromları ve ensefalit benzeri ataklar olmak üzere farklı fenotipik özellikler gösterebilir. Ayırıcı tanıda klinik bulguların yanısıra, optik sinirde perinöral inflamasyon, beyin sapı, bilateral serebellar tutulum ve spinalde H bulgusu ile birlikte uzun segment ve konuş tutulumu gibi radyolojik özellikler yol gösterici olmaktadır. Morbidite ve mortalitenin önlenmesi için erken tanı ve etkin tedavi başlanması önem arz etmektedir.

EP - 469 DULOKSETİN KULLANIMINA BAĞLI EPİLEPTİK NÖBET OLGU SUNUMU

FÜGEN SÖNMEZ ÇETİNKAYA

YILDIRIM BEYAZID ÜNİVERSİTESİ YENİMAHALLE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:
Nöropatik ağrı tedavisinde antidepresan ilaç kullanımı tek başına veya kombine olarak kullanılmaktadır. Antidepresan ilaçların hemen tamamı nöbet eşiğini düşürebilmektedir. Trisiklik ve tetrasiklik antideprean kullanımında nöbet sıklığı %0,4 ile %1-2 oranında görülebilmektedir. Yüksek dozlarda kullanıldığında bu risk daha da artmaktadır. Yeni kuşak antidepresanlardan selektif seratonin geri alım inhibitörleri(SSRI) ve seratonin norepinefrin gerialım inhibitörleri(SNGI) daha güvenli kabul edilmektedir. Bunun yanında duloksetin kullanımına bağlı myoklonik nöbet tanımlanmıştır. SSRI ve SNGI kullanımında görülen nöbetlerde , antidiüretik hormonun uygunsuz salınımına bağlı gelişen hiponatremi sorumlu tutulmaktadır.
Duloksetin gerilim tipi baş ağrısı ve nöropatik ağrı durumunda sıkça kullandığımız bir ilaçtır. Kullanımı sırasında yan etki olarak ; bulantı, baş ağrısı, ağız kuruluğu, baş dönmesi görülebilmektedir. Ancak nadiren hiponatremi, epileptik nöbet görülebilmektedir. Hastanemiz polikliğine başvuran 56 yaşında olan bayan hastaya son 3 ay önce diyabetik nöropatik yakınmaları nedeni ile 30 mg dozunda duloksetin başlanmıştır.. Bu ilacı almaya başladıktan sonra daha önce olmayan gece dil ısırmaları olmaya başladığını, son zamanlarda gündüz de görülmeye başlayan bayılmaları olduğunu ifade ederek polikliniğe başvurmaktadır. Hastanın daha önce nöbet öyküsü, kafa travması, başka bir ilaç kullanım öyküsü bulunmamaktadır. Hastanın özgeçmişinde diyabet haricinde bir özellik bulunmamaktadır. Yapılan rütin tahlillerinde nöbeti açıklayan bir özellik bulunmamıştır. Hastanın elekroensefalografisi (Eeg) yapıldığında her iki temporal bölgede kaynaklı epileptik aktivite izlenmiştir. Hastanın ilacı bu eeg bulgusundan sonra kesilmiş, hastanın nöbetleri düzelmiş, Eeg bulgusu da takiplerde görülmemiştir.
Sık kullandığımız ciddi yan etki görmediğimiz bu ilaç kaynaklı olduğunu saptadığımız bu vakayı poliklinik takiplerinde bu ilacı alan hastaları yan etki açısından sorgulamanın hasta takibi açısından faydalı olacağını düşündüğümüzden sunmak istedik.

EP - 470 ESNEME İLE TETİKLENEN REFLEKS EPİLEPSİSİ OLAN ERGEN HASTA

MİNE BUSE SALKIN SARGIN , GİZEM AYNUR AKTAŞ , TUĞBA UYAR CANKAY , AHMET YILDIRIM , TEMEL TOMBUL

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE ŞEHİR HASTANESİ

Giriş:
Refleks epilepsiler (RE) objektif ve spesifik tetikleyiciler (dışardan etkiler veya hastanın kendi aktivitesine bağlı) ile ortaya çıkan epileptik nöbetlerdir. RE'de uyaran faktöre göre alt tipleri değişken farklı şekillerde nöbetler gözlenebilmektedir. RE spesifik tetikleyiciler bazen de kendiliğinden olabilen fokal veya jeneralize nöbetlerle prezente olabilmektedir. Uyaran genellikle dışardan (ışık,sıcak su) ve internal (emosyonel, düşünme) olabilmektedir. Erişkinlerde görülen nöbetlerin % 5'ini, çocuklukta görülenlerin ise %10'unu RE'ler oluşturur.

Olgu:
On dört yaşında erkek hasta son 2 ay içinde giderek sıklaşan gerinme sonrası aniden boş bakma, ardından bilinç kaybı ile ani düşmelerin olduğu atakları şikayeti ile başvurdu. Hasta gerindikten sonra aniden boş bakıyor sonrasında 'ne oluyor?' diyerek düşüyormuş. Öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Nörolojik mauyenede motor-mental gelişimi normaldi ve anormal bulgu saptanmadı. Hasta nöroloji kliniğinde esneme sonrası benzer ataktan geçti. Kardiyolojik değerlendirmesi, EEG, kranial MR ve MR anjiografi incelemeleri normaldi. Hastaya refleks epilepsi tanısı ile levetirasetam 500 mg 2x1 başlandı ve esneme veya benzer tetikletici hareketlerden kaçınması gerekliliği anlatıldı. Tedavi sonrası nöbetlerin gerilediği gözlendi.

Sonuç:
Refleks epilepsi fizyolojik aktivitelerde rol alan fonksiyonel anatomik ağların uyarılmasına bağlı kortikal hiperekstibilitaye bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Fokal nöbet olarak başlayabilir, kortikoretikuler yollar ile hızlı sekonder jeneralizasyon gözlenebilir. Self-induced nöbetler çok nadir ve paterne hassasiyeti olan kişilerde görülmektedir. Bu nöbetler arasında en çok bilineneni tekrarlayan ışık kaynağına bakma ve elini sallama ile ortaya çıkan ayçiçeği sendromu, tekrarlayan göz açma ve kapatmalar, spesifik baş hareketleri, hızlıca Tv kanallarının değiştirilmesi ile ortaya çıkan nöbetler olarak bilinmektedir ve kompulsif komponenti bulunmaktadır. Esneme ile tetiklenen refleks epilepsi çok nadir refleks epilepsi türleri arasındadır ve senkoptan ayırt edilmelidir.

EP - 471 PERİFERİK FASİYAL PARALİZİ ETİYOLOJİSİNDE NADİR BİR NEDEN OLARAK GLİAL TÜMÖR

GÜL MELİSA BOZDOĞAN YILMAZ , DERYA ÖZDOĞRU , İLKER ÖZTÜRK , YUSUF TAMAM , ZÜLFİKAR ARLIER

SBÜ ADANA ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Yüz felci; yüz kaslarının tamamının veya bir kısmının sinir uyarımının etkilenmesine bağlı olarak kasların işlevselliğini kaybetmesi durumudur. Bu durumun en sık nedenleri; viral enfeksiyonlar, sistemik ve otoimmün hastalıklar, vasküler iskemi/inflamasyon, baş-boyun tümörleri, idiyopatik nedenler ve travmadır. Medikal tedavi ile %80-90 iyileşme bildirilmiştir. Bir yıldır şikayetleri medikal tedaviye rağmen gerilemeyen olgumuzu etiyolojiye dikkat çekmek amacı ile sunduk.

Olgu:
24 yaş erkek hasta polikliniğimize bir yıldır olan sağ göz kapağını kapatamama, sol yüz yarımında çekilme şikayeti ile başvurdu. Bir yıl önce dış merkezde sağ periferik fasiyal paralizi nedeniyle metilprednisolon ve fizik tedavi programı uygulanmış. Tedavilerden fayda görmeyen hasta takiplerine devam etmemiş. Tarafımıza başvurduğunda nörolojik muayenesi sağda evre 2 fasiyal paralizi olarak değerlendirildi. KBB muayenesinde etiyolojiye yönelik patoloji saptamadı. Nöroloji kliniğine yatırılarak çekilen kontrastlı serebral MR'da pons sağ paramedian kesiminde-medulla oblongata sağ anteriorunda kontrast tutmayan T2-FLAIR intensitesi saptandı. Lezyonun bir yıl önceki görüntülemede de saptandığı ve benzer boyutlarda olduğu gözlendi. Serebral perfüzyon MR'da anlamlı bir perfüzyon artışı bulunmadı, MR-spekstroskopi tetkikinde NAA kaybı, hafif kolin artışı ve şüpheli laktat piki dikkati çekmiştir olarak raporlandı. Hastanın kan ve BOS tetkikleri normal sonuçlandı. Hasta düşük grade glial tümör olarak değerlendirildi, beyin cerrahi tarafından takibe alındı.

Tartışma:
Periferik fasiyal paralizi etiyolojisinde tümöral nedenler %5 oranındadır. Bu duruma en sık neden olan benign tümör fasiyal sinir schwannomudur. Tümöral etiyolojide genelde fasiyal paralizi; kitlenin yapacağı bası nedeni ile ileri evrelerde görülür. Genellikle işitme kaybı, dengesizlik, tinnitus, baş ağrısı, diplopi eşlik edebilmektedir. Hastamızda eşlik eden bulgunun olmaması, sadece medikal tedaviye dirençli periferik fasiyal paralizi saptanması tanıda zorluklara yol açmıştır.

EP - 472 PARRY-ROMBERG SENDROMU: MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME İLE TANINABİLİR

MELİKE ÇAKAN ERCAN [1], RAHŞAN GÖÇMEN [2], MEHMET AKİF TOPÇUOĞLU [1]

[1] *HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI*

Amaç:
Parry-Romberg Sendromu (PRS), tipik olarak çocukluk ve adolesan dönemlerinde başlayan ve yüzün bir yarısında progresif hemifasiyal atrofi ile karakterize nadir bir nörokutanöz sendromdur.

Gereç ve Yöntem:
PRS hastası görüntülemeleri ile sunulacaktır.

Bulgular:
41 yaşında erkek hasta, on yıl önce başlayan baş ağrısı ve aralıklı sıcak basma, tüylerin diken diken olması gibi duyusal semptomlar ile başvurdu. Baş ağrısı migrenöz karakterde olup bulantı ve kusma eşlik ediyordu. Parestezi epizotları bilateral olup saniyeler sürüyor, fokal nörolojik veya taşikardi, terleme gibi otonomik semptomlar eşlik etmiyordu. Hasta, ayrıca yaygın eklem ağrısı, aralıklı deri döküntüsü, ağız ve göz kuruluğundan yakındığını belirtti. Hastanın özgeçmişinde evde uzamış doğum öyküsü ve sol baş yarısında sağa göre hacimce büyüklük dışında özellik yoktu. Anne babası akraba olan hastanın on kardeşinde de migrenöz baş ağrısı olduğu öğrenildi. Muayenede sağ kafa yarısı sola göre atrofik görüldü. Alın ve saçlı deride büyüklüğü farklı iki tarafı ortadan ayıran çizgilenme palpe edildi. Uyku ve uyanıklıkta bir saat boyunca çekilen EEG normaldi. Beyin MR görüntülemede sağ serebral hemisferde frontoparietalde önden arkaya doğru difüz uzanan yamasal T2 hiperintens lezyon izlendi. Bu lezyon subkortikal beyaz cevherden derin beyaz cevhere ve yer yer eksternal kapsule de uzanmaktaydı. Bu lezyonlara eşlik eden difüzyon kısıtlılığı, kontrastlanma, kanama ya da perfüzyon değişikliği görülmedi. Sağda hemisferik kortikal sulkuslar sola oranla dar olup sağ transvers sinüs aplazik izlendi. İpsilateral parasagital bölgede subkutan yağ dokusunda incelme görüldü. ANA 1/100 pozitif olan hastanın tükürük bezi biyopsisi Chisholm ve Mason sınıflandırmasına göre grade 1 sonuçlandı. Undiferansiye bağ doku hastalığının eşlik ettiği Parry-Romberg Sendromu olan hastaya Romatoloji tarafından hidroksiklorokin, asetilsalisilik asit ve prednizolon ve Nöroloji tarafından duloxetin başlandı.

Sonuç:
PRS, çoğunlukla yüzün etkilenen tarafında dental, oral veya oftalmolojik sorunlarla birlikte seyreder. Migren, trigeminal nevralji ve nöbetler Nörolojik komplikasyonlardır. PRS ile beraber görülebilmesi nedeniyle sistemik romatoljik hastalıkların varlığı araştırılmalıdır.

EP - 473 SEREBRAL SİNUS VEN TROMBOZUNDA NADİR BİR ETİYOLOJİ: HİPERHOMOSİSTEİNEMİ

MERVE ÇİÇEK , REZZAN YILDIZ , ZEYNEP NEŞE ÖZTEKİN

ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
Serebral ven trombozu (SVT) papil ödemin eşlik ettiği, baş ağrısından, fokal defisit, nöbetler ve komaya kadar geniş bir klinik yelpazeye sahiptir. Kafa içi basınç artışı nedenlerinden birisi olan serebral ven trombozu, tedavi edilmezse ciddi morbidite ve mortaliteye neden olabilir. Çalışmamızda sinüs ven trombozunun nadir görülen sebeplerinden biri olan hiperhomosisteinemi olgusunun klinik, radyolojik ve laboratuvar bulgularının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem:
Daha önceden bilinen hastalık öyküsü olmayan 21 yaşında erkek hasta nöbet geçirme ve baş ağrısı şikayetleri ile acil servise başvurmuş. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik olmayan hastanın nörolojik muayenesi ve diğer sistem muayeneleri doğalmış. Vital bulguları stabil olan hastanın laboratuvar tetkiklerinde anlamlı patoloji saptanmamış. Beyin BT'de SAK ile uyumlu olabilecek lineer hiperdens alan saptanmış. Nöroşirürji'ye danışılmış. Beyin MR ve MR anjiyografi tetkikinde akut patoloji saptanmamış. Baş ağrılarının geçmemesi ve ilk nöbet öyküsü olması nedeniyle tarafımıza danışıldı. Hastadan istenen MR venografi tetkikinde superior sagittal sinüs anterior kesimi hiperdens görünümde olup SVT tanısıyla kliniğimize yatırıldı. Hastanın etiyolojisi araştırılırken bakılan homosistein düzeyinde anlamlı yükseklik saptandı. Hasta Hematoloji'ye danışıldı, tarafımızca başlanan antikoagülan tedaviye ek tedavi önerileri olmadı, genetik danışmanlık önerildi.

Sonuç ve Tartışma:
SVT beynin arteriyel tıkayıcı hastalıklarına oranla daha nadir görülen bir durumdur. Sistemik inflamatuar hastalıklar, kalıtsal ve edinsel koagülasyon bozuklukları en sık gözlenen etiyolojik nedenlerdir. Geniş bir yelpazede spesifik olmayan semptomlarla kendini göstermesi ve çok değişken etiyolojilere bağlı olarak ortaya çıkması, SVT tanısında zaman zaman güçlüklere neden olabilmektedir. Olgumuzda açlık homosistein düzeyi yüksek bulundu. Homosistein yüksekliği, folik asit ağırlıklı vitamin desteği ile düşürülebilmektedir, fakat bizim olgumuzda genetik geçişli olduğu için tedavide etkin rol oynamadı.

EP - 474 VERTEBROBAZİLER İSKEMİYE SEKONDER OLARAK GELİŞEN BİLATERAL HİPERTROFİK OLİVAR DEJENERASYON: OLGU SUNUMU

ÖYKÜM AKINCI [1], BİRGÜL DERE [1], BURHANETTİN ULUDAĞ [1], CEM ÇALLI [2]

[1] EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Hipertrofik Olivar Dejenerasyon(HOD) transsinaptik dejenerasyonun nadir görülen bir formu olup atrofi yerine hipertrofi ile prezente olan tek dejenerasyon tipidir. Dentat nükleus, red nucleus ve inferior olivar nükleustan oluşan Guillain ve Mollaret üçgeni denilen alanın iskemik, travmatik, neoplastik veya vasküler nedenli hasarlanması sonucu ortaya çıkar. Klinik olarak nadir görülen, vertebrobaziler iskemiye sekonder gelişen HOD olgumuzu sunmayı planladık.

Olgu:
46 yaş erkek hasta 2 yıl önce konuşma bozukluğu ve sağ yan güçsüzlüğü ile acil servise başvuruyor. Çekilen difuzyon MR'ında sol pontomezensefalik akut iskemiyle uyumlu difuzyonel kısıtlanma izlenmiş. 20 gün nöroloji servis yatışı olmuş. Disfajisi nedeniyle hastaya perkutan enteral gastrostomi (PEG) açılmış. Antiagregan tedavisi ASA 100 mg/gün Atorvastatin 40 mg/gün olarak düzenlenmiş. Medikal tedavi düzenlenmesi ve rehabilitasyonu ardından taburcu edilmiş. İnme sonrası 9. ayında, poliklinik takibinde olan ve progresif dizarti ve dengesizlik şikayetleri devam eden olgunun yapılan nörolojik muayenesinde sağ hemiparezik (MRCS 4/5) ve konuşması ağır dizartikti. Ataksik yürüyordu. PEG ile enteral besleniyordu. Kraniyal MR'ında bulbus düzeyinde simetrik hiperintensite ve ekstansiyon gösteren alan mevcut olup bu alan hipertrofik olivar dejenerasyon lehine değerlendirildi. Etiyolojide öncelikli olarak vertebrobaziler iskemiye sekonder HOD düşünüldü. Rehabilitasyon programı ile takibine devam edildi.

Sonuç:
Bilateral HOD son derece nadirdir ve HOD ile diğer medüller lezyonlar arasında ayrım yapmak da önemlidir. Oldukça karakteristik olan klinik ve radyolojik bulgulara aşina olmak çok önemlidir ve gereksiz tanısal testlerin önlenmesini sağlayacaktır.

EP - 475 MARCHİAFAVA BİGNAMİ SENDROMU

SÜMEYRA KANAT [1], ÖZLEM KAYIM YILDIZ [1], NİSA BAŞPINAR [2]

[1] *SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI*

Olgu:
Kırk üç yaşında erkek hasta acil servise ev yapımı alkollü içkiyi içtikten sonra gelişen görme bulanıklığı ve dengesizlik yakınmaları ile başvurdu. Kronik alkolizm öyküsü olan hastanın son 3 yıldır günde 70 cc alkol tüketimi olduğu ve son 3 aydır ev yapımı alkol tükettiği öğrenildi. Acil serviste diyalize alınan hasta yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Ensefalopati tablosu, dizartri ve spastisitesi olan hastanın beyin manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) korpus kallozum spleniumunda fluid attenuated inversion recovery imajlarda hiperintens sinyal değişikliği ile birlikte difüzyon kısıtlılığı mevcuttu. Kronik alkolizm öyküsü olan hastada ensefalopati tablosu ile birlikte korpus kallozumdaki sinyal değişiklikleri nedeniyle olguya Marchiafava-Bignami hastalığı tanısı kondu. Hastaya parenteral tiamin tedavisi uygulandı.
Marchiafava-Bignami hastalığı korpus kallozum demiyelinizasyonu ve nekrozu ile karakterize çok nadir bir hastalıktır. Kronik alkolizm öyküsü olan ve mental durum değişikliği, spastisite, dizartri, ataksi, yürüyüş anormalliği ve epileptik nöbetleri ile prezente olan ve beyin MRG'de korpus kallozum lezyonu olan hastalarda tanı akla gelmelidir.

EP - 476 BAŞ AĞRISI İLE PREZENTE OLAN ATİPİK İNTRAKRANYAL LEZYON OLGU SUNUMU

L.GİZEM GÜNDÜZ ÇETİN , H.BERFİN MUTLU , LEYLA RAMAZANOĞLU , PELİN DOĞAN AK , EREN GÖZKE

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL FATİH SULTAN MEHMET EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Diffüz orta hat gliomları glial tümörlerin nadir görülen alt tipidir. Prognoz kötüdür, WHO grade 4 tümörler olarak kabul edilirler. H3 K27M mutantı en sık çocuklarda görülmekle birlikte yetişkin orta hat gliomlarında da sıktır. Çocuklarda, H3 K27Me mutant gliomlar sıklıkla ponsta görülürken yetişkinlerde daha çok omurilik ve talamus içinde görülmektedir.

Olgu Sunumu:
Özgeçmişinde özellik olmayan 43 yaşında erkek, 3 haftadır olan baş ağrısı şikayetiyle başvurdu. Muayenesi normaldi. MR'da sağ bazal ganglion, talamik bölge ve sağ temporal lob, sol orta serebellar pedinkül lokalizasyonunda FLAIR sekansında hiperintens sinyal değişiklikleri izlendi. Kontrastlanma saptanmadı. Spektroskopi'de *nörodejeneratif-enflamatuar süreçler yönünden değerlendirilmesi ancak düşük grade tümöral proçeslerin dışlanamadığı belirtildi.* BOS'da 5 lökosit saptandı. BOS protein 51 mg/dl idi. Otoimmün ensefalit şüphesiyle pulse steroid tedavisi uygulandı.
BOS menenjit paneli, oligoklonal band, NMO, otoimmün ensefalit/paraneoplastik panel negatifti. Steroid tedavisiyle şikayetleri geriledi, kontrol görüntülemelerle takip planlandı.
2 ay sonra bulantı, baş dönmesi gelişti, sola ataksisi mevcuttu. MR'da lezyon etrafında ödemde artış, 3. ve 4. ventriküle bası saptandı, akut hidrosefali tanısı ile eksternal ventriküler drenaj uygulandı. Biyopsi önerildi. Aylık pulse steroid, azatioprin, oral kortikosteroid ile takip edildi. Çekilen PET/CT'de lezyonların inflamatuar/malign proseslerde benzer şekilde izlenebileceği belirtildi. Talamustan alınan biyopsi sonucu diffüz orta hat gliomu, H3K27 Altere (Grade 4, WHO 2021) saptandı. Operasyon önerilmedi, radyoterapi başlandı.

Tartışma:
Merkezi sinir sistemi tümörlerinin 2021 WHO sınıflandırmasında; diffüz orta hat gliomu, bu tümörlerde patojenik yolun alternatif mekanizmalarını tanımlamak amacıyla artık "H3 K27M-mutant" yerine "H3 K27-altere" olarak adlandırılmaktadır. Yetişkinlerde nadir görülür. Talamus ve orta beyinde daha sık olup diffüz orta hat gliomunun prognozu kötüdür. Atipik lezyonları olan hastalarda erken evrelerde biyopsi yapılması önerilmektedir.

EP - 477 WİNG SCAPULA

SHAMS MURADKHANOVA , SILANUR SEVEN

ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ

Olgu:
Travma sonrası gelişen kanat skapula: Olgu sunumu
SHAMS MURADKHANOVA
SILANUR SEVEN OKUR
SEVGİ FERİK
LEVENT GÜNGÖR

ONDOKUZ MAYIS UNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Kanat skapula, skapulanın medial kenarı veya inferior köşesinin arka göğüs duvarından uzaklaşmasıdır. Omuzda ağrı, fonksiyon ve güç kaybı, şekil bozukluğu ile kendini göstermektedir. Burada trafik kazası sonrası sağ kolunu kaldıramama ve sağ omuzda ağrı nedeni ile başvuran elektrofizyolojik değerlendirme ve görüntüleme ile uzun torasik sinir hasarına bağlı kanat skapula tanısı alan bir hasta sunulmaktadır.

Olgu:
52 yaşında kadın hasta sağ kolda güçsüzlük ve sağ omuzda ağrı yakınmasıyla başvurdu. Başvurusundan 2 ay önce araç çarpması sonucu sağ tarafından sırtına darbe öyküsü vardı. Özgeçmişinde epilepsi, rektum kanseri ve levetirasetam kullanımı vardı. Nörolojik muayenesinde bilinci açık, kranial sinir fonksiyonları normaldi. Sağ kol iç rotasyonda ikene 45 derece üzerine fleksiyon yapamıyordu, sağ omuz abduksiyonu 70 derece üzerinde kısıtlı ve ağrılı bulundu. Bunun dışında motor defisit yoktu. Derin tendon refleksleri, yüzeyel ve derin duyu muayenesi normal bulundu. Fizik muayenede sağda skapular kanatlanma görüldü.
Elektrofizyolojik incelemede, sinir ileti çalışmaları normaldi. İğne EMG'de sağ serratus anterior kasında spontan fibrilasyon potansiyelleri ve pozitif keskin dalgalar görüldü. Yarı kasıyla, seyrek, polifazik ve geniş motor ünit potansiyelleri saptandı. Diğer üst ekstremite kaslarında patolojik iğne EMG bulgusuna rastlanmadı. Hastaya aneljezik destek ve fizik tedavi başlanarak takibe alındı. Kontrol EMG çekimi planlandı.
Resim 1,2:Sağda skapular kanatlanma

Tartışma:
Primer ve sekonder olarak sınıflandırılabilen kanat skapulanın en yaygın nedeni, serratus anterior kasının paralizisi ile sonuçlanan uzun torasik sinirin yaralanmasıdır. Serratus anterior, skapulanın majör stabilizatörüdür. Uzun torasik sinir, serratus anterior kasını innerve eden, oldukça uzun ve kıvrımlı bir anatomik seyir gösteren yaralanmalara açık bir sinirdir. Sinir hasarına radikülopatiler, cerrahi işlemler, travma, omuz üzerinde yük taşıma gibi nedenler yol açmaktadır. Elektronöromiyografik çalışmalar, sinirin manyetik rezonans görüntüleme tanıya yardımcıdır. Hasar genellikle 6 ile 9 ay içinde düzelme eğilimindedir. Tedavide analjezikler, germe ve kuvvetlendirme egzersizleri ön planda olmakla birlikte bazen rekonstrüksiyon cerrahisine ihtiyaç duyulmaktadır.

Sonuç:
Sonuç olarak omuz ağrısı ve güçsüzlükle ile gelen hastalarda özellikle travma öyküsü, ağırlık kaldırma, torasik cerrahi öyküsü sorgulanmalıdır. Erken tanı ile egzersiz programına erken başlanarak hastanın yakın takibe alınması, komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir.

EP - 478 BAŞ DÖNMESİ İLE BAŞVURAN MİLLER FİSCHER SENDROMU OLGUSU

TUĞBA ERDOĞAN

ALANYA ANATOLİA HASTANESİ

Olgu:
Baş dönmesi genç ve yaşlı hastalarda yaygın bir smeptom olup birçok hastalıkta görülebilmektedir. En sık benign paroksizmal pozisyonel vertigo, migren, serebellar iskemide görülmekle birlikte baş dönmesinini yaygın sebepleri de akılda tutulmalıdır. Bu olgu sunumunda baş dönmesi ile acil servise başvurmuş Miller Fischer Sendromu hastası sunulacaktır
Otuz iki yaş erkek hasta baş dönmesi, dengesizlik şikayeti ile acil servise başvurmuş. Hastaya beyin bilgisayarlı tomografi ve difuzyon ağırlıklı manyetik rezonans görüntüleme yapılmış. Tetkikleri normal saptanan hasta nöroloji poliklinik kontrolune başvurmak üzere taburcu edilmiş. İki gün sonra hasta baş dönmesi, çift görme, dengesizlik şikayeti ile nöroloji polikliniğine başvurdu. Detaylı sorgulandığında el ve ayak uçlarında keçeleşme olduğunu ifade etti.Yaklaşık on gün önce üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü mevcuttu. Nörolojik muayenesinde laterale bakış kısıtlılığı, eldiven çorap tarzı duyu kusuru, hiporefleksi ve ataksi saptandı. Hasta nöroloji servisine yatırıldı. Elektromiyografisinde alt ekstremitelerde F dalgası elde edilemedi, üst ekstremitelerde F dalga latansında uzama tespit edildi. Hastadan kan gangliozid paneli gönderildi. Hastaya lomber ponksiyon uygulandı. Bos proteini yüksek (74,68 mg/dl) saptandı, hücre izlenmedi. Hastaya 0,4 miligram/kilogram/gün beş gün boyunca intravenöz immunglobulin (IVIG) tedavisi başlandı. Hastanın GD2, GD3, GT1a ve Gq1b immunglobulin G antikorları pozitif saptandı. Hasta IVIG tedavisinin yedinci günü normal nörolojik muayene ile taburcu edildi.
Miller Fischer Sendromu ataksi, arefleksi ve oftalmoparezi ile izlenen nadir otoimmun bir hastalıktır. Miller Fischer Sendromunda ataksi sık görülen bir semptom olup hastalr tarafından baş dönmesi şeklinde tarif eidlebilmektedir. Hastalık tedavi ile iyi prognozlu olup tanıda klinik şüphe önemlidir.

EP - 479 SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS VE OPTİK NÖROPATİ BİRLİKTELİĞİ

ÜMMÜGÜLSÜM KADIOĞLU , FATİH ÇEKİM , HASAN DOĞAN , MUSTAFA ONUR YILDIZ , BİLGE PİRİ ÇINAR , ÇETİN KÜRŞAD AKPINAR

SAMSUN ÜNİVERSİTESİ SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ AD, SAMSUN, TÜRKİYE

Giriş:
Sistemik lupus eritematozus (SLE), hastaların üçte birinde görme ve görme sistemini etkileyebilir ancak optik nöropati olarak ortaya çıkan SLE çok nadirdir. Bu olgu raporunda optik nöropati ardından SLE tanısı konulan bir olgu literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Olgu:
45 yaşında kadın hasta; yaklaşık iki ay önce bulanık görme yakınması başlamış. Görme keskinliği; 0.4 ve papil ödemi olan hasta optik nöropati ön tanısı ile nöroloji servisimize yatırıldı. Yapılan nörolojik muayenesinde; sol göz görme keskinliği 1 metreden parmak sayma düzeyinde ve solda yüz dahil hemihipoestezisi mevcuttu. Yapılmış olan Fundus Floresein Anjiyografi (FFA) tetkikinde ödem dışında bulgu saptanmadı. Çekilen beyin ve orbital manyetik rezonans görüntülemelerinde sol optik sinirde kalınlaşma dışında patoloji saptanmadı. Yapılan beyin omurilik sıvısı (BOS) değerlendirmesinde; BOS basıncı 24 cmH2O olarak ölçüldü, biyokimyası normaldi ve BOS'ta Oligoklonal band izlenmedi. Ayırıcı tanı ve demiyelinizan hastalıklar açısından aquaporin 4 antikoru (AQP4ab) ve anti-myelin oligodendrosit glikoprotein antikoru (anti-MOGab) gönderildi.10 gün pulse steroid tedavisi verildi. Nörolojik muayeneisnde; düzelme izlenmeyen hasta plazmaferez için başka bir merkeze yönlendirildi. Klinik özellikleri nedeniyle ağır ve atipik optik nörit olarak değerlendirilen ve AQP4 ve antiMOG anitkorları negatif olarak değerlendirilen hastanın sistemik değerlendirmesinde; artalji, tekrarlayan düşük öyküsü, fotosensitivite, vücutta oluşan sonrasında skarsız iyileşen rash benzeri lezyonlar olması nedeniyle vaskülit markerları gönderildi. Anti-ds dna:30,8 U/ml, anti kardiyolipin 36.1 U/ml ANA pozitifliği gözlenen hasta romatoloji bölümüne konsülte edildi. SLE tanısıyla hastaya azatiopirin, kortikosteroid ve hidroksiklorokin tedavisi başlandı.

Sonuç:
SLE'nin patognomik özelliklerinin olmadığı durumlarda tanı koymak oldukça güçtür. Olgumuz optik nörit ile başvuran hastalarda vaskülitik sorgulanmanın ve tanısal testlerin yapılmasının akılda tutulması açısından önem taşımaktadır.

EP - 480 FOKAL KRONİK İNFLAMATUVAR DEMİYELİNİZAN POLİNÖROPATİ TANILI BİR HASTA BAZINDA BU HASTALIĞIN TANI VE TEDAVİ ZORLUKLARI ÜZERİNE TARTIŞMA

YAĞMUR INALKAC GEMİCİ , EVREN CAN ORUÇ , HATİCE MAVİOĞLU

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Tipik kronik inflamatuvar demiyelinizan polinöropati (CİDP) tanımına uymayan farklı klinikler, ortak özellikler paylaşmaları nedeniyle CIDP varyantları olarak kabul edilir. Bunlar arasında nadir olarak görülen Fokal CIDP, genellikle brakiyal veya lumbosakral pleksustaki tek bir periferik sinirin etkilendiği CIDP formuna verilen isimdir. Bu olgu sunumunda CIDP'ye bağlı asimetrik üst ekstremite tutulumu olan 16 yaşında erkek hasta sunuyoruz.

Gereç ve Yöntem:
16 yaşında erkek hasta yaklaşık 1,5 yıl önce sağ kolda uyuşukluk, kas gücü kaybı ve kas erimesi yakınmalarıyla başvurdu. Hasta COVİD geçirdikten iki hafta sonrasında sol kolunda ağrı ve elektriklenme hissi sonrasında da güçsüzlük tarif etti. Hastanın muayenesinde sağ kol distalinde kas gücü 4+/5, sağ omuzdan itibaren hipoestezi ve allodini saptandı. Derin tendon refleksleri üstte hipoaktif olarak değerlendirildi. Dış merkezde yapılan tetkiklerle etyoloji saptanamamıştı. Hastanın etyoloji amaçlı yapılan elektromiyografisi ile sağda ulnar sinir DSAP amplütüdü sola ve median sinire göre görece düşük, ulnar sinir BKAP amplütüdü tüm seviyelerden uyarımla düşük ve sağda ulnar innervasyonlu kaslarda daha belirgin olmak üzere C5-T1 miyotomlarında kronik aksonal dejenerasyonu desteklemekteydi. Radikülopati, segmental ön boynuz daha az olasıklıkla brakiyal pleksus etkilenmesi saptanmış kontrol EMG tetkikinde elektrofizyolojik anormalliklerin kronik dönem özelliğine dönüştüğü ve daha yaygınlaştığı ve solda da saptandığı gözlenmiştir. Brakiyal pleksus MRG'sinde sağ brakial pleksus servikal ganglionik seviyede köklerde kalınlaşma ve yer yer şüpheli patolojik kontrastlanma izlendi. CIDP açısından klinik korelasyon önerildi Yapılan beyin omurilik incelemesinde protein 57mg/dL saptandı. Mevcut bulgularla hastaya fokal CİDP tanısı konuldu.Tedavisinde önceden etkin dozda ve sürede prednizolon kullandığı ve fayda görmediği için intravenöz immunoglobulin verildi hastanın ağrılarında azalma olduğu öğrenildi. Bir ay sonraki muayenesinde kas gücünde muayenede kısmi düzelme saptandı.

Bulgular:
Atipik prezentasyonlar CİDP hastalarında tanı gecikmesine neden olmaktadır. EFNS/PNS kılavuzuna göre CİDP kriterleri fokal CİDP'lerin tanısını desteklemekte yetersiz kalabilmektedir. Bizim hastamızın da tanısı klinikten 1,5 yıl sonrasında koyulabilmiştir. Fokal pleksus nöropatilerde klinik genellikle üst ekstremitede sensoryel ağırlıklı tutulum uzun vadeli, fokal ve benign seyretme eğilimdedir ve yaklaşık %50 hasta tedavisiz takip edilebilmektedir. Literatürle benzer olarak bizim hastamız da üst ekstremite başalangıçlıydı ancak literatürde daha çok sensoryel ağırlıklı başlarken hastamız motor ağırlıklıydı.

Sonuç:
Motor ağırlıklı başlangıç ve aksonal tutulum varsa hastalarda sekel semptomlar kalabileceğinden erken dönemde ve etkin tedavi başlamak hastaların yaşam kalitesini arttırmak ve morbiditelerini azaltmak açısından önem taşımaktadır.

EP - 481 ANLAMI BELİRSİZ MONOKLONAL GAMOPATİ (MGUS) VE MULTİFOKAL EDİNSEL DEMİYELİNİZAN DUYUSAL VE MOTOR NÖROPATİ (MADSAM) OLGUSU

ZEYNEP GÖZDE BUĞDAYCI , PINAR ELKOCA , DENİZ DOĞAN , HAŞİM GEZEGEN , ARMAN ÇAKAR , HACER DURMUŞ TEKÇE , YEŞİM GÜLŞEN PARMAN

NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

Giriş:
Monoklonal protein saptanan olguların bir kısmında plazmositoma ya da lenfoma gibi lenfoproliferatif bir hastalık bulunur. Bu hastalıkların bulunmadığı M-proteini pozitif durumlar anlamı belirsiz monoklonal gamopati (MGUS; monoclonal gammopathy of undetermined significance) olarak isimlendirilir. Bu bildiride klinik ve elektrofizyolojik bulgularıyla MADSAM tanısı konulan bir IgM-MGUS olgusu sunulacaktır.

Olgu:
Elli iki yaşında erkek hastanın, 16 yıl önce sırasıyla sağ alt ekstremite, sağ üst ekstremite ve sol elde güçsüzlük yakınmaları başlamış. Tetkiklerinde motor liflerde edinsel demiyelinizasyonla seyreden, asimetrik vasıflı polinöropati sendromuyla uyumlu bulgular saptanan hasta multifokal motor nöropati tanısı ile İVİg tedavisiyle izlenmeye başlandı. Hasta Mayıs 2023'te uykuya meyillik, halüsinasyon görme ve yutma güçlüğü yakınmalarıyla acil servise başvurdu. Nörolojik muayenesinde konuşması hipofonik, dil gücü orta, boyun kas gücü 4/5, üst ve alt ekstremite proksimal kas gücü 2/5, distal kas gücü 1/5 düzeyindeydi, derin tendon refleksleri alınamıyordu. Hiperkarbisi saptanan ve yapılan incelemelerle diafram tutulumu düşünülen hastanın yenilenen elektrofizyolojik değerlendirmesi duysal ve motor liflerin etkilendiği sekonder aksonal dejenerasyon bulgularının hakim olduğu polinöropati sendromuyla uyumluydu. BOS incelemesinde, total protein 0,65 g/L'di. Monoklonal gamopatilerin taranması amacıyla bakılan protein elektroforezinde M spike, serum immunfiksasyon tetkikinde IgM ve kappa sütunlarında yoğunlaşma, idrar immunfiksasyon tetkikinde kappa sütununda zayıf yoğunlaşma izlendi. Serum IgM 1108,3 mg/dL (40-230), kappa serbest hafif zinciri 28,7 mg/L (3.30-19.4) yüksek saptanan ve uç organ tutulumu olmayan hasta ön planda IgM kappa MGUS olarak değerlendirildi. Hastaya yoğun bakım ünitesinde IVIg tedavisi uygulandıktan sonra rituksimab tedavisi başlandı. Hasta bu tedaviden kısmen fayda gördü.

Tartışma:
Özellikle MGUS'un eşlik ettiği MADSAM olguları motor baskın bulgularla başvurabilir, zaman içinde duyusal belirti ve bulgular eklenebilir. Diafram tutulumu nadiren de olsa gelişebilir, hastalar bu açıdan da dikkatli takip edilmelidir.

EP - 482 METOTREKSAT KULLANIMINA SEKONDER PARKİNSONİZM

FÜSUN MAYDA DOMAÇ , SEZGİ DOĞAN , ELİF ERÇİN ÜÇGÜL , RAHŞAN KARACI , MUSTAFA ÜLKER

ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI HASTANESİ

Giriş:
Parkinsonizm etyolojisinde dejeneratif ve semptomatik nedenler(Vasküler,İnfeksiyon,Toksik,Yer kaplayıcı lezyonlar, İlaca bağlı ,Metabolik) sayılabilir.
Metotreksat toksisitesine bağlı parkinsonizm olgusu literatürde bildirilmemiştir.
Psöriazis nedeniyle metotreksat kullanımına bağlı gelişen sekonder parkinsonizm olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu:
Bilinen koah,psöriazis,hipertansiyon tanıları olan ve psöriazis için metotreksat kullanan 70 yaşında erkek hasta 1 ay önce metotreksat toksisitesine bağlı pansitopeni nedeniyle dış merkezde yattığı eş zamanlı yürümesinde ve hareketlerinde yavaşlama olması –parkinsonizm bulgularının gelişmesi -nedeniyle tarafımıza başvurdu .
Nörolojik muayenesi ; bilinci açık oryante koopere,kas gücü muayenesi 4 ekstremite -5/5 ,istirahat ve intansiyonel tremor mevcut,rijidite her 2 taraf +,yürüyüşü dengesiz,manyetik yürüyüş ,tandemwalk beceriksiz olarak değerlendirildi.
Öntanılarımızda normal basınçlı hidrosefali ,Psöriazise ve metotreksat kullanımına sekonder parkinsonizm,hızlı progrese olması nedeniyle limbik-paraneoplastik hastalıklar düşünüldü.
Normal basınçlı hidrosefali düşünülerek kranial mr görüntüleri çekildi , evans indeksi 0,30 -callosal açı 122 derece olarak saptandı ve iskemik gliotik odaklar yaygındı.
Lomber ponksiyon yapıldı,Bos basıncı : 10 cmhg olarak ölçüldü,20 cc boşaltıldı.Hastanın yürüyüşü 1,2.4.24 . saatlerde değerlendirildiğinde fark görülmedi. Normal basınçlı hidrosefaliden uzaklaşıldı.
Hastanın tedavisine levodopa –benserazit eklendi.İlerleyen günlerinde eps bulgularında iyileşme görüldü .Limbik -paraneoplastik paneli negatif sonuçlanan hastada metotreksat kullanımına sekonder parkinsonizm düşünüldü.

Sonuç:
Metotreksat neoplazm , romatolojik hastalıklar, psöriaziste ve birçok hastalıkta kullanılabilen folik asit antagonisti antimetabolittir.Akut-subakut-kronik dönemde nörotoksisitelere yol açabilir.Klinik bulgular;baş ağrısı,ateş ,kusma,hemiparezi/pleji,ataksi,koreiform hareketler,rijidite,yürüyüş bozuklukları,konvülziyonlar,lökoensefalopati gibi çok çeşitte prezente olabilir.
Sonuç olarak Metotreksat toksisitesi birçok nörolojik semptomla karşımıza gelebilir,ayırıcı tanıda aklımızda olması gerekir.

EP - 483 WEST SENDROMUNDA DÜŞÜK DOZ STEROİD İLE NÖBETLERİN TAM KONTROLÜ:OLGU SUNUMU

SEVDA YAZICIOĞLU AĞCA [1], ABDULLAH CANBAL [2], BURCU ÇALIŞKAN [2], SALİHA YAVUZ ERAVCI [2], AHMET SAMİ GÜVEN [2]

[1] NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ AD
[2] NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ, PEDİATRİK NÖROLOJİ AD

Giriş:
West sendromu; infantil spazm, zihinsel gelişmede gerilik, elektroensefalografide (EEG) hipsaritmi paterni ile karakterize epileptik ensefalopati olarak tanımlanır. İnfantil spazmlar fleksör, ekstansör ya da karışık formda; gün içinde kümelenme tarzında ve genellikle sabah saatlerinde görülür. Tedavide ilk seçenekler ACTH ve prednisolondur. Biz bu olguda düşük doz steroidle nöbetleri kontrol altına alınan hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu:
Sekiz aylık kız olgu 4 aydır olan, son bir aydır artan ekstansör spazm şeklinde, kümelenme tarzında , uykudan uyanma sırasında 8-10 kez görülen nöbetlerle başvurdu. Öz geçmişinde evre 2 hipoksik iskemik ensefalopati (HİE) tanısı ile yenidoğan yoğun bakım ünitesinde takip edildiği öğrenildi. Nörolojik muayenesinde¸ baş kontrolü mevcut olup, destekli oturabiliyor ancak desteksiz oturamıyordu, trunkal hipotonisitesi vardı. Kas tonusu 4 ekstremitede azalmıştı, derin tendon refleksleri bilateral canlı idi. Yenidoğan yoğun bakımı yatışı döneminde klonik nöbetleri görülmesi nedeni ile olguya 5 mg/kg/gün fenobarbital başlanmıştı. Beyin manyetik rezonans görüntülemesinde ventriküllerde genişleme ve sulkuslarda belirginleşme görüldü. Olgunun yapılan uyku EEG' sinde hipsaritmi saptandı. Nöromotor geriliği, tipik nöbetleri ve EEG' de hipsaritmi saptanması üzerine West sendromu düşünülerek 2 mg/kg/gün prednisolon tedavisi başlandı. Birinci ay kontrolünde nöbetlerinin %90 oranında azaldığı gözlendi. Kontrol EEG' sinde de belirgin düzelme gözlendi . Olgunun steroidi azaltma şeması ile kesildi. Na Valproat ve B6 ile nöbetsiz takip edilmektedir.

Sonuç:
Biz bu olguyu tedavisinde ACTH ve yüksek doz steroid (6-8 mg/kg/gün) sıklıkla tercih edilmesine rağmen 2 mg/kg/gün ile nöbetleri tam kontrol altına aldığımız için sunduk.

EP - 484 İSKEMİK İNME İLE KARIŞAN KRİPTOKOKKAL MENİNGOENSEFALİT OLGUSU

ŞEYMA BİLDİRİCİ , METEHAN KARAHOCA , İSMAİL BİLGİ , SELMA KAYA AYGÜNOĞLU , RAZİYE TIRAŞ , ONUR AKAN , SERAP ÜÇLER

PROF.DR.CEMİL TAŞÇIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ

Giriş:
Tedavi edilmeyen AIDS hastaları gibi ileri derecede immünsupresyonu olan kişilerde görülen kriptokokkozun en sık görülen belirtisi menenjittir. Kriptokokkal meningoensefalit semptomları tipik olarak birkaç hafta içinde başlar. En sık görülen semptomlar ateş, halsizlik ve baş ağrısıdır.

Olgu Sunumu:
Bilinen 1 yıldır HIV pozitifliği olan 41 yaş erkek hasta, 1 haftadır ensede ve oksipital alanda lokalize olan baş ağrısı nedeniyle dış merkeze başvuran, iskemik inme ön tanısıyla tarafımıza yönlendirildi. Baş ağrısı bilateral, şiddetli, sıkıştırıcı ve valsalva ile artan vasıftaydı. Baş ağrısına eşlik eden oral alımda azalma, ajitasyon ve ateş yüksekliği (38 °C üzeri) mevcuttu. Nörolojik muayenesinde kaşektik görünümde, hafif apati hali mevcut olup zaman oryantasyonu bozuktu. Meningeal irritasyon bulguları yoktu. Konuşma anlama normal olup kraniyal sinir muayenesi intakttı. Papil ödem saptanmadı. Ekstremite kas gücü muayenesi tam, bilateral babinski pozitifti. Dış merkezde yapılan BOS incelemesinde mm^3'te 18 pnl, 4 lenfosit, total protein 54 mg/dL, glukoz 29.5 (eş zamanlı kan şekeri belirtilmemiş) saptanmış. Kraniyal görüntülemelerinde sağ frontal lob beyaz cevherinde patolojik kontrast tutulumu göstermeyen hiperintens lezyon ve difüzyon kısıtlanması izlendi. Lezyon görünümü nonspesifik özellikte olup ön planda iskemi veya erken dönem kriptokokkoz ile uyumlu olarak yorumlandı. Mevcut klinik tabloyla menenjit düşünüldü. Enfeksiyon hastalıkları kliniğine interne edilen hastanın BOS'da Cryptococcus neoformans antijeni pozitif saptandı. Meronem 3*1 gram tedavisi 3. gününde baş ağrısı şikayetleri geriledi.

Sonuç:
Kraniyal görüntülemelerde difüzyon kısıtlılığı izlenen lezyonlar sadece inme ile ilişkili olmayıp hasta nörolojik muayenesi ile birlikte değerlendirilmelidir. HIV pozitifliği gibi immünsupresyona neden olacak durumlarda baş ağrısı, ateş yüksekliği, konfüzyonel tablo varsa akla gibi fırsatçı enfeksiyonlar akla gelmelidir.

EP - 485 DENTAT ÇEKİRDEKLERDE PARAMANYETİK MADDE BİRİKİMİ PROGRESİF SUPRANÜKLEER PALSİ- C FENOTİPİNİN HABERCİSİ OLABİLİR Mİ?

ESHGİN MAHARRAMOV [1], ANIL CEM GÜL [1], GÜL YALÇIN ÇAKMAKLI [1], RAHŞAN GÖÇMEN [2], BÜLENT ELİBOL [1], ERSİN TAN [1], IŞIN ÜNAL ÇEVİK [1]

[1] HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ A.B.D.
[2] HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ RADYOLOJİ A.B.D.

Amaç:
Atipik parkinsonizm tablolarından biri olan progresif supranükleer palsi (PSP)'nin son yıllarda farklı fenotipleri bildirilmektedir. Başlangıç/ana semptomu serebellar bulgular olan PSP-C (cerebellum) alt tipi yeni tanımlanmış olup literatürdeki veriler sınırlıdır. Bu bildiride, serebellar bulgularla başlayan ve demir birikimi ile prezente olan bir PSP-C olgusu sunulmaktadır.

Olgu:
Altmış yaşında erkek hasta 7 yıl önce başlayan dizartri, 6 aylık süreçte eklenen yürüme güçlüğü ve dengesizlik şikayetleri nedeniyle farklı merkezde araştırılmıştır. Bu dönemdeki Beyin MRG'sinde Manyetik Duyarlılık Görüntüleme (SWI) sekansında dentat çekirdeklerde paramanyetik madde birikimi saptanması üzere hastanın beyinde demir birikimi ile seyreden nörodejenerasyon (NBİA) alt gruplarından biri olabileceği düşünülmüştür. Şikayetlerine zamanla bradikinezi, rijidite de eklenmiştir. Hasta 2 yıl önce yürüme yetisini, 3 ay önce de konuşma yetisini kaybetmiş, beslenme zorluğu ve kilo kaybı nedeniyle PEG açılması amacıyla servisimize yeniden yatırılmıştır. Nörolojik muayenesinde hipofoni, anartri, göz hareketlerinde hem vertikal hem de horizontal bakış kısıtlılığı, bilateral bradikinezi, yaygın ve ağır rijidite, postural instabilite, bilateral aşil klonus ve serebellar bulgular saptanmıştır. Kontrol beyin MRG'de mezensefalonda ağır atrofi ve serebellar atrofinin yanı sıra dentat çekirdeklerde en yoğun olmak üzere nukleus ruberler, substansia nigra ve globus pallidusda paramanyetik madde birikimi dikkat çekmiştir. Diğer nörodejeneratif, otoimmun/paraneoplastik, vasküler, toksik/metabolik sebepler dışlanmıştır. Beyin MRG bulgularının kliniği ile uyumlu olması PSP tanısını desteklemiştir. Hastalık sürecinin serebellar bulgularla başlaması nedeniyle PSP-C olarak değerlendirilmiştir. Yutma testleri sonrasında PEG açılarak ve L-dopa tedavisi düzenlenmiştir.

Tartışma:
Serebellar alt tip, PSPnin nadir bir alt tipi olup vakalar sıklıkla Asya kıtasından bildirilmiştir. PSP-Cli hastaların çoğunda başlangıç semptomu olarak trunkal ataksi ile ilişkili yürüme bozuklukları görülür. Hastalığın çok erken evresinde serebellum veya orta beyinde kayda değer bir atrofi gözlenmemiştir. Ayrıca literatürde paramanyetik madde birikimi ile ilgili bilgiye de rastlanmamıştır. PSP-C olarak tanımladığımız bu olgumuzda 7 yıl önceki başlangıç MRG bulgusu dentat çekirdeklerde paramanyetik madde birikimidir. Bu bulgu hastalığın başlangıç semptomu olan serebellar nörodejeneratif sürece sekonder paramanyetik madde birikimi olarak yorumlanabilir. Nitekim yeni çekilen MRG'de, progresif nörodejeneratif süreçle bağlantılı olarak diğer bölgelerde de paramanyetik madde birikim dikkatimizi çekmiştir. Klasik PSP tanımlarında serebellar başlangıç dışlayıcı bir bulgu olmakla birlikte, olgumuzda dentat çekirdekte paramanyetik madde birikimi ile başlangıcın, PSP-C patogenez ve fenotipinin tanımlanmasında ve erken bir bulgu olarak ayırıcı tanı için yol gösterici olabilecek önemli bir veri olabileceğini düşünmekteyiz.

Kaynak:

1. Shoichiro Ando, Masato Kanazawa, and Osamu Onodera. Progressive Supranuclear Palsy with Predominant Cerebellar Ataxia. J Mov Disord 2020;13(1):20-26. doi: 10.14802/jmd.19061
2. Necpál J, Borsek M, Jeleňová B. PSP-Richardson syndrome mimics: An overview and pragmatic approach. Rev Neurol (Paris). 2023 Aug 3:S0035-3787(23)00980-3. doi: 10.1016/j.neurol.2023.02.070.
3. Xu Z, Lim TCC, Au WL, Tan LCS. Progressive Supranuclear Gaze Palsy with Predominant Cerebellar Ataxia: A Case Series with Videos. J Mov Disord. 2017 May;10(2):87-91. doi: 10.14802/jmd.16059.
4. Synofzik M. Parkinsonism in neurodegenerative diseases predominantly presenting with ataxia. Int Rev Neurobiol. 2019;149:277-298. doi: 10.1016/bs.irn.2019.10.019.
5. Krzosek P, Madetko N, Migda A, Migda B, Jaguś D, Alster P. Differential Diagnosis of Rare Subtypes of Progressive Supranuclear Palsy and PSP-Like Syndromes-Infrequent Manifestations of the Most Common Form of Atypical Parkinsonism. Front Aging Neurosci. 2022 Feb 9;14:804385. doi: 10.3389/fnagi.2022.804385.

EP - 486 KEMOTERAPİ SONRASI GELİŞEN BİLATERAL BAZAL GANGLİON TUTULUMU

ASYA KÖSEREİSOĞLU , BANU ÖZEN BARUT

SBÜ KARTAL DR.LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Bazal ganglionlar nörotransmisif fonksiyonları sebebiyle yüksek enerjiye ve vasküleriteye ihtiyaç duyarlar. Kan,oksijen,enerji seviyelerinin azaldığı ve hasara yol açtığı koşullara karşı savunmasızdırlar. Bilateral bazal gangliyon ve talamus lezyonlarına genetik, metabolik hastalıklar, enfeksiyonlar, intoksikasyon gibi çeşitli sebepler neden olabilir. Burada kemoterapi sonrası gelişen bilateral bazal ganglion tutulumu olan bir olgu sunulmuştur.

Olgu:
Rektum kanseri tanılı 53 yaş erkek hasta, oksaliplatin ve kapesitabin tedavisi alırken gelişen tepkisizlik, konuşamamayla başvurdu. Özgeçmişinde özellik yoktu. Nörolojik muayenede bilinci konfüze, nonoryante nonkoopereydi. Kraniyal ve motor muayenesi doğaldı. Serebellar muayeneye koopere olamadı. Manyetik rezonans (MRG) görüntülemede bilateral kaudat, lentiform nukleuslar ve talamuslarda T1de hipointens, T2de hiperintens lezyon izlendi. Hemogram , biyokimya, tümör markerları, paraneoplastik panel , EEG sonuçları normaldi. Hastaya lomber ponksiyon yapıldı, patoloji saptanmadı. Yatış Mini Mental testi (MMT) 5 puan saptandı. Kemoterapi tedavisi durdurulan hastanın yatışının üçüncü gününde klinik düzelme izlendi. Dokuzuncu gününde muayenesi doğal, MMT: 17 olarak taburcu edildi. Dokuz ay sonra kliniği tamamen düzelen hastanın, kontrol MRGde lezyonlarda belirgin gerileme izlendi.

Tartışma ve Sonuç:
Kemoterapötiklerden metotreksat ,sisplatin, mitomisin C, yüksek doz fludarabin gibi birçok kemoterapötik ajan ensefalopatiye yol açabilir. Oksaliplatinin en sık yan etkisi nöropati iken, nadiren geri dönüşümlü posterior lökoensefalopati görülebilir. Kapesitabinin nörotoksisitesi oldukça nadir olup bunlar; konfüzyon, ensefalopati, miyasteni, nöropati şeklindedir. Vakamız, oksaliplatin ve kapesitabin tedavisi altında bilateral bazal ganglion ve talamus tutulumlu ensefalopati gelişen bir hastayı göstermektedir. Tedavinin sonlandırılmasıyla hastanın kliniğinin düzeldiği gözlenmiştir. Kemoterapi alan hastalarda nadir de olsa ensefalopati kliniği ile birlikte bilateral bazal ganglion tutulumu görülebilmektedir, tedavi sonlandırılması ile bulgular gerileyebilir.

EP - 487 İNME BENZERİ KLİNİK BULGULARLA PREZENTE ADEM OLGUSU

BURCU AKALIN , ALENE SAR , ÖZLEM AKDOĞAN , AYSEL TEKEŞİN , UFUK EMRE TOPRAK

İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Akut dissemine ensefalomiyelit(ADEM), santral sinir sisteminin(SSS) birçok bölgesinin eş zamanlı tutulduğu, sıklıkla subakut başlangıçlı demiyelinizan bir hastalıktır. Klinik ve radyolojik bulgular ile tanı konulur. Akut sağ hemiparezi şikayeti ile başvuran ve klinik bulguların hızla kötüleştiği, klinik ve radyolojik değerlendirme sonrası ADEM tanısı alan olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu:
Kırkdört yaşında kadın hasta acil servise bir gün önce akut başlayan sağ kol ve bacakta güçsüzlük şikayetiyle başvurdu. Nörolojik muayenesinde sağ hemiparezi (3/5) saptandı. Anamnez ve klinik bulgularla ön tanıda inme düşünülen hastanın kraniyal MRG FLAIR kesitlerinde her iki hemisferde asimetrik yaygın hiperintens alanlar gözlendi. Nörogörüntüleme bulgularıyla inme tanısından uzaklaşılan hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla kliniğimize yatırıldı. Yatışının ikinci gününde genel durumunda kötüleşme gelişen hasta entübe edilerek yoğun bakıma devredildi. Kontrol kraniyal MRG'de hiperintens alanların arttığı, yaygın tümefaktif lezyonların beyin sapına yayılım gösterdiği saptandı. Kontrastlı kesitlerde mevcut lezyonlarda halkasal kontrastlanma gözlendi. BOS incelemesinde BOS protein yüksekliği saptandı.Klinik ve radyolojik bulgular ile hastada ön planda ADEM tablosu düşünüldü. Üç kez plazmaferez, on gün pulse steroid tedavisi uygulanan hastanın kliniğinde belirgin düzelme gözlendi. Kliniğinin birinci ayında çekilen kranial MRG'sinde mevcut kontrastlanmanın tamamen kaybolduğu ve lezyonlarda anlamlı gerileme olduğu gözlendi. Hastanın üçüncü ayında yapılan nörolojik muayenesinde patolojik özellik saptanmadı.

Sonuç:
ADEM tablosu genellikle çocukluk çağında görülmekte olup etyolojide sıklıkla enfeksiyon veya aşılar sorumlu tutulmaktadır. Olgumuz eşliğinde; daha nadir olarak yetişkinlerde de gözlenen bu klinik tablonun akut başlayarak hızla progrese olabileceğini, yakın klinik takip ve erken tedavi ile sekelsiz iyileşme ile düzelebileceğini vurgulamayı amaçladık.

EP - 488 KOZMETİK AMAÇLI UYGULANAN BOTULİNUM TOKSİN TİP A KOMPLİKASYONU OLARAK GELİŞEN FOTOFOBİ VE ÇİFT GÖRME: OLGU SUNUMU

CANSU KIZILTO GÜLER , UFUK EMRE TOPRAK

İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:
Botulinum toksin tip A (BoNT tip A), Clostridium Botulinum'dan üretilen nöromusküler kavşakta kolinerjik sinir terminallerine bağlanarak presinaptik asetilkolin salınımı engelleyen bir nörotoksindir. BoNT tip A'nın etkisi de yan etkileri de geçicidir. Yan etkiler en sık toksinin difüzyonu sonucu gelişir.

Olgu:
39 yaşında kadın hasta, giderek artan ışığa hassasiyet ve çift görme şikayeti ile hastanemiz acil servise başvurdu. Hastanın muayenesinde sağ pupil sola göre hafif midriatik, bilateral ışık refleksleri alınıyor, sağa bakışta gözlerde ağrı tarifliyor, binoküler diplopisi mevcut, alnını kırıştıramıyor, kaşlarını kaldıramıyor, bilateral göz kapaklarını tam kapatamıyor, bir süre yukarı baktırıldığında göz kapaklarında pitozis izleniyor ve ışığa hassasiyet nedeni ile sürekli gözlerini kapatma ihtiyacı duyuyordu. Sağ nazolabial sulkus ılımlı silikti. Muayene ardından tekrar sorgulandığında hastanın 20 gün önce yüzüne botoks yaptırdığı öğrenildi. Hastanın semptomlarının toksinin hem uygulanan kaslara hem komşu ve cilier pupil kaslarına yüksek oranda diffüze olmasına bağlı yan etki olabileceği düşünüldü. Pridostigmin 60 mg verilip kontrol edildiğinde göz kapatma tamdı, ışığa hassasiyet, binoküler diplopi ve pitozisi belirgin olarak azalmıştı. Hastanın ayırıcı tanı açısından tetkikleri tamamlanarak takibe alındı.

Tartışma ve Sonuç:
Son yıllarda geniş uygulama alanına sahip BoNT enjeksiyonlarına bağlı nörolojik sistemle ilgili komplikasyonlarda (pitoz, fasial asimetri, yutma bozuklukları, jeneralize Botilismus...) ayırıcı tanı açısından değerlendirme önem taşımaktadır.
Literatürde Miyastenia Gravis (MG) tanısı olmayan hastalara BoNT tip A uygulama sonrasında MG tablosunun belirgin hale geldiği ya da altta yatan MG tablosu olmadığı halde uygulama sonrası MG benzeri semptomlarla gelen olgu bildirimleri mevcuttur.
Sonuç olarak görme bozukluğu, fotofobi şikayetleri ile başvuran olgularda yüz bölgesi toksin uygulanmaları mutlaka sorgulanmalı, ayrıntılı nörooftalmolojik bulgular değerlendirilmelidir.

EP - 489 AKUT İNMELİ HASTALARDA ÜST EKSTREMİTE MOTOR PROGNOZUNU ÖNGÖREN PREP2 ALGORİTMASININ ÜLKEMİZDE UYGULANABİLİRLİĞİ VE GEÇERLİLİĞİ: PİLOT ÇALIŞMA

CEREN BAYRAK [1], ZEYNEP LİDE UZ [1], HAZAL KILINÇ [1], MERVE ÇELİK [1], FATMA İPEK ERDOĞAN [1], YAKUP KRESPİ [2], HATİCE YELDA YILDIZ [2], BURCU ERSÖZ HÜSEYİNSİNOĞLU [3]

[1] *İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ, BEYİN ANJİYOGRAFİ VE İNME MERKEZİ*
[2] *İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[3] *MARMARA ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ*

Amaç:
Çalışmamızın amacı The Predicting Recovery Potential 2 (PREP2) algoritmasındaki 3. Ay "mükemmel" üst ekstremite fonksiyon öngörü belirteci Shoulder Abduction Finger Extention (SAFE) ≥ 8 olan hastaları dahil etmediğimiz durumda algoritmanın ülkemizdeki bir inme merkezinde uygulanabilirliğini ve geçerliliğini değerlendirmekti.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya inme merkezine Ocak-Haziran 2023 arasında başvuran inmeli hastalar dahil edildi. SAFE ile kol abduksiyon ve parmak ekstansiyon kuvveti skorlandı. Referans makaleden farklı olarak SAFE ≥ 8 olan hastalar çalışmaya dahil edilmezken, dahil edilen hastaların bir kısmı başka merkezlerde rehabilitasyona devam etti. Hastaların rehabilitasyon seans sayıları ve içeriği kaydedildi. 3. ay sonuç değerlendirmesini yapan fizyoterapist başlangıç prediksiyon değerlendirmesine kördü.

Bulgular:
Değerlendirilen toplam 408 hastadan dahil edilme kriterlerine uyan 24 (%5,9) hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların hepsi çalışmaya katılmayı kabul etti ancak 13 hastanın 3. ay değerlendirmesine gelmemesi, 1 hastanınsa bakım evine gitmesiyle 10 (%2,5) hastanın verileri analiz edilebildi. Hastaların 3 ayda aldıkları üst ekstremite terapileri 18-90 seans arasındaydı. PREP2, 10 hastanın 3. ay üst ekstremite fonksiyonlarını 6 hastada iyi, 3 hastada kötü ve 1 hastada mükemmel öngördü. 10 hastanın 5'inde (%50) üst ekstremite motor fonksiyonu başarılı öngörülürken diğer 5 hastanın 2'sinde (%40) optimist, 3'ünde (%60) pesimist şekilde öngörüldü. Doğru öngörülemeyen hastaların tümü "iyi" fonksiyonda öngörülmüştü. "Mükemmel" ve "kötü" öngörülen hastaların pozitif öngörü değeri (PPV) %100 iken iyi hastalar için bu yalnızca %17 idi.

Sonuç:
Çalışmamızda algoritmanın hasta sayısı açısından uygulanabilirliğinin düşük olduğu (%2,5) görüldü. Çalışmanın tek merkezli olması ve takipte kaybedilen hasta sayısı önemliydi. Mükemmel öngörülen hastaların büyük oranda dışlandığı çalışmamızda algoritmanın öngörü başarısı (%50) orijinal çalışmaya (%75) göre düşüktü. Düşük başarı "iyi" öngörü PPV'sinin (%17) düşük olmasıyla açıklanabilir. "İyi" öngörülen hastaların prognozu, diğer hastalara göre rehabilitasyon içeriğinden, süresinden ve kalitesinden daha fazla etkilenebilir. PREP2 algoritmasının günlük pratiğe uyarlanmadan önce prognoz değişkenliği yüksek olan "iyi" öngörülü grup için geliştirilmesi ve çok merkezli, daha çok sayıda hasta içeren geçerlilik çalışmalarının yapılmasına ihtiyaç vardır.

EP - 490 SUBAKUT PROGRESİF YÜRÜME GÜÇLÜĞÜ AYIRICI TANISINDA SPİNAL DURAL ARTERİOVENÖZ FİSTÜL: OLGU SUNUMU

DURAN ÖZKAN , ATAOLLAH BONAKDARI , FETTAH EREN

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİMDALI

Olgu:
Spinal dural arteriyovenöz fistül (AVF), etyolojisi tam olarak anlaşılamayan nadir bir hastalıktır. Klinik ve radrolojik bulguları spesifik olmamakla birlikte sıklıkla demiyelinizan veya dejeneratif spinal hastalıklar ile karıştırılabilmektedir. Bu olgu sunumu ile spinal AVF olgusunun klinik ve nöroradyolojik özellikleri literatür eşliğinde değerlendirilmektedir. Altmış dokuz yaşında erkek hasta 6 ay önce başlayan progresif seyreden bilateral alt ekstremitelerde yanma, karıncalanma, uyuşma ve güçsüzlük yakınması ile başvurdu. Hastanın nörolojik muayenesinde kas gücü bilateral alt ekstremitelerde 4+/5 idi. Derin tendon refleksleri sol alt ekstremitede hipoaktif olup diğer tüm ekstremitelerde normoaktifti. Romberg bulgusu pozitifti. Seviye veren duyu kusuru izlenmedi. Yürüme hafif ataksik olup serebellar muayene normaldi. Beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesi yapıldı. Biyokimyasal ve serolojik inceleme normaldi. Periferik nörofizyolojik incelemede sinir iletileri fizyolojik sınırlarda tespit edildi. Hastanın sistemik, enfektif ve metabolik laboratuvar değerleri normal olarak değerlendirildi. Kranial, servikal, torakal ve lomber manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemelerinde T9-11 seviyesine uyan dural arteriovenöz fistül ile uyumlu görünüm tespit edildi. Hastaya spinal diyagnostik ve terapötik anjiografik müdahale planlanmaktadır. Tanıda perkutan anjiyografi halen altın standart olarak kabul edilmektedir. Tanısal incelemede ilk olarak sıklıkla MRG kullanılmaktadır. Modern endovaskuler teknikler, daha az invaziv bir tedavi seçeneği sunarak spinal dural arteriyovenöz fistül tedavisinde giderek daha etkili hale gelmektedir. Fistülün tamamen obliterasyonu elde edilirse endovaskuler veya cerrahi tedavi seçeneğinin prognozu benzerdir. Hastalık süreci esas olarak tedaviden önceki nörolojik dizabilitenin ciddiyetine bağlıdır. Klinisyenlerin bu nadir antite konusunda artan farkındalığı, bu tedavi edilebilir hastalığın erken tanınması için esastır. Uygun tedavi kararının verilebilmesi için multidisipliner bir yaklaşım gerekmektedir.

EP - 491 SEREBRAL KORTİKAL SÜPERFİSİAL SİDEROZİS:NÖROGÖRÜNTÜLEME OLGU SUNUMU

EMRE KARAKUZU , GİZEM SARIOĞLU ERMUMCU , MUSTAFA ERMUMCU , NİHAT ŞENGEZE

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ

Giriş

Sss'de klasik ve kortikal olmak üzere 2 siderozis tipi mevcuttur. Klasik tipi infratentoryal bölgeleri etkiler.işitme bozukluğu , serebellar ataksi ve kortikospinal belirtilerle ortaya çıkar.vakaların %50'sinde kanama kaynağı tanımlanır.

Kortikal superfisial siderozis(kss) tipi çoğunlukla,serebral hemisferlerin kortikal sulkuslarında gözlenir.akut subaraknoid kanama(sak) kaynaklı kan ürünlerinin parçalanmasıyla ortaya çıkan hemosiderinin lineer birikmesidir.bu süreç; subakut ve kronik aşamalarda ''ray benzeri'' bir görünümle sonuçlanır.çoğunlukla geçici fokal nörolojik ataklar ve artmış intraserebral kanama ile ilişkilidir.yaşlılarda en muhtemel etyoloji serebral amiloid anjiopati(saa) iken,gençlerde reversible serebral vazokonstriksiyon sendromu görülür.daha az nedenler arasında mss primer anjiiti,infektif endokardit(ie),revaskülarizasyon sonrası hiperperfüzyon sendromu,periferik anevrizma,dural av fistül ve kortikal venöz tromboz yer alır.ancak çalışma sayısı azdır ve üçte birinden fazlasında neden tanımlanamamaktadır.bu konudaki çalışmaların az olması nedeniyle vakamızı sunulmaya değer gördük.

Olgu

49 yaş kadın hasta sol kolda fokal nöbet ve baş ağrısı nedeniyle başvurmuştur.baş ağrısı frontal bölgede tek bir noktadan sızlama şeklinde başlayıp tüm başa yayılıyormuş.özgeçmişinde mitral kapak yetmezliği,hipertansiyon,penisilin ve metoklopramid allerjisi varmış.nörolojik muayenesinde bilateral üst ekstremitelerde postural tremor,apatik görünüm ve konuşma içeriğinde azalma saptandı.çekilen bilgisayarlı tomografi(bt)'sinde verteks-sentrum semiovale düzleminde,sol frontal lob sulkuslarında 5 mm ölçülen,sak ile uyumlu olarak değerlendirilen hiperdansitite gözlendi.çekilen karotis serebral bt anjiografi'sinde sağ vertebral arterlerde hipoplazi saptandı.anevrizma,av malformasyon,oklüzyon veya stenoz saptanmadı.çekilen manyetik rezonans(mr) venografisinde venöz yapılar normal olarak değerlendirildi.epileptik nöbet nedeniyle levetirasetam 2x1000 mg başlandı.

4 gün sonra kontrol bt'sinde aynı lezyonun lineer hiperdens hale döndüğü gözlendi.dijital substraksiyon anjiyografi(dsa)'sinde sağ cca ve dalları normal,sağ vertebral arter hipoplazik,sol cca enjeksiyonda fetal pca izlendi.sol vertebral enjeksiyonda sol pca izlenmedi.anevrizma izlenmedi.

Anti-ribozomal p proteini ve anti-nükleer antikor pozitifti.romatoloji tarafından sjögren ön tanısıyla azatiopürin başlandı.

Diğer kan tetkikleri normaldi.fabry ve cadasıl için genetik kanları negatif geldi.genetik incelemede mthfr c6 homozigot ve faktör 5 leiden heterozigot olarak geldi.

5 ay sonra yapılan kontrol dsa'sında ekstra patoloji saptanmadı.hastanın kontrollerinde apatisinde düzelme gözlendi.tekrar nöbet,görme kayıpları tariflemedi,baş ağrısı sıklığında azalma kaydedildi.

Sonuç:

Uzun yıllar boyunca kss yalnızca postmortem tanımlanabilmekteydi.mr tekniklerinin gelişmesiyle birlikte artık in vivo teşhis edilebilmektedir.az sayıda merkez difüzyon mr çekimlerinde rutin hemo sekans mr görüntü aldığından kss veya ksak ilişkili geçici nörolojik atakların tanınması zordur.bu nedenle,açıklanamayan atakları olan yaşlı hastalarda ve atakları atipiklerde hemosekans mr çekilmesi gereklidir.daha önceki vakalarda antikonvülzan veya migren önleyici ilaçların geçici atakların semptomatik tedavisinde faydalı olabileceği gösterilmiştir.bizim vakamızda da semptomatik tedavilerden fayda gözlenmiştir.

EP - 493 MOYA MOYA HASTALIĞINDA İZLEM VE TEDAVİ SEÇENEKLERİ: OLGU SUNUMU

HİLALİ DUYGU ERASLAN [1], HAZAL ÇETİN [1], TAYLAN ALTIPARMAK [1], HALE ZEYNEP BATUR ÇAĞLAYAN [1], BİJEN NAZLIEL [1], MEHMET KORAY AKKAN [2]

[1] 1 GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, ANKARA
[2] GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, RADYOLOJİ ANABİLİM DALI, ANKARA

Giriş:
Moyamoya, supraklinoid internal karotid arter (ICA) ve Willis poligonunun ana dallarının çoğunlukla bilateral, idiopatik, progresif stenozu ve buna sekonder beyinde küçük damar kollateralleri gelişimi ile karakterize, nadir, kronik bir tablodur. Moyamoya Hastalığı (MMH), moyamoya anjiyografik bulguları olan ancak ilişkili durumu olmayan hastaları ifade eder. En yaygın olarak iskemik inme/geçici iskemik atak ile prezente olur**.** Takip amaçlı görüntüleme çalışmaları yapılmaktadır.

Olgu:
21 yıl önce preeklampsi nedeniyle erken doğum yapan 44 yaşında kadın hastanın 27 yıldır başının verteks bölgesinde daha belirgin olmak üzere zonklayıcı vasıfta, VAS 5 şiddetinde baş ağrısı şikayeti mevcuttu. Ara ara sol kol ve bacakta kısa süreli hissizlik, güçsüzlük, konuşmada zorlanma şikayetleri olan hasta ilk olarak 8 yıl önce polikliniğimize başvurdu. Kranial MRG (Manyetik Rezonans Görüntüleme)'de yaygın kronik atrofi ve iskemi görüldü. DSA (Dijital Substraksiyon Anjiyografi)'da bilateral ICA intrakranial segmentlerinde yaygın stenozlar mevcut olup intrakranial kan dolaşımının sol vertebral arterden sağlandığı, orta serebral arterlerin(MCA) açık olduğu, lezyonların kronik olduğu saptandı. Nöroloji–Beyin Cerrahisi-Radyoloji konseyinde değerlendirildi; erişkin tip MMH düşünüldü. Hastanın yıllık yapılan MR perfüzyon incelemelerinde bir bozulma saptanmaması ve yeni bir şikayetinin gelişmemesi sebebiyle , medikal tedaviyle izlenmesine karar verilmişti. Hastanın son birkaç aydır dengesizlik, tekrarlayan düşme, sağ kolunda karıncalanma şikayetleri olması üzerine tekrar polikliniğe başvurdu. Nörolojik muayenesinde değişiklik yoktu. Perfüzyon MR 'da perfüzyon defekti izlenmedi, akımın zengin kollateraller ile sağlandığı görüldü. Önceki DSA ile karşılaştırıldığında yeni DSA' da anlamlı bir farklılık izlenmedi. Hastaya indirekt revaskülarizasyon cerrahisi seçeneği hakkında bilgi verildi. Hasta cerrahiyi kabul etmedi, 100 mg asetilsalisilik asit tedavisiyle takibine devam edilmektedir.

Tartışma:
Direkt veya indirekt cerrahi revaskülarizasyon MMH için en etkili tedavi seçeneğidir.Fakat antiplatelet tedavi yaygın uygulanır. Hastalığın belirsiz etiyolojisi ve geçmişi göz önüne alındığında, kesin olarak etkili veya spesifik bir tedavi yaklaşımı yoktur.

Referanslar:

1. Smith ER, Scott RM. Spontaneous occlusion of the circle of Willis in children: pediatric moyamoya summary with proposed evidence-based practice guidelines. A review. J Neurosurg Pediatr. 2012 Apr;9(4):353-60.

2. Fukui M. Guidelines for the diagnosis and treatment of spontaneous occlusion of the circle of Willis (moyamoya disease). Research Committee on Spontaneous Occlusion of the Circle of Willis (Moyamoya Disease) of the Ministry of Health and Welfare, Japan. Clin Neurol Neurosurg. 1997 Oct;99 Suppl 2:S238-40. PMID: 9409446.
3. Arias EJ, Derdeyn CP, Dacey RG Jr, Zipfel GJ. Advances and surgical considerations in the treatment of moyamoya disease. Neurosurgery. 2014 Feb;74 Suppl 1:S116-25.
4. Research Committee on the Pathology and Treatment of Spontaneous Occlusion of the Circle of Willis; Health Labour Sciences Research Grant for Research on Measures for Infractable Diseases. Guidelines for diagnosis and treatment of moyamoya disease (spontaneous occlusion of the circle of Willis). Neurol Med Chir (Tokyo). 2012;52(5):245-66.
5. Kim JS, Bang OY, Oh CW. Moyamoya disease. In: Uncommon Causes of Stroke, 3rd ed, Caplan L, Biller J (Eds), Cambridge University Press, New York, NY 2018. p.545.

6. Scott RM, Smith ER. Moyamoya disease and moyamoya syndrome. N Engl J Med. 2009 Mar 19;360(12):1226-37.

EP - 494 UNİLATERAL PAPİL ÖDEMİN NADİR BİR NEDENİ : OLGU SUNUMU

MEHMET ALİ EKENEL , HİBA GÜL ORUÇ , GÖKHAN AKGÜL , HAMZA ŞAHİN , DENİZ TUNCEL BERKTAŞ , MUSTAFA GÖKÇE

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, KAHRAMANMARAŞ, TÜRKİYE

Amaç:
Sfeno-orbital menenjiyom, sfenoid kanattan köken alan ve periorbital uzanım gösteren nadir bir menenjiyomdur. Tüm intrakranyal menenjiyomların %2-9unu oluşturur. Sfeno-orbital menenjiyomun klinik özellikleri intraosseöz, intradural ve intra-orbital lezyonlardan kaynaklanır. Klinik semptomlar sıklık sırasına göre proptoz, görme bozukluğu ve oküler motilite bozukluklarını içerir (1). Bu bildiride tek taraflı görme bulanıklığının nadir bir nedeni olan bir sfeno-orbital menenjiyom olgusu sunulmuştur.

Olgu:
Elli yaşında bilinen hipertansiyonu olan bir kadın hasta, son altı aydır olan sağ gözde bulanık görme şikayeti ile hastanemize başvurdu. Nörolojik muayene sağ gözde papilödem dışında doğaldı. Rutin tetkikleri normaldi. Yapılan kontrastlı/kontrastsız beyin BT incelemesinde, sağ temporal lob anteromedial kesimde diffüz kontrastlanan yer kaplayıcı lezyon ve komşu sfenoid kanatta hiperostozis bulguları izlendi. Kontrastlı beyin MR görüntülemesinde, sağ temporal lob medialinde sfenoid kemik ile temas halinde, ekstraaksiyel yerleşimli, ~32x24 mm boyutlu, vazojenik ödem nedeniyle çevre parankime hafif bası etkisi oluşturan, homojen/diffüz kontrastlanma gösteren sfeno-orbital menenjiyom izlendi. Hasta operasyon için beyin ve sinir cerrahisi kliniğine devredildi.

Sonuç:
Sfeno-orbital menenjiyom lar çoğunlukla 50 yaş civarındaki ve yüksek oranda görme bozukluğu olan (ortalama %56) kadınlarda görülmektedir. Sfeno-orbital menenjiyom iyi huylu histopatolojik özelliklere sahip olmasına rağmen, optik kanala invaze olup kitle etkisi yaratabilmeleri nedeniyle uzun süreli klinik seyirde agresif davranış sergileyebilirler. Sfeno-orbital menenjiyom unilateral görme bozukluğu ile başvuran hastalarda akılda tutulması gereken nadir bir antitedir.

Kaynaklar:

1. Wierzbowska J, Zegadło A, Patyk M, Rękas M. Spheno-Orbital Meningioma and Vision Impairment-Case Report and Review of the Literature. J Clin Med. 2022 Dec 22;12(1):74. doi: 10.3390/jcm12010074. PMID: 36614875; PMCID: PMC9821601.

EP - 495 PRİMER SANTRAL SİNİR SİSTEMİ LENFOMASI

MELİH İĞCİ , ŞÜHEDA ÇALAK , HASAN DOĞAN , MUSTAFA ONUR YILDIZ , BİLGE PİRİ ÇINAR , ÇETİN KÜRŞAD AKPINAR

SAMSUN ÜNİVERSİTESİ SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ AD, SAMSUN, TÜRKİYE

Giriş:
Beyin tümörlerinin %4'ünü oluşturan Primer Merkezi Sinir Sistemi lenfomaları'nın (PMSSL) yaklaşık %90-95'ini difüz büyük B hücreli lenfoma (DBBHL) oluşturmaktadır. En sık fokal defisitler olmak üzere nöbet, oküler semptomlar, baş ağrısı, konfüzyon, halsizlik gibi non spesifik semptomlarla başvurabilir. Kesin tanı için doku biyopsisi mutlaka yapılmalıdır. Bu olguda baş dönmesi ve dengesizlik yakınması ile başvuran subkortikal beyin biyopsisi ile diffüz büyük b hücreli lenfoma tanısı alan bir hasta sunulmuştur.

Olgu:
Bilinen diabetes mellitus ve hipertansiyon hastalığı olan 84 yaş erkek hasta, 4 ay önce başlayan dengesizlik yakınmasına eklenen ve geçmeyen baş dönmesi şikayetiyle hastaneye başvurup yatışı yapılıyor. Yatış sürecinde tabloya ajitasyon da ekleniyor. Beyin MR da Sol serebellar hemisferde, orta serebellar pedinküle de uzanım gösteren post kontrast görüntülerde kontrastlanma gösteren yaklaşık 46x22 mm boyutlarında kitleyi düşündüren lezyonu ile bu lezyonun medialinde vermiste yaklaşık 9 mm çapında kontrastlanma gösteren lezyon izlendi. Ayrıca solda frontal lobda girus rektus lokalizasyonunda kontrastlanma gösteren yaklaşık 35x18 mm boyutlarında intrakraniyal kitle izlendi. İlk MR dan 10 gün sonra çekilen beyin MR da frontal bölgede yeni bir lezyon izlendi. Beyin MRG Spektroskopi de N-asetil aspartat/kreatinin oranında azalma izlendi. Sol serebellumdan alınan eksizyonel biyopside patolojik incelemede Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma tanısı konuldu. Pulse steroid ile kliniği kısmen düzelen hasta tanıdan 1 ay sonra ex oldu.

Sonuç:
PMSSL, ekstranodal lenfomaların bir türüdür, Çeşitli genetik değişimler, regülasyonu bozulmuş yolaklar PMSSL patolojisinde rol oynayabilmektedir, ancak kritik noktalar tam anlamıyla saptanamamıştır. Mutlak olarak kesin tanıda doku biyopsisi şarttır. Klinik ve radyolojik olarak progresyon gösteren olgularda beyin biyopsisi çok geciktirilmeden uygun olgularda yapılmalıdır.

EP - 496 İLERİ YAŞTA TANI ALAN DYKE-DAVIDOFF-MASSON SENDROMU

ONUR SERDAR GENÇLER , CANSU KOSTAKOĞLU DUMAN

ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ

Giriş:
Dyke-Davidoff-Masson Sendromu (DDMS), kontralateral motor defisit, fasiyal asimetri, öğrenme güçlüğü ve epileptik nöbetlerle seyreden serebral hemiatrofi olarak da tanımlanan nadir bir nörolojik hastalıktır. Daha çok pediatrik popülasyonun etkilendiği bilinse de literatürde ileri yaşta tanı alan olgular da mevcuttur. Nadir görülen bu vaka bebeklik döneminden beri epileptik nöbetleri nedeni ile tedavi almasına rağmen 40 yaşında DDMS tanısı aldığı için sunulmuştur.

Olgu:
40 yaşında erkek hasta epileptik nöbet sıklığında artış olması sebebi ile başvurdu. Ayda 8-9 dokuz adet sağ fokal başlangıçlı jeneralize tonik klonik nöbetleri olduğu öğrenildi. Nörolojik muayenesinde mental retarde görünümde, sağ nazolobial oluk silik, sağ üst ekstremite proksimali 4-/5, distali 3/5 motor gücünde, eşlik eden spastisite ve distalde hafif kontraktür mevcuttu. Sağ alt ekstremite proksimali 4/5 motor gücündeydi. Derin tendon refleksleri sağda canlı, taban cildi refleksi sağda lakayttı. Kranial MRG'de sol serebral hemisferde atrofi ve sol lateral ventrikülde asimetrik genişleme izlendi. Solda kalvaryum hafif kalın, sağda mastoid hücrelerde pnömotizasyon izlendi. EEG'de sol hemisferde keskin dalga aktivitesi görülen hastaya DDMS ön tanısı koyuldu. Tedavide kullandığı levetirasetam dozu ayarlanarak takibe alındı.

Tartışma:
Tek taraflı kuvvet kaybı, epileptik nöbetler ve mental retardasyon DDMS'nin başlıca klinik özellikleridir. Radyolojik görüntülemede ipsilateral ventrikülomegali, serebral hemiatrofi, kraniumun kompansatuar büyümesi, sulkuslarda belirginleşme, frontal sinüslerin hiperpnömatizasyonu görülür. Konjenital ve edinsel tip olarak iki tip DDMS tanımlanmıştır. Konjenital veya infantil tip, intrauterin beyin hasarlarına sekonder olarak erken bebeklik döneminde görülür. Nöbetler kontrol altına alınırsa daha iyi klinik seyirlidir. Literatüre göre nadir görülen bu vaka ileri yaşta tanı alması sebebi ile sunulmuştur.

EP - 497 KRONİK LENFOSİTİK LÖSEMİ İLİŞKİLİ LEPTOMENİNGEAL TUTULUMA BAĞLI KAUDA EKUİNA SENDROMU OLGUSU

SAHİB ROVSHANOV [1], YAGUT HÜSEYNOVA [2], HAKAN AKGÜN [1], ÖMER KOÇAK [3], AYNUR UĞUR BİLGİN [2]

[1] *ANKARA KORU HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ*
[2] *ANKARA KORU HASTANESİ, HEMATOLOJİ KLİNİĞİ*
[3] *ANKARA KORU HASTANESİ, RADYOLOJİ KLİNİĞİ*

Giriş:
Kronik Lenfositik Lösemi (KLL) kanda, kemik iliğinde ve lenfoid dokularda küçük olgun görünümlü lenfositlerin çoğalması ve birikimi, B lenfositlerin klonal bozukluğu ile karakterize ılımlı seyirli bir hastalıktır. Santral Sinir Sistemi (SSS) tutulumu çok nadir görülen bir durum olup genellikle de ileri evrelerde ortaya çıkmaktadır. Bu bildiride 6 yıl tedavisiz izlem sonrası nüks hastalık bulguları ile başvuran ve tedavi altında iken kauda ekuina sendromu belirtileri gösteren KLL tanılı bir vaka sunulmuştur.

Olgu Sunumu:
57 yaşında erkek hasta, yaklaşık 6 yıldır KLL tanısı ile tedavisiz takipte izlenirken hastalığın nüksünü işaret eden klinik ve laboratuvar bulguları ile hematoloji bölümünde değerlendirilmiş ve kemoterapi başlanmış. Hasta kemoterapinin 2.kürünü henüz almışken sol bacakta ilerleyici güç kaybı ve uyuşma nedeni ile bölümüze danışıldı. Hastanın yapılan nörolojik muayenesinde patolojik olarak sol alt ekstremitede kalça fleksiyonu 4/5, diz fleksiyonu 3/5, diz ekstansiyonu 4/5, bilateral corap tarzı hipoestezi, T12 dermatom alanında seviye veren yüzeyel duyu kaybı, solda ekstansör plantar yanıt saptandı. Hastanın diğer sistem muayeneleri normaldi ve barsak-mesane disfonksiyonu yoktu. Hastaya yapılan lomber manyetik rezonans görüntülemede (MRG) kauda ekuina lifleri üzerinde (T12-L5 düzeyleri arasında) yaygın milimetrik nodüler kontrastlanmalar dikkati çekmiş olup bu bulgu leptomeningeal lösemik infiltasyon lehine yorumlandı. Hastaya lomber ponksiyon yapıldı, beyin omurilik sıvısı (BOS) ksantokromik görünümde idi ve BOS proteini 2008 mg/L olarak sonuçlandı. BOS'ta başka anormallik saptanmayan hastada MRG ve BOS bulguları ile KLL'ye bağlı SSS tutulumu düşünülerek tutulu alana radyoterapi ve eşzamanlı haftada iki kez olacak şekilde intratekal metoreksat ve deksametazon tedavisi başlandı. Başlanan tedaviler sonrasında nörolojik muayenesinde motor fonksiyonlarda kısmi iyileşme gözlenen hasta tedavisini bir başka merkezde devam ettirmek üzere hastanemiz takibinden çıktığı için hastalığın sonraki gidişatı ile ilgili bilgi edinilememiştir.

Tartışma ve Sonuç:
KLL'nin löseminin çok yaygın bir formu olarak bilinmesine karşın, SSS tutulumu nadir görülen bir durumdur. Tutuluma ait bulguların her zaman aşikar olmaması ve tanı koymadaki güçlükler hastaların tespitinde gecikmelere yol açmaktadır. Literatürde benzer vakalar sunulmuş olup gerek hastalığın seyri gerekse tedavideki gecikmeler nedeni ile mortalite ve morbidite oranı oldukça yüksek olarak bildirilmiştir. Bu vakada tanı ve tedavi aşamaları hızlıca gerçekleştirilmiş olmasına karşın hastanın kliniğimizden ayrılması nedeni ile sonuç hakkında yorum yapabilmek mümkün olamamıştır.

EP - 498 MULTİPL KRANİAL SİNİR FELCİ İLE PREZENTE OLAN DİFFÜZ BÜYÜK B-HÜCRELİ LENFOMA

SEDEN DEMİRCİ [1], BİRKAN AYDIN [1], HİLMİ UYSAL [1], HAKAN ÇAKIN [2], İNANÇ ELİF GÜRER [3]

[1] AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROŞİRÜRJİ ANABİLİM DALI
[3] AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, PATOLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Diffüz büyük B-hücreli lenfomalar tüm Non-Hodgkin lenfomaların %30-40ını oluşturan büyük ve transforme B hücrelerden meydana gelen, heterojen bir tümör grubudur. Multipl kraniyal nöropati tabloları inflamatuvar, infeksiyöz, tümöral nedenler başta olmak üzere geniş bir spektrum içinde görülebilir. Bu yazıda, multipl kranial sinir felci ile başvuran ve diffüz büyük B hücreli lenfoma tanısı alan hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu:
74 yaşında kadın hasta son 1 aydır olan baş ağrısı, konuşma bozukluğu, çift görme, yutma güçlüğü şikayetleri ile başvurdu. Şikayetlerine 1 hafta önce sağ göz kapağında düşme eklendiği öğrenildi. Özgeçmişinde hipertansiyon tanısı mevcuttu. Nörolojik muayenede; bilinç açık, oryante ve koopere idi. Ense sertliği yoktu. Sağda 3,4,7; solda 12 ve bilateral 6,9,10. kranial sinir paralizisi mevcuttu. Beyin MR görüntülemede verteks seviyesinde sağ parietal parankimde kontrast enhansmanı gösteren kitlesel lezyon, durada kontrast enhansmanı, klivusta sellar ve sfenoid bölgeye, kavernöz sinüse uzanım gösteren heterojen kontrastlanan ekspansil kitlesel lezyon izlenmesi üzerine maliniteler araştırıldı. Muayenede lenfadenopati saptanmayan, hemogramda lökosit sayısı normal olan hastanın FDG-PET'te sağ frontopariyetal bölgede hipermetabolik dural tabanlı kitlesel lezyon, kafa tabanında sfenoid, klivus/kondiler bölgeyi diffüz şekilde infiltre eden hipermetabolik lezyonlar ve bilateral retroorbital bölgede hipermetabolik lezyonlar tespit edildi. Beyin cerrahisi tarafından alınan biyopsi sonucu diffüz Büyük B hücreli lenfoma saptandı.

Sonuç:
Multpil kraniyal sinir tutulumu olan hastalarda ayırıcı tanıda lenfoma akılda tutulmalıdır. Gerektiğinde biyopsi ile patolojik değerlendirmenin derinleştirilmesi bu vakalarda tanısal açıdan büyük önem taşımaktadır.
Kaynaklar:
Carroll CG, Campbell WW: Multiple cranial neuropathies. Semin Neurol 2009;29:53–65.
Keane JR: Multiple cranial nerve palsies: analysis of 979 cases. Arch Neurol 2005;62:1714

EP - 499 TRAUMATİC TRUE NEUROGENİC THORACIC OUTLET SYNDROME

TUĞÇE FİDAN , HACER ERDEM TİLKİ

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Olgu:

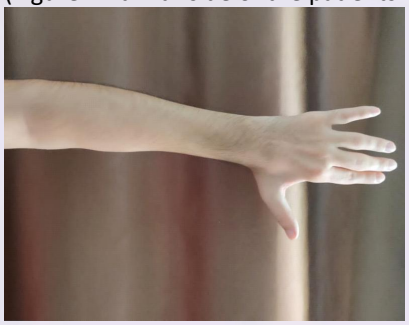
The first rib, scalene muscles and the clavicle comprise the thoracic outlet.Thoracic outlet syndrome (TOS) is a nonspecific diagnosis representing many conditions that involve the compression of the neurovascular structures that pass through the thoracic outlet. Five different types of TOS is suggested; a venous variant, arterial, a traumatic, a true neurogenic, and a disputed neurogenic.(1) Four of the five subgroups (true neurologic TOS, arterial vascular TOS, venous vascular TOS, and traumatic neurovascular TOS) are universally recognized to be rare lesions, with characteristic clinical and laboratory presentations.(2)Traumatic causes most commonly include whip-lash injuries and falls.(3)

Patients can present with a wide range of symptoms, from minor complaints to debilitating manifestations. Imaging of the musculature and vasculature can help identify this condition. Electrodiagnostic studies can also be useful if the condition is neurologic in origin. Both nonsurgical and surgical treatment methods are options for patients in managing this condition.

In this paper, we present the clinical, radiological and electrophysiological findings of traumatic true neurogenic TOS patient.

A 21-years-old, student, right-hand-dominant, male patient with a 14-year history of weakness in his left arm applied to our clinic.He fell of the bike when he was 7.According to what is said there was no fracture history.2 months after the accident he and his family became aware of contractions in his left hand.They applied to the various clinics and the results were in favor of ulnar neuropathy.He received surgical, medical and physical therapy for ulnar neuropathy several times during this period with no improvement in patient complaints.As the time goes by his left hand became weak.At the time he presented to us, on his neurological examination the left arm was positive for Adson test.In the motor examination on the left arm hand grip force was evaluated as 3/5 and finger abduction was evaluated as 1/5.Hypoesthesia was observed in the ulnar nerve sensory field.Atrophy was seen on thenar, hypothenar and interosseous muscles and old surgical scar on the affected side.The patient had no personal or family history of other specific disorders.

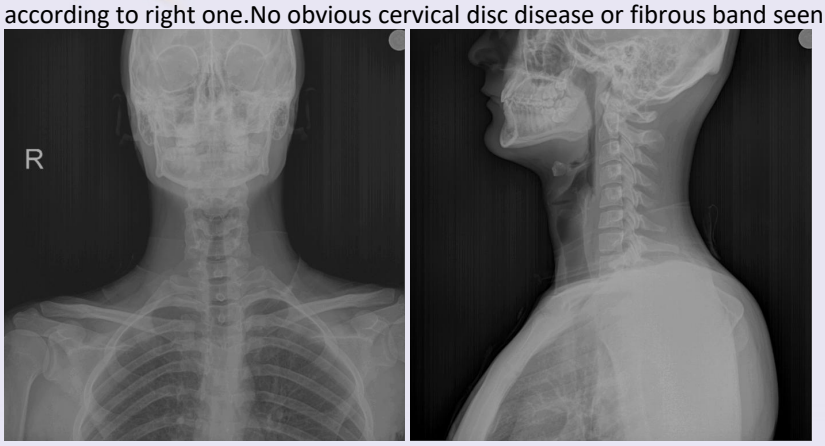
(Figure 1.Palmar side of the patients left hand showing thenar and hypothenar atrophy)



(Figure 2.Dorsal side of the patients left hand showing interosseal atrophy)

Plain radiographs of the chest, cervical spine and left shoulder did not reveal signs of a cervical rib, degenerative spinal disease, shoulder subluxation, humeral head hypertrophy, tumor or any other anomaly.MRI of the cervical

spine revealed edema and diameter increase in C6-T1 nerve roots and hypertrophy in left scalene musle according to right one.No obvious cervical disc disease or fibrous band seen.



(Figure 3.Plain radiographs of the patient)

(Figure 4.Cervical spine MRI of the patient showing edema and diameter increase in C6-T1 nerve roots and hypertrophy on the left scalene muscle)

In electrophysiological studies, N-TOS typically reveals a characteristic “median-motor, MABC and ulnar-sensory” pattern.(4) In our electrophysiological study; bilateral median, ulnar, radial nerve motor conduction study and bilateral median, ulnar, radial, medial lateral antebrachial nerve sensory conduction studies and quantitative needle EMG study of the first dorsal interosseous abductor pollicis brevis extensor indicis propius muscles on the left side was performed.Left median, ulnar and medial antebrachial cutaneous nerve sensory responses could not be obtained.Radial sensory response amplitude was found to be decreased on the left.The left median motor response amplitude was found to be decreased. No ulnar motor response could be obtained on the left.Signs of highly inactive neurogenic involvement were obtained in the examined muscles.These findings are consistent with advanced chronic partial axonal damage of the lower trunk of brachial plexus on the left.

REFERENCES

1)Kaplan J, Kanwal A. Thoracic Outlet Syndrome. 2023 Apr 10. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–. PMID: 32491382.

2)Wilbourn AJ. Thoracic outlet syndromes. Neurol Clin. 1999 Aug;17(3):477-97, vi. doi: 10.1016/s0733-8619(05)70149-3. PMID: 10393750.

3)Jones MR, Prabhakar A, Viswanath O, Urits I, Green JB, Kendrick JB, Brunk AJ, Eng MR, Orhurhu V, Cornett EM, Kaye AD. Thoracic Outlet Syndrome: A Comprehensive Review of Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. Pain Ther. 2019 Jun;8(1):5-18. doi: 10.1007/s40122-019-0124-2. Epub 2019 Apr 29. PMID: 31037504; PMCID: PMC6514035.

4) Tsao BE, Ferrante MA, Wilbourn AJ, Shields RW. Electrodiagnostic features of true neurogenic thoracic outlet syndrome. Muscle Nerve. 2014 May;49(5):724-7. doi: 10.1002/mus.24066. PMID: 24006176.

EP - 500 İNME SONRASI GELİŞEN DİSFAJİNİN KRİKOFARİNGEAL KAS EMG EŞLİĞİNDE BOTULİNUM TOKSİN ENJEKSİYONU İLE BAŞARILI TEDAVİSİ

YÜKSEL DEDE [1], ZEYNEP ALKAN [2]

[1] YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI
[2] YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KULAK BURUN BOĞAZ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Giriş:
Disfaji inme sonrası görülen önemli komplikasyonlardan biri olup yaşam kalitesini düşüren bir bulgudur. EMG eşliğinde üst özefagial sfinkter fonksiyon bozukluğunun gösterilmesi ve krikofaringeal (CP) kasa botulinum toksin enjeksiyonu uygulanması yutma fonksiyonunu olumlu şekilde etkilemektedir.

Olgu:
63 yaşındaki erkek hasta aniden gelişen yürüme güçlüğü, dengesizlik, konuşma bozukluğu nedeni ile hastanemiz acil servisine başvurdu. Nörolojik muayenesinde dizartri, sol yüz yarımında hipoestezi, her iki üst ekstremitede dismetri ve ataksik yürüyüş saptanan hastanın yapılan acil beyin görüntülemesinde her iki serebellar hemisfer ve medulla oblongatanın sağ yarımında akut iskemik enfarkt ile uyumlu bulgular saptandı (Resim 1). Beyin damar hastalığının etyolojisine yönelik yapılan inceleme sonucunda hiperlipidemi saptandı ve MR Angiografide sağ vertebral arter total oklüde sol vertebral arterde düşük akım saptandı; hastanın medikal tedavisi düzenlendi. Yutma fonksiyonunun tamamen etkilendiği larengoskopik muayene ile de gösterildi (Video 1). Klinik izlemi sırasında hastaya perkütan endoskopik gastrostomi işlemi yapıldı ve bu yolla enteral beslenmesi sağlandı. Taburculuk sonrası poliklinik izlemi sırasında krikofaringeal kasa EMG eşliğinde botulinum toksin uygulanması planlandı. CP-EMG'de yutmada yeterli gevşeme olmadığını gösteren kısa pause bulgusu saptandı (Resim 2), botulinum toksin enjeksiyonu yapıldı (Video 2). Konuşma ve yutma terapisine devam eden hastanın izlemde yumuşak kıvamlı gıdaları yutabildiği görüldü ve laringoskopik muayene ile kaydedildi. İlk işlemden 5 ay sonra 2. kez enjeksiyon yapıldı. Hastanın sonraki kontrollerinde günlük kalori ve sıvı ihtiyacını karşılayabilecek şekilde oral beslendiği kaydedildi (Video 3), bunun üzerine PEG kateterinin çıkarılması planlandı.

Tartışma:
Yutma güçlüğü özellikle beyin sapı infarktı geçiren hastalarda en önemli sorunlardan biridir. Yaşamı tehdit eden aspirasyon ve solunum yolu enfeksiyonlarına hastaları açık hale getirmekte; malnütrisyon, kilo kaybı gibi durumlara sebep olmakta ve hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu açıdan uygun hastaların seçilmesi ve CP kas içine botulinum toksini enjeksiyonuna dayanan terapötik bir yaklaşım gösterilmesinin önemli olduğunu düşündüğümüz için bu vakayı sunduk.

EP - 502 NÖROBEHÇET- MULTİPLE SKLEROZ HASTALIK AYIRICI TANISI:OLGU SUNUMU

SEVİL SOLAK , KÜBRA BALCI , SALTANAT MERT

BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ

Amaç:
Multiple skleroz ve Nörobehçet ayırıcı tanısında arada kaldığımız bu olgu sunumunda multiple skleroz- behçet ayırıcı tanısında klinik ve radyolojik farklılıklarını tartışmayı amaçladık.

Olgu:
24 yaşında erkek 1 yıl önce acil servisimize sol tarafta uyuşma-güçsüzlük, dengesizlik, baş dönmesi şikayetiyle başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik olmayan hastanın nörolojik muayenesi sol hemiparetik, derin tendon refleksleri hiperaktif, yürüyüş ataksik olarak izlendi. Çekilen Kranial MR'da beyin sapında, mezensefalon her iki yanından sağ talamus her iki tarafta, bazal ganglionlar anterior anterior komissör düzeyien uzanan yamasal T2 hiperintensitiler izlendi, nöroradyoloji tarafından ön planda radyolojik bulgular Nörobehçet ile uyumlu olarak yorumlandı
Behçet düşündürecek ateş,oral aft, genital aft, eritem-papilopüstüler döküntü, üveit, artrit/artralji,dvt öyküsü, sedim-crp yüksekliği, ailede romatizmal hastalık öyküsü saptanmadı Romatoloji konsültasyonunda mevcut bulgularla ön planda Behçet hastalığı düşünülmedi.
Lomber ponksiyonda Oligoklonal Bant tip-2 pozitif olarak saptandı. NMO negatif, 2022 ağustos 2023 şubat ve 2023 ağustos tarihlerinde 3 kez bakılan MOG negatif olarak saptandı. Mevcut bulgularla ön planda Multipl Skleroz düşünülerek hastaya dimetil fumarat tedavisi başlandı. Hasta mevcut durumunda dimetil fumarat tedavisi ile ataksız seyretmekte.

Tartışma:
Bazen izole Nörobehçet sendromu ve MS hastalığında klinik ve radyolojik bulguların benzerliği nedeniyle net ayrımı yapılamamaktadır. Özellikle Behçet hastalığının sık görüldüğü Türkiye gibi ülkelerde demiyelizan hastalık ayırıcı tanısına Behçet hastalığının da girdiği akılda tutulmalıdır.

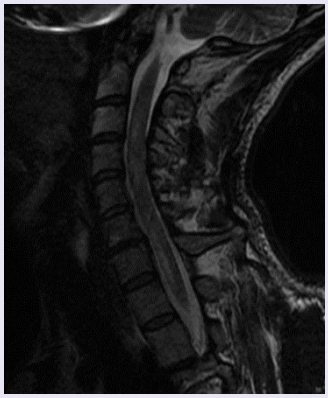
EP - 503 AKUT DİSSEMİNE ENSEFALOMİYELİT OLGU SUNUMU

İREM ELİF YALÇIN , BÜŞRA ELİF YILDIRIM , M. DURAN BAYAR , AYGÜL TANTİK PAK , MÜNEVVER ÇELİK GÖKYİĞİT

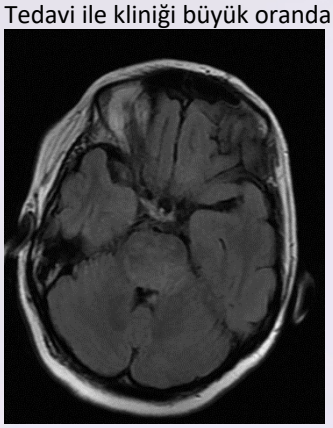
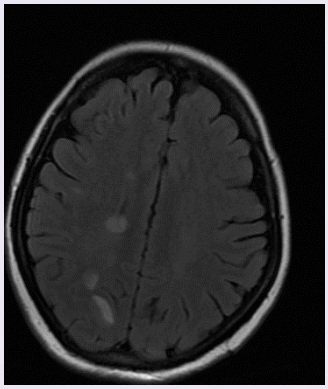
SBÜ GAZİOSMANPAŞA EĞ ARŞ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş ve Amaç:
Akut dissemine ensefalomiyelit (ADEM), merkezi sinir sisteminin multifokal tutulumuyla seyreden demyelinizan bir hastalıktır. Etiyolojide varisella ve rubella gibi viral etkenler, mikoplazma, lejyonella gibi bakteriyel etkenler aşılardan özellikle kuduz, tetanoz, difteri, kızamık ve hepatit B sorumlu tutulsa da birçok olguda spesifik etken saptanamamaktadır.
Bu yazımızda genel durum bozukluğu ve kas gücü kaybı ile acil servise başvuran, klinik değerlendirme, laboratuvar ve radyolojik bulguları ile ADEM tanısı alan 2 olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgular:
OLGU 1:
40 yaş erkek 1 ay önce Covid-19 enfeksiyonu geçiren hasta boyun, göğüs ağrısı ve 4 ekstremitede hızlı progresif güç kaybı sonucu gelişen kuadripleji ile kliniğimize yatırıldı. Servikal MR de T2 sinyal artışları ile transvers miyelit ve antesedan viral enfeksiyon, NMO, MOG negatif, OKB Tip 1 gelmesi sonucunda hasta ADEM tanısı aldı. 1gr/gün pulse steroid tedavisi başlanmasını izleyerek progresyonu durdu. Tekrarlanan kontrastlı Spinal MR çekiminde lezyonda değişiklik gözlenmedi, kontrast tutulumu yoktu. Tedavi ile kliniği büyük oranda düzeldi.



OLGU 2
48 yaş kadın 1 yıl önce Covid-19 enfeksiyonu geçiren hasta yüzün sol yarımında uyuşma ve her iki bacakta güç kaybı gelişen hastanın şikayeti sonucu gelişen tripleji ile kliniğimize yatırıldı. Kranial-Servikal-Torakal MR de T2 sinyal artışları ile transvers miyelit ve antesedan viral enfeksiyon, NMO, MOG negatif, OKB Tip 1 gelmesi sonucunda hasta ADEM tanısı aldı. 1gr/gün pulse steroid tedavisi başlanmasını izleyerek progresyonu durdu. Tekrarlanan kontrastlı Kranial--Spinal MR çekiminde lezyonlarda regresyon saptandı, kontrast tutulumu yoktu. Tedavi ile kliniği büyük oranda düzeldi.

Sonuç

Bu 2 olgu sunumu ile olgularda erken tanı ve uygun tedavi ile büyük oranda nörolojik sekel kalmadan iyileşebilen ADEM'in akılda tutulması gerektiği vurgulanmak istenmiş olup Covid-19 ilişkili Akut Dissemine Ensefalomiyelit olduğuna karar verildi.

EP - 504 AKUT SPİNAL PSÖDOATETOZ

ORKHAN MAMMADOV , ERGİ KAYA , DİDEM ÖZ

9 EYLÜL ÜNİVERSİTE HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Psödoatetoz, propriyoseptif duysal yolak hasarı sonucu oluşan istemsiz ve özellikle ekstremite distallerinde görülen hiperkinetik bir hareket bozukluğudur. Atetozdan farkı görsel uyaran ortadan kaldırıldığında hareketlerin artmasıdır. Siringomiyeli, B12 vitamin eksikliği, servikal miyelopati, multipl skleroz, miyelit, posterior kord travmaları, tümör veya iskemi psödoatetoz nedenleri arasında yer alır.

Olgu:
30 yaş sağ el dominant erkek hasta çalışma esnasında farkettiği sol elde nesne kavramada beceriksizlik nedeniyle kliniğimize başvurdu. Yapılan ilk nörolojik muayenesinde bilinci açık, koopere ve oryante idi. Konuşması ve kranial sinir muayeneleri olağandı. Ekstremite muayenesinde sol omuz abduksiyon, sol kol fleksiyon ve ekstansiyon kas gücü 4/5, sol el sıkma 4-/5 olan hastanın sol kolda hipoestezisi mevcuttu. Sol kolda derin tendon refleksleri artmıştı. Sol elde istemsiz haraketleri gözlenen hastanın gözlerini kapatınca haraketlerinin daha belirginleşmesi üzerine psödoatetoz olarak değerlendirildi. Solda babinski pozitifliyi ve vibrasyon duyusunda azalma mevcuttu. Serebellar muayenesi olağan, romberg testi pozitif idi. Desteksiz şekilde mobilize olabiliyordu. Çekilen kontrastlı MR'da demiyelinizan hastalıkla uyumlu olabilecek 2 adet periventriküler ve C3 posterior, C5 santral yerleşimli 2 adet kontrast tutan lezyonları mevcuttu. LP sonucu tip 2 OKB ile uyumlu saptandı. Bakılan NMO ve MOG IGG negatif sonuçlandı. 10 günlük 1 gram/gün IV metilprednizolon tedavisine ilaveten 5 gün 2 gram/gün IV metilprednizolon uygulandı. Kortizon sonrası yapılan muayenesinde sol kolda kas gücü defisiti ve psödoatetozunda belirgin düzelme gözlendi.

Sonuç:
Arka kordon hasarı sonucu meydana gelen bulgular hafif beceriksizlik şeklinde tanımlanabilir. Psödoatetoz da arka kordon tutulumunu gösteren patolojik bir muayene bulgusudur. Bu vakamızda psödoatetoz ile başvuran ve metilprednizolon ile düzeltme gösteren yeni tanı Multipl Skleroz hastamızı tartışmak istedik.

EP - 505 POZİSYONEL BAŞ AĞRISI HİKAYESİ: SPONTAN İNTRAKRANİAL HİPOTANSİYON

DİLAN DÜZTAŞ , CİHAT UZUNKÖPRÜ , YEŞİM BECKMANN

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Spontan intrakranial hipotansiyon (SIH) idiyopatik BOS sızıntısından kaynaklanır. BOS kaçağı ise genellikle servikotorasik bileşkede veya torakal spinal seviyede saptanmaktadır. Bu olguda bir SIH tanısında kranial ve spinal görüntülemelerin destekleyici rolünü vurgulamak istedik.

Olgu:
38 yaşında kadın hasta aniden enseden başlayıp oksipital bölgeye yayılan baş ağrısı, kulaklarda uğultu ve görmede bulanıklık şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Öyküsünden baş ağrısının oturduğunda veya ayağa kalktığında başladığı, uzandığı zaman ise şikayetinin olmadığı öğrenildi. Özgeçmişinde ek hastalık, travma veya girişimsel öykü yoktu. Nörolojik muayenesinde objektif nörolojik patoloji saptanmadı. Kranial MRG'de dural kalınlaşma ve kontrast tutulumu, serebellar tonsillerde anatomik sınıra yaklaşma, hipofiz yüksekliğinde ılımlı artış saptandı. MR myelografide sağ T12-L1 seviyesinde minimal BOS kaçağı ve buna bağlı koleksiyon saptandı. SIH tanısı konulan ve kaçak lokalizasyonu saptanan hastanın konservatif medikal tedaviden fayda görmemesi üzerine epidural kan yaması yapıldı. İşlem sonrası yatak istirahati önerildi ve ileri dönemde ikinci enjeksiyon planlanarak taburcu edildi.

Tartışma:
SIH yıllık insidansı 100.000'de 5 vaka olarak tahmin edilmektedir. Kadınlarda 2:1 oranında daha sık görülür. En sık bulgu olan baş ağrısı tipik bir olguda ortostatik karakterdedir. Buna ek olarak görme ve işitme problemleri, bulantı-kusma eşlik edebilir. Anamnez ve fizik muayeneye ek olarak kontrastlı kranial görüntülemeler tanıya yardımcı olur. BOS kaçaklarının nedenleri arasında meningeal divertiküller, osteofitler veya disk protrüzyonuna bağlı dural yırtıklar, BOS-venöz fistüller sayılabilir. Konservatif tedaviden fayda görmeyen, günlük yaşamı etkileyen semptomları olan vakalarda epidural kan yaması yapılabilir. Yama işleminde hastanın kendi kanı (yaklaşık 10-20ml) epidural boşluğa enjekte edilir. Klinik fayda görülmesi için tekrarlayan enjeksiyonlar yapılabilir.

EP - 506 SEKSÜEL AKTİVİTE İLE İLİŞKİLİ BAŞ AĞRISI İLE PREZENTE KAROTİS CİSİM TÜMÖRÜ

MERVE GÜRSOY HASOĞLAN , MERVE GÜRSOY HASOĞLAN , AYLİN YEŞİLGÖZ , AYLİN YAMAN

ANTALYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Giriş: Seksüel aktiviteyle ilişkili başağrısı (SAB) toplumda prevalansının %1 olarak tahmin edildiği, erkeklerde 3-4 kata kadar daha sık, çoğunlukla iyi seyirli bir klinik durumdur. Ancak etiyolojisinde yaşamı tehdit eden subaraknoid kanama, arteriyel diseksiyon başta olmak üzere sekonder serebral sebepler bulunabileceği için SAB ile ilk kez başvuran hastalarda öncelikle sekonder vasküler patolojiler ekarte edilmelidir. Bu olgu sunumunda etiyolojisinde karotis cisim tümörü saptanan bir SAB vakasını paylaşmak istedik. Karotis cisim (KC) tümörleri nadir görülen, karotid cisimciğinin paraganglionik hücrelerinden gelişen, çoğunlukla da benign olmalarına karşın %3 oranında malign transformasyon riski olan tümörlerdir. Malign olma olasılığı düşük olmasına rağmen çevre vasküler ve nöral dokulara invazyon veya bası yapmaları nedeni ile erken tanı ve tedavisinin planlanması önemlidir.

Gereç ve Yöntem:
Vaka: 44 yaş erkek hasta, 5 aydır olan yalnızca seksüel aktivite ile tetiklenen çoğunlukla orgazmdan hemen önce başlayan patlayıcı tarzda baş ağrısı ile başvurdu. Tüm başta dolgunluk hissi şeklinde, şiddetli, orgazmdan sonra da devam eden yaklaşık 30-45 dakika süren baş ağrısı yakınması mevcuttu, bulantı kusma eşlik etmiyordu. Nörolojik muayene doğaldı ve eşlikçi nörolojik yakınma tariflemiyordu. Detaylı sistemik sorgu esnasında ilk kez, sorulunca fark ettiğini belirttiği, boynun sol yanında sızlama, tutulma şeklinde tanımladığı non spefisik ağrı tarifledi. Acil beyin boyun BT anjiyografi ile değerlendirilen hastanın görüntülemesinde sol karotid bulbusta ön planda kitle ile uyumlu lezyon izlendi. BT anjiyografi raporu "sol bulbusta 28x18mm boyutlarında ECAdan besleyici alan glomus karotikum ile uyumlu kitle boyanması" şeklinde olan hasta kulak burun boğaz hekimine yönlendirildi. Opere edilen hastanın takibinde durumu iyi, başağrısı yakınması ise tekrarlamadı.

Sonuç:
Baş ağrısı yakınması ile nöroloji polikliniğine başvuran hastalarda çoğunlukla nörolojik muayene normal bulunmakta olup doğru tanıda en önemli araç detaylı öykü alınmasıdır. Baş ağrısı alarm belirtileri detaylı sorgulanmalıdır. Hastamız seksüel aktivite ile ortaya çıkan baş ağrısı ile başlıca alarm belirtilerinden biri olan egzersiz ile ortaya çıkan baş ağrısı ile başvurmuş buna eşlikçi boyun ağrısı yakınması mevcuttu. Arteriyel diseksiyon ekartasyonu amacıyla yapılan görüntülemede karotis cisim tümörü saptanmış olup bu tümörlerin tedavisinde ilk seçenek cerrahi rezeksiyondur. Çoğunlukla asemptomatik olup muayene tesadüfen saptanabilseler de senkop ve başdönmesi ile de prezente olabilirler. Cerrahi ile baş ağrısı da tedavi edilmiş olan vakamız yalnızca seksüel aktivite ile ortaya çıkan baş ağrısı yakınması ile KC tümörleri için nadir bir prezentasyon olarak değerlendirilebileceği gibi, primer cinsel ilişki baş ağrısı tanısını ilk kez alacak olan genç hastalarda servikal vasküler görüntülemenin de değerlendirilmesi gerekebileceğinin bir örneğidir.

Başağrısı Tanı Ve Tedavi Güncel Yaklaşımlar, Tnd 2018
International Classification of Headache Disorders (ICHD) (3rd Edition)
Bastounis E, Maltezos C, Pikoulis E, Leppaniemi AK, Klonaris C, Papalambros E. Surgical treatment of carotid body tumours. Eur J Surg. 1999 Mar;165(3):198-202

EP - 507 BARİATRİK CERRAHİ SONRASI OLDUKÇA AĞIR SEYREDEN WERNİCKE ENSEFALOPATİSİ OLGUSU

GÖKBERK METİN , L. GÜLÇİN KOÇ YAMANYAR , SUAT KAMIŞLI , ÖZDEN KAMIŞLI

BURSA TIP FAK. BURSA ŞEHİR SUAM, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Olgu:
Wernicke ensefalopatisi; ataksi, oftalmoparezi ve konfüzyon triadı ile karakterize acil tedavi gerektiren önemli nörolojik bir tablodur. Tiamin eksikliğinde ortaya çıkan bu tabloda bulgular farklı derecelerde ve farklı kombinasyonlarda olabilir ve nadiren hepsi bir arada gözükür. Tedavi edilmediği takdirde nörolojik morbidite ile mortalite oldukça yüksektir. Sıklıkla alkoliklerde görülmekle birlikte, malabsorbsiyon, anoreksiya nevroza, bariatrik cerrahi sonrasında, yoğun bakım hastalarında, uzun süreli kusmalarda ve açlık grevlerinde ortaya çıkabilir.
20 yaşında kadın hastanın ayaklarda uyuşukluk ve güçsüzlük şikayetleri olmuş. Şikayetleri 3-4 gün içinde ilerlemiş ve hiç yürüyemez hale gelmiş. Daha sonra çift görme eklenmiş ve kollarda güçsüzlük eklenmiş. Solunum yetmezliğinin gelişmesi üzerine entübe edilen hasta akut PNP ön tanısıyla yoğun bakım ünitemize sevk edildi. Özgeçmişinde 3 ay önce sleeve gastrektomi öyküsü mevcuttu. Gastrektomi sonrası gastrik kaçak olması sebebiyle tekrar opere edilmişti. Son 3 ayda 23 kg kaybı mevcuttu. Yatışı sırasında dirençli idrar yolu enfeksiyonu geliştiği öğrenildi. Septik şok kliniği de olan hastanın enfeksiyon ve destek tedavileri düzenlendi. Stabilizasyon sonrası yapılan nörolojik muayenede nonkoopere, nonoryante, total oftalmoplejik, spontan nistagmus izlenen ve tetraplejik olan hastanın alt extremitelerde DTR alınamadı üst extremitelerde ise hipoaktif olarak saptandı. Beyin MR'da bilateral medial talamuslarda, mamiller cisimlerde, periaquaductal ve periventriküler gri cevherde T2/FLAIR hiperintens lezyonlar izlendi. Bunun üzerine Wernicke ensefalopatisi düşünülerek tiamin tedavisi başlandı. EMG'sinde sensorimotor PNP bulguları saptandı. Taşikardik ve hipotansif seyretmesi sebebiyle kardiyolojiye danışıldı. Yapılan EKO'da EF %24 ileri derece kalp yetmezliği bulguları izlendi. Takiplerinde bilinç durumunda düzelme izlenen hastanın oftalmoparezisi düzeldi, nistagmusu devam etti. Trakeostomi açıldı. Yapılan kontrol EKO'da EF %50 ölçüldü, kalp yetmezliğinin düzeldiği görüldü. Fizik tedavi ve rehabilitasyon programına alındı. 6 aylık bir yoğun bakım sürecinden sonra trakeostomize oda havasında, bilinci açık, koopere, bilateral üst ekstremitelerde 3/5, alt ekstremitelerde 1/5 kas gücü ile palyatif servise devredildi. Palyatif servis takiplerinde miyokloni ve JK nöbetleri başlayan hastaya levetirasetam tedavisi başlandı.
Wernicke ensefalopatisi, bariatrik cerrahi sonrası nörolojik defisitle prezente olan hastalarda akılda bulundurulması gereken önemli bir tablodur. Klinik prezantasyon oldukça çeşitli olabilmekte ve bu sebeple birçok farklı nörolojik tabloyla karışabilmektedir. Klinik şüphe olan vakalarda, tanı kesinleşmeden dahi hızlı ve güvenilir olması sebebiyle tiamin tedavisinin başlanması önerilmektedir. Erken başlanan tiamin tedavisi ile morbidite ve mortalite oranları önemli ölçüde düşmektedir.

EP - 508 GEÇ TANI ALAN BİR DYKE-DAVİDOFF MASSON SENDROMU OLGUSU

AYŞE NUR KOCABAŞ , RAMAZAN AKPINAR

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

Amaç:
Dyke-Davidoff-Masson sendromu (DDMS);epileptik nöbet,fasyal asimetri,kontralateral hemiparezi/hemipleji ve mental retardasyon kliniğiyle karakterize nadir görülen bir sendromdur. Klasik radyolojik bulgular serebral hemiatrofi,tek taraflı kafatası kalınlaşması,paranasal sinüslerde genişleme ve havalanma artışının olmasıdır.Etiyolojisinde konjenital patolojiler,prenatal infeksiyonlar,doğum travması,hipoksi/anoksi,beyin tümörleri,intrakranyal hemorajiler ve febril konvülziyonlar yer alır.Dirençli nöbetler ile polikliniğe başvuran klinik ve görüntüleme bulgularının eşliğinde Dyke-Davidoff-Masson sendromu(DDMS) tanısı koyduğumuz bu olgu; dirençli nöbetlere neden olan ender bir klinik tablo olması ve geç tanı alması nedeniyle sunuldu.

Yöntem:
3 yaşından beri epileptik nöbetleri olan 38 yaşında kadın hasta nöbetlerinin sık tekrarlaması nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Anne babası arasında akrabalık bulunmayan, miadında doğan, normal gelişim basamakları gösteren hasta ilk kez 3 yaşında ateşli havale sonrası sağ hemiparazi, jeneralize tonik klonik nöbetleri olmuş ve fenitoin 200 mg/gün başlanmış ve o tarihten beri kullanıyormuş. Nörolojik muayenesinde;mental gerilik,sağ santral fasiyal asimetri,dizartri,sağ spastik hemiparezi, canlı derin tendon refleksleri, sağda babinski pozitifliği saptandı. Herhangi bir nörokütanöz belirteç yoktu. Görme ve işitme normaldi. EEG'sinde sol hemisferde zemin ritminde yavaşlama izlendi. Daha önce E-Nabızda ve hastane sisteminde çekilen beyin MRI'ı olmayan hastanın çekilen MR'ında sol serebral atrofi ve beyaz cevherde gliozis, sol paranazal sinüsler ve mastoid hücrelerde genişleme saptandı. Nöbet sıklığı başlangıçta 2-3 ayda bir olan hastanın nöbetleri fenitoin tedavisi ile kontrol altına alındı.

Sonuç:
Uzun yıllardır epileptik nöbetleri olan hasta mevcut klinik,görüntüleme bulguları ve elektrofizyolojik(EEG) inceleme sonuçları ile

İNTRAMUSKULER DİKLOFENAK ENJEKSİYONU İLE İLİŞKİLENDİRİLEN İSKEMİK İNME: OLGU SUNUMU

Giriş:
Kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarının semptomatik tedavisinde sıklıkla kullanılan Nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAİİ) grubundan diklofenak'ın literatürde felç riskini artırdığına dair çalışmalar bulunmaktadır.

Olgu:
43 yaşındaki erkek hastada bel ağrısı şikayeti ile uygulanan intramuskuler diklofenak sodyum enjeksiyonu sonrası 10 dakika içinde gelişen konuşma bozukluğu, dilde şişme ve sağ kolda güçsüzlük şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Yapılan nörolojik muayenesinde dizartrik konuşma, sağda nazolabial olukta siliklik, sağ üst ekstremite 1/5 kuvvetinde, sağ babinski pozitifliği görüldü. Alışkanlıklarında sigara içiciliği olan hastanın özgeçmişinde bir kez alerjik reaksiyon öyküsü olduğu ve bu sırada ölçülen serum IgE seviyelerinin yüksek olduğu öğrenildi. Yapılan kranial manyetik rezonans görüntülemede sol kapsüla interna arka bacağında akut enfarkt gözlendi. Etyolojiye yönelik yapılan beyin bilgisayarlı tomografi anjiografide, genetik, hematolojik, romotolojik testlerinde, EKO ve ritim holterde belirgin bir bulguya rastlanmadı.

Sonuç:
NSAİİ grubundan diklofenak sonrası dakikalar içinde gelişen serebral enfarktüs olgusunu bildirdik. İskemik olay ile ilacın enjeksiyonu arasındaki zamansal ilişki ve hastanın etyolojisine yönelik yapılan tetkiklerinde belirgin bir neden bulunamaması olayın nedeninin diklofenak'a bağlı olabileceğini aklımıza getirdi. "

EP - 510 KOLTUK DEĞNEĞİYLE BAŞVURAN BİR MİYASTHENİA GRAVİS HASTASI

BURAK BEKİR KILBOZ , CANAY KILIÇ , BEGÜM YARALIOĞLU , CANAN EMİR , ONUR AKAN

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,PROF DR CEMİL TAŞÇIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Giriş:
Steroid kaynaklı miyopati, ekzojen kortikosteroid uygulamasının neden olduğu, ağırlıklı olarak pelvik kuşak kaslarını etkileyen, ağrısız, toksik, inflamatuar olmayan bir miyopatidir. Miyasthenia gravis tanılı hastada ayırıcı tanıda beklenmeyen bir disabilite nedeni olup tanı için yüksek şüphe gerekir . Steroidlerin azaltılmasından 3-4 hafta sonra kas güçsüzlüğündeki düzelme ile doğrulanır.

Olgu:
Yürüme güçlüğü nedeniyle nöromüsküler polikliniğine yönlendirilen 51 yaş erkek hasta, yaklaşık 6 ay önce nefes darlığı, çift görme, yutmada güçlük şikayetleri olması nedeniyle Myastenia Gravis (MG) tanısı ile nöroloji servisinde yatarak tedavi görmüş. Piridostigmin 300mg/gün ve metilprednizolon 80mg/gün tedavisi ile taburcu edilmiş. Takiplere gidemeyen hasta, son üç aydır koltuk değneği ile yürümeye başlamış. Özellikle bacaklarında olan güçsüzlüğün fluktuasyon göstermediği ifade edildi. Nörolojik muayenesinde bilateral orbikülaris okuli kasları zayıf, boyun fleksiyonu 5-/5, bilateral deltoid ve biceps brachii 4/5, her iki üst ekstremite distali 4/5, bilateral iliopsoas kas gücü 3-/5 olarak değerlendirildi. Cushingoid yüz görünümü mevcut olan hastada bufalo hörgücü bulgusu dikkati çekti. Laboratuvar incelemelerinde kreatin kinaz düzeyi normaldi, asetilkolin reseptör antikoru pozitifti (43 nmol/L). Sinir iletim çalışmaları normaldi. Elektromiyografide ağır ve yaygın miyojen tutulum izlendi. Steroid miyopatisi düşünülen hastada eşdeğerinde steroid preparatı değişimi yapılıp, takiple hızlı doz azaltıldı. İmmünsüpresan tedavi olarak azatioprin başlandı. Hasta bağımsız ve desteksiz yürümeye başladı.

Sonuç:
Steroid kaynaklı miyopati sıklıkla gözden kaçan bir tanıdır, çünkü semptomlar bazen kortikosteroidin tedavi ettiği birincil hastalığa atfedilebilir. MG hastalarında steroid miyopatisinin ortaya çıkması nadir görülse de tedavi yaklaşımları farklı olduğundan, özellikle yüksek dozda steroid kullananlar veya uzun süreli tedavi gören hastalarda sık ve dikkatli izlem, miyopatinin erken belirtilerinin tespit edilmesine yardımcı olabilir.

EP - 511 KORTİKAL ENFARKTA BAĞLI GELİŞEN İZOLE EL GÜÇSÜZLÜĞÜ: ÜÇ OLGU

CANSU ERKOL , BURAK EREN , BURCU NUR PALA , AYSEL TEKEŞİN , UFUK EMRE TOPRAK

SBÜ İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Giriş:
Serebral iskemiye bağlı gelişen izole el parmak güçsüzlüğü nadir olup periferik sinir sistemi lezyonları ile karıştırılabilir. Literatürde izole el-parmak güçsüzlüğü bulunan az sayıda olguda kortikal enfarkt bildirilmiş olup "kortikal el-tepe sendromu" olarak tanımlanmıştır. Bu yazıda kortikal enfarkta bağlı el parmaklarında güçsüzlükle başvuran üç olgu tartışılacaktır.

Olgu-1
Altmış üç yaşında erkek hasta sol elde uyuşma ve güçsüzlük şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde iskemik inme, sağ karotis endarterektomi, hipertansiyon (HT) mevcuttu. Nörolojik muayenesinde konuşma dizartrik (sekel), sol el parmaklarında yeni gelişen 4/5 parezi saptandı. Difüzyon MRG'de sağ frontal korteks presantral gyrusta motor homonkulusta akut difüzyon kısıtlılığı saptandı. Sağ internal karotid arterde preokluziv darlık saptanması üzerine karotis stentleme uygulandı.
Olgu-2
Altmış dört yaşında erkek hasta birkaç gün önce başlayan sol elde güçsüzlük ve uyuşma şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde HT ve diyabetes mellitus (DM) tanısı mevcuttu. Nörolojik muayenesinde sol el parmaklarında früst parezi ve hipoestezi saptandı. Difüzyon MRG'de sağ frontoparietal bölgede duyu ve motor homonkulusta akut enfarkt gözlendi. Nöroloji servisinde tetkik edilen hastada etyolojide ateroskleroza bağlı küçük damar hastalığı düşünüldü.
Olgu-3
Seksen üç yaşında kadın hasta sabah uyandığında farkettiği sol elde güçsüzlük şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde HT ve DM tanısı olup nörolojik muayenesinde sol el parmaklarında früst parezi mevcuttu. Difüzyon MRG'de sağ frontal kortekste presantral gyrusta akut enfarkt alanı saptandı. Nöroloji servisinde tetkik edilen hastada etyolojide ateroskleroza bağlı küçük damar hastalığı düşünüldü.
Üç olgu da ikili antiagregan tedaviyle takibe alındı.

Sonuç:
Akut gelişen izole el parmak güçsüzlüğüyle başvuran, trombotik risk faktörleri bulunan hastalarda, periferik saf motor pareziye neden olan faktörlerin yanısıra serebral iskemi de akla gelmelidir.

EP - 512 DEV SUBKLAVİAN ARTER ANEVRİZMASI OLAN HASTADA HEMODİNAMİK İNME VE ABDOMİNAL MYOKLONİK STATUS: OLGU SUNUMU

DİCLE ÇOBAN , ABDÜLHAMİD KAYA , TURGAY DEMİR , KEZBAN ASLAN-KARA

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, BALCALI HASTANESİ

Amaç:
Subklavian arter anevrizmaları tüm anevrizmaların % 0.13 ile 0.5'ini oluşturan nadir periferik anevrizmalardır. Çapı 5 cm üzerindeki anevrizmalar dev anevrizma olarak tanımlanmaktadır. Bu yazıda dev subklavian arter anevrizması operasyonu sonrası hemodinamik inme gelişen ve takipleri sırasında posthipoksik abdominal myoklonik status tablosu izlenen bir olguyu sunmak istedik.

Yöntem:
Kırk üç yaşında, bilinen sistemik hastalığı olmayan erkek hasta sağ hemitoraksta vena cava ve azygosu iten 6 cm çapta subklavian arter anevrizması nedeniyle kardiyovasküler cerrahi tarafından operasyona alındığı, ciddi kanama nedeniyle stabilizasyon sağlanıp operasyona son verildiği öğrenildi. Postoperatif 1. saatte gelişen bilinç bozukluğu nedeniyle çekilen Beyin BT'de sağ serebral hemisferde en belirgin frontoparietal bölgede olmak üzere temporooksipital ve frontoparietal bölgede, solda oksipital bölgede hipodens alanlar izlendi. Nörolojik muayenede entübe olan hasta göz ile takip edebiliyor, basit emirlere uyma çabasında ve sol hemiparezik olarak değerlendirildi.

Sonuç:
Olgunun DSA incelemesinde majör damar oklüzyonu izlenmedi, sağ subklavian arterde 6x5 cm boyutta anevrizma mevcuttu. Takipleri sırasında bir kez kardiyak arrest gelişen ve resüsitasyon uygulanan olgunun batında ritmik, tekrarlayan myoklonik atımları izlendi. Posthipoksik abdominal myoklonik status olarak değerlendirilen olgunun myoklonik statusa yönelik tedavisi düzenlendi. Uzamış entübasyon nedeniyle perkütan trakeostomi açılan olgu ev tipi mekanik ventilatöre alınarak yatışının 44. gününde taburcu edildi.

Tartışma:
Çok nadir karşılaşılan, cerrahi tedavisi komplike olabilen dev subklavian arter anevrizmasının operasyon sırasında kanaması hemodinamiyi bozmuş ve inmeye sebep olmuştur. Abdominal myoklonik status tablosu da gelişen olgu klinik olarak nadir karşılaşılabileceği için sunulmaya değer bulunmuştur.

EP - 513 PARKİNSONİZM İLE TAKİPLİ HASTADA MEİGE SENDROMU

HANDAN BİLGİN , BEKİR ENES DEMİRYÜREK

ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:
Meige sendromu (MS): Literatürde değişik isimlerle bahsedilen bir klinik antitedir; bunlar arasında spontan oro-fasial diskinezi (1), blefarospazm, orofasial -servikal distoni, blefarospazm oromandibüler distoni sendromu (2), kranial distoni, Meige hastalığı, Brueghel sendromu sayılabilir.Fokal ve segmental distoniler arasında sınıflandınlır. Klinik olarak blefarospazm ve sık göz kırpma ilk ortaya çıkan bulgular arasındadır; bu yüzden hastaların çoğu önce oftalmologlara müracaat ederler ve nöroz teşhisi çok koyulur.

Olgu:
73 yaşında kadın hasta,gözde istemsiz kasılmalar ile göz kapanması şikayeti ile çeşitli göz doktorlarına başvurusu olmuş ancak verilen tedavilerden yarar görmemiş. Başlangıçta yalnızca her iki gözde olan istemsiz kasılmalar 2-3 hafta içinde ağız, dil, çeneye yayılım göstermiş, dişleri uygun şekilde temas edemediği için yemek yeme sırasında güçlük, yutma güçlüğü oluşmuş, konuşmasında bozulma olmuş. Ardından omuzlarında da 3-5 saniye aralıklarla gelen kasılmalar eklenmiş. Özgeçmişinde depresyon, atriyal fibrilasyon, hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve parkinson hastalığı mevcuttu. Antiparkinson ,antikoagülan, antihipertansif, antidepresan kullanımı vardı. Daha önceden kullanılmış nöroleptik ilaç öyküsü yoktu. Nörolojik muayenesinde bilateral göz kapaklarında 3-4 saniyede bir kuvvetli istemsiz üst üste 3-5 kez kasılma oluyor, kısa süre gözlerini açabiliyor, ardı sıra tekrar aynı hareketler devam ediyordu. Oromandibuler bölgede dizartrik konuşmaya neden olan süreklilik gösteren distoni ve omuzlarında da gelip geçici olan sıklıkla kısa süreli distonik kasılmaları oluyordu. Sol üst ekstremitede belirgin olmakla birlikte bilateral istirahat komponenti baskın aksiyonel ve istirahat tremoru birlikteliği vardı. Bilateral asosiye hareketleri azalmış, hareket hızı normal amplitüdü düşüktü. Yapılan biyokimyasal tetkikleri normaldi Kranial MRIı serebral ve serebellar atrofi dışında normaldi. Antiparkinson ilaçları düzenlenen hastanın takiplerinde bir düzelme olmaması üzerine botulinum toksini tip A uygulandı. Şikayetleri belirgin geriledi ve günlük yaşamını etkilemeyecek hale geldi.

Tartışma:
Meige Sendromu genellikle hayatın beşinci ve altıncı dekatlarında spontan olarak başlar ancak Jonkovic ve Fordun serisinde %17 hastada kırk yaşının altında hastalık başlangıcına rastlanıldığı belirtilmiştir (3,4,5,6). Primer Meige Sendromunun etyopatogenezi hala tam olarak bilinmiyor ancak sekonder Meige Sendromu bazal ganglionlardaki sitrüktürel bozuk-luklar ile ilişkilidir (7.8). Bu hastalık kadınlarda erkeklere göre iki kat daha sık görülmektedir. En yaygın ve hastayı en rahatsız eden semptom bleforaspazmdır(3) Blefarospazm genellikle tonik karakterdedir ve 5-10 saniyeden 30 saniyeye kadar sürebilir; spazm sırasında hasta gözlerini açamaz ve %12ye varan oranda fonksiyonel körlük bildirilmiştir (9). Kasılmalar bazen kısa süreli ve klonik vasıflı da olabilir; başlangıçta tek taraflı görülebilirse de, prensip olarak bilateraldir. Zamanla kranio-kaudal yayılım gösteren spazmların yüz, dudak, dil, çene, boyun ve taraf adalelerine yayıldığı görülür. Blefarospazmdan sonra en sık rastlanan bulgu ağız, dil, çene ve boyun adalelerindeki distonilerdir; omuz ve karın adalelerinde de distoniler ortaya çıkabilir. Belirtilerin yerleşmesi aylar-yıllar sürebilir veya bir dereceden ileri gitmeyebilir. Meige Sendromunda dizartri, spazmodik disfoni, istemsiz dil ve çene hareketleri, noktürnal diş gıcırdatma, temporomandibüler eklem ağrısı, kas spazmları ile ilişkili yüz ağrısı, yanak ısırmaları, kuru göz (10), serebellar dejenerasyona bağlı ataksiye (7) de rastlanmıştır (3,5). Meige Sendromunda çeşitli semptomların başlangıç semptomuna eklenmesi iki ay ile on sekiz yıl arasında değişmektedir (3,16).
Bu geniş aralık Meige Sendromunun tanısında zorluklara neden olmaktadır (3). Tonik spazmların süresinin tardiv diskinezide beş saniyenin altında olması karakteristik iken, Meige Sendromunda bu süre daha uzundur (3,17). Emosyonel streslerle Meige Sendromu şiddetlenir (3,18,5). Meige Sendromuna sıklıkla depresyon ve çeşitli psikolojik problemler e¸lik eder (3). Marsden %36 (19) ve Tolosa %41 (17) insidans ile depresyona rastladı?ını bildirmişlerdir (3,16,19). Ailede hareket bozukluğu veya diğer nörolojik hastalık hikayesi de önemlidir (3).
Şikayetlerin stresle, fizik aktiviteyle, parlak ışıkla, televizyon seyretmeye veya okumaya çabalamayla, rüzgarla artması tipiktir 1/3 vakada tremora, bazılarında parkinsoniyen bulgulara rastlanır ve depresyon oldukça sıktır

(11,12). Patojenezinde üst beyin sapı ve bazal ganglionlarda bir pataloji olduğu düşünülmekte, idiopatik dopamin (DA) reseptör süpersensitivesi üzerinde durulmaktadır (8). Ayırıcı teşhiste en çok karıştığı antite tardif diskinezidir (TD). Çoğu vakada klinik ayrım yapmak mümkün olamamakta, nöroleptik kullanımı hikayesi tek kriter alınmaktadır. Eğer nöroleptik kullanımı söz konusuysa bile, sürenin 2-3 aydan uzun olmaması ve aradan 2-4 yıl geçmiş olması gerektiği yazılmıştır (12). Tedavisinde antikolinerjik, kolinerjik, antidopaminerjik, dopaminerjik, serotonerjik, GABAerjik pek çok ajan vakadan vakaya değişen etki göstermekte, dirençli vakalarda cerrahi müdahale düşünülebilmektedir (1,9,12,13). Orbikülaris oküli ve boyun adalelerine botilinyum toksini enjeksiyonu değişik derecelerde başarıyla kullanılmaktadır (14,15).

EP - 514 İZOTRETİNOİN KULLANDIKTAN SONRA GELİŞEN SEKONDER İNTRAKRANİAL HİPERTANSİYON OLGUSU

HİLAL TUĞBA HOŞGELDİ , SİNEM YORGANCI , ÜLKÜ TÜRK BÖRÜ

AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ A.D.

Giriş ve Amaç:
İdiopatik intrakraniyal hipertansiyon(İH) sekonder bir neden belirlenmeksizin ortaya çıkan baş ağrısı ve görme bozukluğu olarak tanımlanır.Buna yol açan potansiyel nedenler saptanmışsa sekonder İH teriminin kullanılması daha uygundur.İH,izotretinoinin seyrek görülen yan etkisi olması nedeniyle olgu sunulmaya değer bulundu.

Olgu:
22 yaş kadın,bir haftadır gece uykudan uyandıran,yatınca daha da şiddetlenen zonklayıcı vasıflı baş ağrısı ve üç gündür olan görme bulanıklığı yakınmalarıyla acil servise başvurdu.İzotretinoinden başka ilaç kullanım öyküsü yoktu.Nörolojik muayenesinde bilateral papil ödem mevcuttu.Görme alanında konsantrik daralma görüldü.Kranial mrglerde patoloji izlenmedi.Lomber ponksiyon(LP)da basınç 400mmh2o olarak ölçüldü.Hastanın baş ağrısının LP sonrası gerilediği gözlendi.Hastaya sekonder İH tanısı koyuldu.Asetazolamid 750mg/gün ile taburcu edildi.Görme alanı testi ile düzenli olarak takip edilmekte.

Tartışma ve Sonuç:
İH olgularının çoğu nedeni bilinmeyen idiyopatik İH olarak tanı alır fakat idiyopatik diye düşündüğümüz olguların önemli bir kısmının ilaç kullanımına sekonder İH olduğu her geçen gün yapılan çalışmalarla ortaya konmaktadır.Burada da izotretinoinin İH'ye neden olduğu bir olgu sunulmuştur.İzotretinoin şiddetli akne tedavisinde kullanılan sentetik bir A vitamini türevidir.Daha önce yayınlanmış olgularda ensefalite neden olduğu da gözlenmiştir.Mekanizması bilinmemekle birlikte yağ bezlerinin fonksiyonunu ve keratinizasyonu inhibe etmektedir.İki ana metaboliti 13-cis-retinoik asit ve all-trans retinoik asittir.Her ikisinin de İH'ye yol açtığı gösterilmiştir.İlacın bu yan etkisi tedavi sırasında akılda tutulmalı ve hastalar İH semptomları açısından yakından izlenmelidir.

EP - 515 4 DAMAR STENTLEME

MURAT FARUK TUTAR , ÖMER FARUK ILDIZ , CAHİT AYAN , FETTAH EREN

SELÇUK TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

Giriş:
Beyin damar hastalıkları tüm ölüm nedenleri arasında dünyada ikinci, erişkinlik dönemde maluliyete yol açmasıyla da ilk sıradadır. İskemik inmelerin ise yaklaşık %75'i ön sistemden kaynaklanmaktadır. Bunların üçte birinde neden karotis arter darlığıdır (KAD). Tirbülans akımın etkilemesine bağlı olarak en sık darlık; karotis arter bifurkasyonunda gözlenir. Darlık derecesi (>%95) ve lezyonun özelliği (ülserasyon varlığı) inme riskini belirgin olarak arttırır. Genel olarak KAD şiddetinin %70 üzerinde olması halinde inme riski artmaktadır. Semptomatik hastalarda ilk 30 gün içinde inme riski %8 iken, yıllık risk %13'e ulaşmaktadır. Bu nedenle erken tanı ve tedavi önemlidir. İskemik inmelerin %20'si ise posterior sirkülasyon kaynaklıdır. Bunların dörtte birinde vertebral arter ve/veya baziller arter stenozu mevcuttur. Birinci ayda semptomatik vertebral arter darlığında rekürrens oranı karotis arter darlığı ile benzer orana sahiptir.

Olgu:
65 yaşında erkek hastamızın öz geçmişinde, diabetes mellitus, hipertansiyon, geçirilmiş serebrovasküler infarktüs öyküsü mevcuttu. Hastamız konuşma bozukluğu, uyku hali, şikayetleri ile acil servise başvurdu. Hastanın nörolojik muayenesinde; bilinci açık, oryante ve koopereydi. Pupiller normoizokorik, bilateral direkt ve indirekt ışık refleksi alınıyordu. Sağ nazolabial oluk silikti. Kas gücü sağ üst ekstremite proksimal kas gücü: 3/5 distali: 4/5, sağ alt ekstremite proksimali: 0/5 distali: 2/5, sol üst ekstremite proksimali: 0/5 distali: 2/5, sol alt ekstremite kas gücü 5/5 idi. Hastanın Diffüzyon Manyetik Rezonans(MR) görüntülemesinde sağ frontal bölgede sentrum semiovale düzeyinde ve sol talamusta akut iskemi ile uyumlu diffüzyon kısıtlaması gösteren odaklar izlenmesi üzerine serebrovasküler infarktüs tanısıyla takip edildi. Hastanın MR Anjiografi görüntülemesinde Sağ internal karotis arter (İCA) orijin düzeyinde %90 darlık ve sol vertebral arter(VA) orijinde %70 darlık saptanması üzerine hastaya Dijital Substraksiyon Anjıografi (DSA) yapıldı. Sol VA orijinine ve sağ Common Karotis Arter'den (CCA) sağ ICA orijine uzanan stentleme işlemi yapıldı ve rekanalizasyon sağlandı. Sağ VA orjininde preoklüzyon ve Sol ICA orjininde %70 darlık mevcuttu. 3 hafta sonra hastaya ikinci anjiografi işlemi yapıldı. Sağ VA ve sol İCA darlığı stent ile açıldı, rekanalizasyon sağlandı. Dört damar stentleme yapılan olgumuzu paylaşmak istedik.

Sonuç:
İnme, tüm ölüm nedenleri arasında ikinci sırada olup ciddi morbiditeye sebep olması ile de önemli bir halk sağlığı sorunudur. İnme, kalıcı özürlülük veya ölüme yol açabileceğinden dolayı hastalık tesbit edildiği andan itibaren uygun tedaviye hemen başlamak gerekmektedir. İCA ve VA darlıklarına neden olabilecek risk faktörlerinin tespiti ve medikal tedaviyle birlikte uygun hastalarda girişimsel tedavi de yapılmalıdır. Bizim olgumuzda da her iki İnternal Karotis Arter ve her iki Vertebral Arter stentlemesinin yapılmasının etkili ve güvenilir olduğunu göstermiş olduk.

EP - 516 SIRADAN BİR NÖROLOJİ NÖBETİ

SEDA NUR ÇALAR , ORKHAN MAMMADOV , ERDEM YAKA

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

Amaç:
Aynı gece arka arkaya başvuran üç akut iskemik inme olgusu paylaşılmıştır.

Olgular:
1- Altmış beş yaşında erkek, 07.02.2023 günü saat 20:45'te sağ yanlı güçsüzlüğü ve konuşma bozukluğu olmuş, yakınmalarının başlamasının 45. dakikasında tarafımızca değerlendirildi, NIHSS 11'di. Beyin BT'sinde sol dens OSA (orta serebral arter) bulgusu, Nöro BT-anjiyografisinde sol ASA (anterior serebral arter) distali ve sol OSA M1 proksimali tıkalı, distalinde kollaterallerle dolum sağlandığı saptandı. Saat 22:12'de intravenöz (iv.) trombolitik tedavi başlandı ve Girişimsel Radyoloji Bölümü tarafından mekanik trombektomiye alındı. İşlem sonrası sol ASA'nın tamamı, sol OSA M1 proksimali tama yakın açıldı.
2- 80 yaşında kadın, 07.02.2023'te saat 22:00'da normal görünmüş iken saat 01:00'da ağzının sola kayması, sol yanlı güçsüzlüğü nedeniyle hastanemize başvurmuşlar. Tarafımızca 2. saatinde değerlendirildi. EKG'si atrial fibrilasyon olan hastanın NIHSS 9, beyin BT'sinde akut parankimal patoloji yoktu. Hastaya diffüzyon-flair sekansları olan beyin MRG yapıldı. Diffüzyon MRG'de sağ OSA sulama alanında FLAİR sekansında karşılığı olmayan diffüzyon kısıtlılığı saptanması üzerine hastaya 3. saat 3. Dakikasında iv. trombolitik tedavi başlandı. Trombolitik tedavi devam ederken hastaya nöro BT-anjiyografi çekildi. Sağ OSA inferior divizyon çıkımından 1 cm distalinde tıkanıklık, sol internal karotid arter (İKA) postbulber segmentte şiddetli darlık olup darlık distalindeki arter relatif olarak çökmüş saptandı. Sol İKA'da da ileri darlık saptandı. Trombolitik sonrası kontrol nörolojik muayenesinde bilinç açık, semikoopere, sol santral fasiyel paralizisi olan hastada anlamlı tekli kelime çıkışları ve hafif dizartri, solda kas gücü 3-4/5 taban cildi refleksi sağda fleksör solda ilgisizdi.
3- 56 yaşında erkek 08.02.2023 günü saat 03:00'da hastanın konuşma bozukluğu ve ağzında kayma olmasının fark edilmesi üzerine hastanemize başvurmuşlar. Hasta yakınmalarının başlamasının 40. dakikasında değerlendirildi. NIHSS 9'du. Beyin BT'sinde sağ dens OSA bulgusu görüldü. Nöro BT-anjiyografisinde sağ OSA M1 proksimalinden tıkalı saptandı. 1. saat 20. dakikasında iv. trombolitik tedavisi başlandı ve mekanik trombektomiye alındı. İşlem sonrası sağ OSA tama yakın açıldı.

Sonuç:
Acil servis yapılanması, her tür medikal, girişimsel ve cerrahi tedavinin yapılabilmesi, İnme Ünitesi ve Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi olması ve 7/24 bu konuda tanı, tedavi, bakım hizmetlerini yapacak hekimlerin varlığı akut iskemik inme tedavisinin eksiksiz yapılması için şarttır. Tedavinin eksik yapılması hastanın başkasına bağımlı kalmasına veya kaybedilmesine neden olabilir.

EP - 517 KONTRAST MADDE UYGULAMASININ TETİKLEDİĞİ ENSEFALOPATİ TABLOSU

SERAP ZENGİN KARAHAN

TRABZON KANUNİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Kontrast ensefalopatisi, anjiografik işlemler sonrası nadir olarak gelişebilen bir tablodur.

Olgu:
67 yaşında kadın hasta geçirdiği iskemik inme sonrası yapılan karotis doppler USG de sol İCAda %90 darlık nedeniyle DSA planlanarak servise yatırıldı. DSA işlemi sırasında 50mg ioheksol uygulanan hastada işlem sonrasu huzursuzluk dezoryantayon gelişti. Yapılan kan tetkiklerinde, EEG ve beyin görüntelemelerinde hastanın ensefalopati tablosunu açıklıyacak patoloji saptanmadı. Kontrast maddeye sekonder ensefalopati tablosu olarak değerlendirilen hastanın gerekli hidrasyonu hidrasyonu ve semptomatik tedavisi sağlandı..Yatışının 3. günü hasta kendi normaline döndü ve gerekli önerilerle taburcu edildi.

Sonuç:
Beklenmedik ve ani gelişen ensefalopati tablolarında kontrast madde uygulaması akılda tutulması gereken bir tablodur.

EP - 518 AKUT İSKEMİK İNMEYE BAĞLI NADİR GÖRÜLEN BİR ELEKTROKARDİYOGRAFİK DEĞİŞİKLİK: TORSADES DE POINTES ARİTMİSİ OLGU SUNUMU

SERAY YILMAZ , AYŞE BETÜL ÇETİN , FİKRİYE PAKSOY , LEVENT ERTUĞRUL İNAN

ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:
Kardiyak aritmilerin iskemik inme ile ilişkisi daha iyi bilinmekte olup, iskemik inmenin elektrokardiyografi değişiklikleri ve aritmilere sebep olması ile ilgili olgular literatürde daha az bulunmaktadır. 73 yaşında kadın hasta acil servise baş dönmesi sonrası konuşma bozukluğu ve sağ kolda güç kaybı şikayetleri ile başvurdu. Difüzyon ağırlıklı Manyetik rezonans görüntülemelerde (DAG-MRG) korpus kallosum splenium sol yarıda difüzyon kısıtlaması saptandı. Şikayetleri ve enfarktı anatomik olarak uyumlu bulunmayan hastaya ilk MR görüntülemesinden 6 gün sonrayapılan Kontrastsız Beyin MRG'de her iki serebellar hemisferde, her iki talamusta ve her iki oksipital lobda kortikal/subkortikal alanda akut/subakut enfarkt lehine diffüzyon kısıtlamaları izlendi. Elektrokardiyografi ve ekokardiyografi ile yapılan kardiyak incelemelerinde kardiyoembolik inme odağı saptanmadı. Yapılan ritim holter tetkikinde daha önce bilinen kalp yetmezliği, yapısal kalp hastalığı öyküsü ve aritmi öyküsü bulunmayan hastada bazal ritim sinüs olup kayıt sonuna doğru 61 saniye süren torsades des pointes (TdP) izlendi. İskemik inmeye sekonder TdP saptanan olguların oldukça nadir olması ve bu aritminin mortalite riskinin yüksek olması nedeniyle olgumuzu paylaşmaya değer bulduk.

EP - 519 REKÜRREN, FULMİNAN SEYİRLİ, SERONEGATİF TÜMEFAKTİF DEMİYELİNİZAN LEZYON OLGU SUNUMU

ZİYA BERKE SOYLU , ESHGİN MAHARRAMOV , NAZİRE PINAR ACAR ÖZEN , MEHMET AKİF TOPÇUOĞLU , MERYEM ASLI TUNCER

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Tümefaktif demiyelinizan lezyonlar (TDL) santral sinir sisteminin çapı ≥2 cm olan demiyelinizan lezyonlarıdır. Vakaların çoğunluğunu multipl skleroz (MS) oluşturur. Radyolojik görünüm, neoplazm veya apse de dahil olmak üzere diğer yer kaplayan lezyonları taklit edebildiğinden, TDL sıklıkla tanısal bir zorluk teşkil eder. Bu olgu ile hızlı ilerleyen tekrarlayan ataklarla giden tümefaktif demiyelinizan lezyon olgusu radyolojik ve klinik özellikleri ile tartışılacaktır.

Olgu:
22 yaşında, erkek, sağ el dominant hasta. 24/07/2023 tarihinde bulantı, kusma, baş dönmesi, uykululuk, yürüme ve konuşma bozukluğu şikayetleriyle tarafımıza başvuran hastanın kabul muayenesinde konuşmasının dizartrik, sol alt ekstremitesinde 4 kuvvetinde parezisinin ve solda hiperaktif derin tendon reflekslerinin olduğu görüldü. Kraniyal MRG'de sağ lateral frontal bölgeden korpus kallozum genu sağ lateraline ve gövde kesimine, eksternal kapsüle, internal kapsül arka bacağına ve sağ serebral pedinküle doğru uzanımı olan sağ lateral ventriküle hafif bası etkisi oluşturan T2 hiperintens; perifer kesimlerde çizgisel kontrastlanmanın olduğu lezyon izlendi.

Hastanın öyküsünde ilk olarak Aralık 2017'de (16 yaşında) sol alt ekstremitede kuvvet kaybı ve glob vezikale şikayeti sonrası yapılan MRG'de sol frontopariyetal subkortikal beyaz cevherde tümefaktif inflamatuvar, demiyelinizan lezyon ve C7-T11 segmentleri arasında santral gri cevheri tutan T2 hiperintens lezyon izlendiği ve nöromiyelitis optika spektrum bozukluğu (NMOSB), MOG ilişkili hastalık (MOGAD) ön tanıları ile yatırılarak takip edildiği öğrenildi.

Beyin ve Spinal MRG (2017)

MOG-IgG ve AQP4-IgG antikorları negatif olan hastanın 5 gün 1gr/gün dozunda intravenöz metilprednizolon(IVMP) tedavisi ile semptomlarında düzelme olmaması üzerine 400mg/kg dozunda 5gün intravenöz immünglobulin(IVIg) tedavisi aldığı; IVIg sonrası semptomlarında tam düzelme olduğu ve 6 yıl boyunca tedavisiz ve ataksız izlendiği görüldü.

Beyin MRG (25/07/2023)

Hastadan 2023 yatışında TDL tanısıyla MOG-IgG ve AQP4-IgG antikorları gönderildi. 1gr/gün dozunda IVMP tedavisi başlandı. Takiplerinde bilinç bozukluğu gelişen hasta nöroloji yoğun bakım ünitesine yatırılıp, entübe edilerek mekanik ventilatör desteği ile izlenmeye devam edildi. Takip muayenelerinde bilateral babinski refleksi ve aşil klonusunun geliştiği görüldü. Ayırıcı tanılar açısından LP yapıldı, açılış basıncı 180mmBOS olarak değerlendirildi. Bos proteini:38,8 mg/dL; IgG indeksi:0,55 olarak sonuçlandı. Serum ve bosta oligoklonal band görülmedi. Behçet Hastalığı sorgulaması yapılan hastada oral veya genital aft saptanmadı. Yapılan Paterji Testi ve HLA-B51 sonucu negatif olarak raporlandı. 5 günlük IVMP tedavisi sonrası alınan kontrol kraniyal görüntülemesinde progresyon görülen hastaya plazmaferez tedavisi başlandı.

Beyin MRG (30/07/2023)

Hastanın 3.plazmaferez seansından sonra 06/08/2023 tarihinde yapılan kontrol kraniyal görüntülemesinde mevcut lezyonların T2/FLAIR sinyal şiddetlerinde ve bası etkilerinde azalma ile birlikte lezyonlarda gerileme görüldü.

Beyin MRG (06/08/2023)

Plazmaferez tedavisi 7 seansa tamamlanan hasta bilinç durumunun normale dönmesi üzerine ekstübe edildi. Kontrol kraniyal görüntülemesi sonrası takipte IVIg tedavisi 5gün 0,4gr/kg dozunda başlandı.

Beyin MRG (16/08/2023) (IVIg öncesi)

Seronegatif, rekürren TDL tanısıyla takip edilen, IVIg tedavisi sonrası klinik bulguları sol alt ekstremite distallerinde minimal kuvvet kaybı dışında tama yakın düzelen hasta azatioprin 150 mg/gün tedavisi ile taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç:
TDL klinisyenler için tanısal bir zorluk teşkil etmekte olup ayırıcı tanısına ADEM, MS, NMOSB, MOGAD, Nörosarkoidoz, Behçet Hastalığı gibi hastalıklar yer almaktadır. Tanının netleştirilemediği, seronegatif olgularda lezyonların demiyelinizan inflamatuvar karakaterinin radyolojik olarak tanınması hastaların akut ve kronik tedavi planı için önem taşımaktadır.

EP - 520 KÜME TİPİ BAŞ AĞRISINI TAKLİT EDEN KAROTİS ARTER DİSEKSİYONU

BURCU AKKOYUNLU , ALİ İHSAN YARDIM , HASAN DOĞAN , MUSTAFA ONUR YILDIZ , BİLGE PİRİ ÇINAR , ÇETİN KÜRŞAD AKPINAR

SAMSUN ÜNİVERSİTESİ SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ AD, SAMSUN, TÜRKİYE

Giriş:
İnternal karotis arter diseksiyonlarının %68'inde baş ağrısı, %39'unda servikal ağrı bildirilmiştir. Bu baş ağrıları genellikle aynı taraflıdır ve spesifik bir özelliği yoktur. Bazı olgularda migrenöz özellikler bildirilirken bazı olgular küme baş ağrısı kliniği ile başvurabilmektedir. Horner sendromu, küme baş ağrısı olan hastaların yaklaşık %22sinde görülür. Diğer taraftan karotis diseksiyonlarının %36-%58inde horner sendromu görülebileceği bildirilmiştir. Bu yazıda küme baş ağrısı kliniği ile başvurup karotis arter diseksiyonu tanısı alan olgu sunulmuştur.

Olgu:
55 yaşında erkek hasta, 10 gündür sağ göz ve çevresinde, çok şiddetli baş ağrısı yakınması ile başvurdu. Öz geçmişinde migren hastalığı vardı. Yeni gelişen baş ağrısı otonomik bulguların eşlik ettiği tek taraflı ve şiddetli (on üzerinden on puan veriyor) özellikteydi. Nörolojik muayene de sağ göz miyotik ve göz kapağı semipitotikti. Beyin MR görüntülemesi normaldi. Baş ağrıları oksijen tedavisine, non-steroid antiinflamatuar ağrı kesicilere ve oral steroide yanıtsızdı. Beyin-boyun bt-anjiyografi ve DSA incelemeside sağ ICA C1 distalinde 5x4.3 mm boyutunda psödoanevrizmayı düşündürüyordu. Psödoanevrizma karotis stentleme ile tedavi edildi. Klinik durumu tamamen düzeldi.

Tartışma:
Karotis arter diseksiyonunda arterdeki kanın intima içerisine girmesi intimayı media tabakasından ayırır ve psödolümen oluşur. Etiyoloji de hipertansiyon, konnektif doku hastalıkları, damar anomalileri, homosisteinemi, Alfa-antitiripsin eksikliği, sifiliz, migren, majör ve minör boyun travmaları yer alır. Diseksiyonlar en sık karotis arterin servikal segmentinde görülür. Baş ağrısını takiben, birkaç dakika veya birkaç gün içinde, geçici iskemik nöbet, inme veya her ikisi birlikte görülebilir. Nadiren küme tipi baş ağrıları görülür ve tanıda gecikmeye neden olabilir.

Sonuç:
Küme baş ağrısı ön tanısı düşünülen ileri yaş hastalarda uzamış ağrı durumunda karotis arter diseksiyonu akla gelmelidir.

EP - 521 A HİPERVİTAMİNOZİSİNE BAĞLI PSÖDOTÜMÖR SEREBRİ OLGUSU

NASRULLAH DANIŞMAN , ARAZ CEREN İNCESOY , HANDE SARIAHMETOĞLU , BURCU YÜKSEL , DİLEK ATAKLI

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI İSTANBUL BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Psödotümör serebri (PTS); yer kaplayan bir lezyon olmaksızın kafa içi basıncının artmasıyla oluşan bir hastalıktır. Erkeklerde, kadınlara oranla 4-15 kat daha az görülmektedir. Sekonder PTS etiyolojisinde en sık; bazı antibiyotikler, hormonal faktörler, diğer çeşitli ilaçlar ve serebral venöz sinüs trombozu yer alır. Ayrıca; A hipervitaminozisi ve hipovitaminozisi de PTS'ye yol açan nedenler arasındadır. Burada A hipervitaminozisi saptadığımız PTS düşünülen erkek hastayı sunmak istedik.

Olgu:
Elli beş yaşında erkek hasta bir aydır başını saran solda baskın, göze yansıyan, burun akıntısı ve göz yaşarmasının eşlik ettiği, FFF+, VAS:8/10 olan baş ağrısı ve puslu görme şikayeti ile başvurdu. Görme alanı muayenesinde sol taraflı konsantrik görme alanı daralması ve sağ taraflı periferde görme alanı skotomu saptandı. Muayenede bilateral papil ödem harici bulgu saptanmadı. BMI: 29,4 kg/m^2 olan hastanın özgeçmişinde; son iki ayda beş kg vermesi dışında, yakın zamanlı A hipervitaminozu yapacak ilaç kullanımı yoktu. Nörogörüntülemede posterior sklerada düzleşme ve optik sinirde kıvrımlı görünüm mevcuttu. BOS açılış basıncı 66cm/H_2O saptandı. Boşaltıcı LP sonrası baş ağrısı rahatladı. Vitamin A değeri: 1044ng/ml (normal aralık <1000ng/ml) olarak sonuçlandı. Vitamin A hipervitaminozuna yol açabilecek kilo kaybı harici herhangi bir etken bulunamadı. A vitamininden fakir diyet önerildi.

Tartışma:
PTC hastaları ikincil nedenler açısından dikkatle sorgulanmalıdır. Vücuttaki A vitaminin büyük kısmı karaciğerde depolanırken, hızlı kilo kaybıyla yıkılan adipoz dokudan salınan retinolün A hipervitaminozisine yol açtığı vakalar bildirilmiştir. Toksisitenin ortaya çıkabileceği seviye ve toksisiteyi ortaya çıkarmak için gereken en düşük alım miktarı için bireyler arası değişkenlik olduğu rapor edilmiştir. Hastamızda A hipervitaminozine yol açabilecek kilo kaybı harici herhangi bir etken bulunamadı.

EP - 522 ŞİDDETLİ BAĞIRMA SONRASI İNTERNAL KAROTİS ARTER DİSEKSİYONU: OLGU SUNUMU

LEVENT AVCI [1], AYŞE KRİSTİNA POLAT [1], BİLGEHAN ATILGAN ACAR [2]

[1] SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] SAKARYA ÜNİVERSİTESİ, NÖROLOJİ AD

Giriş:
İnternal karotis arter diseksiyonu (ICAD), iskemik inmenin nedir etiyolojik nedenlerinden birisidir. Gençlerde inmelerin %10-20 sine neden olur. En sık görülen bulgular boyun ve baş ağrısıdır. Vakaların birçoğu uzun süre asemptomatik seyredebilmektedir. ICAD, hemodinamik nedenli ya da tromboemboli oluşturarak serebral inmeye neden olur. Bizim vakamızda da akut iskemik inme kliniği ile başvuran ipsilateral ICAD tanısı alan yakın zamanda şiddetli bağırma öyküsü olan olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu:
Altmış yedi yaşında erkek hasta üç gün önce ani bağırma sonrası çenesinde kasılma, ağrı, konuşmasında peltekleşme şikayeti ile acile başvurdu. Nörolojik muayenesi doğal izlendi. Beyin bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağda frontoparyetotemporal bileşkede hipodens alan izlendi. Beyin ve karotis BT anjiografide sağ internal karotid arterde distalden itibaren diseksiyon izlendi. Difüzyon manyetik rezonans görüntülemede sağ frontal ve paryetal insular korteks düzeyinde difüzyon kısıtlılığı izlendi. Hasta yoğun bakıma takibine alındı ve enoksaparin sodyum tedavisi başlandı. Takiplerinde nörolojik muayenede değişiklik izlenmeyen hastanın on beş gün sonra karotis ve beyin BT anjiografi sonucu ile poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Tartışma:
İnternal karotis arterlerden kaynaklanan diseksiyonlar tüm iskemik inmelerin %2sini oluşturur. ICAD ları sıklıkla aynı taraflı baş veya boyun ağrısına neden olur. Ayrıca iskemik inme, intrakranial kanama gibi komplikasyonlar eşlik edebilmektedir. Ekstrakraniyal diseksiyonlar çoğunlukla spontan gelişen, travmatik olmayan veya bir vaskülopatiye bağlı gelişen lezyonlar olarak tanımlanır. Buna rağmen intrakraniyal diseksiyonlar; ağır yük kaldırma, öksürme, şiddetli bağırma gibi travma oluşturan etkenlerle meydana gelir. İskemik inme klinik bulguları ile prezente olan olgumuzda şiddetli bağırma öyküsünün yanı sıra baş, boyun ve çenede ağrı şikayetlerinin bulunması, iskemik inmenin altta yatan nadir bir sebebi olarak diseksiyonun tanısını koymamızı sağlamıştır. İnme tanısı alan hastalarda etiyolojiye yönelik incelemelerde diseksiyona yönelik detaylı anamnez ve nörogörüntülemeler yapılması önem arz etmektedir.

EP - 523 PAPİLÖDEMSİZ İDİYOPATİK İNTRAKRANİYAL HİPERTANSİYON

EGE ERDENER , ECE KAVAS , ÖZLEM BAŞAK DEMİREL , AYŞAN KALLİOĞLU , ÖZLEM KOCABIYIK , BUSE KARAGÖZ , YELİZ ÇİFTÇİ , TUĞBA KORKMAZ , BEDİLE İREM TİFTİKÇİOĞLU

İZMİR BAKIRÇAY ÜNİ. ÇİĞLİ EAH

Olgu sunumumuzda değerlendirilen 31 yaşındaki erkek hasta, 4 gündür devam eden defekasyon ve miksiyon ile artan, her iki göz arkasında ve ensesinde zonklayıcı tarzda ağrıyla acil servise başvurdu. Nörolojik muayenesi normaldi. Beyin MRG, Karotis-Beyin BT Anjiyografi'sinde anlamlı patoloji izlenmedi. MR Venografisinde; sol juguler ven hipoplazik olarak değerlendirildi. Lomber Ponksiyon yapıldı, BOS basıncı 230 mmBOS olarak ölçüldü, BOS direkt bakısında hücre görülmedi. Bunun üzerine papilödemsiz İdiyopatik İntrakraniyal Hipertansiyon (İİH, Psödotümör Serebri) düşünülen hastaya Asetazolamid 3x250 mg başlandı, tedaviye yanıt alındı.
İİH, Beyin-Omurilik Sıvısında (BOS) basınç artışıyla giden, KİBAS (Kafa İçi Basınç Artış Sendromu) semptom ve bulgularının eşlik ettiği, Beyin ve BOS'ta herhangi bir anormal bulgunun olmadığı bir klinik tablodur. Yaygın prezentasyonu öksürme, defekasyon, miksiyon ve efor ile artan baş ağrısı, bulantı-kusma, pulsatil tinnitus, görmede azalma, çift görme yakınmaları iledir. İİH ile ilişkili baş ağrısı non-spesifiktir, migren ve gerim tipi baş ağrısıyla karışabilir, hareket ve valsalva ile artar, özellikle uyandıktan sonra daha belirgindir. Genellikle obez ve pre-menapoz çağındaki kadınlarda daha sık olmakla birlikte herkeste görülebilmektedir. Muayenede tek veya iki taraflı papilödem, görme alanında konsantrik daralma, kraniyal sinir bulguları izlenebilmekle birlikte sık izlenen bir bulgu olan papilödem her vakada görülmeyebilir.
Bu bildiride, ani başlayan zonklayıcı tipte baş ağrısıyla acil servise başvuran hastanın papil ödemsiz İİH tanısı almasına uzanan süreçteki tetkik ve yaklaşımlar ile tedavisi detaylı olarak ele alınacaktır.

EP - 524 KRİPTOJENİK İNMELİ HASTADA YENİ TANI MALİNİTE

HAVVA TUĞBA ÇELİK [1], GİZEM GÜRSOY [2], CEMİLE HANDAN MISIRLI [1]

[1] HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ
[2] ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:
55 yaş erkek hasta, bilinen HT ve sigara kullanımı olan hasta sol tarafta kuvvetsizlik nedeniyle acilimize başvurmuş. Çekilen difüzyon MRda sağ parietal lobda ADCde karşılığı olan akut dif kısıtlılığı izlendi. Şikayet başlangıcı tpa aralığını geçtiği için tpa başlanmadı. Minör inme nedeniyle ikili antiagregan başlanarak interne edildi. Acilde çekilen BT anjiosu normal olduğu için trombektomi planlanmadı. EKOsu normaldi. Genç hasta olması nedeniyle yapılan transözofageal EKO da normaldi. Holteri normal sinüs ritmindeydi. Rutin kan tetkiklerinde hemoglobini 9.4 geldi. Bunun üzerine istenen malinite markerlarından CA-19-9 1521, CEA 1958, CA72-4 250 ve CA-15-3 34,3 olarak yüksek gelmesi üzerine genel cerrahiye yönlendirilen hastada kolonoskopi ve biyopsi sonucunda primer kolon adenoca ve karaciğer metastaz saptanmış ve kemoterapi tedavisi başlanmış.

İnmeli hastalarda inme sonrası ilk bir yılda kanser tanısı alma sıklığı %2-10 arasında bulunmuş. Kanserli hastalarda kriptojenik inme ilk bulgu olabilir. Kriptojenik inmeli hastalarda özellikle anemi, birden fazla damar alanında eş zamanlı enfarkt, hipoalbuminemi, sigara kullanımı, d-dimer yüksekliği, CRP yüksekliği, kilo kaybı varsa malinite açısından tetkik etmekte fayda olacağı ve kanser erken tanı ve tedavi açısından önemli olacağı için bu olguyu sunmak istedik.

EP - 525 RRMS'TE NATALİZUMAB İLE KONTROL EDİLEN FİNGOLİMOD REBOUND SENDROMU

HAZAL ÇETİN , HİLALİ DUYGU ERARSLAN , BELGİN KOÇER

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Fingolimod rebound sendromunun insidansı yaklaşık %10-40'dır ve sıklıkla fingolimodun kesilmesinden 4-16 hafta sonra ortaya çıkar. Kliniğin ağırlığı, kontrast tutan lezyonlarla paraleldir. Bu bildiride gebelik planı nedeni ile fingolimod kesilmesini takiben şiddetli hastalık aktivasyonu gelişen ve natalizumab ile klinik ve radyolojik aktivitesi kontrol edilen bir olgu sunulmaktadır.

Olgu:
Yirmiyedi yaşında kadın hasta, ondört yaşından beri tekrarlayan-düzelen Multipl Skleroz tanısı ile takipli idi. On yıl yüksek doz interferon beta-1a ve ardından bir yıl süre ile dimetil fumarat ile tedavi edilmişti. Duyusal ataklar ve bir kez sağda optik nörit olmak üzere intravenöz metilprednizolon (İVMP) ile sekelsiz iyileşmiş 5 atak tanımladı. Son 2 yıldır fingolimod ile takip edilirken yeni atağı olmadı. Gebelik planı nedeniyle fingolimod sonlandırıldıktan 4 hafta sonra dengesizlik, iki gün aralıkla iki kez kompleks parsiyal nöbet, sağ kol ve bacakta güçsüzlüğü oldu. Nörolojik muayenesinde (NM) bilinci konfüze, oryantasyonu tam idi, sağda hemiparezi (kas gücü 4/5), bilateral alt ekstremitelerinde spastisite saptandı, bilateral plantar yanıtlar ekstansördü. Başvurusunda lenfosit sayısı 500/Ul, karaciğer fonksiyon testleri normal idi. Beyin MRG'de mevcut lezyonlara ilaveten bilateral subkortikal ve periventriküler derin beyaz cevher, solda mezensefalon, solda superior serebellar pedinkülde yeni gelişen, difüzyon kısıtlayan ve kontrast tutan demiyelizan plaklar izlendi. Fingolimod rebound sendromu olarak değerlendirilen hastaya 1000mg/gün İVMP başlandı, levetirasetam 1000mg/gün tedavisi eklendi, ancak bu süreçte bilinç düzeyi letarjiye geriledi, yer-zaman-kişi oryantasyonu bozuldu solda hemiparezi gelişti (kas gücü 4/5). İVMP tedavisinin 7.gününde sağ elde ve oral otomatizma, sol kolda distonik postürün izlendiği üçüncü bir kompleks partiyal nöbeti oldu, levetirasetam dozu arttırıldı. Tekrarlanan beyin MRG'sinde bilateral subkortikal ve periventriküler derin beyaz cevher, bilateral orta serebellar pedinküldeki lezyonların boyutlarında ve difüzyon kısıtlılığında artış, ayrıca sol parietal, sağ temporal, sağ mezensefalon, sağ pons, bulbus sol posterolaterali ve bilateral serebellar hemisferde difüzyon kısıtlayan ve kontrastlanmayan yeni demiyelinizan plaklar izlendi. İVMP tedavisine rağmen klinik ve radyolojik aktivasyonu nedeniyle hastaya plazmaferez uygulandı. Plazmaferezin 2.seansından itibaren hastanın kliniğinde düzelme izlendi, bilinci açık ve oryantasyonu tam idi. Dördüncü seans itibariyle kas gücü sağda tam, solda -5/5 idi, plazmaferez 7 seansa tamamlandı. Bazal serum JCV indeksi 1,21 idi, gebelik planı devam eden hastaya natalizumab iv. 300 mg/gün/ayda bir başlandı. Hasta natalizumab 9.dozunu almış olup bu süreçte klinik olarak stabildir. NM'de bilinci açık olup sol alt ekstremitesinde -5/5 kas gücünde minimal parezi ve bilateral alt ekstremitesinde spastisite mevcuttur.

Tartışma:
Fingolimod rebound gelişiminde genç yaş, kadın cinsiyet, iki ayı aşan arınma süresi, başlangıçta ve fingolimod tedavisi sırasında yüksek hastalık aktivitesi varlığı, daha önce natalizumab kullanımı ve fingolimodun kesilmesinden sonra 4 hafta içinde ölçülen lenfosit sayısındaki hızlı artış önemli risk faktörleridir. Olguda genç yaş ve kadın cinsiyet dışında başka bir risk faktörü yoktu. Fingolimod reboundu sonrası optimal tedavi konusunda henüz bir konsensüs oluşturulmamıştır. Kortikosteroid ile tedavi yanıtı değişkendir ve dirençli hastalarda plazma değişimi uygulanır. Uzun dönem tedavide rituksimab ve alemtuzumaba değişim ile olumlu sonuçlar bildirilmiştir. Natalizumab, lenfositlerin repopulasyonundan önce SSS'ne hızlı girişini önleyebileceğinden fingolimod sonrasında tercih edilecek ajanlar arasında öne çıkmaktadır. Kortikosteroide yanıtsız olgularda hızlı bir şekilde plazmafereze geçilmesi ve olgumuzda olduğu gibi gebelik planı devam eden olgularda Natalizumab ile koruyucu tedaviye devam edilebileceği akılda tutulmalıdır.

EP - 526 SEMPTOMATİK İNMELİ VE ASEMPTOMATİK İLERİ KAROTİS DARLIĞI OLAN OLGULARDA ENDARTEREKTOMİ SONUÇLARI

UĞURALP KILIÇ [1], FURKAN TALHA TOKDEMİR [1], MEHMET ORHAN ÇİÇEK [1], AYHAN KOÇAK [2], FULYA EREN [1], HÜLYA OLGUN [1], BURCU ALTUNRENDE [1]

[1] TAKSİM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] TAKSİM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ KLİNİĞİ

Amaç:
Karotis arter stenozu ön sistem inmelerin %20'sini oluşturur. Tedavi seçimi stenozun yüzdesi, semptomatik olması, plak yapısına göre karar verilir. Bu çalışmada 2023 yılında karotis stenozu tanısı sonrası endarterektomi yapılan hastaların klinik seyrinin paylaşılması amaçlandı.

Yöntem:
1 Ocak - 31 Temmuz 2023 tarihleri arasında semptomatik karotis stenozu tanısı alan 22 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların güncel kılavuzlarla uyumlu şekilde semptomatik tarafta >%50 veya asemptomatik tarafta >%70 karotis arter stenozu bulunmaktaydı. Karotis darlık dereceleri bilgisayarlı tomografi anjiyografi (BTA), manyetik rezonans anjiyografi (MRA) ile belirlendi. Plak yapıları doppler ultrasonografi (DUS) ile değerlendirildi. Sternokleidomastoid kasın ön sınırı boyunca uzunlamasına bir boyun insizyonu ile altta yatan platisma kası ve deri altı dokuları bölünüp, karotis kılıfı açığa çıkarılıp, internal karotis arterin (ICA) dikkatlice tanımlanıp diseke edilmesi tekniği ile yapıldı.

Sonuç:
Çalışmaya alınan 1 hastada sağ orta serebral arter (MCA) ve sağ MCA-posterior serebral arter (PCA) watershed alanında iskemik enfarkt ve BTA'da sağ ICA'da %70, 1 hastada sağ MCA ve sol serebellumda iskemik enfarkt ve BTA'da sağ ICA'da semptomatik %65 ve sol common carotis arterde (CCA) asemptomatik %30, 1 hastada sol MCA sulama alanında iskemik enfarkt ve BTA'da sol ICA'da semptomatik %65 ve sağ ICA'da asemptomatik %25, 1 hastada rekürren hemorajik sağ MCA sulama alanında enfarkt ve MRA'da sağ ICA'da semptomatik %75 darlık saptandı, 1 hastada ise iki yanlı periventriküler yaygın iskemik gliotik odaklar, geçici iskemik atak (GİA) öyküsü ve MRA'da sağ CCA'da asemptomatik %80, sol ICA'da semptomatik %60 darlık saptandı. Çalışmaya dahil edilen 5 hastanın BTA, MRA ve DUS sonuçlarına göre semptomatik karotis arter stenozu ortalama %67±5.7060-75) olarak saptandı. Ek olarak 1 hastada ekokardiyografi (EKO) sonucu hipokinetik segment, 1 hastada 24 saat ritim holter sonucu paroksismal atriyal fibrilasyon (PAF) saptandı. Bir hastada hem sağ hem sol ICA'da anlamlı darlık nedeniyle belirli zaman aralıklarıyla bilateral endarterektomi, 4 hastada ise sadece semptomatik olan anlamlı stenozun mevcut olduğu tarafa endarterektomi uygulandı. Endarterektomi sonrası 4 hastanın kontrol BTA veya MRA'larında endarterektomi yapılan tarafta tam açıklık saptandı, 1 hastada BTA'da endarterektomi yapılan tarafta sağ bulbus düzeyinde ICA girişine doğru uzanan %20 darlık oluşturan mural trombüs izlendi. 1 hastada endarterektomi kesi yerinde hematom gelişmesi dışında diğer hastalarda komplikasyon yaşanmadı. Endaterektomi kesi yerindeki hematom drenaj ile boşaltıldı.

Tartışma:
Endarterektomi semptomatik karotis stenozunda sınıf 1A düzeyine sahip bir tedavi seçeneğidir. Karotis endarterektomisine uygun hastalarda balon anjioplasti ve/veya stentleme ile endarterektomi karşılaştırılan 3 büyük çalışmaya göre endarterektomi daha üstün bulunmuştur. Bu çalışmada karotis endarterektomi uygulanan hastaların klinik seyri bu kanıtlarla uyumludur.

EP - 527 İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ ÇERÇEVESİNDE İŞ KOLLARI VE VARDİYALI ÇALIŞMANIN MİGREN ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ: NÖRO-DEJENERASYON

YİĞİT CAN GÜLDİKEN

BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ MEDİCAL PARK HASTANESİ

Konu:
Genetik, çevresel ve yaşam tarzı faktörlerinin bir araya gelmesinden etkilenen oldukça karmaşık bir nörolojik bozukluk olan migren, dünya çapında 1 milyardan fazla kişiyi etkileyen önemli bir küresel sağlık yükü oluşturmaktadır (Vos ve ark., 2017). Bu durum, önemli ölçüde ağrı, sakatlık ve yaşam kalitesinde azalmanın eşlik ettiği tekrarlayan ve sıkıntılı baş ağrıları ile karakterizedir. Migrenin ekonomik etkisi şaşırtıcıdır ve tahminler küresel ekonomiye her yıl önemli maliyetler getirdiğini göstermektedir (Stovner ve ark., 2018).
Amaç:
Giderek yaygınlaşan iş kolları ve vardiyalı çalışma gibi çağdaş iş dinamikleri bağlamında, bu mesleki faktörler, migren oluşumu ve potansiyel nörodejenerasyon arasındaki karmaşık etkileşimi anlamak, etkili önleyici ve tedavi edici yaklaşımların geliştirilmesi için çok önemlidir. Bu çalışmanın amacı, Korneal Konfokal Mikroskopi (CCM) uygulaması yoluyla ölçülen nörodejenerasyonun kapsamı üzerinde iş kollarının ve vardiyalı çalışmanın etkisini araştırmaktır.
Yöntem:
Bu araştırma, migren bağlamında iş kolları, vardiyalı çalışma ve nörodejenerasyon arasındaki ilişkiyi araştırmaktadır. Korneal sinir liflerini ölçebilen non-invaziv bir oftalmik görüntüleme tekniği olan Korneal Konfokal Mikroskopi kullanılarak, çalışma nörodejenerasyonun potansiyel kanıtlarını incelemektedir. Çalışma örneklemi, Mayıs 2020 ile Temmuz 2020 arasındaki dönemde Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nöroloji Bölümünü ziyaret eden hastalar arasından rastgele seçilen 60 katılımcıdan oluşmaktadır. Helsinki Deklarasyonu ile uyumlu etik hususlara uyulmuştur.

Bulgular:
Toplanan verilerin analizi, migren hasta popülasyonunda vardiyalı çalışan bireylerde, vardiyalı çalışmayanlara kıyasla nörodejenerasyonun arttığına dair ikna edici kanıtlar ortaya koymaktadır. Bu bulgu, Wang ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan ve Çinli bir kohortta vardiyalı çalışma ile kornea sinir lifi yoğunluğunun azalması arasında anlamlı bir ilişki tespit eden son araştırma ile tutarlıdır. Ayrıca bu çalışma, korneal sinir kaybı ile baş ağrısı sıklığı/şiddeti arasında bir korelasyon olduğunu gösteren ve giderek artan bilgi birikimine katkıda bulunmaktadır Kinard ve arkadaşları (2015) ve Shetty ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan önceki çalışmalar da kronik migren ve fotofobisi olan hastalarda korneal sinir kaybının altını çizmiştir.

Sonuç:
Bu bulgular ışığında çalışma, migren bağlamında iş kollarının ve vardiyalı çalışmanın nörodejenerasyon üzerindeki etkilerini anlamanın kritik öneminin altını çizmektedir. Vardiyalı çalışanlar arasında nörodejenerasyonun şiddetlendiğine dair kanıtlar, mesleki faktörlerin migren şiddetini ve ilerlemesini etkileyebileceği potansiyel mekanizmaları vurgulamaktadır. Çalışma, bu bağlantılara ışık tutarak, migrenden muzdarip ve zorlu çalışma koşullarına maruz kalan bireylerin yaşam kalitesini artırabilecek hedefe yönelik müdahalelerin ve yönetim stratejilerinin formüle edilmesine katkıda bulunmaktadır.

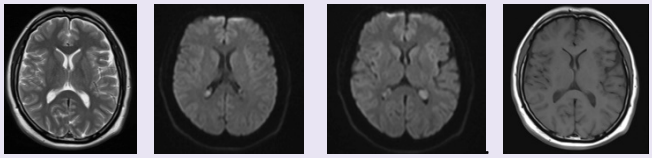
EP - 528 İNSİDENTAL SAPTANAN KOROİD PLEKSUS KSANTOGRANULOM OLGUSU

İLHAN CANSU KARABAŞ , CANSU KÖSEOĞLU TOKSOY , FÜSUN DOMAÇ

ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI HASTANESİ

Amaç:
Ksantogranülomlar kolesterol yarıkları, lenfositik infiltrasyon, çok çekirdekli dev hücreler, köpüksü makrofajlar (ksantoma hücreleri), fibröz proliferasyon ve hemosiderin depozitleri içeren benign tümörlerdir. Nadiren merkezi sinir sistemini tutan ksantogranülomlar çoğunlukla lateral ventriküller ve koroid pleksusta görülürler.Merkezi sinir sisteminde intraventriküler tümörlerin sıklığı %10'dur ve lateral ventrikül tümörleri ise bu grubun %1'inden daha az kısmını oluşturur.Ksantogranülomlar idiyopatiktir ve genellikle asemptomatiktir;semptomatik vakaların çoğunluğu üçüncü ventrikülün koroid pleksusuyla ilgilidir ve ağırlıklı olarak obstrüktif hidrosefaliye yol açar.Bu bildiride polikliniğimize gerilim tipi baş ağrısı şikayeti ile başvuran ve insidental olarak koroid pleksus ksantogranulomu saptanan olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu:
Bilinen Kronik hastalığı bulunmayan 37 yaş erkek hasta 3 yıldır olan sıkıştırıcı tarzda baş ağrısı ile polikliniğine başvurdu. Yakınmalarının 3 yıl önce geçirdiği covid sonrası başladığını belirten hastada VAS skoru 6-7 idi. Fonofobi, fotofobi, bulantı veya kusma şikayeti eşlik etmeyen , Misol 50 mg/gün haricinde düzenli kullandığı ilacı olmayan hastanın sistemik ve nörolojik muayenesi normaldi. Olası intrakraniyal patolojileri ekarte etmek için istenen beyin manyetik rezonans görüntülemede (MRG) her iki koroid pleksus lokalizasyonunda sağda 7 mm solda 11 mm boyutunda difüzyon kısıtlayan koroid pleksus ksantogranülomu ile uyumlu lezyonlar izlendi.



Kontrol değerlendirmesi önerilen hasta kitle konusunda bilgilendirildi.

Tartışma:
Baş ağrısı nedeni ile gelen hastada anamnez ve nörolojik muayenenin çok önemli bir yeri olup ayırıcı tanılarda MRG görülmesi önemli bir yere sahiptir. Sunduğumuz olguda ise insidental olarak saptanan koroid pleksus ksantogranulomu gözlenebildiği ,takip açısından önemi,aynı zamanda tipik difüzyon kısıtlılığı görünümünün akılda tutulması ve ayırıcı tanıda akıl karıştırıcı olabileceği vurgulanması amacıyla bu olgu sunulmak istenmiştir.

Kaynakça:
https://jag.journalagent.com/tjn/pdfs/TJN_22_4_194_195.pdf
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5602237/?report=classic
https://www.oatext.com/bilateral-choroid-plexus-cysts-xanthogranulomas.php
https://jag.journalagent.com/forbes/pdfs/FJM_1_2_36_41.pdf#:~:text=Koroid%20pleksus%20ksantogran%C3%BClomu%20(KPK)%2C,%C3%A7al%C4%B1%C5%9Fmada%20ksantog%2D%20ran%C3%BClom%20olarak%20tan%C4%B1mland%C4%B1.

EP - 529 TÜMEFAKTİF MS: KLİNİK TANI MI? RADYOLOJİK TANI Mİ? BİR OLGU SERİSİ

CANAN EMİR , ELİF ÜNAL , TUĞRUL AYDIN , BURAK KILBOZ , BEGÜM YARALIOĞLU , CANAY KILIÇ , İSMAİL BİLGİ , ONUR AKAN , CİHAT ÖRKEN , SERAP ÜÇLER

İSTANBUL PROF DR CEMİL TAŞCIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Amaç:
Tümefaktif MS, nadir bir multipl skleroz varyantıdır. 2 cmden büyük, kitle etkisi olan, ödemli ya da halkasal kontrast tutan multipl skleroz (MS) lezyonlarına tümefaktif MS denir. Olgulann yarıdan fazlasında klinik bulgu ilk kez ortaya çıkıyorken daha azında relapsing-remitting ya da progresif MS mevcuttur. Tümefaktif multıpl skleroz nadirdir ancak, prognoz ve tedavi açısından klinik özellik ve radyolojik farklılıkları tanınmalıdır. Bu sunumda kliniğimizde Tümefaktif MS tanısı alan 3 olgumuzu sunmak istedik.

Gereç ve Yöntem:
Tanı kriterlerine göre kesin multipl skleroz tanısı alan bu üç hastanın tablosunu geriye dönük olarak inceledik ve demografik olarak, başvuru belirti ve semptomları, görüntüleme yöntemleri, beyin omurilik sıvısı analiz sonuçları hakkında veriler topladık

Bulgular:
Bir olgu jeneralize tonik klonik nöbet ile, diğer iki olgu hemiparazi tablosu ile prezente oldular. MRG bulguları literatürle uyumlu olarak, iyi sınırlı, çevresinde az miktarda ödem ve kitle etkisi olan lezyonlar şeklinde izlendi. Olguların ikisinde , halkasal tarzda kontrastlanma açıkliği kortekse bakan halka tarzındaydı.

Sonuç:
Tumefaktif lezyonlar en çok gliomlar ile , bazan lenfoma ile karışır; bu nedenle sıklıkla biopsiye giderler. Ayırıcı tanıda özellikle çocuklarda ADEM de düşünülebilir. Klinik tablo , BOS incelemesi ve görüntüleme ayırıcı tanıda yardımcıdır. Olgulann yarıdan fazlasında klinik bulgu ilk kez ortaya çıkıyorken daha azında relapsing-remitting ya da progresif MS mevcuttur. Takipte %70 olguda kesin MS gelişirken daha azında izole demyelinizan sendrom olarak kalır. Semptomlar MS için atipiktir; daha çok fokal kitle lezyonuna bağlı semptomlar (fokal nörolojik defısit, epilepsi, afazi..) ortaya çıkar. Nadir bir MS varyantı olması nedeniyle literatür bilgileri ışığında klinik seyir , görüntüleme bulguları ve tedavi yanıtlarını paylaştık.

EP - 530 NADİR BİR OLGU: NÖBETLE PREZENTE OLAN ERİŞKİN YAŞ RASMUSSEN ENSEFALİTİ

LEVENT AVCI [1], BEYZA NUR BOZKURT [1], AYŞE POLAT ZAFER [1], TÜRKAN ACAR [2]

[1] S. B. SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ A.D.

Giriş:
Rasmussen ensefaliti (RE), serebral korteksin tek taraflı kronik inflamasyonu sonucunda hemiparezi ve ilaca dirençli epilepsi nöbetleri ile karakterize nörolojik sendromdur. En sık epilepsia parsiyalis kontinua (EPC) olmak üzere fokal nöbetler, bilateral tonik-klonik nöbetler görülebilir. Bu yazıda erişkin yaşta fokal nöbetle başlayan ve genel durum bozukluğu sonrası RE tanısı alan olguyu sunduk.

Olgu:
Elli dört yaş erkek hasta genel durumda bozulma, bilinç bulanıklığı şikayetleriyle acil servise geldi. Özgeçmişinde 2019'da sol frontal bölge enfarktı geçirdiği, vücudunun sol tarafında atımlar olması nedeniyle valproik asit 500 mg başlandığı öğrenildi. Nörolojik muayenesinde şuur açık, kısmi koopere idi. İnme öyküsüne sekonder motor afazi ve sağ tarafta 3/5 hemiparezi mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde sodyum değeri 116 mEq/L olup diğer parametreler olağandı. Beyin bilgisayarlı tomografide sol frontoparyetalde geniş hipodens alan izlendi. Kranial Manyetik Rezonans Görüntülemede sol frontoparyetotemporal alanda T2-Flair aksiyal kesitte yaygın hiperintens lezyon izlendi. Elektroensefalografi ölçümü normal olup otomimmün ensefalit paneli negatifti. Hasta mevcut bulgularla nöroradyoloji konsültasyonu sonrası RE tanısıyla takibe alındı.

Tartışma:
RE, tek tarafı etkileyen fokal nöbetler, EPC, hemiparezi ve mental retardasyon ile karakterize ilerleyici bir ensefalopati tablosudur. 1-10 yaş arasında başlamakla birlikte erişkin dönemde nadirdir. Bazı hastalarda prodromal evrede hafif hemiparezi veya seyrek nöbetler görülebilir. Akut evrede ise sıklıkla EPC olmak üzere bir serebral hemisferden kaynaklanan nöbetler görülür. MRG kesitlerinde kortikal sinyal yoğunluğunda artış ile frontotemporal bölgelerde tek taraflı kortikal atrofi izlenir. Tekrarlayıcı nöbetler, motor defisitlerin eşlik ettiği olgularda nörogörüntülemelerde tek hemisferde kortikal sinyal yoğunluğunda artış, yaygın atrofi saptanması halinde ayırıcı tanıda erişkin yaşta dahil RE tanısı akılda tutulmalıdır.

EP - 531 EKSTRATİMİK MALİGNİTENİN EŞLİK ETTİĞİ MYASTENİA GRAVİS OLGUSU;

BURCU AKKOYUNLU , ALİ İHSAN YARDIM , HASAN DOĞAN , MUSTAFA ONUR YILDIZ , BİLGE PİRİ ÇINAR , ÇETİN KÜRŞAD AKPINAR

SAMSUN ÜNİVERSİTESİ SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ AD, SAMSUN, TÜRKİYE

Giriş:
Bir nöromuskuler kavşak hastalığı olan Myastenia Gravis (MG) timomaya sekonder paraneoplastik bir durum olarak ortaya çıkabilir. Timus dışı maligniteler ile MG arasındaki ilişki sadece birkaç olguda bildirilmiştir ve çoğunluğu akciğer kanseridir. Bu olguda göz kapağında düşüklük ve nefes darlığı yakınması ile gelip MG tanısı alan ve araştırmada prostat kanseri olduğu anlaşılan bir olguyu sunduk.

Olgu:
69 yaşındaki erkek hasta, bilateral göz kapaklarında düşme ve nefes darlığı yakınması ile kliniğimize başvurdu. Nörolojik muayenesinde; sağ göz aşağı bakışta kısıklılık ve bilateral pitozis dışında patolojik bulgu yoktu. Yakınmaları gün içinde akşama doğru artıyordu. Rutin laboratuar testlerinde anlamlı patoloji saptanmadı. EMG'de nöromuskuler kavşak hastalığı ile uyumlu dekrement yanıt izlendi. Asetil kolin reseptör antikoru negatif sonuçlandı. Beyin kontrastlı MRI'da bulbus sol posterolateralinden süperiorda orta serebellar pedinkül seviyesine uzanan T2 ve FLAİR sekansta hiperintens lezyon izlendi. Hastanın beyin MRI lezyonundan şüphenilerek anti-yo antikoru gönderildi ve pozitif sonuçlandı. Toraks BT'de timik hiperplazi veya timomaya rastlanmaması üzerine malignite taraması yapıldı ve incelemeler sonrası prostat kanseri tanısı konuldu. Hastaya MG tanısı ile IVİG ve pridostigmin tedavisi başlandı. Kliniğinde belirgin düzelme olan hasta prostat kanseri açısından üroloji kliniğine devir edildi.

Sonuç:
Literatürde MG ile malignite arasındaki ilişkiye dair çelişkili sonuçlar mevcuttur. 188 MG hastasının dahil edildiği bir çalışmada %15,4 oranında malignite saptanmıştır. MG ile timoma arasındaki ilişki uzun yıllardır bilinmektedir. Ancak son dönemde akciğer kanseri, renal hücreli kanser, pankreas kanseri, hematolojik malignitelerin MG ile birlikteliğini vurgulayan vakalar bildirilmiştir. Literatürde MG'ye ek malignite saptanan hastaların bizim hastamız gibi ileri yaşta olması dikkat çekmektedir. İleri yaşta semptomları başlayan ve timik patoloji saptanmayan MG hastalarında timüs dışı malignitelerin olabileceği akılda tutulmalıdır.

EP - 532 AKUT PARAPLEJİYLE PREZENTE SPİNAL İNTRAMEDULLER HEMORAJİ: OLGU SUNUMU

CANSU ERKOL , BURCU NUR PALA , ÖZLEM AKDOĞAN , AYSEL TEKEŞİN , UFUK EMRE TOPRAK

SBÜ İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Giriş:
Spinal hemoraji akut nörolojik defisitle prezente olabilen, takibinde morbiditeyle sonuçlanabilen nadir bir klinik tablodur. Sol alt ekstremitede güçsüzlük şikayetiyle başlayıp iki hafta içinde parapleji tablosunun geliştiği spinal intrameduller hemoraji (SİH) olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu:
Bacaklarda güçsüzlük şikayetiyle başvuran 61 yaşında erkek hastanın öyküsünde, iki hafta önce başlayan sol bacakta güçsüzlük ve düşme şikayetinin olduğu, başvurduğu merkezde travmaya bağlı güçsüzlük düşünülerek tedavi düzenlendiği öğrenildi. Takip eden 1 hafta içinde alt ekstremitelerindeki güçsüzlüğün bilateral ve asendan olarak ilerlediği, ağrı veya başka eşlik eden bulgunun olmadığını ifade etmekteydi. Özgeçmişinde inme öyküsü olan hastanın Nörolojik muayenesinde sekel dizartri, parapleji ve T10 seviyesine uyan hipoestezi bulguları mevcuttu. Hastanın alt ekstremite derin tendon refleksleri alınamadı. İdrar ve gaita inkontinansı mevcuttu. Parapleji etyolojisi araştırmak amacıyla çekilen torakal MRG'da T2 sekansta T9-10 seviyelerinde hafif kontrastlanma gösteren lezyon gözlendi. Akut transvers myelit (ATM) ön tanısıyla acilde yapılan BOS incelemesinde lökosit saptanması üzerine antibiyoterapi başlandı. Servis takibi sırasında 3. gün BOS incelemesi tekrarlandı. Kontrol BOS incelemesinde özellik saptanmayan hastaya ATM ön tanısıyla pulse steroid tedavisi başlandı. Çekilen kontrol torakal MRG'de lezyonun genişlediği, hemorajik karakter kazandığı ve spinal kanalda genişlemeye neden olduğu gözlendi. Olası vasküler nedenlere yönelik yapılan spinal dijital anjiyografi (DSA) incelemesinde anormal özellik saptanmayan hastada spinal intramedüller hemoraji düşünüldü. Beyin cerrahisi tarafından operasyon önerilmeyen hasta rehabilitasyon amacıyla Fizik Tedavi servisine devredildi.

Sonuç:
Akut paraplejiyle başvuran, aterosklerotik risk faktörleri olan ileri yaş hastalarda ön tanıda nadir görülen spinal vasküler patolojiler de akla gelmelidir. Klinik şüphede MRG tanıda altın standarttır. Erken tanı klinik progresyon ve kalıcı spinal hasarın gelişmesini önleyebilir.

EP - 533 HİPOKALEMİK PERİYODİK PARALİZİ OLGUSU

KÜBRA ISİK [1], GÜLİN MORKAVUK [2]

[1] *SURUÇ DEVLET HASTANESİ*
[2] *ANKARA LÖSANTE ÇOCUK VE YETİŞKİN HASTANESİ*

Giriş:
Periyodik paraliziler (PP) ; iskelet kası sodyum, potasyum ,kalsiyum kanal genlerindeki mutasyonun neden olduğu nadir nöromuskuler bozukluklardır. Periyodik paraliziler ; hipokalemik PP, hiperkalemik PP ve normokalemik familyal PP olmak üzere tiplendirilir.

Olgu:
25 yaşında erkek hasta, tüm vücudu etkileyen güç kaybı ile hastanemize başvurdu. Hasta sabah kalktığında kol ve bacaklarını hiç hareket ettiremediğini farketmişti . Nörolojik muayenede bilateral sağ ve sol üst ekstremite kas gücü proksimal kaslar:4/5, distal kaslar:3/5 ve alt esktremite proksimal kaslar: 2/5 idi. Derin Tendon Refleksi alt ekstremitede belirgin hipoaktifti. Duyu kusuru yoktu. Sorgulandığında 15 gün önce 8 saat süren benzer şekilde kol ve bacaklarda yaygın güçsüzlüğü olmuş ve kendiliğinden geçmiş. Hastanın serum potasyum:2,7 olması ve diğer quadriparezi yapan nedenler dışlanması üzerine hipokalemik periyodik paralizi olabileceği düşünülüp, Elektromiyografi (EMG) yapıldı. Yapılan EMG'de sinir iletim çalışmasında bilateral peroneal sinir ve sağ ulnar motor iletiminde Birleşik Kas Aksiyon Potansiyeli (BKAP) amplütüdü küçüktü. Duyusal iletim çalışmaları normal idi. İğne EMG çalışmasında sağ biceps ve bilateral vastus medialis kasında miyojenik Motor Ünite Potansiyeli (MÜP) izlendi. Hastaya günlük 2 ampul %7,5 KCL ıv ınfuzyon şeklinde verildi. Infuzyon sonrası kas gücü toparlamaya başladı. Sonrasında yapılan EMG 'de sinir iletim çalışmasında bilateral peroneal ve sağ ulnar sinir BKAP amplütüdlerinde belirgin düzelme izlendi.

Tartışma Ve Sonuç:
Primer periyodik paralizlerin çoğu otozomal dominat kalıtılmaktadır ancak sıklığı net bilinmemekle beraber çok nadir de olsa sporadik vakalar bildirilmiştir. Tüm PP 'lerin ortak özelliği dakikalar, saatler veya günler sürebilen ve yaşam kalitesini bozan paralizi ataklarının olmasıdır. Teşhis genellikle kliniğe dayalıdır ve genellikle sonrasında genetik ile doğrulanır. Tanımlanmış bir genetik mutasyon yok ise atak sırasında düşük potasyum veya yüksek potasyum seviyesi yada egzersiz testi ile paralizi atağı olması tanıyı destekler. EMG bulguları olarak PP 'ler; paralizi atakları dışında İğne EMG bulguları normal olur ancak hiperkalemik PP 'lerde proksimal ekstremite kaslarında ve yüz kaslarında miyotonik boşalımlar görebiliriz. PP'lerin geç döneminde özellikle hipokalemik PP'de proksimal kaslarında miyopati bulguları görülebilir .PP 'lerde özellikle atak sırasında M yanıta bakıldığında amplütüd düşme görülür. Bizim hastamızda proksimal kaslarda iğne EMG de miyopati bulguları ve sinir iletim çalışmasında BKAP amplütüd'lerinde düşme vardı ve potasyum düzelince EMG ve klinik bulguları düzeldi. Oldukça nadir görülen hipokalemik PP olgumuzu paylaşmak istedik.

EP - 534 GEÇİCİ İSKEMİK ATAK KLİNİĞİ İLE BAŞVURAN ERİŞKİN HASTADA İNSİDENTAL SAPTANAN KOLPOSEFALİ

ESAT AHMET ŞEN , SELMA AKSOY

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Kolposefali,lateral ventriküllerin oksipital boynuzlarının orantısız olarak daha büyük izlendiği oldukça nadir konjenital bir malformasyondur.Etyolojisinde;İntrauterin/perinatal yaralanmalar,genetik bozukluklar,morfolojik gelişim hataları gibi çeşitli durumların rol oynadığı düşünülmektedir.Tipik olarak öğrenme güçlüğü,nöbetler,motor-görsel anormalliklerle ilişkilendirilir.Tanısı genellikle yenidoğan döneminde koyulur.Yetişkinlikte,ilişkili klinik semptomlar olmaksızın tanısı son derece nadirdir.Geçici iskemik atak(GİA) kliniğiyle başvuran,insidental olarak kolposefali saptanan bir olguyu sunuyoruz.

Olgu:
47 yaşında erkek hasta 8 saat önce başlayan sağ tarafta güçsüzlük,konuşamama şikayetleriyle acil servise başvurdu.Özgeçmişinde;makat prezentasyonla doğum,13 yaşında şofben gazıyla zehirlenme nedeniyle 60 gün yoğunbakımda yatış öyküsü mevcuttu.Soygeçmişinde;anne-babası akraba idi.Muayenesinde;bilinç açık,tekli emir alıyor,verbal çıktı yoktu,bilateral sekel görme kaybı mevcuttu.Sağ hemiparezikti (4/5 düzeyinde).Bilateral dismetri ve disdiadokokinezisi mevcuttu(sekel).Beyin BT'sinde;her iki lateral ventrikül posterior atriumlarında kolposefaliyle uyumlu genişleme,serebellum komşuluğunda posterior fossada kemik yapıda remodellinge neden olmuş kistik alan,oksipital loblarda parankimal atrofi izlendi.Difüzyon MRG'da;akut iskemi izlenmedi.Hastanın 1 saat sonraki muayenesinde;konuşma-anlaması normal,motor defisit yoktu.Hasta;GİA,nöbet? ön tanılarıyla servise yatırıldı.EEG'si fizyolojik sınırlardaydı.Transtorasik ekokardiyografide;biatriyal dilatasyon izlendi.Karotis BT anjiyografi normaldi.Nöropsikolojik değerlendirmesinde;hastanın sınır mental kapasite ve donuk normal zekaya dair belirtiler gösterdiği saptandı.Tetkikleri tamamlanan hasta tedavisi düzenlenerek poliklinik kontrolüne gelmek üzere önerilerle taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç:
Kolposefalideki anormal ventriküler genişlemenin,fetal gelişim sırasındameydana gelen beyaz cevher oluşumun un gelişimsel durmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.Olgumuzda izlenen kolposefali tablosu hastanın makat prezentasyonla doğum ve akraba evlliği öyküsü göz önüne alındığında perinatal travma ve genetik etyolojiler açısından şüphe uyandırmaktadır.Yetişkinlikte teşhis edilen kolposefali,yetişkinlerde ventrikülomegalinin çok daha yaygın bir nedeni olan normal basınçlı hidrosefali olarak yanlış teşhis edilebilmektedir.Asemptomatik olarak erişkinlerde tesadüfen saptanan kolposefali özel bir tedavi gerektirmemekle birlikte,bu iki durum arasındaki klinik ve radyografik farklılıkların bilinmesi önem arz etmektedir.

EP - 535 BARİATRİK CERRAHİ SONRASI WERNICKE ENSEFALOPATİSİ: OLGU SUNUMU

ÜMMÜ REYYAN TOKLU ÇETİNKAYA , FATMA NAZLI DURMAZ ÇELİK , SERHAT ÖZKAN

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Wernicke ensefalopatisi (WE); tiamin eksikliği nedeniyle konfüzyon, nistagmus, parsiyel oftalmopleji ve ataksi gelişimi ile karakterize önemli bir sendromdur. Tanı klinik verilere dayanmaktadır. Günümüzde yaygınlaşan bariatrik cerrahi (BC) sonrasında tiamin replasmanının önemini vurgulamak için bir WE olgusunu sunmaktayız .

Olgu:
Yirmialtı yaş kadın hasta Mart 2023'te ani başlayan çift görme, baş dönmesi ve dengesizlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Son zamanlarda başlayan yeni olayları karıştırma, unutkanlık, dikkat dağınıklığı şikayeti de mevcuttu. Özgeçmişi Şubat 2023'te BC öyküsü ve Hashimato tiroiditi dışında normaldi. Hastanın nörolojik muayenesi yukarı bakışta vertikal nistagmus , sağa bakışta horizontal nistagmus, ve ataksi dışında normaldi. Anamnezinde bariatrik cerrahi sonrası verilen multivitamin desteğini kullanmadığı öğrenildi. Hastada ön planda tiamin eksikliğine ikincil Wernicke ensefalopatisi düşünüldü.

Bulgular:
Hasta Wernicke ensefalopatisi ile nöroloji serviste takip edildi. Rutin kan değerleri ve Kranial MRG'si normal olan hastaya intravenöz tiamin replasmanı ilk iki gün 3x500mg ve sonrası 1x250mg olacak şekilde yedi gün yapıldı. Tedavi sonrası ataksisinde belirgin düzelme olan hasta taburcu edildi. Kontrollerinde atakside ve nistagmusda azalma saptanan hastanın nöropsikiyatrik testlerinde bilişsel fonksiyonlarda belirgin iyileşme saptandı.

Tartışma:
Tiamin, serebral enerji metabolizmasındaki enzimler için anahtar bir kofaktördür. Eksikliğinin beyin bölgelerinde metabolizmayı inhibe ederek nöronal hasarı başlattığı düşünülmektedir. Wernicke ensefalopatisi ölüme kadar gidebilen önemli bir klinik sendrom olup, kalıcı olabilecek göz bulguları, yürüme bozukluğu, amnezi de göz önünde bulundurulduğunda hastaların erken tanı ve hızlı tedavisi kritiktir. Günümüzde giderek yaygınlaşan bariatrik cerrahi gençlerde WE etyolojisi yönünden önemli bir etyoloji olarak akılda tutulmalıdır.

EP - 536 TOCİLİZUMAB İLİŞKİLİ REKÜRREN VE AĞIR NÖTROPENİK MOGAD

AHMET KASIM KILIÇ , ASYA KÖSEREİSOĞLU , BANU ÖZEN BARUT

SBÜ KARTAL DR.LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Miyelin oligodendrosit glikoprotein antikoru ile ilişkili hastalık (MOGAD), merkezi sinir sisteminin immün aracılı demiyelinizasyon atakları ile karakterize edilen bir inflamatuar bozukluktur. Hastalık, ağırlıklı olarak optik sinirleri, beyin ve omuriliği hedef alır. Tedavi için azatioprin, mikofenolat mofetil ve rituksimab kullanılırken, dirençli vakalarda tocilizumab tercih edilebilmektedir.

Vaka:
27 yaşındaki kadın hasta, bilateral optik nörit atağı sebepli tekrarlı hastane yatışları yaşamış, anti-MOG antikoru pozitif saptanmıştı. Manyetik rezonans görüntülemesinde sol lateral ventrikülde T2/FLAİR hiperintens lezyon, spinal MRG ise normal olarak görüntülenmişti. Atak tedavisinde çoğunlukla pulse tedavinin etkisiz olmakta ve tedaviye plazmaferez ile devam edilmekte veya doğrudan plazmafereze geçilmekteydi. Azatioprin ve rituksimab tedavisi altında optik nörit atakları devam eden hastada tocilizumab tedavisine geçildi. Ancak ilk ve ikinci doz uygulama sonrası ağız içi yaralar gelişti. Hemogramda nötropenisi (en düşük 690) saptandı. Yaklaşık 8-10 gün içinde nötropenisi toparladı. Son nörolojik muayenesinde görme keskinliği sağda 20/800, solda 20/50 ve renkli görme solda 4/16 olarak değerlendirildi. Üçüncü doz uygulamada ilaç dozu azaltılarak uygulandı ancak nötrofil sayısı 70' a kadar düşüp Filgastrim tedavisi başlandı, ve yaklaşık iki hafta sonra takiplerinde nötropeni ve aftlarda düzelme olduğu gözlendi.

Sonuç:
Tocilizumab interlökin-6 (IL-6) reseptörüne karşı bir monoklonal antikordur. Retrospektif çalışmalar, tekrarlayan MOGAD vakalarında tosilizumabın yıllık nüks oranlarını azalttığını göstermektedir. Olası yan etkiler arasında enfeksiyon riskinin artması, sitopeniler ve karaciğer enzimlerinin yükselmesi bulunmaktadır. Nötropeni sık görülmeyen yan etkiler arasında olsa da ağır nötropenik tablolar tedavi yönetiminde zorluk oluşturabilmektedir.

EP - 537 SUBARAKNOİD KANAMA İLE PREZENTE OLAN SEREBRAL VENÖZ SİNÜS TROMBOZU; OLGU SUNUMU

CANSU İREM ALTUNEL [1], FİRDEVS EZGİ UÇAN TOKUÇ [1], SEDEN DEMİRCİ [2], RUHSEN ÖCAL [1], FİKRİYE TÜTER YILMAZ [1], AYLİN YAMAN [1]

[1] ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
[2] AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

Giriş:
Subaraknoid kanama, daha çok gençleri etkileyen ve yüksek morbidite ve mortaliteye sahip nörogirişimsel bir acildir. Subaraknoid kanamanın sıklıkla ilk ve tek belirtisi ani ve ciddi olan baş ağrısıdır. Subaraknoid kanama (SAK) ile prezente olan Serebral Ven Trombozu (SVT) çok nadirdir.

Olgu:
24 yaş erkek hasta 3 gündür olan frontal bölgede ağrı ve kulaklarda uğultu, bulantı, kusma, ışık ve ses hassasiyeti, baş dönmesi, görmede bulanıklık şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın nörolojik muayenesinde bilateral papil ödem izlendi. Hastanın genel durumu iyi bilinç açık oryante koopere, Işık Refleksi(IR) bilateral pozitif, pupilleri izokorik, görme bozukluğu yok, konuşması ve anlaması doğal, lateralizan motor defisit yok (motor muayenesi:5/5) duyu ve sereballar muayenesi doğal idi. Beyin Bilgisayarlı Tomografi(BT)'de sol parietal lob temporal lob sulkuslar arasında hiperdens görünüm(subaraknoidal kanama), Sağ transvers sinüste şüpheli hiperdens görünüm (tromboz)izlendi. Hasta sinüs ven trombozu(SVT) ve Subaraknoid Kanama(SAK) tanıları ile etyoloji araştırılması ve tedavi amacıyla nöroloji servisine yatışı yapıldı.
SVT ve SAK birlikteliği olduğu için heparinizasyon yapılmamış olup Enoksaparin 0.8cc 2*1, yüksek doz mayi ve antiödem tedavisi başlandı. Diagnostik Serebral Anjiografi(DSA) 'da Süperior Sagital Sinüs distalinden başlayıp Sağ Tansvers Sinüs ,Konfluen Sinüs ve Sigmoid Sinüsde oklüzyon (SVT) izlendi. İşlem sonrası kontrol nörolojik muayenesinde IR:sağda +, solda alınamadı pupiller anizokorik (sol pupil sağa göre 3 kat daha büyük idi) Sol gözde total oftalmopleji ve pitoz sağ gözde ise dışa bakış kısıtlılığı izlendi, muayenesinde ek patolojik bulgu saptanmadı. Hastaya 3 gün boşaltıcı Lomber Ponksiyon(LP) yapıldı, sırasıyla bos basınçları 60 cm/su , 72cm/su, 90 cm/su ölçüldü. BOS numunesi santrifüj edildi ve ksantokromik görüldü. BOS sitolojisi benign olarak raporlandı. Tekrarlayan boşaltıcı LP sonrası nöroloji muayenesinde kısmi düzelme izlenmesi üzerine hastaya ventrikülöperitoneal(V/P) şant takıldı. Şant sonrası şikayetlerinde belirgin gerileme ve nörolojik muayenesinde belirgin düzelme izlendi; baş ağrısı şikayeti geriledi. Etyolojiye yönelik yapılan tetkikleri henüz tamamlanmayan hastanın etyoloji araştırması devam ediliyor.

Sonuç:
Kotikal konveksiteye yerleşmiş sınırlı sayıdaki SAK akut nontravmatik kortikal SAK olarak isimlendirilir.Arteriyel SAK'lardan farklı olarak SVT'ye bağlı gelişen SAK'lar kortikal sulkus ve konveksitede sınırlı bir alanda kalma eğilimindedir. SVT ve SAK birlikteliği %3 oranında görülmektedir. Bizim hastamız da beyin görüntülemesinde kortikal sulkus ve konveksitede sınırlı kalan SAK ile prezente olan SVT'nin olması dolayısı ile ender rastlanan bir olgudur.

EP - 538 SPONTAN İNTRAKRANİAL HİPOTANSİYON; BİR OLGU SUNUMU

GİZEMNUR FİLİNTA , BENGİSU YARCI , NESLİHAN EŞKUT , ASLI KÖŞKDERELİOĞLU , PINAR ORTAN

SBÜ İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ, İZMİR

Giriş:
Spontan intrakranial hipotansiyon (SIH), nadir görülen, beyin-omurilik sıvısı(BOS) basıncının azalmasına bağlı gelişen baş ağrısı ile karakterizedir. Bu bildiride klinik tabloya 6. kranial sinir (KS) paralizisinin eşlik ettiği bir olgunun sunulması amaçlandı.

Olgu:
50 yaşında erkek hasta, baş ağrısı ve çift görme şikayetiyle nöroloji polikliniğine başvurdu. Ağrının özellikle yataktan kalktıktan sonra olduğu yatar pozisyondayken kaybolduğu öğrenildi. Nörolojik muayenede sol abducens paralizisi saptandı. Kranial görüntülemelerde bilateral serebral konveksitede durada yaygın kalınlaşma ve kontrastlanma izlendi. Lomber ponksiyonda BOS basıncı düşük saptandı. Klinik ve radyolojik bulgularla spontan intrakranial hipotansiyon tanısı koyuldu. Spinal manyetik rezonans (MR) ve MR miyelografi tetkiklerinde BOS kaçağı saptanmadı. Yatak istirahati, hidrasyon ve kafeinli analjeziklerle izlenen hastada klinik yanıt alınamadı. İzlemde 20cc otolog venöz kan ile epidural kan yaması yapıldı. İşlem sonrası 1. günde baş ağrısı geriledi. Kan yamasından yaklaşık 2 hafta sonra diplopi ve 6. KS paralizinde kısmi, 1. ayda tam düzelme kaydedildi

Tartışma:
SIH olgularında başağrısı postural niteliktedir ve ayağa kalktığında artar. Ayrıca bulantı-kusma, tinnitus, diplopi ve oftalmopleji, görme keskinliğinde azalma tabloya eklenebilir. Diplopi en sık altıncı kranial sinir paralizisi nedeniyle gelişir. Lomber ponksiyonda BOS açılış basıncının 6 cmH2O'dan az olduğu görülür. Kranial MRG'de pakimenengial kalınlaşma, kontrastlanma, venöz yapıların belirginleşmesi ve herniasyon görülebilir. Tedavide yatak istirahati, hidrasyon ve kafeinli analjezikler önerilir. Bir haftata konservatif tedaviye yanıt alınamayan olgularda epidural kan yaması önerilmektedir. Epidural kan yamasındaki başarı şansı %36-57 olarak bildirilmiştir, tekrarlayan uygulamalar gerekebilir.

Sonuç:
SIH'a bağlı 6. KS paralizi gelişen ve diplopi başlangıcından yaklaşık 20 gün sonra epidural kan yaması uygulanan ve tedavi ile bulguları tamamen gerileyen bu olguyu sunulmaya değer bulduk.
KAYNAKLAR:

1- Luetzen N, Dovi-Akue P, Fung C, Beck J, Urbach H. Spontaneous intracranial hypotension: diagnostic and therapeutic workup. Neuroradiology. 2021 Nov;63(11):1765-1772. doi: 10.1007/s00234-021-02766-z. Epub 2021 Jul 23. PMID: 34297176; PMCID: PMC8528761.
2- Leung LWL, Chan YCD, Chan TMD. Lumbar epidural blood patch: An effective treatment for intracranial hypotension. Surg Neurol Int. 2022 Nov 11;13:517. doi: 10.25259/SNI_795_2022. PMID: 36447895; PMCID: PMC9699889.
3- Liu N, Fei Y, He FF. Targeted Epidural Blood Patch Treatment for Refractory Spontaneous Intracranial Hypotension: A Case Report. J Neurol Surg Rep. 2021 Dec 1;82(4):e49-e52. doi: 10.1055/s-0041-1740153. PMID: 34877247; PMCID: PMC8635819.
4- Choi SY, Seong M, Kim EY, Youn MS, Cho S, Jang H, Lee MJ. Outcome of epidural blood patch for imaging-negative spontaneous intracranial hypotension. Cephalalgia. 2023 Feb;43(2):3331024221140471. doi: 10.1177/03331024221140471. PMID: 36739515.
5- DAntona L, Jaime Merchan MA, Vassiliou A, Watkins LD, Davagnanam I, Toma AK, Matharu MS. Clinical Presentation, Investigation Findings, and Treatment Outcomes of Spontaneous Intracranial Hypotension Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Neurol. 2021 Mar 1;78(3):329-337. doi: 10.1001/jamaneurol.2020.4799. PMID: 33393980; PMCID: PMC7783594.

EP - 539 BİLİŞSEL SEMPTOMLARLA PRESENTE OLAN MULTİPLE SKLEROZ VAKASI: 20 YILLIK SEYİR

FATMA ÖZLEM HÖKELEKLİ , LARRY THORNTON

UNİVERSİTY OF TEXAS SOUTHWESTERN MEDİCAL CENTER

Giriş:
Multiple skleroz seyrinde bilişsel semptomlar yaygın olarak görülse de (Chiaravalloti, 2008) primer olarak bilişsel semptomlarla presente olan hastalar nadirdir (Herderschee, 1987, Shiota, 1989, Achiron, 1992, Spatt, 1994). Bu grubun uzun donem takipte nasıl bir prognoz göstereceğine ilişkin literatürde pek fazla veri yoktur. Bu olguda, bilişsel semptomlar üzerinden relapsing remitting tip multiple skleroz tanısı alan hastanın 20 yıllık seyrini özetledik ve bilişsel semptomların bugün geldiği noktayı vurguladık.

Olgu:
58 yaşında sağ el dominant olan kadın hasta psikoterapi kliniğine iş bulma ve bulduğu işleri elinde tutmada zorluk ile başvurdu. Hasta, 20 yıl önce eğitimi sırasında dersleri hatırlamada zorluk nedeniyle değerlendirildiğinde, detaylı bir analizin ardından multiple skleroz tanısı aldığını ifade etti. Önceleri glatimamer asetat ve deksametazon kullanmışsa da son 8 yıldır MS için hiçbir tedavi almamaktaydı. Aradaki zamanda atak tariflemedi fakat bilişsel zorlukları kötüleşmişti, eğitimi mühendislik olmasına rağmen mühendis olarak çalışamamaya, ve alternatif işlere başvurmaya mecbur kalmıştı. Bunları da elinde tutmakta zorlanıyordu ve maluliyet başvurusunda bulunmuştu. Nörolojik muayenesi normaldi, mental durum muayenesinde ise gecikmiş hatırlamada verilen 3 kelimeden 2`sini hatırladı, hatırlaması için kategorik ipucu verildiğinde de son kelimeyi hatırlamadı. Yapılan nöropsikometrik test, işlemleme hızında belirgin yavaşlama ve bundan etkilenen yönetsel fonksiyonları ortaya koydu: sürekli dikkat, bilişsel esneklik ve zeka. Bunlar frontal subkortikal defisitlerle ilişkilendirildi ve hasta non-amnestik hafif bilişsel bozukluk tanısı kondu.

Sonuç:
MS hastalarının az bir bölümü bilişsel semptomlarla tanı alır. Hastalık seyrinde bu semptomlar kötüleşebilir. Hâlihazırda bu semptomlara yönelik etkinliği kanıtlanan bir tedavi yoktur. Nöropsikometrik değerlendirme yaparak hastanın bilişsel durumu objektif olarak belirlenebilir ve rehabilitatif yardımlar hastaya sunulabilir.

EP - 540 MULTİPL SKLEROZDA ANOREKSİYA NERVOZA GÖRÜLEN BİR OLGU

SİNEM YORGANCI , SELİN BETAŞ AKIN , ÜLKÜ TÜRK BÖRÜ

AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ A.D.

Giriş:
Anoreksiya nervoza; beklenenin altında vücut ağırlığına sahip olunmasına karşın aşırı kilo alma korkusu, vücut biçimini yanlış algılama ile karakterize bir yeme bozukluğudur.Multipl skleroz(MS) ve anoreksiya nervozanın ortak mekanizmaya neden olabileceğine dair çalışmalar mevcuttur,bu olguda MS ile anoreksiya nervoza birlikteliği görülen bir hasta sunulmuş olup literatürde az rastlanması nedeniyle tartışmaya değer bulundu.

Olgu:
42 yaş kadın, bilinen MS tanılı hastanın yakınmaları 20 yıl önce sol elde uyuşma ve görme bulanıklığı şeklinde başlamış,beyin MRG'ında hiperintens lezyonlar görülmüş,oligoklonal bant tip 2 pozitif saptanmış idi.7 yıl teriflunamid,1 yıl dimetil fumarat kullanımı mevcuttu,2 yıldır fingolimod tedavisine devam etmekteydi.MS tanısı aldıktan 2 yıl sonra kilo alımını engelleyici davranışlar göstermeye başlayan hasta 18 yıldır anoreksiya nevroza tanısı ile psikiyatri tarafından takipli olup anoreksiya nervoza semptomları devam etmekteydi.Tedavi olarak duloksetin 30mg/gün,olanzapin 5 mg/gün ve davranış terapisi almaktaydı.Soygeçmişi olağandı.Nörolojik muayenesinde sağ gözde dışa bakış kısıtlılığı,solda hemiparezi, bilateral dismetri,trunkal ataksi,bilateral babinski pozitifliği ve derin tendon reflekslerinde hiperaktivite mevcut, EDSS 4,5 idi.Beyin servikal MRG'ında sağ pons yarımında,sağ temporalde ve spinal kordda multipl demiyelinizan plak ile uyumlu lezyonlar görüldü.Fingolimod tedavisinin devamına karar verildi.

Tartışma:
Bu olguda MS ve anoreksiya nervoza birlikteliği ele alınmış olup anoreksiya nervoza nedeniyle azalmış oral alımın vücut hemoastazını bozarak periferal inflamasyonu tetiklediği bağırsak-beyin aksında bozukluğa ve leptin seviyelerinde değişikliğe neden olduğu düşünülmüştür.Diğer bir görüş MS gibi otoimmün kaynaklı hastalıkların enflamatuar değişiklikler yaparak anoreksiya nervozaya neden olduğudur.

EP - 541 YÜZDE FONKSİYONEL HAREKET BOZUKLUĞU OLGUSU

SONGÜL BAVLİ

SUŞEHRİ DEVLET HASTANESİ

Olgu:
44 yaşında kadın hasta. Polikliniğimize yüzde sağa doğru kayma şikayeti ile başvurdu. 1 hafta kadar önce kızının düğünü varmış düğünde strese girip üzülmüş sonrasında baygınlık geçirmiş 1 saat kadar ayılamamış uyandığında ise yüzü sağa doğru çekilmiş. Bu durum yarım saat kadar sürüp kendiliğinden düzelmiş. Ek nörolojik semptomu olmamış. Beyin BT'si normal saptanmış. Nörolojiye konsülte edilmiş. Ayrıntılı anamnezde hasta gençlik yıllarından beri ne zaman üzülse canı sıkılsa,baygınlık yaşadığını, bir saat kasılı kaldığını sonrasında yüzünde kayma şikayeti olduğunu belirtti. Bu nedenle çokça kez nöroloji ve psikiatri başvurusu olan hastaya defalarca TİA ve periferik fasiyal paralizi tedavisi verilmiş ancak atakları devam etmiş. Difüzyon MRG, BEYİN MRG, MRA, interiiktal EEG'si, ayrıntılı kan tetkikleri ve kardiak incelemesi normaldi. Daha önceden psikiatriye de yönlendirilen hastaya mirtazapin 15 mg başlanmıştı ancak fayda görmemişti. Hastanın nörolojik muayenesinde sağ depressör anguli oris kasının kasılı olduğu fark ediliyordu, bu durum distraksiyonla düzeliyor ve sonrasında bariz çekme hareketi yaptığı ve nazolabial sulkusunun da sağa doğru çekildiği izleniyordu, ek objektif nörolojik bulgu saptanmadı. Hasta her atağında farklı bir hekim, farklı bir branş ve farklı bir hastaneye başvurmakta, muayene olmakta, tetkiklerini yaptırmakta ancak tetkik sonuçlarını yine farklı bir hekime götürmekteydi. Psikiatrik tedavisine de uymamaktaydı. Fonksiyonel hareket bozukluğu kabul edilen hasta Psikiatri ile birlikte ortak takibe alındı ve psikoterapi önerildi.

Sonuç:
Nadir de olsa yüzde de fonksiyonel hareket bozukluğu olabileceği akılda tutulmalı ve gereksiz tetkikler ve yan etkisi olan tedaviler öncesi ayrıntılı öykü alınıp, nörolojik muayene dikkatlice yapılarak hastalar uygun tedaviye yönlendirilmelidir.

EP - 542 ANİ BAŞLANGIÇLI HEMİBALLİSMUS: HAREKET BOZUKLUKLARIYLA ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARDA GÖRÜNTÜLEMENİN ÖNEMİ

FEVZİ YAŞAR ÇOBAN [1], NURBANU AYGÜNDÜZ YAPICI [1], DİDEM OZ [1]

[1] *DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ*
[2] *DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ABD*

Amaç:
Hemiballismus, görece daha nadir görülen, tek taraflı, sıklıkla ekstremite proksimallerinde görülen; ekstremitenin düzensiz, kaba yüksek amplitudlü, sallanma/fırlatma benzeri istemsiz hareketlere verilen addır. Kliniğin ortaya çıktığı tarafın karşı taraf subtalamik nükleus veya striatum lezyonlarında ortaya çıkabilmektedir. Etyolojide, birçok etyoloji yer almakla birlikte; akut/subakut başlangıçlı hastalarda iskemik süreçlerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir

Olgu:
75 yaşında erkek hasta acil servise başvurusunun 3 gün öncesinde ani başlayan, sağ yanlı istemsiz hareketlerin olması sebebi ile başvurdu. Nörolojik muayenesinde herhangi duyu/motor defisiti, konuşma bozukluğu, bakış kısıtlılığı olmamakla birlikte; hastanın değerlendirilme sürecinde hastanın sağ kolunda omuzda belirgin büyük amplitudlü, düzensiz, istemsiz hareketleri olduğu, sağ ayakta ise koreiform hareketleri olduğu gözlendi. Çekilen beyin BT'sinin normal sınırlarda görülen hasta, akut ve ileri yaş başlangıçlı hemiballismus ve alt ekstremitede kore görülmesi üzerine çekilen beyin MR'ında yaygın kronik iskemik beyaz cevher gliotik lezyonlar görülmekle birlikte, hastanın sol subtalamik çekirdeğinde, subakut dönemde iskemik enfarkt saptandı. Saptanan bu lezyon sonrası hastaya antiagregan olarak ASA ve hemiballismus ve kore için risperidon 1x 0,5mg başlandı. Hastanın takiplerinde sağ üst ekstremitedeki hemiballismusun geçtiği, ayaktaki koreiform hareketlerin belirgin gerilediği görüldü

Sonuç-Tartışma:
Ballismus etyolojisinde birçok faktör sebep olarak görülmekle birlikte, etyoloji değerlendirilirken hastalık süreci, başlangıcı, başlangıç yaşı gibi faktörlerin göz önünde bulundurularak ön tanı için uygun incelemelere yönelim önemli yer tutmaktadır. Bu sayede doğru etyolojiyi saptayarak, iskemik süreçler gibi tedavi edilebilir sebeplerde hedefe yönelik tedavilerin uygulanmasına olanak sağlanmış olur.

EP - 543 TRAVMA İLİŞKİLİ İZOLE UNİLATERAL HİPOGLOSSAL SİNİR PARALİZİSİ: OLGU SUNUMU

AYŞE POLAT ZAFER [1], DİLCAN KOTAN [2]

[1] S.B. SAKARYA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Hypoglossal sinir, dilin intrinsik kaslarını innerve eden çekirdeği bulbusta bulunan kranial saf bir motor sinirdir. Bulbustan çıkan lifler beyin sapını terk ettikten sonra oksipital kemikteki kanalis hipoglossiden geçer, suprahiyoid bölgeye ulaşır ve dilin intrensek kaslarını inerve eder. Metastatik tümörler, travma, inme, cerrahi girişimler, multiple skleroz ve enfeksiyöz süreçler etyolojide rol oynamaktadır. Bu yazıda travma sonrası izole unilateral hipoglossal sinir paralizisi gelişen olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu:
Otuz yedi yaş kadın hasta dilini dışarı çıkardığında farkettiği dilde sola doğru kayma ve yemek yiyememe şikayetleri ile nöroloji kliniğine başvurdu. Özgeçmişinde özellik yoktu. Yaklaşık iki ay önce motosiklet kazası geçirdiği ve kafa travması aldığı öğrenildi. Nörolojik muayenesinde şuur açık, koopere, sol dil yarısı atrofik görünümde olup dil ağız içinde sağa, dışında sola deviyeydi. Diğer kranial sinir muayeneleri doğaldı. Laboratuvar tetkikleri olağandı. Bilgisayarlı beyin tomografi (BBT), kranial, servikal BT anjiografi ve kranial, servikal manyetik rezonans görüntülemede (MRG) akut santral patoloji izlenmedi. Hastada öncelikle kafa travmasına sekonder hipoglossal sinir paralizisi düşünüldü ve yakın nörolojik takibe alındı.

Tartışma:
Hipoglossal sinir; dilin hareketleri, konuşma ve çiğneme fonksiyonlarında rol oynar. Demyelinizan hastalıklar, travma, inme, poliomiyelit, baziler arter ektazisi, neoplaziler, arterial diseksiyon hipoglossal sinir felcine neden olabilirler. Travmatik izole tek taraflı hipoglossal sinir paralizisi nadirdir ve yaralanma anında hem klinik hem de radyografik olarak tespit edilemeyebilir. Disfaji ve dizartri, hipoglossal sinir travmasının anahtar belirtileri olarak karşımıza çıkmaktadır. Prognozu genellikle iyidir ve çoğu olgu 6 ayda kendiliğinden iyileşir. Disfaji ve dizartri şikayeti olan kafa travmalı bireylerde hipoglossal sinir hasarı mutlaka akılda tutulmalı ve buna yönelik ileri tetkik planlaması yapılmalıdır.

EP - 544 GUİLLAİN BARRE OLGUSUNDA NÖROPATİK AĞRI NEDENİYLE BAŞLANMIŞ DULOKSETİN TEDAVİSİNİ TAKİBEN GELİŞEN HİPONATREMİ: OLGU SUNUMU

BARIŞ MALDAR [1], ÖZLEM POLEN DEMİR [1], HÜSEYİN METİN OLGUN [1], ZEYNEP SENA TUĞLU [1], HESNA BEKTAŞ [2]

[1] ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] AYBÜ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Guillian-Barre sendromu (GBS), progresif ve simetrik kas güçsüzlüğü, kaybolmuş veya azalmış derin tendon refleksleri ile karakterize immün sistem aracılı bir sendromdur .
Burada Guillain Barre sendromu ilişkili nöropatik ağrıya yönelik başlanmış duloksetin tedavisi sonrası gelişmiş bir hiponatremi olgusunu sunmak istiyoruz.

Olgu Sunumu:
Özgeçmişinde Diabetes Mellitus ve esansiyel hipertansiyon tanıları bulunan, 71 yaşında kadın hasta 4 ekstremitede uyuşukluk, karıncalanma, kuvvet kaybı şikayetleriyle hastanemiz
acil servisine başvurdu. Klinik bulgu, elektromiyografi ve yapılan beyin omurilik sıvısı incelemesi sonucu Guillain Barre düşünüldü. Tedavi sürecinde nöropatik ağrıları olan
hastaya pregabalin başlanarak doz artışı yapıldı.Şikayetleri devam eden hastaya duloksetin tedavisi başlanıldı. Duloksetin tedavisinin 4. gününde laboratuvar tetkiklerinde Na (sodyum)
değerinin 123 mEq/L (132-146 mEq/L) olduğu görüldü. Hiponatremiye yönelik %3'lük hipertonik salin infüzyonu desteği sağlandı.Hiponatremisi devam eden hastanın takiplerinde
duloksetine bağlı olabileceği düşünülerek tedavisi sonlandırıldı. Duloksetin tedavisi sonlandırılıktan sonraki 3. günde Na (sodyum) değeri 135 mEq/L olarak normonatremik
aralıkta gözlendi.

Tartışma:
Guillain barre sendromu olgularının çoğuna nöropatik ağrı eşlik etmektedir.Hastanın nöropatik ağrısına yönelik önce pregabalin tedavisi başlandı, şikayetleri devam eden hastaya
duloksetin tedavisi eklenildi. Hastamızda duloksetin tedavisinin 4. gününde laboratuvar tetkiklerinde Na (sodyum) değerinin 123 mEq/L (132-146 mEq/L) olduğu görüldü.
Duloksetin tedavisi sonlandırılıktan sonraki 3. günde Na (sodyum) değeri 135 mEq/L olarak düzelmesi üzerine hastanın hiponatremisinin duloksetine bağlı olabileceğini düşündük.

Sonuç:
Bu olgu sunumunda Guillain Barre sendromlu bir hastada duloksetin tedavisi sonrası gelişen hızlı başlangıçlı hiponatremi vakasından bahsetmek istedik. Sonuç olarak duloksetin tedavisi
başladığımız hastalarda herhangi bir semptom ortaya çıkmasa bile serum elektrolit takibini aralıklı olarak yapmanın önemini vurgulamak istedik.

EP - 545 LHERMİTTE-DUCLOS HASTALIĞI TANISI ALAN BİR OLGUNUN BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ VE MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME BULGULARI

AYŞAN ZEYNEP KALLİOĞLU , BETÜL SÖZEN , YELİZ ÇİFTÇİ , TUĞBA KORKMAZ , BEDİLE İREM TİFTİKCİOĞLU

İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, ÇİĞLİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:

Serebellumun Displastik Gangliositoma'sı; Lhermitte-Duclos hastalığı olarak da adlandırılır ve oldukça nadir görülen benign hamartomatöz lezyonudur. Patolojik olarak serebellar korteksin moleküler ve granüler hücre tabakalarının kalınlaşması ile karakterizedir. Tipik olarak serebellumda tek taraflı yerleşim gösterir ve sol tarafta sağa göre daha fazla olma eğilimindedir. Hastalığın manyetik rezonans görüntüleme (MR) bulguları tipiktir ve histopatolojik inceleme olmaksızın MR ile tanı konulabileceği bildirilmiştir.

Burada, baş dönmesi, konuşmada peltekleşme, dengesizlik, kusma ve görmede bozulma nedeni ile prezente olan bir Lhermitte-Duclos olgusu literatür eşliğinde tartışılmıştır. 60 yaşında bir erkek hasta 10 gündür olan giderek artan denge bozukluğu, bulantı- kusma ve görmede bozukluk şikayetleri ile acil servise başvurmuştur. BT'de Sol serebellar hemisferde heterojen hipodens alan izlenmiştir. Diffüzyon MRG bulgularında ise sol serebellar hemisferde diffüzyon kesitlerde heterojen komponenti olan hiperintens, ADC kesitlerde yine heterojen komponenti olan izointens lezyon izlenmiştir. Hastanın ileri tetkik ve tedavi amacıyla kliniğimizde izlemine başlanmıştır. Nörolojik takibinde bilinçte uykuya meyil izlenmesi üzerine beyin BT'si tekrar çekilmiş ve 4. Ventriküle bası izlenmiştir. Enfarkt ve kitle ayırıcı tanısı için kontrastlı Beyin MRG'si çekilmesi sonucunda ayırıcı tanıda öncelikli olarak displastik serebellar gangliositoma (Lhermitte-Duclos Hastalığı) düşünülmüştür.

Bu bildiride; baş dönmesi, konuşmada peltekleşme, dengesizlik, kusma ve görmede bozulma nedeni ile kliniğimize başvurduktan sonra nadir görülen Lhermitte-Duclos Hastalığı tanısı alan olguyu sunmayı amaçladık.

EP - 546 NADİR BİR KARDİYOEMBOLİK İNME NEDENİ OLARAK LAMB'L EXCRESENCE

BURAK ÖZALTUN , CANAN TOGAY IŞIKAY , MİNE HAYRİYE SORGUN

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ

Olgu:

Lambl excresence (LE) embolik inmenin nadir bir nedenidir [1]. Kesin etiyolojisi bilinmemektedir ve çoğu genellikle asemptomatiktir [2,3]. Burada akut bilinç değişikliği ile başvuran, her iki frontalde, sağ pariyetalde ve oksipitalde subakut infarktlar ve transözofageal ekokardiyogramda (TEE) LE saptanan bir hastayı sunuyoruz. Regüle olmayan tip 2 diyabet ve kronik alkolizm öyküsü olan 56 yaşında erkek hastanın nörolojik muayenesinde bilinci kapalı, gözler ağrılı uyarana yanıtsız ve ağrılı uyarana deserebre postür yanıtı mevcuttu. Flask tetraplejik ve taban derisi cevabı (TDC) bilateral yanıtsızdı. Diffüzyon MRGsinde her iki frontalde, sağ pariyetalde ve oksipitalde, ADC karşılığı seçilmeyen multipl subakut iskemik odaklar mevcuttu. TEE' de aort kapağında lambl excresence olduğu düşünülen hareketli fibriler yapılar görüldü. Farklı vasküler besleme alanlarında multipl eş zamanlı infarktları olan ve etyolojide başka neden bulamadığımız bu olgu ile iskemik inmenin LE ilişkili mikroemboliler sonucu gelişebileceği vurgulanmak istenmiştir.

Kaynakçalar:

1. Roldan CA, Shively BK, Crawford MH, Valve excrescences: Prevalence, evolution and risk for cardioembolism: J Am Coll Cardiol, 1997; 30(5); 1308-14

2.Shrestha B, Pokhrel A, Oke I, et al. Lambl's excrescences associated with cardioembolic stroke. Am J Case Rep. 2022;23:e934859.

3.Yacoub HA, Walsh AL, Pineda CC. Cardioembolic stroke secondary to Lambl's excrescence on the aortic valve: a case report. J Vasc Interv Neurol. 2014;7:23-25.

EP - 547 CLOCC SENDROMU

BURCU AKKOYUNLU , ALİ İHSAN YARDIM , HASAN DOĞAN , MUSTAFA ONUR YILDIZ , BİLGE PİRİ ÇINAR , ÇETİN KÜRŞAD AKPINAR

SAMSUN ÜNİVERSİTESİ SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ AD, SAMSUN, TÜRKİYE

Giriş:
Korpus kallozum spleniumu enfeksiyonlar, metabolik bozukluklar ve toksik durumlar gibi farklı nedenlerden kalıcı veya geçici olarak etkilenebilmektedir. Etyolojisinde sitotoksik ödem olduğu bilinen ve çoğunlukla korpus kallozum spleniumunda diffüzyon kısıtlılığı olarak saptanan, nadir bir radyolojik bulgudur. Hastalarda dizartri, bilinç bulanıklığı, ataksi, senkop, epileptik nöbet, baş ağrısı gibi nörolojik semptomlar görülebilir. Bu olgu sunumunda pnömoniye bağlı korpus kallosum splenium'da difüzyon kısıtlılığına neden olan geçici lezyon gelişen hasta sunuldu.

Olgu:
Ek bir hastalığı olmayan 65 yaşında erkek hasta birkaç gündür olan dengesizlik bilinç bulanıklığı şikayetleri ile acil servise getirilmiş. Tarafımızca değerlendirilen hastanın nörolojik muayenesinde bilinç somnoleydi ve ataksik yürüyüş dışında patolojik bulgu saptanmadı. Hastanın beyin difüzyon MRG de korpus kallozum spleniumda difüzyon kısıtlılığına neden olan lezyonu mevcuttu. Takip amacıyla servise yatırılan hastanın vücut sıcaklığı 38,5 olması ve CRP değeri 278 saptanması üzerine enfeksiyon hastalıklarına konsülte edildi. Çekilen Torax BT sonrası pnömoni tanısıyla hastaya Sulzon 2* 2gr ,Moksefen 400 1*1 gr başlandı ve 7 gün alması planlandı. Antibiyoterapinin 4. gününde hastanın bilinç durumu ve ataksisi tamamen düzeldi. Hastaya kontrol difüzyon MR çekildi ve 5 gün önceki MR'da bulunan lezyonun tamamen gerilediği izlendi.

Sonuç:
Kallozal sitotoksik lezyonlar altta yatan geniş bir klinik spektrum ile ilişkili nonspesifik kranial MRG bulgularıdır. Genellikle geri dönüşümlüdür. Radyolojik olarak tanınmaları, altta yatan klinik etiyolojinin saptanması, iskemik inme ve tümör benzeri yanlış tanılardan kaçınılması, uygun hasta yönetimi için önemlidir.

EP - 548 REKÜRREN TOLOSA-HUNT SENDROMU

FATMA BIÇAKÇI , DERYA ÖZDOĞRU , SEDA MENÇEKOĞLU , CEMRE ÇÖDDÜ , ZÜLFİKAR ARLIER , YUSUF TAMAM

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ADANA ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Tolosa-Hunt sendromu(THS), ağrılı oftalmopleji ile karakterize, insidansı yaklaşık milyonda bir olan nadir bir sendromdur. Kavernöz sinüsün veya superior orbital fissurun idiyopatik granülomatöz inflamasyonundan kaynaklanır.

Olgu:
Bilinen hastalığı olmayan 19 yaşında erkek hasta; 3 gündür devam eden baş ağrısı, sol gözde kayma,çift görme ,sol yüz yarımında uyuşma şikayetleri nedeniyle acil serviste değerlendirildi.Nörolojik muayenesinde sol gözde dış bakış kısıtlılığı mevcuttu.Nörolojik sistem muayenesinde sol gözde altıncı ve beşinci kranial sinir tutulumu dışında patoloji saptanmadı. Ağrılı oftalmoparezi kliniği etyoloji araştırmak amacı ile nöroloji servise yatırıldı. Rutin kan parametreleri, enfeksiyöz, vaskülitik testler, ACE normal sınırlarda idi. LP yapıldı, BOS basıncı ve biyokimyası normal sınırlardaydı. NMO, OKB negatifti. BOS enfeksiyöz paneli negatif sonuçlandı. MR anjiografi ve MR venografide patoloji saptanmadı. Kontrastlı beyin MR'da sol kavernöz sinüs düzeyinde temporal lob medialine doğru uzanım gösteren hafif asimetrik kontrastlanma alanı saptandı. Hastaya THS ön tanısıyla 1 mg/kg/gün dozunda metilprednisolon başlandı. Steroid tedavisi sonrası hastanın ağrısı geriledi, bakış kısıtı azaldı. Hasta oral prednol reçetesi ile taburcu edildi. Üç ay sonra sağa bakışta çift görme, sağ gözde ağrı şikayetleri başlayan, muayenesinde sağ göz dışa bakış kısıtlılığı olan hastanın servis yatışı yapıldı.Tekrar yapılan etyolojik araştırmada anlamlı patoloji saptanmadı. Metilprednisolon tedavisi sonrası şikayetleri gerileyen hastanın mr görüntülemelerinde anlamlı farklılık saptanmadı. Kısa süre içerisinde tekrarlayan atakları nedeni ile azotioprin başlanan hasta poliklinik takibine alınarak taburcu edildi.

Sonuç:
Tolosa-Hunt hastaların yaklaşık %30-50'sinde ipsilateral, kontralateral, nadiren de bilateral rekürrense neden olabilmektedir. Rekürren ataklarda ağrılı oftalmopleji sendromu etyolojisine yönelik kavernöz sinüs üzerinde kitle etkisi oluşturabilecek intrakranial tümör, lenfoma, anevrizma, kavernöz sinüs trombozu, enfeksiyon, vaskülit ve sarkoidoz gibi sebepler tekrar taranmalı ve uygun tedavi başlanmalıdır. Tekrarlayan ve refrakter THS azatioprin, siklosporin, metotreksat, mikofenolat mofetil, infliksimab ve radyoterapi ile tedavi edilebilmektedir. Rekürrensi ve kalıcı olabilecek nörolojik defisitleri önleyebilmek için THS etyolojik nedenlerin taranması ve uzun süreli immunsupresif tedavi başlanabileceğini vurgulamak için olgumuzu sunmaya değer bulduk.

EP - 549 MULTİSİSTEM ATROFİSİ VE PRİMER SANTRAL SİSTEMİ LENFOMASI BİRLİKTELİĞİ

FATMA EBRU ALGUL , BEYZA ÜNVER

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Multisistem atrofi (MSA) otonomik bozukluk, parkinsonizm ve serebeller sendromun çeşitli kombinasyonları ile prezente olan, progresif nörodejeneratif hastalıktır. Patolojik özelliği baskın olarak striatonigral ve olivopontoserebeller sistemde oluşan nöron kaybı ile glial sitoplazmik inklüzyon cisimcikleridir. MSA klinik olarak parkinsoniyen ya da serebeller prezentasyonu ile ilişkili MSA-parkinson (MSA-P) ya da MSA-serebeller (MSA-C) subtiplerine sınıflandırılırlar. Primer santral sinir sistemi lenfoması beyin, medulla spinalis, beyin omurilik sıvısı ya da vitreoretinal boşluğu etkileyebilen extranodal bir non-Hodgkin lenfomadır. Yıllık 100.000 hastada 4 sıklıkta görülen çok nadir bir malignitedir. Genellikle subependimal yayılım gösteren, periventriküler beyaz maddeyi de içine alan supratentoryel kitle olarak ortaya çıkar. Biz de MSA tanılı, takipleri esnasında santral sinir lenfoma tanısı alan bir hastayı literatürde çok nadir görülmesi nedeni ile sunmayı amaçladık.

Olgu:
66 yaş, erkek hasta. Aynı gün içerisinde başlayan sağ ağız yarımında kayma şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın öyküsünden 3 yıldır MSA-P tanısı ile takip edildiği ve 1 yıl önce pulmoner emboli öyküsü olduğu tespit edildi. Amantadin 2x1 tb ve rivaroksaban 20 mg 1x1 kullanıyordu. Nörolojik muayenede bilinç açık izlendi. Koopere ve oryente olmayıp, ileri derecede dizartrisi mevcuttu. Bradimimisi belirgin, öğürme refleksi hipoaktifti. Rijidite hem üst hem alt extremitede bilateral belirgindi. Motor muayenede lateralizan kuvvet defisiti tespit edilmedi. Bradikinezi ve serebeller testler net değerlendirilemedi. Taban cildi refleksi bilateral extansör tespit edildi. Hastanın çekilen kranial MR'ında mezensefalon, pons ve bulbus kesimlerinde atrofi ile birlikte mezensefalonda haç bulgusu tespit edildi. Eş zamanlı olarak mezensefalon sol kesimden başlayarak talamusa uzanım gösteren T2 Flair hiperintens lezyon izlenmiş olup, iv gadolinyum enjeksiyonu sonrası homojen yoğun kontrastlanma izlendi. Difüzyon ağırlıklı kesitlerde bu sahalara difüzyon kısıtlanması eşlik etmekteydi. Kitle etkisine bağlı olarak sol lateral ventrikül hafif basık izlendi. Çekilen MR perfüzyonda rCBV ve haritasında sol mezensefalon talamik lezyon sahasında hipoperfüzyon ve yer yer minimal artmış perfüzyon izlenmiş olup; primer serebral lenfoma ile uyumlu bulundu. Hasta beyin cerrahi ve hematoloji bölümleri ile konsulte edilerek ileri incelemeler için yönlendirildi.

Tartışma:
Her ikisi de çok nadir gözüken hastalıklar olan MSA ve primer santral sinir lenfoması tanılarının birarada olması çok nadir görülen klinik bir durumdur. Bu durumun koinsidental olarak birarada bulunması olasılığının yanısıra etyopatogenezlerinde birbirlerini tetikleyecek mekanizmaların var olabileceği de akılda tutulmalıdır.

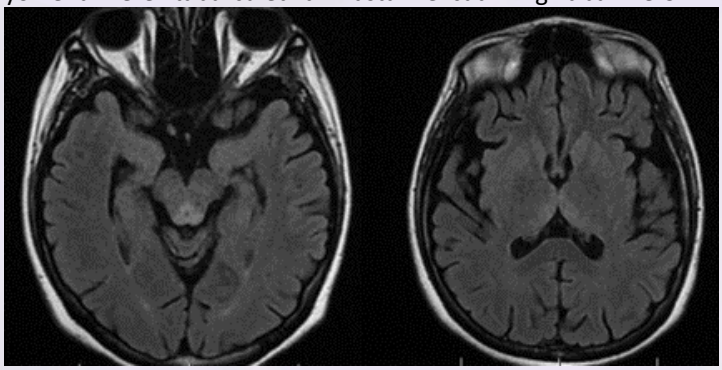
EP - 550 WERNİCKE ENSEFALOPATİSİNE EŞLİK EDEN GUİLLAİN BARRE BENZERİ SENDROM: KURU BERİBERİ VAKA SUNUMU

FEHİME BAŞTÜRK , YILDIZHAN ŞENGÜL , MUSTAFA ÇAM , SELMA AKSOY

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI

Giriş:
Wernicke ensefalopatisi (WE), nistagmus, ataksi ve konfüzyonla birlikte oftalmoparezi klinik üçlüsü ile karakterize akut nörolojik bir durumdur. Daha nadir olarak hastalıkla eş zamanlı akut aksonal polinöropati geliştiği bildirilen vakalar mevcuttur. Bu olguda, Wernicke ensefalopatisi kliniği ile tarafımıza başvuran, takipleri sırasında gelişen Guillain Barre Benzeri Sendromu olan 32 yaşındaki kadın hastayı sunuyoruz.

Olgu:
Bilinen yineleyen depresyon öyküsü olan hastanemize başvurusundan 2 ay öncesinde tekrarlayan kusma ve karın ağrısı nedeniyle doktor başvurularının olduğu ve kolesistit ön tanısı ile kolesistektomi operasyonu olduğu öğrenildi. Kolesistektomi operasyonu sonrasında da bulantı ve kusmalarının devam ettiği ve yemek yiyemediği öğrenildi. Hastanemiz psikiyatri servisine yeme reddi nedeniyle interne edilen hasta ekstremitelerinde güçsüzlük ve kafa karışıklığı nedeniyle tarafımızla konsülte edildi. Muayenesinde bilinç açık, kısmen oryante koopere idi. Verbal çıktısı mevcut olup emir alan hastada konuşma minimal dizartrik, üst ekstremitelerde kas gücü proksimalde 3/5, distalde 2/5, alt proksimalde ekstremitelerde 2/5, distalde 1/5 saptandı. Bilateral yukarı sağa ve sola bakışlarda nistagmus mevcuttu. Hasta mevcut kas gücü kaybına bağlı yürüyüşü değerlendirilemedi, fakat öncesinde ataksik yürüyüşü olduğu yakınlarından öğrenildi. Üst ekstremitelerde DTR alınan hastada alt ekstremitede DTR muayenesi hastanın mevcut ağrılarına bağlı suboptimal değerlendirmekle birlikte hipoaktif idi. Taban cildi refleksi bilateral lakayt izlendi. Hastanın kontrastsız beyin MR görüntülemesinde bilateral talamusta ve mezensefalonda hiperintens alanlar gözlendi. Hastadan tiamin kan düzeyi gönderildi ve 5 gün yüksek doz- sonrasında idame tiamin tedavisi verildi. Akut polinöropatiye sebep olabilecek diğer hastalıkları dışlamak amacıyla EMG ve lomber ponsiyon yapıldı. Alt ve üst extremitelerde yaygın mixt tip sensorimotor PNP saptandı. BOS protein değerinin 91 mg/dl saptanması üzerine 2gr/kg IVIG tedavisi planlandı. Hasta IVIG tedavisinden kısmen fayda gördü fakat bu süre içerisinde oda havasında dispneik ve takipneik olması üzerine yoğun bakıma alındı ve entübe edildi. Yoğun bakımda takipleri sırasında muayenesinde üst ekstremite kas gücü 1/5e geriledi, alt ekstremiteler plejikti. Hastaya acil plazmaferez tedavisi planlandı. 8 seans plazmaferez sonrası kliniğinde iyileşme izlenen hastanın muayenesinde üst ekstremitelerde kas gücü tam izlendi. Alt ekstremiteler 2/5 kas gücünde idi. Solunum paterni daha iyi izleyen hasta CBAP modunda desatüre olmaması üzerine ekstübe edildi. Bu muayene ile birlikte hastaya 7 seans daha plazmaferez tedavisi planlandı. 15 seans plazmaferez tedavisinin ardından genel durumu iyi, alt ekstremite kas güçleri -3/5 izlenen hasta rehabilitasyona yönlendirilerek taburcu edildi. Hasta mevcut kliniği itibari ile CIDP tanısı ile tarafımızca takibe alındı.



Tartışma Ve Sonuç:
Kuru beriberi, tiamin (B1 vitamini) eksikliğinden kaynaklanan bir beslenme nöropatisidir ve en sık kötü beslenme, alkolizm veya malabsorbsiyon sendromu olan kişilerde görülür. Tiamin, nöronların miyelin kılıflarının korunması için gerekli olan bir kofaktördür; ancak insan vücudunun depolama süresi yalnızca 18 güne kadar sürer. Kuru beriberi genellikle öncelikle distal ekstremiteleri etkileyen simetrik bir sensörimotor nöropati olarak ortaya çıkar. Vakaların çoğunda kademeli, sinsi bir başlangıç gibi görünür, ancak bazen hızla akut inflamatuar demiyelinizan polinöropatiye (AIDP) benzeyebilir. Akut polinöropati tabloları, nadir de olsa WE tablosuna eşlik edebilir. WE klasik triadında gözlenen semptomlara ek olarak gelişen distalde belirgin kas güçsüzlüğü gözlendiğinde mutlaka ayırıcı tanıda Kuru beriberi düşünülmelidir.

1. Vasan S, Kumar A. Wernicke Encephalopathy. 2023 Aug 14. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–. PMID: 29261914.2.
2. Söylemez C, Emre U, Yalin OÖ, Tekeşin A. Wernickes Encephalopathy Accompanying Acute Axonal Polyneuropathy: A Case Report. Noro Psikiyatr Ars. 2018 Jul 5;56(2):157-161. doi: 10.5152/npa.2017.19186. PMID: 31223251; PMCID: PMC6563854.
3. Sechi G, Serra A, Pirastru MI, Sotgiu S, Rosati G. Wernickes encephalopathy in a woman on slimming diet. *Neurology*. 2002;58(11):1697-1698. doi:10.1212/wnl.58.11.1697

EP - 551 AKUT PARAPLEJİ ETİYOLOJİSİNDE NADİR BİR NEDEN

NİDA MERİÇ KOYUNCU [1], FURKAN SARIDAŞ [1], EMİNE RABİA KOÇ [1], RIFAT ÖZPAR [2], OMER FARUK TURAN [1]

[1] *BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, RADYOLOJİ ANABİLİM DALI*

Amaç:
Akut parapleji etiyolojisinde birçok hastalık yer almaktadır. Bu olgu sunumu üzerinden klinik takibin ayırcı tanı açısından öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu
72 yaş kadın, bacaklarda akut güçsüzlük şikayeti ile başvurdu. Fluktuasyon veya asendan yayılım tariflemedi. İnguinal bölgeye kadar hissizlik ve üriner retansiyon mevcuttu. Lomber disk hernisi ve hipertansiyon öyküsü olan hastanın yakın dönemde enfeksiyon öyküsü yoktu. Nörolojik muayenesinde alt ekstremitelerde parapleji, L1 seviyesine çıkan anestezi ve T10-12 dermatomlarında ise hipoestezi mevcuttu. Bilateral patella, aşil ve karın cildi refleksi alınamadı. Babinski delili ise +/+. BOS incelemesinde protein 52.4mg/dL, Ldh 38mg/dL, eritrosit 47/mm3, lökosit 0/mm3, viral parametreler negatifti. Kontrastlı torakal MRG'de t2 hiperintens kontrastlanmayan uzun segment miyelopati ile uyumlu tutulum saptandı. Aort disseksiyonu BT-anjiyografi çekilerek ekarte edildi.

Sonuç:
Plazmaferez bir kür sonrası muayenede değişiklik saptanmaması üzerine çekilen spinal dwıMRG'de kısıtlılık saptandı. Ancak erken dönem miyelit veya iskemik myelopati ayrıcı tanısı yapılamadığı için DMAH 2x6000 IU ve asetilsalisilik asit 100 mg başlandı. Kontrol görüntülemede posteriorda kontrastlanmayan difüzyon kısıtlılığı devam etmesi üzerine iskemik myelopati tanısı konuldu. İmmunoterapi kesilerek antiagregan ve antikoagülan tedavi ile fizik tedavi programına alındı.

Tartışma:
Spinal kord iskemisi, myelit ayırıcı tanısında nadir bir tablodur. Sıklıkla anterior spinal arter tutulumu görülür. İleri yaş, kadın cinsiyet, ağır defisit, 24 saat içerisinde iyileşme olmaması kötü prognoz lehinedir. Muayenede parezi, ağrı/sıcaklık duyusu kaybı ve korunmuş derin duyu görülür. Akut flaksidite ve derin tendon refleksi kaybı zamanla spastisite ve hiperrefleksiye dönüşür. Tanıda spinal dwıMRG en önemli role sahiptir. Akut trasvers miyelit benzerliği açısından tedaviye yanıtsızlıkta ayırıcı tanıda akla getirilmelidir.

Referanslar

1-Novy J, Carruzzo A, Maeder P, Bogousslavsky J. Spinal cord ischemia: clinical and imaging patterns, pathogenesis, and outcomes in 27 patients. Arch Neurol. 2006 Aug;63(8):1113-20.
2-Zalewski NL, Rabinstein AA, Krecke KN, Brown RD Jr, Wijdicks EFM, Weinshenker BG, Kaufmann TJ, Morris JM, Aksamit AJ, Bartleson JD, Lanzino G, Blessing MM, Flanagan EP. Characteristics of Spontaneous Spinal Cord Infarction and Proposed Diagnostic Criteria. JAMA Neurol. 2019 Jan 1;76(1):56-63.

EP - 552 MARCHİAFAVA-BİGNAMİ HASTALIĞI SİLİK KLİNİK RADYOLOJİK TANI OLGUSU

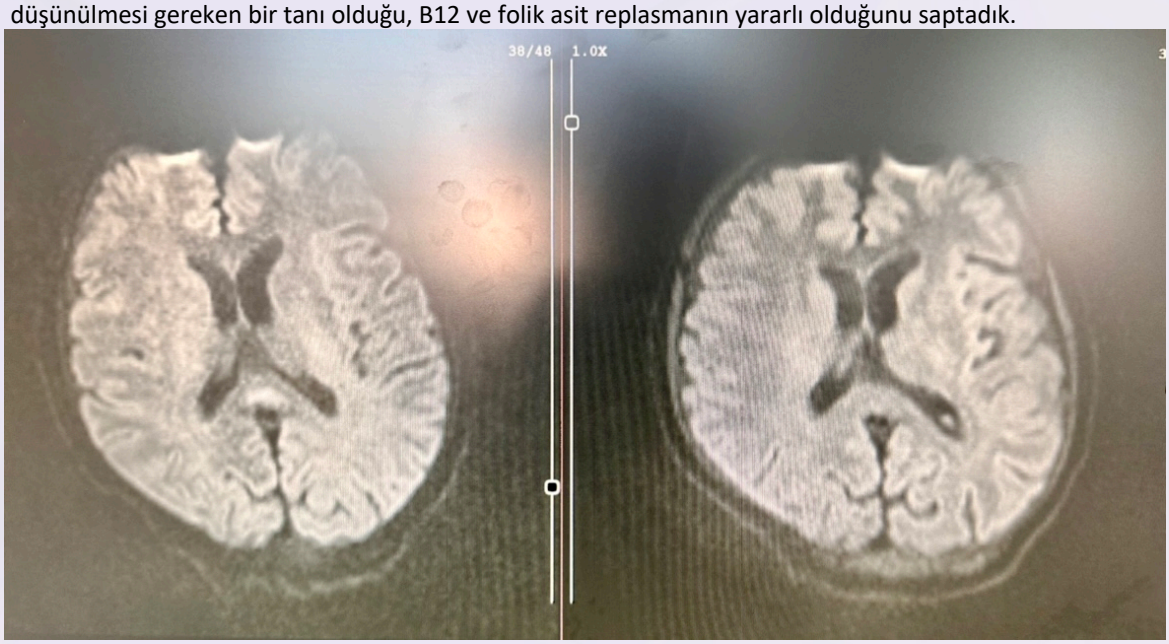
İPEK ARSLAN [1], FURKAN TALHA TOKDEMİR [1], ÖMER ÖZ [2], MÜGE BİLGE [2], HÜLYA OLGUN [1], ABDULBAKİ KUMBASAR [2]

[1] TAKSİM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ, SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
[2] SADİKONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ DAHİLİYE KLİNİĞİ, SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Giriş:
Marchiafava-bignami hastalığı; corpus callosumun primer dejenerasyonu ile klinik olarak sinsi gelişen demans, multi fokal nörolojik belirtiler(dizartri, ataksi, hemiparezi, disfaji, sturupor, apati, apraksi) son evrelerde nöbet, koma süreciyle devam edebilen ve histopatolojik olarak corpus callosumda inflamasyon olmaksızın demiyelinizasyon saptanan nadir bir hastalıktır. Etyolojide alkol, toksisite, malnütrisyona bağlı B12 eksikliği gösterilmektedir. Progresif nörolojik bulgularla seyretmesine karşın bir kısım vaka remisyona girme eğilimindedir. Klinik silik olsa bile mr ile tanı konulabilir. Dünya literatüründe birkaç yüz olgu bildirildiği için bu vakayı sizlerle paylaşmayı değer bulduk.

Olgu:
38 yaşında erkek hasta bilinen romatoid artriti(4 yıl) ve metotreksat kullanımı mevcuttu. Ateş,baş ağrısı, halsizlik, bulanık görme şikayetleri ile dahiliye servisinde pansitopeni ile takip edilen, kanlarında: Vitamin B12:100 ng/L Folat: 0.9 ug/L pernisiyöz anemisi olan hastanın nörolojik muayenesinde; görme alanında sol alt kadranda altitudinal görme kaybı, alt ekstremite distal kas gücü bilateral -5/5 , vibrasyonda alt ekstremitede bilateral kayıp saptandı. Çekilen difüzyon MRda bilateral simetrik korpus kallozum spleniumunda difüzyon kısıtlılığı izlendi. Göz hastalıkları : Sol OD'den makulaya uzanan, makulayı kapatan preretinal hemoraji saptadı. MR T2 ve Flair sekanslarında silik izlenen bilateral simetrik korpus kallozum spleniumda hiperintens alan izlendi. Hastada klinik silik radyolojik olarak Marchiafava-bignami düşünüldü. Metotreksat tedavisi kesilip, B12 folat tedavisi verilen hastanın tedavinin 10. gününde nörolojik muayenesi doğaldı.Tedavinin 20. gününde kontrol difüzyon MR ında korpus kallozumdaki difüzyon kısıtlılığı tamamen geriledi.

Sonuç:
Marchiafava-bignami hastalığı çok nadir bir hastalık olmasına rağmen kronik alkolizmde, toksisiteye maruziyetiinde ve bizim olgumuzdaki gibi metotreksat kullanımı, , malnütrisyona bağlı B12 vitamin eksikliğinde düşünülmesi gereken bir tanı olduğu, B12 ve folik asit replasmanın yararlı olduğunu saptadık.



EP - 553 METABOLİK HAREKET BOZUKLUĞU HEMİBALLİSTİK OLGULAR

İPEK ARSLAN , ELİFNUR TUNCER , FURKAN TALHA TOKDEMİR , HÜLYA OLGUN , BURCU ALTUNRENDE , FULYA EREN

TAKSİM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Ballismus omuz kalça gibi ekstremite proksimallerini tutan fırlatma atma veya şiddetli sallanma tarzında hareketlere neden olan yüksek amplitüdlü, koreden kaba istemsiz hareketlerdir. Etyolojisinde kontralateral subtalamik çekirdek ve striatum lezyonları, hiperglisemi ve bazı ilaçlar vardır. Bu yazımızda kontrolsüz hiperglisemi sonrası putamende gelişen lezyon nedenli ballismus gelişen 2 olgumuzu tanı ve tedavi seyrini sizlere aktarmak istedik.

Olgu 1:
90 yaşında erkek hasta 10 gün önce sağ elde aniden başlayan istemsiz hareketleri mevcuttu. Nörolojik muayenesinde sağ el, kol, bacak ve sol elde hemiballistik hareketler izlendi, Alt ekstremitelerde vibrasyon duyusu azalmıştı. Kan sonuçlarında: Glukoz:497 HbA1C :16.1'di. Kranyal MR' ında: sol putamende hiperintens alan mevcuttu. Diyabet tedavisi düzenlenerek istemsiz hareketleri için haloperidol başlandı. Hareketlerinde azalma izlenmeyen hastaya levatirasetam, biperiden, klonazepam tedavileri uygulandı. Fayda görmedi. Olanzapin başlanan hastanın 1 hafta sonra hemiballistik hareketlerinde belirigin azalma izlendi.Çekilen kontrol kontrastlı Kranyal MR'ında sol putamendeki hiperintens alan tamamen geriledi.. Hemiballistik hareketleri azalan hasta olanzapin 5 mg 2*1 ile taburcu edildi.

Olgu 2:
86 yaşında kadın hasta, 3 gün önce başlayan konuşmada bozukluk ve gündüzleri karınca, böcek görme şikayetleri mevcuttu. Diffüzyon MR'da bilateral bazal ganglionda ADC karşılığı olan lineer hiperintensite ve sol serebellumda kronik enfarktı mevcuttu. Kan tetkiklerinde HBA1C:13.1, Glukoz:540 tı.Serviste takibinin 6. gününde ağzında boynunda ve kollarında istemsiz hareketleri başladı.Ballistik hareketlerin uyurken olmadığı, uyanınca başladığı ve gün içinde fluktuasyon gösterdiği gözlemlendi. Hiperglisemik ensefalopati öntanısıyla Haloperidol 3x10 damla başlanan hastanın çekilen kontrastlı kranial MR'ında flair sekansta putamende bilateral lineer hiperintensite izlendi. Haloperidol tedavisiyle istemsiz hareketleri tama yakın geriledi.

Tartışma:
Ballismus ile gelen hastada hastalığın başlangıç şekli, zamanı, eşlik eden bulguları, aile öyküsü, ilaç öyküsü, ve klinik sunum özelliklerini dikkatlice belirlemek gerekmektedir. Bu özellikler mortalite ve morbidite oranı yüksek olan ballismusun tedavi sürecini belirlememizi sağlamaktadır. Ballismus tedavisinin algoritmaya uygun şekilde yanıtlara göre basamak basamak uygulanması tedavi başarısı için önemlidir.

EP - 554 LABORATUVAR TETKİKLERİ İLE TANI KRİTERLERİNİN KARŞILANAMADIĞI YÜKSEK DOZ STEROİDE YANITLI TEKRARLAYICI BENİGN SEYİRLİ BEYİN LEZYONLU OLGU

GÜL SENA DEMİRER , HAZAL ÇAĞMAN , TUBA CERRAHOĞLU ŞİRİN , GENÇER GENÇ , SERPİL BULUT

SEYRANTEPE HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Diensefalon ve beyin sapı tutulumu sıklıkla Behçet hastalığında görülse de Multiple Skleroz, ADEM, MOGAD gibi demiyelizan hastalıklar, vaskülitler, santral sinir sistemi (SSS) lenfoması, paraneoplastik sendromlar, başta Lyme olmak üzere enfeksiyöz hastalıklarda da olabilir. Tanı her hastalığın kendine özgü BOS ve kan tetkikleri ile konulabilmekte, bu tetkikler yardımcı olmadığında beyin biyopsisi gerekliliği olmaktadır. Steroid ve immunsupresan tedavisi ile benign seyreden ancak tetkiklerle kesin tanının konulamadığı olgumuz ve görüntülemelerini sunduk.

Olgu:
Sağ ekstremite distallerinde hipoestezi ile başvuran 40 yaşında erkek hastanın kranial MRG'de diensefalondan mezensefalona uzanan heterojen kontrast tutan T2 hiperintens lezyon izlendi. Behçet, nöroborelyoz, demiyelizan hastalık, vaskülit, SSS lenfoması ön tanılarıyla yapılan kan ve BOS tetkiklerinde BOS protein yüksekliği (54 mg/dl) dışında patoloji izlenmedi. 10 gün 1 gr/gün pulse metilprednizolon (IVMP) tedavisiyle MR lezyonu tama yakın düzeldi. 3 ay sonra yakınmasının tekrarlamasıyla yapılan beyin biyopsisinde ön planda lenfoma düşünülmüş olup periferik yayma, USG, BT görüntülemeler ve PET'de lenfoma lehine bulgu saptanmadığından buna yönelik kemoterapi başlanamadı. Yeniden 10 gün IVMP verildi, MRG lezyonları tama yakın düzeldi, azatiopürin (AZA) tedavisi başlandı. AZA tedavisinin 15. ve 24. aylarında yakınması ve MR'da diensefalondan ponsa uzanan kontrast tutan T2 hiperintens lezyonu yenileyen hastanın IVMP sonrası lezyonu tama yakın düzeldi. Takip süresince vaskülit, Behçet, demiyelizan hastalıklar açısından kan ve BOS tetkikleri tekrarlandı, patoloji saptanmadı. Konvensiyonel anjiyografide vaskülit lehine bulgu saptanmadı. BOS flowsitometri ile lenfoma negatif sonuçlandı. Halen AZA tedavisi ile takip edilen hastanın klinik bulgusu yoktur.

Sonuç:
Tekrarlanan tetkiklerle tanı kriterlerini karşılayamayan olgumuzda biyopsinin net raporlanmaması nedeniyle primer SSS lenfoması/ Behçet ayrımı yapılamamaktadır, steroide dramatik yanıt ve AZA ile atak sıklığı azalan hastamızda ön planda ISG tanı kriterlerini karşılayamayan Behçet düşünülmektedir. Kompleks vakalarda, tanı aşamasında klinisyen ve temel tıp uzmanları arasında iş birliğinin önemini vurgulamaktadır.

EP - 555 DUKTAL KARSİNOMLU HASTADA AKUT OPTİK NÖROPATİ: OLGU SUNUMU

GÜLTEN TATA [1], SANİYE ÜKE UZUN [2]

[1] S.B.Ü. ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GÖZ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

Giriş:
Akut görme kaybı ile başvuran yaşlı hastalarda sıklıkla iskemik optik nöropatiler görülmektedir. Non-arteritik anterior iskemik optik nöropatilerin (NAİON) genellikle diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi gibi risk faktörleri ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Kanser hastalarında hiperkoagülabilite de risk faktörleri arasındadır ve kemoterapi ile indüklenmiş NAİON veya toksik nöropati olguları bildirilmiştir.

Olgu Sunumu:
63 yaşında kadın hasta dört gün önce başlayan sağ gözde görme kaybı ile başvurdu. Baş ağrısı veya göz hareketlerinde ağrı tariflemiyordu. Bir yıl önce invazif duktal karsinom tanısı ile radikal mastektomi operasyonu öyküsü mevcuttu. On aydır üç haftada bir 360 mg trastuzumab kullanmaktaydı ve son dozu 2 hafta önce uygulanmıştı. Öncesinde dosetaksel, siklofosfamid, epirubisin ve 5-fluorourasil tedavileri almıştı. Nörolojik muayenede; görme keskinliği sağda 1 metreden parmak sayma düzeyinde, sol gözde 20/20, sağda relatif aferent pupil defekti ve sağda belirgin her iki optik diski ödemli görüldü. Kontrastlı kranyal, orbita MR'larında lezyon izlenmedi. Görme alanında sağda total defekt, solda nazal step izlendi. BOS açılış basıncı ve içeriği normaldi. Hiperkolesterolemi ve demir eksikliği anemisi tespit edildi. CRP normal, sedimentasyonu 66 mm/saat, kontrol değeri 39 mm/saat idi. Üç gün pulse metilprednizolon uygulandı. Kontrol görme alanında sağ gözde alt altitudinal defekt saptandı, sol normaldi. Hastada baş ağrısı, temporal hassasiyet, çenede klodikasyo yoktu ve arteritik AİON düşünülmedi. Olguda hiperlipidemi risk faktörünün zemininde, kemoterapötik etkisi ile sağ optik sinirde perfüzyon bozukluğu ve NAİON geliştiği düşünüldü. Antiagregan eklendi. İki ay sonra sağda görme keskinliği 20/30, solda 20/20 idi. RNFL'de superior segmentte atrofi, VEP'de sağda p100 latansı hafif uzun bulundu.

Tartışma ve Sonuç:
Toksik optik nöropatilerin genellikle ağrısız, bilateral santral görme kaybı ve çekosantral skotomlara, NAİON ise ünilateral görme kaybı ve altitudinal defekte neden oldukları bilinmektedir. Hastanın trastuzumab öncesi kullandığı tüm kemoterapötikler toksik nöropati yapabilmekteler. Literatürde trastuzumab ile ilgili sadece papilödem bildirilmiştir. Kemoterapötik etkisi ile gelişen NAİON'nin nadir görülmesi nedeniyle olgu sunulmaya değer bulunmuştur.

EP - 556 COVİD 19 VE ASRIN FELAKETİ 2023 DEPREMİ SÜRECİNDE NÖROLOJİ YOĞUN BAKIM HEMŞİRESİNİN ROLÜ; SÜREÇTE BAZI İNDİKATÖRLERİN RETROSPEKTİF ANALİZİ

ELİF İ. G. GÖKTAŞ , ENİSE DEMİRDEN , EBRU HACIHASANOĞLU , DUYGU DEMİRCAN , MERVE GÜLCAN , GÜLÜMSER DURGUN

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ BALCALI HASTANESİ

Amaç:
Nörolojik hastaların düzenli takibi gerekli olduğundan; salgın ve deprem gibi kritik durumların beraberinde getirdiği zorluklar hastaların semptomlarında artış yaratabilir. Bu çalışmanın amacı, salgın ve afetler gibi olağanüstü durumlarda, nörolojik hastalara sunulacak hizmetin planlanması ve uygulanması sürecinde hemşirenin rolünün yanı sıra, hem hastaların hem de hemşirelerin karşılaştıkları güçlüklere dikkat çekmektir.

Gereç ve Yöntem:
Covid-19 (Mart 2020-Haziran 2021), normalleşme (Temmuz 2021-Ocak 2023), deprem ve sonrası (Şubat 2023-Ağustos 2023) olarak belirlediğimiz süreçte, Nöroloji Yoğun Bakım 'da bası yarası prevalansı, yoğun bakım ses ölçüm düzeyleri ve mortaliteye ilişkin veriler retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular:
Covid-19 sürecinde bası yarası oluşan hastaların ortalaması %0,8; normalleşme sürecinde %0,6 olduğu saptanmıştır. Deprem ve sonrasında bası yarası oluşan hasta tespit edilmemiştir. Yoğun bakım ünitesinde ölçülen ses düzeylerinin ortalamasının; covid-19 (61 dBA) ve normalleşme (62 dBA) sürecinde benzer olduğu saptanmıştır. Belirlediğimiz süreçler içinde en yüksek mortalite ortalamasının (%6) Covid-19 dönemi olduğu saptanmıştır.

Sonuç:
Hemşireler Covid ve deprem gibi kritik süreçlerde görev tanımlarının gerektirdiğinden çok daha fazlasını yapmışlardır. Hemşirelerin afet durumundaki görev tanımları, yasal düzenlemeler ile netleştirilmesi son derece önemlidir. Şimdi yapılacak iyileştirme ve eylem planları ile gelecekte tükenmişlik yaşanmasının önüne geçilebilir, hasta bakımının kalitesi arttırılabilir.

EP - 557 SERVİKAL MİYELOPATİYE BAĞLI SPİNAL MİYOKLONUS OLGUSU

HATİCE BABAOĞLAN

KİLİS PROF. DR. ALAEDDİN YAVAŞÇA DEVLET HASTANESİ

Amaç:
Miyoklonus, kasların veya kas gruplarının kısa, ani ve istemsiz kasılmalarıdır.Miyoklonus vücuttaki dağılımlarına,provoke edici faktörlere, kaynaklandığı anatomik yapıya ve fizyolojisine göre farklı şekillerde sınıflandırılabilir. Spinal miyoklonusun patofizyolojisi kapsamlı ve çok faktörlüdür.

Olgu:
60 yaşında erkek hasta özellikle fiziksel akvitivite ve ile artan kollarda ağrı şikayetleri ile başvurusunda, servikal görüntülemede C4-C5 düzeyinde posterior çevresel disk bombeleşmesi, C5-C6 düzeyinde santral protruzyon izlenmiş, korda bası mevcut olması üzerine opere ediliyor. Operasyon sonrası özellikle alt ekstremite ve gövdenin alt kısmında belirgin ani sıçrayıcı hareketleri olması üzerine beyin cerrahi hekimi tarafında parsiyel nöbet aktivitesi düşünülerek karbamazepin başlanıyor. Hastanın alt ekstremitelerde asimetrik şekilde ve paraspinal kaslarda, gövdede istemsiz hareketleri mevcuttu, ağrılı ve ritmikti, uykuda devam ettiği öğrenildi. Karbamazepinden fayda görmediğini belirtti.
Hastaya yapılan EEG ve beyin MR normaldi. Ön planda spinal miyoklonus düşünüldü. Karbamazepin kesilerek, levetiresetam kademeli başlandı. Hastanın 10 gün sonra kontrolünde şikâyetlerin tamamen gerilediği görüldü.

Sonuç ve Tartışma:
Spinal miyoklonus, spinal jeneratör bölgelerden kaynaklanan, medulla spinalisteki internöronların işlev bozukluğu ya da motor nöronların hipereksitabilitesine bağlı olabilen miyoklonus tipidir.
Spinal miyoklonusun ortaya çıkmasında çok sayıda etyolojik faktör rol oynayabilir: enfeksiyonlar , servikal radikülopati gibi dejeneratif hastalıklar, spinal anestezi, sirengomiyeli, demiyelinizan hastalıklar, travma, ilaç ya da madde kullanımı, iskemik miyelopati, gebelik, paraneoplastik hastalıklar ve intrinsik tümörler veya psikojen nedenler. Bu olguyla nörolojik muayene ve görüntüleme bulguları doğrultusunda ve EEG ile görüntülemeyle santral hadiseler dışlanarak tanı konulan spinal miyoklonus olgusunu hatırlatmak istedik.

EP - 559 NON-KETOTİK HİPERGLİSEMİ İLE İLİŞKİLİ BİR HEMİKORE/HEMİBALLİSMUS OLGUSU

İLHAN ÖZCAN , HATİCE ÖZCAN , BÜŞRANUR ATILGAN , HAMZA ŞAHİN , YILMAZ İNANÇ , CEMİLE BUKET TUĞAN YILDIZ

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, KAHRAMANMARAŞ, TÜRKİYE

Giriş:
Ballismus terim olarak kol ve bacakların proksimal bölgelerinin ani, kontrolsüz, şiddetli ve geniş amplitüdlü hareketlerini tanımlamak için kullanılır. Bu istemsiz hareket vücudun bir tarafını tuttuğunda hemiballismus adını alır (1). Hemiballismusun etiyolojisinde genetik ve edinsel birçok hastalık yer almaktadır. Bunlardan bir tanesi de Non-ketotik hiperglisemidir (2). Patogenezi tam olarak aydınlatılamamış olsa da putamendeki zayıf glisemik kontrolün hemiballismusa sebep olduğu iddia edilmektedir (3). Bu yazıda non-ketotik hiperglisemi ile ilişkili hemikore/hemiballismus tanısı alan bir hastayı sunduk.

Olgu:
Yetmiş dört yaşında diyabetes mellitus tanılı kadın hasta son on gündür sağ kolda ve sağ bacakta istemsiz hareket şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hasta son on gün içerisinde dört kez acil servise hiperglisemi atakları (kan şekeri >400 mg/dl) nedeniyle başvurmuş. Hastanın mevcut şikayetleri de ilk olarak on gün önce kan şekeri yüksekliği ile başlamış. Başlangıçta hareketleri büyük amplitüdlü iken kan şekeri regüle oldukça hareketlerinin frekansı ve amplitüdünde azalma izlenmiş. Hastanın nörolojik muayenesinde sağda hemifasiyal spasma bağlı asimetrisi ile birlikte sağ üst ve sağ alt ekstremite de koreiform ve ballistik hareketleri dışında patoloji izlenmedi. On gün önceki rutin kan tetkiklerinde kan şekeri 406 mg/dl, idrada keton negatif, HbA1c: %6.9, sodyum 130 mEq/L, ph:7.36. Kranial görüntülemelerde (beyin tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme) belirgin bir patoloji saptanmadı. Hastaya bu bulgularla non-ketotik hiperglisemi ilişkili hemikore/hemiballismus tanısı konuldu. Hastanın ilk olarak kan şekeri regüle edildi ve hastaya istemsiz hareketleri için haloperidol tedavisi başlandı.

Sonuç:
Hiperglisemi ilişkili hemikore/hemiballismus nadir görülen bir klinik tablodur; bununla birlikte, genellikle iyi bir prognoza sahiptir. Klinisyenler akut veya subakut koreiform ve balistik hareketlerle karşılaştıklarında, özellikle kan şekeri düzensiz ileri yaştaki hastalarda, non-ketotik hiperglisemi ilişkili hemikore/hemiballismus olasılığını akılda tutmalıdırlar.

Kaynaklar:
1.Postuma RB, Lang AE. Hemiballism: revisiting a classic disorder. Lancet Neurol 2003;2:661-8. doi:10.1016/S1474-4422(03)00554-4
2.Picollo I, Defanti CA, Soliveri P, et al. Cause and course in a series of patients with sporadic chorea. J Neurol 2003;250:429-35. doi: 10.1007/s00415-003-1010-7
3.Everett S, Dalo AM, Ananth D, et al. (02 Mayıs 2023) Ketotik Olmayan Hiperglisemi Hemikore-Hemiballismus Sendromu: Bir Olgu Sunumu. Cureus 15(5): e38434. doi:10.7759/cureus.38434

EP - 560 MULTİPL KIRIKLAR SONRASI OLUŞAN SEREBRAL YAĞ EMBOLİSİ OLGUSU

AHMET ARDIÇ , ÖZGÜL OCAK , İLKNUR GÜÇLÜ ALTUN

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ AD

Giriş:
Yağ embolisi sendromu (YES), yağ parçacıklarının beyin dahil birçok organa embolizasyonundan kaynaklanan nadir bir sendromdur. Tipik olarak peteşiyal döküntü, kötüleşen mental durum ve ilerleyici solunum yetmezliği ile kendini gösterir ve genellikle uzun kemik kırıkları veya ortopedik cerrahi ile travmadan sonraki 24 saat içinde ortaya çıkar. YES tanısı klinik ve görüntüleme bulgularına dayanır ancak alternatif tanıların dışlanmasını gerektirir. Yağ embolisi sendromunun tedavisi öncelik ile yeterli doku oksijenasyonunun sürdürülmesidir. Genel destekleyici önlemler arasında kırık ekstremitelerin sabitlenmesi ve sıvı ve elektrolit dengesinin korunması yer alır. Şiddetli hipoksemi varsa, endotrakeal entübasyon ve mekanik ventilasyon desteği gerekebilir. Olgumuz multipl kırıklara bağlı serebral yağ embolisinin ayırıcı tanıda önemine dikkat çekmek için sunulmuştur.

Olgu:
Yirmi yaşında erkek hasta motorsiklet kazası ile acil servise başvurdu. Hastanın özgeçmişinde ek hastalığı ve kullandığı ilaç öyküsü yoktu. Multipl kırıkları olan hasta ortopedi tarafından acil operasyon planlanarak interne edildi. Yoğun bakımda yatışı sırasında preoperatif dönemde jeneralize tonik klonik tarzı nöbet geçirmesi nedeniyle nöroloji tarafından değerlendirildi. Nöbet tedavisinde levetirasetam 2000 mg yükleme ve 2x1000 mg idame olarak uygulandı. Hastanın postiktal dönmede ikinci gün bilinç uykuya meyilli, sözel uyarılara cevap yoktu ve solunum yetmezliği oluşması nedeni ile entübe edildi. Hastaya yapılan kontrastsız beyin manyetik rezonans görüntülemede (MRI) de; SWI da izointens (Figür 1), FLAIR da hiperintens (Figür 2) , diffüzyon da hiperintens (Figür 3), ADC de hipointense (Figür 4) yağ embolisi ve diffüz aksonal hasar ile uyumlu görüntü mevcuttu. Hastanın tedavisine 2x0.6 enoxaparin ve 3x100 mg/gün metilprednisolon tedavisi eklendi. Metilprednisolon kademeli olarak azaltılarak kesildi. Toplamda yedi gün yoğun bakım ünitesinde takip edilen hasta dördüncü gün ekstübe edildi ve hasta ortopedi tarafından opere edildi. Tedaviden olumlu yanıt alınan hastanın takipleri ortopedi servisinde tamamlanıp, nörolojik açıdan sekelsiz olarak taburcu edildi.

EP - 561 MULTİPLE KRANİAL NÖROPATİ İLE BAŞVURAN ORBİTAL TÜMÖR OLGU SUNUMU

KADİR GÜLŞEN , EMEL AFİFE ATAMAN , AYŞE AVCI , AYŞE AVCI , FETTAH EREN

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Olgu:
Kranial sinirler beyin içinde farklı yolaklara dağılır ve çeşitli lezyonlar tarafından hasara uğratılabilir. Ortaya çıkan zengin nörolojik tablolar sinirlerin seyrine ait anatomik bilgilerden yararlanılarak lezyon yerinin lokalize edilmesine yardımcı olur. Atmış beş yaşında erkek hasta, 2 yıldır sol kulakta işitme azlığı, 1 yıldır çift görme, sol yüz yarımında uyuşma yakınması ile başvurdu. Hastanın ayrıntılı sorgulanmasında sol periferik fasial paralizi, 3-4 aydır yutma güçlüğü ve sol göz kapağında pitoz öyküsü olduğu öğrenildi. Nörolojik muayenesinde sol nazolabial oluk silik, sol gözde pitoz, sol tarafta hipoestezi mevcuttu. Kranial manyetik rezonans görntülemede solda optik sinir süperior komşuluğu boyunca kavernoz sinüse doğru uzanım gösteren 24 mm kraniokaudal segment boyunca uzanan, aksiyel planda çapları sol kavernoz sinüste 27x11 mm, orbital alanda ise 28x12 mm olarak ölçülen, heterojen kontrast tutan lezyon saptandı. Hasta orbital tümör ön tanısı ile biyopsi yapılması amacıyla göz hastalıklarına yönlendirildi. Bu olgu sunumu ile multiple kranial sinir tutulumu olan hastada tespit edilen orbital tümörün nörolojik komponentlerinden, ayrıcı tanıların nasıl değerlendirildiğinden ve klinik süreci hakkında farkındalık meydana getirmeyi amaçladık.

EP - 562 NÖROBRUCELLOZ

MERT SARILAR , ELİF KIZIL , SELMA TEKİN , ÇAĞDAŞ ERDOĞAN

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş ve Amaç:
Bruselloz, enfekte hayvanlardan doku ve sıvılarla temas yoluyla ya da elde edilen gıdaların alınmasıyla insanlara bulaşan, dünya çapında en yaygın görülen zoonotik enfeksiyondur. Tipik olarak sinsi başlangıçlı ateş, halsizlik, gece terlemesi ve eklem ağrılarıyla başvurur. Olguların %10unda nörolojik tutulum; menenjit, ensefalit, beyin apsesi, miyelit, radikülit, nörit görülebilir. Hem hastalığın klinik seyrinin ciddi sonuçlara neden olması hem de tedavisinde antibiyoterapi gibi ulaşılabilir yöntemlerin bulunması nedeniyle tanı oldukça önemlidir ve organizmadan alınan kan, vücut sıvısı, doku kültüründe üreme veya Brucella antikor titresinde artış ile tanı konur.

Olgu Sunumu:
22 yaşında erkek hasta, 4 ay önce başlayan diz ağrısı, yürümede zorlanma ve bacaklarda güçsüzlükle kliniğimize başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik saptanmayan hastanın nörolojik muayenesinde; bilateral alt extremite kas gücü -5/5 , belirgin duyu defisiti olmamakla beraber DTR'lerin arttığı, tandem gaitin bozuk, bilateral alt extremitelerde serebellar testlerin bozuk saptanması üzerine servisimize yatırıldı. Bakılan rutin biyokimya ve hemogram testleri normaldi. Yapılan lomber ponksiyonda: direkt bakıda 40 lökosit, BOS biyokimyasında total protein: 9,41 mg/dl saptandı. Boşta bakılan viral ve bakteriyel menenjit paneli negatifti. Çekilen kontrastlı beyin MRG'nda sol frontal lob verteks düzeyinde parafalsian alanda büyüğü yaklaşık 1 cm, periferik yoğun kontrast tutan nodüler lezyonlar izlendi. Bakılan Brucella tüp aglütinasyonu 1/16 pozitif, Rose Bengal pozitif saptandı. Seftriakson, rifampisin, doksisiklin antibiyoterapileri başlanan hasta nörobruselloz ön tanısı ile enfeksiyon hastalıkları servisine devredildi.

Tartışma ve Sonuç:
Kas güçsüzlüğü, yürümede güçlük şikayeti ile başvuran hastalarda fizik muayene, laboratuvar incelemeleri kadar BOS incelemeleri de önem arz etmektedir. Zoonotik hastalıklar santral sinir sistemini tutabilmektedir ve Bruselloz bunlar arasında en sık görülenidir. Bu hastalıklarda etkenin kan, doku ya da vücut sıvılarında üretilmesi zaman alıcı olsa da tanı için oldukça önemlidir. Etiyolojisinde birçok neden olabilen yürüme güçlüğü gibi bir semptomun altından ciddi bir enfeksiyöz hastalık çıkabileceği, nörolojik semptomlarda enfeksiyöz hastalıkların da akılda bulundurulması açısından vakamızı sunmayı amaçladık.

EP - 563 AKUT POLİNÖROPATİ KLİNİĞİ İLE PREZENTE TÜBERKÜLOZ MENENJİT OLGUSU

NURAY KÖSE , SİBEL ŞEN , HAZAL ÇAĞMAN , TUBA CERRAHOĞLU ŞİRİN , SERPİL BULUT

ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Erişkin tüberküloz (TBC) menenjiti kronik baş ağrısı ve hafif bilinç değişikliklerinden, komaya kadar değişen tabloya yol açabilir. Prodrom döneminde birkaç haftadan birkaç aya kadar halsizlik, miyaljiler, ateş bulunabilir. Daha sonra baş ağrısı, bulantı kusma ve apati eklenebilir. Kraniyal sinir felçlerinin varlığı (en sık kraniyal sinir 2 ve 6'yı tutan) olguların neredeyse 1/3'ünde gözlemlenmektedir. Akut polinöropati (PNP) ile birlikteliği literatürde sadece 6-7 kez bildirilmiştir. Atipik bir klinik ile başvuran TBC menenjiti vakamızı sunduk.

Olgu:
Başvurusundan 10 gün önce başlayan bel ağrısını takiben; ateş, burun akıntısı, dizüri, pollaküri şikayetleri olan 37 yaşında erkek hastanın, semptomlarına 4 gün önce başlayan ishal şikayeti ardından asendan yayılan parapareziyle ile başvurdu. Muayenesinde nazone konuşma, 6.kraniyal sinir parezisi, paraparezi (3/5) ve altta arefleksi saptandı. Akut demiyelizan inflamatuar PNP ön tanısı ile yapılan BOS incelemesinde; protein 313,3 mg/dl, glikoz 39 mg/dl, sodyum 146 mmol/lt ,lökosit 628/mm3 (PNL %45, MNL %55) ve PCR negatifti. BOS bakısı sonucu TBC meningoensefaliti tanısı konuldu ve 4'lü anti-TBC ve prednizolon tedavisi başlandı. Aktif pulmoner TBC saptanmadı ve TBC öyküsü yoktu.
Bu tedavi altında 10. günde muayenesi doğaldı. Kontrol BOS incelemesinde; protein 180,4 mg/dl, glikoz 69 mg/dl,sodyum 144 mmol/lt, lökosit 300/mm3(PNL %50, MNL %50) idi ve PCR'da ajan saptanmadı.

Sonuç:
Mycobacterium tuberculosis moleküler taklit ile demiyelizan ve aksonal hasara yol açarak nadir de olsa akut polinöropatiye neden olabilir. Olgumuzda da bu nadir tablo ÜSYE ve ishal semptomlarını takiben kranial sinir felci ve arefleksif asendan paraparezi şeklinde başlamış, klinik akut demiyelizan inflamatuar PNP düşündürmüş ve BOS bulguları TBC menenjitini göstermiştir. Anti-TBC tedavi ile tam düzelme sağlanmıştır.

EP - 564 FASİAL DİPLEJİ İLE PRESENTE OLAN BİR GUİLLİAN-BARRE SENDROMU OLGUSU

ONUR AKÇA , AYSUN TİLTAK , FATMA GENÇ , EYLEM ÖZAYDIN GÖKSU

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
GBS, akut flaskid paralizinin en yaygın nedenidir. Çoğu hasta, motor güçsüzlüğü başlamadan genellikle ÜSYE olmak üzere bir öncül hastalıkla birlikte gelir. GBS'nun birçok nadir varyantı tanımlanmıştır. Fasiyal dipleji ve ekstremitelerde parestezi ile seyreden hastalar GBS varyantı fasiyal dipleji ve parestezi olarak sınıflanır. Bu hastalarda motor kayıp yoktur veya çok azdır. Refleksleri korunmuş, bazen artmış olan hastalar tanısal zorluğa yol açabilir.

Olgu Sunumu:
79 yaşındaki hasta polikliniğimize 1 haftalık konuşmada peltekleşme, salyasını tutamama, yemekleri ağzından kaçırma, alt dudakta şişme şikayetleriyle başvurdu. Şikayetleri başlamadan birkaç gün önce soğuk algınlığı geçirmiş. Nöroloji polikliniğine gelmeden dış merkezde hastaya steroid başlanmış. Hasta minimal fayda görmüş ancak tam iyileşmediği için polikliniğimize başvurmuş. Geliş muayenesinde konuşması dizartrikti, gözlerini tam kapatamıyordu. Bilateral NLO silikliği mevcuttu. Işık refleksi bilateral alınıyor, pupil refleksleri korunmuştu. Ekstremitelerinde lateralizan motor defisiti izlenmedi. DTR'leri normoaktifti. Hasta GBS ön tanısıyla servisimize yatırıldı. Hastaya MR, BT, Toraks BT, LP, EMG yapılması ve vaskülit paneli ile ACE çalışılması planlandı. Hastaya 0,4 gr/kg/gün 5 gün süreyle IVIG tedavisi başlandı. MR'da periventriküler alanda ve ponsta yaygın kronik iskemik değişiklikler izlendi. Beyin BT'de akut gros patoloji izlenmedi. Yapılan LP'de açılış basıncı:15mmH20, EKŞ:144mg/dl Total protein 103,6g/dl, Albumin:511. Toraks BT'de sarkoidoz düşündürecek patolojik bulgu izlenmedi. EMG:Sinir iletiminde sağ fasial sinir BKAP düşük elde edilmiştir. İğne EMG'de sağ orbicularis oris reinnervasyon MÜP'leri gözlendi. İncelenen diğer EMG ve sinir iletim bulguları normaldir. Vaskülit paneli:Negatif. ACE:6,2. Hastanın IVIG tedavisine kısmi yanıtı izlendi.

Sonuç:
GBS, periferik sinir sistemini etkileyen akut başlangıçlı ve otoimmün bir hastalıktır. Sinir hücrelerinin miyelin kılıfının iltihaplanması ve bozulması ile karakterizedir. Bu durum, elektrik sinyallerinin sinirlerden kaslara ve diğer organlara düzgün bir şekilde iletilmesini engeller ve güçsüzlük, uyuşma, yorgunluk ve diğer sinir sistemi semptomlarına yol açabileceği gibi bizim vakamızda olduğu gibi sadece fasial dipleji ile de presente olabilir. Ekstremitelerde motor ve duyusal muayene bulgusu olmayan, derin tendon refleksleri normoaktif olan, klinik olarak sadece fasial dipleji ile presente olan hastamızı sizinle paylaşmak istedik.

EP - 565 CEREBRAL SINUS THROMBOSIS AND/OR PAROXYSMAL NOCTURNAL HEMOGLOBINURIA AS THE UNKNOWN CAUSE OF THROMBOSIS IN ISCHEMIC STROKE

ÖMER FARUK ALACAN

KIRIKHAN DEVLET HASTANESİ

Amaç:
Elli beş yaşın altındaki bireylerde görülen iskemik inme, genç iskemik inme olarak tanımlanır. Bu nedenle gençlerde etiyolojik inme nedenlerinin ve risk faktörlerinin belirlenmesi tekrarlayan inme ve komplikasyonları azaltmak için önemlidir. Bu araştırma kapsamında genç iskemik inme hastalarının demografik özelliklerini, risk faktörlerini ve etiyolojisini aydınlatmak ve paroksismal nokturnal hemoglobinüri varlığınının araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Bu prospektif çalışma, merkezimizde serebral sinüs trombozu ve/veya iskemik inme tanısı almış 106 genç inme hastasında paroksismal nokturnal hemoglobinüri varlığını araştırdı. Hastaların kan örnekleri akım sitometri *(FLAER)* testi ile analiz edildi. Karotis-vertebral Doppler USG, beyin-boyun BT/MR anjiyografi ve EKG/ekokardiyografi yapıldı. Hastaların demografik verileri, risk faktörleri ve muayene bulguları kaydedildi.

Bulgular:
Dört hastada *(%14.3)* geçici iskemik atak öyküsü vardı. Hastaların tromboz öyküleri incelendiğinde 24 *(%26.4)* hastada tromboz öyküsü olduğu saptandı. Hipertansiyon 45 – 55 yaş grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti *(p=0.004, p=0.046)*. Hastaların cinsiyeti ve yaşı sigara ve alkol kullanımına göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu *(p=0.003, p=0.006)*. Yirmi yedi hastanın 15inde *(%55.5)* kritik, 12sinde *(%44.5)* kritik olmayan darlık saptandı. Sadece bir *(%0.9)* hastaya paroksismal noktürnal hemoglobinüri tanısı kondu.

Sonuç:
İnme, genç hastalarda önlenebilir risk faktörlerinin saptanmasında önemli bir nörolojik hastalıktır. Gençler için çok faktörlü bir yaklaşım çok önemli olabilir. Bu yaş grubunda ciddi nörolojik defisit riskinin ortadan kaldırılması için koruyucu hekimlik yaklaşımı topluma yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: *iskemik inme, genç inme, PNH, risk faktörleri, tromboz*

EP - 566 BARİATRİK CERRAHİ SONRASI GÖRÜLEN WERNİCKE ENSEFALOPATİSİ

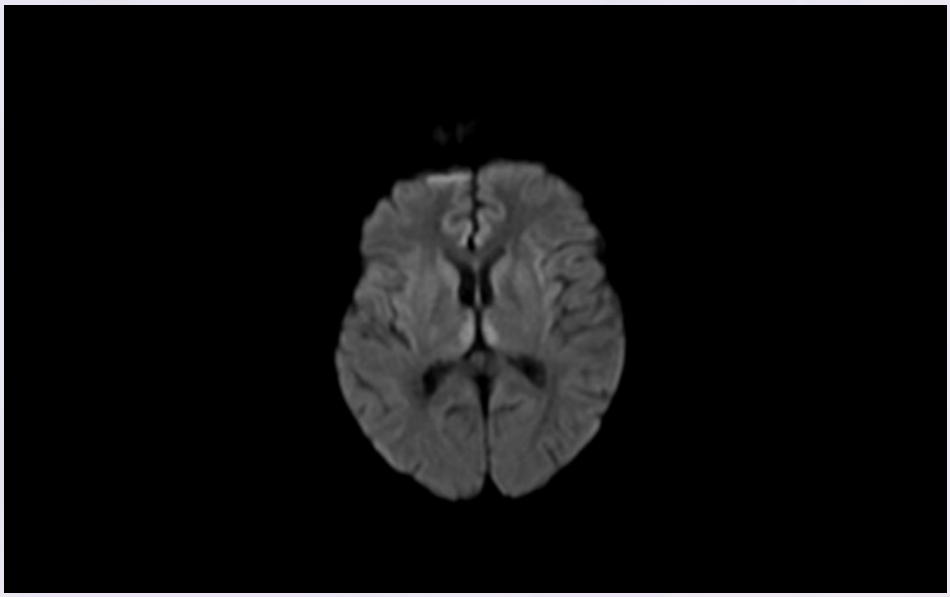
PELİN YENİLMEZ YEŞİLDAŞ , ŞÜKRÜ HAKAN KALEAĞASI

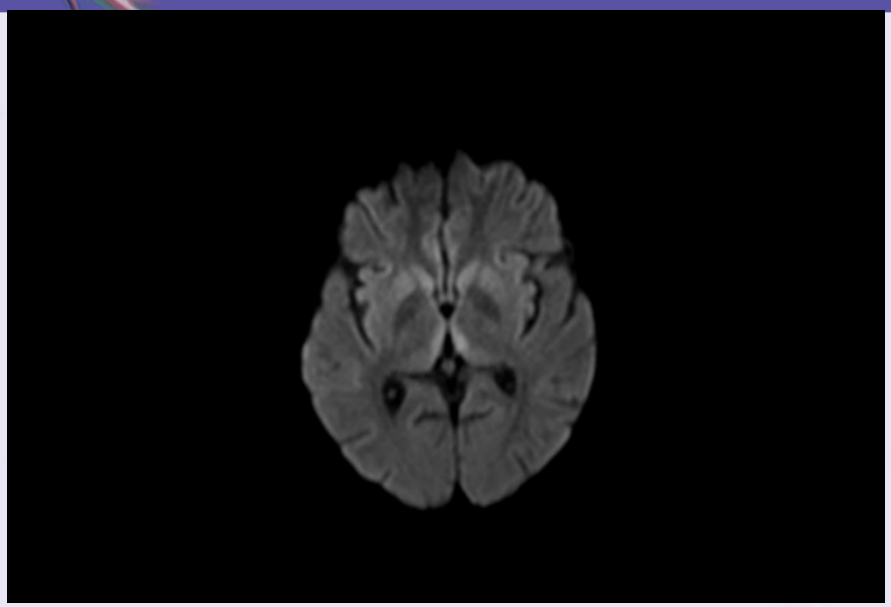
MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

Giriş:
Wernicke ensefalopatisi (WE), tiamin (vitamin B1) eksikliği sonucu gelişen, akut bilinç değişiklikleri, oftalmopleji ve ataksi semptomları ile karakterize bir nöropsikiyatrik bozukluktur. Kronik alkolizm ile ilişkisi sıktır. Fakat tiamin eksikliğine neden olan gastrointestinal cerrahi, kemoterapi, sistemik enfeksiyonlar, kanser, hemodiyaliz, HIV virüsü taşıyıcılığı ve uzun süren kusmalar sonucunda da görülür. Gastrik bariyatrik cerrahiler son dönemde arttığı için WE etyolojisinde ön plandadır. Bildiride bariyatrik cerrahi sonrası WE tanısı alan olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu:
31 yaşında kadın hasta obezite cerrahisinden bir ay sonra gelişen her iki gözde bulanık görme, yürümede dengesizlik şikayetleriyle polikliğine başvurdu. Özgeçmişinde özellik yoktu. Nörolojik muayenesinde; göz hareketlerinde her yöne sınırlılık, bilateral horizontal nistagmus ve ataksik yürüyüş mevcuttu. Laboratuar tetkiklerinde özellik saptanmadı. Beyin MR görüntülemesinde; difüzyon ağırlıklı incelemede mamiller cisimlerde ve bilateral talamus medial kesimlerinde sinyal artışı izlendi(Şekil 1,2). Elektromiyografi (EMG) incelemesi aksonal polinöropati ile uyumlu değerlendirildi. Hastada WE düşünülerek yüksek doz tiamin replasman tedavisi uygulandı. Klinik takibe alındı.

Sonuç:
WE yüksek mortalite riski taşımakla birlikte erken dönemde tiamin replasman tedavisine genelde iyi yanıt verir . Beyin MR görüntülemesinde sıklıkla bilateral medial talamus, korpus mamillare, mezensefalon, pons tegmentumu ve periakuaduktal alan tutulumu olur. Son yıllarda obezite cerrahisinin uygulanma sıklığı göz önünde bulundurulduğunda, tiamin eksikliğine bağlı hem WE hem de aksonal polinöropati görülen bu olgumuz, hastaların postoperatif dönemde yakından takip edilmesi gerekliliğine vurgu yapmak açısından bildirilmeye değer bulunmuştur.





EP - 567 DÜŞÜK GRADE LENFOMA İLİŞKİLİ PROGRESİF MULTİFOKAL LÖKOENSEFALOPATİ: BİR OLGU SUNUMU

SEFA ÖZAYDIN , GÜRSAN GÜNEŞ UYGUN , SELİN SAVE , CEMİLE HANDAN MISIRLI

SBÜ HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
PML (progresif multifokal lökoensefalopati) , JCV ilişkili oligodendrosit hasarı ile seyreden ilerleyici bir ensefalopati tablosudur. JC virüs, insanlarda latent olarak bulunabilen bir poliomavirüstür. Genellikle bağışıklık sistemi fonksiyone olduğunda herhangi bir enfeksiyona sebep olamadığı bildirilmiştir. Ancak hematolojik malignitesi olanlarda, HIV enfeksiyonunda, immunsupresyon durumunda JCV nedeniyle PML adı verilen ciddi bir tablo meydana gelebilmektedir. Nadir görülen düşük grade Kronik Lenfositik Lösemi(KLL) tanılı hastamızda PML olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu:
56 yaşında erkek, bir aydır giderek kötüleşen isimlendirmede bozulma, algısında azalma nedeniyle başvurdu. Nörolojik muayenesinde global afazi, sağ taraflı kas gücü muayenesi 4/5 olarak değerlendirildi. Özgeçmişinde, 3 senedir KLL tanısı ile takip edilmekte olduğu ancak medikal tedavi almadığı öğrenildi. Çekilen Kranial MRG'lerinde sol frontoparietotemporal alanda geniş kontrast tutmayan T2 FLAIR hiperintensiteleri izlendi. T1 sekans MRG'da mevcut alanların hipointens olduğu gözlendi. MR Spektroskopisinde milky way patern izlenmesi üzerine yapılan BOS incelemelerinde JCV DNA(+) olarak sonuçlandı. Hastaya mirtazapin order edildi. Takiplerinde kliniğinde progresif bir kötüleşme izlenmesi üzerine hasta exitus oldu

Tartışma:
KLL başlı başına B hücre disfonksiyonu, t hücre disfonksiyonu yaparak sitotoksik T hücrelerinin viral ajanlarla savaşını sekteye uğratmaktadır. Bu genel immün yetmezlik durumu kişiyi PML'ye elverişli yapmaktadır. KLL'de kanser hücreleri kan-beyin bariyerinin bütünlüğünü bozabilmektedir. Bu bozulma, enfeksiyonların Merkezi Sinir Sistemine (MSS) girişini kolaylaştırabilir ve böylece JCV gibi etkenlere karşı savunmasızlığı artırabilir. Literatürde KLL ilişkili PML olgularının genelde immünsupresif ajan kullanım veya yüksek grade KLL ilişkili olduğu görülmüş olup, hastamızda immünsupresif ajan kullanımı yoktu, düşük grade KLL tanılı olması bu açıdan önem arz etmektedir.

EP - 568 GYRİFORM KISITLI DİFÜZYONUN YAYGIN OLMAYAN BİR NEDENİ

SELAHATTİN YAĞMAHAN , YUSUF ÖZDEMİR , MAİDE NUR TOKDEMİR , HAMZA ŞAHİN , CEMİLE BUKET TUĞAN YILDIZ , YILMAZ İNANÇ

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, KAHRAMANMARAŞ, TÜRKİYE

Amaç:
Gyriform kısıtlı difüzyon (GRD), difüzyon ağırlıklı görüntülerde (DWI) serebral korteksi içeren hiperintens sinyali ve buna karşılık gelen apparent difüzyon katsayısı (ADC) görüntülerinde hipointensiteyi ifade eder. Bu değişiklik genellikle bir vasküler oklüzyona sekonder olarak gözlenmekle birlikte çok farklı nörolojik bozukluklarla da meydana gelebilmektedir (1). Bu yazıda GRD'nin yaygın olmayan bir nedeni olan metabolik ensefalopati olgusu sunuldu.

Olgu:
Yeni tanı Wegener Granülomatozu nedeniyle romatoloji hastalıkları servisinde takip edilen 57 yaşında erkek hasta intravenöz steroid tedavisinin beşinci gününde ani başlayan bilinç bulanıklığı nedeniyle tarafımıza konsülte edildi. Nörolojik muayenede hastanın bilincinin kapalı, dezoryante ve non-koopere olduğu; buna ek olarak, ağrılı uyaranla dekortike postür aldığı izlendi. Hastanın derin tendon refleksleri global canlı ve bilateral taban derisi refleksleri ekstansördü. Kontrastsız beyin BT'de akut patoloji izlenmedi. Beyin difüzyon MR görüntülemesinde bilateral serebral korteksleri diffüz tutan yaygın sitotoksik ödem izlendi. Genel durumunda bozulma olan hasta nöroloji yoğun bakıma alındı. Etyolojiye yönelik çekilen beyin-karotis BT anjiografi ve venografi görüntüleri normaldi. Rutin kan tetkikleri hafif lökositoz ve ılımlı indirekt bilirubin yüksekliği dışında normal elde edildi. Serum amonyak düzeyi 678 µg/dl (normalin üst sınırı= 102 µg/dl) olarak ölçüldü. Hiperamonyemi nedeniyle çekilen portal ven renkli Doppler USG incelemesi normaldi. Genel durumu giderek kötüleşen hasta nöroloji yoğun bakımdaki ikinci gününde eks oldu.

Sonuç:
Akut hiperamonyemik ensefalopati tablosu genellikle ilerleyici uyuklama, nöbetler ve koma ile ortaya çıkar. Uzun süreli hiperamonyemi ciddi beyin hasarına, ölüme veya zihinsel bozukluk gibi uzun vadeli sonuçlara yol açabilir (1, 2). Koma kliniği ile başvuran ve beyin MR görüntülerinde bilateral kortikal difüzyon kısıtlılığı saptanan hastalarda fatal seyredebilen hiperamonyemi tablosu ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar:
1. Pai V, Pai SY, Pai PB, Pai. Gyriform restricted diffusion in adults: looking beyond thrombo-occlusions. (2020) Insights into imaging. doi:10.1186/s13244-019-0829-0
2. Clay AS, Hainline BE. Hyperammonemia in the ICU. Chest. 2007 Oct;132(4):1368-78. doi: 10.1378/chest.06-2940. PMID: 17934124.

EP - 569 FİNGOLİMOD TEDAVİSİNE BAĞLI GELİŞEN VARİCELLA ZOSTER VİRÜS MİYELİTİ KOMPLİKASYONLARININ YÖNETİMİ

ZEHRA CEMRE KARAKAYALI [1], ASLI YAMAN KULA [2], VİLDAN GÜZEL [2], AZİZE ESRA GÜRSOY [3]

[1] *YOZGAT ŞEHİR HASTANESİ*
[2] *BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ*
[3] *BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ*

Olgu:

61 yaşında kadın hasta, özgeçmişinde bilinen tip 2 diyabetes mellitus, hipertansiyon ve 1999dan beri multipl skleroz tanıları mevcuttu. 1999 yılında sol taraflı sensörimotor hemiparezi sonrasında tanı almış ve azatiyoprin başlanmıştı. İki defa relaps sonrasında 2007 yılında glatiramer asetat tedavisine geçilmiş, 7 yıl boyunca glatiramer asetat altında atak sıklığı artarak seyretmesi üzerine, Aralık 2014te fingolimod tedavisine geçilmişti. Fingolimod tedavisi altında ataksız ve progresyonsuz seyreden hasta, 7 Ağustos 2019da dermatoloji polikliniğinde C8-T1 dermatomlarını etkileyen zona tanısı konularak günde 3 kez Valasiklovir 1000 mg başlanmıştı. Bir hafta sonra sol taraflı hemihipoestezi gelişmesi üzerine kliniğimize başvurduktan sonra fingolimod tedavisi kesildi ve son lenfosit sayısı 1,01 $10^3/mm^3$ olarak görüldü.

Servise yatırılan hastanın nörolojik muayenesinde sol elinde orta dereceli parezi (⅗) ve sol tarafta hemihipoestezi görüldü. Tendon refleksleri dört ekstremitede de canlıydı. Plantar tepkileri sağ ayakta fleksör ve sol ayakta ekstansördü. MSSde enfeksiyona bağlı MS nüksü ve VZV enfeksiyonu ayırıcı tanısıyla yatırıldı. Beyin ve medulla spinalis MRGsi çekildi ve T1 ağırlıklı görüntülemede gadolinyum tutulumu olan sol medüller T2 hiperintens lezyonu görüldü. Lomber ponksiyon ile beyin omurilik sıvısı alınarak enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu yapıldı. VZV miyelit olası bir tanı olarak değerlendirilmedi. Mevcut lezyonu olan hastaya MS atak tanısı ile 5 günlük IVMP tedavisinin ardından nörolojik muayenede düzelme görülen hasta takip planıyla taburcu edildi.

Taburcu olduktan bir ay sonra 4 gündür yürüme güçlüğü ve sol kol ve bacakta güçsüzlük şikayetiyle başvurdu. Beyin ve spinal MRGde C1-T1 arasında gadolinyum tutan T2 hiperintens bir lezyon görülen hastanın nörolojik muayenesinde sol kol ve bacakta 3/5 hemiparezi ve sol kolda derin duyu etkilemesi mevcuttu. Beyinde yeni bir lezyon görülmeyen hastada VZV miyeliti ön tanısıyla 21 gün süreyle asiklovir 3x750 mg iv ve metilprednizolon 32 mg/gün başlandı. Bu sırada tekrarlanan BOS örneğinde CSF VZV IgG 201.1 U/ml görülmesi üzerine VZV miyeliti tanısı kesinleşti. Asiklovir tedavisinin tamamlanmasıyla nörolojik muayenede belirgin düzelme izlendi. Ocrelizumaba geçiş yapma planıyla taburcu edildi. Kontrol rutin MRları bir hafta sonra planlandı. MRından bir hafta sonra sol bacağında güçsüzlük gelişen hastanın bu dönemde yapılan MRGsinde, sağ serebral hemisferde kontrast tutan yeni bir T2 hiperintens lezyon görüldü. Fingolimod kesilmesine bağlı hastalık aktiviteside artış düşünülen hastada 5 günlük IVMP tedavisine başlandı ve bir ay sonra ilk doz Ocrelizumab uygulandı. Ocrelizumab altındaki takiplerinde 2 yıl süre ile ataksız seyretti.

EP - 570 AYIRICI TANILARI İLE BİR HİRAYAMA OLGUSU

ZEYNEP BÜYÜKORHAN , BURAK GEÇER , ŞULE BİLEN

ANKARA ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Hirayama Hastalığı, özellikle 15-25 yaş arası genç erkekleri etkileyen bening segmental alt motor nöron hastalığıdır.
Bulgular arasında tek veya çift taraflı üst ekstremite distalinde asimetrik güçsüzlük ,atrofi,fasikülasyon vardır.Fonksiyonel kaybı en aza indirmek adına erken tanı ve tedavi önemlidir. Biz bu bildiride her iki elde hipotenar kaslarda güçsüzlük ve kas erimesi şikayeti ile polikliniğimize başvuran hastamızı sunacağız.

Olgu:
Yirmi altı yaşında erkek hasta her iki hipotenar bölgede atrofi ile tarafımıza başvurdu.Nörolojik muayenede bilateral 1.interosseöz ve abduktor pollicis brevis kasları atrofik , dört ve beşinci parmak abdüksiyon ve adduksiyonları kısıtlıydı.DTR'ler üstte normoaktif altta hipoaktifti. Servikal MRG'da servikal lordozda düzleşme ve intervertabral disk santrallerinde T2AG de minimal dejenerasyona sekonder fokal sinyal kayıpları dışında patolojik bulguya rastlanılmadı.EMG de bilateral median sinir (BKAP) amplitüdünde düşüklük ve sol ulnar sinir iletim hızında yavaşlama kaydedildi. İğne EMG'de median sinir innervasyonlu kaslarda belirgin olmak üzere, motor ünit sürelerinde genişleme, polifazi, fibrilasyon ve maksimal kasıda seyrelme şeklinde kronik parsiyel denervasyon bulguları saptandı.Hasta bu bulgular ile Hirayama Hastalığı olarak değerlendirildi.Hastaya servikal boyunluk ve FTR egzersizleri önerildi.

Tartışma:
Hirayama hastalığı esas olarak C8-T1 veya C5-C7 segmental miyotomlarını etkiler.Çoğunlukla sporadiktir.Hastalığın radyolojik tanısında özellikle fleksiyon MRG tetkiki önemlidir.Başlıca MRG bulguları lokalize alt servikal kord atrofisi, asimetrik kord düzleşmesi, servikal dural kanalın posterior duvarının anteriora doğru şifti sonucu dilate epidural venöz pleksus, kontrast tutan epidural komponent ve epidural alanda akıma bağlı özellikle T2 ağırlıklı görüntülemelerde sinyal kayıpları olan alanlardır.
Hastalığın ayırıcı tanısı yapılırken siringomyelinin erken döneminde çapraz amyotrofi ve ALS'nin erken döneminde önkol ve elin benzer distal amyotrofisi görülebilceğinden Hirayama hastalığı erken tanınmalı ,semptomlar oluştuğunda hastalık progresif seyretmese dahi tedavi edilmelidir. Servikal boyunluk kullanımı ve boyun egzersizleri progresyonu durduracaktır. Konservatif tedavinin etkisiz olduğu durumlarda cerrahi girişim yapılabilir.

EP - 571 SANTRAL SİNİR SİSTEMİ TUTULUMU İLE SEYREDEN MUKOR OLGUSU

ÖZKAN ÖZMUK [1], HÜSEYİN ÖZKARAKAŞ [2], MEHMET CELAL ÖZTÜRK [1]

[1] SBÜ İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] SBÜ İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, YOĞUN BAKIM KLİNİĞİ

Olgu:
33 yaş erkek hasta, özgeçmişinde tip 1 diyabet öyküsü mevcut, düzenli takip yaptırmamakta,tedavisini düzenli uygulamamakta.
Acil servise ateş yüksekliği ve genel durum bozukluğu olması sebebi ile başvurmuş. yatışından 2 gün önce sol göz kapağında ödem, kızarıklık, sol üst dişlerde ağrı öyküsü mevcut. Nörolojik muayenesinde bilinç uykulu, kooperasyon mevcut, pupilleri anizokorik, sol pupil dilate, ışık refleksi yok. ekstremite motor muayenesi normal, duyu ve serebellar muayeneye koopere olamadı. yapılan tetkiklerinde kan şekeri 480 ve kan gazında asidozu mevcuttu. Kraniyal görüntülemesinde, sol temporalde, sol orta serebellar pedinkülde diffüzyon kısıtlanması mevcuttu. Ayrıca, periorbital selülit, maksillofasiyal bölgede yaygın sinüzit ile uyumlu bulgu ve ödem ile birlikte solda kavernöz sinüs invazyonu vardı. Hasta diyabetik ketoasidoz, periorbital selülit ve inme tanıları ile yoğun bakımda takip edilmeye başlandı. Sonrasında yapılan detaylı muayenesinde, ağız içerisinde nekrotik alanların olduğu gözlemlendi, enfeksiyon hastalıkları ve KBB görüşü alındıktan sonra hastada, mucor düşünüldü ve KBB tarafından operasyon planlandı. operasyon esnasında, tüm maksillofasiyal alanda ve kemiklere invaze olmuş nekrotik alanların olduğu görüldü. Bu alanlar temizlendi, örnekler alındı. örneklerin patoloji raporunda, örneklerin mucor ile uyumlu olduğu raporlandı.
Takibine yoğun bakımda devam edildi. enfeksiyon hastalıkları, hastaya uygun antibiyoterapi başladı. kan şekeri ve asidozu normale dönen hastanın takibinde, nörolojik muayenesinde progresyon gelişti. Bilinç durumunda kötüleşme, kooperasyonda azalma olan ve solunum paterni bozulan hastaya yeniden kraniyal görüntüleme yapıldı. kraniyal görüntülemede, temporal alandaki ve serebellar bölgedeki lezyonların büyüdüğü, aynı zamanda ponsda lineer tarzda görülen hiperintens alanın progrese olduğu gözlemlendi.
Genel durumu kötüleşen hasta, solunum paterni sebebi ile entübe edildi, takibinde pnömosepsise, ardından septik şoka girdi, eksitus oldu.

EP - 572 KARBONMONOKSİT İNTOKSİKASYONU :GEÇ ENSEFALOPATİ VE PARKİNSONİZM

MUKADDES RUVEYDAGÜL CERAN

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERİSTESİ

Giriş:
Karbon monoksit (CO) kokusuz, renksiz, irrite etmeyen bir gazdır.CO, hemoglobine oksijenden daha yüksek afinitede bağlanıp karboksihemoglobine (COHb) dönüşerek oksijen transportunu bozar. Santral sinir sisteminde (SSS) lipid peroksidasyonunu ve gecikmiş nörolojik sekel ile sonuçlanan inflamasyon kaskatını başlatır. Klinik tablo, akut intoksikasyonu izleyen iyileşme döneminden birkaç hafta sonra SSS bozukluğuna ait belirti ve bulgulardan oluşur. Sinir sistemi belirtileri kognitif fonksiyon bozuklukları, epilepsi veya çeşitli hareket bozukluklarından oluşur. Patolojik mekanizma tam olarak açıklanamamakla birlikte altta yatan patolojik lezyonun serebral beyaz maddenin diffüz demyelinizasyonu olduğu düşünülmektedir.
Olgumuzda hiperbarik oksijen tedavisi (HBO) uygulanmasına karşın CO intoksikasyonuna bağlı geç ensefalopati gelişen ve parkinsonizm bulguları ile başvuran yetmiş yaşında kadın hasta sunulmaktadır.

Olgu:
Yetmiş yaşında kadın hasta H.A (Dosya numarası:7543839); Köy evinde soba kenarında yakınları tarafından 24 saat sonra bilinci kapalı bir şekilde bulunmasının ardından dış merkez göğüs hastalıkları yoğun bakım ünitesinde CO zehirlenmesi ve aspirasyon pnömonisi sebebiyle takip edilmiştir. Hastane kayıtları incelendiğinde epikriz bilgisinden okulosefalik reflekslerin alınabildiği derin koma hali, gözlerde sola deviasyon, bilateral plantar ekstansör yanıt olduğu öğrenilmiştir. Mekanik solunum cihazına bağlanan hastanın laborotuvar ve elektrokardiyogram tetkiki normal bulunmuştur ancak karboksihemoglobin düzeyleri hakkında bilgi edinilememiştir. Hasta bir hafta süreyle anti ödem tedavi ve üçlü antibiyotik tedavisi almış spontane solunumun başlamasıyla cihazdan ayrılmıştır. Altı seans hiperbarik oksijen tedavisi almıştır. Bir hafta yatış öyküsünün ardından şifa ile eve taburcu edilmiştir.

Yakınından alınan bilgiye göre taburculuk sonrası evde takibinin yaklaşık 20.gününde giderek artan konuşma miktarında azalma, yürümede yavaşlama , idrar inkontinansı ,sürekli uyku hali ,beslenememe, ayakta durmakta zorlanma şikayeti olması nedeniyle Meram Tıp Fakültesi Acil Servisine 20.12 2022 tarihinde başvurdu. Kendisinde diyabetes mellitus,esansiyel hipertansiyon tanıları mevcuttu. Genel fizik muayenesinde vital bulguları normaldi. Nörolojik muayenesinde bilinç uykuya meyilli idi, Pupiller, kornea ve göz kırpma refleksleri normaldi. Fasial asimetri yoktu .Ektremiteler yatak içi hareketliydi. Bilateral üst ekstremitelerde rijidite ve dişli çark bulgusu mevcuttu. Babinski bilateral pozitifti. Laboratuvar değerleri normal aralıkta olan hastanın çekilen difüzyon manyetik rezonans görüntülemesinde bilateral beyin parankiminde subkortikal ve bazal ganglionlar seviyesinde hiperintensiteler (resim 1) saptanması üzerine CO zehirlenmesine sekonder ensefalopati tablosu düşünüldü. Hastanın nöroloji servisine yatışı yapıldı. Servis takiplerinin 4.gününde bilinçte uykuya meyilde artma ,ağrılı uyaran yanıtında azalma olması üzerine nöroloji yoğun bakım ünitesine devir alındı.

RESİM 1

Elektroensefalogramda (EEG) yaygın yavaş dalgalar gözlendi ve ensefalopati ile uyumlu bulundu. Hastanın kranial manyetik rezonans görüntülemesinde yaygın beyaz maddede ensefalomalazik değişiklikler izlendi. (RESİM 2)
RESİM 2
Yoğun bakım takipleri sırasında başta sola deviasyon, dört ekstremitede fleksiyon postürü, ağızda yalanma hareketi gözlendi. Hastanın dişli çark ve rijidite gibi parkinsonian bulgularında artış gelişti.
L-dopa 3*125 mg ve Pramipeksol 2*1 mg tedavisinden kısmi fayda gördü. Kontrol EEG si “Orta derecede diffüz serebral disfonksiyon ile uyumludur “ şeklinde raporlandı. Takiplerinde bilinci letarjik seyreden hasta perkütan gastrostomi uygulanmasının ardından palyatif merkeze sevk edildi. Kliniğimizde 68 gün takip edilen hastanın kayıtları incelendiğinde palyatif merkez takibinin birinci ayında aspirasyon pnömönisi nedeniyle exitus olduğu gözlendi.

Tartışma:
Bu olgumuzda karbonmonooksit zehirlenmesi sonrası ensefalopati ve parkinsonizm tablosunun birlikte ortaya çıktığı bir hasta sunduk.

CO'in beyinde yol açtığı nöropatolojik değişikliklerin şiddeti ve yaygınlığı serebral anoksinin süresi ve derecesine bağlı olarak değişir. Merkezi sistemde dört tipte patolojik bulgu saptanmıştır:globus pallidus nekrozu,ak maddede demiyelinizasyon,süngersi serebral korteks lezyonları,hipokampustaki nekrotik lezyonlar.CO zehirlenmesinde globus pallidusların nekrozu sonucu kortiko-striato-pallido-talamo-kortikal motor döngünün fonksiyonel bütünlüğü kaybolur bunun sonucunda talamik imputların frontal korteks üzerinde eksitasyonu azalır ve akinetik-rijid sendrom gelişir.Olgumuzda bahsedilen ensefalopati ve parkinsonizm bulguları bu bilgiler ile açıklanabilir.

Nörolojik sekelleri akut ensefalopatinin başlangıcından itibaren vejetatif duruma dek giden progresif seyirli tip veya bir iyileşme dönemi sonrası geç relaps yapan tip olarak ikiye ayırmak mümkündür. Bu interval bazen aylarca sürebilir. Sekellerin gecikmesinin mekanizması tam olarak bilinmemektedir.

Geç nörolojik sekellerin prognozu kısmen iyidir. Zehirlenmenin akut döneminde tedavi olarak oksijen ve hiperbarik oksijen önerilir. Ancak tedavinin geç nörolojik sekelleri önleyemediği gözlenmiş olup sekellerin spesifik bir tedavisinin ve profilaksisinin olmadığı anlaşılmaktadır.

CO zehirlenmesinden yaklaşık 3–240 gün sonra %10–30 olguda demans, hafıza kaybı, kişilik değişiklikleri, öğrenme güçlüğü, davranış, dikkat ve konsantrasyon bozukluğu,
psikoz, parkinsonizm, paralizi, korea, apraksi, periferal nöropati ve inkontinans gibi nöropsikiyatrik bozukluklar görülebilmektedir.
Gecikmiş ensefalopati, ciddi CO'e maruz kalmış bireylerde gözle görülür bir iyileşme periyodu ardından birkaç hafta sonra gelişen kognitif bozukluk, kişilik değişikliği, hareket
bozuklukları ve fokal nörolojik bulgularla karakterize bir klinik tablodur.
GE gelişimi COHb seviyesi ile direkt orantılı değildir . CO intoksikasyonuna bağlı gecikmiş ensefalopatinin prognozu göreceli olarak iyidir. Bir klinik çalışmada 1 yıl içinde düzelen hasta oranı %75 olarak bildirilmiştir. HBO'nin GE gelişiminde ve tedavisinde rolü konusunda kesin yargıya varmak için randomize prospektif çalışmalara ihtiyaç
bulunmaktadır.
Literatür tarandığında genç yaşta CO intoksikasyonuna sekonder ensefalopati ve parkinsonizm tablolarının takiplerle düzeldiğine dair olgulara ulaşılmıştır.Olgumuzda yaş ve ek hastalıklara sekonder olarak klinik düzelme gözlenmediği düşünülmektedir.

EP - 573 KOZMETİK AMAÇLI BOTULİNUM TOKSİN A UYGULAMASI SONRASI GELİŞEN İYATROJENİK BOTULİSMUS, OLGU SUNUMU

ALİ RIZA GÜNDÜZ , BERİL KARACAN , MELTEM KORUCUK , EYLEM ÖZAYDIN GÖKSU , AYLİN YAMAN

S.B.Ü. ANTALYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Kozmetik olarak botulinum toksin A uygulamaları dünyada gün geçtikçe yaygınlaşmaktadır. Genellikle güvenli olarak görülen bu uygulamalar sonrası hafif yan etkilerden, ölümcül olanlara kadar komplikasyonlar görülebilmektedir. Literatürde botulinum toksin uygulamaları sonrası disfaji, jeneralize paralizi, solunum depresyonu ve ölüm gibi ciddi reaksiyonlar rapor edilmiştir.

Olgu:
44 yaş, kronik hastalığı ve düzenli kullandığı medikasyonu olamayan kadın hasta nöroloji polikliniğimize 1 hafta önce başlayan, ishal başını kaldıramama, yemek yerken zorlanma, yaygın bacaklarda güçsüzlük ile başvurdu.Hastanın öyküsünde başvurudan 15 gün önce toplam 225 ünite olmak üzere kozmetik amaçlı yüz bölgesine, migren için ense ve trapez kaslarına ve hiperhidrozis için her iki asiller bölgeye botulinum toksin A uygulaması mevcuttu. Muayenede kaşlarını kaldıramıyor, nazone konuşuyordu, boyun fleksiyon ve ekstansiyonu 3/5 bilateral sternokleidomastoid kas kuvveti 4/5 her iki taraf üst ekstremitede trapez deltoid kas gücü 3/5 biceps triceps ve diğer distalde +4/5 idi. Bilateral alt ekstremite proksimal kas grupları kuvveti +4/5 iken bacak ön arka grup kaslar ve ayak kaslarının kuvveti tamdı.Tüm refleksler normoaktifti. Taban cildi refleksi iki yanlı fleksördü. Hasta miyasteni, miyopati, servikal spinal istemi? botulismus? Ön tanılarıyla servisimize yatırıldı. Hastanın çekilen beyin servikal kontrastlı manyetik rezonans görüntülemeleri normaldi. Hastanın elektromiyografisinde (EMG), bilateral ulnar, trapezius BKAP amplitüdleri düşük diğer sinir iletim çalışmaları normaldi, repetetif çalışmada dekrement ya da inkrement yanıt görülmedi. Etkilenen kaslarda incelenen iğne EMG çalışması normal sınırlardaydı. İshal için yapılan gaita bakısı ve kültürü normaldi. Hastaya intravenöz hidrasyon destek tedavisi başlandı. Botulismus açısından intaniye bölümüce hastanın, botulinum toksin uygulamasının 15. gününde olması,solunum sıkıntısı olmaması nedeniyle antidot tedavi düşünülmedi. Hasta semptomatik tedavi ile 4 gün içinde tama yakın düzeldi.

Sonuç:
Botulinum toksin a uygulaması sonrası gelişen botulismus ve diğer ciddi yan etkiler ile ilgili şu an için literatürde yalnızca olgu sunumları, vaka serileri mevcuttur. Erken uygulandığında hayat kurtarıcı antitoksin tedavinin ne zaman uygulanacağı kaynaktan kaynağa değişmektedir. Bu gibi ciddi durumlarda hastalarda botulinum toksin uygulaması sorgulanmalıdır.

EP - 574 SİKLİK ÖSTROJEN DÜZEYİ DEĞİŞİKLİKLERİNİN HİPOTALAMİK PREOPTİK ALAN'DA M1, M2 MİKROGLİA FENOTİPİ MİKTARINA ETKİSİ

EYLÜL BİLDİK , NECDET DEMİR

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Amaç:
Hipotalamus POA alanında yer alan mikroglia hücrelerinin siklik döngüsel değişikliklere bağlı olarak değişen östrojen düzeylerine verdiği fenotipik tepkinin olup olmadığı bilinmemektedir. Östrus siklus fazlarında M1 ve M2 mikroglia hücresi fenotiplerinin nicel değişiklik gösterip göstermediklerinin deneysel yöntemlerle sonuçlandırılması ve incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışma 10 haftalık Balb/C dişi farelerde gerçekleştirildi. Deney grupları östrus, proöstrus, metöstrus, diöstrus ve overektomize (Ovx) dişi farelerden oluşan toplam n:6 olacak şekilde planlandı. Farede östrus siklus fazlarının tespiti Vajinal Smear ile belirlendi. Toluidin Mavisi ile boyanan preparatlarda evre tespiti yapıldı. Alınan beyin dokularında hipotalamik POA'daki M1(İnos) proinflamatuvar ve M2(Arg-1) antiinflamatuvar mikroglia fenotiplerinin immünolokalizasyonları Floating Yüzdürmeli İmmünohistokimya (IHC) yöntemi ile belirlendi. Analizlerin sonuçları Image-J programı ile istatistiksel olarak değerlendirildi. $P<0,005$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular:
Çalışmamızda kontrole göre, diöstrus, metöstrus, proöstrus gruplarında M1(inos) proinflamatuvar mikroglia fenotipi miktarında anlamlı olarak bir azalış görüldü, M2(Arg-1) antiinflamatuvar mikroglia fenotipi miktarında ise anlamlı bir artış izlendi. Kontrole kıyasla overektomi ve östrus gruplarında ise M1(inos) mikroglia fenotipi ve M2(Arg-1) antiinflamatuvar mikroglia fenotipi miktarında anlamlı bir farklılık izlenmedi. $P<0,005$

Sonuç:
Çalışmamızda, östrojen düzeyi değişikliklerinin GnRH salınımından sorumlu hipotalamik POA'da M1, M2 mikroglia fenotip miktarı etkisi aydınlatılmaya çalışılmıştır. Nörodejeneratif hastalıklarda nöron kaybının önlenmesine yönelik östrojene bağlı mikroglia aktivasyonunun düzenlenmesiyle koruyucu veya tedavi edici yeni yaklaşımlara dayanak oluşturacak bir çalışma olması bakımından literatüre yeni ve önemli bilgiler katabilecektir.

EP - 575 İNVAZİV LOBULER MEME KARSİNOMU İLİŞKİLİ SERONEGATİF BULBER TUTULUMLU MYASTENİA GRAVİS OLGUSU

GÜVEN GİRGİN , İLKİN İYİGÜNDOĞDU , ASLI DOĞRU , EDA DERLE ÇİFTÇİ

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ABD

Giriş:
Myastenia gravis (MG), nöromüsküler kavşağı etkileyen, antikor aracılı bir nöromüsküler hastalıktır ve aynı zamanda paraneoplastik bir fenomen olarak kabul edilir. Tüm timoma hastalarının %15'inde timoma ile ilişkilidir. Ancak diğer ekstratimik malignitelerle ilişkisi tam olarak araştırılmamış olup bir tartışma konusu olmaya devam etmektedir. Çoğu durumda, MG hastalarının serumlarında otoantikorlar tespit edilebilir, ancak "seronegatif MG" olarak adlandırılan saptanabilir oto-antikorlara sahip olmayan küçük bir hasta oranı vardır.
Literatürde seronegatif MG hastaları ile ilgili birçok vaka örneği mevcuttur, ancak bizim vakamızda olduğu gibi ilerleyici bulber tutulumla başvuran ve malignite taramasında yeni tanı invaziv lobuler karsinom ilişkili olduğu düşünülen paraneoplastik seronegatif myastenia gravis olgusuna literatürde rastlanmamıştır.
Amacımız kliniğimizde takip edilen malignite ilişkili seronegatif MG olgusunu sunmaktır.

Olgu:
75 yaşında kadın hasta polikliniğimize 1 hafta önce başlayan ve ilerleyici yutma güçlüğü şikayeti nedeniyle başvurdu. Yapılan nörolojik muayenede nazone konuşma, gag refleksi kaybı ve bilateral hafif pitoz dışında ek patoloji saptanmadı. Fluktuasyon veren defisiti yoktu. Hasta nazogastrik sonda ile nöroloji servisine yatırıldı. Etiyolojiye yönelik hastaya beyin mr incelemesinde akut iskemik/hemorajik lezyon izlenmedi. Kulak burun boğaz ve gastroenterooji değerlendirmelerinde yutma güçlüğünü açıklayacak patoloji saptanmadı. Nöromusküler kavşak patolojileri açısından repetetif EMG istendi. Ardışık sinir uyarım testinde NMK patolojisini destekleyen decrement yanıt görüldü. Hastaya 4X60 mg oral Pridostigmin, 0,4 g/kg/gün 5 gün IVIG ile 1 mg/kg/gün oral prednizolon tedavisine başlandı.
Hastadan asetil kolin reseptör antikoru, anti musk ve paraneoplastik panel antikorları ile onkoloji, romatoloji bölümlerine konsulte edilerek romatolojik ve tümör markerları istendi. Anti-asetil kolin, anti-musk ve paraneoplastik antiikorları negatif sonuçlandı. Timoma ve diğer maligniteler açısından yapılan taramada hastada timoma izlenmedi, ancak sağ memede BİRADS-5 kitle tespit edildi. Mevcut tedavi ile yutma fonksiyonları, genel kas yorgunluğu ve bilateral hafif pitozu belirgin düzelen hastada seronegatif paraneoplastik myastenia gravis düşünüldü. Hasta onkoloji tarafından İnvaziv lobüler karsinom nedeniyle kemoterapi programına alındı. Hastamızın takibinde 6. ayı olup tedavisine prednizolon 4 mg/gün, 4x60 mg pridostigmin oral tablet ve 5. Kür kemoterapisi ile devam edilmektedir.

Sonuç:
Vakamız, literatürde paraneoplastik süreçlere ait bulber tutulumla prezente olan seronegatif myastenia gravis olgu örneklerine rastlanılmaması nedeniyle paylaşılmaya değer görülmüştür.

EP - 576 PARAPAREZİNİN ENDER NEDENİ:SPONTAN SPİNAL EPİDURAL HEMATOM

KEBİRE EYLÜL ARSLAN [1], LEVENT ÖCEK [1], ALP SARITEKE [1], YELİZ PEKÇEVİK [2], UFUK ŞENER [1]

[1] SBÜ İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] SBÜ İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ RADYOLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Spontan spinal epidural hematom (SSEH) nadir bir durumdur.Patogenezi belirsizdir ancak kapaksız ve yırtılmaya yatkın olan epidural venlerin yırtılmasının bir sonucu olması muhtemel olduğu düşünülmektedir.Radikulopati, paraplejiden tam kuadriplejiye kadar geniş bir klinik sunum yelpazesine sahiptir.En sık idiopatik izlenmekle birlikte antikoagülan kullanımı, koagülopati, gebelik, enfeksiyon, vasküler malformasyon görülen nedenleri arasındadır.Bu olgumuzda, servis izleminde iken aniden gelişen SSEH sunmak istedik.

Olgu:
Yetmiş dört yaşında kadın hasta iki gün önce başlayan bilinç değişikliği, anlamsız davranışlar nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon, diabetes mellitus ve serebrovasküler hastalığı mevcuttu. Nörolojik muayenesinde: bilinç açık, basit emirlere koopere, motor kas gücü sol üst ve alt ekstremite 4/5 olarak değerlendirildi. Beyin Bilgisayarlı Tomografisi normal idi. Difüzyon Ağırlıklı Manyetik Rezonans Görüntülemesi (MRG)'de sağ posterior watershed sulama alanında akut-subakut diffüzyon kısıtlılığı izlendi. İskemik inme tanısı ile antiagregan tedavi başlandı. İnme etiyolojisine yönelik yapılan laboratuvar ve vasküler görüntüleme incelemelerinde anlamlı bulgu saptanmadı. Servis izleminin dördüncü gününde her iki alt ekstremitede aniden ortaya çıkan güçsüzlük ve idrar inkontinansı sonrası yapılan nörolojik muayenesinde motor kas gücü alt ekstremite bilateral 1/5 olarak değerlendirildi. Torakolomber MRG'sinde L3-S1 arasında uzanım gösteren T1-T2 sekanslarda akut dönem ekstradural kanama ile uyumlu alanlar izlendi. Antiagregan kesildi. Dekompresyon cerrahisi planlandı ancak hasta yakınları kabul etmedi. İzleminde aspirasyon pnömonisi sonrası solunum sıkıntısı gelişti nöroloji yoğun bakımda izleme alındı, takibinin 20. gününde eksitus oldu.

Tartışma:
Spontan spinal epidural hematom lezyonları, epidural hematom lezyonlarının %1 den azını oluşturmaktadır. Antiagregan kullanımı sonrasında nadiren literatürde vakalar bildirilmiştir. SSEH tanı ve tedavisi erken dönemde yapılamaz ise kalıcı nörolojik kayıplara, hatta ölüme yol açabilir.

EP - 577 BİLATERAL ABDUSENS PARALİZİSİ KLİNİĞİ İLE BAŞVURAN BOTULİZM: OLGU SUNUMU

KÜBRA ALTINER , MUSTAFA AÇIKGÖZ , ESRA ACIMAN DEMİREL , ULUFER ÇELEBİ , YAĞMUR ÖZDEN , HÜSEYİN TUĞRUL ATASOY

ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ AD

Giriş:
Botulizm konserve ürünlerinin içerdiği clostrudium botulinum ekzotoksininin oral yolla alınmasıyla ortaya çıkan nadir görülen nöroparalitik bir hastalıktır. Botulizm vakalarında hastalığın prezentasyonu zaman zaman değişebilmektedir. Kısmi bakış paralizileri ile başvuran hastalarda klinik bulgular günler içinde oturabilir.

Olgu:
Elli sekiz yaşında kadın hasta, son üç-dört gündür olan çift görme, bulanık görme, bulantı kusma şikayetleri olması nedeni le tarafımıza başvurdu. Nörolojik muayesinde bilateral dışa bakış kısıtlılığı olan hasta bilateral abdusens paralizisi ön tanısı ile servise yatırıldı. Kranial MRG normaldi. Hastanın takibinde göz hareketlerindeki kısıtlılık artışı ile birlikte bilateral pitoz, nefes darlığı, kol ve bacaklarda güç kaybı gelişti. Dispnesi artan hasta yoğun bakım ünitesine alındı,entübe edildi ve mekanik ventilatöre bağlandı. Botulizm bulguları veren hastanın anamnezi tekrar bu açıdan alındı ve hastanın şikayetleri başlamadan iki gün önce bozulmuş patlıcan konservesi yediği öğrenildi. Hastaya botulizm ön tanısı ile 6 saat içinde botulizm antitoksini uygulandı, Bir hafta sonrasında pitozu , iki hafta sonra bakış kısıtlılıkları düzelen hasta 22. günde extübe edildi. Takipte servise alınan hastanın 26. günde motor defisitleri düzeldi. Yatışının 28. gününde hasta şifa ile taburcu edilidi.

Sonuç:
Bilateral abdusens paralizisi kliniği ile başvuran hastalarda başvuru sırasında konserve yeme öyküsü sorgulanmalı, hastanın takibinde gelişebilecek diğer belirtiler konusunda dikkatli olunmalıdır.

EP - 578 PROGRESİF MULTİFOKAL LÖKOENSEFALOPATİYİ RADYOLOJİK OLARAK TAKLİT EDEN BİR ATİPİK MS LEZYONU

İLKER ARSLAN , ŞERİFE YAYMACI , BELGİN KOÇER

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
PML kesin tanısı, klinik ve karakteristik MRG bulgular varlığı ve BOS'ta JCV-PCR pozitifliğinin bulunması ile konulur. MRG'de en çok pariyetooksipital ve frontal bölgelerde subkortikal beyaz cevherde, multifokal, asimetrik, progresyon gösteren, belirgin kitle etkisi olmayan, periferal difüzyon kısıtlılığı ve hafif kontrastlanma gösterebilen T1A hipointens ve T2A/FLAIR kesitlerde hiperintens geniş lezyonlar ile karakterizedir. Lezyonların sınırları U lifleri boyunca oldukça netken, iç sınırlar net değildir, ayrıca lezyon içinde yüksek sinyalli çok sayıda punktat mikrokistik lezyonlar "samanyolu işareti" görülebilir. Radyolojik olarak PML'ye benzerlik gösteren bir lezyonu gelişen ve serum ile BOS JCV-PCR'ı negatif sonuçlanan bir MS hastasını sunuyoruz.

Olgu:
Yirmi üç yıldır tekrarlayan-düzelen MS ile takipli 47 yaşındaki kadın, öncesinde toplam 4 yıl süre ile glatiramer asetat ve interferon-ß1a tedavisi almıştı, son 2.5 yıldır koruyucu tedavi kullanmamakta idi. İntravenöz metilprednizolona (IVMP) bağlı toksik hepatit öyküsü mevcuttu. Desteksiz tek taraflı bastonla 20 metre yürüyebilir iken yürüme güçlüğünde artış şikayeti ile başvurdu. Nörolojik muayenesinde bilinci açık, koopere ve oriyente idi, paraparezi (kas gücü 2/5), global DTR hiperaktivitesi, bilateral babinski işareti, sağ alt ekstremitede hipoestezi saptandı. Beyin MRG'sinde verteks düzeyinde sol pariyetalde subkortikal yerleşimli, nodüler kontrastlanan ve etrafında minimal ödem alanı olan, difüzyon kısıtlayan, sınırları net, SWI sekanslarında santral ven işaretinin izlendiği T2A kesitte hiperintens bir lezyon izlendi ve aktif demyelinizasyon lehine değerlendirildi; ayrıca periventriküler ve subkortikal beyaz cevherde nonaktif lezyonlar izlenirken, sol temporal ve sağ internal kapsül posteriorunda hafif kontrastlanan ve difüzyon kısıtlayan aktif birer lezyon da bulunmakta idi, beraberinde servikal ve torakal spinal kord MRG incelemelerinde çok sayıda MS ile uyumlu nonaktif lezyonlar mevcuttu, aktif lezyon saptanmadı. Hastaya atak tanısıyla 7 seans plazmaferez uygulandı ve ilk doz iv.300 mg/gün natalizumab verildi. Bazal serum JCV antikor indeksi 2,31 idi. Bazal NM'si ile uyumlu olan düzelme izlendi, bir ay sonra hasta sağ hemipareziyle (kas gücü üstte 1/5, altta 2/5) tekrar başvurdu. Tekrarlanan beyin MRG'sinde sol pariyetaldeki lezyonun progrese olup premotor alana ve singulat girusa kadar yayılım gösterdiği, difüzyon kısıtlılığının devam ettiği ve kontrastlanmanın olmadığı izlendi. Serum ve BOS JCV-PCR ve diğer enfektif parametreler negatif sonuçlandı. Natalizumab sonlandırıldı. IVMP tedavisinin 5.gününde KCFT artışı nedeniyle tedavi sonlandırıldı, ancak hastanın sağ hemiparezisinde kısmi düzelme (kas gücü 3/5) izlendi. Altıncı ay. muayenesinde sağ hemiparezide (üstte 4/5, altta 3/5) ve sol alt ekstremitede parezide (4/5) düzelme gözlendi.

Tartışma:
PML gelişimi multipl sklerozda natalizumab, fingolimod, dimetil fumarat, okrelizumab ve rituksimab kullanımında tanımlanmıştır. MS tedavi takibinde PML'nin erken tanınması ve müdahele edilmesi önemlidir. Bununla birlikte, yeni gelişen MS lezyonlarının PML lezyonlarını taklit edebileceğini bildiren az sayıda vaka bildirilmiştir. Periventriküler yerleşimli, fokal, ovoid, küçük, santral ven işaretinin eşlik ettiği lezyonlar MS tanısını desteklemektedir. Hastamızda sol pariyetal bölgedeki lezyonda santral ven işaretinin varlığı, periferik difüzyon kısıtlılığının olmaması, samanyolu işaretinin yokluğu, lezyon sınırının net olması, IVMP tedavisiyle lezyonda belirgin gerileme gözlenmesi ve serum ile BOS JCV-PCR negatifliği nedeniyle PML tanısından uzaklaşılıp MS lezyonu lehine değerlendirilmiştir**.** Hastada ilk 6 aylık takibinde klinik stabil seyretmiş ve radyolojik gerileme izlenmiştir.

EP - 579 DİYABETİK HASTADA TOLOSA HUNT SENDROMU: BİR OLGU SUNUMU

NİLGÜN ERTEN [1], AYSEL TEKEŞİN [2]

[1] *İSTANBUL FİZİK TEDAVİ REHABİLİTASYON EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ*
[2] *İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ*

Olgu:
Yetmiş yaşında erkek hastanın iki hafta önce başlayan sağ gözünde ve başında enseye yayılan ağrısı olmuş. Bundan bir hafta sonra sağ göz kapağında düşüklük gelişmiş. Kliniğimize başvurduğunda sağ gözünde içe, yukarı, aşağı ve dışa bakışta kısıtlılık olduğu görüldü. Ayrıca hastanın sağ gözünde görmesinde özellikle aşağıdan yukarıya doğru kayıp oluyormuş. Ensesinde ve gözünde de özellikle gece vakti ağrıları şiddetleniyormuş. Yirmi beş senedir diyabet tanısı olan hasta, Tolosa Hunt sendromu, diyabetik kraniyopati ön tanılarıyla kliniğimize yatırıldı. Nörolojik muayenesinde; bilinci açık, koopere, oryanteydi. Ense sertliği ve meningeal irritasyon bulgusu yoktu. Konuşma ve anlama normaldi. Pupiller normoizokorik, DIR/IDIR ++/++'di. Sağ göz kapağında pitoz mevcuttu. Göz hareketleri muayenesinde; sağ gözde içe, yukarı, aşağı ve dışa bakışta kısıtlılık mevcut olup, sol gözünde göz hareketleri her yöne serbestti. Sağda trigeminal sinirin birinci ve ikinci dallarına tekabül eden yüz bölgesinde hipoestezi mevcuttu. Kas gücü muayenesinde belirgin lateralizan bulgu yoktu. İstemsiz hareket ve rijiditesi yoktu. Serebellar testler bilateral becerikliydi. Duyu muayanesi doğaldı. Oturma, yürüme ve dengesi doğaldı. Hastadan geniş kan tetkikleri istendi. HbA1C: 7,1 olarak ölçüldü. Kontrastsız beyin MR' ında patolojik bir duruma rastlanmadı. Beyin ve karotis MR anjiyografisinde anlamlı bir darlık, oklüzyon izlenmedi. Hastaya SSS enfeksiyonunun ekarte edilmesi için LP yapılmak istendi. Ancak hastanın kabul etmemesi üzerine yapılamadı. Kontrastlı orbital MR' ında sağda kavernöz sinüste kontrast tutulumu ile seyreden enflamasyon saptandı. Yüz kilo olan hastaya ilk 3 gün (1 mg/kg/gün) 100 mg iv metilprednizolon tedavisi başlandı. Daha sonrasında da kilosuna göre oral metilprednizolon tedavisiyle devam edildi. Dahiliye kliniğinin önerileri doğrultusunda kan şekeri regülasyonu sağlandı. Hastanın şikayetleri hızla düzeldi. Biz baştan bu hastayı diyabetik kraniyopati gibi düşünmüştük. Ancak hastanın çok ağrılı olması, çoklu kraniyal sinir tutulumu olması, orbital MR' ında sağda kavernöz sinüste kontrast tutulumu görülmesi ve tedaviye verdiği hızlı yanıt tanımızı netleştirdi.

EP - 580 TÜP MİDE OPERASYONU SONRASI DEMİYELİNİZAN POLİNÖROPATİ : 2 OLGU

RECEP YEVGİ , ABDULKADİR KURT

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ , NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Guillain-Barre Sendromu dünya çapında akut flask paralizinin yaygın nedenlerinden biridir. Çoğu hasta ; ilerleyici motor zayıflığın başlangıcından önce , çoğunlukla üst solunum enfeksiyonu olmak üzere , daha önce bir hastalıkla başvurur. Bu çalışmamızda tüp mide operasyonu sonrası klinikleri ile Guillain-Barre Sendromu tanısı koyduğumuz iki hastamızı tartışmayı amaçladık

Olgu 1 :
24 yaş kadın hasta şikayetleri başlamadan 4 ay önce 196 kg iken tüp mide operasyonu geçirmiş. Operasyon sonrası herhangi bir fiziksel aktivite kısıtlılığı olmayan hastanın sadece sürekli olan kusma şikayeti mevcutmuş. 10 gündür başlayan iki bacakta güçsüzlük şikayeti olan hasta bu şikayetleri ile nöroloji polikliniğine başvurdu . Hastanın enfeksiyon belirtisi olmamış , 4 ayda 60 kg vermiş. 136 kg olan hastaya MRG çekilemedi. İlk EMG incelemesinde alt ekstremiteler aşırı obeziteden dolayı kayıtlanamadı . İlk nörolojik muayenede ; alt ekstremiteler sağ 3/5, sol2/5 motor kuvvet olarak değerlendirildi , derin tendon refleksleri alt ekstremitelerde alınamadı , seviye veren duyu kusuru gözlenmedi. Labortuvar tetkiklerinde vit b12:536 , potasyum:3,85 olarak görüldü. Hasta Guillain-Barre Sendromu ön tanısı ile yatırıldı . Hastaya 5 gün kg başına 0,4 gram olacak şekilde IVIG tedavisi başlandı . Hastanın IVIG tedavisi sonrası muayenesinde alt ekstremite motor kuvvet sağ 4+/5 sol 4/5 olarak gözlendi. Fizik Tedavi kliniği önerileri alındı.

Olgu 2 :
37 yaş kadın hasta şikayetleri başlamadan 4 ay önce tüp mide operasyonu geçirmiş. Hastanın 20 gündür olan karnından başlayıp kasığına yayılan uyuşma , hissizlik şikayeti tüm alt ekstremitesinde görülmüş. Yürüme güçlüğü ve alt ekstremite hissizliği olan hastanın üst ekstremite parmak uçlarında da hissizlik başlamış. İlk muayenede ; alt ekstremite bilateral 4/5 motor kuvvet görüldü , alt ekstremitede bilateral hipoestezi izlendi , derin tendon refleksleri alt ekstremitelerde alınamadı . Hasta paraparezi tetkik? Guillain-Barre Sendromu? olarak yatırıldı . Çekilen kontrastlı kranial , servikal , torakal , lomber mrg de jeneralize bulging dışında özellik saptanmadı . Emg incelenmesinde üst ekstremitelerde sensöriyel, alt ekstremitelerde sensöri-motor aksonal polinöropati görüldü. GBS-AMAN düşünüldü. 5 gün kg başına 0,4 gram olacak şekilde IVIG tedavisi başlandı . IVIG tedavisi sonrası alt ekstremite motor kuvvet 5-/5 olarak değerlendirildi . Fizik Tedavi kliniği önerileri alındı .

Tartışma:
Bu olgu sunumu ile kliniğimizde tecrübe ettiğimiz Guillain-Barre sendromu vakalarını takdim ettik . Klasik bir şekilde gördüğümüz vakaların aksine iki vakada da gördüğümüz ortak nokta gastrointestinal sistem operasyonuydu. Operasyonun amacı göz önünde bulundurulduğunda kilo yüksekliği olan hastalarda ayrıcı tanı açısından MRG ve EMG tetkiklerinden faydalanma olanağı diğer hastalara göre daha düşüktü. Amacımız , tüp mide operasyonu gibi gastrointestinal sistem operasyonları sonrası gelişen parazi ve hipostezi kliniği olan hastalarda Guillain-Barre Sendromu ' nun da ayırıcı tanıda yer almasıdır.

EP - 581 POLİMİYOZİT: BİR OLGU SUNUMU

AYŞE KRİSTİNA POLAT [1], ESRA ÜNAL [1], OĞUZHAN TURHAN [1], TÜRKAN ACAR [2]

[1] SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] SAKARYA ÜNİVERSİTESİ, NÖROLOJİ A.D.

Giriş:
Polimiyozit, immün aracılı kas hasarı ile karakterize inflamatuvar miyopatilerin alt grubunda yer alan nadir bir hastalıktır. Klinik olarak simetrik, ilerleyici, proksimal kas güçsüzlüğü ile karakterizedir. Kas işlevselliği inflamasyondan ve endokrin sistemden etkilenebilir. PM nadir bir hastalık olarak kabul edilmektedir. PM; viral ve paraziter enfeksiyonlar, ilaç, gıda ve biyolojik ajanlarla ilişkili olabildiği düşünülse de etyolojisi tam olarak anlaşılamamaktadır. Bu yüzden ekartasyon tanısı olarak kabul edilir.

Olgu:
73 yaşında erkek hasta 6 aydır kollarda ve bacaklarda güçsüzlük şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Merdiven çıkarken, arabaya binerken ve saçlarını tararken güçlük çekiyordu. Özgeçmişinde böbrekte kortikal kist ve kalkül, anal kanalda polip, hipotiroidi, kardiak hastalık öyküleri mevcuttu. Nörolojik muayenesinde üst ve alt ekstremite bilateral proksimal kas gücü zayıflamış izlendi. Elektromiyografide, proksimal kasların tutulumunun görüldüğü inflamatuar miyopati ile uyumlu bulgular, ve kas enzimleri belirgin yüksek izlendi. Hasta polimiyozit tanısıyla takibe alındı.

Tartışma ve Sonuç:
Kas işlevselliği inflamasyondan etkilenebileceği gibi endokrin sistemin oluşturduğu etkilerden de etkilenebilir. Özellikle tiroid hormonları, liflerin miyojenezini, hasar onarımını ve transkripsiyon profilini kontrol etmede çok önemli bir rol oynamaktadır. Endokrin etyolojilerin otoimmüniteyi tetikleyici etkenlerle paraneoplastik olarak polimyoziti tetikleyebildiği düşünülmektedir. Hastada görülen böbrek kisti ve anal kanalda polip gibi bulgular neoplazinin tetikleyebildiği bir polimyoziti destekler durumdadır. Sonuç olarak, PM vücuttaki immün ve metabolik proçeslerde anormalliğin eşlik edebileceği bir hastalıktır. Bu bağlamda PM hastalarında multidisipliner bir yaklaşımla doğru tanı ve tedavi sağlanabileceği düşünülmektedir. Yukarıda belirtilen öykü, klinik bulgular ve tetkikler ele alındığında, endokrin ve kardiyak etyolojilerin PM tanısında destekliyici nitelikte olabileceği unutulmamalıdır.

EP - 582 FİNGOLİMOD VE GLATİRAMER ASETAT KULLANAN MULTİPL SKLEROZ HASTALARINDA SERUM D VİTAMİNİ, FERRİTİN, B12 VİTAMİNİ, FOLAT VE ALBÜMİN DÜZEYLERİNİN HASTALIK AKTİVİTESİ, PROGNOZ VE TEDAVİYE YANIT ÜZERİNDEKİ ETKİLERİNİN ARAŞTIRILMASI

FİDEL DEMİR , MEHMET UFUK ALUÇLU

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Amaç:
Multipl skleroz (MS), otoimmün kökenli kronik inflamatuar ve demiyelinizan bir hastalıktır.Bu çalışmada, D vitamini (VitD), B12 vitamini (VitB12), albümin, ferritin ve folat gibi laboratuvar parametrelerinin MS te dizabilite, hastalık aktivitesi, tedavi etkinliği ve prognozu nasıl etkilediğini belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmamız, Relapsing Remitting MS (RRMS) tanısı konmuş 75 hasta ve 25 sağlıklı birey olmak üzere 100 kişiden oluşmaktadır. Hasta grubu 3 gruba ayrılmıştır: fingolimod (FTY720) kullanan 25 hasta, glatiramer asetat (GA) kullanan 25 hasta ve ilaçsız takip edilen 25 hasta.

Bulgular:
VitD düzeyleri hasta grubunda anlamlı olarak daha yüksekti (p: 0.002). MS hastaları alt grubunda en yüksek VitD düzeyleri F grubunda bulunmuştur. Ferritin düzeyleri G grubunda en düşüktü, ancak gruplar arasında anlamlı bir fark yoktu (p: 0.233). B12 vitamini, folat ve albümin gibi tüm laboratuvar parametreleri hasta ve kontrol gruplarında benzerdi (p değeri sırasıyla 0.403, 0.447, 0.918, 0.341). Hasta alt gruplarında çalışılan parametreler ile tedavi etkinliği ve EDSS skoru arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır.

Sonuç:
Çalışmamız, VitD ve ferritinin kullanılan ilaca bağlı olarak MS in patogenezinde, ilerlemesinde ve tedavi etkinliğinde rol oynayabileceğini göstermesi açısından önemlidir.

EP - 583 SEKONDER PARKİNSONİZME NEDEN OLAN DUAL PATOLOJİ (FAHR SENDROMU VE SİROZ): BİR OLGU SUNUMU

GİZEM ERKARACA KABAOĞLU [1], DERYA KARA [1], BEYZA NUR BOZKURT [1], LEVENT AVCI [1], YEŞİM GÜZEY ARAS [2]

[1] *S. B. SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ*
[2] *SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ A.D.*

Giriş:
Sekonder parkinsonizm spesifik beyin lezyonları, kafa travmaları, metabolik nedenler, toksinler, enfektif proçesler, ilaç kullanımı nedenleri ile ortaya çıkabilen; bilateral bradikinezi, rijidite, tremor ve postural instabilite gibi motor semptomlarla giden bir hastalıktır. Bu olguda sekonder parkinsonizm bulguları olan Fahr sendromu ve siroz tanılı hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu:
68 yaş kadın hasta yürümede zorlanma, öne doğru düşme, hareketlerde yavaşlama şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon ve siroz tanısı olduğu öğrenildi. NM: Mayerson testi pozitif olan hastada minimal aksiyel rijidite ve küçük adımlarla öne doğru eğik yürüme mevcuttu. Laboratuvar değerlerinde Ca: 9,4 mg/dl, P: 4,1 mg/dl, AST 48 U/L, NH3 101,34 µmol/L olarak görüldü. Bilateral bazal ganglialarda Beyin BT'de kalsifikasyonlar, Kranial MRG 'de T1 sekansta hiperintens görünüm izlendi. Hastada Fahr sendromu ve siroza sekonder gelişen parkinsonizm birlikteliği düşünüldü. Hastanın tedavisi düzenlendi, 1 ay sonra poliklinik kontrolü önerildi.

Tartışma:
Edinilmiş hepatoserebral dejenerasyon (EHD), ilerlemiş siroz veya portosistemik şanttaki bozukluklar ve bilişsel bozulmadan oluşan bir sendromdur. EHDli hastalarda başta parkinsonizm ve serebellar ataksi olmak üzere çeşitli hareket bozuklukları ortaya çıkmaktadır. EHD ile ilişkili parkinsonizm yürüme bozukluğu, düşme, postüral veya kinetik tremor, hafif bilişsel bozukluk birlikteliği ile izlenmektedir. Fahr sendromu; nöbet, davranışsal, bilişsel, psikiyatrik semptomlar ve parkinsonizm, kore, distoni, ataksi, tremor olmak üzere çeşitli hareket bozuklukları ile birliktelik gösterir. Sekonder parkinsonizm bulguları olan olgumuzda fahr sendromu ve siroz tanısı birlikteliği olup sebebin hangisi olduğu netleştirilememiştir. Sekonder parkinsonizm gelişen hastalar siroz ve Fahr sendromu açısından da tetkik edilmeli ve zeminde dual patolojilerin olabileceği akılda tutulmalıdır.

EP - 584 UZUN YILLARDIR ŞİZOFRENİ TANISIYLA TAKİP EDİLEN FAHR HASTALIĞI:OLGU SUNUMU

BURÇE AKBAĞRA KAYA , MİNŞA YEŞİLLİ , ARİF AKINER , RAHŞAN KARACI , MUSTAFA ÜLKER , FÜSUN MAYDA DOMAÇ

ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:

Amaç:
Fahr hastalığı; kalsiyum ve fosfor metabolizma bozukluğu sonucu gelişen, çift taraflı simetrik intrakranyal kalsifikasyon ile seyreden nadir görülen nörodejeneratif bir hastalıktır. Asemptomatik olabileceği gibi nörolojik, psikiyatrik ve bilişsel bulgular görülebilir.

Olgu:
Altmış sekiz yaşında erkek hasta eşi tarafından; kolay düşme, dengesizlik, unutkanlık, kendi bakımını tek başına yapamama sebebiyle getirildi.25 yaşlarında görsel halüsinasyonları, anlamsız konuşmaları, nedeniyle psikiyatride yatırılarak takip edilmiş,paranoid şizofreni tanısı almış. Haloperidol 50mg/ml aylık enjeksiyonlarla takipteymiş. Hastanın nörolojik muayenesinde zaman oryantasyonu bozuk,konuşma dizartrik,sağ pupil midriatik,bilateral horizontal nistagmus mevcuttu.DTR: alt ext hipoaktif,dismetri, disdiadokokinezi intansiyonel tremor,bradimimikti, bilateral bradikinezikti, el pronasyon-supinasyon düzensizdi, bilateral üst-alt extremite rijitide +/+ ,İntansiyonel tremor mevcuttu,yürüyüş antefleksiyonda, solda asosiye kol hareketleri azalmıştı,pull testi bozuktu.MMT : 18/30,MOCA : 11/30 Hastanın kraniyal MR'ında T2FLAIR ve T1 sekanslarında bilateral serebellar hemisferde, periventriküler bölgede hiperintens lezyonlar,SWI sekansında beyin sapı, serebellar hemisferlerde, bazal ganglion seviyesinde hipointensite saptandı.Beyin BT'sinde bilateral sentrum semiovale düzeyinden başlayarak periventriküler beyaz cevherde, bazal ganglionlarda, beyin sapında,bilateral serebellar hemisferde simetrik yaygın birleşme eğiliminde geniş kalsifikasyon alanları izlendi.Fahr Hastalığı düşünüldü.Haloperidol altında remisyonda olan hastanın antipsikotik tedavisi değiştirilmedi.EPS bulguları için tedavisine biperiden eklendi.Nöroloji ve psikiyatri poliklinik kontrolleri önerilerek taburcu edildi.

Tartışma:
Biz bu vakamızda psikiyatrik tanı ile tedavi edilen hastalarda bilişsel etkilenme, ekstrapiramidal semptomlar gibi nörolojik bulgular geliştiğinde Fahr sendromunun ayırıcı tanıda mutlaka hatırlanması gerektiğini vurgulamak istedik.

EP - 585 TRANSKRANİAL DOPPLER ULTRASONOGRAFİ İLE BEYİN ÖLÜMÜ TANISI DESTEKLENEN OLGULARIN BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ ANİJYOGRAFİ GÖRÜNTÜLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

OSMAN SARAYDAR [1], MAHMUT BİLAL ÇAMAN [2], İNAN ÖZDEMİR [1], UTKU CENİKLİ [1], SEMAİ BEK [1], GÜLNİHAL KUTLU [1]

[1] MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, MUĞLA
[2] MUĞLA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ, MUĞLA

Amaç:
Beyin ölümü klinik tanısında üç temel klinik bulgu vardır; derin koma durumu, beyin sapı arefleksisi ve pozitif apne testi. Tanıda klinik bulgular dışında destekleyici testlerden faydalanılmaktadır. Bunlar elektrofizyolojik ve/veya serebral kan dolaşımını değerlendiren tetkiklerdir. Amerikan Nöroloji Akademisi'nin değerlendirme raporuna göre beyin ölümü tanısında Transkranyal Doppler Ultrasonografinin (TCD) duyarlılığı %91-100, özgüllüğü %97-100'dür. Bir diğer destekleyici test olan Bilgisayarlı Tomografi Anjiografi'de (BTA) farklı skorlama yöntemleri kullanılmaktadır. Bu çalışmanın amacı beyin ölümü klinik tanısı almış kişilerde, TCD bulguları ile BTA bulgularını karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntem:
21 Temmuz 2020 ile 31 Temmuz 2023 tarihleri arasında kliniğimizde TCD ile beyin ölümü tanısı desteklenen 41 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların 29'una TCD sonrasında 24 saat içinde BTA çekilmişti. BTA görüntüleri vasküler nörolog tarafından değerlendirildi, intrakranial vasküler yapılar akım açısından 10-puan sistemi, 7-puan sistemi ve 4-puan sistemine göre skorlandı.

Bulgular:
Klinik bulgular ve TCD bulgularıyla beyin ölümü tanısı alan 41 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların 27'si erkek, 14'ü kadın, ortalama yaş:58.9, yaş aralığı 22-95. BTA görüntüsü olan 29 hastanın hiçbirinde MCA-M4, ACA A3, PCA-P2, BA akımı görülemedi. 2 hastada sağ internal serebral ven, 3 hastada sol internal serebral ven ve Galen veni akımı görüldü. 10-puan sistemi, 7-puan sistemi ve 4-puan sistemine göre 26 hastanın BTA bulguları beyin ölümü ile uyumluydu, 3 hastanın BTA bulguları beyin ölümü ile uyumsuzdu.

Sonuç:
TCD beyin ölümü tanısında destekleyici olarak kullanılabilen, yatak başında uygulanabilir, invaziv olmayan, tekrarlanabilir bir testtir. Diğer yöntemlere kıyasla daha kolay uygulanabilmesi nedeniyle öncelikle tercih edilebilecek yöntemdir.

EP - 586 PSEN1 MUTASYONU SAPTANAN ERKEN BAŞLANGIÇLI DEMANS OLGUSU

RANA ÖZEROL , MERİÇ BERK ALPURUK , NEŞE ÇELEBİSOY

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Genç erişkinlerde Alzheimer vakalarının çoğu sporadiktir ve genetik mutasyonlar vakaların %1-6'sını oluşturmaktadır.

Olgu:
35 yaşında kadın, bilinen kronik hastalığı yok, giderek ilerleyen unutkanlık ve çevreyle iletişimde azalma nedenli başvurdu. Giderek öz bakımı azalmış ve sosyal çevreden kendini soyutlamış. Yön bulmada zorlanıyor. Şikayetler 4 yıl önce başlamış. Ailede benzer hastalık öyküsü yok. Halüsinasyon tariflemiyor. Yapılan nöropsikolojik testinde sözel akıcılık ve kategori değiştirme becerilerinde kendi yaş ve eğitim düzeyine göre kayıp gözlendi. Soyutlama becerilerinde kayıp gözlendi. Planlama ve organizasyon becerisinde kendi yaş ve eğitim düzeyine göre bozuktu. Anlık görsel bellek becerisinde kayıp gözlendi. Adlandırma normaldi. Boston Adlandırma Testi'nde 28/32 performans gösterdi. Mental fleksibilite ve uyaran inhibisyonu becerilerinde kayıp gözlendi. Benton Yüz Tanıma Testinden 28 puan alarak ileri derecede yüz tanıma becerisinin bozulduğu gözlendi. Simultanagnoziyi değerlendiren Doğum Günü Partisi Testinden Kişi Boyutunda 2/9; Nesneler Boyutundan 3/18; Eylemler Boyutundan 1/13, toplamda 6/40 puan aldı. Norm grubunun 2SS gerisinde performans gösterdi.Uygulanan Kısa Semptom Envanteri sonucunda Anksiyete 32/52; Olumsuz Benlik 24/48; Depresyon: 20/48; Hostilite 17/28; Somatizasyon 9/36 bulgulandı. Kranial MRG normal. Serebral PET'de bilateral parietal alanlarda hipometabolizma izlendi. EEG normaldi. Gönderilen genetik demans panelinde PSEN1 heterozigot mutasyon saptandı. Tedavisi Memantin 10 mg 2*1 olarak düzenlendi.

Sonuç:
PSEN1 mutasyonu erken başlangıçlı ailesel Alzheimer olgularında genetik olarak tanımlanmış en yaygın mutasyondur. Bu mutasyon özellikle 40 yaş öncesi tanı alan olgularda kognitif etkilenmeden önce; miyoklonus, nöbet, serebellar ataksi gibi diğer nörolojik belirtilerin başlaması açısından da anlamlı bulunmuştur.

EP - 587 BARİATRİK CERRAHİ SONRASI GEÇ TANI ALAN BİR WERNİCKE ENSEFALOPATİSİ

SERAP ZENGİN KARAHAN

TRABZON KANUNİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Wernicke Ensefalopatisi tiamin eksikliğine bağlı gelişen, akut, hayatı tehtid edebilen nörolojik bir hastalıktır.

Olgu:
29 yaşında kadın hasta baş dönmesi, bulantı-kusma, dengesizlik, anlamsız konuşma şikayetleriyle acil servise başvurdu. Acil serviste şiddetli bulantı kusması ve konfüzyonu olan ve muayneye uyum sağlıyamıyan hastanın nörolojik muaynesi tam olarak yapılamadı. Yakınlarından alınan anamnezde 2 ay önce bariatrik cerrahi geçirdiği ve 1 hafta öncede kolesistit nedeniyle genel cerrahi servisinde 5 gün süreyle tedavi gördüğü, son 1 haftadır dengesizlik, anlamsız konuşma,bulantı kusma şikayetlerinin olduğu öğrenildi. Çekilen diffüzyon MRında korpus kallozum posterionda akut iskemi izlenen hasta yoğunbakım ünitesine kabul edildi ve aynı gün solunum sıkıntısı nedeniyle entübe edildi. Yatışı boyunca entübe ve mekanik ventilatör desteğinde takip edilen hastanın takiplerinde bilateral bakış yönüne vuran nistagmus ve bakış kısıtlılığı saptandı. Anamnezi derinleştirildi ve cerrahi sonrası oral alımının belirgin kötü olduğu öğrenildi.Wernicke ensefalopatisi düşünülen hastaya yatışının 5. günü thiamin replasmanı başlandı. 5 güne tamamlandı. Entübe ve mekanik ventilatöre bağlı olarak takip edilen hastanın sedasyonun kesilebildiği dönemlerde yapılan nörolojik muaynesinde tetraparazisi ve DTR yokluğu farkedildi. Olası aksonal periferik nöropati açısından EMG planlandı fakat hemodinamisi uygun olmayan hastanın EMG si çekilemedi. Hastada bariatrik cerrahinin nadir komplikasyonlarından akut aksonal polinöropati düşünülerek 5 gün IVıg tedavisi uygulandı. Tetraparazide düzelme izlenmedi.Yatışının 32. günü kardiyak arrest gelişen hasta ex oldu.

Sonuç:
Wernicke Ensefalopatisi bariatrik cerrahi sonrası beslenme bozukluğuna bağlı gelişebilen, nadir ve gözden kaçabilecek bir komplikasyondur.

EP - 588 NADİR GÖRÜLEN BİR BAŞ AĞRISI SEBEBİ: PNÖMOSEFALİ

BÜŞRA SEZEN NACAK , UĞURALP KILIÇ , CANSU GÜMÜŞ , EZGİ SÖNMEZ , KIVILCIM TEKİN , HÜLYA OLGUN , BURCU ALTUNRENDE , FULYA EREN

TAKSİM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:
Pnömosefali ; intrakranial kompartmanlardan herhangi birinde gaz bulunmasıdır. Pnömosefali genellikle beyin veya kbb cerrahisi takiben veya travma sonrası ortaya çıkar; nadiren meningeal enfeksiyon, barotravma,otitis media, paranazal sinus tümörleri, nazofarengeal karsinom veya spontan olarak ortaya çıkabilir. Pnömosefali belirtileri hava miktarıyla ilgilidir. Hastalar baş ağrısı, bulantı, kusma, nöbet ve baş dönmesi şikayetleri ile başvurabilir. BT pnömosefali tanısında altın standarttır.

Olgu:
43 yaşında erkek hasta, 3 aydır şiddeti artan zonklayıcı tarzda poziyonla değişmeyen baş ağrısı şikayetiyle hastaneye başvurdu. Travma, ameliyat veya burun akıntısı öyküsü yoktu. Fizik muayenesi ve nörolojik muayenesi normaldi. Beyin bilgisayarlı tomografi (BT) taramasında 5 cm çapında frontoetmoid kemik kitlesi ve sağ frontal intrakranial hava toplanması görüldü. .Kemik lezyonuna osteoma tanısı konuldu. Beyin cerrahisine danışıldı, hastaya operasyon önerildi .Beyin cerrahisi tarafından kemik tümörü eksize edildi,kranioplasti yapıldı. Eksize edilen kemik pedinkül histopatolojik değerlendirme için gönderildi. Hasta 1 günlük yoğun bakım takibi sonrası servise alındı.

Tartışma:
Paranazal sinüs osteomları yavaş büyüyen ve sık görülen benign tümörlerdir. Genellikle tesadüfen teşhis edilirler. Paranazal sinüs osteomlarının çoğu frontal ve etmoidal sinüslerde görülür. İntrakranyal olarak büyüyen osteomlar sinüs duvarını, durayı ve araknoid materi aşındırabilir ve beyin omurilik sıvısı (BOS) kaçağı, pnömosefali, menenjit veya intraserebral mukosel ile sonuçlanabilir. Pnömosefali miktarı fazlaysa yer kaplayan herhangi bir lezyon gibi davranabilir; istenmeyen morbidite ve mortaliteyi önlemek için tanı koymak, hızlı tedavi etmek ve hava kaynağını gidermek gereklidir. Pnömosefali baş ağrısına neden olabilen nadir bir neden olması nedeniyle bu olgu sunulmaya değer bulunmuştur.

EP - 589 SOL TALAMİK ENFARKT SONRASI BİLATERAL GÖZ KAPAĞI AÇMA APRAKSİSİ GELİŞEN HASTA

CANSU AYDIN KAYA

ÇANKIRI DEVLET HASTANESİ

Olgu:
69 yaşında sağ el dominant olan kadın hasta acil servise sabah uyandığından beri olan uyku hali, gözlerini açamama yakınmaları ile başvurdu. Hastanın daha önceden bilinen atrial fibrilasyon tanısı mevcut olup dabigatran tedavisi başlanmış ancak hasta ilaçlarını kendisi isteğiyle bırakmış. Herhangi bir antiagregan veya antikoagülan tedavi kullanmayarak acil servise gelen hastanın acil servisteki nörolojik muayenesinde bilinç uykulu, oryante, tekli emirlere koopere, ikili emirlere kısmi koopere, anlamlı verbal çıktı yok, belirgin fasial asimetri yok, kas gücü normal, yüzeyel duyu normal olarak elde edildi. Acil serviste çekilen beyin BT'sinde sol talamus medialinde hipodens alan, aynı yerde diffüzyon beyin MRI'nda hiperintens , ADC kesitinde ise hipointens gözlenen akut enfarkt ile uyumlu alanı tespit edildi. 300 mg aspirin yükleme tedavisi verildikten sonra 100 mg 1x1 idame tedavisi ile nöroloji servisine yatırılıp enfarkt genişliğine bağlı olarak kanama riski açısından 3. gününde antikoagülan tedavi başlanması planlandı. Hastanın servis yatışı sırasındaki vizitlerde hastanın uyanıklığının artmasına rağmen her iki göz kapağını istemli olarak açamadığı fark edilmesi üzerine nörolojik muayenesinde eşlik eden bilateral göz açma apraksisi olduğu tespit edildi. Bu olgu sunumunda hastanın muayenesine ait videosu ve kranial görüntüleri paylaşılacak; literatürde bildirilmiş benzer vakalar ile talamusun kompleks, henüz net olarak aydınlatılamayan fonksiyonları da tartışılacaktır.

EP - 590 TEK MERKEZ VERİLERİ IŞIĞINDA NÖROMÜSKÜLER KAVŞAK HASTALIKLARINA YAKLAŞIM: YAPILANLAR VE YAPILMASI GEREKENLER

EDA ÖZSEZEN , TUĞBA ÖNDER , GİZEM GÜRSOY , NEVİN PAZARCI

ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Bu çalışmada Genel Nöroloji Polikliniği pratiğinde nöromüsküler kavşak hastalıklarına yaklaşım özetlenerek uygulama sırasında eksik kalan anamnez ve muayeneye vurgu yapılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Mart 2020- Eylül 2023 tarihleri arasında Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tek lif EMG istemi yapılan hastalar retrospektif olarak sorgulanmıştır. Toplam 103 hastaya aynı Nöroloji uzmanı tarafından tek lif EMG yapılmıştır. 10 tanesinin istem nedenli belli olmadığı için çalışma dışı bırakılmıştır. 93 hastanın başvuru nedeni, tek lif EMG ve asetilkolin reseptör antikor sonuçları değerlendirilmiştir.

Bulgular:
93 hastadan 34'ü erkek, 59'u kadındır. EMG istemi yapılan 18 hastadan antikor istenmemiştir.
En sık EMG istem nedeni 69 hasta ile ptoz olmuştur, bu hastaların 12 tanesi operasyon öncesi Göz hekimleri tarafından, 1 hasta ise ptoza eşlik eden timoma saptanması üzerine Dahiliye branşı tarafından yönlendirilmiştir. Ptoz nedenli yapılan tek lif EMG'lerin 23 tanesinde jitter artışı saptanmış (%33), beş hastada antikor pozitifliği de bulunmuştur.
8 hastada çift görme şikayeti ile EMG istemi yapılmış sadece 1 hastada istenen tek lif EMG'de jitter artışı ve antikor pozitifliği saptanmıştır.
Yutma güçlüğü nedenli istem yapılan 12 hastanın 4'ünde(%25) jitter artışı gözlenmiş, 3'ünde antikor pozitifliği saptanmıştır. Artış görülen 4 hastanın tamamına yutma güçlüğü şikayetine ek olarak çift görme şikayeti de eşlik etmiştir.
2 hasta kranial sinir felci, 1 hasta ise çabuk yorulma şikayeti nedenli tetkik edilmiş, 3 hastada da jitter normal aralıkta olarak değerlendirilmiştir.
1 hasta timoma nedenli yönlendirilmiş, şikayeti olmadığını beyan etmiştir, yapılan EMG incelemesi normal, antikoru negatif saptanmıştır.

Sonuç:
Yutma güçlüğü- çift görme beraberliği gösteren hastalarda nöromüsküler kavşak bozukluğu tanısı en yüksek oranda konulurken ptoz ve tek başına diplopide bu oranın çok düşük olduğu izlenmiştir. Anamnez ve muayene ile tanı koymada mevcut poliklinik sürelerinin yetersiz olduğu gözlenmiş, bu durunum hem elektrofizyoloji laboratuvarınının iş yükü artışına hem de 'gerçek' nöromüsküler kavşak hastalarının tanı almasında gecikmeye yol açtığı saptanmıştır.

EP - 591 GEÇ BAŞLANGIÇLI VE DÜŞÜK BOYUNLA BAŞVURAN MYASTHENİA GRAVİS OLGUSU

EMİNE AKCAN , EMİNE GÖRGÜLÜ , MELTEM KORUCUK , SERKAN ÖZBEN , ESRA CİLLİ

ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Myasthenia Gravis (MG) istemli kasların tekrarlayan aktivitesi ile artan, dinlenmekle kısmen veya tamamen düzelen anormal kas yorgunluğu ile karakterize, otoimmun kökenli, kronik nöromüsküler bir hastalıktır. MG hastalarında büyük çoğunluğu oküler semptomlar sıktır.Semptomlar göz kapağı düşüklüğü, çift görme ve ışığa hassasiyet olarak nitelendirilebilir. MG de ki etkilenen bulber kasları dil, posterior faringeal kaslar, boyun fleksörleri (aksiyal kas olarak değerlendirilse de bulber fonksiyonlar ile paralel), solunum kasları olarak değerlendirilebilir. Hastalar yutma güçlüğü, çiğnemede zorluk, soluk alıp vermede zorlanma, artışı, boyun kas gücünde düşme, "düşük boyun" benzeri klinik tablolarla başvurabilir. Bulber kaslardaki güçsüzlük myastenik kriz habercisi olabileceğinden klinik olarak değerlendirmede en önemli bulgulardandır.Boyun fleksörlerindeki zaaf birçok muayene değerlendirme skalasında bulunan önemli bir ölçüttür.146 geç başlangıçlı olgunun 15'inde takiplerinde bu bulgu ile karşılaşıldığı ve tedavi yanıtlı olduğu bildirilmiştir.

Olgu Sunumu:
73 yaşında erkek hasta nöroloji polikliniğimize düşük boyun, yürürken yorulma, göz kapağında düşme şikayetleri ile başvurdu.Aynı zamanda yemek yerken sanki boğazında takılma hissi oluyormuş.Efor dispnesi tarif etmekteydi.Hastanın şikayeteleri 1 buçuk ay önce başlamış ve düşük boyun ilk gözlenen semptommuş.2-3 hafta sonra bialetarl pitoz eklenmiş.Özgeçmişinde hipertansiyon,koroner arter hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı öyküsü vardı. Malignite öyküsü yoktu. Soygeçmişinde özellik yoktu. Hastanın nörolojik muayenesinde konuşması doğaldı,dizartri hipofoni yoktulışık reflesxi solda alınamıyordu ve sol pupil sağa göre dilateydi.(sekel göz patolojisi) Bakış parezisi izlenmedi.Bilateral pitozu mevcuttu. Fasial asimetri,dipleji izlenmedi. tek nefeste 25e kadar sayabiliyordu.Gag reflexi alınıyordu.Buz testi pozitifti.hastanın motor muayenesinde boyun fleksiyon kas gücü 2/5 ve ekstansiyon kas gücü 3/5 ti.Bilateral üst esktremitede proksimal kas güçsüzlüğü mevcuttu.Patolojik refleksi yoktu.Duyu ve serebellar muayenesi olağandı.Oturma dengesi olağandı.Hastaya myasthenia ön tanısıyla EMG yapıldı.EMG de incelenen sinir iletim çalışmalarında sol median bkap düşük elde edildi.Duyu iletim hızları normal sınırlardaydı.İğne emg de incelenen kaslarda kronik nörojenik muaplar izlenmiş denervasyon izlenmedi.Tek lif EMG de sağ m. trapezius ve m. nasalis de anlamlı dekrement yanıt izlendi.Bu bulguların postsinaptik tipte sinir-kas kavşak patolojisi ile uyumlu olduğu düşünüldü.Hastaya MG ön tanısı ile 0.4gr/kg/gün dozunda 5 gün süreyle toplam 160 gr ıvıg tedavisi başlandı. Aynı zamanda hasta fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniği tarafından nörorehabiliatsyon programına alındı.Hastanın kranial ve spinal mr da anlamlı bulgu saptanmadı.Ach reseptör antikoru negatif izlendi. Hasta ıvıg tedavisi bitiminde akut dönemi atlatınca idame tedavisi düzenlendi. Enfektif parametreleri negatif gelen, karaciğer fonksiyon testleri normal sınırda olan ve bilinen malignite öyküsü olmayan hastaya 32mg metilprednisolon 1*32 mg, azatiopürin 25 mg 1*1 po başlandı.Hastaya piridostigmin bromür 2*60 mg başlandı. Hastada ıvıg tedavisi sonrası dramatik iyileşme gözlendi.Boyun ve üst esktremite kas gücü tamdı.

Sonuç:
Biz kısmen daha nadir bir prezentasyonla başvuran geç başlangıçlı düşük boyun ve efor dispnesi ile başvuran ve akabinde pitoz gelişen timomasız ve ach res antikorı negatif olan hastamızı sunmak istedik. Jeneralize olgularda anti-achR pozitifliği daha sık görülmekle birlikte bu olguda olduğu gibi anti-ach-R negatif izlenebilir. Timoma tüm MG'lerin %10-15'inde bulunur,bizim olgumuzda negatifti.

EP - 592 FOLFİRİ-BEVACİZUMAB KAYNAKLI KEMOTERAPOTİK İLİŞKİLİ NÖBET İLE PREZENTE OLAN AKUT TOKSİK GERİ DÖNÜŞÜMLÜ LÖKOENSEFALOPATİ OLGU SUNUMU ;

MUHAMMED YILDIRIM , TAHİR KURTULUŞ YOLDAŞ

ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ

Giriş :
Lökoensefalopati beyaz cevherde myelin hasarı ile karakterize ilerleyici bir hastalıktır.
Metabolik,enfeksiyöz ve bazı ilaçlar (kemoterapotikler,immunsupresanlar,bezodiazepinler,opioidler ..) a bağlı oluşabilir.
Literatürde toksik ilişkili lökoensefalopatilerde kemaoterapotik ilaçlar önemli bir yer tutmakla beraber sıklıkla 5-florourasil ve metotreksat sorumlu tutulmuştur.
Diğer kemoterapotik ilaçların bu klinik tabloya nadiren neden olması ile beraber Folfiri-bevacizumab teavisi alan kolon kanseri olan hastada gelişen akut toksik lökoensefalopati olgusunu sunmak istedik.

Olgu:
58 yaşında bilinen nörolojik hastalık öyküsü olmayan kolon kanseri nedeni ile kemoterapi almakta olan ve son kemoterapiyi 4 gün önce alan hastada bilinç bulanıklığı, boş bakma,etrafa tepkisizlik şikayetleri ile acil servise başvuran hastanın acil serviste yapılan nöroloik muayenesinde bilinç konfüze dezoryante olarak görülüyor. Acil serviste 2 kez jeneralize tonik-klonik nöbeti de görülmesi üzerine intrakranial metastaz şüphesi ile santral görüntülemeleri yapılan hastada beyaz cevherde sentrum semiovale düzeyinden , internal kapsül ve beyin sapında lateral traktuslara uzanan, korpus kallozumu da içine alan diffüzyon kısıtlılığı izlenen hastada bulgular toksik lokoensefalopati ile uyumlu olarak düşünülerek nöroloji servisine interne edildi. Yatışında nörolojik muayenesi doğal olarak görüldü. Hastaya EEG planlandı. EEG si serebral biyokaktivitenin hafif disfonksiyonu ile uyumlu olarak görüldü. Takiplerinde nöbeti görülmeyen ve kemoterapotik ilişkili toksik lökoensefalopati düşünülen hasta tedavi rejimi değişilmesi açısından onkoloji bölümüne konsulte edildi ve hastanın kemoterapisi sonlandırıldı. Ayırıcı tanı açısından lomber ponksiyon planlanan hastada hastanın rızası olmaması nedeni ile işlem yapılamadı. İlk kranial görüntülemelerinden 10 gün sonra yapılan kontrol görütüntülemelerinde lezyonlarında belirgin gerileme izlenen ve nörolojik muayenesi normal olan takiplerinde nöbet geçirmeyen hasta taburcu edildi.

Tartışma:
Toksik lökoensefalopati hafif kognitif bozukluktan komaya kadar farklı semptomlarla seyreden bir hastalık olmakla beraber günümüzde kanser tedavisinin gelişmesi ile sorumlu ajanların sayısı artmaktadır. Vakamızda Folfiri-Bevacizumab tedavileri alan ve nöbet kliniği ile prezente olan ve neden olan kemoterapotiklerin kesilmesi ile kliniği ve kranial görüntülemesi düzelen geri dönüşümşlü kemoterapi ilişkili akut toksik lökoensefalopati vakamızı ele aldık. Ancak unutulmamalıdır ki nörolojik semptomların ilerleyici seyrettiği vakalar da literatürde mevcuttur.

EP - 593 SPONTAN İNTRAKRANİAL HİPOTANSİYON: OLGU SUNUMU

CANSU ERKOL , CANSU KURT , ÖZLEM AKDOĞAN , AYSEL TEKEŞİN , UFUK EMRE TOPRAK

SBÜ İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Giriş:
İntrakranial hipotansiyon (İH) genellikle orta yaş bireylerde gözlenen, analjezik tedaviye dirençli ortostatik baş ağrısı ve düşük beyin omurilik sıvısı (BOS) basıncı ile karakterize bir klinik tablodur. Etyolojide birçok sebep olmakla birlikte spontan intrakranial hipotansiyonda (SİH) etyolojik sebep bilinmemektedir. Başlıca görüntüleme bulgusu pakimeningeal kalınlaşma olmakla birlikte transvers sinüs veya straight sinüste dolgunluk gibi çeşitli kraniyal görüntüleme bulguları gözlenebilir. Bu yazıda, baş ağrısı şikayetiyle başvuran ve SİH tanısı alan erkek hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu:
Otuz üç yaşında erkek hasta gribal enfeksiyon sonrası başlayan şiddetli baş ağrısı şikayetiyle acil servise başvurdu. Analjezik tedaviye dirençli olması nedeniyle sekonder baş ağrısı etiyolojisi araştırılması amacıyla kliniğimize yatırıldı. Özgeçmişinde 20 paket/yıl sigara kullanımı dışında özellik yoktu. Nörolojik muayenesinde özellik saptanmadı. Baş ağrısı şiddeti yatarken azalma, ayağa kalkınca artma eğilimindeydi. Kontrastlı beyin MRG'de leptomeningeal kontrastlanma paterni ile serebellar tonsillerin foramen magnuma uzanım gösterdiği saptandı. Hastanın BOS açılış basıncı düşük saptandı. Klinik ve laboratuvar bulguları ile birlikte değerlendirilen hastaya SİH tanısı konuldu. Yatak istirahati uygulanan hastaya ek olarak hidrasyon, kafein ve teofilin tedavisi başlandı. Takipleri sırasında şikayetleri gerileyen hasta taburcu edildi.

Sonuç:
Analjezik tedaviye dirençli ve postural baş ağrılarında intrakraniyal hipotansiyon akla gelmelidir. Ayırıcı tanı için MRG'de intrakraniyal hipotansiyona ait spesifik bulguların gösterilmesi değerlidir; ancak tipik radyolojik görüntü her hastada belirlenemeyeceği için anamnez SİH tanısında oldukça önemlidir.

EP - 594 SEMPTOM VE BULGULARLA AYIRICI TANIDA GEÇ BAŞLANGIÇLI MS: OLGU SUNUMLARI

HABİBE SEVİM GÖKMEN , ELİF BANU SÖKER , YUSUF TAMAM

ADANA ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:
Multipl skleroz (MS), sıklıkla 20-49 yaşları arasında görülüp genç erişkinlik döneminde tanı alır. Tanıda başlangıç yaşı önemli kriterlerden biridir. Gelişen teşhis yöntemleri ile birlikte, 50 yaş ve üzeri geç başlangıçlı MS (GBMS) vakalarının klinikte yakalanma sıklığı artmaktadır. Prevalansı %5-%12 arasında değişmektedir. GBMS hastalarının sekonder progresif MS'e ilerlemeleri ve engellilik oranının artması nedeniyle erken tanı ve tedavi ihtiyacı önem göstermektedir.

Olgular:
Acil servise ve polikliniğimize başvuran; 51, 56, 57, 55, 54 ve 61 yaşlarında iki erkek, dört kadın hastamızın kliniğinden bahsettik. Hastalarımızdan üçü görme bulanıklığı, diğerleriyse kol ve bacaklarda uyuşma, kuvvet kaybı şikayetleriyle başvurdu. Muayene bulgularında görme keskinliğinde azalma, birinci motor nöron bulguları, romberg pozitifliği ve tandemde beceriksizlik olması üzerine serebral ve servikal görüntülemeleri yapıldı. Tüm olgularda; görüntülemede demiyelinizan plaklar izlendi ve yapılan lomber ponksiyon sonuçlarında; dördünde oligoklonal bant (OKB) Tip2(+), ikisinde OKB Tip3(+) saptandı. Tanı kriterlerini karşılayan ve atak tedavisine yanıt veren bu hastalar GBMS tanısı aldı.

Tartışma:
Genç yetişkinlerdeki MS ile karşılaştırıldığında, GBMS'in tipik özellikleri; ağırlıklı olarak ilerleyici seyir, teşhiste daha fazla gecikme ve dolayısıyla motor sakatlık prevalansının daha yüksek olmasıdır. Özellikle hipertansiyon ve diyabet gibi bilinen vasküler risk faktörleri olan yaşlı hastalarda MS tanısı koymak; beyaz madde lezyonlarının demiyelinizasyon bulguları ile iskemiye bağlı bulgular karışabileceği için zordur. Tetkiklerin gelişimi ve engellik oranının gecikmiş tedaviyle artması nedeniyle GBMS tanısı açısından dikkatli olunmalıdır.
SONUÇ: Hastalarımızın ileri yaşta birçok hastalıkla karışabilecek farklı semptom ve bulguları ile 50 yaş üzeri popülasyonda MS tanısının atlanmamasına dikkat çekmek istedik. Bu hastaların boylamsal olarak takip edilmesi, özellikle ilerleyici seyredenlerde tanının daha doğru konulmasına yardımcı olabilir.

EP - 595 EPİLEPTİK NÖBETLE GELEN HERPES ENSEFALİTLİ GEBE OLGUSU

YUNUS EMRE AKTAŞ MERVE KARAMAN

[1] ERZURUM ŞEHİR HASTANESİ
[2] ARDAHAN DEVLET HASTANESİ

Olgu:
25 yaş kadın hasta, 20 haftalık gebe. Acil servise ateş, baş ağrısı şikayeti ile başvurdu. Kadın doğum kliniği tarafından interne edilen hasta takibinin ikinci gününde jeneralize tonik klonik tarzda epileptik nöbet geçirdi. Tarafımıza danışılan hastanın nörolojik muayenesinde genel durum orta şuur somnole oryantasyon ve kooperasyon kısmi, ense sertliği yok, motor defisit yok, patolojik refleks yok.
Laboratuar incelemelerinde sedim crp ve wbc yüksekliği mevcut. Hasta takip amaçlı nöroloji servisine devralındı. hastaya diffüzyon mrg ve kontrastsız mrg venografi çekildi. Akut patoloji izlenmedi. Nöbet takibi yapılan hasta ikinci kez nöbet geçirdi. Levetirasetam yüklemesi yapılıp idame tedaviye geçildi. Takiplerinde şuuru açılmayan hastaya beyin mrg çekildi. T2 flair sekansında bilateral temporal lobda hiperintens görünüm mevcuttu. Ön planda ensefalit lehine düşünüldü. Hastaya onam alınarak lp yapıldı. Bos incelemesinde hücre görülmedi. Bos biyokimyası normaldi. Bos kültürü ve pcr incelemesine gönderildi. Ampirik olarak asiklovir ve seftiriakson tedavisi başlandı.
Hasta yakınından alınan anamnezde hastanın gebelik öncesi herpes labialis teşhisi aldığı ve ilaç tedavisi kullanmadığı gebelik sırasında da yine herpes labialis yenilediği öğrenildi.
Hastanın herpes tip-1 pcr pozitif olarak geldi. Tedavisi 21 güne tamamlandı. Nöbeti olmadı. Bilinci tama yakın düzelen hasta şifa ile taburcu edildi.
Epileptik nöbet ile gelen gebe hastalarda ön planda sinüs ven trombozu düşünülse de santral sinir sistemi enfeksiyonları da akılda bulundurulmalı tanı ve tedavi için vakit kaybedilmemelidir.

EP - 596 GEÇ BAŞLANGIÇLI MULTİPL SKLEROZUN OLGU SUNUMU

AHMET ÖZŞİMŞEK , AHMET ÖZŞİMŞEK

ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ

Amaç:
Multipl sklerozun (MS) 50 yaşından sonra başlaması nadirdir ve yaşlıların diğer hastalıkları ile benzer belirtiler taşıması nedeniyle teşhis açısından zorluk teşkil eder. Bu bağlamda amacımız geç başlangıçlı multipl skleroz hastalığına vaka sunumuyla dikkat çekmetir.

Giriş:
Multipl skleroz (MS), genellikle genç yetişkinleri etkileyen, merkezi sinir sisteminin kronik otoimmün inflamatuar bir hastalığıdır. Yapılan çalışmalarda MS'in ciddi engelliliğe neden olabildiği ve yaşam kalitesini düşürebildiği gösterilmiştir. Çoğu zaman MS, 20 ila 40 yaşları arasındaki genç yetişkinleri etkilemesine rağmen son yapılan çalışmalada bu aralık erişkinler için 18 ve 50 yaş arasında tanımlanmıştır. Bu aralığa itafen tanısal olarak geç başlangıçlı multipl skleroz (GBMS) olarak sınıflanan kategori 50 yaş üzerinde MS semptomlarının başlaması olarak tanımlanıp ve tüm MS hastaların %10dan azına tekabül etmektedir . Bunun yanısıra nadir de olsa çok geç başlangıçlı MS için 60 yaşın sınır olarak kullanılması gittikçe yaygınlaşmaktadır. Yaş temel alınarak gündemde olan bu kategorizasyona rağmen GBMS'yi yaşlıların diğer hastalıklarından ayırmak aradaki benzer belirtiler ve morfolojik değişiklikler nedeniyle oldukça zor olup yanlış teşhise imkan verebilmektedir

Olgu Sunumu:
A.I. isimli 59 yaşında hasta oksipital bölgede sıkıştırır tarzda gün boyu süren, ağrı kesiciye cevap vermeyen bulantı ve kusmanın eşlik etmediği, ışık ve sesten rahatsız olmadığı ısrarlı baş ağrısı ve sol kolda hafif güç kaybı şikayetiyle polikliniğize baş vurdu. Hastanın nörolojik muaynesinde sağ üst ekstremite 4+/5 güç kaybı dışında herhangibir ek nörolojik bulguya rastlanmamış olup nörolojik muaynesi: Bilinç açık oryante ve koopere, ense sertliği yok, pupiller normoizokorik, kranial sinir muaynesi normal,serebeller muayne normal, patolojik refleks yok, DTR normoaktif sol üst ekstremite 5/5, her iki alt eksterimite kas gücü 5/5. Hastanın tüm vital bulguları normal olup kabul kan basıncı 123/67 mm Hg idi; nabız sayısı 68/dakika ve düzenli idi (NA:139,TSH:2,12 , AST:21 , ALT:10, Glikoz:123,Kreatin:0,6 LDL:132,5) çekilen kontraslı kranial MR'ında : Her iki frontal lobda , her iki parietal lobda ve pons sol lateralinde demyelinizan plaklar ile uyumlu olduğu düşünülen T2A hiperintens görünümler izlenmiştir.IVKM enjeksiyonu ile pons sol lateralinde izlenen plak formasyonunda ılımlı kontrast tutulumu bulunmuştur.
Hastanın yatarak takip sürecinde LP yapılmış ve bos incelemesinde OKB pozitif bulunmuş ve 2017 Revize McDonald kriterlerine göre geç başlangıçlı MS tanısı konulmuştur ve hastanın mevcut EDSS:1 olarak tespit edilmiştir

Tartışma:
Çalışmamızda revize edilmiş 2017 McDonald kriterlerine göre hastamızın 1 atak ,1 lezyona ait objektif klinik bulgu , SSS'de farklı bir alandaki lezyona ait MRGc ile mekanda yayılımın gösterilmesi ve BOS-spesifik OKB pozitifliği olan hasta MS kriterlerini karşılamış olup yaş itibarıyla geç başlangıçlı MS tanısı konulmuştur
Kis B. ve ark. çalışmasında GBMSlu bireyler için, başlangıçtaki ortalama yaş 53.8 olarak belirlenmiş olup hastaların geliş anahtar semptomlarının motor işlev bozuklukları, duyusal bozukluklar ve görme bozuklukları olarak tanımlanmıştır. EDSS puanları bizim bulgularımıza göre daha yüksek saptanan bu çalışma özellikle geç başlangıçlı MS in yüksek EDSS ve motor prezentasyonlarla gelebildiğini desteklemiştir. Michael L.P. ve ark yaptıkları bir diğer çalısmada geç başlangıçlı MS in erken başlangıçlı MS ye göre İlk semptomların başlangıcından sonra tanıda 4.7 yıla varan gecikmeler olduğu ve yadsınamayacak oranda yanlış teşhisler içerdiği gözlemlenmişti.
Yapılan çalışmalar genel olarak geç MS hastalarında belirgin olan demiyelinizasyonla birlikte öne çıkan semptomların daha ziyade motor bulgular olduğunu göstermiş olup bu sonuçlar ve bizim vakamızın ilk semptomunun hafif olmaklar birlikte motor karakteriyle uyumluydu. Vakamızda dikkat çeken yön ise diğer mevcut literatüre göre GBMS hastalarında tanıda geçikmenin sık olmasına ramen bizim vakamızda ilk semptomu takipen erken bir şekilde tanısı konulmuş olup bu bağlamda tanısal olarak erken davranmanın olası yararlarına dikkat çekmektir. MS in doğal gidişatında erken tanı ve tedavinin önemi yanı sıra yaş grubu itibarıyla bu hastaların

maruz kaldıkları aterogenetik risk faktörleri ve özellikle endotel disfonksiyonunu ve aterosklerozu ateşleyen otoimmün hastalıkları içeren enflamatuar süreçlerin özellikle geç başlangıçlı MS hastalığında kümülatif olarak aterogenez ve ilişkili inme riskini artırması bu bağlamında ayrı bir önem arzetmektedir(CH Tseng ve ark.)

Sonuç:
GBMS'nin hastalığın kendi otoimmün zemini ve ileri yaşa bağlı risk faktörleri nedeniyle yaşlı hastalarda özellikle dikkate alınması ve mevcut tanının bu yaş grubunun komorbid hastalıklarından hızlıca ayrılıp ivedilikle konulması ve uygun tedaviye hızlıca başlanması önem arz etmektedir

Şekil 1. Aksiyal T2 flaır ağırlıklı görüntü
Şekil 2. a.Gadolinyumluaksiyal T1 ağırlıklı görüntü b.Gadolinyumlu sagital T1 ağırlıklı görüntü

Referanslar

1-Clinical Features of Late-OnsetMultipleSclerosis: a SystematicReviewand Meta-analysis. AmirrezaNaseri, Ehsan Nasiri, Mohammad Ali Sahraian , SaraDaneshvar, Mahnaz Talebi ,Multiple Sclerosis and Related Disorders 50 (2021) 102816
2- Clinical Characteristics and Disability Progression of Early- and Late-Onset Multiple Sclerosis Compared to Adult-Onset Multiple Sclerosis. Mirmosayyeb O, Brand S, Barzegar M, Afshari-Safavi A, Nehzat N, Shaygannejad V, Sadeghi Bahmani D. J Clin Med. 2020 May 2;9(5):1326. doi: 10.3390/jcm9051326. PMID: 32370288; PMCID: PMC7290335.

3- Late-Onset Multiple Sclerosis. Polliack, Journal of the American Geriatrics Society .M.L., Barak, Y. and Achiron, A. (2001)., 49: 168-171. https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49038.x
4- Pathophysiologicmechanisms in thedevelopment of age-relatedwhitematterchanges of thebrain .Fazekas F, Schmidt R, Scheltens P. Dement Geriatr CognDisord 1998;9 (Suppl 1):2–5.
5-Increased risk of ischaemic strokea mong patients with multiple sclerosis.C-H Tseng[1], W-S Huang, C-L Lin, Y-J Chang 2015 Mar;22(3):500-6.doi: 10.1111/ene.12598. Epub 2014 Nov 29.
6-Clinical characteristics of patients with late-onset multiple sclerosis. **Kis B**, Rumberg B, Berlit P.J Neurol. 2008 May;255(5):697-702. doi: 10.1007/s00415-008-0778-x. Epub 2008 Feb 19.PMID: 18283394

EP - 597 TÜMEFAKTİF LEZYONLU BİR OLGU:HER LEZYON BİR MS MİDİR ?

BUSE PARLAR , AZİZ CAN IŞIKLI , HAZAL ÇAĞMAN , TUBA CERRAHOĞLU ŞİRİN , ÜLGEN YALAZ TEKAN , GENCER GENÇ , SERPİL BULUT

SEYRANTEPE HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Tümefaktif demiyelinizan lezyonlar, sıklıkla multipl sklerozla (MS) ilişkili olmakla beraber Balo'nun konsantrik sklerozu, akut dissemine ensefalomiyelit (ADEM), Marburg sendromu ve nöromiyelitis optika spektrum hastalıklarda da gözlenebilmektedir. Ayırıcı tanıda neoplazi, lenfoma, abse ya da diğer enflamatuvar hastalıklara yönelik ileri incelemeler yapılmaktadır. Biz burada demiyelinizan hastalık tanısı ile takip ettiğimiz olgumuzda yeni gelişen tümefaktif lezyonların ayırıcı tanısına yönelik klinik yaklaşımı ortaya koymayı hedefledik.

Olgu Sunumu:
Demiyelinizan hastalık tanısıyla takipli 25 yaş kadın, konuşma bozukluğu ve sol tarafta uyuşma yakınması ile başvurdu. Muayenesinde dizartri ve sol hemihipoestezi saptanan hastanın kraniyal MRG incelemesinde sağ sentrum semiovale düzeyinde T2 hiperintens kontrast tutmayan tümefaktif lezyon (Şekil 1.a) izlendi ve 1 g/gün intravenöz pulse metilprednozolon (İVMP) başlandı. İVMP'nin 4. gününde konfüzyon ve sol tarafta hemipleji gelişti, kontrol kranial MRG'de lezyonun büyüdüğü ve parçalı kontrast tutulumu olduğu görüldü (Şekil1.b). Enfeksiyöz nedenlerin dışlanması için yapılan BOS bakısında patoloji izlenmedi. Vaskülit markerları negatifti. İVMP 10 güne tamamlandı, ancak klinik iyileşme olmaması üzerine olası atipik ADEM açısından plazmaferez tedavisine başlanarak beyin biyopsisi planlandı. Plazmaferez tedavisinin 4. gününde kontrol Kranial MR'ında mevcut lezyonlarda büyüme ile meninkslerde ve sağ parietotemporal alanda yaygın kontrast tutan alanlar izlendi (Şekil 1.c). MR spektroskopide kolin piki mevcut olan hastada stereotaksik beyin biyopsisi sonucunda diffüz infiltratif grade 2 morfolojisinde astrositom saptandı.

Sonuç:
Tümefaktif demiyelinizan lezyonların ayırıcı tanısı, klinisyenler için çoğu zaman zorlayıcı olmaktadır. Olgumuzda olduğu gibi demiyelinizan hastalık düşünülen ancak immünsupresif tedaviye rağmen agresif seyir gösteren, hızla progrese olan olgularda ayırıcı tanılar tekrar gözden geçirilerek, ek tetkikler planlanmalıdır.

Şekil 1.a: Sağ sentrum semiovale düzeyinde T2 hiperintens kontrast tutmayan tümefaktif lezyon
Şekil 1.b: Sağ sentrum semiovale düzeyindeki tümefaktif lezyonda büyüme ve parçalı kontrast tutulumu
Şekil 1.c: T2 -FLAIR kesitlerde meninkslerde ve kontrastlı sekanslarda sağ parietotemporal alanda yaygın kontrast tutan alanlar

EP - 598 ÜÇÜNCÜ KRANİAL SİNİR PARALİZİSİ İLE PREZENTE OLAN MULTİPLE SKLEROZ OLGUSU

BUSE ALTUNBAŞAK , TALHA YAMAK , YEŞİM SÜCÜLLÜ KARADAĞ

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Olgu:
Multipl skleroz (MS) santral sinir sisteminin kronik, dejeneratif ve demiyelinizan bir hastalığıdır. MS hastalarında, hastalık başlangıcında veya süresince beyin sapı tutulumu sıklıkla görülen bir durum olmasına rağmen, ilk bulgu olarak izole kranial sinir tutulumları nadir görülmektedir. Bu olgu izole üçüncü kraniyal sinir paralizisi ayırıcı tanısında MS hastalığının akla getirilmesi amacı taşımaktadır.
42 yaşında kadın hasta, baş dönmesi ve yürüme bozukluğu şikayeti ile acil servise başvurdu.Özgeçmişinde Mayıs 2021'de baş dönmesi ve yürüme bozukluğu şikayeti ile dış merkezde beyin sapı enfarktı olarak tanı aldığı klopidogrel 75 mg 1x1 olarak takip edildiği öğrenildi. Vaskülitik, romatolojik ve koagülopatilere yönelik tetkikleri ile beraber kardiyoembolik odak ve serebral ateroskleroz açısından değerlendirilmiş ancak anlamlı bir bulgu saptanmamıştı.Nörolojik muayenesinde sol gözde içe bakış kısıtlılığı olan hasta yatırıldı.Kraniyal ve servikal manyetik rezonan görüntüleme (mrg) bulgularında subkortikal-jukstakortikal alanlarda,periventriküler beyaz cevher sahalarında,periventriküler alanlarda yer yer ventriküler aksa dik oryantasyonlu, pons sol yarı posteriorunda, serebral pedinkül ve medial genikulat nükleus düzeyine uyan kesitlerde patolojik sinyal değişiklikleri ve servikal spinal kordda kısa segment periferal ağırlıklı T2 hiperintens sinyal değişiklikleri izlendi. Lomber ponksiyon tetkikinde IgG endeksi yüksek, Oligoklonal Bant Tip 2 ve 3 pozitif olarak bulunmuştur.
İzole kraniyal sinir palsilerin ayrıcı tanılarında en başta inme, vasküler ve venöz patolojiler, kitle vb. akla gelse de bu olguda gösterildiği üzere MS hastalığının da nadir de olsa akla gelmesi gerektiği unutulmamalıdır.

EP - 599 SAĞ ELDE GÜÇSÜZLÜK VE SOL BACAKTA AĞRI İLE PREZENTE OLAN GUİLLAN-BARRE SENDROMU

AYNUR YİLMAZ AVCİ

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ ALANYA HASTANESİ

Amaç:
Guillan-Barre Sendromu (GBS), akut simetrik assenden flask paralizi ile seyreden sıklıkla yaşamı tehdit eden solunum ve bulber paralizinin eşlik ettiği progresif kas güçsüzlüğü ile karakterizedir. Burada, sağ elde güçsüzlük ve sol bacakta ağrı şikâyeti ile başvuran yapılan tetkikler ile atipik GBS tanısı ile tedavi edilen orta yaşlı bir kadın olgu bildirdik.

Gereç ve Yöntem:
68 yaşında kadın olgu, 10 gün önce 8 saatlik uçak yolcuğu sonrası sabah uyandığında sağ elinde güçsüzlük başladığını ve progresyon gösterdiğini ve 3 gün sonra sol kalçadan ayak topuğuna yayılan ağrı ve güçsüzlük şikayetleri nedeniyle ile polikliniğe başvurdu. Özgeçmişinde lomber radikulopati operasyonu dışında özellik yok. Nörolojik Muayenede sol nazolabial oluk silik, sağ üst ekstremite 4/5 ve sağ el opp 2/5, sol el bilek ekstansiyonu 2/5, sol alt ekstremite 4/5 kas gücündeydi. DTR sağ üst ektremitede sola göre canlı, Patella R ++/++, Aşil R +/+. Plantar fleksiyon yanıtsızdı. Rutin laboratuvar, kranyal ve spinal MRG normaldi. ENMG'de sağ üst ekstremite ve bilateral peroneal sinir motor BKAP amplitüdleri düşük, sağ üst ekstremite F yanıtları gecikmiş saptandı. Duyu iletileri normaldi. Yapılan lomber ponksiyonda BOS protein 65 mg/dL saptandı.

Bulgular:
Asimetrik klinik, motor aksonal polinöropati ve albuminositolojik dissosisyasyon ile GBS tanısı konularak İVİG tedavisi başlandı. Kliniğinde belirgin düzelme oldu.

Sonuç:
Asimetrik GBS daha önce pediatrik olgularda bildirilmiş oldukça nadir görülen ve ayırıcı tanısı zor klinik varyanttır. Erken tanı ve tedavinin önemli olduğu akut ve progresif asimetrik ekstremite güçsüzlüğü olgularında atipik GBS olasılığı akla gelmelidir.

EP - 600 İSKEMİK İNME SONRASI DİRENÇLİ HEMİBALLİSMUS OLGUSU

EBRU SÜLEYMANOĞLU , BEKİR SAMİ ÖZTÜRK , DİCLE DİLAY DEMİR , RAHŞAN KARACI , MUSTAFA ÜLKER , FÜSUN MAYDA DOMAÇ

ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Ballismus, ekstremitelerin özellikle proksimallerini tutan büyük amplitüdlü fırlatma, sallanma şeklinde hareketlerdir. Genellikle tek taraflı olup hemiballismus olarak tanımlanan bu durum kontralateral subtalamik çekirdek veya bağlantılarını ilgilendiren vasküler, enfeksiyöz, demiyelinizan, neoplastik, granülomatöz sebeplere bağlı olarak gelişmektedir. Hemiballismusun semptomatik tedavisinde medikal tedaviler ve derin beyin stimülasyonu yer almaktadır.

Olgu:
Bilinen ek hastalığı olmayan, sol taraf güçsüzlüğü nedeniyle dış merkez acile başvuran 70 yaşında erkek hasta diffüzyon MR'da sağ oksipitotemporal bölgede geniş akut infarkt saptanması üzerine interne edilmiş. Hastanın yatışının 4. gününde sol üst ve alt ekstremitesinde hemiballistik hareketler başlaması üzerine 5 mg/gün haloperidol tablet başlanıp taburcu edilmiş. Şikayetlerinin geçmemesi üzerine polikliniğimize başvuran ve tarafımızca interne edilen hastanın haloperidol tablet tedavisi kesilerek 15 mg/gün IV haloperidol başlandı. Şikayetlerinde belirgin gerileme gözlenmemesi üzerine mevcut tedavi azaltılarak kesilirken sırasıyla IV diazepam ve depakin tablet tedavileri başlandı. Tedaviye belirgin yanıt olmaması nedeniyle klozapin tedavisi düşük dozda başlanarak 25 miligram/güne yükseltildi. Hamiballistik hareketlerinde kısmen azalma olan hastada klozapine sekonder sedasyon yan etkisi gelişmesi nedeniyle 3*25 mg tetrabenazin tedavisi başlandı. Tetrabenazin sonrası hemiballismusun belirgin azalması üzerine taburcu edilen hastanın son poliklinik kontrolünde (inme sonrası 7. ay) istemsiz hareketlerinin tamamen remisyonda olduğu görüldü.

Tartışma:
Biz bu olgumuzda oksipitotemporal bölgeyi tutan ve kontralateral vücut yarımında hemiballismus ile seyreden vakamızı sunarak patofizyolojide klasik olarak bilinen subtalamik nukleusdan başka nöral yolakların rol oynayabileceğine ve bu durumun ilaç direncinde etkili olabileceğine dikkat çekmek istedik.

EP - 601 HIZLI İLERLEYİCİ DEMANSTA SEREBELLAR KİTLE: BİR OLGU

ÇAĞATAY ÇOPUR , EBRAR BEŞLİ , YEŞİM SÜCÜLLÜ KARADAĞ

SBÜ ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Akut başlangıçlı hızlı ilerleyici demans, haftalar/aylar içinde gelişen, hastanın 1-2 yıl içerisinde tam bağımlı hale gelmesine neden olan demans olarak tanımlanmaktadır. Tüm demansların içerisinde %3-4'lük bir dilimi oluşturmakta, etiyolojinin aydınlatılması ile geri dönüştürülebilir olması nedeniyle hızlı bir değerlendirme ciddi önem arz etmektedir.[1]

Vaka:
Bilinen bir hastalığı olmayan, bir aydır devam eden unutkanlık, baş dönmesi, denge kaybı, ara ara peltek konuşma ve ağızda kayma şikayetleri olan 65 yaşında erkek hasta, şikayetlerinin sıklığında artış olması ve üriner inkontinans şikayetinin başlaması nedeniyle başvuruyor.
Nörolojik muayenesinde yürüyüşü sağa ataksik görüldü, harici doğaldı.
Kognitif yıkımın değerlendirilmesi amacıyla hastaya standardize mini mental test (SMMT) yapıldı, 30 üzerinden 18 puan aldı.
Hastanın çekilen difüzyon MR'ında ventriküllerin dilate izlenmiş olması, demansif olması, ataksisinin olması ve idrar inkontinansının olması nedeniyle hastada öncelikli olarak normal basınçlı hidrosefali düşünüldü. Hastaya BOS-akım MR ve kontrastlı beyin MR çekildi, akuaduktus sylvia düzeyinde kanalı komprese ve oblitere eden, vermis yerleşimli, serebellumda ödeme yol açan, diffüz kontrastlanma izlenen kitle lezyonu görüldü. İlgili lezyon beyin ve sinir cerrahisi tarafından opere edildi.
Operasyon sonrası birinci ayda hastaya kontrol SMMT yapıldı, 30 üzerinden 26 puan aldı.
Alınan materyalin patolojisi adenokarsinom metastazı olarak değerlendirildi, öncelikli olarak akciğer adenokarsinomu düşünüldü. PET-BT'de sol akciğer üst lobunda artmış metabolik aktivite, mediastende metastaz ile uyumlu lenfadenopatiler izlendi.

Sonuç:
Akut başlangıçlı hızlı ilerleyici demans hastalarında detaylı etiyolojik araştırma yapılması, geri dönüştürülebilir nedenlerin değerlendirilmesi hasta açısından ciddi önem arz etmektedir.

EP - 602 KARPAL TÜNEL SENDROMLU GEBE KADINLARDA EV EGZERSİZİNİN ETKİNLİĞİ

DEMET AYGÜN [1], HÜSEYİN DOĞU [2], ALİ OSMAN MUCUOGLU [2], BURAK MANAY [3]

[1] *ATLAS ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ*
[2] *ATLAS ÜNİVERSİTESİ NÖROŞİRURJİ*
[3] *ATLAS ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ*

Amaç:
Karpal tünel sendromlu(KTS) gebelerde ev egzersiz programının etkinliğini değerlendirmek.

Gereç ve Yöntem:
Bu çalışmada Elektromiyografi(EMG) ölçümleri ile KTS tanısı alan kronik hastalığı olmayan 60 gebe değerlendirildi. Hastalar EMG sonuçları ve klinik muayeneye(Tinel, Fhalen) göre normal ve hafif ve orta KTSli iki gruba ayrıldı. EMGde semptomları, klinik bulguları ve KTSsi olan gebeler grup 1e, semptomları ve klinik değerlendirmesi pozitif olan ancak EMGde KTS olmayan gebeler grup 2ye dahil edildi. Her iki gruba da 1 ay boyunca sinir ve tendon kayma egzersiz formları verildi ve formda belirtilen egzersizleri günde 3 set ve her sette 10 tekrar şeklinde yapmaları istendi. Verilerin toplanması amacıyla egzersiz öncesi ve 1 ay sonra Boston Karpal Tünel Sendromu Anketi(BKTSA) ve Vizuel Analog Skalası(VAS) uygulandı ve SPSS 22 kullanılarak analiz edildi.

Bulgular:
Hastaların genel yaş ortalaması 28,84±3,62 yıldı. Tinel testi 32 (%53) hastada pozitif, Falen Testi 28 (%47) hastada pozitifti. Altmış kişiden 39u (%65) hasta grubu1deydi. Bu hastaların EMG'sinde hafif şiddette KTS bulgusu olan 23 hasta (%38), orta şiddette KTS bulgusu olan 16 hasta (26,6), sağ el 18 (%50), sol el 13 (%33), bilateral 8 (%20,5) hastada KTS mevcuttu. Hastaların 21i (%35) grup2deydi. Egzersiz öncesi gruplar arası BKTSA ve VAS ortalaması grup1de anlamlı derecede yüksekti ($p<0,05$). Egzersizden 1 ay sonra BKTSA ve VAS ortalamasında her iki grupta anlamlı azalma görüldü ($p<0,035$).

Sonuç:
Hamilelerde hafif ve orta KTS semptomları olan hastalarda sinir ve tendon kayma egzersizlerinin, fonksiyonelliği arttırmak ve hastalığın şiddetini azaltmak için uygulanabilecek basit ve güvenilir yöntemler olduğu belirlendi.

EP - 603 İMMÜN YETMEZLİĞİN EŞLİK ETMEDİĞİ PML: ENDER BİR DURUM

DİLCAN KOTAN [1], BEYZA NUR BOZKURT [2], ÖMER ELÇİ [2], VASFİYE SEZER [2]

[1] *SAKARYA ÜNİVERİSTESİ TIP FAKÜLTESİ*
[2] *SAKARYA ÜNİVERİSTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ*

Olgu:
47 yaşındaki kadın hasta, bir haftadır konuşmada bozulma, yürüme bozukluğu, sol tarafında güçsüzlük şikayeti ile geldi. Hastanın son birkaç aydır sebepsiz öfke atakları, yakınlarıyla tartışmalar yaşamaya başladığı ve karakter değişimi gözlendiği öğrenildi. Özgeçmişinde hipertansiyon, diyabetes mellitus, graves ve anksiyete bozukluğu teşhisleri mevcuttu. Nörolojik muayenesi sol üst ekstremitesinde silik monoparezi dışında normal idi. BBT sol lateral ventrikül posterior horn komşuluğunda hipodens alan izlendi. Diffüzyon MRG sol hemisferde lateral ventrikül çevresinde posterior horn komşuluğunda ve pontoserebellar bileşkede sol yarımında, sağ hemisferde ise lateral ventrikül komşuluğunda milimetrik birkaç adet B1000 hiperintens ADC karşılığı net olmayan lezyonlar izlendi. SVO? Demiyelinizan hastalık? ile takibinde konuşamama ve sağda tama yakın güç kaybı izlendi. Kranyal MRG kontrast tutulumu göstermeyen, T1 izointense, T2 kesitlerde yaygın hiperintens lezyonlar izlendi. OKB patern 3 pozitif, ANA 1/320 nukleolar pozitif, p-ANCA 1/10 pozitif idi. Tetkik aşamasında hastanın muayene bulguları progrese oldu ve nörogörüntülemelerde de mevcut lezyonlarda artış izlendi. 10 günlük pulse steroid tedavisine yanıt yoktu. Sonrasında 6. dozda ateş, şuur uykuya meyil ve nöbet benzeri kasılmaları nedeniyle plazmaferez sonlandırıldı. Kontrol kranyal MRG her iki hemisfer periventriküler alanda ve ponsta masif birleşme eğiliminde olan kontrast tutmayan demiyelizan lezyonla uyumlu görünüm izlendi. İzole SSS vaskülit yönüyle değerlendirilen DSA normal idi. JC virüs antikoru 2,87 pozitif idi. PML? düşünülen olguda beyin biyopsisi; progresif multifokal lökoensefalopati lehine raporlandı (Hacettepe Üniv). Primer immun yetmezlik açısından allerji ve immunoloji uzmanı tarafından normal değerlendirildi. Pembrolizumab onamıyla hastanın tedavisi devam ediyor.

EP - 604 GLİOBLASTOME MULTİFORME (GBM) TANISI ALAN HASTANIN NÖROGÖRÜNTÜLEME BULGULARI VE BEYİN BİYOPSİSİ SONUCU

ECE KAVAS , TUĞBA KORKMAZ , YELİZ ÇİFTÇİ , BUSE KARAGÖZ , ÖZLEM KOCABIYIK , İLTER ÖZCAN , BEDİLE İREM TİFTİKÇİOĞLU

İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ -ÇİĞLİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:
60 yaşında erkek hasta, denge bozukluğu ,şiddetli baş ağrısı,baş dönmesi mide bulantıısı,kusma ve başvurusundan 1 ay önce başlayan yüz felci öyküsü nedeni ile görüldü. Muayenesinde dizrartri, DTR artışı,ataksi mevcuttu.Nörogörüntülemesinde diensefalik T2 hiperintens bilateral tutuluş ve çevresel kontrastlanma gösterip ödem etkisi olmayan lezyonlar sebebiyle öncelikli olarak demyelinizan hastalıklar, NöroBehçet ve MOGAD açısından değerlendirildi. Serum vaskülit paneli, enfeksiyöz markerları gönderildi. Progresif kliniği sebebiyle IVMP 10 gün verildi. BOS OKB negatif, IgG indeksi 0,47 idi. Anti-NMO, MOG-ab negatif saptandı.Şikayetleri gerilemeyen hastanın lezyonlarında da hafif progresyon izlnemesi üzerine 5 kür plazma değişimi yapıldı.Kliniği yeterli yanıt vermeyen hastaya lezyondan yapılan histopatolojik incelemede Glioblastom,IDH-wild tip ile uyumlu bulundu.Glioblastome Multiforme agresif seyirli bir astrositomdur .Orta hattı geçen lezyonlar tipik olmasına karşın diensefalik tutuluş bazı vakalarda tanıyı zorlaştırmakta ve demiyelinizan hastalıklarla karışabilmektedir .Nitekim bu vaka başlangıçta demiyelizan hastalıklarla benzeer nörogörüntüleme bulguları sebebiyle sunulmaya değer bulunmuştur.

EP - 606 GUİLLAİN-BARRé SENDROMUNU TAKLİT EDEN BİR KURU BERİBERİ OLGUSU

FİLİSTİN SİNEM GOORANY , FİKRET BOZKURT , ZEYNEP AKGÜL , HAMZA ŞAHİN , DENİZ TUNCEL BERKTAŞ , MUSTAFA GÖKÇE

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Giriş:
Tiamin eksikliği, alkolizm, anoreksiya nervoza, diyet veya bariatrik cerrahi gibi çok çeşitli nedenlerden kaynaklanabilir. Eksikliğine bağlı görülebilen kuru beriberi (akut nutrisyonel polinöropati) ise tipik olarak akut-ilerleyici güçsüzlük, parestezi ve ağrı ile karakterizedir. Bu durum ise Guillain-Barré sendromu (GBS) gibi akut polinöropati tabloları ile karışabilmektedir (1). Bu yazıda GBS kliniğini taklit eden bir kuru beriberi olgusu sunulmuştur.

Olgu:
Yirmi bir yaşında kadın hasta iki aydır olan baş dönmesi, denge bozukluğu, güçsüzlük, desteksiz yürüyememe şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) dışında bilinen bir hastalığı olmayan hasta deprem sonrası sadece sıvı ile beslenmiş. Başlangıçta baş dönmesi ve düşme şikayetleri varken zamanla bunlara asendan bir kas güçsüzlüğü, yürüme ataksisi ve sonunda tekerlekli sandalyeye bağımlılık eklenmiş. Bunlara ek olarak son 1 aydır da ses kısıklığı şikayeti varmış. Nörolojik muayenede kas gücü bilateral üst ekstremite distali 3+/5, proksimali 4/5; sol alt ekstremite distali 3/5, proksimali 4/5; sağ alt ekstremite distali 3+/5, proksimali 4/5 tespit edildi. Derin tendon refleksleri bilateral üst ekstremitede normoaktif, bilateral alt ekstremitede hipoaktif izlendi. Bilateral taban derisi yanıtları lakayt elde edildi. Hastanın dış merkezde ve hastanemizde yapılan beyin ve tüm spinal MR görüntülemelerinde belirgin patoloji tespit edilmedi. Dış merkezde ve hastanemizde yapılan EMG tetkiklerinde subakut-kronik süreçte yaygın sensorimotor aksonal polinöropati ile uyumlu bulgular izlendi. Lomber Ponkisyonda ise belirgin patoloji saptanmadı. Hastaya tiamin infüzyonu (2x100mg, beş gün boyunca) başlandı. Kas gücünde ve konuşmasında belirgin düzelme saptanan hasta oral tiamin (1x100mg) tedavisi ile taburcu edildi. Hastanın rehabilitasyon sonrası bir ayındaki kontrolünde hem klinik hem de elektrofizyolojik olarak bulgularında düzelmenin devam ettiği izlendi.

Sonuç:
Klinik benzerlikleri göz önüne alınarak, altta yatan ciddi protein-kalori malnütrisyonu olan hastalarda, tiamin eksikliğine bağlı akut nutrisyonel polinöropatinin gelişebileceği ve bu durumun GBS ile karışabileceği klinisyenlerce akılda tutulmalıdır.

Kaynak:
1- Murphy, C., Bangash, I. H., & Varma, A. (2009). Dry beriberi mimicking the Guillain-Barre syndrome. Practical Neurology, 9(4), 221–224. doi:10.1136/jnnp.2009.182097

EP - 607 PANDEMİ DÖNEMİNDE YÜKSEK ATEŞ, BAŞAĞRISI VE BİLİNÇ BULANIKLIĞI İLE BAŞVURAN OLGUDA ENFEKTİF NEDENLER DIŞINDA BİR TANI

GULSHAN YUNİSOVA [1], PİRAYE OFLAZER [2]

[1] *KOÇ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, KAS MERKEZİ, İSTANBUL, TÜRKİYE*
[2] *KOÇ ÜNİVERSİTESİ, NÖROLOJİ ABD, KAS MERKEZİ, İSTANBUL, TÜRKİYE*

Giriş:
Pandemi dönemlerinde, özellikle diğer ateşli hastalıkların hem sistemik, hem de santral sinir sistemi (SSS) tutulumları tanısal açıdan zorluklar yaratabilmekte, özellikle post-enfeksiyöz nörolojik tabloların zamanında tanınması ve tedaviye başlanması hayat kurtarıcı olabilmektedir. Bir post-enfeksiyöz beyin sapı ensefaliti varyantı olan Bickerstaff ensefaliti ateşli hastalıklardan sonra akut ve/veya subakut gelişen bir klinik tablodur. İmmunmodülatör tedavi yanıtı yüksek olan bu hastalıkta tanı zamanında konulmazsa mortalite oranı yüksektir. Bu bildiride kliniğimize ateş, baş ağrısı, bilinç kaybı ile başka bir merkezden transfer olan, ayırıcı tanıda enfektif ensefalit, sonrasında otoimmun ensefalit düşünülen ancak takiplerinde Bickerstaff ensefaliti tanısı alan vaka sunulacaktır.

Vaka:
21 yaşında erkek hasta, yaklaşık 1 hafta önce sabah uyandığında baş ağrısı olduğunu ifade etmiş. Ateşi 38.8 derece ölçülen hastanın 1 saat içinde konuşması peltekleşmiş, yürümesi bozulmuş ve uyku hali gelişmiş. Bu yakınmalarla başvurduğu hastanede bilinci uykuya eğilimli olarak değerlendirilen hastanın ateşi 38 ölçülmüş. Rutin kan incelemelerinde ılımlı akut faz reaktan artışı saptanmış, korona virüs ve influenza PCR testi negatif sonuçlanmış. Toraks ve batın tomografisi, kranyal BT ve MR normal bulunmuş. Yapılan lomber ponksiyonda (LP) beyin omurilik sıvısında (BOS) hücre bulunmamış, tüm biyokimyasal ve mikrobiyolojik incelemeleri normal bulunmuş. Ateş yüksekliği devam eden ve bilinç durumunda giderek bozulma izlenen hastaya intravenoz seftriakson ve asiklovir başlanmış. Antibiyotik tedavisi sonrası ateşi kısmen stabilize olan hastanın bilinç durumunda düzelme izlenmemiş. Yakınmalarının 3.gününde taşikardi ve bradikardi atakları gelişmiş. Bu aşamada kandan ve BOS'dan gönderilen otoimmun ensefalit ve paraneoplastik panel incelemeleri negatif sonuçlanmış. Ancak, ayırıcı tanıda otoimmun ensefalit de düşünülerek almakta olduğu antibiyotik ve antiviral tedaviye, 1000 mg/gün dozunda metiprednizolon tedavisi eklenmiş. Bu tedavi altında aralıklı hipertansiyon atakları gelişmiş, taşikardi ve bradikardi atakları sıklaşmış. Beş gün metilprednizolon tedavisi sonrası bilinç durumunda düzelme izlenmeyen ve derin uyku hali devam eeden hasta bu aşamada kliniğimize transfer edildi.
Özgeçmişinde yaklaşık 3 ay önce korona virüs mRNA aşısı yapıldığı öğrenidli. Çocukluğundan beri yılda 2-3 kez tonsillit atakları yaşayan hastanın, yaklaşık 3 hafta önce ateşinin olduğu ve tonsillit tanısı alıp antibiyotik kullandığı öğrenildi. Başka ilaç ve madde kullanımı açısından da sorgulandığında, yakınları tarafından, kullanmadığı ifade edildi. Hastanın kliniğimize girişindeki nörolojik muayenesinde bilinci stuporda idi, iniltili ses çıkışı vardı ancak kelime çıkışı yoktu, aralıklı ve spontan olarak gözlerini açıp kapatıyor, ağrılı uyarana fleksör yanıt veriyordu. Pupilleri izokorikti, direkt ve indirekt ışık refleksi alınıyordu. Ense sertliği ve meningeal irritasyon bulgusu yoktu. Okülosefalik refleks ile göz hareketleri her yöne kısıtlıydı. Nistagmus yoktu. Fasyal asimetri gözlenmedi, dil orta hatta idi, öğürme refleksi alınıyordu. Üst ekstremiteler spontan felksör, alt ekstremiteler ekstansör pozisyondaydı. Derin tendon refleksleri alınmıyordu, taban derisi refleksi bilateral yanıtsızdı. İdrar sondalı idi, nazogastrik sonda ile besleniyordu. Ateşi 37.6 ölçüldü. Nabzı 40-160 arasında seyrediyordu, tansiyonu normal sınırlardaydı. Kan biyokimyasında hafif akut faz reaktan artışı saptandı. Toraks BT ve kontrastlı kranyal MR incelemesi normal bulundu. İnfeksiyon hastalıkları birimi tarafından da değerlendirilen hastaya yeniden LP yapılması önerildi. Yeni alınan BOS'ta da biyokimya incelemesi normal sınırlar içinde idi, direkt mikroskopik incelemede hücre görülmedi. Klinik izlemde hasta jeneralize tonik klonik nöbet geçirdi ve yapılan elektroensefalografi (EEG) testinde hemisferlerin arka yarılarında belirgin diken-yavaş dalga aktivitesi izlendi ve hastaya levetirasetam tedavisi başlandı. Ateşi tekrar 38-39 dereceye çıkan hastada gönderilen korona virüs PCR testi pozitif saptandı. Bu aşamada olası koronavirüs ensefaliti ayırıcı tanıda düşünüldü ve enfeksiyon hastalıkları birimi tarafından hastaya molnupiravir tedavisi başlandı. Bu aşamada BOS menenjit ve ensefalit paneli, otoimmün ve paraneoplastik ensefalit panelleri negatif sonuçlandı, BOS ve kan kültüründe üreme olmadı. BOS'tan bakılan korona virüs PCR testi negatif idi ve molnupravir tedavisi kesildi. Hastanın tonzillit öyküsünün olması, nörolojik muayensinde oftalmoparezi ile birlikte derin tendon refleksleri alınmaması, otonom bulguların olması ayırıcı tanıda Bickerstaff ensefaliti tanısını akla getirdi ve kandan gönderilen gangliozid panelinde anti

GQ1b antikoru pozitif saptandı. Hastaya 0.4 gr/kg/gün dozunda intravenoz immunoglobulin (IVIg) tedavisi başlandı. Tedavinin 2.gününde hastanın uyanıklığı artmaya, vücut postürü düzelmeye başladı. Tedavinin 3.gününde hasta yoğun bakımdan servise transfer edildi, 1. haftasında oral beslenmeye başladı. İki yanlı ulnar ve peroenal sinir innervasyonlu kaslarda zaaf saptanan hastaya yapılan yapılan elektromiyografi (EMG)incelemesinde iki yanlı ulnar ve peroneal sinirlerde ağır aksonal hasara neden olan ve lokalizasyonu iyi belirlenemeyen lezyonlarla uyumlu bulgular saptandı. Beyin sapı postüründe yatak pozisyonunda yatmasına bağlı tuzak nöropati geliştiği düşünüldü. Takiplerinde hem klinik, hem de elektrofizyolojik düzelme izlendi. Hasta, kliniğimize yatışının 10. gününde destekle yürür hale geldi. 15. Günde 1 gr/kg/gün dozunda rapel IVIg tedavisi uygulanana hasta, yatışının yaklaşık 4.haftasında taburcu edildi.

Tartışma:

Ateş yüksekliği, baş ağrısı ve bilinç bulanıklığı yakınması ile başvuran hastada her ne kadar olası enfektif nedenler ön planda düşünülse de, özellikle pandemi döneminde korona virüse bağlı zaman zaman santral sinir sisteminin tutulduğuna da rastlanmaktadır. Ancak bu hasta özel durumunda bakıldığında yakın zamanda geçirilmiş tonsillit öyküsünün olması, ateş nedeni olarak dikkate alınmalıdır. Muayenede oftalmoparezi ve derin tendon reflekslerinin alınmaması, otonom bulguların olması, beyin sapı postürünün gelişmesi ayırıcı tanıda bir beyin sapı ensefaliti olan Bickerstaff ensefalitini de akla getirmelidir. Tedavi yanıtı yüksek olan bu nadir ensfalit türünde, otonom sinir sistemi tutulumu da olduğundan, zamanında tanı konulup tedavi başlanmazsa hastalık mortal sonuçlanmaktadır. Bu vaka sunumunda biz özellikle bu tür komplike vakalarda nörolojik muayenenin önemini vurgulamak istedik.

EP - 608 LEVOFLOKSASİN İLE MYASTENİA GRAVİS ALEVLENMESİ

UMUR POYRAZ , MEHLİKA PANPALLI ATEŞ

ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ, NÖROLOJİ AD.

Giriş:
Miyastenia Gravis (MG) ve çeşitli ilaç etkileri arasındaki etkileşim halen netlik kazanmamış olsa da semptomlarda kötüleşme olabilir.
Bu bildiriyi sunmamızdaki amacımız; Miyastenia Gravis hastalarında ilaç maruziyeti ve özellikle de levofloksasin gibi kinolon grubu ilaçların kullanılması sonrası Myastenik Kriz tablosunun ortaya çıkabileceğine dikkat çekmektir.

Olgu:
Yaklaşık bir yıldır oküler MG nedeniyle pridostigmin ile takip edilen 53 yaşında kadın hastaya, öksürük şikayeti ile Göğüs Hastalıkları tarafından bronşiolit ön tanısı ile levofloksasin başlanıyor. Antibiyotik kullanımının 3. gününden itibaren nazone konuşma, gülümseyememe, ağız kenarlarından yediklerinin akması ortaya çıkıyor, nöroloğu tarafından deflazakort başlanıyor. Ancak hastada yutma güçlüğü, başını-boynunu tutamaması da eklenmesi üzerine Nöromusküler Hastalıklar Polikliniğimize yönlendiriliyor.
Hastanın nörolojik muayenesinde; sol gözde ptozisi, ileri derecede nazone konuşma, yutma güçlüğü, palatal arklarını çekememesi, öğürme refleksinin alınamaması, belirgin fasiyal diplejisi, ortopneik solunumu, 'dropped-head' şeklinde servikal güçsüzlüğü, üst ve alt ekstremitelerin 3/5 kas gücünde olduğu saptanarak 'Kinolon ile Myastenia Gravis Alevlenmesi' tanısıyla yatırıldı. Hastanın kötüleşmesinin devam etmesi, solunum sıkıntısının da eklenmesi üzerine plazmaferez tedavisi uygulandı. Plazmaferez tedavisinin 3. seansından itibaren düzelmeye başladı ve sonrasında iyileşerek taburcu edildi.

Tartışma:
MG hastalarında, artan güçsüzlükle ilişkili olduğu bildirilen ilaçlar arasında sıklıkla ve en belirgin etkiyi Levofloksasin ile görmekteyiz. Ana semptomlar arasında dispne, diplopi, pitozis, disfaji bildirilmiş. Maruz kalınan ilacın kesilmesiyle hastalarda düzelme sağlanabilmektedir ancak genellikle ek tedavilere de ihtiyaç duyulur. MG nedeniyle takipli hastalarda, levofloksasin MG alevlenmesine ve hatta myastenik kriz tablosuna neden olabilir.
MG hastalarının takibi ve yönetimi her durumda dikkat gerektirmektedir. Henüz ilaçlarla olan ilişki netlik kazanmamış olsa da, hastaların maruz kalacağı diğer ilaçların kararında multidisipliner yaklaşım önem taşır.

EP - 609 MİGREN TANILI BİR HASTADA TEKRARLAYAN ORBİTAL MİYOZİT

ONUR AKÇA , AYSUN TİLTAK , FATMA GENÇ , AYLİN YAMAN

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
İdiyopatik orbital miyozit (İOM) ekstraokuler kasların enflamatuar, nonenfeksiyöz bir hastalığı olup orbitanın nadir görülen bir hastalığıdır. İOM'in belirtileri arasında ağrı, şişlik, kızarıklık ve göz kapaklarında hareket kısıtlılığı yer alır.

Olgu Sunumu:
20 yıldır migren tanılı 45 yaş kadın hasta sol göz kapağında düşüklük ve sol gözden başlayıp oksipital bölgeye yayılan, göz hareketleriyle artan baş ağrısı şikayetleriyle geldi. Ağrı ile birlikte diplopi de tanımlamaktaydı. Hastanın 2018'de benzer şikayetleri sağ gözünde olmuş, sağ göz lateral rektus kasında kontrast tutulumu gözlenmiş fakat migren tedavisi dışında İOM'e yönelik herhangibir tedavi almadığı öğrenildi. Geliş muayenesinde IR ve IIR +/+ pupiller izokorik ve gözdibi muayenesi normal idi. Sol gözünde ağrı ile birlikte dışa bakış kısıklılığı ve propitozisi mevcuttu. Hasta takiplerinde önceden de sol gözden başlayıp oksipital bölgeye yayılan migrenöz vasıfta ağrısının olduğu öğrenildi. Etiyolojiye yönelik yapılan Kontrastlı beyin MRG, beyin BT anjio, beyin MR venografi, Hipofiz MRG ve DSA'da kliniği açıklayacak bir patolojiye rastlanmadı. LP'sinde açılış basıncı 16 mmH2O, total protein:7,3 direkt bakıda hücre yoktu. Kontrastlı orbital MRG'de T2 ağırlıklı görüntülerde sağ medial rektus kas liflerinde ileri derecede ödem ve kalınlık artışı izlendi. Hastaya 3 gün süreyle 1000mg/gün pulse steroid tedavisi başlandı.

Sonuç:
İOM özellikle tek taraflı, göz hareketleriyle ortaya çıkan ağrı ve yüksek doz steroide dramatik yanıt veren klinik bir tablo olup bu vakada olduğu gibi migren tanısı olan hastalarda İOM'un dikkat edilmezse gözden kaçabileceği, nüks olabileceği ve bu hastalarda MRG incelenirken daha dikkatli olunması gerektiğine dikkat çekilmek istenmiştir

EP - 611 NON-KETOTİK HİPERGLİSEMİYE BAĞLI HEMİKORE OLGUSU

CAHİT AYAN , MEHMET ZAHİD AYDIN , FETTAH EREN

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

Olgu:
İstem dışı, ani gelişen, bir uzuvdan diğerine yayılan, kısa süreli ve düzensiz kasılmalara kore adı verilmektedir. Bu istemsiz hareket vücudun bir tarafını tuttuğunda hemikore adını alır. Bu durum akut olarak meydana gelirse etiyolojide başta serebrovasküler hastalıklar yer alır. Ancak metobolik, dejeneratif, enfeksiyöz süreçler, yer kaplayan lezyonlar, ilaçlar ve toksik maddelere bağlı gelişen bazal gangliyon hasarı da etiyolojide önemlidir. Elli sekiz yaşında kadın hasta 20 gündür olan sağ kolda ve bacakta istem dışı hareketler yakınmasıyla başvurdu. Özgeçmişinde diyabet, hipertansiyon ve kalp yetmezliği mevcuttu. Hastanın 15 gün önce acil servise başvurduğu, bu başvuruda hiperglisemi nedeniyle takip edildiği ve kan şekeri regülasyonu sağlandığı öğrenildi. Fizik muayenede bilinç açık, oryantasyon ve kooperasyonu tamdı. Motor muayenesinde kas gücü defisiti saptanmadı. Sağ üst ve alt ekstremitede koreiform karakterde istemsiz hareketler izlendi. Laboratuvar incelemesinde kan şekeri 279 mg/dl (15 gün önce 685 mg/dl), Na 148 mEq/L, serum osmolaritesi 285 mOsm/kg, venöz kan gazında pH 7.36, idrarda keton negatif saptandı. Hastanın yapılan diğer biyokimya, hemogram ve kan gazı tetkikleri normal aralıkta izlendi. Kraniyal bilgisayarlı tomografi (BT) ve difüzyon ağırlıklı manyetik rezonans görüntüleme (MRG) normaldi. Konvansiyonel MRG görüntülemede sol lentiform nükleusta hiperintens görünüm izlendi. Klinik, radyolojik ve laboratuvar tetkikleri sonucu hastanın mevcut durumu non-ketotik hiperglisemiye bağlı hemikore olarak değerlendirildi. Hastaya klonazepam tedavisi başlandı ve kan şekeri regülasyonu sağlandı. Hastanın mevcut semptomlarında azalma olduğu öğrenildi. Ani başlayan hareket bozukluklarında serebrovasküler ve dejeneratif hastalıklar yanı sıra hiperglisemi gibi metabolik sebeplerin de göz önünde bulundurulması önemlidir.

EP - 612 TANISI GECİKMİŞ HANDL SENDROMU: OLGU SUNUMU

SERKAN KIRBAŞ

ÖZEL MUSA GÜL HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ,KIRŞEHİR

Giriş :
HaNDL(**H**eadache **a**nd **N**eurologic **D**eficits with cerebrospinal fluid **L**ymphocytosis) sendromu, şiddetli baş ağrısına geçici nörolojik defisitlerin (hemiparezi, hemisensoriyel bozukluk ve/veya afazi) eşlik ettiği nadir görülen bir inme taklitçisidir. Burada serebral venöz tromboz ve psikiyatrik bozukluk düşünülerek tanı gecikmesine neden olan HaNDL sendromlu genç erişkin bir hasta sunulmaktadır.

Olgu:
Zaman zaman migren benzeri baş ağrıları tarif eden 36 yaşındaki bayan hasta baş ağrısı, bulantı ve kusma, vücudunun sağ yarısında uyuşma, konuşma bozukluğu ve sağ yüz yarısında çekilme şikayetiyle müracaat etti. Şikayetleri 1 gün önce gece aniden ortaya çıkmıştı. Gittiği ileri merkez acil serviste geçici iskemik atak ve/veya serebrovasküler hastalık düşünülerek Beyin BT, Diffüzyon MRG ve Beyin MR venografi çekildiği ve herhangi birşey bulunamayınca psikiyatriye yönlendirildiği bilgisi alındı. Ertesi gün benzer şikayetle tekrar aynı merkeze gittiği fakat sonuç alamayınca polikliniğimize başvurdu. Kliniğe yatırılan hastanın sorgusunda, ataklarının baş ağrısı ile başladığı, hemen sonrasında sağ bacağından başlayıp sağ koluna ve sağ yüz yarısına yayılan uyuşmanın olduğu, konuşmasının bozulduğu ve ağzında kayma olduğu bilgisi alındı. Sonunda bulantı-kusma eşlik ediyordu. Eşi ile görüşüldüğünde o esnada hafif bilinç değişikliğinin olduğu da öğrenildi. Nörolojik bulguları 20-30 dk sürmekteydi fakat uyuşmaları daha uzun sürebiliyordu. Hastanede yatışının 3.gününde benzer atak geçirdi ve BOS incelemesi yapıldı. Hafif protein artışına lenfositoz eşlik etmekteydi. HaNDL düşünülerek valproik asit (500mg/gün) başlandı ve 6 ay takip edildi. Hafif bir atağı dışında kontrol altındaydı.

Tartışma ve Sonuç:
HaNDL genellikle kendini sınırlayan nadir bir durumdur. Bu nedenle baş ağrısı ile birlikte geçici nörolojik defisiti olanlarda akla gelmeli ve komplike durumların önüne geçmek adına dikkatli olunmalıdır.

EP - 613 İSKEMİK İNME SONRASI AKUT GELİŞEN HEMİBALLİSMUS: OLGU SUNUMU

ÖMER ELÇİ [1], ESRA ÜNAL [1], OĞUZHAN TURHAN [1], ALİHAN ABDULLAH AKBAŞ [1], BEYZA NUR BOZKURT [1], YEŞİM GÜZEY ARAS [2]

[1] SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] SAKARYA ÜNİVERSİTESİ, NÖROLOJİ A.D.

Giriş:
Hemiballismus klinik pratikte nadir karşılaştığımız vücudun bir tarafında ortaya çıkan yüksek amplitüdlü düzensiz hareket bozukluğudur. Sıklıkla hareketlerin karşı tarafında subtalamik çekirdek bölgesinde bunun afferent ve efferent yollarında yapısal bir lezyonun veya metabolik fonksiyon bozukluğunun varlığını işaret eder. Yaşlı popülasyonda altta yatan neden genellikle vasküler olaylardır. Genç popülasyonda ise enfeksiyöz veya inflamatuar nedenler suçlanmaktadır. Bu yazıda iskemik inme öyküsü olan hastamızda akut gelişen yüksek amplitüdlü hemiballismus olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu:
66 yaş erkek hasta hemodiyaliz ihtiyacı nedeniyle nefroloji kliniğinde yatışı esnasında şuur bulanıklığı ve anlamsız konuşmaları olmuştu. Yapılan nörogörüntülemelerde sağ frontoparietalde parçalı akut diffüzyon kısıtlığı izlenmesi üzerine antiagregan tedavi başlandı. Hasta eksterne edildikten sonra ani başlayan sol kolda atımları olması üzerine acil servise başvurmuştu. Nörolojik muayenesinde sol kolda düzensiz yüksek amplitüdlü atımlar izlendi. Yapılan beyin bilgisayarlı tomografi(BT) incelemesinde sol lateral ventrikül anterior horn komşuluğunda hipodens alan izlendi. Ön planda hemiballismus düşünüldü. Haloperidol ve valproik asit tedavisinin 1. gününde hiperkinetik hareketlerde dramatik azalma görüldü.

Tartışma:
Akut serebrovasküler olaylara bağlı gelişen hemiballismus günler, haftalar sürebilir ancak genellikle geçicidir. Sıklıkla putamenin akut derin yerleşimli iskemilerinde görülür. Yapılan çalışmalarda patolojisinde dopaminerjik sistemin aşırı aktivasyonu olduğu görülmüş, bu nedenle nöroleptiklere iyi yanıt alındığı düşünülmektedir. Neostriyatumdaki dopamin depolarını boşaltarak etki gösteren farmakolojik ajanlardan tetrabenazin, rezerpin ve haloperidol genellikle tercih edilmektedir. Sonuç olarak akut hemiballizmin serebral vasküler lezyonlara sekonder oluşabileceği akılda tutulmalıdır.

EP - 614 LEVETİRASETAM TEDAVİSİNE CEVAP VEREN HOLMES TREMORU

GÖKHAN AYDOĞAN

MUĞLA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:

Holmes tremoru (HT), dinlenme, postüral ve hareket tremorlarının bir kombinasyonu ile karakterize edilir ve genellikle beyin sapı, talamus ve serebellumu içeren lezyonlardan kaynaklanır. HT, ağırlıklı olarak tek taraflı olan ve ataksi, bradikinezi ve oftalmopleji gibi diğer nörolojik belirtilerle ilişkilendirilebilen, düzensiz, yavaş frekanslı (<4,5 Hz) bir titremedir. Bu vakada radikülopati ameliyatından sonra gelişen ve Levetirasetam tedavisine cevap veren HT bildirildi.

62 yaşında erkek hastanın bilinen multiple myeloma ve astım hastalığı mevcut ve son 1 yıldır konuşmada zorlanma ve ellerde titreme şikâyeti ile propranolol başlanmış ancak fayda görmemiş. İlaç kullanım öyküsü olarak budenozid-formeterol, propranolol, essitalopram kullanmakta. Yapılan nörolojik muayenede sağ elde baskın olmak üzere her iki elde olan yavaş frekanslı ve düzensiz istirahat, pozisyonel ve kinetik tremor ayrıca dilde ve gövdede olan tremorları mevcut.Hastada ön planda Holmes tremoru düşünüldü ve ilk geliş muayenesinde Fahn-Tolasa-Marin(FTM) tremor ölçeklendirme skalasında dilde orta düzey tremor (2/4), seste orta düzey tremor (2/4), sağ ve sol üst ekstremite şiddetli tremor (4/4) izlendi (Tablo 1).Hastaya ilk olarak Levedopa-Benzaserid 125 mg 4x1 mg başlandı. 3 hafta sonra muayenede belirgin iyileşme gözlenmedi. Hastanın kontrol muayenesinde 4x 1,5 dozuna çıkıldı ve belirgin iyileşme gözlenmedi ve tedavi kademeli olarak kesildi ve Levetirasetam tedavisi 2x500 mg olarak başlandı ve 3 hafta sonra kontrol muayenesinde FTM tremor skalası dil ve ses tremoru 0/4, sağ ve sol üst ekstremite tremoru 1/4, gövde tremoru 1/4 seviyelerine kadar geriledi.

EP - 615 İKİ OLGU EŞLİĞİNDE SPORADİK CREUTZFELDT-JAKOB HASTALIĞI (SCJH) MRG BULGULARININ GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

MAHMUT TARI , ASLI AKÜN , CEYLA ATAÇ

SBÜ,İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ, İZMİR

Giriş:
Creutzfeldt-Jakob Hastalığı (CJH) beyinde yanlış katlanmış prion proteini Scrapienin (PrP^{Sc}) birikmesiyle karakterize progresif nörodejeneratif bir hastalıktır. CJHnın en sık görülen formu vakaların %85-90ında saptanan sporadik CJH (sCJH)dır.

Olgu 1:
71 yaşında erkek hasta, 1,5 ay önce başlayan uykusuzluk, unutkanlık, konuşma bozukluğu ve sıçrama yakınmaları ile başvurdu.Hastanın yer, zaman, kişi oryantasyonu bozuktu ve basit emirlere koopereydi. 1-2 kelimelik verbal çıktısı vardı. Derin tendon reflekslerinin dört yanlı artmış olduğu saptandı. Sol üst ekstremitede rijidite mevcuttu. Laboratuvar ve Beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemelerinde patolojik bulgu saptanmadı. Elektroensefalografi (EEG) tetkikinde yaygın hafif düzeyde yavaşlama görüldü.Serebral Diffüzyon Manyetik Rezonans Görüntülemede(MRG) bilateral kaudat başı ve putamende diffüzyon kısıtlılığı, frontal ve pariyetal kortikal hiperintensite izlendi.
Olgu 2:
61 yaşında kadın hasta, birkaç aydır olan konuşmada azalma, sağ yanda belirgin olmak üzere ekstremitelerde istemsiz hareketler ve yürümede bozulma şikayetleri ile başvurdu. Hastada yer,kişi ve zaman oryantasyon bozukluğu, gövde ataksisi, sağ el ve ayakta distoni, sağ üst ekstremitede belirgin bilateral üst ekstremitelerde rijidite mevcuttu. Sağda babinski kanıtı saptandı. Laboratuvar ve BOS incelemesinde patolojik bulgu saptanmadı.EEG'de sol hemisferde hafif yavaşlama görüldü.Diff MRG kesitlerinde sol kaudat nükleus ve putamen düzeyinde ve sol oksipital ve pariyetal bölgede kortikal hiperintesiteler izlendi.

Tartışma/Sonuç:
sCJHnin kesin tanısı beyinde patolojik prion protein birikiminin gösterilmesi ile konulmaktadır. MRG bulguları ensefalit, inme veyanon spesifik sinyal artışları şeklinde raporlanabilmektedir. Özellikle Diff MRG bulguları tanıda oldukça yol gösterici olmaktadır. Bu olgu sunumunda olası sCJH tanısı alan iki olgumuz eşliğinde sCJH'nın MRG bulguları gözden geçirilecektir.

EP - 616 ÖLDÜRÜCÜ GÜZELİK: BOTULİNUM TOKSİN UYGULAMASI SONRASI ENJEKSİYON YAPILMAYAN KASLARDA FOKAL GÜÇSÜZLÜK VE SİSTEMİK YAN ETKİLERİN GÖZLENDİĞİ İKİ VAKA

MEHMET AKİF BALCI , TUĞBA CANKAY , AHMET YILDIRIM , TEMEL TOMBUL

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ

Giriş:
Botulinum toksin tip A (BoNT-tip A), Clostridium Botulinum'un ürettiği bir nörotoksindir ve nöromüsküler kavşakta presinaptik uçta asetilkolin salınımının inhibisyonuyla pareziye yol açar. BoNT-tip A hareket bozukluklarında, otonom bozukluklarda ve kozmetik amaçlı kullanılabilmektedir. Yerel yan etkileri uygulanan bölgeye göre; komşu kaslarda geçici zaaf, disfaji, ağız göz kuruluğudur. Sistemik yan etkileriyse anjiyoödem, jeneralize güçsüzlük, disfaji, dispneyle seyreden iyatrojenik botulizm ve ölümdür. Bildirimizde botulinum toksini sonrası yerel ve sistemik yan etki gösteren 2 olgu sunulmaktadır.

Olgu 1
Bilinen hastalığı olmayan 53 yaş kadın hasta kozmetik amaçlı boyun bölgesine botulinum toksini uygulanmasından 10 gün sonra yutma güçlüğüyle acile başvurdu. Muayenesinde bilateral sternokleidomastoid 4/5 gücündeydi, gag refleksi zayıftı. EMG'sinde duyusal ve motor sinir ileti yanıtları normal sınırlardaydı. 3Hz ardışık uyarımla sol trapeziusta %8'e varan dekrement yanıt mevcuttu. Diğer kaslarda yüksek frekanslı uyarımla jeneralize botulismusu düşündürecek inkrement görülmedi. Botulinum toksinine bağlı enjeksiyonun yapıldığı komşu kaslarda yerel yan etki düşünüldü.

Olgu 2
Bilinen hastalığı olmayan 25 yaş kadın hasta ellerde ve ayaklarda aşırı terleme nedeniyle yaptırdığı botulinum toksininden sonra 1 haftalık baş dönmesi, 2 günlük nefes darlığı, yutma güçlüğü ve konuşmada zorlanmayla acile başvurdu. Muayenesinde üst ekstremite distal kasları 4/5 gücündeydi, masseter güçsüzlüğü mevcuttu, gag refleksi zayıftı. EMG'sinde duyusal ve motor sinir ileti yanıtları normal sınırlardaydı. ADM kası kayıtlı ulnar sinir 3Hz ardışık uyarımla %13'e varan dekrement yanıt alındı. Yüksek frekanslı uyarımla diğer kaslarda inkrement görülmedi. Botulinum toksinine bağlı sistemik yan etki düşünüldü.

Sonuç:
Botulinum toksini son zamanlarda kozmetik işlemlerde sıkça kullanılmaktadır. Yan etkiler yaşamsal tehdit oluşturabilmektedir. Botulinum toksin uygulanan hastalarda jeneralize kas güçsüzlüğü, yutma güçlüğü, nefes darlığı görülmesi halinde botulizm açısından hastanın değerlendirme, takip ve yönetimi önemlidir.

EP - 617 ATİPİK MİLLER FİSHER SENDROMU OLGU SUNUMU

ECE MERTOĞLU , ADEM BOZTEPE , MEHMET YALMAN , AYGÜL TANTİK PAK , MÜNEVVER ÇELİK GÖKYİĞİT

SBÜ GAZİOSMANPAŞA EĞ ARŞ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Kliniğimizde yatırılarak Miller Fisher Sendromu (MFS) düşünülen olgumuzun sık rastlanmayan özellikleri nedeni ile sunulmasını amaçladık.

Olgu Sunumu:
63 yaşında erkek hasta üç gündür her iki el parmaklarında uyuşukluk, dengesizlik, baş dönmesi şikayetleriyle başvurdu. Hipertansiyon ve diyabeti mevcuttu. İki hafta önce üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü vardı. Muayenesinde nazone konuşma, göz hareketleri 4 yönde sınırlı, sol gözde pitoz, gag refleksi azalmıştı. Her iki el parmaklarında hipoestezi mevcuttu. DTR'ler alınamıyordu. Serebellar testler bilateral beceriksizdi. Ataksi nedeni ile hasta yürütülemedi. Oftalmopleji, arefleksi, ataksi bulgularıyla MFS, Bickerstaff ensefaliti, beyin sapı tutulumu, ensefalomyelit, Myastenia Gravis ayırıcı tanıları düşünüldü.
LP BOS sonucu albüminositolojik dissosiasyon görüldü. EMG'de alt ve üst ekstremitede başlıca duysal aksonları etkileyen polinöropati sendromu düşünüldü. Bu özellikler MFS tanısını desteklediği için IVIG tedavisi uygulandı.
Kranial MR'da atrofi ve küçük damar hastalığı dışında patoloji saptanmadı. Myastenia Gravis ayırıcı tanısıyla hastaya buz testi uygulandı, düzelme olmadı, asetilkolin reseptör antikoru negatifti. Paraneoplastik, otoimmun panel, NMO, Anti-MOG, Anti gq-1B antikoru negatif sonuçlandı.
İVİG uygulandıktan sonra 3. Haftada hastanın bulguları ve yutma güçlüğü halen devam ettiği için İVİG tekrarlandı. Takiplerinde hasta ataksi ve yutma güçlüğü dahil olarak tam düzeldi.

Sonuç:
MFS oftalmoparezi, arefleksi, ataksi semptomlarıyla tanımlanmıştır. Ancak bu üç komponentin hepsinin birlikte görülmesi tanı için şart değildir. Diğer taraftan bu üç majör bulguya ek olarak literatürde orofaringeal kaslarda ve ekstremitelerde güçsüzlük olan olgular da yazılmıştır. Bizim olgumuz oftalmopleji, arefleksi, ataksi ile birlikte orofaringeal güçsüzlüğü de olmasıyla sunulmaya değer bulunmuştur.

EP - 618 BOTULİNUM TOKSİN UYGULAMASI SONRASINDA GELİŞEN DİPLOPİ KOMPLİKASYONUNUN KLİNİK SEYRİ

NİLGÜN ERTEN

İSTANBUL FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Botulinum toksin tip A, nöromüsküler bileşkede presinaptik sinir ucundan asetilkolin salınımı ve kolinerjik iletimi inhibe ederek kasta gevşek paraliziye yol açan güçlü bir biyolojik toksindir. Hemifasiyal spazm, esansiyel blefarospazm, servikal distoni, task spesifik distoni ve erişkinde inme sonrası gelişen spastisite gibi nöroloji hastalıklarda kullanımının yanında günümüzde kozmetik amaçlı da yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu da komplikasyonlarla daha sık karşılaşılabileceği anlamına gelmektedir.

Olgu:
Altmış bir yaşında erkek hasta; bir yıl önce geçirdiği sağ periferik fasiyal paralizi sekeli olarak gelişmiş, klonik hemifasiyal spazm tanısıyla kliniğimize başvurdu. Hastanın muayenesinde sağ gözünü tam sıkıyordu, sağ nasolabiyal oluğu sislikti. Karbamazepin tedavisinden fayda görmeyen hastaya 27.04.2023 tarihinde; sağ orbikülaris oküli kasının üst ve alt göz kapağı medialine 2,5-2,5 ünite, lateraline üst ve alt 5-5 ünite, risorius kasına 2,5 ünite, zigomatik majus ve minüs kaslarına 2,5-2,5 ünite, sağ mentalis kasına 2,5 ünite, sol mentalis kasına 1,25 ünite Botulinum toksin tip A uygulandı. Uygulanan tedavinin yaklaşık yirminci gününde başka bir hastanenin acil servisine çift görme şikayeti ile başvurmuş. Orada kendisine Difüzyon kraniyal MR ve Kraniyal BT çektirilmiş. Herhangi bir patoloji görülmemesi ve Botulinum toksin uygulamasının bilinmemesi nedeniyle, ileri tetkik için yatış önerilmiş. Hasta kabul etmeyerek tekrar kliniğimize başvurdu. Hastanın 20.05.2023 tarihinde yapılan muayenesinde sağ nazolabiyal oluğu silikti, Ekstraoküler kas muayenesinde solda hafif dışa bakış kısıtlılığı vardı. Yutma güçlüğü ve nefes almakta güçlük yaşamamıştı. Diğer nörolojik muayene bulguları normaldi. Hastanın şikayet ve bulgularının yapılmış olan Botulinum toksin uygulamasına bağlı olduğu düşünüldü. Hastanın 23 Haziran 2023 tarihindeki kontrolünde çift görmesi düzelmişti.

Tartışma:
Botulinum toksin uygulamasında yan etkiler genellikle toksinin diffüzyonu nedeniyle uygulama alanı komşuluğunda lokal güçsüzlük şeklinde olmaktadır. Bu yan etkilerin geçici olduğu ve tedavi gerekmeksizin tamamen geçeceği konusunda hastaların bilgilendirilmesi gerekmektedir.

EP - 620 FASİYAL DİPLEJİ İLE GİDEN BİR GUILLAIN-BARRE SENDROMU VARYANTI

SEDA NUR ÇALAR , ZEYNEP SUNA , İBRAHİM ÖZTURA

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

Giriş:
El ve ayak parmaklarında uyuşma şikayetiyle acil servise başvuran, takiplerinde bilateral fasiyal dipleji gelişen bir olgu sunulacaktır.

Olgu:
40 yaşında erkek, vitiligo, kronik hepatit C ve 12 yaşındayken trafik kazası öyküsü mevcut. Kullandığı ilaç yok. Covid19 enfeksiyonu geçirdikten 1 ay sonra el ve ayak parmaklarında uyuşma şikayetiyle acil servisimize başvuruyor.
Nörolojik muayenesinde fasiyal asimetri yok, sol üst ekstremitede pronator drift, el ve ayaklarda dizestesi, taban cildi refleksi bilateral ilgisiz, derin tendon refleksi 4 yanlı canlı olarak saptandı.
Bihemisferik, sol frontal bölgede ağırlıklı ensefalomalazik alan dışında Kontrastsız Beyin BT 'si ve Spinal MRG'si normal sınırlardaydı. Kan tetkikleri ve romatolojik testlerinde patoloji saptanmadı. Şikayetlerinin başlamasının 3. gününde EMG'sinde bulgular akut demiyelinizan polinöropatiyle uyumlu saptandı. Servis takiplerinde sol fasiyal paralizi gelişti. Sol üst ekstremitede erken düşme, bilateral el parmaklarında 2. falanksa kadar hipoestezi, alt ekstremite kas gücü bilateral 4/5, bilateral ayaklarda metatarsallere kadar hipoestezi, derin tendon refleksi 4 yanlı canlı, ekstremite distallerinde vibrasyon azalmış, taban cildi refleksi bilateral fleksör saptanan hastaya LP yapıldı ve BOS proteini 163.5 mg/dl (15-40) olarak saptandı. BOS sitosantrifüjünde hücre görülmedi.
Plazmaferez tedavisine başlandı. Tedavi sırasında sol fasiyal paralizisine sağ fasiyal paralizi eklendi. 7 kür plazmaferez tedavisinden fayda gören hastanın diplejisi düzeldi.

Tartışma:
Guillain- Barré Sendromu(GBS) akut gelişen, sıklıkla hızlı progresif, asendan, simetrik güçsüzlük ve arefleksiyle giden inflamatuar bir polinöropatidir. Fasiyal dipleji, ekstremitelerde paresteziyle seyreden hastalar GBS varyantı fasiyal dipleji ve parestezi(FPD) olarak sınıflanır.

Sonuç:
Bu olgu motor kayıbın az olması, fasiyal dipleji, reflekslerde artış ve paresteziyle seyretmesi nedeniyle tanısal zorluğa yol açması açısından sunulmaya değer görülmüştür.

EP - 621 MULTİPLE SKLEROZUN OTOİMMUN HASTALIKLARLA BİRLİKTELİĞİ

DENİZ TÖREN , ELİF BANU SÖKER , YUSUF TAMAM

SAĞLIK BAKANLIĞI ÜNİVERİSTESİ ADANA ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:

Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA), proinflamatuar, doğuştan gelen bağışıklık sistemi fonksiyon bozukluğuyla birlikte OR, monogenik, sistemik inflamatuar hastalıktır. AAA ve Multiple Skleroz (MS) ataklarla seyreder, ikisinde olan interlökin 1ß ilişkisi AAA'lılarda MS gibi otoinflamatuar hastalıkların tanısının konulmasında gecikmelere sebep olabildiği gibi tedavisinde ikisinede fayda sağlayabilecek ilaçların mümkün olduğu düşünülmektedir. Çölyak hastalığı (ÇH), ince bağırsak lezyonları ve malabsorbsiyonla sonuçlanan, otoimmün glutene duyarlı enteropatidir, metaanalizler MSlilerde ÇH olasılığının yüksek olmadığını göstermektedir.

Olgu:

AAA ve ÇH tedavisi gören 25 yaşında kadın hastada 3 aydır artan baş dönmesi bulantı şikayetlerine çift görme, konuşmada yavaşlama ve sağ vücut yarısında uyuşmasının eşlik etmesiyle acil servisten yatırıldı. Özgeçmişinde astım ve sağ dizden septik artrit nedeniyle operasyonu bulunmaktaydı. Nörolojik muayenede göz hareketleri serbest, sağ göz 1, sol göz 3 metreden parmak sayıyor, sağ üst ve alt ekstremite +4/5 kas gücünde, DTR'ler hiperaktif, ataksik, desteksiz yürüyemiyordu. Serebral, servikal ve torakal MR görüntülemerinde demiyelinizan özellikte plaklar saptandı. Vaskülitik ve enfektif markerları normaldi. LP'de BOS'ta oligoklonal bant (+) saptandı. Anti-MOG IgG ve Anti-NMO IgG negatifti. VEP'te iki gözde P100 latansı gecikmişti. 10 gün pulse prednol ve 7 seans aferez tedavisi verildi. Son muayanesinde çift görmesi düzelen hastanın her iki gözde görme keskinliği, kas güçleri tam olup desteksiz yüreyebiliyordu. MS tanısı alarak dimetil fumarat başlandı.

Sonuç:

Vakamızda AAA ve ÇH ile birlikte görülen SSS demiyelizan hastalığı, klasik RRMS için tipik nörogörüntüleme özelliklerini ve BOS bulguları sergiledi. AAA'da psödotümör serebri, optik nörit ve nöbet gibi nörolojik semptomlarla birlikteliği görülebilir. AAA'da SSS bulguları saptandığında MS mutlaka düşünülmelidir, ancak bu hastaların optimal tedavisi hala belirsizdir.

EP - 622 NÖROLOJİ POLİKLİNİK TAKİBİ OLMAYAN BENİGN MS OLGUSU

YAŞAR ALTUN , SADİYE ŞENER ÇALIŞKAN

ADIYAMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ. ADIYAMAN

Olgu:
56 yaşında erkek hasta, medikal depo çalışanı. Yaklaşık 33 yıl önce dış merkezde MS hastası almış. Herhangi bir MS polikliniğinden takipli değil. 1993 yılında sağ periferik fasiyal paralizi geçirmiş. 10 gün oral steroid tedavisi sonrası tama yakın düzelmiş. Periferik fasiyal paralizi geçirdikten 2-3 ay sonrasında sağ hemihipoestezi, konuşma ve yürüme bozukluğu nedeniyle Ankara'da nöroloji polikliniğine başvurmuş. MS tanısı konulmuş ve tedavi başlanmamış. Sonrasında yılda 3-5 kez olan 2-3 saat sürüp geçen sağ vücut yarısında uyuşma ve dengesizliği şikayetleri olmuş. Hasta bu şikayetlerinin sıcak zamanlarda ve stresli olduğu anlarda olduğunu fark etmiş. Ocak 2005'te sağ vücut yarısında uyuşma ve dengesizliği ve yürüme bozukluğu olmuş fakat istirahat ve serin yerde dinlenmekle geçmiş. Sonrasında bu şikayetler 2-3 gün kadar sürmüş. Bu şikayetlerinin geçmemesi ve de hareketlerde kısıtlama, yürüme, denge ve konuşma bozukluğu olması üzerine Adana'da nöroloji polikliniğine başvurmuş. Şikayetleri 1 hafta sürmüş. Tedavi verilmemiş. LP yapılmış. NM: Sağ ve sol gözde temporal solukluk ve uç bakışlarda nistagmus dışında diğer kraniyal sinir muayenesi doğal bulunmuş. Kas Gücü; sağ üst ekstremitede 4/5, sağ alt ve sol üst-alt ekstremitede 5/5 tespit edilmiş. Sağda babinski (+). DTR artmış. Vibrasyonda alt ekstremitede uzama tespit edilmiş. Spastik yürüyüş mevcutmuş. VEP solda 10 ms gecikmiş. SEP'te bilateral alt ekstremitede uzama tespit edilmiş. LP'de BOS proteini artmış ve hücre tespit edilmemiş. OKB sonucu yok. Beyin MRG raporu: Sağ serebellar pedinkülde ve sol serebellar hemisferde bilateral frontopariyetal PV beyaz cevherde, sağ temporal beyaz cevherde ve kapsüla internada, korpus kallozum genu ve spleniumda en büyüğü yaklaşık 1 cm çapta fokal lezyonlar tespit edilmiş. Görüntülere ulaşılamadı. Servikal MRG raporu: C3 vertebra posteriorda 1 vertebra korpus boyunda Gd (+) olan MS plağı tespit edilmiş. 2005-2021 yılları arasında herhangi bir şikayeti olmamış ve doktora gitmemiş. Mayıs 2021'de sol periferik fasiyal paralizi nedeniyle Adıyaman'da nöroloji polikliniğimize başvurmuş. Beyin ve Servikal MRG çekilmiş. Sonucunda; KBB polikliniğine yönlendirilmiş. KBB tarafından normal değerlendirilmiş. 1 ay oral steroid tedavisi sonrası tamamen düzelmiş. Eylül 2022 tarihinde 1 haftadır olan sol gözde bulanıklık, sol yüz yarısında uyuşma şikayetleriyle tarafımıza başvurmuş. NM: Sağ yüz yarısını da içine alan hemihipoestezi. Göz dibi doğal (retrobulber nevrik düşünüldü). TCR: Bilateral fleksör. DTR'ler normoaktif. Motor kayıp tespit edilmedi. Beyin, Servikal, Orbita MRG çekildi ve LP yapıldı. LP: BOS'ta protein 50, glukoz 60, simültane KŞ 110, albümin 27, hücre: 120 eritrosit ve 10 lökosit tespit edildi. BOS IgG Index: 0,83. OKB: Tip 2 + (9 bant). VEP: 99/100 ms. Enfeksiyon hastalıkları Tbc ekartasyonu önerdi. ARB (-), TORC grubu tetkikleri (-) tespit edildi. VZV Ig G (+), Ig M (-). Tr pallidum (-). VDRL (-). BOS kültüründe üreme yok. ARB negatif. Sonuçlar klinik olmadığından enfeksiyon hastalıkları uzmanı tarafından anlamlı görülmedi.
Sonuç: MS hastalarının çoğu klinik olarak relaps ve remisyonlar ile başvurur. Birkaç yıl sonra, bu hastaların çoğunda sekel gelişir. Bununla birlikte, PPMS ve SPMS'li hastalardan farklı olarak, ilk klinik ataktan 10 yıl sonra çok az hastalık ilerlemesi ve minimum düzeyde dizabilite gösteren veya hiç göstermeyen bir hasta alt grubu vardır. Buna Benign MS diyoruz. Benign MS formunun gerçek varlığı tartışmalı bir konudur ve kesin tanımı zamanla değişebilir. Bugüne kadar, konuyla ilgili resmi bir fikir birliği yoktur. Benign MS tanılı son 50 yılda yapılan 31 makale incelenmiş. 8 çalışma çelişkili sonuçlar vermiştir. Literatürde, tahmini Benign MS sıklığı %6-73,9 arasında değişmektedir. Bazı çalışmalara göre 10 yıllık izlemden sonra Benign MS'li hastaların % 50'sinin artık Benign MS'den SPMS'e düştüğü bulunmuştur. Bizim hastamızda herhangi bir motor fonksiyon kaybı izlenmedi.
Non-Motor semptomlar arasında, kognitif bozukluk giderek MSin bir belirtisi olarak kabul edilmektedir ve hastalığın seyrinde nispeten erken ortaya çıkabilir, hastaların %40-65inin yaşam kalitelerini etkiler. Bu güne kadar sadece 2 çalışmada Benign MS hastalarının RRMS hastalarıyla karşılaştırıldığında daha yüksek bilişsel bozulma gösterdiği gözlemlenmiştir. Hastamızda SMMTS: 28/30 normal sınırlarda tespit edilerek herhangi bir kognitif fonksiyon kaybı izlenmedi.
Sonuç olarak, Benign MSnin gerçek sıklığını belirlemedeki büyük değişkenlik, ağırlıklı olarak, çalışma tasarımlarının çokluğunu ve kavramsal bir fikir birliğinin yokluğunu yansıtır.

EP - 623 NADİR BİR HASTALIK OLARAK MULTİSİSTEM ATROFİ VE İKİ VAKA ÖRNEĞİ

RÜMEYSA KAHRAMAN , SENA AYŞE EMRE , FEYZULLAH YADİ , MERVE TÜRKKOL , ÖZLEM TOTUK

ŞEHİT PROF. DR. İLHAN VARANK SANCAKTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Multisistem atrofi (MSA) insidansı toplumda yılda 0,6/100.000 olarak görülen, progresif seyirli, santral sinir sistemi ile birlikte otonom sinir sistemini de etkileyen, Parkinson plus olarak bilinen nörodejeneratif bozukluklar ailesinden bir hastalıktır. Alfa-sinüklein içeren glial sitoplazmik inklüzyon cisimleri ile karakterize bir hastalık olup 50'li yaşlarda ortaya çıkar ve 5-10 yıl içerinde hızla ilerleme gösterir. Ortaya çıkan semptomların baskın kliniğine göre iki farklı alt tipe ayrılmıştır: 1) Parkinson tipi MSA (MSA-P), Parkinson hastalığına benzer birincil semptomların (bradikinezi, rigidite ve tremor gibi) yanı sıra denge, koordinasyon ve otonom sinir sistemi işlev bozukluğu (idrar inkontinansı, ortostatik hipotansiyon, terleme anormallikleri gibi) sorunlarına sahiptir. 2) Serebellar tip MSA (MSA-C), denge ve koordinasyon sorunları (ataksi), yutma güçlüğü, konuşma sorunları ve anormal göz hareketleriyle ilişkilidir. Otonom ve üriner disfonksiyon-parkinsonizm-kortikospinal trakt ve serebellar disfonksiyonun bir arada bulunduğu Multisistem atrofi tanısını kuvvetlendiren ve tanı koyarken bizi uyaracak pek çok klinik bulgu bulunmaktadır. Bunlar tekrarlayan düşme ataklarıyla birlikte erken instabilite, hızlı progresyon, anormal postür, bulber disfonksiyon, respiratuar disfonksiyon, emosyonel inkontinans (anlamsız ağlama ve gülme) ana özellikrinden ikisinin olmasına ek olarak dopaminerjik tedaviye yanıtsızlık, serebellar bulgular, otonomik bulgular, jerk tremor – miyoklonustur. MSA tanısı için %98,3 spesifik, %82,4 sensitif olduğu belirtilmiştir
Biz de bu nadir vaka grubundan iki hastamızı sizlere sunmak üzere bu posteri oluşturduk.

Olgu 1:
Bilinen hastalığı olmayan 55 yaş sağ el dominant inşaat işçisi erkek hasta, 3 yıldır inşaat işiyle uğraşırken başlayan ve sonrasında da günlük aktivitelerinde de farkettiği titremelerinin olduğunu, zamanla titremelerinin sıklaştığını, yürürken sağa sola dengesizlik, son 4 aydır ise sıvı gıdaları yutarken güçlük çekmeye ve konuşmasında boğukluk olmaya başladığını ifade etmekte. Bazen idrar kaçırmalarının olduğunu ve sık sık ayağa kalkarken olan baş dönmelerinin kendisini rahatsız ettiğini belirtmektedir. Yapılan nörolojik muayenede serebellar dizartri, dısmetrı ve dısdıadokınezı, taraf vermeyen trunkal ataksı mevcut. Torakal abdominal BT, tümör markerları, paraneoplastik-otoimmün ensefalit panelleri, EEg yapılmış olup, patoloji saptanmadı. Kranial MR'da serebellumda ve bilateral serebellar pedinküllerde atrofi, bazal ganglionlarda paramanyetik madde birikimi, pons'ta "hot cross bun sign" izlendi. Hastaya MSA-C tanısı koyuldu.
Olgu 2:
Bilinen HT olan 62 yaş sağ el dominant 15 yıl eğitim almış subay emeklisi erkek hasta. 5 yıl önce başlayan REM uyku davranış bozukluğu (RUDB), 3 yıldır denge ve konuşma bozukluğu, son 6 aydır arkadaşlarının ismini hatırlamakta güçlük çektiğini, son zamanlarda idrar kaçırma, tam boşaltamama, kronik konstipasyon şikayetlerinin geliştiğini ifade belirtmekte . Nörolojik muayenede hipofonik, yavaşlamış, serebellar dizartrik konuşma, istirahatte sağ elde hafif bir tremor, iki yanlı rigidite ve bardikinezi, yürüyüş ataksik, desteksiz oturur, desteksiz kısa mesafe yürür, adım genişliği normal, fastinasyon mevcut. Ortostatik hipotansiyon, urge inkontinans mevcut. Kranial MR da pons'ta "hot cross bun sign", putmainal rim sign mevcut. Hastaya MSA-P tanısı koyuldu.

Tartışma:
Parkinson plus tablosu içinde yer alan MSA klinik ve görüntüleme ipuçlarıyla diğer tablolardan ayırt edilebilmektedir. Vakalarımızda hızlı progresyon,otonom bulgular, bulber ve serebellar disfonksiyon tanımızı koymamızda bizlere yardımcı olmuştur.
Günümüzde MSAnın ilerlemesini durduracak veya yavaşlatacak bir tedavi olmaması nedenli hastalığın erken evrede keşfedilmesi, hastaların hayat kalitesinin arttırılmasına yönelik önlemlerin erken alınması konusunda hastalara oldukça faydalı olacağına inanmaktayız. Semptomlarla baş etmelerine yardımcı olacak tedavilerin varlığı ve bir molekül olarak Levodopa motor fonksiyonun iyileşmesine yardımcı olmaktadır fakat faydaları genellikle kısa ömürlü olarak değerlendirilmektedir.

EP - 624 HEMİKORE-BALLİSMUS BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU

SERKAN KIRBAŞ

ÖZEL MUSA GÜL HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ,KIRŞEHİR

Giriş:
Kore hızlı, aritmik, genellikle ekstremite distalini tutan, küçük amplitüdlü, amaçsız, sıçrayıcı nitelikte istemsiz hareketlerdir. Bu istemsiz hareketler ekstremitelerin proksimalini içeriyor, amplitüdü büyük, şiddetli ve atıcı tarzda görülüyorsa ballism olarak adlandırılır. Burada sağ extremitede aynı anda ortaya çıktığı düşünülen hemikore-ballismus tarzı hareket bozukluğunun görüldüğü erişkin bir hasta sunulmaktadır.

Olgu:
Özgeçmişinde herhangibir özellik bulunmayan 50 yaşındaki bayan hasta dilinde, sağ kol ve bacağında, istemsiz ve sıçrayıcı hareket bozukluğu ile müracaat etti. Şikayetlerinin yaklaşık 3 yıldır olduğu öğrenildi. Nörolojik muayenede, konuşma esnasında dilinde, sağ kol ve bacak distalinde, koreik hareket bozukluğu dikkati çekiyordu. Hasta yürütüldüğünde ise sağ taraf distaldeki koreik hareketlerde artma ve aynı zamanda extremite proksimallerinde ballizme uyan anormal hareketlerin ortaya çıktığı görüldü.Tüm taraflarda DTR'ler normoaktifti, patolojik refleks tespit edilmedi. Rutin tetkikleri vitamin B12 (165 pg/ml) düşüklüğü dışında normaldi. Elektrofizyolojik incelemesi normaldi. Beyin MRG' de solda lentiform nükleus arka üst kesiminde ve lateral ventrikül caudat nücleus sınırında kronik kistik lakunar infarktlara rastlanıldı.Ortaya çıkan bu klinik tablo sekonder nedenlere (vitamin B12 eksikliği ve serebral infarkt) bağlı sağ taraf hemikore-ballismus hareket bozukluğu olarak değerlendirildi. Tedavi olarak antiagregan (Asetilsalisilik asit 300 mg/gün) ve vitamin B12 replasmanı başlandı. 1 ay sonraki değerlendirmede belirgin düzelme görülmeyince haloperidol damla eklendi. Kontrolde sağ taraftaki kore-ballismus azalmakla beraber halen devam ediyordu. Üç ay sonunda valproik asit (500-1000mg/gün) tedaviye eklendi. Yaklaşık 5 ay sonraki değerlendirmede sağ taraftaki hareket bozukluğu tama yakın kontrol altındaydı.

Tartışma Ve Sonuç:
Kore-ballismus birlikteliği nadirdir. Bu tür hareket bozuklukları ile karşılaşıldığında hızlı bir şekilde etiyolojik inceleme yapılmalı ve sekonder vakaların tespitinde derhal tedaviye başlanılmalıdır.

EP - 625 TOLOSA HUNT SENDROMU BULGULARI İLE PREZENTE OLAN NADİR BİR OLGU: OFTALMİK ZONA

AYŞE KRİSTİNA POLAT [1], LEVENT AVCI [1], MURAT ALEMDAR [2], TÜRKAN ACAR [2]

[1] *SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ*
[2] *SAKARYA ÜNİVERSİTESİ, NÖROLOJİ AD*

Giriş:
Oftalmik zona, trigeminal sinir tutulumunun sıklıkla görüldüğü ve varicella zoster virüsünün reaktivasyonuyla ortaya çıkan bir hastalıktır. Dermatom dağılımına bağlı olarak 3, 5 ve 6. kranial sinir tutulumu yapabilir ve Tolosa Hunt Sendromu (THS) dahil ağrılı oftalmoplejilerin sebeplerinden biridir. Oftalmik zona, THS kliniği ile prezente olabilen çok daha nadir bir ağrılı oftalmopleji olması sebebiyle bu vakanın sunulması amaçlanmıştır. OLGU: 74 yaş erkek hasta sol gözünde ağrılı oftalmopleji, sol göz kapağı pitozu, sol orbital hipoestezi ve sol göz kapağı hiperemi şikayeti ile başvurmuş ve THS ön tanısı ile interne edilmiştir. İleri tetkikler ile oftalmik zona tanısı konmuştur.

Tartışma ve Sonuç:
Oftalmik zona, doğru tanı ve tedavi ile yönetilmediğinde ciddi oküler morbidite gösterebilen, yaygın ve potansiyel olarak yıkıcı bir hastalıktır. Bu hastalığın, THS kliniği ile prezente olduğu ve ilerleyen süreçte tipik dermatolojik bulguların ortaya çıktığı görülmektedir. Bu sebeple doğru THS kliniği ile başvuran her hastada ayrıntılı bir etyolojik inceleme yapılmalıdır.

EP - 626 ANOREKSİYA NERVOZA TANILI BİR HASTADA PROGRESİF TÜBERKÜLOZ MENENJİT OLGU SUNUMU

NESİHE BASA , AHMET ADIGÜZEL , FATMA EBRU ALGÜL

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI

Giriş:
Anoreksiya nervoza en yüksek ölüm oranına sahip nöropsikiyatrik bir hastalıktır ve ilerleyen süreçte multiorgan tutulumu ile birlikte immün sistem baskılanmaktadır. Tüberküloz menenjiti genellikle immün sistemi baskılanmış olanlarda (en sık HIV +) hastalarda görülmektedir, tüberkülozun en ölümcül ve sakatlayıcı formudur. MSS'de oluşan tüberkülomlar yerine göre lokal kitle etkisi yaratabilir, ventriküllere bası yaparak baş ağrısı, kusma, bilinçte gerileme, fokal nörolojik belirtiler ve epileptik nöbetlere neden olabilir. Biz bu olgu sunumunda dirençli bir anoreksiya nervoza hastasında gelişen tüberküloz menenjiti ve takibinde meydana gelen komplikasyonları sunmayı amaçladık.

Olgu:
21 yaşında kadın hasta. 3-4 gündür bulantı ve baş ağrısı şikayeti olan, son gün halüsinasyon şikayeti eklenmesi üzerine tarafımıza başvuruldu. Hastanın bilinen epilepsi ve anoreksiya nervoza tanıları mevcuttu. Üç yıldır anoreksiya nervoza nedeniyle tedaviyi redetmekte. Vücut kitle indeksi 11'di. Yapılan nörolojik muayenede patolojik olan bulgular; yer ve zaman oryantasyonu bozuktu, her iki gözde hızlı fazı bakış yönüne bakan nistagmus ve bilateral dışa bakış kısıtlılığı mevcuttu. Alınan beyin bt'de hafif hidrosefalisi vardı. Yapılan lp'de protein 400, glukoz 10'du hücre görülmedi. Alınan kranial mr'da tüberküloz menenjiti lehine bulgular görülmesi üzerine tedavisi başlandı. Beslenme düşük kalorili başlanmasına rağmen refeeding sendromu gelişti.

Sonuç:
Hastanın beslenme yetersizliği ve düşük vücut kitle indeksi göz önüne alınarak düşük kalorili beslenme başlanmasına rağmen refeeding sendromu gelişmesi tüberküloz menenjitine bağlı bir intolerasyon olarak değerlendirildi. Başvurusunda BMI 11, KCFT yüksek olması ve EF'sinin düşük olması hipoksik organ yetmezliğinin geliştiğinin göstergeleriydi. Bu vakada anoreksiya nervoza hastasında sık da rastlanılmayacak şekilde ortaya çıkan tüberküloz menenjitli bir olguyu tartışmayı hedefledik.

EP - 627 CASPR-2 ANTİKOR POZİTİFLİĞİ İLE SEYREDEN OTOİMMÜN ENSEFALİT OLGUSU

NİLÜFER BÜYÜKKOYUNCU PEKEL , DEMET YILDIZ , ZEYNEL ABİDİN KARAKAŞ

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:
Son bir ay içinde gelişen anlamsız konuşma, kelime bulma güçlüğü, hayal görme, gece uykuda bağırma, gün içinde dalma ve unutkanlık şikayetleri ile başvura 38 yaşında erkek hastanın öyküsünde yeni tanı diyabet dışında özellik yoktu. Nörolojik muayenesinde; bilinci açık, yer-zaman-kişi oryantasyonu bozuktu. Ense sertliği ve kranial sinir tutulumu yoktu. Motor, duyu ve serebellar sistem muayenesi doğaldı. Acil serviste başvurusu sırasında ve servisimizdeki takibi boyunca kan şekerleri regüle seyretti. Ateş yüksekliği olmadı. Beyin BT'de akut patoloji saptanmadı. Difüzyon MR'da sol temporal lob medialinde ADC sekansında karşılığı olmayan şüpheli hiperintensite görüldü. İlk çekilen kontrastlı KMR'da patoloji görülmedi. Lomber ponksiyonda BOS'da hücre yoktu. BOS protein düzeyi:21 mg/dl, BOS kan şekeri:104 mg/dl'di. Serum viral ensefalit paneli ve otoimmün ensefalit paneli çalışıldı. Eeg'si normaldi. Dış merkezde çekilen eeg'de diken-dalga görüldü. Viral ensefalit?, otoimmün ensefalit?, hiperglisemiye bağlı metabolik ensefalopati?, madde kullanımı veya toksik maddelere maruz kalmaya bağlı ensefalopati?, post iktal konfüzyon?, konversiyon? psikotik bozukluk? ön tanıları ile takip edilen hastaya yatışı sırasında viral ensefalit şüphesi nedeniyle Asiklovir tedavisi başlandı. Hastanın öyküsünde madde kullanımı veya toksin maruziyeti yoktu. Konversiyon? sekonder kazanç? psikotik bozukluk? araştırmak amacıyla psikiyatri tarafından değerlendirilen hastanın halüsinasyonların içeriği psikoz ile uyumlu bulunmadı, konversiyon bozukluğu düşünülmedi. İkinci kontrastlı KMR'da sol temporal lob medial kısmında hafif kontrastlanma görüldü. Otoimmün ensefalit şüphesi ile pulse steroid tedavisi başlandı. Steroid tedavisi sonrası hastanın kliniğinde düzelme görüldü. Viral ensefalit panelinde patoloji saptanmaz iken; otoimmün ensefalit panelinde CASPR-2 antikor pozitifliği saptandı. Taburculuğundan bir ay sonra kontrole çağrılan hastanın kliniğinin tamamen düzeldiği görüldü. Kontrol KMR ve eeg de normaldi.

EP - 628 CAPTURE ÇALIŞMASI

MİCHEL LANTERİ-MİNET [1], CRİSTİNA TASSORELLİ [2], MESSOUD ASHİNA [3], PETER J. GOADSBY [5], ZAZA KATSARAVA [6], MANJİT MATHARU [7], MARİO PERES [8], RİCHARD J. STARK [9], JESSİCA AİLANİ [10], ELİZABETH LEROUX [11], LAURENT DELAHAYE [12], HUY HA [13], PATRİCİA POZO-ROSİCH [14]

[1] PAİN DEPARTMENT AND FHU INOVPAİN, CHU NİCE AND CÔTE AZUR UNİVERSİTY, NİCE, FRANCE
[2] HEADACHE SCİENCE CENTRE, C. MONDİNO FOUNDATİON AND UNİVERSİTY OF PAVİA, PAVİA, ITALY
[3] DEPARTMENT OF NEUROLOGY, DANİSH HEADACHE CENTER, COPENHAGEN UNİVERSİTY HOSPİTAL - RİGSHOSPİTALET, COPENHAGEN, DENMARK
[4] DEPARTMENT OF CLİNİCAL MEDİCİNE, UNİVERSİTY OF COPENHAGEN, COPENHAGEN, DENMARK
[5] KİNG'S COLLEGE HOSPİTAL, LONDON, ENGLAND, UK
[6] EVANGELİCAL HOSPİTAL UNNA, UNNA, GERMANY
[7] QUEEN SQUARE INSTİTUTE OF NEUROLOGY, LONDON, ENGLAND, UK; NORWEGİAN UNİVERSİTY OF SCİENCE AND TECHNOLOGY, TRONDHEİM, NORWAY
[8] UNİVERSİTY OF SãO PAULO, SãO PAULO, BRAZİL
[9] ALFRED HOSPİTAL AND MONASH UNİVERSİTY MELBOURNE, VIC, AUSTRALİA
[10] MEDSTAR, GEORGETOWN UNİVERSİTY HOSPİTAL, WASHİNGTON, DC, USA
[11] BRUNSWİCK MEDİCAL CENTER, MONTREAL, QC, CANADA[12] ABBVİE, RUNGİS, FRANCE
[13] ABBVİE, TORONTO, ONT, CANADA[14] HEADACHE UNİT, NEUROLOGY DEPARTMENT, VALL D'HEBRON UNİVERSİTY HOSPİTAL; HEADACHE AND NEUROLOGİCAL PAİN RESEARCH GROUP, VALL D'HEBRON INSTİTUTE OF RESEARCH, UNİVERSİTAT AUTONOMA DE BARCELONA, BARCELONA, SPAİN

Amaç:
Migrenin etkisini tanımlayan yeterli boylamsal kanıt mevcut değildir. Bu küresel çalışma migren tedavisi gören bireylerde baş ağrısı/migren sıklığı, engellilik oranı ve tedavilerinin 2 yıllık bir süre içinde nasıl değiştiğini değerlendirecektir.

Gereç ve Yöntem:
ContemporAry ProspecTive Understanding of Migraine Real-world Evidence Study (CAPTURE), migren tedavisi gören 18 yaşından büyük bireyleri içeren 2 yıllık bir küresel, gözlemsel, boylamsal, prospektif bir çalışmadır. Katılımcılar başlangıçtaki aylık baş ağrısı günlerine göre (MHD) 3 kohorta ayrılacaktır: 4-7 gün; 8-14 gün;> = 15 gün. Uygunluk kriterleri arasında, 30 günlük tarama döneminde baş ağrısı e-günlüğü verileriyle ileriye dönük olarak doğrulanan ve; ≥ 1 yıldır migren tanısı alan, migren başlangıcında ≤ 50 yaşında, ≥ 1 migren ilacı alan ve taramadan önceki 3 ay içinde ≥ 4 MHD öyküsü olan erkekler/kadınlar yer almaktadır.

Bulgular:
Hedeflenen örneklem büyüklüğü yaklaşık 2000dir (kohort 1:% 30 [n = 600]; kohortlar 2-3:% 35 [n = 700 her biri]). Hastalar yaklaşık Türkiye dahi 15 ülkeden ve 135 merkezden kaydedilecektir. Hasta alım periyodu 2023 başından ve 2025 sonuna kadar planlanmaktadır. Çalışma, klinik sonuçlar, hastalar tarafından bildirilen sonuçlar ve migren kohortlarındaki hastaların sayısındaki değişiklikleri toplayacaktır.

Sonuç:
CAPTURE çalışması, migren tedavisi gören bireylerde baş ağrısı/migren sıklığı, engellilik oranı ve tedavi kalıplarının daha iyi bir anlaşılmasını sağlayacak ve bu, türünün ilk küresel prospektif boylamsal çalışmalarından biri olacaktır.

EP - 629 HERPES ENSEFALİTİ VE MYOZİT: NADİR BİR BİRLİKTELİK

OKAN AKŞAHİN , MELİH Ş. DORU , AYLİN REYHANİ , SİBEL KARŞIDAĞ

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, SULTAN 2.ABDÜLHAMİD HAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Viral ensefalitlerin en sık etkeni olan HSV-1 yüksek morbidite ve mortalite nedenidir. İnfeksiyöz myozit; bakteriler, funguslar, parazitler ve virüslerle direk veya hematojen yolla, immün mekanizmalarla gelişebilmektedir. Rabdomyoliz gelişirse miyalji, güçsüzlük, kaslarda hassasiyet, CK düzeylerinde yükselme ve myoglobinüri gelişerek akut böbrek yetmezliğine neden olabilmektedir. Literatürde nadir bildirilen eş zamanlı Herpes ensefaliti ve myozit birlikteliği olan olgu sunulmuştur.

Olgu:
Yirmi dokuz yaşında erkek hasta, 3 gündür ateş, baş ağrısı, kas ağrısı, bilinç bulanıklığı ile başvurdu. Nörolojik muayenesinde bilinç bulanık, oryantasyon bozuktu. Rutin laboratuar tetkiklerinde serum CK 10187 U/L, LDH 443 U/L, AST 129 U/L yüksekti. Kraniyal MR görüntülemesinde sol temporalden frontopariyetal alana uzanan, kontrast tutmayan hiperintensite, EEG incelemesinde sol frontotemporalde, F7 elektrodunda faz karşılaşması yapan keskin dalgalar görüldü. BOS'ta pleositoz, PCR incelemesinde HSV-1 pozitif saptandı. Herpes ensefaliti tanısı koyulan hastada kas enzimlerinin yüksekliği nedeniyle bakılan spot idrarda myoglobulin (39,8 ng/mL) yüksekti. İğne EMG'sinde akut denervasyon saptanmazken, proksimal kaslarda seyrelme mevcuttu. Herpes ensefaliti ile birlikte akut myozit olarak kabul edildi. İntravenöz sıvı, asiklovir, AÇT, BUN ve kreatin takipleri ile 21 gün tedavi sonrası klinik ve laboratuar bulgularda tam düzelme saptandı.

Tartışma:
Herpes ensefaliti mortalitesi ve morbiditesi nedeniyle acil tedavi gereken nörolojik tablolardandır. İmmün yetmezliği olan kişilerde ensefalit ve myozit birlikteliği diğer etkenlerle nadiren bildirilmiştir. Myozit tablosu rabdomyolize neden olacak düzeyde ise akut böbrek yetmezliği açısından dikkat edilmesi gereken bir durumdur. Bu olgu, enfeksiyon gelişimini kolaylaştırabilecek risk faktörü olmamasına rağmen, HSV-1 enfeksiyonuna bağlı eş zamanlı ensefalit ve myozit gelişmesi ve bu birlikteliğin literatürde daha önce bildirilmemesi nedeniyle sunulmaya değer bulunmuştur.

EP - 630 SPİNAL DURAL ARTERİYOVENÖZ FİSTÜL VE TAKLİTÇİLERİ

RABİA KOÇ [1], FURKAN SARIDAŞ [1], ÖMER FARUK TURAN [1], BAHATTİN HAKYEMEZ [2]

[1] ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ AD
[2] ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ AD

Amaç:
Spinal dural arteriyovenöz fistül (SDAVF), etiyolojisi tam olarak anlaşılamayan nadir bir hastalıktır.Klinik tablo ve görüntüleme bulguları sıklıkla demiyelinizan veya dejeneratif omurga hastalıkları gibi diğer hastalıklarla karışabilmektedir. Burada dural arteriovenöz fistül saptanan ve endovasküler embolizasyon uygulan 2 hastamızı klinik, radyolojik ve tedavi sonuçları ile birlikte tartıştık.

Gereç ve Yöntem:
Olgular Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji polikliniğine başvuran ve ayırıcı tanı amacı ile nöroloji servisine yatırılan 2 hastayı içermektedir.

Bulgular:
Hastaların klinik başvuru semptomları, MR Angiyo ve DSA pre/post embolizasyon görüntüleri sunulmuş, ayırıcı tanıda benzer klinik bulgulara yol açan hastalıklar tartışılmıştır.

Sonuç:
Bu olgu serisi ile ile genellikle tanı koymada geçikilen bir tablo olan spinal dural arteriyovenöz fistülün klinik ve radyolojik bulguları (MR Angiyo ve DSA) , embolizasyonu sonrası görüntüleme bulguları tartışılmış ve bu nadir antiteye karşı farkındalığın artırılarak erken tanı koymanın önemini vurgulamak amaçlanmıştır.

EP - 631 MULTIPL SKLEROZ OLUŞUMUNDA BESLENME İLE İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİNİN BELİRLENMESİ

HATİCE GÜL TURAN [1], GÖZDE ARITICI ÇOLAK [1], ÖMER FARUK TURAN [2]

[1] ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ
[2] BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ

Amaç:
Multipl Skleroz (MS), merkezi sinir sisteminin kronik, otoimmün demiyelizan bir hastalığıdır. Yapılan çalışmalarda MS hastalığının oluşumunda genetik ve çevresel risk faktörleri arasında bir etkileşim olduğu belirlenmiştir. Çevresel risk faktörleri arasında beslenme de yer almaktadır. Bu çalışma ile MS hastalığı oluşumunda beslenme ile ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Eylül 2021- Mayıs 2021 tarihleri arasında yürütülen çalışmaya MS hastaları ve sağlıklı bireyler dahil edilmiştir. Tüm katılımcılara anket formu, besin tüketim sıklığı formu ve günlük besin tüketimi kaydı uygulanmıştır. Katılımcıların antropometrik ölçümleri alınmıştır ve günlük fiziksel aktivite kayıt formu uygulanmıştır.

Bulgular:
Besinlerin günlük tüketim miktarlarının MS hastalığı oluşum riski üzerindeki Çoklu Regresyon Analizi Tablo 1'de verilmiştir. Bireylerin besin tüketim sıklıkları incelendiğinde MS hastalığı oluşum riskinin beyaz ekmek (OR=1,01, p=0,002), ayçiçek yağı (OR=1,046, p=0,035), tereyağ (OR=1,05, p=0,045) ve turşu (OR=1,046, p=0,009) tüketimi ile arttığı belirlenmiştir.

Tablo 1. Besinlerin Multipl Skleroz Riski Üzerindeki Çoklu Regresyon Analizi

Besinler (gr)	B	SH	Wald	df	p	Odds Ratio	95% GA AL	95% GA ÜL
Süt	0,000	0,002	0,019	1	0,891	1,000	0,996	1,005
Kırmızı et	-0,010	0,005	4,873	1	**0,027**	**0,990**	0,981	0,999
Tavuk	0,002	0,007	0,101	1	0,751	1,002	0,988	1,017
Balık	-0,008	0,010	0,676	1	0,411	0,992	0,972	1,012
Yumurta	-0,005	0,008	0,336	1	0,562	0,996	0,980	1,011
Beyaz ekmek	0,010	0,003	9,705	1	**0,002**	**1,010**	1,004	1,016
Esmer ekmek	0,005	0,005	1,074	1	0,300	1,005	0,995	1,015
Kurubaklagil	-0,001	0,004	0,140	1	0,709	0,999	0,991	1,006
Pirinç	0,004	0,005	0,747	1	0,387	1,004	0,994	1,014
Bulgur	-0,008	0,008	1,211	1	0,271	0,992	0,977	1,006
Sebze	-0,005	0,004	1,536	1	0,215	0,995	0,987	1,003
Meyve	0,005	0,004	1,487	1	0,223	1,005	0,997	1,013
Zeytinyağı	0,007	0,011	0,379	1	0,538	1,007	0,985	1,030
Ayçiçek yağı	0,045	0,021	4,459	1	**0,035**	**1,046**	1,003	1,091
Tereyağ	0,048	0,024	4,021	1	**0,045**	**1,050**	1,001	1,100
Sofra Şekeri	0,010	0,013	0,639	1	0,424	1,010	0,985	1,036
Turşu	0,045	0,017	6,756	1	**0,009**	**1,046**	1,011	1,082

SH=Standart Hata, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, Nagelkerke R2=0,40.

Sonuç:
Sonuç olarak genel yağ tüketim miktarının ve özellikle doymuş yağ alımının azaltılmasının MS riskini azaltmaya katkı sağlayabileceği belirlenmiştir. Yüksek oranda işlenmiş, yüksek glisemik indeksli ve yüksek enerji içerikli besinlerin MS riskini artırdığı belirlenmiş olup tüketim sıklık ve miktarlarının azaltılması önerilmektedir.
Bu çalışmanın süresi ve örneklem sayısı sınırlı olmasına karşın elde edilen sonuçlar MS hastalığının beslenme ile ilişkili risk faktörlerinin önemini vurgulamıştır. Örneklem boyutunun küçük olması nedeniyle, analiz sonuçları dikkatle değerlendirilmelidir ve daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

EP - 632 BAŞ AĞRISI, FOTOFOBİ VE GLOBAL AFAZİ OLAN PAROKSİSMAL SEYİRLİ HASTA: HANDL SENDROMU

VUSAL NAJAFALİYEV

İZMİR TINAZTEPE ÜNİVERSİTESİ ÖZEL BUCA HASTANESİ

Giriş:
Fokal nörolojik defisitle birlikte baş ağrısı ve BOS'da lenfositik pleositoz görülen ve HaNDL sendromu olarak bilinen hastalığı olgu üzerinden hatırlatmayı uygun bulduk.

Olgu:
Bilinen kronik hastalığı olmayan 28 yaşında erkek hasta baş ağrısı, ışık hassasiyeti, ajitasyon hali, bilinç bulanıklığı ve konuşma bozukluğu şikayetleriyle acil servise getirildi. Bu hali son 5 gün içerisinde 3.defa tekrar ediyormuş ve öncesinde olan durumu saatler içerisinde kendiliğinden gerilemiş. Hastanın daha önceleri baş ağrısı öküsü olmadığı belirtildi. Ailede ablası ve annesi migren tanılıymış, ve sık olarak baş ağrıları varmış. Nörolojik muayenesinde bilinci konfüzyonel, basit emirlere nonkoopere, global afazik, ajitasyon hali mevcut, motor defisiti ve meningeal irritasyon bulgusu yoktu. 3 gün öncesinde dış merkeze başvurusu sırasında yapılan diffüzyon ve MR spektroskopi, beyin BTA normal sınırlarda saptanmış. Acil servisimizde yapılan kontrastlı beyin ve difüzyon MR, beyin venografi MR normal sınırlardaydı. Kliniğimizde yapılan rutin EEG normal sınırlardaydı. Lomber ponksiyonda BOS basıncı 150 mm/su, BOSda 130 lökosit (%95 lenfosit), glukoz 60 mg/dl (eş zamanlı kan glukoz 118 mg/dl) , protein 38 mg/dl olarak saptandı. Kan enfeksiyon paramatreleri, VDRL, Brucella, viral seroloji, HIV, BOS kültürü, BOS ve serumda HSV ve CMV PCR, paraneoplastik panel gönderildi. Ensefalit öntanısıyla ampirik olarak IV Seftriakson ve Asiklovir tedavisi başlandı. Baş ağrısı ve ışık hassasiyeti saatler sonra gerileyen hastanın afazi kliniği ve konfüzyonel hali ertesi güne kadar devam etti. BOS'da saptanan lenfositik pleositoz dışında tüm laboratuvar testlerin negatif, radyolojik ve elektrofizyolojik incelemelerin normal olarak sonuçlanması HaNDL sendromunu düşündürdü. Olaydan 2 hafta sonra hastanın uykusuzluk ve uzun yolculuk sonrasında gelişen baş ağrısı, ışık hassasiyeti, solyanlı hemiparestezi şeklinde uyuşukluk şikayetleri oldu ve kontrol kranyal ve diffüzyon MR incelemesi normal sınırlarda saptandı. Hastaya tedavi olarak Propranolol ve PO metilprednizolon tedavi başlandı ve şikayetleri bir daha tekrarlamadı.

Yorum:
Ayırıcı tanılar arasında auralı migren, familial veya sporadik formlu hemiplejik migren, akut inme, meningoensefalit, epilepsi, SSS vaskuliti, granulomatoz ve neoplastik araknoidit, nörobrusellöz, nörosifiliz, nöroborreliozis, PRES sendromu ve NMDAR ensefaliti gibi nörolojik hastalıklar yer almaktadır. Seyrek görülmesi sebebiyle benzer kliniği olan vakalarda HaNDL sendromunun da akılda bulundurulması amacıyla bu olguyu hatırlatmak istedik.

EP - 633 SÜRRENAL ADENOMA BAĞLI MİYOPATİ

ALPARSLAN GÖZLER , MAĞRUR KARAGÜLMEZ , SELMA TEKİN

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Giriş ve Amaç:
Miyopatiler immün sistemin kas hücrelerini hedef alması sonucunda, kaslarda inflamasyon ve yıkımla giden; buna bağlı kas güçsüzlüğünün geliştiği hastalıklardır. Miyopatilerin nedenleri arasında inflamatuar bozukluklar, endokrinopatiler, metabolik miyopatiler, ilaçlar, toksinler, enfeksiyonlar ve rabdomiyolizin çeşitli nedenleri yer alır. Metabolik miyopatili hastaların çoğu egzersiz intoleransı, kas ağrısı, kramplardan şikayetçi olurlar.

Olgu Sunumu:
54 yaş, erkek hasta bacaklarda güçsüzlük, kasılma, kramp şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde belirgin özellik olmayan hastanın yapılan nörolojik muayenesinde alt ekstremitelerde hakim proksimal kas güçsüzlüğü saptandı. Tetkiklerinde kreatinin kinaz(CK) yüksekliği, hipokalemi saptanan hasta tanı ve tedavi açısından kliniğimize interne edildi. Yapılan santral görüntülemelerinde kliniği açıklayacak herhangi bir patoloji izlenmedi. Proksimal kas güçsüzlüğü, CK yüksekliği saptanan hastaya miyopati ön tanısıyla EMG yapıldı ve yapılan EMG'si miyopati ile uyumlu geldi. Dirençli hipokaleminin devam etmesi üzerine endokrinolojiyle konsülte edilen hastada ön planda hiperaldosterinizme sekonder hipokalemi düşünüldü. Hiperaldosteronizm etiyolojisine yönelik yapılan batın görüntülemesinde sol adrenal glandda adenom lehine 1,5 cm nodüler görünüm izlendi. Hastaya operasyon önerilmesi üzerine hasta genel cerrahiye devredildi. Operasyon sonrası takiplerinde klinik ve laboratuvar bulgularında düzelme olması üzerine hastamız taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç:
Kas güçsüzlüğü ile başvuran hastalarda muayene, laboratuvar bulguları, elektrofizyolojik testler oldukça önem arz etmektedir. Birçok sistemik, metabolik, endokrinolojik hastalık kas sistemini tutabilmektedir. En sık görülenler inflamatuvar veya granülomatöz hastalıkların ortaya çıkardığı miyopatilerdir. Ayrıca hiperparatiroidi, üremi, hipo veya hiperkalemi gibi metabolik bozukluklar da miyopatilere neden olabilir. Bu durumlarda altta yatan endokrinolojik anormalliğin düzeltilmesi çoğu kez miyopatinin düzelmesine neden olur. Biz de miyopati tanısı konulan hastalarda endokrinopatilerin de akılda bulundurulması açısından vakamızı sunmaya değer bulduk.

EP - 634 AKUT DİPLOPİ VE HOLMES ADİE PUPİLİ İLE GELEN HASTADA GÖZDEN KAÇABİLEN BİR TANI: MİLLER FİSHER SENDROMU

ALPEREN KOCAOĞULLAR [1], HİLAL EYİCİL [1], BURAK TEBERİK [1], TUĞBA EYİGÜRBÜZ [1], EDA ÇOBAN [1], NİLÜFER KALE İÇEN [1], SEZİN ALPAYDIN BASLO [2]

[1] İSTANBUL BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL
[2] İSTANBUL BAKIRKÖY MAZHAR OSMAN RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Giriş:
Guillain-Barre Sendromu (GBS) otoimmun kaynaklı periferik ve kranial sinirlerin akut, inflamatuvar bir hastalığıdır. Miller Fisher Sendromu (MFS) ise klasik olarak ataksi, arefleksi ve eksternal oftalmopleji triadı ile seyreden bir GBS varyantıdır. Holmes Adie pupili patogenezi karmaşık olan ancak özellikle viral enfeksiyonlar sonrası gelişen inflamatuar sürecin suçlandığı bir antitedir. Burada atipik prezentasyonlu MFS tanısı konulan vaka sunulacaktır.

Vaka:
18 yaş kadın hasta 3 hafta önce başlayan göz bebeklerinde büyüme, gün ışığına belirgin hassasiyet ve çift görme yakınması ile başvurdu. Özgeçmişinde özellik yoktu.
Binoküler diplopi tarifleyen hastanın nörolojik muayenesinde her iki gözde pupiller midriyatik (sağ>sol) ve sağ gözde esotropia mevcuttu. Her iki gözde direkt ve indirekt ışık refleksi çok zayıf alınabiliyordu (sağ >sol). Derin tendon refleksleri normoaktif olup diğer nörolojik muayene bulguları normaldi . Elektromiyografi bulguları ve beyin omurilik sıvısı (BOS) bakısı normal sınırlar içindeydi. Antigangliozid antikorlarından anti-GQ1bIg M ve Ig G pozitifti. Hasta atipik Miller Fisher sendromu olarak değerlendirildi ve hastaya 2 gr/kg 5 gün intravenözimmunglobulin (IVIg) verildi. Tedavi sonrası şikayetleri büyük oranda düzeldi.

Tartışma ve Sonuç:
Akut diplopi nedenleri arasında pek çok hastalık olup, MFS klasik triadı doldurmadığında ilk sıralarda akla gelmez. Adie tonik pupilla ise nedeni tam bilinemeyen ancak varlığında otoimmün hastalıkların sorgulanması gereken bir durumdur. MFS de parasempatik silier ganglion hasarı ile bu patolojiye yol açan edinsel bir periferik nöropatidir.

EP - 635 MASİF MULTİNODÜLER GUATRLI İLERİ YAŞTA MS TANISI ALAN HASTA

BURAK ADEMOĞLU , ELİF BANU SÖKER , YUSUF TAMAM

ADANA ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
MS'lilerde eşlik eden hastalıklar son yıllarda giderek artan bir ilgi alanı haline gelmiştir. Vaka raporları ve az sayıda çalışma, MS'in tiroid, sedef, inflamatuar barsak hastalıkları ve romatoid artrit ile olası bir arada bulunduğunu bildirmiştir. Komorbiditeler MSin klinik görünümünü değiştirip tedavi seçimi, tedaviye uyum ve sonuç üzerinde etkileri olabilir.

Olgu:
51 yaş, doğuştan işitme ve konuşma engelli erkek hasta 10 gündür olan baş ağrısı, sağ tarafında uyuşma şikayetine, sonrasında sağ yan güçsüzlüğü eklenmesiyle acilimize başvurmuş. Nörolojik muayenesinde sağ üstte +4/5, sağ altta -5/5 kas gücü, sağda hemihipoestezi ve Lhermitte mevcuttu. Difüzyon MRG'de sol supraventriküler seviyede 1,5 cm DWI'da hiperintens nodüler görünüm saptanarak yatırıldı. Multinodüler guatr (MNG) tanısı olan hasta öncesinde kendi isteğiyle, sonrasındaki takiplerinde komplikasyon riski nedeniyle opere edilmemiş. Kraniyal ve servikal MRG'de bir kısmı kontrastlanan multiple demiyelizan plaklar saptandı. TFT hafif düzeyde T3 yüksekliği dışında normal, BOS'da oligoklonal band tip 3 pozitifti. Pulse steroid tedavi öncesi endokrin, kulak burun boğaz bölümlerine konsülte edilen, tiroid ultrasonda her iki lobda multipl kistik dejenere nodüller saptanan hastanın nazofarinks-boyun BT'sinde retrofaringeal apse? kitle? dışlanamadı. KBB'den total tiroidektomi sonrası devralındı, geç başlangıçlı MS tanısıyla apse, biyopsi ile neoplazm dışlandı, TFT takipleriyle steroid tedavisi verilerek teriflunamid başlandı.

Tartışma:
MSte tanı anından itibaren komorbiditeler yaygındır ve tanısal gecikme, klinik tablo, engelliliğin ilerleme derecesi, sağlık hizmetlerinden yararlanma oranı, çalışma yeteneği, istihdam durumu ve yaşam kalitesi dahil olmak üzere MSte gözlenen heterojenliklerin bir kısmını açıklayabilir.

Sonuç:
İleri yaş MS tanısı alan masif MNG'li vakada, komorbiditeleri iyi tespit ederek verilecek tedaviler sonrasında gelişebilecek komplikasyonlara yönelik dikkatli olmak gerekliliğini vurguladık.

EP - 636 DİYABETES MELLİTUS'UN NADİR BİR KOMPLİKASYONU: DİYABETİK NÖROPATİK AMİYOTROFİ

BURCU AKKOYUNLU , ALİ İHSAN YARDIM , HASAN DOĞAN , MUSTAFA ONUR YILDIZ , BİLGE PİRİ ÇINAR , ÇETİN KÜRŞAD AKPINAR

SAMSUN ÜNİVERSİTESİ SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ AD, SAMSUN, TÜRKİYE

Giriş:
Diyabetik nöropatik amiyotrofi diyabetin nadir bir komplikasyonu olup 50 yaşının üstü erkeklerde görülür. Otoimmün mekanizmaların fizyopatolojide yer aldığı düşünülmektedir. Genellikle alt ekstremite proksimallerinde akut-subakut başlangıçlı şiddetli ağrıya günler içinde kuvvet kaybı ve atrofi eklenir. Kontrolsüz diyabetes mellitus (DM) tanısı olan şiddetli ağrı ve kilo kaybı ile başlayıp sol uylukta daha belirgin olmak üzere bilateral ilerleyici, asimetrik kuvvetsizlik ve atrofi gelişen, bir diyabetik amiyotrofi olgusu sunuyoruz.

Olgu:
Kontrolsüz tip 2 diyabet tanısı olan 66 yaşındaki erkek hasta 4 aydır olan önce kalçasından bacağına yayılan ağrı ilerleyen süreçte ayağa kalkmakta güçlük ve kilo kaybı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Yakın zamanda toksik kimyasal ajan maruziyeti, travma, enfeksiyon ve aşı öyküsü yoktu. Nörolojik muayenesinde kas gücü sağ alt ekstremite proksimalde 4/5, sol alt ekstremite proksimalde 3/5, distal kas gücü her iki alt ekstremitede normal saptandı. Uyluk kasları sol daha belirgin olmak üzere bilateral atrofik gözlendi. Eldiven çorap tarzı duyu kusuru ve refleksler yaygın azalma diğer muayane bulgularıydı. Hastanın rutin laboratuvar tetkikleri normal sınırlardaydı. Bos biyokimya, hücre sayımı, sitolojide patolojik bulguya rastlanmadı. Lomber MR normal gözlendi. Yapılan ENMG'de Alt ekstremitelerde sensorimotor aksonal polinöropati, sol L3-L4 de belirgin iki yanlı L3-S1 subakut-kronik dönemde kök/ön boynuz lezyonu düşündüren bulgular ön tanı olan diabetik amiyotrofiyi desteklemekteydi. Hastaya diyabetik amiyotrofi tanısı ile 0.4 gr/gün olmak üzere 5 günde toplam 120 gr İVİG verildi. İdame tedavi önerilmedi. Fizik tedaviye yönlendirilen hasta poliklinik kontrollerinde kliniğinde düzelme gözlendi.

Tartışma:
Kontrolsüz DM tanılı hastalarda asimetrik güç kaybı ile başlayıp ağrı ve atrofi ile seyreden klinik tablolarda diyabetik nöropatik amiyotrofi akla gelmelidir

EP - 637 ENSEFALİTE SEKONDER GELİŞEN EKSTRAPRAMİDAL SEMPTOMLARLA SEYREDEN OLGUYA FARKLI BAKIŞ AÇISI

HİLAL ÇAĞLAR , DOÇ DR AHMET HAKAN EKMEKÇİ

SELÇUK TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

Özet:
Ensefalit belirti ve bulguları çok çeşitli olabilmektedir. Bunlar arasında, baş ağrısı ,meningeal irritasyon, baş ağrısı, bulantı - kusma, ateş ,fokal nörolojik bulgular,nöbetler, davranış değişiklikleri, ekstrapramidal sistem bulguları ,rijidite ,trismus sayılabilir.Meningoensefalit nedenleri arasında viral bakterial enfeksiyonlar,otoimmun hastalıklar, ilaç reaksiyonları ,endemik bölgelere seyahat ve hayvan temas öyküleri yer alır.Bu olgu sunumunda gönüllü olarak afadla Kahramanmaraşa gitmiş yaklaşık 3 ay önce hayvan temas öyküsü olan ensefalit tanısıyla takip edilmiş erkek hastadan bahsedilmişitr. 35 yaşında erkek hasta subfebril ateş , karın ağrısı ekstarpramidal sistem bulguları olan rijidite bulgularıyla acile başvurmuş.Hastanın klinik tablosu ensefalit olarak değerlendirilerek tedavileri tamamlanmış.Giderek ilerleyen ekstrapramidal sistem bulguları rijidite trimusla kliniğimizde nöroloji yoğun bakım ünitesinde takip edilmiş ve tedavi edilmiştir. Bu olguda ekstrapramidal semptomlarla seyreden ensefalit tanı ve tedavisi literatür ışında tartışılmıştır.

Giriş:
Ensefalit, beynin inlamasyonuna bağlı olarak nörolojik disfonksiyonun eşlik ettiği bir klinik tablodur. (1)Ateş, baş ağrısı, değişken bilinç seviyesi gibi bulguları olduğundan menenjitle ortak özellikler taşır. Ancak genellikle akut bilinç bulanıklığı, davranış değişikliği, fokal nörolojik bulgular ve nöbet sıklıka ensefalitli olgularda görülür(2)
Etiyolojinin saptanması açısından, hangi mevsimde geliştiği, coğrafik özellikler, toplumdaki prevalansı yüksek hastalıklar, seyahat öyküsü, meslek sorgusu, hayvan ve böcek teması, aşılanma öyküsü ve immun yetersizliği yapabilecek nedenler sorgulanmalıdır.(2,3)

Olgu Sunumu:
35 yaş erkek, lisans mezunu (işletme),Konya da yaşayan Kmaraş afad gönüllüsü olarak giden hasta yayın tüm ekstremitelerde rijidite ,trismus yürüyememe ile kliniğimize başvurdu.Dış merkeze karın ağrısı ,subfebril ateş ,vücutta kasılma bilinç bozukluğu ile 03.04 tarihinde acilde değerlendirilen hastanın öyküsünde alkol sigara ve madde kullanımı olmayıp 1 ay süreyle essitalopram kullanımı soygeçmişinde annede anksiyete bozukluğu mevcut.Hastanın yapılan ilk nörolojik muayenesinde bilinç konfüze dezoryante nonkoopere ağrılı uyrana yüz buruşturma hareketi istemli göz kaçırma ense sertliği, 4 ekstremitede rijiidite (Hasta çok kasılı olduğu için dtrler değerlendirilememiş) plantar yanıtlar fleksör olarak değerlendirilmiş beyin kontrastlı mr ve bt iskemi ve hematom izlenmemiş.Hipofiz bezi sureroposteriorunda sagitalde yaklaşık 3 mm çapında ölçülen T1A hipointens T2A hiperintens özellikte IVKM sonrası kontrastlanmayan kistik alan dikkati çekmiş.GKS 3 olan hasta entübe edilmiş. MSS enfeksiyonu menenjit ekartasyonu amacıyla LP yapılmış. BOS berrak basınçlı gelen hastanın bos basıncı ölçülememiş. Direkt bakıda 1 hücre bos biyokimya protein 79 glukoz 79 eş zamanlı kan şekeri 124 BOS kültüründe üremesi belirlenmemiş. Eeg si fronto sentro temporal bölgede 4-6 hz dalga / sn yavaş dalga aktivitesi gözlenmiş ensefalit ön tanısıyla acilde hastaya seftriakson 2* 2 gr ve asiklovir 3* 750 mg başlanmış. Yoğun bakımda takip edilmiş ve tedavisine antiepileptik levetirasetam 2* 500 mg düşük molekül ağırlıklı heparin 0.6 2*1 pirasetam ve deksmedetomidin infüzyonu ile devm edilmiş. Yoğun bakım takiplerinin 5. Günü sözlü uyaran ile gözlerini açması ve komutlara kısmen uyması nedeniyle ekstübe edilmiş.Ancak ekstübasyon sonrası katatonik postür almış. Hastanın takiplerinde davranış değişikliği 37.9 ateş ve kreatinin kinaz 2246 AST ALT ve LDH parametreleri yükselmekte olup nöroleptik malign sendrom ihtimali açısından tedavisinde bromokriptin başlanmış .07.01 tarihinde hayvan teması at ısırma öyküsü olan hastanın tedavisine enfeksiyon hastalıklarının önerisiyle metronidazol 500 mg 2*1 eklenmiş tetanoz immünolojisi yapılmış.Hastanın asiklovir e bağlı kreatin yüksekliği ajitasyon nörotoksisite gelişmiş ve seftriakson tedavisi 7 güne metronidazol (5 gün tedavisi 10.04.2023 tarihinde stoplanmış .Yoğun bakım takibinin 11. Günü CK değeri 208 ,vitaller stabil rijidite yok olarak değerlendirilmiş.Hastanın takiplerinin 15 gününde CK düzeyi 73 lere gerilemiş 19.04.2023 tarihinde kliniğimizde ekstrapramidal bulgu olarak tüm ekstremitelerde rijidite trismus olan hastanın nörolojik muayenesinde bilinç açık oryantasyon kooperesyon kısıtlı pupiler izokorik ışık refleksi + /+ ağız çevrinde trismus ve tüm ekstremitelerde rijidite mevcuttu. Lp yapıldı. LP sonucunda bos makroskopisi berrak mikroskopisinde hücre gözlenmedi.Bos glukozu 63 olup eş zamanlı kan şekeri 105 di. Bos mikroprotein 64 geldi.Hasta yoğun bakım

ünitesinde takip edildi. Biperiden 2*1 ım ,Amantadin 100 mg 2*1 levodopa 50 mg 4*1 metronidazol 500 mg 2*1 tedavisine başlandı. Tek doz tetanoz immunizasyonu yapıldı.Antiepileptik valproik asit 400 mg 2*1 düşük molekül ağırlıklı heparin 0.6 2*1 eklendı.Enfeksiyon hastalıklarının önerisiyle metroninidazol 2* 500 mg tedavisi 8 güne tamamlandı.Tedavisinin 4. günü biperiden 2 mg tablet formuna geçildi. Otoimmun ensefalit paneli gönderildi.1. ve 5 gün çekilen EEG normal değerlendirildi.Kranial mr normal olark değerlendirildi.Takiplerinde rijiditesinde ve bilinç düzeyinde anlamlı düzelme izlendi.

Tartışma:

Viral ensefalit, bilinç değişiklikleri, fokal nörolojik bulgular ve nöbetlerle giden, santral sinir sistemi (SSS) parenkimal dokusunda hasar oluşumuna neden olan akut febril bir hastalıktır. Etiyoloji vakaların üçte ikisinde saptanamamakla beraber, polimeraz zincir reaksiyonu tekniğinin kullanımı etiyolojiden sorumlu viral ve diğer ajanların tanınmasını giderek arttırmaktadır. Artropod kaynaklı virüsler (arbovirüsler), herpes virüsler ve enterovirüsler viral ensefalitin saptanabilen ajanları arasında en büyük kategoriye oluşturmaktadır Arbovirüslerden kaynaklanan viral ensefalitler epidemik ve endemik olabilirken; sporadik olgular çoğunlukla herpes simpleks virüsünden kaynaklanmaktadır. Daha az sıklıkta görülen diğer virüsler, kabakulak, influenza, herpes zoster, coxsackie, cytomega- lovirüs, rubella, rubeola, kuduz, enterovirüsler ve epstein-barr virüs olarak sıralanabilir (4) . Her virüsün patojenitesi farklılık gösterir. Bir kısmı geçici nörolojik fonksiyon bozukluğu yaparken, bir kısmı yaygın nöron ölümüne neden olabilir. Akut viral ensefalitte, SSSdeki gri cevher nöronlarında hasar ve infiamasyon meydana gelir. Kuduz ve herpes simpleks ensefaliti gibi bazı ensefalit türlerinde nöronal inklüzyon cisimcik- leri oluşmakta; lenfosit ve plazma hücrelerinin perivasküler işgali ve leptomeninkslerde inflamasyon bulunmaktadır.

Ensefalit tablosuyla karşımıza gelen olguda, mutlaka etyolojik neden araştırılmalıdır. Kişinin son dönemde epidemik bölgelere seyahat öyküsü, aşılanma durumu, mesleği, immüniteyi baskılayacak nedenler (transplantasyon sonra, immunsupresif tedavi alımı veya edinsel immun yetmez- lik), kan ve kan ürünleri transferi, böcek ve hayvan teması sorgulanmalıdır. Hastanın eşlik eden klinik semptomları önemlidir. Ateş ve başağrısıyla başvurabileceği gibi, nöbet, nörolojik defisit veya koma halinde başvurabilir.

Viral ensefalitlerdeki belirti ve bulgular etiyolojik ajana göre değişiklik gösterirler. Meningial irritasyon, başağrısı, bulantı-kusma, ateş, foto- fobi, bilinç değişiklikleri, fokal nörolojik bulgular ve nöbetler bulunabilir. Kalıcı anormallikler arasında en sık olan nöbetlerdir. Kişilik değişiklikleri, ekstrapiramidal bulgular rijidite trismus , demans ve motor duysal bozukluklar çoğu viral ensefaliti komplike edebilir.

Herpes ensefaliti çoğunlukla çocuklar, ergenler ve genç erişkinlerde görülmektedir. Genellikle başağrısı, mide bulantısı, hafif ateş, irritabilite, yorgunluk gibi belirtierle birkaç gün sürebilen prodromal dönem görülebilir. Başlangıcı sinsi (haftalar, aylar) veya ani (saatler) olabilir. Tipik olarak da ateş, baş ağrısı bulantı kusma ile başlayabilir.Davranış değişiklikleri, parsiyel veya jeneralize nöbet, bulantı,kusma, dezoryantasyon, hafıza bozukluğu sık görülmektedir. Bazen de garip davran ışlar ve sanrılardan oluşan bir psikoz tablosu ile görülebilir. Fokal belirtiler, afazi, hemiparezi ilerlemi ş olgularda görülebilmektedir (3,5). Hastamızda belirtiler günler içerisinde ilerlemiş görünmektedir. Viral ensefalitte olduğu gibi belirtiler karın ağrısı ekstrapramidal sistam bulguları rijidite le başlamış.

EEG anormallikleri (genel bir yavaşlama ya da hızlı aktivite)eşlikeder(6). Viral ensefalitlerin laboratuvar incelemesinde, BOS görünümü berraktır, basınç artmışveya normaldir. Bazıvakalarda erken dönemde polimorfonükleer lökositlerde artışve takip eden dönemde lenfositik pleositoz ortaya ç ıkabilir. Glukoz miktar normaldir. Protein hafif artmış

Hastamızın da BOS görünümüberraktı,mikroskopikincelemede hücre saptanmadı. BOS protein ve glukoz miktarı normal sınırlar içerisindeydi. Viral ensefalitlerde kraniyal BT ile bir veya her iki temporal lob mediyal bölümlerinde radyolüsen görünüm olabilir. Kraniyal MR inceleme, T2 ağırlıklıkesitlerde mediyal temporal loblarda sinyal artışı gösterilebilir (3,5). Hastamızın kraniyal BT ve MRı normal sınırlar içerisinde değerlendirildi. Viral ensefalitlerin EEG incelemesinde, bilateral yaygın yavaşlama, herpes ensefalitinde periyodik keskin dalgalarla temporal yavaşlama görülebi- lir (4,5). Hastamızın EEGsinde benzer şekilde fronto sentro temporal bölgede 4-6 hz dalga / sn yavaş dalga aktivitesi gözlenmiş.

Ayırıcıtanıda; beyin apsesi, fungal veya bakteriiyel menenjit, toksoplazmozis, diğer viral ense- falitler, septik embolizasyon, postenfeksiyöz ensefelomiyelit, akut nekrotizan hemorajik ensefalit, mycoplasma pnömoni ensefaliti, paraneop- lastik limbik ensefalit, toksik ensefalitler, chlamydia psittaci ensefaliti (düşük BOS protei-ni karakteristiktir) ve MELAS sendromu (mito- kondriyel ensefalomyopati, laktik asidoz, strok benzeri ataklar) düşünülmelidir (5,7,8,9,10)_ Hastamızın klinik belirtilerinin başlangıcıve gelişimi, BOS görünümü ve analizi, EEG bulgularıve ampirik viral ensefalit tedavisi başlandıktan 5gün sonra bilincinin açılması, sözel iletişime girmesi viral ensefalit tanısını düşündürmektedir.

Viral ensefalit tedavisinde asiklovir ilk tercih edilen, sistemik olarak uygulanabilen ampirik ilaçtır. İlaç mümkün olan en kısa sürede koma başlangıcından önce başlanmalıdır. Serebral ödem deksametazonla; nöbetler fenitoin, karbamazepin gibi antikonvüzanlarla tedavi edilebilir (3,5,11) Akut ensefalit tedavisinde asiklovir nörotoksisitesine karşıdikkatli olmak gerekir. Konfüzyon, ajitasyon ve insomni; nörotoksisite durumunda görülebilen belirtilerdir (11). Tedavide asiklovirden başka vidarabin de kullanılabilir (12)

Kaynaklar

1.Johnson RT. Acute encephalitis. Clin Infect Dis 1996;23:219–224.
2.Tunkel AR, Glaser CA, Bloch KC, Sejvar JJ, Marra CM, Roos KL, et al.; Infec-tious Diseases Society of America. The management of en- cephalitis: clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2008;47:303–27.
3.Kupila L, Vuorinen T, Vainionpää R, Hukkanen V, Marttila RJ, Kotila- inen P. Eti-ology of aseptic meningitis and encephalitis in an adult population. Neurology 2006;66:75–80.
4. Lipowski ZJ: Delirium acute confusional states, New York: Oxford University Press, 1990.
5. Moore DP: Textbook of clinical neuropsychiatry, New York: Oxford University Press Inc. 533, 2001.
6. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental bozuklukların tanı- sal ve sayımsal el kitabı(1994), 4. Baskı(DSM- IV). Ame- rikan Psikiyatri Birliği, Washington DC. Çeviren Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1998.

7. Sharfstein SR, Gordon MR, Libman RB, Malkin ES: Adult-onset MELAS presenting as herpes encephalitis. Archives of Neurology 56:241, 1999.
8. Frommer J, Haass A, Bergmann M, Gullotta F, Schimrigk K: Schizophreniform psychosis in paraneoplastic lim- bic encephalitis. Nervenarzt 64:328-330, 1993.
9. Reis J, Le Faou A, Levy F, Kapfer MT, Gut JP: Confu- sional form of Chlamydia psittaci encephalitis. Diagnostic value of microimmunofluorescence. Presse Med 14:87-89, 1985.
10. Akabashi S, Koeda T, Houdou S: Transient extreme spindles in a case of subacute Mycoplasma pneumonia en- cephalitis. Acta Pediatr Jrn 40:479-482, 1998. 11.Bannister R: Brain and Bannisters Clinical Neurology, Great Britain: Oxford University Press, 1992. 12.Arlazoroff A, Carpel CL, Zonis H, Goldenberg H, Zek- ler E: Incomplete Kluver-Bucy syndrome and fluent aphasia. Brain Lang 23:300-306, 1984.

11. Nakamoto N, Nakayama T, Kudo S, Tanaka M, Fujita Y, Hattori T, Abe T: A case report of acute encephalitis with neuro-psychiatric side-effects of acyclovir. No Tok Hattatsu 30:334-338, 1998.
12. Schlitt M, Lakeman FD, Whitley RJ: Psychosis and herpes simplex encephalitis. South Med J 78:1347-1350, 1985.

EP - 638 İZOLE 3. KRANİYAL SİNİR FELCİ İLE PREZENTE OLAN POSTERİOR COMMUNİCAN ARTER ANEVRİZMASI

IŞIK TAYFUN , ŞEHNAZ ARICI , ZEYNEP TANRIVERDİ

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK ARAŞTIRMA VE HASTANESİ NÖROLOJİ ABD

Olgu:
66 yaşında kadın hasta 5 gündür olan baş ağrısı ve başvurudan 1 gün önce gelişen çift görme yakınması ile kliniğimize başvurdu. Çift görme ile birlikte sol göz kapağında da düşüklük gelişen hastanın yapılan nörolojik bakısında pupillerin anizokorik olduğu, ışık refleksinin solda azaldığı ve sol pupilin midriyatik olduğu gözlendi. Bunlara ek olarak 3. kraniyal sinir paralizisi ile uyumlu olacak şekilde sol gözde içe bakışının kısıtlılığı ve sol göz kapağında da pitozis izlendi. Etiyolojiye yönelik beyin BT ve beyin boyun BT-anjiyografi çekildi. Vasküler görüntülemede herhangi bir patoloji izlenmese de olası bir anevrizma varlığını araştırmak için Dijital Subtraksiyon Anjiyografi (DSA) planlandı. DSAda solda posterior kommunikan arterde 7x3mm boyutunda, sağda posterior kommunikan arterde 5x3mm boyutlarında sakküler anevrizma saptandı.
Beyin cerrahisi tarafından değerlendirilen hasta anevrizmaların yeri ve boyutu açısından mikrocerrahiye uygun bulunmadı. Girişimsel radyoloji tarafından sol Posterior kommunikan arterdeki anevrizmaya yönelik akım çevirici stent uygulandı. Sağ posterior kommunikan arterdeki anevrizma içim elektif anjiyografi randevusu verildi. Tedavi açısından asetilsalisilik asit ve klopidogrel şeklinde 2li antiagregan ve sinire yönelik bası açısından steroid tedavisi başlandı. 1 haftalık kullanımdan sonra ASA ve klopidogrel direnci bakıldı. Klopidogrele direnci olması nedeniyle hastaya prasugrel 30mg başlandı. Medikal tedavisi düzenlenerek taburcu edilen hastanın muayenesinde sol gözde pitozisin ve midriyazisin gerilediği ve ışık refleksinde artış olduğu görüldü.
Posterior kommunikan arter (PCOM) anevrizmaları tüm intrakraniyal anevrizmaların %25ini oluşturur. PCOM anevrizması subaraknoid kanama ile prezente olabilir. Ancak diğer anevrizmalardan farklı olarak izole okulomotor sinir felci ya da travmatik olmayan subdural hematom ile ortaya çıkabilir. Rüptüre olmamış PCOM anevrizmasının 3. kraniyal sinir felci etiyolojisinde saptamak, anevrizmanın bası etkisinin başladığı, genişlemeye devam edeceği ve yakın zamanda kanayabileceğine işarettir. Bu nedenle anevrizma hemen tedavi edilmelidir. Tedavi sinir basısının semptomlarını hızllıca iyileştirebilir.
İzole okulomotor sinir felci ile takip edilen bu olguda vasküler görüntüleme ile anevrizmaların gözden kaçabileceği, bu nedenle anevrizma açısından altın standart tetkik olan DSA yapılmasının önemi anlatılmak istenmiştir.

EP - 639 MULTİPL OTOİMMÜN HASTALIK VE AKUT MOTOR AKSONAL NÖROPATİ (AMAN) OLGUSU

KADİR GÜLŞEN , AYŞE KARAKAYA ATILGAN , AYŞE AVCI , EMEL AFİFE ATAMAN , FETTAH EREN

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Olgu:
Akut Motor Aksonal Nöropati (AMAN), nadir fakat ciddi bir enfeksiyon sonrası immün aracılı polinöropatidir. Periferik sinir sistemindeki aksonal yapıların otoimmün hasarından kaynaklanır. Klinik olarak uyuşukluk, karıncalanma ve ciddi motor defisite yol açabilen semptomlara neden olur. Bilinen ülseratif Kolit (ÜK) ve immün trombositopenik purpura (ITP) tanılı 24 yaş kadın hasta 3 aydır devam eden her iki ayak parmağında uyuşma şikâyeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın son zamanlarda yürüyüşünde bozulma ve ellerinde de uyuşma olmaya başlamış. Nörolojik muayenesinde tandem yürüyüşü bozuk ve distalde belirgin kas gücü defisiti saptandı. Hastanın yapılan nöro-görüntülemelerinde patoloji saptanmadı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) mikroprotein seviyesi yüksekti. Klinik ve nörolofizyolojik değerlendirme neticesinde hastada AMAN düşünüldü. Intravenöz immünglobulin (IVIG) tedavisi başlandı ve klinik düzelme saptanması üzerine poliklinik kontrol önerisiyle taburcu edildi. Akson hasarını izleyen sinir rejenerasyonunun beklenen yavaşlığı göz önüne alındığında AMAN yavaş bir iyileşme paterni gösterir. Tedavi edilmediğinde ortaya çıkabilecek morbidite göz önüne alındığında, tüm hekimlerin bu nadir hastalık hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir. Özellikle multipl otoimmün hastalığı olan hastalarda AMAN gibi diğer otoimmün hastalıklarında eşlik edebileceği unutulmamalıdır.

EP - 640 MTHFR(C677T) HOMOZİGOT MUTASYONUNA BAĞLI OLARAK GELİŞEN SİNÜS VEN TROMBOZU OLGUSU

NİLÜFER BÜYÜKKOYUNCU PEKEL , DEMET YILDIZ , MUHAMMED FURKAN ÖZTÜRKCİ

BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Serebral ven trombozu erişkin yaş grubunda tüm stroke'ların %1-2'sinden sorumludur ,gebelik ve oral kontraseptif kullanımı ile ilişkisi nedeni ile kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir.Etiyolojide post-partum dönem ve gebelik dışında travma,intrakranial enfeksiyonlar,behçet ve lupus gibi sistemik inflamatuar hastalıklar ve hematolojik hastalıklar ön planda yer almaktadır .Superior sagittal ve transvers sinüs %60 oran ile en sık tutulan yapılardır. Baş ağrısı hastaların yaklaşık %90'ında görülür diğer semptomlar;nöbet,parezi,papilödem,zihinsel durum değişiklikleridir.Teşhiste ilk basamak görüntüleme yöntemi BT olup,kranial mrg,mr venografi de diğer tanı yöntemleridir,günümüzde altın standart yöntem MRG'dir.Tedavisi semptomatik,etiyolojiye yönelik ve antitrombotik olarak üçe ayrılır.Tedaviye Heparin veya DMAH ile başlanıp altta yatan trombofili olmadıkça 3-12 ay boyunca oral antikoagülan kullanımına devam edilmelidir.

Olgu:
57 yaş erkek hasta, yaklaşık 5 yıl önce senkop sonrası düşme ve kot fraktürü nedeni ile göğüs cerrahisi servisinde yatışı olmuş yatış sırasında jtk tarzı nöbeti olan hasta nörolojiye konsülte edilmiş,Tarafımızdan değerlendirilen hastada o dönemki eeg normal olarak raporlandı ve epilepsi tanısı ile hastaya 2*500mg levetirasetam başlandı.Hastaya o dönem senkop ve nöbet etiyolojisine yönelik olarak diffüzyon mr çekildi ve sol parietalde akut enfarkt görüldü ayrıca çekilen venöz mr anjio'da superior sagittal ve sağ transvers ve sigmoid sinüste trombüs görülmesi üzerine sinüs ven trombozu tanısı ile coumadin başlandı hastanın ınr efektif değere ulaşınca taburcu edildi.5 yıllık süreçte düzenli ınr takibi yapılan hastanın bu süreçte nöbeti de olmadı.

Bulgular:
Özgeçmişinde; o dönemde özellik olmayan hastanın mevcut takiplerinde HT ortaya çıkmış olup poliklinik takiplerinde sinüs ven trombozu etiyolojisine yönelik olarak istenen genetik panelinde homozigot MTHFR(C677T) gen mutasyonu ve heterozigot faktör 13 mutasyonu saptandı.son poliklinik başvurusunda yapılan NM:şuur açık,koopere ve oryante,ır:+/+,bakış kısıtlılığı yok,motor muayenede defisit yoktu,son 5 yıldır nöbeti olmamış ve son bir yıldır levetirasetam kullanımını kendisi sonlandırmış.Ayrıca etiyolojiye yönelik olarak 2018 Yılında yapılan MR venografide sağ transvers sinüs,sigmoid sinüs ve süperior sagital sinüs boyunca kodlanamayan ve kontrast sonrası opasifiye olmayan alan bu düzeydeki venöz sinüs trombozu ile uyumlu olarak saptandı,bu süreçte aralıklı olarak istenen 2021 yılı ve 2023 yılı mr venografide sağda transvers ve sigmoid sinüs kodlanamıyor olarak yorumlandı.

Tedavi ve Takip:
İlk tanının konulmasından itibaren hastaya oral antikoagülan başlandı ve 5 yıldır düzenli olarak hasta INR takipleri ile warfarin kullanmaya devam etti.O dönemde hastanın geçirdiği jtk tarzı nöbete sekonder olarak başlanan levatirasetam 2*500mg sonrası çekilen eeg'ler normal olarak raporlandı ve hasta levetirasetam tedavisinin 4.yılında nöbetlerinin olmamasına dayanarak bu tedaviyi kendisi sonlandırdı ve bir yıllık süreci de nöbetsiz geçirdi.Tedavi sürecinde yine etiyolojiye yönelik olarak hastadan istenen genetik panelde MTHFR(C677T) homozigot mutasyon olarak saptandı ve hastanın da warfarin kesilmesine yönelik poliklinik başvuruları nedeni ile Hematolojiye konsülte edildi.Hematoloji konsültasyona cevaben hastanın protein c-s düşüklüğünün coumadin ilişkili olabileceğini eğer nörolojik açıdan uygunsa coumadin kesildikten sonra bu testlerin tekrarlanması gerektiğini ve buna göre tedavi yol haritasının çizilmesi gerektiğini belirtti.

Tartışma ve Sonuç:

Serebral ven trombozunda mortalite oranı çalışmalarda %2,5-20 arasında bulunmuştur,Bu yüzden etkin tedavinin yapılması önem arz etmektedir.Bugüne kadar yapılan çalışmalarda vakaların %90'ında etkili olabilen antikoagülasyon tedavisi çoğunlukla kabul görmüştür.Avrupa kılavuzlarında yeni nesil oral antikoagülanların kullanımı önerilmese de yeni nesil oral antikoagülanlarla da tedavi ve takip yapan klinikler vardır.Venöz tromboz geçici bir etiyolojiye sahipse,antikoagülan tedaviye 3-12 ay süreyle devam edilmesi önerilmekte ancak herediter veya edinsel trombofililer gibi altta yatan sebeplerde daha uzun süreli antikoagülasyon önerilse de net bir sonlanım noktası belirtilmemiştir.Olgumuzda MTHFR (C677T) mutasyonu mevcut olup bu mutasyon hiperhomosisteinemi nedenli protombotik bir etkiye sahip olduğundan hastanın warfarinin stoplanmasına yönelik poliklinik başvurularında hassas davranıldı ve tedavi süreci devam ettirildi.bu süreçte tekrarlayan bir tromboz öyküsü olmadı.

EP - 641 NÖROBRUSELLOZA BAĞLI AMSAN SENDROMU OLGU SUNUMU

MUHAMMED YILDIRIM , TAHİR KURTULUŞ YOLDAŞ

ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ

Giriş:
Nörobruselloz brusellanın ciddi bir komplikasyonu olmakla beraber heterojen ve geniş sepktrumlu bir seyir gösterir. Menenjit, meningoensefalit, ensefalit, kranyal nöropatiler, intrakraniyal hipertansiyon, sinüs ven trombozu, hemorajiler radikülit, periferik nöropati, miyelit ve psikiyatrik tutulumla seyredebilir. Bu olguda brusella tanısı almış olan bir hastada iskemik inme ve sonrasında Guillian-Barre sendromu tanısı almış bir olguyu sunmak istedik.

Olgu:
57 yaşında kadın hasta 1 ay önce aldığı brucella tanısı ile enfeksiyon hastalıkları servisinde
takip edilip doksisiklin rifampisin tedavileri almaktayken bulanık görme , sağ üst ve alt ekstremitelerde uyuşma ve güç kaybı şikayetleri gelişmesi üzerine santral görüntülemeleri yapılarak nörolojiye konsulte edildi. Yapılan nörolojik muayenesinde sağ göz nötral pozisyonda dışa deviye sağ üst ve alt ekstremitelerde silik parezi ve sağda taban cildi ekstansör yanıt olarak görüldü. Hastanın derin tendon refleksleri normal olarak izlendi. Çekilen difüzyon mrg ında sol internal kapsül arka bacağı ile pons santralinde adc karşılığı olan difüzyon kısıtlığı görülmesi üzerine iskemik inme olarak düşünülerek tedavi başlandı ve etyolojik tetkikleri planlandı. Tetkikleri devam ederken 5 gün sonra bilateral ayakta dorsifleksiyonu 1/5 motor kuvvette izlenen ve bilateral alt ekstremitesinde 3/5 motor kuvvet izlenen hastaya ENMG planlandı. Hastanın yapılan sinir iletim çalışması alt ekstremitelerde hakim yaygın sensorimotor periferik nöropati olarak görülmüş olup iğne EMG incelemesinde incelenen kaslarda yoğun pozitif keskin dalga ve fibrilasyon paterni izlenmiş olup geniş süreli yüksek amplitüdlü MÜP ler izlenmiş olup katılım paterni seyrelmiş olarak görülmüştür. Ayrıca parasipinal kas incelemesi iğne EMG tetkikinde spontan denervasyon bulguları izlenmiş olup hasta poliradikülonöritis olarak değerlendirilen hastaya Akut motor sensoriyel aksonal polinöropati ön tanısı ile lomber ponskiyon işlemi planlandı. Yapılan LP işleminde BOS total proteini 614 mg/l görülen hastaya uygun antikoagülan tedavi de başlanarak . IVIG tedavisi planlandı. Ayrıca BOS incelemsinde brucella aglutinasyonu 1/4 titrede pozitif olarak görüldü. Hastanın mevcut brucella ve iskemik inme tedavilerine devam edildi. 5 gün IVIG tedavisi alan hasta fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümüne devir edildi.

Tartışma :
Nörobrucelloz geniş spektrumlu bir hastalık olmakla beraber santral ve periferik sinir sistemini beraber tutabilen bir hastalıktır. Sunulan vakamızda öncesinde santral sinir sisteminde pons ve internal kapsülde enfarktı gelişen hastamızda 5 gün sonra yapılan ENMG çalışmasında periferik sinir sistemi aksonlarının akut tutulduğu poliradikülonöritise neden olan olayın nörobrucelloz olduğu düşünülmekle beraber vakanın brusella tanısı sonrası önce iskemik inme ve sonrasında AMSAN tanısı almasının insidental olarak mı yoksa nörobrucellaya bağlı olarak mı geliştiği tartışmaya açıktır.

EP - 642 DEMANSIN NADİR BİR NEDENİ: SPORADİK CREUTZFELDT-JACOB HASTALIĞI OLGUSU

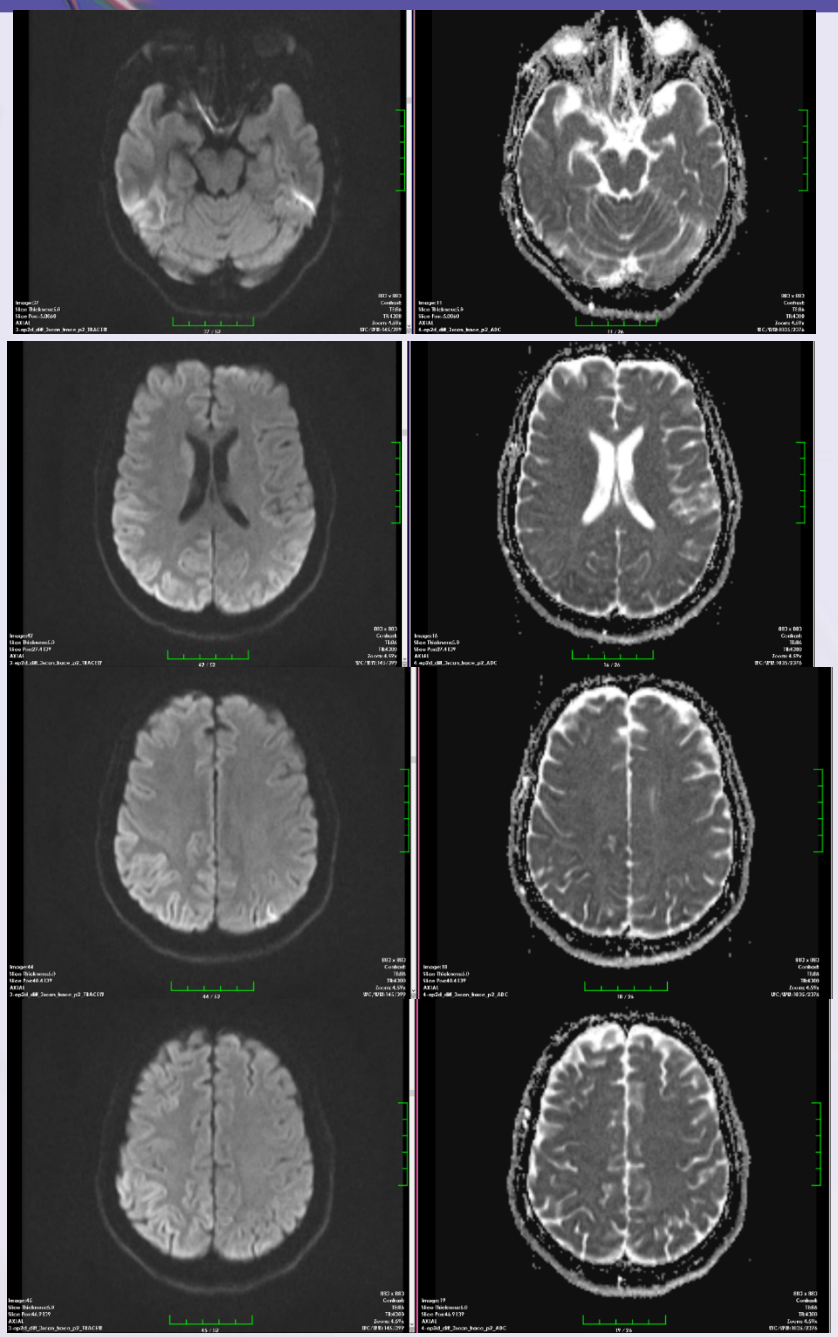
MUHAMMET AKİF ÇEVİK , FETTAH EREN , MURAT FARUK TUTAR

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

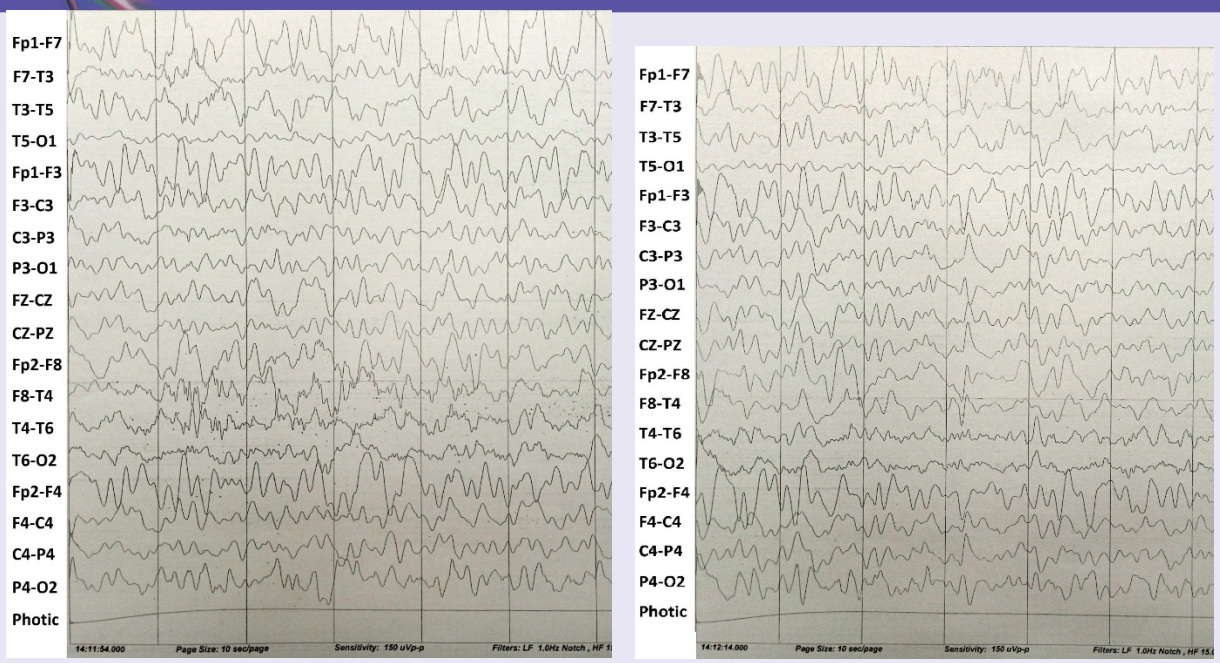
Giriş:
Creutzfeldt-Jacob hastalığı, "hızlı seyirli demanslar"ın prototipidir. Burada öncelikle psikiyatrik semptomlar ile belirti verip hızlı ilerleyici demans gelişen sporadik Creutzfeldt-Jacob hastalığı olgusu sunulmaktadır.

Olgu:
Bilinen herhangi bir hastalığı ve ilaç kullanımı olmayan, 3 aydır anksiyetesi, uyku bozukluğu, perseverasyon sanrıları ve 1 aydır dengesizlik, baş dönmesi, çift görme şikayetleri olan 55 yaşındaki kadın hasta acil servise 4 gündür anlamsız konuşma, kafa karışıklığı nedeniyle başvurdu. Nörolojik muayenesinde zaman-yer oryantasyonunda bozukluk, kısmi kooperasyon, yukarı bakış kısıtlılığı, heceleyerek konuşma, hiperaktif DTR'ler, hipokinezi, yürümede ataksi, kollarda aksiyon myoklonusu, boyunda aksiyel rijidite vardı. Acil kan tetkiklerinde özellik yoktu. Difüzyon MRG'de DWI sekansında bilateral paryetal, oksipital ve sağ frontal lobda kortikal kalınlıkta intensite artışı ile ADCC sekansında belirtilen bölgelerde zayıf difüzyon kısıtlılığı izlendi (Şekil 1'e bakınız). Lomber ponksiyon sonrası beyin omurilik sıvısında biyokimyasal ve mikrobiyolojik testler normaldi. Protein 14.3.3 tetkiki pozitifti. EEG'de multifokal, non-senkron, non-jeneralize özellikle sağ fronto-santral ve sentro-temporal sahalarda keskin ve diken dalga kompleksleri gözlendi (Şekil 2'ye bakınız). 10. günde Difüzyon MRG'de bir önceki tetkike kıyasla DWI sekansında kortikal düzeyde hiperintensitenin arttığı ve yayıldığı (kurdele benzeri sinyal hiperintensitesi), bilateral kaudat nükleus-putamen hiperintensitesi ile ADCC sekansında belirtilen alanlarda zayıf difüzyon kısıtlılığı izlendi (Şekil 3'e bakınız). Takiplerinde hastanın bilinç durumu hızla bozuldu, irkilme myoklonusu, akinetik mutizm, dekortike postür gelişti. Tanıda muhtemel sporadik Creutzfeldt-Jacob hastalığı düşünüldü.

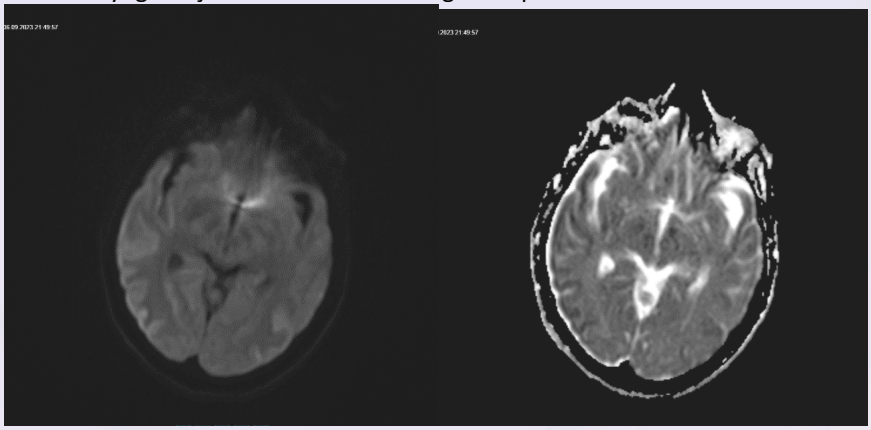
Sonuç:
Creutzfeldt-Jakob hastalığı (CJD), anormal protein izoformunun (PrP) birikmesiyle karakterize, bulaşıcı-ölümcül spongioform ensefalopatidir (1). Klinik seyrinde ilk aşamada psikiyatrik belirtiler baskın olabilir. Görme bozukluğu, hafıza bozukluğu olabilir. İkinci aşamada hızla bilişsel bozulma gözlenir. Üçüncü aşamada akinetik mutizme ilerler (2). Beyin omurilik sıvısında Protein 14.3.3 düzeyinde belirgin yükselme tanı kriterleri arasında yer alır ve yüksek duyarlılık gösterir. Sporadik Creutzfeldt-Jakob hastalığı'nda (sCJD) EEG; nonspesifik bulgulardan spesifik periyodik keskin dalga komplekslerine kadar değişkendir (1). Difüzyon MRG, CJD tanısı için erken evrede dahi çok faydalıdır (2). Striatumda, kortekste hiperintensite sCJD'nin klasik bulgularıdır. Hastalık ilerledikçe sinyal değişiklikleri genişlemektedir (3). Tedavi semptomatiktir (4).

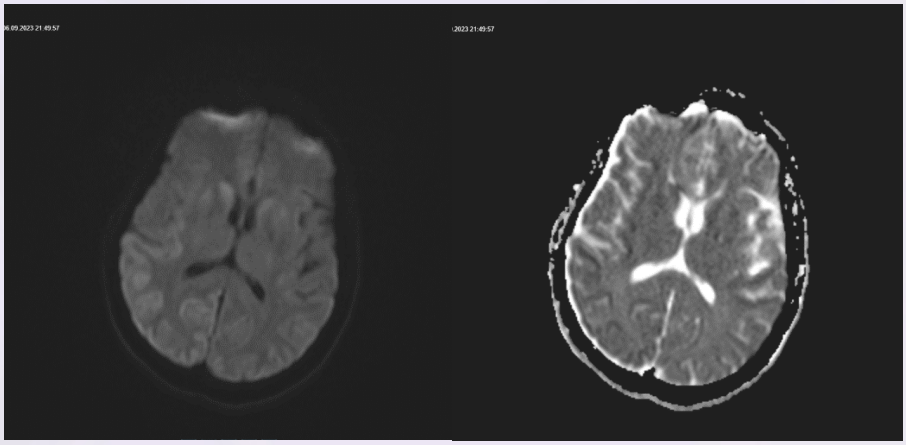


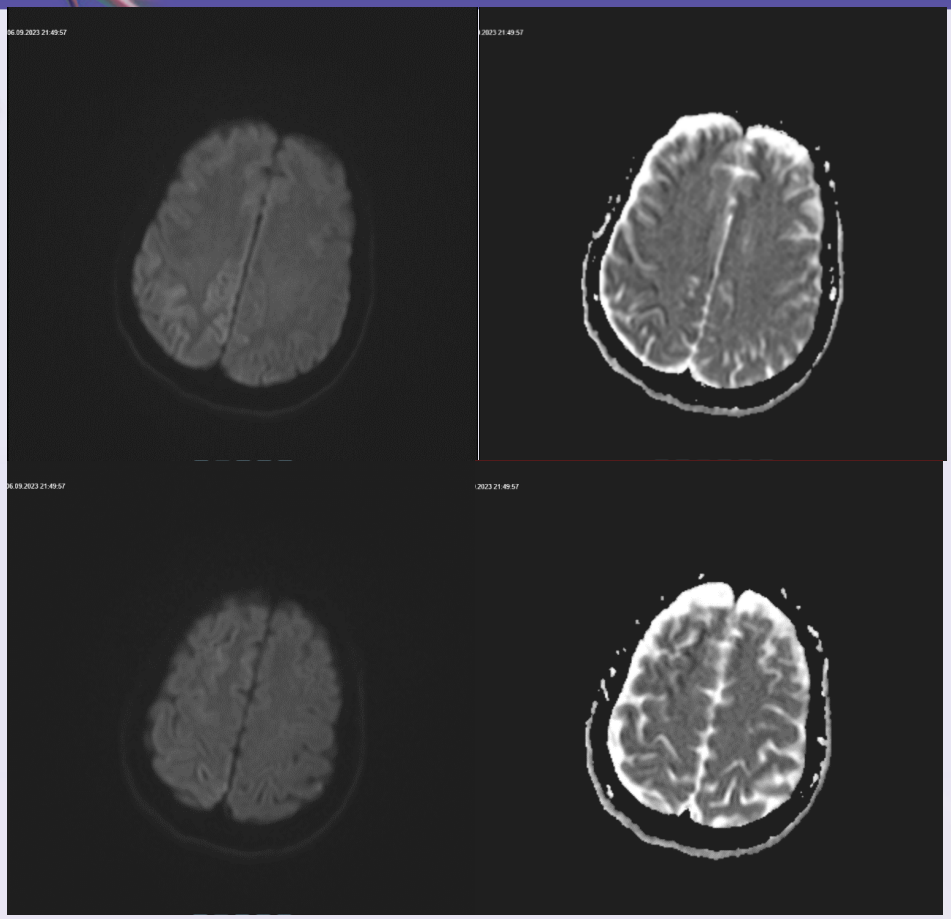
Şekil 1: Difüzyon MRG'de DWI sekansında bilateral paryetal, oksipital ve sağ frontal lobda kortikal kalınlıkta intensite artışı ile ADCC sekansında belirtilen bölgelerde zayıf difüzyon kısıtlılığı.



Şekil 2: EEG'de multifokal orijinli non-senkron, non-jeneralize özellikle sağ fronto-santral ve sentro-temporal sahalarda yoğunlaşan keskin ve diken dalga kompleksleri.







Şekil 3: 10. günde Difüzyon MRG'de bir önceki tetkike kıyasla DWI sekansında kortikal düzeyde hiperintensitenin daha da arttığı ve yayıldığı (kurdele benzeri sinyal hiperintensitesi), bilateral kaudat nükleus-putamen hiperintensitesi ile ADCC sekansında belirtilen alanlarda zayıf difüzyon kısıtlılığı.

Kaynaklar:

1-Wieser HG, Schindler K, Zumsteg D. EEG in Creutzfeldt-Jakob disease. Clin Neurophysiol. 2006 May;117(5):935-51.
2-Iwasaki Y. Creutzfeldt-Jakob disease. Neuropathology. 2017 Apr;37(2):174-188.
3-Tschampa HJ, Zerr I, Urbach H. Radiological assessment of Creutzfeldt-Jakob disease. Eur Radiol. 2007 May;17(5):1200-11.
4-de Villemeur TB. Creutzfeldt-Jakob disease. Handb Clin Neurol. 2013;112:1191-3.

EP - 643 MULTİPL SKLEROZDA SERUM GLİAL FİBRİLLER ASİDİK PROTEİN VE NÖROGRANİN DÜZEYLERİNİN KOGNİSYON İLE İLİŞKİSİ

MURAT ALPUA [1], ÜÇLER KISA [2], ERCAN TEKİN [2], UFUK ERGÜN [1]

[1] *KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ABD*
[2] *KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BİYOKİMYA ABD*

Amaç:
Bu çalışmanın amacı multipl skleroz (MS) hastalarında serum glial fibriler asidik protein ve nörogranin düzeyleri ile kognisyon arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem:
Çalışmaya 23 hasta ve 25 sağlıklı kontrol dahil edildi. Hasta ve kontrollerden alınan kan örneklerinde serum glial fibriler asidik protein (GFAP) ve nörogranin (NRGN) düzeyleri belirlendi. Hastaların hastalık süreleri ve EDSS skorları kaydedildi ve bilişsel değerlendirme için Montreal Bilişsel Değerlendirme (MOCA) ölçeği kullanıldı.

Bulgular:
Serum NRGN ve GFAP düzeyleri açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. MOCA skorları hasta grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşüktü. NRGN ve GFAP serum düzeyleri ile MOCA skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunamadı.

Sonuç:
Çalışmamız MS hastalarında serum NRGN ve GFAP düzeyleri ile biliş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını gösterdi. Mevcut bilgilemize göre bu çalışma, MSte biliş bağlamında serum GFAP ve NRGN düzeylerini inceleyen ilk çalışmadır.

EP - 644 İLERİ YAŞ GUİLLAİN BARRE SENDROM OLGUSU

MUSTAFA ÇAM , BORAN CAN GÜLER

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ

Giriş:
Guillain-Barre sendromu (GBS), genellikle asendan parestezi, ilerleyici güçsüzlük ve ağrı ile seyreden, akut enflamatuvar immün aracılı bir poliradikülonöropatidir. GBS sıklığı genç erişkinlerde ve yaşlı bireylerde bimodal seyir göstermekle birlikte tüm yaş gruplarında görülebilmesine rağmen yaşlı bireylerde mevcut ek hastalıkların sendromun klinik seyrini değiştirebilmesi nedeniyle gözden kaçabilmektedir.

Olgu:
86 yaşında erkek hasta yürüme güçlüğü nedeniyle kliniğimize başvurdu. 1 hafta önce günlük işlerini yapabilirken hızlı bir şekilde şikayetinin ilerlediğini desteksiz ayakta duramadığını belirtiyor. Nörolojik Muayensinde bilinç açık, üst ekstremitelerde kas gücü 4/5, bilateral alt proksimal ekstremite kas gücü 3/5idi. Derin tendon refleksleri alınmıyordu. Duyu muayenesinde sübjektif duyusal yakınmalar ve günlük yaşam aktivitesini etkileyen paretezik yakınmalar mevcuttu. Hasta zaman zaman soluk. Almada güçlük çektiğni ifade ediyordu. Rutin laboratuvar incelemesi normal sınırlardaydı. Elektromiyografi (EMG) ise aksonal tutulum ve demyelinizasyonun eşlik ettiği mikst tip polinöropati bulgularını ortaya koydu. BOS protein düzeyi 81 mg/dl saptandı. Hastaya 0.4 g/kg IVIG ve devamında Plazmaferez uygulandı. Solunum sıkıntısı geriledi. Tedavi sonrası bilateral alt proksimal kas gücü 4/5 idi. Rehabilitasyon programı uygulanmak üzere taburcu edildi.

Tartışma:
Guillain Barre Sendromu (GBS)'nun tüm dünyadaki yıllık insidansı 1-2/100.000'dir. 15-34 yaş arası genç erişkin bireylerde ve 60-74 yaş arası yaşlı hasta popülasyonunda hastalık insidansında artış gözlenirken hastalığın erkeklerde görülme sıklığının kadınlara göre daha fazla olduğu belirtilmektedir. Guillain Barre Sendromu'nun özellikleri yaş grupları göz önünde bulundurulduğunda bir takım farklılıklar göstermektedir. Olgumuz ileri yaş ve tedaviye kısmi cevap alınması nedeni ile sunulması uygun görülmüştür.

EP - 645 BEYİN MRG'Sİ NORMAL OLARAK SAPTANAN KOMA HASTASI

SAİD ALİZADA [1], ORKHAN MAMMADOV [1], VOLKAN HANCI [2], İBRAHİM ÖZTURA [1], ERDEM YAKA [1]

[1] *DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI*
[2] *DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI*

Giriş:
Palyatif biriminde trakeostomili olarak izlenen beyin manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) normal olan bir koma hastasını paylaşmayı amaçladık.

Olgu:
46 yaş hasta, hastanemize bilinç bulanıklığı yakınmasıyla başvurmuş. Hasta olaydan 2 gün önce üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) geçirmiş, subfebril ateş nedeniyle oral antibiyotik kullanmış. Bilinen kronik hastalığı, madde kullanım öyküsü olmayan hastanın nörolojik muayenesinde bilinci uykuya meyilli, tekli emirlere kısmi-koopere şeklindeydi. Laboratuvar sonuçlarında trombosit düşüklüğü dışında anormal değer yoktu, kültürlerinde üreme saptanmadı. Lomber ponksiyon (LP) trombositopeni nedeniyle ertelendi. Acil servisteki beyin BT'si ve difüzyon beyin MRG'si normal sınırlarda olan hastaya ampirik olarak intravenöz asiklovir ve antibiyotik tedavisi başlandı. İlerleyen saatlerde konfüzyonu derinleşen hasta entübe edildi. Yoğun bakım ünitesinde izleminin 24. saatinde derin komada olduğu görüldü. Beyin sapı refleksleri alınamayan hastada, yapılan kontrastlı beyin MRG normal olarak değerlendirildi. Çekilen EEG'de yaygın zemin ritmi yavaşlaması saptandı. Hastada uygun koşullar sağlanarak LP yapıldı. BOS biyokimyası normal sınırlarda, viral ve otoimmün ensefalit panelleri, kültür ise negatif olarak sonuçlandı. BOS'ta COVID-19 IgG pozitifliği saptandı. Hastaya seronegatif otoimmun ensefalit ön tanısı ile 1000 mg/gün intravenöz metilprednizolon tedavisi başlandı. Klinik olarak yanıt alınmayan hastada, 5 seans plazmaferez yapıldı. Yoğun bakım izleminin 8. Haftasında yapılan EMG'de aksonal dejenerasyonun eşlik ettiği ağır sensorimotor polinöropati ile uyumlu bulgular saptandı. Plazmaferezin bittikten sonra 2 hafta içinde nörolojik muayenesinde kademeli düzelme saptandı. Güncel muayenesi bilinci açık, baş ve göz hareketleriyle tekli emirlere koopere olmakta, bilateral fasiyel paralizi mevcut, üst ekstremitelerde hareket yok, alt ekstremite distallerde minimal hareket saptandı.

Tartışma:
Plazmaferez tedavisine kısmen yanıt verdiğini düşündüğümüz, antikorunu gösteremediğimiz olası otoimmün ensefalit olgusunu, tüm nörolojik defisitine rağmen beyin MRG'ye yansıyan bir lezyonu olmaması sebebiyle literatür eşliğinde tartışmaya uygun bulduk.

EP - 646 GEÇ TANI ALAN MİTOKONDRİYAL MİYOPATİ: OLGU SUNUMU

SERKAN KIRBAŞ [1], DİLEK YANOĞLU [2]

[1] *ÖZEL MUSA GÜL HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ,KIRŞEHİR*
[2] *KAÇKAR DEVLET HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ, RİZE*

Giriş:
Mitokondriyal hastalıklar, nükleer DNA ve/veya mitokondriyal DNA'daki genetik mutasyonlara bağlı, mitokondrinin normal fonksiyonlarında yer alan proteinlerdeki bozukluklar sonucu ortaya çıkan en yaygın kalıtsal hastalıklar grubudur. Klinik olarak erken yaşlarda ve çoğunlukla multisistemik tutulumla kendilerini belli etselerde sistemik tutulumun olmadığı değişken klinik varyasyonlar gösterebilmektedirler. Burada izole alt extremite proksimal kas güçsüzlüğünün olduğu tanı gecikmesine neden olan erişkin bir hasta sunulmaktadır.

Olgu:
Özgeçmişinde herhangi bir özellik bulunmayan 43 yaşındaki bayan hasta yürüme güçlüğüyle müracaat etti. İlk şikayeti yaklaşık 16 yıl önce ikinci doğumundan sonra başlamıştı. O dönemde eskisi gibi rahat yürüyemediğini ve etrafındakiler tarafından ördekvari tarzda kalçalarını sağa sola yalpalayarak yürüdüğü söylenmekteydi. Kalça çıkıklığı veya belinde daralma tarzında birtakım tanısal yaklaşımlar aldığı öğrenildi. Zamanla merdiven çıkmada güçlük ve oturduğu yerden destek almadan kalkamamaya başlamıştı. Anne ve babasında akraba evliliği (hala-dayı çocukları) vardı. Nörolojik muayenesinde; bilinç açık, koopere ve oryante. Pupiller normoizokorik, DIR ve IIR+/+. Göz hareketleri her yöne serbestti. Üst extremitede kas gücü tamdı. Her iki alt extremitede; proksimallerde kas gücü kuvveti +3/5 düzeyinde, kalça fleksörleri zayıf, DTR'ler azalmış, patolojik refleks yoktu. Rutin tetkikleri ılımlı CK yüksekliği (276 İU) dışında normaldi. EMG'si izole olarak kalça fleksörlerini ve alt extremite proksimal kaslarını tutan myojenik etkilenim ile uyumluydu. Tanı ve ayırıcı tanı amacıyla yapılan diğer tetkikleri normaldi. Dış merkezde kas biyopsisi yaptırıldı ve sonucu mitokondriyal myopati ile uyumlu geldi. Koenzim Q10 ve destek tedavisi eşliğinde fizik tedaviye yönlendirildi.

Sonuç:
Yaş sınırlamasına bakılmaksızın yürüme güçlüğü ile müracaat eden ve alt extremite proksimal kas güçsüzlüğü tespit edilen vakalarda ayırıcı tanıda mitokondriyal myopati akılda tutulmalıdır.

EP - 647 BİR REKÜRREN İNME NEDENİ

TÜLİN İREM ÜNLÜER , YELİZ ÇİFTÇİ , TUĞBA KORKMAZ , EGE ERDENER , ECE KAVAS , EREN İSMAİLOĞLU , VEDAT GERDAN , HAYRİ ÜSTÜN ARDA , BEDİLE İREM TİFTİKÇİOĞLU

BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ ÇİĞLİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:
Santral Sinir Sistemi vasküliti genellikle ateş, kilo kaybı, döküntü veya periferik nöropati gibi sistemik vaskülite ait semptom ve bulguların eşlik etmediği, santral sinir sisteminin herhangi bir yerini tutabilen ve bu sebeple de farklı klinikler görülebilen bir vaskülittir. Hastalar kronik baş ağrısı, ensefalopati, sık tekrarlayan felç/geçici iskemik atak, nöbet, kognitif davranış değişiklikleri, fokal motor-duysal bozukluklar, ataksi, miyelopati ile prezente olabilir.

Bu bildiride söz konusu 46 yaşındaki Diabetes Mellitus dışında herhangi bir tanılı hastalığı bulunmayan erkek olgu, acil servise baş dönmesi, konuşmada bozulma, yürüme güçlüğü gibi inme semptomları ile başvurdu. Antiagregan tedavi alırken tekrarlayan inme ataklarına yönelik etiyolojik araştırmasında Aort kökü ve Sol Atrium dilatasyonu görülen, karotis-vertebral anlamlı stenozu olmayan hastaya antikoagülan tedavi uygulandı fakat hastanın INR değeri efektif düzeydeyken inme tekrarı oldu. Bunun üzerine hastaya yapılan Diagnostik Serebral Anjiyografide tipik vaskülit görüntüsü(tespih tanesi) görüldü. Santral Sinir Sistemi Vasküliti olarak değerlendirildi. Bu süreçte hastada kronik böbrek yetmezliği ve ağır kognitif yıkım gelişti.

Bu bildiride tekrarlayan inme atakları ile acil servis başvurusu olan hastanın ayırıcı tanısı ile tedavisinin düzenlenmesine kadar geçen süreçteki tetkik ve yaklaşımları detaylı incelenecektir.

EP - 648 İLK BAŞVURUDA DUYUSAL ETKİLENİMİN OLMADIĞI BAZI DEMİYELİNİZAN ÖZELLİKLER GÖSTEREN MOTOR NÖRONOPATİ İLE UYUMLU TOKSİK NÖROPATİ OLGUSU

YAKUP GÖNÜLAL , DÜRDANE AKSOY , BETÜL ÇEVİK , ORHAN SÜMBÜL , YUSUF KOÇAK , UĞUR KULU

TOKAT GAZİOSMANPAŞA TIP

Amaç:
Sinir sisteminin toksik kimyasal maddelere karşı verdiği reaksiyonlardan en sık görülenlerinden biri periferik nöropatidir. Endüstriyel, çevresel ve biyolojik ajanlar, ağır metaller ve farmakolojik ajanlar toksik nöropati yapabilir. Başta kemoterapi ilaçları olmak üzere ilaçlar günümüz kliniğinde en sık nedendir. Nörotoksik ajanlar aksonopati, nöronopati ya da miyelinopati yapabilir.

Olgu:
Bilinen kronik hastalığı olmayan 21 yaş kadın hasta birkaç haftadır olan mide bulantısı , iştahsızlık ,baş dönmesi, çabuk yorulma, ayaklarda uyuşma,bacaklardan başlayan kollara yayılan ilerleyici güçsüzlük şikayetleri ile polikliğinimize başvuruyor. Muayenesinde üst ekstremite omuz abduksiyonu 4/5, kol fleksiyon ekstansiyonu 3/5, el sıkma 1/5 alt ekstremite paraplejik, uzun eldüven uzun uzun çorap tarzı hipoestezi,tandem walk beceriksiz, Dtr : 4 yanlı alınamadı. . Özgeçmişinde yaklaşık altı ay boyunca ayakkabı fabrikasında solvent / uçucu maddeye maruz kalma öyküsü olduğu öğrenildi.
Hasta GBS? ,PNP? ön tanılarıyla yatırıldı.Etyolojiye yönelik yapılan LP , kontrastlı beyin ve spinal mr görüntüleme normal. İlk EMG ; duyusal etkilenimin olmadığı bazı demiyelinizan özellikler gösteren motor nöronopati . Kontrol EMG de çok ağır derecede sensorimotor polinöropati ve bir önceki tetkik ile karşılaştırıldığında üst ekstremitede motor ve duyu iletileri alınamadı. Hastanın öykü ve muayenelerinin polinöropatiyi düşündürmesi, EMG sinde polinöropati saptanması, hastanın aynı işyerinde çalışan kişiler ile benzer yakınma ve EMG bulgularına sahip olması ; yapılan rutin incelemelerinde olası başka bir neden saptanmaması ve literatürde ayakkabı imalatı çalışanlarında benzer klinik ve EMG bulgularının daha önce de bildirilmiş olması nedeniyle hastada Toksik Polinöropati(n-Hekzan ilişkili?) düşünüldü.

Tartışma:
Heksakarbonlar ortak metabolitleri olan 2,5 heksandion aracılığı ile polinöropatiye neden olurlar. Bu nöropatide lokal nörofilament birikimine bağlı multifokal aksonal şişmeler (dev aksonal nöropati) ve sekonder segmental demiyelinizasyon olur. Toksik nöropatilerin çoğunda yaygın aksonal dejenerasyonu yansıtan elektrofizyolojik bulgular saptanırken, heksakarbon nöropatilerinde iletim yavaşlaması ve parsiyel iletim bloklarının saptanmasının nedeni budur.

Kaynaklar 1. Ek CJ, Dziegielewska KM, Habgood MD, Saunders NR. Barriers in the developing brain and Neurotoxicology. Neurotoxicology 2012;33:586-604. 2. Bowler RM, Lezak MD. Neuropsychologic evaluation and exposure to neurotoxicants. In: Lotti M, Bleecker ML, (ed). Handbook of Clinical Neurology. Occupational Neurology, 2015. 3. Boyes WK, Thriel CV. Neurotoxicology of nanomaterials. Chem Res Toxicol 2020;33:1121-1144. 4. Costa LG. Overview of neurotoxicology. Curr Protoc Toxicol 2017;74:11. 5. Bonaccorso S, Ricciardi A, Zangani C, Chiappini S, Schifano F. Cannabidiol (CBD) use in psychiatric disorders: a systematic rewiev. Neurotoxicology 2019;74:282-298. 6. Heyer DB, Meredith RM. Environmental toxicology: sensitive periods of development and neurodevelopmental disorders. Neurotoxicology 2017;58:23-41. 7. Garcia GJ, Schroeter JD, Kimbell JS. olfactory deposition of inhaled nanoparticles in humans. Inhalation Toxicol 2015;27:394-403. 8. Clarkson TW, Magos L, Myers GJ. The toxicology of mercury-current exposures and clinical manifestations. N Engl J Med 2003;349:1731-1737. 9. Schultz ST. Does thimerosal or other mercury exposure increase the risk for autism? A review of current literature. Acta Neurobiol Exp (Wars) 2010;70:187-195. 10. Jang DH, Hoffman RS. Heavy metal chelation in neurotoxic exposures. Neurol Clin 2011;29:607-622.

EP - 649 BOTULİNUM TOKSİN UYGULAMASI SONRASI GELİŞEN TRANSVERS MİYELİT:OLGU SUNUMU

ZEHRA AKTAN

MEMORİAL ANKARA HASTANESİ

Giriş:
Akut transvers miyelit, hızlı başlangıçlı, güçsüzlük, duyu bozukluğu, bağırsak/mesane fonksiyon bozukluğu ile ortaya çıkabilen, nadir görülen, edinilmiş inflamatuar bir hastalıktır. İdiopatik olabildiği gibi, çeşitli hastalık ve durumlarla birlikte ya da nöroimflamatuar bir hastalığın komponenti olarak görülebilir.

Olgu:
28 yaşında kadın hasta, çift görme, yüzde, boyun sağ yarımında, sağ kolda uyuşma ve kuvvetsizlik şikayeti ile başvurdu. Öyküsünde Covid-19 enfeksiyonu sonrası reaktif artrit, perikardit vardı. İlaç, madde kullanımı yoktu. Muayenesinde bilinci açık, koopere, oryantasyonu tam, konuşması normaldi. Pupiller izokorik, IR+/+, sağ göz yukarı dışa bakışta hafif kısıtlılık, konjuge göz hareketlerinde bozulma vardı. Fasiyal asimetri yok, kas gücü sağ kolda -5/5, sağ mandibuler bölgede, kolda, omuzda hipoestezi vardı. DTR normoaktifti. Hoffmann -/+, KCR -/+, TCR fleksor/fleksor, Lhermitte - bulundu. Kontrastlı kranial MR'da patoloji görülmedi, servikal spinal kordda C1-C2 aralığında, sağ dorsolateralde kontrast tutan lezyon alanı görüldü. Lomber ponksiyonda BOS'ta hücre görülmedi, glukoz 74 mg/dl (kan glukozu 128 mg/dl), protein 21,2 mg/dl idi. BOS kültüründe üreme yok, Borrelia burgdorferi IgG,M, HSV PCR ve diğer enfeksiyöz testler negatifti. Oligoklonal band görülmedi, IgG indeksi normal, Anti Aquaporin4, anti-MOG antikoru negatifti. Kanda enfeksiyöz, vaskülitik testleri negatifti. Akut transvers miyelit kliniği olan hastaya 10 gün pulse steroid tedavisi verildi, oral steroid ile devam edildi. İki hafta sonraki muayenede kas gücü tam, duyu defisiti yoktu, göz hareketleri normaldi.

Sonuç:
Botulinum toksin uygulaması sonrası diplopi, pitozis, disfaji, botulismus tabloları görülebilmektedir. Kranial beyaz cevher tutulumu olan olgular, akut dissemine ensefalomiyelit olgusu da bildirilmiş olup, immun aracılı geliştiği düşünülmektedir. Bu olguda transvers miyelit tablosunun botulinum toksin uygulaması ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

EP - 650 BOTULİZM OLGULARI

ZEYNEP BÜYÜKORHAN [1], ELİF SEDA KUVET [1], ŞULE BİLEN [1], HESNA BEKTAŞ [2]

[1] *ANKARA ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ*
[2] *YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ,ANKARA ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ*

Giriş:
Botulizmde genellikle yorgunluk, halsizlik, mide bulantısı, kusma, diyare, bulanık görme, midriyazis, pitoz, yutkunmada ve konuşmada güçlük gibi belirtiler görülmektedir. Hastalık, ilerleyen dönemde güç kaybı, solunum felci ve hatta ölüme neden olabilmektedir. Diğer nörolojik hastalıklar ile ayırıcı tanısı gerekir. Biz botulizm tanısıyla izlediğimiz 2 olguyu sunacağız.

Olgu 1:
Otuz iki yaşında kadın hasta bir haftadır olan halsizlik, güçşüzlük,nefes darlığı,ağız kuruluğu şikayeti ile başvurdu. Öyküsünde bir ay önce koltuk altına, iki hafta önce ellerine BoNT-tip A uygulaması olan hasta nefes darlığı olması sebebi ile yoğun bakımımıza yatırıldı. Nörolojik muayenesinde bilateral el parmak fleksiyonunda kısıtlılık haricinde patoloji yoktu. Tek lif EMG' de motor son plak disfonksiyonu görüldü. Asetilkolin reseptör antikoru negatifti.Hasta zehir danışma hattına danışıldı.Hastanın diplopisi ve satürasyon düşüklüğü olmaması nedeni ile antitoksin uygun bulunmadı.Kliniğinde düzelme görülen hasta kontrol planlanarak taburcu edildi.
Olgu 2:
Altmış sekiz yaşında kadın hasta bulantı, kusma, halsizlik, ses kısıklığı, çift görme, yutkunmada güçlük yakınmaları ile başvurdu. Nörolojik muayenesinde bilateral dışa bakış kısıtlılığı ve pitozisi mevcuttu , palatal arklar az çekiyordu,DTR'ler hipoaktifti. Başvurusundan 4 gün önce pasta ve garnitür içeren konserve yeme öyküsü mevcuttu. Tek lif EMG'de motor son plak disfonksiyonu görülen hastada botulizm düşünüldü. Hastaya antitoksin tedavisi planlandı. Takiplerinde kliniğinde düzelme görülen hasta taburcu edildi.

Tartışma:
Botulizm,tam pişmemiş gıdalar,evde hazırlanan konservelerin tüketiminin yaygın olduğu ülkelerde sıktır. İyatrojenik botulizm Botulinum toksin tip A'nın kullanıldığı tedavilerin istenmeyen bir komplikasyonu olarak görülebilmektedir. Botulizm, Guillain-Barre Sendromu ve Myastenia Gravis ile ayırıcı tanısı gerekir.

Sonuç:
Erken tanı ve en kısa zamanda antitoksin uygulanması hayat kurtarıcıdır.Ülkemizde son yıllarda hem gıda kaynaklı hem de iyatrojenik botulizm vakalarında artış olması sebebiyle 2 olgu sunulmak istenmiştir.

EP - 651 LAMOTRİJİNE DRAMATİK CEVABI OLAN ATİPİK KRONİK ISRARCI BAŞAĞRISI

GİZEM AYNUR AKTAŞ , MİNE BUSE SALKIN SARGIN , TUĞBA UYAR CANKAY , TEMEL TOMBUL

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE ŞEHİR HASTANESİ

Vaka sunumu:
Yirmi üç yaş erkek hasta, 3 yıl önce ani olarak başlayan ve devam eden sıkıştırır tarzda, tüm gün süren ve çok şiddetli baş ağrısı şikayeti ile başvurdu. Baş ağrısı hareketle artmakta, ağrı nedenli çok sık uyku problemi yaşadığını, günlük işlerini devam ettiremediği bu yüzden üniversiteyi bıraktığı ve evden dışarı çıkamadığı bilgisi edinildi. Hastanın özgeçmişinde özellik yok. Hastanın nörolojik muayenesinde normaldi. Hastaya dış merkezde yapılan lomber ponksiyon incelemesinde BOS açılış kapanış basıncı, otoimmun ensefalit paneli, beyin dijital anjiografi, PET ve EEG incelemeleri normaldi. Hasta yakınmaları başladıktan 1 yıl sonra baş ağrısı çok şiddetlendiği zaman tekrar dış merkezde yatırıldığında Kranial MR incelemesinde spleniumda FLAIR kesitinde hiperintensite gözlenmişti. Kontrol Mr incelemelerinde özellik gözlenmedi. Hastaya topiramat, gabapentin, esitlopram, pregabalin, duloksetin, indometazin ve metilprednizolon başağrısı için verilmiş fakat cevap alınamamış.
Hastaya refrakter ve çok şiddetli baş ağrısı nedenli 4 hafta Büyük Oksipital Sinir blokajı yapıldı ve aritmi ekarte edilerek 48 saat süreyle lidokain 2mg/dk infuzyonu uygulandı. Başağrısı şiddet ve süresinde etki gözlenmedi.

Hastaya lamotrijin 2x25 başlanarak haftalık 25 mg arttırıldı ve 100 mg/güne çıkıldı. Başağrısının dramatik olarak düzeldiği, sıklık ve şiddetin azaldığı gözlendi.

Tartışma:
Lamotrijin öncelikle trigeminal nevralji, trigeminal nöropati, SUNCT/SUNA, migrenin bazı formları ve ısrarcı devam eden baş ağrısı ve fasiyal ağrı sendromlarında ağrıyı baskılamak için kullanılır. Doz kademeli olarak 200 mg/gün e kadar arttırılabilir. Atipik kronik ısrarcı baş ağrılarında ve diğer tedavilere cevap vermeyen otonom sefaljilerde akılda tutulması gereken bir seçenektir.

EP - 652 PARANEOPLASTİK SEREBELLAR DEJENERASYONU OLAN KADIN HASTA OLGU SUNUMU

DİCLE ÇOBAN , TURGAY DEMİR , ŞEBNEM BIÇAKÇI

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, BALCALI HASTANESİ

Amaç:
Paraneoplastik nörolojik hastalıklar sistemik kanserlerin metastaz, metabolik ve nütrisyonel yetmezlik, infeksiyon, koagülopati ya da kanser tedavisine bağlı yan etkiler dışındaki mekanizmaların neden olduğu heterojen bir hastalık grubudur. Paraneoplastik serebellar dejenerasyon en sık akciğer (küçük hücreli akciğer kanseri), meme ve jinekolojik kanserler ve lenfoma (özellikle Hodgkin hastalığı) olmak üzere her tür kansere bağlı ortaya çıkabilir.

Yöntem:
Altmış üç yaşında kadın hastanın oral antidiyabetik tedavi ile kontrol altında olmayan tip 2 Diyabetes Mellitus tanısı vardı. Son 3 ay içerisinde tekrarlayan hipo ve hiperglisemi atakları ve 9-10 kg kilo kaybının olduğu öğrenildi. On gün önce yürüme ve denge bozukluğu, son 3-4 gündür de giderek artan konuşma bozukluğu mevcuttu. Bu yakınmaları nedeniyle kliniğimize yatırılan hastanın ilk nörolojik muayenesinde ılımlı apati, dizartri, bilateral serebellar bulgular ve tek taraflı destekle geniş tabanlı ataksik yürüme paterni izlendi. Beyin MR incelemesinde serebellar atrofi izlenen olgunun PET dahil geniş paraneoplastik taramasında anlamlı patoloji saptanmadı. Paraneoplastik panel çalışılan olgunun BOS/kan da Tr (DNER) 3+ olarak sonuçlandı. Paraneoplastik serebellar dejenerasyon olarak değerlendirilen olguya 5 seans plazmaferez uygulandı.

Sonuç:
Tedavi sonrası konuşması tam düzelen olgu yardımsız olarak ayağa kalkabiliyor ve günlük ihtiyaçlarını da yardımsız olarak giderebiliyordu. Hastanın halen poliklinik takipleri devam etmektedir.

Tartışma:
Sonuç olarak olgumuzda her ne kadar primer malignite odağı saptanamamış olsa da paraneoplastik serebellar dejenerasyonun erken tanısı ve tedavisinin yapılması ile hastada gelişen ve ilerleyen süreçte gelişebilecek fonksiyonel kayıpların önüne geçilmiştir. Ayrıca primer malignite odağının belirlenmesi için hastanın yakın takibi planlanmıştır.

EP - 653 VAKA SUNUMU: İDİYOPATİK İNTRAKRANİYAL PAKİMENENJİT

MEHMET NUMAN ÇAM , MERT ŞENOL , MEHMET FEVZİ ÖZTEKİN

ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

Amaç:
İdiyopatik İntrakraniyal Pakimenenjit dura materde inflamasyon ve fibröz kalınlaşma ile seyreden, nadir görülen bir hastalıktır. Etiylojisinde granülomatöz ve viral enfeksiyonlar; neoplastik hastalıklar, otoimmün hastalıklar görülmektedir.

Gereç ve Yöntem:
Tarafımıza görme ve işitme bozukluğu nedeniyle başvuran 65 yaşındaki Iraklı kadın hastanın şikayetleri 1,5 yıl önce kulak ağrısı ile başlamış. Kulak ağrısının başlangıcından 15 gün sonra; sol göz kapağını kapamada güçlük, ağzının sol tarafını hareket ettirememe ve sol gözde görme kaybı şikayetleri eklenmiş. Tarafımıza başvurusundan 6 ay önce sağ gözde görme kaybı şikayetleri başlamış.

Bulgular:
Etiyolojisini araştırmak üzere; yapılan odyometrik incelemelerde bilateral ileri derecede sensörinöral işitme kaybı gösterildi. Çekilen kraniyal manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) posterior fossalarda ve supratentoriyal seviyelerde, sol serebral hemisfer lateralinde daha belirgin olmak üzere yer yer lobüle konturlu dural kalınlaşma ve kontrastlanma görüldü. Vaskülit markerları negatif geldi. Sarkoidoza yönelik yapılan tetkiklerde sarkoidoz düşündürecek bulgu görülmedi. Yapılan lomber ponksiyonda tüberküloz veya başka bir enfektif durumu sağlamadı. Oligoklonal bant elektroforezi pozitif olarak raporlandı. Tümör araştırması açısından çekilen Pozitron Emisyon Tomografide leptomeningeal alanlarda, sağda stylomastoid foramen lokalizasyonunda, solda temporal kemikte oval pencereye yakın lokalizasyonda izlenen fokal Flurodeoksiglukoz tutulumları görüldü.

Sonuç:
Yukarıda özetlendiği üzere etiyolojide herhangi bir hastalık bulunamadı. Hastayı, kliniği ve herhangi bir etiyoloji bulunamaması üzerine nadir bir hastalık olan İdiyopatik İntrakraniyal Pakimenenjit olarak değerlendirdik. Nadir bir hastalık olması nedeniyle bahsedilen vaka sunulmaya değer bulduk.

EP - 654 OLIGOKLONAL BANT POZİTİFLİĞİ OLAN SEREBELLAR ATAKSİ SENDROMU: OLGU SUNUMU VE LİTERATÜRÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

AYŞE KARAKAYA ATILGAN , KADİR GÜLŞEN , EMEL AFİFE ATAMAN , AYŞE AVCI , FETTAH EREN

KONYA SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Amaç:
İmmün kökenli serebellar ataksiler oldukça nadir görülen hastalıklardır. Anti-Glutamik asit dekarboksilaz antikor (anti- GAD ab) ilişkili serebellar ataksi immün ataksilerin %3 ünü oluşturmaktadır. Bu olgularda oligoklonal bant pozitifliği sık görülen bir birliktelik değildir. Bu nedenle bu olgu sunumu ile birlikte oligoklonal bant patern 2 ve anti- GAD ab pozitif serebellar ataksi olgusunun literatürdeki yerini tartışmayı amaçladık.

Yöntem (Olgu Sunumu):
Kırk altı yaş kadın hasta sol kol ve bacakta istemsiz hareket, dengesizlik, yürüme güçlüğü şikayeti ile başvurdu. Horizontal nistagmus, sol üst ve alt ekstremitede silik hemiparezi, dismetri, disdiadokokinezi mevcuttu. Derin tendon refleksleri tüm odaklarda hiperaktifti. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemesinde serebellar folialar belirgin, sol meziyal temporal alanda hiperinstensite saptandı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) oligoklonal bant (OKB) tip-2 patern olup diğer parametreler normaldi. Serum Anti- GAD antikoru değeri >2000IU/ml ve anti GAD antikoru 3+ idi. Hasta immunsupresif (Rituksimab) tedavisi altında takip edilmektedir.

Sonuç ve Tartışma:
Anti GAD antikoru pozitif serebellar ataksiler nadir görülmekte olup etiyolojisi ile ilgili bilgiler sınırlıdır. Hastaların bir kısmında BOS-OKB bant pozitifliği tespit edilmektedir. Bu birliktelik ve ilişki üzerine bilimsel bir çalışma olmamakla birlikte sınırlı sayıda olgu sunumu vardır. BOS-OKB ve anti GAD antikoru pozitifliği altta yatan etyopatojenik doğanın aydınlatılmasına katkı sağlayabilir.

EP - 655 FRONTOTEMPORAL DEMANSIN İKİ FARKLI KLİNİK PREZENTASYONU: OLGU SUNUMU

DERYA KARA [1], GİZEM ERKARACA KABAOĞLU [1], AYŞE POLAT ZAFER [1], YEŞİM GÜZEY ARAS [2], TÜRKAN ACAR [2]

[1] S. B. SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ
[2] SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ A.D.

Giriş:
Frontotemporal demans (FTD); erken başlangıçlı demans nedenlerinden biri olup kişilik değişikliği, azalmış konuşma içeriği ile karakterizedir. Alt tipleri arasında FTD-Amyotrofik Lateral Skleroz (ALS) kompleksi, primer progresif afazi (PPA), semantik demans bulunmaktadır. Bu yazıda FTD-ALS kompleksi ve PPA ile seyreden iki farklı FTD olgusunu sunduk.

Olgu 1:
Altmış üç yaş erkek hasta yutma güçlüğü, nefes darlığıyla acil servise başvurdu. Özgeçmişinde ALS olup iki yıldır çabuk sinirlendiği, içine kapandığı ve konuşmasında azalma olduğu öğrenildi. Nörolojik muayenesinde şuur açık, koopere idi. Dilde fasikülasyon, interosseus ve tenar kaslarda atrofi, derin tendon reflekslerinde artma ve gag refleksinde azalma izlendi. Kranial Manyetik Rezonans Görüntülemede (MRG) T2 flair aksiyal kesitte bilateral frontotemporalde atrofi gözlendi. Hasta yakın takibe alındı.

Olgu 2:
Seksen üç yaş erkek hasta kişilik değişikliği, kelime bulmada güçlük, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık nedeniyle geldi. Özgeçmişinde özellik yoktu. Nörolojik muayenesinde şuur açık, koopere, kranial sinirler intakttı. Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MoCA), 14/30 ölçüldü. Kranial MRG'de yaygın kortikal atrofi izlendi. Hasta, PPA tanısı ile takibe alındı.

Tartışma:
FTD, primer nörodejeneratif hastalıklardan biri olup yürütücü işlevlerde kayıp, kişilik değişiklikleri ile karakterizedir. Semantik demans, PPA, FTD- ALS kompleksi FTD'nin alt tiplerindendir. ALS, santral sinir sisteminde motor nöron dejenerasyonu ile karakterize olup nörodejeneratif hastalıklarla birlikteliği sıktır. Hastalarda davranış değişikliği, kognitif bozulma görülmesi halinde FTD-ALS kompleksi akılda tutulmalıdır. PPA, dil fonksiyonlarında progresif bozulmayla giden FTD alt tipidir. Bilişsel becerilerde, günlük yaşam aktivitelerinde bozulmalar görülür. FTD tipik semptomlar dışında konuşma bozukluğu, ALS bulguları ile prezente olabilir. Bu nedenle FTD ön tanısıyla incelenen hastalarda alt tiplerine ait klinik bulgular dikkatle sorgulanmalıdır.

EP - 656 KARACİĞER HASTALIĞININ İLK BULGUSU OLARAK HEPATİK ENSEFALOPATİ

DURUL ÜSTÜN , PINAR ORTAN

SBÜ. İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Hepatik ensefalopati (HE) karaciğer yetmezliğinin komplikasyonu olarak gelişen, kişilik, bilinç değişikliği, kognitif ve motor fonksiyonlarda bozulma ile giden bir klinik durumdur. Sunacağımız vaka özgeçmişinde karaciğer hastalığı olmayan hastada gelişen hepatik ensefalopatiye örnek teşkil etmektedir.

Olgu:
73 yaşında kadın hasta, acil servisimize yakınları tarafından fark edilen uykuya meyil, konfüzyon nedeniyle başvurmuştur. Anamnezde önceleri yardımla günlük aktivitelerini gerçekleştirmesine rağmen birkaç gün içerisinde gelişen anlamsız konuşma, söylenenleri algılamada güçlük ve uykuya meyil yer almaktadır. Geçirilmiş iskemik serebrovasküler hastalık öyküsü ve atriyal fibrilasyon nedeniyle apiksaban kullanmakta olduğu öğrenilmiştir. Nörolojik muayenesinde dezoryante olduğu, komplike emirlere uymakta güçlük çektiği ve sekel sağ yanlı hemiparezisi olduğu görülmüştür. Meninks irritasyon kanıtları ve piramidal irritasyon bulgusu saptanmamıştır. Özgeçmişinde travma, epileptik nöbet, intoksikasyon öyküsü olmayan hastanın laboratuar tetkiklerinde AST: 45.8 U/l, INR: 1.4 ve pansitopeni saptanmıştır. Diğer rutin laboratuar tetkikleri olağan sınırlarda değerlendirilmiştir. Ensefalopati ön tanısıyla nöroloji servisine yatırılmış ve EEG yapılmıştır. Trifazik dalga aktivitesi görülmesi üzerine HE ön tanısıyla incelenmiş; kan amonyak düzeyi 147,91 ug/dL, batın USG'de minimal assit, lobüle ve heterojen karaciğer parankim yapısı, splenomegali saptanmıştır. Siroz etiyolojisine yönelik tetkiklerde patolojik sonuç saptanmamıştır. Geniş spektrumlu antibiyotik, laktuloz ve lavman, L-ornitin L-aspartat tedavisi sonrası ensefalopati gerilemiştir.

Tartışma:
Hepatik ensefalopati kognitif testlerle gösterilebilen hafif bozulmadan stupor ve komaya kadar değişen bilinç değişikliğine sebebiyet verebilmektedir. Siroz hastalarında tanı anında hepatik ensefalopati prevalansı hastaların %10-40'ında bildirilmiştir. Fakat literatürde karaciğer yetmezliği bulguları veya bilinen karaciğer komorbid hastalığı yokluğunda hepatik ensefalopati prevalansına ilişkin bilgi yer almamaktadır. Sirozun ilk bulgusu olarak HE nadir görülmekte ve klinikte atlanabilmektedir.

EP - 657 PSİKOTİK BELİRTİLERLE İLE BAŞVURAN BİR NÖROSİFİLİZ OLGUSU

FATMA SEDA BİNGÖL , ERSİN KASIM ULUSOY

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ,ANKARA ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
Sifiliz, Treponema Pallidum adlı spiroketle cinsel yolla bulaşan enfeksiyöz bir hastalıktır. Santral sinir sistemi tutulumu hastalığın her döneminde gözlenirken depresyon, mani, psikoz kişilik değişiklikleri nadir psikiyatrik bozukluklala gelen hastalarda nörosifilizin tanısı konulmasında bazı zorluklarla karşılaşılmaktadır. Genellikle birincil enfeksiyondan 4-10 yıl sonra, tedavi edilmeyen veya yetersiz tedavi gören olgularda nörosifiliz riski artmıştır. Biz de geç başlangıçlı psikotik belirtilerle servisimize kabul edilen ve tetkikleri sırasında nörosifiliz tanısı konulan bir hastayı sunmayı uygun bulduk .

Olgu:
Kırk beş yaşında erkek hasta, yaklaşıK 15 gün önce hasta davranış değişiklikleri, komşularının kendisine kötülük yapacağını düşünme, birlerinin tararfından takip edilme, saldırganlık yakınmalarının olması nedeniyle psikiyatri polikliniğine başvurdu. Hastanın aynı gün çekilen Kraniyal manyetik rezonans görüntülemesinde bilateral temporal lobda sinyal artışı olması nedeniyle ensefalit ön tanısıyla servisimize yatırıldı.Geniş biyokimya, hemogram, sedimentasyon ve C-reaktif protein değerleri normal olan hastada treponema pallidum hemaglütinasyon (TPHA) pozitifliği VE RPR (+) pozitif olması nedeniyle nörosifiliz ön tanısıyla enfeksiyon hastalıkları bölümüne konsülte edildi. Yapılan LP'de BOS VDRL 1/8 titrede pozitif gelmesi üzerine enfeksiyon hastalıklarına danışılarak 14 gün boyunca penisilin 6X 4 milyon ünite intravenöz antibiyotik tedavisi alması planlandı. Tedaviden fayda gören hasta nöroloji ve enfeksiyon polikliniğinde takip edilmektedir.

Tartışma:
Nörosifiliz hastalarının erken tanınmasını ve tedavi almasını sağlamak için hastalığın sosyodemografik ve klinik özelliklerinin daha ayrıntılı olarak ortaya konulması gerekmektedir Nörosifilizin demans, kişilik değişimi, mani, depresyon, psikoz ve deliryum gibi nerede ise tüm psikiyatrik bozuklukları taklit edebileceği unutulmamalıdır.Nörosifilizin erken dönemdeki bilişsel ve psikiyatrik belirtileri tedavi ile düzelebilir. Ancak geç dönem olgularda tedavi yanıtı iyi değildir ve hastalık sekelleri kalıcıdır.

EP - 658 BAKTERİYEL MENENJİT İLE BİRLİKTELİK GÖSTEREN POSTERİOR REVERSİBL ENSEFALOPATİ (PRES) SENDROMU

MEHMET ZAHİD AYDIN , CAHİT AYAN , AYŞE AVCI , ŞEREFNUR ÖZTÜRK

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Olgu:
Posterior revesibl ensefalopati sendromu (PRES), baş ağrısı, nöbetler, kognitif tutulum ve görme bozukluklarıyla kendini gösteren beynin posterior oksipal ve pariyetal loblarını etkileyen vazojenik ödemle karakterize klinik-radyolojik bir sendromdur. Bilinen hipotiroididen başka tanısı olmayan hasta birkaç gündür olan ateş, bilinç bulanıklığı ve baş ağrısı şikayetiyle yapılan bos incelemesi sonucunda (Streptococcus pneumoniae) Pnömokok menenjiti tanısı aldı. Daha sonra yapılan santral görüntülemede posterior paryeto oksipital bölgede ödem ve diffüzyon kısıtlılığı izlenen hastada PRES düşünüldü. Hastaya destek tedavisi yapıldı. Antibakteriyel tedavi yanısıra antiödem tedavisi başlandıktan sonra mental durumu tamamen düzeldi. PRES, farklı santral enfeksiyon hastalıklarıyla birliktelik gösterebilir. Geri dönüşümlü ve tedavi edilebilir bir sendrom olduğu için hızla tanınması önemlidir.

EP - 659 TALAMİK ENFARKT: BEŞ OLGU SERİSİ

YASEMİN CEMRE TÜRKMEN ÇOKDOĞRU , SULTAN ÖZKAN , TAHSİN ÇALAN , EMRE İSLAM , ERHAN KILIÇ , AYGÜL GÜNEŞ

BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTENESİ

Amaç:
Talamus, çeşitli duyuların serebral korteksteki primer duyu merkezine iletilmesi, serebellum ve bazal gangliyonlardan gelen hareket ile ilgili bilgilerin serebral korteksin motor bölgelerine iletilmesinde önemli rolü olan gri cevher kitlesidir. Talamusun vasküler lezyonları etkilenen çekirdeğe bağlı olarak farklı sendromlarla ortaya çıkabilir. Bu çalışmada amacımız talamik enfarktı olup farklı klinik bulgularla karşımıza gelen olgularımızı analiz etmektir.

Gereç ve Yöntem:
Talamik enfarktı olan beş olgumuzun anamnez, özgeçmiş, nörolojik muayene ve nöro-görüntülemelerini değerlendirdik.

Bulgular:
Olgularımızın yaş aralığı 51-69 idi. Olgularımızın 4'ü erkek, 1'i kadındı. Şikayetleri nöbet geçirme, ekstremite ve/veya ekstremitelerde kas güçsüzlüğü, konuşma bozukluğu, vücut yarımında his kaybı ve/veya azalması ya da ağrı hissetme şeklinde idi. Öz geçmişlerinde Diabetes Mellitus, Hipertansiyon, KAH ve geçirilmiş iskemik inme vardı. Diffüzyon MR'larında enfarkt alanları; lateral posterior koroidal arter sulama alanında, anterior koroidal arter sulama alanında (2 olgu), talamogenikulat arter sulama alanında (2 olgu) şeklinde idi.

Tartışma: Talamusun çok çeşitli fonksiyonlarda görev alması ve vasküler anatomisindeki farklılıklar sebebiyle herhangi bir nedenle hasar görmesi durumunda klinik bulgular çok geniş bir yelpazeye sahip olur. Bizim olgularımızda da birbirine benzer alanların tutulmasına rağmen birbirinden farklı şikayet ve nörolojik muayene bulguları saptandı. Nispeten küçük çaplı ve morfolojik olarak laküner boyutta kabul edilebilecek talamik lezyonların, geniş kortikal hasarların yarattığı klinik tablolara benzer durumlara yol açtığı ortaya konmuştur. Sıklıkla bu bölgenin lezyonları akut olarak koma ve komayı izleyen dönemde uyanma güçlüğü, motivasyonda azalma ve mental yeteneklerde kalıcı hasara yol açan klinik tablolarla da seyrederler. Ancak bizim olgularımızda uyanıklık kusuru ya da koma gözlenmedi.

Sonuç:
Talamik enfarktlar, lezyon yerlerine göre çeşitlilik gösteren bir kinik spektrum oluşturabilir. Biz bilinç bozukluğu ve göz bulguları dışında farklı kliniklere sahip 5 olgumuzu yazmayı uygun bulduk.

EP - 660 MIYASTENIA GRAVİS TE UZATILMIŞ SALIMLI PRİDOSTİGMİN BROMUR KULLANIMI

İPEK ÇAĞIR YILDIRIM , ÜMİT CENGİZ , MEHMET UĞUR ÇEVİK , MEHMET UFUK ALUÇLU

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Giriş:
Miyastenia Gravis (MG) çoğunlukla postsinaptik yerleşimli nikotinik asetilkolin reseptörlerinin (AChR) hedef alındığı, otoimmün kökenli, ataklarla seyreden bir hastalıktır. Öncelikle okülobulber kas tutulumuna sebep olup, bulber kas tutulumuna bağlı solunum sıkıntısı ve yutma güçlüğüne sebep olur. Tedavisinde antikolinerjik ilaçlar kullanılır.

Olgu:
30 yaşında erkek hasta; ortalama 2 yıldır yutma güçlüğü, halsizlik, göz kapağında düşüklük olması nedeniyle takip edilen hasta; Acil servisimize bu şikayetlerle başvurdu. Acil serviste yapılan nörolojik muayenesinde ptozis, dispne, hipersalivasyon, disfaji saptandı. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yok
Tetkikler: Anti asetilkolin reseptörü (Anti-AChR) pozitif, Anti-MuSK negatif
Ardısıra uyarı testi ile tek lif emg:Postsinaptik nöromusculer kavşak hastalığı ile uyumlu
Arter kan gazı: pCO_2: 53 mmHg
Hasta miyastenik kriz tanısı ile Nöroloji Yoğun Bakıma yatırıldı. Takiplerinde entübe edildi. 5 gün İntravenöz İmmunglobulin tedavisi başlanıldı. Hasta extübe edildi. Nöroloji kliniğine transfer edildi. Timoma saptanıp elektif timektomi önerildi. Hastadan alınan anamnezde pridostigmin bromür 60 mg 6x1, Azatiopirin 2x1, prednizolon 5 mg 1x8 kullanımı olup; özellikle pridostigmin bromür kullanımı sonrası hipotansiyon, baş ağrısı, allerji?, uykusuzluk (her gece 4 saatte 1 tb alması gerektiği için) şikayetleriyle hasta tolere edemedi. Hasta tedaviye uyumsuzluğu nedeniyle yavaş salımlı pridostigmin bromür 180 mg 1x1 pozoloji olacak şekilde tedavi revizyonu yapıldı

Sonuç:
Hastada yapılan uzatılmış salımlı pridostigmin bromür 180 mg tb tedavi revizyonu sonrası yan etkilerın azalması ve kullanma kolaylığı nedeniyle uzatılmış salımlı pridostigmin bromür 180 mg tb tedaviyi öneriyoruz.

EP - 662 AKİNETİK MUTİZM TABLOSUNDA GETİRİLEN VE CREUTZFELDT-JAKOB HASTALIĞI TANISI ALAN HASTAMIZ

ERHAN ARGIŞ

VAN LOKMAN HEKİN HASTANESİ

Giriş:
Creutzfeldt-jacop hastalığı (cjd), prion proteinlerinin neden olduğu, hızlı ilerleyen, bulaşıcı, fatal seyirli nörodejeneratif bir hastalıktır. Familial, sporadik, varyant ve iatrojenik olmak üzere dört formu mevcuttur. Dünyada genelinde yıllık insidansı 1/1.000.000 olarak görülmektedir. Hızlı ilerleyen demans toblosu ile beraber myokonik atımlar, serebral, serebellar, ekstrapiramdal, vizüel ve psikiyatrik bulgularla prezente olabilir. Tanıda beyin mr, bos analizleri ve eeg yardımcı olur. Kesin tanı doku biyopsisi ile konulmakla birlikte riskli olduğu için çok tercih edilmez. Hastalık çok hızlı ilerleyici olması nedeniye çoğu zaman yoğun bakım ünitelerinde takip edilir ve spesifik bir tedavisi yoktur. Hasta haftalar ve aylar içinde kaybedilir.

Olgu:
79 yaşında kadın hasta, bilinen hipertansiyon ve hipotroidi tanısı mevcut. 2 ay önce düşme sonrasında sol radius kemikte fraktür öyküsü var.
Hastanın oğlundan alınan öyküde hastanın yaklaşık bir haftadır uykuya meyilli olduğunu, iletişim kurmakta zorlandıklarını belirtiyor. Hastanın bu süreçte çok az beslendiğini belirtiyor. Geçirilmiş serebrovasküler olay veya belirgin unutkanlık öyküsünün olmadığını belirtiyor.
Hastanın muayenesinde bilinç stupor, kooperasyon kurulamıyor ışık refleksi bilateral + , ağrılı uyaranla her her dört ektremite hareketli. Derin tendon refleksleri global artmış, taban cildi refleksi bilateral ekstensor yanıt.
Hastaya difüzyon mr çekiliyor. Difüzyon mr da sağ frontotemporal, putamen ve kaudat nükleusta en bellirgin olmak üzere bilateral yaygın kortikal ve bazal gangliyonlar düzeyinde adc de hipointens karşılığı olan difüzyon kısıtlılığı mevcut. Kardiyopulmoner resüsitasyon ve operasyon öyküsü tekrar sorgulandığında böyle bir öyküsünün olmadığı belirtiliyor. Hasta prion hastalığı ön tanısıyla yoğun bakıma yatırılıyor. Hastaya rutin EEG çekiliyor. Eeg de sağ frontotemporalde peryodik keskin kontürlü yavaş dalga paroksizmleri izlendi. Hastaya lp yapıldı. Mikroskobik bakıda hücre yok. bos protein ve glukoz normal. Kültürde üreme yok. Kontrastlı beyin mr çekiminde kontrast tutulumu yok. Hastaya paraneoplastik panel, otoimmün panel ve 14 3 3 proteini çalışıldı. 14 3 3 proteini pozitif sonuçlandı. Takiplerde oğlu dışındaki farklı refakatçilerden alınan öyküde hastanın yaklaşık 2 aydır unukanlık şikayetinin olduğunu, anlam veremedikleri garip davranış ve konuşmaların olduğunu, hızlı seyirli yürüme güçlüğü ve dengesizlik şikayetlerinin olduğunu belirttiler.

Sonuç:
Creutzfeldt-jacop hastalığı çok hızlı ilerleyici unutkanlık, bilinç bulanıklığı, dengesizlik, güçsüzlük gibi nörolojik ve depresyon, uyku bozukluğu, içe kapanma kişilik değişiklileri gibi psikyatrik semtomlarla prezente olabilir. Bu hızlık klinik gidişat ve prezentasyonundaki geniş yelpaze hekimlere tanıda güçlük oluşturabilir. Nitekim hastamız bize genel durum bozukluğu adı altında akinetik mutizm tablosunda başvurdu. Hızlı ilerleyen nöropsikiyatrik semptonmları olan hastalarda creutzfeldt-jacop hastalığı ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Bu açıdan hastamızı sunmak istedik.

EP - 663 DİPLOPİ BULGUSUNA NEDEN OLAN ATİPİK MENİNGİOM

KÜBRA NUR USTABAŞ , MEHMET YERTÜRK , ŞULE KAHRAMAN , NİLGÜN PULUR , EDA ÇOBAN , NİLÜFER KALE

BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Diplopi paralel olması gereken görme aksının bozulması sonucunda oluşur. Diplopi göz kaslarında, göz kaslarına giden sinirlerde veya beyindeki görme yollarını etkileyen herhangi bir patoloji sonucunda oluşabilir. Ancak meningiomların diplopi ile prezentasyonu nadirdir.Olgumuz buna örnek olması açısından sunmaya layık bulunmuştur.

Olgu Sunumu:
51 y e hasta akut gelişen binoküler çift görme ve sol frontalde orta şiddette baş ağrısı yakınması ile başvurdu. Nörolojik muayenesinde göz hareketleri serbest, pupiller izokorik, ışık refleksi bilateral +/+. Pitozu yoktu. Hastaya yapılan kranial bilgisayarlı tomografi (BT) ve difüzyon manyetik rezonans (MR) görüntülemeleri normaldi. Çift görmeye eşlik eden baş ağrısı olması nedeniyle olası intrakranial anevrizma açısından çekilen BT anjiyografilerde patoloji saptanmadı. Lomber ponksiyon incelemede BOS total protein: 229, Glukoz: 58,2 (Eş zamanlı kan glukoz: 89) idi. Hücre saptanmadı. Enfeksiyöz patolojiler ekarte edildi. Atipik hücre saptanmadı. Kontrastlı kranial ve orbital MR'da sol temporal lob medialinde sol later rektus kası komşuluğunda uzanım gösteren ve kontrastlı seride kontrast tutulum olan lineer uzanım gösteren atipik menengiom saptandı. Hastanın çift görme şikayeti geçti, sol frontal ağrısında hafifleme olduğu görüldü. Hastanın kliniğinde iyileşme görülmesi üzerine 1 ay sonra kontrol kranial MR görüntülemesi planlanarak taburcu edildi.

Sonuç:
Menengiomlar meninkslerden kaynaklanmayan, ancak büyüyerek beynin üzerinde baskı yaratarak klinik belirtilere yol açan iyi huylu tümörlerdir. Olası semptomlar arasında görme bozuklukları, işitme veya koku kaybı, bilinç bulanıklığı, nöbet ve baş ağrısı bulunur. Olgumuzda meningiomun muhtemel sfenoid sinüs ve orta beyinden kaynaklanarak, medial temporal lob lateralinde lineer tarzda uzanım göstererek lateral rektus kasına baskı yaparak diplopiye neden olduğu düşünülmüştür. Kontrastlı orbital MR sekansı tanıya varmada yardımcı olmuştur.

EP - 664 DİYABETES MELLİTUS TANISI OLMAYAN GENÇ HASTADA SAPTANAN DİYABETİK AMİYOTROFİ OLGUSU

DOÇ. DR ALİ ZEYNEL ABİDİN TAK MEHMET SİNER ZEYNEP TÜRKAN

[1] ADIYAMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
[2] ADIYAMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Diyabetik polinöropati(DPNP) diyabetes mellitusun (DM) sık komplikasyonlarından birisidir ve bu durum kan glukoz yüksekliği ve hastalık süresi ile ilişkilidir. Diyabetik amiyotrofi (Bruns-Garland sendromu) DPNP'nin nadir görülen proksimal asimetrik tutulum ile seyreden alt tiplerinden biridir.Tip 2 DM'de %1.1,Tip 1 DM'de %0.3 oranında ve orta veya ileri yaş hastalarda daha sık görülür. Alt extremite proksimalinde akut veya subakut gelişen genellikle asimetrik güçsüzlük ve atrofi ile karakterizedir

Gereç ve Yöntem:
35 yaşında erkek hasta, yaklaşık 1 ay önce başlayan sol kalçadan bacağa yayılan şiddetli ve süreğen ağrı ile dış merkezde tetkik ve tedavi uygulandığı öğrenildi. Mevcut şikayetlerinin artması ve merdiven çıkmakta zorlanma ve oturduğu yerden kalkmakta güçlük gelişmesi üzerine tarafımıza başvudu. Bilinen bir hastalık yok, travma,ağır yük kaldırma öyküsü,enfeksiyon,aşı ya da enjeksiyon öyküsü yoktu. Son 1.5 ayda 14 kg kilo kaybı mevcut. Soygeçmişinde özellik yok. Alışkanlıklar: Pipo tüketimi.

Bulgular:
Hastanın yapılan fizik ve nörolojik muayenesinde : Bilinç açık, konuşma ve anlama normal, kranial sinir muayenesi doğal, Kas güçleri üst ekstremitelerde tam, sol kalça fleksiyonu 3/5,ekstansiyonu 5/5,adduksiyonu ve abduksiyonu 5/5, sağ altta global 5/5 kas gücü mevcut. Sol bacağında uyuşma ve karıncalanma yakınması olan hastanın objektif duyu muayenesi normaldi.
Laboratuar ve görüntüleme bulguları
Açlık KŞ: 127, HBA1C: %6.1, İnsülin:11
Lomber manyetik rezonans görüntüleme MRG) : lomber lordoz hafif düzleşmiştir
kalça eklem MRG : sol gluteus maksimus kas liflerinde ödem izlenmiş ve grade 1-2 strain lehine değerlendirilmiştir.
Elektromiyelografi (EMG): Sinir motor ileti çalışması sonucunda : sol femoral sinir birleşik aksiyon potansiyeli(bkap) amplitüdü sola göre %50 ye yakın küçüktür.(sağ: 6.1 sol: 3.2). İğne emg sonucunda : sol vastus lateralis,vastus medialis,ve iliopsoas kası hafif kasıda dev müp izlenmiş olup seyrelme paterni gözlenmiştir. L3-L4 paraspinal kaslarında hafif denarvasyon bulgusu dikkati çekmiş olup hasta ağrı nedenli kasıldığında net ayırt edilememiştir.
Hastada diyabetik amiyotrofi düşünülerek tedaviye başlandı. Medikal tedavi olarak alfa lipoik asit, pregabalin ve tramadol hidroklorür başlanarak dozlar kademeli olarak arttırıldı, diyet programı düzenlendi.
Taburculuk sonrası takiplerinde ağrı başta olmak üzere şikayetleri belirgin gerileyen hastada ilaç dozları azaltılarak kesildi.
Taburculuk sonrası takiplerinde ağrı başta olmak üzere şikayetleri belirgin gerileyen hastada ilaç dozları azaltılarak kesildi

Sonuç:
Diyabetik amiyotrofi DM'in daha çok orta ve ileri yaşlarda görülen nadir bir komplikasyonudur. Başlıca ayırt edici klinik özellikleri tek taraflı akut veya subakut başlangıçlı,orta veya ağır derecede kas güçsüzlüğü ve/veya atrofidir. Duyu kaybı yoktur veya hafif düzeydedir. DA'da ağrının şiddeti değişkendir,kas güçsüzlüğü genellikle ilk olarak kuadriseps kasında görülür.Hasta özellikle ayağa kalkma ve merdiven çıkmada güçlük tarif eder.DM'nin daha sık bir komplikasyonu olan sensorimotor aksonal polinöropatinin aksine tek taraflı ve/veya asimetriktir. Bacak ağrısı ve gece ağrısı da DA'NIN ayırt edici özellikleri arasında sayılır. Klinik, muayene ve inceleme neticeleri benzer şekilde literatür ile uyumlu olan bizim hastamızda önceye ait DM tanısı yoktu ve genç yaş erkek idi.

Hastalığın doğal seyri değişkendir. Pek çok hastada 1-2 yıl içinde semptomlar spontan geriler ancak iyileşme yavaştır ve tam değildir. Olguların %20 sinde nüks görülebilir. Erken iyileşme için iyi bir glisemik kontrol, ağrı kontrolü , alfa lipoik asit, analjezik akım ve rehabilitasyon programı önerilir. Bizim hastamız uygulanan tedavilere iyi yanıt vermiş olup halen ilaçsız takip edilmektedir.

Sonuç olarak bacak ağrısı, kas güçsüzlüğü, atrofi ve kilo kaybı gibi şikayetlerle başvuran hastalarda DM tanısı olmasa bile DM'in nadir komplikasyonlarından olan diyabetik amyotrofinin de akılda tutulması gerektiği erken tanı ve tedavi ile hastaların prognozlarına olumlu katkı sunulacağı kanaatindeyiz.

EP - 665 TROMBOLİK Mİ TROMBEKTOMİ Mİ? BİR OLGU SUNUSU

ZAUR MEHDİYEV , YILMAZ EGE DİNÇ

ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

Olgu:
Akut iskemik svo dünya çapında yüksek mortalite ve morbiditeye sahip, sık görülen önemli bir nörolojik acildir. Donanımlı inme merkezlerinde, tecrubeli ve multidisipliner bir ekip ile hızlı bir değerlendirme ve uygun tedavi ile hastaların morbidite ve mortalite oranları önemli ölçüde azalmaktadır. Elimizde olan silahların arasında en güçlüleri iv TPA ve endovasküler trombektomidir. Bu tedavilerin kararları ülkemizde genellikle tedavi ve tanı algoritmaları üzerinden verilmektedir. Proksimal arter oklüzyonu olan her akut iskemik serebrovasküler olayda, hasta IV trombolitik tedavisi almış olsun ya da olmasın, endovasküler trombektomi uygun tedavi seçeneğidir.

Bu bildiride uygun saatte sol ica c2 segmentten kavernöz segmente kadar oklüde olan, sol mcanın açık olduğu, aca distalinde oklüzyon olduğu ve aca enfarktı kliniği ile gelen bir hastada her ne kadar proksimal arter oklüzyonu olsa da klinik ve görüntüleme beraber değerlendirildiğinde esas problemin aca oklüzyonu olduğu görülmektedir ve bu yüzden sadece iv tpa kararı verilmiştir.

Vaka literatür ve görüntüler ile tartışılmıştır ve tedavi kararının öğretici olduğu tarafımızca düşünülmektedir.

EP - 666 TALAMİK ENFARKT SONRASI ORTAYA ÇIKAN AKUT KORE: BİR OLGU SUNUMU

ALİHAN ABDULLAH AKBAŞ , YEŞİM GÜZEY ARAS , DERYA KARA , LEVENT AVCI , BEYZA NUR BOZKURT , BİLGEHAN ATILGAN ACAR , TÜRKAN ACAR

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
kore hiperkinetik bir hareket bozukluğudur. sıklıkla ekstremitenin distalinde izlenen, düzensiz, ritmik olmayan, rastgele, küçük amplitüdlü istemsiz hareketlerdir. kore primer olarak kontralateral bazal gangliyonlar ve talamus bölge lezyonlarından sonra ortaya çıkar ve genellikle unilateraldir korenin patogenezi komplekstir. talamusun motor çekirdeği ve globus pallidus internanın da içinde olduğu subkortikal nukleusların arasındaki bağlantıların disfonksiyonu sonucu gelişir. burada oksıpıtal enfarkt nedeniyle takip edilirken üst ekstremitede koreiyoform hareketler gelişen hasta sunulmuştur.

Olgu:
82 yas erkek hasta 25.05.2023 tarihinde sol tarafta güç kaybı ve hissizlik şikayeti ile acil servise başvurdu . geliş nörolojik muayenesinde.konuşma dizartrik. sol nlo silik kas gücü sol ekst 3/5 olarak saptandı . diff mr ında sağ oksipital bölgede akut diffüzyon kısıtlılığı saptandı . hasta ıskemik inme tanısı ile interne edildi . yatışının 1.gününde sol kolda istemsiz hareketler saptanması üzerine çekilen kontrol diff mr da sağ oksipital ve sağ talamik bölgede yeni gelişen diffüzyon kısıtlılıkları izlendi. .bu bulgularla hastada kore düşünüldü . . nörodol damla 3*5 başlandı . takibinin 3.gününde istemsiz hareketleri tamamen kayboldu . 1 ay sonra poliklinik kontrolüne çağırıldı

Tartışma:
serebrovasküler olaylar sonrası kore, distoni, tremor ve parkinsonizm gibi hareket bozuklukları ortaya çıkabilir. iskemik ve hemorajik inme, subaraknoid kanama, serebrovasküler malformasyonlar ve bazal gangliyonları etkileyen dural venöz fistül sebebiyle hareket bozuklukları gelişebilir . akut inme sonrası hareket bozukluğu sık rastlanılan bir durum olmamakla birlikte akut inme sonrası kore ve hemiballismus gibi hiperkinetik, parkinson hastalığı gibi hipokinetik hareket bozuklukları karşımıza çıkabilir.

Sonuç:
Bu olgu akut ortaya çıkan kore gibi hareket bozuklukraında etyolojide serebrovasküler hastalıkaların göz önünde bulunudurulması gerektiğini belirtmek için sunulmuştur

EP - 667 ANİ BAŞLANGIÇLI KOREOATETOİD HAREKET BOZUKLUĞU İLE PREZENTE OLAN HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

NİLGÜN ERTEN [1], AYSEL TEKEŞİN [2]

[1] İSTANBUL FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
[2] İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:
Elli iki yaşında kadın hastanın, dört gün önce yüzünün sol yarısında uyuşma şikayeti başlamış. Bu şikayetine sol kol, bacakta uyuşma ve sol kolda istemsiz hareketler eklenince acil servisimize başvurdu. Acil serviste çektirilen Difüzyon MR'ında sağ kaudat nükleus başı düzeyinde, sağ putamen lateral anterioruna da uzanım gösteren, hafif ekspansil karakterde, T2A yüksek sinyalli, difüzyon incelemede ve ADC haritasında yüksek sinyal özellikleri gösterirken, internal kapsul genusu posterior krusu ve globus pallidus seviyesine uzanım gösteren, ayrıca kaudale kortikospinal traktus boyunca uzanan kısıtlanmış difüzyon sahası izlendi. Bu görüntüler birbirinden ayrı zamanlı iskemiye bağlı değişiklikler yönünden anlamlı olabileceği gibi hastanın anamnezi ve kliniği ile birlikte sağda korpus striatumu etkileyen diğer patolojilerin de ekarte edilmesi gerektiği düşünüldü.
Hastanın nöroloji servisine yatışı yapıldı. Nörolojik muayenesinde; bilinç açık, koopere ve oryanteydi. Ense sertliği ve meningeal irritasyon bulgusu yoktu. Sağ eli dominant olan hastanın konuşması ve anlaması normaldi. Pupiller normoizokorik, ışık refleksleri ++/++' di. Göz hareketleri dört yöne doğaldı. Kas gücü dört ekstremitede normaldi. Sol yüz yarısında, sol kol ve bacakta hipoestezi mevcuttu. Sol üst ekstremitede ve sol alt ekstremitede koreoatetoid hareketler mevcuttu. Taban cildi refleksi bilateral plantar fleksiyon şeklindeydi. Sfinkter kusuru yoktu.
Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon dışında bir özellik yoktu. Yakın zamanda geçirilmiş cerrahi operasyon anamnezi yoktu. Başka kardiyak, endokrin, metabolik bozukluk yoktu. Kronik kullandığı bir ilaç yoktu. Sigara, alkol, psikoaktif madde kullanım anamnezi yoktu. Soy geçmişinde bir özellik yoktu. Hastanın rutin kan tetkikleri normal sınırlardaydı. Hastanın EKO' su; EF %60, sol atrium çapı 41mm, sol atriyum dilate, sol ventrikül hipertrofisi ve hafif mitral yetmezlik şeklinde değerlendirildi. Beyin ve karotis BT anjiyografisi normaldi. Wilson Hastalığını ekarte etmek için kanda bakır, seruloplazmin ve 24 saat idrarda bakır düzeyi bakıldı. Kanda bakır düzeyi 137 ug/dL (N: 70-150), seruloplazmin düzeyi 0.287 g/L (N: 0.2-0.6), yirmi dört saatlik idrarda bakır düzeyi 11.4 ug/24 saat (N: 9-71) şeklinde normal sınırlarda ölçüldü. Gözlerde Kayser-Fleischer halkasına rastlanmadı. Kontrastlı kraniyal MR görüntülemelerinde, sağda frontoparietal alanda ve globus pallidus seviyesinde, kaudat nükleus düzeyinde T2A ve FLAİR sekansta hiperintens, postkontrast kontrastlanması olmayan gliozis sahası izlendi. Difüzyon incelemede bu alanda kısıtlanma, ADC haritasında hiperintens görünüm saptandı. Hastanın görüntülemeleri radyoloji tarafından da değerlendirildi ve olası yavaş seyirli tümöral lezyon ekartasyonu için MR spektroskopi ve beyin MR perfüzyon incelemeleri önerildi.
Hastaya haloperidol başladık. Dozunu 3*5 damla, 3*10 damla, 3*15 damla olacak şekilde tedricen artırdık. Tedaviye çok dramatik yanıt aldık. Hastaya MR spektroskopi ve perfüzyon MR çektirilmesini planladık. Hastanın takibi ayaktan devam etmektedir. Akut inme kliniği gibi prezente olan hastalarda klinik manifestasyon hareket bozukluğu ise, strok dışında başka nedenler de aramalıyız.

EP - 668 BAŞ DÖNMESİ İLE BAŞVURAN FOKAL EPİLEPSİ OLGUSU

FATMA KARA

ORDU DEVLET HASTANESİ

Olgu:
Özgeçmişinde herhangi bir özellik olmayan 21 yaşında kadın hastanın yaklaşık iki yıldır etraf döner tarzda baş dönmesi atakları oluyormuş. Son 6 aydır bu ataklar giderek sıklaşmaya başlamakla birlikte düzenli bir sıklığı yokmuş. Ataklar özellikle yorulduğunda, sabahları erken kalktığında ve stresli olduğu dönemlerde oluyormuş. Baş dönmesine bulantı eşlik ediyor ancak bilinç kaybı, kollarda veya bacaklarda herhangi bir kasılma, kusma, çift görme ve bulanık görme eşlik etmiyormuş. Baş dönmesi atakları en fazla 2-3 dk. kadar sürebiliyormuş.Hasta yaşadığı baş dönmesi ataklarından dolayı KBB, Kardiyoloji, Dahiliye, Nöroloji ve Acil servis olmak üzere pekçok doktora başvurmuş. Hastanın nörolojik muayenesi normal olarak değerlendirildi. Hastanın yapılan değerlendirmeler sonucunda kan tahlilleri, epilepsi protokolüne göre çekilen Beyin ve Diffüzyon MRG, Beyin MRG anjio, Karotis-Vertebral Doppler USG, EKG, EKO, Ritm ve tansiyon holter tetkiklerinde bir patoloji saptanmamış. KBB hekimi tarafından yapılan Dix-Hallpike testi normal olarak değerlendirildi. Hastaya mevcut baş dönmesi atakları nedeniyle semptomatik amaçlı betahistin tedavisi verilmiş ancak hasta altı ay süreyle kullandığı bu tedaviden herhangi bir fayda görmemiş.Hastanın yapılan rutin EEG tetkikinde ise sol temporal bölgede sık olarak ortaya çıkan, düzensiz, kısa süreli keskin dalga aktiviteleri saptandı. Mevcut bulgularla hastada ön planda fokal epilepsi düşünüldü ve hastaya karbamazepin tedavisi önerilerek takibe alındı

EP - 669 ZONA SONRASI MEZENCEPHALON TUTULUMU İLE SEYREDEN OLGU

EMİNE AKCAN , AYSUN TILTAK , FATMA GENÇ , AYLİN YAMAN

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:
VZV zonadan sorumlu bir virüstür [1] ve vücutta ağrılı döküntülere neden olur. Çocuklarda, gençlerde nadir ve toksik metabolik durumlarla ilişkili iken yetişkinlerde ileri yaş, stress, enfeksiyon ve immünsüpresyonla ilişkilendirilmiştir [1]. Zona sonrası mezencephalon tutulumu, VZV enfeksiyonun nadir bir komplikasyonudur.[2]

Olgu Sunumu:
33yaşında erkek hasta, şikayetlerinden yaklaşık 20 gün önce zona geçirmiş ve başvurudan 9 gün önce özellikle horizontal ve aşağı bakarken üst üste binoküler diplopi şikayeti ile nöroloji polikliniğine başvurdu. Eşlik eden başka nörolojik bir şikayeti yoktu. Bilinen bir hastalığı, düzenli kullandığı ilacı yoktu. Geliş muayenesinde pupillerde anizokori(sağ>sol), IR +/+ ve IIR+/+ ve sağ gözde içe ve aşağı bakış kısıtlılığı mevcuttu. Hastanın beyin MRG'de mezencephalonda ADC karşılığı net olmayan flairde hiperintens görülen diffüzyon kısıtlılığı izlendi. Etiyolojiye yönelik inme, demyelizan hastalıklar, enfeksiyöz ve vaskülitik nedenler araştırıldı. İnme, demyelizan ve vaskülitik etiyolojisi açısından kliniği açıklacak bir neden saptanmadı. LP sonucunda wbc:33 ve S. agalactia üremesi oldu. BOS sitolojinde ise molarret hücresi ve lenfosit hakimiyeti izlendi. Sonuç olarak etiyolojisinde şikayetlerinden 20 gün önce zona geçirmesi nedeniyle zonaya sekonder mezencephalon tutulumu olduğu düşünüldü ve 5 gün süreyle pulse steroid tedavisi verildi.

Sonuç:
VZV vücutta latent kalan ve çeşitli klinik tablolara sebebiyet verebilen nörotropik bir virüstür, santral sinir sistemi tutulumu ve kranial sinir paralizine neden olarak diplopi ile seyreden olgumuzu sizinle paylaştık.

1.Herpes zoster: a review of clinical manifestations and management anant patil, mohamad goldust, uwe wollina 2022 jan 19;14(2):192. doi: 10.3390/v14020192.
2.Postherpetic ensephalitis, f.m.zeiler,j.p.schmutzhard,m.e weller the lancer neurology 2023

EP - 670 VARİCELLA ZOSTER ENFEKSİYONUNA BAĞLI MULTİPLE KRANİAL SİNİR TUTULUMU VE AYIRICI TANILARI

AYŞE CEREN BAŞARAN , AYŞAN ZEYNEP KALLİOĞLU , YELİZ ÇİFTÇİ , TUĞBA KORKMAZ , BEDİLE İREM TİFTİKÇİOĞLU

BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ ÇİĞLİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:
Multiple kraniyal sinir tutulumu, birden fazla kraniyal sinirin farklı kombinasyonlarda tutulumu ile karakterizedir. Enfeksiyon, travma, diyabet, demiyelinizan hastalıklar, vaskülitik hastalıklar gibi sebepleri olabileceği gibi idiyopatik nedenlere bağlı olarak da gözlenebilmektedir
Bu bildiride, sol alt molar diş çekiminden 1 hafta sonrasında sol göz kapağında giderek progrese olan kapanma, sol alın ve sol taraf kafa derisinde ağrılı veziküller mevcut olup oftalmik zona olarak değerlendirilen ve tedavi alan 66 yaşında erkek hastanın bu şikayetlerden yaklaşık 1 ay sonra başlayan ağızda kayması mevcuttu. İlk nörolojik muayenesinde; sol gözde aşağı, içe ve ılımlı yukarıya bakış kısıtlılığı vardı. Sol NLO silik, trigeminal sinir 1. Dalı ile uyumlu trasede sol hipoestezi mevcuttu. Hastanın ayırıcı tanılara yönelik yapılan beyin mr venografide sinüs patolojisi saptanmamış, serebral venöz sistem patent olarak izlenmiş, beyin mr anjiyografide avm veya anevrizma ile uyumlu malformasyon izlenmedi. CIS protokolü ile çekilen kontrastlı beyin mrgde patolojik kontrastlanma gösteren lezyon izlenmedi. Diyabete yönelik bakılan HBA1C:6.5, Vaskülit ve eliza testlerinde patolojik sonuç gözlenmedi. Literatürde, diş tedavisinde uygulanan lokal anestetik ajana ya da mekanik travmaya ikincil nöral kılıf inflamasyonu ve nöral etkilenmenin sorumlu tutulabileceği öne sürülmüştür.
Diş tedavisini takiben gelişmiş multiple kraniyal sinir tutulumu olup VZV pozitif (Varicella ıgg:>1500 ıgm:>200) saptanan olgumuz, olası temporal ilişki nedeniyle sunulmaya değer bulunmuştur.

EP - 672 IGG4 İLİŞKİLİ OFTALMOPAREZİ İLE İLGİLİ İKİ OLGU SUNUMU

HUZEYFE TOLU , AYŞE KURT , HÜLYA ERTAŞOĞLU TOYDEMİR , İBRAHİM ACIR , VİLDAN YAYLA

BAKIRKÖY DR SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
IgG4 ilişkili hastalık pankreas, tükürük bezi, böbrek gibi birçok organı tutabilen ve organ disfonksiyonuna sebep olabilen fibroinflamatuar bir hastalık grubudur. IgG4 ilişkili oftalmoparezi ile göz tutulumuyla seyreden olgular tanımlanır. Lakrimal bezler, göz kapakları, ekstraoküler kaslar ve sinirler tutulabilir. Oftalmoparezi kliniği ile başvuran olgularımız, IgG4 ilişkili oftalmoparezinin nadir rastlanması, tekrarlayabilmesi ve tedaviye iyi yanıt göstermesi nedeniyle sunulmuştur.

Olgu:
İlk olgumuz 40 yaşında kadın hasta haftalar içerisinde kötüleşen çift görme, gözde kayma şikayetiyle başvurdu. Okülomotor sinir paralizisi saptanan hastanın kraniyal görüntülemelerinde medial rektus kasında kalınlaşma izlendi. Diğer okülomotor sinir paralizisi nedenleri dışlandı. Serum IgG4 düzeyi normal sınırlardaydı. Diğer etiyolojik faktörlerin dışlanmasıyla ve radyolojik görüntülemeleriyle IgG4 ilişkili oftalmoparezi düşünülerek 3 ay oral metilprednizolon tedavisi verildi. İkinci olgumuz çift görme şikayetiyle başvuran 23 yaşında kadın hastada sağ gözde içe, sol gözde içe ve dışa bakış kısıtlılığı saptandı. Bilateral oftalmoparezisi olan, kraniyal görüntülemelerinde lateral rektus kasında kalınlaşma ve serumda IgG4 düzeyinde anlamlı yükseklik saptanan hastada diğer oftalmoparezi nedenleri dışlandıktan sonra olası IgG4 ilişkili oftalmoparezi tanısı konuldu. İki hastanın şikayetleri metilprednizolon tedavisi tam düzeldi.

Sonuç:
IgG4 ilişkili oftalmoparezide tanı, görüntüleme bulgularına, kan IgG4 düzeyine, histopatolojik incelemede lenfosit ve plazmosit infiltrasyonunun gösterilmesine dayanır. Bu kriterlerin karşılanma durumuna göre tanı; kesin, yüksek olasılıklı ve olası olarak sınıflandırılır. Olgularımız IgG4 ilişkili oftalmoparezinin tüm tanı kriterlerini karşılamasa da, diğer nedenler dışlandıktan sonra, ilk olgu radyolojik olarak, ikinci olgu ise hem radyolojik hem laboratuar bulgularıyla IgG4 ilişkili oftalmoparezi lehine değerlendirildi. Steroid tedavisinin iyileşme üzerine dramatik etkileri göz önüne alındığında oftalmoparezi ile başvuran hastalarda IgG4 ilişkili oftalmoparezi düşünülmesini vurgulamak amacıyla olgularımız sunulmuştur.

EP - 673 RADYOLOJİK İZOLE SENDROMDAN MULTİPL SKLEROZA DÖNÜŞÜM OLGU SUNUMU

GUNEL GARDASHOVA , AYLİN AKÇALI

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ABD

Olgu:
Multipl skleroz (MS) santral sinir sisteminin (SSS) kronik otoimmun bir hastalığı olup enflamasyon demiyelinizasyon ve akson hasarı ile karakterizedir. Genç erişkinlerde nontravmatik nörolojik özürlülüğün yaygın nedenidir. Bazı klinik özellikler MS için tipiktir, ancak hastalığın oldukça değişken bir hızı ve birçok atipik formu vardır.
MS klinik seyir tipleri Lublin ve ark. tarafından yapılan çalışmalar ile 2013 yılında Klinik izole sendrom (KİS), relapsing (ataklı) MS ve progresif (ilerleyici) MS olarak üç başlık altında tanımlanmıştır. Nörolojik defisiti olmayan sağlıklı bireylerin başka bir nedene bağlı çekilen Beyin Manyetik Rezonans Görüntülemede (MRG) yeri, boyutları ve morfolojisi göz önüne alındığında demiyelinizan plaklar lehine değerlendirilen hasta grubu ilk 2009 yılında Okuda ve ark tarafından resmi olarak Radyolojik İzole Sendrom (RIS) olarak tanımlandı. Bu hastalarda MS düşündüren öykü ve semptom olmamasına karşın rastlantısal lezyonlar MS için MRG tanı kriterlerini karşılamaktadır.
14 yaşından beri stres ile tetiklenen sıkıştırıcı tarzda olan, haftada bir 20 dakika kadar süren, fotofobinin eşlik ettiği bir baş ağrısı tarifleyen 22 yaşında kadın hastaya 2020 ocak ayında çekilen beyin MRG de T2 A ve Flair sekanslarda milimetrik boyutlu hiperintens non spesifik lezyon görülmesi üzerine hasta yıllık MRG takibine alındı. Klinik olarak asemptomatik seyir gösterirken MS için MRG tanı kriterlerini karşılayan periventriküler beyaz cevherde demiyelinizan plaklar saptandı. RIS tanısıyla takip edilirken yaklaşık 1.5 yıl sonra 6 ay arayla 2 atak geçiren hastanın görüntülemesinde de kontrast tutan plaklar görüldü. Etiyolojiye yönelik patolojilerin ekartasyonu açısından ACE, LYME, NMO, SSS vaskulit tetkikleri yapıldı ve negatif saptandı. BOS OKB Tip2 pozitif, Ig G İndeksi 0,77 (N:0,28 -0,66) sonuçlandı. İlk atak sonrası Peg interferon tedavisi başlanan hasta mevcut tedavisine devam etmekte olup hastaya dimetil fumarate tedavisi planlanmaktadır.
RIS ile takip edilen genç hastanın MS e dönüşümünü literatür örnekleri ile değerlendirmek amacıyla bu olguyu sunulmaya değer bulduk.

Anahtar Kelimeler: Radyolojik izole sendrom, Multipl Skleroz, Baş ağrısı, Manyetik Rezonans Görüntüleme

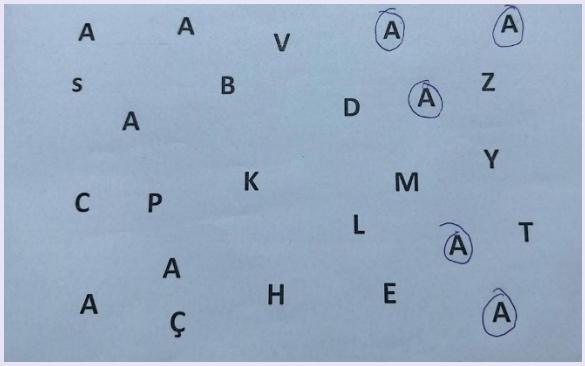
EP - 674 BİR İHMAL OLGUSU

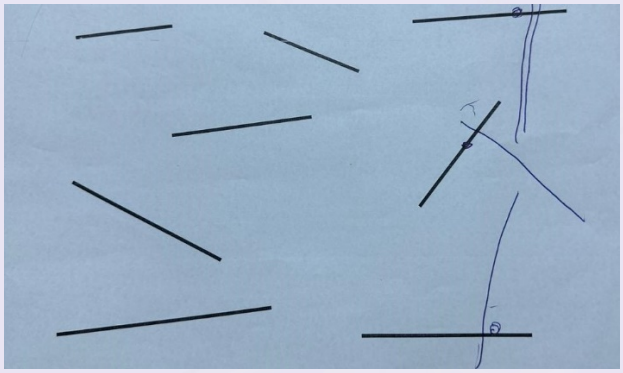
ECE AYGÜN , AHU GÜLCE BAY , HÜSEYİN ALPARSLAN ŞAHİN

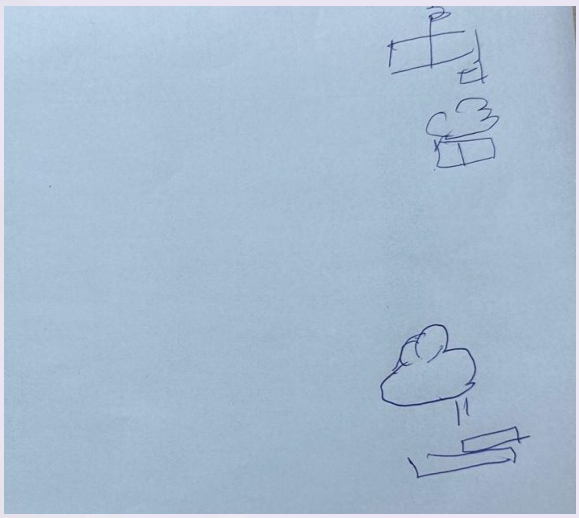
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

Giriş:
İhmal (neglect) sendromu duyusal ve motor yetersizliğe bağlı olmaksızın beyindeki lezyonun kontralateralinde bulunan uyarıcılara yönelme, arama ve bulmaya yönelik motor davranışlarda azalma ve görsel yarı alanın farkına varamama durumudur. Çoğu zaman inme ile ilişkili olmakla birlikte, nörodejeneratif hastalıklar, neoplaziler, kanama gibi birçok patolojik süreç bu duruma yolaçabilir. Burada sağ orta serebral iskemi sonrası ihmal sendromu gelişen bir olguyu sunuyoruz.

Olgu:
Bilinen hipertansiyon ve 2007 senesinde koroner by-pass öyküleri olan hasta bir gün önce başlayan yürürken sendeleme şikayetiyle acil servise başvurdu. Kan basıncı 160/90 mm/Hg olarak ölçüldü. Nörolojik muayenesinde hasta sağa bakma ve görsel-işitsel bütün uyarıları sağdan bekleme eğilimindeydi. Sol beden yarısının kendisine ait olmadığını belirtiyordu. Harf seçme, resim çizme ve çizgi bölme testlerinde mekanın yalnızca sağını kullandığı saptandı. Diffüzyon MRG'da sağ paryetooksipital ve temporal loblarda geniş bir akut diffüzyon kısıtlayan alan görüldü.







Sonuç:
İhmal, sağ el tercihli kişilerde, sağ hemisfer lezyonlarından ileri gelir. Bedenin ve dış dünyanın sol yarısının adeta yok sayılması karakteristik özelliğidir. Serebrovasküler hastalıklar ihmal sendromunun en sık nedenidir.

EP - 675 SPİNOSEREBELLAR ATAKSİ(SSA);OLGU SUNUMU

FATMA ÜNAL , BERİL KARACAN , FATMA GENÇ , AYLİN YAMAN

ANTALYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:
Spinoserebellar ataksi (SSA) yavaş ilerleyen, yürüyüş koordinasyonu bozulmasıyla tanımlanan, spinoserebellar dejenerasyon ile giden genetik hastalıklar grubundan birisidir.Bir çok alt tipi ve bu hastalığa yol açan bir çok gen vardır. Kalıtsaldır. Bu hastalık genellikle 20–40 yaş arasında başlar. En tipik belirti dengesizliktir.SSA gerek klinik fenotip gerekse de altta yatan genetik bozukluklar açısından oldukça heterojendir.Dünyada en sık izlenen SSA alt tipi SSA3'dür ama sıklık konusunda coğrafi farklılıklar da bildirilmiştir. SSA' larda çekirdek bulgular ataksi, nistagmus ve dizartridir. Hastalarda SSA tiplerine göre ekstrapiramidal bulgular, oftalmoparezi, kognitif bozukluklar, periferik sinir tutulumu gibi ilave bulgular da olabilir.Biz bu vakamızda oldukça nadir görülen SSA'nın klinik seyrinin ilerleyişini anlatmak istedik.

Olgu:
38 yaşında erkek hasta,başvurudan 4 yıl önce başlayan ayaklarında takılma ve 2 yıl önce başlayan alt ekstremitede kasılma,yürümede bozulma ve sık düşmeler şikayetleriyle servisimize yatışı yapıldı. Hastanın fizik muayene bulgularında bilateral horizontal nistagmus,sol alt ekstremitede spastisite,sol alt ekstremite derin tendon reflekslerinde artış,solda belirgin olmak üzere bilateral dismetri,disdiadokinezi ve sola ataksi mevcuttu.Özgeçmişinde herhangi bir özellik yoktu.Hastanın etyolojisine yönelik bakılan rutin biyokimya, hemogram, tam idrar tahlili, tiroid fonksiyon testleri, vitamin B12, vitamin E, laktik asit, pirüvat, glutamik asit dekarboksilaz ve folik asit normaldi. Hepatit belirteçleri, Anti- HIV ve VDRL/RPR serolojik testleri negatifti. Elektromiyografi (EMG) normaldi. Kranial manyetik rezonans (MR) görüntülemede minimal serebellar atrofi dışında bulgu yoktu.Gluten ataksisi ön tanısıyla bakılan anti-endomisyum negatif, doku transglutaminaz negatif, anti-gliadin ıga pozitif çıktı, gastroenteroloji bölümü ön planda çölyak hastalığı düşünmedi.SSA'nın en sık görülen tipleri olan tip 1,2,3,6,7 için genetik araştırma yapıldı ve sonuçlar negatif geldi.Mevcut durumda tam anlamıyla hastanın şikayetlerine sebep olacak etiyolojik faktör bulunamamış olmakla birlikte halen araştırılmaya devam etmekte.

Tartışma ve Sonuç:
SSA genetik bir hastalık olduğu için günümüzde kesin tedavisi yoktur. Hastalarda şikayetlere yönelik semptomatik tedaviler verilmektedir. Ayrıca hastaların dengesini artıracak egzersizler de verilebilir. Biz bu vakamızda oldukça nadir görülen SSA'nın klinik seyrinin ilerleyişini anlatmak istedik.

Kaynaklar

1. Akbar, Ashizawa. Ataxia. Neurol Clin 2015 ;33:225-48.
2. Sullivan R, Yau WY, OConnor E, Houlden H. Spinocerebellar ataxia: an update. J Neurol 2019;266:533-44.
3. Hadjivassiliou M, Aeschlimann P, Sanders DS, ve ark. Transglutaminase 6 antibodies in the diagnosis of gluten ataxia. Neurology 2013; 80:1740.

EP - 676 TTBK2 GENİ MUTASYONUNUN EŞLİK ETTİĞİ SPİNOSEREBLLAR ATAKSİTİP 11 İN CADASIL İLE BİRLİKTELİĞİ :NADİR BİR OLU

HİLAL ÇAĞLAR , KADİR ÇAĞLAR

SELÇUK TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

Özet:
Spinoserebellar ataksi tip 11 ilerleyici serebellar ataksi dizatri ve anormal göz hareketleri ile karakterize otozomal dominant kalıtılan serebellumda purkinye hücre atrofisine neden olan nadir görülen serebellar ataksi türüdür.Tau tubilin kinaz 2 proteinini kodlayan gendeki mutasyonlar sonucu ortaya çıkar

Gereç ve Yöntem:
Bu olguda notch3 heterozigotluğu olan SCA 11 olgusunu sunmayı amaçladık.
Anahtar kelime SCA 11 , ataksi. NOTCH3

Olgu:
53 yaşında erkek hasta polikliniğe yürürken denge bozukluğu ,konuşmada güçlük ve görme bozukuluğu ile başvurdu.Öyküsünde yaklaşık 5-6 yıldır olan son iki aydır hızla artan denge kaybı şikayetleri mevcuttu.Hastanın çocukluk çağı epilepsi öyküsü ve katarakttan operasyon öyküsü vardı Ailesinde akrabalık mevcuttu .Poliklinik başvuru muayenesinde dizartik konuşması vardı.Dipolpi ve nistagmus yoktu. Göz hareketler doğaldı.Tandem yürüyüşü ataksikti.Motor ve duyu defisiti eşlik etmemekteydi.Yapılan laboratuar incelemelerinde serum biyokimya ,tam kan ve enfeksiyöz belirteçleri vaskülit paramtrelerinormaldi.Kranial mr görüntülemesinde belirgin serebellar atrofi ve serebellar ak maddede CADASIL açıasından anlanmı bilateral temporal tepelerin tutulumu olan yaygın iskemik gliotik alanlar ve sinyal intensite değişiklikleri mevcuttu.Hastada ön planda herediter ataksi ve CADASIL açısından tıbbı genetiğe kan gönderildi.Genetik analizde TTBK2 eninde heterozigot patojenik varyant NOTCH 3 geni heterozigot variant belirlendi.SUSAC açısından göz retinal anjio genetik analiz istendi ancak anlamlı değerlendirilmedi.Hastanın ailaesinde yapılan moleküler genetik incelmede anne heterozigot olarak tespit edildi.Hastaya ecoprin ve dizatrisi için konuşma terapisi başlandı poliklnik kontrollerine alındı

Sonuç:
TTBK2 genindeki heterozigot mutasyonnun neden olduğu otozomal dominant SCA11 bugüne kadar her bir İngiltere, Fransa,Almanya,Danimarka ve Çinde 6 ailede bildirildi.Klinik olarak hastalığın belirtileri progresif serebellar ataksi, dizatri,nistagmus diplopi zaman zaman piramidal bulgular şeklinde olabibilir
Sonuç olarak tüm bu bulgular ışığında TTBK2 geninde heteroggot mutasyonların SCA 11 ile görülmeye başlamakla birlikte olgumuzda olduğu gibi NOTCH3 gen heterozigot variantlığı olan CADASIL ile birlikte bulunabileceğine dikkat çekilmiştir.
KAYNAKLAR
1. M. D. Weingarten, A. H. Lockwood, S. Y. Hwo, and M. W. Kirschner, “A protein factor essential for microtubule assembly,” *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol. 72, no. 5, pp. 1858–1862, 1975.
2. Soong B, Paulson HL (2007) Spinocerebellar ataxias: an update. Curr Opin Neurol 20:438–446
3. Houlden H, Johnson J, Gardner-Thorpe C, Lashley T, Hernandez D, Worth P, Singleton AB, Hilton DA, Holton J, Revesz T, Davis MB, Giunti P, Wood NW (2007) Mutations in TTBK2, encoding a kinase implicated in tau phosphorylation, segregate with spinocerebellar ataxia type 11. Nat Genet 39:1434–1436

EP - 677 EEG'NİN ALZHEİMER HASTALIĞI'NDA TANISAL VE LOKALİZASYON DEĞERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

MERVE ALTINCI [1], DİLAN CAN [1], ŞULE KAVAK GENÇ [2], İREM TAŞCI [1], FERHAT BALGETİR [1]

[1] *FIRAT ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ A.B.D.*
[2] *FIRAT ÜNİVERSİTESİ HALK SAĞLIĞI A.B.D.*

Amaç:
Alzheimer hastalığı demansın en sık nedeni olup nörodejeneratif bir hastalıktır. AH erken tespit edebilecek biyobelirteçlerin belirlenmesi nörobilimin güncel çalışma alanlarındandır. Bu çalışmanın amacı kliniğimizde takip edilen AH tanılı hastalar ve benzer yaş grubundaki sağlıklı kontrollerin EEG bulgularının karşılaştırılması ve AH'de EEG'nin kortikal lokalizasyon açısından etkinliğinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem:
Çalışma retrospektif olarak planlanmış olup AH tanısı olan ve olmayan 55-95 yaşları arasında 26'şar başvuranın EEG traseleri çalışmaya dahil edildi. Epilepsi tanısı olan ve EEG'sinde epileptik deşarjların izlendiği traseler çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular:
AH grubunda 16 kadın, 8 erkek; kontrol grubunda ise 16 kadın, 10 erkek yer almaktaydı. AH grubunun yaş ortalaması 79±8, kontrol grubunun yaş ortalaması 78±6 idi. AH grubunda 16 EEG trasesi normal, 10 tanesi patolojik değerlendirildi. Kontrol grubunda ise 22 EEG trasesi normal, 4 EEG trasesi patolojik değerlendirildi (Tablo 1). AH grubu ve kontrol grubu kortikal alanlar ve EEG dalga türleri (alfa, beta, delta ve teta dalgaları) açısından kıyaslandığında AH grubunda kontrol grubuna göre sol temporal, sağ frontal, sağ parietal alanlar dışındaki tüm alanlarda delta-teta yavaş dalga aktivitesinin alfa-beta aktivitesinden istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla görüldüğü izlendi (Tablo 2). AH grubunda kortikal alanlar delta-teta yavaş dalga aktivitesi açısından kıyaslandığında kortikal alanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmadı (p: 0,995) (Tablo 3).

Sonuç:
AH'de EEG'de kontrol grubuna göre yaygın yavaşlamanın olduğu bu açıdan EEG'nin AH'de tanısal değeri olabileceği ancak EEG'nin sadece çıplak gözle değerlendirilmesinin parankimal etkilenmenin lokalize edilmesinde fonksiyonel görüntüleme yöntemlerine alternatif olamayacağı, bu açıdan ya farklı nörogörüntüleme yöntemleri ile kombine edilmesi gerektiği veya derin öğrenme yöntemleri ile frekans analizlerinin yapılarak değerlendirilmesi gerektiğidir.

EP - 678 PEG SONRASI GELİŞEN BİR WERNİCKE ENSEFALOPATİSİ: OLGU SUNUMU

ÖMER FARUK TAŞ , ABİDİN ERDAL

ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ

Giriş:
Wernicke ensefalopatisi; okülomotor bulgular, ataksi ve mental durum değişiklikleriyle karakterize nutrisyonel bir hastalıktır. Tabloya özellikle bellek bozuklukları ve psikozla karakterize Korsakoff psikozunun eklenmesiyle Wernicke-Korsakoff Sendromu adını alır. Etyolojide özellikle tiamin (B1) eksikliği sorumlu tutulmaktadır. Hastalığa en sık kronik alkolizm,obezite cerrahisi, GİS maligniteleri ve total parenteral beslenme gibi durumlar yol açmaktadır.

Olgu Sunumu:
40 yaş kadın bilinen hastalığı olmayan suicid amaçlı kostik madde maruziyeti sonrası özofagus striktürü gelişmesi nedeniyle 3 kez balon dilatasyon yapılan, PEG'le beslenen hasta PEG revizyonu açısından takipliyken gelişen güçsüzlük ve dezoryantasyon nedeniyle tarafımıza konsulte edildi. Hastanın vital bulguları doğal, laboratuvar bulgularında belirgin patoloji yoktu. Nörolojik muayenede hastanın bilinci açık, kişi oryantasyonu korunmuş, yer –zaman oryantasyonu bozulmuştu. Bilateral ışık refleksi alınan hastanın sol gözde içe bakış kısıtlılığı, sağa ve sola konjuge bakışta horizontal nistagmusu mevcuttu. Destekle yürüyebilen her yöne gövde ataksisi olan hastada Wernicke Ensefalopatisi düşünüldü ve Kranial MR istendi. Kan tiamin düzeyi istendi. Kranial MR'da bilateral dorsomedial talamik bölgede,her iki mamiller cisimcikte ve periaquaduktal gri cevher alanlarında FLAIR sekanslarda sinyal artışının görülmesiyle klinik tanısı desteklenen hastaya tiamin tedavisi başlandı. Takibinde primer patolojisine sekonder komplikasyonlar ve sepsis nedeniyle yoğun bakımda takip edilmeye başlanan hasta exitus oldu.

Tartışma:
Oküler bulgular, ataksi, mental durum değişikliği ile karakterize Wernicke Ensefalopatisi en sık kronik alkolizmle görülmekle birlikte total parental beslenme, GİS patolojileri gibi durumlarda da görülebilmektedir. Klinik bir tanı olan özgün laboratuvar bulgusu olmayan Wernicke ensefalopatisinde MR bulguları tanıyı desteklemede son derece önemli ve spesifiktir. Wernicke Ensefalopatisi tedavi edilebilir ve geri dönüşümlü bir hastalık olması dolayısıyla en hızlı şekilde tanı koyulması ve tedaviye başlanılması elzemdir.

EP - 679 NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU: GRANÜLOMATÖZ POLİANJİTİS VE PSÖDOTÜMÖR SEREBRİ BİRLİKTELİĞİ

PELİN YENİLMEZ YEŞİLDAŞ

MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

Giriş:
Granülomatöz polianjitis (GPA, eski adıyla Wegener granülomatozisi), en sık üst ve alt solunum yolları ile böbrekleri etkileyen vaskülittir. Orta ve küçük çaplı damarlarda nekrotizan vaskülit ve granülomatöz inflamasyon ile karakterizedir. GPA'nın seyri esnasında birçok organda granülomlar veya vaskülit görülebilir, hastalığın tuttuğu organa özgü semptomlar ortaya çıkar. Tedavi görmeyen hastalarda %30-50 oranında nörolojik komplikasyon görülebilir. Bunlar en sık kraniyal ve periferik nöropatilerdir. Bildiride, GPA tanılı psödotümör serebri gelişen hastanın nadir görülen bir vaka olarak sunulması amaçlanmıştır.

Olgu:
5 yıldır GPA tanılı 32 yaşındaki kadın hasta, kliniğimize 2 haftadır olan bulanık görme şikayetiyle başvurdu. Nörolojik muayenesinde bilateral optik disk ödemi mevcuttu. Hastanın laboratuvar tetkikleri ve kraniyal görüntülemesi normaldi. Lomber ponksiyonda (LP) beyin omurilik sıvı (BOS) basıncı 280 mmH2O olarak ölçüldü ve psödotümör serebri tanısı konuldu. Asetozolamid tedavisi başlandı. Takiplerinde şikayetlerinde gerilme izlendi.

Sonuç:
Psödotümör serebrinin GPA ile bir ilişkisi olup olmadığı açık değildir. Ancak santral sinir sistemi tutulumuyla başvuran GPA'lı bir hastada tedavinin farklılığı ve hastalığın gidişatı açısından psödotümör serebrinin ayırıcı tanıda akılda tutulması önemlidir.

EP - 680 SONRADAN CK YÜKSEKLİĞİ OLAN NÖROLEPTİK MALİGN SENDROM

BÜŞRA NUR BALIKEL

MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ

Olgu:
49 yaş , kadın
Bipolar bozukluk ile takipli , katatoni ön tanısı ile psikiyatri servise yatırılmış. Bilinç bulanıklığı , ateş , taşikardi , lökositoz sebebiyle nöroloji , enfeksiyon hastalıkları ve kardiyoloji'ye konsülte edildi
Kullandığı ilaç: lityum , klonazepam , valproik asit

Muayene: bilinç: stupor
Oryantasyon : yok
Kooperasyon: yok
Bilateral rijidite +
Bilateral dişli çark belirtisi +

Ateş: 38,7
Nabız: 148
Kan basıncı: 180/110 mm hg
Ekg: sinüs taşikardisi

Laboratuvar:
Wbc: 19500
Kreatin kinaz: 230

Böbrek fonksiyon testleri , karaciğer fonksiyon testleri , elektrolitler normal aralıkta

Kardiyoloji tarafından hipertansiyon ve taşikardinin enfeksiyöz sebeplere sekonder olabileceği düşünülerek enfeksiyon hastalıkları konsültasyunu önerildi.
Enfeksiyon hastalıkları enfeksiyon odağı bulunamaması sebebiyle ek antibiyoterapi önermedi.

Hastanın mevcut kliniği ile ayırıcı tanılar yapıldıktan sonra nöroleptik malign sendrom ön tanısı ile hastanın kullandığı ilaçları stoplandı.

Hasta yoğun bakımda takip edildi.

Hidrasyon ve semptomatik tedavi uygulandı. Semptomlarında gerileme olan hasta servise indirildi.
Servis takiplerinde vitalleri stabil seyreden hastaya elektrokonvülsif terapi(ekt) planlandı ve bipolar bozukluğa yönelik medikal tedavisi düzenlendi.

EP - 681 BAZI NÖRLOJİ UZMANLARI NEDEN 300 MG ASA KULLANIR?

AHMET COŞKUN

KÖŞDERE ASM

Özet:
ASA'in yarılanma ömrü 15-20 dakika,etkisi kümülatif olarak 7-10 gün.Yarılanma ömrü bu kadar kısa bir ilacı nasıl olurda günde tek doz kullanıyoruz? Etki Süresi 7-10 gün ise haftada bir değil de neden günde bir kez kullanıyoruz?
*ASA verdiğimiz de Trombositler artık ömürleri boyu Cox-1 enzimi geriye dönüşümsüz üretemiyorlar ve platelet etki gösteremiyorlar yani trombüs oluşturamıyorlar. Trombositlerin ömrü 10 gündür. Dolayısı ile on gün cox-1 enzimi üretemiyorlar. ASA verdikten 4-5 saat sonra dolaşımda artık hiç ASA kalmasa da etkisi trombosit ölene kadar geriye dönüşümsüz yani 7-10 gün sürüyor.
*Trombositlerin hergün % 10 u yenileniyor. Dolayısı ile on gün sonra Trombositlerin tamamı yenileniyor. ASA'i on gün arka arkaya verirsek, bu on günü tamamen kapatmış oluyoruz.
*Tek doz 300 mg ASA tb yaklaşık iki saatte antiplatelet etkiyi tamamen yapıyor. Dozu azalttıkça sadece süre uzuyor.
*300 mg ASA yı çiğnetince 15 dakikada cox-1 üretimi tamamen duruyor. Kalp krizinde bu yüzden 300 mg çiğneme dozu standart olarak öneriliyor.
*Aslında sadece 30 mg ASA Cox-1 inhibisyonu için yeterli doz olabilir.
*300 mg ASA yı sürekli her gün verirsek ne olur?
ASA da doz-başarı analizi: 287 Çalışmanın Metaanalizi (Kardiyovasküler riski Azaltma başarısı):
-500-1500 mg ASA kullananlarda KVO riski %19 azalıyor.
-160-325 mg ASA kullananlarda KVO riski %26 azalıyor.
-75-150 mg ASA kullananlarda KVO riski %32 azalıyor.
Sonuç:75-150 mg üzerindeki dozların extra bir faydası yok.
*DOZ-YAN ETKİ ilişkisi: Nurse's Health Study; N:87600 hemşire katılımış, Sonuç: ASA alımında doz arttıkça GİS kanama sıklığı artıyor.
*Türkiye de en çok 100 mg, ABD de ise 81 mg ASA kullanılıyor. Peki hangi doz doğru? İkiside doğru çünkü ikisi de 75-100 mg aralığında KV koruma sağlıyor.
*Bana kalırsa SVO'ları azaltmak yada tekrarını önlemek için ASA dozunu artırmak değil de plak stablizasyonu artırmak, LDL' yi 100 ün hatta 70-60 ın altına indirmek için STATİN dozunu artırmak daha iyi bir hamle olabilir.
*Gelecek 10 yılda koroner arter hastalığı gelişme riski %10-20 (orta derecede), herhangi bir kanserle karşılaşma riski %12 civarında olan, 60' lı yaşlarda ki 1000 hastaya aspirin verildiğinde: 6 ölüm, 17 kalp krizi, 6 kanser önlenebilirken, İNME oranları değişmez. Ancak, kafa içi kanama dahil ek 16 önemli kanama oluşabilir.
*SVHların primer ve sekonder proflaksisi, Karotis plak darlığı, sigara içimi, ASKH gibi hastalıkların herbiri için kümülatif olarak ASA dozunu yükseltmemize gerek yok, zaten 81 mg ASA antiplatelet etki gösteriyor. Yalnızca fazladan ASA alımı ve yan etki artışı demek. Sanırım 300 mg Nörlogların bir alışkanlığı olsa gerek. Bazı Nöroloji Uzmanları 300 mg ASA kullanabiliyorlar. 300 mg ASA'in daha proflaktik bir doz olduğunu gösteren bir çalışma bilmiyorum. Eğer sizin bildiğiniz bir çalışma varsa paylaşırsanız çok mutlu olurum.

EP - 682 MENİNGEAL İRİTASYON BULGUSU İLE PREZENTE SİNUS VEN TROMBOZU OLAN BEHÇET HASTASI

GİZEM AYNUR AKTAŞ , MİNE BUSE SALKIN SARGIN , TUĞBA UYAR CANKAY , TEMEL TOMBUL

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE ŞEHİR HASTANESİ

Giriş:
Behçet hastalığı oral ülserler, genital ülserler ve üretim triadı olarak tanımlanmıştır. Atak ve remisyonlarla gider. Başlangıçta ataklar sık ve ağır iken yıllar içinde hafifleşir ve sıklıkları azalır. Genellikle genç (15-50 yaş aralığı) ve erkek sıklığı ön plandadır. Erkeklerde hem daha ağır seyretmekte hem de ana organ tutulumu daha sık görülmektedir. Nörobehçet sendromu, paraklinik inceleme yöntemleri, örneğin MR, beyin omurilik sıvısı, ile doğrulanan Behçet sendromunun sinir sisteminin tutulumu ile uyumlu nörolojik semptomların varlığıdır.

Olgu:
Yirmi iki yaşında erkek hasta bir ay önce sağ frontal bölgeden esneye yayılan, sağ tarafta lokalize, analjezik kullanımıyla geçmeyen, zonklayıcı, fonofobi ve fotofobinin eşlik ettiği, bulantı ve kusmanın da beraber olduğu şiddetli baş ağrısı nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastaya 4 ay önce ağız bölgesinde tekrarlayan lezyonlar nedeniyle değerlendirildiği ve Behçet tanısı konularak kolsişin 2x1 başlandığı fakat son bir aydır da almamakta olduğu bilgisi edinildi. Nörolojik muayenesinde bilinç açık, koopere, oryantal konuşa anlama doğal, ense sertliği pozitif, Kernig, Brudzinski negatif, lateralizan motor defisit yoktu ve göz dibi incelemesi normaldi. Kranial MR incelemesinde solda transvers ve sigmoid sinüs trombozu görüldü. Lomber ponksiyon incelemesinde BOS açılış basıncı 54 cm/H2O, kapanış 10 cm/h20 olarak ölçüldü. Hücre saptanmadı ve protein düzeyi normaldi. Sinus ven tromboz tanısı konan ve buna sekonder BOS basıncı yüksekliği olan hastaya 1 gr/gün şeklinde 5 gün metilprednizolon uygulandı, asetazolamid 3*1 warfarin, başlandı.

Sonuç:
Baş ağrısı ile gelen her hastada ayrıntılı anamnez ve nörolojik muayene ayırıcı tanıları değerlendirerek ana tanıya varmada temel yol göstericidirler. Ağrı şekli olarak primer başağrısı özelliğinde başvuran ancak meningeal irritasyon bulgularının eşlik ettiği nörolojik muayene bulgusu ile prezente sinus ven trombozuna bağlı Nörobehçet tanısı konan hastamızda, etyolojinin sinus ven trombozu tedavisini şekillendirmesi önemli bir noktadır.

EP - 683 HSV-1 ENSEFALİTİ NMDAR ENSEFALİTİNİN TETİKLEYİCİSİ OLABİLİR : LİTERATÜR EŞLİĞİNDE BİR OLGU SUNUMU

RANA ÖZEROL , GÜLCAN NEŞEM BASKAN , BURHANETTİN ULUDAĞ

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Giriş:
Anti-N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptör antikorları ensefalitin giderek daha fazla tanınan bir nedenidir. Hastalar davranış değişiklikleri, nöbetler, otonomik instabilite, konuşma bozukluğu ve bazen de hareket bozukluğuyla başvurabilir.
Bu olgu sunumunda HSV-1 ensefaliti tedavisinden 1.5 ay sonra konuşma bozukluğu ve dezorganize davranışlarla acil servise başvuran, servis izleminde anti NMDAR ensefaliti tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

Olgu:
Bilinen hipertansiyon tanılı 61 yaşında kadın hasta jeneralize tonik klonik nöbetle acil servise başvurdu, lomber ponksiyonda HSV-1 PCR pozitif saptanan hasta 21 gün asiklovir tedavisi aldıktan sonra nörolojik muayenede tam düzelme ve nöbet kontrolü de sağlanarak taburcu edildi. Taburculuktan 1.5 ay sonra dezorganize davranışlar, apati tablosuyla acil servise getirildi. Nörolojik muayenesinde hasta non koopere, anlamlı kelime çıkışı yok, lateralizan motor ve duysal defisit saptanmadı. Hasta ensefalit sonrası nöbet olarak değerlendirildi 3000 mg Levetirasetam yükleme yapıldı ve idame tedavisi planlanarak servise yatırıldı. EEG'sinde sol temporalde delta ritminde yavaş dalga aktivitesi izlendi. Kranial MRG'de FLAIR sekansta solda belirgin bilateral temporal, hippokampal alanda ve derin beyaz cevherde sinyal artışı izlendi. İkinci yatışında hastaya tekrar lomber ponksiyon yapıldı. LP sonuçlarında HSV-1 PCR negatifti. Otoimmün-limbik ensefalit panelinde anti NMDAR antikoru 1/320 + saptandı. Hastaya 7 gün 1000mg/gün ıv metilprednizolon tedavisi verildi. Tedavi sonrası hastanın nörolojik muayenesi normale döndü.

Tartışma:
Yapılan çalışmalarda Herpes simplex virüs ensefalitinin seyri sırasında anti-NMDA reseptör antikorlarının üretiminin tetiklenebileceği ve ensefalitin klinik olarak ortaya çıkabileceği bildirilmiştir. Literatürde Anti-NMDA reseptör antikorlarının sentezinin HSV ensefalitinden sonra başladığı ve tekrarlayan semptomların steroide cevap veren anti-NMDA reseptör ensefalitinden kaynaklandığı bildirilmiştir.
Bu olgu sunumu, Herpes ensefaliti tedavisine rağmen kişilik değişikliği, dezorganize davranışlar gibi psikiyatrik septomlarla başvuran hastaların anti-NMDA reseptör ensefaliti açısından araştırılmasının önemini vurgulamayı amaçlamıştır.

EP - 684 AKUT İSKEMİK İNMEDE TROMBOLİTİK TEDAVİSİ SONRASI İNTRAKRANİYAL HEMORAJİ RİSK FAKTÖRLERİ

MUHAMMED FURKAN ÖZTÜRKCİ , DOĞUKAN HAKAN KILIÇASLAN , ABDULSAMET GÖRGÜL , HANDE BAHADIR , AYGÜL GÜNEŞ

BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:
Akut iskemik inme tedavi yöntemlerinden birisi olan IVtPA sonrası gelişebilecek komplikasyonlardan biri intrakraniyal hemorajik transformasyondur. Hemorajik transformasyon gelişimi birçok risk faktörüne bağlı olup, bu risk faktörlerinin ortaya konması hemoraji gelişiminin önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Amacımız IVtPA uygulanan olgularda hemoraji gelişimine sebep olan farklılıkları araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem:
Hastanemiz İnme Merkezi kayıtlarından IVtPA uygulanan 100 hasta rastgele örnekleme ile seçilmiş ve hastanın ilk başvurusunda alınan kanları değerlendirilmiştir.

Bulgular:
Çalışmaya alınan 100 hastanın %52'si erkektir ve yaş ortalaması 69.8 ±1.3'dır. Olguların %54.8'ine hipertansiyon, %30.1'ine KAH; %26.6'sına DM eşlik etmektedir. Olguların %11.7'sinde inme öyküsü vardır. Sigara kullanım verisine erişilebilen 43 olgunun %67.5'inin sigara maruziyeti vardır. Olguların %6'sında hemoraji gelişmiştir. Çalışma grubunun kan parametreleri WBC:10.1±0.4, RBC:4.5±0.1, Hb:12.6±0.2, hematokrit:38.1±0., platelet:259.9±10.5, RDW:15.2±0.4, nötrofil:7.2±0.4, AKŞ:137.5±5.4, GFR:75.2±2.6, üre:21.1±2.1, kreatinin:1.1±0.1, CRP:25.0±4.7, sedimentasyon:31.5±3.0, fibrinojen:344.4±18.4'dür. Semptom-iğne süresi 161.0±6.7 dakikadır. Çalışma grubunun %20'si başvuru öncesinde antiagregan veya antikoagülan kullanmaktadır ve intrakraniyal hemoraji olanlarda %33.3'e yükselmektedir. Olguların giriş NİHSS 12.4±0.6'dır. Hemoraji gelişen olgularda glukoz,crp,sedimentasyon, nötrofil değerleri yüksek;tedaviye başlama süresi uzundur ($p \leq 0.05$).

Sonuç:
IVtPA sonrası ilk 36 saat içindeki kanamalar tedavi ile ilişkilendirilmektedir. İskemik inme hastalarında IVtPA sonrası kanama oranı NINDS çalışmasında %6,4 olarak bildirilmiştir. Yapılan çalışmalarda diyabet öyküsü veya yüksek kan glukozu ile nötrofil sayısındaki yükseklik artmış kanama riski ile ilişkili bulunurken bizim çalışmamızda da tedavi sonrası kanamalı hastalarda glukoz düzeyi ve nötrofil sayısı anlamlı derecede yüksekti. CRP,sedimentasyon yüksekliği ile tedavi süresinin uzaması ile ilgili iskemik SVO'da kötü prognoz veya hemorajik transformasyon riskinin arttığı çalışmalarda gösterilse de IVTPA ile bağlantılı hemoraji riski açısından yeterli literatür yoktur.

EP - 685 CK YÜKSEKLİĞİ OLAN GUILLAIN BARRE SENDROMU

ÜNAL BALIKEL

MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ

Olgu:
60 y, erkek hasta
27.10.2022 tarihinde birkaç gündür sırt, göbek, uyluk bölgesinde ağrı, her 2 ayakta ve sol elde uyuşma şikayeti ile acil servise başvuruyor
BH: DM, HT DKİ: janumet, jardiance, glifix, teglix, co-diovan
NM: Genel durum iyi, bilinç açık oryante koopere, Pupiller izokorik DIR/IDIR ++/++ Fasyal asimetri yok kas gücü sağ alt esktremitede 3-4/5 diğer ekstremitelerde tam
DTR abolik, TCR bilateral fleksör yanıt
Beyin BT, Difüzyon MR:N , CK:1003
GBS? Myozit? ile yatış yapıldı, Beyin MR Normal, Servikal MR: Lordozda hafif düzleşme, torakolomber mr: L5-S1 difüüz diskal bulging
LP: BOS protein 156,7 hücre sayımı: hücre görülmedi
EMG:Akut Demiyelinizan PNP ile uyumlu
Servis takipleri sırasında kas gücü sağ alt ekstremite 2/5 sol alt ekstremite 3/5 olarak geriledi
EMG, LP sonuçları ve kliniği GBS ile uyumlu bulguları bulunan hastaya IVIG tedavisi başlandı.
CK takipleri: 1003/721/432/257/67, CKMB :N
5 günlük IVIG tedavisinin sonunda kas gücü bilateral alt ekstremitede 4/5

EP - 686 VERTİGO ŞİKAYETİYLE BAŞLAYAN BİR SPİNOSEREBELLAR ATAKSİ-6 OLGUSU

MEHMET ERANİL , PELİN BATMAZ , HALİL ÖNDER

ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

Olgu:
Spinoserebellar ataksiler (SCA) otozomal dominant kalıtılan, klinik ve genetik olarak heterojenite gösteren progresif ataksi bozukluklarıdır. Serebellar ataksi, apraksi ve dizartri ile karakterizedir. Ek olarak piramidal veya ekstrapiramidal bulgular, kognitif bozukluk, oftalmopleji de eşlik edebilmektedir. Klinik bulgular çoğunlukla 3.-4. dekadda ortaya çıkmakla birlikte erken çocukluk veya ileri yaşlarda da ortaya çıkabilmektedir. Beyin MR görüntülemelerinde serebellum ve beyin sapı atrofisi sık görülmektedir. Ailesel olguların çoğunda SCA 1, 2, 3 veya 6 saptanmaktadır.
SCA 6 otozomal dominant ataksilerin en sık olanlarından biridir. Spinoserebellar ataksi tip 6 (SCA6), yetişkin başlangıçlı, yavaş ilerleyen serebellar ataksi, dizartri ve nistagmus ile karakterizedir. Ortalama başlangıç yaşı 43 ile 52 arasındadır.Hastaların çoğunda ilk klinik bulgular denge ve yürüme bozukluğu şeklinde ortaya çıkmaktadır. Aşağı bakışta belirgin olan vertikal nistagmusun en sık görüldüğü SCA tipidir. Ek olarak hastalar diplopi de tarif edebilmektedir.Hastalarda patolojik ve hiperaktif refleksler görülebilmektedir. Beyin MR görüntülemelerinde serebellar atrofi görülmekle birlikte bazı hastalarda ponsun ön-arka çapında azalma da görülebilmektedir.Yavaş progresyon ile dizartri, intansiyonel tremor, ataksi eşlik edebilmektedir. Horizontal nistagmus hemen her hastada görülebilmektedir, %65-80 oranında vertikal nistagmus görülmektedir.
Bu olgu sunumunda kliniğimize başlangıç şikayeti olarak pozisyonel olarak artan baş dönmesi ile başvuran, daha önce vertigo tanısıyla takipli olan ve genetik analiz ile SCA tip 6 tanısı alan 55 yaşında kadın hasta literatür ışığında tartışılacaktır.

EP - 687 İSKEMİK İNME GEÇİREN HASTALARDA KAN PARAMETRELERİ- ÖN ÇALIŞMA SONUÇLARI

DOĞUKAN HAKAN KILIÇASLAN , ABDULSAMET GÖRGÜL , MUHAMMED FURKAN ÖZTÜRKCİ , MUKADDES HANDE ÖZGEN , AYGÜL GÜNEŞ

SBÜ BURSA YÜKSEK İHTİSAS EAH

Amaç:
Yüksek mortalite ve morbiditeye sahip hastalıklardan biri olan iskemik inme multiple risk faktörüne sahip olup bu risk faktörlerinin ortaya konması, hastalığın önlenmesi açısından önem taşımaktadır. Ana araştırmamızın amacı iskemik inme hastalarının kan parametrelerinin; yaş ve cinsiyeti eşleştirilmiş ve öyküsünde nörodejeneratif ve/veya nöroinflamatuar bir hastalık olmayan popülasyon karşılaştırılmasıdır. Bu ön çalışmada eşleştirme öncesinde iskemik inme hastalarının laboratuvar değerlerinin sunumu amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Hastanemiz İnme Merkezi'nde son altı ayda tedavi edilen 68 hasta çalışmamızın evrenini oluşturmuştur. Laboratuvar kayıtlarında hastanın ilk başvurusunda alınan kanları değerlendirilmiştir.

Bulgular:
Çalışma grubunun %52.9'u erkektir ve yaş ortalaması 69.0±1.4'dür. %70.8'inin HT, %30.8'inin KAH, %26.2'sinin DM tanısı; %9.2'sinde daha önce geçirilmiş inme öyküsü vardır. Çalışma grubunda yalnızca 11 olgunun sigara kullanımı sorgulanmış ve bu olguların %54.5'inin sigara kullandığı bilgisine ulaşılmıştır. Çalışma grubunun kan parametreleri HDL:43.8±1.4, LDL:106.7±4.6, GFR:74.0±3.0, ALT:19.8±2.2, üre:23.3±2.4, kreatinin:1.0±0.1, RDW:14.9±0.6, AKŞ:161.2±10.2, CRP:16.7±2.8, fibrinojen:392.8±22.0'dır.

Sonuç:
Çalışmamızın sonuçlarına göre; merkezimizde yatan inme hastalarının sahip olduğu komorbid hastalıklar arasında literatür ile uyumlu olarak en sık hipertansiyon görülmektedir. Literatüre göre ikinci en sık diyabet, üçüncü en sık KAH görülürken, bizim çalışmamızda komorbid hastalıklar arasında ikinci en sık KAH ve üçüncü sıklıkta da DM görülmüştür. Yine inme için önemli bir risk faktörü olan sigaranın da hastalarımızın yarısı tarafından kullanıldığı belirlenmiştir. Olgularımızın; ortalama LDL değerinin yüksek olduğu, HDL'nin düşük olduğu; ürenin, açlık kan şekerinin ve CRP'nin normal değer aralıklarının üstünde olduğu, RDW'nin ve fibrinojenin ise üst sınıra yakın olduğu görülmüştür. Sonuçlara göre çalışmamız literatürde yer alan inme risk faktörleri ile uyumludur.

EP - 688 WALLENBERG SENDROMU İLE PREZENTE OLAN BİR OLGU

ALPARSLAN FARUK GÜL , BEYZA BAŞER , AYŞE BETÜL ÇETİN

ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:
İlk olarak 1808de Gaspard Vieusseux tarafından tanımlanan Wallenberg sendromu, 1895 yılında Adolf Wallenberg tarafından daha detaylı olarak vertebral arter veya Posterior inferior serebellar arterin lezyonunu takiben lateral medulla oblongatanın enfarktüsü olarak tanımlandı. Wallenberg sendromuna lateral medüller sendrom veya posterior inferior serebellar arter sendromu da denir. Bulbusun lateral bölümünde ve inferior oliva arkasında yerleşen bir infarkta bağlı olarak ortaya çıkan ve tipik belirtileri olan klinik bir tablodur. Genellikle vestibüler nukleusların ve bağlantılarının iskemisine bağlı olarak vertigo, bulantı, kusma ile başlar. Kontralateral ağrı-ısı duyusu kaybı, ipsilateral ataksi ve horner sendromu gibi uzun tract bulguları ile V., VIII., IX. ve X kranial sinirlerin nükleus ve fasiküllerinin tutulumuna bağlı olarak ortaya çıkar. Vakaların yaklaşık %40'ı akut olarak başlar. Ancak yarıdan fazlasında klinik tablo düzgün progresif veya basamaklar halinde 24-48 saatten daha uzun bir sürede yerleşir. Etiyolojisinde hipertansiyon en yaygın risk faktörüdür, bunu sigara ve diyabet takip etmektedir. Diğer önemli nedenleri ise kafa travması sırasında oluşabilecek vertebral arter diseksiyonu, Marfan sendromu, Ehlers-Danlos sendromu ve fibromüsküler displazidir. Vertebral arter diseksiyonu, genç hastalarda Wallenberg sendromunun en sık nedenidir. Wallenberg sendromu en sık görülen posterior iskemik inme sendromudur.
Bu bildiride acil servise baş dönmesi, bulantı, kusma ve sol kolda uyuşma şikayetleri ile başvuran, Wallenberg sendromunun tipik klinik bulgularına sahip; diffüzyon MRında sol serebellum vermis düzeyinde ve medulla oblangata sol posterolateralde diffüzyon kısıtlamaları kaydedilen ve beyin-karotis arter BT anjiografisinde de sol vertebral arter orifisinde şiddetli darlığa neden olan nonkalsifik plak ve V4 segmentinin PICA orijininin proksimalinde kontrast dolumu kaydedilmemiş olup okludedir şeklinde raporlanan 53 yaşında bir hastadan bahsedeceğiz.

EP - 689 SSPE HASTALIĞININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE 4 OLGU SUNUMU

FİDEL DEMİR [1], ABDULLAH ACAR [2]

[1] *SELAHADDİN EYYUBİ STATE HOSPİTAL*
[2] *DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ*

Olgu:
Subakut sklerozan panensefalit (SSPE), defektif kızamık virüsünün sebeb olduğu yavaş, progresif, % 95 üzerinde mortaliteye sahip nörodejeneratif, inflamatuar, demiyelinizan bir santral sinir sistemi hastalığıdır. SSPEli hastaların çoğunda erken yaşta (<2 yıl) birincil kızamık enfeksiyonu öyküsü vardır ve bunu 6-8 yıllık gizli bir dönemden sonra ilerleyici nörolojik bozukluğun başlangıcı izler.
-Yılda 10' dan az yeni vaka (ABD)
-Ülkemizde insidans 2.5 / 1000 000
-E/K: 3
1 yaşın altındaki kızamık ile enfekte olan çocuklar, 5 yaş ve üzeri enfekte olanlara göre 16 kat daha fazla risk taşırlar. Kuluçka dönemi tipik olarak on yıldan az olduğu için, SSPE genellikle bir çocukluk hastalığıdır. Kırsal kesimdeki çocuklar, iki veya daha fazla kardeşi olan çocuklar ve zihinsel engelli çocuklar arasında görülme sıklığı daha yüksektir. Hastalık aşılanmış çocuklarda ortaya çıktığında, genellikle aşılamanın başladığı 1 yaşından önce ortaya çıkan subklinik bir kızamık enfeksiyonundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Sporadik SSPE vakalarından zayıflatılmış aşı virüsünün sorumlu olduğunu gösteren hiçbir kanıt yoktur.

Temel klinik özellikleri
Kognitif fonksiyonlarda progresif kayıp
*Bellek, konuşma bozukluğu, okulda başarısızlık
Davranış bozukluğu
Myoklonus
Nöbet
Piramidal bulgular
Ekstrapiramidal bulgular
Görme bozuklukları
*Papillit,optik atrofi, papil ödem, Anton sendromu
Akinetik mutizm

*İleri yaşlarda ve gebelik döneminde sspe tanısı konulan hastalarda görme bozukluğu şikayeti daha ön planda görülmektedir.
SSPE tanı kriterleri
Klinik özellikleri Progresif subakut mental bozulma, myoklonus
EEG Periyodik sterotipik yüksek voltajlı keskin dalgalar
BOS Gamaglobulin veya oligoklonal bant artışı
Kızamık antikoru Serum ≥ 1: 256 ve /veya serebrospinal sıvı ≥ 1:4
Beyin biyopsisi Panensefalit bulguları olması
Muhtemel sspe : 3 kriter olması
Kesin sspe : > 3 kriter olması

EEG özellikleri
•Tipik EEG paterni genellikle miyoklonik fazda görülür ve neredeyse tanısaldır.
•EEG resmi, iki taraflı simetrik, senkron, yüksek voltajlı (200-500 mv) polifazik, stereotipik delta dalgalarından oluşan periyodik komplekslerle karakterizedir
*81 SSPE tanılı hastanın EEG bulguları tanı anında incelendiğinde vakaların 73 (%90.1)ünde tanı sırasında SSPEnin tipik bulgusu olan periyodik kompleksler görüldü. Üç (%3.7) vakada EEGde börst supresyon, 3 (%3.7) vakada monofokal epileptiform aktivite, 2 (%2.4) vakada çoklu fokal epileptiform aktivite saptandı.

Nörogörüntüleme

•Hastalığın ilk 5 yılında BBT normal olabilir.

•Erken dönemde flair ve T2 MRG de özellikle paryetooccipital bölgede tutuluma bağlı hiperintens görünüm izlenebilir.

•81 SSPE tanılı hastanın retrospektif beyin MRG incelemesinde tanı anında vakaların 42 (%51.9)sinde normal bulgular, 39 (%48.1)unda patoljik değişikler görüldü. Patolojik MRG bulguları değerlendirildiğinde 27 (%33.3) vakada kortikal-subkortikal değişiklik, 15 (%18.5)inde atrofi, 7 (%8.6)sinde periventriküler tutulum görüldü.

SSPE tedavisinde kullanılan ilaçlar

•İnterferon alfa.
•İnterferon beta.
•Kortikosteroidler
•Ribavirin
•İzoprinosin
•İntravenöz immünoglobulin.

*İntraventriküler interferon alfa ve oral izoprinosin kombinasyonu, mevcut en etkili tedavidir.

SSPE hastalığının klnik, laboratuar, elektrofizyolojik ve nörogörüntüleme özelliklerini açıkladıktan sonra klinimizde takip ettiğimiz birbirinden farklı klinik presentasyonlara sahip olan 4 vakayı sunuyoruz.

Vaka1

MS,20E

2 ay önce başlayan belirgin unutkanlık, içe kapanma, okuma yazmada gerileme
Üniversite öğrencisi
NM : oryente koopere, ense sertliği yok, hareket bozukluğu yok
Ensefalit ? açısından lomber ponksiyon, EEG ve kontrastlı kranial MRG çalışıldı.

Kızamık aşısı: uygulanmamış
Kızamık öyküsü: Geçirmemiş (subklinik ?)
Rutin: N, vaskülit trombofili paneli : N
BOS: kültürde üreme yok
protein: 38 mg /dl glukoz: 59 mg/dl cl:124 mmol/l
EEG: çekim süresince 4-5 saniyede bir görülen yüksek voltajlı jeneralize diken ve keskin yavaş dalga komplexi izlendi
Nörogörüntüleme
BOS Kızamık:
.....
Tedavi
....

Vaka2

.....

EP - 690 WALLENBERG SENDROMU İLE PREZENTE OLAN BİR OLGU

BEYZA BAŞER , ALPARSLAN FARUK GÜL , AYŞE BETÜL ÇETİN

ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Olgu:
İlk olarak 1808de Gaspard Vieusseux tarafından tanımlanan Wallenberg sendromu, 1895 yılında Adolf Wallenberg tarafından daha detaylı olarak vertebral arter veya Posterior inferior serebellar arterin lezyonunu takiben lateral medulla oblongatanın enfarktüsü olarak tanımlandı. Wallenberg sendromuna lateral medüller sendrom veya posterior inferior serebellar arter sendromu da denir. Bulbusun lateral bölümünde ve inferior oliva arkasında yerleşen bir infarkta bağlı olarak ortaya çıkan ve tipik belirtileri olan klinik bir tablodur. Genellikle vestibüler nukleusların ve bağlantılarının iskemisine bağlı olarak vertigo, bulantı, kusma ile başlar. Kontralateral ağrı-ısı duyusu kaybı, ipsilateral ataksi ve horner sendromu gibi uzun tract bulguları ile V., VIII., IX. ve X kranial sinirlerin nükleus ve fasiküllerinin tutulumuna bağlı olarak ortaya çıkar. Vakaların yaklaşık %40'ı akut olarak başlar. Ancak yarıdan fazlasında klinik tablo düzgün progresif veya basamaklar halinde 24-48 saatten daha uzun bir sürede yerleşir. Etiyolojisinde hipertansiyon en yaygın risk faktörüdür, bunu sigara ve diyabet takip etmektedir. Diğer önemli nedenleri ise kafa travması sırasında oluşabilecek vertebral arter diseksiyonu, Marfan sendromu, Ehlers-Danlos sendromu ve fibromüsküler displazidir. Vertebral arter diseksiyonu, genç hastalarda Wallenberg sendromunun en sık nedenidir. Wallenberg sendromu en sık görülen posterior iskemik inme sendromudur.
Bu bildiride acil servise baş dönmesi, bulantı, kusma ve sol kolda uyuşma şikayetleri ile başvuran, Wallenberg sendromunun tipik klinik bulgularına sahip; diffüzyon MRında sol serebellum vermis düzeyinde ve medulla oblangata sol posterolateralde diffüzyon kısıtlamaları kaydedilen ve beyin-karotis arter BT anjiografisinde de sol vertebral arter orifisinde şiddetli darlığa neden olan nonkalsifik plak ve V4 segmentinin PICA orijininin proksimalinde kontrast dolumu kaydedilmemiş olup okludedir şeklinde raporlanan 53 yaşında bir hastadan bahsedeceğiz.

EP - 691 MYASTENİA GRAVİS VE OTOİMMUN ADDİSON HASTALIĞININ NADİR GÖRÜLEN BİRLİKTELİĞİ

EZGİ ASLAN , ASUMAN ORHAN VAROĞLU

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ

Olgu:
Çoklu endokrin bezlerin işlev bozukluğunun bir otoimmun mekanizma temelinde ortaya çıkabileceği bilinmektedir.Genelde dolaşımda birçok endokrin beze karşı gelişen otoantikorların tespit edilmesi bu hastalarda yaygın immünolojik anormalliklerin olduğunu düşündürür. Myastenia graviste saptanan otoantikorlar sıklıkla nöromuskuler kavşak yapılarına yönelik otoantikorlardır. Otoimmun addison hastalığı adrenal bezlerin %90dan fazlasının yıkımı ile giden ilerleyici, nispeten uzun atıl dönemi olan bir hastaıktır.Myastenia gravise
eşlik eden başka otoimmun hastalıkların varlığı bildirilmiştir.Bunlar arasındasıklıkla görülen otoimmun hastalıklar hashimato tiroiditi, otoimmun graves hastalığı, romatoid artrit, sistemik lupus eritamatozus olmasına karşın otoimmun addison hastalığı birlikteliği nadirdir(1). Vakamızda myastenia gravis ve otoimmun addison hastalığının nadir birlikteliğini sunuyoruz. Otoimmun Addison hastalığı tanısı ile gelen, nefes darlığı genel yorgunluk halsizlik yutma güçlüğü gibi müphem nörolojik semptomları olan hastalarda,ek otoimmun hastalıkların birlikteliği de düşünülerek myastenia gravis hastalığının sorgulanması gerektiğini vurguluyoruz.

EP - 692 TIBBIN ALTERNATİFİ OLMAZ! TRAVMA SONRASI DÜŞÜK AYAK İLE BAŞVURAN OLGU SUNUMU

ONUR BULUT , CİHAT ÖZGÜNCÜ , AYŞEGÜL DEMİR

KONYA ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Olgu:
Lomber herni ve buna bağlı ağrı şikayeti oldukça sık görülmektedir. Fizik tedavi bazı hastalar için zaman alıcı, yorucu ve sabır gerektiren bir tedavi yöntemidir. Bu nedenle bazı hastalar şikayetin başlangıç evrelerinde öncelikle şikayeti önemsememekte, ilerleyen zamanlarda ise kolaya kaçan tedavi yöntemlerinden medet ummaktadır. Maalesef ülkemizde tıp konusunda bilgisi olmayan birçok sözde şifacı bu tip hastaları suistimal etmektedir. Fizik tedavi ve analjezik tedaviyle şikayetleri gerileyebilecek hastada total kök hasarı gelişen olguyu sunuyoruz.
58 yaşında erkek hasta fizik tedavi polikliniğince nörofizyoloji laboratuarımıza düşük ayak etyolojisini değerlendirmek amaçlı danışıldı. Alınan anamnezde hastada lomber herni tanısı bulunduğu takiplerine düzenli gitmediği öğrenildi. Ağrı şikayetinin artması üzerine yakınlarından duyduğu sözde şifacı birine giderek kendini belinden ağaca astırmak ve iple çekmek suretiyle tedavi ettirmeye çalışmış. Bu durumun ardından sol düşük ayak şikayeti gelişerek hastanemize başvurmuş. Yapılan EMG incelemesinde solda L5 düzeyinde total radiks hasarı bulguları izlendi. Lomber MR incelemesi yapıldı. Hasta algoloji polikliniğine yönlendirildi.
Hastaların gerçek tıp dışındaki tedavi yöntemlerine başvurması en iyi ihtimalle faydasız olmakta bazı durumlarda maalesef olgumuzdaki gibi geri dönüşü olmayan ağır durumlara sebebiyet vermektedir. Bu durumun önlenmesi için hem hastaları suistimal eden ve reklamla yayan kişi ve platfomlar için ağır cezai yaptırımların devreye alınması hem de sağlık bakanlığınca kamu spotları yayınlamak ve sağlık hizmeti sırasında gerekli hasta bilgilendirmesi yapılması elzemdir. Olgumuz bu durumun zararlarını ortaya koyan binlerce olgudan biridir ve farkındalık oluşturulması amaçlanmıştır.

EP - 693 NÖROBRUSELLOZ: NADİR GÖRÜLEN BİR KLİNİK YANSIMA

MEHMET UĞUR ÇEVİK , ROZA FATMA KORKMAZ , YUSUF CEYLAN

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Olgu:
Dünyada her yıl binlerce kişiyi etkileyen brusella; sıklıkla çiğ et tüketimi sonucu görülen, hayvanlardan insanlara bulaşan bakteriyel bir enfeksiyondur. Brusella hastalığının nadir bir klinik alt grubu olan nörobruselloz hakkında olgu sunumu üzerinden katkı amacı taşıyan bu sunumda 21 yaşında bir kadın hastanın öyküsü anlatılacaktır.
Hasta, 3 ay önce başlayan gözde kızarıklık, bulanık görme, halsizlik, yorgunluk şikayetleriyle nöroloji kliniğimize başvurdu. Hastanın temelde nörolojiye başvurmasını tetikleyen semptomlar görme alanında kayıp ve çift görme olarak anamnezden elde edildi. Öncesinde dış merkezde optik nörit şüphesiyle tedavi alan hastanın yapılan tetkiklerinde karaciğer fonksiyon testleri hafif yüksek saptandı. 2023 Eylül ayında hastanın semptomlarının altında yatan etiyolojiyi araştırmak amacıyla anamnez, tetkikler ve fizik muayene derinleştirildi. Hastanın kas gücü muayenesi tüm ekstremitelerde 5/5 olarak muayene edildi. Görme alanı testinde sağ göz doğruluk payı %99, sol göz doğruluk payı %92 olarak ölçüldü. Visual Evoked Potentials (VEP) testinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Derin anamnezde hastanın ailesinin hayvancılıkla uğraştığı ve aile öyküsünde babasının brusella tanısı almış olduğu öğrenildi. Bundan yola çıkarak yapılan Rose Bengal testi pozitif çıkan hastanın tüp aglütinasyon testinde titre değeri 1/1280 olarak ölçüldü. Brusella tanısı konan hastaya tedavide Rifampisin (300 mg, 1x1) ve Doksisiklin (100 mg, 2x1) verildi.
Brusella; özellikle de hastalığın endemik olarak görüldüğü ülkemizde dikkatle sorgulanması gereken bir hastalıktır. Hastalığın sistemik olduğu göz önüne alındığında, brusella karşımıza klinik birçok farklı şekilde çıkabilir. Hastalığın tanısında ve klinik semptomlarının araştırılmasında etiyoloji incelemesi dikkatle yapılmalı; hastanın anamnezi etraflıca sorgulanmalı ve klinik tabloya yol açabilecek diğer sebepler ekarte edildikten sonra brusella, yüksek önemle düşünülmesi gereken hastalıkların başında gelmelidir.

EP - 694 PARKİNSONİZM BULGULARININ EŞLİK ETTİĞİ BİR HEREDİTER SPASTİK PARAPLEJİ-7 OLGUSU

PELİN BATMAZ , MEHMET ERANİL , HALİL ÖNDER

ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

Olgu:
Herediter Spastik Parapleji (HSP), kortikospinal yolların ve spinal kord posterior kolonunun aksonal dejenerasyonuna bağlı olarak ilerleyici spastisite, kas gücü kaybı, yürüme bozukluğu, hiperrefleksi ile karakterize heterojen nörodejeneratif bozukluktur. Bazı hastalarda duyusal belirtiler, mental bozukluk, demans, ataksi gibi atipik klinik bulgular da görülebilmektedir. Hastalarda klinik çoğunlukla 30 yaş sonrası ortaya çıkmaktadır, nadiren de olsa erken çocukluk çağı başlangıçlı da olabilmektedir. HSP klinik olarak saf tip (%35) ve komplike tip (%65) şeklinde sınıflandırılmıştır. Saf formda hastalar çoğunlukla ilerleyici yürüme bozuklukları ve spastisite ile başvurmaktadır. Özellikle alt ekstremite kas gruplarında spastisite görülmektedir ve üst ekstremitelerin tutulumu beklenmemektedir. Komplike tip HSP'de ise saf form klinik bulgularına ek olarak epilepsi, bilişsel bozukluk, retinopati, amiyotrofi ve ataksi gibi bulgular da görülebilmektedir. Farklı genetik lokuslar, keşfedilme sırasına göre SPG (for SPastic parapleGia) olarak adlandırılmıştır. En sık görülen SPG4 ve SPG3 de dahil olmak üzere saf formların %80'inden fazlası otozomal dominant kalıtılmaktadır. SPG7 ise en sık görülen otozomal resesif kalıtılan paraplejilerden biridir. SPG7 fenotipinde hem saf hem komplike form hastalar bulunması nedeni ile heterojendir. Bu olgu sunumunda, kliniğimize 10 yıldır devam eden yürüme güçlüğü ve dengesizlik şikayetiyle başvuran ve ek olarak asimetrik parkinsonizm bulgularının eşlik ettiği genetik olarak HSP-7 tanısı koyduğumuz 50 yaşında erkek hasta literatür ışığında tartışılacaktır.

EP - 695 HEPATİK ENSEFOLAPATİ: OLGU SUNUMU

GÜRDAL ORHAN , ÜMİT GÖRGÜLÜ

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ANKARA ŞEHİR HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Olgu:
Hepatik ensefalopati sirozlu hastalarda sık görülen bir komplikasyondur ve kötü prognoz göstergesidir. Manyetik Rezonans Görüntülemede (MRG) özellikle globus pallidum ve serebral pedinküllerde T1 yüksek sinyalli lezyonlar izlenir. Bu yazıda 61 yaşında erkek, bilinen hepatik yetmezliği olan, 6 aydır dalgınlık, boş bakma, dengesiz yürüme şikayetleri olan, etyolojiye yönelik yapılan tetkiklerinde kan amonyak seviyesinde yüksekliği (166 µmol/L), elektroensefelografide trifazik dalga aktivitesi ve MRG'de T2 FLAIR periventriküler ve bilatera sereballar hiperintens lezyon bulguları ile hepatik ensefelopati tanısı koyduğumuz olgu sunulacaktır.

EP - 696 ERKEN EVRE PARKİNSON HASTALIĞINDA İLK YIL TEDAVİ YOĞUNLUĞU VE PROGNOZ: İSRAİL'DE RETROSPEKTİF, LONGİTUDİNAL BİR ÇALIŞMA

YAEL BARER [1], OLGA SáNCHEZ-SOLIñO [2], DAVİD ARKADİR [3], MEİTAL GRABARNİK-JOHN [4], GABRİEL CHODİCK [1], LARS BERGMANN [2], CONNİE H. YAN [2]

[1] *MACCABİTECH, MACCABİ INSTİTUTE FOR RESEARCH AND INNOVATİON, TEL AVİV, ISRAEL*
[2] *ABBVİE INC., NORTH CHİCAGO, IL, USA*
[3] *HADASSAH MEDİCAL CENTER, JERUSALEM, ISRAEL*
[4] *ABBVİE INC., HOD HASHARON, ISRAEL*

Amaç:
Parkinson hastalığının (PH) heterojenliği göz önüne alındığında, hasta karakteristikleri ile prognoz arasındaki ilişkiyi belirlemek zordur. Bu analizde Parkinson hastalarında uzun dönem hastalık prognozunu, Parkinson hastalığı tanısından sonraki ilk yıl tedavi yoğunluğuna göre karşılaştırdık.

Gereç ve Yöntem:
Popülasyona dayalı, retrospektif kohort çalışmasında; İsraildeki büyük bir sağlık planının verileri kullanılmıştır. Üyeler, 2005–2010 yılları arasında >=1 Parkinson tanısı almış olmaları durumunda çalışmaya dahil edildi. Başlangıç tarihi, en erken PH tanısı veya Parkinson tedavisinin başlatıldığı tarih olarak tanımlandı. Parkinson hastalığına sahip kişilerin başlangıç tarihinden önce sağlık planında >=5 yıllık üyeliğe ve 10 yıla kadar takip süresine sahip olması gerekiyordu. Çalışma popülasyonu başlangıç tarihinden sonraki ilk yıl levodopa eşdeğer günlük doz durumuna göre düşük ve yüksek tedavi yoğunluğu gruplarına ayrıldı (düşük [hafif], <600 mg; yüksek [yoğun], >=600 mg). Sağkalım, komorbiditeler ve semptomlar değerlendirildi ve karşılaştırıldı.

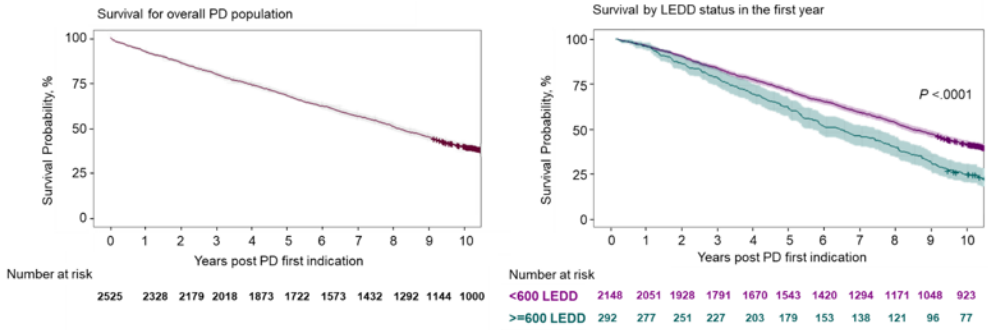
Bulgular:
2525 Parkinson hastalığına sahip uygun kişi belirledik (ortalama [SS] yaş, 74,5 [10,7] yıl; erkek cinsiyet, %55,9). 292 kişi (%11,6; ortalama yaş, 75,4 [8,8] yıl; erkek cinsiyet, %65,1) başlangıç tarihinden sonraki ilk yılda yoğun tedavi; 2233 kişi (%88,4, ortalama yaş, 74,4 [10,9] yıl; erkek cinsiyet, %54,7) hafif tedavi görmüştür (Tablo). Hafif tedaviyle karşılaştırıldığında yoğun tedavi, 10 yılda artan ölüm olasılığıyla ilişkilendirildi (P<.0001) (Şekil). Ek sonuçlar gelecek.

Tablo. Genel Parkinson hastalığı popülasyonu ve ilk yıl LEDD durumuna göre yaş ve cinsiyet

Karakteristik		Düşük Doz (Hafif Tedavi) <600 mg LEDD n = 2233	Yüksek Doz (Yoğun Tedavi) >=600 mg LEDD n = 292	*P* değeri[a]
	Ortalama (SS)	74.4 (10.9)	75.4 (8.8)	.074
İndeks tarihinde yaş	<55 (%)	113 (5.1)	11 (3.8)	.007
	55-65 (%)	286 (12.8)	19 (6.5)	
	65-75 (%)	641 (28.7)	100 (34.2)	
	>=75 (%)	1193 (53.4)	162 (55.5)	
Cinsiyet	Erkek (%)	1222 (54.7)	190 (65.1)	.001

[a] Kullanılan istatistiksel testler sürekli değişkenler için t testi ve kategorik değişkenler için ki-kare testidir.
LEDD, levodopa eşdeğer günlük doz.

Şekil. Genel PH popülasyonu ve ilk yıl LEDD durumuna göre sınıflandırılan hastalar için sağkalım eğrileri.



LEDD, levodopa eşdeğer günlük doz; PH, Parkinson Hastalığı.

Sonuç:
Tanıdan hemen sonra yoğun tedavi gören bireyler daha kötü hastalık prognozuna sahipti. Parkinson hastalarında PHnin erken evrelerinin epidemiyolojik değerlendirmesi, daha zamanlı ve hedefe yönelik terapötik müdahalelerden yararlanabilecek çeşitli alt grupların tanımlanmasına yardımcı olabilir.

HEMŞİRELİK SÖZEL BİLDİRİLER

Cumhuriyetimizin 100 Yılı

Bilimin Işığında

HSB-1 İNME GEÇİREN HASTALARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER: KESİTSEL ÇALIŞMA

SİMGE KALAV, EBRU BULUT, EMİNE TARLABELEN KARAYTUĞ, RAHŞAN ÇEVİK AKYIL

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ, HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Bu çalışmada inme geçiren hastalarda sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlandı.

Yöntemler:
Analitik ve kesitsel olan bu araştırmada, Türkiyenin batısındaki bir üniversite hastanesinin nöroloji kliniğinde yatan 223 inme hastasına "Sosyodemografik Özellikler Formu" ve "Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" uygulandı. Araştırma verileri "Statistical Package for the Social Sciences 22" programı ile analiz edildi. Kolmogorov-Smirnov testi, Pearson 2 Korelasyonu, Mann Whitney U", "Kruskal Wallis" ve "Post Hoc/Games-Howell" testleri kullanıldı.

Bulgular:
Çalışmamızda ölçeğin toplam puan ortalaması 88,67±22,36'idi. 50 yaş altında olan, eğitim düzeyi yüksek olan ve inme dışında bir kronik hastalığı bulunmayan bireylerin ölçek ve tüm alt boyutlardan aldıkları sıralar ortalaması anlamlı şekilde daha yüksek bulundu. Ekonomik durum düşükten yükseğe gittikçe ölçeğin toplam sıralar ortalaması arttı. Sağlık çalışanlarından eğitim alanların "bilgiye erişim alt boyutu" sıralar ortalaması anlamlı olarak daha yüksekti.

Sonuç:
Yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, genel sağlık durumu, başka bir kronik hastalık mevcudiyeti ve sağlık çalışanından eğitim almış olma durumu inme geçiren hastalarda sağlık okuryazarlığı etkileyen faktörler olarak saptandı. Yatarak tedavi gören inme hastalarının sağlık okuryazarlık düzeylerinin tespit edilmesi, hastaların inme okuryazarlık düzeyleri hakkında fikir verebilir ve inme konusundaki farkındalıklarının belirlenmesinde önemli bir adım olabilir.

Anahtar Kelimeler: İnme, sağlık okuryazarlığı, hemşirelik

HSB-2 PARKİNSONLU HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİN VE BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

MELİS ŞEN YILMAZ [1], ZEHRA DURNA [2]

[1] *BİRUNİ ÜNİVERSİTESİ*
[2] *DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ FLORENCE NİGHTİNGALE HASTANESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU*

Amaç:
Metodolojik ve tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışmada, Parkinson Hastalarının Karşılanmayan Gereksinimleri Ölçeği (Unmet Needs of People with Parkinson's Disease)'nin Türkiye koşullarına uygun geçerlik, güvenirlik çalışmasının gerçekleştirilmesi ve Parkinson tanısı ile izlenen hastalarda yaşam kalitesinin ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi amacıyla planlandı.

Materyal ve Metot:
Araştırma Kasım 2020-Nisan 2021 tarihleri arasında özel bir hastanenin Nöroloji Polikliniğine başvuran parkinson hastalarında gerçekleştirildi. Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için öncesinde Hastane Başhekimliği ve Nöroloji Ana Bilim Dalı ve Üniversite Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alındı. Araştırma örneklemini 35 yaş üzeri olan, son 1 yıldır Parkinson tanısıyla izlenen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 160 hasta oluşturdu. Verilerin toplanmasında, hastaların kişisel özellikleri ve hastalık özelliklerini değerlendirmek için Hasta Bilgi Formu, yaşam kalitesini değerlendirmek için Parkinson Hastalığı Anketi (PDQ-39) uygulandı. Hastaların karşılanmayan gereksinimlerini değerlendirmek amacıyla ise Parkinson Hastalarının Karşılanmayan Gereksinimleri Ölçeği kullanıldı.

Bulgular:
Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 72,39±9,56 olup, çoğunluğun erkek (%57,5), lise mezunu (%40), çalışmadığı (%53,8) ve emekli olduğu (%36,3) belirlendi. Hastaların H&Y evrelerinin Evre 3 (%37,5) ve Evre 4 (%40,6) arasında değiştiği, %93,8'inin tedavilerini düzenli olarak kullandığı ve en fazla ilaç yan etkisi olarak konstipasyon (%56,3), uyku yoksunluğu (%16,9) ve denge kaybı (%13,8) görüldüğü ve hastaların %76,8'inde bakımlarında destek alma ihtiyacı olduğu belirlendi. Hastaların PDQ39 toplam puan ortalaması ile eğitim durumları, mevcut kronik hastalık varlığı, hastaların bakım alma durumları, H&Y evreleri ve hastalığa bağlı yaşadığı yan etkiler arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Araştırma sonuçlarına göre Parkinson hastalarının karşılanmayan gereksinimleri ölçeğinin alt boyutları olan fiziksel gereksinimler (r: 0,443; $p<0,001$), sosyal/duygusal gereksinimler (r: 0,307; $p<0,001$), tedavi ile gereksinimler (r: 0,298; $p<0,001$) ile PDQ39 Parkinson Hastalığı anketi toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,001$). Türk kültürüne uyarlanan Parkinson Hastalarının Karşılanmayan Gereksinimler Ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0.904 ve test-tekrar test güvenilirlik katsayısı 0.994'tür. Ölçek alt boyut Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,778- 0,859 arasında değişmektedir. Bu araştırmada tüm maddelerin madde-toplam test korelasyon değerleri 0,453 ile 0,729 arasında değişkenlik göstermekte olup ölçek maddelerine ilişkin faktör yükleri 0,434 ile 0,783 arasındadır.

Sonuç:
Parkinson Hastalarının Karşılanmayan Gereksinimler Ölçeği Parkinson Hastaları'nın bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir olduğu belirlendi. Karşılanmayan gereksinimlerin olması ve evre ilerledikçe artış göstermesi hastaların yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiğini göstermektedir. Parkinsonlu hastaların yaşam kalitelerinin artırılması için karşılanmayan gereksinimlerinin giderilmesinde hemşireler tarafından bireye özgü bakım verilmesi ve hasta ve ailesinin eğitilmesi önerilmektedir.

Referanslar:

Peto, Viv, C. Jenkinson, and R. Fitzpatrick. PDQ-39: a review of the development, validation and application of a Parkinsons disease life quality questionnaire and its associated measures. J Neurol. 1998;245 Suppl 1:S10-S14. https://doi.org/10.1007/PL00007730

Lee J, Kim Y., Kim S, Kim Y, Lee YJ, Sohn Y. Unmet needs of people with Parkinson' disease; A cross sectional study. J. Adv. Nurs. 2019;75(12):3504-3514. https://doi.org/10.1111/jan.14147.

Crispino P, Gino M, Barbagelata E, Ciarambino T, Politi C, Ambrosino I, et al. Gender differences and life quality in parkinson's disease. Int J Environ Res Public Health. 2020;18(1):198. https://doi.org/10.3390/ijerph18010198

Subramanian I, Mathur S, Oosterbaan A, Flanagan R, Keener AM, Moro E. Unmet Needs of Women Living with Parkinsons Disease: Gaps and Controversies. Mov Disord. 2022;37(3):444-455. https://doi.org/10.1002/mds.28921.

HSB-3 HEMŞİRELERDE KANITA DAYALI AKUT İNME YÖNETİMİ

ELİF ÖZDEMİR

İBNİ SİNA HATANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, ANKARA

İnme, vasküler nedenlere bağlı olarak nöronların glikoz, oksijen ve canlılıklarını devam edebilmeleri için ihtiyaçları olan diğer kimyasallara erişememesi sonucu meydana gelen, hızlı ilerleyen ve fokal serebral fonksiyon kayıplarıyla giden klinik durumdur. İnmede tedavi sürecinin başlamasında iyi yönetilen zamanın, hasta sonuçlarında fark yarattığı bilinmektedir. İnmeli hastalara bakım verecek kişiler uygun bakım ve zaman yönetimi hakkında bilgi sahibi olmalıdır. İnme tedavisine zamanında erişim sağlayan hasta sayılarının artırılmasında hemşireler, sağlık profesyonelleri arasında ekibin kilit üyelerindendir. Hemşirelerin inme belirtilerini ve semptomlarını tanıma yeteneği inme müdahalesi için önemli ve gereklidir. İnme ve inmeyi çağrıştıran semptomlarla başvuran hastaların değerlendirilmesi, detaylı öykülerinin alınması, akut inmede tedavi seçeneklerinin semptomların başlama zamanına büyük ölçüde bağlı olması nedeniyle semptom başlangıcının kayıt altına alınması, mevcut semptomların değerlendirilmesi, tedavi seçeneklerinin hastaya sunulması hemşireler için kritik becerilerdir. Nörolojik fonksiyon kayıplarıyla seyreden inmede; iyi bir gözlemci konumunda, yaşamsal bulguların izlemi ve nörolojik değerlendirme yapma açısından sürekli hastayla etkileşimde olan profesyonel bakım hizmeti sağlayıcısı hemşirelerdir. Hemşireler; inme semptomlarının doğru ve zamanında tespitinde, hastane içi inmelerin morbidite ve mortalitesinin azaltılmasında, kaynakların uygun ve verimli kullanılmasında hayati öneme sahiptirler.

Hemşireler hastanın yaşadığı bu yeni süreçte motor ve duyu fonksiyonlarında, yaşam stilinde ve aile içi rollerinde değişim olması nedeniyle bekleyen rehabilitasyon süreciyle beraber inmeye eşlik eden bir depresyon yaşayabileceğini bilmelidir. Hemşireler hastanın baş etme stratejileri oluşturmasını ve hastanın tedaviye ve sürece uyumunu değerlendirerek ilaç tedavisinin etkinliğini arttırmalıdır. Hemşireler, bireyin inmede etkilenmiş güçsüz kalan taraf üzerine gerçekçi ve ulaşılabilir beklentiler oluşturmasını desteklemelidirler.

HSB-4 MİGRENLİ HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

HANDE ÖZMEN ÜNAL

EGE ÜNİVERSİTESİ

Amaç:
Migrenli hastaların yaşam kalitesinin incelenmesidir.

Materyal ve Metot:
Bu çalışma migren hastalarının yaşam kalitesi ve sağlık algısını değerlendiren tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır. Çalışma 2 kamu hastanesinde Nöroloji Polikliniği'ne kayıtlı 253 migren tanılı hasta ile yürütülmüştür. Hastalardan sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin verileri 'Birey Tanıtım Formu' ile toplanmıştır. Yaşam kalitesi verileri 'Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği' ile sağlık algısı verileri ise 'Sağlık Algısı Ölçeği' ile yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

Bulgular:
Migren hastalarında yaşam kalitesini etkileyen faktörler; cinsiyet, yaş,medeni durum, eğitim durumu, ağrıya eşlik eden faktörler ve ağrıyı tetikleyen faktörlerdir. Çalışmaya katılan hastaların %81,82'si kadın %18,18'i erkektir. Kadınların yaşam kalitesi erkeklere kıyasla daha düşükken, sağlık algısı daha yüksek bulundu. Çalışmamızda yaşam kalitesi ile sağlık algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$). Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamaları dikkate alınarak migrenin hastaları en çok üretken oldukları zaman diliminde etkilediği ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği sonucuna varıldı.

Sonuç:
Migrenin hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği sonucuna ulaşıldı. Migren yönetiminde hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçeklerinin hemşireler tarafından kullanılması, etkin hemşirelik bakımı verilmesine ve yaşam kalitesinin artmasına katkı sağlayabilir.

Referans: Ayfer KARADAKOVAN, Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

HSB-5 BİR HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULUNDA ÖĞRENCİ HEMŞİRELERİN İNMELİ HASTALARIN AKUT DÖNEM BAKIMLARI KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

BÜŞRA AĞBULUT, NURDAN YILDIRIM

DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ

Amaç:
Bu çalışma, bir hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde inmeli hastaların akut dönem bakımları konusunda bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ve gereksinimler doğrultusunda rehber öneriler sunmak amacıyla planlandı.

Gereç ve Yöntem:
Çalışma Nisan- Mayıs 2023 tarihleri arasında 1, 2, 3, 4. sınıfta öğrenim gören öğrenciler ile gerçekleştirildi. Metodolojik Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışmada örneklem grubunu 18 yaş ve üzerinde olan, hemşirelik yüksekokulunda öğrenim gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden 345 öğrenci oluşturdu. Bulgular: Sonuçlar incelendiğinde, İnme Bilgisi Değerlendirme Ölçeğine ilişkin Cronbach Alfa değeri 0,837 olarak hesaplanırken alt boyutlara ilişkin alfa değeri 0,726-0,762 arasında hesaplanarak ölçeğin iç tutarlılığının yüksek düzeyde güvenilir olduğu ve Türk toplumunda kullanıma uygun olduğu görüldü. Ölçek genel bilgi puanları ortalaması 37,77±8,19 olarak bulundu. Puan ortalaması "Tepki" alt boyutu için 18,21±4,27; "Bilgi" alt boyutu için 19,56±4,86 olarak hesaplanmıştır. Öğrencilerin Genel Bilgi puanları düşük-orta-yüksek olarak kategorize edildiğinde, öğrencilerin %0,9'u düşük, %51,6'sı orta, %47,5'i yüksek puan almıştır.

Sonuç:
Öğrenci hemşirelerde inmeli hastaların akut dönem bakımları konusunda bilgi ve farkındalıkların oluşturulması, inmenin akut dönem bakımına yönelik güncel rehberlere erişim ve kullanımının sağlanması, inmenin akut dönem bakımına yönelik bilimsel etkinliklere katılımları noktasında teşvik edilip yönlendirmeler yapılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: İnme, akut inme, hemşire, öğrenci hemşire, bilgi düzeyi

HSB-6 COVİD 19 VE ASRIN FELAKETİ 2023 DEPREMİ SÜRECİNDE NÖROLOJİ YOĞUN BAKIM HEMŞİRESİNİN ROLÜ; SÜREÇTE BAZI İNDİKATÖRLERİN RETROSPEKTİF ANALİZİ

GÜLÜMSER DURGUN, ENİSE DEMİRDEN, ELİF İ. G. GÖKTAŞ, EBRU HACIHASANOĞLU, DUYGU DEMİRCAN, MERVE GÜLCAN

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ BALCALI HASTANESİ

Amaç:
Nörolojik hastaların düzenli takibi gerekli olduğundan; salgın ve deprem gibi kritik durumların beraberinde getirdiği zorluklar hastaların semptomlarında artış yaratabilir. Bu çalışmanın amacı, salgın ve afetler gibi olağanüstü durumlarda, nörolojik hastalara sunulacak hizmetin planlanması ve uygulanması sürecinde hemşirenin rolünün yanı sıra hem hastaların hem de hemşirelerin karşılaştıkları güçlüklere dikkat çekmektir.

Gereç-yöntem:
Covid-19 (Mart 2020-Haziran 2021), normalleşme (Temmuz 2021-Ocak 2023), deprem ve sonrası (Şubat 2023-Ağustos 2023) olarak belirlediğimiz süreçte, Nöroloji Yoğun Bakım 'da bası yarası prevalansı, yoğun bakım ses ölçüm düzeyleri ve mortaliteye ilişkin veriler retrospektif olarak incelenmiştir.

Sonuç:
Covid-19 sürecinde bası yarası oluşan hastaların ortalaması %0,8; normalleşme sürecinde %0,6 olduğu saptanmıştır. Deprem ve sonrasında bası yarası oluşan hasta tespit edilmemiştir. Yoğun bakım ünitesinde ölçülen ses düzeylerinin ortalamasının; covid-19 (61 dBA) ve normalleşme (62 dBA) sürecinde benzer olduğu saptanmıştır. Belirlediğimiz süreçler içinde en yüksek mortalite ortalamasının (%6) Covid-19 dönemi olduğu saptanmıştır.
Hemşireler Covid ve deprem gibi kritik süreçlerde görev tanımlarının gerektirdiğinden çok daha fazlasını yapmışlardır. Hemşirelerin afet durumundaki görev tanımları, yasal düzenlemeler ile netleştirilmesi son derece önemlidir. Şimdi yapılacak iyileştirme ve eylem planları ile gelecekte tükenmişlik yaşanmasının önüne geçilebilir, hasta bakımının kalitesi arttırılabilir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, deprem, hemşire, nöroloji

HSB-7 İNMEDE DİSFAJİ VE GÜVENLİ BESLENME İLE İLGİLİ EĞİTİMİN NÖROLOJİ KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN BİLGİ DÜZEYİNE ETKİSİ

AYSEL ÇAVUŞOĞLU [1], ZELİHA TÜLEK [2], ESME EKİZOĞLU [3]

[1] *İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ, İSTANBUL, TÜRKİYE*
[2] *İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, FLORENCE NİGHTİNGALE HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, İSTANBUL, TÜRKİYE*
[3] *İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL, TÜRKİYE*

Amaç:
Bu çalışmanın amacı bir üniversite hastanesinin nöroloji kliniğinde çalışan hemşirelerin inmeli hastalarda yutma güçlüğü ve güvenli beslenme ile ilgili bilgi eksikliğinin olup olmadığını belirlemek, uygulanan eğitim programıyla bilgi düzeylerini arttırmak ve altıncı ayda tekrar test uygulayarak bilgi düzeyinin kalıcılığını ölçmektir.

Yöntem:
Çalışma tanımlayıcı, yarı deneysel, bilgi düzeyi sorgulayan ön test-son test olarak tasarlanmıştır. Testte çoktan seçmeli, açık uçlu, doğru yanlış ve birden çok yanıtlı soru tiplerinden oluşan 41 soru sorulmuştur. Alınabilecek en yüksek puan; açık uçlu sorulara 2 puan, diğer tüm sorulara birer puan (birden çok yanıtlı sorulara her doğru maddeye bir puan) olmak üzere 84 puandır. Hemşirelerin bireysel özellikleri ve bilgi düzeyleri çalışmacılar tarafından oluşturulmuş formla toplanmıştır. Eğitim öncesi ön test ve aynı gün eğitim uygulaması ile eğitim sonrası son test yapılmıştır. Altı aylık süre sonunda tüm katılımcılara tekrar aynı sorular sorulmuştur.

Bulgular:
Çalışmaya katılan 42 hemşirenin %71.4'ü (n=30) nöroloji kliniğinde, %28.6'sı (n=12) acil nöroloji kliniğinde görev yapmaktaydı. Hemşirelerin %73.8'i (n=31) kadın, % 47.6'sı (n=20) lisans mezunu, %71.4'ü (n=30) vardiyalı çalışmaktaydı. Hemşirelerin yaş ortalaması 30.8±8,8 bulunurken çalışma yılı ortalaması 9.6±8.4 yıl olarak saptandı. Nöroloji kliniklerinde çalışma süresi ortalaması ise 6.5±7.6 yıldı. Hemşirelerin %78.6'sı (n=33) inme ile ilgili bir eğitim aldığını belirtmiştir. Hemşirelerin % 92.9'u (n=39) disfajili hastaya bakım verdiğini, %81'i (n=34) yatak başı yutma değerlendirmesi yaptığını, %88.1'i (n=37) ise nazogastrik (NG) beslenme tüpü uygulama deneyimi olduğunu ifade etmiştir. Hemşirelerin testten aldıkları ön test puan ortalaması 50.4±10.1, eğitim sonrası test ortalaması 65.1±8.7 olarak anlamlı artış göstermiş; altıncı ayda uygulanan test ortalaması ise 59.2±9.1 olarak ön test puanlarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur; ancak eğitim günü yapılan son teste göre anlamlı fark korunsa da daha düşük bulunmuştur ($p<0.001$).

Sonuç:
Nöroloji hemşirelerinin inmeli hastalarda yutma güçlüğü ve güvenli beslenme konusunda bilgi düzeyleri yapılan eğitim sonunda anlamlı şekilde artmıştır. Altı ay sonra yapılan testlerde ortalama puanlarda bir miktar düşme olması, teorik bilginin unutulabileceği, bu amaçla eğitimlerin tekrarlanması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelime: inme, disfaji, bilgi düzeyi, güvenli beslenme, disfaji komplikasyonları

HSB-8 MULTİPL SKLEROZ BİLGİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (MULTİPLE SCLEROSİS KNOWLEDGE ASSESSMENT SCALE-MSKAS) GEÇERLİLİK GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

ZELİHA TÜLEK [1], HİLALNUR KÜÇÜKAKGÜN [2], KİMYA KILIÇASLAN [1], AYSEN RANA DOĞAN [3], MELİH TÜTÜNCÜ [4]

[1] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, FLORENCE NİGHTİNGALE HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
[2] ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
[3] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI
[4] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Hasta eğitimi ve tedavi süreci hakkında bilgilendirmelerin pek çok kronik hastalıkta olduğu gibi MS'li bireylere, sağlık hizmeti sağlayıcılarına ve topluma farkındalık oluşturarak olumlu etkiler ortaya çıkardığı bilinmektedir. Bunun yanında hastaların karar verme sürecine dahil edilebilmeleri için ve tedavilerini bireysel durumlarına göre ayarlayabilmek için hasta eğitimi şarttır. Bireylerin Multipl Skleroz etiyolojisi ve tedavi stratejileri hakkındaki bilgi seviyelerini değerlendiren az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bessing ve arkadaşları (2021), 22 sorudan oluşan, bireylerin MS bilgisini ölçme, MS bilgisindeki eksiklikleri belirleme ve bilgi düzeyindeki değişimi değerlendirme amacıyla Multipl Skleroz Bilgi Değerlendirme Ölçeği (Multiple Sclerosis Knowledge Assessment Scale-MSKAS)" adlı ölçeği geliştirmiştir. Bu çalışmada, MSKAS ölçeği Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod:
Metodolojik araştırma dizaynı olan bu çalışmanın, bir üniversite hastanesinin MS polikliniğine başvuran 154 MS hastası üzerinde yürütülmesi planlandı. Çalışmanın bu aşamasında 30 hasta ile veri toplama süreci gerçekleştirildi. Çalışmada veri toplama süreci devam etmektedir. Çalışmada veri toplamada Multipl Skleroz Bilgi Değerlendirme Ölçeği`nin yanı sıra Hasta Bilgi Formu, Genişletilmiş Özürlülük Durumu (EDSS), Mini- Cog ve eş değer ölçek olarak Multiple Skleroz Bilgi Anketi kullanıldı.

Bulgular:
Çalışmaya katılan hastaların %80'i kadın (n=24), %43,3'ü üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olup yaş ortalaması 40,27±11,09 di. Hastaların MS tanı süresi 8,62±7,49 yıl ve MS tipi ağırlıklı olarak (%83,3) Relapsing - Remitting Multiple Skleroz (RRMS) idi. EDSS skoruna göre %83,3'ünün dizabilitesihafif düzeydeydi (EDSS skoru 0-2,5), %20'sinin kognitif fonksiyonları kötüydü (Mini-Cog pozitif). Hastalardan %60'ı MS hakkında bilgi aldığını belirtti. Ayrıca hastaların %73,3'ü düzenli sağlık kontrolüne gidiyordu. Ölçeğin çeviri-geri çeviri ve uzman görüşü yoluyla linguistik geçerlik çalışması yapılmasının ardından psikometrik özellikler değerlendirildi. Ölçeğin Cronbach α güvenirlik katsayısı 0,65 olarak bulundu. Ölçeğin EDSS skoru, Mini-Cog puanı ve eş değer ölçek ile korelasyonları anlamlı bulunmadı. Hastaların yaş ve tanı süresi ile bilgi düzeyleri arasındaki korelasyon incelendiğinde ise yaş ile bilgi düzeyi arasında negatif yönlü orta ilişki bulundu. Ayrıca hastalarda eğitim düzeyi yüksek olanların bilgi düzeyi daha iyi olarak bulundu.

Sonuç:
Multipl Skleroz Bilgi Değerlendirme Ölçeği' nin veri toplama süreci devam etmektedir. Türk toplumunda kullanıma uygun ve psikometrik açıdan yeterli olup olmadığı veri toplama süreci tamamlandığında tekrar değerlendirilecektir.

Anahtar Kelimeler: *Multiple Skleroz, bilgi, geçerlik ve güvenirlik*

Referanslar:

- Adams, R. J. (2010). Improving health outcomes with better patient understanding and education. Risk management and healthcare policy, 61-72.
- Akdemir, N., Terzi, M., Arslan, N., & Musa, O. N. A. R. (2017). Prevalence of multiple sclerosis in the middle black sea region of Turkey and demographic characteristics of patients. Archives of Neuropsychiatry, 54(1), 11.
- Aksayan, S., Gözüm, S. (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 4(1), 9-14.
- Beaton, DE., Bombardier, C., Guillemin, F., Ferraz,MB. (2000). Guidelines for the process of crosscultural adaptation of self-report measures. SPINE 25(24), 3186-3191.
- Bessing, B., Honan, C. A., van der Mei, I., Taylor, B. V., & Claflin, S. B. (2021). Development and psychometric properties of the Multiple Sclerosis Knowledge Assessment Scale: Rasch analysis of a novel tool for evaluating MS knowledge. Multiple Sclerosis Journal, 27(5), 767-777.
- Çinar, E., Akkoç, Y., Çaliş, F., Baklaci, M., Ekmekçi, Ö., & Yüceyar, N. (2022). Multiple Skleroz Bilgi Anketinin Türkçe Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenilirliği. Noro-Psikyatri Arsivi, 59(2), 123-126.
- DeVellis, RF. (2003). Scale development: Theory and applications. (2nd ed.), Sage Publications, California
- Eraksoy, M., Bulut, S., Alp, R. (2013). Multipl Skleroz. Emre, M. (Editör). Nöroloj Temel Kitabı Birinci Baskı, İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri, 1112-1135.
- Gulick, EE., Namey, M., Halper, J.(2011). Monitoring My Multiple Sclerosis. Int Journal of MS Car, 13:137–145
- Kurtzke Je (1983). Rating Neurological İmpairment İn Multiple Sclerosis: An Expanded Disability Status Scale (Edss).Neurology; 33:1444-52.

- Tavşancıl, E. (2005). Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. (2.baskı), Nobel Yayın Dağıtım, İstanbul. 20-51.

HSB-9 İNMELİ HASTALARDA HEMŞİRE TAKİP PROGRAMININ PSİKOSOSYAL SORUNLARA VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

HİLALNUR KÜÇÜKAKGÜN [1], ZELİHA TÜLEK [2], YAKUP KRESPİ [3],

[1] ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ FAKULTESİ, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
[2] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, FLORENCE NİGHTİNGALE HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
[3] İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
İnme hastalarında depresyon, anksiyete, bilişsel bozukluk ve yorgunluk gibi psikososyal sorunlar sık görülür. Psikososyal sorunlar inme sonrası süreçte fiziksel iyileşme, sosyal hayata dönüş gibi sonuçları etkilemektedir. Ayrıca yaşam kalitesinin düşmesine de yol açabilir. Bu çalışmada inme hastalarında hemşire takip programının psikososyal sorunlar ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot:
Ön test - son test randomize kontrol gruplu deneysel araştırma olarak planlanan bu çalışmaya 55 deney, 49 kontrol grubunda yer almak üzere toplam 104 hasta katıldı. Tüm hastaların inme ağırlığı ve fonksiyonel durumları değerlendirildi. Ayrıca hastalara Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Yorgunluk Şiddet Ölçeği, Normal Yaşama Yeniden Katılım İndeksi ve İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulandı. Deney grubundaki hastalara hemşire takip programı uygulandı ve hastalar üç ay boyunca takibe alındı. Kontrol grubu kliniğin rutin protokolü ile taburcu oldu. Üçüncü ayda bağımsız değerlendiriciler aracılığıyla iki grubun değerlendirmesi yapıldı.

Bulgular:
Çalışmayı tamamlayan hastalarda iki grupta da erkeklerin daha fazla olduğu bulundu. Deney grubu hastaları yaş olarak kontrol grubuna göre biraz daha gençti (deney: 55,33±15,50, kontrol: 62,82±14,34, p=0,013), bilişsel test puanları daha iyiydi (p=0,050). Gelir düzeyini iyi olarak belirten bireyler deney grubunda daha ağırlıklıydı (p=0,071). Gruplarda minör inme ve bağımsız hastaların ağırlıklı olduğu bulundu. Takip programı sonrası hastaların üçüncü ay primer sonlanım ölçütleri değerlendirildiğinde, taburculuğa kıyasla üçüncü ayda elde edilen iyileşme açısından iki grup arasında fark bulunmadı. Grup içinde başlangıca göre elde edilen fark değerlendirildiğinde, deney grubunda uyku kalitesinin arttığı (p=0,001); anksiyete (p=0,084), nomal yaşama uyum (p=0,076) ve yaşam kalitesi (p=0,059) puanlarında iyileşme eğilimi olduğu bulundu.

Sonuç:
İnme yönetimine ilişkin uygulanan hemşire takip programının hastaların psikososyal sonuçlarının ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde yararlı sonuçları olabileceği bulundu.

Anahtar kelimeler: İnme, Psikososyal, Yaşam Kalitesi, Hemşirelik

Referaslar:
-Cumming, T.B., Packer, M., Kramer, S.F., & English, C. (2016). The prevalence of fatigue after stroke: a systematic review and meta-analysis. International Journal of stroke, 11(9), 968-977.
-Çoban, O. & Ekizoğlu, E. (2019). Beyin damar hastalıklarında tanımlar, sınıflama, epidemiyoloji ve risk faktörleri. Erişim Linki: http://www.itfnoroloji.org/svh/bdhtanimlar.htm (Erişim tarihi: 01.07.2021).
-Green, T.L., McNair, N.D., Hinkle, J.L., Middleton, S., Miller, E. T., Perrin, S., ... & American Heart Association Stroke Nursing Committee of the Council on Cardiovascular and Stroke Nursing and the Stroke Council. (2021). Care of the Patient With Acute Ischemic Stroke (Posthyperacute and Prehospital Discharge): Update to 2009 Comprehensive Nursing Care Scientific Statement: A Scientific Statement From the American Heart Association. Stroke, 52(5), e179-e197.
-Hackett, M.L., & Pickles, K. (2014). Part I: frequency of depression after stroke: an updated systematic review and metaanalysis of observational studies. International Journal of Stroke, 9(8), 1017-1025.

-Kongkasuwan, R., Voraakhom, K., Pisolayabutra, P., Maneechai, P., Boonin, J., & Kuptniratsaikul, V. (2016). Creative art therapy to enhance rehabilitation for stroke patients: a randomized controlled trial. Clinical rehabilitation, 30(10), 1016-1023.
-Kumsar, A.K., & Yılmaz, F.T. (2014). Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2(2), 62-70.
-Lanctôt, K.L., Lindsay, M.P., Smith, E.E., Sahlas, D.J., Foley, N., & Gubitz, G., Management of Mood, Cognition and Fatigue Following Stroke Best Practice Writing Group, the Heart & Stroke Canadian Stroke Best Practices and Quality Advisory Committee; in collaboration with the Canadian Stroke Consortium (2020). Canadian stroke best practice recommendations: mood, cognition and fatigue following stroke, update 2019. Int J Stroke, 15, 668-688.
- Pendlebury, S.T., Chen, P.J., Welch, S.J., Cuthbertson, F.C., Wharton, R.M., Mehta, Z., & Rothwell, P. M. (2015). Methodological factors in determining risk of dementia after transient ıschemic attack and stroke: (II) effect of attrition on followup. Stroke, 46(6), 1494-1500.
-Topçuoğlu, M.A., Tülek, Z., Boyraz, S.,…& Durna, Z. (2020). İnme Hemşireliği: Standartlar ve pratik uygulamalar kılavuzu. Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği ve Nöroloji Hemşireliği Derneği Ortak Strateji Projesi. Türk Beyin Damar Hast Derg. 26(1): 1-90. Doi: 10.5505/tbdhd.2020.41713

HSB-10 MULTİPL SKLEROZ HASTALARINDA APATİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

KİMYA KILIÇASLAN [1], HİLALNUR KÜÇÜKAKGÜN [2], ZELİHA TÜLEK [1], MELİH TÜTÜNCÜ [3]

[1] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, FLORENCE NİGHTİNGALE HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
[2] ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
[3] İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Amaç:
Apati, nöroloji hastalarında sık görülen nöropsikiyatrik semptomlardan biridir. Apati azalmış motivasyon, ilgisizlik, içe kapanma ve duygusal tepkilerde azalma ile karakterize nöropsikiyatrik bir sorun olup hastanın fonksiyonel bağımlılık düzeyini arttırabilmektedir. Multipl Skleroz (MS) hastalarında apati prevalansının yaklaşık %35 olduğu bildirilmesine rağmen apati değerlendirilmediği için gözden kaçabilmektedir. MS hastalarında apatinin bilişsel işlev bozukluğunun (özellikle yürütücü islev bozukluğu) erken belirtisi olduğu bildirilmektedir. Apati ayrıca hastanın ve yakınlarının yaşam kalitesini de etkileyebilmektedir. Bu nedenle hastalarda apatiyi değerlendirmek ve apati ile ilişkili faktörleri belirlemek önemlidir. Bu çalışma multipl skleroz hastalarında apati ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Yöntem:
Araştırma tanımlayıcı, ilişki arayıcı tipte gerçekleştirildi. Çalışma bir üniversite hastanesindeki MS polikliniğinde takip edilen, kesin MS tanılı 60 hasta ile gerçekleştirildi. Değerlendirmeyi engelleyecek tanı konmuş herhangi bir mental sorunu olan ve herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı olan veya antidepresan kullanan depresif hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmada veri toplama araçları olarak; Hasta Bilgi Formu, Genişletilmiş Özürlülük Durum Değerlendirmesi Formu (EDSS), Apati Değerlendirme Ölçeği (AES) klinisyen (AES-C) ve öz bildirime dayalı hasta formu (AES-S), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Multipl Skleroz Uluslararası Yaşam Kalitesi Ölçeği (MUSIQOL) ve Yorgunluk Şiddet Ölçeği (YŞÖ) kullanıldı.

Bulgular:
Çalışmaya dahil edilen 60 hastanın bulguları sunulmuştur. Hastaların yaş ortalamalarının 41,9±12,9, MS tanı süresi ortalamasının 10,17±8,61 yıl olduğu, hastaların %83,3'ünün relapsing remiting multipl skleroz (RRMS) olduğu, %51,7'sinin dizabilitesinin hafif düzeyde olduğu saptandı. AES-C ortalama puanının 34,20±10,42, AES-S ortalama puanının 32,82±9,69 olduğu saptandı. Hastaların %51,7'sinde minimal depresyon ve %73,3'ünde yorgunluk olduğu bulundu. MUSIQOL puan ortalaması 61,45±18,81 olarak saptandı. Hastaların apati (AES-S) puanlarının yaş ($r=0,438$, $p<0,001$), EDSS skoru ($r=0,354$, $p=0,005$), yorgunluk ($r=0,364$, $p=0,004$), depresyon ($r=0,481$, $p<0,001$) ve yaşam kalitesi ($r=0,379$, $p=0,003$) ile korele olduğu bulundu.

Sonuç:
Multipl skleroz hastalarında apatinin fonksiyonel durum, depresyon ve yorgunluk ile ve ayrıca yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu görüldü. MS hastalarının apati açısından değerlendirilmesi önerilir. Çalışmanın veri toplama aşaması devam etmektedir. MS hastalarında apatiyi etkileyen faktörler veri toplama süreci tamamlandığında tekrar değerlendirilecektir.

Anahtar Kelimeler: Multipl Skleroz, apati, yaşam kalitesi

HSB-11 MULTİPL SKLEROZDA DÜŞMEYİ TAHMİN ETMEK İÇİN MAKİNE ÖĞRENİMİ YAKLAŞIMI

SU ÖZGÜR [1], MERYEM KOÇASLAN TORAN [2], İSMAİL TOYGAR [3], GİZEM YAĞMUR YALÇIN [4], MEFKÜRE ERAKSOY [5]

[1] *EGE ÜNİVERSİTESİ*
[2] *ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ*
[3] *MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ*
[4] *İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA*
[5] *İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ*

Amaç:
Multipl sklerozda düşmeler yaralanmalardan fonksiyonel kayıplara kadar pek çok soruna yol açmaktadır. Bu nedenle multipl skleroz hastalarında düşmeye neden olan faktörlerin önceden tahmin edilmesi önemlidir. Bu çalışma, makine öğrenimi yaklaşımını kullanarak multipl sklerozda düşmelere katkıda bulunan faktörleri araştırmayı amaçladı.

Materyal Metot:
Araştırma bir üniversite hastanesinin polikliniğine başvuran 253 hasta ile gerçekleştirildi. Sosyodemografik veri toplama formu, Düşme Yeterlilik Ölçeği (FES-I), Berg Denge Ölçeği (BBS), Yorgunluk Şiddeti Ölçeği (FSS), Genişletilmiş Engellilik Durumu Ölçeği (EDSS), Multipl Skleroz Etki Ölçeği (MSIS-29) ve 25 adım yürüme testi (T25-FW) kullanıldı. XGboost algoritması bu çalışmada en iyi tahmin eden model olmuştur.
Bulgular: Hastaların çoğunluğu (%70,0) kadındı ve yaş ortalaması 40,44±10,88 yıldı. Hastaların %40,7sinde son bir yılda düşme öyküsü mevcuttu. PwMSdeki düşüşün belirleyicileri MSIS-29 (0,424), EDSS (0,406), medeni durum (0,297), eğitim düzeyi (0,240), hastalık süresi (0,185), yaş (0,130), aile tipi (0,119), sigara içme (0,031), gelir düzeyi (0,031) ve düzenli egzersiz alışkanlığı (0,026) olarak saptandı.

Sonuç:
Bu çalışmada düşmeye en çok artırıcı etkisi olan beş değişken MSIS-29, EDSS, medeni durum, eğitim düzeyi ve hastalık süresi olmuştur. Multipl sklerozlu hastalarda düşmeleri önlemeye yönelik müdahalelerin planlanmasında bu faktörler dikkate alınmalıdır.

Referanslar:
1.Chen T, Guestrin C, editors. Xgboost: A scalable tree boosting system. Proceedings of the 22nd acm sigkdd international conference on knowledge discovery and data mining; 2016.Matsuda PN, Shumway-Cook A, Bamer AM, Johnson SL, Amtmann D, Kraft GH. Falls in multiple sclerosis. PM&R. 2011;3(7):624-32.
2.Matsuda PN, Shumway-Cook A, Bamer AM, Johnson SL, Amtmann D, Kraft GH. Falls in multiple sclerosis. PM&R. 2011;3(7):624-32.
3.Gunn H, Markevics S, Haas B, Marsden J, Freeman J. Systematic review: the effectiveness of interventions to reduce falls and improve balance in adults with multiple sclerosis. Archives of physical medicine and rehabilitation. 2015;96(10):1898-912.
4.Coote S, Comber L, Quinn G, Santoyo-Medina C, Kalron A, Gunn H. Falls in people with multiple sclerosis: risk identification, intervention, and future directions. International journal of MS care. 2020;22(6):247-55.

HSB-12 SYMPTOM BURDEN OF THE ADVANCED BRAIN TUMORS IN PALLIATIVE CARE PATIENTS: A SYSTEMATİC REVİEW

BERKAY ALİKAN, GÜLBEYAZ CAN

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ - CERRAHPAŞA FLORENCE NİGHTİNGALE HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ

Amaç:
Beynin hem primer hem de sekonder ileri solid tümörleri günümüzde neredeyse tedavi edilemez olarak kabul edilmekte ve bu durum hem hastalar hem de yakınları için çok büyük bir fiziksel ve psikososyal yüke yol açmaktadır. Bu hastaların semptom yükünü anlamak, hem hastalara hem de ailelerine bakım vermek için yeni bir bakış açısı sağlayacaktır.

Yöntem:
Bu sistematik derlemenin amacı, ileri evre beyin tümörü hastalarında semptom yükü hakkında kanıt düzeyi yüksek ve güncel verilerle yeni bir bakış açısı sağlamak ve semptomlarının daha etkili bir şekilde yönetilmesine katkıda bulunmaktır.

Sonuç:
Kapsamlı literatür taraması PubMed, EBSCO, Cochrane ve Google Scholar veri tabanlarında "beyin tümörü", "semptom yükü" ve "palyatif bakım" anahtar kelimeleri taranarak yapılmıştır. Bu tarama sonucunda ise derlemeye 15 makale dahil edilmiştir. İlgili makalelerin incelenmesi sonucunda ileri ever beyin tümörü hastalarında en sık görülen semptomlar "epilepsi", "baş ağrısı", "yorgunluk", "nörodavranışsal semptomlar" ve "bilişsel bozukluklar" olarak saptanmıştır.

Tartışma:
Kanser tedavisindeki teknolojik ilerlemelere rağmen, ileri evre beyin tümörü hastaları hala bir çok ciddi semptom deneyimlemekte ve bu semptomlar yaşam kalitelerini olumsuz olarak etkilemektedir. Hastaların genel durumunun kötülüğü ileri evre beyin tümörü hastalarının semptom yönetimini zorlaştırmaktadır, bu bağlamda semptom yönetiminin etkin biçimde yapılması için daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Purpose:
Both primary and secondary advanced solid tumors of the brain are currently considered almost incurable, which leads to an enormous physical and psychosocial burden to both patients and their relatives. Understanding the symptom burden of these patients might give an insight for a better way to care for these patients and their family.

Method:
The objective of this systematic review is to provide a new perspective with high quality and up-to-date data on the symptom burden in advanced brain tumor patients, which might contribute to a more effective management of their symptoms.

Results:
A comprehensive literature search was performed by searching PubMed, EBSCO, Cochrane, and Google Scholar databases with the keywords "brain tumor," "symptom burden," and "palliative care." A total of 15 articles were accepted for the systematic review. After reviewing these articles, "epilepsy," "headache," "fatigue," "neurobehavioral symptoms," and "cognitive disturbances" were found to be the most common symptoms among advanced brain tumor patients.

Conclusion:
Even with technological advances in cancer treatment, brain tumor patients still experience several severe symptoms, thus decreasing their quality of life. Patients general condition complicates the symptom management process in advanced brain tumors. More research should be done regarding the symptom management of these symptoms with a variety of approaches.

HSB-13 DEMANS RİSKİNİ AZALTMAK İÇİN DAVRANIŞ DEĞİŞTİRME MOTİVASYONU ÖLÇEĞİ TÜRKÇE VERSİYONUNUN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ

MERVE ALİYE AKYOL [1], ÖZLEM KÜÇÜKGÜÇLÜ [1], BURCU AKPINAR SÖYLEMEZ [1], BİLGEHAN ÖZKAYA SAĞLAM [2], DEBORAH OLİVEİRA [3]

[1] *DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI, İZMİR.*
[2] *DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI, İZMİR.*
[3] *UNİVERSİDADE FEDERAL DE SAO PAULO, TIP FAKÜLTESİ, PSİKİYATRİ BÖLÜMÜ, SAO PAULO, BREZİLYA*

Amaç:
Demanslı birey sayısı dünya çapında, özellikle Türkiye gibi orta gelirli ülkelerde, hızla artmaya devam etmektedir.[1] Demans gelişme riskini azaltmak için değiştirilebilir risk faktörlerini hedef alan yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanması önemlidir.[2] Bu çalışma demans riskini azaltmak için davranış değiştirme motivasyonu ölçeğini[3] Türkçeye uyarlamak ve bu versiyonun psikometrik özellikleri değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot:
Araştırma metodolojik tasarımda yapılmış olup Nisan-Mayıs 2021 arasında 40 yaş ve üzeri toplam 601 katılımcıyla gerçekleştirilmiştir. Veriler sosyodemografik form ve demans riskini azaltmak için davranış değiştirme motivasyonu ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Ölçeğin geçerliğini değerlendirmek için dil ve kapsam geçerliliği, açımlayıcı faktör analizi (AFA), doğrulayıcı faktör analizi (DFA) kullanılmıştır. Ölçeğin güvenirliği Cronbach alfa katsayısı, eşleştirilmiş örneklem t testi, madde-toplam ve madde-alt boyut puan korelasyonu, taban-tavan etki ve Hotelling T-kare testi kullanılarak elde edilmiştir. Veriler SPSS 22.0 ve AMOS 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmanın gerçekleştirilebilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Çalışmalar Etik Kurulundan etik onay alınmıştır (onay numarası: 2021/08-09 tarih: 8 Mart 2021).

Bulgular:
Örneklemin yaş ortalaması 53.86 (±9.31) yıl; %65.4ü (n = 393) kadın ve %53.4ünün (n = 321) gelir durumunu gidere eşit idi. Ölçeğin kapsam geçerliliği incelendiğinde uzman görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. (Kendall W = 0.09, p = 0.60). Orijinal ölçekte olduğu gibi on madde ve iki alt boyutlu (eylem için olumlu ipuçları ve eylem için olumsuz ipuçları) yapı korunmuştur. Faktör analizinde tüm faktör yükleri > 0.30 olarak bulunmuştur. DFAda, tüm uyum indeksleri > 0.95 ve RMSEA 0.06 idi. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.79'dır. Ölçeğin zamana göre değişmez olduğu belirlenmiştir (p > 0.05). Madde-toplam puan korelasyonunda tüm maddelerin yükleri > 0.30 olarak bulunmuştur. Ölçeğin homojenliği %0.33 olup ve tepki yanlılığı olmadığı bulunmuştur (Hotellings T-kare = 4683.80, p < 0.001).

Sonuç:
Çalışmadan elde edilen veriler ışığında demans riskini azaltmak için davranış değiştirme motivasyonu ölçeği Türkçe versiyonunun 40 yaş ve üzeri bireylerde geçerli ve güvenilir veriler ürettiği bulunmuştur. Sağlık profesyonellerinin bu ölçeği kullanarak, bireylerin demans gelişme riskini azaltmak için davranış değiştirme motivasyonlarını değerlendirebileceği ve bireylerin gerekli davranış değişiklikleri yapmalarını sağlamak için uygun girişimlerde bulunabileceği düşünülmektedir.

Referanslar:

1- Prince, M. J., Wu, F., Guo, Y., Robledo, L. M. G., ODonnell, M., Sullivan, R., & Yusuf, S. (2015). The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. The Lancet, 385(9967), 549-562.

2- Akyol, M. A., Küçükgüçlü, Ö., Akpınar Söylemez, B., Özkaya Sağlam, B., & Oliveira, D. (2022). Translation and Psychometric Evaluation of the Turkish Version of the Motivation to Change Lifestyle for Dementia Risk Reduction Scale (T-MOCHAD-10). The European Journal of Psychiatry, 36(4), 252-259.

3- Oliveira, D., Aubeeluck, A., Stupple, E., Kim, S., & Orrell, M. (2019). Factor and reliability analysis of a brief scale to measure motivation to change lifestyle for dementia risk reduction in the UK: the MOCHAD-10. Health and Quality of Life Outcomes, 17(1), 1-7.

Anahtar sözcükler: Demans, Geçerlik, Güvenirlik, Motivasyon, Risk Azaltma Davranışları Yaşam Tarzı.

HSB-14 BAKIM VERMENİN OLUMLU YÖNLERİ ÖLÇEĞİ TÜRKÇE VERSİYONUNUN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ

MERVE ALİYE AKYOL [1], BURCU AKPINAR SÖYLEMEZ [1], ÖZLEM KÜÇÜKGÜÇLÜ [1], PINAR SOYSAL [2], BİLGEHAN ÖZKAYA SAĞLAM [3], BARAN GÜL [3], İZLEM SÖZERİ ESER [1], DİDEM ÖZ [4]

[1] *DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI, İZMİR.*
[2] *BEZM-İ ALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GERİATRİ BİLİM DALI, İSTANBUL.*
[3] *DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI, İZMİR.*
[4] *DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, İZMİR.*

Amaç:
Bakım vermenin olumsuz ve olumlu yönleri bir arada olabilmektedir. Bakım vermenin olumlu yönlerinin göz ardı edilmesi, bakım verme sürecine adaptasyonu kavramayı sınırlandırır ve dolayısıyla bu doğrultuda gerçekleşebilecek girişimlerin planlanmasını engelleyebilir.[1]Bu çalışma bakım vermenin olumlu yönleri ölçeğini (BVOYÖ)[2]Türkçeye uyarlamak ve bu versiyonun psikometrik özelliklerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot:
Araştırma metodolojik tasarımda yapılmış olup Mayıs-Eylül 2022 tarihleri arasında demanslı bireye bakım veren 222 aile üyesiyle gerçekleştirilmiştir. Veriler sosyodemografik form, Beck depresyon envanteri ve BVOYÖ kullanılarak toplanmıştır. Ölçeğin geçerliğini değerlendirmek için dil ve kapsam geçerliliği, açımlayıcı faktör analizi (AFA), doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ve ayırt edici geçerlilik kullanılmıştır. Ölçeğin güvenirliği Cronbach alfa katsayısı, madde-toplam ve madde-alt boyut puan korelasyonu, taban-tavan etki ve Hotelling T-kare testi kullanılarak elde edilmiştir. Veriler SPSS 24.0 ve AMOS 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmanın gerçekleştirilebilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Çalışmalar Etik Kurulundan etik onay alınmıştır (onay numarası: 2022/07-26 tarih: 23 Şubat 2022).

Bulgular:
Bakım veren aile üyelerinin yaş ortalaması 54.72 (±12.07) yıl, %76.6'sı (n = 170) kadın ve %58.6'sının (n = 130) gelir durumunu gidere eşit idi. Bakım verenlerin çoğu hastaların evlatları idi (67.6 %, n = 150). Ölçeğin kapsam geçerliliği incelendiğinde uzman görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. (Kendall W = 0.18, p = 0.23). Orijinal ölçekte olduğu gibi on madde ve iki alt boyutlu (hasta ve bakım veren ilişkisi, bakım verenin psikolojik sağlığı) yapı korunmuştur. Faktör analizinde tüm faktör yükleri > 0.30 olarak bulunmuştur. DFAda, tüm uyum indeksleri > 0.90 ve RMSEA 0.06 idi. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.80'dir. Ayırt edici geçerlik testinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t = 2.369, p = 0.01). Depresif olmayan bakım verenlerin BVOYÖ puanları 25.51 (± 8.54) iken, depresif olan bakım verenlerin BVOYÖ puanları 22.26 (± 8.92) idi. Madde-toplam puan korelasyonunda tüm maddelerin yükleri > 0.30 olarak bulunmuştur. Ölçeğin homojenliği %0.01 olup ve tepki yanlılığı olmadığı bulunmuştur (Hotellings T-kare = 284.06, p < 0.001).

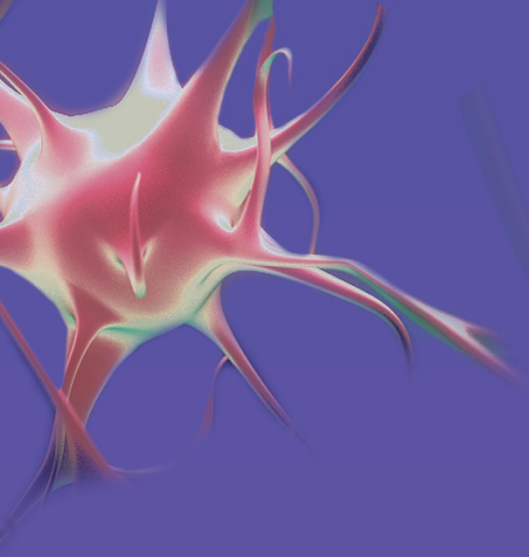
Sonuç:
Çalışmadan elde edilen veriler ışığında bakım vermenin olumlu yönleri ölçeği Türkçe versiyonunun demanslı bireylere bakım veren aile üyelerinde geçerli ve güvenilir veriler ürettiği bulunmuştur. Sağlık profesyonellerinin bu ölçeği kullanarak, aile üyelerine yönelik uygun girişimlerde bulunmak ve bunların etkinliği değerlendirmek amacıyla kullanabileceği düşünülmektedir.

Referanslar:

1- Wang, J., Li, X., Liu, W., Yang, B., Zhao, Q., Lü, Y., & Xiao, M. (2022). The positive aspects of caregiving in dementia: A scoping review and bibliometric analysis. Frontiers in Public Health, 10, 985391.

2- Abdollahpour, I., Nedjat, S., Noroozian, M., Salimi, Y., & Majdzadeh, R. (2017). Positive aspects of caregiving questionnaire: a validation study in caregivers of patients with dementia. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 30(2), 77-83.

Anahtar sözcükler: Bakım veren, Bakım verme,Demans, Geçerlik, Güvenirlik.



TÜRK NÖROLOJİ DERNEĞİ • TURKISH NEUROLOGICAL SOCIETY • 1992

Cumhuriyetimizin 100 Yılı

Bilimin Işığında