



NÖRO-OFTALMOLOJİ NÖRO-OTOLOJİ SEMPOZYUMU

22 - 24 Mart 2019, İstanbul
Point Otel Taksim



Sevgili Meslektaşlarımız,

İki yılda bir düzenlediğimiz Nöro-otoloji, Nöro-oftalmoloji Sempozyumunu 22-24 Mart 2019 tarihlerinde İstanbul'da gerçekleştirmeyi planlamaktayız. Bu yıl temel yaklaşımımız farklı nörolojik hastalıklarda ortaya çıkan nöro-otolojik, nöro-oftalmolojik bulguları gözden geçirmek, tanı ve tedavi yaklaşımlarını tartışmak olacak. Bunun yanı sıra sizlerce ilgiyle karşılanan yatak başı muayeneleri bizzat yapmanıza olanak sağlayan kursumuz da programda yer alacak. Geçmiş toplantılarımızda olduğu gibi bu defa da konulara disiplinler arası bir yaklaşım getirmeyi ve bu açıdan Kulak Burun Boğaz ve Göz Hastalıkları uzmanı meslektaşlarımızın da katkılarını almayı hedeflemekteyiz.

Prof. Dr. Neşe Çelebisoy

Türk Nöroloji Derneği

Nöro-otoloji, Nöro-oftalmoloji Çalışma Grubu adına Sempozyum Başkanı

Doç. Dr. Nilüfer Kale İçen

Nöro-otoloji, Nöro-oftalmoloji Sempozyum Sekreteri

DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Neşe Çelebisoy

Prof. Dr. Tülay Kansu

Prof. Dr. Fethi İdiman

Prof. Dr. Önder Akyürekli

Prof. Dr. Gülden Akdal

Yard. Doç. Dr. İlksen Çoplak Işııkay

Prof. Dr. Canan Togay Işııkay

Prof. Dr. Eylem Değirmenci

Yard. Doç. Dr. Hale Batur Çağlayan

Prof. Dr. Levent Sinan Bir

Prof. Dr. Fiğen Gökçay

Prof. Dr. Nefati Kıyılıoğlu

Prof. Dr. Şebnem Bıçakcı

Prof. Dr. Tülay Kurt İncesu

Doç. Dr. Hülya Ertaşoğlu Toydemir

Doç. Dr. Mehmet Karataş

Doç. Dr. Pınar Kahraman Koytak

Prof. Dr. Funda Uysal Tan



SÖZEL BİLDİRİLER

SS-1 ESANSİYEL TREMOR HASTALARINDA SANTRAL İŞİTSEL SİSTEM DEĞERLENDİRMESİ

NİLÜFER BAL, YILDIZHAN ŞENGÜL

BEZMİALEM ÜNİVERSİTESİ

Amaç:

Esansiyel tremor (ET) motor ve non-motor semptomlarla karakterize en sık erişkin tremor nedenidir. Bu çalışmanın amacı, işitsel beyin sapı yanıtı (ABR) ve işitsel orta latans cevapları (AMLR) ile işitme kaybı olmayan ET hastalarında işitme sistemi bütünlüğünün değerlendirilmesidir.

Metot:

Normal işitme eşiklerine ve normal orta kulak fonksiyonlarına sahip ET (n=16) ve kontrol (n=16) toplam altmış dört kulak çalışmaya dahil edilmiştir. İşitsel Beyinsapı yanıtları (ABR) ve işitsel orta latans cevapları değerlendirilmiştir.

Bulgular:

ABR değerlendirilmesinde sadece V. dalga mutlak latanslarında istatistiksel olarak anlamlı uzama bulunmuştur . Ancak istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ET grubunda kontrol grubuna göre III-V interpeak latansı uzun bulunmuştur (ET (n=32) 1.97 ± 0.24 ; Kontrol (n=32) 1.87 ± 0.14). ET grubunda 10 kulakta ABR bulgularında anormallik gözlemlenirken kontrol grubunda hiç bir kulakta anormallik saptanmamıştır (p=0.001). AMLR sonuçlarında tüm dalgalarda ET ve kontrol grubu karşılaştırmasında anlamlı uzamalar belirlenmiştir (P0 (p=0.03), Pa (p=0.008), Na (p=0.03), Nb (p=0.01)).

Sonuç:

Santral işitme sisteminin değerlendirilmesinde kullanılan ABR ve AMLR değerlendirmesinde ABR I-III dalgaları sonrası ortaya çıkan latans uzamaları ve Akustik reflekslerin elde edilmesi göz önüne alındığında santral işitme sistemi etkileniminin superior olivary kompleks sonrası ortaya çıktığı göstermektedir. Çalışmamız Esansiyel tremorda santral işitsel yolların etkileniminin ilk defa ortaya konması açısından önemlidir.

SS-2 İNTRAKRANİYAL HİPOTANSİYON'UN NONİNVAZİV TEDAVİSİ SONRASI GELİŞEN REBOUND İNTRAKRANİYAL HİPERTANSİYON: ÜÇ OLGU SUNUMU VE LİTERATÜR DERLEMESİ

CEREN ÇETİN AKKOÇ¹, DİLEK TOP KARTI², FİGEN GÖKÇAY¹, NEŞE ÇELEBİSOY¹

¹EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ AD

²BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ AD

Giriş:

İntrakraniyal hipotansiyon (İH) ortostatik baş ağrısı, düşük beyin omurilik sıvısı (BOS) basıncı ve anormal kraniyal manyetik rezonans (MR) görüntüleme bulguları (difüz dural kalınlaşma, subdural efüzyon, beyinde aşağıya doğru yer değiştirme) ile karakterize klinik bir sendromdur. Lomber ponksiyon, spinal anestezi veya spinal travma sonrası BOS sızıntısına neden olan dural yırtılmalar ve dehidratasyon, üremi, diyabetik koma gibi metabolik tablolar sonucu gelişebilen BOS'un az yapımı veya fazla geri emilimi İH'ye neden olabilen etiyolojik faktörlerdir. Hiçbir etyolojik faktörün bulunamadığı grup ise idiyopatik İH olarak sınıflandırılır. Tedavide öncelikle yatak istirahati, sıvı replasmanı, kafein, teofilin ve non-steroid antiinflamatuvar (NSAİ) ilaçlar gibi noninvaziv yöntemler önerilmektedir. İnvaziv olmayan tedaviler etkisiz olduğunda ise epidural kan yaması (EKY) tercih edilen diğer bir tedavi yöntemidir. İH'nin EKY ile tedavisi sonrasında rebound intrakraniyal hipertansiyon (RIH) gelişen olgular daha önce literatürde bildirilmiştir. Bu olgu sunumunda bilgilerimize göre daha önce literatürde rapor edilmemiş İH'nin noninvaziv tedavisi sonrası RIH gelişen üç olgu sunulmuş ve literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Olgu Sunumu:

İH tedavisi sonrasında intrakraniyal basınç artışı semptomları ve bulguları gelişen üç hasta sunuldu. İH'nin etiyolojisinden, ilk hastada lomber disk cerrahisi, ikinci hastada epidural anestezi sorumlu idi. Üçüncü hasta ise idiyopatik İH olarak değerlendirildi. Üç hasta da yatak istirahati veya EKY gerektirmeyen tıbbi tedaviler ile tedavi edildiler. Kısa bir remisyondan sonra hastalarda patern değiştiren bir baş ağrısı geliştiği görüldü. Hepsinin muayenesinde kafa içi basınç artışı ile uyumlu papilödem saptandı. Yapılan otomatik perimetride, birinci olguda bilateral kör nokta genişlemesi ve ikinci olguda bilateral konstantrik daralma olduğunu gözlemlendi. Yapılan kraniyal MR ve MR venografi görüntülemeleri normal saptandı. Hastaların hepsinde 1500 veya 2000 miligram/gün verilen asetazolamid tedavisi ile klinik düzelme sağlandı.

Sonuç:

RIH, noninvaziv veya EKY ile tedavi edilen İHden sonra bir komplikasyon olarak gelişebilir. Tedavilerinin birbirinden farklı olması nedeniyle takip sırasında baş ağrısı paterninde değişiklik tarifleyen, yeni gelişen bulantı- kusması olan, bulanık veya çift görme gibi ek nörolojik şikayetler tanımlayan İH hastalarında, RIH gelişimi daima akılda tutulmalıdır.

SS-3 İDİYOPATİK İNTRAKRANYAL HİPERTANSİYON HASTALARINDA PAPİLÖDEM REZOLUSYONU SONRASINDA PARAPAPİLLER KOROID KALINLIKLARI VE BRUCH MEMBRAN AÇIKLIĞI ÇAPININ DEĞERLENDİRİLMESİ

FATMA SELİN KAYA

BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

İdiyopatik intrakranyal hipertansiyon (İİHT) tanısı ile takip edilen, hastalarda papilödem rezolusyonu sonrasında retina sinir lifi, koroid tabakası kalınlıkları ile Bruch membran açıklığının çapını değerlendirmek

Materyel ve metod:

Hasta verileri retrospektif olarak incelendi. Yaş, cinsiyet, takip süreleri ile retina sinir lifi tabakası (süperior, nasal, inferior, temporal), ganglion hücre tabakası, peripapiller koroid kalınlıkları (süperior, nasal, inferior, temporal) ve Bruch membran açıklığının horizontal ve vertikal çapları değerlendirmeye alındı.

Bulgular :

Bu çalışmaya 10 İİHT hastası ile 9 normal birey dahil edildi. İİHT grubunda ortalama takip süresi (34.5±16 ay) olarak bulundu. Grupların yaşları arasında anlamlı bir fark yoktu. İİHT grubunda retina sinir lifi tabakası kalınlıkları superior, nasal ve temporal kadrarlarda kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulundu (82.3±14.2 vs 96.9±14.2, 117.8±30.2 vs 157.6±18.9, 72.8±17.1 vs 88.2±18.1, p<0,05). Parapapiller koroid kalınlıkları sırası ile temporal, nasal, inferior ve superior kadrarlarda İİHT grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu (156.7±48.9 vs 236.8±38.8, 147.6±28.5 vs 255.9±46.2, 126.0±21.7 vs 226.1±42.6, 161.7±36.2 vs 256.8±42.1, p<0,05). Bruch membran açıklığı vertikal (1.8±3.3 vs 1.9±0.2, p=0,46) ve horizontal (1.7±0.2 vs 1.7±0.1, p=0,83) çapları ile ganglion hücre tabakası kalınlıkları (101.2±8 vs 98.6±5.8, p=0,19) arasında kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı bir fark yoktu.

Sonuç:

İİHT hastalarında retina sinir lifi tabakası kalınlıklarında ve parapapiller koroid kalınlıklarında anlamlı oranda azalma bulunmuştur. Ganglion hücre tabakası kalınlığı ve Bruch membran açıklığının horizontal ve vertikal çaplarında kontrol grubu ile anlamlı fark saptanmamıştır.

SS-4 İDİOPATİK İNTRAKRANİYAL HİPERTANSİYON TEDAVİSİNDE EN UYGUN ASETAZOLAMİD DOZU

GÜLTEN TATA¹, AYŞİN KISABAY AK², FİGEN GÖKÇAY³, NEŞE ÇELEBİSOY³

¹ ŞİŞLİ HAMİDİYE ETİFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

² CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ AD

³ EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ AD

Amaç:

Asetazolamid İdiyopatik İntrakraniyal Hipertansiyon'un (İİH) tıbbi tedavisinde genellikle ilk tercih edilen ajandır. Bu çalışmada amacımız görme keskinliği, optik disk görünümü-papilödem derecesi ve görme alanı ortalama deviasyonu gibi görsel fonksiyonlar üzerine farklı asetazolamid dozlarının etkinliğini araştırmak.

Yöntem:

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Nöro-oftalmoloji biriminde 2010-2017y arasında takip edilen, Modifiye Dandy kriterlerine göre İİH tanısı alan ve asetazolamid ile tedavi edilen toplam 73 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi. Farklı ilaç dozları (düşük (500, 750, 1000 mg/gün), orta (1500, 2000, 2500 mg/gün) ve yüksek (3000, 3500, 4000 mg/gün)) kullanan 3 grubun görsel fonksiyonlarının iyileşme düzeyleri altıncı aylarının sonunda karşılaştırıldı.

Sonuç:

Görme keskinliğinde iyileşme düzeyi ilacın farklı dozlarından etkilenmedi (p: 0,784) buna karşılık papilödem derecesi (p: 0,008) ve görme alanı ortalama deviasyonu (p: 0,007) etkilendi. İkili karşılaştırmalarda yüksek dozlu grubun orta ve düşük dozlu gruplarla karşılaştırıldığında papilödem derecesi (düşük-yüksek: p: 0.024, orta-yüksek: p: 0,003) ve görme alanı ortalama deviasyonunda (düşük-yüksek: p: 0,004, orta-yüksek: p: 0,041) anlamlı iyileşme bulundu.

Yorum:

Yüksek asetazolamid dozları (3000 mg/gün ve üzerinde) hem görme alanı defektlerini hem de papilödem derecesini azaltmada daha etkilidir.

SS-5 İDİYO PATİK İNTRAKRANİYAL HİPERTANSİYON'DA DEMOGRAFİK VERİLER VE KLİNİK ÖZELLİKLER: 10 YILLIK TAKİP BULGULARI

SİNEM YAZICI AKKAŞ¹, ELİF SÖYLEMEZ¹, SAMİ ÖMER HOCA¹, ŞENAY AŞIK NACAROĞLU², NİLÜFER KALE İÇEN¹

¹ İSTANBUL BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

² İSTANBUL BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GÖZ KLİNİĞİ

Giriş:

İdiyopatik intrakraniyal hipertansiyon (İİHT); kafa içinde herhangi bir yer kaplayan lezyon, ventrikülomegali veya hidrosefali gibi bulgular olmaksızın, altta yatan semptomatik bir etiolojinin saptanmadığı, nedeni bilinmeyen bir kafa içi basınç artışı sendromunu tariflemektedir. Klinikte intrakraniyal basınç artışına sıklıkla baş ağrısı, tinnitus, bulantı gibi semptomların yanı sıra, nörolojik muayenede papil ödem ve abducens paralizisi başta olmak üzere diğer oküler motor sinirlere ait paraliziler görülebilir; ancak sistemik nörolojik muayene normaldir. Vücut kitle indeksinin yüksek olduğu kişilerde ve kadınlarda daha sık görüldüğü bilinmektedir. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) çalışmalarında; kraniyal, orbital MRG ve MR venografide İİHT ile ilişkili bulgular saptanabilir; ancak basınç artışına neden olabilecek diğer etiolojilerin varlığı kural olarak dışlanmalıdır. Tanıyı kesinleştirmek amacıyla yapılan beyin omurilik sıvısı (BOS) tetkiklerinde, BOS açılış basıncı yüksek (≥ 25 cm H₂O), biyokimyasal ve mikrobiyolojik analizler ise normaldir.

Amaç:

Kronik seyirli ve yüksek morbiditeye sahip olan bu hastalıkta uzun süreli klinik gözlem bulgularını paylaşmak; böylece İİHT'ye ait tetikleyici faktörleri, demografik ve klinik özelliklerin yanı sıra, tedavide yaşanan zorlukları ve tedavi başarısını değerlendirmek hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem:

2009-2019 yılları arasında Nörooftalmoloji Polikliniği'nden takip edilen İİHT tanılı 80 hasta retrospektif olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Demografik veriler, vücut-kitle indeksleri, başvuru yakınmaları, ortalama tanı alma süresi, tetikleyici faktörler, eşlik eden hastalıklar, ek primer baş ağrılarının varlığı, nörolojik muayene bulguları (papil ödem ve okülomotor sinir paralizisi varlığı), tedavide kullanılan ajanlar, tedaviye bağlı yan etkiler, tedavi yanıtları ile remisyon süreleri ve relapslar incelenmiştir.

Bulgular:

İİHT tanılı olan 80 hastada kadın-erkek oranı 10:1 (73/7) olup, erkeklerde semptomların başlangıç yaşı ortalama 37, tanı alma süresi median 12 (1-48) ay; kadınlarda ise ortalama yaş 34, tanı süresi ise median 11 (0-120) aydır ($p>0.05$). Baş ağrısı ile

prezentasyon oranı erkeklerde 6/7 (%86), kadınlarda ise 67/73 (%92) olup anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0.05$). Baş ağrısız prezente olan tüm olgularda (n:7) ise değişik düzeyde vizyon kusuru ve papil ödem saptanmıştır. Diğer yakınmaların dağılımına bakıldığında; tinnitus 37/80 (%46), bulantı 14/80 (%18) ve kraniyal nöropatinin eşlik ettiği diplopi ise 5/80 (%6) oranında izlenmiştir. Papil ödem olguların %65'inde (52/80) saptanmıştır. Hastaların %54'ünde baş ağrısı pulsatil karakterde olup, %28'inde ağrı sıklığı ayın yarısından fazlasında olmak üzere siktir. Hastaların %13'ünde migren tipi baş ağrısının da eşlik ettiği bildirilmiştir. Obezite sıklığı %70 düzeyinde bulunmuştur. Yalnızca 2 hastaya lumboperitoneal şant tedavisi uygulanmış olup, diğer hastalar medikal tedavi ile izlenmektedir. %45 (36/80) hastada remisyon sağlanmış olup; %36'sı (13/36) ilaçsız remisyondadır, ilaçsız en uzun süreli remisyon takibi ise 54 aydır. Uzun süreli asetazolamid kullanımına sekonder olarak iki hastada nefrolitiazis gelişimi gözlenirken; tedavi başlangıcında ve doz artışlarında hastalarda geçici bulantı ve paresteziler izlenmiş olup, tedaviyi kesmeyi gerektirecek boyutta bir elektrolit imbalansı veya klinik yakınma gözlenmemiştir.

Sonuç:

İİHT kronik seyirli olup, kalıcı vizyon kaybına yol açabilmesi nedeniyle yakın izlem gerektiren önemli bir hastalıktır. Kilo kontrolü, ayrıntılı dahili ve psikiyatrik değerlendirme ile uygun tedavinin birarada uygulandığı bütüncül yaklaşımla uzun süreli hastalık remisyonu sağlanabilmektedir.

SS-6 DOMİNANT GÖZ VE EL TERCİHİ İLE İLİŞKİSİ

FİGEN VARLIBAŞ

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Giriş ve Amaç:

Beyin yarım kürelerinin işlevsel olarak farklılık gösterdiğine dair tarihi bilgiler Marc Dax 'ın verilerine dayandırılabilir (1836). Ancak serebral dominans kavramı tartışmalarına kapıların açılması, Broca ile afazi ve sağ el tercihi ilişkisinin bildirilmesiyle olmuştur. Dominant göz kavramı ise ilk Rosenbach tarafından tanımlanmıştır (1903). Göz dominansı ve el tercihi muayeneleri, serebral dominansı anlayabilmek adına araştırılmaya başlanmıştır. Çalışmaların artmasına rağmen halen net bilgiler elde edilememiştir. Bizim çalışmamızda göz dominansı ve el tercihi arasındaki ilişkiyi araştırmak ve dominant hemisfer üzerine bilgi birikimini artırmak amaçlanmıştır.

Metod:

Sağlıklı gönüllü 250 (140 erkek, 110 kadın) birey değerlendirmeye alındı. El tercihi "Edinburgh Handedness Inventory" testi ile, göz tercihi modifiye Rosenbach ve McManus yöntemi ile değerlendirildi. İlave olarak gönüllülere ayak tercihi soruldu. Çocukluğundan itibaren aile içinde ve/veya okul döneminde el tercihi yada ayak tercihi yada göz tercihi konusunda telkin yapıp yapılmadığı bilgisi sorgulandı. Verilerin analizi SPSS 17 paket programında yapıldı. İstatistiksel analizlerde ortalamalar için Mann Whitney U, kategorilerin karşılaştırılmasında Khi-Kare testi kullanıldı.

Sonuç:

Sağ el dominansı %74,4 (n:186), sol el dominansı % 6 (n:15), her iki el kullanımı % 19,6 (n:49), sağ göz dominansı %70 (n:175), sol göz dominansı %26 (n:65) bulundu. On kişi göz dominansı muayenesinde McManus yöntemi ile her iki göz tercihinde bulundu ve karar veremedi. Sağ el tercihli olanlarda sağ göz dominansı %62 (n:115) , sol el tercihli olanlarda sağ göz dominansı %53 (n:8) idi. Göz dominansı ile ilgili telkin yapılmadığı çok net ifade ediliyordu. Ancak el ve ayak tercihi ile telkin yapıp yapılmadığı bilgisi çelişkiydi. Çalışmaya katılan sağlıklı gönüllülerde sağ el tercihi ve sağ göz dominansı anlamlı olarak yüksekti ve bunun da sol hemisfer baskınlığı ile ilgili olduğu düşünüldü. El tercihinde yönlendirme olup-olmadığı bilgisinin güvenilirliği şüpheli görüldüğü için serebral dominans belirlemede dominant göz muayenesinin gerektiği görüldü.

SS-7 TERIFLUNOMİD TEDAVİSİNİN MULTİPL SKLERÖZ İLE İLİŞKİLİ ÜVEİT ÜZERİNE ETKİSİ

TUNCAY GÜNDÜZ¹, NİHAN AKSU CEYLAN², MERİH ORAY², İLKNUR TUGAL-TUTKUN², MURAT KÜRTÜNCÜ¹

¹İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ AD

²İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, GÖZ HASTALIKLARI AD

Giriş:

Multipl skleroz (MS) hastalarının yaklaşık %5'inde üveit görülmektedir. MS tedavisinde birinci basamakta kullanım alanı bulmuş olan teriflunomid otoimmün üveitte etkin olan leflunomidin aktif metabolitidir. Teriflunomidin MS ile ilişkili üveitte ne düzeyde etkin olduğu ise bilinmemektedir.

Amaç:

Çalışmamızda teriflunomid tedavisinin MS ile ilişkili üveitin seyri üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem:

Kliniğimizde takip edilen ataklı yineleyici MS (RRMS) hastaları arasında en az bir yıl boyunca teriflunomid tedavisi kullanan üveitli hastalar belirlendi. Hastaların tedavi öncesi ve tedavinin birinci yılındaki üveit atak sıklığı, görme keskinliği, oküler flare, maküler kalınlık ve EDSS değerleri karşılaştırıldı.

Sonuç:

Çalışmaya 9 hasta (7 kadın, 2 erkek) dahil edildi. Hastaların hepsi teriflunomid öncesinde çeşitli immünsüpresif ya da hastalık modifiye edici tedaviler almışlardı. Teriflunomid tedavisi öncesinde dokuz hastanın üçünde bir veya daha fazla atak gözlenirken (%33), teriflunomid tedavisinin ilk bir yılı içinde, dokuz hastanın altısında (%67) bir veya daha fazla üveit atağının olduğu görüldü. Yıllık üveit relaps sıklığı ortancası teriflunomid öncesi bir yılda 0 (min: 0, maks: 4) ve tedavi başlangıcı sonrası bir yılda 1 (min:0, maks:4) idi (Mann Whitney U testi, p>0.05). Tedavi sonrasında öncesine göre oküler flare ve makula kalınlığı değerlerinin azaldığı ancak görme keskinliğinin bir miktar arttığı gözlemlendi. MS aktivitesi açısından ise iki hastanın EDSS değerlerinde artış görülürken, diğerlerinin stabil seyrettiği izlendi.

Tartışma

Çalışmamız teriflunomidin MS ile ilişkili üveitte beklenebileceğinin aksine olumlu bir etkisinin olmadığını düşündürmektedir. MS'de kullanılan diğer tedavilerin üveit üzerindeki etkisinin de araştırılması planlanmalıdır.

SS-8 OPTİK NÖRİT ATAĞI İLE GELEN HASTALARIN BİR YILLIK OKT SONUÇLARI

GÖKÇEN GÖZÜBATIK ÇELİK, MESRURE KÖSEOĞLU

PROF DR MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ BÖLÜMÜ

Giriş-Amaç:

Optik nörit (ON), demiyelinizan hastalıklarda gözlenen optik sinirin akut enflamatuvar bir hastalığıdır. %20 oranında multiple sklerozun (MS) ilk atağında görülür. Optiko koherans tomografi (OKT), MS ve özgül olarak ON'de afferent görsel sistemle ilgili bilgi veren tekrarlanabilir kantitatif analizler içeren aksonal hasarın noninvaziv olarak gösterilebildiği bir tetkiktir. Biz bu çalışmada optik nörit geçiren demiyelinizan tanıli hastaların OKT özelliklerini retrospektif ve prospektif olarak araştırmayı amaçladık.

Metod:

Çalışmada ilk atağı ON olan 58 hasta retrospektif ve prospektif olarak dahil edildi. Hastaların 0. 6. ve 12. Ay OKT'leri ve görme muayeneleri yapıldı. Bir yıllık takip sonucunda Mc Donald 2010 kriterlerine göre aldığı tanılarla 3 grup oluşturuldu. Hastaların grup içi ve gruplar arası göz muayeneleri ve OKT değerleri incelendi. Tüm değerlendirmeler tek tek gözler üzerinden ve etkilenen göz şeklinde yapıldı. İstatistik değerlendirme için SPSS 15.0 for Windows programı kullanıldı. Değerlendirmede Kikare, Wilcoxon ve Mann Whitney U testi kullanıldı.

Bulgular:

Optik nörit atağı ile gelen 58 hastanın 7'si NMO (grup1), 20'si izole ON(İ-ON) (Grup2), 31'i RRMS (Grup3) tanıları aldı. Gruplar arasında demografik veriler açısından anlamlı bir fark yoktu. Ayrıca her 3 grupta bir yıl içinde 2'den fazla ON atağı geçirmemişti. NMO ve MS tanısı alan hastaların 6. Ay ve 12. ay RNFL kalınlıkları anlamlılık düzeyinde azalmıştı. İ-ON hastalarının 14'ünde ise 6. Ay- 12. Ay RNFL kalınlıkları benzerdi. Birinci yıl sonuçlarında NMO hastalarının superior ve inferior kadrantlarda, MS tanısı alanların temporal kadrantlarda daha fazla RNFL azalması izlendi ($p=0.001$). NMO 'da etkilenen gözde belirgin olmak üzere her iki gözde de MS hastalarının her iki gözüyle kıyaslandığında daha ince RNFL tespit edildi ancak anlamlılık saptanmadı. Etkilenen gözlerin görme keskinliği NMO grubunda, MS grubunda ve İ-ON göre daha fazla azalmıştı ($p<0.005$). Görme alanları etkilenen gözlerde NMO ve MS grubunda benzer iken İ-ON grubunda görme alanı diğer gruplara göre daha iyi olarak izlendi.

Tartışma: Çalışmamızda literatürle benzer bulgular saptanmış olup bu bulgular ışığında ON hastalarında OKT ile RNFL ölçümleri özellikle tanı için yardımcı bir tetkik olarak düşünülebilir.

SS-9 ATİPİK ÖZELLİKLERİ OLAN OPTİK NÖROPATİLER

BETÜL TUĞÇU¹, CANSU EKİNCİ¹, HATİCE NUR TARAKÇIOĞLU³, NİLÜFER KALE²

¹BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ, GÖZ HASTALIKLARI AD

²İSTANBUL BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

³İSTANBUL DR.SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GÖZ KLİNİĞİ

Amaç:

Atipik özellikleri olan optik nöropati hastalarının klinik bulgularının incelenmesi.

Metod:

Atipik özellikleri olan optik nöropatili hastaların demografik özellikleri, etyolojisi, klinik bulguları ve seyri retrospektif olarak incelendi. Atipik özellikler; bilateral tutulum, yaşın 12'nin altında veya 50'nin üzerinde olması, ağır veya ilerleyici görme kaybı, steroid tedavisine yanıt olmaması olarak belirlendi.

Bulgular:

Atipik özellikleri olan 196 optik nöropati hastası (100 kadın, 96 erkek) değerlendirildi. Ortalama yaş 47.25 +/- 16.88 (yaş aralığı; 8-85) idi. 90 hasta (45.9%) 12 yaş altında (6 hasta) ve 50 yaş üzerinde(84 hasta) idi. Bilateral optik sinir tutulumu 67 hastada (34.1%) saptandı. 72 hastada (36.7%) ağır görme kaybı gözlenirken, 76 hastada (38.7%) ağrısız görme kaybı mevcut idi. 28 hastada (14.2%) ilerleyici görme kaybı saptandı. Steroid tedavisi alan 76 (38.7%) hastanın 21'inde (27.6%) tedaviye yanıt alınamadı.

Sonuç:

Atipik özellik gösteren optik nöropatilerde tanı ve tedavi yaklaşımının doğru belirlenebilmesi için bu olguların detaylı bir şekilde incelenmeleri gerekmektedir.

SS-10 MULTİPL SKLEROZ HASTALIĞINDA VHİT VE VEMP BULGULARI

REYHAN SÜRMEİ

*SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ÜMRANIYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ,
NÖROLOJİ KLİNİĞİ*

Amaç:

Bu çalışmada vestibüler sistem tutulum bulguları olmayan multipl skleroz hastalarında vHIT ve VEMP testleri kullanılarak vestibüler sistemin değerlendirilmesini amaçladık.

Yöntem:

Çalışma multipl skleroz tanısı almış 11 hasta (Grup-A) ve herhangi bir vestibüler sistem şikayeti olmayan 15 sağlıklı kontrol grubu (Grup-B) ile gerçekleştirildi. Her iki gruba ayrıntılı nöro-otolojik ve nöro-oftalmolojik değerlendirme yapıldı. Sonrasında her iki gruba horizontal kanal video head impulse test (h-vHIT), servikal vestibüler uyarılı kas potansiyel testi (c-VEMP) yapıldı. h-vHIT değerlendirmesinde her iki kulaktan alınan vHIT kazanç (GAIN) ve asimetri ölçümleri kaydedildi. c-VEMP değerlendirmesinde latans ve amplitüd ölçümleri yapıldı. Elde edilen bulgular istatistiksel olarak incelendi.

Bulgular:

Grup-A'nın yaş ortalaması 39.36 ± 11.53 , Grup-B'nin yaş ortalaması 41.86 ± 9.49 yıl idi. h-vHIT kazancı Grup-A'da 0.75 ± 0.21 , Grup-B'de 0.98 ± 0.13 olarak saptandı. Grup-A'nın h-vHIT kazancı Grup-B'ye göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşüktü ($p < 0.001$). Grupların h-vHIT asimetrisi değerlendirildiğinde istatistiksel fark saptanmadı ($p > 0.05$). c-VEMP bulguları incelendiğinde, Grup-A olgularının %54.5'inde c-VEMP yanıtları elde edilemedi. Elde edilen c-VEMP yanıtları değerlendirildiğinde Grup-A'nın, P çıkış latans, P1 pik latans ve N1 pik latans değerleri Grup-B ye kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde uzundu ($p < 0.001$, $p < 0.001$, $p < 0.001$). Ayrıca Grup-A'nın c-VEMP p1-n1 amplitüd ölçümleri Grup-B'ye göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşüktü ($p < 0.001$).

Sonuç:

Bu sonuçlar, vHIT ve VEMP'in multipl skleroz hastalarında beyin sapı disfonksiyonunun tespitinde kullanılabileceğini göstermektedir.

SS-11 SERVİKAL LEZYON YÜKÜ İLE OKÜLER KOHERANS TOMOGRAFİ ARASINDA İLİŞKİ, PROGNOSTİK BİR FAKTÖR OLARAK RNFL'İN MS TAKİBİNDE YERİ

SAMİ ÖMERHOCA¹, SİNEM YAZICI AKKAŞ¹, ŞENAY AŞIK NACAROĞLU², NİLÜFER KALE İÇEN¹

¹ *İSTANBUL BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ*

² *İSTANBUL BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, OFTALMOLOJİ KLİNİĞİ*

Giriş:

Multipl skleroz kliniği çok geniş bir spektrum içerir, yaygın MSS etkilenimi ile farklı klinik tabloların arasında ilişki bulunmaktadır. MS prognozu belirlemede elimizde biomarkırlar bulunmamakta fakat klinik uygulamada görüntüleme, klinik atak sıklığı, BOS'da OKB varlığı gibi çeşitli parametreler kullanılmaktadır. MR'da servikal lezyonların varlığı klinik prognoz açısından önemli bulgular sunmaktadır. RNFL ölçümü de gelecekte kullanılacak önemli bir tedavi cevabı takibi ve hastalık prognozunda belirtici bir markır olabilir.

Amaç:

Bu çalışma ile OCT RNFL ölçümü, servikal lezyon yükü ve EDSS arasındaki ilişki incelenerek hastalık takibinde RNFL'in yeri değerlendirilmiştir.

Metod:

Bu retrospektif çalışmada, McDonald kriterlerine göre MS tanısı almış ve MS ünitemizden takipli hastalar değerlendirilerek 01.01.2018-28.02.2019 tarihleri arasında servikal kontrastlı MR ve OCT RNFL ölçümü ile klinik bulguları mevcut hastalar çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya alınan hastaların OCT RNFL total ve segmental (T, TI, TS, N, NI, NS) ölçümleri değerlendirilmiştir. Hastaların servikal lezyonları değerlendirilerek üst servikal ve alt servikal olarak 2 gruba ayrılarak bu iki grubun RNFL ölçümleri kıyaslanmıştır.

Sonuçlar:

Değerlendirmeye 25 hasta (16 kadın, %64) çalışmaya alınmıştır. Hastaların yaş ortalaması 43, hastalık süresi 6,9 yıl olarak saptanmıştır. Toplam 16 hastanın servikal incelemelerinde demiyelinizan plak, hastaların büyük çoğunluğunun OCT değerlendirmelerinde hafif ve ya daha ağır patoloji saptanmıştır.

Tartışma:

Multipl skleroz hastalarının takibinde ve prognozun belirlenmesinde OCT çalışmalarının gelecek yıllarda daha geniş kullanım potansiyeline sahip olabilecekleri düşündürmüştür.

SS-12 MULTİPL SKLEROZ HASTALARINDA KOROİD KALINLIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

ZEYNEP EYLÜL ERCAN¹, ALİ KAL²

¹ÇORUM EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, GÖZ HASTALIKLARI AD

²BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ KONYA HASTANESİ

Amaç:

Yeni tanı almış Multipl Skleroz (MS) hastaları ile sağlıklı bireylerin koroid kalınlıklarının Spektral Domain-Optik Kohorens Tomografi (SD-OKT) ile karşılaştırılması

Yöntem:

Yeni Multipl Skleroz tanısı almış; geçirilmiş veya akut göz tutulumu olmayan ve ilaç kullanmayan 50 hastanın tek gözleri çalışmaya alındı. Hastaların tümünün incelemeye alınan gözlerinin refraksiyonları ± 1 diyoptri arasındaydı. Glökom ve retina patolojisi olan hastalar araştırma dışı bırakıldı. Kontrol grubu olarak oküler veya sistemik hastalığı olmayan sağlıklı bireylerin koroid kalınlıkları alındı. Koroid kalınlıkları SD-OKT (Optovue Inc. Fremont, CA) ile yatay olarak subfoveal ve foveaya olan uzaklıkları nazal ve temporalde 500,1000 ve 1500 mikron olmak üzere ölçüldü (resim 1).

Sonuçlar:

Hasta grubunun yaş ortalaması(26,32 \pm 5,6) ile kontrol grubu yaş ortalaması (26,80 \pm 4,2) arasında istatistiksel fark izlenmedi ($p=0.63$). Ortalama subfoveal koroid kalınlıkları hasta ve kontrol gurubunda sırasıyla 326 \pm 98 μ ve 317 \pm 81 μ ölçüldü ve anlamlı fark izlenmedi ($p=0.08$). MS hastalarının koroid kalınlıkları temporal 1000 μ m ve 1500 μ m ölçümlerinde bir miktar daha yüksek bulundu (301 \pm 94 μ ve 297 \pm 86 μ); ancak istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi ($p=0.59$ ve $p=0.53$).

Tartışma:

Çalışmamızda MS hastaları ile sağlıklı bireylerin koroid kalınlıkları arasında fark izlenmedi. Yapılan çalışmalarda MS plaklarından vazospastik etkili Endotelin-1 salınımı olduğu ve Endotelin-1 konsantrasyonu yüksek bulunan hastaların Orbita Doppler ölçümlerinde kan akımının azaldığı bildirilmiştir. Ancak Endotelin-1 seviyesinin hastalık süresi, plak ve atak sayısı ile ilişkili olduğu da bulunmuştur. Biz çalışmamızda koroid kalınlıkları arasında fark bulunmamasını hasta grubumuzun yeni tanı almış genç MS hastalarından oluşmasından kaynaklandığını ve çalışmamızın MS evrelerine göre koroid kalınlık değerlendirilmesi için ön değerlendirme olarak kabul edilebileceğini düşünüyoruz.

SS-13 KRONİK DEMİYELİNİZAN POLİNÖROPATİLERDE OPTİK SİNİR TUTULUMU VARLIĞININ ARAŞTIRILMASI

SHAHLA GOYUSHOVA, VOLKAN DERİCİOĞLU, HANDE ALİBAŞ, KAYIHAN ULUÇ, MUHSİN ERASLAN, TÜLİN TANRIDAĞ, PINAR KAHRAMAN KOYTAK

MARMARA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Özet:

Demiyelinizan polinöropatiler miyelin kılıfın ön planda etkilendiği periferik sinir hastalığıdır. Bu etkenim, kronik inflamatuvar demiyelinizan polinöropatide (KİDP) olduğu gibi immün aracılı veya herediter polinöropatilerde olduğu gibi miyelin kılıf proteinlerinin kalıtsal bozukluklarına bağlı olabilir. En sık görülen kronik formları edinsel immün kökenli bir polinöropati olan KİDP ve herediter polinöropatilerin de en sık tipleri olan CharcotMarie-Tooth hastalığı tip 1A (CMT-1A), CMT-X1 ve herediter basınca duyarlılık nöropatisidir (HNPP). Bu çalışmada, sık görülen edinsel ve herediter kronik demiyelinizan polinöropati olgularında sublinik optik sinir ve görme yolları tutulumu ve dolayısıyla olası santral sinir sistemi (SSS) etkilenimi varlığının araştırılması hedeflenmiştir.

Çalışmaya 16 KİDP ve 16 herediter polinöropati (4 CMT-1A, 4 HNPP, 8 CMT-X1) hastası ve yaşa göre iki gruba ayrılmış toplam 32 sağlıklı gönüllü alınmıştır. Tüm hastalarda görsel uyarılmış potansiyeller (vizüel evoked potansiyeller, VEP) ve optik koherens tomografi (OKT) tetkik parametreleri sağlıklı gönüllüler ile karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir. P100 dalga latansı, KİDP hastalarında ve CMT-X1 hastalarında, eşleştirilmiş kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı uzun saptanmış iken (her iki grup için de $p=0,001$), CMT-1A/HNPP hastalarında bu değerde anlamlı uzama gözlenmemiştir ($p=0,350$). KİDP hastalarının ortalama RSLT değeri ise $100,4 \pm 14,7$ mm olup kontrol-1 grubundan (ort. $110.6 \pm 9,8$ mm) anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p=0,004$). Herediter polinöropatilerin RSLT değerleri ile kontrol grubunun değerleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Sonuçta, KİDP’te hem VEP, hem de OKT parametrelerinin etkilenmiş olması ve CMT-X1 hastalarında P100 dalga latansındaki belirgin uzama bu polinöropatilerde eşlik eden optik sinir ve olası SSS tutulumuna işaret etmektedir.

SS-14 ENDOVASKÜLER TEDAVİ EDİLEN İNDİREKT KAROTİKO-KAVERNÖZ FİSTÜL OLGULARININ KLİNİK İZLEMİ

GÜLSÜM SARUHAN¹, NEŞE ÇELEBİSOY¹, FİGEN GÖKÇAY¹, AYŞIN KISABAY AK³, GÖZDE NUR GÜNEŞ⁵, DİLEK TOP KARTI⁶, SUZAN GÜVEN YILMAZ⁴, AYŞE YAĞCI⁴, CELAL ÇINAR², İSMAİL ORAN²

¹ EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, NÖROLOJİ AD

² EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, RADYOLOJİ AD

³ CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ, NÖROLOJİ AD

⁴ EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, GÖZ HASTALIKLARI ADI

⁵ İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

⁶ İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Karotiko-kavernöz fistüller(KKF), karotis arter ile kavernöz sinüs arasındaki anormal vasküler şantlardır. KKF' ler etyolojiye göre (spontan, travmatik), akım hızına göre (düşük, yüksek akım hızlı) ya da anjiyografik yapısına göre (direkt ya da indirekt) sınıflandırılmaktadır. Bu çalışmada kliniğimizde takip edilerek endovasküler tedavi uygulanan indirekt KKF olgularının klinik bulgularının sunulması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem:

12 si kadın 6 si erkek toplamda 18 olgu sunulmuştur. Yaşları 27 ile 69 arasında değişen (ort yaş:54,1) hastaların 7 sinde hipertansiyon (HT), 6 sında Diyabetes Mellitus (DM), 1 inde Hipertiroidi olduğu görüldü.

Sonuçlar:

3 olguda klinik bulgular bilateral saptandı. İlk muayenede olguların 17sinde kemozis, diplopi, propitoz, 9 unda göz çevresinde ağrı ve 4 ünde görme azlığı saptandı. Beyin MRG tetkiklerinde; olguların 13 ünde saptanan superior oftalmik vende genişleme en sık radyolojik bulgu olarak görüldü. 11 hastada ekstraokuler kaslarda hipertofi saptandı. Tüm olgular endovasküler olarak tedavi edildi. İşlemden 6 ay sonraki muanede ; vizyon kaybı olan 4 hastanın 2sinde, kemozisi olan 17 olgunun 16 sında ve oftalmoparezili olan 16 olgunun 12 sinde iyileşme görüldü.

Tartışma:

Etyolojisi bilinmeyen kemozisli ve oftalmoparezili olgularda KKF mutlaka akılda tutulmalıdır. Tiroid oftalmopati gibi nedenlerden ayrıca tanı yapabilmek için mutlaka radyolojik görüntüleme yapılmalıdır.

SS-15 HORNER SENDROMLU OLGULARIN KLİNİK VE ETİYOLOJİK OLARAK İNCELENMESİ

DİLEK TOP KARTI¹, ÖMER KARTI², NEŞE ÇELEBİSOY³

¹SBÜ BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

²SBÜ BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GÖZ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

³EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ AD

Amaç:

Horner sendromu edinsel veya konjenital olarak okulosempatik yolun kesintiye uğramasından kaynaklanmaktadır. Klasik triadı; hafif pitozis, ipsilateral miyozis ve anhidrozisdir. Bu sendrom herhangi bir fonksiyonel görme bozukluğu yaratmamasına rağmen, yaşamı tehdit eden etiyolojik sebepleri olabilmesi nedeniyle klinik açıdan önem taşımaktadır. Bu çalışmada Nörooftalmoloji Kliniğinde Horner sendromu saptanan hastaların klinik özellikleri ve etiyolojilerinin sunulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışma Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nörosensoriyel Laboratuvarına 2018 yılında başvuran ve klinik olarak Horner sendromu tanısı konulan olguların dosyalarının geriye dönük olarak incelenmesi ile gerçekleştirildi. Hastaların demografik özellikleri, klinik bulguları, laboratuvar verileri ile radyolojik incelemeleri kaydedildi.

Bulgular:

Çalışmaya klinik olarak Horner sendromu tanısı konulan 12 hasta (6 erkek , 6 kadın) alındı. Hastaların yaş ortalaması; 51.66 ± 9.84 (36-65) idi. Hastaların 9'unda apraklonidin testine pozitif yanıt alınırken, 3 hastada klinik olarak Horner sendromu bulunmasına rağmen negatif yanıt alındı. Etiyolojiye yönelik yapılan incelemeler sonucunda, 3 hasta idiyopatik, 2 hastada küme baş ağrısı, 1 hastada spinal perinöral kist, 1 hastada kavernoöz sinüse invaziv tümör, 1 hastada konjenital Horner sendromu, 1 hastada servikal siringomiyeli, 1 hastada akciğerde apikal kitle, 1 hastada boyun cerrahisi komplikasyonu ve 1 hastada iskemik inme saptandı.

Sonuç:

Horner sendromu pre- ve post-gangliyonik nöronları etkileyen çeşitli patolojilerin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Farmakolojik testler her hastada tanıya yardımcı olamayabileceği için klinik muayene ve radyolojik incelemeler ile desteklenmesi büyük önem taşımaktadır. Çalışma verilerimiz Horner sendromunun klinik özellikleri ve etiyolojik nedenleri hakkında klinisyenlere yararlı bilgiler sunmaktadır.

SS-16 VİZUEL AURALI MİGREN HASTALARININ KLİNİK VE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

FULYA EREN, MESUDE TÜTÜNCÜ , GÜNAY GÜL

BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:

Migren nöroloji pratiğinde en sık görülen primer baş ağrısı nedenidir. Migren hastalarında ataktan önce veya beraber ya da ağrı olmaksızın ortaya çıkan geri dönüşümlü pozitif ya da negatif semptomlara aura denmektedir. Auralı migren tüm migrenlerin %20 -40'ını oluşturmaktadır. Vizuel auranın ise tüm popülasyonun %8 kadarını etkilediği ve aurasız migrene göre 3 kat daha az görüldüğü bilinmektedir. Bu çalışmada hastanemiz baş ağrısı polikliniğinden vizuel auralı migren tanısı ile takip edilen hastaların klinik ve sosyodemografik özelliklerinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma hastanesi üçüncü nöroloji kliniği baş ağrısı polikliniğinden 2009-2017 tarihleri arasında vizuel auralı migren tanısı ile izlenmiş olan 53 hastanın verileri retrospektif olarak dökümente edildi. Hasta dosyalarındaki bilgiler Uluslararası Baş ağrısı Sınıflaması beta versiyonuna göre yeniden gözden geçirildi. Hastaların sosyodemografik bilgileri ile ağrı süresi,sıklığı,şiddeti,eşlik eden ek bulgular,tetikleyiciler,ek hastalıklar ve aura karakteri,nörögörüntüleme ve muayene bulguları, kullanılan tedavileri dökümente edildi.

Bulgular:

7 erkek ve 46 kadından oluşan hasta grubunun yaş ortalaması 36.2 (14-62),ortalama hastalık süresi ise 12.2 yıl(1-32) olarak tespit edildi. 39 evli, 10 bekar ve 4 boşanmış hastadan oluşan çalışma grubunun büyük bir çoğunluğu (26) ilkökul mezunuydu. Hastaların ağrı günlüklerine göre kayıtlanan ortalama atak sıklığı ayda 5.2 ±5 olarak dökümente edildi ancak eşlik eden auranın ya da ağrısız auranın kaydedilmediği dikkat çekti. Aura karakterlerini çeşitli ve birden fazla şekilde tarifleyebilen hastaların 30'u (%57) atak sırasında parlak ışıklar gördüğünü,15'i (%28) tek taraflı, 1 tanesi çift taraflı hemianopi oluştuğunu,15'i (%28) buzlu camdan bakar gibi bir görüntü oluştuğunu, 6'sı(%11) zigzag çizgiler, 5'i (%9) karanlık, 1 tanesi ise siyah noktalar gördüğünü ifade etmişti. Hastaların büyük bir kısmı atakların stres (%53) ve açlık (%45) ile tetiklendiğini belirtirken üçüncü sırada uykusuzluk (%26) yer almaktaydı. 35 hastada ailede baş ağrısı öyküsü mevcut iken 18'inde yoktu. 25 hasta sıklıkla olan ağrılarını şiddetli olarak tariflerken,19 hasta orta,7 hasta çok şiddetli ve 2 hasta da hafif olarak tariflemekteydi. Kranial görüntülemelerine ulaşılabilen 36 hastanın 6 tanesinde MR'da nonspesifik T2

ve FLAIR kesitlerinde hiperintens lezyonlar gözlenirken, 1 hastada korpus kallosumda ovoid lezyon, 1 hastada serebral atrofi ve 1 hastada kranial MR anjiyografide ACA A1 segmentinde hipoplazi saptandı. Diğer hastaların ise incelemeleri normaldi. Migren ataklarının profilaksisi için 40 hastanın çeşitli medikal tedavileri kullandığı, 13 hastanın ise sadece atak tedavisi ile izlendiği dökümente edildi.

Tartışma:

Vizuel semptomlar çoğunlukla ağrının olduğu tarafta , 5 dakikadan -1 saate kadar süren en sık migren aurasıdır. Patofizyolojisinde kortikal yayılan depresyonun sorumlu olduğu bilinse de oksipital kortikal kan akımı değişikliklerinin de etkisi olduğu düşünülmektedir. Migren hastalarında auranın varlığının ve tipinin sorgulanması hastaların takip ve tedavilerinde önem arz etmektedir.

SS-17 WERNİKE ENSEFALOPATİSİNDE NÖRO-OTOLOJİK VE NÖRO-OFTALMOLOJİK DEĞERLENDİRME

PINAR ÖZÇELİK¹, KORAY KOÇOĞLU², NURCAN AKBULUT³, YASEMİN KARAKAPTAN ATAMAN², GÜLDEN AKDAL³

¹ KEŞAN DEVLET HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

² DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ SINIR BİLİMLER AD

³ DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ AD

Amaç:

Wernike ensefalopatisi (WE) tanısı almış hastaların etyoloji, nöro-otolojik ve nöro-oftalmolojik bulguları yönünden değerlendirilmesi.

Meteryal ve Metod:

Dokuz Eylül Üniversitesi Nöroloji Kliniği'nde takipli WE tanılı 5 hastanın verileri geriye yönelik olarak incelenmiştir.

Bulgular:

5 (3E,2K) hastanın 4'ü akut dönemde, 1 hasta kronik dönemde değerlendirildi, hastaların yaş aralığı 18-73'dü. İki hasta acil servise başvuru sırasında, 2 hasta da hastanede yatarken konsültasyonda değerlendirildi; hastaların ortak yakınmaları dengesizlik ve bilinç bulanıklığıydı. Denge polikliniğinde değerlendirilen bir hastanın ise dengesizlik ve bulanık görme yakınması vardı. Hastaların nörolojik muayenesinde; santral vestibüler nistagmus, bir hastada bilateral bakış kısıtlılığı saptandı. Hastaların hepsinde klinik head impulse (baş çevirme) testi bilateral pozitif. Hastaların ağır ataksileri vardı, 2 hasta yürüyemiyordu. Hastaların Beyin MRG'lerinde beyin sapı ve talamusta T2 flair'de hiperintensite ve Difüzyon MRG'de difüzyon kısıtlılığı görülmekle birlikte 1 hastada serebellum ve sol frontal korteksde de tutulum saptandı. Öykülerinde 1 hastada bariatrik cerrahi, 2 hastada uzun süreli aç kalma ve 2 hastada ise total parenteral nutrisyon ile beslenme vardı. Hastaların hepsi tiamin replasman tedavisi sonrası farklı düzeylerde klinik düzelmeye gösterdi. Video head impulse testi ile hastalarda çoklu kanal tutulumları gösterildi.

Sonuç:

Önceleri alkolizm ile sık tanımlanmış olan WE günümüzde; bariatrik cerrahi, kanser, parenteral beslenme sırasında multivitamin eksikliği ile de artan sıklıkla görülmektedir. Bu etyolojik faktörler varlığında, oftalmopleji ve/veya santral vestibüler özellikli nistagmus, ataksi ve bilinç bulanıklığı ile başvuruda WE akla gelmelidir. Bazı olgular oftalmopleji olmadan vestibüler yakınmalarda başvurmaktadır. Olgularımızın hepsinde klinik head impulse (baş çevirme) testi pozitif bulunmuştur. WE hastalarının tanısında klinik head impulse testinin tanı koymada oldukça önemli olduğu görüşündeyiz. Ayrıca verilerimiz doğrultusunda; bazı hastalardaki etkilenmenin, hastalığın şiddetine göre veya seyri içinde lateral kanallarda sınırlı kalmadığını düşünmekteyiz.

TP-1 KAVERNÖZ SİNÜS MENENJİOMLU ÜÇ OLGU

GÖZDE NUR DOĞAN

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:

İzole veya kombine okulomotor sinir felçlerinin başlıca sebepleri bu sinirlerin nukleer, fasiküler, radiküler (subaraknoid alanda), kavernöz sinüs , fissura orbitalis superiorda veya orbitada etkilenmesine bağlı olarak gelişebilmektedir. Parsiyel okulomotor sinir hasarı bulguları ile başvuran üç olgumuzda da etiolojide saptanan kavernöz sinüs menenjiomu literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Olgu1:

60 yaşında erkek hasta acil servisimize iki gündür olan çift görme yakınması ile başvurdu. Nörolojik muayenesinde sağda pitozis, sağda yukarı ve içe bakış kısıtlılığı mevcuttu. Özgeçmişinde sigara öyküsü ve diyabetes mellitus dışında hastalık yoktu. Çekilen beyin BT ve difüzyon MR' ında akut patoloji saptanamayan hasta kliniğimize yatırıldı. Hastanın laboratuvar incelemesinde patoloji saptanmadı. Ach Reseptör antikoru ve miyastenia graves açısından yapılan EMG' si normal saptandı. Kontrastlı kraniyal-orbital MR ve MR anjiyografisinde kavernöz sinüsden sağda superior orbital fissüre uzanım gösteren menenjiom ile uyumlu kitle lezyonu saptandı. Beyin cerrahisi tarafından dekort başlanarak poliklinik kontrolü önerilen hasta 1 ay sonra beyin cerrahisi tarafından opere edildi.

Olgu2:

38 yaşında erkek hasta.1 hafta önce başlayan sağ göz etrafında ağrı uyuma ve 5 gündür olan çift görme yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Nörolojik muayenesinde sağda pitozis, sağda yukarı, aşağı ve içe bakış kısıtlılığı mevcuttu Özgeçmişinde sigara dışında özellik yoktu. Laboratuvar incelemesi normal, Ach R ak' u negatif, EMG' si normal olan hastanın çekilen kontrastlı kraniyal-orbital MR ve MR anjiyografisinde kavernöz sinüs posteriorunda asimetrik yumuşak doku kalınlaşması ve kontrastlanması saptanarak Tolosa-Hunt olarak yorumlandı. Hastanın otoantikörleri, serum ACE düzeyi ve nazofarings bakısı normaldi.3 gün pulse streoid tedavisi sonrası oral streoid tedavisi başlanan hastanın bakış parezilerinde düzelme izlendi. Taibinin 2. ayında sağ göz etrafında ağrı ve sağ göz kapağında düşüklük gelişmesi üzerine hasta tekrar kliniğimize yatırıldı. Hastanın sağ periorbital ve sağ maxiller alanda hipoaljezisi ve pitozisi ve sağda ılımlı içe ve yukarı bakış kısıtlılığı mevcuttu. Görüntülemeleri tekrarlanan hastada sağda kavernöz sinüs posteriorunda kontrastlanma paterni olarak menenjiom-schwannom ön planda düşünüldü. Beyin Cerrahisi ile konsülte edilen hastaya operasyon önerildi. Bu dönemde streoid başlanarak taburcu edildi.

Olgu3:

55 yaşında bayan hasta. 1 haftadır olan sol göz kapağında düşme ve çift görme yakınması ile servisimize yatırıldı. Daha önce iki kez farklı zamanlarda bir gün süren benzer yakınmaları olduğunu bildiren hastanın nörolojik muayenesinde solda pitozis ve aşağı, yukarı ve içe bakış kısıtlılığı mevcuttu. Özgeçmişinde graves hastalığı ve romatoid artrit vardı. Hastanın labaratuvar incelemesinde tsh, anti T, anti M yüksek, T3,T4 düşük, Ach R ak negatif, serum ACE, otoantikörler negatif saptandı. EMG' si normal olan hastanın çekilen kontrastlı kraniyal MR' ında sol kavernöz sinüse invaze, suprasellar sisterna orta hat soluna uzanan ve sağ foramen magnum düzeyinde ekstraaksiyel menenejiomlar saptandı. Hasta beyin cerrahisine nakil verildi.

Tartışma:

Kavernöz sinüs lezyonları, kliniği ve menenejiomları literatür eşliğinde tartışılmıştır.



Nöro-Oftalmoloji Nöro-Otoloji Sempozyumu

POSTER BİLDİRİLER

EP-1 DİPLOPİ AYIRICI TANISI; OLGU SUNUMU VE LİTERATÜR TARTIŞMASI

TUĞBA EYİĞÜRBÜZ, ZERRİN YILDIRIM , ELİF SÖYLEMEZ , SEBATİYE ERDOĞAN ,
NİLÜFER KALE

BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:

Acil servise diplopi şikayeti ile başvuruların etyolojisi geniş nörolojik ve oftalmolojik patolojileri içerir ve bazı olası tanılar yüksek mortalite ve morbidite riskinden dolayı hızla ve doğru tanı ve tedavi gerekir. Yakın refleks spazmı konverjans, epizodik miyozis ile karakterize olup abducens palsiyi taklit edebilir. Bu tablolar organik nedenlerin yanında psikojenik nedenlerle de görülebilir.

Vaka Sunumu:

45 yaş evli kadın hasta çift görme şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde bilinen hastalık ve travma öyküsü, ilaç kullanımı, toksik madde maruziyeti yoktu. Nörolojik muayenesinde epizodik olarak tekrarlayan primer bakışta ezotropeya, sağa ve sola dışa bakış kısıtlılığı, konverjans ve bu esnada miyozis mevcuttu. Göz konsültasyonunda iki yanlı görme keskinliği, biyo ve fungus muayenesi normal olarak değerlendirildi ve sağda belirgin 6. sinir felci olarak değerlendirildi. Organik patolojileri dışlamak amacı ile yapılan tetkiklerde patolojik bulguya rastlanmadı.

Amaç:

Bu vaka ile fonksiyonel konverjans spazmına tanı ve tedavi yaklaşımı tartışılacaktır.

Tartışma:

Bulanık görme, başağrısı ve diplopia ile başvuran hastanın hızla tanısına gidilmelidir. Ayırıcı tanıda geniş bir hastalık grubu bulunur. Miyozis varlığı tanıda yardımcıdır. Fonksiyonel spazm olasılığı göz önünde tutulmalıdır.

EP-2 RETİNAL ARTER DAL TIKANIKLIĞI İLE BAŞVURAN TEMPORAL ARTERİT OLGUSU

CEREN ÇETİN AKKOÇ, HANİFE KÜÇÜKYILDIZ, FİGEN GÖKÇAY, NEŞE ÇELEBİSOY

EĞE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ AD

Giriş:

Temporal arterit (TA) orta ve büyük çap arterleri tutan inflamatuvar sistemik bir vaskülitir. En yaygın sistemik bulgusu baş ağrısı olsa da en korkulan komplikasyonu kalıcı görme kaybıdır. Okuler tutulumu olan hastaların büyük kısmında anterior iskemik optik nöropatinin rol oynadığı bilinmektedir. Daha ender olarak santral retinal arter stenozuna bağlı oküler semptomlar gelişebilir. Tutulmayan gözün korunması açısından temporal arteritin erken tanı ve tedavisi oldukça önemlidir.

Olgu Sunumu:

Bilinen hipertansiyon dışında bir hastalığı olmayan 80 yaşında kadın hasta, sağ gözde ağrısız ani gelişen görme kaybı ile başvurdu. Görme keskinliği sağ gözde 50 santimetreden parmak sayma düzeyinde, sol gözde tam saptandı. Rölatif afferent pupil defekti (RAPD) yoktu. Göz dibi bakısında bölgesel solukluğu olan hastanın yapılan Fundus Floresin Aangiografisinde (FFA) retinal arter dal tıkanıklığı saptandı. Hiperbarik oksijen tedavisine başlanarak etiyolojik tetkik edildi. Kardiyembolik etiyoloji açısından değerlendirildiğinde Holter Elektrokardiyografisinde (EKG) atriyal fibrilasyon saptandı. Oral antikoagulan tedavisine başlandı. Hastanın bu süreçte anamnezi derinleştirildiğinde son dönemde yeni başlamış sağ yanlı baş ağrıları olduğu, ekstremitelerinde kas gücü kaybı olmaksızın şiddetli kas ağrısı ve tutukluk şikâyeti olduğu öğrenildi. TA ön tanısı ile istenen sedimentasyon ve C-Reaktif protein (CRP) yüksek saptandı. Temporal arter ultrasonografisinde sol temporal arter normal, sağ temporal arter oklude izlendi. Hastaya TA ön tanısı ile 64 mg/gün metilprednizolon oral olarak başlandı. İleri tetkik amacıyla çekilen orbita manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde; her 2 optik sinir kılıfında ve retrobulber yağlı dokuda düzensiz kalınlaşma ve kontrast tutulumu görüldü. Ayırıcı tanıya yönelik lomber ponksiyon yapıldı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) biyokimya, mikrobiyoloji, seroloji, patoloji ve flow sitometrisinde anlamlı patoloji saptanmadı. MR görüntüleme bulgularının temporal arterite sekonder geliştiği düşünüldü. Tanıyı kesinleştirmek amacıyla temporal arter biyopsisi yapıldı. Biyopsi sonucunda temporal arter duvarlarında çoğunluğunu lenfositlerin oluşturduğu segmental mononükleer hücre infiltrasyonu ve fokal inflamasyon izlendi. TA tanısı kesinleşti ve retinal arter dal tıkanıklığı etiyolojisinden sorumlu olduğu düşünüldü. Kontrol muayenesinde görme keskinliği sağ gözde 1/10, sol gözde tam saptandı. İzlemde sedimentasyon ve CRP geriledi. Hasta düşük doz metilprednizolon tedavisi altında takibe alındı.

Sonuç:

TA, orta ve büyük boy arterlerin etkilendiği sistemik granülamatöz bir vaskülitir. Genellikle 50 yaş üzerinde ve daha sık olarak kadınlarda görülür. Klinik olarak baş ağrısı, çene klodikasyonu, görsel semptomlar ve eşlik eden polimiyalji görülebilir. Görsel semptomlar içinde kısmi ya da tam, geçici ya da kalıcı görme kaybı, çift görme yer alabilir. Görme kaybı, en önemli ve en korkulan iskemik komplikasyondur. En sık nedeni; arteritik ön iskemik optik nöropatidir. Bunun dışında santral retinal arter tıkanıklığı, silioretinal arter tıkanıklığı, amorozis fugaks ve nadiren ön segment iskemisi görülebilir. Görme kaybının derecesini, tanı konma ve tedaviye başlanma zamanı belirlemektedir. Uygulanan tedavinin asıl amacı etkilenmemiş gözü korumaktır. Bu nedenle görsel semptomlarla gelen ileri yaş hasta grubunda ayrıntılı anamnez alınmalı, TA ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulmalıdır.

EP-3 AĞRILI OFTALMOPAREZİ İLE BAŞVURAN HEMORAJİK HİPOFİZ ADENOMU – OLGU SUNUMU

GÜLSÜM SARUHAN¹, NEŞE ÇELEBİSOY¹, ERKİN ÖZGİRAY², FİGEN GÖKÇAY¹

¹EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, NÖROLOJİ AD

²EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, NÖROŞİRÜRJİ AD

Giriş:

Ağrılı oftalmoparezi ; periorbital bölge ve aynı taraf hemikraniyumda ağrı ile birlikte ipsilateral okuler motor sinir tutuluşu ile karakterize bir tablodur (1). Etiyolojide vaskuler, inflamatuvar, infeksiyöz ve neoplastik nedenler söz konusudur (1, 2, 3). Tedavisi etyolojiye göre planlanır. Bazı bulgular kalıcı olabilir. Bu yazıda sol göz ağrısı ve aynı gözde oftalmoparezi gelişen hemorajik hipofiz adenomu tanısı konulan bir olgu sunulmuştur.

Olgu:

35 yaşında kadın olgu sol gözde ağrı ve göz kapağında düşüklük nedeniyle hastanemize başvurdu. Hastanın öyküsü ayrıntılı sorgulandığında 1 hafta önce sol periorbital- frontal bölgede başlayan sol göze yayılan zonklayıcı ve oyucu karakterde bir ağrının olduğu, ağrıdan 3 gün sonra da sol gözde bulanık görme ve göz kapağında düşme geliştiği öğrenildi. Solda ağrılı oftalmoparezi düşünülen olgu ayrıca tanı için kliniğimize yatırıldı. Hastanın öyküsünde zaman zaman galaktore olduğu öğrenildi. Nörolojik muayenesinde primer pozisyonunda sol gözün dışa deviyeye olduğu, sol pupilin geniş olduğu ve direkt/indirekt ışık refleksinin olmadığı, yukarı-aşağı ve içe bakışın kısıtlı olduğu görüldü. Sağ gözde vizyon tam iken solda 0.7 olduğu saptandı. Ayrıca sol trigeminal sinirin V1-V2 alanına uyan bölgelerde hipoestezisi saptandı. Mevcut muayene bulguları ile hastada sol orbital apeks sendromu düşünüldü. Rutin kan tetkikleri, tiroid fonksiyon testleri, serolojik markerları ve immunolojik paneli negatif olan hastada Beyin Tomografi (BT) ve BT Anjiyografi, paranasal Sinus BT ve KBB bakısı normal olarak değerlendirildi. Beyin Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) de hipofiz bezinin sol yarısında hemorajik alanları olan ve sol kavernos sinuse invazyon gösteren 1.8x1.4 cm boyutunda adenom saptandı. Beyin cerrahisi ile konsulte edilen hasta acil operasyona alındı. Patolojisi ACTH pozitif adenom olarak raporlandı. Endokrin kliniği ile konsulte edilen olgunun hormon profili normal görüldüğü için ACTH salgılayan nonfonksiyone adenom olduğu belirtildi ve poliklinik takibi planlandı. Operasyondan 1 ay sonra yapılan muayenesinde pupillerin normozokorik olduğu solda ışık refleksinin alındığı, vizyonun 0.8 e yükseldiği görüldü. 3 ay sonra kontrol beyin MRG planlanarak taburcu edildi.

Tartışma:

Hipofiz adenomu sellar bölgenin en sık tümörüdür. Tüm beyin tümörlerinin %10'unu oluşturmaktadır (4). Hipofizer adenomun hemorajisi nadir görülen mortal olabilen bir durumdur. Gebelik, antikoagulan kullanımı, GnRH analogları kullanımı en sık saptanan risk faktörleridir (4). Olgumuzda bu nedenler yoktu. Hemorajinin büyüklüğü ve lokalizasyonu çeşitli nörolojik bulgulara neden olabilir. Kanamanın lateral bölgeye yayılımı kavernoza sinüse bası yaparak multipl kranyal sinir (3-4-5-6) bulgularına neden olabilir (5). Kanamanın öne ve yukarı yayılımı ise optik sinir ve kiazmayı etkileyerek vizyon kaybı ve görme alanı defektleri oluşturabilir(5). Olgumuzda kanamanın lokalizasyonu laterale ve öne doğru olduğu için 2., 3., ve 5. kranyal sinirin ilk 2 dalının tutulduğu ortaya çıkmıştır. Genel yaklaşım; prolaktinoma dışında fonksiyonel olan tüm adenomların çıkartılması ve kanamamış nonfonksiyone tümörlerin ise oftalmoparezi, görme alanı defekti, hipofizer yetmezlik, optik kiazmaya bası ve tedaviye dirençli baş ağrısı var ise opere edilmesidir(6).

EP-4 İNTRAVASLÜLER TROMBOLİZ TEDAVİSİ UYGULANAN KOMPLİKE KAVERNÖZ SİNÜS TROMBOZU: OLGU SUNUMU

CANSU KIZILTO GÜLER¹, ÖZGÜR KILIÇKESMEZ², HÜLYA GÜNGEL³, UFUK EMRE¹

¹İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

²İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GİRİŞİMSSEL RADYOLOJİ KLİNİĞİ

³İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GÖZ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

Giriş:

Kavernöz sinüs trombozu ciddi morbiditesi olan nadir bir hastalıktır. Standart tedavisi antibiyotik ve sistemik antikoagülandır. Medikal tedaviye rağmen bazı hastalarda iyileşme görülmeyebilir. Bu yazıda antibiyotik ve düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisine rağmen kliniği progrese olan ve intravasküler trombolitik uygulanan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu:

53 yaşında kadın hasta, sol gözde şişlik ve ağrı şikayeti ile acil servise başvuruyor. Şikayetlerinin 2 gün önce başladığını ifade eden hastanın muayenesinde sol göz hareketleri dört yöne kısıtlı, solda periorbital ödem ve kemozis, sol gözde vizyon kaybı saptanıyor. Çekilen kontrastlı orbita MR'da sol oküler bulbus anteriora doğru yer değiştirmiş, optik sinir elonge ve incelmış, komşu maksiller sinüs aerasyonu tama yakın oblitere eden retansiyon kisti saptanıp KBB servisine yatırılıyor. Sol endoskopik orbita dekompresyonu yapılan hastanın antibiyoterapisi düzenleniyor. Etiyolojiye yönelik, enfeksiyon parametreleri, serum immünfiksasyon elektroforezi, serum Ig düzeyleri ve litik lezyon açısından kafa grafileri isteniyor. Behçet hastalığı açısından yapılan değerlendirmesinde patolojik özellik saptanmıyor. Takiplerinde hastanın göz hareketlerindeki kısıtlılık, kemozis ve propitozu artıyor. Çekilen kontrol orbita MR'ında kavernöz sinüs trombozu saptanması üzerine tarafımıza konsülte edilen hastanın mevcut antibiyotik tedavisine düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) ekleniyor. Medikal tedaviye rağmen kliniği progrese olan hastaya Girişimsel Radyoloji tarafından intravasküler tromboliz yapılarak heparin infüzyonuna başlanıyor. Takipte GİS kanama gelişmesi üzerine antikoagülan tedavisi kesilen hasta bu aşamada kliniğimize devralındı. Klinik takibi sırasında etiyolojiye yönelik özellikle hematolojik maligniteler, granümatöz hastalıklar, vaskülitler açısından tekrar değerlendirildi ve özellik saptanmadı. Hastanın kontrol orbita MR'ında kavernöz sinüs trombozu bulgularında gerileme saptandı. Takiplerinde sol göz içe, yukarı ve aşağı hareket kısıtlılığı azaldı, dışa kısıtlılık devam etti, kemozis ve propitozu belirgin azaldı. Hasta kontrollerine çağrılarak taburcu edildi.

Sonuç:

Kavernöz sinüs trombozu, enfektif (sinüzit, ortodontik, yüz enfeksiyonları) ya da non-enfektif (endonazal cerrahi, travma, maligniteler, granüloamatöz hastalıklar..) nedenlere bağlı gelişebilen nadir bir klinik durumdur. Klinikte baş ağrısı, görme bozuklukları, kemozis, proptozis ve kranial sinir tutulumları (özellikle III ve VI. KS) izlenir. Tedavide etyolojiye göre antibiyotik ve sistemik antikoagülan tedavi uygulanır. Olgumuzda olduğu gibi tedaviye cevapsız ya da progrese olan vakalarda endovasküler tedavi mutlaka düşünölmelidir.

EP-5 BİLATERAL OPTİK SİNİR DEMİYELİNİZASYONU İLE SEYREDEN ANTI-MOG(+) OLGUNUN KLİNİK VE RADYOLOJİK ÖZELLİKLERİ

SAMI ÖMERHOCA, NİLGÜN PULUR YILDIRIM , NİLÜFER KALE İÇEN

İSTANBUL BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:

Miyelin Oligodendrosit Glikoprotein(MOG) miyelin kılıf dış yüzeyinde ve oligodendrosit plazma membranında bulunur ve miyelinin yalnızca %0,05'ini oluşturmasına rağmen oligodendrosit matürasyonu için önemli bir yüzey belirteçidir.

NMOSD hastalarının bir kısmında anti-MOG(+) saptanmaktadır. Bu hastalarda kural olarak anti-AQP4(-) bulunmaktadır. Çok düşük oranda(%7) OKB(+)'liği bildirilmiştir.

Klinik olarak en sık prezantasyonu optik nörittir - %61 ve hastaların %41'nde bilateral olma eğilimindedir. Miyelit(%22,3), beyin sapı(%4,1), izole ensefalopati(%2,5) ve ya bunların kombinasyonu olarak izlenmektedir.

Amaç:

Bu vaka sunumu ile klinik, görüntüleme ve serolojik bulguları ile anti-MOG(+) bir vaka tartışılacaktır.

Vaka Sunumu:

42 yaşında kadın hasta Aralık 2017'de son 1,5 ayda giderek artan her iki gözde bulanık görme ve gözlerde ağrı şikayeti ile başvurdu. Yapılan nörolojik muayenesinde her iki gözde saptanan görme keskinliğinde azalma(her iki gözde 0,5) dışında bulgu yoktu. Orbital MR incelemesinde bilateral optik sinirlerin tüm traseleri boyunca diffüz kalınlaşma ve intrakonal mesafeler boyunca bilateral kontrast tutulumu izlendi. Hastaya lomber ponksiyon yapıldı. OKB(-) olarak sonuçlandı. NMOSD olarak kabul edilen hastaya 10 gün İVMP verildi. Anti-AQP4(-), anti-MOG(+) olarak sonuçlandı. Steroid tedavisinden fayda görmeyen ve bilateral görme keskinliğinde azalma devam eden hastaya 10 seans plazmaferez yapıldı. Plazmaferez sonrasında görme keskinliğinde iyileşme kaydedilen hasta oral steroid tedavisi ile izlenmeye başlandı ve mikofenolat mofetil tedavisine geçildi.

Tartışma:

Bilateral ağırlı görme kaybı ile başlayan optik nörit tabloları klasik bilgilere göre atipik vakalar olarak kabul edilmektedir. Bu hastaların değerlendirilmesinde atipik demiyelinizan süreçlerde yeni olarak klinik kullanıma giren anti-MOG antikorların göz önünde bulundurulması, takip ve tedavi seçiminde önemli yer almaktadır.

EP-6 RADYOTERAPİ İLİŞKİLİ BİR ABDUSENS NÖROMİYOTONİSİ: OLGU SUNUMU

EDA ASLANBABA ¹, MELİH BOZKURT ², CANAN TOGAY IŞIKAY ¹

¹ ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ AD

² ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ AD

Giriş:

Oküler nöromiyotoni (ONM) paroksizmal diplopi ve strabismusa yol açan, bir ya da daha fazla ekstraoküler kasın spontan spazmları ile karakterize nadir bir göz hareket hastalığıdır. ¹ ONM'nin kompresif lezyonlar, Graves oftalmopatisi ve kavernoöz sinüs trombozu sonrası geliştiği bilinse de en sık predispozan faktör sellar bölgeye yapılan radyoterapi uygulamasıdır.² Tipik olarak sellar ve parasellar bölgedeki tümörlere uygulanan radyoterapiden aylar ya da yıllar sonra başlar.³ Burada sellar bölgeye radyoterapi uygulaması sonrası ortaya çıkan abduzens nöromiyotonisi olgumuzu sunmaktayız.

Vaka:

Elli dört yaşında erkek hasta, sağ gözünde ara ara olan kayma ve çift görme yakınması ile başvurdu. Sekiz ay önce başlayan şikayetlerinin 3 aydır yoğunlaştığı, gün içinde defalarca olduğu, dakikalar içinde geçtiği ve bu şikayetlerine zaman zaman ağrının da eşlik ettiği öğrenildi. Hastanın öyküsünde, 2015 yılında malign hipofiz tümörü nedeniyle operasyon ve ardından radyoterapi (52 Gy) öyküsü vardı. Muayene sırasında sağ gözde hafif kısılma, gözde dışa kayma ve içe bakış kısıtlılığı görüldü, birkaç dakika içinde spontan olarak düzeldi. Görme keskinliği bilateral 20/70'di. Hipofiz MR'ında önceki incelemeleri ile benzer olarak; post-operatif değişiklikler, rezidü hipofiz bezi, her iki tarafta kavernoöz sinüsler düzeyinde, klivusta kontrastlanmanın eşlik ettiği heterojen kontrastlanan alanlar görüldü. Hastaya radyoterapiye sekonder abduzens nöromiyotonisi tanısıyla 2x200mg karbamazepin tedavisi başlandı.

Tartışma:

Oküler nöromiyotoni; ekstraoküler kasların geçici, istemsiz spazmları ile ortaya çıkan intermitent diplopi ve strabismusa yol açan bir durumdur. İlk olarak 1966'da Clark tarafından tanımlansa da oküler nöromiyotoni terimini ilk kullananlar 1970'de Ricker ve Mertens'dir.^{1,2} Patofizyolojisi tam anlaşılammış olsa da; etkilenen sinirde aberrant dejenerasyon ve efaptik iletimin, nöronal hücre membranında potasyum kanal bozukluklarının ve santral nöronal reorganizasyonun mekanizmada rol oynadığı düşünülmektedir.⁴ Klinik özellikleri; spontan olan veya uzun süreli gözlerde kaymayı takiben gelişen geçici diplopi ve strabismustur. Epizodlar birkaç saniyeden birkaç dakikaya kadar sürebilir. Vakaların çoğu unilateraldir ve genellikle yetişkinlerde görülür.¹ ONM en sık okülomotor siniri (%56) ardından abduzens (%39) ve troklear siniri (%9) etkiler.² Hastaların görme keskinliği, biomikroskopi ve fundoskopik incelemeleri

normaldir. Gözkapakları normal pozisyonudadır. Tedavide karbamazepin, gabapentin ya da fenitoin gibi membran stabilize edici ajanlar kullanılır.¹

Kaynaklar

1. Stockman AC¹, Dieltiens M¹, Janssens H¹, Van Lammeren M¹, Beelen L¹, Van Bellinghen V¹, Cassiman C¹. Ocular Neuromyotonia: Case Reports and Literature Review. *Strabismus*. 2018 Sep;26(3):133-141. doi: 10.1080/09273972.2018.1467469. Epub 2018 Apr 25
2. Sychev YV¹, McInnis CP¹, Francis CE¹. Abducens ocular neuromyotonia as a delayed complication of oropharyngeal carcinoma treated with radiation. *Head Neck*. 2016 Apr;38 Suppl 1:E2428-31. doi: 10.1002/hed.24370. Epub 2016 Feb 2.
3. R D Yee, V A Purvin, B Azzarelli, and P B Nelson. Intermittent diplopia and strabismus caused by ocular neuromyotonia. *Trans Am Ophthalmol Soc*. 1996; 94: 207–226.
4. Sarit Khimdas, J.Alexander Fraser . Abducens neuromyotonia: a delayed neuro-ophthalmic complication of cranial radiation. *Can J Ophthalmol* 2016;51:e157-e158

EP-7 EPİZODİK OKÜLOMOTOR FELÇ İLE İNTRAKRANİYAL HİPERTANSİYON VE KARSİNOMATÖZ MENENJİT BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU

TURGUT ŞAHİN, ZERİN OZAYDIN AKSUN , CANAN TOGAY IŞIKAY , HÜSEYİN ÖZDEN ŞENER

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ AD

Giriş ve Amaç:

Kafa içi basınç artışından tipik olarak etkilenmesi beklenen kraniyal sinir abducens siniridir. Karsinomatöz menenjit subaraknoid aralıkta kraniyal sinirleri infiltre ederek kraniyal nöropati ve intrakraniyal hipertansiyona bağlı abducens felci yapabilir. BOS basıncı yüksekliğine eşlik eden, epizodik ve kısa süreli oküломotor sinir felci ile prezente olan karsinomatöz menenjit oldukça nadir bir durumdur.

Olgu Sunumu:

Kırk dört yaşında kadın hasta, kliniğimize beş aydır olan şiddetli ve sürekli baş ağrısı, çift görme, bulantı ve kusma şikayetleri ile başvurdu. İki buçuk yıl önce mediastinal lenf nodlarına yayılan metastatik akciğer adenokarsinomu teşhisi almış ve kemoterapisi devam etmekteydi. Yatışı sırasında, yaklaşık beş dakika kadar süren, bilinç bozukluğu ile başlayan ve ardından solda total oküломotor sinir felcinin görüldüğü ve spontan olarak tamamen düzelen ataklar gözlemlendi. Kontrastlı beyin MRG'de bazal leptomeningeal kontrast madde tutulumu gözlemlendi. BOS incelemesinde BOS basıncı yüksek (46 cm-su) kaydedildi ve BOS sitolojisinde adenokarsinom metastazını düşündüren malign hücreler görüldü. BOS biyokimyası normaldi. Serebral BT anjiyografi ile vasküler malformasyonlar ve oküломotor sinir basısı dışlandı. Bilinç bozukluğu eşlik eden kısa süreli stereotipik ataklar nedeniyle EEG yapıldı ve normal bulundu. Ataklar antiepileptik tedaviye yanıt vermedi. Hasta kemoterapisi düzenlenmek üzere Onkoloji Kliniği'ne refere edildi.

Tartışma:

İzole üçüncü sinir felci intrakraniyal hipertansiyonun çok nadir bir bulgusudur.^{1,2} Literatürde bildirilen vakalarda genellikle pupil korunmuştur. Bu olguda intrakraniyal hipertansiyonun ve karsinomatöz menenjitin çok nadir bir bulgusu görülmektedir. Literatürde kriptokokkal menenjit ve tek taraflı, epizodik, dakikalar süren ve tekrarlayan üçüncü kraniyal sinir felci olan ve sol mezensefalik metastazı ve beş dakika süren sol üçüncü kraniyal sinir felci olan iki vaka bildirilmiştir. İlk vakada epizodik oküломotor sinir felci vaskülit ve intrakraniyal hipertansiyon ile ilişkilendirilmiş ve bir hafta sonra hasta exitus olmuş; ikinci vakada somut kanıt olmamasına rağmen beyin sapından kaynaklanan epileptik nöbet düşünülmüş ve antiepileptik tedavi ile epizod sıklığı azalmıştır.^{3,4}

Bizim olgumuzda etyolojide, EEG’de epileptik deşarjların olmaması ve atakların antiepileptik tedaviye yanıt vermemesi nedeniyle epilepsi düşünülmemiştir.

Kaynaklar:

1. Rezazadeh A, Rohani M. Idiopathic intracranial hypertension with complete oculomotor palsy. *Neurology India*. 2010;58(5):820-821.
2. Tan H. Bilateral Oculomotor Palsy Secondary to Pseudotumor Cerebri. *Pediatric Neurology*. 2010;42(2):141-142.
3. Azran MS, Waljee A, Biousse V, Frankel M, Newman NJ. Episodic third nerve palsy with cryptococcal meningitis. *Neurology*. 2005;64(4):759-760.
4. Grabau O, Leonhardi J, Reimers CD. Recurrent Isolated Oculomotor Nerve Palsy after Radiation of a Mesencephalic Metastasis. Case Report and Mini Review. *Frontiers in Neur*

EP-8 MAKULA ÖDEMİ: FİNGOLİMOD İLE İLİŞKİLİ NADİR BİR KOMPLİKASYON

CANAN EMİR, ELİF ÜNAL , ONUR AKAN , SÜREYYA ÖZTEKİN , SELMA KAYA
AYGÜNOĞLU , CİHAT ÖRKEN , SERAP ÜÇLER

SBÜ OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Özet:

Fingolimod 2010 yılında FDA tarafından relapsing remitting multipl skleroz tedavisinde onaylanmış ilk oral tedavidir. T-lenfosit yüzeyinde S1P reseptörüne bağlanarak reseptörün yapısını bozar. S1P reseptörü iskelet ve endotelial hücrelerin , hücrelerarası bariyer fonksiyonunu artırır, buna bağlı olarak bozulduğunda vasküler geçirgenlik artar.. fingolimod a bağlı maküler ödem (FAME) genellikle tedavinin başlanmasından 3-4 ay sonra görülür, dozla ilişkilidir ve görülme sıklığı % 0.40-1.0 olarak bildirilmiştir.

Olgumuz, 43 yaşında kadın hasta, 2015 yılından bu yana klinik ve laboaratuvar bulguları ile relapsing -remitting multipl skleroz tanısı ile takipli. diyabet mellit gibi başka sistemik hastalığı olmayan hasta İnterferon beta 1 a tedavisi altında iken MRG takiplerinde 2017 yılında altı ay ara ile iki adet kontrast tutan demiyelinizan lezyon saptanması ve hastanın parenteral tedaviyi tolere edememesi nedeniyle şubat 2018 de fingolimod tedavisine başlandı. Tedavinin başlangıcındaki ve üçüncü ay kontrol oftalmoloji konsültasyonu muayenesi ve OCT bulguları normal olan hastanın altıncı ay kontrolünde sağda belirgin iki yanlı bulanık görme yakınması ile başvurduğunda görme keskinliği iki yanlı 7/10 ve OCT de iki yanlı ödem ve kistik değişiklikler ile FAME tanısı aldı. Fingolimod stoplandı. Topikal steroid ve nonstereoid anti enflamatuar tedavi başlandı. İkinci ay kontrolünde makula ödemi OCT de izlenmedi., vizyon tama yakın düzelmmişti. Fingolimod kesildikten yaklaşık altı ay sonra koruyucu tedavi olarak dimetil fumarat başlandı. Kontrollerinde stabil seyretmekte.

Fingolimod a bağlı makula ödeminin kesin tanısı OCT ile konur ve bazan tedavinin stoplanması ile spontan veya topikal steroid ve antienflamatuar tedavi yardımı ile 4-6 haftada düzelebilir. Dirençli FAME' de subkonjonktival veya intravitreal yolla kortikosteroid veya antivasküler endotelial growth faktör uygulaması gibi daha invaziv girişimler gerekebilir. Rutin olarak fingolimod kullanımı öncesi başlangıç oftalmolojik değerlendirme ve en geç 3-4 ay sonra kontrol önerilmektedir. Diyabet ve uveit hastalarında kistoid maküler ödem açısından daha sık değerlendirme önerilir. Bu olgu dolayısıyla fingolimod tedavisi başlanan hastalarda kontrol oftalmolojik değerlendirmenin önemi vurgulanmak istenmiştir.

EP-9 TEK TARAFLI ANI İŞİTME KAYBI İLE PREZENTE OLAN ANTERİOR İNFERİOR SEREBELLAR ARTER ENFARKT OLGUSUNDA VİDEONİSTAGMOGRAFİK İNCELEME

EZGİ BAKIRCIOĞLU DUMAN¹, CANSU TUNÇ¹, M.DURAN BAYAR¹, AYSEL BÜŞRA ŞİŞMAN¹, YALÇIN ALİMOĞLU¹, BELGİN BALCI¹, ÖZLEM ÇOKAR¹

¹HASEKİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

²HASEKİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, KULAK BURUN BOĞAZ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

Giriş:

Serebellar enfarktlar içinde nadir görülen anterior inferior serebellar arter (AİCA) enfarktı diğer serebellar enfarkt belirtilerinden farklı olarak ani işitme kaybı ile prezente olması ayırt edici özelliğidir. Bu olguda tek taraflı ani gelişen işitme kaybı nedeniyle tetkik edilen hastada videonistagmografide santral nedenli nistagmus saptanması üzerine AİCA enfarktı tespit edilmiştir.

Olgu:

62 yaşında erkek hasta, tek taraflı ani gelişen işitme kaybı nedeniyle yapılan videonistagmografide santral nistagmus saptandı. Hastanın nörolojik muayenede hafif dizartrik konuşma ve sağ taraf sekel füst hemiparezi dışında bulgusu yoktu. Hastanın özgeçmişinde esansiyel hipertansiyon, diyabetes mellitus, geçirilmiş iskemik inme mevcut idi. Daha önce tekrarlayan iskemik inmeleri olan hastaya oral antikoagulan başlanmıştı. Hastanın INR efektif iken, sol kulağında işitme kaybı şikayeti gelişti ve yapılan videonistagmografide santral nistagmus tespit edildi ve MR görüntülemeye sol AİCA sulama alanına uyan lokalizasyonda akut diffüzyon kısıtlılığı görüldü. Videonistagmografide; hızlı fazı sağa vuran fiksasyonla azalmayan horizontal nistagmus mevcut idi.

Sonuç:

Tek taraflı ani işitme kaybının santral nedenlerinden olan AİCA enfarktı tanılı hastanın, videonistagmografi görüntüsünü sizlerle paylaşmak istedik.

EP-10 ADİE’NİN TONİK PUPİLLASI VE OTOİMMÜN TİROİDİT - OLGU SUNUMU

GÜLTEN TATA¹, SANIYE ÜKE UZUN²

¹ *ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ*

² *ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GÖZ HASTALIKLARI KLİNİĞİ*

Özet:

Adie'nin tonik pupillası çoğunlukla tek taraflı tonik dilate pupilla ve yakın-ışık refleksi disosiyasyonu ile karakterizedir. Holmes-Adie sendromu (HAS) ise tonik pupilla ve derin tendon reflekslerinde azalma veya kayıpla seyreder. Biz tarafımıza akut anizokori, sağ gözde bulanık görme ve baş ağrısı ile başvuran 48 yaşında kadın olgu sunuyoruz. Öyküsünde tiroid hastalığı vardı ve tedavi almıyordu. Nörolojik muayenesine sağ pupilla midriyatik, ışığa yanıtızsız bulundu ve pupilla boyutu %0.125 pilokarpin testi ile küçüldü. Derin tendon refleksleri normoaktifti. Tiroid antijenlerine karşı oluşan anti-tiroid peroksidaz ve anti-tiroglobulin antikorları yüksekti ve ötiroidikti. Olgumuzda Adie'nin tonik pupillası ile otoimmün tiroidit (Hashimoto tiroiditi) birlikteliği bulundu. Adie'nin tonik pupillası izole veya HAS'unun bir bölümü olabilir. Çoğunlukla idiyopatikdir, nadiren enfeksiyon, iskemi, otoimmün hastalıklar, travma, tümörler nedeniyle oluşur. Tonik pupilla bazen bir hastalığın ilk bulgusu olabilir ve akut başlangıç nedeniyle hasta acil birimine başvurabilir. Dilue pilokarpin testi tanı koydurucudur.

EP-11 OPTİK SİNİR GLİOMU İLE KARIŞABİLEN NÖROSARKOİDOZ OLGUSU

ABDULSAMET ÇAM, MELİH TÜTÜNCÜ

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ AD

Giriş:

Sarkoidoz multi sistemik tutulum yapabilen, etyolojisi aydınlatılmamış enflamatuargranülomatoz bir hastalıktır. İzole nörosarkoidoz olguları nadir görülmektedir.

Bu olguda optik sinir tutulumu ile giden radyolojik görüntülemeleri nedeniyle tümör ile karışan, beyin biyopsisi ile tanı almış bir nörosarkoidozlu hastayı sunmayı amaçladık.

Yorum ve Sonuç:

Nörosarkoidoz tüm sarkoidoz olguların %5-15'inde görülebilir. En sık kranial sinir tutulumu ile gitmekle birlikte, beyin parenkimi, spinal kord tutulumu, leptomeningeal alan ve periferik sinir tutulumu görülebilir. İzole nörosarkoidoz olguları daha nadir görülebilmekte ve olguların yaklaşık yarısı 2 yıl içinde sistemik sarkoidozadönebilmektedir. Fakat bu olgularda tanı aşamasında güçlükler yaşanabilmektedir. Sonuç olarak sistemik steroid tedavisine yanıt vermeyen, klinik ve radyolojik progresyonu olan, biyopsi ile tanısı kesinleşen hasta üzerinden nöroloji pratiğinde nadir görülen izole nörosarkoidoz tablosuna dikkat çekmek istedik.

EP-12 NÖRORETİNİT-OLGU SUNUMU

ŞAHİN İŞİK¹, GÜLTEN TATA¹, SANIYE ÜKE UZUN²

¹ SBÜ ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

² SBÜ ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GÖZ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

Giriş:

Nöroretinit optik siniri ve retinayı etkileyen bir enflamatuar hastalıktır. Optik disk ödemi ve makülada yıldız şekli ile karakterizedir. Çoğunlukla idiyopatik veya enfeksiyöz, otoimmün, vasküler nedenlerle oluşabilir. Başlangıçta makülada yıldız şekli olmayabilir ve günler haftalar içinde gelişir.

Olgu:

Yaklaşık 3 yıl önce sol gözde görme azlığı öyküsü olan 20 yaşında kadın hasta iki gündür yeni gelişen sağ gözde görme azlığı üzerine Anterior optik nörit ön tanısı ile tarafımıza yönlendirildi. Görme keskinliği sağda pinholle 0.8, solda 0.5, göz dibi muayenesinde sağda optik disk ödemi ve solda temporal solukluk saptandı. Renkli görme muayenesi doğaldı. Kranyal ve orbita MR görüntülemesi normal sınırlarda idi. Lomber ponksiyonda hücre ve biyokimyası normal bulundu, kültürde üreme olmadı, İgG endeksi normaldi, viral ve bakteriyel seroloji, oligoklonal band ve nöromiyelitis optika antikorları negatifti. Takibi sırasında görme keskinliği sağda 0.15 düştü, relatif afferent pupil defekti mevcuttu, renkli görme azalmıştı ve pulse kortikosteroid tedavisi başlandı. Tedavi bitiminde görme keskinliği sağ 0.5, sol 0.6 idi, sağ makülada yıldız şekli izlendi ve nöroretinit tanısı ile empirik sulfametoksazol/trimetoprim tedavisi düzenlendi. Hastanın kedi ile temas öyküsü yoktu, Toxoplasma İgM negatif, İgG avidite testi 0.449 TV yüksek bulundu. Üç yıl önce sol gözden de nöroretinit geçirdiği ve o dönemde bakılan Kedi tırmık hastalığı etkeni Bartonella henselae İgM-İgG negatif ve Toksoplazma İgG yüksek bulunduğu öğrenildi. Bir ay sonra görme keskinliği ve renkli görme bilateral normal, optik disk ödemi geçmiş ve makülada yıldız şekli azalmıştı.

Sonuç:

Görme kaybı ile başvuran genç hastalarda geniş etyolojik araştırma ve değerlendirme gerekmektedir. Olgumuz daha önce sol ve yeni gelişen sağ gözde görme azlığı nedeniyle takibinde nöroretinit saptanmış olup etyolojide nadir bir etken olan Toksoplazma suçlanmıştır. Nöroretinitin nadir görülmesi, tedavi yönetiminin farklı olması nedeniyle sunulmaya layık görülmüştür.

EP-13 BİLATERAL OPTİK NÖRİT İLE PREZENTE NMOSD RİTÜKSİMAB YANITI

AZİZE ESRA BAŞAR GÜRSOY, VİLDAN GÜZEL

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ AD

Özet:

39 yaşında erkek hasta sol gözde görme bulanıklığı şikayeti ile başvurdu. Nörolojik muayenesinde sol gözde RAPD (+), görme keskinliği 1m parmak sayma düzeyinde olması dışında özellik yoktu. OCT incelemesinde RNLF 105/131 idi. Beyin MRG incelemesinde sağ frontal subkortikal beyaz cevherden sentrum semiovale ve perventriküler derin beyaz cevhere uzanan Flair sekansda hiperintens yaklaşık 18x8 mm boyutunda hafif kontrastlanmanın olduğu lezyon izlendi. Servikal MRG de C2-C3 düzeyinde hiperintens lezyon izlendi. Sol optik nörit kliniği olan ve miyelit saptanan hastaya demiyelinizan hastalık tanısı ile 7 gün 1 gr/gün pulse steroid tedavisi uygulandı. LP yapılan hasta BOS OKB ve serum NMO antikor sonucu ile birlikte değerlendirilmek üzere poliklinik takibi ile taburcu edildi. Poliklinik takiplerine gelmeyen hasta 1,5 ay sonra sağ gözde görme bulanıklığı şikayeti ile başvurdu. Nörolojik muayenesinde görme keskinlikleri sağ:10 cm sol:50 cm parmak sayma düzeyinde olup, bilateral direkt ışık refleksi alınamadı. Görme alanı testi yapılamadı (görme düzeyleri çok düşük). OCT de RNLF 133/59, sağ optik disk temporalı soluk, nazal kenar hafif silik ve kabarık, solda optik atrofi izlendi. VEP incelemesinde bilateral yanıt kaydedilemedi. NMO antikor (+), OKB patern 2 + idi. Beyin MRG de bilateral optik sinirde Flair sekansında sinyal artışı, bilateral optik sinirde kontrastlanma izlendi. Sol lateral ventrikül oksipital horn komşuluğunda T2 ve Flair sekansında hiperintens sinyal özelliği gösteren yeni lezyon izlendi. Nöromiyelitis optika (NMO) tanısı ile hastaya 5 gün 1 gr/gün pulse steroid ve 7 kür plazmaferez tedavisi uygulandı. Optik nörit atak aralığının kısa olması, ilk optik nörit atağı sonrası optik atrofi olması, servikal MRG de lezyon olması, NMO antikor pozitifliği, kontrol beyin MRG de yeni lezyon izlenmesi nedeni ile NMO hastalığında yüksek etkinliğe sahip Ritüksimab tedavisinin başlanması planlandı. 6 ayda bir 2 hafta ara ile 1000 mg IV Ritüksimab tedavisi uygulandı. Nörolojik muayenesinde görme keskinliği sağ gözde tam, solda 50 cm parmak düzeyinde idi. Kontrol servikal MRG de lezyonda gerileme izlendi. 2 yıldır takip edilen hastanın yeni atağı olmadı.

EP-14 ANTI-MOG İLİŞKİLİ İKİ OPTİK NEVRİT OLGUSU

GÜLŞAH ZORGÖR , SENA GÜLER , NAZAN KARAGÖZ SAKALLI , AYSUN SOYSAL

BAKIRKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI HASTANESİ

Giriş:

İlk kez Aquaporin4(AQP4)-IgG negatif Nöromyelitis optika spektrum bozukluğu(NMOSD) olgularında saptanan MOG-IgG seropozitif olgular sadece optik nevrit tablosuyla karşımıza çıkabilip,AQP-4-IgG pozitif olgulara kıyasla rekürrens riski daha fazladır. Steroide genellikle iyi yanıt verdiği bilinmekte olup,bazen atak döneminde ağır tablolarda yanıtız kalabilmektedir. Burada steroide yanıtız ağır kliniği olan bir olguyla, steroide hızlı yanıt veren iki ayrı olgu anlatılacaktır.

1.Olgu:

19 yaşında erkek hasta, 2 aydır olan başağrısı, bulanık görme ve göz hareketiyle olan göz çevresinde ağır şikayetiyle başvurdu.Özgeçmişinde son 3 ayda 15 kg alma öyküsü mevcuttu. Nörolojik muayenesinde sağ göz 3, sol göz 2 metreden parmak sayıyordu. Fundoskopik muayenesinde sağda grade 2 ,solda grade 2-3 papilödem mevcuttu.Rutin kan incelemelerinde anlamlı bir özellik bulunmayıp,beyin ve orbital MR incelemesinde anlamlı bir patoloji yoktu.BOS incelemesinde hücre yoktu ve BOS biyokimyası normaldi. Hastanın obez olması nedeniyle yatar pozisyonunda yapılamayan lomber ponksiyonda(LP) BOS açılış basıncı değerlendirilemedi.Pseudotümör serebri öntanısı ile yatırılan hastaya asetazolamid başlandı. VEP incelemesinde solda P100 latansında uzama ve amplitüdde düşüklük görüldü.Bir süre sonra tekrar denenen LP'de BOS açılış basıncı 23 cm-H20 idi. 2.LP'den sonra başağrıları karakter değiştirip postürel özellik kazandı. İyatrojenik intrakranyal hipotansiyon düşünülüp asetazolamid kesildi.Baş ağrıları şiddetlenip sol gözdeki görme kaybı 5 cm'den hareketi algılayacak düzeye kadar geriledi.Oftalmolojik incelemede sağda grade 3,solda grade 4 papilödem görüldü.Tekrarlanan orbital MR incelemesinde sol optik sinirde genişleme, tortiozite ve optik kiazmaya uzanan uzun segment kontrast tutulumu görüldü. Optik nevrit(ON) kliniği olan hastanın hızlı ve ağır progresyonu olup ayırıcı tanıya giren Nöromyelitis Optika spektrum hastalıkları(NMOSD) açısından anti-Aquaporin4 ve anti-MOG antikorları gönderildi. Servikal ve torakal MR'ları normaldi. BOS oligoklonal bant negatif ve BOS IgG indeksi 0.62 (0.48-0.60) idi. 1gr/gün intra venöz metilprednizolon (IVMP) başlandı. Ancak 7. Gün sonunda sol göz 20 cm'den hareketleri algılıyor düzeydi. Tedaviye yetersiz yanıt nedeniyle plazmaferez başlandı.3.seans sonrasında sol göz 70 cm'den , 5.seans sonrası 1.5 metreden parmak sayıyor ve renkleri görüyordu.10.seans sonunda 2.5 metreden parmak sayan hastanın sadece santral skotomu mevcuttu. Anti-MOG antikor pozitif , anti-Aquaporin4(AQP-4) antikor negatif olarak sonuçlandı. Taburculuktan 1 ay sonra her iki göz 3 metreden parmak sayıyordu. Tekrarlama riski ve ağır klinikle prezente olması nedeniyle rituksimab başlandı.

2.Olgu:

28 yaşında, kadın hasta son 1 haftadır olan sol gözde bulanık görme ve göz hareketleriyle göz çevresinde ağrı şikayeti ile başvurdu. Nörolojik muayenesinde sağ göz 3, sol göz yarım metreden parmak sayıyordu. Sol göz optik disk sınırları silikti. Özgeçmişinde özellik yoktu.Orbita MR'ında sol optik sinirde tortiozite, uzun segment kontrast tutulumu mevcuttu. BOS incelemesinde hücre yok, BOS biyokimyası ve açılış basıncı normaldi. NMOSD ayırıcı tanısı açısından anti-AQP4 ve anti-MOG antikolları gönderildi. VEP incelemesinde solda P100 latansı uzun ve düşük amplitüdümlü yanıt elde edildi. Beyin, servikal ve torakal MR'ı normal olan hastaya 1 gr/gün IVMP başlandı. 7.gün sonunda 2.5 metreden parmak sayıyordu. Anti-MOG antikoru pozitif bulunan hastanın 1 ay sonra yapılan muayenesinde her iki göz 3 metreden parmak sayıyordu.

Sonuç:

İlk kez AQP4-IgG negatif NMOSD olgularında saptanan MOG-IgG pozitif olguların sadece 1/3'ü NMOSD'nin geleneksel optik sinirler ve omuriliğin tutulumu ile giden ataklar tanımını karşılamaktadır. MOG-IgG-pozitif olguların çoğunda sadece optik nevrit görülmektedir. Aynı zamanda beyin demyelinizan lezyonları olan ensefalit ve/veya myelit kliniği de bulunabilmesi nedeniyle MOG-IgG ilişkili SSS demyelinizan sendromları için MOG-IgG associated ON, encephalitis and myelitis (MONEM) terimi önerilmektedir. MOG-IgG ilişkili ON, rekürrens olasılığı fazla ve her nöksle birlikte gelişen retinal aksonal dejenerasyonla ağır sekeller bırakabilmektedir. Atak tedavisinde yüksek doz steroide genellikle iyi yanıt verip ,cevapsız olgularda plazmaferez ile iyi yanıt alınabilmektedir. Uzun dönem tedavide Azatioprin, rituksimab,mikofenolat mofetil gibi immunsupresifler ikinci bir nöks riskini azaltmaktadır.

EP-15 PARANEOPLASTİK SEREBELLAR SENDROM TANISINDA VİDEONİSTAGMOGRAFİK BULGUNUN KATKISI : BİR OLGU SUNUMU

CANSU TUNÇ¹, EZGİ BAKIRCIOĞLU DUMAN¹, MİRAY ATACAN YAŞGÜÇLÜKAL¹, YALÇIN ALİMOĞLU², BİRGÜL BAŞTAN¹, SEFER GÜNAYDIN¹

¹SBÜ HASEKİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

²SBÜ HASEKİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, KULAK BURUN BOĞAZ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

Giriş:

Akut ya da subakut başlangıçlı serebellar sendrom ayırıcı tanısında paraneoplastik serebellar sendrom yer almaktadır. Paraneoplastik serebellar sendrom tanısında paraneoplastik antikor paneli yardımcı olmakla birlikte altta yatan hastalık tanısında pozitron emisyon tomografisi (PET) kullanılmaktadır.

Olgu:

71 yaşında erkek hasta, 10 günlük bulantı kusma şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Hastanın muayenesinde gövde ataksisi dışında patolojik bulgu saptanmadı. Öyküsünde 6 sene önce geçirilmiş koroner bypass operasyonu ve 40 paket/yıl sigara kullanımı dışında özellik yoktu. Hastanın dış merkezde çekilen kranial BT ve MRG'de lezyon saptanmadı. Kan tahlillerinde özellik yoktu. Hastanın kontrastlı tüm kranial ve spinal görüntülemesi yapıldı ve özellik saptanmadı. Hastanın izleminde inatçı kusmalarının devam etmesi ve hıçkırık eklenmesi nedeniyle yapılan gastroenterolojik tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Hastanın videonistagmografik (VNG) incelemesinde yön değiştiren horizontal spontan nistagmus olduğu görüldü üzerine santral sinir sistemi patolojisi düşünüldü. Hastaya etyolojik amaçlı önerilen lomber ponksiyonu hasta kabul etmedi. Paraneoplastik araştırma amacıyla PET CT yapıldı, sol akciğer alt lob superior segmentte alt lob bronşu posterior komşuluğunda, yaklaşık 2.2x3.4 cm boyutlarında alt lob bronşunu kısmen oblitere eden yoğun hipermetabolik kitle saptandı. Paraneoplastik antikor paneli henüz sonuçlanmayan hastaya paraneoplastik serebellar sendrom öntanısı ile 1000 mg/gün IV metilprednizolon tedavisi uygulandı ve tanısal açıdan yapılan akciğer biyopsi patolojisi küçük hücreli akciğer kanseri ile uyumlu saptandı.

Sonuç:

Bu hasta, inatçı bulantı kusma ile başvuran, nörogörüntülemelerinde patolojik bulgu saptanmamasına rağmen VNG'de saptanan santral nistagmustan akciğer kanseri tanısı konulan bir vaka olması nedeniyle ilginç bir olgu olarak sunulmuştur.

EP-16 YAVAŞ İLERLEYİCİ GÖRME KAYBI

LEVENT SİNAN BİR , MURAT AKIN

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ AD

Özet:

48 yaşında bayan hasta, 3 ay önce başlayan ve yavaş ilerleyen özellikle sağ gözünde belirgin görme kaybı yakınması ile başvurdu. Daha önce başvurduğu Göz Hekimleri tanı koyamamış, nöroloji kliniğine başvurmasını önermişlerdi. Ağrı ya da eşlik eden başka bir semptomu yoktu. Yapılmış görme alanı tetkikinde sağda tama yakın ancak temporalde bir adacığın korunduğu, solda nazal sahada hilal tarzında ve santralde skotom mevcuttu. Olgunun görme keskinliği sağda 1/10, solda 1/5 olarak değerlendirildi. Sağda papilla hafif soluk ve ışık refleksi zayıftı. Başka patolojik bulgu saptanmadı. VEP sağda yanıtız solda normal sınırlardaydı. Kranial MRG ve MR anjiyografisi normal sınırlarda olan hastanın ayrıntılı orbital MRGsinde hipofiz glandı lojunda boyutları 2.2*2.8*2.6 cm olan solid, düzensiz sınırlı yer kaplayıcı lezyon tespit edildi. Kiazma bası altında, suprasellar sistem oblitereydi. Her iki gözü ilgilendiren ve yavaş gelişen görme kayıplarında invaziv patolojiler akılda tutulmalı ve ayrıntılı incelemeler yapılmalıdır.

EP-17 İSKEMİK İNME VE HOMONİM HEMİANOPSİ

AHMET KAMİL ALTUĞ, ASENA AHEN BİNYAY, METİN MURAT ÖZÇELİK, UFUK ŞENER

TEPECİK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Bilimsel Zemin:

Homonim hemianopsi bir gözün görme alanının temporal yarısını, diğer gözün nazal yarısını görmemesini tanımlar. Kontrateral retrokiyazmal görme yollarının (optik traktus, lateral genikülat cisim, optik radyasyon, oksipital korteks) lezyonunda gelişir. İnme hastalarında gelişen görme alanı kayıpları hastanın bazı günlük yaşam aktivitelerini yapmasında güçlüğe ve düşmelere neden olabilir.

Hastalar ve Yöntem:

Bu retrospektif çalışmada 2017-2108 yılları arasında kliniğimizde iskemik inme tanısı ile yatırılarak izlenen ve yatakbaşı muayenesinde homonim hemianopsi saptanan 31 hastanın etiyoloji, klinik özellikler ve görüntüleme bulguları değerlendirilmiştir.

Sonuçlar:

Hastaların yaş ortalaması 68,2 ($\pm 12,07$), 16'sı kadın ve 15'i erkekti. 19 hastada (%61) sol homonim hemianopsi, 12 (%38) hastada sağ homonim hemianopsi vardı. 7 (%22) hastada homonim hemianopsi izole nörolojik bulgu idi. Eşlik eden klinik bulgular hemiparezi (20 hasta), hemisensoryal kayıp (6 hasta), afazi (6 hasta), ihmal (2 hasta) idi. İskemik inme risk faktörleri 21 (%67) hastada hipertansiyon, 9 (%29) hastada diyabetes mellitus, 9 (%29) hastada hiperlipidemi, 11 (%35) hastada atriyal fibrilasyon, 11 (%35) hastada koroner arter hastalığı ve 6 (%19) hastada kanser idi. Hastaların %74'ünde iskemik inme etiyojisi büyük arter ateroskleroza olarak belirlendi. 13 hastada (%41) infarkt posteriyor serebral arter alanında, 11 (%35) hastada orta serebral arter alanında idi.

Yorum:

Homonim hemianopsi izole nörolojik defisit olmadan gelişebilir. Özellikle posteriyor serebral arter inmelerinde hastaların konfrontasyon yöntemi ve görme alanı testleri ile değerlendirilmesi yararlı olacaktır.

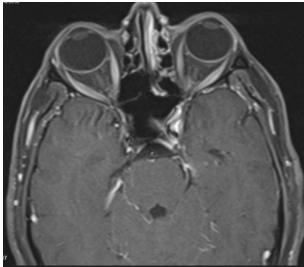
EP-18 TEKRARLAYAN OCULOMOTOR SİNİR PARALİZİSİ OLGU SUNUMU

MEHMET FATİH ÖZDAĞ , MURAT MERT ATMACA , UĞUR BURAK ŞİMŞEK , AYŞE GÜRBÜZ YENİÇERİ , ZEYNEP MELTEM ARSLAN

SULTAN ABDULHAMİD HAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Özet:

61 yaşında erkek hasta 20 gündür sol gözde çift görme ve sol göz kapağında düşme şikayeti ile başvurdu. Çift görme şikayeti olmadan önce baş ağrısı olduğunu belirtti. Baş ağrısının genelde tek taraflı, gün içinde sürekli olup ara ara şiddetinin arttığı, basit analjeziklere yanıtın minimal olduğu, zonklayıcı karakterde, bulantı kusmanın eşlik etmediği öğrenildi. Fotofobi, fonofobi, osmofobi eşlik etmiyordu. 2 yıl öncede baş ağrısı sonrası sağ gözde benzer şikayetlerinin olduğu öğrenildi. Hastanın o döneme ait dış merkezdeki tetkikleri incelendiğinde etyolojiyi aydınlatacak sebep bulunamamıştı. Hasta 100mg asa ile taburcu edildiği ve şikayetlerinin bir ayda gerilediği öğrenildi. Bize başvurduğu sırada sağ göz ile ilgili şikayetleri tamamen kaybolmuştu. Özgeçmişinde bilinen bir hastalığı yoktu. Sadece bir sene önce sağ ayak başparmağında üstüne basamayacak kadar ağrı, kızarıklık, şişlik olduğunu ve kendi kendine bir haftada geçtiği bunun için herhangi bir merkeze başvurmadığı öğrenildi. 6 ay sonra sol ayak başparmağında da aynı şikayetler tekrarlamış ve kendiliğinden geçmiş. Oftalmolojik muayenede sol göz pitotik, pupiller anizokorik solda pupil middilate göz hareketleri sağda her yöne serbest iken solda spontan pozisyonda dışa bakma eğiliminde ve sol gözde sadece dışa bakış serbest idi. Direkt ışık refleksinde solda yanıt sağa göre daha az ama iki tarafta alındı. İndirekt ışık refleksi değerlendirilmesinde sağda yanıt varken solda hiç yoktu. Diğer kranyal sinir muayenesi doğaldı. Kas gücü normaldi. Duyu kaybı yoktu. Serebellar muayene doğal idi. Patolojik refleks yoktu. Hasta göz hastalıklarına danışıldı. Solda sağa göre vizyon kaybı (sağ vizyon 0,8 sol vizyon 0,3) dışında ek bulgu yoktu. Beyin mr angiografi ve kontrastli orbital mr incelemesinde belirgin nöropatoloji gözlenmedi. Hastaya DSA planlandı. Sağda fetal tip pca haricinde özellik yoktu. LP yapıldı. Bos protein 77mg/dl idi. Bos şeker 56 mg/dl eş zamanlı kan şekeri 84mg/dl idi. Bosta hücre gözlenmedi. Bosta enfektif markerlar(borelia, brucella, mikobakteri, hsv dahil) negatifti. Rutin kan tetkikleri, kanda enfektif markerlar, vaskülit belirteçleri, hga1c normal incelendi. Hastaya 16mg oral prednol başlandı ve taburcu edildi. Hasta iki ay sonra kontrol muayeneye geldiğinde şikayetlerinin tamamının kaybolduğu izlendi.



EP-19 TEKRARLAYICI DİYABETİK OFTALMOPELJİ: OLGU SUNUMU

DİDEM GİRGİN, HÜLYA ERTAŞOĞLU TOYDEMİR, VİLDAN AYŞE YAYLA

BAKIRKÖY DR.SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:

Diyabetik kraniyal mononöropatiler genellikle uzun süre kontrolsüz diyabeti olan ve ileri yaştaki hastalarda gelişen mikrovasküler komplikasyonlara sekonder görülmektedir. Diyabetik oftalmopleji, hastaların yaklaşık %1'inde görülen bir komplikasyondur. En sık izole üçüncü kraniyal sinir felci şeklinde prezente olur, bunu izole altıncı kraniyal sinir paralizisi ve multipl kraniyal sinir paralizileri izler. Rekürren diyabetik oftalmopleji nadir görülen bir tablodur ve tanısı için kraniyal sinir paralizisi etyolojisindeki diğer nedenlerin dışlanması gerekmektedir.

Olgu:

Akut başlangıçlı, sol gözde ptoz ve binokuler diplopi kliniği ile başvuran, özgeçmişinde tip 2 (diyabetes mellitus) DM öyküsü olan 63 yaşında erkek hastanın nörolojik muayenesinde sol gözde pupil tutulumunun eşlik etmediği okulomotor sinir paralizisi tespit edildi. Kraniyal Magnetik Rezonans (MR) ve intrakraniyal MR anjiyografisinde, orbita ve kavernoöz sinüse yönelik görüntülemelerinde patolojik bulgu saptanmadı. Hemogram, sedimantasyon, koagulometri, lipid profili, tiroid fonksiyon testleri referans aralıklarındaydı. Açlık kan şekeri: 189 mg/dL, HbA1c: %8,8 idi. Enfeksiyöz parametreleri (VDRL, HIV, HBV, HCV, borrelia, brucella, tüberküloz, multiple bakteri/ viral paneller) negatifti. Vaskülit paneli ve serum ACE düzeyi normaldi. Beyin omurilik sıvısı (BOS) açılış basıncı 17 mmH₂O, BOS biyokimyası ve sitolojik incelemeleri normaldi. Hastanın mevcut kliniği diyabetik kraniyal nöropati olarak değerlendirildi, oral steroid tedavisi ile regresyon izlenen hasta 2 ay içinde tamamen düzeldi.

Takiplerinde sol gözde okulomotor sinir paralizisinden sekiz ay sonra sağ gözde abduzens paralizisi gelişti. Hastanın tüm etyolojik tetkikleri tekrarlandı. HbA1c: %7,6, açlık kan şekeri: 190 mg/dL olarak saptandı, diğer değerleri normaldi. Poliklinik kontrollerinde muayene bulgularının düzelme eğiliminde olduğu görüldü.

Sonuç:

Kraniyal sinir paralizisi insidansı, diyabetik hastalarda topluma göre on kat fazladır. Diyabetik rekürren kraniyal sinir paralizileri sık görülmemekte, literatürde olgu sunumları şeklinde bildirilmektedir. Bu tanıyı koymadan önce etyolojide yer alan diğer nedenlerin dışlanmış olması gerekmektedir. Rekürren kraniyal nöropatilerde tedavi yaklaşımı, diyabetik kraniyal mononöropatilerde olduğu gibi öncelikle glisemik kontrol yönündedir, genellikle spontan remisyon izlenmektedir.

EP-20 TOTAL OFTALMOPAREZİ VE BAŞ AĞRISI İLE PREZENTE OLAN RİNOORBİTAL MUKORMİKÖZİS OLGUSU

CANAN YILDIZ, HÜLYA ERTAŞOĞLU TOYDEMİR , AZAMAT MİRALİ , VİLDAN AYŞE YAYLA

BAKIRKÖY DR.SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:

Mukormikozis, özellikle bağışıklık sistemi baskılanan hastalarda görülen ve ölümlü sonuçlanabilen fırsatçı nadir bir mantar enfeksiyonudur. Diyabet hastalarında sıklıkla rinoorbitoserebral formu görülür. Baş ağrısı, tek taraflı 3,4,5 ve 6 kraniyal sinir tutulumu ile başvuran, nazal kaviteye yapılan biyopsi sonucunda mukormikozis tanısı alan tip 1 diyabetli bir hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu:

Tip 1 DM tanısı olan 36 yaşında erkek hasta, beş gündür olan baş ağrısına çift görme, sol göz kapağında düşüklük eklenmesi nedeniyle başvurdu. Hastanın nörolojik muayenede sol gözde ptoz, sol gözde tüm yönlerde bakış kısıtlılığı, sol pupilde midriyazis ve sol yüz yarımında hipoestezisi vardı. Hastanın kraniyal ve servikal MR, kraniyal MR anjiyografi ve venografi görüntülerinde anlamlı patoloji izlenmedi. Beyin BT görüntüsü pansünizit lehine yorumlandı. Hastaya santral sinir sistemi enfeksiyonları ve patolojileri açısından beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde 12 lökosit /mm³ mevcuttu. Bir gün sonra kontrol LP'si yapılan hastanın BOS'ta lökosit sayısı 72/mm³ yükseldi. Enfeksiyon hastalıkları birimince anti-tbc ve geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başlandı. Pansünizit nedeniyle KBB tarafından biyopsi uygulanan hastanın frozen sonucu mukormikozis ile uyumlu bulundu. Hasta enfeksiyon hastalıklarına devredildi. Takiplerinde sol internal karotis arterin kavernöz sinüs içindeki segmentinde total oklüzyon geliştiği ve medikal tedavi ile takip edilmekte olduğu öğrenildi.

Sonuç:

Tek taraflı total oftalmoparezi menenjiom, lenfoma, sarkoidoz, karotis interna arter anevrizması, oftalmoplejik migren, diyabetik oftalmoparezi, kavernöz sinüs trombozu düşünülmesi gereken hastalıklardandır. Mukormikozis, nadir görülen ve sıklıkla yüksek mortalite ile seyreden invazif bir mantar enfeksiyonudur. Kortikosteroidler kontrendikedir. Total oftalmoparezi ile gelen, özellikle DM tanısı olan hastalarda hastalığın yönetilmesi ve mortal seyretmesi nedeniyle mutlaka düşünülmesi gereken tanılardan biridir.

EP-21 İSKEMİ KAYNAKLI İZOLE UNİLATERAL İNTERNÜKLEER OFTALMOPELJİ OLGUSUBENGİ GÜL TÜRK , CELAL İLKER BAŞARIR , GÜLTEN TATA*SBÜ ŞİŞLİ ETİFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ***Giriş:**

İzole pontin enfarktlar nörooftalmolojik tutulum açısından farklı kliniklere yol açabilirler. Birçok kranyal çekirdeğin de yer aldığı pontin bölgede yer alan iskemik enfarktların, başka bir kranyal nöropatiye yol açmaksızın izole internükleer oftalmopleji ile prezente olması nadirdir.

Pons yerleşimli milimetrik laküner enfarkt ile ortaya çıkan izole unilateral internükleer oftalmopleji olgusu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu:

Bilinen hastalığı olmayan ve sigara kullanımı dışında risk faktörü bulunmayan 66 yaşında erkek hasta, ani başlayan baş dönmesi ve çift görme yakınması ile acil servisimize başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde sol gözde içe bakış kısıtlılığı ve sağ gözde dışa bakışta horizontal nistagmus tespit edildi. Bunun dışında muayenede bir özellik saptanmadı. Hastanın çekilen diffüzyon MR'ında pons sol yarımı posteriorunda paramedian yerleşimli milimetrik akut iskemik enfarkt alanı tespit edildi. Hastanın çekilen kranyal ve servikal MR-Anjiyografileri'nde, sol internal karotid arter (ICA) supraklinoid segmentte darlık ve sol vertebral arter hipoplazisi saptandı. Transtorasik ekokardiyografi normal tespit edildi. 300 mg/gün ASA antiagregan tedavisi altında yapılan takibinde hastanın nörolojik muayenesi tamamen normale döndü.

Sonuç:

İzole unilateral internükleer oftalmopleji olgularında pons yerleşimli iskemik enfarktlar akla gelmelidir. Bu olgular genellikle iyi prognoza sahiptirler.

EP-22 İDİOPATİK İNTRAKRANYAL HİPERTANSİYONA BAĞLI İLERLEYİCİ GÖRME KAYBINDA OPTİK SİNİR KILIFI FENESTRASYONU UYGULAMASI

MÜCAHİD ERDOĞAN, BEGÜM CENGİZLER , CENGİZ DAYAN , ÖMÜR GÜNALDI , DİLEK ATAĞLI

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

Giriş:

İdiyopatik intrakranyal hipertansiyon, klinik olarak baş ağrısı ve görme bulanıklığıyla seyreden bir hastalıktır. Hastalıkta nörolojik muayenenin normal olması ve kafa içi basınç artışına sebep olabilecek bir patolojinin saptanmaması ayırt edicidir. Abdusens paralizisi dışında nadiren diğer kranyal nöropatilerin görülebildiği bildirilmiştir. Medikal tedaviye dirençli ilerleyici görme kayıplarında cerrahi yöntemlerden optik sinir kılıfı fenestrasyonu ile optik sinir üzerindeki basıncın azaltılması önemli bir yer tutmaktadır.

Olgu:

22 yaşında kadın hasta, kırk gündür olan baş ağrısı ve iki gözde görme bulanıklığı şikayetleriyle başvurdu. Sırtından başlayıp başına yayılan ağrıları sağ kulak arkasından başlayıp başına yayılıyordu. Pozisyonla ağrının şiddetinde değişiklik tarif etmiyordu. Bulantı eşlik ediyor, kusması olmuyordu. Baş ağrılarını takiben önce sol gözünde, ardından sağ gözünde ilerleyici görme bulanıklığı olmuş. Başvuru zamanında ancak yakındaki nesnelere seçebiliyormuş. Astım hastalığı olan hasta salbutamol kullanmaktaydı. Nörolojik muayenesi yapılırken hasta Türkçe bilmediğinden tercüman aracılığıyla iletişim kuruldu. Bilinç açık, koopere, oryanteydi. Pupiller izokorik, direkt-indirekt ışık refleksi pozitif. Minimal ense sertliği mevcut; Kernig, Brudzinski negatifti. Sağ göz spontan içe deviye, sağda belirgin her iki gözde dışa bakış kısıtlılığı vardı. Sağ göz 20 cm'den parmak sayıyor, sol göz ışığı seçiyordu. Fundoskopik muayenede her iki gözde Frisén evre 4-5 papilödemle uyumlu olarak optik disk sınırları silik, optik diskten çıkan vasküler yapılar silinmiş saptandı ve hemorajik alanlar görüldü. Sağ nazolabial oluk silinmiş ve sağ göz sıkma zayıflamıştı. Taban derisi refleksi bilateral plantardı. MR venografide stanoz, oklüzyon izlenmedi. Kranial MR'da her iki optik sinirde tortuosite, prelaminar optik sinirin intraoküler protrüzyonu, parsiyel boş sella, perioptik subaraknoid aralıkta genişleme izlendi. Laboratuvar tetkiklerinde demir eksikliği anemisi ile uyumlu bulgular, D vitamini düşüklüğü dışında anlamlı patoloji saptanmadı. Parathormon ve A vitamini düzeyleri normal sınırlarda saptandı. Hastanın yapılan lomber ponksiyonunda açılış basıncı 60 cm su saptandı. BOS hücre sayımında 700 eritrosit görüldü. BOS biyokimyası normal sınırlarda saptandı. Hastaya kafa içi basınç artışı için manntiol ve asetazolamid tedavileri başlandı. Şikayetlerinin devam etmesi ve ilerleyici görme kaybı sebebiyle hastaya toplam 3 kez boşaltıcı LP yapıldı. Nöroşirurji ile birlikte değerlendirilerek hastaya bilateral optik sinir kılıfı fenestrasyonu

uygulandı. Operasyon sonrası tekrarlayan boşaltıcı LP'lere devam edildi. Hastanın görme bozukluğu yakınmalarında düzelme gözlemlendi. Sağ göz 1 metreden parmak seçebiliyor ve renkleri ayırt edebiliyordu. Sağ göz 20 cm'den hareket seçebiliyordu. Perimetri planlanan hasta takiplere gelmediği için tetkikleri tamamlanamadı.

Tartışma:

İdiyopatik intrakranyal hipertansiyon hastalarında medikal tedaviye dirençli ilerleyici görme kayıplarında cerrahi yöntemlere başvurmak, hastaların prognozu üzerine olumlu etkide bulunabilmektedir. BOS basıncının azaltılması amacıyla tekrarlayan LP'ler yapılması cerrahiye kadar geçen sürede zaman kazandırıcı olabilir. Hastamız bu özellikleri ve eşlik eden fasiyal paralizisi sebebiyle sunulmaya değer bulunmuştur.

EP-23 KRONİK TEKRARLAYICI İZOLE OPTİK NÖRİT: OLGU SUNUMU

F.BELGİN PETEK BALCI

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HASEKİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Özet:

Kronik tekrarlayıcı izole optik nörit; diğer demiyelinizan hastalıkların bulgu ve belirtileri olmaksızın kortikosteroide duyarlı optik nörit atakları ile seyrederek. Burada nadir görülmesi ve demonstratif olması nedeniyle bir olgu paylaşılmıştır.

66 yaşında kadın hasta. Ağrılı sol optik nörit atağı ile başvurdu. Öyküsünden 2 yıl önce başlayan ağrılı sağ optik nörit atağı nedeniyle pulse kortikosteroid + 1 mg/kg oral kortikosteroid tedavisi verildiği, hastanın 2 ayda düzeldiği öğrenildi. Kortikosteroid tedavi kesildikten 8 gün sonra sol optik nörit gelişen hastaya tekrar 1mg/kg dozda oral kortikosteroid verildiği ve görmesinin yaklaşık 1,5 ayda düzeldiği öğrenildi. Tedavi kesiminden 13 gün sonra sol optik nöritin tekrarladığı ve bu nedenle merkezimize başvurduğu öğrenildi. Yapılan biyokimyasal, bakteriyolojik, serolojik ve beyin omurilik sıvısı incelemelerinde özellik saptanmadı. NMO antikoru ve MOG antikoru negatif idi. Beyin MRI normaldi, Orbita MRI'da sol optik sinirde belirgin kontrastlanma mevcuttu, VEP bilateral P100 latansları uzundu. ACE düzeyleri, vaskülit testleri, paraneoplastik tetkikleri normaldi. Hastaya tekrar 1 mg/kg kortikosteroid tedavi başlandı. Görmesi düzeldikten sonra hasta yaklaşık 2 aydır düşük doz (4 mg/gün) kortikosteroid tedaviye devam etmektedir.

Tekrarlayan optik nörit atakları nedeniyle incelediğimiz olgu, ayırıcı tanıya giren diğer demiyelinizan, sistemik, vaskülitik, oküler, enfeksiyöz, paraneoplastik nedenler dışlandıktan sonra; hastaya verilen kortikosteroid tedavi ile düzelmiş olması nedeni ile kronik tekrarlayan izole optik nörit tanısı almıştır. Az sayıda benzer vaka sunumu mevcut olup, nadir görüldüğü için dikkat çekici olabileceği düşünülerek sunulmuştur.

EP-24 BİLATERAL İNTERNÜKLEER OFTALMOPLEJİ İLE GELEN İKİ OLGUDA KLİNİK VE AYIRICI TANI

BADE GÜLEÇ, MELİH TÜTÜNCÜ, SABAHATTİN SAİP

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA-CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ AD

Giriş ve Amaç:

İnternükleer oftalmopleji (İNO), lezyon tarafındaki gözde adduksiyon yetersizliği ve abduksiyon yapan karşı gözde dissosiyasyon nistagmus ile karakterize, medial longitudinal fasikül (MLF) hasarı sonucu ortaya çıkan bir durumdur. Bilateral olması en çok Multipl Skleroz (MS) varlığını düşündürürken, unilateral İNO genellikle MLF'in vasküler veya diğer etiyojilere bağlı hasarlanmasına işaret eder. Amacımız; bilateral internükleer oftalmopleji kliniği ile gelen iki olguda yaş, alta yatan hastalıklar ve semptomatolojinin yerleşme şeklinin ayırıcı tanı açısından katkısını, tedavi farklarını ve progresyonlarını tartışmaktır.

Olgular:

Olgu 1: 14 yaş kadın hasta, 2 hafta içinde artan baş ağrısı, gözlerinin arkasında ve göz hareketleriyle artan ağrı, sonrasında başlayan çift görme şikayetiyle polikliniğe başvurduğunda yapılan muayenesinde bilateral İNO saptanması üzerine eklenen kranial MR'da sağ periventriküler multipl T2-FLAIR hiperintens lezyonlar ve mezensefalon santralinde kontrast tutan T2-FLAIR hiperintens lezyon saptanarak MS ön tanısıyla İVMP başlanmış, tedavi ile şikayetleri tama yakın gerileyen hastaya yapılan lomber ponksiyonda OKB tip 2 olarak gelmiştir.

Olgu 2: 58 yaş kadın hasta, 5 yıl önce meme kanseri nedeniyle bilateral mastektomi ve kemoterapi-radyoterapi öyküsü mevcut, son kontrollerinde nüks saptanmamış. Bir hafta içinde önce sağ gözünde sonra sol gözünde pitozis ve çift görme şikayetiyle polikliniğe başvuran hastanın nörolojik muayenesinde bilateral vertikal bakış kısıtlılığı ve bilateral İNO saptanması üzerine çekilen kranial MR'da mezensefalon santralinde aquadukt önünde kistik natürde çepersel kontrastlanma gösteren lezyon saptanmış. Şikayetleri hızlı progresse olan hastanın lezyonu ön planda metastaz olarak değerlendirilerek radyoterapi planlanmıştır.

Tartışma ve Sonuç: İNO etiyojisinde en sık MS görülmeyle birlikte ayırıcı tanılar içinde bir çok toksik-metabolik, anatomik, nörodejeneratif, genetik, vasküler, paraneoplastik hastalıklar girmektedir. Bu semptomatoloji ile başvuran hastada iyi bir anamnez ile patolojinin olası etiyojisinin bulunması tedavi açısından önemli katkı sağlayacaktır.

EP-25 VESTİBÜLER VE OKÜLER SEMPTOMLARLA PREZENTE OLAN BİR NÖROSİFİLİZ OLGUSU

MURAT YILMAZ , ŞULE AYDIN TÜRKOĞLU , MERVE ÖNERLİ , SERPİL YILDIZ

ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:

Nörosifiliz, spiroketal bir bakteri olan Treponema pallidum ile oluşan merkezi sinir sisteminin bir enfeksiyonudur. Sifiliz vakaların yaklaşık % 7-9'unda semptomatik nörosifiliz geliştiği bildirilmektedir. Nörosifiliz tanısı için tek bir tanisal test ya da tipik klinik bulgu olmadığından, hekim tanısı klinik ve laboratuvar bulgularını birlikte değerlendirerek koyar.

Olgu:

Yaklaşık 2 aydır bulantı, dengesizlik ve aralıklı kusma şikayeti olan, birkaç haftadır şikayetlerine görme bozukluğu eklenen 61 yaşında erkek hasta polikliniğe başvurdu. Nörolojik muayenede ;geniş kaideli yürüme,tandem yürüyüş testinde beceriksizlik ve Romberg delili pozitifliği dışında anlamlı patoloji gözlenmedi. Göz dibi değerlendirmesinde bilateral papil ödem ve görme alanı testinde bilateral konantrik daralma izlendi. Kranial MR ve MR Venografi görüntülemelerinde sağ süperior serebral venöz trombus, triventriküler hidrosefali, bilateral optik sinir çevresindeki BOS mesafesinde artış saptanan hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla yatırıldı. Rutin biyokimya- vaskülit-paraneoplastik panel ve genetik trombofili paneli istenen hastanın VDRL(+) (17,5 n:0-0,99),TPHA (+), AST-ALT sınırda yüksek saptandı. Lomber ponksiyon(LP) incelemesinde, açılış basıncı 27,5 cm-H₂O, protein 935 mg/L (n:150-400) albümin > 500 mg/L (n: 100-300), glukoz<5 mg/dl (n:40-70 eş zamanlı kan şekeri 98 mg/dl), mm³ te 50 lökosit, BOS VDRL negatif (tedavi altında) olarak saptandı. Hastaya boşaltıcı LP yapıp 3*500 mg Asetozolamid ve 2*0,6cc Enoksaparin sodyum başlandı, enfeksiyon hastalıkları sifilize yönelik tedavi başladı.Tedavi sonrası şikayetlerinde gerileme olan hastanın fundus ve görme alanı muayenelerinde regresyon izlendi.

Tartışma:

Klinik tablo ile Nörosifilizden ender olarak şüphelenilmektedir. Nörosifiliz olguları, atipik görünümleri nedeniyle gözden kaçabilmektedir. Tedavi sonrası anlamlı klinik düzelme gözlenen bu olguyu sunarak, nörosifilizin vestibüler ve oküler semptomlar gibi atipik klinik semptomlarla prezentasyonuna dikkat çekmek istedik.

EP-26 KAVERNÖZ SİNÜS TROMBOZU İLE PREZENTE NÖROBEHÇET HASTASINDA GÖZ BULGULARI

ÖZGE TEMEL, SİBEL CANBAZ KABAY , MUSTAFA ÇETİNER

KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Giriş:

Behçet hastalığı, rekürren oral aftlar, genital ülserasyonlar ve üveit ile kendini gösteren, idiopatik, multi-sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Behçet hastalığının nörolojik tutulumu genellikle parankimal olmakla birlikte %20 ekstraparankimal tutulum görülebilmektedir. Olgumuz Behçet hastalığına sekonder gelişen kavernöz sinüs trombozu olup nadir görülmesi nedeniyle tartışmayı amaçladık.

Olgu:

43 yaş, kadın hasta. Bilinen Behçet hastalığı öyküsü olan hasta sağ hemikranial ve periorbital ağrı ve sağ göz kapağında düşüklük ile tarafımıza başvurdu. Nörolojik muayenesinde (NM) sağ gözde total pitozis ve sağ gözde total oftalmoplejisi mevcuttu. Tam kan ve biyokimyasal markerleri normaldi. Vaskülit markerleri ve enfeksiyöz belirteçleri negatifti. Kranial manyetik rezonans görüntüleme (MRG) her iki kavernöz sinüste enflamasyona sekonder kalınlık ve kontrast tutulumu saptandı. Aynı zamanda her iki tentoryum düzeyinde sağda daha belirgin, falks boyunca kontrastlanma ve internal karotid arterde komprese görünüm mevcuttu. Hastaya 5 gün IV metilprednizolon tedavisi uygulandı. Kendi isteğiyle taburcu olan ve takipten çıkan hasta 5 ay sonra sağ hemikranial ağrı, sola ve aşağı bakışta diplopi şikayetiyle tekrar başvurdu. NM'de sağ gözde parsiyel aşağı ve içe bakış paralizisi, sağ yüz yarısında trigeminal sinirin oftalmik ve maksiller dalı trasesinde hipoestezi saptandı. Kranial MRG'de kontrastlanmada artış izlendi. Hastaya varfarin tedavisi başlanarak siklofosamid tedavisine geçildi. Hastada klinik ve radyolojik olarak belirgin regresyon görüldü.

Tartışma:

Ağrılı oftalmopleji ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda diyabetik oftamoparezi, kavernöz sinüs trombozu, psödötümör orbita, menenjiom, lenfoma, sarkoidoz, arteria karotis interna anevrizması düşünülmesi gereken hastalıklardır. Olgumuzda klinik bulgular, nörogörüntüleme ve laboratuvar bulgularıyla birlikte Behçet hastalığına sekonder gelişen kavernöz sinüs trombozu düşünüldü.

Sonuç:

Ağrılı oftalmoparezi ile prezente rekürren kavernöz sinüs trombozu ve etyolojisinde yer alan nörobehçet hastalığının başarılı bir tedavi yönetimi ile remisyonu ve komplikasyonların önlenmesi mümkündür.

EP-27 OFTALMOPAREZİ İLE BAŞVURAN MULTİPLE KRANİYAL NÖROPATİ OLGULARINDA ETYOLOJİYE YÖNELİK KLİNİK DENEYİMİMİZ : 9 OLGU

GÜLHAN YILDIRIM , HATİCE VARLIBAŞ , HÜLYA ERTAŞOĞLU TOYDEMİR , VİLDAN YAYLA

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BAKIRKÖY DR. SADI KONUK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Giriş:

Oftalmoparezi (OP), ekstraokuler kasların güçsüzlüğüyle ortaya çıkan nörolojik bir tablodur. Etiyolojide, beyinsapı enfarkti/kanama, inflamatuvar/granulomatöz hastalıklar, vaskülitler, demiyelinizan hastalıklar, enfeksiyöz/post-infeksiyöz nedenler, karotiko-kavernöz fistül (KKF), tümörler, Wernicke-Korsakoff sendromu, miyastenia graves (MG), Guillain-Barre sendromu yer alabilir. Etiyolojideki çeşitliliği vurgulamak ve nadir görülen patolojilerden bahsedilmek amacı ile dokuz olgu sunulmuştur.

Olguların 3 tanesinde kontrastlı kraniyal MR anjiyografide KKF saptandı: OLGU 1, 83/E, sağ gözde total OP, OLGU 2, 84/K sol gözde total OP ve OLGU 3, 61/K, çift görme ve baş ağrısı yakınmalarıyla başvurdu. Endovasküler embolizasyon uygulandı. OLGU 4, 36/E, tip 1 DM, sol gözde total OP ile başvurdu, kraniyal MR'nda pansinüzit ve kavernöz sinüste inflamasyon izlendi. Hastanın paranasal sinüs örnekleminde mukormikozis saptandı. Antifungal tedavi altında sol internal karotis artere invazyon izlendi. OLGU 5, 41/E, sağ gözde total OP ve OLGU 6, 59/E, sol gözde parsiyel 3.ve 4. kraniyal sinir paralişi (KSP) ile başvurdu. Her iki hastada Borrelia IgG ve IgM pozitif saptandı, Westernblot tekniğiyle doğrulandı ve doksisiklin tedavisi başlandı. OLGU 5, alt kraniyal sinirlere progresyon göstererek kaybedildi. OLGU 6 düzelerle taburcu edildi. OLGU 7, 63/E, sol parsiyel 3.ve 4. KSP ile ve OLGU 8, 69/E, sağ gözde total OP ile başvurdu. EMG incelemelerinde OLGU 7'de anlamlı dekrement, OLGU 8'de ise jitter artışı saptandı. MG tanısıyla, asetilkolin esteraz inhibitörü ile takibe alındılar. OLGU 9, 40/K, bilateral 6. KSP, disfoni ile başvurdu. EMG incelemesinde motor ve duysal sinir iletileri kaydedilemedi, GBS tanısıyla plazmaferez tedavisi uygulandı.

Tartışma:

Oftalmoparezi olgularında etyolojik faktörler çok çeşitlidir. Etiyolojik faktörlere bağlı olarak morbidite ve mortalite de çok farklılıklar gösterir. Özellikle, mortalite ve morbiditesi yüksek bazı hastalıklarda görülebilen oftalmoparezilerde, altta yatan hastalığa yönelik, erken dönemde, ciddi tedavi yaklaşımları gerekir. Bu hastalıkların titizlikle incelenmesi ve ön planda düşünülmesi, erken tanı ve tedavi olanağı sağlayabilir.

EP-28 ANTİ-MOG OPTİK NÖRİT; KLEMASTİNE FUMARAT DENEYİMİ: OLGU SUNUMU

AYŞIN KISABAY AK¹, AYŞEGÜL ŞEYMA SARITAŞ¹, MELİKE BATUM¹, HATİCE MAVİOĞLU¹, NEŞE ÇELEBİSOY²

¹ *CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ AD*

² *EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ AD*

Giriş:

Anti-miyelin-oligodendrosit glikoprotein (MOG) antikoru ile ilişkili optik nörit, yeni bir optik nöropati olup; optik sinirde simultane ve retrobulber tutulum özelliğindedir. Yapılan çalışmalarda antihistaminik ilaç grubundan olan klemastin fumarat anti- MOG ilişkili optik nörit tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır.

Olgu:

Z. B , 35 yaşında bayan hasta, sağ gözde görme azalma nedeni ile kliniğimize başvurulan olgunun 15 gün önce sol gözünde de benzer yakınması mevcuttu. Öz geçmişinde 8 paket yıl sigara kullanımı olan olgunun, görme yakınmaları başlamadan bir hafta önce üst solunum yolu enfeksiyonu mevcuttu.

Başvuru sırasındaki nörolojik muayenesinde: Solda rölatif afferent pupil defekti mevcuttu. Görme keskinliği sağ göz 20/70 sol göz 20/50 , göz dibi bakısında bilateral grade 2 ile uyumlu papilödemi mevcuttu.

VEP incelemesinde: P 100 latans değerleri, sağda 162ms solda 164ms idi. Amplitüd değerleri güvenilir olmadığından değerlendirilmedi

Kranial MRG ve orbita MRG incelemesi normal sınırlarda idi.

Olgumuza 1 gr/ gün metilprednisolon (7 gün) tedavisi verildi. Oral steroid verilen olgumuzun tedavisine, steroidin azaltıldığı dönemde klemastin fumarat 2*1 eklendi.

Tedavi sonrası nörolojik muayenesi:

Solda rölatif afferent pupil defekti mevcuttu. Bilateral görme keskinliği tam; göz dibi bakısı normal sınırlarda idi.

Tedavi sonrası; VEP P100 latans değerleri sağda 148 ms, solda 146 ms idi. Tedavi öncesi ve sonrası VEP latans değerleri karşılaştırıldığında, normal sınırlarda dönmemele birlikte latanslarda kısalma olduğu görüldü.

Sonuç:

Yapılan çalışmalarda, Klemastin fumaratın, Anti- MOG ile ilişkili optik nörit tedavisinde yer almaya başlaması dikkati çekmekte olup, ön görme yolunda ve beyinde remiyelinizasyon kanıtları değerlendirilmiştir. Olgumuza ilaç başlandıktan sonra kliniği ve VEP incelemesi ile değerlendirilmiş ilaç ile ilgili farkındalık yaratılmak istenmiştir.

EP-29 CHARLEVOIX-SAGUENAY SENDROMLU BİR OLGUDA OFTALMOLOJİK BULGULAR

DİLCAN KOTAN¹, ZEYNEP ÖZÖZEN AYAS², NİLGÜN ÖZKAN AKSOY³, BURÇİN ÇAKIR⁴

¹SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ AD

²ESKİŞEHİR YUNUS EMRE DEVLET HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

³SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, GÖZ HASTALIKLARI AD

⁴SB SAKARYA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GÖZ HASTALIKLARI AD

Giriş:

Charlevoix-Saguenayın otozomal resesif spastik ataksisi (ARSACS) 13. kromozomun 12q bölgesindeki SACS geninde mutasyon nedeniyle oluşur. Burada progresif yürüme güçlüğü ile başvuru sonrası nadir bir ataksi türü olan Charlevoix-Saguenay sendromlu olgunun oftalmolojik bulguları tanımlanmıştır.

Olgu:

Kırkbir yaşındaki kadın hasta, çocukluk döneminde başlayan ve giderek ilerleyen ataksi ile Charlevoix-Saguenay tanısı aldı. Soygeçmişinde anne ve babasının 2 yönlü akrabalığı olan hastanın 35 yaşındaki kız kardeşinin de benzer kliniğe sahip olduğu öğrenildi. Muayenesinde sağ göz nötral pozisyonunda dışa deviye ve horizontal nistagmusu mevcuttu. Optik koherens tomografide (OKT) retina sinir lifi kalınlığının arttığı gözlemlendi. Motor muayenede bilateral üst ekstremitte distallerinde kas gücü 4-/5, alt ekstremitte distallerinde kas gücü 4+/5 idi. Tenar ve hipotenar kaslarda atrofi, kubbe damak ile pes planusun eşlik ettiği gözlemlendi. Gövde ataksisi, alt ekstremitte belirgin spastisitesi ve derin tendon reflekslerinde (DTR) kayıp saptandı. Elektrofizyolojik incelemede ağır sensoriomotor polinöropati tespit edildi. Beyin MR'da süperiyor vermiste daha belirgin, serebellar ve kortikal atrofi saptandı. Tüm ekzom dizileme analizi ile, bireyin SACS geninde c.1769_1770delCA mutasyonu homozigot olarak gözlemlendi.

Tartışma:

Charlevoix-Saguenay sendromunda klinik bulgular; en sık oftalmolojik bulgular ile seyreder, Nistagmus, bakış parezileri ve pursuit göz hareketlerinde yavaşlama saptanır. Olgumuzda da sağ gözde nötral pozisyonunda dışa deviasyon ve horizontal nistagmus mevcuttu ve OKT'de retinal sinir lif kalınlığı artışı saptandı. Son yıllarda bu artışın daha önce tanımlanan hipermyeline retinal liflerden çok, retinal sinir lif hipertrofinesine bağlı olduğu ve tanı ölçütlerinin revizyon gerekliliği vurgulanmıştır. Nörogörüntülemeye superior vermis, anterior loblarda ve servikal kordda atrofi ve ponsta lineer hipointensiteler tipik olarak görülür. Olgumuzda pons hipodensitesi gözlenirse de serebellum ve kord belirgin atrofik idi. Türkiye'den Charlevoix Saguenay ataksili sınırlı sayıda vaka tanımlanmıştır. Bu olguların ayrıntılı klinik ve oftalmolojik özelliklerinin tanımlanması önemlidir.

EP-30 MULTİPL SKLEROZ HASTALARINDA KOKU BOZUKLUĞU

ASLI AKSOY GÜNDOĞDU ², DİLCAN KOTAN ¹, AYŞE ÖZNUR AKIDİL ⁴, GÜRKAN KAYABAŞOĞLU ³, AYTUĞ ALTUNDAĞ ³

¹ SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ AD

² NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ AD

³ İSTANBUL CERRAHİ HASTANESİ, KULAK BURUN BOĞAZ BÖLÜMÜ

⁴ SB BAKIRKÖY SADİ KONUK HASTANESİ, KULAK BURUN BOĞAZ KLİNİĞİ

Amaç:

MS hastalarında %20-40 koku alma duyusunda bozulma bilinmektedir. Pratikte olfaktör bozuklukların sorgulanması ve muayenesi genellikle geri planda kalmaktadır. ‘Sniffin Sticks’, koku alma fonksiyonlarını hem kalitatif hem de kantitatif açıdan ölçebilen bir testtir. Bu çalışmada, MS hastalarındaki olfaktör fonksiyon bozukluklarının klinik parametreler ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçlanmıştır.

Yöntem:

Çalışmaya, S.B. Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi MS polikliniğimizden takipli, Revize-McDonald kriterlerine göre MS tanısı almış, atak döneminde olmayan ve son 1 ay içerisinde atak geçirmemiş, 18 yaş üstü, 30 (8 erkek, %26.7) MS hastası ve kontrol grubu 20 (7 erkek, %35) sağlıklı birey dahil edildi. Olfaktör fonksiyonlar “Sniffin” Sticks” koku bataryası ile değerlendirildi. Her 2 grup içinde koku ayırt etme, tanıma, eşik ölçümü testleri yapıldı ve toplanarak toplam koku skoru (TKS) elde edildi. İstatistiksel olarak $p<0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Koku eşik ve koku tanıma skorları MS hastalarında kontrol grubuna kıyasla anlamlı farklılık göstermekteydi ($p<0.05$). Koku ayırt etme ve TKS skorları için her iki grup arasında anlamlı farklılık yoktu ($p>0.05$). MS alt tipleri sınıflandırıldığında progresif seyirli hastaların koku tanıma ve TKS skorlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (sırasıyla $p=0.03$ ve $p=0.016$). Lezyon dağılımında; temporal bölge plakları ile koku eşik skoru istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.03$). MS hastalarında Sniffin” Sticks testinin tanıma ve özellikle ayırt etme skorları yaş ilerledikçe bozulmaktaydı.

Tartışma:

Çalışmamız MS olgularında koku fonksiyonlarının kısmen etkilendiğini, bu etkilenmenin hastalık şiddeti ile ilişkili olmadığını ortaya koymuştur.

Literatürde lezyon dağılımı ile olfaktör defisit korele olduğunu gösteren çalışmalar olmakla beraber sonuçlarımızda sadece temporal lezyonlu olgularda iki koku parametresinin etkilendiği görülmüştür.

MS koku bozukluğunun ilişkisini açıklamaya yönelik daha geniş serilerde gözlem çalışmalarına ihtiyaç olduğu kanatındeyiz.

EP-31 KAVERNÖZ SİNÜS MENENJIOMLU ÜÇ OLGU

GÖZDE NUR DOĞAN

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:

İzole veya kombine okulomotor sinir felçlerinin başlıca sebepleri bu sinirlerin nukleer, fasiküler, radiküler (subaraknoid alanda), kavernöz sinüs , fissura orbitalis superiorda veya orbitada etkilenmesine bağlı olarak gelişebilmektedir. Parsiyel okulomotor sinir hasarı bulguları ile başvuran üç olgumuzda da etiolojide saptanan kavernöz sinüs menenjiomu literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Olgu1:

60 yaşında erkek hasta acil servisimize iki gündür olan çift görme yakınması ile başvurdu. Nörolojik muayenesinde sağda pitozis, sağda yukarı ve içe bakış kısıtlılığı mevcuttu. Özgeçmişinde sigara öyküsü ve diyabetes mellitus dışında hastalık yoktu. Çekilen beyin BT ve difüzyon MR' ında akut patoloji saptanamayan hasta kliniğimize yatırıldı. Hastanın laboratuvar incelemesinde patoloji saptanmadı. Ach Reseptör antikoru ve miyastenia graves açısından yapılan EMG' si normal saptandı. Kontrastlı kraniyal-orbital MR ve MR anjiyografisinde kavernöz sinüsden sağda superior orbital fissüre uzanım gösteren menenjiom ile uyumlu kitle lezyonu saptandı. Beyin cerrahisi tarafından dekort başlanarak poliklinik kontrolü önerilen hasta 1 ay sonra beyin cerrahisi tarafından opere edildi.

Olgu2:

38 yaşında erkek hasta.1 hafta önce başlayan sağ göz etrafında ağrı uyuma ve 5 gündür olan çift görme yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Nörolojik muayenesinde sağda pitozis, sağda yukarı, aşağı ve içe bakış kısıtlılığı mevcuttu Özgeçmişinde sigara dışında özellik yoktu. Laboratuvar incelemesi normal, Ach R ak' u negatif, EMG' si normal olan hastanın çekilen kontrastlı kraniyal-orbital MR ve MR anjiyografisinde kavernöz sinüs posteriorunda asimetrik yumuşak doku kalınlaşması ve kontrastlanması saptanarak Tolosa-Hunt olarak yorumlandı. Hastanın otoantikörleri, serum ACE düzeyi ve nazofarings bakısı normaldi.3 gün pulse streoid tedavisi sonrası oral streoid tedavisi başlanan hastanın bakış parezilerinde düzelme izlendi. Taibinin 2. ayında sağ göz etrafında ağrı ve sağ göz kapağında düşüklük gelişmesi üzerine hasta tekrar kliniğimize yatırıldı. Hastanın sağ periorbital ve sağ maxiller alanda hipoaljezisi ve pitozisi ve sağda ılımlı içe ve yukarı bakış kısıtlılığı mevcuttu. Görüntülemeleri tekrarlanan hastada sağda kavernöz sinüs posteriorunda kontrastlanma paterni olarak menenjiom-schwannom ön planda düşünüldü. Beyin Cerrahisi ile konsülte edilen hastaya operasyon önerildi. Bu dönemde streoid başlanarak taburcu edildi.

Olgu3:

55 yaşında bayan hasta. 1 haftadır olan sol göz kapağında düşme ve çift görme yakınması ile servisimize yatırıldı. Daha önce iki kez farklı zamanlarda bir gün süren benzer yakınmaları olduğunu bildiren hastanın nörolojik muayenesinde solda pitozis ve aşağı, yukarı ve içe bakış kısıtlılığı mevcuttu. Özgeçmişinde graves hastalığı ve romatoid artrit vardı. Hastanın labaratuvar incelemesinde tsh, anti T, anti M yüksek, T3,T4 düşük, Ach R ak negatif, serum ACE, otoantikörler negatif saptandı. EMG' si normal olan hastanın çekilen kontrastlı kraniyal MR' ında sol kavernöz sinüse invaze, suprasellar sisterna orta hat soluna uzanan ve sağ foramen magnum düzeyinde ekstraaksiyel menenejiomlar saptandı. Hasta beyin cerrahisine nakil verildi.

Tartışma:

Kavernöz sinüs lezyonları, kliniği ve menenjiomları literatür eşliğinde tartışılmıştır.

EP-32 PSÖDOTÜMÖR SEREBRİ SENDROMU TANISI KONAN HASTALARIN KLİNİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

LEYLA MASİMOVA, MERVE AŞIKOVALI , AYŞE DESTİNA YALÇIN

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ÜMRANIYE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Psödötümör serebri sendromu (PTSS) ventrikülomegali, intrakraniyal tümör veya kitle olmaksızın intrakraniyal basıncın (İKB) arttığı bir sendromdur. Bu çalışmada kliniğimizde PTSS tanısı ile takip edilen 13 hastanın yaş, cinsiyet dağılımı, semptomları, kraniyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulguları, etiyojileri ve tedavileri tartışılmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışmada Ocak 2017 ile Aralık 2018 tarihleri arasında Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği'nde PTSS tanısı ile takip edilen 13 hasta gözden geçirildi. PTSS tanısı için revize edilmiş modifiye Dandy kriterleri kullanıldı.

Bulgular:

Olguların 12'si (%92,4) kadın, 1'i (%7,6) erkek cinsiyeteydi. Olguların 9'ünde (%69,2) baş ağrısı, 6'ında (%46,1) bulanık görme, 3'ünde (%23) diplopi, 1'inde (%7,6) yüzde uyuşma, 1'inde (%7,6) vertigo, 1'inde (%7,6) 6. kranyal sinir tutulumu vardı. Dokuz hastada (%69,2) obezite, 2 hastada (%15,3) gebelik ve 1 hastada (%7,6) Behçet hastalığı mevcuttu. Hiçbir hastanın MRG'de intrakraniyal hipertansiyonu açıklayacak sebep saptanmadı.

Sonuç:

PTSS uzun yıllar önce tanımlanmış bir hastalık olmasına rağmen fizyopatolojisi ve kesin tedavisi hala netleşmemiştir. Tedavide en önemli amaç görme kaybının önlenmesi ve semptomların giderilmesidir.

EP-33 BİR OLGU NEDENİYLE CRION HASTALIĞI:

LEYLA MASİMOVA, NURGÜL GÜRGEN , AYŞE DESTİNA YALÇIN

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ÜMRANIYE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Özet:

Kronik rekürrens inflamatuvar optik nöropati (CRION) ,tekrarlayan optik nörit atakları ile seyreden, relapslar ve remisyonlarla giden 2003 de tanımlanmış nadir bir inflamatuvar nörit türüdür. Olgumuz daha önceki yıllarda aralıklarda üç kez hep sağda belirgin bilateral optik nörit atakları geçirmiş ve NMO düşünülüp tedavi edilmiş bir süre önce tedavisi kesilmiş 47 yaşında bir erkek hastaydı. Hastanemize sağda belirgin bilateral görme kaybı ile başvurdu. Hastamızın yapılan kraniyal MR da MS kriterini doldurmayan birkaç adet nonspesifik lezyon görülürken spinal incelemesi normal bulundu. Olgumuzun ayırıcı tanısında; olası demiyelinizan, oküler, enfeksiyöz ve sistemik nedenler uygun laboratuvar yöntemler ve klinik konsültasyonlarla dışlandıktan sonra CRION düşünülerek intravenöz yüksek doz kortikosteroid tedavisi başlandı ve tedaviden ileri ölçüde yararlandığı görülerek sunuma uygun bulunmuştur.

EP-34 ANTERİÖR İNFERİÖR SEREBELLAR ARTER İNFARKTI: OLGU SERİSİ

NURCAN AKBULUT¹, KORAY KOÇOĞLU², GÜNAY KIRKIM³, YASEMİN ATAMAN KARAKAPTAN², GÜLDEN AKDAL¹

¹ DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ AD

² DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, SİNİRBİLİMLER AD

³ DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KULAK BURUN BOĞAZ HASTALIKLARI AD

Amaç:

Anterior inferior serebellar arter (AICA) infarktı tanısı almış hastaların etyoloji, nöro-otolojik, nöro-oftalmolojik ve klinik bulguları yönünden değerlendirilmesi.

Meteryal ve metod:

Dokuz Eylül Üniversitesi Denge polikliniğinde değerlendirilen AICA tanılı 8 hastanın verileri incelenmiştir.

Bulgular:

Toplam 8 (6E, 2K) hastanın yaş ortalaması 61.3 yıl (yaş aralığı 27-83) olarak saptandı. Hastaların akut vestibüler sendrom tablosu ile başvurduğu dönemde, 5'i dengesizlik ve işitme kaybı yakınması ile değerlendirilip AICA infarktı tanısı aldı. En yaygın risk faktörü hipertansiyondu (n=6), 1 hastada kardiyembolizm ve 1 hastada travma sonrası diseksiyon saptandı. Akut dönemde değerlendirilen 4 hastada periferik vestibüler etkilenmeyi gösteren, diseksiyona bağlı bilateral AICA infarktı olan hastada ise santral vestibüler özellikli nistagmus saptandı. İki hastada klinik baş çevirme testi (head impulse test) pozitif, 4 hastada ise klinik ve video head impulse test pozitif olarak saptandı. Diseksiyonu olan hastada ise klinik ve video head impulse test uygulanmadı. Kranial manyetik rezonans görüntüleme AICA sulama alanında difüzyon kısıtlılığı saptandı; anjiyografik görüntüleme ise 3 hastada vertebral arter oklüzyonu, 2 hastada vertebral arter hipoplazisi, 1 hastada vertebral diseksiyon, 1 hastada arka sistemde parsiyel trombüs saptanmıştı ve 1 hastada arka sistem damar patolojisi mevcut değildi.

Sonuç: Akut vestibüler sendrom ile başvuran hastalarda baş dönmesi, bulantı kusma ön planda olduğu için hastalar eşlik eden işitme kaybının farkında olmayabilir, nöroloji hekimleri de işitme kaybı olup olmadığını sorma alışkanlığına sahip değildir. Özellikle risk faktörü olan kişilerde izole işitme kayıplarının uç dal iskemisine de bağlı olabileceği düşünülerek uygun tedavi verilmelidir.

EP-35 SEREBRAL VENÖZ TROMBOZ OLGULARINDA GÖZDEN KAÇMAMASI GEREKEN BULGU: PAPİL ÖDEM

DİDEM ÇELİK, FAZİLET KARADEMİR , NİLÜFER KALE İÇEN

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç:

Serebral venöz tromboz (SVT) tanısı alan hastalarda papil ödem varlığını araştırmak ve papil ödem tedavisi alan hastaların taburculuk sonrası görme yetilerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi nöroloji kliniğinde Şubat 2017- Ocak 2019 tarihleri arasında SVT tanısı alan hastaların fundoskopik muayeneleri yapılarak papil ödem sıklığı gözlemlenmiştir.

Bulgular :

SVT tanılı 10 'u kadın toplam 14 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 55,4 idi (değişim aralığı: 29-74). Hastaların geliş şikayetleri baş ağrısı (en sık), görme bulanıklığı, nöbet , duysal afaziydi. Alta yatan nedenler gebelik ve lohusalık, herediter trombofili, Behçet hastalığı, mastoidit olarak gözlemlendi. En sık tutulan sinüs transvers sinüs idi. Yapılan göz dibi incelemesinde 14 hastanın 10 unda (%71,4) papil ödem varlığı tespit edilmiştir. Papil ödem saptanan hastalara 0,5-2 g/kg mannitol 6 saat aralıklarla başlanmış, üç gün içerisinde de azaltılıp kesilmiştir. Hastaların tamamı -biri heparinize edilerek diğerleri düşük molekül ağırlıklı heparinle birlikte- varfarinle tedavi edilmiştir. Papil ödem saptanan hastaların hiçbirinde tedavi sonrasında görme yetisinde kayıp gözlenmemiştir. Hastaların taburcu edildikleri sırada Modifiye Rankin Skala skorlarının 2 ya da altında olduğu görülmüştür.

Sonuç:

Papil ödem tedavi edildiğinde sekel bırakmayan kafa içi basınç artışı sendromu bulgusudur. Bu çalışmada nöroloji servisinde takip ettiğimiz SVT tanılı hastaların % 71,4 ünde papil ödem saptanmıştır. Çoğunlukla genç popülasyonda ortaya çıkan SVT olgularında papil ödem gelişimi açısından dikkatli olmak ve papil ödem saptanan hastalara anti-ödem tedavi vermek; sonrasında yaşanması muhtemel görme yetisi kaybının engellenmesinde son derece önemlidir.

EP-36 KORTİKAL KÖRLÜK AYIRICI TANISINDA AKILDA TUTULMASI GEREKEN HASTALIK: CREUTZFELDT-JAKOB HASTALIĞI (CJH) HAİDENHÄINT VARYANTI

SEBATİYE ERDOĞAN , DİDEM ÇELİK , NİLÜFER KALE İÇEN

SAGLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Özet:

Sporadik CJHnin klinik bulguları progresif demans, myoklonus, ataksi ve görsel semptomlardan oluşurken, Heidenhaint varyantında görsel semptomlar diğer semptomlardan haftalar önce başlangıç bulgusu olarak ortaya çıkar. Biz bu olguda öncesinde birden fazla göz hastalıkları polikliniğine görme kaybı yakınması ile başvuran , görme kaybindan haftalar sonra ataksi, dizatri ve myoklonik atımlar olması üzerine tarafımıza yönlendirilen muhtemel CJH tanılı bir hastayı paylaşmayı amaçladık.

Olgu:

63 yaşında kadın hasta ,haftalar içerisinde ilerleyici görme kaybı yakınması ile başvurdu. Özgeçmişinde HT dışında özellik yoktu. Amlodipin 5 mg 1*1 dışında ilaç kullanımı yoktu. Hikayesinde 1 ay önce başlayan her iki gözde perde iner şekilde bulanık görme son bir haftada giderek artmış ve hasta hiç görmemeye başlamış. Son 2 gündür hastanın konuşmasında ağırlaşma , yürürken dengesini sağlayamama ve hastaya dokunulduğunda sıçrama- ajite olma hali gelişmiş. Hastanın bir ay içerisinde 3 kez farklı sağlık kuruluşlarının göz hastalıkları bölümüne görme kaybı nedeniyle başvurusu olmuş. Yapılan göz dibi ve OCT incelemesinde patoloji saptanmamış. Hastanın son 2 gündür şikayetlerine konuşma güçlüğü ve denge kaybının eklenmesi nedeniyle acil servisten inme ön tanısıyla tarafımıza danışıldı. Hastanın nörolojik muayenesinde taraf vermeyen ataksi, dizatri, el ve ayaklarda duysal uyararla tetiklenen myoklonik atımlar mevcuttu. Her iki Babinski bulgusu pozitif. Göz dibi incelemesinde özellik yoktu. Vitalleri ve metabolik değerleri düzenli olan hastanın Beyin BT sinde akut patoloji gözlenmedi. Çekilen Diffüzyon MRI da her iki caudat nukleus ve occipital kortekste diffüzyon kısıtlaması gözlenen hasta CJH ön tanısıyla servise yatırıldı. Çekilen EEG de tüm derivasyonlarda yaygın 5-6 Hz frekansında teta dalga aktivitesi gözlendi. Yapılan lomber ponksiyon incelemesinde BOS ta hücre gözlenmedi ,BOS biyokimyası normal sınırlardaydı . Dış laboratuvara gönderilen 14.3.3 proteini taburculuk sonrası poliklinik kontrolünde pozitif gözlendi. Servis takibinde oral alımı azalan hastaya nazogastrik sonda ile beslenme sağlandı. 10 günlük servis takibi süresince ataksi nedeniyle mobilizasyonu tamamen kısıtlanan hastanın yakınlarına bakım ve beslenme öğretilerek hasta taburcu edildi. Taburculuğunun 61. Gününde hasta aspirasyon pnömonisi nedeniyle kaybedildi.

Sonuç:

Olgumuzda CJD nin tipik belirtileri olan kognitif yetmezlik, ataksi, myoklonik atımlar, görme bulanıklığı ve görme kaybından sonra gelişmiş olup hastanın üç farklı göz merkezinde tetkik edilmesine neden olmuştur. Ani gelişen görme kayıplarında göz dibi incelemesi doğal , hastanın takiplerinde ataksi, myokloni, kognitif yetmezlik ve akinetik mutizm eşlik ediyorsa yapılan görüntülemelerden Diffüzyon MRI da bazal ganglion ve parietooccipital kortekste simetrik diffüzyon kısıtlaması görülüyorsa akla kortikal körlük nedenlerinden biri olan CJH gelmelidir.

EP-37 ALT KRANIAL SİNİR TUTULUMU İLE BAŞVURAN KOMPLİKE MALİGN EKSTERNAL OTİTİS MEDİA: OLGU SUNUMU

ÇAĞLA ŞİŞMAN ŞAHİN

İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Özet:

Malign Ekstrenal Otitis Media (MEOM) nadir görülen dış kulak yolundan başlayıp temporal kemiğin etkileyen bu bölgenin invazif enfeksiyonlarıdır. Kafa tabanı osteomyeliti bu klinik durumun hayatı tehdit eden önemli bir komplikasyonudur. Sıklıkla Pseudomonas enfeksiyonuna sekonder, yaşlı diyabetik hastalarda görülür. Enfeksiyon kafa tabanına yayıldığında kemik erozyonu ve yumuşak dokuda granulom ve abselere neden olmaktadır. Sinirlerin ve çıktıkları ilgili kanalların çevresindeki enflamasyon dokusunun baskısına bağlı sekonder olarak kranial sinir paralizileri görülebilmektedir. Klinik olarak hastalarda en sık unilateral fasial paralizi, işitme kaybı daha az oranda da alt kranial sinir tutulumları görülür. Kafa tabanı osteomyeliti uzun süreli ve agresif tedavi gerektiren, hızlı ilerleyen bir tablodur ve uygun tedavi uygulanmazsa menenjit, beyin apseleri ve ölüme neden olabilir. Bu yazıda alt kranial sinir tutulumu ile başvuran malign otitis media sonrası kafa tabanı osteomyeliti gelişen olguyu sunmak ve bu nadir klinik duruma dikkat çekmek istedik.

64 yaşında diyabetik kadın hasta kliniğimize progresif yutma ve konuşma güçlüğü, yüz sağ yarımında ağrı, işitme azlığı nedeniyle başvurdu. Hastanın 6 ay önce pseudomonasa bağlı malign otitis media öyküsü mevcuttu. Hastanın muayenesinde disfoni, yumuşak damakta düşüklük, uvulada sola deviasyon, disfaji, azalmış öğürme refleksi ve sternokleiomastoid ve trapez kaslarında güç kaybı izlendi. Hastanın otoskopik muayenesinde anlamlı özellik saptanmadı. Laboratuvar değerlerinde beyaz küresi 16.000, CRP 188 saptandı. Hastanın yapılan magnetik rezonans görüntülemelerindeki bulgular eksternal otit komplikasyonlarına ait bulgular eşlik eden osteomyelit ve dural enflamatuvar kalınlaşma lehine değerlendirildi. Kulaktan alınan kültürlerinde Pseudomonas üreyen hastada pseudomonasa bağlı kafa tabanı osteomyeliti düşünüldü. KBB tarafından cerrahi müdahaleye gerek görülmedi. Hastanın antimikrobiyal tedavisi enfeksiyon tarafından düzenlendi.

Malign Ekstrenal Otitis Media ve kafa tabanı osteomyeliti nadir görülen ancak hızlı tanı ve tedavi gerektiren bir durumdur. Tanı ve tedavide gecikme mortalite riskini arttırdığından özellikle diyabetik hastalarda geçirilmiş kulak enfeksiyonu öyküsü ve alt kranial sinir tutulumu görüldüğünde hızla akla getirilmeli ve uygun antimikrobiyal tedavi uygun süre ve dozda verilmelidir.

EP-38 OPTİK NÖROPATİ ETİYOLOJİSİNDE NADİR BİR NEDEN OLARAK KANSER TEDAVİSİNDE RADYOTERAPİ

ELİF DEMİR¹, ŞENAY AŞIK NACAROĞLU², ELİF SÖYLEMEZ¹, SEBATİYE ERDOĞAN¹, NİLÜFER KALE İÇEN¹

¹ TC SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BAĞCILAR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

² TC SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BAĞCILAR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, GÖZ KLİNİĞİ

Giriş:

Radyasyon recall, daha önce radyoterapi(RT) almış bölgede, kemoterapi(KT) veya diğer ilaçların uygulanmasıyla ortaya çıkan akut inflamatuvar reaksiyonla karakterizedir. İskemik inme ile başvuran akciğer adenokanseri tanılı olguda optik sinir radyasyon recall sunulmuştur.

Olgu:

Evre 4 akciğer adenokanseri tanılı 58 yaşında kadın, sağda güçsüzlük, gözleri bir noktaya dikme, iletişimsizlikle acilimize başvurdu. Muayenede genel durum orta, uykuya meyilli, bilateral görme yok, DIIR-/-, sağ NLS silik, sağda kas gücü 4/5'ti. Beyin BT'de akut hemoraji yoktu. Difüzyon MR'de sol ACA alanında akut enfarkt saptandı. Pnömoni tablosuyla antibiyoterapi başlandı. EKG sinüs ritmi, TTE'da özellik saptanmadı. BTA'da sol ICA'da %60 darlık izlendi. Antiagregan ile izlenmesine karar verildi. RT'nin ardından aldığı pemetreksed tedavisinin 5. küründen 1 hafta sonra, santralden başlayarak görme gittikçe bozulmuş, yaklaşık 1 hafta içinde ağrısız total görme kaybı gelişmiş. Bilateral regresyon fazında papil ödem izlenmiş, maküler inceleme normal bulunmuş. Kontrastlı MR'de optik sinirlerde diffuz ödem ve prekiyazmatik bilateral kontrastlanma izlenmiş. Yatınsındaysa; ışık hissi yok, pupiller fiks dilate, IR-/-, fundus bilateral soluk, hafif ödemli optik disk, santral körlük düşünüldü. VEP'de bilateral yanıt yoktu. Vaskülitik belirteçler, enfeksiyon testleri, paraneoplastik panel negatifti. Difüzyon MR'de sağ frontalde kortikal hafif hiperintensite olup, prionu dışlamak ve optik nöropati ayırıcı tanısı için LP planlandı. BOS basıncı, rengi, biyokimyası normaldi. Mikroskopik incelemede hücre izlenmedi, kültürde üreme olmadı. Protein 14.3.3 2.6 ng/dl (referans değer ≤2) idi. Tekrarlayan EEG'lerde her iki parietookspitalde hafif-orta derecede biyoelektrik aksama dışında özellik saptanmadı. Görme kaybının başlangıç zamanı, şekli, göz bulguları, MR ve VEP incelemeleri, optik sinirin radyasyon recall yanıtını düşündürmekteydi.

Sonuç:

Paklitakselin toksik optik nöropati yaptığına ilişkin yayınlar vardır. Ayrıca EGFR mutasyonlu akciğer adenokanserli hastada pemetreksed ilişkili optik sinir radyasyon recall bildirilmiştir. İskemik inmeyle başvuran, subakut görme kayıplı olgumuzda yaptığımız incelemeler sonucunda optik sinir radyasyon recall düşünmekteyiz.

EP-39 OFTALMOPELJİ İLE PREZENTE OLAN MUKORMİKOZİS OLGUSU

UFUK EMRE ¹, BANU ARAL ¹, ZEYNEP SELCEN DARICI ¹, ÇAĞLA ŞİŞMAN ¹, AHMET VOLKAN SÜNTER ²

¹İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

²İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, KULAK BURUN BOĞAZ KLİNİĞİ

Giriş:

Mukormikozis sino-orbito-serebral bölgeyi tutan nadir bir fungal enfeksiyondur. Özellikle immunsuprese ya da diyabetik hastaların etkilendiği bu klinik durum erken tanı ya da tedavi edilmezse mortal seyredebilir. Komşuluk yolu ile kavernoöz sinüs, orbital apekse yayılım görülebilir. Klinikte ağırlı oftalmopareziden multiple kranial sinir tutulumuna kadar değişen bulgular gözlenebilir. Bu yazıda şiddetli baş ağrısı ve çift görme şikayeti ile başvuran yapılan ilk değerlendirmesinde abducens paralizisi saptanan, günler içinde üçüncü, yedinci kranial sinirlerin etkilendiği ve mukormikozis tanısı konulan olguyu sunmak, bu nadir kötü gidişli klinik tabloya dikkat çekmek istedik.

Olgu Sunumu:

52 yaşında kadın hasta şiddetli baş ağrısı ve çift görme şikayeti ile acil servise başvuruyor. Yapılan ilk değerlendirmesinde sol abducens paralizisi saptanan hastanın kranial görüntülemelerinde özellik saptanmıyor. Hastanın sol abducens paralizisi tanısıyla kliniğimize yatışı yapılıyor. Öz geçmişinde kronik böbrek yetmezliği ve diyabet öyküsü olan hastanın takibi sırasında günler içinde 3. Kranial sinir paralizisi gelişti. Oftalmoparezi etyolojine yönelik, kontrastlı inceleme yapılmayan hastaya lomber ponksiyon yapıldı. BOS incelemesinde 50 lökosit saptanan hastanın başvurusundan 1 gün sonra fasial paralizisi gelişmesi üzerine KBB tarafından tekrar değerlendirilen hastanın muayenesinde sol nazal kavitede yoğun pürülan akıntı ve orta konkada nekrotik dokular saptandı. Mukormikozis tanısı ile antifungal tedavi ile cerrahi tedavi uygulanan hasta başvurusundan yaklaşık 20 gün sonra exitus oldu.

Sonuç:

Ağırlı oftalmoparezi nedeni ile değerlendirilen özellikle diyabetus mellitusu olan hastalarda mukormikozis ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Hastaların klinik takipleri sırasında otolarengeal muayene mutlaka yapılmalıdır.

EP-40 İDİOPATİK ORBİTAL APEX SENDROMU

YASEMİN KARAKAPTAN ATAMAN¹, RAHİMİ TÜMAY ALA², GÜLDEN AKDAL², GÖRSEV YENER¹

¹ DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ AD

² DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, SİNİR BİLİMLERİ AD

Özet:

Orbital apex sendromu; optik kanal ve çevresinde inflamatuvar, infeksiyöz, neoplastik, travmatik, vasküler ve iatrojenik nedenlere bağlı olarak 2,3,4 ve 6. kranial sinirlerin ve bazen 5. kranial sinirin oftalmik dalının tutulumu ile belirlenir. Tedavi altta yatan nedene yöneliktir. Kitlesel lezyonlarda ise biyopsi tanıya katkı sağlayabilir. Ayırıcı tanıda; süperior orbital fissür sendromundan ,optik sinir disfonksiyonu ile, kavernöz sinüs sendromundan ise 5. kranial sinirin maxiller dalının tutulumuyla ayırd edilebilir.

OLGU:

48 yaşında erkek hasta, özgeçmişinde hipertansiyon haricinde hastalık bulunmayan hasta sağ gözde çift görme ve ağrı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Muayenesinde sağ göz propitotik, kemotik, egzoftalmik, göz hareketlerinde içe, dışa ve yukarı kısıtlılık, Görme Keskinliği: 5/10,9/10 , renkli görme:1/21,21/21 olarak saptandı. göz dibinde:sağ optik disk nazal sınırı silik görüldü. Nöroloji servisi yatışı yapılan hastanın rutin laboratuvar testlerinde patoloji saptanmadı, tiroid fonksiyon testleri, tiroid otoantikörleri, sedim, crp, immünolojik testleri normal sınırlarda saptandı. BOS proteini 60 mg/dl olarak saptanırken BOS'ta hücre görülmedi. BOS kültürleri ve BOS'ta EBV, CMV, HSV, Sifiliz, Adenovirüs, TBC negatif saptandı. VEpte sağ gözde görsel ilei defekti saptandı. Beyin MRG ve Nöro BTAda patoloji saptanmadı. Orbital MRGde optik sinir kılıfı ödemli görünümde görüldü ve orbital apex bölgesinde ,optik sinir çevresinde kontrast tutulumu gözlemlendi. Kemik yapı ve sinüsler salim olup destrüktif lezyon görülmedi. İdiopatik inflamatuvar orbital apex sendromu düşünülen hastaya pulse steroid tedavisi 1g/gün başlandı. 3. günde renkli görme ve lateral bakış kısıtlılığı haricinde şikayeti kalmayan hastanın 5. güne tama yakın düzelmesi oldu. Hasta PO idame metilprednisolon tedavisi ile taburcu edildi. 6. ayda kontrol MRG planlandı.

Nöroloji kliniğinde, orbital apex sendromunun nadir görülmesi nedeniyle olgumuz sunulmaya değer bulundu.

EP-41 GÖRME KAYBI AYIRICI TANISINDA ATİPİK BİR NEDEN OLARAK NÖRORETİNİT; OLGU SUNUMU VE LİTERATÜR TARTIŞMASI

FAZİLET KARADEMİR ¹, ŞENAY AŞIK NACAROĞLU ², ELİF SÖYLEMEZ ¹, NİLÜFER KALE İÇEN ¹

¹ BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

² BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GÖZ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

Amaç:

Görme kaybı etyolojisi çok geniş bir hastalık spektrumunu içermektedir. Genç hastalarda sıklıkla tipik optik nörit klasik görme kaybı olmakla beraber atipik klinik özellikler hastalarda sorgulanarak ayırıcı tanılar dışlanmalıdır. Özellikle infeksiyöz süreçler (nöroretinit) antibiyoterapi ile kliniğinin tam olarak düzelebildiği bir hastalık grubu olup, ivedilikle doğru tanı ve tedavi gerekmektedir.

Olgu sunumu:

Bu vaka ile görme kaybı şikayeti ile başvurup nöroretinit tanı alan bir hastaya tanı ve tedavi yaklaşımları tartışılmaktadır.

Olgu Sunumu: 54 yaşında erkek hasta 4 gün önce ani gelişen ağrısız sağ gözde görme kaybı nedeni ile nöroloji polikliniğine başvurdu. Hastanın nörolojik muayenesinde, 1 metreden parmak sayamadığı gözlendi. Göz dibi muayenesinde sağ gözde ödem, makulada yıldız görünümü ve retinal hemoraji saptandı. Kontrastlı Beyin ve Orbita MR normal bulundu. Kedi ile temas öyküsü bulunan hastadan kanda ve göz ön kamarasından Bartonella henselae IgG/IgM antikorları gönderildi. Hastaya doksisisiklin, gentamisin ve seftriakson başlandı. Antibiyotik tedavisinden bir hafta sonra 1 mg / kg steroid tedavisi başlandı. Tedavi sonrası kontrolünde, optik diskinde ödem ve eleve alanın azaldığı, sağ gözünde vizyonda kısmi düzelme geliştiği görüldü (VA OD 0.1, OS 1).

Tartışma:

Görme kayıpları hastaların yaşam kalitesini etkileyerek dizabiliteye neden olmaktadır. Hastalarda geniş hastalık spektrumları (idiopatik ON, MS, NMO, İskemik ON, toksik ve infeksiyöz) değerlendirmek ve doğru tanı ile hastalığa uygun tedavi başlamak morbiditeyi azaltacaktır. Özellikle infeksiyöz süreçler atipik olgularda göz önünde tutulmalıdır.

EP-42 İDİYOPATİK İNTRAKRANİYAL HİPERTANSİYONDA OKÜLER VEMP TESTİ

FERAY GÜLEÇ , ROZA UÇAR

SBÜ İZMİR TEPECİK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Özet:

İdiyopatik İntrakranial Hipertansiyon (İİH) kafa içi basınç artışı belirti ve bulgularının BOS içeriği normal ve altta yatan bir başka neden yokken ortaya çıktığı bir tablodur. Hastalığın izleminde, tedavi seçeneklerinin belirlenip, seçilen tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde sınırlı sayıda araç bulunur. Oküler vestibüler evoked myojenik potansiyel testi (oVEMP) utriküler reseptörlerin uyarımıyla, karşı taraf göz çevresi kaslarda oluşan yanıtın kaydedildiği görece yeni bir nörotolojik incelemedir. Bu çalışmada kafa içi basınç değişikliklerinin BOS-endolenf/perilenf ilişkisi ile nörotolojik testleri etkileyebileceği hipotezinden hareketle İİH hastalarında oVEMP testi değişikliklerinin saptanması amaçlanmıştır. Çalışmaya yaş ortalaması 38,8±9,6 (min.28-maks.61) sekizi erkek 20 sağlıklı gönüllü ve yaş ortalaması 34,8±9,1 (min.22-maks.52) ikisi erkek 20 İİH hastası dahil edildi. İİH hastalarının göz dibi bakışıyla saptanan papilödem derecelendirmesi Miller Fisher Skalası (MFS)na göre değerlendirildiğinde olguların 4ünün MFS evre I, 6sının MFS evre II ve 10unun MFS evre III olduğu izlendi. Kontrol grubunda sağ/sol olarak gerçekleştirilen 40 oVEMP testinin tümünde yanıt alınabilirken, İİH grubunda uygulanan 40 testten 5i sağ ve 3ü sol olmak üzere toplam 8 (%20) tanesinde yanıt alınamadı. Yanıt alınamayan testlerin sahiplerinin tümünün papilödem derecesinin MFS evre III olduğu saptandı. Bu sonuç İİH grubunda yanıt persistansının kontrol grubuna göre belirgin biçimde azaldığı şeklinde yorumlandı ($p<0.01$). Kontrol grubunda (n,p) dalgası latans ve amplitüdüleri sağ taraf için sırasıyla 8,6±0,6 (min.7,9-maks.10,4)ms; 12,9±1,3 (min.11,1-maks.16,5)ms ve 22,54±8,7 (min.13,4-maks.53,6) mV iken sol taraf için aynı sırayla 8,5±0,5 (min.7,8-maks.9,5) ms; 12,8±0,9 (min.11,5-maks.14,9)ms ve 25,85±10,7 (min.15,2-maks.64,5) mV. olarak bulundu. Bu grupta sağ ve sol taraflar arasında değerlendirilen her üç parametre bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. İİH grubunda yanıt alınabilen testlerde (n,p) dalgası latans ve amplitüdüleri sağ taraf için sırasıyla 9,9±2,2 (min.8,1-maks.14,5) ms; 15,4±4,2 (min.11,2-maks.22,4)ms ve 16,83±3,4 (min.12,3-maks.22,4) mV iken sol taraf için aynı sırayla 9,8±2,9 (min.8,1-maks.18,6)ms; 14,1±3,6 (min.11,3-maks.25,1) ms ve 23,4±9,3 (min.12-maks.42,2) mV. olarak bulundu. Gruplar arası karşılaştırmada latansların İİH grubunda bilateral anlamlı biçimde uzamış ($p<0.05$), amplitüdün sağda istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) sol taraf için anlamlı olmayan biçimde bu küçülmüş olduğu görüldü. İç kulak anatomisi göz önüne alındığında BOSnin endolenf ile dolaylı, perilenf ile doğrudan ilişkili olduğu görülür. Bu bilgidan hareketle kafa içi basınç değişikliklerinin iç kulak fonksiyonuna ve dolayısıyla nörotolojik testlere etki edeceği kestirilebilir. Ulaştığımız sonuçlar bu hipotezi desteklemektedir. Kafa içi basınç değişikliklerinin nörotolojik testlere etkisinin değerlendirilmesi, bu etkileşimin doğası kadar İİH seyrinde elektrofizyolojik bir belirteç olarak kullanılabilirliğinin anlaşılmasına da katkı sağlayacaktır.

EP-43 OLGU SUNUMU Kafa İçi Basınç Değişikliklerinin Vestibüler Myojenik Potansiyellere Etkisi

FERAY GÜLEÇ , ROZA UÇAR

SBÜ İZMİR TEPECİK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Özet:

BOS ile iç kulak endolenf/perilenf sistemi anatomik ve fizyolojik ilişki içindedir. Bu ilişki nedeniyle kafa içi basınç değişiklikleri iç kulak fonksiyonunu etkiler. Vestibüler Evoked Myojenik Potansiyel (VEMP) testi iç kulaktaki vestibüler reseptörlerden kaynaklanan uyarının vestibülooküler ve vestibüloservikal yollar aracılığıyla ilgili kas gruplarında yarattığı potansiyellerin kaydedilmesi esasına dayanır ve sakkulus ile servikal kaslar arasındaki bağlantı servikal VEMP (sVEMP), utrikulus ile oküler kaslar arasındaki bağlantı oküler VEMP (oVEMP) vasıtasıyla incelenir. Bu bildiri de bir olguda lomber ponksiyon öncesi ve sonrası VEMP test bataryasında saptanan değişikliklerden hareketle kafa içi basınç değişikliklerinin nörootolojik testlere etkisi mercek altına alınmıştır. 21 yaşında kadın olgu baş ağrısı ve kulak çınlaması yakınmaları nedeniyle başvurdu. Yakınmalarının bir kaç haftadır giderek belirginleştiğini, baş ağrısının daha çok göz arkasına lokalize ve pozisyon değişikliklerinden etkilenen bir karakterde olduğunu belirtti. Nörolojik bakışında Modifiye Frisen Skalası (MFS)na göre evre III olarak değerlendirilen papilödem dışında özellik bulunmayan olgu İdiyopatik İntrakranial Hipertansiyon (İİH) ön tanısıyla yatırıldı. Olgunun kranial MRG tetkikinde İİH ile uyumlu olarak değerlendirilebilecek optik sinirde tortiosite ve optik sinir kılıfında dilatasyon dışında özellik saptanmadı. MRG venografide solda transvers sinüs hipoplazisi mevcuttu. BOS açılış basıncı ölçülmeden önce sVEMP testinde (p13-n23) latansları ve amplitüd sağda sırasıyla (11.2 - 19.3) ms, 58.5 mV ve solda aynı değerler (11.7 - 21.8) ms, 96 mV olarak bulundu. Yine lomber ponksiyon yapılmadan önce oVEMP testinde (n1-p1) latansları ve amplitüd sağda (8.1 - 12.1) ms, 15.5 mA ve solda (8.4 - 11.8) ms, 18.5 mA olarak bulundu. Lomber ponksiyon yapılan hastada BOS açılış basıncı 250 mm H₂O olarak ölçüldü. BOS içeriği normaldi. Lomber ponksiyondan 3 saat sonra testleri tekrarlandı. sVEMP parametreleri yukardaki sırayla sağda (11.3-22.7)ms ve 316.2 mV solda ise 12.1-22 ms ve 242 mV bulundu. oVEMP parametreleri sağda 8.1-12.1 ms ve 18 mV solda ise 8.1-12 ms ve 20.2 mV şeklindeydi. Böylece hem sVEMP hem de o VEMP incelemelerinin her ikisinde de bilateral olarak lomber ponksiyon sonrası değişiklikleri izlendi ve bu amplitüdlerde büyüme ve konfigürasyon değişikliği şeklindeydi. BOS endolenf ile dolaylı perilenf ile doğrudan ilişkilidir. Bu ilişki nedeniyle kafa içi basınç değişiklikleri iç kulak fonksiyonlarını etkiler. VEMP testi iç kulaktaki vestibüler reseptörlerden kaynaklanan uyarının (sakkulüler uyarım sVEMP, utriküler uyarım oVEMP) vestibülooküler ve vestibüloservikal yollar aracılığıyla ilgili kas gruplarında yarattığı potansiyellerin kaydedilmesi esasına dayanır. Bizim olgumuzda gözlemediğimiz ve yukarıda özetlediğimiz değişiklikler kafa içi basınç değişikliklerinin nörootolojik testlere etkisini doğrular niteliktedir.

EP-44 DOMİNANT GÖZ VE EL TERCİHİ İLE İLİŞKİSİ

FİGEN VARLIBAŞ

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Giriş ve Amaç:

Beyin yarım kürelerinin işlevsel olarak farklılık gösterdiğine dair tarihi bilgiler Marc Dax 'ın verilerine dayandırılabilir (1836). Ancak serebral dominans kavramı tartışmalarına kapıların açılması, Broca ile afazi ve sağ el tercihi ilişkisinin bildirilmesiyle olmuştur. Dominant göz kavramı ise ilk Rosenbach tarafından tanımlanmıştır (1903). Göz dominansı ve el tercihi muayeneleri, serebral dominansı anlayabilmek adına araştırılmaya başlanmıştır. Çalışmaların artmasına rağmen halen net bilgiler elde edilememiştir. Bizim çalışmamızda göz dominansı ve el tercihi arasındaki ilişkiyi araştırmak ve dominant hemisfer üzerine bilgi birikimini artırmak amaçlanmıştır.

Metod:

Sağlıklı gönüllü 250 (140 erkek, 110 kadın) birey değerlendirmeye alındı. El tercihi "Edinburgh Handedness Inventory" testi ile, göz tercihi modifiye Rosenbach ve McManus yöntemi ile değerlendirildi. İlave olarak gönüllülere ayak tercihi soruldu. Çocukluğundan itibaren aile içinde ve/veya okul döneminde el tercihi yada ayak tercihi yada göz tercihi konusunda telkin yapıp yapılmadığı bilgisi sorgulandı. Verilerin analizi SPSS 17 paket programında yapıldı. İstatistiksel analizlerde ortalamalar için Mann Whitney U, kategorilerin karşılaştırılmasında Khi-Kare testi kullanıldı.

Sonuç:

Sağ el dominansı %74,4 (n:186), sol el dominansı % 6 (n:15), her iki el kullanımı % 19,6 (n:49), sağ göz dominansı %70 (n:175), sol göz dominansı %26 (n:65) bulundu. On kişi göz dominansı muayenesinde McManus yöntemi ile her iki göz tercihinde bulundu ve karar veremedi. Sağ el tercihli olanlarda sağ göz dominansı %62 (n:115) , sol el tercihli olanlarda sağ göz dominansı %53 (n:8) idi. Göz dominansı ile ilgili telkin yapılmadığı çok net ifade ediliyordu. Ancak el ve ayak tercihi ile telkin yapıp yapılmadığı bilgisi çelişkiliydi. Çalışmaya katılan sağlıklı gönüllülerde sağ el tercihi ve sağ göz dominansı anlamlı olarak yüksekti ve bunun da sol hemisfer baskınlığı ile ilgili olduğu düşünüldü. El tercihinde yönlendirme olup-olmadığı bilgisinin güvenilirliği şüpheli görüldüğü için serebral dominans belirlemede dominant göz muayenesinin gerektiği görüldü.

EP-45 PSÖDODÖRDÜNCÜ KRANYAL SİNİR FELCİ İLE GELEN OLASI PARANEOPLASTİK ORBİTAL MİYÖZİT OLGUSU

TUĞÇE KIZILAY, CEMİLE HANDAN MISIRLI

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:

İdyopatik orbital miyozit, idyopatik orbital inflamatuvar sendromun alt grubu olarak değerlendirilmektedir. İlk olarak 1903'de Gleason tarafından tanımlanmıştır. Birch Hirschfeld tarafından 1930'da göz içi yapıları ilgilendiren benign idyopatik inflamatuvar hastalık olarak tanımlanmıştır. Sıklıkla periorbital ağrı, diplopi, oftalmopleji, konjonktival hiperemi ve kemosis ile beraber gidebilen ekstraoküler kasların idyopatik inflamasyonudur. Orbital inflamasyon non-granülomatözdür ve ekstraoküler kaslar ile birlikte çevre yağ dokusunu, sklerayı, optik siniri ve lakrimal bezi de tutabilir. Histopatolojik olarak değişken derecelerde fibrozis ile birlikte polimorfik lenfosit infiltrasyonu görülür. Histopatolojik görünüm non-spesifik olmakla birlikte, benzer klinik özelliklere sahip hastalıkları ekarte etmek açısından önemlidir. Tanı esas olarak diğer hastalıkların ayırt edilmesine dayanır. Histopatolojik ve radyolojik bulgular ile tanı desteklenir. Tedavide esas olarak kortikosteroidler kullanılır ve tedaviye yanıt oldukça hızlıdır. Ağrı ve proptosis tedavinin başlangıcından itibaren 24-48 saat içinde geriler. Steroide yanıt vermeyen ya da tolere edemeyen hastalarda radyoterapi, kliniğin daha ağır seyrettiği vakalarda kemoterapi uygulanabilmektedir. Nadiren çok hafif seyirli ve kendiliğinden gerileme gösteren olgular da bildirilmiştir. Hastaların yaklaşık üçte birinde hastalık tekrarlar. Orbital biyopsi kesin tanı yöntemi olmakla birlikte steroid tedavisine dramatik yanıt radyolojik bulgularla birleştirildiğinde pseudotümör tanısını destekler. Biyopsi özellikle atipik klinik tablo, kemik erozyonu, ekstraorbital doku yayılımı ve izole lakrimal bez genişlemesi olan vakalarda endikedir. Steroid tedavisine yanıtızlık ve sistemik hastalık bulgusunda keza biyopsi endikasyonudur.

Olgu Sunumu:

Altmışdört yaşında erkek hasta sekiz ay önce başlayan sağ gözde ağrı ve merdiven inerken, sağa bakarken çift görme yakınmaları ile dış merkez göz hastalıkları dal hastanesine başvurmuş. Başvurduğu oftalmolog tarafından son dönemlerde artan diplopsi nedeniyle Multiple skleroz ve ek patolojiler açısından değerlendirilmesi için tarafımıza yönlendirildi. Hastanın öyküsünde yakın zamanda geçirilmiş travma, enfeksiyon ve sistemik hastalık bulunmamaktaydı. Günde 5 adet sigara 20 yıldır içiyordu. Hastamızın farklı sebeplerle başvurduğu nöroloji polikliniklerinden eski çekilen kraniyal MR ları geriye yönelik incelendiğinde demyelizan karakterde herhangi bir lezyon görülmedi. Radyolojik tetkik istenmeden önce hastanın yapılan nörolojik muayenesinde, sağ gözde aşağı ve dışa bakışta kısıtlılık, Sağ gözde laterale bakarken

ve aşağı bakarken çift görmesi vardı. Bilateral DIR/IR +/- idi. Dördüncü. kranial sinir paralizisinde görülmesi beklenen primer pozisyonda sağ gözde yukarı ve dış rotasyona deviasyon görülmedi. Ayrıca 4. kranial sinir muayenesine saptanan 3 aşamalı testi de pozitif saptanmadı. Bu bulgularla inferior rektus kasında bir patoloji olabileceği düşünülerek kontrastlı kranial ve orbita MR planlandı ve göz konsültasyonu istendi. Fundus muayenesi doğal, Vizyon sağda 0,4 solda 0,7. Sağa bakışta diplopi, sağ aşağı bakış kısıtlılığı, nörolojik sebepler ekarte edildikten sonra orbita MR sonucu rekonsültasyon önerildi. Hastanın çekilen orbital MR'ında tendon tutulumu ile birlikte sağ inferior rektus kasında irregüler görünüm, genişleme, sinyal artışı ve kontrast tutulumu izlendi. Orbital yağ dokusu tutulumu yoktu. Ancak orbita MR normal raporlandı. Orbita MR normal raporlanmasına rağmen sağ gözde inferior rektus kasında miyozit olduğu varsayılarak pulse steroid başlandı ve tekrar göz hastalıklarına konsülte edildi. Sağ görme tashihle 7/10, sol görme tashihle 9/10 düzeyinde, ön segment muayenesinde sağda hafif nükleer skleroz mevcut, bilateral fundus muayenesi doğaldır. Renkli görme ve ışık reaksiyonları normal. Yakında 16PD, uzakta 8 PD sağ hipertropya + 8 PD ekzotropya mevcut. 16 PD tabanı aşağıda prizma ile diplopi kayboluyor. Alt oblik aşırı fonksiyonu yok. Klinik + MR bulguları değerlendirildiğinde hasta ilk planda idiyopatik orbital inflamasyon olarak kabul edildi. Pulse steroid tedavisinin birinci haftasında göz hastalıkları tarafından tekrar değerlendirilmesi önerildi. Hastanın laboratuvar incelemelerinde tam kan sayımı, biyokimyasal parametreler normal sınırlarda değerlendirildi. Akut faz reaktanları (sedimentasyon ve CRP) normal sınırlarda saptandı. Kollajen doku hastalıkları ve vasküitle birlikte giden hastalıklar açısından bakılan RF, ANA, anti-DNA, c-ANCA negatif olarak rapor edildi. sifiliz serolojisi ve protein elektroforezini de içeren hematolojik incelemeler yapıldı. Vasküler malformasyonlar (hemanjiom, artero-venöz fistül) ileri yaşı nedeniyle çekilen TOF Mr anjiyografi normal sonuçlanması nedeniyle düşünülmelidir, Klinik takibinde gün içinde dalgalanmalar görülmemesine karşılık oküler myasteniyi ekarte etmek için yapılan kan asetilkolin reseptör antikoru 2 kez yüksek titrede pozitif çıkması nedeniyle repetitif EMG yapıldı. Dekrement yanıt görülmemesine rağmen yine de tek lif EMG yapıldı ve myasteni ekarte edildi. Tiroid oftalmopati ayırıcı tanısı açısından bakılan TSH, T3 normal, T4 alt sınırdaki saptandı, Anti-TG ve anti-TPO pozitif olarak değerlendirildi. Tiroid USG de tiroidit ile uyumlu idi. Ancak idiyopatik orbital miyozitte tek kas tutulumu tiroid oftalmopatiye göre daha sık olması nedeniyle ve iki hastalığın ayırıcı tanısında MRG bulgularında yeri olması nedeniyle MR bulgularına bakılarak ayırıcı tanısı yapıldı. Kural olmamakla birlikte tiroid oftalmopatide kas diffüz ve düzenli tutulum gösterirken tendon tutulumu görülebilmektedir. İdiyopatik orbital miyozitte ise kas tutulumu daha düzensizdir ve tendon tutulumu görülebilmektedir. Bu bulgular ile hastaya idiyopatik orbital miyozit tanısı konuldu. Pulse tedavisi esnasında gelişen göğüs ağrısı ve çarpıntısı nedeniyle kardiyo-lojiye danışıldı. Asendan aort anevrizması 4,6 cm saptandı ve kontrastlı toraks ve abdomen BT çekilmesi önerildi. BT sonucunda sol surrenalde 2,2 cm adenom? Metastaz? İle uyumlu görünüm izlendi. Malignite taraması yapılarak PET-CT planlandı. Endokrinolojiye danışılarak insidentaloma? ayırıcı tanısı için hormon profili çalışıldı. Surrenal MR planlandı. Paraneoplastik miyozit?

İdiyopatik myozit ? Öntanılarıyla verilen 10 günlük Pulse steroid tedavisi sonrası oral 64 mg oral steroid ile devam edildi. Tedavinin 2. haftasında kliniğinde düzelme görüldü. Her iki gözde görme keskinli +2.00 D tashihle 8/10. primer bakışta kayma yok. yukarı bakışta sağ 8 PD hipertropya mevcut. aşağı bakışta kayma yok. sağ alt temporal ekstrem bakışta diplopi devam ediyor.GİB 21 mmHg OU. tedaviye yanıt iyi , göz hareketleri açısından steroid tedavisinin azaltılarak kesilmesi önerilir. met şüphesi açısından PET sonuçları ile kliniğimiz okulooplasti birimi ile beraber yeniden değerlendirilmesi önerildi. Hasta göz hastalıkları ve nöroloji tarafından takibe alındı.

Tartışma:

Literatürde yapılan bir çalışmada orbital pseudotümör tanısı doğrulanan 10 vakanın magnetik rezonans incelemeleri değerlendirilmiştir. Bu çalışmada hastalığa ait radyoljik bulguların malignensi ve hemorajide görülenlerden çok farklı olduğu bildirilmiştir. Buna rağmen meningioma, lenfoma ve sarkoidozda görülen sinyal karakteristikleri ile uyumlu bulunmuştur.: Bizim vakamızın PET-CT sonucu çıkmamakla birlikte henüz primer tümör saptanamayacak aşamada olsa da olası paraneoplastik sendroma bağlı bir orbital myozit olabileceği göz önünde bulundurularak uzun dönemde kesin tanısına karar verilecektir

EP-46 GÖZ KAPAĞI AÇMA APRAKSİSİ: OLGU SUNUMU

HAVA DÖNMEZ KEKLİKOĞLU

ANKARA MEDICALPARK HASTANESİ

Özet:

Giriş:

Göz kapağı açma apraksisi (GAA), orbikülaris okülü kasında herhangi bir paralizisi ya da kontraksiyon olmaksızın göz kapağını açma zorluğudur. Oldukça nadir görülen bu durumun prevalansı milyonda 59 olarak bildirilmiştir. Etiyolojide ekstrapiramidal sistem hastalıkları, distoni, progresif supranükleer palsi gibi bir çok hastalık rol oynayabilir. Bu bildiriye etiyolojik bir neden saptanamayan ve tedavi ile belirgin düzelme sağlanan, bir GKAA olgusu sunuyoruz.

Olgu:

55 Yaşında erkek hasta 5 yıldır göz kapağında açma güçlüğü yakınması ile başvurdu. Yakınması yıllar içinde giderek artmış, gözlerini açamadığından günlük hayatı çok zor hale gelmiş, sosyal ortamlarda güneş gözlüğü kullanarak gizlemeye çalışıyormuş. Öz geçmişinde bir ara tansiyon yüksekliği olduğu ama ilaç kullanması gerekmediği öğrenildi. Soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesi normal sınırlarda bulundu, nörolojik muayenede göz kırpma sonrası her iki gözünü açamadığı, elleriyle göz kapaklarını açarsa göz kapaklarının açılabilirdiği gözlemlendi. Etiyolojiye yönelik tetkiklerde herhangi bir patoloji saptanmayan hastaya, bleferospazm dozu ve lokalizasyonunda botulinum toksini uygulandı, levodopa 3 x 62,5 mg oral tedavisi başlandı. Tedaviyle hastanın GKAA nde belirgin düzelme oldu.

Sonuç:

Bu olgu vesilesiyle çok nadir görülen ve sıklıkla psikojenik yakınmalarla karıştırılan GKAA ve tedavisini tartışmak istiyoruz.

EP-47 AİLESEL AKDENİZ ATEŞİ OLAN ERİŞKİN HASTADA PSÖDOTÜMÖR SEREBRİ

EMİNE YILMAZ, REYHAN SÜRMEİ , AYŞE DESTİNA YALÇIN

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ÜMRANIYE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Özet:

Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA), tekrarlayan ve kendi kendini sınırlayan ateş, peritonit, plörit ve artrit atakları ile seyreden otozomal resesif bir hastalıktır. AAA'de nöroloji tutulum nadir ancak ciddidir. Literatürde baş ağrısı, nöbetler, demiyelinizan lezyonlar, inme, posterior geri dönüşümlü lökoensefalopati sendromu, aseptik menenjit ve kraniyal nöropati bildirilmiştir. Bu yazıda, bir hastada AAA ve psödotümör serebri(PTS) birlikteliğini sunuyoruz ve ilgili literatürü tartışıyoruz.

30 yaşında erkek hasta bir ay önce başlayan frontal baş ağrısı ve sağ gözde görme bulanıklık nedeniyle başvurdu. Baş ağrısı künt vasıfta ve sabah saatlerinde yoğun olup ağrı kesicilere yanıt vermiyordu.10 senedir AAA'e sahip olduğu ve kolşisin 60 mg kullandığı biliniyordu.

Muayenede hipertansiyonu mevcut olup diğer vital bulguları normaldi. Sağ grade 2 sol grade 3 papilödem mevcuttu. Sağ görme alanı daralmıştı. Görme keskinliği bilateral 0,3 idi. Diğer nörolojik ve fizik muayene doğaldı.

Ayırıcı tanı açısından istenen tetkiklerden manyetik rezonans venografi (MRV) normal sınırlarda olup, kontrastlı kranial manyetik rezonans görüntüleme(MRG)'de kronik santral pontin demiyelinozis saptandı.

Hastaya yatar pozisyonda lomber ponksiyon (LP) yapıldı. Manuel olarak ölçülen BOS basıncı 220 mmH₂O idi. Bu basınca pulsatil tinnitus ve grade 2-3 papilödem eşlik ediyordu: Modifiye Dandy kriterlerini karşıladığından dolayı PTS kabul edildi. BOS proteini yüksek (40,7 mg/dl) bulundu. BOS biyokimyası ve hücreleri normaldi. Hastaya tekrar LP yapıldı. Açılış basıncı 190 mmH₂O'ya düştü. Ardından hastanın baş ağrısı ve bulanık görme yakınmalarında belirgin düzelme oldu.

TiT+++ proteinürisi olan hastadan spot idrarda protein/kreatinin gönderildi, yüksek(9,74 mg/dl) saptandı. Renal Ultrasonografi çekildi, böbreklerinde grade 1 büyüme mevcuttu. Serum amiloid A pozitif (15,4mg/dl), Protein C pozitif (189 mg/dl) olarak saptandı. Böbrek biyopsisi yapıldı. AAA'a bağlı sekonder amiloidoz tanısı aldı. Hiperlipidemi (kolesterol:271 mg/dl LDL:190 mg/dl), proteinüri (TiT:+++), hipoalbuminüri(2,4 mg/dl) mevcut olan hastaya AAA'a bağlı amiloidoz sonucu nefrotik sendrom tanısı ile angiotensin 2 tip 1 reseptör antagonisti başlandı. Hasta tedaviden yarar gördü.

EP-48 İNME BENZERİ BULGULARLA PREZENTE OLAN ATİPİK MILLER-FİSHER SENDROMU OLGUSU

EZGİ YILMAZ, DORUK ARSLAN, GÖKÇEM YILDIZ, ÇAĞRI TEMUÇİN, MEHMET AKİF TOPÇUOĞLU, İLKEN ÇOLPAK IŞIKAY

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ AD

Giriş:

Miller-Fisher sendromu (MFS) akut başlangıçlı, demyelinizan karakterli inflamatuvar bir süreç oluşu nedeni ile GBS varyantı olarak kabul edilen periferik sinir sistemlerinin nadir görülen kazanılmış bir hastalığıdır. Hastalığın tipik triadı eksternal oftalmopleji, ataksi ve arefleksidir. Hastaların büyük çoğunluğunda hastalığa özgü otoantikörler serumda pozitif saptanır.

Olgu Sunumu:

Bilinen diyabet, hipotiroidi, benign paroksizmal pozisyonel vertigo tanıları olup daha önce benzer şikayeti olmayan 56 yaşında kadın hasta ani gelişen diplopi, baş dönmesi, bulantı-kusma ve konuşma bozukluğu ile acil servise başvurdu. İlk muayenesinde nazale konuşma ve sola bakışta diplopi olan hastanın göz hareketleri her yöne serbest saptandı. Maddox Rod muayenesine hastanın uyumu olmadı. Hastanın çekilen beyin MRG’de difüzyon kısıtlılığı saptanmadı. Hastanın kliniğini açıklayacak lezyon bulunamaması nedeni ile hasta takip edilmek üzere yatırıldı. Difüzyon negatif inme açısından çekilen 24.saat MRG’de difüzyon kısıtlılığına rastlanmamakla beraber; takip nörolojik muayenesinde sol taraflı hafif pitoz, göz hareketlerinde bilateral dışa bakışta kısıtlılık ve yaygın hipoaktif refleksler saptandı. Hastaya birinci günde yapılan sinir iletim çalışmaları, tek lif EMG ve blink refleksi çalışmasında patoloji saptanmadı. Klinik kötüleşmesi olan hastanın sinir iletim çalışmaları tekrarlandı sural, median ve ulnar sinir DSAP amplitütleri azalmış saptandı. Takipte çıkan bu bulgular MFS ile uyumlu düşünüldü. MFS açısından serumdan bakılan gangliosid antikörlerinden anti-GD1b 1+ saptandı. MFS tanısı ile IVIG başlanan hastanın tedavi sonrası 2.ay kontrollerinde şikayetlerinde tama yakın düzelme olduğu gözlemlendi.

Tartışma:

Bahsedilen olgu, ani başlangıç ve hastaneye başvuru şikayetleri nedeniyle başlangıçta inme olarak değerlendirilen bir atipik MFS olgusudur. Erken dönemde yapılan elektrofizyolojik çalışmaların normal olabilmesi nedeni ile görüntüleme yöntemleriyle açıklanamayan oftalmoplejisi olan hastalarda sinir iletim çalışmalarının tekrarlanması, gangliosid antikörlerine bakılması MFS tanısının atlanmaması açısından önem taşımaktadır. MFS’de en sık pozitifliği saptanan gangliosid antikörü anti-GQ1b olmakla birlikte hastaların %2’sinde izole anti-GD1b pozitifliği saptanabildiği unutulmamalıdır.

EP-49 KLİNİK İZOLE BİR SENDROM : AKUTDEMİYELİNİZAN OPTİK NÖRİT: KLİNİK DENEYİMİMİZ

ELİF ÜNAL, CANAN EMİR , ONUR AKAN , SÜREYYA YILMAZTEKİN , CİHAT ÖRKEN , SERAP ÜÇLER

SBÜ OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş:

Optik Nörit (ON) optik sinirin enflamasyonu ile karakterli görme kaybına neden olan bir tablodur. Genellikle ağrılı ve tek yanlı ON Multipl Sklerozun (MS) sık görülen başlangıç bulgusu ve klinik izole sendromlardan (KIS) biridir. Bu bildiride kliniğimizde izole ON geçiren hastalarda zamanla MS dönüşümü ve buna eşlik eden demografik, klinik, radyolojik ve laboratuvar bulguları sunulmuştur.

2000-2015 yılları arasında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Multipl Skleroz Polikliniğine ilk atığı ON ile başvuran ve halen takipte olan 41'i kadın 12'si erkek toplam 53 hasta değerlendirilmiştir.. İlk atak MRI'larında lezyon olan hastalarla ilk atak MRI'ları normal olan hastaların 2.atağa kadar geçen süreleri , MS gelişip gelişmediği gözden geçirilmiştir.

Bulgular:

53 olgunun 41'i kadın, 12'si erkekti. Hastaların ilk atak yaşları 16-44 yıl arasında olup, ilk atak ortalama başlangıç yaşı 29.32 ± 7.73 idi. Hastaların %72'sinin (n=42) ilk MRG'lerinde lezyon/lezyonlar mevcut iken %28'inin (n=12) MRI'ları normaldi. İlk MRG bulgularına göre iki atak arası geçen süre ; ilk MRG normal olanlarda ortalama 3.60 ± 3.33 yıl iken ilk MRG'de lezyon olanlarda ortalama 1.27 ± 1.16 yıldır. Hastalık süresince ilk semptom yılı ile tanı yılı arasında ortalama geçen süre ilk atakta MRG bulgusu olanlarda ortalama 0.37 ± 0.57 yıl, ilk MRI normal olan olgularda 3.14 ± 3.54 yıl idi. 53 hastanın %88.6'sında (n=48) klinik kesin MS gelişmişken, % 11.3'ünde (n=6) MS gelişmediği, klinik izole sendrom olarak takip edildiği tespit edildi.

MS tanısı alan 48 hastanın 40'inin ilk MRG'nin normal olmadığı, 8 hastanın ilk MRI'nin normal olduğu saptandı. İlk MRG'sinde lezyon olan 40 hastanın %95'inde MS hastalığı gelişmiş olduğu tespit edildi. İki hastanın izlemi sırasında nöromiyelitis optika tanısı almıştır.

Sonuç:

İlk MRI 'ında T2 lezyon/lezyonlar saptanan hastaların iki atak arası geçen süre ve hastalık gelişim süresi ; ilk MRI'ı normal olan hastalarla kıyaslandığında anlamlı olarak kısa bulunmuştur.MRG de T2 lezyonu varlığı MS geliştime riskini belirleyen en önemli faktörlerdendir..Hangi KIS hastalarının MS açısından yüksek risk altında olduğunu tahmin etmek, klinik ataklar ile akson patolojisinin boyutu arasındaki fark nedeniyle karmaşıktır. Bununla birlikte, son dönemde yapılan çalışmalarda erken tedavi ile ikinci demiyelinizan olaya zaman içinde bir gecikme gösterilmiştir ve erken tedavi, RRMSdensekonder-ilerleyici MSe (SPMS) ilerlemeyi yavaşlatabilir . Erken tedavi için uygun hasta seçimi ve prognozun öngörülmesi yol gösterici olabilir.

EP-50 KRONİK TEKRARLAYAN İZOLE OPTİK NÖROPATİ VAKA TARTIŞMASI

VEDAT ÇİLİNGİR

VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ AD

Giriş:

Tekrarlayan optik nöritin etiolojisinde santral sinir sistemini tutan inflamatuvar nörolojik hastalıklar vardır. 4 yıl takip ettiğimiz tekrarlayan optik nörit atakları olan hastamızın kliniğini tedavisini literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

Metodoloji:

22 yaşında bayan hasta ilk kez 4 yıl önce sağ gözde total görme kaybı nedeni ile polikliniğimize başvurdu. Optik nörit tanısı alıp pulse metilprednizolon tedavisi sonrası tam düzeldi. Multiple Skleroz polikliniğinde takibe alındı. Takipte tekrar eden optik nörit atakları yaşayan hastaya Kronik Tekrarlayan İzole Optik Nöropati (CRION) tanısı kondu ve oral steroid tedavisi başlandı daha sonra azatiopurin tedavisini ekledik. Hasta tedaviyi düzenli kullanmadı ve tekrar eden ataklarla kliniğimize yatırıldı. Takip eden optik nörit ataklarında pulse metil prednizolon tedavisine cevap alınamadı.

Sonuç:

CRION tanısı ile takip ettiğimiz hastanın klinik atakları, tedaviye cevabı ve literatür bilgileri eşliğinde CRION hastalığının tartışılması planlanmaktadır.

EP-51 OPTİK NÖROPATİ ETİYOLOJİSİNDE NADİR BİR NEDEN; FİBRÖZ DİSPLAZİ

BURAK YILDIZ, ŞEBNEM BIÇAKÇI , ALTAN ATAKAN ÖZCAN

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

Özet:

Fibröz displazi, ilk kez 1938de Lihtenstein ve Jaffe tarafından tanımlanmış, sağlıklı kemiğin yerini zayıf ve kötü organize olmuş fibroosseoz dokunun almasıyla karakterize, lokalize, iyi huylu, sebebi bilinmeyen gelişimsel bir kemik hastalığıdır. Genellikle çocuklarda ve adölesan çağda ortaya çıkar, tek veya çoklu kemikleri tutabilir. Kalvaryum tutulumunda ise en çok frontal ve temporal kemikleri etkiler.

Yedi ve 9 yaşlarında her iki femurdan opere olan fibröz displazi tanılı olgu, başvurudan 15 gün önce başının sağ frontal bölgesinde ağrı ve giderek artan görme kaybı nedeniyle başvurdu. Nörolojik muayenesinde görme keskinliği sağda 0.5, solda 1.0 görme, sağda APD, bilateral fundus muayenesi normal, sağda renk görme etkilenmiş ve egzoftalmus saptandı. Konjuge göz hareketleri normal sınırlarda idi. VEP incelemesinde P100 latansı sağda belirgin bilateral gecikmiş, Orbita BT incelemesinde frontal kemik sağ yarım ve orta düzeyinde sfenoid kemik sağ alamajore düzeyinde, sol alamajore de hafif uzanım gösteren diffüz ekspansiyon, buzlu cam görünümü izlendi. Dekompresyon amacıyla opere edilmek üzere devir edildi.

Çocukluk çağında ve genç adult olgularda, ilerleyici görme kaybı etiyolojisinde ayırıcı tanıda nadir bir neden olarak, fibröz displazinin dikkate alınması amacıyla bu olgu sunulmaya değer bulunmuştur.



Nöro-Oftalmoloji Nöro-Otoloji Sempozyumu

YAZAR DİZİNİ

A

ABDULSAMET ÇAM 43
AHMET KAMİL ALTUĞ 50
AHMET VOLKAN SÜNTER 75
ALİ KAL 18
ALTAN ATAKAN ÖZCAN 90
ASENA AHEN BİNYAY 50
ASLI AKSOY GÜNDOĞDU 64
AYŞE DESTİNA YALÇIN 67, 68, 85
AYŞEGÜL ŞEYMA SARITAŞ 62
AYŞE GÜRBÜZ YENİÇERİ 51
AYSEL BÜŞRA ŞIŞMAN 41
AYŞE ÖZNUR AKIDİL 64
AYŞE YAĞCI 20
AYŞİN KISABAY AK 20, 62
AYŞİN KISABAY AK 9
AYSUN SOYSAL 46
AYTUĞ ALTUNDAĞ 64
AZAMAT MİRALİ 53
AZİZE ESRA BAŞAR GÜRSOY 45

B

BADE GÜLEÇ 58
BANU ARAL 75
BEGÜM CENGİZLER 55
BELGİN BALCI 41
BENGİ GÜL TÜRK 54
BETÜL TUĞCU 15
BİRGÜL BAŞTAN 48
BURAK YILDIZ 90
BURÇİN ÇAKIR 63

C-Ç

ÇAĞLA ŞIŞMAN 75
ÇAĞLA ŞIŞMAN ŞAHİN 73
ÇAĞRI TEMUÇİN 86
CANAN EMİR 40, 87
CANAN TOGAY IŞIKAY 36, 38
CANAN YILDIZ 53
CANSU EKİNCİ 15
CANSU KIZILTO GÜLER 33
CANSU TUNÇ 41, 48
CELAL ÇINAR 20
CELAL İLKER BAŞARIR 54
CEMİLE HANDAN MISIRLI 81

CENGİZ DAYAN 55
CEREN ÇETİN AKKOÇ 7, 29
CİHAT ÖRKEN 40, 87

D

DİDEM ÇELİK 70, 71
DİDEM GİRGİN 52
DİLCAN KOTAN 63, 64
DİLEK ATAKLI 55
DİLEK TOP KARTI 7, 20, 21
DORUK ARSLAN 86

E

EDA ASLANBABA 36
ELİF DEMİR 74
ELİF SÖYLEMEZ 10, 28, 74, 77
ELİF ÜNAL 40, 87
EMİNE YILMAZ 85
ERKİN ÖZGİRAY 31
EZGİ BAKIRCIOĞLU DUMAN 41, 48
EZGİ YILMAZ 86

F

FATMA SELİN KAYA 8
FAZİLET KARADEMİR 70, 77
F.BELGİN PETEK BALCI 57
FERAY GÜLEÇ 78, 79
FİGEN GÖKÇAY 7, 9, 20, 29, 31
FİGEN VARLIBAŞ 12, 80
FULYA EREN 22

G

GÖKÇEM YILDIZ 86
GÖKÇEN GÖZÜBATIK ÇELİK 14
GÖRSEV YENER 76
GÖZDE NUR DOĞAN 25, 65
GÖZDE NUR GÜNEŞ 20
GÜLDEN AKDAL 24, 69, 76
GÜLHAN YILDIRIM 61
GÜLŞAH ZORGÖR 46
GÜLSÜM SARUHAN 20, 31
GÜLTEN TATA 9, 42, 44, 54
GÜNAY GÜL 22
GÜNAY KIRKIM 69
GÜRKAN KAYABAŞOĞLU 64

H

HANDE ALİBAŞ 19
HANİFE KÜÇÜKYILDIZ 29
HATİCE MAVİOĞLU 62
HATİCE NUR TARAKÇIOĞLU 15
HATİCE VARLIBAŞ 61
HAVA DÖNMEZ KEKLİKOĞLU 84
HÜLYA ERTAŞOĞLU TOYDEMİR 52, 53, 61
HÜLYA GÜNGEL 33
HÜSEYİN ÖZDEN ŞENER 38

İ

İLKNUR TUGAL-TUTKUN 13
İLKSEN ÇOLPAK IŞIKAY 86
İSMAİL ORAN 20

K

KAYIHAN ULUÇ 19
KORAY KOÇOĞLU 24, 69

L

LEVENT SİNAN BİR 49
LEYLA MASİMOVA 67, 68

M

M.DURAN BAYAR 41
MEHMET AKİF TOPÇUOĞLU 86
MEHMET FATİH ÖZDAĞ 51
MELİH BOZKURT 36
MELİH TÜTÜNCÜ 43, 58
MELİKE BATUM 62
MERİH ORAY 13
MERVE AŞIKOVALI 67
MERVE ÖNERLİ 59
MESRURE KÖSEOĞLU 14
MESUDE TÜTÜNCÜ 22
METİN MURAT ÖZÇELİK 50
MİRAY ATACAN YAŞGÜÇLÜKAL 48
MÜCAHİD ERDOĞAN 55
MUHSİN ERASLAN 19
MURAT AKIN 49
MURAT KÜRTÜNCÜ 13
MURAT MERT ATMACA 51
MURAT YILMAZ 59
MUSTAFA ÇETİNER 60

N

NAZAN KARAGÖZ SAKALLI 46
NEŞE ÇELEBİSOY 7, 9, 20, 21, 29, 31, 62
NİHAN AKSU CEYLAN 13
NİLGÜN ÖZKAN AKSOY 63
NİLGÜN PULUR YILDIRIM 35
NİLÜFER BAL 6
NİLÜFER KALE 15, 28
NİLÜFER KALE İÇEN 10, 17, 35, 70, 71, 74, 77
NURCAN AKBULUT 24, 69
NURGÜL GÜRGEN 68

O-Ö

ÖMER KARTI 21
ÖMÜR GÜNALDI 55
ONUR AKAN 40, 87
ÖZGE TEMEL 60
ÖZGÜR KILIÇKESMEZ 33
ÖZLEM ÇOKAR 41

P

PINAR KAHRAMAN KOYTAK 19
PINAR ÖZÇELİK 24

R

RAHMİ TÜMAY ALA 76
REYHAN SÜRMEİ 16, 85
ROZA UÇAR 78, 79

S-Ş

SABAHATTİN SAİP 58
ŞAHİN İŞİK 44
SAMİ ÖMER HOCA 10
SAMİ ÖMERHOCA 17, 35
SANİYE ÜKE UZUN 42, 44
SEBATİYE ERDOĞAN 28, 71, 74
ŞEBNEM BIÇAKÇI 90
SEFER GÜNAYDIN 48
SELMA KAYA AYGÜNOĞLU 40
SENA GÜLER 46
ŞENAY AŞIK NACAROĞLU 10, 17, 74, 77
SERAP ÜÇLER 40, 87
SERPİL YILDIZ 59
SHAHLA GOYUSHOVA 19
SİBEL CANBAZ KABAY 60

SİNEM YAZICI AKKAŞ 17
SİNEM YAZICI AKKAŞ 10
ŞULE AYDIN TÜRKÖĞLU 59
SÜREYYA ÖZTEKİN 40
SÜREYYA YILMAZTEKİN 87
SUZAN GÜVEN YILMAZ 20

T

TUĞBA EYİGÜRBÜZ 28
TUĞÇE KIZILAY 81
TÜLİN TANRIDAĞ 19
TUNCAY GÜNDÜZ 13
TURGUT ŞAHİN 38

U

UFUK EMRE 33, 75
UFUK ŞENER 50
UĞUR BURAK ŞİMŞEK 51

V

VEDAT ÇİLİNGİR 89
VİLDAN AYŞE YAYLA 52, 53
VİLDAN GÜZEL 45
VİLDAN YAYLA 61
VOLKAN DERİCİOĞLU 19

Y

YALÇIN ALİMOĞLU 41, 48
YASEMİN ATAMAN KARAKAPTAN 69
YASEMİN KARAKAPTAN ATAMAN 24, 76
YILDIZHAN ŞENGÜL 6

Z

ZERİN OZAYDIN AKSUN 38
ZERRİN YILDIRIM 28
ZEYNEP EYLÜL ERCAN 18
ZEYNEP MELTEM ARSLAN 51
ZEYNEP ÖZÖZEN AYAS 63
ZEYNEP SELCEN DARICI 75



flap  tour