

11.

Nöroradyoloji

Okulu

18-20 Eylül 2023
Acapulco Otel, Kıbrıs



BİLDİRİ
ÖZETLERİ



SS-1: MOG VE AQP4 ANTİKOR POZİTİFLİĞİ OLAN OLGU SUNUMU

EBRU HATUN ULUDAŞDEMİR 1, CEYDA NUR BENLİ 1, BERİL TAŞDELEN 1, DAMLA ÇETİNKAYA TEZER 1, İPEK GÜNGÖR DOĞAN 1, MESUT YİĞİT 2, SERKAN DEMİR 1,

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

2 HUMAN İMMUNOLOJİ LABORATUARI, ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ

Özet:

GİRİŞ

Miyelin oligodendrosit glikoprotein antikor bozuklukları, MSS'nin idiyopatik, inflamatuvar, demiyelinizan bir hastalıdır. Klinik olarak tekrarlayan optik nörit, myelit görülebilir. Optik nörit genelde bilateral olmakla birlikte tek taraflı olabilir. Miyelit tablosu genellikle uzun segment myelit şeklindedir. Her iki hastalık da benzer klinik prezentasyon verebilir,ayırıcı tanılarda sıklıkla iki antikor da birlikte istenir. Birlikte pozitifliklerinin nadir olması sebebi ile sunuma değer bulunmuştur.

VAKA SUNUMU

Bilinen Sjögren tanılı,35 yaşında kadın hasta 2021 yılında önce sağ sonra sol gözde görme kaybı olması üzerine dış merkeze başvurmuş,7 gün iv metilprednizolon(IVMP) tedavisi almış. Tarafımıza başvuran hastanın VEP'inde her iki gözde bilateral p100 yanıtları alınamadı. Hastaya ayırıcı tanılar için lomber ponksiyon ve kraniyal ve spinal manyetik rezonans görüntüleme(MRG) çekildi.Anti-AQP4 antikor pozitif sonuçlanan hastanın 10 gün pulse steroid tedavisiyle şikayetlerinin gerilememesi üzerine 5 kür plazmaferез uygulandı, şikayetleri kısmen gerileyen hastaya idame tedavisi olarak oral steroid ve azatiyopurin(AZA) başlandı.2023 yılında bacaklarda güçsüzlükten dolayı çekilen servikal MRG'da C3-6 kontrastlanan demiyelinizan karakterde lezyon saptanmasıyla 10 gün IVMP tedavisi uygulandı,"in-house" canlı hücre bazlı teknikle anti-MOG IgG antikor pozitifliği, immunofloresans assay(IFA) tekniğiyle Anti-AQP4 antikor pozitifliği 1/320 titrede pozitif saptanan, AZA yanıtı olmayan hastaya rituksimab tedavisine geçiş yapıldı,idame oral steroid devam edildi. Mevcut nörolojik muayanesinde sağda hemiparezi(4/5),bilateral dismetri, DTR global canlı ve vibrasyon algısı 4 ekstremitede 10 sn civarındaydı. Tandem yürüyüşü yapamaz ve görme keskinliği bilateral 20/100 seviyelerindeydi.

TARTIŞMA

Literatüre de bakıldığında anti-MOG IgG ve Anti-AQP+ antikor birlikteliğinin oldukça nadir olduğu ve vaka bazında bildirimler olduğu görülmektedir.Bu iki antikoron birlikte pozitif olduğu durumlarda vakalara NMOSD gibi yaklaşılması önerilir.Biz de literatürdeki bu eksikliğe vurgu yapmak ve hasta yönetimimizi tartışmak için MOG ve AQP4 Antikor pozitifliği birlikteliği görülen olgumuzu sunmak istedik.



SS-2: İLERİ YAŞ MOG IGG ANTİKOR POZİTİFLİĞİ SAPTANAN SEKİZ HASTANIN RADYOLOJİK VE KLİNİK İNCELENMESİ

CEYDA NUR BENLİ 1, EBRU HATUN ULUDAŞDEMİR 1, BERİL TAŞDELEN 1, DAMLA ÇETİNKAYA TEZER 1, İPEK GÜNGÖR DOĞAN 1, MESUT YİĞİT 2, SERKAN DEMİR 1,

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

2 HUMAN İMMUNOLOJİ LABORATUARI, ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ

Özet:

GİRİŞ

Miyelin oligodendrosit glikoprotein antikoruna ile ilişkili hastalık (MOGAD), ağırlıklı olarak optik sinirleri, beyni ve omuriliği hedef alan immün aracılı demiyelinizasyon atakları ile karakterize edilen, merkezi sinir sisteminin inflamatuvar bir bozukluğudur. Kadın ve erkeklerde eşit sıklıkta görülür, çoğunlukla optik nörit ve miyelit ile görülür. Sıklıkla 30-40'lı yaşlarda prezente olmakla birlikte ileri yaşlarda da bildirilen nadir olgular da mevcuttur. Bizler de MOG IgG tespit edilen 50 yaş üstü vakalarımızı literatürdeki bu eksikliğe vurgu yapmak amacı ile bu datamızı sunmayı uygun bulduk.

METOD

Hücre bazlı yöntem tekniği (CBA) ile çeşitli titrelerde MOG IgG antikor pozitifliği saptanan 8 olgunun klinik ve nörogörüntüleme bulguları retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Üç erkek, beş kadın hasta değerlendirmeye alınmıştır. MOG IgG antikoruna pozitif saptandığında tanı alan hastaların yaş ortalaması 61,8'dir. İlk şikayetlerinin başlama yaş ortalaması 59,125'tir. İki hasta miyelit, iki hasta optik nörit, iki hasta infratentoriyal alan semptomları, iki hasta atipik yerleşimli demiyelinizan lezyonları mevcut olup duyuşal semptomlar ile ilk klinik bulgularını göstermiştir. Hastaların nörogörüntülemeleri değerlendirildiğinde atipik yerleşimli demiyelinizan karakterde lezyonlar, optik nörit lezyonları ve uzun segment spinal kord tutulumu olduğu görülmüştür.

SONUÇ

İleri yaş MOG antikoruna saptanan hastalarda yerleşim yeri ve klinik olarak belirli bir prezentasyon olmadığını görmekteyiz. Daha büyük vaka serisi ve klinik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.



SS-3: ERİŞKİN BAŞLANGIÇLI SUBAKUT SKLEROZAN PANENSEFALİT OLGUSU

ZEYNEP GÖZDE BUĞDAYCI , ÖZGÜ KİZEK , TUNCAY GÜNDÜZ , MURAT KÜRTÜNCÜ ,
NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

Özet:

GİRİŞ

Subakut sklerozan panensefalit (SSPE); kızamık virüsünün, geçirdiği mutasyonlar sonucu beyin dokusu içerisinde çoğalması ve yayılması ile oluşan ilerleyici seyirli bir hastalıktır. Başlıca kızamık aşılmasının eksik olduğu ülkelerde ve çocukluk çağında görülür. Bu bildiriye SSPE tanısı konulan 39 yaşında bir olgunun klinik özellikleri sunulacaktır.

OLGU

Yirmi dört yaşındaki kadın hastaya fokal başlangıçlı jeneralize tonik nöbetleri nedeni ile 2006 yılında yapılan beyin MRG incelemesinde sol temporal bölgede ve bazal gangliyalarda kontrast tutan lezyonlar görüldüğü, 2012 yılında nöropsikolojik testte dikkati sürdürme zorluğu ve sözel bellekte primer bellek kusuru saptandığı öğrenildi. Sol hemiparezi nedeni ile tekrarlanan MRG incelemesinde sağ temporoparietal beyaz maddeyi tutan yeni lezyon izlendiği, stereotaktik biyopsi materyalinin patoloji incelemesinde ağır nöron kaybı ile gliozis gösteren beyin parankimi görüldüğü öğrenildi. Hasta 2021 yılında unutkanlık, anlama güçlüğü, anlamsız konuşmalar ve saldırganlık tablosu ile başvurdu. Nörolojik muayenesinde başlıca bilişsel işlevlerde bozukluk saptandı. Beyin MR'da lezyonların genişlediği ve mikrokanama odaklarının eşlik ettiği, EEG'de hemisfer arka yarılarında ve sağda belirgin yaygın organizasyon bozukluğu ile sağ parietal hipersenkroni eğilimi görüldü. BOS incelemesinde 2/mm³ lenfosit görüldü. Total protein 84,6 mg/dL (15-45), BOS IgG 19,72 mg/dL (1,0-3,0) ve BOS IgG indeksi 0,9 olarak yüksekti. BOS Kızamık IgG: 76 (<25), BOS/serum kızamık IgG indeksi: 2,9 (N: <1.3) pozitif saptandı.

TARTIŞMA

SSPE erişkin yaşta görülebilmekte ve davranış değişikliği, ilerleyici kognitif bozulma gibi atipik klinik bulgular ile seyredabilmektedir. Aşı karşıtlığının artması nedeni ile gelişmiş ülkelerde dahi akılda tutulmalıdır.



SS-4: ATİPİK KLİNİK SUNUMLARLA İLİŞKİLENDİRİLEN ANTI-MOG POZİTİFLİĞİ

ABDULKADİR TUNÇ 1, SAMET ÖNCEL 2,

1 SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, SAKARYA

2 SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, NÖROLOJİ KLİNİĞİ, SAKARYA

Özet:

Amaç

Myelin oligodendrosit glikoprotein (MOG) hastalığı, son yıllarda multipl skleroz (MS) ve nöromiyelitis optika (NMO) gibi hastalıkların ayırıcı tanısında önemli bir rol oynamıştır. MOG hastalığı genellikle akut dissemine ensefalomyelit, optik nörit veya transvers miyelit gibi klinik tablolarla ilişkilendirilmiştir. Bu çalışma, klinik pratiğimizde anti-MOG antikor pozitifliği gösteren üç atipik olguyu sunarak, MOG pozitifliğinin klinik anlamını araştırmayı amaçlamaktadır.

Materyal ve Metod

Çalışmamızda, anti-MOG antikor pozitifliği gösteren üç atipik hasta olgusu detaylı bir şekilde incelendi. Olguların demografik özellikleri, klinik bulguları, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sonuçları ve diğer ilgili laboratuvar bulguları kaydedildi. Anti-MOG antikor testleri, standart yöntemler kullanılarak yapıldı. Olguların tedavi yaklaşımları ve klinik sonuçları da takip edildi.

Bulgular

Çalışmamızda sunulan üç atipik olgu, farklı klinik tablolarla ilişkilendirilen anti-MOG antikor pozitifliğini göstermektedir. İlk olgu, epilepsi ve atipik MSS tutulumu ile prezente olup, tipik MOG ilişkili klinik bulguları ile örtüşmemektedir. İkinci olgu, atipik bir yaygın subkortikal ve beyin sapı tutulumu ile başvurmuş ve klasik NMO veya MS tanılarına uymamaktadır. Üçüncü olgu ise tipik MS lezyonlarına sahipken uzun segmentli miyelit ile dikkat çekmiştir. Bu olgular, MOG hastalığının klinik heterojenliğini vurgulamaktadır.

Sonuç

Çalışmamızın sonuçları, anti-MOG antikor pozitifliğinin sadece tipik klinik bulgularla sınırlı olmadığını ve atipik klinik tablolarla da ilişkilendirilebileceğini göstermektedir. Bu durum, hastaların doğru tanı ve tedavi yaklaşımlarının belirlenmesi açısından önemlidir. Ayrıca, atipik MOG hastalığı olgularının genetik veya çevresel faktörlerle ilişkisi ve bu atipik tabloların patofizyolojisi üzerine daha fazla araştırma gerekliliği vurgulanmalıdır.



SS-5: OCRELIZUMAB IN MS PATIENTS DURING PANDEMICS: WHAT MRS SAYS?

TUGCE GEZER KARABACAK , AHMET KASIM KILIC , HEDIYE PINAR GUNBEY , BANU OZEN BARUT ,

UNIVERSITY OF HEALTH SCIENCES, KARTAL DR.LUTFI KIRDAR CITY HOSPITAL, DEPARTMENT OF NEUROLOGY, ISTANBUL/
TURKEY

Özet:

ABSTRACT

Background: Ocrelizumab was approved for treatment of relapsing and primary progressive disease.

Objectives: Patients who were under the treatment of ocrelizumab were evaluated with Magnetic Resonance spectroscopy (MRS) follow-up with clinical parameters during pandemics.

Methods: Twenty Ocrelizumab patients were included. Study group consisted of twelve primary progressive, three relapsing-remitting and five secondary progressive MS patients. Extended Disability Status Scale score, 9-Hole-Peg-Test, Timed-25-Foot-Walk Test, Brief International Cognitive Assessment for Multiple Sclerosis tests and MRS was performed at baseline and follow-up.

Results: A significant increase in Cortex Cho/Cr and Cho/NAA ratios between 0th and 6 months was obtained and disappeared at first year. In Normally Appearing White Matter, there was a statistically significant increase in Cho/Cr and NAA/Cr values at 0 and 6 months. There was no significant difference between 0th, 6th and 12th months in RRMS and SPMS group patients. PPMS patients showed significant increase in Cortex Cho/Cr and Cho/NAA ratios between 0 and 6 months follow-up. No significant difference was observed in the 12th month. During ocrelizumab treatment, no clinical worsening was obtained.

Discussion: Despite irregular and relatively lower number of ocrelizumab infusions in MS patients during pandemics condition, clinical scores and MRS findings were mostly stabilized after sixth months.



SS-6: RADYOLOJİK İZOLE SENDROM TANILI BİREYLERDE RADYOLOJİK BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

SENA DESTAN BÜNÜL , MELİKE ÖZCAN ,

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ NÖROLOJİ ANABİLİMDALI

Özet:

Radyolojik İzole Sendromu (RIS), klinik belirtileri olmaksızın manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile saptanan merkezi sinir sistemindeki demiyelinizasyon alanlarının varlığıyla tanımlanan bir durumdur. Tipik olarak, hastalar başka bir nedenden ötürü MRG çektirdiklerinde, beklenmeyen bir şekilde MSa özgü beyin veya omurilik lezyonlarıyla karşılaşır. Bu bulgular, hastaların klinik olarak belirgin bir MS belirtisi göstermedikleri durumlarda bile ortaya çıkabilir. Kliniğimizde RIS tanısıyla takipli bireylerin radyolojik özelliklerini detaylı bir şekilde tartışarak literatüre katkı sağlamak istedik.

Yöntem: MRG, sinir dokusundaki değişiklikleri detaylı bir şekilde gösteren bir görüntüleme yöntemidir. RİSte, MRG ile tipik olarak MS lezyonlarına benzer beyaz madde lezyonları saptanır. Bu lezyonlar, özellikle T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintens (daha parlak) olarak görünebilir. Aynı zamanda, kontrast madde kullanılarak alınan görüntülerde, aktif inflamasyon bölgeleri belirlenebilir.

22 kadın (%73,3), 8 erkek (%26,7) RIS tanılı birey çalışmaya dahil edildi. Yaş ortalamaları erkeklerde 35,13; kadınlarda ise 43,14 idi. 17 katılımcının (%56,7) MRG çekilme nedeni baş ağrısı 9 kişi (%30) başdönmesi ise , 4 kişinin (%13,3) ise diğer sebeplerdi. Katılımcılardan 7'sinin (%16,8) MRG incelemesinde kontrast tutan lezyon bulunmaktaydı. RIS tanılı bireylerin 5'inde (%13) ise spinal kord lezyonu mevcuttu. Serebral volümleri freesurfer yöntemi ile ölçüldü. Total serebral volüm ortalaması 1325,24 idi.

RİSnin tanımlanması, MRGnin tanısal süreçteki kritik rolünün bir yansımasıdır. MRG bulguları, bir bireyde gelecekte klinik olarak belirgin MS gelişme riskini öngörmek için değerlidir. Ayrıca, erken tanı ve müdahale potansiyelini artırarak hastaların daha iyi sonuçlar elde etmelerine yardımcı olabilir.

Radyolojik İzole Sendromu, nörolojik rahatsızlıkların erken tanı ve yönetiminde MRGnin kritik önemini vurgulamaktadır. RIS tanısı alan bireylerin yakından izlenmesi ve uygun tedavi stratejilerinin değerlendirilmesi, ilerleyen yıllarda MSin klinik belirtilerinin ortaya çıkma riskini azaltabilir.



SS-7: KORPUS KALLOZUMUN SİTOTOKSİK LEZYONUNDA (CLOCC'S) KLİNİK VE GÖRÜNTÜLEME BULGULARI İLE OLGULARIMIZ

TÜLİN GESOGLU DEMİR , DİLEK AĞIRCAN , ÖZLEM ETHEMOĞLU ,
HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Özet:

Korpus kallozumun sitotoksik lezyonları (CLOCCler), genellikle splenyumu içeren korpus kallosumda sinyal değişikliğine neden olabilen farklı etyolojik nedenlerin radyolojik görünümüdür. Klinik tablo, kallozal lezyondan ziyade altta yatan patolojiyle ilgilidir. Kliniğimizde takip edilen dört farklı etyolojiye sahip olguyu klinik ve MR bulguları ile sunmayı amaçladık.

Olgu1: 42 yaş kadın hasta, son 10 gündür oral alım reddi ve bilinç bulanıklığı şikayeti ile başvurdu. Hastanın tetkiklerinde hipernatremi dışında anormal bulgusu yoktu.

Olgu2: 18 yaş erkek hasta, senkop öyküsü nedeniyle dış merkezde karbamazepin 400mg/gün başlanmıştı. Kliniğimize baş ağrısı şikayetiyle başvurdu. Hasta karbamazepin tedavisini 1 ay kullanımdan sonra kesmişti.

Olgu3: 33 yaş erkek hasta, son 1 aydır baş dönmesi şikayeti ile başvurdu. Hastanın son 3 aydır 10 kg kaybı mevcuttu. Rutin kan tetkiklerinde hiponatremi dışında anormal bulgusu yoktu.

Olgu4: 32 yaş kadın hasta, bulantı, kusma, ateş ve bilinç bulanıklığı şikayeti ile başvurmuş, menenjit öntanısı ile yapılan LP de BOS kültüründe *S. pneumoniae* üremiştir.

Dört olgununda diffüzyon MRG'ında korpus kallozumda sitotoksik ödem lehine değerlendirilen diffüzyon kısıtlaması izlendi. Hastaların takipte çekilen kontrol MRG ı ise normaldi.

Sonuç: Birçok etiolojinin bilinmesine rağmen, klasik olarak CLOCCler bizim hastalarımızda olduğu gibi nöbet önleyici ilaç kullanımı veya aniden kesilmesi ile metabolik, enfeksiyöz bozuklukları olan hastalarda görülür. MRG bu lezyonların erken dönemde saptanmasında oldukça duyarlıdır. Korpus kallozum lezyonları izlendiğinde ayırıcı tanı yapmak gereklidir ancak agresif tanı ve terapötik yaklaşımlar genellikle gereksizdir.

Referanslar:

1-Starkey, J., Kobayashi, N., Numaguchi, Y., & Moritani, T. (2017). Cytotoxic Lesions of the Corpus Callosum That Show Restricted Diffusion: Mechanisms, Causes, and Manifestations. *Radiographics : a review publication of the Radiological Society of North America, Inc*, 37(2), 562–576. <https://doi.org/10.1148/rg.2017160085>

2-Fettah, E. R. E. N., Öngün, G., & Öztürk, Ş. (2018). Clinical and Radiological Significance of Transient Brain Lesion in the Corpus Callosum Splenium: 2 Case Reports. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 8(2), 133-136.

3-Güven, H., DELİBAŞ, Ş., & Comoğlu, S. S. (2008). Transient lesion in the splenium of the corpus callosum due to carbamazepine. *Turkish Neurosurgery*, 18(3).



SS-8: MULTİPL SKLEROZDA KLİNİK PARAMETRELERLE LONGİTUDİNAL BEYİN VOLUMETRİ KORELASYONLARI: 6 YILLIK BİR TAKİP ÇALIŞMASI

DUYGU BULUT 1, RABİA GÖKÇEN GÖZÜBATIK ÇELİK 2, HALE İREM BİLGİN 2, NACİYE KIŞ 1,

1 PROF. DR. CEMİL TAŞÇIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ

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

Özet:

Giriş

Multipl skleroz (MS), merkezi sinir sistemini (MSS) etkileyen kronik ve zayıflatıcı bir otoimmün hastalıktır. Hastalığın ciddiyetini değerlendirmek için klinik ölçümler yaygın olarak kullanılırken, beyin hacmi ölçümü gibi görüntüleme belirteçleri, hastalık aktivitesinin daha objektif ve hassas ölçümlerinin sağlanması ve gelecekteki progresyonu öngörme konusunda ümit vaat etmektedir(1,2,5). Bu longitudinal çalışmada, MSli hastalarda 6 yıllık takip süresi boyunca beyin hacmi ile klinik parametreler arasındaki korelasyonları araştırmayı amaçladık.

Materyal Metot

MS tanısı ile kliniğimizde takip edilmekte olup randomizasyon yöntemiyle belirlenen 18 hastanın 2018, 2020 ve 2023 yıllarında takip amacıyla alınan beyin MRI görüntüleri retrospektif olarak tarandı. T1 ağırlıklı sekanslar kullanılarak beyin hacimleri, full otomatik , kullanıma açık bir yazılım olan volbrain kullanılarak hesaplandı (3,4). Her bir görüntüleme zamanındaki Genişletilmiş Engellilik Durum Ölçeği (EDSS), ve fatigue severity scale (FSS) dahil olmak üzere klinik veriler, arşivden retrospektif olarak taranarak elde edildi. Beyin volumetri ölçümleri ile klinik parametreler arasındaki longitudinal ilişkileri değerlendirmek için Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edildi. Korelasyon değerleri Spearman's rho katsayıları ile elde edilerek incelendi. Önem düzeyi $p < 0,05$ alındı.

Bulgular

Hastaların ortalama yaşı 50 idi (min:34, max:74) .Ortalama hastalık süresi 13 yıl idi. Talamus volüm değeri ile; hastalık süresi ($r = -0,495$; $p = 0,037$) ve EDSS ($r = -0,562$; $p = 0,015$) arasında negatif yönlü, orta düzey ilişki ile MOCA ($r = 0,508$; $p = 0,031$) ve subkortikal beyaz cevher volümü ($r = 0,540$; $p = 0,021$) arasında pozitif yönlü, orta düzey anlamlı bir ilişki saptandı. Hastaların hiçbirinde beyin sapı volümü sağlıklı benzer yaştaki popülasyona göre azalmış bulunmadı.



Sonuç

Bu longitudinal çalışma, MSde beyin hacminin klinik parametrelerle korelasyonuna dair kanıt sağlamaktadır. Talamus atrofisi ile EDSS progresyonu arasında literatürü destekler şekilde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptadık. Bu bulgular, MS için yeni tedavilerin ve izleme stratejilerinin geliştirilmesinde ek bilgi sağlamaya yardımcı olabilir ve hasta takibinde beyin volümetrisini dikkate almanın önemini vurgulayabilir.

Kaynaklar :

- 1)Eshaghi A, Marinescu RV, Young AL, Firth NC, Prados F, Jorge Cardoso M, Tur C, De Angelis F, Cawley N, Brownlee WJ, De Stefano N, Laura Stromillo M, Battaglini M, Ruggieri S, Gasperini C, Filippi M, Rocca MA, Rovira A, Sastre-Garriga J, Geurts JGG, Vrenken H, Wottschel V, Leurs CE, Uitdehaag B, Pirpamer L, Enzinger C, Ourselin S, Gandini Wheeler-Kingshott CA, Chard D, Thompson AJ, Barkhof F, Alexander DC, Ciccarelli O. Progression of regional grey matter atrophy in multiple sclerosis. *Brain*. 2018 Jun 1;141(6):1665-1677. doi: 10.1093/brain/awy088. PMID: 29741648; PMCID: PMC5995197.
- 2) Niiranen M, Koikkalainen J, Lötjönen J, Selander T, Cajanus A, Hartikainen P, Simula S, Vanninen R, Remes AM. Grey matter atrophy in patients with benign multiple sclerosis. *Brain Behav*. 2022 Jul;12(7):e2679. doi: 10.1002/brb3.2679. Epub 2022 Jun 28. PMID: 35765699; PMCID: PMC9304852.
- 3)Manjón JV, Coupé P. volBrain: An Online MRI Brain Volumetry System. *Front Neuroinform*. 2016 Jul 27;10:30. doi: 10.3389/fninf.2016.00030. PMID: 27512372; PMCID: PMC4961698.
- 4)Ezzeldin MY, Mahmoud DM, Safwat SM, Soliman RK, Desoky T, Khedr EM. EDSS and infratentorial white matter lesion volume are considered predictors of fatigue severity in RRMS. *Sci Rep*. 2023 Jul 14;13(1):11404. doi: 10.1038/s41598-023-38368-3. PMID: 37452063; PMCID: PMC10349096.
- 5) Hänninen K, Viitala M, Paavilainen T, Karhu JO, Rinne J, Koikkalainen J, Lötjönen J, Soilu-Hänninen M. Thalamic Atrophy Predicts 5-Year Disability Progression in Multiple Sclerosis. *Front Neurol*. 2020 Jul 15;11:606. doi: 10.3389/fneur.2020.00606. PMID: 32760339; PMCID: PMC7373757.



EP-1: NÖROBEHÇET Mİ ACABA???

HALİL GÜLLÜOĞLU , HASAN ARMAĞAN UYSAL , NURŞEN BORAND , ÖZGE YILMAZ KÜSPECİ ,

İZMİR EKONOMİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MEDİCALPOINT HASTANESİ NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

Özet:

34 yaşında erkek hastamız bize başvurmadan 1 ay öncesinde görmede karartı şikayetiyle göz hastalıkları başvurusu mevcut. 3 kez ayrıntılı göz hastalıkları bakısında patoloji saptanmamış. VEP testinde latans 117 msn saptanmış. Bu nedenle çekilen Kraniyal MRG de sağ pons-mezensefalon-talamus bölgesinde kontrast tutan lezyon- akan şelaleye benzer görünüm saptanıyor. Lomber Ponksiyon uygulanıyor. Oligoklonal Band: Negatif BOS Biyokimya-SerolojiMikrobiyoloji-TBC-Patoloji bakıları olağan saptanıyor. Romatoloji Bakısında tüm Vaskulit Markerları negatif, HLA B51:- , HLA B27: - , HLA B57: + olarak sonuçlanıyor. Hastamız bize son 3 gündür ortaya çıkan sol yan güçsüzlüğü nedeniyle başvurdu. Nörolojik Muayenesinde; Horizontal konjuge göz hareketlerinde hızlı fazi bakış yönüne nistagmus, sol santral fasiyal paralizi sol hemiparezi 4/5, sol Babinski refleksi+ liği saptandı. Öz geçmişinde babasına Behçet Hastalığı tanısı konulduğu bildirildi. Hastamızın da son 2-3 yıldır ayda 1 kez olan oral aft öyküsü mevcuttu. Romatoloji+Dermatoloji bakısında Paterji testi+ liği ve HLA B57+ liği saptanması nedeniyle Behçet Hastalığı, serebral tutulum paterni nedeniyle Nörobeçet Hastalığı düşünüldü. Göz hastalıkları bakısı normal; Anti NMO IgG: - Anti MOG: - olarak saptandı. Nörobeçet Hastalığı için 10 gün pulse steroid tedavisi uygulandı. Bitiminde hastamızın sol hemiparezisi 3/5 düzeyine geriledi. Bunun üzerine 5 gün daha pulse steroid tedavisi ve 15 gün arayla 2 defa, 1 gr/gün Siklofosamid tedavisi uygulandı. Klinik bulgusunda bir düzelme olmaması ve MRG de lezyon hacminde artış olması nedeniyle Nöroşirurji bölümü ile görüşülerek Stereotaksik biyopsi uygulandı. Patoloji sonucunda Glioblastoma Multiforme saptandı. Kemoterapi-radyoterapi tedavileri başlandı. Bu olgu özelinde her Behçet Hastalığı olan kişilerin serebral lezyonları Nörobeçet olmayabileceği; olası glial tümör-Glioblastoma Multiforme ayırıcı tanıların da göz önünde bulundurularak, özellikle tedaviye yanıtızlık yada progresyon durumunda biyopsi ile kesin tanı konulmasını özellikle vurgulamak için bu olgumuzu paylaşmak istedik



EP-2: ATİPİK MERKEZİ SINİR SİSTEMİ LEZYONLARIYLA PREZENTE OLAN BİR ERDHEİM - CHESTER OLGUSU

NUR GÜLCE İŞKAN , TUNCAY GÜNDÜZ , MURAT KÜRTÜNCÜ ,

NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

Özet

Amaç

Atipik inflamatuvar-demyelinizan merkezi sinir sistemi (MSS) lezyonlarının saptandığı hastalarda tanı süreci sıklıkla zor olmaktadır. Ayırıcı tanıda MSS'nin birincil olarak ya da sistemik hastalıklara ikincil etkilendiği pek çok hastalık düşünülmekte ve kesin tanı için biyopsiye ihtiyaç duyulabilmektedir. Bu olgu sunumunda atipik parenkimal lezyonlarla başvuran bir vaka örneğinin tanı süreci tartışılmıştır.

Materyal ve Metod

Bu olgu sunumunda sağ hemiparezi, peltek konuşma ve uykuya meyil yakınmaları ile acil servise başvuran, özgeçmişinde multipl miyelomu olan altmış iki yaşında erkek hastanın radyolojik görüntülemeleri, beyin omurilik sıvısı bulguları ve beyin biyopsisi sonuçları incelenmiştir.

Bulgular

Acil serviste yapılan beyin MRG'sinde sağ temporal lob ve sol kapsula internada ödem etkisi ile beraber heterojen kontrastlanan ve yer kaplayıcı natürde görünen lezyonlar saptandı. Lomber ponksiyon ve beyin biyopsisi yapılan hastaya olası inflamatuvar/demyelinizan süreçler düşünülerek intravenöz yüksek doz steroid tedavisi başlandı. Tedavi sonrası lezyonlarda regresyon izlenen hastanın biyopsi sonucu non-Langerhans histiyositozis (Erdheim-Chester hastalığı) ile uyumlu olarak sonuçlandı.

Sonuç

Merkezi sinir sisteminin yer kaplayıcı lezyon özellikleri de gösteren inflamatuvar-demyelinizan lezyonlarında, özellikle komorbid hematolojik hastalıklar da varsa, hematolojik maligniteler akla gelmeli ve bu hastalarda biyopsi zaman kaybetmeden yapılmalıdır.



EP-3: NEOPLAZM TAKLİTÇİSİ TÜMEFAKTİF MULTİPLE SKLEROZ

NESİBE BÜŞRA FİDANTEK 1, ADALET ARIKANOĞLU 1, MEHMET UFUK ALUÇLU 1, MUHYETTİN TAY 2,

1 NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

2 RADYOLOJİ ANABİLİM DALI

Özet:

Giriş

Tümeaktif MS(TMS), MRGdeki merkezi sinir neoplazmalarına yakın benzerliği nedeniyle teşhis ve tedavi açısından zorluk teşkil eden, multipl sklerozun nadir bir varyantıdır.

Olgumuz, beyin MRGde neoplazm düşünülmesine rağmen TMS tanısı alması nedeniyle sunuldu.

Olgu

18 yaşında erkek hasta son bir haftadır başlayan sağ kol ve bacakta güçsüzlük, konuşma bozukluğu, yürümede yavaşlama şikayetleri ile başvurdu.Son bir ayda 10 kilogram kaybı olan hastanın NMde bilinci açık, solda SFP, sağ üst ekstremitte proksimali 3/5 distali 1/5, sağ alt ekstremitte 3/5 kas kuvvetinde; vibrasyon 4 ekstremitede normal, sol vücut yarımı ise hipoestezik; patella refleksleri hiperaktif, sağda babinski pozitifiti.

Dış merkez beyin MRGde sol frontal lob periventriküler beyaz cevherde 28x48 mm ebadında, sol parietal lob lateral ventrikül komşuluğunda beyaz cevherde yerleşimli 18x13 mm ebadında ve bunun superior komşuluğunda 9 mm çapında kitle benzeri görünümde T2A sinyal artışları olan lezyonlar radyoloji tarafından metastaz ile uyumlu görülüp primerinin araştırılması önerildi.Tarafımızca servikal MRG yapıp demiyelinizan plak görülmesiyle beyin MR spektroskopi yapıldı.Görüntüleme, öncelikle tümeaktif MS düşünöldü, ayırıcı tanıda multi sentrik GBM, lenfoma ve metastaz da yer almalıdır şeklinde raporlandı.PETCT, tümör markerları, normaldi. LPde BOS proteini normal, hücre yoktu.OKB tip 2 pozitif, Anti-MOG,NMO paneli negatif geldi.10 günlük pulse verildi.Klinik kısmi yanıt alınması üzerine 7 kez plazmaferez yapıldı.Kontrol MRG ve NM normale dönen hasta TMS kabul edilerek dimetilfumarat başlandı.Bir yıl sonraki takiplerinde klinik ve radyolojik kötüleşme izlenmedi.

Sonuç:

Tümeaktif MS, teşhis edilmesi zor bir hastalık olmaya devam etmektedir ve santral görüntülemelerde lenfoma, nörosarkoidoz, GBM, tükörküloz gibi hastalıklar ile karışmaktadır.TMSnin ayırıcı tanıda düşünölməsi hastayı biyopsinin komplikasyonlarından korumaktadır.



EP-4: TORASİK ÇIKIŞ SENDROMU OLGU SUNUMU

CANSU GULCIHAN TURKOK , ZEYNEP KARAOĞLU AKINCI , SİBEL KARŞIDAĞ ,
SULTAN ABDÜLHAMİTHAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Özet:

Torasik çıkış sendromu (TÇS), üst ekstremitedeki nörovasküler yapıların toraks üst çıkışında bası altında kalmasına bağlı ortaya çıkan klinik semptomlarla seyreden bir durumdur . Vasküler ve nörojenik olarak iki tipte sınıflandırılmıştır. Olgumuzda nadir görülen vasküler ve nörojenik TÇS birlikteliğinden bahsedeceğiz .Etkilenen yapılara göre farklı klinik tablolar gözlenmektedir. Bunlar ; ağrı, renk değişiklikleri, soğukluk, parestezi , siyanoz ,brakiyal pleksus alt trunkus-medial kord alanında duyu kusuru, tenar kaslarda da zaaf ve atrofi olabilmektedir . Klinik olarak TOS şüphesi olan hastalarda arteryal ve venöz doppler ultrasonografi , brakiyal pleksus mr görüntülemesi , direk grafi ve elektromiyografi tanıya yardımcı incelemelerdir.

25 yaş erkek hasta hastanemize 6 sene önce başlayan garsonluk yaparken sol kol dirsek altı medial ve sol elde güçsüzlük uyuşma, ağrı ,güçsüzlük şikayetleri ile başvurdu . Kolunu yukarı kaldırdığında ve özellikle sabahları şikayetlerinin arttığını belirtmişti. Bize başvurusundan birkaç hafta öncesinde askere alınmış ve askerde iştime sırasında şikayetlerinin tekrar başladığını ve arttığını sol supraklavikular bölge ve solda pektoral kasların klavikulaya yapıştığı bölgede sol kol elevasyonu ile ağrı ,sol kolun medialinde şişlik ve sol kolda dirsek altında solukluk ,ağrı, uyuşma eşlik ettiğini belirtti. Sol kolunu havaya kaldırdığında bir süre sonra kolunun güçsüzleştiğini ve düştüğünü ifade etti . Tarafımıza bu şikayetlerle başvuran hastaya torasik çıkış sendromu ön planda olmak üzere ayırıcı tanılar açısından yatış verildi.

Nörolojik muayenesinde sol üst ekstremitede distallerde belirgin tüm kaslarda sağa göre zaafı mevcuttu, özellikle sol abduktor pollicis brevis ve sol adduktor digiti minimi kaslarında belirgin güçsüzlüğü mevcuttu. Sol kol medial epikondil aşağısında şişlik mevcut , solukluk izlenmedi. Solda allen ve adson testi pozitifdi.

Hastanın üst ekstremitate arteryal renkli doppler ultrasonografi incelemesi sol üst ekstremitede allen manevrası ile subclavian arterde ve distalinde RDUS ile vasküler kodlanma belirgin azalmıştır şeklinde raporlandı . Brakiyal pleksus MR solda C6-C7, C7-C8 hizasında kök ve trunkuslar boyunca başlayıp distale kadar devam eden asimetric post kontras görüntülerde hafif sinyal artışı şeklinde raporlandı . Elektromyografi incelemesi yapıldı , sol muskulokutanöz duysal amplitüd düşük , bilateral median distal motor latansı uzun saptandı. İğne EMG de sol adduktor digiti minimi ve abduktor pollicis brevis kaslarında kronik nörojenik değişiklikler izlendi.

Nörojenik ve vasküler tçs tanısı konan hastanın kliniğimizce takip ve tedavisi devam etmektedir.



EP-5: PERİVENTRİKÜLER BOŞLUK : ÖRNEK KLİNİK OLGUSU

SELAHATTİN REYHANI ,

BAĞCILAR EAH

Özet:

Selahattin Reyhani¹, Ebru Nur Karaköprülü¹ , Sami Ömerhoca¹ , Nilüfer Kale İçen¹

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği

GİRİŞ

Virchow-Robin boşlukları beynin yüzeyini delerek dokunun içine doğru ilerleyen küçük arter ve arteriyollerin etrafını saran pia ile döşeli perivasküler alanlardır. VRB'ler tipik olarak anterior komissürün vertekse yakın bölgeleridir. VRB'nin ayırıcı tanısı laküner infarkt, tümör, demyelinizasyon ve vaskülit içerir.

AMAÇ

Bu olgu sunumunda bilinen hastalığı olmayan bir hastanın klinik ve görüntüleme bulguları eşliğinde ayırıcı tanıda periventriküler boşluk tartışılması amaçlanmıştır.

VAKA SUNUMU

45 yaşında erkek hasta, 10 gün önce yaşadığı ; kusma sırasında ensesinde şiddetli ağrı şikayeti ile hastaneye başvurdu. Ağrısının zamanla azaldığını ifade etti. Başvuru sırasında ağrısı olmadığını ancak parietal alanda ağırlık hissi olduğunu tarifliyordu.

Bilinen hastalık ya da ilaç kullanımı yoktu.

Alkol/sigara/madde kullanımı yoktu.

Soygeçmişte özellik bulunmuyordu.

Nörolojik muayene tamamen doğaldı ve vitaldeğerlerde patoloji saptanmadı.

TARTIŞMA

Bu olguda bir periventriküler boşluk vakasının örnek klinik ve görüntüleme ile prezantasyonu tartışılmıştır.



EP-6: GEÇİCİ SPLENİUM LEZYONU İLE BİRLİKTE GÖRÜLEN HAFİF ENSEFALİT/ ENSEFALOPATİ (MERS)

Özet:

TOLGA ÇETİNDAMAR1

Danışman: Prof Dr Gazanfer Ekinci, Dr Rengin Bilgen Akdeniz, Prof Dr Rana Karabudak

GİRİŞ:

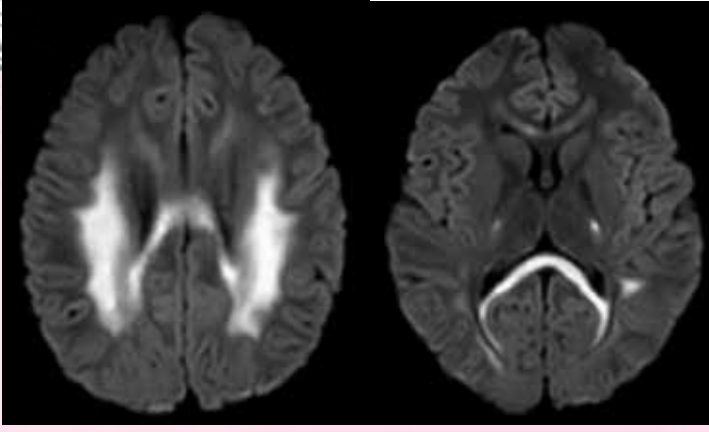
Geçici splenium lezyonu ile birlikte görülen hafif ensefalit/ ensefalopati (MERS), ilk kez 2004 yılında nadir bir klinik-radyolojik sendrom olarak tanımlandı. Genel olarak MERS hastaları bilinç bozukluğu, nöbetler ve baş ağrısı gibi hafif santral sinir sistemi semptomları ile presente olur ve bir ay içinde tamamen iyileşmesi beklenir. Görüntüleme bulgularına göre iki radyolojik alt tipi vardır. MERS tip 1'de lezyonlar korpus kallozumun spleniumu ile sınırlıdır, tip 2'de ise lezyonlar korpus kallozumun spleniumuna uzanır ve korpus kallozumun tamamını, merkezi sulkus yakınındaki subkortikal beyaz cevheri kapsayabilir. Özellikle çocuklar ve genç yetişkinlerde görülmesi beklenir. Prognoz genellikle iyidir ve tedavisiz takipte günler içinde tam veya tama yakın klinik iyileşme gözlenir. Radyolojik iyileşme haftalar sürebilir. Kesin patofizyolojisi bilinmemektedir. Çocukluk çağında viral enfeksiyonların en sık ilişkili etiyolojik faktör olduğu bilinmektedir. Burada iki farklı dönemde MERS tip 2 tanısı almış olgumuz sunulmuştur.

OLGU:

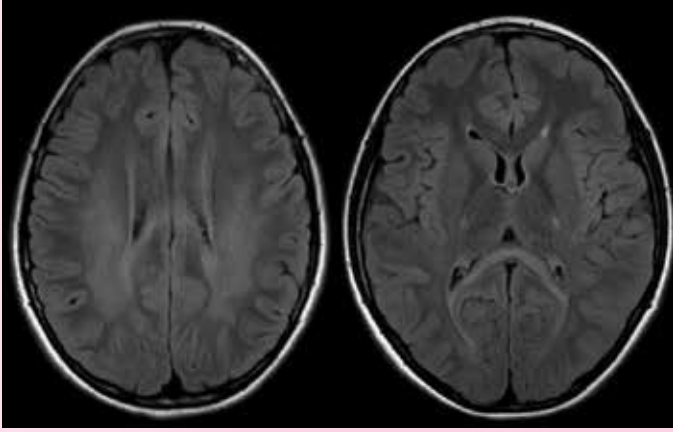
15 yaşında erkek hasta dört sene önce boğaz ağrısı ve ateş şikâyeti ile çocuk enfeksiyon polikliniğine başvurdu. Influenza A pozitifliği saptanıp enfluvir başlandı. Ertesi sabah konuşma bozukluğu şikayetiyle tekrar çocuk polikliniğine başvuran hastanın takip amaçlı yatışı yapıldı. Herhangi bir nörolojik hastalığı veya gelişimsel gecikme öyküsü yok. Annesi MS hastası. Anne-baba arasında akrabalık yok. Sol nasolabial sulcus silikliği dışında nörolojik bulgusu ve meningeal irritasyon bulgusu olmayan hastanın sol nasolabial sulcus silikliği takibi sırasında belirgin düzeldi. Kan tetkikleri wbc 2560/mm³, platelet 168000/mm³, CRP 2.1 olarak sonuçlandı. Kontrastlı beyin MRI görüntülemesinde bilateral internal kapsülde, korpus kallozumun tamamında, periatrinal beyaz cevherde ve bilateral sentrum semiovalelerde simetrik T2 ve Flair ağırlıklı incelemede sinyal artışı ve bu lokalizasyonlarda diffüzyonda kısıtlanma saptandı. Kontrast tutulumu saptanmadı (Resim 1). Lezyonların lokalizasyonu ve hastanın kliniği göz önünde bulundurulduğunda geçici splenium lezyonunu ile birlikte görülen hafif ensefalit/ensefalopati (MERS tip II) tanısı konuldu. Hastanın kliniği düzeldikten sonra taburcu edildi. Olgumuz 14 yaşında tekrar konuşma bozukluğu ve sol kolda uyuşma şikâyeti ile çocuk polikliniğine başvurdu ve yatışı yapıldı. Sol nasolabial sulcus silikliği dışında bulgusu yoktu. Kan sonuçları wbc 9300/mm³, neut 7250/mm³, lym 1330/mm³, plt 184000/mm³, CRP 4.9 olarak sonuçlandı. Kontrastlı beyin MR görüntülemesinde korpus kallozum korpusu posterioru ve spleniumunda, sağda belirgin periatrinal beyaz cevherde ve bilateral sentrum semiovalelerde T2 ve Flair ağırlıklı incelemede sinyal artışı ve bu lokalizasyonlarda diffüzyonda kısıtlanma saptandı. Kontrast tutulumu saptanmadı (Resim 2). Olgunun dört sene önceki MR incelemesi ve lezyonların lokalizasyonları göz önünde bulundurulduğunda; ilk planda tekrarlayan geçici splenium lezyonunu ile birlikte görülen hafif ensefalit/ensefalopati (MERS tip II) düşünüldü. Hastanın yatışında planlanan EEG sonucunda nöbet aktivitesi gösterildi. Keppra başlandı. Başvuru anındaki nörolojik bulguları gerileyen hasta taburcu edildi. Poliklinik kontrolü ile izleme alındı.

SONUÇ:

Nörolojik bulgular ve geçici splenium lezyonları ile başvuran çocuklarda ayırıcı tanıda MERS'in de göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Olgumuzda da olduğu gibi geçici olması tekrarlayıcı olmadığını düşündürmemelidir. MERS'in enfeksiyon ve epilepsi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir fakat yüksek oranda spontan iyileşme gözlemlendiği için antiepileptik ilaçların ve antibiyotik tedavisinin etkinliğini değerlendirmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç var.

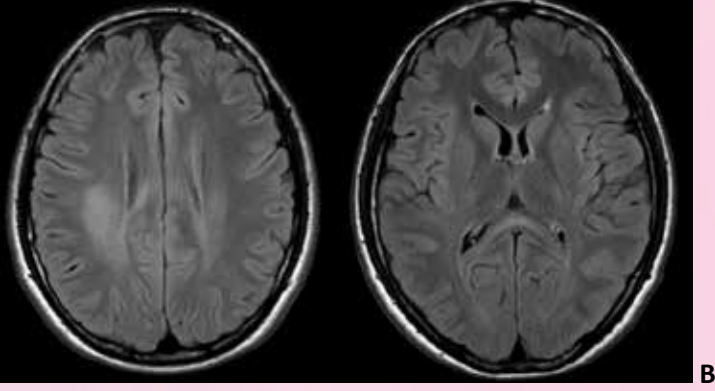
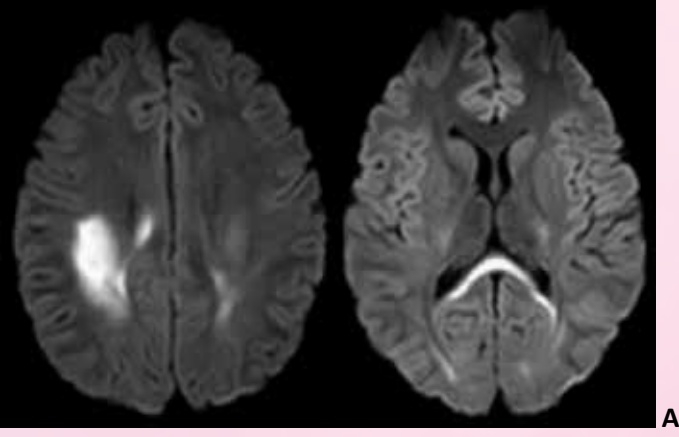


A



B

Resim 1 Bilateral internal kapsülde, korpus kallozumun tamamında, perivatriyal beyaz cevherde ve bilateral sentrum semiovalelerde simetrik T2 ve Flair (B) ağırlıklı incelemede sinyal artışı ve bu lokalizasyonlarda diffüzyonda (A) kısıtlanma saptandı. Kontrast tutulumu saptanmadı



Resim 2 Korpus kallozum korpusu posterioru ve spleniumunda, sağda belirgin periatrinal beyaz cevherde ve bilateral sentrum semiovalelerde T2 ve Flair **(B)** ağırlıklı incelemede sinyal artışı ve bu lokalizasyonlarda diffüzyonda **(A)** kısıtlanma saptandı.



EP-7: MORTAL SEYREDEN RADYOLOJİSİ ZORLU BİR VAKA

ZEYNEP ÖZÖZEN AYAS 1, GÜLGÜN UNCU 1, ALİ UNCU 2, HAKAN MUSA AYAS 2, DUYGU ARSLAN MEHDİYEV 3,

1 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ESKİŞEHİR ŞEHİR SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

2 ESKİŞEHİR ŞEHİR HASTANESİ

3 ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

Özet:

Nörogörüntüleme, MRG artık pek çok hastalık için üstün tanı değerine sahip bir incelemedir. Özellikle ensefalitler, tümör, demiyelizan hastalıklarda ileri nörolojik incelemelere ayırıcı tanı için ek olarak BOS incelemeleri, antikolar, mikrobiyolojik testler yardımcı olmaktadır. Olgumuzda olduğu gibi ileri nörolojik incelemeyle tanı konulamayan MRG'de takibiyle yönetilebilen zorlu vaka sunulmuştur.

Ellidört yaşında erkek hasta anlamsız konuşma, görsel halüsinasyonlar, sağda güçsüzlük şikayetleri ile başvurdu. Daha önce bilinen sistemik hastalığı olmayan çiftçilikle uğraşan hastanın 2 hafta önce başlayan konuşmada yavaşlama, denge kaybı nedeniyle farklı merkeze başvurduğu inme, demiyelizan hastalık, ensefalit öntanılarıyla takip edildiği öğrenildi. Kliniğin giderek bozulması üzerine hastanemize başvurusu sonrasında yatırıldı. Muayenesinde, kooperasyonu kısıtlı, tek kelimelik verbal yanıt, sağda 4/5 hemiparezi, sağda Babinski mevcuttu. Kan testleri normaldi. Beyin MRGde bilateral beyaz cevherin öncelikli etkilendiği solda daha geniş olan internal kapsül, korpus kallosum, serebral pedinküller ve ponsda, superior serebellar pedinkülde kontrast tutulumu olan T2 heterojen sinyal saptandı. Enfeksiyon parametreleri, tümör markerları, vaskülitik ileri incelemeler negatifti. Yutma gücünü gelişen hasta yoğun bakım ünitesinde alındı. BOS analizleri normal olup 3gün i.v. metilprednizolon tedavisi verildi. Uyku meyil nedeniyle kontrol difüzyon MRGde lezyonlarda genişleme üzerine otoimmün ensefalit öntanısıyla IVIG tedavisi verildi. Otoimmün ensefalit paneli, paraneoplastik antikolar, kemik iliği, duodenum biyopsisinde patoloji saptanmadı. Tedaviye yanıt alınamayan hastanın PET'i normal olarak sonuçlandı. Kontrol MRG'de lezyonlarda devam görülen hastada yüksek dereceli infiltratif glial tümör olarak yorumlandı. Steroid tedavisi başlanan hasta yatışının 50.gününde eksitus oldu.

Genç erişkin hastada hızlı seyreden klinik ile MRG'de teşhisi net olamayan hastalar için ayırıcı tanıda serum, BOS incelemeleri ve diğer histopatolojik değerlendirmeler yapılmalı ve radyolojik takibe devam edilmelidir.



EP-8: HIZLI KİLO KAYBI İLİŞKİLİ GEÇİCİ KORPUS KALLOZUM SPLENİUM LEZYONU

DUYGU ARSLAN MEHDİYEV , MERYEM TUBA SÖNMEZ , SELİM SELÇUK ÇOMOĞLU ,

ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

Özet:

Korpus kallozum spleniumunda görülen geçici lezyonlar epilepsi hastalarında nöbetler veya antiepileptik tedavilerle ilişkili ortaya çıkabilir. Aynı zamanda enfeksiyonlar, demyelinizan olaylar, metabolik bozukluklar ve vasküler patolojiler de neden olabilir. Biz hızlı kilo kaybı sonrası gelişen görme yakınması ile başvuran izole splenium lezyonu olan bir olguyu paylaşacağız.

25 yaşında erkek hasta ilçe devlet hastanesi acil servisinden inme ön tanısı ile yönlendirildi. Yaklaşık yarım saat süren öncesinde 10-15 sn tamamen görememe ardından bulanık görme yakınması olup geçmiş. Başka yakınması olmayan hastanın nörolojik muayenesi normal sınırlardaydı. Hastanın son 1 ayda diyet ile 7-8 kilo kaybı olduğu öğrenildi. Bilinen ek hastalığı yoktu. Diffüzyon MRG'de korpus kallozum splenium düzeyinde ADC sekansında hipointens olan diffüzyon kısıtlanması görüldü. Biyokimya, hemogram, vaskülit tetkikleri olağandı. EEG si normal sınırlardaydı. Beyin ve karotis arter anjiyografisi normaldi. Kliniğe yatışı yapılan hastaya hidrasyon, uygun kalorili diyet ve başlangıçta profilaktik asa 100 mg verildi. 4 gün sonra çekilen beyin MRG'de mevcut lezyon zayıf/silik olarak izlendi. Takipte 2.ayda çekilen beyin MR tamamen normaldi.

Korpus kallozum spleniumunda geçici lezyonlar ortaya çıkabilir. Bunlar sıklıkla epilepsi, antiepileptik ilaç kullanımı, elektrolit bozukluğu, enfeksiyon gibi durumlarla ilişkilendirilse de nadiren hızlı kilo kaybı tüm kan parametreleri normal olsa dahi böyle bir geçici lezyona yol açabilir.

Korpus kallozum spleniumunda lezyon görünce hastanın kliniği ve tetkiklerde anlamlı bulgu yoksa geçici lezyon olabileceği akılda bulundurulmalıdır. Etyolojiye yönelik tedavi hızla başlanırken invaziv girişimler ve tedavilerden ilk aşamada kaçınılması uygundur.



EP-10: PRİMER SANTRAL SİNİR SİSTEMİ LENFOMASI: OLGU SUNUMU

BAŞAK KARAKURUM GÖKSEL , HALİL İBRAHİM SÜNER , NEBİL BAL , ÖZLEM ALKAN ,

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ADANA UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Özet:

GİRİŞ: Primer SSS lenfoması nadir görülen, semptomları atipik, sıklıkla diğer hastalıklarla karıştırılabilen, bu nedenle erken teşhis ve tedavisi çok önemli bir hastalıktır.

OLGU:69 yaşında kadın hasta,3 haftadır giderek ilerleyen bilinç bozukluğu, 10 gündür baş ağrısı ve kusma şikayeti ile başvurmuş olup, nörolojik muayenesinde bilinç konfuze, bilateral patolojik refleks+ idi. Beyin MR, MR perfüzyon incelemesinde supratentorial her iki hemisferi saran, durada ventrikül duvarlarında ve periventriküler parankimal alanlarda, sol temporalde silvian fissür çevresinde temporal lob anterioruna doğru da uzanan yoğun kontrastlanma alanları, sol temporalde en belirgin olmak üzere parankimal sinyal artış alanları,premezensefalik alanda bazal sisternlere doğru yoğun kontrastlanma gözlemlendi. BOS incelemesinde 140 lökosit, BOS proteini:485 mg/dl ;BOS glukoz: 67 (SKŞ:89) olarak değerlendirildi. Meningo-ensefalit için tedavi verilen hastanın BOS bulguları gerilerken,klinik ve MR progresyonu mevcut olduğundan hastaya yapılan beyin biyopsisinde lenfoproliferatif hastalık tanısı aldı. **SONUÇ:** Primer SSS lenfoması tüm beyin neoplazmalarının %2sinden azını ve malign lenfomaların %1-2sini içerir. Diğer hastalıkları taklitçiliği iyi bilinen Primer SSS lenfoması tanısı alan hastanın MR bulguları ilginç bulunarak sunulmak istenmiştir.



EP-9: PSİKİYATRİ İZLEMİNDE AYIRICI TANIDA NÖRORADYOLOJİ: CADASIL

GÜLGÜN UNCU 1, ZEYNEP ÖZÖZEN AYAS 1, ALİ UNCU 2, HAKAN AYAS 3,

1 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ESKİŞEHİR ŞEHİR SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ, DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜMÜ, NÖROLOJİ

2 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ESKİŞEHİR ŞEHİR SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ, TEMEL TIP BİLİMLERİ BÖLÜMÜ, TIBBİ BİYOKİMYA

3 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ESKİŞEHİR ŞEHİR SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ, CERRAHİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜMÜ, ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON

Özet:

Giriş:

Serebral otozomal dominant arteriyopati ile subkortikal enfarklar ve lökoensefalopati (CADASIL: Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy), 19. kromozomda bulunan nörojenik lokus notch homolog proteini-3 (Notch3) genindeki mutasyonlar sonucu oluşan kalıtsal bir küçük damar hastalığıdır (1). Klinikte başlıca geçici iskemik atak, subkortikal iskemik olaylar, auralı migren, psikiyatrik bulgular, erken başlangıçlı demans ve epileptik nöbetler olmak üzere birçok nörolojik ve psikiyatrik bulgular ile karşımıza çıkabilir. (2) CADASIL tanılı hastaların %20'sinde depresyon, %5'inde ise mani izlenmiştir. (3) CADASIL ve psikiyatrik bozukluk birlikteliği ileri yaşla ilişkilendirilmektedir. Olgu sunumumuzda NOTCH3 gen analiziyle CADASIL tanısını doğruladığımız depresyon bipolar bozukluk kliniği ile takipli genç kadın hasta sunulmuştur.

Olgu: 38 yaşında kadın hasta uzun süredir psikiyatri takibinde depresyon bipolar bozukluk tanıları ile tedavi altında iken şiddetli baş ağrısı yakınması ile nörolojiye yönlendirilmiş. Hastanın öz geçmişinde 4 yıldır Psikiyatri takibinde valproik asit 500 mg/gün ve essitalopram 10 mg/gün kullanmakta olduğu öğrenildi. Hastanın son birkaç aydır olan migrenöz özellikte baş ağrısı yakınması mevcuttu. Soy geçmişinde olgunun babası ve halasında inme öyküsü mevcut olup, annesinde migren tipi baş ağrısı olduğu öğrenildi. Nörolojik muayenesi olağandı. Hastanın Kranial MR görüntülemelerinde T2 ve FLAIR kesitlerde bilateral sentrum semiovale ve frontoparietal bölgede subkortikal ve periventriküler beyaz cevherde birleşme eğilimi gösteren yaygın hiperintensiteler saptandı. Hasta da iskemik süreçler etyoloji araştırmak için tetkik edildi. Rutin biyokimya testi normal saptandı. Vaskülit belirteçleri negatifti. Öykü ve MR ile CADASIL düşünülen hasta genetik hastalıklarına danışıldı. NOTCH gen pozitif saptandı. Tedaviye asetil salisilik asit eklendi, migren profilaksisi başlanarak takibe alındı. Hasta ailesi genetik danışmanlık için yönlendirildi.

Tartışma: CADASIL, auralı migren, subkortikal iskemik inme, demans veya duygu durum bozukluğu öyküsüyle birlikte bilateral periventriküler beyaz cevher lezyonları olan genç-orta yaş grubu hastaların ayırıcı tanısında mutlaka düşünülmelidir. Pozitif aile öyküsü önemlidir ancak hasta de novo mutasyona uğramış olabileceğinden mutlak gerekli değildir. Etkilenmiş bireyler tespit edilerek diğer aile üyelerinin de genetik danışmanlık alması sağlanmalıdır

1. Kumral E, Tarlacı S. Vasküler demanslar. NöroPsikiyatri Arşivi. 1999; 36: 90-6.
2. Narayan SK, Gorman G, Kaloria RN, Ford GA, Chinnery PF. The minimum prevalence of cadasil in England. Neurology. 2012; in press.
3. Dominquez-Sanchez FJ, Lasa-Aristu A, Gomi-Imızcoz M. Intelligence impairment, personality and psychopathology disturbances in a family affected with Cadasil. Span J Psychol. 2011; 14: 936-43.

EP-10: HIV İLİŞKİLİ PROGRESİF MULTİFOKAL LÖKOENSEFALOPATİ OLGUSU

UFUK EMRE TOPRAK , ÇAĞLA ŞİŞMAN , SADETTİN KALENDEROĞLU , BURCU AKALIN , AYSEL TEKEŞİN ,
SBÜ İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Özet:

GİRİŞ

Progresif multifokal lökoensefalopati(PML), JCV'ün neden olduğu SSS'nin demyelizan hastalığıdır. HIV, PML gelişimi için ana predispozandır.Bu yazıda, HIV pozitifliği ile ilişkili bir PML olgusunu sunmak istedik.

OLGU

37 yaşında erkek hasta sağ kol,bacakta güçsüzlük,konuşma bozukluğu şikayeti ile başvurdu. Öyküsünde 3 ay önce sağ hemiparezi tablosunun başladığı, başka bir merkezde inme tanısı aldığı, başvurudan 10 gün önce konuşma bozukluğunun eklenmesi üzerine başvurduğu öğrenildi.Öz geçmişinde 3 ay önce iskemik inme ve HIV enfeksiyon tanısı ile Biktarvy tedavisi başlanmıştı.Nörolojik muayenesinde,motor afazi, sağ hemiparezi(2/5) mevcuttu. Kranial MRI'da, sol frontoparietal subkortikal beyaz cevherde,sol bazal ganglionlar,talamus, sol serebeller pedinkülde, sağda periventriküler alanlarda düzensiz sınırlı, kontrast tutulumun olmadığı T2-FLAIR kesitlerde hiperintens lezyonlar saptandı.BOS'ta JCV-PCR pozitif saptandı.Hastaya 1000 mg/gün İV Pulse ve mirtazapin 15mg/gün tedavisi başlandı.Biktarvy tedavisine devam edildi.10 gün Pulse tedavisinin ardında oral steroid devam edilen hastanın takibinde sağ hemipleji gelişti.IVIG tedavisi planlanan hasta tedavisine ülkesinde devam etmek üzere yakınlarının isteğiyle hastanemizden ayrıldı.

TARTIŞMA

Olgumuzda PML, HIV pozitifliği ile eş zamanlı ortaya çıkmış ve klinik hızlı progrese olmuştur. Bu durum, hem viral yükün fazla olması hem ilk dönem klinik-radyolojik bulguların inme ile karıştırılmış olmasıyla ilişkili olabilir. Radyolojik bulguları açısından PML ayırıcı tanısında; SSS lenfoması, iskemik subkortikal lezyonlar, HIV ilişkili ensefalopati gibi birçok hastalık grubunun olduğu dikkate alındığında özellikle hızlı progresif, serebral tutulumu olan olgularda PML ilişkili bulguların erken tanınması, tedavi ve prognoz açısından önemli olacaktır.

KAYNAKLAR

1-Abrão CO et al.AIDS-related progressive multifocal leukoencephalopathy.RevSocBrasMedTrop. 2020;21:54. 2-Abed E et al.HIV-Associated Progressive Multifocal Leukoencephalopathy:A Case Study.ActaMedIndones.2023.55:211-214.



EP-11: KRONİK BÖBREK YETERSİZLİĞİ ZEMİNİNDE GELİŞEN NORMONATREMİK BİR SANTRAL PONTİN MİYELİNOLİZİS OLGUSU

ZAHRA HÜSEYNLİ , TUNCAY GÜNDÜZ , MURAT KÜRTÜNCÜ ,
NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

Özet:

Giriş

Santral pontin miyelinozis, osmotik demiyelinizasyon sendromunun en sık klinik prezantasyonu olup, sıklıklı hiponatreminin hızlı düzeltilmesi sonucu görülür. Bununla birlikte özellikle kronik böbrek yetersizliği (KBY) olan normonatremik olgularda da ortaya çıkmaktadır. Biz bu bildiriye, normonatremik bir KBY olgusunda, izole diplopi ile prezente olan bir santral pontin miyelinozis tablosunu sunmayı amaçladık.

Olgu

Nefronoftizise bağı kronik böbrek yetmezliği, karaciğer sirozu ve pansitopeni tanıları ile izlenen 27 yaşındaki kadın hasta, kliniğimize bulantı kusma ve halsizlik yakınmaları ile başvurdu. Acil servis başvurusunda serum incelemesinde pH: 7,1 mmHg (7,35-7,45), osmolarite 331 mOsm (275-295), Na: 137 mmol/L (135-146) olarak saptandı ve hastaya sodyum bikarbonat replasmanı başlandı. İnfüzyonun 3. saatinde horizontal binoküler çift görme yakınması gelişen hastanın nörolojik muayenesinde sağ gözde dışa bakış kısıtlılığı, beyin MRG'de sağ ponto-mezensefalik T2 hiperintens kontrastlanmayan lezyonlar saptandı. Ayırıcı tanıda infeksiyöz ve otoimmün rombensefalitler yer alan hastaya pansitopeni nedeni lomber ponksiyon yapılamadı. Tedavide haftada üç kez hemodiyaliz uygulanan hastanın yakınmaları iki hafta içinde geçti. Hastanın birinci hafta ve birinci ay yapılan kontrol MRG incelemesinde lezyonun belirgin gerilediği dikkati çekiyordu.

Tartışma

Hiponatreminin düzeltilmesine bağı gelişen osmotik demiyelinizasyon sendromu iyi bilinen bir durumdur. Beyinde özellikle pontin ve bazı ekstrapontin bölgeler (serebellum, korpus kallozum, talamus ve bazal ganglionlar) osmolaritenin değişikliklerine özellikle hassas olduklarından klinik bulgular genellikle bu bölgelerin disfonksiyonu şeklinde ortaya çıkar. Bununla beraber, özellikle KBY zemininde bahsi geçen bölgelerin ozmolarite değişikliklerine hassasiyetleri artabilir ve hiponatremi olmadan da bu tablo ortaya çıkabilir.



EP-12: KOLANJİOSELLÜLER KANSER İLİŞKİLİ İNME OLGUSU

UFUK EMRE TOPRAK , BURCU AKALIN , AYSU KISA , ÖZLEM AKDOĞAN , AYSEL TEKEŞİN ,
SBÜ İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

Özet:

Giriş

Kanser ilişkili inme; hiperkoagülabilité, non-bakteriyel trombotik endokardit, kanser tedavisine sekonder gelişebilmektedir. Bu yazıda iskemik inme tanısı ile değerlendirilen, klinik progresyonun ardından etyolojide kolonjiosellüler karsinom (CCA) tanısı alan olgumuzu sunmak istedik.

Olgu

Sağ kol, bacakta güçsüzlük şikayetiyle acil servise başvuran 61 yaşında kadın hasta öyküsünde şikayetlerinin 1 hafta önce başladığını, güçsüzlükle beraber halsizlik ve ara ara ateş yükseklik şikayetinin olduğunu ifade etmekteydi. Öz geçmişinde özellik olmayan hastanın başvurusundaki nörolojik muayenesinde; sağ hemiparézisi mevcuttu. DWI-MRG'inde bilateral ICA, PCA sulama alanlarında multiple diffüzyon kısıtlılıkları saptandı. Antiagregan+DMH tedavisi başlandı. BTA incelemesi normaldi. Rutin tetkiklerinde CRP yüksekliği saptandı. EKO'sunda özellik saptanmayan hastada klinik-radyolojik-laboratuvar bulguları göz önüne alınarak enfektif endokardit ön tanısıyla TEE planlandı. Yatışının 2. Gününde sol alt ekstremitede DVT saptandı. Olası enfektif endokardit tanısına yönelik antibiyotik tedavisi başlandı. Yatışının 4. gününde JTK nöbet geçiren hastanın kontrol DWI-MRG'inde sağ MCA enfarktı saptandı. Sol hemiparézisi gelişen ve klinik bulguları kötüleşen hasta yoğun bakıma alındı. Tırnak yatağında splinter hemorajiler gözlemlendi. Heparin tedavisi başlanan hastaya TEE yapılamadı. Takibinde sağ üst ekstremité arter oklüzyonu gelişen hastada antikoagülan+antibiyotik tedavisi altında inme tablosunun ilerlemesi, periferik tromboemboliler nedeniyle etyolojide malignitelere yönelik yapılan FDG-PET incelemesinde, hepatobilier sistemde yoğun metabolizma artışı saptandı. Tümör markerları yüksek saptanan (CA19-9:4338Ku/L) hastada CCA tanısı düşünülerek biyopsi planlandı.

Tartışma

Nadir bir malign tümör olan CCA'lar, tüm GIS tümörlerin %3'ü, tüm malign KC tümörlerinin ise yaklaşık %10'unu oluşturur. Literatürde CCA ilişkili inme olgusu oldukça nadirdir. Olgumuzda embolik inme tanısıyla klinik progresyon gelişmiş, sistemik tromboembolik olaylar tabloya eklenmiş ve aynı dönemde CCA tanısı almıştır. Bu olgu ışığında, özellikle progresif, tekrarlayan embolik inme olgularında, sistemik tromboemboli tablolarının yakın takibi, laboratuvar-radyolojik bulguların ayrıntılı değerlendirilmesi erken tedavi açısından önem taşımaktadır.

Kaynaklar

1-Joliat G Ret. al. Ischemic stroke and ST-elevation myocardial infarction revealing infective endocarditis. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2017;21:4640-4641

2-Chaiyasit K. Ischemic stroke in a patient with cholangiocarcinoma: a case study. Arq Neuro-Psiquiatr. 70:2012.



EP-13: GEN MUTASYONU TAŞIDIĞINI BİLEN BİR CADASIL OLGU SUNUMU

MERYEM TUBA SÖNMEZ , HALİL ÖNDER , SELİM SELÇUK ÇOMOĞLU ,

ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ NÖROLOJİ KLİNİĞİ

Özet:

Amaç: CADASIL'in (Cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy) en sık görülen belirtileri migren, demans, geçici iskemik atak veya inmeler şeklindedir. Bu olgu sunumunda nörolojik yakınma olarak tek bir iskemik atak ile kliniğimize başvuran CADASIL tanılı bir hastadan bahsedilecektir.

Materyal ve Metot: Otuz iki yaşında erkek hasta 20 dakika süren peltek konuşma, sağ kol ve bacağına güçsüzlük yakınması nedeniyle kliniğimize başvurdu. Migren veya demansı düşündüren yakınması yoktu. Aile hikayesi nedeniyle merak ettiği için kendisinde bakılan NOTCH3 gen mutasyonunun pozitif sonuçlandığı öğrenildi. Yoğun sigara kullanımı mevcuttu.

Bulgular: Nörolojik muayenesi normal olan hastanın beyin manyetik rezonans incelemesinde solda internal kapsül arka bacağına akut iskemik infarkt ile uyumlu difüzyon kısıtlılığının yanı sıra bilateral anterior temporal loblar düzeyinde subkortikal beyaz cevherde, eksternal kapsül düzeyinde, bilateral sentrum semiovale düzeyinde periventriküler ve subkortikal beyaz cevher alanlarında çok sayıda, bazıları birleşme özelliğinde T2 hiperintens lezyonlar dikkati çekmekteydi.

Sonuç: Hastamızda CADASIL'e bağlı iskemik inme tanısı düşünülmüştür. CADASIL'in kesin bir tedavisi yoktur ancak belirtilerin yönetilmesi ve komplikasyonların önlenmesi için bazı ilaçlar ve destekleyici tedaviler kullanılabilir. Bu bağlamda hastaya antiagregan ve antilipidemik tedavi başlanmış, sigara bırakılmıştır. CADASIL'e dikkat çekmek ve genetik mutasyonu pozitif saptanmış, asemptomatik hastalarda profilaktik tedavi ile sekonder korunmayı tartışmaya açmak amacıyla bu olgu sunulmaya değer görülmüştür.

Referanslar:

- 1) Gailani G,Robertson NP.Clinical patterns in CADASIL.J Neurol.2022 Aug;269(8):4575-4577.doi:10.1007/s00415-022-11261-1.Epub 2022 Jul 14. PMID: 35833984; PMCID: PMC9293818.
- 2) Zhang R,Ouin E,Grosset L,Ighilkrim K,Lebenberg J,Guey S,François V,Tournier-Lasserve E,Jouvent E, Chabriat H.Elderly CADASIL patients with intact neurological status.J Stroke.2022 Sep;24(3):352-362.doi: 10.5853/jos.2022.01578.Epub 2022 Sep 30.PMID: 36221938;PMCID:PMC9561215.



EP-14: MULTİPL SKLEROZ VE NÖROFİBROMATOZİS BİRLİKTELİĞİ - OLGU SUNUMU

GÖKTUĞ DİNÇER , BEDRİYE KARAMAN , NUR YÜCEYAR ,

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ NÖROLOJİ ABD.

Özet:

Giriş:

Nörofibromatozis tip 1 (NF1) sinir sistemi, deri, göz ve kemik tutuluşuyla giden ve nörofibromin proteininin kodlanmasında bozukluğa bağlı gelişen ve karakteristik bulgusu nörofibromlar olan bir nörokutanöz sendromdur. NF1 bir kanser predispozisyon hastalığıdır ancak Multiple Skleroz (MS), Parkinson hastalığı, epilepsi gibi kanser dışı pek çok santral sinir sistemi hastalığının gelişimiyle de ilişkili olduğu düşünülmektedir. (1, 2)

Olgu:

Babasında kolon kanseri, kız kardeşinde NF1 tanısı olan kadın hasta 15 yaşında cafe-au-lait lekeleri ve yaygın nörofibromlar ile başvurup biyopsi ile NF1 tanısı almış. 25 yaşında diplopi, ataksi ve baş dönmesi şikayetleri ile başvurması üzerine yapılan görüntülemelerinde talamus ve 4. ventrikül çevresinde hamartomlar ile beraber pontin, periventriküler, frontoparietal, servikal ve torakal yerleşimli çok sayıda MS uyumlu demiyelinizan lezyon saptanmış. Oligoklonal bant, anti-aquaporin 4, vaskülit panel, seroloji ve BOS çalışılmış, OKB (kuşkulu + yazılmış tip 3?) pozitifliği ve diğer tetkiklerin negatif sonuçlanması üzerine MS tanısı ile dimetilfumarat başlanmıştır. Şu an 29 yaşında olan hastanın izleminde radyolojik progresyon ile progresif faz olarak değerlendirildi ve ocrelizumab tedavisi planlandı.

Tartışma ve Sonuç:

Normal popülasyona göre 2-3 kat artmış MS riski ile ilişkili olabileceği öngörülen NF1 hastalarının izleminde MS gelişebileceği göz önünde bulundurulmalı ve bu hastaların radyolojik takipleri sırasında NF1 ilişkili tümöral lezyonlar ile demiyelinizan plakların ayrımı yapılmalıdır. (3)

Kaynaklar

1. Cimino PJ, Gutmann DH. Neurofibromatosis type 1. Handb Clin Neurol. 2018;148:799-811. doi: 10.1016/B978-0-444-64076-5.00051-X. PMID: 29478615.
2. Ly KI, Blakeley JO. The Diagnosis and Management of Neurofibromatosis Type 1. Med Clin North Am. 2019 Nov;103(6):1035-1054. doi: 10.1016/j.mcna.2019.07.004. PMID: 31582003.
3. Bergqvist C, Hemery F, Ferkal S, Wolkenstein P. Neurofibromatosis I and multiple sclerosis. Orphanet J Rare Dis. 2020 Jul 14;15(1):186. doi: 10.1186/s13023-020-01463-z. PMID: 32664938; PMCID: PMC7362462.



EP-15: İZOLE OKULOMOTOR SİNİR FELCİNDE NADİR BİR ETYOLOJİ: SARKOİDOZA BAĞLI KAVERNÖZ SİNÜS İNFLAMASYONU

OĞUZHAN TURHAN , ABDULKADİR TUNÇ ,

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, SAKARYA

Özet:

Giriş

Kavernöz sinüs inflamasyonu, sarkoidoz hastalığına bağlı olarak nadir görülen fakat potansiyel olarak ciddi bir komplikasyondur. Sarkoidoz, granümatöz bir hastalık olup çeşitli dokularda inflamasyona neden olabilir ve bu da klinik olarak çeşitli semptomlara yol açabilir. Kavernöz sinüsler, kafa tabanının karmaşık yapısının bir parçasıdır ve bu bölgelerdeki inflamasyonun neden olduğu değişiklikler, kranial sinir fonksiyonları üzerinde önemli etkilere yol açabilir. Burada, sarkoidozla bağlı kavernöz sinüs inflamasyonu ve izole komplet eksternal disfonksiyonla giden okulomotor sinir felci ile prezente olan bir olgu sunulacaktır.

Olgu

Seksen yaşında kadın hasta, 3 haftadır mevcut sol göz etrafında ağrı, göz kapağında düşüklük ve çift görme yakınması ile başvurdu. Özgeçmişinde 10 yıldır bilinen sarkoidoz tanısının yanı sıra hipertansiyonu mevcuttu. Nörolojik muayenesinde bilinç açık, koopere ve oryante idi. Kranial sinir muayenesinde solda pitoz, sol gözde içe, yukarı ve aşağı ılımlı bakış kısıtlılığı mevcuttu. Anizokori izlenmedi ve pupilla ışık yanıtı simetrik, normaldi. Diğer nörolojik muayene bulguları da normal olan hastaya kontrastlı kranial MR çekildi. Solda kavernöz sinüste genişleme ve kontrastlanma artışı görüldü. Toraks BTsi evre 2 sarkoidoz ile uyumlu bulundu. Hastaya 5 gün 1 gr metilprednizolon, idame oral steroid verildi. Semptomlarda önemli ölçüde düzelme görüldü. Romatoloji ile birlikte değerlendirilen hastaya idame immunsupresif planlanarak takibe alındı.

Tartışma

Kavernöz sinüs inflamasyonunun sarkoidoz hastalığıyla ilişkisi nadir görülen bir durumdur ve literatürdeki vaka raporları sınırlı sayıda olsa da, bu ilişkinin klinik ve görüntüleme bulguları incelenmeye değerdir. Kavernöz sinüsler, içerisinden önemli kranial sinirlerin geçtiği ve vasküler yapısının karmaşık olduğu bölgelerdir. İnflamasyonun bu alanda yol açtığı değişiklikler, özellikle okulomotor sinir fonksiyonları üzerinde etkilere yol açabilir. Sarkoidoz hastalığının neden olduğu inflamasyonun bu sinirler üzerindeki etkisi, henüz tam olarak anlaşılmamış olsa da, kompresyon, inflamasyon veya başka mekanizmaların rol oynayabileceği düşünülmektedir.

Olgumuz, sarkoidoz hastalığının nadir bir komplikasyonu olan kavernöz sinüs inflamasyonunun kranial sinir fonksiyonlarına etkisine dikkat çekmektedir. Bu tür vaka örnekleri, hem hastalığın klinik seyrini hem de tanısal yaklaşımları anlamamız açısından kritik öneme sahiptir.



EP-16: RENAL TRANSPLANTASYON YAPILAN HASTADA MULTİFOKAL LÖKOENSEFALOPATİ

GALİP YARDIMCI , LALE GARAYUSİFOVA , GÜLİN SÜNTER , KADRIYE AĞAN ,
MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

Özet:

Giriş

Progresif multifokal lökoensefalopati (PML), santral sinir sisteminin sekonder demiyelinizasyonuna neden olan, ilerleyici ve genellikle fatal bir viral enfeksiyondur. Organ transplantasyonu, malignite, otoimmün hastalık ve konjenital immün yetmezliği olan bireyler, bildirilen PML vakalarının yaklaşık %10'unu oluşturur.

Olgu Sunumu

54 yaşında renal transplantasyon öyküsü olan ve tacrolimus, mikofenolat mofetil ve diltiazem kullanan kadın hasta, demiyelinizan patoloji ön tanısı ile 5 gün 1000 mg/gün steroid kullanımı sonrası sol kol ve bacakta güçsüzlükte artış olması üzerine tarafımıza yönlendiriliyor. Nörolojik muayenesinde sol üst ve alt ekstremitelerde proksimalinde belirgin parezi, sol tarafta hipoestezi ve DTR artışı saptanmıştır. Hastanın MRG incelemesinde sağ posterior periventriküler alandan sağ frontal loja uzanımı olan yaygın vazojenik ödem alanı bulduran kitle lezyonu izlenirken lezyonda amorf tarzda yaygın heterojen patolojik kontrastlanma izleniyor. Sağ arka parietal sentrum semiovale derin beyaz cevherde yoğunlaşan nodüler yer yer longitudinal spiküler konturlu multipl kontrast tutan odaklar saptandı. Beyin omurilik sıvı (BOS) incelemesinde protein, glukoz değerleri normal sınırlar içerisinde ve bakteri, fungal etyolojiler açısından negatif, JCV-PCR pozitif sonuçlanıyor. Diğer ayırıcı tanılar açısından yapılan beyin biyopsi incelemesinde, uygulanan SV-40 boyaması PML; histoimüne boyamalar ve histolojik incelemeler JCV enfeksiyonu lehine değerlendiriliyor. Nefroloji tarafından tedavisi everolimus 2x1mg olarak düzenleniyor. İki hafta sonraki BOS incelemesinde viral yük artışı izlenmiş olup hastanın motor muayenesinde de gerileme izlendi. Kontrol MR'de sağ temporal lobda izlenen sinyal artışında progresyon izleniliyor. Hastanın adaptif T-hücre tedavisi planlanmış, ancak merkezimizde uygun donanım olmadığı için uygulanamamıştır.

Sonuç

Bağışıklık sistemi baskılanan bireylerde demiyelinizan süreçlerin değerlendirilmesinde PML gibi sekonder etiyolojiler önemle değerlendirilmelidir. Takrolimus gibi ajanların da toksisite nedeniyle ayırıcı tanıda değerlendirilmesi de önemlidir.



