14. NÖRORADYOLOJİ OKULU

17-20 EYLÜL 2026
ACAPULCO OTEL, KKTC

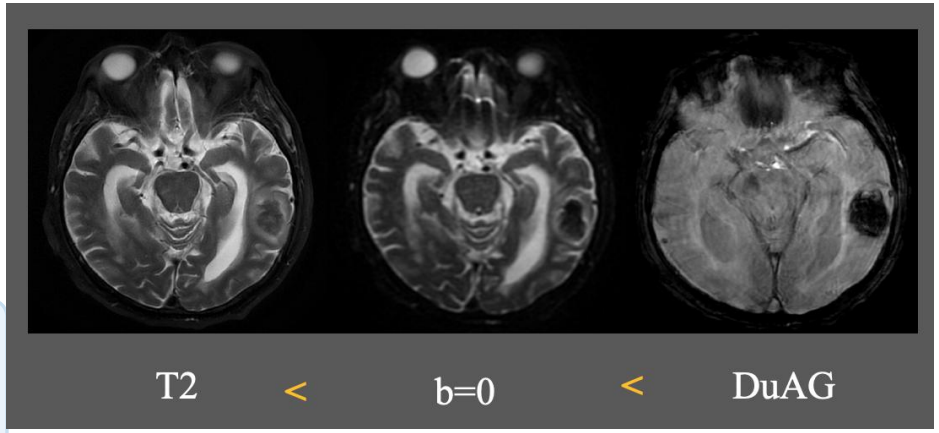


Uzm. Dr. Duygu Arslan Mehdiyev
Ankara Etlik Şehir Hastanesi
20.09.2026

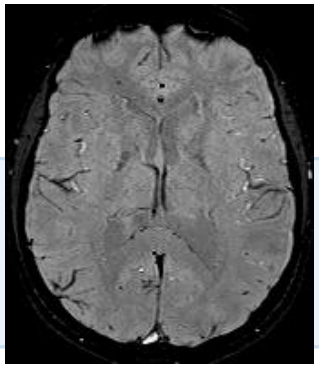
Serebrovasküler hastalıklarda nöroradyolojik yaklaşım

İskemik, hemorajik ve venöz patolojilerde nöroanatomi ve MR sekans yaklaşımı

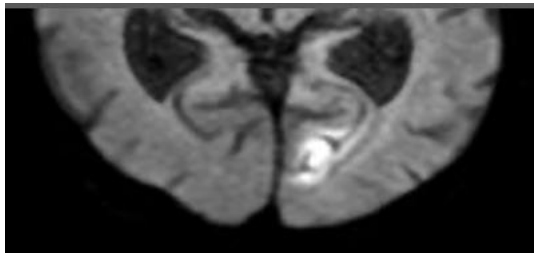
M. Fazıl Gelal



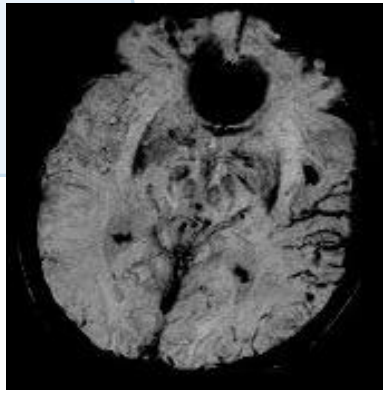
DuAG kanama ve kalsifikasyona duyarlıdır.



Kortikal laminar nekroz ve **T2 parlaması** erken infarkt ile karıştırılmamalı.



DuAG ile intravasküler trombüs ve kollateraller gösterilebilir.



OTURUM 5 · Serebrovasküler Hastalıklarda Nöroradyolojik Yaklaşım

İnme vakalarına kritik yaklaşım: görüntüleme ve ayırıcı tanı

Didem Darıcı

Akut inmede kararın merkezinde **core, penumbra ve kollateral durum** vardır.

PENUMBRA

Core çevresindeki **kurtarılabilir doku** — tedavinin asıl hedefi.

KOLLATERAL

İyi kollateraller pencereyi **genişletebilir**; ancak **zaman hâlâ kritiktir.**

İnflamatuar–demiyelinizan hastalıkların radyolojik taklitçileri

Nörobehçet Hastalığında Radyolojik Paternler ve Ayırıcı Tanı Yaklaşımı - Uğur Uygunoğlu

Beyin sapı–diensefalik yerleşimler MS ile karışabilir; lezyon dağılımı ve sistemik klinik bağlam ayırıcı tanıda önemli.

Nörosarkoidozda Görüntüleme Bulguları ve Tanısal İpuçları - Tuncay Gündüz

'büyük taklitçi' — TBC, IgG4, lenfoma ve menenjiyomu taklit eder. MRG'de leptomeningeal/pakimeningeal kontrastlanma, kranyal sinir, hipofiz-hipotalamus ve spinal kord tutulumu yol gösterici. BOS/görüntüleme TBC ile örtüşebilir → histopatolojik doğrulama gerekebilir.

Otoimmün Ensefalitlerin Radyolojisi -Murat Kürtüncü

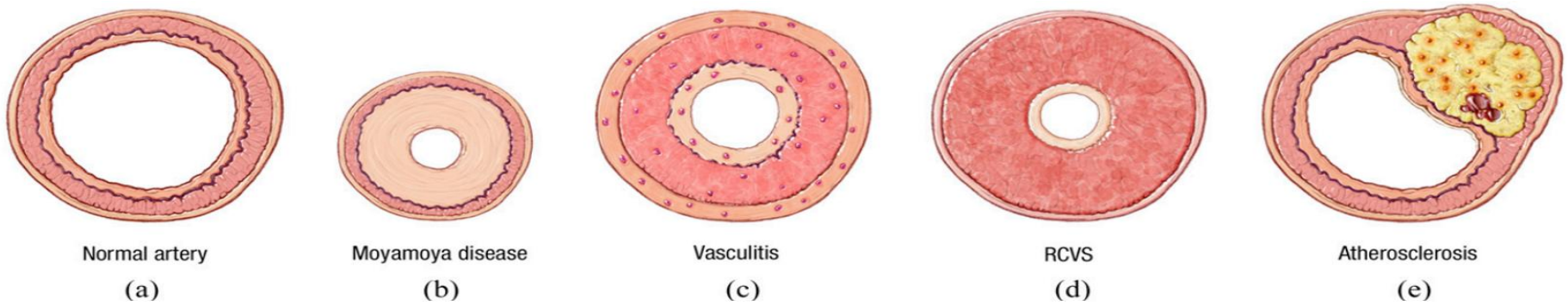
MR normal olabilir; normal MR tanıyı/tedaviyi geciktirmemeli — klinik–BOS–EEG birlikte değerlendirilmeli.

SSS vaskülopatileri: görüntüleme temelli ayırıcı tanı

Damar duvarı görüntüleme

Serdar Arslan

Ateroskleroz daha çok **eksantrik**; **vaskülit** daha çok **konsantrik/sirküler** duvar kalınlaşması ve kontrastlanma gösterir.



Damar duvarı kesitleri — Lehman VT ve ark., Br J Radiol 2016 (sunumdan uyarlanmıştır)

OTURUM 6 · VAKALAR

Vakalarla SSS vaskülopatileri ve kritik radyolojik bulgular

Kürşad Kutluk

SSS vaskülopatileri heterojen nedenlere bağlıdır.

Primer SSS vaskülitinde ayırt edici patoloji, tüm damar duvarını tutan **transmural inflamasyondur.**

Normal anjiyografi hastalığı dışlamaz; patolojik anjiyografi de tek başına kesin tanı koydurmaz.

YUVARLAK MASA · RIS → MS

RIS'ten kesin MS'e geçiş: radyolojik risk ve öngörü modelleri

Mesude Tütüncü · İpek Güngör Doğan

Klinik dönüşüm riski zamanla artar. Başlıca risk göstergeleri: **spinal kord lezyonu, genç yaş, BOS OCB pozitifliği ve yeni MRG aktivitesi.** PRL umut verici; CVS'nin prognostik değeri henüz belirsiz.

> Oturumun en güçlü mesajı: *'kaç lezyon var?'* sorusundan **'lezyon nerede, biyolojik olarak ne ifade ediyor ve zaman içinde ne oluyor?'** sorusuna geçmemizdi.

TARTIŞMA · MR VS KLINIK

MS'de progresyon belirteci olarak MR: kliniğe üstün mü?

EVET — MR üstün

Özlem Ethemoğlu

Progresyon bir anda başlayan klinik olay değil, erken dönemde sessizce gelişen bir süreçtir. Seri MRG — özellikle spinal kord atrofisi ve kronik aktif lezyon belirteçleri — bu süreci klinik bulgulardan önce gösterebilir.

HAYIR — klinik esas

Haluk Gümüş

Progresyon erken ve ataklardan bağımsız gelişebilir. İleri MRG biyobelirteçleri destekleyici olsa da, klinik progresyonun saptanmasında seri EDSS-plus izlemi (SDMT, T25FW, 9-HPT) temel belirleyicidir.

Optik nöropatilere yaklaşım: tanısal algoritmalar

Ahmed Serkan Emekli

Tanı; **disk görünümü, görme kaybının hızı, ağrı ve yaş** ile klinik fenotipin belirlenmesine, ardından MRG ve paraklinik testlerin bu fenotipe göre yönlendirilmesine dayanır.

İzole disk başı kontrastlanması optik nörit kanıtı değildir; kılıf kontrastlanması MOGAD'a özgü değildir — **50 yaş üstünde önce dev hücreli arterit.**

Optik nöritleri MR açısından nasıl değerlendiriyoruz?

Funda Uysal Tan

Optik nörit tanısı **yalnızca MRG'ye dayandırılmamalı.**

MRG; klinik ve nöro-oftalmolojik değerlendirme ile
OCT, VEP ve seroloji birlikte yorumlanan, ayırıcı tanıyı yönlendiren **tamamlayıcı bir biyobelirteçtir.**

Optik sinir menenjiomları ve malign lezyonları tanımak

Sena Ünal

Önce **sinir–kılıf ayrımı** yapılmalı.

Progresif, ağrısız seyir ile **nodüler/ekspansil** veya çevre dokuya taşan kontrastlanma, optik nöritten uzaklaştırıp **menenjiom ya da malign infiltrasyonu** düşündürmelidir.

Alarm bulguları

- **Progresif · ağrısız**
- **Nodüler / ekspansil**
- **Çevre dokuya taşma**

UYDU SEMPOZYUMU · BIOGEN

RRMS'te neden dimetil fumarat?

RRMS hastasında gebeliği planlamak: DMF'nin gebelikteki yeri

Meral Seferoğlu

RRMS'te tedaviyi sürdürmek: tolerabilite ve güvenlilik

Mehmet Fatih Yetkin

Eve götürülen: Gebelik planı olan RRMS hastasında tedaviyi aylar öncesinden kesip hastayı korumasız bırakmak zorunda değiliz.

DMF'nin kısa eliminasyonu burada pratik bir avantaj sağlıyor.

İŞE GİDECEK MESAJLAR

1. İnmede yalnızca lezyona değil, kurtarılabilir dokuya da odaklanmalıyız.
2. Demiyelinizan hastalık taklitçilerinde tanıyı lezyonun yerleşimi ve görüntüleme paterni yönlendirir.
3. Vaskülopatilerde yalnız damar lümeni değil, damar duvarı da değerlendirilmelidir.
4. RIS'te risk değerlendirmesi için yalnız lezyon sayısı yeterli değildir.
5. MS progresyonunu izlerken MR ve klinik birlikte düşünülmelidir.
6. Optik sinir kontrastlanması tek başına optik nörit tanısı koydurmaz.
7. RRMS'te gebelik planlamasında uygun hastada DMF pratik bir seçenek olabilir.

Teşekkür ederim

Nöroloji • Radyoloji • İş Birliği • Dostluk

SCIENCE
BRINGS
PEOPLE
CLOSER

NEUROLOGY RADIOLOGY

DIFFERENT PERSPECTIVES
A BRIGHTER TOMORROW

