

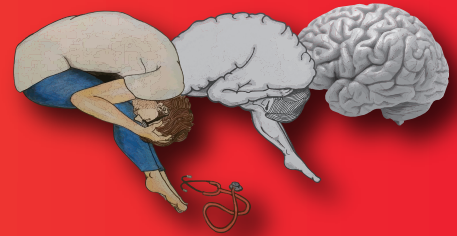
# 33 • Türk Nöroşirürji Derneği Bilimsel Kongresi



11-14 Nisan 2019  
Vega Convention Center  
Rixos Sungate, Antalya

## ELEKTRONİK POSTER SUNUMLAR

**SAĞLIK**  
ÇALIŞANLARINA  
**ŞİDDETE**  
**HAYIR!**





PS-001 [Nörotravma ve Yoğun Bakım]

**MASTOİD KIRIĞINA BAĞLI GELİŞEN CİLT ALTI SERVİKAL VE MEDIASTİNAL AMFİZEM****Haydar Gök\*, Selim Şeker***S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Boyun bölgesinde, hava gevşek bağ dokusu tabakalarına doğru zorlandığı zaman, cilt altı servikal amfizem oluşur. Hava, boynun ve göğsün yumuşak dokularına girer ve yayılır. Servikal cilt altı amfizem ve mediastinal amfizem sıklıkla travma (özl. maksillofasial travma) veya bazı cerrahi girişimler (tonsillektomi, diş çekimi, endoskopi gibi) sonrası gelişir. Mastoid kırığı ise cilt altı amfizem ve mediastinal amfizemin nadir sebeplerinden birisidir. Literatürde, mastoid kırığına bağlı cilt altı servikal ve mediastinal amfizem gelişmiş sadece 2 olgu sunumu bulunmaktadır.

**Yöntem:** 25 yaşında erkek hasta, darp nedeni ile acil servise getirildi. Göğsüne ve kafasına darbe aldığından hastanın göğüs, boyun ve baş ağrısı yakınması mevcuttu. Bilinci açık olan hastada herhangi bir nörolojik defisit veya kranial sinir patolojisi saptanmadı. Fizik muayenede boyun ve göğüs bölgesinde krepitasyon alınan hastaya Toraks, Servikal ve Beyin Bilgisayarlı Tomografi (BT) çekildi. Hastanın Toraks BT'sinde üst servikal bölgeden başlayıp mediastinal bölgeye uzanım gösteren ve arkus aortaya komşu amfizematöz görüntü saptandı. Herhangi bir kot, sternum veya klavikula kırığı saptanmadı. Beyin BT'de ise belirgin bir patoloji olmadığı söylenen hasta; ilgili branş konsültasyonları tamamlanarak Göğüs Cerrahisi servisine yatırılmak istendi. Ancak hastanın Servikal ve Beyin BT'si dikkatli incelenince; boyun sağ tarafında masif hava olduğu ve bu havanın mastoid hava hücreleri ile ilişkili olduğu gözlemlendi. İnce kesit BT ile tespit edilen mastoid kırığı saptandı.

**Bulgular:** Östaki borusu, orta kulaktaki basıncı atmosfer basıncıyla dengeleyerek kulak zarını ve kulak kemiklerini korur. Burun ve nazofarenks boşluğunu orta kulağa ve mastoid kaviteye bağlar. Orta kulağın gaz rezervuarı mastoid kavite tarafından sağlanır. Hava orta kulağa doğru zorlandığında, mastoid hava hücreleri içindeki havanın basıncı artar. Mastoid kırığı varsa, hava dışarı kaçıp etrafındaki yumuşak dokuları disseke ederek ilerleyebilir. Sonuç olarak da boyun ve göğüs bölgesinde cilt altı amfizem ve mediastinal amfizeme yol açabilir.

**Tartışma ve Sonuç:** Mastoid kırığına bağlı cilt altı servikal ve mediastinal amfizem oldukça nadir görülen bir durumdur, ancak teşhis edilmesi zor olabilir. Yanlış veya eksik teşhis, tedavi algoritmasını etkileyebilir. Dolayısıyla; servikal cilt altı ve mediastinal amfizem gördüğümüzde, hastada kafa travması öyküsü de varsa, mastoid kırığı olabileceğini her zaman aklımızda bulundurmalıyız.

**Anahtar Sözcükler:** Mastoid kırığı, cilt altı servikal amfizem, mediastinal amfizem

PS-002 [Pediatrik Nöroşirürji]

**PRİMER İNTRAKRANİAL KİST HİDATİK****Haydar Gök\*, Ozan Başkurt***S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Kist hidatik echinococcus granulosus larvalarının sebep olduğu paraziter bir hastalık olup nadiren Merkezi Sinir Sistemi (MSS)'ni tutar. Genellikle orta serebral arter bölgesine yerleşir. Enfeksiyonlarının %1-2'sinde beyin tutulumu olurken %75'i çocuklarda görülür.

**Yöntem:** 10 yaşında erkek hasta; baş ağrısı, sol kolda güçsüzlük ve titreme şikayeti ile acil servise getirildi. Çekilen Beyin Bilgisayarlı Tomografi (BT)'sinde sağ frontal bölgede, hipodens ve beyin omurilik sıvısı (BOS) ile aynı yoğunlukta kitlesel lezyon izlendi. Kontrastlı Beyin Manyetik Rezonans (MR) görüntülemesinde 70X80 mm boyutlu, ince duvarlı, düzgün keskin sınırlı, sağ orta serebral arter sulama alanı yerleşimli, BOS ile izointens, çevresel ödemi olmayan ve kontrastlanmayan yer kaplayıcı lezyon saptandı. Radyoloji uzmanınca lezyonun kist hidatik olabileceği söylendi. Sol hemiparezisi olan hasta opere edilmek üzere servise yatırıldı. Çocuk Hastalıkları ve Enfeksiyon Hastalıkları konsültasyonları da istenilen hastanın diğer sistemik görüntülemeleri yapıldı, rutin kan tetkikleri istendi. Hastanın Toraks ve Abdominal BT'si ile Tüm Batın Ultrasonu normal olarak değerlendirildi. Laboratuvar bulgularında echinococ indirek hemaglütinasyon testi (IHA) pozitif olarak saptandı. Bu bulgular ışığında hasta opere edildi. Kist patlatılmadan total olarak eksize edildi ve cerrahi alan hipertonic sodyum klorür ile yıkandı.

**Bulgular:** Kist hidatik vakaları besicilik yapılan bölgelerde sıklıkla görülmektedir. En sık karaciğer daha sonra akciğer tutulumu görülürken diğer organ tutulumları nadirdir. MSS tutulumu %1-2 oranında görülür ve lezyon genellikle tektir. Semptomların gelişimi yavaş olur ve nörolojik defisitler geç dönemde görülür. Klinik, laboratuvar ve görüntüleme yöntemleriyle tanı konulur. Hastamıza, görüntüleme sonuçları ve IHA pozitifliği neticesinde kist hidatik tanısı konuldu. Cerrahiden önce medikal tedavi başlandı ve postoperatif dönemde medikal tedavisine devam edildi. Postoperatif birinci ayda hastanın nörolojik defisitinin tamamen düzeldiği gözlemlendi.

**Tartışma ve Sonuç:** Serebral kist hidatik genellikle tek ve yuvarlak görünümündedir. Semptom süreleri uzun olup büyük boyutlara ulaşana kadar ciddi belirti vermeyebilirler. Tanıda görüntüleme yöntemlerinin ve serolojik testlerin önemi büyüktür. Medikal tedavi ve cerrahi tedavi birlikte uygulanır. Cerrahi tedavide temel hedef kistin patlatılmadan total olarak eksize edilmesi ve ameliyat boşluğunun hipertonic sodyum klorürle yıkanmasıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Merkezi sinir sistemi, kist hidatik, echinococcus granulosus, hipertonic sodyum klorür

PS-003 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

**SERVİKAL LAMİNEKTOMİ SONRASI EPİDURAL HEMATOM VE LHERMİTTE BULGUSU, OLGU SUNUMU****Mustafa Öğden<sup>1</sup>, Süleyman Akkaya<sup>1</sup>, Ulaş Yüksel<sup>\*2</sup>, Bülent Bakar<sup>1</sup>, Mehmet Faik Özveren<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı<sup>2</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Boyun fleksiyonu ile ekstremitelere ve gövdeye yayılan elektriklenme hissi Lhermitte bulgusu olarak tanımlanmaktadır ve spinal kordun servikal bölgede etkilenmiş olabileceğini düşündürmektedir.

**Yöntem:** Olgu: 69 yaşında erkek hasta, on beş gündür artan sol omuzda

hareket kısıtlılığı, ağrı, hissizlik ve yürüken adımını boşa atma hissi şikayetleri ile başvurdu. Omuz abduksiyonu 1/5, ön kol fleksiyonu 4/5 olarak değerlendirilen hastada derin tendon refleksi normoaktif olarak değerlendirildi. Birinci motor nöron bulguları izlenmedi. Lhermitte ve spurling bulgusu izlenmedi. Servikal manyetik rezonans görüntülemesinde C 3-4-5 mesafelerinde spinal stenoz ve kordda myelopatik değişiklikler izlendi. C 3-4-5 mesafelerine soldan unilateral hemilaminektomi ve bilateral dekompresyon uygulandı. Operasyon sonrası ağrısı azalan ek nörolojik defisit gelişmeyen hasta, postoperatif altıncı saatte mobilize edildi. Takiplerinde epidural mesafeye konan drenajdan 20 cc hemorajik mayi geldi. Postoperatif on ikinci saatte bilateral üst ve alt ekstremitede valsava ile artan elektriklenme şikayeti gelişti. Bu şikayeti gövdeye de yayılıyor ve boyun fleksiyonu ile artıyordu. Servikal manyetik rezonans görüntülerinde operasyon sahasında hematoma ile uyumlu görüntü izlenmesi üzerine hasta acil operasyona alındı. Ameliyat sahasından koyu kıvamlı hematoma boşaltıldı. Bunun üzerine elektriklenme şikayeti gerileyen hasta, takiplerinde ek sorun olmaması üzerine ek nörolojik defisit olmadan rehabilitasyona yönlendirildi.

**Bulgular:** Lhermitte bulgusunun görüldüğü klinik durumlar çok çeşitli olabilmektedir. Servikal kordun posterior kısımlarındaki demiyelinizasyon sonucu ortaya çıktığı düşünülür. Sensitif bir bulgu olmamasına rağmen servikal kompresif myelopati için spesifitesi yüksektir.

**Tartışma ve Sonuç:** Operasyon sonrası Lhermitte bulgusunun görülmesi kord kompresyonunu işaret edebileceğinden dikkatli olunmalı ve ileri tetkikler düşünülmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Hematom, Lhermitte, unilateral hemilaminektomi, servikal

PS-004 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## C2 FORAMENE UZANIM GÖSTEREN SPİNAL SCHWANNOMA

Mustafa Ögden<sup>1</sup>, Süleyman Akkaya<sup>1</sup>, Ulaş Yüksel<sup>\*2</sup>, Bülent Bakar<sup>1</sup>, Mehmet Faik Özveren<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Schwannomalar periferik sinir kılıfı olan schwann hücrelerinden köken alan neoplastik kitlelerdir. İntradural, intrakardural veya ekstradural olabilmeleri beraber %80 intradural ekstramedüller yerleşim gösterirler. Schwannomalar dorsal(duyusal) sinir köklerinden köken alırlar. Ventral(motor) kök hasarı kitlesel basıya bağlı oluşur. En sık görülen spinal kitlelerdir.

**Yöntem:** 62 yaşında kadın hasta 4 aydır sol ön kol fleksör yüzüne vuran ağrı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Muayenesinde sol deltoid, biceps ve triceps kas gücü 4/5 (1/5 kayıp), hoffmann bilateral pozitif, sol biceps ve triceps refleksi hiperaktif olduğu ve sol ayak parmaklarında hipoestezi saptandı. Bunun üzerine hastaya servikal manyetik rezonans(MR) çekildi. C2-3 sol forameni dolduran kitlesel lezyon saptandı. Kontrastlı MR sonucunda lezyonun schwannoma ile uyumlu olabileceği düşünüldü. Ameliyata alınan hastaya prone pozisyonda orta hat cilt insizyonu yapılarak katlar geçildi C2 total C1 ve C3 parsiyel laminektomi yapıldı. C2 hizasından dura mater açılarak dört köşesinden asıldı. Sarı mor renkte kitle dokusuna ulaşıldı. Yapılan inspeksiyonda kitlesel lezyonun

üzerinden dört adet sinir lifi çıktığı görüldü. Bunlar koagüle edilerek kesildi. Kitle kapsülü koagüle edilerek açıldı. Kapsülün içinden tümör dokusu çıkarıldı. Sol foramen lateralindeki küçük miktar tümör dokusu defisit neden olmamak amacıyla bırakıldı. Kordun rahatladığı görüldü. Kapsülü eksize edildi. Dura primer sütür ile kapatılarak katlar usulüne uygun kapatıldı. Ameliyat sonrası nörolojik defisit saptanmayan hasta postoperatif dokuzuncu gününde yara yeri temiz, nörodefisitsiz halde taburcu edildi.

**Bulgular:** Schwannomalarda tedavi cerrahi olup bu tümörün tekrarlamaması için total eksize edilmesi önerilmektedir. Bazen bu tümörler bası etkisi ile motor liflere zarar verebilmektedir.

**Tartışma ve Sonuç:** Schwannomalar duyusal liflerden köken almasına rağmen kitlesel bası ve genişlemelere bağlı olarak motor lifler veya foramen düzeylerini de etkilemiş olabileceği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** C2, foramen, schwannoma, servikal

PS-005 [Nöroonkolojik Cerrahi]

## VESTİBULAR SCHWANNOMALARDA, STEREOTAKTİK RADYOCERRAHİ SONRASI MALİGN TRANSFORMASYON GELİŞİMİ: 1 ADET OLGU VE LİTERATÜR DEĞERLENDİRİLMESİ

Halil Olgün Peker\*

S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin Cerrahi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Vestibular schwannoma tedavisinde mikrocerrahiye alternatif/üstün olarak gösterilen stereotaktik radyocerrahinin komplikasyonunu incelemek

**Yöntem:** Vestibular schwannom tanısı ile önce mikrocerrahi ve daha sonra cyberknife tedavisi sonucunda malign sinir kılıfı tümörü gelişen hastayı sunduk ve bu konuda literatür taraması yaptık.

**Bulgular:** Vestibulae schwannom tanılı 40 yaşında kadın hasta önce mikrocerrahi ve daha sonrasında aldığı cyber-knife tedavisi sonucunda patolojisinde malign transformasyon gelişip, malign sinir kılıfı tümörü gelişti.

**Tartışma ve Sonuç:** Vestibular schwannom tedavisinde stereotaktik cerrahi- cyber knife sonucu gelişen malign transformasyon malign bir komplikasyondur ve nöroşirürjenler bu hastaları tedavi ederken bu komplikasyondan haberdar olmalıdırlar.

**Anahtar Sözcükler:** Vestibular schwannom, stereotaktik radyocerrahi, malign transformasyon

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019118173354.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201911817351.jpg>

PS-006 [Nöroonkolojik Cerrahi]

## PURE EPIDURAL METASTASES OF RENAL CELL CARCINOMA

Serhat Cömert, Ulaş Yüksel\*, Engin Fidancı

Yıldırım Beyazıt University Yenimahalle Training and Research Hospital, Neurosurgery Department

**Background and Aim:** The axial skeleton is the third most common site of metastases after lung and liver. Metastases are by far the most common skeletal tumors, and the spine is the most common site of involvement.

Metastases account for % 70 of all tumors of the spine and lumbar spine is most frequently involved. Primary malignant axial skeletal neoplasm and metastatic tumors most often involve the vertebra body. Isolated epidural involved is extremely rare.

**Methods:** A 52-year-old male patient was admitted to our department with one month history of low back pain radiating to right leg. The patient's neurological examination revealed laseque test was positivity at 60° and his right ankle dorsiflexion weakness. Magnetic resonance images of the spine revealed two lesion at right L4-5 and L5-S1 epidural spaces showing contrast enhancement homogenously. The epidural masses compromised L3-4-5 and S1 roots. The patient was operated with L4-5 and L5-S1 hemilaminectomies and the tumor tissue was removed gross total from epidural spinal region. Immediately following surgery his right leg pain resolved, and neurological deficit improved. Histopathological examination was reported as metastatic from renal cell carcinoma and the patient was referred to medical oncology department for further evaluation and treatment.

**Results:** The treatment of metastatic spinal tumours typically involves multiple interventions such as surgery, medical therapy and radiation.

**Conclusions:** Although spinal metastases mostly involve bone, pure epidural metastases can also be seen and therefore metastases should be kept in mind in differential diagnoses of epidural lesion without bony involvement. The treatment of metastatic spinal tumours typically involves multiple interventions such as surgery, medical therapy and radiation.

**Keywords:** Epidural spinal tumor, metastases, renal cell carcinoma

PS-007 [Pediatrik Nöroşirürji]

## BİLATERAL OSSİFİYE SEFAL HEMATOMA

**Fatih Yakar\***

*Kars Harakani Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi*

**Giriş ve Amaç:** Sefal hematomlar, sıklıkla yenidoğanlarda travma sebebiyle canlı doğumlarda % 0.2-2.5 oranında görülür. Küçük perikraniyal venlerin hasarıyla periosteum altında kan birikmesi altta yatan patogenezdir. Vakaların büyük kısmı bir ay içinde rezorbe olurken, %3-5'inde hematomun rezorpsiyonu olmaz ve kalsifikasyon gerçekleşir. Literatürde bilateral ossifiye sefal hematoma (OSH) vakası oldukça nadirdir ve yönetimi üzerinde kesin bir fikir birliği bulunmamaktadır.

**Yöntem:** 2 aylık kız çocukta forsepsle doğum sonrasında bilateral sefal hematoma saptanmış fakat hasta takipsiz kalmış. 60 günlükken poliklinikte değerlendirilen hastada Tip 1 bilateral kalsifiye sefal hematoma saptandı.

**Bulgular:** Sefal hematomlar sütür hatlarını geçmemeleri nedeniyle kaput suksadenom ve subgaleal hematomdan ayrılır. Sefal hematomların yönetimi genellikle konservatiftir. İğne ile aspirasyon yöntemiyle enfeksiyon ve kalsifikasyona gidış önlenir. Ossifiye sefal hematomlar iki tip olarak incelenir: Tip 1'de iç tabakada fraktür yoktur fakat Tip 2'de mevcuttur. Vakaların yönetimi tartışmalıdır. Spontan remodelling görülebileceği için majör kozmetik problemi olmayanlar takip edilebilir. Kozmetik sorun yaratan vakalarda cerrahi gerekebilir. Ayırıcı tanıda kemik tümörleri akıldadır bulundurulmalıdır.

**Tartışma ve Sonuç:** Bilateral OSH vakaları literatürde oldukça nadirdir ve yönetimi açısından ortak bir görüş bulunmamaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Kalsifikasyon, sefal hematoma

PS-008 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## CLAY SHOVELER'S FRAKTÜRÜ; OLGU SUNUMU

**Ulvi Çiftçi\*, Kahan Başocak, Musa Çırak**

*S.B. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Alt servikal ve üst torakal vertebralarda görülen izole spinöz proses fraktürü Clay Shoveler's fraktürü olarak isimlendirilir. Oldukça nadir görülen bir kopma fraktürüdür. Sıklıkla C7-T1 vertebralarda etkilenir ancak C6, T1, T2 ve T3 vertebralarda da bu tip kırıklar görülebilmektedir. Bu kırıkların oluşmasında spinöz proseslere tutunan üst sırt kaslarında meydana gelen aşırı gerilme kuvveti rol oynar.

**Yöntem:** 22 yaşında erkek hasta denize atlama sonrası gelişen şiddetli boyun ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Hastanın nörolojik muayenesinde motor ve duyu defisiti saptanmadı.

**Bulgular:** Hastaya çekilen Servikal BT de C7-T1 vertebra spinöz prosesde fraktür saptandı. Hastaya çekilen Servikal MRG de C7-T1 seviyesinde paraspinal alanda STIR sekanslarda hiperintens sinyal değişikliği saptandı. Hasta yatırılarak 3 gün boyunca yataklı serviste sorunsuz takip edildi. Sonrasında haftalık poliklinik kontrollerinde ağrılarının gittikçe azaldığı ve nörolojik defisit gelişmediği kaydedildi. Toplamda 4 haftalık yumuşak servikal kollar ile immobilizasyon ve antienflamatuar ilaç tedavisi sonrası boyun ağrısı şikayeti belirgin oranda düzelenek eski işine dönebildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Clay-shoveler's fraktürü oldukça nadir görülen bir kopma fraktürüdür. Çeşitli mekanizmalarla meydana gelmekle birlikte sıklıkla C7 ile T1 vertebralarda etkilenmektedir. Bu vertebralarda spinöz prosesleri, yakın seviyelerdeki diğer vertebralara göre daha uzun ve incedir. Bunun bir sonucu olarak güçlü ve tekrarlayıcı stres uygulamalarına daha az dirençli olup kopma fraktürü gelişme riski daha yüksektir. Rhomboid minor kası ise C7 ve T1 vertebra spinöz proseslerinden başlar. Güçlü bir tek taraflı çekme kuvveti, bu vertebralarda izole spinöz proses kopma fraktürü meydana getirebilmektedir. Sıklıkla trafik kazalarında görülen güçlü hiperfleksiyon ve hiperekstansiyon da bu tip bir fraktüre sebep olabilmektedir. Clay-shoveler's fraktürü stabil bir fraktürdür ve genellikle konservatif tedavi uygulanmaktadır. Esas olarak 4-6 hafta immobilizasyon sağlanmasına ek olarak analjezik, anti-inflamatuar tedavi uygulanması ağrının kontrolü için yeterlidir. Bizim hastamızda, servikal kollar ile immobilizasyona ek olarak analjezik ve anti-inflamatuar ilaçlarla tedavi sağlandı. Sunulan olgu ile literatüre katkı yapılması amaçlanmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Clay Shoveler's fraktürü, spinöz proses, izole fraktür

PS-009 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## LOMBER PONKSİYON SONRASI NADİR BİR KOMPLİKASYON: SPİNAL EPİDURAL HEMATOM

**Ulvi Çiftçi\*, Kahan Başocak, Musa Çırak**

*S.B. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Lomber ponksiyon (LP) günümüzde tanı, tedavi veya anestezi amaçlarından dolayı pratikte sık kullanılan teknik bir uygulamadır.

**Yöntem:** 13 yaşında kız hasta pediatri kliniğinde psödötümör serebri

ve sinüs trombozu tanısıyla nedeniyle takip edilirken lomber ponksiyon girişiminden yaklaşık 36 saat sonra akut paraparezi gelişmiş hastanın nörolojik muayenesinde sağ alt ekstremitte kas gücü 2/5 sol lat ekstremitte kas gücü 1/5 olarak değerlendirildi.Hastanın hikayesinden sinüs trombozu nedeniyle düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi aldığı öğrenildi.

**Bulgular:** Hastaya çekilen Lomber MRG de L2-L3 seviyesinde spinal korda belirgin bası etkisi olan epidural hematoma ile uyumlu olduğu düşünülen görünüm saptandı.Hastaya acil şartlarda L2-L3 total laminektomi+epidural hematoma boşaltılması operasyonu yapıldı. Hastanın postop 1.gün nörolojik muayenesinde sağ alt ekstremitte kas gücünün 3/5 sol alt ekstremitte kas gücü 2/5 olarak değerlendirildi.Hasta postop Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon kliniğine refere edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** LP sonrası komplikasyonlar arasında en sık rastlanılan baş ağrısıdır.LP sonrası subdural kanamalar sağlıklı insanlarda bile görülebilir.Yapılan LP'lerin %72 kadarında sinir kökleri boyunca uzanan radiküler damarların yırtılması sonucu olan kanamalar BOS'da tespit edilir. Spinal epidural hematomlar, nadir bir acil servis başvuru nedeni olup spinal aralıkta yer kaplayan lezyonların %1'den azını oluşturmaktadır. SEH spontan ve travmatik olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Spontan spinal epidural hematoma hastaların %40-50'sinde altta yatan bir neden bulunamaktadır. Spontan spinal epidural hematoma hastalarda kanamaya neden faktörler arasında koagülopatiler (hemofili gibi), kontrol altına alınamayan hipertansiyon, antikoagülan veya antiagregan ilaç kullanımı, kokain kullanımı, gebelik, lösemi, damar anomalileri, intratorasik ya da intraabdominal basınç artışına neden olan durumlar (Valsalva manevrası, öksürük gibi) yer almaktadır. Travmatik SEH'ye majör vertebra travmaları,spinal cerrahi girişimler, epidural kateter yerleştirilmesi,lumbar ponksiyon ve ağrı tedavisi için yapılan spinal girişimlerin nedeni olduğu düşünülmektedir.Spinal epidural hematoma tanısı alan hastalarda dekompresyon amaçlı cerrahi girişimlerin (laminektomi ve hematoma drenajı) acil olarak uygulanması, nörolojik defisitini geri döndürülebilmesi ya da sınırlandırılması açısından en uygun tedavi seçeneğini oluşturmaktadır. İster travmatik, ister nontravmatik olsun, spinal epidural hematoma seyrek görülen bir durumdur. Cerrahi tedavinin başarısı semptomların başlangıcı ile cerrahi müdahale arasındaki süreye bağlıdır. Bu nedenle akut ve şiddetli sırt ve bel ağrısı ile başvuran ve takiplerinde nörolojik defisiti gelişen hastalarda antiagregan ilaç kullanımı ve spinal girişim öyküsü varsa; Spinal epidural hematoma akla getirilmeli, MRG ile vertebral kolon araştırılmalı ve erken dekompresif cerrahi yapılmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Düşük molekül ağırlıklı, lomber ponksiyon, spinal epidural hematoma

PS-010 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## NADİR GÖRÜLEN BİR SPOR YARALANMASI; AKUT KUADRİPAREZİ İLE PREZENTE OLAN C4-C5 DISLOKASYONU

**Ulvi Çiftçi\*, Kahan Başocak, Musa Çırak**

S.B. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Sporcularda servikal omurgada genellikle minor yaralanmalar olur. En sık karşılaşılanları ligaman sprainleri, adale sprainleri ve yumuşak doku kontüzyonu gibi yumuşak doku travmalarıdır.Servikal

omurga kırıklarına torakolomber bölge kırıklarından daha az rastlanılır. Bunun nedeni vertebranın anatomik farklılığı ve bu bölgedeki ROM'un daha fazla olmasındadır. En sık rastlanan kırıklar kompresif kırıklar ile spinöz çıkıntı kırıkları ve izole lamina kırıkları gibi minor kırıklardır. Posterior ligamanların ve yapıların ayrışması yaralanmanın ağırlığını belirler.Ağır instabiliterde nörolojik defisit de görülebilir.

**Yöntem:** 19 yaşında erkek hasta spor salonunda tekvando yaparken kafa üstü düşme sonrası kollarında ve bacaklarda kuvvetsizlik gelişmesi üzerine acil servise getirildi.Hastanın nörolojik muayenesinde kuadriparezik olduğu kollarında ve bacaklarda kas gücü 3/5 olarak değerlendirildi.Hasta ASIA-c olarak kabul edildi.SLIC skoru 8 olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaya çekilen Servikal BT de C4-C5 dislokasyon ve unilateral faset kilitlemesi saptandı.Servikal MRG de C4-C5 düzeyinde belirgin anterospondilolistezis görüldü, intervertebral diskin spinal korda belirgin bası etkisi olduğu, bu düzeyde spinal kordda T2A sekanslarda minimal hiperintens sinyal değişikliği olduğu görüldü. Ayrıca bu düzeyde posterior kaslar içerisinde ve ligamentöz yapılarda T2A sekanslarda hiperintens sinyaller saptandı.Hastaya öncelikle posterior C4-C5 unilateral faset kilitlemesi açıldı,daha sonra C4-C4-C5-C6 lateral mass vidalaması yapıldı.Daha sonra aynı seansta anterior yaklaşımla C4-C5 diskektomi+PEEK kafes+plak uygulandı. Hasta postop 7.gün taburcu edildi ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon kliniğine refere edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Bazı sportif organizasyonlarda risk çok düşük olsa da katastrofik spinal yaralanmalar görülebilir.Omurga travmaları en sık servikal özellikle de alt servikal de denilen subaksial servikal bölgede (C3-C7) görülmekle birlikte hastaların %70'inde nörolojik hasar meydana gelmektedir. Manyetik Rezonans özellikle travmatik disk ve ligaman rüptürlerini göstermesi nedeniyle tanı ve tedavide önemli yol göstericidir. Cerrahi kararı ligament ve kemik harabiyetine bağlı olarak verilir.Spinal Travma Çalışma Grubu tarafından, hem hastaların radyolojik bulgularını hem de nörolojik durumlarını tanımlayan, Subaksial Yaralanma Sınıflandırma Sistemi (SLIC) önerilmiş olup, bu öneri omurga cerrahları tarafından yaygın olarak kabul görmüştür. Cerrahide öncelikli amaç nöral yapıların tam olarak korunmasıdır.Posterior ligaman desteginin yokluğunda anterior stabilizasyonla yetinmek çok doğru değildir.Olgumuza yapılan radyolojik tetkiklerde posterior ligamentöz yapıların hasarlı ve kifotik angulasyonunun olması ayrıca travmatik disk basısı olması nedeniyle olgumuza öncelikle posterior açık redüksiyonla birlikte lateral mass vidası ile posterior füzyon ve anterior füzyon aynı seansta yapılmıştır.Sunulan olgu ile literatüre katkı yapılması amaçlanmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Açık redüksiyon, SLIC skoru, servikal dislokasyon

PS-011 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## L2 PATOLOJİK ÇÖKME NEDENİ İLE OPERE EDİLEN PLAZMOSİTOM: OLGU SUNUMU

**Serhat Pusat\*, Ahmet Eroğlu**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdülhamid Han Eğitim Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Servisi

**Giriş ve Amaç:** Plazmositomlar, plazma hücre maliniteleri arasında yer alır ve multipl miyelom patolojisinin kemik iliği dışında olduğu durumu anlatan bir terimdir. Plazmositomlar lokal ya da yayılmış uzak formlar şeklinde görülebilir. Yazımızda lomber bölgede patolojik çökme

fraktürüne neden olan ve nadir görülen plazmositom olgusunu sunmayı uygun bulduk.

**Yöntem:** Bel ağrısı, kalça ağrısı ve yürüme güçlüğü nedeni ile polikliniğimize başvuran 47 yaşında bayan hastaya çekilen Lomber MR ve BT de L2 seviyesinde vertebra yüksekliğinin %80'inin kaybına neden olan patolojik çökme kırığı gözlemlendi. Anamnezinde travma tanımlanmıyordu.

**Bulgular:** Hastaya onamı alınarak cerrahi planlandı. Üroloji ve Kalp damar cerrahi ile birlikte lomber anterolateral yaklaşım ile L2 vertebra total korpektomi yapıldı. Asansörlü meshcage kondu. Aynı seansta hasta prone pozisyona alınarak L1-L3 posterior stabilizasyon ile füzyon yapıldı. 1 hafta kliniğimizde takip edilen hasta nörolojik defisiti olmadan ayakta Onkoloji polikliniğine başvurmak üzere taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Lomber bölge patolojik çökme fraktürlerinde plazmositomlar nadir olarak etyolojide yer alır. Cerrahi planlamada anterolateral yaklaşım ile korpektomi ve posterior transpediküler füzyon yüz güldürücü sonuç vermektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Plazmositom, lomber, çökme fraktürü

PS-012 [Diğer]

#### INTRACRANIAL INCIDENTAL LESIONS ON BRAIN MRI

**Ahmet Eroğlu\***, **Serhat Pusat**

*Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Education and Research Hospital,  
Department of Neurosurgery*

**Background and Aim:** The wider use of Brain Magnetic Resonance Imaging (MRI) in clinical practice has led to an increasing number of intracranial incidental findings. This study was conducted to investigate the prevalence and type of incidental findings in MRI treated patients.

**Methods:** 447 patients with brain MRI were evaluated. Brain MRI was reported by neuroradiologists.

**Results:** A total of 447 patients (male to female ratio, 251: 196; age range, 4-82 years) were evaluated. Arachnoid cysts, pineal cysts, small-sized meningiomas, ventricular system malformations, choroid plexus cysts, empty sella, cavernomas, aneurysms were the most common incidental lesions.

**Conclusions:** Findings are very common in MRI but, in most cases, no immediate medical intervention is required. The awareness of prevalence helps in the diagnosis of lesions not related to symptoms. Intracranial coincidental findings and their clinical suitability are necessary to adequately discuss the findings with the patient.

**Keywords:** MRI, incidental findings, arachnoid cysts

PS-013 [Nöroonkolojik Cerrahi]

#### KRONİK SUBDURAL HEMATOM NEDENİYLE OPERE OLAN HASTANIN PATOLOJİ SONUCU TRANSİZYONEL MENENGIOMA GRADE 1 GELEN OLGU SUNUMU

**Tarık Akman\***<sup>1</sup>, **Ümit Ali Malçok<sup>1</sup>**, **Adem Bozkurt Aras<sup>1</sup>**, **Canan Akman<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji AD.

<sup>2</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, İlk Yardım ve Acil Tıp AD.

**Giriş ve Amaç:** Son zamanlarda dekompresif kraniyektomi-kraniotomi veya Burr Hole ile drenaj yapılan kronik subdural hematolu vakalarda çıkan numunelerin patolojiye gönderilmesi vurgulanmaktadır.

**Yöntem:** Olgu genel olarak şikayet, nörolojik muayene, nörogörüntüleme ve patolojik sonuç açısından değerlendirildi.

**Bulgular:** 75 yaşında erkek hasta dış merkezde sol parietal kronik subdural hematoma nedeniyle burr hole ile drenaj operasyonu sonrası konuşmada peltekleşme sol vücut yarısında hemiparezi (4/5) nedeniyle ÇOMÜ Beyin ve Sinir Cerrahisi Polikliniğine ayaktan başvurduktan sonra ileri tetkik ve tedavi amaçlı yatış verilip, çekilen BBT ve Beyin MRG' de sağ frontoparietal kronik subdural hematoma ve minimal shift nedeniyle sağ frontoparietal dekompresif kraniotomi ile subdural hematoma eksizyonu, membranların temizlenmesi işlemi yapıldı. Çıkan parçalar patolojiye gönderildi. Post op dönemde mobilizasyon sonrası motor güçsüzlüğün düzeldiği görüldükten sonra taburcu edildi. Ayaktan polikliniğe kontrole gelen hastanın medikal antiepileptik tedavi doz ayarı nedeniyle istenen Nöroloji konsültasyonu sonrası çekilen kontrastlı beyin MRG ve EEG ile takip edilmesine karar verildi. Bu esnada çıkan patoloji sonucu transizyonel menenjioma grade 1 gelmesi üzerine hastanın yakınlarına gerekli bilgi verilerek yakından kontrole gelmesi istendi.

**Tartışma ve Sonuç:** Son yıllarda gelişen tıbbi görüntüleme ve teknik ekipmanlar sayesinde hastaların tanılarının hızlıca konulabilmesi ve tanıları konulduktan sonra multidisipliner bir yaklaşım ile tedaviye geçilmesi mümkün olmuştur.

**Anahtar Sözcükler:** Burr hole ile drenaj, dekompresif kraniyektomi-kraniotomi, kronik subdural hematoma, transizyonel menenjioma grade 1

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/20192691544.jpg>

PS-014 [Nöroonkolojik Cerrahi]

#### WEGENER GRANÜLOMATOZİSİN SEREBRAL TUTULUMU: NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU SUNUMU

**Densel Araç<sup>1</sup>**, **Mehmet Fatih Erdi<sup>1</sup>**, **Osman Sert\*<sup>1</sup>**, **Fahriye Kılınç<sup>2</sup>**, **Fatih Keskin<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Nöroşirürji AD.

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Tıbbi Patoloji AD.

**Giriş ve Amaç:** Bu çalışmamızda, Wegener granülomatosisinin serebral kitle lezyonunu taklit eden histopatolojik olarak doğrulanmış bir olgu sunuyoruz.

**Yöntem:** 54 yaşında erkek hasta acil servise akut bilinç değişikliği ve sağ hemiparezi şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede saçlı deri sol pariyetal eski cerrahi skar izlendi. Hasta evsizdi ve geçmiş tıbbi öyküsü elde edilemedi. Nörolojik muayenede hastanın sağ hemiparezi kas gücü 2/5 ve hipoestezi tespit edildi. Bilgisayarlı tomografi (BT), yoğun ödem, shift ile sol pariyetal kraniyektomi defekti ve sol pariyetal şüpheli kitle lezyonu görüldü. Kontrastlı toraks BT'de, alveoler infiltrasyon ve bilateral bazal fibrotik değişikliklerle emboli olarak kabul edilen sağ pulmoner

arter dolum defekti saptandı. Kontrastlı manyetik rezonans görüntüleme (MRG) de T1 hipointense, T2 hiperintens, dural ve lezyon etrafında halka şekilli kontrast tutan sol pariyetal kitle görüldü. Lezyon etrafında yoğun vazojenik ödem ve shift de gözlemlendi. Hasta sol pariyetal rekraniyotomi ile hem kistik hem de solid komponentleri olan intraaksiyal lezyon total çıkarıldı. İnfiltrasyon olan dura kısmı çıkarıldı ve yoğun ödem nedeniyle kemik flep yerine konulmadı. Hasta postop 7, günde bilinç açık ve nörolojik defisit olmadan taburcu edildi.

**Bulgular:** Patolojisinde granülomlar, vasküler granülasyon dokusu ve çok çekirdekli dev hücreler ile çevrelenmiş geniş nekrotik alanlar ile karakterize, nekrotik alan olmayan komşu dokularda da histiyositler gözlemlendi. Granülatöz dokulara bitişik olarak, bazı damar duvarlarında imflamasyon işareti, bazı orta çaplı damar lümenlerinde de obliterasyon ve neovaskülarizasyon görülmüştür. Histiyosit hücrelerinin immünokimyasal boyanmasında damar duvarında granülom, desmin ve CD68 ile diğer granülomlar görülmüştür. Lezyon, Wegener granülatozun serebral tutulumu kabul edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Wegener granülatozu esas olarak üst ve alt solunum yollarında görülen granülatöz inflamasyon ve antinötrofilik sitoplazmik antikorla ilişkili vaskülit ile ilişkili nadir bir otoimmün hastalıktır. Başlıca MSS tutulumu orbital, nazal ve paranasal bölgelerdir ve buralarda Wegener granülatozu komşu dokuları meningeal veya nöral yapılara kadar infiltre eder. Granülom oluşumu, kimyasal menenjit, kranial nöropatiler, vaskülit ve kortikal ven trombozu daha önce WG'nin serebral tutulumu olarak bildirilmiştir. Radyolojik çalışmalar bizim olgumuzda lezyonun ayırıcı tanısı olarak atipik menenjiom, serebral apse veya glial neoplazmdan şüphelenilmiştir. Olgumuzda orbital, nazal veya paranasal bölge tutulumu saptanmadı ancak lezyon dura mater ve komşu serebral parenkime infiltrasyon tespit edildi.

**Anahtar Sözcükler:** Wegener, beyin, granüloma, cerrahi

PS-015 [Nöroonkolojik Cerrahi]

## İNTRAKRANİAL RÜPTÜRE DERMOİD KİST

**Ayşe Karataş Demirciler\*<sup>1</sup>, Ertan Sevin<sup>1</sup>, Hamit Feran<sup>1</sup>, Fazıl Gelal<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroşirürji AD

<sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji AD

**Giriş ve Amaç:** Dermoid kistler, yavaş büyüyen, embriyolojik dönemde nöroektodermin ayrılma kusurlarından kaynaklanan benign tümörlerdir. Nadiren subaraknoid alana ve ventrikül içerisine rüptüre olabilirler. Sıklıkla asemptomatiklerdir. En sık semptom baş ağrısıdır, bunu nöbet, serebral iskemi ve kimyasal menenjit bulguları izler. Bu olgu sunumunda sol temporal yerleşimli dermoid kistin kranial BT ve MRG bulgularını sunmayı amaçladık

**Yöntem:** 36 yaşında erkek hasta unutkanlık şikayeti ile dış merkezde yapılan tetkikleri ile başvurdu. Yapılan nörolojik muayenesinde bulgu saptanmayan hastanın kranial BT'sinde sol temporalde, duvarları ve içerisinde farklı yoğunlukta kalsifikasyonlar, içerisinde yağ ile uyumlu düşük dansite alanları izlenen kitle görüldü. MRG de sol temporal lob anteromedialinde düzgün konturlu ekstraaksiyal kitle izlendi. Heterojen yapıdaki kitle, T1 ve T2'de yüksek ve düşük sinyalli alanlar içeriyordu. Yağ baskılı kontrastlı incelemede kitlenin belirgin sinyal kaybı göstermesi yağlı içeriğe işaret ediyordu. Kitle duvarlarında ince bant tarzında kontrast

tutulumu izlendi; santralinde ise kontrastlanma görülmüdü. Ayrıca subaraknoid mesafe içerisinde yağ partikülleri ve kalsifik partikülleri temsil eden milimetrik ekstraaksiyal nodüller izlendi. Bu lezyonlar dermoid tümörün subaraknoid mesafeye rüptürü olarak değerlendirildi. Hastaya sol pterional kraniotomi yapılarak temporal kaideye oturmuş, kalsifiye duvarlı, içerisinde kıl ve yağ partikülleri bulunan kitle, orta serebral artere yapışık olan kalsifiye kapsül parçası dışında kapsülü ile birlikte çıkarıldı. Postop nörolojik defisiti olmayan hastanın patolojisi dermoid kist olarak geldi.

**Bulgular:** İntrakranial dermoid kistler sıklıkla orta hatta sellar-parasellar, suprasellar, frontobazal, temporobazal, silvian fissür bölgelerinde ve posterior fossada yerleşirler. Sıklıkla asemptomatik olup insidental olarak bulunurlar. Rüptür veya kitle etkisi nedeni ile semptomatik olurlar. Kist rüptürü genellikle spontan ortaya çıkar Etiyolojide kesin bilinmemekle beraber yaşa bağlı hormonal değişikliklerle artan glandüler sekresyonların hızlı büyümeye ve rüptüre yol açabileceği hipotezi ileri sürülmüştür. Dermoid kistlerin rüptürü sonucu BT ve MR da, subaraknoid boşluklarda, sulkuslarda ve ventriküllerde yağ damlacıkları görülür. BT'de yağ içerikli, hipodens, kontrast tutmayan kitle olarak izlenir. Periferik kalsifikasyon, tümörün içinde kemik ve kırıkdağa bağlı hiperdens alanlar, içindeki farklı komponentlere bağlı olarak heterojen izlenebilir. MRG'de T1 de yağ partiküllerine bağlı hiperintens, T2 de ise heterojen hipo-hiperintens izlenir.

**Tartışma ve Sonuç:** Semptomatik rüptüre dermoid kistleri olan hastalarda cerrahi önerilir. Komşu yapılara yapışıklıklar, subaraknoid mesafeye yayılması nedeniyle total eksizyonu genellikle mümkün olmamaktadır. Nüks nadir olup büyüme hızı yavaştır.

**Anahtar Sözcükler:** Dermoid kist, beyin, rüptür

PS-016 [Nörovasküler Cerrahi]

## PREOPERATİF EMBOLİZASYON UYGULANAN POSTERİOR FOSSA HEMANJİOBLASTOM OLGUSU

**Ayşe Karataş Demirciler\*<sup>1</sup>, Volkan Çakır<sup>2</sup>, Selin Bozdağ<sup>1</sup>, Fulya Çakalağaoğlu<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroşirürji AD

<sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji AD

<sup>3</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji AD

**Giriş ve Amaç:** Hemanjioblastomlar benign, yavaş büyüyen, vasküler lezyonlardır. Tüm intrakranial neoplazilerin oldukça nadir bir kısmını oluştururlar. Sıklıkla serebellar hemisferde yerleşirler. Olguların büyük bir kısmı sporadiktir. Sıklıkla mural nodül içeren kistik lezyonlar olarak görülmekle birlikte saf solid, hemorajik veya mikst şekilde görülebilirler. Vasküler tümörler olduklarından preoperatif embolizasyonun bazı olgularda dikkate alınması önemlidir. Burada preoperatif embolizasyon yardımı ile opere edilen posterior fossa yerleşimli hemanjioblastom olgusu sunuldu.

**Yöntem:** 62 yaşında erkek hasta uzun süredir olan ancak son bir haftadır artan baş dönmesi şikayeti ile dış merkezde yapılan tomografi sonucu ile başvurdu. Nörolojik muayenesinde özellik olmayan hastanın kranial



mr da sol serebellar hemisferde tentoriuma komşu alanda yaklaşık 28x27x30mm boyutlu büyük ölçüde solid içerisinde kistik komponenti bulunan, genişlemiş besleyici vasküler yapıların devamlılığında izlenen intraaksiyel kitle lezyonu tespit edildi. Dijital substraksiyon anjiyografisinde sol süperior serebellar arterden kaynaklanan iki adet besleyici arter ile sol serebellar hemisferde yerleşim gösteren hemanjiyoblastoma ait kontrastlanma izlendi. Geç faz görüntülerde kitle içerisinde drenaj veninin tek olduğu ve sol taraf transvers sinüs-sigmoid sinüs düzeyine drenaj olduğu izlendi. Kitleyi besleyen iki adet besleyici arterin bifurkasyon noktasına ulaşılarak bu düzeyden sıvı embolizan ajan enjeksiyonu yapıldı ve tümör içerisindeki arteriyel yapıların tamamı ile drenaj veninin proksimal kesimi total olarak embolize edildi.

**Bulgular:** Embolizasyon sonrası anjiyografik görüntülerde, sol serebellar hemisfer yerleşimli kitleye ait kontrastlanmanın ortadan kalktığı, baziler arter ve baziler arterden kaynaklanan visseral arterlerin, distal kesimde ise posterior serebral arterlerin açık olduğu görüldü. Hastaya sol suboksipital kraniektomi ile solid kitlenin total eksizyonu yapıldı. Postoperatif nörolojik defisiti olmayan hasta salah ile taburcu edildi. Patoloji hemanjiyoblastom olarak rapor edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Hemanjiyoblastomlar da mikrocerrahi yolla total olarak çıkarılan lezyonlarda kür sağlanır. Anjiyografi cerrahi planlama sırasında oldukça önemli bilgiler verir ve embolizasyon cerrahiye oldukça kolaylaştırabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Hemanjiyoblastom, embolizasyon, serebellum

PS-017 [Nöroonkolojik Cerrahi]

## KUADRİGEMİNAL SİSTERN LİPOMA

**Fatih Yakar\***

*S.B. Kars Harakani Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi*

**Giriş ve Amaç:** İntrakraniyal lipomlar, tüm primer beyin tümörlerinin <math>\%11</math>ini oluşturur. En sık interhemisferik fissürde yerleşirler (%50). Kuadrigeminal sistern lipomları tüm intrakraniyal lipomların %25'ini oluşturur. İnferiyor kollikulus hipoplazisi veya korpus kallozum agenezisi ile ilişkili olabilirler. Bu bildiride kuadrigeminal sistern lipomlarının yönetiminin tartışılması amaçlanmaktadır.

**Yöntem:** 60 yaşında kadın hasta baş ağrısı şikayeti ile başvurdu ve hastanın nörolojik muayenesi intakt idi. Göz dibi normal olarak değerlendirildi. Hastaya yapılan görüntüleme yöntemleri ile kuadrigeminal sistern lezyonu saptandı

**Bulgular:** Kranial bilgisayarlı tomografide (BT) kuadrigeminal sisternde hipodens lezyon saptandı. Kranial magnetik rezonans görüntüleme (MRG) T1 aksiyal ve sagittal sekansta hiperintens lezyon izlendi. T2 aksiyal görüntüleme hiperintens olan lezyon yağ baskılı T2 koronal sekansta ise hipointens olarak izlendi. Hidrosefali görünüm yoktu. Lezyon bu bulgularla lipom olarak değerlendirildi. Kafa içi basıncı artışı bulguları olmadığı için hasta takibe alındı.

**Tartışma ve Sonuç:** İntrakraniyal lipomlar genellikle otopsilere ya da insidental olarak BT'de saptanırlar. Benign, yavaş büyüyen, genellikle asemptomatik ve nadiren cerrahi gerektiren lezyonlardır. Kuadrigeminal/ambient sistern lipomlarının %20'si semptomatik hale gelir. Ayırıcı tanıda araknoid kist, tektal plate kist, tektal glioma ve dermoid/epidermoid kist bulunmaktadır. Parankime, kranial sinirlere, damarlara ve ventriküllere

bası etkisi ile vakalar semptomatik hale gelebilir. Tedavi konservatif yaklaşımdan cerrahiye yaklaşıma uzanan çeşitlidir. Bası etkisinin olmadığı vakalarda takip en uygun seçenektir.

**Anahtar Sözcükler:** Lipom, kuadrigeminal sistern

PS-018 [Nörotravma ve Yoğun Bakım]

## TRAVMA SONRASI İZOLE BİLATERAL NERVUS ABDUSENS PARALİZİSİ: OLGU SUNUMU

**Ümit Ali Malçok\*<sup>1</sup>, Alpay Burak Doğru<sup>1</sup>, Tarık Akman<sup>2</sup>, Adem Bozkurt Aras<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AB Dalı

<sup>2</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AB Dalı

**Giriş ve Amaç:** Nervus abduşens seyri en uzun olan kranial sinirdir. Travma sonrasında beyin sapı, altıncı sinir veya orbita yaralanmasına bağlı lateral bakış kaybı görülebilir. Ancak kafa travması sonrası izole bilateral abduşens paralizisi oldukça nadirdir. Bu ve benzer olgulardaki tedavi ve takip yaklaşımlarını tartışmayı amaçladık.

**Yöntem:** Başına mısır yüklü çuval düşmesi sonrası acil servise müracaat eden 60 yaşında erkek hasta. Geçmişte herhangi bir beyin hastalığı bulunmamakta. Fizik muayenesinde haricen skalpte ödem ve kontüzyon mevcuttu. GCS:15 ve abduşens paralizisi hariç başka nörodefisiti yoktu.

**Bulgular:** Normal ve ince kesitli kranial MRI, temporal MRI, beyin BT ve temporal BT'de abduşens trasesinde herhangi bir lezyon izlenmedi. Spinal görüntüleme C1 anterior arkus, C5 sağ lamina ve L2 sol transvers proçes kırığı mevcuttu. Servise kabul edilen hastaya yükleme dozu 10 mg/kg gün ve idame dozu 3 mg/kg gün olmak üzere 21 gün metilprednizolon tedavisi uygulandı. Yedinci günde sol gözdeki dışa bakış kısıtlılığında kısmi düzelleme başladığı izlendi.

**Tartışma ve Sonuç:** Abduşens siniri anatomik olarak inferiorundan dura ile ligamentöz olarak ilişkili haldedir. Bu petroklinooidal (Gruber's) ligament ile olan yakın komşuluk ve bağ doku ilişkisi nedeni ile beyin sapının yukarı/aşağı yönlü hareketi sonrası sinirde meydana gelen traksiyon yaralanmaya yol açmaktadır. Postmortem çalışmalarda travma şiddetli ile orantılı olan olası yaralanma bölgelerinin sinirin dural kılıfa girişinde, çıkışında veya petroz apeksi komşuluğunda görülmektedir. Travmaya bağlı lezyonları radyolojik olarak gösterilemeye de izole abduşens paralizisi gelişmesi oldukça nadirdir. Nörolojik kayıp gelişen olgularda yüksek doz metilprednizolon tedavisinin yeterli olduğu görülmüş. Nörolojik kayıpların büyük kısmının ortalama 6-12 ay içinde gerilediği literatürden anlaşılmakta. Gerilemeyen olgularda göz kliniklerince tek veya iki taraflı iç rektus gerilemesi veya dış rektus rezeksiyonu prosedürleri uygulanabilir.

**Anahtar Sözcükler:** İzole bilateral nervus abduşens, radyolojik bulgu vermeyen

PS-019 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

**İŞ KAZASI SONRASI C4-5 C5-6 TRAVMATİK DİSK HERNİSİ VE SPİNAL SERVİKAL EPİDURAL HEMATOM OLGU SUNUMU****Tarık Akman\*<sup>1</sup>, Adem Bozkurt Aras<sup>1</sup>, Ümit Ali Malçok<sup>1</sup>, Canan Akman<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji AD.<sup>2</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp AD.

**Giriş ve Amaç:** Politravmalı hastalar Acil Servise geldiklerinde ilk olarak yapılan müdahalelerden sonra hızlı bir şekilde gerekli konsültasyonlar istenip, hiç vakit kaybetmeden tanısı konulduktan sonra tedaviye geçilmesini sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** Olgu genel olarak şikayet, nörolojik muayene, nörögörüntüleme, tanı ve takip açısından değerlendirildi.

**Bulgular:** 43 yaşında erkek hasta iş yerinde çalışırken baş ve boyun bölgesine ağır bir çuval kütesinin düşmesi sonrası ilk olarak Ezine Devlet Hastanesine sonrada üst ekstremitede gelişen güçsüzlük ve ağrı nedeniyle ilk müdahaleden sonra ÇOMÜ Acil Servise refere edildi. Glasgow Koma Skalası (GKS) tam, üst ekstremitede bilateral proksimal ve distalde kas gücü muayenesi 1/5, duyu muayenesi üst ekstremitede bilateral özellikle C4-7 arası hipoestezik (ASIA C) olan hastaya hemen ilk olarak BBT ve Servikal BT çekildi. Hastanın gerekli tıbbi yaklaşımları sonrası istenen konsültasyonlar ve çekilen BBT, tüm spinal vertebra BT görüntüleme yöntemleri sonrası C4 sol faset eklem-foramen transversarium bileşkesinde fraktür hattı ve C5 sağ lamina fraktürü tespit edildi. Yüksek doz metilprednizolon tedavisi başlandı, Beyin ve Sinir Cerrahisi Servisine yatışı yapıldıktan sonra hemen STIR (short tau inversion recovery) sekansında Servikal spinal MRG çekildi; C4-5 C5-6 travmatik disk hernisi, spinal servikal epidural hematoma, C4-6 arası spinal kordda ödem, myelomalazik ve iskemik alan tespit edildi. Hastanın Nöroşirürji Servisine alındıktan sonra sol vertebral arter yaralanması açısından Boyun BT anjiyografi ve üst ekstremiteye yönelik radikulopati protokolünde EMG yapıldı, rijid Philadelphia tipi servikal collar ile fiksasyon ve immobilizasyon sağlandı. Konservatif medikal antiödem (yüksek doz Metilprednizolon, Rheomacrodex), analjezik (Tramadol, Petidin HCl), nöropatik ağrı (Gabapentin, Pregabalin) tedavileri sonrası istenen FTR konsültasyonu sonrası pasif egzersis sonrası üst ekstremitedeki motor güçsüzlük ve duyu kaybı yavaş yavaş düzeldi, kas gücü muayenesi bilateral distalde üst ekstremitede 4/5 olarak üç ay süre ile rijid servikal collar kullanmak üzere rutin poliklinik kontrollerine gelmek üzere taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Son yıllarda gelişen tıbbi görüntüleme ve teknik ekipmanlar sayesinde hastaların tanıların hızla konulabilmesi ve tanıları konulduktan sonra multidisipliner bir yaklaşım ile tedaviye geçilmesi mümkün olmuştur.

**Anahtar Sözcükler:** C4-5 C5-6 travmatik disk hernisi, spinal servikal epidural hematoma

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019269177.jpg>

PS-020 [Nöroonkolojik Cerrahi]

**TALAMİK NÖROEPİTELYAL KİSTİN ENDOSKOPIK CERRAHİ TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU VE LİTERATÜR İNCELEMESİ****Onur Özgür<sup>1</sup>, İhsan Doğan<sup>1</sup>, Serdar Solmaz\*<sup>1</sup>, Tuğba Morali Güler<sup>2</sup>, Gökmen Kahiloğulları<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi<sup>2</sup>S.B. Karabük Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi

**Giriş ve Amaç:** Talamik nöroepitelyal kistler çok nadir ve benign lezyonlardır. Literatürde sekiz makalede 13 olgu bildirilmiştir. En sık semptomları, baş ağrısı, hemiparezi, tremor ve yürüyüş bozukluğu, konfüzyon ve yukarı bakış kısıtlılığı gibi hidrosefali ile ilişkili bulgulardır. Bu olgular için endoskopik fenestrasyon, açık cerrahi teknik ve stereotaksik biyopsi yapılan cerrahi girişimlerdir. Talamus yerleşimli kist olgularında nöronavigasyon yardımcı endoskopik cerrahinin uygulanımı ve sonuçlarını değerlendirmek.

**Yöntem:** 63 yaşında kadın hastanın bir haftadır baş ağrısı şikayeti olup nörolojik muayenesi sağ hemiparezisi mevcuttu. Klinik ve radyolojik olarak hidrosefali bulgusu olmayan hasta transkraniyal nöronavigasyon yardımcı nöroendoskopik cerrahi girişim planlandı.

**Bulgular:** Hastaya 1 adet burrhole açılarak nöronavigasyon yardımıyla transkortikal endoskopik olarak girişim yapıldı. Kontrast tutan kalın duvarlı kist lezyonu içeriğiyle birlikte totale yakın olarak çıkarıldı. Medyalde talamusa yapışık kısım ince bir membran kalacak şekilde bırakıldı. Postoperatif dönemde ek nörolojik defisiti olmayan hasta 6. günde taburcu edildi. Patolojisi nöroepitelyal kist olarak raporlandı. Postoperatif 6. ay takiplerinde MR görüntülemeye nüks saptanmadı.

**Tartışma ve Sonuç:** Nonhidrosefalik talamik nöroepitelyal kistin nöronavigasyon eşliğinde transkortikal yolla nöroendoskopik total eksizyonu literatürde ilk kez yapılmış olup bu bölge semptomatik lezyonlarında alternatif bir seçenek olarak tercih edilebilir.

**Anahtar Sözcükler:** Kist, derin beyin, nöroendoskopi, nöronavigasyon, talamus

PS-021 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

**LOMBOSAKRAL BÖLGEDE SPİNAL KANALI DOLDURAN, RADİKÜLOPATİYE NEDEN OLAN NADİR GÖRÜLEN FOLİKÜLER LENFOMA: OLGU SUNUMU****Şahin Tanrıkulu, Serhat Pusat, Ahmet Eroğlu\***

Sultanabülhamid Eğitim Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Servisi

**Giriş ve Amaç:** Foliküler lenfoma (FL), germinal merkez B hücrelerinden köken alır. Batı dünyasında oldukça yüksek oranda görülmektedir. Genel olarak foliküler lenfomada hastaların çoğu yaygın hastalığa rağmen asemptomatiktir. Foliküler lenfoma yaygın lenf tutulumu, kemik iliği tutulumu, splenomegali ve düşük oranda lenf nodu dışı bölgeleri tutar. Bu yazıda nadir görülen lumbosakral bölge yerleşimli foliküler lenfoma olgusunu sunmayı uygun bulduk.

**Yöntem:** Bel ve her iki bacakta ağrı uyuşma ve idrar kaçırma yakınması ile polikliniğimize başvuran 38 yaşında bayan hastaya çekilen lomber MR

da L5-S1 mesafesinde spinal kanalı tamamen kapatan kontrastlı MR da kontrast tutan lezyon tespit edildi.

**Bulgular:** Hastaya cerrahi planlandı. Prone pozisyonda lomber L5-S1 mesafesinden girilerek epidural mesafede bilateral tümör dokusu eksize edildi. Postoperatif dönemde ağrıları geçen hastanın nörolojik defisiti yoktu. Patoloji sonucu foliküler lenfoma olarak raporlandı. Hasta onkoloji servisine yönlendirildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Foliküler lenfomalar lumbosakral spinal kanalda nadiren tutulum yapar. Bu bölgede mevcut spinal lezyonların ayırıcı tanısında foliküler lenfomalar düşünülmeli, cerrahi tedavi sonrası hastalar onkoloji polikliniğine yönlendirilmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Lomber MR, foliküler lenfoma, radikülopati

PS-022 [Pediatrik Nöroşirürji]

### MECKEL GRUBER SENDROMU: OLGU SUNUMU

**Pınar Aydın Öztürk<sup>1</sup>, Salim Katar<sup>\*2</sup>, Muhammet Asena<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>SBÜ. Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği

<sup>2</sup>Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği

<sup>3</sup>SBÜ. Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi, Pediatri Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Nadir görülen ve ölümcül bir hastalık olan Meckel Gruber Sendromunu(MGS) hatırlatmak.

**Yöntem:** MGS nadir görülen,ölümcül bir hastalık olup otozomal resesif geçişlidir.Sıklığı 1/13.250-1/400.000 arasında değişmektedir.Etkilenen hastaların çoğu sonlandırılmakta veya erken yenidoğan döneminde sonlanmaktadır.Klasik triadı ensefalosel,polidaktilli ve polikistik böbrek ile karakterize olup üç bulgudan ikisinin varlığı tanı için yeterli kabul edilmektedir.Genetik olarak 17q21-q23 kromozom delesyonu saptanabilmektedir. Olgu Sunumu:Hasta birinci dereceden akraba anne ve babanın ikinci çocuğu olup 33.haftalık olarak C/S ile doğdu. Fizik muayenesinde occipital bölgede 2x4 cm boyutlarında perfore ensefalosel kesesi saptandı.Hastada yarık-damak dudak,makroglossi,polidaktilli,bi lateral zon 3'te retinal vaskülarizasyon mevcuttu.Ambigius genitalyası olup iç genital organlar erkek iç genitalyası ile uyumlu olarak gözlendi. Batın USG'de polikistik böbrek hastalığı,portal hilusda kist saptandı. Kranial MRG'de sağ lateral ventrikül 16,sol lateral ventrikül 13 mm boyutunda olup occipital bölgede geniş tabanlı minimal beyin dokusu bulunan ensefalosel kesesi mevcuttu.Transpandimal beyin omurilik sıvısı (BOS) geçisi yoktu.Hastaya genel anestezi altında ensefalosel kese eksizyonu yapıldı.Peroperatif komplikasyon gözlenmedi.Hasta entübe olarak yenidoğan yoğun bakım ünitesine alındı.Hastanın takiplerinde 3.ayda baş çevresinde artış saptanması üzerine çekilen BBT'de hidrosefali saptandığından ventrikuloperitoneal şant takıldı.Peroperatif komplikasyon gözlenmedi.Kromozom analizi normal, 46,XY karyotipinde geldi.5.ayda sepsis nedeniyle öldü.

**Bulgular:** MGS çoğunlukla otopsi bulguları ile veya erken yenidoğan ölümü sonrasında rapor edilmiştir.En kapsamlı hasta sayısına sahip EUROCAT çalışmasındaki 142 hastadan sadece 6 tanesi bir hafta yaşamış olup literatürlerde uzun yaşayan sadece iki olgu bildirilmiştir ve bu olgular 14 ve 28 hafta yaşamıştır.Hastamız yaklaşık 20 hafta yaşadığından literatürlere göre en uzun yaşayan ikinci olgudur.

**Tartışma ve Sonuç:** Hastalığın prenatal tanısı transvaginal USG ile 11-12 haftada koyulabilmekte olup hastalık seyri göz önünde

bulundurulduğunda gebeliğin devamı aile için yıpratıcı olmakta ve anne sağlığını tehdit etmektedir.Bu nedenle prenatal tanı alan hastalarda terminasyon önerilmesi gerektiği kanaatindeyiz. Türkiye'nin sosyoekonomik düzeyine bağlı akraba evliliği sıklığının artması bu hastalık ve benzeri şekilde nadir görülen otozomal resesif geçişli hastalıkların sıklığının artmasına sebep olduğundan toplumsal bilinçlendirme bu hastalıkların engellenmesinde önem arz etmektedir. Özellikle pediatrik nöroşirürji ile ilgilenen cerrahların sendromik hastalar açısından dikkatli olması peroperatif sorunların engellenmesini,gelişebilecek komplikasyonların öngörülmesi ve surveyin tahmin edilmesini sağlayacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Meckel Gruber sendromu, ensefalosel, polidaktilli

PS-023 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### OKSİPİTAL İNTRADİPLOİK EPİDERMOİD KİST

**Ayşe Karataş Demirciler<sup>\*1</sup>, Baran Taşkale<sup>1</sup>, Hamit Feran<sup>1</sup>, Arzu Avcı<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji AD

<sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji AD

**Giriş ve Amaç:** İntrakraniyal epidermoid kistler sıklıkla intradural olarak yerleşirler.Nadir olarak ekstradural olarak yerleşirler. Intradiploik yerleşimli epidermoid kistler ise kranial kemiklerin iki tabulası arasında yerleşirler. En sık oksipital, frontal ve paryetal kemiklere yerleşirler. Kraniumun ektodermal hücrelerinden köken alır. Çoğu konjenitaldir. En sık, üçüncü, dördüncü dekadlarda görülürler. Yavaş büyürler, malign değişim çok düşüktür. Bu yazıda sol okipital kemikte yerleşmiş epidermoid kistli bir olgu sunulmuştur.

**Yöntem:** Bu yazıda sol okipital kemikte yerleşmiş epidermoid kistli bir olgu sunulmuştur.

**Bulgular:** 40 yaşında erkek hasta, baş ağrısı, sol koluk arkasında ağrı şikayeti ile başvurdu. Travma, operasyon öyküsü yoktu. Nörolojik muayenesinde özellik yoktu. Kranial bilgisayarlı tomografisinde sol oksipital kemikte intremedullar yaklaşık 28x12 mm boyutlu, özellikle iç tabulada geniş bir kemik defekti oluşturmuş, dış tabulada minimal erozyone, yoğun içerikli bir kist görüldü. MR da lezyonun parankim ilişkisi olmadığı görüldü. Hastaya 3/4 yüzüstü pozisyonda sol kulak arkası s şeklinde cilt insizyonu ile girilerek, oksipital kemiği erode eden epidermoid kist ile uyumlu tümör total olarak eksize edildi. Patolojisi epidermoid kist olarak geldi.

**Tartışma ve Sonuç:** Epidermoid kistler genellikle kafa derisi altında uzun süreli asemptomatik ağrısız şişlikler olarak ortaya çıkar. Kraniumun erozyona uğraması nedeniyle baş ağrısı ve lokal basıya bağlı nöbete neden olabilirler. Yavaş büyüyerek dev boyutlara ulaşabilirler. Epidermoid kistlerin dermoidlerden patolojik farkı dermal elementlerin olmamasıdır. Anevrizmal kemik kisti, dermoid kist, lipoma, dev hücreli tümör, hemangioma, karsinom metastazları, histiyositozis-x, gibi litik lezyonlar yapabilen patolojiler ayırıcı tanıda düşünülmelidir. İntradiploik epidermoid kistler tomografide kenarları sklerotik veya olmayan, diploe içinde yerleşmiş, iç ve dış tabulaların tutulabildiği iyi sınırlı litik lezyonlardır. Lipid komponentine ve kolesterol içeriğine bağlı olarak beyne göre hipodens görülürler. Manyetik rezonans görüntüleme T1 sekanslarda

hipo veya mikst intens, T2 sekanslarda hiperintens görülmeler, kontrast tutmazlar. İntradiploik epidermoid kistler total eksiye edilmelidirler. Total eksizyon olmazsa nöks sıktır. Kemik ve duradan disseke edilen kapsülün total çıkartılmasını amaçlayan bir cerrahi yapılmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Epidermoid kist, kranium

PS-024 [Pediatrik Nöroşirürji]

### KONJENİTAL DERMAL SİNÜS TRAKTI OPERASYONU TAKİBEN GELİŞEN LOMBER İNTRADURAL APSE

**Barış Erdoğan<sup>1</sup>, Mustafa Akcan<sup>1</sup>, Orhan Kılıç<sup>2</sup>, Taner Engin<sup>\*3</sup>**

<sup>1</sup>Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>2</sup>Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Kliniği

<sup>3</sup>S.B Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Konjenital dermal sinüs trakti yaklaşık 1/2500 doğumda görülmektedir. Cerrahi operasyonu takiben oluşan intradural apse gelişimi oldukça nadir görülen bir komplikasyondur.

**Yöntem:** 2 yaş erkek hasta yaklaşık 6 ay önce dış merkezde konjenital dermal sinüs trakti nedeniyle opere olmuş. Operasyonu takiben hastada yavaş gelişen parapleji ve antibiyotiklere cevap vermeyen yüksek ateş olması nedeniyle çocuk hastalıkları tarafından tarafımıza danışılan hasta.

**Bulgular:** Hastaya kontrastlı spinal aks MR tetkiki yapıldı. Hastada L3-L4 intradural apse saptandı. Cerrahi girişim ile apse boşaltıldı. Gönderilen örnek materyalde stafilokok aureus üredi. Hastaya uygun antibiyotik tedavisi düzenlendi ve fizik tedaviye yönlendirildi

**Tartışma ve Sonuç:** Konjenital dermal sinüs trakti en çok lomber ve oksipital bölgeye yerleşmekle beraber spinal kanalda herhangi bir yere yerleşebilir. Tedavide cerrahi ve konservatif yöntemler kullanılmaktadır. İntradural apse oluşumu literatürde şimdiye kadar sadece 50 olguda sunulmuş nadir görülen cerrahi komplikasyonlarından. Oluşan apseyi cerrahi olarak boşaltıp uygun antibiyotik tedaviyle oluşabilecek kötü sonuçların önüne geçebiliriz

**Anahtar Sözcükler:** Dermal sinüs trakti, intradural apse

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/2019124122522.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/2019124122538.jpg>

PS-025 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### HANGMAN FRAKTÜRÜ NEDENİYLE OPERE EDİLEN HASTADA POSTOPERATİF GELİŞEN SERVİKAL KİFOZ OLGUSU

**Ülkün Ünlü Ünsal\***

*Koç Üniversitesi Hastanesi, Spine Center*

**Giriş ve Amaç:** Servikal sagittal dizilimin önemi

**Yöntem:** 32 yaşında kadın hasta trafik kazası sonrası acil servise şiddetli boyun ağrısıyla kabul edildi.Özgeçmişinde özellik yok.Nörolojik muayenesi normal. Radyolojik tetkiklerinde Hangman tip III fraktürü saptanan hasta acil operasyona alındı.

**Bulgular:** Hastaya posterior stabilizasyon ve redüksiyon yapıldı.

Postoperatif nörolojik defisit gözlenmedi. Ancak postoperatif 1.ayda hastada servikal kifoz gelişti. Takibinde hasta revizyon cerrahisine alındı ve C2 vidalarına ek olarak C4-5-6-7-T1 vidaları yerleştirildi. Hastanın servikal kifozu düzeltildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Son dönemlerde global sagittal dizilimin önemi anlaşılmasıyla beraber servikal sagittal dizilimin de aynı şekilde önemli olduğu düşünülmektedir. Özellikle C2-C7 sagittal vertikal aks (SVA) 5cm'den fazla olduğu hastalarda HRQOL değerlerinin azaldığı bildirilmiştir. Cerrahi sırasında hastaya verilmesi gereken servikal lordozun torakal inlet açısına dolayısıyla T1 slope'a göre verilmesi gerektiği son yıllarda bildirilmektedir. Hastanın genel sagittal diziliminde S1'in oynadığı rolü servikal sagittal dizilimde T1 oynamaktadır. Geniş torakal inlet açısı olan hastada geniş servikal lordoz, dar torakal inlet açısı olan hastada ise daha az servikal lordoz gerekmektedir. Servikal sagittal dizilim kurallarına uyulması ortaya çıkabilecek implant yetmezliklerinin önüne geçecektir.

**Anahtar Sözcükler:** Hangman fraktürü, servikal kifoz, servikal sagittal dizilim

PS-026 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### PERKÜTAN FULL ENDOSKOPİK İNTERLAMİNER YAKLAŞIMLA AKCİĞER CA KAYNAKLI EPİDURAL METASTATİK TÜMÖRÜN EKSIZYONU

**Salim Şentürk, Ülkün Ünlü Ünsal\***

*Koç Üniversitesi Hastanesi, Spine Center*

**Giriş ve Amaç:** Perkütan full endoskopik interlaminar yaklaşım aracılığıyla lomber epidural metastatik tümör eksiyonu: Teknik not

**Yöntem:** Akciğer CA tanılı 72 yaşında kadın hasta 10 gündür olan şiddetli sol bacak ağrısı ve sol kalça da kuvvet kaybı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın multipl organ metastazı ile birlikte multipl spinal metastazları olduğu görüldü. Yapılan tetkiklerde hastanın kliniğinin L2 kökünü sıkıştıran vertebra metastazına bağlı olduğu düşünüldü. Daha önce spinal RT aldığı için tekrar radyoterapi verilemedi. Kuvvetli ağrı kesici kullanımına rağmen kontrol altına alınamayan ağrısı olan hastaya hastanın da surveyini düşünerek minimal invaziv dekompresyon düşünüldü. Bu amaçla full endoskopik perkütan interlaminar endoskopik dekompresyon planlandı. Cerrahi öncesinde intraoperatif kanama ve ona bağlı başarısızlığı azaltmak için girişimsel radyoloji ile görüşülerek tümörün besleyici damarlarının tıkanması sağlandı. Ardından hasta operasyona alındı. Cerrahi 3 aşamalı olarak planlandı. 1. Aşama cilt insizyonu ardından spinal kanala girilmesi 2. Aşama: Sinirin dekompresyonu 3. Aşama : Hemostaz ve ameliyatın sonlanması

**Bulgular:** Ameliyat süresi yaklaşık 75 dakika, kan kaybı 10-15 ml olarak hesaplandı. Post-op dönemde hastanın şiddetli ağrısının geçtiği görüldü. Post op akşamı hasta korse ile mobilize edildi. Preop 10 olan VAS değerinin dramatik bir şekilde azalarak 2-3 olduğu görüldü. Hasta post op 2. gün taburcu edildi. Semptomatik spinal metastazlar sıklık sırasına göre torakal bölge (%60-80), lomber bölge(%15-30) ve servikal bölgeleri (10-15%) tutmaktadır. Bizim hastamızda multipl spinal tutulum ile birlikte şu anki kliniğinin sol L2 kökü basısına bağlı olduğunu düşündük. Spinal metastaza bağlı başlangıç semptomu kök kompresyonu, periostun gerilmesi yada instabiliteye bağlı ortaya çıkan ağrıdır. Bizim hastamızda

da var olan yaygın vücut ağrılarının yanında 10 gündür kalçadan sol dizine kadar inen şiddetli ağrısı ve 4-5 gündür gelişen sol kalçada kuvvet kaybı mevcuttu. Duyu yada motor kayıplar; ilgili kök yada spinal kord basısına bağlı vakaların (75-80 %) inde gözlenmektedir. Bu hasta grubunda ağrı kontrolü en önemli yaşam konforlarından biridir. Dejeneratif omurgada endoskopik cerrahide daha az kan kaybı, daha az doku hasarı, hastanın erken mobilize edilmesi ve hayatına erken dönmesi sağlanmaktadır.

**Tartışma ve Sonuç:** Spinal kemik metaztazına bağlı şiddetli ağrı ve kuvvet kaybı olan hastalarda hastanın surveyine bağlı olarak majör cerrahi seçeneği ikinci planda yer almaktadır. Bu durumlarda sinirin endoskopik olarak dekompresye edilmesi ve ağrı kontrolü seçeneği akılda bulundurulması gereken alternatif etkili bir seçenektir. Minimal invaziv bu teknik sayesinde daha az doku hasarıyla hastanın nörolojik şikayetlerinin rahatlatılması ve tatmin edici sonuçlar alınması mümkündür. Endoskopik sistemlerin gelişmesi ve bu konuda spesifik uzmanların tecrübelerinin artmasıyla endoskopun birçok tip spinal tümörde kullanımının artacağını düşünmekteyiz.

**Anahtar Sözcükler:** Spinal metastaz, endoskop, interlaminar yaklaşım

PS-027 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### SPONDİLODİSKİT VAKASINDA MİNİMAL İNVAZİF OLARAK, SKOPI EŞLİĞİNDE PEDİKÜLDEN GİRİLEREK DİSK MESAFESİNDEN BİYOPSİ ALINMASI

**Yener Şahin\*, Ferhat Harman, Yahya Güvenç**

*S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin Cerrahisi*

**Giriş ve Amaç:** Spondilodiskit, cerrahi sonrası veya spontan olarak oluşabilen bir patolojidir. Hastalığın yönetiminde biyopsi alınması ve kültür sonucuna göre uygun antibiyoterapi verilmesi gereklidir. Biyopsi açık cerrahi ile, veya endoskopi eşliğinde transforaminal yolla yapılabilir. Bu çalışmada, minimal invazif olarak pedikülden girilerek skopi altında disk mesafesinden biyopsi alınan bir olgu sunulmuştur.

**Yöntem:** 84 yaşında erkek hasta. Bilinen koroner arter hastalığı, diyabet hastalıkları ve nefrektomi öyküsü mevcuttu. Hasta her iki alt ekstremitede 2 hafta içerisinde progresif ilerleyen güç kaybı ile başvurdu. Hastaya kontrastlı Beyin MRG + Tüm Spinal MRG görüntülemesi yapıldı. C5-C6 ve T4-T5 seviyelerinde spondilodiskit ile uyumlu görünüm saptandı (Şekil 1). Serum örneğinden gönderilen TBC-PCR ve Brucella antijeni negatif sonuçlandı. Hastaya biyopsi planlandı. Genel anestezi altında, skopi eşliğinde 1 cm'lik insizyon ile paravertebral kaslar diseke edildi ve T5 pedikülü bulundu. Pedikülden pedikül probu yardımı ile ilerlenerek vertebra korpusuna ulaşıldı ve korpustan biyopsi alındı. Daha sonra biyopsi küreti ile superiora yöneltilerek T4-T5 disk aralığından biyopsi alındı ve küret ile disk mesafesi kürete edildi

**Bulgular:** Spontan veya cerrahi sonrası spondilodiskit vakalarının yönetiminde laminektomi ile disk mesafesine girilip örnek alınması ve disk mesafesinin kürete edilmesi tedavide yardımcıdır.

**Tartışma ve Sonuç:** Olgumuzda olduğu gibi, skopi eşliğinde minimal invazif olarak laminektomi yapmadan pedikülden girilerek korpustan ve disk mesafesinden biyopsi almak ve disk mesafesini kürete etmek özellikle ileri yaşta hastalarda seçenek olabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Spondilodiskit, pedikül, minimal, invaziv

PS-028 [Nörovasküler Cerrahi]

### PRE-OPERATIVE SURGICAL PLANNING AND TEACHING OF NEURO-VASCULAR OPERATIONS WITH FREE-WARE 3D-SOFTWARE (OSIRIX)

**Cihat Karadag\*<sup>1</sup>, Toma Spiriev<sup>2</sup>, Dziugas Meskelevicius<sup>1</sup>, Angelo Tortora<sup>1</sup>, Athanasios Petridis<sup>1</sup>, Hans-jakob Steiger<sup>1</sup>, Jan Frederick Cornelius<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>University Hospital Düsseldorf, Department of Neurosurgery

<sup>2</sup>Acibadem City Clinic Tokuda Hospital Sofia, Department of Neurosurgery

**Background and Aim:** OsiriX is a multi-dimensional imaging software for data processing of radiological digital imaging and communications in medicine (DICOM). First experiences about OsiriX for approach and craniotomy planning were reported for different pathologies (e.g. tumor, aneurysm). We proposed to systematically test the software tool for planning and teaching of complex vascular surgeries in an academic setting.

**Methods:** The OsiriX tool (v5.8.1) was used to plan surgical approaches, skin incisions and craniotomies on: 1) Brain stem cavernous malformation, 2) Supratentorial cavernoma and 3) Arteriovenous malformation in eloquent regions, 4) Small arteria communicans anterior and 5) Posterior inferior cerebellar artery aneurysms. Illustrative planning scenarios are presented by video.

**Results:** Pre-operative 3D-planning with OsiriX software was done the day before surgery. This allowed discussion about technical and surgical details between senior and junior neurosurgeon on a case-based fashion and in a quieter environment than the operating theater. Surgery was perceived as less stressing by both surgeons.

**Conclusions:** OsiriX is a powerful free-ware software tool that was very helpful for planning and teaching of complex vascular procedures. Because of availability and user friendly interface, it may be easily implemented into clinical routine.

**Keywords:** Vascular neurosurgery, OsiriX tool

PS-029 [Nörotravma ve Yoğun Bakım]

### FRONTAL KIRIK SONRASI GEÇ İNTRAKRANİAL ABSE

**Arsal Acarbaş\***

*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin Cerrahisi Bilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Çocukluk çağı nadir görülen ama tedavi edilmezse ölümcül seyreden bir hastalık olarak serebral abse tanı ve tedavide oldukça önemlidir. Minör kafa travması sonrası gelişen serebral abse oluş mekanizması anlamak ve tedavinin önemini vurgulamak amacıyla sunum hazırlandı.

**Yöntem:** 9 yaşındaki erkek hasta 7 gün önce devam ettiği eğitim kurumunda minör kafa travması geçirdiğini anamnezinde belirtti. Herhangi sağlık kuruluşuna başvurmayan hasta son iki gündür yüksek ateş ve baş ağrısı şikayeti ile başvurduğu Çocuk Acil 'den ilgili servise yatırıldı. Hastanın daha sonra gelişen 6. Sinir parazisi ve bilincinde bozulma nedeniyle çekilen BBT'sinde sağ frontalde parietale uzanım gösteren subdural alanda ve çevresel kontrast tutan abse ile uyumlu

görüntü ve sağ frontalde kontrast tutmayan kistik yapı nedeniyle opere edildi.

**Bulgular:** Sedimantasyon : 92 ve CRP: 57 izlenmekteydi. Ateş en yüksek 38.9 izlenmişti. BBT incelemesinde sağ frontalde subdural alan boyunca parietale uzanan çevresel kontrast tutan abse alanı ile yine sağ frontalde, parankim içerisinde çevresel kontrast tutmayan 4\*3 cm boyutunda izodens kistik yapı izlenmekteydi. Hasta operasyona alındı. Subdural alandaki abse püyü yıkılarak temizlendi. Parankim içerisindeki kistik yapıushing iğnesi ile aspire edildiğinde, buradan da püy geldiği izlendi. Erken serebrit evresinde olan abse olduğu anlaşıldı. Bütün püy temizlendikten sonra operasyona son verildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Çocukluk çağı abseleri çeşitli sebeplerle görülmektedirler. Çocuklarda görülen beyin abselerinin en sık predispozan nedenleri uzak enfeksiyon odağından hematogen yayılım, enfeksiyonun komşuluk yoluyla yayılması, penetran yaralanmalar ve nöroşirürjikal girişimlerdir. Bizim hastamızda önemsenmeyen minör bir kafa travması etyoloji nedeni olmuştur. Abselerin çeşitli evreleri mevcuttur ve genellikle ilk bir hafta erken ve geç serebrit evresidir. Bu dönemde çevresel kontrast izlenmemektedir. Daha sonra erken kapsülizasyon ile beraber kontrast tutulumu başlar. Bizim hastamızda hem erken hem geç dönem abse varlığı beraber izlenmekteydi. Bulgu olarak klasik belirti ateş, kusma ve nörolojik defisitlerle beraber olmaktadır. Hastamızda bu üç belirti de mevcuttu. Tedavi edilmediğinde oldukça fatal seyreden çocukluk çağı beyin abseleri, özellikle iyi sorgulanan anamnez, yüksek ateşin eşlik ettiği enfeksiyon markerlarının varlığı ve nörolojik defisitlerin geliştiği olgularda mutlaka akılda bulunması gerek bir ön tanıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Minör kafa travması, serebral abse

PS-030 [Nörovasküler Cerrahi]

### CHANGE OF MEAN PLATELET VOLUME AS A PROGNOSTIC MARKER AFTER ANEURYSMAL SUBARACHNOID HEMORRHAGE

**Tolga Turan Dundar\*<sup>1</sup>, Meliha Gündoğ Papaker<sup>1</sup>, Güven Gönen<sup>1</sup>, Bedia Gulen<sup>2</sup>, Ismail Yurtsever<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Bezmialem Vakıf University School of Medicine, Department of Neurosurgery

<sup>2</sup>Bezmialem Vakıf University School of Medicine, Department of Emergency Medicine

<sup>3</sup>Bezmialem Vakıf University School of Medicine, Department of Radiology

**Background and Aim:** Subarachnoid hemorrhage (SAH) based on intracranial aneurysm is a serious life-threatening disease. Despite improvements in diagnostic and therapeutic techniques, SAH causes rate of high morbidity and mortality. Moreover, only 25% of patients live independently. Another frequently used parameters based on biochemical analysis but, perfect markers haven't been identified. Moreover, the detail of immun response is still not well understood. We aimed this study that whether immun response related to MPV can use a prognostic factor at subarachnoid hemorrhages with ruptured intracranial aneurysms or not.

**Methods:** We studied 52 consecutive patients with ruptured aneurysms who diagnosed with SAH in emergency room.. Noted variables included patient age and gender, Fisher grade, location of ruptured aneurysm, and Glasgow Coma Scale (GCS) in patient groups. The exclusion criteria

included that coagulation abnormalities, cancer diseases, renal or liver dysfunction, severe myocardial dysfunction, any active or chronic infection findings, or any other immune deficiency syndrome. MPV:PLT ratio was defined as MPV value (fL) x100 /PLT (per 1000). And, Pearson correlation coefficients were used to examine correlation.

**Results:** Pearson correlation analysis showed positive significant correlation between the Fisher grading and the PLT index in the data of ruptured aneurysms ( $r=-0.731$ ,  $P=0.00$ ).

**Conclusions:** In these studies showed that the correlation of Fisher Grade with PLT index in the patient group was corrected by statistical method. The PLT index can use as a prognostic predictive factor for SAH. Nevertheless, There are need for further studies confirming this hypothesis by the studies for prognosis of SAH.

**Keywords:** Activated platelets, platelet size, PLT index, ruptured aneurysm

PS-031 [Pediatrik Nöroşirürji]

### NADİR GÖRÜLEN PEDIATRİK SPONTAN BİLATERAL FRONTO PARYETAL SUBDURAL AMPİYEM

**Abdurrahim Taş, Abdurrahman Çetin\*, Abdullah Mesut**

*Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi, Beyin Cerrahi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Subdural ampiyem oldukça tehlikeli bir santral sinir sistemi enfeksiyonu olup, en önemli nöroşirürjikal acillerden birisidir. Bu durum, hemen tanınıp tedavi edilmediğinde hızla ölüme neden olmaktadır. Spontan subdural bilateral fronto paryetal ampiyem sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** 3 ay 10 günlük erkek genel durum bozukluğu konvülsiyon geçirme şikayetleri ile Diyarbakır Çocuk Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesinde 7 gün takip edilen hastanın yapılan radyolojik tetkikinde kranial MR'da solda daha belirgin bilateral subdural ampiyem ile uyumlu görünüm saptanan hastaya acil cerrahi girişim planlandı. Genel anestezi altında supin pozisyonda önce exploratif burr-hole drenaj sağlanamayınca bikoronal insizyonla bilateral geniş frontal kraniotomi yapılarak serebral korteksi zırh gibi saran sert duruya ve serebral pial yapışıklık gösteren ampiyem kapsülü disseke ve kürete edilerek tamamen boşaltıldı. Ampiyemden aerob ve anaerob kültür için materyal alındı.

**Bulgular:** 3 aylık erkek bebek genel durumu orta- kötü şuuru kapalı entübe kalp tepe atımı 170-180/dk, ateş 37,5°, pupiller izokorik, ışık refleksi +/+, ağrılı uyaranları lokalize eder, meninks irritasyon bulguları müspet. İmmunolojik tetkik ve değerlendirmede hastada immun yetmezlik düşünülmüdü. Kranial MR'da solda daha belirgin en kalın yerinde 1,5 cm bilateral subdural ampiyem ile uyumlu görünüm mevcuttu.

**Tartışma ve Sonuç:** İntrakraniyal subdural ampiyem çok sık görülmemesine rağmen, mortalite ve morbiditesi yüksek olabilen bir hastalıktır. Hastalarda erken tanı ve uygun tedavi ile iyi sonuçlar elde edilebilir.

**Anahtar Sözcükler:** Ampiyem, cerrahi, menenjit, subdural

PS-032 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### YÜKSEK GRADELİ ASTROSİTER TÜMÖRÜ TAKLİT EDEN ANAPLASTİK PLEOMORFİK KSANTOASTROSİTOMA: NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU SUNUMU

Müge Dolgun\*, Barış Özöner, Tayfun Çakır, Selim Kayacı

S.B. Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Pleomorfik Ksantoastrositoma (PXA), ilk kez 1979 yılında ortaya konmuş, genellikle hayatın birinci ve ikinci dekatlarında ortaya çıkan ve iyi prognoza sahip bir astrositer tümör alttipidir. PXA, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sınıflamasına göre Grade II olarak sınıflandırılmakta olup, geçmişten bugüne yayınlanan çalışmalar ışığında zaman zaman anaplastik özelliklere sahip olabilmektedir. Primer ya da sekonder gelişen bu anaplastik özellikler hastaların prognozunu olumsuz olarak etkileyen faktörler arasındadır ve WHO sınıflamasına göre Grade III olarak sınıflandırılırlar. Literatürde geçmişten günümüze, anaplastik PXA tanılı 27 olgu bildirilmiştir.

**Yöntem:** Bu çalışmada, 31 yaşında nöbet geçirme şikayetiyle tarafımıza başvuran bir erkek hasta ele alınmıştır. Hasta preoperatif - postoperatif kranyal manyetik rezonans (MR) görüntülemeleri ve patoloji raporu sonucu ile birlikte değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Hastanın kranyal MR görüntülemelerinde sol frontal yerleşimli, heterojen kontrastlanma ve diffüzyon kısıtlanması gösteren, çevresel ödem etkisi yaratmış kitle lezyon izlenmiştir ve ön planda yüksek gradeli astrositer tümör düşünülmüştür. Ancak sol frontal kranyotomi ile total olarak çıkartılan kitlenin patoloji sonucu anaplastik özellikler gösteren PXA (WHO Grade III) olarak gelmiştir. Patoloji raporuna göre fokal alanlarda nekroz izlenmiş olup, Ki-67 oranı %20'dir. Postoperatif radyoterapi ve kemoterapi alan hastanın üçüncü ay takiplerinde nüks kitle saptanmamış olup, nörolojik muayenesinde herhangi bir bulgu saptanmamıştır.

**Tartışma ve Sonuç:** Anaplastik PXA tanısına klinikte nadir olarak rastlanılmaktadır ve prognozu PXA'lara göre daha kötü seyretmektedir. Anaplastik PXA'lar, radyolojik görüntülemelerde yüksek gradeli glial tümörlerle karışabildiği için patolojik incelemelerde ayırıcı tanıda akılda bulundurulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Anaplastik, pleomorfik, ksantoastrositoma

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201911621256.jpg>

PS-033 [Pediatrik Nöroşirürji]

### PEDİATRİK HİDROSEFALİLİ OLGULARDAN VENTRİKÜLOPERİTONEAL ŞANT TAKILMIŞ OLANLARDA ŞANT OBSTRÜKSİYONU VE ŞANT ENFEKSİYONU ARASINDAKİ İLİŞKİ

Ali Şahin\*<sup>1</sup>, Abdulfettah Tümtürk<sup>2</sup>, İbrahim Suat Öktem<sup>2</sup>

<sup>1</sup>S.B. Dr. İ. Şevki Atasagun Devlet Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği

<sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** VPŞ operasyonlarından sonra gelişen şant komplikasyonları, günümüzde ciddi bir problem olarak devam etmektedir. Pediatrik

dönemde en sık karşılaşılan VPŞ komplikasyonları şant enfeksiyonları ve şant obstrüksiyonlarıdır. Bu çalışmada kliniğimizde hidrosefali nedeniyle VPŞ takılan pediatrik olgularda gelişen şant enfeksiyonları ve şant obstrüksiyonları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesini amaçladık.

**Yöntem:** Bu çalışma da Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalında Ocak 2012- Haziran 2017 tarihleri arasında hidrosefali tanısı ile aynı cerrah tarafından ventriküloperitoneal şant uygulanan 16 yaş ve altındaki 210 olgu retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** VPŞ uygulanan 210 olgunun 113'ü(%53.8) erkek; 97'si(%46.2) kız idi. En sık etiyolojik sebep ohkd(%30.9) ; en sık komplikasyon enfeksiyon(%19.5) idi. 1 yaş altında şant enfeksiyonu sık izlendi. Şant enfeksiyonu ile ilişkili en sık etiyolojik sebep intraventriküler kanama idi. Şant enfeksiyonu görülen 41 olgunun 27'sinde etken üretilebilirken; en sık etken S.Epidermidis(%41.5) olarak bulundu. Frontalden VPŞ uygulanan olgularda enfeksiyon görülme oranı oksipitoparyetalden VPŞ uygulanan olgulara oranla daha düşük olarak saptandı(F: %16.6—OP: %43.5). Şant enfeksiyonu görülen 41 olgunun 22'sinde(%53.6) şant obstrüksiyonu görülürken; Staf. Epidermidis ile enfekte 17 olgunun 11'inde(%64.7) şant obstrüksiyonu gelişmediği saptandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Şant enfeksiyonu görülen olgularda obstrüksiyon oranının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanırken; şant obstrüksiyonu görülen olguların ise çok daha az bir kısmının enfeksiyona sekonder geliştiği izlendi. Enfekte olan şantların hepsinde obstrüksiyon olmayabileceği için(Staf. Epidermidis enfeksiyonunda obstrüksiyon yarıdan az)tüm enfekte VPŞ'lı hastaların akut şant disfonksiyonu olarak değerlendirilmemesi kanaatindeyiz.

**Anahtar Sözcükler:** VPŞ, enfeksiyon, obstrüksiyon

PS-034 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### RADİKÜLOPATİ SEMPTOMLARIYLA BAŞVURAN SERVİKAL PERİNÖRAL KİST OLGU SUNUMU

Elif Akpınar\*<sup>1</sup>, Mehmet Özerk Okutan<sup>1</sup>, Emre Ünal<sup>2</sup>

<sup>1</sup>KTO Karatay Üniversitesi Medicana Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahi

<sup>2</sup>İstanbul Bahçeşehir Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Tarlov kisti olarak da bilinen perinöral kistler nadir görülen genellikle mayetik rezonans görüntülemelerde insidental olarak yakalanan lezyonlardır. Literatürde sadece dört tane semptomatik servikal perinöral kist bildirilmiştir. Servikal bölgedeki perinöral kistler servikal sinir köklerine bası yaparak radiküler ağrıya neden olmaktadır. Tedavide medikal tedavi, perkütan işlemler veya cerrahi yapılabilir. Ancak her bir işlemin kendine ait komplikasyonu vardır. Bu yazımızda radiküler ağrı oluşturan bir servikal perinöral kistten bahsedeceğiz.

**Yöntem:** Perinöral kistler oldukça nadir görülen genellikle sakral bölgede insidental olarak lezyonlardır. Perinöral kistler nadiren servikal bölgede görülür. Semptom verenleri oldukça azdır. Tanıda altın standart manyetik rezonans görüntülemidir. Perinöral kistlerin tedavisi konservatif tedavi ve cerrahi tedavidir. Yazımızda servikal perinöral kistin neden olduğu radiküler ağrı ile başvuran bir bayan hastadan bahsedeceğiz. Hastaya konservatif olarak oral nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar verildi ayrıca fizik tedavi uygulandı. Sonuç olarak hastanın semptomlarında gerileme oldu. Bu nedenle cerrahi düşünülmedi. Bildiğimiz kadarıyla şimdiye kadar

sadece 4 tane semptomatik servikal perinöral kistten bahsedilmiştir.

**Bulgular:** 44 yaşında bayan hasta yaklaşık 3 yıldır olan boyun ve sağ kol ağrısı şikayeti mevcut. 1 yıl önce fizik tedavi almış. Ağrıları hafiflemiş ancak geçmemiş. Ağrıları geceleri daha çok oluyormuş. Nörolojik muayenede motor defisit yok. Sağ C5-6 bölgesine uyan hipoestezisi mevcut. Derin tendon refleksi normal. Üst motor nöron hasar bulguları yok. Hastaya hipoestezisi nedeniyle elektromyografi tetkiki yapıldı. Tetkik normal olarak geldi. Hastanın çekilen servikal vertebra manyetik rezonans görüntüleme tetkikinde C5-6 seviyesinde sağda foraminla düzeyde yaklaşık 9mm çaplı perinöral kiste rastlandı. Cerrahi düşünülmedi. Konservatif tedaviyle devam edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Perinöral kistler araknoid materden oluşan perinörium ve pia materden oluşan endonörium arasında ki perinöral boşluktan oluşurlar. Toplumda görülme insidansı %5'tir. Genellikle asemptomatikler %10 u hayatın herhangi bir döneminde sinir kökü basısına bağlı semptomlara neden olabilir. Semptomatik olanlar en çok lomber ve sakral bölgede olanlardır. Semptomlar intraspinal beyin omurilik basıncını artıran manevralarla artar. Semptomatik vakalarda mikroşirürjikal olarak kistin çıkarılması önerilir. Ancak mevcut vakada semptomlar konservatif tedaviyle azaldığı için cerrahi önerilmedi. Servikal radikülopati bulgularıyla gelen hastalarda nadir de olsa servikal perinöral kist olabileceği aklımızın bir köşesinde bulunmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Servikal perinöral kist, servikal tarlov kisti

**Görsel:** <http://onlineozet.com/limages/52/BildiriResmi/tmp/201911711183.jpg>

PS-035 [Nöroonkolojik Cerrahi]

## MENENJİOM VE ANEVİRİZMA

**Erhan Arslan, Uğur Yazar, Ali Rıza Güvercin, Ertuğrul Çakır, Ali Samet Topsakal\*, Hasan Çağrı Postuk, Sercan Aydın, Kaan Kırımlı, Mehmet Ali Demirci, Kayhan Kuzeyli**

*Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Menenjiom ve anevrizma

**Yöntem:** 42 yaşında erkek hasta vücut sağ yarısında uyuşma karıncalanma ve nöbet şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın hikayesinde çocukluk döneminde ateşli silahla başında yaralanma öyküsünde olup yapılan görüntülemelerde sol frontal bölgede 73x53 mm boyutlarında santralinde kalsifikasyon bulunan heterojen kontrast boyanan kitle sol retroorbital bölgede yağ dokusu içinde 9 mm çapta düzgün sınırlı metalik dansitede yabancı cisim izlendi. Başına saçma isabet etmesi öyküsü olan hastaya MRG çekilemediği için BT ile değerlendirilmiştir. Hastanın tetkikleri tekrarlandığında ise sağ MCA M1 segmenti distal kesiminde 9x8 mm boyutlarında çeperi kalsifiye anevrizma ile uyumlu olabilecek görünüm izlenmiştir. Hasta öncelikle sol frontal kitle nedeni ile opere edilmiş ve patolojisi transizyonel menejiyom WHO Grade 1 gelmiş, ardından DSA işlemi yapılarak MCA anevrizması görüntülenmiş ve anevrizma açısından da hasta opere edilmiş ve kalsifiye MCA anevrizması kliplenmiş, cerrahi olarak rezeke edilmiştir.

**Bulgular:** Hastanın muayenesinde GKS:15, sağ 1/5 hemiparazik, ara ara olan baş ağrıları ve tekrarlayan nöbet öyküleri mevcuttu.

**Tartışma ve Sonuç:** Nöbet sonrası acil servise başvuran hastamızda yıllık insidansı yüzbinde 4 olan menejiyom ve yüzde 2 civarında olan unrüptüre

anevrizma tanısı birlikte koyulmuş olup kliniğimizde her iki patoloji içinde başarılı şekilde tedavi edilmiştir. Bu iki patolojinin birlikte görülmesinde hastanın öyküsünde bulunan ateşli silahla travma öyküsünün ise yeri olup olmadığı bilinmemektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Anevrizma, menenjiom, kalsifiye

PS-036 [Nörovasküler Cerrahi]

## TRAVMA SONRASI PSÖDOANEVRİZMA

**Erhan Arslan, Ali Rıza Güvercin, Uğur Yazar, Ali Samet Topsakal\*, Hasan Çağrı Postuk, Sercan Aydın, Kaan Kırımlı, Adil Uğur Yavuz, Mehmet Aktoklu, Mehmet Orbay Bıyık, Kayhan Kuzeyli**

*Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Süperfişyel temporal arter (STA) psödoanevrizması nadir görülen ve sıklıkla travmaya bağlı gelişen bir lezyondur. Bu hastalarda en sık görülen şikayetler, pulsatil şişlik ve sürekli, zonklayıcı, dağınık tarzda baş ağrısıdır. Histolojik olarak arter duvarının üç tabakasını da içermediğinden gerçek anevrizma değildir. Yumuşak doku ultrasonografisi (USG), dupleks USG, Bilgisayarlı Tomografi (BT), kontrastlı BT ve anjiyografi lezyonun en iyi tanı yöntemleridir. Tedavi şekli merkezlere göre değişmekle beraber en yaygın olan ve en iyi kozmetik sonuç veren, süperfişyel temporal arterin yalancı anevrizma olan bölümünün cerrahi olarak çıkartılmasıdır. Ayrıca selektif kateterizasyon ve embolizasyon yapılabilir.

**Yöntem:** 21 yaşında erkek hasta 2 ay önce geçirilmiş trafik kazası sonrası yapılan erken dönem radyolojik görüntülemelerde herhangi bir patoloji saptanmamış, travmadan 1 ay sonra başlayan sağ orbita tavanında skalpte şişlik nedeni ile hastanemize başvurdu. Hastanın muayenesinde GKS:15 ve skalpte sağ orbita tavanında frontal bölgede pulsatil bir lezon tespit edilmesi üzerine hastaya beyin MRG ve MRG anjiyo planlandı. MRG raporları sağ frontalde orbita tavanı seviyesinde skalpte lokalize, şişliğe neden olan lezyon (travma öyküsü olan olguda psödoanevrizma veya arteriovenöz fistül? Düşünüldü) şeklinde raporlandı ve hastaya yüzeyel usg ve dsa planlandı. Ardından hastada STA psödoanevrizması saptandı.

**Bulgular:** Hastanın muayenesinde GKS:15 ve skalpte sağ orbita tavanında frontal bölgede pulsatil bir lezon.

**Tartışma ve Sonuç:** STA arter yaralanması nadir görülmektedir ve olguların çoğunda etyoloji travmadır. Fasiyal arterler içerisinde anatomik pozisyonu gereği en sık travmaya maruz kalan arter STA'dır. STA psödoanevrizması, sıklıkla travmadan 2-6 hafta sonra ortaya çıkar. Asemptomatik olabileceği gibi şiddetli başağrısı veya ağrılı parotid kitle şeklinde klinik prezentasyonu olabilir. Bazı olgular da nörolojik hasarla da kendini gösterebilir. Bunlar lezyonun lokalizasyonuna bağlı olarak görsel rahatsızlık, baş dönmesi, kanama, kozmetik ya da nörolojik defektler olabilir. Klinik tanısını koymak zor değildir. Travma öyküsü önemli bir ipucudur. USG, digital substraksiyon anjiyografi ve kontrastlı BT tanıda yardımcıdır. Nadir görülmelerinden dolayı skalp üzerinde temporal orbito-frontal bölgede bir kitle ile karşılaşıldığında STA psödoanevrizması akılda tutulmalıdır. Rüptür riski taşıdığından tedavi edilmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Temporal arter, psödoanevrizma, posttravma



PS-037 [Nöroonkolojik Cerrahi]

**BAŞTA ŞİŞLİK ŞİKAYETİYLE BAŞVURAN SFENOTEMPORAL  
İNTRAOSSEÖZ MENENGIOM OLGU SUNUMU****Elif Akpınar\*, Mehmet Özerk Okutan***KTO Karatay Üniversitesi Medicana Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** İntradiploik veya intraosseöz menenjiyom tüm menenjiyomlar arasında oldukça nadir görülen bir alt gruptur. Bu yazıda sağ temporal bölgede şişliğe neden olan sfenotemporal intraosseöz menenjiyomdan bahsedeceğiz.

**Yöntem:** Menenjiyomların çoğu subdural boşlukta bulunur. İntrakranial kompartman dışında ortaya çıkan menenjiyomlara ekstradural menenjiyomlar denir. Oldukça nadir görülürler. İntraosseöz menenjiyomlar ekstradural menenjiyomların bir alt tipidir. Tüm menenjiyom vakaları arasında görülme oranı %1'in altında'dır. Genellikle primer kemik tümörleri veya malign tümörlerle karıştırılır. Bu olgu sunumumuzda başta şişlik şikayetiyle polikliniğimize başvuran sonrasında çekilen MRG tetkikinde sağ sfenoid kemikten temporal bölgede skalpe kadar tutulum gösteren, patoloji sonucu atipik meningioma (WHO Grade: II) olan bir hastadan bahsedeceğiz.

**Bulgular:** 62 yaşında erkek hasta başın sağ tarafında 2 yıldır olan ve gitgide büyüyen yumuşak doku şişliği nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın nörolojik muayenesi normaldi. Hastanın MRG tetkikinde sağ sfenoid kemik büyük kanadı, orbita tavanı ve sağ frontotemporal kemik bileşke kesimini tutan en geniş yerinde aksiyal boyutu 34x49mm ölçülen kemik yapıda ekspansiyona ve periost reaksiyonuna yol açan, intrakranial ekstraaksial subdural mesafeye ve skalpe uzanım gösteren belirgin yumuşak doku komponentleri bulunan, kontrast madde verilmesi sonrası kontrast enhasmanı saptanan düzensiz sınırlı kitle lezyonu izlendi. Lezyon seviyesinde ve komşuluğunda frontotemporal durada kontrast tutulumu dikkat çekti. Hasta operasyona alındığında skalpin altından başlayan, kemiğe yapışık yer yer kemiği kalınlaştıran kemiğin altından beyin dokuya doğru ekspansiyon olan ancak beyin dokusuna invaziv olmayan, sfenoid kemiğe ve orbitaya doğru yayılımı olan sert kıvamlı, kanamalı lezyon ile karşılaşıldı. Hastanın kesin patoloji sonucu atipik meningioma (WHO Grade II) olarak geldi. Post op süreçte hastada herhangi bir sorun yaşanmadı.

**Tartışma ve Sonuç:** Subdural kompartman dışından kaynaklanan menenjiyomlara ekstradural menenjiyomlar denir. İntraosseöz veya intradiploik menenjiyomlar kafa kemiklerinin diploik mesafesinden kaynaklanan menenjiyomlardır. Tüm menenjiyomların %1'den azını oluştururlar. Tedavide dura ve kraniumda dahil olmak üzere total eksizezyon yeterlidir. Nadiren kemoterapi ve radyoterapi gerektirir. Skalpte şişlik şikayetiyle genel hastalarda mutlaka ekstradural menenjiyomlar akıldan tutulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** İntradiploik meningioma, intraosseöz meningioma

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/2019117112348.jpg>

PS-038 [Nöroonkolojik Cerrahi]

**NADİR GÖRÜLEN DEV KALSİFİYE HİPOFİZ ADENOMU OLGUSU****Abdurrahim Taş<sup>1</sup>, Aykut Gökbel<sup>2</sup>, Abdurrahman Çetin<sup>\*3</sup>***<sup>1</sup>Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği**<sup>2</sup>Bingöl Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği**<sup>3</sup>S.B. Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Kraniofarengiomalar suprasellar bölgede en sık kalsifikasyon gösteren lezyondur, ratke kleft kistlerinde ve hipofiz adenomlarında ise kalsifikasyon çok daha nadir görülür. Suprasellar yerleşimli lezyonların değerlendirilmesi, lezyonun tipi hakkında ipucu verebilir. Bu vakada nadir görülen kalsifiye hipofiz adenomlarında tedavi ve yönetimini açıklamayı amaçladık.

**Yöntem:** 44 yaşında kadın hasta görme azalması şikayeti ile göz ve daha sonra endokrine giden hasta çekilen MRG'de sellar ve suprasellar bölgeye yerleşmiş kalsifiye lezyon tanımlandıktan sonra polikliniğimize yönlendirildi. Lezyon transsfenoidal yol ile başarılı bir şekilde tedavi edildi. Sunulan vakada, hipofiz adenomu vakalarında preoperative dönemde eğer hipofiz adenomu kalsifikasyonu varsa; kalsifikasyonun ve kalsifikasyon şeklinin belirlenmesi cerrahi planın yapılmasında yardımcı bir unsur olduğu vurguladık.

**Bulgular:** 44 yaşında görme alanı azalmış, nonfonksiyonel, çekilen MRG'de sellar ve suprasellar bölgeye yerleşmiş kalsifiye lezyon olan kadın hasta.

**Anahtar Sözcükler:** Hipofiz adenomu, kalsifikasyon, sellar, suprasellar

PS-039 [Pediatrik Nöroşirürji]

**KÖY EBESİ TARAFINDAN DOĞUMDA SIRTINDAKİ KESE ALINAN  
MENİNGOMYELOSEL HASTASI****Abdurrahman Çetin\*<sup>1</sup>, Abdurrahim Taş<sup>2</sup>***<sup>1</sup>S.B. Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği**<sup>2</sup>SBÜ Gazi Yaşargil EAH, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Erişkin yaşa gelmeden ve ehil olmayan eller tarafından yapılan işlemler geç dönemdeki komplikasyonlarını sunmak.

**Yöntem:** SBÜ Gazi Yaşargil EAH Beyin Cerrahi Polikliniğine plastik cerrahi tarafından ayaklardaki deformite ve iyileşmeyen yara nedeniyle bize konsulte edilen 20 yaşında kadın hasta, her iki ayakta dorso fleksiyon eksikliği kas gücü 2/5 oranında idi ve pes ekinovarus deformite mevcut olup idrar inkontinansı olan hasta düzenli olarak temiz aralıklı kateter(TAK) kullanıyor. Anemnezi derinleştirilince yeni doğum esnasında köy ebesi tarafından göbek kordonu kesilirken sırtında da kabarıklık olduğu far edilmiş ve ve aynı andada kese alınmış. Son 5 yıldır idrar kaçırması ve ayak deformitesi 7 yıldır başlamış.

**Bulgular:** Şu anki muayene bulguları her iki ayakta dorso fleksiyon eksikliği kas gücü 2/5 pes ekinovarus deformite mevcut olup idrar inkontinansı olan çekilen spinal lomber MRG'de spinal kordun L4 te sonlandığı tethered kord ve L4-5 mesafesinde spina bifida ve aynı aralıkta spinal kord ile ilişkisi olan ve ciltte sonlanan dermal sinüs traktı izlendi.

**Tartışma ve Sonuç:** Ehil olmayan ellerde ve sosyokültürel düşük yerlerde yapılan doğumların pediatri ve beyin cerrahi tarafından değerlendirilmesi uygun olacaktır. Böylece ileri yaşlarda gelişecek komplikasyonların gelişmesi önenebilir.

**Anahtar Sözcükler:** Spina bifida, dermal sinüs, tethered kord

PS-040 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## İZOLE LUMBAR VERTEBRA LAMİNASININ ANEVİZMAL KEMİK KİSTİ

**Adem Kurtuluş\*, Haydar Çelik, Yavuz Erdem, Ayhan Tekiner, Güner Menekşe, Uğur Yaşitli, Koray Öztürk, Mehmet Emre Yıldırım, Musa Onur Özbakır, Mehmet Akif Bayar**

*S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Anevizmal kemik kistleri benign kemik tümörlerinin %1-2 sini oluşturan nadir lezyonlardır. Yaklaşık %25'i omurgada görülen bu tümörlere torokalomber bölgede daha sık rastlanılmaktadır. Tüm vertebra cisminde gözükebilen bu tümör daha çok pedinkül ve korpusta gözükmektedir. Bu sunumda nadir görülen izole lumbar vertebra laminasının anevizmatik kemik kistine sahip bir olguyu sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** Olgu Sunumu

**Bulgular:** Bel ağrısı şikayetiyle kliniğimize başvuran 47 yaş erkek hastanın çekilen lomber MR'ında L3 vertebra sağ lamina komşuluğunda, kemik yüzeye indante, T2 hiperintens, septalı ve lobüle görünümde, IV gad enjeksiyonu sonrasında septal-periferik kontrastlanmaları izlenen, 3x2x2 cm boyutlarda kitle lezyon izlenmiştir. Ayırıcı tanıda öncelikle apse ve miyozitis ossifikans düşünüldü. Lomber travma tariflemeyen hastanın yapılan fizik muayenesi normal saptandı. Hastaya cerrahi yapıldı ve kitle total çıkartılarak lamina kürete edildi. Gönderilen materyalin patolojisi anevizmal kemik kisti geldi.

**Tartışma ve Sonuç:** Omurgadaki anevizmal kemik kistleri nadir görülen ve özellikle 2. dekatta ortaya çıkan tümörler olsa da ileri yaşlarda da görülebilir. Literatürde inceliğinde izole lamina anevizmal kemik kistin nadir görülen bir varyant olduğu anlaşılmaktadır. Tedavisinde embolizasyon, radyoterapi gibi tedaviler yer alsada yapılabiliyorsa total eksizyon kür sağlamaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Anevizmal kemik kisti, primer kemik tümörleri

PS-041 [Nörovasküler Cerrahi]

## REGROWTH ARTERİOVENÖZ MALFORMASYON: OLGU SUNUMU

**Yavuz Erdem\*, Ayhan Tekiner, Koray Öztürk, Haydar Çelik, Uğur Yaşitli, Güner Menekşe, Mehmet Emre Yıldırım, Musa Onur Özbakır, Adem Kurtuluş, Mehmet Akif Bayar**

*S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Literatür incelendiğinde opere edilen arteriovenöz malformasyonlu (AVM) hastalarda rezidü oranı yaklaşık olarak %4,6 bulunmuş olup bu rezidü AVM'lerin de % 12,5'inin yapılan kontrol anjiyografi tetkiklerinde tekrar büyüdüğü (regrowth) belirtilmiştir. Rezidü AVM'lerde yıllık regrowth riski %2,1 olarak kaydedilmiştir. Bu yazımızda

sağ Middle serebral arter (MCA), Posterior serebral arter (PCA) ve Eksternal karotid arter (ECA) distal dallarından beslenen nadir bir AVM (Spetzler-Martin grade 4) vakası bildirilmiştir.

**Yöntem:** Olgu sunumu

**Bulgular:** 13 yaşında kadın hasta daha önce tarafımızca 2011 yılında AVM'ye bağlı intraserebral hematoma nedeniyle ve 2014'te takiplerinde rezidü AVM nedeniyle opere edilmişti. Hastanın yeni çekilen MRI'da önceki radyolojik görüntülerde olmayan regrowth AVM saptandı. Hastanın nörolojik muayenesi normal saptandı. Hasta tekrar opere edildi. Kontrol DSA'da rezidü saptanan hasta Gamma-Knife tedavisi yapılan bir merkeze yönlendirildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Postoperatif AVM takiplerinde anjiyoların özellikle pediatrik hasta grubunda daha sıklıkla yapılması gerekmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** AVM, arteriovenöz malformasyon, postoperatif rezidüel AVM

PS-042 [Nörotravma ve Yoğun Bakım]

## POST TRAVMATİK İNTRAKRANİAL KEMİK FRAGMAN: OLGU SUNUMU

**Haydar Çelik\*, Yavuz Erdem, Ayhan Tekiner, Koray Öztürk, Uğur Yaşitli, Güner Menekşe, Serdar Cengiz, Kemal Kantarcı, Burak Yürük, Mehmet Akif Bayar**

*S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Post travmatik intraparakimal kemik fragman nadir görülen bir patolojidir. Fragmanın kendisinin veya koştığı kemikten oluşturduğu trakt boyunca oluşturabileceği sekonder patolojilerin takibi açısından cerrahi müdahale gerektirip gerektirmediğini sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** Olgu Sunumu

**Bulgular:** Bisikletten düşme sonrası acil servise başvuran 12 yaşında erkek hastanın kafa travması olması üzerine çekilen beyin tomografisinde interhemisferik fissür lokalizasyonunda ve suprasellar sistem düzeyinde, yer yer de beyin parankiminde milimetrik serbest hava, ve sağ frontalde subkortikal alanda beyaz cevhere doğru uzanım gösteren lineer hiperdenshemorajik odak izlendi. Aynı seviyede 7 mm çaplı kemik fragman, komşuluğunda 8 mm çaplı hava dansitesi izlendi. Hastanın kemik pencere beyin tomografisinde kribriiform plate düzeyinde kemik defekti görüldü. Hastanın Beyin MR ve Beyin BT anjiosunda herhangi ek patoloji saptanmadı. Hasta izlem amaçlı servise yatırıldı ve profilaktik antibiyoterapi başlandı. Hastanın servis izlemlerinde rinosi, ateşi ve nöbeti olmadı. Nörolojik muayenesinde gerileme olmayan ve kontrol Beyin CT'si görülen hasta taburcu edildi. Geç dönem takip edilen hastanın tomografisinde pnömosefalisinin gerilediği, hemorajinin rezorbe olduğu ve 7 mm çaplı kemik fragmanın aynı yerde olduğu görüldü.

**Tartışma ve Sonuç:** Beyin içi intraparakimal kemik fragman beyin cerrahisinde travmaya sekonder görülen nadir bir patolojidir. Hastada vasküler patolojiye, hematoma, nöbete, enfeksiyona, nörodefisit veya rinoreye sebebiyet vermemesi halinde cerrahi müdahale gerekmez. Hastada, geç dönemde semptomatik hale gelmesi açısından takibi gereklidir.

**Anahtar Sözcükler:** Posttravmatik intrakranial kanama, kafa içi parankimal kemik fragman, travmatik parankimal fragman

PS-043 [Pediatrik Nöroşirürji]

**TRANSVERS KOLONA FİSTÜLİZE VENTRİKÜLOPERİTONEAL ŞANT :  
OLGU SUNUMU****Ayhan Tekiner\*, Uğur Yaşitli, Yavuz Erdem, Güner Menekşe,  
Koray Öztürk, Haydar Çelik, Berkay Ayhan, Zeliha Çulcu Gürçan,  
Muhammet Talha Yıldırım, Mehmet Akif Bayar***S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Posttravmatik hidrosefali yaygın görülen ve tedavi edilebilen bir komplikasyondur. Hidrosefali hastalarında günümüzde halen en geçerli tedavi yöntemi ventriküloperitoneal (V/P) şant uygulanması olmasına rağmen çok çeşitli komplikasyonları olması, hastaların hayat kalitesini düşürmesinin yanında ciddi bir morbidite ve mortalite yaratmaktadır. Burada geç dönem V/P şant uygulanmış hastada yine geç dönemde transvers kolona fistüle olmuş bir olguyu sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** Olgu sunumu

**Bulgular:** 49 yaşında erkek hastanın 1 sene önce travmatik subaraknoid kanama (SAK) sonrası gelişen hidrosefalisi nedeniyle dış merkezde V/P şant uygulanmış. Takiplerinde şant disfonksiyonu tespit edilmesi üzerine V/P şant revize edilmiş. Daha sonrasında üriner sistemde taş nedeniyle üroloji tarafından ESWL uygulanmış. Acil servisimize ateş, baş ağrısı ve idrar yaparken yanma şikayetiyle ayaktan başvuran hastanın takiplerinde bilincinde bozulma olması üzerine çekilen Beyin CT'de ventriküllerde hidrosefali ile uyumlu genişleme izlenen, sepsiste olan ve shunt disfonksiyonu düşünülen hasta acil operasyona alındı. V/P şant boyundan eksternalize edilirken batın ucundan gaita içeriğini düşündüren görüntü ve kokulu sıvı gelişi olunca genel cerrahi hekimleri perop operasyona katıldı. Şantın peritoneal ucunun transvers kolona fistüle olduğu görüldü. Şant sistemi tamamen çıkarılarak hastaya ekstraventriküler drenaj kateteri yerleştirildi. Hasta postoperatif yoğun bakıma alınarak enfeksiyon hastalıkları önerisince intravenöz ve intratekal antibiyotik başlandı. Takiplerinde BOS mikroskopisi ve biyokimyası normale dönen hastaya V/P şant takıldı. Genel durumu düzelen hasta taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Ventriküloperitoneal şant uygulaması tüm komplikasyonlarına rağmen halen nöroşirürjiyenlerin en sık kullandığı hidrosefali tedavi yöntemlerinden biridir. Hasta ve yakınlarının bu şant sistemi hakkında detaylıca bilgilendirilmesi ile semptomların ortaya çıkışı ile hastanın hastaneye başvurusu arasındaki süre kısalmış tedavi sürecinin uzaması azaltılabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Ventriküloperitoneal şant disfonksiyonu, akut hidrosefali, posttravmatik hidrosefali

PS-044 [Diğer]

**İNTRAKRANİAL NEOPLAZMI TAKLİT EDEN KRİPTOKOK APSESİ:  
OLGU SUNUMU****Koray Öztürk\*, Güner Menekşe, Mehmet Emre Yıldırım,  
Adem Kurtuluş, Haydar Çelik, Ayhan Tekiner, Yavuz Erdem,  
Musa Onur Özbakır, Uğur Yaşitli, Mehmet Akif Bayar***S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Santral sinir sistemi(SSS) fungal patojenleri arasında Cryptococcus neoformans, Candida ve Aspergillus bulunur. Cryptococcal menenjit en sık görülen santral sinir sistemi fungal enfeksiyondur. SSS fungal enfeksiyonları genellikle hematogen yayılmadan kaynaklanır, ancak sinüslerden doğrudan yayılım gösterebilir. İnvaziv fungal enfeksiyonlar tipik olarak HIV / AIDS'den, bağışıklık bastırıcı ilaçlardan, transplantasyondan, malignensi veya kronik hastalıktan bağışıklık kazanmış kişilerde ortaya çıkar. Bu sunumda intrakranial neoplazm düşünülerek opere edilen ve patolojisi fungal apse ile uyumlu gelen olguyu sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** Olgu Sunumu

**Bulgular:** 3 gündür olan oral alımda azalma, yürümede güçlük, denge-sizlik şikayeti ile acil servise başvuran hastanın yapılan tetkiklerinde sol frontal horn komsulugunda yaklaşık 3x4 cm boyutlarında neoplazi ile uyumlu (metastaz?) kitle tespit edilmesi üzerine hospitalize edilip opere edildi. Gönderilen materyalin histolojik görünümünün ve gliofajların içerisindeki granüllerin ilk planda kriptomak enfeksiyonu ile uyumlu geldi. Enfeksiyon hastalıkları ile birlikte tedavisi düzenlenen hastanın yapılan tetkiklerinde immünsupresyon saptanmadı ve tedavisi tamamlandıktan sonra eksterne edildi. 5 ay sonra tarafımıza başvuran hastanın yapılan tetkiklerinde nüks saptanması üzerine tekrardan opere edildi. Patolojisi kriptomak apsisi ile uyumlu geldi. Hastanın enfeksiyon hastalıklarına devri yapıldı.

**Tartışma ve Sonuç:** Kriptokokkal menenjit, apse; genellikle immün sistem yetmezliği bulunan hastalarda subakut veya kronik olarak ortaya çıkan bir klinik tablodur. Nadiren akut olarak kendisini gösterir. Genellikle HIV(+) hastalarda ortaya çıkmasına ve %22- %40 oranında mortal seyretmesine rağmen bizim olgumuzda saptanabilen immün yetmezlik yoktu. Bu olgu sunumunda intrakranial kitlesi olan hastalarda ayırıcı tanıda fungal apselerin göz önünde bulundurulması gerektiği vurgulanmak istenmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Kriptokok apsisi, fungal apse, immünsupresyon

PS-045 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

**POSTERİOR YAKLAŞIMLA TEDAVİ EDİLEN C7-T1 DİSK  
HERNİASYONU OLGUSU****Ahmet Soyer\*, Hakan Sabuncuoğlu, Burak Kazancı,  
Zeynep Nazlı Dayıcan***Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dr. Rıdvan Ege Hastanesi, Beyin ve Sinir  
Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Servikal disk hernilerinin büyük çoğunluğu C3-C7 seviyeleri arasında görülmektedir. C7-T1 disk herniasyonları nadirdirler ve bütün servikal disk hernilerinin sadece %4-8' ini oluştururlar. Olgumuzda posterior yaklaşımla cerrahi tedavisi yapılan C7-T1 disk herniasyonunu göstermeyi amaçladık.

**Yöntem:** Bilinen hipertansiyonu olan 61 yaşındaki erkek hasta 2 ay önce başlayan ve progresyon gösteren, boyundan başlayıp sağ omuzdan elin ulnar yüzüne yayılan ağrı ve uyuşma şikayeti ile başvurdu. Motor muayenesinde defisit izlenmeyen hastanın sağ dirseğin ulnar yüzünden başlayıp sağ elin ulnar yüzüne uzanan alanında hipoestezi tespit edildi. Derin tendon refleksleri normaldi ve Spurling testi pozitif izlendi. Servikal MR görüntülemesinde C7-T1 disk mesafesinde sağ nöral forameni daraltan disk herniasyonu tespit edildi (Resim 1). EMG "sağ C8 radikülopati" ile uyumlu geldi.

**Bulgular:** Konservatif tedavi yöntemlerinden fayda görmeyen hastaya posterior yaklaşımla "sağ C7 hemilaminotomi + sağ T1 foraminotomi" yapılarak sinir köküne bası yapan serbest fragman çıkarıldı. Postoperatif dönemde hastanın radikülopatisinin düzeldiği gözlemlendi.

**Tartışma ve Sonuç:** C7-T1 disk hernileri servikal disk hernilerinin çok az bir kısmını oluştururlar. Detaylı nörolojik muayenenin MR görüntüleme ve EMG ile desteklenmesi tanı koydurucudur. Cerrahi anterior veya posterior yaklaşımla yapılabilir. Anterior yolla klasik Smith - Robinson yaklaşımıyla servikotorasik bölgeye ulaşılabilir ancak önemli visseral yapıların (trakea, özofagus, büyük damarlar, ductus thoracicus, sempatik ganglionlar) komşuluğunda; manubrium, klavikula ve kostalar tarafından sınırlandırılmış dar bir cerrahi alanda çalışmak gereklidir. Bazı durumlarda görüş alanını genişletmek için manubriotomi/sternotomi gerekebilir. Ayrıca geçiş zonu olması füzyon açısından dezavantaj oluşturur. Bu yüzden uygun vakalarda posterior yaklaşım tercih edilmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** C8 radikülopati, C7-T1 disk herniasyonu, posterior yaklaşım

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019111192144.jpg>

PS-046 [Diğer]

### NADİR BİR ŞANT KOMPLİKASYONU: ABDOMİNAL PSÖDOKİST

**Selin Bozdağ\*<sup>1</sup>, Ertan Sevin<sup>1</sup>, Ayşe Karataş Demirciler<sup>1</sup>, Nihan Acar<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji AD*

<sup>2</sup>*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi AD*

**Giriş ve Amaç:** Ventriküloperitoneal şant cerrahisinden sonra abdominal psödokist gelişimi nadir bir komplikasyondur. Şant yerleştirildikten sonra 3 hafta ile 5 yıl arasında oluşabilir. Klinikte intrakranyal basınç artışı semptomları, karın ağrısı, karında şişlik, bulantı, kusma gibi belirtilere neden olur. Radyolojik yöntemler ile tanı konur. Tedavide distal uç revizyonu çoğu zaman yeterli olur. Bu yazıda ventriküloperitoneal şant takılı olan geç dönemde abdominal psödokist gelişen bir olgu sunuldu.

**Yöntem:** 46 yaşında erkek hasta acil servise yaklaşık 3 ay önce başlayan karında şişlik, 2 gündür de şiddetli karın ağrısı, bulantı, gaita çıkışının olmaması sebebiyle başvurdu. Özgeçmişinde 25 yıl önce hidrocefali nedeniyle ventriküloperitoneal şant operasyonu öyküsü olan hastanın nörolojik muayenesinde özellik yoktu. Hastada batın distansiyonu mevcuttu. Bağırsak sesleri azalmıştı. Şant trasesi boyunca eritem, ısı artışı, hassasiyet yoktu. Göz dibi bakısında papilödem yoktu. Hastanın ayakta direk batın grafisinde hava-sıvı seviyesi yoktu, abdominal BT görüntülemelerinde peritoneal kaviteyi büyük ölçüde dolduran yaklaşık 28x18x35 cm boyutlarında iyi sınırlı ince duvarlı kistik bir yer kaplayıcı oluşum görüldü. Şant kateteri bu kistik kolleksiyon içerisinde sonlanmaktaydı. Drene olan BOS sıvısının peritoneal boşluk içerisinde kist formunda loküle olduğu düşünüldü.

**Bulgular:** Hastaya göbek üstü median ve göbeği soldan dönen insizyon ile laparotomi uygulandı. Sol kadranda pelvise doğru uzanan en uzun yerde 20 cm çapına ulaşmış kist izlendi, drene edildi. Yaklaşık 5500 cc seröz vasıfta BOS benzeri mayi hız kontrollü boşaltıldı. Kist içerisindeki

şant kateteri kist dışına alınıp pelvise uzatılarak repozisyone edildi. Ameliyatta gönderilen BOS örneklerinde özellik görülmedi. Postop hastanın karın ağrısı ve batın distansiyonu geriledi, gaita çıkışı başladı. Yakın dönem takiplerinde gaita çıkışı düzenli seyretmiş, batında şişliği tekrar oluşmamıştır.

**Tartışma ve Sonuç:** Abdominal psödokist nadir görülen bir komplikasyondur, genellikle steril inflamatuvar süreçlere veya subklinik enfeksiyonlara bağlı gelişir. Etiyolojisi tam olarak aydınlatılmamış olup, steril veya enfeksiyöz inflamatuvar sürece bağlı peritondan BOS emiliminin bozulması ile ilişkilendirilmiştir. BOS örneklerinde veya distal katater kültürlerinde üreme mevcut ise şantın çıkarılması ve şant enfeksiyonu tedavisi uygulanması önerilmektedir. Eğer hastada aktif enfeksiyon bulgusu yok ise distal uç revizyonu çoğu zaman tedavide yeterli olmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Şant, psödokist

PS-047 [Pediatrik Nöroşirürji]

### VENTRİKÜLOPERİTONEAL ŞANT CERRAHİSİNİN NADİR BİR KOMPLİKASYONU OLAN VENTRİKÜLER UÇ AYRILMASININ ENDOSKOPIK YÖNTEMLE TEDAVİSİ

**Emre Delen\*, Ahmet Tolgay Akıncı, Osman Şimşek**

*Trakya Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Bu yazıda, ventriküloperitoneal şant (VPS) cerrahisinin ender bir komplikasyonu olan ventriküler uç ayrılması olgusunda, ventrikül içindeki serbest parçanın nöroendoskopik yöntemle alınması ve sonrasında hasta takibinde yaşanan sorunlar ile literatüre sunulan çözümler tartışılmıştır.

**Yöntem:** Olgu sunumu

**Bulgular:** 14 aylık bebek hasta. Doğumda ileri derece hidrocefali gelişmesi nedeniyle VPS yerleştirilmesi operasyonu öyküsü mevcut. Hasta acil servise bilincinde uykuya meyil olması üzerine getirilmiş. Hastanın fizik bakısında ön fontanelin ileri derece gergin olduğu tespit edildi. Nörolojik muayene uykuya meyil mevcuttu. Çekilen bilgisayarlı tomografisinde proksimal ucun ayrılmış olduğu ve kranium içinde serbest halde olduğu görüldü (Resim 1). Hasta acil operasyona alındı. Daha önceki VPS yerleştirildiği burholeadan endoskop yerleştirildi ve ventrikül içindeki serbest ventriküler uç tanındı (Resim 2). Forseps yardımıyla serbest uç alındı ve yeni bir VPS sistemi yerleştirildi. Hastanın takiplerinde yara yerinde beyin omurilik sıvısı (BOS) gelmesi üzerine baskılı pansuman ile takibe alındı. Ancak BOS sızıntısı engellenememesi üzerine endoskop kanülünün genişlettiği eski burr hole duraplasti ile tamir edilerek, VPS sistemi yeni bir burrholeadan yerleştirilerek revize edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Şant sistemlerinin mekanik komplikasyonları arasında yer alan ventriküler uç kopması son derece nadir görülen komplikasyonlar arasında yer alır. Nöroendoskop ventrikül içinde rahat bir görüş sağlama bakımından, serbest ucun ekzizyonunda kullanılabilecek avantajlı bir yöntemdir. Bizde de olgumuzda serbest parçayı çıkarmak için nöroendoskop kullandık. Ancak özellikle yeterli kortikal doku kalınlığı olmayan olgularda bu yöntemi kullanmak, genişleyen dural tabaka açıklığı nedeniyle, ısrarcı, duraplastiye giden bir insizyonel BOS sızıntısına neden oldu. Bu bakımdan bu tip olgularda, gelişebilecek BOS sızıntısı akılda tutulmalı ve önleyici tedbirler alınmalıdır. Cerrahi

işleme son verilmeden genişleyen dural tabakanın primer tamiri ya da nöroendoskopik işlemin başka bir burr-holedan uygulanması bu tip komplikasyonların önlenmesinde fayda sağlayabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Ventriküloperitoneal, şant, komplikasyon, nöroendoskop

PS-048 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### KALVARYAL KİTLE - LANGERHANS HÜCRELİ HİSTİYOSİTOZ

**Mehmet Kenan, Densel Araç\*, Mahmut Sertdemir, Fatih Keskin, Mehmet Fatih Erdi**

*<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Kalvaryal kitle şikayeti ile başvuran ve eksizyonel biyopsi sonucu Langerhans hücreli histiyositoz çıkan bir olgu sunmak

**Yöntem:** Olgu sunumu

**Bulgular:** Langerhans hücreli histiyositoz

**Tartışma ve Sonuç:** 20 yaşında erkek hasta 6 ay önce başlayan kafada şişlik şikayeti ile başvurdu. Öz geçmişinde ek hastalık yoktu. Fizik muayenede sol frontoparietal vertexte 3x3 cm boyutlarında mobil olmayan sert kitle palpe edildi. Nörolojik muayenesi normal sınırlardaydı. Kranial Bt incelemesinde sol koronal sütün üzerine yerleşmiş orta hatta yakın kalvaryumda lizise neden olan kitle görüldü. Hastaya operasyon önerildi. Hastaya kalvaryal kitle total eksizyonu uygulandı. Dura invazyonu yoktu. Aynı seansta kranioplasti uygulandı. Alınan patoloji Necmettin Erbakan Üniv. Meram Tıp Fak. Patoloji A.D laboratuvarında incelendi ve Langerhans hücreli histiyositoz olarak raporlandı. Postoperatif servis tedavisi ardından hasta taburcu edildi. Hematoloji poliklinik başvurusunda hastaya kemik iliği biyopsisi yapılmış ancak langerhans hücre infiltrasyonu görülemedi.

**Anahtar Sözcükler:** Kalvaryal kitle, Langerhans hücreli histiyositoz

PS-049 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### FIRSATÇI ENFEKSİYON TAKLİDİ YAPAN LENFOMA

**Mehmet Kenan, Densel Araç\*, Osman Sert, Fatih Keskin, Mehmet Fatih Erdi**

*Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** İmmünsupresif hastalarda intrakranial fırsatçı enfeksiyonlar ile lenfomanın benzer radyolojik görüntü verebileceği vaka örneği ile gösterilmiştir.

**Yöntem:** 32 yaşında erkek hasta 4 gün önce başlayan sol bacadaki güç kaybı ve uyuşma şikayeti ile acil servise başvurdu. Öz geçmişinde renal transplantasyon öyküsü vardı ve bu nedenle immün supresif tedavi almaktaydı. Nörolojik muayenesinde ataksik yürüyüş görüldü. Sol alt ekstremitte silik (4-5/5) paratik bulundu. Acil serviste ilk değerlendirmenin ardından beyin BT ve difüzyon MR çekildi. Şüpheli kitle lezyonları görülmesi üzerine hastaya kranial MR çekildi ancak kontrast verilemedi. MR'da multiple, etrafı vazojenik ödem tutan, düzgün sınırlı kitle lezyonları

görüldü. Difüzyon MR'da lezyonlarda difüzyon kısıtlılığı görülmedi. Hastanın immünsuprese olması nedeni ile öncelikli olarak fırsatçı enfeksiyon, mantar enfestasyonu, toxoplazma öncelikli olarak düşünüldü ve intaniye kliniğine yatırıldı. Yapılan kan tetkiklerinde mantar, toxoplazma ve fırsatçı enfeksiyona rastlanmadı. Hastanın bilinç değişikliği başlaması üzerine Beyin cerrahi konsey kararı ile hastaya biyopsi amaçlı operasyon planlandı. Sağ frontalde bulunan lezyon biyopsi için uygun görüldü. Yatışının 40. gününde hasta opere edildi ve elde edilen parçalar patoloji mikrobiyoloji ve intaniye laboratuvarında incelendi. Postoperatif dönemde hasta beyin cerrahi yoğun bakımda takip edildi. Patoloji sonucunun B hücreli lenfoma olarak gelmesi tanıda şüpheye neden olmuştur. Biyopsinin yeniden incelenmesi istenmiştir. Mikrobiyoloji laboratuvarında incelenen biyopsi materyalinde her hangi bir mantar veya toxoplazma görüntüsü görülmemiştir. Kültürde üreme olmamıştır. Hastanın bu süre zarfında şuurunda dalgalanmalar görülmüş ve anti ödem tedavisi devam etmiştir. Patoloji preparatı yeniden incelemeye alınmış ve sonuç B hücreli lenfoma olarak raporlanmıştır. Hasta lenfoma tanısı ile hematoloji servisine devredildikten sonra şuur değişikliğinin ilerlemesi sonrası dahiliye yoğun bakıma alınmış ve beyin ölümü gerçekleşerek ex olmuştur.

**Bulgular:** İmmünsupresif hastalarda intrakranial fırsatçı enfeksiyonlar ile lenfomanın benzer radyolojik görüntü verebileceği anlaşılmıştır

**Tartışma ve Sonuç:** İmmünsupresif hastalarda intrakranial fırsatçı enfeksiyonlar ile lenfomanın benzer radyolojik görüntü verebileceği anlaşılmıştır

**Anahtar Sözcükler:** İmmünsupresif, fırsatçı enfeksiyon, lenfoma

PS-050 [Nörotravma ve Yoğun Bakım]

### REZOLÜSYON GÖSTEREN KRONİK SUBDURAL HEMATOM

**Fatih Keskin, Mehmet Kenan, Densel Araç\*, Lokman Ayhan, Mehmet Fatih Erdi**

*Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Kronik subdural hematomların spontan rezolüsyonları nadir de olsa görülmektedir.

**Yöntem:** 70 yaşında erkek hasta 1 hafta önce başlayan baş ağrısı ve sağ kolda uyuşma şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. 3 ay önce kendi seviyesinden düşme sonrası kafa travması geçirdiği öğrenildi. Öz geçmişinde astım bronşit olduğu öğrenildi. Antiagregan yada antikoagulan kullanımı yoktu. Nörolojik muayenesinde patolojik bir bulgu yoktu. Hastaya beyin BT istendi. Bt'de kronik subdural hematomu düşündürür görünüm olması nedeni ile hastaya beyin MR istendi. Kronik subdural hematom (membranöz yapı içeren) görüldü. Hastaya operasyon önerildi, ancak hasta operasyonu kabul etmedi. Bunun üzerine hastaya sık poliklinik kontrolü önerildi. Takiplerinde 6 ay sonra kronik vasıflı subdural hematoma gerilediği ve kaybolduğu görüldü. Hematom rezorbsiyonuna paralel olarak hastanın şikayetlerinin de kaybolduğu görüldü.

**Bulgular:** Kronik subdural hematomların spontan rezolüsyonları nadir de olsa görülmektedir.

**Tartışma ve Sonuç:** Kronik subdural hematomların spontan rezolüsyonları nadir de olsa görülmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Kronik subdural hematom, spontan, rezolüsyon

PS-051 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### FASET KİSTİNİ TAKLİT EDEN LOMBER DİSK HERNİSİ

**Fatih Keskin, Mehmet Kenan, Densel Araç\*, Evren Sönmez, Mehmet Fatih Erdi**

*Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Faset kisti ve disk hernileri radyolojik olarak sıklıkla karışabilir. Bu sunumda faset kisti gibi radyolojik görüntü veren lomber disk hernisi ele alınmıştır

**Yöntem:** 64 yaşında erkek hasta 1 ay önce başlayan bel ağrısı sol bacak ağrısı şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde esansiyel hipertansiyon ve kon ca operasyon öyküsü vardı. Nörolojik muayenesinde bilateral alt ekstremite kas gücü normal sınırlardaydı, ancak bilateral achille reflexi hipoaktif bulundu. Duyu defisiti yoktu. İdrar ve gaita inkontinans yoktu. Anal refleks normal bulundu. MR incelemesinde L5-S1 disk seviyesinde soldan duraya bası oluşturan etrafı kontrast tutan faset kisti ile uyumlu olabilecek lezyon görüldü. Lomber disk hernisi ve faset kisti ön tanıları ile hastaya operasyon önerildi. Hastaya sol L5-S1 mikrodisektomi uygulandı. Operasyon sırasında sol S1 rootunun omzu ve aksillasını dolduran sekestre disk hernisi çıkartıldı.

**Bulgular:** Hastaya sol L5-S1 mikrodisektomi uygulandı. Operasyon sırasında sol S1 rootunun omzu ve aksillasını dolduran sekestre disk hernisi çıkartıldı.

**Tartışma ve Sonuç:** Hastaya sol L5-S1 mikrodisektomi uygulandı. Operasyon sırasında sol S1 rootunun omzu ve aksillasını dolduran sekestre disk hernisi çıkartıldı.

**Anahtar Sözcükler:** Faset kisti, lomber disk hernisi

PS-052 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### KALVARYAL KİTLE – SARKOİD GRANÜLOM

**Fatih Keskin, Mehmet Kenan, Densel Araç\*, Mahmut Serdemir, Mehmet Fatih Erdi**

*Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Kalvaryl kitle ile gelen hastalarda otoimmün hastalıklar ve bağ dokusu hastalıkları akılda tutulmalıdır.

**Yöntem:** 41 yaşında kadın hasta 2 ay önce başlayan baş ağrısı ve sağ frontal bölgede oluşan şişlik şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde sarkoidoz, ürolitiazis ve kolesistektomi öyküsü vardı. Fizik muayenesinde sağ frontal bölgede 2x2 cm ele gelen, mobil olmayan sert bir kitle ele gelmekteydi. Nörolojik muayenesinde özellik yoktu. BT ve MR incelemesinde dura ile ilişkili, düzgün sınırlı ve kontrast tutan, komşuluğunda bulunan kemikte litik lezyon oluşturan kitle görülmüştür. Hastaya operasyon önerildi. Hastaya total kitle eksizyonu uygulandı. Kitlenin dura invazyonu oluşturduğu görüldü. İnvazyon gösteren dura bölümü çıkartıldı. Duraplasti ve kranioplasti uygulandı. Alınan patoloji Necmettin Erbakan Üniv. Meram Tıp Fak. Patoloji A.D laboratuvarında incelendi ve "Granümatöz İltihap" olarak raporlandı. Öz geçmişinde sarkoidoz olması tanıyı kuvvetlendirdi.

**Bulgular:** Kalvaryl kitle eksizyonel biyopsi sonucu granümatöz hastalık şeklinde raporlandı ve öz geçmişinde sarkoidoz olması tanıyı destekledi.

**Tartışma ve Sonuç:** Kalvaryl kitle ile gelen hastalarda otoimmün hastalıklar ve bağ dokusu hastalıkları akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Kalvaryl kitle, sarkoidoz, granümatöz hastalık

PS-053 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### TORAKAL DAR KANAL VE LAMİNOPLASTİ

**Fatih Keskin, Mehmet Kenan, Densel Araç\*, Osman Sert, Mehmet Fatih Erdi**

*Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Alt ekstremite güç kayıplarının nadir nedenlerinden olan dejeneratif torakal dar kanal ile ilgili bilgilendirme amaçlanmıştır.

**Yöntem:** 52 yaşında kadın hasta 5 yıl önce başlayan 6 ay önce artan bel ve sırt ağrısı solda hakim her iki bacakta güçsüzlük ve uyuşma şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde hipertroidi ve primer hipertansiyon vardı. Nörolojik muayenesinde parapatik(bilateral 4/5) olduğu görülen hastanın alt ekstremite derin tendon refleksleri hafif artmış bulundu. İdrar gaita inkontinansı yoktu. T12 altında duyu hafif dokunma duyu defisiti vardı. Torakolomber BT de T11-12 seviyesinde faset hipertrofi ve osteofit nedeni ile torakal dar kanal oluştuğu görüldü. Hastaya kemik kesici ile T11-12 total laminektomi uygulandı. Osteofitler temizlendi. Flavektomi ile dura ve kord serbestleştirildikten sonra laminalar mini plak ve vidalar ile tekrar tespit edildi. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi. Hasta fizik tedavi poliklinik kontrolü önerisi ile taburcu edildi. Poliklinik kontrollerinde paraparazisinin gerilediği görüldü.

**Bulgular:** Dejeneratif torakal dar kanal ve cerrahi tedavisi

**Tartışma ve Sonuç:** Alt ekstremite güç kayıplarının nadir nedenlerinden olan dejeneratif torakal dar kanal ve cerrahi tedavisi

**Anahtar Sözcükler:** Torakal dar kanal, osteofit, laminoplasti

PS-054 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### OKSİPİTAL HEMANJİOM

**Fatih Keskin, Mehmet Kenan, Densel Araç\*, Lokman Ayhan, Mehmet Fatih Erdi**

*Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Nadir görülen oksipital kemik hemanjiomu görüntülemeler eşliğinde anlatımı amaçlanmıştır.

**Yöntem:** 21 yaşında kadın hasta 1ay önce başlayan baş ağrısı şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde ek hastalık yoktu. Nörolojik muayenesinde özellik yoktu. MR ve BT incelemesinde oksiput orta hatta sagittal sinüse posteriordan bası oluşturan, kemiğe invaze, düzgün sınırlı, kontrast tutan kitle görüldü. Hastaya operasyon önerildi. Hastaya yapılan cerrahi işlem: oksipital kemik lezyonu etrafından dönülerek kitle total eksizyonu ve aynı seansta kranioplasti uygulandı. Alınan patoloji Necmettin Erbakan Üniv. Meram Tıp Fak. Patoloji A.D laboratuvarında incelendi ve hemanjiom

olarak raporlandı. Operasyondan sonra poliklinik kontrolleri yapılan hastada nüks görülmemiştir.

**Bulgular:** Oksipital kemiği erode eden hemanjiom kitlesi

**Tartışma ve Sonuç:** Nadir görülen oksipital kemik hemajiomu

**Anahtar Sözcükler:** Hemanjiom, oksipital, oksiput

PS-055 [Nöro travma ve Yoğun Bakım]

### HALI SAHADA Kafa TRAVMASI SONRASI GELİŞEN KONTÜZYONUN KLİNİK VERMEDEN İNTRASEREBRAL HEMATOMA DÖNÜŞMESİ OLGUSU

**İrfan Zengin\*<sup>1</sup>, Mehmet Edip Akyol<sup>1</sup>, Mehmet Arslan<sup>1</sup>, Özgür Öcal<sup>1</sup>, Özkan Arabacı<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Yüzüncüyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği

<sup>2</sup>S.B. Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Hipertansiyon, anevrizma, AVM ve bilinen ek bir hastalığı olmayan, kafa travması sonrası kranial kemik defekti olmadan kontrakup kontüzyo gelişen ve takibinde intraserebral hematoma dönüşen ancak nörolojik muayenesinde herhangi bir gerileme olmayan vakayı sunmak.

**Yöntem:** 24 yaşında erkek hasta saat 13 : 00 de halisaha maçında kafasını direğe çarpıyor. Baş ağrısı ve baş dönmesi şikayeti üzerine acil servise başvuruyor. Bulantı, kusması yok. Sol subraorbital bölgede ekimotik ve ödemli alan mevcut. TA: 110/60 mmHg, Nbz: 84/dk, SS:16/dk, Ateş:36.8 C. Şuuru açık, oryante, koopere, pupiller izokorik, gözler dört tarafa hareketli, bilateral direkt, indirekt ışık refleksi +/+, ense sertliği yok, meningeal irritasyon bulgusu yok, dört ekstremitte hareketli, taraf bulgusu yok.

**Bulgular:** Acil serviste saat 14 : 00 de çekilen Beyin BT'de sağ oksipitalde kontüzyo alanı olan hasta müşahadeye alındı. 4 saat sonra çekilen (Saat 18: 00 de) kontrol Beyin BT'de sağ oksipitaldeki kontüzyo alanınının 37x32 mm boyutunda intraserebral hematoma dönüştüğü izlendi. Nörolojik muayenede başvuru muayenesine göre farklılık olmadığı baş ağrısında ise azalma olduğu izlendi. Hasta ileri tetkik ve tedavisi için Beyin Cerrahisi Kliniğine yatırıldı. Hastaya medikal tedavi başlanarak sıkı şuur takibi yapıldı. 16 saat sonra çekilen kontrol Beyin BT'de kanamada artış izlenmedi. Medikal tedavisine devam edilerek sıkı şuur takibi yapıldı. Nörolojik muayenesi normal, bulantı, kusması yok, baş ağrısı şikayeti yok. 15 gün sonra çekilen kontrol beyin BT'de kanama alanınının rezorbe olması, hastanın kliniğinde gerileme olmaması üzerine 10 gün sonra beyin cerrahisi poliklinik şartıyla hasta taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** İntraserebral hematoma ( İSH ) intraparakimal yerleşimli, 5 mm'den daha büyük çaplı hemorajik lezyonlardır. Subdural hematoma ya da epidural hematoma ile birlikte gelişebilecekleri gibi, izole olarak da oluşabilirler. Çoğunlukla intraparakimal küçük bir vasküler yapıdan kaynaklanırlar. Sistemik hipertansiyon, anevrizma ya da AVM kaynaklı olarak spontan gelişebilirler. Bilinç yitimi daha geç dönemde oluşabilir ve klinik tablo oldukça komplekstir. Konvülsiyonlar ve lokalizasyona bağlı nörolojik defisitler gelişir. 12-15 cc'den daha büyük volümlü, intrakranial basıncın sürekli 30 mmHg'nın üzerinde olduğu, subkortikal yerleşimli, orta hat yapılarında 1 cm ya da daha fazla itilmeye neden olan, herniasyon tablosu oluşturan İSH'larda cerrahi endikasyonu vardır. Bu özellikleri taşımayan lezyonlar antiödem, antiepileptik ve genel destek sağaltımı altında BBT'ler ile izlenir ve bu grupta mortalite daha düşüktür. Cerrahi endikasyonu olan İSH'larda mortalite %60-70

oranındadır. Bu yazımızda kafa travması sonrası gelişen kontüzyonların klinik bulgu vermeden kısa sürede intraserebral hematoma dönüşebileceğini, hematoma alanınının büyüüp şift yaparak cerrahiye gidebileceğini göstermek istedik. Kafa travması klinik bulgu olmasa bile müşahade altında tutularak kontrol BBT'ler ile takip edilmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Kafa travması, intraserebral hematoma, baş ağrısı, hali saha

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019124205841.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019124205858.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019124205858.jpg>

PS-056 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### LUMBOSAKRAL MİKSOPAPİLLER EPENDİMOM

**Fatih Keskin, Mehmet Kenan, Densel Araç\*, Evren Sönmez, Mehmet Fatih Erdi**

*Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Lomber bölgede görülen ependimomlar cerrahi rezeksiyonu zor kitlelerdir. Cerrahi sonrası radyoterapi etkinliğini göstermek için sunulmuştur.

**Yöntem:** 15 yaşında erkek hasta 2 ay önce başlayan kalça ağrısı her iki bacakta ağrı yürüme güçlüğü şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde ek hastalık yoktu. Nörolojik muayenesinde antalgik yürüyüş görüldü. Silik paraparazi(4-5/5) ve bilateral babinski müspet bulundu. İdrar ve gaita inkontinans yoktu. Anal refleks normal bulundu. MR incelemesinde L5-S2 arasında uzanan intradural kontrast tutan kitle görüldü. Hastaya operasyon önerildi. Hastaya nöromonitorizasyon eşliğinde L5-S2 intradural spinal kitle eksizyonu, duraplasi, laminoplasti uygulandı. Alınan patoloji Necmettin Erbakan Üniv. Meram Tıp Fak. Patoloji A.D laboratuvarında incelendi ve mikropapiller ependimom olarak raporlandı. Erken postoperatif dönemde idrar yapamayan hastaya mesane sonda yerleştirilmiş ve üroloji konsültasyonu istenmiştir. Operasyondan 15 gün sonra yapılan kontrolde mesane sonda çıkartıldı ve spontan idrar yapabildiği görüldü. Operasyondan 1 ay sonra 180 cGy/gün dozunda 28 fraksiyonda radyoterapi uygulandı. Poliklinik kontrollerinde nüks görülmedi.

**Bulgular:** Lomber mikropapiller ependimomların cerrahi ve postop radyoterapi etkinliği

**Tartışma ve Sonuç:** Lomber mikropapiller ependimomların cerrahi ve postop radyoterapi etkinliği

**Anahtar Sözcükler:** Mikropapiller ependimom, radyoterapi

PS-057 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### SERVİKAL SPİNAL KORD BASISINA NEDEN OLAN PLAZMOSİTOM

**Fatih Keskin, Mehmet Kenan, Densel Araç\*, Mahmut Sertdemir, Mehmet Fatih Erdi**

*Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** servikal yerleşimli plazmositomlar ve oluşturabileceği klinik hakkında bilgi sağlamak

**Yöntem:** 65 yaşında erkek hasta 1 ay önce başlayan sol kolda ağrı ve uyuşma şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde diabetes mellitus ve primer hipertansiyon vardı. Nörolojik muayenesinde sol üst ekstremitte monoparazisi (4/5) dışında özellik yoktu. Servikal yan grafide 6. servikal vertebrada litik lezyon tespit edildi. Bilgisayarlı tomografide 6. servikal vertebra korpusunda ve pedikülünde lizise neden olmuş hipodens kitle tespit edildi. Kontrastlı servikal MR incelemede 6. servikal vertebra korpusunda ve sol pedikülünde ekspansiyona neden olan, spinal korda ve sol C6 kök basısına neden olan, kontrast tutulumu gösteren kitle tespit edildi. Hastaya operasyon önerildi. Hastaya cloward insizyonu ile C5-6 ve C6-7 mikrodiskektomi, C5 parsiyel korpektomi C6 korpektomi ve malign kitle eksizyonu, distrakte edilebilir korpektomi cage yerleştirilmesi, anterior plak vida ile stabilizasyon uygulandı. Alınan patoloji Necmettin Erbakan Üniv. Meram Tıp Fak. Patoloji A.D laboratuvarında incelendi ve plazmositom olarak raporlandı. Postoperatif dönemde komplikasyon görülmedi. Kontrol görüntülemelerde servikal spinal kord basısının ortadan kalktığı görüldü. Patolojinin plazmositom olarak gelmesi nedeni ile hasta hematoloji ile konsülte edildi. Operasyondan 10 gün sonra yapılan kemik iliği biyopsisi plazmositomu destekler nitelikteydi. Postoperatif 2. ayda hastaya 2cGy/gün dozunda 24 fraksiyon radyoterapi uygulandı. Poliklinik kontrollerinde nüks görülmedi.

**Bulgular:** Üst sol monoparazi ile tezahür eden servikal plazmositom

**Tartışma ve Sonuç:** Servikal plazmositomlar vertebrada litik lezyon ile birlikte nörolojik baskı oluşturabilirler.

**Anahtar Sözcükler:** Plazmositom, servikal

PS-058 [Nörovasküler Cerrahi]

## SPONTAN TROMBOZE ANEVİZMA

**Erhan Arslan<sup>1</sup>, Uğur Yazar<sup>1</sup>, Ali Rıza Güvercin<sup>1</sup>, Ertuğrul Çakır<sup>1</sup>, Ali Samet Topsakal<sup>\*1</sup>, Mehmet Aktoklu<sup>2</sup>, Mehmet Orbay Bıyık<sup>3</sup>, Hasan Çağrı Postuk<sup>1</sup>, Sercan Aydın<sup>1</sup>, Kaan Kırımlı<sup>1</sup>, Mehmet Ali Demirci<sup>1</sup>, Adil Uğur Yavuz<sup>1</sup>, Kayhan Kuzeyli<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD

<sup>2</sup>S.B. Tunceli Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>3</sup>S.B. Trabzon Fatih Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Çocukluk çağında serebrovasküler olaylar erişkinlerdeki kadar sık olmamakla beraber benzer klinik sonuçlara yol açarlar. Bu hastalık grubu içinde yer alan subaraknod kanamaların (SAK) çocukluk çağında da en sık nedeni anevrizmalardır. Tüm intrakranial anevrizma olgularının %0,5-4,6'ü çocukluk çağında tespit edilmiştir. Total trombüs oluşumunda tanı koymak zor olabilir ve kavernoöz hemanjiom gibi okült vasküler malformasyonları ve intrakranial kitleleri taklit edebilirler.

**Yöntem:** 13 yaşında erkek hasta ani başlayan uykuya meyil bilinçte dalgalanma olması nedeni ile acil servise başvurdu. Yapılan beyin BT görüntülemesinde sağ ambiyen sisterne düzeyinde ve 4. ventrikülde kanama ile uyumlu hiperdens gövünüm izlenmiş olup öncelikle SAK ile uyumlu olarak değerlendirilmiş ancak intrakranial kitle ve vasküler malformasyon açısından ayırımı yapılamamıştır. Bunun üzerine hastamıza vakit kaybetmeden hasta nöroşirürji kliniğimizin yoğun bakım ünitesinde takip edilmeye başlanmış ve beyin MRG-MRG anjiyo görüntülemesi yapılmıştır.

Görüntülemelerde ponsun sağ tarafında ambient sistern içerisinde 1x2 cm boyutunda T1'da hipointens, T2'da hiperintens ancak içerisinde flow void fenomen gösteren, IVKM sonrası yoğun boyanan, düzgün sınırlı lezyon izlenmiştir. T2 aksiyal kesitte lezyondan sağa ve sola doğru uzanan pulsasyon artefaktı görülmüş ve bulgular anevrizma olarak değerlendirilmiştir. Ancak TOF anjiyo kesitlerinde anevrizma saptanamamıştır ve bunun yavaş akımı bağlı olduğu düşünülmüştür. Ardından hastaya anevrizmanın görülebilmesi açısından DSA planlanmış ancak DSA da anevrizma veya vasküler malformasyon görülebilmiştir. Hastamızın takiplerinde kontrol amaçlı hastamıza yeniden beyin MRG-MRG anjiyo görüntülemesi yapılmış ve mevcut lezyon spontan tromboze olmuş anevrizma lehine yorumlanmıştır.

**Bulgular:** 13 yaşında erkek hasta ani başlayan uykuya meyil bilinçte dalgalanma olması nedeni ile acil servise başvurdu.

**Tartışma ve Sonuç:** Trombus formasyonu anevrizmanın boynu ve kese büyüklüğü oranına bağlıdır ve genelde dev anevrizmalarda meydana gelir. Boynu dar ve kese büyükse içinde dolanan kan akımının hızı azalacak ve trombus oluşacaktır. Ancak trombus ile anevrizmanın dolaşıma katılan volümü azaldıkça akım hızlanacak ve total trombus ihtimali azalacaktır. Tam trombus oluşumu ise anevrizmanın gelişimini durdurmaz. Nadir de olsa büyüyebilir, spontan rekanalize olabilir. Bu yüzden takip edilmeli ve cerrahi olarak kapatılmalı ve çıkartılmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Anevrizma, tromboze, okült vasküler malformasyon

PS-059 [Nöroonkolojik Cerrahi]

## NADİR BİR SANTRAL SİNİR SİSTEMİ TÜMÖRÜ: GLİOSARKOMA

**Erhan Arslan<sup>1</sup>, Ali Rıza Güvercin<sup>1</sup>, Uğur Yazar<sup>1</sup>, Mehmet Orbay Bıyık<sup>2</sup>, Mehmet Aktoklu<sup>3</sup>, Ali Samet Topsakal<sup>\*1</sup>, Hasan Çağrı Postuk<sup>1</sup>, Sercan Aydın<sup>1</sup>, Kaan Kırımlı<sup>1</sup>, Mehmet Ali Demirci<sup>1</sup>, Adil Uğur Yavuz<sup>1</sup>, Kayhan Kuzeyli<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD

<sup>2</sup>S.B. Trabzon Fatih Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>3</sup>S.B. Tunceli Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Gliosarkoma sarkomatöz komponent ihtiva eden glioblastoma olarak tanımlanmış ve tanımlama 1898 yılında Stroebe tarafından literatüre kazandırılmıştır. 1955'te Feigin ve arkadaşları sarkomatöz komponentin oluşumunu proliferen vasküler yapıların sarkomatöz transformasyonuna bağlamışlardır. Primer gliosarkom, glial ve mezenkimal diferansiyasyon gösteren, bifazik, nadir görülen, kötü prognozlu intrakranial bir tümördür ve yaşamın 6. ve 7. dekadında daha sık görülür. World Health Organization (WHO) 2007 santral sinir sistemi tümörleri histolojik sınıflandırmasında Grade IV olarak tanımlanmıştır. Gliosarkoma, tüm beyin tümörlerinin % 2,3'ünü, glioblastomaların %1,8-%8'ini kapsamaktadır. Nadiren ekstrakranial metastaz yaparlar.

**Yöntem:** 74 yaşında kadın hasta, yürüme de yavaşlama baş ağrısı, unutkanlık şikayeti olan tetkik ve tedavi amacıyla beyin ve sinir cerrahi servisine yatırıldı. Hikayesinde mevcut şikayetleri 15 gün içerisinde başlamıştı. Muayenesinde GKP:14, alt ekstremitte 1/5 paraparazi mevcuttu. Kranial MRI ve CT incelemesi bilateral frontal lobda solda kistik-nekrotik özellikte multisentrik kitle lezyonları (yüksek evre glial tümör - GBM ile uyumludur) şeklinde raporlanmıştı. Hasta operasyona alınarak kitle gros total rezeke edildi. Patoloji sonucu: gliosarkom olarak



geldi. Ardından hasta medikal ve radyasyon onkoloji önerileri ile taburcu edilmişti. 5 ay sonrasında hasta bilinç değişikliği, yer zaman oryantasyon bozukluğu nedeni ile tekrar beyin ve sinir cerrahi servisine kabul edildi ve yapılan görüntülemelerde kitle boyutlarında post op takip MRG'lerine göre tekrar büyüme olması nedeni ile 2. kez cerrahiye alındı. Post op onkoloji önerileri ile taburcu edildi.

**Bulgular:** Muayenesinde GKP:14, alt ekstremitte 1/5 paraparazi mevcuttu. **Tartışma ve Sonuç:** Gliosarkoma glioblastoma vakalarının %1,8-8'ini kapsamaktadır. En fazla supratentorial alanda lokalize olmakta, nadiren posterior fossada görülebilmektedir. Mikroskopik olarak gliosarkoma glial ve mezenkimal iki farklı komponentten oluşmaktadır. Glial komponent glioblastome multiforme oluşturmakta, mezenkimal komponent ise malign fibröz histiositoma ve fibrosarkoma yönünde farklılaşma göstermektedir. Klinik davranış ve survival olarak gliosarkoma glioblastomaya benzerlik göstermektedir. Prognoz; cerrahi rezeksiyon, radyoterapi ve kemoterapi gibi tedavi seçenekleri ve kombinasyonlarına rağmen oldukça kötüdür.

**Anahtar Sözcükler:** Gliosarkom, intraaksiyel kitle, yüksek grade glial kitle

PS-060 [Nöroonkolojik Cerrahi]

#### PONTOSEREBELLAR METAPLASTİK MENENJİYOM

**Erhan Arslan<sup>1</sup>, Ali Rıza Güvercin<sup>1</sup>, Uğur Yazar<sup>1</sup>, Ali Samet Topsakal<sup>\*1</sup>, Mehmet Aktoklu<sup>2</sup>, Mehmet Orbay Bıyık<sup>1</sup>, Hasan Çağrı Postuk<sup>1</sup>, Sercan Aydın<sup>1</sup>, Kaan Kırımlı<sup>1</sup>, Mehmet Ali Demirci<sup>1</sup>, Adil Uğur Yavuz<sup>1</sup>, Kayhan Kuzeyli<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD  
<sup>2</sup>S.B. Tunceli Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Pontoserebellar köşe tümörleri (PSK) erişkinlerde tüm intrakraniyal tümörlerin %10-15'ini oluşturmaktadır. Bu tümörlerin büyük kısmını vestibüler schwannomalar (en sık), menenjiyomlar ve epidermoid kistler oluşturur. Meningiomlar SPK' de görülen ikinci en sık tümör tipi olup, görülme oranı % 10 – 15'dir. Histolojik olarak selim olarak kabul edilen meningiomlar venöz sinüslerin araknoid villilerinden kaynaklanmaktadır. Posterior fossa meningiomlarının olağan çıkış yerlerini sıklık sırasına göre petroz kemiğin posterior yüzeyi, tentoryum, klivus, serebellar konveksite ve foramen magnum oluşturmaktadır. Klinik belirtiler posteriyor fossadaki komşu yapıların etkilenmesine bağlı olarak genellikle otolojik ve nörolojik bulgular olarak karşımıza çıkmaktadır. Genellikle işitme kaybı, dengesizlik, tinnitus, fasyal güçsüzlük ve baş ağrısı ilk belirtileri oluşturmaktadır.

**Yöntem:** Tuberoskleroz, HT ve KBH tanısı olan 55 yaşında erkek hasta, sol frontoparietal bölgeden 15 ay önce kendi ülkesinde ameliyat olmuş (patoloji bilinmiyor). Hasta son 2 aydır başlayan konuşmasında yavaşlama, yürüme ve denge sorunları yaşamaya üzerine tarafımıza başvurdu ve ileri tetkik ve tedavi için beyin ve sinir cerrahi servisine yatırıldı. Hastanın muayenesinde GKP:15, nörolojik defisit yok. Yapılan görüntülemelerde verteks düzeyinde parietal kemikte operasyona sekonder defekt mevcuttur ve interhemisferik fissür komşuluğunda bilateral frontal lobda sekel ensefalomalazi-gliozis alanları izlenmiştir. Sol serebellopontin köşede 52x31 tentoryum tabanlı ekstraaksiyel kitle (menenjiom?) saptanması üzerine hastaya astrositom? hamartom? menenjiyom? ön tanılar ile cerrahi planlandı ve kitlesi gross total çıkartıldı. Hastanın patoloji sonucu:

metaplastik meningiom (ksantomatöz değişiklik gösteren) (who grade I) olarak raporlandı.

**Bulgular:** Tuberoskleroz, ht ve kbh tanısı olan 55 yaşında erkek hasta son 2 aydır başlayan konuşmasında yavaşlama, yürüme ve denge sorunları **Tartışma ve Sonuç:** Pontoserebellar bölgede görülen en sık 2. tümör tipi menenjiyomlardır. Bunlar arasında metaplastik menenjiyomlar az görülen bir gruptur. SPK meningiomlarının kabul edilen tedavisi cerrahi olarak tümörün çıkarılmasıdır. Uygulamada işitmeyi koruyan ve yok eden cerrahi yaklaşımlar etkin biçimde kullanılmaktadır. Metaplastik meningiomlar ise fokal veya yaygın olarak kemik, kırıkda, yağ veya ksantomatöz doku elemanları içeren meningiomlardır. Metaplastik meningiomlar meningotelyomatöz hücrelerin matür adipositlere metaplastik değişimini yansıtmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Pontoserebellar, menenjiom, tuberoskleroz

PS-061 [Pediatrik Nöroşirürji]

#### ERKEN YAŞTA TİP 1 ARNOLD CHİARI

**Erhan Arslan<sup>1</sup>, Uğur Yazar<sup>1</sup>, Ali Rıza Güvercin<sup>1</sup>, Ali Samet Topsakal<sup>\*1</sup>, Mehmet Aktoklu<sup>2</sup>, Mehmet Orbay Bıyık<sup>3</sup>, Hasan Çağrı Postuk<sup>1</sup>, Sercan Aydın<sup>1</sup>, Kaan Kırımlı<sup>1</sup>, Mehmet Ali Demirci<sup>1</sup>, Adil Uğur Yavuz<sup>1</sup>, Kayhan Kuzeyli<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD  
<sup>2</sup>S.B. Tunceli Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği  
<sup>3</sup>S.B. Trabzon Fatih Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Chiari malformasyonları (CM), arka fossa yapılarının foramen magnumdan üst servikal spinal kanala doğru değişen derecelerde yer değiştirmesi ile birlikte olan, kranyovertebral bileşkenin ve art beynin (hindbrain) konjenital bir anomalisidir ve sıklıkla serebrospinal aksisin diğer anormallikleri ile ilişkilidir. Kranyovertebral birleşimi gösteren MRG tanı için seçilmesi gereken ilk yöntemdir ve tek başına yeterlidir. CM radyolojik olarak serebellar tonsillerin foramen magnumdan aşağıya doğru 5 mm (kimi yazara göre 3mm) veya daha fazla yer değiştirmesi şeklinde tanımlanır. CM'nin en basit formudur. Genellikle sporadik görülür. Seyrek olarak genetik geçişi vardır. Kadınlarda biraz daha siktir. Adölesan ve adultlarda görülür, 3-4. dekatta siktir. Erişkin tipi CM olarak da adlandırılır. Bunun oluşumu multifaktöryel olup CM 1'in paraksiyal mezodermdaki embriyolojik defektlerden kaynaklanan bir rahatsızlık olduğunu ileri süren çalışmalar mevcuttur. Bu teze göre kafatasının gelişimi esnasında oluşan posterior fossa hacmindeki yetersizlik CM 1 oluşumunda etkin rol oynamaktadır

**Yöntem:** 4 yaşında erkek hasta konjenital kalp kapak hastalığı (aort yetmezliği) tanısı mevcut ve takipli, her yıl 1 ya da 2 kez atak şeklinde olan şiddetli baş ağrıları ve bayılma hissi olması nedeni ile başvurdu. Hastanın yapılan görüntülemelerinde serebellar tonsil foramen magnum düzeyinden yaklaşık 1 cm inferiora herniasyon göstermektedir (Chiari 1 malformasyonu) saptanması üzerine hastaya beyin cerrahisi servisine kabul edildi. Hastaya tüm spinal ve beyin BOS akım MRG planlandı. Eşlik eden herhangi bir spinal deformite ve malformasyon görülmedi. BOS akım MRG'de foramen magnum düzeyinde sisterna magnada ve medüllerin posteriorunda subaraknoid mesafede daralma olması nedeni ile hastaya chiari tip 1 açısından cerrahi planlandı.

**Bulgular:** 4 yaşında erkek hasta konjenital kalp kapak hastalığı (aort

yetmezliği) tanısı mevcut ve takipli, her yıl 1 ya da 2 kez atak şeklinde olan şiddetli baş ağrıları ve bayılma hissi olması nedeni ile başvurdu

**Tartışma ve Sonuç:** Chiari tip 1 genellikle erişkin tip chiari olarak bilinmekle beraber erken yaş döneminde erişkinlerdekine benzer şikayetlerle ortaya çıkabilir. Bu yüzden şüphelenilen durumlarda erken yaş grubunda da beyin MRG ile Chiari ve diğer patolojiler açısından görüntüleme yapmak yararlı olabilir

**Anahtar Sözcükler:** Chiari, pediatri, baş ağrısı

PS-062 [Nörovasküler Cerrahi]

## ANTERİOR SEREBRAL ARTER TRİFURKASYONU

**Erhan Arslan<sup>1</sup>, Ali Rıza Güvercin<sup>1</sup>, Uğur Yazar<sup>1</sup>, Hasan Çağrı Postuk<sup>\*1</sup>, Ali Samet Topsakal<sup>1</sup>, Sercan Aydın<sup>1</sup>, Kaan Kırımlı<sup>1</sup>, Mehmet Ali Demirci<sup>1</sup>, Adil Uğur Yavuz<sup>2</sup>, Mehmet Aktoklu<sup>2</sup>, Mehmet Orbay Bıyık<sup>3</sup>, Kayhan Kuzeyli<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD

<sup>2</sup>S.B. Tunceli Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>3</sup>S.B. Trabzon Fatih Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Willis poligonu arteriyel poligondur. ICA ve vertebral arterler beynin tabanında birbirleriyle anastomoz yaparak Willis poligonunu oluştururlar. Interpedinküler sistem içinde bulunan Willis poligonundan çıkan üç damar kütüğü beyni besler. Willis poligonunun ön kısmından ACA'lar, anterolateral kısmından MCA'lar ve arka kısmından da PCA'lar çıkar. Bu durum %40 oranında görülür, %60 oranında ise varyasyon gösterir. Bu üç grup arterden ayrılan çok sayıda dallar beyin dokusunu besler. Bu dallar birbirleriyle devamlı olan kompleks kapiller ağlar oluştururlar. ACA, ACoA ve rekürren arter tarafından oluşturulan vasküler kompleks anevrizmanın sık olduğu lokalizasyondur. Bu damarlardan çıkan penetran dallar lentiform nükleus ve iç kapsül gibi önemli bazal beyin yapılarını besler. Normal anatomiye, varyasyonları, anomalileri ve bu vasküler kompleksin beslediği alanları bilmek anterior bazal beyne mikrocerrahi planlanmasında önemlidir

**Yöntem:** 32 yaşında erkek hasta senkop ve düşme sebebiyle acil servise başvurdu. Hastanın başvuru anında çekilen Beyin BT'sinde patolojik bir görüntü raporlanmadı. Hastanın beyin MRG'sinde şüpheli lezyonlar görülmesi üzerine tarafımıza danışıldı. Ayrıcı tanıda yer kaplayan lezyon, avm, venöz infarkt ekartasyonu açısından beyin MR angiografi ve MR venografi çekildi. Hastanın beyin MR angiografisi 'Her iki internal karotid arterin kavernoöz segmentleri, her iki orta serebral arterin proksimal kesimleri normaldir. Anterior serebral arter A2 segmenti 3 adet izlenmektedir (anterior serebral arter trifurkasyonu). Baziller arter, posterior serebral arter proksimal kesimleri normaldir' olarak raporlanmıştır. Aktif şikayeti olmayan, genel durumu iyi olan hasta nöroloji poliklinik önerileriyle taburcu edildi.

**Bulgular:** 32 yaşında erkek hasta senkop sonrası acil servisimize başvurdu

**Tartışma ve Sonuç:** Anterior serebral arter A1'den A5'e kadar 5 major segmente ayrılır. • A1 (prekormünikan segment): İnternal karotid arter bifurkasyonu ile AComA arasındaki bölge, • A2 (infrakallozal segment): AComA'den korpus kallozumun rostrum ve genusuna kadar olan kısım, A3 (prekallozal segment): Korpus kallozumun genusundan rostral parçasına kadar olan kısım, • A4 (suprakallozal segment): Korpus kallozumun üst yüzeyi boyunca koroner sütün hizasına kadar olan kısım,

• A5 (posterokallozal segment): Korpus kallozumun üst yüzeyi boyunca koroner sütün sonraki kısmıdır. Yapılan çalışmalar sonucunda A2 trifurkasyonu AComA'daki varyasyonlar içindeki oranı %2 ile %13 arasında değişmektedir. Bu varyant korpus kallozumun persite embriyonik median arteri ile 2 normal A2 dalı birlikteliği ile oluşmaktadır. Bu durumun korpus kallozumun median arterinin proksimal kısmının, proksimal A2 segmentinin regrese kısmının anastomozuyla meydana geldiği düşünülebilir.

**Anahtar Sözcükler:** Anevrizma, trifurkasyon, anterior serebral arter

PS-063 [Nöroonkolojik Cerrahi]

## PONTOSEREBELLAR BÖLGEDE İMMATÜR TERATOM

**Erhan Arslan<sup>1</sup>, Uğur Yazar<sup>1</sup>, Ali Rıza Güvercin<sup>1</sup>, Adil Uğur Yavuz<sup>\*1</sup>, Hasan Çağrı Postuk<sup>1</sup>, Ali Samet Topsakal<sup>1</sup>, Mehmet Orbay Bıyık<sup>2</sup>, Mehmet Aktoklu<sup>2</sup>, Sercan Aydın<sup>1</sup>, Kaan Kırımlı<sup>1</sup>, Mehmet Ali Demirci<sup>1</sup>, Kayhan Kuzeyli<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD

<sup>2</sup>S.B. Trabzon Fatih Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>3</sup>S.B. Tunceli Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Beyin tümörleri çocukluk döneminde lösemiden sonra en sık görülen malignitelerdir. Solid tümörler arasında ise en sık görülen pediatrik tümörlerdir. Pediatrik yaş grubunda beyin tümörü yıllık insidansı 5.6/100.000'dir ve kanser kaynaklı ölümlerin en sık sebebidir. Erişkin beyin tümörleri supratentoryal bölgede yerleşmeye eğilimliken çocukluk çağı beyin tümörlerinin %50-55'i infratentoryal bölgede yerleşirler. Sıklıkları yaşa göre değişmekle birlikte çocukluk döneminde en sık görülen beyin tümörleri: Astrositomlar, medulloblastom, ependimom, kraniofaringiom ve germ hücreli tümörlerdir. Teratomlar üç germ hücrelerinin (endoderm, mezoderm, ektoderm) en az ikisinden köken almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü sınıflandırmasında teratomlar; "matür", "immatür" ve "malign kısımları bulunan" teratomlar olarak sınıflandırılmaktadır. Konjenital kafa içi teratomlar ise genellikle immatürdür ve primitif nöral hücreler içermektedir

**Yöntem:** 2 aylık, 6.7 kilogram erkek hasta burun akıntısı hapsirik hırıltı nedeniyle tedavi görürken sol periferik fasiyal paralizi nedeniyle tarafımıza danışıldı. Hastaya çekilen beyin MRG 'Posterior fossada sol serebellomedüller köşede, sol serebellar hemisferden sınırları ayırt edilemeyen ekstraaksiyal alana da uzanım gösteren 38x41x42 mm boyutunda multilobüle, düzensiz şekilli, kistik-solid alanlar ve kronik hemorajik sinyaller içeren kitle izlenmiştir. Kitlenin inferomedialdeki komponentinde heterojen kontrastlanma mevcuttur. Kitle nedeniyle medüllada sağa itilme izlenmektedir. Yine vermiste superiora doğru hafif yayılma göstermiştir' olarak raporlanmıştır. Tarafımızca devir alınan hastaya posterior fossa ve serebellopontin köşe kitle gross total eksizyonu yapılmıştır. Biopsi patoloji sonucu immature teratom olarak raporlanmıştır. Hasta pediatri hematoloji ve onkoloji bölümüne yönlendirilmiş ve KT planlanmıştır.

**Bulgular:** 2 aylık erkek hasta sol periferik fasiyal paralizi

**Tartışma ve Sonuç:** Pediatrik beyin tümörlerinde cerrahi yaklaşım hastanın klinik durumuna, tümörün yerleşim yerinde ve radyolojik ve laboratuvar çalışmalarının telkin ettiği tümör histolojisine göre değişir. Hidrosefali, kanama, tümörün yol açtığı akut kitle etkisi acil cerrahi

ihtiyacı doğurabilir. Bu durumlarda cerrahinin amacı hayatı tehdit eden akut problemi çözmeye yöneliktir ve tümöre yönelik asıl tedavi amacıyla ikinci bir cerrahi gerekebilir. Ancak çoğu zaman semptomlar acil cerrahi gerektirir özellikle olmaz. Genel olarak çocukluk çağı beyin tümörlerinde total eksizyon sonrası prognoz mükemmel yakındır. Bu nedenle tedavide genel yaklaşım mümkün olan en agresif cerrahinin uygulanmasından yanadır. Ancak tümör yerleşimi ve hastanın klinik durumu göz önüne alınarak pediatrik onkolog ve radyasyon onkoloğu ve beyin cerrahından oluşan ekip tarafından hastanın morbiditesi göz önüne alınmalı ve tedavi planlanmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** İmmatür teratom, pontoserebellar

PS-064 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### RETİNA METASTAZI YAPAN MEME KARSİNOMU

**Erhan Arslan<sup>1</sup>, Uğur Yazar<sup>1</sup>, Ali Rıza Güvercin<sup>1</sup>, Adil Uğur Yavuz\*<sup>1</sup>, Hasan Çağrı Postuk<sup>1</sup>, Mehmet Aktoklu<sup>2</sup>, Mehmet Orbay Bıyık<sup>2</sup>, Ali Samet Topsakal<sup>1</sup>, Sercan Aydın<sup>1</sup>, Kaan Kırımlı<sup>1</sup>, Mehmet Ali Demirci<sup>1</sup>, Kayhan Kuzeyli<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD

<sup>2</sup>S.B. Tunceli Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>3</sup>S.B. Trabzon Fatih Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Erişkinde SSS'ne en sık metastaz sırasıyla akciğer, meme, malign melanom, renal hücreli ca, kolon ve tiroid kanserinden gelir. Malign melanom, akciğer, meme ve kolon kanserleri %50 oranında multipl metastaz yaparken renal tümörler tek metastaz yapmaya meyillidir. Akciğer kanseri tanı koyduktan 6-9 ay sonra beyne metastaz yaparken, renal kanser 1 yıl, kolon kanseri 2 yıl, meme kanseri ve malign melanom 3 yıl sonra beyne metastaz yapabilir. Meme kanseri, akciğer kanserinden sonra beyne en sık metastaz yapan ikinci kanserdir. Meme kanserli hastalarda beyin metastazı insidansı ortalama %10-16 arasındadır. Ancak yapılan otopsi çalışmalarında %30'lara varan oranlarda metastaz saptanabilmektedir. Meme kanserinin tanısıyla semptomatik beyin metastazı gelişimine kadar ki geçen süre yaklaşık olarak 2-3 yıldır. Metastatik tümörlerin ameliyatlarında amaç nörolojik defisit olmadan tümörün total çıkartılması, intrakranial basıncın azaltılması ve eğer postoperatuar RT yapılacaksa dozun mümkün olduğu kadar düşük tutulmasıdır. Önceleri multipl metastazlar opere edilmemekte idi ancak ne kadar çok metastaz alınırsa RT ve KT'den o kadar çok cevap alındığından günümüzde ameliyat önemlidir.

**Yöntem:** 51 yaşında kadın hastanın 2008 yılında sol memede kitle nedeniyle yapılan biyopsi sonucu infiltratif duktal karsinom olarak raporlanmıştır. 9 yıl sonra baş ağrısı ve bilinç değişikliği nedeni ile başvuran hastanın beyin MRG'si sağ frontal lobda bir adet, sol frontal lobda üç adet, sağ globda retinada metastaz olarak raporlanmıştır. Tarafımızca sol parasagittal gross total kitle eksizyonu yapılan hastanın biopsi raporu karsinom metastazı olarak raporlanmıştır. hasta taburculuk sonrası medikal onkoloji bölümüne yönlendirilmiştir. Postop 1 yıl sonra çekilen MRG'sinde 'sol frontal lobda operasyon lojunda periferik kontrastlanma gösteren kistik kaviter lezyon (postoperatif değişiklik), bilateral frontal loblarda bir önceki MRG tetkiki ile karşılaştırıldığında boyutlarında belirgin küçülme izlenen metastatik kitle lezyonları, bir önceki beyin MRG tetkikinde sağ globda izlenen metastatik kitle yeni

tetkikte saptanmamıştır.' olarak raporlanmıştır.

**Bulgular:** Baş ağrısı ve göz arkasında ağrı görmede bulanıklık.

**Tartışma ve Sonuç:** Beyin metastazlı olgularda birincil amaç hastalarda nörolojik semptomları giderip, hastayı rahatlatmaktır. Bunun dışında tümörün lokalizasyonu, boyutu tek yada multiple olması, hastada başka metastazın olup olmaması, hastanın genel durumu, metastazın ortaya çıkma süresi gibi faktörler göz önüne alınarak tedavi kararı verilir. Cerrahi tedavi uygulanabilen beyin metastazlı hastalarda anlamlı bir sağkalım artışı gösterilmiştir. Birden fazla nodülü olan olgularda en büyük lezyonun çıkarılması semptomatik rahatlama sağlasa da standart bir uygulama değildir. Cerrahi sonrası tüm beyin ışınlanması önerilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Metastaz, retina, intraaksiyel kitle

PS-065 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### ERİŞKİN DÖNEMDE SPİNAL NÖROENTERİK KİST

**Erhan Arslan<sup>1</sup>, Ali Rıza Güvercin<sup>1</sup>, Uğur Yazar<sup>1</sup>, Adil Uğur Yavuz\*<sup>1</sup>, Mehmet Orbay Bıyık<sup>2</sup>, Mehmet Aktoklu<sup>3</sup>, Hasan Çağrı Postuk<sup>1</sup>, Ali Samet Topsakal<sup>1</sup>, Sercan Aydın<sup>1</sup>, Kaan Kırımlı<sup>1</sup>, Mehmet Ali Demirci<sup>1</sup>, Kayhan Kuzeyli<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD

<sup>2</sup>S.B. Trabzon Fatih Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>3</sup>S.B. Tunceli Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Nöroenterik kistler(NEK) nöroektodermin endodermden ayrılma hatası sonucu oluşurlar. Nöroenterik kistler tek başına veya kompleks bir malformasyon bozukluğu kapsamında görülebilen nadir konjenital bozukluklardır. Sıklıkla spinal kanalda servikal ve torakal bölgelerde yerleşimli olup çok nadiren lomber bölge yerleşimi bildirilmiştir. Nöroenterik kistler genellikle intradural-ekstramedüller lezyonlardır. Intramedüller yerleşimli nöroenterik kistler nadirdirler ve genelde orta ve ileri yaşlarda görülmektedirler. Nöroenterik kistler spinal tümörlerin % 0,3-0,5'ini oluştururlar. Bunlar okült spinal disrafizmin integral komponenti olarak kabul edilirler ve lipomeningomyelosel, split kord malformasyonları, spina bifida termina myelosistosel ve terminal siringomyeloselle ilişkilidirler. Embriyogenezinin 3 haftasında nöroektodermin ayrışması esnasında olan sorunlar sonucu gelişirler. Erkeklerde daha sık görülmektedir.

**Yöntem:** 67 yaşında mesane ca ve konjenital spinal defekti olan erkek hasta son dönemde yürüyememe ve idrar inkontinansı şikayetleri ile beyin ve sinir cerrahisi bölümüne ileri tetkik ve tedavi amacıyla yatırıldı. Hastanın çekilen Servikal-Torakal-Lomber vertebra MRG'de konus medullaris L4 vertebra seviyesinde sonlanmakta olup; L4 vertebra inferior endplate düzeyinden başlayarak S2 vertebra distaline kadar intradural alanı dolduran kraniokaudal yönde çapı 9cm, ön-arka yönde çapı 3 cm olan kist; L4/5 disk seviyesinde spinal kanal ile cilt arasında kesintisiz olarak devam eden dermal sinüs traktı; konus medullaris düzeyinde diastometamyeli görüldü. MRG sonucu 'Tethered kord, diastometamyeli, intradural lipom ve nöroenterik kist, dermal sinüs traktı' olarak raporlandı. Hastaya nöromonitorizasyon eşliğinde dermal sinüs+meningosel eksizyon+intradural ekstramedüller spinal kitle çıkarımı yapıldı. Biopsi patoloji sonucu nöroenterik kist ve psödo dermal sinu traktı olarak raporlandı. Postoperatif dönemde hastanın yardımcı mobilize olduğu ve idrar inkontinans şikayetinde azalma olduğu görülmüştür.

**Bulgular:** Hastanın başvuru anında Glaskow Koma Puanı 15, alt ekstremitte paraparezik (2/5-3/5 kuvvet kaybı), idrar inkontinansı ve bel bölgesinde kılınma artışı mevcuttu.

**Tartışma ve Sonuç:** NEK endodermal kökenli nadir görülen primer spinal tümörleri %0,7-%1,3 oranında görülen spinal kord lezyonlarıdır. NEK pediatrik grupta ortalama 6,4 yaşında yetişkin popülasyonda ise 2. ve 3. dekatta daha sık görülmektedir. Bazı hastalarda ise herhangi bir ek anomali eşlik etmeyebilir. Tanıda en etkin görüntüleme yöntemi, tam bir lokasyon sağlaması, kistin boyutlarını göstermesi, spinal korda bası oranını bildirmesi, nöral elemanlarla ilişkisini göstermesi nedeniyle MRG'dir. NEK'in kronik omurilik basısına ve çeşitli nörolojik problemlere neden olabilmesi nedeniyle tedavide cerrahi uygulama birinci sırada yer almaktadır. Cerrahide amaç nöral elemanların dekomprese edilmesi ve kistin tekrar oluşumunun engellenmesidir. Bunu sağlamak için kitlenin total veya totale yakın çıkarılması gerekmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Spinal malformasyon, nöroenterik kist

PS-066 [Nöroonkolojik Cerrahi]

## REKÜRREN DEV KRANİAL FİBROSARKOMA OLGU SUNUMU

**Elif Akpınar\*<sup>1</sup>, Mehmet Özerk Okutan<sup>1</sup>, Kayhan Öztürk<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>KTO Karatay Üniversitesi Medicana Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>KTO Karatay Üniversitesi Medicana Tıp Fakültesi Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Fibrosarkomalar fibroblast orjinli malign mezenkimal tümörlerdir. Nadiren kranial bölgede bulunurlar.

**Yöntem:** Tüm kranial tümörlerin %2 sini oluştururlar.

**Bulgular:** 69 yaşında erkek hasta 1 yıl önce dış merkezde kranial malign mezenkimal tümör nedeniyle opere edilmiş. Son 3 aydır yüzün sol tarafında gittikçe büyüyen, sol gözde görme kaybı yapan ve son zamanlarda üzerindeki ciltte ülserasyon ve kanamalara neden olan kitle lezyon nedeniyle başvurdu. Hastanın kranial manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tetkikinde sol frontal lobdan başlayıp bifrontal subdural mesafeye, duraya, bifrontal kemiklere, bifrontal skalpe, bilateral periorbital alana, sol nazal kaviteye, frontal sinüse, etmoidal hücrelere, bilateral nazal kemik köküne, sol periorbital yumuşak dokuya uzanan, en geniş aksiyal boyutu 193x95mm ölçülen etmoidal hücre duvarlarını, bifrontal kemiği, frontal sinüs duvarlarını her iki orbita medial duvarını destrükte eden kitle lezyonu. Hastaya sol orbita duvarı, sol frontal kemik, sol zigomayı da içeren total eksizyon yapıldı. Sonrasında sol orbitave sol frontal bölgedeki defekt çift taraflı fasyokutanöz skalp flebiyle kapatıldı. Hastanın patoloji sonucu fibrosarkoma Grade 3 olarak geldi. Hasta operasyondan 45 gün sonra kaybedildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Fibrosarkomların oldukça agresif malign mezenkimal tümörler olduğu ve kraniumu destrükte edip serebral dokuya kadar uzanabilecekleri unutulmamalıdır

**Anahtar Sözcükler:** Kranial fibrosarkoma, kranial malign mezenkimal tümör

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019117113236.jpg>

PS-067 [Nörovasküler Cerrahi]

## İNTRAVENTRİKÜLER ARTERIOVENÖZ MALFORMASYON

**Erhan Arslan<sup>1</sup>, Adil Uğur Yavuz\*<sup>1</sup>, Hasan Çağrı Postuk<sup>1</sup>, Ali Samet Topsakal<sup>1</sup>, Sercan Aydın<sup>1</sup>, Kaan Kırımlı<sup>1</sup>, Mehmet Ali Demirci<sup>1</sup>, Mehmet Orbay Bıyık<sup>2</sup>, Mehmet Aktoklu<sup>3</sup>, Kayhan Kuzeyli<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD

<sup>2</sup>S.B. Trabzon Fatih Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>3</sup>S.B. Tunceli Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Arteriovenöz malformasyonlar(AVM),arter kanının direkt venlere drene olduğu,aradaki normal kapiller yatağın olmadığı anormal damar koleksiyonudur.Nidusunda beyin parankimi bulunmaz. AVM'ler konjenital lezyonlardır. Yaşla birlikte büyüme, düşük akımdan orta-yüksek akıma ve yüksek basınlı lezyonlara değişme eğilimindedir. Serebral AVM'ler, beyinde görülen damarsal anomalilerin en sık olanıdır, en sık olarak da; arteria serebri media dallarının beslediği alanda izlenir. Görülme sıklığı yaklaşık binde 2'dir. Beyin anevrizmalarına göre 5-25 kat daha az görülür. Serebral AVM Lokalizasyon:%85 supratentoriyel -yüzeysel yerleşimli (2/3) -derin yerleşimli (1/3) %15 infratentoriyel

**Yöntem:** 32 yaşında erkek hasta sol gözde retina dekolmanına bağlı görme kaybı nedeniyle göz hastalıkları bölümünde takipli iken 2010 yılında intrakraniyal hematoma nedeniyle opere olmasından dolayı preoperatif risk açısından beyin BT ile tarafımıza konsulte edilmiştir. Beyin BT'sinde AVM şüpheli bölge görülmesi üzerine Nöroşirürji-Radyoloji konseyinde değerlendirilen hastaya beyin MRG ve MR angiografi çekilmesi önerilerinde bulunulmuştur. Hastanın beyin MRG raporu 'Sağ ambient sistem düzeyinde ve koroid pleksus düzeyinde intraventriküler lokalizasyonda sağ posterior serebral arterden beslenen kıvrımlı vaküler yapılar(arteriovenöz malformasyon?)' olarak raporlanmıştır. Göz Hastalıkları bölümüne hastanın operasyonu acil değilse AVM açısından öncelikle Girişimsel Radyoloji tarafından değerlendirilmesi gerektiği önerilerinde bulunulmuştur. Glaskow Koma Skoru 15 olan hastaya daha sonrasında arkus aortografi ve DSA çekilmiştir. Sağda posterior serebral arterin distal dalı olan lateral koroidal arterden ağırlıklı olarak beslenen AVM olarak raporlanmıştır ve girişimsel radyoloji tarafından müdahale edilmiştir.Hasta daha sonra göz hastalıkları bölümünce retina dekolmanına yönelik tedavi edilmiştir.

**Bulgular:** Görme kaybı baş ağrısı

**Tartışma ve Sonuç:** AVM'lerin büyük bölümü çocuklarda posterior fossada, erişkinlerde ise supratentoriyal bölgede yerleşimlidir. DSA hala altın standart tanı yöntemidir. Cerrahi tedavi uygun olgularda çok etkin bir yöntem olup kanama sonrası erken dönemde hematomun boşaltılmasına da imkan sağlaması önemli bir avantajdır. Radyocerrahi tedavi AVM çapının 3 cm'den küçük olduğu (hacmi <10 mL) olgularda başarılıdır. Endovasküler tedavi kür amaçlı olarak yapılır, sıvı embolizan ajanlarla yapılan tedavilerde başarı oranı artmıştır. Spetzler- Martin Grade 1-2 AVM'lerin tedavisi endovasküler, cerrahi veya stereotaksik radyocerrahi (SRC) ile güvenli ve etkin olarak yapılabilir. S-M Grade 3-5 AVM'ler için multimodaliter tedavi yaklaşımı uygundur. Embolizasyon sonrasında SRC veya cerrahi tedavi planlanabilir.

**Anahtar Sözcükler:** AVM, intraventriküler

PS-068 [Nörovasküler Cerrahi]

**ANEVRİZMA NATÜRÜNDE KISA SÜREDE SPONTAN DEĞİŞİM****Erhan Arslan<sup>1</sup>, Mehmet Ali Demirci<sup>\*1</sup>, Hasan Çağrı Postuk<sup>1</sup>, Ali Samet Topsakal<sup>1</sup>, Sercan Aydın<sup>1</sup>, Kaan Kırımlı<sup>1</sup>, Adil Uğur Yavuz<sup>1</sup>, Mehmet Aktoklu<sup>2</sup>, Mehmet Orbay Bıyık<sup>3</sup>, Kayhan Kuzeyli<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD<sup>2</sup>S.B. Tunceli Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği<sup>3</sup>S.B. Trabzon Fatih Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Subaraknoid kanamaları (SAK) %70 oranında anevrizmalara bağlıken, %10 AVM, daha az oranlarda tümöre ya da kanama diyatezlerine bağlıken, %15 oranında kanamanın nedeni tesbit edilemez. Subaraknoid kanama (SAK) insidansı 100.000 kişi/yılda 6,5-35,5 olup anevrizma rüptürü sonrasında mortalite oranı %60-70'tir. Anevrizmaların erken tanısı ve anatomik karakterizasyonu hem cerrahi hem de endovasküler tedavi için önemlidir. Günümüzde dijital substraksiyon anjiyografi (DSA) intrakraniyal anevrizma tanısında altın standart yöntem olarak kabul edilmektedir. Bunun yanında farklı çalışmalarda farklı sensitivite ve spesivite oranlarında BT Anjio ve MR Anjio daha az invazif bir yöntem olarak kullanılabilir.

**Yöntem:** 45 yaşında hipertansiyon öyküsü olan kadın hasta şiddetli baş ağrısı şikayeti ile Acil Servise başvurmuş olup GKP: 15 nörolojik defisiti olmayan hastaya çekilen beyin BT'sinde Oksipital lob sulkuslarda, basal sisternlerde, sylvian fissürlerde hiperdens Subaraknoid Kanama izlenmiş olup hastaya Beyin BT anjio ve MR anjio çekilmiştir. Beyin BT ve MR anjioda sağ internal karotid arter paroftalmik segmentte posteriora oryante 4.1x2.7 mm boyutunda lobüle kontürlü sakküler anevrizma izlenmiştir. Bunun üzerine çekilen DSA'da sağ ICA Posterior komünikan düzeyinde 3x5 mm geniş boyunlu sakküler anevrizma izlenmiştir. Serebral anevrizma embolizasyonu öncesinde yapılan DSA da 2 gün önce yapılan DSA'ya nisbetle anevrizmada düşük volümlü ekstravazyon olan yeni bir meme oluşumu görüldü. Anevrizma balon yardımıyla coil ile total olarak embolize edildi. İşlem sonrasında hastada sol 4/5 hemiparezi ve görme bozukluğu gelişti. Hastanın görme bozukluğu geçerken sol tarafındaki hemiparezisi aynı gün 2/5'e geriledi. Çekilen beyin diffüzyon MR'da sağ frontoparietal, oksipital lob ve korpus kallosumun splenium bölümünde geniş boyutlu akut infarktla uyumlu diffüzyon kısıtlamaları izlenmiştir. Hastanın hemiparezisi bir haftalık süreçte azalarak tamamen kaybolmuştur.

**Bulgular:** 45 yaşında hipertansiyon öyküsü olan kadın hasta şiddetli baş ağrısı şikayeti ile Acil Servise başvurmuş olup GKP: 15 nörolojik defisiti olmayan hasta

**Tartışma ve Sonuç:** Dijital substraksiyonlu kateter anjiyografi (DSA), özellikle serebral anevrizma ve arteriyovenöz malformasyonların (AVM) tanısı ve ayrıntılı incelenmesinde halen altın standart olma özelliğini sürdürmektedir. Anevrizma tedavisi öncesinde tanı amaçlı yapılan dsa görüntüleri tedavi için yol gösterici olmakla beraber, bizim olgumuzda anevrizma türünün cerrahi öncesi erken dönemde değişiklik gösterdiği saptanmış olup, rüptüre olmuş anevrizmaların türlerinin kısa sürede değişkenlik gösterebileceği görülmüştür.

**Anahtar Sözcükler:** SAK, anevrizma, DSA

PS-069 [Diğer]

**BEYİN ABSESİNDE NADİR GÖRÜLEN BİR PATOJEN: AGGREGATIBACTER APHROPHILUS****Erhan Arslan<sup>1</sup>, Mehmet Ali Demirci<sup>\*1</sup>, Hasan Çağrı Postuk<sup>1</sup>, Ali Samet Topsakal<sup>1</sup>, Sercan Aydın<sup>1</sup>, Kaan Kırımlı<sup>1</sup>, Adil Uğur Yavuz<sup>1</sup>, Mehmet Aktoklu<sup>2</sup>, Mehmet Orbay Bıyık<sup>3</sup>, Kayhan Kuzeyli<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD<sup>2</sup>S.B. Tunceli Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği<sup>3</sup>S.B. Trabzon Fatih Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Beyin abseleri ve kistik glial tümörlerin, kliniği ve radyolojik görüntüleme yöntemlerinde ilk planda benzer görünümde olabilmeleri nedeniyle, ayırıcı tanı güçleşebilmektedir. İntrakraniyal abseler yüksek mortalite (ideal cerrahi ve medikal tedaviye rağmen %10 mortaliteye sahip) gösteren, ABD'de yılda yaklaşık 2500 vaka bildirilen beyin parankim enfeksiyonlarını oluştururlar. Aggregatibacter aphrophilus (önceki ismi Haemophilus aphrophilus) insanlarda oldukça nadir hastalık yapan patojenlerdendir. Oral floranın normal komponentlerinden olup endokardit, sinüzit, pnömoni, ampiyem, yumuşak doku abseleri, meninjit, vertebral diskit ve septik artritis nedeni olarak gösterildiği olgular nadir de olsa mevcuttur. Bizim vakamızda da nadir görülen bir etken olarak beyin ve beyincik abselerine de sebep olabileceği gösterilmiştir.

**Yöntem:** 54 yaşında erkek hasta 3 haftadır baş ağrısı, baş dönmesi, bilinç değişikliği şikayetiyle dış merkezden intrakraniyal kitle ön tanısıyla tarafımıza yönlendirilmiş olup muayenesinde nörolojik defisiti olmayıp Glaskow Koma Skalası'na göre gözleri spontan açık, kısmi anlamlı sözel yanıt ve motor emire uyum şeklinde 14/15 olarak değerlendirildi. Çekilen beyin BT'sinde sol serebellar hemisferde 23x23 mm boyutunda santrali nekrotik, periferi hiperdens görünümde kitle lezyon izlenmekte olup, 4. ventrikül hafif komprese görünümde izlendi. Sonrasında çekilen beyin MRG de sol serebellumda 2,5 cm çapında, görece düzgün periferik kontrast boyanan kitle izlendi. Kitlenin çevresinde beyaz cevher ödemi ve diffüzyon kısıtlaması izlendi. Lezyonun ayırıcı tanısında abse ile yüksek grade'li glial bir neoplazm tam olarak ayırt edilemedi. Sol suboksipital kraniyotomi ile sol serebellar kitle ekzizyonu yapıldı. Alınan doku örneği incelenmek üzere Laboratuvarlara gönderildi. Gönderilen örnekte neoplazm bulgusuna rastlanmayıp aktif kronik iltihabi hücre infiltrasyonu görülmüş olup, HACEK grubuna ait serebral/serebellar abseler içerisinde görece ender görülen Aggregatibacter aphrophilus üremiş olması mevcut lezyonun neoplazm olmayıp abse olduğunu gösterdi.

**Bulgular:** 54 yaşında erkek hasta 3 haftadır baş ağrısı, baş dönmesi, bilinç değişikliği şikayetiyle dış merkezden intrakraniyal kitle ön tanısıyla tarafımıza yönlendirilmiş

**Tartışma ve Sonuç:** Beyin abselerinde etyolojik neden hastanın risk faktörüyle ilişkili olarak değişmektedir. Yenidoğanlarda, Proteus ve Citrobacter; çocuklarda ve yetişkinlerde ise Streptokoklar (tüm beyin abselerinde kültürle tesbit edilen en sık neden) başı çekerler. Bizim vakamız kistik glial patolojiler ile beyindeki abse formasyonunun ayırıcı tanısının zorluğunu ve beyin absesinin nedenleri arasında nadir bir patojen olarak karşılaşılan Aggregatibacter aphrophilus görmemiz açısından değerlidir. Abse tedavisinde uygun antibiyoterapi ve abse materyalinin drenajı (cerrahi ya da daha az invazif perkütan girişimler) tedavi başarısını etkileyen önemli modalitelerdir.

**Anahtar Sözcükler:** Beyin abse, aggregatibacter aphrophilus

PS-070 [Nörovasküler Cerrahi]

### NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU:DURAL ARTERIOVENÖZ FİSTÜL

**Erhan Arslan<sup>1</sup>, Ali Rıza Güvercin<sup>1</sup>, Uğur Yazar<sup>1</sup>, Sercan Aydın\*<sup>1</sup>, Mehmet Aktoklu<sup>2</sup>, Mehmet Orbay Bıyık<sup>3</sup>, Hasan Çağrı Postuk<sup>1</sup>, Ali Samet Topsakal<sup>1</sup>, Kaan Kırımlı<sup>1</sup>, Mehmet Ali Demirci<sup>1</sup>, Adil Uğur Yavuz<sup>1</sup>, Kayhan Kuzeyli<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD

<sup>2</sup>S.B. Tunceli Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>3</sup>S.B. Trabzon Fatih Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Dural arteriovenöz fistüller(DAVF) dura mater yüzeyindeki arterler ile venler arasındaki anormal bağlantılardır. DAVF'lerde nidus yoktur. DAVF'ler nadir görülmekte olup tüm intrakranyal vasküler malformasyonların % 10-15'ini oluştururlar. Sıklıkla 50-60 yaşlarında görülür. Klinik olarak farklı şekillerde ortaya çıkabilirler. Sıklıkla tinnitus, kranyal sinir felçleri,baş ağrısı,epileptik nöbetler, fokal nörolojik bulgular ve intrakranyal kanama görülebilir. DAVF'lerde tanı altın standart yöntem diagnostik serebral anjiyografidir. DAVF'lerde tedaviye klinik bulgular ve fistülün anatomik özelliğine göre karar verilebilir. Klinik bulgu olarak hastada üfürüm, orbital kanama, baş ağrısı, geçici unutkanlık,kranyal sinir felci, intrakranyal kanama olabilir. Tedavi seçenekleri içinde klinik takip, konservatif yaklaşım, endovasküler tedavi, cerrahi tedavi uygulanabilir.

**Yöntem:** 70 yaşında erkek hasta yakınları tarafından ifade edildiğine göre geçici hafıza kaybı nedeni başvurmış olup hastaya çekilen beyin MRG ve MRG anjiyoda "Sağ frontoparietalde tortioze vasküler yapılar. Bulgular dural arteriovenöz fistül ile uyumludur." olarak raporlanmıştır.Hastanın bu sırada GKP:15 ve herhangi bir nörolojik defisiti yoktur. üzerine hastaya DSA çekilmiştir. Çekilmiş olan görüntülemelerde konveksite düzeyinde bilateral ECA dallarından kortikal venlere fistül saptandı. Bunun üzerine hasta nöroradyoloji konseyine çıkartılmıştır. Hastaya nöroradyoloji konseyinde lezyonun yeri ve hastanın klinik durumu göz önüne alınarak hastaya endovasküler embolizasyon kararı alınmıştır.

**Bulgular:** 70 yaşında erkek hasta retrograd amnezi ve baş ağrısı.

**Tartışma ve Sonuç:** Dural AVF lerde tedavi yönteminde hastanın kliniği ve lezyonun yeri göz önünde bulundurulmaktadır.DAVF için başlıca tedavi yöntemi endovasküler embolizasyon olup cerrahi tedavi ve radyocerrahi daha az uygulanmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Dural arteriovenöz fistül, AVF

PS-071 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### SPİNAL EKTOPIK TİROİD

**Erhan Arslan<sup>1</sup>, Uğur Yazar<sup>1</sup>, Ali Rıza Güvercin<sup>1</sup>, Sercan Aydın\*<sup>1</sup>, Hasan Çağrı Postuk<sup>1</sup>, Ali Samet Topsakal<sup>1</sup>, Kaan Kırımlı<sup>1</sup>, Mehmet Ali Demirci<sup>1</sup>, Adil Uğur Yavuz<sup>1</sup>, Mehmet Orbay Bıyık<sup>2</sup>, Mehmet Aktoklu<sup>3</sup>, Kayhan Kuzeyli<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD

<sup>2</sup>S.B. Trabzon Fatih Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>3</sup>S.B. Tunceli Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Spinal metastazlar spinal tümörler içinde en sık görünenlerdir. Spinal metastazı görülme sıklığı genellikle 45 yaş üstüdür.

Spinal metastazlı olguların büyük çoğunluğunda ağrı ilk başvuru şikayeti olup radikülopati şikayeti daha az görülmektedir.Yerleşim açısından spinal metastazlar en sık torakal bölgede izlenmektedir.Vertebra tümörlerine en sık metastaz yapan birincil odak ise sırasıyla akciğer,genitoüriner sistem,gastrointestinal sistem,meme ve tiroittir.

**Yöntem:** 79 yaşında kadın hastanın 6 aydır sırt ağrısı mevcut olması üzerine yapılan görüntülemelerde T1 vertebra korpusunda kemiği ekspansiyon eden ancak spinal kanalı daraltmayan kitle tespit edilmesi üzerine hasta Beyin ve Sinir Cerrahisi Servisine yatırıldı. Hastanın nörolojik muayenesinde defisit yoktu. Hastanın yapılan tetkiklerinde tiroid fonksiyon testlerinin bozuk olduğu tespit edildi. Hastanın tiroid fonksiyon değerleri medikal tedavi ile operasyona uygun hale gelmediği için hastaya radikal cerrahi tedavi uygulanamadı. Hastaya girişimsel radyoloji eşliğinde BT eşliğinde T1 vertebra korpusundan biyopsi işlemi yapıldı.Hastanın alınan biyopsi patoloji sonucu ektopik tiroid dokusuyla uyumlu vertebra metastazı olarak sonuçlanması üzerine hasta genel cerrahi ve radyasyon onkolojisi poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

**Bulgular:** 79 yaşında kadın hastanın 6 aydır sırt ağrısı.

**Tartışma ve Sonuç:** Metastazlar omurganın en sık görülen malign tümörleridir. Spinal metastazlar sık görülmesine rağmen ektopik tiroid dokusu nadir görülen bir olgudur.

**Anahtar Sözcükler:** Spinal, metastaz, ektopi, tiroid

PS-072 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### FARKLI HİSTOGENETİK YAPIYA SAHİP BİRDEN ÇOK BEYİN TÜMÖRÜ

**Erhan Arslan<sup>1</sup>, Ali Rıza Güvercin<sup>1</sup>, Uğur Yazar<sup>1</sup>, Kaan Kırımlı\*<sup>1</sup>, Mehmet Orbay Bıyık<sup>2</sup>, Mehmet Aktoklu<sup>3</sup>, Hasan Çağrı Postuk<sup>1</sup>, Ali Samet Topsakal<sup>1</sup>, Sercan Aydın<sup>1</sup>, Mehmet Ali Demirci<sup>1</sup>, Adil Uğur Yavuz<sup>1</sup>, Kayhan Kuzeyli<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD

<sup>2</sup>S.B. Trabzon Fatih Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>3</sup>S.B. Tunceli Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Beynin primer tümörleri arasında %34'ü meningiomlardır. Meningiomlar beyin ve spinal kordun meningeal örtülerinden araknoid kap hücrelerinden köken alan, erişkinlerde en sık görülen intrakraniyal tümörlerdir. Çoğunlukla ekstraaksiyel büyüyen, çevre nöral parankime, infiltrasyondan çok itici etki gösteren kitleler oluştururlar. Glioblastoma multiforme (GBM) erişkinlerde en sık görülen malign beyin tümörüdür. Bilinen en hızlı seyirli ve ölümcül tümörlerdendir. Primer beyin tümörlerinin yaklaşık olarak 1/3'ünü oluşturmaktadır. Tanı konulduktan sonraki medyan sağkalım genellikle bir yıldan azdır. Aynı olguda farklı histopatolojik natüre sahip birden fazla primer beyin tiimori gorilmesi nadir bir durumdur. Bununla birlikte konjenital tip tümör ile neoplastik tiplerin birlikte görüldüğü olgular mevcuttur. Noroepitelyal kistlerin anjiom, ependimom, kromofob adenom ve astrositomlarla birlikte olduğu olgular daha önce yayımlanmıştır. Biz burada daha çok tesadüfi olarak görülebileceğini sandığımız, aynı hastada aynı anda mevcut olan bir multipl meningiom ve glioblastoma multiforme olgusunu sunmaktayız.

**Yöntem:** Görme bozukluğu(bulanık görme) nedeniyle 1 yıl önce görüntülemelerde multipl menenijom saptanan hasta görme bozukluğu şikayetinin artması, denge kaybı başlaması ve 1 ay önce konuşma bozukluğu gelişen SVO geçiren hasta. Yapılan görüntülemelerinde

sol temporal lobda nekrotik kitle (metastaz?, Yüksek gradeli glial tümör??), Multipl menenjiomlar, sağ parietal lobda interhemisferik fissür komşuluğunda akut infarkt ile uyumlu difüzyon kısıtlanması gösteren lezyon) şeklinde raporlanmıştı. Hasta SVO tedavisini aldıktan bir süre sonra ileri tetkik ve tedavi amacıyla servismize yatırıldı. Hastanın muayenesinde GKP:13 ve sol alt ekstremitede 2/5 kuvvet kaybı gözlemlendi. Hasta operasyona alınarak kitle gross total rezektü edildi. Frozen yüksek gradeli geldi. Ardından hasta medikal ve radyasyon onkoloji önerileri ile taburcu edildi.

**Bulgular:** Görme bozukluğu, GKP:13, sol alt ekstremitede 2/5 monoparazi  
**Tartışma ve Sonuç:** Olgumuzda olduğu gibi aynı hastada farklı histogenetik yapıya sahip birden çok beyin tümörü olgusuna rastlanması ise halen nadir bir durumdur. Etiyolojide ayrıca iyonize radyasyonun özellikle meningiom ve daha az olmak üzere astrositom olgularında rol alabileceği, yanı sıra primer beyin tümörlerinin oluşturduğu lokal bir takım değişikliklerin irritan etki yapabileceği ve farklı hücre orijinli başka bir tümörün oluşumuna neden olabileceği ileri sürülmüştür. Bu durumda bu tümörlerin birbirlerine göre çok yakın komşulukta olması veya juxtapozisyonel olması beklenir. Etiyolojide immünopatogenetik mekanizmaların da ayrıca rol oynaması beklenebilir. Ancak bu konuda bilgilerimiz henüz tam açıklığa kavuşmamış olup farklı orijinli multipl beyin tümörlerinin birlikte olması, en azından şu an için literatürde nadir rastlanan bir olgu olması nedeniyle tesadüfi olarak yorumlanabilir. Ancak menenjiom nedenli takipli hastalarda takibin önemli olduğunu bu olgudan anlayabiliriz.

**Anahtar Sözcükler:** Multiple menenjiom, GBM, glial kitle

PS-073 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### FASET EKLEM KİSTİ

**Erhan Arslan<sup>1</sup>, Ali Rıza Güvercin<sup>1</sup>, Uğur Yazar<sup>1</sup>, Kaan Kırımlı<sup>\*1</sup>, Mehmet Aktoklu<sup>2</sup>, Mehmet Orbay Bıyık<sup>1</sup>, Hasan Çağrı Postuk<sup>1</sup>, Ali Samet Topsakal<sup>1</sup>, Sercan Aydın<sup>1</sup>, Mehmet Ali Demirci<sup>1</sup>, Adil Uğur Yavuz<sup>1</sup>, Kayhan Kuzeyli<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD  
<sup>2</sup>S.B. Tunceli Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Sinoviyal kistler genelde ekstremitde eklemlerini tutmaktadır. Nadiren omurga eklemlerinde de görülebilmektedir. Faset eklem kistleri genellikle birleşik fasetteki osteoartrit veya spondilolistezisten kaynaklanır. Bu kistler sıklıkla radiküler ağrıya neden olan lomber zigapofizyal eklemden köken alırlar. Lomber bölgede en sık L4-5 seviyesinde görülürler. Bu kistler nörojenik klodikasyo ve kauda equina sendromu olan durumların ayrıntı tanısında göz önünde bulundurulmalıdır. Medikal tedavi ve faset eklemi enjeksiyonları bazen etkilidirler. Persistan radiküler semptomlar olan hastalarda ise cerrahi rezeksiyon yapılması gerekir.

**Yöntem:** 64 yaşında erkek hasta son iki aydır ayakta durmakla veya yürümekle artan istirahat ettiğinde azalan sol bacak ağrısı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sol mehl 1/5 kuvvet kaybı, sol ayak dorsifleksiyon 1/5 kuvvet kaybı ve sol laseque pozitifliği. Yapılan görüntülemeler L4-5'de sol faset eklem anterior komşuluğunda spinal kanala doğru uzanan ve tekal keseye hafif bası yapan kist (sinovyal kist) olarak raporlandı. Konservatif tedaviden fayda görmeyen hastaya kliniğimizde sol L4 hemilaminektomi ve mikrosirurjikal

teknikle spinal kistik lezyon eksizyonu işlemi uygulandı. İşlem sonrası mobilize edilen hastanın şikayetleri geçmiş olup hasta durumu hakkında bilgilendirilerek taburcu edildi.

**Bulgular:** 64 yaşında erkek hasta son iki aydır ayakta durmakla veya yürümekle artan istirahat ettiğinde azalan sol bacak ağrısı

**Tartışma ve Sonuç:** Spinal sinoviyal kistler nadiren lomber radikülopatiyeye sebep olabilirler. Bu kistler en sık L4-5 seviyesinde faset eklemlere bitişik olarak ortaya çıkarlar. Lomber radikülopati ayrıntı tanısında akla gelebilecek sebepler arasında nadir de olsa lomber zigapofizyal sinoviyal eklem kisti göz önünde bulundurulmalıdır. Tedavide uygun olgularda öncelikle konservatif yaklaşımların tercih edilmesi gerekir. İlerleyici nörolojik defisit varlığı veya konservatif tedaviye yanıtızsızlık durumunda cerrahi tedavi gereklidir.

**Anahtar Sözcükler:** Faset, kist, spinal

PS-074 [Pediatrik Nöroşirürji]

### NADİR BİR VENTRİKÜLOPERİTONEAL ŞANT MALPOZİSYONU

**Erhan Arslan<sup>1</sup>, Ali Rıza Güvercin<sup>1</sup>, Ertuğrul Çakır<sup>1</sup>, Uğur Yazar<sup>1</sup>, Hasan Çağrı Postuk<sup>\*1</sup>, Mehmet Aktoklu<sup>2</sup>, Mehmet Orbay Bıyık<sup>3</sup>, Ali Samet Topsakal<sup>1</sup>, Sercan Aydın<sup>1</sup>, Kaan Kırımlı<sup>1</sup>, Kayhan Kuzeyli<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD

<sup>2</sup>S.B. Tunceli Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>3</sup>S.B. Trabzon Fatih Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** V/P şant uygulaması; şantın tıkanması, enfeksiyon, aşırı drenaj, yanlış yerleştirme, şant migrasyonu gibi çeşitli problemlere neden olabilmektedir. Şant disfonksiyonları şantın az ya da çok boşaltmasına veya şant enfeksiyonlarına bağlı olarak ortaya çıkabilir. Şantın az boşaltmasının en sık görülen nedeni ventriküler kateterin tıkanmasıdır. Şantın az boşaltmasının diğer görülen bir nedeni de peritoneal kateter tıkanıklığıdır. Peritoneal kateter tıkanıklığının en sık görülen iki nedeni, cerrahi esnasında kateterin preperitoneal boşluğa yerleştirilmesi ve batın içinde oluşabilen psodokistlerdir. Şant parçalarının birbirinden ayrılması veya kırılması şantın az boşaltmasına yol açan diğer nedenlerden biri olabilir.

**Yöntem:** 3 aylık hidrosefali hastası baş çevresinde artış olması fontanelinde gerginlik olan v-p shunt takılan hasta takiplerinde batında psodokist olan yeteri kadar çalışamayan şant çocuk cerrahisiyle beraber revize edildi. Revize edildikten sonra kranial ucunda şişlik olan hastanın kontrollerinde şant batın ucunun kranial de olduğu görüldü. Hastanın şant tekrardan çıkartıldı. Hastaya ampirik antibiyoterapi başlandı ve hasta pediatri enfeksiyona devredildi.

**Bulgular:** 3 aylık hidransefali hastası.

**Tartışma ve Sonuç:** Normalde vp şant takılan hastaların batın ucunun kranialden çıkması nadir beklenen bir komplikasyon olmasına rağmen bizim vakamızda olduğu gibi dikkat edilmesi gereken komplikasyonlar arasındadır. Çocuklarda meydana gelen komplikasyon oranları yetişkin hastalara göre oldukça yüksektir. Tedavisi yapılmadığında morbidite ve mortalitesi yüksek olan bu patolojide tanı konduktan sonra uygun bir şekilde tedavi planlanmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Hidrosefali, hidransefali, şant, malpozisyon

PS-075 [Nöroonkolojik Cerrahi]

**EPİDERMOİD KİST-EPİDERMOİD KARSİNOM****Erhan Arslan<sup>1</sup>, Hasan Çağrı Postuk<sup>\*1</sup>, Mehmet Orbay Bıyık<sup>2</sup>, Mehmet Aktoklu<sup>3</sup>, Ali Samet Topsakal<sup>1</sup>, Sercan Aydın<sup>1</sup>, Kaan Kırımlı<sup>1</sup>, Mehmet Ali Demirci<sup>1</sup>, Adil Uğur Yavuz<sup>1</sup>, Kayhan Kuzeyli<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD<sup>2</sup>S.B. Trabzon Fatih Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği<sup>3</sup>S.B. Tunceli Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Tüm beyin tumorlerinin %1ini oluşturan epidermoid tumorlerin %75 i intradural, % 25 i intradiploiktir. Epidermoid kistler, sadece epidermoid elementler içeren tek doku grubundaki inklüzyon tumorlerindedir. Yavaş büyürler, malign değişim çok düşüktür. Genellikle parasellar ve serebellopontin köşede yerleşikler. Görme kaybı ve endokrin disfonksiyon parasellar yerleşimde görülebilir. Posterior fossada olanlar ise kranial sinir felçlerine neden olur, örneğin çift görme, yüzde uyuşma veya kuvvetsizlik, duyma kaybı ve yutma güçlüğü gibi. Tıkanmaya bağlı hidrosefali olursa kafa içi basınç artışı bulguları da eşlik edebilir. Epidermoid karsinom çok nadir görülen iyi huylu bir tümördür. Konjenitaldir, fetal dönemdeyken deri hücrelerinin yanlış yere girmesi sayesinde oluşurlar. Bu tümörler çok yavaş büyüyüp genellikle 20 li yaşların ortasına veya 50 li yaşların sonuna doğru klinik verirler. Bütün beyin tümörlerinin % 0.2 si ile % 1.8 ini yaparlar. Yavaş büyürler fakat tam olarak çıkarılmadıklarında tekrarlarlar

**Yöntem:** 54 yaş erkek hasta 25 yıl önce ve 6 ay önce frontal bölgeden epidermoid kist nedeni opere hasta takiplerinde kistin tekrarladığı düşünülmüş olup hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla bync servisine yatırıldı. Hastanın görüntülemesinde korpus kallozum gövde düzeyinden superiora doğru vertekse kadar uzanan geniş kistik komponentleri bulunan, solid alanlarda heterojen yoğun kontrastlanan rezidü-nüks kitle var şeklinde gelmiştir. Hastanın muayenesinde GKS:15 ve alt ekstremitelerde 1/5 kuvvet kaybı görüldü. Hasta operasyona alındı ve kitle gross total eksize edildi. Biyopsi sonucu epidermoid karsinom geldi. Hasta radyasyon ve medikal onkoloji önerileri ile taburcu edildi.

**Bulgular:** 54 yaş erkek hasta 25 yıl önce ve 6 ay önce frontal bölgeden epidermoid kist nedeni opere hasta takiplerinde kistin tekrarladığı düşünülmüş olup hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla Beyin ve Sinir Cerrahisi servisine yatırıldı.

**Tartışma ve Sonuç:** Epidermoid kistler benign lezyonlardır ve cerrahi olarak tedavi edilmelidirler. Total çıkartılırlarsa prognoz çok iyidir, aksi takdirde nuks sıktır. Ancak olgumuzda görüldüğü gibi nadirde olsa malign transformasyon olup epidermoid karsinoma dönüşebildiği aklımızda bulunması gerekir.

**Anahtar Sözcükler:** Epidermoid kist, epidermoid karsinom, malign transformasyon

PS-076 [Nörotravma ve Yoğun Bakım]

**KRANIAL ÇÖKME FRAKTÜRÜ SONRASI DÜŞÜK AYAK****Erhan Arslan<sup>1</sup>, Uğur Yazar<sup>1</sup>, Kaan Kırımlı<sup>\*1</sup>, Hasan Çağrı Postuk<sup>1</sup>, Ali Samet Topsakal<sup>1</sup>, Mehmet Aktoklu<sup>2</sup>, Mehmet Orbay Bıyık<sup>3</sup>, Sercan Aydın<sup>1</sup>, Mehmet Ali Demirci<sup>1</sup>, Adil Uğur Yavuz<sup>1</sup>, Kayhan Kuzeyli<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD<sup>2</sup>S.B. Tunceli Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği<sup>3</sup>S.B. Trabzon Fatih Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Kapalı çökme kırıkları genellikle konservatif olarak, açık çökme kırıkları ise enfeksiyon riskini ortadan kaldırmak için cerrahi olarak tedavi edilirler. Benzer şekilde major venöz sinüsler üzerindeki çökme kırıkları olası cerrahi komplikasyonlardan kaçınmak için yara yeri debridmanı, irrigasyon ve kemik parçalar kaldırılmaksızın cildin kapatılması şeklinde konservatif olarak tedavi edilmektedir. Klinik ve radyolojik olarak bulgular olması durumunda cerrahi dekompresyon endike hale gelmektedir.

**Yöntem:** 29 yaş erkek hasta darp sonrası kafa travması sonrası düşük ayak gelişen hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla Beyin ve Sinir Cerrahisi servisine yatırıldı. Hastanın kranial görüntülemelerinde bilateral parietal kemikte superior sagittal sinüs lokalizasyonunda deplase kırık ve komşu parankimde serebral kontüzyon ile uyumlu sinyal artışı, superior sagittal sinüste daralma şeklinde raporlanmış olup çekilen lomber MRG lerinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastanın GKP: 15 bilateral düşük ayağı olan hasta operasyona alındı. Hasta post op düşük ayağı nedeniyle FTR önerilerek taburcu edildi.

**Bulgular:** Travma ve kranial çökme fraktürü sonrası düşük ayak gelişmesi **Tartışma ve Sonuç:** Düşük ayak genellikle lomber disk hernisi veya peroneal sinir tuzaklanması sonucu görülse de kafa travması veya beynin belirli lokalizasyon gösteren bazı lezyonları sonucu oluşabilir. Anamnez, detaylı klinik muayene, MRI ve EMG inceleme, düşük ayak etyolojisini araştırmada kıymetli tanı yöntemleridir. Periferik lezyon için atipik bulguların olduğu olgularda santral sinir sistemi lezyonundan şüphe edilerek araştırmalar bu yönde yapılmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Çökme fraktürü, düşük ayak, sinüs

PS-077 [Pediatrik Nöroşirürji]

**YENİ DOĞANDA DEV OKSİPİTAL MENİNGOSEL YÖNETİMİ VE CERRAHİ TEDAVİ ZAMANLAMASI****Abdullah Mesut<sup>\*1</sup>, Abdurrahim Taş<sup>1</sup>, Çerif Turhan<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahi<sup>2</sup>Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi

**Giriş ve Amaç:** Bu bildiri de sık görülmeyen yeni doğan kız bebekte dev oksipital meningo sel yönetimi ve tedavisini sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** 6 günlük yeni doğan kız bebek. Antenatal dönemde yapılan sonografik ve postnatal fizik ve nörolojik muayene, radyolojik ve laboratuvar inceleme sonuçları ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Prenatal USG. 18. hafta bilateral ventrikülomegali, oksipital



meningose kesesi. 23. hafta ventriküle dilatasyon ile birlikte oksipital meningose kesesi. Fizik ve nörolojik muayene: kafa hacminden büyük meningose. Ön fontanel düz yumuşak. Motor defisiti yok. Konjestif kalp yetmezliği mevcut. Kranial MR: hidrosefali, sığ posterior fossa, oksipital kemikte 2 cm defektten baş hacminden daha büyük dışa herniye meningose kesesi. Kranium sütürleri ayrılmış. Laboratuar değerleri normal. Genel anestezi altında prone pozisyonda meningose kese eksizyonu. Anatomik onarım yapıldı.

**Tartışma ve Sonuç:** Dev oksipital meningose olgularında cilt erozyonu ve enfeksiyon riskini kaldırmak annenin bebeğinin bakımını kolaylaştırmak bakımından aciliyet arz etmektedir. Meningose kese eksizyonu ile BOS emilim yüzeyini azaltarak olumsuz etkilediğinden ardından mümkün olan en yakın zamanda hidrosefaliyi tedavi etmek zorunlu kılmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Dev meningose, hidrosefali, acil cerrahi

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019114205241.jpg>

PS-078 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### NADİR GÖRÜLEN BİR VENTRİKÜLER KİTLE

**Abdurrahman Çetin\***

*S.B. Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Baş ağrısı kusma şikayeti ile gelen genç yaşta bayan hastanın ventrikül içi kitle olabileceğini düşünmek

**Yöntem:** 46 yaşında bayan hasta baş ağrısı kusma şikayeti nedeni ile bir süre analjezik almış. Daha sonra baş ağrısı geçmemesi üzerine kranial MR çekildi. MR: 3. ventrikülde kontrast tutan kitle izlendi.

**Bulgular:** Baş ağrısı, kusma.

**Tartışma ve Sonuç:** İnatçı baş ağrısı kusma şikayeti ile polikliniğe gelen hastalarda parankimal kitle yanında ventrikül kitlesini de düşünmemiz gerekmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** 3. ventrikül, kitle, kranial

PS-079 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### SOL OKSİPİTAL KEMİK LEZYONU

**Abdurrahman Çetin<sup>1</sup>, Abdurrahim Taş<sup>\*2</sup>**

*<sup>1</sup>S.B. Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji*

*<sup>2</sup>Gazi Yaşargil Diyarbakır EAH, Nöroşirürji*

**Giriş ve Amaç:** Baş ağrısı nedeniyle sinüzit tedavisi gören bazı hastalarda kranial BT çekilerek altta yatan başka bir patolojinin varlığını tespit etmek.

**Yöntem:** BBT çekildi. Hastada sol oksipital kemik posteroinferiorunda ölçülebilen en büyük boyutu 6 mm olan düzgün sınırlı kistik lezyon izlendi.

**Bulgular:** 32 yaşında baş ağrısı bayan hasta sinüzit tedavisi gördü. Fayda vermeyince BBT çekildi. Kemikte lezyon saptandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Baş ağrısı ile polikliniğe başvuran hastalarda gerilim türü, migren, trigeminal nevralsi gibi durumların yanında kemikte de lezyon olabileceği düşünülmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Baş ağrısı, oksipital kemik, kistik lezyon

PS-080 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### PİTÜİTER APOPLEKSİDE ERKEN CERRAHİ: OLGU SUNUMU

**Serkan Kitiş\*, Mehmet Hakan Seyithanoğlu**

*Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Pitüiter apopleksi (PA), hipofiz bezinin ya da adenomunun akut kanama veya infarkt sonucu hızlı genişlemesinden kaynaklanan nadir, nöroendokrin bir acil durumdur. Apopleksi yönetimindeki temel tartışma cerrahinin rolü ve zamanlaması ile alakalıdır.

**Yöntem:** Burada ateş, ani görme kaybı ile başlayan bilinç kaybı olan bir PA olgusunun yönetimini ve erken cerrahi deneyimimizi sunduk.

**Bulgular:** 3 gün önce başlayan soğuk algınlığı, ateş, baş ağrısı olan 79 yaşında hasta, ani gelişen öncesinde görme kaybının olduğu şuur kaybı ile acil servise getiriliyor. 39 derece ateşi olan ve ense sertliği + olan hastanın GKS:10 l+/+ pupiller izokorik, CRP: 3,87mg/dl olarak tespit ediliyor. Yapılan acil BT'de sellar kitle içi kanama saptanan hastaya acil hipofiz hormonları ve kontrastlı kranial MR yapılıyor. Hipofiz hormonları normal olan hastanın MR'ında sellar hemorajik karakterde kitle tespit ediliyor. Santral ateş ve PA düşünülen hastaya acil olarak prednol tedavisi başlanıyor. GKS 14'e çıkan hastanın görme kaybı olmasından dolayı acil cerrahiye alınıyor. Hasta postop günlerde GKS 15, görmesi totale yakın geri gelmiş vaziyete geliyor. Patolojisi geniş alanda hemorajik infarkt, ile tanyu destekliyor.

**Tartışma ve Sonuç:** PA patofizyolojisi tam olarak anlaşılacakla birlikte hipofiz bezinin metabolizması ve perfüzyonu arasındaki dengenin bozulması sonucu oluşan iskemi ya da infarkt kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Klinik değerlendirmede subaraknoid hemoraji ve menenjit ayırıcı tanısı muhakkak dikkate alınmalıdır. PA tanısında MRI % 88'den% 90'a varan bir hassasiyetle BT'den çok daha üstündür. PA'si olan hastaya en iyi yaklaşım son derece tartışmalıdır. Hafif formlarında klinik yavaş yavaş gelişir ve birkaç gün veya hafta boyunca devam eder. Ancak çoğu akut durumda körlük, koma, nörolojik belirtiler ve hemodinamik problemler saatler içinde ortaya çıkabilmektedir. Erken tanı hemen konamaz, dekompresyon ve kortikosteroid tedavisi yapılmazsa nörolojik komplikasyonlar sonucu ve/veya adrenal yetmezlikten dolayı ölüm meydana gelebilmektedir. Apopleksi yönetimindeki temel tartışma cerrahinin rolü ve zamanlaması ile alakalıdır. Genel olarak kabul edilen bilinç durumu kötüleşen veya optik kiazma basısına bağlı ilerleyici görme kaybı olan hastalarda erken cerrahi gereklidir. Bu olgularda hipoadrenalizmin belirtileri veya semptomları olmasa da steroid uygulaması gereklidir.

**Anahtar Sözcükler:** Pitüiter apopleksi, pitüiter adenom, görme kaybı

PS-081 [Stereotaktik, Fonksiyonel Ağrı ve Epilepsi Cerrahisi]

### A CASE OF ACOUSTIC SCHWANNOMA WITH REFRACTORY TRIGEMINAL NEURALGIA IS IT COEXISTING OR ASSOCIATING?

**Abdullah Mesut\*, Mehmet Yasin Aksu**

*Diyarbakır Gazi Yaşargil Training and Research Hospital, Neurosurgery*

**Background and Aim:** We aim in this case to discuss whether the trigeminal neuralgia is idiopathic coexisted with acoustic schwannoma tumor or symptomatic due to it.

**Methods:** A 45 year old female suffered from right side tinnitus with hearing loss and V2,V3 trigeminal neuralgia. Regarding to the patients history she had right maxillar and mandibular area severe, sharp short timed paroxysmal pain. on investigations she found to have 2 cm in diameter an intracanalicular acoustic schwannoma at the right side proved by temporal bone CT, contrast inhanced cranial and temporal MRI with audiometry before 9 years. She had underwent subtotal tumor resection surgery under general anesthesia via retromastoid craniectomy on the left lateral decubit pozisition. Tumor was existed subtotally through microsurgery. Surgery had been performed without complication. Postoperative follow up showed a persistence of right hearing loss and trigeminal neuralgia without facial nevre involvment. Early postoperatively trigeminal neuralgia symptoms relieved for a period of time then returned correspondingly to the growth of the residue of tumor from 6 mm up to 10 mm where she underwent radiosurgery after 3 years of surgery showing some relievement with carbamazepine. 8 years postoperatively despite of growth of the resdual tumor (9 x 5,5 mm )and the persistence of trigeminal neuralgia the patient disapproved the suggested surgical intervention she underwent the second postoprative radiosurgery with gamma knife where she relieved from neuralgia for about 3 months post radiosurgery then returned again and she still tolerable medicated with carbamazapine.

**Results:** Refractory right sided V2,V3 trigeminal neuralgia treated with carbamazapine. Right sensorioneural hearing loss. Right intracanalicular 20 mm diametered acoustic schwannoma. Despite the diminish in size of schwannoma trigeminal neuralgia persists with short time relievement seen just after radiosurgery. No relieve seen in hearing loss.

**Conclusions:** In our case right side trigeminal neuralgia corresponds to hearing loss and tinnitus at the same side. Despite carbamazapine treatment neuralgia persists with diminishing in pain severety after tumor resection and postradiosurgery pain releivement periods suggests that trigeminal neuralgia may occur associated to acoustic shwannom untill achievment of total tumor resection, as it may be coexisting.

**Keywords:** Symptomatic trigeminal neuralgia acoustic schwannoma

**Image:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019127101533.jpg>

PS-082 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### SPİNAL KOLONDA MULTIPL MYELOMA

**Abdurrahman Çetin<sup>1</sup>, Abdurrahim Taş<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>S.B. Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji

<sup>2</sup>Gazi Yaşargil EAH Diyarbakır, Nöroşirürji

**Giriş ve Amaç:** Bel ağrısı nedeni ile medikal tedavi ve fizik tedavi görmüş. **Yöntem:** Spinal Lomber MR; Vertebrayı destrükte eden lezyon izlendi. Tüm vücut Pet CT: Karaciğer, sol böbrek sağ böbrek sağ skapulada anjiyomyolipom izlendi.

**Bulgular:** Karın ağrısı, sırt ağrısı, terleme, kilo kaybı.

**Tartışma ve Sonuç:** Batında kitle nedeni ile polikliniğe başvuran hastalarda sırt ağrısı eşlik ediyorsa en sık metastaz yapan ac ca, meme ca, tiriod ca gibi patolojilerin yanısıra hematopoetik sistem kökenli multipl myeloma'yı düşünmemiz gerekmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Multipl myeloma, spinal kolon, metastaz

PS-083 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### S3 VERTEBRADA KORTİKOKOMEDÜLLER DESTRÜKSİYON YAPAN TARLOV KİSTİ OLGU SUNUMU

**Elif Akpınar<sup>\*1</sup>, Mehmet Özerk Okutan<sup>1</sup>, Emre Ünal<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>KTO Karatay Üniversitesi Medicana Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Istanbul Bahçeşehir Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Tarlov kisti olarak da bilinen perinöral kistler en sık sakral bölgede lokalize olurlar. Nadiren semptomatiklerdir.

**Yöntem:** Tarlov kistleri genellikle insidental olarak yakalanan kitlelerdir. Dorsal kök ganglionuyla sinir kökünün birleşme noktasından kaynaklanırlar. Kesin tedavileri tartışmalıdır. Nadiren kaynaklandığı sinir kökünün basısına veya lokal destrüksiyon etkisine bağlı semptomlar verebilirler. Literatürde yetmezliğe bağlı travma sonrası kırık gelişen birkaç olgudan bahsedilmiştir.

**Bulgular:** 53 yaşında kadın hasta yaklaşık 7 yıldır olan belden sağ bacağa vuran ağrı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Daha önce bu şikayetlerle fizik tedavi ve medikal tedavi almış. Ancak şikayetleri geçmemiş. Hastanın çekilen sakroiliak manyetik rezonans görüntüleme tetkikinde distal sakral kanal içerisinde 21mm boyutunda beyin omurilik sinyal intensitesinde Tarlov kisti saptandı. Hastanın sakruma yönelik yapılan bilgisayarlı tomografi görüntüleme tetkikinde S3 vertebra düzeyinde posteriorda yaklaşık 21 mm çapında düzgün sınırlı, kemikte kortikomedüller destrüksiyona yol açan Tarlov kistiyile uyumlu hipodens, nodüler lezyon saptandı.Hastanın mevcut semptomlarına kist ile alakalı olmadığı düşünüldü. Hastaya konservatif tedavi ve takip kararı alındı.

**Tartışma ve Sonuç:** Tarlov kistleri nadiren semptomatik olabilirler. Masum kitleler olmalarına rağmen sakral bölgede kemikte destrüksiyonu ve hatta kırıklara neden olabilirler.

**Anahtar Sözcükler:** Sakral kemik destrüksiyonu, sakral perinöral kist, tarlov kisti

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019117114032.jpg>

PS-084 [Nörovasküler Cerrahi]

### ABSENT ANTERIOR COMMUNICATING ARTERY IN TWO ALIVE PATIENT SEEN RADIOLOGICALLY IN CRANIAL MAGNETIC RESONANCE ANGIOGRAPHY AND CRANIAL COMUTERIZED TOMOGRAPHY ANGIOGRAPHY

**Abdullah Mesut, İlker Kiraz\*, Abdurrahim Taş**

Diyarbakır Gazi Yaşargil Training and Research Hospital, Neurosurgery

**Background and Aim:** We aim to present two alive cases of absent anterior communicating artery proved radiologically with cranial magnetic resonance and cranial compuerized tomographic angiography pointing to the importance of this vascular structure and emphesizing its functional necessity against cerebrovascular accidents which compromise cerebral functions and looks life threatening unless arich collateral cerebral circulation linked the involved side of the brain.

**Methods:** Of the two patients one was 21 year old female suffered from

migraine like headache. cranial magnetic resonance angiography had been performed after the cranial magnetic resonance imaging had been done without any significant intracranial pathologic finding. The other one was 16 year old male admitted to the emergency department with a history of falling down during dizziness attack and had subcortical focal hemorrhage in the left parietal area. Then 3 dimensioned Cranial computerized tomographic angiography was done.

**Results:** Both of patient was intact neurologically. As 21 year old patient's M3D/TOF/SPGR cranial magnetic resonance arteriography demonstrated no evidence of anterior communicating artery. 16 year old patient's 3D computerized tomography demonstrated no linking between the two anterior cerebral artery suggested the absence of anterior communicating artery which also confirmed there after in M3D/TOF/SPGR sequenced cranial magnetic resonance arteriography.

**Conclusions:** The knowledge of such rare variations is very important for neurosurgeons and interventional neuroradiologists to minimize possible postoperative problems around the base of brain and to diagnose the reasons for the stroke and planning the surgical procedures. Because of the collateral circulation of circle of willis obstruction or rupture of the anterior cerebral artery might not lead to serious cerebral ischemia but when absent or hypoplastic it may results in serious problems.

**Keywords:** Hipoplasia of anterior communicating artery, absence of anterior communicating artery

**Image:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019115223943.jpg>

PS-085 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### LOMBER MİKRODISKEKTOMİ SIRASINDA KIRILARAK DİSK MESAFESİNDE BIRAKILAN CERRAHİ ALET PARÇASI NEDENİYLE "TAKSİRLE YARALAMA" İDDİASIYLA BEYİN CERRAHİ UZMANI HAKKINDA VERİLEN YARGITAY KARARI İNCELEMESİ

**Fatih Cesur\***

*Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Lomber mikrocerrahi sırasında kırılan metal cerrahi alet parçasının ameliyat sırasında aranmasına rağmen bulunamayan disk mesafesinde bırakılması sonrasında hasta tarafından "taksirle yaralama" iddiasıyla ameliyatı yapan Nöroşirürji uzmanı hakkında açtığı davaya Yargıtay tarafından verilen kararın incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Yargıtayın resmi internet sitesinde herkesin ulaşımına açık olarak yayınladığı 2015/17091 K. sayılı geçmiş kararı taranarak medikolegal açıdan ele alınmıştır.

**Bulgular:** Lomber mikrodiskektomi sırasında kullanılan aletlerin metal yorgunluğuna bağlı olarak kırılabileceği, bu kırılan parçanın aranmasına rağmen bulunamaması halinde sinir dokusuna hasar vermeyecek bir yerde bırakılabileceği, ortaya çıkan bu tablonun her türlü özene rağmen oluşabilecek bir komplikasyon olduğu Yargıtay tarafından kabul edilmiştir.

**Tartışma ve Sonuç:** Lomber mikrodiskektomi sırasında kullanılan aletlerin her türlü özene rağmen kırılabilmesi mümkündür. Kırılan parçanın hastanın sinir dokusuna zarar vermeyecek bir yerde bırakılması kusur ve ihmal olmayıp komplikasyon olarak değerlendirilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Yargıtay, mikrodiskektomi, komplikasyon

PS-086 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### MİDE TÜMÖRÜNÜN İNTRAKRANİYAL METASTAZI

**Şahin Kırmızıgöz\*, Mehmet Can Ezgü, Mehmet İlker Özer, Ali Kaplan, Alparslan Kırık, Mehmet Ozan Durmaz, Ahmet Murat Kutlay**

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Mide tümörlerinin beyin metastazı nadir görülür ve mortalite oranını arttırır. En sık beyin metastaz yapan primer kanserler akciğer, meme, melanom ve kolorektaldır. Bizim sunacağımız vakada ise mide adenokanserinin serebellar metastazı olan hastadır.

**Yöntem:** 70 yaşında bir erkek yaklaşık 3 hafta önce başlayan ve artarak devam eden baş ağrısı ve baş dönmesi şikâyetleri ile başvurdu. Hastanın nörolojik muayenesinde romberg testi pozitifliği ve ataksik yürüyüş bozukluğu vardı. Hastanın öyküsünde bir yıl önce mide tümörü nedeniyle opere olduğu öğrenildi. Kraniyal MRG'de posterior fossa kitle le uyumlu lezyon izlendi. (Resim 1: Preoperatif Kraniyal IVKM T1 Sagittal MR, Resim 2: Preoperatif Kraniyal IVKM T1 Aksiyal MR)

**Bulgular:** Hasta posterior fossadaki kitlenin nöronavigasyon eşliğinde gross total eksizyonu yapıldı. Patoloji sonucu mide adenokarsinomu metastazı olarak raporlandı. Postop erken dönemde yürüyüş bozukluğunun düzeldiği ve yakınmalarının geçtiği gözlemlendi.

**Tartışma ve Sonuç:** Mide tümörlerinde 5 yıllık yaşam süresi %50'nin altındadır. Beyin metastazı genellikle terminal dönem saptandığı için bu hastalarda yaş süresinin 2-4 aya kadar düştüğü bildirilmiştir. Gastrointestinal sistemi malignitelerinde beyin metastazları genellikle üç yolla gerçekleşir. Bunlar; portal venöz sistem, sinir kökleri aracılığıyla subaraknoid boşlukla ilişkili lenf düğümleri ve vertebral ven yoluyla retrograd beyin metastazıdır. Bizim vakamızda olduğu gibi serebellar metastazlar için, yani vertebral venöz sistem yoluyla, iç juguler venöz sistem ile özofagus ve azigos ven anastomozları yoluyla ve serebellar venöz sistem ile birçok anastomoz içeren transvers sinüs yoluyla kabul edilir.

**Anahtar Sözcükler:** Mide kanseri, kranyal metastaz

PS-087 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### PRİMER İNTRAKRANİYAL LENFOMALI HASTAYA YAKLAŞIM

**Şahin Kırmızıgöz\*, Adem Doğan, Mehmet İlker Özer, Mehmet Ozan Durmaz, Cahit Kural, Mehmet Kadri Daneyemez**

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Primer santral sinir sistemi lenfoması, intrakraniyal ve spinal alanda sınırlanmış lenfoma türüdür. Genellikle non-Hodgkin büyük B hücreli lenfomadır. Primer beyin tümörleri içerisinde nadir görülür. Bizim sunacağımız vakada ise primer santral sinir sistemi lenfoması olan hastadır

**Yöntem:** 77 yaşında bayan hasta yaklaşık 2 ay önce başlayan sol kol vebacağa yayılan his kaybı şikâyetleri ile başvurdu. Hastanın nörolojik muayenesinde sol alt ve üst ekstremitesinde 4/5 kas kuvveti vardı. Hastanın öyküsünde hipertansiyon dışında ek hastalığı yoktu. Kraniyal

MRG'de sağ frontoparyetal kitle ile uyumlu lezyon izlendi. (Resim 1: Preoperatif Kranial IVKM T1 Sagittal MR, Resim 2: Preoperatif Kranial IVKM T1 Aksiyal MR)

**Bulgular:** Hasta sağ frontoparyetal kitlenin nöronavigasyon eşliğinde subtotal eksizyonu yapıldı. Patoloji sonucu diffüz B hücreli lenfoma olarak raporlandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Primer santral sinir sistem lenfomaları agresif seyir gösteren malign tümörlerdir. Bu tür tümörlerin diğer primer beyin tümörlerinden ayırmak, kitle etkisine bağlı klinik tabloyu düzeltmek, kemoterapi ve radyoterapi düzenlenmesi için tümörün patolojik tiplendirilmesi yapmak ve tümör yükünü azalmak açısından cerrahi önemlidir. Cerrahi düşünülürken hastanın yaşı, kitlenin yerleşimi, hastanın genel durumu gibi parametreler göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Santral sinir sistemi, lenfoma

PS-088 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### SAFRA YOLLARI TÜMÖRÜNÜN İNTRAKRANİYAL METASTAZI

**Şahin Kırmızıgöz\*, Adem Doğan, Gardarshan Karınzade, Mehmet Can Ezgü, Soner Yaşar, Ahmet Murat Kutlay**

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Safra yolları tümörlerinin beyin metastazı nadir görülür. En sık beyin metastaz yapan gastrointestinal tümörler kolorektal kanserlerdir. Safra yolları maligniteleri genellikle intraabdominal metastaz yaparlar ve ekstraabdominal metastazları nadir görülür. Ekstraabdominal metastazları içerisinde en sık akciğer metastazları görülür.

**Yöntem:** 56 yaşında erkek hasta son 1 ayda başlayan sol gözde görme azlığı ve son bir haftada artan vücut sol yarımında güçsüzlük şikâyetleri ile başvurdu. Hastanın nörolojik muayenesinde sağ göz nazal yarımında ve sol göz temporal yarımında görme kaybı, sol santral fasiyal paralizi, sol hemiparezi saptandı. Hastanın öyküsünde 3 yıl önce safra yolları tümörü tanısı konulduğu ve bir yıl önce akciğer metastazı saptandığı öğrenildi. Hasta mevcut malignitesi nedeniyle kemoterapi almış. Malignite nedeniyle geçirilmiş cerrahi öyküsü yok. Kranial MRG'de sağ paryetooksipital kitle ile uyumlu lezyon izlendi. (Resim 1: Preoperatif Kranial IVKM T1 Sagittal MR, Resim 2: Preoperatif Kranial IVKM T1 Aksiyal MR)

**Bulgular:** Hasta sağ paryetooksipital kitlenin nöronavigasyon eşliğinde subtotal eksizyonu yapıldı. Patoloji sonucu adenokarsinomu metastazı olarak raporlandı. Postoperatif dönemde ek nörodefisit saptanmayan hastanın kuvvet kaybı zamanla kısmen düzeldi.

**Tartışma ve Sonuç:** Safra yolları tümörleri agresif seyreden tümörlerdir. Bu tümörlerin; primer gastrointestinal tümörler içerisinde nadir görülmeleri, agresif seyretmesi, intrakraniyal lezyona bağlı semptomları olmayan hastaların kraniyospinal değerlendirmeye alınmaması gibi nedenlerden dolayı primeri kaynağı safra yolları olan intrakraniyal metastazlar çok nadir görülür. Intrakraniyal metastazlara yönelik cerrahi tedavi düşünülürken; hastanın yaşı, metastazları multiple veya tek odak olması, metastazın lokalizasyonu, hastanın nörolojik tablosu, ekstrakraniyal diğer metastazları, primer kitlenin prognozu gibi parametreler göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Safra tümörleri, kraniyal metastaz

PS-089 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### PİLOSİTİK ASTROSİTOM VE ANAPLASTİK ASTROSİTOMUN BİRLİKTE SEYRETTİĞİ HASTAYA YAKLAŞIM

**Soner Yaşar\*, Şahin Kırmızıgöz, Mehmet İlker Özer, Adem Doğan, Gardarshan Karınzade, Alparslan Kırık, Yusuf İzci**

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Pilsitik astrositomalar çocukluk çağında en sık görülen primer intrakraniyal tümörler olmasına rağmen yetişkinlerde de görülür. Anaplastik astrositom daha nadir görülmekle birlikte malign beyin tümörlerindedir ve sağ kalım oranları daha düşüktür. Bu iki tümörün eş zamanlı görülmesi literatürde çok nadir tanımlanmıştır. Biz, eş zamanlı saptanan 2 ayrı evrede beyin tümörü olan hastamızı sunuyoruz.

**Yöntem:** 26 yaşında bir erkek yaklaşık 3 ay önce başlayan ve artarak devam eden baş ağrısı ve baş dönmesi şikâyetleri ile başvurdu. Hastanın nörolojik muayenesinde bilateral lateral bakışta nistagmus vardı. Kranial MRG'de serebellum ve sağ frontal bölgede kitle ile uyumlu lezyon izlendi. (Resim 1: Preoperatif Kranial IVKM T1 Sagittal MR, Resim 2: Preoperatif Kranial IVKM T1 Aksiyal MR)

**Bulgular:** Hasta serebellum ve sağ frontal bölgede kitleler nöronavigasyon eşliğinde 2 farklı seansta eksizyonu yapıldı. Serebellar kitlenin patoloji sonucu pilositik astrositoma ve sağ frontal kitlenin patoloji sonucu anaplastik astrositoma olarak raporlandı. Postoperatif dönemde yakınmalarının geçtiği gözlemlendi. Postoperatif radyoterapi aldı. Cerrahi sonrası hidrosefali gelişmesi üzerine ventriküloperitoneal şant takıldı.

**Tartışma ve Sonuç:** Primer beyin tümörleri arasında erişkinlerde pilositik astrositomalar nadir görülen tümörlerdir. Düşük gradeli astrositomalar nöksler nedeniyle daha yüksek dereceli astrositomalara transformasyonu görülebilir. Bu yüzden cerrahi tedavi ve radyoterapi klinik takipte önemli yer oluşturmaktadır. Bizim sunduğumuza vakada cerrahi tedavi sonrası radyoterapi alan hastanın postoperatif 2 yıllık izlemlerinde nöks saptanmadı.

**Anahtar Sözcükler:** Multisentrik gliom, pilositik astrositom, anaplastik astrositom

PS-090 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### DAR SPİNAL KANAL NEDENİYLE POSTERİOR FÜZYON VE DEKOMPRESYON UYGULANAN HASTADA PSÖDOARTROZ VE SPONDİLOLİZİS GELİŞİMİ

**Soner Yaşar\*, Şahin Kırmızıgöz, Mehmet İlker Özer, Mehmet Ozan Durmaz, Sait Kayhan, Ali Kaplan, Nail Çağlar Temiz**

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Edinsel spondilolizis, omurga cerrahisinin nadir görülen komplikasyonudur. Stabilite elde etmek için anterior veya posterior yaklaşımla lumbosakral füzyon uygulanır ve sıklıkla diğer lumbal segmentlere nazaran daha yüksek bir psödoartroz oranı mevcuttur.

**Yöntem:** 60 yaşında kadın hasta alt ekstremitelerde ve şiddetli bel ağrısında

güçsüzlük ile başvurdu. Lomber stenozu nedeniyle 5 ay önce L2-S1 pediküllü vida ve L4-5, L5-S1 PLIF posterior füzyon ile dekompresyon cerrahisi öyküsü mevcut. Postoperatif bir haftada alt ekstremite güçsüzlüğü, gaita ve idrar inkontinansı şikayetleri başlamış ve zamanla artmış. Postoperatif dönemde fizik tedavi almış fakat fayda görmemiş. Nörolojik muayenede ileri derecede paraparezi saptandı. Hastanın lomber MRG ve lomber BT'sinde L5 lizis saptandı. Kemik sintigrafisinde ise lezyonla uyumlu spondilodiskit raporlandı. L5 vertebra lizisinin nedeni olarak spondilodiskit düşünüldü. (Resim 1: Preoperatif Lomber T2 Sagittal ve Aksiyel MR, Resim 2: Postoperatif Lomber Sagittal BT Resim 3: Postoperatif Torokolomber AP ve Lateral Grafı)

**Bulgular:** Antibiyotik tedavisi verildi. Hastanın posterior füzyon enstrümanları psödoartroz nedeniyle çıkarıldı. Akut faz reaktanları normale döndüğünde, L2-S1 pedikül vidaları ve iliak kanat vidaları ile posterior füzyon yapıldı. 1 hafta sonra L5 korpektomi ve kafes ile anterior füzyon yapıldı. Ameliyat sonrası sırt ağrısında belirgin bir azalma oldu. Alt ekstremitele kuvvetinde kısmi iyileşme görüldü.

**Tartışma ve Sonuç:** Lomber dar kanal cerrahisinde uzun segment füzyon ve PLIF kullanımı psödoartroz ve spondilodiskit riskini artırabilir. Mümkün olan en az invaziv teknikler ile mümkün olduğunca az enstrüman ile kullanılmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Psodoartroz, lomber füzyon

PS-091 [Nörotravma ve Yoğun Bakım]

## FRONTAL SİNÜS FRAKTÜRÜ OLAN HASTADA ORTAYA ÇIKAN İNTRAKRANİYAL APSE

**Adem Doğan\*, Mehmet Ozan Durmaz, Mehmet Can Ezgü, Şahin Kırmızıgöz, Ali Kaplan, Cahit Kural, Mehmet Kadri Daneyemez**  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Beyin apsesi bir risk faktörü olmadan da gelişebilmekle birlikte, iyi bilinen risk faktörleri arasında diabetes mellitus, kafa travması, beyin cerrahisi operasyonları ve immünoşüpresyon sayılabilir. Beyin apseleri erken dönemde olabileceği gibi geç dönemde de ortaya çıkabilmektedir. Olgumuzda beyin parankimine de temas eden frontal sinüs fraktürü olan bir hastada ortaya çıkan beyin apsesi olgusundan bahsetmek istedik.

**Yöntem:** Yaklaşık 1.5 yıl önce penetran travma sonucu sağ frontal sinüste fraktür oluşan hastada aynı süreçte sağ frontal bölgede parankim hasarı ortaya çıkmıştı. Hasta kliniğimizde yatarak takip edilmiş ve iki haftalık bir tedavi sürecinin ardından taburcu edilmişti. Hasta kliniğimize 1.5 yıl sonra baş ağrısı, baş dönmesi şikayetleri ile başvurdu. Hastanın nörolojik muayenesi normaldi. Vücut sıcaklığı 38.4 santigrat derecedeydi. Kan tablosunda sedimentasyon ve c-reaktif protein değerleri normalin üzerindediydi. Çekilen Kranyal Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) sağ frontal bölgede periferik kontrastlanması olan 2.1X2.6 ve 5.6x5 cm boyutlarında iki adet apseyle uyumlu kistik lezyonlar saptandı.(Resim 1: Preoperatif T1-Kontrastlı Kranyal MRG a: Aksial, b: Sagittal)

**Bulgular:** Hasta opere edildi. Operasyon sırasında kist içeriklerinden patoloji ve mikrobiyoloji için örnekler alındı. Hastanın postoperatif dönemde ek nörolojik defisiti ortaya çıkmadı. Mikrobiyoloji sonucunda streptokokus pnömonia üreyen hastaya antibiyoterapi başlandı. Patoloji

sonucu apse formasyonu olarak raporlandı. (Resim 2: Postoperatif İkinci Ay T1-Kontrastlı Kranyal MRG a: Aksial, b: Sagittal)

**Tartışma ve Sonuç:** Beyin apsesi ciddi, yaşamı tehdit eden bir enfeksiyondur. Mortalite hızı yapılan çalışmalarda en az %13 olarak bulunmuştur. Beyin apsesi etkeni olan patojenlerin dağılımı, kaynaklandığı primer enfeksiyon bölgesine göre değişkenlik gösterir. Beyin apsesi, sıklıkla kronik otitis media, mastoidit, sinüzit, dental enfeksiyonlar sonucu komşuluk yoluyla meydana gelirken, kan yoluyla yayılım veya kafa cerrahisi/kafa travması sonrasında da görülebilmektedir. Bizim olgumuzda da frontal sinüs fraktürü sonrası apse gelişimi ortaya çıkmıştır. Etken olarak da en sık karşılaşılan etkenlerden Streptokokus Pnömonia üremiştir. Tedavi, cerrahi ve antibiyotik kombinasyonu ile sağlanmakta olup primer enfeksiyon odağının eradikasyonu hedeflenmelidir. Kapsül formasyonu oluşan apselerde antibiyotik apse içine geçişi asidik içerik nedeniyle güçleşmektedir. Bu nedenle kapsül formasyonu belirgin olan apselerin tedavisinde cerrahi girişim öncelik kazanmaktadır. Biz de olgumuzda cerrahi müdahale ile apse drenajı ve kapsül rezeksiyonu yaptık. Cerrahi olarak kapsülün tamamen çıkarılması antibiyoterapi sonrasında nüks riskini azaltmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Frontal sinüs fraktürü, intrakranyal apse

PS-092 [Nörovasküler Cerrahi]

## A CASE OF RUPTURED ANTERIOR COMMUNICATING ARTERY ANEURYSM IN POSTPARTUM STAGE MOTHER COEXISTING WITH SITUS INVERSUS TOTALIS

**Abdullah Mesut\*, Alptekin Taşçı**

Diyarbakır Gazi Yaşargil Training and Research Hospital, Neurosurgery

**Background and Aim:** We aim to present a case of ruptured anterior communicating artery in a postpartum staged mother with situs inversus totalis where we couldn't see similar in the literature

**Methods:** Our patient was 41 year old mother had a history of dextrocardia, iron deficiency anemia, herniated nucleus pulposus and preeclampsia during grossess one month before the cesarean section delivery that done one month before aneurysm rupturing.

**Results:** She was admitted to the emergency department with GCS of 12 conscious but confused and had nuchal stiffness without other neurological deficit. Arterial blood pressure of 180/100 mmHg, pulse rate 90 b/minute. In the abdominal ultrasonography while liver sited at the left upper quadrant of the abdomen spleen was at the right side these findings suggested situs inversus totalis. PA chest radiography showed dexrocardia and gastric bubble on the right side. Contrast enhanced Thorax CT shows the heart an mediastinal vasculer structures at right hemithorax (dextrocardia). Rigt hemithorax, pulmoner inferior lob subsegmental atelectasia lung is two lobed at the right and three lobed at the left sides. in the upper abdominal contrast enhanced CT liver at the left upper abdominal spleen at the upper quadrant of the abdomen with corpus gastricus at the right. Non enhanced axial. Brain CT shows that both hemispheric sulci compressed, supratentorial slices show interhemispheric fissure, bilateral sylvian fissure and perimesencephalic enhanced with hemorrhagic values with minimally hemorrhagic densities seen inside the right ventricle. All suggest spontaneous subarachnoid hemorrhage. Radiologically Fisher grade 2, Clinically the patient was in Grade 2-3 Hunt

and Hess, Grade 2 WFNS and gren in vasograde clasfications. Cranial MR angiography: Arterial fase show a 4mm diametered Anterior cerebral saccular aneurysm.Cranial CT angioraphy : Shows a 6 mm diametreted saccular.Anterior communicating artery aneurysm filling from left A1 with hypoplastic rigt A1 segment anterior cerebral artery. Electrocardiogram of patient showed inverted P wave through leads 1 and there was reverse of R wave progression from V1 to V6. normal sinusal rythm seen. Bedside echocardiography : EF 50 % no pericardiac effusion nor stenosis seen. Intracardiac spaces were normal. Dextrocardia markedly seen.Patient had been prepared to open surgery and carried out the 18th day of bleeding and 61st day after delivery by cesarean section via left wide pterional craniotomy and clipping the aneurysm without complication seen.

**Conclusions:** A case of situs inversus totalis of 41 year old primipara groses complicated with preeclampsia,delivery by cesarean section at the end of 8 th month of grosses without bleeding of anterior communicating artery aneursym diagnosed later 42 days after delivery with sequenced subarachnoid hemorrhage has been managed by surgical aneurysm clipping satisfactory without complication.

**Keywords:** Situs inversus totalis anterior communicating artery aneurysm dextrocardia

**Image:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201911421415.jpg>

PS-093 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## KUMADIN İLE İLİŞKİLİ SPİNAL İNTRADURAL HEMATOM OLGUSU

**Gardarshan Karımzade\*, Adem Doğan, Mehmet İlker Özer, Soner Yaşar, Şahin Kırmızıgöz, Nail Çağlar Temiz**

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Akut spinal hematomlar nöroşirürjinin acillerinden olup, etyolojisinde travma, antikoagülan tedavi, koagülopatiler, damarsal anomaliler, neoplaziler, epidural anestezi, spinal cerrahi girişimler, hipertansiyon gibi nedenler olabileceği gibi, kendiliğinden de gelişebilir. En sık görülen nedenler travmalar ve antikoagülan tedavilerdir. Daha çok torakolomber bölgede izlenirler. Burada derin ven trombozu profilaksisi nedeniyle kumadin kullanan bir hastada ortaya çıkan spinal hematomlu bir olgudan bahsetmek istedik.

**Yöntem:** 70 yaşında bayan hasta, üç gün önce aniden ortaya çıkan şiddetli boyun ve sırt ağrısı ve ayaklarda karıncalanma şikayeti ile acil servise getirilmiş. Nörolojik muayene normalmiş. Derin ven trombozu öyküsü olan hasta kumadin kullanmaktaymış. Bakılan INR değeri 6.5 olarak saptandı. Yapılan tüm spinal Manyetik Rezonans Görüntülemeye (MRG) spinal kanal içerisinde T1 den T7 seviyesine kadara uzanan ve spinal korda bası uygulayan lezyon saptandı. (Resim 1. Preoperatif Torakal T2-Sagittal MRG, Resim 2. Preoperatif Torakal T2-Aksial MRG) Ön tanı hematomdu. Hastaya cerrahi önerildi. Hasta cerrahi kabul etmedi. Yaklaşık 18 saat sonra hasta alt ekstremitede güç kaybıyla tekrar başvurdu. Yapılan muayenede alt ekstremitte paraplejiydi. Bilateral babinski ve klonus pozitif. Derin tendon refleksleri hiperaktif.

**Bulgular:** Hasta opere edildi. Spinal kanalda intradural extramedüller yerleşimli kan ürünleri ile uyumlu lezyon görüldü ve temizlendi. Postoperatif erken dönemde paraplejide düzelme olmadı. Hastaya

yirmi dört saate tamamlayacak şekilde metil prednizolon (5.4 mg/kg/saat) infüzyonu yapıldı. Yara iyileşmesini mütakiben hasta fizik tedaviye nakledildi. Patoloji sonucu hematoma ile uyumlu yoğun kan kitleleri olarak raporlandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Spinal hematomlar hızlı ve etkin müdahale edilmesi gereken patolojilerdir. Travma, omuriliğin ve vertebraların cerrahi girişimleri, antikoagülan tedaviler, koagülopatiler, vasküler anomaliler, neoplaziler, epidural anestezi, hipertansiyon, venöz basıncın yükseldiği şiddetli valsava benzeri manevralar veya venöz sistemin genişlemiş olduğu eklampsi ve pre-eklampsi gibi durumlarda spinal hematom geliştiği bildirilmiştir. Spinal hematomlarda oluşan hematoma omurilik bası semptomlarına, alt ekstremitede güçsüzlük, lokalizasyonuna göre parapleji veya kuadriplejiye sebep olabilirler. Spinal hematomlar nadirliğine karşın, ağır motor kayıp ve kalıcı nörolojik hasarlardan kaçınmak için acil müdahaleyi gerektirdiklerinden önem taşırlar. Bizim de olgumuzda hasta nörolojik defisiti yokken cerrahi kabul etmediği için nörolojik defisit erken dönemde ortaya çıktı. Yapılan cerrahiye rağmen postoperatif erken dönemde alt ekstremitte motor fonksiyonlarında düzelme olmadı.

**Anahtar Sözcükler:** İntradural hematoma, kumadin kullanımı

PS-094 [Pediatrik Nöroşirürji]

## SPİNAL NÖROBLASTOMLU BİR ÇOCUK HASTA OLGUSU

**Adem Doğan\*, Şahin Kırmızıgöz, Mehmet Can Ezgü, Soner Yaşar, Ahmet Murat Kutlay, Cahit Kural, Yusuf İzci**

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Nöroblastoma çocukluk çağının en sık ekstrakranial solid tümörüdür. Bu tümör beş yaş altındaki çocuklarda görülür, iki yaş altındakilerde yaygındır. Nöroblastoma, boyundan pelvise kadar herhangi bir seviyedeki paravertebral sempatik ganglionlardan veya adrenal medulladan köken alır. İntraspinal yayılımı nadirdir. Burada torakal seviyede spinal kanala yayılım gösteren nöroblastoma olgusundan bahsetmek istedik.

**Yöntem:** 3 yaşında bir kız hasta onbeş gün önce başlayan yürüme bozukluğu şikayeti ile hastaneye getirildi. Nörolojik muayenesinde alt ekstremitte bilateral 2/5 kuvvetindeydi. Bilateral babinski pozitif. Batın ve tüm spinal görüntülemeye sol böbrekte ve spinal kanalda bir kitle saptandı. Torakolomber manyetik rezonans görüntülemeye (MRG) spinal korda komprese eden, T7-9 vertebra seviyesinde spinal kanala uzanım gösteren lezyon saptandı. (Resim 1. Preoperatif T2-Sagittal MRG, Resim 2. Preoperatif T1-Aksial MRG). Ön tanı nöroblastoma olarak düşünüldü.

**Bulgular:** Hasta intraoperatif nöromonitorizasyon eşliğinde opere edildi. Intraoperatif frozen incelemede küçük yuvarlak hücreler saptandı. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi. Hasta postoperatif dönemde renal kitlenin değerlendirilmesi açısından çocuk cerrahisine yönlendirildi. (Resim 3. Postoperatif beşinci ayda T2-Sagittal MRG)

**Tartışma ve Sonuç:** Spinal yayılımı olan nöroblastoma olgularında tedavide prognostik faktörler önemli rol oynar. Buna göre; Tam cerrahi rezeksiyon düşük evre (evre 1-2) ve iyi histolojisi olan evre 4S'li hastalarda yapılabilir. Gerekirse, intraspinal prolapsusu veya vertebral invazyonu olan hastalarda laminektomi yapılabilir. Kemoterapi ve cerrahi evre 3-4

malign vakalarda ve kötü histolojisi olan evre 4S'li hastalarda birlikte uygulanabilir. Cerrahi sonrası ek nörolojik defisit, dura defekti, BOS fistülü ve menenjit ortaya çıkabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Spinal kitle, nöroblastom

PS-095 [Nöroonkolojik Cerrahi]

## ERİŞKİN BİR HASTADA SAĞ PARYETAL YERLEŞİMLİ ATİPİK MENENJİOM OLGUSU

**Mehmet Ozan Durmaz\*, Adem Doğan, Mehmet İlker Özer, Sait Kayhan, Alparslan Kırık, Mehmet Kadri Daneyemez**

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Menenjiomlar, araknoid meningotelyal hücrelerden köken alırlar. Menenjiomlar tüm santral sinir sistemi tümörlerinin neredeyse üçte birini oluştururlar. Atipik menenjiomlar ise tüm menenjiomların %4-8'ini oluşturur. Genç hastalarda görülürler. Tipik menenjiomların aksine erkeklerde görülme ihtimali daha fazladır. Burada patolojik tanısı atipik menenjiom olarak raporlanan 71 yaşında erkek hastadan bahsetmek istedik.

**Yöntem:** Yaklaşık bir ay önce sol vücut yarımında uyuşma şikayeti ortaya çıkan 71 yaşında erkek hasta polikliniğimize başvurdu. Nörolojik muayenesi normaldi. Ek hastalığı yoktu. Yapılan kontrastlı kranyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sağ paryetalden vertekse uzanan 73x34 mm lik, santrali kistik-nekrotik, atipik menenjiomla uyumlu lezyon saptandı. (Resim 1. Preoperatif Kontrastlı Kranyal T1-Sagittal MRG, Resim 2. Preoperatif Kontrastlı Kranyal T1-Aksial MRG)

**Bulgular:** Hasta opere edildi. Lezyon dura mater ile birlikte gross total eksize edildi. (Resim 3. Postoperatif Kranyal Sagittal Tomografi) Postoperatif dönemde sağda Fasyal Paralizi ortaya çıktı ve sol üst ve alt extremité 2/5 parezikti. Hastaya antiödem tedavi (deksametazon 16 mg/gün) ve yatağında fizik tedavi başlandı. Bir haftalık sürenin sonunda hastanın fasyal paralizi önemli ölçüde azaldı ve soldaki parezik durum 1/5 seviyesine geriledi. Hasta bu haliyle taburcu edildi. Patoloji sonucu Grade II Atipik Menenjioma olarak raporlandı. Ameliyat sonrası radyoterapi uygulandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Atipik menenjiomların çoğu kalvaryumdan köken alır. Atipik menenjiomlarda yüksek mitotik aktivitenin yanı sıra, yüksek selülarite, büyük çekirdek, patensiz büyüme ve nekroz odaklarından üç veya daha fazlası bulunur. Tipik menenjiomlarla karşılaştırıldığında daha yüksek rekürrens riskine sahiptirler ve sağ kalım daha azdır. Atipik menenjiomlarda beyin invazyonu siktir ancak tipik menenjiomlarda görülen beyin omurilik sıvısı-vasküler yarıklar bunlarda görülmez. Ayırıcı tanıda tipik menenjiomlar, dural metastazlar, malign menenjiom akla gelebilir. Yaşlı hastalarda gliosarkom, genç hastalarda Ewing sarkomu özellikle karşımıza çıkabilir. Tedavi öncelikli olarak cerrahidir. Biz de olgumuzda cerrahi tedavi ile mevcut kitleyi, köken aldığı dura mater ile birlikte eksize ettik. Büyük lezyonlarda endovasküler yöntemle yapılan tümör embolizasyonu gerek cerrahiye hazırlık açısından, gerekse tümör vaskülarizasyonunu bozarak tümörü nekroza uğratmak amacı ile uygulanabilecek bir yardımcı yöntemdir. Cerrahi sonrası uygulanan radyoterapi tümörsüz sağ kalımı uzatmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Atipik menenjiom

PS-096 [Nörotravma ve Yoğun Bakım]

## TRAVMA SONRASI GELİŞEN SUPRATENTORİAL + INFRATENTORİAL EPIDURAL HEMATOM OLGUSU

**Mehmet Ozan Durmaz\*, Mehmet Can Ezgü, Ali Kaplan, Cahit Kural, Sait Kayhan**

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Posterior fossa epidural hematomu, kafa travmalarının nadir fakat ciddi bir komplikasyonudur. Cerrahi tedavi gerektiren olgulara erken müdahale, morbidite ve mortaliteyi azaltır. Oksipital travmalarda supratentorial ve infratentorial epidural hematoma eş zamanlı görülmesi nadir bir durumdur. Travma sonrası supra ve infratentorial hematoma eş zamanlı görüldüğü olgumuzu sunacağız.

**Yöntem:** 12 yaşında, epilepsi tanısı olan erkek hasta, epilepsi sonrası oksipital kafa travması geçirmiş ve tarafımıza başvurmuş. Nörolojik muayenesinde gks:11 olarak saptanan hastaya acil beyin bt çekildi

**Bulgular:** Hastanın beyin bt'sinde oksiputtan foramen magna uzanan vertikal fraktür ve epidural bölgede hem supratentorial hem de infratentorial epidural hematoma saptandı ve acil olarak oksipital kraniotomi ile epidural hematoma boşaltılması ameliyatı yapıldı. Postoperatif dönemde nörolojik muayenesi normal olan hasta komplikasyonsuz şekilde taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Bilgisayarlı tomografinin yaygınlaşmasına bağlı olarak son yıllarda posterior fossa epidural hematoma insidansında artış izlenmektedir. En sık akut formudur. Başağrısı ve bulantı-kusma en sık semptomlarıdır. Ayrıca oksipital fraktür sıklıkla görülen, çok önemli bir bulgudur. Oksipital fraktüre bağlı tentoriumun her iki tarafında epidural hematoma görülmesi literatürde nadir tanımlanmıştır ve endikasyon olması durumunda yapılan cerrahi tedavi morbidite ve mortaliteyi belirgin azaltmaktadır

**Anahtar Sözcükler:** Posterior fossa, epidural hematoma

PS-097 [Nöroonkolojik Cerrahi]

## GENÇ BİR HASTADA KRANYUM VE VERTEBRA METASTAZI

**Soner Yaşar\*, Adem Doğan, Mehmet İlker Özer, Gardarshan Karımzade, Alparslan Kırık, Ahmet Murat Kutlay**

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Osteosarkom malign seyreden primer kemik tümörüdür. Osteosarkomlar erişkinlerde görülen kemik tümörlerinin %28'ini çocuklarda %56'sını oluşturur. Osteosarkoma metastazları en çok akciğer, böbrek ve kemikte görülürken ciltte nadiren görülür. Osteosarkomun kranyal kemik ve spinal vertebra tutulumu nadirdir. Olgumuzda nadir görülen hem kalvaryum ve kranyal hem de spinal bölgede lomber vertebra korpusu ve epidural bölgeyi tutan osteosarkoma metastazından bahsetmek istedik.

**Yöntem:** 21 yaşında erkek hasta 2 ay önce saçlı deride ortaya çıkan ve hızla büyüyen şişlik ile başvurdu. Hastanın yaklaşık bir yıl önce sol femurda kitle saptanmış ve opere edilmiş. Patolojik tanı osteosarkoma

olarak raporlanmış. Sağ paryetal bölgede cilt altında sert kıvamda immobil kitle saptandı. Yapılan Kranyal kontrastlı bilgisayarlı tomografide (CT), Sağ parietal kemiğin verteks düzeyinde subgaleal yerleşimli 18x41x36 (KKxAPxML) mm boyutlu kitle lezyonu saptandı. (Resim 1a-b) Hasta opere edildi. Lezyon gross total eksize edildi. Patoloji sonucu osteosarkom metastazı olarak raporlandı. Yaklaşık 2 ay sonra hasta eski operasyon bölgesinde hızla büyüyen benzer şişlik ile başvurdu. Diğer muayene bulguları normaldi. Kranyal MRG'de intrakranyal komponenti 4.4x2 cm, subperiostal komponenti 1.2x4 cm olan, kontrast tutan nüks ile uyumlu lezyon saptandı. (Resim 2) Hasta tekrar opere edildi. Kranyektomi yapıldı. Kemik patolojiye gönderildi. Epidural alanda dura matere yapışık tümör dokusu rezeke edildi. İmplant ile kranyoplasti yapıldı. (Resim 3) Hasta yaklaşık bir yıl sonra sağda düşük ayak ile başvurdu. Hastanın şikayeti bir hafta önce başlamış. Yapılan fizik muayenede sağ ayak bileği ve parmakları dorsifleksiyonunda total motor defisit saptandı. Kontrastlı Lomber MRI'de L4 korpus arkasında subligamentöz ve anterior epidural mesafede L4 den S1 korpus arka komşuluğuna uzanan, T2 de belirgin hiperintens kistik lezyon saptandı. (Resim 4a-b)

**Bulgular:** Hastaya dekompresyon ve L2-S1 seviyesinde posterior stabilizasyon yapıldı. Erken postop dönemde sağ ayak bileği ve parmakları dorsifleksiyonunda kas gücünün 2/5 olarak değerlendirildi. Hasta postoperatif dönemde radyoterapiye gönderildi. (Resim 5a-b)

**Tartışma ve Sonuç:** Kalvaryuma en sık yetişkinde akciğer, meme, prostat, tiroid, renal hücreli karsinom, malign melanom, nadiren de osteosarkom ve çocuklarda nöroblastomun hematogen yolla metastazı olur. Kalvaryal metastaz kanserin ileri evresinde izlenir ve çoğunlukla asemptomatikdir. Osteosarkomun kranyum ve spinal vertebra metastazları nadirdir. Hastalığın geç evrelerinde ortaya çıkarlar. Etkili cerrahi tedavi ve kemoterapi yaklaşımları ile hastalığın survisini uzatmak mümkündür. Spinal tutulumlarda ise erken cerrahi yaklaşım morbiditeyi büyük oranda azaltmaktadır. Biz de olgumuzda düşük ayak şikayeti ile başvurduğu zaman erken dönem olması avantajını da kullanarak dekompresyon ve enstrümantasyon yaptık.

**Anahtar Sözcükler:** Osteosarkom, Vertebra metastazı, Kranyum metastazı

PS-098 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### SPLIT KORD MALFORMASYONU VE LUMBOSAKRAL EKSTRADURAL KİSTİK LEZYON (TARLOV KİSTİ) BİRLİKTELİĞİ

**Ali Kaplan\*, Mehmet Can Ezgü, Adem Doğan, Soner Yaşar, Cahit Kural, Yusuf İzci**

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi*

**Giriş ve Amaç:** Split kord malformasyonları, kapalı spinal disrafizm patolojileri içerisinde yer alan, ve omuriliğin vertikal düzlemde, kemik veya fibröz septum varlığı nedeniyle, ikiye ayrılmasıyla prezente olan konjenital malformasyonlardandır. Genellikle çocuk yaşta, yürüme bozukluğu, ekstremité gelişme geriliği veya idrar/gaita inkontinansına neden olurlar ancak erişkin yaşlarda da, daha çok bel ağrısı ile ortaya çıkabilirler. Tarlov kistleri ile birlikteliği çok nadir gözükmektedir. Bu bildirimizde, split kort malformasyonu ve tarlov kisti birlikteliği olan hastamızı sunuyoruz.

**Yöntem:** 11 aylık erkek hasta, sol bacakta güçsüzlük yakınması ile başvurdu. Yenidoğan döneminde meningomyelosele nedeniyle cerrahi öyküsü olan hastanın aynı zamanda sakral bölgede kıllanma artışı da mevcuttu. Kuvvet kaybının zamanla ilerleyen hastaya lomber bt, lomber mrg tetkikleri yapıldı.

**Bulgular:** Sol alt ekstremitesini sakınarak emekleyen ve sol bacakta kuvvet kaybı saptanan hastanın lomber bt ve mrg tetkikerinde L2-3 düzeyinde omuriliği ikiye bölen kemik septum, düşük yerleşimli konus ve lumbosakral ekstradural kistik lezyon saptandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Hasta intraoperatif nöromonitorizasyon eşliğinde opere edildi. L2-3 düzeyindeki kemik septum eksize edildi, filum terminale serbestleştirildi ve tarlov kistinin duvarları parsiyel olarak eksize edildi. Postoperatif dönemde hastanın kuvvet kaybı tama yakın düzeldi. Split kord malformasyonları, cerrahi tedavi gerektiren konjenital patolojilerdendir ve diğer konjenital malformasyonlarla birlikte olabileceği unutulmamalıdır. Görüntüleme ve elektrofizyolojik yöntemlerle ek patolojiler araştırılmalı ve uygun tedavi uygulanmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Split kord malformasyonu, tarlov kisti'

PS-099 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### SOL FRONTAL MENİNGEAL MELANOSİTOMA OLGUSUNA YAKLAŞIM

**Adem Doğan\*, Mehmet İlker Özer, Mehmet Ozan Durmaz, Alparslan Kırık, Ahmet Murat Kutlay**

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Santral sinir sisteminin primer melanositik tümörleri, leptomeningeal melanositlerden köken alan nadir nöral krest neoplazmlarıdır. Fokal nodüler ya da diffüz leptomeningeal infiltrasyon gösteren kitle olarak görülebilirler. 2007 Dünya Sağlık Örgütü Klasifikasyonuna göre bu tümörlerin dört çeşiti vardır. Bunlar Diffüz Leptomeningeal Melanozis, Meningeal Melanomatosis, Meningeal Melanositoma ve Primer Santral Sinir Sistemi Melanositomasıdır. Meningeal melanositomalar tüm primer beyin neoplazilerinin %0.06-0.1 ini oluştururlar. Burada dura invazyonu yapmış melanositomali bir hastadan bahsetmek istedik.

**Yöntem:** 49 yaşında bir bayan hasta bir hafta önce başlayan baş ağrısı ve nöbet şikayeti ile başvurdu. Nörolojik muayenesinde patoloji saptanmadı. Yapılan kontrastlı kranyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sol frontal bölgede duraya invaze kitle saptandı. (Resim 1. Preoperatif Kontrastlı Kranyal T1-Sagittal MRG, Resim 2. Preoperatif Kontrastlı Kranyal T1-Aksial MRG) Ön tanı menenjiom olarak değerlendirildi

**Bulgular:** Hasta opere edildi. Dura matere invaze 3x3 cm lik kitle çıkartıldı. (Resim 3. Postoperatif Kranyal Sagittal Tomografi) Gri-kahverengi kitlenin histopatolojik incelemesinde melanin pigmenti üreten atipik hücreler görüldü. Mikroskopta, 10 büyük büyütme alanında 24 mitoz gözlemlendi. Neoplastik hücreler S-100, MITF, HMB-45, MART-1 ile işaretlendi ve EMA, NSE, GFAP antikorları ile boyanmadı. Sistemik olarak araştırılan hastada başka bir odak bulunamadı, patolojik tanı primer meningeal melanom olarak rapor edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Meningeal melanositomalar komşu beyne invazyon göstermeyen, soliter, koyu pigmentli, düşük gradeli tümörlerdir. Nadiren



malign transformasyon gösterirler. Orta derece diferansiyasyonlu melanositik tümörlerde prognoz değişkendir, melanomda kötüdür. Beynin primer melanositik lezyonlarının başlıca ayırıcı tanısında metastatik malign melanom vardır. Malign transformasyon gösterebileceğinden, tanı konulmalı, erken tedavi edilmeli ve melanomlardan ayırt edilmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Meningeal melanom, kranyal tutulum

PS-100 [Pediatrik Nöroşirürji]

## 6 YAŞINDA ÇOCUK HASTA; LOMBER BÖLGEDE LİPOM+EPİDERMOİD KİST BİRLİKTELİĞİ

**Adem Doğan\*, Mehmet Can Ezgü, Cahit Kural, Soner Yaşar, Yusuf İzci**

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Çocuklarda intraspinal epidermoid tümörlerin büyük çoğunluğu intradural ve ekstramedüller yerleşimlidir. Spinal kord lipomlarının çoğu spinal disrafizm ile birlikte. Spinal epidermoid kistler ise genellikle dermal sinüsler ile ilişkilidir. Olgumuzda pinal intradural lipom ve epidermoid kist birlikteliğinden bahsetmek istedik.

**Yöntem:** 6 yaşında kız hasta üç aydır bacaklarda güçsüzlük ve yürüme zorluğu şikayetleri ile çocuk hastalıkları polikliniğine annesi tarafından götürülmüş. Öyküsünden iki yaşında iken gergin omurilik sendromu nedeniyle opere olduğu öğrenilen hasta tarafımıza yönlendirilmiş. Nörolojik muayenesinde sol bacak fleksion ve ekstansiyonu 1-2/5 kuvvetindeydi. Diğer muayene bulguları normaldi. Çekilen Lomber Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) L1 vertebra düzeyinden başlayıp L4 vertebraya kadar devam eden spinal 6x2.3x1.8 cm boyutlarında intradural lipom olduğu düşünülen kitle saptanmıştır. (Resim 1: Preoperatif Lomber MRG a: Sagittal, b-c: Aksial) Hastanın ayrıca kranyal, servikal ve torakal görüntüleri alındı. Ek lezyon saptanmadı.

**Bulgular:** Hasta İntraoperatif Nöromonitorizasyon (IONM) eşliğinde opere edildi. Lomber bölgede lezyon seviyesinde açıldığında lipom olarak değerlendirilen lezyonun hem intradural hem de extradural komponenti olduğu görüldü. Lezyon eksize edildi. Ayrıca alt seviyede intradural-extramedüller yerleşimli, içerisinde kıl partikülleri bulunan, beyaz renkli başka bir lezyon görüldü ve totale yakın eksize edildi. İONM ile motor uyarılmış potansiyel (MEP) yanıtlarının ameliyat başlangıcına göre daha iyi olduğu değerlendirildi. (Resim 2: Postoperatif Lomber MRG a: Sagittal, b: Aksial) Postoperatif dönemde mevcut defisit dışında ek nörolojik defisit gelişmedi. Patoloji sonucu Lipom + Epidermoid kist olarak sonuçlandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Spinal kordun gerçek intramedüller epidermoid tümörleri ve gerçek intramedüller lipomları çok nadir lezyonlardır. Çocuklarda intradural spinal tümörlerin %55'ini intramedüller tümörler oluştururken, %45'ini intradural ekstramedüller tümörler oluşturur. İntramedüller lipomlar genellikle torakal bölgede bulunmakla beraber servikal ve lomber bölgeye uzanıp geniş bir segmenti tutabilirler. Bu lezyonlar izole intramedüller değildirler. Olgumuzda da lipom hem intradural hem de extradural komponente sahipti. Spinal epidermoid tümörlerin %25'i dermal sinüslerle bağlantılıdır. Kist rüptüre olup kimyasal menenjitte veya obliteratif araknoidite neden olabilir. Gergin omurilik sendromu hem epidermoid kist hem de lipomlarla birlikte görülebilir.

Spinal lipom ve epidermoid kistlerde cerrahinin amacı omuriliğin dekompresyonudur. Olgumuzda da cerrahi tedavi ile dekompresyon sağlanmış ve hastanın motor defisitlerinin ilerlemesi engellenmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Lomber lipom, epidermoid kist

PS-101 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## SIRT AĞRISI İLE BAŞVURAN SPİNAL KİTLELİ HASTAYA YAKLAŞIM

**Adem Doğan\*, Mehmet Can Ezgü, Mehmet Ozan Durmaz, Gardarshan Karırmzade, Nail Çağlar Temiz**

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Spinal kitleler nadir görülen tümöral lezyonlardır. Bununla birlikte bu lezyonlar ekstremitte disfonksiyonu, idrar-gaita inkontinansı gibi belirgin morbidite nedeni olup bunlarla ilişkili olarak mortalitelere de neden olmaktadır. İntradural spinal kitlelerin büyük bir bölümünü ekstramedüller yerleşimli meningiomlar, sinir kılıfı tümörleri ve metastazlar oluşturur. İntramedüller tümörler ise tüm spinal tümörlerin %10'unu oluştururlar ve daha çok servikal bölgede yerleşirler. Astrositom ve ependimomlar intramedüller tümörlerin büyük bir bölümünü oluştururken ependimomların görülme oranı asositomların iki katıdır. Burada ependimom olarak saptanan servikotorakal kitleli bir hastadan bahsetmek istedik.

**Yöntem:** 56 yaşında erken hasta dört ay önce başlayan, giderek artan bacaklarda güç kaybı ve yürüme bozukluğu ile tarafımıza başvurdu. Nörolojik muayenesinde sol alt ekstremitte 3/5 parezikti. Ayrıca bilateral babinski ve klonus pozitif. Derin tendon refleksleri hiperaktif. Yapılan tüm spinal manyetik rezonans görüntüleme (MRG), C7-T5 vertebra seviyeleri arasında periferik ve kısmen santrali kontrastlanan, 76x11 mm boyutlarında lezyon saptandı. (Resim 1. Preoperatif Torakal T1-Sagittal MRG, Resim 2. Preoperatif Torakal T1-Aksial MRG, Resim 3. Preoperatif Kontrastlı Servikal T1-Sagittal MRG) Ön tanı olarak ependimom, astrositom düşünülmüştür.

**Bulgular:** Hasta opere edilerek intradural intramedüller tümör subtotal eksize edildi. Postoperatif dönemde ek nörolojik defisit gelişmedi. Yara yeri iyileşmesine müteakiben hasta taburcu edildi. Patoloji sonucu grade 3 anaplastik ependimoma olarak raporlandı. Radyoterapi planlanan hasta pulmoner emboli sonucu kaybedildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Spinal ependimomlar en sık 4. ve 5. dekatlarda görülüp, ortalama 35 yaşında ortaya çıkarlar. Erişkinlerde en sık karşılaşılan intramedüller kitlelerdir. Erkeklerde kadınlara oranla daha siktir. Bu tümörler spinal kanal içinde uzanan ependim hücrelerinden kaynaklandığından, simetrik spinal kord genişlemesi tipik görünümdür. İntramedüller ependimomlar yavaş büyüyen kitlelerdir. Komşu spinal kord bölgesine infiltrasyondan çok baskı yaparlar. Ağrı, yürüme ve sfinkter bozuklukları en önemli şikayetlerdir. Genelde tümör ile nöral doku arasında klivaj planı izlenmektedir. Hastanın ameliyattan önceki nörolojik tablosu, sonucu etkileyen en önemli faktördür. Ependimomlarda ameliyattan sonra radyasyon tedavisi nüks eden olgulara ve malign özellik gösteren ependimom tiplerine uygulanır.

**Anahtar Sözcükler:** Spinal kitle, anaplastik ependimom

PS-102 [Nörovasküler Cerrahi]

**LENTİKÜLOSTRIAT ARTER PSÖDOANEVRİZMASI OLAN HASTAYA YAKLAŞIM****Gardarshan Karımzade\*, Mehmet İlker Özer, Sait Kayhan, Soner Yaşar, Mehmet Ozan Durmaz, Alparslan Kırık***Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Lentikülostriat arter kaynaklı anevrizmalar nadir görülmektedir. Seyiri ve yaklaşımlar konusunda net sınıflandırılma yapılmamış olmasının yanında yerleşim yeri nedeniyle endovasküler ve cerrahi tedavisi zordur. Tanı için ileri radyolojik araştırma gereklidir. Vasküler anomalilerin (moyamoya,arteriyovenöz malformasyon, MCA oklüzyon) eşlik etme oranı yüksektir.

**Yöntem:** Ani gelişen baş ağrısı, vücut sağ yarısında güçsüzlük, afazi yakınmasıyla 22 yaşında erkek hasta tarafımıza başvurdu. Bilgisayarlı tomografi tetkiğinde solda bazal ganglionlar seviyesinde akut hematoma bulguları saptandı. BT anjiyografisi yapıldı ve anevrizma yönünden normal olarak raporlandı. Genç hastada hemorajiye neden olabilecek sistemik patolojiler ekarte edildi. Serebral DSA yapıldı, sol MCA M1 segmentinden köken alan ince bir lentikülostriat dalın distalinde yaklaşık 2 mm boyutunda psödoanevrizma saptandı

**Bulgular:** Nörolojik muayenede GKS:11 (M:6, G:3, V:2), uykuya meyilli, sağ fasyal paralizi, sağ üst 1/5, sağ alt 3/5 hemiparezik olarak değerlendirildi. Laboratuvar değerleri normal, kanama diatezi bozulmamış, ailesel vasküler patoloji öyküsü yoktu. Hastada diabetes ve hipertansiyon öyküsü yoktu. Kontrastlı beyin MR çekildi ve solda bazal ganglionlar civarında hematoma izlendi, postkontrast serilerde patolojik kontrast tutulumu izlenmedi. (Resim 1: IV kontrastlı kranyal T1 axial MRG, Resim 2: Kontrastsız axial Beyin BT, Resim3: IV kontrastlı axial beyin boyun anjiyografisi.)

**Tartışma ve Sonuç:** Lentikülostriat arter anevrizması nadir görülen ve tedavisi şekili net sınıflandırılmayan bir patolojidir. Literatürde 2 ay-80 yaş aralığında çeşitli popülasyonda aşikarlandığına dair bilgiler mevcut. Diğer vasküler anomalilerin eşlik etmesi hemodinamik değişikliklerle ilişkili olabileceğini düşündürüyor. Lentikülostriat arterlerde dissekan ve psödoanevrizmaların nispeten daha sık olması hemodinamik stresi kaynaklı olma ihtimalini desteklemektedir. Cerrahi, endovasküler ve konservatif tedavi yöntemleri mevcut. Lezyonun fragil natürde ve boyutlarının çok küçük olması cerrahi zorlaştıran nedenlerdendir. Cerrahi tedavinin diğer zorlu da lezyon lokalizasyonunun intraoperatif zor saptanmasıdır. Bütün bunlara rağmen hematoma çıkarılmasıyla bası etkisinin ortadan kalkması ve anevrizmanın kaynaklandığı ana daldan anevrizma boynundan intraoperatif kliplenmesi cerrahinin avantajlarından. Lezyonun kaybolmaması ve boyutunun artması cerrahi veya endovasküler tedavi endikasyonudur. Konservatif yaklaşım vakalarda zamanla lezyonun kaybolduğuna dair bilgiler mevcuttur. Hastamıza endovasküler veya transkranyal girişim uygulanmadı. Takipleri sırasında lezyon boyutunda artış görülmedi. Hastanın fasyal paralizi belirgin geriledi, fizik tedaviyle birlikte hemiparezisinde de gerileme olan hasta taburcu edildi.

**Anahtar Sözcükler:** Anevrizma, lentikülostriat arter

PS-103 [Nörovasküler Cerrahi]

**TERSON SYNDROME PRESENTING WITH SPONTANEOUS SUBARACNOID HEMORRHAGE DUE TO RUPTURE OF MCA ANEURYSM****Abdullah Mesut\*<sup>1</sup>, Alptekin Taşcı<sup>2</sup>**<sup>1</sup>*Diyarbakır Training and Research Hospital, Department of Neurosurgery*<sup>2</sup>*Diyarbakır Gazi Yaşargil Training and Research Hospital, Department of Neurosurgery*

**Background and Aim:** We aim to present a case of spontaneous subarachnoid hemorrhage due to rupture of Middle Cerebral Artery aneurysm complicated with vitreal hemorrhage presenting Terson Syndrome.

**Methods:** 53 year old male. Brought to emergency department with sudden severe headache and alteration of consciousness with GCS of 8. In his medical history he had no disturbance of other systems but smoker for long time. During follow and treatment of patient in neurosurgical intensive care unit he became worse because of intensive bronchial secretion, was intubated endotracheally and followed in mechanical ventilator with sodium thiopental infusion, 5 days later patient had rebleeding seen in with cranial CT as right temporal sylvian fissure and intraparenchymal hemorrhage. Because of long term sedation correspondingly pneumonia treatment was done and at the 39th day of bleeding patient awakened with bilateral vision loss full blindness. That evaluated by the ophthalmologist as Terson Syndrome due to vitreal hemorrhage and suspected retinal detachment sequentially to raised intracranial pressure due to hemorrhage. Because of pneumonia in the 55 th day of subarachnoid hemorrhage Patient had been intervened aneurysm clipping through right frontotemporal craniotomy. postoperative period was uneventful. Patient had underwent vitreal surgery in other center with excellent results.

**Results:** In the radiological investigations. In the early cranial CT Fisher grade II subarachnoid hemorrhage. Hunt&Hess grade II-III. WFNS grade IV Claassen CT rating scale: grade III vasograde: yellow. Cranial CT angiography demonstrated 13x13 mm diametered MCA bifurcation aneurysm with short M1 relatively to left M1. Hypertensive with intensive bronchial secretion. 5 day later he had a rebleeding confirmed by cranial CT which demonstrate right sylvian and temporal frontal 3cm diametered intraparenchymal hematoma. long term mechanical ventilator assisting became mandatory because of the given sedatives effects. B SCAN US of the eyeballs suggested bilateral vitreal hemorrhage with retinal retracting band.

**Conclusions:** Terson syndrome the oculocerebral syndrome of retinal and vitreous hemorrhage associated with spontaneous subarachnoid hemorrhage or all forms of intracranial bleeding consequently occurs with acute raised intracranial pressure. comparing with cases on the light of the literature we conclude the importance of early ophthalmic evaluation and follow up with drawing the attention to this complication to be kept in mind in subarachnoid hemorrhage cases by neurosurgeons who deal and interest with hemorrhagic cerebrovascular disease management.

**Keywords:** Terson syndrome, vitreal hemorrhage, middle cerebral artery aneurysm, subarachnoid hemorrhage, rebleeding

**Image:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019115211221.jpg>

PS-104 [Nörovasküler Cerrahi]

### TRAVMA SONRASI GEÇ DÖNEM GÖRME KAYBI İLE GELEN KAROTİKOKAVERNÖZ FİSTÜL : BİR VAKA SUNUMU VE LİTERATÜR DERLENMESİ

**Tolga Turan Dunder\*, Engin Can, Güven Gönen, Abdurrahim Tekin, Selçuk Yapar, Sadık Tokar**

*Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Karotikokavernöz fistül (KKF), karotis kaynaklı arteriyel sirkülasyonun(internal karotid arter,eksternal karotid arter veya her ikisinin) venöz kavernöz sinüs içinde abnormal bağlantılı hale gelmesidir. Etiyolojik olarak karotikokavernöz fistüller, konjenital, spontan veya edinsel olabilir. Konjenital KKF etyolojisi halen tam ortaya konulamamıştır. Vasküler yapıların konjenital hatalı gelişmesinin sorumlu olduğu düşünülmektedir. Biz bu çalışmamızda ani başlayan görme kaybı şikayeti ile acil servise gelen,yapılan tetkiklerde KKF tanısı alan vakamızı sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** 22 yaşında erkek hasta, ani gelişen sağ gözde görme kaybı nedeni ile acil servise başvurdu. Hastanın öyküsünde, bir ay önce araç dışı trafik kazası ve sonrasında devam eden başağrısı mevcuttu.Fizik muayenesinde sağ göz sklerasında hemoraji ve total görme kaybı mevcuttu. Oskültasyonda üfürüm mevcut değildi. Bilgisayarlı beyin tomografisinde sağ kavernöz sinüs üzerinde hiperdens alan mevcuttu. BT anjiyo, MR anjiyo ve MR venografi tetkikleri sonrasında aynı gün digital substrakte anjiyografi(DSA) ve endovasküler tedavi uygulandı. İşlem sonrası 3. gün skleral hemorajisi, birinci ayda ise görme kaybı düzeldi.

**Bulgular:** KKF' de pulsatil eksoftalmus en sık görülen semptomdur.. Proptozis görülebilir, orbitanın drenaj venlerindeki patolojiler sonucu ortaya çıkabilir. İlerleyici görme kaybı, kemosis subkonjonktival hemoraji ve diplopi gibi oküler semptomlar ön plandadır. Tanı ;klinik şüphenin ardından BT, MR renkli dopler ile konulabilir. Tanıda altın standart DSA dır.

**Tartışma ve Sonuç:** Karotikokavernöz fistüllerin doğal seyri spontan kapanmadan hızlı ilerleyen semptomlara kadar oldukça farklılık gösterir. Bu geniş farklılık da fistülün etiyojisine, anatomisine ve fistül içindeki akımın hızına bağlıdır. Spontan olarak kapanabildiği gibi, endovasküler oklüzyon veya nörovasküler cerrahi tedavi seçeneğidir. Radyocerrahi yalnız başına uygulayabildikleri gibi endovasküler tedavi öncesi veya sonrasında da uygulanmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Karotikokavernöz fistül, anevrizma, kafa travması, internal karotid arter

PS-105 [Pediatrik Nöroşirürji]

### ERKEN DÖNEM TAVUK EMBRİYO MODELİNDE FENİRAMİDOL'UN NÖRAL GELİŞİM ÜZERİNE ETKİSİ

**Onur Özgür\*<sup>1</sup>, Burak Bahadır<sup>1</sup>, Ihsan Doğan<sup>1</sup>, Ümit Eroğlu<sup>1</sup>, Serhat Aktan<sup>1</sup>, İrem Kar<sup>2</sup>, Gizem Çakıcı<sup>3</sup>, Eyyub S. M. Al-beyati<sup>1</sup>, Gökmen Kahiloğulları<sup>1</sup>, Agahan Ünlü<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, İbni Sina Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Biyoistatistik AD

<sup>3</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Feniramidol lumbalji ve miyalji gibi durumlarda kullanılan etkili ve iyi tolere edilebilen ancak gebelikteki etkileri bilinmeyen bir analjezik ajandır. Bu çalışmada erken dönem tavuk embriyosu modelinde Feniramidol'un nöral gelişim üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** 60 fertil, non-patojen, Super Nick cinsi yumurtalar 24 saatlik inkübasyon aşamasının ardından her birinde 15 yumurta olacak şekilde 4 gruba ayrılmıştır. Feniramidol sub-blastoderm'den uygulanarak yumurtalar yeniden 24 saat süresince inkübasyona tabi tutulmuştur. Tüm yumurtalar toplam 48 saatlik inkübasyonun ardından açılarak embriyolar nöral tüp defekti (NTD) morfolojik ve histopatolojik olarak değerlendirilmeye alınmıştır.

**Bulgular:** Grup 1'de (kontrol), NTD saptanmamış olup (0%), 1 (6.6%) gelişmemiş; Grup 2'de (düşük doz), 1 gelişmemiş (6.6%); Grup 3'de (normal doz), 2 (13.4%) NTD, 1 (6.6%) gelişmemiş, Grup 4'de (yüksek doz), 5 (33.3%) NTD ve 2 (13.3%) gelişmemiş embriyo saptanmıştır.

**Tartışma ve Sonuç:** Elde edilen bulgular ışığında Feniramidol'un yüksek dozlarda kullanımının orta hat kapanma defektlerine yola açabileceği görülmüştür. Bu çalışma tavuk embriyo modelinde Feniramidol'un etkilerinin araştırıldığı ilk çalışmadır.

**Anahtar Sözcükler:** Nöral tüp defekti, gelişme geriliği, kas gevşetici ilaç, gelişmemiş embriyo

PS-106 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### EKSTRAKRANİAL TUTULUMLU PRİMER DİFFÜZ BÜYÜK B HÜCRELİ LENFOMASI: OLGU SUNUMU

**Mehmet Emre Yıldırım\*, Mehmet Akif Bayar, Adem Kurtuluş, Yavuz Erdem, Haydar Çelik, Ayhan Tekiner, Güner Menekşe, Serdar Cengiz, Uğur Yaşitli, Koray Öztürk**

*S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Lenfomalar merkezi sinir sistemini primer veya sekonder olarak tutabilirler. Primer merkezi sinir sistemi lenfomaları ekstranodal non-Hodgkin lenfomaların nadir görülen bir formu olup intrakranial tümörlerin % 1 inden azını oluştururlar. Histolojik alt tipler arasında B hücreli lenfomalar en sık görülen histolojik alt tiptir. Dura ve leptomeningsler genellikle tutulur ve tanı histopatolojik olarak konulduktan sonra tedaviye kemoterapi ve radyoterapi eklenmelidir. Bilinen herhangi bir hastalığı olmayan, son 6 aydır iyice büyüyen baş ağrısı oluşturan ve estetik açıdan rahatsızlık veren sağ geri parietalde cilt altında sert kemik kitle için polikliniğimize BT ve MR'ları ile başvuran hasta sunulmuştur.

**Yöntem:** Olgu Sunumu

**Bulgular:** 58 yaşında, erkek, baş ağrısı ve estetik kaygılar ile başvuran hastanın nörolojik muayenesi normal olarak değerlendirildi. Radyolojik incelemelerinde; sağ parietalde 23x35x37 mm, T1AGlerde izointens, T2AGlerde hafif hiperintens heterojen yapıda, kalvaryumu erode ederek cilt altından intrakranial-ekstraaksiyel mesafeye uzanan kontrastlanan, diffüzyon kısıtlaması gösteren kitle lezyonu izlenmiştir. Ayrıcı tanıda metastatik kitle lezyonlarının ön planda olması sebebi ile hastanın preop kontrastlı toraks ve batin bilgisayarlı tomografileri görüldü. Sağ iliak kemikte osteolitik nodüler alan ve sağ 3.kostada ekspansiyona ve destrüksiyona sebep olan metastatik odak ile uyumlu olabilecek görünüm izlendi. İlimli beyaz küre ve akut faz reaktanları artışı olan hastanın

tümör markırlarının total PSA dışında normal sınırlarda olduğu görüldü. Hasta genel anestezi altında opere edildi. Kitle sert kısmı kemik sağlam kenarlardan kesilerek total çıkartıldı. Tümörün ekstradural daha yumuşak kıvamlı bölümünün dura dış yaprağına invaze olduğu görülüp dura dış yaprağı ile birlikte eksize edildi. Duraplasti ve kraniyoplasti yapılarak vakaya son verildi. İmmün histokimyasal çalışmalarda MUM-1 (+), Ki-67 proliferasyon indeksi %90 oranında belirlenmiş olup. CD79a, PAX5, CD3, CD20, CD10, Bcl6 negatif olan hastada histolojik bulgular Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma ile uyumlu geldi.

**Tartışma ve Sonuç:** Ekstrakranial yayımlı ve kemik destrüksiyonuna yol açan lenfoma olguları nadir görülürler. Patogenezi tam olarak anlaşılamamıştır. Ayırıcı tanıda metastatik lezyonlar, kemiğin primer tümörleri ve menigiomlar düşünülmelidir. Hastalığın tedavisinde standart bir tedavi protokolü tanımlanmamış olup, cerrahi rezeksiyon, sistemik kemoterapi ve adjuvan radyoterapiyi içerir. Erken tanı ve tedavi hastalığın seyri açısından çok önemlidir. Tedavide multidisipliner yaklaşım önemli olup; nöroşirürji, radyasyon onkolojisi ve hematoloji branşlarının korele bir şekilde çalışması önemlidir.

**Anahtar Sözcükler:** Diffüz B hücreli lenfoma, intra-ekstrakranial yayımlı kitleler

PS-107 [Pediatrik Nöroşirürji]

### PERKÜTAN YERLEŞTİRİLEN VENTRİKÜLO-ATRIYAL ŞANT OLGUSU

**Mehmet Akif Bayar\*, Haydar Çelik, Mehmet Emre Yıldırım, Adem Kurtuluş, Yavuz Erdem, Güner Menekşe, Uğur Yaşitli, Koray Öztürk, Serdar Cengiz, Ayhan Tekiner**

*S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Bu sunumda tekrarlayan şant revizyonu yapılan bir olguda, uygulanan alternatif yöntemler tartışılmış son yöntem olarak da perkütan ventrikülo-atriyal şant uygulaması ve sonuçlarının sunulması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Yenidoğan döneminden beri meningomyelose ve hidrosefali nedeni ile opere edilerek takipte olan paraplejik çocuk hastada tekrarlayan abdominal komplikasyonlara bağlı pek çok sefer gelişen şant disfonksiyonu ve revizyonu öyküsü mevcuttu. Daha önceki yatışlarında anterograd ve retrograd yönde denenen ventrikülo-sinüzoidal şant uygulamalarından geç dönemde beklenen sonuçların elde edilememesi üzerine hasta en son açık cerrahi ile yapılan boyun diseksiyonu ile uygulanan ventrikülo-atriyal şant ile taburcu edilebilmişti. Hidrosefali kliniği ile tekrar başvuran hastanın şantın atriyal ucunun tıkanmış olduğu görüldü. Hastaya tekrar atriyal şant planı. Bir önceki açık boyun diseksiyonu sonrası gelişebilecek olası komplikasyonlardan kaçınmak için bu sefer atriyal ucun perkütan yerleştirilmesi planlandı.

**Bulgular:** Genel anestezi altında sağ frazier noktasından ventriküle gönderilen kranial uçtan BOS gelişi görüldükten sonra uygun uzunlukta rezervuar yerleştirilip, şantın rezervuar sonrası kısmı cilt altından boyun bölgesine taşındı. Venöz kateter iğnesi ile internal juguler ven tıpkı santral venöz kateter açar gibi ponksiyone edildi. Kan gelişi görüldükten sonra santral kateter iğnesi içerisinden guide gönderilip iğne çekildi. Bu aşamada ciltte 1 cm'lik bir insizyon yapıp, guide üzerinden gönderilen dilatatörler ile cilt ve perivasküler dokular dilate edildi. Skopi kontrolü ile guide telin internal juguler ven içerisinden superior vena cavaya

ve atriyum girişine ulaştığı teyit edildi. Dışarıda kalan guide uzunluğu ölçülerek gönderilecek kateterin boyu belirlendi. Tıpkı santral venöz kateterin uç kısmı gibi perivasküler yumuşak dokuları guide üzerinden geçerek ilerleyebilecek daha sert malzemeden yapılmış, koni uçlu multiple çıkışlı atriyal uç guide üzerinden kaydırılarak atriyuma yerleştirildi. Atriyal uç serum fizolojik ile yıkandıktan sonra kranial uç ile konektör kullanılarak birleştirildi. Rezervuardan BOS geçişi izlenerek şant sisteminin çalışır durumda olduğu teyit edilip konektör ile bağlı uçlar önceden açılan 1 cm lik kesi kullanılarak cilt altına alındı. Hastanın takibinde hidrosefali gelişmediği gözlemlendi.

**Tartışma ve Sonuç:** Ventrikülo-atriyal şantın avantaj ve dezavantajları literatürde genişçe tartışılmış ve endokardit gibi ağır seyredebilecek komplikasyonları sebebi ile kullanımı ventriküloperitoneal şantın başarısız olduğu durumlarda son çare olarak önerilmiştir. Olgumuzda da olduğu gibi mecbur kalınan durumlarda ağır komplikasyonlardan kaçınılması için yöntemin minimal invaziv hale getirilmesi önemlidir.

**Anahtar Sözcükler:** Hidrosefali, komplikasyon, ventrikülo-sinüzoidal şant, ventrikülo-sisternal şant, perkütan ventrikülo-atriyal şant

PS-108 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### VERTEKSTE KALVARYAL KEMİK İNFİLTRASYONU OLAN DEV MENENGIOMUN CERRAHİ TEDAVİSİ

**Musa Onur Özbakır\*, Mehmet Akif Bayar, Adem Kurtuluş, Mehmet Emre Yıldırım, Ayhan Tekiner, Yavuz Erdem, Güner Menekşe, Koray Öztürk, Uğur Yaşitli, Haydar Çelik**

*S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Menengiomer meninkslerden köken alan mezenkimal doku tümörleri olup genellikle benign karakterli seyrederek, intrakranial tümörler arasında en sık görülen tümörler olup yaklaşık %14-20 oranında görülürler. Menengiomer ekstradural dokularda ise yaklaşık %1 oranında görülürler. Literatüre bakıldığında ekstradural yerleşimli olan menengiomer kalvaryl, ekstraaksiyel ve intraosseöz menengiomer olarak adlandırılırlar. Hem dura mater invazyonu ve süperior sagittal sinüs invazyonu olan hem de kalvaryl kemik infiltrasyonu olan menengiomerlerin tedavisi kompleks cerrahi yaklaşımlar gerektirir. Kliniğimizde dura matere ve süperior sagittal sinüse invazyonu olan kalvaryl kemik infiltrasyonu da olan menengiomer nedeni ile opere edilen bir olgu sunulmuştur

**Yöntem:** Olgu Sunumu

**Bulgular:** 30 yaşında erkek hasta yaklaşık son 1 yıldır kafasında büyüme ve şekil bozukluğu olması üzerine polikliniğe başvurdu. Hastanın GKS: 15 puan. nörolojik defisiti yoktu. Hastaya yapılan kranial CT görüntülenmesinde sol frontoparyetal bölgede verteks düzeyinde AP çapı yaklaşık 10 cm olan ve vertikal çapı yaklaşık 3.5 cm olan kitleyle uyumlu görüntü izlendi.Yine sol frontoparyetal bölgede kemiğin altında yaklaşık 4x 2.5 cm boyutlarında kitleyle uyumlu lezyon görüldü. Yapılan kontrastlı MR da bu lezyonun menengiomerle uyumlu olduğu ve sol frontal lobu inferiora doğru baskıladığı görüldü. MRG de lezyonun süperior sagittal sinüs ile ilişkili olduğu görüldü. Bunun üzerine lezyonun sagittal sinüs ve diğer vasküler yapılar ile ilişkisinin anlaşılması için hastaya DSA yapıldı. DSA da süperior sagittal sinüsün oblitere olduğu izlendi.Hasta opere edildi. Kalvaryl kemik kraniyotomi yapılarak çıkarıldı. Dura mater üzerindeki kitlenin süperior sagittal sinüs ile ilişkili olduğu ve sinüsün

patent olduğu görüldü. Süperior sagittal sinüs anterior 1/3 kısmından bağlanarak kitle gross total çıkarıldı. Sonrasında hastaya kraniyoplasti yapıldı. Hastanın patolojik tanısı WHO Grade 1 transisyonel menenjiom olarak raporlandı. Takiplerinde hasta nörolojik defisiti olmadan GKS:15 puan ile taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Menenjiomlar, intrakraniyal kitleler arasında en sık görülen tümörler olup genellikle benign seyirlidirler. Anatomik lokalizasyonlarına göre değişmekle birlikte genellikle 2-2.5 cm üzerinde olan supratentorial menenjiomun tedavisi cerrahidir ve total çıkarıldıklarında genellikle rekürrens görülmez. Menenjiomların yine lokalizasyonlarına göre vasküler yapılar ile ilişkilerinin belirlenmesinde DSA önemli yer tutan bir tetkiktir. Süperior sagittal sinüs ile ilişkili olan menenjiomlarda sinüs anterior 1/3 ten bağlandığı zaman, hastanın mortal seyretmediği görüldü.

**Anahtar Sözcükler:** Dev menenjiom, kalvaryl kitle, transisyonel menenjiom, süperior sagittal sinüs

PS-109 [Nörotravma ve Yoğun Bakım]

## VENTRİKÜL İÇİ KANAMALARDA BİR TROMBOLİTİK AJAN OLAN DOKU PLAZMİNOJEN AKTİVATÖRÜ - TPA'NIN VENTRİKÜL İÇİ UYGULANMASI. OLGU SUNUMU

Hakan Tetik\*<sup>1</sup>, Eray Tekirdaş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bingöl Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nöroşirürji AD

**Giriş ve Amaç:** Spontan intraserebral kanamaların %40'ına ventrikül içi kanamalar da eşlik etmektedir. Ventrikül içi organize hematoma yıkımının hızlandırılması ve drenaj katater uçlarının tıkanmasının engellenmesi ve bu sayede hızlı kafa içi basıncının düşürülmesini sağlamak, ventrikül içinde inflamasyona sebep olan kan ve yıkım ürünlerinin hızlı bir şekilde ortamdan uzaklaştırılmasını sağlamak. Bu sayede oluşan yüksek morbidite ve mortalite oranlarının azaltılması

**Yöntem:** 70 yaşında kadın hasta. Bilinen hipertansiyon, obezite, KOAH tanısı mevcut. Ani baş ağrısı, bulantı, kusma ve bilinç kaybı nedeniyle acil servise başvurdu. Acil başvurusunda bilinç kapalı, ağrıya ekstansor yanıtı mevcut olup başvuru tansiyonu 220/110 mmHg olarak izlendi. Çekilen kranial BT'de sol lateral ventriküle belirgin olmak üzere 3. ve 4. ventrikül içerisinde hematoma ve obstruktif hidrosefali izlenmiştir. Sağ lateral ventriküle EVD katateri yerleştirilmiştir. Kontrol görüntüleme sol ventrikülün drene olmadığı görülmüş olup sol lateral ventriküle de EVD katateri yerleştirilmiştir. izlemde 3. günde sedasyonu kesilen hastanın ekstansor yanıtı dışında nörolojik değişiklik izlenmedi. sol EVD kataterinin sık tıkanması ve hidrosefalide düzleme izlenmeyen hastaya intraventriküler trombolitik uygulanmaya karar verilmiştir. Uygulanacak trombolitik ajan olan tPA'nın güvenli olduğu belirtilen dozlaması "Clot Lysis Evaluation of Accelerated Resolution of Intraventricular Hemorrhage (CLEAR IVH)" çalışması ile gösterilmiştir. İlk dozlamadan 6 saat sonra kontrol BT'de hematoma artma izlenmemesi üzerine takip eden dozlar 8 saat arayla 1 mg t-PA hematoma daha organize olduğu sol lateral ventriküle EVD katateri ile uygulanmıştır.

**Bulgular:** Toplam 12 doz uygulama sonucunda hematoma lizi ve hidrosedalinin belirgin olarak gerilediği kontrol görüntülemelerde gösterilmiştir. Sedasyonu kesildikten sonra GKS: 4/15 olan hastanın 4.

gün t-PA uygulanmasından sonra hidrosefalinin gerilemesiyle birlikte GKS: 10/15 olarak nörolojik düzleme izlenmiştir. Obezite, KOAH nedeniyle solunum desteği ile izlenmiş olup ekstube edilememiştir. hastanın yatışının 18. gününde hasta masif pulmoner emboli nedeniyle exitus olmuştur.

**Tartışma ve Sonuç:** Spontan intraserebral kanamaların yaklaşık %40'ı ventrikül içine açılmaktadır. Günümüzde tedavi kanamanın artmasının engellenmesi, kafa içi basıncı kontrolü ve kanamanın sebep olduğu obstruktif hidrosefalinin EVD ile giderilmesine dayanmaktadır. Organize olan hematoma drenajının EVD ile sağlanmasındaki zorluklar, şantın veya drenaj kataterinin tıkanması ve spontan hematoma rezorbsiyonunun yavaş olmasından dolayı son zamanlarda EVD katateri ile ventrikül içi trombolitik uygulanmasının hematoma drenajını hızlandırması, kataterin tıkanmasını engellemesi nedeniyle potansiyel tedavi yöntemi olarak uygulanmaktadır. Halen CLEAR III trial ile multisentrik, çift kör, randomize çalışmaları devam eden trombolitik uygulanmasının morbidite, mortalite, yan etkileri üzerine çalışmalar devam etmektedir

**Anahtar Sözcükler:** Ventrikül içi kanama, intraserebral kanama, tromboliz

PS-110 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## SPİNAL EKSTRADURAL ARAKNOİD KİST: OLGU SUNUMU

Altan Demirel<sup>1</sup>, Ramis Hüseyinov<sup>2</sup>, Mustafa Cemil Kılınc<sup>3</sup>, İhsan Doğan<sup>3</sup>, Y. Şükrü Çağlar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi

<sup>2</sup>Central Clinic Hospital, Ganja, Azerbaycan, Beyin ve Sinir Cerrahisi

<sup>3</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi

**Giriş ve Amaç:** Spinal araknoid kistler spinal kord basılarının nadir bir nedenidir. Spinal korda bası oluşturarak ağrıya, nörolojik semptomlara neden olabilir. Serebral araknoid kistler gibi spinal araknoid kistlerin de etiyojisi ve patogenezi açık değildir. Spinal araknoid kistler, konjenital patolojiler ve literatürde psödomeningoseal olarak da adlandırılan sekonder patolojilerden kaynaklanan kistlerdir. Bu patolojiler travma, iyatrojenik hasar, kanama, araknoidit gibi durumlardır. Ekstradural araknoid kistler küçük bir dural defekt ile araknoid herniasyonundan gelişir ve kist genişlemesi sonucu bası oluşturarak semptomatik duruma gelirler. Bu kistler en sık torakal bölgelerde bildirilmiştir. Bulunduğu bölgeye göre oluşturduğu semptomlar değişkenlik gösterir. Anterior yerleşimli kistler genellikle güçsüzlük ve myelopatiye yol açarken, posterior yerleşimli kistler nöropatik ağrı ve parestezi ile kendilerini gösterirler. Spinal araknoid kistli olgulara yaklaşım hastanın kliniğine göre konservatif tedaviden cerrahi eksizeyona kadar uzanır.

**Yöntem:** Olgu sunumu: 1 yıldır bacak ağrısı ve yürümede zorluk şikayeti ile polikliniğe müracaat eden hastanın özgeçmişinde herhangi bir operasyon, travma ve enfeksiyon öyküsü yoktu. Hastanın muayenesinde paraparezi saptandı ve derin tendon refleksleri hiperaktif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Lomber MRG(Manyetik Rezonans Görüntüleme)'de L2-3 seviyesinde ekstradural yerleşimli BOS ile uyumlu duraya bası yapan kistik oluşum saptanması üzerine hastaya cerrahi girişim uygulandı. Araknoid kist hemilaminektomi yapılarak total olarak eksize edildi. Postoperatif 1.

gün mobilize edilen hastanın yürüme problemi ve ağrısı tamamen geçti. **Tartışma ve Sonuç:** Nörolojik defisite neden olan kistler cerrahi yöntemle eksizye edilmiştir. Nörolojik iyileşme, kistin büyüklüğüne ve spinal kordun bası altında kaldığı süreye göre değişmektedir. Bu nedenle gecikmiş durumlarda cerrahi iyileştirici bir yöntem değil, daha fazla nörolojik bozulmayı önlemek amacıyla yapılır. Cerrahi tedavi ile ekstradural araknoid kistlerin oluşturduğu nöral kompresyon ortadan kaldırılır ve kistin tekrar dolumu önlenir. Vakamızda da olduğu gibi 1 yıl gibi uzun bir süre semptomatik olan ve spinal kaynaklı olabilecek düzelmeyen klinik tablolarda araknoid kistlerin de bu duruma sebep olabileceği akıldaki tutulmalı, erken teşhis ve tedavisine önem verilmelidir. Konjenital spinal ekstradural araknoid kistler ve psödomeningoseller oluşan sonuç bakımından literatürde benzer patolojiler gibi değerlendirilse de oluşum nedenleri açısından tamamen farklı patolojilerdir. Konjenital spinal ekstradural araknoid kistlerde etiopatogenez bilindikçe klasik tedaviden farklı olarak kistin büyümesinin engellenmesi ile bası etkisi oluşmadan patolojinin kontrol altına alınabilmesi sağlanabilecektir. Embriyolojik dönemde oluşan patolojiler ve genetik sebepler aydınlatıldıkça konjenital spinal ekstradural araknoid kist vakaları erken teşhis edilecek ve yeni tedavi algoritmaları oluşturulacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Araknoid kist, nöropatik ağrı, paraparezi, hemilaminektomi

PS-111 [Diğer]

## İNTRAKRANİYAL TÜBERKÜLOM: OLGU SUNUMU

**Güner Menekşe\*, Koray Öztürk, Adem Kurtuluş, Mehmet Emre Yıldırım, Haydar Çelik, Yavuz Erdem, Ayhan Tekiner, Uğur Yaşıtli, Kemal Kantarcı, Mehmet Akif Bayar**  
S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Santral sinir sistemi tüberkülozu, tüberküloz absesi, tüberküloz menenji olarak karşımıza çıkabilir. İntrakranial tüberkülomlar genellikle soliter, 2-6 cm çapında, oval ya da yuvarlak şekilli, MRG'deki kontrast tutulumuna göre kazeifiye ya da nonkazeifiye lezyonlardır. Bu sunumda intrakranial neoplazi ön tanısıyla opere edilen bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Olgu sunumu

**Bulgular:** 34 yaşında, baş ağrısı şikayeti ile tarafımıza Doğu Afrika ülkesinden yönlendirilen hastanın yapılan tetkikleri sonucu, sol oksipital lob kortikal-subkortikal alanda, 2,5 cm çapında, çevresi kontrast tutan lobüle-konturlü nodüler lezyon görülen, radyolojik olarak neoplazi ön planda düşünülen hastaya cerrahi planlanmıştır. Kitle total olarak çıkarılmıştır. Perop gönderilen frozen bulgusu 'granülatöz iltihabi olay' gelmesi üzerine perop kültürleri gönderilmiştir. Enfeksiyon hastalıklarına hasta konsülte edilmiştir. Kitle patolojisi, öncelikle tüberkülozu düşündürülen granülatöz iltihabi olay ve nekroz bulguları şeklinde raporlanmış, ardından ileri antibiyoterapi amacıyla enfeksiyon kliniğine devredilmiştir. Enfeksiyon kliniğince hastanın anti-tüberküloz tedavisi düzenlenmiş, hasta sonrasında kontrollere çağırılarak takibe alınmıştır.

**Tartışma ve Sonuç:** Santral sinir sistemi tüberkülozu, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, intrakranial yer kaplayıcı lezyonların ayırıcı tanısında akla gelmesi gereken bir hastalıktır. Bu olguda hastanın Doğu Afrika'dan gelmesi, perop gönderilen frozen örneğinin inflamatuvar süreç

işaret etmesi, gönderilen kültür ve patoloji sonuçlarının tüberkülozu desteklemesi, hastalığın tanısına gitmede yön göstermiştir. Bu hastalıklarda ameliyat sonrası erken dönem ve geç dönemde enfeksiyon hastalıkları kliniği ile iletişime geçilmesi de, hastalığın medikal tedavisi açısından önem arz etmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Tüberküloz, santral sinir sistemi tüberkülozu, tüberküloz

PS-112 [Diğer]

## C/S SONRASI GELİŞEN SUBDURAL HEMATOM

**Uğur Yaşıtli\*, Koray Öztürk, Mehmet Emre Yıldırım, Adem Kurtuluş, Yavuz Erdem, Haydar Çelik, Ayhan Tekiner, Güner Menekşe, Burak Yürük, Mehmet Akif Bayar**

S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Akut subdural hematomlar tüm subdural hematomların % 50 ila % 60'ını oluşturur. En çok, şiddetli düşmelerle ve trafik kazalarıyla ortaya çıkan ani kafa hareketlerinden sonra görülür. Nadiren, akut SDH, kronik antikoagülasyon tedavisi alan veya vasküler malformasyonu olan hastalarda görülür. Akut spontan subdural hematomlar, (ASSDH) çeşitli patolojik süreçlerle ortaya çıkar ve travmaya bağlı akut subdural hematomlardan daha az görülür. Her iki tip de genellikle yaşlılarda görülür. Travma olmaksızın, sezeryan sonrası post op 6. günde gelişen baş ağrısı ve hemihipoestezi ile prezente olan 21 yaş spontan akut subdural hematomlu hastayı bildiriyoruz

**Yöntem:** Olgu Sunumu

**Bulgular:** 21 yaş kadın hasta C/S sonrası post op 6. günde gelişen hemihipoestezi ve geçirilmiş tonik klonik nöbet ile kliniğimize başvurdu. Hastanın hikayesinde, travma, antikoagülan kullanımı ve ek hastalık öyküsü bulunmuyor. Çekilen Beyin CT'sinde Akut subdural hematom tespit edilen hastanın servismize yatışı yapıldı. Yapılan Beyin MR ve Beyin CT anjio tetkiklerinde ek patoloji saptanmadı. Kanama diyatezi ve kapak hastalığı açısından araştırıldı. Servis izlemlerinde nörolojik muayenesinde gerileme saptanmayan hastanın taburculuk öncesi görülen Beyin CT'sinde kanamanın rezorbe olma eğiliminde olduğu görüldü.

**Tartışma ve Sonuç:** Her yeni ASSDH vakası, nadir görülen olağandışı patolojiyi temsil eden seyrek klinik tablosu nedeniyle azami ilgiyi hak etmektedir. Bu olgu sunumu C/S öyküsü olan orta yaşlı bir kadın ASSDH olgusunu tanımlamaktadır, ancak etyoloji net olarak ortaya konamamıştır. Subdural hematom tamamiyle regrese olmuştur ve genç, antikoagülan ilaç kullanım öyküsü olmayan ASSDH vakalarında daha düşük mortalite oranları göstermesine rağmen, bu fenomenler yine de ciddi ve potansiyel olarak ölümcül olabilir. Bu vaka, tüm klinisyenlere ASSDH'nin daha genç hastalarda kendiliğinden ortaya çıkabileceğini hatırlatmakta ve nadiren de olsa daha geniş bir ayırıcı tanı, tekrarlı nörolojik muayeneye ihtiyaç duyulmasına ve hatta bu travma dışı baş ağrılarının nedenine yönelik kapsamlı bir araştırmayla, gerekirse erken cerrahi müdahalenin önemini göstermektedir.

**Anahtar Sözcükler:** C/S, spontan subdural hematom, SDH

PS-113 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

**SPİNAL MİKSOİD KONDROSARKOMA OLGU SUNUMU**

**Haydar Çelik\***, **Musa Onur Özbakır**, **Adem Kurtuluş**,  
**Mehmet Emre Yıldırım**, **Yavuz Erdem**, **Ayhan Tekiner**, **Uğur Yaşitli**,  
**Koray Öztürk**, **Berkay Ayhan**, **Mehmet Akif Bayar**

*S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Kondrosarkom kondrositlerden köken alan malign bir primer kemik tümürüdür. Erkeklerde daha sık görülür. Tipik olarak erişkin yaş grubunda ve 40-70 yaş arasında görülmektedir. Kemik içerisindeki yerleşimi daha çok diyafiz veya metafiz bölgesindedir. Lezyon daha çok appendiküler iskelette (%45), daha sonra aksiyel iskelette (%30) bildirilmiştir. Tanıda direkt grafi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme en sık kullanılan yöntemlerdir. Temel tedavisi geniş cerrahi rezeksiyondur. Bu sunumumuzda yaklaşık 15 gündür olan bel ağrısı şikayeti ile dış merkeze başvuran, yapılan tetkikleri sonrası kliniğimize refere edilen 69 yaşında erkek hastayı sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** Olgu Sunumu

**Bulgular:** 69 yaşında erkek hasta 15 gündür bel ağrısı şikayeti ile başvuruyor. 2 sene önce kolon kanseri nedeniyle operasyon ve periton metastazı öyküsü mevcut. Hastanın kontrastlı torakal ve lomber MRI görüntüleri değerlendirildi ve T10 vertebra korpusunda spinal kanalda daralmaya neden kitle saptandı. Opere edilen hastaya t10 total laminektomi ve korpektomi yapıldı. T10a korpektomi cage'i yerleştirildi ve T8-9-11-12 seviyelerine bilateral pedinküler vida yerleştirilerek stabilizasyon ve füzyon ameliyatı tamamlandı. Servisimizde takip edilen hastanın patolojisi 'miksoid kondrosarkoma' olarak gelmesi, hastanın takiplerinde yara yerinde problemi olmaması üzerine hasta taburcu edilerek onkoloji bölümü olan bir merkeze yönlendirildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Kondrosarkomalar, özellikle erişkin ve üstü yaşlarda, yapılan tetkikleri sonrası MRI ve BT'lerde kemik lezyonu olan hastalarda akılda tutulması gereken primer malign kemik tümörleridir. Bu hastada aynı zamanda kolon ca öyküsü olması, T10 düzeyindeki kitlenin metastaz olabileceğini de akla getirmiştir. Bu nedenle bu tür hastaların patolojisi, özellikle cerrahi sonrası tedaviyi planlamada daha önemli bir hale gelmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Miksoid kondrosarkoma, primer kemik tümörleri

PS-114 [Pediatrik Nöroşirürji]

**TRANSFONTANEL ULTRASON KILAVUZLUĞUNDA REVİZYON CERRAHİSİ İÇİN GERÇEK ZAMANLI BİVENTRİKÜLER KATETER YERLEŞTİRME: TEKNİK NOT**

**Mehmet Seçer\*<sup>1</sup>**, **Nigar Varlıbaş<sup>2</sup>**, **Osman Arıkan Nacar<sup>3</sup>**, **Kadir Çınar<sup>4</sup>**,  
**Murat Ulutaş<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>*Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği*

<sup>2</sup>*Medicabil Hastanesi, Radyoloji*

<sup>3</sup>*S.B. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği*

<sup>4</sup>*Özel Sani Konukoğlu Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Proksimal kateter başarısızlığının nedeni kateterin koroid pleksus tarafından obstrüksiyonu olduğuna inanılır. Optimal kateter

yerleştirilmesi proksimal kateter başarısızlığını azaltabilir. Bunun içinde stereotaksi, ultrason ve endoskopik yöntemlerle ventriküler kateter yerleştirilmesinin proksimal kateter başarısızlığını azalttığı bildirilmiştir.

**Yöntem:** Free hand yöntemle sağ periyetoksipalden ventriküler kateter yerleştirilen bir olguda üç ay sonra sol lateral ventrikülün özellikle frontal hornu olmak üzere sol lateral ventrikülün asimetric olarak daha geniş olduğu izlenmesi üzerine revizyon cerrahisi planlandı.

**Bulgular:** Transfontanel ultrason yardımı ile karşı ventrikül frontal hornuna uzanacak şekilde revizyon cerrahisi yaptık. Özellikle fontaneli açık revizyon vakalarında proksimal kateterin istenilen bölgeye intraoperatif transfontanel ultrason yardımı ile sorunsuz yerleştirilebilir (Fig\_1).

**Tartışma ve Sonuç:** Fontaneli açık olgularda eksternal ventriküler drenaj, VP şant takılması ve revizyon vakalarında; proksimal kateter yerleştirilmesinde transfontanel USG kullanımı proksimal kateter başarısızlığının azaltılması açısından yararlıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Transfontanel ultrasound, VP şant, revizyon

PS-115 [Pediatrik Nöroşirürji]

**VENTRİKÜLOPERİTONEAL ŞANT KOMPLİKASYONU OLARAK MONOPAREZİ GELİŞEN OLGU SUNUMU**

**Haydar Çelik\***, **Yavuz Erdem**, **Mehmet Emre Yıldırım**,  
**Musa Onur Özbakır**, **Ayhan Tekiner**, **Uğur Yaşitli**, **Koray Öztürk**,  
**Zeliha Çulcu Gürçan**, **Muhammet Talha Yıldırım**, **Mehmet Akif Bayar**  
*S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Hidrosefali BOS dolanım yollarında obstrüksiyona ya da BOS yapımı ve emilimi arasındaki dengenin bozulmasına bağlı olarak gelişen, ventriküllerde genişleme ve artmış kafa içi basıncı ile seyreden klinik bir tablodur. Hidrosefalinin esas tedavisi cerrahi olup cerrahide en sık kullanılan yöntem V/P şant yerleştirilmesidir. Bu sunumda V/P şant operasyonu sonrası, geç dönemde monoparezisi görülen olguyu sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** Olgu sunumu

**Bulgular:** Hidrosefali sebebiyle 20 günlükken V/P şant yerleştirilen hasta post op. 16. ayında ailesinin sol üst ekstremitisini kullanmadığını fark etmesi üzerine kliniğimize başvurmuş ve beyin BT sinde slitventrikül saptanan hasta monoparezisi olması sebebiyle kliniğimize yatırılmıştır. Şanti eksternalize edilip EVD ile takip edilen hastanın monoparezisinin zamanla düzelmesi üzerine hastaya programlanabilir V/P şant takılmıştır.

**Tartışma ve Sonuç:** Slit ventrikül sendromu V/P şantlı olgularda kranial sinir tutulumu, bradikardi, hipertansiyon ve hemipareziler gibi farklı klinik tablolarla karşımıza çıkabilen ve erken müdahale ile bu semptomların gerileyebileceği bir komplikasyon olarak her zaman akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Hidrosefali, slit ventrikül sendromu, V/P şant

PS-116 [Nöroonkolojik Cerrahi]

**YUTMA GÜÇLÜĞÜ İLE GELEN HASTADA SERVİKAL DİSK PROTEZİNİN ANTERİOR DİSLOKASYONU**

**Mustafa Karademir\***

*Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Servikal disk hernisi; boyun ağrısı, şiddetli kol ağrısı ve kollarda uyuşma gibi hayat kalitesini önemli derecede etkileyebilen semptomlara sahip bir patolojidir. Servikal anterior mikrocerrahi ile diskektomi sonrası artifisyonel servikal disk protezi uygulanması cerrahi tedavi seçenekleri arasındadır.

**Yöntem:** 33 yaşında bayan hasta şiddetli sol kol ağrısı ve uyuşma şikayetiyle başvurdu. Vital bulguları normal sınırlarda değerlendirildi. Hastanın öyküsünde 6 aydır devam eden kol ağrısı ve kolunda uyuşma vardı. Nörolojik muayenede biceps adalesinde 2/5 kuvvet kaybı vardı. Sol kolun dış yan yüzü, önkol, başparmak ve işaret parmağında hipoestezi izlendi. Hastaya C 5-6 anterior servikal mikrocerrahi ile diskektomi sonrasında mesafeye servikal disk protezi yerleştirildi. Hastanın postop dönemde şikayetleri dramatik olarak azaldı. Postop 10. gün kontrolünde hastanın çekilen direkt röntgenogramında disk protezinin yerinde olduğu izlendi. Hastanın şikayetlerinin düzeldiği tesbit edildi. Postoperatif 25. günde yutkunma güçlüğü ile polikliniğe başvuran hastada çekilen direkt röntgenogramda servikal disk protezinin yerinden çıkarak anteriora disloke olduğu ve özefagusa bası yaptığı izlendi. Hastanın öyküsünde ağır yük kaldırma hikayesi olduğu öğrenildi. Hasta yeniden operasyona alınarak yerinden kayan disk protezi çıkarıldı. Mesafeden çıkan artifisyonel servikal silikonlu disk protezinin silikonlu kısımlarının deforme olduğu izlendi. Buna bağlı protezin yüksekliğinin azaldığı ve travma sonrası yerinden çıkarak özefagusa bası yaptığı görüldü. Postoperatif dönemde hastanın yutkunma zorluğu şikayeti ortadan kalktı. Yapılan muayenede kol ağrısı ve hipoestezi ve kuvvet kaybının tamamen düzeldiği izlendi. İşlem sonrası hastanın postop 1. ay görüntülemesinde servikal lordozun doğal olduğu, C5-6 mesafesinde angülasyon izlenmediği görüldü.

**Bulgular:** Servikal disk cerrahisi sonrası yutkunma güçlüğü gelişmesi postoperatif gelişebilecek komplikasyonlar arasındadır. Brooke ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada servikal diskektomi sonrası carbon fiber kafes uygulanmıştır. Postoperatif dönemde iki olguda yutma güçlüğü ve bir hastada ses kısıklığı geliştiği bildirilmiştir. Hastaların servikal radyografilerinde kafes hareketi ve öne prolapsusun olmadığı izlenmiştir. Lied ve arkadaşlarının anterior servikal diskektomi yapılan çalışmalarında, postoperatif komplikasyonlar arasında %1'de anterior greft çıkığı tespit edildiği bildirilmiştir. Servikal diskektomi ameliyatları sonrası kullanılan kafes veya protezin santral veya laterale dislokasyonu sonucu spinal sinir köklerine bası bulguları anterior dislokasyonu sonrası ise yutma güçlüğü gelişebilmektedir.

**Tartışma ve Sonuç:** Yutma güçlüğü ve spinal sinir köklerine bası bulgularıyla gelen ve servikal disk hernisi operasyon öyküsü olan hastaların servikal protez veya kafeslerin yerinde olup olmadığı mutlaka görüntüleme ile değerlendirilmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Servikal disk protezi, yutkunma güçlüğü, anterior dislokasyon

**Görsel:** [http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/](http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/201921155314.jpg)

[tmp/201921155314.jpg](http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/201921155314.jpg)

<http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/201921155327.jpg>

PS-117 [Pediatrik Nöroşirürji]

## EARLY DIAGNOSIS OF RETETHERED CORD SYNDROME WITH SOMATOSENSORY EVOKED POTENTIAL IN GROWING PERIOD CHILDREN

**Omer Furkan Turkis\*<sup>1</sup>, Evren Sandal<sup>1</sup>, Mehmet Şenoglu<sup>1</sup>, Ali Karadağ<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*UHS Tepecik Training and Research Hospital, Department of Neurosurgery*

<sup>2</sup>*Izmir Menemen State Hospital, Department of Neurosurgery*

**Background and Aim:** Retethering is a well-known complication of tethered cord surgery. Diagnosis of tethered cord syndrome have some challenges. MRI, urodynamic studies, Electromyography(EMG) are commonly used diagnostic tools for Retethered Cord Syndrome.

**Methods:** We reported a case 11 years male patient who admitted for urinary incontinence and bilateral leg ache. Neurologic examination was normal. On MRI, the patient had normal conus level, no thickened filum and, fatty tissue viewed but, urodynamic test and SSEP (Somatosensory Evoked Potentials) were concordant with TCS.

**Results:** SSEP (Somatosensory Evoked Potentials) was concordant with TCS in 2015 before the first operation. The patient admitted to the neurosurgical outpatient clinic six months after the first operation. He had no Retethering symptoms but, he rarely felt bilateral leg pain. We repeated SSEP. According to SSEP result, fasciculus gracilis was normal and, fasciculus cuneatus transmission slowed at the right, blocked at the left. However, 11 months after the first operation patient applied again and, he had severe leg ache bilaterally and, urinary incontinence. A new operation has performed for RTC. After the second operation, he had no symptom and control SSEP values normalized. 10 months after second surgery, SSEP has requested again on the fact that the patient had mild leg pain. SSEP result was fasciculus cuneatus transmission slowed at the left.

**Conclusions:** Regarding our case, operated Tethered Cord patients who are in growth period can be followed with SEP routinely due SEP can help to the diagnosis of RTC before clinic findings hadn't occurred.

**Keywords:** Retethered cord, somatosensory evoked potential, early diagnosis

PS-118 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## ERKEN DÖNEMDE LOMBER İNTERBODY CAGE'İN POSTERİOR MİGRASYONU

**Abdurrahim Taş\*, Abdurrahman Çetin**

*S.B. Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Lomber interbody cage uygulanan hastalarda sagittal ve koronel balans sağlanması ve disk yüksekliğini geri kazanabilir. Lomber interbody füzyon uygulanan hastalarda tatmin edici klinik sonuçlar sağlanmasına rağmen, postoperatif cage ile ilişkili komplikasyonlar görülebilir. Bizim klinikte lomber inter body cage uygulanan hastanın cage geri çıkmasını sunmayı planladık.

**Yöntem:** Hastanemiz polikliniğine bel ve her iki bacak ağrısı şikayetleri ile gelen hasta, 200 metre kadar kladikasyon mevcut, sol ayak dorso



fleksiyonunda 4/5 motor güç mevcut. Lomber MRG'de L3-4,L4-5 dar kanal olan hasta, Lomber 3,4 total L5 parsiyel laminektomi ve L3-4,L4-5 mikrodisektomi ve interbody cage uygulandı. Hasta post-op lomber bilgisayarlı tomografide pedikül vidaları yerinde interbody cage ler yerinde izlendi. Hasta taburcu olduktan 20 gün sonra her iki bacakta uyuşukluk ve ağrı, sol ayak dorso fleksiyon 3/5 olarak polikliniğe geldi, hasta acil olarak opere edildi. Geriye migre olan cage çıkartıldı ve her iki ayakta motor güç 5/5olarak taburcu edildi.

**Bulgular:** 62 yaşında erkek hasta, sol ayak dorso fleksiyonu 4/5 motor güç mevcut, 200 metre kladikasyon mevcut, alt lomber bölge ağrılı.

**Tartışma ve Sonuç:** Interbody cage yerleştirilirken hastanın kilosuna, yaşına, diyabetis mellitus olmasına konulacak cage'in büyüklüğüne gibi durumları göz önünde bulundurmak gerekir.

**Anahtar Sözcükler:** Lomber vertebra, spinal füzyon, komplikasyonlar

PS-119 [Pediatrik Nöroşirürji]

#### CRANIAL SHUNT MIGRATION TO SUBGALEAL SPACE

**Omer Furkan Turkis\*<sup>1</sup>, Mehmet Şenoğlu<sup>1</sup>, Ali Karadağ<sup>2</sup>, Sami Bardakcı<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>UHS Tepecik Training and Research Hospital, Department of Neurosurgery

<sup>2</sup>Izmir Menemen State Hospital, Department of Neurosurgery

**Background and Aim:** Migration of VPS (Ventriculoperitoneal Shunt) distal tube through the abdomen is known complication of VPS surgery but, upward migration of VPS is uncommon clinic picture. Nevertheless, both distal and proximal tube migration to the subgaleal space is quite rare clinic presentation.

**Methods:** 12 years old, a female cerebral palsy patient admitted emergency service for swelling and CSF leakage at the operation region. Her swelling was soft and collapsing with pressure. Patients had no fever. Meningitis signs could not evaluate due to the patient's noncompliance with the commands and the fact that his extremities were contracture.

**Results:** However, the mechanism of proximal migration isn't clearly understood. Various hypotheses have reported for the upward migration of the distal end. In our cases, both the proximal and the distal end migrated to the subgaleal area thereby the most likely hypothesis is subgaleal negative pressure effect due to resorption of subgaleal fluids.

**Conclusions:** Upward VPS migration is quite rare clinical presentation and lots of hypothesis present about the mechanism but still there is no definitive mechanism about cranial migration.

**Keywords:** Cranial migration, subgaleal space, shunt

PS-120 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

#### A CASE OF LUMBAR SUBDURAL CONUS- CAUDA EPIDERMOID TUMOR ASSOCIATED WITH LUMBOSACRAL DERMAL SINUS IN 42 YEAR OLD FEMALE

**Abdullah Mesut\*, Abdurrahman Çetin, Abdurrahim Taş**

Diyarbakır Gazi Yaşargil Training and Research Hospital, Department of Neurosurgery

**Background and Aim:** A case of subdural cauda- conus epidermoid tumor associated with lumbosacral dermal sinus in 42 year old female.

**Methods:** 42 year old woman with complaints of lowback, left leg pain with burning sensation in the leg associated with difficulty in urination. on physical examination only closed orifis of dermal sinus was inspected at the lower lumbar level. She had a history of lumbar ponction 10 years ago when she underwent caesarean section by spinal anesthesia. No neurological deficit seen but subjective paresthesia in the left leg. By urology consultation she found to have no urinary pathology including urodynamics but urinary tract infection that healed with antibiotherapy. Preoperatively she detected by contrast enhanced lumbar spinal magnetic resonance which showed 21x12 mm uninanced intraspinal subdural lesion that was commented as lipom at the level of L2 vertebra. The patient underwent surgery where in laminectomy was performed and intradural tumor mass was removed completely with capsule resection. Postoperatively she had a good recovery and uneventful postoperative course, as she had discharged from the hospital on the 9th day after surgery with relieved complaints and no neurological deficit.

**Results:** The patients history, complaints, with clinical and radological findings suggested a fatty lesion. In the operative observation while resecting tumor mass completely it was smooth and grayish in color and had a shining thin capsule containing cheezy material. It was situated posterior to nevre root and extending from the tip of conus. Histologically revealed lining of stratified squamous epithelium supported by an outer layer of collagenous tissue with soft white material toward the interior of the cyst as a result of progressive desquamation of keratin from epitelial lining without any evidence of dermal elements. Here in we couldn't determine exactly whether it is a congenital of origin or iatrogenic due to lumbar puncture.

**Conclusions:** The rare seen Intraspinal epidermoid tumors which seen more in common in women and young patient and typically present with lowback and leg pain, sensory disturbances, are mostly congenital of origin associated with dysraphism anomalies and sphincter disturbances need early diagnosis and immediate near complete, gross total resection surgery without injuring neural structures to reduce the patient morbidity.

**Keywords:** Lumbar spinal intradural epidermoid conus-cauda

**Image:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/2019126182115.jpg>

PS-121 [Nöroonkolojik Cerrahi]

#### TRANSSFENOİDAL CERRAHİ SONRASI NADİR GÖRÜLEN DİRENÇLİ HIÇKIRIK VE BİPOLAR BOZUKLUĞUN ARTTIĞI HİPOFİZER APOPLEKSİ HASTASI

**Abdurrahim Taş\*<sup>1</sup>, Aykut Gökbel<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>S.B. Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin Cerrahisi Kliniği

<sup>2</sup>S.B. Bingöl Devlet Hastanesi, Beyin Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Hipofiz apopleksi kanama için kullanılan bir terimdir, apopleksi, hiçkırıklarla nadiren ortaya çıkabilir. Biz bipolar bozukluğu olan hipofizer apopleksi nedeniyle opere ettiğimiz operasyon sonrası başlayan ve hiçkırıkları geçmeyen bir hasta sunmayı planladık.

**Yöntem:** 33 yaşında kadın hasta baş ağrısı, bulantı kusma şikayetleri ile

endokrinden polikliniğimize yönlendirildi. Hasta bipolar bozukluk için tedavi alıyordu.Çekilen hipofiz MRG'lerinde hipofizer apopleksi ve hipofiz adenomu tespit edilip endoskopik transsfenoidal hipofiz cerrahisi yapıldı. Hasta post op 4 günde sorunsuz taburcu edildi. Hasta taburcu olduktan 10 gün sonra durmayan hıçkırık tablosuyla polikliniğimize geldi. Hastanın tetkiklerinde anlamlı bir bulgu rastlanmadı. Hasta psikiyatri polikliniğine yönlendirildi ve psikiyatrik tedavi almasına rağmen hıçkırıkları devam etmektedir.

**Bulgular:** 33 yaşında kadın hasta baş ağrısı, bulantı kusma şikayetleri mevcut. Bipolar bozukluğu olan ve hipofiz MRG'lerinde hipofizer apopleksi ve hipofiz adenomu tespit edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Hıçkırık hipofizer apopleksinin nadir bir belirtisidir. Kesin fizyopatolojisi bilinmese de hipofiz içindeki basınç artışı sebep olduğu düşünülmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Hipofizer apopleksi, hıçkırık, bipolar bozukluk

PS-122 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### SERVİKAL DİSKOPATİ KLİNİĞİNİ TAKLİT EDEN SUPRASKAPULAR SİNİR LEZYONU: OLGU SUNUMU

**Ahmet Eroğlu\*<sup>1</sup>, Serhat Pusat<sup>1</sup>, Ercan Köse<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdülhamid Han Eğitim Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Servisi

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdülhamid Han Eğitim Araştırma Hastanesi, Nöroloji Servisi

**Giriş ve Amaç:** Supraskapular sinir brakiyal pleksusun superior trunkusundan C5 ve C6, bazen de C4 köklerinin katılımıyla çıkan motor ve duysal lifleri bulunan bir periferik sinirdir. Omuz ağrısı, boyun ve kola yayılan ağrılara neden olabilir. Supraskapular sinir lezyonu diğer tuzak nöropatilerle karşılaştırıldığında nadir gelişen bir patolojidir.

**Yöntem:** 57 yaşında erkek hasta sağ omuz ve kola vuran ağrı yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın sorgulanmasından şikayetlerinin 2 senedir olduğunu, 4 ay önce başka bir merkezde boyun fıtığı nedeni ile ameliyat olduğunu ifade etti. Şikayetlerinin geçmediğini söyleyen hastanın yapılan muayenesinde sağ omuz hareketleri ağrılı ve kısıtlı, inspeksiyonunda paraskapular kaslarda atrofi izlendi. Hasta ağrılı olduğundan optimal motor muayene yapılamadı. Hastaya servikal MR, sağ omuz MR ve EMG tetkiki istendi. Sağ omuz MR'ında supraspinatus tendonunda tendinit tespit edildi. Pre-op dönem ve yeni çekilen servikal MR'ı değerlendirildi. Yeni çekilen servikal MR da C5-6 mesafesinde servikal protez görüldü. Her iki servikal MR da hastanın kliniği açıklayacak patoloji izlenmedi. Çekilen üst ekstremitte EMG sinde sağ supraskapular sinirde total lezyon olduğu rapor edildi.

**Bulgular:** Hastaya diklofenak sodyum verilerek fizik tedavi kliniğinden konsültasyon alındı. Fizik tedavi polikliniğine yönlendirildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Supraskapular sinir lezyonu nadir görülen, omuz ağrısı, supraspinatus ve infraspinatus kaslarında atrofi, eksternal rotasyonel omuz hareketlerinde kısıtlılığa neden olan bir patolojidir. Supraskapular sinir lezyonu omuz ve skapula arkasında ağrısı olan olgularda düşünülmesi gereken patolojilerden biridir. Kesin tanı detaylı bir fizik muayenenin ardından MRG ve EMG ile konulabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Supraskapular sinir, servikal diskopati, EMG

PS-123 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### A CASE OF PLEOMORPHIC XANTHOASTROCYTOMA WITH ANAPLASTIC FEATURE IN 27 YEAR OLD FEMALE WITH EPILEPTIC SEIZURE ONSET

**Abdullah Mesut\*, Abdurrahim Taş, Alptekin Taşçı**

*Diyarbakır Gazi Yaşargil Training and Research Hospital, Department of Neurosurgery*

**Background and Aim:** We aim to present a case of Pleomorphic Xanthoastrocytoma the uncommon type of astrocytic glial tumor with anaplastic features which has highly controversial management because the available literature is very sparse.

**Methods:** 27 year old female had complained of headache fatigue and epileptic seizure for the first time 3 days before admission to the hospital. In her medical history she had undergone 30x27cm mesuremented right ovarian-paraovarian cystic mass resection with a histopathology of benign serous cystic adenoma and uneventful postoperative course 22 months before. In her physical examination : GCS :14 right eyed ptotic with normal extra ocular muscle movement and pupils reactivity.no motor deficit seen. In the urgent enhanced cranial CT left frontal lobe contained 52x34 mm<sup>3</sup>ed cystic lesion with thick peripheral contrast enhancing. The cystic tumor resected surgically through left frontotemporal craniotomy. good course postoperatively seen with reliefment from headache and right ptosis with no seizure in addition to the improvement clinically postoperative radiologically on contrast enhanced cranial magnetic resonance imaging were seen.

**Results:** Preoperatively patient 's contrast enhanced cranial magnetic resonance imaging demonstrate a left frontal lobe 76x68 mm cystic lesion with irregular peripheral enhancing, anterior horn of lateral ventricle compressed and minimally shifting to the right side anteriorly. The histopathologic examination with immunohistochemical staining with GFA(+), P53 focal (+), S100 (+), Synaptofizin focal(+), Chromogranin (-), CD 68 (-) was done and commented as Pleomorphic Xanthoastrocytoma with anaplastic feature.

**Conclusions:** We try to treat case of uncommon seen which had a difficult decision to carry out chosen treatment modality may necessary postoperative since as seen on the light of the literature this Pleomorphic Xanthoastrocytoma with anaplastic features inreactive to. conventional radiotherapy as chemotherapy have been considered ineffective but repetitive stereotaxic radiosurgery may be benefit for recurrent cases as last chance.where this tumor needs perfect histopathological evaluation in order to establish Standard postoperative therapy that has to be done.

**Keywords:** Anaplastic pleomorphic xanthoastrocytoma first symptomatic seizure

**Image:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirirResmi/tmp/2019127111430.jpg>

PS-124 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### GENİŞLETİLMİŞ ENDONAZAL YAKLAŞIM SIRASINDA BÜYÜK KAİDE KUSURLARININ YENİDEN YAPILANDIRILMASI İÇİN "ÇİFT PENCERE" TEKNİĞİ

**Tural Rahimli\***

*Baku Medical Plaza, Beyin Cerrahisi Bölümü*

**Giriş ve Amaç:** Dev hipofiz adenomları, beyin cerrahisinin en zorlu konuları arasındadır. Geçtiğimiz on yıllar boyunca, genişletilmiş endoskopik endonazal yaklaşım, birkaç avantajı nedeniyle, transkraniyal yoldan daha fazla tercih edildi. Bununla birlikte, endoskopik yaklaşımla ilişkili büyük kafa tabanı defektleri, yüksek oranda beyin omurilik sıvısı kaçağı ve fistül oluşumuna yol açmaktadır.

**Yöntem:** Bu yazıda tümörün çıkarılmasını takiben kafatası tabanının yeniden inşası için "çift pencere" tekniğimizi açıklıyoruz. Prosedürün kilit kısmı, preoperatif dikkatli planlamadır.

**Bulgular:** 56 yaşında bayan hasta, periferik görme, bulanık görme ve ileri derecede hipofiz yetmezliği ile bölümümüze sevk edildi. Preoperatif görüntüleme sfenoid sinüsün tamamen dolması ve planum sphenoidale boyunca anterior fossaya yayılmasıyla birlikte dev hipofiz adenomu tespit edildi. Tümör korpus kallosumu daha fazla sıkıştırarak üçüncü ventrikülün ön kısmını işgal etti. Tümörün geniş sınırlarına rağmen, endoskopik yaklaşımla ilerlemeye karar verdik. İşlemi tanımlamak için, iş akışı birkaç aşamaya ayrılır. İntranazal evre, sellar evre, ön - planum ve etmoidal evre ve sonunda, rekonstrüktif evre. Odaklanmamız gereken kısım rekonstrüktif bir aşama olsa da, açılışın önemi de vurgulanmalıdır.

**Tartışma ve Sonuç:** Bildiğimiz kadarıyla bu büyük kafa tabanı defekti rekonstrüksiyonu için "çift pencere" tekniğinin ilk raporu. Bu nedenle, bu makale "kavramın kanıtı" türünde değerlendirilmelidir. Açıkçası, tek bir hastada sızıntının olmaması etkinliği kanıtlamaz. Gelecekte daha fazla hasta ile yapılan çalışmaların bu tekniği test edeceğine inanıyoruz.

**Anahtar Sözcükler:** Transtuberculum transplanum yaklaşım, beyin omurilik sıvısı kaçağı, kafatası tabanı rekonstrüksiyonu

PS-125 [Nörovasküler Cerrahi]

### TRİGEMİNAL NEURALJİYE NEDEN OLAN İNFRATENTORİYAL ARTERİYO-VENÖZ MALFORMASYON: OLGU SUNUMU

**Mesut Emre Yaman\*, Pelin Kuzucu, Yiğit Aksoğan, Gökтуğ Ülkü, Şükrü Aykol**

*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Trigeminal nevralsi (TGN) esas olarak trigeminal sinirin kök giriş bölgesinde (REZ) arteriyel kompresyondan kaynaklanan paroksizmal ağrı ile karakterize bir sendromdur. TGN'ye neden olarak sekonder lokal vasküler malformasyonlar nispeten daha az görülmektedir. Bu olgu sunumunda, mikrovasküler dekompresyon girişimi ile total arteriyovenöz malformasyon(AVM) rezeksiyonu yapılarak başarılı bir şekilde tedavi edilen serebellar AVM'nin neden olduğu bir TGN vakasını sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** Trigeminal nevralsi veya tic douloureux, trigeminal siniri etkileyen, şiddetli, hızlı, elektrik çarpması benzeri ağrılara neden olan, yılda yaklaşık 4.7 / 100.000 insidansa sahip, paroksizmal ağrı ile karakterize bir sendromdur. Superior serebellar arter (SCA) ve anterior inferior serebellar arter (AICA), basıdan sorumlu baskın damarlardır ve bunu venöz damarlar takip eder. Beyin arteriyovenöz malformasyonları, özellikle genç hastalarda sık olarak serebral kanama olarak kendini gösterir ve her bir kanama % 18'lik bir mortalite riski ile ilişkilidir. Nadir olmakla birlikte AVM'nin neden olduğu TGN vakaları rapor edilmiştir.

**Bulgular:** 54 yaşında erkek hasta tarafımıza yaklaşık 3 sene önce başlayan

sol göz,sakak çevresinden başlayıp üst çeneye yayılan şimşek çakması şeklindeki ağrı ve ağrıya sekonder yemek yiyememe şikayeti ile başvurdu. Karbamazepin, yan etkiler olmaksızın günlük 1200 mg'lık bir dozda ağrıyı gidermede etkisizdi. Hastanın MR incelemesinde solda 5. Kranial sinir sisternal parçası proksimal kesimine belirgin bası oluşturan AVM nidusu ile uyumlu tübüler vasküler yapıların mevcut olduğu görülmüştür. Hastanın preoperatif muayenesinde sol V1-V2 dermatomlarında ağrı mevcuttu ve daha önce herhangi bir girişim uygulanmamıştı.Cerrahi seçenek olarak sol retrosigmoid yaklaşım tercih edildi.Trigeminal sinir etrafında drenaj veni ile birlikte AVM ile uyumlu lezyon görüldü. Petroz ven sakrifiye edildi. Sonrasında AVM drenaj veni ile beraber koagüle edilerek total çıkarıldı. Teflon kullanılmadı. Hastanın postoperatif ağrı şikayeti geçti.

**Tartışma ve Sonuç:** Trigeminal REZ ile ilişkili infratentoriyal AVM'ler, sekonder TGN'nin bir nedenidir. Bu AVM ler kompresyon sendromlarının yanı sıra kanamaya da yol açabilecek önemli lezyonlardır. TGN tedavisinin amacı, normal sinir fonksiyonlarını korumak, ağrıyı hafifletmek ve kanama riskini azaltmaktır.Henüz tedavi planı açısından bir fikir birliği sağlanamamıştır. TGN tedavi modaliteleri olarak bakacak olursak mikrocerrahi ile rezeksiyonu, endovasküler embolizasyon ve stereotaktik radyocerrahi veya bunların çeşitli şekilde kombinasyonları ile yapılacak tedavi yöntemleri mevcuttur. Nadir olarak görülen olgumuza bakacak olursak AVM mikrocerrahi rezeksiyon ile total eksize edildi ve sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmeden ek bir tedavi modalitesine ihtiyaç duyulmadan postoperatif 3. Gün taburcu edildi.

**Anahtar Sözcükler:** Avm, serebral arteriyovenöz malformasyon, trigeminal nevralsi

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201911015397.jpg>

PS-126 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### KUBİTAL TÜNEL SENDROMU: 15 OLGUNUN RETROSPEKTİF OLARAK İNCELENMESİ

**Ömer Aykanat\*, Fatih Durna, Ziya Asan**

*Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Ulnar sinirin dirsek bölgesinde tuzaklanması, diğer bir deyişle kübital tünel sendromu, üst ekstremitenin periferik sinir kompresyon sendromları arasında karpal tünel sendromundan sonra ikinci en sık görülen tablodur. İyi bir anamnez ve fizik muayene ile tanı konulabilir ve elektrofizyolojik testlerle bu tanı doğrulanır ve sinir hasarının derecesi ile ilgili fikir sahibi olunur. Genellikle ulnar sinir medial epikondilin hemen distalindeki Osborne ligamanı seviyesinde, FCU kasının humeral ve ulnar başları arasında sıkışır. Ulnar sinir duyu sahasında uyuşukluk hissi hastalarda görülen en sık semptomdur. Semptomları nonoperatif tedavilerle gerilemeyen hastalarda cerrahi tedavi yapılır.

**Yöntem:** Bu çalışmada 01.01.2017-31.12.2018 tarihleri arasında Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniğinde Kubital Tünel Sendromu tanısıyla cerrahi olarak tedavi edilen 15 hasta geriye dönük olarak incelenmiştir.

**Bulgular:** 15 hastanın 5'i kadın 10'u erkek idi. Yaş aralığı 20-64 yaş arasında değişen hastaların 8'inde sağda, 7'sinde ise solda tutulum vardı.

Hastaların yapılan nörolojik muayenesinde 15 hastada motor defisit, 13 hastada ulnar tinnel pozitifliği, 12 hastada da duyu defisiti tespit edildi. En sık rastlanan şikayet 15 hastada da görülen 4. ve 5. el parmaklarındaki ağrı ve uyuşukluk şikayeti idi.

**Tartışma ve Sonuç:** Kübital tünel sendromu tedavisi ile ilgili klasik bilgiler, hastalara önce konservatif tedavi denemesi ve eğer düzelmezse cerrahi tedaviye geçilmesi yönündedir. Hangi cerrahi tedavi yöntemi uygulanırsa uygulansın, kübital tünel sendromu cerrahisinin fonksiyonel sonuçları, eğer tutulum çok ileri düzeyde değilse, genellikle olumludur. Basit dekompresyon, ulnar tuzak nöropatilerde en çok kullanılan cerrahi tekniktir. Basit dekompresyonun dezavantajının, tekrarlayan ulnar sinir tuzaklanması olabileceğini belirten yayınlar mevcuttur. Ayrıca, tekrarlayan ulnar sinir dislokasyonu da basit dekompresyonun en önemli dezavantajıdır. Kübital tünel sendromunda, cerrahi tedavinin zamanlaması önem taşımaktadır. En az altı ay süren konservatif tedaviye yanıt yoksa veya kas atrofisi ya da pençe el gibi deformiteler gelişmiş ise, cerrahi geciktirilmemelidir.[27] Sonuç olarak, kübital tünel sendromunun cerrahi tedavisi, konservatif tedaviye yanıt vermeyen hastalarda tatmin edici sonuçlar vermektedir. Cerrahi endikasyon konduktan sonra, ameliyat geciktirilmemelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Cerrahi, kubital, ulnar

PS-127 [Nörovasküler Cerrahi]

### LOMBER PONKSİYON SONRASI EPİLEPTİK NÖBETE YOL AÇAN SAGİTTAL VE TRANSVERS VEN TROMBOZU BİRLİKTELİĞİ: NADİR BİR OLGU SUNUMU

**Ömer Aykanat\*, Fatih Durna, Ziya Asan**

*Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Serebral ven trombozu (SVT) beynin arter tıkaçıcı hastalıklarına göre daha nadir görülen bir durumdur. Erişkinlerde tüm inmelerin %1-2'sinden sorumludur. Tanıda manyetik rezonans görüntüleme (MRG), kontrastsız kraniyal bilgisayarlı tomografi (BT) ve kontrastsız iki boyutlu TOF (time-of-flight) MRG venografi ve BT venografi gibi non-invazif ve yüksek duyarlılığı olan tanı yöntemleri kullanılır. Lomber ponksiyon nadir risk faktörlerinden biridir. Lomber ponksiyon sonrasında olguların %0,2-3,5'inde SVT ortaya çıkabilmektedir <sup>1</sup>.

**Yöntem:** Olgu: 19 yaşında erkek hasta acil serviste epileptik nöbet geçirme şikayetiyle görüldü. Hastanın yapılan muayenesinde şuuru uykuya meyilli ve dezoryanteydi. Hastanın takiplerinde şuuru açıldı ve oryante oldu. Hastanın öz geçmişinden Multipl Skleroz tanısıyla takip edildiği ve yaklaşık 1 hafta önce lomber ponksiyon yapıldığı öğrenildi. Hastaya çekilen beyin BT'de vertekste falks serebri çevresinde hiperdens kanama alanı ile uyumlu alan izlendi (Resim-1). Anti epileptik tedavi ile hospitalize edilen hastanın serviste tekrar nöbet geçirmesi üzerine hastaya beyin mrg ve serebral venografi tetkikleri istendi. Serebral venografide sağ transvers sinüste ve sagittal sinüste trombüs alanı izlendi (Resim-2, 3). Medikal tedavisi düzenlenen ve takiplerinde ek problem olmayan hasta yatışının 7. Gününde şifa ile taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Serebral ven trombozu özellikle 20-35 yaş arası görülmektedir. Etyopatogeneizde birçok faktörün rol oynadığı

gösterilmiştir. Hastaların %80'inde predispozan faktörler belirlenebilir. SVT'nin en sık başvuru nedeni baş ağrısıdır (%80-95). Hastalarda trombozun yerleşimine göre hemiparezi, diplopi, afazi, baş dönmesi, bilinç düzeyinde değişiklikler, beyin parenkiminin hastalık sürecine katıldığını gösteren fokal veya generalize epileptik nöbetler ve papil ödemi gibi fokal nörolojik bulgular da gelişebilir. Lomber ponksiyon sonrası SVT %0,2-3,5 sıklıkta görülür ve genellikle altta yatan predispozan faktörler ile ilişkilidir. Lomber drenaj da venöz stazi uyararak SVT gelişimine katkıda bulunmaktadır. Serebral ven trombozu en sık superior sagittal sinüs (%72), ikinci sıklıkta ise lateral sinüslerde (%70) görülür. MRG ve yüksek çözünürlüklü TOF MR venografi tanı ve takipte en güvenilir yöntemdir. Diğer tanı yöntemleri ise beyin omirilik sıvısı (BOS) incelemesi, elektroensefalografi (EEG) (%75 anormal ve değişiklikler nonspesifik) ve izotop ile beyin sintigrafisidir. Serebral ven trombozunun klasik tedavisi, antikoagülasyon ve destek tedavisidir. Destek tedavi için anti konvülzanlar ve beyin ödemi azaltmaya yönelik tedaviler önerilir (6). Sonuç olarak lomber ponksiyon ve spinal anestezi uygulanması gibi özellikle riskli hastalarda gelişen değişik nörolojik şikayetleri olan klinik tablolarda; SVT akla gelebilecek nedenlerden biri olmalı, tanı ve tedavideki gecikmenin prognozu olumsuz yönde etkileyebileceği unutulmamalıdır

**Anahtar Sözcükler:** Lomber, ponksiyon, tromboz

PS-128 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### LOMBER VERTEBRADA SPİNAL KANALI BASILAYAN BİR KORDOMA OLGUSU

**Mehmet Olpak, Ulaş Yüksel\*, Mehmet Basmacı**

*Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Kordomalar primitif notokorddan gelişen nadir tümörlerdir. Fetal gelişimin 4 ile 6. haftaları arasında bir grup hüce bir araya gelerek notokordu oluştururlar. Notokord gövdenin vertikal orta hattını tarifler. Spinal kolonda notokord etrafında gelişir. Gelişim devam ettikçe, intervertebral disk içerisindeki nükleus pulpozusu oluşturanlar hariç, notokord dejenerer olur ve kaybolur. Kaybolmayan notokord artıklarından gelişen kordomalar kemik doku tümörlerinin yaklaşık olarak % 3-4 lük kısmını oluşturlar.

**Yöntem:** 50 yaşında kadın hasta kliniğimize başvurusundan bir ay önce başlayan, bel ağrısı ve sağ bacağına daha belirgin olan her iki bacağına güçsüzlük yakınmalarıyla başvurdu. Fizik muayenesinde sağda L4 dermatomuna uyan alanda his kusuru dışında patolojik bulgusu yoktu. Kan tetkiklerinde anormal bir bulguya rastlanmadı. Yapılan görüntüleme tetkiklerinde lumbosakral bölgenin bilgisayarlı tomografi incelemesinde L3 vertebra korpusu posteriorunda sklerotik kenarlı, pedinkülü inceltelen litik alan tespit edildi. Aynı bölgenin manyetik rezonans (MR) incelemesinde ise L3 vertebra korpus posteriorunda spinal kanala uzanım gösteren, sağda laminayı infiltre etmiş, sağ nöral foramene uzanım gösteren T1A ağırlıklı MR incelemelerde hipointens, T2A ağırlıklı MR incelemelerde hiperintens görünümlü ve belirgin kontrast tutan kitlesel lezyon saptandı. Olgu prone pozisyonunda operasyona alınarak lomber bölgeye posterior orta hat yaklaşımı uygulandı. L3 vertebraya total laminektomi yapıldı ve laminektomi L2'nin altına ve L4'ün üst kısmına doğru uzatıldı. Sağ tarafta L4 rootunun altında yerleşim göstermiş,

kapsüllü ve orta derece kanlanması olan pembe beyaz renkte kitle total eksize edildi. Patoloji sonucu kordoma gelen hasta şikayetleri tama yakın düzelmiş halde taburcu edildi ve poliklinik takibine alındı.

**Bulgular:** Kordomalar nadir görülen ancak iyi tanımlanmış,aksiyel iskeletin her bölgesini tutabilmesine rağmen sıklık sırasıyla sakrokoksigeal bölgeyi, klivusu ve vertebra korpusunu tutan tümörlerdir.

**Tartışma ve Sonuç:** Kordomalar genellikle benign natürde olmasına rağmen lokal agresifliği, yüksek rekürrens oranları yüksek tümörlerdir. Bu sebeple cerrahide total eksizyon yapılması ve hastaların ameliyat sonrası dönemde de sıkı takip edilmesi gerektiği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Kordoma, lomber, spinal

PS-129 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### SPONDİLODİSKİT OLGUSUNDA, MİNİMAL İNVAZİF YÖNTEMLE, PEDİKÜLDEN DİSK MESAFESİNE GİRİLEREK BİYOPSİ ALINMASI

**Yener Şahin\*, Yahya Güvenç, Ferhat Harman**

*Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Spondilodiskit, cerrahi sonrası veya spontan olarak oluşabilen bir patolojidir. Hastalığın yönetiminde biyopsi alınması ve kültür sonucuna göre uygun antibiyoterapi verilmesi gereklidir. Biyopsi açık cerrahiyle, veya endoskopi eşliğinde transforaminal yolla yapılabilir. Bu çalışmada, minimal invazif olarak pedikülden girilerek, skopi altında disk mesafesinden biyopsi alınan bir olgu sunulmuştur.

**Yöntem:** 84 yaşında erkek hasta. Bilinen koroner arter hastalığı, diyabet hastalıkları ve nefrektomi öyküsü mevcuttu. Hasta her iki alt ekstremitede 2 hafta içerisinde progresif ilerleyen güç kaybı ile başvurdu. Hastaya kontrastlı beyin MRG + tüm spinal MRG görüntülemesi yapıldı. C5-C6 ve T4-T5 seviyelerinde spondilodiskit ile uyumlu görünüm saptandı. Serum örneğinden gönderilen TBC-PCR ve Brucella antijeni negatif geldi. Hastaya biyopsi planlandı. Genel anestezi altında, skopi eşliğinde 1 cm'lik insizyon ile paravertebral kaslar dize edildi ve T5 pedikülü bulundu. Pedikülden pedikül probu yardımı ile ilerlenerek vertebra korpusuna ulaşıldı ve korpustan biyopsi alındı. Daha sonra açılı biyopsi küreti pedikülden korpusa ilerletildi ve skopi eşliğinde ucu superiora yönlendirilerek T4-T5 disk aralığına girildi (Resim 1). Biyopsi alındı ve küret ile disk mesafesi kürete edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Spontan veya cerrahi sonrası spondilodiskit vakalarının yönetiminde laminektomi ile disk mesafesine girilip örnek alınması ve disk mesafesinin kürete edilmesi tedavide yardımcıdır. Olgumuzda olduğu gibi, skopi eşliğinde minimal invazif olarak laminektomi yapmadan eğri uçlu küret ile pedikülden önce korpusa daha sonra disk mesafesine ulaşmak, biyopsi almak ve disk mesafesini kürete etmek mümkündür ve ileri yaşta hastalarda minimal invazif bir seçenek olabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Biyopsi, spondilodiskit, pedikül, minimal invazif

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/201911222054.jpg>

PS-130 [Pediatrik Nöroşirürji]

### A CASE OF CEREBELLAR MUTISM PRESENTED IN 8 YEAR OLD GIRL AFTER TOTAL RESECTION OF RIGHT THALAMIC PILOCYTOIC ASTROCYTOMA EXTENDING TO PONTOCEREBELLAR THROUGH SUPRACEREBELLAR-INTRATENTORIAL APPROACH

**Abdullah Mesut\*<sup>1</sup>, Şerif Turhan<sup>2</sup>, İlker Kiraz<sup>3</sup>**

*<sup>1</sup>Diyarbakır Gazi Yaşargil Training and Research Hospital, Department of Neurosurgery*

*<sup>2</sup>Diyarbakır Selahaddin Eyyubi State Hospital, Department of Neurosurgery*

*<sup>3</sup>Pamukkale University Medical Faculty Hospital, Department of Neurosurgery*

**Background and Aim:** We aim to present a case of which extended infratentorially from supratentorial located tumor with resection by supracerebellar infratentorial approach followed by cerebellar mutism postoperatively which generally seen after posterior fossa surgery.

**Methods:** A 8 year old girl admitted to the hospital suffering from headache, left sided hemiparesis with epileptic seizure after she had been detected by pediatric neurologist with contrast enhanced cranial MRI and diagnosed as combined 22x27 mm solid and 47x35 mm cystic mass located in right thalamic region with extension to pontocerebellar region heterogen contrast enhanced compatible with pilocytic astrocytoma or ganglioglioma. She had undergone total tumor resection under general anesthesia in prone position through supracerebellar infratentorial approach initiated with external ventricular drainage because of associated hydrocephalus. during the following up in the intensive care unite both clinically and radiologically she had deterioration in consciousness and increasing hydrocephalus. the need of ventriculoperitoneal shunting had become necessary that had been done.

**Results:** After the diagnosis had been established surgery had been performed histopathological examination had been resulted as pilocytic astrocytoma. During postoperative following up we noticed emotional lability, hipotony and speech diminishing to mutism which relieved with antidepressant treatment suggested by pediatric psychiatrist in about 40 days.

**Conclusions:** In this case we noticed a clinic picture of mutism similar to that which occur after posterior cranial fossa surgery named cerebellar mutism. Here in our case a supratentorial tumor mass which extended to the posterior cranial fossa during the surgical intervention through supracerebellar infratentorial approach peritumoral areas circulation affected with hypoperfusion may be due to the vasospasm occurred which involves dentatorubrothalamic tract with dentate nucleus. We recommend this complication to be remembered among problems encountered in such cases.

**Keywords:** Cerebellar mutism, infratentorial supracerebellar approach, thalamic pilocytic astrocytoma

**Image:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/2019127143436.jpg>

PS-131 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## KUVVET KAYBI OLUŞTURAN LOMBER BÖLGENİN JUKSTAFASET KİSTİ

**Hakan Ak\*, İskender Samet Daltaban**

*Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Sinoviyal kist ve ganglion psödokistlerinin her ikisi birden sıklıkla jukstafaset kisti olarak isimlendirilmektedir. Jukstafaset kistlerinin etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte çeşitli mekanizmalar ileri sürülmüştür. Tedavisinde de henüz tam bir görüş birliği yoktur.

**Yöntem:** 54 yaşında bayan hasta uzun zamandır olan bel ve bacak ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Son bir aydır sağ bacakta kuvvetsizlik başlamış. Nörolojik muayenesinde femoral germenin bilateral pozitif olduğu sağ ayak dorsifleksiyonunda güç kaybı (3/5) olduğu belirlendi.

**Bulgular:** Hastanın lomber manyetik rezonans görüntülemesinde T2 ağırlıklı sagittal kesitlerde L4 vertebraasının inferior endplate'inin hemen üzerinden başlayıp kraniallye doğru uzanan yuvarlak şekilli merkezi hiperintens lezyon görüldü. Aksiyel kesitlerde ise kanalı özellikle sağ taraftan tamamıyla kapatan bu mesafede ileri dar kanal oluşturan merkezi hiperintens yuvarlak şekilli lezyon görüldü (Resim 1). Hasta posterior yaklaşımla ameliyat edildi. L4 total laminektomi yapıldı. Sağ tarafta L4 ve L5 kökleri tamamen ortaya kondu. Sağ tarafta L4 kökünün hemen altında başlayan lezyon görüldü. Medialde duraya teması olduğu ve yer yer duraya yapışık olduğu görüldü. Disseksiyon esnasında kistik kısım delindi ve berrak bir mayi boşalması oldu. Lezyonun arda kalan kısımlarının disk mesafesi ile ilişkisi olmadığı görüldü. Lezyon total olarak çıkarıldı. Hastanın ameliyat sonrası kas gücü 4+/5 olarak belirlendi. Patoloji raporu hemorajik kıvrımdak doku olarak raporlandı. Hastanın radyolojik bulguları, intraoperatif bulguları ve patoloji raporu birlikte değerlendirildiğinde tanının jukstafaset kisti olduğu düşünüldü.

**Tartışma ve Sonuç:** Jukstafaset kistlerinin tedavisinde henüz tam bir görüş birliği sağlanmamış olmasına rağmen, özellikle olgumuzda olduğu gibi nörolojik yakınmalarla başvuran olgularda mutlak cerrahi önermekteyiz.

**Anahtar Sözcükler:** Jukstafaset kisti, laminektomi, manyetik rezonans görüntüleme

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/201911111540.jpg>

PS-132 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## LOKAL ANESTEZİ İLE PERKÜTAN FASET DİSTRAKSİYON İMPLANTI UYGULAMASI VE ETKİNLİĞİ

**Aykut Sezer\***

*S.B. Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Lomber dar kanal hastalığında, bel ve bacak ağrısı hastaların en önemli yakınmalarından birisidir. Santral spinal kanal darlığı tipi darlıkta ağrının dağılımı iyi tanımlanamamasına karşılık sinir kökü kanal darlığı tipi darlıkta ağrı hastalar tarafından daha iyi tanımlanır. Çalışmamızdaki amaç lokal anestezi ile uygulama kolaylığı sağlayan, distraksiyon yüksekliği 1,2 mm olan titanyum lomber faset implantı

uygulayarak, hızlı bir şekilde bel ve bacak ağrısında azalma sağlanması ve hastanede kalış süresinin kısaltılmasıdır.

**Yöntem:** Kliniğimizde 2017 ve 2018 yıllarında uzun süredir medikal tedavi ve fizik tedavi uygulamaları ile ağrısında azalma olmayan, L3-L4 ve L4-L5 seviyelerinde darlık olan hastalardan, sinir kökü kanal genişliği 3mm'nin altında olan 40 hastaya günü birlik yatış ile lokal anestezi altında skopi kontrollü olarak uygulanan lomber faset distraksiyon implantı öncesi ve sonrası ağrı skorları Vizuel Analog Skala ile 6 ay, aylık takip edildi. Daha önce lomber disk hastalığı nedeniyle opere olmuş hastalar çalışma grubuna dahil edilmedi.

**Bulgular:** 40 hastanın aylık takipleri sonucunda ilk 3 ay ve sonraki 3 ay VAS anketi değerlendirildiğinde 4. aydan itibaren ağrıda artış olmasına rağmen ameliyat öncesine göre anlamlı olarak iyi bulunmuştur.

**Tartışma ve Sonuç:** Lomber dar kanal hastalığının özellikle sinir kökü darlığı olan tipinde, yaş, invazif cerrahide preoperatif ve postoperatif hastanede yatış süreleri ve hastaların invazif cerrahiden uzak durmaları dikkate alındığında lokal uygulama ile yapılan ve hastanede yatış gerektirmeyen bu yaklaşım, dar kanala bağlı bel ve bacak ağrılarında önemli oranda azalma sağlamaktadır. Bu yaklaşım hastaların daha kısa sürede işlerine dönmelerini kolaylaştırmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Lomber dar kanal, faset distraksiyon implantı, lokal anestezi

PS-133 [Stereotaktik, Fonksiyonel Ağrı ve Epilepsi Cerrahisi]

## NADİR GÖRÜLEN BİR SENDROM KOMBİNE HİPERAKTİF DİSFONKSİYON SENDROMU: OLGU SUNUMU

**Mesut Emre Yaman, Pelin Kuzucu, Göktuğ Ülkü, Tolga Türkmen\*, Şükrü Aykol**

*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Hiperaktif disfonksiyon sendromu(HDS) kranial sinirlerin yapısal lezyonu olmadan ortaya çıkan hiperaktivitesi olarak tanımlanmaktadır. Trigeminal nevralsi(TN), hemifasiyal spazm(HFS), glossopharyngeal nevralsi(GPN) sırasıyla en sık görülen sendromlardır. Bu klinik sendromlar çeşitli kombinasyonlar halinde karşımıza çıkabilmektedirler. Bu olguda, mikrovasküler dekompresyon girişimi ile tedavi edilen üçlü kombine HDS olgusunu sunuyoruz

**Yöntem:** Hiperaktif disfonksiyon sendromu trigeminal nevralsi(TN), hemifasiyal spazm(HFS), glossopharyngeal nevralsi(GPN) hiperaktivitesi ile görülmekte olup bu sendromların ikili kombinasyonlarının oranı literatür taramalarında 5-10/100.000 olarak raporlanmıştır. Ancak üçlü kombine sendromlar ise oldukça nadir görülen klinik tablodur ve literatür taramalarında günümüze kadar bildirilmiş toplam 9 tane TN-HFS-GPN kombine HDS vakası saptanmıştır. Tek olarak izlenen vakalarda hipertansiyon(HT) en ilişkili etken olarak saptanırken kombine vakalarda HT ilişkili olarak bulunmamıştır. Ayrıca kadın cinsiyet, küçük posterior fossa, sıkışık anatomik yapılar ve buna bağlı azalmış beyin omurilik sıvı akışı kombine vakalarda ilişkili olarak bulunan faktörlerdir. Günümüzde tedavi yöntemi olarak, mikrovasküler dekompresyon(MVD) hala en etkin ve güvenilir tedavi yöntemi olarak güncelliğini korumaktadır

**Bulgular:** 73 yaş erkek hasta ; 2 yıldır sürekli olan ve yemek yemek, yutkunmak gibi tetikleyici hareketler ile artan sağda kulak iç kısmına yayılan

otalji, V2-V3 dermatomunda anlık şiddetlenen ağrılar nedeni ile başvurdu. 1 yıldır karbamazepin 400 mg/gün dozunda kullanmakta olup medikal tedaviden beklenen yanıt alınmadı. Preoperatif klinik muayenesinde sağ V2-3 dermatomunda hiperestezi, sağ göz çevresinde istemsiz kasılmalar mevcuttu. Yapılan Temporal MRI tetkikinde sağda 5-7-8-9 kraniyal sinirlerin proksimal sisternal parçaları arasında belirgin vasküler komşuluk ve basi görülmüştür. Cerrahi seçenek olarak retrosigmoid curvilinear şeklinde yaklaşık 4 cm lik cilt insizyonu yapıldı, anteriorda sigmoid sinüs, superior transvers sinüs sınırına erişildi. Dura açılarak 5. Ve 7-8 kompleksi, 9,10,11. CN görüldü, petroz ven korundu. 5.CN superior-anteriordan superior serebellar arter basısı görüldü ve diseksiyonun ardından 1 adet teflon bariyer yerleştirildi. 7-8.cn süperiordan-anterior-inferiordan ven basısı gözlemlendi. Diseksiyonun ardından venler ve 7.8 kompleksinin arasına 3 adet teflon bariyer yerleştirildi. 9-10-11 CN. kompleksine anteriordan anterior inferior serebellar arter basısı izlendi diseksiyonun ardından araya 1 adet teflon bariyer yerleştirildi. Hastanın postoperatif ağrı şikayetlerinin erken dönemde geçtiği teyit edildi ve herhangi bir komplikasyon gelişmeden nörolojik defisiti olmaksızın postoperatif 3. Gün taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Vakamızında olduğu gibi TN,HFS,GPN komponentlerini içeren kombine HDS vakaları oldukça nadir görülen sendromlardır. Bizim vakamızda da tercih ettiğimiz MVD cerrahi yöntemi en güvenilir ve etkili yöntemdir.

**Anahtar Sözcükler:** Kombine hiperaktif disfonksiyon sendromu, mikrovasküler dekompresyon, glossofaringeal nevralsi

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201911182621.jpg>

PS-134 [Nöroonkolojik Cerrahi]

## TRAVMA SONRASI HEMATOMLA ORTAYA ÇIKAN SAÇLI DERİ NÖROFİBROMALI BİR OLGU

Şevki Gök<sup>1</sup>, Selçuk Göçmen<sup>\*2</sup>, Altay Tolga Şentürk<sup>3</sup>, Fatma Gündoğdu<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Özel Ersoy Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>2</sup>Özel Anadolu Sağlık Merkezi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>3</sup>Özel Silivri Medikal Park Hastanesi, Patoloji Kliniği

<sup>4</sup>Özel Medical Park Silivri Hastanesi, Radyoloji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Nörofibromatozis-1 herediter, otozomal dominant geçiş gösteren nörokutanöz bir sendromdur. Vücutta yaygın nörofibromlar, ciltte pigmentasyon artışı(cape-au-lait lekeleri) ve sıklıkla SSS tümörleri eşlik etmektedir. Nörofibromlar sinir kılıfı kökenli tümörlerdir, schwann hücrelerinden, perinöral hücrelerden ve fibroblastlardan köken almaktadır. Saçlı deri nörofibromatozisin nadir bir bulgusudur. Diffüz nörofibrom, nörofibromun bir formu olup belirgin dermal ve subkutan kalınlaşma göstermektedir. Çoğu yetişkinlerin baş, boyun ve gövde kısmında lokalize olmaktadır. Nörofibromatozis veya phakomatozis olmadan skalp yerleşimli nörofibrom nadiren kalvarial defekt oluşturmaktadır. Biz bu makalemizde, 29 yaşında düşme sonrası kafa travması sonucunda kanamış saçlı deri nörofibromuyla ortaya çıkan nadir bir olgu sunduk.

**Yöntem:** 29 yaşında erkek hasta merdivenlerden düşme sonucu polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan genel muayenesinde başının sol temporal bölgesinde 8x10 cm boyutlarında ekspanse olmuş şişlik saptandı. Nörolojik muayenesinde vücutta ve ekstremitelerde yaygın cafe-au-lait

lekeleri ve lisch nodülleri görüldü. Hastanın bilgisayarlı beyin tomografisinde (BBT) sol temporal bölgede hiperdens lezyon izlendi. Magnetik rezonans görüntüleme(MRG) sol frontotemporal bölgede ve sol orbita superioruna uzanım gösteren T1-ağırlıklı sekanslarda hipointens, T2- ağırlıklı sekanslarda hafif hiperintens, yoğun kontrastlanan kitle izlendi. Lezyonun santralinde yaklaşık 86x34 mm boyutlarında T2-gradient eko sekanslarda hematom ile uyumlu oluşum görüldü. Hasta operasyona alınarak kitle gross total eksize edildi. Lezyon cilt altı, subgaleal doku ve temporal adaleye invaze idi. Temporal kemikte destrüksiyon yapmamıştı. Tümörle birlikte ortasındaki organize hematom boşaltıldı. Histopatolojik inceleme sonucunda kanamış nörofibroma olarak raporlanan hastanın 2 yıllık takibinde herhangi bir nüks ve rezidü izlenmedi.

**Bulgular:** Saçlı deride soliter nörofibroma nörofibromatozisi olmayanlarda nadir görülür, bununla ilgili literatürde birkaç tane vaka bildirilmiştir. Bu bildirilen olgular yetişkin olup, tümörlerin büyüme oranları da yavaştır. Saçlı deride nörofibrom en sık oksipital bölgede görülmektedir. Saçlı deride kalınlaşma ve pigmentasyon artışı ile kendini göstermektedir.

**Tartışma ve Sonuç:** Saçlı deride nörofibromu olan NF tip1 olgularında gross total cerrahi önemlidir. Özellikle büyük lezyonlarda, kafa travması sonrası lezyon içinde kanama olabilmektedir. Bu hastaların mutlaka BBT ve MRG'leri ameliyat öncesinde yapılmalıdır. Kemikte destrüksiyon varsa, cerrahi planlanmada kranioplasti düşünülmelidir. Postoperatif dönemde, malign dönüşüm ve nüks açısından yakın takip edilmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Hematom, travma, nörofibromatozis, nörofibrom, cafe-au-lait lekesi, lisch nodülü

PS-135 [Nöroonkolojik Cerrahi]

## SELLA'YA İNVAZE TUBERKÜLÜM SELLA MENENJİOMLARINDA KOMBİNE YAKLAŞIM

Mehmet Yaman\*

İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Bir yıldır baş ağrısı ve adet düzensizliği nedeniyle başvurduğu nöroloji polikliniğinde çekilen MRG sonucu polikliniğimize yollanan 45 yaşında kadın hasta, tuberkülüm sella ve sella boşluğunu dolduran kitle transsfenoidal yolla tek seansta boşaltılmadı. Bu tür kitlelerde kombine yaklaşım gerekebilirliği için vaka sunumu yapıldı.

**Yöntem:** Transsfenoidal yolla tek seansta boşaltılabileceği düşünülen hasta opere edildi. Ancak hipofiz adenomuna göre daha sert ve hemorajik olan kitle transsfenoidal yolla total çıkartılmadı. Transisyonel tip menenjiom patolojik tanısı konan hasta ilk operasyondan bir ay sonra transkraniyal yolla tekrar opere edilip kitle total eksize edildi. 24 aydır takip edilen hastada belirgin nüks/rezidü izlenmedi.

**Bulgular:** BBT'de sellar suprasellar kitle görünümü mevcuttu. Çekilen kraniyal MRG'de hipofiz adenomu olarak rapor edilen, sella'yı dolduran tuberkülüm sellada kontrast tutulumu gösteren kitle izlendi. Stalk basısına ait olabilecek serum prolaktin seviyesi ılımlı yüksek bulundu. Görme alanı muayenesinde bitemporal görme alanında daralma izlendi.

**Tartışma ve Sonuç:** Suprasellar.

**Anahtar Sözcükler:** Tuberkülüm sella, menenjiom, sellar kitle

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201919102222.jpeg>

PS-136 [Pediatrik Nöroşirürji]

**VP ŞANT OPERASYONLARI SONRASI SERBEST YÜZEN BİLATERAL İNTRAVENTRİKÜLER VE AYRILMIŞ ÜÇÜNCÜ KATETERİ BULUNAN OLGU****Ümit Ali Malçok\*<sup>1</sup>, Mürteza Çakır<sup>2</sup>, Çağatay Çalikoğlu<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD<sup>2</sup>Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD

**Giriş ve Amaç:** Ventriküloperitoneal (VP) şant komplikasyonlarından proksimal uç ayrılması nadir komplikasyonlar arasındadır. Ancak literatürde her iki serebral ventrikülde serbest kateterin bulunduğu ve mevcut üçüncü ventriküler parçanın da pompa bağlantısından ayrılmış olarak hala yerinde durduğu bir olguya ulaşılamadı. Bu bildiri ile nadir bulunan bir olguyu sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** 16 yaşında kız çocuğu Serebral Palsi tanısı mevcut. 14 yıl önce hidrosefali tanısıyla dış merkezde VP şant operasyonu yapılan hastaya 3 yıl ve 2 yıl önce yine başka bir merkezde şant disfonksiyonu nedeniyle revizyon cerrahileri yapılmış. İkinci operasyon 3 yıl önce ve başka merkezde gerçekleştirilmiş. İlk operasyona ait ventriküler kateter migre olduğundan ventrikül içinde serbest olarak yerinde bırakılmış ve ikinci VP şant operasyonu sol taraftan uygulanmış. İkinci operasyondan bir yıl sonra klinik bulguların ortaya çıkması, ventriküllerin genişlemesi, kateterin de ventrikül içinde serbest olarak seyrettiğinin görülmesi sonrası üçüncü VP şant operasyonu planlanarak sağ taraftan uygulanmış. Son operasyondan 1 ve 3 ay sonra sol frontotemporo-parietal subakut subdural hematoma nedeniyle opere edilmiş. İştah azalması nedeni ile çekilen son tomografide son operasyona ait ventriküler kateterin de pompanın birleşim yerinden ayrıldığı ancak kateterin ventriküle migre olmadığı izlenmiş.

**Bulgular:** Nörolojik ve fizik muayenesinde genel durum orta, şuur açık, GCS:15 idi. Serebral palsiye bağlı olarak yatağa bağımlı ve spastisitesi mevcut. Sol alt ve üst tarafta istemsiz hareketler mevcut. Sağ alt plejik, sağ altta DTR'ler hiperaktif. Çekilen kraniografide proksimal kateterle pompa bağlantısının ayrık olduğu görülmekte. Beyin BT'de tüm ventriküllerde dilatasyon mevcut. Her iki lateral ventrikülde serbest kateter, ayrıca sağ lateral ventrikülde mevcut şanta ait ikinci kateter izlenmekte. Klinik olarak hasta kötüleşme de kateterlerin potansiyel komplikasyonları nedeni ile çıkarılması planlı ve hastanın ailesi bilgilendirildi ancak aile riskleri kabul etmediğinden olgu yakın izleme alındı.

**Tartışma ve Sonuç:** Literatürde intraventriküler serbest yüzen bir adet kateter olgusunun bildirildiği yazı bulunmakta. Ancak her iki ventrikülde serbest yüzen kateteri bulunan ve aynı olguda pompadan ayrılmış üçüncü ventriküler kateteri de bulunan bir olgu literatürde bulunmamakta. Yukarı migrasyon tipi komplikasyonlarda ventriküller ile birlikte parenkimi de mekanik, enflamatuar ve şant disfonksiyonundan koruyabilmek için endoskopik yöntemler uygulanabilmekte. Serbest yüzen kateterlerin çıkarılmasında uygulanabilecek endoskopik prosedürler gelişebilecek kanama ve diğer komplikasyonların yönetilmesinde cerraha yardımcı olacaktır. Ventrikülde serbest olarak kalmış olan kateterler bakteriler veya mantarlar için üreme alanları olacağından çıkarılması önerilmektedir. Ancak komplikasyon olarak pleksuslara yapışık kateterlerin çıkarılması esnasındaki kanama riskleri de göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Ventriküloperitoneal şant komplikasyonu, serbest yüzen ventriküler kateter

PS-137 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

**ANTERİOR SERVİKAL DİSKEKTOMİ OPERASYONUNDA GELİŞEN VERTEBRAL ARTER YARALANMASI****Ümit Ali Malçok\*<sup>1</sup>, Mürteza Çakır<sup>2</sup>, Çağatay Çalikoğlu<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD<sup>2</sup>Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD

**Giriş ve Amaç:** Anterior servikal girişim bir çok servikal patolojinin tedavisinde sık kullanılan bir yaklaşımdır. İatrojenik vertebral arter yaralanması bu girişimlerin nadir ancak mortalite dahil katastrofik bir komplikasyondur. Hazırlayıcı nedenler arasında cerrahin oryantasyon kaybı nedeniyle orta hattan uzaklaşması, drill kullanımına bağlı komplikasyonlar, implantlar tarafından yaralanmalar, geçirilmiş enfeksiyonlara bağlı vertebral arter duvarı erozyonları, tümör invazyonları ve vertebral arter anomalileri sayılabilir. Vertebral arter yaralanma risklerini arttıran nedenlere sahip olgularda komplikasyonlara yönelik hazırlığın operasyon öncesi yapılması önemlidir. Operasyon öncesi servikal tomografinin vertebral arter seyrine yönelik değerlendirilmesi operasyon esnasındaki oryantasyonun daha iyi sağlanmasına yardımcı olmaktadır.

**Yöntem:** 26 yaşında erkek, 3 gün önce dış merkezde sağ C5-6 diskal hernisine yönelik yapılan ameliyat esnasındaki kanamaya bağlı operasyon tamamlanamayan olgu. Hikayesinden operasyon öncesi nörolojik muayenesinin normal olduğu bilgisi alındı. Ancak operasyon sonrası yapılan muayenesinde nörolojik defisit geliştiği görülmüş. Gelişen komplikasyon sonrası ileri tetkik ve tedavi amacıyla kliniğimize kabul edildi.

**Bulgular:** Genel durum orta, şuur açık, GCS:15. Sağ kol abdüksiyonunda 2/5 zaafiyeti mevcuttu ve sağda biceps reflexi hipoaktif alındı. Servikal MRI'da sağ C5-6 diskal herni, sağ C5-6 mesafesine lateralde yapılan cerrahi diseksiyon alanı görüldü. BT anjiyografide sağ vertebral arterde dolum defekti izlendi. Hastaya radyoloji kliniğince DSA yapıldı, sağ vertebral arterin orijininden yaklaşık 9 mm distalinde total obstrüksiyon izlendi. Hastaya endovasküler giriş düşünülmüdü. Hastaya mevcut servikal disk patolojilerine yönelik cerrahi müdahale önerildi ancak henüz kabul etmedi.

**Tartışma ve Sonuç:** Anterior servikal cerrahiye bağlı vertebral arter yaralanması oldukça seyrekdir. Servikal spinal cerrahi yapılan 163,324 vakanın değerlendirilmesi sonrası 111 olguda vertebral arter yaralanması bildirilmiş. Yaralanmaların % 9'u anterior servikal diskektomi prosedürü esnasında gelişmiş. Yaralanmanın görüldüğü olgularda tampon ederek hemostazın sağlanması %74, arter ligasyonu %20, primer tamir %13, embolizasyon %11 ve stent % 5.9 oranında uygulanmış. Primer tamirin yapılamadığı durumda hem yaralanma yerini tespit etme, hem dolaşımın tekrar sağlanması hem karşı taraf kan akımını ortaya koyarak serebral iskeminin önüne geçme amacıyla DSA yapılmalıdır. Endovasküler tedavinin yapılamadığı durumlarda ligasyon ve klipeleme diğer tedavi seçenekleri arasındadır. Vertebral arter yaralanmasında erken dönem komplikasyonları olarak hipovolemik şok, sinir kökü yaralanması, serebellar iskemiyeye bağlı ölüm meydana gelebilir. Sonuç olarak primer tampon edilmek kontrol altına alınma sık uygulanan ve sonuç alınan bir yöntem olması ile birlikte geç dönemde yalancı anevrizma, arteriovenöz fistül ve buna bağlı kanamalar görülebileceğinden bu olgular sık aralıklı takip edilmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Anterior servikal girişim, vertebral arter yaralanması



PS-138 [Stereotaktik, Fonksiyonel Ağrı ve Epilepsi Cerrahisi]

**ISOLATED UNILATERAL HYPOGLOSSAL NERVE PALSY CAUSED BY INTERNAL CAROTID ARTERY LOOP****Murat Dökdök<sup>1</sup>, Eyup Baykara<sup>2</sup>, Selcuk Gocmen\*<sup>3</sup>,  
Serdar Kahraman<sup>3</sup>, Yaşar Kütükçü<sup>4</sup>**<sup>1</sup>Anadolu Medical Center Hospital, Department of Radiology<sup>2</sup>Silivri Medikal Park Hospital, Department of Neurosurgery<sup>3</sup>Anadolu Medical Center Hospital, Department of Neurosurgery<sup>4</sup>Anadolu Medical Center Hospital, Department of Neurology

**Background and Aim:** Isolated unilateral hypoglossal nerve, (HN) palsy, as a rare entity, may result from a number of different pathologies. It is crucial to define the underlying pathology to manage the condition wisely. In literature, assorted arterial or venous vascular causes including carotid artery dissection, vertebral artery compression, posterior inferior cerebellar artery (PICA) aneurysm, enlarged emissary vein, dural arteriovenous fistula, persistent hypoglossal artery were reported. To our knowledge, ICA loop causing compression of HN and palsy was not reported previously. Here, we present the very first HN palsy case that could be related to ICA loop.

**Methods:** A 42-year-old male, who suffered dysarthria three months ago and has had weakness of the left side of the tongue, was referred to our hospital. The patient's history did not include any other significant trauma, infection or other diseases. Physical examination revealed palsy of the HN and atrophy of the tongue on the left side; neither tongue fasciculation nor neurological deficit was observed (Figure 1). The patient's articulation and eating were mildly impaired. Needle electromyography (EMG) demonstrated active denervation of the left HN with partial axonal degeneration. MR angiography and CT angiography revealed a dilated vascular loop of the left ICA that obstructed the outlet portion of the left hypoglossal canal compressing the HN. (Figure 2) DSA confirmed dilatation of the distal cervical segment of the left ICA immediately adjacent to the petrous segment with type-3 loop (coiling). Furthermore, the inferior posterior region of this segment had prominent wall irregularities that might be consistent with late findings of ICA dissection.

**Results:** Based on these findings, the patient was diagnosed with dilatation of the coiling segment causing compressive neuropathy. Because of the possible recurrent thrombotic and vascular complications, the patient was commenced on acetylsalicylic acid of 100 mg. On the follow-up examination 3 months later patient and imaging findings were stable.

**Conclusions:** We performed a comprehensive literature search utilizing The National Center for Biotechnology Information's PubMed and INDEX MEDICUS databases and revealed patients with isolated hypoglossal atrophy reported between 1953 and 2018. The main causes of isolated HN palsy were found to be malignancy, surgery / iatrogenic and iatrogenic in some large series where number of vascular pathologies usually underestimated. On the other hand, various arterial or venous vascular causes were reported in multipl case reports and in two literature reviews. In conclusion, coiling of the ICA may cause compressive HN neuropathy as a rather rare entity among other etiological factors. MRI, MR angiography or CT angiography, as such, might be efficacious in the evaluation of such patients. Moreover, DSA data along with MR and CT images is helpful to achieve an optimal treatment strategy.

**Keywords:** Hypoglossal nerve palsy, carotid artery loop

PS-139 [Stereotaktik, Fonksiyonel Ağrı ve Epilepsi Cerrahisi]

**SERVİKAL SİNİR DERMATOMLARINA UYAN AĞRI VE MUSCULOSKLETAL AĞRI İLE BAŞVURAN HASTADA PARKINSON HASTALIĞI TEŞHİSİ****Bilal Yekeler, Halil Ulutabanca\***

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Servikal dermatomlara uyan root ağrısı ile başvuran hastanın araştırılması ve yapılan tetkikler sonucu hastanın spesifik tanısına ulaşılmaması.

**Yöntem:** 30 yaşında erkek hasta, inşaat işçisi, 3,5-4 yıl içinde sağ kolun yavaş yavaş kullanamamaya başlamış. Sağ omuz ve sağ kol ağrısı mevcutmuş. Kolundaki ağrı kolun iç kısmından başlayan, dirseğine ve dirseğinin alt kısmın yayılan tarzdaymış. Avuç içinde uyuşma ve karıncalanma şikayetleri mevcutmuş. Şikayetleri geceleri daha fazla oluyormuş, uykudan uyandırır tarzdaymış. Omzunun alt kısmına kramplar giriyormuş. Kolunu kalp hizasının üstüne çıkardığında ağrılarında hafifleme oluyormuş. Hastanın muayenesinde sağ yüz yarısında inkomplet fasiyal asimetri olması ve sağ üst ekstremitte hareketlerinde hipotoni ve tremor mevcuttu. Hasta bu şikayetlerle birçok bölüm tarafından muayene edilmiş.

**Bulgular:** Hastanın muayenesinde sağ yüz yarısında inkomplet fasiyal asimetri olması ve sağ üst ekstremitte hareketlerinde hipotoni ve tremor olması taniya yönelik ip uçları vermekteydi ancak parkinson hastalığındaki ağrı semptomları diğer hastalıkların altında gizlendiği ve gözden kaçırıldığı için hastada kesin tanı koyulması uzamıştır.

**Tartışma ve Sonuç:** Parkinson hastalığı, temel olarak motor ve bilişsel bozulmanın engellenmesine yol açan nörodejeneratif bir hastalık olarak tanımlanır. PH'da ağrının prevalansı yaklaşık %40 olmasına rağmen, çok çeşitli ağrı sendromlarına neden olan bir hastalık olarak PH daha az yaygın olarak kabul edilir. Az sayıda hastada ağrı çok şiddetli ve inatçıdır ve hastalığın motor semptomlarını gölgede bırakır. Son yıllarda, PH'da motor olmayan semptomların tanımlayıcı araştırmaları, ağrılı duyuların birkaç kategoriden birine veya birkaçına göre sınıflandırılmasını sağlamıştır: kas-iskelet sistemi ağrısı, radiküler veya nöropatik ağrı, distoni ile ilişkili ağrı, akatitik rahatsızlık ve birincil, merkezi parkinsoniyen ağrı.

**Anahtar Sözcükler:** Musculoskeletal ağrı, Parkinson hastalığı, servikal sinir dermatomu

PS-140 [Nörotravma ve Yoğun Bakım]

**TRAVMA SONRASI YAYGIN BEYİN HASARINDA TEK TARAFTA CERRAHİ SINIRDA, KARŞI TARAFTA CERRAHİ SINIRA YAKIN PATOLOJİ OLDUĞUNDA UYGULANAN BİLATERAL KRANIYOTOMİ-DEKOMPRESYONUN SONUÇLARININ SUNULMASI: ÜÇ VAKA****Ümit Kocaman\*<sup>1</sup>, Hakan Yılmaz<sup>2</sup>**<sup>1</sup>İzmir Çiğli Bölge Eğitim Hastanesi, Beyin Cerrahi Kliniği<sup>2</sup>S.B. İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin Cerrahi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Travma sonrası Glasgow koma skoru düşük, yaygın kafa içi yaralanması olan hastalarda uygulanan bilateral kraniyotominin sonuçlarını sunmak istiyoruz. Bu vakalar akut subdural hematoma,

epidural hematoma, depresyon fraktürü, ileri serebral ödem, travmatik SAK ve pnömosefali gibi posttravmatik patolojileri kombine olarak içermektedir. Fakat özellikli olarak tek tarafta; gerek hematoma kalınlığı gerekse depresyon fraktürü derecesi, borderline düzeyinde olduğunda sadece gros patolojiye yönelik tek taraflı cerrahi dekompresyon zaten sınırda olan karşı taraftaki kanama miktarını arttırabilir. Bu hastalarda bilateral kraniyotominin önemini vurgulamak istiyoruz.

**Yöntem:** 2017-2018 yılında Çiğli Bölge Eğitim Hastanesi acil servisine başvuran kafa travması geçiren ve bilateral yaygın kafa içi yaralanması olan 3 hastaya acil olarak bilateral kraniyotomi ve patolojiye yönelik dekompresyon uygulandı. Tüm vakalarda acil serviste değerlendirildikten sonra 1-2 saat içinde ameliyata başlandı. Cilt insizyonu için bilateral travma flebi tercih edildi; fakat boyutları patolojiye göre ayarlandı. Öncelikle gross patoloji tarafından operasyona başlandı. Yeterli kraniotomi sonrası patolojiye yönelik (epidural hematoma, depresyon fraktürü, subdural hematoma) dekompresyon uygulandı. Hastalar postop dönemde, yoğun bakım ünitesinde, derin sedasyon altında, antiödem, antiepileptik ve destek tedavisi ile entübe şekilde izlendi. Postop erken dönem kontrol CT yapıldı. Derin sedasyona ortalama 4 gün devam edildi. KİBAS önlemleri alındı. Uygun aralıklarla kan osmolaritesi, diğer kan ve vital parametreler takip edildi. Hastalar preop Glasgow koma skoru ve Glasgow outcome skoru ile değerlendirildi.

**Bulgular:** 3 hastanın (2 erkek, 1 kadın) yaş ortalaması 41.3 (27-63) tür. Preop GKS 6, 9 ve 7'dir. GOS sırayla 4, 4 ve 5'tir. Hastanede kalış süresi ortalama 27 gündür. 1.vaka; 27 yaşında erkek hastaya sağ frontotemporoooksipital 1 cm akut subdural hematoma, sol temporal 0.5 cm epidural hematoma, 5mm depresyon fraktürü, yaygın travmatik SAK, ileri beyin ödemi ve pnömosefali nedeniyle bilateral dekompresyon uygulandı (Figür). 2. vaka; 63 yaşında erkek hastaya sol tarafta 1 tabula açık depresyon fraktürü, yaklaşık 1 cm epidural hematoma (perop gözlem) sağ frontotemporal 0.7 cm akut subdural hematoma, pnömosefali, ileri beyin ödemi ve travmatik SAK nedeniyle bilateral dekompresyon uygulandı. 3. vaka; 34 yaşında bayan hastaya sağ frontotemporoooksipital 1.5 cm akut subdural hematoma, sol temporal yarım tabula depresyon fraktürü, 0.5 cm epidural hematoma(perop gözlem), travmatik SAK, orta derecede beyin ödemi nedeniyle bilateral dekompresyon uygulandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Travma sonrası bilateral yaygın beyin hasarı, tek tarafta cerrahi sınırda, karşı tarafta cerrahi sınıra yakın patoloji mevcutsa, hasta özellikleri de göz önüne alınarak bilateral kraniyomi ve patolojiye yönelik dekompresyon seçeneği göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Beyin hasarı, bilateral kraniotomi, dekompresyon

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/201911062749.jpg>

PS-141 [Nöroonkolojik Cerrahi]

## MENENJİTİ TAKLİT EDEN PRİMER HİPOFİZER ABSE OLGUSU

**Kadir Oktay\*<sup>1</sup>, Ebru Güzel<sup>2</sup>, Ömer Burak Eriçek<sup>3</sup>, Hakan Seçkin<sup>4</sup>, Aslan Güzel<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Gaziantep Medical Park Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Gaziantep Medical Park Hastanesi, Radyoloji Kliniği

<sup>3</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

<sup>4</sup>Bursa Medica Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi

**Giriş ve Amaç:** Hipofiz absesi, uygun tedavisinde gecikilmesi durumunda morbidite ve mortaliteye neden olabilen hipofiz bezinin nadir bir lezyonudur. Primer ve sekonder hipofiz abseleri olarak sınıflandırılırlar. Primer hipofiz abseleri, daha önce hipofiz patolojisi olmayan hastalarda ortaya çıkarken, sekonder hipofiz abseleri mevcut hipofiz patolojileri bulunan hastalarda tespit edilirler.

**Yöntem:** Yeni başlayan şiddetli baş ağrısı şikayeti ile acil servisimize başvuran 43 yaşında bayan hastanın nörolojik muayenesinde ense sertliği saptandı. Şuuru açık olan hastanın herhangi bir lateralizan bulgusu yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde enfeksiyon parametrelerinde artış mevcuttu ve çekilen beyin ve servikal tomografilerinde herhangi bir kanama veya yer kaplayan lezyon mevcut değildi. Nöroloji kliniği tarafından yatırılan ve menenjit ön tanısı ile antibiyoterapisi başlanan hastanın yapılan lomber ponsiyonu sonucunda beyin omurilik sıvısı kültürlerinde herhangi bir mikroorganizma üremesi saptanmadı. Antibiyoterapisine devam edilen hastada görme problemi başlaması üzerine çekilen kontrastlı beyin manyetik görüntüleme hipofizde lezyon şüphesi saptanması üzerine kontrastlı hipofiz manyetik rezonans görüntülemesi de yapıldı. Sellar yerleşimli 9x11x20 mm boyutunda kistik lezyon saptanan hasta kliniğimizde devir alındı (Şekil 1a).

**Bulgular:** Endoskopik endonasal transsfenoidal girişimle sellar bölgeye ulaşılan hastada dural insizyon sonrası yüksek basınçlı abse ile uyumlu mayi drene edildi (Şekil 2). Ameliyat sonrası hastanın şikayetleri dramatik bir şekilde düzeldi. Histopatolojik değerlendirmeye sonucu hipofiz absesi ile uyumlu gelen hastanın kültür sonuçlarına göre antibiyoterapisi düzenlendi. Tedavisi tamamlanan hasta taburcu edildi. Birinci ay kontrolünde hastanın şikayetleri tamamen düzelmişti. Çekilen hipofiz manyetik rezonans görüntülemesinde herhangi bir lezyon mevcut değildi (Şekil 1b).

**Tartışma ve Sonuç:** Primer hipofiz absesi, merkezi sinir sistemini etkileyen diğer patolojilerle klinik olarak karıştırılabilir. Kalıcı sekel oluşmaması için benzer durumlarda hekimler tarafından akılda tutulması gereken bir patolojidir. Bu hastalarda uygun tedavi sonrası tatmin edici sonuçlar alınmakta ve dramatik bir iyileşme elde edilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Hipofiz absesi, menenjit, endoskopik endonasal transsfenoidal cerrahi

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/201919181752.jpg>

PS-142 [Nöroonkolojik Cerrahi]

## METASTATIC CAVERNOUS SINUS MENINGIOMA: A THEORY OF PROBABLE PREDISPOSING FACTOR FOR METASTASIS VIA A RARE CASE REPORT

**Gökhan Kurt\*<sup>1</sup>, Müge Akmansu<sup>2</sup>, Ayfer Aslan<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Gazi University Faculty of Medicine, Department of Neurosurgery

<sup>2</sup>Gazi University Faculty of Medicine, Department of Radiation Oncology

<sup>3</sup>Şırnak State Hospital, Department of Neurosurgery

**Background and Aim:** Meningiomas are mostly benign, slow-growing, non-metastatic, particularly limited to the central nervous system (CNS), however, they were occasionally reported for spreading to distant organs. While the risk factors still remain widely unknown for metastasis of meningiomas, the histopathological type and size of tumor are

predicted to be predisposing factors for it. We aimed to discuss a possible new predisposing factor, which is contiguity of intracranial meningiomas to the dural sinuses, for metastasis to the body by presenting a case with metastatic cavernous meningioma and literature research.

**Methods:** We reported a rare case has been treated for cavernous sinus meningioma, then diagnosed with malign meningioma metastasis to the lung.

**Results:** A 67-year-old male patient was presented with right sided facial numbness lasting for one month, and then diplopia was added without headache or nausea. He had right 6th cranial nerve paralysis and right facial hypoesthesia, when he was admitted to the Department of Neurosurgery on the December of 2017. In his medical history, there was no remarkable condition except of hypertension, spondyloarthropathy, and benign prostatic hyperplasia. In the magnetic resonance imaging (MRI) with contrast, a right cavernous sinus lesion showing contrast enhancement with extension to the pontocerebellar angle (PCA), which was first suspected for metastasis, was detected. Since it was neurologically symptomatic, stereotactic radiosurgery (SRS) with CyberKnife technology was applied to the lesion in that admission. After 7 months, control contrast enhanced MRI showed a prominent progression in the portion of tumour extended towards to the PCA, but not in the cavernous portion (Fig. 1). Due to progression of tumour, suspicion of metastasis was boosted, and therefore the whole body PET was repeated in order to attain an origin in case of metastasis. Second PET revealed hypermetabolism for 68Ga-DOTATATE in the lung, in which multiple nodular lumps were found in further investigation. Computed tomography-guided percutaneous needle lung biopsy was performed, and histopathological examination resulted in malign meningioma metastasis. Second SRS was applied in the form of hypofractionated stereotactic radiotherapy (HSRT) targeting the new progressive portion of meningioma extending to PCA, and fractional intensity modulated radiation therapy (IMRT) along with chemotherapy protocol for lung metastasis was exerted.

**Conclusions:** From that case, we speculated that meningiomas adherent to the dural sinuses may be more inclined to distant organ metastasis, and they might use dural sinuses for seeding. Although this hypothesis can be likely verified by large case series, the authors believe this case report will inspire further investigations.

**Keywords:** Cavernous sinus meningioma, dural sinus, lung metastasis, metastatic meningioma

**Image:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/2019110183115.jpg>

PS-143 [Nörovasküler Cerrahi]

### CEREBRAL CAVERNOUS MALFORMATION PRESENTING IN CHILDHOOD: A SINGLE-CENTERED SURGICAL EXPERIENCE OF 29 CASES ALONG WITH REVIEW OF LITERATURE

Alp Özgün Börcek<sup>\*1</sup>, Ayfer Aslan<sup>2</sup>, Harun Demirci<sup>3</sup>, Münibe Büşra Erdem<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gazi University Faculty of Medicine, Division of Pediatric Neurosurgery

<sup>2</sup>Şırnak State Hospital, Department of Neurosurgery

<sup>3</sup>Hatay İskenderun State Hospital, Department of Neurosurgery

**Background and Aim:** The main goal was to evaluate the surgical outcomes of pediatric cerebral cavernous malformations (CCMs) and compare our results with literature.

**Methods:** The data of 29 patients under 18 years-old who were operated for cerebral CCMs in our clinic from 2007 to 2016 were collected.

**Results:** Of 29 patients, there were 13 girls and 16 boys. The mean age of the children at operation was 11.4 years at the time of treatment (range 2-17 years). Symptoms at presentation were seizures (15 patients, 51.7%), headache (12 patients, 41.3%), and focal neurological deficits (4 patients, 13.7%). Frontal lobe was the most common site (8 patients, 28%), followed by parietal (7 patients, 24%), temporal (7 patients, 24%), occipital (3 patients, 10%), cerebellum (3 patients, 10%), and pineal region (1 patient, 3.4%). Total excision was achieved in all patients. The mean follow-up period was 27.3 months (range 12-97 months). New neurological deficit following surgery occurred in 1 patient (3.4%) who recovered in 3 months; the preoperative deficit was improved in 1 patient (3.4%); while the rest remained in preoperative clinical status. Of 15 patients presenting with seizures preoperatively, 10 patients (66.6%) were seizure free (Engel Class 1), 4 (26.6%) were "almost seizure free" (Engel Class 2) and one (6.6%) experienced "worthwhile improvement" (Engel Class 3) at the last follow up visit. There was no mortality in our series.

**Conclusions:** Although management of CCMs in childhood is controversial, total resection ensures good clinical outcome and seizure control.

**Keywords:** Cavernoma, cavernous malformations, childhood, pediatric neurosurgery

PS-144 [Diğer]

### SUPRATENTORYAL HEMATOMLARDA NÖROENDOSKOPİ DESTEKLİ CERRAHİ

Fatih Yakar\*

Kars Harakani Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi

**Giriş ve Amaç:** Supratentoryal hipertansif hematomlarda günümüzde standart bir cerrahi yaklaşım bulunmamaktadır. Yüksek morbidite ve mortalite oranları nedeniyle son dönemlerde endoskopi destekli cerrahiler önem kazanmaktadır. Bu posterde devlet hizmet yükümlülüğünde 2. basamaktaki 3 hasta üzerindeki deneyim anlatılacaktır.

**Yöntem:** Kars Harakani Devlet Hastanesinde intraserebral hematom saptanan 3 hastada nöroendoskopi destekli cerrahi uygulanmıştır.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 58,6 ve erkek kadın oranı 1/2 idi. 2 hastada hematom ventriküle açılmıştı ve her ikisi de mortal seyretti. Ventrikülle ilişkili hematomu olmayan hasta postoperatif dönemde nörolojik olarak düzeldi ve taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Hipertansif intraserebral hematomlar kötü prognozla karakterizedir. Cerrahi yönetimi halen tartışmalıdır. Endoskopi destekli cerrahi minimal invaziv bir yöntem olarak önemli alternatif bir yöntemdir.

**Anahtar Sözcükler:** Nöroendoskopi, intraserebral hematom

PS-145 [Pediatrik Nöroşirürji]

**INTRAKRANIAL FETUS IN FETU**

**Şanser Gül<sup>1</sup>, Recep Şavik<sup>1</sup>, Kenan Şimşek\*<sup>1</sup>, Cumhuriyet Aydemir<sup>2</sup>, İbrahim Etem Pişkin<sup>3</sup>, Gamze Yurdakan<sup>4</sup>, Eren Görkem Gün<sup>1</sup>, Mehmet Tufan Yavuz<sup>1</sup>, Murat Kalaycı<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Bülent Ecevit Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.

<sup>2</sup>Bülent Ecevit Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Neonatoloji AD.

<sup>3</sup>Bülent Ecevit Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım AD.

<sup>4</sup>Bülent Ecevit Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji AD.

**Giriş ve Amaç:** Fetus in Fetu (FIF), ikizlerin birinin diğerinin bedenindeki varlığı olarak tanımlanan bir olgudur. FIF konakçı, koryonik dolaşımına vasküler anastomoz ile bağlanan anormal monozygotik ikiz (parazitik ikiz) şeklinde olan oldukça nadir görülen bir anomalidir. İlk olarak 1800'de Meckel, daha sonra 1953'te Willis tarafından tanımlanmıştır. Bugüne kadar yaklaşık 200 vaka bildirilmiştir. Çoğu vaka konakçı ikizin, retroperitoneal bölgesinde olmakla birlikte, intrakranial, skrotum, ağız ve adrenal bez gibi atipik bölgelerde de bulunabilir. Intrakranial FIF'ler çok nadir görülmekle birlikte literatürde bilinen 18 vaka tanımlanmıştır.

**Yöntem:** 21 yaş anneden, G2P2, 41. Gebelik haftasında C/S ile 3070 gr, 7/8 Apgar ile doğan kız bebeğin muayenesinde, hastanın makrosefali ve hipotonik olduğu görüldü. Çekilen Kranial MRG sinde, suprasellar alandan başlayıp ön kafa kadesine doğru büyüyen yaklaşık 65x50x50 mm boyutlarında içerisinde çok sayıda kalsifikasyon, 20 mm'ye ulaşan kistik nekroz alanları içeren, heterojen makrolobüle kitle izlenmekle birlikte lateral ve 4. ventrikül dilate görünümdeydi. Hasta kraniyofarengioma ve teratom ön tanıları ile operasyona alındı. Sağ frontotemporo-parietal geniş bir kraniotomiye takiben, slyvian diseksiyon ile sellar, parasellar, suprasellar alanda heterojen, ağırlıklı solid kıvamda, çevre nöroglial dokuya fikse kemik sertliğinde yapılar ile karşılaşıldı. Temel nöroşirürjikal prensiplere bağlı kalınarak, kitle sınırlı eksize edildi. Perop gönderilen frozen inceleme örneği, Dermoid Tümör olarak rapor edildi. Gönderilen örneklerin histopatolojik incelenmesinde; ekstremite tomurcuklarının formasyonu ile birlikte vertebral organizasyonun ve iyi gelişmiş organ sistemlerinin (gastrointestinal, santral sinir sistemi, deri, solunum sistemi) mevcut olduğu rapor edildi.

**Bulgular:** Hastanın post op dönemde yapılan muayenesinde mevcut kliniğin de belirgin bir değişiklik olmadığı gözlemlendi. Takiplerinde kafa çevresinde büyüme nedeniyle v-p şant operasyonu planlanmış ancak gelişen adrenal yetmezlik nedeniyle operasyon yapılamamıştır. Hasta ek tıbbi sorunlar nedeniyle 3. Ayda exitus olmuştur.

**Tartışma ve Sonuç:** Lord, 1935 yılında, vertebral kolonun ve çevresinde uygun yerlere yerleştirilmiş ekstremite ve organların varlığını FIF için temel teşhis olduğunu iddia etti. Bu kriterler bugün de hala geniş ölçüde geçerlidir. Teşhis için vertebral kolonun varlığı gerekmesine rağmen vertebral kolonu olmayan olgular da mevcuttur. FIF'in benign olduğu konusunda fikir birliği olmasına rağmen malign vakalar da bildirilmiştir. Kapsülü de dahil olmak üzere kitlenin tamamen çıkarılmasına ihtiyaç vardır. Postnatal Sellar Parasellar Suprasellar uzanımlı heterojen kalsifiye solid görünümlü kitle lezyonu ayırıcı tanısında Intrakranial Fetüs In Fetu (FIF) düşünülmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Intrakranial fetus in fetu

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/20191161825.jpg>

PS-146 [Nöroonkolojik Cerrahi]

**KAFASI VE STERNUM KEMİK TUTULUMU İLE BAŞVURAN DİFFÜZ BÜYÜK B-HÜCRELİ LENFOMA OLGUSU**

**Hakan Ak\*<sup>1</sup>, İskender Samet Daltaban<sup>1</sup>, Sevinç Şahin<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Diffüz büyük B hücreli lenfomalar, non-Hodgkin lenfomaların (NHL) en büyük alt grubunu oluşturmaktadır. NHL %4 oranında iskelet tutulumu ile karşımıza çıkabilmektedir. Bu tutulum, özellikle alt ve üst ekstremitelerde uzun kemikleri, pelvis ve omurga tutulumu olarak bildirilmiştir. Kafatası tutulumu ile başvuru ise çok nadir olup lenfoma vakalarının yaklaşık olarak %0.2'sinde bildirilmiştir.

**Yöntem:** 69 yaşında bayan hasta sağ temporoparietal alanda ağrılı ve sternum üzerinde ise ağrısız şişlik nedeniyle başvurdu. Kafadaki lezyonun yaklaşık 4 aydır büyüme gösterdiği öğrenildi. Sternum üzerindeki lezyonun ise son iki aydır mevcut olduğu öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde antiagregan kullanımı ve hipertansiyon dışında özellik yoktu ve nörolojik muayenesi olağandı.

**Bulgular:** Hastanın beyin manyetik rezonans görüntülemesi yapıldı. Burada sağ temporoparietal alanda kemiği erode eden muhtemel durayı etkilemiş lezyon görüldü (Resim). Hastanın toraks ve batin tetkikleri yapıldı. Bunlarda primer bir kanseri düşündürecek patoloji görülmedi. Hastaya cerrahi planlandı. Cerrahide kemiği erode edip cilt altına uzanan ve durayıda invaze etmiş lezyon çıkarıldı ve patolojiye gönderildi. Patolojide CD20, bcl-6 ve CD10 ile yaygın kuvvetli pozitiflik, CD5 ve CD3 ile zeminde az sayıda T lenfosit pozitiflik gözlemlendi ve ki-67 proliferasyon indeksinin %80 civarında olduğu rapor edildi. Patolojik olarak diffüz büyük B hücreli lenfoma teşhisi konuldu (Resim). Hasta onkoloji bölümüne yönlendirildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Kafatası tutulumu ile başvuran malign lenfoma olgularında henüz yerleşik bir tedavi şeması olmamakla birlikte cerrahiye takiben radyo-kemoterapi tavsiye edilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Kafatası, non-Hodgkin lenfoma, b hücreli lenfoma, manyetik rezonans görüntüleme

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/2019111131035.jpg>

PS-147 [Nöroonkolojik Cerrahi]

**OKSİPİTAL KONDİL METASTAZI: OLGU SUNUMU**

**Nail Demirel\*, Nuriye Güzin Özdemir, Özgür Baran, Okan Türk, Ayhan Koçak**

*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Kafa tabanı metastazları nadir olarak görülür. Primer tümör genelde meme veya prostat kanseridir. Akciğer kanseri metastazı daha da nadir olarak rapor edilmiştir. Sol oksipital kondile metastaz yapmış akciğer kanseri olgusunu sunuyoruz.

**Yöntem:** Baş, kulak, ense ağrısı, sol yüz yarısında ağrı şikayetleriyle acil başvurusu yapan 54 yaşında erkek hastanın nörolojik muayenesinde solda

fasiyal paralizi, dilde sola deviasyon bulguları mevcuttu. Genel taramada toraks BT'de sol akciğer üst lob apikoposterior segmentte kostal plevraya oturan düzensiz-spiküle konturlu 39x25 mm boyutlarında kitle lezyonu saptandı. Sol akciğer apeksinden yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) skuamöz hücreli karsinom olarak geldi.

**Bulgular:** Çekilen bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT)'nde ve kraniyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'de sol oksipital kondil düzeyinde, posterior serebellum komşuluğuna, lateralde mastoid sellüler düzeyinde ve stilomastoid foramen düzeyine, anterior da longus colli kası posterior komşuluğuna, juguler foramen ve hipoglossal kanala uzanan, kemik yapıda destrüksiyon oluşturan kitle lezyonu izlendi. Solda transvers sinüs, sigmoid sinüste yavaş akım/trombüs ile uyumlu sinyal değişiklikleri mevcuttu. Kraniyal MR anjiyografi raporunda posterior dolaşımı oluşturan baziler arter ve posterior serebral arterlerin P1, P2 ve distal segmentleri patent izlendi. Vertebral arter solda mediale doğru hafif itilmiş görünümde ve oksipital kondil düzeyindeki lezyon ile arasındaki yağlı planlar silinmiş olarak izlendi. Ameliyatta sol parsiyel mastoidektomi yapıldıktan sonra foramen transversarium kemik cusa ile alındı ve vertebral arter mobilize edildi. Lateralde 12.kraniyal sinir görülerek korundu. Nöronavigasyonla tümör dokusunun sınırları belirlendi. Cusa ve aspiratörle tümör total rezeksiyon edildi. Hemostazı takiben çivili başlık nötr pozisyona getirilerek sol C1'e mass, C2'ye pedikül vidası konularak oksipitoservikal füzyon yapıldı. Patoloji sonucu skuamöz hücreli karsinom metastazı rapor edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Oksipital kondil lezyonları nadir görülür ve kraniyal sinir tutulumu veya ağrı ile prezante olana kadar tanı konulamaz. Bu olgu sunumunda oksipital baş ağrısı ile prezante olan ve toraks BT ve BBT sonrası akciğer Ca ve oksipital kondil metastazı saptanan hasta rapor edilmiştir. Oksipital kondil metastazlarında, lokalizasyona bağlı olarak cerrahi girişim sınırlıdır. Antihormonal tedaviyle birlikte, radyoterapi ve kemoterapi palyatif tedavi seçenekleridir. Tümör boyutları 30mm'den küçükse ve servikal instabiliteye neden olmaması sebebiyle gamma-knife tedavisi düşünülebilir. Cerrahi endikasyonu olan hastalarda total cerrahi rezeksiyon sonrası instabiliteye yönelik oksipitoservikal füzyon gerekli olabilir. Malignens öyküsü olan hastalarda, özellikle de oksipital ağrı varsa, oksipital kondil metastazına yönelik kraniyoservikal bileşke radyolojik olarak detaylı olarak taranmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Oksipital kondil, metastaz, akciğer kanseri, cerrahi rezeksiyon, oksipitoservikal füzyon

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019111145621.jpg>

PS-148 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### LOMBER FORAMİNAL STENOZDA ENSTRÜMANTASYONSUZ DEKOMPRESYON CERRAHİSİNİN ETKİNLİĞİ: DENEYSEL BİR ÇALIŞMA

**Fatih Yakar\*<sup>1</sup>, Batuhan Bakırarar<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Kars Harakani Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Tıbbi İstatistik Bölümü

**Giriş ve Amaç:** Lomber bölgede foraminal stenozun sebep olduğu sinir kökü basısı ve radikülopati sıklıkla rastlanan bir patolojidir. Lomber dar kanalın eşlik etmediği foraminal darlığı olan hastalarda, instabilite

oluşmasını engellemek amacıyla fasetlerinin korunduğu tek ya da çoklu seviye foraminotominin uygulandığı deneysel bir çalışma planlandı.

**Yöntem:** 40 hastaya enstrümantasyonsuz dekompresyon cerrahisi uygulandı ve bu hastaların demografik özellikleri, peroperatif bulguları ve hastaların pre/postoperatif Ostwestry Disability Index (ODI) ve Visual Analog Scale (VAS) skorları değerlendirildi.

**Bulgular:** Yaş ortalaması 48.1±11.9 (min 27, maks 72) idi ve kadın erkek oranı 11/9 idi. Ortalama vücut kitle indeksi 23.3±1.9 idi. En sık foraminal darlık saptanan seviye L4-L5 (%32.5) idi ve en sık sol (%42.5) tarafta idi. Çoklu seviyede darlık %20 hastada mevcut iken bilateral foraminal darlık %10 hastada mevcuttu. Preoperatif ODI ve VAS değerlerinin, postoperatif 1.gün, 1. ay, 3. ay, 6. ay ve 12. ay değerleri ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak azaldığı saptandı (p<0.001).

**Tartışma ve Sonuç:** Enstrümantasyon olmadan yapılan tek ya da çoklu seviye lomber foraminal dekompresif cerrahiler yüksek fayda ve düşük morbidite sağlar ve spinal instabiliteyi önler.

**Anahtar Sözcükler:** Radikülopati, bel ağrısı, foraminotomi, lomber stenoz, dekompresyon

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019111203031.jpg>

PS-149 [Diğer]

### A CASE OF DELAYED UNILATERAL HEARING LOSS DUE TO PROGRESSIVE POSTERIOR FOSSA ARACHNOID CYST HEALING WITH CYSTO-PERITONEAL SHUNTING IN A 26 YEAR OLD MALE

**Abdullah Mesut\*<sup>1</sup>, Şerif Turhan<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Diyarbakır Gazi Yaşargil Training and Research Hospital, Department of Neurosurgery

<sup>2</sup>Diyarbakır Selahaddin Eyyubi State Hospital, Department of Neurosurgery

**Background and Results:** We aim to present a case of 26 year old male who had a right side hearing loss for last 4 years due to congenital posterior fossa arachnoid cyst healed after cysto-peritoneal shunting.

**Methods:** 21 year old male patient suffered from progressive headache, dizziness, hearing loss at the right side. First he had been investigated by otorhinolaryngologist and found to have advanced sensorineural hearing loss at the right side in his audiometry. In contrast enhanced cranial MRI: at the right pontocerebellar angle, cerebral pedicle compressing and deforming the 4th ventricle unenhanced 54x37 mm arachnoid cyst without expanding internal acoustic meatus but causing obstructive hydrocephalus. In the follow up 2 year later cranial MRI a 60x62x51 mm sized arachnoid cyst compressing the 4th ventricle and extending to the posterior of 3rd ventricle located anteriorly to the right cerebellar hemisphere in the posterior fossa. In the audiometry advanced right sensorineural hearing loss seen. No pathological finding seen in other systems. We planned a cystoperitoneal shunting to this acquired clinical manifestation due to congenital etiology. Under general anesthesia a medium pressure cysto-peritoneal shunting done through right suboccipital burr-hole without complication. Postoperative radiologic follow up was done.

**Results:** About last 4 year old focal increased intracranial pressure related complaints with signs and findings including headache, nausea, dizziness and hearing loss was confirmed with examinations and tests. Progression

in arachnoid cyst's size compressing the 4th ventricle causing obstructive hydrocephalus leading to increase intracranial pressure with focal effects producing hearing loss. where other symptoms occurred correspondingly. Despite there was no trauma, infection nor underwent surgery to cause progressing of cyst's size was noticed. The selected surgical intervention as cyst-peritoneal shunting showed the benifity and efficacy of this option with good recovery and uneventful postoperative course were seen.

**Conclusions:** A case of delayed aquired clinical manifastation in a congenital posterior fossa arachnoid cyst which treated by cysto-peritoneal shunting accepted to be the benefit efficient choice of treatment that may to be recommended. Since our patient was a worker we think that the presence with delay may occur regarding to valve mechanism theory when cerebro spinal fluid flow in one way toward inside the cystic cavity and does not permit flow outward. Beside the inner layer of cyst epithelium fluid secreting theory take place..

**Keywords:** Arachnoid cyst, posterior fossa, hearing loss, cysto-peritoneal shunting

**Image:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019127155620.jpg>

PS-150 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

#### **A CASE OF UPPER THORACIC VERTEBRAL INTRAOSSEOUS OSSIFIED HEMANGIOMA IN 21 YEAR OLD MALE CAUSING SPASTIC PARAPLEGIA DUE TO SPINAL CORD COMPRESSION**

**Abdullah Mesut\*, İlker Kiraz**

*Diyarbakır Gazi Yaşargil Training and Research Hospital, Department of Neurosurgery*

**Background and Aim:** The aim of presenting this case is the rarity of symptomatic presentation of spinal hemangioma which should always be included in the differential diagnosis of symptomatic spinal lesions

**Methods:** 21 year old male suffering from progressive numbness in both leg and paraplegia sequenced muscle weakness without bladder dysfunction but bowel dysfunction as constipation last one month. The patient had spastic paraplegia with hypoesthesia below the Th 5 level and hyper reflexed patella and achilles associated with clonus markedly at the right side. Radologically he had contrast enhanced spinal MRI with Thoracic 3rd and 4th vertebra level intraspinal intradural extramedullar ? a craniocaudal 3 cm x12mm right side extended to the neural structure with shifting the spinal cord to the left side involving Th4 corpus vertebra with posterior elements. Malignancy couldn't be excluded. In addition on the Th 6th,8th,11th,12th corpus and on L 1st right half of corpus vertebra hemangioma's features seen. on 3 D spinal CT ; in the Th3th and 4th a 35x7mm well contoured spinal channel compressing trabeculated bone structured lesion accepted to be ossified hemangioma. And Th12th, L1st, L5th classical vertebral hemangiomas seen. Whole body bone sintigraphy was done in angiogram and blood pool images Th 5th, Th 6th vertebra increased perfusion and radiotracer accumulation. in the metabolic phase : Th5 th, Th6 th increased osteoblastic activity images had been obtained. Patient underwent decompressive surgery by Th 3 th and 4th right hemilaminectomy with resection the ossified hemangioma that expanding pedicle and lamina and compressing the spinal cord. In

the early postoperative a good recovery with uneventful postoperative course were seen. Histopathologically intra osseous cavernous hemangioma had been reported.

**Results:** The patient medical history neurological status radiological examinations revealed an ossified hemangioma confirmed histopatologically tereated by decompressive resection surgery. Posoperatively a continuing with rehabilitation have given dramatic good results. The patient could walk alone without support.

**Conclusions:** Usually vertebral hemangiomas asymptomatic benign tumors dont need surgery. Occasionally they have symptoms related to their efficacy on neighbouring neural structure when neurologic deficit arise surgery must be done as soon as possible. they must be kept in chalanger's mind and sould always be included in the differential diagnosis of spinal cord compressing symptomatic lesions.

**Keywords:** Thoracic vertebra, paraplegia, cavernous hemangioma, decompressive surgery

**Image:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201912714532.jpg>

PS-151 [Stereotaktik, Fonksiyonel Ağrı ve Epilepsi Cerrahisi]

#### **A CASE OF MISDIAGNOSED SYMPTOMATIC TRIGEMINAL NEURALGIA WITH HEMIFACIAL SPASM COEXISTED WITH A RIGHT INTERNAL CAROTID ARTERY CAVERNOUS SEGMENT ANEURYSM ASSOCIATED WITH BASILLAR ARTERY ELONGATION**

**Abdullah Mesut\*, İlker Kiraz, Alptekin Taşçı**

*Diyarbakır Gazi Yaşargil Training and Research Hospital, Department of Neurosurgery*

**Background and Aim:** We aim to present a case of hemifacial spasm associated with intrrenal carotid artery cavernous segment aneurysm and elongation of basilar artery.

**Methods:** A 54 year old male who suffers from progressive right side facial pain, numbness and involuntary contracting at the right side of the mouth before 9 years, with dizziness for 10 years. He had a history of hypertension for 8 years medicated with rosuvastatin and valsartan + chlorothiasid. He had antidepressant medication by psychiatry for 5 years with essitalopram. He had a diagnosis and medication of vertigo by the neurologists. on his physical examination he had a hemifacial spasm in both orbicularis oris and oculi muscles. No other neurological deficit had been seen. Last he was diagnosed as trigeminal neuralgia and hemifacial spasm by neurology and neurosurgery in our hospital with cranial magnetic resonance imaging and magnetic resonance angiography followed by computerized cranial tomography and 3 dimenstioned cranial computerized tomographic angiography. We started treatment with carbamazapine. But the patient underwent endovascular intervention for aneurysm in an other centre without any change in his complaints yet. Where as he did not accept and dissagree any intervention for hemifacial spasm.

**Results:** With the evaluation of our patient's medical history, examinations and radiological investigations we found a right internal carotid artery cavernous segment unruptred large aneurysm and elongated basillar artery which curved against cerebellopontin angle near trigeminal nevre's exit and piercing zone and facial nevre course in the posterior

fossa where they may paroxysmally stimulated by posterior fossa pulsing vascular structure to spark trigeminal neuralgia and hemifacial spasm episodes.

**Conclusions:** From this case it can be said that trigeminal and facial nerve dysfunction due to neurovascular pathologies can coexist together manifesting in neuralgia and hemifacial spasm. Neurovascular radioimaging still the golden standard among diagnostic tools

**Keywords:** Trigeminal neuralgia, neurovascular, hemifacial spasm

**Image:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019115213132.jpg>

PS-152 [Stereotaktik, Fonksiyonel Ağrı ve Epilepsi Cerrahisi]

### A CASE OF CYSTIC TRIGEMINAL SCHWANNOMA IN 40 YEAR OLD WOMAN PRESENTING AS A PARASELLAR MASS WITH CYSTIC EXTENSION TO THE PCA

**Abdullah Mesut\*<sup>1</sup>, Mehmet Yasin Aksu<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Diyarbakır Gazi Yaşargil Training and Research Hospital, Department of Neurosurgery

<sup>2</sup>Diyarbakır Selahaddin Eyyubi State Hospital, Department of Neurosurgery

**Background and Aim:** We aim to present a rare case of cystic trigeminal schwannoma in a 40 year old woman treated with total tumor resection.

**Methods:** Method 40 year old female had suffered from progressive headache, hemifacial pain and numbness with tinnitus in the left side for more than 3 year. she was diagnosed as intracranial mass in northern syria and had come to our hospital. on neurological examination she had no facial asymmetry nor hearing loss no rhinorrhea or otorrhea were seen. There were no markedly signs of raised intracranial pressure other systems had no pathologic finding. laboratory tests resulted inside the optimal ranges. Radiologically in three planer enhanced cranial MRI in the left middle fossa a smoothly, limited, lobulated heterogenous enhancing solid mass lesion with acystic capsule enhancing component extending posteriorly and inferiorly to the pontocerebellar angle seen. In the cranial CT no calcification seen.

**Results:** Regarding to the patient history her clinical status and neurological findings the radiological examination results diagnosis had been established and surgical resection had been planned. Under general anesthesia in supine position with the head deviated to the right a wide frontotemporal craniotomy had been performed then by sylvian dissection, sylvian fissure had been opened, surgical observation showed a smooth, capsulated, containing solid nodular components in the temporal fossa base extending from anterior parasellar posteriorly toward posterior fossa above sphenoid wing to petrous bone with prolapsing posterior inferiorly toward posterior fossa reaching the pontocerebellar angle draining the cystic component of cherry –dirty red color hemorrhagic fluid seen followed by cyst resection to complete total tumor resection. A good recovery with uneventful postoperative course seen during follow up. The histopathological evaluation in favor of schwannoma.

**Conclusions:** A cystic trigeminal schwannoma arising from Gasserian ganglion grew extraaxially in the left temporal fossa base extending parasellar with solid nodular components anteriorly and cystic

component reached the pontocerebellar angle in posterior fossa is rare and resectable easily satisfying tumor.

**Keywords:** Trigeminal schwannoma, gasserian ganglion, cystic

**Image:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201911522925.jpg>

PS-153 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### A CASE OF MICROCYSTIC MENINGIOMA MIMICKING ARACHNOID CYST IN 55 YEAR OLD MALE

**Abdullah Mesut\*, Abdurrahim Taş**

Diyarbakır Gazi Yaşargil Training and Research Hospital, Department of Neurosurgery

**Backgrounds and Aim:** We aim to present a case of right frontal microcystic meningioma causing headache for 9 years misdiagnosed as arachnoid cyst with epidermoid cyst.

**Methods:** A 55 year old male suffering from headache for 9 years. he also had dizziness and tinnitus in the left ear with epileptic seizure last two weeks. 9 years before his cranial magnetic resonance imaging showed a 3,5x1,5 cm sized extraaxial cystic lesion. he had no neurological deficit and normal ophthalmological examination. Other systemic findings are seen normally. on contrast enhanced 3D cranial computerized tomography and angiography were performed. In addition cranial magnetic resonance imaging and proton density weighted diffusion magnetic resonance imaging were done. Radiologically a right frontal extraaxial 72x47mm lesion containing cystic areas and compressing right lateral ventricle causing displacement of midline structures for 7 mm to the left anteriorly. Because the lesion mass effect right middle cerebral artery depressed inferiorly. Surgically total tumor resection was performed under general anesthesia in supine position by right frontal craniotomy, surgical observation noticed and good recovery with uneventful postoperative course were seen.

**Results:** 9 years of headache, dizziness compensated with medical treatment despite misdiagnosis of lesion as cystic mass lesion until epileptic seizure occurred for what the patient hospitalizing detecting and undergoing surgery. Radiologically on the cranial CT on the right frontal region extraaxial 70x44 mm poorly enhanced with mass effect cystic lesion. on last cranial magnetic resonance imaging the lesion seems as wide cystic areas and semisolid component containing lesion no diffusion restriction seen. 9 years before the lesion had been evaluated as a 3,5x1,5 cm extraaxial temporal region epidermoid cyst in diffusion weighted MRI. During surgery the lesion was extra parenchymally covered and encapsulated with very thin membrane like arachnoid membrane, it was smooth dirty red in color fragile comes with suction easily. total resection was performed. The histopathologic examination by immunohistochemical staining; positive staining with EMA, S100 and GFAP. Ki 67 proliferative index 2%. So it was diagnosed as grade I meningioma microcystic type.

**Conclusions:** In this case we can see that cystic intracranial with both extraaxial and intraparenchymal forms lesions may be confused radiologically in diagnosis so we are to be a wake against such cases. keeping in mind that microcystic meningioma may mimics arachnoid

cyst,epidermoid cyst, pleomorphic xanthoastrocytoma,intraparncymal cystic tumor.

**Keywords:** Intracranial arachnoid cyst, intracranial epidermoid cyst, microcystic meningioma

**Image:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019114223912.jpg>

PS-154 [Nörotravma ve Yoğun Bakım]

## KRANIYAL ÇÖKME FRAKTÜRÜ SÜPERİOR SAGİTTAL SİNÜS BASISI OLGU SUNUMU

**Şamil Dikici, Ali Serdar Oğuzoğlu\*, Hakan Murat Göksel**

*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD*

**Giriş ve Amaç:** Bu sunumda kliniğimize başvuran kafa travmalı hastalar arasından superior sagittal sinüs basısına yol açan çökme fraktürü olgusunun cerrahi dekompresyon yapılmadan 1 senelik klinik takibi sonucunda remodelling ile kemik dokunun onarımı ve bu sayede kompresyonun ortadan kalktığına gösterilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** 17 yaş erkek hasta başına demir parçası ile vurulması sonucunda oluşan kafa travması sebebiyle kliniğimize başvurmuştu. Hastanın acil serviste yapılan ilk değerlendirmesinde bilincinin açık, koma skalasının 15 olduğu ve darbenin alındığı verteks bölgesinde sağlıklı deride ekimoz ve şişlik tespit edilmişti. Hastanın çekilen beyin BT'sinde verteks bölgesinde çökme fraktürü tespit edilmesi üzerine ileri tetkik ve tedavi amacıyla yatırıldı.

**Bulgular:** Hastaya yatışının 3. gününde çekilen BT venografi raporunda verteks düzeyindeki çökme fraktürünün olduğu bölgede superior sagittal sinüs çapının azaldığı ve fraktürün posteriorunda sinüste genişleme olduğu belirtildi. 1 haftalık gözlem sonucunda nörolojik tablosunda gerileme olmaması sebebiyle taburcu edilen hastanın 5. ve 12. aylarda yapılan kontrollerinde kemikte remodelling olduğu ve sinüs üzerindeki basının kalktığı ve semptomların tamamen kaybolduğu gözlemlendi.

**Tartışma ve Sonuç:** Kafa travması hasta serilerinde çökme kırıklarına bağlı major venöz sinüslerin etkilenme oranı % 11 olarak bildirilmiştir. Kırık nedeniyle venöz sinüs daralır ve normal akım sağlanamaz ise, akut veya kronik dönemde başağrısı, kusma, görme kaybı gibi intrakraniyal basınç artması kliniği bulguları ile başvurulabilirler. İntrakraniyal basınç artması kliniği ile gelen hastalarda serebral anjiyografi ve intrakraniyal basınç ölçümü yapılması tedavide esas yönlendirici tetkiklerdir. Superior sagittal sinüsün distal kısımlarında içinden geçen kan hacmi daha çok artmaktadır. Bu nedenle SSS'nin orta veya arka 2/3'lük kısmındaki çökme kırıkları venöz kan akımını engellemesi nedeniyle, benign intrakraniyal hipertansiyon oluşturma şansı yüksektir. Bu bölgenin yaralanmalarında mortalite % 24'e kadar yükselmektedir. Bizim olgumuzdaki çökme de SSS'ün 2/3 arka bölümündedir. Bu olguda kapalı kırık olması ve ciddi nörolojik bulguların bulunmaması sebebiyle konservatif yaklaşımı tercih ettik. Zamanla hastanın baş ağrısı semptomlarının düzelmesi ve herhangi bir nörolojik defisitinin oluşmaması yaklaşımımızın yerinde olduğunu göstermektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Çökme fraktürü, superior sagittal sinüs

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019113123520.jpg>

PS-155 [Nörotravma ve Yoğun Bakım]

## OLGU SUNUMU : POST TRAVMATİK KRONİK SEREBRAL ABSE OLGUSU

**Şamil Dikici, Ali Serdar Oğuzoğlu\*, Hakan Murat Göksel**

*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD*

**Giriş ve Amaç:** Beyin abseleri yönetimi zor bir durumdur ve tanı veya tedavide herhangi bir gecikme hastalar için kötü sonuçlar doğurabilir. Beyin abselerinin görülme sıklığı, dünya genelinde 100.000 kişi başına yaklaşık 0,4-0,9'dur ve immun sistemi baskılanmış hastalar arasında çok daha yüksek oranlar vardır. Aspergillus spp. hava ile taşınan sporların solunması yoluyla vücuda giren, fırsatçı bir mantardır. Santral sinir sistemini hematojen yoldan, paranazal sinüslerden komşuluk yoluyla, travma veya cerrahi prosedürler sırasında doğrudan aşılama yoluyla istila edebilir. İnvaziv aspergillozis olağan dışıdır, tüm aspergilloz vakalarının %10-20'sini oluşturur. 162 olgunun değerlendirildiği klinik bir çalışmada 113'ünün akut piyogenik abse, 49'unun kronik abse, Kronik abseli hastaların ise sadece 3 tanesinin aspergilloz tanılı olduğu bildirilmiştir. Bu hastalığa sahip çoğu hasta, genellikle nötrofil veya makrofaj işlev bozukluğu şeklinde immün bozukluklara sahiptir.

**Yöntem:** 8 yaşında erkek hasta, ateş ve baş ağrısı sebebiyle pediatri polikliniğine başvurmuş. Yapılan rutin tetkiklerinde enfeksiyon odağı saptanamaması üzerine hastaya yatış verilerek takibe alınmış. Hastanın takiplerinde uyku hali gelişmesi üzerine çekilen kontrastlı beyin MR görüntülemesinde bifrontal, sağ temporal, sol paryetal ve sol oksipital bölgelerde toplam 6 adet etrafı kontrast tutan yer kaplayan lezyon tespit edilmişti. Serebral abse ön tanısı düşünülen hastaya operasyon planlanmasının ardından kliniğimize devralındı.

**Bulgular:** Hastanın ilk nörolojik muayenesinde bilincinin açık, haffif konfüzyonunun olduğu, glaskow koma skalasının 15 olduğu, serebellar sistem ve kranial sinir muayenesinin normal olduğu, subfebril ateşinin ve ense sertliğinin olduğu tespit edilmişti. Hastadan alınan detaylı anamnezde yaklaşık 10 ay önce araç içi trafik kazası sonucu sağ temporal çökme fraktürü nedeniyle hastanemize getirildiği ve kliniğimizde opere edildiği bilgisine ulaşılmıştı. Hasta 20 gün arayla 3 seansta opere edildi ve alınan örnekler mikrobiyolojiye gönderildi. İlk ve son operasyonlarda alınan örneklerde hifa yapıları içeren aspergillus spp., 2. operasyonda alınan örnekte ise yine hifa yapısı içeren aspergillus ve rhizopus spp. üremesi saptandı. Hasta verilen antifungal tedavi sonrası serolojisinin negatifleşmesi ile taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** İnvaziv santral sinir sistemi aspergillozu immün yetmezliği olmayan hastalarda nadiren görülür. Serebral mantar abselerinin yönetimi tartışmalıdır. Tek başına antifungal tedavinin SSS aspergillozlu hastalar için >%90'lık yüksek mortalite oranı; bu ilaçların SSS'e zayıf geçişinden kaynaklanmaktadır. Yapılan araştırmalar fokal SSS aspergilloz lezyonlarının cerrahi rezeksiyonunun mortalite oranını %64'ten %39'a düşürdüğünü göstermiştir. İmmün yetmezliği olmayan hastalarda nadir görülen serebral aspergilloz vakalarında erken tanı ve efektif cerrahi drenaj ve uygun antibiyoterapi son derece önemlidir.

**Anahtar Sözcükler:** Kafa travması, serebral abse, aspergillozis



PS-156 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### SPONTAN SUBARAKNOİD KANAMA SONUCU TAKİP EDİLEN HASTADA İNSİDENTAL OLARAK TESPİT EDİLEN FENESTRE BAZİLER ARTER İLE BAZİLER ANEVİRİZMA İNSİDANSI ARASINDAKİ İLİŞKİ

**Şamil Dikici, Ali Serdar Oğuzoğlu\*, Hakan Murat Göksele**

*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD*

**Giriş ve Amaç:** Baziler arter fenestrasyonu (veya daha basit bir şekilde, baziler fenestrasyon) en yaygın intrakraniyal arteriyel fenestrasyondur. Bu, pleksiform primitif longitudinal nöral arterlerin başarısız füzyonu nedeniyle meydana geldiği düşünülen arterin bir kısmının duplikasyonunu ifade eder. Rapor edilen prevalansı kullanılan tekniğe bağlı olarak oldukça değişkendir: • Anjiyografide % 0.5 (% 0.3-0.6) • MR anjiyografide % 2 Fenestrasyon alanında, muhtemelen anormal akış dinamiğine bağlı olarak, baziler arter anevrizması oluşumunun insidansı artmaktadır. Bu olgu sunumunda baziler arter fenestrasyonunun anevrizmatik subaraknoid kanama ile ilişkisinin vurgulanması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** 48 yaşında bayan hasta. Kusma ve enseye vuran baş ağrısı nedeniyle dış merkez acil servise başvurmuş ve medikal tedavi uygulanarak taburcu edilen hasta 1 hafta sonra şikayetlerinin geçmemesi üzerine kliniğimize başvurdu. Hastanın görüntülemelerinde prepontin sinterde subaraknoid kanama ve 4. ventrikülde hematoma izlenmesi üzerine yatırıldı.

**Bulgular:** Hastanın ilk yatış nörolojik muayenesinde bilincinin açık, glaskow koma skalasının 15 ve serebellar sistem ve kranial sinir muayenesinin normal olduğu, ateş yüksekliğinin ve ense sertliğinin olmadığı tespit edilmişti. Hastanın dış merkezde 1 hafta önce çekilen beyin BT'sinde prepontin sinterde Subaraknoid hemoraji ve 4. Ventrikülde hematoma ile uyumlu görünüm mevcuttu. Kliniğimize başvurudan sonra çekilen serebral anjiyo BT'de herhangi bir anevrizmatik dilatasyona rastlanmadı ancak hastanın baziler arterinin fenestre yapıda olduğu tespit edildi. Hastanın yatışının ertesi günü çekilen serebral anjiyo BT de belirgin bir anevrizmatik dilatasyon gözlenmemiş olmakla birlikte baziler arterin proksimal bölümünde fenestre yapıda olduğu görüldü.

**Tartışma ve Sonuç:** Fenestrasyon alanında, muhtemelen anormal akış dinamiğine bağlı olarak, baziler arter anevrizması oluşumunun insidansı artmaktadır. Fenestrasyonların % 7'sinde anevrizma birlikteliği bildirilmiştir. Bu olguda baziler arter fenestrasyonunun anevrizmatik dilatasyona sebep olmadığı tespit edilse de mevcut subaraknoid hemoraji ile bağlantısı olduğu düşünülmüştür.

**Anahtar Sözcükler:** Fenestre baziler arter, subaraknoid kanama, baziler arter anevrizması

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/201911313019.jpg>

PS-157 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### OLGU SUNUMU : ERIŞKİN YAŞ KRANİOFARENJİOMA

**Şamil Dikici, Ali Serdar Oğuzoğlu\*, Hakan Murat Göksele**

*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD*

**Giriş ve Amaç:** Kraniofarenjioma (KFO), çocukluk çağının en sık karşılaşılan glial kaynaklı olmayan beyin tümürüdür (% 0,5 – 2 / 100000/yıl). Kraniofarenjial kanalın skuamöz epitelinin embriyolojik artıklarından kaynaklandığı düşünülen iyi huylu, epitelyal neoplazmlardır. Bu tümörler Dünya Sağlık Örgütü tarafından Grade – I olarak sınıflandırılmalarına karşın, optik sinirler ve kiazma, karotis ve orta serebral arter, hipotalamus ve hipofiz bezi gibi çevre yapıları infiltrasyonları cerrahi olarak total çıkarımlarını güçleştirir. Ayrıca benign histolojiye dayanarak total çıkarım ile tam sağaltım sağlanabileceği düşünülse de, hipotalamo-hipofizer sisteme verilen hasara bağlı morbidite ciddi boyutlarda olabilmektedir. Genellikle 5-15 yaş grubunda pik yapan kraniofarenjiomalar nadiren de olsa ikinci pikini 45 yaş sonrasında yapabilmektedir. Bu sunumda ileri yaşta tespit edilmiş olan kraniofarenjiom olgusunun incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** 65 yaşında erkek hasta. Her iki gözde görme bozukluğu nedeniyle 7 ay önce dış merkeze başvurmuş ve katarakt tanısı ile opere edilen hastanın aynı zamanda akciğer grafisindeki lezyonlar sebebiyle yapılan akciğer biyopsi sonucunda Squamoz hücreli karsinom tanısı koyularak tek doz kemoterapi verilmiş. Ancak görme bozukluğu daha da ilerleyen hastanın dış merkezde çekilen kranial MR tetkikinde suprasellar bölgede yer kaplayan lezyon tespit edilmesi üzerine operasyon amacıyla yatırıldı.

**Bulgular:** Hastanın ilk yatış nörolojik muayenesinde bilincinin açık, glaskow koma skalasının 15 olduğu ancak sol üst ekstremitede silik parezi ve her iki gözde tama yakın görme kaybı olduğu tespit edildi. Hastanın özgeçmişinde squamoz hücreli akciğer kanseri ve 1 kez nöbet geçirme öyküsü mevcut. Laboratuvar tetkiklerinde ön hipofiz hormonlarının normal olduğu tespit edilen hastanın beyin MR görüntülemesindeki kitlesinin kistik komponent içerdiği ve kontrastlanma gösterdiği gözlemlendi. Preop yapılan görme alanı muayenesinde bilateral tam görme alanı defisiti tespit edildi. Sağ pterional yaklaşım ile eksize edilen kitleden intraoperatif gönderilen frozen biyopsi sonucu kraniofarenjioma ile uyumlu benign bulgular şeklinde bildirildi.

**Tartışma ve Sonuç:** KFO'lar düşük derecede histolojik maligniteye sahip sellar bölgenin nadir embriyonik malformasyonlarıdır. Yüksek yaşam oranlarına rağmen tümörün optik yollar, hipofiz ve hipotalamusa anatomik yakınlığının neden olduğu sekellere bağlı uzun süreli yaşayanlarda yaşam kalitesi sıklıkla bozulmuştur. Total çıkarım tekrarlama oranının düşük olması ve daha uzun yaşam süresi ile ilişkilidir, ancak bu her zaman komşu kritik yapılara zarar vermeden başarılamaz ve bu nedenle aynı zamanda yüksek morbidite görülebilir. Total çıkarım hastalar için en iyi şans olmakla birlikte mümkün değilse tedavi RT ile kombine edilmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Kraniofarenjioma, hipofiz

PS-158 [Diğer]

### FAHR HASTALIĞI (BİLATERAL STRİOPALLİDODENTAT KALSİNOZİS): OLGU SUNUMU

**Mesut Çelik\*, Ahmet Karaoğlu, Selahattin Biçer, Seyhan Seki, Melih Çekinmez**

*S.B. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi*

**Giriş ve Amaç:** Fahr hastalığı, bilateral ve simetrik olarak bazal gangliyonlar, serebellar dentat nükleus ve sentrum semiovaleye kalsiyum ve çeşitli

minerallerin birikimi ile ortaya çıkar. Hastalık genellikle asemptomatik seyretmekle beraber nörolojik, psikiyatrik ve bilişsel bozukluk eş zamanlı görülebilir. Semptomlar genelde 40-60'lı yaşlar arasında görülmekle birlikte nadir de olsa çocukluk çağında da görülebilir. Bu sunuda Fahr hastalığı tanısı konulan iki olgu sunulmuştur.

**Yöntem:** Olgu 1; 47 yaşında kadın hasta şiddetli baş ağrısı ile hastanemiz polikliniğinde değerlendirildi. Özgeçmişinde özellik yok. Laboratuvar tetkiklerinde 25-hidroksi vitamin D:6,9 ng/ml(normal değeri:20-65 ng/ml), fosfor:4,9 mg/dl(normal değeri:2,3-4,7 mg/dl), kalsiyum:5,8 mg/dl(normal değeri:8,8-10,6 mg/dl), parathormon:43,5 pg/dl(normal değeri:10-55 pg/dl) olarak değerlendirildi. Çekilen kranial bilgisayarlı tomografisinde bilateral globus pallidus, nükleus kaudatus ve putamende hiperdens alan(kalsifikasyon) tespit edildi. Radyolojik ve nörolojik bulgular göz önüne alınarak hasta Fahr hastalığı olarak değerlendirildi. Olgu 2; 33 yaşında erkek hasta 2 aydır devam eden baş ağrısı, ışık ve sese karşı hassasiyet şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Özgeçmişinde özellik yok. Nörolojik muayenesi normal. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde kalsiyum, fosfor ve parathormon değerlerinde anormallik saptanmadı. Çekilen beyin bilgisayarlı tomografisinde bilateral globus pallidusda hiperdens alan(kalsifikasyon) saptandı. Olgunun radyolojik ve nörolojik bulguları Fahr Hastalığı olarak değerlendirildi

**Bulgular:** Fahr Hastalığında patolojik olarak kalsifikasyonlar, damar duvarlarında ve arterioller, kapillerler ve venlerin perivasküler mesafesinde bulunur. Hastalığın tanısı konulurken bazal ganglionların bilateral nonaterosklerotik idiopatik kalsifikasyonu, psikiyatrik semptomlar ve koreoatetoid veya ekstrapiramidal hareket bozuklukları olmak üzere üç temel özellik aranır. Fahr hastalığının birlikte görüldüğü patolojiler dört grup altında toplanır. Birinci grubu kalsiyum metabolizma değişimlikleri; hipoparatiroidizm, psödohipoparatiroidizm, bazen de hiperparatiroidizm oluşturur. İkinci grup konjenital dejeneratif gelişim anomalilerini, üçüncü grup sistemik hastalıklar ve geçirilen enflamatuvar olayları kapsar. Dördüncü grup ise toksik ve anoksik etkilenelemelere ikincil olarak gelir.

**Tartışma ve Sonuç:** Fahr hastalığı uzun yıllar önce tanımlanmış olmasına rağmen klinikte sık karşılaşılmaması ve asemptomatik seyretmesi nedeniyle gözden kaçabilmektedir. Özellikle altta kalsiyum metabolizma bozukluğu olanlarda, tanımlanamayan nörolojik semptomların varlığında, akut nöropsikiyatrik bozukluklar gelişen hastalarda Fahr hastalığı ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Fahr hastalığı, bilateral striopallidodontat kalsinozis  
**ng:** nanogram, **ml:** mililitre, **dl:** desilitre, **pg:** pikogram

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019124215927.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201912422019.jpg>

PS-159 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## KOKSIDİNİA'LI OLGULARDA KOKSİKS EKSİZYONU

**Ahmet Karaoğlu\*, Mesut Çelik, Fatih Aydemir, Adnan Yalçın Demirci**  
*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas EAH, Beyin ve Sinir Cerrahisi*

**Giriş ve Amaç:** Konservatif tedaviden fayda görmemiş koksidinina tanımlı hastalarda cerrahi tedavinin sonuçlarını değerlendirmek

**Yöntem:** 2015 ve 2018 yılları arasında opere edilmiş 18 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların cinsiyet dağılımı 12 kadın 6 erkek şeklindeydi.

Tek cerrah tarafından opere edildiler. Etiyoloji, ağrı düzeyi (VAS), Postacchini-Massobrio sınıflandırmasına göre derecesi, komplikasyonlar değerlendirildi.

**Bulgular:** 12 hasta kalça üzerine düşme sonrası, 3 tanesi zorlu doğum sonrası, 3 tanesinde de sebep bulunamadı. Operasyon sonrası VAS da anlamlı olarak azalma görüldü. 2 hastada yara yeri enfeksiyonu gelişti. Oral antibiyotik tedavisi ile tedavi edildi. Rektum yaralanması veya prolapsusu izlenmedi. 1-3 yıllık izlem sonucunda VAS derecelendirilmesinde anlamlı azalma ve hastaların hayat kalitelerinde anlamlı bir artış görüldü.

**Tartışma ve Sonuç:** Koksidinina hayat kalitesini düşüren bir durumdur. Etiyolojisinde en önemli faktör kalça üzerine düşme olarak belirlenmiştir. Tedavide öncelikli olarak konservatif yöntemler denenmelidir. Uzun süren konservatif tedavilere rağmen yanıt alınamayan, hayat kalitesi ağırdan dolayı düşmüş hastalarda cerrahi tedavi seçeneği de yüz güldürücü sonuçlardan dolayı akılda bulundurulması gereken bir yöntemdir.

**Anahtar Sözcükler:** Koksidinina, koksiks eksizyonu

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201911821176.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019118211730.jpg>

PS-160 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## ODONTOİD KIRIKLARINA ANTERİOR YAKLAŞIM, KLİNİK TECRÜBEMİZ

**Ahmet Karaoğlu\*, Mesut Çelik, Fatih Aydemir, Adnan Yalçın Demirci**  
*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas EAH, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Bu çalışmada Odontoid fraktürü tanımlı hastalarda yapmış olduğumuz anterior odontoid vidalama yönteminin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Bu çalışmada, 2016-2018 tarihleri arasında odontoid fraktürü nedeniyle opere edilmiş 4 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm hastalarda tanı; servikal direk grafi, bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile gerçekleştirildi.

**Bulgular:** Odontoid fraktürü nedeniyle opere edilen hastalar'da (1K, 3E, ortalama yaş; 36) etiyolojik nedenler arasında en sık etken yüksekten düşme ve AİTK olarak tespit edildi. Yine en sık izlenen patoloji tip-2 odontoid fraktürü idi. Hastaların hiçbirisinde nörolojik defisit saptanmadı. Operasyon sonrası hastaların hiçbirinde ek nörolojik defisit gelişmedi.

**Tartışma ve Sonuç:** Odontoidin anterior yolla vidalanması, özellikle rotasyonel hareketleri kısıtlamaması nedeniyle daha avantajlı görünmektedir. Odontoid vidalamanın daha az travmatik olması kemik greft gerektirmemesi ve bu yüzden daha düşük morbiditeye sahip olması nedeniyle posterior girişimlere göre daha avantajlıdır. Odontoid kırığının horizontal ya da posterior oblik olduğu hastalarda endike iken anterior oblik olduğu hastalarda kontrendikedir

**Anahtar Sözcükler:** Odontoid, servikal travma

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019118213032.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019118213114.jpg>

PS-161 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### A CASE OF 19 YEAR OLD FEMALE HEALED FROM UPPER CERVICAL – CLIVAL CHORDOMA TREATED BY ANTERIOR TRANSORAL CLIVO- ATLANTAL ANTERIOR APPROACH SURGICAL RESECTION AND POSTOPERATIVE RADIOTHERAPY

**Abdullah Mesut\***

*Diyarbakır Gazi Yaşargil Training and Research Hospital, Department of Neurosurgery*

**Background and Aim:** We aim to present a case of early diagnosed upper cervical – inferior clival chordoma resected surgically with postoperative irradiation and 4 year followup and observed good postoperative course perfect healing is obtained.

**Methods:** 19 year old female had come with headache upper neck and cervical pain. In her medical history she underwent tonsillectomy 6 years before. There no neurological deficit was seen. In contrast enhanced cervical magnetic resonance imaging a macrolobulated 3,5x2,5 cm sized heterogenous, markedly contrast enhanced tumoral mass extended from inferior clivus to atlantodontoid joint. We discussed the case with her family for surgical intervention but they didnot accept first we could convince them only for biopsy.

**Results:** radiologically it was compatible with chordoma. After the consent for tumor biopsy was obtained. she underwent excisional biopsy transorally through clivuatlantl anterior approach under general anesthesia. In hisopathological examination. The tumor cells have marked vacuolated cytoplasm. Inside mucoid floor which contains fibrovascular septated areas epitheloid like cell cords were seen. Advanced immunohistochemical staining was needed. Two month after we obtained an other consent for tumor resection surgery. We could resect the tumor partially transorally by clivuatlantl anterior approach under general anesthesia with good recovery and uneventful postoperative course.. The histopathological examination with immunohistochemical staining: S-100,EMA and vimentin stains were seen positively in tumor cells. Diagnosis: Chordoma.. Postsurgery radiotherapy had been carried out. Lastly in December 2018 contrast enhanced cervical magnetic resonance imaging showed C2,C3 corpus vertebrae medullar edema infiltration with widening in cerebrospinal fluid space at foramen magnum level. In cranial magnetic resonance imaging no tumoral finding was seen.

**Conclusions:** In this case regarding to patient's history clinical status and radiologic evaluation we preferd safe efficient treatment modality to manage. selecting the least harmful surgery. because of early diagnosed in non extensive stage of tumor less aggressive surgery was selected and resulted with satisfactory. postoperative 4 years follow up resulted with healing from both radiological and clinical views.

**Keywords:** Clival chordoma, transoral surgery, clivuatlantl approach

**Image:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/2019115234413.jpg>

PS-162 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### POSTERİOR EPİDURAL MESAFEYE GÖÇ ETMİŞ TORAKAL DİSK PARÇASI: OLGU SUNUMU

**Yusuf Aslan, Ali Serdar Oğuzoğlu\*, Nilgün Şenol, Hakan Murat Göksel**

*<sup>1</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Herniye disk fragmanlarının omurilik içinde rostral, kaudal ve lateral doğrultuda yer aldığı bilinmekte olup posterior epidural alana göçü nadirdir ve çoğu vaka lomber bölgede görülmektedir. T11-12 seviyesinde posterior epidural yerleşimli kitle olduğu düşünülen ve patoloji sonucu intervertebral disk olarak gelen olgu deneyimimizi paylaşmayı amaçladık.

**Yöntem:** 69 yaşında kadın hasta, bir süre önce başlayan şiddetli sırt ve bel ağrısı ile sol bacakta ağrı şikayetleri olan hasta tarafımıza başvurmuş olup çekilen Kontrastlı ve Kontrastsız torakolomber MR görüntülerinde; T11-12 aralığında medulla spinalisi sağa doğru indente eden ve kontrastlı serilerde etrafı kontrastlanan posterior sol epidural yerleşimli kitle görüldü. Fizik muayenesinde bel ağrısı ve sol bacak güçsüzlüğü dışında kayda değer bir bulgu görülmüdü. Düz bacak kaldırma testi ve derin tendon refleksi testi normal sınırlardaydı. Sol bacak kalça fleksiyonu, ayak dorsifleksiyonu ve ayak plantar fleksiyonu motor güçleri 3/5 olup sağ bacak motor muayenesinde güç kaybı görülmüdü. Duyusal, mesane ve barsak fonksiyonları normaldi. Sol bacak hareketleri esnasında ağrısının çok şiddetli olduğu ve yürürken zorlandığı görüldü. Bakılan enfeksiyon markerları ile tümör markerlarında anlamlı bir bulguya rastlanmadı.

**Bulgular:** Olguya posterior yaklaşımla nöromonitorizasyon eşliğinde; T11 total laminektomi yapıldı. Laminektomi sonrası posterior yerleşimli fibröz görünümlü sol epidural kitle duradan dikkatlice disseke edilerek patolojiye yollandı. Ameliyat sırasında somato- duyuşal uyarılmış potansiyelde iletim gecikmesi yoktu. Postoperatif nörolojik muayenesinde; sol alt ekstremitede var olan ağrı ile motor güç kaybının tamamen kaybolmuş olduğu görüldü. Birkaç gün sonra alınan patoloji sonucu; dejenere kırık-disk olarak yorumlandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Bir diskin tüm semptomatik herniasyonlarının sadece % 0.15 ila % 4'ü torasik omurgada görülmekle birlikte posterior epidural alana göçü ise, özellikle torasik omurgada son derece nadirdir. Literatür taramamızda ise daha önce bildirilmiş sadece 5 adet vakaya rastlandı. Hematom, epidural abse, sinoviyal kist, tümör metastazları ilk olarak akla gelmekle birlikte ayırıcı tanıda posteriora migrate herniye disk de akılda tutulmalıdır

**Anahtar Sözcükler:** Torakal disk herniasyonu, göç, posterior epidural boşluk

PS-163 [Nörovasküler Cerrahi]

### KAVERNÖZ SİNÜS MENENJİOMU VE PARA-OFTALMİK SAKKÜLER ANEVİZMALI NADİR OLGUNUN ENDOVASKÜLER VE STEREOTAKTİK RADYOCERRAHİ İLE TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

**Burak Kınalı\*<sup>1</sup>, Mehmet Şenoğlu<sup>1</sup>, Ali Karadağ<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

<sup>2</sup>*S.B. Menemen İlçe Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Intraserebral anevrizma ve menenjiomların birlikteliği nadir olarak gözlemlenmektedir. Çeşitli tedavi modaliteleri mevcut olup, henüz kesin bir konsensüs oluşturulmamıştır. Kavernöz sinüs menenjiomu ve para-oftalmik anevrizması bulunan hastaya yaklaşımın vurgulanması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** 61 yaşında kadın hasta, kliniğimize baş ağrısı ve sol gözde görme kaybı sebebiyle başvurmuş olup, yapılan görüntülemelerinde 15 mm boyutlarında sol paroftalmik sakküler anevrizma ve sağ kavernöz sinüste ekstra aksiyel yerleşimli homojen kontrast tutulumu olan menenjiom ile uyumlu görüntü saptandı.

**Bulgular:** Hastaya kanamamış olması sebebiyle girişimsel radyolojide işlem planlanarak öncelikle kısmi coil ve akım çevirici stent uygulaması yapıldı. Hastanın takiplerinde ek bir problem olmaması üzerine kavernöz sinüs menenjiomuna yönelik Gamma-knife tedavisi uygulandı. Hastanın Her iki işlem sonrasında ek bir nörolojik defisit veya morbiditesi olmaksızın takiplerine devam edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Gelişmekte olan teknolojik görüntülemeler ve tedavi seçenekleriyle birlikte bu tarz patolojilerin birliktelikleri daha fazla ortaya konmakta olup, tedavi seçeneklerinin de çeşitlenmesi ile literatürde çeşitli yöntemler bildirilmiştir. Menenjiom ve anevrizmanın yakın birlikteliği olan durumlarda öncelikli olarak anevrizmaya coil veya akım çevirici gibi girişimsel işlemler ile müdahale edilmesi ardından menenjioma yönelik gamma knife tedavisinin güvenilir bir method olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Sözcükler:** Menenjiom, kavernöz sinüs, gamma-knife, endovasküler

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019113175535.jpg>

PS-164 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### LUMBOSAKRAL VİDALAMA TEKNİĞİ İLE POSTERİOR LOMBER ENSTRÜMANTASYON YAPILMIŞ OLAN LOMBER DAR KANAL TANILI HASTADA MEYDANA GELEN MULTİPL KOMPLİKASYONLARIN TEK SEANSTA REVİZYONU: OLGU SUNUMU

**Yusuf Aslan, Ali Serdar Oğuzoğlu\*, Kemal Ertılav, Hakan Murat Göksel**

*Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Lumbosakral posterior fiksasyon, omurganın dejeneratif, neoplastik ve enfeksiyöz hastalıklarının tedavisinde kullanılan güncel bir tedavi yöntemidir. Bu tür cerrahinin önemli komplikasyonları arasında; vida gevşemesi, vida malpozisyonu, komşu segment dejenerasyonu

gibi durumlar sayılabilir. Bu komplikasyonlar; başarısız bel cerrahisi sendromuna, ağır bir klinik tabloya ve sonuçta revizyon ameliyatlarına yol açabilmektedir. Bu komplikasyonun gerek hastalara getirdiği risk,tekrarlayan ameliyatlar,iş gücü kaybı,gerekse hastada oluşturduğu psikolojik tahribat ile hastanın sosyal yaşamında oluşturduğu olumsuz etkiler nedeniyle topluma yüklediği maliyet son derece yüksektir.

**Yöntem:** 78 yaşında erkek hasta, yaklaşık 10 gündür giderek artmakta olan bel ve sağ bacak ağrısı sebebiyle tarafımıza başvurmuş olup alınan anamnezinde ve yapılan görüntülemelerinde; 10 ay öncesinde dış merkezde multipl seviye lomber dar kanal ve lomber listezis sebebiyle posterior transpediküler vida fiksasyonu ile L2-S2 posterior enstrümantasyon ve L4,L5,S1 total laminektomi yapılmış olduğu,S2 vidalarının bilateral malpoze olduğu ve sakral nöral foramenlere uzanım gösterdiği, L2 transpediküler vidalarının bilateral gevşemiş olduğu, L1-2 seviyesinde komşu segment dejenerasyonu ve posteriora listezis meydana gelmiş olduğu, L5-S1 seviyesinde herniye disk ve lomber dar kanal olduğu görüldü. Yapılan nörolojik muayenesinde; sağ alt ekstremitede Laseque pozitifliği, motor güç muayenesinde; sol ayak bileği eversiyonunun 0/5 olduğu, sağ ayak bileği dorsifleksiyonunun 3/5 olduğu görüldü. Duyu muayenesinde; sol bacak L4 ve L5 dermatomlarında hipostezisi olan hastanın DTR'lerinin azalmış olduğu görüldü.

**Bulgular:** Olguya posterior yaklaşımla; spinal füzyon eksplorasyonu sonrasında var olan posterior enstrümantasyonlarının tamamı çıkarıldı. Nöromonitörizasyon eşliğinde bilateral L1,L2,L3,L4,L5 pedikülleri ve iliak kanatlar transpediküler vidalar ile fiks edildi.L5 laminektomisinin genişletilmesi sonrasında L5-S1 sol diskektomi yapıldı. Postoperatif nörolojik muayenesinde;preop olan sağ taraf Laseque pozitifliğinin kaybolmuş olduğu,motor güçte sağ ayak dorsal fleksiyonunda %10 kadar düzelleme olduğu,hastanın preop var olan bel ve sağ bacak ağrısının büyük oranda geçmiş olduğu görüldü.

**Tartışma ve Sonuç:** Sunduğumuz olgu; posterior lomber stabilizasyon sonrası görülebilecek olan transpediküler vida malpozisyonu,vida gevşemesi ve komşu segment dejenerasyonu gibi birkaç komplikasyona sahip olan ve bu komplikasyonların yarattığı klinik sebebiyle yaşam kalitesi ciddi oranda düşmüş olan hastanın; enstrümantasyon revizyonu ve sakral nöral foramendeki malpoze vidaların çıkarılıp lomber enstrümantasyon sisteminin bir üst seviyeye ve ayrıca da sakruma başka bir alternatif olan iliak kanatlara uzatılarak, hastanın şikayetlerindeki ve nörolojik muayenesindeki iyileşme sonrası yaşam kalitesinin de ne ölçüde değiştiğine olumlu anlamda örnek teşkil edecek bir olgu olması bakımından önem taşımaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Transpediküler vida gevşemesi, iliak kanat fiksasyonu

PS-165 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### TRAVMATİK UZAK YERLEŞİMLİ ÇOKLU SERVİKAL OMUR KIRIKLARININ; ÖNDEN TEK CERRAHİ GİRİŞİMDE STABİLİZASYONU: OLGU SUNUMU

**Yusuf Aslan, Ali Serdar Oğuzoğlu\*, Kemal Ertılav, Hakan Murat Göksel**

*Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Beyin, Omurilik ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Çoklu servikal kırıklar, özellikle şiddetli travmalar sonrası

neden oldukları morbidite ve mortalite riski nedeniyle önemlidir. Travmatik Tıp II odontoid fraktürü ve C7 çökme fraktürüyle gelen olguya tek seansta önden yapılan cerrahi girişim ile stabilizasyon deneyimimizi paylaşmayı amaçladık.

**Yöntem:** Araç içi trafik kazası sonrası başka bir merkezden hastanemize gönderilmiş olan 17 yaşında bayan olgunun, boyun ağrısı yakınması ve sol üst göz kapağında ekimozu olduğu; sistemik ve nörolojik muayenesinde; sol göz kapağındaki ödem ve ekimoz sebebiyle pupil muayenesi ile fasial sinir muayenesinin net olarak değerlendirilemediği, herhangi bir nörolojik kaybının bulunmadığı görüldü. Olgunun Servikal BT'sinde ve Servikal MR 'ında; C2 vertebra dens axis-korpus bileşke düzeyinde tip II odontoid fraktür ile uyumlu görünüm, ayrıca C7 vertebra korpusunda %50'den az yükseklik kaybı oluşturan çökme fraktürü, fraktüre sekonder vertebra korpus posterior kesimde spinal kanala doğru indentasyon ve bu düzeyde spinal kanal çapında hafif daralma izlendi. Servikal MR ile birlikte alınan STIR MR sekansında tanımlı fraktür düzeylerinde akut fraktür lehine yorumlanan sinyal artışı izlendi.

**Bulgular:** Olguya anterior yaklaşımla; nöromonitörizasyon eşliğinde, C7 korpektomi ile C6-7 ve C7-T1 diskektomi yapılması sonrası C7 aralığına korpektomi cage'i yerleştirilerek C6-T1 seviyeleri arası anterior plak ile sabitlendi. Aynı seansta C2 korpus ile dens axisi odontoid vidası ile fiks edildi. Ameliyat sırasında somato-duyusal uyarılmış potansiyelde iletim gecikmesi yoktu. Postoperatif nörolojik muayenesinde herhangi bir defisit olmadığı görüldü.

**Tartışma ve Sonuç:** Sunduğumuz olgu; birbirine uzak servikal omurlarda kırık varlığı nedeniyle; önden ve arkadan, aynı seansta veya farklı seanslarda uygulanabilecek çeşitli cerrahi onarımlara açık görünmektedir. Tek yönden (anterior) ve tek seansta uygulanan çoklu cerrahi stabilizasyonla hastanın tedavisinin sağlanması, ileri yaşta, nörolojik kayıp riski yüksek yaralanmalı ve komorbidite riski yüksek olguda, kısa sürede düşük cerrahi riskle ve komplikasyonsuz olarak stabilizasyonu sağlayan bir uygulama olmuştur. Benzer olgularda cerrahi yaklaşım teknikleri seçilirken esnek karar alma yaklaşımının örneği olarak olgu sunulmuştur.

**Anahtar Sözcükler:** Servikal travma, çoklu servikal vertebra fraktürü, C2 odontoid vida ile fiksasyon

PS-166 [Nörovasküler Cerrahi]

### BRONŞİAL ARTER EMBOLİZASYONU SONRASI NADİR GÖRÜLEN BİR KOMPLİKASYON: SPİNAL KORD İSKEMİSİ

**Münibe Büşra Erdem, Enes Kara\*, Beste Gülsuna, Ali Demiraslan, Aydemir Kale, Ahmet Memduh Kaymaz**

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Başarılı bir embolizasyon ve komplikasyonları engellemek için arteriyel anatominin iyi bilinmesi anahtar roldedir. Bronşial arter embolizasyonunda spinal arterin yanlışlıkla embolizasyonu nedeniyle spinal kord iskemisi ve paralizisi meydana gelebilir. Bu durum literatürde %1.4-6.5 sıklıkta raporlanmıştır. Bu olgu sunumunda bir nöroşirürjiyenin nadir rastlayabileceği bir olguyu hatırlatmayı amaçladık.

**Yöntem:** 60 yaşında erkek hasta orta düzeyde (100-150 ml/24 saat) hemoptizi nedeniyle göğüs hastalıkları kliniğinde takip edilirken girişimsel radyoloji tarafından bronşial arter embolizasyonu gerçekleştirilmiştir.

Hasta embolizasyon işleminden 6 saat sonra sağ bacağında güç kaybı gelişmesi üzerine beyin cerrahisi ekibine danışılmıştır. Nörolojik muayenesinde bilateral T10 ve altında hipoestezi tespit edilen hastanın sağ alt ekstremitede motor kuvveti 0/5 (MRC), sağ patella ve aşıl refleksi alınmamakta ve anal tonusu azalmış durumdaydı. İdrar ve gaita inkontinansı olan hasta ASIA B olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Acil spinal MR'da T5-T8 düzeylerinde spinal kord anterior kesiminde fokal ödem alanı tespit edilen hastaya spinal iskemi'ye yönelik perfüzyonu artırıcı öneriler ve fizik tedavi önerildi. Hastanın 1 hafta sonraki nörolojik muayenesinde sağ alt ekstremitede motor kuvvet 2/5 (MRC) ve sfinkter fonksiyonları düzelmiş olarak tespit edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Anterior ve posterior spinal arterleri takviye ederek spinal kordu besleyen radikülomedüller arterler, kan ihtiyacının fazla olduğu yerlerde geniştiriler ve ortalama 8 anterior ve 12 posterior besleyici radikülomedüller dal vardır. Endovasküler tedavilerden önce bronşiyal arterlerin orijinini araştırmak çok önemlidir, çünkü bronşiyal arterlerin %30'u anormal orijine sahiptirler. Nonbronşiyal sistemik arterler de, parankimal anormallikler ve plevral yapışıklıklar durumunda vasküler yapıların genişlemesine bağlı olarak hemoptizi ile ilişkili olabilirler. Genellikle aortanın dallarından ve interkostal arterlerden kanlanan bu yeni vasküler oluşumların embolizasyon öncesi dikkatle değerlendirilmesi spinal arteriyel beslenmeyle olan ilişkisi açısından büyük önem taşır. Hemoptizisi olan hastalarda bronşiyal arter çıkımına yakın orjinli spinal arteriyel yapılara direkt embolizasyon madde kaçı veya uygulanan işlem sırasında verilen ajanlardan dolayı tanımlanan spinal yapıların perfüzyonun azalmasına sekonder olarak kemotaktik transvers myelit veya spinal kord iskemisi gibi çok ciddi komplikasyonlar gelişebilir. Bu olguda bahsedildiği gibi bronşiyal arter embolizasyonunda en büyük ve korkutucu komplikasyon spinal arterin yanlışlıkla embolizasyonu nedeniyle iskemi ve parezi gelişmesi durumudur.

**Anahtar Sözcükler:** Spinal kord iskemisi, terapötik embolizasyon, komplikasyonlar

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201911322196.jpg>

PS-167 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### İTERHEMİSFERİK YAKLAŞIM İLE CERRAHİ TEDAVİ UYGULANAN OLFAKTÖR OLUK MENENJİOMU OLGU SUNUMU

**Salih Buğra Yılmaz, Kerameddin Aydın, Yunus Emre Durmuş\***

Öndokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Menenjiyomlar araknoid hücrelerden kaynaklanan, yavaş büyüyen, sıklıkla benign, ekstraksiyel lezyonlardır. En sık falks ve konveksitede görülmekle birlikte %10 oranında olfaktör olukta görülürler. Olfaktör oluk menenjiyomları sıklıkla büyük boyutlara ulaşana kadar bulgu vermez. Sıklıkla teşhis anında anosmi, kakosmi, mental bozukluklar ve görme bozukluğu şikayeti bulunur.

**Yöntem:** Bilateral görme kaybı ile göz hastalıkları servisinde takip edilmekte iken çekilen beyin MR'da olfaktör oluk menenjiyomu saptanan ve interhemisferik cerrahi girişim uygulanan olgu sunulmaktadır.

**Bulgular:** 36 yaşında bayan hasta 4 aydır progresif görme kaybı şikayeti ile başvurdu. Koku duyusunda herhangi bir bozukluk tariflemeyen hastanın nörolojik muayenesinde bilateral görme bozukluğu dışında bulgu yoktu.

Beyin MR'da 5 cm boyutlu, kribriform plateden kaynaklandığı düşünülen, çevre anatomik yapılara bası etkisi olan, homojen kontrastlanan düzgün sınırlı kitle görülmesi üzerine cerrahi girişim planlandı. Çekilen beyin MR anjiyografide kitlenin anterior serebral arter ile temas halinde olduğu ve bası etkisi oluşturduğu görüldü. Frontal lob ekartasyonuna bağlı doku hasarını en aza indirmek için cerrahi öncesi hastaya lomber drenaj uygulandı ve intraoperatif BOS boşaltıldı. İnterhemisferik yaklaşımla cerrahi uygulanan hastanın patoloji sonucu menenjiyom WHO grade 1 olarak geldi. Postoperatif takiplerinde görme kaybında belirgin düzelme olduğu görüldü.

**Tartışma ve Sonuç:** Olfaktör oluk menenjiyomlarında çeşitli cerrahi girişim yolları kullanılmaktadır. Subfrontal, pterional, interhemisferik girişimlerin yanında gerek duyulduğunda kraniofasial ve transsfenoidal girişim de kullanılmaktadır. İnterhemisferik yaklaşım daha nadir vakalarda seçilmekte olup kitleye doğrudan ulaşım sağlaması ve kafa tabanı anteriorunun daha rahat görülebilmesi açısından pterional yaklaşıma göre avantaj sağlamaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Olfaktör oluk, menegioma, interhemisferik

PS-168 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### VERTEBRA KORPUSUNDA KİTLE SEBEBİYLE OPERE EDİLEN HASTADA POSTOPERATİF GEÇ DÖNEM GELİŞEN NÖROLOJİK DEFİSİTİN ERKEN MÜDAHALE İLE DÜZELMESİ

**Mustafa Sadef\*, Ali Serdar Oğuzoğlu, Hakan Murat Göksel**

*Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Postoperatif takiplerde hastanın radiküler ağrısı olup olmamasına bakılmaksızın motor muayenenin sık aralıklarla yapılması hematoma bağlı nöral basının erken tanısında önemlidir. Posterior dekompresyon yapılan hastalarda gelişebilecek komplikasyonların erken müdahale ile geri dönmesinin mümkün olduğunun gösterilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** İstirahatte olan ve geceleri artan sırt ağrısı şikayeti ile polikliniğe başvuran nörolojik defisiti olmayan 74 yaş kadın hasta, çekilen Torakal MR da Th9 vertebra korpusunda korpusu ekspansiyon edip spinal kanala doğru uzanan lezyon izlendi. Preop dönemde akut böbrek yetmezliği gelişen hastada ABY tedavisi sonrası opere edilip T9 total laminektomi, T7-T8-T10-T11 stabilizasyon yapıldı. Postop nörolojik defisiti olmayan ve postoperatif 1. gün dreni çekilen, postoperatif 4. günde nefroloji tarafından hemodiyaliz programına alınıp önerilerle taburcu edilen patolojik tanısı plazmositom olan hastayı sunmaktayız.

**Bulgular:** Postop 13. gün sırt ağrısı, operasyon alanında şişlik, başvurudan yaklaşık 8 saat önce başlayan sol bacağına güç kaybı şikayetiyle acil servise başvurdu. Acil servis ilk nörolojik muayenesinde sol bacak kalça fleksiyonu diz ekstansiyonu ayak bileğinde motor güç 2/5, sol bacak hipostezik, sağda defisit yok DTR'ler solda alınmadı. Yaklaşık 30 dakika sonra sol bacakta pleji gelişti. Görüntüleme süresince (yaklaşık 15 dakika) sağ bacakta defisit gelişen hastaya acil serviste operasyon bölgesinde ponksiyon yapıp yaklaşık 250 cc hemorajik mayi drene edildi, yüksek doz prednol tedavisi başlandı ve hasta acil operasyona alındı. Preop Nörolojik Muayene: Bilateral alt ekstremitelerde motor güç 0, bilateral anestezi (parapleji), DTR ler alınmıyor. Hasta opere edildi. Torakal operasyon

lojundan hematoma boşaltıldı, sızıntı şeklinde kanamalar durduruldu. Operasyon bölgesine 2 adet hemovac dren koyuldu. Postop NM: sol bacak kalça fleksiyonu diz ekstansiyonu ayak bileğinde motor güç 0/5 (plejik) sol bacak hipostezik, sağda defisit yok DTR'ler solda alınmıyor. Sağ bacakta defisitler düzeldi. Postop 1. gün sol bacakta defisiti de düzeldi. Postop 5. gün nörolojik defisiti olmayan hasta taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Postoperatif geç dönemde hematoma riskinin devam ettiği unutulmamalı, nörolojik defisit gelişmesi durumunda erken görüntüleme ve acil operasyon ile hastanın defisitlerinin düzelmesinin mümkün olduğu bu yüzden hasta ve yakınlarının defisit konusunda bilgilendirilmeleri önem arz etmektedir. Hematom riskinin antikoagülan tedavi alan, hemodiyaliz uygulanan hastalarda arttığı, nefrolojiyle birlikte tedavinin düzenlenmesi gerekmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Postoperatif hematoma, komplikasyon, epidural bası, ABY, antikoagülan

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019113221958.jpg>

PS-169 [Pediatrik Nöroşirürji]

### A CASE OF CEREBRAL INTRAPARANCHYMAL ABCESS ASSOCIATED WITH CONGENITAL SIYANOTIC HEART DISEASE OF PENTALOGY OF FALLOT TREATED IN SUCCESSE CONSERVATIVELY BY ANTIBIOTHERAPY IN A 7 YEAR OLD MALE

**Abdullah Mesut\*, Abdurrahman Çetin**

*Diyarbakır Gazi Yaşargil Training and Research Hospital, Department of Neurosurgery*

**Background and Aim:** We aim to present a case of pediatric cerebral abcess as a complication of uncompleted cardiac surgical treatment for congenital cyanotic heart disease treated with long course antibiotherapy resulted with healing.

**Methods:** 7 year old male who had a congenital cyanotic heart disease diagnosed as fallot pentalogy which treated partially with Glenn shunting operation 3 years before in Aleppo city -Syria. Came to our hospital suffering from headache, fever, nausea vomiting and left side weakness. In his examination he was conscious but confused GCS : 10. Both pupilla reactive to the light and isochoric he had left hemiplegia. Pediatric cardiology evaluation; cardiovascular system examination cyanotic Sat O2 80%. Echocardiography : Underwent Glenn shunting, tricuspid atresia, pulmonar atresia, ventricular septal defect, aortal septal defect. this case accepted to be predisposing factor for cerebral embolism and brain abcess. The patient had a reactive iron deficiency anemia. Radiological detection was performed as enhance cranial magnetic resonance imaging, diffusion magnetic resonance with enhanced cranial computerized tomography and follow up done. He treated conservatively with antiedema antibiotherapy, anticonvulsive in the neurosurgical intensive care unit.

**Results:** Since his family didn't accept any intracranial intervention we couldn't convince them even CT guided abcess drainage we had to treat patient conservatively. Radiologically in the enhanced cranial magnetic resonance imaging a 46x36 mm parietal intraparenchymal peripheral rim enhancing and compressing the right lateral ventricle with midline structures shifting 3mm diffusion restriction seen in diffusion magnetic

resonance imaging, he had a 45x22 mm malacic area in the left parietal with periferel gliosis. Also contrast enhanced cranial computerized tomography demonstrate cerebral abcess in the right parietal region. because abcess culture antibiogram testing was impossible, the recommended ampicillin antibiotic therapy by pediatric infectious disease was done then continued with meropenem, metronidazol, linezolid was carried out with good results seen clinically and radiologically neurological deficit had passed and in cranial magnetic resonance imaging and enhanced cranial computed tomography showed no appearance of brain abcess. medical treatment lasted for 6 months.

**Conclusions:** Brain abcess is serious and life-threatening clinical entity. congenital cyanotic heart diseases risk-bearing for cerebral embolism and abcess. our case of pentalogy of fallot is Very rare seen. In such cases medical treatment with antibiotherapy is eligible where surgery is not possible. It is compulsorily and needs long time. May be done with satisfactory.

**Keywords:** Cyanotic heart disease, brain abcess, antibiotherapy, conservative treatment

**Image:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019127135531.jpg>

PS-170 [Nörovasküler Cerrahi]

## MAJÖR DEFİSİT İLE PREZENTE DEV SUPRATENTORİYAL KAVERNOM

**Recep Şavik<sup>1</sup>, Kenan Şimşek<sup>\*1</sup>, Şanser Gül<sup>1</sup>, Figen Barut<sup>2</sup>, Eren Görkem Gün<sup>1</sup>, Mehmet Tufan Yavuz<sup>1</sup>, Murat Kalaycı<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Bülent Ecevit Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.

<sup>2</sup>Bülent Ecevit Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji AD.

**Giriş ve Amaç:** Kavernomlar, beyin parankimi içermeyen düşük akımlı vasküler malformasyonlardır. Çoğunlukla, supratentorial yerleşimli olup, 10 – 20 mm boyutlarındadır. Olgumuz, fokal majör defisit ile prezente, supratentorial dominant hemisfer yerleşimli, 40 mm 'e varan dev boyutlardaydı.

**Yöntem:** 24 yaşında bayan hasta, polikliniğimize baş ağrısı ve sağ vücut yarısında güçsüzlük yakınması ile başvurdu. Nöbet öyküsü yok. Yapılan görüntülemeler de sol frontal silvian fissür medial komşuluğunda, 36x36 mm boyutlarında kavernom ile uyumlu kitle lezyonu izlendi. NM'de Sağ 3/5 hemiparezi tespit edildi. Elektif şartlarda operasyonu planlandı. Sol modifiye unifrontal cilt insizyonu yapıldı. Silvian diseksiyon sonrası 3 cm derinlikte mor renkli, vasküler, yer yer farklı yaşlarda kanama odakları olan kavernom ile uyumlu doku ile karşılaşıldı. Beyin parankiminden kolaylıkla ayırılan kavernom dokusu, temel nöroşirürjikal prensiplere bağlı kalınarak makroskopik total eksize edildi. Alınan doku örnekleri patolojiye gönderildi. Hemostazı takiben operasyona son verildi. Postop 4. saat BT'de kitlenin total çıkarıldığı görüldü.

**Bulgular:** Hastanın post-op gks :14 idi. Preop hemiparezinin progresse olduğu ve hemipleji geliştiği görüldü. Takipte ek bir komplikasyon gözlenmedi. FTR bölümünce, rehabilitasyon programına alındı. Histopatolojisi kavernom olarak raporlandı. Post-op 3. ay MRG kontrolü yapıldı.

**Tartışma ve Sonuç:** Kavernomlar, cerrahi planlama yapıldıklarında, makroskopik total çıkarılmalıdır. Supratentorial lezyonların, epileptik

nöbetlere sebep olma olasılığı daha yüksektir. Olgumuzda olduğu üzere, sol dominant hemisfer yerleşimli, dev boyutta bir kavernom fokal majör defisit ile başvurabilir. Temel nöroşirürjikal prensiplere bağlı kalınarak, hassas beyin alanı komşuluğunda makroskopik total çıkarım hedeflendiğinde nörolojik defisit progresse olabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Supratentorial dev kavernom

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201911618281.jpg>

PS-171 [Nörovasküler Cerrahi]

## SPONTAN SUPRATENTORYAL İNTRASEREBRAL HEMATOMLARIN KARAKTERİSTİK ÖZELLİKLERİ: 108 HASTANIN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

**Seçkin Aydın\*, Mustafa Erdal, Deniz Şirinoğlu, Şirzat Bek, Mehmet Volkan Aydın**

S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Bu çalışmada, Spontan Supratentoryal İntraserebral Hematom (SSİH) tanılı hastaların ayrıntılı olarak incelenmesi ve uygulanan tedavi yöntemlerinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Aralık 2016-2017 tarihleri arasında hastanemizde SSİH tanısı ile tedavisi yapılan 108 hasta retrospektif olarak araştırıldı. Hastaların demografik, klinik ve radyolojik özellikleri ile hematom özellikleri incelendi. SSİH'lara uygulanan tedavi yöntemleri, konservatif ve cerrahi olarak iki gruba ayrıldı. Bu tedavi yöntemleri ile ilişkisi istatistiksel açıdan hesaplandı.

**Bulgular:** Hastaların 57 (52.8%)'si erkek, 51 (47.2%)'i kadındı. Ortalama yaş 64.5 ± 14.0 olarak bulundu. Ortalama geliş GKS'si 12.3 ± 3.0 iken, cerrahi grupta geliş GKS'si konservatif gruptan anlamlı olarak daha düşüktü (p < 0.05). Toplamda en sık eşlik eden komorbide hipertansiyon (84.2%)'du. Ortalama hematom hacmi 40.1 ± 51.6 mL iken, cerrahi grupta anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p < 0.05). Hematom hacmi, intraventriküler kanama varlığı ve orta hat kayması pozitifliği, konservatif gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulunurken (p < 0.05); hematomun hemisfer tarafı ve yerleşim yeri açısından tedavi grupları arasında anlamlı farklılık görümedi (p > 0.05). Cerrahi grupta tüm takip zamanlarında mortalite oranları, konservatif gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p < 0.05).

**Tartışma ve Sonuç:** SSİH'lar yüksek mortalite ve morbiditeye neden olan patolojilerdir. SSİH tanılı hastaların detaylı bir profilinin çıkartılması ve uygulanan tedavilerin gözden geçirilerek standardize edilmesi ile hastaların sağ kalım ve hayat kalitelerinde önemli oranda iyileşme sağlanabileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Sözcükler:** İntraserebral hematom, tedavi, retrospektif çalışma

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/20191210212423.jpg>

PS-172 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### SACRAL METASTASIS OF THYROID CARCINOMA

**Volkan Murat Unal\***, **Omer Furkan Turkis**, **Osman Fikret Sonmez**  
*M.H. Tepecik Training and Research Hospital, Department of Neurosurgery*

**Background and Aim :** Sacral metastasis of thyroid carcinoma is a rare clinical presentation and could be very hemorrhagic we report a case 82 years male patient who admitted to neurosurgery outpatient room for back pain.

**Methods:** He had sustained back pain, weight loss, and night sweats. There was no urinary symptom and known cancer history. A tumor invading the sacral canal with a size of 7x8 observed in the left sacrum on the MRI. Also, a lesion viewed on the right side of the pelvic region. Therefore, the diagnosis was a metastasis. We planned to thorax and abdomen CT(computerized tomography) for identifying primer cancer but, we could not find any tumoral occurrence. We operated the patient for stabilization and removing the tumor, the mass was very hemorrhagic and we took out a piece of tumor for a quick determination of tumor on pathology. (frozen) According to frozen pathology result primer cancer was thyroid carcinoma. Pathology results have not yet appeared.

**Results:** After primer cancers' determination, we used Tomita score for this patient. Tomita score was between six-eight interval so aggressive surgery was not necessary for the patient. Due to both tumors' being hemorrhagic and Tomita score, we only debulked the tumor and stabilized the patient with posterior lumbar instrumentation. After the operation thyroid doppler performed and increased blood flow was detected. Fine needle aspiration biopsy applied for thyroid for definitive pathological diagnosis

**Conclusions:** Thyroid bone metastasis could be very hemorrhagic and required blood preparation should be done before the surgery. Tomita classification is useful to determine the surgical plan of metastasis so less aggressive intervention required cases could determine and less vital risk is taken for these patients.

**Keywords:** Sacral metastasis, thyroid carcinoma

PS-173 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### PTERİONAL YERLEŞİMLİ İNTRADİPLOİK DERMOİD KİST: ÇOK NADİR BİR OLGU

**Semra Işık\***

*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi İstanbul Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** İntradiplöik dermoid kistler kranial tümörlerin %0.04-0.7'sini oluşturan konjenital ektodermal inklüzyon kistleridir. Tipik olarak çocukluk çağında, yaşamın 1. veya 2. dekadında görülürler, yavaş büyürler, daha çok orta hatta ön fontanel, periorbital, nazoglabellar ve frontotemporal bölge yerleşimi gösterirler. Ancak literatürde lateral yerleşim gösteren 20 kadar vaka espit edilmiştir. Biz sağ pterional bölgede intradiplöik dermoid kisti olan ilk yetişkin hastayı sunmaktayız. Bu konudaki çalışmalar arttıkça yumuşak doku ve kemik doku lezyonlarının preoperatif görüntülemelerinin tedaviyi belirlemede anahtar rol

oynadığı ve patolojik tanıların postoperatif süreci ne ölçüde etkilediği değerlendirilebilecektir.

**Yöntem:** 37 yaşındaki kadın hasta tarafımıza 1 yıldır geçmeyen, sağ şakaktan başlayıp tüm başa yayılan ağrı şikayetiyle başvurdu. 1 yıl önce yeni başlayan baş ağrısı şikayetiyle başvurduğu hastanede yapılan kranial MR incelemesi normal olarak değerlendirilmiş. Ancak o dönemden beri ağrısı sıklaşıp ve şiddetlenmiş. Öz ve soygeçmişinde özellik olmayan hasta tarafımızca değerlendirildi. Hastanın fizik muayenesinde fiziksel görünümünde gözle görülen bir anormallik saptanmadı, ancak özellikle sağ şakakta palpasyonla noktasal şiddetli ağrı olduğu görüldü. Nörolojik muayenesi intakttı. Bilgisayarlı tomografi incelemesinde sağ pterional kemiğin iç tabulasını tamamen erode etmiş intradiplöik hipodens kitle izlendi. Yapılan manyetik rezonans incelemesinde T1 sekansında hipodens ile T2 sekansında hiperintens sinyal intensitesi gösteren hafif çepersel kontrast tutan, DWI sekansında kısıtlanmış difüzyon ile yüksek sinyal intensitesi gösteren, intrakranial uzanımı olmayan 1.7 cm çapında kitle izlendi. Hasta nöronavigasyon yardımıyla opere edilerek sağ pterional kraniektomi yapıldı. Hasta defisitsiz taburcu olurken başağrısı postoperatif erken dönemden itibaren tamamen düzeldi.

**Bulgular:** İntraoperatif olarak lezyonun egzofitik olarak sfenoid kanada doğru yayıldığı, duranın üst yaprağını invaze ettiği, kıl ve yağ foliküllerini ihtiva ettiği görüldü. Tümör duranın üst yaprağı da alınarak total eksize edildi. Patolojik tanı önce matür teratom olarak değerlendirilse da ikinci bir değerlendirme sonucu dermoid kist olarak raporlandı.

**Tartışma ve Sonuç:** İntradiplöik dermoid kistler nadir de olsa orta hattan uzakta farklı kranial sütürlerde görülebilir. Preoperatif değerlendirmede ayırıcı tanıda akılda tutulması, cerrahi olarak total rezeksiyon edilmesi, postoperatif patolojik tanının iyi değerlendirilmesi ve hiçbir başağrısının azımsanmaması tedavide belirleyici faktörlerdir.

**Anahtar Sözcükler:** Başağrısı, intradiplöik dermoid kist, pterion

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201911613421.jpg>

PS-174 [Nörovasküler Cerrahi]

### A CASE OF ANTERIOR COMMUNICATING ARTERY ANEURYSM RUPTURE PRESENTING FIFTEEN YEARS LATER AS CALCIFIED MASS CONFUSED RADIODIAGNOSTICALLY WITH CRANIOPHARYNGIOMA

**Abdullah Mesut\***, **Abdurrahman Çetin**

*Diyarbakır Gazi Yaşargil Training and Research Hospital, Department of Neurosurgery*

**Background and Aim:** We aim to present a case of bleeding due to ruptured cerebral aneurysm before 15 years presenting as calcified ring shaped lesion and try to determine according to preoperative radiological features and surgical observation whether it is a thrombosed huge aneurysm with calcification or a calcified focal hematoma arising from ruptured aneurysm

**Methods:** 32 year old syrian male suffered from chronic severe headache with infrequent seizures. In his medical history he had brain bleeding before 15 years, his family did not consent any invasive procedure or intervention. He had no neurological deficit. He was admitted to our hospital after he had diagnosed as supracellar calcified mass mimicking



craniopharyngioma with detecting by cranial CT and MRI. in 3D cranial CT angiography and carotid craniography as anterior communicating artery aneurysm which treated surgically by clipping through left pterional craniotomy. He had a good recovery and uneventful postoperative course with relieve from headache and seizures

**Results:** In the patient's history bleeding expressing spontaneous subarachnoidal hemorrhage might be aneurysm rupture. Although the reported supracellar 26x26x30 mm heterogenous uninancing unrelavant to sella and parasellar structures and depressing the optic chiasm commented as craniopharyngioma in inanced sellar MRI. Cranial MR angioraphy demontrated a 29x23 mm suprachiasmatic calcified lesion mimiking craniopharyngioma has neighboring with anterior communicating artery inferiorly with a narrow necked lobule contoured 6x3 mm saccular aneurysm feature seen. 3D cranial CT angiography anteriorly to the third ventricle suprasellar situated with unreleaving to sellar structures 34x28x32 mm in size a calcified mass lesion above a 2.2mm necked 6x3.4mm saccular aneurysm.. coventional carotid angiography confirmed the anterior communicating artery aneurysm and unremarkable right anterior cerebral artery seemed as hypoplasia. On the surgical observation we noticed rich intensive neovascularization network extends from perianeurysmatically to near areas in the midline radiating superiorly posteriorly and posterosuperiorly with cerebral cortex covered with tightly cortical adherent widespread thin calcifications

**Conclusions:** According to history of patient, his clinical status and radiological findings which demonstrate the aneurysm markedly without inancing in lesion above the aneurysm we believe that calcification seen radiologically might be a calcified hematoma's rests originated from the aneurysm rupturing before 15 years remain constant as chronic process. It is worthy to be kept in mind of neurosurgeons dealing with cerebrovascular surgery and

**Keywords:** Aneurysm, calcified, hemorrhage

**Image:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/201911816400.jpg>

PS-175 [Nörovasküler Cerrahi]

#### A CASE OF ANTERIOR COMMUNICATING ARTERY ANEURYSM RUPTURE PRESENTING FIFTEEN YEARS LATER AS CALCIFIED MASS CONFUSED RADIOLOGICALLY WITH CRANIOPHARYNGIOMA

**Abdullah Mesut\*<sup>1</sup>, Abdurrahman Çetin<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>UHS Diyarbakır Gazi Yaşargil Training and Research Hospital, Department of Neurosurgery

<sup>2</sup>M.H. Diyarbakır Training and Research Hospital, Department of Neurosurgery

**Background and Aim:** We aim to present a case of bleeding due to ruptured anterior communicating artery aneurysm before 15 years presenting as calcified ring shaped lesion and try to determin according to preoperative radiological features and surgical observation weather it is a trombosed large aneurysm with cacification or a calcified focal hematoma arised from ruptured aneurysm

**Methods:** He was admitted to our hospital after he had diagnosed as

supracellar calcified mass mimiking craniopharyngioma with detecting by cranial CT and MRI. We estimated that he had internal carotid artery terminal segment vascular pathology that had been confirmed radiologically in 3D cranial CT angiography and carotid craniography as anterior communicating artery aneurysm which treated surgically by clipping through left pterional craniotomy.

**Results:** In the patient history of a kind brain bleeding expressing spontaneous subarachnoidal hemorrhage might be aneurysm rupture. Although the reported supracellar 26x26x30 mm heterogenous uninancing unrelavant to sella and parasellar structures and depressing the optic chiasm commented as craniopharyngioma in inanced sellar MRI

**Conclusions:** According to typically history of patient, his clinical status and radiological findings which demonstrate the aneurysm markedly without inancing in lesion above the aneurysm we believe that calcification seen radiologically might be a calcified hematoma rests originated from the aneurysm rupturing before 15 years remain constant as chronic process. It is worthy to be kept in mind of neurosurgeons dealing with cerebrovascular surgery and management

**Keywords:** Calcified aneurysmatic hemorrhage, craniopharyngioma, ancient subarachnoid hemorrhage

PS-176 [Nöroonkolojik Cerrahi]

#### MENENGIOM VE AKUT LENFBLASTİK LÖSEMİ ARASINDA GENETİK BİR İLİŞKİ VAR MIDIR? 3 GEN ANALİZİNİN İNCELENDİĞİ BİR OLGU SUNUMU

**Mehmet Beşir Sürme\*<sup>1</sup>, Bilal Ertuğrul<sup>1</sup>, Deniz Şen<sup>2</sup>, Metin Kaplan<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Firat Üniversitesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Firat Üniversitesi Hastanesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Menengiomer, araknoid cap hücrelerinden köken alan primer santral sinir sistemi tümörleridir. Büyüme hızları sıklıkla yavaş olmakla beraber düşük morbidite ve mortalite ile ilişkilidirler. Akut lenfoblastik lösemi (ALL); lenfoblastların kemik iliği, dalak, periferik kan hücreleri ve lenf nodu gibi hematopoietik organlarda birikmesi sonucu gelişen ve hayatı tehdit eden kötü prognoz ile ilişkili bir hastalıktır. Bu iki hastalığın etiolojisinde genetik faktörlerin rol oynadığı bilinmektedir. Biz de ALL ve Menengioma'nın birlikte olduğu olgumuzda MN1 (Menengioma 1), NPM1 (Nüklofosmin 1) ve WT1 (Wilm's Tümör 1) gibi olası ortak genlerin analizlerini inceleyerek, bu hastalıkların arasında bir ilişki olup olmadığını rapor ettik.

**Yöntem:** Yirmi yedi yaşında bayan hasta kliniğimize baş ağrısı ve bulanık görme şikayetiyle başvurdu. Kranial manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG); sol frontal lobda yaklaşık 6x6 cm boyutunda, homojen kontrastlanan ve etrafı ödemli solid bir kitle saptadık. Hastanın yapılan fizik muayenesinde motor ve duyu kaybı yoktu. Kranial sinirler sağlamdı. Hastanın özgeçmişinde 10 yıl önce B hücreli akut lenfoblastik lösemi (CALLA-B) tanısı aldığı ve tedavi edildiği bildirildi. Hastanın intratekal ilaç uygulanması ve radyoterapi öyküsü yoktu. Hasta operasyona alınarak kitlesi total rezeke edildi. Histopatolojik incelemesi fibroblastik Menengioma (Grade 1) olarak rapor edildi. Genomik DNA; biyopsi materyalinden alınan parafin blok ve periferik kandaki lenfoblastlardan izole edilerek gen laboratuvarına gönderildi. Bu preparatlarda MN1, WT1 ve NPM1 genleri analiz edildi.

**Bulgular:** MN1, WT1 ve NPM1 genlerinde mutasyon izlenmedi. Gen analizleri normaldi.

**Tartışma ve Sonuç:** Menengiomas santral sinir sisteminin en yaygın görülen primer tümörleridir. Bu hastalığın gelişmesinde birtakım protoonkogen ve tümör süpresör genlerin olduğu bilinmektedir. B hücreli akut lenfoblastik lösemiler, immatür B hücrelerinin kemik iliği ve periferik kanda birikmesiyle karakterize olup pediatrik yaş grubunda daha sık görülmektedirler. Bu iki hastalığın birlikte görülmesi çok nadirdir. Literatür incelendiğinde Menenjiom ile akut myeloblastik lösemi gibi hematolojik hastalıkların birlikte görüldüğü ve ortak genetik mutasyonların saptandığı rapor edilmektedir. Ancak Menenjiom ile ALL birlikteliğine dair genetik çalışmalar bulunmamaktadır. Biz de olgumuzda 10 yıl önce ALL tanısı almış Menenjiom hastasında MN1, WT1 ve NPM1 genlerinin analizlerini inceledik. Analiz sonucunda bu genlerin normal olduğunu saptadık. Menenjiom ile ALL birlikteliği tesadüf mü yoksa aralarında bir ilişki bulunmakta mıdır? sorusunun cevabı için daha çok sayıda olgu çalışmalarına ihtiyaç vardır.

**Anahtar Sözcükler:** Menenjiom, akut lenfoblastik lösemi, MN1, NPM1, WT1

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201911519331.jpg>

PS-177 [Nöroonkolojik Cerrahi]

## EPİDERMOİD KİSTİN MALİGN TRANSFORMASYONU: OLGU SUNUMU

**Ercan Boşnak\*, Arda Topçam, Mehmet Sabri Gürbüz,  
Ahmet Ferruh Gezen, Mehmet Erşahin, Muhammed Emin Aksu**  
*Istanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Epidermoid kistler keratin hücresel artıklar ve skuamöz epitelden oluşurlar. Nadiren malignleşme özellikleri bildirilmiş olsa da benign ve lineer büyüme hızına sahip kitlelerdir. İntrakraniyal tümörlerin %0,5-1,5'ini oluştururlar. Sıklıkla posterior fossada, pons çevresinde ve serebellopontin köşede, ayrıca sella çevresinde yerleşir. Radyolojik olarak BT incelemede hipodens kitlelerdir. MRG incelemelerde de benzer şekilde suya yakın ya da biraz fazla intensite gösterirler. Nadiren malignite ya da infeksiyon içeren durumlarda çevresel kontrastlanma gösterebilirler. Tedavi cerrahidir.

**Yöntem:** 65 yaşında, 5 yıl önce sol serebellopontin köşe epidermoid kist nedeniyle operasyon öyküsü olan takiplerinde hidrosefali ve 4. ventriküle bası yapan sol serebellar hemisfer içerisinde çevresel kontrast tutan 32x30x38 mm boyutlarında kistik komponenti olan kitlesel lezyon saptana erkek hasta, opere edildi. Histopatolojik tanı, epidermoid tümörün malign transformasyonu sonucu oluşan skuamöz hücreli karsinom olarak raporlandı.

**Bulgular:** Epidermoid kistler benign tümörlerdir. Araknoid dokular üzerinde yayılarak nöral ve vasküler yapılara yapışması nedeniyle total eksizyonları her zaman mümkün olmayabilir. Hastalarda morbidite ve mortalite oluşturmadan mümkün olduğu kadar fazla miktarda tümör çıkartılması ve kapsül temizliği en uygun tedavi seçeneğidir. Yeniden ortaya çıkışlar kalan dokulardan ve kapsülden kaynaklansa da tamamını çıkartmaya çalışmak tehlike arz eden durumlarda gereksizdir.

**Tartışma ve Sonuç:** Epidermoid kistlerde malign transformasyon oldukça

nadir bir durumdur ve literatürde yalnızca birkaç olgu bildirilmiştir. Her ne kadar oldukça nadir bir durum olsa da epidermoid kist eksizyonu sonrası rekürrenslerde özellikle kontrastlanma gösteren vakalarda malign transformasyon olabileceği göz önünde bulundurulmalı ve histopatolojik tanı sonrası uygun tedavi için cerrahi sonrası medikal onkoloji ve radyasyon onkolojisi kliniklerine konsulte edilmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Epidermoid kist, epidermoid tümör, malign transformasyon, skuamöz hücreli karsinom

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/20191161130.jpg>

PS-178 [Pediatrik Nöroşirürji]

## PEDİATRİK AĞIR KAFA TRAVMASI HASTALARINDA DEKOMPRESİF KRANİEKTOMİ SONRASI SPONTAN KEMİK REKONSTRÜKSİYONU: OLGU SUNUMU

**Arda Topçam\*, Ercan Boşnak, Mehmet Sabri Gürbüz,  
Mehmet Erşahin, Fatih Sarıtepe, Adil Eralp Koçak**  
*Istanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Gelişmiş ülkelerde travma, çocuklarda mortalite ve morbiditenin en sık görülen sebebidir. Bu hastalarda ağır travmatik beyin hasarı en önemli ölüm nedenidir. Orta hat şifti oluşturan subdural hematom, diffüz serebral ödemde dekompresif kraniyektomi artmış kafa içi basıncını azaltmak için yapılan, genellikle frontal, temporal, pariyetal kemiklerin çıkarıldığı cerrahi bir yöntemdir. Dekompresif kraniyektomi yapılan bu olguda BT takiplerinde spontan kemik rekonstrüksiyonu gözlenmiş olup kranioplasti gereksinimi kalmamıştır.

**Yöntem:** Üç yaşında üzerine televizyon sehpası düşmesi sonrası acil servise GKS:5 olarak getirilen hastanın çekilen beyin BT'sinde sağ frontotemporo-pariyetal subdural hematom ve difüz serebral ödem izlenmesi üzerine hastaya bilateral frontotemporo-pariyetal dekompresif kraniyektomi yapıldı. Ameliyat sonrası 6. Ayda Glaskow Outcome Score (GOS): 5 olan hastanın kraniyoplasti amacı ile yapılan takiplerinde, önce sol sonra sağ kemik defekt alanlarında spontan kemik rekonstrüksiyonu olduğu görüldü.

**Bulgular:** Çocukluk çağı dekompresif kraniyektomi cerrahilerinden sonra spontan kemik oluşumu ile ilgili literatürde 2 ayrı olgu bildirilmiş olup bu durumun dural ossifikasyona bağlı olduğu düşünülmektedir. Guida L ve arkadaşları tarafından bildirilen 6 yaşındaki olguda dural ossifikasyonlar görülmüş ve kranioplasti ameliyatı esnasında serebral ekspansiyona engel olabileceği düşünülerek dural ossifikasyonlar temizlenmiş, yerine otogen kemik greft ile kranioplasti yapılmıştır.

**Tartışma ve Sonuç:** On beş aydır takip ettiğimiz olguda dural ossifikasyon sonrası gelişen kemik dokunun dekompresif kraniyektomi sonrası oluşan kemik sınırlar ile birleştiği, kalvaryumun serebral dokunun ekspansiyonuna engel olmayacak şekilde rekonstrükte olduğu görüldü. Kranioplasti cerrahisi ertelenen hastanın izlemlerine devam edilme kararı alındı. İzlemede kranioplasti ihtiyacı kalmadığı görüldü. Özellikle çocukluk çağı kafa travmaları nedeniyle yapılan dekompresif kraniyektomilerden sonra kraniyektomi defekti spontan kapanabileceğinden, kranioplasti için acele edilmemesi önerilir.

**Anahtar Sözcükler:** Dekompresif kraniyektomi, pediatrik ağır kafa travması

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019116123528.jpg>

PS-179 [Nörotravma ve Yoğun Bakım]

### KESİCİ-DELİCİ ALET İLE PENETRAN KAFA TRAVMASINDA VASKÜLER YARALANMA, OLGU SUNUMU

**Özhan Merzuk Uçkun\***, **Zeynep Dağlar**, **Ergün Dağlıoğlu**, **Fatih Alagöz**, **Ali Dalgıç**, **Denizhan Divanlıoğlu**, **Ali Güler**, **Ahmet Deniz Belen**

*S.B. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Kesici delici alet yaralanmalarında vasküler yaralanmalar unutulmamalı ve uygun görüntüleme teknikleri ile vasküler patolojiler ekarte edilmelidir.

**Yöntem:** 51 yaşında erkek hasta penetran kafa travmasıyla acil polikliniği'ne getirilen hastanın ilk yapılan nörolojik ve sistemik muayenesinde; bilinç açık, oryantasyon kooperasyon tam Glasgow Koma Skoru: 15, TA 80/50 mmHg, Nabız 59/dakika, Ateş 36.5 °C, ağız açıklığı kısıtlı, sol zigomatik ark anterokaudal kısımdan kesici delici alet girişi solda hemotimpanum + nörolojik muayenede defisiti yok. Hastanın bilgisayarlı tomografi görüntülemesi: 'Sol frontal parçalı kemik defekti + epidural hematoma, zigomatik ark süperiorundan başlayıp, infratemporal fossaya uzanan, foramen magnum sol lateralindeki oksipital kemikte sonlanan metalik cisim, sol temporamandibular eklem ilişkisi bozulmuştur.' BT beyin-boyun anjiyografisi; 'Sol ICA dolumu bifurkasyonun 1,5 cm distalinden başlayarak supraklinoid düzeye kadar izlenmemektedir. Distal dolaşım ACoM aracılığı ile olmaktadır.' olarak raporlandı. Yapılan DSA'da sol İCA'nın kesici delici alet nedeni ile total oklüde olduğu gözlemlendi. ICA proksimali iki adet target 6x20 ve 5x15 coil ve glu kullanılarak kapatıldı. Kapatmanın ardından sol infratemporal fossadan giren delici kesici alet çıkarıldı. Bu tarz kesici delici alet yaralanmalarında vasküler yaralanmalar unutulmamalı ve uygun görüntüleme teknikleri ile vasküler patolojiler ekarte edilmelidir.

**Bulgular:** Kesici delici alet yaralanmalarında BT beyin boyun anjiyografi ve DSA ile saptanan vasküler yaralanma.

**Tartışma ve Sonuç:** Kesici delici alet yaralanmalarında vasküler yaralanmalar unutulmamalı ve uygun görüntüleme teknikleri ile vasküler patolojiler ekarte edilmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Kesici delici alet yaralanması, vasküler yaralanma

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019116131217.jpg>

PS-180 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### FAR LATERAL LOMBER DİSK HERNİLERİNDE TRANSFORAMİNAL EPİDURAL STEROİD ENJEKSİYONUNUN (TFESI) ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Şevket Evran\***

*Bahçelievler Devlet Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Far lateral disk hernileri (FLDH), tüm lomber disk hernileri içerisinde yaklaşık %7-12 oranında görülmektedir. Daha sık görülen santral ve paramedian lomber disk hernileri ile karşılaştırıldığında sinir kökü ve dorsal kök ganglionunun direkt basısına bağlı daha şiddetli ve inatçı radiküler ağrıya sebep olurlar. Tedavisinde; medikal tedavi ve fizik tedavi gibi konservatif tedavilere yanıt vermeyen, nörolojik defisit gelişmemiş hastalarda, sinir kökü hasarı ve faset eklem bütünlüğünün bozulmasına bağlı spinal instabilite riski nedeniyle cerrahi tedaviye karar vermek zordur. Bu çalışmamızda konservatif tedavi yöntemlerine yanıt vermeyen ve nörolojik defisit gelişmemiş FLDH bulunan hastalarda minimal invazif tedavi yöntemi olan TFESI'nin etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Bu çalışmaya lomber MR görüntülemelerinde far lateral disk hernisi saptanan bu sebeple radiküler ağrısı bulunan, nörolojik defisiti bulunmayan ve konservatif tedaviye yanıt vermeyen 37 hasta dahil edildi. Hastalara; C-kollu floroskopi anterior-posterior pozisyona getirilerek preganglionik yaklaşımla 0,5 ml opak madde verilerek sinir kökü trasesi boyunca yayılımı teyit edildikten sonra, 40 mg (1 ml) metilprednisolon asetat ve 10 mg (2 ml) bupivakain hidrokloridten oluşan karışım 1-2 dk. içerisinde yavaş olarak enjekte edilerek TFESI uygulandı. Hastaların işlem öncesi ile işlem sonrası 3. hafta, 3. ay ve 6. ay VAS (Visual Analogue Scale) ve ODI (Ostwestry Disability Index) skorları kaydedildi.

**Bulgular:** Çalışmamıza 15 aylık sürede toplam 37 hasta dahil edildi. 5 hastaya takipleri esnasında nörolojik defisit gelişmesi nedeniyle cerrahi tedavi uygulandı. Cerrahi gereken hastalar ile çalışma grubunun demografik verileri ve başlangıç VAS ve ODI skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Toplam 32 hastanın 14'ü (%43,75) erkek 18'i (%56,25) kadın, ortalama yaş 45,9±11,63 idi. Hastaların başvuru anında ki VAS ve ODI skorları ile TFESI sonrası 3 hafta, 3 ay ve 6 ay kontrol VAS ve ODI değerlendirildi. Başlangıç VAS skor ortalaması 8,63±0,55, iken 3 hafta, 3 ay ve 6 ay kontrollerinde sırasıyla 3,84±1,66, 5,09±0,85, 4,56±1,66 olarak saptanmıştır. VAS skorundaki bu azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.001). Başlangıç ortalama değeri 52,38±6,84 olan ODI skorunun, 3. haftada 18,56±4,95, 3. ayda 37,41±14,1, 6. ayda 34,88±14,33 olduğu tespit edildi. Bu süre içerisinde hastaların ODI skorlarındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.001).

**Tartışma ve Sonuç:** Bu çalışma far lateral lomber disk hernisine bağlı radiküler yakınmaları olan hastaların tedavisinde TFESI'nin etkin bir yöntem olduğunu göstermiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Far lateral lomber disk hernisi, transforaminal epidural steroid enjeksiyonu, VAS, ODI

PS-181 [Nörotravma ve Yoğun Bakım]

### SPONTANEOUS RESOLUTION OF POST-TRAUMATIC CHRONIC SUBDURAL HEMATOMA: A CASE REPORT

**Hakan Yılmaz\*<sup>1</sup>, Ümit Kocaman<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>University of Health Sciences, İzmir Bozyaka Training and Research Hospital, Department of Neurosurgery*

*<sup>2</sup>Çiğli Regional Education Hospital, Department of Neurosurgery*

**Background and Aim:** Chronic subdural hematomas often occur in late middle and old age following trivial head trauma. Surgical intervention is the first treatment option in chronic subdural hematomas which

compressed the cerebral parenchyma. Hematoma may be calcified or ossified in untreated patients. Spontaneous resolution of post-traumatic chronic subdural hematoma is a rare event. Spontaneous resolution is rarer if the subdural hematoma is bilateral.

**Methods:** Spontaneous resolution of post-traumatic chronic subdural hematoma is a rare event. Spontaneous resolution is rarer if the subdural hematoma is bilateral.

**Results:** A 55 year old man, who suffered a doubtful head trauma one month ago, was admitted to our hospital with headache and debility complaints. We did not find any pathology on his neurologic examination. Cranial magnetic resonance imaging (MRI) at T1 and T2 axial and coronal sequence revealed bilateral frontotemporoparietal hyperintense lesion (Figure 1) defined as CSDH. There was no midline shift and compression of the ventricles. Emergency surgery was recommended to the patient due to bilateral hematoma which was larger than 1 cm. However, the patient and his relatives were not willing to undergo surgery and he was discharged with anti-edema treatment and antiepileptic drugs. One month later, he had visited to the cardiology policlinic and he had referred to our policlinic for control examination. Control cranial MRI revealed that almost all of bilateral CSDH had resolved spontaneously. He was symptomatically treated and discharged with suggestions.

**Conclusions:** Recovery mechanisms of CSDH in patients with operated or nonoperated are nearly the same. More importantly, predicting which hematomas tend to resolve spontaneously may prevent unnecessary surgery. In the literature, spontaneous resolution tends to occur if the patient is asymptomatic and if the hematoma has small size, low or isodensity, CSF line between hematoma and cortex and minimal mass effect without mid-line shifting.

**Keywords:** Antiaggregation therapy, chronic subdural hematoma, spontaneous resolution

**Image:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019116141829.jpg>

PS-182 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## LOMBER DİSK HERNİSİ İLE KARIŞAN NADİR BİR OLGU: EPİDURAL KONDROSARKOM

**Ramazan Uyar\*, Çağatay Özdöl, Tolga Gediz, Cezmi Çağrı Türk**

*SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Lomber disk hernisi ile karışan bir çok klinik ve hastalık vardır. Kliniğimizde bunlardan oldukça nadir olan bir L5-S1 mesafesinde epidural kondrosarkom olgusunu paylaşarak ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bir hastalık olduğunu ve patolojinin önemini vurgulamak istedik.

**Yöntem:** 2013, 2014, 2015 ve 2018 yıllarında toplam beş defa sol L5-S1 disk hernisi nedeniyle opere ettiğimiz bir vakanın klinik bulguları, radyolojik görüntüleri patolojisi ve hastalığın seyri hastane bilgi işlem sistemi ve pacs sistemi aracılığıyla çıkarıldı.

**Bulgular:** Hasta sol bacak ağrısı ve sol bacakta uyuşma nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın daha önce aynı şikayetlerle dış merkezde lazerle tedavi olduğu öğrenildi. Muayenesinde solda radiküler bulgular tespit edildi. Radyolojik olarak L5-S1 aralığında extrude disk görüntüsü olan hasta 6 yıl içerisinde beş kez ameliyat edildi. İlk 4 ameliyat sırasında alınan doku örneklerinin patolojik incelemeleri disk dokusu ile uyumlu

olarak rapor edildi. Beşinci ameliyat sonrası gönderilen aynı makroskopik ve radyolojik özelliklere sahip materyal ise kondrosarkom olarak raporlandı. Hastanın onkolojik tedavisi başlanmadan akciğer metastazı meydana geldi.

**Tartışma ve Sonuç:** Lomber disk hernisi nöroşirürji pratiğinde en sık görülen ve ameliyat edilen hastalık grubudur. Bu olguda da görüldüğü gibi eğer alışıksız olmadığınız bir disk görüntüsüyle karşılaşılmaması durumunda mutlaka patolojiye göndermek gerektiğini ve tekrarlayan disk hernilerinde ayırıcı tanıda çok nadir de olsa bu tür patolojilerin olabileceği unutulmaması gereken bir durum olduğunu vurgulamak istedik.

**Anahtar Sözcükler:** Disk hernisi, lomber, ayırıcı tanı, kondrosarkom, tedavi

PS-183 [Stereotaktik, Fonksiyonel Ağrı ve Epilepsi Cerrahisi]

## TRİGEMİNAL NEURALJİ NEDENİYLE PREOPERATİF GABAPENTİN KULLANAN HASTALARIN KLİNİK SONUÇLARA ETKİSİ

**Ali Osman Muçuoğlu, Muharrem Furkan Yüzbaşı, Ceren**

**Kızmazoğlu\*, Orhan Kalemcı, Ercan Özer, Serhat Erbayraktar**

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Trigeminal neuralji; şimşek çakar tarzda, ani başlangıçlı, paroksizmal, genellikle trigeminal sinirin 2. veya 3. dalını tutan ağrı durumudur. Günümüzde tedavi algoritmasına bakıldığında ilk olarak medikal tedavi (Karbamazepin, okskarbazepin, gabapentin, pregabalin, duloksetin) denenebilir. Daha sonra girişimsel olarak yapılan gasser ganglionun alınması, meckel cave içine alkol uygulaması, gasser ganglionunun perkütan yolla koagülasyonu, perkütan radyofrekans ile trigeminal rizotomi, balon kateter kullanılarak rizotomi uygulanabilir. Tüm bu yöntemlerden yanıt alınamayan olgularda mikrovasküler dekompresyon oldukça güvenli ve etkili bir yöntemdir. Bu çalışmanın amacı preoperatif gabapentin kullanan ve kullanmayan hastaların cerrahi sonuçlara etkisini araştırmaktır.

**Yöntem:** Kliniğimizde 2008-2014 yılları arasında trigeminal neuralji nedeniyle servise yatırılarak tedavi edilen 14 hasta incelendi. Grup I; gabapentin kullanan, grup II, gabapentin kullanmayan hasta olarak gruplar ayrıldı. İstatistiksel analiz için SPSS 15.0 kullanıldı. Gruplar arası fark için kıkare testi uygulandı.

**Bulgular:** 14 hastanın 5'i kadın (% 37,5), 9'u erkekti (% 64,3). Hastaların ortalama yaşı 47,07±12,07. Hastaların ortalama hastane yatış süresi 5,78±2,10 gün, ortalama takip süresi 15,28±17,54 ay. Grupların karşılaştırılması tablo 1'de gösterilmektedir. Klinik sonuçlar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır (p<0,05).

**Tartışma ve Sonuç:** Hastaların preoperatif ikinci ek tedavi olarak gabapentin kullanması veya kullanmamasının klinik sonuçlara etkisi yoktur.

**Anahtar Sözcükler:** Trigeminal neuralji, gabapentin, ağrı, cerrahi

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019116223928.jpg>

PS-184 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

**MEDİAN SINİRİN BİLEKTE DEKOMPRESYONU SONRASI GELİŞEN KOMPLEKS BÖLGESEL AĞRI SENDROMU****İlker Deniz Cingöz\*<sup>1</sup>, İsmail Kaya<sup>2</sup>, Hasan Emre Aydın<sup>2</sup>,  
Hakkı Değer<sup>3</sup>, Murat Atar<sup>4</sup>**<sup>1</sup>Alsancak Nevvar-Salih İşgören Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği<sup>2</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı<sup>3</sup>S.B. Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı<sup>4</sup>İstanbul Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu (KBAS) karpal tünel sendromu cerrahisi sonrasında nadir olarak görülen bir komplikasyondur. Tanıda altın standart klinik bulgulardır. Aşırı ağrı, allodini, vasomotor bulgular ve aşırı ödemde bu sendrom akla gelmelidir.

**Yöntem:** Cerrahi sonrası şikayetlerin geçmemesi veya tekrarlamasının nedenleri arasında, nadiren kompleks bölgesel ağrı sendromu (KBAS) gelişimi sorumludur. Bu hastalığın medikal ve cerrahi tedavisinin yanında, iyi bir psikiyatrik destek ve yaşam planlaması da hastaların günlük yaşantılarını devam ettirebilmeleri için gereklidir.

**Bulgular:** 43 yaşında bayan hastada 3 yıldır devam eden sağ elde geceleri uyandıran uyuşma ve ağrı şikayeti vardı. Sağ elde tinnel ve phalen testi pozitif, motor kayıp yoktu. EMG'si sağ karpal tünel sendromu ile uyumluydu. Klasik karpal tünel cerrahisi ile sağ median sinir serbestleştirilmişti. Hasta operasyondan 6 gün sonra sağ elde ağrısının arttığını ifade etti. Muayenesinde hareket kısıtlılığı geliştiği ve elde belirgin ödem olduğu gözlenmişti. Hasta öyküsünde ağrısının yanma tarzında olduğunu, elinin su dahil herhangi bir cisme temas ettiğinde bu ağrısının arttığını belirtmişti. Kontrol EMG de orta düzeyde sıkışıklık izlenmişti. Kemik sintigrafisinde sağ elde artmış aktivite izlenmişti. Bu bulgular sonunda hastaya KBAS tanısı konulmuştu hastaya medikal tedavi ve fizik tedavi verildi ve şikayetleri iki ay içerisinde geçmişti.

**Tartışma ve Sonuç:** KBAS periferik aksonal adenoreseptörlerin sayısında ve duyarlılığında artışla birlikte sempatik denervasyona bağlı olarak katekolaminlere karşı artmış duyarlılık olduğu düşünülmektedir. KBAS klinik olarak tanı konulan bir hastalıktır bu nedenle hastalığı düşündürecek bulgular iyi bilinmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Karpal tünel sendromu, kompleks bölgesel ağrı sendromu, median sinir

PS-185 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

**SPONTAN HIZLI REGRESYON GÖSTEREN FASET EKLEM KİSTİ: OLGU SUNUMU****İsmail Kaya\*<sup>1</sup>, Nevin Aydın<sup>2</sup>, Murat Atar<sup>3</sup>, İlker Deniz Cingöz<sup>4</sup>,  
Hasan Emre Aydın<sup>5</sup>**<sup>1</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı<sup>2</sup>Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı<sup>3</sup>İstanbul Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği<sup>4</sup>Alsancak Nevvar-Salih İşgören Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği<sup>5</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Sinovyal kistler lomber omurgada faset eklemde köken alırlar ve nadiren radikülopatiye neden olurlar. Cerrahi rezeksiyon tedavi seçeneği olabilir.

**Yöntem:** 28 yaşında erkek hasta şiddetli bel ve sol bacak ağrısı ile polikliniğimizde değerlendirildi. Nöromotor defisiti olmayan hastanın lomber MRG'sinde 2x1,5 cm boyutlarında sol L4-5 faset eklem komşuluğunda foramene uzanım gösteren, L5 köküne baskı yapan tüm sekanslarda BOS ile izointens kistik lezyon saptandı. Hasta cerrahi tedavi önerilerek yatırıldı ve NSAİİ tedavi başlandı.

**Bulgular:** Ameliyat hazırlıkları sırasında yatışın 3. gününde hastanın şikayetlerinin tamamen geçtiği gözlemlendi. Cerrahi tedavi kararı iptal edildi. Çekilen kontrol lomber MRG sonucunda kistik lezyonun spontan regrese olduğu görüldü.

**Tartışma ve Sonuç:** Sinovyal kistler aşırı aksiyel yüklenme ve dejenerasyona sekonder görülürler. Faset eklemde görülen bu kistler radikülopatiye sebep olduklarında cerrahi tedavi uygulanabilir. NSAİİ kullanımı sonrası faset eklem kistlerinde regresyon olabileceği rapor edilmiştir. Sunduğumuz olguda 3 gün gibi kısa bir sürede hızlı regresyon olması dikkat çekicidir. Bu sonucu NSAİİ ilaca bağlı olmadığını kistin faset eklem aralığına migre olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Sözcükler:** Faset eklem, radikülopati, regresyon, sinovyal kist

PS-186 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

**ERİŞKİN SERVİKAL BÖLGEDE GÖRÜLEN NADİR BİR YUMUŞAK DOKU TÜMÖRÜ: HİBERNOM OLGU SUNUMU****Mehmet Edip Akyol\*<sup>1</sup>, İrfan Zengin<sup>1</sup>, Özgür Öcal<sup>1</sup>, Özkan Arabacı<sup>2</sup>,  
Mehmet Arslan<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Yüzüncüyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nöroşirürji AD.<sup>2</sup>S.B. Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Hibernomlar, seyrek görülen, fetal kahverengi yağ doku kalıntılarından ortaya çıkan benign yumuşak doku tümörleridir. Genellikle erişkinlerde görülür. Nadir görülen bu yumuşak doku tümörünü sizlerle paylaşmak istedik.

**Yöntem:** Olgumuz 26 yaşında erkek hasta yaklaşık bir yıldır boyun arka tarafında şişlik şikayeti ile polikliniğimize geldi. Hastanın yapılan muayenesinde servikal arka medial kısımda cilt altı şişliği olduğu görüldü. Fiziki muayenesinde özellik yoktu.

**Bulgular:** Lipom düşünülerek hastanın çekilen servikal MR'da servikal posterior medialinde cilt altı kas dokusuna invaze olmamış keskin sınırlı lipomla uyumlu lezyon görüldü. Hasta beyin cerrahi kliniğine yatırıldı ve ameliyatı yapıldı. Gönderilen örnekte patoloji sonucu hibernom olarak rapor edilmişti.

**Tartışma ve Sonuç:** Hibernom, fetal kahverengi yağ doku kalıntılarından gelişen ve nadir görülen benign bir tümördür. Genellikle ağrısız, yavaş büyüyen kitleler şeklinde karşımıza çıkarlar. Bu tümörler yavaş gelişirler ancak 10 cm çapa kadar ulaşır çevre dokulara bası yapabilirler. Şu ana kadar literatürde yaklaşık 100 olgu bildirilmiş olup bunların %10'u baş-boyun bölgesi yerleşimlidir. Benign lipomatöz tümörlerin %1,6'sını ve

tüm adipositik tümörlerin yaklaşık %1,1'ini oluştururlar. Etiyolojileri bilinmemektedir. Genellikle erişkinlerde görülür ve özellikle sırtta, periskapuler ve interskapuler bölgede, boyun, koltuk altı, omuz, göğüs, uyluk ve retroperitonda deri altında yerleşir. Çeşitli histolojik varyantları bulunmaktadır ancak bu varyantların prognostik önemi yoktur. Farklı hücresel komponentlerin değişik oranlarda bulunması manyetik rezonans gibi radyolojik görüntülemelerde farklı sinyallerin oluşmasına yol açar. Klinik olarak lipomla karışabilir ve radyolojik görüntülemelerle liposarkom gibi hipervasküler lezyonlardan kesin olarak ayırt edilemez. Tedavide tümörün total eksizyonu yeterlidir. Bu olgu, nadir görülmesi, basit eksizyonla tedavi edilebilmesi ve özellikle yüksek damarlanma gösteren lezyonların ayırıcı tanısında akılda tutulması gerektiği için sunulmaya değer bulunmuştur.

**Anahtar Sözcükler:** Hibernom, lipom, liposarkom, benign lipomatöz tümörler

PS-187 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### SKOPİ KONTROLLÜ SPİNAL STABİLİZASYON AMELİYATLARI SONRASINDA ERKEN RADYOLOJİK GÖRÜNTÜLEME GEREKLİLİĞİNİN TARTIŞILMASI

İlker Deniz Cingöz\*1, İsmail Kaya2, Hasan Emre Aydın1

<sup>1</sup>Alsancak Nevvar-Salih İşgören Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>2</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Son yıllarda spinal stabilizasyon ve füzyon cerrahisi sıklığı artmıştır. Yaygın olarak cerrahi sırasında floroskopi ile kontrol sağlansa da spinal cerrahlar ve klinikler hasta taburcu olmadan çekirdikleri lomber bilgisayarlı tomografi (BT) ile de enstrümanları kontrol ederler. Bu çalışmada post op erken dönem lomber enstrümantasyon uygulanan olgulara çekilen lomber BT'nin maliyet üzerine, hastanede yatış süresine ve reoperasyon oranına etkisi etkisi araştırılmıştır.

**Yöntem:** 2017-2018 yılları arasında Kütahya Evliya Çelebi EAH Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniğinde opere olup, posterior stabilizasyon uygulanan 74 olgu ve 272 seviye 526 transpedikül vidası dosyaları retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Olguların tamamının anterior ve posterior kontrollü skopi altında opere edildiği gözlenmiştir. Perioperatif 8 olguda vidanın medialde olduğu gözlenerek revize edilmiştir. 6 olguda tek seviye transpediküler vidanın güvenli aralıktan daha medialde olduğu gözlenmiş bu hastaların klinik olarak 3'ünde post operatif radiküler bulgusu olması nedeniyle revizyon cerrahisine alınmıştır.

**Tartışma ve Sonuç:** Post operatif erken dönemde istenen rutin spinal görüntülemenin, şikayeti olmayan ve nörolojik muayenesi intakt olgularda, yararlı olmayan bir işlem olarak görülmüştür. Lomber enstrümantasyon-vidalama kontrollerinin cerrahi sırasında lateral ve A-P skopi ile yapılması hem radyasyon maruziyetini, hem de artan maliyetleri azaltacak, hem de post-op dönemde klinik bulgusu olmayan hastalarda endikasyonsuz lomber BT çekimlerini engelleyecektir.

**Anahtar Sözcükler:** Spinal enstrümantasyon, spinal füzyon, skopi, malpozisyon

PS-188 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### SEMPTOMATİK İNTRADURAL DİSK HERNİSİ: KAUDA EKUİNA SENDROMU

Şahin Yüceli\*

Özel Neon Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** İntradural disk hernileri nadir vakalar olarak görülür ve insidansı tüm disk hernilerinin %0.2-2.2 ' sini oluşturmaktadır. Kauda ekuina sendromunun intradural disk hernilerinde görülme oranı daha yüksektir. Olgumuz nadir olarak görülen semptomatik lomber intradural disk hernisidir.

**Yöntem:** Altmış beş yaşında kadın hasta şiddetli sol bacak ve bel ağrısı, yürümede güçlük, perineal bölgede his kaybı idrar ve gaita inkontinans şikayetleri ile acil servise başvurdu. 5 yıl önce L3-4 disk hernisi nedeniyle operasyon hikayesi bulunan hastanın bilateral alt ekstremit motor kuvvet 3/5, bilateral parestezi ve ağrı nedeniyle muayene kooperasyonu zayıf. Anal sfinkter tonusu gevşek. Lomber manyetik rezonans görüntülemesi yapılan hastada L3-4 disk hernisi görüldü. Acil operasyon önerildi ve hasta ameliyata alındı.

**Bulgular:** Hasta eski insizyonu üzerinden L3-4 sol hemiparsiyel laminektomi alanı genişletilerek fibrozis alanları temizlendi. Duranın ortahatta yapışık olduğu görüldü. Dura içerisinde disk materyali belirlendi. Duraya insizyon yapılarak disk fragmanı çıkarıldı. Dura suture edilerek fibrin yapıştırıcı kullanıldı. Hemostazın ardından katlar usule uygun olarak kapatıldı. Postoperatif 2. gün hasta mobilize edildi. Gaita inkontinansı düzelen hasta idrar sondası ile takibe alındı.

**Tartışma ve Sonuç:** İntradural disk hernileri kauda ekuina sendromu ile gelen özellikle lomber diskektomi hikayesi olan hastalarda etyolojik faktör olarak mutlaka akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** İntradural disk hernisi, kauda ekuina sendromu, lomber disk hernisi

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/20191170647.jpg>

PS-189 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### VERTEBROPLASTİ KOMPLİKASYONLARI

Şahin Yüceli\*

Özel Neon Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Perkutan vertebroplasti (PV) osteoporotik vertebra fraktürleri, malign vertebra fraktürleri ve hemanjiomların tedavisinde uygulanmaktadır. Düşük komplikasyon oranları, hastanede yatış süresinde azalma, yüz güldürücü sonuçlar, maliyet etkinliği ve geleneksel stabilizasyon yöntemleri ile kıyaslandığında daha kolay uygulanabilir olması PV'yi uygun endikasyonların varlığında ilk tercih haline getirmektedir.

**Yöntem:** PV her ne kadar minimal invaziv bir girişimsel işlem olsa da, ciddi komplikasyonlar da görülebilir. En çok görülen komplikasyon polimetilmetakrilat(PMMA) kaçacağıdır. Bu kaçaklar kanül giriş yolu boyunca yumuşak dokuya ve disk aralığına olabileceği gibi kırık hattından da olabilmektedir

**Bulgular:** Spinal kanal içine kaçak sonucu radiküler ağrı, nörolojik defisit

hatta parapleji olabilmektedir. Venöz kaçak sonucu pulmoner emboli bildirilmiştir. PMMA doldurulan vertebranın diğer komşu vertebralardan daha sert ve dayanıklı olması nedeniyle komşu segment kırıklarında risk artışı raporlanmıştır.

**Tartışma ve Sonuç:** Komplikasyonları önlemek için işlemlerin tecrübeli cerrahlar tarafından yapılması, kaliteli skopi kullanımı ve işlem öncesi radyolojik ve biyokimyasal verilerin dikkatlice değerlendirilmesi gerekmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Perkütan vertebroplasti, spinal fraktür, vertebra çökme kırığı

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201911703150.jpg>

PS-190 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### ANTERİOR SERVİKAL CERRAHİ GİRİŞİM KOMPLİKASYONLARI

**Şahin Yüceli\***

*Özel Neon Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Anterior servikal omurga cerrahisi; spondiloz, disk hernileri, omurga tümörleri, deformiteler, travma, ossifiye posterior longitudinal ligament ve vasküler hastalıkların tedavisinde uzun zamandır standart bir prosedür olarak kullanılmaktadır. Bu yaklaşım ile gerçekleştirilen çeşitli prosedürlerin genellikle tatminkar sonuçları ve hem az hem de kontrol edilebilir komplikasyon oranları vardır. Bununla birlikte, hayatı tehdit eden durumlar da gelişebilir. Ayrıca, yeni metodlar ve teknolojiler geliştikçe, yeni komplikasyonlarla da karşılaşmaktadır.

**Yöntem:** Servikal omurgaya ön taraftan komşu birçok hayatı öneme sahip organ bulunmaktadır. Bunlar trakea, özefagus, karotid arter, rekürren laringeal sinir ve sempatik trunkustur. Ayrıca duramater, spinal kord, sinir kökleri ve vertebral arter de anterior servikal cerrahi girişimlerinde yaralanabilecek yapılardır.

**Bulgular:** Majör mortalite ve morbidite sebebi olanlar intraoperatif ve postoperatif ilk 1 hafta içinde görülen erken komplikasyonlardır. Bu komplikasyonlar cerrahiye bağlı olabileceği gibi kullanılan ekartör sistemleri sebebiyle de oluşabilir. Örnek olarak özefagus hasarı, vertebral arter yaralanması, dura hasarı, spinal kord veya sinir hasarı, havayolu yaralanmaları, disfaji, disfoni, yara yeri enfeksiyonu ve kemik greftin veya protez materyalinin yer değiştirmesi verilebilir. Uzun dönem komplikasyonlara örnek olarak komşu segment hastalığı, füzyon kusuru ve enstrumentasyon malpozisyonu yada yerinden çıkması sayılabilir.

**Tartışma ve Sonuç:** Tüm bu komplikasyonlar hesap edilerek cerrahi planlama dikkatle yapılmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Anterior servikal cerrahi, komplikasyon, servikal spinal cerrahi

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201911703746.jpg>

PS-191 [Nörotravma ve Yoğun Bakım]

### SPONTAN GELİŞEN POSTERİOR FOSSA SUBDURAL HEMATOMU

**Haydar Sekmen\*<sup>1</sup>, Emin Vural<sup>1</sup>, Nural Cafer Çelik<sup>2</sup>, Mehmet Seçer<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

*<sup>2</sup>Özel Gölcük Aile Konak Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Posterior fossa subdural hematomları çok nadir görülür ve genellikle kafa travması sonrası gelişir. Travmatik olmayanlar anevrizma rüptürü veya vasküler malformasyona bağlı gelişebilir. Spontan gelişenler genellikle antikoagülan tedavi alan hastalarda görülür. Karşımıza şuur kaybı, baş ağrısı, beyin sapına bası bulguları ile çıkabilir. Acil cerrahi gerektirebileceği gibi, duruma göre konservatif takip edilebilir.

**Yöntem:** Antikoagülan kullanımına bağlı posterior fossa da akut/subakut subdural hematoma saptanan hasta sunulmuştur.

**Bulgular:** 70 yaşında kadın hasta 10 gündür devam eden dengesizlik, baş ağrısı, kusma şikayeti olmuş. Nöroloji polikliniğinde tetkik edilen hastada sağ posterior fossada akut/subakut dönemde subdural hematoma tespit edilmesi üzerine hasta beyin cerrahisine refere edildi ve hasta beyin cerrahisi bölümüne yatırıldı. Nörolojik muayenesinde ataksi mevcut idi. Antikoagülan kullanan hastanın mevcut nörolojik muayenesi, CT özellikleri ve şikayet başlangıç süresi de dikkate alınarak hastaya konservatif tedavi başlandı. Kontrol kranial CT lerinde hematoma gerileme, ayrıca şikayetlerinde azalma ve muayenesi düzelen hastaya konservatif tedavi uygulanmıştır.

**Tartışma ve Sonuç:** Akut subdural hematomlar genellikle supratentoryal alanda görülür ve nedeni sıklıkla travmalardır. Posterior fossa spontan subdural hematomları çok nadirdir ve çoğunlukla kanama bozukluğu olan kişilerde ortaya çıkar. Antikoagülan tedavi alan hastalarda travma hikayesi olmasa da gereğinde şüphelenilmelidir. Acil cerrahi girişim gerektirebileceği gibi hastanın nörolojik muayenesi, şikayeti, dördüncü ventrikül basısı, hidrocefali durumu ve diğer özellikler göz önünde bulundurulurken konservatif tedavi ile takip edilebilir.

**Anahtar Sözcükler:** Antikoagülan, posterior fossa, subdural hematoma

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201911724916.jpg>

PS-192 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### EKSTENSİF İNTRAKRANİYAL, PERİORBİTAL VE PARANAZAL SİNÜS İNFİLTASYONU YAPAN EWİNG SARKOMU: OLGU SUNUMU

**İdris Sertbaş\*, Mete Karatay**

*İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Gaziosmanpaşa Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Ewing sarkom iskelet ve iskelet dışı formu ile karşımıza çıkar. Daha sık görülen iskelet formu sıklıkla ekstremite uzun kemiklerini tutar. İntrakranial, periorbital ve paranasal sinüs infiltrasyonu yapan Ewing sarkom nadir görülür. İntrakranial, periorbital ve paranasal sinüs infiltrasyonu yapan Ewing sarkom olgusu sunuyoruz.

**Yöntem:** 17 yaşında erkek olgu yaklaşık 1,5 yıl önce dış merkezde sağ göz üzerinde şişlik nedeniyle opere edilmiş. Patolojisi ewing sarkom

olarak gelen olgu cerrahi sonrasında kemoterapi ve radyoterapi tedavisi almış. Takiplerinde nüks saptanması üzerine kliniğimize başvurmuştur. Olgunun fizik muayenesinde sağ gözde ekzoftalmusu mevcut olup, görme muayenesinde vizyonu persepsiyon düzeyindeydi. Kranial MR görüntülemesinde intrakraniyal, periorbital ve maksiller sinüse uzanımı olan kitle saptandı.

**Bulgular:** Sağ frontotemporal kraniotomi ile tümör dokusunun intrakranial kısmı eksize edildikten sonra infiltre olan orbita çatısı alınarak periorbital kısım eksize edildi. Kulak Burun Boğaz ekibi tarafından maksillektomi yapılarak kitlenin maksiller sinüs içine infiltre kısmı eksize edildi. Postoperatif dönemde ek nörolojik defisit gelişmeyen olgunun kontrol kranial MR görüntülemesinde rest saptanmadı. Olgu Onkoloji kliniğine devir edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** İntrakranial, periorbital ve paranasal sinüs infiltrasyonu yapan Ewing sarkom nadir görülür. Ewing sarkom gibi tümörde rekürrensi azaltmak ve sağ kalım süresini arttırmak için mümkün olduğunca geniş rezeksiyon ve radikal cerrahi yapılmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Ewing sarkom, periorbita, paranasal sinüs

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019117113957.jpg>

PS-193 [Nöroonkolojik Cerrahi]

## FRONTAL İNTRAKRANİAL ALANA UZANIM GÖSTEREN DEV ETMOİDAL OSTEİD OSTEOM OLGU SUNUMU

**Elif Akpınar\*<sup>1</sup>, Mehmet Özerk Okutan<sup>1</sup>, Kayhan Öztürk<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>KTO Karatay Üniversitesi Medicana Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>KTO Karatay Üniversitesi Medicana Tıp Fakültesi Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Osteoid osteomlar(OO) benign kemik lezyonlarıdır. Genellikle uzun kemiklerde görülürler. Nadiren kraniumda görülürler. Serebral dokuda bası etkisine neden olan OO'lar oldukça nadirdir.

**Yöntem:** 29 yaşında bayan hasta kliniğimize baş ağrısı, baş dönmesi, denge kaybı, kulak çınlaması ve ara ara olan çift görme şikayetleriyle başvurdu. hastanın çekilen kranial bilgisayarlı tomografi (BT) tetkikinde ethmoidal hücreler sağ kesiminden frontal intrakranial alana uzanım gösteren yaklaşık 28x42x57mm boyutlu lobüle kontürlü nodüllerite gösteren sklerotik kitle lezyonu izlendi.

**Bulgular:** Hastaya sağ subfrontal kraniotomi ile frontal sinüs içinden geçilerek kitle eksizyonu yapıldı. Hasta operasyondan 6 gün sonra Glasgow koma skalası (GKS) 15, motor defisitsiz, yara yeri temiz olarak taburcu edildi. Hastanın patoloji raporu OO olarak geldi.

**Tartışma ve Sonuç:** OO'lar tüm kemik tümörlerinin %1'ini, tüm benign kemik tümörlerinin %11'ini oluştururlar. Kranial olanları oldukça nadirdirler ve genellikle kafa kubbesinde görülürler. Genellikle etmoidal ve frontal sinüslerden kaynaklanırlar. Damar ve sinir basısına bağlı semptomlar verirler. Semptomatik vakalarda tedavi yöntemi total rezeksiyondur. Total rezeksiyon yaptığımız vakamızda çift görme dahil tüm semptomlar dramatik olarak düzeldi.

**Anahtar Sözcükler:** Frontal osteoid osteom, intrakranial osteoid osteom

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201911711736.jpg>

PS-194 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## SPONTAN SERVİKAL SERRATIA MARCENCES ABSESİ: OLGU SUNUMU

**İdris Sertbaş\*, Mete Karatay**

*Istanbul Yeniüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Gaziosmanpaşa Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Serratia marcences gram negatif, anaerobik, motil, fakültatif, basil olarak bilinen nazokomial bir patojendir. Serratia marcencesese bağlı gelişen spinal enfeksiyon olgularının hepsinde geçirilmiş cerrahi, immünsüpresyon ve ilaç bağımlılığı gibi enfeksiyona zemin hazırlayan faktörler vardır. Bu vakada allta enfeksiyona zemin hazırlayan bir faktör tespit edilmemiştir.

**Yöntem:** Sol kolda kuvvetsizlik şikayeti ile başvuran 57 yaşında bayan hasta. Nörolojik muayenesinde sol kolda tüm hareketlerde 2/5 kas gücü vardı. MR görüntülemelerinde servikal C5-6 düzeyinde spinal kitlesi tespit edildi. Bu kitleye yönelik cerrahi planlandı.

**Bulgular:** Anterior yaklaşımla C5 ve C6 ya korpektomi yapılarak total kitle eksizyonu yapıldı. Post operatif patoloji raporlarında ve kültürlerinde serratia marcences üremesi üzerine hastaya antibiyoterapi başlandı. Bu patojen için bir odak ve enfeksiyona zemin hazırlayacak bir faktör tespit edilmedi. 6 ay süreyle enfeksiyon hastalıklarının kontrolünde antibiyoterapi kullandı. Takiplerde enfeksiyon tablosu tamamen düzeldi. Postoperatif 3. aya kadar kas gücü tam olarak düzeldi.

**Tartışma ve Sonuç:** Enfeksiyona zemin hazırlayan bir faktör olmadan, spontan olarak gelişen servikal serratia marcences absesi ilk bildirilmiş olgudur.

**Anahtar Sözcükler:** Servikal abse, serratia marcences, servikal spinal kitle

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019117114640.jpg>

PS-195 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## SPİNAL CERRAHİ OLAN HASTALARDA MULTİDİSİPLİNER EKİP ÇALIŞMASININ, YAŞAM KALİTESİ VE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÜZERİNE ETKİSİ; PROSPEKTİF, RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

**Masoud Amir Rashedi Bonab\*<sup>1</sup>, Tuğba Kuru Çolak<sup>2</sup>, Sibel Demirel<sup>1</sup>, Gözde Öztürk<sup>1</sup>, Elif Demirtaş<sup>1</sup>, Deniz Konya<sup>1</sup>, Zafer Orkun Toktaş<sup>1</sup>, Akın Akakin<sup>1</sup>, Baran Yılmaz<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Bahçeşehir Üniversitesi Medical Park Göztepe Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Bu çalışma, omurga cerrahisi olan hastalarda multidisipliner ekip çalışmasının, hastaların yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri üzerinde ekisinin incelenmesi amacı ile planlanmıştır.

**Yöntem:** Araştırma, Haziran 2018- Kasım 2018 tarihleri arasında Bahçeşehir Üniversitesi Medical Park Göztepe Hastanesi, Beyin ve Omurga Cerrahisi Ünitesinde, servikal ve lomber disk hernisi ve/veya dar kanal nedeniyle



cerrahisi planlanan, 36 deney grubu (18'i kadın; 18'i erkek; ortalama yaş: 49,89 ± 10,74 yıl) ve 36 kontrol grubu (18'i kadın; 18'i erkek; ortalama yaş: 44,94 ± 10,53 yıl) toplam 72 hasta üzerinde basit rastgele örneklem yöntemiyle gerçekleştirildi. Cerrahi sonrası kontrol grubuna yatış süresi boyunca serviste rutin hemşirelik hizmeti sunuldu. Deney grubuna ise serviste yatış süresince hemşirelik hizmetine ek olarak, hergün rutin olarak fizyoterapi ve psikolojik destek ilave edildi. Her iki grup, cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası kontrol gününde (12±2gün) değerlendirildi. Verilerin toplanmasında hastaların demografik özelliklerini içeren hasta değerlendirme formu, ağrı şiddetinin değerlendirmesinde Vizüel Analog Skala (VAS), sağlıkla ilgili yaşam kalitesini belirlemek için Kısa Form-36 (SF-36) anketi, günlük yaşam aktiviteleri için BARTHEL indeksi ve anksiyete-depresyon düzeyleri için Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) ölçeği kullanıldı. Veri toplamadan önce ilgili kurumdan resmi izin alındı. Çalışma sonuçlarının SPSS 20 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

**Bulgular:** İki grubun yaş, boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve Vücut Kitle İndeksi (VKI) ortalamaları istatistiksel olarak benzerdi ( $p>0,05$ ). Yapılan değerlendirmede deney grubunda SF-36'nın fiziksel fonksiyon, ağrı, enerji/canlilik, mental sağlık, sosyal fonksiyon ve sağlık genel algılanması alt skorlarındaki değişim kontrol grubuna kıyasla daha yüksekti ve iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Her iki grup arasında SF-36'nın diğer parametrelerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ( $p>0,05$ ). BARTHEL indeksi değerlendirme sonuçlarında meydana gelen değişim ortalamaları karşılaştırıldığında, iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardı ( $p<0,05$ ). Deney grubunda ağrı şiddetindeki değişimin kontrol grubuna kıyasla daha yüksekti ve iki grubun değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ( $p<0,05$ ).

**Tartışma ve Sonuç:** Literatürde de belirtildiği üzere çeşitli branşlarda olduğu gibi omurga cerrahisinde de multidisipliner ekip çalışmasının yaşamsal öneme sahip bir tedavi yöntemi olduğu, hastaların yaşam kalitesinin artırılmasında, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde yerine getirebilmesinde, oluşabilecek depresyon durumunun önlenmesi veya ortadan kaldırılmasında ve tedavi sonuçlarının başarılı olmasında multidisipliner ekiplerin ve ekip çalışmasının önemi unutulmamalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Spinal cerrahi, yaşam kalitesi, günlük yaşam aktiviteleri, ağrı, depresyon

PS-196 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## LOMBER VERTEBRADA SOLİTER PLAZMASİTOM: OLGU SUNUMU

**İdris Sertbaş\***

*İstanbul Yeniüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Gaziosmanpaşa Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Plazmositom, monoklonal plazma hücrelerinin soliter veya multipl neoplazmi olan plazma hücresi hastalığıdır. Benign bir lezyon olan plazmositomlar malign ve potansiyel olarak ölümcül hastalık olan multipl myelom hastalığına dönüşebilir. Sadece kemiği tutan plazmositom, tüm plazmositom tümörlerinin %3'ü kadardır. Multipl myelom sıklıkla altıncı dekadın sonuna doğru görülürken plazmositom genellikle beşinci dekada görülür. Spinal plazmositomların büyük çoğunluğu torakal bölge vertebra gövdelerini tutarlar. Omurgada plazmositom vakaları oldukça nadir ve tespit edilmesi zordur. Bu olgu lomber vertebrayı tutan plazmositomdur.

**Yöntem:** 37 yaşında erkek hasta bel ağrısı şikayeti ile başvurduğu merkezde yapılan tetkilerinde L2 vertebrada kitle ve patolojik fraktür saptanan hasta kliniğimize başvurdu. Muayenesinde nörolojik herhangi bir kusur saptanmadı. MR ve BT görüntülemelerinde L2 vertebra korpus sağ yarısından pediküle uzanım gösteren litik bir lezyon görüldü ve cerrahi planlandı.

**Bulgular:** Sağ L2 vertebra hemilaminektomi sonrasında sağ L2 pedikül girişinden kanülle girilerek korpus içine ulaşıldı. Daha sonra kanüllün açtığı yoldan girilerek tümör için örnek alındı. Tümör ablasyon cihazı ile radyofrekans termoregülasyon yapıldı. Vertebroplasti yapılarak omurga sağlamlaştırıldı. Postoperatif ek nörojik defisit gelişmedi. Patoloji sonucu soliter plazmasitom olarak rapor edildi. Bu rapor sonrasında hasta hematoloji ve onkolojiye yönlendirildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Soliter plazmasitom düşünülen omurga tümörlerinde malign transformasyon nedeniyle biyopsi ile tanı doğrulanmalı ve derhal tedavisi planlanmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Soliter plazmositom, primer omurga tümörü

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019117134526.jpg>

PS-197 [Stereotaktik, Fonksiyonel Ağrı ve Epilepsi Cerrahisi]

## KOROİDAL MELANOMALI HASTANIN GAMMA KNİFE İLE TEDAVİSİ

**Sadık Tokar<sup>1</sup>, Kerime Akdur<sup>2</sup>, Ayten Şakarcan<sup>2</sup>, Abdurrahim Tekin<sup>\*1</sup>, Mustafa Aziz Hatiboğlu<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi

<sup>2</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gamma Knife Ünitesi

**Giriş ve Amaç:** Koroidal melanom, yetişkinlerdeki en sık oküler tümördür. Bir çok tedavi seçeneği mevcuttur. Bunlardan bazıları rezeksiyon, enükleasyon tedavisi ve stereotaktik radyocerrahidir. Tedavi seçeneklerinin çok geniş yelpazesinin olmasına rağmen hastalık prognozu kötü seyretmektedir. Uzun süredir olan geleneksel tedavisi enükleasyondur. Gamma-Knife cerrahisi diğer tedavi yöntemleriyle karşılaştırıldığında daha güvenli ve minimal invaziv olduğuna inanılmaktadır.

**Yöntem:** 80 yaşında bayan hasta sağ gözde tamamen görme kaybı şikayeti ile başvurdu. Yapılan görüntülemelerde sağ gözde uveal yerleşimli kontrast tutan lezyon gözlendi. Uveal melanoma tanısı biyopsi yapılmadan görüntülemeler eşliğinde konuldu. Hastada cerrahi komorbiditeler olması nedeniyle Gamma Knife tedavisi uygun görüldü.

**Bulgular:** Gamma Knife tedavisi, göz sabitleme yapıldıktan sonra sağ gözdeki lezyona %50 izodoz eğrisine 25 Gy tedavi dozu verildi. İşlem esnasında herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. 1 yıl sonraki kontrol MR'ında lezyonun küçülmüş ve kontrol altında olduğu görüldü.

**Tartışma ve Sonuç:** Gamma knife tedavisi minimal invaziv bir yöntem olup koroidal melanomun lokal kontrolünde çok önemli bir yeri vardır.

**Anahtar Sözcükler:** Gamma knife, koroidal melanom, uveal melanoma

PS-198 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## LOMBER DİSK HERNİSİ OPERASYONLARINA YENİ ANESTEZİK YAKLAŞIM

**Salim Katar\***

*Diyarbakır Devlet Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Bu çalışmanın amacı, lomber disk cerrahisinde kaudal epidural anestezi ile hasta memnuniyeti ve hemodinamik parametreleri incelemektir.

**Yöntem:** Çalışmaya kaudal epidural anestezi altında elektif cerrahi planlanan, ASA I olan, L5-S1 seviyesinde ekstrüde disk hernisi olan hastalar dahil edildi. Kaudal epidural anestezi işlemi sonrası her 3 dakikada bir olmak üzere toplam 10 dakika kan basıncı değerleri ölçüldü. Ortalama kan basıncı değerinin bazal değere göre %20 düşüşü hipotansiyon olarak değerlendirildi. Preoperatif, perioperatif ve postoperatif VAS değerleri karşılaştırıldı. Postoperatif hasta konforu ve hemodinamik değerleri ölçülmüştür.

**Bulgular:** Preliminary olarak planladığımız çalışmaya 7 hasta dahil edildi. Hastaların 5'i erkek, 2'si kadın; ortalama yaş 42.34 (38-46) yıl idi. Ortalama BMI değeri 21.23 kg/m<sup>2</sup> olarak saptandı. 5 hasta sol ve 2 hasta sağ L5-S1 disk hernisi mevcuttu. Hastalara ortalama 16.56 ml (14-26) 0.5% Bupivakain uygulandı. Hastaların preoperatif VAS değeri 8, operasyon işlemi esnasında VAS değeri 3; postoperatif 1 olarak saptandı. Hemodinamik preoperatif, intraoperatif ve postoperatif kan basıncı değerleri arasında anlamlı farklılık görülmedi. 1 hastada taşikardi, 1 hastada bulantı gelişti. 2 hastada perioperatif sinir kökü ekartasyonu sırasında bacak ağrısında artış gözlemlendi ve ekartasyon bırakıldı. Postoperatif 4. saatte tüm hastalar mobilize edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Kaudal epidural enjeksiyon yönteminde perioperatif oluşan hipotansiyon, bradikardi, kusma ve baş dönmesi şikayetleri gözlemlenmemiştir. Erken mobilizasyon ve analjezi açısından etkin bir yöntemdir.

**Anahtar Sözcükler:** Lomber disk hernisi, kaudal epidural enjeksiyon, anestezi

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/2019117233857.jpg>

PS-199 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## POSTERİOR SERVİKAL LAMİNOFORAMİNOTOMİ VE DİSK BOŞALTILMASI

**Serhat Yıldızhan, Mehmet Gazi Boyacı\***

*Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Beyin Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Bu çalışmada; tek seviye servikal disk hernisi bulunan ve posterior key-hole yöntemiyle diskektomi yapılan hastaların klinik ve radyolojik olarak uzun dönem takip sonuçları değerlendirildi.

**Yöntem:** Bu çalışmada; tek seviye servikal disk hernisi bulunan ve posterior key-hole yöntemiyle diskektomi yapılan hastaların klinik ve radyolojik olarak uzun dönem takip sonuçları değerlendirildi.

**Bulgular:** On altı olgunun on tanesi erkek, altı tanesi kadın hasta idi. Ortalama yaş 47,8 (yaş aralığı 40-66) olarak hesaplandı. Hastaların tümünde şikayetler tek taraflı idi. On altı hastanın tamamında ağrılı

radikülopati mevcuttu. On hastada sol kol, altı hastada sağ kol etkilenmesi tespit edildi. 7 hastada motor güç kaybı, 9 hastada duyuşsal defisit, 2 hastada intrinsik kas güçsüzlüğü izlendi. Yedi olguda disk C4-5 seviyesinde, beş olguda C5-6 seviyesinde, dört olguda C6-7 seviyesinde idi. Manyetik rezonans görüntüleme'de (MRG) yumuşak disk, posterior girişim uygulanan 16 olgunun 12'sinde mevcuttu. İki hastada ciddi kalsifikasyon tespit edildi. Çalışmamızdaki 12 hasta da aynı yöntemle opere edildi. Postoperatif süreçte 9 hastada herhangi bir komplikasyon veya beklenmeyen durum izlenmedi ve şikayetleri önemli ölçüde gerileyen hastalar 3 gün içerisinde taburcu edildi. Hastalardan 1 tanesinde postoperatif yara yeri enfeksiyonu gelişti ve medikal tedavi ile düzeldi. Bir tanesinde operasyon esnasında dura defekti izlenmemesine rağmen postoperatif görüntülerde BOS koleksiyonu görüldü. Yara yeri akıntısı olmayan hasta medikal takip edildi ve takiplerinde sorun izlenmedi. Bir hastada preoperatif mevcut olan ciddi güç kaybı postoperatif dönemde de devam etti. Fizik tedavi süreci sonunda 3. ayda kas gücü tam olarak düzeldi. 12 hastanın 1. ay kontrolünde 9 hastanın şikayetlerinin tamamen düzeldiği görüldü. 1 hasta ise fizik tedavi sonrası 3. ayda tam iyileşme gözlemlendi. Diğer 2 hastaya kontrol için ulaşılamadı.

**Tartışma ve Sonuç:** Servikal disk hernilerinin cerrahi tedavisinde uygun hastalarda yapılacak posterior servikal "key-hole" yaklaşım, anterior yaklaşıma alternatif uygun bir seçenektir. Yumuşak lateral disk hernisi ve osteofit kompleksine bağlı gelişen spinal stenoz vakalarında yapılacak geniş laminoforamintomi ile başarılı sonuçlar alınmıştır. Bu klinik çalışma, daha çok sayıda hasta grubuyla ve anterior yaklaşımla kıyaslamalı yapılacak daha geniş serilerle desteklenmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Servikal disk hernisi, posterior girişim, laminoforamintomi

PS-200 [Stereotaktik, Fonksiyonel Ağrı ve Epilepsi Cerrahisi]

## BİLATERAL KRONİK SUBDURAL HEMATOM İLE PREZENTE OLAN İNTRAKRANİAL HİPOTANSİYON OLGUSU

**İbrahim Tutkan\*, Ahmet Eren Seçen, Dilber Ayçiçek Çeçen, İlçim Ermutlu, Merih İş**

*S.B. Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Bilateral kronik subdural hematomlar spontan intrakranial hipotansiyonla (SİH) ilişkili olabilmektedir.

**Yöntem:** 53 yaşında spontan intrakranial hipotansiyon olgusu sunulmuştur.

**Bulgular:** 53 yaşında erkek hasta baş ağrısı yakınması için dış merkezde yapılan kranial manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tetkiki sonrası bilateral kronik subdural hematom (KSDH) saptanması üzerine kliniğimize refere edilmiştir. Hastanın alınan anamnezinde baş ağrısının ortostatik tarzda olduğu (ayakta kaldıktan bir süre sonra ensede başlayan), klinik olarak da SİH ağrı tipine uymaktaydı. Nörolojik muayenesi normal olan hasta ayırıcı tanı ve tedavi amacıyla yatırıldı. Hastanın kontrastsız ve kontrastlı kranial ve tüm spinal MRG tetkikleri yapıldı. Radyolojik bulguların, SİH ile uyumlu olduğu görüldü. Yatak istirahati, medikal tedavi ve hidrasyon tedavisi uygulanan, takip döneminde semptomlar gerileyen ve kontrol kranial MRG tetkikinde, bilateral subdural hematomları gerileyen hasta, cerrahi ve ek tedaviye gerek kalmadan taburcu edildi. Taburculuk anında hasta asemptomatikti.

**Tartışma ve Sonuç:** Klinik olarak ağrı tipi ortostatik özellik taşıyan hastalarda, SİH zemininde bilateral KSDH görünümü radyolojik olarak olabilmektedir. Bu grup hastalarda konservatif tedaviyle düzelme sağlanabilmektedir. Radyolojik olarak progresyon gösteren hastalarda ise cerrahi tedavi gereklidir. Bilateral kronik subdural hematoma olgularında, iyi bir anamnez ve nörolojik muayene yapılarak, SİH ayırıcı tanısı yapılmalı ve tedavi algoritmasına uyulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Bilateral kronik subdural hematoma, spontan intrakranial hipotansiyonla

PS-201 [Nörotravma ve Yoğun Bakım]

### İNTRAVENTRİKÜLER KANAMALARDA EKSTERNAL VENTRİKÜLER DRENAJ TAKILMASININ PROGNOZ ÜZERİNE ETKİLERİ

**Serhat Yıldızhan, Mehmet Gazi Boyacı\***

*Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Beyin Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Tüm inme nedenleri arasında en kötü sonlanımlı grup olarak kabul edilen spontan intraserebral kanamalara sıklıkla intraventriküler kanamalar eşlik eder. Bu çalışmanın amacı, non-travmatik intraserebral kanamalara sekonder gelişen intraventriküler kanamalarda uygulanan eksternal ventriküler drenaj sisteminin prognoza etkisinin ortaya konmasıdır.

**Yöntem:** Ocak 2014 – Kasım 2018 ayları arasında Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Beyin Cerrahisi Kliniğinde non-travmatik ventriküle açılan spontan intraserebral kanamalı 54 hasta hastane bilgi işlem kayıtlarından tarandı. İntraserebral kanama lokalizasyonu, ortalama volümü, başvuru anındaki bilinç düzeyleri ile eksternal ventriküler drenaj uygulamasının klinik sonuçları üzerine etkileri değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların yaşları 16-88 arasında değişmekte idi. %60,3 (n:35) erkek, %39,7 (n:23) kadın ve ortalama yaş 62,6 idi. Hastaların %68'i (n:34) 60 yaş ve üzerinde aynı zamanda %78'i (n:44) hipertansiyon tanılı idi. Diğer nedenler arasında antikoagülan kullanımına bağlı kanama, tümör içi kanamaya sekonder İVK ve diğerleri bulunmaktaydı. Kanama hacmi değerlendirildiğinde 30 cm<sup>3</sup> den küçük 22 olgu, 30 cm<sup>3</sup> den büyük 36 olgu bulunmuştur (Tablo 1). Kanamaların çoğunluğu lobar ve talamik lokalizasyonda izlendi (Tablo 2). Hastaneye geliş anında 33 olgu GKS 7 ve altında, 18 olgunun GKS 8-12 arasında, 7 olgunun GKS 13-15 arası bulundu. 58 hastanın %65,5 (n:38) i hayatını kaybetti. Bu hastaların 26 tanesinin GKS 7 ve altında idi (Tablo 3). Takipler sonrası obstrüksiyon gelişen hastalara şant takılırken, kanamanın tamamen rezorbe olduğu hastalarda EVD çıkarılarak tedavi sonlandırıldı (Resim 1,2) Kanamaların lokalizasyonları ile hacimleri karşılaştırıldığında; lobar kanamaların ortalama 38 cm<sup>3</sup>, talamik kanamaların ortalama 20 cm<sup>3</sup> büyüklüğünde olduğu görüldü. Yüksek kanama hacmine sahip lobar kanamalar da uygulanan EVD uygulamasına rağmen mortalite yüksek seyrederken, daha düşük hacimli ventriküle açılan talamik kanamalarda sağkalım daha yüksek bulundu.

**Tartışma ve Sonuç:** Non-travmatik intraserebral hematomlar da mortaliteyi artıran önemli sebeplerden bir tanesi kanın ventriküllere açılması ve hastanın geliş anındaki GKS değerleridir. Bu hastalara takılan EVD sistemi acil şartlarda kafa içi basınç düzeyini düşürerek özellikle geliş GKS yüksek hastalarda klinik sağ kalım üzerine olumlu etkiler sağlamaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** İntraserebral kanama, intraventriküler kanama, eksternal ventriküler drenaj sistemi, mortalite

PS-202 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### PARAVERTEBRAL DEV KAVERNÖZ HEMANJİOM: OLGU SUNUMU

**İdris Sertbaş\*, Mete Karatay**

*İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Gaziosmanpaşa Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Hemanjiomlar normal ya da anormal vasküler yapıların proliferasyonu ile gelişen benign neoplazmlardır. İskelet kaslarından gelişen ve tüm hemanjiomların %1'den daha azını oluşturan "muskuler hemanjiomlar", kapiller ve kavernöz hemanjiomlar olarak iki alt gruba ayrılırlar. Kapiller hemanjiomlar sıklıkla kutanöz ya da mukozal yüzeylerde izlenirler. Buna karşılık kavernöz hemanjiomlar iskelet kaslarından ve ender olarak gövdenin büyük kaslarından kaynaklanırlar. Bu vakamız lomber paravertebral kaslardan kaynaklanan dev kavernöz hemanjiomdur.

**Yöntem:** 29 yaşında bayan hasta yaklaşık 3 aydır belin sağ yarısında şişlik ve bel ağrısı varmış.Hastanın muayenesinde lomber bölgede sağ paravertebral bölgede ciltte şişlik tespit edildi. Nörolojik muayenesinde herhangi bir patolojik bulgusu yoktu. MR görüntülemelerinde Th12 ve L5 arası paravertebral bölgede kitle saptandı. Kitle eksizyonu için cerrahi planlandı.

**Bulgular:** Cerrahi öncesinde anjiyografi yapıldı ve kitlenin besleyicisi olduğu düşünülen bir vasküler yapıya embolizasyon yapıldı.Cerrahide Th12 ve L5 arası sağ paramedian cilt insizyonu ile spinal erekör kaslara yerleşmiş olan ve kas dokusundan iyi klivaje olmayan ağsı özellikte bir lezyondu. Total olarak çıkarıldı. Patoloji kavernöz hemanjiom olarak rapor edildi. Postoperatif ek patoloji gelişmedi. Takiplerinde herhangi bir rezidü ve nüks ile karşılaşılmadı.

**Tartışma ve Sonuç:** Kavernöz hemanjiomlar benign hamartamöz lezyonlar olmasına rağmen büyük ve semptomatik olduğu zaman cerrahi eksizyondan kaçınılmamalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Kavernöz hemanjiom, paravertebral kitle

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019117143649.jpg>

PS-203 [Stereotaktik, Fonksiyonel Ağrı ve Epilepsi Cerrahisi]

### MULTİPL SKLEROZ HASTALARINDA GÖRÜLEN TRİGEMİNAL NEURALJİDE CERRAHİNİN YERİ

**Emre Ünal\*<sup>1</sup>, Kaya Kılıç<sup>1</sup>, Elif Akpınar<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi*

*<sup>2</sup>KTO Karatay Üniversitesi Medicana Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi*

**Giriş ve Amaç:** Trigeminal neuralji, multipl skleroz (MS) hastalarında, 20 kat daha fazla görülmektedir. Daha sık görülmele birlikte, cerrahi ile ağrının kontrol altına alınma oranı MS hastalarında %60 lara kadar düşmektedir, çünkü bu hastalarda ağrı, vasküler basıdan değil, MS plağından kaynaklanıyor olabilmektedir. Bu nedenle genel kanı, MS

hastalarında cerrahinin başarı oranının düşük olduğu yönündedir. Bu yazıda Mikrovasküler Dekompresyon (MVD) ameliyatından yarar görmüş bir MS hastası sunulmakta, olgu literatür bilgileri ışığında irdelenmektedir. **Yöntem:** 47 yaşında erkek hastaya 8 senedir trigeminal nevralsi tanısı ile çeşitli kliniklerde yüksek doz medikal tedavi uygulanmış ancak ağrıları devam etmiş. Bu sebeple kliniğimize başvuran hastaya sağ MVD planlandı.

**Bulgular:** Retrosigmoid kraniyotomi yaklaşımı ile opere edilen hastada perop superior serebellar arterin trigeminal sinir lifleri içerisine loop yaparak basıya neden olduğu görüldü. Araknoid yapışıklıklar disseke edilerek arter sinirden uzaklaştırıldı ve aralarına teflon tampon yerleştirildi. Hastanın 8 senedir devam eden ağrıları postop 1. gün itibarı ile kayboldu. Ameliyatın 1. ayı dolan hasta ağrısız olarak yaşamına devam etmektedir.

**Tartışma ve Sonuç:** MS hastalığının eşlik ettiği trigeminal nevralsi, hekimler için tedavisi zor bir hastalıktır. Büyük çoğunluğu medikal tedavi ile kontrol altına alınabilse de hastaların bir kısmında yüksek doz ilaç kullanımına rağmen ağrıları kontrol altına alınamamaktadır. Bu hastalarda cerrahinin başarı oranı, diğer trigeminal nevralsi hastalarına göre daha düşük olmakla birlikte, seçilmiş hastalarda, uygun cerrahi teknik ile yüz güldürücü sonuçlar alınabileceği bilinmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Trigeminal nevralsi, multipl skleroz, ağrı, mikrovasküler dekompresyon, MVD

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019118234717.jpg>

PS-204 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## TORAKAL FRAKTÜR STABİLİZASYONUNDAN SONRA GELİŞMİŞ NADİR BİR KOMPLİKASYON: TRAVMATİK HOLOKORD SİRİNGOMİYELİ

**Selin Bozdağ\*, İnan Uzunoğlu, Gökhan Gürkan, Murat Sayın, Nurullah Yüceer**

*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Beyin Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Siringomiyeli spinal kord içinde kistik formasyon gelişimi ile karakterize bir durumdur, asemptomatik seyredebileceği gibi çeşitli semptomlara da sebep olabilir. Etiyolojisinde en sık Arnold-Chiari malformasyonu olmasına rağmen, spinal kord yaralanması, neoplazmlar veya inflamatuvar süreçleri indükleyen diğer faktörler de bulunabilir. Spinal kord yaralanması olan hastaların yaklaşık yarısında posttravmatik siringomiyeli görülür. Bu hastaların %10'nundan azında siringomiyeli semptomatik hale gelir. Ancak literatürde tüm spinal kordu içeren siringomiyeli vakası çok az bulunmaktadır. Çok az görülmesi sebebiyle de tedavi stratejisini kurgulamak zordur.

**Yöntem:** Bu yazıda torakal fraktür stabilizasyonundan yıllar sonra semptomatik hale gelmiş bir posttravmatik holokord siringomiyeli vakasını, olası etiyolojik sebepleri ve tedavi planı ile değerlendirdik.

**Bulgular:** 44 yaşında erkek hasta, sağ üst ekstremitede uyuşma ve sağ elini kullanırken zorlanma şikayeti ile başvurdu. 7 yıl önce travma sonrası dış merkezde T4 fraktürü sebebiyle tedavi görmüş olduğu öğrenildi. Nörolojik hasarı ASIA skalası A, kırık tipi AO sınıflamasına göre C olan hastaya T2-T8 posterior stabilizasyon, T4-5 laminektomi uygulanmış. T4 dermatomunun altında duysal defisit ve parapleji sekel kalmış,

TAK kullanmaya başlamış. Üst ekstremiteler intakt olması sebebiyle tekerlekli sandalye ile mobilize olabiliyor. 3 yıl sonra hastanın sağ kolda hipoestezi şikayetleri başlamış, devam eden yıllarda sağ el 4., 5. parmaklarda güç kaybı ve spastisite gelişmiş. Başvurusu sırasında sekel patolojilerine ek olarak sağ el tenar ve hipotenar atrofi, el sıkmada ve parmakabduksiyonunda zayıflama mevcuttu. Hasta MR ile değerlendirildi. Obeks düzeyinden konusa kadar devamlılık gösteren siringohidromiyeli ve çevresel kord parankiminin belirgin incelendiği gözlemlendi. Beyin ve BOS akım MR istendi. Chiari malformasyonu saptanmadı. Chiari 0, hastanın ilk görüntülemelerinde hiç sirinks kavitesi olmaması sebebiyle ön planda düşünülmedi ve kraniyoservikal dekompresyon planlanmadı. Hastanın BT'sinde kifotik deformitenin ve dislokasyonun düzelmiş olduğu ve yeterli füzyonun geliştiği görüldü. Fakat pediküler vidaların bazıları kanal içerisinde, korda bası oluşturarak seyretmekteydi. Spinal kordun yaralanmasına bağlı olarak lezyon seviyesinde araknoid yapışıklık ve vidaların bası etkisi sebebiyle BOS akımının disfonksiyone olduğunu düşünüldü. Vidalarının çıkarılması ve araknoid yapışıklıkların giderilmesi planlandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Travmatik holokord siringomiyeli görülme olasılığı çok nadirdir. Travmadan sonraki birkaç ay ile yıllar sonra görülebilir. Subaraknoid aralıkta normal BOS akımının parsiyel veya komplet obstrüksiyonuna bağlı geliştiği düşünülmektedir. Çoğu insidental olarak veya rutin kontrol tetkiklerde fark edilir. Fakat nadir olarak kötüleşen nörolojik semptomlarla da prezente olabilir. Bu hasta grubunda hasarlı seviyede disfonksiyone BOS mekaniğinin siringomiyeliye yol açabileceğini düşünmek tanı koymada ve tedavi stratejisinin geliştirilmesinde yardımcı olur.

**Anahtar Sözcükler:** Spinal kord hasarı, travmatik siringomiyeli, holokord  
**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019117155632.jpg>

PS-205 [Nörovasküler Cerrahi]

## MR NEURONAVIGATION GUIDED MICROSURGICAL TREATMENT OF A LARGE CORTICAL ATHEROSCLEROTIC MIDDLE CEREBRAL ARTERY ANEURYSM PRESENTING WITH PARIETAL LOBE INFARCTION: TECHNICAL REPORT

**Baran Yılmaz\*, Akin Akakin, Turker Kilic**

*Bahçesehir University School of Medicine, Department of Neurosurgery*

**Background and Aim:** To present clinical and imaging features, treatment options and the technical details of our surgical strategy in the first reported case of a pathologically proven atherosclerotic cortical aneurysm presented with an acute infarction.

**Methods:** A 65-year-old female presented with acute mild right hemiparesis, dysarthria and mild motor aphasia.

**Results:** Computerized tomography (CT) and a diffusion-weighted imaging (DWI) were performed with the diagnosis of a cortical aneurysm associated with an acute infarction in the angular area of the left parietal lobe. Magnetic resonance imaging (MRI) examination with contrast was performed followed by cerebrovascular digital subtraction angiography (DSA) and confirmed the diagnosis of a partially thrombosed cortical aneurysm of the M4 segment of left MCA.

**Conclusions:** Distal MCA aneurysms can be treated microsurgical clipping

most effectively and figuring out the localization of the craniotomy site with the aid of neuronavigation system, craniotomy can be done with a linear scalp incision and the aneurysm can be found more easily.

**Keywords:** MR neuronavigation, atherosclerotic cortical aneurysm, parietal lobe

PS-206 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### KONTRALATERAL SEMPTOM VEREN EKSTRÜDE LOMBER DİSK HERNİSİ

**İbrahim Tutkan\***, Dilber Ayçiçek Çeçen, Ahmet Eren Seçen, Neşe Keser, Hüseyin Demir, Erhan Çelikoğlu

S.B. Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Klinik bulgularıyla radyolojik incelemeleri ters tarafta olan bir olgu sunulmuştur.

**Yöntem:** 56 yaşında radyolojik bulguları ile klinik bulguları ters olan bir olgu sunulmuştur.

**Bulgular:** Olgu: 56 yaşında erkek hasta, sağ bacadaki siyataljik ağrı ve uyuşma yakınmasıyla başvurdu. Nörolojik muayenede ; kas gücü tam, sağ S1 ve S2 dermatomal hipoestezisi mevcuttu. Sağ Laseque testi pozitif, sağ Bragard testi pozitif. Lomber Manyetik Rezonans Görüntüleme tetkikinde L4-5 santral spinal stenoz zemininde sol L4-5 ekstrüde disk hernisi mevcuttu.

**Tartışma ve Sonuç:** Lomber disk hernilerinde, radyolojik bulgularla klinik şikayetlerin ters tarafta olabileceği literatürde az da olsa bildirilmiştir. Bu tür olgularda cerrahi girişim radyolojik patolojinin olduğu taraftan yapılması uygundur.

**Anahtar Sözcükler:** Ekstrüde lomber disk hernisi, kontrateral semptom

PS-207 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### SEMPTOMATOLOJİK VE RADYOLOJİK OLARAK DÜZELME GÖSTEREN LOMBER DİSK HERNİLERİ

**İbrahim Tutkan\***, Ahmet Eren Seçen, Dilber Ayçiçek Çeçen, Özge Selahi, İlçim Ermutlu, Merih İş

S.B. Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Klinik ve radyolojik olarak lomber disk hernisi tanısı alan, semptomatik ve radyolojik olarak düzelme gösteren lomber disk hernisi olgularımız sunulmuştur.

**Yöntem:** Opere edilmeyen 5 olgunun yaş, cins, taraf, seviye, VAS skoru, izlem süresi, nörolojik muayene bulguları, kontrol durumu (nörolojik muayene ve radyoloji) değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Hastaların tamamı kadın olup (5 olgu), yaş ortalaması 43 idi. Dört hasta sağ taraftan, 1 hasta sol taraftan siyataljik yakınmaya sahipti. Dört seviye L5-S1, 1 seviye L4-5 ekstrüde disk hernisi mevcuttu. Başlangıç VAS skorları 8/10 ile 9/10 arasındaydı. Hiç bir hastada motor defisit yoktu. Takip nörolojik muayenelerinde Laseque testi negatif ve nörolojik defisitleri yoktu. Ortalama takip süresi 6 ay olan hastaların kontrol lomber manyetik rezonans görüntüleme tetkiklerinde, disklerin tümünün rezorbe olduğu izlendi.

**Tartışma ve Sonuç:** Progresif nörolojik defisit gelişmemiş, kauda ekuina sendromu oluşmamış, yalnızca radiküler ağrısı olan ekstrüde veya sekestre lomber disk hernilerinde spontan iyileşme ihtimali düşünülerek konservatif tedaviyle izlem 8 hafta süreyle yapılmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Ekstrüde lomber disk hernisi, kauda ekuina sendromu, spontan iyileşme

PS-208 [Cerrahi Nöroanatomi]

### TERMİNAL VENTRİKÜL (5. VENTRİKÜL ): OLGU SUNUMU

**İbrahim Tutkan\***, Ahmet Eren Seçen<sup>1</sup>, Feryal Bastacı<sup>1</sup>, Pinar Kuru Bektaşoğlu<sup>1</sup>, Uğur Ozan Öztaş<sup>1</sup>

S.B. Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Nadir görülen 5. ventrikül olgusuna yaklaşım sunulmuştur.

**Yöntem:** 43 yaşında 5. ventrikül izlenen olgu sunulmuştur.

**Bulgular:** 43 yaşında kadın hasta, bel ağrısı yakınmasıyla dış merkezde yapılan lomber Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) tetkiki ile kliniğimize refere edilmişti. Hastanın nörolojik muayenesi normal olup sfinkter inkontinansı bulgusu yoktu. Elektrofizyolojik incelemeleri (EMG, SEP) ve kontrastlı kranial ve spinal MRG tetkiki yapılan hastada; konus medullaris lokalize, 16x18x53mm boyutlarında, tüm sekanslarda beyin omurilik sıvısıyla izointens, kontrast tutmayan, düzgün kenarlı kistik kaviteye ilave olarak multipl lomber protrüde disk hernileri de mevcuttu. EMG ve SEP tetkikleri ise normaldi. Klinik ve radyolojik olarak yaklaşık 6 yıldır tarafımızca izlenen olgunun kontrol nörolojik muayenesi normal olup nonspesifik intermitan bel ağrısı yakınması mevcuttu. Kontrol MRG tetkikinde (6. yıl) ise radyolojik progresyon izlenmemektedir.

**Tartışma ve Sonuç:** Terminal ventrikül (5. ventrikül) olgularında klinik ve radyolojik progresyon gelişmedikçe konservatif tedavi ve periyodik radyolojik takip yapılmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Terminal ventrikül, 5. ventrikül

PS-209 [Nörotravma ve Yoğun Bakım]

### POSTOPERATİF ERKEN REKÜRRENS GÖSTERİP GEÇ DÖNEMDE SPONTAN REZORBE OLAN KRONİK SUBDURAL HEMATOM OLGUSU

**Ahmet Eren Seçen\***, İlçim Ermutlu, İbrahim Tutkan, Dilber Ayçiçek Çeçen, Merih İş

S.B. Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Postoperatif erken dönemde rekürrens gösterip geç dönemde spontan rezorbe olan kronik subdural hematom olgusu sunulmuştur.

**Yöntem:** 59 yaşında spontan rezorbe olan kronik subdural hematomlu olgu sunulmuştur.

**Bulgular:** Olgu: 59 yaşında erkek hasta geçirdiği araç dışı trafik kazasından 1 ay sonra baş ağrısı yakınmasıyla başvurdu. Nörolojik muayene sağ global 4/5 kas gücünde hemiparezi dışında normal olup Glasgow Koma Skoru (GKS) 15 puandı. Kranyal bilgisayarlı tomografi (BT) tetkikinde sol frontotemporo-parietal bölgede hipodens yapıda, soldan sağa 8 mm şift yapmış, 18mmx112mm ebadında kronik subdural hematomla uyumlu

görünüm mevcuttu. İki adet Burr-hole açılarak hematoma boşaltılması ve serum fizyolojik irrigasyonu ve subgaleal dren konulması operasyonu uygulandı. Taburculuğunda GKS 15 puan, nörolojik defisiti ve yakınması olmayan hastanın 15 gün sonra kontrol kranial BT tetkikinde aynı lokalizasyonda izodens yapıda rekürrens saptandı, ilave yakınması yoktu ve nörolojik muayenesi normaldi. Takiplerde hematoma 3. aydan sonra tamamen rezorbe olduğu gözlemlendi.

**Tartışma ve Sonuç:** Kronik subdural hematomlar postop dönemde; hastaya ait (ileri yaş, atrofi, alkolizm, koagülometrik bozukluklar), hematomun patojenezi (neovaskularizasyon), cerrahi tekniğe ait (postop fazla miktarda pneumosefali oluşu, dren kullanılıp kullanılmadığı, burr-hole, twist drill, kraniotomi teknikleri) çeşitli nedenlerle farklı zamanlarda rekürrens gösterebilir. Bu rekürrenslerin bir kısmı da ikinci bir cerrahiye gerek kalmadan spontan düzelebilir.

**Anahtar Sözcükler:** Kronik subdural hematoma, rekürrens

PS-210 [Stereotaktik, Fonksiyonel Ağrı ve Epilepsi Cerrahisi]

#### DELAYED CYST FORMATION AND RADIONECROSIS AFTER GAMMA-KNIFE RADIOSURGERY IN ARTERIOVENOUS MALFORMATIONS

**Baran Yılmaz\*, Akin Akakin, Teyyub Hasanov, Turker Kilic**

*Bahcesehir University School of Medicine, Department of Neurosurgery*

**Background and Aim:** In this study, we discussed the literature about cyst formation after irradiated arteriovenous malformation (AVM) lesions and presented an illustrative case.

**Methods:** After 12 years, a gamma-knife treated AVM patient readmitted to us with a new onset generalized tonic-clonic seizure attack.

**Results:** MR image depicted obliteration of AVM with a new cystic lesion close to it. Digital subtraction angiography also revealed AVM nidus closure. The cyst had a nodule enhancing on T1-weighted scans. We resected the lesion totally. Histological examination revealed that AVM vessels were replaced by collagenous scar tissue forming pseudocyst. There was no neoplastic transformation in the resected tissue.

**Conclusions:** It should be kept in mind that after nidus closure, long-term follow-up of irradiated AVMs is mandatory to search for late radiation injuries.

**Keywords:** Arteriovenous malformation, gamma-knife radiosurgery, complication, cyst, magnetic resonance imaging

PS-211 [Stereotaktik, Fonksiyonel Ağrı ve Epilepsi Cerrahisi]

#### TRIGEMİNAL NEURALJİLİ HASTALARDA UYANIK ANESTEZİ PROTOKOLÜ ALTINDA MİKROVASKÜLER DEKOMPRESYON DENEYİMİ

**Akin Akakin\*, Baran Yılmaz, Türker Kılıç**

*Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Bu seride, uyanık bir anestezi protokolü ("awake" MVD) altında mikrovasküler dekompresyon (MVD) kullanımını değerlendirdik. Genel endotrakeal anestezi (GEA) kullanımını engelleyecek komorbiditeleri olan hastalarda MVD endikasyonlu trigeminal neuralji hastalarının sonuçları değerlendirildi.

**Yöntem:** Trigeminal neuralji (TN) için MVD uygulanan ardışık 3 yetişkinin çalışması yapılmıştır. Birincil sonuç ölçüsü, Visual analog skor (VAS) Ağrı Şiddeti Ölçeği kullanılmıştır. Ağrı ilk gün, 2. hafta, 1. ay olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Ortalama hasta yaşı 62 idi, kadın: erkek oranı 3:0 olarak görüldü. 3 hastanın hepsi prosedürü iyi tolere etti ve intraoperatif veya postoperatif olarak GEA gerektirmedi. Dokuz hastanın başarılı bir cerrahi sonucu oldu (VAS skoru 10 üzerinden hastanın ağrısını değerlendirmesidir). Hastalarda komplikasyon gelişmedi. Alınan ilaç dozları tüm hastalarda aldıkların dozun yarısı verildi. İşlem sonrası bir hastada 11 ayda ağrı tekrarlandı. VAS bir hastada ağrı 10 dan 4 e. ikinci hastada 10 üzerinden 2. üçüncü hastada 10 üzerinden 2 olarak kendileri değerlendirdi. Ortalama takip süresi 3 aydı. Üç hastada ameliyat öncesi 1200mg tegretol almakta idi. Ameliyat sonrası 3. ayda ağrı şiddeti azalmış ve tek doz karbamazepin ile devam edilmektedir.

**Tartışma ve Sonuç:** Tedavi etkinliği için intraoperatif uyanık yapılan hastalar, yetersiz kranial sinir V dekompresyonunun hızla tanımlanması nedeni ile MVD'nin başarı oranını artırabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Trigeminal neuralji, mikrovasküler, uyanık anestezi

PS-212 [Nörotravma ve Yoğun Bakım]

#### YENİ NESİL ORAL ANTİKOAGULAN DABİGATRANIN KRONİK SUBDURAL HEMATOM İLİŞKİSİ

**İsmail Kaya\*<sup>1</sup>, İlker Deniz Cingöz<sup>2</sup>, Hasan Emre Aydın<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>*Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

<sup>2</sup>*Alsancak Nevvar-Salih İşören Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

<sup>3</sup>*Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD*

**Giriş ve Amaç:** Kronik subdural hematoma (KSDH), özellikle yaşlılarda en sık saptanan intrakranial kanama çeşididir. Dabigatran, nonvalvüler atriyal fibrilasyonu olan ve venöz tromboemboli tedavisi olan hastalarda inme ve sistemik embolizasyonun önlenmesi için onaylanmış bir oral direkt trombin inhibitörüdür. Çalışmamızda dabigatran ile kronik subdural hematoma ilişkisinin olgular üzerinden araştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmamızda Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniğinde dabigatran kullanan ve kronik subdural hematoma nedeniyle opere edilen dört hastanın kanama zamanı değerleri, travma öyküsü olup olmaması, kanama miktarı, ameliyat öncesi ve sonrasındaki nörolojik durumları ve tekrarlayan kanama olup olmaması değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Olguların tamamının 70 yaş üzeri olduğu saptanmıştır. Hastaların hepsinde; preoperatif kanama zamanlarının uzun olduğu ve 2-6 hafta öncesinde kafa travması öyküsü olduğu saptanmıştır. Glasgow Koma Skalası (GKS) 10'un üstünde olan üç hasta postoperatif dönemde taburcu olmuş, GKS'si 10'un altında olan bir hasta postoperatif 2. günde exitus olmuştur.

**Tartışma ve Sonuç:** Dabigatran ilişkili intrakranial kanamanın yönetimine vaka bazında yaklaşılmalı ve antikoagülasyon derecesinin değerlendirilmesi, hemorajinin şiddeti, böbrek fonksiyonu, son dabigatran dozunun zamanlaması ve tromboembolik olay riskini içermelidir. Dabigatranın ku-

madine göre daha az kanama riski olduğu belirtilse de, kanama sırasında antikoagulan etkisini hızla belirleyebilecek veya antidot olarak pratikte kullanılabilecek madde bulunmaması dezavantaj yaratmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Cerrahi, dabigatran, kronik subdural hematoma

PS-213 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### SPİNAL CERRAHİ OPERASYONLARINDA HİDROJEN PEROKSİT KULLANIMININ ETKİNLİĞİ

**Birol Özkal\*<sup>1</sup>, Mehmet Kürşad Turul<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.

<sup>2</sup>Alanya Eğitim Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Spinal ve beyin cerrahisi operasyonlarında hidrojen peroksit (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>) uzun zamandan beri kanama kontrolü sağlamada kullanılmaktadır. Hidrojen peroksit etkinliğini trombosit agregasyonunu artırarak, vasospazmi tetikleyerek, kan ve kan yıkım ürünlerini uzaklaştırarak ve enfeksiyon gelişimini engelleyerek göstermektedir. Hidrojen peroksit kullanımı operasyon süresini ve enfeksiyon oranlarını azaltmaktadır. Posterior spinal enstürmantasyon operasyonlarında en çok kanama paravertebral kasların sıyrılması ve operasyon sahasının ortaya konulması esnasında gözlenmektedir. Biz çalışmamızda hastanemizde posterior spinal enstürmantasyon operasyonlarında kullanılan hidrojen peroksitin operasyon süresi, kanama miktarı ve postoperatif enfeksiyon üzerine etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmamıza 2014-2018 yılları arasında ALKÜ Eğitim Araştırma Hastanesinde posterior spinal enstürmantasyon operasyonları esnasında hidrojen peroksit kullanılan 112 hasta ve kullanılmayan 121 hasta dahil edilmiştir. Tüm operasyonlar aynı iki cerrah tarafından yapılmıştır. Operasyon başlama ile ilk enstürmantasyonun yerleştirilmeye başlanıncaya kadar olan süre ve operasyon esnasındaki kanama miktarı ve postoperatif enfeksiyon gelişip gelişmediği retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hidrojen peroksit kullanılan grupta %3 lük H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> paravertebral edelelerin sıyrılması sonrası pamuk spançlara emdirilerek kanama alanlarına uygulanmış ve kanama kontrolü sağlanmıştır. H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> kullanılmayan grupta ise sadece bipolar ve monopolar yardımı ile kanama kontrolü sağlanmıştır. Operasyona başlanması ile enstürmantasyona başlanması arasında geçen süre, post operatif kanama miktarları ve postoperatif enfeksiyon olup olmadığı değerlendirilmiştir. Çalışmaya enstürmantasyon öncesi spinal omurgada cerrahi işlem yapılan hastalar kanama diatezi problemi olan hastalar preoperatif antiagregan kullanan hastalar, enfeksiyon oranının sistemik problemler nedeniyle yükseldiği bilinen hastalar durada yırtık olduğu preoperatif yada peroperatif saptanan hastalar alınmadı. Çalışma sonuçları SPSS versiyon 17 kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel olarak 0,05 den küçük değerler anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmamız sonucunda H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> kullanılan grup ile kullanılmayan grup karşılaştırıldığında H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> kullanılan grupta diğer gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede kanama miktarı daha az olduğu (< 0,05) ve operasyon süresini kısalttığı (< 0,05) gözlemlendi. Postoperatif enfeksiyon oranları açısından anlamlı fark olmadığı (>0,05) saptandı. H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> kullanımına bağlı komplikasyonla karşılaşılmadı.

**Tartışma ve Sonuç:** Uygun hastaların spinal operasyonlarında hidrojen peroksitin kullanımı operasyon süresini ve kanama miktarını azaltmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Hidrojen peroksit, posterior spinal operasyon, kanama kontrolü, operasyon süresi, enfeksiyon

PS-214 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### KÜTAHYA EVLİYA ÇELEBİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE OPERE EDİLEN SERVİKAL FRAKTÜRLÜ HASTALARIN RETROSPEKTİF ANALİZİ

**İsmail Kaya\*<sup>1</sup>, İlker Deniz Cingöz<sup>2</sup>, Murat Atar<sup>3</sup>, Hasan Emre Aydın<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Alsancak Nevvar-Salih İşgören Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>3</sup>İstanbul Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniğinde 2016-2018 yılları arasında opere edilen travmaya bağlı servikal fraktürlerin retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışma retrospektif olarak yapılmıştır. Tüm hastaların preoperatif ve postoperatif nörolojik muayeneleri kaydedilmiş, preoperatif BT ve MR görüntüleri incelenmiştir. Postoperatif erken dönemde, 3. ay ve 6. aylarda BT ve Direk Grafi kontrolleri yapılmıştır. Tüm hastalar 8 hafta Philadelphia boyunluk kullanmıştır.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 42 olup, 11'i erkek 4'ü bayandı. Olgularda C2-3 kompleks kırığı ve alt servikal fraktürleri saptanmıştır. Olguların hepsi posterior transpediküler vidalama ile tedavi edilmiştir. Vertabral arter ve dura zedelenmesi olmamıştır. Bir hastada revizyon gerektirmeyen vida malpozisyonu görülmüştür. 5 hastanın postop nörolojik muayenelerinde düzelleme saptanmıştır. Tüm hastalarda solid füzyonun saptandığı görülmüştür.

**Tartışma ve Sonuç:** Travmalar sonrasında oluşan servikal fraktürler önemli bir mortalite ve morbitide sebebidir. Transpediküler stabilizasyon uygulaması lateral mass vida uygulamasına göre daha zor bir tekniktir. Ancak lamina, spinöz proses ve faset eklem hasarları ile oluşan instabilitenin cerrahisinde füzyon elde etmek için transpediküler stabilizasyon, alternatif ve güçlü bir seçenek olarak durmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Cerrahi, fraktür, servikal, travma

PS-215 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### ERİŞKİN MEDULLABLASTOM HASTALARININ KRANİOSPİNAL İŞİNLAMALARINDA ÜÇ BOYUTLU KONFORMAL RADYOTERAPİ (3B-KRT) VE VOLUMETRİK MODULE ARK TERAPİ (VMAT) TEKNİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

**Meryem Cansu Şahin\*<sup>1</sup>, Hasan Emre Aydın<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Kliniği

<sup>2</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Medullablastom radyosensitif bir tümör olup cerrahi sonrası adjuvan kraniyospinal radyoterapi uygulaması altın standarttır. Ancak tedaviye bağlı uzun dönem kognitif, nöroendokrin ve nöropsikolojik bozukluklar ve sekonder malignite gelişme riski yüksektir. Günümüzde gelişen teknoloji sayesinde radyoterapi cihazları ve uygulama tekniklerindeki ilerleme sayesinde radyoterapiye bağlı yan etkiler de azalmaktadır. Çalışmamız, VMAT tedavi tekniğinin, kraniyospinal ışınlamalarda tümör hacmi ve kritik organ dozları üzerine etkisinin, 3B-KRT tekniğine göre üstünlüklerinin araştırılmasını amaçlamaktadır.

**Yöntem:** 27 yaşında erkek medullablastom hastamızın tedavi planlama tomografisi prone pozisyonda 3 mm kesit kalınlığı ile rekonstrükte edilerek çekilmiştir (Toshiba Aquillion, Japan). Uygun immobilizasyon için baş maskesi ve ayak destek aparatı kullanılmıştır. Beyin ve spinal kord ilk planlanan hedef hacim (PTV1), posterior kraniyal fossa ikinci planlanan hedef hacim (PTV2) ve kritik organlar Eclipse Counturing v. 13.7.16 sisteminde konturlanmıştır. Toplan PTV uzunluğu 77,6 cm olarak ölçülmüştür. Hasta için tedavi planlama sisteminde (Eclipse Treatment Planning System v. 13.7.16) hem 3B-KRT hem de VMAT tedavi planları hazırlanmıştır. PTV1 için reçetelendirilen doz 36 Gy/20 fx, PTV2 için reçetelendirilen doz 54 Gy/30Fx şeklindedir. 3B-KRT tedavi planı üç izomerkezli (beyin, T5 ve L2) ve 6 MV foton enerjisi seçilerek hazırlanmıştır. Tüm beyin iki lateral alandan, spinal kord ve meninksler ise posterior spinal alandan tedavi edilmiştir. Spinal alanın alt sınırı S2'nin altından geçecek şekilde belirlenmiştir. VMAT tedavi planı hazırlanırken üç izomerkez (beyin, T5 ve L2) ve 6 MV foton enerjisi seçilerek hazırlanmıştır. Her bir izomerkezde, cihaz iki tam ark (179°-181°) dönerek ışınlama yapmıştır.

**Bulgular:** Her iki tedavi tekniğinde PTV1 ve PTV2 için istenilen minimum ve maksimum doz değerleri sağlanmıştır. Lens dozlarının 3B-KRT tedavi tekniğinde daha düşük olduğu saptanmıştır. VMAT tedavi tekniği ile hazırlanan planlarda diğer kritik organ dozlarının 3B-KRT'ye göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Her iki yöntemle elde edilen veriler, iki örneklem t testi ile analiz edilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

**Tartışma ve Sonuç:** VMAT tekniği sayesinde radyoterapiye bağlı yan etkiler ve sekonder malignansi riski azalırken tümör kontrol olasılığı arttığından klasik 3B-KRT tekniğine göre avantajlıdır. Çalışmamızda, hasta prone tedavi edilmiştir fakat kraniyospinal ışınlamalarda supine pozisyonda tedavi hasta için konfor sağlarken diğer taraftan, anestezi gereken durumlarda hava yolunun daha iyi kontrol edilmesine imkan vereceğinden farklı çalışmalarda supine pozisyonun araştırılması uygun olacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Kraniyospinal ışınlama, konformal radyoterapi, VMAT

PS-216 [Nörovasküler Cerrahi]

## ISOLATED FINDING OF INTERMITTENT COMPRESSION OF THE TROCHLEAR NERVE BY A DOLICHOECTATIC BASILAR ARTERY

**Tamer Altay<sup>1</sup>, Ezgi Akar<sup>\*2</sup>**

<sup>1</sup>S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>2</sup>S.B. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Dolikoektatik baziler arterin beyin sapı kompresyonu sebebi ile izole troklear sinir parezisi bulgusu olan olgumuzu sunduk.

**Yöntem:** Vertebrobaziler dolikoektazi vertebrobaziler arteriyel sistemin

elongasyonu ile karakterize nadir bir durumdur. Klinik manifestasyonu iskemik inme, kraniyal sinir kompresyonu, serebral hemoraji ve hidrosefali ile olabilir.

**Bulgular:** Üç aydır olan aşağı bakışta gelişen intermittent diplopi şikayeti ile başvuran olgumuzu tartıştık. Hastanın nörolojik muayenesi normal sınırlarda idi. MRI ve MRI anjiyografide dolikoektatik baziler arterin beyin sapını sağ lateralden komprese ettiği görüldü.

**Tartışma ve Sonuç:** Dolikoektatik baziler arter nadiren beyin sapı kompresyonu bulguları ile prezente olur. İzole olarak intermittent troklear sinir parezisi ile başvuran olgumuzu sunduk.

**Anahtar Sözcükler:** Baziler arter, dolikoektazi, intermittent, oftalmopleji

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/2019117204753.jpg>

PS-217 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## POSTOPERATIVE SPINAL EPIDURAL HEMATOMAS; THREE CASE REPORTS

**Aykut Akpınar\***

*S.B. Haseki Training and Research Hospital, Department of Neurosurgery*

**Background and Aim:** Postoperative spinal epidural hematomas (PSEH) are seen rarely and mostly asymptomatic. When neurologic deterioration is occurred, urgent surgery was advised according to literature. Here, we presented, our three case reports and literature

**Methods:** Postoperative spinal epidural hematomas (PSEH) after surgery, asymptomatic ones are extremely common, symptomatic ones ranges are between 0.10 % to 0.24% of all spine surgery group. After spinal surgery, if there is an extra acute neurologic deficit, in order to diagnose and treatment urgently, new CT and MRI scans should taken immediately. MRI scans can diagnose acute epidural hematoma (89%)

**Results:** First case;35-year-old male patient had an Anterior microdiscectomy with cage fusion operation. Half and hour after the surgery, the patient had mild motor and sensory deficits in his lower and upper extremities. Symptomatology progressed quickly, for he was soon completely quadriparetic. Second case; 85 old male patient had previous history of coronary artery disease, hypertension and by-pass surgery. His blood group Rh (+) and patient used 40 packets /year cigarette. He was using coraspine. We stopped coraspine and started low molecular weight heparin during hospitalization. The patient had multilevel surgery of C2-3-4-5 posterior screw stabilization and C 3-4-5 laminectomy. The day after the surgery, neurologic deficit was tetraparesis. Third case:66-year-old female had L3-4 stenosis. She had additional comorbidities (hypertension, diabetes mellitus). She had Rh(+) blood. There was no previous history of anticoagulant, antiaggregant therapy or coagulopathy. Posteriorly from left side L3-4 unilateral approach, bilaterally root decompression was done. After operation her left side lower extremity had paresis.

**Conclusions:** PSEH is a rare and dramatic event. It is important to diagnose an epidural hematoma as soon as possible. The major site and common source of bleeding are not clarified. CT scan and MRI are the most accurate methods for precise diagnosis.If neurological deterioration is present, surgery is advised during the first hours.

**Keywords:** Spinal epidural hematoma, comorbidity, paraparesis

**Image:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/2019117204949.jpg>



PS-218 [Stereotaktik, Fonksiyonel Ağrı ve Epilepsi Cerrahisi]

**TRAVMAYA SEKONDER HOLMES TREMORUN TEDAVİSİNDE UNİLATERAL KOMBİNE TALAMİK VİM VE PALLİDUM STİMÜLASYONU: BİR OLGU SUNUMU****Vural Hamzaoğlu\*<sup>1</sup>, Hakan Özalp<sup>1</sup>, Okan Doğu<sup>2</sup>, Ömer Ruşen Koyuncu<sup>1</sup>, Saygı Uygur<sup>1</sup>, Celal Bağdatoğlu<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroşirürji AD<sup>2</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji AD

**Giriş ve Amaç:** Holmes tremor'un (HT) patofizyolojisi hala tartışmalıdır. Nigrostriatal yolağın disfonksiyonu ile birlikte serebellotalamokortikal veya dentorubroolivaryar yolların etkilendiği lezyonlar olası etiyolojik nedenler arasında yer almaktadır. Kişini hayat kalitesini olumsuz etkileyen HT, tipik olarak kafa travmasından haftalar ya da aylar sonra ortaya çıkabilen ve tedavisi oldukça kompleks olan bir klinik tablodur. Bu çalışmada bilateral ventralis intermedius (Vim) stimülasyonu uygulanan, klinik bulgularında düzelme tespit edilemeyen ve daha sonra unilateral Vim ve globus pallidus internaya (Gpi) derin beyin stimülasyonu (DBS) uygulanan bir olgu sunulmuştur.

**Yöntem:** Sağ elini kullanan 23 yaşındaki erkek hasta. Hastanın hikayesinde geçirilmiş kafa travması mevcuttu. Yaklaşık olarak 2,5 aylık yoğun bakım takibi sonrası bakım hastası olarak taburcu edilmiş ve taburcu sonrası 6. ayda mobilize olmaya başlamış. Yaklaşık travmadan 1 yıl sonrada şiddetli sağ üst ekstremitte tremoru başlamış. Altı ay süreyle tıbbi tedavi alan hasta semptomlarında herhangi bir gerileme olmaması üzerine kliniğimize refere edildi.

**Bulgular:** Yapılan MRG'de T1 ağırlıklı sekanslarda mezensefalonda kontüzyon sekeli olarak hiperintensite saptanmıştır. Hastaya stereotaktik hedefleme, peroperatif mikrokayıt ve makrostimülasyon tekniği ile bilateral Vim-DBS uygulanmıştır. Postoperatif dönemde tremorda %60 kadar azalma tespit edilmiştir. Ancak 4. ayın sonunda özellikle istirahat tremorunun progresif artışı üzerine hastaya unilateral Vim ve Gpi stimülasyonu uygulanmıştır. Bir yıldır tremoru kontrol altında olan hastanın takipleri devam etmektedir.

**Tartışma ve Sonuç:** HT gibi kompleks tremorlar için bilinen hedeflerin stimülasyonunda etkin yanıt alınmadığı durumlarda Vim-Gpi kombinasyonlu uyarım yapılmasının sinerjistik bir etki oluşturup alternatif stereotaktik hedefleme seçeneği olabileceği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Derin beyin stimülasyonu, holmes tremor, globus pallidus interna, ventralis intermedius

PS-219 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

**OS ODENTEİDEUM: AKUT QUADRİPAREZİ İLE KLİNİĞİMİZE BAŞVURAN BİR OLGU SUNUMU****Hakan Özalp<sup>1</sup>, Vural Hamzaoğlu\*<sup>1</sup>, Derya Karataş<sup>1</sup>, Tolga Akbıyık<sup>1</sup>, Ahmet Dağtekin<sup>1</sup>, Serkan Şimşek<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroşirürji AD<sup>2</sup>Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroşirürji AD

**Giriş ve Amaç:** Os odonteideum, düzgün ve kortikal kenarlı, hipoplastik odontoid prostenen ayrı, oval veya yuvarlak şeklindeki kemik parçasıdır.

Gerek konjenital bulguların var olması gerekse travmatik bulguların varlığı nedeniyle etiyolojisi halen tartışmalıdır. Nadirde olsa instabilite ya da serbest odontoid parçanın basısına bağlı ciddi nörolojik defisite yol açabilir. Bu çalışmada quadriparezi ile kliniğimize başvuran bir os odonteideum olgusu sunulmuştur.

**Yöntem:** Ellidört yaşında erkek hasta her iki kolda ağrı, kol ve bacaklarda güç kaybı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Tarafımızdan 2015 yılında os odonteideum tanısı konulmuş ve instabilite nedeniyle operasyon önerilmiş olan hasta cerrahi tedaviyi kabul etmemiş ve kliniğimize tekrar başvurusu olmamıştır. Son 1 hafta giderek şikayetlerinin artması üzerine kliniğimize başvurdu. Hastanın nörolojik muayenesinde quadriparezi mevcuttu. Servikal MRG'de os odonteideum ve T2 sagittal görüntülerde kordda hiperintensite görülmekteydi.

**Bulgular:** Hasta gardner ile traksiyon altında operasyona alınarak her iki C1 lateral kitle vidası ve C2 pedikül vidaları konularak segmental stabilizasyon yapıldı. Postoperatif erken dönemde nörolojik defisitlerinde belirgin düzelme oldu. Postoperatif 1. ayda yapılan nörolojik muayenesi normal olarak değerlendirildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Kraniovertebral bileşke sahip olduğu farklı anatomik ve biyomekanik özellikler bu bölgeye yapılacak cerrahi yaklaşımlar açısından oldukça büyük önem taşımaktadır. Os odonteideum nadir olarak nörolojik bulgu veren bir patolojidir, hastaların sadece %6'sında nörolojik defisit görülmektedir. Literatürde akut quadripaleji görülmekle birlikte bu durumun daha çok travma ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Os odenteideum olgularında oluşabilecek nörolojik kayıpların ileri derecede ve geri dönüşümsüz olabileceği akılda tutularak bu olgulara gerekli durumlarda cerrahi yaklaşımla C1-C2 segmental stabilizasyon yapılmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Os odonteideum, quadriparezi, C1-C2, stabilizasyon

PS-220 [Nöroonkolojik Cerrahi]

**DÜŞÜK AYAK İLE BAŞVURAN İNTRAKRANYAL PARASAGİTAL MEZENKİMAL KONDROSARKOM****Adil Eralp Koçak\*, Mehmet Sabri Gürbüz, Arda Topçam, Güliz Gültekin, Fatih Sarıtepe**

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.

**Giriş ve Amaç:** Mezenkimal kondrosarkom bağ dokusunun malign neoplazmi olup, kondrosarkomların % 2-10'unu kapsamakta ve 100000'de 0.2-0.7 arasında görülmektedir. İntrakranyal mezenkimal kondrosarkom ise daha nadir görülmektedir.

**Yöntem:** Olgu: Sağ ayakta güçsüzlük şikayetiyle başvuran 37 yaşında kadın hasta 4 ay lomber disk hernisi tanısıyla fizik tedavi görmüş. Düşük ayak kliniğiyle acil kliniğimize başvurduğunda kranial MR' da superior sagittal sinüsü invaze eden kalsifiye kitle görüldü. Hasta parasagittal kalsifiye meningiom ön tanısıyla opere edildi. Operasyon esnasında tümör rezeksiyonuyla beraber sinüs duvarının yırtılmasına bağlı sinüs kanaması izlendi. Kanama spongostan ile kontrol altına alındı ancak sinüs duvarı tamiri yapılmadı. Postoperatif 24. saatte çekilen MR tetkikinde gross-total rezeksiyon yapıldığı gözlemlendi. Ek defisitsiz taburcu edilen patolojisi mezenkimal kondrosarkom olarak raporlandı. Postoperatif 15. günde yapılan MR venografi tetkikinde sinüsün normal akım paterninin tamamen sağlandığı gözlemlendi. Hasta adjuvan kemoterapi ve radyoterapi aldı. 3 aylık takibinde nüks saptanmadı.

**Bulgular:** Mezenkimal kondrosarkom malign bir patolojidir ve operasyon sonrasında radyoterapi gerekliliği bulunmaktadır. Güncel tedavi olabildiğince tümör rezeksiyonu ve sonrasında adjuvan radyoterapi uygulanmasıdır. Hastaların ortalama sağkalım süresi 72 ay, ortalama hastaliksız sağkalım süresi 40 ay civarındadır.

**Tartışma ve Sonuç:** İntrakraniyal mezenkimal kondrosarkom nadir bir tümör olup, birçok patolojiyle karışabilmektedir. Bu nedenle intrakraniyal kitlelerin ayırıcı tanısında düşünülmelidir. Ayrıca tek taraflı süperior sagittal sinüs invazyonu yapmış tümörlerde peroperatif sinüs duvarı tamiri yapılmadan konvansiyonel hemostatik ajanlarla kanama kontrol altına alınabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Mezenkimal kondrosarkom, menenjiom, supratentorial kitle

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019117214510.jpg>

PS-221 [Pediatrik Nöroşirürji]

### CHIARI TIP I MALFORMASYONUNUN EŞLİK ETTİĞİ VE YENİDEN SERBESTLEŞTİRİLMİŞ YAPILAN GERGİN OMURİLİK SENDROMU: BİR OLGU

**Vural Hamzaoğlu\*, Hakan Özalp, Tolga Akbıyık, Derya Karataş, Ahmet Dağtekin, Emel Avcı, Celal Bağdatoğlu**  
*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroşirürji AD*

**Giriş ve Amaç:** Chiari Tip I Malformasyonu (CM-Tip I) kranioservikal bileşke ve posterior fossanın konjenital anomalisidir. Serebellar tonsillerin değişen derecelerde foramen magnumdan aşağı doğru sarkması görülmektedir. Syringomyeli CM-Tip I olan hastalarda en sık eşlik eden konjenital anomalidir. CM-Tip I, syringomyeli ve gergin omurilik sendromu (GOS) birlikteliğinde genel kabul görmüş yaklaşım öncelikle posterior fossa dekompresyonunun yapılmasıdır.

**Yöntem:** Onbeş yaşında, erkek hasta. Doğumda parapleji ve meningomyelose tespit edilerek opere edilmiş. Hasta ellerinde giderek artan güç kaybı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan nörolojik muayenesinde bilateral üst ekstremilerde ellerde ve parmaklarda kas gücü 2/5 ve her iki elde pençe el deformitesi mevcuttu.

**Bulgular:** Spinal aks MRG'de serebellar tonsillerin C1 seviyesine kadar herniye olduğu, servikalden torakale uzanan syringomyeli, ve L3-4 seviyesinde eski operasyonu loju içerisinde sonlanan filum tespit edildi. Hasta operasyona alınarak filum serbestleştirildi. Hastanın yapılan kontrollerinde pençe el deformitesinde düzelme tespit edildi. Bilateral üst ekstremilerde ellerde ve parmaklarda kas gücü 4/5 olarak belirlendi. Yapılan kontrol MRG'de syringomyelinin büyük ölçüde azaldığı görüldü.

**Tartışma ve Sonuç:** CM-Tip I ile birlikte syringomyeli ve GOS eşlik eden olgularda ilk tercih edilecek cerrahi yaklaşım posterior fossa dekompresyonudur. Syringomyelide düzelme olmaması durumunda syringo subaraknoid şant takılması önerilmektedir. Ancak son yıllarda GOS ve CM-Tip I'in birlikte görüldüğü durumlarda ilk olarak filumun serbestleştirilmesi sonucunda CM-Tip I bulgularında düzelme olduğuna dair olgu sunumları görülmektedir. Bu cerrahi yöntemin posterior fossa dekompresyonu ve syringo subaraknoid şant takılmasına alternatif olarak değerlendirilebileceği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Gergin omurilik, chiari, syringomyeli, serbestleştirme

PS-222 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### TENOSİNOVİYAL KİSTE BAĞLI GELİŞEN ULNAR NÖROPATİ

**Mustafa Ögden<sup>1</sup>, Ulaş Yüksel<sup>\*2</sup>, Mustafa İlker Karagedik<sup>1</sup>, Süleyman Akkaya<sup>1</sup>, Alemiddin Özdemir<sup>1</sup>, Bülent Bakar<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Ulnar sinir seyri boyunca birçok farklı kısmında sıkışabilir ancak en sık karşılaşılan ulnar tuzak nöropati kübital tünel sendromudur. Genellikle fleksör karpiulnaris aponevrozu ile ulnanın medial epikondili arasına sıkışan ulnar sinirin mekanik etkiler veya iskemisi sonucuyla ortaya çıkan bir klinik tablo olmasına rağmen; post-travmatik olarak, kemik çıkıntılarla veya kas iskelet sisteminin yapısal anomalileriyle de oluşabilir. Bunların yanında literatürde epidermoid kist, ganglion kisti ve nadiren sinoviyal kistle bağlı oluşabildiği de bildirilmiştir.

**Yöntem:** Olgu Sunumu: 57 yaşında kadın hasta yaklaşık üç aydır giderek artan, sol elin 4. ve 5. parmaklarına vuran, geceleri uykudan uyandıran elektriklenme tarzında ve uyuşukluk şikayetiyle başvurdu. Travma öyküsü tariflememi. Yapılan fizik muayenede hafif sol tenar hipotenar atrofi izlendi. Dirsekten ulnar sinir trasesinde perküsyonla ellere yayılan elektriklenme şikayeti oluyordu. Parmak abdüksiyonu sol elde azalmıştı. EMG'de sol ulnar sinirin iletim hızı yavaşlamış olarak bulundu. Motor inching çalışmasında medial epikondil ile 2 cm distali arasında ulnar sinirde iletim bloğu olduğu ortaya konuldu. Modifiye McGowan derecelendirmesine göre 2B kabul edilen hasta alanda ulnar siniri basılayan lezyon düşünülerek ameliyata alındı. Yaklaşık 10 cmlik medial epikondil üzerinde eğimlenen insizyondan yapıldı. Subkutan dokular diseke edildikten sonra Osborne fasyasının altında ulnar sinir görüldü. Ulnar siniri altından basılayan oval, fluktuasyon veren yaklaşık 2x1cm kistik yapı izlendi. Humeroulnar ekleme uzanım gösteren kist eksize edilirken içinden jöle kıvamında berrak sarımsı mayi geldi. Eksizyonu takiben kistin rezidüel parçası koterize edildi. Ulnar sinir fleksör karpiulnaris kasının iki başı arasında dekomprese edildi. Faysalar iki tarafta da laterale dikilerek sinir dekompresyonu sağlandı. Katlar usulüne uygun kapatılarak operasyona son verildi. Post-op hastanın kolu dirsekten 45 derece açılı duracak şekilde sarılarak sabitlendi. Patoloji kliniğince incelenmek üzere gönderilen parçanın patolojik tanısı "benign kistik tenosinovyal lezyon" olarak raporlandı.

**Bulgular:** Kübital tünel sendromu buradaki dar alanlarda hipertrofilerle ortaya çıktığı gibi, ulnar sinirin seyri boyunca ortaya çıkabilecek yumuşak doku kitlelerinden de kaynaklanabilir. Literatürde ulnar bölgede bası etkisi post-travmatik olarak, kemik çıkıntılarla veya kas iskelet sisteminin yapısal anomalileriyle de oluşabildiği gibi nadiren sinoviyal kist kaynaklı da oluşabilir. Bölgenin sinovial kistleri daha çok posttravmatik artrit ile birliktelik gösterdiği raporlanmıştır fakat olgumuzda ulnar bölgede tenosinovyal kiste bağlı bası olmasına rağmen travma öyküsü yoktur.

**Tartışma ve Sonuç:** Ulnar sinir sıkışmalarında genellikle sinirin fleksör karpiulnarisin aponevrozu ile ulnanın medial epikondili arasına sıkıştığı bilinmektedir, nadiren de olsa bu bölgede sinovial kiste bağlı aynı semptomların olabileceği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Nöropati, kübital tünel sendromu, tenosinovyal kist, ulnar sinir

PS-223 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

**KOLOREKTAL ADENOKARSİNOMUN SERVİKAL METASTAZI (MULTİPLE SPİNAL METASTAZ)****Muhittin Emre Altunrende\*<sup>1</sup>, Elif Evrim Ekin<sup>2</sup>**<sup>1</sup>GOP Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği<sup>2</sup>GOP Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Gastrointestinal adenokarsinomları çok agresif tümörlerdir. Hastalığın ileri dönemlerinde yaygın metastazlar görülebilir. Kolorektal kanserlerin kemik metastazı genellikle osteolitik lezyonlardır. Tanı aşamasında multipl spinal metastazlar çok nadir görülür. Multipl spinal metastazı olan ve C7 servikal patolojik kompresyon kırığı nedeniyle opere edilen bir kolonik adenokarsinom vakasını literatür taraması eşliğinde sunuyoruz.

**Yöntem:** Hastanın acil servis ve servisimizdeki dosyası retrospektif olarak tarandı.

**Bulgular:** 51 yaşında erkek hasta acil servise boyun ağrısı ve sağ kol güçsüzlüğü ile başvurdu. Nörolojik muayenede artmış refleksler, sağ alt ekstremitelerde monoparezi saptandı. Travma öyküsü yok. Bu bulgular üst motor nöron hastalığı, servikal disk patolojisi ile uyumlu idi. Tüm omurga manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve servikal omurga bilgisayarlı tomografi (BT) çalışmaları, C7 vertebra gövdesini istila eden ve tahrip eden, omuriliği daraltan ve omuriliği sıkıştıran bir lezyon gösterdi (Şekil 1 ve 2). Ayırıcı tanımız primer kemik tümörü ve metastatik tümör idi. Tüm spinal MRG'de sağ lateral vertebra gövdesinde C7 vertebra, diffüz kemik iliği ödemi ve posterior kontrast kitle saptandı. Ayrıca, T3, T5, T6, T10, T12, L1, L4, L5 vertebra korpusunda korse geniş kemik iliği ödemi ve kontrast sonrası serilerde yaygın homojen gelişme görüldü. Ayırıcı tanıda ilk metastaz çizgisi düşünülür, ancak aktif schmorl nodülleri, Anderson lezyonları ve seronegatif spondiloartropatiler vardır. Metastatik tümör için yapılan abdominal ve toraks BT incelemelerinde, anal vergiye proksimal 2 cm'den başlayarak 6 cm'lik segment boyunca düzensiz tümör duvarı kalınlığı artışı ve perirektal yağlı düzlemlere spekül uzama gözlemlendi. Karaciğerdeki en büyüğü 2 cm çapında ve sağ akciğerde metastatik odak vardı.

**Tartışma ve Sonuç:** Nörolojik eksikliği olan veya olmayan metastatik spinal kırıkları olan hastalarda radyografik görüntüleme, tek bir bölge ile sınırlı olmamalı, tüm omurga kolonu taranmalıdır. Cerrahi dekompresyon ve stabilizasyonun, özellikle nörolojik yetersizliği olan hastalarda mobilizasyon ve yaşam kalitesine katkıda bulunduğunu unutmamak gerekir.

**Anahtar Sözcükler:** Kolorektal adenokarsinom, servikal omurga, metastaz, cerrahi

bozan patolojiler (Chiari malformasyonu, bazal araknoidit, baziler invajinasyon vb.), spinal yaralanma, spinal tümör, spinal gelişim bozuklukları olabileceği gibi bazen de bir neden bulunamaz. Spinal yaralanma sonrasında gelişen semptomatik sirinks olgularında şant uygulaması ve siringotomi uygulanabilecek tedavi seçenekleridir.

**Yöntem:** Şant uygulamalarının kendilerine özgü çok bilinen sorunları mevcut olup, burada spinal yaralanma sonrası siringosubaraknoid şant uygulaması yapılan bir olguda nadir gelişen bir durum olarak şant kataterinin kist kavitesi içine düşmesi sunularak bunun önlenmesi için nelere dikkat edilmesi gerektiği tartışıldı.

**Bulgular:** Yüksekten düşme sonrası Th8 fraktür ve alt ekstremitelerde parapleji gelişen 47 yaşında kadın hastaya (Resim1: Preop BT, Resim2: Preop MRG) posterior yakaşım ile Th6 - Th7 - Th9 bilateral vida rod enstrüman sistemi ile stabilizasyon, Th7 - Th8 laminektomileri ile dekompresyon + duraplasti operasyonu yapıldı (Resim3: Postop BT, Resim4: Postop MRG). Postoperatif 6. ayında hastadan ilk kontrol MRG tetkiki görüldü (Resim5: 6. ay). Spinal kordda periferik nöral doku seçilebilmekle birlikte kistik sirinks kavitesi izlendi. Sirinks kavitesini takip amacıyla 4 ay sonra kontrol MRG tetkiki yapıldı (Resim6: 10. ay). Bir önceki MRG tetkiki ile kıyaslandığında önceki bulgulara, servikale uzanım gösteren ve 1 santimetreye varan siringomiyeli eklendiği gözlemlendi. Şikayetleri artan hastaya Th4 total laminektomi ile siringosubaraknoid şant yerleştirildi (Resim7: 13. ay). Düzenli olarak takip edilen hastaya şikayetlerinin nüks etmesi üzerine 61. ayda MRG tetkiki yapıldı (Resim8: 61. ay). Mevcut şikayetlerinde artış ve radyolojik olarak sirinks kavitesinde ilerleme olması üzerine şant disfonksiyonu düşünüldü ve hastaya siringosubaraknoid şant revizyonu yapıldı (Resim9: İntraoperatif görüntüler). Eskisine göre daha kalın, rijid ve uzun bir şant yerleştirildi (Resim10: Revizyon sonrası MRG). Hastanın takiplerinde şikayetlerinin gerilediği ve radyolojik olarak sirinks kavitesinde belirgin azalma olduğu izlendi (Resim11: Revizyon 1. ay).

**Tartışma ve Sonuç:** Şant kalibrasyonu ve uzunluğu vakaya özgü olarak dikkatlice belirlenmelidir. Şant kalibrasyonu ve uzunluğu azaldıkça manipülasyonda kolaylaşma ve insizyon hattında küçülme gibi avantajlar elde edilirken; tıkanma ve kıvrım yapma gibi komplikasyonlar ise artış göstermektedir. Diğer şant revizyon cerrahilerinde olduğu gibi, mümkün ise eski şant çıkartılmalıdır. Subaraknoid katater kaudale yönlendirilmeli, araknoid membrana uygun şekilde sabitlenerek olası kayma ve yer değiştirmeler en aza indirilmelidir. Lezyon seviyesinin altında tam nörolojik kayıp olan olgularda cerrahi manipülasyon görece daha kolay olmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Siringomiyeli, siringoaraknoid şant, mekanik komplikasyon

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019122122651.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201912212271.jpg>

PS-224 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

**KANAL İÇİNE MİGRE SİRİNGOARAKNOİD ŞANT: NADİR BİR KOMPLİKASYON****Barış Chousein\*, Ahmet Tolgay Akıncı, Emre Delen, Osman Şimşek**  
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nöroşirürji AD.

**Giriş ve Amaç:** Siringomiyeli, omurilikte sıvı dolu bir boşluk (sirinks) gelişimidir. Sirinks gelişim nedenleri arasında kranyospinal BOS geçişini

PS-225 [Pediatrik Nöroşirürji]

**DEKOMPRESİF KRANİEKTOMİ SONRASI DURAL OSSİFİKASYON****Aykut Gökbel\***

S.B. Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Dekompresif cerrahi sonrası kranioplasti süresi önemlidir. 14 günden önce yapıldığında enfeksiyon, 90 günden önce

yapıldığında hidrosefali, 90 günden sonra yapıldığında nöbet gelişme riski artar. Travmatik beyin hasarı ve epidural hematoma nedeniyle yapılan dekompresif kraniyektomi sonrası gelişen dural ossifikasyon olgusu sunuldu.

**Yöntem:** Kliniğimizde dekompresif kraniyektomi sonrası yapılan kranioplasti operasyonundaki preop-postop-postop 1. ay BT ve per-operatif operasyon görüntüleri incelendi.

**Bulgular:** 4 yaşında araç dışı trafik kazası sonrası epidural hematoma ve beyin ödemi tanılarıyla dekompresif cerrahi uygulanan hastaya 105 gün sonra kranioplasti yapılması planlandı. Çekilen preop kranial BT de kraniyektomi alanında ossifikasyon alanlarının olduğu görüldü. Preoperatif fleb kaldırdıktan sonra dura üzerinde ossifiye olmuş yapılar duranın üzerinden dikkatlice disseke edilerek kemik sınırına kadar eksize edildi. Kemik fleb plak vida ile yerine konuldu. 1. ay kontrol kranial BT de patoloji görülmedi.

**Tartışma ve Sonuç:** Dural ossifikasyonlar beyin parankimine baskı ve epidural efüzyon oluşturabilir, aynı zamanda kemik flebin yerine düzgün konulmasını engelleyebilir. Bu nedenle dikkatli disseke edilmesi önemlidir.

**Anahtar Sözcükler:** Dural ossifikasyon, dekompresif cerrahi, kranioplasti

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/201911802025.jpg>

PS-226 [Diğer]

## AĞRILI CİLT LEZYONU 'EKİRİN SPİRADENOMA'

**Aykut Gökbel\*, Haydar Sekmen, Mehmet Seçer**

*S.B. Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Ağrılı deri tümörleri arasında yer alan ekirin spiradenoma, görünümü nedeniyle dermisteki mavi toplar adıyla anılmaktadır. Vasküler açıdan zengin lobüler hiperkromatik nükleuslu hücreler tarafından oluşturulur. Eksizyon sonrası 'ekirin spiradenom' tanısı konulan olgu sunumu yapıldı.

**Yöntem:** Sol ön kol lateralinde şiddetli ağrı ve ekimotik lezyon ile tarafımıza başvuran hastanın yapılan yüzeysel usg raporunda lipom veya fibrom olabileceği belirtildi.

**Bulgular:** Lokal anestezi sonrası total olarak eksize edilen lezyon makroskopik olarak lipomatöz veya fibrom benzeri lezyonlardan daha yumuşak, lobule ve lateralinde hematoma alanlarının olduğu görüldü. Preop hastada var olan lokal şiddetli ağrı, lezyonun çıkarılmasından sonra tamamen geçtiği görüldü. Patoloji ek boyamalar sonrası nadir görülen ekirin spiradenoma olduğunu raporladı.

**Tartışma ve Sonuç:** Deri tümörlerinin, lipomatöz lezyonlar veya fibromlar ile karışabileceği unutulmamalıdır. Şiddetli ağrı ve ekimotik cilt rengi ayırıcı tanıda önemlidir.

**Anahtar Sözcükler:** Deri tümörleri, ekirin spiradenoma, ekimotik lezyon

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/201911803459.jpg>

PS-227 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## METASTATİK KOMPRESYON FRAKTÜRÜ İÇİN UYGULANAN VERTEBROPLASTİNİN CİDDİ BİR KOMPLİKASYONU; AŞIRI KANAL İÇİ SEMENT KAÇAĞI

**Mürteza Çakır\*1, Tayfun Çakır2**

*1Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Azizye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi*

*2Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi*

**Giriş ve Amaç:** Patolojik vertebra çökme kırıkları toplumda ciddi sosyal bir problem oluşturmaktadır. Vertebra korpusundaki direncin azalması ile oluşan bu çökme kırıkları kemik mineral kaybına neden olan osteoporoz gibi hastalıklarda olabileceği gibi iyi ya da kötü huylu infiltratif tümörlerle de olabilmektedir. Tedavide perkütan vertebroplasti (PVP) minimal invaziv cerrahi olarak yaygın olarak kullanılmaktadır. PVP hızlı iyileşme sağlayan etkili ve güvenli bir prosedür olmasına rağmen, şüphesiz bazı komplikasyonları vardır. Bunlardan en önemlisi sement kaçağıdır. Osteoporotik vertebral kollapsı olan hastaların % 30 ila %65'inde ve malign kollapsı olan hastaların %38 ila %72.5'inde meydana geldiği bildirilmiştir. Vertebra metastazına bağlı kompresyon fraktürü nedeniyle vertebroplasti uyguladığımız bir olguda ortaya çıkan kanal içi sement kaçağı komplikasyonunu sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** 8 yıl önce meme invaziv duktal karsinom tanısı almış olan hasta torakal vertebra korpus metastazlarına bağlı olarak 2 kere perkütan vertebroplasti işlemine tabi tutuldu.

**Bulgular:** Hastaya T3 vertebra kompresyon fraktürü tanısıyla ETGA altında yüzüstü pozisyonda 3 ml polimetilmetakrilat enjekte edilerek açık vertebroplasti yapıldı. Eş zamanlı floroskopi ile sementin dağılımı gözlemlendi. Sementin kanal içine ve paravertebral alana kaçtığı gözlemlendi. İşleme son verildi. Nörodefisit olmadı. Ek bir işlem yapılmadı. Bu işlemden yaklaşık 2 yıl sonra vertebra metastazlarında artış ve T4 vertebrada da kompresyon gelişmesi üzerine ETGA bilateral vertebroplasti yapıldı. İşlem esnasında sementin yine korpus dışına çıktığı ve kanal içinde kaudale doğru uzandığı gözlemlendi. İşleme son verildi. Sol bacakta monoparezisi mevcuttu. Vertebra elemanlarının metastatik oluşu, enstrüman yetmezliği oluşabileceği ve defisitinin çok ağır olmaması nedeniyle dekompresyon düşünülmedi. Hasta takibe alındı. Son işlemden 6 ay sonra her iki bacakta motor zafiyetleri ve şiddetli ağrı ortaya çıkması üzerine; vertebra korpuslarındaki metastazlarının arttığı ve ileri derecede spinal kord basısının geliştiği tespit edildi. Hastaya T 2,3,4,5,6 tam laminektomi yapıldı ve kanaldaki sement çıkarıldı (Resim1), tümör dekomprese edildi, bilateral T2-7 posterior enstrüman uygulandı. Postop dönemde defisitleri düzeldi, yaklaşık bir yıl sonra primer tümör nedeniyle kaybedildi.

**Tartışma ve Sonuç:** PVP'ye bağlı komplikasyonlar genellikle ciddi klinik bulgular olarak karşımıza çıkmamasına rağmen, ilerleyici nörolojik defisit, korpustaki kompresyonun giderek artması, ve pulmoner emboli gibi önemli durumlara da neden olabilir. PVP sonrası sement kaçağı riski; vertebra korpusundaki yarı, sementin vizkozitesi ve enjekte edilen sement hacmiyle ilişkili görülmüştür. Önceki çalışmalarda sement kaçağının ciddi komplikasyona neden olma oranı %2 - %11.5 olarak belirtilmiştir. Vertebroplastinin kesin yararları doğrulanmadan önce risk faktörleri düşünülerek, konservatif yaklaşım olasılığı aklı gelebilir.

**Anahtar Sözcükler:** Vertebroplasti, sement kaçağı, torakalvertebra metastazi

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019118114018.jpg>

PS-228 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## POSTERİOR EPİDURAL ALANA MİGRE LOMBER DİSK HERNİLERİ: 2 OLGU SUNUMU

**Haydar Sekmen\*<sup>1</sup>, Aykut Gokbel<sup>1</sup>, Nural Cafer Çelik<sup>2</sup>, Mehmet Seçer<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi

<sup>2</sup>Özel Gölcük Aile Konak Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi

**Giriş ve Amaç:** Posterior longitudinal ligaman, lateral membran, sinir kökü gibi anatomik bariyerlerden dolayı lomber disk hernilerinin posterior epidural alana migre olmaları çok nadirdir. Nadir görülmesi ve radyolojik özelliklerinin diğer epidural lezyonlar ile benzerlik göstermesi nedeniyle teşhisleri dikkatli yapılmalıdır. Bu hastalar karşımıza radikülopati ile gelebileceği gibi, cauda equina sendromu ile de karşımıza çıkabilir.

**Yöntem:** Posteriore migre epidural lomber disk hernisi nedeniyle opere edilen 2 vaka sunulmuştur.

**Bulgular:** Olgu 1 -48 yaşında erkek hasta sağ bacadaki şiddetli radiküler ağrı ile başvurdu. 8 yıl evvel farklı bir merkezde lomber disk hernisi nedeniyle opere olmuş. Düz bacak germe testi sağ da 30 derecede pozitif idi. Çekilen lomber MR'ında sağ L5 -S1 seviyesinde posteriore migre epidural alana uzanan nüks disk hernisi tespit edildi. Hasta mikroskopik diskektomi yöntemiyle opere edildi. Post op dönemde şikayetleri geçen hasta şifa ile taburcu edildi. Olgu 2- 70 Yaşında kadın hasta sağ bacadaki şiddetli ağrı ve sağ ayakta ani güç kaybı şikayeti ile başvurdu. Sağ da düşük ayağı ve sağ L4/L5 dermatomlarında hipostezi mevcut idi. Çekilen lomber MR'ında sağ L4-L5 seviyesinde posterior epidural alana migre extrüde disk hernisi tespit edildi. Hastaya acil şartlarda mikroskopik diskektomi yapıldı. Post op dönemde ağrıları geçen hastanın erken dönem maaynesinde sağ ayak dorsifleksiyonda kısmen düzelme görüldü. Fizik tedavi programına alındı ve fizik tedavi süreci devam etmektedir.

**Tartışma ve Sonuç:** Lomber disk hernileri sık görülür ve beklenen bir yönelimleri vardır. Bu yönelim genellikle posterolateral olmakla beraber daha az sıklıkta foraminal ve santral alanlarda da görülebilirler. Çok nadir disk fragmanları, duranın dorsolateral veya dorsalinde olabilirler, bunlar literatürde posterior epidural alana migre disk hernileri diye adlandırılmaktadır. Tansının konması bazen çok kolay değildir. Çünkü mevcut radyolojik görüntüler epidural alanda bulunabilen apse, kanama, kist ve tümöral süreçler ile benzerlik gösterdiğinden klinik şüphe çok önemlidir. Zamanında doğru teşhis, tedavi şekli ve etkinliğini artırmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Epidural alan, lomber disk hernisi, posteriore migre

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/20191181054.jpg>

PS-229 [Pediatrik Nöroşirürji]

## İNTRAVENTRİKÜLER ARAKNOİD KİST, ENDOSKOPİK KİSTOSTOMİ

**Omer Burak Ericek\*, Derviş Mansuri Yılmaz, Diana Seredneva, Mehmet Kantaroğlu, Doğu Cihan Yıldırım, Okay Baykara**

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nöroşirürji AD

**Giriş ve Amaç:** Araknoid kistler intrakraniyel lezyonların %2'lik kısmını oluşturmaktadır. İntraventricüler yerleşim araknoid kistlerde %0,3 oranında görülmektedir.

**Yöntem:** Konjenital hidrosefali tanısı ile yenidoğan döneminde ventrikuloperitoneal shunt takılmış olan 6 aylık olgu kusma şikayeti ile acil servise başvuruyor. Takiplerinde baş çevresinde artış olduğu tespit edilen hastaya MR görüntülemesi yapıldı. İntraventricüler (3. ventrikül) yerleşimli araknoid kist tespit edildi (resim 1) (resim 2). Hastanın vp shuntının lateral ventrikülde olup kistten bağımsız drenaj yaptığı tespit edildi. Eşzamanlı olarak kistoventricülostomi ve vp shunt çıkartılması operasyonları yapılmıştır.

**Bulgular:** Post operatif dönemde ve takiplerinde hastanın üçüncü ventrikül genişliğinin azaldığı, baş çevresinin normal hızda arttığı, Evans endeksi değerinin düştüğü tespit edildi (resim 3). Hasta 3. ayda shunt bağımsız olarak takip edilmektedir.

**Tartışma ve Sonuç:** İntraventricüler yerleşim araknoid kistlerde nadir görülen yerleşim tipidir. Konjenital hidrosefali olarak değerlendirilen olgularda etiyojide araştırılması gerekmektedir. Endoskopik Kistoventricülostomi komplikasyon oranı düşüklüğü ve shunt bağımlılığını azaltmak yönünden avantajları ile öncelikli tedavi seçeneği olarak uygulanmaktadır. %7-10 oranında Subdural BOS koleksiyonu gelişebileceği ve %40 re-endoskopik girişim gereksinimi olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** İntraventricüler araknoid kist, endoskopik kistoventricülostomi

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019129111126.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019129111137.jpg>

PS-230 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## DRAMATİK BİR KİFOPLASTİ KOMPLİKASYONU İLE BAŞA ÇIKMAK

**Murat Kiraz\*, İ Hüseyin Aydın**

Şehit Prof Dr İlhan Varank Sancaktepe EAH, Nöroşirürji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Kifoplasti, omurga kırıklarında bir balonun vertebra korpusu içinde şişirilerek korpus yüksekliğini artırdıktan sonra korpus içine polimetilmetakrilat sementi enjekte edilmesi işlemidir. Seçilmiş hastalardaki omurga kırıklarında etkin ve güvenilir bir yöntem olarak kullanılmakla beraber sementin korpus dışına kaçması gibi komplikasyonlar görülebilmektedir. Bu olguda konus medullaris seviyesinde intradural sement kaçağı komplikasyonunun yönetimi sunulmuştur.

**Yöntem:** 50 yaşında kadın hasta 2 hafta önce düşme sonucu meydana gelen ağrı kesicilere yanıt vermeyen şiddetli bel ağrısı ve yürüyememe şikayetleri ile tekerlekli sandalye kullanılarak polikliniğimize başvurdu.

Yapılan nörolojik muayenesinde bilateral alt ekstremitelerde proksimal kas gruplarında motor kuvvetin 4/5 olduğu ve şiddetli ağrıya bağlı hareket kısıtlılığı tespit edildi. Hastaya çekilen lomber BT ve MRG'de L1 kompresyon fraktürü tespit edildi. Gerekli onamlar alınıp, mevcut riskler anlatıldıktan sonra kliniğimize L1 kifoplasti amaçlı yatırıldı. Sedasyon ve LA altında L1 korpusuna scopy eşliğinde sement enjekte edilirken posteriora doğru sement kaçağı olduğu görüldü ve işleme son verildi.

**Bulgular:** Hasta supine pozisyona çevrildi. Alt ekstremitelerde motor gücünün 1/5 düzeyine gerilediği ve paraplejiye yakın motor defisiti olduğu saptandı. Hastaya acil dekompresyon amaçlı laminektomi planlandı ve entübe edildi. Tekrar prone pozisyona çevrilen hastaya L1 total L2 ve T12 kısmi laminektomi ile dekompresyon yapıldı. Epidural alan ve çevre dokular mikroskop ile incelendi fakat sement bulunamadı. Dura açılmadı, operasyona son verilerek hastaya steroid infüzyonu başlandı. Hastanın yapılan postop motor muayenesinde bilateral alt ekstremitelerde motor gücünün arttığı görüldü (Sol uyluk fleksiyonu 3/5, sol diz ekstansiyonu 3/5, sağ uyluk fleksiyonu 2/5, sağ diz ekstansiyonu 2/5). Hastanın çekilen erken postop Lomber BT ve Lomber MRG sinde L1 korpus ve konus düzeyinde intradural sağ anterolateral yerleşimli 3x1 cm büyüklüğünde sement kitlesinin olduğu gözlemlendi. Hasta ve yakınlarına mevcut klinik durum anlatılarak nöromoniterizasyon eşliğinde, laminektominin genişletilerek intradural sementin çıkarılması ve transpediküler vida ile stabilizasyon operasyonu önerildi. Hasta ve yakınlarının onamı alındıktan sonra T11-T12-L2 transpediküler vida ile stabilizasyon yapıldı. Laminektomi genişletilerek dura açıldı ve 3\*1 cm boyutlarındaki sertleşmiş sement kitlesi çıkarıldı. Postop ek komplikasyonu olmayan ve erken ftr başlanan hastanın kas gücü tedricen düzeldi. Postop 3. ayında tek taraflı düşük ayak ve uyluk fleksiyon zafiyeti olan hasta desteksiz yürüyebilmekte.

**Tartışma ve Sonuç:** Tartışma: Kifoplasti seçilmiş hastalarda, osteoporotik vertebra kırıklarında, vertebra tümör metastazlarında, travmatik vertebra kırıklarında, vertebra yüksekliğinin kazanılması ve ağrı kontrolünün sağlanmasında etkin ve güvenilir bir yöntem olarak kullanılmasına rağmen bu tür komplikasyonların farkındalığı olmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Kifoplasti, sement, komplikasyon

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/201911815230.jpg>

PS-231 [Nörotravma ve Yoğun Bakım]

## MİNÖR TRAVMA SONRASI MİNERALİZE ANJİOPATİ ZEMİNİNDE OLUŞAN BAZAL GANGLİYONDA İSKEMİK ENFARKT OLUŞUMU

Barış Erdoğan<sup>1</sup>, Kıvılcım Tekin<sup>\*1</sup>, Eylem Kırıl<sup>2</sup>, Çiğdem Öztunalı<sup>3</sup>, Mustafa Akcan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>S.B. Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>2</sup>S.B. Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatrik Yoğunbakım Kliniği

<sup>3</sup>S.B. Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Çocuk kafa travmalarının %80'i minör travmalardır ve herhangi bir nörolojik defisit olmadan iyileşmektedir. Çocuklarda lentikülostriat arterlerde mineralizasyon oluşumu daha önce tanımlanmış olup minör travmalarda bile bazal gangliyonlarda enfarkta yol açabileceği ve ciddi nörolojik defisitlere neden olabileceği belirtilmiştir.

**Yöntem:** Aynı zeminden düşme sonrası acil tıp kliniğimize sol hemiparezi ile başvuran 2 yaş erkek hastanın sunumu

**Bulgular:** Hastanın nörolojik muayenesinde sol tarafta 2/5 hemiparezi saptandı. Hastaya öncelikle beyin bilgisayarlı tomografi (BT) yapıldı. BT tetkikinde sağ bazal gangliyonunda noktasal hiperdens alanlar görüldü. Daha sonra mevcut kliniğinin etiyolojisini tam olarak ortaya koymak için beyin manyetik rezonans (MR) görüntüleme tetkikleri yapıldı. MR tetkikinde sağ bazal gangliyonunda mineralize anjiyopati zemininde akut iskemik enfarkt saptandı. Hastaya antikoagülan tedavi başlandı. Hasta fizik tedavi programına alındı. Hastanın kas gücü bir haftada 2 puan artarak 4/5 hemiparezi olduğu görüldü. Ayaktan fizik tedavi almak üzere hasta taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Mineralize anjiyopatisi mevcut olan hastalarda minör travma sonrası bile ciddi nörolojik defisitler meydana gelebilmektedir. Nadir görülen bir klinik durum olmakla birlikte erken ve uygun tedavi ile yüz güldürücü sonuçlar alınabilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Anjiyopati, enfarkt, mineralize

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/2019124121617.jpg>

PS-232 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## TORAKAL EPİDURAL ABSE TANILI HASTANIN ANTİBİYOTERAPİ TEDAVİSİ İLE DÜZELMESİ

Mustafa Sadeğ\*, Ali Serdar Oğuzoğlu, Hakan Murat Göksel

Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Kranio-kaudal ve rostral yönlerde geniş yayımlı olan epidural abselerin geniş rezeksiyon ve birden fazla segmentte laminektomi yapılarak cerrahi büyüklüğünü ve süresini uzatmadan örnekleme yapılarak uygun antibiyotik tedavi sonrası tam kür sağlanabildiğinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Boyundan sırta uzanan sol kola yayılan ağrı ve sol elde uyuşma şikayeti ile polikliniğe başvuran her iki kol abduksiyonda motor güç kaybı (4/5) olan 71 Yaş kadın, Torakal MR ında servikal düzeyden başlayıp Th12 düzeyine kadar uzanan periferik kontrastlanma gösteren loküle en büyüğü 20x10 mm boyutlarında enfekte kolleksiyon alanları ile uyumlu olabilecek görünüm (loküle ampiyem?) izlenen hasta. Hasta opere edildi. T2 bilateral total laminektomi ile T2 İntradural - intramedüller abseden örnekleme yapıldı. Alınan Kültür sonuçlarıyla enfeksiyon hastalıklarına danışılan hastaya intraop kültürde MSSA üremesi ve crp yanıtı mevcut (125---> 62) klinik olarak stabil, ateşli olmaması sebebiyle SULBAKTAM AMPİSİLİN 4x1,5 GR IV tedavisinin devamı önerildi. Postoperatif 11. Günü ve SULBAKTAM AMPİSİLİN tedavisinin 15. Gününde çekilen Torakal Kontrastlı MR ında Epidural abse kolleksiyonunda regresyon ve Spinal kordda bası bulguları azalmış olarak izlendi. Hastanın mevcut apsisi tamamen drene edilemediği için en az 3 hafta parenteral tedavi önerdi. Postoperatif 17.Gününde enfeksiyon hastalıkları DUOCID stoplanması, SEFAZOLİN 3X1 GR IV tedavi devamı ile taburcu edildi. Hastanın taburculuğunda defisitlerinin gerilediği izlendi. Postoperatif 3. ay kontrol MR'da torakal bölgede bir önceki tetkik ile karşılaştırıldığında tanımlı görünümde belirgin regresyon dikkati çekmiştir.

**Bulgular:** Hastanın yatış Laboratuvar, Hormon, Mikrobiyoloji değerleri: WBC: 18,9, CRP: 125 Brucella Tüp Aglutinasyon (+Coomb), BRUCELLA (ROSE-BENGAL) : Negatif CEA, CA 72-4, CA 15-3, CA 19-9, CA - 125: Negatif İdrar,

Aerop-Anaerop kan kültürü :Üreme olmadı. Toxoplasma IgM, Toxoplasma IgG:Negatif FAKTÖR XIII, FAKTÖR IX, FAKTÖR VIII, VWF ANTİJEN, ANTI TROMBIN III: Normal PPD:Negatif Göğüs Hastalıkları konsültasyonu: PPD 6X4 MM, akciğer tuberkulozu düşünülmedi Enfeksiyon konsültasyonu: SULBAKTAM AMPİSİLİN 4X 1,5 GR başlandı. Patoloji: Yumuşak Dokuda Kronik Aktif İnflamasyon ABSE kültürü: Üreme olmadı. DOKU kültürü: Üreme olmadı. ACTİNOMYCES kültürü: staphylococcus aureus üredi. İndüklenebilir klindamisin direnci negatif(-)

**Tartışma ve Sonuç:** Spinal epidural abse nöroşirürjikal acildir.Birden çok segmentin tutulduğu geniş yayımlı epidural abselerde basıyı ortadan kaldırmak hastanın genel durumunun kötü olduğu ve cerrahi süreyi uzatacağından postop komplikasyon riskini arttırmaktadır.Yüksek cerrahi risk taşıyan olgular,kraniokaudal geniş yayımlı abselerde ve 3 günün üzerinde paralizik olgularda sadece medikal tedavi önerilmekte olup ileri yaş, genel durumu kötü hastalarda mikrobiyolojik tanıyı koymak amacıyla yapılan örnekleme sonrası uygun antibiyoterapi ile epidural absenin tedavisi mümkün olmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Spinal epidural abse, komplikasyon, epidural bası, antibiyoterapi

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201911811218.jpg>

PS-233 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### LAMİNOPLASTİ SONRASI GELİŞEN C5 KÖK HASARININ MİKROSİRKÜLASYONU ARTIRAN AJANLARLA TEDAVİSİ

**Mustafa Sadef\*, Ali Serdar Oğuzoğlu, Hakan Murat Göksel**

*Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Beyin ve Sinir cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Laminoplasti sonrası gelişen nörolojik defisitinin IV Nimodipin tedavisi ile düzeldiğinin gösterilmesi amaçlanmıştır

**Yöntem:** Boyun ve sağ kol ağrısı, sağ kol ve elde güç kaybı şikayeti ile polikliniğe başvuran mesleği tır şöforü olan 57 Yaş erkek hasta. 4 yıl önce sağ kolunda güç kaybı olmaya başlamış, güç kaybıyla birlikte uyuşukluk başlayan hastanın daha çok ekstensör grupta olmak üzere son 7 aydır başlayan kas atrofileri olmuş,sağ bilek ve dirseğini hareket ettirememiş, dış merkezde Fizik tedavi ve medikal tedavi alan hastanın defisitleri artmış. Nörolojik Muayene: Sağ omuz abduksiyonu 4/5 sağ kol dirsek fleksiyonu 3/5, dirsek ekstansiyonu 4/5, sağ el bileği ekstansiyonu, sağ el parmakları fleksiyonu sağ el parmak ekstansiyonunda motor güç 2/5, sağ kolda C6,C7,C8,T1 dermatomları hipostezik, biceps ve brakioradial refleksler hipoaktif, patolojik refleks alınmadı. Servikal vertebra MRG : C4-5, C5-6, C6-7, C7-T1 servikal dar kanal ve C4-5-6 seviyelerinde myelomalazi izlendi. EMG: Sağ C5, C6 da daha belirgin olmak üzere C5, C7 spinal radiküler etkilenme

**Bulgular:** Hasta opere edildi. C3,C4,C5,C6 ve C7 laminoplasti yapıldı. Postop hastada sağ el bileğinde defisitlerinde düzelme olurken sol kolda nörolojik defisit gelişti. Postop Nörolojik Muayene: Bilateral Omuz abduksiyonu 0, dirsek fleksiyonu 2/5, dirsek ekstansiyonu 4/5, el bilek ekstansiyonu ve fleksiyonu 3/5, parmak fleksiyonu 3/5. DTR ler bilateral hipoaktif. Hastaya Postop flash doz IV prednol tedavisi, voluven ve nimotop başlandı. Kontrol servikal BT ve Servikal MRG çekildi. Hastanın postop 3. gününde her iki omuz abduksiyonunda düzelme izlendi. Bilateral Omuz

abduksiyonu 3/5, dirsek fleksiyonu 2/5, dirsek ekstansiyonu 4/5, el bilek ekstansiyonu ve fleksiyonu 4/5, parmak fleksiyonu 4/5. DTR ler bilateral hipoaktif.

**Tartışma ve Sonuç:** Laminoplasti cerrahisinin en önemli erken dönem komplikasyonu C5 kök hasarıdır.Genellikle geniş dekompresyonlardan sonra görülmekte olup, mekanizması tam olarak anlaşılamamıştır. postoperatif görüntüleme yöntemlerinde patoloji izlenmesi üzerine mikrosirkülasyondaki bozulmanın gelişen motor defisitinin sebebi olduğunu düşünerek başladığımız IV Nimodipin, Prednizolon, hidroksietil nişasta tedavisi ile hastanın defisitlerinde düzelme izlenmesi mikrosirkülasyonun önemini ortaya koymaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Laminoplasti, C5 hasarı, postoperatif motor defisit, komplikasyon

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019118113021.jpg>

PS-234 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### ANTERİOR RETROFARİNGEAL YAKLAŞIMLA C2-C3 DİSKEKTOMİ YAPILMASI

**Mustafa Sadef\*, Ali Serdar Oğuzoğlu, Hakan Murat Göksel**

*Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** C2-C3 disk hernisinin cerrahi tedavisinde transoral yola alternatif olarak anterior retrofaringeal yaklaşımın üstünlüklerinin gösterilmesi amaçlanmıştır

**Yöntem:** 4 yıldır giderek artan el, kol ve bacaklarda güçsüzlüğü olan son 6 aydır desteksiz yürüyemeyen sık sık düşmeleri olan, iş yaparken elinden malzeme düşürme şikayeti olan yaklaşık 11 yıl önce C4-5 ve C5-6 servikal disk hernisi sebebiyle opere olan 62 yaş bayan hasta. Servikal vertebra MRG : C2-3 düzeyinde santral ve sol parasantralde ekstrüde disk hernisi izlenmektedir. Bu düzeyde spinal kanalda daralma, spinal kanal sol yarıda bası ve kanalda myelomalazi ile daralma bulguları görülmektedir Hasta opere edildi.Baş sola 30 derece rotasyonda olacak şekilde pozisyon verildi. Orta hat boyunca mandibula altından mandibulaya paralel olarak mandibula köşesine uzanan 3 cm transvers cilt insizyonu yapıldı.Platizma kasının medial kenarı orta hatta mental simfiziden tiroid kartilaj çentiğine doğru vertikal olarak ayrıldı.Platizma kasının medial kenarı diseke edilip platizma alt yüzü serbestleştirildi.Derin fasiyanın süperfasial tabakası, altında şişlik oluşturan submandibular bez ile belirlendi. Mandibular bezin inferior kenarı kaldırıldı. Fasiyal arter laterale doğru submandibular bez yukarıya doğru retrakte edildi. Hypoglossal sinir diseke edildi. Hyoid kemik palpe edildi.Karotid kılıfa doğru hyoid kemik fasiası açıldı.Lateralde karotid arter palpe edildi ve laterale retrakte edildi.Künt diseksiyonla alar ve paravertebral fasyayıda içeren retrofaringeal doku açıldı. C2 C3 anterior yüzleri palpe edildi. Servikal vertebra korpuslarına ulaşıldı. Longus kolli kaslarının medial kenarları koterize edilip küt diseksiyon ile C2 ve C3 ün anterolateral yüzlerinden eleve edildi.Mesafe tayini sonrası C2-3 seviyelerindeki disk dokusu boşaltıldı, PLL görüldü. C3 nöral foramenlerin daralmış olduğu görüldü, foraminotomi ile rahatlatıldı. Diskektomi sonrası C2-3 seviyesine intervertebral cage konuldu.

**Bulgular:** Nörolojik Muayene: Solda daha fazla olmak üzere bilateral üst ekstremitelerde distalde motor güç 3/5, alt ekstremitelerde bilateral

proksimal motor güç 4/5, biceps ve brakioradial refleksler hiperaktif +++, hoffman bilateral + Postop Nörolojik Muayene: bilateral üst ekstremite distalinde motor güç 4/5, alt ekstremitelere bilateral proksimal motor güç 4+/5

**Tartışma ve Sonuç:** Anterior retrofarengeal yaklaşımla C1-C4 servikal segmentlere, foremen magnum anterior kenarına ve klivusun bazio-oksi-put kısmına ulaşılabilir. C2-3 diskektomide retrofarengeal yaklaşım transoral yola göre daha güvenli ve daha geniş bir cerrahi saha sağlar, oral kavite ve farinksin bakteriyel kontaminasyon riski olmadığından nonkontamine yoldur, yara iyileşmesi daha hızlı ve daha iyidir.

**Anahtar Sözcükler:** C2-C3 Disk hernisi, retrofarengeal yaklaşım, transoral yaklaşım, komplikasyon

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/>

[tmp/2019118115819.jpg](http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019118115819.jpg)

PS-235 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### SERVİKAL SPONDİLOTİK MYELOPATİ NEDENİ İLE UZUN SEVİYE POSTERİÖR ENSTRÜMANTASYON VE FÜZYON CERRAHİSİ KOMPLİKASYONLARI

**Nasif Ortaş\*, Uzun Erdoğan, Semih Fidan, Ali Ener Ofloğlu**

*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastahanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Posterior servikal stabilizasyon yöntemleri servikal instabilitenin önlenmesinde ve tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir cerrahi seçenektir. Çalışmamızda 2014 ve 2018 yılları arasında lateral mass ve transpediküler vidalama kullanılarak posterior servikal stabilizasyon uyguladığımız vakalarda per-op görülen ve operasyon sonrası takiplerinde gelişen komplikasyonlar, vida ve rod sistemi ile bağlantılı sorunlar ve cerrahi sonuçlar tartışılmıştır.

**Yöntem:** Çalışmamızda 3 seviye ve üzerinde servikal dar kanalı olan, MR'da miyelomalazik sinyal değişiklikleri olan deformiteli hastalarda, klinik olarak spastik tetraparetik hastalarda 2014 ve 2018 yılları arasında lateral mass ve transpediküler vida kullanılarak posterior servikal stabilizasyon uyguladığımız 37 hastanın, vaka esnasında gelişen komplikasyonları ve ortalama en az 1 yıllık takip süresi sonrası vida ve rod sistemi ile bağlantılı sorunlar retrospektif olarak ele alınmıştır.

**Bulgular:** 37 hastalık serimizde toplam 432 adet vida toplam lateral mass ve transpediküler yöntemlerle yerleştirilmiş olup, vidaya bağlı spinal kord hasarı hiç görülmemiştir. 1(%2,7) hastada vertebral arter hasarı, 2 (%5,4) hastada ise servikal sinir kökü hasarı görülmüştür. 6 hastada ise post-op takiplerde mekanik sorunlarla(3 vida kırığı 3rod kırığı) karşılaşmış ve revizyon cerrahisi yapılmıştır. 3(%8) hastada post-op yara yeri enfeksiyonu görülmüştür.

**Tartışma ve Sonuç:** Posterior servikal stabilizasyon yöntemleri beraberinde ciddi komplikasyonlar taşımaktadır. Literatürde gösterilen benzer problemler bu konuda tüm omurga cerrahlarının bu konuda problemleri olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda görülen vida-rod komplikasyon oranları literatüre göre düşüktür. Bunun sebebi iyi bir ameliyat öncesi hazırlık, doğru seviye ve doğru teknik seçimi, olabildiğince kısa cerrahi süresi ve uygun hasta seçimi olduğunu düşünmekteyiz. Komplikasyonlar ve bunları önleme ile ilgili yayınlar arttıkça tüm cerrahların faydalanacağı aşikardır.

**Anahtar Sözcükler:** Servikal, stabilizasyon, komplikasyon

PS-236 [Nörovasküler Cerrahi]

### MULTİPL KAVERNÖZ HEMANJİOM VE HİDROSEFALİ BİRLİKTELİĞİ, OLGU SUNUMU

**Candost Demiröz, Hakan Kurt, Utkan Topçu\*, Emre Özkara, Murat Vural**

*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroşirürji AD*

**Giriş ve Amaç:** Kavernöz hemanjiomlar, tüm kemik neoplazilerinin %0,7 ile %1'lik kısmına tekabül eden, nadir kabul edilen tümörlerdir(1). Tüm yaşlarda görülmekle birlikte en yaygın olarak 4. ve 5. dekadlarda ve ağırlıklı olarak kadınlarda tespit edilmektedirler. Kemik doku içerisindeki vasküler yapılardan gelişen bu tümörler, sıklıkla vertebral yapılarda görülmekle birlikte, kafatasının tüm benign neoplazilerinin %0,2'lik kısmını oluştururlar. (2) Kalvarial kemikler içerisinde en sık parietal kemik tutulumu görülmekte, bunu sırasıyla oksipital ve temporal kemik tutulumları izlemektedir(3). Bu lezyonların büyük kısmı asemptomatik seyretmekte, öte yandan hastalar fokal ağrı ya da palpabl kitle şikâyetleriyle başvurulabilmektedirler(2). Hastalığın patogenezi halen tam olarak bilinmemekle birlikte literatürdeki bazı vakalarda geçmiş travma öyküsü ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir(4), kimi çalışmalarda ise primordiyal damarların hatalı differansiasyonu sonucu gelişmiş olabilecekleri ifade edilmiştir(5). Biz bu çalışmada, hidrosefalinin de eşlik ettiği bir multipl kavernöz hemanjiom vakasına yönelik klinik tecrübemizi paylaştık.

**Yöntem:** Bu olguda, başvuru şikayeti sağ taraflı baş ağrısı olan, ileri sorgulamasında intermittant idrar inkontinansı ve yürüme güçlüğü olduğu öğrenilen ve kranyal BT'sinde en büyüğü hastanın ağrı tarifine uyacak şekilde sağ frontalde olmak üzere çok sayıda kalvarial kitle görülen 70 yaşında kadın hastayı tartıştık. Hastanın BT görüntülemesinde bilateral parietal ve frontal bölgede iç ve dış tabulayı inceltten, çok sayıda litik lezyon gözlenmiş olup radyolojik açıdan plazma hücre diskrazileri lehine yorumlandı. Yakınlarından unutkanlığı da olduğu öğrenilen hastaya, radyolojik görüntülemesinde periventriküler kaçış görülmesi üzerine kitle eksizyonu ile aynı seansta ventriküloperitoneal şant planı yapıldı.

**Bulgular:** Bahsedilen lezyonların en büyüğünün sağ parietalde olması nedeniyle, aynı seansta flep kaldırılarak koronal sütün arkasında kalvarial kitle eksizyonu ve kranyoplasti, takiben koronal sütün önünde ventriküloperitoneal şant yerleştirilmesi prosedürleri planlandı ve uygulandı. Hastanın sağ frontalden alınan örneğinin patolojik değerlendirmesinde lezyon mikst kavernöz ve kapiller hemanjiom paterni lehine değerlendirildi.

**Tartışma ve Sonuç:** İntraosseöz kavernöz hemanjiomlar kalvariumda nadir görülen ve genellikle diğer kemik tümörleriyle benzer radyolojik bulgulara sahip olan tümörlerdir. Bununla birlikte kalvarian hemanjiomlar her zaman tipik radyolojik özellikler göstermeyebilir, bu nedenle malign kafatası lezyonlarının ve plazma hücre diskrazilerinin ayırıcı tanısında her zaman akla gelmelidir. Lezyonun tanısı sıklıkla hemorajik özellikleri aracılığıyla cerrahi sırasında konmakta ve histolojik inceleme ile kesinleştirilmektedir. Hastalığın tedavisi yeterli normal kemik sınırı ile birlikte tümörün cerrahi olarak rezeke edilmesidir.

**Anahtar Sözcükler:** Kavernöz hemanjiom, hidrosefali, kalvarium



PS-237 [Nöroonkolojik Cerrahi]

**ANAPLASTİK ASTROSİTOM, OLGU SUNUMU****Ali Osman Muçuoğlu\***, Rifat Saygın Altınağ, Beyza Alkış, Hamit Selim Karabekir*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD*

**Giriş ve Amaç:** Astrositomalar, malign astrositlerle karakterize ve en yaygın görülen santral sinir sistemi neoplazmlarıdır. Anaplastik astrositomun (AA) dahil olduğu grade III ve IV tümörler erişkinlerde görülen agresif seyirli ve erkeklerde daha sık rastlanan tümörlerdir. Semptomlar astrositomun yerleşim yeri ile ilişkilidir. Grade III tümörler grade IV'e progrese olabilir.

**Yöntem:** Tip 1 DM olan, 42 yaşında erkek hastanın şiddetli baş ağrısı nedeniyle çekilen Beyin BT'sinde sol temporal lob medialinde 7 x 7 cm boyutlarında, kistik nekrotik alanlar bulunan kitlesel lezyon ve orta hat şifti saptanması üzerine kliniğimize başvurdu.

**Bulgular:** Hastanın başvurusunda muayenesi bilinç açık, semikoopere, nonoryante ve sağ yan früst paretik olarak değerlendirildi. Kitleye yönelik eksizyon uygulandı. Postop Beyin BT'de orta hat şiftinin gerilememesi üzerine hasta postop 1. gün revizyon cerrahisine alındı. Gross total eksizyon sonrasında hastanın nörolojik muayenesi preop ile benzerdi. Patolojik tanısı Anaplastik Astrositom (Grade III, IDH-1 pozitif) olarak raporlandı. Sonrasında hasta KT ve RT almak üzere eksterne edildi. RT ve KT almayan hasta yaklaşık 6ay sonra konuşma güçlüğü ve nöbet geçirmesi nedeniyle tekrar başvurdu. Muayenesinde; bilinç açık, koopere, semioriyante, disfazi, bilateral görme keskinliği azalmıştı. Takiplerinde RT ve KT almayan hastanın görüntülemelerinde kitlesel nüks ve progresyon saptandı ve hastaya yeniden cerrahi planlandı. Gross total eksizyon yapıldı. Postop muayenesi preop ile benzer olarak hasta eksterne edildi. RT ve KT alan hasta 3 yıl sonra benzer şikayetlerle başvurusunda yapılan görüntülemelerin radyasyon nekrozu ile uyumlu değerlendirilmesi üzerine medikal tedavisi düzenlenerek takibine devam edildi. Son başvurusundan yaklaşık 6 ay sonra yapılan kontrol MRG'de mevcut operasyon lojunda nüks tümör saptanması üzerine hastaya yeniden cerrahi planlandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Astrositomlar; beyin, leptomeninksler ve spinal kordu tutan, fokal nörolojik belirti ve bulgularla karakterize malign beyin neoplazmlarıdır. AA tedavisi öncelikli tedavisi rezeksiyon ve ardından RT ile KT'dir. Tedaviye rağmen birkaç yılda rekürrens gelişir ve rekürrens tümörler tedaviye dirençlidir. Hastaların ortalama yaşam süresi yaklaşık iki yıldır. Bizim olgumuzda da hasta KT ve RT almasına rağmen rekürrens gelişmişti.

**Anahtar Sözcükler:** Anaplastik, astrositom, nüks

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/2019118134238.jpg>

PS-238 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

**TORAKAL SPİNAL ARAKNOİD KİST OLGU SUNUMU****Burcu Ece Yıldız\***, Berkay Bozkurt, Seçkin Emre Cancan, Kutlu Sarı, Caner Çiçek, Yaşar Dağıstan, Ali Rıza Gezici*Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Spinal ekstradural araknoid kistler (SEAK'ler) bir dural defekt aracılığıyla araknoid materyalin herniasyonudur. Hemen her zaman dorsal ve çok sıklıkla torakal yerleşimlidirler. Spinal kitlelerin %1'ini oluştururlar. Bu vaka takdiminde yürüme güçlüğü ve motor güç kaybı olan bir pediatrik SEAK olgusuna yer verilmiştir.

**Yöntem:** 13 yaş kadın hasta yürüme güçlüğü şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Nörolojik muayenesinde solda alt ekstremitede motor güç kaybı görüldü, motor gücü 4/5 olarak değerlendirildi. Derin tendon refleksleri hiperaktif, babinski bilateral ekstansör olarak değerlendirildi. Hastadan spinal MR istendi. MR sonucunda T4, T5, T6, T7 vertebra korpuslarının düzeylerinde vertikal olarak yerleşim gösteren posteriyorda epidural mesafede izlenen 78 x 14 x 24 mm boyutlarında, tüm sekanslarda BOS ile izointens, IVKM sonrası kontrast tutulumu göstermeyen ve diffüzyon ağırlıklı görüntülemelerde BOS ile izointens diffüzyon özelliklerine sahip lezyon saptandı ve Araknoid kist lehine yorumlandı (Resim 1). T4-T7 düzeyindeki araknoid kist sebebi ile spinal kord anteriora doğru itilmiş olduğu görüldü. Bu düzeyde spinal kanal daralmış olarak izlendi ve hastaya operasyon kararı verildi. T4-T5-T6 laminaları bilateral kesildi. 3 vertebra laminası kaldırıldıktan sonra orta hatta araknoid kist görüldü. Araknoid kist klivajından kaldırıldı. T3-4 seviyesinden üst kısmın bittiği inferior sınırın T7 hizasında sonlandığı görüldü. Kist dural fistülünden ayrıldı ve boşaltılmadan çıkarıldı. Dural bağlantı kas grefti kullanılarak onarıldı.

**Bulgular:** Patoloji kliniğince hazırlanan kesitlerde ince fibröz bir duvara sahip kist yapısı izlendi. Spindle karakterdeki hücrelerin kist iç yüzeyinde yer yer döşeyici epitel niteliğinde olduğu görüldü. Bu hücreler CD31 ile negatif iken EMA ile pozitif boyandı ve patolojik tanısı araknoidal kist olarak doğrulandı. Postop 1. günde torakolomber korse ile mobilize edilen hastanın postop 1. hafta yürüme ve motor güç kaybı şikâyetleri düzeldi, motor güç 5/5 olarak değerlendirildi ve taburcu edildi. Postop 6. ayda tam iyileşme sağlanan hastanın kontrol torakal MR görüntülemesinde spinal kord içerisinde yer yer myelomalazik değişiklikler görüldü. Nüks rezidü saptanmadı

**Tartışma ve Sonuç:** Spinal araknoid kistlerin cerrahi tedavisi sadece nöral dekompresyon sağlamakla kalmaz, aynı zamanda kist nüksünü de önler. Kompresyon bulguları ilerlemeden yapılan erken cerrahi ile nörolojik bulgularla tam düzelleme sağlamak mümkündür.

**Anahtar Sözcükler:** Spinal, torakal, araknoid kist, dural defekt

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/2019118135218.jpg>

PS-239 [Pediatrik Nöroşirürji]

**ENSEFALOSEL, OLGU SUNUMU****Muharrem Furkan Yüzbaşı\***, Ege Coşkun, Can Şensöğüt, Reşat Serhat Erbayraktar*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD*

**Giriş ve Amaç:** Ensefalosel, merkezi sinir sistemi (MSS) yapılarının kraniumdaki bir defektten dışarı herniasyonu olarak tanımlanır. Çoğunlukla orta hatta görülür. İnsidansı 0,8-4/10.000 canlı doğumdur. Nöroporun rostral ucunun kapanmasındaki yetersizlik sonucu meydana gelir. Kese içerisinde yer alan doku çeşitlerine göre sınıflandırılır. Sıklıkla (yaklaşık %75) oksipital bölgede görülür. Hastaların yaklaşık %50'sinde

eşlik eden konjenital anomaliler (Trizomi 13, Trizomi 18, mikrosefali, Spina Bfida, yarık damak-dudak, konjenital kardiyak anomaliler gibi) görülebilir.

**Yöntem:** 34 yaşında sağlıklı anneden IVF yöntemi ile gerçekleşen gebelik sonucu 39. gebelik haftasında normal spontan vajinal yolla 3660 gram olarak doğan, doğum sonrasında başının arkasında akıntılı kese saptanan hastanın fizik bakışında oksipitalde sağa doğru yerleşimli yaklaşık 2x3 cm boyutlarında hemorajik vasıfta muhtemel BOS ile karışık akıntı ve meningesel? ensefalosel? ile uyumlu olabilecek bir lezyon saptandı.

**Bulgular:** Hastanın nörolojik bakışında özellik yoktu. Hastanın çekilen beyin MRG'sinde parietookspitalde orta hattın sağında, kemik yapıda destrüksiyona da neden olan, içerisinde dura ve bri miktar nöral doku elemanları da izlenen, yaklaşık 22,5x11 mm boyutlarında ensefalosel ile uyumlu lezyon saptandı. Spinal görüntüleme orta hat defekti izlenmedi. Hasta ek olarak pediatrik kardiyoloji tarafından değerlendirildi ve eşlik eden sekundum ASD varlığı saptandı. Bu bulgular ışığında hasta tarafımızca opere edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Nadir görülen konjenital anomaliler olan ensefalosel sıklıkla orta hatta izlenir. Meningosel, gliosel, meningoensefalosel, meningoensefalosistosel ve atretik sefalosel şeklinde alt gruplara ayrılabilir. Hastaların tedavisi ve genel prognozu defektin derecesine ve eşlik eden ek anomalilere göre değişkenlik gösterebilir. Antenatal ultrasonda büyük ensefalosel varlığı genellikle daha kötü prognoza işaret eder. Bizim vakamızda hastanın antenatal taramalarında ensefalosel saptanmaması, hastanın defektinin görece küçük boyutta olması ve hastanın eşlik eden hayatı tehdit edici ek anomalisinin olmaması (hastada sekundum ASD mevcuttu) hastanın postoperatif dönemde prognozunun daha iyi olacağı yönünde işaret sunmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Ensefalosel, nöropor, orta hat defekti

**Görsel:** <http://onlineozet.com/limages/52/BildirResmi/tmp/2019118135258.jpg>

PS-240 [Stereotaktik, Fonksiyonel Ağrı ve Epilepsi Cerrahisi]

## DERİN BEYİN STİMULASYONU UYGULANAN HASTADA POSTOPERATİF YARA YERİ KOMPLİKASYONU

**Rıfat Saygın Altınağ\*, Ilgar Binnat, Şafak Özyörük, Hülagü Kaptan**  
*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Parkinson hastalığı nörodejeneratif bir hastalık olup görülme sıklığı yaş ile artmaktadır. Başlıca semptomları tremor, rijidite, bradikinezi, daha geç bulgular ise postural instabilite ile yürüme ve denge bozukluklarıdır. Tedavideki amaç kolinerjik aktiviteyi azaltmak veya dopaminerjik fonksiyonu düzeltmektir. Derin beyin stimülasyonu, hastalığı tedavi etmez, ancak semptomları hafifleterek hastanın yaşam kalitesini artırmakta ve kullanılan ilaç miktarını azaltmakta veya sonlandırmaktadır. Bu olguda DBS yapılan hastada gelişen komplikasyon ile ilgili bilgi verilecek.

**Yöntem:** 63 yaşında erkek hasta, bilinen 18 yıllık Parkinson tanılı, sağ kol ağırlıklı tüm ekstremitelerde hareketlerde yavaşlama, titreme şikayetleri olan Madopar, Ramifex, Stalevo, Dopadex kullanımı olan hasta operasyon amacıyla servisimize yatırıldı.

**Bulgular:** Postop takiplerinde sol pektoral bölgede yara yerinde şişlik nedeniyle tarafımıza tekrar başvuran hastaya ponksiyon yapıp, kültür gönderildi. 2 gün sonra benzer şikayetle yeniden başvuran hastaya

yeniden ponksiyon yapıp, baskılı pansumanla takip edilerek servisimize yatırıldı. Çekilen NöroBT-Anjiyoda herhangi vasküler patoloji düşünülmedi. Aspirat kültürlerinde üreme saptanmayan hastada baskılı pansuman sonrası yara yerinde şişlik azalmış olup poliklinik kontrolü önerilerek hasta taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** İleri evre Parkinson hastalığında tedavilerden biri olan DBS cerrahisi yaşam kalitesi ölçütlerinde belirgin düzelme sağlar. STN, talamus VIM ve GPi cerrahi hedeflerdir. Özellikle STN DBS sonrasında hastalarda kognitif gerileme; frontal yürütücü işlevlerde bozulma, verbal akıcılıkta azalma ve çalışma belleğinde bozulma saptanır. Derin beyin stimülasyonu cerrahisi için erken ameliyat sonrası komplikasyonlar arasında intraserebral kanama (%2), iskemik inme (%1), nöbet (%0-3), ameliyat sonrası konfüzyon (%21); takiplerde implant yeri enfeksiyonu (%3-8) görülür. Bizim çalışmamızda da sık görülmeyen ve ön planda enfeksiyon düşünülmeden sol pektoral alan ile sınırlı cilt altı koleksiyon komplikasyonu gelişmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** DBS, yara yeri, komplikasyon

PS-241 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## FAR LATERAL DİSK HERNİLERİNDE CERRAHİ TEDAVİ:15 OLGULUK RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRME

**Haydar Sekmen\*<sup>1</sup>, Kartal Hakan Yıldız<sup>1</sup>, Nural Cafer Çelik<sup>2</sup>, Emin Vural<sup>1</sup>, Aykut Gokbel<sup>1</sup>, Mehmet Seçer<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

*<sup>2</sup>Özel Gölcük Aile Konak Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Far lateral disk hernileri, tüm disk hernileri arasında %7-12 oranında görülür. Far lateral disk hernileri, foramen'in lateralinde, sagittal planda diskin pedikülün lateraline doğru yer değiştirmesidir. "far lateral", "ekstrem lateral", "extraforaminal", gibi terimler birçok defa birbirinin yerine kullanılmaktadır. Far lateral disk hernilerinde mikroskopik, tübüler mikroskopik, perkütanöz endoskopik, mikroendoskopik gibi birçok cerrahi teknik kullanılmaktadır. Bölgenin anatomik sınırlamalarından dolayı, cerrahisi diğer disk hernilerine göre daha karmaşık ve zordur.

**Yöntem:** 2017-2018 yılları arasında far lateral disk hernisi nedeniyle cerrahi uygulanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Çalışmada yer alan 15 olgunun retrospektif olarak radyolojik görüntüleri, epikrizleri, ameliyat sonrası radyolojik görüntüleri incelendi.

**Bulgular:** Çalışmada yer alan 15 olgunun 8 (%53)'i kadın, 7 (%47)'si erkektir. Tüm hastalar mikroskopik intertransvers yaklaşım ile opere edilmiştir. 8 (%53) olgu L4-5 seviyesi, 3 (%20) olgu L5-S1 seviyesi, 3 (%20) olgu L3-4 seviyesi, 1 (%7) olgu L1-2 seviyesi idi. Ortalama yaş 55 olarak tespit edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Far lateral disk hernileri nadir görülür ve bölgenin anatomik özelliklerinden dolayı cerrahisi klasik disk cerrahisinden farklıdır. Daha çok ileri yaşlarda görülür. Daha sık 6. dekatta karşımıza çıkar. Konservatif tedaviden fayda görülemeyen durumlarda cerrahi gerekmektedir. Günümüzde cerrahide en sık kullanılan yöntemlerden birisi paramedian intertransvers yaklaşımdır. Bu yaklaşımda seviyeler arasındaki anatomik farklılıklar dikkate alınmalıdır. Paraspinal insizyonla yapılan ameliyatlarda başarı oranı %70-90 arasındadır. Far lateral disk hernilerinde komplikasyon oranı ise %2 ila %10 arasındadır.

**Anahtar Sözcükler:** Cerrahi yaklaşım, far lateral disk hernisi, mikrodisektomi

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201913121125.jpg>

PS-242 [Nörotravma ve Yoğun Bakım]

### OUR EXPERIENCE OF SUBOCCIPITAL DECOMPRESSIVE CRANIECTOMY FOR MASSIVE CEREBELLAR INFARCTION: TIMING, INDICATIONS AND COMPLICATIONS

**Göksel Güven\*, Necati Kaplan**

*Reyap Hospital, Neurosurgery Department*

**Background and Aim:** Cerebral and cerebellar infarcts can cause intracranial hypertension by mass effect with edema. In the last decade decompressive craniectomy became more popular even though medication for stroke has advanced so far.

**Methods:** In this study, we have reviewed the medical and radiological data of cerebellar infarct cases that has been followed by neurology, neurosurgery and Intensive Care Unit between the dates of June 2015-December 2018 retrospectively.

**Results:** In the literature, there are many studies for suboccipital decompressive craniectomy for cerebellar infarction but also there are many reported indications. Our experience shows that the major indication is the infarction parenchym volume dedected in the first diffusion MRI. The need of decompression is directly related with the infarction volume. The second indication for SDC is sudden decrease of Glasgow Comma Scale (GCS). Even in higher score over 10, decline under 8 in first 48 hours should be recovered with SDC. We believe that clinical deterioration is more valuable criteria than the radiological findings. So SDC must be planned even CT or MRI shows minimal swelling of the parenchym.

**Conclusions:** After 72 hours or huge edema of infarction seen on radiological procedures, postoperative period is more desperate. In our patients, the major complications are as follows: vertebral artery injury CSF fistulas dural sinus injury inadequate decompression postdecompression intraparenchymal bleeding wrong side decompression (missing midline) Infection

**Keywords:** Posterior fossa, decompressive craniectomy, cerebellar infarction

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/20192114382.jpg>

PS-243 [Nörovasküler Cerrahi]

### SUBARAKNOİD KANAMA GEÇİREN BİR OLGUDA HİPOFİZ ADENOMU İLE ANEVİZMA BİRLİKTELİĞİ VE ETİYOLOJİ ARAŞTIRMASI

**Özge Selahi\*, Hüseyin Demir, Jülide Hazneci, Erhan Çelikoğlu**

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Subaraknoid kanamada (SAK) farklı etyolojilerin araştırılması **Yöntem:** 41 yaşında hipofiz adenomu ve anevrizması olup SAK saptanan olgu klinik ve radyolojik olarak araştırılmıştır.

**Bulgular:** Özgeçmişinde hipertansiyon ve geçirilmiş kolesistektomi öyküsü olan 41 yaşında kadın hasta senkop sonrası şiddetli baş ağrısı şikayetiyle başvurmuş ve çekilen Bilgisayarlı Beyin Tomografisinde (BBT) suprasellar ve interpedinküler sisternada ağırlıklı olmak üzere Fisher Grade 3 SAK saptanmıştır. Hastanın çekilen DSA'sında multiple küçük anevrizmalar görülmüştür. Anevrizmaların küçük olması, morfolojileri ve sisternal kanın anevrizmaların lokalizasyonu ile uyuşmaması nedeniyle bir anevrizma rüptürüne şüphe ile yaklaşılırken farklı bir etiyoloji araştırmak amacıyla kontrastlı kraniyal Magnetik Rezonans Görüntülemesi (MRG) yaptırılmıştır. Geç dönem MRG'de, sella tursikayı dolduran ve suprasellar sisternaya uzanım gösteren, içerisinde kistik ve nekrotik alanlar barındıran 14x17 mm büyüklüğünde hipofiz adenomu ile uyumlu kitlesel lezyon ve komşuluğunda dorsum sella lokalizasyonunda sebat eden subakut hematoma görülmüştür.

**Tartışma ve Sonuç:** Sisternal kanamanın lokalizasyonu ile uyuşmayan, morfolojisi ve büyüklüğü itibarıyla SAK'a yol açması şüphe ile bakılan anevrizmaların varlığında farklı etyolojiler araştırılmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Anevrizma, hipofiz adenomu, subaraknoid kanama

PS-244 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### SERVİKAL OSTEOİD OSTEOMA; NADİR BİR OLGU SUNUMU

**Semih Çelik, Selman Kök, Ahmet Cemil Ergün, Metin Kaplan\***

*Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Kemik tümörleri omurgada en sık korpus tutarlar. Nidus formasyonu olması osteoid osteoma ile ilişkilendirilir. Bu bildiriye C5 korpus ve pedikül tutulumu ile birlikte nidus formasyonu olan hastanın posterior yolla kitle eksizyonu ve füzyon cerrahisi sunulmuştur.

**Yöntem:** 19 yaşında erkek hasta, 6 aydır devam eden boyun ve kollarda ağrıları mevcutmuş. Son zamanlarda ağrıları artmış ve yürümede güçlük şikayeti de başlamış. Ek hastalık mevcut değil.

**Bulgular:** Servikal MRI görüntülemesinde T2 ağırlıklı sekansta C5 korpus ve sağ pedikülde hiperintensite ve nidus formasyonu ile uyumlu alan izlendi. Hastaya posterior yaklaşımla C3-C7 orta hat insizyon yapıldı. C5 seviyesinden sağ lateralden ilerlenerek kitleye ulaşıldı. Kitle nidus formasyonu ile beraber total eksize edildi. Daha sonra doppler USG ile vertebral arter kan akımı görüldü. Ardından C4 ve C6 seviyelerine lateral mass vidaları gönderildi. 1 adet rod ile füzyon tamamlandı. Postoperatif erken dönemde ağrıları rahatlayan hastanın kontrol radyolojik görüntülemelerinde tümörün total rezeke edildiği ve füzyon materyallerinin anatomik lokalizasyona uygun olduğu görüldü.

**Tartışma ve Sonuç:** Osteoid osteomalar kemik tutulumu yapan ve nidus formasyonu gösteren benign tümörlerdir. Genellikle antiinflamatuvar tedaviye iyi cevap verirler. Literatürde kemiğin nidus formasyonu ile eksizyonu önerilmektedir ve stabiliteyi korumak için füzyon yapılmasının gerekli olabileceği vurgulanmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Osteoid osteoma, nidus formasyonu, spinal tümör, füzyon

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019118165544.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019118165615.jpg>

PS-245 [Nöroonkolojik Cerrahi]

**PRİMER SANTRAL SİNİR SİSTEMİ LENFOMASI, OLGU SUNUMU****Fazlı Oğuzhan Durak, Ali Osman Muçuoğlu\*, Ege Coşkun, Orhan Kalemci***Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Primer Santral Sinir Sistemi Lenfoması ülkemizde nadir olarak görülen bir lenfoma türüdür. Beyin parankimi, spinal kord, gözler, kranyal sinirler ve meninksler tutulabilir ve klinik prezantasyon da tutulum alanı ile ilişkilidir. Kemoterapi, tedavinin ana unsurunu oluşturmaktadır. Lokalizasyon olarak çoğu kez tek bir parankimal lezyon şeklinde frontal lob, korpus kallozum veya derin periventriküler dokulardan başlar. Bu olgu sunumunda nadir görülen santral sinir sistem lenfomalı bir olguyu sunmak istedik.

**Yöntem:** Yaklaşık 7 aydır olan sol kolda uyuşma, güçsüzlük, halsizlik, algılamada güçlük, konuşmada güçlük şikayetleri olması üzerine çekilen Beyin MRG'sinde sol bazal ganglionlar ve sol peritrigonal beyaz cevherde çevresi vazojenik ödemli ve kontrastlanan alan saptanmış. Hasta bunun üzerine tarafımıza başvurmuş.

**Bulgular:** Hastanın yapılan nörolojik muayenesinde bilinç açık koopere oryante olan hastanın yüz sağ yarımında geçirilmiş svo'ya bağlı santral fasyal paralizisi saptandı. Hastaya tarafımızca sol parasagittal yaklaşımla kitle eksizyonu yapıldı. Post op muayenesinde gks 15 nörolojik defisit saptanmayan hasta takiplerinde de sorun olmaması üzerine komplikasyonsuz taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Primer Merkezi Sinir Sistemi lenfomaları (PMSSL) tüm beyin tümörlerinin %4'ünü, ektranodal lenfomaların ise %4-6'sını oluşturur. PMSSL yaklaşık %90-95'ini difüz büyük B hücreli lenfoma (DBBHL) oluşturmaktadır. Son 30 yılda insidansının arttığı bildirilen bu grup lenfomalar için bilinen en önemli risk faktörü konjenital veya edinilmiş immün yetmezlik durumlarıdır. Klinik olarak diğer lenfomalarda görülebilen ateş, gece terlemesi, kilo kaybı şeklindeki konstitüsyonel semptomlar oldukça nadirdir. Beklenebileceği gibi kliniğe başvuru semptomları arasında nörolojik bulgular ön planda yer alır. Bu hastalığın özelliği çoğu kez SSS içerisinde sınırlı kalması, tedaviye yanıt verse dahi çoğu kez SSS içinde, özellikle ilk başladığı lokalizasyonda nüks gösterebilmesidir. Yaş, performans, laktat dehidrogenaz (LDH), BOS protein konsantrasyonu ve beyin derin yapılarının tutulumu prognozu belirleyen ana etmenlerdir. Bizim vakamızda da olduğu gibi lenfolitik etkileri nedeni ile mümkün olduğunca tanısız girişim öncesinde kortikosteroid kullanılmamalı ve gecikmeden stereotaktik biyopsi ile tanıya gidilmelidir. Primer Santral Sinir Sistemi Lenfoması nadir olarak görülmeyle beraber yerleşim yeri itibarıyla çeşitli nörolojik semptomlarla bulgu veren bir lenfoma türüdür. Vakit geçirilmeden stereotaktik biyopsi yapılmalı ve patoloji sonucuna göre uygun kemoterapi başlanarak hastanın tedavisi düzenlenmelidir. Sadece cerrahi yapılan olgularda sağ kalım süresi 1-4 ay olarak belirlenmiş olup kombine tedavi ile (cerrahi + kemoterapi) hastaların surveyleri uzatılabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Lenfoma, primer santral sinir sistemi lenfoması

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019118171415.jpg>

PS-246 [Nöroonkolojik Cerrahi]

**REKÜRREN METASTATİK MALİGN MELANOM, OLGU SUNUMU****Muharrem Furkan Yüzbaşı\*, Ersin İkizoğlu, Şafak Özyörük, Ercan Özer***Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Malign melanom deri kanserlerine bağlı ölümlerin önde gelen nedenidir. Melanom herkeste görülebilmekle birlikte açık ten rengi, yoğun ultraviyole maruziyeti, belirli bir genetik zemin bulunması, çok sayıda melanositik nevus bulunması ve displastik nevus varlığı başta olmak üzere bazı risk faktörleri olanlarda daha sıktır. MM beyin metastazı yapan tümörler içinde üçüncü sıradadır. Klinik çalışmalarda MM hastalarının %10-40'ında santral sinir sistemi metastazı saptanırken, otopsi serilerinde bu oran daha yüksektir (hastaların 2/3'ü). MM'nin beyin içine sekonder yayılımının sıklıkla multipl olduğu gözlenmektedir.

**Yöntem:** 49 yaşında erkek hasta, daha önce tarafımızca sağ frontoparietal metastatik malign melanom nedeniyle opere edilmiş olup, 2016 yılında sağ submandibular tükürük bezinden sonrasında sağ dış kulak yolunda malign melanom nedeniyle opere edilmiş. Kliniğimizde takipli hastanın kontrol amaçlı çekilen beyin MRG'lerinde Sağ temporal lobda 20x24 mm boyutlarında kitlesel lezyon saptanmış olup, kontrollerinde kitile progresyon izlenmiştir.

**Bulgular:** Fizik bakıda sağ dış kulak yapıları eksize edilmiş olarak olarak saptanın hastanın sağ>sol anizokorisi ve sol üst ve alt ekstremitelerde kas gücü 4+/5 olarak saptandı. Tarafımızca kitle eksizyonu amacı ile opere edilmiş olup kitle total olarak çıkarılmıştır. Perop frozen sonucu malign melanom ile uyumlu gelmiştir. Hasta postop 4. günde komplikasyonsuz taburcu edilmiştir. Hastanın kesin patoloji raporu malign melanom metastazı olarak raporlanmıştır.

**Tartışma ve Sonuç:** Melanom yetişkinleri ileri yaşlarında etkileyen komplike bir hastalıktır. Cerrahi, ileri evre hastalarda adjuvan kemoterapi ile birlikte tedavi seçeneklerinden birisidir. Metastatik melanom tedavisi kurum protokollerine ve hasta karakteristiğine göre değişmektedir. Malign melanom beyin metastazı yapan tümörler içinde üçüncü sıradadır ve hasta yönetimi multidisipliner şekilde yönetilmelidir. Vakamızda hasta postoperatif dönemde tıbbi onkoloji ve radyasyon onkolojisi bölümlerine yönlendirilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Malign melanom, metastaz, nüks

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019118172723.jpg>

PS-247 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

**ANTERİOR SERVİKAL MİKRODİSEKTOMİ SONRASI ATELEKTAZİ****Muhammet Arif Özbek, Berkhan Genç\*, Alican Tahta, Cem Dinç, Zeki Şekerci***Medipol Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Anterior servikal mikrodisektomi en sık yapılan spinal ameliyatlardan biridir. Vertebraya nispeten kolay erişim sağlarken, tatminkar düzeyde iyi sonuçlar elde edilmektedir. Bununla birlikte sık görülen komplikasyonların nadir görülmesine rağmen dikkate alınmalıdır. Bu vakada nadir görülen bir komplikasyon incelenmiştir.

**Yöntem:** 41 yaşında kadın hasta hareketle artan sağ kola yayılan uyuşma karıncalanma ve ağrı hissi ile tarafımıza başvurmuş. Boyun rom hareketleri her yöne ağrılı, spurling testi +, sağ ön kol ekstansiyonu 4/5 olan hastaya cerrahi uygulandı. Perop komplikasyonu olmadı.

**Bulgular:** Post op 4 saatinde göğsünde sıkışma şikayeti başlayan hastanın tansiyonları regüle, taşikardisi yok, saturasyonu 90 civarındaydı. Çekilen EKG sinde patolojik bulgu saptanmadı. D-dimer seviyeleri yüksek bulunan ve saturasyonları düşen hastaya bronkoskopi planlandı. İşlem öncesinde solunum arrestine giren hasta hızlı entubasyon ve dilatasyon ile akciğerleri tekrar havalanmaya başladı. 1 günlük yoğun bakım takibi sonrası servise çıkan hastanın post op 3. gününde taburculuğu yapıldı.

**Tartışma ve Sonuç:** Anterior servikal mikrodisektomi prosedürünün komplikasyonları az görülmesine rağmen gelişebilecek komplikasyonları öncesinde öngörebilmek ve tedavisini vakit kaybetmeden yapmak hayati önem taşımaktadır. Anterior servikal mikrodisektomi sonrası çok nadir de olsa atelektazi gelişebileceği ve mortal seyredebileceği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Atelektazi, servikal disk

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019120204413.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019120204428.jpg>

PS-248 [Nörotravma ve Yoğun Bakım]

## İTERHEMİSERİK SUBDURAL HEMATOMUN SPONTAN REZOLÜSYONU

**Yasin Taşkın\*, Fatih Ersay Deniz, Erol Öksüz, Özgür Demir, Mehmet Murat Dişçi, Tolga Erol, Mustafa Arslan**

*Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** İki serebral hemisfer arasındaki falks boyunca (interhemisferik) yerleşen subdural hematoma tablosudur. Erişkinlerde %79-91 kafa travması sonrası görülüp, %25-42 oranında mortal seyirlidir. Bu yazıda literatürde nadir bildiri olan interhemisferik subdural hematoma rezolüsyon ve redüstrüsyonunu sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** Nörolojik açıdan stabil hastanın interhemisferik alanda bulunan subdural hematomaunun konservatif tedavi uygulanarak spontan gerilemesinin Bilgisayarlı Beyin Tomografisi(BT) kullanılarak gösterilmesi.

**Bulgular:** Araç içi trafik kazası sonrası acil servise getirilen 69 yaşındaki hastanın çekilen beyin BT' sinde interhemisferik alanda subdural hematoma mevcuttu. İlk değerlendirmede GKS:15, nörolojik muayenesi doğal ve gross motor defisiti yoktu. Kardiyak stent öykülü hastanın antitrombotik olarak kullandığı prasugral etken maddeli ilacı Kardiyoloji kliniğine danışılarak kesildi. Acil nöroşirürjik cerrahi girişim düşünülmeyip, yoğun bakımda takip edilmeye başlandı. Vitallerinde ve nörolojik muayenesinde bozulma olmayan hastanın 4 gün arayla çekilmiş kıyaslamalı beyin BT'sinde falks cerebri boyunca hematoma gerilediği görülmektedir.

**Tartışma ve Sonuç:** Beyin BT' de interhemisferik fissürdeki subdural hematomaunun tanısı zordur. Tipik BT bulgusu yarım ay şeklindedir. Hızlı spontan rezolüsyon ve redistribüsyonun rapor edilmesi sık değildir. Literatürde 2 saat ile birkaç hafta arasında rezolüsyon gösteren vakalar mevcuttur. Hızlı rezolüsyonda serebral atrofinin rolü vurgulanmıştır. Bizim

vakamızda da serebral atrofinin emilimi kolaylaştırıcı faktör olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Sözcükler:** İnterhemisferik, subdural, hematoma

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201921161044.jpeg>

PS-249 [Stereotaktik, Fonksiyonel Ağrı ve Epilepsi Cerrahisi]

## ORBİTA TÜMÖRÜNDE STEREOTAKTİK BİYOPSİ: OLGU SUNUMU.

**Mehmet Gazi Boyacı\*, Necmettin Çoban**

*Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Orbita tümörleri çok geniş bir spektrumdaki patoloji ile oluşabilmektedir. Her olgu için kendi çerçevesinde doğru analiz ve sentezlerle ele alınarak, radyolojik, sitolojik özellikler de dikkate alınarak özgün bir tedavi planı oluşturulması tedavideki başarıyı artıracaktır. Tanı yöntemleri arasında ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) yer almaktadır ancak biyopsi sonucu negatif olan hastalarda eksizyonel biyopsi yada tanı alamadan cerrahi karar verilmesi gerekebilir. Olgumuz İİAB sonucu tanı konulamayan ve derin yerleşimli orbita tümörünün beyin ve sinir cerrahisi pratiğinde kullanılan stereotaktik yöntemle biyopsi alınması deneyimidir.

**Yöntem:** Sol eksoftalmus ve pitozis şikayeti ile Göz Hastalıkları polikliniğine (RD) baş vuran 59 yaşında bayan hastanın orbita MR (Şekil 1) sonucu solda intraorbital retrobulber düzeyde yerleşim gösteren optik siniri çevreleyen, yoğun kontrastlanan kitle lezyonu görüldü. Dış merkez de aynı tetkik sonucu ile İİAB yapıldığı ve yetersiz materyal nedeni ile tanı konulmadığı öğrenildi. İİAB kanüllerine göre daha kalın kanüllerin kullanıldığı, koordinatların BT görüntüleri ile belirlendiği stereotaksi cihazımız kullanılarak optik sinir çevresindeki lezyondan biyopsi yapıldı (Şekil 2). Hastada biyopsi sonrası komplikasyon izlenmedi.

**Bulgular:** Yapılan patolojik inceleme sonucu malign B hücreli lenfoma düşündürülen bulguları elde edildi. Tıbbi onkoloji tarafından klinik, radyolojik ve patolojik bulgularla B hücreli lenfoma tanısı konuldu ve tedavi planlandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Patolojik tanısı zor olan orbita tümörlerinde İİAB materyali yetersiz kalabilmektedir. Stereotaktik biyopsi yöntemi ile İİAB ye göre daha fazla miktarda materyal ekizyonuna izin verebilir. Optik sinir lokalizasyonundan uzak yörünge oluşturmasıyla güvenli bir yaklaşım sağlayabilse de optik sinirin orbita içerisinde serbest dolaşımı akıldan çıkartılmamalıdır. Stereotaktik biyopsi orbita tümörlerinin tanısında alternatif bir yöntem olarak kullanılabilirliğini düşünüyoruz.

**Anahtar Sözcükler:** Stereotaktik biyopsi, orbita tümörleri, orbita cerrahisi

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019118191654.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019118191735.jpg>

PS-250 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

**TİP I CHIARI OLGULARINDA YENİ BİR TEKNİK, ASILI DURAPLASTİ; KLİNİK VE KADAVERİK ÇALIŞMA****Abuzer Güngör<sup>1</sup>, Ahmet Akbaş<sup>\*2</sup>, Ebubekir Akpınar<sup>2</sup>, Buruç Erkan<sup>3</sup>, Murat Şakir Ekşi<sup>1</sup>, Melih Üçer<sup>4</sup>, Emrah Çeltikçi<sup>5</sup>, Bülent Timur Demirgil<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.<sup>2</sup>Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları EAH, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği<sup>3</sup>Şirnak Cizre Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği<sup>4</sup>Kanuni Sultan Süleyman EAH, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği<sup>5</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.

**Giriş ve Amaç:** Chiari malformasyonu ilk defa 19. Yüzyılın sonlarında Hans Chiari tarafından; serebellar tonsillerin foramen magnumdan servikal kanala migre olmasıyla karakterize kranioservikal bileşkenin konjenital hastalığı olarak bildirilmiştir. Literatürde posterior fossa dekompresyonu ve duraplasti gibi çeşitli tedavi yöntemleri bildirilmiştir. Bu çalışmamızda opere ettiğimiz Chiari Tip I vakasında; literatüre katkıda bulunduğumuz dura asma yöntemini bildirdik.

**Yöntem:** 42 yaşında bayan hasta, baş ağrısı, boyunda ağrı ve uyuma şikâyeti ile dış merkezde 3 sefer operasyon geçirmiş ve şikayetleri artarak devam etmiş. Tarafımıza başvurusunda çekilen kranioservikal MR'ında serebellar tonsillerin ve posterior fossanın yeterince dekomprese olmadığı ve syringa kavitesinin torakale doğru uzandığı görülmüş üzerine tekrar operasyon kararı verildi. Chiari tip 1 malformasyonu tedavisinde literatürde tam bir uzlaşma olmamasına rağmen; genel olarak basit tekniklerin ilk planda kullanılarak cerrahi kararın verilmesi önerilmiştir. Klinik olarak belirtiler gösteren ve şikayetleri olan hastalarda suboksipital kranyektomi ve C1 total laminektomi genel görüş olarak en sık kullanılan cerrahi yöntemlerdendir. Hasta bazlı ve muayene bulguları da göz önünde bulundurularak bu cerrahi prosedüre dural splitting, duraplasti, tonsil rezeksiyonu eklenebilir, asılı duraplasti yöntemi de yeterli posterior fossa dekompresyonu oluşmayan hastalarda denenebilir.

**Bulgular:** Chiari tip 1 malformasyonu tedavisinde literatürde tam bir uzlaşma olmamasına rağmen; genel olarak basit tekniklerin ilk planda kullanılarak cerrahi kararın verilmesi önerilmiştir. Klinik olarak belirtiler gösteren ve şikayetleri olan hastalarda suboksipital kranyektomi ve C1 total laminektomi genel görüş olarak en sık kullanılan cerrahi yöntemlerdendir. Hasta bazlı ve muayene bulguları da göz önünde bulundurularak bu cerrahi prosedüre dural splitting, duraplasti, tonsil rezeksiyonu eklenebilir, asılı duraplasti yöntemi de yeterli posterior fossa dekompresyonu oluşmayan hastalarda denenebilir.

**Tartışma ve Sonuç:** Özellikle reoperasyon gerektirecek yetersiz dekompresyon ve/veya duraplasti operasyonları sonrası, radyolojik ve semptomatik iyileşme görülmeyen Chiari Tip 1 vakalarında; literatürde ilk defa tanımlanmış, duranın oksipital kemiğe asılarak posterior fossa genişletilme yöntemi, tonsil eksizyonu yerine hasta bazlı değerlendirilerek, serebellar dekompresyonun sağlanması ve BOS akışının devamı için tercih edilebilecek yararlı ve faydalı bir yöntem olarak literatüre sunulmuştur. Bu yöntem nüks vakalarda olduğu kadar ilk cerrahi planlamalarda da göz önünde bulundurulabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Arnold chiari, posterior fossa dekompresyonu, duraplasti, syringomyeli

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/20192120576.jpeg>

PS-251 [Nöroonkolojik Cerrahi]

**KİSTİK MENENJİOMLAR OLGU SERİSİ****Hakan Yılmaz\*, Emrah Akçay, Murat Aydın, Hüseyin Berk Benek, Ali Rıza Ertürk, Alaettin Yurt, Tahsin Ülgen***S.B. İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Menenjiomlar en sık izlenen intrakranial ekstraaksiyel tümöral oluşumlardır. Kistik menenjiomlar nadir görülen tümörler olup, tüm menenjiomların %1.6 ile %10' unu oluşturur.

**Yöntem:** Bazı olgularda menenjiomlar kistik veya kistik komponenti olan lezyonlar şeklinde izlenebilmektedir. Kistik komponenti bulunan menenjiomların ekstraaksiyel yerleşimli benzer lezyonlarla ayırıcı tanısının yapılması zorluk arz edebilir.

**Bulgular:** Burada daha önce menenjiom ile uyumlu kitle tanısı ile operasyon öyküsü bulunan ve 10 sene sonrasında menenjiomla uyumlu kitlesi nüks eden ve içerisinde kistik komponent bulunan bir indeks olguyu ve diğer kistik menenjiom olgularımızı sunmak istedik.

**Tartışma ve Sonuç:** Kistik menenjiomlar nöroşirji pratiğinde nadir karşımıza çıkan tümörlerdir. Kistik komponenti olan menenjiomların ekstraaksiyel yerleşimli benzer lezyonlarla ve diğer habis kistik tümörlerle ayırıcı tanısı görüntülemelerin dikkatli yorumlanması ve kontrastlı kranial MRG ve diffüzyon MRG ile mümkündür. Kist duvarının total çıkarılması rekürrensi önlemek için gereklidir.

**Anahtar Sözcükler:** Beyin absesi, ekstraaksiyel, kist, menenjiom

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201911819345.jpg>

PS-252 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

**DEV C2 DUMBBELL TÜMÖR: BİR OLGU SUNUMU****Hakan Yılmaz, Emrah Akçay\*, Hüseyin Berk Benek, Murat Aydın, Ali Rıza Ertürk, Alaettin Yurt, Tahsin Ülgen***S.B. İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Nörofibroma'nın "Dumbbell tümör" şeklinde görülmesi nöroşirji pratiğinde sık karşılaştığımız bir durumdur. Bölgenin anatomik yapısına bağlı olarak C1 veya C2 seviyelerinde görülen nörofibromlar diğer seviyelere göre sıklıkla daha büyük veya dumbbell şekilli olma eğilimindedir.

**Yöntem:** Tümörün total çıkarılması cerrahideki temel amaçtır. Ancak seçilmiş vakalarda, vertabral arter yaralanması gibi ağır komplikasyonlardan kaçınmak amacıyla, yeterli spinal kord dekompresyonu sağlayacak şekilde parsiyel çıkartım seçilebilir.

**Bulgular:** Burada, Nörofibromatosis Tip 1 tanısı mevcut olan bir hastada gelişen C2 ve C3 sinir kökünden köken alan dev bir dumbbell nörofibroma olgusu sunulmuştur.

**Tartışma ve Sonuç:** Bu makalede, C1 düzeyinde vertabral arter ile yakın ilişkide olan, boyun ve omuz ağrısı ile prezente olan dumbbell nörofibroma olgusu sunulmuştur. Secilebilecek cerrahi girişim şekilleri tartışılmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Dumbbell tümör, nörofibromatosis tip 1, nörofibroma, servikal

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201911819163.jpg>  
<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019118191626.jpg>

PS-253 [Stereotaktik, Fonksiyonel Ağrı ve Epilepsi Cerrahisi]

## BİLATERAL GLOBUS PALLIDUS EKSTERNUS LEZYONU OLAN SEKONDER DİSTONİ HASTASINDA DERİN BEYİN STİMÜLASYONU

**Atila Yılmaz\*<sup>1</sup>, Esra Okuyucu<sup>2</sup>, Yurdal Serarslan<sup>1</sup>, Mustafa Aras<sup>1</sup>, Bircan Yücekaya<sup>1</sup>, Ali Maksut Aykut<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin Sinir ve Omurilik Cerrahisi AD

<sup>2</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nöroloji AD

**Giriş ve Amaç:** Derin Beyin Stimülasyonu (DBS) medikal tedaviye dirençli Distoni hastalığında güvenle uygulanan ve başarılı sonuçlara sahip bir cerrahi girişim metodudur. Bu hastalıkta hedef olarak Globus Pallidus Internus (Gpi) bölgesi tercih edilmektedir. Çalışmamızda bilateral simetrik Globus Pallidus Eksternus (GPe) lezyonu olan bir sekonder Distoni hastasında uyguladığımız DBS cerrahisinin sonuçlarını paylaşmak istedik.

**Yöntem:** 17 yaşında erkek hasta sekonder Distoni tanısı ile Nöroloji bölümü tarafından tarafımıza konsülte edildi. Hastanın sedasyonla çekilen serebral MR'ında bilateral GPe bölgesinde simetrik lezyonları olduğu tespit edildi. Gerekli hazırlıkların tamamlanmasının ardından hasta bilateral GPi bölgesine DBS cerrahisi yapılmak üzere ameliyathaneye alındı. Sedasyon altında mikroelektrod kayıt yapılarak gerçekleştirilen ameliyatta lezyon bölgesine girerken ve çıkarken bir direnç ile karşılaşıldı ve bu bölgede nörofizyolojik etkinliğin olmadığı tespit edildi. Kalıcı elektrodların yerleştirilmesi sırasında da lezyon bölgesine girerken ve çıkarken dirençle karşılaşıldı ancak dikkatli bir şekilde bu direnç aşarak elektrodlar bilateral GPi hedefine yerleştirildi. Makrostimülasyonun ardından operasyon sonlandırıldı. 1 hafta sonra pili aktive edilen hasta önerilerle taburcu edildi.

**Bulgular:** Takip süresi 1 ay olan hastanın değerlendirmesi Birleşik Distoni Derecelendirme Ölçeğine (BDDÖ) göre yapıldı. Ameliyat öncesi 49 olan BDDÖ skorunun 1. ay kontrolünde 35'e gerilediği tespit edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Distoni hastalığında uygulanan bilateral GPi DBS cerrahisinin GPe lezyonlarında da güvenle uygulanabileceğinin ancak bu lezyonların bir nevi kapsüle sahip olabileceği ve bu kapsülün aşılması için daha ince ve görece daha sivri bir uca sahip MER elektrodlarının kullanılmasının bu kapsül direncinin aşılmasında faydalı olabileceğinin göz önünde bulundurulması gerektiği kanaatindeyiz.

**Anahtar Sözcükler:** Distoni, lezyon, globus pallidus eksternus, globus pallidus internus

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019118193844.jpg>  
<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019118193854.jpg>

PS-254 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## SPİNAL KORD PRİMER MALİGN MELANOMU OLGU SUNUMU

**Yunus Emre Durmuş\*, Kerameddin Aydın, Recai Engin**

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD

**Giriş ve Amaç:** Malign melanom melanositlerden kaynaklanan kötü prognozlu bir tümördür. Malign melanom primer olarak santral sinir sisteminde çok nadir görülmekle birlikte tüm malign melanom vakalarının %1'ini oluşturmaktadır. Malign melanom uzak metastazları en sık karaciğer, akciğer ve kemiğe olmaktadır. Kemikte en sık tutulum yeri omurgadır. MSS malign melanomlarında lezyonun primer veya metastatik olup olmadığını aydınlatmak önem arz etmektedir.

**Yöntem:** Son 1 aydır sol bacağına yan yüzünde ağrı şikayeti olan, dış merkezden intradural ekstrapedüller kitle ön tanısıyla tarafımıza sevk edilen ve tarafımızca cerrahi tedavi uygulanan spinal kord primer malign melanomu vakası tartışılacaktır.

**Bulgular:** 53 yaşında kadın hasta 1 aydır olan bel ve sol diz bölgesinde ağrı şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Motor muayene ve duyu muayenesi doğal olan hastaya yapılan MRI tetkiki sonrasında konus medullaris seviyesinde intradural ekstrapedüller kitle saptandı. Hastaya cerrahi tedavi kararı verildi. Nöromonitörizasyon eşliğinde posterior girişim ile T12 ve L1 total laminektomi sonrası dura açıldı ve intradural ekstrapedüller kitle eksizyonu yapıldı. Kitlenin histopatolojik inceleme sonucu malign melanom olarak sonuçlandı. Postoperatif ağrı şikayetinde belirgin düzelme olan hastaya malign melanom primer lezyonun tespiti amacıyla dermatoloji ve göz hastalıkları konsültasyonu istendi ve PET/CT tetkiki yapıldı. Yapılan tetkik ve muayenelerde primer oluşturabilecek bir lezyona rastlanmadı.

**Tartışma ve Sonuç:** Melanin içeren hücrelerin mevcut olduğu herhangi bir organda malign melanom oluşabilir. Primer spinal cord malign melanomu çok nadir görülen bir klinik tablodur. Her iki cinsi eşit etkilemekle birlikte en sık alt ve orta torakal seviyede görülmektedir. MSS melanom vakalarının kaynağı için iki teori önerilmiştir. MSS'deki primer melanom, vasküler demetlerin pial kılıflarına veya embriyogenez sırasında nöroektodermal kalıntı hücrelere eşlik eden melanoblastlardan kaynaklanabilir. R. D. Hayward'a göre, primer spinal kord melanomunun tanısı, MSS dışında melanom yokluğuna, MSS'deki diğer bölgelerde melanom yokluğuna ve melanomun histolojik olarak doğrulanmasına dayanmaktadır. Bu kriterlere göre olgumuzun spinal kordun primer malign melanomu olduğu düşünülmüştür. MRI tetkikinde T1 görüntülerde spinal korda göre hiperintens, T2 görüntülerde spinal korda göre izo veya hipointens görünür. Ayrıca kontrast madde enjeksiyonu sonrası kontrast tutulumu görülür. Yerleşimleri ve hemorajik lezyonlar olmaları nedeniyle manyetik rezonansla ayırıcı tanısı zordur. Olgumuzun preoperatif MRI incelemelerinde ependimom ön tanısı mevcuttu. MSS malign melanomunun tedavisinde ilk basamak eğer mümkün ise cerrahi tedavidir. Operasyon sonrası radyoterapi ve kemoterapi önerilir. Primer spinal kord malign melanomu metastatik malign melanom lezyonlarına göre daha iyi prognoza sahiptir.

**Anahtar Sözcükler:** Spinal kord, malign melanom, konus medullaris

PS-255 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### SUPRASELLAR GİRİŞİM SONRASI UZAK SEREBELLAR HEMATOM VE ZEBRA BULGUSU: 2 OLGU SUNUMU

**Azmi Tufan, Burak Eren\*, İlker Güleç, Özgür Yusuf Aktaş, Erhamit Okutan, Feyza Karagöz Güzey**

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağıcılar SUAM, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Supratentorial girişimlerden sonra uzak serebellar hematom nadir bir komplikasyondur ve ciddi bir morbidite ve mortalite nedeni olabilir. Serebellum folyalarının üstünde kan birikmesi nedeniyle BT'de çizgili bir görünüm ortaya çıkar ve zebra bulgusu olarak adlandırılır.

**Yöntem:** Biri suprasellar-3.ventrikül tümörü, diğeri sellar-para/suprasellar tümör nedeniyle transkraniyal yolla ameliyat edilen ve uzak serebellar hematom gelişen 54 ve 31 yaşındaki 2 erkek olgu sunuldu.

**Bulgular:** Her iki olguda da tümöre yönelik cerrahi girişimden 3 gün sonra bilinç düzeyinde bozulma olması üzerine yapılan tetkiklerinde zebra bulgusu veren serebellar hematom saptandı ve hematom boşaltıldıktan sonra yavaş bir klinik düzelmeye oldu. Hastalar serebellar hematoma ait kalıcı nörolojik bulgu olmadan çıkarıldı.

**Tartışma ve Sonuç:** Supratentoryal ameliyatlardan sonra, nadir de olsa, olasılıkla fazla beyin omurilik sıvısı boşalmasına bağlı uzak serebellar hematom gelişebileceği bildirilmiştir. Bu nedenle girişim sonrası açıklanamayan bilinç değişikliklerinde bu nadir komplikasyon akla getirilmeli ve erken dönemde görüntüleme yapılmalıdır. Literatürde her olguda serebellar hematoma yönelik girişim uygulanmadığı bildirilmiştir. Oysa her iki olgumuzda bilinç düzeyinin giderek bozulması ve birinde hematomun büyümesi nedeniyle cerrahi girişim gerekmiştir. Uzak serebellar hematoma erken saptanması ve zamanında tedavi edilmesi kalıcı morbidite ve mortalite gelişmesini önleyecektir.

**Anahtar Sözcükler:** Serebellum, komplikasyon, hematom boşaltılması, suprasellar tümör

PS-256 [Pediatrik Nöroşirürji]

### PARIETAL İNTRADİPLOİK ENSEFALOSEL OLGU SUNUMU

**Yunus Emre Durmuş\*, Kerameddin Aydın, Önder Taşkın**

*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD*

**Giriş ve Amaç:** Ensefalosel, kranyumdaki bir kemik defektten beyin dokusunun herniasyonu olarak tanımlanmaktadır. Konjenital, travmatik, tümöral ya da spontan olarak gelişebilir. Travmatik intradiploik ensefalosel nadirdir. Ayırıcı tanıda kemikte litik lezyon yapan langerhans hücreli histiositozis, epidermoid dermoid tümör, multiple myelom ve metastatik kalvaryal tümörler olması sebebiyle önem arz etmektedir.

**Yöntem:** Baş ağrısı ve baş dönmesi şikayeti olan ve çekilen beyin BT ve MR'da sol parietal kemikte iç tabulada içine kortikal beyin dokusunda uzandığı litik lezyon saptanan olgu sunulmaktadır.

**Bulgular:** 61 yaşında bayan hasta, 10 yıldır baş ağrısı ve baş dönmesi şikayeti mevcut. 10-15 yıl kadar önce şüpheli kafa travması tariflemektedir. Nörolojik muayenesinde bulgu saptanmayan hastaya yapılan kranial radyolojik görüntülemelerde sol parietal kemikte iç tabulada içine kortikal beyin dokusunda uzandığı litik lezyon saptandı. Ön planda

intradiploik ensefalosel düşünülen hastaya ayırıcı tanı açısından kemik biyopsisi ameliyatı planlandı. Lezyonun bulunduğu bölge at nalı insizyon ile açıldı ve lezyon tam olarak görüldü. Fazlasıyla incelenmiş kemik yapı ve yer yer BOS sızıntısı görülen lezyondan biyopsi alındı. Biyopsi sonucu matür kortikal kemik dokusu olarak geldi. Lezyonun bulunduğu bölge ile ilişkili semptom ve bulgusu olmayan hastaya aralıklı takip önerildi.

**Tartışma ve Sonuç:** İntradiploik ensefalosel rastlanan olgularda etioloji konusunda karar vermek zor olmakla birlikte ayırıcı tanıda litik kemik lezyonları yapan langerhans hücreli histiositozis, epidermoid dermoid tümör, multiple myelom ve metastatik kalvaryal tümörler olması sebebiyle önem arz eden lezyonlardır.

**Anahtar Sözcükler:** İntradiploik, ensefalosel

PS-257 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### SERVİKAL KORPEKTOMİ SONRASI SERVİKAL KORPUS OTOGREFTİ UYGULAMASI; TEKNİK NOT

**Denizhan Divanlıoğlu\*, Özhan Merzuk Uçkun, Resul Karadeniz, Yiğit Can Şenol, Batuhan Dereli, Ali Dalgıç**

*S.B. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Anterior servikal korpektomi ve füzyon (ASKF), başta servikal spondiloz gibi, çok seviye dekompresyon ihtiyacı olan patolojilere anterolateral yaklaşımda yaygın olarak kullanılmakta olan bir cerrahi tekniktir. Bu ameliyat sırasında füzyon sağlanması amacı ile otogreft, allogreft veya sentetik kafesler kullanılabilir. Otogreft olarak sıkça tercih uygun kortikal destekli spongios kemik elde edilebilmesi için genellikle ikinci bir cerrahi kesime ihtiyaç duyulmaktadır. Bu durumun ameliyat süresini, kan kaybını ve hastanın ameliyat sonrası ağrısını arttırdığı bilinmektedir. Vertebra korpusunun rostral, anterior ve kaudal yüzlerindeki kortikal kemik korunarak servikal korpektomi yapılması halinde, elde edilen trikortikal spongios kemiğin otogreft olarak kullanılmaya uygun olabileceği düşünülmüştür.

**Yöntem:** Kliniğimize radiküler ağrı ve myelopati nedeniyle başvuran iki hastanın yapılan tetkikleri sonrası 3 mesafe servikal spondiloz tanısı konuldu. İlk olgu, 3 aydır şiddetlenen boyun ve sağ ağırlıklı her iki kolunda ağrı şikayeti ile başvuran 49 yaşında kadın hasta idi. Nörolojik muayenesinde kuvvet veya duyu kaybı yoktu, sağ üst ekstremitesinde klonus saptandı. Hastanın ameliyat öncesi JOA skoru 17 olarak ölçüldü. Yapılan radyolojik değerlendirme sonucunda C4-C7 seviyeleri arasında servikal disk hernisi ve dar kanal olduğu gözlemlendi. İkinci olgu, yaklaşık 10 yıldır boyun ve sağ ağırlıklı her iki kolda ağrı şikayeti ile başvuran 53 yaşında erkek hasta idi. Nörolojik muayenesinde kuvvet veya duyu kaybı yoktu, yürüyüş bozukluğu ve dengesizlik saptandı. Hastanın ameliyat öncesi JOA skoru 17 olarak ölçüldü. Yapılan radyolojik değerlendirme sonucunda C4-C7 seviyeleri arasında servikal disk hernisi ve dar kanal olduğu gözlemlendi.

**Bulgular:** Her iki olguya da operasyon sırasında; bir mesafe anterior servikal diskektomi ve diğer iki mesafeyi kapsayacak şekilde de korpektomi uygulandı. Korpektomi sırasında elde edilen trikortikal korpus parçası uygun şekilde inceltirilerek diskektomi yapılan mesafede otogreft olarak kullanıldı. Korpektomi yapılan mesafeye ise titanyum kafes yerleştirildi ve tüm sistem vida-plak kullanılarak sabitlendi. Hastaların preoperatif ve



postoperatif nörolojik muayenelerinde iyileşme olduğu görüldü.

**Tartışma ve Sonuç:** Servikal korpektomi sırasında vertebra korpusunun bütünlüğü kısmen korunabilirse elde edilen kemik doku seçilmiş çok mesafe spondiloz olgularında otogreft olarak kullanılabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Anterior, servikal, dar kanal, korpektomi, diskektomi, otogreft, füzyon, spondiloz

PS-258 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## DİSKOVERTEBRAL CERRAHİ SONRASI GELİŞEN İLİOPSOAS ABSESİ

**Feyzi Birol Sarıca\*<sup>1</sup>, Kemal Kapanoğlu<sup>2</sup>, İlknur Yavuz<sup>3</sup>, Alptekin Tosun<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>3</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

<sup>4</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Nadir görülen ve tedavi edilmediğinde mortal seyreden iliopsoas absesi, çoğunlukla 30 yaş altında gözlenmektedir. Kadın/Erkek oranı: 3/1'dir. %70 oranında gözlenen primer iliopsoas abselerinde; infeksiyon odağı saptanamamaktadır. %30 oranında gözlenen sekonder iliopsoas abselerinde ise; infeksiyon odakları arasında sıklık sırasına göre, gastrointestinal sistem infeksiyonları, vertebra infeksiyonları ve perirenal infeksiyonlar gözlenmektedir. Etken mikroorganizma; olguların %90'ında stafilokokkus aureus'tur. Klinikte; bel bölgesinden karına yayılan yan ağrısı, bacaklı ateş ve kilo kaybı vardır. Laboratuarda; CRP yüksekliği, sedimentasyon yüksekliği ve lökositöz gözlenir. Spondilodiskit ve osteomyelitte bağlı gelişen psoas absesi oranı ise %10 olup, bizim hastamızda olduğu gibi bu hastalarda, sıklıkla geçirilmiş bir disko-vertebral cerrahi öyküsü vardır.

**Yöntem:** 60 yaşında kadın hasta, 1,5 yıl önce dış merkezde lomber spinal stenoz tanısı ile opere olmuş ve 6 ay sonrasında spondilodiskit tedavisi görmüş. Antibiyotik tedavisi bitiminden 6 ay sonrasında, dorsal lomber bölgeden karına uzanan ağrıları başlaması üzerine kliniğimize başvurdu. Nörolojik muayenesinde; SLR bilateral 50\* negatif idi, motor/duyu defisiti saptanmadı. Uyluk ekstansiyona getirilince ağrısı artıyordu. Laboratuar tetkiklerinde; CRP yüksekliği: 14.2 mg/dL ve lökositöz (14.1x10<sup>3</sup>/µL) saptandı. Kontrastlı lomber MRG'sinde patoloji saptanmadı. Kalça eklemi MRG'sinde; sol iliak kanat anterior kesiminden sol iliopsoas kası içerisine uzanım gösteren, lobule konturlu, T1 sekansta hipointens ve T2 sekansta hiperintens gözlenen, ekspansil karakterde abse formasyonu ile uyumlu lezyon saptandı. (Resim 1).

**Bulgular:** Girişimsel radyoloji tarafından; USG eşliğinde sol iliopsoas absesi içerisine kateter yerleştirildi ve 5 gün boyunca abse drenajı yapıldı. Abse materyali kültüründe; metisiline duyarlı stafilokokkus aureus üredi. Abse drenajı süresince; Seftriakson 1x2 gr/gün i.v. ve Vancomisin 2x1 gr/gün i.v. verildi. Kateter çekildikten sonrada, 5 gün boyunca Duocid 4x1.5 gr/gün i.v. verildi. Hastanın bel ve karın ağrısı geçti, serviste desteksiz mobilize oldu. 10 gün sonra, Augmentin 2x1 gr/gün p.o. tedavisi verilerek taburcu edildi. Kontrol batin USG'sinde; iliopsoas absesinin tamamının kaybolduğu gözlemlendi.

**Tartışma ve Sonuç:** Geç tanı konulan ve geç tedavi başlanan iliopsoas

abseleri, gelişebilecek sepsis nedeniyle oldukça mortal seyredebilirler. Sekonder iliopsoas abselerinde ise mortalite oranı %18.9'dur. Bu nedenle, iliopsoas abselerinde erken tanı konularak, zaman kaybedmeden BT- veya USG-eşliğinde perkütan abse drenajı uygulanmalı ve uygun antibiyotik tedavisi başlanmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Diskovertebral cerrahi, iliopsoas absesi

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019118204035.jpg>

PS-259 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## ANTERİOR SERVİKAL PLAKLI HASTADA DİSFAJİ

**Rifat Saygın Altınay, Hülagü Kaptan, Ali Osman Muçuoğlu\*, Fazlı Oğuzhan Durak, Mert Arslan**

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.

**Giriş ve Amaç:** Servikal omurganın anterior cerrahi yaklaşımları dekompresyon, füzyon için yaygın olarak kullanılmaktadır. İlk örnekleri 1955'te Smith ve Robinson, sonra Bailey, 1960'da Badgley ve Cloward ile görülmüştür. Gelişen teknolojiyle, alet ve enstrümanlarla beraber anterior servikal yaklaşımlarda enstrümantasyon tercih edilmeye başlanmıştır. Servikal omurgaya anterior cerrahi yaklaşım son yıllarda popüler ve güvenli olmasına rağmen, bazı komplikasyonları da vardır. Bu yazıda, anterior servikal vidanın çıktığı bir olguyu sunuyoruz.

**Yöntem:** 47 yaşında erkek hasta, servikal spondilolitik miyelopati nedeniyle 2007 yılında bir başka merkezde opere edilmişti. Cerrahi girişim, C4-5, C5-6, C6-7 anterior diskektomi, iliak greft yerleştirilmesi ve plak vida kullanılarak fiksasyonu içermektedir. Son 1 aydır disfaji tarifleyen hastada yapılan görüntülemelerde sağ C7 vidasının tepesinin kırık olduğu, sol C7 vidasının ise çıkmış olduğu gözlemlendi. Operasyondan 12 yıl sonra, hasta disfaji nedeniyle re-operasyonu kabul etti. Operasyonda Sol C7 vidasının corpus dışında gevşek şekilde durduğu ve çevre dokulara oldukça yapışık olduğu gözlemlendi. C7 mesafesinde sağ vida tepesinin kırık olduğu ve sadece çevre dokularca tutulduğu gözlemlendi ve serbestleştirilerek çıkarıldı. Mevcut plak kullanılarak sol C7'ye bir adet vida yerleştirildi ve plak yerine oturtuldu.

**Bulgular:** Füzyon ve stabilizasyon yapılan anterior servikal yaklaşımlar myelopati, radikülopati ve spondilolitik hastalık ve travmalar için etkili yöntemdir fakat cerrahların tecrübesinin artmasına rağmen boyun bölgesinin kompleks anatomisi sebebiyle bu yöntemde komplikasyonlar görülmektedir. Yumuşak doku, spinal kord ve kök ile ilgili, enstrüman ile ilişkili komplikasyonlar görülebilmektedir.

**Tartışma ve Sonuç:** Anterior servikal plakta vida gevşemesi sonrası disfaji şikayeti ile başvuran hastada gevşeyen vida özefagus komşuluğunda bulunmuş olup bazı durumlarda fistül, özefajial rüptür gibi durumlara da neden olabilmektedir. Yıllarca şikayeti olmayan bir hastada bile servikal operasyon öyküsü varsa disfaji şikayeti plakta gevşeme durumunu akla getirmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Anterior servikal plak, özefagus, disfaji

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019118205058.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201911820517.jpg>

PS-260 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## DEMYELİNİZAN HASTALIKLAR SERVİKAL İNTRAMEDÜLLER KİTLELER İLE KARIŞABİLİR

**Resul Karadeniz\***, **Özhan Merzuk Uçkun**, **İdris Gürpınar**, **Denizhan Divanlıoğlu**, **Ali Güler**, **Ahmet Deniz Belen**, **Ali Dalgıç**  
*S.B. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Nöromyelitis optika (NMO) (Devic's sendromu) ve multiple skleroz (MS) demiyelinizan hastalık formlarıdır. MS ve NMO toplumda %0,01 oranında görülmektedir. NMO hastalarında omurilik tutulumu sık olmasına rağmen MS tanılı hastalarda omurilik tutulumu %5 oranında görülmektedir. Bu hastalıklar nadir görüldüğünden dolayı NMO veya MS tanısı koymak önem arz eder. Bu olgu sunumunda demiyelinizan hastalık tanısı alan 3 olgudan bahsedildi.

**Yöntem:** Birinci olgu 65 yaşında kadın hasta, 1 hafta önce başlayan sol üst ve alt ekstremitelerde kuvvet kaybı; ek olarak 5 gün önce bir kez olan gaita inkontinansı yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. İkinci olgu 23 yaşında kadın hasta, 1 hafta önce başlayan sol üst ve sol alt ekstremitelerde kuvvet kaybı ile polikliniğimize başvurdu. Üçüncü olgu 49 yaşında kadın hasta, 1 ay önce başlayan boyun ve sağ omuz ağrısı, yürüme güçlüğü; ek olarak 1 hafta önce başlayan idrar inkontinansı, ince motor hareketlerinde bozulma yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu.

**Bulgular:** Üç hastanın çekilen servikal MR görüntülemelerinde intramedüller yerleşimli kontrast tutan lezyon saptandı. Birinci hastaya intramedüller kitle tanısı konulması üzerine kitle eksizyonu yapıldı ve alınan biyopsi sonucu glial doku olarak geldi. Bu hastadan elde edilen deneyim ışığında diğer iki hastaya ileri laboratuvar incelemeleri yapıldı. Laboratuvar incelemeleri sonucunda bir hastaya NMO tanısı, diğer hastaya ise MS tanısı kondu.

**Tartışma ve Sonuç:** Demiyelinizan hastalıkların intramedüller kitleyle taklit edebileceği anımsatılarak servikal intradural lezyonların ayırıcı tanısında akla gelmesi gerektiğine vurgu yapılmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Nöromyelitis optika, multiple skleroz, demiyelinizan hastalık, devic hastalığı, intramedüller kitle, taklit

PS-261 [Nörovasküler Cerrahi]

## İTERNAL JUGULER VEN VE İTERNAL KAROTİS ARTER OBSTRÜKSİYONU İLE SEYREDEN LEMİERRE SENDROMU

**Feyzi Birol Sarıca\***<sup>1</sup>, **Kemal Kapanoğlu**<sup>2</sup>, **İlknur Yavuz**<sup>3</sup>, **Alptekin Tosun**<sup>4</sup>, **Tümay Bekci**<sup>4</sup>, **Nurullah Edebali**<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>3</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

<sup>4</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Lemierre sendromu; orofarengeal bir infeksiyon sonucunda oluşan septik embolinin, internal jugular ven ve/veya internal jugular venin dallarından birinde tromboflebit sebep olması sonucu gelişen klinik tablodur. Etken mikroorganizma çoğunlukla Fusobacterium

necrophorum'dur. Çok daha nadir olarak; Streptokok, Stafilokok, Bacteroides ve Enterococcus bakterileride sebep olabilmektedir. Bu olgularda mortalite oranı eskiden %90 iken, günümüzde erken tanı ve uygun antibiyotik tedavisi ile bu oran %5'lere kadar düşürülmüştür. Bu olgumuzda; çocukluk çağında geçirmiş olduğu orofarengeal infeksiyonun tedavisi ardından, 6. Kranial sinir felcinin sekeli olarak kaldığı bildirilmiştir. Yapılan nöroradyolojik incelemeleri sonucunda; hastada kavernöz sinüs trombozu sekeli ile birlikte, sol internal jugular ven ve sol internal karotid arter obstrüksiyonu saptandı ve olgu Lemierre sendromu tanısı aldı.

**Yöntem:** 5 yaşında iken baş ağrısı, ateş yükselmesi, çift görme ve her iki gözde kayma yakınmaları olan hastaya strabismus tanısı konulmuş ve opere edilmiş. Yakınmaları düzelmezince 2 kez opere edilmiş. 2. operasyondan 2 sene sonrasında çift görme yakınması düzelmiş. 2. ameliyattan 11 sene sonra yine aynı yakınmaları başlamış ve sinüzit tanısı ile antibiyotik tedavisi verilmiş. Baş ağrısı; boynun sol yarısından, yüzünün ve başının sol yarısına yayılan vasıfta imiş. Nörolojik muayenesinde; solda laterale bakış kısıtlılığı saptandı, ancak diplopi yoktu. Ayrıca, başın yana yatık postürü mevcuttu. Ek nörodefisit saptanmadı.

**Bulgular:** Hastanın yapılan beyin MRG'sinde; sol kavernöz sinüste T1 sekansta hipointens ve T2 sekansta hiperintens gözlenen lezyonun, kavernöz sinüs trombozu ile uyumlu olduğu raporlandı. Beyin MR-anjiyografisinde; solda internal karotid arter oklüzyonu saptandı ve sol anterior serebral arter ile orta serebral arterin; anterior kommunikan arter aracılığıyla dolun gösterdiği saptandı. Boyun BT-anjiyografisinde; sol internal karotid arterin, proksimal kesimden başlayarak tüm trase boyunca tromboze olduğu ve akım izlenmediği saptandı. Beyin MR-venografisinde ise; sol internal jugular ven, sigmoid sinüs ve transvers sinüslerin parsiyal trombozlarına sekonder kalibrasyonlarında ileri derecede azalma tespit edildi. (Resim 1) Hastaya sol abducens felci sekelli Lemierre sendromu tanısı konuldu. Hasta, girişimsel radyoloji bölümüne konsülte edildi ve Coraspin 100 mg/gün p.o. tedavi verildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Lemierre sendromu olgularında prognozu belirleyen en önemli faktör; infeksiyon odağının erken teşhis edilmesidir. Böylece, gerek cerrahi tedavi ve gerekse uygun antibiyotik tedavisi ile, infeksiyon odağı eradike edilebilecektir. Primer infeksiyon odağı tespit edilemeyen olgularda ise; Penisilin, Klindamisin ve Kloramfenikol ile uygulanan ampirik antibiyotik tedavisi başlanmalı ve 2-6 hafta boyunca uygulanmalıdır. Bizim olgumuzda verilen antikoagülan tedavi endikasyonu ve uygulanma süresi hakkında ise halen kesin bir bilgi yoktur.

**Anahtar Sözcükler:** İnternal jugular ven trombozu, lemierre sendromu, sfenoid sinüzit

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/2019118211149.jpg>

PS-262 [Nöroonkolojik Cerrahi]

## NADİR GÖZLENEN BİLATERAL KOROİD PLEKSUS KSANTOGRANULOMA OLGUSU

**Feyzi Birol Sarıca\***<sup>1</sup>, **Kemal Kapanoğlu**<sup>2</sup>, **Tümay Bekci**<sup>3</sup>, **Alptekin Tosun**<sup>3</sup>, **Nurullah Edebali**<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>3</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** İntraventriküler tümörler, tüm santral sinir sistemi tümörlerinin %10'unu oluşturur. Lateral ventrikülde en sık gözlenen tümörler; astrositom ve koroid pleksus papillomudur. Koroid pleksus ksantogranulomasi ise oldukça nadir gözlenir. Otopsi çalışmalarında; insidental olarak olguların %1.6-7'sinde gözlemlenmiş raporlanmıştır. Etiyopatogenezi belirsiz olmasına rağmen; hastalık oluşumundan, koroid pleksus epitel tabakasının sürekli çoğalması sorumlu tutulmaktadır. Mikroskopik olarak lipid/kolesterol içeren hücrelerle karakterize tümefaktif lezyonlar olduklarından, kolesterol içeren hücre granulumu / tümörü olarak adlandırılmaktadırlar. Boyutları genellikle küçük olduğundan, kitle etkisi yapmazlar ve asemptomatik seyirlidirler. Ancak, arteriolar neovaskülarizasyon ile akut intraventriküler kanama geliştiğinde ise mortal seyredebilmektedirler.

**Yöntem:** 52 yaşında kadın hasta baş ağrısı ve baş dönmesi yakınması ile başvurdu. 6 yıldır olan baş ağrısı, verteks düzeyine lokalize ve künt bir ağrı şeklinde imiş. Bu süre zarfında, başvurduğu Nöroloji polikliniklerinde, değişik dönemlerde analjezik tedavi verilmiş. Hastanın özgeçmişinde; hipertansiyon ve postmenapozal osteoporoz dışında özellik saptanmadı. Kafa travması öyküsü yok. Hastanın nörolojik muayenesinde; herhangi bir nörodefisit saptanmadı.

**Bulgular:** Hastaya yapılan kontrastlı beyin MRG'sinde; her iki lateral ventrikül oksipital hornlarında; koroid pleksus posteriorlarında, sağda 13 mm, solda 9 mm boyutunda, T2- ve FLAIR- sekanslarında hiperintens gözlenen, bilateral koroid pleksus ksantogranulomasi ile uyumlu lezyon gözlemlendi. (Resim 1) Kontrast madde sonrasında ise; kontrast tutulumu gösteren herhangi bir lezyon saptanmadı. Boyutları ile kitle etkisi gözlenmediğinden ve intraventriküler kanamaya sebep olmadığından, hastamızda cerrahi düşünülmedi. Analjezik tedavi verilerek; klinik ve radyolojik takip önerildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Ksantogranuloma'da; deskuame epitel hücreleri, koroid matriks içerisinde köpüklü makrofajlarla çevrili lipid birikimi ve lezyon etrafında yer yer kanama odakları gözlenmektedir. Bu nedenle, radyolojik olarak heterojen bir görüntü sergilemektedirler. Lateral ventrikül içi ksantogranulomalar genellikle asemptomatik seyir gösterirken, semptomatik olguların çoğu 3. ventrikül yerleşimlidir ve bu olgularda akut hidrosefali klinik bulguları gözlenmektedir. Beyin BT'de; oval veya kolloid kist benzeri yuvarlak, heterojen görünümlüdürler. Diğer patolojilerden ayırmalarında diffüzyon MRG kullanılır; tipik diffüzyon kısıtlanması gösteren hiperintens lezyonlar şeklinde gözlenirler. Asemptomatik olgularda, spesifik bir tedavi önerilmemekte ve klinik/radyolojik takip önerilir. Kitle etkisi ile veya 3.ventrikül lokalizasyonu ile semptomatik olan olgularda ise; cerrahi tedavi uygulanabilir. Nadir gözlenen ve diğer intraventriküler patolojilerle karışmaları nedeniyle; bu olgularda tedavi planlanması için kesin tanı konulmasının önemi vurgulanmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Koroid pleksus ksantogranuloma, lateral ventrikül tümefaktif lezyon

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019118212929.jpg>

PS-263 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## NADİR GÖRÜLEN SPİNAL DİFFÜZ BÜYÜK B HÜCRELİ LENFOMA OLGUSU

**Ahmet Karaoğlu\*, Fatih Aydemir, Adnan Yalçın Demirci, Selahattin Biçer, Mesut Çelik, Seyhan Seki**

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas EAH, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Diffüz Büyük B Hücreli Lenfomalar (DBBHL), NHL'ların en geniş subtipini oluşturur. NHL'ların ilk bulgu olarak spinal kord basısı yapması nadir bir durumdur. Bu çalışmada 6 aydır sırt ağrısı yakınmaları olan ve progressif, ileri derecede bacaklarında güçsüzlüğü ve parestezileri olan spinal kord basısı yaratmış spinal non-Hodgkin lenfomalı bir hasta sunulmuştur.

**Yöntem:** Yetmiş iki yaşında bayan hasta 6 aydır artan alt ekstremitelerde güçsüzlüğün eşlik ettiği sırt ağrısı şikayeti ile hastanemiz nöroşirürji bölümüne başvurdu. Özgeçmişinde ek bir hastalığı yoktu. Laboratuvar bulguları normal sınırlar içerisindeydi. Hastaya yapılan MR incelemesi sonucunda Th1-2 düzeyinde kordu komprese etmiş, Th1 ve Th2 korpusunu destrükte etmiş, spinal kord bası etkisi yaratmış, homojen kontrast tutan kitle ile uyumlu görünüm saptanması üzerine hastanın semptomlarını gidermek ve patolojik tanıya ulaşmak amacıyla operasyon planlandı. Posterior dan yaklaşım tercih edildi. Posterior dekompresyon, korpektomi ve füzyon operasyonu gerçekleştirildi. Hastada postoperatif dönemde ek nörolojik defisit gelişmedi ve alt ekstremitesindeki güçsüzlük ve parestezileri belirgin şekilde düzeldi. Operasyondan bir hafta sonra hasta taburcu edildi.

**Bulgular:** Patoloji sonucu Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma olarak raporlandı. Hasta kemoterapi ve radyoterapi almak üzere ilgili bölümlere sevk edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Santral sinir sistemi (SSS)'nde primer lenfomalar nadirdir, primer beyin tümörlerinin %1-3'ünü oluştururlar. SSS'nin primer lenfomalarında en sık beyin tutulumu olurken spinal ve diğer ekstrakraniyal alanların tutulumu nadirdir. Primer spinal kord lenfoması tüm SSS lenfomaların %3.3'ünü oluşturur. Spinal lenfomalı olgularda klinik bulgular tutulan bölgeye göre değişmektedir. Hastaların erken dönemde defisit olmadan sırt ağrısı gibi şikâyetlerle de başvurabileceği unutulmamalıdır. Tanı; klinik bulgular, manyetik rezonans görüntüleme yöntemi ve histopatolojik incelemelerle konulur.

**Anahtar Sözcükler:** NHL, diffüz büyük B hücreli lenfoma

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019118225427.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019118225450.jpg>

PS-264 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## SPİNAL MATÜR TERATOM

**Ramazan Paşahan, Şahin Kenan Deniz\***

*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Nadir görülen bir hastalık olan spinal matür teratom hakkında sisteme katkıda bulunmak.

**Yöntem:** Teratomlar tüm spinal tümörler arasında %0.5 ten azını tutar,

nadirdir. İntradural ekstramedüller tümörler primer spinal tümörlerin %55 oranla en büyük kısmını oluşturur. Çoğu teratom çocuklarda tanımlanır, yetişkin popülasyonunda nadir görülür. Yetişkin spinal teratom vakası sunulacaktır.

**Bulgular:** 45 yaş, erkek hasta, DM tanılı eyer tarzı his kaybı, bilateral alt ekstremiteye yayılan progresif nöropatik ağrı ile başvuran hastanın kranial ve tüm spinal MRG incelemesinde T12-L1-L2 bölgesinde intradural ekstramedüller yerleşimli T2 hiperintens T1 hipointens zayıf kontrastlanma içeren, medullayı posterırdan basılayan lezyon bulunuyor, konus düzeyinde myelomalazi izleniyor (Resim 1). Hasta opere ediliyor laminektomi ile gross total eksizyon yapıldı (Resim 2). Patoloji matür teratom olarak raporlanıyor. Post op muayene normal. Resim 1

**Tartışma ve Sonuç:** Teratom nadir görülen bir tümördür, tedavisinde total cerrahi rezeksiyon amaçlanmalıdır. Total eksizyon elde edilemezse, matür teratomun malign dönüşüm riski vardır.

**Anahtar Sözcükler:** Spinal teratom, matür teratom, spinal matür teratom

PS-265 [Nörovasküler Cerrahi]

## NADİR GÖRÜLEN SEREBELLAR PEDİNKÜL LOKALİZASYONLU KAVERNOM OLGUSU

**Feyzi Birol Sarıca\*<sup>1</sup>, Nurullah Edebali<sup>1</sup>, Kemal Kapanoğlu<sup>2</sup>, Alptekin Tosun<sup>3</sup>, Selçuk Peker<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>3</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

<sup>4</sup>Koç Üniversitesi Hastanesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Serebral vasküler malformasyonların %15'ini oluşturan kavernomlar (kavernöz anjiom), arteriovenöz malformasyonlardan sonra 2.sıklıkta gözlenmektedirler. Görülme insidansı; genel popülasyonda %0.4-0.5 oranındadır. Histolojik olarak, içlerinde nöral yapılar içermemektedirler. Sporadik ortaya çıkabildikleri gibi, ailesel geçiş gösteren formları da bildirilmiştir. MRG tekniğinin kullanıma girmesiyle serebral kavernom olguları daha sık bildirilmeye başlanmıştır. Olguların %25-30'unda baş ağrısı, baş dönmesi ve kulak çınlaması gibi non-spesifik semptomlar gözlenir. Yıllık kanama oranları %0.6-0.7 civarındadır. Tek veya çoklu kanamalar, klinik olarak sessiz seyir gösterebildikleri gibi, bizim olgumuzda olduğu gibi lokalizasyonla ilişkili nörolojik semptomlarda içerebilirler. Genellikle serebral hemisfer ve beyin sapında gözlenen kavernomlar, nadiren serebellumda gözlenmektedirler. Olgumuzda saptanan serebellar pedinkül lokalizasyonlu kavernomlar ise, oldukça nadir gözlemlenenlerinden sunulmuştur.

**Yöntem:** Baş dönmesi, çift görme, bulantı ve kusma yakınmaları ile acil servise başvuran hastanın yapılan nörolojik muayenesinde; ataksi ve sağ göz görme keskinliğinde azalma tespit edildi. Hastaya yapılan beyin MRG'sinde; sağ serebellar pedinkül lojunda, yaklaşık 2 cm çapında kavernöz malformasyon (kavernoma) ve kavernom periferinde hematoma alanı saptandı. (Resim 1) Beyin MR-angiografisi ise normal olarak raporlandı. Hastanın kavernomuna dış merkezde Gamma-Knife tedavisi uygulandı. (Resim 2) Gamma-Knife tedavisinden 1 ay sonrasında yakınmaları düzeldi ve 9 ay boyunca herhangi bir semptom gözlenmedi.

9 ay sonrasında ise sağ gözde puslu görme, baş dönmesi ve bulantı yakınması tekrar başlamış.

**Bulgular:** Hastanın yapılan kontrol beyin MRG'sinde; sağ serebellar pedinkülde 1,2 cm boyutunda, T1 sekansta santrali siliik sınırlı hipointens ve T2 sekansta ise belirgin hipointens gözlenen kavernomla uyumlu lezyon boyutunda küçülme olduğu raporlandı. Hasta, Gamma-Knife tedavisi aldığı kliniğe konsulte edildi ve ek önerileri olmadı. Hastaya antiödem ve antiemetik tedavi başlandı. Tedavi sonrası 2.günde yakınmaları tamamen düzelen hasta, serviste desteksiz olarak mobilize edilerek taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Kolay erişilebilir, semptomatik kavernomlarda mikrocerrahi rezeksiyon önerilirken, beyin sapı gibi cerrahi tedavi lokalizasyonu yüksek risk taşıyan, semptomatik seçilmiş kavernom olgularında ise Gamma-Knife tedavisi alternatif bir seçenek olarak önerilmektedir. Ancak kavernomlarda halen Gamma-Knife tedavisinin sonuçları tartışmalı olup güncel literatürde tam bir fikir birliği sağlanamamıştır. Bazı yayınlarda Gamma-Knife tedavisinin kanama riskini azalttığı bildirilirken, bazı yayınlarda ise Gamma-Knife tedavisine sekonder olarak gelişen radyonekroz sonucunda kanama oranını arttırdığı bildirilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Kavernom, kavernöz malformasyon, serebellar pedinkül

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019118225024.jpg>

PS-266 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## İLERİ YAŞTA TANI ALAN DİASTOMETAMYELİ

**Murat Kiraz\*, İ Hüseyin Aydın**

*Şehit Prof Dr İlhan Varank Sancaktepe EAH, Nöroşirürji Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Ayrık omurilik malformasyonlu hastalar ciddi nörolojik, ortopedik ve ürolojik şikayetler ile başvurabileceği gibi asemptomatik de olabilirler. Oldukça nadir bir hastalık olması nedeniyle dünyaca kabul görmüş bir tedavi yaklaşımı yoktur. Bazı cerrahlar asemptomatik hastalarda bile cerrahi uygulanmasını savunurken, klinik bulgu gelişene kadar yakın takip etmeyi ve daha sonra cerrahi uygulamayı uygun gören yaklaşım çoğunluktadır. Bu olguda 70 yaşında bel ağrısı ile nöroşirürji kliniğine başvuran diastometamyeli olgusuna yaklaşım sunulmuştur.

**Yöntem:** Ayrık omurilik malformasyonu terimi, temelde ortak embriyolojik etiyojolojiye sahip bütün çift omuriliği olanlarda kullanılmaktadır. Ayrık omurilik malformasyonu terimi, son 25 senedir diastometamyeli ve diplomyeli terimlerini kapsar haldedir. Diastometamyelide İki hemikord kemik / osteokartilaj bir çıkıntı ile ayrılmıştır ve her hemikordun kendine ait piası ve dural kılıf ile çevrili spinal kanalı vardır. Diplomyeli de ise İki hemikord yumuşak fibröz bir bant ile ayrılmıştır ve ikisi birlikte tek bir dural kanal içerisinde yer alırlar. Ayrık omurilik malformasyonunda cilt bulguları, duyu kaybı, alt ekstremitenin anatomik defektleri, bacaklarda güç kaybı, spinal deformite, sfinkter kusuru gibi klinik bulgular görülebilir.

**Bulgular:** 70 yaşında kadın hasta bel ağrısı şikayeti ile başvurduğu fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniğinden lomber MRG ve lomber BT'si ile birlikte polikliniğimize yönlendirildi. Yapılan fizik muayenesinde torokolomber bölgenin skolyotik olduğu görüldü. Hastada motor güç kaybı yahut duyu kusuru saptanmadı. Görüntüleme raporlarında L1-L5

diastometamyelik olduğu, konus medullarisin L5 düzeyinde sonlandığı ve torokolomber rotoskolyoz belirtilmişti. Hastaya 1 hafta non-steroid antiinflamatuar tedavi verildi ve kontrole çağrıldı. Hastanın şikayeti kısa süreli ilaç tedavisi ile tamamen geçti.

**Tartışma ve Sonuç:** Ayrık omurilik malformasyonu oldukça nadir görülen bir spinal disrafizm tipi olmakla birlikte yol açtığı nörolojik ve ortopedik problemler hayat kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Bununla birlikte asemptomatik olgular veya bu olguda olduğu gibi ileri yaşta tanı alan ve medikal tedavi ile şikayetleri geçen hastalar ayrık omurilik malformasyonlarına yaklaşımda dikkate alınmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Ayrık omurilik sendromu, ileri yaş diastometamyeli

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201911823020.jpg>

PS-267 [Nörovasküler Cerrahi]

### ARARE CASE OF FENESTRATED ANTERIOR CEREBRAL ARTERY A1 SEGMENT DISTAL PART ANEURYSM RUPTURE TREATED BY SURGICAL CLIPPING

**Abdullah Mesut\*<sup>1</sup>, Alptekin Taşcı<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Diyarbakır Gazi Yaşargil Training and Research Hospital, Neurosurgery Department

<sup>2</sup>Diyarbakır Training and Research Hospital, Neurosurgery Department

**Background and Aim:** We aim to present a case of fenestrated A1 segment aneurysm lacated in the distal part of segment with the aneurysm took place at the proximal side of fenestration and explain n properties of rare and critical type of aneurysms.

**Methods:** 50 year old male patient had been admitted to our emergency department with sudden severe headache and deterioration in consciousness and GCS of 12. Non enhanced cranial CT showed subarachnoid hemorrhage Fisher grade II, Hunt-Hessle grade II-III. 3D Cranial CT angiografi showed Left distal A1 segment with 2 mm'ed. necked 5x6 mm diametered saccular aneurysm. The patient was free of any other system pathologic finding. Posthemorrhagic 3rd day aneurysm clipping applied through left wide pterional craniotomy with good recovery and uneventful postoperative course.

**Results:** Radiologically in the cranial CT angiography left distal part of A1 segment of anterior cerebral arteryaneurysm sited at proximal fenestrated. in the operative observation a fenestration of A1 segment about 5 mm from Anterior cerebral origin took place which dissected carefully followed dy aneurysm clipping satisfactory.where caution should be exercised to inspect both arms of fenestration.

**Conclusions** The rare aneurysm of A1 segment which account %1 of all intracranial aneurysms has property of rupturing even in small size, the so the surgicall clipping must be the treatment of choice in such rare cases.

**Keywords:** A1 segment, fenestration, aneurysm

**Image:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019127161637.jpg>

PS-268 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### BEHÇET HASTALIĞI İLE BİRLİKTELİK GÖSTEREN SSS LENFOMASI

**Ramazan Paşahan, Şahin Kenan Deniz\***

*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** SSS primer lenfoması nadir olan bir hastalık olmasına rağmen bizim hastamızda behçet ve SSS primer lenfoması birlikteliği mevcuttur. Sistemde daha önce bildirilmiş birliktelik bulunamadı. Literatüre katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Birincil santral sinir sistemi lenfoması (PCNSL), klinik ve radyolojik olarak multipl skleroz, demyelizan hastalık ve Behçet hastalığı ile karışabilir. Tüm merkezi sinir sistemi (CNS) tümörlerinin yaklaşık %1-3'ünü oluşturan nadir ve heterojen bir hastalık olan nadir bir non-Hodgkin lenfoma (NHL) türüdür. Behçet hastalığı ile birliktelik gösteren, ensafalit tedavisi almakta olan ve SSS lenfomalı hasta sunulacaktır.

**Bulgular:** 45 yaş bayan, görme bozukluğu ve baş dönmesi şikayeti ile nöroloji servisinde ensefalit nedeni ile tedavi edilen hastanın kan tetkikleri;... LP;..... çekilen kranial MRG sinde sağ serebellar bölgede düzgün sınırlı olmayan lezyon saptanmış (resim 1)ve 15 gün sonraki MRG incelemesinde lezyonun 2 kat artığı ve hidrosefaliye gidış olduğu gözlenmesi üzerine cerrahi kararı alındı (resim 2). İntraoperatif frozen sonucu lenfoma gelmesi üzerine biopsi ve VP şant cerrahisi yapılıyor. Patoloji sonucu Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma("Nongerminal center type") gelmesi üzerine kemoterapi sonrası lezyonun tamamen kaybolduğu gözleniyor (resim3).

**Tartışma ve Sonuç:** SSS lenfoması radyolojik değişkenlik olması nedeniyle yanlış tanı konması olası muhtemeldir. Vakamızda Behçet hastalığının radyolojik olarak SSS lenfoması ile karıştırılabileceği ve birliktelik gösterebileceğinin unutulmaması, tedaviye yanıt vermeyen Behçet hastalarda biopsinin önemini vurgulamak istedik.

**Anahtar Sözcükler:** Behçet, lenfoma, primer santral sinir sistemi lenfoması

PS-269 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### AKÜT MYELOİD LÖSEMİ NEDENİYLE TAKİP EDİLEN HASTADA GELİŞEN BAŞ AĞRISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

**Ali Osman Muçuoğlu\*, Aibek Erkibaev, Fazlı Oğuzhan Durak, Murat Yılmaz**

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi*

**Giriş ve Amaç:** Granülositik sarkom, granülositik prekürsör hücrelerin ekstramedüller invazyonundan kaynaklanan lokalize bir tümördür. Nadir görülür. Genellikle kemik, periost, yumuşak doku, lenf nodları veya deride lokalize olur. En yaygın orbita ve paranazal sinüsler tutulur. Prognoz altta yatan hastalığa bağlıdır.

**Yöntem:** Olgumuz yaklaşık bir haftadır şiddetli baş ağrısı, sağ yanda güçsüzlük hissi ve denge kaybı şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Çekilen Beyin MRG'de orta hatta falks komşuluğunda frontoparietal yerleşimli, lateral venriküller üzerinde etrafı vazojenik ödemi olan, kontrast tutan kitle ile uyumlu lezyon saptandı. AML M4 tanısı ve ona yönelik KT, KİT öyküsü olan ve siklosporin kullanan hastanın yapılan nörolojik muayenesinde

bilinç açık, koopere, oryante, lateralize motor duyu defisiti yok olduğu görüldü. Hastaya tarafımızca sol parasagittal yaklaşımla subtotal kitle eksizyonu yapıldı. Post op muayenesinde şikayetleri gerileyen ve nörolojik muayenesinde değişiklik olmayan hasta hematoloji servisine devredildi.

**Bulgular:** Granülositik sarkom, AML seyri sırasında yaklaşık %4-5 oranında gözlemlenir. Sıklıkla AML M2 alt tipiyle birliktelik gösterir. Ancak bizim hastamız bunun aksine AML M4 tanılıydı. En sık rastlanılan tutulum bölgeleri sırasıyla cilt, orbita, baş-boyun bölgesi ve santral sinir sistemi olarak bulunmuştur. Bizim olgumuzda nadir görülen santral sinir sistemi tutulumu gözlenmiştir. En kötü prognoz cilt tutulumunda gözlenirken, en iyi prognoz cilt dışı ekstrapredüller hastalıkta tespit edilmiştir. Erişkinde granülositik sarkom kötü prognoz ile seyrederken çocukluk çağında daha iyi prognoz gösterdiği bildirilmiştir. AML'li hastalarda semptomatik fasiyal sinir tutulumu ender olarak gözlenir. Hastamızda olduğu gibi kemoterapi ile kontrol altına alınamadığı durumlarda kemoterapiye ek olarak radyoterapi de yapılabilir. Hızla nörolojik defisitini geliştiren santral sinir sistemi tutulumu veya spinal kord basısı olduğunda acil cerrahi/radyocerrahi gerekmektedir. Bizim olgumuzda cerrahi sonrası kalan rezidü lezyon için radyocerrahi almıştır. Kısa süreli yüksek doz metilprednisolone tedavisi periferik kanda ve kemik iliğindeki blast yükünü azaltmakta ve tümör kitlesinin boyutlarını küçültmektedir. Böylece erken başlatılan tedavi ile kesin tanı belirlenene kadar hastanın semptomlarında gerileme veya semptomların ilerleme hızını yavaşlatma mümkün olabilmektedir. Bizim olgumuzda da cerrahi öncesi bu yöntem uygulanmıştır.

**Tartışma ve Sonuç:** Sonuç olarak, bu olgu farklı klinik prezentasyonla başvuran hastalarda hızlı tanıya ve tedaviye yönlenebilmek için tanı yöntemlerini doğru kullanmanın önemini vurgulamaktadır. Erişkin hasta grubunda granülositik sarkom ile başvuran hastaları tedavi etmek daha zordur. Spinal kord bası semptomları olan veya semptomatik santral sinir sistemi tutulumu olan hastalarda ise vakit kaybetmeden cerrahi uygulanması gerekmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Granülositik sarkom, AML, tümör cerrahisi

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/20191199511.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/20191199619.jpg>

PS-270 [Pediatrik Nöroşirürji]

## PEDİATRİK İNTRAKRANİYAL DEV MENİNGİOM

Elif Bolat<sup>1</sup>, Emre Dursun<sup>\*1</sup>, Tuncer Turhan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahi AD

<sup>2</sup>Serbest Hekim, Beyin ve Sinir Cerrahi

**Giriş ve Amaç:** Pediatrik intrakraniyal dev meningiom

**Yöntem:** 6 yaşında kız hasta, şüpheli nöbetler sonrası çocuk nöroloji hekimi tarafından istenen kraniyal MRG'de intrakraniyal kitle saplanması üzerine tarafımıza yönlendirilmiş. Hastanın nörolojik muayenesi tamamen olağan olmakla beraber cafe au lait benzeri cilt lezyonu da bulunmamaktaydı. Kraniyal MRG'de sol temporobasaldan superior parietal lobun posterioruna dek uzanan ve çapları geniş yerleinde 80\*80\*65 mm ye ulaşan homojen kontrast tutan düzgün sınırlı kitle mevcuttu.

**Bulgular:** Hastaya ilk aşamada sağ frontal EVD kateteri takılarak kafa içi basıncı düşürüldü, sonrasında yan yatar pozisyonda açıklığı aşağı bakan

sol temporoparietal at nalı flep kullanılarak transkortikal girişimle kitleye ulaşıldı. Oldukça sert kıvamlı olduğu için makas yarımıyla kitle total olarak çıkarıldı. Postop nörolojik tablosunda gerileme olmayan hastanın takibinde ilk önce EVD açık izlendi, sonrasında kapalı izleminde hidrosfali gelişmeyen hastanın postop 1. haftasında EVD kateteri çekilerek taburcu edildi. Hastanın patoloji sonucu meningiom fibröz tip DSÖ derece 1 geldi.

**Tartışma ve Sonuç:** Pediatrik supratentoriyel intrakraniyal meningiomlar oldukça nadir görülmekle beraber yavaş büyümeleri sebebiyle akut gürültülü tablo oluşturmamış intrakraniyal dev kitlelerde cerrahi total rezeksiyon ile şifa sağlanabildiği için patolojik ayırıcı tanısında meningiom göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Pediatri, intrakraniyal, dev, meningiom

PS-271 [Pediatrik Nöroşirürji]

## DIASTEMATOMYELİ VE İNTRADURAL DİSK HERNİASYONU OLAN NADİR BİR OLGU

Muhammet Arif Özbek, Berkhan Genç\*, Alican Tahta, Cem Dinç, Nejat Akalan

Medipol Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.

**Giriş ve Amaç:** Diastematomyeli çocukluk çağında seyrek görülen gizli spinal disrafizmin bir formudur. Klinik bulguları değişiklik göstermekle birlikte, birçok vakaya insidental olarak tanı konulmaktadır. Aynı zamanda nadir görülen intradural disk hernileri 1942 yılında Dany tarafından tanımlanmıştır. Nükleus pulpozus ve anulus fibrozusun posterior longitudinal ligamanı (PLL) ve dura materi yırtarak sekestre parçanın subdural mesafeye girmesi gerekmektedir. Bu vakada iki nadir görülen durumun birlikteliği incelenmiştir.

**Yöntem:** 19 yaşında erkek hasta 2.5 yıl önce tarafımızca sol L2-L3 disk hernisi nedeniyle opere edilmiştir. 2 gündür sağ bacakta kuvvet kaybı ve uyuşukluk olması üzerine tarafımıza başvuran hastanın yapılan muayenesinde sağ kalça fleksiyonu 3/5, sağ diz ekstansiyonu 3/5, sağ ayak bileği dorsofleksiyonu 2/5 olarak tespit edildi.

**Bulgular:** Hastanın yapılan lomber MR'ında sağ L1-L2 seviyesinde sağ split kordu sola iten indural disk hernisi tespit edildi ve acil şartlarda operasyona alındı. L1 total laminektomi sonrası dural kese medialize edilerek ekstra dural olarak disk tespit edilmeye çalışıldı. Ekstradural parça görülmemesi üzerine dura posteriordan orta hatta açıldı ve sekestre intradural parça alındı. Post op muayenesinde sağ alt ekstremitedeki yaygın nörolojik defisitinin ilerlediği saptandı. Takibinde post op 2. Gününde sağ kalça fleksiyonu 4/5, sağ bacak ekstansiyonu 4/5, sağ ayak dorsofleksiyonu 3/5 olması üzerine taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Diastematomyeli gibi orta hat deformitesi olan vakalarda duranın da normal yapısına göre orta hattan daha zayıf olabileceği öngörüldü ve semptomatik vakalarda MR' da gözden kaçabilecek intradural disklere dikkat edilmesi akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Diastematomyeli, intradural disk hernisi

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201912019465.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019120194631.jpg>

PS-272 [Nörovasküler Cerrahi]

**POST-PARTUM KRANİAL SUBARAKNOİD VE SPİNAL SUBDURAL/  
SUBARAKNOİD HEMATOM BİRLİKTELİĞİ****Berkhan Genç\*, Alican Tahta, Muhammet Arif Özbek, Nejat Akalan***Medipol Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Spinal subdural kanama (SDH), tüm spinal hematoma'nın sadece % 4.1'ini oluşturan nadir bir klinik durumdur. En sık görülen semptomların motor defisit, spinal ağrı, radiküler ağrı ve parestezi olduğu bildirilmiştir. Hastalar ayrıca baş ağrısı ve sfinkter fonksiyon bozukluğu şikayeti ile de gelmektedir. Olgumuzda preeklampsi nedeniyle sezaryen operasyonuna alınan hastasının post operatif dönemde gelişen spinal ve serebral komplikasyonlar ve tedavi yaklaşımı üzerinde durulmuştur.

**Yöntem:** Hasta klinik, nörolojik ve radyolojik takipleri değerlendirilerek sunuldu.

**Bulgular:** 29 yaşında gebe kadın hasta preeklampsi nedeniyle spinal anestezi uygulanarak acil C/S operasyonu geçirmiş. 1 gün sonra tarafımıza baş ağrısı sol kolda uyuşma ve ense sertliği olması üzerine yapılan kranial BT incelemesinde perimezansefalik SAK saptandı. Sonrasında istenen servikal ve torakal spinal MR çekimi sırasında boyun ağrısında artış ve bacaklarda uyuşma şikayeti olması üzerine MR çekimi sonlandırılarak yapılan muayenede parapleji saptandı. Servikal ve torakal spinal MR ında Klivustan T10 seviyesine kadar uzanan masif subdural hematoma, C6-C7 seviyesinde spinal kord anteriorunda subdural yerleşimli nidal görünüm (AVM?) saptanması üzerine hasta acil şartlarda operasyona alındı. C6 ve C7 total laminektomi yapıldı. Dura açıldı. Tüm kordu 360 derece saran SAK görüldü. Spinal kord anterioruna lokalize yoğun hematoma boşaltıldı. Bu seviyede herhangi bir nidusa rastlanmadı. Hastanın post op nörolojik muayenesinde sol triceps 3/5 kas gücünde olması dışında patolojik bulgu izlenmedi. Postop 10.günde gelişen bilinç bulanıklığı, disfazi ve sağ hemiparezi (2/5 hemiparetik) olması üzerine yapılan kranial MR sonrası sol MCA sulama alanında iskemi izlendi. Hasta acil şartlarda DSA ya alındı. DSA da yaygın intrakranial vazospazm saptandı ve buna yönelik IA vazodilatasyon infüzyon tedavisi yapıldı. Aynı seansta yapılan spinal taramasında patolojik bulgu saptanmadı. Şikayetleri gerileyen hasta nörolojik defisiti olmadan post op 18. gününde taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Preeklampsi tanısı bulunan hastalarda spinal anestezi yapılırken ve sonraki süreçte takibinde spinal subdural/ SAK açısından dikkatli olunmalıdır. Hastanın progresif kötüleşen nörolojik defisiti var ise acil cerrahi tedavi öncelikli yaklaşım olarak önerilmektedir. Nörolojik defisiti minimal olan seçili bir kısım hastada konservatif tedavi düşünülebilir. Tedavinin sonuçları hastanın ilk nörolojik durumuna, eşlik eden patolojilerin ciddiyetine, hematoma'nın konumuna, subaraknoid kanama ile birlikteliğine bağlıdır. Spinal SAK' ın intrakranial uzanımı varsa ameliyat sonrası dönemde vazospazm ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Spinal subdural hematoma, preeklampsi, subaraknoid kanama

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019120211211.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019125111531.jpg>

PS-273 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

**NADİR BİR OLGU SUNUMU: SPİNAL PARAGANGLİOMA****Berkhan Genç\*, Mehmet Töngge, Muhammet Arif Özbek, Cem Dinç, Zeki Şekerci***Medipol Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Paraganliomalar, adrenal bezden köken alan nöro-endokrin tümörlerdir. Genellikle benign karakterli ve non-fonksiyoneldirler; nadiren santral sinir sisteminde de izlenirler. Santral sinir sistemi paraganliomalarının % 90'dan fazlası karotis ve glomus jugularede kendini gösterir. Spinal paraganliomalar ise oldukça nadirdir. Bu bildiriye bir spinal paraganlioma olgusu sunulmaktadır.

**Yöntem:** 45 yaşındaki erkek hasta polikliniğimize aktivite bağımsız non-spesifik bel ağrısı şikayetiyle başvurdu. Yapılan MR sonucu L3 seviyesinde kitle etkisi oluşturan intradural lezyon saptanan hasta elektif şartlarda opere edildi. Kitle gross total eksize edildi. Hastanın post-operatif klinik izleminde bel ağrısı şikayeti kayboldu, ek nörolojik defisit izlenmedi.

**Bulgular:** Pre-operatif radyolojik görüntülemelerde lezyon ependimom veya schwannoma olarak değerlendirildi. Operasyon sırasında ise lezyonun intradural, ekstramedüller olduğu izlendi ve kauda liflerinin altında yuvarlak, sert, yer yer sarı renkli, solid yapıda olduğu görüldü. Yapışık olduğu izlenen kökten mikrocerrahi yolla ayrılarak total çıkartıldı. Kitlenin patolojik inceleme sonucu "paraganlioma" olarak bildirildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Spinal paraganlioma çok nadir görülmekle birlikte, santral sinir sisteminde en sık görüldüğü bölge cauda equina'dır. Genelde non-fonksiyonel ve benign karakterli olarak izlenmektedir. Radyolojik görüntülemelerde lezyon ependimom veya schwannoma ile karışabilmektedir fakat ayrı tanıda akılda tutulmalıdır. Nadir görülmekle birlikte fonksiyonel paraganliomalar kitle etkisine bağlı semptomlarla birlikte katekolamin salınımına bağlı hipertansif ataklarla da kendini gösterebilmektedir (feokromasitoma). Tedavi sürecinde en önemli prognostik faktör kitlenin gross total eksizeyonudur ve rekürrens üzerindeki en büyük etmendir.

**Anahtar Sözcükler:** Spinal kitle, paraganlioma, lomber

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201912021365.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019120213617.jpg>

PS-274 [Stereotaktik, Fonksiyonel Ağrı ve Epilepsi Cerrahisi]

**BİR EPİLEPSİ CERRAHİSİ OLGUSU: OKSİPİTAL LOB VE  
HİPOKAMPAL İKİ FARKLI LOBDA FOKAL EPİLEPTİK ODAĞIN  
İNTRAKRANİAL MONİTORİZASYONLA HARİTALANARAK TEK  
CERRAHİ GİRİŞİMLE ÇIKARILMASI****Alican Tahta<sup>1</sup>, Berkhan Genç<sup>\*1</sup>, Muhammet Arif Özbek<sup>1</sup>,  
Songül Hasar<sup>2</sup>, Ebru Erbayat Altay<sup>2</sup>, Nejat Akalan<sup>1</sup>**<sup>1</sup>*Medipol Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*<sup>2</sup>*Medipol Üniversitesi, Nöroloji AD.*

**Giriş ve Amaç:** Oksipital lob epilepsi (OLE), tüm fokal epilepsilerin %2-13'ünü oluşturur ve tipik olarak görsel aura veya hallüsinasyonlar, iktal körlük veya göz kırpması şeklinde nöbet tanımlanır. Birçok hastada bu

şekilde başlayan nöbetler, hızlı ıktal yayılım ile beyin diğer loblarına geçerek, temporal veya frontal nöbetler gibi kendilerini gösterebilirler. Görsel auralar OLE'nin en sık görülen nöbet bulgusu olsa da, bazı mesial temporal nöbetlerde de ortaya çıkabilir. Bazı hastalarda birden fazla fokal epilepsi odağı bulunabilir ve klinik ve elektrofizyolojik olarak nöbetler saçlı deri kayıtları ile ayrıştırılmaz. MRI, FDG-PET, SPECT gibi yardımcı görüntüleme teknikleri ile beraber kesin tanı ancak subdural ve/veya derinlik elektrodları ile yapılacak olan intrakranial video-EEG monitorizasyonu ile konabilir.

**Yöntem:** Anato-mo-elektro-klinik çalışmalar sonrasında belirlendiği üzere sağ oksipital bölgedeki lezyonu içine alacak şekilde geniş bir oksipital rezeksiyon yapıldı. Aynı zamanda bu cerrahi kaviteden ilerlenerek parahipokampal girus, hipokampus gövde ve kuyruğu rezeke edildi. Ameliyat esnasında nöronavigasyon kullanıldı. Postoperatif izlemlerinde nörolojik muayenesinde gerileme izlenmedi.

**Bulgular:** Nörolojik muayenesinde sol homonim hemianopsi ve hafif dereceli mental retardasyon dışında patolojik bulgusu yok. Hastanın skalp video/EEG monitorizasyonunda 5 klinik ve 2 subklinik EEG nöbeti kaydedilmiş olup, subklinik nöbeti ve 2 klinik nöbetin sağ parieto-okspital bölgeden, 3 klinik nöbetin ise sağ temporal bölgeden başladığı düşünüldü. İnteriktal EEG de ise epileptik anormallikler daima anterior temporal bölgeyi gösterdi. Preoperatif MR değerlendirmesinde sağ oksipital bölgede geçirilmiş ansefalite sekonder gliotik bir görünüm saptandı. FDG-PET görüntüleri sağ temporal lobda belirgin hipometabolizmaya işaret ediyordu. Epilepsi cerrahisi konusunda tartışılan hastaya primer epileptojenik zonun tespiti amacıyla invaziv video/EEG monitorizasyonu planlandı. Şekil 1-2 de görüldüğü gibi suboksipital ve lateral parieto-okspital kortekse grid, posterior interhemisferik alana strip ve sağ hipokampusa navigasyon ile 1 derin elektrod yerleştirildi. İntrakranial video/EEG monitorizasyonu ile 3 aura ve 12 klinik fokal nöbet kaydı yapıldı. Auralar suboksipital ve lateral oksipital gridlerden kaynaklanırken, klinik nöbetlerin hepsi hipokampusdan kaynaklanmaktaydı.

**Tartışma ve Sonuç:** İlacı dirençli multifokal epilepsilerde, epileptojenik zon birden fazla ve ayrı loblarda olsa da epilepsi cerrahisi mümkün olabilir ve navigasyon yardımı ile belirli anatomik işaretler izlenerek tek bir cerrahi seansta iki epileptojenik zon çıkarılabilir. Bu durum, aynı zamanlarda farklı bölgelere yönelik olarak yapılan iki farklı kraniotominin komplikasyon oranını ciddi oranda düşürmüştür.

**Anahtar Sözcükler:** Epilepsi, epilepsi cerrahisi, oksipital lob epilepsisi

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/2019120221340.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/2019120221352.jpg>

PS-275 [Nöroonkolojik Cerrahi]

## HİPERFAJİ ŞİKAYETİYLE BAŞVURAN EKSPANDED ENDOSKOPIK ENDONAZAL YAKLAŞIMLA OPERE EDİLEN KRANİOFARİNGİOMA : OLGU SUNUMU

Elif Akpınar\*, Mehmet Özerk Okutan

KTO Karatay Üniversitesi Medicana Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Hipotalamik lezyonlar nedeniyle vücut enerji dengesinin bozulması sonucunda hipotalamik obezite meydana gelmektedir. Bu

durum genellikle kraniofaringioma(KF) hastalarında görülmektedir.

**Yöntem:** 53 yaşında kadın hasta kliniğimize unutkanlık, halsizlik, aşırı yemek yeme şikayetiyle başvurdu. Hastanın çekilen beyin manyetik rezonans görüntüleme tetkikinde suprasellar alanda en geniş aksiyal boyutu 37x28mm ölçülen, posterior da yaklaşık 10x13 mm boyutlu solid komponenti bulunan, septasyon içeren, kistik natürde lobüle konturlu kitle lezyon saptandı. Hastanın hormon tetkikleri ve görme muayenesi normaldi.

**Bulgular:** Hastaya expanded endoskopik endonazal yaklaşımla kitle eksizyonu yapıldı. Patoloji sonucu KF olarak geldi. Hasta operasyon sonrası 5. günde motor defisitsiz, Glasgow Koma Skalası 15 olarak taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** KF'lar nadir görülen sellar veya suprasellar bölgeye yerleşen benign tümörlerdir. Rathke kesesi artıklarında bulunan skuamöz epitelden gelişirler. En sık baş ağrısı, görme bozukluğu, obezite, hormonal bozukluk şikayetleriyle başvururlar. Tedavisi cerrahidir. Endoskopik endonazal yaklaşım etkili ve güvenli bir yöntemdir.

**Anahtar Sözcükler:** Hipotalamik obezite, kraniofaringioma

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/2019122123330.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/2019122123346.jpg>

PS-276 [Diğer]

## HİDROSEFALİ TEDAVİSİNDE İNTRAOPERATİF VENOGRAFİ EŞLİĞİNDE VENTRİKÜLOATRİAL ŞANT TAKILMASI

Hüseyin Doğu<sup>\*1</sup>, Nuriye Güzin Özdemir<sup>2</sup>, İbrahim Burak Atıcı<sup>2</sup>, Ayhan Koçak<sup>2</sup>, Bülent Uzunlar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Istanbul Medicine Hospital, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>2</sup>Istanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>3</sup>Istanbul Medicine Hospital, Kardiyoloji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Hidrosefali tedavisinde ventriküloperitoneal şant takılmasının uygun olmadığı durumlarda ventriküloatrial şant kullanılır. Santral venlerde oklüzyon olduğunda kateteri distale yönlendirmek güç olabilir. Distal kateterin ilerletilmesinin mümkün olmadığı bir hidrosefali olgusunda venografi yardımıyla şant takılması rapor edilmiştir.

**Yöntem:** Hidrosefali tanısıyla daha önce ventriküloperitoneal şant takılmış olan 25 yaşında kadın hasta kusma ve nöbet şikayetleri ile başvurdu. Distal uç tıkanıklığı nedeniyle iki kez opere edilmişti. Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BBT)'nde hidrosefali bulgularının arttığı izlendi. Ventriküloatrial şant takılması planlandı.

**Bulgular:** Hibrid ameliyathaneye alınarak klasik yaklaşımla boyundan juguler vene ulaşıldı. Kateterin ilerletilememesi üzerine juguler venden 0.35'lik hidrofilik guide-wire (kılavuz tel) gönderildi. Venografi yapılarak anjiyografik görüntüler eşliğinde manevralarla atriuma kadar ilerlendi. Daha sonra kılavuz tel üzerinden şant kateteri amaçlanan yere yerleştirildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Ventriküloatrial şant takılırken santral venlerin tıkanıklığı veya şant distal ucunun ilerletilemediği gözlenirse yardımcı metot olarak intraoperatif venografi kullanılması atrial kateterin başarılı bir şekilde yerleştirilmesine yardımcı olacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Hidrosefali, revizyon, şant, venografi, ventriküloatrial

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/2019123104252.jpg>



PS-277 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

**SERVİKAL SPİNAL KORDA İNTRAMEDÜLLER METASTAZ YAPAN SKUAMÖZ HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİ; OLGU SUNUMU****Ulvi Çiftçi\*<sup>1</sup>, Kahan Başocak<sup>1</sup>, Musa Çırak<sup>1</sup>, Emre Delen<sup>2</sup>, Çağrı Kökoğlu<sup>3</sup>**<sup>1</sup>S.B. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği<sup>2</sup>Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği<sup>3</sup>S.B. Yunus Emre Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** İntramedüller spinal kord metastazı, sistemik kanserli hastalarda otopsi serisine dayanarak prevalansı % 2.1 olan nadir bir kanser komplikasyonudur. Akciğer kanseri, intramedüller spinal kord metastazı ile ilişkili en yaygın primer tümördür ve vakaların%50'sinden sorumludur. İntramedüller spinal kord metastazı tipik olarak hastalık seyriinde geç ortaya çıkar, genel sağkalım açısından çok kötü prognozla ilişkilidir genellikle kortikosteroidler, fraksiyone radyasyon tedavisi ve cerrahi ile tedavi edilir.

**Yöntem:** Daha önce Akciğer Ca tanılı 62 yaşında erkek hasta yaklaşık 1 haftadır sol tarafında uyuşma kuvvetsizlik şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın Nörolojik muayenesinde sağ hemiparezik olduğu kas 2/5 idi DTR ler hiperaktif, babinski sağda pozitif idi. Hasta cerrahi tedavi amacıyla yatırıldı. Hastaya çekilen Servikal MRG de C1-2 vertebra lar düzeyinde spinal kord santralinde yaklaşık 22x12mm boyutunda, T1A serilerde izointens, T2A serilerde santral hipo-periferi hiperintens, kontrast madde ardından belirgin periferik kontrastlanım paterni gösteren, kordda minimal ekspansiyona yol açan tümöral lezyon saptandı. Hastanın klinik takibinde sol hemiparezisinin (kas gücü 4/5) geliştiği görüldü. Hastaya C1-C2 laminektomi ve subtotal intramedüller tümör eksizyonu yapıldı.

**Bulgular:** Hasta Postop yoğun bakıma alındı. Hastanın yoğun bakım takibinde quadiparezik olduğu ek nörolojik defisit gelişmediği görüldü. Hasta 1 ay yoğun bakımda takip edildikten sonra palyatif bakım merkezine refere edildi. Hastanın patoloji sonucu primer akciğer squamöz hücreli karsinom metastazı olarak raporlandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Spinal tümörlerin hücresel tipleri, lokalizasyonları, büyüme hızları ve bunlara bağlı gelişen nörolojik durum prognozu belirleyen en önemli parametrelerdir. Hastaların başlangıç nörolojik muayenelerine bakıldığında metastatik spinal tümörlerde motor bozukluk bulguları çeşitli serilerde %84 ile %100 arasında bulunmuş, duyu bozukluk bulguları benzer oranlarda saptanmış, sfinkter bozukluk bulguları ise göreceli olarak daha az görülmüştür. Daha önce bilinen malign hastalığın varlığında intramedüller spinal metastazlarının tedavisindeki algoritma hala belirsizdir. İntramedüller spinal kord metastazı tanısı alan hastalarda cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi gibi diğer tedavi yöntemlerini karşılaştıran iyi tasarlanmış prospektif bir klinik çalışma yoktur. Soliter intramedüller lezyon varlığında uygun tedaviyi uygulamak için, öncelikle histopatolojik tanı koymak amacıyla tümör cerrahi olarak çıkarılmalıdır radyoterapi ve kemoterapi buna planlanmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Akciğer squamöz hücreli Ca, intramedüller metastaz, cerrahi

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201912232834.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201912233026.jpg>

PS-278 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

**MINİMAL İNVAZİV CERRAHİ İLE SPİNAL EPİDURAL ABSE TEDAVİ YÖNETİMİ****Halil İbrahim Süner\*<sup>1</sup>, Ebru Oruç<sup>2</sup>, Aylin Güneşli Yetişken<sup>3</sup>, Soner Çivi<sup>1</sup>, Kadir Tufan<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Nöroşirürji Anabilim Dalı<sup>2</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı<sup>3</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Radyoloji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Spinal Epidural Abse (SEA), tanısı geciktiğinde ciddi kalıcı nörolojik defisite veya ölüme neden olabilen nadir bir klinik durumdur. Kronik böbrek yetmezlikli (KBY) hastalarda, hemodiyaliz kateterine bağlı ve kan yoluyla yayılan enfeksiyonlar; endokardit, osteomyelit, septik artrit, septik emboliye neden olabilirken ve SEA'nin oranı %1.2' dir. SEA kliniği değişiklik gösterse de, vakaların bir kısmında ateş, nörodefisit ve spinal ağrının oluşturduğu klasik triad ile kendini gösterebilir. Tedavide, genellikle, laminektomilerle spinal dekompresyon ve abse boşaltılması amaçlanırken, biz, bu vaka takdiminde, minimal invaziv cerrahi (MIC) girişim kullanarak, geniş yerleşimli SEA'li bir olgunun, tedavisini sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** KBY nedeniyle hemodiyaliz uygulanan, 69 yaşındaki bir kadın hasta, hastanemiz Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniğine bilinç değişikliği, yüksek ateş, halsizlik yakınmalarıyla başvurdu. Yapılan incelemelerinde lökosit: 18.510, C-reaktif protein (CRP): 194, prokalsitonin: 1.7 saptanan hasta kateter enfeksiyonu ön tanısıyla yatırıldı. Ampirik tedavi olarak teikoplanin ve ertapenem (IV) başlandı. Genel durumunda ani bozulma ve alt ekstremitelerde güçsüzlüğü gelişen hastaya spinal Manyetik Rezonans İnceleme (MRI) uygulandı. L3 düzeyinden T7 düzeyine kadar devam eden, spinal kordu anteriora doğru iten, posterior epidural mesafede periferik kontrast tutan abse izlendi (Resim-1). Beyin MRI'nda bilateral lateral ventrikül temporal hornları içerisinde seviyelenme veren görünüm(pü?) izlendi. İntrakranial enfeksiyon ve SEA'si olduğu görülen hastanın teikoplanin ve ertapenem kesildi, meropenem 3x1 gr(IV) başlandı. Hasta acil operasyona alındı. Sol T8, T11, L2 laminotomiler ile SEA'si boşaltılan hastanın, postoperatif erken dönemden itibaren alt ekstremitelerdeki motor güçsüzlüğünün tamamen düzeldiği, ateşinin düştüğü görüldü. Hastanın kan ve abse kültürlerinde Escherichia Coli tespit edildi ve hastanın meropenem dozu 3x2 gr'a(IV) çıkılarak tedaviye devam edildi. Postoperatif 3. gün CRP:90.7, Lökosit:10.100'e düştüğü görüldü.

**Bulgular:** Hastaya önce elektrikli drill kullanılarak sol L2 laminotomi yapıldı, bunu yaparken laminanın ligamentum flavum olmayan superomedial tercih edildi. Absenin akışkan olduğu görülünce bu işlem T11 ve T8'e de uygulandı. Laminotomilerin superior ve inferioruna 2x400 mm boyutlarına nelaton kateter gönderildi ve laminatomiler arasında kalan mesafelerin de abse drenajı sağlanmış oldu (Resim-2).

**Tartışma ve Sonuç:** SEA ve spondilodiskitli KBY hastalarında başlıca etken Staphylococcus Aureus iken Escherichia Coli nadirdir. SEA' in tedavisi erken cerrahi ve antibiyoterapidir. Erken müdahalenin ise sonuçları genellikle yüz güldürücüdür. Acil müdahale edilememesi, kalıcı nörodefisitten, ölüme kadar giden bir tabloya neden olabilir. Riskli olguların tedavisinde; erken ambulasyonun sağlanması, genel anestezi

süresinin kısalması, yara komplikasyon oranlarının azaltılması açısından, MIC yöntemlerin tercihi faydalı olacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Abse, epidural, invaziv, minimal, spinal

**Görsel:** [http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/](http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/20191241631.jpg)

[tmp/20191241631.jpg](http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/20191241631.jpg)

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019124170.jpg>

PS-279 [Diğer]

## AĞRI ŞİKAYETİYLE BAŞVURAN ERİŞKİN HASTADA SAPTANAN OKÜLT İNTRASAKRAL MENİNGOSEL: OLGU SUNUMU

**Elif Akpınar\*, Mehmet Özerk Okutan**

*KTO Karatay Üniversitesi Medicana Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Okült intrasakral meningoel (OİM) nadir görülen bir konjenital anomalidir. Sakral spinal kanalda kist oluşumuyla karakterizedirler.

**Yöntem:** 20 yaşında erkek hasta kliniğimize 2 aydır olan belden sağ kalçaya vuran ağrı şikayetiyle başvurdu. Hastanın sağ tarafta düz bacak kaldırma testi 30 derecede pozitif. Hastanın lomber(L) 5 ve sakral(S) 1 dermatomuna uyan hipostezisi mevcuttu.

**Bulgular:** Hastanın çekilen lomber vertebra manyetik rezonans görüntüleme tetkikinde L5-S4 seviyesinde spinal kanalda ekstradural yerleşimli, durayı ve sinir köklerini komprese eden, sakral nöral foremenlere uzanan, spinal kanal ve nöral foramenleri ekspansiyon eden geniş yerinde aksiyal boyutu 117x73 milimetre ölçülen lobüle konturlu kistik lezyon izlendi. Hastaya konservatif tedavi uygulandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Meningoseller içinde nöral dokunun bulunmadığı beyin omurilik sıvısı içeren meninklerin kistik dilatasyonu ile karakterize nöral tüp defekti şeklindedir. Erişkinlerde nadir görülürler ve asemptomatiklerdir. OİM sinir basınına bağlı olarak bel ağrısı, siyatalji, gluteal nöralji, mesane ve barsak disfonksiyonuna neden olabilirler. Asemptomatik OİM 'lerde cerrahiye gerek yoktur. Özellikle genç yaşta görülen kronik, tekrarlayan, inatçı bel ağrılarında ayırıcı tanıda mutlaka İOM düşünülmedir.

**Anahtar Sözcükler:** Okült intrasakral meningoel, intrasakral meningoel

**Görsel:** [http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/](http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019124101758.jpg)

[tmp/2019124101758.jpg](http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019124101758.jpg)

PS-280 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## TORAKAL SPİNAL KANALA POSTERİORDAN BASI YAPAN BRUSELLA ABSESİ OLGUSU

**İrfan Zengin\*<sup>1</sup>, Mehmet Edip Akyol<sup>1</sup>, Mehmet Arslan<sup>1</sup>, Özkan Arabacı<sup>2</sup>, Özgür Öcal<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Yüzüncüyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nöroşirürji

<sup>2</sup>S.B. Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji

**Giriş ve Amaç:** Şiddetli bel ağrısı olan kanala bası yapan brucella diskritinin cerrahi tedavisinin planlanması ancak cerrahi öncesi mediakl tedavi başlanması sonrasında hastanın şikayetlerinde azalma olması

sonrası cerrahi yapılmayıp medikal tedavinin tamamlanarak hastanın şifa bulması olgusunu sunmak.

**Yöntem:** 20 yaşında erkek hasta, 20 gün önce başlayan bel ağrısı şikayeti üzerine hastaneye başvurmuş. Halsizlik ve subfebril ateşi mevcut. Dört ekstremitede hareketli, Sol bacak 4/5 motor kuvveti vardı. TA : 120/80, NABIZ : 72, SS : 21, Ateş : 38.2

**Bulgular:** Hastaya yatış sonrası çekilen kontrastlı spinal MR da torakal bölgede Th 8 ve Th 9 korpuslarında spondilodiskit ve torakal spinal kanalın posteriorunda dura kalınlaşması ve duraya bası yapan apse formasyonu izlendi. Hastaya ameliyat önerildi. Hasta ve yakınları ameliyatı kabul etmediler. Enfeksiyon hastalıklarına konsülte edilerek medikal tedavi başlandı. Laboratuvar tetkikleri beyaz küre 7,76 K/uL (4,0-10,2), Hb: 13,2 g/dl (12-16,2), rutin biyokimya değerlerinde anormallik yoktu. Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH): 31 mm/h, CRP: 10,5mg/dl (0-0,5), coombslu Brusella aglutinasyon testi 1/160 idi. 10 gün medikal tedavi (monodoks 2x1, rifcap 2x1) aldıktan sonra tedavi değiştirildi ve 1 ay medikal tedavi olarak (monodoks 2x1, cefridem 2x1, bactrim 2x1) değiştirildi. Son çekilen MR ile spinal kordun rahatlaması ve hastanın defistinin düzelmesi üzere hasta poliklinik önerileri ile taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Bruselloz, ülkemizde de sıkça rastladığımız, sistemik enfeksiyöz bir hastalıktır. İnsanlara sıklıkla enfekte hayvan ürünleri tüketimi, direkt temas veya inhalasyonla bulaşır. Yüksek oranlarda morbiditeye yol açan bu zoonotik enfeksiyon hastalığının en belirgin semptom ve bulguları; eklem ağrıları, iştahsızlık, halsizlik, terleme, yüksek ateş, hepatomegali, splenomegali, artrit ve lenfadenopatidir. Komplikasyonlarından kas-iskelet sistemi tutulumları önemli bir yere sahip olup, sakroileit, spondilit, periferik artrit görülebilmektedir. Brusella, en sık lomber diskleri tutar, ikinci sıklıkta da sakroiliak eklemde görülür. Tanısı serolojik testlere ve kan kültürüne dayanır ve genellikle biopsi gerekmez. Brusella diskritinde motor defisit yoksa cerrahi kararı vermeden önce medikal tedavinin planlanması şayet medikal tedaviye cevap alınması durumunda hastanın tedavisinin medikal olarak devam edilmesi önerilir. Olgumuzda motor defisiti vardı ve ameliyat önerildi. Ameliyatı kabul etmeyen hastanın medikal tedavi alması ile iyileşmesi izlendi.

**Anahtar Sözcükler:** Brusella, bruselloz, spinal apse, spondilodiskit

**Görsel:** [http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/](http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019124214050.jpg)

[tmp/2019124214050.jpg](http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019124214050.jpg)

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201912421418.jpg>

PS-281 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## SPİNAL TÜMÖRÜ TAKLİT EDEN LOMBER DİSK HERNİSİ

**Fatih Cesur\*, Yener Akyuva, Serdar Kabataş, Erdinç Civelek,**

**Eyüp Can Savrunlu, Murat Kahraman, Benan Baysoy,**

**Gülseli Berivan Sezen**

*S.B. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Lomber disk hernisi olgularının çoğunda herniye olmuş diski lomber MR görüntüleme ile klinisyenlerin ayırt etmesi kolay olmaktadır. Ancak nadiren disk hernisi, hem şekil olarak hem de bulunduğu yer anlamında spinal tümörden ayırt edilemez.

**Yöntem:** 46 yaşında erkek hasta Beyin ve Sinir Cerrahisi Polikliniğine sağ bacak ağrısı ve perine bölgesinde uyuşma şikayeti ile başvurdu. Hastanın şikayetleri sorgulandığında sağ bacak ağrısının yaklaşık üç haftadır oldu-

ğu, polikliniğe başvurduğu gün perine bölgesinde uyuşmanın da başladığı öğrenildi. Hastanın daha evvelce tanısı konulmuş lomber disk hernisi mevcut değildi.

**Bulgular:** Hastanın muayenesinde sağ ayak EHL 4/5, sağ alt ekstremitte düz bacak kaldırma testi 30 derecede pozitif. Sağ bacak L4-S1 dermatomunda hipoestezi, perine bölgesinde hipoestezi mevcuttu. İnkontinans tariflemeyen hastanın anal kas tonusu normal olduğu görüldü. Hastaya Kauda Equina Sendromu ön tanısı ile acil olarak Lomber vertebra MR çekildi. Görüntüleme L4-5 disk mesefasında spinal kanalı tamamen kapatmış, dural sakı posteriorndan basılayan spinal tumor yada sekestre disk hernisi olup olmadığı net ayırt edilemeyen kitlesel görüntü tespit edildi. Acil olarak operasyona alınan hastanın disk hernisi de olabileceği düşünülerek şikayet tarafı olan sağ L4 parsiyel hemilanektomi yapılarak operasyona başlandı. Lig. Flavum kaldırıldığında dural sakı posteriorndan basılamış halde sekestre lomber disk hernisi ile karşılaşıldı.

**Tartışma ve Sonuç:** Lomber disk hernisinin hem klinik olarak hem de MR görüntüleme klinisyenlerce tanınması kolay olmakla birlikte, nadiren sekestre disk hernisi ile spinal tümör ayırımı net olarak yapılamayabilir. Bu nedenle yapılacak operasyonun da her iki tanıyı da kapsayacak şekilde minimal invaziv olmasına dikkat edilmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Sekestre disk, spinal tümör, Kauda Equina Sendromu  
**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/20191278850.jpg>  
<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/20191278950.jpg>

PS-282 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### ODONTOİD TİP-1 KIRIĞINI TAKLİT EDEN NADİR GÖRÜLEN KONJENİTAL C2 FÜZYON DEFEKTİ OS ODONTOİDEUM: OLGU SUNUMU

**Ahmet Eroğlu\*<sup>1</sup>, Serhat Pusat<sup>1</sup>, Ahmet Çetinkal<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdülhamid Han Eğitim Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>2</sup>Özel Tekden Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Odontoid prosesin konjenital anomalisi olarak oluşan Os odontoideum, odontoid kemikten ayrı, hemen üstünde yer alan yuvarlak kemik parçasıdır. Bu yazıda boyun travması sonrası servikal BT de insidental olarak saptanan os odontoideum olgusunu sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** 25 yaşında bayan hasta boyun ağrısı nedeni ile polikliniğimize başvurdu. Hasta sırt üstü düşme sonrası 2 gündür devam eden boyun ağrısı olduğunu ifade etti. Hastanın yapılan muayenesinde boyun hareketleri her yöne serbest, ağrısız, üst ekstremitede motor duyu refleksi defisit yoktu. Patolojik refleksi yoktu.

**Bulgular:** Hastanın düştüğü gün acil serviste çekilen servikal BT si değerlendirildi. Os odontoideum ile odontoid çıkıntı arasında sklerotik hat olması ve her iki kemik yapının kalsifiye olduğu görüldü. Hastaya analjezik tedavi verilerek 3 hafta sonra kontrole çağırıldı.

**Tartışma ve Sonuç:** Os odontoideum nadir görülmekte olup odontoid çıkıntının en fazla görülen anomalisidir. Nadiren atlantoaksiyel instabilite ve myelopatiye neden olabilir. Os odontoideum tip 1 odontoid fraktürlerini taklit edebilir. Hastanın tetkikleri dikkatli ve doğru olarak değerlendirilmelidir. Mevcut anomalinin doğru olarak tanımlanması olası tedavi yanlışlıklarının önlemesi açısından önemlidir.

**Anahtar Sözcükler:** Os odontoideum, konjenital anomali, servikal BT

PS-283 [Pediatrik Nöroşirürji]

### AYNI AİLEDEN İKİ ERKEK KARDEŞTE KRANİOSİNOSTOZ: OLGU SUNUMU

**Şule Sarıkafa\*, Yasin Sarıkafa**

Kayseri Şehir Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Kraniosinostozis, süturların bir veya birkaçının da füzyona gidebileceği heterojen bir durumdur. Her canlı doğumda 1/2500 oranında insidansa sahiptir. Bir sendromun parçası olabileceği gibi, sıklıkla izole olarak görülür. Sagittal suture (%40-50) olmak üzere en sık görülür. Kliniğimize 2018 yılı Ekim ayı içerisinde başvuran ailenin 3 ve 5 yaşlarında olan iki erkek çocuğunda da yapılan fizik muayene ve çekilen 3 boyutlu BT'de kraniosinostoz tespit edilmiştir. Çocuklara daha önce de başvurdukları merkezlerde cerrahi uygulanmamış konservatif yaklaşımlar klinik izleme alınmışlardır. Kraniosinostoz cerrahisinde amaç kalvaryumu tekrar şekillendirerek beyne ekstra hacim kazandırmaktır.

**Yöntem:** En sık görülen sagittal sinostoz (%40-50) çoğunlukla sendromlar ile birliktelik gösterir. Skafosfali tipik fenotipi oluşturur. Kliniğimize 2018 yılı Ekim ayı içerisinde başvuran ailenin 3 ve 5 yaşlarında olan iki erkek çocuğunda da yapılan fizik muayene ve çekilen 3 boyutlu BT'de kraniosinostoz tespit edilmiştir. Çocuklardan 3 yaşında olanında morfolojik olarak skafosfali mevcuttur. 5 yaşında olan çocukta yüz görünümünün de farklı olması sebebi ile sendrom olasılığı ihtimali üzerinde daha çok durulmasına rağmen, çocukların sendromik olup olmadığının araştırılması amacı ile genetik tarama daha önce yapılmış olup sonuçta sendromik genotipe rastlanmamıştır. 5 yaşında olan çocuğun takibinde eğitilebilecek derecede sosyal gerilik tespit edilmiş ve çocuğa özel eğitim verilmeye başlanmıştır. Çocuklara daha önce de başvurdukları merkezlerde cerrahi uygulanmamış konservatif yaklaşımlar klinik izleme alınmışlardır.

**Bulgular:** 5 yaşında olan çocukta yüz görünümünün de farklı olması sebebi ile sendrom olasılığı ihtimali üzerinde daha çok durulmasına rağmen, çocukların sendromik olup olmadığının araştırılması amacı ile genetik tarama daha önce yapılmış olup sonuçta sendromik genotipe rastlanmamıştır. 5 yaşında olan çocuğun takibinde eğitilebilecek derecede sosyal gerilik tespit edilmiş ve çocuğa özel eğitim verilmeye başlanmıştır. Çocuklara daha önce de başvurdukları merkezlerde cerrahi uygulanmamış konservatif yaklaşımlar klinik izleme alınmışlardır. 3 yaşında skafosfali olan çocuğun 3 boyutlu BT görüntüsü resimde gösterilmiştir.

**Tartışma ve Sonuç:** 1993 yılında MSX2 (MIM:123101) nokta mutasyonların tanımlanmasından sonra günümüze kadar 60'a yakın insan geninde kraniosinostozlar ile ilgili kanıtı dayalı mutasyon bildirilmiştir. EphrinA-4 (EFNA-4), mutasyona uğradığında non-sendromik kraniosinostozlar ile ilişkisi ortaya konan ilk genlerden biridir. Kraniosinostoz vakalarında gebeliğin son 3 ayından ilk yaşın sonuna kadar olan süreçte hastanın fenotipi oturmaktadır. Kraniosinostoz cerrahisinde amaç kalvaryumu tekrar şekillendirerek beyne ekstra hacim kazandırmaktır. Çoğunda hastalara reoperasyon da gerekmektedir. Cerrahi yöntemlerin dışında yeni tedaviler bulmak, hatta kraniosinostozların biyolojik olarak ortaya çıkmadan tanısını koyabilmek ve tedavi edebilmek yeni hedeflerimiz olacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Kraniosinostoz, suture kapanması

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019125165840.jpg>

PS-284 [Nöroonkolojik Cerrahi]

## NADİR GÖRÜLEN DİSEMBRİYOPLASTİK NÖROEPİTELİAL TÜMÖR: 2 OLGU SUNUMU

Yasin Sarıkafa\*, Şule Sarıkafa

Kayseri Şehir Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Disembriyoplastik Nöroepitelial Tümörler (DNET) daha çok çocukluk çağında ve genç yetişkinlerde görülen, iyi huylu tümörlerdir. Morfolojik olarak WHO'ya göre 2007 yılında nöronal ve mixt nöroglial tümörler olarak sınıflandırılmıştır. Olgularımız 2017 ve 2018 yılları arasında Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran, insidental olarak tanı alan, klinik ve radyolojik olarak takip ettiğimiz 18 ve 42 yaşlarında 2 yetişkin kadın hastadır. 18 yaşında olan kadın hastanın lezyonu sağ occipital lobda yerleşim gösterirken, 42 yaşındaki kadın hastanın kitle lezyonu nadir olarak sol serebellar yerleşim göstermektedir. Hastaların takipleri halen kliniğimizce devam etmektedir. Disembriyoplastik Nöroepitelial Tümörler klinik olarak benign ve rekürrens göstermeyen tümörlerdir. Hernekadar cerrahi ilk tedavi seçeneği olsa da olgularımızda klinik ve görüntüleme olarak progresyon saptanmamış olduğundan konservatif kalınmıştır.

**Yöntem:** Olgularımız 2017 ve 2018 yılları arasında Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran, insidental olarak tanı alan, klinik ve radyolojik olarak takip ettiğimiz 18 ve 42 yaşlarında 2 yetişkin kadın hastadır. Hastaların MRG'de T2 serilerde sabun köpüğü görünümü mevcuttur. İlk olgu 18 yaşında olup MR'da sağ oksipital lobda, oksipitoparietal sulkusa yakın kortikal yerleşimli 24x18 mm ölçüsünde kitle lezyon mevcuttur. Diğer olgu 42 yaşında olup, sol serebellar hemisfer posterior kesimde T2 ağırlıklı görüntülerde 20x30 mm ölçülerinde hiperintens görünüm mevcuttur. Diğer hastadan farklı olarak serebellumda yerleşim göstermiştir ve çok nadir görülmektedir.

**Bulgular:** Her iki hastanın da fizik muayenesinde nörolojik defisit saptanmamıştır. Hastaların nöbet geçirme hikayesi de yoktur. Konservatif yaklaşılan hastalara bilgi verilmiş ve rutin poliklinik kontrolüne çağırılmıştır. Takipleri halen kliniğimizce devam etmektedir.

**Tartışma ve Sonuç:** Disembriyoplastik Nöroepitelial Tümörler klinik olarak benign ve rekürrens göstermeyen tümörlerdir. Her ne kadar cerrahi ilk tedavi seçeneği olsa da olgularımızda klinik ve görüntüleme olarak progresyon saptanmamış olduğundan konservatif kalınmıştır. Özellikle genç hastalarda DNET tanısını doğru konulmalı ve agresif tedaviden kaçınılmalıdır. Cerrahi uygulanan hastalarda, parsiyel rezeksiyon yapılmış olsa dahi radyoterapi ve kemoterapi gerektirmemesi, bu tedavilerin uzun dönem yıkıcı etkilerini önlemede son derece önemlidir.

**Anahtar Sözcükler:** Disembriyoplastik nöroepitelial tümörler (DNET)

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019125174835.jpg>

PS-285 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## TORAKAL OSTEOKONDROMA: OLGU SUNUMU

Pınar Aydın Öztürk<sup>1</sup>, Abdurrahman Arpa<sup>2</sup>, Ünal Öztürk<sup>3</sup>, Salim Katar<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği

<sup>2</sup>Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği

<sup>3</sup>Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Benign bir lezyon olan osteokondromun adolesan çağda büyüme hızının artabileceğini hatırlatmak.

**Yöntem:** Torakal bölgede soliter osteokondroma saptanan ve takiplerinde lezyonu büyüyen 13 yaşında bir olgu sunacağız. Osteokondroma, tüm kemik tümörlerinin %8,5'ini oluşturan benign bir kemik tümörüdür. Omurgada görülme olasılığı %1-4 olup en sık servikal omurgalarda görülmektedir. Torakal bölgede görülmesi daha nadirdir. Soliter veya multipl görülebilir, multipl olanlar herediter olabilmektedir. Solid lezyonlarda kadın/erkek oranı 2/3'tür. Daha çok 20 yaş altında görülmekte olup ileri yaşlarda daha az sıklıkta görülmektedir. Spinal osteokondromlarda sıklıkla posterior eleman tutulumu olmaktadır. Soliter olanlar radyasyon ya da travma sonrası görülebilmektedir. Klinik bulguları lezyonun yerine bağlı olarak değişebilmektedir. Spinal kanal uzanımı olanlarda radikülopati, myelopati bulguları görülebilsede genelde bölgesel ağrı ile ortaya çıkmaktadır. Tanıda radyolojik görüntülemeler önemli olup BT ve MRG daha değerlidir. BT'de kalsifiye lezyon görülebilirken MRG'de periferik kontrastlanma görülebilmektedir. Gerileme saptanan lezyonlar olduğundan asemptomatik ve küçük olanlar takip edilebilecekken ağrı, nörolojik belirtiler ve >3 cm lezyonlar (malignite potansiyeli taşıdığından) için cerrahi önerilmektedir.

**Bulgular:** 13 yaşında, kadın hastada 1 yıldır sırt ağrısı olan ve 6 ay önce sırtta şişlik olması üzerine çekilen görüntülemelerle T11 düzeyinde spinöz süreci destrükte eden, sklerotik, laminaya uzanan, heterojen ve periferik kontrastlanması olan 2,5x2 cm'lik lezyon saptanmış ve takip önerilmiş. Hasta lezyonun büyüdüğünü ifade ettiğinden 6 ay sonunda çekilen görüntülemelerde 5 mm bir büyüme saptanması üzerine kliniğimize başvurdu. Hastanın radyasyon, travma ya da aile öyküsü yoktu. Diğer kemiklerde benzer lezyon saptanmadı. Lezyon 3 cm'e ulaştığından malignite potansiyeli taşıdığı düşünüldü ve total olarak eksize edildi. Patoloji sonucu osteokondrom lehine geldi.

**Tartışma ve Sonuç:** Osteokondromalar benign lezyonlar olsa da sıklıkla 20 yaş altında görülen lezyonlar olduğundan adolesan çağda büyüme hızı ile birlikte büyüebilecekleri göz önünde bulundurularak takip edilmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Osteokondroma, spinal benign tümörler, soliter lezyonlar

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019125231435.jpg>

PS-286 [Pediatrik Nöroşirürji]

## NÖBETLE BAŞVURAN KOLPOSEFALİ OLGUSU

Bayram Çırak\*, Ergün Karavelioğlu

Denizli Özel Tekden Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Kolposefali genellikle premature bebeklerde görülen lateral ventriküllerin oksipital bölgesinin genişlemesi olarak tanımlanmıştır. Kolposefali etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte erken beyin gelişim döneminde nöronal hücre migrasyonunda bozukluk, perinatal yaralanma ve santral sinir sistemi bozukluklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

**Yöntem:** Genel durum bozukluğu-nöbet şikayetiyle başvuran miadında doğan 35 günlük erkek bebekte yapılan tetkiklerde korpus kallazum agenezisi ve bilateral kolposefali tespit edildi (Şekil 1). Takiplerinde

herhangi bir sorun olmaya hasta düzenli poliklinik kontrol önerisiyle taburcu edildi.

**Bulgular:** Kolposefalinin klinik bulguları; motor güçsüzlük, görme problemleri, spastisite, nöbet ve entelektüel durum bozukluklarıdır. Korpus kallozum agenizisi, Chiari malformasyonu, lizensefali, meningomyelosele, hidrosefali serebellar hipoplazi ve mikrosefali kolposefaliye eşlik edebilen diğer bozukluklardır. Prenatal ultrason sefalik anomalileri çok iyi gösteremediği için kolposefalinin prenatal tanısını koymak zordur. Birçok olguda doğum sonrası klinik bulgular başlar. Erken tanıda doğum sonrası nöbet geçirme önemlidir. Bizim olgumuzda erken dönemde nöbet görülmüştür. Post-natal dönemde en iyi tanı aracı beyin manyetik rezonans görüntülemidir (MRG). MRG'de geniş oksipital horn görüntüsü, kalın gri madde ve ince zayıf miyalinli beyaz madde görüntüsü tipiktir. Beyin tomografide 'Limon işareti' de kolposefali için tipiktir.

**Tartışma ve Sonuç:** Genellikle hayati riski olmayan kolposefalin tanımlanmış net bir tedavi yöntemi yoktur. Nörolojik bozuklukların derecesine ve eşlik eden semptomlara göre tedavi planlanmaktadır. Prognozu eşlik eden hastalıkların şiddetine ve beyin gelişim anomalisinin derecesine göre değişmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Kolposefali, yenidoğan, tedavi

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019126133728.jpg>

PS-287 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## SPİNAL PRİMER MALİGN MELANOM

**Şeref Doğan<sup>1</sup>, Marzieh Karimi Khezri<sup>\*1</sup>, Rabia Nur Balçın<sup>1</sup>**

*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Spinal bölgede primer malign melanom oldukça nadirdir. Tüm santral sinir sistemi malign melanomları arasında %1-3 oranında görülmektedir. Spinal malign melanom olgularının prognozu, diğer malign melanomlara göre daha iyidir. Sıklıkla orta ve alt torasik bölgede görülür.

**Yöntem:** Kliniğimizde primer spinal malign melanom (PSMM) nedeniyle opere edilen ve PET-CT sonucu ile eşzamanlı farklı lezyon saptanmayan 2 olgu incelendi. Olguların tanısı total rezeksiyon sonrasında histopatolojik, radyolojik ve immünohistokimyasal yöntemlerle koyuldu.

**Bulgular:** Olgu-1: 49 yaşında erkek hasta, 2 yıldır olan bel ağrısı, bilateral bacaklarda uyuşukluk ve 2 aydır olan alt ekstremitelerde kuvvetsizlik nedeniyle tetkik edildi. Radyolojik görüntülemelerde T11-12 seviyesinde yaklaşık 30x10 mm boyutlarında intramedüller kitle saptanması üzerine opere edildi. PET-CT'de ve yapılan ayrıntılı muayenede başka malignensi saptanmadı. Postoperatif dönemde radyoterapi ve kemoterapi verildi. Olgu-2: 53 yaşında kadın hasta, 1 yıldır bilateral bacaklarda uyuşma ve yanma hissi, 4,5 ayda progresse olan solda belirgin alt ekstremitelerde kuvvetsizlik nedeniyle tetkik edildi. Yapılan incelemelerde T12-L1 seviyesinde intradural-ekstramedüller yerleşimli yaklaşık 9x11 mm boyutlarında kitle saptanması üzerine opere edildi. Yapılan görüntülemelerde ve muayene bulgularında herhangi bir başka malignensi saptanmadı. Operasyon sonrasında kemoterapi ve radyoterapi verildi. 6 aylık takip sonrasında aksiler lenf nodu metastazı saptandı.

**Tartışma ve Sonuç:** PSMM oldukça nadir görülmektedir. Preoperatif dönemde manyetik rezonans görüntülemeler ile tanı koyulmakta ancak tanı rezeksiyon sonrasında immünohistokimyasal çalışmalar ile kesinleşmektedir. Primer tedavi yöntemi cerrahi rezeksiyon olmakla birlikte bu hastalara postoperatif dönemde kemoterapi ve radyoterapi önerilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Primer malign melanom, spinal

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019126202243.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019126202254.jpg>

PS-288 [Pediatrik Nöroşirürji]

## ŞANTA İKİNCİL KRANIYOSİNOSTOZ : OLGU SUNUMU

**Mustafa Kemal Çoban<sup>\*1</sup>, Önder Okay<sup>1</sup>, Gürkan Uzun<sup>1</sup>, Nuh Çağrı Karaavcı<sup>1</sup>, Muhammet Elveren<sup>2</sup>, Coşkun Yolaş<sup>1</sup>, Mehmet Şenol<sup>1</sup>, Ümit Kamacı<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>S.B. Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği*

*<sup>2</sup>Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroşirürji Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Kraniosinostozlar basit, kompleks, sekonder olarak sınıflandırılırlar. Sekonder kraniosinostozlara daha nadir rastlanmaktadır. Günümüzde nedeni tam anlamıyla bilinmeyen kraniosinostozların internal ve eksternal güçler tarafından oluşturulduğu düşünülmektedir. Şanta sekonder kraniosinostozlar uzun dönemde gelişmesi beklenmekle birlikte olgumuzda olduğu gibi slit ventrikül gelişen hastalarda erken dönemde de ortaya çıkabilir.

**Yöntem:** Konjenital hidrosefali nedeniyle kliniğimizde orta basınçlı V-P şant takılan, şant enfeksiyonu nedeniyle 3 ay önce orta basınçlı antibiyotikli V-P şant ile şant revizyonu yapılan, 16 aylık kız olgu, 20 gündür kafatasında şekil bozukluğu, 2 gündür huzursuzluk ve nöbet geçirme şikayetleri ile kliniğimize yatırıldı. Yapılan 3D Beyin BT'de bikoronal sütür hattı boyunca bifrontal tam tabula çökme, sinostoz, slit ventrikül ile uyumlu görünüm izlenmesi üzerine antiepileptik tedavi ile nöbetleri kontrol altına alınmasını takiben hasta operasyona alındı. Sağ frazierden uygulanmış orta basınçlı V-P şant valf sistemi, daha az boşaltan sistem olan antisifon özellikli otomatik basınç ayarlı valf sistemi ile değiştirildi. Bikoronal sütürektomi, bifrontal kraniotomi ve rekonstrüksiyon yapılarak frontal dekompresyon sağlanarak şekil bozukluğu düzeltilti.

**Bulgular:** Çekilen kontrol beyin BT'de ventriküllerin normal boyuta ulaştığı, şekil bozukluğunun düzeldiği görüldü. Klinik tablosunda iyileşme izlenen ve kozmetik bozukluğu düzelen hasta 10. gün taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Olgumuzda olduğu gibi özellikle basit sistemli valf sistemine sahip şantlarda, sifon etkisiyle aşırı BOS boşaltılmasına bağlı gelişen nadir ikincil kraniosinostoz olgularında antisifon özellikli otomatik basınç ayarlı şantlarla revizyon yapılarak kraniosinostoz cerrahisinin başarısının artılabileceği kanaatindeyiz.

**Anahtar Sözcükler:** Kraniosinostoz, hidrosefali, sekonder, şant

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019127171953.jpg>

PS-289 [Nörovasküler Cerrahi]

## RÜPTÜRE DİSTAL ANTERİOR SEREBRAL ARTER ANEVİZMASI TEDAVİ YÖNETİMİ: OLGU SUNUMU

**Önder Okay\*<sup>1</sup>, Mustafa Kemal Çoban<sup>1</sup>, Gürkan Uzun<sup>1</sup>, Nuh Çağrı Karaavcı<sup>1</sup>, Ümit Kahraman<sup>1</sup>, Muhammet Elveren<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>S.B. Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği  
<sup>2</sup>Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroşirürji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Tüm intrakranial anevrizmaların %1,5-9'unu oluşturan distal anterior serebral arter (DASA) anevrizmalarına nadir rastlanır. Lokalizasyonları nedeniyle cerrahisinde bazı zorluklara neden olurlar. Olgumuzda rüptüre olmuş DASA sonrası kombine endovasküler ve cerrahi tedavi yönetim algoritması vurgulanmıştır.

**Yöntem:** 45 yaşında erkek olgu şuurunda gerileme nedeniyle kliniğimize dış merkezden yönlendirilmesi sonrası yatırıldı. Hastanın geliş nörolojik muayenesinde Glasgow koma skoru(GKS) 5, pupiller izokorik, entübe idi. Çekilen Bilgisayarlı Beyin Tomografi(BBT) de sol frontal intraserebral hemoraji(ISH), intraventriküler hemoraji(İVH), subaraknoid kanama(SAK) tespit edildi.

**Bulgular:** Laboratuvar değerlendirmede INR 4,8 olan olguya öncelikli olarak cerrahi müdahale düşünülmeyip dijital serebral anjiyografi yapılarak sağ A2-A3 bileşkesi kallozomajinal arter bifurkasyonunda 9 mm sakküler anevrizma belirlenmesi üzerine aynı seansta endovasküler olarak anevrizma koillendi. Yapılan müdahaleler ile INR normal sınıra gelen hasta endovasküler işlemi takiben acil operasyona alınarak sol frontalden intraserebral ve intraventriküler hematoma boşaltılarak eksternal ventriküler drenaja alındı. Takiplerinde klinik tabloda iyileşme olan ve kontrol beyin BT' lerde hidrosefali gelişmeyen hasta 20. günde GKS 15 ve nörodefisiti olmadan taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Olgumuzda olduğu gibi morbitite ve mortalitesi yüksek DASA rüptürü sonrası gelişen ISH, İVH, SAK'nın tedavi yönetiminde endovasküler yada cerrahi operasyon önceliğinin seçimde tedavi yönetimi algoritmasının iyi belirlenerek planlamanın yapılmasının yüz güldürücü sonuçları olabileceği kanaatindeyiz.

**Anahtar Sözcükler:** Anevrizma, endovasküler, subaraknoid, rüptür

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/2019127171818.jpg>

PS-290 [Diğer]

## SERVİKAL DİSK HERNİSİ OPERASYONU SONRASI ÖLEN HASTA NEDENİYLE TAKSİRLE ÖLDÜRME SUÇUNDAN DAVA AÇILAN BEYİN CERRAHİ HAKKINDA YARGITAY'IN VERDİĞİ KARARIN İNCELENMESİ

**Fatih Cesur\***

S.B. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Anterior servikal disk hernisi operasyonlarından sonra ortaya çıkabilecek komplikasyonlar, yakın komşuluğunda önemli anatomik yapıların bulunması nedeniyle hayati öneme sahiptir. Ortaya çıkacak komplikasyonların yönetiminde eksiklik tespiti halinde ise nöroşirürjiyenin hukuki süreçte önemli cezalar ile karşılaşmasına yol

çakabilir. Yargıtay karar incelememizin amacı da nöroşirürjiyenlerin bu süreci tanımlarını sağlayabilmektir.

**Yöntem:** Yargıtay'ın 2015/11937 K. no.lu kararı incelenmiştir. Bu karar Yargıtay'ın internet sitesinde herkesin erişimine açıktır.

**Bulgular:** 40 yaşında hastanın boyun ve sol kol ağrısı ile hastaneye başvurduğu, servikal disk hernisi nedeniyle opere edildiği, operasyonun 2 saat sürdüğü ve komplikasyonsuz tamamlandığı, post op 6. saat oral beslendiği, kısa süre sonra boyunda şişme ve nefes darlığı yaşadığı, boyundan hematoma boşaltıldığı ve hastanın rahatladığı, 2 saat sonrasında yeniden nefes darlığı başlayan hastanın yeniden boyundan hematoma boşaltıldığı sırada solunum arresti olduğu, entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlandığı ve sonrasında da öldüğü anlaşılmıştır.

**Tartışma ve Sonuç:** Yargıtay'ın mevcut olgu hakkında kararını verirken bazı hususlara dikkat ettiği açıktır. Endikasyonun doğru olduğu, taniya yönelik uygun cerrahi yapıldığı, uygun hemostaz nedeniyle dren konulmasının zorunlu olmadığı, hastanın beslenip mobilize olduktan sonra mevcut şikayetlerin ortaya çıktığı, nöroşirürjiyenin acil olarak ve zamanında hastaya müdahale ettiği, ortaya çıkan ölüm olayının her türlü özene rağmen görülebilecek bir komplikasyon olduğu ortaya konmuştur. O halde cerrahi sonrası komplikasyon yönetiminin doğru yapılmış olması, nöroşirürjiyenin ceza sorumluluğunu ortadan kaldıracak en önemli etkidir.

**Anahtar Sözcükler:** Servikal disk hernisi, yargıtay, komplikasyon

PS-291 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## ANTİMİKOTİK TEDAVİ, VAC VE HİPERBARİK OKSİJEN TEDAVİSİ İLE İYİLEŞEN SPİNAL CANDİDA ENFEKSİYON OLGUSU

**Evren Yüvrük, Caner Sarıkaya\*, Mehmet Reşid Önen, Sait Naderi**

S.B. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Spinal enfeksiyon spinal cerrahinin bilinen komplikasyonlarından biridir. İyatrojenik enfeksiyonlar genellikle piyojenik enfeksiyon olarak karşımıza çıkmaktadır. Mikotik enfeksiyon ise son derece nadir olup, tedaviye zor yanıt verir.

**Yöntem:** Ankiyozan spondilit öykülü ve lomber dar kanal saptanan 49 yaşındaki kadın hastaya L4-L5 posterior segmental enstrümantasyon ve L4 total laminektomi uygulandı, otojen kemikler ile interbody füzyon yapıldı. Hasta 72. saatte sorunsuz şifa ile taburcu edildi. Hasta post-op 20. gün yara yerinde akıntı olması üzerine servisimize interne edildi. Bel ağrısı ve hareket kısıtlılığı olan hastanın, CRP: 20.1, sedimentasyonu ise 69 olarak tespit edildi. Çekilen kontrastlı lomber MR'da fasya altına inen koleksiyon izlenmesi üzerine hastaya yara debridman yapıp dren konuldu, debridman esnasında kültür alındı. Enfeksiyon hastalıkları önerisi ile Meronem 3x1 gr iv ve Cubicin 1x500 gr iv tedavisi başlandı. Kültür sonucunda üreme saptanmadı. Hastanın tedavisinin 10. 15. Günde günde yara yerinde tekrar pürülan akıntı olması üzerine yeniden debridman yapıldı. 3. debridman sırasında VAC sistemi yerleştirilip yeni kültür alındı. Hastanın debridman esnasında alınan kültüründe Candida albicans üremesi saptanması üzerine antibiyotik tedavisine antimikotik tedavi eklendi (Flukonazol 1x400 mg iv). Hastaya 3 günde bir değişim olmak üzere 7 seans VAC ve eş zamanlı 40 seans hiperbarik oksijen tedavisi uygulandı. Yaklaşık 2 aylık tedavi sonrası CRP:1.5, sedimentasyon: 40 olarak saptanan hasta enfeksiyon hastalıkları önerisi ile Flukonazol

1x400 mgr tablet + Seftriakson 1x2 gr intramuskuler 3 ay kullanılmak üzere, yakınmaları gerilemiş ve mobilize halde taburcu edildi.

**Bulgular:** Bu çalışmada kliniğimizde opere edilen ve operasyon sonrası candida enfeksiyonu gelişerek, standart tedavinin yanı sıra VAC ve hiperbarik oksijen ile tedavi edilen bir olgusu sunulmuştur.

**Tartışma ve Sonuç:** Literatürde sıklığı az görülen ve medikal tedaviye dirençli iyatrojenik bir spinal enfeksiyon patojeni olan candida, hastalarda ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Bu olgularda debridman, uzun süreli antimikotik tedavi ve VAC- Hiperbarik Oksijen tedavisi kombinasyonu ile iyi sonuç alınabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Candida Albicans, hiperbarik oksijen, iyatrojenik spinal enfeksiyon, VAC

PS-292 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### THE WORST COMPLICATION REVISION SURGERY OF THORACIC REGION: AORTIC RUPTURE.

**Orkhan Mammadkhanlı\*<sup>1</sup>, Suat Canbay<sup>1</sup>, Yusuf Şükrü Çağlar<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Ankara Medical Park Hospital, Neurosurgery Department

<sup>2</sup>Ankara University Faculty of Medicine, İbni Sina Hospital, Neurosurgery Department

**Background and Aim:** 39-year-old male patient was admitted to our department with back and left side pain. Neurological examination was normal. He previously had anterior thoracic stabilization due to Th7 fracture after auto accident happened a year ago.

**Methods:** Kyphotic posture was developed after surgery because of incomplete stabilization of the thoracic region. CT angiography showed that previous pedicle screw system touched aorta. At first, we planned to correct the anterior displaced cage, on the next stage to perform posterior stabilization.

**Results:** During the dissection of aorta from adjacent pedicle screw system aorta ruptured suddenly and unbelievable bleeding began. Bleeding was stopped by pushing with fingers temporarily. Meanwhile, interventional radiology reconstructed the ruptured wall of aorta with aortic stent.

**Conclusions:** In the treatment of this patient group exploration of the relationship between pedicle screw system and adjacent vascular structures (aorta) in details is crucial. We also have to remember the possibility of the rupture of aorta, and intraoperative repair by cardiovascular surgery or interventional radiology.

**Keywords:** Thoracic stabilization, aort rupture, complication

PS-293 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### ÖN KOLDA SIRA DIŞI BİR SCHWANNOM OLGUSU

**Tayfun Hakan<sup>1</sup>, Erhan Çelikoğlu\*<sup>2</sup>, Yusuf Erkan Kılıç<sup>3</sup>, Süheyla Ekemen<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Serbest Hekim, Nöroşirürji Uzmanı

<sup>2</sup>S.B. Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği

<sup>3</sup>İntermed Çifttehavuzlar Polikliniği, Genel Cerrahi Kliniği

<sup>4</sup>Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji AD.

**Giriş ve Amaç:** Periferik sinir sisteminin en sık görülen benign urlarından olan schwannomlar schwann hücrelerinden köken alırlar. Genellikle asemptomatik kitle olarak bulunan bu urlar ender olarak duyu kusuruna ve motor bozukluğa sebep olurlar. Median sinirin ön kol proksimal bölümünde nadir görülürler.

**Yöntem:** Bu bildiride sol ön kol ön yüzdeki şişlik sebebiyle başvurduğu genel cerrahi kliniğinden yönlendirilen 49 yaşındaki erkek hastanın median sinirinden kaynaklanan schwannom olgusu sunulmaktadır.

**Bulgular:** Muayenede sol ön kol ventral yüzde yuvarlak, sert kıvamlı kısmen hareketli, 4 cm çapında kitle saptandı. Ur üzerinde Tinel işareti pozitif, motor kusuru yoktu. USG tetkikinde sol önkol fleksor kasları arasında, ortasında hipoekoik alanlar bulunan solid kitle olarak tanımlanan yapının MR tetkikinde heterojen boyanma gösterdiği saptandı (Şekil 1A-B). Fonksiyonel iyileşme ve genel sağ kalım açısından daha iyi prognoz ve daha düşük tümör nüksü için lokal anestezi altında total kitle rezeksiyonu yapıldı. Ameliyatta brakioradialis ve fleksor karpı radialis kasları arasında bir kapsül içinde sarımsı-pembe renkte bir kitle olarak görülen ur, median sinir bütünlüğü korunarak total olarak çıkartıldı (Şekil 2A-C). Patolojik incelemesinde diffüz ve kuvvetli S100 protein ekspresyonu gösteren kitlenin Ki-67 [DAKO (MIB-1)] indeksi % 2-3 ve aktin (SMA) [SCYTEK (1A4)] negatifti. Schwannoma (Neurilemmoma) olarak rapor edildi (Şekil 2D-C). Postoperatif erken dönemde hastadaki Tinel belirtisi kayboldu.

**Tartışma ve Sonuç:** Bu büyüklükteki urların tedavisi yer kaplamaları sebebiyle ortaya çıkan bağlı uyuşma, elektriklenme ve ağrı gibi nörolojik belirtileri ya da kozmetik kaygıları gidermek amacıyla yapılabilir. Urun, kendisine eşlik eden komşu sinir dokusunu zedelemeyen bir bütün olarak çıkartılması tedavinin asıl amacını oluşturur. Sinirin fonksiyonunu korumak gözetilmesi gereken ana unsurdur.

**Anahtar Sözcükler:** Median sinir, neurilemmoma, önkol, schwannoma

**Görsel:** [http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/](http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019130114634.jpg)

[tmp/2019130114634.jpg](http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019130115525.jpg)

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019130115525.jpg>

PS-294 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### LOMBER DİSK HERNİLİ OLGULARDA SEKESTREKTOMİ Mİ YOKSA MİKRODİSEKTOMİ Mİ?

**Hakan Somay<sup>1</sup>, Numan Karaarslan\*<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicana Kadıköy Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği

<sup>2</sup>Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Lomber disk hernisi (LDH)'ler için hangi mikro cerrahi yöntemin daha iyi sonuç sağlayabileceği literatürde halen netlik kazanmamış durumdadır. Bu yüzden araştırmada, LDH tanısı alan olguların cerrahi tedavisinde uygulanan lomber sekestrektomi (LST) ve lomber mikrodisektomi (LMD) yöntemlerinin etkinliklerinin, retrospektif olarak karşılaştırılması amaçlandı.

**Yöntem:** Sonuçlar arasında değerlendirmeye alınan olgularda (n=48) reherniasyon oranı, ameliyat süresi, hastanede kalış süresi, bacak ve sırt ağrıları için ameliyat öncesi ve sonrasında uygulanan Görsel Analog Skala (Visual Analog Scale-VAS) ölçüğü ile yapılan klinik değerlendirmeler gerçekleştirildi. Bunlara ek olarak operasyon sonrasında aktif kaliteli yaşam sürecine dönme süreleri ile post-operatif analjezik kullanım süreleri de değerlendirme kapsamına alındı.

**Bulgular:** LST ve LMD ameliyatları sonrasında gerek reherniasyon gerekse komplikasyonlar benzer görülmektedir. Ancak LST grubunda yer alan olgularda, operasyon süresi, hastanede yatış süresi ve post-operatif analjezik tüketiminin daha az olduğu kaydedildi. En az bunlar kadar önem arz eden diğer bir bulgu ise, LST grubunda yer alan olguların, post-operatif dönemde aktif kaliteli yaşama dönüş süreleri daha erken olarak raporlandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Güncel literatürde, LDH tanılı olguların cerrahisinde LMD en etkin ve güvenli cerrahi girişim tekniği olduğu ileri sürülmüş olsa bile, bu tür olguların cerrahi tedavisinde LST tekniğinin de en az LMD kadar etkili bir cerrahi sunduğu göz ardı edilmemelidir. Ancak bunun; çok merkezli, farklı ırkların yer aldığı, daha fazla seriler içeren olguların yer alacağı, randomize, kontrollü ve çift kör klinik araştırmalardan elde edilen kanıt değeri yüksek verilerle ispatlanması gerekmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Görsel Analog Skala, Lomber disk herniasyon, mikrodisektomi, post-operatif analjezik kullanımı

PS-295 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### **C6-C7-T1 TRAMVATİK PARÇALI FRAKTÜR + DİSLOKASYON + GRADE 3 LİSTEZİS VAKASI ANTERİOR DEKOMPRESYON + ANTERİOR GİRİŞİMLE PLAK VİDA FİKSASYONU OLGU SUNUMU**

**Ahmet Serhat Eroğlu\***

*Özel Ordu Medical Park Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Servikal travmalar klinik sonuçları itibarıyla önemini korumaktadır. Bizim olgumuzda katırdan boyun üzeri düşme sonrası c6-c7-t1 parçalı fraktür ve grade 3 listezis saptandı. Servikal travmalarda anterior, posterior, kombine girişim yöntemleri literatürde halen tartışılmaktadır. Biz bu vakada sadece anterior girişim ile opere ettiğimiz olguyu sunmayı uygun bulduk.

**Yöntem:** 112 aracılığı ile kliniğimize kabul edilen 60 yaş erkek hastamızın çekilen servikal bt ve servikal mr larında c6-c7-t1 parçalı fraktür, grade 3 listezis, dislokasyon, c5-6 stenoz, spinal epidural hematoma ve kordda myelomalazik değişiklikler saptandı hastada sağ hemiparezi ve alt ekstremitelerde dtr lerde hiperaktivite gözlemlendi. Hastaya yüksek doz IV. Metilprednizolon tedavisini takiben onamı alınarak operasyona alındı operasyonda anterior girişimle c5-6 + c6-7 mikrodisektomi + spinal epidural hematoma boşaltılması + parsiyel korpektomi + c6-7-t1 anterior plak vida stabilizasyon operasyonu yapıldı, perop hastaya eksternal halo fiksasyon sistemi takıldı. Postop bir gün yoğun bakım sonrası yataklı servise çıkartıldı.

**Bulgular:** Hastanın operasyon sonrası sağ hemiparezisi önemli ölçüde düzeldi postop 6. gün mobilize edildi erken dönemde ek komplikasyon gelişmedi geç dönemde sağ alt ekstremitede hafif spastisite gelişti. Bir ay sonra yardımsız mobilize olabilir hale geldi. Ve eksternal halo ile taburcu edildi. 6 aylık periyodik kontrollerinin ardından kontrol filmde plak vida sisteminde sorun saptanmaması üzerine servikal halo cihazı çıkartıldı. Hastanın halen periyodik kontrolleri yapılmaktadır.

**Tartışma ve Sonuç:** 1) Servikal travmalarda anterior, posterior, kombine girişim yöntemleri literatürde halen tartışılmaktadır. Hastaya sadece anterior girişimle dekompresyon + plak vida fiksasyonu yapılmış ve yeterli olmuştur. Posterior girişim yapılmamış ve posterior elemanlar korunabilmiştir. 2) Parsiyel korpektomi ile kord basısı kaldırmış aynı

zamanda kendi korpuslarının füzyona katılması sağlanabilmiştir. 3) Hastaya internal plak vida fiksasyonuna ilaveten operasyonda eksternal halo cihazı takılmış, plak vida sistemi postop yüklenmelere karşı korunmuş ve sistemin başarısızlığının önüne geçilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Multibl servikal fraktür, anterior plaklama

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201925111543.jpg>

PS-296 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### **AYNI SEANSTA FARKLI GRADELİ MULTİFOKAL GLİAL TÜMÖR EKSİZYONU OLGUSU**

**Ahmet Serhat Eroğlu\***

*Özel Ordu Medical Park Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Sol inferior frontal gyrus ve insula lokalizasyonlu mikroskobileri, makroskobileri ve patolojileri farklı iki ayrı tümörü saptanan olguyu sunmaya uygun bulduk.

**Yöntem:** Konuşma bozukluğu ve sağ hemiparezi nedeni ile başvuran 82 yaşındaki bayan hastanın çekilen kranial mr ında sol insuler lob korteksinde ve sol inferior gyrusda iki ayrı tümöral lezyon saptandı. Rutin operasyon hazırlıkları sonrası hasta onamı alınarak opere edildi. Operasyonda sol genişletilmiş pterional kraniotomi ile sol inferior frontal lobdaki tümör öncelikle çıkartıldı. Tümörün pseudokapsül formasyonu olduğu ve çevre dokudan nisbeten keskin sınırla ayrılabilirdiği gözlemlendi. Ardından silvian fissur disseke edilerek insulara ulaşıldı ve ikinci tümöral lezyon çıkartıldı. Her iki lezyondan frozen yapıldı glial tümör lehine yorumlandı. Şüpheli kemik invazyonu nedeni ile kemik konmadı.

**Bulgular:** Postop yoğun bakım sürecini takiben hasta yataklı servise çıkartıldı. Kesin patoloji neticesinde inferior frontal lobdaki lezyon anaplastik astrositom, insuler lezyon grade 2 astrositom olarak değerlendirildi. Kemik patolojisi normal olarak geldi. Hastaya kemoterapi ve radyoterapi planlandı.

**Tartışma ve Sonuç:** 1) Operasyonda özellikle inferior frontal lobdaki lezyonun kapsül formasyonu olması ve çevre dokulardan keskin sınırla ayrılması glial tümör karakteristiğine aykırı olarak değerlendirilmiştir. 2) Aynı hastada farklı lokasyonlu iki tümöral lezyonun farklı gradeli iki ayrı glial tümör olması dikkat çekicidir. 3) Tümörlerin her ikisi de aynı seansda opere edilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Multifokal glial tümör

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201925112258.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201925112438.jpg>

PS-297 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### **ANTERİOR SERVİKAL FÜZYON CERRAHİSİ SONRASI GÖRÜLEN GEÇ DÖNEM BİR KOMPLİKASYON: ÖKSÜRÜKLE AĞIZA STABİLİZASYON VİDASI GELMESİ VE LİTERATÜR TARAMASI**

**Ömer Özdemir\*<sup>1</sup>, Şahayati Şahin<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği

<sup>2</sup>Özel Çorum Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği



**Giriş ve Amaç:** Anterior servikal füzyon ve stabilizasyon cerrahisi, servikal spondiloz, myelopati, radikülopati ve travmalarda yaygın olarak kullanılan cerrahi bir tekniktir. Bu cerrahi tekniğin erken ve geç dönem komplikasyonları tanımlanmıştır. Geç dönemde görülen nadir komplikasyondan biri de stabilizasyon vidasının ağıza gelmesidir.

**Yöntem:** 59 yaşında erkek olgu hastanemizin acil servisine 2 aydır mevcut olan disfaji ve sonrasında öksürükle ağıza vida gelmesi şikayetiyle başvurdu. Hastanın anamnezinden 14 yıl önce travma nedeniyle C 5-6 seviyeli fraktür dislokasyonu tanısıyla C5-6 anterior yaklaşımla diskektomi ve füzyon (anterior plak ve 4 adet stabilizasyon vidası) yapıldığı öğrenildi. Hastanın servikal bölgesinin Bilgisayarlı Tomografi (BT) görüntülemesinde bir adet C5 bir adet C6 seviyelerinde vida olduğu, anterior servikal plakanın yerinden bir miktar hareket ettiği ve C5 ve C6 korpusundaki birer adet vidanın yerinde olmadığı görüldü. Yerinde olmayan vidaların bir tanesinin hastanın öksürükle ağıza gelen vida olduğu, diğerinin ise herhangi bir zamanda farkedilmeden gastrointestinal yolu izleyerek dışkıyla atıldığı düşünüldü. Yapılan torakal ve batin BT'lerinde vidaya rastlanmadı. Gastroenteroloji birimi tarafından yapılan endoskopik girişim sonrası laryngofarinkste perforasyon alanı tespit edildi. Hasta kliniğimizce tekrar opere edilerek mevcut anterior servikal plak ve iki adet stabilizasyon vidası çıkarıldı.

**Tartışma ve Sonuç:** Anterior Servikal Füzyon cerrahisinin geç dönem komplikasyonlarından biri olan öksürükle ağıza vida gelmesi ve gastrointestinal yolla dışkıyla atılması çok nadir görülen ancak solunum yolu obstrüksiyonu sebebiyle yaşamı tehdit eden tehlikeli komplikasyonlardır. Bizim vakamızda komşuluk yoluyla farinks erozyonu ve perforasyonu, sonrasında buna bağlı olarak vida migrasyonu görülmüştür. Literatüre bakıldığında az sayıda olduğu görülen bu komplikasyonların büyük kısmında özofagus perforasyonu olduğu ve vidanın trakeoözofageal fistül yoluyla ağıza geldiği belirtilmiştir. Ancak bahsedilen bu vaka örneğinde endoskopi ya da baryumlu özofagus grafisi ile perforasyon yada skar bölgesi gösterilememiştir. Bu geç dönem komplikasyonda beklenen, özofagustan daha muhtemel olarak komşuluk yoluyla farinks perforasyonu yapılmaktadır. Özofagusun proksimal ucu C7 vertebraşındadır ve daha üst seviyelerde bulunmamaktadır. Bu nedenle C2-C6 servikal vertebraalar arasında herhangi iki yada daha çok seviyeli anterior servikal füzyon cerrahisi sonrası görülen özofagus perforasyonunun literatürde iddia edilenden çok daha az olduğu görüşündeyiz.

**Anahtar Sözcükler:** Anterior servikal füzyon, öksürerek ağza vida gelmesi, farinks perforasyonu

PS-298 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### C3-4 TRAMVATİK GRADE 2 LİSTEZİS + DİSLOKASYON VAKASI ANTERİOR DEKOMPRESYON + ANTERİOR GİRİŞİMLE PLAK VİDA FİKSASYONU OLGU SUNUMU

**Ahmet Serhat Eroğlu\***

*Özel Ordu Medical Park Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Uzmanı*

**Giriş ve Amaç:** Yüksekten denize boyun üzeri düşme sonrası kuadruplejik olarak acil servise getirilen 17 yaşındaki irak vatandaşı erkek hastaya yapılan servikal anterior dekompresyon + füzyon operasyonu sonrası ortalama 90 gün sonra yardımsız yürüyebilir hale gelmesi nedeniyle olguyu sunmayı uygun bulduk.

**Yöntem:** Hastanın acil serviste çekilen servikal bt sinde c3-4 grade 2 spondilolistezis, çoklu fraktür ve dislokasyon saptandı. Hemodinamik olarak hipotansiyon ve derin bradikarleri olan hastaya öncelikle yüksek doz metilprednizolon ve hemodinamik destek tedavileri başlandı. Hastanın destek tedavisi sonrası vital bulguların stabilleşmesi ve operasyona uygun hale gelmesi üzerine 48 saat sonra operasyona alındı. Operasyonda c3-4 anterior servikal diskektomi + korpektomi + anterior plak vida stabilizasyon işlemi yapıldı. Aynı zamanda anestezi altında eksternal halo fiksasyon cihazı takıldı.

**Bulgular:** Postop 24 saat yoğun bakım sonrası yataklı servise alındı. Ventilator ihtiyacı olmadı. Postop çekilen servikal bt de herhangi bir plak vida malpozisyonu saptanmadı. Erken dönem FTR başlanan hastanın kademeli olarak ekstremitelerinde duyu refleksi ve motor fonksiyonlarda düzelmeler gözlemlendi 45 gün sonra yardım ile ayakta durabilir hale gelen hasta 90 günde yardımsız yürüyebilir hale geldi. Postop altıncı ay çekilen kontrol filmde plak vida sisteminde sorun saptanmaması üzerine eksternal halo cihazı çıkarıldı.

**Tartışma ve Sonuç:** Hastada ileri nörolojik defisitler olmasına karşın hemodinamisi ve genel durumu düzeldikten sonra (48 saat) opere edilmiştir. Hastaya sadece anterior dekompresyon ve plak vida stabilizasyon işlemi yapılmıştır. Posteriordan herhangi bir girişim yapılmamış ve bu sayede posterior elemanlar korunmuştur. Hastaya internal fiksasyona ilaveten operasyon esnasında eksternal halo cihazı takılarak plak vida malpozisyonunun önüne geçilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Servikal listezis kuadrupleji, anterior plaklama

**Görsel:** [http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/](http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201925113212.jpg)

[tmp/201925113212.jpg](http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201925113212.jpg)

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201925113236.jpg>

PS-299 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### KOMŞU SEGMENT PATOLOJİSİNİN ÖNLENMESİNDE HİBRİD ROD SİSTEMLERİ: ÖNCÜL KLİNİK SERİ

**Cüneyt Temiz\*, Mustafa Barutçuoğlu, Ahmet Sancar Topal,  
Gökhan Vatandaş**

*Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin Cerrahisi AD*

**Giriş ve Amaç:** Segmental omurga stabilizasyonunun artan sayıda uygulanmasıyla birlikte, komşu segment hastalığı ile sıklıkla karşılaşılmaktadır. Bu durumda çoğunlukla sistemin uzatılması yöntemi uygulanmakta, fakat sistemin genellikle kranial tarafında tekrarlamaktadır. Öte yandan, tam dinamik sistem uygulamaları da spondilolistezis veya travmatik fraktürler gibi kemik füzyon yapılması gereken patolojilerde uygulanmamaktadır. Bu çalışmanın amacı, tarafımızdan geliştirilen ve temel olarak rijid titanyum-alüminyum vanadyum karışımından yapılmış rod ile birleştirilmiş olan yarı- elastik rod sisteminden oluşan hibrid rod kullanılarak opere edilen üç hastanın erken klinik sonuçlarını sunmaktır.

**Yöntem:** Hastalar dejeneratif lomber patolojiler nedeniyle opere edilmiş olup, tümüne 6 vida ile stabilizasyon, ilgili segmentte total laminektomi uygulanmıştır. Rijid rod kısmı, asıl patolojinin olduğu bölge vidaları arasında yer almakta iken (spondilolistezis-spondilozis), dinamik kısım, üstteki sağlam disk aralığını kapsayacak şekilde yerleştirilmiştir. Tüm hastaların preoperatif VAS, komşu segment fleksiyon- ekstansiyon açısı ile

komşu segment disk yükseklikleri değerleri operasyon öncesi ve sonrası 3. ayda saptanmış ve değerler arasında istatistiksel fark aranmıştır.

**Bulgular:** Sonuçlarımızın değerlendirilmesinde; VAS değerlerinde anlamlı fark saptanmışken, diğer parametrelerde fark saptanmamıştır. Vida malpozisyonu, sistem yetmezliği veya operasyonel herhangi bir komplikasyon gözlenmemiştir. Hastalarımızın izlemi sürmektedir.

**Tartışma ve Sonuç:** Takip süresi kısa olmasına karşın, elde ettiğimiz sonuçlar, komşu segment hastalığının tedavisinde hibrid rod sistemleri kullanımı hakkında ümit vermektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Hibrid rod, komşu segment

PS-300 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## T7 BURST VERTEBRA KIRIĞINA PERKÜTAN VERTEBROPLASTİ OPERASYONU

**Ahmet Serhat Eroğlu\***

*Özel Ordu Medical Park Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Araç içi trafik kazası sonrası T7 vertebra kırığı nedeniyle kliniğimize başvuran 30 yaş bayan hastamıza uyguladığımız torakal 7 vertebroplasti olgusunu sunmayı uygun bulduk.

**Yöntem:** Hastanın acil serviste çekilen torakal BT'sinde T7 kompresyon kırığı ve üst platoda çökme saptandı ve yatış verildi. İlgili bölümlerce operasyona mani durum saptanmaması üzerine hastanın onamı alınarak operasyona alındı. Skopi eşliğinde perkütan T7 vertebroplasti operasyonu gerçekleştirildi. Perop komplikasyon gelişmedi.

**Bulgular:** Hasta operasyondan 8 saat sonra postop mobilize edildi. Hematolojik ve biyokimyasal tetkiklerinde sorun yok. Postop dorsal BT çekildi. BT'de sementte patolojik bulguya rastlanmadı. Hasta şifa ile 24 saat sonra taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** 1) Tramvatik burst kırıklarında kırık hatlarından sement taşma riski yüksek olmasına rağmen hastanın yaşının genç olması nedeni ile stabilizasyon operasyonu düşünülmemiş ve perkütan veretebroplasti operasyonu ile müsbet sonuç alınmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** T7 vertebroplasti

**Görsel:** [http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/](http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201925114022.jpg)

[tmp/201925114022.jpg](http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201925114022.jpg)

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201925114322.jpg>

PS-301 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## LOMBER SPONDİLOZİSTE DİNAMİK ROD SİSTEMLERİ: KLİNİK SERİ

**Cüneyt Temiz\*<sup>1</sup>, Mustafa Barutçuoğlu<sup>1</sup>, Arsal Acarbaş<sup>2</sup>, Coşkun Köseoğlu<sup>1</sup>, Cansu Tuncer<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin Cerrahisi AD.

<sup>2</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin Cerrahisi AD.

**Giriş ve Amaç:** Yaşlanan nüfus ile birlikte,giderek artan sayıda karmaşık spondilozis olguları ile karşılaşılmaktadır. Uygulanan basit dekompresyon yöntemleri,disk yüksekliği azalmış ve spontan füzyon gösteren olgularda iyi sonuçlanmasına karşın, disk yüksekliklerinin ve segmental hareketin korunduğu olgularda instabiliteye yol açabilmektedir. Geliştirilen rijid

stabilizasyon yöntemlerinde hareketli segment kaybı yaşanmakta ve komşu segment dejenerasyonu gibi ek patolojiler gelişmektedir. Çalışmamızda; tarafımızdan geliştirilen dinamik rod sistemi ile tedavi edilmiş 30 hastada orta dönem takip sonuçları paylaşılacaktır.

**Yöntem:** Hastalarımızın tanısı, lomber dejeneratif spondiloz olup,çoğunlukla ligaman hipertrofisi ve disk dejenerasyonu gösteren kanal stenozu mevcuttur. Disk yükseklikleri, üst disk yüksekliğine göre ¾ oranından fazla azalma göstermemiş, dinamik grafilerde hareketli segmentli hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Patolojik segmentler; L3- S1 arasında yer almaktadır. Olgulara 4 transpediküler vida ile tek segment stabilizasyon yapılmıştır. Takip süresi 4-14 ay olup, ortalama 9 aydır. Hastalarımızda; nörolojik değerlendirme, VAS ağrı ölçütü, disk yükseklikleri ve dinamik grafilerde disk hareket açısı, operasyon öncesi ve sonrası dönemlerde saptanmıştır.

**Bulgular:** Anestezi,cerrahi uygulama ve enstrüman yetmezliği ile ilgili veya instabilite gibi bir komplikasyonumuz bulunmamaktadır. Preoperatif VAS değeri ortalaması 8,2 olup, postoperatif 3,4 e düşmüştür, istatistiksel fark anlamlıdır. Tüm segmentlerde ortalama hareket açıklığı 4,5 derece olup, postoperatif 4,7 derece olarak saptanmıştır. Patolojik disk yüksekliği ortalama 19 mm olup, postoperatif 18 mm olarak saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Komşu segment dejenerasyonu bulgusu radyolojik olarak (MRG'de) saptanmamıştır.

**Tartışma ve Sonuç:** Elde ettiğimiz bulgular, hareketi ve disk yüksekliğini korurken, instabiliteyi engellemesi nedeniyle, dinamik sistemlerin etkili olduğunu göstermektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Lomber spondiloz, dinamik rod

PS-302 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## SEGMENTAL OMURGA STABİLİZASYONUNDA KARBON FİBER ROD SİSTEMİ

**Cüneyt Temiz\*<sup>1</sup>, Enver Atik<sup>2</sup>, Mustafa Barutçuoğlu<sup>1</sup>, Halil İbrahim Tuğlu<sup>3</sup>, Hüseyin Erdem Yalkın<sup>2</sup>, Esra Zerina Appavuravther<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin Cerrahisi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Celal Bayar Üniversitesi Mühendislik Fakültesi, Makina Mühendisliği

<sup>3</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Histoloji Embriyoloji Anabilim Dalı

<sup>4</sup>Celal Bayar Üniversitesi Mühendislik Fakültesi, Metalurji ve Malzeme Mühendisliği

**Giriş ve Amaç:** Transpediküler vida rod sistemi,omurga stabilizasyonunda halen kullanılan temel sistemdir. Sistemin yapı elemanları, titanyum-alüminyum-vanadyum alaşımından üretilmektedir. Bu malzeme, uzun dönem yineleyen ardışık hareketler sonucu metal yorulması ve enstrüman yetmezliğine neden olmaktadır. Çalışmamızda, tarafımızdan geliştirilen karbon- fiber kompozit yapısındaki rod sistemleri, titanyum rodlarla mekanik ve bio-uyumluluk açısından karşılaştırılacaktır.

**Yöntem:** Mekanik testler;10 kN güç uygulayabilen Shimadzu authograph 1000-S cihazı ile kopma ve enine dik yüklenme şeklinde uygulanmıştır. Beşer adet 10 cm boyunda ve 5,5 X 45mm. boyutlarında standart titanyum rod ile,aynı boyutlarda karbon-fiber rod teste sokulmuştur. Her örnek, 5 mm/dk hız ile yüklenme altında kalmıştır. Değerlerin ortalaması alınarak,

istatistiksel olarak anlamlı fark aranmıştır. İn vitro ortamda, sitotoksosite biyoyoumluluk testleri: Birer cm boyutlarında kesilmiş titanyum ve karbon-fiber grubundan numunelerin, ticari olarak temin edilmiş kök hücre kültürüne uygun koşullarda 6 hafta inkübe edilmiştir.

**Bulgular:** Çekme grubunda; titanyum rodların kırılma noktası; ortalama 6400N/cm<sup>2</sup> iken, karbon fiber grubunda; 7800N olarak bulunmuştur, anlamlı fark vardır. Enine dik yüklenme grubunda; titanyum rodlar 3800N, karbon-fiber rodlar ise; 6900 N değerinde kırılmışlardır. İstatistiksel fark vardır. İn vitro ortamda, sitotoksosite biyoyoumluluk testleri: 6 hafta inkübe edilen materyal üzerinde hücre kümelenmesi, ışık mikroskobu ile HE boyası altında 40 büyüme ile değerlendirilmiş ve her 2 grupta nekrotik hücre ve canlı hücre sayıları karşılaştırılmış olup, istatistiksel fark bulunmamıştır.

**Tartışma ve Sonuç:** Çalışmamız, karbon-fiber rodun, titanyum muadillerine göre, mekanik olarak anlamlı derecede dayanıklı olduğu ve sitotoksosite geliştirmedeği, ilk kez kanıtlamaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Karbon-fiber, rod, posterior spinal stabilizasyon

PS-303 [Nörotravma ve Yoğun Bakım]

## SPONTAN SUBGALEAL HAVA

**Mustafa Çağlar Şahin\*, Yiğit Aksoğan, Mesut Emre Yaman, Şükrü Aykol**

*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Subgaleal hava; neoplazmlara, subdural havanın subgaleal kompartmana rüptüre olmasına, subgaleal bölgenin gaz üreten mikroorganizmalarla enfekte olmasına, frontal sinüs, paranasal sinüs veya mastoid hava hücrelerini içeren fraktürlere bağlı oluşabilir. Bununla birlikte spontan subgaleal hava herhangi bir patolojik durumla ilişkili değildir ancak paranasal sinüs, temporal kemik ya da cilt defektine bağlı olabilir. Kafada şişme, baş ağrısı, ani gelişen kulak ağrısı veya çınlama şeklinde semptomlar görülebilir. Tanı düz kafa grafisi, bilgisayarlı tomografi (BT) ya da magnetik rezonans görüntüleme (MRG) ile konulabilir.

**Yöntem:** Bu olgu sunumunda kafasında şişlik şikayeti ile gelen, yapılan muayene ve görüntülemeler sonrasında subgaleal alanda spontan hava geliştiği belirlenen klinik takipli bir olgu sunulmaktadır.

**Bulgular:** 57 yaşında, erkek hasta yaklaşık 2 sene önce sol parietookspital bölgeden başlayan, giderek artan ve şu anda 8x10 cm boyutlarında fluktuasyon veren yumuşak doku şişliği ile kliniğimize başvurmuştur. Hastanın nörolojik muayenesi doğal olup sistemik problemi yoktur. Rutin laboratuvar testleri normal değer aralığındadır. Hastanın herhangi bir travması yoktur. Bakılan mrg ve bt görüntülemelerinde solda parietookspital bölgede kemik defekti dikkati çekmektedir. Kemik defektinden sol parietookspitalde cilt altına doğru uzayan yumuşak doku amfizemi ile uyumlu belirgin hava koleksiyon alanı dikkati çekmektedir. Tariflenen hava koleksiyonu tanımlanan lokalizasyondan solda mastoid hücrelere, petröz kemiğe ve nazofarenks hava sütununa uzanım göstermektedir. Solda parietookspital bölgede tariflenen hava koleksiyonuna sekonder ciltte belirgin bombeleşme mevcuttur. Ayrıca bu düzeyde tanımlanan pnömotizasyona sekonder sol parietookspital bölgede parankimal basılanma dikkati çekmektedir.

**Tartışma ve Sonuç:** Literatürde spontan subgaleal hava ile ilgili bir olgu sunumu mevcuttur. 35 yaşında, kadın hasta olarak bildirilen

vakanın kliniğinde bizim hastamızdan farklı olarak nöbet öyküsü vardır. Bu durum bildirilen vakanın hava birikiminin temporal loba da uzanmasına bağlanabilir. Yine bildirilen diğer vakada tedavi amaçlı iğne ile iki kez ponksiyon yapılan hastanın kafasındaki şişlik her iki ponksiyon sonrasında da tamamen inmiş ancak bir hafta sonra tekrar eski boyutuna gelmiştir. Yine bununla birlikte her iki iğne ile ponksiyondan sonra hasta nöbet geçirmiştir. Bu olgu sunumundaki hastanın kemik defekti olduğu için en uygun tedavi olarak cerrahi girişim planlanmış ancak tüm riskler anlatılmasına rağmen hasta kabul etmemiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Subgaleal, hava, spontan

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/2019281120.jpg>

PS-304 [Diğer]

## OLGU SUNUMU: SEREBRAL TOKSOPLAZMOZİS

**Alperen Sözer, Gökberk Erol\*, Emrah Çeltikçi, Ahmet Memduh Kaymaz**

*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Serebral toksoplazmozis, HIV (human immunodeficiency virus) pozitif hastalarda en sık görülen beyin tutulumudur. Hastaların %35'inin serebral toksoplazmozis ile HIV tanısı aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu olgu sunumunda HIV pozitif hastada gelişen serebral toksoplazmozis olgusu sunulmaktadır.

**Yöntem:** Kliniğimize sol tarafta progresif olarak artan güçsüzlük şikayeti sonrası yapılan görüntülemelerde intrakranial kitle düşünülerek operasyon planlanan, preop tetkiklerinde HIV pozitif olduğu tespit edildikten sonra serebral toksoplazmozis olarak değerlendirilen ve enfeksiyon hastalıklarına devredilen olgu incelendi.

**Bulgular:** 34 yaşında kadın hasta 3 ay önce sol tarafta topallama ve yürüme güçsüzlüğü ile başlayan sonrasında artan şikayetleri başlamış. Kırım'da yaşayan hasta dış merkezde nörolojiye başvurmuş ve multipl skleroz (MS) ön tanısı ile 1 hafta steroid tedavisi almış. Steroid tedavisinden fayda görmeyen hastanın şikayetleri hemiplejiye ilerlemiş. Yapılan görüntüleme sonucu glial tümör düşünülen hasta kliniğimize yönlendirilmiş. Dış merkezde yapılan, merkezimize başvurusundan 7 gün önceki magnetik rezonans görüntülemesinde (MRG) sağ motor kortekste soliter, T1 ağırlıklı görüntülemelerde (T1A) hipointens, T2 ağırlıklı görüntülemelerde (T2A) hiperintens, kontrast tutan, çevresi ödemli lezyon izlenmiş. Tarafımızca operasyon planlanırken çekilen kontrastlı, navigasyon uyumlu kraniyal MRG'de ilk MRG'ye kıyasla ek olarak ilk beyin MRG'de olmayan serebellar, talamik ve oksipital T1A'da hipointens, T2A'da hiperintens, kontrast tutan lezyonlar izlendi. Pre-op tetkiklerinde HIV Elisa pozitif gelen hastadan CMV(sitomegalovirüs) ve toksoplazma immünglobulinleri çalışıldı. Anti-Toksoplazma IgG pozitif, Anti-Toksoplazma IgM negatif, Anti-CMV IgG pozitif, Anti-CMV IGM negatif olarak sonuçlandı. HIV enfeksiyonu pozitifliği Western Blot yöntemi ile doğrulandı. Toksoplazma ensefaliti düşünülen hastanın operasyon planı iptal edildi, hasta enfeksiyon hastalıkları kliniğine devredildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Hızlı progresyon gösteren intrakranial lezyonu bulunan hastaların ayırıcı tanısında akla serebellar toksoplazmozis olabileceği getirilmeli ve HIV pozitifliğine yönelik tanıl testler çalışılmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Serebral toksoplazmozis, HIV, kitle

PS-305 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

**YAŞLI HASTADA GÖZLENEN TORAKAL LOKALİZASYONLU CLAY SHOVELER'S FRAKTÜRÜ****Feyzi Birol Sarıca\*<sup>1</sup>, Kürşad Aytekin<sup>2</sup>, Kemal Kapanoğlu<sup>3</sup>, Alptekin Tosun<sup>4</sup>**<sup>1</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı<sup>2</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı<sup>3</sup>Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği<sup>4</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Clay Shoveler's fraktürü, en sık gözlenen alt servikal travma tipi olan distraktif fleksiyon yaralanmalarının erken evrelerinde gözlenen spinöz proçes avulsiyon fraktürleridir. Stabil olan bu fraktürlere, sıklıkla interspinöz ligamalarda gerilme ve yırtık eşlik eder. Genellikle C6, C7 ve T1 vertebra düzeylerinde gözlenen bu fraktürler; trafik kazaları, yüksekten düşmeler ve spor kazaları sonucunda olmaktadır. Bu bildiride sunduğumuz olguda ise; merdiven basamaklarından sırt üstü düşen hastada gözlenen T5, T6 ve T7 vertebraların izole spinöz proçes fraktürleri bildirilmiştir.

**Yöntem:** Olgu sunumu.

**Bulgular:** 3 gün öncesinde, merdivenin 4. basamağından sırt üstü düşme sonrası, bel ve sırt travması geçiren 77 yaşında kadın hastanın, sırt ağrısı başlamış ve giderek artmış. Beyin Cerrahisi polikliniğine başvuran hastanın yapılan nörolojik muayenesinde; torakal bölgede hassasiyet ve palpasyonla şiddetli ağrısı mevcuttu. Hastada nörodefisit saptanmadı. Hastanın yapılan Torakal spinal Manyetik Rezonans Görüntülemesi'nde; T4, T5 ve T6 vertebralara ait spinöz proçeslerde fraktürler ve interspinöz ligamanlarda hasarlar saptandı. Eşlik eden pedikül veya faset yaralanması saptanmadı (Resim 1). Beyin Cerrahisi kliniğine yatırılan hastaya 4 gün boyunca non-steroid antiinflamatuvar tedavi uygulandı. Zamanla sırt ağrısı geçen hasta, 4 gün sonra taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Olgumuzda olduğu gibi, posterior ligamanlarda yırtığın gözlemlendiği spinöz proçes fraktürlerinde ağrı, travmadan birkaç gün sonra ortaya çıkmaktadır. Çoğu olguda ağrılar, yapılan analjezik tedavi ile geçmektedir. Direkt grafilerde, kırık fragman fark edilemeyebilir ve ligaman hasarlarını da daha iyi görebilmek için spinal MR yapılması gerekir. Ayrıca bu fraktürleri, ileri evre distraktif fleksiyon yaralanmalarından ayırt edebilmek için dinamik grafiler de yapılmalıdır. Bu Clay Shoveler's fraktürü olgusu, özellikle tek taraflı faset eklem subluksasyonları ve pedikül yaralanmalarına eşlik edebilecekleri düşünülerek, bu olgularda spinal MRG gibi ileri radyolojik incelemelerin yapılması gerektiğini vurgulamak için sunulmuştur.

**Anahtar Sözcükler:** Clay Shoveler's fraktürü, izole spinöz proçes fraktürü

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019129195534.jpg>

PS-306 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

**YAYGIN SPİNAL KORD ÖDEMİNİN EŞLİK ETTİĞİ ALT SERVİKAL VERTEBRA FLEKSİYON KOMPRESYON YARALANMASI OLGUSUNDA ERKEN CERRAHİ****Feyzi Birol Sarıca\*<sup>1</sup>, Kemal Kapanoğlu<sup>2</sup>, Kürşad Aytekin<sup>3</sup>, Alptekin Tosun<sup>4</sup>**<sup>1</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı<sup>2</sup>Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği<sup>3</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı<sup>4</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Alt servikal vertebra kompresyon fleksiyon yaralanmaları, vertebral fleksiyonda iken yüklenme sonucunda gelişirler. En sık, C4-C5 ve C5-C6 düzeylerinde gözlenirler. Yüklenmenin şiddetine bağlı olarak; vertebra korpusu üst ön kenarındaki yuvalanmadan, korpusta gelişen oblik kırık hatlarına ve ilgili vertebranın spinal kanala dislokasyonuna kadar, değişik spektrumlarda vertebra yaralanmaları görülebilmektedir. Allen sınıflamasına göre; Evre 4 ve Evre 5'de sıklıkla spinal kord yaralanması da tabloya eşlik etmektedir. Bu bildiride; 21 yaşında hastada gözlenen C5 vertebra fleksiyon kompresyon yaralanmasındaki, erken cerrahinin önemi sunulmuştur.

**Yöntem:** Olgu sunumu.

**Bulgular:** Araç içi trafik kazası sonrası boyun ve sırt travması geçiren 21 yaşında erkek hastada, her iki kol ve bacakta güçsüzlük gelişmiş. Nörolojik muayenesinde; şuuru açık hastada kuadriparezi (kas gücü; üst ekstremitede:3/5, alt ekstremitede:1/5) ve C4 altında duyu kaybı mevcuttu. Servikal MRG'sinde; C5 vertebrada akut kompresyon fraktürü ve C5 vertebranın posteriora dislokasyonu ve spinal kanalda daralma gözlemlendi. C3-C7 düzeyleri arasında spinal kord içerisinde yoğun ödem saptandı.(Resim 1) Yoğun bakıma yatırılan hastaya; spinal kord ödemi nedeniyle, 2 gr/45 dakikada gidecek şekilde Prednol iv infüzyon tedavisi uygulandı. Ardından 23 saat boyunca 300 mg/saat dozunda Prednol iv infüzyon tedavisi verildi. Ertesi gün yapılan nörolojik muayenesinde; anlamlı değişiklik saptanmadı, solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine; Anestezi tarafından entübe edildi, mekanik ventilatöre bağlandı ve solunum desteği yapıldı. Yatırıldıktan 2 gün sonra, anterior servikal yaklaşımla opere edilen hastaya; C5 anterior korpektomi yapılarak anteriordan spinal kord dekompresyonu sağlandı. Anterior servikal korpektomi kafes sistemi ve anterior servikal plak kullanılarak, anterior servikal füzyon yapıldı. Postoperatif 1.günde nörolojik tablosunda değişiklik saptanmadı. Kontrol servikal BT yapıldı.(Resim 2) Postoperatif 5.günde spontan solunum gözlenen hasta, mekanik ventilatörden ayrıldı. Nörolojik tablosundada düzelleme (kas gücü; üst ekstremitede:4/5, alt ekstremitede:2/5) gözlemlendi. Ardından ileri bir merkezde fizik tedavi gören hasta; postoperatif 3.ayda desteksiz yürüyebiliyordu.

**Tartışma ve Sonuç:** Alt servikal vertebra fleksiyon ekstansiyon yaralanmalarında; hastada nörolojik defisit yoksa, posterior füzyon uygulanmalıdır. Olgumuzda olduğu gibi, nörodefisit gözlenen olgularda ise (Allen Evre 4-5); en kısa sürede anterior servikal korpektomi yapılarak, spinal kord dekompresyonu sağlanmalı ve anterior servikal füzyon uygulanmalıdır. Son yıllarda Kortikosteroid tedavisi ile ilgili tartışmalı açıklamalar olsa da, spinal kord sekonder hasarını önlemek

için hastamızda Metilprednizolon tedavisi uygulanmıştır. Erken cerrahi yaptığımız kuadriparezik hastamız, toplam 3 ay içerisinde desteksiz yürüyebilir hale gelmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Fleksiyon kompresyon yaralanması, servikal fraktür, spinal kord ödemi

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019129203015.jpg>

PS-307 [Nörovasküler Cerrahi]

### GENİŞLEMİŞ GALEN VENİNE DRENE OLAN ANTERİOR MEDİAL TEMPORAL ARTERİOVENÖZ MALFORMASYON OLGUSU

**Feyzi Birol Sarıca\*<sup>1</sup>, Kemal Kapanoğlu<sup>2</sup>, Nurullah Edebalı<sup>1</sup>, Alptekin Tosun<sup>3</sup>, Selçuk Peker<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>3</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

<sup>4</sup>Koç Üniversitesi Hastanesi, Nöroşirürji AD

**Giriş ve Amaç:** Merkezi sinir sistemi vaskülarizasyon sürecinde, arada kapiller yapının oluşmadığı primitif arterio-venöz yapının, persistan kalması sonucunda Arteriovenöz Malformasyon tablosu gelişmektedir. AVM nidusu içerisinde arter ve venlerin yanısıra kavernoöz vasküler yapıda bulunmaktadır. Arter ve venler arasındaki direkt bağlantı ile yüksek akımlı şantlar oluşmakta ve sonuçta hem besleyici arterler hemde drene edici venlerde genişleme gözlenmektedir. Yıllık kanama oranları %2-4 olan AVM'ler; genellikle kanama ve epileptik nöbetlerle prezente olmaktadır. Öğrenme güçlüğü, baş ağrısı ve fokal nörolojik defisitlerde gözlenebilir. Unkus, amigdala, anterior hipokampus ve parahipokampal alanları kapsayan anterior medial temporal AVM'lerin besleyici arterleri; genellikle anterior koroidal arter, orta serebral arter, posterior kommunikan arter ve posterior serebral arter'dir. Venöz drenajı ise primer olarak Bazal ven aracılığıyla Galen venine olmaktadır. Bu bildiri; epileptik nöbet ile başvuran ve genişlemiş Galen venine drene olan, anterior medial temporal lokalizasyonlu AVM olgusunda stereotaktik radyocerrahi tedavi seçeneği sunulmuştur.

**Yöntem:** Olgu sunumu.

**Bulgular:** 29 yaşında erkek hasta, epileptik nöbet atağı sonrası bayılmış ve acil servise getirilmiş. Nörolojik muayenesinde; nörodefisit saptanmadı. Beyin BT'sinde kanama saptanmadı. Beyin cerrahisi kliniğine yatırılan hastaya, antiepileptik tedavi uygulandı. Beyin Manyetik rezonans T1-sekanslarında; sağ anterior medial temporal lokalizasyonda, süngerimsi yapıda 3 cm.lik hipointens nidus bölgesi ile birlikte, yine hipointens izlenen kıvrımlı besleyici arter ve genişlemiş venöz drenajı bulunan AVM lezyonu saptandı. AVM besleyici arterlerini; orta serebral arter ve posterior serebral arter dallarından almaktaydı ve Bazal ven aracılığıyla genişlemiş Galen venine drene olmaktadır.(Resim 1) Spetzler-Martin Evre IV olarak kabul edilen hastamızda; cerrahiye bağlı gelişebilecek morbidite ve mortalite riski yüksek olduğundan, Stereotaktik radyocerrahi uygulanan bir merkeze sevk edildi ve AVM'ye yönelik stereotaktik radyocerrahi uygulandı.(Resim 2) Stereotaktik radyocerrahi sonrası erken dönemde komplikasyon gözlenmeyen hasta; 6 ay sonra kontrol Beyin MRG çekilmesi önerilerek taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** AVM tedavisinde altın standart, AVM'nin mikrocerrahi yöntemle çıkarılmasıdır. Spetzler-Martin Evre I-III AVM'li hastalarda; cerrahiye bağlı gelişebilecek kalıcı nörolojik morbidite ve mortalite oranı oldukça düşük olduğundan, ilk seçilecek tedavi yöntemi cerrahi olmaktadır. Ancak olgumuzda olduğu gibi Spetzler-Martin Evre IV hastalarda ise; cerrahiye bağlı gelişebilecek morbidite ve mortalite riski ise %21.9 gibi yüksek oranlara çıktığından, bu olgularda genellikle cerrahi dışı tedavi yöntemleri tercih edilmektedir. Stereotaktik radyocerrahi ile çapı 3 cm'den küçük AVM lezyonlarının yaklaşık %80'i kapatılabilmektedir. Bizim hastamızda da, AVM boyutu uygun olduğu için, Stereotaktik radyocerrahi tercih edilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Anterior medial temporal lokalizasyon, arteriovenöz malformasyon, galen veni, stereotaktik radyocerrahi

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019129205918.jpg>

PS-308 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### BROWN-SEQUARD SENDROMU İLE SEYREDEN SPONTAN SERVİKAL EPİDURAL HEMATOM OLGUSU

**Toğrul Cavadov\*, Onur Erdoğan, Yahya Güvenç, Ferhat Harman**

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Servikal spinal epidural hematoma (SSEH) nadir rastlanan genelde boyun ve sırt ağrısına neden olan, paraparezi veya tetraparezi ile belirti veren olan bir hastalıktır. Yıllık insidansı 100000'de 0.1'dir. SSEH'un Brown-Sequard sendromuna (BSS) yol açması ise oldukça enderdir. Literatürde, spinal epidural hematoma bağlı BSS tanısı olan 28 olgu bildirilmiştir. Bunlardan sadece 16 tanesi spontan, diğerleri iatrojenik veya travmatik nedenlere bağlıdır. Spontan olgular, koagülopati, vasküler malformasyon gibi patolojiler veya antiagregan, antikoagülan kullanımı gibi sebeplerle gelişmiştir. Literatürde, etyolojik bir neden olmaksızın, spontan spinal epidural kanama sonrası gelişen BSS'lu olguya rastlanmamıştır.

**Yöntem:** Olgu sunumu

**Bulgular:** 65 yaşında kadın hasta bir haftadır var olan boyun ağrısı, sağ tarafta kuvvetsizlik ve hissizlik şikayeti ile dış merkezden sevk edildi. Hastanın nörolojik muayenesinde, sağ üst ekstremité 2/5, sağ alt ekstremité 3/5 kuvvetinde hemiparezi mevcuttu. Sol tarafta kuvvet kaybı yoktu. Duyu muayenesinde sol tarafta ağrı ve ısı kaybı mevcuttu hastada patolojik refleks yoktu. Hastanın özgeçmişinde koroner arter hastalığı ve asetilsalisilik asit ve clopidogrel kullanımı mevcuttu. Kan koagülasyon değerleri normal sınırlarda geldi. Hastanın beyin MRG'sinde patoloji izlenmedi. Servikal MRG'de C3-C6 arasında T2 hipointens, T1 hiperintens epidural yerleşimli lezyon saptandı (Resim 1). Çekilen DSA ve MR anjiyografide vasküler patoloji saptanmadı. Hasta kardiyoloji bölümüne danışıldı. Asetilsalisilik asit ve clopidogrel kesilmesi, düşük molekül ağırlıklı heparin başlanması önerildi. Antikoagulan kesilmesinden altı gün sonra hasta opere edildi. Cerrahiye kadar geçen sürede nörolojik defisiti aynıydı. Hastaya C3-C4-C5 sağ taraflı hemilaminektomi yapıldı. Laminektomi sonrası epidural alanda organize hematoma dokusu ile karşılaşıldı. Mikronöroşirürjikal tekniklerle hematoma dokusu epidural alandan eksize edildi. Postop üçüncü günde dreni çekildi. Post op 6. günde nörolojik iyileşme ile (üst ekstremité 3/5, alt ekstremité 4/5) ayaktan mobilize olarak taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Spinal epidural hematoma genelinde tetraparezi veya paraparezi şeklinde belirti vermektedir. BSS şeklinde görülmesi çok nadirdir. Servikal ve torakal bölgede görülme sıklığı lomber bölgeye göre fazladır. Bu durum, servikal ve torakal bölgenin vaskülarizasyonun daha fazla olmasıyla açıklanmıştır. Tanıda BT ve MRG kullanılmaktadır. DSA vasküler patolojilerin tanısı ve ekartasyonu açısından önemlidir. Literatürde spinal epidural hematoma sonrası nörolojik defisit gelişen üç hastada konservatif tedavi ile iyileşme gösterildiği bildirilse de genel yaklaşım mümkün olan en kısa sürede cerrahi tedavidir.

**Anahtar Sözcükler:** Epidural hematoma, spinal, oral antikoagülan, spontan

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019129212139.jpg>

PS-309 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### ERİŞKİNLERDE SPİNAL ARAKNOİD KİSTLERİN CERRAHİ TEDAVİSİ

**Ümit Eroğlu\*<sup>1</sup>, Melih Bozkurt<sup>1</sup>, Gökmen Kahiloğulları<sup>1</sup>, İhsan Doğan<sup>1</sup>, Onur Özgür<sup>1</sup>, Kushal J. Shah<sup>2</sup>, Murat Zaimoğlu<sup>1</sup>, Eyyub S M Al-beyati<sup>1</sup>, Hasan Çağlar Uğur<sup>1</sup>, Aaron A. Cohen-Gadol<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, İbni Sina Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.

<sup>2</sup>Department of Neurosurgery, University of Kansas, Kansas City, Kansas, USA

<sup>3</sup>Department of Neurosurgery, Goodman Campbell Brain & Spine, IN, USA

**Giriş ve Amaç:** Spinal araknoid kistler spinal kanalın pek yaygın olmayan lezyonlarıdır. Genellikle asemptomatik ancak nörolojik semptomlara neden olabilecek şekilde kitle etkileri ile ortaya çıkabilirler. Bu lezyonlar konjenital olabilecekleri gibi, çeşitli nedenlerle de bağlı olabilirler. Bu lezyonlara yönelik özellikle kitle etkisi söz konusu olduğunda cerrahi tedavi seçeneği gündeme gelebilir.

**Yöntem:** Bu çalışmada, spinal araknoid kist tanısı ile opere edilen 13 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların başvuru semptomları, radyolojik görüntüleme bulguları, nörolojik durumları ve takip süreçleri değerlendirilmeye alınmıştır.

**Bulgular:** Toplam 13 hastada spinal araknoid kistlerin çoğu torasik omurgada yer almış (%54), biri dışında tüm vakalar dorsal veya dorsolateral yerleşimli olmuştur. Kistlerin %38'i ekstradural, %54'ü ise intradural yerleşmiştir. Ağrı en sık başvuru semptomu olmuştur (%80). Ekstradural kistler total olarak çıkarılmış olup intradural olanlar ise fenestre edilmişlerdir. Serimizde komplikasyon olmamıştır.

**Tartışma ve Sonuç:** Spinal araknoid kistler genellikle asemptomatiktir. Cerrahi girişim kistin dorsal veya ventral yerleşimine göre belirlenir. Ağrı ve güçsüzlük iyileşmesi en olası semptomlar olup duyuşal semptomların düzelmesi daha düşük olasılıklıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Ekstradural, intradural, intrameduller, spinal araknoid kist, cerrahi rezeksiyon

PS-310 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### VARFARİN KULLANIMINA BAĞLI SPONTAN SPİNAL SUBDURAL HEMATOM

**Toğrul Cavadov\*<sup>1</sup>, Onur Erdoğan<sup>1</sup>, Ertuğrul Pınar<sup>1</sup>, Yahya Güvenç<sup>1</sup>, Altuğ Çinçin<sup>2</sup>, Ferhat Harman<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Akut kuvvet kaybı ile başvuran ve antikoagülan kullanım öyküsü olan hastalarda ilk olarak spontan spinal hematoma (SSH)'dan şüphelenilmelidir. Morbiditeyi azalttığı için mümkün olduğunca erken cerrahi yapmak önemlidir.

**Yöntem:** Olgu sunumu.

**Bulgular:** 57 yaşında kadın hasta bir gün önce ani başlayan alt ekstremitelerde kuvvetsizlik nedeniyle dış merkezden başvurdu. 20 sene önce aortik kapak replasmanı (AVR) ve mitral kapak replasmanı (MVR) öyküsü mevcuttu ve varfarin kullanıyordu. Geliş muayenesi ASIA A'ydı. Koagülasyon parametreleri normal değerlerin üzerindeydi. Hastanın çekilen tüm spinal MRG'de T10-L1 seviyeleri arasında uzanan intradural-ekstramedüller T2 hiperintens, T1 hafif hipointens, kontrast tutmayan ve spinal kordu posteriora doğru iten hematoma saptandı (Resim 1). Acil cerrahi planlanan hasta, kardiyoloji bölümüne konsülte edildi. Kardiyoloji tarafından çift kapak replasmanı nedeniyle, vitamin K başlanması yüksek riskli olarak değerlendirildi. Hastanın INR'si normale inene kadar taze donmuş plazma (TDP) başlandı ve varfarin tedavisi durdurularak heparin infüzyonuna geçildi. Koagülasyon parametreleri olay sonrası ancak altıncı günde normal değere düşürüldü ve hasta cerrahiye alındı. Operasyonda T10-L1 laminektomi yapıldı. Hematoma boşaltıldı ve T10-L2 füzyon yapıldı. Postop heparin infüzyonu tekrar başlandı. Drenden çok fazla miktarda kanaması olan ve hemodinamisi bozulan hasta kardiyoloji yoğun bakıma alındı ve gerekli kan replasmanı yapıldı. Hastanın dreni ancak yedi gün sonra çekilebildi. Kardiyoloji yoğun bakımda beş günlük tedaviden sonra hemodinamisi düzelen hasta servise alındı ve postop 14. günde taburcu edildi. Çıkış muayenesinde nörolojik düzelme yoktu.

**Tartışma ve Sonuç:** Sunduğumuz olguda aortik ve mitral kapak replasmanı öyküsü nedeni ile varfarin'in antidotu olan K vitamini verilmesi riskliydi. Bu sebeple varfarin kesilerek TDP başlandı. Hastamızın varfarin tedavisinin kesilmesi ve TDP uygulamalarına rağmen INR düzeyinin istenilen kadar hızlı düzeltilememesinin ise kalp yetersizliğine bağlı karaciğer konjesyonu ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Tüm bu sebeplerle, hasta ve yakınları ile durum tartışılarak acil cerrahiden vaz geçildi ve INR değeri normale inene kadar TDP ve heparin infüzyonu verilerek beklenmesine karar verildi. Hastanın ilerleyici nörodefisitinin olmaması ve bir gündür paraplejik olması bu kararın alınmasını kolaylaştırdı. Tüm önlemler alınmasına ve ameliyat öncesi koagülasyon değerleri normal sınırlara indirilmesine rağmen, cerrahi sonrası beş gün boyunca drenen yoğun kanama ve hemodinamik değerlerde instabilite olmasının kararımızın doğruluğunu desteklediğini düşünüyoruz. Kalp kapak replasmanı geçirmiş ve varfarin kullanımına bağlı spinal hematoma gelişmiş yüksek riskli hastalarda ilerleyici nörolojik defisit yok ise, cerrahi yapılabilmek için INR değerlerinin normale dönmesini beklemek bir seçenek olabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Spinal hematoma, antikoagülan, spontan, subdural

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201912921598.jpg>

PS-311 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

**TORAKAL SPİNAL KANALIN ORTASINDAN GEÇEN VE NÖROLOJİK DEFİSİTE NEDEN OLMAYAN DELİCİ ALET YARALANMASI****Fatih Akbulut\***, Ertuğrul Pınar, Toğrul Cavadov, Yahya Güvenç, Ferhat Harman*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Delici aletle spinal kord yaralanması nadir rastlanan, tam veya kısmi nörolojik defisite neden olabilen bir tablodur. Bu çalışmada, torakal vertebrada, kanal içinden geçen, örgü şişi ile yaralanan ve nörolojik defisit yapmayan bir olgunun yönetimini tartıştık.

**Yöntem:** Olgu sunumu

**Bulgular:** 12 yaşında kız çocuğu acil servise sırt bölgesine örgü şişi saplanması şikayeti ile başvurdu (Resim 1). Nörolojik defisiti yoktu. Yapılan spinal BT'de, şişin ciltte torakal 5-6 seviyesinde orta hattın bir cm lateralinden girerek paravertebral bölgede ilerlediği, T5-T6 interlaminalaral vertebral aralıktan geçerek spinal kanala girdiği ve spinal kanalı orta hattan çaprazlama geçtikten sonra, T5-T6 intervertebral disk aralığının anteriorunda sonlandırdığı izlendi (Resim 2). Korda zarar vermemek için MRG çekilmedi. Hasta acil ameliyata alındı. T6 laminektomi yapıldı. Yabancı cismin spinal kanalın sağından kanala girdiği, korda saplanmadığı, durayı sıyrarak kordu kanalın sol tarafına ittiği ve daha sonra disk aralığına girdiği izlendi. Çevre dokulara zarar vermeden yabancı cisim çıkartıldı. Hasta postop beşinci günde nörolojik defisitsiz olarak taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Spinal kordun kesici aletle yaralanması olgularında, yabancı cisim spinal kanaldan geçiyorsa doğrudan kord veya kauda hasarı, kanama veya bası etkisiyle nörolojik defisite yol açmaktadır. Ayrıca enfeksiyon ve BOS fistülü ile sık karşılaşılır. Tedavide cerrahi olarak kanal içinde bası etkisi olan ve enfeksiyona neden olabilecek yabancı cismin çıkarılması hedeflenir. Literatürde yabancı cismin çıkartılmasına yönelik çeşitli cerrahi teknikler önerilse de genel bir konsensüs bulunmamaktadır. Cerrahi yaklaşımlar yabancı cismin bulunduğu yere göre değişiklik göstermektedir (aynı seviye hemilaminkentomi, total laminektomi ve üst-laminektomi yapılması). Cerrahi sırasında dikkat edilmesi gereken nokta yabancı cisim çıkarılırken etraf nörovasküler yapıları zarar vermektan kaçınılması ve mümkünse dural yaralanmanın onarılmasıdır. Sunduğumuz vakada spinal kanal içinden geçen şişi, total laminektomi ile etrafını döndükten sonra, spinal kordu görerek çıkardık. Tomografi görüntüsünde şişin kanalın ortasından geçtiğinin görülmesine rağmen, cerrahi görüntüde şişin korda saplanmaması ve kordu kenara itmesi ilginç bir bulguydu. Duranın aradaki BOS nedeniyle hareketli yapıda olması sayesinde şişin ilk saplanması sırasında kenara kaymasına (şift etkisi) sebep olarak kordu koruduğunu düşünüyoruz. Yuvarlak ve ince olan şişin yapısı bu kaymayı ve şifti kolaylaştırmış olabilir. Kanal içinden geçen yabancı cisimler genellikle nörolojik defisite neden olduğu için, sunulan vakanın nörolojik defisitinin olmamasının duranın koruyucu etkisiyle açıklanabileceğini düşünüyoruz.

**Anahtar Sözcükler:** Delici yaralanma, parapleji, travma, spinal, şiş

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201912922162.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019129221611.jpg>

PS-312 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

**SAĞ L4-5 EPİDURAL ALANDA YERLEŞİM GÖSTEREN SİNOVİYAL KİST LEZYONU BULUNAN HASTA****Sait Kayhan\***, Şahin Kırmızıgöz, Adem Doğan, Mehmet Can Ezgü, Mehmet İlker Özer, Nail Çağlar Temiz*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Lomber intraspinal sinoviyal kistler, eskiden juksta-faset kistleri olarak da adlandırılan nadir görülen, radiküler semptomlarla disk hernilerini taklit edebilen, intraspinal lezyonlardır. Lomber intraspinal sinoviyal kistler, sebep olduğu bel ağrısı, radikülopati ve nörolojik defisitler nedeniyle tedavi edilmelidirler. Sinovyal kistler bütün spinal bölge boyunca görülebilmelerine karşın en sık yerleşim yeri lomber 4-5 disk aralığıdır. Lomber intraspinal sinoviyal kistler en sık 60'lı yaşlarda görülmekle birlikte kadınlarda, erkeklere oranla daha sık rastlanmaktadır.

**Yöntem:** 1 yıldır bel ve sağ kalçada daha fazla olmak üzere her iki kalça ağrısı olan 75 yaşında bayan hasta dış merkezde ortopedi tarafından takip edilmekteymiş. Hastanın son 1 aydır sağ bacak ve kalça ağrısı çok şiddetlenmiş ve sağ ayak bileğine kadar yayılım göstermeye başlamış. Bunun üzerine polikliniğimize başvuran hasta yardımsız yürüyemediğini ve ağrısının çok şiddetlendiğini belirtmekteydi. Hasta fizik tedavi almadığını ve medikal tedaviden fayda görmediğini belirtti. Hastanın muayenesi yoğun ağrı sebebiyle optimal olarak değerlendirilememekle beraber hastada sağ ayak bileği dorsifleksiyonda ve ayak baş parmak dorsifleksiyonda 1-2/5 motor defisit saptandı. Ayrıca hastanın sağda laseque testi 30 derecede pozitif bulundu ve sağ ayak l4-5-s1 dermatomu hipoestezikti. Hastanın refleksleri normoaktif ve bel hareketleri ağrıyla kısıtlı olarak saptanmıştı.

**Bulgular:** Hastaya lomber MR görüntülemesi yapıldı. Radyoloji raporu sağ l4-5 faset eklemine sıvıya duyarlı sekanslarda parlama izlenmekte olup sağ l4-5 faset eklemi ile ilişkisi izlenen, sağ epidural alanda yerleşen sinoviyal kist ile uyumlu lezyon mevcut şeklinde raporlandı. Hastaya yapılan iğne EMG'de sağ l4-5 myotomlu kaslarda seyrek denervasyon potansiyellerinin eşlik ettiği nörojenik değişiklikler izlendi. SEP tetkiki normal olarak raporlandı. Bunun üzerine hastaya cerrahi tedavi planlandı. Hasta operasyona alınarak mikrocerrahi yöntem ile sağ hemilaminektomi + flavektomi + foraminotomi + kistektomi uygulandı. Histopatolojik tanısı sinoviyal kist olarak değerlendirildi. Postoperatif dönemde herhangi bir problem yaşanmadı. Hastanın şikayetlerinin erken dönemde gerilediği ve 6 aylık takibinde şikayetin olmadığı ve motor kaybının tamamen düzeldiği gözlemlendi.

**Tartışma ve Sonuç:** Lomber intraspinal sinoviyal kistler, nadir görülmelelerine karşın, intervertebral disk basısı semptomlarını ve muayene bulgularını taklit edebilen ve ani radiküler semptomlarla başvuran hastalarda ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken patolojilerdir. Cerrahi tedavide dejeneratif spinal stenozun eşlik etmediği olgularda kist eksizyonu ve basit dekompresyon yeterlidir.

**Anahtar Sözcükler:** Spinal sinoviyal kist, radikülopati

PS-313 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

**TORASİK INTRADURAL EKSTRAMEDÜLLER EPİDERMOİD TÜMÖR: İKİ OLGU****Serdar Solmaz\*<sup>1</sup>, Ümit Eroğlu<sup>1</sup>, Onur Özgür<sup>1</sup>,  
Orkhan Mammadkhanlı<sup>2</sup>, Koral Erdoğan<sup>1</sup>, Ayhan Attar<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.<sup>2</sup>Liv Hospital, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Spinal kordun intradural epidermoid tümörleri genellikle spinal kord disrafizm veya invaziv prosedürlerle ilişkilidir. Sıklıkla intradural ekstrapedüller yerleşimli olan spinal tümör genellikle lomber bölge yerleşimli olup torakal yerleşim nadir görülmektedir. Ayrıca alta yatan spinal disrafizm veya invaziv girişim olmadan görülmesi oldukça nadirdir. Nadir bu iki olguyu sunmak amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Vaka 1: 52 yaşında kadın hasta sırt ağrısı şikayeti ile tetkik edilmiş. Torakal manyetik rezonans görüntüleme(MRG), T3 vertebra posteriorunda intradural-ekstrapedüller yerleşimli 7 mm çaplı, kontrastlanmayan nodüler oluşum saptandı. Takiplerinde boyut artışı olması ve T4 dermatom altı hipostezi gelişmesi üzerine cerrahi girişimle total olarak eksize edildi. Histopatolojik tanısı epidermoid tümör olarak değerlendirilen yapılan iki yıllık takibinde nüks saptanmadı. Vaka 2: 31 yaşında kadın hasta yeni başlangıçlı her iki bacakta güçsüzlük şikayeti ile başvurmuş. Hastanın 5 yıl önce torakal bölgeden spinal kitle nedeniyle operasyon öyküsü olması nedeniyle nüks açısından yapılan tetkiklerinde T6 seviyesinde spinal kord sol posteriorunda, kalsifikasyonlar içeren, intradural ekstrapedüller çevresi kontrastlanan hipodens aksiyel düzlemde en geniş yerinde 10x8 mm kitle lezyonu saptanmıştır. Hastanın aynı seviyeye yapılan yeni cerrahi girişim ile intradural ekstrapedüller yerleşimli morfolojik olarak epidermoid tümör ile uyumlu kitle lezyonu total olarak eksize edildi. Histopatolojik olarak da epidermoid tümör olarak değerlendirilen hastanın ikinci operasyonla total rezeksiyon sonucu 1 yıllık takibinde nüks saptanmadı. Hastanın operasyon öncesi olan solda daha fazla olan paraparezi operasyon sonrası düzeldi.

**Bulgular:** Spinal bölge epidermoid kistlerinin medullar yapılarla olan yapışıklığı total rezeksiyona engel olmasına rağmen olgularımızda olduğu gibi iyi demarke olgularda mikrocerrahi prensipler ile total eksizeyün mümkündür. Total eksizeyünün mümkün olmadığı olgularda nöral yapıların korunarak maksimum rezeksiyon önemlidir. Ayrıca kist içeriğinin subaraknoid boşluğa temasının önlenmesi postoperatif gelişebilecek kimyasal menenjit ve araknoidal yapışıkların önlenmesi açısından oldukça önemlidir.

**Tartışma ve Sonuç:** Torakal bölgenin intradural-ekstrapedüller yerleşimli kitle lezyonlarının ayırıcı tanısında izole epidermoid tümör akıldta tutulmalıdır. Olgularımızda güvenli total tümör rezeksiyonuyla rekürensiz ve nörolojik defisitsiz başarılı cerrahiye ulaşıldı. Olgularımızda da görüldüğü üzere cerrahi rezeksiyon oranının rekürens açısından önemli bir faktör olduğu desteklenmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Epidermoid kist, intradural ekstrapedüller tümör, torakal tümör

PS-314 [Nörovasküler Cerrahi]

**İNTRASEREBRAL HEMATOM GEÇİRMİŞ HASTADA İNSİDENTAL RASTLANAN İTERNAL KAROTİD ARTER KAVERNÖZ SEGMENT ANEVİZMASI****Feyzi Birol Sarıca\*<sup>1</sup>, İrem İlgezdi<sup>2</sup>, Kemal Kapanoğlu<sup>3</sup>,  
Nurullah Edebali<sup>1</sup>, Alptekin Tosun<sup>4</sup>**<sup>1</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı<sup>2</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı<sup>3</sup>Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği<sup>4</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** İnternal karotid arter (İKA) kavernöz segment anevrizmaları; tüm intrakranial anevrizmaların %6'sını ve internal karotid arter anevrizmalarının ise %15'ini oluştururlar. Ortalama yaş 53 olup kadınlarda 5 kat daha fazla gözlenmektedir. Kanama ve kitle etkisi ile semptomatik olurlar. Kanama oranları nispeten düşüktür. Transizyonel tip hariç diğer intrakavernöz anevrizmalar kanadıklarında, sıklıkla karotiko-kavernöz fistül kliniği ile prezente olurlar. Nadirde olsa hayatı tehdit eden epistaksis tablosuna da sebep olabilmektedirler. Transizyonel tip ise subaraknoid kanama kliniği ile prezente olmaktadır. İntrakavernöz segment, dev anevrizmaların sık görüldüğü bir lokalizasyondur ve kitle etkisi ile; retroorbital ağrı, oftalmopleji ve görme kaybı gözlenebilmektedir. Sunduğumuz olguda olduğu gibi, çoğu olgu asemptomatik seyir göstermekte ve insidental olarak saptanmaktadır.

**Yöntem:** Olgu sunumu.

**Bulgular:** 55 yaşında kadın hasta, 5 yıl önce, ani gelişen sağ kol ve bacakta güçsüzlük yakınması ile acil servise başvurmuş. Nörolojik muayenesinde; dizartrik konuşma, sağda hemiparezi(kas gücü: 2/5) ve hemihipoestezi saptanmış. Beyin BT ve MRG'sinde; sol lentiform nukleus düzeyinde 1.2x2.4 cm boyutunda intraserebral hematoma saptanmış. (Resim 1a) Beyin BT-Anjiyografi'de patoloji saptanmamış. Nöroloji tarafından yatırılan hastaya antiödem tedavisi verilmiş ve ardından 2 ay fizik tedavi uygulanmış. 2 ay sonrasında; sağ hemiparezi tablosunda düzelmeye(kas gücü: 4/5) saptanmış. Kontrol Beyin BT'sinde; intraserebral hematomun tamamen rezorbe olduğu gözlenmiştir.(Resim 1b) Hastanın 8 ay öncesinde, hareketle artan baş dönmesi yakınması olmuş. Nörolojik muayenesinde; sağ hemiparezi sekeli(kas gücü:4/5) ve hemihipoestezi dışında, ek nörodefisit saptanmamış. Beyin MR-Anjiyografisinde; insidental olarak, sağ İKA kavernöz segment düzeyinde, mediale uzanım gösteren, yaklaşık 2.5 mm boyutunda sakkuler anevrizma ve sol posterior serebral arter P1 segmentinin hipoplazik olduğu saptandı.(Resim 1c ve Resim 1d) Hasta, girişimsel radyoloji kliniği bulunan başka bir merkeze danışıldı ve hastaya endovasküler tedavi düşünülmeyp takip önerildi.

**Tartışma ve Sonuç:** İKA kavernöz segment anevrizmaları teşhisinde altın standart DSA'dır. Son yıllarda; mikrocerrahideki gelişmelerle kavernöz sinüs anatomisi daha iyi anlaşılmasına rağmen, intrakavernöz anevrizmaların cerrahisinde intraoperatif önlenemeyen kanamalar gibi halen ciddi güçlükler mevcuttur. Günümüzde Endovasküler girişimlerle; intrakavernöz anevrizma lümeni, balon veya koil aracılığıyla başarılı bir şekilde embolize edilebilmektedir. Bu nedenle; kanama ve kitle etkisi ile semptomatik olan hastalarda cerrahi tedavi tercih edilirken, asemptomatik hastalarda ise endovasküler tedavi tercih edilmektedir. Olgumuzda olduğu gibi, İKA kavernöz segment anevrizmalarının



yarısından fazlasının küçük ve insidental saptandığı düşünüldüğünde ise; kanamamış ve asemptomatik uygun olgularda, girişimsel radyoloji görüşü alınarak takipte edilebilirler.

**Anahtar Sözcükler:** İnternal karotid arter kavernöz segment anevrizması, intraserebral anevrizma

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019129234156.jpg>

PS-315 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### SPİNAL İMPLANT ÜRETİMİNDE ÜÇ BOYUTLU TİTANYUM TOZU YAZICI-LAZER SİNERLEME İLE KATMANLI ÜRETİM: YENİ BİR ÇAĞIN BAŞLANGICI MI?

**Cüneyt Temiz\*<sup>1</sup>, Enver Atik<sup>2</sup>, Esra Zerina Apparuvather<sup>3</sup>, Fatih Pıtır<sup>4</sup>, Mustafa Barutçuoğlu<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin Cerrahisi AD.

<sup>2</sup>Celal Bayar Üniversitesi Mühendislik Fakültesi, Makina Mühendisliği

<sup>3</sup>Celal Bayar Üniversitesi Mühendislik Fakültesi, Metalürji ve Malzeme Mühendisliği

<sup>4</sup>Ermaksan AŞ, Makina Mühendisi

**Giriş ve Amaç:** Spinal titanyum alaşımlı implantlar, talaşlı üretim yöntemi ile yapılmaktadır. Bu yöntem; kaliteli implant üretimine imkan sağlarken, yüksek enerji sarfiyatı, mikro üretimde kısıtlamalar, non-lineer yapıda veya hareketli parçalı implant üretilmemesi gibi zorluklar içermektedir. Dünyada üç boyutlu yazıcı teknolojisi hızla gelişmektedir. Avantajı mikro boyutta ve hareketli parçaları, tek seferde üretilmesi olan yöntemin örneklerinin talaşlı üretime kıyasla mekanik direnci düşüktür. Bunun giderilmesi için yeşil argon lazeri ile yüksek sıcaklıkta sinterleme yapılarak mekanik dayanıklılık artırılmaya çalışılmaktadır. Çalışmamızda amacımız bu yöntemle implant hazırlamak ve üretilen implantların mekanik dayanıklılık açısından değerlendirilmesidir.

**Yöntem:** Çalışmamızda, titanyum alaşımı tozundan, üç boyutlu yazıcı-lazer sinterleme yöntemiyle üretilmiş 5,5x45 mm boyutlarında üçer adet vidanın, aynı boyutlarda talaşlı yöntemle üretilmiş vida ile enine yüklenme test sonuçları karşılaştırılacaktır. Testler Shimadzu cihazı ile yapılmıştır. Güç, vidalara, boyunun yarısından dikey ve 5 mm/dk hızla uygulanmıştır. Uygulanma alanı 1 cm<sup>2</sup> dir. Ortalama değer karşılaştırma amacıyla kullanılmıştır.

**Bulgular:** Talaşlı üretilen vida grubunda enine kırılma sınırı 7200 N/cm<sup>2</sup>, diğer grupta ise 6900 N/cm<sup>2</sup> olarak gerçekleşmiştir. Anlamlı fark yoktur. Katmanlı üretim grubu plastik deformasyon göstermiş fakat diğer örnekler gibi kırılmamıştır. Bu çalışma, bu yöntem ile üretilen implantların mekanik direncinin, eski yöntemle üretilenlere yakın olduğunu göstermiştir ve bilimizce, Türkiye'de ilk kez bu yöntemle bir omurga implantı üretilmiş ve test edilmiştir. Dünyada da sayılı örneklerdendir.

**Tartışma ve Sonuç:** Kanımızca, üç boyutlu titanyum toz yazıcı-lazer sinterleme yöntemi ile omurga implantlarının üretiminde yeni bir çağ başlamıştır. Artık mikro veya hareketli implantların tek seferde yüksek mekanik dayanımda üretilmesi mümkün görülmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Spinal implant, 3D yazıcı, lazer sinterleme, titanyum

PS-316 [Pediatrik Nöroşirürji]

### AYAK DEFORMİTESİ DÜZELTİLEN, GERGİN OMURİLİĞİ ATLANAN OLGU

**Gökhan Gürkan\*<sup>1</sup>, Selin Bozdağ<sup>1</sup>, Aydoğan Tekin<sup>1</sup>, Ceren Kızmazoğlu<sup>2</sup>, Nurullah Yüceer<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>S.B. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi

**Giriş ve Amaç:** Konus medullarisin embriyolojik süreçte, fizyolojik olarak 1. lomber vertebranın seviyesinde kalması, omuriliğin gerilmesi ve bunun oluşturduğu mekanik, iskemik ve metabolik değişimlerin oluşturduğu klinik tabloya Tethered Kord Sendromu (TCS) veya Gergin Omurilik Sendromu (GOS) denir. Ayrık omurilik malformasyonu ise, omuriliğin kırık veya kemik bir median septum ile ikiye ayrılmasıyla karakterli seyrek görülen konjenital bir anomalisidir. Daha çok lomber bölgede görülür. Bu iki patoloji birlikte görülebileceği gibi, ortopedik deformiteler gibi başka patolojilerin araştırılması sırasında da ortaya çıkabilmektedirler. Biz ayak deformitesi nedeni ile opere edilen ve spinal anomali araştırması yapılmayan tethered kord ve ayrık omurilik malformasyonunun birlikte görüldüğü olguyu sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** Sol ayakta deformite nedeni ile opere olan, boy uzamama ve bacaklarda gerilme nedeni ile tarafımıza başvuran olgu görüntüleme yöntemleri ile değerlendirildi.

**Bulgular:** 13 yaşındaki kız olgu boyunda uzamama ve her iki bacak arkasında gerilme ve kasılma şikayeti nedeni ile tarafımıza başvurdu. Hastanın 4 sene önce sol ayakta deformite nedeni ile opere olduğu ve o dönem spinal taramasının yapılmadığı öğrenildi. Hastanın muayenesinde sol ayak bileğinin dorsal fleksiyonu 4/5 kas gücü kuvvetinde olduğu ve sol ayak inversiyonunda spastisite olduğu görüldü. Yapılan görüntülemelelerinde gergin omurilik tablosuna rastlanan ve L1 düzeyinde kemik spurun nedeni olduğu Tıp 1 diastometamelyeli olan olgunun yapılan ürodinamisi normal geldi. Yapılan alt ekstremite SEP bulguları olağan olan hasta opere edildi. Öncelikle L1 düzeyindeki kemik spurunu kaldıran hastanın durası açıldığında fibröz bant olduğu görüldü. Tek dura haline getirilen omurilik sonrasında L5-S1 düzeyinde açılarak gergin filum serbestleştirildi. Postop mobilize olan hasta taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Tethered kord sendromu her yaşa özgü farklı klinik tablolar ile ortaya çıkan bir patoloji olup, bu patolojiye yönelik MR, ürodinami, SEP gibi tetkiklerin yapılması gerekmektedir. Erken çocukluk çağına alt ekstremite deformiteleri, skolyoz gibi ortopedik patolojiler gözlemlendiğinde mutlaka spinal deformiteler akla gelmeli ve bu bölgeye yönelik spinal incelemeler yapılmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Tethered kord, diastometamelyeli, SEP, deformite

PS-317 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### NADİR GÖRÜLEN KRANİYAL METASTAZ: EWİNG SARKOMU

**Gökhan Gürkan\*, İnan Uzunoğlu, Gönül Güvenç, Murat Sayın, Nurullah Yüceer**

S.B. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Ewing sarkom genç erişkinlerde görülen, primer malign kemik tümörlerinin %10'unu oluşturan, malign kemik tümördür. Metastaz yapabileceğine de sahip olup en sık %38 akciğere, %31 kemiklere (spinal kolon dahil) ve %11 kemik iliğine metastazları görülmektedir. Nadir olarak kalvaryum ve beyin parankimine metastaz yapar. Biz bilinen Ewing sarkomu tanısı olan, baş ağrısı ve nöbet yakınması ile tarafımıza başvuran olguyu incelemeyi amaçladık.

**Yöntem:** Bilinen Ewing sarkomu tanısı olan, kemik ve akciğer metastazları bulunan ve kemoterapi alan olgunun kranial görüntülemeleri değerlendirildi.

**Bulgular:** Ewing sarkomu tanısı ile takip edilen ve akciğer metastazları olduğu bilinen 30 yaşında kadın hasta acil servise şiddetli baş ağrısı ve nöbet şikayeti ile geldi. Fizik muayenede sağ tarafta fhrüst parazisi olan hastanın yapılan kranial görüntülemelerinde sol parietal lobta yaklaşık 42x46 mm boyutlarında intraaksiyal yerleşimli içerisinde kistik - nekrotik - kanama alanları barındıran metastaz ile uyumlu, ödemli lezyon tespit edildi. Hasta opere edildi ve patoloji sonucu Ewing sarkom metastazı olarak geldi. Hasta postop dönemde defisitsizdi. Hasta sonrasında onkolojiye yönlendirildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Ewing sarkomu gibi primer malign kemik tümörü çok nadir de olsa beslenmesi iyi olan beyin parankimine metastaz yapabilmektedir. Eğer primer patolojinin üzerinden zaman geçmişse daha dikkatli olunmalıdır. Şüphesiz ki kranial metastaz hastalığın sağ kalımı üzerinde olumsuz etkiye sahiptir. Ancak erken müdahale edilmesi ve beyin parankimi üzerindeki basının kaldırılması yaşam konforu açısından olumlu olacaktır. Bu şekilde nadir görülen metastazların multidisipliner yaklaşımla tedavisi en doğrusudur.

**Anahtar Sözcükler:** Ewing sarkomu, metastaz, malign kemik tümörü

PS-318 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## VERTEBRA KIRIKLARI İLE TANI ALAN CUSHİNG SENDROMU OLGUSU

**Gökhan Gürkan\*, Burak Akdağ, İnan Uzunoğlu, Murat Sayın, Nurullah Yüceer**

*S.B. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Cushing sendromu kronik glukokortikoid fazlalığının neden olduğu bir durumdur. Sık görülmemesine rağmen morbitide ve mortalite nedeni ile atlanmaması gereken bir patoloji olup gerek tıbbi gerekse cerrahi müdahalesi yapılmalıdır. Cushing sendromunun obezite, hipertansiyon, osteoporoz, depresyon, diyabet gibi non spesifik bulgu ve belirtileri olduğundan tanı gecikmesi olabilmektedir. Biz daha önce torakal vertebra fraktürü nedeni ile opere olan ve tarafımıza alt torakal vertebralarda çökme fraktürü nedeni ile başvuran sonrasında Cushing sendromu tespit edilen hastayı sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** Alt torakal vertebra fraktürü nedeni ile tarafımıza başvuran ve altta yatan Cushing sendromu olan hastanın görüntülemeleri ve laboratuvar tetkikleri incelendi.

**Bulgular:** 2 ay önce torakal 6 vertebra fraktürü nedeni ile enstrumantasyon yapılan olgunun osteoporoz olduğu tespit edilmiş ve tedavi başlanmış. Hastanın sırt ağrılarında artma olması üzerine acil servise başvuran olgunun yapılan görüntülemelerinde torakal 11 ve 12

vertebra korpuslarında çökme fraktürü ile uyumlu bulgular gözlemlendi. Hastanın yapılan kranial muayanesinde 4 metreden parmak saydığı görüldü. Anestezi öncesi yapılan hormon tetkiklerinde hipotiroidi saptanan hastanın bilinen diyabetes mellitus öyküsü de mevcuttu. Yapılan ayrıntılı hormon incelemesinde kortizol seviyelerinde yükseklik çıkması ile kranial görüntülemeleri planlandı ve hipofizer adenom saptanması üzerine hasta transsfenoidal yol ile opere edildi. Patoloji sonucu ACTH pozitif (+) kortikotrop hücreli adenom olarak gelen hastanın Th 11 ve Th 12 vertebra korpuslarına kifoplasti işlemi uygulandı. Oradan gönderilen kemik materyallerinde osteoporoz ile uyumlu bulgular saptanan hasta fizik tedavi ve endokrinoloji takibi planlanarak taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Gecikmiş tanı ve tedavi nedeni ile uzun süre ve aşırı glukokortikoid maruziyeti Cushing sendromlu hastalarda ciddi ve geri dönüşsüz komplikasyonlara yol açabilmektedir. Yeni ve genç yaşta ortaya çıkan kemik ve vertebra kırıklarında, yine genç yaşta tanı konulan osteoporozlu ve diyabetik hastalarda Cushing sendromu mutlaka akla getirilmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Cushing, kifoplasti, vertebra fraktürü

PS-319 [Pediatrik Nöroşirürji]

## AGRESİF SEYİRLİ PİLOSİTİK ASTROSİTOM OLGUSU

**Gökhan Gürkan\*<sup>1</sup>, İsmail Kaya<sup>2</sup>, Hasan Emre Aydın<sup>2</sup>, İnan Uzunoğlu<sup>1</sup>, Nurullah Yüceer<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>S.B. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

*<sup>2</sup>S.B. Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Astrositomlar, astrositik hücrelerden köken alan ve serebral hemisferler, beyin sapı veya serebellumda yerleşen glial tümörlerdir. Posterior fossa astrositomları (PFA) benign tümörler olup, pediatrik yaş grubunda en sık karşılaşılan intrakranial tümörlerdir. Bu tümörlerin en sık rastlanılan pilositik astrositomlar (PAs) olup prevalansı 9,5/100.000'dür. Posterior fossa tümörlerinin %35'ini, pediatrik beyin tümörlerinin %28'ini oluştururlar. Yüksek histolojik evreye çok nadiren dönüşebilirler, cerrahi rezeksiyon için uygun anatomik yerleşime sahip ve gross total rezeksiyon ile hemen hemen daima kür sağlanan tümörlerdir. Genetik yapıları yüksek evreye dönüşmede önemlidir. Biz 1 sene içinde nöks ile gelen ve görüntülemelerinde agresif bir tümörü andıran pilositik astrositom olgusunu sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** Yara yerinde şişlik ve ödem nedeniyle tarafımıza başvuran patolojisi pilositik astrositom olan olgu görüntülemeleri ile değerlendirildi.

**Bulgular:** 3 yaşında dış merkezde posterior fossa kitlesi nedeni ile opere edilen ve patolojisi pilositik astrositom gelen 4 yaşındaki erkek olgu yara yerinde şişlik olması nedeni ile tarafımıza başvurdu. Hastanın nörolojik muayanesinde EMV 465 kranial sinir bakışı olağan, motor duyu defisiti yoktu. Hastanın yapılan görüntülemelerinde cildi dışarı doğru bombeleştiiren agresif görünümü nöks ile uyumlu kitle saptanması üzerine hasta opere edildi. Hastanın patoloji sonucu pilositik astrositom WHO grade 1 olarak geldi. IDH-2 geninde ve 19q13 de mutasyon saptanmadı. Hasta postop defisiti olmadan taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Posterior fossa astrositomları sıklıkla benign lezyonlar olup, total eksizeyonda uzun süreli sağ kalım sağlanır. Günümüzde bu

tümörlerin malignense dönüşümünü önceden bildirebilecek moleküler bir prognostik kriter mevcut değildir. 17p13 genindeki heterozigot kaybında PA'slarda rekürrens için risk artışı öngörülmektedir. Total eksizyon sonrası moleküler analiz yapılmalı hasta takibinde moleküler analiz verileri göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Piloitik astrositom, posterior fossa, nüks astrositom

PS-320 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### NADİR GÖRÜLEN İNTRAMEDÜLLER LİPOM OLGUSU

**Ramazan Doğrul\*<sup>1</sup>, Özgür Çelik<sup>1</sup>, Mustafa Çolak<sup>2</sup>, Kerameddin Aydın<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>VM Medical Park Samsun, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>2</sup>S.B. Çarşamba İlçe Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Nadir görülen intramedüller lipom olgusu preop, postop görüntülemesi ve ilgi uyandıran ameliyat videosu ile sunulmuştur.

**Yöntem:** 20 yaşında bayan hasta, sırt ağrısı ve idrar tutamama şikayeti ile başvurmuş, yapılan MR çalışmasında T4-T7 segmentlerinde 79x15 mm boyutlarında, T1 ve T2 ağırlıklı kesitlerde normal spinal korda göre hiperintens intramedüller kitle saptanmıştır (fig). Radyolojik ön tanıları intramedüller dermoid kist ve intramedüller lipom olarak değerlendirilmiştir. Progresif olarak semptomları artan olgu için cerrahi tedavi planlanmıştır.

**Bulgular:** Hasta intraoperatif EMG ve MEP monitörizasyonu eşliğinde ameliyat edilmiştir. Lezyon ile karşılaştığında kitlenin lipom ile uyumlu olduğu görülmüştür. Patolojik örnekleme için uygun miktar doku bistüri ve mikromakas kullanılarak alınmış, geriye kalan doku ise ultrasonik aspiratör ile eksize edilmeye başlanmıştır. Cerrahi sırasında devamlı EMG ve sık tekrarlanan MEP kayıtlarındaki değişiklikler eksizyon miktarını belirlemede yol gösterici olmuştur. Yeterli dekompresyon sonrası cerrahi sonlandırılmıştır (post-op MRG). Hastanın postoperatif nörolojik muayenesinde ılımlı düzeyde posterior kolon bulguları saptanmış ve semptomlar haftalar içerisinde düzelmiştir. Hastanın patolojik tanısı lipom olarak raporlanmıştır.

**Tartışma ve Sonuç:** İntramedüller lipomlar semptomatik olduğu zaman cerrahi kaçınılmaz olarak gündeme gelmektedir. Bu lezyonların nöral doku ile arasında diseksiyon sınırı olmadığı için postoperatif defisit gelişmesinden kaçınmak amacıyla total eksizyon hedeflenmemelidir. Amaç doku tanısını sağlayacak miktarda dokunun kesilerek çıkarılması ve kalan kısmın etkin dekompresyon sağlanacak şekilde ultrasonik aspiratör kullanılarak küçültülmesi olmalıdır. Yetersiz dekompresyon rezidü lipom dokusunda şişmeye neden olarak, basının artmasına ve nörolojik kötüleşmelere neden olabilmektedir. İntraoperatif nöromonitörizasyon eksizyon miktarını tayin etmekte yol gösterici bir uygulamadır.

**Anahtar Sözcükler:** İntramedüller, lipom, torakal

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019130173552.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019130173943.jpg>

PS-321 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### ENFEKTE KALVARİAL ANEVİZMAL KEMİK KİSTİ; OLGU SUNUMU

**Eyüp Can Savrunlu, Murat Kahraman, Benan Baysoy\*, Gülseli Berivan Sezen, Yener Akyuva, Erdiç Civelek, Serdar Kabataş**  
S.B. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Anevizmal kemik kisti sıklıkta uzun kemiklerde görülen, lokal invaziv bir tümördür. Kalvaryumda nadir görülür. Tedavisi total eksizyondur. Kliniğimizde opere edilen enfekte anevizmal kemik kisti olgusu paylaşılacaktır.

**Yöntem:** 23 yaşında bayan hasta alnın sol tarafında olan şişliğin sol gözüne baskı yapması, bulanık görme ve baş ağrısı şikayetlerinin gelişmesine neden olduğu için kliniğimize başvurdu.

**Bulgular:** Hastanın çekilen beyin BT'sinde frontal kemik sol kesimde yaklaşık boyutları 4.5x3 cm olarak ölçülen ekspansil karakterdeki diploik mesafe yerleşimli olduğu düşünülen, iç korteksinde belirgin incelmeye ve yer yer defektif görümlere neden olan, dış kortekste incelmeye ve remodelinge neden olan kitle saptanması sonrası cerrahi tedavi planlandı. Perop kemik defektin enfekte olduğu saptandı. Abse kültüründe üreme olmadı. Total kalvarial kitle eksizyonu operasyonu yapılan hasta şifa ile taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Anevizmal kemik kisti nadir olarak kalvaryumu tutabilir. Geç müdahale edilen durumlarda enfeksiyon gözlenebilir. Total cerrahi eksizyon sonrası tam iyileşme görülür.

**Anahtar Sözcükler:** Anevizmal kemik kisti, kalvarial kitle, kemik tümörü  
**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019130195636.jpg>  
<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019130195643.jpg>

PS-322 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### SERVİKAL BLOK VERTEBRA VE SERVİKAL DEJENERATİF DİSK HASTALIĞININ EŞLİK ETTİĞİ KLİPPEL FEIL SENDROMU OLGUSUNDA TRAVMA SONRASI GELİŞEN MYELOPATİ TABLOSU

**Feyzi Birol Sarıca\*<sup>1</sup>, Kemal Kapanoğlu<sup>2</sup>, Kürşad Aytekin<sup>3</sup>, Alptekin Tosun<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim ve araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>3</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

<sup>4</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Komşu iki vertebra korpusunun füzyonu, blok vertebra olarak adlandırılır. Sıklıkla servikal bölgede gözlenen blok vertebra, genellikle Klippel Feil Sendromu'nun bir komponenti olarak gözlenmektedir. İki vertebra arasında füzyon bulunan olgular, genellikle asemptomatik seyirli dirler. Ancak 2'den fazla blok vertebra bulunan olgularda ise; sıklıkla servikal kifoz oluşumuna bağlı olarak, radikülomyelopatik semptomlar ortaya çıkmaktadır. Bu bildiride; C3-C4 blok vertebra ve servikal dejeneratif disk hastalığının eşlik ettiği Klippel Feil Sendromu tanılı 55 yaşındaki er-

kek hastada, boyun travması sonrası gelişen radikülomyelopati tablosunun cerrahi tedavisi sunulmuştur.

**Yöntem:** Olgu sunumu.

**Bulgular:** 2.5 ay öncesinde, ayakta iken düşme sonrası, baş-boyun travması geçiren, 55 yaşında erkek hastanın her iki kolunda ağrı gelişmiş ve hasta acil servismize getirilmiş. Acil serviste yapılan radyolojik tetkiklerinde, acil cerrahi girişim gerektirecek patoloji saptanmamış ve hastaya non-steroid antienflamatuar tedavi verilerek taburcu edilmiş. Taburculuk sonrası, zamanla hastanın her iki kolunda ağrısı artmış ve uyuşma eklenmiş. 2 haftadır sağ kolunda güç kaybıda gelişen hasta, Beyin cerrahisi polikliniğine başvurdu. Nörolojik muayenesinde; sağda önkol ekstansiyonunda güç kaybı (grade:2/5) ve bilateral C3-C7 dermatomunda hipoestezi saptandı. Hastamızda ayrıca; boyun hareketlerinde kısıtlılık ve kısa boyun ile birlikte ense saç çizgisinin daha aşağı yerleşimli olduğu gözlemlendi. Servikal MRG'sinde; odontoid süreçte eroziv değişiklikler ve C3-C4 blok vertebra saptandı. Ayrıca C4-C5 ve C6-C7 düzeylerinde; sağ parasantral geniş tabanlı disk protrüzyonunun, sağ nöral kök ve spinal kord sağ yarımına belirgin bası yaptığı gözlemlendi. Ayrıca C4-C5 düzeyinde; spinal korda myelomalazi ile birlikte sol foraminal disk bulgusu gözlemlendi. Bu klinik ve radyolojik tablo eşliğinde hastaya, Klippel Feil Sendromu tanısı konuldu. Anterior servikal yaklaşımla opere edilen hastaya; C4-C5 ve C6-C7 anterior servikal disektomi ve enstrümantasyonlu füzyon uygulandı. Postoperatif dönemde hastanın her iki kolundaki ağrısı geçti ve sağ ön kolundaki ekstansiyon güç kaybı da dramatik olarak düzeldi (grade:5/5).

**Tartışma ve Sonuç:** Normalde 14.4 derece olması gereken servikal lordoz açısı; servikal blok vertebra olgularında sıklıkla azalmaktadır. Zamanla gelişen servikal aks düzleşmesi ve servikal kifoz sonucunda; bu olgularda sıklıkla servikal dejeneratif disk hastalığı ve spinal kanal daralması gözlemlenmektedir. Hastalar genellikle spontan veya travma sonrası gelişen radikülomyelopati tablosuyla başvurumaktadırlar. Bu olgularda eşlik eden dejeneratif disk hastalıkları; anterior servikal disektomi ve servikal füzyon ile tedavi edilmelidir. Bizim olgumuzda olduğu gibi; blok vertebra gözlenen ağır Klippel-Feil sendromu olgularında da; instabilite ve progressif nörodefisit saptandığında, benzer şekilde spinal dekompresyon ve servikal füzyon yapılmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Blok vertebra, klippel feil sendromu, radikülomyelopati, servikal dejeneratif disk hastalığı

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201913020418.jpg>

PS-323 [Nöroonkolojik Cerrahi]

## FAHR SENDROMU: OLGU SUNUMU

**Birol Özkal\***

*Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Fahr sendromu ilk olarak Fahr tarafından 1930 yılında ilerleyici nörolojik semptomları olan erişkin bir hastada tanımlanmıştır. Bilateral ve simetrik intrakraniyal kalsifikasyon ile seyreden, klinik olarak psikiyatrik semptomlar, epileptik nöbetler, serebellar bulgular, ekstrapiramidal disfonksiyon parkinsonizm, distoni, tremor, kore, ataksiye ek olarak demans ve duyu durum bozuklukları ile kendini gösterebilen bir hastalıktır. Sendromun sebebi olarak hipoparatiroidizm,

psödohipoparatiroidizm veya hiperparatiroidizm ile birlikte genetik, gelişimsel, metabolik, enfeksiyöz, sporadik sebepler sayılabilir. Biz de sol hemiparezi yakınması yakınması ile başvuran Fahr sendromu saptadığımız bir olguyu klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulguları ile sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** Yaklaşık 2 gün öncede sol bacadaki güçsüzlük yakınması ile hastanemiz beyin cerrahisi kliniğine başvuran 57 yaşında erkek hastanın öz geçmişinde yaklaşık 2 yıl önce sol bacadaki güçsüzlük ve konuşma bozukluğu olan yaklaşık 10 yıldır esansiyel hipertansiyon ve zaman zaman idrar kaçırma yakınması ve epizotik paroksizmal anksiyetesi olduğu öğrenildi.

**Bulgular:** Hastanın yapılan laboratuvar testlerinde tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, tiroid fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Serum parathormon düzeyi (24 pg/mL), kalsiyum düzeyi (9,1mg/dL), fosfor düzeyi (3.3 mg/dL) ve alkalin fosfat (46 U/Lt) düzeyleri normaldi. Hastada herhangi bir metabolik, biyokimyasal ve hormonal patoloji tespit edilemedi. Beyin tomografisinde bilateral serebral ve serebellar hemisferde beyaz cevherde, her iki bazal ganglionlarda ve sentrum semiovalede beyin sapında simetrik yerleşimli yaygın kalsifikasyonlar gözlemlendi. Olgu öykü, laboratuvar, klinik ve radyolojik bulgular doğrultusunda idiopatik sporadik Fahr sendromu olarak değerlendirildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Uzun yıllar önce tanımlanmış olmasına rağmen sık karşılaşmadığımızdan gözden kaçabilen Fahr sendromu sıklıkla yetişkin yaş grubunda görülmektedir. Merkezi sinir sistemini oluşturan tüm yapılarda simetrik kalsifikasyonlarla giden ve çok çeşitli nörolojik bulgularla ortaya çıkabilen bir sendrom olduğu unutulmamalıdır. Fahr sendromu sebebi anlaşılamayan nörolojik semptomlar gelişen hastalarda ayırıcı tanıda mutlaka hatırlanması gerekmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Fahr sendromu, intrakraniyal kalsifikasyon, monoparezi

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201913122258.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201913122325.jpg>

PS-324 [Pediatrik Nöroşirürji]

## DÖRT AYLIK BEBEKTE ENDONAZAL ENDOSKOPİK MENİNGOSEL OPERASYONU

**Gökmen Kahiloğulları\*<sup>1</sup>, Cem Meço<sup>2</sup>, Volkan Etuş<sup>3</sup>,**

**Yağız Emre Sayacı<sup>1</sup>, Ağahan Ünlü<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Nöroşirürji AD

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nöroşirürji AD

**Giriş ve Amaç:** Kafa tabanında bir defektten gelişebilen meningoşel/meningoensefaloseller için uygulanan endonazal endoskopik cerrahi yaklaşımların, yaşamın ilk yıllarında da uygulanabilir olduğunu göstermek.

**Yöntem:** Dört aylık bebek, solunum sıkıntısı ve özellikle geceleri uyku sırasında apne şikayetleri nedeniyle yapılan tetkiklerinde sellar bölgeden kafa tabanında bir defektten oluşan ensefalosel varlığı tespit edilmesi üzerine cerrahi amaçlı olarak yatırıldı. Hastaya cerrahi hazırlıkları takiben

endoskopik endonazal yaklaşımla ensefalosel tamiri yapıldı. Operasyonun başlangıç aşamasında nazoseptal flep hazırlandı ve kese tamirini takiben alana serildi. Ameliyat süresince nöronavigasyon sistemi kullanıldı.

**Bulgular:** Operasyon sonrası ek bir problem yaşanmadı. Operasyonun beşinci günü hasta taburcu edildi. Bebeğin solunum sıkıntısı ve apne ile ilgili problemleri çözüldü. Hastanın kontrol MRI'larında daha önce görülen meningeal kesesinin tamirinin yapılmış olduğu ve solunum yolunda olan etkisinin ortadan kalkmış olduğu görüldü (Resim 1: MRI T2 sagittal kesitlerde preop (A) meningeal kesesinin kafa tabanındaki defektten aşağıya doğru pedikül ile uzanmış olduğu (kırmızı ok) ve hava yolunu kapatacak bir kese oluşturduğunu (mavi ok), postop (B) kesitlerde ise bu baskının ortadan kalktığını ve normal anatomik pozisyonun sağlandığı (kırmızı ok) görülmekte).

**Tartışma ve Sonuç:** Kafa tabanında meydana gelebilen meningeal/meningoensefalosellerde, endoskopik endonazal yaklaşım, bebekler için de etkili ve güvenilir bir cerrahi yaklaşımdır.

**Anahtar Sözcükler:** Bebek, kafa tabanı, meningeal, endonazal, endoskopi

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019130231647.jpg>

PS-325 [YAZAR ONAYI İLE GERİ ÇEKİLMİŞTİR]

any pathologies. Even high-dose analgesics and percutaneous injections were not able to manage her back pain. On the postoperative 5th day the patient was complaining of abdominal discomfort. On her abdominal ultrasound and CT, a 21 x 24 mm mass lesion on her right adrenal gland with the preliminary diagnosis of incidentaloma was detected and she was referred to the general surgery department where she underwent surgery. Her back pain resolved after the mass lesion was removed.

**Conclusions:** Primary adrenal tumors are very rare and are often detected incidentally on abdominal images with an incidence of 0.6 – 1.3%. The most common complaint is abdominal pain which is found between 6- 60% of all patients followed with urologic complaints and a palpable mass. Back pain due to an adrenal mass is just seen 3% of all patients. Even though our patient's symptoms and radiological images correlated to the L5-S1 disc herniation at first and her radicular pain even resolved after surgery, the constant back pain and the later onset of abdominal discomfort revealed the pathology. We believe that, even it is a rare possibility, patients with severe back pain without any radiological findings on spinal images and addition of abdominal symptoms should be evaluated for adrenal tumors.

**Keywords:** Back pain, microdissectomy, adrenal tumor, incidentaloma

**Image:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019131102336.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019131102351.jpg>

PS-327 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### ERİŞKİN SAĞ TEMPOROBAZAL ANAPLASTİK PLEOMORFİK KSANTOASTROSİTOM: OLGU SUNUMU

Marzieh Karimi Khezri\*<sup>1</sup>, Ali İmran Özmarasalı<sup>1</sup>,  
Hanside Setenay Ünal<sup>1</sup>, Şahsine Tolunay<sup>2</sup>, Selçuk Yılmazlar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nöroşirürji AD

<sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji AD

PS-326 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### SEVERE BACK PAIN DUE TO AN ADRENAL MASS - A CASE REPORT

İdris Avcı\*, Selim Şeker, Salih Batuhan Kartal, Suat Erol Çelik  
Okmeydanı Training and Research Hospital, Neurosurgery Clinic

**Background and Aim:** Primary tumors of the adrenal gland are very uncommon. Most are seen incidentally on abdominal images, hence their name, incidentaloma. Adenomas, carcinomas, neuroblastomas or pheochromocytomas may also arise from the adrenal gland. They are often benign and do not require surgical treatment if they don't lead to a significant mass effect or hormonal imbalance. Even most patients are asymptomatic, some may complain of abdominal and urologic symptoms and rarely with back pain.

**Methods:** Case report

**Results:** A 64-year old female was referred to our clinic due to severe back pain and discomfort on her left leg. She did not show any motor or sensory deficits. On her MRI scan a left L5-S1 left disc hernia was diagnosed and microdissectomy was performed. Her radicular pain resolved post-operatively but her back pain worsened. On her control images, no sign of disc remnants or other pathologies were detected. Her sagittal balance was normal and extension-flexion X-rays did not show

**Giriş ve Amaç:** Pleomorfik Ksantroastrositoma (PXA) nadir bir WHO grade 2 beyin tümörüdür. Tüm astrositomalar arasında %1 oranında görülmektedir ve genellikle pediatrik hastalarda veya genç erişkinde görünür. Anaplastik PXA (PXA-A), daha agresif histopatolojik özelliklere (Grade 3) ve daha olumsuz prognoza sahiptir. PXA ve PXA-A tümörlerde leptomeningeal tutulum, kemik remodeling ve kemik destrüksiyonu görülebilir.

**Yöntem:** Kliniğimizde sağ tempobazal PXA-A nedeniyle opere, leptomeningeal tutulumlu, kemik destrüksiyonuna sebep olmuş, total rezeksiyon sonrasında histopatolojik ve immünohistokimyasal yöntemlerle tanısı konulan 1 olgu incelendi.

**Bulgular:** 50 yaşında kadın hasta; 2 aydır olan baş ağrısı, sağ kulakta ağrı, ara ara yürümede dengesizlik şikayeti olan hasta yapılan ileri tetkiklerde intrakranial kitle saptanması üzerine operasyon planlandı. Nörolojik muayene: GKS: 14, şuur spontan göz açık, koopere, dezoryante. Pupiller izokorik direkt ve indirekt ışık reaksiyonları bilateral pozitif. Kaba konfrontasyonda görme keskinliği ve görme alanı normal. Göz hareketleri bilateral serbest. Serebellar testler normal. Solda yüzü de içine alan 4/5 kas gücünde hemiparetik. Kranial MRI: Sağ tempobazalde heterojen kontrast tutulumu olan ekstrakranial pterigoid fossaya uzanmış ve kemik destrüksiyonuna sebep olmuş, etrafında vazojenik

ödemi bulunan yaklaşık 5x3 cm boyutlarında kitle lezyonu ile uyumlu görünüm mevcuttur. Sağ temporobazal girişim ile total rezeksiyon sonrası immünohistokimyasal boyama sonuçları A-PXA olarak raporlandı. (KI67: 120/1000, GFAP: Pozitif, NF200:Fokal pozitif, OLIG2: Pozitif, IDH-1: Negatif, ATRX2: Nükleer pozitif, P53: %2 pozitif, EGFR: Pozitif, CD34: Pozitif, RETİKÜLIN: Pozitif, LCA: Pozitif, NEUN: Negatif, CD68: Pozitif)

**Tartışma ve Sonuç:** PXA-A oldukça nadir görülmektedir. Preoperatif dönemde manyetik rezonans görüntülemeler ile tanı koymak zordur. Ancak orta fossa leptomeningeal tutulumu yapan, kemik destrüksiyonuna sebep olmuş, ekstra ve intraaksiyel komponentleri olan kitlelerde ön tanıda düşünülmalıdır. Kesin tanı rezeksiyon sonrasında patoloji ve immünohistokimyasal çalışmalar ile konmaktadır. Primer tedavi yöntemi total cerrahi rezeksiyondur.

**Anahtar Sözcükler:** PXA, pleomorfik ksantoastrositom, leptomeningeal tutulum, ekstraaksiyel intraaksiyel komponentli kitleler

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019131105147.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019131105157.jpg>

PS-328 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## KONUS MEDÜLLARİS METASTAZI: OLGU SUNUMU

**Yahya Güvenç, Fatih Akbulut\*, Abdullmammad Guliyev, Ferhat Harman**

*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Konus medülleris tümörleri primer yada sekonder olarak oldukça nadir görülürler. Konus medülleris anatomik, klinik ve mikroskopik yaklaşımlarıyla spinal kord tümörleri arasında ayrı yer edinmiştir. Sunduğumuz vakada akciğer kanserinin önce posterior fossa metastazı daha sonra servikal, konus medullaris metastazları ve atipik yerleşimleri nedeniyle vaka sunumu yapılacaktır.

**Yöntem:** Bilinen akciğer adenokarsinom tanılı ve posterior fossa metastazından 2 yıl önce opere edilmiş olan 56 yaşındaki kadın hasta kliniğe alt ekstremiteler parareji, üst ekstremitelerde parareji (2/5), idrar/gaita inkontinansıyla başvurdu. Kontrastlı tüm spinal ve kranial mr görüntülemesi yapılan hastada servikal C5 düzeyinde ve konus medülleris düzeyinde radyolojik olarak metastazla uyumlu görünüm saptandı. Hasta operasyona alınarak servikal intramedüller ve konus medülleris kitlesi eksize edildi. Postoperatif hasta radyasyon onkolojisine konsülte edilerek radyoterapi planlandı. Hastanın ve yakınlarının radyoterapiyi kabul etmemesi nedeniyle tedavi uygulanamadı. Postop 6. ayda servikal ve konus medülleriste kitleler tekrar nüks etti. Hasta radyoterapi tedavisine alındı. Şikayetlerinin devam etmesi üzerine tekrar servikal ve konus medülleris kitlelerinden dolayı opere edildi ve kitleler total eksize edildiği görüldü. Postoperatif hastanın alt ekstremitesi 3/5, üst ekstremitesi 4/5 motor kuvvet ile taburcu edildi.

**Bulgular:** Hastanın postoperatif 1.yıl takiplerine devam edilmektedir.

**Tartışma ve Sonuç:** Konus medülleriste, epidemiyolojik olarak neoplastik (metastazlar, glial tümörler), non-neoplastik (spinal kord genişlemesi, kist oluşumu) gibi lezyonlar bildirilmiştir. Konus medülleriste genellikle ependimom ve astrotiom gibi primer tümörlerden oluşmaktadır. Bu bölgeye metastaz çok nadirdir. Literatürde spinal kord metastazları tüm santral sinir metastazlarının %8 i civarındır. Spinal kord tümörleri

arasında konus medülleris tümörleri nadir olmakla birlikte bunlar içinde metastazların görülmesi çok nadirdir. Literatürde de yaklaşık 25 civarı konus medülleris metastazı raporlanmıştır. Konus medülleris metastazı, sıklıkla hematogen yolla olabilmektedir. Seeding yoluyla metastaz nadirdir. Hastamız posterior fossada kitle nedeniyle operasyon öyküsü mevcuttur. Operasyondan 2 sene sonra spinal korda bası yapan metastazları tespit edilmiştir. Hastanın seeding yoluyla metastaz yaptığı düşünülmüştür. Klinik olarak duyuşal semptomlar, parareji, idrar-gaita inkontinans-retansiyonu görülen semptomlardır. Konus medülleris metastazı, konus medullarisin primer tümörlerinden daha kötü prognoza sahiptir. Tedavileri lezyon tipine göre değişiklik göstermektedir. Konus medülleris metastazı ile gelen hastaların surveyi hastanın primer kanserinin prognozuna bağlı olmakla birlikte hastalarda yaşam beklentisi ortalama 8 aydır. Sunmuş olduğumuz vakanın birinci yıl takiplerine devam edilmektedir. En iyi prognoz cerrahi müdahale sonrası kemoterapi ve radyoterapi tedavisi ile birlikte elde edilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Konus medülleris, metastaz, tedavi

PS-329 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## SPONTAN SPİNAL EPİDURAL HEMATOM

**İsmail Uysal\***

*Ceyhan Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Spontan spinal epidural hematoma (SSEH) çok nadir görülmesine ve sebebi bilinmemesine rağmen özellikle kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalık tedavisinde kullanılan antikoagülan ve/veya antiplatelet kullanımına sekonder gelişebilmektedir.

**Yöntem:** Hastanemize göğüs ağrısı ile başvuran 65 yaşında erkek hastada, instabil angina pektoris saptanması üzerine koroner yoğun bakımda low-molecular-weight heparin (Clexane® 60 mg) ve klopidogrel (Plavix® 75 mg) tedavileri başlandı. 15 yıldır esansiyel hipertansiyon nedeniyle antihipertansif tedavi altında olan hasta ayrıca acetyl salicylic acid (aspirin 100mg/gün) kullanıyordu. Hastanın yakın zamanda kafa veya spinal travma ve cerrahi tedavi öyküsü de bulunmuyordu ve hasta sigara kullanmıyordu. Hasta AKS tedavisinin 3. gününde, ani başlayan şiddetli boyun ve oksipital baş ağrısı, ağrı başlangıcından yaklaşık 24 saat sonra da, her iki taraf üst ve alt ekstremitelerinde kas güçsüzlüğü ve uyuşma hissetti. Üst ekstremitelerde proksimal kas gücü 2/5, distal kas gücü 1/5 ve alt ekstremitelerde proksimal ve distal kas güçleri 0/5 olarak gözlemlendi. C4 dermatomunun altı ise anestezikti. Ayrıca refleksler deprese, rektal muayenede ise anal tonus azalması ve perineal bölgede anestezisi saptandı. Hastaya semptomlarının başlangıcından yaklaşık 40 saat sonra SSEH tanısı ile acil dekompresif laminektomi ile beraber hematoma boşaltımı yapıldı. Postoperatif 1. günde nörolojik iyileşme gözlenmeyen hastada 2. haftada alt ekstremitelerde kas güçleri 1/5 olarak saptandı. Hastaya erken rehabilitasyon programı olarak; üst ve alt ekstremitelerde eklem hareket açıklığı (ROM), güçlendirme, oturma dengesi eğitimi, transfer eğitimi (yataktan tekerlekli sandalyeye) ve solunum fonksiyon eğitimi verildi. Ayrıca üriner retansiyonu devam eden hastada temiz aralıklı kateterizasyona geçildi. Hastada 60 seans rehabilitasyon programı sonrası üst (proksimal 3/5, distal 1/5) ve alt (proksimal 2/5, distal 1/5) ekstremitelerde nörolojik iyileşmeler elde edildi.

**Bulgular:** SSEH'nin prognozu hematomun boyutu, ameliyat öncesi

parezinin şiddeti ve semptom başlangıcı ile cerrahi tedavi arasındaki zaman aralığı ile ilişkili olabilmektedir.

**Tartışma ve Sonuç:** SSEH'nin altın standart tedavisi genellikle acil dekompresif laminektomi ve hematoma boşaltımıdır. Erken dekompresif cerrahi tedavinin nörolojik iyileşme ve fonksiyonel sonuçları olumlu etkilediği gösterilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Spontan spinal epidural hematoma, dekompresif laminektomi

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/201913115564.jpg>

PS-330 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### EPİDURAL YERLEŞİMLİ BURKİTT LENFOMA; OLGU SUNUMU

**Benan Baysoy, Murat Kahraman, Gülseli Berivan Sezen, Eyüp Can Savrunlu, Yener Akyuva\*, Erdinç Civelek, Serdar Kabataş S.B. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı**

**Giriş ve Amaç:** Burkitt Lenfoma Non-Hodgkin Lenfoma tümörleri içerisinde agresif bir alt grup tümördür. Genellikle lenf bezleri, karaciğer ve hematopoetik sistem tutulumu şeklinde kendini gösterir. Primer spinal epidural yerleşimli olarak çok nadir görülür.

**Yöntem:** 8 yaşında erkek çocuk hasta 3 gün önce ani gelişen ve ilerleyen ayaklarda güçsüzlük ve yürüyememe şikayeti nedeniyle acil servise getirildi.

**Bulgular:** Hastanın kontrastlı tüm spinal MRG'de T1-T4 seviyesinde korda bası yapan epidural yerleşimli kitle tespit edildi. Alt ekstremitelerde total duyu ve motor kaybı saptandı. Üriner inkontinansı olan hastada anal tonus saptanmadı. Hastaya acil T1-T4 laminektomi ve epidural yerleşimli kitle eksizyonu yapıldı. Yumuşak kıvamda, çevre dokulara invaze olduğu saptanan kitlenin patoloji sonucu burkitt-lenfoma olarak raporlandı. Hasta medikal tedavisini almak üzere pediatrik hematoloji bölümüne sevk edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Santral kanalda primer Burkitt Lenfoma nadir olarak görülebilir. Agresif seyirli olan bu tümörlerde hızlı bir şekilde cerrahi dekompresyon sonrası hematoloji konsültasyonu istenmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Burkitt lenfoma, Non-Hodgkin lenfoma, spinal kord  
**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/201913113438.jpg>

PS-331 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### SERVİKAL DEJENERATİF SPONDİLOZLU HASTALARDA MİNÖR TRAVMA SONRASI GELİŞEN KUADRİPLEJİ

**Yahya Güvenç, Fatih Akbulut, Abdulmammad Guliyev\*, Ferhat Harman Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.**

**Giriş ve Amaç:** Servikal dejeneratif spondilozlu hastalarda servikal bölgeye olan minör travmalar radyolojik görüntülemelerde fraktür ve instabilite bulguları olmaksızın nörolojik defisit oluşturabilmektedir.

Çalışmamızda kliniğimize başvuran minör travma sonrası nörolojik defisiti gelişen, radyolojik olarak fraktür olmadan servikal ödem ve myelomalazi olan 2 hasta sunulmuştur.

**Yöntem:** Olgu 1: 67 yaşında erkek hasta evde kayıp kafasını hafif şekilde çarpma sonrası kollarında ve bacaklarda güçsüzlük gelişmesi üzere acile getiriliyor. Nörolojik muayenede GKS 15, tetraplejik, idrar-gaita inkontinansı mevcut. Çekilen servikal MR'da C3, C4 seviyesinde ve C6, C7 seviyelerde dar kanal ve C4 seviyede myelopati saptandı. Hasta operasyona alındı posterior servikal dekompresyon ve enstrümantasyonla füzyon yapıldı. Postoperatif hasta 2/5 motor gücünde fizik tedavisi devam etmektedir. Olgu 2: 58 yaşında erkek hasta araç içi trafik kazası sonucu acile getirilmiş, nörolojik muayenede bilinci açık GKS 15, quadriplejik, C5 altı hipostezik, T3 altı anestezik, anal tonusu yok, klonus, babinski negatif. Çekilen servikal BT de servikal instabilite yok, servikal MR' da multiple servikal disk hernisi, servikal dar kanal, servikal myelopati saptandı. Hastaya acil cerrahi ameliyata alındı. C3, C4, C5, C6 laminektomi, C3-C4-C5-C6 lateral mass vidalama ve osteofüzyon ameliyatı yapıldı. Postoperatif 3/5 motor gücünde ve fizik tedavi planlanarak taburcu edildi.

**Bulgular:** Her iki hastada operasyon sonrası nörolojik muayenelerinde kısmi düzelme görüldü. Hastalar postoperatif rehabilitasyonları planlandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Servikal dar kanal tanılı hastalar travma minör travma olsa dahi yüksek risk altındadır. Servikal dar kanal varlığında travmaya maruziyet hızlı ve ilerleyici defisite neden olmaktadır. Literatürde, servikal bölgede sagittal kesitte spinal kanalın genişliği ile myelopati arasında ilişki olduğu gösterilmiş fakat mekanizması net olarak ortaya konulamamıştır. Daralmış servikal spinal kanal nedeniyle travma minör olsa dahi BOS'un travmayı absorbe etme özelliği azalmaktadır. Travma direkt olarak spinal kordda hasar oluşturmaktadır. Kinetik enerji arada bariyer olmadan direkt olarak spinal kord üzerinde konküzyo veya kontüzyo oluşturmaktadır. Literatürde varsayılan bu teorilere göre en sık kontüzyo darlığın en fazla olduğu yerde gerçekleşmektedir. OPLL (Ossification of the posterior longitudinal ligament) varlığında ise en fazla kontüzyo OPLL'nin başladığı ve bittiği yerde olmaktadır. Literatürde 12 mm'nin altındaki darlık myelopati açısından yüksek risk teşkil etmektedir. Servikal dar kanal tanısı ile gelen hastalar minör travmaya maruz kaldıklarında karşılaşılabileceği riskler anlatılmalıdır. Travma sonrası gelmiş ise altta yatan OPLL ve dar kanal göz önünde bulundurulup tedavi edilmelidir.

PS-332 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### AYNI SEVİYEDE UZAK LATERAL VE DİSTAL FORAMİNAL SEKESTRE DİSK HERNİSİ: RADYOLOJİK KONFÜZYONU NASIL ÖNLERİZ?

**Ferhat Harman\*, Onur Erdoğan, Yahya Güvenç, Toğrul Cavadov Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı**

**Giriş ve Amaç:** Uzak lateral disk hernileri tüm disk hernilerinin %5-10'unu oluşturur. Aynı seviyede foraminal disk hernisi ile birlikte görülmesi daha nadirdir ve MRG görüntülemelerde gözden kaçabilir. Olgumuzda aynı seviyede uzak lateral ve foraminal diski olan bir hastanın MRG değerlendirilme ve yönetimini tartıştık.

**Yöntem:** Olgu

**Bulgular:** 30 yaşında erkek hasta, iki haftadır devam eden şiddetli sol kalça ve bacak ağrısı ile başvurdu. VAS skoru 10 idi. Muayenesinde sol ayak bileği dorsal fleksiyon 3/5 gücündeydi ve SLR solda 30 derecede

pozitif. Hastaya çekilen lomber MRG'de, disk mesafesinin alt sınırında geçen aksiyel kesitte sol L4-5 uzak lateral disk hernisi izlendi. L4-5 mesfesinden alınan diğer kesitlerde L5 foramen ve paramedian bölgede disk hernisi izlenmedi. Sagittal görüntüde L5 pedikül iç tarafında şüpheli görüntü izlendi fakat bu bölgenin aksiyel kesiti yoktu (Resim 1). Hastada L4 ve L5 pediküllerini içine alan ince kesitli yeni bir MRG istendi. Çekilen yeni MRG'de L5 pedikülün hemen üstünden geçen aksiyel kesitte ekstrüde disk hernisi görüldü (Resim 2). Hastaya cerrahi kararı verildi ve önce Sol L4-5 intertransvers yaklaşımla L4 kökünü sıkıştıran farlateral ekstrüde disk çıkarıldı. Daha sonra standart L4 hemiparsiyel laminektomi ve foraminotomi yapılarak sol L5 kökünü sıkıştıran sekestre disk çıkarıldı. Total fasetektomi yapılmadan, istmus korunarak uzak lateral ve foraminal disk çıkarıldığı için instabilite gelişmedi. Hasta postoperatif ikinci günde ağrısız (VAS 1) olarak taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Lomber disk hernisi şikayeti ile başvuran hastalarda MRG görüntüleme altın standarttır. Radyoloji merkezleri tarafından yapılan MRG yapılırken, standart olarak sadece disk mesafelerini içine alan aksiyel kesitler taranmaktadır. Pedikülün medialine doğru ekstrüde olan disk hernileri, sagittal kesitlerde pedikül gölgesi ile karışabildiği ve standart çekimlerde bu bölgenin aksiyel kesitleri alınmadığı için kolayca gözden kaçabilmektedir. Olgumuzda yapılan ilk standart çekimde disk mesafesinin alt sınırından geçen son kesitte, sol L4-5 farlateral disk hernisi izlenmiştir. Sagittal kesitte şüpheli hipointens görüntüden dolayı (Resim 1) aksiyel pedikül kesitlerinin de olduğu ikinci bir MRG istenmiş ve pedikülün üst sınırından geçen aksiyel kesitte, sol L4-5 far lateral disk ile birlikte foraminal ekstrüde disk görülmüştür. Hasta cerrahiye alınmış ve her iki bölgedeki ekstrüde disk faset ve istmusa zarar vermeden çıkarılmıştır. İstedğimiz ince kesitli ikinci MRG sayesinde foraminal disk tanısı atlanmamıştır. Biz MRG'de far lateral disk hernisi görülen olgularda, aksiyel MRG kesitlerinin üst ve alt pediküllerini de içerecek şekilde yapılmasının doğru tanı konulmasını kolaylaştıracağını düşünmekteyiz.

**Anahtar Sözcükler:** Uzak lateral disk hernisi, manyetik rezonans görüntüleme, disk hernileri

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201913117923.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201913117932.jpg>

PS-333 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### DURA KAYNAKLI İNTRAKRANİAL MEZENKİMAL SARKOMA: AGRESİF SEYİRLİ NADİR BİR OLGU

**İlhan Aydın\*, Aşkın Şeker**

*Özel Medicalpark Bahçelievler Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Primer intrakranial sarkomlar, santral sinir sisteminde seyrek görülen mezenkimal kaynaklı tümörlerdir. Tüm kranial tümörlerin yaklaşık % 2'sini oluştururlar. Periost, dura veya skalptan gelişebilirler. Kemik destrüksiyonuna ve ekstrakranial yumuşak doku kitlesine neden olurlar.

**Yöntem:** 16 yaşında bayan hasta sol frontoparietal kitle nedeniyle Romanya'da 3 kez opere edilmiş. İlk operasyonda gönderilen materyalde patoloji sonucu Glioblastom, ikinci operasyonda Atipik Teratoid Rabdoid Tümör ve üçüncü operasyonda Ganglionöroblastom olarak

farklı şekillerde raporlanmış. Bu sonuçlarla hastaya kemoterapi ve radyoterapi verilmiş. Son operasyondan 6 ay sonra hastanın nörolojik durumu gerilemiş, baş ağrısı ve lokal şişliği tekrarlamış. Hastanın nörolojik muayenesinde sağ hemiparezi ve disfazi, fizik muayenesinde sol frontoparietal bölgede ciltten kabarıklık kitle görülmekteydi. Hastanın yapılan radyolojik görüntülemesinde kemiği ve cildi destrükte etmiş geniş nüks kitle saptandı. Hasta opere edildi. Patoloji sonucu dura kaynaklı Mezenkimal Sarkoma (Grade 3) geldi. Total eksizyon sonrası adjuvan kemo-radyoterapiye rağmen 5 ay içerisinde çok hızlı progresse oldu.

**Bulgular:** Son operasyondan sonra ilk ayda kendi günlük işlerini yapabilecek duruma geldi. Post-op 1. aydan sonra hızlı bir şekilde gerilemeye başladı. Post-op 4. ayda hidrosefali gelişti ve VP şant takıldı. Ancak tümör çok agresif seyretti ve hasta post-op 5. ayda kaybedildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Dura kaynaklı intrakranial mezenkimal tümörler agresif, hızlı progresyon gösteren, çevre dokuları destrükte edebilen nadir tümörlerdir. Patolojik tanısı oldukça zor konulabilen bu tümörlerin incelenmesinde immünohistokimyasal bulgular oldukça önemlidir.

**Anahtar Sözcükler:** Mezenkimal sarkom, dura, progresyon, tümör

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019131155352.jpg>

PS-334 [Nörovasküler Cerrahi]

### KOMPLİKASYONSUZ ÇIKARILAN DEV ARTERİOVENÖZ MALFORMASYON

**Abidin Murat Geyik\*<sup>1</sup>, İbrahim Erku<sup>1</sup>, Mehmet Alptekin<sup>1</sup>, Ali Nehir<sup>1</sup>, Ali Atadağ<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.

<sup>2</sup>Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.

**Giriş ve Amaç:** Beynin arteriovenöz malformasyonları intrakranial kanama, epileptik atak ve nörolojik defisit sebebi ile nöroşirürji pratiğinde oldukça önemli lezyonlardır.

**Yöntem:** Boyutlarına göre küçük( 3 cm<), orta (3-6 cm) ve büyük (>6cm ) olarak sınıflandırılmaktadır. Lezyon boyutları arttıkça besleyici damarlar artmakta cerrahi total rezeksiyon zor olmaktadır. Ayrıca büyük arteriovenöz malformasyonlarda postoperatif komplikasyon oranları da artmaktadır.

**Bulgular:** 27 yaşında bayan hasta kliniğimize şiddetli baş ağrısı yakınması ile müracaat etti. Alınan anamnezinde 6 yıl önce de çok şiddetli baş ağrısı olduğu çekilen kranial MRG'de AVM tespit edildiği ve cerrahinin riskli olacağı belirtilmiş. Kliniğimizde yapılan tetkiklerinde sağ frontal lob yerleşimli derin besleyicilerin olduğu dev arteriovenöz malformasyon tespit edilmiş olup gerekli tetkiklerini müteakiben sağ frontal kraniotomi ile bu bölge yerleşimli avm nin geniş total rezeksiyonu yapıldı. Postoperatif ek defisit olmayan hasta cerrahi şifa ile taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Büyük avm ler besleyicilerinin çok olması sebebi ile cerrahi total rezeksiyon oldukça zor olmaktadır. Gross total rezeksiyon bu olgularda kür sağlamaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Arteriovenöz malformasyon, dev, cerrahi



PS-335 [Pediatrik Nöroşirürji]

**ÇOCUKTA OKUL MASASI İLE PENETREN KAFA TRAVMASI OLGUSU****Yahya Güvenç, Seymur Niftaliyev, Abdulmammad Guliyev\*, Ferhat Harman***Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Çocuklarda kafa travmaları sık görülür. Penetre kafa travmaları ise nadirdir. Penetren kafa travmaları genellikle ateşli silah, trafik kazası ve düşmelere bağlı da görülebilmekte. Olguda okul masasının demir parçasının düşme sonrası kafaya penetre olan pediatrik hasta sunulmuştur.

**Yöntem:** Okulda 9 yaşındaki çocuk hasta koşarken düşüp kafasını çarpmış. Okul masasının metal parçası kafasına penetre olmuş. Hasta, bir ucu kafasına penetre olan yaklaşık 1 metrelik demir ile acil servise getirildi. GKS:13 olan hastaya acil tomografi penetre olan demirden dolayı çekilemedi. Hastaya I.V. antibiyotik ve antiepileptik verildi. Hastaneye çağrılan itfaiye ekibi tarafından demir kesilirken hastanın status şeklinde nöbet olmasına ve entübe edilmesine neden olmuştur. Hastaya BT çekildikten sonra, hasta opere edildi. Postop 15 nörolojik muayenesi normal olan hastaya postop 6 ayda kranioplasti ameliyatı yapıldı.

**Bulgular:** Postop 15 nörolojik muayenesi normal olan hastaya postop 6 ayda kranioplasti ameliyatı yapıldı.

**Tartışma ve Sonuç:** Penetren kafa travmalarında beyindeki hasar penetre olan cismin hacmine ve büyüklüğüne bağlıdır. Penetre olduğu trajeksiyon ve beyne giriş noktası hastaya müdahale şeklini değiştirmektedir. Cerrahi esnasında yabancı cismin yerleşiminden kaynaklanan damar yaralanması olabileceği gibi, post travmatik anevrizma, arteriopnöz fistül major damar oklüzyonu karşılaşılabilecek komplikasyonlardır. Sunulan olguda penetren cismin intrakranial kısmı 4-5 cm olmasına rağmen ekstrakranial kısmı yaklaşık 100 cm ve operasyon esnasında hareket kısıtlılığı neden olduğundan pre op hazırlık yapıldı. İtfaiye ekibinin sağlık ekibi ile birlikte ekstrakranial metal kısmı küçültmek için metali kesme girişimi esnasında metale uygulanan vibrasyon direkt beyne iletilmesine neden olmuştur. Bu da hastanın status benzeri nöbete girmesine ve entübe edilmesine neden olmuştur. Hastanın kilosuna yönelik işlem öncesi antiepileptik yüklenmesine rağmen yüksek bir enerjinin beyne iletilmesine neden olmuştur. Bu gibi beyne dolaylı yoldan da penetren cisim ile enerji aktarılmasına elektrofizyolojik değişiklik yapılmasına ve hasar oluşturulmasına neden olacak işlemler komplikasyonlara anında müdahale edebilmek için olay yerinde değil hastanelerde gerekli hazırlıklar yapılarak uygulanmalıdır.

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/2019131184231.jpg>

PS-336 [Pediatrik Nöroşirürji]

**15 YAŞINDA CERRAHİ UYGULANAN LOMBER DİSK HERNİLİ OLGU****İsmail Uysal\****Ceyhan Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Lomber disk herniasyonu (LDH) pediatrik yaş grubunda nadir görülen bir hastalıktır.

**Yöntem:** 15 yaşında erkek çocuk üç haftalık ani başlangıçlı bel ağrısı ile sağ bacağına yayıldı. Hasta yürüme zorluğu ve sağ ayağında ekstremitte güçsüzlüğü bildirdi. Nörolojik muayenesinde sağ bacağın motor gücünde azalma olduğu görüldü (ayak bileği dorsiflexörleri için 2/5 ve ekstansör halüsis longus için 3/5). Lomber omurganın manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) lomber seviye sağ L4 - L5 ekstrüde disk saptandı. Hastaya sağ L4 parsiyel hemilaminektomi sonrası L4 - L5 düzeyinde sağ taraflı mikrodiskektomi yapıldı.

**Bulgular:** 6 aylık takipte, hasta, hiçbir semptom olmadan tam lomber ROM'u başardı. Ayrıca, işlem sonunda motor gücünün tamamen geri kazanılması sağlandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Pediatrik LDH'nin teşhisi, spesifik olmayan bel ağrısı şikayetleri, radiküler semptomların daha az ve nadir olması nedeniyle zordur. Cerrahi tedavi, bu hastalar kısa süreli konservatif tedaviye cevap vermezse, LDH'li pediatrik hastaların yönetiminde uygulanabilir ve etkili bir müdahaledir.

**Anahtar Sözcükler:** Lomber disk herniasyonu, pediatrik

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/2019131162245.jpg>

PS-337 [Pediatrik Nöroşirürji]

**YENİDOĞANLARDA SAKROKOKSİGEAL TERATOM YÖNETİMİ****Ergün Karavelioğlu\*<sup>1</sup>, Afra Karavelioğlu<sup>2</sup>, Bayram Çırak<sup>1</sup>**<sup>1</sup>*Özel Denizli Tekden Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahi Kliniği*<sup>2</sup>*Özel Denizli Tekden Hastanesi, Çocuk Cerrahi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Sakrokoksigeal teratom (SKT) yenidoğan döneminde en sık görülen solid germ hücreli tümördür. Yaklaşık 35000-40000 canlı doğumda bir görülmektedir. Tanısı genellikle prenatal ultrasonografi (USG) ile konulmaktadır. Doğum sonrası sakral bölgede yumuşak doku şişliği, ciltte renk değişikliği, hemanjiom veya nevus görüldüğünde SKT'den şüphelenilmelidir. Kız bebeklerde erkeklere göre daha sık olarak görülmektedir. Etyolojisi bilinmemektedir.

**Yöntem:** Olgu 1: Term doğumlu, kız bebek, post-natal 11. günde sakral bölgede yaklaşık 15x15 cm ebadında kitle nedeniyle başka bir merkezden hastanemize sevk edildi ve kliniğimizde ameliyat edildi (Resim 1). Olgu 2: Term doğumlu, erkek bebek, post-natal 1. günde sakral bölgede yaklaşık 20x20 cm ebadında kitle nedeniyle başka bir merkezden kabul edildi ve kliniğimizde ameliyat edildi (Resim 2).

**Bulgular:** SKT ayırıcı tanısında; dermoid tümör, lipoma, anjioma, nörojenik tümör ve meningomyelosel yer alır. SKT'li yenidoğanların mortalite ve morbidite riski yüksektir. Yaşla birlikte SKT'un malignite riski artmaktadır. SKT'ye %15 oranında imperfore anüs, sakral kemik defekti, spine bifida, vajen ve uterus anomalileri eşlik edebilir. Erken cerrahi sonrası sonuçlar oldukça yüz güldürücüdür. Cerrahiye kadar geçen süre uzadıkça (özellikle ilk iki ay sonrası) malignite riski %40-60'a kadar yükselmektedir. SKT kaynaklı hemoraji en sık mortalite sebebidir. Cerrahide ve prognozda özellikle koksiksin çıkarılması, kan kaybının engellenmesi ve kitlenin intraspinal komponentin olup olmadığının kontrol edilmesi çok önemlidir.

**Tartışma ve Sonuç:** SKT'li hastalarda erken tanı ve erken cerrahi hem prognoz hemde malignite gelişiminin engellenmesi açısından oldukça

önemlidir. Cerrahi sonrası hastalar en az üç yıl rekürrens açısından yakın takip edilmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Teratom, yenidoğan, cerrahi

**Görsel:** [http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/](http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019131161213.jpg)

[tmp/2019131161213.jpg](http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019131161213.jpg)

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019131161224.jpg>

PS-338 [Pediatrik Nöroşirürji]

### TENOKSİKAMIN ORTA HAT KAPANMASINA ETKİSİ: ERKEN DÖNEM TAVUK EMBRİYO MODELİ

**Burak Bahadır\*, Onur Özgür, Ümit Eroğlu, İhsan Doğan, Eray Serhat Aktan, Gökmen Kahiloğulları, Mustafa Ağahan Ünlü**

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Nöroşirürji AD.

**Giriş ve Amaç:** Nöral tüp adı verilen yapı beyin dokusundan başlayıp, boylu boyunca omuriliği de içine alacak şekilde aşağı doğru uzanan bir yapıdır. Gelişimin her hangi bir nedenle (genetik veya çevresel) sorunlu olması, tüpün herhangi bir bölgesinin açık kalmasına neden olur ki bu duruma Nöral Tüp Defekti adı verilir. Nöral tüp defekti yaklaşık olarak 6/10000 gebelikte görülür. En sık görülen nöral tüp defekti anensefali ve spina bifidadır. Yenidoğanlarda %3-5 oranında doğum defektine rastlanmaktadır ve nöral tüp defektleri (NTD) doğum defektine bağlı yenidoğan ölümlerinin %7'sini oluşturmaktadır. Tenoksikam (TEN), oksikam grubundan tienotiazin türevi non-steroid antiinflamatuvar ve analjezik bir ilaçtır. TEN'in siklooksijenazı inhibe ederek prostaglandin sentezini baskılaması yanında, inflamasyon gelişimindeki rolleri son yıllarda daha iyi anlaşılmasına rağmen diğer NSAİ ilaçların aksine gebelikteki teratojenik etkisi net olarak bilinmemektedir. Biz bu çalışmada sık kullanılan antiinflamatuvar ve analjezik ilaç olan tenoksikamın civciv embriyolarında orta hat kapanmasına etkisi ve NTD oluşturma mekanizmasını incelemeyi amaçladık.

**Yöntem:** Bu çalışma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı Nöroembriyoloji Laboratuvarı'nda gerçekleştirildi. 160 fertil yumurta, 24 saatlik inkübasyon sonrası pencereleme yöntemi ile açıldı. Tenoksikam, 20 µL volümde subblastodermik olarak uygulanarak dört grup oluşturuldu. Bu dört gruba artan TEN dozları (0.01mikgr, 0.02mikgr, 0.10 mikgr) ve kontrol grubuna (%0.9 SF) enjekte edildi. Yumurtalar steril drape ile kapatıldıktan sonra 24 saat daha inkübe edildi. Tüm yumurtalar 48. saate açılarak, embriyolar morfolojik ve histopatolojik olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışma sonucunda veriler değerlendirildiğinde, tenoksikam dozu ile embriyo etkilenimi arasında bir korelasyon olduğu sonucuna varıldı. Bu bulgular eşliğinde tenoksikam kullanımının, artan konsantrasyonlarda erken tavuk embriyolarında orta hat kapanma kusurlarına yol açtığı anlaşıldı.

**Tartışma ve Sonuç:** Sık kullanılan antiinflamatuvar ve analjezik bir ilaç olan, etkisini daha çok prostoglandin sentezini bloke ederek gösteren tenoksikam, doz bağımlı olarak embriyolarda orta hat kapanma kusurlarına neden olmaktadır. Yapılacak daha ileri çalışmalarla, embriyonik hasarlanmanın mekanizması ile genetik ve çevresel etmenlere bağlı teratojen etkiler arasındaki mekanizmaları ortaya koymak ve konjenital defektlerin oluşumunu en aza indirmek mümkün olabilecektir.

**Anahtar Sözcükler:** Tenoksikam, siklooksijenaz, prostoglandin, nöral tüp defekti, tavuk embriyosu

**Görsel:** [http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/](http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019131193750.jpg)

[tmp/2019131193750.jpg](http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019131193750.jpg)

PS-339 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### VİZÜEL SEMPTOMA NEDEN OLMAYAN SPONTAN REGRESE RATHKE KLEFT KİSTİ

**Selahattin Biçer\*, Fatih Aydemir, Adnan Yalçın Demirci, Ahmet Karaoğlu**

S.B. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Kistik sellar kitleler radyolojik görüntülemenin yaygınlaşmasına ikincil nispeten sık görülen lezyonlardır. Sellar bölgenin kistik lezyonları pitüiter adenomlar, rathke kleft kistleri (RKK), kraniyofarenjiomlar ve araknoid kistlerden oluşmaktadır. Literatürde kistik lezyonlarla ilgili çok fazla sayıda yayın olmasına rağmen kendiliğinden gerileyen kistik lezyonlar sınırlı sayıda yayınlanmıştır. Biz bu sunuda kendiliğinden gerileyen kistik sellar bir lezyonu sunup litetartuş eşliğinde tartıştık.

**Yöntem:** 34 yaşında erkek hasta uzun süredir devam eden baş ağrısı şikayeti nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın nörolojik muayenesi normaldi. Hastanın kranial MR görüntülemesinde, 18x16x17 mm boyutlarında kiazma ve stalk basısı olan kistik ve içerisinde T1 hiper, T2 sekanslarda hipointens görüntüde, yaklaşık 9x5 mm boyutlarında mural nodül görünümüne sahip komponenti olan, T1 kontrastlı serilerde belirgin kontrast tutulumu saptanmayan normal hipofiz dokusunun ayırt edilemediği lezyon saptandı. Hastanın görme alanı muayenesinde defekt saptanmadı. Ön hipofiz hormonları normal sınırlardaydı. Vasküler patolojiyi dışlamak açısından çekilen beyin arterial BT anjiyografisinde patoloji saptanmadı. RKK ön tanısıyla takip önerildi.

**Bulgular:** Hastanın 3 ay sonra çekilen hipofiz MRG'de kistin gerilediği ve mural nodül şeklinde görülen komponentin minimal küçüldüğü izlendi. Hasta baş ağrısı semptomunda gerileme olduğunu ifade etti.

**Tartışma ve Sonuç:** RKK, rathke kesesinin epitel kalıntılarında kaynaklanan iyi huylu sellar ve suprasellar lezyonlardır. 30-50 yaş arası görülme insidansı artmaktadır. En sık semptom baş ağrısı olmakla beraber, kistin çevre nöral dokulara basısına bağlı olarak vizüel semptomlar ve hormonal bozukluklara neden olabilmektedirler. Vizüel ve hormonal bozukluklara neden olmuş büyük kistlerde genelde cerrahi tedavi uygulanırken, sadece baş ağrısı semptomuna neden olan kistler takip edilebilir, hızlı büyümesi ve ek semptomlara neden olması durumunda cerrahi tedavi uygulanabilir. Literatürde spontan gerileme çok nadir olarak bildirilmiştir ve şimdiye kadar yalnızca 35 olgu yayınlanmıştır. İntrakranial veya intrasellar basınç artışına bağlı tekrarlayan kist rüptürleri ve kist sıvısı salınım ve emilim arasındaki dengenin bozulması regresyonda rol oynayan faktörler olarak düşünülmüştür. Kistin regresyonuna bağlı semptomlarda da düzelme olmaktadır. Bizim olgumuzda kistin gerilemesi sonrası hastanın baş ağrısı şikayeti düzelmiştir. Yine literatürde bildirilen regrese olmuş kistlerin tekrar büyüüp semptomatik hale geldiği yayınlanmıştır. Bu yüzden regrese olan kistlerde takip gözardı edilmemelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Spontan, regrese, rathke, kleft, kist  
**Görsel:** <http://onlineozet.com/lmages/52/BildirResmi/tmp/2019131212346.jpg>

PS-340 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### BÜYÜK TİROİD KARSİNOMU HİPOFİZ BEZİ METASTAZININ GAMMA KNİFE İLE TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

**Güven Gönen, Abdurrahim Tekin\***

*Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Hipofiz bezinin adenom dışı maligniteleri oldukça nadir görülmektedir. Klinik ve radyolojik olarak tanısı ve ayrımı zordur. Bu olgu sunumumuzda hipofiz adenomu düşünülen endoskopik endonazal transsfenoidal yolla opera edilen ancak patoloji tiroid karsinomu hipofiz metastazı gelen ve postoperatif gamma knife uygulanan 68 yaşında erkek hasta rapor edilmiştir.

**Yöntem:** 68 yaşında erkek, 8 aydır olan baş ağrısı ve görme bozukluğu nedeniyle başvurduğu dış merkezde sellar kitle saptanması üzerine tarafımıza başvurdu. Nörolojik muayenesinde sol gözde daha fazla olmak üzere her iki gözde görme keskinliğinin azaldığı tespit edildi. Beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sellar-suprasellar komponenti olan kontrast tutan lezyon görüldü (şekil 1A-1B). Tetkiklerinde IGF-1 düşüklüğü dışında patoloji saptanmadı.

**Bulgular:** Hastaya hipofiz makroadenomu ön tanısıyla navigasyon eşliğinde endoskopik endonazal transsfenoidal operasyon uygulandı. Preoperatif yapılan MRG'de lezyon boyutlarında artış görüldü (Şekil 2A-2B). Bu nedenle ayırıcı tanıya metastaz alındı ve peroperatif doku incelemesi frozen ile yapıldı ve örnek karsinom metastazı ile uyumlu geldi. Bunun üzerine suprasellar komponent yüksek cerrahi morbidite ihtimali nedeniyle çıkarılmadı. Postoperatif MRG çekildi (Şekil 3A-3B). Patoloji Tiroid karsinom (papiller karsinom folliküler varyant) metastazı olarak sonuçlandı. Rezidü optik kiazmaya bası yapan lezyona yönelik fraksiyone Gamma Knife tedavisi uygulandı.(%35 izodoz eğrisine 6 Gy/ fraksiyon olmak üzere 4 fraksiyon). 1 ay sonra çekilen kontrol MRG'de lezyon boyutunun küçüldüğü ve hastanın görmesinde de düzelme olduğu tespit edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Tiroid CA hipofiz bezi metastazı oldukça nadir olup bu hastaların tedavileri her hastanın durumuna göre planlanması gerekip cerrahi rezeksiyon, radyoterapi ve kemoterapi tedavi seçenekleridir. Ayrıca fraksiyone Gamma Knife kritik bölge lezyonlarında etkin tedavi sağlamaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Gamma Knife, hipofiz bezi metastazı, tiroid karsinomu

PS-341 [Nörovasküler Cerrahi]

### GEÇ DÖNEMDE OPERE EDİLEN, AYNI ANDA FARKLI HEMİSFERLERDE İZLENEN SEREBELLAR HEMATOM VE SEREBELLAR ENFARKT OLGUSU

**Abdulmammad Guliyev\*, Fatih Akbulut, Yahya Güvenç, Ferhat Harman**

*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Serebellar kanamalar intrakranial kanamaların tamamının %10'unu oluşturmaktadır. Travmatik olmayan spontan serebellar kanamalarda en sık neden hipertansiyondur. Hastaların prognozunu gelişen hidrosefali, hematomun kitle etkisi ve ödem belirlemektedir. Serebellar hematom sonrası aynı bölgede enfarkt tablosu izlenebilir. Farklı bir bölgede enfarkt gelişmesi daha nadirdir. Olguda acil servisten kabul ettiğimiz, sol serebellar hematomu ve takibinde gelişen sağ serebellar enfarkt olan bir hasta tartışılmıştır.

**Yöntem:** Olgu sunumu.

**Bulgular:** 65 yaşında kadın hasta, kusma, baş ağrısı şikayetiyle acil servisten kabul edildi. Çekilen beyin BT'de sol serebellar hematom saptandı (Resim 1). Beyin MRG'de hematoma ek patoloji izlenmedi. Özgeçmişinde hipertansiyon dışında ek hastalığı yoktu. GKS 14 puan olan hastaya anti ödem tedavi başlanarak takibe alındı ve kanama etyolojisi açısından tetkik edildi. Takibinin ikinci gününde hastaya serebral DSA yapıldı. DSA'da vasküler patoloji izlenmedi. DSA sonrası konuşma bozukluğu gelişen hastaya çekilen beyin MRG'de sol serebellar hematom ek olarak sağ serebellar ve sol frontal bölgede enfarkt tablosu izlendi (Resim 2). Aynı anda pulmoner emboli gelişen hastaya DMAH tedavisi başlandı ve antiödem tedaviye devam edildi. Hastada enfarkt tablosuna sebep olabilecek tromboembolik odak saptanmadı. Kanamanın 11. gününde hastada tedaviye rağmen uyku hali gelişmesi üzere çekilen beyin BT'de dördüncü ventrikülde kapanma ve hidrosefalide artış izlendi. Hasta operasyona alındı ve dekompresif suboksipital kraniektomi ve sol serebellumdaki hematomun boşaltıldı. Kemik yerine konmadı ve geniş duraplasti yapıldı. Takibinde hızla düzelen hasta postop yedinci günde defisitsiz olarak taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** 65 yaşında kadın hasta, kusma, baş ağrısı şikayetiyle acil servisten kabul edildi. Çekilen beyin BT'de sol serebellar hematom saptandı (Resim 1). Beyin MRG'de difüzyon kısıtlaması izlenmedi. Özgeçmişinde hipertansiyon dışında ek hastalığı yoktu. GKS 14 puan olan hastaya anti ödem tedavi başlanarak takibe alındı ve kanama etyolojisi açısından tetkik edildi. Takibinin ikinci gününde hastaya serebral DSA yapıldı. DSA'da vasküler patoloji izlenmedi. DSA sonrası konuşma bozukluğu gelişen hastaya çekilen beyin MRG'de sağ serebellar ve sol frontal bölgede enfarkt tablosu izlendi (Resim 2). Aynı anda pulmoner emboli gelişen hastaya DMAH tedavisi başlandı ve antiödem tedaviye devam edildi. Hastada enfarkt tablosuna sebep olabilecek tromboembolik odak saptanmadı. Kanamanın 11. gününde hastada tedaviye rağmen uyku hali gelişmesi üzere çekilen beyin BT'de dördüncü ventrikülde kapanma ve hidrosefalide artış izlendi. Hasta operasyona alındı ve dekompresif suboksipital kraniektomi ve sol serebellumdaki hematomun boşaltıldı. Kemik yerine konmadı ve geniş duraplasti yapıldı. Takibinde hızla düzelen hasta postop yedinci günde defisitsiz olarak taburcu edildi.

**Anahtar Sözcükler:** Serebellar hematoma, serebellar enfarkt, enfarkt, ödem, emboli

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/20192112416.jpg>  
<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/20192112442.jpg>

PS-342 [Pediatrik Nöroşirürji]

## MR NAVİGASYON VE TRAKTOGRAFI YARDIMLI TRANSKRANİYAL NÖROENDOSKOPİK YOLLA PEDIATRİK TALAMİK ABSE BOŞALTILMASI

**Onur Özgürül\*, Eyyub S. M. Al-beyati, Gökmen Kahiloğulları, Şükrü Çağlar**

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, İbni Sina Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.

**Giriş ve Amaç:** Talamik abselere yaklaşım nöroşirürji uygulamaları arasında sıkça tartışma konusu olmuştur. Söz konusu lezyonlara yönelik minimal morbiditeyle en uygun cerrahi yaklaşımın belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** 5 yaşında kız hasta, şuur bulanıklığı ve vücudun sol yarısında güçsüzlük yakınması ile kliniğimize yatırıldı. Bilinen kardiyak problemleri mevcut hastanın çekilen kraniyal MR görüntülemesinde sağ frontal ve talamik bölgede periferik kontrastlanma gösteren 2 ayrı lezyon saptanmıştır. Hasta acil koşullarda opere edilerek sağ frontal mini kraniyotomi ve abse ile uyumlu kitlenin total eksizyonu yapılmıştır. Kültür örnekleme yapılarak gram pozitif kok görülmüş ancak kültür üremesi olmamıştır. Hasta paranteral antibiyotik tedavisi altında izleme alınmıştır. Kontrol görüntülemelerinde talamik abse boyutlarında artış saptanması ve hastanın mevcut hemiparezisinin artması üzerine hastaya 2. haftada MR-Traktografi çekilerek, Nöro-Navigasyon yardımıyla sağ geri paryetalden transkraniyal endoskopik yolla absenin boşaltılması işlemi yapılmıştır.

**Bulgular:** Postoperatif dönemde hastada ek nörolojik defisit gelişmemiş olup hastanın mevcut hemiparezisinde düzelleme olduğu görülmüştür.

**Tartışma ve Sonuç:** Nöro-Navigasyon kritik yerleşimli intrakraniyal lezyonlara cerrahi yaklaşımın belirlenmesinde yardımcı araçlar arasındadır. Mr-Navigasyon görüntülemelerinin MR-Traktografi ile kombine edilmesi ve minimal girişimsel endoskopik uygulamalarla beraber kullanılması cerrahi morbidite oranını önemli ölçüde azaltabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Talamik abse, endoskopik, nöronavigasyon

PS-343 [Nöro travma ve Yoğun Bakım]

## İŞ MAKİNASI ÜZERİNDEN DÜŞME SONRASI NADİR GÖZLENEN OKSİPİTAL KONDİL KIRIĞI

**Feyzi Birol Sarıca\*<sup>1</sup>, Kürşad Aytekin<sup>2</sup>, Alptekin Tosun<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Minör travmalarla da gelişebilen oksipital kondil kırıklarının büyük kısmı yüksek enerjili travmalardan sonra gözlenmektedir. Nadir

görülen bir kafa kaidesi yaralanması olan oksipital kondil kırıklarında sıklıkla Anderson ve Montesano sınıflandırması kullanılmaktadır. Tip-1, kondilin non-deplase kompresyon kırığıdır. Tip-2'de kondildeki kırık parçası foramen magnuma uzanmaktadır. Sıklıkla asemptomatik veya oksipitoservikal bileşkede hassasiyet gibi hafif semptomlu bu iki kırık tipi stabildir. Oksipital kondilin avulsiyon kırığı olan Tip-3'de ise atlanto-oksipital instabilite gelişmektedir. Komşuluğundaki nörovasküler yapılara kompresyon nedeniyle, bu olgularda ciddi morbidite ve mortalite riski mevcuttur.

**Yöntem:** Olgu sunumu.

**Bulgular:** 2 metre yükseklikteki iş makinası üzerinden düşme sonrası, baş-boyun travması geçiren 53 yaşında erkek hasta, acil servise getirilmiş. Hastanın yapılan nörolojik muayenesinde; kas gücü kaybı ve seviye veren nörolojik defisit saptanmadı. Hastanın boyun bölgesinde hareketlerle ortaya çıkan ağrı ve oksipitoservikal bölgede palpasyonla hassasiyet mevcuttu. Hastaya Philadelphia boyunluk takılarak, immobilizasyon sağlandı. Kafa grafisinde ve servikal grafide patoloji saptanmadı. Beyin Tomografisinde de patoloji saptanmadı. Servikal vertebra tomografisinde; solda Tip-1 oksipital kondil fraktürü saptandı.(Resim 1a,b,c) Yatırılan hastaya non-steroid antienflamatuar tedavi başlandı ve ertesi gün boyun ağrısı azalan hastaya Suboksipital mandibular korse takılarak immobilizasyona devam edildi. Hastanın 6 hafta sonrasında yapılan kontrol muayenesinde; nörodefisit saptanmadı ve kontrol servikal vertebra tomografisinde; sol oksipital kondil fraktürünün tamamen füzyone olarak iyileştiği gözlemlendi.(Resim 2a,b,c) Suboksipital mandibular korse çıkartıldı ve hastanın boyun hareketlerine yönelik fizik tedavi programına başlandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Bizim olgumuzda olduğu gibi, asemptomatik veya hafif semptomlu seyir gösteren Tip-1 ve Tip-2 oksipital kondil fraktürlerinde füzyon için; sıklıkla 6 hafta Philadelphia boyunluk ile immobilizasyon tedavisi yeterli olmaktadır. Ancak atlanto-oksipital instabilitenin gözlemlendiği Tip-3 oksipital kondil kırığında ise; instabiliteyi gidermek için oksipitoservikal füzyon gerekmektedir. Bu kırık tipleri, direkt grafilerde sıklıkla gözden kaçırılmaktadır. Bu nedenle; özellikle ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olabilecek instabil oksipital kondil kırıklarını atlamamak için, boyunda hassasiyeti bulunan baş-boyun travması geçiren olgularda, oksipito-servikal bileşke Bilgisayarlı Tomografi ile detaylı araştırılmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Kafa kaidesi kırığı, oksipital kondil kırığı

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019131223823.jpg>

PS-344 [Nöroonkolojik Cerrahi]

## NADİR GÖZLENEN KUADRİGEMİNAL SİSTERN LİPOMA OLGUSU

**Feyzi Birol Sarıca\*<sup>1</sup>, İrem İlgezdi<sup>2</sup>, Alptekin Tosun<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** İntrakraniyal lipomalar, aslında bir neoplazm değil bir konjenital malformasyondur. Leptomeninks'lerin öncüsü olan meninks primitiva'nın kalıcı olması ve anormal farklılaşmasından kaynaklanır. Bu nedenle lipomaların çoğunluğu, subaraknoid boşluklar-sisternler

içerisinde bulunurlar ve intrasisternal normal vasküler yapılar ise, bu lezyon içerisinden geçerek seyretmektedirler. Tüm intrakranial kitlelelerin %0.6 ile %0.46'sını oluşturan lipomların çoğunluğu kallozal ve perikalozal lokalizasyon gösterirken, daha nadir olarak kuadrigeminal, suprasellar ve serebellopontin sisternlerde de gözlenebilmektedirler. Genellikle asemptomatik seyir gösteren intrakranial lipomlar, sıklıkla radyolojik incelemelerde insidental olarak gözlenmektedirler.

**Yöntem:** Olgu sunumu.

**Bulgular:** Baş ağrısı ve baş dönmesi yakınması ile başvuran, 71 yaşındaki kadın hastanın yapılan nörolojik muayenesinde; nörolojik defisit saptanmadı. Gözdibi muayenesi: normal idi. Özgeçmişinde hipertansiyon tanısı mevcut. Mevcut yakınmaları ile konservatif tedavi alıyormuş. Beyin Tomografisinde; mezensefalon posteriorunda, kuadrigeminal siternde hipodens lezyon saptandı (Resim 1). Ardından hastanın yapılan Beyin Manyetik Rezonans görüntülemesinde ve MR-Spektroskopisinde; mezensefalon sol kesimi posteriorunda, kuadrigeminal sistern lokalizasyonlu hiperintens izlenen lezyonun, lipom ile uyumlu olduğu tespit edildi (Resim 2). Hastaya klinik ve radyolojik takip önerildi.

**Tartışma ve Sonuç:** İntrakranial lipoma olgularının çoğunluğunda, baş ağrısı ve davranış bozuklukları gibi nonspesifik semptomlar gözlenmektedir. Beyin tomografisinde ve manyetik rezonans görüntülemelerde; genellikle izole bir lezyon şeklinde gözlenmektedirler. Genellikle bu olgularda semptomlara yönelik konservatif tedavi uygulanmaktadır. Ancak nadiren; büyük boyutlara ulaşan kuadrigeminal, ambient ve perimezen-sefalik sistern lokalizasyonlu lipom olgularında ise, hidrosefali ve kranial sinir felçleri geliştiğinde, cerrahi girişim planlanmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Kuadrigeminal sistern lipoma

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/2019210452.jpg>

PS-345 [Pediatrik Nöroşirürji]

### ÇOK ENDER RASTLANAN BİR VENTRİKÜLOPERİTONEAL ŞANT KOMPLİKASYONU OLARAK PERİTONEAL KATATERİN PULMONER ARTER İÇİNE MİGRASYONU

**Hakan Çakın, M. Saim Kazan, Berat Vural\***

*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nöroşirürji AD.*

**Giriş ve Amaç:** Ventriküloperitoneal şant takılan hastalarda gelişen ekstrem komplikasyonlar ve yönetimi.

**Yöntem:** 42 yaşında erkek hasta 18 ağustos tarihinde araç içi trafik kazası nedeniyle hastanemiz acil servisine 112 ambulans hizmetleri tarafından getiriliyor. Geliş GKS'u 6 olan hastanın çekilen beyin tomografisinde lateral ventrikül içinde hemoraji saptanmış olup acil olarak eksternal ventriküler drenaja sağ frontal bölgeden alındı. Hastanın klinik ve drenaj takibi sonrasında BOS hemorajik vasıftan berrak renge döndü. Aralıklı olarak EVD sistemi kapatılıp takip edilen hastada Kafa içi basınç artış bulguları görülmesi üzerine 6 Eylül 2018 tarihinde hastaya Sağ Ventriküloperitoneal Şant takıldı. VPŞ sistemi sağ frontal bölgeden koronal suturen 1 cm önü, midpupiller hat üzerine 1 adet burr hole açılarak 5 cm'ye ventriküler kataterin gönderilmesi; sağ umblikus lateralinden de peritoneal kataterin gönderilmesi ve pompa sisteminin birbirine bağlanması neticesinde uygulanmıştır. Post operatif dönemde kontrol amaçlı kranial tomografi ve katater görüntülenmesi amacıyla direk radyo grafiler çekilmiştir.

Herhangi bir problem post operatif görüntülerde saptanmamıştır. Rutin takiplerinde hastanın herhangi bir klinik problemi olmadığı dönemde tekrar kontrol görüntülemelerinde (direk batin grafisi) peritoneal katater görülmemiştir. İleri görüntüleme tetkiklerinde (ek direk grafiler ve toraks BT) Peritoneal kataterin kardiak bölgede (ventrikül - atrium içi) ve pulmoner arterde olduğu görülmüştür. Bunun üzerine hasta skopi görüntülemesi eşliğinde pulmoner arter ve kardiak ventrikül içindeki peritoneal katater kalp atımının king/ düğüm yapmış olan bölümleri açmasını izleyerek kontrollü şekilde çıkarılmıştır. Post operatif dönemde hastaya kardiak ileri görüntülemeler yapılmış olup herhangi bir trombüs yapısına rastlanılmamıştır. Hastaya elektif olarak VPŞ takılmış olup sağlıklı bir şekilde taburcu edilmiştir.

**Bulgular:** Hastanın post operatif 1. günündeki direk grafi görüntülemelerinde şant kataterleri olması gereken yerlerde gözükmüş olup; rutin kontrollerinde hastanın peritoneal katateri yerinde saptanmamıştır. İleri inceleme ile kardiak bölgede olduğu görülmüştür. Mevcut bulguların muhtemel olarak peritoneal katateri tunnelir ile yerleştirirken Vena Cava damar duvarı içine girip çıkması neticesinde gerçekleştiği düşünülmüştür.

**Tartışma ve Sonuç:** Ventriküloperitoneal şant takılan hastalarda böyle bir komplikasyon olmaması için katater sisteminin kontrollü olarak, ara istasyonlar şeklinde cilt insizyonları kullanılarak yerleştirilmesi uygun olacaktır. Böyle bir komplikasyon durumunda ise skopi eşliğinde kontrollü, yavaş ve dikkatli bir şekilde, kalp atımı ile kordineli olarak çekilmesi ile kateter çıkarılabilir (Hastanın preop ve post op görüntüleri mevcut olup; ameliyathane ortamında skopi eşliğinde pulmoner arter ve kardiak ventrikül içindeki peritoneal kataterin çıkarılması videosu mevcuttur, gösterilecektir).

**Anahtar Sözcükler:** Hidrosefali, ventriküloperitoneal, şant, nadir, komplikasyonlar, kardiak, pulmoner arter

PS-346 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### ANTERİOR SERVİKAL DİSKEKTOMİDE SOLDAN YAKLAŞIM TECRÜBELERİMİZ

**Hüseyin Bozkurt\***

*Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Bu çalışmada sağ taraflı açılışla servikal bölgeden herhangi bir nedenle opere olmuş servikal disk hernili hastaların soldan yaklaşımın avantajları vurgulanmıştır.

**Yöntem:** 2013-2018 yılları arasında özgeçmişinde sağ servikal bölgeden opere olmuş 10 hastanın servikal tek seviye disk hernisi nedeniyle soldan yaklaşım ile operasyonu yapıldı. Hastaların 6'sı erkek 4'ü kadındı. Tüm hasta grubunun 5 tanesi servikal disk hernisi nedeniyle opere olmuştu, 3 hasta guatr nedeniyle opere, 1 hasta hidrosefali nedeniyle opere olmuş şant distal ucu sternokleidomastoid kası medialeinden geçiyordu, 1 hasta ise opere olmamış dev boyutta sağa uzanan gutarı mevcuttu.

**Bulgular:** Tüm hasta grubu MRI bulguları ve nörolojik muaynesi ile servikal disk hernisi tanısı aldı. Nüks bölge açılışından kaçınılarak 10 hastada tek seviye servikal disk cerrahisini soldan yaklaşımla opere edildi. Komplikasyon olmadı, şikayetlerin geçtiği görüldü.

**Tartışma ve Sonuç:** Servikal disk cerrahisinde komplikasyonları önleme

açısından reoperasyon bölgesinden yaklaşımdansa karşı taraftan açılışın daha avantajlı olacağını literatür eşliğinde vurgulamaktayız.

**Anahtar Sözcükler:** Anterior, servikal disk, sol yaklaşım

PS-347 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### SANTRAL NÖROSİTOMLU OLGU SUNUMU

**Yasin Taşkın\*, Fatih Ersay Deniz, Erol Öksüz, Özgür Demir, Mehmet Murat Dişçi, Tolga Erol, Mustafa Arslan**

*Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Santral nörositomlar genellikle 20-40 yaş aralığında tespit edilen erkeklerde daha sık görülen iyi prognozlu santral kitlelerdir. İntraventriküler tümörlerin yaklaşık yarısını oluştururlar. En sık semptomu baş ağrısıdır. Nadiren akut hidrosefaliye bağlı mortal seyir görülebilir. Bu yazıda asemptomatik olan insidental olarak tespit edilen santral nörositomu bir olgu sunulmuştur.

**Yöntem:** İnsidental tespit edilen asemptomatik santral nörositoma sahip hastanın MRG(Manyetik Rezonans Görüntüleme) ile takibi

**Bulgular:** 31 yaşında bayan hasta 2014 yılında düşme sonrası dış merkezde acil servise başvuruyor.Çekilen beyin BT de ventrikül içerisinde kitle görülmesi üzerine tarafımıza yönlendirilen hastanın çekilen kontrastlı beyin MRG'inde sağ lateral ventriküde septum pellusiduma yapışık yaklaşık 2 cm boyutlarında santral nörositom tespit edilmiştir.Hastanın epilepsi dışında bilinen ek hastalığı olmamakla birlikte 2014 yılında bir kez nöbet öyküsü mevcuttur. Düzenli antiepileptik kullanmaktadır. Yapılan fizik muayenede nörolojik muayene doğal ve gross defisit saptanmamıştır. Hastanın aralıklı çekilen kontrastlı MRG'lerinde anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Semptomatik olmayan bu olgunun takibi kontrol MRG ile yapılmaktadır.

**Tartışma ve Sonuç:** Santral nörositomların ideal tedavisi total rezeksiyondur. Rekürrens veya rezidü kitlelerde stereotaktik radyocerrahi uygulanabilir. Cerrahi veya radyocerrahi sonrasında rekürrens durumlarında kemoterapi uygulanabilir. Takip ettiğimiz hastanın kliniğinin asemptomatik olması dolayısıyla cerrahi ve alternatif tedaviler açısından kararsız kalması üzerine tarafımızca kontrastlı MRG ile takipleri yapılmaktadır. Ve takiplerde kitle boyutlarında değişiklik olmaması, santral nörositomlarda takip seçeneğinin de akıld tutulması anlamında önemlidir.

**Anahtar Sözcükler:** Nörositom, santral nörositom, total rezeksiyon

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/201929221751.jpeg>

PS-348 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### KOŞE TÜMÖRLERİNDE SON 5 YILLIK TECRÜBEMİZ VE POST-OP İŞİTMENİN KORUNUMU

**Alperen Sözer\*, Oğuz Kağan Demirtaş, Ömer Hakan Emmez, Gökhan Kurt, Ahmet Memduh Kaymaz, Fikret Hüseyin Doğulu, Şükrü Aykol**

*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Vestibüler Schwannomlar, pontoserebellar açılış tümörleri arasında en sık görülen (%90) histopatolojik tiptir. 8. kranial sinirin kılıfından köken alan bu tümörler; denge bozukluğu, baş dönmesi, işitme kaybı ve anatomik komşuluk yoluyla periferik fasyal paralizi semptomları ile prezente olurlar veya kranial görüntüleme sırasında tesadüfen tespit edilebilirler. Cerrahi müdahale veya gamma knife cerrahi (GKS) ile tedavileri mümkündür. İki yöntemin kombine kullanımı (cerrahi öncesi ya da sonrası GKS veya cerrahi öncesi ve sonrası GKS) da tedavi seçenekleri arasındadır. Pre-op defisiti olsun veya olmasın, lezyonun alt kranial sinirlerle olan yakın ilişkisi nedeniyle post-op alt kranial sinir etkilenmesi görülebilmektedir.

**Yöntem:** Kliniğimizde 2014 yılı ve sonrasında pontoserebellar açılış tümörü nedeniyle opere edilen ve patolojisi vestibüler schwannom olarak raporlanan hastalar retrospektif olarak tarandı.

**Bulgular:** Kliniğimizde 2014 yılı ve sonrasında pontoserebellar açılış tümörü nedeniyle opere edilen ve patoloji sonucu vestibüler schwannom olarak raporlanan 87 hastadan 33'ünün verilerine ulaşıldı. Bunlardan 14 (%42,4) tanesi erkekken 19 (%57,6) tanesi kadınlardan oluşmaktadır. Bu 42 hastanın yaş ortalaması 47,9 (en küçüğü 21, en büyüğü 70)dur. Bunlardan 12 (%36,4) tanesi sol, 21 (%63,6) tanesi sağ pontoserebellar açılış yerleşimlidir. Bunlardan 2(%6,1) tanesi total, 17 (%51,5) tanesi gross total, 14 (%42,4) tanesi ise subtotal eksize edilmiştir. Hastaların 29 (%87,88) unun preop işitme kaybı mevcut olduğu izlenmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastaların 7(%21,21)sinde sonuçta total işitme kaybı izlenmiştir, bunların 4'ü halihazırda pre-op total işitme kaybı olan hastalardır. Pre-op işitme kaybı olmayan veya parsiyel işitme kaybı olan hastaların 3'ünde post op total işitme kaybı gelişmiştir, bunların 1 tanesi pre-op hiç işitme kaybı olmayan bir hastadır. Pre-op total işitme kaybı olmayan 29 (%87,87) hastadan 26 (%89,65) tanesinde işitme kısmi olarak korunmuştur. Fasiyal sinir nöromonitorizasyonu 6 (%18,18) hastada kullanılmıştır. Fasiyal nöromonitorizasyon kullanılan hastalardan grade 5 fasyal paralizi gelişen olmamıştır. İntra-op veya erken post-op mortalite izlenmemiştir.

**Tartışma ve Sonuç:** Bu çalışmada kliniğimizde opere edilen pontoserebellar açılış schwannomları geriye dönük değerlendirilmiş olup epidemiyolojik olarak literatür ile benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Literatürde tümör tarafı genellikle eşit insidanda raporlansa da bizim çalışmamızda sağda daha yüksek oranda görülmüştür. Literatürde raporlanan pre-op %90'lara varan işitme kaybı bizim çalışmamızda da aynı şekilde izlenmiştir. Pre-op total işitme kaybı olmayan hastaların %89,65'inde işitmenin korunmaya devam etmesi literatürde raporlanan %27-%68 oranlarından daha yüksektir.

**Anahtar Sözcükler:** Ponto-serebellar köşe, akustik schwannom, işitme kaybı

PS-349 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### SERVİKAL İNTRAMEDÜLLER ABSE

**Aydoğan Tekin\*, Ayşe Karataş Demirciler, Burak Akdağ, Hamit Feran**

*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji AD*

**Giriş ve Amaç:** Intramedüller spinal kord abseleri, nadir görülen, spinal kord tümörünü taklit edebilen, morbitide ve mortalitesi yüksek bir

infeksiyondur. Sıklıkla torakolomber bölgede görülmekte olup servikal bölgede daha az rastlanmaktadır. Bu çalışmada nadir görülen servikal intramedüller abse olgusu sunulmuştur.

**Yöntem:** 59 yaşında kadın hasta bir haftadır olan bacaklarda ve ellerde güçsüzlük şikayeti ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde 5 yıldır NASH'e (non-alkolik steatohepatit) sekonder karaciğer sirozu, hipertansiyon, diyabet ve morbid obezite vardı. Hastanın muayenesinde bilinç açık, koopere, oryente, batında asit vardı. Motor sistem muayenesinde sol üstte el sıkma 4/5, sağ alt ekstremitede 3/5, sol alt 1/5 kuvvetinde bulundu. Derin tendon refleksleri üst ekstremitelerde olağan, altta bilateral alınamadı. T4 dermatomu seviyesi altında bilateral hipoestezisi mevcuttu. Ateş, travma, spinal operasyon öyküsü yoktu. Servikal mr'da spinal kanal içerisinde C5-T2 seviyeleri arasında spinal kordda ekspansiyona yol açmış, t2 de hiperintens, belirgin kontrastlaşma göstermeyen lezyon ve C6-7 diskinde komşu end plateelerde düzensizlik, destrüksiyon izlendi.

**Bulgular:** Hasta acil operasyona alındı. Posterior servikal yaklaşımla C6-T1 total laminektomi yapıldı. Medulla spinalise orta hattan myelotomi yapıldı. Kavite içinde, abse ile uyumlu püy şeklinde litik materyal gözlemlendi. Salin ile irriga edilerek boşaltıldı. Postop antibiyotik tedavisi başlandı. Alınan materyalden yapılan kültürde Metisilin duyarlı Stapylococcus aureus üredi. Patoloji eksüda olarak geldi. Postop sol alt ekstremitede motor kuvvetde düzelme başladı. Hasta fizik tedavi programına alındı. Asite bağlı solunum sıkıntısı gelişen hastaya parasentez ve ardından kalıcı kateter takıldı. Yoğun bakımda takip edilen hasta hepatorenal sendrom tanısı ile exitus oldu.

**Tartışma ve Sonuç:** Spinal kord abselerinin kaynağı değişken olup en yaygın nedenleri hematojen yolla veya komşuluk yoluyla. Erişkinlerde hematojen yol ana kaynak olup çocuklarda konjenital nöroektodermal anomaliler sık nedenlerdendir. Genelde staphylococcus aureus izole edilir. Risk faktörleri arasında gecirilmiş omurga cerrahisi, başka enfeksiyon odağı, DM, IV ilaç kullanımı, HIV, immünsupresyon, kanser hikayesi, renal yetmezlik, siroz yer alır. Klinikte ateş, lökositoz, ağrı ve fokal nörolojik defisitler görülebilir. Patognomik bulgu olmamasına rağmen MRG en iyi tanı yöntemidir. Spinal kord abseleri MRG'de T1 ağırlıklı görüntülerde korda homojen genişleme, T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintens görünür. Bu görünüm intramedüller astrositom, ependimom gibi tümörlerle karışabilir. Tedavi cerrahi drenaj ve uygun antibiyoterapidir. Acil tedavi ve antibiyotik ile prognoz iyidir. Ancak preop nörolojik defisit, lokalizasyon, etyoloji klinik sonucu belirler. Tedavideki ilerlemelere rağmen, spinal kord absesi hala % 4 mortalite taşımaktadır ve çoğu hasta rezidüel nörolojik defisite sahip olmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Spinal, abse, intramedüller

PS-350 [Nöroonkolojik Cerrahi]

## ERİŞKİN TIP MEDÜLLOBLASTOM: NADİR BİR OLGU SUNUMU

**Mustafa Barutçuoğlu\*, Ahmet Sancar Topal, Onur Korkut, Cüneyt Temiz Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin Cerrahisi AD**

**Giriş ve Amaç:** Medüloblastom, malign karakterli embriyonel kökenli bir tümördür. Genellikle çocukluk tümörleri olarak bilinmekle birlikte nadiren erişkinlerde de görülebilir. Literatürde erişkin medüloblastom görülme sıklığı 5/10.000.000 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada nadir görülen erişkin tip bir medüloblastom olgusu sunulacaktır.

**Yöntem:** 42 yaşında erkek olgu 4 aydır devam eden baş ağrısı, baş dönmesi, denge bozukluğu ve bulanık görme şikayeti ile hastanemize başvurdu. Fizik muayenede bilincin zaman zaman konfü olduğu izlendi. Kranial sinirler olağan olarak değerlendirildi, serebellar bakı suboptimal, motor muayenede lateralizasyon bulgusu yoktu. İstenen konvansiyonel beyin BT tetkikinde triventriküler hidrosefali ve transependimal sızma bulgusu izlendi (resim1) ek patolojik görüntü ayırt edilmedi (resim 2). Bu bulgular ile orta basınçlı ventriküloperitoneal şant takılan olguda hızlı bir klinik düzelme izlendi. Hidrosefali etiyolojisi araştırmak üzere istenen kranial MR'da posterior fossa kesitlerinde, sol serebellar yerleşimli, postkontrast kesitlerde boyanma gösteren multipl lezyonlar izlendi (resim 3). Lezyonlara yönelik istenen incelemeler ve konsültasyonlardan sonuç alınamaması üzerine biyopsi yapılmasına karar verildi. Patolojik tanı; aşırı nodüllerite gösteren, Neu-N, sinaptofizin ve NSE ile nörositik diferansiyasyon ortaya konan, Ki-67 proliferasyon indeksi tümöral dokularda %30'u aşkın olarak değerlendirilen, DSÖ derece IV medüloblastom.

**Bulgular:** Erişkin tip medüloblastomlar çok nadir görülen tümörlerdir. Klinikte nonspesifik bulgular ile prezente olabilecekleri gibi KİBAS bulguları da gösterebilir. Olgumuzda hidrosefali ve buna bağlı klinik bulgular mevcuttu. Erişkinlerde medüloblastom, çocukluk çağındakilerden farklı olarak serebellar hemisfer yerleşimi gösterirler. Bilgisayarlı tomografi özellikle bu tür posterior fossa lezyonlarında yeterli olmayabilir. Erişkinlerde gelişen hidrosefali etiyolojisi araştırılmalıdır. MR tetkikleri posterior fossanın değerlendirilmesinde ve beyin parankim dokusuna ait patolojilerin gösterilmesinde BT'den üstündür. Medüloblastom histopatolojik tanısında prognoz kriterleri yeniden tanımlanmıştır. 2016 WHO güncellemesinde belirtildiği üzere WNT ve SHH genleri aktive olan klasik tip ve desmoplastik/nodüler tip medüloblastomların prognozları daha iyi iken grup 3 ve 4 tiplerin prognozu kötüdür. Bu nedenle tanıda histoloji tiplene yanında genetik inceleme de gereklidir. İyi prognozlu tiplerde tümör yükünün cerrahi olarak olabildiğince azaltılması ve ek tedavi protokollerinin verilmesi önerilmektedir.

**Tartışma ve Sonuç:** Erişkin tip medüloblastom çok nadir görülmesi nedeni ile tanı koymak güçtür. Nörolojik bulgulara yol açan beyin patolojileri değerlendirilirken etyolojiye yönelik incelemelerin eksiksiz olarak yapılması gereklidir. Hidrosefali tanısı BT ile konabilirken, hidrosefali etiyolojisini ortaya koymak için MR önemli bir görüntüleme yöntemidir. Kesin tanı histopatolojik olarak konmakla birlikte prognostik açıdan genetik değerlendirme şarttır.

**Anahtar Sözcükler:** Erişkin, medüloblastom

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/20192117327.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/20192117349.jpg>

PS-351 [Nöroonkolojik Cerrahi]

## SEREBELLOPONTİN KÖŞE KRANİOFARENJİOMU

**Serdar Solmaz\*, Burak Bahadır, İhsan Doğan, Melih Bozkurt Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahi AD.**

**Giriş ve Amaç:** Kraniofarenjomalar, Rathke poşu kalıntılarından ortaya çıkan benign epitelyal kaynaklı tümörlerdir. Tüm intrakraniyal tümörlerin

%1.2- 4-6'sını oluşturmaktadır. Bu tümörler, en sık sellar ile hipotalamus arasında suprasellar bölge yerleşimli olmaktadır. Kraniofarenjomaların küçük bir kısmı intrasellar yerleşimli olup çeşitli yönlerde uzanım göstermektedir. Kraniofarenjomalar için sıra dışı yerler de bildirilmiş olup bunlar arasında posterior fossa, temporal ekstradural alan ve infrasellar bölge bulunmaktadır. Posterior fossanın kraniofarenjomaları nadir olup üç farklı tipte tanımlanmıştır. Birincisi büyük bir suprasellar lezyonun posterior fossaya uzanımı, ikincisi sellar veya suprasellar kraniofarenjioma cerrahisi sonrası tümör rekürrensi ve diğeri ise posterior fossaya izole primer kraniofarenjioma olgusu şeklindedir. Tek vaka ile kraniofarenjomalar için nadir yerleşim yerlerinden biri olan serebellopontin köşe hatırlatılmak amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Kraniofarenjomaların çok nadir lokalizasyonlardan biri olan serebellopontin köşe için tek vakalık olgu sunumu tasarlanmıştır. 27 yaşında kadın hasta yaklaşık bir yıldır progresif seyreden işitme kaybı ve 2 aydır bulantı, fışkırır tarzda kusma, baş dönmesi ve yüz sol yarısında uyuşma şikayeti ile başvurdu. Hastanın aynı zamanda son bir haftadır olan denge kaybı ve düşme şikayetleri mevcuttu. Hastanın öyküsünde 3 ve 4 yaşında olmak üzere iki defa sellar bölge yerleşimde kraniofarenjioma nedeniyle operasyon öyküsü mevcuttu. Hastanın muayenesinde ataksi ve sol yüz yarısında parestezi saptandı. Mevcut bulgularla yapılan kontrastlı kranial mr görüntüleme sonucu sol serebellopontin köşede 3,5x2,5 cm ölçülen T2AG'de hiperintens, T1AG'de hipointens sinyal özelliğinde, bulbus ve ponsu basılayan, diffüzyon kısıtlanması göstermeyen kistik oluşum izlenmiştir. Periferinde yer yer kontrastlanma dikkati çekmiştir. Hastanın odyolojik değerlendirmesinde sol kulakta orta decede sensörinöral işitme kaybı saptanmıştır. Hastaya suboksipital kraniyektomi ve retrosigmoid yaklaşımla kistik subtotal tümör eksizyonu yapıldı.

**Bulgular:** Postoperatif dönemde ek nörolojik defisit saptanmayan hastanın semptomatik bulguları ve şikayetlerinde iyileşme saptandı. Tümörün histopatolojik değerlendirmesi kraniofarenjioma ile uyumlu olarak bildirilmiştir.

**Tartışma ve Sonuç:** Kraniofarenjioma olguları sıklıkla suprasellar yerleşimli görülmele birlikte olağan dışı yerleşim yerlerinde biri de serebellopontin köşedir. Serebellopontin köşeye uzanım ve yayılım dışında izole primer köşe yerleşimli kraniofarenjioma olguları bildirilmiştir. Olgumuzda görüldüğü üzere öyküsünde kraniofarenjioma olan olgularda bu olağan dışı yerleşim yerleri rekürrens açısından akılda tutulmalıdır. Mevcut nörolojik durum gözetilerek maksimum rezeksiyon sağlanmaya çalışılmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Kraniofarenjioma, serebellopontin köşe

PS-352 [Diğer]

## PERİFERİK SINIRLER VE GANGLİONLARI, MEKANORESEPTÖRLERDE TOPLANAN ELEKTROMANYETİK ENERJİLERLE BEYİNİ ŞARJ EDEN BATARYALAR MIDIR? NÖROFİZİKSEL ÇALIŞMA

Mehmet Dumlu Aydın<sup>\*1</sup>, Aybike Aydın<sup>2</sup>, Ayhan Kanat<sup>3</sup>, Sevilay Özmen<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin Cerrahisi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 5. Sınıf Stajyer

<sup>3</sup>RTE Üniversitesi, Nöroşirürji AD.

<sup>4</sup>Atatürk Üniversitesi, Patoloji AD.

**Giriş ve Amaç:** Beyin adlı elektromanyetik enerji üreticinin mevcut biyokimyasal mekanizmalarla ürettiği enerjinin kendine yetmeyeceği bilinmek üzeredir. Bu nedenle, özellikle kafadaki deride bulunan ve elektrik enerjisi üreten Meissner ve Ruffini reseptörlerde biriken elektromanyetik enerjinin ilgili afferent sinirlerle taşındıkları beyin alanlarına elektrik enerjisi transfer ettiğini düşünmekteyiz.

**Yöntem:** 5 genç ve yaşları >4,5 15 tavşanda kafa derisindeki Meissner ve Ruffini cisimciklerinin sayıları, trigeminal gangliondaki nöron dansiteleri ile retiküler formasyondaki sağlam/dejenere nöron sayıları rutin ve immunohistokimyasal yöntemler ile boyandı ve stereolojik yöntemlerle analiz edildi. Sonuçlar istatistiki olarak analiz edildiler.

**Bulgular:** Meissner ve Ruffini cisimciklerinin sayısı az olan deneklerin trigeminal ganglionlarında daha az nöron ve retiküler formasyonlarında da daha az sağlam ve daha çok dejenere nöron bulundu ( $p<0.0005$ ).

**Tartışma ve Sonuç:** Ruffini/Meissner/trigeminal ganglion bağlantısının daha az minibatarya arz ediyor olması beyin enerji üretici olan retiküler formasyonda daha fazla enerji açığı sonucu daha erken nöron kaybına yaşanmaya yol açıyor olabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Ruffini-Meissner-Trigeminal ağ, retiküler formasyon, yaşlanma

PS-353 [Nörovasküler Cerrahi]

## GENİŞ BOYUNLU BAZİLLER TEPE ANEVİZMASINDA ENDOVASKÜLER TEDAVİ: OLGU SUNUMU

İsmail İçlek\*, Durmuş Emre Karatoprak, Sarp Şahin, Bora Tetik, Mehmet Akif Durak

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Baziller arter anevrizmaları (BAA) tüm intrakranial anevrizmaların % 3-5'ini oluşturur. Klinik bulgular anevrizmanın şekline, büyüklüğüne, beyin sapına bası yapısı yapılmadığına, subaraknoid kanama (SAK) olup olmadığına göre değişir.

**Yöntem:** Subaraknoid kanama + ventriküle açılmış hematomu mevcut geniş boyunlu evre 3A baziller arter anevrizmasında başarılı endovasküler tedavi yapılan olgu sunumu

**Bulgular:** 46 yaş erkek hasta ani başlangıçlı baş ağrısı, bulantı kusma, şuur bulanıklığı sonrası senkop nedeniyle acil servis başvurusu mevcut. Fizik muayene letarjik görünümde Glaskow koma skoru 12 puanda olan hasta kranial bt'de 3. Ve 4.ventriküle açılmış hematoma; prebulber, prepontin, perimezenşefalik SAK ile uyumlu hiperdens görünüm mevcut. Acil DSA kararı verilen hasta DSA sonucu baziller arter distalde boynu solda daha belirgin olmak üzere, bilateral posterior serebral arter P1 segmentlere uzanan 12-13mm'lik geniş boyunlu sakküler anevrizma tespit edildi. Hastaya endovasküler tedavi(coil) uygulandı. 2 hafta klinik takipte nöroşirürjikal ek problem yaşanmadı.

**Tartışma ve Sonuç:** Baziller arter anevrizmaları anterior sirkülasyondaki anevrizmalar ile karşılaştırıldığında en riskli ve tedavi sonrası en kötü sonuçların alındığı anevrizma çeşididir. Endovasküler tedavide morfolojik sonuçlar dar boyunlu, küçük, sakküler anevrizmalarda iyi iken, 4 mm'den daha geniş boyunlu büyük anevrizmalarda başarı oranları düşüktür. Baziller arter anevrizmasında endovasküler tedavi uygun anevrizmalarda etkin bir tedavi seçeneğidir.



**Anahtar Sözcükler:** Baziller tepe anevrizması, endovasküler tedavi, geniş boyunlu anevrizma

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201921171112.jpg>  
<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/20192117121.jpg>

PS-354 [Nörotravma ve Yoğun Bakım]

### TRAVMA SONRASI TESPİT EDİLEN EOZİNOFİLİK GRANÜLOMA: OLGU SUNUMU

**İsmail İçlek\*, Sarp Şahin, Şahin Kenan Deniz, Bora Tetik, Arif Önder**  
*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Eozinofilik granüloma, langerhans hücreli histiositozisin en sık görülen benign formudur. Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Klinik spektrumu ve prognozu oldukça çeşitlidir.

**Yöntem:** Travma nedeniyle acil servis başvurusu sonrasında eozinofilik granüloma tanısı konulan olgu sunumu

**Bulgular:** 5 yaş erkek çocuk hasta bir hafta önce kafa travması sonrası sol frontal bölge şişlik nedeniyle acil servis başvurusu sonrası tarafımıza danışıldı. Fizik muayenede 2x2cm hiperemik solid kitlesel lezyon saptandı. Kranial BT'de sol frontal bölge cilt altı dokuyla beraber kemik defekti izlendi. Beyin MRG: Sol frontal kemik defekti komşuluğunda T1 izointens, T2 heterojen hiperintens kontrast tulumu olan lezyon mevcut. Cerrahi karar verilen hasta operasyon sonrası histopatolojik tanı eozinofilik granüloma geldi. Klinik takip sonucu genel durumu iyi olan hastanın medikal tedavisi için pediatrik hematoloji bölümüne yönlendirildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Eozinofilik granülom, genellikle erkek çocuklarda görülür. Kemik tümörlerinin %1'den azını oluşturur. Genellikle litik lezyon şeklinde kafa ve vertebral kemikleri tutar. Eozinofilik granülom, langerhans hücreli histiositozis grubu içerisinde en az şiddetli ve lokalize formu olup, en iyi prognoza sahiptir. Otoimmünite, inflamatuvar olaylar ve langerhans hücrelerinde kontrolsüz çoğalma etiyolojik faktörler arasında düşünülür. Tedavi seçenekleri arasında, cerrahi eksizyon; sistemik ve multipl tutulum olan vakalarda cerrahi ile birlikte radyoterapi, kemoterapinin tek başlarına ya da her ikisinin kullanılması bulunmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Eozinofilik granülom, travma, histiositoz

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201921171757.jpg>  
<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/20192117188.jpg>

PS-355 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### CHIARI MALFORMASYONUNDA TEDAVİ SONRASI BEKLENMEYEN BİR DURUM: SENKOP VE HİPOTANSİYON

**Tahsin Saygi, Ömer Özdemir\***

*Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Chiari tip I malformasyonu (CMI), serebellar tonsillerin, foramen magnum düzeyinden spinal kanala doğru herniasyonu ile karakterizedir. Sıklıkla bulber ve meduller kompresyona sekonder olan

çeşitli klinik bulgu ve semptomlar görülebilir. Hastalığın seyrinde nadiren senkop atakları ve ortostatik hipotansiyon gibi semptomlar da tarif edilmiş olup bu durum retiküler sistemin ya da vasküler yapıların kompresyonu ile ilişkilendirilmiştir. Tedavi ile birlikte hastalığın semptomlarının tümünde gerileme olması beklenmektedir. Literatürün aksine vakamızda önceden gözlenmeyen hipotansiyon ve senkop atakları ile CMI cerrahisi sonrası karşılaşıldı.

**Yöntem:** 57 yaşında kadın hasta baş ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Nörolojik muayenesinde GAG refleksinin (-/-) olması dışında özellikli saptanmadı. Özgeçmişinde Ventrikülo-peritoneal "şant" (VPŞ) ameliyatı, sonrasında üç kez VPŞ revizyon ameliyatı öyküsü ile hipertansiyon mevcuttu. Yapılan nöroradyolojik görüntülemelerinde şant disfonksiyonuna bağlı olduğu düşünülen genişlemiş triventriküler hidrocefali, sağ serebellar araknoid kist ve buna bağlı olduğu düşünülen dördüncü ventrikül kompresyonu CMI ile uyumluydu. Hasta ameliyat edilerek mevcut VPŞ sistemi revizyonu yapıldı, arka çukurdaki araknoid kiste kistoperitoneal "şant" sistemi yerleştirildi ve bu iki sistem "Y" konnektör ile birleştirildi. Üç ay sonraki kontrol nöroradyolojik görüntülemelerinde sağ serebellar hemisferdeki araknoid kistin tamamen kaybolduğu, dördüncü ventrikül kompresyonunun ve tonsiller herniasyonunun gerilediği görüldü. Ancak hastanın sonraki takiplerinde senkop şikayeti gelişti. Yapılan rutin tetkiklerinde senkopa neden olabilecek patoloji saptanmaması üzerine yapılan Ambulatuvar Elektrokardiyografi (AEKG) (Ritim-Holter) ve Ambulatuvar Kan Basıncı Sistemi (AKBS) (Tansiyon-Holter)'nde senkop atakları sırasında eş zamanlı olarak hipotansiyon saptandı. Hastanın mevcut antihipertansif tedavisinin kesilmesinin ardından senkop atağı tekrarlamadı.

**Tartışma ve Sonuç:** CMI'nin nadiren görülen semptomları olan senkop ve ortostatik hipotansiyonun cerrahi tedavi sonrası gerilediği birçok yazar tarafından bildirilmiştir. Literatürün aksine hastamızda CMI'ya eşlik eden hipotansiyon değil hipertansiyonu ve antihipertansif kullanımı mevcuttu. Ayrıca senkop ataklarının ameliyattan önce değil ameliyattan sonra eşlik eden hipotansiyon ile geliştiği görüldü. Bu sonuç, literatürde şimdiye kadar belirtilmemiş olsa da Chiari malformasyonuna bağlı hipertansiyonun da görülebileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Chiari malformasyonu senkop ortostatik hipotansiyon

PS-356 [Stereotaktik, Fonksiyonel Ağrı ve Epilepsi Cerrahisi]

### REFRAKTER KRONİK KRANİOFASİYAL AĞRI TEDAVİSİNDE BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ EŞLİĞİNDE TRİGEMİNAL TRAKTOTOMİ-NÜKLEOTOMİ: İKİ OLGU SUNUMU

**Aydın Aydoseli, Çetin Genç\*, Pulat Akın Sabancı, Orhan Barlas**

*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Spinal trigeminal traktus, fasiyal ağrının medullaya iletiminden sorumlu yapıdır. Trigeminal kaudal nükleus ise fasiyal ağrı ve ısı duyusunun taşıdığı spinal trigeminal sinir çekirdeğinin medullaya giriş bölümüdür. Traktotomi-nükleotomi (TR-NK) yönteminde, trigeminal kaudal nükleus ve spinal traktusta tek bir noktada perkütan radyofrekans (RF) lezyon oluşturularak ağrının bloke edilmesi amaçlanmaktadır. Başlıca endikasyonları, kraniyofasiyal malignite ağrısı, nöropatik fasiyal ağrı, tekrarlayan trigeminal nevralsi (TN), post-herpetik, glossofaringeal,

genikulat nevralljidir. Bu raporda, refrakter TN tanısı alan iki olgunun genel anestezi altında, nöromonitorizasyon ve intraoperatif bilgisayarlı tomografi (BT) rehberliğinde perkütan TR-NK ile tedavisi literatür eşliğinde sunulmuştur.

**Yöntem:** Cerrahi uygulama BT eşliğinde yapılmıştır. Uygulama sırasında traktotomi kanülü oksipitoservikal bileşkenin 2 cm lateralinden yerleştirildi (Resim 1a). İntratekal kontrast ajan verilerek BT rehberliğinde spinal kordun çapı ve dura-cilt mesafesi ölçülerek kanülün içinden ablasyon iğnesi ilerletildi (Resim 1b). Bu esnada empedans ölçümü (300-400 W subaraknoid mesafeyi, 800-1000 W medulla spinalisi işaret eder) yapıldı. Elektrodun anatomik lokalizasyonu doğrulanarak 0.1 V elektriksel stimülasyon ile nöromonitorizasyon parametreleri test edildi. Testin güvenilirliğinin sağlanmasının ardından 90°C'de 90 saniye boyunca tek bir RF lezyonu yapıldı. Hastalar postoperatif kranioservikal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile değerlendirilmiştir. Olguların preoperatif ve postoperatif ağrı seviyeleri VAS (Visual Analog Scale) ile skorlanmıştır.

**Bulgular:** Olguların postoperatif MRG incelemelerinde, oluşturulan lezyon T2 sekansda hiperintens olarak görüntülenmiştir (Resim 2). Tedavi edilen olguların preoperatif ve postoperatif VAS değerleri önemli düzeyde azalmıştır (sırasıyla 10:6, 10:4). Postoperatif dönemde birinci olguda gelişen orta seviyede ataksi iki hafta sonra gerilemiştir. Diğer olguda herhangi bir komplikasyon izlenmemiştir.

**Tartışma ve Sonuç:** Kaynaklarda TR-NK yaklaşımı uygulanan raporların kısıtlı sayıda olduğu ve olguların uzun dönem takibinin gerekliliği göz önünde bulundurulduğunda, her yeni olgu raporu benzer yaklaşımın sonuçlarının paylaşılması açısından önemlidir.

**Anahtar Sözcükler:** Trigeminal traktotomi, trigeminal nükleotomi, trigeminal nevrallji

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/20192102309.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201921023020.jpg>

PS-357 [Nörovasküler Cerrahi]

## HEMORAJİK KİTLEYİ TAKLİT EDEN KANAMIŞ GELİŞİMSEL VENÖZ ANOMALİYE BAĞLI KORPUS KALLOZUM HEMATOMU: OLGU SUNUMU

**Tuğba Moralı Güler\*<sup>1</sup>, Serkan Öner<sup>2</sup>, Ümit Eroğlu<sup>3</sup>, Özkan Akhan<sup>4</sup>, Gökmen Kahiloğulları<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

<sup>4</sup>Karabük Safranbolu Devlet Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Gelişimsel venöz anomaliler yani venöz anjiomlar en sık karşılaşılan serebral vasküler malformasyonlardır. Gelişimsel venöz anomalilerde dilate medüller venler merkeze doğru birleşerek büyük bir toplayıcı venöz sistem oluştururlar. Serebrum, serebellum, beyin sapı veya spinal kord yerleşimli olabilirler. Yüzeysel veya derin venöz sistemlere drene olurlar. Genellikle benign ve klinik olarak da sessiz olan gelişimsel venöz anomalilerin hemorajik transformasyon, iskemik komplikasyonlar veya epileptojenik odaklara neden olduğunu bildiren olgu sunumları literatürde mevcuttur.

**Yöntem:** Bu olgu sunumunda intraserebral hematoma ile hastaneye

başvuran ve altta yatan bir gelişimsel venöz anomaliye sahip olan bir vaka tartışılmıştır.

**Bulgular:** Bilinen hipertansiyon tanısı olan 63 yaşındaki kadın hasta ani ve şiddetli baş ağrısını takiben acil servise başvurdu. Hastanın travma veya enfeksiyon öyküsü yoktu. Fizik muayanesinde ve nörolojik muayanesinde özellik saptanmayan hastaya yapılan beyin BT ve MRG incelemelerinde korpus kallosumun genusunda 32x13 mmlik çevresi ödemli hemorajik alan saptanması üzerine hastaya MR anjiyografi yapıldı, belirgin bir arteriyel patoloji saptanmadı (Figür 1). Bunun üzerine hastaya beyin BT anjiyografi yapıldı. BT anjiyografide hematoma ile ilişkili görünen, sol internal serebral vene dökülen medusa başı şeklinde dilate venöz yapı saptandı (Figür 2). Takiplerinde hastanın hematomu spontan rezorbe oldu ve nörolojik muayenede de herhangi bir defisit gelişmedi. Hasta yatışının 14. gününde taburcu edildi ve takibe alındı.

**Tartışma ve Sonuç:** Genellikle benign olarak kabul edilen gelişimsel venöz anomalilerin, her ne kadar kanama eğilimi olmadığı düşünülse de bu olgu sunumunda da olduğu gibi ender de olsa hemoraji ile prezente olabildikleri akıldan bulundurulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Gelişimsel venöz anomali, intraserebral hematoma, korpus kallosum

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201921022831.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201921022856.jpg>

PS-358 [Nörotravma ve Yoğun Bakım]

## TRAVMA SONRASI KLİNİK BULGU VEREN EOZİNOFİLİK GRANÜLOM: OLGU SUNUMU

**Ruslan Yunusov\***

*Medera Hospital, Nöroşirürji*

**Giriş ve Amaç:** Eozinofilik granülom 10 yaş altı çocuklarda görülen, sıklıkla vertebra ve kalvrayal kemikleri tutan sistemik tutulum yapmayan Langerhans hücreli histiositoz formudur. Etiolojisi kesin olarak bilinmemekle beraber, inflamasyon, otoimmünite ve Langerhans hücrelerinde kontrolsüz çoğalma gibi faktörlerin olduğu düşünülmektedir.

**Yöntem:** Bu yazıda sol temporal bölgede travma sonrası klinik veren, eozinofilik granülom olgusu sunulmaktadır.

**Bulgular:** 11 yaşında erkek hasta 5 gün arayla üstüste iki kez sol temporal bölgeye travma aldıktan sonra travma yerinde 1 ay içinde giderek artan şişlik ve hassasiyet şikayeti ile getirildi. Hastaya çekilen beyin BT ve beyin MRG'de sol temporal bölgede 2x2.5cm ölçüde, kemiği destrükte eden kitle görüldü. Hastanın yapılan kemik sintigrafisi, torakoabdominal BT taramalarında ek patoloji saptanmadı. Hasta ameliyata alınarak kitle çevresel sağlam doku ile birlikte total eksize edildi. Patoloji sonucu Langerhans hücreli histiositozla uyumlu geldi.

**Tartışma ve Sonuç:** Eozinofilik granülom nadir görülen benign karakterli kemik tümörüdür. Olguların %90'ı 10 yaş altı çocuklardır ve genellikle erkeklerde görülür. Eozinofilik granülom, Langerhans hücreli histiositozun lokal formu olup, daha çok uzun ve yassı kemikleri tutmaktadır. Etiyolojisi tartışmalıdır. Hastamızın iki kez üstüste aynı yere travma alması ve sonrasında zamanla travma yerinde eozinofilik granülom oluşması travmanın etiyolojik faktörler arasında olabileceğini veya provake edici faktör olmasını düşündürmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Eozinofilik granülom, kemik tümörü, Langerhans hücreli histiositoz

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201921234432.jpg>  
<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201921234445.jpg>

PS-359 [Diğer]

## BEYİN ABSESİNİN NADİR BİR ETİYOLOJİK FAKTÖRÜ: BOMBAY KAN GRUBU

**Hakan Kurt\*, İpek Erman, Emre Özkar**

*<sup>1</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Beyin apsesi; beyin parankiminin fokal süperatif iltihabıdır. En sık görülen şekli komşu enfeksiyonlardan yayılımı olanlar genellikle tek apse odağı şeklinde kendilerini gösterirler. Bununla beraber immünsüpresif baş, boyun enfeksiyonlu kişilerde ise görülme sıklığı artmıştır. Bombay kan grubu ise ABO kan gruplama sistemi dışarısında kalan otozomal resesif geçişli bir kan grubu fenotipidir. Bombay kan grubu hindistanda 10.000 de 1 görülen bir kan grubu iken ırklarla göre değişmekle beraber ortalamasının 250000 de 1 görülen bir kan grubu olduğu tahmin edilmektedir. Bombay kan gruplu hastalarda ise VWF düzeyi düşük olma ihtimali yüksek olmakla beraber aynı zamanda lökosit adezyon defekti sıklığı da arttığı bilinmektedir.

**Yöntem:** Bu olguda 20 gün önce baş ağrısı sebebiyle başvurduğu dış merkezde maxiller sinüzit tanısı ile antibiyoterapi başlanan 7 günlük antibiyoterapi sonrasında şikayetleri gerilememesi üzerine tekrar dış merkez başvurusunda hastanın kliniğine frontal sinüzit eklenmesi üzerine antibiyoterapisi değiştirilen hastanın bu tedavi ile de şikayetlerinin gerilemeyip; mevcut şikayetlerine yer yer oryantasyon kaybı eklenen hastaya tekrar dış merkez başvurusunda çekilen kontrastlı kranial MR'ında serebral apse görülmesi üzerine hasta kliniğimize acil cerrahi operasyon planıyla yoğun bakımımıza kabullü geldi. Hastanın gelişinde GKS:14 sağ pupil solda minimal dilate ve sağ göz de minimal pitozisi mevcuttu. Hastanın dış merkez kontrastlı kranial MRG incelemesinde sağ frontalde 6 mm orta has shiftine sebebiyet veren 5\*5 cm boyutunda çevresel kontrastlanma gösteren kistik lezyon görüldü. Hastanın crossu hiç bir cross ile uyuşmuyordu. Uzun bir beklemin ardından hastanın kan grubunun Bombay rh+ olduğu tespit edildi.

**Bulgular:** Hasta opere edilerek abse çıkarıldı. Antibiyotik tedavisi ardından şifa ile taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Bu hastalarda VWF eksikliği olabileceği için buna bağlı kanama riski yüksektir. Lökosit adezyon defektine bağlı immünsüpresyon olabilir. Hastanın hayatı boyunca bir kez 0 negatif transfüzyon alabilir, ikinci bir 0 negatif transfüzyonuna başladıktan sonra hastanın dakikalar içinde mortal seyredebilir.

**Anahtar Sözcükler:** Beyin absesi, bombay kan grubu

PS-360 [Nöroonkolojik Cerrahi]

## 29 HAFTALIK GEBEDE PRİMER BEYİN TÜMÖRÜ; ATİPİK MENİNGİOMA

**Ulvi Çiftçi<sup>1</sup>, Kahan Başocak\*<sup>1</sup>, Musa Çırak<sup>1</sup>, Emre Delen<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>S.B. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

*<sup>2</sup>Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Meningiomlar beyin ve spinal kordun meningeal örtülerinden köken alan, gebelikle birlikte en sık görülen primer intrakraniyal beyin tümörüdür. Gebelikte aynı yaş hasta grubuyla karşılaştırıldığında meningioma görülme sıklığının artmamasına rağmen, gebelik esnasında var olan meningioma klinik açıdan daha da belirgin ve semptomatik hale gelebilir. Gebeliğin herhangi bir döneminde acil cerrahi müdahale zorunluluğu oluşabilir. Bu olgu ile gebelikte meningioma varlığında klinik yönetimi tartışmayı amaçladık

**Yöntem:** 34 yaşında bayan hasta epileptik atak nedeniyle acil serviste değerlendirildi. Hastanın 29 haftalık gebe olduğu öğrenildi. Nörolojik muayenesinde GKS 15 nörolojik defisit saptanmadı. Hastaya çekilen Beyin MRG de sol frontal konveksitede ekstraaksiyel yerleşimli T1 görüntülerde hipo, T2 de hiperintens görünümde içerisinde çok sayıda vasküler yapının olduğu çevre beyin parankimine bası yapan ve beyin parankiminde ödeme neden olan orta hat yapılarında sağa doğru shift oluşturan, diffüzyon görüntülerde hafif diffüzyon kısıtlanması da bulunan, aksiyal kesitte en geniş yerinde transvers çapı 58, ön-arka çapı 47, koronal kesitlerde kraniokaudal uzanımı 40 mm olan kitlesel lezyon izlendi. Görünümün öncelikle atipik meningiom olabileceği düşünüldü.

**Bulgular:** Hasta öncelikle kadın doğum kliniğine konsülte edildi. Kadın doğum kliniği tarafından hastaya sezeryan ile bebeği doğurtuldu. Sezeryandan 5 gün sonra tarafımızca hastaya sol frontal kraniotomi ile kitle eksizyonu yapıldı. Hastanın postoperatif takiplerinde nörolojik defisiti olmadı. Genel durumu iyi olan hasta taburcu edildi. Poliklinik kontrolünde hastanın patolojisinin atipik menengioma olarak raporlandığı öğrenildi. Hasta radyasyon onkolojisine konsülte edildi. Hastaya 5400 cGy radyoterapi verildi. Hasta halen polikliniğimizden takip edilmekte olup kontrol Beyin MRG'lerinde nüks veya rezidü tümör saptanmamıştır.

**Tartışma ve Sonuç:** Gebelik öncesinde boyutları sabit kalan tümör, gebelik esnasında hızla büyüyerek bebek ve anne açısından risklere neden olabilir. Gebelikle birlikte görülen meningiomalı olgularda hastanın ve doğacak bebeğin durumu multidisipliner olarak obstetrisyen, beyin cerrahi anestezi ve yeni doğan uzmanı ile birlikte dikkatle tartışılarak karar verilmesi anne ve bebek kliniği açısından iyileşme sağlayacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Gebelik, atipik meningioma, sezeryan

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201923152014.jpg>  
<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201923153227.jpg>

PS-361 [Stereotaktik, Fonksiyonel Ağrı ve Epilepsi Cerrahisi]

### EPİLEPTİK NÖBETE NEDEN OLAN FRONTAL DİFFÜZ GLİAL TÜRÖR CERRAHİSİNDE LOBEKTOMİ; OLGU SUNUMU

**Murat Kahraman\*, Eyüp Can Savrunlu, Gülseli Berivan Sezen, Benan Baysoy, Fatih Cesur, Yener Akyuva, Serdar Kabataş, Erdinç Civelek**

*S.B. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Diffüz glial tümör cerrahisinde total eksizyon çoğunlukla hayatla bağdaşmaz. Nadir olarak nondominant olan hemisferde özellikle frontal lob yerleşimli tümörlerde lobektomi ile total eksizyon yapılabilir. Bu çalışmamızda epileptik nöbete neden olan frontal lob yerleşimli diffüz glial tümör mevcut hastada yapılan lobektomi cerrahisi takdim edilecektir.

**Yöntem:** 27 yaş erkek hasta acil servise epileptik nöbet sonrası iktal dönemde getirildi. BBT de sağ frontal hipodens alan saptanan hastaya NRŞ servisi yatırıldı. Kranial MRG'de sağ frontal bölgede kontrastlanmayan, minimal çevresel ödeme neden olan hastaya cerrahi tedavi planlandı.

**Bulgular:** Sağ elini kullanan hastada sağ frontal lobun nondominant ekstremitede olduğu tespit edildi. Koronal sütüre kadar uzanan sağ frontal kraniotomi yapılan hastaya premotor korteksten itibaren sağ frontal lobektomi yapıldı. Postop tetkiklerinde total eksizyon tespit edilen hastada patoloji raporu grade 2 glial tümör olarak rapor edildi. Cerrahiye bağlı nöromotor defisiti gelişmeyen hasta onkoloji kliniğine yönlendirildi. Postop hastada epileptik nöbet gözlenmedi.

**Tartışma ve Sonuç:** Nondominant frontal lob yerleşimli diffüz glial tümörlerde lobektomi uygun bir tedavi yöntemidir.

**Anahtar Sözcükler:** Epilepsi, diffüz tümör, lobektomi

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019251418.jpg>

PS-362 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### SUBDURAL HEMATOMU TAKLİT EDEN KİTLE

**Çağrı Elbir\*, Habibullah Dolgun, Ahmet Gülmez, Caner Ünlüer, Nezih Abdullah Oral, Erdal Reşit Yılmaz, Cem Atabey, Hüseyin Hayri Kertmen**

*S.B.Ü Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Subdural hematomlar beyin cerrahisi pratiğinde nöroşirürjikal cerrahi girişim gerektiren en sık patolojiler arasındadır. Bazı intrakranial patolojiler ile karışabileceğinden ek inceleme gerektirebilmektedir. Intrakranial kiteller çok çeşitli lokalizasyonlarda görülmekle birlikte subdural mesafeye de yerleşebilmektedir.

**Yöntem:** Olgu sunumu

**Bulgular:** Yaklaşık 1.5 ay önce düşme sonrası kafa travması öyküsü bulunan ve 1 aydır baş ağrısı iştahsızlık ara ara olan uyku hali unutkanlık şikayetleri ile acil servise başvuran 77 yaş erkek hastanın öz geçmişinde hipertansiyon, koroner arter hastalığı, iskemik inme, diyabet ve prostat kanseri öyküleri olduğu görüldü. Ayrıca hastanın warfarin kullanımı da

mevcuttu. Acil servis başvurusunda görülen international ratio (INR) değeri 3.48 olarak ölçülen hastaya intrakranial patoloji ekartasyonu açısından acil servise beyin tomografisi (BT) çekilmiş ve tomografisinde sağ temporoparyetalde yaklaşık 25 mm, sol frontal bölgede yaklaşık 12 mm kalınlığa ulaşan hematoma, yumuşak doku dansitesinde dural kalınlaşma ya da kitle ayrımı net yapılamayan hiperdens görünümde düzensiz ekstraaksiyel lezyonlar görülmüştür. Hasta subdural hematoma ön tanısıyla tarafımıza danışılmıştır. Yapılan muayenesinde geçirilmiş iskemik inmeyle ilgili sol üst ekstremitede 4-/5 kas gücü ve sol alt ekstremitede 1/5 kas gücü olduğu görüldü. Hastanın kliniğimize yatırılıp sağlanarak beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRG) çekildi. Beyin MRG tetkikinde subdural hematoma benzeri lezyonun prostat kanseri öyküsü de bulunan hastada kitlesel bir lezyon olabileceği düşünülerek difüzyon ve kontrastlı MRG incelemesi de yapıldı. MRG sonucunda sağda daha belirgin (yaklaşık 28 mm kalınlığında) olmak üzere her iki tarafta T1 ağırlıklı görüntülerde hipointens, T2 ağırlıklı görüntülerde hafif hiperintens izlenen, difüzyon kısıtlaması gösteren, kontrast tutulumu görülen ekstraaksiyel lezyon alanları görüldü. Yapılan ek görüntülemeler sonucunda yaygın dura tutulumunun ve her iki frontal, temporal ve parietal bölgede subdural mesafeyi de dolduran ekspansil lezyonun primer malignitesine yönelik metastaz olduğu düşünüldü. Hasta komorbiditeleri nedeniyle cerrahi yapılmaksızın onkoloji bölümüne yönlendirildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Subdural hematoma ayırıcı tanısında kitle lezyonları ve ampiyem gibi enfektif patolojilerin de olabileceği göz önünde bulundurularak şüphelenilen olgularda BT'nin yanı sıra MRG tetkikinin de yapılması tanı açısından önem taşımaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Subdural hematoma, prostat kanseri, metastatik beyin tümörleri

PS-363 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### QUANTİFERON TESTİ(+) TBC SPONDİLODİSKİTİS-OLGU SUNUMU

**Tarık Akman\*<sup>1</sup>, Canan Akman<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji AD.*

*<sup>2</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp AD.*

**Giriş ve Amaç:** Bel ve bacak ağrısı, geceleri özellikle terleme, kilo kaybı ile gelen hastalarda mutlaka enfeksiyon belirteçleri istenmelidir. Akla ilk gelmesi gereken hastalık grubu ise Brusella ve Tüberküloz olmalıdır. Son yıllarda spondilodiskitis hastalığında bir artış görülmekte olup, ek yardımcı testler ile bu mikroorganizmaları konfirme etme şansımız artmıştır. Kültür antibiyogram sonuçlarına göre multidisipliner bir yaklaşım ile uzun vadede kombine tedaviler sayesinde bu mikroorganizmaları eradike edebilmekteyiz. Bizde burada spinal cerrahi öncesi ve sonrası tüberkülozlu bir lomber spondilodiskitis olgusuna yaklaşım deneyimimizi sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** Olgu genel olarak şikayet, nörolojik muayene, nörogörüntüleme, cerrahi ve takip açısından değerlendirildi.

**Bulgular:** 65 yaşında bayan hasta daha önce bel ağrısı nedeniyle birçok medikal konservatif tedavi almış, son 3 ayda bel ve her iki bacak ağrısı tekrar başlamış ve son 2 aydır yol yürüme mesafesinin gittikçe azalması yaklaşık 50 metrede nörojenik kladikasyon tarif eden hastada yeni eklenen

kilo kaybı, gece terlemesi, ateş semptomlarının yanında nörolojik muayenesinde bilateral alt ekstremitelerinde distalde 4+/5 kas gücü saptanması nedeniyle çekilen kontrastlı lomber spinal MRG sonrası acil servisten nöroşirürji servisine yatış verildi. Preop rutin kan mikrobiyolojik belirteçler akut faz reaktanları Quantiferon testi PPD Brusella gibi spesifik mikrobiyolojik tetkikler gönderildi. Hastada L2-3 instabilite, L3-4 modick tip 2 disk dejenerasyonu, L4-5 spinal dar kanal ve yine o seviyede spinal epidural abse formasyonu saptanması üzerine posterior L2-3-4-5 bilateral vida-rod ile stabilizasyon ve L4 vertebra total laminektomi ile dekompresyon ayrıca spinal epidural abse formasyonundan örnekleme uygulandı. Patoloji ve kültür örnekleme sonrası enfeksiyon ve göğüs hastalıkları ile konsülte edilen hastanın sonuçları tüberküloz spondilodiskitis (mal de Pott hastalığı, vertebra TBC) ile uyumlu gelmesi üzerine kombine dörtlü antitbc tedavisi en az 12 ay süre ile verilmek üzere başlandı. Rutin kontrollere gelen hastanın 9. ay içinde çekilen opaklı lomber spinal MRG'de kontrast tutan bir oluşum izlenmedi.

**Tartışma ve Sonuç:** Spinal cerrahi öncesi olguların klinik bulgu ve semptomları çok iyi analiz edilmeli, gerek duyulursa ek mikrobiyolojik tetkikler ve PCR testleri istenmelidir. Multidisipliner bir yaklaşım ile son yıllarda artan tüberküloz ve brusella spondilodiskitis ile baş etme yolları ve eradikasyonu sağlanmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Spinal epidural abse, tüberküloz spondilodiskitis, quantiferon testi

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/20192685910.jpg>

PS-364 [Nöroonkolojik Cerrahi]

## SOL FRONTAL GLİOBLASTOMU TAKLİT EDEN BEYİN ABSESİ OLGU SUNUMU

**Tarık Akman\*<sup>1</sup>, Canan Akman<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji AD.

<sup>2</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp AD.

**Giriş ve Amaç:** Baş ağrısı, bulantı, kusma, konuşma bozukluğu, motor defisit ile gelen hastada mutlaka yer kaplayıcı kitle lezyonu düşünülmeli, ayırıcı tanısında beyin absesi akla gelmelidir. Burada sol frontal dekompresif kraniyektomi ile kitle eksizyonu sonrası beyin absesi olguyu sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** Olgu genel olarak şikayet, nörolojik muayene, nörogörüntüleme, cerrahi ve takip açısından değerlendirildi.

**Bulgular:** 43 yaşında erkek hasta baş ağrısı, bulantı, kusma, ani gelişen konuşma bozukluğu, sağ hemiparezi (4/5) nedeniyle çekilen BBT sonrası sol frontal GBM? ön tanısı ile ÇOMÜ Acil Servise sevk edilen hastanın ileri tetkik, tedavi amaçlı yatışından sonra çekilen opaklı beyin MRG'de belirgin vazojenik ödem ve şift etkisi yapan multilobüle kistik komponentleri olan periferi kontrast tutan yaklaşık 2 cm çapında olan kitle lezyonu eksizyonu amaçlı sol frontal kraniyotomi ile total kitle eksizyonu CUSA yardımı ile belirgin beyin parankiminden klivaj veren sarımsı krem renkli aspiratöre kolayca gelen yumuşak vasıfta kötü kokulu beyin abse formasyonu kapsülü ile parçalar halinde çıkarıldı. Çıkan numuneler mikrobiyolojik kültür antibiyogram ve patolojiye gönderildi. Gerekli hemostaz kontrolu

sonrası katlar anatomiye uygun olarak sütüre edildi. Postop dönemde istenen enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu sonrası hastaya üçlü medikal antibiyogram tedavisi (Vankomisin-İmipenem-Metronidazol) başlandı. Postop dönemde konuşma bozukluğu ve sağ hemiparezi düzeldi. Frontal lob bulguları geriledi. Belirgin sedimentasyon ve CRP yüksekliği izlenmedi. Brusella negatif geldi. Lökositöz 17-35 bin aralığında seyretti. Aerob ve anaerob boyalı mikroskopik incelemede ilk olarak bol lökosit, %70 PNL, %30 lenfosit, gram negatif basil görüldü. Çekilen kontrol BBT'de operasyon lojunda post op değişiklikler, minimal pnömosefali ve şift-ödem belirgin regresyon izlendi.

**Tartışma ve Sonuç:** KİBAS bulguları ile gelen hastada klinik olarak enfeksiyon belirteçleri olmadığı halde belirgin vazojenik ödem ve şift etkisi yapan yer kaplayıcı lezyonlarda mutlaka beyin abse formasyonu aklımıza gelmesi gerekir. Beyin absesi tanısı konulduktan sonra mutlaka Enfeksiyon hastalıkları ile multidisipliner bir yaklaşım ile mikroorganizmanın tam bir eradikasyonu sağlanmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Beyin absesi, glioblastom, KİBAS

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019269223.jpg>

PS-365 [Diğer]

## MRG SONRASI PROGRAMLANABİLİR VP ŞANT KOMPLİKASYONU: OLGU SUNUMU

**Muhammet Dirlik\*, Merih Can Yılmaz, Serhat Baydın, Kerameddin Aydın**

*Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Hidrosefalinin cerrahi tedavisinde kullanılan programlanabilir vp şantın avantajı, hastanın nörolojik bulguları ve kranial görüntülemesine göre, revizyon cerrahisi uygulanmadan, ayarının değiştirilerek tedaviye olanak sağlamasıdır. Fakat manyetik alandan etkilenmesi dezavantajlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır.

**Yöntem:** 33 yaşında bayan hasta, normal basınçlı hidrosefaliye bağlı vp şantı ile takipliyken, kontrollerinde subdural efüzyon saptanması sonrasında sabit basınçlı şantı, programlanabilir vp şant ile değiştirildi. Taburculuk sonrası poliklinik kontrolünde beyin MRG istenen hasta, MRG çekimi sonrasında acil servise baş ağrısı şikayetiyle başvurdu.

**Bulgular:** Ocak 2018'de dış merkezde normal basınçlı hidrosefali nedeniyle vp şant uygulanmış. Yaklaşık 6 ay sonra polikliniğimize kontrol nedeniyle başvuran ve çekilen beyin BT'sinde subdural efüzyon tespit edildi. Hastanın şantı programlanabilir vp şant ile değiştirildi. İkinci ay poliklinik kontrolünde aktif bir şikayeti olmayan hastadan beyin MR görüntülemesi istendi. Görüntülemesi sonrası ikinci günde acil servisimize baş ağrısı şikayetiyle başvurdu. Beyin MR görüntülemesinde bilateral subakut subdural hematoma tespit edilen hastanın acil beyin BT'sinde, 2 gün önceki çektiği beyin MR görüntülemesi ile karşılaştırıldığında hematomun azaldığı saptandı. Hastanın programlanabilir vp şantının ayarının 1.5'den 2.5'e yükselmiş olduğu tespit edildi ve bunun sebebinin 2 gün önce çektiği beyin MRG olduğu düşünüldü. Hastanın şant ayarı tekrar düzenlendi. Hastanın birinci ay kontrol beyin bt'sinde subdural hematomun sağda kaybolduğu, solda ise minimal (3 mm) seviyeye gerilediği gözlemlendi. Şikayeti düzelen hasta rutin poliklinik kontrolüne alındı ve MR görüntüleme hakkında bilgilendirildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Normal basınçlı hidrosefali ve şant revizyonu

gerektiren hidrosefali olgularında programlanabilir vp şant çok avantajlı bir sistemdir. Bununla beraber manyetik ortamdan çok kolaylıkla etkilenip, ayarının değişmesine bağlı olarak istenmeyen bir klinikle karşı karşıya kalınabilmektedir. Bu olguda manyetik alan sonrası şant ayarı değişen ve subakut subdural hematomunun kendiliğinden düzelen olgu sunumunu paylaştık.

**Anahtar Sözcükler:** Ventriküloperitoneal şant, hidrosefali

PS-366 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## T10 İNTRADURAL EKSTRAMEDÜLLER TÜMÖR ÇIKARILMASI

**Ahmet Serhat Eroğlu\***

*Özel Ordu Medical Park Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** 10 senedir baş ağrısı ve son 3 aydır sol bacak ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvuran 47 yaşındaki bayan hastamızın uzun seneler değişik kliniklerde sadece baş ağrısına yönelik tetkik ve tedaviler alması ve sonrasında etyolojide T10 spinal tümör saptanmış olması nedeni ile sunmayı uygun bulduk

**Yöntem:** 10 senedir baş ağrısı ve son 3 aydır şiddetli sol bacak ağrısı çeken hastamızın çekilen kontrastlı MR'ında T10 intradural ekstramedüller spinal tümör saptanması üzerine ameliyat planlandı, preop nörolojik defisit saptanmadı. Operasyon hazırlık aşamasında sorun saptanmayan hastanın onamları alınarak operasyona alındı. GAA da steril saha temizliğini takiben skopi eşliğinde T10 seviyesi belirlendi. T8-T12 cilt insizyonunu takiben paravertebral adeleler koter ile sıyrıldı. Ardından T9, T10 total, T8, T11 hemilaminektomi yapılarak duraya ulaşıldı. Dura orta hattın vertikal insizyonla açıldı ve yapışık yer yer kalsifiye olan tümör liflerden mikrosürjikal olarak sıyrılarak invaziv dura ile birlikte total çıkartıldı (tümör kranialde T8, kaudalde T11 e kadar uzanıyordu) BOS akımının rahatladığı gözlemlendi ardından dura 6/0 prolene ile watertight kapatıldı. Hemostazı takiben bir adet hemovak dren konarak katlar primer kapatıldı.

**Bulgular:** Preop hastada nörolojik defisit saptanmadı. Hasta postop yataklı servise alındı, 8 saat sonra rejim başlandı mobilize edildi postop nörolojik defisit gelişmeyen hasta üçüncü gün şifa ile taburcu edildi. Patoloji: meningioma WHO grade 1.

**Tartışma ve Sonuç:** Spinal yer kaplayıcı lezyonlar BOS akımındaki obstrüsyona bağlı yalnız baş ağrısı kliniği ile karşımıza çıkabilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** T10 spinal tümör, baş ağrısı

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019214164254.jpg>

PS-367 [Pediatrik Nöroşirürji]

## 11 YAŞINDAKİ ÇOCUK HASTADA PERKUTAN ENDOSKOPİK İNTERLAMİNAR YAKLAŞIMLA LOMBER DİSKEKTOMİ DENEYİMİMİZ

**Ahmet Yardım\*<sup>1</sup>, Bülent Bozyiğit<sup>2</sup>, Hamit Çelik<sup>3</sup>, Derya Karaoğlu Gündoğdu<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Özel Buhara Tıp Merkezi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>2</sup>Özel Gözde Tıp Merkezi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>3</sup>Özel Buhara Tıp Merkezi, Nöroloji Kliniği

<sup>4</sup>S.B. Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Lomber disk hernisi(LDH) yaygın bir spinal patolojidir. Erişkinlerde sık görülmesine rağmen, nadiren çocuk ve adolesanlarda da görülebilir. Radikülopatili ya da radikülopatizis bel ağrısı genellikle başlangıç semptomudur ve bu semptomlarla başvuran çocuk hastalara, erişkinlerin aksine, diğer kas iskelet sistemi hastalıkları tanı ile ilgili ön planda düşünülür. Semptomatik lomber disk hernisi tanısı çocuklarda daha geç konur. Yetişkinlerde dejeneratif süreç disk protrüzyonu için daha önemliken çocuk ve adolesanda travma önemli bir nedendir.

**Yöntem:** Çalışmamızda 2017 yılında kliniğimize başvuran 11 yaş çocuk hastaya uyguladığımız perkütan endoskopik interlaminar yaklaşımla lomber diskektomi (PELD) ile yaptığımız cerrahi incelenmiştir.

**Bulgular:** 2 yıl önce paten yaparken düşme, 1 ay önce ağır halı kaldırma sonrası konservatif tedaviye yanıt veren bel ağrısı anamnezi olan hastanın 15 gün önce bel ve sağ bacak ağrısı başlamış. Hasta fizik tedavi kliniğine başvurmuş. Fizik tedavi kliniği tarafınca konvansiyonel tedavi yöntemleri başlanan hastanın bel ağrısı ve sağ bacak ağrısına ek olarak sağ bacakta uyuşma ve kuvvetsizlik şikayeti başlamış. Takibi sırasında ilerleyici nörolojik defisiti saptanan hasta tarafımıza danışıldı. Hastanın fizik muayenesinde düz bacak kaldırma testi sağ alt ekstremitede 30 derecede, sol alt ekstremitede 60 derecede pozitif olarak saptandı. Kas gücü sağ tibialis anterior kasında 4/5 ekstansör hallucis longus kasında 4/5, sağ diz fleksiyonunda 4/5 kuvvet mevcut olarak değerlendirildi. Diğer alt ekstremitelerde kas güçleri tamdı. DTR'ler normoaktif saptandı. Duyu muayenesinde L5-S1 dermatomuna uyan hipoestezi mevcuttu. Diğer alt ekstremitelerde dermatomal bölgelerinde duyu kusuru yoktu. Hastanın lomber MR'ında L5-S1 seviyesinde dural keseye bası yapan geniş tabanlı protrüde diski saptandı. Sağ S1 sinir kökünün L5-S1 disk protrüzyonu nedeniyle indente olduğu görüldü (Resim 1,2). Hastaya cerrahi planlandı. Operasyon hazırlığı sonrası hastaya genel anestezi altında interlaminar yolla endoskopik disk cerrahisi operasyonu yapıldı. Hastanın ameliyat sonrası bel ve bacak ağrısı, bacak uyuşması ve güçsüzlük şikayetleri geçti. Hastanın ameliyat sonrası 10 aylık beyin cerrahisi poliklinik takibinde şikayetlerinin tekrarlamadığı değerlendirildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Konservatif tedavi erişkin semptomatik lomber disk hernili hastalarda çocuklara göre daha başarılıdır. Semptomatik lomber disk hernili hastada konservatif tedaviye yanıtızlık (6 hafta), ilerleyici nörolojik defisit ve cauda equina sendromu gelişiminde cerrahi tedavi düşünülür. Lomber disk hernisi cerrahi tedavisi için uygulanan metodlar arasında mikrodiskektomi altın standart olarak kabul edilir. PELD, mikrodiskektomi ile karşılaştırıldığında çevre kaslara ve kemik yapılarla daha az hasar vermesi, hızlı hasta iyileştirme, hastanede yatış süresini kısaltma gibi çeşitli güçlü noktalara sahiptir. Mikrodiskektomiye göre minimal invazif bir teknik olan PELD erişkin yaş grubunda olduğu gibi pediatrik yaş grubunda da kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Sözcükler:** Perkütan interlaminar yaklaşımla endoskopik diskektomi, çocuk hastada semptomatik lomber disk hernisi, minimal invazif spinal cerrahi

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201927134125.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201927134139.jpg>

PS-368 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

**ANTERİOR SERVİKAL STABİLİZASYON SONRASI NADİR GÖRÜLEN KOMPLİKASYON ÖZEFAGİAL PERFORASYON: OLGU SUNUMU****Tolga Türkmen\***, **Eray Doğan**, **Aydemir Kale**, **Şükrü Aykol**

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.

**Giriş ve Amaç:** Travmaya bağlı servikal vertebra yaralanmalarında anterior plak ve füzyon günlük nöroşirürji pratiğinde sık kullanılan stabilizasyon yöntemidir. Post-op geç dönemde gelişen özefagus perforasyonu ise bu operasyonlardan sonra oldukça nadir olarak görülen ciddi bir komplikasyondur. Bu komplikasyonun görülme sıklığı literatürde %0-3,4 oranında belirtilmiştir. Özefagus perforasyonu tanısı zor konulabilen ve kendini sıklıkla disfaji, boyun ve göğüs ağrısı veya subkutanöz amfizemle belli eden bir klinik antitedir.

**Yöntem:** Bu olgu sunumunda; cerrahi sonrası geç dönemde özefagus perforasyonu gelişen bir vakayı güncel literatür bilgileri ışığında bildirmeyi amaçladık.

**Bulgular:** 40 yaşında erkek hasta; yaklaşık 5 aydır olan ve giderek artan göğüs ağrısı, sırt ağrısı ve sağ kolda uyuşma şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Tıbbi öyküsünden hastanın 22 sene önce trafik kazası geçirdiği ve meydana gelen servikal travma nedeniyle C7-T1 anterior plak ile stabilizasyon yapıldığı öğrenildi. Fizik muayenesinde sağ kol fleksiyon kuvveti 4/5, sağ el abdüksiyon kuvveti 4/5 düzeyindeydi. Sağda T1 dermatomunda da hipostezi mevcuttu. Hastanın kliniğimize başvurmadan önce dış merkezde çekilen servikal bilgisayarlı tomografisinde anterior plağın koronal eksende yer değiştirdiği, C6-C7 ve T1 vertebra korpuslarında ve paravertebral alanlarda litik-deskrüstif değişiklikler olduğu görüldü. Kliniğimize başvurusunda çekilen 2 yönlü servikal direkt grafide ise anterior plak görülemedi. Bunun üzerine özefagus perforasyonu şüphesiyle çekilen ayakta direkt batin grafisinde plağın bağırsak anslarında olduğu gözlemlendi. Hasta genel cerrahi ve göğüs cerrahisine konsülte edildi. Baryumlu üst ve alt gastrointestinal sistem incelemesinde gastrointestinal pasajın açık olduğu görüldü. İlgili bölümler tarafından takibi önerildi. Takip sürecinde plak gayta ile eksterne oldu.

**Tartışma ve Sonuç:** Özefagus perforasyonu, servikal vertebra cerrahisinde hem erken hem de -olgu sunumumuzda bildirdiğimiz gibi- geç dönemde karşımıza çıkabilecek bir komplikasyondur. Stabilizasyon materyaline ikincil gelişen erozyon geç dönemde bu komplikasyona yol açabilmektedir. Tedavi yöntemi hasta bazında değişiklik gösterebilse de erken primer onarım vakaların önemli bir çoğunluğunda gereklidir. Geçirilmiş servikal cerrahi öyküsü olan hastalarda geç dönemde gelişen disfaji, sırt ve göğüs ağrısı gibi semptomlar özefagus perforasyonu yönünden uyarıcı olmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Özefagal perforasyon, anterior servikal füzyon, servikal travma

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/20192722129.jpg>

PS-369 [Nöroonkolojik Cerrahi]

**NADİR GÖRÜLEN TEMPORAL KEMİK KAVERNÖZ HEMANJİOMU****Hüseyin Berk Benek\***, **Hakan Yılmaz**, **Emrah Akçay**

S.B. İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Kalvaryal kavernöz hemanjiomlar; tüm kemik tümörlerinin %0.2'sini, kalvaryal tümörlerin %7'sini oluşturan nadir görülen, yavaş büyüyen, benign vasküler tümörlerdir. En sık frontal ve parietal kemikte görülürler. En çok dördüncü dekatta ve kadınlarda görülmekle beraber bütün yaşlarda görülebilir. Bu lezyonlar çoğunlukla ele gelen şişlikle fark edilirler. Genellikle konjenital olup, nadiren posttravmatik olabilirler.

**Yöntem:** Baş ağrısı ve kafatasında ele gelen şişlik şikayeti ile başvuran kırksekiz yaşındaki erkek hastanın önceden travma hikayesi yoktu. Kranial MRG ve BT'sinde sol temporal kas içine yerleşmiş, kemiği destrukte eden, ılımlı kontrastlanma gösteren, düzgün sınırlı lobüle nodüler lezyon izlendi. 2.7x2.2 mm kitle cerrahi olarak total eksize edildi. Operasyon sonrası birinci günde hasta şifa ile taburcu edildi. Çıkarılan materyalin histopatolojik inceleme sonucu kavernöz hemanjiom olarak raporlandı.

**Bulgular:** Kalvaryal kavernöz hemanjiomlar, diploik alandaki damarlardan kaynaklanan ve eksternal karotid arter dallarından özellikle orta meningeal ve süperfisyal temporal arterlerle beslenen benign tümörlerdir. Genişlemiş damarsı yapılardan oluşan kavernöz hemanjiomlar normal dokunun yerini alır ve dokuyu tahrip ederler. Bizim olgumuzda da kitlenin temporal kemiğe yapışık olarak kemiği erode ettiği ve temporal adale içine doğru yayılım gösterdiği görüldü. Ayırıcı tanıda dermoid kist, fibrolipom, epidermal kist, dev hücreli kemik tümörü, multipl myeloma ve metastaz gibi iyi sınırlı osteolitik lezyonlar düşünülmelidir.

**Tartışma ve Sonuç:** Bu lezyonların kalvaryal patolojilerin ayırıcı tanılarında akıldan tutulması önem taşır. Önemli büyüklüklere ulaşmış kozmetik deformitelere neden olabilirler. Cerrahi eksizyon temel tedavi seçeneğidir ve büyük lezyonlarda yüksek vaskülariteye bağlı olarak zorlayıcı olabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Kalvaryal, kavernöz hemanjiomlar, temporal kemik

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201921010747.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201921010926.jpg>

PS-370 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

**ZONAYA BAĞLI BRAKİAL PLEKSUS TUTULUMU****Hamit Çelik<sup>1</sup>**, **Özgül Ocak<sup>2</sup>**, **Ahmet Yardım<sup>\*3</sup>**, **Bülent Bozyiğit<sup>4</sup>**<sup>1</sup>Özel Buhara Tıp Merkezi, Nöroloji Kliniği<sup>2</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nöroloji AD.<sup>3</sup>Özel Buhara Tıp Merkezi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği<sup>4</sup>Özel Gözde Akademi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Zona zoster in en sık komplikasyonu postherpetik nevraljidir. Herpes Zoster ilişkili ekstremitte parezisi genellikle plekus veya periferik sinire lokalize güçsüzlükle ilişkilidir ve sıklıkla Post Herpetik Nevralji ile birliktedir. Zona ilişkili ekstremitte parezilerinin %37

radikülopati %14 mononöropati %8 radiküloplexus nöropatiye bağlıdır. Motor nöropati herpes zoster hastalarının %0. 5-5'inde gözlenir. Hasta değerlendirilmesinde dikkatli olunmalıdır.

**Yöntem:** Varisella zoster enfeksiyonu sonrasında gelişen sol kolda güçsüzlük ve ağrı şikayeti ile gelen bir olguyu inceledik.

**Bulgular:** 7 hafta önce sol kolunda ağrılı lezyonları sonrasında herpes zoster tanısı alan, son 3 gündür ağrıları şiddetlenen ve kolunu kaldırmada zorluk yaşayan hasta. Nörolojik muayenesinde sol üstte tek tek kas gücü muayenesinde m. deltoidus 4/5, m. Biceps 3/5, m triceps 3/5, bilek ekstensörleri 4/5 bilek fleksörleri 4/5, el fleksörleri ve ekstansörleri 4/5 el sıkma zayıf idi. Sol biceps, triceps, stiloradial refleksler hipoaktif saptandı. C4-C6 dermatonuna uyan döküntüleri izlendi. Üst eskremite sinir ileti incelemesi ve iğne EMG:Motor ileti incelemesinde BKAP amplitüdüleri normal, ileti hızları düşük, distal latansları uzamış saptandı. Duysal ileti incelemesinde DSAP düşük ileti hızı yavaşlamış saptandı. İğne EMG' de brakial pleksus üst ve alt trunkusda şiddetli alt trunkusta ılımlı denervasyon bulguları saptandı. Yapılan incelemede brakial pleksusda tüm trunkuslarda denervasyon bulguları saptandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Bu olgu sunumu ile özellikle üst ekstremite güçsüzlüklerinde cerrahi planlanırken radyolojik görüntüleme yöntemlerinin izole olarak değerlendirilmesinin yanlış tanıya ve tedaviye yol açabileceğini vurguladık. Radiküler ağrı ve güçsüzlük şikayeti ile prezente olan hastalarda Herpes Zoster enfeksiyonunun etyolojik bir faktör olabileceği, tek tek kas gücü muayenesi yapmanın gerekliliği, nörolojik muayenede inspeksiyonunun önemini ve elektrofizyolojik çalışmanın tanıdaki önemini vurguladık.

**Anahtar Sözcükler:** Herpes zoster, varisella zoster, radikülopati, pleksiopati

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019212105246.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201921210541.jpg>

PS-371 [Nöroonkolojik Cerrahi]

## EPIDURAL KANAMAYI TAKLİT EDEN LENFOMA: OLGU SUNUMU

**Mehmet Alptekin<sup>1</sup>, Abidin Murat Geyik<sup>1</sup>, İbrahim Erkult<sup>1</sup>, Serhat Pusat<sup>2</sup>, Ali Nehir<sup>1</sup>, Ali Atadağ<sup>\*1</sup>**

<sup>1</sup>Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi

<sup>2</sup>S.B. Sultan Abdulhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi

**Giriş ve Amaç:** Çocukluk çağında santral sinir sistemi ve örtülerinde lenfomalar görülmektedir. Özellikle 15 yaş altı çocuklarda Hodgging dışı lenfomalar Hodgging lenfomalardan 1.5 kat fazla görülmektedir. Hodgging dışı lenfomalar erken çocukluk ve genç erişkin dönemde görülme sıklığı artmaktadır. Çocukluk çağında görülen Hodgging dışı lenfomalarda (NHL) santral sinir sisteminde olguların %10-15'i görülmektedir. Tanı anında genelde menenjit gibi yayılım mevcuttur.

**Yöntem:** 2 yaş 9 aylık erkek hasta ani baş ağrısı şikayeti ile acil servise başvurmuş. Labaratuvar bulgularında anormallik tespit edilmeyen hasta baş ağrısı nedeni ile çekilen beyin BT'de epidural subdural hematoma ön tanısı ile kliniğimize sevk edildi. Çekilen beyin MRG'de yaygın konsolide alanlar tespit edilen hasta gerekli tetkiklerini müteakiben operasyona alınarak sağ parietookspital geniş kraniotomi ile kemik flep kaldırıldı.

Epidural ve subdural mesafedeki organize hematoma görünümü dokular eksizye edildi. Patoloji Non Hodgging Lenfoma ALL/B lenfosittik tip olarak raporlandı. Sistemik muayene ve çekilen MRG lerde patolojik lenf nodu tutulumu saptanmadı.

**Bulgular:** Primer SSS lenfoması tüm beyin tümörlerinin %1'ini oluşturmaktadır. NHL çocukluk çağı lenfomalarının %60 ını oluşturur. Genellikle ekstranodal hastalık olarak karşımıza çıkar. Etiyolojisinde bazı virüslerinde rol aldığı belirtilmektedir. Karakteristik olarak frontal, parietal beyaz cevher yada supratentorial subependimal yerleşimlidir. Olgumuzda olduğu gibi epidural subdural yayılım oldukça nadir görülmektedir. Tanıda yüksek sellülariteye bağlı kısıtlanmış difüzyon gösteren lenfoma, difüzyon ağırlıklı görüntülerde hiperintens, ADC haritada ise hipointens görülür.

**Tartışma ve Sonuç:** Çocukluk çağında görülen lenfomalar nadiren de olsa subdural yayılımla ortaya çıkabilir.

PS-372 [Pediatrik Nöroşirürji]

## HİDROSEFALİ VE CHIARI MALFORMASYONU TIP 2'NİN EŞLİK ETTİĞİ MİYELOMENİNGOSELLİ HASTALARDA ENDOSKOPIK ÜÇÜNCÜ VENTRİKÜLOSTOMİ SONRASI BEYİN SAPI YÜKSELMESİ

**Emrah Egemen\*, Yakup Ozan Türkmenoğlu**

*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Miyelomeningosel omurga defektine yol açan en sık doğumsal anomalidir ve spinal disrafizmin en ciddi formudur. Sıklıkla Chiari Malformasyonu Tip 2 (CM 2) ve buna bağlı olarak hidrosefali eşlik eder. Yenidoğan döneminde endoskopik üçüncü ventrikülostomi (ETV) başarısı düşük olduğu için genellikle ventriküloperitoneal şant takılmaktadır. Ancak şant disfonksiyonu geliştiğinde öncelikle endoskopik üçüncü ventrikülostomi (ETV) yapılması önerilmektedir. Bu çalışmada kliniğimize daha önce şant takılmış ve ETV ile revizyon sonrası beyin sapı düzeyi yer değiştiren 2 hastayı sunduk.

**Yöntem:** Olgu 1: 25 yaşında kadın hastaya doğum sonrası miyelomeningosel tamiri yapılmış ve CM 2'ye bağlı hidrosefali nedeniyle 4 kez şant revizyonu uygulanmıştır. Baş dönmesi, dengesizlik ve yürüyüş bozukluğu ile başvuran hastaya eş zamanlı suboksipital dekompresyon / duraplasti ve ETV yapılarak şanti çıkarıldı. Hastanın postop 1. yıl MR görüntülerinde lateral ventriküller ve 3. ventrikül boyutlarında azalma ve beyin sapının anlamlı bir şekilde yükseldiği gözlemlendi (Resim 1). Olgu 2: 5 yaşında kız çocuk, doğumdan hemen sonra diastometomiyeli ve miyelomeningosel nedeniyle opere edilirken eş zamanlı olarak hidrosefali nedeniyle ventriküloperitoneal şanti takılmıştır. Batın duvarında şant trasesisinin üzerinde kızarıklık ve şişlik tespit edilen hasta şant enfeksiyonu nedeniyle opere edildi. Şanti çıkarılan hastaya ETV yapıldı. Ameliyat sonrası radyolojik görüntülemelerinde beyin sapının anlamlı bir şekilde yükseldiği gözlemlendi (Resim 2).

**Tartışma ve Sonuç:** Şant takılması uygulaması basit bir cerrahi yöntem olmasına rağmen uzun dönem komplikasyonları ve revizyon ihtiyacı sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Myelomeningosel ve buna bağlı olarak CM 2 ve hidrosefalisi olan hastalarda ETV'nin başarısı yenidoğan döneminde düşüktür. Eğer yapılabiliriyorsa fleksible endoskop ile ETV sırasında koroid pleksus koterizasyonunun yenidoğan döneminde başarıyı artırdığı raporlanmıştır. Bu hastalarda şant revizyonu ihtiyacı



doğduğunda öncelikle ETV uygulanması bilinen bir yöntemdir. Bizim yapmış olduğumuz ETV sonrasında şantın takılı olduğu ve işlevsel olduğu dönemlere göre beyin sapında seviyesinde yükselme gözlemledik. Diğer taraftan CM 2 tanısı olmayan şant takılmış hastaların ETV ile revizyonu sonrası böyle bir bulguya rastlamadık. Saptamış olduğumuz beyin sapı yükselmesi literatürde daha önce bildirilmemiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Chiari Malformasyonu Tip 2, hidrosefali, endoskopik üçüncü ventrikülostomi, beyin sapı yükselmesi

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019210102630.jpeg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201921010273.jpeg>,

PS-373 [Nörotravma ve Yoğun Bakım]

### CHRONIC SUBDURAL HAEMATOMA IN LIVER DISEASE PATIENTS WITH COAGULOPATHY, LOCAL EXPERIENCE

**Ashraf Elbadry\***

*Mansoura University Hospital, Neurosurgery Department*

**Background and Aim:** Hepatitis is one of endemic diseases in Egypt represent in almost 15-18% of population, beside bilharzial preportal fibrosis with its sequelae of thrombocytopenia and bleeding disorders making a treating of chronic subdural haematoma challenging neurosurgeon for getting best results especially no guidelines to follow. Aim of the work: to evaluate the surgical results clinically, radiologically and efficacy of rapid correction of coagulopathy and plate-lets for evacuation of chronic subdural hematoma (CSDH) in prospective controlled manner.

**Methods:** It includes two groups: group A which had bleeding disorder due to liver disease (hepatitis & bilharsiasis) 75 cases and the other group B which is normal control group 150 cases) in the period from March 2008 till July 2018 with follow up range from 4 months to 4 years. The surgical procedure was done under general anesthesia by two burr holes' evacuation. Clinical, neurological examination and Computed tomography (C.T.) was done for all cases pre & post-operative, serial follow ups. The discharge from the hospital range from 5 days to 10 days according to the condition of the patient.

**Results:** The mean age was 61,3 years old  $\pm$  15,7 collectively in both groups, male predominance 173 cases (76.9%) while female were 52 (23.1%). The haematoma was located over the left or right convexity in 40.2% and 37.2%, respectively. A bilateral haematoma was noted in the remaining patients (22.6%), main symptoms & signs in both groups: headache, hemiparesis, gait abnormalities, dementia. Haematological correcting protocol in group A improve INR  $\leq$  1.6 and platelets  $\geq$  80000 in 68 cases (90.7 %) intraoperatively lead to Excellent & Good post-operative result of 82.6% in group A compared to 93.3% in group B. Fair and poor outcome associated in our series with old ages, hypertension and INR  $\geq$  1.6 & platelets  $\leq$  60000

**Conclusions:** Good haemostasis and correction of associated coagulopathies is the cornerstone of satisfactory results in chronic liver disease patients with chronic subdural haemorrhage. Increased awareness especially in developing countries is therefore important to ensure proper follow-up and early intervention.

**Keywords:** Chronic subdural, coagulopathy, disease, patients, local experience, neurosurgery, hypothesis, anesthesia

PS-374 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### CERVICAL VERTEBROPLASTY IN OSTEOPOROTIC PATIENTS WITH CERVICAL DISC PROLAPSE SURGERY

**Ashraf Elbadry\***

*Mansoura University Hospital, Neurosurgery Department*

**Background and Aim:** The first vertebroplasty procedure was done by Harve Deramond in France in 1984 for a case of a hemangioma in the body of cervical vertebrae. Bone cement (that injected under pressure) fills the areas of bone loss in the body making it more strong to overcome stress which caused by osteoporosis. The usage of cervical vertebroplasty to strength the vertebrae in cervical disc surgery in osteoporotic patients before application of cages very limited in literatures. The aim of this study was to evaluate the success rate of this technique and record its sequelae

**Methods:** The years 2011–2017 this technique was achieved in 2 male and 5 female. Their age was vary between 47 to 67 years (mean age: 54.1 Years.) Who documented to have osteoporosis by bone densitometry. The surgical steps consist of open anterior cervical vertebroplasty in selected level adjacent to prolapsed cervical disc, disectomy then putting the cages.

**Results:** In 5 cases pain relief was observed immediately after the procedure while 2 cases complained from inter-scapular pain relieved by simple analgesics for 6 weeks. The study showed no life-threatening complications.

**Conclusions:** Cervical spine vertebroplasty with cervical disc surgery and cage application can be done without major sequelae but this data to be a concept must applied on higher number of cases.

**Keywords:** Bone cement, hemangioma, cavernous, central nervous system, magnetic resonance imaging, spinal interventional radiology, vertebroplasty

PS-375 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### PARASAGITTAL MENINGIOMA SURGERY

**Ashraf Elbadry\***

*Mansoura University Hospital, Neurosurgery Department*

**Background and Aim:** Meningioma in parasagittal location represent between 20%-30% of meningioma in the cranial cavity. The close relation of it with superior sagittal sinus make its surgical resection is a great challenge to the surgeon to get a good result.

**Methods:** We collected 23 cases of parasagittal meningioma cases medical records (including pre- & postoperative clinical pictures, images plus operative details and complications postoperatively) who admitted to neurosurgery dept., Mansoura University Hospital and underwent surgical resection in the period that began in 2010 and ended in 2018. We followed up the cases at least for 6 months.

**Results:** The patient's age varied between 64-35 years. 16 female & 7 males. The presenting symptoms was headache (11 patients), fits (6 patients), motor weakness (5 cases), abnormal gait (1 patient) and dizziness (1 case). 15 cases had gross total tumor excision while 8 cases

showed partial tumor removal. Recurrence rate was in 4 cases (17.4%) plus two mortality cases.

**Conclusions:** Through our series we could detect cardinal factors in prognosis of these cases which included: tumor size, histology, preoperative identification of the venous collateral and preservation of it in the surgical maneuver. the meticulous microscopic surgical technique can augment this goal.

**Keywords:** Parasagittal meningioma, intracranial hypertension, superior sagittal sinus

PS-376 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### CAN HYDROGEN PEROXIDE ENHANCE HAEMOSTASIS IN MENINGIOMA SURGICAL EXCISION WITHOUT PREOPERATIVE EMBOLIZATION?

**Ashraf Elbadry\***

*Mansoura University Hospital, Neurosurgery Department*

**Background:** In spite of meningiomas are benign lesions mostly, but their surgical excision may be hazardous due to their high blood loss during excision which may harm the patients. Many materials have been used to enhance haemostasis during surgery which may be had a chemical, electrical, or compressive effect. The usage of hydrogen peroxide as a haemostatic agent in meningioma surgery has been reported just in one paper in our hands after a search.

**Aim:** To enhance haemostasis intraoperative during meningioma excision without preoperative embolization.

**Methods:** Twenty-five patients underwent resection of meningioma after direct intratumor injection of H2O2 without preoperative embolization followed by haemostasis of tumor bed with cotton piece filled with H2O2 for few minutes. The selected locations of these included meningiomas were surface lesions like convexity, frontal, parasagittal and some limited skull base ones late in the study.

**Results:** the blood loss was greatly reduced with more easily removed tumors. All the patients did not suffer from air embolism or other major complication related to use of H2O2.

**Conclusions:** The usage of H2O2 by direct tumor injection is safe to the patients and greatly reduce the blood loss intraoperatively without a need for embolization.

**Keywords:** Haemostasis, meningioma, H2O2, blood loss, intra tumor

PS-377 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### LOMBER DİSK HERNİSİ AYIRICI TANISINDA NADİR BİR OLGU: BRUCELLA KAYNAKLI EPİDURAL ABSE

**Serdar Solmaz\*, İhsan Doğan, Yusuf Şükrü Çağlar**

*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Brusellozis, fakültatif intrasellüler yerleşimli gram-negatif bir bakteri olan *Brucella* cinsinden kaynaklanan birçok doku ve organları tutabilen sistemik zoonotik bir enfeksiyondur. *Brucella* mikroorga-

nizmasının hayvanlardan insana bulaşı enfekte hayvanlarla direk temas veya enfekte hayvanların ürünlerinin tüketimiyle olmaktadır. Brusellozis sıklıkla sakroileit, artrit, osteomyelit, spondilodiskit gibi osteoartiküler tutulumla seyretmektedir. Vertebrada en sık lumbosakral bölgede lokalize osteomyelit olarak görülmektedir. Epidural alan yerleşimi nadir olarak bildirilmektedir. Klinik pratikte epidural yerleşimli patolojilerin ayırıcı tanısında brusellozis tutulumu ön planda düşünülmemektedir.

**Yöntem:** 64 yaşında erkek hasta 1 aydır mevcut olan ve zamanla artan bel ve sağ bacak ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın nörolojik muayenesinde düz bacak germe testi pozitif saptanmış olup nörolojik defisit saptanmamıştır. Hastanın 1 ay önce dış merkezli çekilen lomber MRG'sinde T2AG'de L4 vertebra korpusunu ve inferior end-plate tutan ve L4-5 intervertebral disk mesafesinde sinyal değişikliğine neden olan hiperintensite izlenmekte olup hastaya takip kararı alınmış. Mevcut şikayetlerinin progresyonu 1 ay sonra üzerine çekilen lomber MRG'sinde T2AG'de L4 vertebra korpusunda, L4 inferior end-plate, L4-5 intervertebral diskinde hiperintensite sinyal değişikliği ve sağ L4-5 intervertebral forameni daraltan ve sağ L4 ve L5 köklerini basılayan lezyon saptanmıştır. Abse ayırıcı tanısı açısından çekilen kontrastlı lomber MRG'da L4-5 mesafesinde köken alan epidural alanda abse ile uyumlu olarak periferik kontrastlanma saptanmıştır.

**Bulgular:** Hastaya spinal epidural abse ön tanısı ile yapılan cerrahide epidural abse saptandı. Yapılan mikrobiyolojik değerlendirme sonucu *Brucella* ön tanısı hastaya üçlü kombine antibiyoterapi(streptomisin 1\*1 g/gün(21 gün), doksisisiklin 2\*100 mg/gün(90 gün), rifampisin 1\*600 mg/gün(90 gün)) başlamış olup kültürü sonucunda da *brucella* ürettiği bildirildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Brusellozis hala dünyada önemli endemik bir hastalık olarak görülmektedir. Spinal epidural abse oluşumuyla seyrebilmektedir. Klinik pratikte, anamnez ve laboratuvar tetkikleri ile risk grubu hastalarda radyolojik görünüm benzerliği ve brusellozis için tipik görünüm ve lokalizasyon olmaması nedeniyle epidural patolojilerin ayırıcı tanısında akıldan tutulmalıdır. *Brucella* genellikle lomber disk mesafesini tutan osteomyelit ve spondilodiskit tablosu ortaya çıkarabilen enfeksiyöz bir hastalıktır. Sunmuş olduğumuz vakamızda görüldüğü gibi *Brucella* epidural alanda da abse yol açmaktadır. Epidural alandaki abselerin ayırıcı tanısında *Brucella* yer almadığından brusellozis tanısı atlanmaktadır. Epidural alanda abse ile spondilodiskit tablosunun klinik ve radyolojik olarak eşlik ettiği vakalarda bruselloz tanısı akıldan tutulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Brusellozis, spinal epidural abse, spondilodiskit

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019211079.jpeg>

PS-378 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### POSTERİOR MEDİASTENE UZANIM GÖSTEREN SPİNAL KORD SCHWANNOMA OLGU SUNUMU

**Recai Engin\*, Yunus Emre Durmuş, Merih Can Yılmaz, Serhat Baydın, Kerameddin Aydın**

*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Spinal tümörler yerleşim yerlerine göre kendi içlerinde sınıflandırılırlar. Spinal tümörlerin %40'ı intradural ekstrapredüller, %5'i intradural intramedüller, %55'i ekstradural tümörlerden oluşur. En sık

görülen intradural ekstrapredüller tümörler meningioma ve schwannoma, intradural intramedüller tümörler ependimoma ve astrositoma, ekstradural tümörler ise metastazlar ve lenfomalardır. Sinir kılıfı tümörleri schwann hücrelerinden köken alır. Spinal kanalda eşit oranda yer alırlar. %90 dan fazlası benign karakterde tümörlerdir. Rekürrens nedeninin çoğunu total rezeksiyon yapılamaması oluşturur.

**Yöntem:** Son bir aydır sağ bacakta güçsüzlük uyuşukluk, son 20 gündür de sol bacakta güçsüzlük olan hastanın çekilen kontrastlı spinal aks MR görüntüsünde C7 düzeyinde schwannom saptanan hasta tartışılacaktır.

**Bulgular:** 14 yaşında erkek hastanın alt ekstremitelerinde güçsüzlük olması sonrası çekilen kontrastlı spinal aks MR görüntülerinde C7 sağ nöral forameni dolduran lateralde sağ akciğer apeksine ve paraservikal alana uzanım gösteren 44\*24\*23 mm boyutlarında homojen kontrastlanan kitle saptanması üzerine tarafımızca cerrahi tedavi kararı verildi. Hastanın preoperatif muayenesinde üst ekstremiteler kas gücü bilateral 4/5 alt ekstremiteler bilateral 2/5 idi. Nöromonitörizasyon eşliğinde posterior girişim ile intradural ekstrapredüller kitle eksizyonu yapıldı. Hastanın postoperatif muayenesinde üst ekstremiteler sağ 3/5, sol 4/5, alt ekstremiteler bilateral 3/5 idi. Daha sonra anteriorde paraservikal alana ve akciğer apeksine uzanan kitlenin kalan kısmına yönelik KBB, göğüs cerrahisi ve nöroşirürji ekiplerince ortak operasyon ile kitle eksizyonu yapıldı. Postoperatif takibi sonrası fizik tedavi servisine devir edildi. Fizik tedavi sonrası motor muayene alt ve üst ekstremiteler bilateral 5/5 olarak taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Schwannoma insidansı 0.3-0.5/100.000'dir. Kadın erkek oranı eşittir. En sık 4.-6. dekatta görülürler. Genellikle baş boyun ve üst ekstremitelere yerleşirler. Hastaların çoğunda şikayetler nonspesifiktir. Bu nedenle tanı konulduğunda çok büyük boyutlara ulaşabilirler. Geç dönemde spinal kord basısına bağlı radiküler ağrı ve nörolojik hasar ortaya çıkar. MR görüntüsünde tipik olarak nöral foramenden köken alan düzgün sınırlı, kapsüllü, solid yapıdadırlar. Nadiren nöral foramenden dışarı çıkarak posterior mediastene, retroperitona, paraservikal alana uzanım göstermesi ve nörofibromatozis tip 2 gibi sendromlarda multiple izlenmesi nedeniyle cerrahi eksizyonu için multidisipliner yaklaşım gerektirmektedir. Cerrahide amaç total rezeksiyondur ancak total rezeksiyon düşünülen hastalarda tümörün köken aldığı sinir kökü feda edilir. Total rezeksiyon nörolojik hasara neden olarsa bu tümörlerin yavaş büyüyen tümörler olduğu unutulmamalıdır ve subtotal rezeksiyon yapılmalıdır. Total rezeksiyon yapılamayan olgular düzenli olarak takip edilmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Torakal, schwannoma, mediasten

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201929235643.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/20192923571.jpg>

PS-379 [Cerrahi Nöroanatomi]

## KANALİS BASİLLARİS MEDIANUS KAYNAKLI BEYİN OMURLİK SIVİSİ RİNORESİ OLGUSU

Mehmet Töngel<sup>\*1</sup>, Ahmet Keleş<sup>2</sup>, Celal Günay<sup>2</sup>,

Muhammet Arif Özbek<sup>1</sup>, Yıldırım Ahmet Bayazit<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Özel İstanbul Medipol Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Özel İstanbul Medipol Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Kanalis Basillaris Medianus (CBM), klivusun ender olarak görülen, foramen magnumundan basioksiput'un önüne uzanan bir orta hat kanalıdır. Genel olarak CBM, herhangi bir klinik önemi olmayan anatomik bir varyant olarak kabul edilir. Bununla birlikte, az sayıda çalışma, menenjit gibi, hastalığın ilerlemesi için potansiyel yollar oluşturabileceklerini göstermektedir.

**Yöntem:** Şiddetli baş ağrısı, mide bulantısı şikayeti ile acil servise başvuran 40 yaşındaki kadın hastanın berrak renkli akışkan kıvamlı rinoresi olduğu tespit edildi. 6 aydır ara ara baş ağrısı atakları ve bu dönemlerde rinoresi olan hasta ilerleyen saatlerde yüksek ateş, konfüzyon, ajitasyon gelişmesiyle nöroloji tarafından değerlendirildi. Beyin BT'sinde yapmaya engel durum saptanmadı. Yapılan makroskopik BOS incelemesinde pürülan görünüm hakimdi. 10 gün yoğun bakım yatışıyla sonlanan pnömokok menenjiti tablosunun nedeni için istediğimiz ince kesit paranazal sinüs tomografisi ve yoğun bakım yatışı sırasında çekilen kontrastlı beyin MRG ortak değerlendirmesinde sol sfenoid sinüs arka duvarında, klivus üst duvarında orta hatta 4,5 mm çaplı, düzgün konturlu kemik defekt belirlendi. (Şekil 1.), (Şekil 2.) Operasyonda sfenoid sinüs arka duvarından aktif BOS geliş ve aynı bölgede pulsasyon mevcuttu. Alan nöronavigasyon ile üç boyutlu BT görüntüsü üzerinden teyit edildi. Sinüs mukozası tamamen sıyırıldı. Alan üzerine yapay dura kullanıldı ve üzerine fibrine glue sıkıldı. Karından alınan yağ dokusu ile sinüs oblitere edildi. Üzerine nazoseptal flep çevrilerek üzerine fibrin glue'nun kalaniyla desteklendi. Hasta 4 günlük yatarak takip sonrası 1 hafta antibiyoterapi reçete edilerek taburcu edildi.

**Bulgular:** CBM, klivusun intrakraniyal yüzeyinde, özellikle foramen magnumun ön kısmındaki basioksipital kısmında uzanmaktadır. Komplet ve inkomplet tipler olarak sınıflandırılır. Bizim vakamızda 4,5 mm çaplı sol sfenoid sinüs arka duvarında komplet tip defekt mevcuttu. Radyolojik olarak, ince kesit kafa tabanı BT taraması, CBM'leri görmek için tercih edilen görüntüleme seçeneğidir ve komplet ve inkomplet tipleri ayırt edebilir. T1 MRG, kanalı çevreleyen kortikal kemiği hipointens bir halka olarak göstererek defekti belirleyebilir. Menenjit nedeni olarak literatürde hem komplet hem de inkomplet tipte az sayıda vaka bulunmaktadır. Bazifenoit defektlerine bağlı menenjit, iyi huylu anatomik varyantlar olarak kabul edilen CBM'lerden ziyade sıklıkla daha ciddi malformasyonlar olan gerçek ensefaloseller veya meningoseller ile ilişkilidir. Bizim olgumuzda erken tanı konamaması menenjit gelişimiyle sonuçlandı. Cerrahi onarım primer tedavi idi

**Tartışma ve Sonuç:** Kanalis Basalis Medianus (CBM), klivusun anatomik olarak ender görülen bir normal konjenital varyantıdır. CBM'den BOS kaçağı nadir bir sunumdur, klinik bulgu varsa tedavisi cerrahidir.

**Anahtar Sözcükler:** Rinore, Menenjit

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201921023443.jpeg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201921023453.jpeg>

PS-380 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## OS ODONTOİDEUM OLGUSUNDA UYGULANAN C1 YAN KİTLE VE C2-3 TRANSFASET VİDALAMA TEKNİĞİNİN SONUÇLARI

Ali Akay<sup>\*1</sup>, Rauf Nasirov<sup>1</sup>, Murat Düzgün<sup>2</sup>, Mete Rükşen<sup>1</sup>,

Sertaç İşlekel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kent Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>2</sup>İzmir Medikalpark Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Atlantoaksiyel instabilitenin tedavisinde yıllarca içerisinde birçok cerrahi teknik tarif edilmiştir. Şentürk ve arkadaşları ise 2017 yılında C1 yankitle ve C2-3 transfaset vidalama tekniğini Turkish Neurosurgery dergisinde alternatif yeni teknik olarak sunmuşlardır. Biz de bu tekniği, kendi kliniğimizde os odontoideum tanılı, C1-2 instabilite olgusunda uyguladık. Bu yazıda C1 yankitle ve C2-3 faset vidalama tekniğinin ameliyat sonrası geç dönem sonuçları ve teknik tartışılmaktadır.

**Yöntem:** OLGU:28 yaşındaki kadın hasta uzun süredir olan şiddetli ense ağrısıyla başvurdu. Hastanın muaynesinde, boyun hareketleri ile artan occipital nevralsi saptandı. Duyusal ve motor defisit yoktu, dört ekstremitede derin tendon refleksi canlı olmasına rağmen patolojik refleks alınmadı. Hastaya yapılan servikal BT tetkikinde os odontoideumla uyumlu görünüm ve servikal MRG'de C1-2 seviyesinde omurilikte myelopati görünümü mevcuttu. Hastaya C1-2 posterior stabilizasyon (Goel teknik) ameliyatı planlandı. Fakat hastanın servikal BT tetkikleri dikkatli bir şekilde incelendiğinde C2 pediküllerinin çok ince ve transvers foramenlerin pedikül içine girdiği fark edildi. Literatür incelendiğinde Şentürk ve arkadaşlarının tanımladıkları bu yeni teknik, bizim olgumuza da uygun bulundu. Hastaya C1 yan kitle ve C2-3 transfaset vidalama uygulandı.

**Bulgular:** Bu olguda postoperatif erken occipital nevralsi bulgusu kayboldu. Boyun fleksiyon ve ekstansiyon hareketlerinde belirgin etkilenme olmazken, boyun rotasyon hareketi post-op erken ve geç dönemde belirgin kısıtlandı.

**Tartışma ve Sonuç:** C1 yan kitle ve C2-3 transfaset vidalama tekniğinde sağlam bir stabilizasyon için vidalama mutlaka bikortikal yapılmalıdır. Stabilizasyon oto-allogreftlerle desteklenerek füzyon oranı artırılmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Os odontoideum, C1 yan kitle ve C2-3 faset vidalama, stabilizasyon; sonuçlar

PS-381 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### OLFAKTÖR OLUK YERLEŞİMLİ MENENJİOMLARIN ENDO-NAZAL ENDOSKOPİK YOLLA TOTAL REZEKSİYONU; KLİNİĞİMİZİN İLK CERRAHİ TECRÜBESİ, LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Erkin Özgiray<sup>1</sup>, Larisa Andrada Ay<sup>\*1</sup>, Seda Sancak<sup>1</sup>, Sercan Göde<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları AD.

**Giriş ve Amaç:** Olfaktör oluk yerleşimli menenjiomların endo-nazal endoskopik yolla eksizyonunun değerlendirilmesi.

**Yöntem:** Olgu sunumu; Geçtiğimiz on yıl içerisinde endo-nazal endoskopik yaklaşımlar sadece hipofiz adenomlarının rezeksiyonu ile sınırlı kalmamış, ön ve orta kafa kadesi ve patolojilerinin tedavisinde de kendisine yer bulmaya başlamıştır. Kliniğimizde son beş yıldır hipofiz patolojilerinin cerrahi endoskopik yolla yapılmaktadır. Beş yıllık bilgi ve tecrübe birikiminin ardından ilk kez endoskopik yolla eksize edilen ön fossa menenjiom olgusu per-op radyolojisi ve operasyon videosu eşliğinde sunulacaktır.

**Bulgular:** Altmış-beş yaşında kadın hasta, sağ gözde bulanık görme şikâyeti ile başvurdu, nörolojik muaynesinde patolojik bulgu saptanmadı. Kranial MRG'de planum sfenoidale düzeyinde 2.5x2.8 cm boyutlarında post-kontrast serilerde homojen kontrastlanma

gösteren, dura ile ilişkili, menenjiomla uyumlu solid lezyon saptandı. Hastaya endoskopik endonazal transsfenoidal-transsetmoidal yaklaşım uygulandı. Operasyon bitiminde ekstübe edilmeden önce lomber drenaj takıldı, beş gün boyunca 4x30 cc drene edildi ve drenaj sistemi beşinci günde çekildi. Rinore gelişmedi. Patoloji sonucu WHO derece I meningotelyomatöz menenjiomla uyumlu olarak bildirildi. Erken post-op kontrol MRG'de rezidü saptanmadı ve yedinci günde taburcu edildi

**Tartışma ve Sonuç:** Kliniğimizde son beş yıldır trans-sfenoidal yolla yapılan hipofiz cerrahisi endoskopik olarak gerçekleştirilmektedir. Literatürde görüldüğü gibi olgu sayısı ve tecrübenin artmasıyla birlikte öncelikle hipofiz adenom dışı kranyofaringeom gibi patolojileri başta olmak üzere, diğer patolojilerde de endoskopik yaklaşımlar giderek daha çok yer bulmaya başlamıştır. Kaide yerleşimli menenjiomlar da endo-nazal endoskopik olarak eksize edilebilirler. Tecrübelerimize göre anterior kafa tabanından kaynaklanan menenjiomlardan sunduğumuz olguda olduğu gibi orta hat yerleşimli ve çok büyümemiş olanları ilk cerrahi tecrübeler için daha güvenlidirler. Anatomik olarak erişimleri göreceli daha kolay, çevreleyen vasküler ve nöral yapıların azlığı dolayısıyla da cerrahileri daha güvenlidir. Adenomların aksine araknoidal kökenleri olması ve beyin omurilik sıvısının rutin olarak drene olması nedeniyle rinore ve enfeksiyon riski daha fazladır. Dura tamiri özenle yapılmalı ve post-operatif dönemde lomber drenaj uygulanmalıdır. Anterior kafa tabanından köken alan ve çok büyük olmayan menenjiomlar ancak orta hat yerleşimli iseler yeterli sayıda tecrübeye sahip ekiplerce endoskopik yolla eksizyonları güvenlidir.

**Anahtar Sözcükler:** Endoskopik rezeksiyon, kaide menenjiomu, menenjiom

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201921014531.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019210145624.jpg>

PS-382 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### 3 BOYUTLU YAZICI İLE HASTA İÇİN ÖZEL OLARAK ÜRETİLMİŞ VİDA KILAVUZ ŞABLONU YARDIMIYLA PEDİKÜL VİDASI YERLEŞTİRİLMESİ

Hüseyin Doğu\*

*İstanbul Medicine Hospital, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Pedikül vidası tekniği ile stabilizasyon sık yapılan bir spinal enstrümantasyon ameliyatıdır. Bu ameliyatın en çok tartışılan kısmı yerleştirilen pedikül vidalarının uygun konumda olmasıdır. Pedikül vidası tekniği ile stabilizasyon geleneksel free-hand tekniği, floroskopi eşliğinde ve navigasyon sistemleri yardımı ile yapılmaktadır. Son yıllarda 3 boyutlu yazıcı kullanılarak yapılan vida kılavuz şablonu yardımı ile pedikül vidası yerleştirilmesi diğer yöntemlere alternatif oluşturmuştur. Bu çalışmada, hastanın radyolojik görüntülerinden faydalanılarak 3 boyutlu yazıcı ile üretilmiş kişiye özel şablonlar yardımı ile kliniğimizde yapılan ameliyatları sunmaktayız.

**Yöntem:** Dorsolomber bölgedeki patolojileri nedeniyle ameliyata hazırlanan hastaların operasyon öncesi ince kesitli bilgisayarlı tomografi görüntülemeleri elde edildi. 3 boyutlu görüntü elde edebilmek için radyolojik görüntüler bilgisayar yazılımına aktarıldı. Pedikül giriş noktası ve yönü belirlenerek kılavuz yol oluşturuldu. Görüntü dosyaları Stl (stereolitografi) formatına dönüştürüldü. Elde edilen Stl formatlı 3

boyutlu görüntüler şablon çıkarılması amacıyla ikinci bir yazılıma aktarıldı. Hazırlanan şablon ve hastanın vertebraları 3 boyutlu yazıcıda basıldı. Şablonlar gerçek oranlı 3 boyutlu model vertebralar üzerinde fiziksel olarak denendi ve posterior elemanların üzerine tam uyduğu doğrulandı. Şablon yardımıyla ameliyatlarda pedikül vidaları yönlendirildi. Ameliyat sonrası hastaların kontrol bilgisayarlı tomografi görüntüleri alındı.

**Bulgular:** Vida kılavuz şablonu yardımıyla dorsolomber patolojileri olan 8 hasta ameliyat edildi. Bu yöntem ile 46 pedikül vidası uygulandı. Operasyon sonrası bilgisayarlı tomografi görüntüleri elde edildi. Pedikül vidalarının konumlarının kontrolleri yapıldı. Vidaların pedikül korteksini penetre etmediği izlendi.

**Tartışma ve Sonuç:** Cerrahi tekniklerin teknolojik gelişmeler sayesinde ilerleme kaydettiği bilinen bir gerçektir. Son yıllarda 3 boyutlu yazıcının yaygınlaşması onu ulaşılabilir hale getirmiştir. 3 boyutlu yazıcı ile operasyon öncesi kılavuz şablon oluşturma, uygulaması basit bir yöntemdir. Oluşabilecek nörolojik ve vasküler hasarları önlemede yardımcı olabileceği gibi cerrahi sürenin kısalmasını sağlar ve X ışınına maruz kalma oranını azaltır.

**Anahtar Sözcükler:** Spinal enstrumantasyon, 3 boyutlu yazıcı

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019210102148.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019210102245.jpg>

PS-383 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### TRAVMA OLMASIZIN PATOLOJİK VERTEBRA KIRIĞININ NADİR NEDENİ: URETERAL TRANSİZYONEL CELL KARSİNOM METASTAZI

**Tezcan Çalışkan\*, Bilgehan Potoğlu, Numan Karaarslan, Mehmet Onur Yüksel, Tamer Tunçkale**

*Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Spinal tümörler yerleşim yerine göre bulgu verirler. Ekstradural tümörlerde ana semptom ağrı iken, intradural tümörlerde ana semptom nörolojik defisittir. Nörolojik defisit yumuşak doku kitlesi veya kemik basısı, kollapsa bağlı kifoz veya intradural metastaza bağlıdır. Acil servise sırt ağrısı ataksik yürüyüş, ayakta duramama şikayeti ile başvuran erkek hastada T4 patolojik kırığın; nadir görülen proksimal üreter yerleşimli transizyonel cell karsinom metastazını sunduk.

**Yöntem:** 58 yaş erkek hasta acil servise bugün başlayan yürümede bozukluk ayakta duramama, ayaklarında elektrik çarpma hissi sonrası atma tarzı hareketlerle başvurdu.

**Bulgular:** Muayenede alt ekstremitelerde distali 3/5, proksimali 4/5 motor kuvvete sahip, klonus +, T10 altı hipoestezik, refleksler hiperaktif bulundu. Vertebra BT'de T4 vertebrada kompresyon fraktürü görüldü. Torakal vertebra MR'da T4 vertebrada kompresyon fraktürü ve epidural alanda yumuşak doku kitlesi görüldü. Üst batin MR'da sağ üretropelvik bileşkekte subserozal invazyonu olan epitelyal kaynaklı tümör ile uyumlu görünüm bulundu. Defisiti olan hastaya acil olarak T4 laminektomi subtotal kitle eksizyonu, T2-3-5-6 transpediküler vida uygulandı. Üroloji tarafından ameliyat edilen hastada sağ üreter orta bölgede transizyonel cell karsinomu saptandı. Postop sağ alt ekstremitede 4/5 motor kuvvete sahip şekilde onkoloji klinik takibine alındı.

**Tartışma ve Sonuç:** Spinal metastazlar en sık meme, prostat, akciğer, hematopoetik sistem ve böbrekten köken alır. Böbrek kanseri metastazı;

diğer metastazlara göre daha nadirdir. Kısa yaşam süresi dışında uzun yaşam süresi de vardır. Olgumuzdaki üretral transizyonel hücreli karsinom renal karsinomların son derece nadir bir biçimdir. Primer üreter tümörleri en sık 1/3 distal üretere (% 70-75) lokalizedirler. Burada sunulan olgunun 1/3 proksimal üretere lokalize olmasının PÜT'lerde % 5 sıklıkta görülmesi açısından ve böbrek rahatsızlığına yönelik bulgu vermeden patolojik kırık ile acil servise gelmesi olgumuzu olağan dışı kılmaktadır. Prognozu; oldukça kötüdür. Uzun yaşam süresi beklenen metastazlarda anterior küratif rezeksiyon ve rekonstrüksiyon tercih edilirken kısa yaşam süreli laminektomi ve stabilizasyon ve radyoterapi tercih edilebilir.

**Anahtar Sözcükler:** Metastaz, patolojik kırık, prognoz

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201921013414.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201921013527.jpg>

PS-384 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### NEFREKTOMİLİ OLGUDA İKİ YIL SONRA GEÇ BAŞVURU SONRASI FARK EDİLEN BERRAK HÜCRELİ KARSİNOM BEYİN METASTAZI: OLGU SUNUMU

**Tezcan Çalışkan\*, Tamer Tunçkale, Bilgehan Potoğlu, Numan Karaarslan, Mehmet Onur Yüksel**

*Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Metastatik beyin tümörleri klinik olarak en sık beyin tümörleridir. Kanserli hastaların %15-30'unda beyin metastazı görülmektedir. Kanser öyküsü olmayan hastaların %15'inde beyin metastazı başlangıç semptomlarından biridir. 69 yaş kadın hasta iki yıl önce berrak hücreli karsinom nedeniyle radikal nefrektomi operasyonu geçirmiş. Klinik takiplerine gelmemiş. Sol diz protezi ne bağlı femur kırığı nedeni ile ortopedi servisinde yatarken nörolojik gerileme sonucunda çekilen kraniyal BT'sinde sağ frontal kitle tespit edilen olguyu sunduk

**Yöntem:** 69 yaş kadın hasta evde düşme sonrası sol diz femur kırığı ve sol diz protez dislokasyonu nedeniyle ortopedi servisine yatırılmış. Şuur bulanıklığı sonrası tarafımıza konsulte edilmiş.

**Bulgular:** Uykuya meyilli, desoryante, pupiller izokorik, ışık reaksiyonu +/-, GKS:13, sol alt ekstremitede traksiyonda, kraniyal MR'da: sağ frontal 46x40x31 mm düzensiz periferik kontrast tutan hafif difüzyon kısıtlaması yapan, T1A sekansta yüksek sinyal intensitesi olan hemorajik komponentide olan kitle görüldü. Sağ frontan kitle total eksize edildi. Patoloji raporu; berrak hücreli karsinom metastazı geldi.

**Tartışma ve Sonuç:** Sistemik kanser hastaları üzerinde yapılan değişik otopsi serilerinde intrakranyal metastaz sıklığı %12-45 arasındadır. Sistemik yayılım gösteren kanserlerden akciğer kanserleri %40, meme kanserleri %17, malign melanom %11 beyin metastazı yaparlar. Metastazlarını beyne yapmayı tercih eden tümörler sırasıyla testis tümörleri, melanoma, akciğer ve böbrek tümörleridir. En sık soliter metastaz böbrekte nadir görülen renal hücreli karsinomdur. Bu olgumuzda bilinen berrak hücreli renal karsinom olmasına rağmen femur kırığı sonrası ortopedi klinik yatışı sonrası beyin metastazı iki yıl gibi gecikmeyle tespit edilmiştir. Sistemik kanserli hastalarda son yıllarda artan beyin metastaz sıklığı bilinmektedir. Solit ve tek lezyonlu cerrahi yünden anlam taşıyan metastatik beyin tümörleri nöroşirürji denetiminde multi disiplinler bir yaklaşımla tedavisi planlanmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Berrak hücreli karsinom, metastaz, multididipliner yaklaşım

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201921014314.jpg>

PS-385 [Pediatrik Nöroşirürji]

### ENDOSKOPIK LASER FENESTRASYON: DANDY – WALKER MALFORMASYONUNDA TRANSTENTORIAL VENTRİKÜLOPERİTONEAL ŞANT TAKILMASI

**Emrah Egemen, Yücel Doğruel\*, Mehmet Erdal Coşkun**

*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Dandy-Walker malformasyonu (DWM) yaklaşık olarak 30,000 canlı doğumda 1 görülen etiolojisi tam olarak bilinmeyen, serebellar vermiste hipoplazi, geniş posterior fossa, 4. ventrikülde kistik genişleme ve hidrosefali ile seyreden bir hastalıktır. Hidrosefalinin eşlik ettiği DWM'li hastalarda kist veya çoklu şant uygulamaları, endoskopik veya kraniyotomi ile kist fenestrasyonları, kist eksizyonu gibi farklı tedavi seçenekleri veya bunların kombinasyonları uygulanmaktadır. İki farklı şant yerleştirmektense transventriküler transtentorial yolla kiste şant yerleştirildiği vaka takdimleri raporlanmıştır. Bu çalışmada transtentorial yolla ventriküloperitoneal şant yerleştirilen DMW'li bir hastamızı sunmayı hedefledik.

**Yöntem:** 2.5 yaşında erkek hasta Dandy – Walker Malformasyonu ve hidrosefaliye bağlı makrokranii nedeniyle farklı merkezlerde kistoperitoneal şant, hem kistoperitoneal hem ventriküloperitoneal şant takılması, endoskopik üçüncü ventrikülostomi (ETV) ve şant revizyonları yapılmış. Hasta tarafımıza hem kist hem ventrikül şantlı iken şant disfonksiyonu ile başvurdu. Çocuğun önceki radyolojik incelemelerinde sadece kist içerisinde şant olduğunda hidrosefalinin büyümeye devam ettiği ve ventrikülostominin açık olmasına rağmen çalışmadığı tespit edildi. Kist ile lateral ventrikülün transtentorial yolla ilişkilendirilmesine ve tek bir şant ile BOS drenajına karar verildi. Cerrahi sırasında posterior fossa kistine şant yerleştirilmek için kullanılan eski burr-hole genişletildi. Nöronavigasyon kullanılarak lateral ventrikülün izdüşümünde olan tentorium bölgesi bulundu. Kist fenestrasyonu sonrası kalın ve fibrotik tentoriumu delmek amacıyla laser probu kullanıldı ve korteks kamera yardımıyla geçilerek sol lateral ventrikül içine ulaşıldı. Endoskop yardımıyla ventrikül içerisine şant yerleştirilerek operasyona son verildi (Resim 1). Postoperatif şikâyetleri düzelen hasta komplikasyonsuz eksterne edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Literatürde hem kist hem ventrikül içerisine şant yerleştirmektense her iki sistemi transtentorial birleştirerek kist içerisine tek bir şantın takıldığı olgu sunumları mevcuttur. Sunulan olguda kistin stabil seyretmesi ve ventrikül içerisine şant yerleştirilmediği her dönemde hastada hidrosefali geliştiği bilindiği için önceki çalışmalardan farklı olarak transtentorial fenestrasyonu posterior fossa içerisinden yaparak şant kataterinin ucunu ventrikül içerisine bırakmaya karar verdik. Laser fenestrasyonu ETV, septostomi veya araknoid kist fenestrasyonu gibi birçok nöroendoskopik işlemde uygulanmıştır. Tentoriumun kalın ve fibrotik yapısı göz önüne alındığında laser probu işlemi kolaylaştırmıştır ve bildiğimiz kadarıyla tentoriumun laser ile fenestrasyonu literatürde daha önce yayımlanmamıştır. Kist içerisine şant takılmaması nedeniyle fenestrasyonun kapanıp kistin büyüyerek bası bulgularına yol açması muhtemeldir. Hasta bu nedenle periyodik olarak izlenmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Laser fenestrasyon, transtentorial şant, Dandy - Walker Malformasyonu

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019210145434.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201921015159.jpg>

PS-386 [Nörotravma ve Yoğun Bakım]

### SERVİKAL ATEŞLİ SİLAH YARALANMASI

**Müjdat Buke\*, Durdu Mehmet Babaoğlu, Mehmet Can, Kemal Alper Afşer, Ali İhsan Ökten**

*S.B.Ü. Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Baş ve boyun bölgesi, yaşamsal öneme sahip, çok sayıda anatomik yapı içermesi sebebiyle, ateşli silah yaralanmalarında, diğer anatomik bölgelere göre yaşamı tehdit eden klinik durumlar daha sık ortaya çıkmaktadır. Bunun sebebi; bu bölgenin trakea, özefagus, karotis ve vertebral arterler, juguler ven, spinal kord ve kranial sinirler gibi hayati önem taşıyan yapılar barındırmasıdır. Posteriordan gerçekleşen bir ateşli silah yaralanması (ASY) olgusu sunulmuştur.

**Yöntem:** OLGU: ASY sonrası Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servise başvuran 25 yaşında erkek hastanın sağ hemiparezisi mevcuttu. Hastanın boyun arkasında C5-6 düzeyinde giriş yarası olup servikal BT'de posteriordan C2 laminasını kırmış spinal kanala yerleşmiş kurşun çekirdeği görüldü (Resim1). Hasta acil şartlarda operasyona alındı. Prone pozisyonda posteriordan C1-C2 üst servikal insizyon ile C2 sol lamiasını kırıp spinal kanala yerleşmiş mermi çekirdeği görüldü. C2 vertebraya soldan posterior laminektomi yapıldı ve mermi çekirdeği çıkartıldı. Dura ve sinir kökleri intakt görüldü, komplikasyon olmadı. Postop yoğun bakım ünitesinde takip edildi, takibinde sağ hemiparazisi geriledi ve boyunluk ile mobilize edildi. Servikal tomografi görüntüsü alındı, ek patoloji saptanmadı genel durumu iyi mobilize olan hasta taburcu edildi, üç ay sonraki kontrolünde hastanın nörodefisiti tama yakın düzeldi.

**Bulgular:** Hasta acil şartlarda operasyona alındı. Prone pozisyonda posteriordan C1-C2 üst servikal insizyon ile C2 sol lamiasını kırıp spinal kanala yerleşmiş mermi çekirdeği görüldü. C2 vertebraya soldan posterior laminektomi yapıldı ve mermi çekirdeği çıkartıldı. Dura ve sinir kökleri intakt görüldü, komplikasyon olmadı. Postop yoğun bakım ünitesinde takip edildi, takibinde sağ hemiparazisi geriledi ve boyunluk ile mobilize edildi. Servikal tomografi görüntüsü alındı, ek patoloji saptanmadı genel durumu iyi mobilize olan hasta taburcu edildi, üç ay sonraki kontrolünde hastanın nörodefisiti tama yakın düzeldi.

**Tartışma ve Sonuç:** Boyun bölgesi travmaları pek çok değişik klinik tablo ile sonuçlanabilir. Bunun sebebi bu bölgenin sahip olduğu önemli vital yapılarıdır. Bu tip yaralanmaları dikkatli şekilde değerlendirmek çok önemlidir. Servikal bölgedeki yaralanmaların daha öldürücü hasar oluşturduğu bildirilmiştir. Ateşli silah yaralanmasına bağlı omurilik hasarı olan hastalar öncelikle vital bulgular açısından stabil edilmelidir. Yaşamsal öneme sahip pek çok anatomik yapıyı bulunduran baş boyun bölgesinin ateşli silah yaralanmasında, varsa nöral dekompresyon acilen gerçekleştirilmelidir. Beraberinde enfeksiyon, serebrospinal sıvı fistülü gibi muhtemel komplikasyonları ve instabiliteyi engellemek diğer amaçlarımız olmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Ateşli silah yaralanması, baş boyun yaralanmaları, posterior ateşli silah yaralanması

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019210144341.jpg>

PS-387 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### SANTRAL SİNİR SİSTEMİ TUTULUMU İLE SEYREDEN KONJENİTAL MELANOSİTİK DEV NEVÜS OLGUSU

**Kemal Alper Afşer\*, Mehmet Can, İsmail İştemen, Müjdat Büke, Yurdal Gezercan, Ali İhsan Ökten**

*S.B.Ü. Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Dev konjenital melanositik nevüs melanositlerden köken alır. Doğumdan itibaren görülen, sıklıkla dermise nadiren de subkutanöz dokuya yerleşim gösterebilen lezyonlardır. Dev konjenital melanositik nevüsler, çapları 20 cm'den büyüktür, koyu renkli ve çok miktarda melanosit içerirler. Malign transformasyon görülebilir. Dev konjenital melanositik nevüsü olan hasta sunulmuştur.

**Yöntem:** Kliniğimize başvuran dev konjenital melanositik nevüsü olan hasta sunulmuştur.

**Bulgular:** 10 yaşında kız hasta, baş ağrısı, bulanık görme, çift görme şikayetiyle başvurmuştur. Omuz ve sırt bölgesinde dev ve yüzeysel yoğun tüylü nevüs mevcut. LP ile BOS basıncı 42 cm su ölçülmüştür. Papil stazi saptanmamıştır. Psodotümör Serebri ön tanısıyla yatırılarak takip edilmiştir. Takiplerinde akut hidrosefali lehine klinik ve radyolojik bulgularla V-P şant takılmıştır. 15 gün sonra ani progresif alt ekstremitelerde güç kaybı sonrası spinal görüntülemelerinde L3 düzeyinde intradural spinal kitlesel lezyon tespit edilmiştir. Kitle cerrahi olarak subtotal eksize edilmiştir. Patoloji sonucu malign melanom metastazi öncelikli lezyon olarak raporlanmıştır. Takibinde ani kardiak arrest sonrası exitus olmuştur.

**Tartışma ve Sonuç:** Dev konjenital nevüsler, malign dermal patolojilerin yanısıra nörokutan hastalıklar açısından da klinik önem arz eden lezyonlardır. Tespit edilmesi halinde multidisipliner olarak patolojilerin ele alınması ve nöroşirürjikal açıdan kranial ve spinal görüntülemelerle cerrahi patolojilerin de ekstremitelerde yapılması gerekmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Dev konjenital melanositik nevüs, malign dermal patoloji, nörokutan hastalık

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201921015211.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201921015222.jpg>

PS-388 [Nörovasküler Cerrahi]

### PARAPLEJİK SPİNAL AV FİSTÜL HASTASINA YAKLAŞIM: OLGU SUNUMU

**İsmail İçlek\*, Sarp Şahin, Eyyüp Can Yıldırım, Bora Tetik**

*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Parapleji, spinal kordun torasik, lomber veya sakral segmentlerinin spinal kanal içindeki hasarı sonucu motor ve/veya

duyusal fonksiyon bozukluğu anlamına gelir. Parapleji ile gelen hasta değerlendirilirken kranial ve spinal patolojiler birlikte düşünülmelidir.

**Yöntem:** Parapleji ile başvuran torakolomber av fistül hastasına yaklaşım

**Bulgular:** 52 yaşında erkek hasta ani gelişen alt ekstremitelerde güçsüzlük şikayeti mevcut çekilen MRG spinal av fistül saptanması üzerine tarafımıza sevk edildi. Hastanın başvuru anında bilateral alt ekstremitelerde 1/5 motor güç mevcuttu. MRG: torokolumbal spinal kanalda intradural alanda ağırlıklı olarak pial yüzde yerleşim gösteren, süperiora T4 düzeyinden başlayıp distalde L4 düzeyine kadar uzanan dural arteriyovenöz fistül? izlendi. Hastaya steroid tedavisi başlandı ve spinal anjiyografi çekildi. Spinal anjiyografi: anterior spinal arter sol T8 interkostal arterden çıkmakta olup, dilate ve elonge izlenmektedir. L1-2 vertebra düzeyinde anterior spinal arterden boyanan, dural av fistül izlendi. Takibinde bilateral alt ekstremitelerde motor kuvvet 4/5 olarak izlenen hastaya endovasküler coil embolizasyon sonrası cerrahi tedavi önerildi. Hasta ve yakınları tarafından tedavi kabul edilmedi hasta öneriler ile taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Parapleji ile gelen hastada spinal vasküler patolojiler de aklımıza gelmeli ve MRG, spinal anjiyografi ile değerlendirilme yapılmalıdır. Spinal av fistül tedavi yöntemi olarak cerrahi ve endovasküler yöntem seçilebilir. Klinik ve radyolojik bulgular değerlendirilerek patolojiye yönelik uygun tedavi yöntemi seçilmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Parapleji, spinal av fistül

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019210145438.jpg>

PS-389 [Pediatrik Nöroşirürji]

### SPONTAN İDİOPATİK SUBAKUT SUBDURAL HEMATOM PEDIATRİK HASTA: OLGU SUNUMU

**Sarp Şahin\*, İsmail İçlek, Durmuş Emre Karatoprak, Bora Tetik, Mehmet Arif Aladağ**

*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Subdural hematoma araknoid tabaka ile duramaterin iç tabakası arasında sıklıkla kortikal köprü venlerinin yırtılmasıyla oluşan kanamadır. Akut (ilk 48 saat), subakut (2-14 gün), kronik (14 günden sonra) şeklinde sınıflandırılır.

**Yöntem:** Spontan idiyopatik subakut subdural hematoma pediatrik hasta olgu sunumu

**Bulgular:** 15 yaş çocuk hasta 2 haftadır olan baş ağrısı şikayetinin artması nedeniyle acil servis başvurusu mevcut. Özgeçmişte özellik olmayan hasta gks:15 olarak değerlendirildi. Motor ve nörolojik defisit yok. BBT: sol serebral kesimde yaklaşık 2 cm genişliğe ulaşan frontalde orta hat yapılarında sağa doğru 1.8 cmlik şifte sebebiyet veren subdural subakut dönem dens kanama izlenmiştir. Hastaya cerrahi kararı verildi. Klinik takipte nöroşirürjikal açıdan ek patoloji saptanmayan hasta postop 7.gün poliklinik önerilerle taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Spontan subakut subdural hematoma genellikle 65 yaş üstü erkek popülasyonda görülür. Klinikte baş ağrısı, nöbet, hemiparazi, bilinç kaybı gibi semptomlar ve kanama boyutuna bağlı olarak cerrahi tedavi planlanır. Etiyolojide travma dışı antiagregan/antikoagulan ilaç kullanımı, alkolizm, karaciğer sirozu, hematolojik hastalıklar gibi faktörler araştırılmalıdır. Çocuk hastalarda görülen spontan subakut subdural hematoma hematolojik hastalıklar ön planda düşünülüp etiyolojik faktörler retrospektif olarak araştırılmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Spontan subdural hematoma

**Görsel:** [http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/](http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019210151256.jpg)

[tmp/2019210151256.jpg](http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019210151256.jpg)

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201921015134.jpg>

PS-390 [Nörotravma ve Yoğun Bakım]

## TRAVMA SONRASI SUBAKUT SUBDURAL HEMATOM SPONTAN REGRESYONU: OLGU SUNUMU

**İsmail İçlek\*, Şahin Kenan Deniz, Bora Tetik, Ramazan Paşahan**  
*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Subdural hematoma araknoid tabaka ile duramaterin iç tabakası arasındaki potansiyel boşluktaki arteriyel veya venöz kanamadır. Genellikle kafa travmalarını takiben orta ve ileri yaş hastalarda ortaya çıkar. Travma sonrası subdural hematomun spontan düzelmesi nadir görülen bir olaydır. Subdural hematomun bilateral olması durumunda spontan iyileşme daha da az görülür.

**Yöntem:** Travma sonrası subakut subdural hematomu olan hastanın deksametazon tedavisiyle spontan regresyonu

**Bulgular:** 1 ay önce düşme öyküsü olan 86 y erkek hasta unutkanlık, baş ağrısı şikayeti ile acil servise başvuru mevcut. GKS:15 genel durum iyi özgeçmiş özellik yok laboratuvar değerleri olağan BBT: sağ frontoparietal 3 cm, sol frontoparietal 2 cm subakut subdural hematoma mevcut 3mm'lik sola doğru transfalsian şift izlendi. Hastanın operasyonu anestezi kliniğince yüksek riskli olarak değerlendirildi. Hasta ve yakınları ile görüşülerek hastanın ileri yaş ve GKS:15 olması nedeniyle öncelikli olarak konservatif tedavi kararı alındı. 3 günlük klinik takipte hastanın nöroşirürjikal açıdan genel durumunda gerileme olmadı. Hasta deksametazon tedavisi ile taburcu edildi. 1. ay poliklinik kontrol şikayetlerde azalma mevcut BBT: sağ frontoparietal 2 cm, sol frontoparietal 1cm geç dönem subakut-kronik subdural hematoma, orta hat şifti yok. 2. ay poliklinik kontrol hastanın aktif şikayeti yok BBT: subdural hematoma izlenmedi.

**Tartışma ve Sonuç:** Subdural hematomun cerrahi tedavisi; nörolojik defisit, önemli kitle etkisi ve hematoma nedeniyle orta hat şift varlığında gereklidir. Klinik olarak, spontan iyileşme, asemptomatik veya hafif nörolojik semptomları olan hastalarda daha sık ortaya çıkma eğilimindedir. Literatürde bilateral subdural hematomun spontan regresyonu az sayıda bildirilmiştir. Nörolojik defisiti olmayan, ileri yaş ve cerrahi açıdan yüksek riskli hastada deksametazon tedavisi ön planda düşünülebilir. Hangi hematomun spontan düzeleceğinin öngörülmesi gereksiz cerrahi önleyebilir.

**Anahtar Sözcükler:** Subdural hematoma, travma, deksametazon

**Görsel:** [http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/](http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019210152153.jpg)

[tmp/2019210152153.jpg](http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019210152153.jpg)

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201921015220.jpg>

PS-391 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## LOMBER DİSK CERRAHİSİNE BAĞLI MAJÖR VASKÜLER YARALANMA

**Evren Aydoğmuş\*, Necati Tatarlı**

*SBÜ Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Lomber disk cerrahisine ait nadir komplikasyonlardan biri de vasküler yaralanmalardır. Oluşabilecek masif kanamalar nedeniyle, yüksek mortalitesi olan bu komplikasyon, acil laparotomi gerektirebilir. Burada, lomber disk cerrahisi esnasında eş zamanlı olarak hem arter hem de ven yaralanması olan bir vaka sunulmuştur.

**Yöntem:** Bel ve sol bacak ağrısı şikayeti ile başvuran 38 yaşındaki kadın hastanın, nörolojik muayenesinde sol ayak dorsifleksiyonu 3/5, solda lasegue 45 derecede pozitif. Lomber MRG tetkikinde L4-5 sol foraminal ekstrüde HNP saptanması üzerine hasta opere edildi; sol L4 parsiyel hemilaminektomi, L5 mikroforaminotomi ve soldan L4-5 mikrodiskektomi yapıldı. Operasyon sonrası vitalleri stabil, motor muayene intakt olarak servise alınan hastada, postop 3. saatte hipotansiyon, solunum sıkıntısı ve batin hassasiyeti gelişmesi nedeniyle akut batin düşünülerek hemen ilgili kan ve radyolojik tetkikleri yapıldı. Hemoglobulin değeri 7gr/dL gelen hastanın, batin tomografisinde, yaklaşık 7-8 cm çapında intraabdominal hematoma saptanması sonucu genel cerrahi ve kalp damar cerrahisi tarafından acil operasyona alındı. Perop sol iliak arter ve venin eş zamanlı olarak hasarlandığı görüldüğü üzerine, primer vasküler onarım yapılarak hemostaz sağlandı ve postop hasta yoğun bakım takibine alındı.

**Bulgular:** Hasta postop 20. günde mobilize, motor muayene intakt, sol alt ekstremitte hipostezik olarak taburcu edildi. Poliklinik takiplerinde ek sorun yaşanmadı.

**Tartışma ve Sonuç:** Her cerrahi girişimde olduğu gibi lomber disk cerrahisi sonrasında da, hastaların fizik muayene ile yakın takibi, erken tanı ve tedavi açısından önemlidir. Postop dönemde, hipotansiyon, taşikardi, solunum sıkıntısı, ekstremitelerde iskemik değişiklikler meydana gelmesi damar yaralanması olabileceğini düşündürmelidir. Multidisipliner bir yaklaşımla yapılan erken tanı ve tedavi, olası komplikasyonları önleyici ve hayat kurtarıcıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Lomber Mikrodiskektomi, Vasküler Yaralanma

**Görsel:** [http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/](http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201921015427.jpg)

[tmp/201921015427.jpg](http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201921015427.jpg)

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019210154219.jpg>

PS-392 [Nöroonkolojik Cerrahi]

## MALHARBE'NİN KALSİFİYE EPİTELYOMU NADİR GÖRÜLEN BİR DERİ TÜMÖRÜ: OLGU SUNUMU

**Elif Akpınar\*, Mehmet Özerk Okutan**

*KTO Karatay Üniversitesi Medicana Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Pilomatrikoma olarak da bilinen Malharbe'nin kalsifiye epitelyomu (MKE) kıl folikülü matriksinden köken alan benign tümörlerdir.

**Yöntem:** MKE tüm benign deri tümörlerinin %1'ini oluşturur. İlk defa 1980 yılında Malherbe ve Chenantais tarafından yağ hücrelerinden kaynaklandığı düşünülerek epitelyoma olarak adlandırılmıştır. Ancak 1961 yılında Forbis ve Helwing tarafından bu tümörün epitelial matriks hücrelerinden kaynaklandığı bildirilmiştir.

**Bulgular:** 15 yaşında bayan hasta kliniğimize başta şişlik şikayetiyle başvurdu. Hasta sebace kist ön tanısıyla operasyona alındı. Lokal anestezi altında hastaya kist eksizyonu yapıldı. Hastanın yapılan patoloji tetkikinde epitel fibröz stroma içerisinde nükleusları seçilemeyen, gölge hücreleri ve bazaloid hücrelerinden oluşan nodüler lezyon yani Malharbe tümörü saptandı.



**Tartışma ve Sonuç:** MKE kıl folikülü matrisinden köken alan sert kıvamlı yavaş büyüyen benign deri lezyonlarıdır. Ayırıcı tanısında sebace kist, epidermoid kist, kalsifiye kist veya hematoma, kondrom, fibroksantoma, osteoma kutis ve dev hücreli tümör bulunur. Saçlı deride şişlik nedeniyle başvuran hastalarda mutlaka ayırıcı tanıda MKE akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Pilomatriksoma, malharbe'nin kalsifiye epitelyomu

PS-393 [Stereotaktik, Fonksiyonel Ağrı ve Epilepsi Cerrahisi]

### STATUS EPİLEPTİKUSTA VAGAL SİNİR UYARIMININ ETKİNLİĞİ: OLGU SUNUMU

**Yücel Doğruel\*<sup>1</sup>, Emrah Egemen<sup>1</sup>, Göksemin Demir<sup>2</sup>, Feridun Acar<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nöroloji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** İlaça dirençli epilepsi, yöntemi zor ve multidisipliner yaklaşım gerektiren nörolojik hastalıklardan birisidir. Güncel medikal ve cerrahi tedavilere rağmen nöbet kontrolü sağlanamayan hasta sayısı bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada status epileptikus atağında Vagal Sinir Stimülatörü (VNS) takılan bir olgunun sunulması ve VNS takılan hastalarda tedavi yanıtının tartışılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** 39 yaş kadın hasta ilk defa 22 yaşında sol ağız çevresinde ve üst ekstremitelerde fokal miyoklonik nöbetler geçirmeye başlamış ve takibinde jeneralize tonik klonik (JTK) nöbetler ve status kliniği gelişen hasta dış merkezde medikal tedavi ile takip edilmiştir. Çoklu antiepileptik ilaç kullanımına rağmen ortalama olarak ayda 10-15 defa fokal, 2-3 ayda bir JTK nöbet geçiren ve sık statusa giren hasta kliniğimize yönlendirildi. Hastanemiz nöroloji birimi takibinde tetkik edilme sürecinde hastanın çekilen beyin magnetik rezonans görüntülemesinde (MRG) sağ serebral hemisferde yaygın atrofi tespit edilmiştir. Tetkik ve tedavi sürecinde statusa giren hasta, kontrol sağlanamadığı için sedatize edilerek entübe edildi. Tekrarlayan status öyküsü olan hasta, cerrahi tedavi açısından birimimize konsülte edildi. Birimiz ve nöroloji hekimlerince yapılan değerlendirmeleri sonucunda hastaya VNS takılması uygun görülerek hasta opere edildi. Postoperatif erken dönemde sedasyonu sonlandırılan hastada aktif nöbet gözlenmedi. VNS takılmasını takiben ilk 4 ayını nöbetsiz geçiren hasta 4. ayında yeniden nöbet geçirmeye başlamış ve 1 defa statusa girmiştir. Hastanın nöroloji hekimlerince yapılan değerlendirmesinde pilin aktif olarak çalışmakta olduğu, VNS pil ve empedans ölçümlerinin hedeflenen değerlerde olduğu gözlemlendi. Yeniden nöbet geçirmeye başlayan hasta nöbet kontrolü için magnet kullanmaya başlamıştır. VNS ve multipl medikal tedavinin birlikte kullanımına rağmen nöbetleri devam eden hastada nöbet sayı ve sıklığı aratarak 6. ayda preoperatif dönem ile aynı seviyelere ulaşmıştır.

**Tartışma ve Sonuç:** Epilepsi hastalarında status atağı sırasında VNS takılması deneysel aşamada olan bir tedavidir ve literatürde raporlanmış toplam 28 vaka bulunmaktadır. Bu konuda kapsamlı ve yüksek vaka serisine sahip çalışmaların olmaması ve yapılan kısıtlı çalışmalarda başarı oranlarının farklılık göstermesi nedeniyle olgu seçiminde güvenilir kanıt varlığından bahsedilememektedir. Olgumuzda daha önce uygulanan noninvaziv tedavilerin yetersiz yanıt sağlaması nedeniyle status atağı sırasında VNS takılmıştır. Postoperatif erken dönemde nöbet kontrolü sağlanmasına rağmen hastanın takibinde atakları yeniden ortaya çıkmış

ve cerrahi tedavi öncesi ile aynı paternde devamlılık göstermiştir. İşlem sonrası 1 defa statusa giren hastanın status atağı, VNS ve medikal tedavi ile bu sefer kontrol altına alınabilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** VNS, epilepsi, status, nöbet

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019210163816.jpg>

PS-394 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### SPİNAL GLİOBLASTOM İLE BAŞVURAN HASTADA EŞ ZAMANLI OLARAK BEYİN SAPI YERLEŞİMLİ DÜŞÜK DERECELİ GLİAL TÜMÖR SAPTANMASI

**Onur Erdoğan\*, Yener Şahin, Ertuğrul Pınar, Efecan Çekiç, Yaşar Bayri, Fatih Bayraklı, Adnan Dağçınar, Mustafa Sakar**  
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Glioblastom en sık görülen malign beyin tümörüdür. Agresif seyreden glioblastomların spinal metastazları nadir olup, hastalığın spinal metastazla saptanması ise literatürde çok nadir rapor edilmiştir. Bu olguda spinal glioblastom ile dış merkezde opere edilen hastanın, yapılan görüntülemesinde beyin sapı yerleşimli kitle saptanmış ve tarafımızca opere edilmiştir.

**Yöntem:** Spinal glioblastom ile dış merkezde opere olan hastada eş zamanlı beyin sapı yerleşimli kitle saptanmış ve tarafımızca opere edilmiştir.

**Bulgular:** 18 yaşında erkek hasta bel ağrısı ve bacaklarda uyuşma şikayeti ile dış merkeze başvuruyor. Hastanın bilinen herhangi bir hastalığı ve ilaç kullanım öyküsü yok. Nörolojik muayenesinde defisit saptanmıyor. Hastanın çekilen lomber MR görüntülemesinde lomber yerleşimli intradural ekstramedüller kitle görülüyor. Hasta opere ediliyor ve patolojisi glioblastom ile uyumlu olarak rapor ediliyor. Patolojinin glioblastom gelmesi üzerine hastaya kranial ve tüm spinal görüntüleme yapılıyor. Beyin sapı yerleşimli ikinci bir kitle saptanan hasta tarafımızca opere edildi ve beyin sapındaki kitlenin patolojisi pilositik astrositom şeklinde geldi. Hastanın lomber patolojisinden emin olmak için lomber bölgeden tekrar biyopsi yapıldı ve hastanın patolojisi PNET benzeri alanlar içeren glioblastom olarak geldi. Hastaya daha sonra kranial ve lomber bölgeye yönelik eksternal radyoterapi verildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Glioblastomlar agresif seyreden malign beyin tümörleridir. Daha düşük dereceli glial tümörlerin upgrade etmesi ile veya de novo şekilde ortaya çıkabilirler. Spinal metastazlar nadir görülmekle birlikte, hastalığın spinal metastazla ortaya çıkması da literatürde çok nadir rapor edilmiştir. Bu olgumuzda spinal glioblastom saptanan hastada, seeding düşünülerek kranial ve tüm spinal görüntüleme yapılmış ve beyin sapında ikinci bir kitle saptanmıştır. İkinci kitlenin patolojisi ilginç bir şekilde düşük dereceli glial tümör olarak geldi. Bu durum, düşük dereceli glial tümörün spinal seeding yapması ve lomber bölgedeki tümörün daha sonra upgrade etmesinden kaynaklanmış olabilir. Ayrıca her iki tümör de novo olarak ortaya çıkmış ve beyin sapındaki kitle görüntüleme ile insidental olarak saptanmış olabilir. Glial tümörler gibi tedavisi zorlu hastalıklarda, literatürde nadir görülen ortaya çıkış şekillerinin incelenmesi gliomagenesis sürecinin aydınlatılmasında, tanı ve tedavinin geliştirilmesinde önem teşkil etmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Glioblastom, seeding

PS-395 [Nörovasküler Cerrahi]

### EAGLES'S SYNDROME-A REVIEW OF LITERATURE AND TWO CASE REPORTS OF CAROTID ARTERY DISSECTION CAUSED BY ELONGATED STYLOID PROCESS

**Larisa Andrada Ay\***, Hüseyin Biçeroğlu, Taşkın Yurtseven  
*Ege University Medical Faculty Hospital, Neurosurgery Department*

**Background and Aim:** Elongation of styloid process represents a rare entity in the medical literature, and its large, various and nonspecific clinical symptomatology managed to challenge the modern medicine in order to find the most accurate way of treatment.

**Methods:** Here, we describe bilateral elongation of the styloid process identified in two of our patients that were treated surgically our department. Also, due to its various symptomatology and underestimated incidence, the current literature on Eagle's syndrome is reviewed. Both of our patients were male, had no history of tonsillectomy or trauma in their medical history and presented with carotid artery dissection.

**Results:** First patient was a 45-year-old male with a history of left internal carotid artery dissection associated with a thromboembolism episode and focal neurological deficits. A detailed anamnesis had revealed that the patient had left lateral cervical pain and difficulty in swallowing that had been present for a long period; the symptoms were associated with right leg paresthesia and frust paresis. Computed tomography revealed bilateral elongation of the styloid process of the temporal bone (fig 1), the length of the right styloid process was 32 mm; while the left styloid process measured 33 mm. Elongation of the styloid process was considered to be the cause of the carotid dissection. Magnetic resonance imaging of the brain demonstrated millimetric hyperintensities in parietal lobe. As our patient have already had a history of thromboembolism, in order to prevent subsequent thromboembolism and progression of the internal carotid artery dissection on the left side, which could further lead to cerebral ischemia, surgical resection of the left styloid processes was performed using an external approach. No complications occurred during surgery. Our second patient was a 40-years-old male also with a history of internal carotid artery dissection that presented with headache, transitory paresthesia on the left and right side of the body, sensation of foreign body on swallowing and transient slurred speech. A computed tomography angiogram (fig 2) revealed a 10 mm dissection flap within the lateral portion of the cervical right carotid artery and complete occlusion of the cervical left carotid artery. The length of the left styloid process was 37 mm; while the right styloid process measured 35 mm. Surgical resection of the left styloid processes was performed using an external approach and was followed three months later by resection of the right side.

**Conclusions:** Carotid artery dissection due to elongated styloid process represents a rare complication of Eagle's syndrome and there are only a few cases reported in the literature and it should be considered specially when the cause of carotid artery dissection is not certain. Currently, there are no treatment guidelines for Eagle syndrome associated with carotid dissection, so management of this entity definitely constitutes a challenge.

**Keywords:** Stylocarotid syndrome, eagle's syndrome, internal carotid artery dissection

**Image:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201921018332.jpg>  
<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019210183337.jpg>

PS-396 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### CİDDİ TORAKAL KIRIK-DİSLOKASYONDA UYGULANAN NADİR CERRAHİ TEKNİK: OLGU SUNUMU

**Yasin Böcü\***, Korhan Uçar, Eylem Yağmur Özkeleş, Mert Şahinoğlu, Ender Köktekir, Hakan Karabağlı  
*Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Torakal vertebraların anatomik yapısı nedeniyle kırık-dislokasyon olabilmesi için yüksek enerjili travma gerekmektedir. Bu yüzden nadir görülmektedirler. Cerrahi yönetimleri de oldukça zordur. Biz de motosiklet kazası sonrası gelişen nadir rastlanılacak düzeyde ciddi torakal kırık-dislokasyon olgusunda cerrahi yönetimimizi sunmaktayız.

**Yöntem:** Dış merkezden kliniğimize sevk edilen 24 yaşında erkek hastanın motosiklet kazası sonrası gelişen ciddi T6-7 vertebra kırık dislokasyonuna nadir kullanılan cerrahi bir yöntem ile redüksiyon yapıldı.

**Bulgular:** Kliniğimize dış merkezden kabul edilen hastanın bilinci açık, koopere, oryante, GKS:15 idi. Alt ekstremiteleri paraplejik, T5 altı bilateral anestezik, anal tonus ve hissiyat yoktu. Bilateral hemopnömotoraks nedeniyle bilateral göğüs tüpü mevcuttu. Ayrıca bilateral klavikula kırığı mevcuttu. Çekilen torakal MR'da T7 vertebra korpusunda fraktür, T6 vertebra korpusunun anteriora ve inferiora bir korpus kadar disloke olduğu görüldü. Hasta yatışının 2. günü genel anestezi altında prone pozisyonunda nöromonitörizasyon eşliğinde operasyona alındı. Cerrahiye başlamadan önce crutchfield ile servikalden superiora ve bacaklarından da inferiora iskelet traksiyonuna alındı. Kontrol skopide T6 korpusunun olması gereken mesafeye geldiği görüldü. Ancak tam redükte olmadı. T4, T5, T6 total laminektomi, T5-6 bilateral diskektomi yapıldı. T3, T7, T8, T9 pediküllerine poliaksiyel vidalar gönderildi. Takiben bilateral T2, T4, T5 pediküllerinden ve sol T3, T6 korpuslarına listezis vidaları gönderilerek tam redükte olmayan vertebra, posteriora çekilerek redükte edildi. Hasta ekstübe şekilde ek nörodefisit olmadan yoğun bakıma alındı.

**Tartışma ve Sonuç:** Bu yöntemin özellikle inferiora ileri düzeyde disloke vakalarda etkili bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz. Hastanın cerrahisinde uygulanan iskelet traksiyonu ve listezis vidaları ile yeterli redüksiyon sağlandı. Bu sayede anterolateral yaklaşım ve/veya korpektomi gibi komplikasyon riskinin daha fazla olabileceği yöntemlere gerek kalmadı. Tabii ki hastanın paraplejik olması nörodefisiti olmayan hastalarda bu yöntemin ne kadar güvenilir olduğu sorusunu akla getirmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Kırık-dislokasyon, torakal, traksiyon

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019210175146.jpg>  
<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019210175319.jpg>

PS-397 [Nörovasküler Cerrahi]

**NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU SUNUMU: EKSTRAKRANYAL KAROTİD ANEVİZMA****Eray Doğan\*<sup>1</sup>, Burak Karaaslan<sup>2</sup>, Alp Özgün Börcek<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı,

Pediatrik Nöroşirürji Bilim Dalı

<sup>2</sup>S.B. Halil Şıvın Çubuk Devlet Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Bu olgu sunumumuzda insidental olarak saptanan ve endovasküler yolla tedavi edilen ekstrakranyal karotid anevrizmalı bir vaka bildirilmiştir.

**Yöntem:** Ekstrakranyal karotid anevrizmalar pediatrik popülasyonda son derece nadir görülen patolojilerdir. Öyle ki; bugüne kadar literatürde bildirilmiş yalnızca 11 vaka mevcuttur. Etiyolojide servikal bölgeye alınan künt travmalar, metabolik hastalıklar, enfektif süreçler suçlanmış olsa da altta yatan herhangi bir spesifik etken bulunmaksızın ele gelen pulsatil kitle, ses kısıklığı, yutma güçlüğü veya göz kapağı düşüklüğü gibi şikayetler sonrası tanı alan vakalar bildirilmiştir. İskemik serebrovasküler olay insidansında artış, rüptür vb. komplikasyonlar nedeniyle ekstrakranyal karotid anevrizmalar müdahale gerektiren antitelerdir. Vaka sayısının azlığı nedeniyle tedavi algoritmasında tam bir fikir birliği sağlanamamakla birlikte cerrahi, endovasküler girişimler veya bunların kombinasyonları seçenekler arasındadır.

**Bulgular:** Yaklaşık 6 aydır devam etmekte olan ve medikal tedaviye cevap vermeyen baş ağrısı şikayetiyle başvurduğu dış merkezde tetkik edilen 17 yaşında erkek hasta, beyin MR incelemesinde saptanan şüpheli damarsal malformasyon nedeniyle ileri tetkik ve tedavi amaçlı polikliniğimize başvurdu. Hastanın nörolojik muayenesinde herhangi bir defisit gözlenmedi. Beyin MR incelemesinde sağ paryetal lobda, lateral ventrikül arka boynuz komşuluğunda yerleşimli, T1 incelemede heterojen hafif hiperintens, T2 incelemede yer yer lineer sinyal void alanları içeren, kontrastlı serilerde de geniş toplayıcı veni bulunan lezyon görüldü. Lezyonun ön planda gelişimsel venöz malformasyon ile uyumlu olduğu düşünülerek serebral katater anjiyografi yapılması planlandı. Serebral anjiyografi sonucunda; venöz fazda, arka parietal bölgede, nispeten dilate bir kortikal ven aracılığıyla superior sagittal sinüse drene olan gelişimsel venöz anomalinin yanı sıra, sağ internal karotis arterin servikal segmentinde yaklaşık 20 mm boyutunda sakküler anevrizma saptandı. Gelişimsel venöz anomaliye yönelik olarak radyolojik takip kararı verildi. Anevrizmaya yönelik olarak ise hastaya tedavi seçenekleri sunuldu. Cerrahi tedaviyi kabul etmeyen hastaya girişimsel radyoloji ekibi tarafından endovasküler yolla stent takıldı.

**Tartışma ve Sonuç:** Ekstrakranyal karotid anevrizmalar pediatrik yaş grubunda son derece nadir görülen patolojilerdir. Sıklıkla semptomatik olmakla birlikte, herhangi bir semptom veya klinik bulgu vermeksizin insidental olarak da saptanabilirler. Cerrahi tedavi bu anevrizmalarda tercih edilen yöntem olsa da endovasküler yöntemler uygun bir alternatif oluşturmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Ekstrakranyal karotid anevrizma, endovasküler stent

PS-398 [Nöroonkolojik Cerrahi]

**PRİMER SANTRAL SİNİR SİSTEMİ LENFOMALARI: KLİNİK TECRÜBEMİZ****Yusuf Kılıç\*, Abdullah Sezer, Ozan Haşimoğlu, Lütfi Şinasi Postalci, Bülent Timur Demirgil, Bekir Tuğcu**

S.B.Ü. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları SUAM, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Primer santral sinir sistemi lenfoması beyin, spinal kord, leptomeninksler ya da gözleri tutabilir. Tanı anında sistemik hastalık mevcut değildir. Primer santral sinir sistemi tümörlerinin %2 kadarını oluşturan seyrek tümörlerdir. Buna karşılık 5 yıllık sağkalım oranları %30 dolayında olan malign tümörlerdir. Kliniğimizde tanısı konmuş olan primer serebral lenfomalı hastaların özellikleri sunulacaktır.

**Yöntem:** BRSHH Beyin cerrahisi kliniğinde opere edilmiş hastaların patolojileri retrospektif olarak değerlendirildi ve patolojisinde primer santral sinir sistemi lenfoması saptanan 8 olgunun özellikleri sunulacaktır.

**Bulgular:** Altısı kadın üçü erkekti. Yaş ortalaması 64,2 idi. Olguların 4'ünde yerleşim parietal iken, ikisinde frontal lob, birinde derin talamik birinde ise serebellumdu. Tanı cerrahi rezeksiyon ile ya da sterotaktik biyopsi ile konuldu. En sık patoloji diffüz büyük B hücreli lenfomaydı.

**Tartışma ve Sonuç:** HIV enfeksiyonunda, transplant hastaları gibi bağışıklık sistemi baskılanmış hastalar risk altındadır. Yine de çoğu hasta bağışıklığı tam olan hastalardır. Çoğunlukla saptanan patoloji tip diffüz büyük B hücreli lenfomalardır. Sıklıkla nörolojik defisitlerle veya nörokognitif bulgularla kendini gösterir ve görüntüleme yöntemlerinde genellikle homojen kontrast tutan yer kaplayıcı lezyonlar olarak görülürler. İmmün baskılanmış hastalarda çoklu lezyonlar olarak da görünürler. Hastalarda primer tedavi metotreksat temelli kemoterapi ve radyoterapi ile multimodal tedavi olup tanı sıklıkla biyopsi ile konulur. En önemli noktalardan biri hastanın biyopsi anında steroid tedavisi altında olmamasıdır. %40'lara varan oranda steroid ile lezyonlarda ufalma saptanır, tümüyle kaybolan lezyonlar çok seyrek. Cerrahi rezeksiyon ise çok tartışmalıdır. Sınırları belirgin ulaşılabilir lokalizasyonlu lezyonlarda rezeksiyona gidilebilir ancak multifokal ve infiltratif doğası nedeniyle biyopsi sonrası multimodal tedavi daha çok tercih edilir.

**Anahtar Sözcükler:** Lenfoma, santral sinir sistemi, diffüz B hücreli, tümör

PS-399 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

**SPONTAN REGRESE OLAN LOMBER JUKSTAFASET KİSTİ OLGUSUNDA KONTRALATERAL YENİ KİST GELİŞİMİ: İNSTABİL OMURGA VARLIĞININ KLİNİK KARARDA ÖNEMİNİ BELİRTEN BİR OLGU SUNUMU****Can Sarıca, Şeyho Cem Yücetaş\***

Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Lomber jukstafaset kistleri, faset eklem etrafında yer alan sinovyal, ganglion ve ligamentum flavum kistlerini kapsayan geniş bir tanımlamadır. Patogenezi halen tartışmalı olsa da; dejenerasyon, instabilite ve tekrarlayan mikrotravma en sık suçlanan nedenlerdir. Bu

kistlerin spontan regrese olabileceği literatürde belirtilmiş olup, spontan regresyonu açıklamak için şu ana kadar üç hipotez ("spontan kist duvarı rüptürü", "ileri dejenerasyon sonrası stabilitenin restorasyonu/skleroz" ve "inflamasyonun supresyonu") sunulmuştur.

**Yöntem:** Bu çalışmada; sağ L3-4 jukstafaset kisti ve eşlik eden L4-5 dejeneratif spondilolistezisi olup konservatif antiinflamatuvar tedavi ile spontan kist regresyonu gözlenen; 2.5 yıllık takibi sonrasında sol L3-4 jukstafaset kisti gelişen ve cerrahi stabilize edilen bir hasta takdim edilmiştir.

**Bulgular:** 37 yaşında kadın hasta 2 aydır giderek artan sağ kalça ve bacak ağrısı ile başvurdu. Sağ L4 dermatomunda hipoestezi haricinde nörolojik muayenesi normaldi. Travma, enfeksiyon veya herhangi bir hastalık öyküsü mevcut değildi. Yapılan manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde sağ L3-4 jukstafaset kisti ve L4-5 dejeneratif spondilolistezis tespit edildi. Hastanın cerrahi kabul etmemesi üzerine hastaya 4 hafta sürecek non-steroid antiinflamatuvar tedavi başlandı ve hasta fizik tedaviye yönlendirildi. Tedavi sonrası şikayetleri kabul edilebilir bir seviyeye gerileyen hasta takipten çıktı. 2.5 yıl sonra hasta şiddetli sol bacak ağrısı ile tekrar başvurdu. MR görüntülemesinde sağ L3-4'de bulunan kistin regrese olduğu, aynı seviyede solda yeni bir kist geliştiği izlendi. Hastaya posterior dekompresyon, kist eksizyonu ve transpediküler enstrüman ile füzyon yapıldı. 6 aylık takibinde hastanın ağrısının tama yakın geçtiği izlendi.

**Tartışma ve Sonuç:** Jukstafaset kistlerine eşlik eden belirgin instabilite varlığında, konservatif tedavi etkili olabile de rekürensisi veya yeni kist gelişimini engellemede yetersiz kalabilmektedir. Belirgin instabilitenin eşlik ettiği kisti olan hastalarda stabilitenin düzeltilmesi uzun dönemde daha iyi sonuçlar alınmasına yol açabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Dejenarasyon, instabilite, jukstafaset kisti, spontan rezolüsyon

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019210223957.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201921112242.jpg>

PS-400 [Nörotravma ve Yoğun Bakım]

## VENTRİKÜLOPERİTONEAL ŞANT İLE İLİŞKİLİ 'ÇÖKEN KEMİK SENDROMU'

**Emrah Egemen\*, Barış Albuz, Serkan Civlan, Fatih Yakar**

*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** 'Çöken Cilt Flebi Sendromu' veya 'Trepan sendromu' geniş beyin dekompresyonlarından birkaç hafta ile birkaç ay sonra gelişen kraniyal defekt bölgesindeki ciltte depresyon olarak kendini gösteren bir klinik durumdur. Kemik greftin çökmesi ise oldukça nadir durumdur. Bu çalışmada kliniğimizde ventriküloperitoneal şant takılması sonrası 'Çöken Kemik Sendromu' gelişen 4 hastayı sunmayı ve ventriküloperitoneal şant ile ilişkisini tartışmayı hedefledik.

**Yöntem:** Olgu 1: 37 yaşında erkek hastaya trafik kazası sonrası bilateral akut subdural hemoraji (SDH) nedeniyle bilateral dekompresif kraniyektomi yapıldı. 1 ay sonra hidrosefali gelişen hastaya ventriküloperitoneal (VP) şant takılırken eş zamanlı kemik greftleri yerine kondu. 1 yıl sonra letarji ile başvuran hastada bilateral çöken kemik sendromu saptandı ve kraniyal mini – plak vida ile sağlam kemiğe sabitlendi (Resim 1). Olgu 2: 22 yaşında

erkek hasta motosiklet kazası sonrası sol akut SDH nedeniyle opere edildi. Sol dekompresif kraniyektomi yapılan hastaya 2 ay sonra hidrosefali gelişmesi nedeniyle VP şant takılırken eş zamanlı kemiği yerine kondu. Ancak parçalı kemik kırığı nedeniyle kemik doku kaybı olan hastanın boş kalan kısımları akrilik ile dolduruldu. 1 ay sonra cilt altında apse gelişen ve kemiği çöken hastanın kemiği tamamen çıkarılarak apse boşaltıldı. Bu sırada valf yüksek basınç ile değiştirildi Olgu 3: 37 yaşında erkek hasta yüksekte düşme sonrası sol temporoparietal epidural hematoma ve subdural hematoma nedeniyle opere edildi. 1 yıllık takiplerinde cilt flebi çökmeyen stabil seyreden hastaya ventriküler dilatasyonu nedeniyle şant takılarak kemiği yerine konuldu. Kraniyoplastinin 1. yılında görme kaybı ve nöbet ile başvuran hastanın çöken kemiği mini plak ve vida ile düzeltilti. Şanti bağlandı Olgu 4: 28 yaşında kadın hasta sağ lateral ventrikül kitlesi nedeniyle interhemisferik yaklaşımla opere edildi. Operasyondan 1 ay sonra hidrosefali ile başvuran hastaya şant takıldı. Takibinin 2. yılında baş ağrısı ile başvuran hastanın intrakraniyal hipotansiyonu olduğu ve kraniyotomi greftinin çöktüğü gözlemlendi. Mini – plak vida ile kemik greft sağlam kemiğe sabitlendi (Resim 1)

**Tartışma ve Sonuç:** Kraniyotomi greftinin kafatası içine herniye olarak bası ve hipoperfüzyona bağlı nörolojik bulgular meydana getirdiği 'Çöken Kemik Sendromu' literatürde sadece 7 vakada raporlanmıştır. Bu hastalarda altta yatan ana sorun kemiğin rezorpsiyonu olup bütün hastalar kemiğin düzeltilmesinden fayda görmüştür. Kliniğimizde opere edilen hiçbir hastada kemik rezorpsiyonu gözlenmez iken ikinci olguda parçalı kırığa bağlı kemik greft defekti kapatmada yetersiz kalmış, geri kalan boşluk akrilik ile doldurulmuştur. Daha sonra apse zemininde kemik greft çökmüştür. 4 hastanın da patofizyolojisinden şanta bağlı intrakraniyal hipotansiyon zemininde kemiğin çöktüğü düşünülmektedir. Kemik basısı arttıkça şant daha fazla boşaltmaya başlamış ve çökme progresyon göstererek bası ve hipoperfüzyona bağlı klinik bulguları ortaya çıkarmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Çöken kemik sendromu, ventriküloperitoneal şant

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019210194910.jpg>

PS-401 [Nöroonkolojik Cerrahi]

## HİPOGLOSSAL KANAL SNOVİAL KİSTİ

**Mevci Özdemir\*<sup>1</sup>, Nuri Başgün<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Özel Denizli Cerrahi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahi Kliniği*

*<sup>2</sup>Özel Sağlık Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Bu yazıda hypoglossal kanal yerleşimli bir sinovial kisti sunulmuştur. Bildiğimiz kadarı ile literatürde sunulmuş çok az sayıda hypoglossal kanal sinovial kisti vakası bulunmaktadır.

**Yöntem:** 28 yaşında erkek hasta, 4 aydır olan başı yukarı kaldırınca ve sağa sola çevirince ortaya çıkan dilde karıncalanma ve uyuşma şikayetleri mevcut. Hastanın çekilen MR'larında solda atlantookspital eklem komşuluğunda jukstarkartilaj alanda hipoglossal kanaldan karotid kılıfa uzanan 5,5x4,5x7,5 mm boyutlarında T1A hipointens, T2A ve yağ baskılamalı T2A STIR serilerde hiperintens kistik karakterde sinovial kist ile uyumlu lezyon tespit edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Hypoglossal kanal patolojileri klinik bulguları diğer patolojilerle karışması ve radyolojik olarak ayrıntılı görüntüleme

gerekmesi nedeni ile sıklıkla tanı konulamamaktadır. 2017 yılında yayınlanan 15 yıllık retrospektif bir çalışmada sadece 40 adet hypoglossal kanal lezyonu tespit edilmiştir. Bunlardan 16'sı hypoglossal schwannoma, 15'i snovial kist ve 9'u pür kistik hypoglossal kanal lezyonu olarak rapor edilmiştir. Hypoglossal kanal patolojilerinin genel insidansının rapor edilen bu vakalardan çok daha fazla sayıda olduğu ancak birçoğuna tanı konulmadığı düşünülmektedir. Akılda tutma ve ayrıntılı radyolojik incelemelerle bu vakalara daha doğru tanı konulabilecektir.

**Anahtar Sözcükler:** Hypoglossal kanal, snovial kist, kranioservikal bileşke, schwannoma

PS-402 [Nörotravma ve Yoğun Bakım]

### EPİDURAL HEMATOM (EDH) NEDENİYLE OPERE EDİLEN PEDİATRİK HASTADA İPSİLATERAL HEMİPLEJİ NEDENİ OLARAK PUTAMİNAL ENFARKT: OLGU SUNUMU

**Muhammed Erkan Emrahoğlu\***, Behzat Rüçhan Ergün, Betül Yaman, Çağrı Elbir, Seda Akyıldız, Ahmet Günaydın, Rafet Özyay, Şahin Hanalioğlu

S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Kafa travmalarında cerrahi patolojinin açıklamadığı fizik muayene, laboratuvar veya radyolojik semptom- bulguları açıklayacak diğer nedenlerin mümkünse cerrahi öncesi, değil ise postoperatif erken dönemde ileri tetkiklerle aydınlatılması, ancak erken tanı-tedavi ile düzeltilebilecek patolojiler söz konusu olduğunda önem arz etmektedir. Bu bildiride araç dışı trafik kazasına (ADTK) bağlı kafa travması sonrası sağ frontotemporal epidural hematoma (EDH) gelişen, ipsilateral hemipleji izlenen, defisitinin postoperatif erken dönemde sol putaminal enfarkta bağlı olduğu gösterilen, erken tedavi ile tama yakın düzelme izlenen bir olgu sunulmaktadır.

**Yöntem:** ADTK sonrasında acil servise nakledilen 8 yaşında çocuk hasta, sağ frontotemporal EDH tanısıyla kliniğimize konsülte edildi. Muayenesinde genel durumu orta, bilinç hafif uykuya meyilli ve konfüze, oryantasyon-kooperasyon kısıtlı, GKS:14, izokorik, kranial sinir muayenesi (KS) doğal, sağ hemiplejik olduğu görüldü. Radyolojik değerlendirmesinde beyin bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ frontotemporalde 12x8mm EDH izlendi (Resim-1). Spinal görüntülemeleri doğaldı. Acil cerrahi planlanan hastaya ipsilateral hemipleji nedeniyle acil beyin-boyun BT anjiyografi planlandı, normal olduğu görüldü (Resim-2). Olası bir diseksiyonun dışlanmasıyla hasta cerrahiye alındı. Sağ frontotemporal epidural mesafeden yaklaşık 30cc koagülüm boşaltıldı, Orta Meningeal Arter'deki (OMA) kanama durduruldu. Postoperatif muayenede genel durumu iyi, şuur açık, oryante, koopere, GKS:15, KS doğal, sağ hemiplejik olan hasta, Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji ve Onkoloji Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Servisi'ne nakledildi.

**Bulgular:** Sağ frontotemporal EDH nedeniyle cerrahi uygulanan hastaya postoperatif erken dönemde nöroloji konsültasyonu istendi. Çekilen beyin manyetik rezonans görüntülerinde sol putaminal enfarkt izlendi (Resim-3). Eş zamanlı BT'de de enfarkt alanı izlendi, hematoma izlenmedi (Resim-4). Nöroloji önerisi ile antitrombotik tedavi olarak enoksaparin sodyum ve asetil salisilik asit başlandı. Takiplerinde ek problem izlenmeyen hasta sağ 4/5 kas gücünde hemiparetik, sağ alt

ekstremiteler oraklar tarzda yardımsız ambule şekilde taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Kafatası ve dura mater arasında kan ürünleri birikmesiyle oluşan kanamalar EDH olarak adlandırılır. Kafa travmalarının yaklaşık %1'inde EDH görülmektedir. EDH, %90 sıklıkla OMA ve dallarında yırtılmalarla kaynaklanmaktadır. EDH gelişen olgularda kontralateral motor defisit gelişebilmektedir. Ancak EDH ile açıklanamayacak nörolojik defisit varlığında mümkünse preoperatif, değilse postoperatif erken dönemde gerekli tetkikler yapılarak ilgili patolojinin ortaya konması erken tedaviyi mümkün kılmak açısından önemlidir.

**Anahtar Sözcükler:** Epidural hematoma, putaminal enfarkt, kafa travması  
**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirirResmi/tmp/201921022658.jpg>

PS-403 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### ÜÇÜNCÜ VENTRİKÜL KOLLOİD KİSTLERİ

**Abdullah Sezer\***, Yusuf Kılıç, Ozan Haşimoğlu, Lütfi Şinasi Postalci, Bülent Timur Demirgil, Bekir Tuğcu

S.B.Ü. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları SUAM, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Üçüncü ventrikül kolloid kistleri tüm intrakraniyal tümörlerin %0,5-2 kadarını oluşturan seyrek rastlanan tümörlerdir. Selim lezyonlar olarak tanımlanmakla beraber, akut hidrosefaliye yol açarak ani ölüm riski taşıdığı göz önüne alınmalı ve tedavi edilmelidirler.

**Yöntem:** Hastanemizde 3. ventrikül kolloid kisti nedeni ile 2011-2018 yılları arasında opere edilmiş 14 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların 8'i kadın 6'sı erkekti. Yaş ortalaması 33,6 (21-69) idi. Hastaların tamamında baş ağrısı mevcuttu. Üçünde radyolojik olarak hidrosefali yokken 11'inde hidrosefali vardı. Kolloid kist çapı ortalama 15,3 mm idi. Hastaların tamamı interhemisferik transkallosal yolla opere edildi. Hiçbir hastada kalıcı ventriküler drenaj gerekmedi. Kontrol MR incelemelerinde hiçbir hastada rezidü gözlenmedi.

**Tartışma ve Sonuç:** 3. ventrikül kolloid kistleri, tıkaçıcı tipte hidrosefaliye yol açarak klinik veriler ve taşıdıkları risk nedeni ile cerrahi çıkarılmaları gerekir. Nitekim hastaların %75-80'inde operasyon öncesi hidrosefali mevcuttur. İnterhemisferik transkallosal transforaminal, konvansiyonel transkortikal ve endoskopik transfrontal yaklaşımlar uygulanabilir. Yaklaşık mortalite ve kalıcı morbidite riski totalde %3-5 dolayındadır. Diskonneksiyon sendromu ve muhtemel venöz infarkt riski interhemisferik yaklaşımlarda mevcut olmakla birlikte diğer yaklaşımlarda da epileptik nöbet riski vardır. Daha minimize yaklaşım olan endoskopik yaklaşımın ise en büyük dezavantajı rezidü kist bırakılmasıdır ki literatürde %20'lere yakın oranda bildirilmektedir. Kliniğimizde interhemisferik transkallosal yaklaşım rutin olarak uygulanmış ve tüm hastalarda total rezeksiyon sağlanmıştır. İnterhemisferik yaklaşım sırasında kraniotomi sınırlarının çok dar tutulmaması ile venöz infarkt riskinin minimize edileceği bir koridor bulmanın daha kolay olduğunu düşünüyoruz. Düşük bir komplikasyon oranı ile interhemisferik yaklaşım güvenilir bir yöntemdir.

**Anahtar Sözcükler:** Kolloid, kist, hidrosefali, üçüncü, ventrikül

PS-404 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

**ATLANTOAKSİYEL DİSLOKASYONA SEBEP OLAN SPONDİLOMETAFİZYEL DİSPLAZİ OLGUSU****Yener Şahin\*, Efecan Çekiç, Yahya Güvenç, Ferhat Harman***Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Çocukluk çağı iskelet displazilerinin bir formu olan spondilometafizyel displazi, kranioservikal bileşkeyi etkileyerek atlantoaksiyel dislokasyona sebep olabilir. Atlantoaksiyel dislokasyonlar servikomedüller bası oluşturarak solunum sıkıntısı ve akciğer enfeksiyonuna yol açmakta ve mortal seyretmektedir. Olgumuzda atlantoaksiyel dislokasyon nedeniyle spinal kord basısı ve buna bağlı solunum sıkıntısı gelişmiş spondilometafizyel displazi hastasının tedavisi tartışılmıştır.

**Yöntem:** Olgu

**Bulgular:** 5 yaşında kız çocuğu spondilometafizyel displaziye bağlı atlantoaksiyel dislokasyon tanısı ile dış yoğun bakımdan kliniğimize kabul edildi ve yoğun bakıma yatırıldı. Hastanın tomografisinde atlantoaksiyel dislokasyona bağlı atlas'ın aksis üzerinden öne doğru kaydığı ve atlas kemiğinin posterior arkusunun oksipital kemik altına doğru gömüldüğü izlendi (Resim 1a). Servikal MRG'sinde C1-2 seviyesinde kord basısı ve myelopati görüldü (Resim 1b). Hastanın öyküsünde, anne ve babasında akraba evliliği öyküsü olduğu, bir yaşında dış merkezde aynı bölgeden operasyon geçirdiği ve operasyon sonrası kısmen rahatlasa da ilerleyici nörolojik defisit geliştiği ve son olarak 3 ay önce solunum sıkıntısı ve pnömoni nedeniyle entübe edilerek yoğun bakıma yatırıldığı öğrenildi. Geliş muayenesinde spontan ekstremitte hareketi olmayan hastanın, dört ekstremitede uyarı ile devamlı klonusu mevcuttu. Hasta cerrahiye alındı ve ameliyat başlangıcında anestezi altında traksiyon ile redüksiyon yapılmasına rağmen düzelme izlenmedi. Eski insizyon hattından posterior üst servikal açılış yapıldı ve suboksipital bölge, C1 ve C2 ortaya kondu. C1 lateral kitle ve C2 pedikül vidası yerleştirildikten sonra suboksipital kraniektomi ve C1 laminektomi yapılarak dekompresyon yapıldı ve ardından rodler yerleştirilerek tam redüksiyon sağlandı (Resim 2). C1-2 arasına otogreft ile füzyon yapıldı. Postop dönemde yoğun bakımda takip edilen hastanın spontan solunumu başladı fakat ekstremitte hareketi izlenmedi.

**Tartışma ve Sonuç:** İnstabilite gelişmiş ve korda bası yapan atlantoaksiyel dislokasyonların tedavisinde öncelikle traksiyon ile kapalı redüksiyon denenmesini önerenler vardır. Biz belirgin basısı ve myelopatisi olan olan olgunun anestezi altında traksiyon ve cerrahisine karar verdik. Cerrahide traksiyona rağmen redüksiyon ve düzelme izlenmedi. C1 lateral kitle ve C2 pedikül vidası ile redüksiyon ve laminektomi ve suboksipital kraniektomi ile dekompresyon yapıldı. Postop servikal MRG'de kord basısının düzeldiği izlendi (Resim 1c). Sonuç olarak iskelet displazisine bağlı atlantoaksiyel dislokasyon ve instabilite gelişmiş hastalarda cerrahi dekompresyon, redüksiyon ve uygun füzyonun yapılması solunum problemlerinin ve buna bağlı mortalitenin önlenmesi açısından gereklidir.

**Anahtar Sözcükler:** Spondilometafizyel displazi, iskelet displazileri, atlantoaksiyel dislokasyon, C1, C2, pedikül, lateral kitle

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/2019210211822.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/2019210211831.jpg>

PS-405 [Pediatrik Nöroşirürji]

**YENİDOĞAN DÖNEMİNDE VERTEKSTE DEV EKSTRAKRANİYAL KİTLE****Samet Dinç\*, Mehmet Kalan, Mehmet Ziya Çetiner, Atakan Besnek, Emre Çavuş, Levent Gürses, Mehmet Sorar, Teoman Dönmez***S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Yenidoğan döneminde mekanik doğum travmaları % 2.4 olarak görülmektedir. Mekanik doğum travması sonucu % 19.3 -% 25.7 sefal hematoma, % 21.8 -% 22.9 caput succadenum görülmektedir. Mekanik doğum travması ve sefal hematoma şüphesi ile başvuran ve dev infantil myofibrom tespit edilen bir olgu sunulmuştur.

**Yöntem:** Vaka sunumu

**Bulgular:** Dış merkeze yenidoğan döneminde verteks yerleşimli yumuşak yapıda dev bir lezyon ile başvuran hastada öncelikli olarak sefal hematoma düşünülmüş ve takip edilmiş. Takip süresinde lezyonun büyümesi üzerine hasta kliniğimize yönlendirildi. Hastanın nörolojik muayenesi ve gelişimi normaldi. Radyolojik incelemelerinde lezyonun 10x10 cm büyüklüğünde, soliter bir yapıya sahip olduğu ve kalvaryumun çökmesine ve destrüksiyonuna neden olduğu saptandı. Hastaya cerrahi operasyon kararı alındı ve preoperatif hazırlıkları yapıldı. Cerrahi operasyon hasta iki aylıkken gerçekleştirildi. Verteks düzeyinde, katı ve avasküler yapıda, kalvaryumda biparietal çökmeye neden olan, kırık dokusu benzeri kitle total olarak eksize edildi. İntraoperatif olarak lezyonun sagittal sinüse ve duraya invaze olmadığı görüldü. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon olmadı. Ek sorunu olmayan hasta önerilerle taburcu edildi. Lezyonun patolojisi infantil myofibroma-myofibromatozis olarak geldi. Ameliyat sonrası kontrollerinde de ek bir sorun izlenmedi.

**Tartışma ve Sonuç:** İnfantil miyofibromatozis, erken çocukluk döneminde görülen mezenkimal bir bozukluk olup; deri, kas, iç organ, kemik ve deri altı dokusunda tümörlerin oluşumu ile karakterize bir tablodur. Genel olarak nadir olmasına rağmen, en sık görülen bebeklik çağı fibröz tümörleridir. Etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. İnfantil miyofibromatozis, tek veya multipl odaklı olarak ortaya çıkabilir. Görüntüleme bulguları patognomonik değildir ve ayırıcı tanı genellikle Langerhans hücreli histiyositoz, osteomyelit, metastaz, osteoblastoma, epidermoid kist, hemanjiyom, fibröz displazi, fibrosarkom ve meningioma ön planda düşünülmelidir. Ancak bizim vakamızda öncelikli olarak sefal hematoma düşünülmüş olup yenidoğan döneminde mekanik doğum travmaları sonucu olarak hematomlar tümörlerden daha sık görülmektedir. Bu nedenle doğum travmalı hastalarda tümörler de ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Yenidoğan, miyofibroma, sefal hematoma, mekanik doğum travmaları

PS-406 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

**L4-5 KISA SEGMENT VİDA PLAK YAPILAN HASTALARDA L4 PELVİK İNSİDANS DEĞERLERİNDE DEĞİŞİKLİKLER****Caner Sarılar\*<sup>1</sup>, Rezzak Yılmaz<sup>2</sup>***<sup>1</sup>S.B. Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği**<sup>2</sup>Christian-Albrechts Üniversitesi, Nöroloji Departmanı*

**Giriş ve Amaç:** Son yıllarda gerek spinal deformitelerde gerekse stabilizasyon yapılan hastalarda yapılan radyografik ölçümlerin, uygulanan cerrahinin başarısına katkıda bulunduğu görülmektedir. Bu çalışmada L4-5 seviyesinde vida plak yapılan hastalarda L4 pelvik insidans açıları değerlendirildi.

**Yöntem:** Mayıs 2018 ile şubat 2019 arasında L4-5 kısa segment stabilizasyon yapılan 11 hasta değerlendirildi. Hastaların lomber yan grafipleri üst L4 son plak orta noktasından dik çizilen çizgi ile ve femur başı merkezini birleştiren çizginin meydana getirdiği açı hesaplandı. Hastaların preop visuel analog skoru(VAS) değerleri ve postop 1. ay VAS skorlarına bakıldı.

**Bulgular:** Hastaların 6 sı erkek 7 si kadındı.Ortalama yaş 47.4 idi.Hastaların preop L4 pelvik insidans açısı ortalama 13.1 derece iken postop L4 pelvik insidans açısı ortalama 13.56 derece oldu.Hastaların 5 inde açı artmış 6 sında ise açı azalmıştı.Preop VAS ortalama 7.2 iken postop 1. Ayda VAS 2.6 idi.Açı azalması veya artması ile VAS arasında korelasyon görülmedi.

**Tartışma ve Sonuç:** Bu çalışmamızda L4-5 kısa segment stabilizasyon yapılan hastalarda ortalama olarak L4 pelvik insidans açısında ciddi değişiklik olmadığı görüldü.Ayrıca açı değişimleri ile VAS arasında da ilişki görülmedi.

**Anahtar Sözcükler:** Pelvik insidans açısı, stabilizasyon, visuel analog skoru

PS-407 [Nöroonkolojik Cerrahi]

#### ALT EKSTREMİTE MONOPAREZİSİ AYIRICI TANISINDA BEKLENMEDİK BİR PATOLOJİ: MULTİPL SKLEROZ

**Caner Ünlüer\*, Cem Atabey, Betül Yaman, Seda Akyıldız, Çağrı Elbir, Behzat Rüşan Ergün, Ahmet Metin Şanlı, Habibullah Dolgun**

*S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi*

**Giriş ve Amaç:** Bu bildiri bel fitiği şüphesi ile beyin cerrahisi polikliniğine başvurup multipl skleroz tanısı alan bir olgu sunulacaktır

**Yöntem:** Olgu Sunumu

**Bulgular:** Bilinen bir hastalığı olmayan ve 2 hafta önce bel ve sol bacadaki ağrı,uyuşma ve kuvvetsizlik şikayetleri başlayan hasta bu şikayetlerle beyin cerrahisi polikliniğine başvurdu. Sol bacadaki güç kaybı 2 hafta içinde giderek artan ve destek alarak yürüyebildiğini ifade eden hastanın muayenesinde sol alt ekstremitede proximal:3/5 distal:2/5 kas gücünde izlendi. Ek nörolojik muayenesi doğal izlenen hastada duyu defisiti saptanmadı. Aynı gün lomber MR görülen hastanın MR'ında akut patoloji saptanmadı. Detaylı anamnezinde şikayetlerinin başladığı zamanla eş zamanlı olarak sık idrara çıkma ve gözünde 10-15 dakika süren kararma tarifleyen hastaya kranial ve tüm spinal kontrastlı MR planlandı. Yapılan görüntülemelerde kranial MR'da 'bilateral periventriküler ve supraventriküler derin beyaz cevherde forseps minör ve majörde T1 AG de izointens, T2 AG de hiperintens multipl sayıda bir kısmı korpus kalozuma dik seyirli MS plağına ait olabilecek sinyal değişiklikleri' izlenmesi üzerine hasta Nöroloji polikliniğine yönlendiriliyor. Nöroloji kliniğine yatırılıp takibine başlanan hastadan BOS örneği gönderildi. Takibinde motor muayenesinde defisiti gerileyip kas gücü normale dönen hastanın BOS örneğinde oligoklonal bant sonucu pozitif gelmesi ile MS tanısı doğrulanmış ve tedavisine başlandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Multipl Skleroz (MS), çeşitli genetik ve çevresel faktörlerin karmaşık ilişkileri ile tetiklenen otoimmünite nedeniyle ortaya çıktığı düşünülen, santral sinir sistemine ait demyelinizasyon ile karakterize bir hastalıktır. Genellikle relaps ve remisyonlar ile giden ve histolojik olarak demyelinizasyon, inflamatuvar değişiklikler ile gliozisin belirgin olarak izlendiği, santral sinir sisteminde multifokal bozukluklara yol açan bir sendromdur. MS tanısı, santral sinir sisteminin farklı bölgelerinin tutulumunun klinik olarak ortaya çıkarılması ile konur. SSS' ne ait çok farklı belirti ve bulgunun farklı zamanlarla ortaya çıktığı çok belirtili ve çok ataklı bir tablo söz konusudur. Ekstremitelerde güçsüzlük, duysal belirtiler, ataksi, mesane problemleri, yorgunluk, diplopi, görme bulanıklığı gibi görsel belirtiler, dizartri gibi kognitif belirtiler sık görülen belirtilerdir. Tanı olguların klinik özellikleri, hastalığın gidişi ve yardımcı laboratuvar yöntemleri kullanılarak konulur. Bununla birlikte özellikle erken evredeki olgularda tanı koyma zorlukları sıklıkla yaşanır. Bu dönemde klinik ve radyolojik takip tanıyı kesinleştirmede önemlidir.

**Anahtar Sözcükler:** Multipl skleroz, oligoklonal bant, lomber disk hernisi

PS-408 [Nöro travma ve Yoğun Bakım]

#### TIP 2 ODONTOİD FRAKTÜRÜ VE TRAVMATİK VERTEBRAL ARTER DİSEKSİYONUNA BAĞLI VERTEBROBAZİLER ARTER OKLÜZYONUNUN MEKANİK TROMBEKTOMİ VE POSTERİÖR C1-C2 FIKSASYON İLE BAŞARILI TEDAVİSİ

**Betül Yaman\*, Şahin Hanalioğlu, Mehmet Ziya Çetiner, Samet Dinç, Yunus Emre Yılmaz, Ahmet Metin Şanlı, Mehmet Sorar, Mehmet Erhan Türkoğlu**

*S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Tüm spinal travmaların %55' i servikal travmalardır. En sık C2 vertebraında görülür. C2 kırıkları, servikal vertebra kırıklarının yaklaşık %20'dir ve bunun çoğunu odontoid fraktürleri oluşturur. Vertebral arter(VA) yaralanmalarının çoğu(%78) servikal spinal fraktürlere bağlıdır. Posterior sistemde iskemi (sıklıkla lateral medüller sendrom ya da serebellar enfarkt) görülme insidansı VA yaralanmalarında (özellikle V3 veya V4 segmenti etkilenir) %25 kadardır. Bu durum mortaliteye %8 katkıda bulunur. Bu bildiri travmatik VA yaralanması nedeniyle baziler arterde trombüs ve buna bağlı nörolojik defisit gelişen bir tip 2 odontoid fraktürü olgusu sunulacaktır.

**Yöntem:** Olgu Sunumu

**Bulgular:** AİTK sonrası hastanemize tip 2 odontoid fraktürü nedeniyle dış merkezden kabul edilen, bilinen tip1 DM olan 44 yaşındaki hastanın yatışı sırasında nörolojik muayenesi intakttı. Çekilen servikal BT'de C2 vertebra da odontoid prosesinde ve sağ lateral mass'da transvers foramenlere uzanan fraktür hatları tespit edilmiştir. Başvurusunun 6. saatinde nörolojik muayenesinde ani gelişen sağ hemiparezi(sağ üst ekstremitede 2/5, alt ekstremitede 3/5), sola konjuge bakış kısıtlılığı, solda grade 3 fasial paralizi, dizartri olması üzerine çekilen diffüzyon MR'da ponsta ve serebellumda diffüzyon kısıtlaması gösteren fokal alanlar, beyin-boyun BT anjiyografi'de vertebro baziler bileşkede dolum defekti izlendi. Hastaya acil olarak yapılan tanısız DSA'da vertebral arterin(VA) V3 segmentinde disseksiyon açısından şüpheli duvar düzensizliği izlendiği, baziler arter proksimalinden itibaren kontrast geçişi olmadığı görülmesi

üzerine hastaya travmatik VA diseksiyonu ve baziler arter trombüsü ön tanısıyla endovasküler yolla aspirasyon ile mekanik trombektomi uygulandı. Takiben alınan görüntülerde baziler arterin açıldığı, tüm segmentlerin normal doluş gösterdiği görüldü. Hasta ek nörolojik defisit olmadan yoğun bakıma alındı. Hasta takibinde sağ üst ekstremité 1/5, alt ekstremité 3/5, solda grade 4 fasial paralizi, sola konjuge bakış kısıtlı,dizartrik,disfonik olarak izlendi. Servikal korse ile izlenen hastaya post-travmatik 12. gününde posterior C1-C2 enstrümantasyon yapıldı. Cerrahi öncesi ve sonrası gerekli antikoagülan, antiaggregan, antibiyoterapi tedavisini alan hastanın post-op mobilizasyon ve fizik tedavi uygulamaları ile nörolojik muayenesinde düzelme izlendi. Post-op 1. ayında kumadinize ve nörolojik muayenede üst ekstremité proksimal +4/5, distal 3/5; alt ekstremité +4/5 kas gücünde, solda grade 3'e gerileyen fasial paralizi, destekli mobilize, sondasız olarak bir FTR merkezine sevk edildi. Hastanın 6. aydaki muayenesinde defisitsiz olduğu görüldü.

**Tartışma ve Sonuç:** Sonuç olarak servikal travmalarda hastalarda oluşabilecek vasküler patolojilerin neden olabileceği durumlar konusunda sıkı nörolojik muayene takibi yapmak, yeni gelişen nörolojik defisit varlığında gerekli görüntülemeler ile tanıya ulaşp gerek medikal ve girişimsel, gerek cerrahi tedavileri en kısa zamanda uygulamak hayat kurtarıcı olmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Travma, odontoid fraktür, vertebral arter yaralanması, baziler arter trombozu, mekanik trombektomi

PS-409 [Nöroonkolojik Cerrahi]

## NAVİGASYON BİYOPSİ SONRASI GELİŞEN PNÖMOSEFALİ

**Gökberk Erol\*, Mustafa Çağlar Şahin, Emrah Çeltikçi**

*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Navigasyon biyopsi, yüksek cerrahi risk içeren ve yüksek morbiditeye sahip derin yerleşimli kitlelerde kullanılan bir yöntemdir. Navigasyon beyin biyopsi yaygın kullanılan ve genel olarak az komplikasyon görülen bir işlemdir. En sık görülen komplikasyonlar hemoraji ve enfeksiyondur. Bu olgu sunumunda literatürde daha önce iki kez bildirilmiş olan pnömosefali komplikasyon olgusu sunulmaktadır.

**Yöntem:** Yeni gelişen sol hemiparezi şikayeti ile başvuran ve yapılan görüntülemelerde talamokapsüler bölgede kitle saptanan hastaya uygulanan navigasyon biyopsi sonrası pnömosefali gelişen olgu sunulmaktadır.

**Bulgular:** 61 yaşında, erkek hasta sol kol ve bacadaki güçsüzlük şikayeti ile başvurmuştur. Hastanın nörolojik muayenesinde Medical Research Council(MRC) skalasına göre sol motor kuvveti 4/5'tir ve Modified Ashworth skalasına göre spastisite skoru 3'tür. Hastanın rutin laboratuvar tetkikleri normal değerler arasındadır. Hastaya yapılan magnetik rezonans görüntülemelerinde (MRG) T1 ağırlıklı kontrastlı beyin MRG'de sağ supratentorial sentrum semiovale düzeyinde lateral ventrikül gövdesine uzanan yaklaşık 4x3 cm boyutlarında santrali yoğun heterojen kontrastlanan çevresinde vazojenik ödem alanın eşlik ettiği kitle lezyonu saptanmıştır. Tanı amaçlı navigasyon biyopsi yapılan hasta herhangi bir komplikasyon yaşanmadan postop 24. saat bilgisayarlı tomografisi (BT) çekilerek taburcu edilmiştir. İki ay sonra sol kol güçsüzlüğünde artış şikayeti ile acile başvuran hastanın MRC skalasına göre sol üst ekstremitesi 3/5, sol alt ekstremitesi 4/5 olarak değerlendirilmiştir. Yara yerinde

makroskopik herhangi bir defekt görülmemiştir. Beyin BT'de biyopsi traktında pnömosefali saptanmıştır. Hastanın kemik defekti yumuşak akrilat ile onarılmıştır. Postop 24. saat beyin BT görülerek hasta taburcu edilmiştir. Bir ay sonra kontrol MRG'de belirgin regresyon izlenmiştir.

**Tartışma ve Sonuç:** Literatürde navigasyon biyopsi operasyonu sonrası pnömosefali gelişen 2 vaka bildirilmiştir. Bu iki vakadan farklı olarak bizim vakamızda yara yerinde makroskopik bir defekt yoktur. Bununla birlikte bu iki vaka ile kıyaslandığında pnömosefali komplikasyonu geç dönem gelişen bir komplikasyon olarak izlenmiştir. İzole intraparaknimal pnömosefali olarak literatürdeki ilk olgu sunumudur. Navigasyon biyopsi sonrası gelişen pnömosefali durumu negatif intrakranial basınç farkı sonucu oluşan check-valve mekanizmasına bağlı oluşmuş olabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Pnömosefali, navigasyon, biyopsi

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/201921022141.jpg>

PS-410 [Nörovasküler Cerrahi]

## İNTRAKRANİYAL KAROTİD OKLÜZİF HASTALIĞIN STA-MCA BYPASS İLE TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

**Şahin Hanalioğlu, Samet Dinç\*, Betül Yaman, Atakan Besnek, Yunus Emre Yılmaz, Ahmet Metin Şanlı, Rafet Özyay, Mehmet Erhan Türkoğlu**

*S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Ekstrakraniyal-intrakraniyal serebral bypass ameliyatları Moyamoya hastalığı, karotid oklüzif hastalık, kompleks anevrizma ve tümörlerin tedavisinde revaskülarizasyon amacıyla uygulanmaktadır. Bu bildiriye intrakraniyal internal karotid arter stenozuna bağlı inme atakları geçiren bir hastada başarı ile uygulanan STA-MCA bypass olgusu sunulacaktır.

**Yöntem:** Olgu sunumu

**Bulgular:** Daha önceden geçici iskemik atak geçirmesi üzerine 80 yaşındaki erkek hastaya dış merkezde aspirin ve klopidogrel tedavisi başlanmış. Ancak takiplerinde serebrovasküler atak geçiren ve sol hemiplejik olan hastaya medikal tedaviye devam edilmiş olup motor defisiti kısmen düzelmiş. Yapılan tetkiklerinde sağ internal karotid arter (İCA) stenozu saptanan hasta karotis stent ve/veya balon dilatasyon açısından kliniğimize yönlendirildi. Nörolojik muayenesinde sol hemiparezisi (3/5 kas gücünde) mevcuttu. Hastaya serebral anjiyografi planlandı. Yapılan serebral anjiyografide sağ İCA kavernöz segmentte ileri derecede darlık saptandı. Stent ve/veya balon anjiyoplasti planlanan hastaya işlem esnasında darlığın mikrokater ile geçilememesi üzerine işlem sonlandırıldı. Bunun üzerine bypass kararı alınan hastaya preoperatif hazırlıkları sonrasında sağ STA frontal dalı ile sağ MCA M4 dalı arasına anastomoz yapıldı. Postoperatif dönemde ek radyolojik ve nörolojik problemi olmayan hastanın yapılan kontrol anjiyografisinde yapılan anastomozun patent olduğu, sağ MCA ve dallarının STA aracılığıyla ECA'dan beslendiği izlendi. Çekilen perfüzyon manyetik rezonans görüntülemelerinde (MRG) sağ serebral hemisferde perfüzyonun artmış olduğu izlendi ve hasta önerilerle postop 5. günde taburcu edildi. Hastanın postoperatif takiplerinde sol hemiparezisinde düzelme izlendi.

**Tartışma ve Sonuç:** Serebral revaskülarizasyon; serebral perfüzyonu



artırmak amacıyla serebral dokuya ek kan akımı sağlamaktır. Serebral revaskülarizasyon denildiğinde; embolektomi, endarterektomi, kollateral kan akımı sağlamaya yönelik yöntemler ve ekstrakraniyal- intrakraniyal bypass cerrahisiyle birlikte çeşitli intrakraniyal vasküler onarım işlemleri akla gelmektedir. İlk olarak 1967 yılında Yaşargil ilk kez başarılı bir STA - MCA anastomozu operasyonu gerçekleştirmiştir. Cerrahi serebral revaskülarizasyon olgularının birçoğunda ek kan akımı kaynağı eksternal karotid arter (ECA) ve anastomoz yapılan İCA veya dallarından birisidir (EC-IC bypass). EC-IC bypass için seçilmiş hastalarda; uygun preoperatif hazırlık, dikkatli bir cerrahi ve postoperatif takip ile yüz güldürücü sonuçlar alınmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Karotid oklüzif hastalık, serebral perfüzyon, süperfisyel temporal arter, revaskülarizasyon, bypass, anastomoz

PS-411 [Nöroonkolojik Cerrahi]

#### ASEMPTOMATİK DEV ARAKNOİD KİST: OLGU SUNUMU

**Tuğba Moralı Güler\*<sup>1</sup>, Hikmet Demirkol<sup>1</sup>, Cevat Akıncı<sup>2</sup>, İlker Alaca<sup>2</sup>, Serkan Öner<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>3</sup>Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Araknoid kistler, araknoid membranlar ile çevrili olan ve serebrospinal sıvı içeren, serebrospinal aksta görülen non-neoplastik, benign kistik lezyonlardır. Tüm intrakraniyal kitle lezyonlarının yaklaşık %1'ini oluştururlar. Genellikle insidental olarak tanı alırlar.

**Yöntem:** Bu vaka sunumunda ara ara olan baş ağrısı nedeniyle radyolojik görüntülemeleri yapılan ve insidental olarak saptanan bir dev araknoid kist olgusundan bahsedilmektedir.

**Bulgular:** Bilinen hipertansiyon tanısı olan 58 yaşında kadın hasta ara ara olan baş ağrısı nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenede ve nörolojik muayenede özellik yoktu. Hastaya medikal tedavi düzenlendi ve poliklinik kontrolü önerildi. 1 ay sonra dış merkezde yapılan beyin BT incelemesi ile tarafımıza başvuran hastanın beyin BT'sinde daha çok supraventriküler yerleşimli olan sol frontotemporo-parietalden sağ frontoparietale uzanan hipodens büyük bir kistik lezyon saptandı. Bunun üzerine yapılan beyin MR incelemesinde sol frontotemporo-parietalden sağ frontoparietale uzanan konveksite düzeyinde sağ arka parietal hariç beyin parankiminin görülmediği T2 sekanslarda hiperintens ve T1 sekanslarda hipointens görünümde olan dev araknoid kist izlendi. (Figür 1 ve Figür 2) Ara ara olan parasetamol ile rahatlayan baş ağrısı haricinde belirgin şikayeti olmayan ve nörolojik muayenede de defisiti olmayan hasta takibe alındı. 4 yıllık takibinde klinik ve radyolojik olarak bir değişiklik saptanmadı.

**Tartışma ve Sonuç:** Küçük araknoid kistler genellikle asemptomatiktir ancak büyük araknoid kistler genellikle çevre yapıları kompresyon yaptıkları için semptomatiktirler. Ancak bu olgu sunumunda da olduğu gibi dev araknoid kiste rağmen sessiz bir kliniğe sahip olabilen ve normal günlük yaşantısına sorunsuz devam edebilen vakaların olabileceği de akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Araknoid kist, dev araknoid kist, baş ağrısı

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/20192102390.jpeg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201921023915.jpeg>

PS-412 [Pediatrik Nöroşirürji]

#### İZOLE 4. VENTRİKÜLÜN TEDAVİSİNDE VENTRİKÜLO-SUBARAKNOİD ŞANT UYGULAMASI

**Çağrı Elbir\*, Rafet Özay, Ahmet Gülmez, Muhammed Erkan Emrahoğlu, Nezhir Abdullah Oral, Mehmet Kalan, Cem Atabey, Hüseyin Hayri Kertmen**

S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** İzole 4. Ventrikül nöroşirürji pratiğinde nadiren görülen ve çoğunlukla daha önceki şant operasyonlarına sekonder gelişen bir olgudur. Vaka prezentasyonları genellikle bulantı kusma baş ağrısı ve alt kranial sinir felci şeklindedir. Patofizyolojisinde 4. ventrikülün proksimal ve distalden obstrüksiyonu sonrasında koroid pleksustan üretilen beyin omurilik sıvısının (BOS) dördüncü ventrikülde dilatasyon ve posterior fossa basınç artışı bulunmaktadır. Tedavisinde şant prosedürleri, aquadukt stenti, suboksipital dekompresyon ve endoskopik teknikler uygulanabilir.

**Yöntem:** Olgu Sunumu

**Bulgular:** Kliniğimize baş ağrısı, bulantı, kusma şikayetleriyle başvuran ve daha önce ventriküloperitoneal (V-P) ve ventriküloatriyal (V-A) şant öyküsü olan, meningomyelosele nedeniyle paraplejik doğan, 10 yaş kız hasta, çekilen beyin tomografisi ve beyin manyetik rezonans görüntüleme (mri) ile BOS akım mri tetkiklerinde izole dördüncü ventrikül tanısı olması sonrasında, opere edilerek tedavi edilmiştir. Hastanın postop takibinde şikayetleri ve klinik bulguları düzelmiştir.

**Tartışma ve Sonuç:** Hidrosefali nedeniyle şant uygulanan olguların sıklığı ve revizyon cerrahileri ile enfeksiyon olgularının da azımsanmayacak sayıda. Buna bağlı nadir görülen izole dördüncü ventrikül vakaları da karşımıza çıkabilmektedir. Özellikle bulantı, kusma, baş ağrısı alt kranial sinir arazi gibi bulgularla başvuran şanlı hastalarda şant disfonksiyonunun yanı sıra bu olgunun da akılda tutulması gerekmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** İzole dördüncü ventrikül, ventrikülosubaraknoid şant, ventriküloperitoneal şant, ventriküloperitoneal şant komplikasyonları

PS-413 [Nörovasküler Cerrahi]

#### İNTRAKRANİAL KİTLEYİ TAKLİT EDEN SİNÜS VEN TROMBOZU

**Atakan Besnek\*, Ahmet Metin Şanlı, Teoman Dönmez, Erdal Reşit Yılmaz, Mehmet Sorar, Mehmet Ziya Çetiner, Yunus Emre Yılmaz, Şahin Hanalioğlu**

S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Sinüs ven trombozu (SVT) iskemik inmenin nadir görülen nedenlerinden biridir. İnsidansı yılda 0,2-1,2/100.000 olgudur. Gebelik, puerperyum, oral kontraseptif kullanımı, travma, enfeksiyon, geçirilmiş

cerrahi ve dehidratasyon sebepleri arasındadır. Görüntülemelerde ince sulkal etkiler görülebildiği gibi enfarkt, kanama, vazojenik ödem görülebilir. En sık semptom baş ağrısıdır. Görüntüleme genellikle ilk tercih BT'dir. Beyin BT'de hiperdens sinüs bazen tek bulgudur. MRG'de dural sinüs içerisinde T1'de hiperintens trombüs ve T2'de akım kaybı izlenir. Gradient ve SWI sekanslarda trombüs hipointens görülür. Venöz enfarktın en erken bulgusu genelde ince kortikal ödemdir. Gri-beyaz cevher ayrımı genelde korunur. Vazojenik ödem varlığı ile kitleyi taklit eder. Kanama tipik olarak kortikal ve paramediandır ve tipik arteryel alanlar dışındadır. Bazen travma sonrası başvurularda gizlenebilir ve kitle ile karışabilir. Bu bildiriye kitleyi taklit eden 3 SVT olgusu sunulacaktır.

**Yöntem:** Olgu sunumu.

**Bulgular:** 1-Baş ağrısı şikayeti ile başvuran 47 yaş kadın hastanın tetkiklerinde sol temporal ödem alanı, saptandı. Özgeçmişinde(ÖG) özellik yok. Nörolojik muayene(NM) intakt. MR spekt planı ile takip edilen hastanın servis takibinde şiddetli baş ağrısı ve genel durum bozukluğu olması üzerine çekilen BBT'de sağ temporal hemoraji, sağ transvers ve süperior sagittal sinüste hiperdens görünüm saptandı. Hastaya clexane başlandı, dekompresif kraniyektomi yapıldı. Postop GKS:3, pupiller fiks dilate olan hasta Postop 5. gün eksitus oldu. 2-Nöbet ve genel durumda bozulma ile acil servise getirilen 38 yaş kadın hastanın GKS:10+afazikti. ÖG'de özellik yok. Hastanın BBT'de bifrontal serebral ödem saptandı, MR venografide süperior ve inferior sagittal sinüste dolun saptanmadı. Nöroloji YBÜ'ne yatışının 1. gününde anizokorik olan hasta tarafımıza danışıldı. Bifrontal dekompresif kraniyektomi yapıldı Postop GKS:3, pupillerde IR bilateral yok olarak izlendi. Hasta Postop 7. gününde eksitus oldu. 3-Baş ağrısı ve kötü koku duyma şikayetleri ile tarafımıza başvuran 52 yaş kadın hasta. ÖG'de özellik yok. NM intakt. Hastanın görüntülemelerinde sol temporal düzgün sınırlı hemorajik lezyon saptandı. Hastanın MR ve MR venografileri görüntülemeleri SVT ile uyumlu bulundu. Hastaya clexane başlandı ve dış merkez Nöroloji kliniğine nakil edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** SVT'nun başlangıç şekli ve klinik bulguları çok çeşitlidir. SVT, klinik olarak iskemik ya da hemorajik inme, beyin absesi, tümör, ensefalopati idiyopatik intrakranial hipertansiyon ve migren gibi çok farklı nörolojik hastalıkları taklit edebilir. Uygun öykü, klinik bulgular, radyolojik bulguları doğru yorumlamak ve şüphe tanı koymayı kolaylaştırır. Tedavide sebebe yönelik tedavinin yanında antikoagülasyon ana tedavi yöntemidir. Hemorajinin olması kötü prognozu gösterse de antikoagülasyon başlamanın prognoza kötü yönde etkisi gösterilmemiştir. Uluslar arası çalışmalarda mortalite %4,3 olarak bildirilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Sinüs ven trombozu, intrakraniyal kitle, antikoagülen

PS-414 [Nöro travma ve Yoğun Bakım]

## ATLANTOAKSİYAL ATLANTOOKSİPİTAL SUBLUKSASYONDA EKSTERNAL STABİLİZASYON

**Gülce Gel\*, Erdal Reşit Yılmaz, Ömer Selçuk Şahin, Seda Akyıldız, Ruçhan Ergün, Ahmet Günaydın, Cem Atabey, Şahin Hanaloğlu**  
S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Atlantoaksiyal dislokasyon çocuk olgularda en sık görülen servikal dislokasyon tipidir. Olguların çoğunda AOD'un aksine nörolojik defisit yoktur. Hasta boyun ağrısı ve kas spazmı ile belirti verir.

Bu tip yaralanmada asıl patoloji transvers ligamanın yırtılmasıdır. Tanı atlantodental mesafenin artması, MRG'de baş yırtığının gösterilmesi ile konur. Tedavide kapalı redüksiyon ve dışarıdan immobilizasyon uygulanır. Atlantookspital dislokasyon instabil olan bu lezyonlarda boynun immobilizasyonu ile kolaylıkla redüksiyon gelişebilir. Olguların %60'tan fazlasında tanı gecikir. Olguların yaklaşık dörtte birinde olaya atlantoaksiyal subluksasyonun da eşlik ettiği saptanır. Biz bu sunumda traksiyon sonrası halo ile stabilize edilen oksipitoatlantoaksiyal subluksasyon olgusundan bahsedeceğiz.

**Yöntem:** Atlantoaksiyal ve atlantookspital subluksasyon sonrasında halo başlık ile eksternal fiksasyon uygulanması.

**Bulgular:** 10 yaş kız hasta 3 ay önce 1 metre yüksekten düşme sonrası boyun ağrısı, yutma güçlüğü, omuzlarda ağrı ve dilde eğrilik şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Nörolojik muayenesinde GKS 15 puanda, 12. kranial sinir arazi mevcut, dil sağa deviye halde, ekstremitelerde motor duyu defisiti yok idi. Yapılan görüntülemelerde C1 vertebra posterior arkında solda fraktür ve atlantookspital atlantoaksiyal subluksasyon görüldü. Traksiyon sonrasında philedelphia boyunluk ile kontrolleri yapıldıktan sonra halo başlık takıldı. Kontrollerinde vertebral dizilimin normal olduğu görüldü. Postoperatif takiplerinde halo başlığı çıkan hastaya tekrar cerrahi olarak halo ile eksternal fiksasyon uygulandı. Postoperatif nörolojik muayenesinde değişiklik olmadı. Öneriler verilerek takip için çağırılmak üzere taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Çocukluk çağı vertebra ve spinal kord yaralanmalarının %75'i servikal bölge kaynaklıdır. Çocuklarda servikal yaralanmaların çoğu üst servikal bölgede yerleşir ve ciddi morbidite ve mortalite nedeni olabilir. Bu travmalarda nörolojik hasar oluşma sıklığı 8 yaş altı çocuklarda daha siktir ve genellikle çocukluk çağında kemik direnci fleksibilite nedeniyle daha fazla olduğundan kemik hasarından çok ligamentöz yaralanma sonrasında kord hasarı görülmektedir. Çocukluk çağı vertebral kolon travmalarının %30 u cerrahi tedavi gerektirmektedir. Çocuklarda üst servikal bölge ve kraniyoservikal bileşke yaralanmalarında tedavi ön planda cerrahi dışıdır ve özellikle küçük çocuklarda ağır bağ hasarı varsa bile konservatif tedaviyle takip edilir.

**Anahtar Sözcükler:** Atlantoaksiyal, atlantookspital, subluksasyon, halo

PS-415 [Nöroonkolojik Cerrahi]

## İNTRAVENTRİKÜLER MENİNGİOMA

**Şahin Kenan Deniz\*, Bora Tetik, Arif Önder**

*İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Nöroşirürji Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** İntraventrüküler meningioma, tüm intrakranial meningiomların sadece % 0,5 -3'ünü temsil eden nadir bir neoplazmdir. Meningiomlar en yaygın "glial olmayan" primer beyin tümörüdür, ve tüm birincil beyin tümörlerinin % 15-20'sini oluşturur. Bunlar en yaygın kafa içi ekstranöral ekstenel neoplazmalardır. Meningiomlar 30-60 yaş arasında pik yapar. Kadın erkek oranı 2/1'dir. İntraventrüküler meningiomlar nadirdir, tüm menenjiyomların sadece %0.7'sini oluşturur. Biz bu yazımızda İKK'lar arasında nadir yer alan intraventrüküler meningiomlarla ilgili deneyimimizi aktararak bu tip tümörlerin tedavi yaklaşımına katkıda bulunmayı amaçladık.

**Yöntem:** Olgu sunumu.

**Bulgular:** 8 yıldır dış merkez İKK takibinde 73 yaş erkek hasta. Baş

ağrılarında artış ile dış merkeze başvuran hasta kitlede progresyon subfalksiyan şift ile polikliniğe ayakta refere ediliyor. İlk muayene: lateralizan bulgu yok. İlk grafi: sağ lateral ventrikül oksipital horn yerleşimli heterojen kontrast tutulumu olan irregüler kitle. Radyoloji tanısı: koroid pleksus karsinomu? Tedavi planı: cerrahi. Yaklaşım: oksipital kraniotomi ile şant trasesi kullanılarak kitle total eksizyonu. Postop muayene: sol hemilateral pleji. Patolojisi kesinleşen hasta radyasyon onkoloji birimine devrediliyor. Adjuvan rt uygulanıyor. Postop 1 ay sonra tekrar kontrol mır alınıyor nüks/rezidü izlenmiyor. FTR desteği alınmaya devam ediliyor son muayenesinde plejisi 3/5 parali olarak değerlendirildi

**Tartışma ve Sonuç:** Total cerrahi rezeksiyon tüm menenjiyomlar için tercih edilen terapötik bir yaklaşımdır. Atipik menenjiyom malign meningioma dönüşümü bildirilmiştir. Malign meningiomlara bazen total çıkarılamayabilir, bunlarda da subtotal rezeksiyon + RT seçilmeli. Hedef sulkustan lezyona giden yörünge, mutlaka en kısa olan değildir, beyaz cevher fasiküllerinin en az transgresyonu olan yol seçilir. Biz bu yazımızda tümöre en kısa mesafenin en güvenli yol olmadığını fasiküllerin göz önüne alınması, şant trasesi gibi daha sessiz yolların seçilmesi gerektiğini aktarmak istedik.

**Anahtar Sözcükler:** İntraventriküler meningiom, cerrahi koridor

PS-416 [Nörovasküler Cerrahi]

#### AKUT SUBDURAL HEMATOMA SEBEP OLAN TEMPORAL AVM OLGUSU

**Ahmet Gülmez\*, Hayri Kertmen, Ömer Selçuk Şahin, Caner Ünlüer, Mehmet Erhan Türkoğlu, Ahmet Günaydın, Habibullah Dolgun, Erdal Reşit Yılmaz**

*S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Bu bildiri arteriovenöz malformasyon kanaması sonrası hematomun subdural mesafeye açılması ve akut subdural hematom gelişen bir olgumuz sunulacaktır.

**Yöntem:** Olgu sunumu

**Bulgular:** Baş ağrısı sonrası gelişen bilinç kaybı sebebi ile acil servise getirilen 35 yaşında hastanın yapılan görüntüleme tetkiklerinde sol frontotemporal subdural hematom ve sol temporal intraparakimal hematom saptanmıştır. Hastanın nörolojik muayenesi; genel durumu orta, bilinç uykuya meyilli, Glasgow Koma Skalası 9+afazik, pupilleri anizokorik sol dilate ışık refleksi bilateral pozitif olan hasta acil operasyona alındı. Subdural hematom ve intraparakimal hematom boşaltıldı, dekompresif kraniotomi yapıldı. Hematom bölgesindeki damarlanma yapılarında anormallikler görüldü ve patoloji gönderildi. Patoloji sonucu arteriovenöz malformasyon olarak değerlendirildi. Hastaya postop 1. ay sonunda kranioplasti ameliyatı yapıldı. Daha sonrasında genel durumu orta-iyi, bilinç açık, Glasgow Koma Skalası 10+afazik şeklinde taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Arteriovenöz malformasyonlar arter ve venler arasındaki anormal bağlantılar sonucu oluşur. AVM kanamaları lokalizasyonuna göre intraparakimal hematom şeklinde olur. Bu olgumuzda olduğu gibi kortikal yerleşimli olan AVM'lerde ve yüksek basınçlı kanamalar sonrasında hematom subdural mesafeye açılarak akut subdural hematoma da sebep olabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Arteriovenöz malformasyonlar, intraparakimal hematom, subdural hematom

PS-417 [Nöroonkolojik Cerrahi]

#### SAKROKOKSİGEAL KORDOMANIN MULTİPLE İNTRAKRANİAL İNTRADURAL METASTAZI: OLGU SUNUMU

**Kadri Ermre Çalışkan\*, Mehmet Sedat Çağlı, Larisa Andrada Ay**  
*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Beyin ve sinir cerrahisi literatüründe az sayıda bildirilmiş olan sakrokoksigeal kordomanın mutiple intrakranial metastazının bildirilmesidir.

**Yöntem:** Bildirilmiş sakrokoksigeal kordomaların intrakranial intradural metastazlarının sayısının belirlenmesi için MEDLINE arama motorunda "chordoma" kelimesi araştırılmıştır.

**Bulgular:** Kliniğimize baş ağrısı ve görme bulanıklığı ve nöbet geçirme şikayetleri ile başvuran 51 yaşında kadın olguya, 2015 yılında ilk kez sakrokoksigeal kordoma nedeni ile sakrektomi uygulanmış ve bu girişimden 2 yıl sonra nüks nedeni ile rezeksiyon uygulanmış ve patolojik tanısı, kordoma olarak bildirilmiştir. Olgunun başvuru sırasında nörolojik muayenesi; bilinç açık, koopere, oryante, ışık refleksi bilateral pozitif, bilateral homonim hemianopsi ve paraparazi mevcuttu. Olgunun kontrastlı kranial MR'ında sağ parietookspital parasagittal yerleşimli 50\*30 mm., sol parietookspital parasagittal yerleşimli 38\*25 mm. boyutlarında süperior sagittal sinüse invazyon yapmış, sağ frontal 13\*8 mm. ve sol temporal noktasal kordoma metastazı ile uyumlu görünüm izlenmiştir (Resim 1) Bilateral parietookspital lezyonlar, parietookspital interhemisferik yol ile gross-total eksizyon uygulanmıştır ve patolojik tanısı kordoma metastazı olarak bildirilmiştir. Postoperatif dönemde olgunun görme ile ilgili şikayetlerinde kısmi düzelme olsa da Postoperatif 2. ayda olgunun şikayetleri agra ve olmuş ve olgu tekrar kontrastlı kranial MR ile incelenmiştir. Bu inceleme sonunda 2 ay önce gross-total eksize edilen bilateral parietookspital parasagittal yerleşimli lezyonlarda nüks ve sağ frontal lezyonda ise progresyon izlenmiştir (Resim 1). Olgu tekrar opere edilerek, bilateral parietookspital parasagittal lezyonlara ve sağ frontal lezyona gross-total eksizyon uygulanmıştır. Her iki operasyondan sonra uygulanan MRLarda süperior sagittal sinüs içerisine invazyon göstere kısmen hariç rezidü tümör dokusu izlenmemiştir (Resim 1). Olgunun her iki operasyon sonrası özellikle görme ile ilgili şikayetinde düzelme izlenmiş ve yeni gelişen nöropatolojik bulgu izlenmemiştir.

**Tartışma ve Sonuç:** Kordomalar, malign kemik tümörlerinin yaklaşık % 5'ini oluşturan, sarkomatöz, yavaş büyüyen, lokal yayılım ve rekürrens ile seyreden notocord artıklarından köken alan, uzak organ metastazı yapabilen neoplazmlardır. Sakrokoksigeal bölgeden kaynaklanan kordomaların en sık vertebral ve akciğer metastazı yaptıkları bilirse de literatürde bildirilmiş toplam 8 adet sakrokoksigeal kordoma intrakranial intradural metastaz olgusu mevcuttur (Tablo 1). Sakrokoksigeal kordoma intrakranial metastazlarında ana tedavi, metastatik lezyonların gross-total rezeksiyonudur.

**Anahtar Sözcükler:** Kordoma, metastaz

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019210231434.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019210231613.jpg>

PS-418 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### ÜÇ SEVİYE ANTERİOR SERVİKAL DİSKEKTOMİ SONRASI HORNER SENDROMU

**Çağrı Elbir\*, Mehmet Erhan Türkoğlu, Çağhan Töngre, Muhammed Erkan Emrahoğlu, Gülce Gel, Nezh Abdullah Oral, Habibullah Dolgun, Mehmet Kalan**

*S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Horner sendromu ptozis, miyozis ve bazen de fasiyal anhidrozis şeklinde triadı ile bilinen ve etyolojisinde çeşitli faktörlerin rol oynayabildiği, servikal sempatik sinirlerin etkilenimine bağlı ortaya çıkan bir klinik tablodur. Anterior servikal diskektomi nöroşirürji kliniğinde servikal diskopatilerin tedavisinde en sık uygulanan prosedürlerdendir ve cerrahi sırasında karşılaşılabilecek komplikasyonlar arasında nadir de olsa Horner Sendromu da bulunmaktadır.

**Yöntem:** Olgu sunumu

**Bulgular:** Olguda boyun ve solda belirgin her iki kol ağrısı şikayetleri olan ve 1 yıldır şikayetlerinin arttığını belirten 69 yaş erkek hastanın C3-4, 4-5, 5-6 mesafelerinde cerrahi gerektiren disk patolojisine yönelik yapılan C3-4, 4-5, 5-6 anterior diskektomi ve PEEK kafes ile füzyon cerrahisi sonrasında hastada sağda Horner sendromu (ptozis, miyozis) ortaya çıkmıştır.

**Tartışma ve Sonuç:** Anterior servikal diskektomi operasyonu sonrası gelişen Horner sendromu komplikasyonundan kaçınabilmek için servikal bölgeye yapılan anterior girişimlerde longus kolli adele disseksiyonunun dikkatli ve kibarca yapılması ve diskektomi sınırları ile ekspozuru genişletmek adına yapılan aşırı disseksiyondan kaçınılması gerekmektedir. Ayrıca Smith Robinson tekniği kullanılarak çoklu seviye anterior diskektomi yapılması mümkün olsa da bu tür durumlarda komplikasyon oranlarının da artacağı bilinmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Horner sendromu, anterior servikal diskektomi komplikasyonları, smith robinson yaklaşımı

PS-419 [Cerrahi Nöroanatomi]

### FİKS DİLATE PUPİLLER VE GKS 3: İNTRAKRANİYAL KİTLE CERRAHİSİ İÇİN KONTRENDİKASYON MU?

**Caner Ünlüer\*, Hüseyin Hayri Kertmen, Ömer Selçuk Şahin, Gülce Gel, Seda Akyıldız, Behzat Rüçhan Ergün, Ahmet Günaydın, Şahin Hanalioğlu**

*S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Bu bildiriye daha önce opere grade 3 astrositom tanısıyla takipli acil servise Glasgow Koma Skoru 3 olarak getirilen hastanın acil operasyon sonrası radikal klinik iyileşme olgusu anlatılacaktır.

**Yöntem:** Olgu Sunumu

**Bulgular:** Daha önce dış merkezde sol geri paryetal grade 3 astrositom nedeniyle opere edilmiş olan ve postoperatif dönemde kemoterapi ve radyoterapi alan 35 yaşında kadın hasta ani gelişen bilinç kapanıklığı olması sebebiyle acil servisimize başvurmuştur. Yapılan ilk incelemede bilinç kapalı, herhangi bir sedatizan ajan almayan hastanın Glasgow

Koma Skoru (GKS): 3 (E1M1V1), bilateral ışık refleksi yok ve pupiller fiks dilate olarak izlenmiştir. Preoperatif görüntülemelerinde sol geri paryetalde post santral yerleşimli medialde falks cerebriye ve anteriorda lateral ventrikülün atriumuna kadar uzanım gösteren, kontrastlı serilerde heterojen kontrastlanan ve aksiyel kesitlerinde en geniş yerinde yaklaşık 5x5cm boyutlarında uzanım gösteren öncelikli tanıda glial natürde olduğunu düşündüğümüz kitle ile karşılaşıldı (Resim 1a-1b). Hasta acil şartlarda operasyona alındı. Cerrahi esnasında kitle rezeksiyona ek olarak posterior paryetal dekompresif kraniyektomi yapıldı. Post-operatif dönemde yoğun bakım ünitesinde 3 gün süreyle derin sedasyon altında takip edilen hastanın sedasyon sonrasında kademeli şekilde uyarılara yanıt verdiği, koopere olduğu izlendi. Uzun dönem entübasyon neticesinde trakeostomi ve beslenme kolaylığı açısından yoğun bakım takibi esnasında gastrostomi açılan hastanın 28 gün takibi sonrası trakeostomi kateteri çekilerek kısmi koopere, her 4 ekstremitesi hareketli, GKS 13 olarak palyatif ünitesine sevk edildi. Patoloji Glioblastom derece 4, IDH mutant olarak izlendi.

**Tartışma ve Sonuç:** Glioblastom hastalarının yaklaşık yarısı 65 yaş ve üzeri grupta ilk tanı almasına karşın IDH-mutant olarak bilinen gurup daha genç yaşlarda görülür. İkincil glioblastom olarak da bilinen bu gurup bütün glioblastomların yaklaşık %10'una tekabül eder ve genellikle genç yaşta görülür ve grade 3 astrostiomlardan yükselir. Cerrahi ilk seçenek tedavi yöntemi olarak önerilmekte olup genç hastalarda prognoz yaşlılara oranla kıyasla daha iyi gözükmektedir. Cerrahi sonrası radyoterapi ve adjuvan temozolamidin prognoz üzerine etkisi olduğu bilinmesine karşın genel manada bu hastaların ortalama yaşam süresinin bir yılın altında olduğu bilinmektedir. Ancak acil müdahalenin kafa içi basıncı artmış ve herniasyona giden hastalarda hayat kurtarıcı olduğu ve bu hastaların prognozu üzerinde en radikal düzeltmeyi yapılan hızlı cerrahi sağlamaktadır. Nöroşirürji uzmanı tarafından klinik karar veriş sürecinde hastaların suurunu değerlendirirken yaşının ve fonksiyonel iyiliğinin de değerlendirilmesi gerektiği unutulmamalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** GBM, glioblastom, astrositom, IDH

PS-420 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### OPTİK GLİOMU TAKLİT EDEN OPTİK GRANÜLOM

**Atakan Besnek\*, Şahin Hanalioğlu, Teoman Dönmez, Ahmet Metin Şanlı, Rafet Özay, Mehmet Ziya Çetiner, Samet Dinç, Yunus Emre Yılmaz**

*S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Optik gliomlar optik sinirden, kiazmadan veya posterior optik traktan köken alırlar. Astrosit kökenli olup düşük dereceli glial tümörlerdir. Çocukluk çağı intrakraniyal tümörlerinin %3-4'ünü, erişkinde santral sinir sistemi gliomlarının %2'sini oluştururlar. Nörofibromatozis tip-1(NF-1) geni ile ilişkili olabilir. Optik sinir basısı optik sinirde demyelinizasyon ve atrofiye yol açabilir. Ayırıcı tanıda germinom, kraniyofarengioma, menenjiom, sarkoidoz, lenfoma göz önünde bulundurulmalıdır. Tedavi hastanın yaşı, genetik yatkınlık, lezyonun yeri ve hastanın kliniği göz önünde bulundurularak düzenlenmelidir.

**Yöntem:** Olgu sunumu.

**Bulgular:** 48 yaşında kadın hasta kliniğimize sağ gözde görme kaybı

şikayeti ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. Hastanın 3 ay önce sağ gözde görmede azalma nedeni ile yapılan tetkiklerinde MRG'de sağ optik sinirde T1'de hipointens ve T2'de izointens genişleme, optik sinir kılıfı tümörü ile uyumlu lezyon izlenmiş. Nörolojik muayenede sağda DIR zayıf, IDIR+, solda DIR+, IDIR zayıf, sağ gözde tama yakın görme kaybı mevcuttu (sadece ışığı seçebiliyordu). Hastaya nöronavigasyonla kitle eksizyonu kararı alındı. İntraoperatif lezyonun optik siniri kizma ve optik kanal sınırına kadar tuttuğu görüldü. Lezyonun nodüler kısmı eksize edilerek patolojiye gönderildi. Postoperatif hastanın ek nörolojik defisiti olmadı. Postoperatif 4. günde taburcu edilen hastanın patolojik incelemesinde olgu optik granülatöz nörit olarak raporlandı. Hastanın diğer sistem incelemelerinde sistemik granülatöz hastalıkları destekleyecek bulgular tespit edilmedi. İzole optik sinir granülomu olarak kabul edildi. Hastanın 6 ay sonraki kontrolünde sol optik sinirde de yaygın kontrastlanan lezyon saptanması üzerine hastaya steroid tedavisi başlandı. Tedaviden fayda gören hasta halen tarafımızca takip edilmektedir.

**Tartışma ve Sonuç:** Optik nörit bizim hastamızda olduğu gibi genelde genç-erişkin kadınları etkiler. Etiyolojide enfeksiyöz, paraenfeksiyöz süreçler, sarkoidoz, SLE, vaskülitler, demyelinizan hastalıklar rol oynayabilir. Genelde tek gözde görme kaybı ile göz ve baş ağrısı semptomlar arasındadır. Çoğu hasta tedavi almasa da eski görme seviyesine ulaşırken tedavi altında yatan nedene yönelik olmalıdır. MRG'de optik gliomlarda olan optik sinirde genişleme görülür. MRG'de nörit olgularında optik genişleme tübüler karakterde iken neoplastik süreçlerde genişleme füziform olmaktadır. Bu vaka da göstermektedir ki optik granülatöz nörit ile optik gliom ayrımı zor olabilmektedir. Klinik ve radyolojik durum birbirini taklit edebilir. Hastanın görüntülemesi ve kliniği optik gliom ile uygun olsa bile tanıda optik nörit akıldan bulundurulmalı, semptomların süresi, görüntülemelerdeki progresyon dikkate alınmalıdır. Görüntülemelerde regresyon olmuyor ve klinik kötüye gidiyorsa biyopsi almak uygun yaklaşım olacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Optik granülom, optik gliom

PS-421 [Diğer]

## NORMAL BASINÇLI HİDROSEFALİ KLİNİĞİ İLE GELEN TEKTAL GLİOMA HASTASINA V-P ŞANT TAKILMASI

**Emre Çavuş\*, Teoman Dönmez, Samet Dinç, Çağhan Töngel, Muhammed Erkan Emrahoğlu, Mehmet Kalan, Şahin Hanalioğlu, Levent Gürses**

*S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Bu bildiri normal basınçlı hidrosefali kliniği ile gelen tektal glioma olgusu sunulacaktır.

**Yöntem:** Olgu sunumu.

**Bulgular:** Bize başvurusu esnasında 15 gün önce başlayan unutkanlık, yürümede dengesizlik ve konuşma bozukluğu şikayeti olan hastanın yapılan nörolojik muayenesinde dizartrisi, yürüyüş esnasında denge kurmada güçlük mevcuttu. Normal basınçlı hidrosefali kliniği tarifleyen hastanın görüntülemelerinde akut hidrosefali ve hidrosefalik endekte artış (resim-1), periventriküler kaçak (resim-2) ve tektal bölgede kitle (resim-3a ve 3b) mevcuttu. Burr Hole tipi ventriküloperitoneal şant

takılan hastanın post op kranial görüntülemelerinde hidrosefalik endekte azalma (resim-4) gözlemlendi. Postoperatif dönemde şikayetleri düzelen ve ek problemi olmayan hasta önerilerle taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Posterior insisural alan (PIA), orta beyin arka kenarı ile tentorialapeks arasında uzanır ve bir çatıya, zemine, ön ve yan duvarlara sahiptir. Fornix'in crurası, hipokampal komissür ve spleniumun alt yüzeyi çatısını oluşturur. PIA'nın ön duvarı esas olarak kuadrigeminal plaktan oluşur. Quadrangularlobül ve serebellar vermis zeminini oluşturur. Bilateral pulvinar çekirdekler, fornixsin cruraları ve serebellum hemisferlerinin medial yüzleri lateral duvarını oluşturur. Posterior ve superior serebellar arter bu alanın içinde birlikte seyreder. İnternal serebral ven ve Rosenthal'in Bazal Veni burada birleşerek Galen Veni'ni oluşturur. Posterior insisural alandan tümör rezeksiyonunun en zorlu yönlerinden biri, dorsal orta beyine bitişik veya ona bağlı olan inferior kısmı rezekt etmektir. Buradaki diseksiyon, serebellum üzerinde aşağı doğru bir baskı gerektirebilir ve ekartasyon esnasında vermisin üst kısmında kontüzyonlara neden olunabilir. Bu nedenlerle bu bölgenin cerrahisi oldukça zor olmakta ve çeşitli komplikasyonlara sebep olabilmektedir. Biz bu vakada kitle açısından takip kararı aldık ve hidrosefalisine yönelik tedavi planladık. Bu tarz hastalarda kliniğimizde yaptığımız gibi bir tedavi yaklaşımı yapılabilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Hidrosefali, V-P şant, tektal glioma

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019210232019.jpg>

PS-422 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## CHIARI 1 OLGULARINDA POSTERİOR FOSSA DEKOMPRESYONU VE VERTİKAL PARIETAL DURATOMİ

**Mustafa Barutçuoğlu\*, Cüneyt Temiz, Ahmet Sancar Topal, Gökhan Vatandaş**

*Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi A.D*

**Giriş ve Amaç:** Chiari 1 malformasyonu serebellar tonsillerin foramen magnumdan herniye olmasıyla karakterize konjenital bir art beyin gelişim anomalisidir. Olguların bir kısmı tamamen asemptomatik olabileceği gibi bazılarında serebellar ve/veya bulbar disfonksiyon bulguları görülebilir. Cerrahi girişim semptomatik olgularda veya eşlik eden hidrosefali, syringomyeli varlığında endikedir. Çalışmamızda 2013-2018 yılları arasında kliniğimizde semptomatik bulguları nedeni ile posterior fossa dekompresyonu ve vertikal parietal duratomi yapılan 22 olgu ve sonuçları bildirilecektir.

**Yöntem:** Çalışmaya dahil edilen olguların hepsinde operasyon öncesi kranial MR tetiki ile değerlendirme yapılmıştır. Kranioservikal gelişim anomalisi bulguları olan olgulara ek olarak BT istenmiştir. Chiari 1 bulguları ile serebellar tonsillerin foramen magnumdan 5mm ve üzeri herniye olup C2 yi geçmeyenler çalışmaya dahil edilmiştir. Olguların hepsi konkord pozisyonunda baş at nalı başlığa sabitlenerek operasyona alınmıştır. Klasik orta hat insizyonunu takiben foramen magnumdan başlayan yaklaşık 2.5 cm lik suboksipital kraniektomi ve C1 laminektomi yapılmıştır. C0-C1 arası sıkı ekstradural bandlar keskin diseksiyonla açılıp, kraniektomi üst sınırından C1 laminektomi alt sınırına kadar birbirlerine paralel vertikal dural insizyonlarla dura dış yapıları insize edilmiştir. Dura açılmamış, tonsiller rezeksiyon ya da duraplasti yapılmamıştır.

**Bulgular:** 22 olgu (6E %27.2, 16K %72.7) ortalama yaş 39.6 (19-61), olguların 16 tanesinde suboksipital baş ağrısı (%72.7), 14 tanesinde omuzlarda ve üst ekstremitelerde ağrı, uyuşma-karınalanma, güçsüzlük (%63.6), 7 tanesinde baş dönmesi (%31.8), 6 tanesinde denge bozukluğu (%27.2), 4 tanesinde uyku apnesi (%18.1), 4 tanesinde yutma güçlüğü (18.1), 2 tanesinde kusma (%9) mevcuttu. Ortalama izlem süresi 24.9 aydı (8-48). Takiplerde kötüleşen olgu olmayıp, 2 olguda baş ağrısı şikayetinin ve 1 olguda ellerde karınalanma hissini devam ettiği saptandı. 19 olgu (%86.3) operasyon öncesine göre şikayetlerinin gerilediğini belirtti. Postoperatif mortalite, morbidite olmayıp herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Hastaların tamamından erken postop, 3. ve 6. ay MR tetkikleri istendi. Hiçbir olguda psödomeningosel gelişimi izlenmedi.

**Tartışma ve Sonuç:** Chiari 1 malformasyonlarında cerrahi girişimin amacı posterior fossa dekompresyonu, herniye serebellar tonsillerin nöral doku üzerine bası etkisini ortadan kaldırmak ve fizyolojik BOS dolanımını sağlamaktır. Çalışmamızda bu yönde serebellumun kaudele proturde olmasını engellemek amaçlı sınırlı suboksipital kraniyektomi, C1 laminektomi, C0-C1 ektradural band eksizyonu ve vertikal pariyetal dural insizyonlar ile durayı akordiyon gibi genişleterek dekompresyon amaçladık. Sonuçlarımız seçilmiş Chiari 1 olgularında, gerek klinik düzelme gerekse postoperatif düşük komplikasyon riski yönünden, tonsil rezeksiyonu ve/veya duraplastiye alternatif olabileceği yönündedir.

**Anahtar Sözcükler:** Chiari 1, dekompresyon, dura insizyonu

PS-423 [Diğer]

## İTERHEMİSFERİK-PARAFALSİN SUBDURAL AMPİYEMDE KRANIOTOMİ İLE AMPİYEM DRENAJİ

**Gülce Gel\*, Nezh Oral, Caner Ünlüer, Yunus Emre Yılmaz, Mehmet Kalan, Rafet Özay, Şahin Hanaloğlu, Hüseyin Hayri Kertmen**

*S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği*

**Giriş ve Amaç:** Subdural ampiyemler tüm intrakranial enfeksiyonların %15-25'ini oluşturur. Erken tanı ve tedavi gerektirir. Mortalite veya kalıcı nörolojik hasar riski tedavi edilmeyen veya geç kalınan olgularda yüksek seyretmektedir. Biz burada iki olguda interhemisferik subdural ampiyem nedeniyle opere olan iki hastada erken tanı ve tedavinin öneminden bahsedeceğiz.

**Yöntem:** Subdural ampiyem nedeniyle erken cerrahi ve antibiyoterapi uygulanan ve KBB tarafından endoskopik sinüs boşaltılmış iki olgu sunulmaktadır.

**Bulgular:** 1-12 yaş kız hasta sinüzit sonrası ateş, baş ağrısı ile başvurmuş. Nörolojik muayenede sol gözde dışa bakış kısıtlılığı mevcut, sağ alt ekstremitede 2/5 kas gücünde. Ek nörolojik problemi yok. Görüntülemelerde interhemisferik subdural ampiyem nedeni ile ampiyem boşaltıldı ve antibiyoterapi başlandı. Postoperatif YBÜ takiplerinde ek problem olmadı. Taburculuk sonrası acil servise ateş ve sağ tarafta güçsüzlük nedeni ile başvuran hastanın görüntülemelerinde frontal sinüste havalanma azlığı ve sol oksipital subdural ampiyem izlendi. KBB ile birlikte endoskopik frontal sinüs boşaltılması ve subdural ampiyem boşaltılması yapıldı. Postoperatif YBÜ takiplerinde genel durumu bozulan ve antibiyoterapiye rağmen ateşi devam eden hastada sol intraserebral yaygın abse odakları

temizlendi ve dekompresif kraniyektomi yapıldı. Poliklinik takipleri devam etmektedir. 2-51 yaş erkek hasta, şiddetli baş ağrısı ve 1 haftadır ÜSYE öyküsü olan hasta sol vücut yarısında uyuşma ve güçsüzlük şikayetleri ile acil servise başvurdu. Nörolojik muayenede sol hemiplejisi mevcuttu. Hastanın tetkiklerinde sağ parafalsin alanda ve oksipital lob medial komşuluğunda subdural effüzyon veya abse? ön tanısına yönelik ampirik antibiyoterapi başlandı. KBB tarafından endoskopik sinüs boşaltılması yapıldı. Tarafımızca interhemisferik bölgedeki abse kraniyektomi ile drene edildi. Kültürde Streptokok Constellatus üremesi üzerine Sulbaktam-Ampisilin tedavisi başladı. Postoperatif takiplerinde sol üst ekstremitedeki defisiti toparladı(4/5 kas gücü), sol alt ekstremitede ise 2/5 kas gücünde. Hasta enfeksiyon hastalıklarına nakil edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Subdural ampiyem nadir görülmesine rağmen mortalite ve nörolojik sekel bırakma riski yüksektir. En sık 10-40 yaş arasındadır. Erişkinlerde sebep en sık nazokomiyal enfeksiyonlar, çocuklarda ise menejit, Ateş, sinüzit ve nörolojik defisit ile gelen hastalarda akla gelmelidir. Subdural ampiyemler hızla intrakranial basınç artışına yol açtığı için cerrahi ve uygun antibiyoterapi başlanması çok önemlidir. Yapılan görüntülemelerde sinüslerde havalanma azlığı izlenen ve hikayesinde otolaringeal enfeksiyon öyküsü olan hastalarda cerrahi eksplorasyona KBB tarafından eklenen endoskopik frontal sinüs boşaltılmasının da tedavide etkinliği arttırdığı görülmektedir. Sonuç olarak subdural ampiyemlerde erken tanı, cerrahi drenaj ve uygun antibiyoterapi başlanması mortalite ve morbidite riskini yüksek oranda azaltmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** İnterhemisferik, subdural ampiyem, endoskopik sinüs boşaltılması, intrakranial enfeksiyon

PS-424 [Stereotaktik, Fonksiyonel Ağrı ve Epilepsi Cerrahisi]

## NAVİGASYON UYGULAMALARI İÇİN YENİ BİR TEKNİK: STAPLER TEKNİĞİ

**Mehmet Erdal Coşkun\*<sup>1</sup>, Serkan Civlan<sup>1</sup>, Mecvi Ozdemir<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahi Servisi*

*<sup>2</sup>Özel Cerrahi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahi Servisi*

**Giriş ve Amaç:** Cerrahinin her alanında olduğu gibi nöroşirürji operasyonlarında da cerrahin operasyon sırasında oryantasyonunu doğru olarak sağlayabilmesi için lezyon yerleşiminin tam tespit edilmesi gerekmektedir. Her cerrahin hedefi çevre dokulara zarar vermeden sadece lezyonun eksizyonudur. Minimal invaziv nöroşirürji de stereotaksik cerrahi bu problemleri aşmada önemli aşamalar kaydetmiştir. Nöronavigasyon sistemleri bu alandaki en önemli ve en gelişmiş sistemlerdir. Ancak maliyetinin yüksek olması nedeniyle her zaman ve her yerde uygulanamamaktadır. Bu yazıda herhangi bir maliyeti olmayan ve her yerde kullanılacak bir yöntem anlatılmıştır.

**Yöntem:** 1. olgu; 62 yaşında erkek, sol hemiparezi ve nöbet şikayeti ile tarafımıza başvuruyor. Çekilen MR görüntülerinde, frontal lobta motor korteks anteriorunda kontrast tutmayan, çevresel ödemi bulunan kitle lezyonu (düşük dereceli glial tümör?) tespit edildi. 2. olgu; 50 yaşında bayan, baş ağrısı ve baş dönmesi şikayeti ile tarafımıza başvuruyor. Çekilen MR görüntülerinde sağ frontal bölgede düzgün sınırlı homojen kontrast tutan kitle lezyonu (menenjiom?) tespit edildi. Her 2 olgu için de operasyon öncesi saçlı deriye, kitlenin sınırlarının olduğunu düşündüğümüz noktalara staplerler basıldı ve ardından olgulara bilgisayarlı tomografi çekildi.

**Bulgular:** Bilgisayarlı tomografi görüntüleri aksiyel, sagittal ve koronal planda incelenerek staplerler ile kitle ilişkisi teyit edilerek operasyon sırasında kitle oryantasyonu hakkında kolaylık sağlandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Beyin cerrahları için ameliyatlarda kitle lokalizasyonunu saptamak amacıyla uygulanabilecek stapler tekniği her zaman ve her yerde kullanılacakları bir bilgi olarak literatüre sunulmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Nöronavigasyon, beyin tümörü, stereotaksi, stapler

**Görsel:** [http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/](http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019210233233.jpg)

[tmp/2019210233233.jpg](http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019210233233.jpg)

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019210233422.jpg>

PS-425 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### ARTERİYOVENÖZ MALFORMASYONU TAKLİT EDEN HİPERVASKÜLER DİSSEMİNE ASTROBLASTOM: OLGU SUNUMU

**Muhammed Erkan Emrahoğlu\*, Mehmet Sorar, Çağhan Töngge, Emre Çavuş, Levent Gürses, Şahin Hanalioğlu, Teoman Dönmez**  
S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** İntrakraniyal lezyonu olan hastalarda mevcut lezyon ile açıklanamayan nörolojik defisit gelişmesi durumunda tanının tekrar gözden geçirilmesi, lezyon ile açıklanamayan semptom-bulguya yönelik ek tetkiklerin yapılması tedaviyi şekillendirmek açısından önemlidir. Bu bildiri, 3 ay önce boyun ağrısı şikayeti ile tetkik edilen, insidental sağ paryetookspital arteriyovenöz malformasyon (AVM) tanısıyla parsiyel embolizasyon sonrası takibe alınan, ancak 1 aydır ilerleyici paraparezi nedeniyle yapılan ileri tetkiklerinde yaygın leptomeningeal glial tümör, astroblastom saptanan bir olgu sunulmaktadır.

**Yöntem:** 3 ay önce boyun ağrısı nedeni ile dış merkezde tetkik edilen ve insidental olarak sağ paryetookspital AVM (Resim-1a, 1b) saptanan, dijital substraksiyon anjiyografi eşliğinde tanıyı takiben (Resim-2) parsiyel embolizasyon sonrası takibe alınan 34 yaşında erkek hasta, 1 aydır ilerleyici paraparezi şikayetiyle yatırıldı. Muayenede; genel durumu iyi, oryante, koopere, gks:15, izokorik, ışık refleksi mevcut, sol homonim hemianopsi, paraparezik (3/5 kas gücünde) olduğu izlendi. Belirtilenler dışında özellik yoktu. Hastanın spinal manyetik rezonans (MR) görüntülemelerinin (Resim-3) yaygın leptomeningeal malign vasküler lezyon olarak raporlanması üzerine L5 seviyesinden insizyonel biyopsi yapılması planlandı. Cerrahi sonrası takiplerinde ek problem olmayan hasta taburcu edildi.

**Bulgular:** İntraoperatif alınan meninks ve nöral yapıların patolojik incelemelerinin yüksek dereceli glial tümör, astroblastom olarak sonuçlandığı görüldü. Hastaya patoloji sonucu ile başvurduğu dış merkezde kemoradyoterapi planlandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Astroblastomlar orijini bilinmeyen, nadir primer nöroepitelyal beyin tümörleridir. Genellikle çocuk ve genç erişkin yaşlarda serebral hemisferik lezyonlar olup tüm nöroglial tümörlerin yaklaşık %0.45-2.8'ini oluştururlar. Histopatolojik olarak astrositomlar ve endimomlar ile net olarak ilişkilendirilememişlerdir. Dünya Sağlık Örgütü 2016 Santral Sinir Sistemi Tümörleri Klasifikasyonu'na göre diğer gliomalar alt grubunda yer almaktadırlar. Tedavileri cerrahi rezeksiyon olarak belirlenmiş olup bizim olgumuzda yaygın leptomeningeal tutulum nedeniyle cerrahi planlanmamış, palyatif kemoradyoterapi uygun görülmüştür. Bu bildiri sağ paryetookspital AVM tanısı ile parsiyel

embolizasyon sonrası takibe alınan, sonrasında paraparezi nedeniyle L5 seviyesinden yapılan biyopsi sonucunda yaygın leptomeningeal yüksek dereceli glial tümör, astroblastom tanısı konulan bir olgu sunulmuştur.

**Anahtar Sözcükler:** Leptomeningeal, glial, astroblastom, dissemine

**Görsel:** [http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/](http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201921023527.jpg)

[tmp/201921023527.jpg](http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/201921023527.jpg)

PS-426 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### TRAVMATİK SPİNÖZ PROCES KIRIKLARI

**Muhittin Emre Altunrende\*1, Elif Evrim Ekin<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>GOP Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>2</sup>GOP Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** İzole spinöz proces kırıkları, spinöz procese yapışan interspinöz ligamanların stres yaralanmasına bağlı avülsiyon kırıklarıdır. Bu yaralanmalar nadirdir ve genellikle travma nedeniyle veya sporla ilgili yaralanmalarda stres kırılmaları şeklinde meydana gelir. Bu kırıklar genellikle stabildir ve konservatif olarak tedavi edilir. Son 2 yılda bilgisayarlı tomografi (BT) raporlarında 'spinöz proces kırığı' olarak raporlanan hastalar retrospektif olarak tarandı.

**Yöntem:** Son 2 yıl içerisinde BT raporlarında 'spinöz proces kırığı' ifadesi taratıldı. Çıkan hastaların protokol numaraları kullanılarak hastane bilgi sisteminde acil başvuruları, varsa epikrizleri ve radyolojik tetkikleri retrospektif olarak tarandı. Travma sebebi, ek bir spinal yaralanması olup-olmadığı, manyetik rezonans görüntüleme yapıp yapılmadığı tarandı.

**Bulgular:** 70 hasta içerisinde 41 erkek, 7 kadın toplam 48 hastanın kayıtlarına ulaşılabildi. Travma şekli 20 düşme, 20 trafik kazası nedeniyle meydana gelmişti. 11 hastada eski spinöz proces kırığı saptandı. 7 hastada ek spinal patoloji mevcuttu. 18 torakal bölgede, 5 lomber bölgede, 1 servikal bölgede, 6 servikal + torakal bölgede, 1 hastada torakolomber bölgede spinöz proces kırığı saptandı. 20 hastada birden çok seviyeli spinöz proces kırığı saptandı. İzole spinöz proces kırıklarında spinal sagittal balansta bozulma görülmesi de ön kolon etkilenen 7 hastada vertebra korpus dizilimlerinde bozulma izlendi.

**Tartışma ve Sonuç:** Spinöz proces kırıkları stabil kırıklar olmakla birlikte bu tür yaralanmalarda CT ile yetinilmemeli yağ baskılamalı MR ile bağların anterior ve posterior ligamentlerin bütünlüğü ve epi/subdural mesafede kanama olup olmadığı kontrol edilmelidir. Multipl seviyeli kırığı olan veya ekstradural kanaması olan hastalar çelik balenli korse ile mobilize edilmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Spinöz proces kırığı, servikal, torakal, lomber, CT, MRI, Clay Shlovers kırığı

PS-427 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### AKUT KUADRİPLEJİ İLE KOMPLİKE OLAN NÜKS SERVİKAL EWİNG SARKOM OLGUSUNUN BAŞARILI CERRAHİ YÖNETİMİ

**Betül Yaman\*, Levent Gürses, Ömer Selçuk Şahin, Çağhan Töngge, Emre Çavuş, Neziha Abdullah Oral, Mehmet Sorar, Şahin Hanalioğlu**  
S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Santral sinir sistemi (SSS) tümörlerinin yaklaşık %10-25'i spinal yerleşimlidir. Çocukluk çağında ise omurga ve kordu tutan tümörler, tüm çocukluk çağı tümörlerinin %2'lik kısmını oluşturur. İntramedüller tümörler pediatrik SSS tümörlerinin % 4-10'luk kısmını ve pediatrik spinal tümörlerin %25-35'ini oluşturur. Pediatrik spinal tümörlerin ekstramedüller yerleşimli olanlarının %10-15'i intraduraldır. Çocukluk çağının tüm spinal tümörlerinin yaklaşık üçte ikisi ekstradural yerleşimlidir. Bu bildiride ilk operasyonundan 4 yıl sonra nüks saptanan servikal Ewing sarkomu olgusunda ani gelişen kuadriparezi ve yapılan acil cerrahi tedavinin sonuçları sunulacaktır.

**Yöntem:** Olgu sunumu

**Bulgular:** 2014 yılında servikal kitle nedeniyle opere olan ve patolojisi Ewing sarkomu gelen; sonrasında 28 kür radyoterapi, 14 kür kemoterapi alan 17 yaşındaki hastanın 1 aydır sağ üst ekstremitede şiddetli ağrı ve uyuşukluk şikayeti üzerine çekilen manyetik rezonans görüntülemesinde C2-3 intradural ekstramedüller, C2-6 seviyesinde ekstradural ve paravertebral uzanımını da olan, C3-4 korpusunu tutan nüks kitle tespit edildi. Nörolojik muayenesinde sağ hemiparezi (-4/5 ) olan hasta yatışı sırasında ani gelişen tetraparezi nedeniyle acil cerrahiye alındı. Nöromonitorizasyon eşliğinde oksipital kemiğe yaklaşık 3x3 cm'lik kraniektomi, C1-2-3-4-5-6 total laminektomiler yapıldı. Kitlenin duraya invazyon yaptığı yer görülerek dura açıldı. Beyin sapından C5 seviyesine kadar uzanan, C3 ve C4 seviyesinde spinal kordu saran kitle nöral ve vasküler yapılardan sınırlarak mikroskobik total eksize edildi. Dura kapatıldıktan sonra sağ C3 lateral massı eksize edilerek kitlenin paravertebral komponenti subtotal eksize edildi. Ardından C1-2-4(sol)-5-6 posterior stabilizasyon yapıldı. Cerrahi sonrası hastaya post-op BT ve MR çekildi. Hastanın nörolojik muayenesi erken postoperatif dönemde sağ üst ekstremitede 4/5, alt ekstremitede 5-/5, sol üst ve alt ekstremiteler normal olarak izlendi. Derin boyun fasyası altında kalan rezidü kitleye yönelik RT alan hasta sekel silik sağ üst ekstremitede parezi ile takip edilmektedir.

**Tartışma ve Sonuç:** Ewing sarkomu kemik ve yumuşak dokulardan köken alan, malign, kötü diferansiye küçük yuvarlak hücreli tümördür. Tüm pediatrik malignitelerin yaklaşık %3'ünü oluşturur, çocuklarda en sık görülen primer spinal kemik tümörüdür. Tüm Ewing sarkomlarının %3,5-10'u primer spinal tümörlerdir. En sık 5 ile 13 yaşları arasında görülür. En sık lumbosakral bölgede yerleşirler. Lokal ağrı, radikulopati, spinal kord kompresyonu bulgularıyla birlikte sistemik semptomlar da görülebilir. Olguların %50'sinden fazlasında paravertebral mesafeleri ve epidural mesafeleri tutan yumuşak doku kitlesi izlenir. Tedavide agresif cerrahi eksizyon takibinde kemoterapi ve radyoterapi uygulanmalıdır. Ayırıcı tanıda nöroblastom, osteosarkom, disk aralığından komşu vertebraya yayılabildiği için osteomyelit göz önünde bulundurulmalıdır. Erken tanı, radikal cerrahi, adjuvan RT ve KT sağkalımı uzatmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Ewing sarkomu, pediatrik, spinal, nüks, posterior enstrümantasyon

PS-428 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

## SPİNAL TÜMÖR TANISIYLA OPERE EDİLEN HASTALARIN PREOPERATİF MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME TANILARIYLA POSTOPERATİF HİSTOPATOLOJİK TANILARININ KORELASYONU: RETROSPEKTİF RADYOLOJİK-PATOLOJİK ÇALIŞMA

**Murad Asiltürk\*<sup>1</sup>, Anas Abdallah<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkların Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>2</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** MRG kullanılarak tümöral lezyonlarda ön tanı koymada yardımcı olabilmektedir. MRG'leri inceleyerek preoperatif olarak ameliyat planı yapılması cerrahi prosedürün temellerindedir. Bu çalışmada spinal tümörü MRG ile tespit edilmiş olan 96 hastanın preoperatif değerlendirilmesi sonucunda varılan ön tanı ile cerrahi sonrası kesin histopatolojik tanının korelasyonu araştırılmıştır.

**Yöntem:** BRSHH-Beyin cerrahi kliniğinde 6 yıl boyunca ard arda cerrahi olarak tedavi edilen 110 spinal lezyonun tıbbi kayıtları araştırılarak preoperatif MRG tanıları ile kesin histopatolojik tanılarının korelasyonu retrospektif olarak incelenmiştir. Kayıtlarında eksikleri olan 14 hasta çalışmadan çıkarılarak sadece 96 hasta dahil edilmiştir.

**Bulgular:** 50'si erkek 46'sı kadın toplam 96 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 84'ü güçsüzlük, 72'sinde duyu kusuru, 55'inin 1. motor nöron bulgusu, 36'sında refleks değişiklikleri, 34'ünde inkontinans saptandı. Hastaların kesin histopatolojik tanıları ise; Metastaz (26), Meningiom (16), Schwannoma (15), Ependimom (9), Astrositom (6), Kronik granülomatöz enfeksiyonu (4), Lenfoma (3), Lipom (3), enfeksiyon (3), diğer (11). Yerleşimleri ise Metastazların 14'ü lomberde, 9'u torakal ve 3'ü servikalde [spinal omurgalardan en az servikal bölge maruz kalmıştır (p<0.05)]. Meningiomer en sık torakalda (14) ve 2'si servikalda tespit edilmiştir [(spinal meningiomer en sık torakal yerleşim göstermiştir (p < 0.05)]. Ependimomer en sık servikal ve torakalda (4'er) tespit edilmiştir. Preoperatif olarak MRG ile metastaz olarak tanı alan 26 tümörün 23'ünün metastaz olduğu histopatolojik olarak desteklenmişken meningiom olduğu düşünülen 16 olgudan 14'ünde meningiom tespit edildi. 15 spinal schwannomdan 11'inde schwannom ve lipomların hepsinde lipom tanısı konulmuştur. Bu 3 tümörün MRG ile ön tanıyı histopatolojik koyma uyumu istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0.05). Astrositomların sadece 5'i, Ependimomların 6'sı, lenfomaların sadece 1i histopatolojik tanı ile korelasyon göstermiştir.

**Tartışma ve Sonuç:** Glial tümörlerin MRG ile ön tanı koyması zor olmakla birlikte metastaz, meningiom, schwannom ve lipomlar gibi tümörlerin yüksek oranda doğru tanı koyma özelliğini bulduk.

**Anahtar Sözcükler:** MRG, metastaz, meningiom, schwannom, ependimom, histopatolojik tanı



PS-429 [Nörovasküler Cerrahi]

**TRAVMATİK SUBARAKNOİD KANAMA İLE HASTANEYE BAŞVURAN VE TETKİKLERİNDE ANEVİRİZMA SAPTANAN İKİ OLGUNUN SUNUMU****Ahmet Gülmez\*, Ahmet Günaydın, Ömer Selçuk Şahin, Gülce Gel, Seda Akyıldız, Behzat Rüçhan Ergün, Cem Atabey, Erdal Reşit Yılmaz**  
*S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği***Giriş ve Amaç:** Bu bildiride travmatik subaraknoid kanama ile hastaneye başvuran ve yapılan tetkikler sonucunda anevrizma saptanan iki olgunun yönetimi sunulacaktır.**Yöntem:** Olgu sunumu**Bulgular:** Yer seviyesinden düştükten 5 gün sonra polikliniğe başvuran 67 yaşında hastanın yapılan tetkiklerinde travmatik subaraknoid kanama saptanarak klinik yatışı yapıldı. Yapılan BT-anjio ve daha sonrasında yapılan DSA görüntülemelerinde Acom anevrizması saptandı ve anevrizma kliplenmesi cerrahisi uygulandı. Preop ve postop nörolojik muayenelerinde nörolojik defisit gelişmedi. Hastanın kontrolleri yapılarak taburculuğu planlandı. Senkop ve yer seviyesinden düşme sonrasında acil servise başvuran 63 yaşında hastanın yapılan tetkiklerinde subaraknoid kanama, sağ temporal fraktür ve sağ temporal intraparaknoidal hematoma saptandı. Hastanın klinik yatışı planlandıktan sonra yapılan DSA görüntülemelerinde sol MCA anevrizması saptandı ve anevrizma kliplenmesi cerrahisi uygulandı. Preop ve postop nörolojik muayenelerinde nörolojik defisit gelişmedi. Hastanın kontrolleri yapılarak taburculuğu planlandı.**Tartışma ve Sonuç:** Travmatik subaraknoid kanamalar her ne kadar travma sonrası gelişmiş olsa da yapılan tomografik görüntülemeler sonrasında kanama lokalizasyonu göz önünde bulundurularak, bu hastalarda anevrizma kanamasından şüphelenmek gerekmektedir. Sunulan bu iki olguda tomografik görüntülemelerde Acom ve sol MCA traselerine uyan kanamaların olması bizde anevrizmatik kanama açısından şüphe uyandırmıştır. Yapılan BT-anjio ve DSA görüntülemeleri de anevrizmatik kanama olduğunu desteklemiştir ve tedavi açısından bizi yönlendirmiştir.**Anahtar Sözcükler:** Travmatik subaraknoid kanama, anevrizma

PS-430 [Nöroonkolojik Cerrahi]

**PEDİATRİK PİNEAL BÖLGE TÜMÖRLERİNDE GELİŞEN HİDROSEFALİYE ENDOSKOPIK YAKLAŞIM****Mert Şahinoğlu, Burak Gezer\*, Yasin Böcü, Ender Köktekir, Hakan Karabağlı***Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı***Giriş ve Amaç:** Pineal bölge tümörleri çocuk yaş grubunda oldukça nadirdir. Çocuk yaş grubunda pineal bölge tümörleri tüm santral sinir sistemi tümörlerinin %3-8'ini oluşturmaktadır. Bu bölgeden gelişen tümörler obstrüktif hidrosefali gibi genelde ciddi klinik durumlara neden olabilmektedir. Ayrıca cerrahisi de komşu anatomik yapılar nedeniyle oldukça zorludur. Bu yüzden özellikle hidrosefalinin eşlik durumlarda endoskopik yaklaşım ve 3. ventrikülostomi (ETV) sık kullanılmaya

başlanmıştır. Biz de bu çalışmada, opere ettiğimiz pediatrik pineal bölge tümörlerindeki ETV yaklaşımımızı sunduk.

**Yöntem:** 2012-2019 yılları arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı'nda opere edilen 14 pediatrik pineal bölge tümör olgusunu retrospektif olarak tarandı. Bu hastaların yaşları, cinsiyetleri, semptomları, laboratuvar bulguları, cerrahi teknik, operasyon sonrası nörolojik muayeneleri incelendi.**Bulgular:** Opere edilen 14 hastanın yaş ortalaması 8 yıl 3 aydı (en düşük 4 ay- en yüksek 15 yıl). 10'u erkek, 4'ü kızdı. Hastaların 5'inin baş ağrısı, 3'ünün kusma, 4'ünün göz hareketlerinde bozulma, 2' sinin gelişme geriliği şikayetleri ile başvurduğu görüldü. Kan ve BOS' da germinal tümör markerları gönderilen hastalarda sonuçların negatif geldiği tespit edildi. 14 hastanın tümünde de hidrosefali olduğu görüldü. 11 hastanın infratentorial supraserebellar girişim ile opere edildiği, 8 hastaya ETV yapılıp biyopsi alındığı saptandı. Bu hastaların 4'üne sadece ETV yapıldığı ve biyopsi alındığı, başka bir cerrahi yapılmadığı görüldü. Bu 4 hastanın ortalama 2,5 yıllık takip sürelerinde de şant ihtiyacının olmadığı tespit edildi. ETV yapılan diğer hastaların sadece 1'ine VP shunt takılma gereksinimi duyulduğu tespit edildi. ETV yapılan bütün hastalardan biyopsi sonucu alındığı saptandı. ETV sonrası hiçbir hastada ek nörodefisit gelişmediği ancak 1 hastanın enfeksiyon nedeniyle exitus olduğu saptandı.**Tartışma ve Sonuç:** Hidrosefali olan pediatrik pineal bölge tümörlerinde ETV, endoskopik biyopsi ve/veya cerrahi ile kombine yaklaşımlar güvenli ve etkilidir. Düşük morbidite, artmış kafa içi basınç kontrolü, patolojik tanıda kesin sonuç, şant gereksiniminde azalma bu yöntemin önemli avantajlarıdır. Bu nedenle faydaya karşı risk göz önüne alındığında, bu yaklaşımın çoğu durumda pineal tümörler için ilk tedavi seçeneği olarak önerilebilir.**Anahtar Sözcükler:** ETV, hidrosefali, pineal

PS-431 [Nöroonkolojik Cerrahi]

**FRONTOPARİETAL KONVEKSİTE MENENGIOMU CERRAHİSİ SONRASI GELİŞEN İPSİLATERAL HEMİPLEJİ OLGUSU****Ahmet Gülmez\*, Mehmet Erhan Türkoğlu, Çağhan Töngre, Emre Çavuş, Mehmet Ziya Çetiner, Levent Gürses, Mehmet Sorar, Habibullah Dolgun***S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği***Giriş ve Amaç:** Bu bildiride travma sonrasında tesadüfen saptanan ve postop dönemde aynı tarafta motor defisiti gelişen menenjiom olgusu sunulması amaçlanmıştır.**Yöntem:** Olgu sunumu**Bulgular:** Kafasına yabancı cisim düşmesi sonrasında acil servise başvuran 64 yaşındaki hastanın yapılan tetkikleri sonrasında sağ parietal menenjiom saptanmıştır. Klinik yatışı yapılarak cerrahi operasyon planlandı. Hastanın nörolojik muayenesi; genel durumu iyi, bilinç açık, koopere oryante, pupilleri izokorik bilateral ışık refleksi +(pozitif), lateralizan motor defisiti yok olan hasta sağ parietal menenjiom sebebi ile opere edildi. Postop dönemde hastanın nörolojik muayenesinde; genel durumu orta-iyi, bilinç açık, kooperasyonu kısıtlı, pupilleri izokorik bilateral ışık refleksi +(pozitif), solda santral fasyal paralizi, sağ tarafta

hemipleji mevcuttu. Yapılan BT-anjio, difüzyon MR görüntülemelerinde sol hemisferde kortikal iskemi alanları mevcuttu ve sol ICA'da anlamlı darlığa sebep olmayan aterom plakları izlenmiştir. Hastaya ASA ve Clexane tedavisi başlandı. Kontrol görüntülemelerinde operasyon lojunda epidural hematoma gelişmesi üzerine yeniden operasyona alınarak epidural hematoma boşaltıldı. İlerleyen süreçte postop 2. ayında hasta palyatif yoğun bakım ünitesine nakil edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Menenjiomlar nadiren hızlı büyüyen, lokalize olan, iyi huylu tümörlerdir. Saptanmaları tesadüfen olabilir. Bizim olgumuz da sağ parietal menenjiomu olan ve tesadüfen saptanan bir olgudur. Ancak operasyon sonrasında aynı tarafta defisit gelişmesi beklenmemektedir. Ancak intraop süreçte hastanın hipoksik kalması sonrasında ve sol ICA'da anlamlı darlığa sebep olmayan aterom plakları sebebi ile sol hemisferde kortikal iskemi alanları gelişmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Travma, menenjiom, ipsilateral motor defisit

PS-432 [Nörotravma ve Yoğun Bakım]

### ADÖLESAN DÖNEMDE MİNÖR Kafa TRAVMASININ FARKLI BİR SONUCU; PERIOST REAKSİYONUNA BAĞLI KALVARYAL LİTİK LEZYON BENZERİ KAFATASI KIRIĞI

Muhittin Emre Altunrende\*<sup>1</sup>, Elif Evrim Ekin<sup>2</sup>, Elife Kımiloğlu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>GOP Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

<sup>2</sup>GOP Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği

<sup>3</sup>GOP Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Kafatası kırıkları sık görülmekle birlikte sonuçları iyi bilenen lezyonlardır. Cerrahi yapılmayan ve komplike olmayan kırıklar genellikle sorunsuz iyileşebilir. Biz, minör kafa travmasından yıllar sonra artan şişlik sonrası yapılan tetkiklerinde sağ geri parietal agresif periost reaksiyonu ile birliktelik gösteren kafatası kırığına bağlı kalvaryal litik lezyon vakasının tanı ve tedavisini sunduk.

**Yöntem:** Hastanın epikriz, pre ve postop radyolojik görüntüleri retrospektif olarak tarandı.

**Bulgular:** 14 yaşında erkek hasta, 6 yıl önce minör kafa travması (kombiye kafasını çarpma) meydana gelmiş, hasta kafasının halen şişlik olan kısmında bir şişme meydana geldiği fakat sonra azaldığını, daha sonra tekrar şişmenin olduğunu ifade ediyor. Travma sonrası herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmamayan hasta bu şişliğin son zamanlarda giderek artması üzerine kliniğimize başvurdu. Yapılan muayenede sağ geri parietal de ağrılı şişlik mevcut, nörolojik muayenede herhangi bir defisit yok, kranyal CT ve MR'da sağ posterior parietalde tabula interna ve ekstarnayı tutan, lineer ve ounkat tarzda heterojen kontrast tutulumu gösteren, hafif derecede ekspansiyona neden olan destrüktif lezyon izlendi. Lezyon öncelikle kondrom yada eozinofilik granülom yönünde anlamlı olarak yorumlandı. Ameliyat hazırlıklarının ardından opere edilen hastada; perop kemik kenarlardan ekspansiyon kitle yaklaşık 1cm'lik sağlam olduğu düşünülen alanı içine alacak şekilde yapılan kranyotomi ile total çıkarıldı. Lezyonun dura ile bağlantısı yoktu, titanyum meç ile kranyoplasti yapıldı. Herhangi bir komplikasyon izlenmeyen hasta 3 gün sonra taburcu edildi. Patolojik incelemede Diploe mesafesinde kemik trabekül hacminde kayıp ve azalma, bu mesafeyi dolduran inefektif intramembranöz ossifikasyon ve şiddetli periost reaksiyonunu gösteren yoğun fibröz/mezenkimal doku artışı, fibröz doku içinde eski kırığa ait

kemik trabekül fragmanları, periferde normal diploe ve kemik iliği izlenen kalvaryal kemik olarak raporlandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Kalvaryal litik lezyon ayırıcı tanısında agresif periost reaksiyonu akılda tutulmalı ve eski kafa travması sorgulanmalıdır. Bu tip lezyonların tedavisinde cerrahi ve izlem gibi seçenekler göz önünde bulundurulmalıdır. Karar hasta ve lezyonun özelliklerine göre verilmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Kafatası kırığı, kalvaryal litik lezyon, periost reaksiyonu, büyüyen kafatası kırığı, tümör benzeri lezyon

PS-433 [Diğer]

### FAHR HASTALIĞINA EŞLİK EDEN NORMAL BASINÇLI HİDROSEFALİ

Evren Aydoğmuş\*

SBÜ Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Normal basınçlı hidrosefali, benzer yaş grubu ve klinik bulguları nedeniyle çoğu zaman demans ile birlikte seyreden nörodegeneratif hastalıklarla karışmaktadır. Burada, Fahr Hastalığı tanısıyla takipli 65 yaşında bir kadın hastada, eşlik eden normal basınçlı hidrosefaliye yönelik ventriküloperitoneal şant cerrahisi ile ilgili bir vaka sunulmuştur.

**Yöntem:** Tiroidektomiye sekonder iatrojenik hipoparatiroidizm nedeniyle 30 yıl süreyle kalsiyum tedavisi almış, Fahr Hastalığı ve dejeneratif demans tanılarıyla nöroloji bölümüne takipli 65 yaşında bir kadın hasta yürüme bozukluğu, unutkanlık, idrar kaçırma şikayetleriyle başvurdu. Kranyal bilgisayarlı tomografi ve magnetik rezonans görüntülemelerde, bazal ganglion düzeylerinde simetrik yaygın kalsifikasyon odakları ve atrofi zemininde genişlemiş lateral ventriküller izlendi. Hastanın unutkanlık ve idrar kaçırma şikayetleri dejeneratif demans kliniği ile uyumlu olmasına karşın, nörolojik muayenesinde, bradikinetik; kısa ve yavaş adımlarla yürüyüşü, normal basınçlı hidrosefaliye düşündürdüğünden, hasta ve yakınlarına gerekli bilgiler verilip tüm riskler açıklanarak boşaltıcı lomber ponksiyon önerildi.

**Bulgular:** Lomber ponksiyon, birer gün arayla 3 kez tekrarlandı ve hastanın adım aralığının ve yürüme hızının arttığı gözlemlendi. Bunun üzerine hastaya ventriküloperitoneal şant operasyonu planlandı. Postoperatif dönemde, unutkanlık ve yürüme bozukluğu şikayetleri belirgin oranda düzeldi.

**Tartışma ve Sonuç:** Benzer klinikleri nedeniyle, demansla seyreden nörodegeneratif hastalıklarda, normal basınçlı hidrosefali de ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Ayrıca Fahr Hastalığı gibi intraserebral kalsifik odakların varlığında, proksimal kateter gönderimi esnasında traseye yönelik yaşanabilecek sapmalar gözönünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Demans, hidrosefali, fahr hastalığı

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/20192110741.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/20192110756.jpg>

PS-434 [YAZAR ONAYI İLE GERİ ÇEKİLMİŞTİR]

PS-435 [Stereotaktik, Fonksiyonel Ağrı ve Epilepsi Cerrahisi]

**SEREBRAL PALSİYE SEKONDER DİRENÇLİ STATUS DİSTONİKUS'UN CERRAHİ OLARAK YÖNETİMİ****Oğuz Kağan Demirtaş<sup>1</sup>, Mesut Emre Yaman\*<sup>1</sup>, Ayşe Serdaroğlu<sup>2</sup>, Gökhan Kalkan<sup>3</sup>, Şükrü Aykol<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Nöroloji Kliniği<sup>3</sup>Gazi Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Serebral palsi sekelli hastada medikal tedaviye dirençli distonik fırtına gelişimi sonrası literatürde az sayıda bildirilen intraventriküler baklofen pompası uygulaması ve bilateral pallidotomi ile status distonikus tablosunun yönetimi tartışılacaktır.

**Yöntem:** 14 yaşında serebral palsili erkek hasta, üst solunum yolu enfeksiyonu sonrası distonik fırtınaya girmiştir. Distonik fırtına sonucu rabdomyolize sekonder böbrek yetmezliği gelişmiş, pediatrik yoğun bakım ünitesinde takibe alınmıştır. Araya giren enfeksiyonlar ve genel durumu bozulması üzerine entübe edilmiştir. Medikal tedavi sonrasında genel durumu düzelen ancak distonik fırtınası devam eden hastamıza baklofen testinden fayda görmesi üzerine intratekal baklofen pompası takılmıştır. Skolyozu sebebiyle intratekal kateter torakal 6 düzeyinden yukarı ilerletilememiştir. Operasyon sonrası baklofen, terapötik dozlara çıkılmasına rağmen üst ekstremitelerde ve trunkal distonide yeterli yanıt göstermemiştir. Hastaya ikinci bir operasyonla ommaya rezervuarı takılarak ventrikül içi baklofen testi uygulanmış, trunkal distoni üzerine fayda görülmesi sebebiyle üçüncü bir operasyonla baklofen pompası 3. ventriküle taşınmıştır. Başta sağlanan fayda, ilerleyen haftalarda hastanın baklofen tedavisine direnç geliştirmesi sebebiyle sürdürülememiştir. Bu sebeple bilateral pallidotomi yapılmıştır. İşlemden yaklaşık 3 hafta sonra hastanın distonik fırtınası gerilemiş ve baklofen dozu kademeli olarak azaltılmaya gidilmiştir.

**Bulgular:** Distonik fırtına yaşamı tehdit edici, şiddetli ve sürekli kasılma epizodlarının eşlik ettiği hareket bozukluğu acilidir. Olgu nadirdir ve literatürde 100'ün altında vaka bildirilmiştir. Erkek çocuklarda daha çok görülen, ağrılı, hava yolu güvenliğinin sağlanamadığı, rabdomyolize sekonder böbrek yetmezliğinin görüldüğü ciddi bir sorundur. Bu durumda öncelikle hastanın yoğun bakım şartlarında hospitalizasyonu yapılmalı, hava yolu güvenliği sağlanmalı ve uygun medikal tedavisi başlanmalıdır. Dirençli olgularda, baklofen pompası, GPI DBS veya pallidotomi uygulanabilir. Hastanın cerrahi tedavi yönetimi, ve sırasıyla uygulanan işlemler açısından literatürde de nadir ratlanması sebebiyle sunulmuştur. Hasta pallidotomiden yaklaşık 1 ay sonra distoni kliniği belirgin ölçüde düzelmiş olarak taburcu edilmiştir.

**Tartışma ve Sonuç:** Skolyoz, geçirilmiş omurga cerrahisi gibi intratekal baklofen uygulamasını zorlaştıran durumlarda ventrikül içi baklofen uygulaması etkili ve güvenilir bir alternatif olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle serebral palsiye sekonder status distonikus tablosu medikal ve cerrahi tedavi girişimlerine çok dirençlidir. Seçilmiş hastalarda farklı cerrahi tedavi seçenekleri kombine edilerek dirençli distonik fırtına tedavisinde başarı sağlanabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Distonik fırtına, ventrikül içi baklofen pompası, pallidotomi, serebral palsi

PS-436 [Pediatrik Nöroşirürji]

**HİDROSEFALİYE YÖNELİK ŞANT GEREKTİREN KRABBE SENDROMU: OLGU SUNUMU****İsmail İçlek\*<sup>1</sup>, Sarp Şahin<sup>1</sup>, Bora Tetik<sup>1</sup>, Serdal Güngör<sup>2</sup>, Selami Çağatay Önal<sup>1</sup>**<sup>1</sup>İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı<sup>2</sup>İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı Pediatrik Nöroloji Bilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Krabbe hastalığı çocukluk yaş grubunda görülen nadir, çoğunlukla otozomal resesif geçişli bir hastalıktır.

**Yöntem:** Ailede lizozomal depo hastalığı öyküsü olan ve ilerleyici nörodejenerasyon ve hidrosefali ile ortaya çıkan nadir bir olgu sunulmuştur.

**Bulgular:** Yirmi aylık erkek çocuk doğumdan sonraki dördüncü ayda şüpheli nöbet öyküsü ile pediatrik nöroloji kliniğine başvurdu. Hastanın beyin MR ve EEG incelemesi normal olarak tespit edildi. Soy geçmişinde erkek kardeşi Krabbe sendromu tanısı ile kaybedilmişti. Hastanın metabolik tetkiklerinde beta galaktoserebrozidaz düzeyi normalin alt sınırında idi. Takibinde bir ay sonra EEG'de bozulma, yedinci ayında yutma problemi ve hipertoni gelişen hastanın son bir haftadır nöbet sayısı ve sıklığında artış olması üzerine çekilen beyin BT'sinde beyaz cevherde yaygın dejenerasyon ve hidrosefali tespit edildi. Hastaya ventrikülo peritenoal şant takıldı. Hasta yoğun bakım ünitesinde takip edilerek taburcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Krabbe hastalığı genellikle çocuklarda 1/100.000 doğumda görülen çoğunlukla otozomal resesif, ölümcül, nörodejeneratif bir hastalıktır. Lizozomal enzim beta galaktoserebrozidaz'ın kusurlu çalışması sonrasında toksik bir bileşen olan psikosin birikmesi ile sinir sisteminde beyaz cevherde demiyelinizasyona neden olur. Klinikte beslenme zorlukları, sinirlilik, spastisite, hipertoni, hiperestezi, periferik demiyelinizasyon, ataksi ve ilerleyici nöbetler görülür. Beyin MR incelemesinde beyaz cevherde dejenerasyon ve demiyelinizasyon izlenir. BOS analizi, yüksek protein seviyelerini gösterir. Hastalığın teşhisi klinik şüphe, laboratuvar tetkikler, radyolojik görüntüleme ve genetik analizle yapılır.

**Anahtar Sözcükler:** Çocuk, genetik, hidrosefali, Krabbe hastalığı, ventriküloperitoneal şant

PS-437 [Nöroonkolojik Cerrahi]

### HIZLI NÜKS EDEN YETİŞKİN ATİPİK MENİNGİOM OLGUSU

**İsmail İçlek\*, Eyyüp Can Yıldırım, Ferhat Arslan, Bora Tetik, Selami Çağatay Önal**

*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Meningiomlar orta/ileri yaş grubunda ve kadınlarda daha fazla görülen, çoğu selim özellikli ekstraaksiyal tümörlerdir. Tüm primer beyin tümörlerinin yaklaşık olarak %20'sini meningiomlar oluşturur. Meningiomların çoğu selim karakterde iken, atipik meningiom %15 ve malign meningiom ise %2 oranında görülür. Bu sunumda sık nüks ile seyreden bir atipik meningiom olgusuna dikkat çekilmiştir.

**Yöntem:** Altı yıl içinde üç kez radikal cerrahi girişim uygulanmak zorunda kalınan yetişkin bir atipik meningiom olgusu sunulmuştur.

**Bulgular:** Ellidört yaşında erkek hastanın altı yıl önce atipik meningiom nedeniyle ameliyat edildiği ve sonrasında radyoterapi uygulandığı belirlendi. Klinik takiplerinde nüks saptanan hastaya cerrahi planlandı. MR incelemesinde verteks düzeyinde, falks serebride hafif itilme oluşturan 49x44x40mm boyutlarında invaziv meningiom ile uyumlu görüntü saptandı. Gros total çıkartılan kitlenin histopatolojik inceleme sonucu atipik meningiom olarak bildirildi. Cerrahi sonrası radyoterapi açısından radyasyon onkolojisi polikliniğine yönlendirilen hasta radyolojik incelemelerde rest kitle görülmemesi nedeniyle ilgili klinik tarafından ışınlanmadı. Takiplerinde ameliyat sonrası ikinci ay kontrol MR sonucunda ek nöroşirürjikal patoloji saptanmadı. Onikinci ay kontrol MR incelemesinde 55x55x45mm boyutlarında nüks kitle belirlendi. Hastaya hızlı nüksü ve şift etkisi yapan kitlesi göz önüne alınarak üçüncü kez cerrahi tedavi uygulandı. Mikroşirürjikal yöntemle gros total kitle eksizyonu yapılan ve ek nörolojik bulgu gelişmeyen hasta radyocerrahi için yönlendirildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Atipik meningiomlarda, grade I meningiomlara göre daha hızlı nüks izlenir. Yapılan çalışmalarda ortalama doubling time 2,5-5 yıl olarak saptanmış olup nüks oranı da 5 yıllık izlemede %38-40 arası gözlenmektedir. Tedavide total olarak çıkartılan lezyon sonrası ek tedavi gereksinimi tartışmalıdır. Klasik bilgi, tekrarlayan operasyon yüküsü de göz önüne alınarak, güvenli cerrahi sınırdaki kitle çıkarımını takiben radyoterapi uygulanması yönündedir.

**Anahtar Sözcükler:** Atipik meningiom, mikrocerrahi, nüks, radyoterapi, yetişkin

PS-438 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### BİLATERAL LUMBAR MİKRODISKEKTOMİ İÇİN ÜNİLATERAL YAKLAŞIMIN KULLANILABİLİRLİĞİ

**Bülent Ödemir\***

*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD.*

**Giriş ve Amaç:** Lumbar disk cerrahisinde, çeşitli cerrahi yöntemler kullanılmaktadır. Günümüzde, minimal invaziv cerrahi yaklaşım tercih edilmektedir. Bu çalışmanın amacı, bilateral lumbar mikrodiskektomide unilaterale yaklaşımın uygulanabilirliğinin değerlendirilmesidir.

**Yöntem:** Ünilaterale yaklaşımla opere edilen hastaların dosyaları incelendi. Etkinliği tartışıldı.

**Bulgular:** 7 hastanın verileri incelendi. Hastalarının tamında, ek nörolojik defisit olmadı. Post operatif birinci günde taburcu edildiler.

**Tartışma ve Sonuç:** Ünilaterale yaklaşımın, karşı taraf ligamentöz yapıları koruduğu, doku tahribatını azalttığı, stabilizeye katkı sağladığı, komplikasyonu olmadığı, iki taraflı disk hernisi olan hastaların cerrahisinde kullanılabileceği sonucuna varıldı. Bu teknik diğer minimal invaziv yöntemlere bir alternatif olarak kabul edilebilir.

**Anahtar Sözcükler:** Unilaterale, diskektomi

PS-439 [Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi]

### TRAVMA SONRASI T12 KOMPRESYON FRAKTÜRÜ İLE BİRLİKTE İNSİDENTAL TORAKAL KİTLE

**Atilla Kazancı<sup>1</sup>, Aydın Sinan Apaydın<sup>\*2</sup>, Salih Kürşat Şimşek<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahi Anabilim Dalı*

*<sup>2</sup>Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahi Anabilim Dalı*

**Giriş ve Amaç:** Vertebra kırıkları, endüstrileşmeye paralel olarak, motorlu taşıtların ve trafiğin artması, beraberinde omurga kırıklı trafik kazalarını da yaygınlaştırmıştır. Tüm vertebral fraktürlerin yaklaşık % 14'ünü oluşturan burst fraktürleri en sık alt torakal ve lomber bölgede görülür. Vertebra kırıklarının büyük bir bölümü de, anatomi ve biyomekanik özellikler nedeniyle, torakolomber bileşke bölgesinde görülür. Bu bölge, hareket aralığı kısıtlı ve toraks tarafından desteklenmiş kifotik torakal omurga ile, daha hareketli lordotik lomber omurga arasındaki biyomekanik geçiş özelliğinden dolayı, travmaya bağlı yaralanmalara daha açık hale gelmektedir.

**Yöntem:** 50 yaşında erkek hasta AİTK sonrası hastanemiz acil servisinde değerlendirildi. Genel durum iyi bilinç açık koopere oryante ekstremitelerde belirgin motor ve duyu defisit saptanmadı, idrar inkontinansı yok, anal tonus mevcut idi. Çekilen torakal BT'de T12 vertebra superior endplate'inde %50-75 yükseklik kaybına yol açan kompresyon kırığı izlenmiş olup posterior spinal kanala indantasyon gösteren fragmanite kemik yapı seçilmemektedir (Fig.1). Ancak BT'de T9 seviyesinde şüpheli lezyon görülmesi üzerine hastaya kontrastlı tüm spinal BT ve MRI çekirildi. Çekilen kontrastlı torakal MRI'nda T9 vertebra düzeyinde; spinal kanal içi intradural ekstremitüller yerleşimli spinal kordu posteriora iten spinal kord kalibrasyonunda belirgin incelmeye ve spinal kanalda stenoza yol açan IVKM enjeksiyonu sonrası yoğun opaklanan 22x14 mm boyutlarında öncelikle menenjiom lehine değerlendirilen lezyon izlendi (Fig.2).

**Bulgular:** Preop hazırlıkları tamamlandıktan sonra operasyona alınan hastaya posterior stabilizasyon ve T9 intradural kitle insizyonu yapıldı. İntraperatif frozen sonucu menenjiom lehine yorumlandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Sonuç olarak akut travmalarda meydana gelen spinal fraktürlerde ve yaralanmalarda hasta anamnezi klinik muayene ve radyolojik değerlendirmeler ayrıntılı yapılmalıdır. Yüksek enerjili travmalarda kranial ve tüm spinaller klinik ve radyolojik olarak ayrıntılı değerlendirilmeli, BBT ve tüm spinal BT leri çekilmelidir. Erken ve doğru tanı iyi planlanmış cerrahi yaklaşım için temel oluşturur.

**Anahtar Sözcükler:** Torakal fraktur, torakal kitle, intradural kitle

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019214233214.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019214233214.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildiriResmi/tmp/2019214233344.jpg>

PS-440 [Nöroonkolojik Cerrahi]

**GLİAL TÜMÖR DÜŞÜNÜLEN HASTADA İNTRAKRANİYAL LENFOMA****Ahmet Gürhan Gürçay<sup>1</sup>, Aydın Sinan Apaydın<sup>\*2</sup>, Salih Kürşat Şimşek<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahi Anabilim Dalı<sup>2</sup>Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahi Anabilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Non-Hodgkin Lenfoma (NHL), en sık görülen hematolojik hastalıktır. NHL, pek çok değişik alt tipi içermektedir. Diffüz Büyük B hücreli lenfomalar, NHL'ların en geniş subtipini oluşturur. Ortalama tanı yaşı 70 olmakla birlikte çocuklarda ve genç erişkinlerde de nadiren görülmektedir. MSS'den (beyin, medulla spinalis, meninksler) köken alan lenfomalar primer merkezi sinir sistemi lenfomaları olarak adlandırılır.

**Yöntem:** Bilinen hastalık ve ilaç kullanım öyküsü olmayan 60 yaşında erkek hasta, yaklaşık 4 gün önce ani başlayan sağ tarafta güç kaybı şikayetleri olması üzerine acil serviste değerlendirildi. Bilinç açık, koopere, oryante, pupiller izokorik, ışık refleksi mevcut. Sağ taraf 4/5 motor kuvvette idi. Hastanın çekilen BBT'sinde Sol frontoparietal alanda sulkuslar silinmiş ve ödemli görünümündedir. Ayrıca tanımlanan lokalizasyonda geniş fokal hipodens alan mevcuttur (Kitle lezyonuna sekonder vazojenik ödem alanı-Akut enfarkt?). Orta hatta sağa doğru yaklaşık 6 mm şift izlendi (Fig.1). BBT değerlendirildikten sonra çekilen kontrastlı kranial MRI'da Sol yüksek frontal alanda 2.5 cm boyutta IVKM enjeksiyonu sonrası homojen yoğun opaklanan kitle lezyonu görülmektedir. Tanımlı lezyon yüksel evreli glial tümörle uyumlu olarak değerlendirilmiştir (Fig.2). Preop hazırlıkları yapılmak üzere takip edilen hastaya çekilen MR-spektroskopide; lezyon içi voksellerde Cho/Cr ve Cho/NAA artmış olup laktat piki gelişmiştir.

Sol frontal yüksek evreli glial tümör lehine raporlanan hastaya cerrahi uygulandı, mikroskopik gross total rezeksiyon sağlandı. Hastanın patolojisi diffüz büyük B hücreli lenfoma olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Tek kitle lezyonlarında ayırıcı tanı öncelikle glial tümörlerle (anaplastik astrositoma ve glioblastoma multiforme) düşünülmelidir.

**Tartışma ve Sonuç:** Glial tümörlerde hücre nükleus boyutları arasında boyut farklılıkları daha belirgin olmakla birlikte oligodendrogliom görünüm olarak lenfomalara daha yakın morfolojide olabilir. Glial tümörlerde görülen mikrovasküler proliferasyon ve psödopalisad yapan nekroz lenfomalarda görülmez. Glial tümörlerde ise damar duvarı invazyonu ve perivasküler konsantrik retikülün lif artışı görülmesi beklenmez. Metastatik anaplastik karsinomalar sitolojik olarak lenfomalara benziyor olsalar bile genellikle beyin parankimine lenfoma gibi infiltratif yayılım göstermezler. Biyopsi, lezyonun infiltratif özellikteki kenar kısımlardan alınmışsa yüksek dereceli glial bir tümör ile lenfoma, artmış glial hücre proliferasyonu nedeni ile morfolojik olarak karışabilir. Hastanın tedavisi planlanırken ayrıntılı kliniği ve radyolojik görüntülemeleri iyi değerlendirmeli ve tek kitle olgularında lenfoma olabileceği de düşünülmelidir. Bizim olgumuzda da yapılan detaylı radyolojik inceleme yüksek gradeli kitle olarak değerlendirilse de patolojisi diffüz büyük B hücreli lenfoma gelmiştir ve post operatif tedavi bu tanı ile düzenlenmiştir. Patolojik incelemeler de bu ön tanıları düşünülerek detaylandırılmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Glial, lenfoma, intrakranial

**Görsel:** <http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/2019214235220.jpg>

<http://onlineozet.com/Images/52/BildirResmi/tmp/2019214235241.jpg>