



CNS

29.

TÜRK NÖROŞİRÜRJİ DERNEĞİ

bilimsel kongresi



POSTER SUNUMLAR

TARTIŞMALI POSTER SUNUMLAR

*"Geçmişten Geleceğe,
Güçlenerek"*

www.2015ndkongresi.info

17-21 Nisan 2015

**Kaya Palazzo Kongre Merkezi
Belek-Antalya**

TPS-001[Nöroonkolojik Cerrahi]

FONKSİYONEL PİTÜİTER PROLAKTİNOMAYI TAKLİT EDEN SELLAR KORDOMA: OLGU SUNUMU

İlhan Aydın¹, Mustafa Levent Uysal¹, Sarper Polat¹, Melih Uçer²,
Anas Abdallah¹, Rashid Avyasov¹, Fatih Cesur¹, Emre Taçyıldız¹,
Orhun Çevik¹, Zeynel Talmaç¹, Erhan Emel¹

¹Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi, İstanbul

²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi, İstanbul

Amaç: Kordomalar notokord kalıntısından geliştiği düşünülen, yavaş büyüyen, tüm malign kemik tümörlerinin %1'ini, tüm intrakranial neoplazmların %0.1 ile %0.2'sini oluşturan tümörlerdir. (1, 2). Kadın erkek oranı 1: 1'dir. Bu tümörlerin %50'si sakrokoksigal bölgede, %35'i sfeno-okspital bölgede, %15'i vertebralarda görülür(3). Klival kordomalar genellikle orta hattadır, sfenoid kemiğin klinoid prosesinden kaynaklanırlar(7). Lokal invazyon ve metastaz yapabilen bu tümörler, lokal rekürrens yapabilmeleri ile karakterizedir (4-6). Yerleşim yerine göre büyüklüklerine göre semptom verirler. İntrakranial yerleşimli olanlar kranial sinir bulguları ve baş ağrısı ile vertebral yerleşimliler nörolojik semptomlar ve ağrı ile sakral yerleşimliler yine ağrı, rektal ve üriner disfonksiyon ile ortaya çıkarlar.

Yöntem: Kliniğimize prolaktin yüksekliği ve görmeye azalma şikayetleriyle başvuran, yapılan tetkiklerinde sellar kitlesel lezyon saptanan hastaya transnasal transfenoideal yolla sellar kitle eksizyonu uygulanmış patolojisi kordoma olarak raporlanan hastaya tamamlayıcı cerrahi olarak sağ pterional yaklaşımla sellar kitle eksizyonu yapıldı.

Bulgular: 52 yaşında diyabeti ve hipertansiyonu olmayan erkek hasta 2 ay önce başlayan ve giderek arttığını ifade ettiği sol gözde görmeye azalma, bulanık görme yakınması ile kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan nörolojik muaynesinde GKS: 15, her iki gözle 4 metreden normal şekilde parmak sayabiliyor, ve konfortasyon testi doğal görülmüş, herhangi bir ek bulguya rastlanmamış, yapılan fiziksel muaynesi doğal olarak gözlenmiştir. Yapılan kan tetkiklerinde hemogram ve biyokimya değerlerinde herhangi bir özellik saptanmamış hormon tetkiklerinde prolaktin: 54. 86 uq\, fT3: 3. 11 pq\mL, fT4: 0. 618 ng\dL, TSH: 0. 277 uIU\mL şeklinde görülmüş diğer hipofizier hormonlar normal sınırlarda değerlendirilmiştir. Yapılan hipofiz MR sonucunda sella içerisinde yine tabanı erode edip sfenoid sinüse giren superiorda bilateral olarak karotis arterleri çevreleyip optik kiazmayı basılayan heterojen kontrast tutulumu gösteren kitlesel lezyon saptanmıştır.

Tartışma: Kordomalar lokal invaziv tümörlerdir ve sellar bölgede olanlar pitüiter adenomları taklit edebilirler. Vaka olarak bildirilen çeşitli derecelerde prolaktin yüksekliği yapan sellar kordoma olguları nadir görülmektedir. Bu tümörler çok nadir olarak uzak metastaz yapmalarına karşın yüksek oranda lokal nüks oranlarına sahiptir.

Anahtar Sözcükler: Kordoma, sella, prolaktinoma

TPS-002[Stereotaktik, Fonksiyonel Ağrı ve Epilepsi Cerrahisi]

VAKA SUNUMU: TETANOZDA TEDAVİYE DİRENÇLİ TONİK KASILMALARIN TEDAVİSİNDE İNTRATEKAL BAKLOFEN POMPASI KULLANIMI

Aydın Aydoseli, Onur Öztürk, Yavuz Aras, Pulat Akın Sabancı, Altay Sencer, Orhan Barlas, Nail İzgi, Faruk Ünal, Kemal Hepgül
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Tetanoz; clostridium tetani sporları ile açık yara kontaminasyonu sonucu ortaya çıkan, tonik kas kontraksiyonları ile seyreden, yüksek morbidite ve mortalite oranına sahip olan bir hastalıktır.

Yöntem: 11 yaşında kadın hasta sağ ayağında paslı çivi batmasından bir hafta sonra gövdede ve ekstremitelerde kas kasılmaları şikayeti ile dış merkez acil servise birimine götürülmüş; ardından tetanoz tanısı alan hasta, şikayetlerinin şiddetlenmesi üzerine hastanemize sevk edilmiş.

Bulgular: Yoğun bakıma geldiğinde kooperasyonu tam, pupilleri izokorik, Glasgow Koma Skoru 15 olarak değerlendirilen ancak çene, sırt ve tüm ekstremitelerde ciddi tonik kas kontraksiyonları olan, opistotonus postüründeki hasta hava yolunu korumak amacıyla önce entübe edildi. İlerleyen dönemde trakeostomi açılan hastaya çeşitli medikal tedaviler verildiyse de cevap alınmadı. Bu nedenle Çocuk Nörolojisi birimi ile intratekal baklofen tedavisi seçeneği tartışıldı. Hastaya baklofen testi yapılması kararı alınarak, 75 mcg intratekal baklofen testi yapıldı. İntratekal baklofen testi öncesi alt ekstremitelerde belirgin ağır tonik tetanik kasılmaları olan, Modifiye Ashworth Skalası değeri sağ üst ekstremitede 3, sol üst ekstremitede 2, her iki alt ekstremitede 4 olarak değerlendirilen hastanın test sonrası Modifiye Ashworth Skalası değeri her iki üst ekstremitede 0 ve her iki alt ekstremitede 1'e geriledi ve tonik kasılmaları belirgin olarak azaldı. Bu bulgular ile hastanın intratekal baklofen tedavisinden fayda göreceği düşünüldü.

Hastaya, intratekal baklofen pompası implantasyonu yapıldı ve kateter ucu D5 vertebra korpusu seviyesinde bırakıldı. 50 mcg/gün açılış dozuyla intratekal baklofen tedavisine başlanan hastanın baklofen dozu artımı ile birlikte veküronyum, magnezyum sülfat, diazepam ve propofol infüzyon dozları azaltılarak kesildi. İntratekal baklofen dozu ise 2 aylık takip esnasında 110 mcg/gün doza yükseltildi. Her iki üst ekstremitede MAS değeri 0 ve her iki alt ekstremitede MAS değeri 1 olan hastanın tonik kasılmaları hızla düzeldi. Hastanın solunum desteği ihtiyacı ortadan kalktı ve trakeostomisi kapatıldı. Hasta mobilizasyonu sağlanarak taburcu edildi.

Tartışma: Sonuç olarak, uzun dönem sedasyon ihtiyacını, nöromusküler blokör ajan kullanımını, hastanede kalış süresini ve morbidite, mortalite riskini azaltması nedeniyle intratekal baklofen uygulamasının tetanoza bağlı, tedaviye dirençli tonik kasılmaların tedavisinde uygun bir seçenek olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Sözcükler: Clostridium tetani, tetanoz, baklofen pompası

TPS-003[Nöroonkolojik Cerrahi]

OLGU SUNUMU: DEV PETROKLİVAL MENİNGİOM CERRAHİSİ ESNASINDA BİPOLAR DİYATERMİSİ İLE TAMAMEN TRANSEKTE OLAN ABDUSENS SINIRININ TAM FONKSİYONLU İYİLEŞMESİ

*Aşkın Şeker¹, Bilgehan Solmaz², Yaşar Bayrı¹, Bahattin Tanrıkulu¹,
Ramazan Doğru¹*

¹Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği, İstanbul

Amaç: Abdusens siniri, kafa tabanı ve bu bölgenin tümörleriyle olan anatomik ilişkileri nedeni ile diğer kranyal sinirlere nazaran daha kolay yaralanır. Bununla birlikte kafa tabanı cerrahisi ile ilişkili abducens sinir felci ve transekte olmuş abducens sinirinin cerrahi tamir sonuçları literatürde çok az rapor edilmiştir.

Yöntem: 37 yaşında bayan hasta haziran 2013'de sağ petroklival dev meningioma tanısı ile enstitümüze başvurdu. Hastanın nörolojik muayenesi normaldi. Manyetik rezonans görüntülemesinde dorsum selladan foramen magnuma uzanan sağ petroklival bölgede kontrast tutan bir kitle imajı izlendi.

Genişletilmiş retrosigmoid yaklaşım ile tümör total olarak çıkartıldı. Ameliyat esnasında V, VI, VII, VIII, IX, X ve XI. kranyal sinirler ortaya konuldu ve korundu. Pamuk pedi tümör ile abducens sinir arasına konuldu. Tümör total olarak çıkartıldıktan sonra Simpson grade II reseksiyonu için dura ve klivus bipolar ile koagüle edildi. Pamuk pedi kaldırıldığında kopmuş abducens sinirinin preontin sistern içerisinde serbest şekilde yüzdüğü ve sinirinin girdiği Dorello kanalının dural porusundan kan sızdığı görüldü. Sinirin proksimal ucu dural porus içerisine yerleştirilerek uç uca anastomoz yapılmasına karar verildi. Sinirin altına koruması için sponjel ped konuldu ve proksimal uç porusa yerleştirildi. Sinirin burada tutunması için porusdaki sinirin etrafına ve klival duraya fibrin glue sıkıldı.

Bulgular: Ameliyat sonrası manyetik rezonans görüntüleri tumorun total olarak çıkartıldığını doğruladı. Ameliyat sonrası erken nörolojik muayenesinde sağ abducens siniri felcinin olduğu tespit edildi. Altıncı ayda yapılan kontrol muayenesinde ise felcin tamamen kaybolduğu görüldü.

Tartışma: Farklı anatomik ve histolojik yapıya sahip olmaları nedeniyle kranyal sinirlerin rejenerasyon süreci periferik sinirlerden farklıdır. Sürekli bir basal laminalarının olmaması ve periferik sinirlere kıyasla daha az kollajen içermeleri nedeni ile kranyal sinirler cerrahi manipülyasyonlara karşı hassasdırlar. Kranyal sinirlerde tatmin edici iyileşme duyu ve motor bağlantıların karşılıklı olmasına ve sinir kas kavşağının durumuna bağlıdır. Sadece motor lifler içermesi ve tek kası innerve etmesi nedeni ile abducens sinirinin tamir sonuçlarının daha iyi olması beklenebilir.

Cerrahi esnasında kazara abducens sinir transeksiyonu olacak olursa sinir yine aynı ameliyat esnasında tamir edilmelidir. Fibrin glue uygulaması bu tip yaralanmalarda pratik ve etkili bir methodur.

Anahtar Sözcükler: Abdusens siniri, petroklival meningioma, kafa tabanı, sinir transeksiyonu, dorello kanalı

TPS-004[Nörovasküler Cerrahi]

SUBARANOİD KANAMAYA BAĞLI VAZOSPAZMIN ENDOVASKÜLER TEDAVİSİ; OLGU SUNUMU EŞLİĞİNDE SUNUM

*Emre Özkara¹, Demet Funda Baş², Özcan Atilla Özdemir², Zühtü Özbek¹,
Metin Ant Atasoy¹*

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Eskişehir

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Vazospazm, subaraknoid kanama sonrası görülen ciddi bir komplikasyondur ve hastaların yaklaşık %20-30'unda gecikmiş serebral iskemiden sorumludur. Hipertansif hipervolemik tedavi ve kalsiyum kanal blokerler vazospazm tedavisinde etkinliği gösterilmiş medikal tedavi yöntemleri olsa da vazospazm halen subaraknoid kanamaya bağlı mortalite ve morbitidenin önemli sebebidir. Bu nedenle özellikle son yıllarda intraarteryal vazodilatatörler, intraluminal anjioplasti gibi endovasküler tedaviler kullanılmakta ve etkinlikleri gösterilmektedir.

Yöntem: 63 yaşında erkek hasta subaraknoid kanama nedeniyle yatırıldı (Hunthess grade 3, Fischer Grade 3). Hastaya yapılan DSA sonrası sağ posterior komminikan arter anevrizması tespit edildi ve operasyona alındı. Postoperatif genel durumu iyi olan, motor defisit olmayan hastanın kanama sonrası yedinci günde sol fasiyal paralizi, sol hemiparazi gelişti (kas gücü 4/5). Çekilen kontrol BT de kanama tespit edilmeyen hastaya vazospazm ön tanısı ile medikal tedavi uygulandı.

Bulgular: Semptomların başlangıcının 6. saatinde şuuru kapanan, sol hemipleji gelişen hasta acil olarak katater laboratuvarına alındı. Yapılan görüntüleme sol M1 ve A1 segmentinde belirgin vazospazm tespit edildi. Hastaya balon anjioplasti yapıldı ve mikrokatater internal karotid arter supraklinoide segmete 12 saat bırakılarak devamlı infüzyonla nimodipin (0, 200 mg, total 1200 mg, 10 dk aralıkla) tedavisi verildi. Kontrol anjiografide damar lümeninde belirgin genişleme ve kortikal damarlarda dolum net gözlemlendi. İşlem sonrası hemipleji düzelen hasta modifiye rankin 2 skoru ile taburcu edildi.

Tartışma: Kalsiyum kanal blokörleri ve hipervolemik tedavi vazospazm tedavisinde geçerliliği devam eden yöntemlerdir. Fakat medikal tedaviye dirençli olgularda endovasküler yöntemler son zamanlarda önemli rol üstlenmişlerdir. Özellikle intraluminal anjioplasti ve intraarteryal nimodipinin etkinliği gösterilmekle birlikte geniş vaka serilerine ihtiyaç vardır.

Anahtar Sözcükler: Subaraknoid kanama, vazospazm, endovasküler

TPS-005[Nöroonkolojik Cerrahi]

TORAKOLOMBER BİLEŞKEDE MENENJİOM İLE KARIŞAN ARTERİOVENÖZ MALFORMASYON OLGUSU

*Fatih Yakar, Ümit Eroğlu, Onur Özgür, İhsan Doğan,
Mehmet Özgür Özates, Murat Zaimoğlu, Serdar Solmaz,*

Mustafa Cemil Kılınç, Hasan Çağlar Uğur

*Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı,
Ankara*

Amaç: Spinal menenjiomlar tüm intradural spinal tümörlerin %25-45'ini oluşturmaktadırlar. Tüm menenjiomlar içinde spinal menenjiomlar %12 sıklıkta görülmektedir. Spinal arteriyovenöz malformasyonlar ise oldukça nadir görülen lezyonlardır. Torakolomber bileşkede spinal kanalı basılayan ekstrameduller yerleşimli ve düzgün sınırlı kitle lezyonu bulunan, menenjiom ön tanısıyla opere edilen hastanın intraoperatif gözlem ve patoloji sonucunun arteriyovenöz malformasyonla uyumlu olması nedeniyle vaka sunulmuştur.

Yöntem: T12-L1 seviyesinde spinal kordu basılayan lezyon saptanan hastada spinal kanalda nadir olarak izlenen arteriyovenöz malformasyon saptanmıştır.

Bulgular: 29 yaşında kadın hasta kliniğimize sağ bacak ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın nörolojik muayenesi intakt olup, spinal travma ya da girişim öyküsü bulunmuyordu. Hastada MR görüntülemesinde T12-L1 seviyesinde ekstrameduller yerleşimli, düzgün sınırlı menenjiomla uyumlu kordu basılayan lezyon saptanması üzerine hasta opere edildi. İntra operatif gözlem olarak kanamış vasküler bir lezyon olduğu, duraya minimal yapışıklıkları olmasına rağmen invazyonun olmadığı izlendi ve lezyon total olarak çıkarıldı. Hastaya preop vasküler görüntüleme yapılmamıştır. Patolojisi arteriyovenöz malformasyon olarak yorumlanmıştır.

Tartışma: Spinal arteriyovenöz malformasyonlar arada kapiller yatak bulunmadan arterlerle venler arasında şant oluşmasıyla karakterizedir. En sık görülen formu AV fistüllerdir. Sunulan vakada olduğu gibi preoperatif görüntülemelerde menenjiom ön tanısı konulan lezyonlarda arteriyovenöz malformasyonlar da ayırıcı tanıda mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Arteriyovenöz malformasyon, menenjiom, torakolomber bileşke

TPS-006[Stereotaktik, Fonksiyonel Ağrı ve Epilepsi Cerrahisi]

IN-SITU CRANIOPLASTY AFTER MICROVASCULAR DECOMPRESSION FOR TRIGEMINAL NEURALGIA: A TECHNICAL NOTE

Yahya Cem Erbaş¹, Yusuf İzci², Ersin Erdoğan³, Erdal Reşit Yılmaz⁴

¹Özel Bilgi Hastanesi, Beyin Cerrahi Kliniği, Ankara

²Gülhane Askeri Tıp Akademisi Beyin Cerrahi Kliniği, Ankara

³Ufuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Beyin Cerrahi Kliniği, Ankara

⁴TC, Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin Cerrahi Kliniği, Ankara

Aim: Cranioplasty is not only performed for cosmetic reasons but also for physiological requirements to balance the cerebral hemodynamics and to protect the brain from external traumas. Synthetic materials are in use for the closure of skull defects and methyle methacrylate is one of the most preferred materials for cranioplasty. It is usually prepared out of the surgical site and therefore modelling of the cranioplasty material is sometimes difficult to fit the bone defect. In this technical note, we present our new technique of cranioplasty with methyl methacrylate in which the material is prepared on site of the bone defect and very easily shaped. Fixation materias are not needed. This technique is especially suitable for microvascular decompression, cerebellopontine angle and posterior fossa tumors when craniectomy is needed for tumor resection.

Method: We described a new technique, in-situ (on site) PMMA

cranioplasty for posterior fossa craniectomies, which has been used safely without any complication in 25 patients to date. Since PMMA is one of the most frequent used cranioplasty materials, by our technique, the cranioplasty will be easier, natural, faster and cheaper.

Results: We described a new technique, in-situ (on site) PMMA cranioplasty for posterior fossa craniectomies, which has been used safely without any complication in 25 patients to date. Since PMMA is one of the most frequent used cranioplasty materials, by our technique, the cranioplasty will be easier, natural, faster and cheaper.

Conclusions: In order to obtain a more natural shape and to prevent the usage of miniplates-screws or different fixing material, PMMA can be used in-situ (on site) safely in selected patients after posterior fossa craniectomies, without any notches in the surrounding cranium.

Keywords: Cranioplasty, microvascular decompression, trigeminal neuralgia

TPS-007[Nörovasküler Cerrahi]

SPONTAN NONTRAVMATİK SÜPERFİSİYAL TEMPORAL ARTER ANEVİZMASI: OLGU SUNUMU

Bora Tetik, Serhat Yıldızhan, İlker Kiraz, Abdullah Mesut
Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, Diyarbakır

Amaç: Süperfisyal temporal arter anevrizması oldukça nadir rastlanan bir patolojidir. Genellikle travma zemininde gelişen pseudo-anevrizmalar olarak görülmekle beraber daha az oranda spontan nontravmatik süperfisyal temporal arter (STA) anevrizmaları bildirilmiştir. Ailesinde subaraknoid kanama öyküsü olan ve migren tanısı ile takip edilen tetkiklerinde multiple süperfisyal temporal arter anevrizması ve MCA anevrizması saptanan bir hasta sunulmuştur.

Yöntem: Altmış üç yaşında kadın hasta, yaklaşık 17 yıldır sağ temporal bölgede daha yoğun, zonklayıcı tarzda baş ağrısı şikayeti mevcut. Şikayetleri nedeni 17 yıldır migren tanısıyla takipte ve Ergotamin türevi ilaçları ağrısı oldukça kullanmakta. Özgeçmişinde primer esansiyel hipertansiyon tanısıyla takipte ve tedavi almakta.

Bulgular: Hastanın soy geçmişinde dört kız kardeş oldukları; kız kardeşlerden ikisinin 55 ve 50 yaşında subaraknoid kanama (SAK) nedeni öldüğü öğrenildi. Hastanın yaşayan 49 yaşındaki kız kardeşi 10 gün önce Anterior komminikan arter anevrizması saptanması üzerine opere edildi. Soy geçmişinde üç kız kardeşinde de SAK öyküsü olan hastaya kontrol amacıyla 3D CT anjio yapıldı. Hastanın 3D CT anjiosunda sağ STA'da 2 adet anevrizma ve sol MCA'da 3 mm boyutlarında anevrizma saptandı.

Tartışma: STA anevrizmaları oldukça nadir görülmektedir. Genellikle travmaya sekonder gelişen yalancı anevrizmalardır. Nadiren travma öyküsü olmadan gelişen spontan nontravmatik STA anevrizmaları görülebilir. Tüm STA anevrizmalarının %8'ini spontan non travmatik STA anevrizmaları oluşturur. Arter duvarında internal elastik membranda konjenital defekt, aterosklerotik değişiklikler ve hemodinamik stress etyolojide suçlanan faktörlerdir. Tanıda altın standart uygulama serebral anjiyografidir. 3D CT anjiyografi ve MR anjiyografi kullanılan diğer tanı yöntemleridir. Sistolde belirgin pulsatil ağrı ve trill, en sık semptomdur. Hastada temporal bölgede şişlik görülebilir. Literatür taramamızda spontan nontravmatik STA anevrizması olan otuz iki olgu, spontan

nontravmatik STA anevrizmasına eşlik eden intrakranial anevrizması olan sadece iki olgu bulduk. Nadir görülmesine rağmen temporal bölgede şişlik, pulsatil ağrısı olan hastalarda ve sunulan olguda olduğu gibi ailesel anevrizma sendromlarını düşündüren olgularda yapılan tetkiklerde intrakranial anevrizmalara eşlik eden süperfisyal temporal arter ve/veya oksipital arter anevrizması olabileceği akılda tutulmalı ve ekstrakranial arterlerde inceleme alanına dahil edilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Baş ağrısı, nontravmatik süperfisyal temporal arter anevrizması, orta serebral arter anevrizması

TPS-008[Stereotaktik, Fonksiyonel Ağrı ve Epilepsi Cerrahisi]

FRENİK SINİR STİMÜLATÖRÜ İMPLANTASYONU: OLGU SUNUMU

Emre Çalışkan, Hüseyin Biçeroğlu, Emre Çavuşoğlu, Evren Sandal, Batuhan Güneş, Rauf Nasırov, Seyhan Orak, Erkin Özgiray, Sedat Çağlı Ege Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Nörojenik hipoventilasyonlu hastalarda uzun süreli mekanik ventilatör bağımlılığı önemli derecede mortalite ve morbidite ile ilişkilidir. Frenik sinir stimülasyonu (FSS) ile diyafragmanın uyarılması uzun süreli mekanik ventilatör bağımlılığının tedavisi için uygulanabilir bir çözümdür. Bu olgu bildirimini Os odontoideum tanısı ile C1 laminektomi, C2-C3 lateral mass vidaları ve oksipitoservikal plak ile stabilizasyon uygulanmış bir hastada gelişen nörojenik hipoventilasyonun ve mekanik ventilatör ihtiyacının Türkiye'de ilk defa FSS ile giderilmesi ile ilgilidir.

Yöntem: Travmadan 1 yıl sonra başlayan ve progresif şekilde ilerleyen quadriparazi nedeni ile tetkik edilen 46 yaşında kadın olguya, servikal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulguları ile Os Odontoideum tanısı konulmuş; C1 laminektomi, C2-C3 lateral mass vidaları ve oksipitoservikal plak ile stabilizasyon uygulanmıştır.

Bulgular: Postoperatif dönemde olgunun mekanik ventilatör desteği ihtiyacı doğmuş, izlem sonrası hasta trakeostomi yoluyla ev tipi mekanik ventilatör desteğinde evine gönderilmiştir. Takip sırasında uygulanan elektromyografide (EMG) bilateral diyafragma kasının santral tutulumu ile uyumlu olup alt motor nöron tutulmuşu lehine bulgu saptanmamıştır. Olguya bilateral frenik sinir stimülatörü implantasyonu uygulanmış, kademeli olarak mekanik ventilatör desteği kesilmiştir. Bu işlem Türkiye'de ilk defa gerçekleştirilmiştir.

Tartışma: 3 yıllık izlemde olgunun tekrar mekanik ventilatör gereksinimi doğmamış, rehabilitasyon programına uyumu artmış, konuşur, yemek yiyebilir hale gelmiştir. Üst servikal spinal kord (C1, C2, C3) yaralanmalarında uygun hasta seçimi ile solunum yetmezliği tedavisinde FSS'nun, hasta konforunu ve rehabilitasyon programına uyumu arttırdığı; mekanik ventilatör, trakeostomi, endotrakeal tüpe bağlı komplikasyonları, mortalite ve morbidite oranlarını azalttığı hatırlanmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Frenik sinir stimülatörü, hipoventilasyon, mekanik ventilatör

TPS-009[Nörovasküler Cerrahi]

İNSİDENTAL SAPTANAN ANTERİOR KOMİNİKAN ARTER ANEVRİZMASININ PÜR ENDOSKOPİK ENDONAZAL KLİPAJ

Ali Erdem Yıldırım¹, Derya Karaoğlu¹, Denizhan Divanlıoğlu², İbrahim Ekici¹, Osman Arıkan Nacar¹, Fatih Alagöz¹, Ergün Dağlıoğlu¹, Egemen Işıtan¹, Ali Dalgıç¹, Murat Sonkaya¹, Ahmed Deniz Belen¹

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, Ankara

²Kocaeli Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, Kocaeli

Amaç: Anterior Kominikan Arter (AcoA) anevrizmaları en sık görülen anevrizmalardır. Nadiren başka bir intrakranial lezyonla da birlikte görülebilirler. Bu anevrizmaların tedavisinde mikroşirürjikal ve endovasküler birçok teknik günümüzde kullanılmaktadır. Endoskopik endonazal teknik ise, orta hat kafa kaidesine yerleşmiş lezyonların tedavisinde sıklıkla kullanılmakta ve her geçen gün tecrübenin arttığı bir yaklaşımdır. Biz de bu sunumda tüberkülem sella meningiomunun endoskopik endonazal transplanum- transtüberküler yaklaşımla çıkartılmasının ardından insidental olarak saptanan AcoA anevrizmasının aynı yolla tam olarak kliplenmesini sunmaktayız.

Yöntem: 72 yaşında kadın hasta 1 yıldır her iki gözde görme kaybı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Kontrast madde verilemeyen hastaya çekilen kontrastsız hipofiz MRG tetkiğinde tüberkülem sellaya yerleşmiş 17× 15× 14 cm boyutlarında optik kiazmaya bası etkisi oluşturan ekstraaksiyel yerleşimli, öncelikle menengioma ile uyumlu kitle lezyonu saptandı.

Bulgular: Hasta endoskopik endonazal transplanum-transtüberkülem yaklaşımı planlanarak operasyona alındı. Kitle ekzizyonunun ardından sol gyrus rektusun altında şüpheli bir vasküler görüntü saptandı, üzerindeki glial doku sıyrılınca AcoA bölgesinde yaklaşık 6 mm boyutlarında anterior ve süperiora doğru projekte olan anevrizma saptandı. Daha sonra etraftaki glial ve araknoid dokular diseke edilerek her iki A1 ve A2 ler ortaya kondu. Anevrizma domunun yöneliminin ve boyununun uygun olması, ve proksimal kontrolün sağlanması nedeniyle endoskopik endonazal olarak kliplenmesine karar verildi. Ardından 5 mm'lik Yaşargil anevrizma klipi kullanılarak AcoA anevrizması tam olarak klip edildi. Microdopler ile yapılan akım değerlendirmesinden ve hemostazdan sonra da kapatma işlemine geçildi. Hasta hiçbir sorunu olmadan 6. Günde taburcu edildi. Hastanın 6 aylık takiplerinde de herhangi bir komplikasyon olmadı.

Tartışma: Endoskopik endonazal teknik birçok midline kafa tabanı lezyonunun tedavisinde ilk tercih yaklaşım haline almıştır. Bu nedenle aynı bölgeye yerleşen anevrizmaların tedavisi için de bir alternatif yöntem olarak denenmeye başlanmış olup bilinen altın standart yaklaşımlarla kıyaslanması doğru değildir. Ancak iyi seçilmiş olguların tedavisinde minimal invaziv ve etkili bir yöntem olduğu da göz ardı edilmemelidir. Unutulmaması gereken en önemli konu ise bu yaklaşım için ciddi bir eğitim süreci ve extended endoskopik endonazal skull base yaklaşımları için önemli bir tecrübeye sahip olunması gerektiğidir.

Anahtar Sözcükler: Anterior kominikan arter anevrizması, endoskopik, endonazal, klipaj

TPS-010[Nöroonkolojik Cerrahi]

CRANIOPLASTY PULL- OUT 6 MONTHS AFTER A MENINGIOMA OPERATION*Yahya Cem Erbaş¹, Ersin Erdoğan³, Erdal Reşit Yılmaz⁴, Yusuf İzci²*¹*Özel Bilgi Hastanesi Beyin Cerrahi Kliniği, Ankara*²*Gülhane Askeri Tıp Akademisi Beyin Cerrahi Kliniği, Ankara*³*Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin Cerrahi Kliniği, Ankara*⁴*TC, Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin Cerrahi Kliniği, Ankara*

Aim: A case of cranioplasty pull-out is reported. A 45 year-old man was operated for a frontal meningioma 6 months ago. At the end of the 6 months while he was shouting he felt a pain on his operated area, and when he touched this area he felt the pull-out of cranioplasty graft. Computerized tomography revealed the graft pull-out. He admitted to our department and re-operated to change the cranioplasty material. Methyl methacrylate and silk sutures were replaced with porous polyethylene and miniplates and screws. The patient was discharged without complication. There was no pull-out or reaction after the replacement of cranioplasty in the follow-up period.

Cranioplasty materials may be pulled out when no rigid fixation was performed. Fixation using miniplates and screws should be used in order to secure the cranioplasty material.

Method: Forty five years old man was operated for a frontal meningioma (frontal bone was invaded) 6 months ago. . Since the goal for successful treatment of meningioma is the aggressive resection of invaded bone, craniectomy was also performed with the tumor resection and for the bone defect a cranioplasty was done with polymethyl methacrylate and it was fixed its place by the help of silk sutures.

Results: In this paper, we reported a case of meningioma which was treated by tumor removal and cranioplasty using methyl methacrylate. Cranioplasty material was pulled-out at the 6th month after the operation because of silk sutures. We removed this material and replaced by porous polyethylene and mini plates and screws. Good functional and cosmetic outcome was obtained after the second operation.

Conclusions: This is the first case in the literature that report cranioplasty pull out at 6th month postoperatively. Performing the cranioplasty with PMMA and fixing material to the bony defect by the help of silk sutures is the easiest and cheapest way, it is hard to say fixing the PMMA with silk suture is not safe and strong enough, but in our rarecase increasing intracranial pressure by shouting displaced the cranioplasty material. So that miniplates and screws should also be used when performing the cranioplasty.

Keywords: Cranioplasty, porous polyethylene, miniplate, miniscrew, methyl methacrylate

TPS-011[Nörovasküler Cerrahi]

ANEVRİZMA TANISI KONULAN HASTALARIN DEMOGRAFİK DAĞILIM VE İYİLEŞMELERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER: 398 OLGULUK RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRME*Anas Abdallah, Murad Asiltürk, Lütfi Postalıcı, Talat Cem Ovaloğlu, Betül Güler, Erhan Emel**Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, İstanbul*

Amaç: Anevrizmalar ya rüptür olup belirti verir yada uzun zamandır sinsi kalıp atipik belirti verebilir. Bu çalışma kliniğimizde son 3 yılda cerrahi olarak tedavi edilen 398 anevrizma hastasının Türkiye'deki illere göre dağılımı, iyileşmelerini etkileyen bazı faktörler klinik deneyimi ve cerrahi sonuçlarına göre sunulmuştur.

Yöntem: BRSSH NRŞ kliniğinde Ocak 2011 ile Aralık 2013 tarihleri arasında sadece cerrahi tedavi uygulanmış 398 anevrizma olgusu retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların memleketlerine göre dağılımı, mortalite ve morbidite oranları, iyileşmesinde etkileyen bazı faktörler ve komplikasyonlar incelendi. 398 olgunun 409'u kliplenme ameliyat geçirdiler, 216'sı kadın, 182'si erkekti. 274'ü SAK, 124'ü insidental tespit edildi. 308 hasta tekil varken 90'ında çoğul anevrizma. Ortalama yaşı: 50. 4 (11-82)di.

Bulgular: 398 olgunun en sık İstanbullu hastalar (K: 36, E: 25)görülürken Bölgelere gelince Marmara bölgesinden (K: 71, E: 49). Yerleşimleri ise ACoA (SAK: 78, İns: 32), MCA (SAK: 74, İns: 45), İCA (SAK: 24, İns: 22), PCoA (SAK: 13, İns: 1), ACA (SAK: 7, İns: 1), PCA (SAK: 5, İns: 1), SCA (SAK: 6, İns: 0) ve çoğul anevrizma (SAK: 67, İns: 23) idi. Mortalite oranı (%15: %3), morbidite oranı (%16. 7: %10. 6) ve normal yaşamlarına dönenler ise (%68. 3: %86. 4). Komplikasyonlar; hidrosefali (SAK: 15, İns: 3), Hematom (SAK: 10, İns: 3), Enfarkt (SAK: 8, İns: 1), Postop Nöbet (SAK: 8, İns: 1) ve diğer görüldü.

Tartışma: Mortalite ve morbidite oranları, özellikle Hunt-hess evresi yüksek SAK hastarda belirgin artış gözlenirken, çoğul anevrizmalar özellikle hidrosefali riskini ve morbidite oranı artırır. Cinsiyet ile mortalite ve morbidite üzerine etkisi olmadığı saptanırken özellikle parafotalmik İCA, posterior ve anterior kommunikan arterlerde ve ayrıca sol yerleşimli morbidite oranı arttırırken MCA yerleşimlerinde ve ileri yaş mortalite riski arttırır.

Anahtar Sözcükler: Anevrizma, demografik dağılım, mortalite, morbidite, SAK, insidental

TPS-012[Nöroonkolojik Cerrahi]

PİNEAL BEZ YERLEŞİMLİ ROZET OLUŞTURAN GLİONÖRONAL TÜMÖR*Ramazan Doğru¹, Süheyla Uyar Bozkurt², Mustafa Sakar¹, Yaşar Bayri¹, Adnan Dağçınar¹*¹*Marmara Üniversitesi, Nörolojik Bilimler Enstitüsü, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul*²*Marmara Üniversitesi, Nörolojik Bilimler Enstitüsü, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

Amaç: Dördüncü ventrikülün rozet oluşturan glionöronal tümörü, Komori ve ark. tarafından 2002 yılında tanımlanmış, 2007 Dünya Sağlık Örgütü Santral Sinir Sistemi Tümörleri Sınıflamasında grade I olarak yer almıştır. Literatürde bildirilen 41 vaka vardır. Çok nadiren 4. ventrikül dışında pineal gland, tektum, pons ve talamus yerleşimli vakalar mevcuttur.

Yöntem: On üç yaşında erkek hastada, yaklaşık iki yıl önce başlayan kusma ve baş ağrısı şikayeti ile başvurduğu dış merkezde pineal bez yerleşimli kitle saptanmış ve biyopsi alınmıştır. Biyopsi sonucu tanısal

olmayan ve hastanemize başvuran hastada kranial MR incelemesinde pineal bölge yerleşimli 25x25 mm. boyutunda, kalsifikasyon içeren, kistik komponenti olan tümör saptanmıştır. Olguda lateral ve 3. ventrikül duvarında multiple nodüler kalınlaşmalar saptanmıştır. Hastaya endoskopik 3. ventrikülostomi yapılmış ve aynı seansta lateral ventrikül yerleşimli lezyonlardan multiple biyopsiler alınmıştır. Bir ay sonra oksipital kraniotomi ve kitle eksizyonu yapılmıştır.

On dört yaşındaki erkek hastada, baş ağrısı şikayeti sonrası değerlendirmesinde 3. ventrikülde, Sylvian Aquadukt girişine yerleşmiş lezyon ve hidrosefali saptanmıştır. Hastaya endoskopik 3. ventrikülostomi yapılmış ve aynı seansta lezyondan biyopsi alınmıştır.

Bulgular: Biyopsi ve rezeksiyon materyallerinin histopatolojik incelemesinde; nörositik ve glial komponentlerden oluşan tümör saptandı. Nörositik komponenti oluşturan hücrelerin üniform, küçük ve yuvarlak çekirdekli, dar sitoplazmalı olduğu, ortasında damar izlenmeyen eozinofilik fibriler kor etrafında rozet yapıları oluşturduğu görüldü. Glial komponentin oval-iğsi yapıda astrositik hücrelerden oluştuğu izlendi. Atipi, mitoz ya da nekroz izlenmedi. Yaygın mikrokalsifikasyon saptandı. İmmünohistokimyasal incelemede Sinaptofizin, NFP ve NSE ile nörositik rozet yapılarının nöropil içeren kor kısımlarının, GFAP ile astrositik komponentin boyandığı saptandı. EMA ile boyanma saptanmadı. P53 immünoekspresyonu saptanmadı.

Olgulara bu morfolojik ve immunohistokimyasal bulgular ile rozet oluşturan glionöronal tümör tanısı verildi.

Tartışma: Rozet oluşturan glionöronal tümör nadir bir tümör olup, 2007 DSÖ Sınıflamasında tanımlandığı lokalizasyon olan 4. ventrikül dışında da nadir olarak görülebilmektedir. Literatürde pineal bez yerleşimli 6 vaka bildiriği mevcuttur. Bu histolojiye sahip tümörlerin 4. ventrikül dışında da yerleşim gösteriyor olmaları nedeniyle DSÖ sınıflamasında ayrı bir tümör olarak sınıflanmalarını önermekteyiz.

Anahtar Sözcükler: Roze7 rozet oluşturan, glionöronal tümör, pineal

TPS-013[Nöroonkolojik Cerrahi]

MENİNGIOMLA KARIŞAN BİR GLİONÖRONAL TÜMÖR OLGUSU

Fatih Yakar, Ümit Eroğlu, Onur Özgür, İhsan Doğan, Mehmet Özgür Özateş, Burak Bahadır, Gökmen Kahiloğulları
Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İbn-i Sina Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Meningiomlar nöroşirürji pratiğinde sık rastlanan ve radyolojik olarak tanısı rahatlıkla konulabilen tümörlerdir. Bu çalışmada, radyolojik olarak meningiom ön tanısı konulan ve opere edilen, patoloji tanısı glionöronal tümör saptanması üzerine radyoterapi planlanan vaka sunulmuştur.

Yöntem: 23 yaşında baş ağrısı nedeniyle tetkik edilen, nörolojik muayenesi intakt olup yapılan tetkiklerde sol paryetal bölgede meningiom radyolojisi ile uyumlu lezyon saptanan kadın hasta sunulmuştur.

Bulgular: Hastada intraoperatif gözlem olarak tümör dokusunun intraparaknimal olduğu ve dural bağlantısının olmadığı izlendi. Patoloji sonucu olarak glionöronal tümör tanısı konuldu. Hastaya lokal olarak IMRT tekniği ile radyoterapi planlandı.

Tartışma: Olgumuzda patoloji glionöronal tümör olarak değerlendirilmiş olup, özellikleri net olarak tanımlanmış glionöronal grup tümörlerin

hiç birinin karakteristik özelliklerini içermediği için, subtiplendirme yapılamamıştır. Yeni bir patolojik sınıflandırma olan glionöronal tümörler başlığı altında: Gangliogliom / gangliom, Desmoplastik infantil gangliogliom / astrositom, DNET, Papiller glionöronal tümör, IV. Ventrikülün rozet oluşturan glionöronal tümörü, Rozet oluşturan (nöropil benzeri ada bulunduran) glionöronal tümörleri bulunmaktadır. Radyolojik tanı olarak meningiomlarla karışması ve bu lezyonların tedavi sürecinde meningiomlardan farklı olarak radyoterapi yapıyor olması açısından bu yeni patolojik sınıflama önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Meningiom, glionöronal tümör, radyoterapi

TPS-014[Nörovasküler Cerrahi]

HİPOFİZ CERRAHİSİ SONRASI NADİR KOMPLİKASYON VAZOSPAZM VE ENDOVASKÜLER TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

Emre Özkara¹, Murat Vural¹, Demet Funda Baş², Özcan Atilla Özdemir², Zühtü Özbek¹, İpek Erman¹, Utkan Topçu¹, Gültekin Baş¹, Metin Ant Atasoy¹
¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Eskişehir

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Vazospazm, anevrizmal subaraknoid kanama sonrası görülebildiği gibi kraniotomi sonrası, kafa tabanı tümör cerrahisi ya da travmatik subaraknoid kanama sonrası da görülebilir. Hipofiz cerrahisine bağlı olarak transsfenoidal ya da kraniotomi sonra vazospazm nadir görülen bir komplikasyondur. Burada hipofizer tümör cerrahisi sonrası gelişen semptomatik vazospazm ve endovasküler tedavisini sunduk.

Yöntem: 49 yaşında bayan hasta görme bozukluğu nedeniyle başvurduğu kliniğimizde yapılan tetkikler sonucu hipofizer kitle tanısı ile operasyona alındı. Pterional kraniotomi ile mikrocerrahi tümör rezeksiyonu yapılan hastada postoperatif nörolojik deficit gözlemlenmedi.

Bulgular: Taburculuğu planlanan hastada operasyon sonrası beşinci günde disfazi ve sağ hemiparezi gelişti. Çekilen beyin tomografisinde kanamaya ait görünüm tespit edilmemesi üzerine hastaya difüzyon ağırlıklı serebral MR çekildi ve akut iskemik olay düşünüldü. Hasta acil koşullarda katater laboratuvarına alındı. Bu süre içinde hastada hemipleji tablosu oturdu ve afazi gelişti. Anjiyografide sağ internal karotis arterde, supraklinoid seviyeden itibaren damar lümeni belirgin daralmış vazospazm tespit edildi. Hastaya intraluminal anjioplasti yapıldı, mikrokater internal karotis arter bifurkasyonundan önce bırakılarak intraarterial nimodipin tedavisine başlandı. Hasta gelişen komplikasyon sonrası on beşinci günde modifiye rankin 2 skoru ile taburcu edildi. Hastada yüksek kortikal fonksiyon bozukluğu saptanmadı.

Tartışma: Gerek transsfenoidal gerekse mikrocerrahi hipofizektomi sonrası vazospazm nadir görülen bir komplikasyon olup ciddi mortalite ve morbidite sebebidir. Vasküler komplikasyon damar duvarının direkt travmasına, internal karotid arter kompresyonuna, pitüiter apopleksiye, subaraknoid kanamaya yada tümör vazoaktif maddelerine bağlı olabilir. Sunulan olguda vazospazm tümör vazospastik maddelerine bağlanmıştır. İncelendiği kadarıyla sunulan vaka hipofiz cerrahisi görülen vazospazmda endovasküler yol ile tedavi edilen ikinci olgudur. Bu tür olgularda hastaya hızlı ve etkin tedavi vermek morbiditenin azalmasına önemli katkı sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler: Hipofiz, cerrahi, vazospazm, endovasküler

TPS-015[Nörovasküler Cerrahi]

WERNİCKE BASISI YAPAN KANAMIŞ MULTİPLE KAVERNOM OLGUSU: KONUŞMA FONKSİYONLARININ EVRELERE GÖRE ANALİZİ

Hüseyin Biçeroğlu¹, Emre Çalışkan¹, Evren Sandal¹, Batuhan Güneş¹,
Rauf Nasırov¹, Seyhan Orak¹, Elif Bolat¹, Gülay Girgin Biçeroğlu²,
Taşkın Yurtseven¹

¹Ege Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

²Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Pediatri Kliniği, İzmir

Amaç: Konuşma sırasında işitilen sesler insanoğlunun karşılaştığı en karmaşık anlaşılması güç birçok farklı modalitenin aynı anda işlenmesini gerektiren seslerdir. Spektral ve temporal detaylar bu yolla aktarıldığı gibi fonem, syllable stres, sesin şiddeti, sesin tınısı ve aktarılmak istenen duygular hep konuşma sırasında beyin tarafından algılanır. Beyin iletişime dair geliştirilmiş bir kodlanmış, şifrelenmiş bilginin (işaretlerin) çözümlenmesi amacıyla tüm algı sistemlerinden gelen datayı amacına uygun olarak çeşitli düzenlemelerin sonucunda motor karakter kazandırarak işlevselleştirir. Amacımız solda silvian fissure yerleşimli kanamış multiple kavernom olgusunda cerrahi öncesi seyirde, erken cerrahi sonrası ve geç cerrahi sonrası bazı konuşma ilişkili fonksiyonları anatomic ve radyolojik korrelasyon ile açıklamaktır.

Yöntem: 39 yaşında kadın ani başağrısı ve konuşma bozukluğu şikayetleriyle kliniğimize refere edildi. Anevrizmaya bağlı subaraknoid kanama düşünülerek DSA yapılması amacıyla takibe alındı. İzlem sırasında konuşma fonksiyonları yüz-cisim-alet tanıma, sayı sayma, okuma ve yazma, vb. periyodik olarak muayene edilerek not edildi.

Bulgular: DSA negatif bulunan ve çekilen MR görüntülemelerinde çoklu kavernom tespit edilen hastanın bası etkisiyle konuşma epicenterları ve ilişkili ak madde yolları etkilenmesiyle konuşma fonksiyonları kötüleşti. Her bir alt fonksiyonel antite ayrı ayrı not edildi. Hematomu boşaltılan ve kavernomu çıkarılan hastanın iyileşme derecesi ve süreleri not edildi. Anatomik ve radyolojik korelasyon ile konuşma fizyolojisi anlaşılmasına çalışıldı.

Tartışma: Konuşmada kognisyonel süreçler beyinsapı, diencephalon, limbik, paralimbik ve neokortikal çekirdeklerin ve bu çekirdekler arası karmaşık bağlantıların sonucunda ortaya çıkan organizasyonun ürünüdür. Konuşma aslında tüm kognisyonel, davranışsal ve harekete dair alt paralel süreçlerin kullanıldığı bir fonksiyonlar manzumesidir. Dikkat, düşünme, hafıza, görsel ve işitsel işletim sistemleri, hareket, planlama, yüz-cisim-alet tanıma, sayı sayma, okuma ve yazma, hayal kurma, duygu durum ifade etme gibi son derece karmaşık bağlantı mimarisi, kimyasal mimari gerektiren süreçlerin eşgüdümlü kusursuz hedefe yönelik çalışmasıyla ortaya çıkar. Bu süreçlerde hiyerarşik ama paralel devreler eş zamanlı olarak pozitif ve negatif geri bildirimlerle fonksiyonu denetlerler. Bu epicenterlara veya epicenterlar arası bağlantı yollarına bası geçici olarak konuşmayı ve konuşma ilişkili fonksiyonları etkileyebilir.

Anahtar Sözcükler: Kavernom, Konuşma, Hematom

TPS-016[Nöroonkolojik Cerrahi]

PRİMER KEMİK TÜMÖRÜNÜ TAKLİT EDEN KONKAL TİP SFENOİD SİNÜS YERLEŞİMLİ EKTOPIK HİPOFİZ ADENOMA OLGUSU: NAVİGASYON EŞLİĞİNDE ENDOSKOPIK TRANSNAZAL TRANSSFENOİDAL YAKLAŞIM

Hüseyin Biçeroğlu¹, Sercan Göde², Raşit Midilli², Sedat Çağlı¹

¹Ege Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi, Kulak Burun Boğaz Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Endoskopik endonazal transsfenoidal cerrahi beyin cerrahları tarafından gittikçe daha çok tercih edilmekte ve dünya genelindeki birçok merkezde rutin konvansiyonel transsfenoidal mikrocerrahi tekniğın yerine kullanılmaktadır. Sfenoid Sinus ve Klival Kitlelere ulaşım açısından da çok istisnai avantajlar sağlamaktadır. Normal Sellaya sahip Sfenoid Sinus kemik lezyonu ön tanısıyla opere edilen ve ektopik hipofiz adenoma bulunan bir olgu tartışılmıştır.

Yöntem: Uzun süredir baş ağrısı olan 55 yaşında kadın hastanın başvurduğu nöroloji kliniğinde çekilen Kranial MRG da klivusta kontrast tutan kitle ile uyumlu lezyon tespit edilmesi üzerine hasta kliniğimize başvurdu. Hormonal paneli normal olan olguda klival kitlenin astoblastik aktiviteye sahip malign bir kemik tümörü olma ihtimali nedeniyle operasyona karar verildi. Hastanın çekilen Sella MR görüntülemelerinde hipofiz adenomu görülmedi. Navigasyon rehberliğinde endoskopik transnazal transsfenoidal yaklaşımla kitleye ulaşıldı.

Bulgular: Konkall tip sfenoid sinüse sahip olan hastada navigasyon ve endoskop yardımıyla kitleye ulaşıldı. Sella tabanı görüldü fakat sella tabanının intakt olduğu tespit edildi Hastanın patolojik incelemesinde kemik trabekülleri arasında nöroendokrin diferansiyasyon gösteren (kromogranin ve sinoptofizin (+)) küçük yuvarlak hücreli tümör popülasyonu görülmüştür. olarak rapor edildi. Nöroendokrin tümör tanılı olguda evreleme amacıyla çekilen Ga-68 DOTATATE PET-BT çalışmasında: Hipofiz lojunda klivusu sağdan erode eden yumuşak doku lezyonunda somatostatin reseptörü pozitif ve Ga-68 DOTATATE tutuluşu göstermekteydi. Diğer vücut alanlarında patolojik Ga-68 DOTATATE tutuluşu gösteren bir odak gözlenmedi.

Tartışma: Normal hipofize sahip ektopik sfenoid sinus adenomları nadiren görülürler. Rathke Kesesinden köken aldıkları düşünülür. Literatürde yaklaşık 32 vaka bildirilmiştir. Sfenoid Sinus ve Klival kitlelerin ayırıcı tanısında Ektopik Hipofiz Adenomları mutlaka düşünülmalıdır. Olgumuzda Sella durasının intakt olması, sellar adenoma bulunmaması ve konkall sfenoid sinus olması nedeniyle ön planda ektopik hipofiz adenomu değil primer kemik tümörü veya metastaz düşünülmiştir. Nadir görülmesine rağmen ayırıcı tanıda ektopik hipofiz adenomları akılda tutulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Ektopik, hipofiz, adenoma, endoskopik

TPS-017[Nöroonkolojik Cerrahi]

RADYOTERAPİ SONRASI HİSTOPATOLOJİK AÇIDAN MALİGN CERRAHİ AÇIDAN BENİGN TRANSFORMASYON GÖSTEREN DÜŞÜK DERECELİ GLİAL TÜMÖR OLGUSU

İhsan Doğan, Nazan Yıldız, Atilla Erdem

Ankara Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Düşük dereceli glial tümörlerde radyoterapi sonrası malign transformasyon izlenmesi literatürde bildirilmiştir. Radyoterapinin etkinliğini araştıran geniş hasta sayısına sahip araştırmalarda ise radyoterapi sonrası cerrahi yapılan hasta grubu bulunmamaktadır.

Yöntem: 49 yaşında erkek hasta kliniğimize son 6 ay içinde 3 kere geçirilmiş nöbet öyküsü ile başvurdu. Hastanın radyolojik değerlendirmesinde, magnetik rezonans incelemesinde kontrast tutmayan heterojen ve difüz yapıya sahip, sınırları net olarak seçilmeyen sol temporo-parietal yerleşimli lezyon izlenmekteydi. Hastadan stereotaktik olarak biyopsi alındı ve histopatolojik olarak difüz fibriler astrositoma tanısı kondu. Sonrasında hastaya radyoterapi uygulandı. Radyoterapi sonrası 6. ayda çekilen kontrol MR görüntülerinde, kontrast tutan, düzgün sınırlı kitle lezyonu tespit edildi. Kitlenin güvenli sınırlar içinde çıkartılabileceği düşünülerek hasta opere edildi ve kitle total olarak çıkartıldı. İkinci histopatolojik sonuç glioblastome multiforme olarak yorumlandı.

Bulgular: Hastanın ameliyat sonrası dönemde nörolojik defisiti olmadı ve nöbetleri kesildi. Hastanın postoperatif dönem 18. ayında kontrol MR görüntülerinde kontrast tutan nüks ile uyumlu olabilecek lezyon saptanmadı.

Tartışma: Düşük dereceli glial tümörlü hastaların tedavisinde cerrahi, radyo-kemoterapi ve biyopsi birer tedavi seçeneği olup bu tedavi yöntemleri birbirlerinin alternatifi olarak düşünülmemelidir. Üçü birlikte bir tedavi sürecinin tamamlayıcı unsurları olarak görülmeli, hastaların izlemleri sırasında patolojik ve radyolojik tümör karakteristiğinin ve davranışının değişmesi durumunda önceden planlanmış tedavi seçeneğinin yeniden gözden geçirilmesi ve değiştirilmesi gereklidir. Glial tümörlerde sağkalımı uzatacak en önemli unsurun çıkartılan tümör miktarı olduğu düşünülürse, takip süresinin her aşamasında cerrahi seçenek her zaman öncelikle birinci tercih olmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Düşük dereceli glial tümör, malign transformasyon, radyoterapi

TPS-018[Nörovasküler Cerrahi]

İNTRAKRANİYAL ARTERIOVENÖZ FİSTÜL (AVF)'DE TEDAVİ SEÇENEKLERİ: 3 OLGU SUNUMU

*Anas Abdallah, Betül Güler, Murad Asiltürk, Erhan Emel
Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Beyin Cerrahi Kliniği, İstanbul*

Amaç: Vasküler malformasyon, 4 tip altında incelenilir; arteriovenöz malformasyon (AVM), venöz anjiom (VA), kavernoöz malformasyon (CM) ve kapiller telanjektazia (CT). Bu gruptan farklı olarak sonra kazanılmış, yüksek akışlı, yüksek basınçlı lezyonlar olup kanama riski diğer lezyonlara göre daha az, nidus olmadan direk arteriyol ile ven bağlanmasına arteriovenöz fistül (AVF) denir. Bu çalışmada kliniğimizde teşhis edilen 3 AVF'nin tedavileri ve hastaların özellikleri sunulmuştur.

Yöntem: Olgu 1: 59 yaşında erkek, 1 haftadır konuşma bozukluğu şikayetiyle çekilen MRG'da Sol posterior parietalda 2x2x2cm'lik IC YKL. DM ve sigara dışında bir özelliği olmayan hastanın DSA'sında AVF tanısı konulmuş. NM: Doğal. Olgu 2: 44 yaşında erkek, 4 ay önce dış merkezde sol frontal AVF endovasküler olarak kapatılan hastanın yatış yaptığı günün sabahında şiddetli baş ağrısı ve bulantı-kusma şikayeti başlamış. Acile getirilen hastanın sol AVF etrafında hematoma tespit edildi. NM: uykuya meyil dışında doğal. DSA: venöz anevrizma ve coilenmiş AVF'nin

kanamış olduğu görüldü. Olgu 3: 40 yaşında kadın, yatışından 2 gün önce şiddetli baş ağrısı, bulantı-kusması olmuş. Dış merkeze başvuran hastanın BBTsinde SAK saptanmasıyla bizim tarafımıza yönlendirildi. DSA: sol ECA orta meningeal arterden dolan tentorial AVF tanısı konuldu. NM: ES(+), sağ taraf hemiparezik(4/5).

Bulgular: Olgu1-2'de kraniyotomi yaklaşımı ile AVF bipolarize edilerek oluşturulan damar-atardamar silver/yaşargil klip kullanılarak AVF eksize edildi. Olgu3'te ONYX ile fistülün oklüzyonu işlemi uygulandı. Olgu1-2'de cerrahi şifa sağlanırken, olgu3'te preoperatif bulunan hemiparetik durum devam etti. Olgu1 ve 2'de PO1. gününde NM: doğal, çekilen kontrol DSA'sında bir rest rezidü saptanmadı. Olgu1: PO4. , olgu2: PO7. Gün cerrahi şifa ile taburcu edilirken olgu3 PO4. gününde preop düzeyinde salah ile taburcu edildi.

Tartışma: AVF, tek başına bulunabildiği gibi değişik değişik vasküler malformasyonlar ile bir arada bulunabilir. 2 hasta endovasküler ile okült edilen hastalardan birisi tekrar kanamışken diğeri hasta salah ile taburcu edildi. AVF'nin en ideal tedavi rezeksiyonu ile cerrahi şifa sağlanabilir.

Anahtar Sözcükler: Arteriovenöz fistül, embolizasyon, coil, cerrahi rezeksiyon

TPS-019[Nörovasküler Cerrahi]

PEDİYATRİK OLGUDA KÜNT Kafa TRAVMASI SONRASI GELİŞEN DİSTAL ANTERİOR SEREBRAL ARTER ANEVİZMASI: OLGU SUNUMU

Tuğrul Cem Ünal¹, Aydın Aydoseli¹, Yavuz Aras¹, Pulat Akın Sabancı¹, Mehmet Barburoğlu², Müge Dolgun¹, Serra Sencer², Kubilay Aydın², Altay Sencer¹

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: İntrakranial anevrizmalar pediatrik yaş grubunda nadir görülmekle beraber bir kısmı travma ile ilişkili bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı künt kafa travması sonrası sonrasında saptanan distal anterior serebral arter (ACA) anevrizması olgusunu ve yapılan tedaviyi değerlendirmektir.

Yöntem: Düşme sonrası intraserebral hematoma ve sol distal ACA anevrizması saptanan 14 yaşında kız olgunun hastane kayıtları geriye dönük olarak incelendi.

Bulgular: Düşme sonrası kafa travması geçiren ve görüntülemelerinde sol frontal bölgede intraserebral hematoma saptanan hastanın hematoma nedenine yönelik yapılan tetkiklerinde sol distal ACA anevrizması saptanmıştır. Travmadan 4 ay sonra kliniğimize yönlendirilen hastanın nörolojik muayenesinde özellik saptanmamakla beraber, serebral dijital substraksiyon anjiyografisinde (DSA) sol ACA distal yerleşimli 12x8 mm boyutlarında geniş boyunlu sakküler anevrizmatik dilatasyon izlendi. Anevrizma endovasküler primer koilleme yöntemiyle kapatıldı. İşlem sonrası komplikasyon gelişmeyen hastanın 1 ay sonra yapılan kontrol DSA'sında anevrizma boynunda dolum izlendi. Bunun üzerine ACA anevrizmasına yönelik stent planlandı. Tekrar hastaneye yatışı yapılarak sol ACA'ya endovasküler yolla stent konulan hastanın işlem sonrasında anevrizmasında dolum izlenmedi. Herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta nörolojik defisiti olmadan taburcu edildi.

Tartışma: Künt kafa travması sonrasında travmatik intrakranial anevrizma nadir görülen bir patolojidir. Travma sonrasında özellikle intraserebral hematoma ve subaraknoid hemoraji varlığında travmatik anevrizmalar ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Travmatik distal ACA anevrizmalarının tedavisinde endovasküler tedavi uygun bir yöntem olmakla birlikte rezidü ya da bu olguda olduğu gibi nöks gelişme olasılığı mevcuttur. Endovasküler yöntemle kapatılan travmatik anevrizmalarda kontrol DSA yapılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Travmatik anevrizma, endovasküler, anterior serebral arter

TPS-020[Stereotaktik, Fonksiyonel Ağrı ve Epilepsi Cerrahisi]

NÖRORADYOLOJİDEKİ GELİŞMELER STEREOTAKTİK BEYİN BİYOPSİSİNE BAKIŞ AÇISINI ETKİLEDİ Mİ? BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ REHBERLİĞİNDE FRAME TABANLI STEREOTAKTİK BEYİN BİYOPSİ TEKNİĞİNİN İNTRAKRANİAL KİTLELERİN TEDAVİ YÖNETİMİNDEKİ YERİ

Mehmet Erşahin¹, Emin Mehmet Eminoglu¹, Çağlar Bozdoğan¹, Serkan Şenoğlu², Abdullah Aydın²

¹*Istanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Beyin Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul*

²*Istanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

Amaç: İntrakranial kitlelerde doğru ve secici tedavi yapabilmek için patolojik tanı kaçınılmazdır. İleri nöroradyolojik görüntülemelere karşın stereotaktik beyin biyopsi tekniğine bakış açısı değişti mi? Çalışmamızda intrakranial kitlesel lezyonu olan hasta grubunda Frame tabanlı BT eşliğinde yapılan stereotaktik biyopsi işleminin tanısız yönü, işleme ilişkili morbidite, mortalite ve tedavi yönetimindeki rolü 17 yıllık birikimle 324 olguluk deneyim eşliğinde değerlendirilmiştir.

Yöntem: İntrakranial lezyonu olan olgularda Frame tabanlı BT rehberliğinde stereotaktik biyopsi yapılan toplam 324 olgu retrospektif olarak çalışmaya alınmıştır. Olgular klinik, radyolojik ve histolojik bulgular olarak incelenmiştir

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 46. 2 (aralık: 2-82). Toplam hasta popülasyonunun %7'si çocuk hastalardır. Histopatolojik bulgularda 264'ünde tümöral kitle, 45'inde tümöral olmayan kitle, 15'inde ise tanı alamayan lezyon bulunmuştur. Çalışmamızda tanısız değer yaklaşık olarak %95 in üzerindedir. İşleme bağlı olarak 2 olguda mortalite saptandı. 13 olguda değişik derecelerde morbidite saptanmıştır.

Tartışma: Nöroradyolojideki gelişmelere karşın intrakranial kitlelerde doğru ve etkin tedavi için histopatolojik tanı kaçınılmazdır. Frame tabanlı Stereotaktik biyopsi tekniği etkin, güvenli bir yöntemdir. Sonuçlarımız frame tabanlı bilgisayarlı tomografi eşliğinde stereotaktik biyopsinin güvenli, etkin ve güncel bir yöntem olduğunu göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Stereotaktik beyin biyopsi, nöroradyoloji, histopatoloji, bilgisayarlı tomografi

TPS-021[Stereotaktik, Fonksiyonel Ağrı ve Epilepsi Cerrahisi]

DERİN BEYİN STİMÜLASYONU CERRAHİSİNDE YARA YERİ KOMPLİKASYONLARINI AZALTMAK İÇİN KULLANILABİLECEK BİR CERRAHİ TEKNİK: KRANYAL DIŞ TABULANIN İNCELTİLMESİ

Bekir Tuğcu¹, Batu Ömer Hergünse², Ozan Haşimoğlu¹, Ömür Günaldı¹, Lütfü Şinasi Postalıcı¹

¹*Bakırköy Prof Dr Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği, İstanbul*

²*Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı, Elazığ*

Amaç: Derin beyin stimülasyonu (DBS) cerrahisi, medikal tedavinin yetersiz kaldığı İdiopatik Parkinson hastalığı'nda giderek daha yaygın kullanılan, üstünlüğü kanıtlanmış bir cerrahi yöntemdir. Etkinliğinin iyi ortaya konmasına karşılık, çok değişken oranlarda da olsa genel cerrahi komplikasyonlarına ek olarak kullanılan donanıma bağlı özel komplikasyon risklerini de beraberinde taşır.

Yöntem: 2012-2014 yılları arasında Derin Beyin Stimülasyonu cerrahisi uygulanan toplam 15 hastada yöntem uygulandı. Tüm hastalara Parkinson hastalığı nedeni ile iki yanlı subtalamik nükleus hedeflenerek DBS elektrotları yerleştirildi. Aynı gün ya da bir gün sonra jeneratör sağ subklaviküler alana yerleştirildi. Uzatma kabloları cilt altından mastoid arkasına ulaştırıldı. Elektrotlarla birleştirilmeden önce, parietookspital yüksek hızlı drill ile rostrokaudal uzanımlı 2cm x 5cm boyutlarında bir alanda dış tabula inceltilti. Birleşme alanı üzerine periost yatırılarak dikilerek kapatıldı.

Bulgular: Hastaların 9'u kadın ve 6'sı erkekti. Yaş ortalaması 56, 9±7, 7 (46-71 arası) idi. Hastalar ortalama 12, 9 ay (3-24 ay) takip edildi. Takip süresince hiçbir hastada yara yeri ile ilgili bir komplikasyon gözlenmedi.

Tartışma: DBS cerrahisi sonrası; semptomatik ya da asemptomatik intraserebral kanama ya da infarkt, epileptik nöbet, konfüzyon, ajitasyon gibi ameliyat esnasında, ya da yara yeri enfeksiyonu, yara yeri açılması, elektrot migrasyonu ya da kırılması gibi donanım ilintili operasyon sonrası komplikasyonlar olasıdır. Yarayeri enfeksiyon ya da erozyonu yayınlarda %0-15 arası bildirilmiştir. Bu olguların büyük kısmında da problem, uzatma kablolarının kalıcı elektrotlarla birleşme yerinde olmaktadır. Buna neden olan da bu birleşme yerindeki tüplerin kalınlık oluşturarak üzerindeki cilt üzerinde baskı oluşturması ve iskemiye yol açarak dokuyu erode etmesidir. Çoğu zaman tüm sistemin çıkarılmasına neden olmaktadır. Bu nedenle çok ciddi bir komplikasyon olarak kabul edilir ve başa çıkmak için birleşim yerinin değiştirilmesi, kesinin ufak tutulması gibi teknik yöntemler denenmektedir. Cilt üzerindeki gerginlik ve baskıyı azaltmaya yönelik olarak, birleşim yerinin dış tabulada yapılan bir yuvanın içine gömülmesi ve üzerinin periost ile kapatılması yöntemi az sayıda yayında yer bulmakla beraber etkin bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz. Geniş vaka serilerinde uzun süreli takiplerle yara yeri komplikasyonlarının önlenmesine ilişkin etkinliğinin araştırılması gerektiğine inanıyoruz.

Anahtar Sözcükler: Derin beyin stimülasyonu, komplikasyon, yara yeri

TPS-022[Nöroonkolojik Cerrahi]

POSTERİOR FOSSA METASTAZI YAPAN MİKSOPAPİLLER EPENDİMOM: OLGU SUNUMU

Bahattin Tanrıku¹, Ali Özen¹, Mustafa Sakar¹, Süheyla Bozkurt², Yaşar Bayrı¹, Aşkın Şeker¹, Adnan Dağçınar¹, Mustafa İbrahim Ziyal¹
¹Marmara Üniversitesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı, İstanbul
²Marmara Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Miksopapiller ependimomlar(MPE) WHO grade 1 lezyonlardır. Genellikle filum terminale ve konus yerleşimlidirler. Rekürrens nadir, total rezeksiyon sonrası sağkalım süresi uzundur. Genellikle seeding ve intrakranial yayılım yapmazlar. Bu çalışmada intrakranial metastaz yapan bir miksopapiller ependimom olgusu sunulacaktır.

Yöntem: 41 yaşında erkek hasta baş ağrısı, bulantı ve kusma şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hastanın hikayesinden 2002 yılında dış merkezde lomber kitle nedeniyle opere olduğu, patoloji sonucunun ependimom olarak rapor edildiği ve post-op dönemde lomber radyoterapi aldığı öğrenildi. Ardından bilateral PCA yerleşimli seedingleri olması nedeniyle gamma knife tedavisi aldığı öğrenildi. Hastanın kranial BT sinde hidrosefali ve posterior fossa kitlesi saptanması üzerine hastaya acil olarak V-P shunt takıldı.

Bulgular: Hastanın kranial ve tüm spinal MR tetkiklerinde 4. ventrikül ve servikal, torakal, lomber, sakral seviyelerde multiple kontrast tutan lezyonları olduğu görüldü. Ardından hastaya median suboksipital kraniyotomi ile tümör eksizyonu operasyonu yapıldı. Patoloji sonucu miksopapiller ependimom olarak rapor edildi. Post op takipleri sorunsuz olan hastada ileri dönemde alt ekstremitte kuvvet kaybı gelişmesi üzerine lumbosakral lezyonu nedeniyle hasta opere edildi. Post-op hastanın paraplejik olduğu görüldü. Patoloji sonucu miksopapiller ependimom olarak rapor edildi.

Tartışma: Miksopapiller ependimomlar nadiren de olsa seeding ve intrakranial metastaz yapabilmektedirler. Literatürde daha önceden bildirilmiş toplam 19 tane vaka vardır. Önerilen tedavi yöntemi total rezeksiyondur. Rekürrens sonrası tedavide ise total rezeksiyon ve radyoterapi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Miksopapiller ependimom, seeding, metastaz

TPS-023[Nöroonkolojik Cerrahi]

SEEDİNG (EKME) METASTAZ GÖSTEREN SPİNAL EPENDİMOM: OLGU SUNUMU

Anas Abdallah, Hasan Burak Gündüz, Talat Cem Ovaloğlu, Müslüm Güneş, Betül Güler, Abdullah Emre Taçyıldız, Orhun Mete Çevik, Zeynel Abidin Talmaç
Bakırköy Ruh Sinir Hastalıkları Hastanesi, Beyin Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Seeding (ekme) metastazı santral sinir sistemi (SSS) tümörlerinden özellikle glioblastom multiforme (GBM) gibi yüksek gradeli glial tümörlerinde görülen bir olay olmasına rağmen, düşük gradeli ve selim tümörlerinde görülmesi ise son derece ender bir olaydır. Bu sunumda 11 yaşında çocuk hastada L1-3 uzanan intradural intramedüller yerleşimli tümörün eksizyondan 7 yıl sonra sakral intradural ekstramedüller tümör saptanan olgu sunulmuştur.

Yöntem: BRSHH-NRŞ kliniğinde 2008 yılında 11 yaşında çocuk hastada sırt ve solda daha belirgin bacak ağrısı MRG'ı çekilerek L1-3 uzanan intradural intramedüller yerleşimli tümör saptandı. L1-3 arasında laminektomi yapıp mikroskobik gross total eksizyonu postoperatif kontrastlı MRG ile emin olundu. 7 yıl sonrası bel ağrısı başladıktan sonra fizik tedavi önerildi, fakat 3 aydan fazla fayda görmeyince kontrastlı lomber MRG'ında sakral bölgede S1-2 arkasında uzanan intradural ekstramedüller kitle saptandı.

Bulgular: Nöromonitorizasyon eşliğinde laminektomi yapıp tümör total eksize edildi. PO1. gününde postoperatif MRG'ında rezidü saptanmayıp PO3. gününde cerrahi şifa ile taburcu edildi.

Tartışma: SSS tümörlerin seeding metastazı çoğu beyin omurilik sıvısı ile SSS'in uzak ve ayrı bir yere gidip yerleşmesidir. Genellikle medulloblastom, GBM gibi grade IV tümörler ile görülürken meningiomlar gibi selim iyi huylu tümörlerde de kaydedilmiştir. Seeding metastazı engellemek amacıyla tümör başka yerlere bulaşmadan, BOS içine ekim yapmadan total çıkarılıp sık sık serum fizyolojik ile yıkama önerilir. Spinal ependimomlar seeding metastazı yapabilen tümörler arasında ele alınabilir.

Anahtar Sözcükler: Spinal ependimom, seeding metastazı, intradural-extramedüller, intradural-intramedüller, gross-total rezeksiyon, nörofizyolojik monitorizasyon

TPS-024[Nöroonkolojik Cerrahi]

ULTRAVİOLE IŞINLARA BAĞLI OLUŞTUĞU DÜŞÜNÜLEN ÇOĞUL MENENGIOMUN ÇIKARILIP, YANIK SKARI VE DERİ DEFİKTİ OLAN SCALPİN, TRAPEZOİD KAS DERİ FLEBİ İLE Z PLASTİ YÖNTEMİ KULLANILARAK PRİMER KAPATILMASI

Türker Karancı¹, Hidayet Akdemir¹, Necmettin Kutlu²

¹Özel Medicana International İstanbul Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği, İstanbul

²Özel Medicana International İstanbul Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Multipl meningiom(MM)'lar nadir görülen lezyonlar olup görülme sıklığı tüm intrakranial meningiomların %5-10'dur. Öncesinde 5 yaşında saçlı deride mantar enfeksiyonu geçirmiş hastaya tedavi için aşırı doz ultraviole(UV) ışın tedavisi yapılmış saçlı deride yanık oluşmuş ve saçlı derisi özellikle frontopariyetooksipital alanda skara dönüşüp incelmış. Şimdi 60 yaşında olan hasta ameliyat edilerek kliniği oluşturan kitleleri çıkarıldı. Ardından Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ile birlikte kas flebi kaydırılarak skar oluşmuş ve defektif olan yara kapatıldı.

Yöntem: 2011 yılında kliniğimizde MM tanısıyla ameliyat edilmiş diğer tümörler takip etmek için bırakılmıştı. İlk ameliyatından yaklaşık 4 yıl sonra 2015 Ocak ayında hasta baş ağrısı, görme kaybı baş dönmesi şikayetleri ile kliniğimize tekrar kalan kitlelerini almak amacıyla yatırdık. Yapılan muayenesinde serebeller testlerin bozulduğu, görme alanında defekt olduğu bulundu. İncelemeyle saçlı derinin özellikle frontopariyetooksipital alanda aşırı derece incelmış ve skar olduğu görüldü.

Bulgular: Çekilen beyin MR'ında beyinde ve beyincikte değişik büyüklükte kitleler tesbit edildi. Oksipital bölgedeki kitlenin iki taraflı olarak büyüdüğü ve görme merkezine baskı yaptığı görüldü. Hasta ameliyat planı Plastik Cerrah ile yapılarak çivili başlıkta oturur pozisyonda alındı. Oksipital bölgedeki ve sağ posterior fossadaki kitleler çıkarıldı.

Sağ suboksipital insizyon sorunsuz primer sütür ile kapatıldı. Ancak pariyetooksipital defekt onarımı için hasta prone pozisyona alındı. Sırttan 16x15 cm ebattaki trapezoid kas deri flebi ada kas deri flebi haline getirilip söz konusu defekt oranlanacak şekilde transpoze edildi. Oluşan flep ile söz konusu defekt Z plasti yöntemi uygulanarak primer kapatılabildi. Skalpdeki kalan açıklık flebin viabilitesini garantiye almak için kısmi kalınlıktaki serbest deri grefti ile onarıldı. Birinci ay kontrolünde tüm defektin kapandığı flebin canlı kaldığı görüldü. Hastaya sol temporal ve frontal kaidedeki kitlelerin alımı için 1 ay sonraya randevu verildi.

Tartışma: Saçlı derideki mantar enfeksiyonu sonrası uygulanan UV ışının MM oluşumunda etkisi tartışmalıdır. MM'da öncelikle semptomatik olanlar aynı yada farklı insizyonla çıkarılmalıdır. Özellikle saçlı derisi hiç bulunmayan bir hastada kaslı cilt flebi, serbest cilt flebi kullanılarak multidisipliner çalışmayla kitle ekstirpasyonu yapılabileceğini bu vaka ile gösterdik.

Anahtar Sözcükler: Cerrahi, multipl menenjiom, ultraviyole ışın, z plasti

TPS-025[Nöroonkolojik Cerrahi]

SAGİTTAL SİNÜSÜ GEÇEN HEMİSFERİK İNTRAOSSEÖZ MENENJİOMA OLGUSU

Rauf Nasırov¹, Hüseyin Biçeroğlu¹, Elif Bolat¹, Emre Çalışkan¹, Evren Sandal¹, Batuhan Güneş¹, Seyhan Orak¹, Taşkın Yurtseven¹, Taner Akalın²

¹Ege Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Primer intraosseöz meningiomlar histopatolojik olarak klasik menenjiom özelliklerinde olmakla birlikte intradiploik mesafede yerleşim göstermeleri ile klasik meningiomlardan ayrılırlar. Bu lezyonlar nadirdir ve genellikle başağrısı ve lokal şişlik belirtileri verirler. . Beyin zarlarından gelişen tümörler 4 gruba ayrılır bunlar: 1) Meningotelyal neoplaziler(meningiyoimler), 2) Non-meningotelyal mezenkimal, 3) Primer melanositik lezyon, 4) Meninklerle ilgili olmayan diğer neoplaziler. Meningiomlar ise intrakranial yerleşimli olan iyi huylu tümörler içerisinde %15-20 ile en sık görülen beyin tümörlerinden biridir, benignidir, araknoid kap hücrelerinden köken alırlar. Kalvaryuma yerleşen intraosseöz meningiomalar primer meningiomların nadir bir örneğidir. Direkt grafilerde hiperosteosis ve osteolizis görülebilir. Amacımız sagittal sinus invazyonu gösteren geniş kalvaryal kitlenin sunulmasıdır.

Yöntem: 62 yaşında baş ağrısı ve şişlik ile kliniğimize başvuruyor. Grafide sol tarafta paryetal kalvaryumun kalınlaşması görüldü, MRG da boyutları 90x72 mm olan diffuz olarak sütür hatları boyunca uzanan çok geniş bir alanda kafatası kemiklerini tutan ve superior sagittal sinüsü invaze eden dev bir kalvaryal menenjioma olgusunun klinik, radyolojik özelliklerini değerlendirdik ve patogeneze sorumlu mekanizmaları literatür ışığında tartıştık. Geniş cerrahi rezeksiyonu ve akrilik kraniyoplastiyi takiben histolojik tanı meningotelyamatöz tip intraosseöz menenjiom olarak raporlandı.

Bulgular: Araknoid yüzeyle ilişkisi olmayan meningiomlar ekstradural menenjiom olarak adlandırılır. Meningiomların büyük bir kısmı primer intradural lezyon olarak subdural mesafede yerleşmişlerdir. Ekstradural meningiomlar tüm meningiomların %2'sini oluşturmakla birlikte kemiklerde, deride, nazofarenkste ve boyunda yerleşirler

Tartışma: Klasik meningiomlarda olduğu gibi intraosseöz

meningiomlarda da meningotelyomatöz, fibröz ve transizyonel varyantlar en yaygın olanlardır. Mikroskopik incelemede tümör ovaldüzenli çekirdekli, eozinofilik sınırsız stoplazmalı meningotelyal hücrelerle karakterizedir ve kümeler ya da girdapvari yapılar oluşturabilir. İntranükleer invaginasyonlar (psödoinklüzionlar) görülebilir. Kalvaryal kitlelerin ayırıcı tanısında İntraosseöz Menenjiomalar düşünülmelidir.

Anahtar Sözcükler: İntraosseöz, menenjioma

TPS-026[Nöroonkolojik Cerrahi]

ENDOSKOPİK TRANSAZAL TRANSFENOİDAL YOLLA OPERE EDİLMİŞ TSHOMA OLGUSU

Hüseyin Biçeroğlu¹, Sercan Göde², Raşit Midilli², Sedat Çağlı¹

¹Ege Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi, Kulak Burun Boğaz Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Hipertroidizmin en nadir görülen sebeplerinden biri prevalansı milyonda bir olan ve tüm hipofizer adenomların <%1 'ini oluşturan TSH (tirotropin) salgılayan pitüiter adenomlardır (TSH'oma), Bu olgularda serbest T4 ve serbest T3 yüksek iken TSH normal veya yüksek bulunur. Ancak, karmaşık klinik tablolarından dolayı bu hastalar sıklıkla geç tanınırlar.

Yöntem: Bizim olgumuz, 26 yaşında kadın hasta üç aydır olan çarpıntı, terleme, ellerde tremor, kilo kaybı ve nefes darlığı yakınmalarıyla kliniğimize başvurdu. Laboratuvar analizlerinde TSH bağımlı hipertiroidi düşünülerek uygulanan manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sonucu hipofiz orta hatta 20x18 mm çaplı, adenomla uyumlu lezyon saptandı.

Bulgular: 20x18 mm boyutunda ölçülen T1 ve T2 ağırlıklı görüntülerde parankim ile izointens, post kontrast görüntülerde diffüz homojen kontrastlanma gösteren kitlesel oluşum izlenmekteydi. Tanımlanan kitleye sekonder stalk sağa deviyi ve Optik kiazma ılımlı bası altındaydı. Patolojik inceleme sonucu TSHoma ile uyumlu geldi. Endoskopik Transnazal Transsfenoidal Adenomektomi yapıldı. Postoperatif TSH düzeyleri normal düzeye geriledi.

Tartışma: TSH salgılayan tümörlere sahip hastalar, salgılanan hormonların miktarlarına ve biyoyarlanımına göre hafiften ağıra değişen hipertiroidizm tablosu veya growth hormon yada prolaktin gibi eşlik edebilen farklı hormonların sekresyonuna bağlı farklı klinik özelliklerle karşımıza çıkabilirler. TSH'omalar gecikmiş tanı periyodlarından dolayı sıklıkla karşımıza makroadenomlar olarak çıkarlar. Tanı konulmuş hastalarda transsfenoidal cerrahi ilk tedavi seçeneğidir ve tümör çapının artmasıyla beraber komplikasyon riski de artar. Brucker-Davis ve arkadaşları cerrahi kür şansını %35 olarak bildirmişlerdir. Cerrahi tedavi ile tam kür sağlanamayan hastalarda somatostatin reseptör agonistleri alternatif tedavi olarak verilebilir.

Anahtar Sözcükler: TSHoma, endoskopik, transsfenoidal

TPS-027[Nöroonkolojik Cerrahi]

RADYOLOJİK OLARAK BEHÇET HASTALIĞI DÜŞÜNÜLEN BEYİN LENFOMA: OLGU SUNUMU

Anas Abdallah, Hasan Burak Gündüz, Erhan Emel, İlhan Aydın, Fatih Cesur Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Amaç: Primer santral sinir sistemi lenfomalarının (PCNSL), klinik ve radyolojik olarak multiple skleroz, demyelinizan hastalıklar, enflamatuar hastalıklar ve behçet hastalığı gibi ak madde hastalıklarından ayırdedilmesi zor olabilir. Olgumuz sağ taraf kas gücü kaybı ve uyuşukluk hissi ile nöroloji servisimize başvurmuş yapılan tetkikler sonrası behçet hastalığı tanısı konulup takip edildi. Medikal tedaviye cevap vermeyen servisimizde biyopsi alınan olgu sunulmuştur.

Yöntem: Bir ay önce hiç yakınması olmayan 26 yaşında erkek hasta dış çekiminden sonra sağ tarafında güçsüzlük ve uyuşukluk hissi gelişmesi üzere acil nörolojiye başvurmuş. Hastanın NM: Bilateral yukarıya bakış kısıtlılığı+, diplopsi+, kas gücü solda tam sağ üst 3/5 alt 4/5 sağ üst yüzünde hipoestezi, sağ santral fasyialı mevcuttu. Çekilen MRG'sinde sol ve sağ talamusta, T2-flair'de hiperintens, ayrıca korona radiata, sentrum semiovale, frontoparietal loblarda, periventriküler ve subkortikal beyaz cevher alanlarında hafif dereceli T2-flairde hiperintens lezyonları var ve babasında da behçet hastalığı tespit edilmiş. Yapılan tetkiklerinde HLA-B51 (+); medikal tedaviye cevap alınamayan hastaya kliğimizde sol talamustan stereotaksik biyopsi alınması işlemi uygulandı.

Bulgular: Biyopsi alındıktan sonra nörolojik muayenesi stabil olan hastanın kontrol beyin BT'sinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Patoloji raporu; CD-20 ve pax-5 ile pozitif; B hücreli lenfoproliferatif hastalık. Hasta onkolojiye sevk edildi.

Tartışma: PCNSL'lar genellikle ak madde lezyonları ile hem klinik hem radyolojik olarak çok benzerlik gösterirken doğru lenfoma tanısını geciktirerek yapılacak tedavisini de geciktirir. PCNSL şüphe edilen hastalarda sadece biyopsi alınıp RTP görmek üzere onkolojiye yönlendirmek önerilir. Stereotaksik biyopsi tanı koymakta çok fazla beyin dokusuna zarar verilmeksizin uygulanan en ideal yöntemdir. Olgumuzda genetik, klinik ve radyolojik behçet hastalığı olmasına rağmen kesin tanı sadece stereotaksik biyopsi sonrası konulabildi.

Anahtar Sözcükler: B hücreli primer lenfoma, behçet hastalığı, ak madde hastalıkları, stereotaksik biyopsi

TPS-028[Nöroonkolojik Cerrahi]

PİTÜİSİTOM: KRANİOFARENGİOMU ANDIRAN NADİR BİR GLİAL TÜRÖM OLGUSU

Gülden Demirci Otluoğlu¹, Mustafa Sakar², Süheyla Uyar Bozkurt³, Yaşar Bayrı³, Fatih Bayraklı³, Aşkın Şeker³

¹Soma Devlet Hastanesi, Manisa

²Marmara Üniversitesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: İlk defa 1932'de Bucy tarafından tanımlanan pitüisitler oksitosin ve vasopressin salgılamından sorumlu hücreleri oluştururlar. Pitüisitom ise

oldukça nadir görülen, yavaş büyüyen, nörohipofiz ya da infundibulum kaynaklı iyi huylu, solid yapıda ve hipervaskülarize bir tümördür. Bu çalışmamızda kliniğimizde opere olan ön tanısı kraniofarengiom olan bir pitüisitom olgusunu sunmayı amaçladık.

Yöntem: 45 yaşında kadın hasta polikliniğimize 2 aydır olan başağrısı şikayeti ile başvurdu. Yapılan tetkiklerinde stalk yerleşimli, homojen kontrastlanan 1 x 1.5 cm boyutlarında kitle tespit edilen hasta transkraniyal yaklaşım ile opere edildi. Gross total rezeksiyon yapılan hastanın patoloji sonucu pitüisitom ile uyumlu olarak belirtildi.

Bulgular: Operasyon sonrası dönemde ek nörolojik defisiti olmayan hastada geçici bir DI tablosu gelişti. Adjuvan tedaviye gerek duyulmayan hasta 12 aydır kitlede ilerleme olmaksızın klinik takibimiz altındadır.

Tartışma: Pitüisitomlar görüntülenme karakteristikleri olarak yapılan MR incelemelerinde T1 ağırlıklı incelemelerde hipointens, T2 ağırlıklı incelemelerde hiperintens ve kontrast enjeksiyonu sonrası yoğun kontrastlanma patterni gösterirler. Bu özellikleri ile hipofiz adenomları ve kraniofarengiomlardan radyolojik olarak ayrımları zordur. İmmünohistokimyasal olarak incelendiğinde ayrırtıcı tanısında spindle hücreli onkositom, meningiom ve schwannomlar yer alır. Cerrahi total rezeksiyon tedavinin ana basamağını oluşturmaktadır ve radyocerrahi uygulanan sporadik olgular bildirilmiştir. Yavaş ilerleyen kitleler olmaları sebebiyle kabul görmüş bir tedavi algoritması bulunmamakla birlikte ayrırtıcı tanıda akılda bulundurulması gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Pitüisitom, kraniofarengiom, glial tümör

TPS-029[Nöroonkolojik Cerrahi]

MULTİPLE SEREBRAL KAVERNOMLU OLGUNUN 3 KUŞAK AİLESEL GEÇİŞİNİN İNCELENMESİ

Fatih Yakar, İhsan Doğan, Onur Özgür, Ümit Eroğlu, Mehmet Özgür Özates, Nazan Yıldız, Gökmen Kahiloğulları Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İbn-i Sina Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Multiple serebral kavernom olgular genellikle kalıtsaldır. Bu çalışmanın amacı; multiple kavernom saptanan hastalarda ailesel geçiş incelemektir.

Yöntem: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde Elazığ'lı bir ailenin 3 kuşak kadın (anneanne, anne, çocuk) bireyleri incelemeye dahil edilmiştir. Her 3 olguda da multiple kavernomlar saptanmıştır.

Bulgular: 4 yaşında kız hasta sağ kolda kasılma tarzında fokal nöbeti olan hastanın nörolojik muayenesi intakt olup yapılan kranial tomografi ve MR incelemelerinde sol frontoparietalde 3x2.5cm boyutunda, pons sol yarıda, serebellum vermisinde, sol oksipitalde, sağ frontalde milimetrik boyutlarda kavernom saptandı. Hastaya kliniğimizde nöromonitor eşliğinde sol frontoparietal kraniotomi kavernom ile uyumlu kitlenin total eksizyonu yapıldı. Postop ek nörolojik defisiti olmamakla birlikte postop nöbetsiz olarak takibimiz altındadır. Hastanın annesinde (39) ve anneannesinde (70) kronik baş ağrıları olup nörolojik muayeneleri intakt olmakla birlikte yapılan kranial mr incelemelerinde multipl milimetrik kavernomlar saptanmıştır. Non opere olarak rutin takipleri yapılmaktadır.

Tartışma: Multiple serebral kavernomlu olguların %12-20'si sporadik iken, %50'den fazlası ailesel geçişlidir. Bu sebeple multiple kavernom saptanan hastalarda ailesel geçişin sıklığından dolayı aile bireylerine

tanısal amaçlı kranial görüntülemeler ve genetik incelemeler yapılmalıdır.
Anahtar Sözcükler: Multiple kavernom, ailesel geçiş, genetik

TPS-030[Nöroonkolojik Cerrahi]

LATERAL VENTRİKÜL HEMANJİOPERİSİTOMU: OLGU SUNUMU

Murat Aydın¹, Emrah Akçay¹, Gökmen Çoban², Tahsin Ülgen¹, Tülü Kebat⁴, Erman Güler³, Alaattin Yurt¹

¹İzmir Bozyaka EAH, Nöroşirürji Kliniği, İzmir

²Muş Devlet Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği, Muş

³İzmir Tepecik EAH, Nöroşirürji Kliniği, İzmir

⁴İzmir Bozyaka EAH, Patoloji Kliniği, İzmir

Amaç: Primer SSS hemanjioperisitomları periferik olanlarla aynı histolojik özellikleri taşımaktadır. Tüm intrakranial tümörler içinde % 1'den az görülürler. Kapiller perisitlerden (Zimmermann perisitleri) köken alan bu tümörler genellikle malign özellikler gösterirler. Bugüne kadar sadece 9 adet vaka bildirim yapılan bu ender vakayı sunmak istedik.

Yöntem: 52 yaşında bayan hastanın kafa travması sonucu yapılan tetkiklerinde insidental olarak intraventriküler tümör tespit edildi. Nörolojik muayenesinde patoloji saptanmadı. Kranial MRG'de sol lateral ventrikül posterior kısmında 4 cm. çaplı T1 ağırlıklı kesitlerde santral hipo, periferi beyaz cevherle izointens T2 ağırlıklı kesitlerde santral hiper, periferi izo intens, yoğun heterojen kontrastlanan kitle tespit edildi. MR spektroskopisinde Cho pikinde belirginleşme, Cho/NAA ve Cho/Cr oranında belirgin artış, MR anjiyografide tümörün superior kısmında vaskülaritede belirgin artış saptandı.

Bulgular: Oksipital bölgeden transkortikal yolla ventriküle girilerek tümör total olarak çıkarıldı. Per op yakalılık 600 ml. kanama oldu. Post op defisiti olmayan hastanın eksternal ventriküler drenajı 2. gün sonlandırıldı ve 6. günde şifa ile taburcu edildi. Patoloji sonucu atipik hemanjioperisitom (WHO derece 3) gelen hastanın tedavisine RT ile devam edildi.

Tartışma: Anjioblastik eğilimi olan hemanjioperisitomlar ilk defa 1928 'de Bailey tarafından menejiomların anjioblastik alt tipi olarak tanımlanmıştır. Begg ve Garret ilk intrakranial hemanjioperisitomu 1954'de yayınlamıştır. Çoğunlukla supratentoryal olmaları ve dural bağlatıları nedeniyle menejiomlara benzeselerde, en son yayınlanan WHO sınıflamasında menejiomlardan bağımsız mezenkimal kökenli bir neoplazm olarak kabul edilmiştir. Lokal rekürrens ve metastazları nedeniyle malign olarak kabul edilirler. Oldukça vasküler olan bu tümörleri opere etmeden önce bazı yayınlar pre operatif embolizasyonu önermektedirler. Bugüne kadar tek tek vaka sunumları halinde sadece 9 adet intraventriküler hemanjioperisitom bildirilmiştir. Bu bölgede santral nörositom, subependimom, ependimom, koroid pleksus papillomu ve menejiom gibi tümörler yerleşirken, özellikle hipervaskülarite yönünden pre op iyi hazırlık gerektiren hemanjioperisitomlarında akıldaki tutulması gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar Sözcükler: Hemanjioperisitom, lateral ventrikül, vasküler tümör

TPS-031[Nöroonkolojik Cerrahi]

INTRACRANIAL CHONDROSARCOMA WITH INTRATUMOURAL HAEMORRHAGE ARISING IN AN UNUSUAL LOCATION

Akın Akakin, Baran Yılmaz, Zafer Orkun Toktaş, Deniz Konya, Türker Kılıç Bahcesehir University, School of Medicine, Department of Neurosurgery, Istanbul, Turkey

Aim: Chondrosarcomas are rare sarcomas that produce malignant cartilage, infrequently arising as a primary intracranial tumour. We present a patient with intracranial chondrosarcoma with intratumoural haemorrhage arising in an unusual location and with unusual imaging findings.

Method: A 36-year-old woman presented with progressive right upper and lower extremity weakness over the previous week. On neurological examination, we found right hemiparesia. Cranial MRI revealed a huge left frontal parasagittal, partially calcified mass and midline shift. A craniotomy was performed. With the intra-operative quick section favouring high grade mesenchymal tumor, the lesion was totally resected. Follow-up imaging confirmed no residual mass. There was only contrast enhancement over the falx cerebri. Pathology examination revealed an extraskeletal myxoid chondrosarcoma. The patient was referred to gamma-knife unit for recurrent lesion.

Results: Intracranial chondrosarcoma was first reported in 1899, and since then continues to be an extremely rare malignancy of the brain. These tumours commonly present as extra-axial masses, originating from the skull base, and produce symptoms due to progressive enlargement and compression of local structures. Unusual presentations of these tumours, such as vascularity, intratumoural haemorrhage, and intra-axial location, may complicate pre-surgical decision making by altering the provisional diagnosis prior to intervention.

Conclusions: This patient emphasises the importance of careful analysis and incorporation of imaging findings into surgical decision making. Specific imaging characteristics that, in such unusual situations, are suggestive of chondrosarcoma should motivate an aggressive surgical approach to optimise adjuvant interventions.

Keywords: Chondrosarcoma, intratumoural hemorrhage, magnetic resonance imaging

TPS-032[Nöroonkolojik Cerrahi]

PRİMER İNTRAKRANİAL MALİGN MELANOMA: OLGU SUNUMU

Bora Tetik, Serhat Yıldızhan, İlker Kiraz, Abdullah Mesut Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Diyarbakır

Amaç: Santral sinir sisteminde (SSS) malign melanomlar genellikle metastatik tümörler şeklinde görülürken nadiren primer santral sinir sistemi melanomu şeklinde de görülebilirler. İnsidansı 10 milyonda birdir. Genellikle 50 yaş üzerinde görülür ve genellikle kötü prognoz gösterirler.

Yöntem: 82 yaşında kadın hasta sabah bilinç kapanıklığı nedeniyle getirildiği acil serviste görüldü. İlk başvuru anında şuuru uykuya meyilli, oryantasyon kooperasyon defektif, pupiller izokorik, sağ hemiparetikti. Hastanın kranial CT'sinde sol frontal ve temporal lob yerleşimli hemorajik

komponent içeren orta hat yapılarında yaklaşık 1 cm şifte sebep olan 2 adet kitle tespit edildi. Hasta yoğun bakım ünitesine yatırıldı ve medikal tedavisi başlandı. Hastanın çekilen kranial MR görüntülemesinde sol frontobazaldan medial frontal gyrusa uzanan sol süperior temporal lobdan parietale uzanım gösteren, perilezyonel ödemin eşlik ettiği orta hat yapılarında 1 cm şifte sebep olan hemorajik komponent içeren kontrastlı serilerde minimal kontrastlanan 2 adet kitle görüldü.

Bulgular: Hastaya sol frontotemporal kraniyotomi yapıldı. Frontal ve temporalde extra-intraaksiyel kanamış, duraya yapışık, yumuşak kıvamlı kitle gross total olarak çıkarıldı. Histopatolojik tanı malign melanom olarak gelen hasta göz, dermatoloji, gastroenteroloji klinikleri ile konsülte edilerek primer odağa yönelik araştırıldı. Oküler, kutanöz ve gastrointestinal odak saptanmayan hasta primer intrakranial malign melanom olarak kabul edildi. Postop hemiparezi düzelen hasta medikal onkoloji ve radyasyon onkolojisi klinikleri ile konsülte edilerek taburcu edildi.

Tartışma: Primer santral sinir sistemi malign melanomu retiküler formasyon, substansia nigra, locus cerelous ve meninks gibi değişik bölgelerde

bulununan melanin pigment içeren melanositik hücrelerden köken alır. Primer semptomlar baş ağrısı, tümörün lokalizasyonuna bağlı olarak nöbet, parezi, diplopi, afazi, fasiyal paralizi ve ataksidir. Tanı sıklıkla radyolojik, klinik, cerrahi eksizyon ile histolojik inceleme ile koyulabilir. Sinir sisteminde genellikle melanositlerin yoğun olduğu spinal kanalın ön, arka yüzü veya posterior fossada görülür. Supratentorial yerleşimi oldukça nadirdir. Primer santral sinir sistemi melanomalarında tedavi planı total rezeksiyon, radyoterapi ve kemoterapidir. Ortalama sağ kalım süresi 20 aydır. Sonuç olarak 50 yaş üzerinde intra-extra aksiyel yerleşimli hematomun eşlik ettiği supratentorial kitlelerde ayrıca tanıda primer malign melanoma akılda tutulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Malign melanom, primer intrakranial, supratentorial yerleşim

TPS-033[Nörovasküler Cerrahi]

ANEVRİZMAL SUBARAKNOİD KANAMA CERRAHİ TEDAVİ SONRASI GELİŞEN MILLARD GUBLER SENDROMU: OLGU SUNUMU

*Anas Abdallah, Murad Asiltürk, Erhan Emel, Betül Güler
Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, İstanbul*

Amaç: SAK cerrahi sonrası gelişen komplikasyonlar ya SAK'ın yaptığı yapışıklıklara yada cerrahi sonuca bağlı olarak meydana gelmektedir. Bu komplikasyonlar arasında yeniden kanama, hidrosefali, vazospazm, enfarkt, kraniyal sinir tutulumu, nöbet geçirme ve idrar-gaita inkontinansı gibi durumlar sayılabilir. Millard gubler sendromu (MGS); ponstaki bazı anatomik oluşumların zedelenmesinin sonucu altıncı, yedinci kraniyal sinir ve kortikospinal trakt liflerin tutulumu olarak tanımlanır. Bu olgu kliniğimizde ameliyat edilen, nadir görülen bir anevrizmal SAK cerrahi sonrası karşı tarafta gelişen MGS sunulmuştur.

Yöntem: 2 gündür enseden başına vuran ağrısı olan 38 yaşında kadın hasta, efor sarf edildikten sonra bilinç kaybı ve 1 dakika süren kasılmaları olmuş, sonrasında şuuru açılan hasta kusmaya başlamış. Özel bir merkeze başvuran hastaya SAK tanısı konulup tarafımıza yönlendirilmiş. NM: Ense sertliği dışında bir anormallik saptanmadı, Hunt-Hess grade2, fisher grade

3. DSA'sında Sol PCoA anevrizması olan hasta sol pteriyonal kraniyotomi yardımıyla PCoA anevrizmasının kliplenmesi ameliyatı uygulandı.

Bulgular: Postop NM: sağ alt ekstremitede 4/5 kas güçsüzlüğü dışında NM'si doğal. Postop 3. gününde karşı tarafta fasiyal parazisi, sağda laterala bakışta kısıtlılık ve çift görmesi, sol alt ekstremitede 4/5 kas güçsüzlüğü başlaması üzerine Beyin MR, Diffüzyon MR ve Beyin BT'leri çekildi herhangi bir patoloji saptanmadı. FTR ile sol alt ekstremitde +4/5 düzeyine geldi, tek başına yürüebilir, sağ santral fasiyal ve diplopi devam ediyor postop 14. gününde taburcu edildi. 6. Ve 24. ay takiplerinde nörolojik muayenesinde bir gerileme saptanmadı.

Tartışma: MGS genellikle beyin sapı tümörleri veya kanamalarında görülürken çok ender olarak beyinsapının enfarktında görülür. Sol PCoA anevrizmal SAK cerrahi tedavi 3 gün sonra karşı tarafta (sağ) MGS gelişen hastamız sigara 10-15 adet/ 20 yıldır kullanılması dışında ek bir hastalığı yoktu. MGS etiolojisinde cerrahi olabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Sözcükler: Anevrizmal SAK, millard gubler sendrom, kliplenme, fisher skorlama, hunt-hess skorlama

TPS-034[Nöroonkolojik Cerrahi]

KRANİAL MULTİPL OSTEOMLAR, NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU SUNUMU

*Uğur Özkan, Mehmet Kalan, Ömer Şahin, Serhat Ateşalmaz, Engin Şenveli,
Habibullah Dolgun, Zeki Şekerci
TC, Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Nöroşirürji Kliniği, Ankara*

Amaç: Osteomlar nadir görülen benign kemik tümörleridir. Özellikle vertebral kolon ve uzun tubuler kemiklerde gelişirler. Kalvaryal kemiklerde daha nadir görülür ve geliştiklerinde genellikle temporal ve frontal kemiklere yerleşirler. Oksipital kemikte görülmesi son derece nadirdir. Bu çalışmada bilateral temporal-okspital bileşkede yerleşmiş multipl osteom olgusu rapor edilmiştir.

Yöntem: 15 yaşında bayan hasta son 6 aydır kafasında ağrısız şişlik şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenede bilateral occipito-temporal bölgelerde yerleşik ağrısız, ciltten kabarık, sert kitle görüldü. 2 yönlü kafa grafisinde hiperosteoz, BBT incelemede intertabular bölgeden başlayıp üst tabulada ekstrakalvaryal büyüme yapmış, litik lezyona yol açmamış, bilateral occipito-temporal hiperdens kitle lezyonları görüldü.

Bulgular: Hasta çivili başlıkta oturur pozisyonda bilateral retrosigmoid açılışla, lezyon yüksek devirli tur ile mastoid sellülere kadar kalvaryal şekillendirme yapılmak üzere bilateral subtotal eksize edildi, patoloji için örnek alındı. Nöronavigasyonla kontrol edilerek bilateral mastoid sellülere 5 mm. kalacak şekilde cerrahi eksizyon sınırlandırıldı.

Tartışma: Osteoblastomlar 1956'da Jaffe ve Lichtenstein tarafından eşzamanlı olarak yeni kemik oluşumuna neden olan, nadir görülen ayrı bir patolojik antite sayıldı. Primer kemik tümörlerinin yaklaşık olarak %1'ini, benign kemik tümörlerinin %3'ünü oluşturur. Yaşamın ikinci dekatında pik yaparlar. Kroon1, Lucas2 ve arkadaşları, tüm osteomların sadece %3'ünün kalvaryal yerleştiklerini göstermişlerdir. Özellikle temporal ve frontal kemikleri tuttuğu gösterilmiştir. Çalışmamızda bilateral occipito-temporal yerleşimli oldukça nadir görülen olgu sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Multipl osteomlar, kalvaryum, oksipital kemik

TPS-035[Nöroonkolojik Cerrahi]

EXCELLENT TREATMENT OF A HUGE SKULL BASE AMELOBLASTIC CARCINOMA WITH INTRACRANIAL EXTENSION

Derya Karaoğlu, Ali Erdem Yıldırım, İbrahim Ekici, Fatih Alagöz, Osman Arkan Nacar, Emin Çağıl, Bekir Tunç, Ergün Dağlıoğlu, Ali Dalgıç, Ahmed Deniz Belen
Ankara Numune Education and Research Hospital, Department of Neurosurgery, Ankara, Turkey

Aim: Ameloblastic carcinoma (AC) is a rare and aggressive malignant epithelial odontogenic tumor. It originates from a pre-existing ameloblastoma, odontogenic cyst. Two thirds of these tumors arise from the mandible while one third originates in the maxilla. The clinical course of AC is typically aggressive, with extensive local destruction. Skull base placement and intracranial extension of this tumor is uncommon. In this report, we discuss the clinical course, combined treatment and excellent follow up of a huge AC destructed anterior skull base and extended into the intracranial space.

Method: A 35 years old man was admitted to our neurosurgery clinic with complaints of severe headache, numbness in left half of his face and anosmia since last 3 months. A cranial magnetic resonance imaging (MRI) showed a 4.7*5.7*6.3 cm sized, solid, lobulated mass enhancing heterogeneously with contrast, which destructed lamina papreca, cribriform plate and clivus completely; occupying anterior skull base and left maxillary sinus with bilateral frontal lobe extension and compressing the gyrus rectus. For the surgical treatment an extended endoscopic endonasal transsphenoidal approach was preferred. A binostrial approach was performed and a tumor with soft consistency and severe bleeding was exposed right after the left middle turbinate excision and the tumor was removed subtotally. There was no peroperative and postoperative complications occurred. Postoperative MRI showed a little residual tumor only in the intracranially extending part of the tumor. The histopathological evaluations revealed that the lesion was ameloblastic carcinoma. After the exact diagnosis, a second operation was planned for total tumor removal and a gross total resection was performed with right subfrontal approach.

Results: No complications were observed after the second operation and the patient was discharged on the 4th postoperative day. The patient was received adjuvant radiotherapy and there were no recurrence observed in 18 months of follow up.

Conclusions: AC is a rare type of odontogenic tumor that exhibits malignant histological features and primarily involves the mandible and maxilla; they may appear in the anterior skull base and nasal cavity. It should be kept in mind that, AC may show a very invasive character, can destruct normal tissues and extend into the intracranial space and orbits. Larger clinical series and longer periods of follow-up are needed to determine the best therapeutic option for these tumors.

Keywords: Ameloblastic carcinoma, skull base, intracranial

TPS-036[Nörovasküler Cerrahi]

ANEVRİZMA CERRAHİSİ SONRASI GELİŞEN BİLATERAL TOTAL GÖRME KAYBI: OLGU SUNUMU

Sarper Polat¹, Murat Asiltürk¹, İlhan Aydın¹, Anas Abdallah¹, Melih Uçer², Rashid Avyasov¹, Fatih Cesur¹, Emre Taçyıldız¹, Orhun Çevik¹, Zeynel Talmaç¹, Erhan Emel¹

¹Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi, İstanbul

²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi, İstanbul

Amaç: İntrakraniyal anevrizmaların %80-90 ı sporadiktir ve daha çok 40-70 yaşlar arasında görülmesi, yaşlanmanın ve hemodinamik stresin damar duvar bütünlüğünü bozması sonucu geliştiği düşünülmüştür (49). Baloncuk tipi (Sakküler) anevrizmalar %85-90 internal karotid arter terminal kısmında ve Willis poligonunun ana damarları üzerinde gelişmektedir. Willis poligonu bölgesi arterlerin damar dallanma yapısı özellikleri nedeniyle bu bölgedeki hemodinamik stres anevrizma oluşumu için uygun koşulu sağlamaktadır.

Yöntem: Tarafımızca İnsidental sağ MCA bifurkasyon ve bilateral paraftalmik anevrizması nedeniyle yatırılan hastaya sağ pterinoal kraniotomi yoluyla sağ MCA bifurkasyon ve bilateral paraftalmik anevrizmaları kliplendi. postop görme kaybı gelişen hasta postop 8. saatte acil operasyona alınarak bilateral ICA paraftalmik segment anevrizma kliplerinin pozisyonları, bilateral oftalmik arter dolumu kontrol edilmiş, arter dolumlarının tabi olduğu ve operasyonda mevcut kliniği açıklayabilecek herhangi bir komplikasyonun olmadığı görülmüş.

Bulgular: Operasyondan 8 saat sonra göremediğini ifade eden hastanın muayenesinde bilinç durumunun stabil olduğu sağ gözde ptosisin devam ettiği, bilateral ışık refleksinin alınmadığı ve parmak sayamadığı görülmüş acil operasyona alınarak bilateral ICA paraftalmik segment anevrizma kliplerinin pozisyonları, bilateral oftalmik arter dolumu kontrol edilmiş, arter dolumlarının tabi olduğu ve operasyonda mevcut kliniği açıklayabilecek herhangi bir komplikasyonun olmadığı görülmüş hasta yoğun bakım ünitesi takiplerine alınmıştır. Norooftalmoloji konsültasyonu yapılan ve hiperbarik tedavi önerilen hastaya hiperbarik tedavi uygulanmış tedavinin 3. günü ile 7. günü arasına önce ışığı görmeye başladığı 4 gününde cisimleri ve renkleri ayırt edebildiği gözlenen hastanın görme bulguları 7 günden sonra gerilemiş tekrar ışığı göremeyen cisimleri göremeyen hastanın hiperbarik tedavisi 12. gününde sonlandırılmıştır.

Tartışma: Anevrizma cerrahisi sonrası nadir görülen bir komplikasyon olmakla beraber postop görme kaybı gelişebileceği akılda tutularak kontrolateral anevrizmaya yaklaşımda dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Paraftalmik, anevrizma, görme kaybı

TPS-037[Nöroonkolojik Cerrahi]

SOL SEREBELLAR PONTİN KÖŞE (CPA) YERLEŞİMLİ MEDULLOBLASTOM: OLGU SUNUMU

Anas Abdallah, Betül Güler

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Beyin Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Erişkinlerde Medulloblastom (MB) primer beyin tümörlerinin %1'ini oluşturmaktadır. MB çok agresif ve hızlı büyüyen tümörlerdir, çocuklarda orta hat yerleşimi sık olup (%75), daha büyük çocuklarda ve erişkinlerde lateral hemisferde yerleşim daha çok görülür. MB CPA yerleşimi nadirdir. Burada sol CPA yerleşimli kadın hasta sunulmuştur.

Yöntem: Yatışından iki ay önce dengesizlik, fasial asimetrisi ve baş ağrısı şikayetleri olan hastanın son haftada bulantı-kusması başlayınca yapılan tetkiklerinde sol CPA yerleşimli YKL tespit edildi. Ameliyata (STR sağlanabildi) alınan hastanın patolojisi negatif geldi. Şikayetleri gerilemeyen hastanın bir yıl sonra çekilen MRG'inde nüks IC YKL tespit edildi. Hasta subtotal rezekte edilerek reopere edildi, patolojisi MB-WHO grade IV gelmesi nedeniyle onkolojiye yönlendirildi. Sosyal nedenlerden dolayı hasta onkolojiye götürülmedi. 2. ameliyatından 6 ay sonra şikayetleri artan hastanın kontrol MRG'lerinde intrakraniyal metastaz, aynı yerde nüks ve spinal birkaç odak seeding metastaz görüldü. Hasta dekompresyon amacıyla aynı primer yerinden nüks YKL subtotal rezekte edilerek oradaki hematoma boşaltıldı.

Bulgular: Ameliyat sonrası lokalize eden hasta YBÜsünde takip edildi, ek bir tedavi alamayan hasta 2 ay sonra öldü.

Tartışma: MB, çok agresif davranan primer beyin tümörü olup, lokal nüks, intrakraniyal ve intraspinal metastazı sık görülen olumsuz bir bulgudur. Kesinlikle mümkün olduğu kadar şüphe edilen MB kitle gross total çıkartılıp, ardından yüksek doz RTP ve KTP görülmesiyle 5-yıllık sağ kalım arttırılır.

Anahtar Sözcükler: Medulloblastom, WHO- Grade IV, GTR+RTP+KTP, intrakraniyal-intraspinal seeding metastaz

TPS-038[Nöroonkolojik Cerrahi]

PRİMER T HÜCRELİ İNTRAKRANİYAL LENFOMA

Türker Karancı¹, Hidayet Akdemir¹, Ahmet Gökhan Çakıroğlu²

¹Özel Medicana International İstanbul Hastanesi, Nöroşirürji Kliniği, İstanbul

²Özel Medicana International İstanbul Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Primer santral sinir sistemi lenfoması(PSSSL) vücudun herhangi bir bölgesinde lenfomanın bulunmadığı ancak beyin, spinal kord, beyin omurilik sıvısına yerleşenlere verilen isimdir. Santral sinir sistemi (SSS) Lenfomaları görülme sıklığı % 0, 8-1, 5 arasında bildirilirken, tüm beyin tümörlerinin %2-6'sını teşkil ederler. Literatürde SSS Lenfomaları genellikle B-hücreliler olarak bildirilmesine karşın, T-hücreli SSS lenfoma 7 vaka bildirilmiştir. Bu raporda primer beyin T-hücre lenfoma olgusu sunuldu.

Yöntem: 64 yaşında erkek hasta 10-04-2014 tarihinde bilinç açık, dezoryante non-koopere, sol hemiparezi ve papil stazı bulguları ile acilen kliniğimize yatırıldı.

Bulgular: Kranial MR incelemesinde bifrontal bölgede derin yerleşimli sağ korpus kallozumdan sola geçerek yer kaplıyan lezyon etrafında yaygın ödem görüldü. Hastada lezyonun kitle etkisi ve beyin herniasyonu nedeniyle acil ameliyat kararı alındı. Hasta ameliyata alınarak sağ bifrontal interhemisferik yaklaşımla lezyona ulaşıldı. Gri renkte avasküler ve yer yer sağlam nöral dokular gözlemlendi. Etrafındaki tümöral dokudan numune alınarak yapılan frozen çalışmasında lenfoma şüphesi olarak gelmesi üzerine lezyon subtotal olarak çıkarıldı. Neoplastik lenfositler komşu normal beyin dokusu içinde tek tek yada gruplar halindeydi.

Spesmenlerdeki lenfositlerin tamamının küçük hücreli olması, perivasküler anjiyosentrik tutulum göstermesi, immun histokimya boyamada neoplastik lenfositlerin % 80 oranında CD3 kuvvetli pozitif olması, CD 20 negatifliği primer T- hücreli lenfomayı düşündürdü.

Tartışma: Primer SSS T- hücreli lenfoması oldukça nadirdir. Beyinde yer kaplıyan lezyonlarda özellikle; AIDS, Epstein Barr virüs enfeksiyonları, ve organ nakli yapılan hastalarda SSS lenfoması ayırıcı tanısında akılda bulundurulmalıdır. Primer SSS T- hücreli lenfoma tanısı güçtür. Maalesef radyolojik görüntüleme teknikleri diğer yer kaplıyan beyin tümöründen farklı bilgi vermemektedir. Histopatolojik çalışmalar özellikle immun histokimyasal incelemeler SSS lenfoma kesin teşhisinde oldukça önemlidir.

Primer SSS T- hücreli lenfomalarının biopsi veya cerrahiyle kesin teşhisi konulduktan sonra tıbbi tedavide;kortikosteroid, kemoterapi ve radyoterapi veya kombine olarak en iyi tedavi kombinasyonu olarak görülmesine karşın hala sağ kalımları uzun değildir.

Anahtar Sözcükler: Cerrahi, intrakraniyal kitle, santral sinir sistemi, T-hücreli lenfoma

TPS-039[Nöroonkolojik Cerrahi]

PRESİGMOİD YAKLAŞIMLA OPERE EDİLEN JUGULER FORAMEN YERLEŞİMLİ LEZYON: CERRAHİ ZAMANLAMA VE REZEKSİYON MİKTARININ KARARLAŞTIRILMASINDA GÖZ ÖNÜNE ALINMASI GEREKEN KRİTERLER

Hüseyin Biçeroğlu¹, Cem Bilgen², Sedat Çağlı¹

¹Ege Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi, Kulak Burun Boğaz Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Juguler foramen, bulbus vena juguli, 9, 10, 11. kranial sinirlerin intrakranial alandan boyuna geçiş yaptıkları önemli bir anatomik bölgedir. Bu alanda gelişen tümörler ender olmakla birlikte, sıklık sırasına göre glomus jugulare, nörinom ve menenjiom olarak sayılabilir. Bölgenin derinde ve fasial sinir, a. carotis interna, intrakranial bölge gibi önemli yapılara yakın olması özel cerrahi yaklaşımlar gerektirir.

Yöntem: Baş dönmesi şikayeti üzerine başvurduğu dış merkezde çekilen kontrastlı kranial MRG da sol serebellopontin köşede juguler foramene uzanan kitle tespit edilen 44 yaşındaki kadın hasta kliniğimize referans edildi.

Bulgular: Presigmoid yaklaşımla opere edilen hastanın kranium dışına çıkan kitleye alt kranial sinir etkilenmesini engellemek amacıyla dokunulmadı. Patolojik inceleme histolojik olarak kondromiksoid zemine sahip izlenimi veren lobüllerden oluşan bir tümör izlendi. Lobüllerde büyük oranda üniform görünümü yuvarlık-iğsi hücreler izlenmekteydi. Sellülarite belirgin olmakla birlikte sitolojik atipi veya mitotik aktivite artışı dikkati çekmemişti. Tanımlanan lobuler yapılanma sonucu kondromiksoid fibrom düşünüldü.

Tartışma: Juguler Foramen'de en sık görülen tümör paragangliomadır. İkinci sıklıkta nörinom görülür. Menenjiom, Kondrosarkom diğer Juguler Foramen tümörleridir Kondromiksoid fibroma kırıldak dokusunun az görülen iyi huylu tümörlerindendir ve tanı konurken diğer bazı kötü huylu tümörlerle karıştırılabilir.

Anahtar Sözcükler: Juguler foramen, presigmoid, kafatabanı

TPS-040[Nöroonkolojik Cerrahi]

HİPOFİZ ADENOMLARDA ENDOSKOPİK TRANSNAZAL TRANSSFENOİDAL YAKLAŞIM

Vugar Mirzaliyev¹, Ramish Hüseyinov², Aygün Axundova²
¹Merkezi Klinik Hastane Nöroşirürji Bölümü, Azerbaycan
²Bakü Hastanesi, Azerbaycan

Amaç: Minimal invaziv yolla suprasellar tümörlerin eksizyonu. Bu yaklaşım kraniotomi yapmadan hipofiz tümörlerin eksizyonu, karotis ve optik kiazmayı güvende tutmak için kullanılır.

Yöntem: Endoskopik Transnazal Transsfenoidal yaklaşımla hipofiz adenom eksizyonu.

Bulgular: Baş ağrısı, görme sorunları, elde ve yüzde, dil, burun büyüme, kilo artımı, adet bozukluğu, immunitet düşüklüğü bulguları ile kliniğimize gelmiş hastaların MR görüntüleme yardımıyla tanı koyulur.

Tartışma: Minimal invaziv yolla yapılmış ameliyatlarda kraniotomi yapılmadan, karotid arter, optik kiazma kontrolde olması, alanın iyi görüntülenmesi, kanamaların iyi kontrolü önemli faktörlerdir. Postop dönemde hastalar erken taburcu oluyor.

Anahtar Sözcükler: Hipofiz adenomu, transnazal transfenoidal yaklaşım, endoskopik ameliyat

TPS-041[Nöroonkolojik Cerrahi]

OLFAKTÖR OLUK BÖLGESİ TÜMÖRLERİNE PTERİONEL YAKLAŞIMDA BAŞ POZİSYONUNUN ÖNEMİ

*Dursun Türköz, Enis Kuruoğlu, Abdullah Hilmi Marangoz, Aytaç Türköz,
Cengiz Atış, Tamer Tamdoğan, Yunus Emre Durmuş, Salih Buğra Yılmaz,
Cengiz Çokluk*
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun

Amaç: Olfaktör oluk menengiolarında birçok cerrahi yaklaşım kullanılmasına rağmen pterional insizyon girişim yapıldığında hasta başına verilecek pozisyon teknik detaylarıyla tartışılmaktadır

Yöntem: 54 yaşında bayan hasta 1. 5 yıl önce baş ağrısı ve koku alma duyu kaybı ile şikayetleri başlamış. Hastanın epileptik nöbet şikayetleri olması üzerine kliniğimize basvurdu. Yapılan nörolojik muayenesinde her iki gözde görme kaybı ve koku alma kaybı tesbit edildi. Radyoloji tetkiklerinde supratentoryal bifrontal lokaizasyonda, middle ve inferior frontal lob düzeyinde anteriorda gyrus rektus düzeyinden posteriorda silvian fissür düzeyine kadar uzanım gösteren yaklaşık 59x51 mm boyutlarında T1 ve T2 sekanslarında izointens, homojen kontrastlanma gösteren ekstra aksiyel yerleşim gösteren dural tabanlı kitle tesbit edildi.

Bulgular: Mayfield çivili başlık çivileri sağ tarafta mastoid kemik, solda ise frontal bölgeye gelecek şekilde yerleştirildi. Hastaya verilecek baş pozisyonu 15-25 derece baş ekstansiyonunda ve 15 derece karşı tarafa rotasyonda olacak şekilde ayarlandı. Hastaya pterional insizyon ile cerrahi yaklaşım düzenlendi. Hasta post operatif nörolojik muayenesinde bilinçli açık, genel durumu iyi ek nörolojik defisiti yoktu. Ameliyat anterior serebral arterler, optik sinirler ve heubner arteri gözlemlenerek korundu.

Tartışma: Olfaktör bölgede yerleşik ve posteriora doğru uzanım gösteren ve anterior serebral, internal carotid, anterior kommünikan ve distal anterior serebral arterler gözlemlenerek tümör diseksiyonu sırasında tümörden ayrıştırıldı. Bu pozisyonun sağladığı en büyük yararlarından birisi cerrahin oldukça tanıdık olduğu ve sık kullandığı bu girişimde, tümörün anatomisini bozduğu bazal serebral arterlerin tanınması ve diseksiyonunu kolaylaştırılmasıdır.

Anahtar Sözcükler: Olfaktör oluk, baş pozisyonu, tümör çıkarılması