



TMRD

TÜRK MANYETİK
REZONANS DERNEĞİ
TURKISH SOCIETY
OF MAGNETIC RESONANCE

16 - 18
Mayıs | **2024**

JW Marriott Otel / Ankara

*Türk Manyetik
Rezonans Derneği*

**28. YILLIK BİLİMSEL
TOPLANTISI**

5. Temel MR Kursu

www.tmrd2024.org

BİLDİRİ KİTABI



BİLİMSEL SEKRETERYASI
Türk Radyoloji Derneği

Konak Mahallesi, 858. Sokak
No: 2 Çakıroğlu İş Hanı K: 5 D: 55 Konak/İZMİR
Tel : +90 232 446 75 96 Faks : +90 232 446 75 96
W: www.tmrđ.org.tr – E: tmrd@tmrd.org.tr



ORGANİZASYON SEKRETERYASI

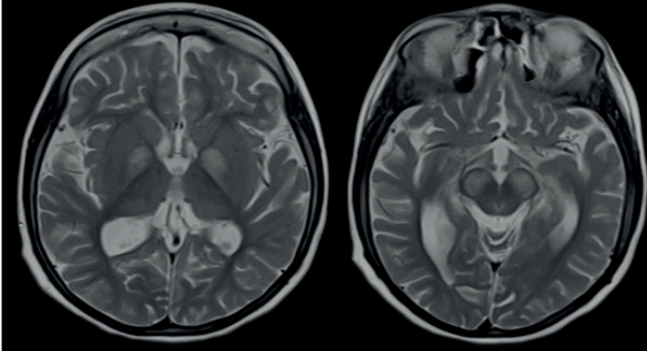
Serenas Uluslararası Turizm Kongre Organizasyon A.Ş.

Serenas Uluslararası Turizm Kongre Organizasyon A.Ş.
Turan Güneş Bulvarı 5. Cad. No:13 Yıldız, Çankaya/ANKARA
Tel : +90 312 440 50 11 Faks : +90 312 441 45 63
W: www.serenas.com.tr
E: info@tmrd2023.org

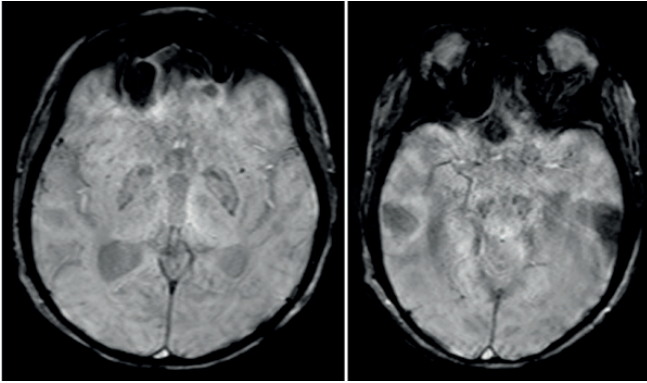


Yayın Tasarım ve Uygulama

BAYT, Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.
Ziya Gökalp Cad. 30/31, 06420 Kızılay, Ankara
Tel: 0312 431 30 62 • Faks: 0312 431 36 02
www.bayt.com.tr



Resim. Aksiyal Kesit T2A görüntü, bilateral globus palliduslarda ve her iki krus serebri düzeyinde substantia nigralarda hiperintensite



Resim. Aksiyal kesit swi görüntü, bilateral globus palliduslarda ve her iki krus serebri düzeyinde substantia nigralarda demir birikimini gösteren hipointens görünüm

Nöroradyoloji

PS-046

SEREBRAL AMİLOİD ANJİOPATİSİ İLİŞKİLİ İNFLAMATUAR ENSEFALOPATİ

Selin Dinçkal¹, Emre Emekli², Suzan Şaylısoy², Uğur Toprak²

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

Giriş: Serebral amiloid anjiopatisi (SAA) amiloid-beta (A β) proteinlerinin leptomeningeal ve kortikal damar duvarında biriktiği ileri yaş hastalarda karşılaştığımız küçük damar hastalığıdır. Yavaş progresyon göstermesi nedeniyle asemptomatik hastalarla sık karşılaşılrken; lobar intraserebral kanama, serebral mikrohemoraji ve mikroinfarktlar, serebral amiloid anjiopati ilişkili inflamasyona (SAA-İİ) bağlı kognitif bozukluk, davranış değişiklikleri, dil problemleri, anormal yürüyüş ve geçici fokal nörolojik defisitler görülebilmektedir [1-3]. SAA'nın göreceli olarak daha nadir ve daha agresif görülen subtipi SAA-İİ non-inflamatuar SAA den farklı olarak sıklıkla akut veya subakut kognitif bozukluk ve davranış değişiklikleri ile karşımıza çıkmaktadır [3,4]. Kesin tanısı histopatolojik inceleme ile konulsa da uygun klinik tablo varlığında beyin MRG'de özellikle T2AG/SWI sekanslarında tipik radyolojik bulguların saptanması ile non-invaziv tanı ve tedavisi mümkündür [3]. Bu olgu sunumunda ensefalopati kliniği nedeniyle yapılan görüntülemelerde SAA-İİ ile uyumlu radyolojik bulguları saptanan bir hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: 84 yaşında erkek hasta acil servise sabah uyandı-ğında başlayan anlamsız konuşma, sinirlilik, dengesizlik ve kollarında kasılma şikayetleriyle getirildi. Son zamanlarda olan unutkanlık, kişilik değişiklikleri sebebiyle 1 hafta önce nöroloji polikliniğinde değerlendirilen hastaya Alzheimer tanısı konulduğu öğrenildi. Muayenesinde bilinci konfüze, GKS: 11 (E4, V2, M5) sol üst ve alt ekstremitelerde kas

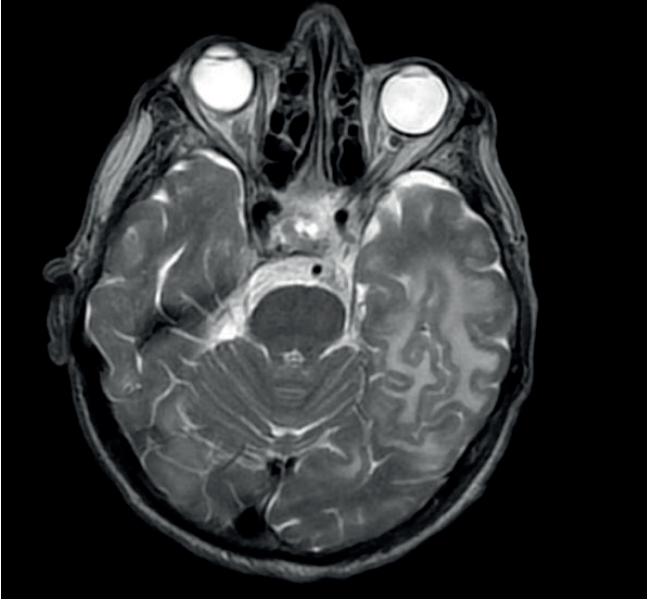
gücü 4/5 olarak değerlendirilen hastanın konuşmasında peltekleşme fark edildi. Acil serviste Bilgisayarlı Tomografi (BT), BT Anjiyografi ve Difüzyon Ağırlıklı Görüntüleme tetkikleri istenen hastada akut hemoraji ya da iskemi düşündürülecek patoloji saptanmadı. Genel durumunda ve nörolojik muayenesinde düzelme olmayan hastanın servis takiplerinde çekilen kontrastlı beyin MRG'de T2AG'de sol temporal lobda yaygın ödem ile uyumlu sinyal artışı (Resim 1), periventriküler ve subkortikal yerleşimli, sentrum semiovale seviyesinde daha belirgin beyaz cevherde hiperintensite alanları izlendi. SWI incelemede çok sayıda milimetrik sinyal odakları amiloid mikroanjiopatisi ile uyumlu olarak değerlendirildi (Resim 2). Radyolojik bulguları ve kliniği SAA-İİ ve buna bağlı ensefalopati tablosu ile uyumlu olan hastaya deksametazon tedavisi başlandı ve hastanın kliniğinde düzelme görüldü. Nörolojik bulguları gerileyen hasta tedavisine devam edecek şekilde taburcu edildi. Bir ay sonra çekilen kontrastlı kraniyal MRG kontrol incelemesinde T2AG görüntüde temporal lobdaki ödem alanın gerilediği saptandı (Resim 3).

Tartışma ve Sonuç: İleri yaş hastalarda hızlı progresyon gösteren demansla birlikte nöbet, baş ağrısı, fokal nörolojik defisit gibi semptomlar varlığında SAA-İİ akla getirilmeli ve özellikle T2AG ve SWI sekanslarında tipik radyolojik bulguların varlığı değerlendirilmelidir [3]. İnflamasyona ikincil vazojenik ödemi düşündürülen T2AG veya FLAIR görüntüde beyaz cevherde hiperintensiteler, T2AG ve SWI sekanslarında kortikal-subkortikal en az bir hemorajik lezyon varlığında SAA-İİ tanısından şüphelenilmelidir [5]. SAA'nın şu an için bilinen etkin bir tedavisinin olmamasına karşın SAA-İİ, bu olgu sunumunda da olduğu gibi immunsupresif tedaviden fayda görmektedir. Ampirik kortikosteroid tedavisi ile SAA-İİ şüphesi olan hastalarda semptomların hafifletilmesi, radyolojik bulguların gerilemesi ve prognozun iyileştirilmesi sağlanabilir [6].

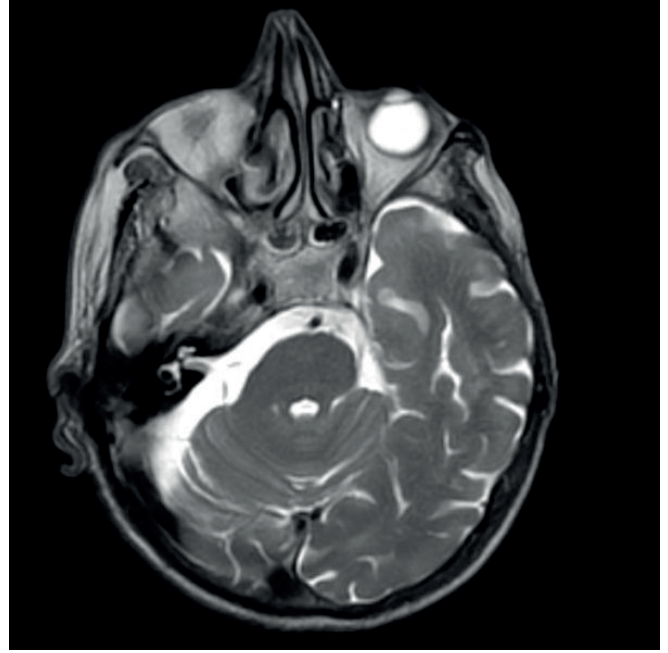
Anahtar Kelimeler: Amiloid Ensefalopatisi, Amiloid Anjiyopatisi, Ensefalopati

Kaynaklar

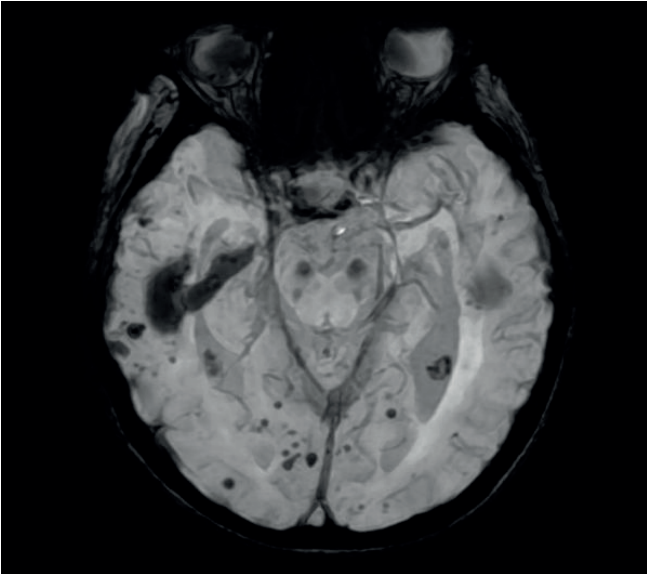
1. Gürol ME. Cerebral Amyloid Angiopathy. Turk J Neurol 2009;15:1.
2. Swarup O, Barker JL, Watson R, Davis SM, Campbell BCV, Yassi N. Cerebral amyloid angiopathy: clinical presentations and management challenges in the Australian context. Intern Med J. 2023;53:907-916.
3. Wu JJ, Yao M, Ni J. Cerebral amyloid angiopathy-related inflammation: current status and future implications. Chin Med J (Engl). 2021 ;134:646-654.
4. Kirshner HS, Bradshaw M. The Inflammatory Form of Cerebral Amyloid Angiopathy or "Cerebral Amyloid Angiopathy-Related Inflammation" (CAARI). Curr Neurol Neurosci Rep. 2015; 15:54.
5. Auriel E, Charidimou A, Gürol ME, Ni J, Van Etten ES, Martinez-Ramirez S et al. Validation of Clinico-radiological Criteria for the Diagnosis of Cerebral Amyloid Angiopathy-Related Inflammation. JAMA neurology. 2016; 73:197-202.
6. Regenhardt RW, Thon JM, Das AS, Thon OR, Charidimou A, Viswanathan A, et al. Association between immunosuppressive treatment and outcomes of cerebral amyloid angiopathy-related inflammation. JAMA Neurol 2020; 77:1-10.



Resim 1. T2Ag görüntüde sol temporal loba yaygın ödem ile uyumlu sinyal artışı izlenmektedir.



Resim 3. T2AG görüntüde tedavi sonrası temporal lobdaki ödem alanının gerilediği izleniyor.



Resim 2. SWI incelemede amiloid mikroanjyopatisi ile uyumlu çok sayıda milimetrik sinyal odakları izlenmektedir.

Pediyatrik Radyoloji

PS-047

OVER TORSİYONU İLE KARIŞABİLEN NADİR BİR DURUM: ADÖLESAN OLGUDA MASİF OVARYAN ÖDEM

Ayşenur Kahveci¹, Ayşe Kalyoncu Uçar¹, Ali Ekber Hakalmaz², Mehmet Eliçevik², Sebuhan Kuruoğlu¹

¹Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Abd.

²Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Abd.

Giriş: Masif ovaryan ödem (MOÖ) ilk defa 1969 yılında tanımlanan tek taraflı ya da her iki overde ödem ve tümör benzeri büyümeyle presente olan benign ve nadir bir durumdur. (1). Daha çok genç kadınlarda ve primer nedenlerle (%85) gelişir (2). Primer olarak parsiyel ya da intermittan torsiyon sonucu korunmuş arteriyel akım ve venöz ve lenfatik drenajın bozulmasıyla oluştuğu kabul edilirken ; PKOS, teratom fibrosarkoma, over malignitelerine sekonder de görülebilir (3). Karın ağrısı, ele gelen kitle, adet düzensizliği, puberte prekoks gibi semptomlarla presente olabilir (4,5). Bu patolojinin doğru tanınması gereksiz oofektomileri önlemek açısından önemlidir.

Olgu Sunumu: 16 yaşında adet düzensizliği nedeniyle takipli, 6 ay oral kontraseptif kullanımı öyküsü kız hasta, 4 gün önce başlayan ve giderek şiddetlenen sol alt kadranda ağrısı ile başvurdu. FM'de sol alt kadranda hassasiyet ve defans mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde pozitif olarak CRP düzeyi artmış (216 mg/dl) olup beta-HCG'si ve tümör belirteçleri negatifti. USG incelemede sol over boyutu tümör benzeri bir görünüm oluşturacak şekilde artmıştı. RDUS'ta ise arteriyel ve venöz akım alınabilmekteydi. Ayırıcı tanının doğru yapılabilmesi adına yapılan MR incelemede overde belirgin boyut artışı yanısıra T2AG'de stromal ödemi destekleyen intensite artışı, perifere itilmiş milimetrik foliküller, periferde iskemi lehine alanlar kontrastlanmayan kama şeklinde alanlar ve DAG'de difüzyon kısıtlanmaları izlendi. Ovaryan pedinkül ödemliydi, ovaryan arter ve vende net bir şekilde kontrast dolumu seçilmekteydi. Torsiyon lehine twist bulgusuna rastlanmadı. Ağrının giderek şiddetlenmesi nedeniyle yapılan laparoskopik eksplorasyonda da torsiyon saptanmadı. Ancak sol over ileri derecede konjestif görünümde olduğundan wedge biyopsiler alındı. Post-op dönemde ağrısı ve CRP'si (30 mg/dl) konservatif olarak gerileyen hastanın histopatolojik incelemesinde over stromasında ödem, hemoraji izlendi. Post-op 2. ay US'de over boyutlarında