

1 kontrol DSA sonucunda sağ A1 segmenti hipoplazik, 1 olguda ise sağ A1 ve A2 segmentinin proximalinde oklude görünüm izlendi. 5 olguda DSA da bulguya rastlanmadı. Hastaların tümü Glasgow sonuç skalası 5 olarak taburcu edildi.

Sonuç: BT 'de çok tipik bir SAK paterni olmasına rağmen DSA negatif olabilir. DSA' nın negatif olması teknik yetersizliğe bağlı olabileceği gibi, vazospazm, mikroanevrizmalar, travmatik SAK ve perimezenesefalik SAK gibi nedenlere bağlı olabilir. Tekrarlayan anjiyografilerde %6 oranında anevrizma saptandığı belirtilmektedir. Bu nedenle ilk anjiyografi negatif olsada tekrarlayan anjiyografilerde anevrizma saptanma olasılığı mevcuttur.

Anahtar Sözcükler: Serebral anjiyografi, subaraknoid kanama, serebral anevrizma

[SS-059][Nörovasküler Cerrahi]

INTRAKRANYAL ANEVİZMALARDA CT ANJİYOĞRAFI'NİN YERİ

Murat Altaş, Atilla Yılmaz, Mustafa Aras, Boran Urfalı, Yurdal Serarslan, Nebi Yılmaz

Mustafa Kemal Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Hatay

Giriş: Digital subtraction angiography (DSA) Anevizmatik subaraknoid kanama tanısında Vasküler patolojileri saptamada kullanılan standart bir görüntüleme metodudur. Ancak bu yöntem invazif olup beraberinde bir takım riskleri taşımaktadır. % 2.6 oranında nörolojik komplikasyonlar gözlenebilmekte ve % 0.14 oranında kalıcı nörolojik defisitler gelişebilmektedir. Gelişen teknolojiye paralel olarak kullanımı yaygınlaşan computed tomographic angiography (CTA), invazif olmaması, acil durumlarda kullanılabilmesi ve tedavi seçeneğinin belirlenmesine yardımcı olması bakımından DSA kadar yol göstericidir.

Gereç ve Yöntem: 32 Hasta 19 Kadın 13 Erkek ortalama yaş 46 Subaraknoid kanama sebebiyle anabilim dalımızda takip ve tedavi altına alındı. Tüm hastalara önce CTA ardından DSA yapıldı. Hastaların CTA görüntüleri 3 boyutlu olarak rekonstrükte edilip kemik yapılar görüntü alanından uzaklaştırıldı. Tedavi seçeneğinin belirlenmesi amacıyla önce CTA görüntülerinde anevizmatik yapıların boyun uzunlukları ve/veya dom/boyun oranı değerlendirildi. Daha sonra tüm hastalara DSA yapıldı ve sonuçlar yeniden tedavi seçeneği açısından değerlendirildi. Sonuç olarak tedavi seçeneği konusunda CTA ile verilen kararın DSA sonrası değişmediği gözlemlendi.

Sonuç: Intrakranyal anevizmaların tespitinde, anevizmaların morfolojik yapılarının belirlenmesinde ve tedavi yöntemiğin kararlaştırılmasında CTA ve DSA arasında bir fark görülmemiştir.

Anahtar Sözcükler: Anevizma, CT anjiyografi, DSA, CTA

[SS-060][Nörovasküler Cerrahi]

TROMBOSİT AGREGASYONUNUN TİROFİBAN İLE İNHİBE EDİLMESİNİN SUBARAKNOİD KANAMADAN SONRA OLUŞAN ERKEN BEYİN HASARI ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ümit Kocaman¹, Füsün Demirçivi Özer², İsmail Oran³, Mesut Mete⁴, İbrahim Burak Atç⁵, Eren Demirtaş⁶

¹Van İpekyolu Devlet Hastanesi Beyin Cerrahisi Kliniği, İzmir

²Tepecik Eğt. ve Araş. Hastanesi Beyin Cerrahisi Kliniği, İzmir

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

⁴Dr. İ. Şevki Atasagun Nevşehir Devlet Hastanesi Beyin Cerrahisi Kliniği, Nevşehir

⁵Elazığ Eğt. ve Araş. Hastanesi Beyin Cerrahisi Kliniği, Elazığ

⁶Mikro Patoloji Laboratuvarı, İzmir

Subaraknoid kanama sonrasında oluşan radyolojik vazospazmin tedavi edilmesine rağmen, klinik durumun kötüye gitmesi vazospazmin nörolojik defisitlerden sorumlu olduğu görüşünden uzaklaşma yaratmıştır. Bu durumda, SAK sonrası global beyin hasarıyla sonuçlanan erken beyin hasarı üzerinde odaklaşma vardır. Bizim çalışmamızda, erken beyin hasarının en önemli yollarından trombosit agregasyonunun tirofiban ile bloke edilmesinin enfarkt alanları üzerine etkisi değerlendirilmiştir. Çalışmada tavşanlar üç gruba ayrılmış; 1. grupta deneysel subaraknoid kanama oluşturulmuş, 2. grupta subaraknoid kanama oluşturulup tirofiban intraperitoneal olarak verilmiş, 3. gruba ise herhangi bir işlem uygulanmamıştır. Erken beyin hasarının etkisi hipokampüste histopatolojik olarak değerlendirilmiştir. Hipokampusün CA-1 ve CA-2 zonlarında erken beyin hasarı oluşmamıştır. CA-3 ve CA-4 zonlarında şiddetli erken beyin hasarı oluşmuştur. Tirofibanın, CA-3 zonundaki enfarkt önleyici etkisi istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine çok yakın olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamsızdır. Tirofibanın enfarkt önleyici etkisi, CA-4 zonunda ise belirgin istatistiksel anlamlı olarak değerlendirilmiştir. Fakat tek bir yolak söz konusu olmadığı düşünüldüğünde, daha etkin tedavi rejimlerinin elde edilmesi için, subaraknoid kanamanın temel tedavi ve bakım prensipleriyle entegre, yolların kombine ilaçlarla bloke edildiği daha ileri tedavi protokollerine ihtiyaç vardır.

Anahtar Sözcükler: Erken beyin hasarı, subaraknoid kanama, tirofiban

[SS-061][Nörovasküler Cerrahi]

INTRAKRANİYAL BLİSTER ANEVİZMALARDA TEDAVİ

Pınar Eser¹, Mevlüt Özgür Taşkapılıoğlu¹, Hasan Kocaali²,

Bahattin Hakyemez², Ender Korfali¹

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Bursa

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Serebral anevizmaların büyük bir çoğunluğu arterlerin dallanma bölgesinde görülür. Blister anevizmalar genelde internal karotid arterin (İKA) anteromedial duvarından köken alan, ciddi subaraknoid kanamaya neden olabilen vezikül ya da yarım daire şeklinde küçük kabartılardır ve damarın dallanma olmayan yüzünde görülürler. Anjiyografide geniş tabanlı, çiğ damlası veya yarı-kubbe şeklinde görülürler. Hem tanısı hem de tedavisi zor olmakla birlikte, cerrahi tedavi ve endovasküler tedavi seçimi konusunda çelişkiler vardır. Biz burada cerrahi ve endovasküler tedavi uygulanan dört vakayı takdim ediyoruz.

Yöntem: Kliniğimizde son 1 yıl içinde İKA'de blister anevizmanın neden