



**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.tmr2024.org](http://www.tmr2024.org)

**BİLDİRİ KİTABI**

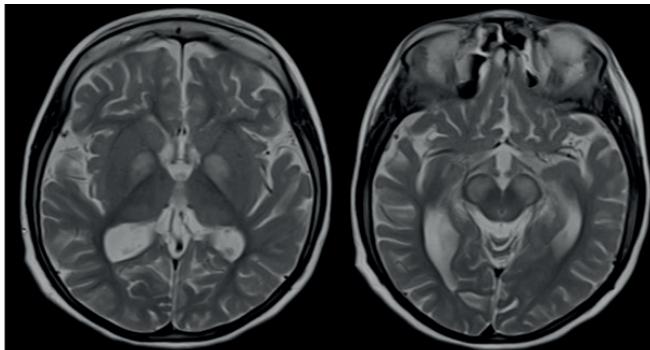
**TÜRK MANYETİK REZONANS DERNEĞİ**  
28. YILLIK BİLİMSEL TOPLANTISI



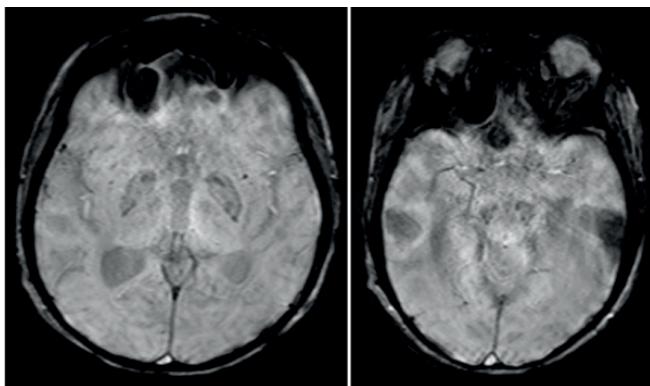
**BİLİMSEL SEKRETERYASI**  
**Türk Radyoloji Derneği**  
Konak Mahallesi, 858. Sokak  
No: 2 Çakiroğlu İş Hanı K: 5 D: 55 Konak/İZMİR  
Tel : +90 232 446 75 96 Faks : +90 232 446 75 96  
W: [www.tmrdr.org.tr](http://www.tmrdr.org.tr) – E: [tmrd@tmrd.org.tr](mailto:tmrd@tmrd.org.tr)

  
**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](http://www.serenas.com.tr)  
E: [info@tmrd2023.org](mailto: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](http://www.bayt.com.tr)



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



**Resim.** Aksiyal kesit swi görüntüyü, 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 Dinçkal<sup>1</sup>, Emre Emelek<sup>2</sup>, Suzan Şaylısoy<sup>2</sup>, Uğur Toprak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

<sup>2</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

**Giriş:** Serebral amiloid anjiopatisi (SAA) amiloid-beta ( $A\beta$ ) proteinlerinin leptomeningeal ve kortikal damar duvarında birliğiği ileri yaş hastalarda karşılaştığımız küçük damar hastalığıdır. Yavaş progresyon göstermesi nedeniyle asemptomatik hastalarla sık karşılaşılırken; lobar intraserebral kanama, serebral mikrohemoraj ve mikroinfarktlar, serebral amiloid anjiopati ilişkili inflamasyona (SAA-II) 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-II 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 encefalopati kliniği nedeniyle yapılan görüntülemelerde SAA-II ile uyumlu radyolojik bulguları saptanan bir hastayı sunmayı amaçladık.

**Olgu Sunumu:** 84 yaşında erkek hasta acil servise sabah uyanındığında başlayan anlamsız konuşma, sınırlılık, 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 ekstremitede kas

gücü 4/5 olarak değerlendirilen hastanın konuşmasında peltekleşme fark edildi. Acil serviste Bilgisayarlı Tomografi (BT), BT Anjiyografi ve Difüzyon Ağırlıklı Görüntüleme tettikleri istenilen hastada akut hemoraji ya da iskemi düşündürecek patoloji saptanmadı. Genel durumda ve nörolojik muayenesinde düzelleme olmayan hastanın servis takiplerinde çekilen kontrastlı beyin MRG'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-II ve buna bağlı encefalopati tablosu ile uyumlu olan hastaya deksametazon tedavisi başlandı ve hastanın kliniğinde düzelleme görüldü. Nörolojik bulguları gerileyen hasta tedavisine devam edecek şekilde taburcu edildi. Bir ay sonra çekilen kontrastlı kranial 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 deficit gibi semptomlar varlığında SAA-II akla getirilmeli ve özellikle T2AG ve SWI sekanslarında tipik radyolojik bulguların varlığı değerlendirilmelidir [3]. İnflamasyona ikinçil vazogenik ödemini düşündüren T2AG veya FLAIR görüntüde beyaz cevherde hiperintensiteler, T2AG ve SWI sekanslarında kortikal-subkortikal en az bir hemorajik lezyon varlığında SAA-II tanısından şüphelenilmelidir [5]. SAA'nın şu an için bilinen etkin bir tedavisinin olmamasına karşın SAA-II, bu olgu sunumunda da olduğu gibi immunsupresif tedaviden fayda görmekteki. Ampirik kortikosteroid tedavisi ile SAA-II şüphesi olan hastalarda semptomların hafifletilmesi, radyolojik bulguların gerilemesi ve prognозunu iyileştirmesi sağlanabilir [6].

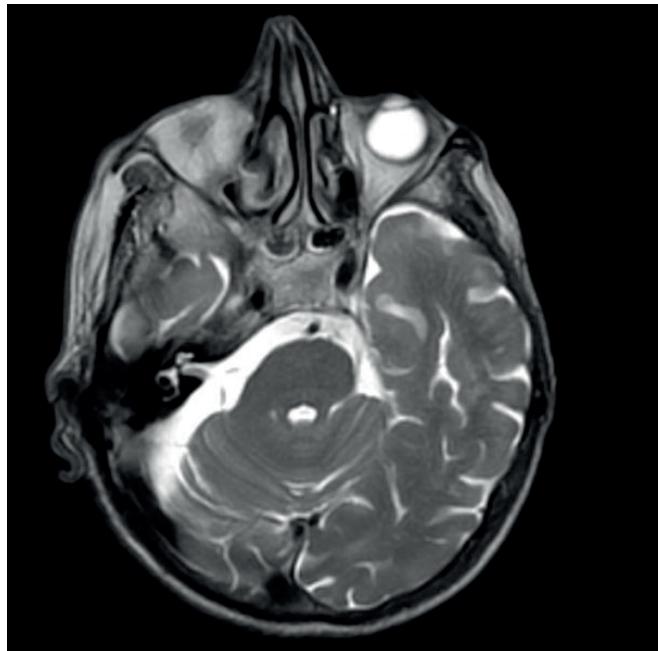
**Anahtar Kelimeler:** Amiloid Encefalopatisi, Amiloid Anjiopatisi, Encefalopati

## Kaynaklar

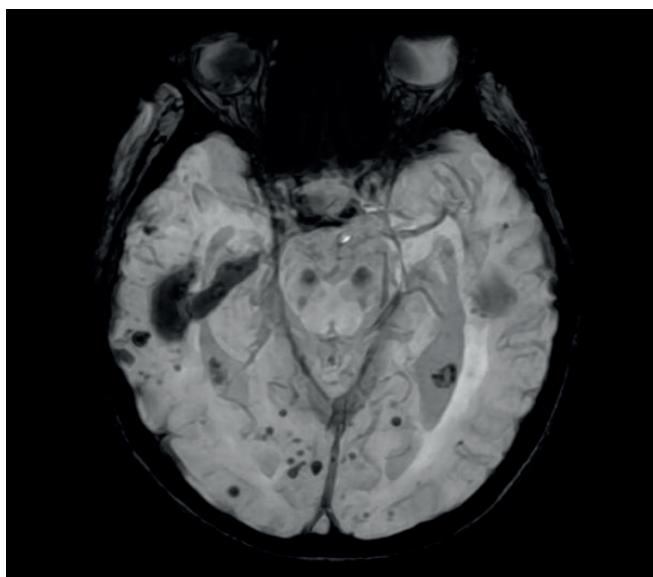
1. Gürol ME. Cerebral Amyloid Angiopathy. Turk J Neurol 2009;15:1.
2. Swarup O, Barker JL, Watson R, Davis SM, Campbell BCV, Yassi N. Cerebral amyloid angiopathy: clinical presentations and management challenges in the Australian context. Intern Med J. 2023;53:907-916.
3. Wu JJ, Yao M, Ni J. Cerebral 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, Gurol ME, Ni J, Van Etten ES, Martinez-Ramirez S et al. Validation of Clinicoradiological 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 alanın gerilediği izleniyor.



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

## Pediatrik Radyoloji

PS-047

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

Ayşenur Kahveci<sup>1</sup>, Ayşe Kalyoncu Uçar<sup>1</sup>, Ali Ekber Hakalmaz<sup>2</sup>, Mehmet Elicevik<sup>2</sup>, Sebuh Kurugoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-cerrahpaşa Tip Fakültesi, Radyoloji Abd.

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-cerrahpaşa Tip 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 büyümeyele presente olan benign ve nadir bir durumdur. (1). Daha çok genç kadınlarda ve primer nedenlerle (%85) gelisir (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 doğrudan tanımı gereksiz ooferektomileri 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 kadran ağrısı ile başvurdu. FM'de sol alt kadранda hassasiyet ve defans mevcuttu. Labaratuvar 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 alınamamaktaydı. Ayırıcı tanının doğru yapılabilmesi adına yapılan MR incelemede overde belirgin boyut artışı yanısıra T2AG'de stromal ödem destekleyen intensite artışı, periferde itilmiş milimetrik foliküler, 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