



Türkiye  
ÇOCUK NÖROLOJİSİ  
Derneği

# III. MERSİN ÇOCUK NÖROLOJİSİ KIŞ SEMPOZYUMU

26-28 Ekim 2023, Mersin HiltonSA

**KONUŞMA VE BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI**

ORGANİZASYON SEKRETERYASI

SOLO EVENT

Tel: 0212 279 00 20 • Faks: 0212 279 00 35

E-Mail: [mersinpednoro2023@soloevent.net](mailto:mersinpednoro2023@soloevent.net)

**SOLO**  
event

## DAVET

Sevgili Meslektaşlarımız,

III. Mersin Çocuk Nörolojisi Kış Sempozyumu, Türkiye Çocuk Nörolojisi Derneği tarafından 26 - 28 Ekim 2023 tarihleri arasında Hilton Otel, Mersin'de düzenlenecektir. Sempozyum programımız çeşitli kurslar, paneller, günlük pratiğimize yönelik olgu bazlı sunumlar ve konferanslardan oluşmaktadır. Sempozyumumuzun bu yıl ki teması: "Klinik Çocuk Nöroloji: Semptomdan Teşhise, Teşhisten Tedaviye" 'dir. Sempozyumumuzun hedef kitesini çocuk nörolojisi yan dal asistanları ve uzmanları oluşturmaktadır.

Yoğun bilimsel programımızın yorgunluğunu sosyal aktivitelerle hafifletmeye çalışacağız. Sempozyum düzenleme kurulu adına sizleri 26 - 28 Ekim 2023 tarihleri arasında Mersin'de yapılacak olan III. Mersin Çocuk Nörolojisi Kış Sempozyumu'na davet etmekten mutluluk ve onur duyuyorum.

Sempozyumumuz değerli konuşmacılar, hekimler ve sizlerin katılımıyla güzelleşecektir. 26 - 28 Ekim 2023 tarihlerinde Mersin'de buluşmak dileğiyle.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Çetin Okuyaz

Sempozyum Başkanı

### III. MERSİN ÇOCUK NÖROLOJİSİ KIŞ SEMPOZYUMU

26-28 Ekim 2023, Mersin HiltonSA

27 Ekim 2023, Cuma	
13:00-13:30	<b>Açılış</b>
13:30-14:50	<b>Prof. Dr. Ayşe Serdaroğlu Oturumu - Epilepsi Kursu</b>
	<b>Oturum Başkanları: Kıvılcım Gücüyener, Şakir Altunbaşak</b>
13:30-13:50	Süt Çocuğu ve Çocukta Sık Görülen Nonpileptik Paroksizmal Fenomenler <b>Dr. Ayşe Serdaroğlu</b>
13:50-14:10	LGS ve Dravet Sendromunda Güncel Tedavi Yaklaşımları <b>Dr. Kürşad Aydın</b>
14:10-14:30	Dirençli ve Süper Dirençli Status Epileptikusta Güncel Tedavi Yaklaşımı <b>Dr. Ebru Arhan</b>
14:30-14:50	Tartışma
14:50-16:10	<b>Prof. Dr. Kıvılcım Gücüyener Oturumu</b>
	<b>Oturum Başkanı: Ayşe Serdaroğlu</b>
14:50-15:10	Riskli Bebek Takibi ve Serebral Palsinin Erken Tanısı <b>Dr. Kıvılcım Gücüyener</b>
15:10-15:30	Dirençli Yenidoğan Nöbetleri ve Antiepileptik Dışı Tedavi Seçenekleri <b>Dr. Sema Saltık</b>
15:30-15:50	Senkop Düşünülen Çocuğa Yaklaşım <b>Dr. Neşe Çıtak Kurt</b>
15:50-16:10	Tartışma

### III. MERSİN ÇOCUK NÖROLOJİSİ KIŞ SEMPOZYUMU

26-28 Ekim 2023, Mersin HiltonSA

16:10-16:40	<b>Kahve Arası</b>
16:40-18:00	<b>Oturum - 3</b>
	<b>Oturum Başkanı: Hakan Gümüş</b>
16:40-17:00	Akut Toksik ve Metabolik Ensefalopatili Çocuğa Yaklaşım <b>Dr. Şanlıay Şahin</b>
17:00-17:20	Çocuklarda Stupor ve Komaya Yaklaşım <b>Dr. Deniz Yüksel</b>
17:20-17:40	Global Gelişim Geriliği Olan Çocuğa Yaklaşım <b>Dr. Mehmet Canpolat</b>
17:40-18:00	Tartışma

27 Ekim Cuma / 16:10-18:00	
SÖZLÜ BİLDİRİ SALONU	
SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU-1 GÜLEN GÜL MERT, ESRA SARIGEÇİLİ	
SS-1	MPV17 ilişkili Hepatoserebral Mitokondriyal Deplesyon Sendromunda Nadir Bulgu Hipoparatiroidi - <b>Murat Ersoy</b>
SS-2	Distoni Ayırıcı Tanısında Ultranadir Metabolik Hastalık: PCDD Tanılı İki Kardeş - <b>Fehime Erdem</b>
SS-3	Seronegatif Uzun Segment Transvers Miyelit (letm): Benzer Başlangıç, Farklı Klinik Seyir - <b>Büşra Filiz Genç</b>
SS-4	Çocuklarda Dirençli Epilepsi ve Hipertansiyon İlişkisi - <b>Özge Tanıdır Artan</b>
SS-5	Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Suda Boğulma Vakalarının Retrospektif Değerlendirilmesi - <b>Ümit Korkmaz</b>
SS-6	Pediyatrik Migren Hastalarında Epistaksis Kliniği; Aura mıdır? - <b>Saliha Yavuz Eravcı</b>
SS-7	Kretinin Kinaz Yüksekliği: Etiyolojide Her Zaman Nöromusküler Hastalık mı Var? - <b>Furkan Donbaloğlu</b>
SS-8	Nörofibromatozis Tip 1 Tanısı ile İzlenen Hastaların Klinik Özellikleri: Tek Merkez Deneyimi - <b>Sibgatullah Ali Orak</b>
SS-9	Katılma Nöbeti Tanısıyla İzlenen Hastaların Nörogelişimsel Durumlarının Değerlendirilmesi - Tek Merkez Deneyimi - <b>Özlem Ersoy</b>

### III. MERSİN ÇOCUK NÖROLOJİSİ KIŞ SEMPOZYUMU

26-28 Ekim 2023, Mersin HiltonSA

SS-10	Çocuklarda Guillain Barre Sendromunun Ciddiyeti ile İlişkili Risk Faktörlerinin ve Ciddi Guillain Barre Sendromu Hastalarında Mekanik Ventilasyon İhtiyacının Belirleyicilerinin Değerlendirilmesi - <b>Gül Yücel</b>
SS-11	yenidoğan yoğun bakım ünitesinde anti nöbet ilaç başlanan hastaların değerlendirilmesi - <b>Esra Ülgen Temel</b>
SS-12	Ev Videoları Çocuk Nöroloji Pratiğinde Ne Kadar Önemli? - <b>Pınar Özbudak</b>
SS-13	Fasiyal Paralizi Tanılı Hastalarının Değerlendirilmesi - <b>Betül Diler Durgut</b>
SS-26	Akut serebellit etyolojisinde nadir bir neden: C3 C4 Enfarkti - <b>Özlem Ersoy</b>

27 Ekim Cuma / 15:30-16:30

**POSTER BİLDİRİ OTURUMU**  
**TANER ÇELİK, MELTEM DİREK**

PP-1	Epilepsi ve Hiperaktivite ile Giden İki CHD2 Olgusu - <b>Filiz Mihçı</b>
PP-2	Mikoplazma ilişkili bir Guillain Barre Sendromu Olgusu - <b>Fatma Erk Karadeniz</b>
PP-3	Moya-Moya Hastalığı ile İlgili Bir Olgu Sunumu - <b>Fatma Erk Karadeniz</b>

### III. MERSİN ÇOCUK NÖROLOJİSİ KIŞ SEMPOZYUMU

26-28 Ekim 2023, Mersin HiltonSA

PP-4	Opsoklonus, Myoklonus Sendromu ile Prezente Olan Bir Nöroblastom Olgusu - <b>Fatma Erk Karadeniz</b>
PP-5	Topiramatin Nadir Görülen Yan Etkisi: Deliryum - <b>Fatma Erk Karadeniz</b>
PP-6	Venöz Sinüs Trombozu ile Prezente Olan bir Nörobeçet Olgusu - <b>Fatma Erk Karadeniz</b>
PP-7	İntrakranial Hipotansiyona Bağlı Başağrısında Epidural Kan Yaması Tedavisi - <b>Kıymet Keçelioğlu Binnetoğlu</b>
PP-8	Sistemik Lupus Eritematozus ve Marfan Sendromlu Olguda Nöropsikiyatrik Tutulum: Moyamoya Hastalığı - <b>Ahmet Girgeç</b>
PP-9	İlerleyici yürüyüş bozukluğu ve ataksi ile başvuran Charlevoix-Saguenayın Otozomal Resesif Spastik Ataksisi (ARSACS)-Dört Olgu Sunumu - <b>Özlem Ersoy</b>
PP-10	Semptomdan Tanıya: Konversiyon, Orta Serebral Arter Enfarktüsü, Subaraknoid Kanama - <b>Ezgi Çağlar</b>
PP-11	Yıllar Sonra Anti NMDA Reseptör Pozitifliği Saptanan Bir Ensefalit Olgusu - <b>Ezgi Çağlar</b>

### III. MERSİN ÇOCUK NÖROLOJİSİ KIŞ SEMPOZYUMU

26-28 Ekim 2023, Mersin HiltonSA

12:10-13:30	<b>Öğle Yemeği</b>
	<b>Oturum - 3</b>
13:30-14:50	<b>Oturum Başkanı: Dr. Çetin Okuyaz</b>
13:30-13:50	Çocuk Nörolojisinde Beslenmenin Değerlendirmesi ve Beslenme Ürünleri  <b>Dr. Kürşad Bora Çarman</b>
13:50-14:10	Akut Ataksili Çocuğa Yaklaşım <b>Dr. Ali Cansu</b>
14:10-14:30	Çocuk Nörolojisinde Etik Sorunlar ve Karar verme <b>Dr. Oya Ögenler</b> <b>Dr. Selda Okuyaz</b>
14:30-14:50	Tartışma
	<b>Oturum - 4</b>
14:50-16:10	<b>Oturum Başkanı: Göknur Haliloğlu</b>
14:50-15:10	Hipotonik Bebeğe Yaklaşım <b>Dr. Özlem Hergüner</b>
15:10-15:30	Akut Paparezili Çocuğa Yaklaşım <b>Dr. İlknur Erol</b>
15:30-15:50	Tedavi Edilebilir Nöromüsküler Hastalıklarda Güncel Durum <b>Dr. Uluç Yiş</b>
15:50-16:10	Tartışma



### III. MERSİN ÇOCUK NÖROLOJİSİ KIŞ SEMPOZYUMU

26-28 Ekim 2023, Mersin HiltonSA

28 Ekim 2023, Cumartesi	
09:00-10:20	<b>Oturum - 1</b>
	<b>Oturum Başkanı: Serdal Güngör</b>
09:00-09:20	Çocuk Nörolojisinde Hangi Hastada Hangi Genetik Testi Ne Zaman İstemeli? <b>Dr. Semra Hız Kurul</b>
09:20-09:40	Genetik Test Sonuç Raporunu Yorumlamak <b>Dr. Pınar Gençpınar</b>
09:40-10:00	Çocuklarda Akut Hareket Bozukluklarına Yaklaşım <b>Dr. Nesrin Şenbil</b>
10:00-10:20	Tartışma
10:20-10:50	<b>Kahve Arası</b>
10:50-12:10	<b>Oturum - 2</b>
	<b>Oturum Başkanı: Hüseyin Per</b>
10:50-11:10	Akut Otoimmün Ensefalit Ne Zaman Düşünülmeli, Nasıl Yaklaşılmalı? <b>Dr. Şenay Haspolat</b>
11:10-11:30	Akut Görme Kaybı Olan Çocuğa Yaklaşım <b>Dr. Nihal Dünder</b>
10:30-11:50	Akut Şiddetli Başağrılı Çocuğa Yaklaşım <b>Dr. Cengiz Dilber</b>
11:50-12:10	Tartışma
16:10-16:40	<b>Kahve Arası</b>
16:40-18:00	<b>Oturum - 5</b>
	<b>Oturum Başkanı: Mustafa Kömür</b>
16:40-17:00	Çocuk Nörolojisinde Akılcı İlaç ve IVIG Kullanımı <b>Dr. Rojan İpek</b>
17:00-17:20	Kongre Hatırları
17:20-17:40	<b>Kapanış</b>

28 Ekim Cumartesi/ 14:30-16:30	
SÖZLÜ BİLDİRİ SALONU	
SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU-2 HABİBE KOÇ UÇAR, MAHMUT ASLAN	
SS-14	Çocukluk Çağı Akut Dissemine Ensefalomyelit Olgularının Değerlendirilmesi - <b>Günce Başarır</b>
SS-15	Febril Konvülsiyonda Seruloplazmin Düzeyi - Deniz Honamlı
SS-16	Epilepsili Çocuklarda Uyku Alışkanlıklarının ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisinin Değerlendirilmesi - <b>Fatih Mehmet Akif Özdemir</b>
SS-17	Dijital Dönemde Çocukların Mobil Cihaz Kullanımı ve Ebeveyn Bilgi Düzeyi: Kesitsel Bir Araştırma - <b>Çağatay Günay</b>
SS-18	Febril Konvülsiyonun Diurnal/Mevsimsel Ritmi - <b>Cansu Aydın</b>
SS-19	Çocuk Acile Başvuran Epilepsi Tanılı Hastaların Özellikleri - <b>Cansu Aydın</b>
SS-20	Epilepsi Tanısı olmayan Otizimle takipli Çocukların Ebeveynlerinde Epilepsi Bilgi ve Tutum Değerlendirmesi - <b>Pembe Gültutan</b>
SS-21	Dirençli Epilepsi Tanılı Çocuklarda Magnetik Rezonans Görüntüleme İle Serebral Ve Serebellar Hacim Değerlendirilmesi - <b>Hilal Altaş</b>

### III. MERSİN ÇOCUK NÖROLOJİSİ KIŞ SEMPOZYUMU

26-28 Ekim 2023, Mersin HiltonSA

SS-22	İdiyopatik İntrakraniyal Hipertansiyon (İİH) Tanılı Çocuk Hastalarda ve Ebeveynlerinde Psikiyatrik Belirtiler - <b>Manolya Panpallı</b>
SS-23	Dirençli Epilepsi Tanılı Hastaların Nöbet Sıklığının Ebeveyn Anksiyete ve Tükenmişliğine Etkisi - <b>Lütfiye Çilkol Bayram</b>
SS-24	Çocuklarda posterior reverzibl ensefalopati sendromu: Mersin Üniversitesi 14 yıllık deneyimi - Fatma Durak
SS-25	Çocuklarda Özgül Öğrenme Güçlüğünde 2P:4P Oranının İlişkisi - <b>Rojan İPEK</b>
SS-27	Akut Serebellit Etyolojisinde Nadir Bir Neden: C3 ve C4 Vertebral Arter Trombüsü - <b>Ezgi Çağlar</b>



Türkiye  
ÇOCUK NÖROLOJİSİ  
Derneği

## III. MERSİN ÇOCUK NÖROLOJİSİ KIŞ SEMPOZYUMU

26-28 Ekim 2023, Mersin HiltonSA

---

# KONUŞMA ÖZETLERİ

## Çocuk Nörolojisinde Etik Sorunlar ve Karar Verme

Doç Dr Oya ÖGENLER\*, Dr. Öğrt. Üyesi Selda OKUYAZ\*

\*Mersin Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik ANABİLİM DALI

[oyaogenler@mersin.edu.tr](mailto:oyaogenler@mersin.edu.tr), [sdokuyaz@mersin.edu.tr](mailto:sdokuyaz@mersin.edu.tr)

Son yıllarda tüm teknolojik ürünlerdeki gelişmeler yanı sıra çocuk nörolojisi alanındaki tıbbi müdahalelerdeki ilerlemeler hastaların yaşam sürelerini uzatmıştır. Ancak beraberinde alana özel etik sorunların da artmasına vesile olmuştur.

Hekimlerin karar verme sürecinde ciddi nörolojik bozuklukları olan hastalarda karşılaştığı etik ikilemler büyük bir zorluk kaynağıdır. Bu çalışma, çocuk nörolojisinin etik boyutunu analiz ederek, hastaların özerklik seviyelerine duyarlı rehberlik prosedürleri önermeyi amaçlamaktadır.

Hekim-hasta ilişkisinde, çocuğun yaşamıyla ilgili gerçekleri açıklamanın zorlukları, hastalık hakkında ebeveyne bilgilendirilmiş onam verme karmaşıklığı ve hastalığın izlenmesi ile yetişkinlikte takip organizasyonunun toplumsal sorumluluğu gibi etik konular tartışılmalıdır. Özel hastalıklara yönelik teknolojinin maliyet etkinliği, genetik araştırmalara çocukların dahil edilmesi, doğum öncesi danışmanlık, neonatal ensefalopati ve kalıcı bitkisel yaşam gibi durumlar da ele alınmalıdır.

Özerklik ilkesi ve hastanın ihtiyaçları arasındaki çatışmalar, hekimlerin geleneksel paternalist yaklaşımını sorgulatabilir. Türkiye'de ebeveynler, reşit olmayan çocuklarının tedavi kararlarına sahiptir, ancak bazı durumlarda devlet müdahalesi gerekebilir. Hekimler, etik ikilemleri yönetmek için tıbbi etik ilkeleri kullanmalı ve paylaşılan karar yaklaşımını teşvik etmelidir.

Sonuç olarak çocuk nörolojisi alanında etik sorunlar, hastaların yaşam kalitesi ve çocuğun özerkliği gibi önemli konuları içerir. Hekimlerin etik ikilem çözümünde hasta, aile ve toplumun iyi çıkarlarını koruma görevini üstlenebilmesi farkındalıkları sayesinde gerçekleşir.

Anahtar Kelimeler: Tıp Etiği, Etik Sorun, Klinik Etik Karar Verme, Çocuk Nöroloji

**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nörolojisi BD****3. Mersin Çocuk Nörolojisi Kış Sempozyumu****28 Ekim 2023, 09:00-09:20****Konuşma Özeti****ÇOCUK NÖROLOJİSİNDE HANGİ HASTADA HANGİ GENETİK TESTİ NE ZAMAN İSTEMELİ?**

Çocuk nörologları olarak en önemli sorumluluğumuz hastalarımızın fenotipini, öykü alarak, ayrıntılı fizik muayene yaparak, kan tahlilleri, tanısal görüntülemeler veya elektrofizyolojik incelemeleri değerlendirerek belirlemek ve böylece tanı koymak, sonrasında da hastalarımızı tedavi etmektir. Ancak bu süreç her zaman kolay olmamaktadır. Neredeyse her gün tanı ve tedavisi zor olan pek çok karmaşık, nadir nörojenetik hastalıklarla karşı karşıya kalmaktayız. Bu hastalıklar nadir olarak isimlendirilse de aslında hekimlerin yüzyüze olduğu sık problemlerdir. Nadir hastalıklar 1/2000'den daha nadir prevalansa sahip hastalıklara verilen isimdir. Tanımlanmış yaklaşık 7000 nadir hastalık vardır ve bunların yaklaşık %80'inin genetik etiyojolojiye sahip olduğu bilinmektedir. Nörolojik sistem tutulumu hastaların çoğunda bildirilmiştir. Nadir hastalığa sahip bireylerin yaklaşık %50'si pediatrik yaş grubundadır. Gerek pediatrik gerekse yetişkin yaş gruplarında prevalans ve mortalite nörolojik hastalıklarda yüksek saptanmıştır. Bu noktada genetik alanındaki ilerlemeler tanıda destek sağlamış, özellikle ileri nesil dizileme (NGS) teknolojileri çoğu hastalıkta tanı algoritmasının bir parçası haline gelmiştir. Öte yandan, bu yöntemler genetik tanı sürecini kolaylaştırırken, aynı zamanda sonuçların yorumlanmasındaki karmaşıklık da artmıştır. Artık bu süreçte tanı koyma görevi olan klinisyenler için doğru genetik testleri uygun hastada ve uygun zamanda doğrulukla isteme gerekliliği doğmuştur. Öyle ki yanlış genetik test seçimi tanısal yolculuğu (tanısal odyssey) uzatabilmektedir. Özetle, doğru tanı ve tedavi seçimi için doğru hastada doğru zamanda doğru testin seçilmesi büyük önem arz etmektedir.

Hastalıklara yol açan genetik bozukluklar çok çeşitlidir ve genom boyunca çok çeşitli lokalizasyon, boyut ve şiddette olabilirler. Bu anormallikler kromozom sayısı seti anormallikleri veya trizomiler gibi kromozomların yapısal veya sayısal anormalliklerine bağlı olabilir. İnsersiyon, delesyon, duplikasyon, inversiyon ya da translokasyon gibi kromozomun bir kısmının değişikliği gözlemlenebilir. Bu anormallikler birden fazla gen içeren DNA değişiklikleri (delesyon, duplikasyon) olarak karşımıza çıkabilir. Tek bir gen içinde ise ekzonların değişikliği (daha küçük delesyon, insersiyon ve duplikasyonlar) veya nükleotid değişimi şeklinde karşımıza çıkabilir. Lokus spesifik trinükleotid tekrarları ya da tüm genoma yayılmış epigenetik bozukluklar izlenebilir.

**Genetik hastalıkların oluş mekanizması ve pratikte kullanılan genetik testler:**

Karyotip analizi ışık mikroskopunda görülebilen kromozomlardaki 5-10 megabaz (Mb)'dan daha büyük değişiklikleri saptamaya yarayan bir yöntemdir. Işık mikroskopisi ile görülemeyen boyuttaki değişiklikleri tespit etmek için nükleotid düzeyindeki değişiklikleri saptayabilen moleküler genetik analizler (ileri nesi dizileme analizleri) kullanılmaktadır. Moleküler sitogenetik analizler ise ışık mikroskopisiyle görülemeyen ancak nükleotid düzeyinden büyük değişiklikleri (delesyon/duplikasyon) saptamak için kullanılır. Bu testler floresan insitu hibridizasyon (FISH), kromozomal mikroarray (CMA) ve multipleks ligand bağlı prob amplifikasyon (MLPA) gibi yöntemlerdir.

Karyotip analizi kromozomal anormallikleri saptarken, CMA, MLPA ve FISH değişik boyutlardaki kopya sayısı değişikliklerini saptayabilir. NGS ve Sanger dizi analizleri nükleotid değişikliklerini tespit etmeyi sağlar. Trinükleotid tekrarları için geleneksel olarak Southern blot ve polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) kullanılsa da güncel çalışmalarda tüm genom dizilemenin (WGS) de oldukça yüksek sensitivite ve spesifitede kullanılabileceği gösterilmiştir. Metilasyon araştırmaları ise epigenetik bozuklukları saptamaya yönelik olarak kullanılabilmektedir.

Kromozom analizi ışık mikroskobunda görülebilir boyuta sahip değişiklikleri tespit etmeye yönelik farklı yaklaşımlar (G-bantlama, C-bantlama, yüksek rezolüsyonlu bantlama) kullanabilen çözünürlüğün 5-10 Mb DNA ile sınırlı kaldığı bir yöntemdir. Ancak bu bölgelerin düzinelerce gen içerdiği akılda tutulmalıdır. Özellikle hastalarda **multipl konjenital anomali, dismorfik yüz, zihinsel gerilik** gibi klinik tablolarla karşılaşıldığında kromozom analizi incelemesi tercih edilmelidir. Dirençli epilepsi olan hastalarda kromozom düzeyinde en sık saptanan anormallik ring 20 kromozomdur. Bu nedenle açıklanamayan dirençli epilepsi olgularında bu durum unutulmamalı, seçilmiş olgularda kromozom analizi istenmelidir.

FISH, floresan mikroskopta tespit edilebilir ve lokus spesifik tanımlama özelliklerine sahip genellikle 3 Mb'den düşük, delesyonlar için 100 kilobaz (kb), duplikasyonlar için 500 kb'dan büyük değişiklikleri tanımlamaya yardımcı bir yöntemdir. Ticari olarak üretilmiş, baz dizisi bilinen, florokrom işaretli DNA parçaları (prob) hastaya ait DNA ile karşılaştırılır (hibridize edilir). Bu yöntem ile mikrodelesyon, mikroduplikasyon ve translokasyon sendromlarının tanısı konulabilir. Tanımlanmış birçok mikrodelesyon ve mikroduplikasyon sendromu bulunmaktadır. Bunlardan en çok bilinenleri Wolf-Hirschhorn (4p16.3 del) sendromu, Cri-du-chat sendromu (5p-), Williams sendromu (7q11.23 del), Miller-Dieker sendromu (17p13.3 del) ve 15q11-13 bölgesinde sırasıyla paternal ve maternal delesyonun ön planda olduğu Prader Willi sendromu ve Angelman sendromudur.

Kromozomal mikroarray ise fenotipik özellikleri ile tanıdık bir mikrodelesyon ya da mikroduplikasyon sendromuna uymayan ve tek gen hastalığı düşünülmeyen hastalarda tanısız olabilecek bir testtir. Bu yöntemde hasta ve kontrol örnekleri etiketlenip birlikte hibridize edilerek kontrole göre kayıp ve kazanç alanlarının monitorizasyonu sağlanmaktadır. Bu yöntem ile 0.5-1 kb üzerindeki 10 kb'a kadar olan kopya sayısı değişiklikleri (CNV) saptanabilmektedir.

İleri nesil dizileme analizleri ilk bakışta sorumlu tek bir genin tanımlanamadığı, spesifik bir klinik tanısız özelliği olmayan ve mevcut klinik özelliklerin çok farklı genetik nedenlerle ortaya çıkabileceği hastalarda kullanılmaktadır. Bu analizde ilk önce DNA parçaları ve elde edilen bu parçalara adaptörler eklenir. Farklı tekniklerle PCR uygulandıktan sonra floresan işaretli nükleotidlerle enzimatik uzatma yapılır. Son aşamada görüntülü array ile dizi ortaya konur. İleri nesil dizi analizleri kapsama büyüklüğüne göre sırasıyla tüm genom dizileme (WGS), tüm ekzom dizileme (WES), klinik ekzom dizileme (CES) ve gen paneli dizileme şeklindedir. Bunlardan CES, bugüne dek herhangi bir hastalık ile ilişkili olduğu saptanmış  $\cong 7000$  genin dizilenmesidir. WGS analizinde ekzonlar, intronlar ve diğer kodlamayan bölgeler ile bütün genomun dizilenmesi yapılmaktadır. Pahalı ve zaman alıcı olmasının yanı sıra bilinmeyen bölgelerin değerlendirilmesinin zorluğu dezavantajlarıdır. Hastaların tetkik sürecinde rutin olmamakla birlikte WES tanısız olmadığında düşünülebilir. Sadece ekzonların dizilendiği WES'te genomun %1-2'si incelenmiş olsa da insanlarda hastalıklarla ilişkilendirilmiş tüm bilinen varyantların yaklaşık %85'i taranmış olmaktadır. Yaklaşık 20.000 gendeki kırılma (+/- 15-20 nükleotid) ve 5' ve 3' UTR bölgeleri bu inceleme ile değerlendirilebilmektedir. Sonuçların Sanger dizileme ile doğrulanması önerilmektedir. WES yönteminin iki önemli dezavantajı bulunmaktadır: Birincisi intronik ve düzenleyici bölgelerdeki varyantları tespit edememesidir. Diğeri ise trinükleotid tekrarları ve kopya sayısı değişikliklerini saptamadaki düşük sensitivitesidir.

Sanger dizi analizi tek gen hastalığı düşünülen hastalarda baz düzeyindeki eksiklikleri tanımlamakta altın standart kabul edilir. Özellikle hastalık ön tanısının olduğu, sorumlu genin tanımlandığı durumlarda tanıyı doğrulamakta kullanılmaktadır. DNA nükleotid dizisinin otomatik analiz cihazları ile ortaya çıkartılması esasına dayanmaktadır.

Gen panelleri hedefli ileri nesil dizileme yöntemleri olup 5-10 ile 500-1000 gen içerecek şekilde tasarlanabilmektedir. Benzer fenotip yaratan çok sayıda genin varlığı ile ilişki hastalıkların, örneğin

kalıtsal nöropatiler, miyopatiler, nöromuskuler kavşak hastalıkları, epilepsi sendromları, ataksi, zihinsel gerilik, otizm spektrum bozukluğu, rasopatiler gibi, tanısında faydalı olmaktadır. WES'e göre en önemli avantajı panellerde kapsama alanı %100'e yakın olabilirken bu oranın WES için %90-95 seviyelerinde kalmasıdır. Aynı zamanda daha hızlı ve ucuz bir yöntemdir. Öte yandan WES yeni genleri tanımlar ve aday genleri saptayabilir. Ayrıca verilerin biyoinformatik analizinin gelecekte tekrar yapılabilmesi mümkündür.

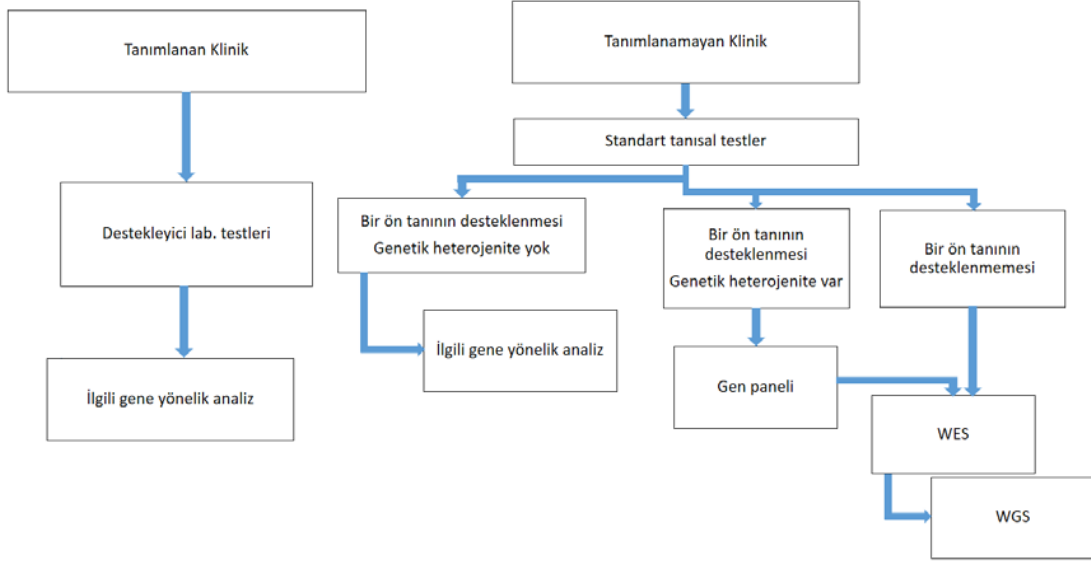
Varyant anlamlandırmada benign, olasılıkla benign, önemi bilinmeyen varyant (VUS), olası patolojik ve patolojik şeklinde sonuçlar elde edilir. Bu sonuçlarda patolojik ya da benign demek için veri tabanlarında yeterli kanıtın olmadığı durumlarda sonuçlar VUS olarak raporlanmaktadır. Bu durumda klinik yeniden değerlendirme, tamamlayıcı aile genotipleme ve başlangıçta gözden kaçan minör klinik özelliklerin tekrar analiz edilmesi ile sonuç bir ölçüde çözümlenebilir.

#### **Tanı koymak için hangi hastada hangi genetik testi ne zaman isteyelim?**

Doğru testin belirlenmesinde ilk ve en önemli basamak klinik betimlemenin iyi yapılmasıdır. Fenotipik belirti ve bulguların eksiksiz, doğru ve detayı ile kaydedilmesi, laboratuvar, nörogörüntüleme, nörofizyolojik ve metabolik testlerin ayrıntılı şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Derin fenotipleme sonrası ne tip bir hastalıkla uğraşıldığı tespit edilmeye çalışılıp ardından bu hastalıkta daha sık olan genetik bozukluklara yönelik tetkiklerin planlaması yapılmalıdır. Örneğin Duchenne musküler distrofi ve spinal musküler atrofi ile ilgili ekzonlarda delesyon ve duplikasyon diğer mutasyon çeşitlerine göre daha sık saptanır. Bu yüzden ilk aşamada MLPA analizinin tercih edilmesi önerilmektedir. Benzer şekilde Charcot-Marie-Tooth hastalığı tip 1A düşünülen bir hastada *PMP22* genindeki duplikasyonu göstermek şeklinde MLPA yapılmalıdır. Friedreich ataksisi, Frajil X sendromu, spinoserebellar ataksiler ve miyotonik distrofiler ise trinükleotid tekrar bozuklukları olup PCR ve Southern blot teknikleri tercih edilmelidir. Epileptik ensefalopatiler ve farklı klinik belirti ve bulgularla seyreden nörometabolik hastalıklara yönelik nükleotid seviyesindeki değerlendirmeler için gen panelleri, WES ya da WGS kullanılabilir. Mikrodelesyon sendromları (Prader Willi sendromu, Angelman sendromu, Miller Dieker sendromu gibi) tanısında FISH yöntemi ön plana çıkmaktadır. Tanıdık sendroma uymayan, kompleks fenotipe sahip hastalarda olası kopya sayısı değişikliklerini saptamak için CMA kullanılabilir. Kromozom analizi ise çoklu konjenital anomali, zihinsel yetersizlik, global gelişim geriliği olan hastalarda kromozomal sayı ve yapı bozukluklarının değerlendirilmesini sağlamaktadır. Mitokondriyal hastalık düşünülen hastalarda mitokondriyal DNA panelleri kullanılabilir.

Özetle öykü, fizik muayene, görüntüleme, laboratuvar, elektrofizyolojik ve diğer bulgular spesifik bir hastalık düşündürüyorsa hedefli tek gen testi istenebilir. Benzer fenotiple sonuçlanan çok sayıda gen söz konusu ise gen panelleri mantıklı bir seçenek olmaktadır. Özgül olmayan klinik bulguların ve fenotipik/genotipik heterojenitenin olduğu durumlarda ise ileri nesil dizileme analizleri kullanılabilir (Şekil 1).





Şekil 1. Nörolojik hastalıklarda genetik tanı akış şeması

Yakın gelecekte ileri nesil dizileme analizleri ile ilgili birçok yenilik olması üzerinde durulmaktadır. Geliştirilmiş WGS tekniklerinin maliyetlerin de düşmesi ile birlikte diğer dizileme testlerinin çoğunun yerini alması beklenmektedir. Daha uzun okumalara sahip "üçüncü nesil" dizileme teknolojisi ile trinükleotid tekrar bozukluklarının tespit edilebilmesi mümkün olacaktır. Her hasta için genomun dizilenmesinin, ömür boyu takip için temel oluşturacak tek seferlik bir genetik test olacağı beklenmektedir. Ayrıca WGS verilerinin hastanın durumuna ve güncellenmiş bilgilere dayanarak periyodik olarak yeniden analiz edilmesi ve yorumlanmasının mümkün olabileceği ifade edilmektedir.

**Sonuç olarak,** hastalıklarla ilişkilendirilen genlerin listesi neredeyse her gün değişmekte ve listeye yeni genler eklenmektedir. Değişen ekonomik koşullar hangi genetik testin daha düşük maliyette olacağını etkilemektedir. Genetik incelemeler nörolojik hastalıkların tanısal yaklaşımın önemli bir parçası olmakla birlikte halen hangi hastalardan hangi testlerin isteneceğine dair kanıta dayalı kesin öneriler mevcut değildir. Testlerin pahalı olması nedeniyle iyi seçilmediği takdirde ülke ekonomisine gereksiz yük getirebileceği unutulmamalı, ayrıca test sonuçlarının doğurabileceği etik ve sosyal durumlar dikkate alınmalıdır. Her çeşit genetik incelemeyi yapmadan önce çok dikkatli bir fenotipik değerlendirme yapılmalıdır. Çocuk nöroloğunun genetik bilgi ve altyapısı olsa da karmaşık test sonuçlarının yorumlanmasının ekip çalışmasını gerektirdiği unutulmamalıdır.

#### Kaynaklar:

Souche E, Beltran S, Brosens E, et al. Recommendations for whole genome sequencing in diagnostics for rare diseases. *European Journal of Human Genetics* (2022) 30:1017–1021.

Ibanez K, Polke J, Hagelstrom RT. Whole genome sequencing for the diagnosis of neurological repeat expansion disorders in the UK: a retrospective diagnostic accuracy and prospective clinical validation study. *Lancet Neurol* 2022; 21: 234–45.

Mosca Sansone Barp A, L, VA. 2021 Apr 14;11(4):701. Facilitations and Hurdles of Genetic Testing in Neuromuscular Disorders. *Diagnostics* (Basel)

Han JY, Lee IG. Genetic tests by next-generation sequencing in children with developmental delay and/or intellectual disability. *Clinical and Experimental Pediatrics* 2020;63(6):195-202.

**Akut Otoimmün Ensefalit Ne Zaman Düşünülmeli, Nasıl Yaklaşılmalı?****Dr:Şenay Haspolat****Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Çocuk Nörolojisi BD**

Ensefalopati 24 saatten uzun irritabilite, letarji, kişilik ve davranış değişikliklerinden birinin eşlik edeceği mental durum değişikliği olarak tanımlanmaktadır. Ensefalit ise beyin parankim inflamasyonudur, bu bir patolojik tanıdır. Ensefalit 'in klinik tanısı ensefalopati+ beyin parankiminin inflamasyonu bulgularından en az 3 ünün olmasıdır. Bunlar ateş (son 72 saatte) ,nöbet, fokal nörolojik bulgu BOS'ta pleositoz, EEG'de ensefalopati bulgusu veya periodik lateralizan deşarjların (PLED) olması veya radyolojik bulgu (MRG'de parankim tutulumu) bulunması şeklindedir.

Otoimmün ensefalit ise immün aracılı beyin parankimi enflamasyonudur. Otoimmünite intrasellüler antijenlere veya hücre yüzeyindeki antijenlere karşı olabilir (Ma, Ri, Yo, Hu ve glutamik asit dekarboksilaz (GAD) 65 gibi). İlk tanımlanan antikolar kanser hastalarında görülen onkonöral antikor olarak tanımlanan antikordardır. Belli kanser tiplerinde ( küçük hücreli akciğer kanseri, timoma, over teratomu gibi) bu antikolar daha sık görülür. Çocukluk çağı otoimmün ensefalitlerin çoğunluğu ise hücre yüzey antijenlerine karşı oluşan antikolara bağlıdır, kanser ilişkisi nadirdir, bu nedenle immünoterapiye yanıt çok daha iyidir (N-metil-D-aspartat reseptörü (NMDAR), leucine-rich glioma inactivated-1 (LGI1), alfa-amino-3-hidroksi-5-metil-4-izoksazolepropionik asit (AMPA), gama-aminobütirik asit (GABA), miyelin oligodendrosit glikoprotein (MOG) ve contactin-associated protein-like 2 (CASPR2) gibi)

Çocukluk çağı otoimmün ensefalitlerinde klinik bulgular psikiyatrik bulgular ( mutizm, otistik bulgular, agresif davranışlar, irritabilite , ), nöbetler, hafıza bozuklukları, okul başarısında gerileme, şuur kayıpları, fokal nörolojik bulgular ve özellikle küçük çocuklarda ve herpes ensefaliti sonrası görülen NMDAR ensefalitinde hareket bozuklukları ile hasta başvurabilir. Hareket bozuklukları ataksi, kore, distoni, miyoklonus, fasiyal ve orolingual diskinezi, tremor gibi farklı şekillerde görülebilir. Nöbetler fokal, multifokal veya jeneralize olabilir. Ayırıcı tanılar arasında psikiyatrik bozukluklar (12 yaşından önce başlayan şizofreni bulgularında otoimmün ensefalit mutlaka düşünülmalıdır) enfeksiyonlar, metabolik ve genetik bozukluklar, intoksikasyon, sistemik otoimmün hastalıklar, maligniteler, serebral vaskülitler düşünülmalıdır.

Tanıda altın standard otoimmün antikoların çalışılması ile konur. MOG antikoları serumda, diğer antikolar BOS ve serumda eş zamanlı çalışılması önerilmektedir. Beyin omurilik sıvısında hücre bulunması (genelde <100 ,mononükleer hücre ), beyin manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) hiperintens tutulumların bulunması olasıdır. Tanı anında vakaların %50'sinden fazlasında MRG ve BOS bulguları normaldir.

Tedavide kortikosteroidler, intravenöz immünoglobulin (IVIg) ve plazmaferez genellikle birinci basamak tedavi seçenekleri olarak kabul edilir.Kortikosteroid tedavisi öncelikle yüksek doz pulse steroid şeklinde verilir ,ardından hastanın klinik durumuna göre 3-6 ayda ağızdan kortizon tedavisi devam edilir. Bir diğer seçenek gene birinci basamak tedavi olarak kabul edilen intravenöz immünoglobulin (IVIg) dir. Çocukluk çağında plazmaferezin IVIG tedavisine üstünlüğü gösterilemediğinden çok fazla tercih edilmemektedir. Tedaviyeyanıt alınmadığında ikinci basamak tedavilere geçilmesi önerilmektedir. Bunlar rituksimab ve siklofosfamidir. Azotioprin ve Mikofenolat mofetil'in ise relapsı azalttığına dair yeni literatürler mevcuttur.



Türkiye  
ÇOCUK NÖROLOJİSİ  
Derneği

# III. MERSİN ÇOCUK NÖROLOJİSİ KIŞ SEMPOZYUMU

26-28 Ekim 2023, Mersin HiltonSA

---

## BİLDİRİ ÖZETLERİ

## SS-1

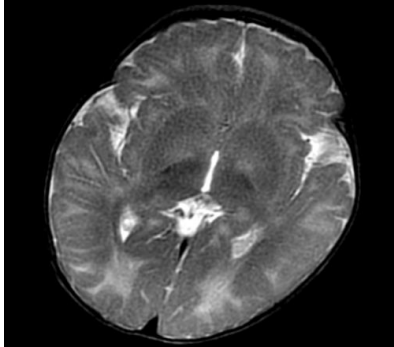
### MPV17 İLİŞKİLİ HEPATOSEREBRAL MİTOKONDRIYAL DEPLESYON SENDROMUNDA NADİR BULGU HİPOPARATIROIDİ

Murat Ersoy<sup>1</sup>, Ali Tunç<sup>1</sup>, Şefika Aldaş<sup>1</sup>, Ayça Aydoğan<sup>2</sup>, Duygu Özcan Kilimci<sup>3</sup>, Fevzi Çağlar Özcanarslan<sup>4</sup>, Banu Katlan<sup>4</sup>, Şanlıay Şahin<sup>1</sup>

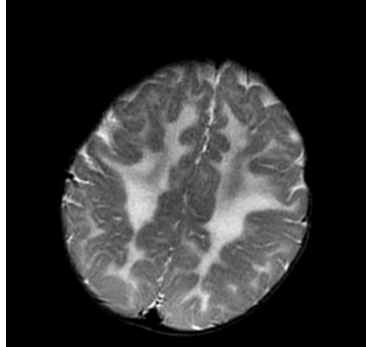
1. Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği
2. Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Metabolizma
3. Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Endokrin
4. Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nöroloji
5. Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım

**Amaç:** MPV 17 ilişkili mitokondriyal deplesyon sendromu özellikle karaciğer hastalığına neden olmakla birlikte nörolojik sorunlara da neden olabilen otozomal resesif geçişli kalıtsal bir hastalıktır. Mitokondriyal hastalıklarda birçok sistemi ilgilendiren tutulumlar olmakla birlikte MPV 17 gen mutasyonunda tedavi gerektiren hipoparatiroidi gibi nadir bulgularında görülebileceğini göstermek amacıyla bu olguyu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Onbir aylık kız hasta ağlama, huzursuzluk şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Kaşektik görünümde huzursuz, ajiteydi. Hepatomegali ve batın distansiyonu olan hastanın nöromotor gelişimsel geriliği olduğu görüldü. Tetkiklerinde Ca:6,2 mg/dl olarak bulunan hasta servise yatırıldı. MPV 17 ilişkili mitokondriyal deplesyon sendromu tanısı olduğu öğrenildi. Hastanın hipokalsemisine yönelik tedavisi başlandı. Karaciğer fonksiyon test (kçft) yüksekliği ve kolestazi olan hastanın almakta olduğu kolestaz tedavisine devam edildi. PTH:3,1 pq/ml ve idrarda kalsiyum kreatinin yüksekliği olan hastaya hipoparatiroidi tanısıyla kalsitriol tedavisi başlandı. Hipoglisemisi gelişen hastanın mayisi düzenlendi. Gelişen hipoalbuminemi ve hipofibrinojenemisi albümin infüzyonu ve taze donmuş plazma ile desteklendi. Kan gazında laktat yüksekliği saptanan kçft artışı izlenen hastaya N-asetil sistein infüzyonu başlandı. İnfüzyon sonrasında kçft ve laktat düzeylerinde gerileme izlendi. Kan şekeri ve hipoglisemisi regüle haldeyken nöbet geçirmesi üzerine çekilen EEG si normal saptandı. MR da sol frontotemporal bölge düzeyinde T2A sinyal artışları ve periventriküler derin beyaz cevherde T2A sinyal artışları izlendi, bu düzeylerde yaygın diffüzyon kısıtlanması gözlemlendi. İzleminde koagulopatiyle birlikte gastrointestinal kanama bulguları gelişen, dirençli hipoglisemisi gelişen, genel durumu kötüleşen hasta çocuk yoğun bakıma alındı. Yoğun bakımda entübe izlenen hasta yaşamını yitirdi.



Şekil-1 : Hastaya ait T2A MR görüntüsü



Şekil -2: Hastaya ait T2A MR görüntüsü

**Sonuç:** Mitokondriyal hastalıklar nadir görülmekle birlikte birçok sistemi ilgilendiren bulgularla başvurabilmektedir. Mitokondriyal hastalıkların seyrinde daha az sıklıkla görülen bulguların tedavisinin de önemli olduğu ve birincil organ tutulumu dışındaki bulguların da hastane yatışlarına neden olabileceği akılda tutulmalıdır. Bu nedenle ek bulgular açısından detaylı değerlendirme gerekmektedir.

**Anahtar kelimeler:** MPV17 gen mutasyonu, mitokondriyal hastalık, hipoparatiroidi, hipokalsemi, çocuk

**SS-02****DİSTONİ AYIRICI TANISINDA ULTRANADİR METABOLİK HASTALIK: PCDD  
TANILI İKİ KARDEŞ**

Fehime Erdem<sup>1</sup>, Sanem Yılmaz<sup>2</sup>, Ebru Canda<sup>1</sup>, Merve Yoldaş Çelik<sup>1</sup>, Ayşe Yüksel Yanbolu<sup>1</sup>, Havva Yazıcı<sup>1</sup>, Ayça Aykut<sup>3</sup>, Asude Durmaz<sup>3</sup>, Sema Kalkan Uçar<sup>1</sup>, Mahmut Çoker<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Metabolizma ve Beslenme Bilim Dalı

<sup>2</sup> Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nöroloji Bilim Dalı

<sup>3</sup> Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Ana Bilim Dalı

**Giriş ve Amaç:** Pterin-4- $\alpha$ -karboamilo transferaz enzim eksikliği (PCDD), tetrahidrobiopterin (BH4) metabolizma kusurudur. BH4'ün kullanıldıktan sonra oluşan pterin-4- $\alpha$ -karboamiloamin (PCD)'in, dihidrobiopterin (BH2)'ye dönüşümünü sağlar. Enzim kusurunda non-enzimatik yolla oluşan primapterin artar. Nörolojik kazanımlarda kayıp veya geç kazanım, hipotoni, hipomagnezemi, diyabet gibi çok heterojen bulgularla seyreder.

**Olgu sunumu:** Yedi yaşında kız olgu; hareketlerde yavaşlık, denge kaybı ve konuşma bozukluğu nedeni ile başvurdu. 10 aylıkken yürümeye başladığı, sık düştüğü, 2 yaşında tek kelimeleri söylediği ancak konuşmanın halen aile bireyleri dışında anlaşılmadığı, 2 yıl önce jeneralize, tonik-klonik nöbet geçirdiği bildirildi. Fizik bakıda vücut ağırlığı 15p, boy 75p, baş çevresi 25p, dişlerde ortodontik sorunlar, göğüs ön yüzde 3x5 cm kafeola lekesi, iğsi parmaklar görüldü. Nörolojik sistem değerlendirmesinde; hipomimi, bradikinezi, ataksi ve ekstremitelerde hafif distoni saptandı. Hipotonik olduğu gözlenen olgunun derin tendon refleksleri altta azalmış, üstte normal, kas gücü tüm ekstremitelerde 4/5 idi. Laboratuvar incelemelerinde kas enzimleri ve diğer biyokimyasal parametreler, kan açıl karnitin ve amino asit profili, idrar organik asit analizi normal bulundu. EEG, kranial MR ve MR spektroskopisi, EMG, işitme testi, ekokardiyografide patoloji saptanmadı. İdrar ( biopterin, neopterin ) ve beyin-omurilik sıvı analizlerinde (folat, 5 OH indol asetik asit, biopterin ) pterin metabolizmasına yönelik ılımlı ve nonspesifik değişiklikler saptandı. Tüm ekzom analizinde PCBD1 geninde homozigot c.197G>T olası patojenik mutasyon bulundu. Olgunun distonisine yönelik  $\alpha$ -metildopa, serebral folatın sekonder eksikliğine yönelik kalsiyum folinat, 5-hidroksitriptofan başlandı.

Yapılan aile değerlendirmesinde anne ve babada heterozigot mutasyon saptandı. Benzer fizik ve nörolojik bulguları olan 4 yaşındaki kız kardeşte *PCBD1* gen analizinde aynı homozigot mutasyon bulundu.



### III. MERSİN ÇOCUK NÖROLOJİSİ KIŞ SEMPOZYUMU

26-28 Ekim 2023, Mersin HiltonSA

---

**Tartışma ve Sonuç:** Klinik bulguların ağırlığı farklı ancak aynı gen mutasyonuna sahip iki kardeş, çok ender görülen BH4 metabolizma bozukluğuna bağlı PCDD eksikliği tanısı almıştır. Literatürde sınırlı sayıda olgu olması ve izleme yönelik farklı görüşlerin olması nedeniyle sunulmuştur.

Anahtar Kelime: Pterin-4- $\alpha$ -karboamilotransferaz, PCDD, BH4

**SS-3**

**Seronegatif uzun segment transvers miyelit (LETM): Benzer başlangıç, farklı klinik seyir**

**Büşra Filiz Genç, Deniz Yılmaz, Ayşegül Neşe Çıtak Kurt**

**Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Nöroloji Kliniği, Ankara**

**Giriş:**

Uzun segment transvers miyelit (LETM) üç veya daha fazla vertebral segmentin etkilendiği; sensöriyal, motor ve otoimmün belirtilerin eşlik ettiği spinal kordun inflamatuvar, demiyelinizan hastalığıdır. Santral sinir sisteminin demiyelinizan hastalıklarının ilk belirtisi olabileceği gibi; enfeksiyöz, otoimmün ve bağ dokusu bozuklukları, iskemik ve metabolik çeşitli nedenler ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Çalışmamızda son bir yılda seronegatif LETM tanısıyla takip ettiğimiz benzer klinik, laboratuvar, radyolojik bulguları olan ancak farklı seyir gösteren hastalarımızı sunmayı amaçladık.

**Olgu sunumu:**

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Nöroloji kliniğimizde son 1 yılda 4'ü kız, 2'si erkek toplam 6 hasta seronegatif izole LETM tanısı aldı. Bacaklarda uyuşma, güçsüzlük, idrar yapamama tüm hastalarda ortak başlangıç şikayeti iken; radyolojik bulgular spinal kordun farklı alanlarını tutan LETM ile uyumluydu. Bir hastada sadece servikal, 2 hastada ise sadece torakal tutulum vardı. BOS ve/veya serumdan gönderilen etyolojiye yönelik AQP4-Ak, MOG-Ak, oligoklonal bant negatif olarak saptandı. Akut tedavide üç hasta sadece pulse metilprednizolon tedavisi alırken, diğer üç hasta klinik yanıtlarında düzelme olmaması nedeniyle pulse metilprednizolon, IVIG, plazmaferez tedavileri aldı. Akut tedavi sonrası 2 hasta sekelsiz olarak iyileşirken, 4 hastada kısmi iyileşme olması üzerine aylık IVIG tedavisine devam edildi. Hiçbir hastada nüks görülmedi. Kontrol AQP4-Ak, MOG-Ak negatif saptandı. Hastalarımızın izlemi devam etmektedir.

**Sonuç:**

LETM farklı klinik özelliklere ve sonuçlara yol açabilen spinal kordun heterojen inflamatuvar, demiyelinizan hastalığıdır. Benzer klinik tablo ve tedaviye rağmen iyileşme süreci hastalarda farklılık gösterebilmektedir. Tanı anında seronegatif olan, altta yatan bir etyoloji saptanamayan hastalarda kliniğine göre profilaktik tedavi göz önünde bulundurulmalıdır. Hastaların takibinde nörolojik muayene ve görüntüleme yöntemleri ile nöroimmünolojik belirteçlerin aralıklı olarak çalışılması ve olası NMOSD/MOGAD ilişkili LETM açısından izlenmeleri önem taşımaktadır.

**Anahtar kelimeler: LETM, transvers miyelit, immünoterapi**

SS-4

### **Çocuklarda Dirençli Epilepsi ve Hipertansiyon İlişkisi**

Özge Tanıdır Artan<sup>1</sup>, Sare Gülfem Özlü<sup>2</sup>, Deniz Yılmaz<sup>1</sup>, Neşe Çıtak Kurt<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Nöroloji Kliniği, Ankara

<sup>2</sup> Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Nefroloji Kliniği, Ankara

**Giriş ve amaç:** Dirençli epilepsinin nöbet tipine uygun, tolere edilebilen, iki antiepileptik ilacın uygun doz ve sürede verilmesine karşın sürdürülebilir nöbetsizliğin sağlanamadığı durumdur. Preklinik ve klinik çalışmalardan elde edilen önemli sonuçlar, hipertansiyonun nöbet nedeni olabileceği önerisini desteklemektedir. Dirençli epilepsisi olan erişkinlerde hipertansiyon sıklığının arttığını gösteren veriler olmasına rağmen çocuklarda bu konuda yapılmış bir çalışma yoktur. Bu çalışmada dirençli epilepsili çocuklarda ayaktan kan basıncı monitorizasyonu (AKBM) yaparak hipertansiyon varlığını değerlendirmeyi amaçladık.

**Materyal ve metod:** Çalışmamızda, dirençli epilepsi olan 30 hasta ve 30 sağlıklı çocuk değerlendirildi. Her iki grubun demografik verileri, klinik ve laboratuvar özellikleri kaydedildi. Tüm çocukların muayene sırasında kan basınçları ölçüldü ve her birine ABPM uygulandı. İki grup ayaktan kan basıncı parametreleri açısından karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Dirençli epilepsi yaş ortalaması 151 ay (53-216 aylık) ve kontrol grubu ise 160 ay (83-237 aylık) idi. Dirençli epilepsi hastalarının %50'si, kontrol grubunun %53'ü kızlardan oluşmaktaydı. İki grup arasında cinsiyet ve yaş ortalamaları açısından istatistiksel fark yoktu. Dirençli epilepsi grubunda hipertansiyon sıklığı daha yüksek olmamakla birlikte anormal AKBM paternlerinin anlamlı olarak daha sık olduğu bulundu. Ortalama sistolik ve diastolik arteriyel kan basıncı değerleri, ortalama maksimum sistolik ve diastolik kan basıncı değerleri, gece diyastolik kan basıncı dirençli epilepsili çocuklarda kontrol grubuna göre daha yüksekti ( $p<0,05$ ).

**Tartışma ve Sonuç:** Epilepsi hastalarında SUDEP riski gelişiminde otonom değişiklikler olduğu bilinmekte ve hipertansiyonun da SUDEP ile ilişkisi üzerinde durulmaktadır. Çalışmamız dirençli epilepsisi olan çocuklarda hipertansiyon varlığını araştıran ilk çalışmadır. Sonuçlarımız, dirençli epilepsili çocuk hastalarda kan basıncı anormalliklerinin olabileceğini göstermiş olup hipertansiyonun SUDEP riskini öngörmede rolü konusunda yeni bir soruyu da gündeme getirmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Dirençli epilepsi, 24 saatlik ambulatuar kan basıncı monitorizasyonu, SUDEP



## III. MERSİN ÇOCUK NÖROLOJİSİ KIŞ SEMPOZYUMU

26-28 Ekim 2023, Mersin HiltonSA

	G.D.	M.B.	A.D.	E.D.B.	Ç.S.	İ.Y.
Cinsiyet	Kız	Kız	Kız	Kız	Erkek	Erkek
Yaş	14Y 6A	14Y	14Y 2A	14Y	6Y 4A	15Y
Enfeksiyon/Aşı Öyküsü	Yok	Var (ÜSYE)	Yok	Yok	Yok	Yok
Bilinen Hastalık Öyküsü	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
Motor Defisit	Paraparezi	Quadriparezi	Paraparezi	Parapleji	Quadriparezi	Paraparezi
Duyu Defisiti	Var	Var	Var	Var	Var	Var
Mesane Disfonksiyonu	+	+	+	+	-	+
Kranial MRI	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Spinal MRI	C5-6-7, Torakal-Lumbal	C3-C7 Servikal	T9-12 Torakal	T7-12 Torakal	Tüm Servikal-Torakal	C3-T7 Servikal+Torakal
Tutulan Segment Sayısı	20	5	4	6	19	12
Tutulmuş Paterni	Santral	H Tipi+Santral	Anterior	Anterior	Santral	H Tipi+Santral
MRI Da Kontrast Tutulumu	Yok	Var	Var	Var	Yok	Var
Optik Nörit	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
BOS Hücre	Yok	Yok	5 Lökosit	Yok	Yok	Yok
BOS Protein	430 Mg/L	393 Mg/L	427 Mg/L	200 Mg/L	-	909 Mg/L
BOS Igg İndeksi	0,98	1,2	-	0,54	-	0,63
BOS OKB	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif
AQP4-Ab BOS	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif
AQP4-Ab Serum	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif
MOG-Ab Serum	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif
Enfeksiyöz Markerlar	Negatif	M.Pnömonia Igm+, C.Pnömonia Igm+	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif
Romatolojik Belirteçler	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif	ANA+, SCL 70+
Akut Tedavi	Pulse MPZ	Pulse MPZ	IVIG-Pulse MPZ-Plazmaferez	IVIG-Pulse MPZ-Plazmaferez	IVIG-Pulse MPZ-Plazmaferez	Pulse MPZ
İmmünoterapi	-	IVIG	IVIG	IVIG	IVIG	-
Takip Süresi	10 Ay	10 Ay	11 Ay	10 Ay	10 Ay	4 Ay
Relaps	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
Kontrol Kranial MRI	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	-
Kontrol Spinal MRI	C5-6-7, Üst Torakal Sekel değişiklik	C3-Üst Torakal Sekel değişiklik	T9-12 Sekel Değişiklik	T6-10 Sekel Değişiklikler	Normal	-
Kontrol AQP4-Ab Serum	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif	-
Kontrol MOG-Ab Serum	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif	Negatif	-
Sekel	Yok	Mesane Disfonksiyonu	Destekle Yürüyor, Kısmi Mesane Disfonksiyonu	Parapleji, Mesane Disfonksiyonu, Parsiyel Duyu Kusuru	Yok	Mesane Disfonksiyonu

## SS-5

### ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE İZLENEN SUDA BOĞULMA VAKALARININ RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

#### **Amaç:**

Bu çalışma, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'nde (ÇYBÜ) suda boğulma nedeniyle tedavi gören hastaların demografik, klinik özelliklerini, tedavi süreçlerini ve sonuçlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

#### **Yöntem:**

Mersin şehir hastanesi ÇYBÜ'de son 2 yıl içerisinde suda boğulma nedeniyle tedavi gören hastaların medikal kayıtları retrospektif olarak incelendi.

#### **Bulgular:**

Toplam 19 çocuk suda boğulma nedeniyle ÇYBÜ'ye kabul edildi. Olguların yaş ortalaması  $5.9 \pm 4.7$  yıl (aralık: 0.9-15 yıl) olup, %69'u erkek, %31'i kız çocuktu. Boğulma vakalarının %47'i deniz, %26'ı ev içi/dışı havuz veya kova düşme, %16 kanal, %11 baraj gölünde yüzme sırasında meydana geldi. %37'sinde ÇYBÜ kabul öncesi resüsitasyon öyküsü mevcuttu. Ayrıca %52 (n=10) olgu kabul sırasında derin mix asidozda idi. %42'si (n=5) mekanik ventilasyona (MV) ihtiyaç duydu. %16 (n=3) olgu ARDS'ye ilerledi, HFO ile desteklendi. MV süresi ortalama 8.5 gün (aralık: 5-17 gün) idi. 7 olguya (%36) en az 2 inotrop tedavi ile kardiovasküler destek verildi. %73 olgu (n=14) rabdomiyoliz nedeni ile alkali hidrasyon tedavisi aldı. %21 olguya (n=4) akut böbrek hasarı gelişmesi nedeni ile renal replasman tedavisi desteği verildi. Olguların %21'inde multi-organ yetmezliği gelişti. %26 olguda (n=5) ciddi hipoksiye bağlı nörolojik hasar belirlendi. Mortalite oranı %16 olarak saptandı.

#### **Sonuç:**

Suda boğulma, çocuklarda ciddi morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir. Özellikle yaz aylarında boğulma vakalarında artış gözlenmektedir. Bu tip kazaların önlenmesi için ailelere ve topluma yönelik eğitim programlarına ihtiyaç vardır. ÇYBÜ'de izlenen suda boğulma vakalarının retrospektif analizi, bu alanda yapılacak çalışmalara ışık tutmaktadır.

#### **Anahtar Kelimeler**

Çocuk, yoğun bakım, suda boğulma, hipoksi, ARDS

**Hazırlayan:** Ümit Korkmaz

## SS-6

### Pedriatrik Migren Hastalarında Epistaksis Kliniği; Aura mıdır?

Saliha Yavuz Eravcı<sup>1</sup>, Burcu Çalışkan<sup>1</sup>, Ahmet Sami Güven<sup>1</sup>, Hüseyin Çaksen<sup>1</sup>

1 - Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, Konya

**Amaç:** Çocukluk çağı ve adölesan dönemde primer baş ağrısı nedenleri arasında migren ilk sırada yer alır. Sıklıkla tekrarlayıcı karakterde olan baş ağrısına bulantı, kusma, fotofobi, fonofobi gibi bulgular eşlik edebilir. Migren atakları prodromal dönem, aura (var/yok), ağrı ve ağrı sonrası dönem olarak 4 bölümden oluşur. Bu çalışmada Çocuk Nöroloji kliniğimizde son 6 ayda baş ağrısı ile takipli olan 45 hastanın 13'ünde epistaksis olması nedeniyle, bu 13 hastanın klinik bulgularını paylaşmayı hedefledik.

**Yöntem:** Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nöroloji Kliniğine Mart-Eylül 2023 tarihleri arasında başvuran 45 baş ağrılı hastadan, epistaksisi olan 13 hastanın demografik, klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgularını geriye dönük olarak incelenmiştir. Kan basıncı yaşa göre normal aralıktaki ve, baş ağrısı öncesinde ve ağrı esnasındaki 5-60 dk sürede epistaksisi olan pediatrik hastalar çalışmaya dahil edildi. Kanama hastalığı olan, beyin magnetik rezonans görüntüleme patoloji saptanan, epistaksis etyolojisinde yer alabilecek septum deviasyonu yada nazal kitlesi olan hastalar, ve ek hastalığı olan epistaksisli vakalar çalışmadan dışlanmıştır.

**Bulgular:** Hastaların 10 (%77)'u kız, 3 (%23) ü erkekti. Hastaların ortalama başvuru yaşı 12.3±2.2 (8-16) yıl idi. Bulantı 3 (%23) hastada, kusma 2 (%15) hastada, fotofobi 8 (%60) hastada, fonofobi 8 (%60) hastada mevcuttu. Hastaların tamamının koagülasyon parametreleri ve kanama profili normaldi. Hiçbir hastanın beyin magnetik rezonans görüntülemelerinde patoloji saptanmadı. Hastaların 3 (2 amitriptilin, 1 flunarizin) tanesi antimigren tedavi ile diğer 10 hasta ise yaşam tarzı değişikliği önerileri ile takip edilmekteydi.

**Sonuç:** Bu çalışma ile migren kliniğinde sık görülen auralara ilave olarak, epistaksis kliniğinin varlığına dikkat çekilmek istenmiştir. Bu semptomun aura olabileceği düşünülmüştür, ancak daha geniş vaka serilerine ihtiyaç vardır. Bunların tespiti amacı ile hastaların bu semptom açısından sorgulanması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Migren, aura, baş ağrısı, epistaksis

SS-7

### **Kretinin Kinaz Yüksekliği: Etiyolojide Her Zaman Nöromusküler Hastalık mı Var?**

Furkan Donbaloglu<sup>1</sup>, Chakan Tsakır<sup>1</sup>, Sait Açık<sup>1</sup>, Mehpere Sarı Yanartaş<sup>1</sup>, Özlem Yayıcı Köken<sup>1</sup>, Şenay Haspolat<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı

**Anahtar kelimeler:** kreatin kinaz, hiper-CK-emi, nöromusküler hastalık, miyopati

**Amaç:** Artmış kreatinin kinaz (CK) seviyesi en hassas ve güvenilir kas hasarı biyobelirtecidir. Özellikle son yıllarda, izoenzimlerinin de çalışılabilmesi ile hasarlı dokuyu işaret eden bilgi vermesi açısından daha sık kullanılır hale gelmiştir. Serum CK aktivitesi, kas distrofininin bütün tiplerinde ve özellikle distrofinopatilerde belirgin yükselir. Oldukça yüksek CK değerleri viral miyozit, polimiyozit ve benzer kas hastalıklarında görülmekle beraber malign hipertermi gibi akut kas yıkımlarında akut çok yüksek seviyeler görülmektedir. CK yüksekliği tespit edildiğinde tanılal sürecin başlamasında demografik ve klinik özellikler önem göstermekle birlikte popülasyonda sık görülen durumların da klinisyenler tarafından ayırıcı tanıda göz önünde tutulması gerekmektedir. Bu çalışmada, CK yüksekliği nedeniyle çocuk nörolojisi polikliniğine getirilen pediatrik hasta grubunda etiyoloji, tanı ve tanılal yaklaşım basamakları retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

**Yöntem:** Akdeniz Üniversitesi Çocuk Nörolojisi Polikliniği'nde CK yüksekliği nedeniyle 01.10.2021-30.06.2023 tarihleri arasında tetkik ve takip edilen hastalar demografik, klinik, elektrofizyolojik ve moleküler genetik özellikleri açısından retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Medyan 41 ay yaş aralığında (0-216 ay) 499 hasta (%74.9 erkek) çalışma kapsamında değerlendirildi. Grubun serum CK düzeyi medyanı 256 (175-66215) IU/l'ydı. Hastaların % 54.9'unda rutin tetkik nedeniyle serum CK düzeyi bakılmıştı. Serum CK yüksekliği nedenleri olarak hastaların %12.2'sinde viral hastalık (n: 61), %9.ünde travma (n:47), %5.6'sında miyopati (n:28), %1.6'sında ilaç kullanımı (n:8), %0.8'inde bağ doku hastalığı (n:4) ve aynı oranda metabolik hastalık, malignensi, %0.4'ünde endokrinolojik nedenler (n:2), %0.2'sinde kardiyak nedenler (n:1) saptanmış olup, hastaların %68.1'inde (n:340) etiyoloji saptanmadı. Serum CK yüksekliğiyle tetkik edilip nöromusküler hastalık (NMH) tanısı alan olgular grubun %5.8'ydı (n:29). NMH olarak Duchenne Musküler Distrofi (n:18, %62), Spinal Musküler Atrofi (n:5, %17,2), Miyotonik Distrofi (n:3, %10,3) saptandı. NMH tanısı olan ve olmayan grubun medyan CK değerleri sırasıyla 248IU/l (175-66215IU/l) ve 5485IU/l'ydı (211-32163IU/l) (p<0,001). NMH tanısı alan olguların %56.8'inde (n: 17) ağır CK yüksekliği saptanırken; %37.9'unda (n:11) ılımlı, %3.4'ünde (n:1) hafif yükseklik izlendi.

**Sonuç:** Serum CK yüksekliği pediatrik hasta grubunda NMH tanısı için de şüphe uyandırıcı olmakla birlikte, çalışmamızda CK yüksekliği olan hastalar, travma, enfeksiyöz nedenler, endokrin bozukluklar, metabolik bozukluklar, ilaç etkileri ve malignite dahil olmak üzere çeşitli nöromusküler olmayan nedenler açısından hastaların mutlaka değerlendirilmesi gerektiği bir kez daha ortaya konulmuştur.

SS-8

**Nörofibromatozis Tip 1 Tanısı ile İzlenen Hastaların Klinik Özellikleri: Tek Merkez Deneyimi**

Sibğatullah Ali Orak<sup>1</sup>, Çisil Çerçi Kubur<sup>1</sup>, Muzaffer Polat<sup>1</sup>

1 Celal Bayar Üniversitesi Çocuk Nöroloji Bilim Dalı

**Amaç:** Nörokutanöz sendromlar sinir sistemini, cildi tutan hastalık grubudur. Bunların arasında en sık görülen nörofibromatozis tip 1'dir (NF1). Bu çalışmanın amacı Celal Bayar Üniversitesi Çocuk Nörolojisi Polikliniğinde izlenen NF1 tanılı hastaların klinik özelliklerini değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntemler:** Ocak 2005-Ocak 2023 tarihleri arasında NF1 tanılı toplam 21 hastanın dosya kayıtları geriye dönük olarak gözden geçirildi. Hastaların aile öyküleri, demografik ve klinik özellikleri incelendi.

**Bulgular:** Hastaların 15'si (%71,5) erkek, 6'si (%28,5) kızdı. 10 hastada (%47,6) aile öyküsü mevcuttu. Hastaların hepsinde (%100) NF1 geninde mutasyon saptanmıştı. Hastaların tamamında cafe au lait lekeleri mevcutken, aksiller ve/veya inguinal çillenmeye 5 hastada (%23,8) rastlandı. 10 hastada (%47,6) kognitif bozukluklar, 3 hastada (%10,3) epilepsi vardı. Lisch nodülü 5 hastada (%23,8) izlenirken, 1 (%0,04) hastada optik glioma rastlandı. Hastalar maligniteler açısından değerlendirildiğinde 2 hastada (%0,09) periferik nörofibrom saptandı.

**Sonuç:** NF1 sinir sistemi, cilt gibi bir çok sistem tutulumu yapan geniş yelpazeli bir hastalıktır. Hastalar çok farklı klinik bulgular ile karşımıza çıkabilir. Epilepsi, öğrenme güçlüğü gibi nonspesifik yakınmalarla çocuk nörolojisi polikliniğine başvuran hastalar dikkatli bir göz ve deri muayenesi ile NF1 tanısı alabilir. Hastalığın klinik özelliklerinin sıklığının bilinmesi tanı konulmasında yardımcı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler**

Nörofibromatozis tip 1, cafe au lait, klinik özellikler, aksiller çillenme, lisch nodülü, optik gliom

**SS-9**

**Katılma Nöbeti Tanısıyla İzlenen Hastaların Nörogelişimsel Durumlarının Değerlendirilmesi - Tek Merkez Deneyimi**

Özlem Ersoy<sup>1</sup>, Khatuna Makharoblidze<sup>2</sup>, Ezgi Çağlar<sup>2</sup>, Meltem Çobanoğulları Direk<sup>2</sup>, Mustafa Kömür<sup>2</sup>, Asena Ayça Özdemir<sup>3</sup> Çetin Okuyaz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nörolojisi, Mersin, Türkiye

<sup>2</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, Mersin, Türkiye

<sup>3</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye

**ÖZET**

**AMAÇ:** Çalışmamızda katılma nöbeti nedeniyle takip edilen hastaların laboratuvar, elektroensefalografi bulguları ve Denver Gelişimsel Tarama Testi-II (DGTT-II) sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nöroloji Polikliniği'nde 2015-2022 yılları arasında katılma nöbeti tanısıyla takip edilmiş olan hastalar ile kontrol grubu olarak sağlam çocuk takibinde DGTT-II uygulanmış olan hastaların verileri geriye dönük olarak incelendi.

**BULGULAR:** Öykü ve klinik bulguları ile katılma nöbeti tanısı konulan toplam 102 hastanın 44'ü kız, 58'si erkekti. Kontrol grubu toplam 66 hastanın 30'u kız, 36'sı erkekti. Hastaların %63,7'sinde anemi saptanmaz iken %16.5 hastada demir eksikliği anemisi, %19.8'sinde demir eksikliği bulguları olduğu görüldü. Vitamin B12 düşüklüğü %40 hastada mevcuttu. Elektroensefalografi %70 hastada görülmüştü ve %63.3'ü normaldi. DGTT-II testinde katılma nöbeti olan grupta anormal ve şüpheli sonuçlar kontrol grubuna göre daha sık olduğu görüldü ( $p<0.05$ ). DGTT II testinde katılma nöbeti olanların ince motor, kaba motor ve dil alanlarında alınan puanların kontrol grubuna göre daha düşük olduğu saptandı ( $p<0.05$ ). Hasta grubu kendi içinde değerlendirildiğinde anemi, demir ve vitamin B12 eksikliği olup olmaması açısından DGTT-II test sonuçlarında anlamlı farklılık saptanmadı.

**SONUÇ:** Katılma nöbetleri çocukluk çağında sık görülen epileptik olmayan, tekrarlayıcı özellikte ve ailelerde endişeye yol açabilen ataklardır. Çalışmamızda hasta grubunda kontrol grubuna göre DGTT II test puanlarının daha düşük tespit edilmesi ve şüpheli ve anormal sonuçların daha sık görülmesi ile katılma nöbeti geçiren çocukların tedavi ve takibinde nörogelişimsel takibine de önem verilmesi vurgulanmak istenmiştir. DGTT-II testi katılma nöbeti geçiren çocukların takibinde eşlik edebilen gelişimsel geriliklerin tespit edilmesini sağlayabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Katılma nöbeti, Denver, Gelişim, Test

SS-10

**Çocuklarda Guillain Barre Sendromunun ciddiye ile ilişkili risk faktörlerinin ve ciddi Guillain Barre Sendromu hastalarında mekanik ventilasyon ihtiyacının belirleyicilerinin değerlendirilmesi**

Gül Yücel<sup>1</sup> Ahmet Kadir Arslan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>MD, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı, Malatya,

<sup>2</sup>MD, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı, Malatya,

**ÖZET**

**Amaç:** Bu çalışma, hastalığın erken evrelerinde Guillain-Barré sendromu (GBS) şiddetini, kısa dönem GBS prognozunu ve mekanik ventilasyon (MV) ihtiyacını öngören faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

**Yöntem:** Bu retrospektif çalışmanın örneklemini GBS'li 63 çocuk oluşturdu. Çalışma, başvuru sırasındaki Hughes Fonksiyonel Derecelendirme Ölçeği (HFGS) skoru  $\geq 4$ 'e göre şiddetli GBS'nin mevcut olup olmadığına, taburculuk sırasında yardımsız yürüyememeye dayalı olarak kısa vadeli prognozunu kötü olup olmadığına (HFGS  $> 3$ ) ve MV'nin gerekli olup olmadığına göre planlandı. Bu alt gruplar arasında çeşitli klinik, laboratuvar ve elektrofizyolojik parametreler karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Çocuklarda şiddetli GBS ile ilişkili risk faktörleri; bulber palsi, otonomik disfonksiyon, duyu bozukluğu varlığı, yaz döneminde başvuru, başvuru sırasında kas gücü skoru için toplam Medical Research Council (MRC) skalasının en düşük olması ve akut motor aksonal nöropati (AMAN) elektrofizyolojik GBS alt tipi olarak saptandı (sırasıyla  $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ ,  $p = 0.018$ ,  $p < 0.001$  ve  $p = 0.013$ ). Başvuru sırasındaki MV ihtiyacı ve kas gücü skoru için en düşük toplam MRC ölçeği varlığı kısa vadeli kötü prognozunu belirleyicileri olduğu bulundu. Çalışmanın bulguları, otonomik disfonksiyon, bulber palsi ve duyu bozukluğu varlığının, başvuru sırasındaki kas gücü puanı için en düşük toplam MRC ölçeğinin, yüksek Erasmus GBS solunum yetmezliği puanlarının (EGRIS), yüksek nötrofil-lenfosit oranlarının (NLR) ve yüksek sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII) değerlerinin ciddi GBS hastalarında MV ihtiyacının öngördürücüleri olduğunu saptadı. (sırasıyla  $p < 0.001$ ,  $p = 0.003$ ,  $p = 0.033$ ,  $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ ,  $p = 0.037$ ,  $p = 0.042$ ).

**Sonuç:** Hastalığın erken evrelerinde MV'ye ihtiyaç duyacak pediatrik GBS hastalarının doğru bir şekilde tahmin edilmesi, klinisyenlerin kişiselleştirilmiş tedavileri zamanında belirlemesine olanak tanıyabilir ve özellikle ciddi hastalar için hastalık sonuçlarını iyileştirebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Guillain-Barré sendromu; Hastalığın şiddeti; Mekanik ventilasyon; Kısa dönem prognoz; Risk faktörleri; Pediatrik.

## SS-11

### YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ANTI NÖBET İLAÇ BAŞLANAN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Esra Ülgen Temel

Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi/ Çocuk Nöroloji Bölümü

**AMAÇ:** Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde nöbet geçirme nedeni ile anti nöbet ilaç kullanımı oldukça sık olarak karşılaşılan bir durumdur. Yenidoğan döneminde beyin nöbet ortaya çıkarmaya daha yatkın olduğu bilinmektedir. Bu nöbetlerin çoğu semptomatiktir. Yeni yapılan çalışmalarda ve kılavuzlarda başlanan anti nöbet ilacın en kısa sürede kesilmesi önerilmektedir. Bu çalışmada literatür ışığında pratik uygulamalarımızda yenidoğan yoğun bakım ünitesinden taburcu olmuş anti nöbet ilaç kullanan hastaları kesitsel olarak değerlendirmek istedik.

**YÖNTEM:** Temmuz 2022-Nisan 2023 tarihleri arasında çocuk nöroloji polikliniğimize baş vuran yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatmış ve anti nöbet ilaç kullanımı olan hastaların dosyaları incelendi. Bu çalışma için hastaların yatış tanısı, başvuru yaşı, kullandıkları anti nöbet ilaçlar, EEG sonuçları gibi verileri dosyalarından elde edildi.

**BULGULAR:** Çalışmada toplam 28 hasta bulunmaktaydı. Hastaların %67,9 u erkekti (n=19). Hastaların %42,9'u (n=12) kronolojik yaşı 1 ay veya daha küçükken başvurmuşlardı. En geç başvuru yaşı 6 aydı. Hastaların %50'si (n=14) fenobarbital kullanmakta iken 3 hasta levetirasetam ve fenobarbital, 11 hasta ise levetirasetam kullanmaktaydı. 25 hastanın EEG'sine ulaşıldı, bunların 19'u yaşa göre normal olarak değerlendirilmişti. 2 hastada fokal epileptik bozukluk, 2 hastada paroksizmal bozukluk, bir hastada burst supresyon, 1 hastada serebral disfonksiyon saptanmıştı. 18 hastanın (%64,3) anti nöbet ilaç tedavisi kesilmişti. Hastaların %67,9'u hipoksik iskemik ensefalopati tanısı ile yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatmıştı. 3 hastanın metabolik hastalık tanısı vardı. Ortalama başvuru ve ilaç kesimi arasındaki süre 34,7 gün olarak bulundu.

**SONUÇ:** Yenidoğan nöbetleri ile ilgili son kılavuzlar, yenidoğan dönemindeki anti nöbet ilaçların en kısa sürede hatta taburculuktan önce kesilmesini önermektedir. Yaptığımız çalışmada henüz anti nöbet ilaç kesiminde yeni literatür bilgilerini yakalayamamış olsak da geçmiş yıllara göre daha ilaç kesiminde artış olduğunu ortaya koyulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Yenidoğan, nöbet, anti nöbet ilaç, epilepsi

		Fasial Paralizi n:47 (%)	Bell Paralizi n:35	Etyolojisi bilinen n: 12	P*
Cinsiyet	E K	21 (44,7) 26 (55,3)	12 (34,3) 23 (65,7)	9 (75) 3 (25)	<b>0,035</b>
Yaş ortalaması		12,1±4,4	12,4±3,9	11.1±5,6	0,5
Sağ/sol	Sağ Sol	22 (46,8) 20 (42,6)	18(53,1) 17(46,9)	5(50) 7(50)	0,8
HBD	2 3 4 5	14 (29,8) 10 (21,3) 18 (38,3) 4(8,5)	12(34,3) 8(22,9) 12(34,3) 3(8,6)	2(18,2) 2(18,2) 6(54,5) 1(9,1)	
Tedavi	Steroid	35 (74,5)	26(74,3)	9(75)	0,4



### III. MERSİN ÇOCUK NÖROLOJİSİ KIŞ SEMPOZYUMU

26-28 Ekim 2023, Mersin HiltonSA

	Egzersiz	30 (63,8)	22(66,7)	8(66,7)	1
	Elektriksel st.	10 (21,3)	6(18,2)	4(33,3)	0,4
	Asiklovir	6 (12,8)	0	4(33,3)	<b>0,003</b>
	Vitamin B	6 (12,8)	4(11,8)	2(16,7)	0,64
Tekrarlama	Evet	4 (8,5)	3(15)	1(20)	1
Tam iyileşme n:27	Hayır	10(37)	7(31,8) n:22	3(60) n:5	0,3

\*p bell paralizi ve etyolojisi bilinen grup arasında bakılmıştır

#### SS-12

##### Ev Videoları Çocuk Nöroloji Pratiğinde Ne Kadar Önemli?

Pınar Özbudak\*, Deniz Menderes, Canan Üstün, Elif Perihan Öncel, Deniz Yüksel

Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, Ankara

Giriş ve amaç: Ev video kayıtlarının (EVK) kullanılması çocuklarda nörolojik bozuklukların teşhisinde öykü ve tetkikler kadar önemli ve tanı koydurucu olabilmektedir. Ancak bu uygulama yeterince kullanılmamaktadır. Bu çalışmada ayaktan çocuk nöroloji polikliniğimize başvurup tanısını koyarken ev videolarından faydalandığımız hastaları sunmayı amaçladık.

Yöntem: 1 Temmuz 2023-30 Eylül 2023 tarihleri arasında tek merkezde çocuk nöroloji polikliniğine ilk defa başvuran 510 hasta, retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaş, cinsiyet ve tıbbi bilgileri, EVK fikrinin kim tarafından verildiği, video kayıtları, ön tanıları ve tetkik sonrası kesin tanıları, standardize edilmiş bir forma kaydedildi. Hastaların ön tanıları elektroensefalografi, polisomnografi, genetik çalışmalar ile kesinleştirildi.

Sonuç: 510 hastadan, 32 tanesi (%6) hali hazırda EVK ile başvurdu, 12 hasta da (%2) anamnez alındıktan sonra EVK getirdi. Tanı konan 44 hastanın yaşları 2 gün ila 215 ay (ort 38,2 ay) arasında değişiklik gösterdi. Hastaların 24 tanesi (%54) kız cinsiyetteydi. EVK ile gelen hastaların 13 tanesine (%40) pediatrist, 5 tanesine (%15) aile hekimi, 6 tanesine (%18) diğer hasta yakınları video fikrini vermişti. Kalan hastaların yakınları (n=8, %25) hastalarının semptomlarını videolamak için kimseden fikir almamışlardı. Hastalara febril konvülsyon (n=2, %4), epilepsi (n=33, %75) (absans (n=2, %4), myoklonik (n=2, %4), infantil spazm (n=1, %2), fokal ((n=28, %56)) gibi yaygın, irkilme (n=1, %2), benign uyku myoklonusu (n=2, %4), tik bozukluğu (n=3, %6) gibi benign tabloların yanında obstrüktif uyku apnesi sendromu (n=1, %2), alternan hemipleji (n=1, %2), paroksizmal tonik upgaze (n=1, %2) gibi nadir tanılar konuldu.

Tartışma: EVK'ları hastaların tanılanmasında ve takibinde oldukça önemli olan ve önemi giderek de artan bir yöntemdir. Hastaların ancak yaklaşık yarısına, hastayı ilk gören hekim tarafından video çekilmesi önerisi verildiği görülmüştür. Bu çalışma ile hekimlerinin EVK'ların önemi hakkında daha farkında ve iş birliğine açık olmalarının gerektiği vurgulanmaya çalışılmıştır.

**SS-13****FASİYAL PARALİZİ TANILI HASTALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**Betül Diler Durgut

Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı

**Amaç:** Bu çalışmada Giresun Üniversitesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi çocuk nöroloji bölümünde fasiyal paralizi tanısı alan hastaların incelenmesi amaçlandı.

**Yöntem:** 2018-2022 Ağustos tarihleri arasında çocuk nöroloji polikliniğinde fasiyal paralizi tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, taraf bilgisi, House-Brackmann evresi retrospektif olarak kaydedildi. Hastalar telefon ile aranarak atak tekrarı ve tam iyileşme olup olmadığı öğrenildi.

**Bulgular:** Fasiyal paralizi tanısı alan 47 hastanın yaş ortalaması  $12,4 \pm 4,4$  yaş (4 ay-17,3 yaş) bulundu. Hastaların 21'i (%44,7) erkek, 26'sı (%55,3) kızdı. Etiyolojide hastaların 35'inde (%74,5) Bell paralizi, 10'unda (%21,3) enfeksiyon, 2'sinde (%4,3) konjenital fasiyal paralizi saptandı. Sadece bir hastada iki taraflı fasiyal paralizi vardı. Bell paralizi grubunda 2 hastada ailede fasiyal paralizi öyküsü vardı. House-Brackmann skalasına göre en sık evre 4 hasta vardı. Hastaların 18'i (%38,3) evre 4 ile uyumluydu. Hastaların %74,5'i steroid, %63,8'i yüz egzersizi, %10'u elektriksel stimülasyon, %6'sı asiklovir, %6'sı vitamin tedavisi almıştı. Dört hastada (%8,5) fasiyal paralizi tekrarlamıştı. En erken tekrarlaması 1 ay, en geç tekrarlaması 4 ay sonra olmuştu. Görüntüleme olarak 23 hastaya beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRG), 3 hastaya temporal MRG çekilmişti. Üç hastada insidental olarak araknoid kist saptandı. İşitme testi yapılan 6 hastada işitme kaybı yoktu. 27 hastanın son verilerine ulaşılabildi, 17 hasta da tam, on hasta da kısmi düzelme olmuştu. Hastalar Bell paralizi ve etiyojisi bilinen hastalar olmak üzere iki gruba ayrılarak veriler karşılaştırıldı. Etiyojisi bilinen grupta erkek cinsiyet anlamlı yüksekti. Yaş ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu. Asiklovir kullanımı etiyojisi bilinen grupta anlamlı yüksekti.

**Sonuç:** Periferik fasiyal paralizi ile başvuran hastaların çoğu Bell paralizi ile uyumluydu. Gruplar arasında cinsiyet ve asiklovir tedavisi dışındaki verilerde anlamlı fark yoktu. Bell paralizi grubunda tam iyileşmeyen hasta oranı daha düşük olmakla birlikte istatistiksel fark saptanmadı. Daha büyük kohortlarda çalışma yapılması gerektiğini düşünüyoruz. Fasiyal paralizi çocuk nöroloji pratiğinde sık karşılaşılan bir durum olduğu için verilerimizi paylaşmak istedik. Tam düzelme olamayabileceğinin bilinmesi aileye prognoz hakkında bilgi verilmesi açısından önemlidir.

**Anahtar Kelime:** Fasiyal Paralizi, Bell palsy, Çocuk

## SS-14

### Çocukluk Çağı Akut Dissemine Ensefalomyelit Olgularının Değerlendirilmesi

Günce Başarır<sup>1</sup>, Pınar Gençpınar<sup>2</sup>, Nihal Olgaç Dünder<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nöroloji Kliniği, İzmir

<sup>2</sup> İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Çalışmamız ile tek merkez tarafından takip edilen pediatrik akut dissemine ensefalomyelit (ADEM) olgularının etiyolojik, klinik ve radyolojik özelliklerini ve tedavi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** Tanımlayıcı, retrospektif bir çalışma olarak tasarlanan çalışmamıza kliniğimizde ADEM tanısıyla takip edilen pediatrik yaş grubundaki 15 hasta dahil edildi. Hastalara ait demografik, klinik, laboratuvar bulguları, beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulguları ve tedavi yanıtları değerlendirildi. Hastaların nörolojik fonksiyonları değerlendirilirken EDSS "Expanded Disability Status Scale" ve mRS "Modifiye Rankin Skalası" kullanıldı. Verilerin analizinde SPSS 29 istatistiksel yazılım programı kullanıldı.

**Bulgular:** Çalışma popülasyonunun tanı yaşı ortalaması  $6,9\pm 3,4$  idi. Hastaların %67'si (n=10) erkek hastaydı. Bir hastada etken olarak beyin omurilik sıvısında (BOS) herpes simplex virüs (HSV) saptanırken, 4 hastada BOS incelemesi dışındaki testlerle HSV, Ebstein-Barr virüs, adenovirüs, *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* saptandı. Tetikleyiciler ile atak başlangıcı arasındaki süre  $12\pm 8$  gündü. En sık atak semptomları motor bulgular (%80), ateş (%47) ve bulantı/kusma (%47) idi. Hastaların %47'sinde (n=7) atak sırasında nöbet izlendi. Atak sırasında hastaların %27'sinde paraparezi, %27'sinde kuadriparezi, %7'sinde hemiparezi, %7'sinde monoparezi saptanırken, bir hastada duyuşal semptomlar, 5 hastada görme kaybı gözlemlendi. Beyin MRG'de en sık parietal (%67), frontal (%53) ve temporal (%53) lob tutulumu saptandı. Hastaların %73'ünde lezyon boyutları 2 cm'den küçük, %20'sinde 2 cm'den büyük, %7'sinde tümefaktif tutulum mevcuttu. Hastaların tümüne pulse ve idame metilprednizolon verildi. Hastaların %47'sine ek olarak intravenöz-immünglobulin, %13'üne plazmaferez uygulandı. Tedavi yanıtı başlangıç süresi  $6\pm 4,7$  gün, maksimum defisit süresi  $8,2\pm 6,6$  gündü. Ayırıcı tanıya yönelik tetkikler sonrasında hastaların %60'ı ADEM, %13'ü ADEM-MOG, %13'ü ADEM-NMOSB, %7'si ADEM-ON, %7'si multifazik ADEM tanısı aldı. Hastaların ortalama EDSS skorları atakta, taburculukta, 3. ve 12. ayda sırasıyla  $7\pm 2$ ;  $3,1\pm 2$ ;  $1,9\pm 2,1$ ;  $1,3\pm 1,8$  idi. Hastaların ortalama mRS skorları atakta, taburculukta, 3. ve 12. ayda sırasıyla  $3,9\pm 1$ ;  $1,7\pm 1$ ;  $1,1\pm 1,2$ ;  $0,7\pm 1,2$  idi. Lezyon boyutları ile EDSS/mRS skorları arasında ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ).

**Sonuç:** Çocukluk çağında ADEM uzun süreli sonuçları açısından iyi huylu sayılabilecek bir durumdur. Olgularımızın tümünde taburculukta, 3.ve 12. aylardaki EDSS ve mRS skorlarında anlamlı düzelme



### III. MERSİN ÇOCUK NÖROLOJİSİ KIŞ SEMPOZYUMU

26-28 Ekim 2023, Mersin HiltonSA

---

görülmüştür. Beyin MRG'deki lezyon boyutlarıyla nörolojik engellilik arasında ilişki saptanmamıştır. Akut dönemde immünmodülatör tedavi etkilidir. Edinsel demiyelinizan hastalıkların alt gruplarının ayırıcı tanısı ve prognoz tayini için klinik değerlendirmeye ek olarak, BOS ve serolojik incelemeler yapılmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Akut dissemine ensefalomyelit, ADEM, demiyelinizan, genişletilmiş özürülük durum ölçeği, modifiye Rankin skalası.

## SS-15

### Febril Konvülziyonda Seruloplazmin Düzeyi

Deniz Honamlı<sup>1</sup>, Bülent Ünay<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Nörolojisi, Ankara

**Amaç:** Febril konvülziyon (FK) etiopatogenezi net olarak aydınlatılmamış bir hastalıktır. Ateş aynı yaş grubundaki tüm bireylerde görülebilmesine rağmen neden bazı hastalarda konvülziyon geliştiği hala araştırılmaktadır. FK oluşum patofizyolojisinde nörotransmitter ve eser element değişimleri gibi farklı hipotezler de ileri sürülmektedir. Demir eksikliği anemisi ve FK ilişkisi açısından yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Bazı çalışmalardaysa demir eksikliği anemisi görülmeden FK'lerde demir eksikliğinin anlamlı olduğu görülmüştür. Bu durum demirin nörotransmitter olarak etkinliği ile demir eksikliğinin nöbete zemin hazırlayabileceğini göstermektedir. Ayrıca duodenal enterositler, Santral sinir sistemi hücreleri gibi hücrelerde varlığı belirlenmiş tek demir eksporteri hephaestinle uyum içinde olan ferroportindir. Ayrıca hephaestin serum seruloplazminine benzer yapıdadır. Ayrıca beyinde seruloplazminin glikofosfaditilinozitole bağlanmış formu ferroportinle etkileşerek astrositten demir çıkarılmasını sağlar. Erişkinlerde de bazı nörolojik hastalıklarla seruloplazmin arasında ilişki bulunmaktadır. Ayrıca hayvan modeli üzerinde oluşturulan epilepside nörotoksik hasarın azaltılmasında seruloplazmin etkili bulunmuştur. Bu durumlar da seruloplazminin FK patofizyolojisinde rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmada da febril konvülziyon ile serum seruloplazmin seviyesi arasındaki ilişkiyi araştırmak amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışma grubu febril konvülziyon geçiren hastalardan (71 çocuk) kontrol grubu ise ateşi olan ve nöbet geçirmemiş olan hastalardan (71 çocuk) oluşturulmuştur. Hastalar 6 ay- 6 yaş arası, bilinen başka herhangi bir sağlık sorunu olmayan ve benzer demografik özelliklere sahip çocuklardan seçilmiştir.

**Bulgular:** FK geçiren ve ateşi olup FK geçirmeyen çocuklar karşılaştırıldığında; serum seruloplazmin, C-reaktif protein (CRP), hemoglobin (Hb), hematokrit (HCT), mean corpuscular Hb (MCH), mean corpuscular Hb concentration (MCHC), total nötrofil sayısı (TNS), total lenfosit sayısı (TLS) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0.001(CRP), p=0.009(Hb), p<0.001 (diğerleri)). Olgu grubunun seruloplazmin düzeyi 0,32 mg/dl'ydi ve kontrol grubunun seruloplazmin düzeyi 0,36 mg/dl bulundu. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0.001). Olgu grubunun CRP düzeyi 6.7 mg/dl kontrol grubununki 3.14 mg/dl bulundu ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

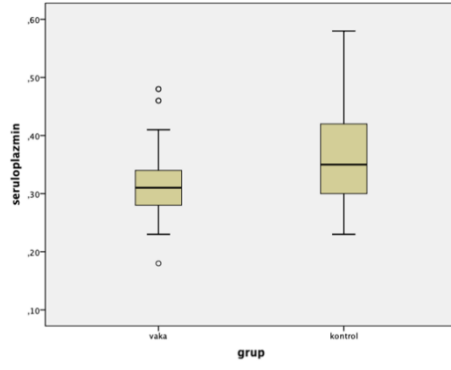
**Sonuç:** FK geçiren ve ateşi olup nöbet geçirmeyen çocukların seruloplazmin değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Çocukların FK geçirme riski ile demirin hücre dışına transportunda görev alan seruloplazmin arasında ilişki bulunduğu kanaatindeyiz. Fakat çalışmamız ilk olduğundan dolayı bu ilişkinin daha iyi anlaşılabilmesi için daha fazla hasta ile yapılacak çalışmalara ve santral sinir sistemindeki seruloplazminin de değerlendirilebileceği hayvan deneylerine ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Febril Konvülziyon, Seruloplazmin, Nöbet, Demir Eksikliği



### III. MERSİN ÇOCUK NÖROLOJİSİ KIŞ SEMPOZYUMU

26-28 Ekim 2023, Mersin HiltonSA



Şekil 1. Olgu ve kontrol grubundaki hastaların seruloplazmin değerlerinin karşılaştırılması

**SS-16**

**Epilepsili Çocuklarda Uyku Alışkanlıklarının ve Yaşam Kalitesi ile İlişkinin Değerlendirilmesi**

Halil Çelik<sup>1</sup> Fatih Mehmet Akif Özdemir<sup>2\*</sup>

1- Konya Şehir Hastanesi

2- Konya Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

**Amaç:** Epilepsili çocuklarda uyku alışkanlıklarını, yaşam kalitesini (YK) ve arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Kesitsel, prospektif çalışmamızda epilepsi tanısı ile takipli 2-18 yaş arasındaki çocuklar için “Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi (CSHQ)” ve “Pediatrik Yaşam Kalitesi Ölçeği (PedsQL)” uygulandı. CSHQ anketinde kesim noktasına 41 puan olup, >41 puan uyku bozukluğu açısından klinik anlamlılığı ifade ederken, PedsQL yaşam kalitesi anketine göre en yüksek puan 100, en düşük puan 0 olup yüksek puan daha iyi YK’ni ifade eder. Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edildi. Normal dağılıma uyan ölçek puanları ve değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson korelasyon katsayısı, normal dağılıma uymayanlar arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman’s rho korelasyon katsayısı kullanıldı. PedsQL ölçek toplam puanına etki eden bağımsız değişkenlerin incelenmesinde lineer regresyon analizi kullanıldı. Önem düzeyi  $p < 0.05$  olarak alındı. Etik kurul onayı alındı (onay tarihi: 16.12.2022, toplantı sayısı: 166, karar numarası: 2022/4091(12297)).

**Bulgular:** Çalışmaya yaş ortalaması  $10.5 \pm 4.4$  yıl olan, % 48.2’si kız 112 çocuk alındı.

Çocukların ortalama uyku süresi  $8.6 \pm 1.3$  saat saptanmış olup epileptik çocuklarda uyku bozuklukları sıklığı % 96.4 saptandı. CSHQ anketine göre toplam uyku puanı ortalama  $49.3 \pm 5.9$  puan olup PedsQL YK anketinde;

-Çocukların özdeğerlendirmesine göre ölçek toplam puanı  $74 \pm 15.6$ , fiziksel sağlık puanı  $73.5 \pm 15.8$ , psikososyal sağlık puanı  $71.4 \pm 18.5$

-Ebeveyn değerlendirmesine göre ölçek toplam puanı  $75.8 \pm 14.8$  puan, fiziksel sağlık puanı  $73.5 \pm 15.5$ , psikososyal sağlık puanı  $72.9 \pm 17.7$  puan saptanmıştır.



Çocukların ve ebeveynlerin değerlendirmesine göre PedsQL fiziksel sağlık puanı, psikososyal sağlık puanı, ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak iyi düzeyde uyum elde edilmiştir ( $p<0.001$ ). Korelasyon analiziyle YK-uyku arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. PedsQL ile çocuk özdeğerlendirmesine göre fiziksel sağlık, psikososyal sağlık, ölçek toplam puanı ile toplam uyku puanı arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). PedsQL ile ebeveyn değerlendirmesine göre psikososyal sağlık, ölçek toplam puanı ile toplam uyku puanı arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). PedsQL ile ölçek toplam puanına etki edebileceği düşünülen faktörler lineer regresyon analiziyle incelendiğinde; çocuk değerlendirmesine göre yüksek toplam uyku puanı, ebeveyn değerlendirmesine göre yüksek toplam uyku puanı ve nöbet diurnal paterninin gündüz olması daha kötü YK açısından en anlamlı faktörler olarak saptanmıştır ( $p\leq 0.001$ ).

**Sonuç:** Uyku bozuklukları epilepsili çocuklarda sıklıkla görülür ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisi vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Uyku alışkanlıkları, yaşam kalitesi, epilepsi, çocuk

**SS-17****Dijital Dönemde Çocukların Mobil Cihaz Kullanımı ve Ebeveyn Bilgi Düzeyi: Kesitsel Bir Araştırma**Çağatay Günay<sup>1</sup>, Ayşe Semra Hız<sup>1</sup>, Ayşe İpek Polat<sup>1</sup>, Uluç Yiş<sup>1</sup><sup>1</sup>: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

**AMAÇ:** Günümüzün teknoloji çağında, taşınabilir ve erişimi kolay aygıtların toplumsal yaşamdaki yerinin sürekli olarak genişlediği gözlenmektedir. Teknolojinin etkisi sadece yetişkinler için değil, aynı zamanda çocukların yaşamlarında da belirgin bir şekilde hissedilmektedir. Bu çalışmada, 6-84 ay arası çocukların akıllı telefon ve tablet gibi mobil cihazlar kullanım durumları incelenmiştir ve ailelerin ekran maruziyetine yönelik bilgi seviyeleri de ele alınmıştır.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Bu araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel özelliklere sahiptir ve çalışma kapsamında, 2020-2022 yılları arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi çocuk nöroloji polikliniklerine başvuran, yaşları 6 ila 84 ay arasında değişen ve epilepsi tanısı konmuş hastalar incelenmiştir. Çocukların mobil ekranlara maruziyet durumunu anlamak amacıyla, özgün olarak geliştirilmiş açık uçlu ve evet-hayır sorularından oluşan bir anket kullanılmış ve bu anket, ebeveynlerle yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

**BULGULAR:** Toplamda 312 hasta, araştırma kapsamına dahil edilmiştir. Tablet veya cep telefonu gibi herhangi bir ekrana maruz kalan çocuk sayısı 280 (%89,7) olarak tespit edilmiştir. Ortalama günlük ekran maruziyet süresi 195,5±110,8 dakika (minimum 10 dakika, maksimum 780 dakika) olarak belirlenmiştir. Kendine ait tablet veya telefonu olan çocuk sayısı ise 55 (%19,6) olarak kaydedilmiştir. Yaş ilerledikçe tablet ve telefon kullanım oranlarının anlamlı şekilde arttığı gözlemlenmiştir (p<0,001). Mobil ekran maruziyet sürelerinin yemek sırasında izleyen çocuklarda, yemek sırasında izlemeyenlere göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (p=0,033). Katılımcıların %46,1'i (n=144) uyumadan önceki iki saat içinde ekran maruziyeti rapor etmiştir. Bilgisayar, tablet veya telefonu oyun amaçlı kullanan çocukların yaşlarının (p=0,007) ve maruziyet sürelerinin (p=0,022) oyun dışı amaçla kullananlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların %3,9'u (11 kişi), ekran maruziyetini epilepsinin nedeni olarak düşündüklerini belirtirken, %17,5'i (49 kişi) ekran maruziyetinin nöbetleri tetikleyebileceğini ifade etmiştir. Katılımcıların %

**SONUÇ:** Çalışmamızda 6-84 ay arası epilepsi hastalarında ekran maruziyeti oranı ve süresi yüksek saptandı. Özellikle yaşı büyük hastalar, yemek yerken ve oyun amaçlı kullananlarda ekran süreleri anlamlı daha yüksekti. Gelecekteki çalışmalar, çocukların teknoloji kullanımının uzun vadeli etkilerini daha ayrıntılı bir şekilde değerlendirebilir ve bu alandaki farkındalığı artırabilir.

**Anahtar kelime:** ekran maruziyeti, mobil cihaz, epilepsi, çocuk

SS-18

### FEBRİL KONVÜLZYONUN DİURNAL/MEVSİMSEL RİTMİ

Cansu Aydın<sup>1</sup>, Halise Akça <sup>2</sup>, Ayşegül Neşe Çıtak Kurt<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Kastamonu Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

<sup>2</sup> Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Acil Kliniği

<sup>3</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Nöroloji Kliniği

**Giriş ve amaç:** Febril konvüzyon(FK) çocuklarda en sık görülen nöbet tipidir. Melatonin antikonvülzan etkisi olabileceği düşünülen bir nörohormon olup diurnal ve mevsimsel değişiklikler göstererek salınır. Çalışmada; Febril konvüzyon geçirme saati ve mevsimsel görülme sıklığının da melatoninin salınımının günlük ve mevsimsel değişimleri ile benzer bir değişim gösterip göstermediğinin araştırılması amaçlandı.

**Materyal ve metod:** Çalışmaya FK tanısı alan 409 hasta dahil edildi. Hastaların yaş, cins, FK tipi, FK sayısı, ailede epilepsi ve FK olup olmadığı, nöbet geçirme saati, nöbet geçirdiği ay/mevsim kaydedildi.

**Bulgular:** Çalışmaya febril konvüzyon ile başvuran 409 hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 27.7±14.9 ay idi, erkek hastalar ve basit febril konvüzyon geçiren hastalar çoğunlukta idi. Hastaların nöbet saat aralığı ile cinsiyet dağılımı, FK tipi ve FK sayısı arasında herhangi bir anlamlı ilişki saptanmamış iken 1 yaş altında olan hastaların gece daha fazla nöbet geçirdiği saptandı. Hastaların çoğu kış mevsiminde başvurmuş idi ancak mevsimler arasında FK oranı açısından istatistiksel olarak fark saptanmadı.

**Sonuç:** Çalışmamızda, bir yaşından küçük olan hastalarımızın gece daha fazla nöbet geçirmiş olması melatoninin diurnal ritminin gelişimsel düzeyi ile ilişkilendirilebilir.

**Anahtar kelimeler:** Febril konvüzyon, çocuk, melatonin

SS-19

### Çocuk Acile Başvuran Epilepsi Tanılı Hastaların Özellikleri

Büşra Bulut<sup>1</sup>, Cansu Aydın<sup>2</sup>, Halise Akça<sup>3</sup> Funda Kurt<sup>3</sup> Ayşegül Neşe Çıtak Kurt<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

<sup>2</sup>Kastamonu Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

<sup>3</sup> Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Acil Kliniği

<sup>4</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Nöroloji Kliniği

**Giriş ve Amaç:** Epilepsi çocukluk çağının en sık rastlanan nörolojik hastalıklarından birisidir. Epilepsi hastalarının acile başvurularının epilepsi/epilepsi dışı nedenleri ve acil ünitesindeki izlem süreçleri ile ilişkili literatürde çok az veriye ulaşılmaktadır. Çalışmamızda; çocuk acil servise başvuran epilepsi tanılı hastaların özelliklerinin, başvuru nedenlerinin ve acil ünitesinde izlem sürecinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya 01 Ocak 2020-31 Aralık 2021 tarihleri arasında Çocuk Acil Servise başvuran 1 ay-18 yaş aralığında olup epilepsi tanısı olan 492 hastanın 802 acil başvurusu dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, epilepsi tanı yaşı, nöbet sıklığı, nöbet özellikleri, kullandığı ilaçlar, ek hastalık varlığı, çocuk acil servise başvuru nedeni, çocuk acil servise başvuru şekli, çocuk acil servis başvuru tanısı/tedavisi/kalış süresi/taburculuk bilgileri değerlendirmeye alındı.

**Bulgular:** Hastalarımızın yaş ortalaması  $99,9 \pm 65$ , 5 ay, %60,8 'i erkek, %39,2 'si kız idi. Hastaların %34 'ünde epilepsiye eşlik eden ek bir hastalığı vardı ve ek hastalığı olanların olmayanlara göre acile daha sık başvuru yaptıkları saptandı. Çocuk acil servise en sık başvuru nedeni nöbet idi. Acile nöbet ile başvuran hastalarda en sık nöbet nedeni düzensiz antinöbet ilaç kullanımı olduğu saptandı. Hastaların %32,5'u çocuk servislerine, %5,1'i çocuk yoğun bakıma yatırılmış idi.

**Sonuç:** Çalışmamızda çocuk acil servise epilepsi tanılı hastaların en sık başvuru nedeninin nöbet olduğu, nöbetlerin de en sık nedeninin ise antinöbet ilaçların düzensiz kullanımı olduğu saptandı. Epilepsiye eşlik eden ek hastalıkların olmasının, çocuk acil servise başvuru sıklığını artırdığı tespit edildi.

## SS-20

### **Epilepsi Tanısı olmayan Otizmle takipli Çocukların Ebeveynlerinde Epilepsi Bilgi ve Tutum Değerlendirmesi**

Pembe Gültutan<sup>1</sup>, Hilal Altaş<sup>1</sup>, Merve Onat<sup>2</sup>, Esra Çöp<sup>2</sup>, Ayşegül Neşe Çıtak Kurt<sup>1</sup>

1. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Nöroloji Kliniği

2. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

#### **Amaç:**

Otizm spektrum bozukluğu (OSB), tipik olarak çocukluk çağında tanı alan, temel sosyal işlev bozukluğu, sabit ve tekrarlayıcı davranışlar, kısıtlı ilgi alanları ve anormal duyuşal hassasiyet ile karakterize nörogelişimsel bozukluktur. OSB' li kişilerde genel popülasyona oranla daha yüksek oranda bilişsel yetersizlik ve dil problemi görülmektedir. Otizm tanılı hastalarda epilepsi sıklığı normal popülasyona göre fazla olup epilepsi tanısı olmadan izlenen hastalar da mevcuttur. Epilepsi tanılı çocuğu olan bakımverenlerin hastalık hakkındaki bilgi düzeylerinin daha yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Biz bu çalışmada otizm tanısı olup epilepsi tanısı olmayan hastaların ebeveynlerinin epilepsi hakkındaki bilgi düzeyini ve hastalığa olan tutumlarını saptamayı ve sonuçları değerlendirmeyi amaçladık.

#### **Yöntem :**

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Nöroloji ile Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğine başvuran ve otizm spektrum bozukluğu tanısı alan çocukların ebeveynlerine 'Epilepsi Bilgi Envanteri' ve 'Epilepsi Tutum Envanteri' uygulandı.

#### **Bulgular :**

Çalışmaya toplamda 87 otizm tanılı hastanın 87 ebeveyni dahil edildi. Hastaların %18'i (n:16) kız , %82'si (n:71) erkekti. Hastaların ortalama yaşı 7 (2-16), ortalama tanı yaşı 5 (1,5-14) ortalama takip süresi 24 ay (2-120) olarak hesaplandı. Katılımcıların %54'ü (n:47) kadın , %46'sı (n:40) erkek, %36'sı (n:32) 25-34, %44'ü (n:39) 35-44 yaş aralığında, %15'i (n:13) ilköğretim, %45'i (n:39) lise , %40'ı (n:35) üniversite mezunu, %54'ü (n:47) bir işte çalışıyor, %46'sı (n:40) çalışmıyor, %23'ü (n:20) düşük gelirli, %75'i (n:65) orta gelirli idi. Katılımcıların %97'si (n:84) daha önce epilepsiyi duyduğunu, %47'si (n:42) epilepsi hakkında farklı kaynaklardan okuduğunu bildirdi. Katılımcılar epilepsi hakkındaki bilgiyi en çok sırasıyla internet, televizyon ve arkadaşlarından elde etmişler. Katılımcıların %44'ü (n:34) daha önce bir epilepsi nöbetine şahitlik etmiş, %20'sinin (n:17) ise epilepsi tanılı yakını varmış. Toplam epilepsi bilgi puanı annelerde daha fazla iken, toplam epilepsi tutum puanlarında anne ve babalar arasında belirgin fark yoktu. Katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça ve hem bilgi hem de tutum puanlarında artış saptandı. Hasta takip süresinin epilepsi bilgi ve tutum puanını etkilemediği saptandı.

#### **Sonuç :**

Otizm spektrum bozukluğunda epilepsi sıklığı normal popülasyona göre artmıştır. Epilepsi tanısı olmayan ancak epilepsi riskinin artmış olduğu otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuğu olan ebeveynlerin epilepsi hakkındaki bilgi düzeylerinin artması önemlidir.

**Anahtar kelimeler:** epilepsi , otizm, farkındalık , tutum

**SS-21****Dirençli Epilepsi Tanılı Çocuklarda Magnetik Rezonans Görüntüleme İle Serebral Ve Serebellar Hacim Değerlendirilmesi**

Hilal Altaş<sup>1</sup>, Pembe Gültutan<sup>1</sup>, Sefa Tığrak<sup>2</sup>, Sevinç Keskin Keçecioglu<sup>1</sup>, Avni Merter Keçeli<sup>2</sup>, Ayşegül Neşe Çıtak Kurt<sup>1</sup>

1. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Nöroloji Kliniği
2. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği

**Amaç:**

Epilepsi, çocukları ve yetişkinleri etkileyen en yaygın nörolojik hastalıklardan biridir. Epilepsi hastalarının yaklaşık üçte biri ilaca dirençlidir. Epilepsinin serebral yapılarda hacim farklılıklarına neden olduğu bilinmektedir.

Amacımız, dirençli epilepsisi olan çocuk hastalarda beyin farklı bölgelerinde özellikle serebrum, serebellumda gri ve beyaz cevherde, bazal ganglionlarda, tüm beyin loblarında hacim farklılıklarını daha kesin bir şekilde tanımlayıp ölçmek ve bu bilgiler doğrultusunda çocukluk yaş grubu dirençli epilepsi hastalarında gözlenen rekürren nöbetlerin beyin hacimleri ile olan ilişkisini değerlendirmektir.

**Yöntem :**

Bu çalışmaya kliniğimizde takip edilen 64 dirençli epilepsi hastası ve 30 kontrol hastası dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen tüm hasta ve kontrol grubu katılımcılarının hastanemiz görüntüleme biriminde 1,5T Magnetik Rezonans Görüntüleme'de (MRG) elde edilen standart kranial MRG incelemeleri Volbrain uygulamasına yüklenerek değerlendirildi.

**Bulgular :**

Hastaların %51,6'sı (n:33)'sı erkek %48'4'ü (n:31) kızdı. Erkeklerin tanı yaşı ortalaması 85,6 ay kızların tanı yaşı ortalaması 110,52 ay olarak saptandı. epilepsi sınıflandırılmasında hastaların %34,4 'ünü (n:22) gelişimsel ve epileptik ensefalopatiler , %23,4'ünü (n:15) sınıflandıramayan jeneralize epilepsiler oluşturmaktaydı. Hastaların %56,2 sinin (n:36) etiyojisi bilinmekteydi, en sık nedenleri sırasıyla genetik ve yapısal nedenler oluşturmaktaydı. Gruplar arasında tanı yaşı ve cinsiyet açısından farklılık saptanmadı. Serebrumun toplam hacmi ile sağ ve sol hacimleri kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük saptandı. Serebrumun beyaz ve gri cevher toplam hacmi ile, sağ ve sol hacimleri kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük saptandı. Serebellumun ölçülen tüm hacimleri (toplam hacmi ile, sağ ve sol, gri ve beyaz cevher) kontrol hasta grubuna göre anlamlı düşük saptandı. Ölçülen globus pallidus, putamen, talamus, kaudat nükleus ve hipokampusün toplam hacim, sağ ve sol hacimleri kontrol grubuna göre anlamlı düşük saptandı. Frontal, temporal, pariyetal, oksipital lobların tamamında toplam kortikal kalınlık kontrollere göre artmış olarak tespit edildi.

**Sonuç:**

Dirençli epilepsilerde beyin farklı bölgelerinin hacim ölçümlerinin değerlendirilmesi, beyinde moleküler ve hüresel değişikliklerin ve epileptogenez mekanizmasının daha iyi anlaşılması açısından değerlidir.

Anahtar kelime: dirençli epilepsi, hacim, beyin

SS-22

## **İdiyopatik İntrakraniyal Hipertansiyon (İİH) Tanılı Çocuk Hastalarda ve Ebeveynlerinde Psikiyatrik Belirtiler**

Manolya Panpallı<sup>1</sup>, Serap Akpınar<sup>2</sup>, Gülser Şenses Dinç<sup>3</sup>, Ayşegül Neşe Çıtak Kurt<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Nöroloji Bilim Dalı

<sup>2</sup> Hakkari Devlet Hastanesi Çocuk Ergen ve Ruh Sağlığı Bilim Dalı

<sup>3</sup> Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Ergen ve Ruh Sağlığı Bilim Dalı

**AMAÇ:** Psikiyatrik hastalık, idiyopatik intrakraniyal hipertansiyonda (İİH) sık görülen bir komorbidedir. Bu yeni başlayan İİH’de depresyon ve anksiyete düzeylerini komorbiditeleri araştıran prospektif bir çalışmadır. Birincil amacımız, yaş ve cinsiyet ile eşleştirilmiş bir kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, daha önce belgelenmiş tanısı olmayan hastalarda açıklanmamış veya teşhis edilmemiş anksiyete ve depresyon semptomlarının sıklığını belirlemektir. Eş zamanlı ebeveynlerin de anksiyete ve depresyon durumunu belirlemeyi amaçladık.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Kliniğimize Mayıs ve Eylül 2023 tarihleri arasında 18 yaş altında hastalardan İİH tanısı alan hastaların demografik verilerini, eşlik eden depresyon ve anksiyete durumunu depresyon ölçeği ve durumluluk ve sürekli kaygı envanteri ölçekleri ile, ayrıca ebeveynlerin de anksiyete ve depresyon durumunu BECK depresyon ve BECK anksiyete ölçeği ile değerlendirmek bunlar arasında olası yeni ilişkileri saptamaktır. Elde edilen verilerin literatür verileri ile karşılaştırılması ve kendi merkezimizin bulguları ile literatüre katkıda bulunulması amaçlanmıştır.

**BULGULAR:** Çalışmaya 27 kız hasta (%67.5) ve 13 erkek hasta (%32.5) olmak üzere toplam 40 hasta alındı. Hastaların yaş ortalaması  $168.4 \pm 31.86$  aydı. Hasta ve kontrol grupların yaşları arasında farklılık bulunmamaktadır. İİH gruptaki kişilerin yaş ortalaması  $173.40 \pm 29.84$  iken, kontrol gruptakilerin yaş ortalaması  $162.44 \pm 34.03$  aydır. Hasta ve kontrol grubu arasında durumluluk ve sürekli kaygı düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Hasta ve kontrol grupları arasında durumluluk ve sürekli kaygı derecesi arasında fark bulunmamıştır. BOS basıncı ile kaygı düzeyi arasında korelasyon yoktur. Bos basıncı ile ebeveynlerin anksiyete düzeyi kontrollere göre anlamlı düzeyde daha yüksek saptanırken, depresyon düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

**SONUÇ:** İİH semptomları ve tanısız sürecinde hem hasta hem ebeveynler için depresyon, anksiyete ve kaygı oluşabileceği hatırd tutulmalıdır.

**Anahtar Kelime:** İdiyopatik İntrakraniyal Hipertansiyon, Anksiyete Ölçeği, Depresyon Ölçeği

SS-23

**Dirençli Epilepsi Tanılı Hastaların Nöbet Sıklığının Ebeveyn Anksiyete ve Tükenmişliğine Etkisi**

Lütfiye Çilkol Bayram<sup>1</sup>, Gökçen Ekici<sup>2</sup>, Esra Çöp<sup>2</sup>, Yunus Emre İnce<sup>3</sup>, Ahmet Alptuğ Güngör<sup>3</sup>, Orkun Tolunay<sup>3</sup>, Ayşegül Neşe Çıtak Kurt<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Nöroloji Kliniği

<sup>2</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Psikiyatri Kliniği

<sup>3</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

**Giriş ve amaç:** Epilepsi çocuk ve erişkinlerin hayatlarını etkileyen önemli bir nörolojik hastalıktır. Epilepsi hastalarının 1/3'ü ilaç dirençli olup çoklu antinöbet ilaç kullanımına rağmen nöbet kontrolü sağlanamamaktadır. Dirençli epilepsi, çocuk hastada düşük yaşam kalitesi, olumsuz bilişsel ve psikososyal sonuçlara neden olabilmektedir. Ayrıca dirençli epilepsi, aileleri de çok belirgin şekilde etkilemektedir; bu ailelerde stres, anksiyete, depresyon ve yaşamlarında kısıtlılık diğerlerine göre çok daha fazla görülmektedir

Bu çalışmanın amacı; dirençli epilepsili çocukların yaş, cinsiyet, komorbidite, nöbet özellikleri ile ebeveynlerinin depresyon, anksiyete ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

**Materyal-metod:** Çalışmaya; dirençli epilepsi tanısı ile izlenen 0-18 yaş arasında 45 hasta ve ebeveyni ile 45 sağlıklı çocuk ve ebeveyni dahil edildi. Ebeveynlerde beck depresyon, beck anksiyete ve maslach tükenmişlik ölçekleri değerlendirildi

**Bulgular:** Hastaların ve kontrol grubu çocukların yaş ortalaması ve cinsiyet dağılımı benzer idi. Dirençli epilepsi tanılı hastaların ebeveynlerinin beck depresyon ölçeği, beck anksiyete, maslach tükenmişlik ölçeği ortalamaları kontrol grubunda bulunan ebeveynlere göre daha yüksek olup aralarında istatistiksel anlamlı fark mevcut idi. Dirençli epilepsi hastalarında, komorbidite olanlarda ve son 6 ayda hastaneye yatışı olan hastaların ebeveynlerinin beck depresyon, beck anksiyete ve maslach tükenmişlik ölçekleri ile komorbidite ve son 6 ayda hastane yatışı olmayanların ebeveynlerinin ölçekleri kıyaslandığında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. Dirençli epilepsi hastalarında her gün nöbet geçiren ve geçirmeyen hasta ebeveynlerinin anksiyete, depresyon ve maslach tükenmişlik ölçekleri arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı.

**Sonuç:** Dirençli epilepsi tanılı hastaların yönetimi multidisipliner bir yaklaşım gerektirir ve ebeveynlerin anksiyete, depresyon ve tükenmişlikleri de göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Dirençli epilepsi, Ebeveyn, Anksiyete, Tükenmişlik



SS-24

#### Çocuklarda posterior reverzibl ensefalopati sendromu: Mersin Üniversitesi 14 yıllık deneyimi

Fatma Durak<sup>1</sup>, Mustafa Kömür<sup>2</sup>, Ali Delibaş<sup>3</sup>, Ali Ertuğ Arslanköylü<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Mersin

<sup>2</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, Mersin

<sup>3</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, Mersin

<sup>4</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Mersin

**AMAÇ:** Posterior reverzibl ensefalopati sendromu (PRES), erken tanı ve tedavi gerektiren bir durumdur. Bu çalışmada acil servise başvuran ve yapılan incelemelerde PRES tanısı konulan hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri incelenmiştir.

**YÖNTEM:** Ocak 2008 ve Aralık 2022 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Acil Ünitesi'ne hipertansiyon ve bilinç bozukluğu nedeniyle başvuran, klinik ve nörogörüntüleme özellikleriyle PRES tanısı konulan 51 olgunun dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Olgular yaş, cinsiyet, klinik özellikler, predispozan hastalıklar, ilaç kullanım öyküsü, laboratuvar bulguları ve prognoz yönünden değerlendirildi. Tüm hastalara beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemesi yapıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya PRES tanısı konulan 30 (%58,8) kız ve 21 (%41,2) erkek üzere toplam 51 çocuk dahil edildi. Hastaların yaş ortalamaları 146 ay (36-216 ay) olarak bulundu. Hastaların hepsinde hipertansiyon mevcutken, hastaların 35'inde baş ağrısı (%68) ve 40'ında (%78) bilinç değişikliği öyküsü vardı. Bunun yanı sıra 39'unda (%76) nöbet, 30'unda (%58) kusma ve 22'sinde (%43) görme bozukluğu mevcuttu. Hastaların 32'si (%62) kronik böbrek yetmezliği, 3'ü (%5) akut böbrek yetmezliği, 4'ü (%7) sistemik lupus eritematozus, 8'i (%15) nefrotik sendrom, 2'si (%3) kronik böbrek hastalığı, 1'i (%2) disgerminom tanılarıyla takip edilmekteydi. Hastaların 8'i (%15) sistemik steroid ve immünosüpresif ilacı beraber ilaç kullanırken 6'sı (%11) sadece steroid tedavisi kullanıyordu. Hastaların beyin MRG bulguları PRES ile uyumluydu. Hastaların 28'inde (%54) difüzyon kısıtlaması mevcuttu.

Hastaların neredeyse tamamında MRG bulgularında parietal ve oksipital lob tutulumu mevcuttu. Uygun antihipertansif tedavi sonrası hastaların klinik bulguları hızla düzelmiştir.

**SONUÇ:** PRES, hipertansiyona eşlik eden baş ağrısı, konvülsiyon, bilinç değişikliği, bulantı, kusma ve görme bozukluğu olan hastaların ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır. Serebral enfarkt ve epilepsi gibi kalıcı nörolojik sekellerin önlenmesi için erken tanı ve tedavi önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Posterior reverzibl ensefalopati sendromu, hipertansiyon, prognoz

SS-25

## ÇOCUKLARDA ÖZGÜL ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜNDE 2P:4P ORANININ İLİŞKİSİ

Rojan İPEK<sup>1</sup>, Gülru Esen<sup>2</sup>, Mahmut Çoraplı<sup>3</sup>, Habip Almış<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nörolojisi BD, Diyarbakır, Türkiye

<sup>2</sup>Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anatomi ABD, Adıyaman, Türkiye

<sup>3</sup>Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji ABD, İstanbul, Türkiye

<sup>4</sup>Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sosyal Pediatri BD, Adıyaman, Türkiye

**Amaç:** Özgül öğrenme güçlüğü (ÖÖG) ile başvuran çocuklarda doğum öncesi testosteron maruziyetinin bir göstergesi olduğu düşünülen parmak oranı (2P:4P) arasında bir ilişki olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

**Yöntem ve Gereç:** Prospektif yürütülen çalışmada Ocak 2022- Aralık 2022 tarihleri arasında ÖÖG ile Çocuk Nöroloji polikliniklerine başvuran hastalardan seçildi. Onamı alınan 36 hasta ve 21 sağlıklı kontrol grubu çocuk çalışmaya dahil edildi. Sağ ve sol elde 2. ve 4. parmak uzunlukları dijital kaliper ile ölçüldü. 2P:4P oranı hesaplanarak kaydedildi. Hasta grubunun WISC-4 sonuçları değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışma grubu 13 kız (%36,1), 23 erkek (%63,9) olmak üzere 36 hastadan ve kontrol grubu 21 sağlıklı çocuktan oluşuyordu. Hastaların yaş ortalaması 134.08±28.24 aydı. Hasta grubumuzun bakılan WISC-4 sonuçlarına göre %15.8'i (n=9) zihinsel engelli, %43.9'u (n=25) sınır zeka ve %3.5'ini (n=2) düşük normal tespit edildi. ÖÖG olan erkeklerde kontrol grubundaki erkeklere göre ve ÖÖG olan kızlarda kontrol grubundaki kızlara göre sağ 2P:4P ve sol 2P:4P oranı istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi. Zeka seviyesine göre gruplandırılan hastaların her bir grubu ayrı ayrı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında 2P:4P oranı açısından istatistiksel anlamlı fark izlenmedi.

**Sonuç:** Çalışmamızın sonuçları ÖÖG grubunda değerlendirilen sağ ve sol el 2P:4P oranı kontrol grubuna göre istatistiksel farklılık gözlenmese de kontrol grubuna göre daha düşük değerlerin varlığı daha çok sayıda hasta ile çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

**Anahtar kelimeler:** Çocuk, öğrenme güçlüğü, 2P:4P oranı

#### SS-26

#### Akut Serebellit Etyolojisinde Nadir Bir Neden; C3 ve C4 Vertebral Arter Trombüsü

Ezgi Çağlar<sup>1</sup>, Meltem Çobanoğulları Direk<sup>1</sup>, Mustafa Kömür<sup>1</sup>, Anıl Özgür<sup>2</sup>, Çetin Okuyaz<sup>1</sup>

1- Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, Mersin

2- Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Bilim Dalı, Mersin

#### Amaç:

Çocuklarda arteriyel trombüs nadir görülen bir hastalık grubudur. Burada serebellit bulguları ile gelen ve etyolojide trombüs saptanan bir olgu sunulmuştur. Akut serebellar sendrom ilaç alımı, enfeksiyon sonrası, venoz tromboza bağlı olarak görülebilir. Bununla birlikte arteriyel trombozların da serebellit bulgularıyla gelebileceği akılda tutulmalıdır. Burada C3 ve C4 vertebral arterinde trombüs olan bir hasta sunulmuştur.

#### Olgu Sunumu:

Acil servise 11 yaş erkek hasta kusma, baş ağrısı ve ateş şikâyeti ile başvurdu. Hastanın nörolojik muayenesinde ataksi ve dismetri saptandı. Hasta klinik öykü, fizik muayene bulguları ve görüntüleme yöntemleriyle birlikte değerlendirilerek serebellar sendrom bulguları ön tanısı ile servise yatırıldı. Hastanın yatışında ataksi, dismetri, dizartri mevcuttu. Hastaya üç gün boyunca antibiyoterapi ve antiviral tedavi verildi. Hastanın takibinde ataksisi geriledi konuşması düzeldi. Taburculuğuna hazırlanırken konuşması bozulmaya başladı ve uykuya eğilim gösterdi. Hastanın tekrar ataksisi, dizartisi ve ensefalopatisi gelişti. Hastanın santral görüntülemesi tekrarlandığında MRG'de bilateral serebellar hemisferlerde, süperior serebellar pedinküllerde mezensefalonda ve sol talamusta T2-Flair incelemede hiperintens özellikte, diffüzyon ağırlıklı incelemelerde diffüzyon kısıtlayan odaklar saptandı. Akut – subakut enfakt olarak değerlendirildi. Çekilen beyin ve boyun BT anjiyografisinde sağ vertebral arter segmentinde 3-4 mm uzunluğunda fokal duvar düzensizliği ve parsiyel dolum defektine neden olan trombüs oluşumu ile uyumlu hipodens alan gözlemlendi. Hastanın annesi tekrar sorgulandığında acile başvurduğu sabah hapsirirken boynunu yatağa vurduğunu ve ağrı hissettiğini anlattı. Hastaya antikoagulan ve antiagregan tedavi başlandı. Hastanın bradikardilerinin de olması nedeni ile yoğun bakıma devredildi. Hastanın yoğun bakımda tedavi sonrasında bilinci açıldı fakat sağ gözde pitozis, sağ üst ekstremitte kas gücü 1/5 olarak görüldü. Hastanın takibinde gelişen sağ üst ekstremitedeki hareket kısıtlılığı, pitozisi geriledi ve dizartisi düzeldi. Etyolojiye yönelik olarak tetkikleri gönderildiğinde hastanın PAI-1 4G-5G tek nükleotid delesyon inversiyon mutasyonuna sahip olması nedeni ile tromboza yatkınlığı saptandı.

#### Sonuç:

Hastaların klinik bulgularında bozulma olduğunda öykü ve nörolojik muayene tekrar değerlendirilmeli, fizik muayene tekrarlanmalı ve gerekli tetkikler tekrar yapılmalıdır. Etyolojiye yönelik ayırıcı tanılar tekrar gözden geçirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Trombüs, serebellit, ataksi, dismetri

## PP-1

### EPİLEPSİ VE HİPERAKTİVİTE İLE GİDEN İKİ CHD2 OLGUSU

Dr. Filiz Mıhçı

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nöroloji Kliniği, Antalya

#### AMAÇ

CHD2 mutasyonu bulunan iki epileptik ensefalopatili hastanın fenotiplerinin ve klinik bulgularının değerlendirilmesi

#### OLGU SUNUMU

Olgu 1: Onaltı aylık erkek hasta, febril konvülsiyon ve gelişme geriliği nedeni ile başvurdu. İzlemde afebril nöbetler gelişen ve aynı zamanda hiperaktivite bulguları olan hastada *CHD2* gen mutasyonu saptandı. İkili antiepileptik ile nöbetleri kontrol altına alındı.

Olgu 2: Dört buçuk yaşında erkek hasta, dış merkezde tik hareket bozukluğu ve hiperaktivite tanısı ile izlendiği sırada, fotosensitif miyoklonik nöbetler ve jeneralize tonik klonik nöbetleri olması nedeniyle yapılan genetik tetkik sonucunda CHD2 mutasyonu saptandı.

#### SONUÇ

CHD2 ilişkili mutasyon sonucunda gelişen epileptik ensefalopatilerde hiperaktivite ve tik benzeri miyoklonik nöbetler ortak özellikleriydi. Bu durum epileptik ensefalopatili hastalarda CHD2 mutasyonunu ön planda düşündürmelidir.

**Anahtar kelimeler:** CHD2 mutasyon, epileptik ensefalopati, hiperaktivite

## PP-2

### MİKOPLAZMA İLİŞKİLİ BİR GUILLAIN BARRE SENDROMU OLGUSU

Fatma Erk Karadeniz<sup>1</sup>, Rojan İpek<sup>2</sup>, Asuman Akar<sup>3</sup>

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Diyarbakır<sup>1</sup>

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nöroloji BD, Diyarbakır<sup>2</sup>

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon BD, Diyarbakır<sup>3</sup>

## AMAÇ

Guillain Barre Sendromu (GBS), hızlı ilerleyen, sıklıkla simetrik güçsüzlük, hiporefleksi ve arefleksi ile karakterize akut inflamatuvar polinöropatidir. Geçirilmiş bakteriyel veya viral enfeksiyonların tetiklediği otoimmün bir hastalık olduğu kabul edilmektedir. Burada solunum sistemi patojeni olarak bilinen mikoplazma enfeksiyonunun nörolojik komplikasyonlardan GBS ile başvurabileceğini vurgulamak amacıyla sunuldu.

## OLGU SUNUMU

17 yaşında kız hasta yutma güçlüğü ve yürüyememe şikayeti ile başvurdu. Yaklaşık 10 gün önce bir üst solunum yolu enfeksiyonu sonrası bacak bölgesinde ağrı ile birlikte güçsüzlük, yürüyememe ve yutma güçlüğü olduğu öğrenildi. Özgeçmiş ve soygeçmiş normaldi. Nörolojik muayenesinde, bilinç açık, koopere, üst ekstremitelerde 4/5, alt ekstremitelerde 1/5 kas gücü olup derin tendon refleksleri alınmadı. Babinski refleksi bilaterallakaydı. Sistemik muayenesinde akciğer sesleri dinlemekle solunum sesinde azalma saptandı. Akut faz reaktanlarında hafif artış gözlemlendi. Hastadan PA akciğer grafisi istendi. Solunum panelinde mycoplasma pneumonia-IgM pozitif saptandı. Lomber ponksiyonda, beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde hücre görülmedi ancak BOS proteini yüksekti (186 mg/dL), BOS glukozu ve klor değeri normaldi. Hastanın anti-gangliozid antikorları negatif sonuçlandı. Ekokardiyografi normaldi. Lomber spinal manyetik rezonans görüntülemesinde kontrast artışı tespit edildi. Elektromiyografide motor lifleri etkileyen demyelinizasyonun eşlik ettiği yaygın tip polinöropati ile uyumluydu. Bulgular doğrultusunda GBS tanısı konulan hastaya *intra venöz immunglobulin* 0,4 g/kg/gün 5 gün süreyle uygulandı. Klaritromisin tedavisi 14 güne tamamlandı. Kliniğinde belirgin düzelme gözlenen hastaya fizik tedavi rehabilitasyonu önerilerek taburcu edildi.

## SONUÇ

Mikoplazmanın en sık neden olduğu ekstrapulmoner hastalıklardan biri nörolojik hastalıklardır. Akut gelişen çocukluk çağı kas güçsüzlüğünde GBS akla gelmeli ve solunum yetersizliği nedeniyle dikkatli olunmalıdır. *Mikoplazma solunum sistemi patojeni olarak bilinse de hastaların karşımıza GBS ile başvurabileceği akılda tutulmalıdır.*

## ANAHTAR KELİME

Çocuk, Guillain Barre Sendromu, Mikoplazma

**PP-3**

**MOYA-MOYA HASTALIĞI İLE İLGİLİ BİR OLGU SUNUMU**

Fatma Erk Karadeniz<sup>1</sup>, Evindar Okucu<sup>1</sup>, Rojan İpek<sup>2</sup>, Salih Hattapoğlu<sup>3</sup>,

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Diyarbakır<sup>1</sup>

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nöroloji BD, Diyarbakır<sup>2</sup>

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji ABD, Diyarbakır<sup>3</sup>

**AMAÇ**

Moya-Moya hastalığı (MMH) etiyolojisi bilinmeyen serebrovasküler hastalık olup; çocuklarda serebral inmenin nadir bir nedenidir. Çocuklarda iskemik semptomlar, yetişkinlerde hemorajik semptomlar ön plandadır. Burada iskemik semptomlar ile başvuran ve nadir görülmesi sebebiyle bir MMH olgusunu sunmayı amaçladık.

**OLGU SUNUMU**

6 yaşında kız hasta şiddetli baş ağrısı, sol kol ve bacakta güçsüzlük şikayetiyle hastanemize başvurdu. Hastanın 2 yıldır baş ağrısı olduğu, 1 ay önce sol kolda ağrı ve sol el parmaklarını oynatmakta zorlanma olduğu öğrenildi. Özgeçmişinde zor doğum nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitesinde takip edildiği öğrenildi. Soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde sol kol proksimalinde kas gücü 3/5, distalinde 4/5, sol bacakta 4/5 ve ataksik yürümesi vardı. Babinski pozitif. Bilateral derin tendon refleksleri artmıştı. Elektromiyografi ve ekokardiyografi normaldi. Hastanın kontrastlı kraniyal manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde; sağ frontal, parietal ve temporal lobda akut -subakut süreçte enfarkt ile uyumlu olabilecek difüzyon kısıtlayan odaklar mevcuttu. Sol frontalde kronik enfarkt -ensefalomalazi ile uyumlu olabilecek parankimal hacim kaybının izlendiği alanlar da izlenmekteydi. Serebral MR anjiyografi incelemesinde, bilateral internal karotid arterler (ICA) C6 segmentten itibaren incelmekte olup, C7 segmenti ise oklüde görünümdeydi. Bu seviye distalinde bazal gangliyonlar düzeyinde belirginleşmiş ince kollateraller dikkati çekmekteydi. Enfeksiyöz ve vaskülitik etyolojiye yönelik tetkikler normal olarak sonuçlandı. Bulgular doğrultusunda diğer olası sebepler dışlanarak hastaya MMH tanısı konuldu.

**SONUÇ**

MMH'de çocuklarda en yaygın klinik; fokal defisit, parestezi ve nöbetler görülen serebral iskemi ataklarıdır. MMH tanısı, serebrovasküler hastalığın diğer nedenleri dışlanarak konulur. Görüntüleme stenoza veya oklüzyona eşlik eden kollateral vasküler yapılar varlığında MMH ayırıcı tanıda düşünülmelidir. MR anjiyografide tipik olarak ICA tepe kısmında daralarak oluşan oklüzyon ve sonrasında serpantinöz-ağsı görünümde kollateral vasküler yapılar görülmektedir. MMH, pediatrik yaş grubunda nadir görülen iskemik semptomların ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken bir tanıdır.

**ANAHTAR KELİME**

Baş ağrısı, Kas güçsüzlüğü, MMH

## PP-4

### **OPSOKLONUS, MYOKLONUS SENDROMU İLE PREZENTE OLAN BİR NÖROBLASTOM OLGUSU**

Fatma Erk Karadeniz<sup>1</sup>, Gülhavin Maçın<sup>1</sup>, Rojan İpek<sup>2</sup>, Salih Hattapoğlu<sup>3</sup>,

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Diyarbakır<sup>1</sup>

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nöroloji BD, Diyarbakır<sup>2</sup>

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji ABD, Diyarbakır<sup>3</sup>

### **AMAÇ**

Opsoklonus-Myoklonus Sendromu (OMS) her yöne kaotik göz hareketleri, gövde ve ekstremitelerdemyoklonik atımlar, ataksi ve davranış değişikliği olarak tanımlanan ender bir bozukluktur. Patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte en sık otoimmünitesuçlanmaktadır. Çocukluk çağında nöroblastom (NB) ile sık birlikteliği olup; NB'li çocukların %2-3'ünde OMS saptanırken, OMS'li çocuklarda NB görülme oranı %50-80'dir. Burada Opsoklonusmiyoklonus ile başvuran bir hastada ayırıcı tanıda nöroblastom olabileceği akılda tutulmalıdır.

### **OLGU SUNUMU**

15 aylık kız hasta aniden gelişen 10 gündür olan gözlerinde kayma, ellerinde titreme, yürümede bozukluk şikayetleriyle başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmiş normaldi. Fizik muayenede vertikal, horizontal göz hareketleri, geniş tabanlı ataksik yürüyüşü, sık düşme ve ekstremitelerdemyokloniler dışında diğer muayeneleri normaldi. Hastanın ataksive miyoklonusetiyolojisine yönelik tetkikleri planlandı. EEG normaldi. Toraksbilgisayarlı tomografisi (BT),kraniyal ve spinal manyetik rezonansı(MR) normal saptandı.Hastaya OMS tedavisi amacıyla için intravenözimmunoglobulin verildi. Verilen tedaviye yetersiz yanıt alınması üzerine batın ultrason normal olmasına rağmen batınBT istendi. Sol sürrenal bez lojunda 15 mm çapında kalsifikasyon odakları kitlesel içeren lezyon izlendi. Hastaya çekilen batın MR'da; sol sürrenal loj komşuluğunda T2 hiperintens,difüzyon kısıtlaması gösteren yaklaşık 20x15 mm boyutunda kitle lezyonu izlendi. Önplanda NB düşünülerek ek tetkiklerde vanilmandelik asit: 10,7 mg/g kreatinin, homovalinik asit: 19,5 mg/g kreatinin saptandı. Kitleden alınan biyopside histopatolojik olarak NB tanısı doğrulandı. Hasta Çocuk Hematoloji ve Onkoloji bölümüne sevk edildi.

### **SONUÇ**

OMS ile başvuran tüm hastalarda gerekirse ileri tetkiklerleNB varlığı araştırılmalıdır. Çünkü OMS pediatrikparaneoplastik sendromların prototipidir ve NB ile sıkı birlikteliği vardır. Hastaya OMS tedavisi NB'den bağımsız olarak ayrıca verilmelidir.Sık görülen ve farklı kliniklerle prezente olan nöroblastik tümörlerin epidemiyolojik ve klinik özelliklerinin iyi tanınması önemlidir.

### **ANAHTAR KELİME**

Çocuk, opsoklonus-miyoklonus Sendromu, nöroblastom,

PP-5

## TOPİRAMATIN NADİR GÖRÜLEN YAN ETKİSİ:DELİRYUM

Fatma Erk Karadeniz<sup>1</sup>, Evindar Okur<sup>1</sup>, Rojan İpek<sup>2</sup>,

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Diyarbakır<sup>1</sup>

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nöroloji BD, Diyarbakır<sup>2</sup>

### GİRİŞ

Çocukluk çağında klasik antiepileptikler ile kontrol altına alınamayan durumlarda yeni antiepileptik ilaçlara gereksinim duyulmaktadır. Bunlardan geniş spektrumlu antiepileptik ilaçlardan biri de topiramattır. Antiepileptik ilaçların santral sinir sistemi üzerine nörotoksik etkileri olabilmektedir. Burada topiramatt kullanımı sonrası nadir görülen deliryumtablosunda bir olguyu sunmayı amaçladık.

### OLGU SUNUMU

4 yaşında kız hasta konvülziyon şikayeti ile çocuk acil servisimize başvurdu. Hastanın yapılan tetkiklerinde hiponatremi tespit edilmesi üzerine hastaya sodyum desteği verilerek nöbet kontrolü sağlandı. Özgeçmişinde epilepsi ve hipotroidi sebebiyle yaklaşık bir yıldan beri levotiresetam, yedi aydan beri ise levotiron tedavisi aldığı ve obezite nedeniyle Çocuk Endokrin bölümünde takip edildiği öğrenildi. Soygeçmiş normaldi. Obez görünümde olan hastanın nörolojik muayenesi normaldi. Hiponatremi etiyolojisine yönelik yapılan tetkikler sonucunda Çocuk Endokrin bölümü tarafından levotiresetam ilacına bağlı uygunsuz ADH sendromu olabileceği düşünüldü. Hastanın kontrollü bir şekilde levotiresetam tedavisi azaltılarak topiramatt tedavisine geçildi. Hasta taburcu olduktan bir hafta sonra Çocuk Nöroloji polikliniğine ilaç kullanımından bir saat sonra başlayan saldırganlık, bağırma ve ağlama ataklarının olması üzerine başvurdu. Bakılan elektroensefalografide zemin aktivitesi anormallikleri gözlemlendi. Laboratuvar bulguları normal olan hastaya serebral görüntüleme hasta ajitasyonu nedeniyle çekilemedi. Klobazam tedavisi sonrası herhangi bir yan etki görülmemesi üzerine poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

### SONUÇ

Topiramatt ilacının santral sinir sistemi üzerine sedasyon gibi bilinen yan etkilerinin yanı sıra nadir de olsa deliryum tablosu dayayabileceği akılda tutulmalıdır.

### ANAHTAR KELİME

Deliryum, nöbet, topiramatt



**PP-6**

**VENÖZ SİNÜS TROMBOZU İLE PREZENTE OLAN BİR NÖROBEHÇET OLGUSU**

Fatma Erk Karadeniz<sup>1</sup>, Rojan İpek<sup>2</sup>, Sezgin Şahin<sup>3</sup>, Özgür Kasapçopur<sup>3</sup>

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Diyarbakır<sup>1</sup>

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nöroloji BD, Diyarbakır<sup>2</sup>

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji BD, İstanbul<sup>3</sup>

**AMAÇ**

Behçet Hastalığı(BH) birçok organ ve sistemi etkileyen otoinflamatuar bir hastalıktır. Hastaların sadece %3'ü ilk olarak nörobeçet bulguları ile prezente olmaktadır. Burada sinüs ven trombozu(SVT) tespit edilen ve düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) tedavisine direnç gösteren nörobeçet tanısı alan olguyu sunmayı amaçladık.

**OLGU SUNUMU**

11 yaşında erkek hasta baş ağrısı, bulanık görme ve çift görme şikayeti ile Çocuk Nöroloji polikliniğimize başvurdu. Yaklaşık 15 günden beri baş ağrısı şikayeti olan hastanın ağrısının devamlı olduğu, ağrı kesici ile geçmediği, bulantı ve kusmanın eşlik ettiği öğrenildi. Özgeçmişinde 2 yıl boyunca gezici tarzda artrit ve oral aft şikayetleri ile romatolojik hastalıklara yönelik tetkik edildiği ancak net bir tanısının olmadığı belirtildi. Soygeçmişinde özellik yoktu. Şikayetlerinin devam etmesi üzerine çekilen kraniyal manyetik rezonans (MR) görüntüleme ve MR venografi'de SVT tespit edilmesi üzerine kliniğimize yatışı yapıldı. Muayenesinde yaygın oral aftları, bilateral grade 3 papil ödem ve diplopsi vardı. Lomber ponksiyonu yapılan hastanın BOS glukoz 68 mg/dl ve proteini 290 mg/dl idi. Laboratuvar tetkiklerinde sedim 60mm/h, C4/C3 normal, vaskülit markerları, trombofili paneli, bakteriyel ve viral enfeksiyöz tetkikleri normal olarak sonuçlandı. Schirmer testi ve paterji testi negatifti. Ancak göz muaynesinde üveit tespit edilmesi üzerine gönderilen HLA B51 genetik testi pozitif saptandı. Kranial MR ve MR venografide sağ transvers sinüs ve sigmoid sinüste sinyal kaybı mevcut olup sinüs ven trombozu şeklinde raporlandı. Nörobeçet (NB) olarak değerlendirilen hastada DMAH tedavisine iyi yanıt alınmadığından Çocuk Romatoloji bölümüne sevk edildi. DMAH tedavisine metilprednizolon ve azotiopürin tedavisi eklenip poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

**SONUÇ**

BH, etiyojisi bilinmeyen, oral ve genital ülserler, cilt ve oftalmolojik bulguların gözlendiği multisitemik, inflamatuvar, tekrarlayıcı bir hastalıktır. NB ise santralsinir sistemi tutulumunun olduğu hastalığın klinik bir formudur. SSS tutulumu henüz BH tanısı almamış vakalarda hastaneye ilk başvuru sebebi olabilir.

**ANAHTAR KELİME**

Baş ağrısı, NöroBehçet, Sinüs ven trombozu

PP-7

## İNTRAKRANİAL HİPOTANSİYONA BAĞLI BAŞAĞRISINDA EPİDURAL KAN YAMASI TEDAVİSİ

Kıymet Keçelioğlu Binnetoğlu<sup>1</sup>, Dilan Taş<sup>2</sup>, Galip Emre Kılıçaslan<sup>2</sup>, Burcu Karakayalı<sup>1</sup>, İsmail Hakkı Akbeyaz<sup>1</sup>, Olcay Ünver<sup>1</sup>, Elif Acar Arslan<sup>1</sup>, Dilşad Türkdöğan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D., Çocuk Nörolojisi B.D

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon A.B.D.

### AMAÇ

Epidural Kan Yaması (EKY), dural yırtığı kapatmak ve beyin omurilik sıvısı (BOS) sızıntısını durdurmak amacıyla otolog kanın epidural boşluğa enjeksiyonudur. Bu bildiriye sunma amacımız İntrakranial hipotansiyona sekonder gelişen, konservatif tedaviye dirençli başağrılarında EKY'nın klinikte kullanımının önemine değinmektir.

### OLGU SUNUMU

17 yaşında kız hastamız 2 yıldır psödötümör serebri tanısıyla kliniğimizde izlenmekte olup bu süreçte 2 kere lomber ponksiyon (LP) işlemi yapılmıştı. Son LP işlemi 2 yıl önce gerçekleşmişti. Bu süreçte takiplerinde papil ödemi normale dönmüş ancak baş ağrısı şikayeti dönemsel olarak izleminde vardı. Asetazolamid ve Topiramamat tedavileri 2 yıldır düzenli olarak kullanmakta idi.

Hastamız son 15 gündür olan, oturmak ve ayağa kalkmakla şiddetlenen, kusma ve kilo kaybının eşlik ettiği baş ağrısı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde dehidrate olup nörolojik muayenesi normaldi. Hastanın kranial ve spinal MR görüntülemeleri normal olarak raporlandı.

Term AGA doğan, aşıları tam olan, nöromotor gelişimi normal ilerleyen hastamızın kaza geçirme ve operasyon öyküsü yoktu

### KLİNİK SEYİR

Hasta genel durum bozukluğu nedeniyle yatırıldı. Kullanmakta olduğu Asetazolamid ve Topiramamat tedavileri sonlandırıldı. Yatak istirahati, IV hidrasyon, Parasetamol, İbuprofen, Kafein, Kodein tedavilerine dirençli pozisyonel olarak değişen baş ağrısı devam eden hastaya 10. Günün sonunda Anestezi bölümü tarafından L3-L4 Epidural bölgeye yama işlemi (hastanın kendi kanı ile-15 cc) uygulandı.

Hasta işlemden hemen sonra dramatik şekilde baş ağrısının geçtiğini ifade etti. Tedavi sonrası işlem alanında ağrısı ve hafif meningismusu mevcuttu.

İşlemden sonra sağ bacak L4-L5 dermatom sahasında karıncalanma ve uyuşma şikayeti gelişti. 5 gün içinde mobilizasyonu sağlanan hasta taburcu edildi. Sırt ağrısı, sağ bacakta karıncalanma, topallama şikayetleri 1 ay içinde ağrı kesici ve fizyoterapi desteği ile tamamen geriledi.

#### SONUÇ

Hastamızın öyküsünde tekrarlayan LP olması, Acetazolamid ve Topiramid tedavileri alması ve pozisyonel olarak değişen baş ağrısının olması intrakranial hipotansiyona bağlı baş ağrısı düşündürmüştür. Hastaya öncelikle konservatif yaklaşımlar olarak klasik tedaviler uygulanmıştır ancak yanıt alınamamıştır. Bunun üzerine invazif bir yöntem olan EKY yöntemi hastaya uygulanmıştır. Hasta işlemden hemen sonra baş ağrılarında kurtulmuştur ve baş ağrısı tekrar etmemiştir. İşlem sonrasında komplikasyon gelişmiş ancak konservatif izlenmiş ve tamamen gerilemiştir.

Epidural kan yaması, konservatif yöntemler ile giderilemeyen intrakranial hipotansiyona bağlı baş ağrılarında gerekli bir tedavi yöntemi olarak akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: İntrakranial Hipotansiyon, Epidural Kan Yaması, Baş ağrısı Tedavisi

PP-8

**Sistemik Lupus Eritematozus ve Marfan Sendromlu Olguda Nöropsikiyatrik Tutulum: Moyamoya Hastalığı**

**Yazarlar:** Ahmet Girgeç, Ayşe Balat

**Sunan yazar:** Ahmet Girgeç

**Kurum:** Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji

**Amaç:** Sistemik lupus eritematozus (SLE), tüm sistemleri etkileyebilen kronik otoimmün bir hastalıktır. Hastaların yaklaşık üçte ikisinde nöropsikiyatrik tutulum görülebilmektedir. SLE ile Marfan sendromu birlikte görülebilir. Bu yazıda SLE ve Marfan sendromu zeminde gelişen moyamoya hastalığı sunulmaktadır.

**Olgu sunumu:** Öncesinde tamamen sağlıklı olan on dört yaşında Suriye uyruklu kız hastanın öyküsünde; son bir yıldır ataklar halinde her iki kolda güç kaybı, uyuşma, gözde kayma ve vücutta kasılmanın olduğu bu durumun on beş dakika kadar sürüp geçtiği öğrenildi. Yapılan fizik muayenede sol yüzde nazolabial sulkusda silinme, gövdede makülopapüler basmakla solmayan yaygın döküntüleri mevcuttu(Resim1,2). Diğer sistem muayenelerinde patolojik bulguya rastlanmadı. Bakılan tetkiklerinde lökopeni, lenfopeni, akut faz reaktanlarında yükseklik, antinükleer antikör (ANA) ve direk coombs testi pozitif, kompleman C4 yaşa göre düşük saptandı. Yapılan ekokardiyografide asendan aorta 23mm olup ( Z skoru:3.3) aort kökü dilatasyonu saptandı. Hastanın genetik tetkikinde fibrilin-1 (FBN1) geninde ekzon 25'te (c.2930T>G) (p.Met977Arg) ve (c.347-1G>C) heterozigot patojen mutasyon saptandı. Hastanın santral sinir sistemi tutulumu açısından yapılan görüntüleme tetkiklerinde beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRG); her ikiserebral hemisferde, bazal ganglionlarda T2 ve FLAIR sekanslarda heterojen sinyal artışı, iskemik gliotik odak saptandı. MR anjiyografide ise; sağ anterior serebral arter(ACA) A1 segmenti hipoplazik, sağ orta serebral arterde (MCA) M1 ve M2 de akım izlenmemiş, M3 ve M4 dalları sola göre belirgin ince, sağ internal karotid arterde (ICA) ve baziller arterde darlık izlendi. Hastaya dijital subtraksiyon anjiyografisi (DSA) yapıldı. Tüm serebral arterlerde moyamoya ile uyumlu ileri düzey kollateral vaskülarizasyona bağlı 'sigara dumanı görüntüsü' gözlemlendi(Resim 3). Hastaya SLE ve Marfan sendromuna bağlı gelişen moyamoya hastalığı tanısı konuldu. Tedavisi çocuk romatoloji, çocuk endokrinoloji ve çocuk kardiyoloji tarafından multidisipliner olarak düzenlendi. Takibinde hastada stroke gelişti. acil müdahale zamanını geçirdiği için müdahale edilmedi. Cerrahi tedavi imkanında kaybetmiş oldu. Kuadriplejik olarak takip edildi. Hasta böbrek yetmezliği ve sepsis nedeniyle exitus oldu.

**Resim1:** makülopapüler döküntü, **Resim 2:** Alt extremitede kronik döküntü, **Resim3:**DSA da sigara dumanı görüntüsü



**Sonuç:** Moyamoya hastalığı, intrakraniyal büyük arterlerin ilerleyici daralması ve kollaterallerinin gelişimi ile karakterizedir. Genetik ve romatolojik hastalılar etyolojide yer alabilmektedir. Erken dönemde DSA yapılması hem tanı hem de tedavinin planlanmasında yardımcı olacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Sistemik lupus eritematozus, Marfan sendromu, moyamoya hastalığı,

**PP-9**

**İlerleyici yürüyüş bozukluğu ve ataksi ile başvuran Charlevoix-Saguenayın Otozomal Resesif Spastik Ataksisi (ARSACS)-Dört Olgu Sunumu**

Özlem Ersoy<sup>1</sup>, Ezgi Çağlar<sup>2</sup>, Meltem Çobanoğulları Direk<sup>2</sup>, Mustafa Kömür<sup>2</sup>, Çetin Okuyaz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nörolojisi, Mersin, Türkiye

<sup>2</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, Mersin, Türkiye

**Özet:**

**GİRİŞ:** Erken başlangıçlı spastisite, serebellar ataksi ve sensorimotor periferik nöropati ile karakterize nörodejeneratif bir hastalık olan Charlevoix-Saguenayın otozomal resesif spastik ataksisi (ARSACS), SACS genindeki (13q11) otozomal resesif mutasyon sonucu gelişir. Çocuklar genellikle süt çocukluğu döneminde kadar asemptomatik olsalar da, hastalık yavaş ilerleyicidir. Beyin MRG'de süperior serebellar vermiş atrofisi ve pons ile ilgili anormallikler sıklıkla tespit edilmektedir. İlerleyici yürüyüş bozukluğu ve ataksi ile tetkik edilen 4 olgumuzun klinik, EMG ve nörogörüntüleme bulgularının sunulması amaçlanmıştır.

**Olgu:** İki aileden 3 kız 1 erkek toplam 4 hastamızın başvuru yaşları 4-14 arasında değişmekteydi. Tüm hastalarımız yürümeye başladıkları dönemde bir problem yokken ilerleyen yaşlarda başlayan ve ilerleyici seyir gösteren yürümede zorluk ve dengesizlik şikayeti ile başvurdu. Perinatal dönemde herhangi bir özellik, yenidoğan yoğun bakım takibi veya hipoksi öyküleri yoktu. Zamanla motor gelişimlerinin bozulduğu ve yaşlarına göre geri kaldıkları ve ataksik yürüyüşlerinin belirginleştiği görüldü. Tüm hastalarımızın soygeçmişinde akrabalık vardı. Bir hastamızın ailesinde nörolojik hastalık öyküsü yoktu, diğer 3 hastamızın 2'si kardeş diğeri kuzenleriydi. Nörolojik muayene de tüm hastalarımızda ataksik yürüyüş ile beraber serebellar bulgular pozitif olarak görülmüş olup 4 yaşında ki olgumuzun bulguları diğerlerine göre daha silikti. DTR'leri artmış ve alt ekstremitelerde spastisite mevcuttu. EMG tüm hastalara yapılmıştı, demiyelinizasyonun daha hakim olduğu sensorimotor tipte polinöropati tespit edildi. Beyin MRG 3 hastamızda görüldü ponsta bilateral paramedian lokalizasyonda T2A ve FLAIR incelemede silik lineer hipointens çizgilenmeler ve süperior serebellar vermiste hafif atrofi saptandı. İki hastanın WES sonucunda SACS geninde homozigot mutasyon tespit edilmesi üzerine Charlevoix Saguenay otozomal resesif spastik ataksi olarak kabul edildi. Diğer iki hastadan de kardeş ve kuzen olması dolayısıyla bilinen gen mutasyon analizi istendi. SACS geninde homozigot mutasyon tespit edildi.

**Sonuç:** Son yıllarda ataksi etiolojisinde ARSACS tüm dünyada giderek daha fazla tanımlanmaktadır. Özellikle doğumda normal, başlangıçta yürüyüş problemi ve motor geriliği belirgin olmayan hastalarda ilerleyici piramidal, serebellar bulgular ile birlikte ataksi varlığında sinir iletimi ve nörogörüntüleme çalışmaları yapılmalı, tanıdan şüphelenilen durumlarda SACS gen mutasyon analizi akılda bulundurulmalıdır.

### SS-10

#### Semptomdan Tanıya: Konversiyon, Orta Serebral Arter Enfarktüsü, Subaraknoid Kanama

Ezgi Çağlar<sup>1</sup>, Meltem Çobanoğulları Direk<sup>1</sup>, Mustafa Kömür<sup>1</sup>, Anıl Özgür<sup>2</sup>, Çetin Okuyaz<sup>1</sup>

1- Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, Mersin

2- Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Bilim Dalı, Mersin

#### Amaç:

Çocukluk çağı fokal epilepsisinde travma, kanama, santral sinir sisteminin yapısal anomalileri, beyin tümörü, vasküler anomaliler etyolojide rol oynamaktadır. Erişkinlerde sık görülen inme çocuk yaş grubunda (%1-5) daha nadir görülmektedir. Hastalarda inme etyolojisinde kalp anomalileri, vaskülopatiler, hematolojik anormallikler, travma ve genetik etkenler bulunmaktadır. Bu olguda sağ kolda güçsüzlük ve konuşma güçlüğü çeken MCA enfaktı saptanan bir hasta sunulmuştur.

#### Olgu:

Hastanın iki gün önce ağızda sağa kayma ve seyirme şeklinde atması olmuş. Takibinde konuşma güçlüğü, sağ kolda uyuşma ve bayılayazma nedeni ile dış merkez aciline başvurmuş. Hastanın serebral BT'si çekilmiş normal saptanmış ve konversiyon olarak değerlendirilip taburcu edilmiş. Hasta acil servisimize başvurusunda tek kelimelik cümle kuruyordu. Elinde uyuşukluk ve güçsüzlük vardı. Sağ üst ekstremitte kas gücü 4/5'ti. Hastanın çekilen beyin diffüzyon MRG'sinde sol MCA enfaktı saptandı ve hasta çocuk nöroloji servisine yatırıldı. Hastaya fokal nöbet nedeni ile antiepileptik tedavi olarak levetiracetam tedavisi, enfarkta yönelik olarak tedavi dozunda enoksaparin sodyum başlandı. Etiyolojiye yönelik tetkikler gönderildi. Hasta tedavi dozundan profilaksi dozuna geçtiğinde taburcu edildi. Hastane çıkışında yan etkiler ve dikkat edilmesi gerekenler hakkında detaylı bilgi verildi. Taburculuğundan 15 gün sonra hastanın gece yarısı tekrar yüzde seyirme şeklinde nöbeti olması, sağ el ve ayağında uyuşma başlaması üzerine tekrar acilimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde taburculuğunda düzelen sağ el kas gücü 3/5 olarak değerlendirildi. Hastanın enfakt açısından çekilen beyin MRG'sinde yeni enfakt alanı gözlenmedi. Hastanın öyküsünde su kaydıracağından kayarken başına darbe aldığı öğrenildi. Çekilen beyin BT'sinde sol parietalde sulkusta subaraknoid kanama ile uyumlu görünüm saptandı. Hastanın tedavisi kesilerek serviste takibe alındı.

#### Sonuç:

Hastanın semptomları aynı bile olsa ayırıcı tanı dikkatlice yapılmalıdır. Konversiyon bozukluğu düşünülen hastalarda organik nedenler atlanmamalıdır. İnme ile takip edilen hastalarda her zaman olayın tekrarlama riski mevcuttur. Fakat tedaviye bağlı komplikasyonlar ve hastanın her an kanamaya olan yatkınlığı da akılda tutulmalıdır. Tedavi esnasında travmalara karşı hastalar mutlaka uyarılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** MCA, Enfakt, Kanama, Konversiyon