

MULTIPL SKLEROZ SEMPOZYUMU
ÖZET KİTAPÇIĞI



30 OCAK 2020
BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ – İSTANBUL



BVU
SÜREKLİ EĞİTİM
MERKEZİ



MS Multipl Skleroz

SEMPOZYUMU



BVU
SÜREKLİ EĞİTİM
MERKEZİ

30/OCAK/2020

13.30-16.30

Dekanlık
Konferans Salonu

Açılış Konuşmaları

13.30 - 13.40

1. Oturum

Prof. Dr. Teoman Aydın - Prof. Dr. A. Esra Gürsoy
MS'de Tanısal ve Klinik Yaklaşım
Oturum Başkanı: Doç. Dr. Mehmet Köfukisa

13.40 - 14.00

Multipl Skleroz Klinik Tipleri
Prof. Dr. A. Esra Gürsoy
(BVU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı)

14.00 - 14.20

Multipl Skleroz Tanı Yöntemleri
Öğr. Gör. Dr. Vildan Güzel
(BVU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı)

14.20 - 14.40

Multipl Sklerozda Ayırıcı Tanı
Uzm. Dr. Aslı Yaman
(BVU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı)

14.40 - 15.00

Multipl Skleroz Tedavisine Genel Yaklaşım
Prof. Dr. Gülşen Akman
(BVU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı)

14.55 - 15.15

Ara

2. Oturum

MS'de Psikiyatrik ve Rehabilitasyon Yaklaşım
Oturum Başkanı: Prof. Dr. Teoman Aydın

15.15 - 15.35

Multipl Skleroz'a Psikiyatrik Yaklaşım
Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem Dilek Şahbaz
(BVU Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı)

15.35 - 16.05

Multipl Skleroz Rehabilitasyonu
Uzm. Dr. Buğra İnce
(BVU Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı)

16.05 - 16.25

Multipl Sklerozda Hasta Bakımı
Doç. Dr. Zeliha Tülek
(İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi)

16.25 - 16.35

Ara

3. Oturum

Sözel Bildiriler
Oturum Başkanı: Prof. Dr. A. Esra Gürsoy,
Dr. Öğr. Üyesi Okan Küçükaktaş

16.35 - 17.30

Sözlü Bildiriler

Düzenleme Kurulu
Prof. Dr. Teoman Aydın,
Prof. Dr. Azize Esra Gürsoy

Bilimsel Sekreteryaya
Öğr. Gör. Dr. Vildan Güzel,
Uzm. Dr. Aslı Yaman

**Sözlü Bildiriler için
son başvuru tarihi**
10 Ocak

ÖN SÖZ

.....
.....

KURULLAR

.....
.....

BİLİMSEL PROGRAM

.....

SÖZEL BİLDİRİLER

.....



Prof. Dr. Azize Esra Gürsoy

Değerli Meslektaşlarımız,

Bezmilem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından düzenlenen 30 Ocak 2020 tarihinde İstanbul'da gerçekleştireceğimiz Multipl Skleroz Sempozyumuna sizleri davet etmekten mutluluk duymaktayız.

Sempozyumumuzda multipl skleroz hastalığının tanı ve tedavisindeki son gelişmeler ışıkında multidisipliner yaklaşımın önemi ve bu alandaki bilgi paylaşımının artırılması yanı sıra konu ile ilgili karşılaştığımız sorunları tartışarak fikir alışverişinde bulunma ortamının sağlanması amaçlanmıştır.

Sempozyumumuzda nöroloji hekimlerini ve işbirliği içinde çalışmaktan mutlu olduğumuz farklı alanlardan tüm arkadaşlarımızı görmeyi arzu ediyoruz.

Başarılı ve verimli bir sempozyum geçirmemiz dileğiyle...

KURULLAR

DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Teoman Aydın

Prof. Dr. Azize Esra Gürsoy

BİLİMSEL SEKRETARYA

Uzm. Dr. Aslı Yaman

Öğr. Gör. Dr. Vildan Güzel

Bilimsel Program

30 Ocak 2020

Açılış Konuşması

13.30 – 13.40 Prof. Dr. Teoman Aydın

Prof. Dr. A. Esra Gürsoy

I. Oturum MS’de Tanısal ve Klinik Yaklaşım

Oturum Başkanı – Doç. Dr. Mehmet Kolukısa

13.40 – 14.00 Multipl Skleroz Klinik Tipleri – **Prof. Dr. A. Esra Gürsoy (BVU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı)**

14.00 - 14.20 Multipl Skleroz Tanı Yöntemleri– **Uzm. Dr. Aslı Yaman (BVU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı)**

14.20 – 14.40 Multipl Sklerozda Ayırıcı Tanı – **Öğr. Gör. Dr. Vildan Güzel (BVU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı)**

14.40 – 15.00 Multipl Skleroz Tedavisine Genel Yaklaşım – **Prof. Dr. Gülşen Akman (BVU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı)**

14.55– 15.15 Ara

II. Oturum MS’de Psikiyatrik ve Rehabilitasyon Yaklaşım

Oturum Başkanı – Prof. Dr. Teoman Aydın

15.15 – 15.35 Multipl Skleroz’a Psikiyatrik Yaklaşım –
Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem Dilek Şahbaz (BVU Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı)

15.35 – 16.05 Multipl Skleroz Rehabilitasyonu – **Uzm. Dr. Buğra İnce (BVU Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı)**

16.05 – 16.25 Multipl Sklerozda Hasta Bakımı **Doç. Dr. Zeliha Tülek (İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi)**

16.25 – 16.35 Ara

16.35 – 17.30 Sözlü Bildiriler

Oturum Başkanı: Prof. Dr. A. Esra Gürsoy, Dr. Öğr. Üyesi Okan Küçükakkaş



Multipl Skleroz Klinik Tipleri

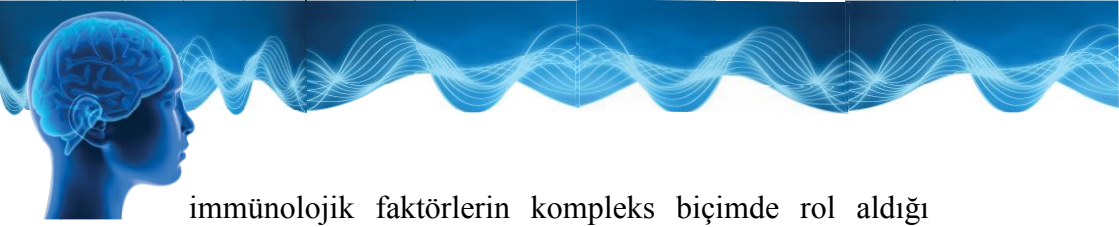
Prof. Dr. Azize Esra Gürsoy

*Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim
Dalı*

E-posta: agursoy@bezmialem.edu.tr

ÖZET

Multipl Skleroz (MS) merkezi sinir sisteminin (MSS) kronik otoimmün bir hastalığıdır. Hastalık miyelin kaybı yanı sıra oligodendrosit, akson ve nöron hasarına yol açar. Patolojik olarak miyelin yıkımına yol açan otoreaktif lenfositler ve aktive makrofajların oluşturduğu infiltrasyon ile karakterizedir. Bu inflamatuvar infiltrasyonlar hastalık için karakteristik plakları oluştururlar. MS sıklıkla genç erişkinlerde ortaya çıkar. Prevalansı coğrafi bölgelere göre farklılık göstermekte, 100.000’de 2- 200 arasında bildirilmektedir. Türkiye’de farklı bölgelerde yapılmış prevalans çalışmalarında bu oran 100.000’de 34-104 arasında bulunmuştur. Hastalık sıklıkla genç erişkinlerde ortaya çıkar ve bu yaş grubunda özür lülüğe yol açan nedenler arasında travmadan sonra yer alır. Kadın- erkek oranı 2:1-3:1’dir. MS multifaktöryel, heterojen bir hastalıktır. Etyolojisinde genetik, çevresel ve



immünolojik faktörlerin kompleks biçimde rol aldığı düşünülmektedir.

MS’de nörolojik belirti ve bulgular plakların yerleşimine göre ortaya çıkar. MS farklı bireylerde, farklı zamanlarda, farklı belirtiler verir. MS tipik belirtileri arasında ekstremitelerde uyuşma, karıncalanma gibi duysal belirtiler, motor güçsüzlük, ağrılı monokuler vizyon bozukluğuna yol açan optik nörit, Lhermitte bulgusu (boyun fleksiyonu ile ortaya çıkan omurilikte elektriklenme hissi), koordinasyon bozukluğu, dengesizlik, baş dönmesi, çift görme yer alır. Ayrıca yorgunluk, mesane problemleri, cinsel fonksiyon bozuklukları, ağrı ve bellek-konsantrasyon-dikkat bozukluğu gibi kognitif belirtiler MS ‘de sık görülür. MS’li hastada güçlü egzersiz ya da yüksek ısıya maruz kalma sonrası görme bulanıklığının ortaya çıkması ve dinlenme ya da vücut ısısının normale dönmesiyle düzelmesi Uthoff fenomeni olarak adlandırılır. MS ataklarla (relaps) seyredilmekte ya da ilerleyici (progressif) olabilmektedir. Atak; akut ya da subakut gelişen, 24 saatten uzun süren, ateş ya da infeksiyonun



eşlik etmediği yeni ortaya çıkan ya da kötüleşen nörolojik disfonksiyon olarak tanımlanır. Atağı sıklıkla tam ya da kısmi düzelme (remisyon) izler. Progresyon ise nörolojik disfonksiyonun giderek kötüleşmesi ve özürllülüğün artmasıdır. MS heterojen bir hastalık olduğundan alt grupları tanımlanmıştır. Daha önce farklı tanımlamalar kullanılsa da 2013 yılı itibarı ile Lublin ve arkadaşları tarafından MS 3 alt grupta sınıflanır. Bunlar klinik izole sendrom (KİS), relapsing- remitting MS (RRMS) ve progressif MS (PMS)'dir. KİS; unilateral optik nörit, parsiyel medulla spinalis tutulumu (miyelit), beyin sapı veya serebellar sendrom ve fokal supratentorial tutulum şeklinde klinik bulgu vererek ortaya çıkan, merkezi sinir sisteminin enflamatuvar-demyelinizan doğada etkilendiği ilk nörolojik tablo olarak tanımlanır. RRMS ataklar ve düzelmelerle seyreden ve en sık rastlanan formdur. MS hastalarının %10-15'i ise baştan itibaren özürllülüğün arttığı primer progressif MS'dir. Hastalık progressif olmasına rağmen eşlik eden ataklar varsa veya yeni gelişen MR lezyonları saptanıyorsa bu durum "aktif" olarak tanımlanır.



Multiple Skleroz Tanı Yöntemleri

Uzm. Dr. Aslı Yaman

*Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim
Dalı*

E-posta: dr.asliyaman@gmail.com

MS tanısındaki esas yaklaşım, MSS lezyonlarına bağlı oluşan klinik tablonun zamanda ve mekanda yayılımının gösterilmesi, bunun yanında da ayırıcı tanıda yer alan diğer hastalıkların klinik ve laboratuvar yöntemleri ile dışlanmasıdır. Özellikle atipik klinik ve MRG özelliklerine sahip olgularda tanı koymada güçlükler yaşanabilmektedir. Yine erken evredeki olgularda tanı koyma zorlukları sıklıkla yaşanır. Böyle olgularda tanı koymadan önce bazen, klinik ve radyolojik takip gerekmektedir. Hastalığın kesin tanısı için kullanılabilecek bir laboratuvar yöntemi yoktur. Tanı olguların klinik özellikleri, hastalığın gidişi ve yardımcı laboratuvar yöntemleri kullanılarak konulmaktadır ve tanıda 2017 Revize McDonald kriterleri baz alınmaktadır. Kriterler tam olarak karşılanıyorsa tanı “MS” olarak kabul edilmektedir.



Multipl Sklerozda Ayırıcı Tanı

Dr. Vildan Güzel

*Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim
Dalı*

E-posta: vildan_guzel@hotmail.com

Multipl skleroz (MS) klinik bir tanıdır. MS tanısı öykü, muayene ve paraklinik testler (kranial-spinal MRG, BOS incelemesi) ile konulmaktadır. 2017 McDonald tanı kriterlerinde MS tanısı için, zamanda ve mekanda yayılım ile birlikte klinik belirti ve bulguları oluşturabilecek diğer hastalıkların dışlanması gereklidir. Klasik klinik tanı kriterleri, BOS ve MRG bulguları MS için her zaman yeteri kadar spesifik olmayabilir. Birçok hastalıkta relapsing remitting MS veya primer progresif MS benzeri klinik özellikler ve görüntüleme bulguları izlenebilir. MS ayırıcı tanısında idiyopatik inflamatuvar demiyelinizan hastalıklar (ADEM, NMO, MOG ilişkili demiyelinizan hastalıklar), vasküler, enfeksiyöz, neoplastik, metabolik ve genetik hastalıklar yer almaktadır. Ayırıcı tanıda yer alan hastalıkların klinik özellikleri, görüntüleme ve laboratuvar bulgularının iyi bilinmesi gereklidir. MS de doğru tanı; MS tedavisinin erken başlanması, ayırıcı tanıda yer alan hastalıkların tedavi seçeneklerinin ve prognozlarının farklı olması nedeni ile çok önemlidir.



Multipl Skleroz Tedavisine Genel Yaklaşım

Prof. Dr. Gülşen Akman-Demir

Bezmailem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı

E-posta: akmandemir@yahoo.com

ÖZET

Multipl skleroz nasıl tedavi edilir?

Bugün için multipl sklerozun (MS) henüz kesin bir tedavisi olmamakla birlikte, atakla ortaya çıkan nörolojik bulguların giderilmesi, atakların önlenmesi, kalıcı nörolojik bulguların ve özürllülüğün önlenmesi mümkündür. Kalıcı özürllülüğü geri çevirecek ilaçların arayışı da halen yoğun olarak sürmektedir. MS tedavisini üç ana başlıkta ele almak uygun olur: 1) atak tedavisi; 2) uzun vadeli koruyucu tedaviler; 3) semptomatik tedavi.

Ataklarla ortaya çıkan nörolojik bulguların giderilmesinde başlıca kullanılan tedavi kortikosteroid tedavisidir. Çok farklı uygulama yolları ile verilebilir. Çoğu zaman steroid tedavisi ile tam veya tama çok yakın oranda düzelme gözlenir. Eğer yeterli düzelme gözlenememişse alternatif bir tedavi biçimi plazmaferezdir. Daha seyrek olarak intravenöz immunglobulin (IVIg) de atak tedavisinden kullanılabilir.

Multipl skleroz tedavisinde bugün en başarılı olduğumuz noktalardan biri önleyici tedavidir. Burada amaçlanan nörolojik özürllülük yerleşmeden ve birikmeden gelişmesini önlemektir. Bu amaçla kullanılan standart tedaviler arasında injeksiyonla uygulanan interferon beta ve glatiramer asetat ile oral olarak



uygulanan teriflunamid ve dimetil fumarat tabletleri yer alır. Bugün için ülkemizde ikinci basamak tedaviler arasında natalizumab, fingolimod, ocrelizumab yer alır. Artık daha seyrek olarak da olsa, çeşitli kemoterapi ajanları da kullanılabilir. Bazı durumlarda IVIg de kullanılabilir. Bunların dışında halen Faz II ve Faz III çalışmaları süren ve yeni tamamlanmış olan pek çok yeni molekülün de piyasaya çıkması beklenmektedir. Amerikan İlaç Dairesi (FDA) veya Avrupa İlaç Dairesi (EMA) tarafından onay alan bütün ilaçlar gerektiğinde Sağlık Bakanlığı'ndan özel izin başvurusu ile ülkemizde de kullanılabilir. Her MS hastasının gereksinimi ve tedavi seçeneklerine cevabı veya toleransı farklı olabileceğinden, hastalarda seçilecek tedaviler, gerekli risk-yarar değerlendirmesi yapılarak kişiye özel olarak belirlenmelidir.

Semptomatik tedaviler ise hastanın yaşam kalitesini düzeltmekte çok büyük önem taşır. Multipl sklerozda, kullandığımız pek çok semptomatik tedavi arasında kas gevşeticiler, nöropatik ağrıya yönelik ilaçlar, mesane problemleri ile ilgili ilaçlar, depresyona yönelik ilaçlar sayılabilir. Fizyoterapi de multipl sklerozun olmazsa olmaz tedavi seçeneklerinden biridir.



Multipl Skleroz'a Psikiyatrik Yaklaşım

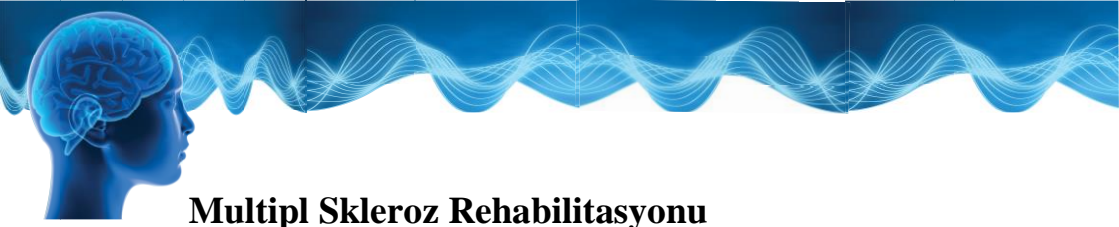
Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem Dilek Şahbaz

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

E-posta: cigdemdileksahbaz@gmail.com

ÖZET

Multipl sklerozlu (MS) hastaların %60'ında psikiyatrik çeşitli anormallikler rapor edilir ve MS ile ilişkili morbidite ve mortaliteye ana katkıda bulunurlar. MS'li bireylerde kesin bir nörolojik tanıdan önce veya daha yaygın olarak hastalık ilerlemesi ile ilgili ilk başvuru şikâyeti olabilen psikiyatrik rahatsızlıkların en sık karşılaşılanları duygudurum ve anksiyete bozukluklarıdır. Bununla birlikte, bu nöropsikiyatrik komorbid durumların patogenezi belirsizliğini korumaktadır ve MS hastalığının şiddetinin göstergelerini doğru bir şekilde aydınlatılmakta güçlük çıkartabilirler. Ayrıca hem hastalık süreci hem de MS tedavisi bireyin zihinsel sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir, bu sunumda, MS'de ortaya çıkan yaygın nöropsikiyatrik sendromları ve bu durumlar için klinik semptomları, etiyolojiiyi, beyin görüntüleme bulgularını ve tedavi stratejilerini tanımlamaya amaçlamaktayız.



Multipl Skleroz Rehabilitasyonu

Uzm. Dr. Buğra İnce

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi, FTR Anabilim Dalı

E-posta: bince@bezmialem.edu.tr

ÖZET

Multipl skleroz (MS) inflamatuvar ve nörodejeneratif değişikliklerin rol aldığı santral sinir sisteminin otoimmün bir hastalığıdır [1]. 18-50 yaş arası kadınlarda ve kuzey ülkelerinde sık görülmekte olup giderek artan engelliliğe neden olmaktadır [1]. Hastalığın tedavisinde hasta eğitimi, medikal tedaviler ve rehabilitasyon süreçleri rol oynamaktadır. Egzersiz tedavisi rehabilitasyon uygulamalarının temelini oluşturur [2]. Rehabilitasyon programları esas olarak rezistans ve endurans egzersizlerinden oluşur. Egzersiz programları hazırlanırken dikkatli olunmalı, aşırı zorlamanın ve ısı artışının semptomları tetikleyebileceği unutulmamalıdır. Rehabilitasyonda primer hedefler kas gücünün artırılması, yürüyüş ve dengenin düzeltilmesi, spastisitenin azaltılması ve üst ekstremitenin fonksiyonel kullanımının artırılması iken yorgunluğun azaltılması, mesane ve barsak disfonksiyonun düzeltilmesi, ağrının palyasyonu ve konuşma ve yutma



bozukluklarının tedavisi de hedeflenir. Sekel bulguların yönetiminde klasik rehabilitasyon protokollerinin yanında yardımcı cihaz kullanımı gerekebilir. Robotik rehabilitasyon, vibrasyon tedavisi ve hippoterapi gibi daha yeni tedaviler umut vaad etmektedir. [3–5]

1. *International Multiple Sclerosis Genetics Consortium S, Wellcome Trust Case Control Consortium 2 H, Sawcer S, et al (2011) Genetic risk and a primary role for cell-mediated immune mechanisms in multiple sclerosis. Nature 476:214–9*
2. *Khan F, Amatya B (2017) Rehabilitation in Multiple Sclerosis: A Systematic Review of Systematic Reviews. Arch Phys Med Rehabil 98:353–367*
3. *Schwartz I, Sajin A, Moreh E, Fisher I, Neeb M, Forest A, Vaknin-Dembinsky A, Karusis D, Meiner Z (2012) Robot-assisted gait training in multiple sclerosis patients: a randomized trial. Mult Scler 18:881–90*
4. *Carpinella I, Cattaneo D, Abuarqub S, Ferrarin M (2009) Robot-based rehabilitation of the upper limbs in multiple sclerosis: feasibility and preliminary results. J Rehabil Med 41:966–70*
5. *Vermöhlen V, Schiller P, Schickendantz S, Drache M, Hussack S, Gerber-Grote A, Pöhlau D (2018) Hippotherapy for patients with multiple sclerosis: A multicenter randomized controlled trial (MS-HIPPO). Mult Scler 24:1375–1382*



Multipl Sklerozda Hasta Bakımı

Doç.Dr. Zeliha Tülek

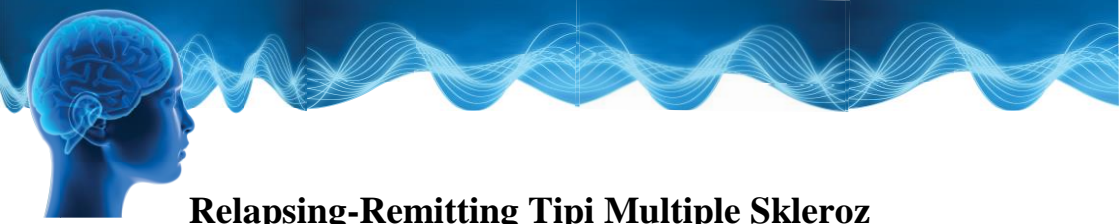
***İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale
Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı***

E-posta: ztulek@istanbul.edu.tr

ÖZET

Multipl skleroz (MS) santral sinir sistemindeki inflamasyon, demyelinizasyon ve dejenerasyon süreci ile karakterize, kronik ve ilerleyici bir hastalıktır. Başlangıçta sadece ataklar sırasında ortaya çıkarken zaman içinde giderek yerleşen ve kötüleşen fiziksel, emosyonel, sosyal ve bilişsel sorunlara yol açarak bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde bozabilir. MS'li hastanın bakımı tüm ekip üyelerinin işbirliği içinde çalışmasını gerektirir. Hastanın sürekli bakımında ve hastayla etkileşimde anahtar rolü olan hemşire, hastanın fizyolojik, emosyonel ve sosyal gereksinimlerini değerlendirmede, esenliğini sürdürmede, semptom yönetiminde, atakların tedavisinde, hastanın immünmodülatör tedaviye uyumunu sağlamada ve psikososyal destek sağlamada sorumluluklar üstlenmektedir. Bu sunumda, güncel bilgiler ışığında MS ve hemşirelik bakımı anlatılacaktır.

SÖZEL BİLDİRİLER



Relapsing-Remitting Tipi Multiple Skleroz Tanısıyla Takip Edilen Hastalarda Ataklar Arası Dönemde Migren Varlığının Sorgulanması

Mesrure Köseoğlu¹, Arife Çimen Atalar²

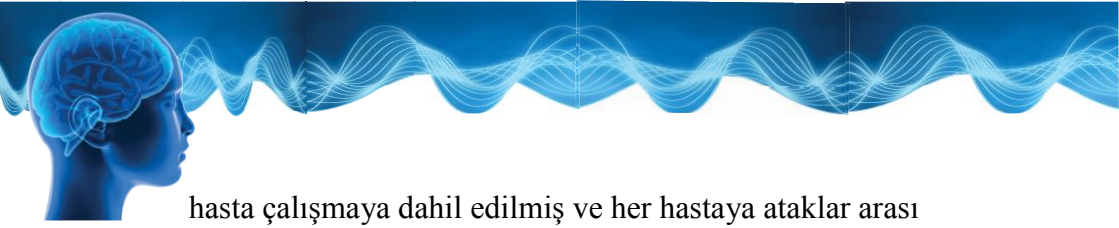
¹ Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Multiple Skleroz polikliniği, İstanbul, Türkiye

² İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Amaç: Başağrısı multiple skleroz (MS) hastalarında sık rastlanan bir yakınma olup özellikle migren tipi başağrısı en sık eşlik eden primer başağrısı tipleri arasında bildirilmektedir. Bu çalışmanın amacı iyi dokümente edilmiş bir relapsing-remitting tipi MS (RRMS) hasta grubunda migren sıklığını belirlemek ve komorbid migren varlığının MS'in klinik özellikleri üzerine olan etkilerini ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem: Üçüncü basamak bir MS merkezine başvuran ve RRMS tanısı ile takip edilmekte olan 68



hasta çalışmaya dahil edilmiş ve her hastaya ataklar arası dönemde başağrısı varlığını sorgulayan yapılandırılmış bir başağrısı sorgulama formu uygulanmıştır.

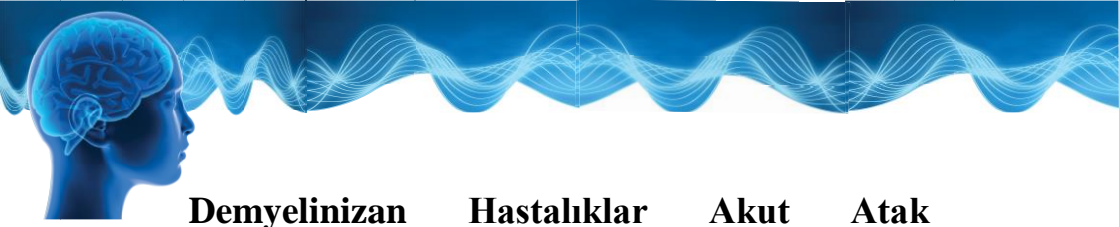
Uluslararası başağrısı tanı kriterlerine uygun olarak migren tanısı alan hastalar, ayrıca migrene ait demografik ve klinik özellikler bakımından değerlendirilmiş ve verileri kaydedilmiştir. Migreni bulunan (Grup 1) ve bulunmayan (Grup 2) hastalar kendi aralarında istatistiksel açıdan karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Başağrısı yakınması 47 (%69,11) hastada mevcut olup, bu hastalardan 26 (%55,31)'sının kesin migren tanısı bulunmaktaydı. Migreni bulunan hastalarda (Grup 1) MS'in ilk klinik bulgusu olarak görsel ataklar ön plandaydı (%56 ya karşılık % 23,3). Hastalık modifiye edici tedavilerden interferon beta ve okralizumab kullanımı, Grup 1 de yer alan hastalarda diğer gruba göre belirgin olarak daha yüksekti ($p<0,05$). Diğer MS özellikleri bakımından iki grup arasında fark gözlenmedi.

Sonuç: Başağrısı, özellikle de migren tipi başağrısı, RRMS hastalarında sık rastlanan bir komorbidite olup,



hastalık modifiye edici tedaviler ve özellikle de interferonlar başağrısının ortaya çıkmasında rol oynayabilmektedir. Multiple skleroz hastalarında klinikte migren gibi komorbid durumların gözönünde bulundurulması, optimal tedavi planlanması ve bireyin yaşam kalitesinin artırılması açısından önem taşımaktadır. Bu konuda gelecekte daha geniş hasta grupları ile ve atak esnasında yapılacak çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.



Demyelinizan Hastalıklar Akut Atak Tedavisinde Terapötik Plazma Değişimi

Ferda İlgen Uslu¹, Azize Esra Gürsoy²

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji ABD

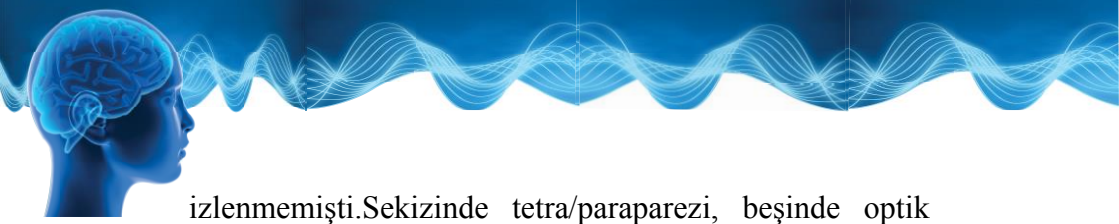
Giriş: Multipl skleroz (MS), nöromyelitis optica (NMO) ve transvers myelit (TM) merkezi sinir sisteminin (MSS) demyelinizan hastalıklarındandır ve genellikle tekrarlayan ataklar şeklinde izlenir. İlk basamak tedavi protokollerine anlamlı klinik yanıt elde edilmeyen MSS inflamatuvar demiyelinizan hastalıklarında terapötik plazma değişimi (TPD) etkilidir.

Amaç: Akut atak sırasında, ilk basamak immünomodülatör tedaviye yanıt vermeyen demyelinizan MSS hastalıklarında TPD'nin tedaviye katkısını araştırmak.

Yöntem: Hastanemizde Transfüzyon Tıbbi bölümünde 2017-2019 arasında TPD yapılan hastalar değerlendirildi, 6 MS, 6 NMO ve 3 TM hastası belirlendi. Hastaların demografik verileri, hastalık seyir özellikleri ve TPD'ye klinik yanıtları retrospektif olarak belirlendi.

Sonuçlar:

Hastaların yaş ortalaması 43,2 (\pm 18,8; 18-76) idi ve 8'i (%53,3) kadındı. TM grubu diğer gruplara göre anlamlı derecede yaşlıydı (ortalama yaş:65). TPD başlamadan önce tüm hastalara 5-10 gün intravenöz pulse steroid tedavisi verilmiş, anlamlı klinik yanıt



izlenmemişti. Sekizinde tetra/paraparezi, beşinde optik nörít, ikisinde hemiparezi bulguları mevcuttu. Toplam 93 TPD prosedürü (ortalama 6,2; 5-12) uygulandı, akut atakta TPE'nin ortalama başlama süresi 12,8 (6-22) gündü. TPD sonrası 6 hastada klinik stasyonerdí, sekizinde kısmi düzelme (%30), birinde tam düzelme izlendi. MS'de 6 hastadan 5'i kısmi düzelme saptandı (%83,3). Tam düzelen 1 hasta NMO'di. İki hastada katater enfeksiyonu dışında komplikasyon/istenmeyen etki izlenmedi.

Sonuç: Çalışmalar ve olgu serileri refrakter akut atak MSS demyelinizan hastalıklarında TPD'nin %50-89 etkili olduğunu göstermiştir. TPD öneri klavuzunda kategori II'de önerilmektedir. Bizde çalışmamızda tedaviye yanıtını %60 saptadık, progrese olan hastamız olmadı. Sonuçta TPD, steroide ek tedavi olarak güvenli ve kısmi etkili bir ek tedavidir. Daha iyi faydalanacak hastaları tanımlamak ve prognoz değerlendirmek amacıyla daha çok hasta değerlendiren çalışmalara ihtiyaç vardır.



Multipl Skleroz Hastalarında Cinsel Fonksiyon Bozukluğu

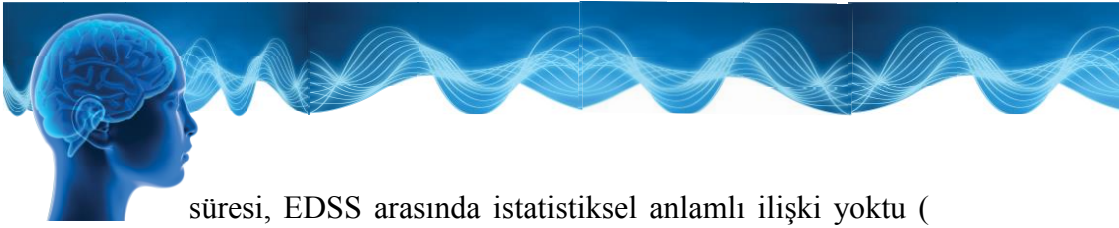
Muzaffer Akçay

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı

Amaç: Bu çalışmada sıklıkla genç erişkin yaşlarda görülen ve kronik bir hastalık olan MS hastalarında bilinen bir psikiyatrik problem veya ileri derecede özürllülük olmaksızın olası cinsel işlev bozukluğu sıklığını saptamak amaçlanmıştır.

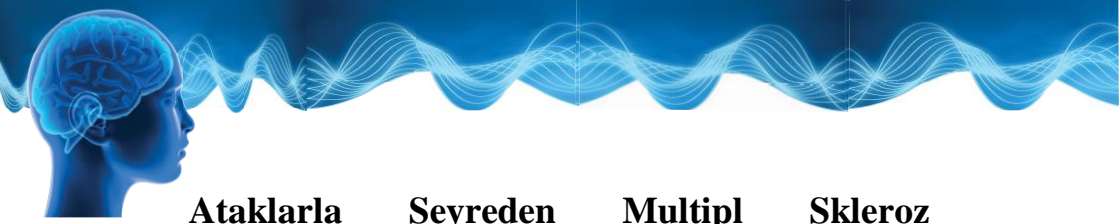
Yöntem: Çalışmaya Mc Donald kriterlerine göre kesin MS tanısı almış, “relapsing remitting” klinik formda olan 56 hasta alındı. Tüm hastalara olası cinsel işlev bozukluğunu saptamaya yönelik Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) uygulandı. Ayrıca erkek hastalara IIEF (Uluslararası Erektıl Disfonksiyon Testi) ve kadın hastalara ise FSFI (Kadın Seksüel Fonksiyon İndeksi) formları dolduruldu.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 36.05 ± 7.621 yıl (min= 21, max= 45) idi. Hastaların 34’ü (%60. 7) kadın, 22’si (%39. 3) erkekti. Kadın cinsiyetin ortalama Genişletilmiş Özürllülük Durum Skalası (EDSS) 2.31 ± 1.35 , erkek cinsiyetin ortalama EDSS’si 2.35 ± 1.55 ’di. Ortalama hastalık süresi 5.14 ± 3.24 yıldı. Kadın cinsiyette ortalama ACYÖ 16.26 ± 5.12 , FSFI 64.56 ± 16.08 , erkek cinsiyette ortalama ACYÖ 15.5 ± 4.67 , IIEF 21.09 ± 5.80 idi. Kadın hastaların 31’inde (%91.2), erkek hastaların 19’unda (%86.4) cinsel işlev bozukluğu vardı. ACYÖ ile hastalık



süresi, EDSS arasında istatistiksel anlamlı ilişki yoktu ($p>0.05$).

Sonuç: Hastalarımızda cinsel işlevleri etkileyebilecek ölçüde hastalığa bağlı özürlülük, psikiyatrik bir problem veya ilaç kullanım öyküsü olmamasına rağmen, çoğunda cinsel işlev bozukluğu olduğu belirlendi. Bu durum hastalığın nöral enformasyon ve santral sinir sistemi üzerine olan etkisi ile açıklanabilir.



Ataklarla Seyreden Multipl Skleroz Hastalarında Kalça Kas Kuvveti İle Yürüme Fonksiyonelliği Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Kamer Ünal Eren¹, Muhammed Emin Özcan²

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi, ²Yeni Yüzyıl Üniversitesi

Amaç: Multipl Skleroz'da (MS) alt ekstremitte kas kuvveti büyük oranda yürüme üzerinde etkilidir. Bu çalışmanın amacı ataklarla seyreden Multipl Skleroz hastalarında kalça kas kuvvetinin yürüme fonksiyonelliği üzerine olan etkisinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Çalışmaya bağımsız yürüeyebilen (EDSS ortalaması $1,44 \pm 0,69$ (min 1, maks 3,5)), kognitif problemi olmayan, başka bir nörolojik bozukluğu olmayan, spastisitesi olmayan kesin Relapsing Remitting MS tanısı koyulan 27 hasta dahil edilmiştir. Progresif MS tanısı olan hastalar dahil edilmemiştir. Hastaların yaş, cinsiyet, hastalık süresi gibi demografik bilgileri kaydedilmiştir. Kalça fleksör, ekstansör ve abduktör kasların sağ ve sol olmak üzere maksimum izometrik kas kuvveti Powertrak Hand-Held Dynamometer (JTech Medical, Utah, USA) kullanılarak 3 tekrarlı olarak ölçülmüştür, ortalaması alınarak Newton cinsinden kaydedilmiştir. Yürüme fonksiyonelliği MS Yürüme Skalası-12 ile ve 2 dakika yürüme testi ile değerlendirilmiştir.



Bulgular: Çalışmaya yaş ortalaması $38,40 \pm 9,75$ olan ve hastalık süresi ortalaması $7,00 \pm 5,60$ yıl olan toplam 27 hasta (4 erkek, 23 kadın) katılmıştır. MS Yürüme Skalası-12 ile kalça kas kuvveti regresyon analizine bakıldığında sadece sağ kalça fleksiyonu ile ilişki olduğu görülürken ($p=0,014$; $r^2=0,218$), 2 dakika yürüme testi ile sağ ve sol kalça fleksiyonu, sağ ve sol kalça ekstansiyonu, sağ ve sol kalça abduksiyonu (sırasıyla $p=0,018$; $r^2=0,204$, $p=0,006$; $r^2=0,263$, $p=0,004$; $r^2=0,286$, $p=0,024$; $r^2=0,188$, $p=0,019$; $r^2=0,202$, $p=0,014$; $r^2=0,217$) ilişki olduğu görülmüştür. Ayrıca MS Yürüme Skalası-12 ile 2 dakika yürüme testi arasında kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($p=0,010$; $r^2=0,238$).

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre 2 dakika yürüme testi ile değerlendirilen yürüme kapasitesinde kalça kas kuvvetinin etkisi ciddi olarak gözlenirken yürümenin göreceli olarak değerlendirildiği yürüme bozukluğu ölçeği kas kuvvetinin etkisini tam olarak yansıtmamaktadır. Yürümeyi etkileyen birçok duyuşal ve motor faktör göz önünde bulundurulmalıdır ve rehabilitasyonda özellikle kalça bölgesi kaslarının kuvvetlendirilmesine yönelik programlar uygulanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Multipl Skleroz, kas kuvveti, yürüme



Primer Progresif Multipl Skleroz ve Sjögren Sendromu Birlikteliği: Olgu Sunumu

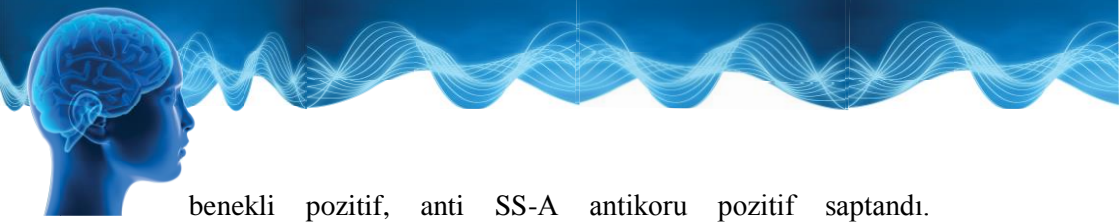
Vildan Güzel¹, Azize Esra Gürsoy²

Bezmialem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Sjögren sendromu (SS) ekzokrin bezlerin lenfositik infiltrasyonu ile karakterize kronik otoimmün bir hastalıktır. SS olgularının %20-25'inde nörolojik tutulum görülür. Nörolojik tutulumların %13'ü santral sinir sistemi tutulumu şeklindedir. Multipl skleroz (MS) benzeri tutulum, ayırıcı tanı ve doğru tedavi yaklaşımı açısından önem taşımaktadır. Bu bildiri de primer progresif MS (PPMS) kliniği ile başvuran ve Sjögren Sendromu tanısı alan bir olgu tartışılmaktadır.

Olgu:

63 yaşında erkek hasta yürüme güçlüğü ve dengesizlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Öyküde 8 yıl önce başlayan solda belirgin her iki bacakda gerilme, kasılma nedeni ile yapılan sol kalça protez operasyonuna rağmen yürüme zorluğunda zamanla artış olduğu öğrenildi. Lomber MRG L4-L5 düzeyinde nöral foramenleri solda belirgin daraltan protrüzyon, EMG'de kronik dönem sol L5 radiküler tutulum mevcuttu. 1 yıl önce sol elde uyuşma ve dengesizlik şikayetinin eklendiği öğrenildi. Nörolojik muayenede kas gücü üst ekstremitelerde 4/5, alt ekstremitelerde 3/5, patella ve aşıl refleksi canlı, taban cildi refleksi bilateral ekstansor idi. Alt ekstremitelerde vibrasyon duyusunda azalma ve sol hemihipoestezi mevcuttu. Servikal MRG de kranyoservikal bileşkede, C3-4, C5-6 düzeyinde kontrast tutulumu olmayan T2 hiperintens lezyonlar izlendi. BOS proteini 80 mg/dl, OKB (patern 2) idi. Anti NMO ve anti MOG antikorlar negatif bulundu. ANA 1/2560 titrede ince



benekli pozitif, anti SS-A antikoru pozitif saptandı. Semptomları açısından sorgulandığında ağız kuruluğu yakınması olduğu öğrenildi. Schirmer testi normal sonuçlandı. Tükruk bezi biyopsisinde grade 4 lenfositik infiltrasyon saptandı. Bu bulgularla olgumuza PPMS ve SS birlikteliği tanısı konuldu. Orelizumab tedavisi başlandı ve 1 yıllık takipte klinik stabil olarak seyretti.

Tartışma:

Sjögren sendromunda MS benzeri klinik ve radyolojik bulgular görülebilir. SS ve MS otoimmün hastalık birlikteliği de nadir olarak görülebilmektedir. SS yönelik etkin bir tedavinin başlanması hastalığın prognozu açısından önem taşımaktadır. MS ve SS ayırıcı tanısının yapılmadığı veya MS ve SS birlikteliğinin olduğu olgularda B hücre aracılı tedaviler tercih edilebilir.



Fingolimod Tedavisi Altında Ortaya Çıkan Vzv Miyeliti Olgusu

Ash Yaman Kula¹, Azize Esra Gürsoy²

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Nöroloji ABD

GİRİŞ: Fingolimod, 2010 yılında ataklarla seyreden MS hastalığı için FDA onayı almış bir oral tedavi alternatifidir. Ülkemizde 1. basamak tedavilere yeterli yanıt alınamamış olgularda 2. basamak tedavi seçeneği olarak ya da yüksek hastalık aktivitesine sahip olgularda ilk seçenek olarak kullanılmaktadır. MS hastalarında fingolimod tedavisi altında enfeksiyonlara yatkınlık izlenebilmektedir. Bu yazıda da fingolimod tedavisi sonrası gelişen bir VZV miyeliti olgusu tartışılmıştır.

OLGU: 62 yaşında, 20 yıldır MS tanısıyla takip edilen ve fingolimod tedavisiyle son 4 yıldır ataksız izlenen kadın hasta, ağustos 2019 tarihinde sol elde C8-T1 dermatomuna uyan bölgede veziküler, ağrılı döküntü şikayeti ile başvurdu. Hastanın fingolimod tedavisi sonlandırıldı ve Zona Zoster tanısıyla hastaya Valtrex 3x1000mg tb başlandı. Hastada döküntülerin gelişmesinden 1 hafta sonra sol yüz yarımını da içine alan, sol kol ve bacakta uyuşma şikayeti olması üzerine çekilen kranial ve servikal MR incelemesinde bulbus sol yarımında T2 hiperintens, demiyelinizan natürde kontrast tutan yeni bir lezyon saptandı. Hastanın BOS incelemesinde VZV BOS PCR negatif olarak bulundu ve hastaya IV metilprednisolon



tedavisi uygulandı. Klinik olarak iyileşme izlenen hastada bu yakınmalarından bir ay sonra sol kol ve bacakta güçsüzlük ve dengesizlik gelişti. Tekrar edilen servikal ve torakal MR görüntülemeye C3 düzeyinden başlayıp C5 düzeyine kadar devamlılık gösteren, C6-C7, D1, D2 düzeyinde, spinal kord posterior kesimde belirgin kontrastlanan ve D9 seviyesine kadar yer yer devam eden demiyelinizan lezyonlar saptandı. Tekrarlanan BOS incelemesinde VZV IgG pozitif bulundu ve VZV miyeliti tanısıyla hastaya Asiklovir 3x750 mg IV tedavi başlandı. Tedavi sonrası klinik olarak anlamlı düzelme saptandı.

SONUÇ: Fingolimod kullanan hastalarda enfeksiyonlara yatkınlık oluşmakta ve fırsatçı enfeksiyonların gelişme riski ortaya çıkmaktadır. Tedaviye başlamadan önce hastalar özellikle Varisella Zoster Virüsü antikorları açısından test edilmeli, antikor negatif hastalara VZV aşısı yapılmalıdır. Atak kliniği ile başvuran bu olguda fingolimod tedavisi sonlandırıldıktan sonra meydana gelen yakınmaların ilaç kesimine bağlı rebound etki olup olmadığı tartışılmış ancak hastaya VZV miyeliti tanısı konmuştur. Bu açıdan fingolimod tedavisi altındaki hastalarda yeni gelişen bulgular değerlendirilirken, enfeksiyonlara bağlı nedenler de mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

