

# Olgu

Dr. Sibel YILDIZ KAYA

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

# A.C.

- 36 yaş, kadın
- Evli, 1 çocuk annesi (6 yaş)
- Bilinen kronik hastalık ve düzenli ilaç kullanımı yok
- Afyon'da yaşıyor; aralıklı İstanbul seyahati mevcut
- Ofis çalışanı
- Sigara: ~5 paket-yıl, alkol kullanımı yok
- Vejetaryen beslenme öyküsü var
- Aile öyküsünde özellik yok

# Eylül 2025 – İlk atak

- 03.09.2025 tarihinde nöbet şikayeti ile dış merkez nörolojiye başvuruyor.
  - Sol kol ve bacakta tonik kasılmaların eşlik ettiği nöbet
  - Bilinç korunmuş
  - Postiktal sol bacak güçsüzlüğü gelişmiş
- Nöbet öncesi yaklaşık **1–2 ay süreyle ara ara gelen sol bacakta uyuşma şikayeti** oluyor
- **Kontrastlı Kraniyal MR:**
  - Sağ frontal kortiko-subkortikal bölgede **≈1 cm lezyon** saptandı.
    - periferik kontrastlanan
    - kalsifikasyon içeren
    - geniş vazojenik ödemli
- Hastaya dış merkezde **levetirasetam 500mg 2x1, deksametazon 2 mg 4x1** başlanıyor

# 18.09.2025— İkinci atak

- Hasta **mevcut hikayesi ve devam eden baş ağrısı şikayeti nedeniyle** CTF Beyin Cerrahisi polikliniğine başvuruyor
- Muayene için beklerken,
  - **Sol kulakta çınlama ve sonrasında sol kol ve bacakta güç kaybı**
  - **Sol yüz yarısında deviasyon geliyor**
  - Defisitler 10–15 dakika içinde düzeliyor
- Acil şartlarda **Beyin BT ve Difüzyon MR** çekiliyor
  - Sağ MCA M4 segmentinde **trombüs**
  - Sağ MCA sulama alanında **enfarkt** ile uyumlu bulgular
  - Sağ hemisferde **kitlesel lezyon** (malignite, parasitik enfeksiyon, abse, vaskülit ??)
- Levetirasetam ve deksametazon tedavisine ASA ekleniyor

# Nörolojik Muayene

- Bilinç açık, koopere, oryante
- Ateş **36.7°C**
- Kan basıncı **118/7**
- Nabız **82/dk**
- Solunum sayısı **16**
- SpO<sub>2</sub> **%98**

Hasta ileri tetkik amacıyla  
Beyin Cerrahisi Servisi'ne  
yatırılıyor

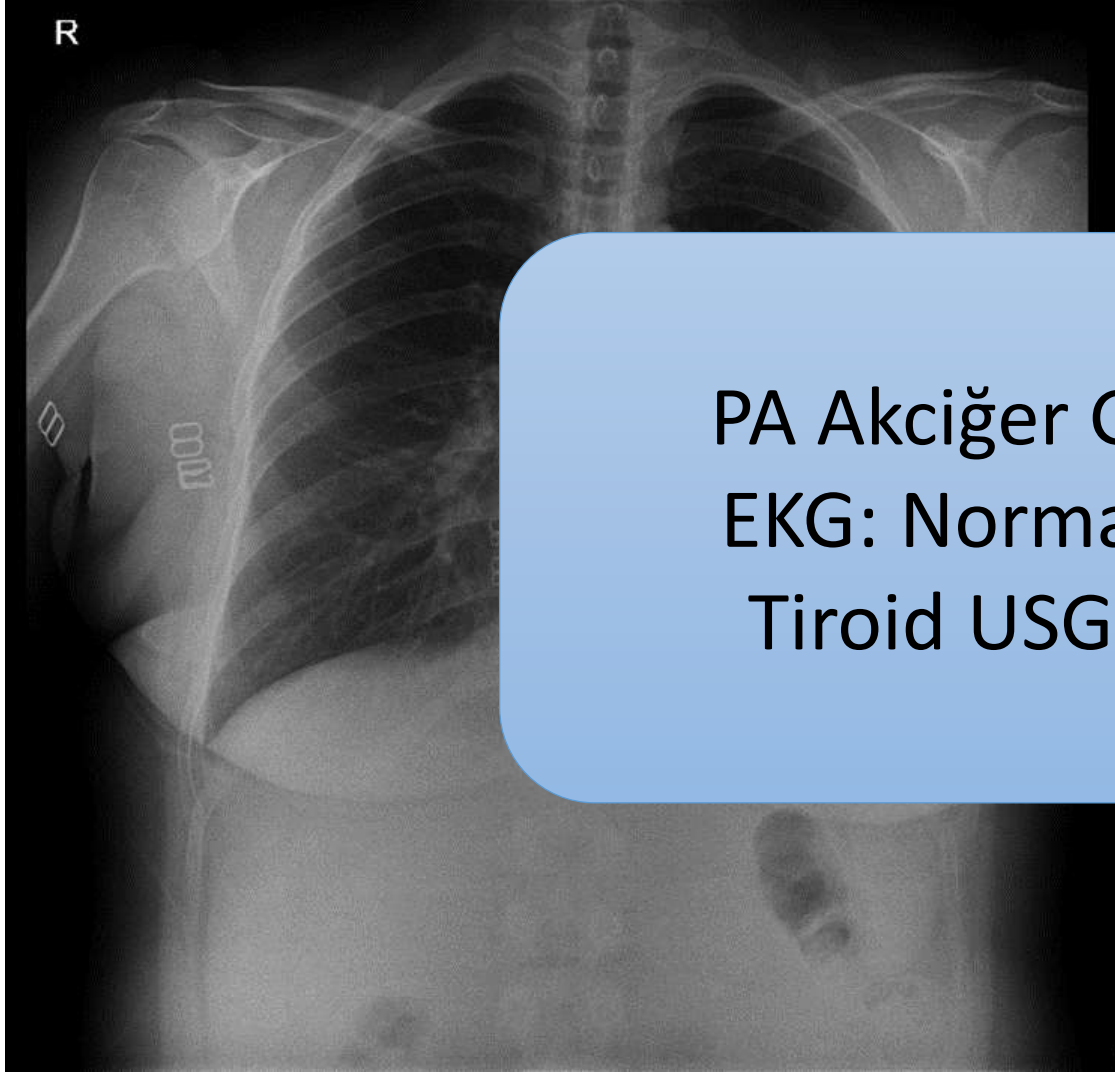
- Ense sertliği yok
- Işık Refleksi ++/++
- Göz küre hareketleri her yöne serbest
- Fasiyal asimetri yok

- asyonla eleve
- ne serbest
- nitelerde 5/5
- i global canlı. Hoffmann -
- eksör/Fleksör
- Duyu kusuru tariflemiyor
- Yürüyüş normal. Romberg - Diadokokinezi -/-,  
Dismetri üst -/-. Sfinkter kusuru yok

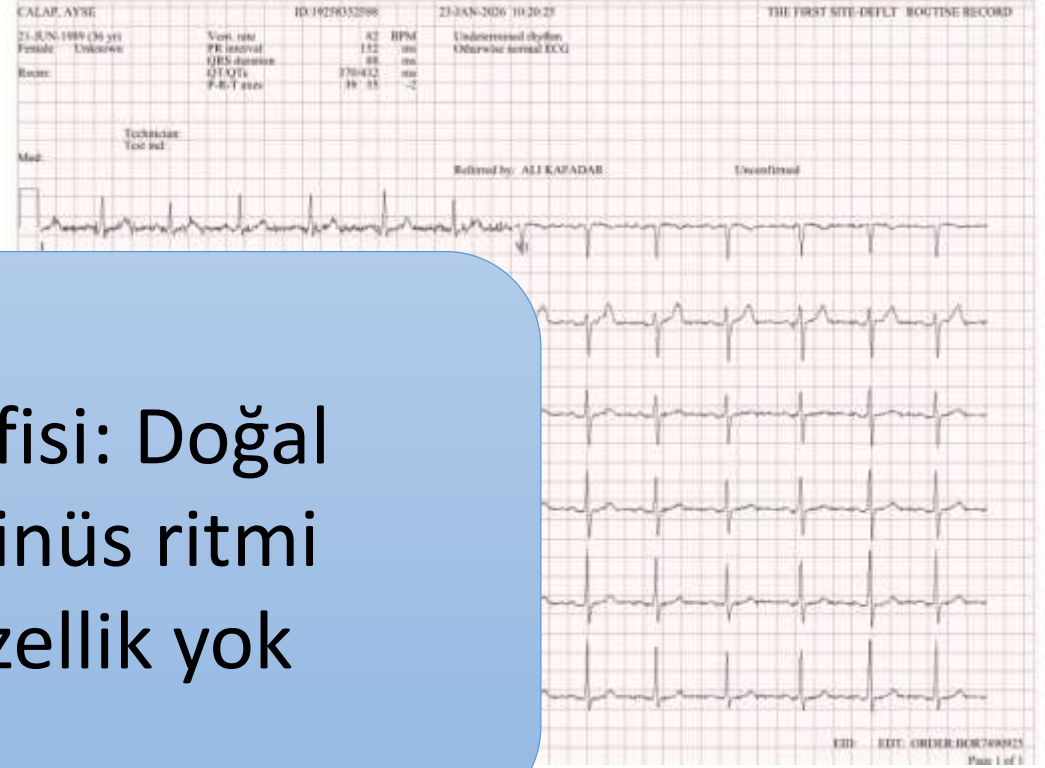
# Laboratuvar

WBC	5.63	$\times 10^9/L$
RBC	4.86	$\times 10^{12}/L$
Hemoglobin	<b>11.5</b>	g/dL
Hematokrit	36.3	%
MCV	74.7	fL
MCH	23.7	pg
MCHC	31.7	g/dL
RDW	21.2	%
PLT	238	$\times 10^9/L$
Nötrofil	2.70	$\times 10^9/L$
Lenfosit	2.26	$\times 10^9/L$
Monosit	0.37	$\times 10^9/L$
Eozinofil	0.19	$\times 10^9/L$

Glukoz	92.7	mg/dL
Üre	16	mg/dL
Kreatinin	0.58	mg/dL
AST	19.9	U/L
ALT	16	U/L
Total protein	6.02	g/dL
Albumin	4.12	g/dL
LDH	176	U/L
Ürik asit	4.1	mg/dL
Sodyum	141	mmol/L
Potasyum	4.01	mmol/L
Klor	110	mmol/L
Magnezyum	2.13	mg/dL
Kalsiyum	8.23	mg/dL
Fosfor	4.13	mg/dL
Total bilirubin	0.23	mg/dL
GGT	9	U/L
CRP	5.16	mg/L
Prokalsitonin	0.0357	ng/mL
Pro-BNP	47.2	pg/mL



PA Akciğer Grafisi: Doğal  
EKG: Normal sinüs ritmi  
Tiroid USG: özellik yok



#### TİROİD US İNCELEMESİ:

#### BULGULAR:

Bilateral tiroid bezlerini boyutları olağandır, sağda 15x15x45 mm/ solda 14x15x45 mm ölçüldü. İsthmus kalınlığı ortalama 4 mm ölçüldü. Parankim eko ve yapıları tabiidir. Tiroid gland parankim vaskülarizasyonu tabiidir.

Bilateral servikal patolojik boyutlu LAM saptanmamıştır.

#### SONUÇ:

\*Normal sınırlarda tiroid USG inceleme

## BİLATERAL MAMOGRAFİK İNCELEMEDE:

### BULGULAR:

Her iki meme cilt cilt altı tabiidir.

Meme parankim paterni tip B ile uyumludur.

Belirgin kitle veya malignite düşündüren mikrokalsifikasyon

Her iki memede birkaç adet benign punktat ve solda yağ nek

Sol meme alt iç kadranda büyüğü 7 mm boyutlarında kısmen izlenmektedir.

Her iki aksillada lenf nodu izlenmemiştir.

### MEME US İNCELEMEDE:

Her iki meme parankimi heterojen fibroglandular ekopaternal

Sol meme saat 7 hizasında areolaya 2 cm mesafede 4x2 mm  
2 cm mesafede 5x3 mm boyutlarında mikrokist kümesi izlen

Her iki memede solid lezyon saptanmamıştır.

Her iki aksillada LAP saptanmamıştır.

### SONUÇ:

Malignite taraması yapılan hastada dinamik kontrastlı meme MRG ile ileri değerlendirme önerilir

Kategori BI-RADS 0

## MEME MR İNCELEMESİ:

### Klinik Bilgi:

71 yaşında kadın hasta. Sol meme alt iç kadranda büyüğü 7 mm boyutlarında kısmen izlenmektedir. T1, PL, Diffüzyon, 2D dinamik MR mamografi

Malignite  
lehine bulgu yok

ta düzeyde arka plan kontrastlanması

memede malignite kriteri taşıyan kontrastlanma

bu saptanmamıştır.

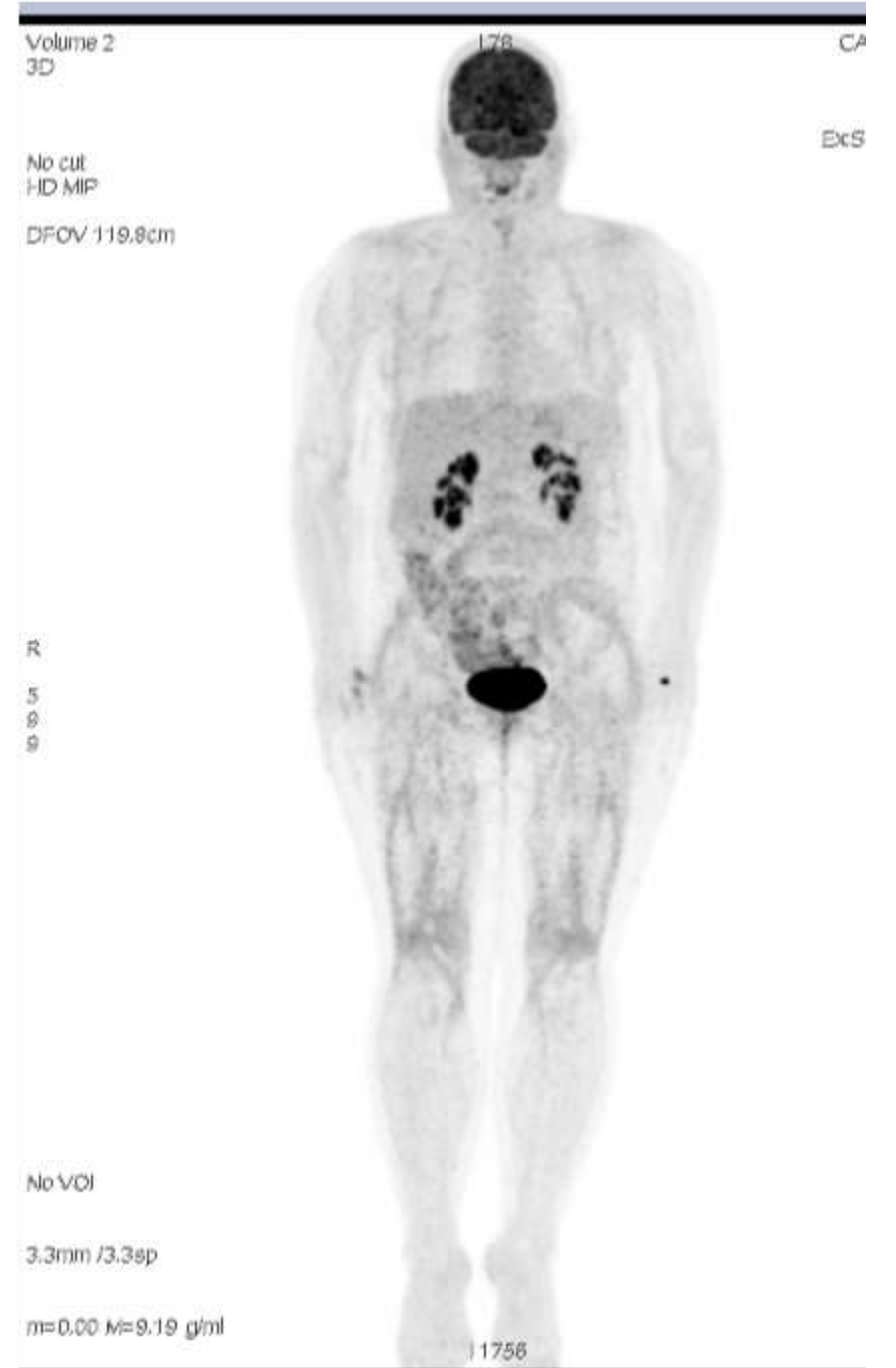
Pektoral kasların sinyali doğaldır. Pektoral yağlı planlar açıktır.

### SONUÇ:

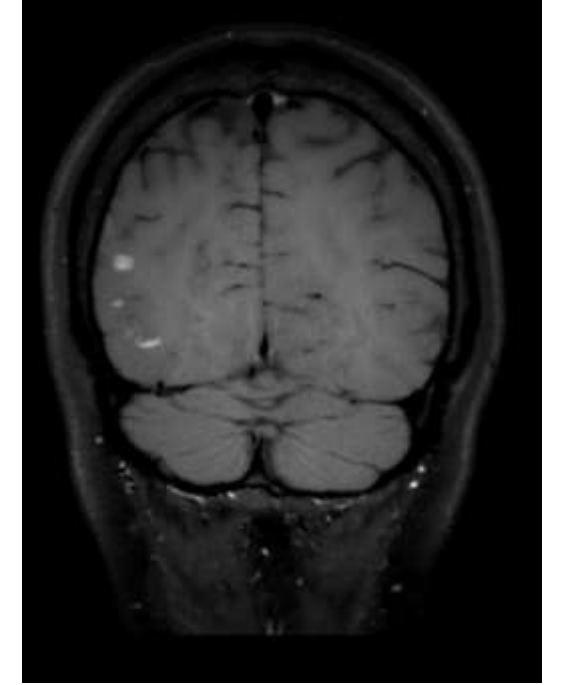
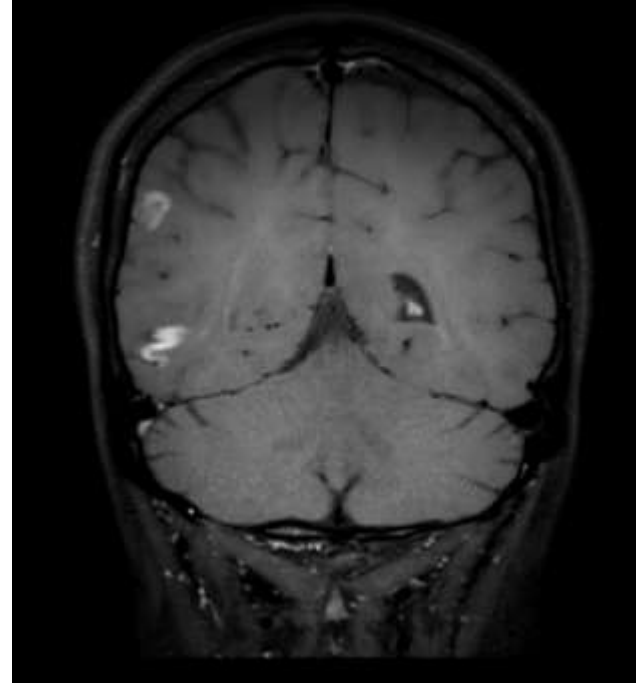
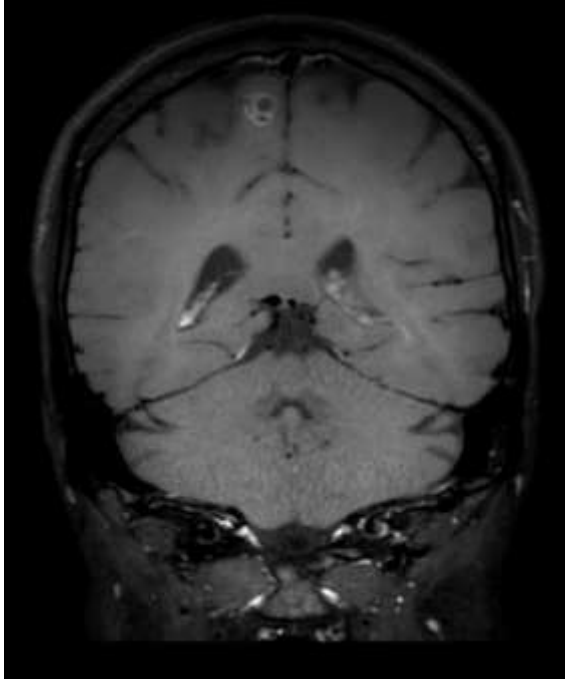
- BI-RADS 2 bulgular

# PET-MR

- Sağ frontal lobda presantral girus komşuluğunda izlenen lezyon alanında ve komşuluğundaki **ödematöz alanlarda hipometabolizma** seçilmiş olup bu alanlarda beyin parankiminde ayırt edilebilecek düzeylerde **fokal FDG birikimi izlenmemiştir**. Ayrıca sağ parietotemporal bölgede simetriğine oranlı **hipometabolizma** izlenmiş olup MR bulguları eşliğinde değerlendirilmesi uygun olur.
- Sağ adneksiyal alan süperiorunda fokal artmış FDG metabolizması ile sol adneksiyal alanda anlamlı FDG metabolizması göstermeyen over kistik seçilmiş olgunun USG - MR bulguları eşliğinde değerlendirilmesi önerilir.



# Kontrastlı Beyin MR ve Beyin MR Spektroskopisi



- Sağda sentrum semiovale düzeyinde parafalcine bölgede 9x9 mm boyutlarında rim şeklinde kontrastlanan, kalsifikasyon içeren ve etrafında vazojenik ödemin izlendiği lezyon dikkati çekmektedir. Vazojenik ödem önceki incelemelere kıyasla regresedir.
- Sağ MCA sulama alanında yer yer difüzyon kısıtlayan ve kontrastlanan subakut enfarkt lehine değerlendirilen alanlar izlenmektedir.

Görüntü Tipi: DERIVED\SECONDARY  
Görüntü Numarası: 1  
Seri Numarası: 70105  
Seri Tanımı: SPEKTRO

13, 1: SV\_PRESS\_144 + MR 7, 1/MPR

Volume 1 (13, 1: SV\_PRESS\_144 TE 144ms - TR 2.0s)

	SHR	Height	Area	FWHM	Height
Cho (3.21)	1.1	0.0306	0.00277	10.3	
Cr (3.02)	2.54	0.0221	0.00117	6.04	
Cr2 (3.91)	1.89	0.0165	0.000658	5.92	
H2O (4.68)	2100	49.5	2.78	6.43	

**Cho (Kolin):** Hücre zarının yapımı ve yıkımıyla ilişkilidir

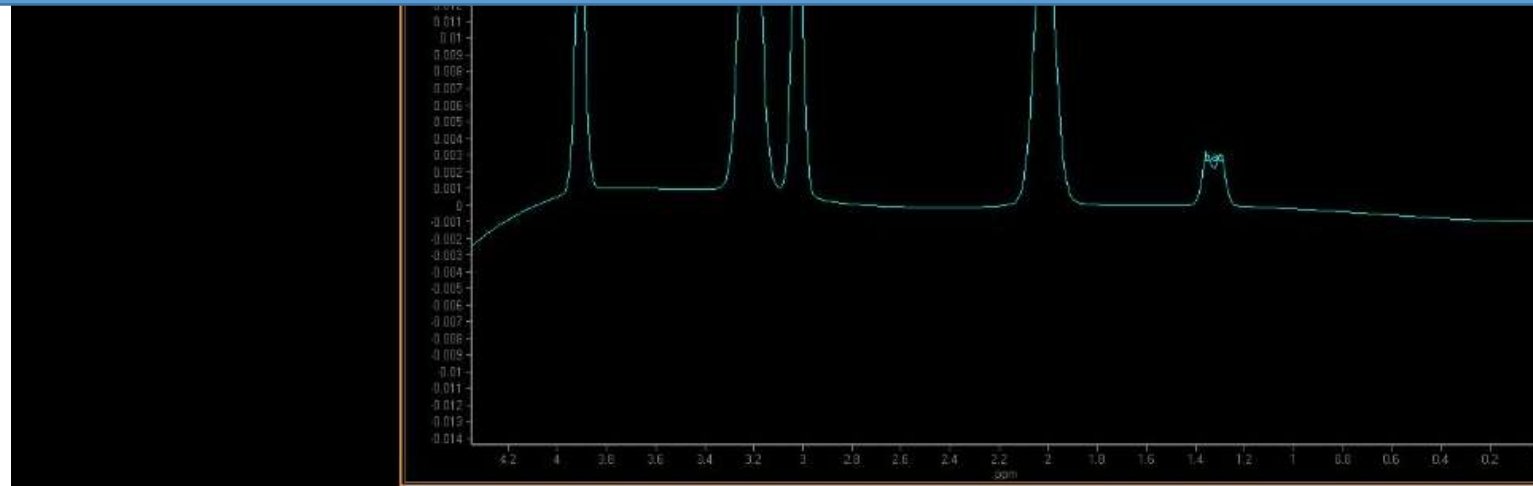
**Cr (Kreatin):** Beynin enerji metabolizmasını temsil eder, sabit kabul edilir.

**NAA (N-asetil aspartat):** Sağlıklı hücrelerin göstergesidir.

**Cho/Cr: 2.35 (↑)** → Beyinde aktif bir süreç/yıkım var

**Cho/NAA: 1.28 (↑)** → Nöronal bütünlükte azalma ve patolojik doku aktivitesi

**NAA/Cr: 1.84 (↓)** → Nöronal hasar veya baskılanma düşündürür



- Spektroskopik incelemede Cho/Cr:2.35 (↑) Cho/NAA:1.28 (↑) NAA/Cr:1.84 (↓) ölçülmüş olup, öncelikle enfeksiyöz patolojiler düşünüldü. Septik emboli açısından ileri inceleme önerilir.

Tetkik: Transtorasik ekokardiyografi

Tetkik: Transözefajiyal ekokardiyografi

**BULGULAR :**

**2D Ölçümler**

	Sonuç(mm)	Normal		Sonuç	Normal
SV septum kalınlığı	12	(7-11)	SV EF(%)	60	>52
SV arka duvar kalınlığı	12	(7-11)	SV kitle (g/m2)		
SV diyastol sonu çapı	44	(39-57)	SA volüm (ml/m2)		(<34)
SV sistol sonu çapı	28	(23-35)	Aortik anulus(mm)		(<31)
Sol atriyum çapı	35	(27-39)	Sinus valsalva (mm)	31	(<40)
Sağ atriyum çapı	36	(29-44)	Sinotübülerjunction		(<=36)
Sağ ventrikül diyastol çapı	39	(<42)	Asendan		

**BULGULAR :**

**2D Ölçümler**

	Sonuç(mm)	Normal		Sonuç	Normal
SV septum kalınlığı		(7-11)	SV EF(%)		>52
SV arka duvar kalınlığı		(7-11)	SV kitle (g/m2)		
SV diyastol sonu çapı		(39-57)	SA volüm (ml/m2)		(<34)
SV sistol sonu çapı		(23-35)	Aortik anulus(mm)		(<31)
Sol atriyum çapı		(27-39)	Sinus valsalva (mm)		(<40)
Sağ atriyum çapı		(29-44)	Sinotübülerjunction		(<=36)
			aorta(mm)		(<=36)

**Sol Ventrikül Duvar Hareketi**

	Anterior	Anterolateral	Inferolateral
Bazal			
Mid			
Apikal			

Gerçek apeks:

**Kapaklar**

	Mitral Kapak	Aort Kapak
Yapısı		
Max Velosite(m/s)		
Max. Gradient(mmHg)	2	10
Ort. Gradient(mmHg)		
Kapak alanı (cm <sup>2</sup> )		
Yetersizlik	hafif	hafif

Diğer Sonuçlar: Medial E': 7,2 E/E': 8,9 Lateral E': 13

**Sol Ventrikül Diyastolik Fonksiyonu**

Mitral E/A	0,8	Triküspid Sa	12		
E/Ea		TAPSE (mm)	25	Ort. PAB	
DZ		Sağ V FAD		IVC çap	10
IVGZ		Qp/Qs		RA Basınç	0-5

**YORUM ve SONUÇ:**

- Kalp boşlukları normal genişlikte
- Asendan aorta geniş
- Sol ventrikül hipertrofisi
- Sol ventrikül sistolik işlevi normal
- Hafif mitral yetersizliği
- Hafif aort yetersizliği
- Triküspid yetersizliği izlenmediğinden SPAB ölçülemedi
- Perikard normal

**İnfektif endokardit  
lehine bulgu yok**

	Inferoseptum	Anteroseptum

	Triküspid Kapak	Pulmoner Kapak

**Sol Ventrikül Fonksiyonu**

E/Ea		TAPSE (mm)		Sistolik PAB	
DZ		Sağ V FAD		IVC çap	
IVGZ		Qp/Qs		RA Basınç	

**YORUM ve SONUÇ:**

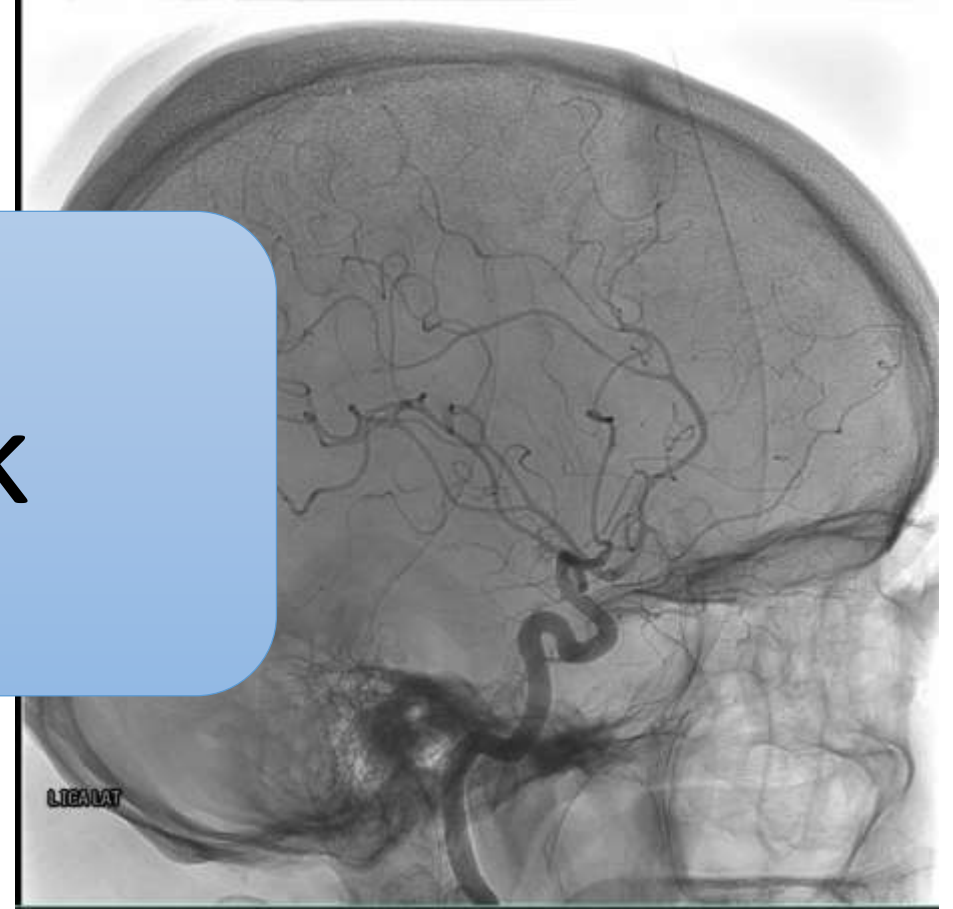
**TRANSÖZEFAGEAL EKOKARDİYOĞRAFI BULGULARI**

- Aort kapak üç küspislidir.
- Hafif mitral yetersizliği
- Sol atriyal apendiks açık, Akım hızı: 74,8 cm/s
- İnteratriyal septumda renkli Doppler ile soldan sağa geçiş izlenmedi.
- Aortanın görüntü alanına giren kesitlerinde grade 1 Aterom plağı izlenmiştir.
- Kalp içi kitle, vejetasyon, trombüs izlenmedi

# İNTRAKRANİYAL MR ANJİOGRAFI

- Sağ ICA distal servikal, petröz, prekavernöz, kavernöz ve supraklinoid segmentleri normaldir. ICA bifurkasyonu, ACA, MCA ve proksimal dalları tabiidir.
- Sol ICA distal servikal, petröz, prekavernöz ve supraklinoid segmentleri normaldir. ICA bifurkasyonu, ACA, MCA ve proksimal dalları tabiidir.
- Anterior communicating arteri normaldir.
- Bilateral vertebral arteri, baziller arteri, anterior inferior serebellar arteri, superior serebellar arteri ve posterior serebral arteri tabiidir.

Özellik yok



# SERVİKAL SPİNAL MR İNCELEME (KONTRASTLI)

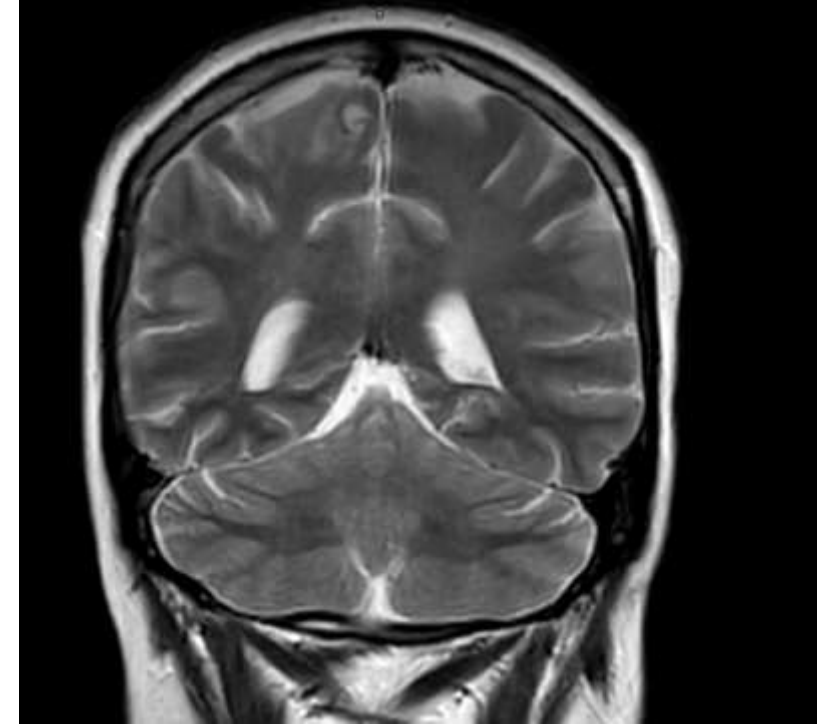
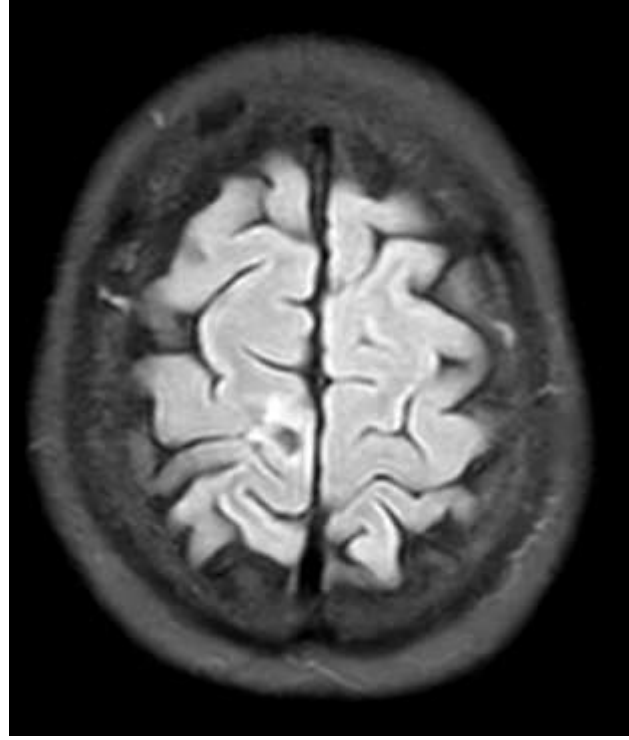
- Servikal lordoz düzleşmiştir.
- Vertebra korpus yükseklikleri korunmuş olup, kortikal ve medüllotrabeküler yapıya ait patolojik sinyal değişimi saptanmamıştır.
- Servikal intervertebral disk yükseklikleri korunmuş olup, disk sinyal intensiteleri normaldir.
- Bilateral nöral foramen genişliği normaldir.
- Posterior elemanlar, posterior foramen genişliği normaldir.
- Posterior fossa oluşumunda patoloji saptanmamıştır.
- Servikal spinal kordun sinyal intensitesi normaldir.
- Servikal spinal kanal genişliği fizyolojik sınırdadır.
- Kontrast madde enjeksiyonunu takiben patolojik kontrast fiksasyonu saptanmadı.

Özellik yok

lisi

# KRANİYAL MR İNCELEME (KONTRASTLI)

1 ay sonra  
(21.10.2025)

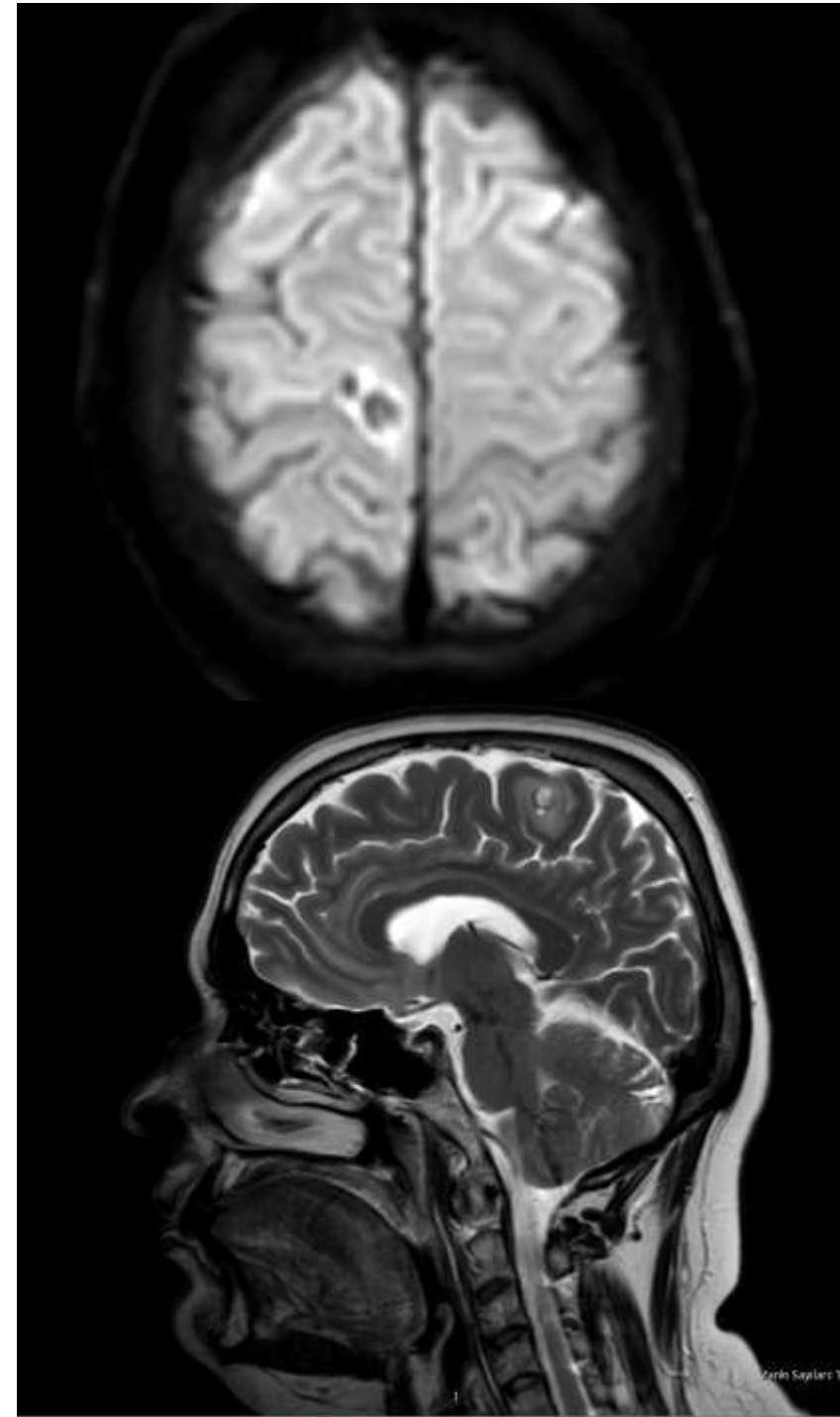


- Sağda sentrum semiovale düzeyinde tariflenen 9x9 mm boyutlarında rim şeklinde kontrastlanan, kalsifikasyon içeren ve etrafında vazojenik ödemin izlendiği lezyonda **Vazojenik ödem önceki incelemelere kıyasla benzerdir, kontrastlanma ince rim tarzında izlenmiş olup azalmıştır.**
- Bir önceki incelemede tariflenen MCA sulama alanına uyar lokalizasyonlardaki difüzyon kısıtlamaları güncel incelemede gerilemiştir.

# KRANİYAL/DİFFÜZYON/SWI MR

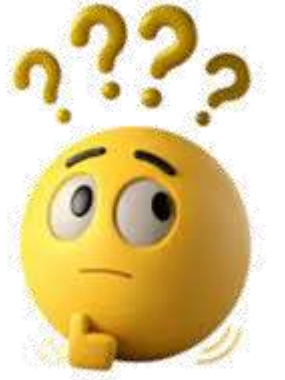
## 21.11.2025

- 21.10.2025 tarihli MR inceleme ile karşılaştırmalı olarak değerlendirildiğinde;
- Sağda sentrum semiovale düzeyinde tariflenen 9x9 mm boyutlarında rim şeklinde kontrastlanan, kalsifikasyon içeren ve etrafında vazojenik ödemin izlendiği **lezyon önceki incelemeyle benzer** izlenmekle birlikte **etrafındaki vazojenik ödem önceki incelemelere kıyasla artmıştır.**
- Bir önceki incelemede tariflenen MCA sulama alanına uyar lokalizasyonlardaki difüzyon kısıtlamaları benzer şekilde sebat etmektedir.
- Diğer bulgularda anlamlı fark saptanmadı.



# Aralık 2025

Hastaya lomber ponksiyon yapılmış ve sonucuyla polikliniğimize başvurdu



- BOS glukoz: 61 mg/dl
- Eş zamanlı KŞ: 100 mg/dl
- BOS proteini: 99 mg/dl
- BOS: hücre yok.
- BOS menenjit/ensefalit paneli: negatif
- BOS TB PCR: negatif
- BOS *T. solium* IgG: negatif
- BOS VZV PCR: negatif
- BOS VZV IgG: pozitif

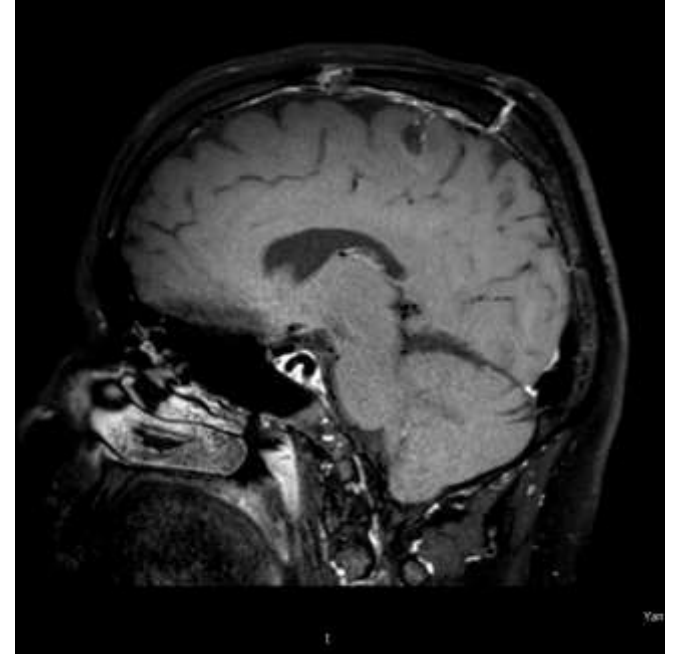
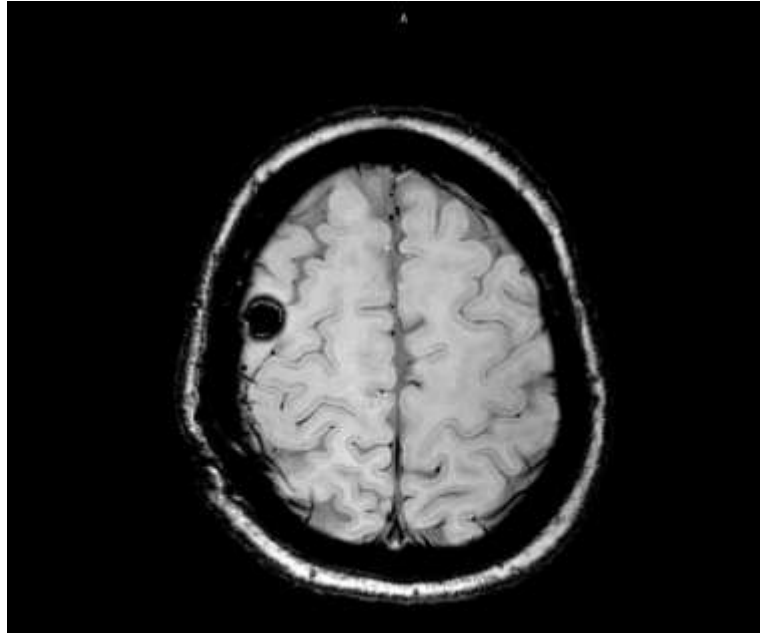
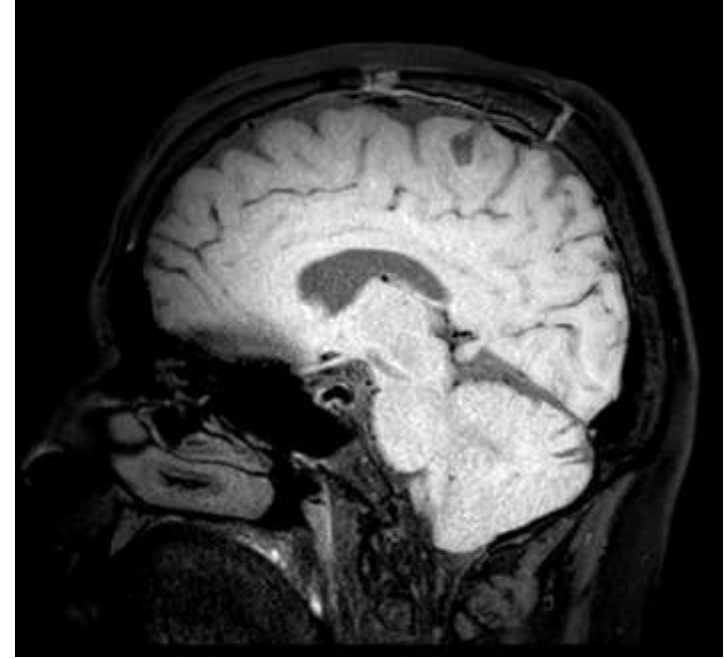
- Serumda;
  - Toxoplazma IgM: negatif
  - Toxoplazma IgG: pozitif
  - VZV IgM: negatif
  - VZV IgG: pozitif
  - Borrelia IgM/IgG: negatif
  - Anti-HIV: negatif
- Dışkıda parazit incelemesi: negatif

Aralık 2025

Hasta **VZV vaskülopatisi?** ön tanısıyla yatırıldı  
14 gün Asiklovir 10mg/kg IV verildi  
Eş zamanlı steroid tedavisi verildi

# Ocak 2026

- Asiklovir sonrası şikayetlerde gerileme olmadı
- Kontrol amaçlı kontrastlı kraniyal MR çekildi... **progresyon** mevcut
- Vaskülit açısından hasta romatoloji tarafından tetkik edildi.



# Romatolojik sorgu ve Romatolojik markerlar

Memleket: Amasya, Ailede romatolojik hastalık öyküsü:yok

Ateş(-) Gece terlemesi (-) Kilo kaybı (-)

Artrit (-) Artralji (-)

Kalça ağrısı (-) Bel ağrısı (-)

Proksimal kas güçsüzlüğü (-)

Dispne (-) Raynaud

Malar rash (-) Fotofobi

Gebelik kaybı (-, 1. trimester)

Ağız kuruluğu (-)

Oral aft (-) Genital lezyonlar (-)

**Emboli/tromboz**

Kronik otit/sinüzit (-)

Nöropatik yakınmalar (-)

(-)

İshal (-) Kabızlık (-) GIS semptomları (-) Karın ağrısı (-)

Tekrarlayan ateşli atak öyküleri (-)

Vaskülitik döküntü öyküsü (-) Livedoid görünüm (-)

ANA: negatif

C3/C4: normal

Ena profili: negatif

Vaskülit tanısını desteleyecek  
bulgu saptanmadı

negatif

RF: negatif

f

ayenesi: Vaskülit

düşündürecek bulgu yok

# Şu Ana Kadar Yapılanlar



→ Malig

→ Rom

→ Beh

→ Dina  
enfeksi

→ BOS VZV iğs pozitifliği nedeniyle Asiklovir tedavisi 7 yantısız, progrrese

Ocak 2026'da NRŞ tarafından  
lezyonun çıkarılması amacıyla  
operasyon yapılıyor

çık,

# PATOLOJİK TANI: NÖROSİSTİSERKOZ

- Beyin parankimi içerisinde kutiküler tabaka, orta selüler tabaka ve iç retiküler tabakadan oluşan paraziter yapıya eşlik eden
- yoğun makrofaj infiltrasyonu,
- reaktif gliozis ve
- lenfosit, plazmosit, eozinofil ile nötrofillerden oluşan mikst inflamatuvar hücre infiltrasyonu izlenmiştir.



- Histopatolojik tanı sonrası bu kez serumdan *T. solium* IgG yollandı
- Serum *T. solium* IgG: sınırdan pozitif
- 15 gün sonra kontrol önerildi



#### ULUSAL PARAZİTOLOJİ REFERANS LABORATUVARI

Çalışılan Analiz	Birimi	Yöntem	Tayin Limiti	Referans Değer	Analiz Sonuçları	Numune Cinsi	Sonuç Tarihi Onay
Taenia solium IgG		ELISA			SINIR DEĞER 15 gün sonra tekrar uygundur.	Serum	12.02.2026 0 BERBEI

- Serum *T. solium* IgG: negatif

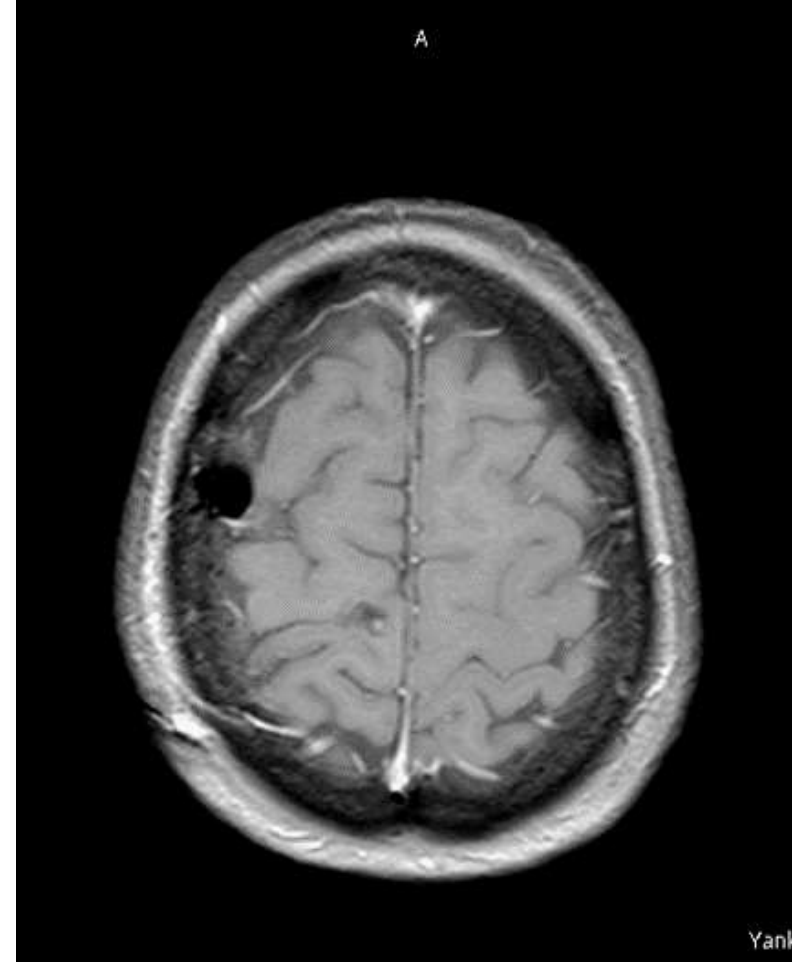
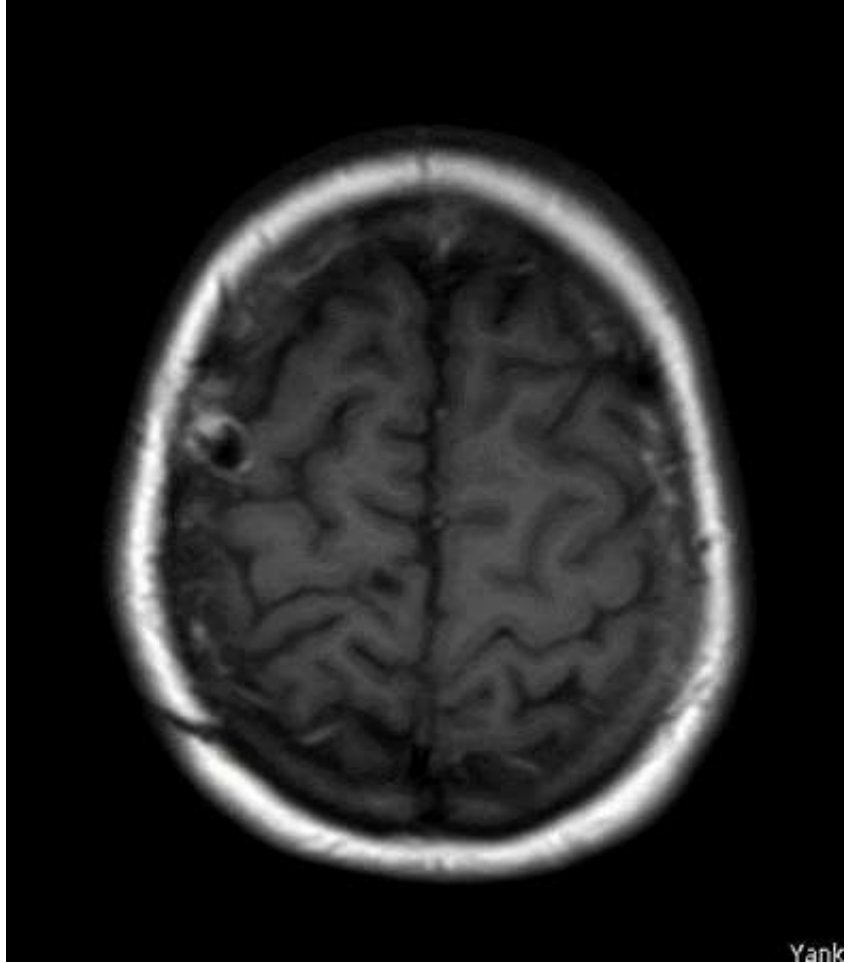
#### ULUSAL PARAZİTOLOJİ REFERANS LABORATUVARI

Çalışılan Analiz	Birimi	Yöntem	Tayin Limiti	Referans Değer	Analiz Sonuçları	Numune Cinsi	Sonuç Tarihi Onay
Taenia solium IgG		ELISA			NEGATIF	Serum	25.02.2026 1 TU

# TANI: NÖROSİSTİSERKOZ

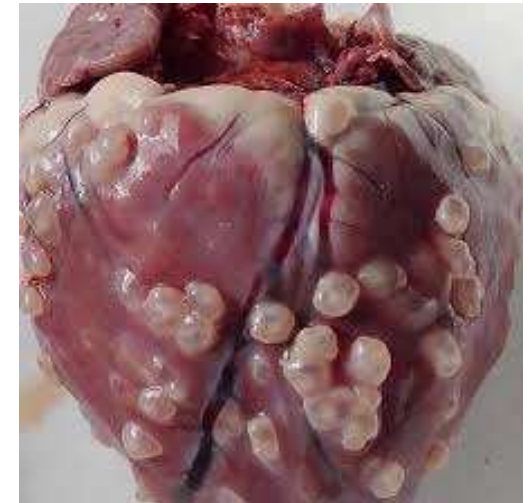
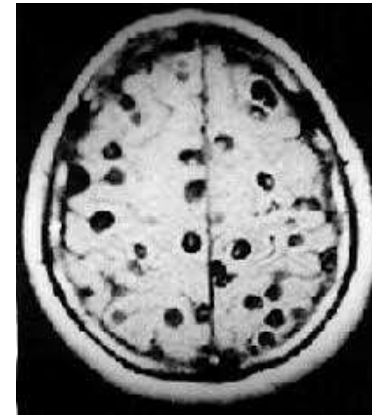
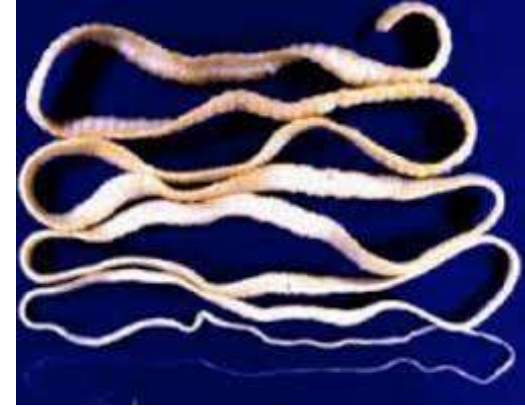
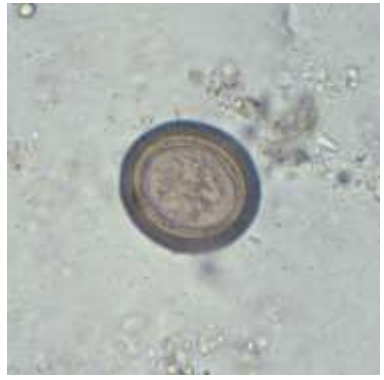
- Hastaya nörosistiserkoz tanısıyla 14 gün süreyle **Albendazol** tedavisi verildi
- Bu süre boyunca **steroid** tedavisine devam edildi, sonrasında ise azaltarak kesildi
- **Antiepileptik** tedavi halen devam ediyor

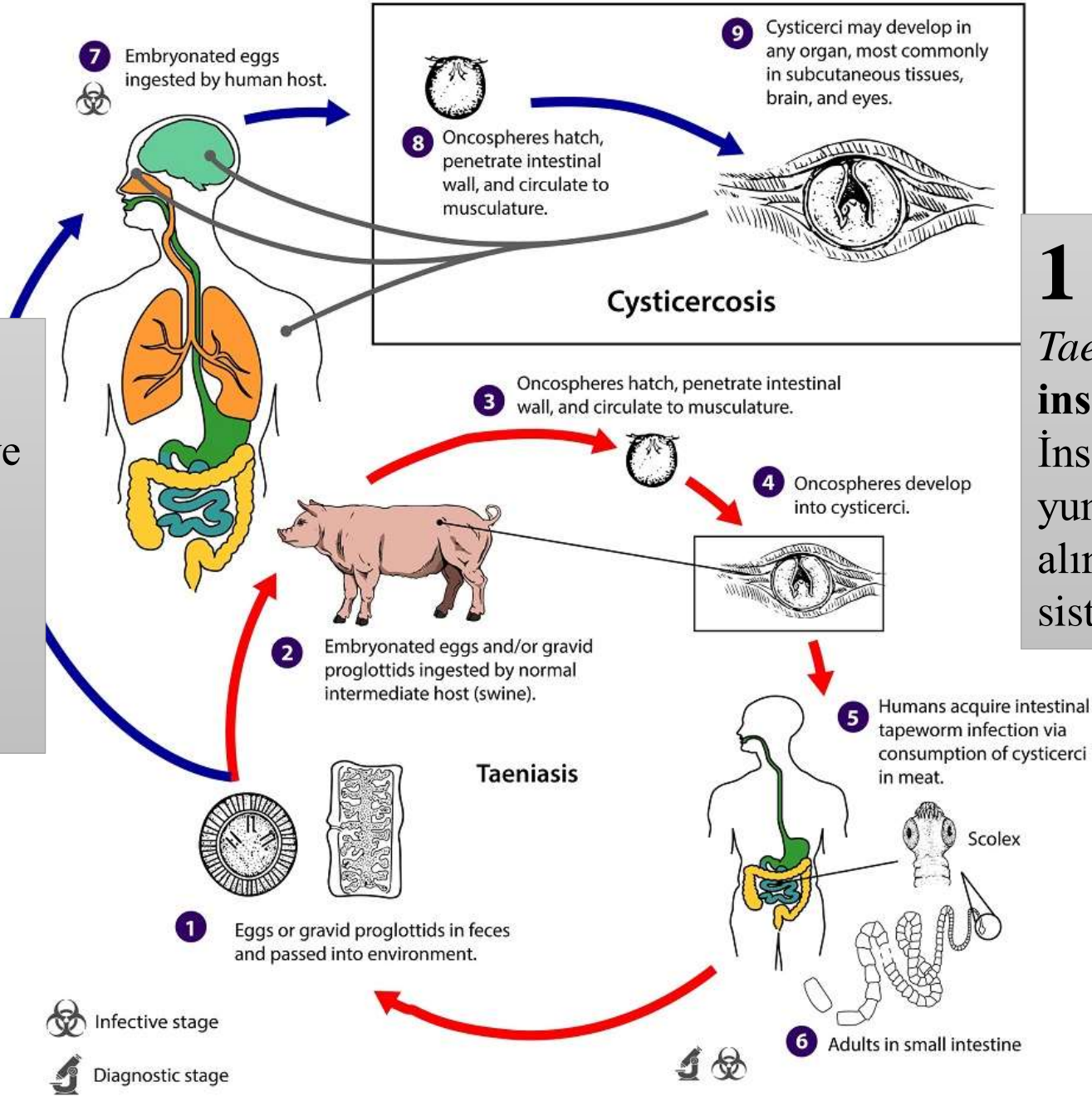
# Nisan 2026 – Kraniyal MR kontrolü



# Sistiserkoz

- *Taenia solium* → domuz tenyası
- Tenya larvaları dokulara yerleşerek kistik lezyonlar oluşturur
- Sistiserkoz:
  1. Nörosistiserkoz
  2. Ekstranöral sistiserkoz





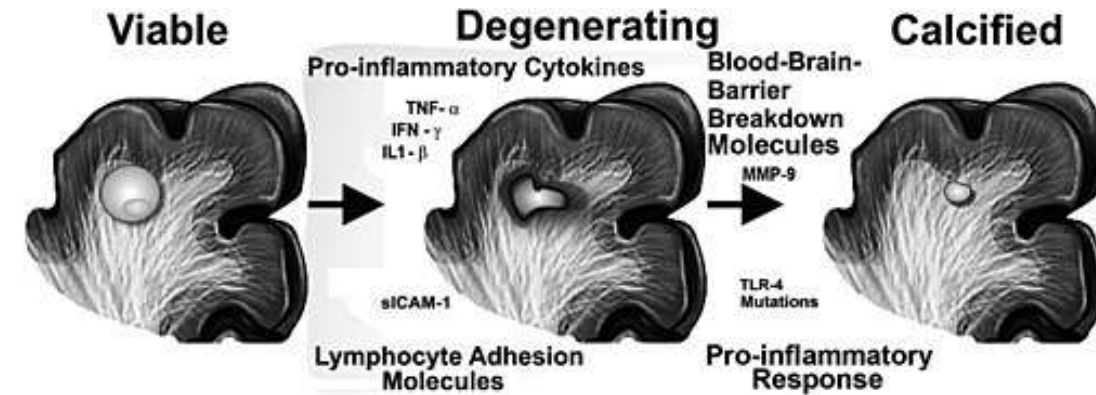
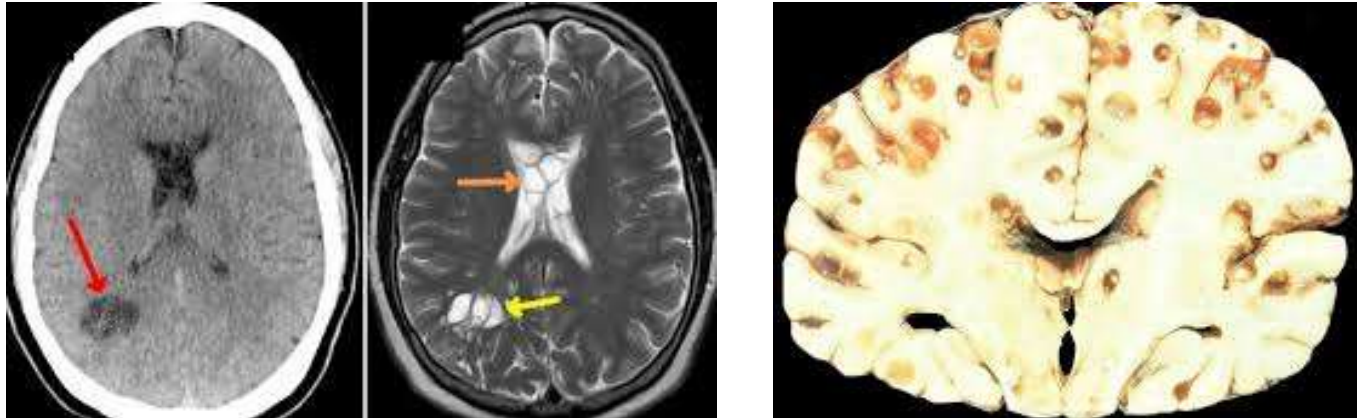
**3** İnsan dışkısı ile çevreye yayılan parazit yumurtalarının fekal-oral yolla alınması sonucu sistiserkoz tablosu gelişir

**1** *Taenia solium* yaşam döngüsünde **insan tek kesin konaktır**  
İnsan dışkısı ile çevreye yayılan yumurtalar domuzlar tarafından alındığında kas dokusunda sistiserküüs oluşur

**2** Az pişmiş domuz eti tüketimi ile insanlarda tenyazis gelişir

# Nörosistiserkoz

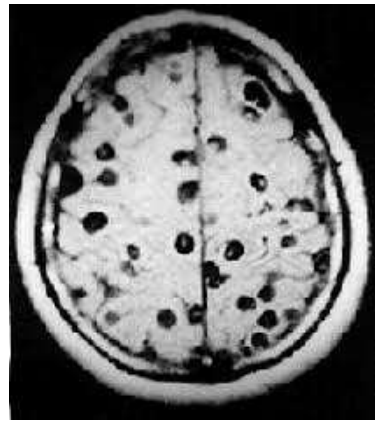
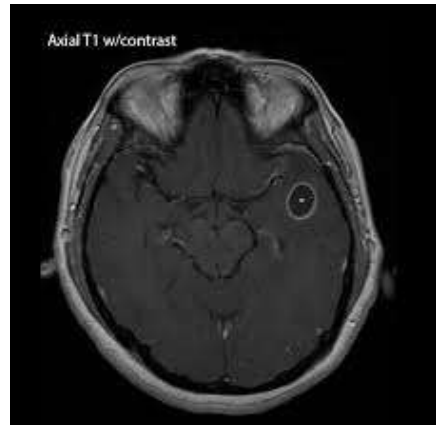
- Santral sinir sistemi enfeksiyonu
- Dünya genelinde epilepsinin önlenabilir en önemli nedenlerinden biri
- DSÖ verilerine göre →
  - Endemik bölgelerdeki epilepsi olgularının yaklaşık %30'undan sorumlu



# Nörosistiserkoz

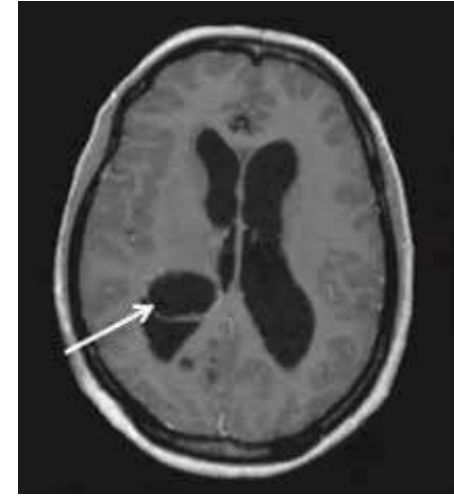
## İNTRA-PARANKİMAL

- En sık form
- Vakaların %60'ı
- Semptomatik enfeksiyon
  - Genellikle bulaştan 3-5 yıl sonra
  - Nadiren >30 yıl sonra

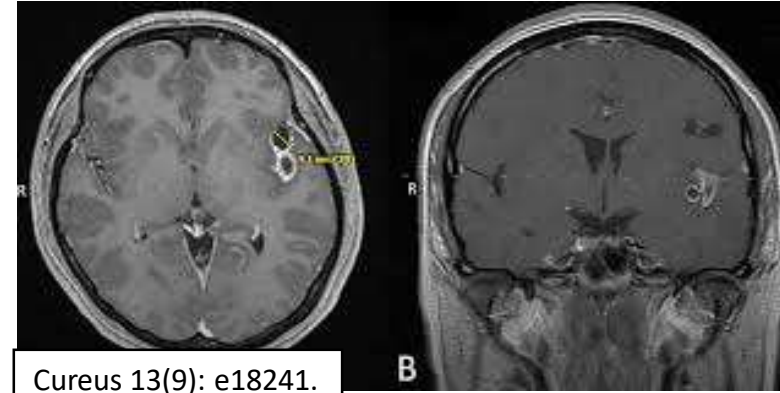


## EKSTRA-PARANKİMAL

- İnvaventriküler
- Subaraknoidal
- Spinal
- Oküler



Arq Neuropsiquiatr 2022;80(5 Suppl. 1):296-306



Cureus 13(9): e18241.



Journal of Neurology, Neurosurgery Psychiatry 2015;86:234-235.



e-neurospine.org/m/journal/view.php?number=182

<https://ditki.com/course/pathology/glossary/immunology-microbiology/neurocysticercosis>

# Nörosistiserkoz

- **En sık** → nöbet ve intrakraniyal basınç artışı bulguları ile ortaya çıkar
- **Parankimal yerleşimli lezyonlar**
  - Epileptik nöbetler
  - Baş ağrısı
- **Parankim dışı yerleşimli lezyonlar**
  - Kafa içi basıncın artmasına bağlı
    - Baş ağrısı
    - Baş dönmesi
    - Bulantı
    - Kusma
  - Mental durumda bozulma

# Nörosistiserkoz – Vaskülit ilişkisi

- Nadir fakat önemli bir komplikasyon
- Subaraknoidal tutulumda
- İnflamatuar süreçlerin baskın olduğu hastalık tablosunda
- Tutulum çoğunlukla küçük perforan damarları etkiler
- İskemik SVO ile prezente olabilir

# Tanı

- **Nöro-görüntüleme**

- Kraniyal MRI → ilk tercih
  - Kist içinde **skoleks görülmesi** tanısaldır
- Kraniyal BT → kalsifiye lezyonlar

- **Seroloji** → *Taenia solium* IgG

- Tek lezyonda duyarlılık düşük

- **Histopatolojik değerlendirme**

- **Destekleyici bulgular**

- Endemik bölgede yaşama/seyahat öyküsü,
- Epileptik nöbet
- Baş ağrısı
- Fokal nörolojik bulgu
- Hidrosefali
- İntrakraniyal hipertansiyon

# Tedavi

- Semptomatik tedavi → antiepileptik + kortikosteroid
  - Antiepileptik → Lezyon kaybolduktan sonra **en az 6–24 ay nöbetsizlik**
  - Steroid → Antiparaziter tedavi boyunca + azaltarak kesilir
- Canlı parankimal lezyonlarda → antiparaziter tedavi
  - 1–2 kiste albendazol
  - Çoklu kiste albendazol + praziquantel
- Hidrosefali / ventriküler-subaraknoid tutulumda cerrahi gerekebilir

# A Rare Pediatric Case of Neurocysticercosis Misdiagnosed As Brain Abscess

Türkan Aydın Teke et al. *Turkiye Parazitol Derg.* 2017 Dec.

## A Rare Case of Neurocysticercosis with an Isolated Central Nervous System Involvement in Turkey

Medicine Science

Yıl : 2016 Cilt : 5 Sayı : supplement 1 Sayfa : 158-161

Metin Dili : İngilizce

👤 Serkan DEMİR

[GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye.](#)

👤 Ergenekon KARAGÖZ

[GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisi, İstanbul, Türkiye.](#)

👤 Mehmet Güney ŞENOL

[GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye.](#)

👤 Vedat TURHAN

[GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisi, İstanbul, Türkiye.](#)

## Türkiye’de Histopatolojik Olarak Tanısı Konulmuş Bir Nörosistiserkoz Olgusu

A Histopathologically Diagnosed Neurocysticercosis Case from Türkiye

Şafak ÖZER BALIN<sup>1</sup>(ID), Murat ENEZ<sup>1</sup>(ID), Ayhan AKBULUT<sup>1</sup>(ID), Muhammet ÇALIK<sup>2</sup>(ID), Bekir AĞÜN<sup>3</sup>(ID), Ferhat BALGETİR<sup>4</sup>(ID), Hanefi YILDIRIM<sup>5</sup>(ID)

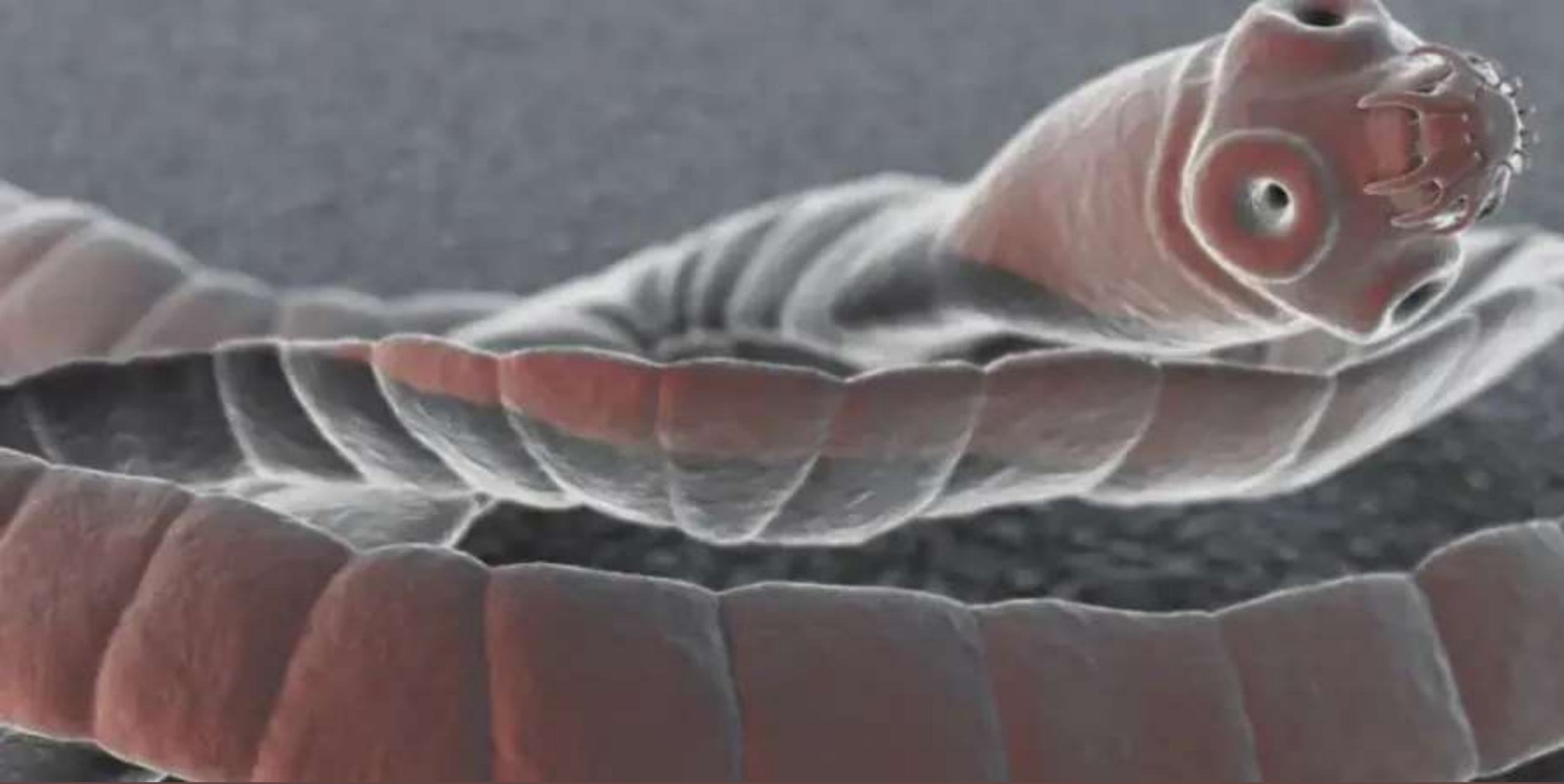
## Neurocysticercosis presenting as a subdural hematoma in the postpartum period: a diagnostic challenge

*Doğum sonrası nörosistiserkoz: subdural hematoma ile seyreden tanısal zorluk*

Gülencan Yumuşak Ergin, Ahmet Gökhan Çakıroğlu, Ramazan Bülbül, Sabri Güngör, Sümeyye Önal Altinkaya

# Teşekkür...

- Prof. Dr. Ali Metin Kafadar (Beyin Ve Sinir Cerrahisi Ana Bilim Dalı)
- Prof. Dr. Osman KIZILKILIÇ (Radyoloji Ana Bilim Dalı)
- Prof. Dr. Nil Çomunođlu (Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı)
- Doç. Dr. Sertaç Asa (Nükleer Tıp Ana Bilim Dalı)



TEŞEKKÜRLER