



TÜRK NÖROŞİRÜRJİ DERNEĞİ
TURNOG

BÜLTEN 7 / ARALIK 2009 / DECEMBER 2009



Nöroonkolojik Cerrahi Öğretim ve Eğitim Grubu Bülteni • Turkish Neuro-Oncology Group



- Başkan dan
- TURNOG Tarihçesi ve Amaçları
- TURNOG Yönetim Kurulu
- TURNOG Üyeleri
- Geleneksel TURNOG Toplantıları
- Nöroonkoloji Sempozyum Daveti
- Nöroonkoloji Sempozyum Programı

- Düşük Dereceli Glial Tümörler ve Tedavi Algoritması
- Nöroonkolojide Kullanılan Bazı Sınıflandırmalar
- TURNOG Web Sitesi
- Dünyada Nöroonkoloji ile İlgili Bazı Dernekler
- Nöroonkoloji ile İlgili Bazı Kitaplar
- Nöroonkoloji Soruları
- Üyelik Başvuru Formu



Değerli Meslektaşlarım

2001 yılında kurulan Türk Nöroşirürji Derneği Nöroonkolojik Cerrahi Öğretim ve Eğitim Grubu 8. Yılında 122 üyesi ile multidisipliner bir anlayışla Nöroşirürji yanında Nörobilimin tüm branşlarını kucaklayacak şekilde sempozyumlar ve toplantılar ile çalışmalarına aktif olarak devam etmektedir.

TND Nöroonkolojik Öğretim ve Eğitim Grubu 3-4 Nisan 2009 tarihinde İstanbul Marriot Otel’de “Multidisipliner Nöroonkoloji” sempozyumunu Türk Onkoloji Grubu Santral Sinir Sistemi Tümörleri Çalışma Alt Grubu (TOG) ve Türk Nöropatoloji Araştırma (Çalışma) Grubu (TURNORPAG) ile birlikte yapmıştır. Sempozyum kalitesi çok yüksek ve geniş katımlı olmuştur.

SB Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde 07 Eylül 2009 tarihinde “Moleküler Nöroonkoloji” toplantısı yapılmıştır. Nöroşirürji yanında Virginia Üniversitesi Patoloji ABD Nöroonkoloji Birimi’nden Prof. Dr. Isa Hussaini ve Tıbbi Biyoloji, Genetik ve Nöroloji branşlarından değerli meslektaşlarımızın katkıları ile bilimsel seviyesi yüksek başarılı bir toplantı gerçekleştirilmiştir.

25-26 Aralık 2009 tarihinde İstanbul The Marmara Otel’de “Glial tümörler-Hipofiz Adenomları-Meningiomlar” başlıklı Sempozyumda birlikte olacağız. Multidisipliner bir yaklaşımla Nöroşirürji yanında Nöropatoloji, Nöroradyoloji, Medikal Onkoloji ve Radyasyon Onkolojisi branşlarının değerli konuşmacı ve oturma başkanlarının bilgilerini paylaşacakları Sempozyumda ilk gün Glial Tümörler ve Hipofiz adenomları, ikinci gün Meningiomlar ayrıntılı olarak tartışılacaktır.

Bu bültende

- Düşük dereceli glial tümörlerin tedavisinde günümüzde hala tam bir görüş birliği bulunmadığından, düşük dereceli glial tümörler ve tedavi algoritmaları NCCN (National Comprehensive Cancer Network) verilerine göre, sizinle paylaşılmıştır.
- Nöroonkolojide en sık kullanılan sınıflamalar sunulmuştur.
- Board sınavına yardımcı olmak amacıyla genç meslektaşlarımız için nöroonkoloji soru örnekleri verilmiştir.

Nöroonkoloji Kitabının hazırlıkları devam etmekte olup 2010 yılında yayınlanacaktır.

Sağlıklı ve mutlu bir yaşam dileğiyle saygılar sunarım.

Nöroonkoloji grubu, 02.07.2001 tarihli kuruluş amacı ve hedeflerini içeren mektubun 13 meslektaşımız tarafından Türk Nöroşirürji Derneği (TND) yönetim kuruluna sunulması ile kuruluş sürecine başladı. Bu 13 meslektaşımız Dr. Nejat Akalan, Dr. Zafer Berkman, Dr. Savaş Ceylan, Dr. Ahmet Çolak, Dr. Haluk Deda, Dr. Ramazan Durmaz, Dr. Çetin Evliyaoğlu, Dr. Müfit Kalelioğlu, Dr. Türker Kılıç, Dr. Ender Korfalı, Dr. Necmettin Pamir, Dr. Nezih Oktar, Dr. Emin Özyurt ve Dr. Ali Savaş idi. TND'den olumlu yanıt gelmesi üzerine Nöroonkoloji grubu ilk resmi toplantısını 23.12.2001 tarihinde İstanbul'da yaptı. TND üyeliği yanı sıra en az 5 yıllık uzmanların aktif üye, 5 yıllık uzmanlıklarını tamamlamayanların inaktif üye, Nöroşirürji dışı uzmanlığı olanların da danışman üye olarak kabul edilebilmesi benimsendi.

Nöroonkoloji Grubu, Beyin ve Omurilik Tümörleri hakkında sağlıklı demografik veriler elde edilmesinden, bilimsel/deneySEL çalışmaların desteklenmesine, kurumlar arası iş birliği sağlanmasından sempozyumlar/toplantılar düzenleyerek güncel gelişmeleri katılımcıları ile paylaşmaya kadar birçok alanda çalışmaktadır.

- 24-27 Ekim 2002 tarihinde Denizli Pamukkale'de "Supratentoryal astrositom ve oligodendrogliomlar" sempozyumu düzenlendi. (2003-2005 dönemi için aynı yönetim kurulu seçildi.)
- 31 Mart-1 Nisan 2005 tarihinde İstanbul'da "Nöroonkolojide moleküler boyuttan kliniğe sempozyumu düzenlendi. (2005-2007 dönemi için grup başkanlığına Dr Türker Kılıç getirildi.)

- 1-2 Aralık 2006 tarihinde İstanbul'da "Nöroonkolojik cerrahide ülkemizin durumu: standardizasyon ve hedeflerin belirlenmesi" sempozyumu düzenlendi.
- 28-29 Eylül 2007 tarihinde Çeşme/İzmir'de "Nöroonkolojik Cerrahide Teknikler ve Anatomik Yaklaşımlar" sempozyumu düzenlendi. (2007-2009 dönemi için grup başkanlığına Dr. M. Zafer Berkman getirildi)
- 02-03 Mayıs 2008 tarihinde İstanbul'da II. "Multidisipliner Nöroonkoloji" sempozyumu düzenlendi.
- 28-29 Kasım 2008 tarihinde İstanbul'da "Nöroonkolojik Cerrahide Yaklaşımlar" sempozyumu yapıldı.
- 03-04 Nisan 2009 tarihinde İstanbul'da III. "Multidisipliner Nöroonkoloji" Sempozyumu düzenlendi.
- 07 Eylül 2009 Moleküler 2009 yılında "Moleküler Nöroonkoloji Toplantısı" Gerçekleştirildi.
- 25-26 Aralık 2009 tarihinde İstanbul'da " Glial Tümörler, Hipofiz Adenomları ve Meningiomlar" Sempozyumu düzenlenecektir.
- Ayrıca 2010 yılında "Nöroonkoloji" kitabı çıkarılması için son aşamaya gelmiştir.

Halen grubumuzun toplam 122 üyesi bulunmakta olup bunun 103' ü Nöroşirürji uzmanı, 19'u danışman üyedir.

Nöroonkolojik Cerrahi Öğretim ve Eğitim Grubu Yönetim Kurulu



Dr. Zafer Berkman

- Başkan
Dr. Zafer Berkman (İstanbul)
- Başkan Yardımcısı
Dr. İbrahim Ziyal (Ankara)
- Sekreter
Dr. İlhan Elmacı (İstanbul)
- Üyeler
Dr. Uğur Türe (İstanbul)
Dr. Türker Kılıç (İstanbul)
- Geçen Dönem Başkanı
Dr. Türker Kılıç (İstanbul)
- Önceki Dönem Başkanı
Dr. Nezih Oktar (İzmir)



Dr. İbrahim Ziyal



Dr. İlhan Elmacı



Dr. Uğur Türe



Dr. Türker Kılıç

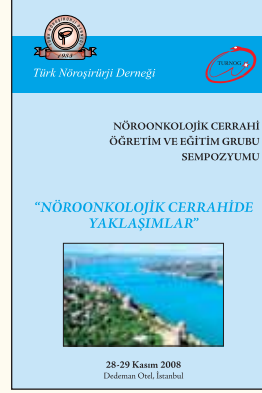
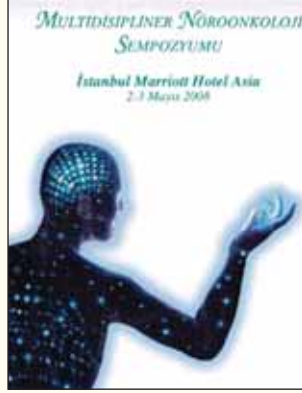


Dr. Nezih Oktar

Nöroonkolojik Cerrahi Öğretim ve Eğitim Grubu'nun 122 üyesi bulunmakta olup; bununun 103'ü Nöroşirürji Uzmanı ve 19'u diğer branşlardaki danışman üyelerden oluşmaktadır.

Nöroonkolojik Cerrahi Öğretim ve Eğitim Grubu Üye Listesi

Nejat	Akalan		Hakan Hadi	Kadioğlu		Tark	Tihan
Ziya	Akar		Ali Metin	Kafadar		Erdener	Timurkaynak
Gökhan	Akdemir		Müfit	Kalelioğlu		Bülent	Tucer
Kaya	Aksoy		Hakan	Karabağlı		Recai	Tuncer
Murat	Altaş		Pınar	Karabağlı	Danışman Üye	İnan	Turantan
Özden	Altundağ	Danışman Üye	Hamit Selim	Karabekir		Sedat	Turkan
Serdar	Armağan		Serhan	Karadereler		Uğur	Türe
Ali	Arslandaş		Ayşe	Kars		Hasan Çağlar	Uğur
Sevilhan	Artan	Danışman Üye	Evren	Keleş		Ömer Faruk	Türkoğlu
Özkan	Ateş		Memduh	Kerman		Necdet	Uskent
Gıyas	Ayberk		Kaya	Kılıç		Mustafa	Uzan
Varol	Aydın		Türker	Kılıç		Fügen	Vardar Aker
Kerametdin	Aydın		Nemci	Kıymaz		Soner	Yaycıoğlu
Semih Naci	Balak		Kenan	Koç		Alaattin	Yurt
Orhan	Barlas		Ayhan	Koçak		Kemal	Yücesoy
Şeref	Barut		Ender	Kofralı		İbrahim	Ziyal
Çiçek	Bayındır		Ender	Kurt			
Ahmet	Bekar		Ali	Kurtsoy			
Etem	Beşkonaklı		Kayhan	Kuzeyli			
Zafer	Berkman		Melike	Mut			
Çiğir	Biray	Danışman Üye	Aylin	Okçu Heper	Danışman Üye		
Bülent	Celasun	Danışman Üye	Nezih	Oktar			
Savaş	Ceylan		Haluk	Onat	Danışman Üye		
Yusuf	Çakır		Metin	Orakdoğen			
Murat	Coşar		Ali İhsan	Ökten			
Erdal	Coşkun		S. Çağatay	Önal			
Cengiz	Çokluk		Önder	Öngürü	Danışman Üye		
Ahmet	Çolak		Büge	Öz	Danışman Üye		
Tayfun	Dalbastı		Nurcan	Özdamar			
Haluk	Deda		Cumhur	Özdoğan			
Eren	Demirtaş	Danışman Üye	M. Memet	Özek			
Ramazan	Durmaz		Tunçalp	Özgen			
İlhan	Elmacı		Çiğdem	Özkara	Danışman Üye		
A.Kemal	Erdemoğlu	Danışman Üye	Fatma	Özlen			
Esra	Erden	Danışman Üye	Emin	Özyurt			
Bülent	Erdoğan		Selçuk	Palaoğlu			
Ersin	Erdoğan		Necmettin	Pamir			
Rezzan	Erguvan	Danışman Üye	Selçuk	Peker			
Mehmet	Erşahin		Lütfi	Postalıcı			
Serhat Fuat	Erten		Aydın	Sav	Danışman Üye		
Çetin	Evliyaoğlu		Ali	Savaş			
Nurperi	Gazioğlu		Yurdal	Seraslan			
Mehmet Akif	Göğüsgeren		Gökalp	Silav			
Bekir	Gökben		İhsan	Solaroğlu			
Engin	Gönül		Hakan	Somay			
Aşkın	Görgülü		Ömer	Sökmen			
Mustafa	Güven		Osman Fikret	Sönmez			
Elif	Güzelbağ		Figen	Söylemezoğlu	Danışman Üye		
Mehmet	Hacıhanefioğlu		Tuncer	Süzer			
Tayfun	Hakan		Sait	Şirin			
Nejat	İşık		Kadir	Tahta			
Murat	İmer		Necmettin	Tanrıöver			
Sertaç	İşlekel		Murat	Taşkın			



TURNOG her yıl geleneksel sonbahar/kış Nöroonkoloji sempozyumu düzenlemekte ve bahar döneminde Multidisipliner Nöroonkoloji sempozyumu düzenlenmesine katkıda bulunmaktadır.

Bu Sempozyumlarda Nöroşirurji ile birlikte Nöroradyoloji, Nöropatoloji, Radyasyon onkolojisi ve Medikal onkoloji branşlarından meslektaşlarımızın geniş katılımı ile kapsamlı ve yoğun bir bilgi alışverişi amaçlanmaktadır.

Multidisipliner Nöroonkoloji Toplantısı, Türk Onkoloji Grubu, Türk Nöropatoloji Grubu ve TURNOG'un birlikte çalışması ile Nisan - Mayıs aylarında yapılmaktadır. Multidisipliner Toplantının ikincisi 2-3 Mayıs 2008 tarihinde İstanbul Marriott Otelde yapılmıştır. Bu toplantıda Düşük Dereceli Glial Tümörler, Yüksek Dereceli Glial Tümörler, Pineal Bölge Tümörleri ve Beyin Metastazları kapsamlı bir şekilde multidisipliner olarak ele alınmıştır. Toplantıya yaklaşık 250 kişi katılmıştır ve farklı branşlardan değerli bilim insanlarının gerek konuşmacı gerekse toplantı içerisinde söz alarak yaptıkları katkılar ile çok verimli geçmiş, ortak çalışmalar yapılması konusunda heyecan uyandırmış ve toplantıların sürekli hale getirilmesi fikrini sağlamlaştırmıştır.

28-29 Kasım 2008 tarihinde ise İstanbul Dedeman Otelinde "Nöroonkolojik Cerrahide Yaklaşımlar" başlıklı Nöroonkoloji sempozyumu gerçekleştirilmiştir. Bu toplantı yoğun ve kapsamlı içeriği ile büyük ilgi

görmüştür. Temel olarak Santral Sinir Sistemi Tümörleri, Hipofiz Adenomları ve Kraniofaringiomlar, Spinal Tümörler, Menenjiomlar, Glial Tümörler, İnfratentoryal Tümörler, Ventrikülüçü Tümörler ve Pineal bölge Tümörleri ele alınmıştır. Daha çok cerrahi perspektifin ele alındığı sempozyumda, cerrahi yolların tartışılması ve video gösterimleri ile görsel olarak da zengin bir içerik katılımcılara sağlanırken, bunun yanı sıra cerrahi ve klinik tarihçe, sınıflamalar, radyolojik özellikler ile ilgili konularda detaylı olarak paylaşılmıştır. Toplantıya 250 meslektaşımız katılmıştır.

Multidisipliner Nöroonkoloji Toplantısının üçüncüsü 3-4 Nisan 2009 tarihinde yine İstanbul Marriott otelde gerçekleştirilmiştir. Yüksek Dereceli Glial Tümörler, Düşük Dereceli Glial Tümörler, Erişkin Beyin Sapı Gliomları, Beyin Tümörlü Hastalarda Destek Tedavileri ve Gliomatosis Serebri tartışılmıştır. Bilimsel düzeyi oldukça yüksek olan toplantıya katılımcı sayısı oldukça fazla olmuştur. Sempozyuma 338 kişi katılmış olup, bunların bilim dallarına dağılımı 100 Nöroşirürji Uzmanı, 156 Radyasyon Onkolojisi Uzmanı, 29 Medikal Onkoloji Uzmanı, 8 Radyoloji Uzmanı, 43 Patoloji Uzmanı, 2 Nöroloji Uzmanı olmuştur.

25-26 Aralık 2009 da İstanbul The Marmara Otel'de gerçekleştirilecek olan Nöroonkoloji Sempozyumunda "Glial Tümörler, Hipofiz Adenomları ve Meningiomlar" ayrıntılı olarak tartışılacaktır.



NÖROONKOLOJİ SEMPOZYUM DAVETİ

Sayın Türk Nöroşirurji Derneği Üyeleri,
Değerli Meslektaşlarım,

Türk Nöroşirurji Derneği Nöroonkolojik Cerrahi Öğretim ve Eğitim Grubu Yönetim Kurulu adına sizleri 25-26 Aralık 2009 tarihinde İstanbul The Marmara Otel’de düzenlenecek olan “Glial Tümörler, Hipofiz Adenomları ve Meningiomlar” sempozyumuna davet etmekten mutluluk duymaktayım.

Sempozyumda Santral Sinir Sisteminin en sık görülen tümörleri olan Glial Tümörler, Hipofiz Adenomları ve Meningiomlar, Nöroşirurji yanı sıra Patoloji, Radyoloji, Endokrinoloji, Medikal ve Radyasyon Onkolojisi bilim dallarında emek vermiş deneyimli meslektaşlarımız tarafından Powerpoint ve video formatında her yönü ile tartışılacaktır.

Sempozyumun hepimize katkısı olması dileği ile emek veren tüm meslektaşlarıma teşekkür ederim.

Saygılarımla.

Prof. Dr. M. Zafer BERKMAN
Nöroonkolojik Cerrahi Öğretim ve Eğitim Grubu (TURNOG) Başkanı



Türk Nöroşirurji Derneği



NÖROONKOLOJİK CERRAHI
ÖĞRETİM ve EĞİTİM GRUBU
SEMPOZYUMU

“Glial Tümörler, Hipofiz Adenomları,
Meningiomlar”



25-26 Aralık 2009
The Marmara Otel, İstanbul

2009 NÖROONKOLOJİ SEMPOZYUMU

“GLİAL TÜMÖRLER-HİPOFİZ ADENOMLARI-MENİNGİOMLAR”

25 ARALIK CUMA

TUR-NOG BAŞKANININ AÇILIŞ KONUŞMASI (8.30-8.45)
TND BAŞKANININ AÇILIŞ KONUŞMASI (8.45-9.00)

M. Zafer Berkman
Etem Beşkonaklı

09.00-10.30	GLİAL TÜMÖRLER I Yöneticiler: Ender Korfalı, Halil Toplamaoğlu	
09.00-09.15	Glial Tümörlerde Patolojik Tanı	Figen Söylemezoğlu
09.15-09.30	Glial Tümörlerin Moleküler Biyolojisi	Melike Mut
09.30-09.45	Glial Tümörlerde Radyolojik Tanı	Canan Erzen
09.45-10.00	Düşük Dereceli Glial Tümörlerin Cerrahi Tedavisi	Ahmet Bekar
10.00-10.15	Yüksek Dereceli Glial Tümörlerin Cerrahi Tedavisi	Nezih Oktar
10.15-10.30	Tartışma	
10.30-11.00	Kahve Arası	
11.00-12.30	GLİAL TÜMÖRLER II Yöneticiler: Sebahattin Çobanoğlu, Nusret Demircan	
11.00-11.15	Beyin Sapı Gliomlarının Cerrahi Tedavisi	Yusuf Erşahin
11.15-11.30	Glial Tümörlere Stereotaktik Yaklaşım	Orhan Barlas
11.30-11.45	Intraoperatif Görüntüleme Rehberliğinde Glial Tümör Cerrahisi	Talat Kırış
11.45-12.00	Glial Tümörlerin Medikal Onkoloji Tedavisi	Nil Molinas Mandel
12.00-12.15	Glial Tümörlerin Radyasyon Onkoloji Tedavisi	Faruk Zorlu
12.15-12.30	Tartışma	
12.30-14.00	HİPOFİZ ADENOMLARI I Yöneticiler: Nihat Egemen, Hidayet Akdemir	
14.00-14.15	Hipofiz Adenomlarında Patolojik Tanı	Büge Öz
14.15-14.30	Hipofiz Adenomlarının Moleküler Biyolojisi	Nurperi Gazioğlu
14.30-14.45	Hipofiz Adenomlarında Klinik Tanı	Volkan Etuş
14.45-15.00	Hipofiz Adenomlarında Radyolojik Tanı	Özenç Minareci
15.00-15.15	Hipofiz Adenomlarında Endokrinolojik Tanı	Tomris Erbaş
15.15-15.30	Tartışma	
15.30-16.00	Kahve Arası	
16.00-17.30	HİPOFİZ ADENOMLAR II Yöneticiler: Nurcan Özdamar, Mehmet Yaşar Kaynar	
16.00-14.15	Hipofiz Adenomlarının Medikal Tedavisi	Sema Akalın
16.15-14.30	Hipofiz Adenomlarına Transsfenoidal Yaklaşım	Tunçalp Özgen
16.30-14.45	Hipofiz Adenomlarına Transkranyal Yaklaşım	Zafer Berkman
16.45-15.00	Hipofiz Adenomlarına Endoskopik Yaklaşım	Savaş Ceylan
17.00-17.15	Hipofiz Adenomlarında Gamma Knife Tedavisi	Selçuk Peker
17.15-17.30	Tartışma	

SEMPOZYUM PROGRAMI

26 ARALIK CUMARTESI

09.00-10.30	MENİNGİOMLAR I Yöneticiler: Yücel Kanpolat, Cengiz Kuday	
09.00-09.15	Meningiom Tedavisinin Nöroşirürjikal Tarihçesi	Hamit Gökcalp
09.15-09.30	Meningiomlarda Patolojik Tanı	Aydın Sav
09.30-09.45	Meningiomların Moleküler Biyolojisi	Ramazan Durmaz
09.45-10.00	Meningiomlarda Radyolojik Tanı	Naci Koçer
10.00-10.15	Konveksite Meningiomları	Gökhan Akdemir
10.15-10.30	Tartışma	
10.30-11.00	Kahve Arası	
11.00-12.30	MENİNGİOMLAR II Yöneticiler: Kaya Aksoy, Ahmet Çolak	
11.00-11.15	Parasagittal ve Fals Meningiomları	Nur Altınörs
11.15-11.30	Sfenoid Kanat Meningiomları	İlhan Elmacı
11.30-11.45	Klinoidal Meningiomlar	Necmettin Pamir
11.45-12.00	Kavernöz Sinüs Meningiomları	Necmettin Tanrıöver
12.00-12.15	Olfaktor Oluk Meningiomları	Mustafa Bozbuğa
12.15-12.30	Tartışma	
12.30-14.:00	Öğle yemeği	
14.00-15.15	MENİNGİOMLAR III Yöneticiler: Erdener Timurkaynak, Nezih Özkan	
14.00-14:15	PCA Meningiomları	İbrahim Ziyal
14.15-14:30	Pineal Meningiomlar	Engin Gönül
14.30-14:45	Petroklival Meningiomlar	Faruk İldan
14.45-15:00	Foramen Magnum Meningiomları	Uğur Türe
15.00-15.15	Tartışma	
15.15-15.45	Kahve Arası	
15.45-17.0	MENİNGİOMLAR IV Yöneticiler: Kemali Baykaner, Sait Naderi	
15.45-16.00	Tentoryal Meningiomlar	Emel Avcı
16.00-16.15	Orbita Meningiomları	Turgay Bilge
16.15-16.30	Spinal Meningiomlar	Selçuk Palaoğlu
16.30-16.45	Çocukluk Çağı Meningiomları	Memet Özek
16.45-17.00	Tartışma	
17.00	Kapanış	

Düşük Dereceli Glial Tümörler ve Tedavi Algoritması

Primer beyin tümörleri pilositik astrositom dan glioblastomaya kadar değişen ve yetişkinlerde en sık görülen parankim içi beyin tümörleri olup primer malign beyin tümörlerinin insidansı son 30 yıldır özellikle yaşlı bireylerde artmaktadır (her yıl yaklaşık %1,2 artış).

Tedavi Prensipleri

Primer beyin tümürlü hastaların cerrahi ve radyoterapi (RT) uygulamalarını yönlendiren birkaç önemli prensip bulunmaktadır. Nöroşirurjenler tümör histolojisinden bağımsız olarak hastaları için en iyi sonuçlara genellikle mümkün olduğunca tümör dokusunu çıkararak ve cerrahi morbiditeyi minimum düzeyde tutarak ulaşırlar. Primer beyin tümörlerinin ne kadar agresif ameliyat edilmesi kararı tartışmalıdır ve 1.Hastanın yaşı ve performans durumuna, 2.Tümörün beynin hassas bölgelerine yakınlığına, 3. Agresif cerrahi yapılması ile kitle etkisinin azaltılmasının sağlayacağı faydalara, 4.Tümörün rezeke edilebilirliğine (lezyonların sayısı ve yerleşimi) ve 5. Rekürrensi olan hastalarda, son yapılan cerrahiden beri geçen süre gibi faktörlerin etkisine bağlıdır.

Cerrahi seçenekler, sterotaktik biyopsi, açık biyopsi ya da kitle etkisini azaltıcı girişimler, subtotal veya gros total tümör rezeksiyonunu içermektedir. Patolojik tanı kritik öneme sahiptir ve sıklıkla doğru tanı belirlenmesi zorlu bir süreçtir. Bu nedenle patoloji doktoruna mümkün olduğunca çok spesmen gönderilmesi gerekmektedir. Bunlara ek olarak cerrahi sonrası kontrastlı ve kontrastsız MR görüntüleri 24-72 saat içerisinde çekilmeli ve cerrahi müdahale sonrası hastalığın boyutu tespit edilmelidir.

Radyasyon onkologları birkaç farklı tedavi yaklaşımı uygulamaktadır; konvansiyonel RT, brakiterapi, sterotaktik fraksiyone RT ve sterotaktik radyocerrahi gibi. Fraksiyone RT en sık kullanılan yöntemdir. Primer beyin tümürlü hastalarda RT genellikle sadece tümör hacmini ve tümörün sınırlarını kapsamaktadır. Klinik olarak hedef hacim, sıklıkla T2 ağırlıklı MR görüntülerinde tespit edilen patoloji ve çevresindeki 1-2 cm lik sınır kısmıdır. RT'de patolojiye göre değişen dozlar uygulanmaktadır.

Düşük Dereceli Invaziv Astrositomlar

Düşük Dereceli Invaziv Astrositomların (DDIA) %70'i diffüz (fibriller, protoplasmik ve gemistositik tip) astrositumdur. Bu tümörler kötü sınırlı, invaziv karakter gösteren ve zamanla daha yüksek dereceli tümörlere ilerleyebilen tümörlerdir.

Pilositik astrositomlar en sık görülen iinvaziv olmayan astrositomlar olup iyi sınırlı, genellikle cerrahi olarak rezeke edilebilen ve nadiren transformasyon gösteren tümörlerdir. Çocuklarda serebellumda daha sık görülürken erişkinlerde serebral kortekste de görülür. Sadece cerrahi ile kür sağlanabilmektedir; bu nedenle NCCN algoritmalarında yer almamaktadır.

Düşük dereceli invaziv tümörü olan hastalar genellikle nöbet (%66), baş ağrısı ve/veya kuvvetsizlik ile başvururlar. Yakınmaların başlaması ile tanı konulması arasındaki süre ortalama olarak 6-17 aydır. Bu tümörlerin ortalama başvuru yaşı 37 dir. 10 yıllık ortalama yaşam çocuklarda %83 iken 40 yaşından sonra ortalama sağ kalım sadece 5 yıldır. Sağ kalım için önemli prognostik faktörler yakınmaların uzun süreli olması ve ameliyat sonrası nörolojik durumdur. BT ve MR da tipik olarak hipointens görülürler ve boyanma göstermezler. Fakat radyolojik olarak düşük dereceli astrositom tanısı alan olguların % 25 i gerçekte yüksek dereceli astrositumdur.

Tedaviye Genel Bakış

Her ne kadar DDIA sıklıkla iyi huylu olarak düşünülse de bu tümörlerin çoğu cerrahiye ve fraksiyone RT'ye karşın agresif tavır göstermektedir. DDIA 5-10 yıllık bir zamanda glioblastoma dönüşebilmektedir. DDIA'da mümkün olan her durumda tam rezeksiyon denenmelidir. Çünkü bu tümörler güvenli olarak çıkarılabildiğinde sağ kalım süresi ve rekürrensiz geçen süre daha fazla olmaktadır. Ayrıca tümörün gros total çıkarımı potansiyel olarak, tümörün malign transformasyonu geçiktirebilir ya da önleyebilir. Elbetteki bu tümörlerin infiltratif doğası ve hassas bölgeleri de tutabilmesi nedeni ile tam olarak çıkarılması her zaman mümkün olmayabilmektedir.

DDIA'lı hastalar için cerrahi tedavi hem önemli bir tanı aracıdır ve hem de bir tedavi modalitesidir. Cerrahi tedavide birinci amaç patolojik tanı ve tümörün derecelendirilmesi için için yeterli doku sağlamaktır. Lezyon derin ya da kritik bölgede yerleştiğinde iğne biyopsisi sıklıkla uygulanmaktadır. Ancak biyopsi sonuçları yanlış yönlendirici olabilmektedir. Çünkü gliomlar sıklıkla bir bölgeden diğerine sellülarite, mitoz ya da nekroz alanları açısından değişkenlik gösterebilirler. Bu nedenle küçük örnekler histolojik olarak tümörlerin daha düşük derecede tanı almasına neden olabilmektedir.

Her ne kadar şu anki literatür bilgileri agresif cerrahi rezeksiyonun sağ kalıma fayda sağladığı yönünde olsa da

DDIA tümörlerde tam rezeksiyonun rolü hala tam olarak çözümlenememiş bir sorundur. Literatürde çelişkili bulgular mevcuttur. Bazı çalışmalar da gros total rezeksiyon yapılan olgular ile subtotal rezeksiyon ya da biyopsi yapılan olguların sağ kalımı arasında fark bulunmazken, bazı çalışmalarda RT eklenmesi ile cerrahi rezeksiyon derecesinin öneminin azaldığı bildirilmektedir. Ayrıca gros total rezeksiyonun subtotal rezeksiyona göre daha uzun sağ kalım sağladığına ilişkin bazı çalışmalarda mevcuttur.

Biyolojik açıdan bakıldığında da, DDIA'ların tam eksize edilmesi fikri desteklenmektedir. Çünkü tümör dokusu kendi içerisinde yüksek dereceli odaklar içerebilmektedir ve bu nedenle küçük örneklerde bu yüksek dereceli alanlar görülmeyebilmektedir. İkincisi, tam eksizeyon ileriki dönemlerde tümör dokusunun farklılaşarak malign astrositoma gidişini azaltabilmektedir. Üçüncüsü, büyük bir tümörün yükü azaltılarak radyoterapinin etkinliği artırılmaktadır. Bu düşünceler ışığında genel öneri fonksiyon kaybına neden olmadan mümkün olduğunca çok tümör çıkarılmasıdır.

Tam rezeksiyon yapılan bireylerde ek tedavisiz gözlem yapılması da makul bir seçenek olarak kabul edilmektedir. Ancak bu tümörlerin 45 yaşından yaşlı bireylerde daha agresif tavır gösterme eğilimi nedeniyle bu yaş grubunda tam rezeksiyon yapılması durumunda dahi radyoterapi uygulanması alternatif bir seçenek olarak görülmektedir. Kemoterapi bir diğer seçenektir.

Sadece sterotaktik biyopsi, açık biyopsi ya da subtotal eksizeyon yapılan hastaların erken dönemde radyoterapi ile tedavi edilmeleri muhtemeldir (özellikle yakınmalar kontrol altına alınamadıysa ya da ilerleme gösteriyorsa). Radyoterapi ile ilişkili nörotoksosite endişeleri nedeniyle rezidüsü olan asemptomatik hastalar, hastalıkları ilerleyene kadar izlenebilmektedir. İzlem yaygın DDIA'lı hastalarda makul kabul edilebilmektedir. Çünkü tüm tümör dokusunu içine alacak bir RT uygulaması ile nörotoksosite riski artmaktadır. Kemoterapi bir diğer seçenektir.

DDIA postop RT zamanlamasına ilişkin konsensus bulunmamaktadır. Bazı onkologlar hemen fraksiyone eksternal RT önerirken, bazıları tümör progresyonu belirgin olana kadar RT geçiktirmektedir. Literatürde her ikisini de destekleyen bulgular mevcuttur. EORTC (European Organization for Research and Treatment of

Cancer) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada hastalar postoperatif RT alan ile almayan olarak iki gruba randomize edilerek karşılaştırılmıştır; 5 yıllık takip sonunda hastalısız sağ kalımın hemen RT verilenlere oranla daha iyi olduğu ancak 5 yıllık sağ kalım süreleri arasında fark olmadığı gösterilmiştir. Yakın zamanda yapılan çalışmalarda ise erken RT yapılmasının sağ kalım oranlarını artırmadığı ancak nöbet kontrolünün bu hastalarda daha iyi olduğu gösterilmiştir. Her ne kadar ilerleyici nörolojik kaybı bulunmayan genç hastalarda RT uygulanması tartışmalı bir husus olsa da, rezeksiyonun subtotal yapıldığı yaşlı hastalarda erken RT yapılması konusunda konsensusa varılmıştır. Çünkü bu hastalarda sağ kalım süreleri anaplastik astrositumlu hastalar kadar kötüdür. Sadece rezeksiyon yapılan ve RT ertelenmiş hastalarda düzenli takip yapılmalıdır.

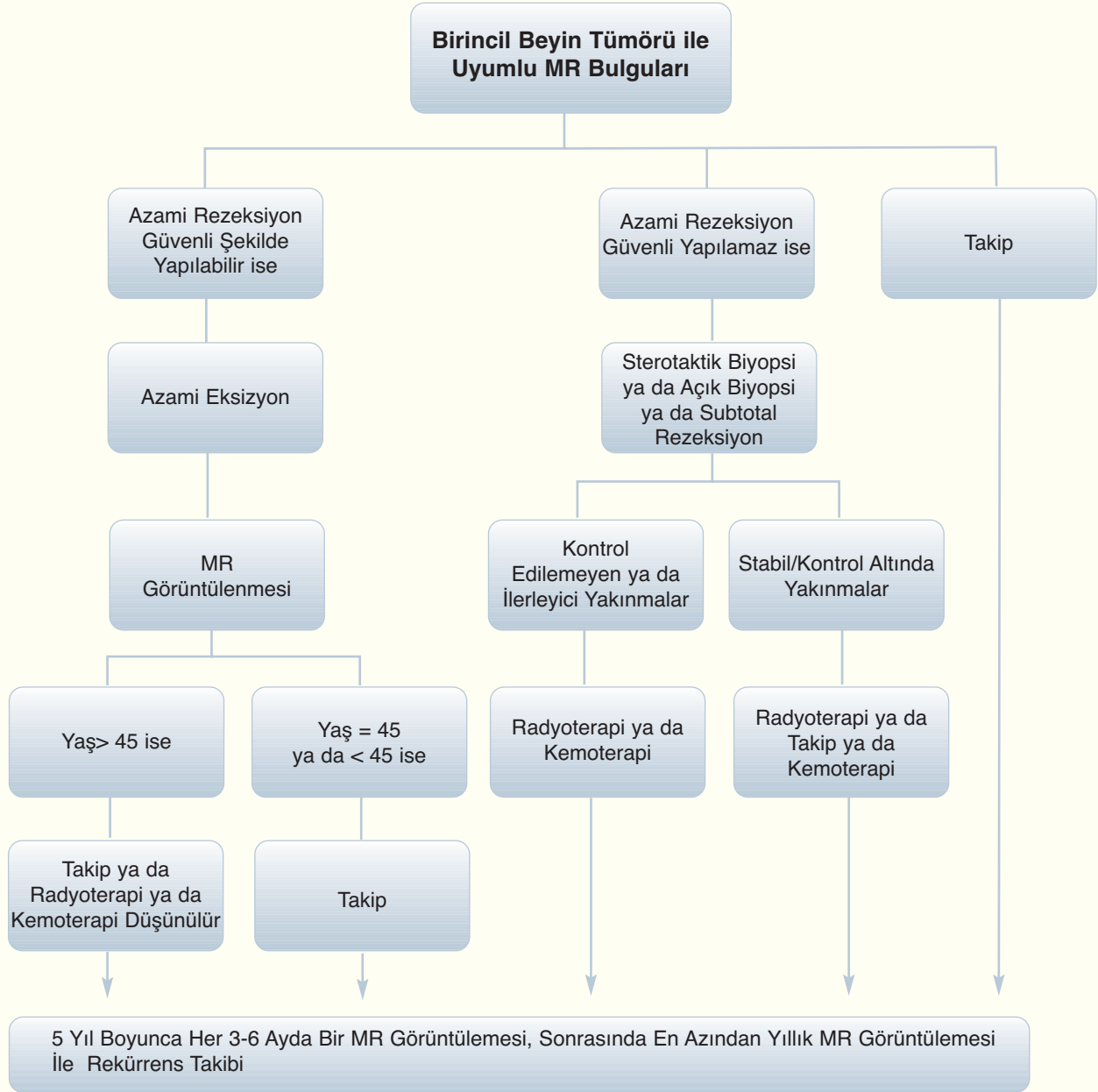
DDIA'lı hastalara radyasyon sınırlı alanlara verilmektedir. Bunun temel nedeni tüm beyin ışınlamasının, genç ve uzun yıllar sağ kalım sağlanan hastalarda lokalize radyoterapi verilen olgulara göre daha çok tedavi ile ilişkili nörotoksosite sorunu ile karşılaşmasıdır. Bu tümörler sıklıkla ya zayıf ya da hiç boyanma göstermediğinden tümör boyutunun anlaşılmasında en iyi yöntem T2 ağırlıklı MR görüntülemesidir. Hedeflenen hacim dışına radyasyon verilmemesi için T2 ağırlıklı MR görüntüsünde görülen tümör dokusunun 1-2 cm çevresine ışınlama yapılmaktadır. DDIA için standart radyasyon dozu 45-54 Gy'dir.

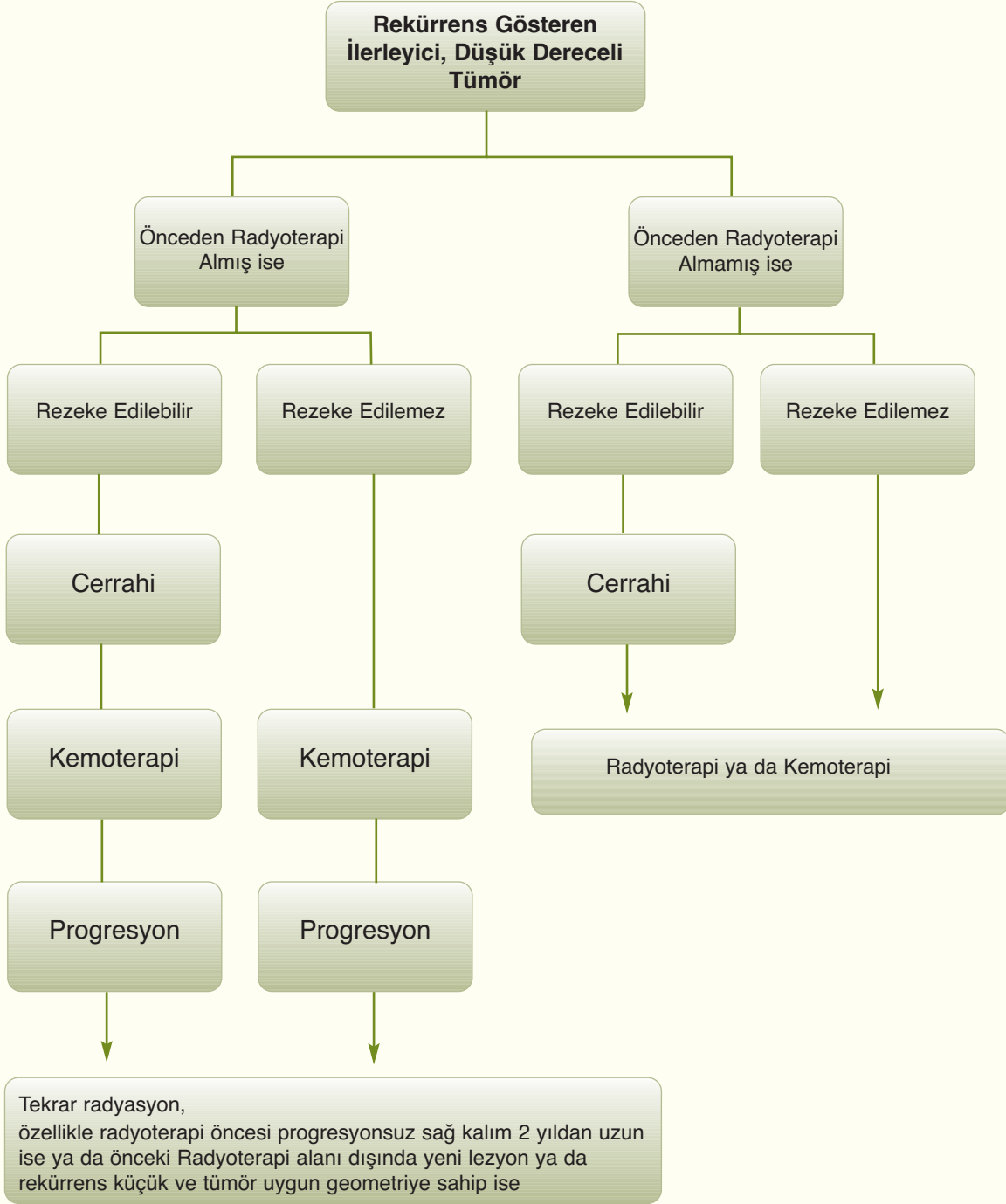
Güncel olarak düşük dereceli glial tümör tedavisinde temozolamide de diğer bir seçenektir,

Hastalar MR görüntülemeleri yapılarak 5 yıl boyunca her 3-6 aylık periyotlar ile daha sonra en az yıllık olarak takip edilmelidir. Rekürrens geliştiğinde rezeksiyon yapılabilecek lezyonlar için cerrahi tedavi önerilmekte ve sonrasında daha önce RT almış hastalara KT ile tedaviye devam edilmelidir. Özellikle RT sonrası progresyonsuz sağ kalım 2 yıldan fazla ise önceki RT sahasının dışında yeni bir lezyon var ise ya da rekürrens küçük ve geometrik olarak uygun ise tekrar RT, KT'yi izleyebilir, Cerrahi tedavi daha önce uygulanmadı ise RT ya da KT ile takip edilebilir.

Referanslar

1. National Clinical Practice Guidelines in Oncology, Central Nervous System Cancers, 2008





Karnofsky Performans Skalası

Skor	Klinik Tablo
100	Normal, yakınması ve hastalık bulgusu yok
90	Birkaç yakınma veya bulgu mevcut. Normal aktivitesini sürdürebilir.
80	Bazı yakınma veya bulgular mevcut. Normal aktivitesini sürdürmekte zorluklar yaşıyor.
70	Kendine yetebilir (bakabilir). Normal aktivitesine ya da işine devam edemez.
60	Zaman zaman başkasının yardımına ihtiyaç duyar. Çoğu kişisel gereksinimini kendisi karşılayabilir.
50	Sıklıkla başkasının yardımına ihtiyaç duyar. Sık tıbbi bakım gerekir.
40	Özür, özel bakım ve yardıma gereksinimi vardır.
30	İleri derecede özür, hastaneye yatış endikasyonu vardır. Ancak hayati tehlike yoktur.
20	Çok hastadır. Hastanede aktif yaşam destek tedavisine gereksinimi vardır.
10	Ölüm öncesi durumdadır. Ölümcül problemler hızla gelişmektedir.
0	Ölüm

Meningiomlarda Simpson Evrelemesi

Evre 1	Tümörün, Dural Bağlantısının ve Anormal Kemiğin Tam Olarak Rezeke Edildiği Olgular
Evre 2	Tümörün Tam Olarak Rezeke Edildiği, Dural Bağlantının Koagüle Edildiği Olgular
Evre 3	Sadece Tümörün Tam Olarak Rezeke Edildiği, Dural Bağlantının Koagüle Edilmediği Olgular
Evre 4	Tümörün Kısmen Rezeke Edildiği Olgular
Evre 5	Basit Dekompresyon Yapılan Olgular

Meningiomlarda Kobayashi Sınıflandırması

Evre 1	Tümörün, Dural Bağlantısının ve Anormal Kemiğin Mikroskopik Olarak Tam Çıkartıldığı Olgular
Evre 2	Dural Bağlantının Koagülasyonu ile Tümörün Mikroskopik Olarak Tam Çıkartıldığı Olgular
Evre 3a	Dural Bağlantı Rezeksiyonunun ve Koagülasyonunun Olmadığı Tümörün İntradural ve Ekstradural Kısmının Mikroskopik Olarak Tam Çıkartıldığı Olgular
Evre 3b	Dural Bağlantının ve Ekstradural Uzanımların Koagülasyonunun veya Rezeksiyonunun Yapılmadığı İntradural tümörün Mikroskopik Olarak Tam Çıkartıldığı Olgular
Evre 4a	Kraniyal Sinirler ve Damarların Korunması Maksudıyla Subtotal Rezeksiyon Yapılan Olgular
Evre 4b	Parsiyel Rezeksiyon, %10'dan Az Miktarla Tümör Bırakılan Olgular
Evre 5	Parsiyel Rezeksiyon, %10'dan Fazla Miktarla Tümör Bırakılan veya Dekompresyon Yapılan Olgular

PCA Tümörlerinde Hannover Sınıflandırması

Tip 1	Sadece Intrameatal yerleşimli
Tip 2	Intra ve ekstra meatal yerleşimli tümör
Tip 3	Lateral pontoserebellar sistemini dolduran tümör
Tip4	Beyin sapı kompresyonuna neden olan tümör
Tip 4a	4. Ventrikül bası altında değil
Tip 4b	4. Ventrikül bası altında ve/veya hidrosefali mevcut

Fasial Sinir Hause Sınıflandırması

Kriterler ve Yüzdeleri	
Alnını kırıştırabilme	%10
İstirahatta yüz kasma tonusu	%20
Göz kapama	%30
Gülümseme	%30
Islık çalabilme	%10
Toplam	%100

Evre 1	%100
Evre 2	%76-99
Evre 3	%51-75
Evre 4	%20-50
Evre 5	% 1-25
Evre 6	%0 (Tam fonksiyon kaybı)

Kranyal Kordomalarda Schisano ve Tovi Sınıflandırması

A	Tümör Ağırlıklı Olarak Orta Kranyal Fossada
B	Tümör Parasellar Bölgede
C	Tümör Klivus ve Parasellar Bölgede

Spinal Tümörlerde Tomita Evrelemesi

Tip 1	Kompartman içi, anterior veya posterior in situ lezyon - omurga içi lezyon
Tip2	Kompartman içi, pediküle uzanımı olan lezyon - omurga içi lezyon
Tip 3	Kompartman içi, anterior-posterior uzanımı olan lezyon - omurga içi lezyon
Tip 4	Kompartman dışı epidural uzanımı olan lezyon - omurga dışı lezyon
Tip 5	Kompartman dışı, paravertebral uzanımı olan lezyon - omurga dışı lezyon
Tip 6	Kompartman dışı, komşu vertebraya uzanımı olan lezyon - omurga dışı lezyon
Tip 7	Kompartman dışı lezyon, multiple, atlayan lezyonlar - birden çok ayrı lezyon

Hipofiz Adenomlarında Modifiye Wilson Sınıflaması

Evre 0	Sella Tursikanın Intakt, Normal Konturunu Korunduğu Olgular
Evre 1	Sella Tursikanın Intakt Ancak Fokal Genişlemesi Olan Olgular
Evre 2	Sella Tursikanın Intakt, ancak Genişlediği Olgular
Evre 3	Sella Tursikada Kısmi Destruksiyonun Olduğu Olgular
Evre 4	Sella Tursikada Tam Destruksiyonun Olduğu Olgular
Evre 5	Kan veya BOS Yolu ile Uzak Yayılımı, Ekstrasellar Uzanımı Olan Olgular
Suprasellar	
A	Suprasellar Mesafeye Ulaşan Olgular
B	3. Ventrikül Resesine Ulaşan Olgular
C	3. Ventrikül Anteriorunu Dolduran Olgular
Parasellar	
D	Intrakraniyal intradural Uzanımı Olan Olgular (anterior, ortahat,posteriora)
E	Ekstrakraniyal Ekstradural Uzanımı olan Olgular (Laterale Kavernoöz Sinüse)

Medulloblastomlarda Chang Sınıflaması

T	Tümör Büyüklüğü ve yayılımını gösterir. (T1-4)
1	Çapı <3 cm' den Küçük Tümörler
2	Çapı >3 cm' den Büyük Tümörler
3a	Çapı > 3' den Büyük Olan ve Aquaduktus Sylvii ve/veya F. Luschkaya Uzanan Tümörler
3b	> 3 cm'den Büyük olan ve Beyin Sapına Uzanan Tümörler
4	Çapı > 3'den Büyük Olan ve Tümör Uzanımı Yukarıda Aquaduktus Sylvii ve Aşağıda F. Magnumu Aşan Tümörler
M	Metastazları gösterir. (M0-M4)
0	Subaraknoid ya da Hematojen Yayılım Olmayan Olgular
1	BOS'da Mikroskopik Tümör Hücrelerinin Bulunduğu Olgular
2	Serebral\ Serebellar Subaraknoid Aralık, III.Ventrikül ya da Lateral Ventriküllere Gross Nodüler Yayılımı Olan Olgular
3	Spinal Subaraknoid Aralıkta Gross Nodüler Yayılımı Olan Olgular
4	Santral Sinir Sistemi Dışı Metastazları Olan Olgular

Saygıdeğer Üyelerimiz,

Üyelerimiz arasında haberleşmeyi sağlayan, duyuruların iletilmesini, kongrelerden haberdar edilmesini ve diğer Nöroonkoloji dernekleri ile iletişimi sağlamak gibi birçok amaca hizmet ettiğini düşündüğümüz web sitemiz sizlerin katkıları ve ilgileri ile iyi bir yere gelmiştir. 2008 yılı itibari ile kapsamı genişletilen sitemizin istatistikleri grubumuz için web sitesinin önemli bir yer edindiğini göstermektedir. Web sitemiz sadece Nöroşürji camiası tarafından değil aynı zamanda halkımız ve yurt dışından konuklarımızın da ziyaret ettiği bir site özelliğini kazanmıştır.

TURNOG web sitesi Türkçe ve İngilizce olarak yayınlanmaktadır. Türkçe web sitemizde Grup yönetim kurulu, vizyonu, tarihçesi, başkandan mesaj kısmı, üyelerimiz ve üyelik başvuru formu gibi birçok veriye ulaşılabilmektedir. Ayrıca geçmiş yıllarda grubumuz tarafından çıkartılan bültenlere ve gerçekleştirilen ve gerçekleştirilecek olan bilimsel toplantılara ilişkin bilgilere ulaşma imkanı mevcuttur. Web sitesinde Türk Nöroşürji Derneği'ne, derneğimizin diğer alt gruplarına sağlanan linkler ile gerek derneğimizin duyurularına gerek se hastalarımız için bilgilendirme notlarına ulaşmak mümkündür. Bunlara ek olarak dünyadaki diğer Nöroonkoloji gruplarına, onlar hakkında kapsamlı bilgiye erişme imkanı da bulunmaktadır. Peryodik olarak yapılan çalışmalar ile grubumuz üyelerinin gerçekleştirdikleri bilimsel katkılar araştırılmakta ve makale özetleri de sayfamızdan yayınlanmaktadır. Nöroonkoloji ile ilgili dergilerin linklerine de ulaşmak mümkündür.

İngilizce olarak yayınlanan sitemizde ise yabancı misafirlerimize aradıkları, ihtiyaç duyabilecekleri veriler sağlanmaktadır. İngilizce olarak grup tarihçesi, yönetim kurulu, amaçları ve vizyonu, Turkish Neurosurgery Dergisi'ne link ve kongreler ile ilgili bağlantılar bulunmaktadır.

Web sitesine Şubat 2009-Eylül 2009 tarihleri arasında Türkiye'nin hemen her ilinden meslektaşlarımız ve halkımız tarafından ziyaret gerçekleştirilmiştir. Yurt dışından ise 35'i aşkın ülkeden ziyaret edilmiştir.

Web sitemizin gelişmesi ve daha iyi performansa ulaşması için görüşleriniz ve önerileriniz bizim için önemlidir.

Saygılarımızla





European Association For Neurooncology

Avrupa Nöroonkoloji Birliği

Başkan: Dr. Robert Grant, Edinburgh, Scotland

Web sitesi: www.eano.eu

Gelecek Toplantı: 9. EANO Toplantısı, Maastricht, Hollanda, 16-19 Eylül 2010

www.medacad.org/eano2010/



The Society for Neuro-Oncology

Nöroonkoloji Derneği

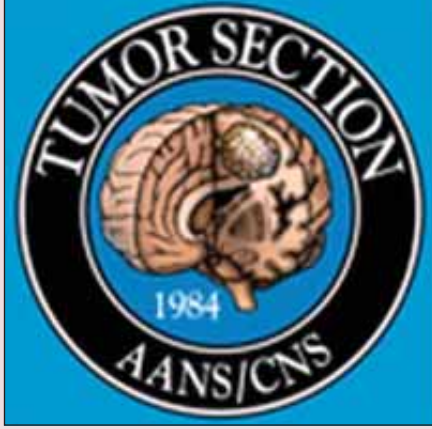
Başkan: Dr. Susan Chang

Web Sitesi: www.soc-neuro-onc.org

Gelecek Toplantı: SNO Yıllık Toplantısı ve Eğitim Günü, 17-21 Kasım 2010, Montreal, Kanada



NÖROONKOLOJİ İLE İLGİLİ DERNEKLER



Tumor Section
AANS ve CNS Tümör Bölümü
Başkan: Dr. Jeffrey Bruce, Columbia University
New York (jnb2@columbia.edu)
Web Sitesi: www.tumorsection.org



The Japan Society for Neuro-Oncology
Japon Nöroonkoloji Derneği
Temsilci: Prof. Masao Matsutani
International Medical Center Saitama Medical University
1397-1 Yamane, Hidaka-shi, Saitama-ken, JAPAN
Web Sitesi: www.jsn-o.com/eng/



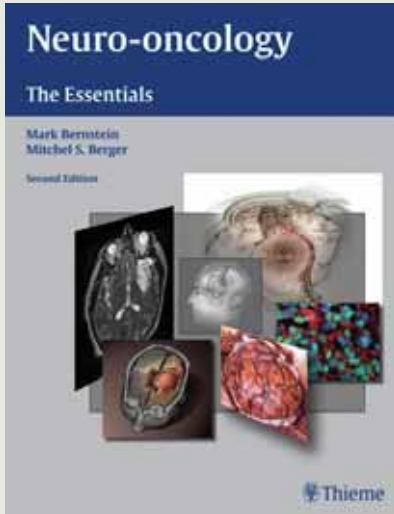
Asian Society for Neuro-oncology
Asya Nöroonkoloji Derneği
Başkan: Professor Masao Matsutani
Web Sitesi: www.asn-o.com
Gelecek Toplantı: ASNO 7. Toplantısı, 10-12 Haziran
2010, Seul, Kore
Web sitesi: www.asno2010.org



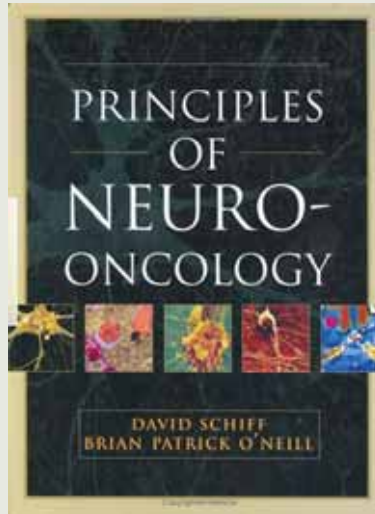
European Organization for Research and Treatment of
Cancer
Avrupa Kanser Araştırmalar ve Tedavi Organizasyonu
Başkan: Wolfgang Wick
wolfgang.wick@med.uni-heidelberg.de
Web Sitesi: groups.eortc.be/brain/index.html

British Neuro-Oncology Society
İngiliz Nöroonkoloji Derneği
Başkan: Dr. Charles Davis,
drdavis121@googlemail.com
Web Sitesi: www.bnos.org.uk
Gelecek Toplantı: 23-25 Haziran 2010, Glasgow

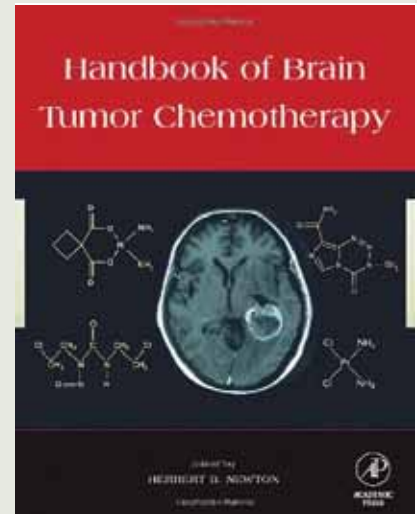
NÖROONKOLOJİ İLE İLGİLİ KİTAPLAR



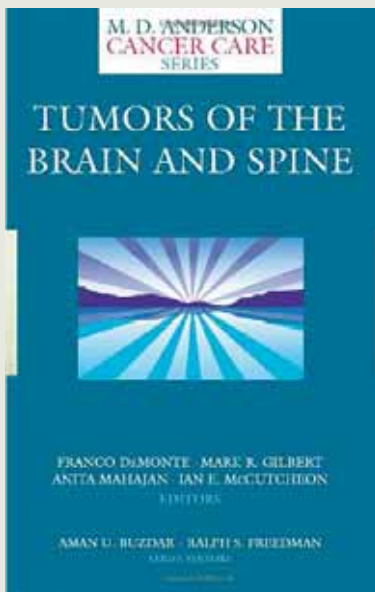
Editör: Mark Bernstein,
Mitchel S. Berger
2. Baskı. 2008, 500 sayfa
Yayımcı: Thieme



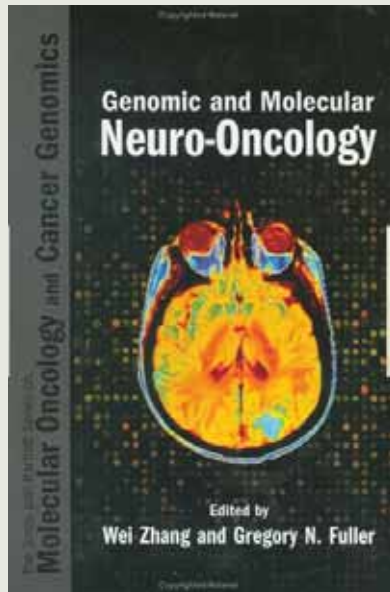
Editör: David Schiff
1.Baskı, 2005, 832 sayfa
Yayımcı: Mc Graw Hill



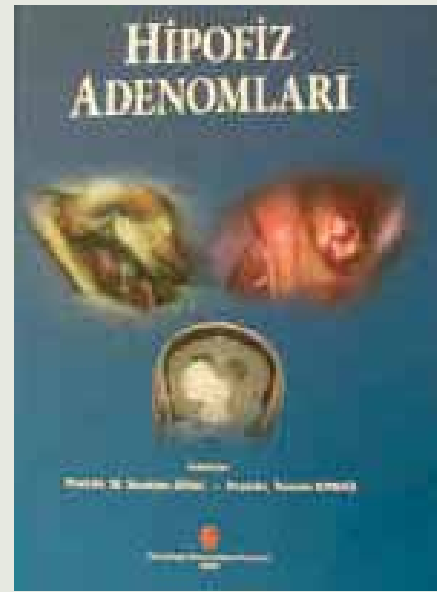
Editör: Herbert Newton
1. Baskı 2006, 586 sayfa
Yayıncı: Elsevier



Editör: Franco Demonte, Mark
R.Gilbert , Anita Mahajan, Ian E.
McCutcheon,
1.Baskı 2007,
Yayıncı: Springer Science



Editör: Wei Zhang,
Gregory N. Fuller
1. Baskı, 2004, 344 sayfa
Yayıncı: Jones and Bartlett



Editör: Ibrahim Ziyal, Tomris Erbaş
1.Baskı, 2008,
Yayıncı: Hacettepe

1. Infratentorial supraserebellar pineal bölge yaklaşımında aşağıdaki venlerden hangisi\ hangileri genellikle feda edilebilir?

- I. Superior vermician ven
- II. Posterior pericallosal ven
- III. Precentral cerebellar ven
- IV. Rosenthal' in basal veni

- A. I, II, III
- B. I, III
- C. II, IV
- D. IV
- E. Hepsi

2. Aşağıdakilerin hangisi intrakranyal menengiömların en az yerleşim gösterdiği bölgedir?

- A. Ventrikül içi
- B. Olfaktor oluk
- C. Posterior fossa
- D. Sfenoid kanat
- E. Tüberkulum sella

3. Nazal septumu oluşturan en önemli yapılar aşağıdakilerden hangileridir?

- A. Etmoid ve frontal kemikler
- B. Etmoid ve sfenoid kemikler
- C. Etmoid ve vomer kemikleri
- D. Frontal ve vomer kemikleri
- E. Sfenoid ve vomer kemikleri

4. Aşağıdakilerden hangisi santral sinir sistemi lenfömları (non Hodgkin's malign lenföma) için doğrudur?

- A. Hepsi diffüz histolojik patern gösterir.
- B. Meningeal lezyonlar birincil lenfömalarda daha siktir.
- C. Çoğu T hücre kökenlidir
- D. Parankimal lezyonlar ikincil lenfömalarda daha siktir
- E. Radyoterapiye dirençlidir.

5. Aşağıdakilerden hangisi nörofibromatozis tip 2 için tipik değildir?

- A. Akustik nörinömlar
- B. Kafeola lekeleri
- C. Cilt nörofibromları
- D. Lisch nodülü
- E. Pleksiform neurofibromlar

6. Nörofibromatozis tip 1'de görülmeyen hangisidir?

- A. Aksiller çillenme
- B. Kafeola lekeleri
- C. Iris' de nörofibromlar
- D. Optik gliömlar
- E. Sfenoid displazisi

7. Radyolojik görüntülemeye pleomorfik ksantoastroitomda en az görülen hangisidir?

- A. Kalsifikasyon
- B. Kist oluşumu
- C. Multiple lezyonlar
- D. Yüzeysel yerleşim
- E. Temporal lob yerleşimi

8. Koroid pleksus papillomu erişkinlerde en sık hangi bölgede yerleşir?

- A. 4. Ventrikül
- B. Sol lateral ventrikül
- C. Sağ lateral ventrikül
- D. 3. Ventrikül
- E. B-C

9. Yetişkin orbitasında en sık görülen benign tümör hangisidir?

- A. Kavernöz hemangiömlar
- B. Dermoid kist
- C. Lenfangiömlar
- D. Optik sinir gliömlar
- E. Sarkoidoz

10. Meningiom rekürrensindeki en önemli faktör aşağıdakilerden hangisidir?

- A. Hastanın yaşı
- B. Kemik invazyonu
- C. Benign menegiomun histolojik tipi
- D. Postop tümör rezidüsü
- E. Hastanın cinsiyeti

11. Kolloid kistin en sık başvuru yakınması aşağıdakilerden hangisidir?

- A. Baş ağrısı
- B. Demans
- C. Nöbet
- D. Bacakta ani kuvvetsizlik atakları
- E. Ani ölüm

12. Von Hippel-Lindau hastalığında aşağıdakilerden hangisi görülmez?

- A. Kromozom 3' de defekt
- B. Dominant kalıtım
- C. Iris hamartomu
- D. Pankreas kisti
- E. renal hücreli karsinom

13. Klival kordomadan etkilenebilecek kranial sinirler hangisi \ hangileridir?

- I. 12. Kranial sinir
- II. 5. Kranial sinir
- III. 10. Kranial sinir
- IV. 2. kranial sinir

- A. I, II, III
- B. I, III
- C. II, IV
- D. IV
- E. Hepsi

14. Aşağıdakilerden hangisinin serebral metastazı en yüksek kanama eğilimine sahiptir?

- A. Meme metastazı
- B. Koriokarsinom
- C. Gastrointestinal metastazlar
- D. Over metastazları
- E. Prostat metastazları

15. Optik sinir kalınlaşmasının ayırıcı tanısında aşağıdakilerden hangisi/hangileri yer almaktadır?

- I. Optik sinir kılıfı meningiomu
- II. Orbital psödotümör
- III. Optik sinir gliomu
- IV. Graves hastalığı

- A. I, II, III
- B. I, III
- C. II, IV
- D. IV
- E. hepsi

CEVAPLAR

1. B, 2. A, 3. C, 4. A, 5. D, 6. C, 7. C, 8. A, 9. A, 10. D, 11. A, 12. C, 13. E, 14. B, 15. E

Türk Nöroşirürji Derneği Nöroonkolojik Cerrahi Öğretim ve Eğitim Grubu Üyelik Başvuru Formu

1. Adı- Soyadı:.....
2. Türk Nöroşirürji Derneği Üyesiyim: EVET HAYIR
3. Nöroşirürji Uzmanı Olduğum Tarih:
4. Nöroşirürji Dışı Uzmanlık:
 - o NöroPatolog
 - o Moleküler Biyolog
 - o Radyasyon Onkolog
 - o Tıbbi Onkolog
 - o Tıbbi Biyolog
 - o Diğer (Lütfen Belirtiniz)
5. Çalıştığım Kurum ve Adresi:.....
.....
6. Enstitü Adresi:.....
.....
7. Telefon No (iş):.....
8. Telefon No (İş-Muayenehane):.....
9. GSM Tel No:.....
10. Faks No:.....
11. Elektronik Posta Adresi:.....

Kısa Özgeçmiş:

İlgi Alanlarınız:

Adı – Soyadı:

İmza: