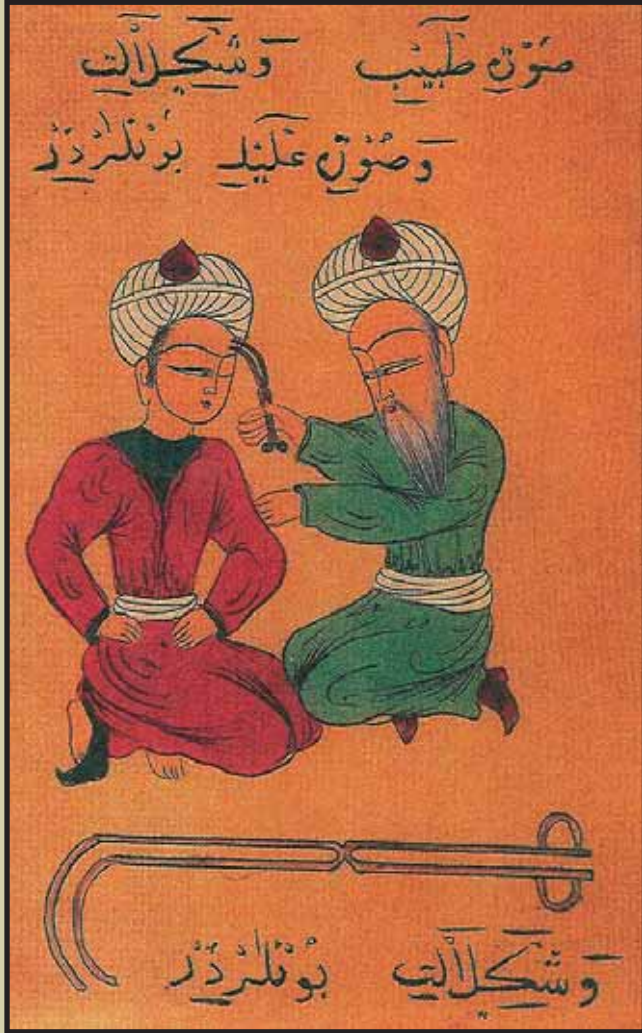




TÜRK NÖROŞİRÜRJİ DERNEĞİ

STEREOTAKTİK ve FONKSİYONEL NÖROŞİRÜRJİ

TND Stereotaktik ve Fonksiyonel Nöroşirürji Öğretim ve Eğitim Grubu Bülteni • Sayı: 1 • Ocak 2007



- Başkanın Mesajı
- Stereotaktik ve Fonksiyonel Nöroşirürji Öğretim ve Eğitim Grubunun Yönergesi ve Üyeleri
- Başvuru Formu
- Makale ve Tercümeleler
"Psikiyatrik Hastalıkların Cerrahi Tedavisi"
- Fonksiyonel Nöroşirürji Test Soruları
- Klinikte Ayırıcı Tanı: Fasiyal Ağrılar
- Anılar, Fotoğraflar ve Tıp Tarihi
"Tarihte, Anadolu'da Çıkan Sürekli Tıp Dergileri"
- Türk Nöroşirürji Derneği Öğretim ve Eğitim Grupları Toplantı Takvimi



**Türk Nöroşirürji Derneği
Yönetim Kurulu**

Başkan
Mehmet ZİLELİ

2. Başkan
Etem BEŞKONAKLI

Sekreter
Ağahan ÜNLÜ

Muhasip
İlhan ELMACI

Veznedar
Tuncer SÜZER

**TND Stereotaktik ve Fonksiyonel
Nöroşirürji Öğretim ve Eğitim Grubu
Kurucu Yönetim Kurulu**

Başkan
Bülent BOYAR

Üyeler
Yücel KANPOLAT
Orhan BARLAS
Ali SAVAŞ

Türk Nöroşirürji Derneği
Taşkent Cad. 13/4 Bahçelievler-06500 Ankara
Tel : + 90 312 212 64 08
Faks: + 90 312 215 46 26
Web: www.turknorosirurji.org.tr
E-posta: dernek@turknorosirurji.org.tr

TND adına düzeltmeler:
Etem BEŞKONAKLI
Özerk OKUTAN

Kapak resmi:

Youmans, Principles of Neurosurgery.2005. Sayfa 6

Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri
Tel: (312) 222 44 06 • Faks: (312) 222 44 07, Ankara

Başkanın Mesajı



Değerli Meslektaşlarım;

İlk bültenimizde sizlerle beraberiz. Bültenimizin amacı, tüm arkadaşlarımızın öneri ve tecrübelerini birbirimizle paylaşmaktır. Stereotaksi hedefe en az zararla ve en kısa yoldan ulaşmayı sağlar. Derin yerleşimli tümörler dışında, açık stereotaksik girişimde, yüzeyle yakın küçük kitleler lokal anestezi yardımı ile çıkarılabilmektedir. Hastane yatış süresi kısalmaktadır. Kolaylığı ve ekonomik olması nedeniyle Açık Stereotaksi ileride çok daha yaygınlaşacaktır.

Ağrı ve Parkinson cerrahisi başka branşlara kaptırılmadan daha çok ilgilenmemiz gereken girişimler olmalıdır. Asistan arkadaşlar bu konuda, daha çok teşvik edilmelidir. Avrupa Topluluğu uzmanlık eğitiminde Stereotaksik ve fonksiyonel girişimlerin uygulanması belli sayıda şart koşulmaktadır. Klinik içi eğitimde bu konulara yer verilmeli, gerekirse misafir öğretim üyesi davet edilmelidir.

Bana kurucu başkan olarak 2 yıllığına görev verilmiştir. Bu sürede, Türk Nöroşirürji Derneği yıllık kongresi için, Fonksiyonel Nöroşirürji ile ilgili panel konuları ve konuşmacılar önerilmiştir. Kongre için gönderilen bildirimler web ortamında isimleri saklı olarak değerlendirilmiştir. Grubumuz ile ilgili, derneğimizce istenilen eşitlik sınavı soruları hazırlanmış ve gönderilmiştir. En son olarak da board sınavı soruları hazırlanmıştır.

Nisan ayında Derneğimizin Antalya'da yapılacak olan 21. Bilimsel Kongresi'nde, genç arkadaşlardan yeni başkan ve yönetim kurulu seçilecektir. Bu konuya ilgi duyan meslektaşlarımızın formlarını bir an önce doldurup dernek sekreterimiz Mukadder Hanım'a ulaştırmaları gerekmektedir. Genel kurul tarihi ve salonu daha sonra kongre kitapçığında bildirilecektir.

Hepinize mutlu, sağlıklı ve hoşgörülü bir yaşam diler, saygılarımı sunarım.

Prof. Dr. Bülent BOYAR

KURUCU ÜYELER

1- Bülent BOYAR
2- Yücel KANPOLAT
3- Orhan BARLAS
4- Ali SAVAŞ

5- Zafer KARS
6- Murat GÖKSEL
7- Ali ZIRH
8- Meltem CAN

KURUCU YÖNETİM KURULU

1- Bülent BOYAR
2- Yücel KANPOLAT

3- Orhan BARLAS
4- Ali SAVAŞ

ÜYE LİSTESİ

1- Bülent BOYAR
2- Yücel KANPOLAT
3- Orhan BARLAS
4- Ali SAVAŞ
5- Zafer KARS
6- Murat GÖKSEL
7- Meltem CAN
8- Murat KUTLAY

9- Kamal Tanju HEPGÜL
10- Ali ZIRH
11- Murat TAŞKIN
12- Erdal ÇETİNALP
13- Tahsin ERMAN
14- Atilla ERDEM
15- Rıdvan AÇIKALIN
16- Mazhar ÖZSOY

DANIŞMAN ÜYE

Dr. Suzan ZORLUDEMİR (Patoloji)
Dr. Aydın SAV (Patoloji)
Dr. Erol AKGÜL (Radyoloji)
Dr. Erol AKSUNGUR (Radyoloji)

Grup Yönergesi

Türk Nöroşirürji Derneği Stereotaktik ve Fonksiyonel Nöroşirürji Öğretim ve Eğitim Grubu Yönergesi

- 1- Bu eğitim grubu Türk Nöroşirürji Derneği Tüzüğü'nün 21. maddesine dayanarak kurulmuştur.
- 2- Bu grubun gerçekleştireceği tüm etkinlikler TND tüzüğüne uygun ve birlikte hareket ederek yapılabilir.
- 3- Stereotaksik ve Fonksiyonel Nöroşirürji Öğretim ve Eğitim Grubuna isteyen tüm TND üyeleri başvurabilir. Grup yönetim kurulu üyelik için gerekli koşulları belirler.
- 4- Grup üyeliği başvuruları grup sekreterliği veya TND sekreterliğine yapılır. Sekreterlik, grup yönetim kurulu başkanına başvuru formunu iletir. Yönetim kurulunda onaylanan üyeler TND sekreterliğine bildirilir. Yönetim kurulu onayı için salt çoğunluk aranır.
- 5- Grup üyeliğinden ayrılma başvurusu grup sekreterliği veya TND sekreterliğine yapılır.
- 6- Grup yönetim kurulu her yıl TND ulusal kongresinde yapılan grup toplantısında seçilir.
- 7- Grup yönetim kurulu, 5 üyeden oluşur.
- 8- Stereotaksi ve Fonksiyonel Nöroşirürji Eğitim Grubu üyelerinden; nöroşirürji uzmanı olarak en az 5 yıl çalışmış ve en az 3 yıldır. TND üyesi olanlar grup yönetim kurulu adayı olabilir.
- 9- Grup üyeleri kendileri aday olabilir. En çok oy alan 8 üyenin ilk 5 adedi asil, son 3 adedi yedek yönetim kurulu üyesi olarak görev yapar.
- 10- Yönetim kurulu üyeliği, kesintisiz olarak en fazla 2 dönem yapılabilir.
- 11- Yönetim kurulu ilk toplantısında aralarında başkan, 2. başkan ve sekreter seçimi yapar. Genel kurul tutanakları TND sekreterliğine gönderilir. Yönetim kurulu eğitim ve öğretim ile ilgili projelerini TND ile beraber yürütür.
- 12- Kurucu yönetim kurulunun görevi, bu tüzük uyarınca yapılacak olan grubun ilk genel kurul toplantısında sona erer.

Başvuru Formu

TÜRK NÖROŞİRÜRJİ DERNEĞİ STEREOTAKTİK VE FONKSİYONEL
NÖROŞİRÜRJİ ÖĞRETİM VE EĞİTİM GRUBU
ÜYELİK BAŞVURU FORMU

ADI SOYADI :

ÜNVANI :

ÇALIŞTIĞI KURUMLAR :

UZMANLIK TARİHİ :

BU KONUDA EĞİTİM ALDINIZ MI? :

BU KONUDA HERHANGİ BİR ÇALIŞMANIZ VAR MI? :

İŞ ADRESİ :

FAKS :

E-POSTA :

TEL :

TARİH :

İMZA

PSİKİYATRİK HASTALIKLARIN CERRAHİ TEDAVİSİ

Psikiyatrik hastalıkların cerrahi tedavisi 1940'lı yıllarda geniş hasta grupları üzerinde denenmiş ve o dönemde çok popüler olmuştur. Daha sonraki yıllarda daha az morbiditesi olan stereotaktik yöntemler popüler olmuştur. Beyin çalışma mekanizmasının daha iyi bilinmesi ve ilaç tedavisi ve EKT gibi klasik tedavi yöntemlerinden fayda görmeyen belirli hasta grubuna cerrahi tedavi uygulanmaktadır. 1891 yılında Burckhardt, demansif ve agresif 6 hastaya bilateral kortikal eksizyon uygulanmıştır. 1935 yılında Fulton ve Jacobsen maymunlarda limbik sistem ve kortikal bağları üzerinde çalışmışlardır. Maymunlarda ilk lobektomi ve lobotomi çalışmaları olmuştur. 1937 yılında, Papez "A proposed mechanism of emetion" isimli makalesinde ilk olarak heyecan, endişe ve depresyon merkezlerinin anatomisi üzerinde çalışmıştır. Hipotalamus, septal area, hipokampus, mamiller badiler, anterior talamik nukleus, gyrus singuli ve bu alanlar arasındaki ilişkileri göstermiştir. Bu oluşumlar rudimanter limbik sistemi oluşturmaktadır. Daha sonra bu sistemin gelişimi ile frontal korteks, insula anterior, temporal korteks, amygdalea ve dorsomedial talamik nukleuslar ile yeni bağlantılar oluşturmaktadır. Moniz 1949 yılında Nobel ödülünü psikiyatrik hastalara uyguladığı lobektomi ve lobotomi operasyonun başarısı ile almıştır. Aynı yıllarda Freeman trans orbital, lokotomi tekniğini geliştirmiştir. EKT sonrası postiktal dönemdeki hastalara, kaşın altından keskin bir metal ile orbita kemiğinden geçip posterior frontal korteksdeki fronto-talamik yolu destrükte etmiştir. Daha sonraki yıllarda bilateral inferior lokotomi, bimedial lokotomi ve açık anterior singilotomi operasyonları uygulanmıştır. Stereotaksik olarak, talamotomi, subtalamotomi, amygdalotomi, anterior singilotomi, anterior kapsülötomisi, limbik lokotomi (subkaudat+singilotomi) operasyonları yapılmıştır.

İlk olarak 1937 yılında Papez tarafından yapılan anatomik çalışmalar ve iddiaları daha sonra gelişen elektrofizyolojik ve PET çalışmaları ile daha iyi anlaşılmasına

çalışılmıştır. Anterior singiluma yapılan elektrik stimülasyonu ile otonomik cevaplar ve anksiyete hızla artmaktadır. Hipotalamus stimülasyonunda otonomik, endokrin ve kompleks emosyonel değişiklikler ortaya çıkmaktadır.

Bu çalışmalarda, anterior singilum ve medial orbito frontal korteks'in en önemli görevi, neokorteks ile limbik sistemi arasında bağ kurmasıdır.

PET çalışmalarında OCD olan hastalarda %63 oranında kaudat nukleus, orbitofrontal korteks ve singilumda glukoz metabolizması bozukluğu tespit edilmiştir. Hastaların obsesif dönemlerinin ağırlaştığı durumlarda PET çalışmasında limbik sistem metabolizması hızla artmaktadır. Depresif hastalarda, olay kronikleştikçe lateral frontal korteks'de glukoz metabolizması azalmaktadır.

MRI çalışmalarında, OCD hastalarının kaudat nükleusları normalden küçük bulunmuştur. Bu gün, basal ganglionlar, limbik sistem ve frontal korteks kompleksinin anksiyete, depresyon ve davranış bozukluklarında önemli anatomik bölgeler olduğu gösterilmiştir. Fakat mekanizması hala tam olarak anlaşılammıştır.

HASTA SEÇİMİ

Psikiyatrik hastalıkların cerrahi tedavisinde en büyük zorluk, hangi hastalara uygulanabileceğine karar verilmesidir. Cerrahiye verilecek hastanın daha önce konvansiyonel tedavileri görmüş, yani tüm ilaç tedavileri, psikoterapi, EKT, davranış değişim programlarının faydalı olmadığı hasta grubu olmalıdır. Günümüzde cerrahi düşünülecek hastalar;

- 1- Major affektif bozukluklar (Unipolar veya bipolar major depresyon)
- 2- Derin anksiyete veya depresif hakim OCD hastaları
- 3- Şizofreni kontrendike (tartışmalı)

Burada cerrahi amaç, hastalığın şiddetinden çok kronik olması ile ilgilidir. Kronik olgularda şikayetler en az 5 yıllık olmalıdır. Diğer bir tartışılan konu genç, erken dönemdeki hastalara yapılabilir mi?

Bu hastaların seçimine karar verecek komite (Cingilotomy assesment commitee) WHO tarafından standardize edilmiştir.

Bu komite Psikiyatrist, Nörolog ve Beyin Cerrahisi olmalıdır. Her bir doktor hastayı kendi başına tüm tetkikleri ile beraber değerlendirip kendi kararını vermelidir.

Bu hastalıklar "Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R) grubunda olmalıdır. Hastalığın derecelendirilmesinde,

- YBOCS skor 20'den büyük
- BDI skor 30'dan büyük
- GAF skor 50'den küçük
- MMPI protokolüne uygun

18 yaşından büyük hastalarda kendi rızası, daha küçüklerde anne ve baba ortak rızası alınmalıdır. Bu cerrahi girişimler politik ve sosyal endikasyonlar için kesinlikle yapılmamalıdır.

GÜNÜMÜZDE KULLANILAN CERRAHİ YÖNTEMLER

- 1- Anterior singilotomi
- 2- Subkaudat traktotomi
- 3- Limbik lokotomi
- 4- Anterior kapsülotomi

ANTERİOR SİNGİLOTOMİ

Açık anterior singilotomi operasyonu ilk olarak Fulton tarafından uygulanmıştır. Kliniğimizde ilk açık singilotomi operasyonu 1980 yılında Dr.Erdal ÇETİNALP tarafından hafif retarde agresif 13 yaşındaki bir hastaya uygulanmış ve başarılı sonuç alınmıştır. Bu açık girişimlerde bilateral frontal lobun parafalksiyal medialinden singiluma ya aspiratör veya koter ile lezyon yapılmaktadır. Foltz ve White ağrı için yaptıkları stereotaksik singilotomi operasyonu sonucu anksiyete ve depresyonda belirgin düzelmeyi yayınlamışlardır. Ballantine ve Giriunas en geniş stereotaksik singilotomi serilerini yayınlamışlardır.

Bu yöntem OCD hastalarda, dirençli kronik anksiyete ve afektif bozukluğu olan hastalarda endikedir. Kontrol edilemeyen agresif hastalarda uygulanması tartışmalıdır.

Günümüzde MRI quided stereotaksi, uygulanan emin bir yöntemdir.

Hedef: Orta hatta 7 mm laterale frontal horn'dan 20-25 mm posterior

RF 10 mm Tip, 85°C 90 saniye her iki tarafa uygulanır.

Postoperatif, anksiyete erken dönemde hızla azalır, depresyonda ise 6-12 hafta sonra düzelme saptanır. 3-6 ay sonra herhangi bir sonuç alınmaz ise lezyon daha genişletilir veya limbik lokotomi uygulanabilir.

Ballantine ;198 olguda ortalama takip 8,6 yıl, %62 affektif bozuklukta düzelme, %56 hastada OCD bulgularında genel düzelme tespit etmiştir. Diğer yayınlarda kronik depresyonda düzelme %25-40 arasında, anksiyete'de düzelme %15-65 arasında değişmektedir.

SUBKAUDAT TRAKTOMİ

İlk olarak 1964 yılında Knight tarafından uygulanmıştır. Prefrontal lobotomiden daha az agresif bir yöntem olarak sunulmuştur. Bu operasyonda amaç, Kaudat nükleusun başının hemen altında, orbital korteks ile subkortikal bağlantılar arasında yer alan substantia innominata'da lezyon yapmaktır.

Hedef 15 mm orta hattan, 10-11 mm planum sfenoidalenin üstü, sella tursikanın ön ucudur. Stimülasyon yapıldığında otonomik değişiklikler ortaya çıkar. Kalp atımı artar, nefes hızlanır, tansiyon yükselir; lezyon RF veya yitrium 90 2000 mm. yapılır.

En geniş çalışma 1975 yılında Göktepe ve arkadaşlarına aittir. 208 olgu ve beş skala ile değerlendirilen başarılı bir çalışmadır. Ortalama takip 2,5 yıldır. Sonuçlar %68 depresyonda düzelme, %50 Anksiyetede düzelme olarak bildirilmiştir.

LİMBİK LOKOTOMİ

Kelly ve arkadaşları 1973 yılında ilk olarak; Subkaudat traktomi+Anterior singilotomi operasyonunu stereotaksik olarak uygulamışlardır.

Amaç:Orbital-frontal-talamik yolun destrüksiyonudur.

Kelly endikasyonları

- 1) OCD
- 2) Anksiyete (kontROLSÜZ)
- 3) Depresyon (kontROLSÜZ)

En az 5 yıllık kronik olgular olmalıdır.

Hedef her iki singulat girus, her iki frontal lobun aşağı medial quadrenti'dir. Kelly 49 hastasında, OCD ve kronik depresyonda %84 başarı bildirmiştir. Göktepe ve arkadaşları 66 hastada ortalama takip 16 ay olarak bildirilmiş, sonuçları ise:

Obsesyonel nevrozda %89 başarı
Kronik Anksiyete %78 başarı
Kronik Depresyonda %80 başarı rapor etmişlerdir.

ANTERIAL KAPSÜLOTOMİ

Leksel tarafından popülarize edilen bir yöntemdir.
Amaç: kaudat nukleus ile putamen arasından geçen, frontotalamik yolun destrükte edilmesidir.

Leksel endikasyonları:

- 1- Şizofreni, Kronik (Ağır depresif, agresif dönemden çıkamayan)
- 2- Depresyon dirençli
- 3- Anksiyete dirençli
- 4- Obsesif kompulsif nevroz

Hedef: Inter commussural hat, frontal hornların 5 mm gerisi, orta hattın 20 mm laterale

Lezyon: RF veya Gamaknife

Leksel 116 hasta, ortalama takip 6,6 yıl; obsesyon nevroz %50 başarı

Kronik depresyon %48 başarı

Şizofrenik kronik ağır depresyon %14

Rasmussen (OCD 14) hasta, ortalama takip 3 yıl

Kronik ve tedavisiz depresyonda başarı %58

Sonuç olarak; Majör affektif bozukluklarda, OCD ve tedavi edilemeyen kronik anksiyete ve depresyonlu hastalarda bu cerrahi yöntemler belirli kurallar ve multidisiplin içinde tekrar popüler hale getirilmelidir.

KAYNAKLAR

- 1- Jeffrey V. Rosenfeld and John Liloyd Psychosurgery, Chapter 120.
- 2- Martin Zonenshayn and Ali Rezai Stereotactic surgery, chapter 52 Principles of Neurosurgery. Setti Rengachary. Page 785-812 2005.

FONKSİYONEL NÖROŞİRÜRJİ TEST SORULARI

1- Tremor, rijidite ve bradikinezi klinik bulguları eşit derecede bulunan bir hastada ideal cerrahi yöntem hangisidir?

- a- Talamotomi
- b- Pallidotomi
- c- Singulotomi
- d- Internal kapsulotomi
- e- STN stimulasyon

2- Stereotaksik ameliyat komplikasyonu olarak hemiballismus hangi girişimde ortaya çıkabilir?

- a- Talamotomi
- b- Pallidotomi
- c- STN stimulasyon veya lezyon
- d- Singulotomi
- e- Serebellar stimulasyon

3- Aşağıdaki uygulamalardan hangisi ağrı cerrahisinde uygulanmaz?

- a- DREZ operasyonu
- b- Kordotomi
- c- Talamotomi
- d- Rizotomi
- e- Stereotaksik amygdalatomi

4- Genikulat nevraljide bası hangi siniredir?

- a- N.intermedius
- b- N.glossofaringeus
- c- N.vagus
- d- N.trigeminus
- e- N.hypoglossus

5- Distoni tedavisinde hangi cerrahi yöntem faydasızdır?

- a- Dorsal kolumna ve serebellar stimulasyon
- b- Talamotomi
- c- Pallidotomi
- d- GPi stimulasyon
- e- Mezensefalotomi

6- Spastisitede klinik değerlendirme en çok hangi skala ile yapılır?

- a- UPDRS
- b- Ashworth
- c- Webster
- d- Hoehn-Yahr
- e- Barry-Albright

7- Psikoşirürjide hangi cerrahi yöntem uygun değildir?

- a- Anterior singulotomi
- b- Subkordat traktotomi
- c- Limbik lokotomi
- d- Anterior kapsulotomi
- e- Paraventriküler gri cevher stimulasyonu

8- Parkinson hastalığında fotal greftler en çok hangi güvenli bölgeye yerleştirilir?

- a- Dentat nükleus
- b- Gyrus singuli
- c- Hypotalamus
- d- Putamen
- e- Kapsula interna

Cevaplar:

- 1- e
- 2- c
- 3- e
- 4- a
- 5- e
- 6- b
- 7- e
- 8- d

YÜZ AĞRILARINDA AYIRICI TANI

Yüz ağrıları ile ilgili ilk bildiri 11. yüzyılda Arabistan kökenli Yuryani tarafından bildirilmiştir. Bu tarifinde ağrının tek taraflı, çene ve dişe vuran, rüzgar ile artan bir ağrı olduğunu tarif etmiştir. Modern anlamda tek taraflı yüz ağrıların tarifi ilk olarak John Locke tarafından 1756 yılında tarif edilmiştir. Hastalığın fizyopatolojisi ve anatomik özellikleri 1829 yılında Bell tarafından kadavra çalışmaları ile desteklenmiştir. 1853 yılında Trousseau, trigeminal nevralinin paroksizmal özelliği olduğunu ve epilepsinin bir uzantısı olduğunu ileri sürmüştür. Bu ağrıya Nöralji Epileptiform adını vermiştir. 1942 yılında Bergouignan antiepileptik ilaçların tedavideki etkinliğini göstermiştir. Bu yıllarda difenilhidantoin yaygın olarak tedavide kullanılmıştır. Daha sonraki yıllarda yan etkilerinin azlığı sebebiyle karbamazepin tercih edilen antiepileptik ilaç olmuştur. İlacın etkili olmadığı veya tolere edilemediği durumlarda ablatif cerrahi yöntemler devreye girmiştir.

Tek taraflı yüz ağrılarında ağrıların tipik özellikleri iyi bilinirse ayırıcı tanı kolayca yapılabilir. Klinikte en çok karşılaşılan yüz ağrıları aşağıda klinik özelliklerine göre sıralanmıştır:

TRIGEMİNAL NEVRALJİ: Ağrı paroksizmaldir. Genellikle ikinci dalı tutar. Ağrıda tetik noktası mevcuttur.

GLOSSOFARINGEAL NEVRALJİ: Paroksizmal özelliktedir. Ağrı, tipik olarak kulak ve boğaza doğru yayılır. Tetikleme genellikle yutma esnasında olur.

TRIGEMİNAL NÖROPATİK AĞRI: Trigeminal bölgede devamlı ve yanıcı özellikte bir ağrıdır. Tetik noktası yoktur. Hastanın özgeçmişinde trigeminal sinir travması mevcuttur.

ATIPIK FASİYAL AĞRI: Devamlı, nadiren paroksizmal olabilir. Genellikle bilateral olur. Tetik noktası yoktur. Ağrılar psikiyatrik gerilimlerde belirgin olarak artar. Antidepresan ve analjeziklerden belirgin fayda görür.

ANESTEZİ DOLOROZA: Ağrı devamlıdır ve en büyük özelliği yanıcı olmasıdır. Nadiren kaşıntı hissi oluşabilir. Bulgular trigeminal sinir trasesindedir. Tetik noktası yoktur. Hastanın hikayesinde trigeminal sinir travması veya başarısız RF uygulaması vardır.

ANADOLU'DA ÇIKAN SÜRELİ TIP DERGİLERİ

Bin dokuzyüzlü yılların başlarında Anadolu'da değişik şehirlerde süreli tıbbi yayınlar yardımıyla tedaviler geniş kitlelere yayılmaya çalışılmıştır. Yayınlar genellikle arap harfleri ile Türkçe olarak yayınlanmıştır.

Ülkemizde ilk süreli tıbbi mecmua 1849 yılında "Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane" tarafından yayınlanan "Vakayi-i Tıbbiye" adlı tıp mecmuasıdır. Bu mecmuanın yayımına Hekimbaşı Abdülhak Molla önderlik etmiştir. Dergi, süreli olarak üç yıl devamlı yayınlanmıştır. Daha sonra yayınlanan dergiler sırası ile "Ceride-i Tıbbiye-i Askeriye" ve "Sihhat-nüma" dergileri olmuştur (1, 2).

1849-1928 yılları arasında tıp alanında, büyük kısmı İstanbul'da yayınlanmış kırksekiz adet süreli yayın tespit edilmiştir. Harf devriminden sonra arap harfleri terk edilerek Türkçe yazılmıştır.

İstanbul dışında yayınlanan ilk tıbbi süreli yayın 1910 yılında Trabzon'da çıkarılan "Hekim" dergisidir. Daha sonra Ankara'da 1920 yılında "Türk Hekimi" isimli dergi çıkarılmıştır (1).

Türkiye'de en uzun süreli tıbbi mecmua, bugün "GATA Bülteni" olarak devam eden "Ceride-i Tıbbiye-i Askeriye" dergisidir.

"Anadolu Tıp Mecmuası" 1922 yılında Ankara'da Dr. Ekrem Hayri Bey tarafından çıkarılmıştır. Aylık olarak çıkarılan derginin sadece yedi sayısı arşivlerde bulunabilmektedir.

"Doktor Sesi" , 1927 yılında Adana'da Op. Dr. Cafer Tayyar Kankat tarafından çıkarılmıştır. Anadolu'da halk sağlığı önderliği yapmıştır. Aylık olarak çıkarılmıştır. 1927-1933 yılları arasında düzenli olarak yayın hayatına devam etmiştir.

"Hastahane" (Hospital) dergisi Ömer Vasfi Aybar tarafından Ankara'da 1924-1936 yılları arasında yayınlanmıştır. Arşivlerde düzenli baskıları bulunamamıştır.

"Hekim" dergisi 1910-1911 yılları arasında Trabzon'da M. Raif tarafından yayınlanmıştır. Yazı işleri müdürü Ecz. Ömer Dursun Bey'dir. Hekim dergisi Anadolu'nun ilk tıbbi süreli yayını olmuştur (2). Enfeksiyon hastalıkları ve koruyucu hekimliği savunmuştur.

"Hıfzı's-sihha" dergisi İstanbul'da yayınlanmış fakat yayın yönetimi İzmir'den Dr. Edhem Bey olmuştur. Dergi, İzmir yönetiminde dokuz ay süresince yirmibeş sayı olarak yayınlanmıştır. Yayınlarında halk sağlığını koruyucu bilgiler yanında basit cerrahi bilgiler yer almıştır (2).

Devamlı savaş ortamında olan bir ülkede, yoksulluklar içinde, bu hizmetleri yapabilen değerlerimizi minnetle anıyoruz.

KAYNAKLAR:

1-H. Duman: İstanbul kütüphaneleri Arap harfli, süreli yayınlar kataloğu. 1828-1928. IRCCA İslam Konferansı

2-Uzm. Gülten Dinç: Arap harfleri ile Türkçe basılmış tıbbi süreli yayınlar üzerine bir inceleme. Tıp tarihi araştırmaları dergisi, sayı 4, sayfa 16-40, yıl 1990.



Prof. Dr. Boyar, Op. Dr. Zırh, Prof. Dr. Kanpolat, Doç. Dr. Savaş, Prof. Dr. Barlas (1999 Granable), STN Stimülasyon Semineri

Türk Nöroşirürji Derneği Öğretim ve Eğitim Grupları Toplantı Takvimi

Türk Nöroşirürji Derneği Nörovasküler Cerrahi Öğretim ve Eğitim Grubu Toplantısı
10 Şubat 2007, İstanbul

Türk Nöroşirürji Derneği Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Öğretim ve Eğitim Grubu
Yerel Toplantı. Spinal Enfeksiyonlar
Mart 2007, Erzurum

Türk Nöroşirürji Derneği Temel Nöroşirürji Eğitim Kursu 2. Dönem 3. Kurs ve
TND 3. Öğretim ve Eğitim Kurulu Kurultayı
20-24 Mart 2007, Kuşadası

Türk Nöroşirürji Derneği Pediatrik Nöroşirürji Öğretim ve Eğitim Grubu Kursu
5-8 Nisan 2007, Mersin

Türk Nöroşirürji Derneği 21. Bilimsel Kongresi
20-24 Nisan 2007, Antalya

Türk Nöroşirürji Derneği Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Öğretim ve Eğitim Grubu
Yaz Okulu
Haziran 2007, Samsun

* Grubumuzun genel kurulu, Kongre esnasında yapılacaktır.
Yeni yönetim kurulu ve başkan seçilecektir.