

Bölüm 112

ERİŞKİNLERDE NÖBET YÖNETİMİ

Ahmet YILDIRIM¹

GİRİŞ

Epilepsi ülkeler ve bölgeler arasında farklılık gösterse de dünyada yaklaşık 50 milyon üzerinde insanı etkileyen, multifaktöryel, kronik bir nörolojik hastalıktır (1,2). Epilepsi nöbeti, beyindeki anormal aşırı deşarjlara ve nöronal hiperaktiviteye bağlı çeşitli bulgularla seyreden geçici paroksizmal ataklardır. Birçok epileptik nöbet tedavi başlanamadan kısa süre içinde sonlansa da (3) ciddi bir oranda mortalite ve morbidite riskinden dolayı vakit kaybetmeden tedavi edilmelidir.

EPİLEPTİK NÖBET GEÇİREN HASTAYA ACİL YAKLAŞIM

En sık görülen ve en kolay tanı konabilen jeneralize tonik-klonik nöbetler olup, ciddi mortalite ve kalıcı hasar bırakma potansiyeli olduğu için hızlı tedaviye başlanmalıdır. Hastanın öncelikle hava yolu açıklığı sağlanmalı, solunumu kontrol edilmelidir. Tonik-klonik nöbetler apne atakları, siyanoz ve laktik asidoza neden olacağından nasal kanül veya maske ile oksijen verilmelidir. Damar yolu açılmalı 25-50 ml %50 glikoz solüsyonu ve en az 100 mg tiamin damar yolundan verilmelidir. Tiamin ve glikoz tedavisi akut wernicke ensefelo-patisi gelişimini engellemek için önemlidir (4).

Tedavi aşamalarına geçilirken vakit kaybetmeden hastanın epilepsi hastası olup olmadığı, kullandığı antiepileptik ilaçların adları, dozları ve düzensiz ilaç kullanımı olup olmadığı öğrenilmelidir. Düzenli olarak nabız ve tansiyon kontrolü

yapılmalı, mümkünse monitörize edilmeli ve EKG incelemesi yapılmalıdır. Ateş yüksekliği mevcutsa hızlı bir şekilde düşürülmelidir. Araya giren enfeksiyon ve metabolik bozukluklar sıklıkla nöbeti tetikleyebileceğinden kan gazı, hemogram, glikoz, kalsiyum, magnezyum seviyeleri için kan alınmalıdır. Nöbete yatkınlık oluşturabilen ilaç ve madde kullanımı olup olmadığı sorgulanmalıdır.

Epilepsi Nöbeti ile Karışan Durumlar

Bir proksizmal atak öyküsü ile gelen hasta için ayrıntılı bir fizik muayene yapılmalıdır. Hastanın nöbeti; kardiyak, nörolojik, psikiyatrik, metabolik ve uyku bozuklukları kaynaklı olabileceği akılda tutulmalıdır. Her atak epileptik nöbet olmadığı gibi ayırıcı tanıda da bir çok neden göz önünde bulundurulmalıdır. (Tablo-1) (5).

Status Epileptikus

30 dakikadan daha uzun süreli veya bu süre içinde bilincin açılmaması ve çok sayıda nöbetin arka arkaya tekrarlanmasına status epileptikus (SE) adı verilir (6-7). Son yıllarda bu süre daha da kısalmış ve International League Against Epilepsy (ILAE), jeneralize konvulzif status epileptikus (JKSE) için, 5 dakika ve daha uzun süreli veya nöbetler arasında bilincin tam açılmadığı tekrarlayan iki veya daha fazla nöbet tanımlaması getirmiştir (8). SE en temel şekliyle iki grup olarak ayrılır: Konvulzif SE ve nonkonvulzif SE (NKSE). NKSE için ortak kabul edilen görüş, 30 dakikadan uzun süreli bilincin bozulduğu, bu tabloya belir-

¹ Dr. Ahmet YILDIRIM, Klinik Nörofizyoloji Uzmanı, Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, dr.ahmetyildirim@hotmail.com

Valproik asit

Geniş spektrumlu bir antiepileptik olup tüm nöbet tiplerinde kullanılmasından dolayı en çok tercih edilen ilaçların başında gelir. 20-30 mg/kg, 10 mg/dakikadan verilir. Yan etki profili fenitoine göre daha azdır. Hiperamonyemi, trombositopeni gibi etkileri olabilir.

Levetirasetam

Levetirasetam sinaptik vesiküle (SV2A) bağlanarak etki gösterir. 40-60 mg/kg dan (maksimum 4500 mg) 15 dakikadan hızlı olmayacak şekilde verilir. Valproik asit ve fenitoine göre daha yeni bir antiepileptiktir. Geniş spektrumlu, yan etki profili az ve ilaç etkileşimine yol açmaması gibi avantajları vardır. Karaciğerden minimal metabolizması olup, böbreklerden atılmasından dolayı Karaciğer hastalığı olanlarda daha güvenlidir.

Dirençli status epileptikus; ilk basamak tedavilerin (benzodiazepinler) ve ikinci basamak tedavilerin (Fenitoin, Levetirasetam, valproik asit, fenobarbital) uygun dozda verilmesine rağmen nöbetin sonlanmamasıdır (20) ve yaklaşık %23 ile %43 oranında hasta status epileptikustan dirençli status epileptikusa progresyon gösterir (20-22). Bu aşamada artık yoğun bakım şartlarında hastanın takip ve tedavi edilmesi gereklidir. Tedavide IV midazolam, propofol ve ketamin gibi anestezi ilaçları verilir.

SONUÇ

Epileptik nöbetler sık görülen, ciddi mortalite ve morbiditeye neden olan nörolojik acil bir durumdur. Vakit kaybetmeden en kısa süre içerisinde hastanın hava yolu açıklığı sağlanmalı ve tedavi basamakları uygulanmalıdır. Etkili dozda ve doğru ilaç tedavisi vererek nöbetin dirençli status epileptikusa progresyonunu engellemek öncelikli hedefimizdir.

Anahtar Kelimeler: Nöbet, epilepsi, antiepileptik tedavi

Kaynakça

1. Tejada J, Costa KM, Bertti P, et al. The epilepsies: complex challenges needing complex solutions. *Epilepsy Behav.* 2013 Mar;26(3):212-28.
2. Ngugi AK, Bottomley C, Kleinschmidt I, et al. Estimation of the burden of active and life-time epilepsy: a meta-analytic approach. *Epilepsia.* 2010 May;51(5):883-90.

3. Altındağ E, Özkara Ç. Status Epileptikus Tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics.* 2016;9(3):141-7
4. Sechi G, Serra A. Wernickes encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *Lancet Neurol* 2007; 6: 442-55.
5. Bingöl CA, Epilepsi Rehberi, Türk Nöroloji Derneği Epilepsi Çalışma grubu, 2007.
6. Meierkord H, Boon P, Engelsens B, et al. EFNS guideline on the management of status epilepticus in adults. *European Journal of Neurology* 2010;17:348-65.
7. Gretchen MB, Rodney B, Claassen J, et al. Guidelines for the evaluation and management of status epilepticus. *Neuro crit Care* 2012;17:3-23.
8. Trinka E, Cock H, Hesdorffer D, et al. A definition and classification of status epilepticus-Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. *Epilepsia* 2015;56(10):1-9.
9. Lawrence JH, Gaspard N. Status epilepticus. *Continuum (Minneapolis)* 2013;19:767-94.
10. Menon R, Radhakrishnan A, Radhakrishnan K. Status epilepticus. *Suppl to Journal of the Association of Physicians of India* 2013;(61):58-63.
11. Drislane FW, Lopez MR, Blum AS, et al. Detection and treatment of refractory status epilepticus in the intensive care unit. *J Clin Neurophysiol* 2008;25(4):18-86
12. Alldredge BK, Gelb AM, Isaacs SM, et al. A comparison of lorazepam, diazepam, and placebo for the treatment of out of hospital status epilepticus. *N Engl J Med* 2001; 345:631-37.
13. Betjemann JP, Lowenstein DH. Status epilepticus in adults. *Lancet Neurol.* 2015 Jun;14(6):615-24.
14. Silbergleit R, Durkalski V, Lowenstein D, et al. Intramuscular versus intravenous therapy for prehospital status epilepticus. *N Engl J Med* 2012; 366: 591-600.
15. Agarwal P, Kumar N, Chandra R, et al. Randomized study of intravenous valproate and phenytoin in status epilepticus. *Seizure* 2007; 16: 527-32.
16. Gilad R, Izkovitz N, Dabby R, et al. Treatment of status epilepticus and acute repetitive seizures with i.v. valproic acid vs phenytoin. *Acta Neurol Scand* 2008; 118: 296-300.
17. Alvarez V, Januel J-M, Burnand et al. Second-line status epilepticus treatment: comparison of phenytoin, valproate, and levetiracetam. *Epilepsia* 2011; 52:1292-96.
18. Misra UK, Kalita J, Patel R. Sodium valproate vs phenytoin in status epilepticus: a pilot study. *Neurology* 2006; 67:340-42.
19. Misra UK, Kalita J, Maurya PK. Levetiracetam versus lorazepam in status epilepticus: a randomized, open labeled pilot study. *J Neurol* 2012; 259:645-48.
20. Mayer SA, Claassen J, Lokin J, et al. Refractory status epilepticus: frequency, risk factors, and impact on outcome. *Arch Neurol* 2002;59: 205-10.
21. Holtkamp M, Othman J, Buchheim K, et al. Predictors and prognosis of refractory status epilepticus treated in a neurological intensive care unit. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 76: 534-39.
22. Novy J, Logroscino G, Rossetti AO. Refractory status epilepticus: a prospective observational study. *Epilepsia* 2010; 51: 251-56.