

BÖLÜM 44

EPİLEPTİK NÖBETLER VE STATUS EPİLEPTİKUS

Alevtina ERSOY¹

EPİLEPTİK NÖBETLERE YAKLAŞIM

Tek Nöbet

Epileptik nöbet; beyindeki anormal aşırı veya senkron nöral aktivite sonucu gelişen geçici bulgular ve/veya semptomlardır ¹.

Sağlıklı kişilerin yaklaşık %10'u hayatında bir kez provoke olmayan nöbet geçirebilir ². Bayılma nedeniyle gelen kişinin nöbet veya psödonöbet/senkop geçirdiğini anlayabilmek için hem kendisinden hem de bayılmasını gören kişi veya kişilerden bilgi almak, epilepsi hastası olup olmadığını sorgulamak gereklidir. Alınan bilgiler ışında genel ve nörolojik muayene yapılmalı, gereken tetkikler istenmelidir. Epileptik nöbet ile sıklıkla karışabilen senkop ve psödonöbet (psikojen bayılma) arasında ayırıcı tanı Tablo 1 ve 2'de özetlenmiştir ³.

Eğer kişinin epileptik nöbet geçirdiği tespit edilir ise açlık, uykusuzluk, ateş, alkol alımı gibi tetikleyici faktörler, akut enfeksiyon veya metabolik bozukluk, kafa travması, nöbet eşiğini düşüren ilaçların (antibiyotik, antidepresanlar) kullanımı, akut veya kronik serebral hasarın varlığı araştırılmalıdır. Bunun için gerekli laboratuvar tetkikler (biyokimya, hemogram, CRP, alkol seviyesi v.b.), nörogörüntüleme (beyin tomografisi ve kraniyal MR), gereğinde LP yapılmalıdır. Provoke nöbet geçirdiğinde altta yatan neden düzeltilmelidir. Ancak hasta acilde nöbet geçiriyor ise sebebine bakmaksızın nöbet durdurulmalıdır. Bunun için benzodiazepin grubu ilaçlar kullanılmaktadır. Nöbet geçiren kişi epilepsi hastası ise ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmadığını sorgulamak, mümkün ise ilaç seviyelerine bakmak gereklidir.

Tablo 1. Epileptik nöbet ve refleks senkop arasındaki farklar

	Refleks Senkop	Epileptik nöbet
Tetikleyici	Sık (ayağa kalkma, kan görme, iğneler)	Nadir
Prodrom	Devamlı (baş dönmesi, gözlerde kararma)	Sık (aura)
Ortaya çıkış	Dakikalar içinde	Genelde ani
Süre	1-30 saniye	1-3 dakika
Konvulsif kasılma	Sık (kısa süreli)	Sık (daha uzun süreli)
İnkontinans	Nadir	Sık
Dil kenarı ısırma	Çok nadir	Sık
Renk	Soluk	Basit parsiyel nöbetlerde soluk Tonik-klonik nöbette mor
Postiktal konfüzyon	Nadir	Sık
Düzelme	Hızlı	Yavaş

Akpınar Ç.K. AD, Velioglu S. İlk Nöbete Yaklaşım. Epilepsi Çalışma Grubu Tanı ve Tedavi Rehberi 2015 2015:13-26.

¹ Dr.Öğr.Üyesi, Nöroloji, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, alevtina_ersoy@hotmail.com

veya diazepam gibi antiepileptik ilaçlardan ziyade magnezyum sülfat infüzyonu ile tedavi edilir, ancak kesin tedavisi fetüsün alınmasıdır³⁴.

NON-KONVULSİF STATUS EPILEPTİKUSA YAKLAŞIM

NCSE daha nadir görülmekte ve konvulsif SE'ye göre dirençli faza geçmesi daha uzun sürmektedir. Bu nedenle NCSE'ye yaklaşımı daha az agresif olmakla birlikte, aslında, konvulsif SE tedavisi ile aynı basamaklardan ve ilaçlardan oluşmaktadır. Müphem klinik tablodan dolayı asıl zorluk tanı koymaktadır. Burada EEG'nin rolü çok önemlidir. Şüphelenildiği durumlarda EEG çekimi yapılmaktadır. Tanı konulduğunda öncelikle intravenöz DZP uygulanmakta ve kontrol EEG çekilmektedir. EEG yapılamıyor ise tedaviden tanıya gidilmektedir, yani DZP uygulanır ve klinik iyileşmenin olup olmadığına bakılır. Genellikle absans SE benzodiazepinlere karşı kalıcı cevap vermektedir. Birinci basamak tedavisine rağmen gerek absans, gerekse kompleks parsiyel SE devam ediyor ise 2. basamak ilaçları başlanmalıdır, ancak fenitoinin absans nöbetlerinin kötüleştirilebileceği unutulmamalıdır. Nöbetlerin geçmemesi durumunda, nadir de olsa, yoğun bakım şartlarında 3. basamak tedavisi uygulanmalıdır^{12,35}.

Koma ile seyreden subtile SE (SSE) yüksek morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Önemli serebral hasar bu SE'ta sıklıkla tespit edilmektedir. Uzamış koma, jeneralize tonik klonik SE'tan sonra uygun tedaviye rağmen bilincinin açılmaması bu tür statusu düşündürmektedir. EEG'nin çekimi faydalı olmakla birlikte SSE'deki EEG paternleri yorumlamak zordur. Sonuç olarak, SSE'li hastalar, dirençli ve süper-dirençli konvulsif SE'deki hastalar gibi agresif bir şekilde tedavi edilmelidir³⁵.

KAYNAKLAR

1. Fisher RS, van Emde Boas W, Blume Wet al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia* 2005; 46:470-472.
2. Hauser WA, Annegers JF, Kurland LT. Incidence of epilepsy and unprovoked seizures in Rochester, Minnesota: 1935-1984. *Epilepsia* 1993; 34:453-468.
3. Akpınar Ç.K. AD, Velioglu S. İlk Nöbete Yaklaşım. *Epilepsi Çalışma Grubu Tanı ve Tedavi Rehberi* 2015 2015:13-26.
4. Berg AT. Risk of recurrence after a first unprovoked seizure. *Epilepsia* 2008; 49 Suppl 1:13-18.
5. Hesdorffer DC, Benn EK, Cascino GD, Hauser WA. Is a first acute symptomatic seizure epilepsy? Mortality and risk for recurrent seizure. *Epilepsia* 2009; 50:1102-1108.
6. Pichler M, Hocker S. Management of status epilepticus. *Handbook of clinical neurology* 2017; 140:131-151.
7. DeLorenzo RJ, Hauser WA, Towne A et al. A prospective, population-based epidemiologic study of status epilepticus in Richmond, Virginia. *Neurology* 1996; 46:1029-1035.
8. Treatment of convulsive status epilepticus. Recommendations of the Epilepsy Foundation of America's Working Group on Status Epilepticus. *Jama* 1993; 270:854-859.
9. Lowenstein DH, Bleck T, Macdonald RL. It's time to revise the definition of status epilepticus. *Epilepsia* 1999; 40:120-122.
10. Trinka E, Cock H, Hesdorffer Det al. A definition and classification of status epilepticus--Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. *Epilepsia* 2015; 56:1515-1523.
11. Trinka E, Kalviainen R. 25 years of advances in the definition, classification and treatment of status epilepticus. *Seizure* 2017; 44:65-73.
12. Altındağ E BB. Status Epileptikusta Tedavi Yaklaşımları. *Konvülsif Status Epileptikus ve Nonkonvülsif Status Epileptikus Tedavisi. Epilepsi Çalışma Grubu Tanı ve Tedavi Rehberi* 2015 2015:74-81.
13. Lansberg MG, O'Brien MW, Norbash AM, Moseley ME, Morrell M, Albers GW. MRI abnormalities associated with partial status epilepticus. *Neurology* 1999; 52:1021-1027.
14. Brophy GM, Bell R, Claassen Jet al. Guidelines for the evaluation and management of status epilepticus. *Neurocritical care* 2012; 17:3-23.
15. Trinka E, Hofler J, Leitinger M, Brigo F. Pharmacotherapy for Status Epilepticus. *Drugs* 2015; 75:1499-1521.
16. Treiman DM, Meyers PD, Walton NY et al. A comparison of four treatments for generalized convulsive status epilepticus. Veterans Affairs Status Epilepticus Cooperative Study Group. *The New England journal of medicine* 1998; 339:792-798.

17. Brigo F, Nardone R, Tezzon F, Trinka E. A Common Reference-Based Indirect Comparison Meta-Analysis of Buccal versus Intranasal Midazolam for Early Status Epilepticus. *CNS drugs* 2015; 29:741-757.
18. Brigo F, Nardone R, Tezzon F, Trinka E. Nonintravenous midazolam versus intravenous or rectal diazepam for the treatment of early status epilepticus: A systematic review with meta-analysis. *Epilepsy & behavior* : E&B 2015; 49:325-336.
19. Silbergleit R, Durkalski V, Lowenstein Det al. Intramuscular versus intravenous therapy for prehospital status epilepticus. *The New England journal of medicine* 2012; 366:591-600.
20. de Haan GJ, van der Geest P, Doelman G, Bertram E, Edelbroek P. A comparison of midazolam nasal spray and diazepam rectal solution for the residential treatment of seizure exacerbations. *Epilepsia* 2010; 51:478-482.
21. Cock HR. Established status epilepticus treatment trial (ESETT). *Epilepsia* 2011; 52 Suppl 8:50-52.
22. Bleck T, Cock H, Chamberlain Jet al. The established status epilepticus trial 2013. *Epilepsia* 2013; 54 Suppl 6:89-92.
23. Naritoku DK, Mueed S. Intravenous loading of valproate for epilepsy. *Clinical neuropharmacology* 1999; 22:102-106.
24. Zaccara G, Giorgi FS, Amantini Aet al. Why we prefer levetiracetam over phenytoin for treatment of status epilepticus. *Acta neurologica Scandinavica* 2018; 137:618-622.
25. Hofler J, Trinka E. Lacosamide as a new treatment option in status epilepticus. *Epilepsia* 2013; 54:393-404.
26. Ferlisi M, Shorvon S. The outcome of therapies in refractory and super-refractory convulsive status epilepticus and recommendations for therapy. *Brain : a journal of neurology* 2012; 135:2314-2328.
27. Hofler J, Trinka E. Intravenous ketamine in status epilepticus. *Epilepsia* 2018; 59 Suppl 2:198-206.
28. Strzelczyk A, Knake S, Kalviainen Ret al. Perampanel for treatment of status epilepticus in Austria, Finland, Germany, and Spain. *Acta neurologica Scandinavica* 2019; 139:369-376.
29. Brigo F, Lattanzi S, Nardone R, Trinka E. Intravenous Brivaracetam in the Treatment of Status Epilepticus: A Systematic Review. *CNS drugs* 2019; 33:771-781.
30. Vezzani A, French J, Bartfai T, Baram TZ. The role of inflammation in epilepsy. *Nature reviews Neurology* 2011; 7:31-40.
31. Broomall E, Natale JE, Grimason Met al. Pediatric super-refractory status epilepticus treated with allopregnanolone. *Annals of neurology* 2014; 76:911-915.
32. Karnad DR, Guntupalli KK. Neurologic disorders in pregnancy. *Critical care medicine* 2005; 33:S362-371.
33. Molgaard-Nielsen D, Hviid A. Newer-generation antiepileptic drugs and the risk of major birth defects. *Jama* 2011; 305:1996-2002.
34. Duley L, Henderson-Smart DJ, Chou D. Magnesium sulphate versus phenytoin for eclampsia. *The Cochrane database of systematic reviews* 2010:Cd000128.
35. Chang AK, Shinnar S. Nonconvulsive status epilepticus. *Emergency medicine clinics of North America* 2011; 29:65-72.