

Bölüm 16

ONKOLOJİ HASTASINDA EPİLEPSİ GÜNCEL TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Nilda TURGUT¹
Bengü ALTUNAN²

Epilepsi ve nöbet her yaştan hasta grubunda karşımıza çıkabilen nörolojik bozukluklar arasında yer almaktadır. Gelişmiş ülkelerde genel epilepsi insidansının yılda yaklaşık 50/100 000 olması ile birlikte, yaşam boyu nöbet insidansına baktığımızda bu oranın %10'un üzerinde olduğunu görmekteyiz. Benzer şekilde, günümüzde bir başka yaygın tıbbi durum olan kanser ise her üç kişiden birini etkilemektedir. Bu nedenle, nöbet veya epilepsi, rastlantısal veya bir nedene bağlı olarak, kanser tanısı almış hastalarda karşımıza çıkabilen nörolojik bir tablodur.

Kanser hastalarında tüm nörolojik problemleri belirlemek için özelleşmiş kanser merkezlerinden elde edilen verilerin incelenmesi ile oluşan sonuçlarda, kanserli hastaların %13'ünde nöbetlerin meydana geldiği ve nöbetlerin tüm nörolojik belirtilerin yaklaşık %5'ini oluşturduğu gözlenmiştir. Nöbetlerin yarısının intrakraniyal metastaza ve geri kalan yarısının ise metabolik bozukluklara bağlı olduğu tespit edilmiştir (1).

Primer ve metastatik beyin tümörleri (BT) sıklıkla semptomatik nöbet ile komplike hale gelirler. Bu hastalarda nöbetler beyin lezyonu ile ilişkilidir ve ilk nöbet provoke olmamış epileptik nöbet ya da tek izole ilk nöbet, provoke olmamış olarak isimlendirilir. Beyin tümörü nedeni ile nöbet geçiren hastalar epilepsi hastalarının %4'ünü oluşturmaktadırlar. Bazı olgularda nöbetler; beyin tümörünün tespitine yol açan semptomlar iken tanıyı takip eden dönemde geç bir belirti ya da tümör rekürrensini gösteren bir bulgu olarak da karşımıza çıkabilir (2).

Kanserli hastalarda meydana gelen nöbetlerin beyin parankimal ve meningeal metastaz, sitotoksik kemoterapi ve toksik metabolik ensefalopati gibi çeşitli ne-

¹ Prof. Dr. Nilda TURGUT Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı
nildaturgut@hotmail.com

² Dr. Öğr. Üyesi, Bengü ALTUNAN Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji ABD,
baltunan@nku.edu.tr

monoterapi politerapiye tercih edilebilir mi?

Çalışmaların düşük kalitesi ve çelişkili sonuçlar göz önüne alındığında, herhangi bir terapötik stratejinin diğerine göre üstünlüğünü doğrulamak mümkün değildir (alternatif monoterapi ya da politeraterapi).

10. Nöbet geçiren hastalarda antiepileptik tedavinin kesilmesi

A. BTRE hastalarında beyin tümörünün çıkarılmasından sonra antiepileptik ilaçlar kesilebilir mi?

Beyin tümörünün çıkarılmasından sonra BTRE'li erişkinlerde antiepileptik ilaçların kesilmesini önerecek bir kanıt yoktur.

B. En az iki yıl boyunca nöbet geçirmeyen stabil BT'li bir hastada AED azaltılarak kesilmesi endike midir?

Bu konu ile ilgili gelecekteki çalışmalar önerilmektedir.

C. En az iki yıl nöbet geçirmeyen BTRE hastalarında beyin tümörlerinin ilerlemesi veya nüksü varlığında antiepileptik ilaçların kesilmesi endike midir?

En az iki yıldır nöbetsiz BTRE hastalarında, antiepileptik ilaçların azaltılarak kesilmesi, beyin tümörlerinin progresyonu veya nüksü durumunda düşünülmemelidir.

11. Antiepileptik bir ilaç seçimi, antitümöral tedavilerle olası etkileşimleri dikkate alıyor mu? Eğer öyleyse, hangi ilaçlar tercih edilmelidir?

Kemoterapi alan BTRE hastalarında, antiepileptik ilaç seçimi, antitümör terapileri ile olası etkileşimleri göz önünde bulundurmalıdır, çünkü antiepileptik ilaçlar, onkolojik ilaçların plazma seviyelerini azaltabilir ve her iki tedavinin de toksisite riskini artırabilir.

Antiepileptik ilacı seçerken, enzim indükleyicilerinin (karbamazepin, fenitoin, fenobarbital) tedavide kullanılmamasına dikkat edilmelidir.

Yeni nesil ilaçlar arasında, ilk seçenek olarak levetirasetam, lamotrijin ve topiramat dikkate alınmalıdır.

Valproik asit ilk tercih olarak düşünülebilir (14).

KAYNAKLAR:

1. Riva M. Epilepsy in Neuro-Oncology: A Review. Eur J Oncol. 2016;21:143-156.
2. Kargiotis O, Markoula S, Kyritsis AP. Epilepsy in the cancer patient. Cancer Chemotherapy and Pharmacology. 2011;67:489-501.
3. Singh G, Rees JH, Sander JW, Sander L. Seizures and epilepsy in oncological practice: Causes, course, mechanisms and treatment. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. 2007;78:342-349.
4. Goldstein ED, Feyissa AM. Brain tumor related-epilepsy. Neurologia i Neurochirurgia Polska. 2018;52:436-447.
5. Stone TJ, Rowell R, Jayasekera BAP, Cunningham MO, et al. Review: Molecular characteristics of long-term epilepsy-associated tumours (LEATs) and mechanisms for tumour-related epi-

- lepsy (TRE). *Neuropathology and Applied Neurobiology*. 2018;44:56–69.
6. Maschio M. Brain Tumor-Related Epilepsy. *Current Neuropharmacology*. 2012;10:124-133.
 7. van Breemen MSM, Wilms EB, Vecht CJ. Epilepsy in patients with brain tumours: epidemiology, mechanisms, and management. *Lancet Neurol*. 2007;6:421-430.
 8. Chen DY, Chen CC, Crawford JR, et al. Tumor-related epilepsy: epidemiology, pathogenesis and management., *Journal of Neuro-Oncology*. 2018;139:13–21.
 9. Maschio M, Dinapoli L, Gomellini S, et al. Antiepileptics in brain metastases: Safety, efficacy and impact on life expectancy. *Journal of Neuro-Oncology*. 2010;98:109–116.
 10. Kaal ECA, Taphoorn MJB, Vecht CJ. Symptomatic management and imaging of brain metastases. *Journal of Neuro-Oncology*. 2005;75:15–20.
 11. Rossetti AO, Stupp R. Epilepsy in brain tumor patients. *Current Opinion in Neurology*. 2010;23:603–609.
 12. Toledo M, Molins A, Quintana M, et al. Outcome of cancer-related seizures in patients treated with lacosamide. *Acta Neurologica Scandinavica*. 2018;137:67–75.
 13. Tatum WO, Quinones-Hinojosa A. Onco-Epilepsy: More Than Tumor and Seizures. *Mayo Clinic Proceedings*. 2018;93:1181–1184.
 14. Maschio M, Aguglia U, Avanzini G, et al. Management of epilepsy in brain tumors. *Neurological Sciences*. 2019;40:2217–2234.