



KRANİAL LEZYONLARA BAĞLI GELİŞEN EPİLEPTİK ATAKLARIN MEDİKAL YÖNETİMİ

Can ÇUBUK¹

GİRİŞ

Epilepsi tüm yaş gruplarını etkileyen en yaygın nörolojik durumlar arasındadır (1). Epilepsi etyolojisinde neoplastik nedenler %4.1 oranında gözlenmiştir (2). Primer beyin tümörlerine bağlı olarak epileptik nöbetler görülebileceği gibi sistemik kanser hastalarında da epileptik nöbetler görülebilmektedir.

Sistemik kanserlerin seyrinde, beyin, medulla spinalis, kauda ekuina, kranial ve periferik sinirler, nöromusküler bileşke ve kas etkilenimi ile nörolojik komplikasyonlar gelişebilmektedir. Beyinde gelişebilecek nörolojik tablolar ise; parenkim metastazı, leptomeningial metastaz, metabolik ve toksik ensefalopati, infeksiyon (menenjit, abse), radyasyon ensefalopatisi, serebrovasküler olay ve paraneoplastik (limbik ensefalit v.s) sendromlar olarak sınıflandırılabilir (3). Bu nedenlere bağlı olarak epileptik nöbetler gözlenebilmektedir.

BEYİN TÜMÖRLERİ

Beyin tümörleri epilepsi nöbetlerinin %1'ini oluşturmakta olup, primer ve metastatik beyin tümörü olan hastaların %35-50'sinde epileptik nöbetler görülmektedir. Tümör tanısından önce ilk semptom olarak epileptik nöbet gelişimi, hastaların %30-50'sinde gözlenmekte olup, yine hastaların %10-40'ında tedavi ve takip süresince epileptik nöbetler saptanmaktadır. Nöbet gelişimi ve sıklığı açısından supratentoryal yerleşimli tümörler, infratentoryel ve pitüiter bölge tü-

¹ Uzm. Dr., İzmir Torbalı Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, cancubuk@hotmail.com

Paraneoplastik nörolojik sendromlarda, birinci basamak tedavide steroid, IVIg ve plazmaferez tedavisi uygulanmaktadır. Sık uygulanan bir yöntem intravenöz metilprednizolonun (0.5-1 gr/gün) 3-5 gün süreyle ve ayrıca IVIg (0.4 g/kg/gün) tedavisinin 5 gün süreyle uygulanması ve sonrasında aylık tek günlük metilprednizolon ve plazmaferez tedavisiyle hastanın izlenmesidir. Plazmaferez genellikle yoğun bakım gerektiren ağır vakalarda uygulanır. Tedaviyi izleyen 2-3 hafta içerisinde düzelme gözlenememesi durumunda ikinci basamak tedaviye geçilmektedir. Bu dönemde rituksimab (375 mg/m²/hafta, 4 hafta) ve/veya siklofosfamid (aylık 750 mg/m²) uygulanır. Paraneoplastik sendromlu olgularda kemoterapötik ajanlarla birlikte steroid, IVIg, plazmaferez ve rituksimab tedavilerinin uygulanmasının sakıncası yoktur. Ancak siklofosfamid gibi sitotoksik ajanların aynı anda uygulanması genelde önerilmemektedir. Otoimmün epilepside relaps gelişen olgularda, azatiopurin gibi immünosupresif tedavi uygulanması önerilmektedir (4).

SONUÇ

Kanser hastalarında çeşitli nedenlerle epileptik nöbetlerin gelişebileceği bilinmelidir. Kranial lezyonlara bağlı gelişen nöbetlerin tedavisi için öncelikle altta yatan nedenin saptanması ve buna bağlı olarak tedavinin düzenlenmesini gerektirmektedir. Bunun için ise multidisipliner yaklaşım gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Singh G, Rees JH, Sander JW. Seizures and epilepsy in oncological practice: causes, course, mechanisms and treatment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2007;78(4):342-349. doi: 10.1136/jnnp.2006.106211.
2. Hauser WA, Annegers JF, Kurland LT. Incidence of epilepsy and unprovoked seizures in Rochester, Minnesota: 1935-1984. *Epilepsia*. 1993;34(3):453-68. doi: 10.1111/j.1528-1157.1993.tb02586.x.
3. Öge AE, Baykan B, Bilgiç B. (2015). Nöroloji. (2.baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
4. Bora İH, Yeni SN, Gürses C. (2018). Epilepsi. (2.baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
5. Gonzalez Castro LN, Milligan TA. Seizures in patients with cancer. *Cancer*. 2020;126(7):1379-1389. doi: 10.1002/cncr.32708.
6. Daroff RB, Jankovic J, Mazziotta JC, et al. (2016). *Bradley's Neurology in Clinical Practice*. (7th edition). China:Elsevier.
7. Yeni SN, Gürses C. (2015). Epilepsi Çalışma Grubu Tanı ve Tedavi Rehberi 2015.

- (1.baskı). Ankara:Türk Nöroloji Derneği.
8. Avila EK, Graber J. Seizures and epilepsy in cancer patients. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2010;10(1):60-67. doi: 10.1007/s11910-009-0080-z.
 9. Tatum WO 4th, Quinones-Hinojosa A. Onco-Epilepsy: More Than Tumor and Seizures. *Mayo Clin Proc.* 2018;93(9):1181-1184. doi: 10.1016/j.mayocp.2018.06.019.
 10. Singh G, Rees JH, Sander JW. Seizures and epilepsy in oncological practice: causes, course, mechanisms and treatment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2007;78(4):342-349. doi: 10.1136/jnnp.2006.106211.
 11. Graus F, Delattre JY, Antoine JC, et al. Recommended diagnostic criteria for paraneoplastic neurological syndromes. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2004;75(8):1135-1140. doi: 10.1136/jnnp.2003.034447.
 12. Rosenfeld MR, Dalmau JO. Paraneoplastic disorders of the CNS and autoimmune synaptic encephalitis. *Continuum (Minneapolis, Minn).* 2012;18(2):366-383. doi: 10.1212/01.CON.0000413664.42798.aa.
 13. Villanueva V, Codina M, Elices E. Management of epilepsy in oncological patients. *Neurologist.* 2008;14:44-54. doi: 10.1097/01.nrl.0000340791.53413.f4.
 14. Bernal F, Graus F, Pifarre A, Saiz A, Benyahia B, Ribalta T. Immunohistochemical analysis of anti-Hu-associated paraneoplastic encephalomyelitis. *Acta Neuropathol.* 2002 May;103(5):509-15. doi: 10.1007/s00401-001-0498-0. Epub 2002 Jan 31. PMID: 11935268.