

Epilepsi Olgularımızın Demografik ve Klinik Özellikleri: Poliklinik tabanlı bir çalışma

Hikmet YILMAZ *, Hatice MAVİOĞLU *, Cumhuriyet TOSUN **, İrfan OKUDUR **

ÖZET

Epidemiyolojik çalışmalar epilepsi kliniğinin özellikleri hakkında çok değerli bilgiler verir. Ancak halen ülkemizde "Bölgesel epilepsi profili" ile ilgili çalışmaların azlığı dikkat çekmektedir. Bu çalışmada; 1 Ocak 1997 - 1 Ocak 1998 tarihleri arasında epizodik bilinç kaybı yakınması ile Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji ve Nöroşirürji polikliniklerine başvuran 136 olgu yeniden değerlendirildi. Kesin epilepsi düşünülen 74 kadın (% 54.41) ve 62 erkek (% 45.58) olgunun; demografik bilgileri, aile öyküleri, dekadlara göre dağılımı, nöbetlerin başlama yaşları-tipleri-sıklıkları, etiyolojik nedenleri, eşlik eden temel hastalıklar, laboratuvar bulguları, tedavi yaklaşımları, tedaviye uyumları ve prognozları değerlendirildi. Olguların yaşları 1-74 arasında (ortalama: 25.04) değişiyordu. Nöbetlerin başlama yaşı; 0-9 yaş arası % 34.55, 10-19 yaş arası % 39.70, 20-29 yaş arası % 6.61, 30-39 yaş arası % 4.41 ve 40 yaş üzerinde % 14.70 olarak bulundu. Nöbet tiplerine göre dağılım ise; parsiyel nöbetler 55 olgu (% 40.45), jeneralize nöbetler 63 olgu (% 46.32) ve sınıflandırılmayan nöbetler 18 olgu (% 13.23) şeklindeydi. Etiyolojik nedenler arasında kriptojenik ya da idyopatik grup (% 44.9) ve travma (% 16.9) dikkat çekiyordu ve olguların % 27'sinde aile öyküsünde epilepsi mevcuttu. EEG incelemelerinde % 69, görüntüleme incelemelerinde % 22 oranlarında patolojik bulgu gözlemlendi. Olguların % 83.8'i monoterapi alıyordu. Son 1 yıldır nöbetsiz olarak izlenmekte olan olguların oranı % 65.4 olarak bulundu.

Anahtar kelimeler: Epilepsi, demografik özellikler, bölgesel epilepsi profili

Düşünen Adam; 2000, 13(3): 180-184

SUMMARY

Epidemiological studies give important information about the clinical course of epilepsy. However it is noticeable that there are a few "regional epilepsy profile" studies in our country. In this study between January 1st, 1997-January 1st, 1998 in applied with the complaint of episodic unconsciousness to neurology and neurosurgery departments, 136 patients were re-examined. Seventy four females (54.41 %) and 62 male (45.58 %) patients were diagnosed as absolute epilepsy. Their demographic data, family histories, age of onset, types and frequency of seizures, etiological factors, associating diseases, laboratory findings, therapy management, obeying therapies and prognoses were determined. The age of patients were between 1-74 (mean: 25.04). According to beginning decade of the seizures were first decade 34.55 %, second decade 39.70 %, third decade 6.61 %, fourth decade 4.41 % and over 40 year 14.70 %. The types of the seizures were partial seizures 55 (40.45 %), generalized seizures 63 (46.32 %) and unclassified seizures 18 (13.23 %) Etiological reasons of importance were cryptogenic or idiopathic group (44.9 %) and trauma (16.9 %). In 27 % of the patients there were family histories of epilepsy. Pathological findings in EEG 69 % and imaging studies 22 % and 83.8 % of the patients were taking monotherapy. The percentage of the without seizure during one year was found 65.4 %.

Key words: Epilepsy, characteristics of demographic findings, regional epilepsy profile

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Yrd. Doç. Dr.* ve Nöroşirürji Anabilim Dalı, Ar. Gör. Dr. **

GİRİŞ

Epilepsi gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en sık karşılaşılan kronik nörolojik problemlerinden biri olup; gerek tek başına, gerekse diğer hastalıklara eşlik eden bir semptom olarak morbiditeyi, mortaliteyi, iş verimini ve ülke ekonomisini olumsuz yönde etkiler (2,8-10). Böyle kronik seyirli ve dizabilan hastalıkların olumsuz etkilerini en aza indirmenin ilk adımı bu hastalıkların epidemiyolojik karakteristiklerini saptamaktır. Bu amaca yönelik çalışmalarla; hastalığın ülkemizde en sık gözlenen etiyolojik faktörü veya faktörleri bulunacak, bu etiyolojik faktörlerin nasıl önenebilecekleri gündeme gelecek, tanı, tedavi ve izlem ile ilgili ülke genelini kapsayan ve ülkemizle ilgili bilimsel yaklaşımlar ortaya konabilecektir. Gelişmiş ülkeler epilepsi ile ilgili gerek toplum tabanlı gerekse hastane kayıtlarına dayanan epidemiyolojik çalışmaları çok öncelerden başlatmışlar ve bu çalışmalara bütçelerinde geniş pay ayırmışlardır. Ülkemizde ise "Bölgesel epilepsi profili" ile ilgili çalışmaların bile henüz yapılamamış olduğunu görmekteyiz. Bu gerçeklerden yola çıkarak; biz de epilepsi ile ilgili ülke genelinde yapılacak epidemiyolojik çalışmalara veri oluşturmak üzere Gediz havzası epilepsi profilini yansıtacağını düşündüğümüz bu çalışmayı planladık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmada; 1 Ocak 1997 - 1 Ocak 1998 tarihleri arasında epizodik bilinç kaybı yakıması ile Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji ve Nöroşirürji polikliniklerine başvuran 154 olgu değerlendirildi. Bu tarihler arasında nöroloji veya nöroşirürji polikliniklerinde epilepsi tanısı almış olan hastalara telefon veya mektupla ulaşılarak; epilepsi ile ilgilenen bir öğretim üyesi tarafından (HY) bu olgular yeniden değerlendirildi. Ulaşılamayan 6 olgu, non-epileptik fenomen düşünülen 4 olgu, akut semptomatik nöbet (nöbetler serebrovasküler olay veya enfeksiyon gibi santral sinir sistemi hastalığının akut döneminde sınırlı) düşünülen 4 olgu ve görüntüleme incelemesi olmayan 4 olgu çalışma dışında bırakıldı. Kesin epilepsi düşünülen, epilepsi polikliniğimizce son iki yıldır düzenli olarak takip edilen, 74 kadın ve 62 erkek olmak üzere toplam 136 olgunun; demografik bilgileri, aile öyküleri, olguların dekadlara göre dağılımı, nöbetlerin başlama yaşları- tipleri-sıklıkları,

etiyojik nedenleri, eşlik eden temel hastalıklar, laboratuvar bulguları, tedavi yaklaşımları, tedaviye uyumları ve prognozları değerlendirildi. Nöbetlerin sınıflandırılmasında Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği (ILAE) Terminoloji ve Sınıflandırma Komisyonu'nun 1981 yılında yapmış olduğu sınıflandırma ölçütlerine (1) uyuldu.

BULGULAR

Olguların yaşları 1-74 arasında (ortalama: 25.04±17.21) değişiyor, % 39.7'si ikinci dekada bulunuyordu (Tablo 1). Erkek olgularımızda nöbetin başlama yaşı olarak % 17.6 ilk dekad bildirilirken; bayan olgularda en sık (% 22.8) ikinci dekad bildirilmekteydi. Total olarak değerlendirildiğinde nöbetlerin en sık (% 39.7) ikinci dekada başladığı gözlenmekteydi (Tablo 2). Rutin EEG'nin yanı sıra uyku/uyku deprivasyonu EEG incelemesi de yapılmış olan olgularımızın % 69'unun EEG'lerinde patolojik bulgu gözlenmekteydi. BBT veya MRG ile yapılan görüntüleme incelemelerinde; kadınlarda % 18.4,

Tablo 1. Yaş gruplarına göre olgularımızın dağılımı.

Yaş grupları	Kadın		Erkek		Total	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0-9	9	6.11	6	4.41	15	11.02
10-19	26	19.11	28	20.58	54	39.70
20-29	18	13.23	9	6.11	27	19.85
30-39	9	6.11	6	4.41	15	11.02
40-49	5	3.67	4	2.94	9	6.11
50-59	4	2.94	1	0.73	5	3.67
60 ve üzeri	3	2.20	8	5.88	11	8.08
Total	71	54.41	62	45.58	136	100.00

Tablo 2. Nöbetlerin başlama yaşına göre dağılımı.

Nöbet başlama yaşı	Kadın		Erkek		Total	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0-9	23	16.91	24	17.64	47	34.55
10-19	31	22.79	23	16.91	54	39.70
20-29	7	5.14	2	1.47	9	6.11
30-39	3	2.20	3	2.20	6	4.41
40-49	6	4.41	2	1.47	8	5.88
50-59	2	1.47	3	2.20	5	3.67
60 ve üzeri	2	1.47	5	3.67	7	5.14
Total	74	54.41	62	45.58	136	100.00

Tablo 3. Nöbet tiplerine göre olgularımızın dağılımı.

Nöbet Tipleri	Kadın		Erkek		Total	
	Sayı	Sayı	Sayı	Sayı	Sayı	Sayı
Parsiyel Nöbetler	33	24.27	22	16.18	55	40.45
- Basit parsiyel	6	4.41	3	2.20	9	6.61
- Kompleks parsiyel	17	12.50	11	8.08	28	20.58
- Sekonder jeneralize	10	7.35	8	5.88	18	13.23
Jeneralize Nöbetler	31	22.79	32	23.53	63	46.32
- Primer jeneralize tonik-klonik	21	15.44	20	14.70	41	30.14
- Petitmal	3	2.20	2	1.47	5	3.67
- Myoklonik	4	2.94	8	5.88	12	8.82
- Atonik	3	2.20	2	1.47	5	3.67
Sınıflandırılmayan Nöbetler	10	7.35	8	5.88	18	13.23
Total	74	54.42	62	45.58	136	100.00

Tablo 4. Etiyolojik nedenlerine göre olgularımızın dağılımı.

Etiyoloji	Kadın		Erkek		Total	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İdyopatik ve/veya kriptojenik	35	25.73	32	23.52	67	49.26
SVO	6	4.41	6	4.41	12	8.82
Travma *	14	10.29	9	6.11	23	16.91
Tümör	3	2.20	2	1.47	5	3.67
İnfeksiyon	3	2.20	4	2.94	7	5.14
Pre/perinatal	6	4.41	6	4.41	12	8.82
Diğer	7	5.14	3	2.20	10	7.35
Total	74	54.42	62	45.58	136	100.00

* Çökme krizinin, bilinç kaybının eşlik ettiği veya 24 saatten uzun posttravmatik amnezinin bildirildiği, sonrasında bir hafta içerisinde epileptik nöbet başlayan travmalar.

erkeklerde % 25.8, total çalışma grubunda % 22 oranında atrofik değişimler veya kortikal displazi ile uyumlu patolojik bulgular bildirilmekteydi. Nöbet tiplerine göre dağılıma bakıldığında; kadınlarda en sık parsiyel nöbetlerin (% 24.3), erkeklerde ise jeneralize nöbetlerin (% 23.53) gözlendiği dikkat çekiyordu. Birden fazla nöbet tipi olan (Örneğin hem miyoklonik sıçramaları hem de jeneralize tonik klonik nöbetleri olan olgular) ya da var olan klinikleri ile yeterince değerlendirilemeyen olgular "sınıflandırılmayan nöbetler" olarak değerlendirildi (Tablo 3).

Tablo 2. Nöbetlerin başlama yaşına göre dağılımı.

Eşlik eden temel bozukluk	Kadın		Erkek		Total	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Mental retardasyon	16	11.76	10	7.35	26	19.11
Psikiyatrik yakınmalar	15	11.02	7	5.14	22	16.17
Motor defisitler	5	3.67	4	2.94	9	6.11
Sistemik yakınmalar	3	2.20	3	2.20	6	4.41
Diğer	3	2.20	2	1.47	5	3.67
Yakınmasız	32	23.52	36	26.47	68	50.00
Total	74	54.41	62	45.58	136	100.00

Etiyolojik araştırmada kadın ve erkeklerde en sık idiopatik grup gözlenirken; yine her iki grupta da travma ikinci sıklıkta sorumlu etiyolojik faktör olarak dikkati çekiyordu (Tablo 4). Santral sinir sistemi hastalığının akut dönemine sınırlı nöbetleri olanlar epilepsi olarak değerlendirilmeyip; çökme krizinin, bilinç kaybının eşlik ettiği veya 24 saatten uzun posttravmatik amnezinin bildirildiği, sonrasında bir hafta içerisinde epileptik nöbet başlayan travmalar sorumlu etiyolojik faktör olarak kabul edildi.

Bayan olguların % 31.1'inde, erkek olguların % 22.6'sında ailede epilepsi öyküsü mevcuttu. Epilepsiye eşlik

eden temel bozukluk olarak kadınlarda ve erkeklerde en sık mental retardasyon bildirilirken; olguların % 50'sinde ise eşlik eden bir temel bozukluk olmadığı dikkat çekiyordu (Tablo 5). Kadın olguların % 82.4'ü, erkek olguların ise % 85.5'i monoterapi alıyor; kadınlarda ve erkeklerde en sık sodyum valproat kullanımı dikkat çekiyordu. Kadın olguların % 64.9'u, erkek olguların % 66.1'i nöbetsiz olarak izlenmekteydi. Tedavi sonrası nöbetleri azalan olguları da değerlendirmeye dahil ettiğimizde; kadınlarda % 96.0, erkeklerde % 92.0 olguların totalinde ise % 94.1 oranlarında iyileşme gözlenmekteydi.

TARTIŞMA

Epilepsi ile ilgili epidemiyolojik çalışmalarda olguların çoğunluğunu erkekler oluşturmaktadır (4,6,8,9,11,12). Bizim çalışmamız bir epidemiyolojik çalışma olmamakla birlikte literatürde de bizim gibi kadınlarda daha yüksek oranlar bildirilen çalışmalar vardır (3,7,10). Cinsiyet ile ilgili bu farklı oranların; olguların başvurularını etkileyen ekonomik nedenler, sosyal güvence, sigorta sistemi gibi sosyo-kültürel faktörlerden kaynaklanmış olabileceği düşünüyoruz.

Olgularımızın % 50.7'si 20 yaş altındakilerden oluşmakta, bunların da büyük çoğunluğu ikinci ve üçüncü dekadlarda yoğunlaşmaktadır. Nöbetlerin başlama yaşına göre sıklıklarına baktığımızda; en sık ikinci dekada olmak üzere olgularımızın % 74.3'ünde nöbetlerin 20 yaşından önce başlamış olduğu gözlenmektedir ve bu sonuçlar da literatürle uyumludur (1,2,5,7,9-12).

Laboratuvar bulgularını irdelediğimizde; olgularımızın % 49.9'unun EEG'lerinde epileptiform potansiyelite gösteren paroksizmal anomali bildirilmektedir. Hiperventilasyon (HPV) ile tetiklenen ancak HPV sonlandıktan 15 saniye sonra da devam eden yavaş dalga paroksizimlerini de patolojik EEG grubuna ilave ettiğimizde patolojik EEG oranı % 70'lere ulaşmaktadır. Olgularımızın % 79.4'üne uyku/uyku deprivasyonlu EEG çekimi yapılmış ve bunların da % 28.7'si patolojik olarak değerlendirilmiştir. Organik bir lezyon düşünülen olguların hepsine görüntüleme (MRG, BBT) tetkikleri yapılmış ve görüntüleme tetkikleri planlanan olgularımızın % 22.1'inde özellikle dördüncü dekadadan sonraki gruplarda literatürle

uyumlu olarak çoğu atrofik natürde anormallikler gözlenmiştir (3).

Birçok çalışmada en sık nöbet tipi olarak sekonder generalizasyon gösteren veya göstermeyen parsiyel nöbetler bildirilmektedir (3,4,6-8,11,12). Generalize nöbetlerin en sık nöbet tipi olarak bildirildiği çalışmalar da az değildir (2,5,9,10). Bizim çalışmamızda sekonder generalizasyon gösteren veya göstermeyen parsiyel nöbet olguları % 40.0, generalize nöbet olguları ise % 59.6 olarak gözlenmektedir. Bu sonuçlar Yılmaz ve arkadaşlarının Malatya için bildirilmiş olduğu epilepsi profiline benzerlik göstermektedir (13).

Etiyolojide birçok neden sorumlu tutulmakla birlikte büyük bir bölümünde neden bulunamamaktadır (2,4,5,10-13). Bizde olgularımızın % 53'ünde epilepsinin nedenini açıklayabilecek etiyolojik bir faktör bulamadık. İdiopatik gruptan sonra en sık sorumlu ikinci grup travma olup (% 16.9) bu bulgu literatürle uyumludur (3,4,12). Etiyolojik nedenlerin kadınlar ve erkekler arasında farklılık göstermemesi dikkat çeken bir başka noktadır.

Mental retardasyonun hem kadınlarda hem de erkeklerde epilepsiye en sık eşlik eden temel bozukluk olduğu gözlenmektedir. Forsgre (4) ve Koul (9)'da çalışmalarında epilepsiye eşlik eden mental retardasyonun dikkat çekici olduğunu belirtmektedirler. Ayrıca kadın olgularımız % 20.2, erkek olgularımız ise % 11.3 oranında psikiyatrik yakınmalar tanımlamaları bir başka dikkat çeken nokta olmuştur.

Olgularımızın % 83.7'si monoterapi almakta olup; monoterapide valproat grubu ilaçlar (% 27.9) ve Karbamazepin (% 24.3) dikkat çekmektedir. Prognozu değerlendirdiğimizde; tüm olguların % 65.4'ünün, monoterapi alan olguların ise % 83.2'sinin nöbetsiz olarak izlendiği gözlenmektedir. Nöbetleri azalmış olan olguları da dahil ettiğimizde tedaviden yararlanma oranı yaklaşık % 90'lara ulaşmaktadır. Prognoz ile ilgili bu sonuçlarımız da Yılmaz ve ark. (13) elde etmiş olduğu sonuçlarla uyumludur.

Türkiye'de epilepsinin epidemiyolojik karakteristikleri ile ilgili çalışmaların azlığı dikkat çekmektedir. Alanda yapılması planlanan çalışmalar bu konuda deneyimli insan gücü ve büyük ekonomik gereksinimler karşılanamadığı için; medikal kayıtlara dayalı

epidemiolojik çalışmalar ise ülkemizde kayıtlamalara gerekli özenin gösterilememesi nedeniyle sağlıklı ve yeterli bilgi vermekten uzaktır. Ülkemiz genelinde kabul görmüş protokoller kriter alınarak; tüm yataklı kurumlarda değerlendirilmiş epilepsi olgularının dökümantasyonunun yapılması, yeni olguların da bu kriterlere göre değerlendirilerek var olanlara eklenmesi ile bu konudaki eksiklik büyük ölçüde giderilmiş olacaktır. Ancak bunlar yapıldığı zaman ülkemizde epilepsinin epidemiyolojik karakteristikleri hakkında bilimsel verilere ulaşılabilir diye düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy: Guidelines for epidemiologic studies on epilepsy. *Epilepsia* 22:489-501, 1981.
2. Cowan LD, Bodensteiner JB, Leviton A ve ark.: Prevalance of the epilepsies in children and adolescents. *Epilepsia* 30(1):94-106, 1989.
3. Dam AM, Frederiksen AF, Olsen US ve ark.: Late-onset epilepsy: Types of seizure, and value of clinical investigation, EEG, and computerized tomography scan. *Epilepsia* 26(3):227-31, 1985.
4. Forsgren L: Prevalance of epilepsy in adults in Northern Sweden. *Epilepsia* 33(3):450-58, 1992.
5. Gomez JG, Arciniegas E, Torres J: Prevalance of epilepsy in Bogota, Colombia. *Neurology* 28:90-95, 1978.
6. Hauser WA, Kurtland LT: The epidemiology of epilepsy in Rochester, Minnesota, 1935 through 1967. *Epilepsia* 16:1-66, 1975.
7. Hauser WA, Annegers JF, Kurtland LT: Prevalance of epilepsy in Rochester, Minnesota: 1940-1980. *Epilepsia* 32(4):429-45, 1991.
8. Keranen T, Riekkinen PJ, Sillanpaa M: Incidence and prevalence of epilepsy in adults in Eastern Finland. *Epilepsia* 30:413-21, 1989.
9. Koul R, Razdan S, Motta A: Prevalance and pattern of epilepsy (Lath/Mirgi/Laran) in rural Kashmir, India. *Epilepsia* 29:116-22, 1988.
10. Placancia M, Sander WAS, Roman M ve ark.: The characteristics of epilepsy in a largely untreated population in rural Ecuador. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 57:320-25, 1994.
11. Sander WAS, Shorvon SD: Incidence and prevalence studies in epilepsy and their methodological problems: a review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 50:829-39, 1987.
12. Sawhney IMS, Lekhra OP, Shashi JS ve ark.: Evaluation of epilepsy management in a developing country: a prospective study of 407 patients. *Acta Neurol Scand* 94:19-23, 1996.
13. Yılmaz H, Müftüoğlu M, Ertürk Ö ve ark.: Epilepsy profile in a neurology clinic in Malatya. *Journal of Turgut Özal Medical Center* 2(1):14-17, 1995.