

KONVÜLZYONSUZ STATUS EPİLEPTİKUS TABLOLARI

Prof.Dr. Sezer S. KOMSUOĞLU *

ÖZET

Status epileptikus terimi 1824'de, hastanın bilinci düzelmeksizin devam eden konvülfik nöbetleri tanımlamak ve olayın aciliyetini belirtmek için kullanılmıştır. Konvülfik status generalize-tonik-klonik (grandmal), ve basit parsiyel status (Epilepsia parsialis kontinua) olmak üzere 2 ye ayrılabilir. Konvülfik status nöbetler, mental tablo, davranışsal değişiklikler ve psikiyatrik semptomlarla karakterize oldukları için tanınmaları daha zor olabilir. Konvülfik status epileptikus tabloları ise absans status (AS) ve kompleks parsiyel status (KPS) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

SUMMARY

The term status epilepticus coined 1824 was originally used to describe prolonged convulsions without recovery of consciousness between seizures and commanding urgent attention. More recently it has been accepted that status epilepticus is a state can also occur with other seizure types with prolonged states of mental confusion. Convulsive status subdivided into generalised tonic-clonic (grandmal) and simple partial status (Epilepsia partialis continua). Nonconvulsive seizures are more difficult to diagnose than obvious convulsive seizures and it is more difficult to diagnose than obvious convulsive seizures and it is more difficult when altered mental state or behaviour and psychiatric symptoms are major ictal manifestations, because this type of manifestations is unfamiliar to many physicians. Nonconvulsive status may be subdivided into generalised absence status and complex partial status for practical value and for neurophysiological validity.

Status epileptikus terimi ilk kez 1824'de bilinç kaybı düzelmeksizin devam eden ardışık konvülfik nöbetleri tanımlamak ve olayın aciliyetine dikkat çekmek için kullanılmıştır. (4) Daha sonra konvülfik olmayan nöbetlerinde status tablosu gelişebileceği gözlenmiştir.

Konvülfik status tonik-klonik (grand mal) ve basit parsiyel status (Epilepsia parsialis continua) olmak üzere 2'ye ayrılmaktadır. (10,26)

Konvülfik statusda ise majör ictal tablo mental bozukluklar, davranış bozuklukları ve konfüzyon hali olduğu için tablonun klinisyenlerce tanınması ve bir status epileptikus tablosu olarak değerlendirilmesi oldukça güçtür. (1,7,20)

Konvülfik status, belirgin; bazende hiç, motor fonksiyon bozukluğu olmaksızın davranışsal belirtilerle ortaya çıkmaktadır. Konfüzyonel tablo EEG anomalileri ile birlikte saatler hatta günler sürmektedir. (1,6)

Konvülfik status tablosu tanımı için 3 kriter verilmektedir.

- 1- Uzun ve devamlı epileptik konfüzyon tablosu
- 2- Nöbet esnasında kaydedilmiş anormal EEG
- 3- Bu esnada uygulanan antiepileptik tedaviye klinik ve EEG'ik olarak kesin cevap (17,26)

Konvülfik status, nörofizyolojik pratik değerlendirme açısından, absans status ve kompleks parsiyel status olmak üzere 2'ye ayrılmaktadır.

ABSANS STATUS (AS)

Absans veya petitmal status ilk kez Lennox tarafından

tanımlanmıştır. (14)Değişik ötürler tarafından (epilepsia minoris continua, uzamış petitmal otomatizması, diken dalga stüporü (1) gibi isimlerde adlandırılmaktadır. Absans nöbetlerin popülasyonda sık görülmemesine karşın absans statusa daha sık rastlanmaktadır. 1945-1989 yılları arasında İngiliz literatürde 400 civarında vaka yayınlanmıştır. Lee bir yazısında 3 tip absans status tariflemektedir. (13)

1- Erken yaşta absans nöbetleri başlamış, EEG'de 3Hz diken dalga aktivitesi olan tipik petitmal status olguları,

2- Önceden tariflenen absans nöbetleri hikayesi olmaksızın, erişkin yaşta ortaya çıkan ictal konfüzyon tabloları ve EEG'de atipik diken dalga aktivitesi,

3- Epileptik ansefalopatilerde ortaya çıkan absans status.

Andermann ve Robb 38 absans statuslu, yayınlanmış en geniş seride en belirgin semptom olarak uzun süren, nedensiz, anlamsız konfüzyon tablosunu bildirmişlerdir. Ancak ileri mental retasyonu olan çocuklarda tanı açısından güçlü olabileceğini bildirmişlerdir. m(1)

Gastaut ve arkadaşları absans status serilerinde, bilinç bulanıklığı, immobilizm ve reaktif otomatik aktivitelerin en sık gözlenen bulgular olduğunu rapor etmişlerdir.(9)

Absans status tablosu, bazen hastalarda tek nöbet tipi olabilir, generalije veya myoklonik epileptik nöbetlerle ortaya çıkabilir. Bazende generalije konvülfik bir nöbeti takiben ortaya çıkar ve postiktal konfüzyonla karışabilir.

Finchan ve arkadaşları EEG'sinde 3Hz diken dalga aktivitesi devamlılığı gösteren ancak kliniğinde minimal davranışsal değişiklikler olan bir hastayı tanımlamışlar ve elektroensefalografik absans status terimini kullanmışlardır. (8)

Absans statusda nöbetin devam süresi oldukça

(*) Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı

değişiktir. Literatürde yarım saatden günlere kadar varan değişik zaman süreleri bildirilmektedir. Biz kliniğimizde 14 yaşında bir hastamız 7 gün süre ile absans statusun klinik bulgularını gözledik. Bunların dışında afazi, afazi ve sağ hemiparezi, konuşma güçlüğü gibi fokal iktal bulgularda absans statusun klinik bulguları arasında rapor edilmiştir. (18)

Absans status her ne kadar çocuklarda daha sık görülüyorsa da erişkinlerde geçmişte epileptik hikaye olmaksızın bildirilmiştir. Lee, akut başlangıçlı uzun konfüzyon dönemi ve EEG'lerinde 3-2Hz diken dalga deşarjları gösteren, diazem veya eptantoine hemen cevap veren 11 erişkin hasta bildirilmiş ve bu raporda metabolik bozuklukların veya ilaç etkisinin iktal konfüzyonu artırdığı ve erişkin yaşlarda rastlanıldığında bu durumun tipik absans statustan daha farklı bir antite olarak değerlendirilmesi gerekliliğini savunmaktadır.

Absans statusun tedavisinde spesifik olarak etosüksimit ve Na-valporatı savunular varsada (19), uzamış iktal konfüzyonu olan generalize konvülyonsuz statusta intravenöz diazem ve/veya phenytoin-phenobarbitalin kesin etkileri ençok kabul görmektedir.

KOMPLEKS PARSİYEL STATUS (KPS)

Kompleks parsiyel nöbetler, tüm epileptik nöbetlerin %30-40 kadarını teşkil ederler. Oldukça sık görülürler buna karşılık kompleks parsiyel status epileptikus oldukça nadir görülür. Bilebildiğimiz kadarı ile 1956'da Gaustaut (9) ve arkadaşlarının ilk tanımlamasından sonra İngilizce literatürde 47 vaka tanımlanmıştır. Kompleks parsiyel veya psikomotor status epileptikus, konfüzyonlar, yer ve zaman oryantasyon bozukluğu gibi semptomların devamlılığı ile karakterize bir tablodur. (16,20,23)

KPS'nin niçin nadir görüldüğü konusunda şu açıklamalar getirilmektedir.

1- Hasta davranışsal ve kavrama fonksiyonlarında minal değişiklikler gösterilmektedir, bu nedenle tanı alamamaktadır. (16)

2- Semptomlar psikiyatrik olarak değerlendirilmekte, veya diğer konfüzyon tabloları ile karıştırılmaktadır. (5)

3- Amigdal ve hipokampusdeki nöronların epileptik eşığı düşüktür, epileptik aktivite yayılmamakta ve limbik sistem içinde lokalize kalmaktadır. (20,21,22)

Ballenger ve arkadaşları KPS'li hastalarının iktal dönem karakteristiği olarak çiğneme, ağızda mütemadiyen dilini çevirme yutkunma gibi hareketleri tanımlamışlardır. (12)

Ataksi, anlamsız istemsiz hareketler, konuşmanın durması gibi nörolojik semptomlarda KPS'nin semptomları olarak çeşitli raporlarda bildirilmiştir. Alacakaranlık hali (Twilight state) olarak tanımlanan konfüzyon benzeri tablo günlerce sürebilir. KPS tanısında iktal ve interiktal EEG kaydı esastır. EEG'de genelde gözlenen temporal ve frontotemporal bölgelerde devamlılık gösteren fokal yavaş keskin dalgalar. (17) Rossum ve arkadaşları kendi vakalarında yoğun diken dalga aktivitesini tanımlamışlardır. (20) KPS'nin katatonik şizofreni, posttravmatik veya amestik sendromlar, histerik konversiyon reaksiyonları, gibi uzun süreli bilinç değişikliği yapan tablolardan ayrılmasında esas iktal EEG kaydıdır, ancak bu sağlanabildiğinde KPS tanısı kesinleşebilir. (2,3,26) KPS'un absans statustan

ayrılması da çok kolay olmayabilir. AS'ta klinik tablo bir nöbet atağının uzamış şeklidir. EEG'de 1.5-4 Hz diken dalga veya multpl diken dalga kompleksleri devamlı ortaya çıkarlar.

KPS'de total cevapsızlık ve stereotipik otomatizmalarla karakterize tekrarlayan nöbet atakları ve EEG'de fokal anomaliler söz konusudur. (15,17,24)

KPS'li hastaların büyük bir çoğunluğunda önceden geçirilmiş serebral harabiyet de varolabilir. (12) Rossum ve arkadaşları literatür taramalarında 39 hastanın 14ünde önceden var olan beyin harabiyeti gözlenmişlerdir. (20) Bizim kliniğimizde takip ettiğimiz hastalarımızdan birisi meningoansefalit geçirmiş mental retarde bir hastaydı. (12)

Kompleks parsiyel statusun, majör konvülyif status epileptikusda olduğu gibi kalıcı beyin harabiyetine neden olduğu şimdiye kadar bildirilmemiştir. Bununla birlikte iktal epizodu takiben uzun süren hafıza bozukluğu limbik yapıların anatomik ve fizyolojik fonksiyon kesintilerini düşündürmektedir. (25) Bu nedenle KPS'de tedavi protokolü daha güçlü olmalıdır. Tedavide İ.V. diazem, klonezapam veya acetazolamid verilmelidir. Çoğunlukla hasta tek doz İ.V.10-20 mg.lık bolus tarzında verilen diazemle dramatik olarak toparlanır. Uzun vakalarda İ.V.phentoin, veya phenobarbital verilebilir.

KAYNAKLAR

- 1- Anderman F., Robb J.P.: Absence status. *Epilepsia* (Amst) 13:177-187, 1972.
- 2- Ballenger C.E., King D.W., and Gallagher B.B.: Partial complex status epilepticus. *Neurology* (Cleveland), 33: 1545-1552, 1983.
- 3- Belafsky M.A., Carville S., Miller P., et al.: Prolonged epileptic twilight states: Continuous recordings with nasopharyngeal electrodes and videotape analysis. *Neurology* 28: 239-245, 1978.
- 4- Celesia G.G.: Modern concepts of status epilepticus. *JAMA*, 235: 1571, 1976.
- 5- Drake M.E., and Coffey C.E.: Complex partial status epilepticus simulating psychogenic unresponsiveness. *Am. J. Psychiatry*, 140: 800-801, 1983.
- 6- Dunne J.W., Summers C.A., and Stewartwyne E.G.: Nonconvulsive status epilepticus: a prospective study in an adult general hospital. *Quart. J. Med.*, 238: 117-126, 1987.
- 7- Engel J., Ludwig B.I., and Fetell M.: Prolonged partial complex status epilepticus: EEG and behavioral observations. *Neurology* (NY), 28: 863-869, 1978.
- 8- Fincham R.W., Yamada T., Schottelius D.D., Hayrek S.M.S., Domossi A.: Electroencephalographic absence status with minimal behaviour change. *Arch. Neurol.* 26, 176, 1979.
- 9- Gastaut H., Roger J., A.: Sur la signification de certaines fugues epileptiques: A propos d'une observation electroclinique 'd' a de mal temporal. *Rev. Neurol.* 94: 298-301, 1956.
- 10- Gastaut H.: Classification of status epilepticus. In: Rose, F.C., ed., *Research Progress in Epilepsy*, Bath, Pitman, pp: 8-13, 1983.
- 11- Gover S.W.: Epilepsy and other chronic convulsive disease. Their causes, symptoms and treatment. Churchill, London 1901, 320 pp.
- 12- Koşuoğlu S.S., Özmenoğlu M., Özcan C., Gürhan H.: Complex partial status epilepticus. *Clinical EEG*. 19,3, 1988.
- 13- Lee S.I.: Nonconvulsive status epilepticus. *Arch. Neurol.* 42, 1985
- 14- Lennox W.G.: The treatment of epilepsy. *Med. Clin. N.Amer.* 1945 29: 1114-1128.
- 15- Lugaresi E., Pazzaglia P., and Tassinari C.A.: Differentiation of "absence status" and "temporal lobe status." *Epilepsia*, 12: 77-87, 1971.
- 16- Markand O.N., Wheeler G.L., and Pollack S.L.: Complex partial status epilepticus (psychomotor status). *Neurology*, (NY), 28: 189, 1978.
- 17- Mayeux R., and Lueders H.: Complex partial status epilepticus: case report and proposal for diagnostic criteria. *Neurology* (NY), 28: 957, 1978.
- 18- Niedermeyer E., Fineyre F., Riley T., Uematsu S.: Absence status with focal characteristics. *Arch. Neurol.* 36:417-421, 1979.
- 19- Porter R.J., Penry J.K.: Petitmal status. *Adv Neurol.* 1983: 34, 61-67.
- 20- Rossum J.V., and Groeneveldokhusen A.A.W.: Psychomotor status,

Arch. Neurol, 40: 90, 1983.

21- Silverberg S.R., and Amir N.: Complex partial status epilepticus, Arch. Neurol, 1: 309, 1977.

22- Steves J.R.: The EEG spike: signal of information transmission, Ann. Neurol, 1: 309, 1977.

23- Theodore W.H., Porter R.J., and Penry K.J.: Complex partial seizures: clinical characteristics and differential diagnosis, Neurology (Cleveland), 33: 1115-1121, 1985.

24- Wieser H.G.: Temporal lobe or psychomotor status epilepticus: A case report, Electroenceph. Clin. Neurophysiol, 48: 558-552, 1980.

25- Wieser H.G., Hailemariam S., Regard M., Landis T.: Unilateral limbic epileptic status activity: Stereo EEG, Behavioral and cognitive Data. Epilepsia:

26(1) 19-29, 1985.

26- Editorial, Non-convulsive status epilepticus, Lancet 25: 1 (8539): 858-859, 1987.