

Nonkonvulsiv Status Epileptikus: Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Non-convulsive Status Epilepticus: A Case Report and Literature Review

Çetin Kürşad AKPINAR,¹ Hakan DOĞRU,² Nilgün CENGİZ²

¹Vezirköprü Devlet Hastanesi, Nöroloji Servisi, Samsun

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Samsun



Çetin Kürşad Akpınar

Özet

Nonkonvulsiv status epileptikus (NKSE), elektroensefalogramda (EEG) devamlı ve tekrarlayan nöbet aktivitesinin eşlik ettiği, konfüzyondan komaya kadar değişen çok farklı klinik tabloların izlendiği bir klinik durumdur. Sadece epilepsili hastalarda değil, daha önceden epilepsi öyküsü olmayanlarda da görülebilir. Elektroensefalografi tanı koydurucu tek laboratuvar yöntemidir. NKSE tablosu çoğunlukla zor anlaşılır ve tanı koymakta gecikilir. Tanıda gecikme NKSE'ye bağlı morbidite ve mortalite oranını artırmaktadır. Bu sunumda enfeksiyona bağlı NKSE gelişen bir olgu sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: Elektroensefalografi; enfeksiyon; NKSE.

Summary

Non-convulsive status epilepticus (NCSE) has a wide range of clinical presentations, ranging from confusion to coma accompanied by many kinds of continuous or recurrent epileptic discharges on electroencephalogram (EEG). It may occur not only in epileptic patients, but also in adults with no previous history of epilepsy. EEG is the only reliable method of diagnosis. Identification may be particularly difficult, and consequently, a high level of suspicion is essential for early diagnosis. Delay in diagnosis may increase morbidity and mortality. This report presents a case in which the patient's NCSE was due to infection.

Key words: Electroencephalogram; infection; NCSE.

Giriş

Nonkonvulsif status epileptikus (NKSE) klinik olarak 30 dakikadan fazla süren, genellikle kongnitif fonksiyon bozukluğu yapan, nörolojik defisit oluşturan ve sıklıkla tedavi edilebilen, geri dönüşlü klinik bir tablodur. Elektroensefalografide (EEG) nöbet aktivitesi eşlik edip, konvulsiyonlar eşlik etmektedir.^[1] Nörolojik defisit EEG ile uyumlu ise kesin, uyumlu değilse olası NKSE olarak kabul edilir.^[2] Tanı için EEG çok önemlidir. Tek EEG çekimi veya 30 dakikalık çekimler yeterli olmayabilir bu yüzden sık EEG çekimleri yapmak gerekebilir. Elektroensefalografi çekimi sırasında intravenöz (İV) benzo-

diazepin tedavisiyle EEG'deki epileptik aktivitenin baskılanması ve klinik durumun düzelmesi tanıyı desteklemektedir.^[3] Her yaş grubunda görülebilen bu tabloya ileri yaşta daha sık rastlanır.^[1] Yıllık insidansı 15–60/100000 olarak değişmektedir.^[3,4]

Bu yazıda, enfeksiyona bağlı NKSE gelişen bir olgu sunuldu.

Olgu Sunumu

Yetmiş üç yaşında kadın hasta iki gündür devam eden ateş yüksekliği, odalarının yerini bulamama ve çorabayı çatal-la içme gibi uygunsuz davranışları olmaya başlayınca acil

Geliş (Submitted): 28.09.2014

Kabul (Accepted): 03.01.2015

İletişim (Correspondence): Dr. Çetin Kürşad AKPINAR

e-posta (e-mail): dr_ckakpinar@hotmail.com

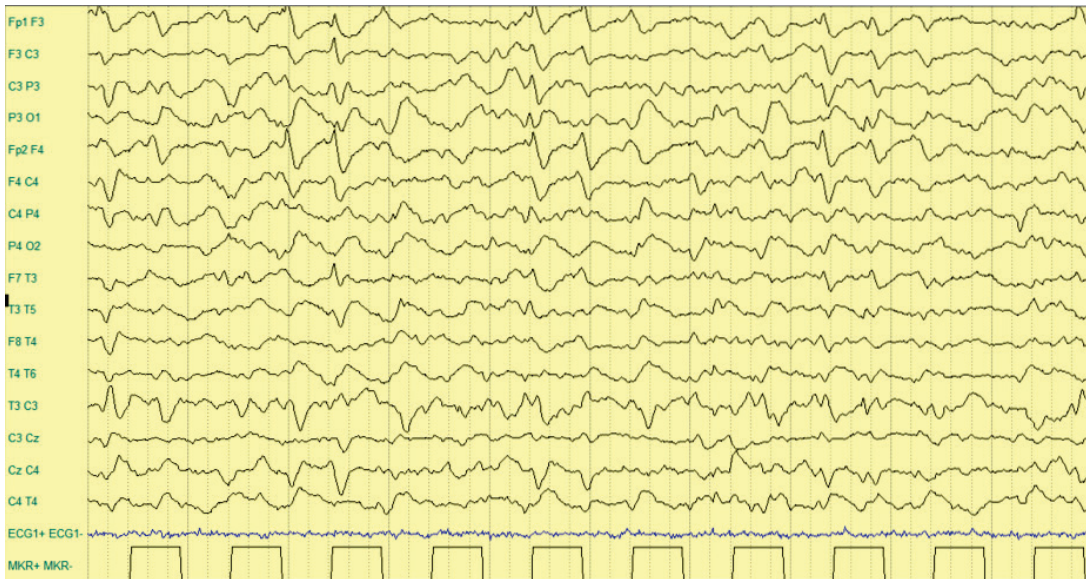


polikliniğe başvurmuşlar. Olgunun izlemi sırasında aniden hasta ile iletişim kesildiği ve solunumun yüzeyelleştiği bir atak gözlenmiş. Nörolojik bakısında bilinç stupor, beyin sapı refleksleri normal, motor muayenede lateralizan bir bulgu yoktu. Difüzyon ağırlıklı ve kontrastlı beyin MR normaldi. Akut konfüzyonel durum tanısıyla nöroloji servisine yatırıldı. Tekrarlanan nörolojik bakıda olgu konfüze ve oryante değildi. Apatik görünüm dışında diğer sistem muayeneleri normaldi. Varfarin kullanımına bağlı uzayan kanama zamanı nedeni ile lomber ponksiyon yapılamadı. Laboratuvar incelemesinde sedimantasyon 65 mm/s, CRP 152 idi. Pnömoniye bağlı ateş yüksekliği nedeniyle ampirik olarak seftriakson ve ampisilin tedavisi başlandı. Elektroensefalografide de frontal bölgede ritmik yüksek amplitüdü 2–3 Hz frekanslı keskin dalgalar saptandı (Şekil 1). İntravenöz 2000 mg levetirasetam yükleme dozundan sonra 2000 mg/gün idame tedaviye geçildi. Klinik ve EEG olarak düzelmeye gözlenmeyen olguya valproik asit yüklemesi (1500 mg) ve 1000 mg/gün idame tedavisi eklendi. İkinci antiepileptik ilaç sonrası klinik ve EEG bulgusu düzeldi.

Tartışma

Nonkonvulsif status epileptikus ilk kez 1945 de Lennox tarafından, 1950'de de Schwab tarafından tanımlanmıştır.^[5,6] Nonkonvulsif status epileptikus idiyopatik veya kriptojenik olabileceği gibi etiyolojide psikotrop ilaç kullanımı, klorokin, fosfamid, propofol, baklofen, seftazidim gibi ilaçlar, metabolik bozukluklar (hipokalsemi, hiponatremi), kronik alkolizm,

amitriptilin intoksikasyonu, hipertiroidizm, benzodiazepinlerin ani bırakılması, serebravasküler olaylar, paraneoplastik sendrom, beyin metastazları, HIV enfeksiyonu, sistemik enfeksiyon veya maligniteler, kafa travması, anoksi, nöbet sonrası, jeneralize epilepside karbamazepin ve fenitoin kullanımı, demans, mental retardasyon, elektrokonvülf tedavi gibi birçok neden vardır.^[7,8] Nonkonvulsif status epileptikusun ana klinik bulgusu genellikle uykuya eğilim ve konfüzyondur. Ayrıca NKSE'li hastalarda ajitasyon, letarji, agresif davranış, konuşmada azalma, ekolali, cevap vermede güçlük, mutizm, konfüzyon, deliryum ya da boş bakma tarzındaki bilinç değişikliklerine göz kırpmaya, göz etrafında seyirme, nistagmoid göz hareketleri, fasiyal ya da ekstremitelerde myoklonus tarzında kasılmalar, günlük yaşamda tuhaf karşılanabilecek davranışlar, dalgalı kişilik, uygunsuz gülmeler, ağlamalar, şarkı söylemeler tarzında davranış değişiklikleri, idrar ve gaita inkontinansı, otomatizmalar, baş ağrısı, anoreksi, bulantı, kusma gibi vejetatif belirtiler eşlik edebilir.^[1,4,9] Olgumuzda etiyolojik neden enfeksiyondur (pnömoni) ve klinik bilinç değişikliği şeklinde kendini göstermişti. Epilepsi, NKSE şeklinde de başlayabilir. Literatürde NKSE'li hastaların %10–100'ünde özgeçmişte epilepsi öyküsü bildirilmiştir.^[10,11] Olgumuzun daha önce bilinen bir epilepsi öyküsü yoktu. SE'li olguların değişik çalışmalarda %5–50'si gibi bir oranda NKSE olduğu tahmin edilmektedir.^[6] Privitera ve ark. konfüzyonel durumu olan ama nöbetin eşlik etmediği hastalara EEG yapmışlar ve hastaların %36'sında EEG ve klinik bulguların NKSE ile uyumlu olduğunu göstermişlerdir.^[12] Towne ve ark.'nın yapmış olduğu prospektif bir çalışmada koma kliniği ile izlenen ama



Şekil 1. Frontal bölgede ritmik yüksek amplitüdü 2-3 Hz keskin dalgalar.

nöbeti olmayan hastalara EEG yapmışlar ve %8'inde NKSE bulmuşlardır.^[13] DeLorenzo ve ark. jeneralize konvulsif status epileptikus sonrasında %14 olguda NKSE görmüşlerdir.^[14] Elektroensefalografide görülen bulgular; fokal veya jeneralize periyodik lateralize edici deşarjlar, periyodik epileptiform deşarjlar ve jeneralize trifazik dalgalarıdır.^[15] Epileptiform aktivite olmaksızın teta ve delta dalgaları ile jeneralize hızlı aktivite gibi bulgular da EEG'de görülebilmektedir.^[16] Nonkonvulsif status epileptikus tedavisinde status epileptikus tedavi basamakları aynı şekilde uygulanır.^[17] Genel de intravenöz benzodiazepin tedavisine yanıt verir. Dirençli olgularda antiepileptik ilaçlar kullanılabilir.^[1,17] Olgumuzda EEG'deki epileptiform aktivite 10 mg diazemle düzelmişti. Tekrarlayan EEG'lerde NKSE devam ettiğinden levitirasetam ve valproik asit tedavileri ile klinik ve EEG düzmesi görüldü. Nonkonvulsif status epileptikusda mortalite, %18–25 oranında iken, yoğun bakım hastalarında bu oran %50–52'ye kadar yükselebilmektedir.^[18,19] Olgumuzun erken tanı ve tedavisi ile mortalite komplikasyonu önlenmiştir.

Sonuç

Özellikle yaşlı olgularda, bilinç değişikliği etiyojisi açıklanamamışsa, NKSE düşünülüp EEG çekimi yapılmalıdır. Elektroensefalografi incelemesi normale çekim sık sık tekrarlanmalı veya rutin çekimlerden daha uzun süreli çekimler yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Maganti R, Gerber P, Drees C, Chung S. Nonconvulsive status epilepticus. *Epilepsy Behav* 2008;12(4):572–86.
2. Granner MA, Lee SI. Nonconvulsive status epilepticus: EEG analysis in a large series. *Epilepsia* 1994;35(1):42–7.
3. Kaplan PW. Nonconvulsive status epilepticus. *Semin Neurol* 1996;16(1):33–40.
4. Kaplan PW. Nonconvulsive status epilepticus editorial. *Neurology* 2003;61:10356.
5. Krumholz A. Epidemiology and evidence for morbidity of nonconvulsive status epilepticus. *J Clin Neurophysiol* 1999;16(4):314–22.
6. Schwab RS. A case of status epilepticus in petit mal. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1953;5(3):441–2.
7. Povlsen UJ, Wildschjødzt G, Høgenhaven H, Bolwig TG. Nonconvulsive status epilepticus after electroconvulsive therapy. *J ECT* 2003;19(3):164–9.
8. Smith K, Keepers G. Nonconvulsive status epilepticus after ECT. *Am J Psychiatry* 2000;157(9):1524.
9. Komsuoğlu SS, Ozmenoğlu M, Ozcan C, Gürhan H. Complex partial status epilepticus. *Clin Electroencephalogr* 1988;19(3):167–71.
10. Tomson T, Lindbom U, Nilsson BY. Nonconvulsive status epilepticus in adults: thirty-two consecutive patients from a general hospital population. *Epilepsia* 1992;33(5):829–35.
11. Riggio S. Psychiatric manifestations of nonconvulsive status epilepticus. *Mt Sinai J Med* 2006;73(7):960–6.
12. Privitera MD, Strawsburg RH. Electroencephalographic monitoring in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 1994;12(4):1089–100.
13. Towne AR, Waterhouse EJ, Boggs JG, Garnett LK, Brown AJ, Smith JR Jr, et al. Prevalence of nonconvulsive status epilepticus in comatose patients. *Neurology* 2000;54(2):340–5.
14. DeLorenzo RJ, Waterhouse EJ, Towne AR, Boggs JG, Ko D, DeLorenzo GA, et al. Persistent nonconvulsive status epilepticus after the control of convulsive status epilepticus. *Epilepsia* 1998;39(8):833–40.
15. Treiman DM, Walton NY, Kendrick C. A progressive sequence of electroencephalographic changes during generalized convulsive status epilepticus. *Epilepsy Res* 1990;5(1):49–60.
16. Baykal B. NKSE'de klinik bulgular. In: Baykal B, editör. *Nonkonvülfik status epileptikus*. 1. baskı. İstanbul: Artpres; 2004. s. 30–3.
17. Kaplan PW. Intravenous valproate treatment of generalized nonconvulsive status epilepticus. *Clin Electroencephalogr* 1999;30(1):1–4.
18. Young GB, Jordan KG, Doig GS. An assessment of nonconvulsive seizures in the intensive care unit using continuous EEG monitoring: an investigation of variables associated with mortality. *Neurology* 1996;47(1):83–9.
19. Litt B, Wityk RJ, Hertz SH, Mullen PD, Weiss H, Ryan DD, et al. Nonconvulsive status epilepticus in the critically ill elderly. *Epilepsia* 1998;39(11):1194–202.