

# Yalancı Epileptik Nöbetler

Kubilay VARLI\*

## ÖZET

*Yalancı epileptik nöbetler (pseudoseizures), epileptik olmayan ama epilepsi nöbeti görünümünde olan, aslında psikiyatrik bir sorunun dışı vurumu olan klinik tablolarıdır. İyi bir nöbet gözlemi ile epileptik bir nöbetten ayırt edilebilmesine karşın bu her zaman kolay değildir.*

*Bu yazıda, yalancı epileptik nöbetlerin nedenleri tartışılarak, epileptik nöbetler ve yalancı epileptik nöbetler hakkında bilgi verilmiş ve epilepsi nöbeti ile yalancı epileptik nöbet ayırımında kullanılacak farklılıklar tartışılmıştır.*

**Anahtar Sözcükler:** Yalancı epileptik nöbetler, epilepsi.

KLİNİK PSİKİYATRİ 1999;2:101-104

## SUMMARY

### Pseudoseizures

*Pseudoseizures are non epileptic seizures that mimic any kind of epileptic seizure and mostly caused by any psychiatric disturbance. Despite it's not very easy in all case, an experienced clinician may differentiate those two distinct clinical presentations.*

*In this article, we reviewed causes of pseudoseizures and recent information on pseudoseizures and pointed out clinical and laboratory differentiation of epileptic and pseudoepileptic seizures.*

**Key Words:** Pseudoseizures, epilepsi.

## GİRİŞ

Yalancı epileptik nöbetler (YEN), Hipokrat'tan beri bilinen (Simon 1978) ve tanımı o zamandan beri aşağı yukarı değişmeyen, "psödöseizures", "psikojenik nöbetler" adıyla da anılan, esas olarak epileptik olmayan, epileptik EEG bozuklukları ile birlikte olmayan ama epileptik nöbet benzeri görünümde olan, çoğunlukla psikiyatrik kaynaklı bir bozukluk olan klinik durumları anlatmak için kullanılan bir tanımlamadır. YEN izole olarak ortaya çıkabileceği gibi, epileptik bir hastada veya serebral bir bozukluğu olan hastada da ortaya çıkabilir (Lesser 1985). Bu durumda ayırıcı tanı ve gerçek epileptik nöbetlerden ayırt edilmesi daha da zor olabilir. Bu yazıda YEN'in nedenleri ve gerçek epileptik nöbetlerden ayırt edilmesi üzerinde durulacaktır.

Epilepsi kortikal veya subkortikal nöronların anormal, hipersenkron ve aşırı deşarjları ve bu deşarjların yayılımına göre klinik görünümü geniş değişiklikler gösteren bir hastalık grubudur (Adams 1993). Belirgin bir serebral, metabolik veya kolayca bulunabilen patolojiye sekonder olarak ortaya çıkabileceği gibi, herediter veya bugün için sebebini ortaya koyamadığımız nedenlerle de (idiyopatik olarak) ortaya çıkabilmektedir.

Epileptik deşarjların başlangıç yeri ve yayılımına göre negatif ve pozitif diye de adlandırılan klinik görünümler ortaya çıkarlar. Negatif belirtiler daha çok yapılan bir hareketin kesilmesi, çevre ile ilişkinin kesilmesi,

\* Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, ANKARA

bilinç kaybı gibi belirtiler; pozitif belirtiler ise fokal konvülsif, miyoklonik, nadiren distonik, stereotipik hareketler, fotopsi, organize görme halüsinasyonları, pareteziler, koku hissi, vertigo gibi fokal duyu halüsinasyonları, bazen aynı kelimeleri tekrarlama, gülmeler (gelastik epilepsi), otomatik yürüme (volvuler epilepsi) şeklinde çok değişik görünümle ortaya çıkabilir (Adams 1993). Bu kadar değişik klinik görünüme rağmen, epileptik nöbetlerin, epileptik olmayan nöbetlerden ayırt edilmesinde yardımcı olabilecek ortak özellikleri de vardır. Bunların en önemlilerinden biri, epileptik deşarjın başlama ve yayılma yerine göre, epileptik nöbetin her tekrarında aynı olması veya birbirinden çok az farklılık göstermesidir. Bir diğer önemli özellik ise elektrofizyolojik yöntemlerle nöbet sırasında mutlaka, nöbetsiz dönemlerde ise büyük çoğunlukla epileptik deşarjların kaydedilmesidir. YEN'de ise elektrofizyolojik kayıtlar çoğunlukla epileptik boşalım için destekleyici değildir.

Tedaviye dirençli epilepsi ön tanısı ile uzmanlara veya merkezlere gönderilen hastaların en az %20'sinin epileptik olmayan ataklar olduğu ve bu hastaların gereksiz yere araştırıldığı ve gereksiz tedavi aldıkları iddia edilmektedir (Betts 1990). Bazı prevalans hesaplarına göre (Scott 1982); 70 yaşına kadar olan nüfusta tekrarlayan nöbetleri olanların %2.5'inde yalancı epileptik nöbet vardır. Bu rakamlar yurdu-muza uyarlandığında yaklaşık 1.200.000 yalancı nöbet oluşmaktadır. Her nöbet için ortalama 10 milyon TL tutarında araştırma-ilaç vs. harcaması yapıldığı varsayılırsa, yılda 12 trilyon TL tutarında gereksiz bir harcama yapıldığını ortaya çıkarır.

#### **Yalancı Epileptik Nöbetlerin Nedenleri**

YEN epilepsi olmadığı halde, epileptik nöbetleri taklit eden bir klinik durumdur. Bu görüntü ilk olarak akla similasyon, konversiyon bozukluğunu veya dissosiyatif reaksiyonun temeldeki neden olduğunu getirmektedir (Drake 1992, Fisher 1991, Kalogejra 1997). Dahası bu nöbetin kendini ifade etmenin bir yolu olarak geliştirildiği ifade edilmektedir (Betts 1990). Bu yargı saf YEN hastaları için geçerli olduğu gibi, gerçek epilepsi hastalarında ve serebral lezyonu olan hastalarda oluşan YEN için de geçerlidir.

Breiler ve arkadaşları (1998) tedaviye dirençli epilepsi hastalarında ve YEN hastalarının kendilerini değerlendirmelerinde farklılık olduğunu farketmiş ve YEN hastalarının kendilerini fiziksel sağlık açısından, kompleks parsiyel epilepsi hastalarına göre daha

sınırlı olarak tanımladıklarını göstermişlerdir. Objektif ölçütlerde, YEN hastalarının daha üstün olmalarına rağmen, kompleks parsiyel nöbeti olan hastalarla, kognitif fonksiyonlarda kendilerini algılamalarında farklılık bulamadıklarını bildirmişlerdir. Bu bulguların YEN hastalarının, stresin psikolojik açıklamasından çok fiziksel açıklanmasına odaklanmalarından kaynaklandığını iddia etmişlerdir. Drake ve arkadaşları (1992) ise kendi 20 hastalık serilerinde; on konversiyon bozukluğu, altı sınır (borderline) veya karışık (mixed) kişilik bozukluğu, dört zeka geriliği olduğunu bildirmiş, hastaların onbeşinde presipite edici stres ve dikkat çekme eğilimini düşündüren hikaye özellikleri bulduklarını bildirmişlerdir.

Diğer yandan psikojenik YEN'i olan hastalarda yapılan bir çalışmada (Kalogejra ve ark. 1997), bu hastaların psikiyatrik açıdan tek bir yapıya uyup uymadıklarına bakılmış ve hastalara MMPI testi uygulanmış, sonuçlar Graham ve Freidman yöntemlerine göre analiz edilmiş, Graham yönteminde histeri ve şizofreni skalalarının belirgin derecede yüksek olduğu, bunları depresyonun takip ettiği çok az da hipokondriyazisin olduğu görülmüştür. Freidman yöntemine göre analizde ise; hastaların %40'ında dört veya daha fazla klinik skala yükselmesi olduğu tespit edilmiştir. Dahası aynı hastalarda hem nörotik hem de psikotik skalalarda yükselme kaydedilmiştir. Bu da YEN hastalarının, bir tek psikiyatrik yapı ile açıklanamayacağını göstermektedir. Griffith ve arkadaşları (1998) ise YEN hastalarında ve bunların ailelerinde, birçok sosyal ve ailesel sorunların olduğunu, bu ailelerde birçok sorunun konuşulmadığını, aktarılmadığını veya sorunlara gerçekçi yaklaşımda zorluk olduğunu bildirmişlerdir. Uldall ve arkadaşları (1991) da, YEN'i olan çocukların, anne-baba ile iletişimlerinde bozukluk olduğunu bildirmişlerdir. Kadınlarda YEN'in daha sık (%76-86) olduğu, bunun kadınlara yönelik seksüel istismarla (van Merode 1997) açıklanabileceği bildirilmiş, Kristensen (1992) ve Harden (1997) bu hastaların büyük çoğunluğunda psikiyatrik problem olduğuna dikkati çekmiştir.

#### **Yalancı Epileptik Nöbetlerin Özellikleri ve Ayırıcı Tanı**

Yalancı epileptik nöbetleri tanımak ve gerçek epileptik nöbetlerden ayırt edebilmek için birçok gözlem ve çalışma yapılmış ve yayınlanmıştır. Nöbetin klinik oluşumunu gözlemleyen birçok çalışma yanında laboratuvar incelemeleri ve son yıllarda da video-monitoring sistemleri ile yapılan birçok çalışma vardır. Betts

(1990)'in de dediği gibi, aslında iyi yapılmış bir nöbet gözlemi bu ayrımı yapabilmek için çoğunlukla yeterlidir. Ama özellikle son yıllarda tanınmaya başlanan frontal lob nöbetlerinden YEN'in ayrılabilmesi bazen çok zor olabilir.

Epilepsi/YEN ayrımında dikkat edilmesi gereken önemli noktalar şöylece özetlenebilir: Nöbetin süresi, nöbet sırasında yapılan motor devinimler, otomatizmalar, çıkarılan sesler (vokalizasyon) ve bilinç düzeyi. Bu ayrımında kullanılacak laboratuvar yöntemleri ise iktal EEG kayıtları, serum prolaktin düzeyi ve görüntüleme yöntemleridir.

Gates ve arkadaşları (1985) çalışmalarında nöbet süresinin epilepsi/YEN ayrımında önemli bir kriter olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre; generalize tonik-klonik nöbetleri olan hastaların nöbet süresi 50-92 saniye arasında değişmek üzere ortalama 70 saniyedir. Buna karşılık YEN hastalarında nöbet süresi 20-805 saniye gibi geniş bir aralıkta değişmek üzere ortalama 134 saniyedir.

YEN sırasında epileptik nöbet ile karışabilen ve aynı zamanda ayırt etmekte yardımcı olabilen motor devinimler sırasında şu noktalar dikkati çekmektedir. Üst ekstremitelerdeki klonik hareketler epileptik nöbetlerin çok büyük bir kısmında ortaya çıkarken, YEN'de nadir olarak ortaya çıkmaktadır. YEN hastalarında klonik hareketler oluştuğunda düzensiz, asimetrik, asenkron hareketler şeklinde iken, epilepsi hastalarında bu hareketler daha düzenli, daha simetrik ve daha senkron hareketler görünümündedirler.

Alt ekstremitte hareketlerine gelince; bu her iki grupta da üst ekstremitte hareketlerine göre daha az oranda görülmesine rağmen, gene de yukarıda saydığım özellikleri taşımak üzere epileptik nöbetlerde daha sık, YEN'de daha seyrek olmaktadırlar.

Pelvik itme şeklindeki hareketler YEN hastalarındaki klasik gövde hareketlerinden biridir. YEN hastalarının hemen yarısında pelvisin öne itilmesi şeklinde hareketler görülürken, bu hareket epilepsi nöbetlerinin klonik fazında ve düzenli klonik veya daha düzenli hareketler şeklinde, seyrek olarak görülmektedir.

Tüm vücutta oluşan rijidite generalize tonik klonik epilepsi hastalarının hepsinde tonik fazda görülürken, bunun benzeri bir kasılma az sayıda YEN hastasında görülebilmektedir.

Göz hareketlerine gelince; YEN hastalarının çoğunda,

(Gates 1985'e göre %88'inde) herhangi bir göz hareketi olmamaktadır. Olduğunda da göz kapaklarında hızlı titreşimler şeklinde olmaktadır. Oysa epileptik nöbetlerde gözlerde dalma, kayma veya göz kapağında tek taraflı klonik hareketler şeklinde olmaktadır.

Ses çıkarma özellikleri de her iki grupta farklılık göstermektedir. Epileptik hastalarda vokalizasyon çok sık görülmemesine rağmen, olduğunda, nöbetin başında tipik "epileptik ağlama" (epileptic cry) şeklinde olmakta ve bunu takiben solunum kaslarındaki tonik veya klonik kasılmalar sonucunda ortaya çıkan solunum sesleri şeklindedir. Oysa YEN hastalarında inilti, hırıltı, çığlık atma, zorlu soluma sesleri gibi sesler yanında anlaşılabilir kelimeler şeklinde de ses çıkarmalar olabilir ve bu sesler epileptik hastalardakine göre daha uzun süre olabilir. Öte yandan son yıllarda yapılan bazı yayınlarda ve kongre bildirimlerinde, nöbet sırasında veya nöbet sonunda ağlamaya (weeping) dikkati çekmiş, bunun oldukça spesifik bir bulgu olduğu iddia edilmiştir (Bergen 1993).

Ayrıncı tanıda çok tartışılan laboratuvar yöntemlerinden biri serum prolaktin düzeyi ölçümleridir (Fisher 1991, Alving 1998, Mishra 1990, Rao 1989). Birçok yazar epileptik nöbetlerden sonra serum prolaktin düzeyinin arttığını, yalancı epileptik nöbetlerden sonra ise artış olmadığını göstermişlerdir. Ancak Alving (1998), bu artışın sanıldığı kadar olmadığını, serum prolaktin artışının negatif prediktivite değerinin %40'a ulaştığını bildirmiş, diğer taraftan, Oribe ve arkadaşları (1996) da senkoptan sonra da serum prolaktin düzeyinin artabileceğini bildirmişlerdir.

Epilepsi/yalancı epileptik nöbet ayrımında kullanılacak en önemli laboratuvar yöntemlerinden biri de iktal EEG kayıtlarıdır. Epileptik hastalarda bile nöbet aralarında elde edilen EEG kayıtlarında normal EEG bulma olasılığı seyrek değildir. Bu nedenle gerçek epilepsilerde bile ancak EEG kayıtlarında epileptik deşarjların görülmüş olması pozitif bulgu olarak kabul edilir ve epileptik deşarj görülmemiş olması epilepsi tanısını reddettirmez. Diğer yandan, iktal EEG kayıtlaması sırasında epileptik deşarj kaydedilmemiş olması, kesinlikle epilepsi tanısını reddettirir. Bu nedenle YEN tanısında iktal EEG kaydı kesin tanıyı koyduracak bir yöntemdir. Buna dayanarak son yıllarda video-EEG monitorizasyon yönteminin yaygınlaşması bu konuda kesin tanı konulmasına oldukça yardımcı olmuştur (Remick 1979, Shen 1990, Meier-

kord 1991). Nöbet sırasında epileptik deşarj kaydının yapılması (veya olmadığının tespiti) yanında nöbet formunun da video ile kayıtlanması, epilepsi/YEN ayrımında klinik gözlemlerin de zenginleşmesine yol açmıştır. Bu kayıtlardan elde edilen bilgilerle video kayıt dışında iyi bir nöbet gözlemi ile tecrübeli bir klinisyen bu ayrımı kolayca yapabilir. Bunun bir istisnası vardır, o da karmaşık ve acayip davranışların

sergilenebildiği frontal lob nöbetleridir (Kanner 1990). Nöbetlerin daha kısa sürmesi, stereotipik olması, uykuda olması, üst ekstremitelerde tonik abdüksiyon kontraksiyonlarının olması gibi frontal lob nöbetlerinin ayırt edilmesinde yardımcı olabilecek klinik gözlemler de olmasına rağmen, burada gerçekten yardımcı olabilecek en önemli yöntem halen iktal EEG kayıtlarıdır.

#### KAYNAKLAR

- Adams RD, Victor M (1993) Epilepsy and other seizure disorders in Principles of Neurology, 5. baskı, Mc Graw Hill NY, 273-299.
- Alving J (1998) Serum prolactin levels are elevated also after pseudo-epileptic seizures. *Seizure*, 7(2):85-89.
- Bergen D, Ristanovic R (1993) Weeping as a common element of pseudoseizures. *Arch Neurol*, 50(10):1059-1060.
- Betts T (1990) Pseudoseizures: seizures that are not epilepsy. *The Lancet*, 21:163-164.
- Breier JI ve ark. (1998) Quality of life perception in patients with intractable epilepsy or pseudoseizures. *Arch Neurol*, 55(5):660-665.
- Drake ME Jr, Pakalnis A, Phillips BB (1992) Neurophysiological and psychiatric correlates of intractable pseudoseizures. *Seizure*, 1(1):11-13.
- Fisher RS, Chan DW, Bare M ve ark. (1991) Capillary prolactin measurement for diagnosis of seizures. *Ann Neurol*, 29(2):187-190.
- Gates JR, Ramani V, Whalen S ve ark. (1985) Ictal characteristics of pseudoseizures. *Arch Neurol*, 42(12):1183-1187.
- Griffith JL, Polles A, Griffith ME (1998) Pseudoseizures, families and unspeakable dilemmas. *Psychosomatics*, 39(2):144-53.
- Harden CL (1997) Pseudoseizures and dissociative disorders: a common mechanism involving traumatic experiences. *Seizure*, 6(2):151-155.
- Kaloejra-Sackellares D, Sackalleres JC (1997) Personality profiles of patients with pseudoseizures. *Seizure*, 6(1):1-7.
- Kaloejra-Sackellares D, Sackalleres JC (1997) Analysis of MMPI patterns in patients with psychogenic pseudoseizures. *Seizure*, 6(6):419-427.
- Kanner AM, Morris HH, Luders H ve ark. (1990) Supplementary motor seizures mimicking pseudoseizures: some clinical differences. *Neurology*, 40(9):1404-1407.
- Kristensen O, Alving J (1992) Pseudoseizures-risk factors and prognosis. A case control study. *Acta Neurol Scand*, 85(3):177-180.
- Lesser RP (1985) Psychogenic seizures. Recent advances in epilepsy 2, TA Pedley, BS Meldrum (ed), Edinburgh, Churchill Livingstone, s.273-296.
- Meierkord H, Will B, Fish D ve ark. (1991) The clinical features and prognosis of pseudoseizures diagnosed using video-EEG telemetry. *Neurology*, 41(10):1643-1646.
- Van-Merode T, de Krom MC, Knottnerus JA (1997) Gender-related differences in non-epileptic attacks: a study of patients cases in the literature. *Seizure*, 6(4):311-316.
- Mishra V, Gahlaut DS, Kumar S ve ark. (1990) Value of serum prolactin in differentiating epilepsy from pseudoseizure. *J Assoc Physicians India*, 38(11):846-847.
- Oribe E, Amini R, Nissenbaum E ve ark. (1996) Serum prolactin concentrations are elevated after syncope. *Neurology*, 47(1):60-62.
- Rao ML, Stefan H, Bauer J (1989) Epileptic but not psychogenic seizures are accompanied by simultaneous elevation of serum pituitary hormones and cortisol levels. *Neuroendocrinology*, 49:33-39.
- Remick RA, Wada JA (1979) Complex partial and pseudo-seizure disorders. *Am J Psychiatry*, 136(3):320-323.
- Scott DF (1982) Recognition and diagnostic aspects of nonepileptic seizures. Pseudoseizures, TL Riley, A Roy (ed), Baltimore, Williams&Wilkins, s.21-34.
- Shen W, Bowman ES, Markand ON (1990) Presenting the diagnosis of pseudoseizure. *Neurology*, 40(5):756-759.
- Simon B (1978) Mind and madness in Ancient Greece. Ithaca NY, Cornell University Press.
- Uldall PV, Berg LS, Alning J (1991) Pseudoepileptic seizures in children. *Ugeskr Laeger*, 153(13):935-939.