

Epileptik nöbet ve psödonöbetlerin ayırıcı tanısına güncel yaklaşım

Current approach to differential diagnosis of epileptic seizures and pseudo-seizures

Adalet Arıkanoglu

Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji, Diyarbakır, Türkiye

ÖZET

Epileptik nöbet; anormal aşırı elektriksel deşarjlara ve eşzamanlı nöronal aktiviteye bağlı çeşitli bulgu ve işaretlerin geçici olarak ortaya çıkmasıdır. Psödonöbet; santral sinir sistemi disfonksiyonu ile ilişkisi olmayan, epileptik ataklara benzeyen klinik durumlar olarak tanımlanabilir. Psödonöbetlerin epileptik nöbetlerden ayırımı zordur. Psödonöbetlerin epileptik nöbet gibi tedavi edilmesi gereksiz ve uygunsuz antiepileptik kullanımına neden olmaktadır. Hastalar defalarca acil polikliniklere başvururlar, gereksiz yere tetkikler tekrarlanır; dolayısı ile yaşam kalitelerinde bozulmanın yanısıra ekonomik olarak da yük haline gelirler. Biz bu yazıda epileptik nöbetlerle psödonöbetlerin ayırımında dikkat edilmesi gereken klinik özellikler, EEG bulguları ve biyolojik parametreleri, otonom sinir sistemi testlerini son literatür çalışmaları eşliğinde inceledik. *Klin Deney Ar Derg 2011; 2 (3): 330-334.*

Anahtar kelimeler: Epilepsi, psödonöbet, ayırıcı tanı

ABSTRACT

Epileptic seizure is the emergence of various transient signs and symptoms resulting from abnormal excessive electrical discharges and synchronous activity. Pseudo-seizure can be defined as clinical events that resemble epileptic attacks which are not associated with central nervous system dysfunction. It is difficult to differentiate between pseudoseizures and epileptic seizures. Treatment of pseudoseizures like epileptic seizures causes the use of unnecessary and inappropriate antiepileptic medications. Patients refer to emergency polyclinics again and again, and examinations are repeated needlessly. Therefore, their life quality deteriorates and this situation causes economic burden at the same time. In this article, we investigate the clinical features, EEG findings, biological parameters and autonomic neural system tests that should be looked out for in order to differentiate between epileptic seizures and pseudoseizures in conjunction with the latest literature studies. *J Clin Exp Invest 2011; 2 (3): 330-334.*

Key words: Epilepsy, pseudoseizure, differential diagnosis

EPİLEPSİ

Epileptik nöbet ani, paroksizmal, yüksek voltajlı elektriksel boşalmalar sonucu merkezi sinir sisteminin bir parçası ya da tümünün önüne geçilemeyen aşırı aktivitesidir. Nöbet sırasında görülebilen bilinç kaybı, anormal sensoriyel veya motor aktivite, davranışta fonksiyon bozukluğu tekrarlayıcı nitelikte ise 'epilepsi' deyimini kullanılır.¹ Gelişmiş ülkeler için ortalama epilepsi prevalansının 6/1000 olduğu ve dünya sağlık örgütü protokolu ile gerçekleştirilen prevalans çalışmalarında gelişmekte olan ülkelerde bu oranın ortalama 18.5/1000 olduğu tahmin edilmektedir.² Tüm ırklarda ve her yaş grubunda görülür. Erkekler ve kadınlar arasında genellikle eşit sıklıktadır.³

Hasta ve yakınından alınan ayrıntılı öykü ve dikkatli bir nörolojik muayene epilepsi tanısının konulmasında en önemli kriterlerdir.⁴ Yanlış tanının önemli nedeni, nöbetin yetersiz veya hatalı tanımlanmış olmasıdır.⁵ Epilepsi tanısının konması, sınıflandırılması, nöbet başlangıç yerinin araştırılması ve hastaların izlenmesinde elektroensefalografi (EEG) kullanımı kolay ve ucuz bir yöntemdir. Ancak EEG anormallığı klinik ile birlikte değerlendirildiğinde anlamlıdır.⁶

PSÖDONÖBET

Epileptik olmayan psikojenik nöbetler literatürde histerik nöbet, psödonöbet, konversiyon nöbeti, sah-te nöbet ve psikojenik nöbetler gibi farklı isimler al-

Yazışma Adresi /Correspondence: Dr. Adalet Arıkanoglu

Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, Diyarbakır, Türkiye Eposta: dradalet23@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 23.12.2010, Kabul Tarihi / Accepted: 07.01.2011

Copyright © Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi 2011, Her hakkı saklıdır / All rights reserved

ında incelenmektedir.^{7,8} Psdonbet (PN) davranış olarak epileptik nöbetlere benzeyen ancak nöronal deşarjlarla birlikte olmayan psikojenik süreçlerle ilgili ataklardır.^{7,9}

Toplumda PN'nin yıllık sıklığı 1.5-3/100000 iken (epilepsinin %4' kadar) yaygınlığı 2-33/100000 arasında değişmektedir. Toplumdaki epilepsi hastalarında %5-20, epilepsi merkezlerinde ise %10-40 oranında PN bildirilmiştir. Epilepsi merkezlerine ilaca dirençli nöbetler nedeni ile başvuran hastaların da %20'ye yakınında sadece PN saptanmaktadır.⁷

PN vakalarının %75'inin kadın olduğu ve ilk değerlendirmede yaş ortalamasının 30'lu ve 40'lı yaşlar olduğu belirtilmiştir. Çocuklar ve adolesanlarda da PN ortaya çıkabilmektedir. Bazı merkezlerde PN'li hasta popülasyonunun %10-58'inde epileptik nöbetler ile beraber grldğu rapor edilmiştir.¹⁰ Bir kısım yazarlara göre kadınlar psikojenik nöbetler ile öfke, korku ve çaresizliği ifade etmektedirler.¹¹ Bowman ve ark. 45 erişkin hasta üzerinde yaptıkları çalışmada %69 oranında çocukluk çağında cinsel kötüye kullanım rapor edilmiştir. Diğer çalışmalarda bu oran %24 olarak belirtilmiştir.¹² Bazı hastalarda nörolojik bir bozukluğa bağlı olarak psödonöbetlerin gelişmesine bir yatkınlık olabileceği ileri sürülmektedir. Bazı araştırmacılar hastalarında nörolojik sorunların ve kafa travması öyküsünün sık olduğunu, nörofizyolojik ve bilişsel işlevleri araştıran testlerde yeti yitimi saptandığını ve bu hastaların daha çok sol ellerini kullandıklarını, bu bulguların biyolojik etkenlerin PN etyopatogenezinde önemli rol oynayabileceğini bildirmişlerdir. Tek taraflı semptomların daha çok solda ortaya çıktığı bildirilmekle birlikte bu bulgu üzerinde görüş birliğine varılamamıştır ve nörofizyolojik temeli netleşmemiştir.¹³

PSÖDONÖBETLERİN EPİLEPTİK NÖBETLERDEN AYIRICI TANISI

1. Klinik zellikler

Başlangıç ve özgül neden; PN sıklıkla dereceli olarak başlar, emosyonel veya çevresel faktörler, sıklıkla bulunur. Epilepside de emosyonel ve çevresel presipitanlar bulunmakla birlikte, daha az sıklıktadır. PN'de hastaların bilinliliklerinde belirgin bir azalma vardır ama gerçek bir bilinç yitimi söz konusu değildir. Bazen konvulsif görüngülerin olmadığı, yalnızca ani bir kollapsı izleyen bilinçsizlik dönem-

leriyle karakterize nöbetler olabilir. Bir konversiyon nöbeti her seferinde değişik bir konvülsiyon gösterebilir ve genellikle başka insanların ya da hekimin varlığında ortaya çıkar. Sıklıkla duygusal ya da çevresel etkenler tetikleyici olur. PN de hasta nöbetin başlangıcında uykuda olduğunu söyleyebilir. Ancak EEG kayıtlaması yapılırsa nöbetin başlangıcından önce hastanın uyanmış olduğu, uyanıklık paterninin gözlenmesiyle anlaşılabilir. Epileptik nöbette, başlangıç genellikle kısadır, ancak, hasta epizodun başlamasından önce uzun süren değişen duyumlar bildirebilir. Epileptik epizodlar, uykuda veya uyanırken olabilir.^{14,15}

Başlangıçtaki semptom ve bulgular; PN başlangıcında davranışsal değişiklikler olabilir. Hiperventilasyon, başta sersemlik hissi, ekstremite uçlarında paresteziler, dispne, çarpıntılar, baş ağrısı olabilir. Epileptik epizodların başlangıcına benzeyebilir. Epileptik nöbette, epigastrik öznel duyumlar, davranışsal değişiklikler, unilateral duyuusal veya motor semptomlar olabilir.¹⁴

Sre; PN süresi genellikle 2 dakikadan daha uzundur. Epileptik nöbetlerin süresi ise, genellikle 2 dakikadan daha kısadır.^{14,15}

Motor zellikler; üst ekstremitelerdeki klonik hareketler epileptik nöbetlerin çok büyük bir kısmında ortaya çıkarken, PN'de nadir olarak ortaya çıkmaktadır. PN hastalarında klonik hareketler oluştuğunda düzensiz, asimetrik, asenkron hareketler şeklinde iken, epilepsi hastalarında hareketler daha düzenli, daha simetrik ve daha senkron hareketler görünümündedir. Alt ekstremite hareketlerine gelince; bu her iki grupta da üst ekstremite hareketlerine göre daha az oranda görülmesine rağmen, gene de yukarıda saydığım özellikleri taşımak üzere epileptik nöbetlerde daha sık, PN'de daha seyrek olmaktadır.

Pelvik itme şeklindeki hareketler PN hastalarının klasik gövde hareketlerinden biridir.¹⁵ Pelvisin ne itilmesi şeklinde hareketler PN hastalarının hemen yarısında görülürken, epilepsi nöbetlerinin klonik fazında 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 PN hastasında görülebilmektedir.¹⁴

Göz hareketleri; PN hastalarının çoğunda gözler kapalı ve göz hareketi olmamaktadır. Olduğunda da göz kapaklarında hızlı titreşimler şeklinde olmaktadır. Hekimin gözü açma girişimlerine direnç gösterirler. Oysa epileptik nöbetlerde gözlerde dalma, kayma veya göz kapağında tek taraflı klonik hareketler şeklinde olmaktadır.^{16,17}

Vokalizasyon; 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 PN hastalarında inilti, hırıltı, çığlık atma, zorlu solunum sesleri gibi sesler yanında anlaşılabilir kelimeler şeklinde de ses çıkarmalar olabilir ve bu sesler epileptik hastalardakine göre daha uzun süre olabilir.^{16,18}

Yaralanma; PN'de nadiren hasta dilini veya dudaklarını ısırabilir. Ezikler veya laserasyonlar oluşabilir. Kaçınma testine veya ağırlı uyarana, entübasyona karşı koymayabilir. Epileptik hasta da dilini ısırabilir. Çürükler ve ya laserasyonlar kalabilir. Jeneralize tonik-klonik nöbet boyunca veya erken postiktal fazda kaçınma testine yanıt olmayabilir. Kompleks parsiyel nöbet veya sonrasında postiktal fazda, kaçınma testine veya diğer rahatsız edici uyarana yanıt alınabilir.^{14,15}

İdrar kaçırma; Her iki durumda da bildirilmiştir.¹⁹ Bu yüzden ayırıcı tanıda kullanılabilirliği için kanıtlar yetersizdir.¹⁵ Ancak PN de istisnai bir durumdur.¹⁴

Epileptik nöbet ile PN ayırımı kolay değildir. PN'ler yukarıda bahsettiğimiz çok değişik klinik görünümüne rağmen, epileptik nöbetler de klinik deşarjın başlama ve yayılma yerine göre her nöbet tekrarı aynıdır veya birbirinden çok az farklılık gösterir.¹⁶

2. EEG bulguları ve diğer biyolojik parametreler

Normal bir interiktal EEG, epilepsiyi dışlamadığı gibi PN tanısını da doğrulamaz. İteriktal epileptiform anormalliklerin varlığı, PN olasılığını dışlamaz. Çünkü epileptik ve psikojenik nöbetler sıklıkla birlikte bulunabilir.¹⁶

PN tanısında klinik epizod sırasında eş zamanlı EEG kayıtlaması ve bu anda iktal EEG değişikli-

ğinin olması kesin tanıyı koyduracak bir yöntemdir. Buna dayanarak son yıllarda ayıcı tanıda altın standart uzun süreli video-EEG monitorizasyon kayıdır.²⁰ Bu nedenle video-EEG monitorizasyon üniterlerinde nöbetin semiyolojik ve elektrofizyolojik analizi yapılmaktadır. Nöbet sırasında epileptik deşarj kaydının yapılması (veya olmadığının tespiti) yanında nöbet formunun da video ile kayıtlanması, epilepsi/PN ayırımında klinik gözlemlerin de zenginleşmesine yol açmıştır. Bu kayıtlardan elde edilen bilgilerle video kayıt dışında iyi bir nöbet gözlemi ile tecrübeli bir klinisyen bu ayırımı kolayca yapabilir. Bunun bir istisnası vardır, o da karmaşık ve acayip davranışların sergilenebildiği frontal lob nöbetleridir.¹⁶ Bazı frontal nöbetlerde ve parsiyel nöbetlerde skalpten kaydedilen EEG'lerde değişiklik olmayabileceği akılda tutulmalıdır.⁷

Epileptik hastaların yaklaşık yarısında ilk EEG'de epileptiform anomaliler görülebilir. Bu hastaların %20-40'ında, epileptik anormallikler çeşitli kayıtlamalardan sonra görülebilir.²¹ Normal insanlarda da epileptiform fenomenler gözlenebilir.²² Ayrıca, EEG'de normal varyantların görünümünü tanımak da çok önemlidir. Sözelimi, saniyede 14 ve 6 kez gelen pozitif dikenler, küçük sharp dikenler ve ritmik midtemporal boşalmalar, yanlışlıkla epileptik boşalım sanılabilir. Bazı ilaçlar, diffüz yavaş aktivite oluşturarak EEG'yi etkileyebilirler.²³ Jeneralize nöbetlerde, büyük oranda iktal EEG değişiklikler saptanmasına rağmen, parsiyel nöbetlerde EEG normal olabilir. Bununla birlikte pür atonik nöbetlerde, skalp EEG değişikliği belirgin olmadığından nöbet sırasındaki artefaktlar nedeniyle saptanamayabilir.²² Çok ilginç bir çalışmada; Kapur ve ark. psikojenik yanıtsızlık nöbeti olduğu sanılan 3 hastanın, eşzamanlı yüzey EEG'de nöbet sırasında deşarj olmadığı halde, bu sırada çekilen intrakranial EEG ve video kayıtlaması ile, aslında hipokampüsten köken alan kompleks parsiyel nöbetleri olduğunu gösterdiler.²⁴ Bir çalışmada psödonöbetleri ortaya çıkarmada telkin yöntemi kullanarak deneklerde EEG çekimleri yapılmış. EEG bozukluğu PN sahip grupta hem kontrol hem de epileptik gruba göre daha düşük bulunmuştur.²⁵

Ayırıcı tanıda çok tartışılan laboratuvar yöntemlerinden biri serum prolaktin düzeyi ölçümleridir. Son yapılan çalışmalarda epileptik ve PN'li hastalarda postiktal serum prolaktin düzeyi ölçümlerinde epileptik hastalarda prolaktin seviyesi daha yüksek

bulunmuş fakat bu yüksekliğin rölatif artış oranına göre yorumlanması gerektiği belirtilmiştir.²⁶

3. Otonom Sinir Sistemi Testleri

Çeşitli kişilik bozukluğu olan psikiyatrik hastalarda otonom disfonksiyon oluşabildiğine dair çalışmalar yayınlanmıştır.²⁷ Bu çalışmalarda PN'li hasta bildirilmemiştir. Sadece bir çalışmada kalp hızı değişiklikleri ölçülerek otonom disfonksiyon saptanmıştır.²⁸

Bizim yaptığımız bir çalışmada da; bir grup epileptik ve PN'li hastada interiktal ve postiktal dönemde EMG cihazı ile Sempatik deri yanıtı, RR interval variation ölçümü yapılarak otonom sinir sistemi fonksiyonları değerlendirildi. Epilepsili hastalarda nöbet esnasında sempatik ve parasempatik sistemde otonom disfonksiyon saptandı. PN'li hastalarda ise otonom disfonksiyon saptanmadı. Bu nedenle nöbet ayırımında otonom sinir sistemi fonksiyonlarının ölçümünün faydalı olabileceğini belirttik.²⁹ Hem epileptik hem PN olduğundan şüphelenilen hastalarda, iki tanıdan birini destekleyen kesin kanıt varsa, diğer tanı kesin kanıt olmadıkça konmamalıdır.

Sonuç olarak; psödonöbetlerin epileptik nöbetlerden doğru bir şekilde ayırt edilmesi, doğru tanı ve dolayısıyla da doğru tedavi yapılabilmesi için çok önemlidir. Psödonöbeti olan hastaların gereksiz antiepileptik tedaviye maruz kaldıkları ve iyatrojenik olarak ilaç yan etkileri ile karşı karşıya kaldıkları bilinmektedir. Hatta literatürlerde psödonöbetleri olduğu halde status epilepticus tanısı konan ve agresif antikonvülzan kullanım ve entubasyon-anoestezi sonrası kaybedilen hastalar bildirilmiştir.³⁰ Bu nedenle hastalarda epileptik ve PN birlikteliğinin veya sadece bunlardan birisinin varlığını ispatlamak morbidite ve mortaliteyi azaltacaktır.

KAYNAKLAR

- Engel J.Jr. ILAE Commission Report. A proposed diagnostic scheme for people with epileptic seizures and epilepsy: Report of the ILAE Task Force on Classification and Terminology. *Epilepsia* 2001;42(7): 796-803.
- Yeni SN. Epilepsi Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics* 2008;1(2):9-16.
- Kaplan Y. Menopoz Döneminde Başlayan Epilepsi: 5 Olgunun Sunumu. *J Neurol Sci [Turk]* 2007; 13;349-53.
- Gilroy J. *Epilepsy in Basic Neurology*. Third Edition, Mc Graw-Hill Companies 2000; 85-121.

- Bradley W, Daroff R, Fenichel G, Iankovic I. *Neurology in clinical practice. The neurological disorders. The Epilepsies*. Fourth Ed. Butterworth-Heinemann 2004; 1953-92.
- Fowle AJ, Binnie CD. Uses and abuses of the EEG in epilepsy. *Epilepsia* 2000;41(1): 10-8.
- Tezer Fİ, Uluşahin A, Saygı S. De Nevo psychogenic nonepileptic seizures after epilepsy surgery. *J Neurologica* 2007; 24(2): 170-7.
- Ertuğrul S, Aydın M. Epileptik olmayan paroksizmal bozukluklar. *J Curr Pediatrics* 2005; 3(2):90-4.
- Dworetzky BA, Bublick EJ, Szaflarski JP. Nonepileptic psychogenic status: Markedly prolonged psychogenic nonepileptic seizure. *Epilepsy&Behavior* 2010; 19(1):65-8.
- Chabolla DR, Krahn LE, So EL, Rummans TA. Psychogenic Nonepileptic Seizures. *Mayo Clin. Proc.* 1996; 71(5): 493-500.
- Tütüncü R, Türkçapar MH. Pseudoepileptik Nöbet Tanısı Alan Konversiyon Bozukluğu Hastalarının Bir Yıllık İzlem Sonuçları. *Klinik Psikiyatri* 2003; 6(1):76-9.
- Abubakr A, Kablinger A, Caldito G. Psychogenic seizures: clinical features and psychological analysis. *Epilepsy Behav* 2003; 4 (3): 241-5.
- Roelofs K, Naring GW, Moene FC, Hoogduin CA. The question of symptom lateralization in conversion disorder. *J Psychosom Res* 2000; 49(1):21-5.
- Lesser RP. Psychogenic seizures. *Neurology* 1996; 46(12): 1499-507.
- Avbersek A, Sisodiya S. Does the primary literature provide support for clinical signs used to distinguish psychogenic nonepileptic seizures from epileptic seizures? *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2010;81(7):719-25.
- Varlı K. Yalancı Epileptik Nöbetler. *Klinik Psikiyatri* 1999; 2(2): 101-4.
- Chung SS, Gerber P, Kirilin KA. Ictal eye closure is a reliable indicator for psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology* 2006;66:1730e1.
- Sen A, Scott C, Sisodiya SM. Stertorous breathing is a reliably identified sign that helps in the differentiation of epileptic from psychogenic non-epileptic convulsions: an audit. *Epilepsy Res* 2007;77:62e4.
- Oliva M, Pattison C, Carino J, et al. The diagnostic value of oral lacerations and incontinence during convulsive 'seizures.' *Epilepsia* 2008;49:962e7.
- Siket MS, Merchant RC. Psychogenic seizures: A review and description of pitfalls in their acute diagnosis and management in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am.* 2011;29(1):73-81.
- Nousiainen U, Suomalainen T, Mervaala E. Clinical benefits of scalp EEG studies in intractable seizure disorders. *Acta Neurol Scand* 1992; 85(2): 181-6.
- Binnie CD. *Electroencephalography. A Textbook of Epilepsy*'de, Laidlaw J, Richens A, Oxley J (eds), third edition, Churchill Livingstone Inc, printed in Great Britain 1988; (8) : 236-306.
- Theodore WH. Pseudoseizures: differential diagnosis. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1989; 1 (1): 67-9.
- Kapur J, Pillai A, Henry T. Psychogenic Elaboration of Simple Partial Seizures. *Epilepsia* 1995; 36(11): 1126-30.

25. Özen Ş, Özbulut Ö, Altındağ A ve ark. Acil serviste konversiyon bozukluğu tanısı konan hastaların sosyodemografik özellikleri, stres faktörleri, I. ve II. eksen eştanılar. Türkiye’de Psikiyatri 2000; 2(1): 87-96.
26. Mülâyim S, Yıldırım G. Epileptik Nöbet ve Psödonöbetlerden Sonra Serum Prolaktin Düzeyleri. Epilepsi 2008;14(3):176-80.
27. LeBlanc J, Ducharme MB, Thompson M. Study on the correlation of the autonomic nerveus system response to a stressor of high discomfort with personality traits. Physiol Behav 2004; 82(6):647-52.
28. Baksis P, Roelofs K, Kuyk J, Edelbroek PM, Swinkels WA, Spinhoven P. Trauma, stres, and preconscious threat processing in patients with psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsia 2009; 50(10): 1001-11.
29. Müngen B, Berilgen MS, Arıkanoğlu A. Autonomic nervous system functions in interictal and postictal periods of nonepileptic psychogenic seizures and its comparison with epileptic seizures. Seizure 2010;19(3):269-73.
30. Pakalnis A, Drake ME J, Phillips B. Neuropsychiatric aspects of psychogenic status epilepticus. Neurology 1991;41(12):1104-6.