

Non epileptik paroksizmal olaylar: olgu sunumları ile derleme

Burak Tatlı, Nur Aydınlı, Mine Çalışkan, Meral Özmen

Özet

Non epileptik olaylar görünüşte epileptik konvülsiyonlara benzer, ancak beyin aktivitesinde aynı özellikleri göstermez. Non epileptik olaylar çocukta siktir ve epilepsiden ayrılması güçtür. Çoğunlukla öykü ve yaş tanıya gitmeyi kolaylaştırır ve yardımcı testler tanıyı doğrular. Tanı konulamazsa, hastada başlanmış antikonvülzanlara bağlı toksisite görülebilir, tanı konulamamış olur ve altta yatan herhangi bir psikolojik sorun da anlaşılabilir.

Anahtar kelimeler: çocukluk çağı, epilepsi, non-epileptik olay

Summary

Non epileptic paroxysmal events: case reports and review of the literature

Non-epileptic events are similar to epileptic seizures in appearance but do not have the same characteristic changes in brain activity. Non-epileptic events are common in children, and may be difficult to distinguish from epileptic events. In most instances, the clinical history and an age-based approach leads to the diagnosis, and ancillary testing serves as confirmation. A failure to identify this disorder may lead to certain risks for the patient including anticonvulsant toxicity, and a lack of recognition or neglect of any underlying psychological distress.

Key words: childhood, epilepsy, non-epileptic event

Sinir sisteminin paroksizmal olayları, tekrarlayıcı, saniyeler ya da dakikalar süren, ani başlangıçlı, ani sona eren süregelen epizodlardır. Non-epileptik paroksizmal olaylarda (NEPO) bilinç değişikliği, motor ve duyuşsal komponentler olabilir, çoğunlukla stereotipik özellik gösterirler. Olay sırasında elektroensefalografide (EEG) değişiklik görülmez (1,2). Non-epileptik paroksizmal olaylar, klinik görünüm olarak epilepsi ile benzerlik gösterebilir. Epilepsilerde çoğu kez aile bireylerinin verdiği bilgi doğrultusunda tanı konur. Atağın tarifi, süresi, yeri, oluş saati, bilinç durumu, sonlanma biçimi ile ilgili bilgiler ayrıncı tanıda yeterli olabilir. Ancak bazı durumlarda Video-EEG ile nöbetin görüntülenmesi ve senkron olarak EEG eğrisinin değerlendirilmesi ile ayrıncı tanı mümkün olabilmektedir. Bu yazıda, çocukluk çağında sık görülen ve epilepsi ile karışabilen NEPO'ların, en sık görüldükleri yaş gruplarında örnek olgu sunumları ile gözden geçirilmesi amaçlanmıştır (1) (Tablo 1).

Tablo 1: Çocukluk çağında görülen non-epileptik paroksizmal olaylar

1. YENİDOĞAN DÖNEMİ
a- Asfiktik reaksiyonlar
b- Selim yenidoğan uyku miyoklonisi
c- Hiperpleksiya
2. SÜT ÇOCUKLUĞU DÖNEMİ
a- Katılma nöbeti
Pallid katılma nöbeti
Siyanotik katılma nöbeti
b- Selim paroksizmal vertigo
c- Selim paroksizmal tortikolis
d- Sıklık kusma
e- Mastürbasyon
f- Gece terörü
g- Uyurgezerlik
h- Narkolepsi / Katapleksi
3. ÇOCUKLUK DÖNEMİ
a- Senkop
Vazovagal senkop
Kardiyopulmoner senkop
Serebrovasküler senkop
Ortostatik hipotansiyon
b- Hareket bozuklukları
Tik
Paroksizmal koreatetoz
c- Migren
d- Alternan hemipleji
e- Psikojenik nöbet

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı.

Yazma adresi: Burak Tatlı, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı Fatih, İSTANBUL
Tel : (0212) 414 20 00-31879 / Fax: (0212) 414 22 24 / e-mail: burakat@yahoo.com
Alındığı tarih: 5.1.04, kabul tarihi: 4.5.04

1. YENİDOĞAN DÖNEMİ

a- Asfiktik reaksiyonlar

Korteksin belirgin olarak baskılandığı hipoksik durumlarda beyin sapından kaynağını alan, epileptik olmayan, gözde kaymalar, dil şapırdatmaları, pedal çevirmeler, düzensiz vücut hareketleri şeklinde paroksizmalar görülebilir. Bunlara nadiren EEG'de deşarjlar eşlik eder ve konvülsiyon olarak değerlendirilirler. Özellikle yoğun bakımda uzun süre ventile edilen hastalarda görülebilir. Ayırıcı tanı için EEG monitorizasyonu önerilir. Epileptik olmayan bu paroksizmalara anti epileptik ilaçların etkisi yoktur (3).

b- Selim yenidoğan uyku miyoklonisi

Bebeklerde uykunun hızlı göz hareketleri (REM) fazı aktif dönemdir. Bu dönemde göz kapağında seyirmeler, ağız çevresinde çekilmeler ve ekstremitelerde mültifokal atımlar görülebilir. Bu durum sıklıkla konvülsiyonla karışabilir. Şüpheli durumlarda video EEG önem kazanır. Bazı zamanlarda, uyku miyoklonileri oldukça belirgin olabilir. Beslenme sonrası uykuya dalar iken tekrarlayıcı, yüksek frekansta saniyeler, dakikalar sürebilen, kollarında ve bacaklarda miyoklonik atımlar görülebilir. Eğer çocuk uyanır ise atak sonlanır, uyku dışında görülmez. Bu ataklar genellikle çocuk 4-6 aylık olunca kendiliğinden kaybolur. Tedavi genellikle gereksizdir, bazen benzodiyazepinler uyku miyoklonilerini artırabilir (3,4).

c- Hiperpleksiya

Beyindeki inhibitör glisin reseptörlerinin olgunlaşmasının tamamlanmaması sonucu, çevresel uyarılara verilen aşırı bir yanıttır. Atak anında çocuk tonik kasılır, bu dönemde nefes alamaz ve siyanoz tabloya eklenebilir. Özellikle beslenme esnasında uyarı ile atak başlarsa aspirasyon olabilir. Ciddi ataklarda kalp durabilir. Çocuk büyüdükçe atakların şiddeti ve sıklığı azalır, spazmlar kaybolur, ancak ani sıçramalar devam edebilir. Düşük doz benzodiyazepinler ve valproik asid oldukça etkilidir. Otozomal dominant ve resesif kalıtım söz konusu olabilir (1,3).

Olgu 1

Normal spontan doğum ile miyadında, tartısı: 3200gr (50p), boyu: 48cm (50p), baş çevresi 34cm (50p) doğan bebek 2. gününde taburcu edilmişti. Postnatal 5. gününde, kasılmaları ile başvurdukları yenidoğan ünitesine 'yenidoğan

konvülsiyonu' tanısı ile tekrar yatırılmıştı. Bebeğin kollarında ve bacaklarında yaklaşık 1 dakika kadar süren ve nöbetin sonuna doğru perioral siyanozun eşlik ettiği jeneralize tonik kasılmalar görülünce 15 mg/kg fenobarbital intravenöz yüklenerek 5mg /kg/gün ile idameye geçilmişti. Bebeğin biyokimyasal tetkiklerinde, enfeksiyon göstergelerinde patoloji saptanmamıştı. İki kez tekrarlanan EEG ve kraniyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) normal olarak değerlendirilmişti. Nöbetlerinin tekrarlaması üzerine 10 mg/kg ek fenobarbital ve daha sonra 20 mg/kg difenilhidantoin intravenöz yüklenmişti. Gün içinde çok sık olarak atakların tekrarlaması üzerine status epileptikus tanısı ile kliniğimize sevk edilen hastanın burada yapılan muayenesinde belirgin hiperirritabilitesi dışında özellik saptanmadı, muayene esnasında uyarı ile hastada atak geliştiği gözlemlendi ve hiperpleksiya ön tanısı ile Video-EEG'si çekildi. Hastanın nöbet anındaki EEG eğrisi normal bulundu. Hastaya muayene bulguları, nöbet karakteristiği ve laboratuvar bulguları ile hiperpleksiya kabul edilerek düşük doz klonazepam başlandı, diğer ilaçları kesildi. Atak kontrolü kısa sürede sağlanan bebek sağlıklı olarak taburcu edildi. Altı aylık izeminde atak sıklığında belirgin azalma olan hastanın nöromotor gelişimi de yaşına uygun seyretmektedir.

2. SÜT ÇOCUKLUĞU DÖNEMİ

a- Katılma nöbeti

Katılma nöbeti yaklaşık olarak çocukların %5'inde görülür. Nöbetler klinik olarak siyanotik veya pallid olarak iki şekildedir. Genellikle 6 ay ile 6 yaş arasında görülen nöbetlerin sıklığı değişkendir, günde birkaç kez olabileceği gibi 3-4 ayda bir de görülebilir. Aynı ailede birden fazla bireyde görülebilir. Katılma nöbetlerini, epilepsiden ayırmak bazen güç olabilir (5).

Pallid katılma nöbeti

Genellikle küçük yaralanmalar, kan alınması, elin kapıya sıkışması, koşarken düşme gibi acı verici uyarılar sonrası çocuk kısa bir çığlık atar, bariz hipotoni olur, gevşer ve yığılır, rengi solar ve bilincini yitirir. Nedeni vagal yanıt nedeni ile aniden gelişen bradikardidir. Genellikle atak 60 saniyeden kısa sürer. Çocuk uyandığında yorgundur, dinlenmek ister. Anemik çocuklarda oldukça şiddetlidir. Tedavi genellikle gereksizdir. Çocuklar atak aralarında tümü

ile sağlıklıdır, zekaları normaldir. Prognoz daima iyidir (3,5).

Siyanotik katılma nöbeti

Katılma nöbetlerinin %65'i siyanotik tiptedir. Nöbetlerin nadir olarak yenidoğan döneminde başladığı bildirilmişse de genellikle 6. aydan sonra görülürler. Sıklıkla uyarıcı bir etmen vardır; acı, kızgınlık, korku nöbeti tetikleyebilir. Ağlama ekspirasyon sırasında apne nöbeti ile kesilir. Çocuğun o anda ağzı açıktır ve deri rengi değişmeye başlar, bu dönem inspirasyon ile sonlanabildiği gibi siyanoz derinleşerek ikincil hipoksi olaya eklenebilir, tonus kaybı ve nadiren miyoklonik atımlar olaya eşlik edebilir. Kısa da olsa olayın şiddetine bağlı postiktal dönem gözlenebilir. Şiddetli ataklarda jeneralize hipertoni, opistotonus postürü gelişebilir. Nöbet anında aspirasyon ve kafa travmasını önlemek için çocuk yan yatırılmalıdır. Serebral kan akımını azaltacağı için dik olarak kucağa alınmamalıdır. Aileye psikolojik destek verilmesi faydalı olmaktadır, anemi var ise demir tedavisi verilmelidir. Antiepileptiklerin katılma nöbeti tedavisinde yeri yoktur. Çok nadir durumlarda, şiddetli atakları olan çocuklarda atropin kullanılabilir (6).

b- Selim paroksimal vertigo

Ataklar genellikle 1-2 yaşlarında başlar, sık olarak devam eder. Çocuk uyanıktır, birden korkmuş gibi panikler, olay bitinceye kadar hareket etmek istemez. Çocuğun gözlerinde geçici nistagmus olabilir. Bilinç kaybı yoktur. Bir dakika kadar sürebilir. Çocuk bu dönemde yürütülmeye çalışılırsa dengesizdir. Küçük çocuklar panik içinde ağlar iken daha büyük çocuklar olayı anlatmaya çalışırlar. İlk dönemlerde her gün veya 2-3 ayda bir olur iken yaş ile sıklığı azalır. Çocukların atak öncesi ve atak sonrası nörolojik muayeneleri normaldir. Elektroensefalografi ve MRG normaldir. Etiyoloji bilinmemektedir ancak bu çocuklarda ileri yaşlarda migren sıklığının topluma göre yüksek olması geçici vasküler bozuklukları düşündürmektedir. Olay, çocuk 4-5 yaşına gelince geçer. Bilinen ve etkinliği kabul edilen bir tedavisi yoktur (7).

c- Selim paroksimal tortikolis

Atak genellikle bir kaç saat sürmekle birlikte nadiren bir veya iki gün kadar da devam edebilir. Genellikle haftada birden azdır, sıklığı yaş ile birlikte azalır ve kaybolur. Olay esnasında çocuk başını bir yöne çevrili tutar, bu dönemde belirgin huzursuzluğu olur tabloya kimi zaman kusmalar da

eklenebilir. Labirent sistemdeki bir patolojiden şüphelenilmektedir. Kesin bir tedavisi yoktur, ancak şiddetli olgularda difenilhidramin kullanılabilir (8).

Arka çukur patolojilerinde de benzer klinik tablo olabileceği ve mutlaka bu yönden ayırıcı tanı yapılması gerektiği akıldan çıkarılmamalıdır.

Olgu 2

Yirmi aylık kız hasta pediatri uzmanı tarafında tortikolis ön tanısı ile kliniğimize sevk edildi. Fizik muayenesinde sol tortikolis tespit edilen hastadan boyun ultrasonografisi, servikal iki yönlü grafi istenerek rehabilitasyon birimine yönlendirildi. On gün sonra fizik tedavi, uzmanı tarafından görülen ve normal olarak değerlendirilen hasta tekrar polikliniğimize gönderildi. Muayenesi ve önceden istenilen tetkikleri normal bulunan hastanın öyküsü anneden tekrar alındığında 8 aylıktan beri zaman zaman başını sol yanına (nadir olmakla birlikte bazen de sağ tarafına) eğik tuttuğu kimi zaman 4-5 saat bazen ise 2-3 gün sürdüğü, bu dönemde huzursuzlaştığı ifade edildi. Atak anındaki EEG'de patoloji saptanmayan olgu paroksimal tortikolis kabul edilerek atak başlangıçlarında difenilhidramin verilmesi önerildi. Altı aylık izleminde atak sıklığında ve süresinde belirgin azalma gözlenen hastanın son iki yılda hiç yeni atağı olmadı.

d- Sıklık kusma

Periyodik olarak kusma, letarji, somnolans atakları olur. Atak 12 - 72 saat kadar sürebilir. Bağırsak malrotasyonu, metabolik hastalık gibi nedenlere yönelik ayrıntılı tetkikler yapılmalıdır. Tanı diğer nedenler dışlanarak konulur. Bu hastaların bir kısmında ileri yaşlarda migren geliştiği bildirilmektedir (3,9).

e- Mastürbasyon

Mastürbasyon, genital organların sürtünme, elleme gibi hareketlerle veya bacakların pubik bası oluşturacak şekilde sıkıştırılması ile gelişen bir haz alma şeklidir. Kızlarda daha sık rastlanır, iyi anamnez hatta kimi zamanlarda Video-EEG yardımı olmaz ise parsiyel konvülsiyonlar ile karışabilir. Hasta oturken veya yatarken bacaklarını gererek sıkıştırır, nefesi hızlanır, yüzü kızarır, beklenenin aksine genellikle ellerini genital bölgesine getirmez. Olay bir kaç dakika sürer, müdahale ile kesilebilir. Günde 15-20 kez tekrarlayabilir. Özellikle büyük çocuklar yalnız kalmak

isterler, belirli pozisyon alırlar. İdrar yolları enfeksiyonları, vulvovajinit, bez dermatiti gibi nedenler kaşıntıya neden olduğunda, çocuk iritasyonu gidermek için yaptığı hareketler sırasında haz duyduğunu keşfeder. Sevgi, ilgi eksikliği olan ve zekası geri olan çocuklarda daha sık görülür. Davranış tedavisi ile ortadan kalkar (3,9).

Olgu 3

Onsekiz aylık kız çocuk, psiko-sosyal-motor gerilik, süregelen kabızlık ve dirençli epilepsi tanıları ile izlenmekteydi. Zor doğum öyküsü dışında yenidoğan döneminde özellik yoktu. Dört aylık iken belirginleşen kabızlığın yönelik yapılan tetkiklerinde patoloji saptanmayan hasta, lavman ile defekasyonunu yapabiliyordu. Altı aylık iken, uykuya dalma döneminde her iki bacağını karnına çekme, kollarda gerilme, atak sonuna doğru gözlerde kayma ve sonrasında uykuya dalma şeklinde nöbetleri başlamıştı. Gün içinde 1-2 kez tekrarlayan ve 1-2 dakika süren nöbetleri nedeni ile önce fenobarbital, sonra valproik asit tedavisi başlanmış ancak hastanın nöbet sıklığında bir azalma olmamıştı. Yapılan tetkiklerinde kraniyal MRG'de perinatal asfiksi ile uyumlu bulgular saptanmıştı. Altı kez çekilen EEG'de belirgin patoloji bulunmamıştı. Hasta 18 aylık iken yapılan uzun dönem Video-EEG'sinde atak anında epileptik deşarjlar gözlenmedi, atağın video değerlendirmesinde olayın lavman sonrası ve uyku öncesi haz almaya yönelik bir eylem olduğu, dikkatinin başka bir yöne çekilmesi ile olayın kesildiği görüldü. Antiepileptik ilaçlar kesilerek aileye davranış sorunlarına yönelik tedavi başlandı. Lavman alışkanlığını sonlandırmak üzere çocuk gastroenteroloji bölümüne yönlendirildi.

f- Gece terörü

Gece terörü, uykunun 4. döneminde (rüya görülmeyen, derin uyku) görülür. Tipik olarak gecede bir kez olur. Çocuk uykuya daldıktan yaklaşık 1, 5-2 saat sonra çığlıklar atmaya, soğuk terlemeye başlar, bunu halüsinasyonlar izler. Ailesini bu sürede tanımaz. Bir kaç dakika sonra nöbet kendiliğinden durur, çocuk uyanır, olanların farkında değildir. Olay dış uyaranlardan ve gündüz yaşanan olaylardan bağımsızdır. Okul çağlarına doğru kaybolur. Özellikle frontal lob epilepsisinden ayırmak gerekir. Frontal lob epilepsisinde motor hareketler ön plandadır ve hasta birden uyanmaz. Ayırıcı tanıda gerektiğinde gece boyu yapılan uyku-video kayıtlarından yararlanılır (10).

g- Uyurgezerlik

Uykunun 4. döneminde olur. Çocuk uykuda dolaşırken genellikle oda içindeki eşyalara çarpmaz, uyandırıldığında kısa bir konfüzyon dönemi olur. Atak uykuya daldıktan 1,5-2 saat sonra ortaya çıkar ve 5-20 dakika kadar sürebilir. Özellikle kompleks parsiyel epilepsi ile karışabilir. Uyku bozukluklarının hepsinde, uykunun 4. dönemini kısaltan ilaçlar kullanılabilir. İmipramin ve klonazepam etkilidir (3,10,11).

h- Narkolepsi / Katapleksi

Narkolepsi, ani uyku atakları ile karakterizedir, kataplekside ise kas tonusunun ani kaybı söz konusudur. Kataplekside gülme, süprizler uyarıcıdır. Aniden tonusunu kaybeden çocukta düşmeler de olabilir. Düşme anında çocuk uyanır ve olayların sonrasını hatırlar. Ayırıcı tanıda epilepsi, özellikle atonik nöbetler düşünülür. Epilepside bilinç tümü ile kapalıdır, ağır yüz yaralanmaları görülebilir. Narkolepsi/katapleksi antiepileptiklerden fayda görmez, uyanık ve uyku EEG'leri normaldir. Ayırıcı tanıda polisomnografilerden yararlanılır (10,12).

3- ÇOCUKLUK DÖNEMİ

a- Senkop

Vasküler ya da kardiyak kökenli paroksizmal bilinç bozukluklarına senkop denir. Ani şuur kaybı, tonus kaybı, düşme ve kısa sürede kendiliğinden düzelme şeklinde görülür. Öncesinde baş dönmesi, göz kararması, halsizlik, solukluk, bulantı, soğuk terleme, çarpıntı, görmede bulanıklık ve işitme kaybı bulunabilir. Serebral fonksiyonların yaygın ve geri dönüşümlü bozukluğuna bağlı olarak ortaya çıkar. Nedenleri arasında otonom sinir sistemine veya kardiyovasküler sisteme ait bozukluklar, metabolik, nörolojik, hatta psikolojik sorunlar yer alır. Tekrarlayan senkopların araştırılması gerekir (3,13-15).

Vazovagal senkop

Vazodepresör senkop, nörokardiyojenik senkop da denilir. Çocuklarda en sık görülen senkop şeklidir. Senkop ataklarının yaklaşık yarısını oluşturur. Ani vazomotor tonus kaybı, bunun sonucunda sistemik hipotansiyon, bradikardi ve asistoli ile karakterizedir. Hastalarda hipotansiyon ve paradoks olarak bradikardi vardır. Genellikle senkop atağı

öncesi uzun süre sabit bir yerde ayakta kalma (tören, koro, vb) öyküsü alınır. Bazen de açlık, ağrı, anksiyete, kan görme, kalabalık ortam, korku, sıcak, yorgunluk gibi duygusal etmenler uyarır. Bu tetikleyici etmenler nedeni ile nervus vagus ile uyarılan otonomik sinir sisteminin etkilenmesi, kan basıncında, kalp hızında düşme ve merkezi sinir sistemi kanlanması azalması sonucunda ortaya çıkar. Çocuk senkop öncesi dönemde (prodromal dönem, yaklaşık 10 saniye sürelidir) gözlerinde kararma, halsizlik, bulantı hisseder. Bunlara terleme, salivasyon, bulanık görme, taşikardi eşlik edebilir. Ardından bilinç kaybı ve tüm vücutta kas tonusunda azalma ile çocuk o andaki postürünü yitirerek yere düşebilir. Bu sırada yüzü solmuştur, nabız dolgunluğu ve kalp hızı düşmüştür, pupiller genişlemiştir, terlemiştir ve tüm vücudu gevşektir. Bilinç kapalıdır ve hasta ile ilişki kurulamaz. Nadiren senkop sırasında ekstremitelerde kasılma gibi anormal hareketler, hatta bazen idrar inkontinansı olabilir. Böyle bir senkop atağının epileptik nöbetten ayırımı güçtür. Tipik bir senkop birkaç dakika sürer ve çocuk hızla kendine gelir. Epileptik bir nöbette ise çoğu kez postiktal dönem denen bilinçte bulanıklık ve uykuya eğilim ile giden devre vardır. Senkop bir kez olduğunda yarım saat içinde yeniden tekrarlama eğilimi gösterir, bu nedenle senkop geçiren bir hastanın tetikleyici etmenlerden uzaklaştırılması önerilir (16).

Olgu 4

Sekiz yaşında kız hasta, son 1 yıl içinde 3 defa 'kendinden geçme' şikayeti ile başvurdu. Anamnezinde hastanın ayakta saçlarını taramaya başladığı zaman bayıldığı öğrenildi. Ayrıntılı kardiyolojik muayenede patoloji saptanmadı. Biyokimyasal tetkikleri, EEG'si ve kraniyal MRG'si normal bulundu. Bu bulgular ışığında hastaya vazovagal senkop tanısı konularak, saçlarını oturarak taraması önerildi. Son 15 aydır hastanın yeni atağı olmadı.

Kardiyopulmoner senkop

Kardiyak kökenli senkoplar vasküler kökenlilere göre küçük yaşlarda daha siktir. Kardiyovasküler nedenli senkoplar çoğu kez bilinen bir kalp hastalığı olan hastada yatarken, fiziksel bir egzersiz sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilir. Taşiaritmi, bradiaritmi ile giden, kalbin kan pompalama gücünün düştüğü hastalıklarda görülmektedir (14).

Olgu 5

Dokuz yaşında erkek hasta, son 3 yıl içinde 5 kez atonik

nöbet tarif ediyor. İkinci atonik nöbet sonrası valproik asit tedavisi başlanılan hastanın fizik muayenesinde aritmisi saptandı. Yirmidört saatlik Holter ritm takibinde II. derece tam blok tanısı ile "Pace maker" takıldı, valproik asit kesildi. Bu tarihten itibaren hastanın yeni atağı gözlenmedi.

Serebrovasküler senkop

Çocukluk çağında görülen bu senkopun etiyojisinde vertebrobaziler arter sisteminde yetmezlik, subklaviyan çalma sendromu, migren, Takayasu hastalığı gibi beyin damarlarını etkileyen hastalıklar yer alır (3,6,14).

Ortostatik hipotansiyon

Bu senkoplar daha çok uzun boylu, astenik yapılı adolesanlarda görülür. Ani ayağa kalkmalarda ya da uzun süre ayakta durma sırasında sistolik basıncın düşmesi, aynı zamanda diyastolik basıncın artması ile iki basınç arasındaki farkın 10 mmHg'dan aza indiği, hatta sıfırlandığı durumlarda kollaps gelişir. Erkeklerde daha siktir (3,5,6,14).

b- Hareket bozuklukları

Hareket bozuklukları ve epilepsi bazen benzer paroksimal olaylara yol açabilmektedir. Ancak çoğu kez klinik kriterler ile iki durum birbirlerinden ayırt edilebilir. Genellikle hareket bozuklukları uykuda gözlenmezler, atak öncesinde, anında, ve sonrasında bilinç değişiklikleri olmaz, istemli olarak kısa bir süre de olsa kontrol edilebilirler. Hareketlerin karakteri tonik veya klonikten çok tremor, kore veya distoni olarak tarif edilebilir (3,9).

Tik

Tikler genellikle ani, bir veya birden çok kas grubunu etkileyen, istemli olarak kısa bir süre de olsa kontrol edilebilen hareketlerdir. Göz kırıştırmaya, baş sallama, basit tik grubuna girer. Birden fazla motor komponentin eşlik ettiği, ilerleyen yaşlarda verbal tiklerin de tabloya eklendiği "Tourette" sendromu kompleks tiklere örnektir. Patogenezinde postenfeksiyöz, immünolojik etmenlerden bahsedilmektedir. Epilepsi ile nadir de olsa karışabilir.

Paroksimal koreatetoz

Hayatın ilk yıllarında ortaya çıkarlar. İki klinik şekli mevcuttur: Uyarı ile paroksizmanın başladığı paroksizmal kineziyenik koreatetoz ve distonik karakterde olan ailevi paroksizmal distonik koreatetoz. Kineziyenik form, 3-5

dakika sürer, gün içinde 100 den fazla tekrarlar. Hareket uyarıcıdır, fenitoine ve barbiturata yanıt verir. Distonik formda ataklar gün içinde 3-4 kez tekrarlayarak 24 saat kadar sürebilmektedir. Alkol, stres, yorgunluk, kafein uyarıcıdır. Klonazepam yanıt verir. Elektroensefalogram her iki formda da normaldir (3,9).

c- Migren

Migren hem çocuklarda hem de yetişkinlerde en sık görülen süreğen tekrarlayıcı baş ağrılarıdır. Migren patogenezi tam bilinmemektedir, hücre membranlarının ya da damar düzenleyici unsurların paroksizmal dengesizliklerine bağlı olduğu düşünülmektedir. Enflamatuvar mediyatörlerin salınımı ve intraserebral arteriyel konstrikasyon evresini izleyen bir ekstrakraniyal evre ve bazen de intrakraniyal arteriyel dilatasyon evresi ile karakterizedir. Migrenin karakteristik semptomu baş ağrısından hemen önce olan ve 15-20 dakika süren görsel auradır. Görsel aura noktalar, ışık çakmaları ya da bir görme alanında oynayan ışık demetleri atakları şeklindedir. 'Komplike migren' de birkaç saat süren, ancak tamamen iyileşen geçici nörolojik disfonksiyon atakları görülür. Hastalarda tipik olarak tekrarlayan hemiparezi atakları, geçici amaroz, oftalmopleji ya da konfüzyon olabilir (3,5,6).

d- Alternan hemipleji

Çoğu kez çocuk uykudan uyandıktan sonra, üst ekstremiterde daha belirgin olan hemipleji-distoni atakları şeklindedir. Genellikle ilk atak 18. aydan önce ortaya çıkar. Otozomal dominant geçişin olduğu vakalar bildirilmiştir. Kraniyal MRG ve EEG'ler çoğunlukla normaldir. Todd parezisi ile karışabilir. Tekrarlayan ataklarda taraf değişikliği olabilir. Uyku esnasında etkilenen ekstremitelerde hareketler görülebilir iken, uyku sonrası hemipleji devam eder ve atak 3 gün kadar sürebilir. Tekrarlayan ataklar sonucu hastalarda mental gerileme olabilir. Antiepileptiklerin, tedavide yararı yoktur. Kalsiyum kanal blokerlerinin kullanılması önerilmektedir (17).

Olgu 6

On beş aylık erkek hastaya, 11 aylık iken uykudan uyandıktan sonra sol kolunu kullanmama yakınması nedeni ile EEG ve kraniyal MRG çekilmiş ancak sonuçları normal bulunmuştu. Bir hafta sonra aynı yakınma tekrarlayınca önce fenobarbital daha sonra nöbetlerin devam etmesi üzerine karbamazepin başlanılmıştı. Ancak mevcut tedavilerin iki gün kadar süren

atakların sıklığını etkilemediği gibi sağ kolunda da benzer ataklar görülmeye başlanması üzerine hasta kliniğimize sevk edildi. Anamnezde uykudan kalktıktan sonra bazen sol, bazen sağ kolunu kullanamadığı, ikinci günün sonuna doğru normal hareketini kazandığı ifade ediliyordu. Annenin bir başka gözlemi ise atak döneminde uykuda etkilenen kolunda hareket olması idi. Hastanın EEG, kraniyal MRG, manyetik rezonans anjiyo ve "single pozitron emisyon komputize tomografisi" (SPECT) incelemelerinde patoloji saptanmadı. Alternan hemipleji tanısı ile hastanın aldığı antiepileptikler kesildi. Düşük doz kalsiyum kanal blokeri başlandı. Son altı aydır yeni atak gözlenmedi.

e- Psikojenik nöbet

Genellikle ergenlikte görülmeye başlar. Uzun bir dalma, uyarılara yanıtsızlık sonrası el ve ayaklarda asenkron tonus kaybı ile seyreder. Sıklıkla düşme esnasında yaralanma olmaz. Aşırı heyecan, üzüntü, olayı uyarabilir. Daha önce epileptik nöbet geçiren bazı hastalar da ikincil kazanç amacı ile nöbeti taklit edebilirler. Tanı koymanın son derece zor olduğu bu hastaların bir kısmı epilepsi merkezlerinde dirençli epilepsi tanısı ile izlenebilmektedir. Ayırıcı tanıda Video-EEG önemlidir (18,19).

Olgu 7

İlk kez 1 ay önce başlayan ve başvuru anına kadar toplam 7 kez tekrarlayan, yaklaşık 3-5 dakika kadar süren her iki kolunda çırpınma, gözlerini yukarıya dikme, düşme ve başını çarpma yakınması olan 11 yaşındaki kız hastanın, fizik muayenesinde sol kolunda ve bileğinde yumuşak doku zedelenmesi dışında özellik saptanmadı. Bir saatlik bir postiktal dönem sonrasında bilinci tümü ile yerine geldi. Biyokimyasal incelemeleri ve kraniyal MRG'si normal bulunan hastaya, EEG'sinde frontal lob epilepsisi ile uyumlu bulgular saptanması üzerine antiepileptik tedavi başlandı. Onbeş gün içinde tam nöbet kontrolü sağlanan olgu iki ay sonra benzer yakınmalarının tekrar başlaması üzerine polikliniğimize başvurdu. Kontrol EEG'sinde patoloji saptanmadı. Ancak yeni nöbetlerinde yere sert düşmelerinin olmadığı ifade ediliyordu. Video-EEG esnasında benzer atakları olan hastanın EEG değerlendirmesi normal bulundu. Psikolojik değerlendirmede olgunun ağır davranış sorunları olduğu saptandı. Hasta, psikojenik ve epileptik nöbet tanıları ile takibe alındı. Psikolojik destek ve antiepileptik tedavi ile 11 aydır yeni atağı gözlenmedi.

Kaynaklar

1. Paolicchi JM. The spectrum of nonepileptic events in children. *Epilepsia* 2002; 43 Suppl 3: 60-4.
2. Lessr RP. Psychogenic seizures. *Neurology* 1996; 46: 1499-507.
3. Resnick T. Nonepileptic events simulating seizures in childhood. In: Maria BL.(ed). *Current Management in Child Neurology*. Ontario, B.C. Decker , 1999: 159- 62.
4. Daoust-Roy J, Seshia S. Benign neonatal sleep myoclonus: a differential diagnosis of neonatal seizures. *Am J Dis Child* 1992;146:1236- 41.
5. Narchi H. The child who passes out. *Pediatr Rev* 2000; 21: 384- 8.
6. Smith PE. If it's not epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001; 70: 119- 24.
7. Drigo P, Carli G, Laverda AM. Benign paroxysmal vertigo of childhood. *Brain Dev* 2001; 23: 38- 41.
8. Drigo P, Carli G, Laverda AM. Benign paroxysmal torticollis of infancy. *Brain Dev* 2000; 22: 169- 72.
9. Özgür T. Nonepileptik paroksimal fenomenler. *Ege Üniversitesi Basımevi Bornova-İzmir*: 1995.
10. Guillemainault C, Pelayo R. Narcolepsy in children: a practical guide to its diagnosis, treatment and follow-up. *Paediatr Drugs* 2000; 2: 1- 9.
11. Guillemainault C. Narcolepsy and its differential diagnosis. In: Guillemainault C (ed). *Sleep and its disorders in children*. New York, Raven Press, 1987: 181- 94.
12. Roberts R. Differential diagnosis of sleep disorders, non-epileptic attacks and epileptic seizures. *Curr Opin Neurol* 1998; 11: 135- 9.
13. Tanel RE, Walsh EP. Syncope in the pediatric patient. *Cardiol Clin* 1997; 15: 277- 94.
14. Zaidi A, Clough P, Cooper P, et al. Misdiagnosis of epilepsy: many seizure-like attacks have a cardiovascular cause. *J Am Coll Cardiol* 2000; 36: 181- 4.
15. Chaves-Carballo E. Syncope and paroxysmal disorders other than epilepsy. In: Swaiman K, Ashwal S (eds). *Pediatric neurology: principles and practice*. St. Louis Mosby, 1999: 763- 72.
16. Parry SW, Kenny RA. The management of vasovagal syncope. *QJM* 1999; 92: 697- 705.
17. Mikati MA, Kramer U, Zupanc ML, Shanahan RJ. Alternating hemiplegia of childhood: clinical manifestations and long-term outcome. *Pediatr Neurol* 2000; 23: 134- 41.
18. Irwin K, Edwards M, Robinson R. Psychogenic non-epileptic seizures: management and prognosis. *Arch Dis Child* 2000; 82: 474- 8.
19. Bowman ES. Pseudoseizures. *Psychiatr Clin North Am* 1998; 21: 649- 57.