

Gebelikte Noneklamptik İlk Epileptik Nöbet (Gestasyonel Epilepsi)

Baha Oral¹, Karsel Ertekin²

¹Yard.Doç.Dr., SDÜ. Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, ISPARTA.

²Uzm. Dr., Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hast., Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İSTANBUL.

Özet

Gebelikte ilk kez ortaya çıkan şuur kaybı ve/veya konvulzif atak durumlarında başta eklampsi ile olmak üzere ayırıcı tanı yapılması gerekmektedir.

Epilepsi ilk kez gebelikte ortaya çıkabilir. Gestasyonel epilepsi olarak bilinen bu grupta hastaların üçte ikisinden fazlası sadece tek bir konvülsiyon geçirir. İzole nöbeti olan bir hastada basit tıbbi ve nörolojik araştırmalar ile rekürrens riskinin tahmini gerekmektedir ve antikonvülzan drug tedavisi tartışmalıdır.

Kliniğimizde teşhis edilen nadir bir gestasyonel epilepsi olgusunu sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Gestasyonel epilepsi, Antikonvülzan tedavi, Rekürrens riski

The First Noneclamptic Epileptic Seizure In Pregnancy (Gestational Epilepsy)

Abstract

A differential diagnosis including eclampsia should be made in case of a single convulsion and/or loss of consciousness occurring during pregnancy.

Epilepsy may appear for the first time during pregnancy. In this group which is also known as gestational epilepsy, more than two-thirds of patients will have only a single convulsion. Simple medical and neurologic investigations and estimation of risk of recurrence are indicated in a patient who has an isolated seizure. Anticonvulsant drug treatment is controversial.

Our purpose was to present such an unusual case of gestational epilepsy diagnosed at our hospital.

Key Words: Gestational epilepsy, Anticonvulsant treatment, Risk of recurrence.

Epilepsinin yaşa spesifik yıllık insidansı doğurganlık periyodu süresince yaklaşık 40/100000 olarak bildirilmiştir (1). Bu nedenle kadınların bir kısmında non-eklamptik nöbetlerin gebelikte olma şansı olasıdır. Fakat gebeliğin epilepsiyi başlattığına ilişkin istatistiksel bir çalışma yoktur (1).

Değişik bir durum da non-eklamptik nöbetlerin ilk kez gebelikte ortaya çıkması, doğumdan sonra remisyon olması ve sonraki gebelikte tekrarlamasıdır.

Knight ve Rhind bir çalışmalarında 153 gebelik boyunca 59 epileptik kadın arasında bu türden sadece 2 olgu bildirmişlerdir.

Gestasyonel epilepsi olarak adlandırılan ve gebelik döneminde sadece tek bir konvulzif atağın olduğu olgular bildirilmiştir (3).

Geçici şuur kaybı nedeniyle acil servise getirilen hastalarda ayırıcı tanı önemlidir.

Ayırıcı tanıda: 1)Eklampsi, 2)Epilepsi, 3)Vazovagal veya psikojenik senkop, 4)Migren, 5)Geçici iskemik atak, 6)Kardiyak sebepler, 7)Alkol alımı, 8)Hipoglisemi, 9)İlaç bağımlılığı, 10)Periyodik ağrı sendromları, 11)Narkolepsi-katapleksi sendromları, 12)Gece kabusları, 13)Nedeni bilinmeyenler göz önüne alınmalıdır (4).

Biz de kliniğimizde rastladığımız bu tür nadir bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Hasta 18 yaşında, 10 aylık evli, primigravid. Mide bulantısı ve halsizlik şikayeti ile hastanemiz Doğum Acil Polikliniği'ne müracaat etti. Anamnezinde S.A.T.'ne göre 25 haftalık gebe olduğu, sabah saat 08.00'den itibaren bulantı ve kusmasının olduğu, özgeçmişinde herhangi bir konvulzif nöbet, çocukluğunda febril konvülsiyon olmadığı, aile öyküsünde epileptik bir kişinin olmadığı öğrenildi.

Hastada müracaat anında tansiyon arteryel 120/70mm.Hg., nabız 88/dakika, solunum sayısı 18/dakika, ateşi 36,5° C. idi. Bilinç açık fakat kooperasyon kurmakta güçlük çekiliyordu. Hasta ultrasonografik inceleme sırasında yaklaşık 3 dakika süren tonik-klonik tipte konvülsiyon geçirdi. Acil solunum yolu açıldı. İntramusküler 10 mg. Diazem uygulandıktan sonra Doğumhane eklampsi odasına nakledildi.

Yapılan değerlendirmede: Genel durum kötü, şuur kapalı, TA.140/70mm.Hg, Nabız 90/dakika, ense sertliği yok, Babinsky negatif, diğer sistemlerde özellik yok. 10 mg. Diazem IV. bolus ve oksijen verilmesini takiben 4,5 gr. IV. başlangıç ve 1,8 gr./saat idame dozu şeklinde magnezyum sülfat tedavisine başlandı. Laboratuvar bulgularında: Kan grubu B Rh. (+) olup hemogram ve biyokimya değerleri normal sınırlarda idi. PO2 105 mm.Hg, pCO2 64,1 mm. Hg, pH. 7,1 idi. Tam idrar tahlilinde özellik yoktu. Ultrasonografik ölçümler 25 haftalık gebelikle uyumlu idi. Fetal bradikardi mevcuttu.

Hastanın eklampsi odasında takibinde arteryel tansiyonunun normal olması, proteüri saptanmaması, biyokimya değerlerinin normal sınırlarda olması nedeniyle eklamptik konvülsiyon tanısından uzaklaşıldı.

Yapılan Nöroloji konsültasyonunda nörolojik defisit saptanmadı. Manyetik Rezonans incelemede "Partial Empty Cella" mevcuttu. EEG: Beynin temel bioelektrik aktivitesi normal, yeterli; fokal kortikal lezyon veya epileptiform faaliyete delalet edecek bir bulguya rastlanmadı. Hiperventilasyon tablodan bir

değişiklik yapmadı. Hastaya herhangi bir antiepileptik ajan tedavisine başlanmadı. Epilepsi polikliniğinde takibe alınması uygun görüldü.

Sonraki antenatal kontrolleri normal seyreden hasta 29,5 haftalık gebe iken arabada normal spontan vaginal olarak 1650 gr. 6 APGAR'lı kız bebek doğurması üzerine tekrar hastanemize yatırıldı. Postpartum dönemde klinik ve laboratuvar bulguları normal seyreden hasta 2. günde epilepsi polikliniğinde takip olmak üzere taburcu edildi.

Hasta postpartum 6 ay süre ile nöroloji polikliniğinde takip edildi. Bu dönem içinde herhangi bir ilaç kullanmadı ve nöbet geçirmedi..

Tartışma

Gebelikte ilk kez olan nöbetlere yaklaşım diğer zamanlarda olanlardan farklı değildir. EEG, MRI, iyi karın koruması yapılarak CT çekilir. Eklampsi olmayan tek bir nöbet bunu izleyen başka nöbetler olmayabileceğinden epilepsi tanısı koydurmaz. Tek bir nöbet geçiren hastanın ileride nöbetlerinin olup olmayacağını, böylece epilepsi tanısının kesinleşeceğini ve profilaktik antikonvülzan ilaç tedavisine gerek olup olmayacağını zaman ortaya koyacaktır. Bazı doğum hekimleri gebelikte tek bir konvülsiyonu takiben antikonvülzan tedaviye başlamayı tercih ederlerse de bir başka grup en az 2 nöbet olmadan antikonvülzan tedaviyi önermemektedir (en azından gebelik dışı dönemde). Bununla birlikte pek çok hekim tek bir nöbeti takiben antikonvülzan ilaç tedavisine başlamayı ve doğum sonrası tekrar nörolojik konsültasyonu tercih etmektedirler. Bu yaklaşım önemlidir; çünkü Gestasyonel Epilepsi diye adlandırılan bir grup hastada sadece tek bir konvülsiyon olacaktır ve tedavinin devamı gereksiz olacaktır.

Herhangi bir nörolojik bulgusu olmayan ve genel durumu iyi olan bir yetişkinde tıbbi ve nörolojik bir değerlendirme gerekir. Bu değerlendirme hematolojik, biyokimyasal testler, EEG ve özellikle gebe olmayan hastada kafa MRI ve AC. grafisini kapsar. Eğer bu testlerin sonucunda kayda değer bir bulgu saptanamamışsa antikonvülzan ilaç tedavisi tartışmalıdır (3).

Aminoff tedavinin en azından ikinci bir atak oluncaya kadar ertelenmesini önermektedir (3). İki veya daha fazla atak geçiren gebe kadınlarda profilaktik antikonvülzan ilaç tedavisine başlanmalıdır. Progresif öykü, anormal nörolojik bulgular veya fokal EEG bozukluğu olanlarda kranyum MRI incelemesi ile alta yatan strüktürel bir lezyon olup olmadığı araştırılmalıdır.

Profilaktik antikonvülzan ilaç tedavisi gerekli ise hasta en az 4-5 yıl nöbetsiz kalana kadar tedaviye devam edilmelidir. Nöbetin tipine göre ilaç seçilmelidir. Tedaviye en düşük dozda başlanmalı ve nöbetler kontrol altına alınana veya kan seviyesi optimal terapötik sınıra ulaşana kadar doz artırılmalıdır. Terapötik sınırdan nöbet kontrol altına alınamazsa ilaç bir diğeriyle değiştirilmelidir.

NGPSE (National General Practise Study of Epilepsy) ilk ataktan sonra rekürrens için bazı risk faktörleri belirlemiştir. Bu faktörler: 1)Yaş, 2)Cinsiyet 3)Nöbetin tipi, 4)Fizik muayene bulgularının varlığı, 5)Akut semptomatik nöbetler, 6)Febril nöbet öyküsü, 7)Aile öyküsü, 8)İlk nöbetin gün içinde oluş saati 9)EEG bulguları, 10)Görüntüleme bulguları,

11)Diğer araştırmalar şeklindedir (4, 5). Bu risk faktörlerine göre bizim hastamız 18 yaşında olup, yaşa göre rekürrens riski ilk 3 yılda %73'dür. 0-15 yaş ve 60 yaşın üstündeki hastalarda rekürrens riski %83 olup hafifçe daha yüksektir (6).

Hastamız generalize tonik-klonik nöbet geçirmiştir. Bu tip nöbetlerde 3 yıllık rekürrens riski %72'dir. Parsiyel nöbetlerde bu risk % 94'dür. (6,7). Hastamız akut semptomatik nöbet geçirmemiştir. Yani felç, kafa travması, SSS enfeksiyon öyküsü yoktur. Pozitif öyküsü olmayanlarda rekürrens ilk 12 ayda % 1 20 ayda % 17'dir. Pozitif öyküsü olanlarda bu değerler sırasıyla % 28 ve % 34'dür (8).

Hastamızda serebral palsy veya mental retardasyon gibi fizik muayene bulgusu yoktur. Bu bulgunun olduğu hastalarda 1. Yılda rekürrens % 92 olarak bildirilmektedir (8).

Febril öykü olanlarda nonfebril ilk nöbetten sonra rekürrensin arttığını gösteren bir bulgu yoktur (7). Hastamızın da febril öyküsü yoktur.

Hauser ve ark.larının bir çalışmasında idiopatik vakalarda multivariate risk oranlarına göre ailede epilepsi öyküsü olanlarda oran 2,51, olmayanlarda 0,95 olarak bildirilmiştir (9). Hastamızda aile öyküsü yoktu.

Hopkins ve ark.ları gece yarısı 12 ile sabah saat 9 arasında olan nöbetlerde rekürrensin daha sık olduğunu bildirmişlerdir (5). Bizim hastamızın nöbeti öğle saatlerinde olmuştur.

Van Donselaar ve ark.ları bir çalışmalarında ilk nöbetten sonra EEG bulgularına göre tedavi düzenlemeyi öngörmüşlerdir (10). 15 yaşın üstündeki 165 hastayı kapsayan bu çalışmada, EEG anormallikleri olanlarda 2 yılda rekürrens % 40, olmayanlarda % 25 olarak bildirilmiştir. EEG anormalliği ise epileptik nöbet geçirenlerin ancak % 11'inde saptanmıştır. Bizim hastamızda EEG anormalliği mevcut değildi.

CT veya MRI anormalliği olanlarda erken rekürrens riski çok daha fazladır (5). Bizim hastamızda CT normal bulundu.

Pek çok hekim hastalarına tek bir nöbetin epilepsi olmadığını söyleyerek bekleme ve takip etme politikasını önermektedir. Bununla birlikte antiepileptik tedaviye başlanmayan veya tedavinin herhangi bir döneminde kendi isteği ile ilaç tedavisini bırakan hastalarda rekürrens daha fazladır (uyumsuz grupta % 27, uyumlu grupta

% 15). İlk iki yılı nöbetsiz geçirenlerin oranı ise tedavi grubunda % 74,7, tedavi edilmeyen grupta % 49,2 olarak bildirilmiştir (11, 12).

Rekürrens riskini arttırdığı bildirilen risk faktörlerinden hiçbirinin hastamızda olmaması ve hastamızın gebe olması sebebiyle biz de beklemeyi ve yakın takip etmeyi tercih ettik. Unutulmaması gereken nokta, nöbet geçiren bir gebede ayırıcı tanı dikkatle yapılmalı, eklampsi ve organik sebepler ekarte edildikten sonra gebe yakından izlenmelidir.

Kaynaklar

1. Hopkins A: *Epilepsy, menstruation, oral contraception and pregnancy*. In: Hopkins A, Shorvon S, Cascino G, editors. *Epilepsy*. 2nd ed. London: Chapman and Hall, 1995: 521-533.
2. Knight AH, Rhind EG. *Epilepsy and pregnancy: A study of 153 pregnancies in 59 patients*. *Epilepsia* 1975;16:99
3. Aminoff MJ: *Neurologic disorders: Effects of Pregnancy on Seizure Disorders*. In: Creasy RK, Resnik R, editors. *Maternal-Fetal Medicine*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1994: 1071-1100.
4. Hopkins A: *The first seizure and diagnosis of epilepsy*. In: Hopkins A, Shorvon S, Cascino G, editors. *Epilepsy*. 2nd ed. London: Chapman and Hall, 1995: 105-121
5. Hopkins A, Garman A, Clarke C. *The first seizure in adult life: value of clinical features, electroencephalography and computerised tomographic scanning in prediction of seizure recurrence*. *The Lancet* 1988; I: 721-26.
6. Hart YM, Sander JWAS, Johnson AL, Shorvon SD. *National General Practise Study of Epilepsy: recurrence after a first seizure*. *The Lancet* 1990; 336: 1271-4.
7. Berg AT, Shinnar S. *The risk of seizure recurrence following a first unprovoked seizure: a quantitative review*. *Neurology* 1991; 41: 965-72.
8. Hauser WA, Anderson VE, Loewenson RB, McRoberts SM. *Seizure recurrence after a first unprovoked seizure*. *New England Journal of Medicine* 1982; 307: 522-8.
9. Hauser WA, Rich SS, Annegers JF, Anderson VE. *Seizure recurrence after a first unprovoked seizure: an extended follow up*. *Neurology* 1990; 40: 1163-70.

10. Van Donselaar CA, Geerts AT, Schimshneider RJ. Idiopathic first seizure in adult life: who should be treated? *British Medical Journal* 1991; 302: 620-3.
11. The First Seizure Trial Group. Randomised clinical trial on the efficacy of antiepileptic drugs in reducing the risk of relapse after a first unprovoked tonic-clonic seizure. *Neurology* 1993; 43: 478-83.
12. Pillai M, Menticoğlu S: *Neurological Diseases*. In: James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B, editors. *High Risk Pregnancy: Management Options*. 5th ed. London: W.B. Saunders Company, 1996: 399-432

Yazışma Adresi

Yard. Doç. Dr. Baha Oral

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı,

Tel: 0246-2326657

ISPARTA.