

# Epileptic Seizure and Non epileptic Psychogenic Seizure Differential Diagnosis in Primary Health Care

## Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Epileptik Nöbet ve Non Epileptik Psikojen Nöbet Ayırıcı Tanısı

*Mehmet Balal<sup>1\*</sup>, Turgay Demir<sup>1</sup>, Hacer Bozdemir<sup>1</sup>*

### ABSTRACT

Epileptic seizure (ES) and non-epileptic psychogenic seizure (NEPS) are one of the clinical situations where diagnostic confusions are experienced most frequently in neurology practice. Diagnostic errors lead to wrong treatment regimes that may take many years, drug side effects, additional financial burdens and negative effects in social life. ES and NEPS differential diagnosis are also the most common problems encountered at family health centers as well as at neurology clinics. Careful history taken from patient and his relatives, detailed neurologic examination are very important in reaching a correct diagnosis and treatment. In this study, it was aimed to review symptoms and results that may be used in EN and NEPS differential diagnosis at family health centers in the light of current literature.

**Key words:** Epileptic seizures, non-epileptic psychogenic seizure, differential diagnosis, primary health care, family health center.

### ÖZET

Epileptik nöbet (EN) ve non epileptik psikojen nöbet (NEPN), nöroloji pratiği içerisinde tanı karmaşasının en sık yaşandığı klinik durumlardan biridir. Yanlış tanı, uzun yıllar sürebilen yanlış tedavi rejimlerine, ilaç yan etkilerine, ek mali yüklerle ve sosyal yaşamda olumsuz etkilere yol açmaktadır. EN ve NEPN ayırıcı tanısı, nöroloji kliniklerinin yanı sıra aile sağlığı merkezlerinde de sıkça karşılaşılan problemlerin başında gelmektedir. Hasta ve yakınlarından alınan dikkatli öykü, ayrıntılı nörolojik muayene doğru tanı ve tedaviye ulaşmada oldukça önemlidir. Bu derlemede, aile sağlığı merkezlerinde EN ve NEPN ayırıcı tanısında kullanılacak semptom ve bulguların güncel literatür bilgisi ışığında gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Epileptik nöbet, non epileptik psikojen nöbet, ayırıcı tanı, birinci basamak sağlık hizmetleri, aile sağlığı merkezi.

---

Received / Geliş tarihi: 10.02.2016, Accepted / Kabul tarihi: 28.02.2016

<sup>1</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Adana, \*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Mehmet Balal, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Adana- TÜRKİYE, E-mail: memet\_balal@hotmail.com

Balal M, Demir T, Bozdemir H. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Epileptik Nöbet ve Non Epileptik Psikojen Nöbet Ayırıcı Tanısı. TJFM&PC, 2016;10(2):105-108.

DOI: 10.5455/tjfmpe.217587



## GİRİŞ

Epileptik nöbetler (EN), beyinde gri maddeden köken alan anormal nöronal deşarjlar sonucu, klinik bulgular ve semptomların ortaya çıkmasıdır<sup>1</sup>. Epilepsi ise, epileptik nöbetlerin tekrarlayıcı olması durumudur<sup>2,3</sup>. Epilepsi, serebrovasküler hastalıklardan sonra en sık görülen nörolojik hastalıktır<sup>4</sup>. Yapılan çalışmalarda, epilepsi prevalansı 4-18/1000 olarak bildirilmektedir<sup>5,6</sup>. Etiyolojik nedenler açısından epilepsiler, primer (idiopatik) ve sekonder olarak iki temel gruba ayrılır. Primer olanlar daha sık görülür, genelde erken yaşta başlar ve olgularda genetik yatkınlık söz konusudur<sup>6,7</sup>. Sekonder olan epilepsiler, beyinde yer kaplayıcı oluşumlar, kafa travmaları, serebrovasküler hastalıklar, santral sinir sistemi enfeksiyonları, endokrin ve metabolik hastalıklar, alkol ve madde kullanımı veya yoksunluğu gibi altta yatan birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilir<sup>6,7</sup>. Nöbet sınıflaması, temel olarak nöbet semiyolojisine göre yapılır. EN'ler beyinde köken aldığı bölgeye göre, duyu, davranış ve bilinç değişiklikleri ile kendini gösterir. Nöbetler, beynin belirli bir bölgesine lokalize ise parsiyel nöbetler ortaya çıkar ve sıklıkla bilinç bozukluğu eşlik etmez. Epileptik deşarj, belirli bir bölgeden başlayıp tüm beyin dokusuna yayılıyorsa jeneralize nöbetten bahsedilir ve tabloya bilinç kaybı da eşlik edebilir<sup>6,7,8</sup>.

Literatürde histeroepilepsi, psödonöbet, histerik nöbet, disosiyatif bozukluk adları ile de anılan NEPN'ler, anormal nöronal deşarjların eşlik etmediği, davranış olarak prezente olan epileptik nöbetlere benzeyen nöbetlerdir<sup>3,9,10</sup>. NEPN'lerin toplumdaki sıklığı 1/3000-5000 civarındadır<sup>11</sup>. Her ne kadar prevalansı epilepsiden az olsa da, sık tekrarlama eğilimi nedeniyle acil servisler, aile sağlığı merkezleri ve nöroloji kliniklerine ciddi iş yükü getirirler. Tedaviye dirençli nöbet öyküsü ile epilepsi merkezlerine başvuran hastaların % 10-30'nu NEPN'li hastalar oluşturur<sup>12,13,14</sup>.

Sorunun bir başka boyutu ise, her iki nöbet tipinin aynı hastada bir arada olmasıdır. Yapılan çalışmalarda her iki nöbet türünün % 5-40 oranında bir arada olabileceğini bildirmektedir<sup>15,16,17,18</sup>. Nöbet geçirme yakınması ile başvuran öykü ve nörolojik muayene ile EN-NEPN ayırıcı tanısının yapılamadığı hastalarda, video-elektroensefalografi monitarizasyon (VEM) tanı da altın standarttır<sup>7,19</sup>. Bu yöntem, yeterli süre uygun antiepileptik tedaviye rağmen sıklığında azalma olmayan hastalara önerilmektedir<sup>19</sup>. Ancak bu yöntemin az sayıda özelleşmiş merkezde bulunması, pahalı bir yöntem olması ulaşılabilirliğini zorlaştırmaktadır. EN tanısı ile takip edilen NEPN'li hastalar, ortalama 7,2 yılda tanı almaktadırlar<sup>15</sup>. Bu durum NEPN'li hastaların epilepsi tanısı ile uzun yıllar boyunca yanlış tedavi rejimlerine maruz kalmasına, ek mali yüklerle, ilaç yan etkilerine ve sosyal yaşamda olumsuzluklara neden olmaktadır<sup>20,21</sup>.

## Epileptik nöbet ve non epileptik psikojen nöbet ayırıcı tanısı:

Nöbet öyküsü ile başvuran bir hastada cevaplanması gereken temel soru; nöbetin epileptik olup olmadığıdır<sup>7</sup>. Her ne kadar epilepsi tanısı için EEG, VEM, serebral manyetik rezonans (MR) görüntüleme, beyin perfüzyon sintigrafisi gibi birçok yardımcı tanı yöntemi olsa da, tanıda en önemli ilk adım hasta ve yakınlarından alınan doğru öykü ve dikkatli nörolojik muayene yanı sıra nöbetin semiyolojik olarak kaydedilmesidir<sup>22</sup>. Nöbetin zamanı, süresi, ortaya çıkış şekli, semiyolojisi, presipitan faktörler, sekonder kazançlar ve nöbetin indüklenebilir olması gibi, pek çok neden ayırıcı tanı için ipuçları verir. Nöbetin görüntüsüne ulaşılamadığı olgularda (Tablo 1)'de görülen ipuçları yardımcı olacaktır<sup>7, 23</sup>.

**Şekil 1. Epileptik nöbet ve Non epileptik psikojen nöbet belirti ve bulguları.**

Belirti ve bulgular	Epileptik Nöbet	Non Epileptik Nöbet	Psikojen
Psikiyatrik komorbidite	Sık	Seyrek	
Sekonder kazanç	Sık	Seyrek	
Antiepileptik tedaviye yanıt	Genellikle var	Yok	
Nöbet başlangıcı	Ani	Kademeli	
Yaralanma	Sık	Nadir	
İdrar kaçırma	Var	Nadir	
Süre	1-2 dakika	10-15 dakika	
Göz açmaya direnç	Yok	Var	
Nöbet zamanı	Uyku-uyanıklılık	Uyanıklılık	
Dil ısırma	Olabilir(dilin laterali)	Nadir (dil ucu)	
Motor hareketler	Uzamış ve koordineli	Kısa ve unkoordine	
Siyanoz	Olabilir	Yok	
Refleks değişiklikler	Var	Yok	
Pupil dilatasyonu	Var	Yok	
Nöbet tipi	Genellikle aynı	Değişken	
Postiktal konfüzyon	Sık	Yok	

**1. Yaş ve cinsiyet;** EN'ler ve NEPN'ler her iki cins ve yaşta görülse de, NEPN'ler sıklıkla genç erişkin kadınları etkiler. Gelişmiş ülkelerde yapılan bazı çalışmalarda, NEPN kadınlarda, erkeklerden 10 kat daha fazla görüldüğü ve hastaların çoğunun 3-4. dekada olduğu bildirilmiştir<sup>24,25</sup>. Tütüncü ve arkadaşlarının, acil servise NEPN ile başvuran hastaların, bir yıllık izlenimini yaptığı çalışmada hastaların % 97,4'nün kadın olduğu bildirilmiştir<sup>26</sup>.

**2. Psikiyatrik komorbidite;** NEPN'li hastalarda sıklıkla çevresel ve psikojen nedenler varken, bu durum EN'de mutad bir durum değildir. NEPN'ler psikolojik bozuklukların duyu, davranış biçimi şeklinde yansıtılmasıdır<sup>3,7,9,10</sup>. Tütüncü ve arkadaşlarının çalışmasında, hastaların % 73'ü en sık majör depresyon

olmak üzere ek psikiyatrik tanılar almışlardır<sup>26</sup>. Bir başka çalışmada ise, hastaların % 70'inde ikiden fazla psikiyatrik bozukluk saptanmış; hastaların % 91'i dissosiyatif bozukluk, % 64'ü duyu durumu bozukluğu, % 47'si anksiyete bozukluğu ve % 49'u posttravmatik stres bozukluğu tanısı almıştır<sup>27</sup>. NEPN'li erişkin hastalarda yapılan bir çalışmada, çocukluk çağında cinsel istismara uğrayan hasta oranı %24 olduğu bildirilmiştir<sup>7,28</sup>.

**3. Antiepileptik ilaç tedavisine yanıtızsızlık;** epilepsi hastaları, genel olarak bir antiepileptik ilaç ile tedaviye % 50 civarında yanıt verirken, NEPN'li hastalar antiepileptik tedaviye cevap vermezler<sup>29</sup>. Sorgulandığında, sıklıkla NEPN'li hastaların daha önceden antiepileptik tedavi aldığı ve tedaviye yanıt alınmadığı öğrenilebilir.

**4. Nöbet süresi, sıklığı ve zamanı;** nöbetlerin çok sık aralarla gelmesi ve sürekli olarak günde bir kaç defa tekrarlaması NEPN lehine daha çok görülen bir bulgudur. Ayrıca NEPN'de postiktal konfüzyon olmaması nedeni ile nöbetler arasındaki dönemde hastalar normal iken EN'li hastalarda uzamış konfüzyon ve uyku hali nedeni ile sık nöbetlerde nöbet arası dönemde bilinç bozuklukları olabilir. Genel olarak epileptik nöbetler bir kaç dakikayı geçmezken NEPN'ler çok daha uzun sürme eğilimindedir<sup>30,31</sup>. Nöbetlerin belirli yer, zaman ve kalabalık ortamda olması NEPN lehinedir. EN'de böyle bir yer ve zaman farkı genel olarak yoktur. EN uyku ve uyanıklık durumunda olurken, NEPN'ler uyanıklıkta olur<sup>3,7,9,10</sup>. Her ne kadar hastalar uykuda da olduğunu bildirseler de dikkatli bir öykü ile hastanın uykuda olmadığı belirlenebilir<sup>30,31</sup>. Uyku uyanıklık ayırımının yapılamadığı durumlarda VEM yardımcı yöntem olarak kullanılabilir<sup>7</sup>.

**5. Nöbet tipi;** EN'de deşarjın beyinde aynı bölgede olması nedeni ile nöbet tipi genel olarak aynı hastada benzer karakterde iken NEPN'de aynı hastada farklı şekillerde prezente olan NEPN'ler görülebilir<sup>3,7,32</sup>.

**6. Nöbet öncesi bulgular;** nöbetin başlangıcı epileptik hastalarda genelde ani olurken, NEPN'li hastalarda kademeli olarak başlar. Nöbet öncesi NEPN'de çılgılık atma, çarpıntı, hiperventilasyon, el ve ayaklarda uyuşmalar gibi şikayetler olurken EN'de de epigastrik duyumsamalar, dejavu, yalanma yutkunma ve ellerde otomatizmalar oluşabilir. Bazen frontal lob kökenli nöbetler NEPN'i andıracak şekilde atipik olarak ortaya çıkabilir<sup>3,7,9,10</sup>.

**7. Nöbet esnasındaki bulgular;** EN'de, nöbet tipine göre tam bir bilinç yitimi olabilirken, NEPN'de bilinç yitimi olmaz. EN'de hastalar, düşmeye bağlı olarak yaralanmalar yaşarken, NEPN'de hastalar düşseler bile genelde kontrollü düşerler ve yaralanma sıklıkla yaşanmaz<sup>3,7,30,31</sup>. EN'de genelde ekstremitelerde ortaya çıkan kasılmalar tonik, klonik veya tonik klonik karakterde ve ritmik iken, NEPN'de daha çok tonik kasılma şeklinde ve ritmik değildir. Göz kapakları açılmaya çalışıldığında NEPN'li hastalar direnç gösterirken EN'de bu durum gözlenmez.

EN'de daha çok gözlerde kayma ve göz kapağında tek taraflı klonik kasılmalar görülebilir<sup>3,7,31,32,33</sup>. Yine nöbet esnasında epileptik hastalarda, pupil dilatasyonu ve Babinski işareti olabilirken, NEPN'li hastalarda bu nörolojik bulgulara rastlanmaz. NEPN'li hastalarda, pelvik itme hareketi sık olarak görülen bir bulgu iken, epileptik hastalarda çok daha az ve daha hafif bir şekilde görülebilir<sup>3,7,31</sup>. İdrar kaçırma NEPN'li hastalarda nadiren bildirilse de, EN'de çok daha sık görülen bir bulgudur<sup>30,31</sup>. Syed ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, 45 semiyolojik bulgu VEM eşliğinde değerlendirilmiş, altı farklı semiyolojik bulgu, ayırıcı tanıda oldukça değerli bulunmuştur. Nöbetin ani başlaması, nöbet esnasında pupillerin genişlemesi ve postiktal konfüzyon EN için oldukça değerli iken, çevrenin farkında olma, çevredeki insanların varlığının nöbet şiddetini etkilemesi ve göz kırpması NEPN lehine oldukça değerli bulunmuştur<sup>34</sup>. EN'de, nöbet başlangıcında epileptik ağlamalar olabilir ve tonik klonik kasılmalarla hırıltılı solunum ile devam eder. NEPN'li hastalarda ise, nöbet esnasında daha uzun süren inleme, zorlu hiperventilasyon ile anlaşılabilir kelimeler çıkarabilirler ve genel olarak EN'e göre daha uzun sürer<sup>3,7,32,33</sup>.

**8. Nöbet sonrası bulgular;** EN'de, postiktal konfüzyon özellikle jeneralize nöbetlerde sık görülen bir bulgu iken, NEPN sonrası postiktal konfüzyon görülmez<sup>30,31,32</sup>.

## SONUÇ

EN ve NEPN ayırıcı tanısı, sadece nöroloji kliniklerinde değil, aile sağlığı merkezlerinde de sık karşılaşılan problemlerin başında gelmektedir. Bu hastaların, genelde ilk başvuru yeri olan aile sağlığı merkezlerinin, nöbet ile başvuran hastaların takip ve tedavisinde anahtar rol oynadığı şüphesizdir. Ülkemizde, aile hekimliği uygulanmasına başlanması, hastaların aynı hekimler tarafından takip edilmesi ve detaylı kayıtlarının tutulması ile, hastaların sosyokültürel ve psikiyatrik durumlarının, daha iyi bilinmesini sağlamıştır. Ayrıntılı nöbet öyküsü ve dikkatli bir nörolojik muayene, hastaların doğru tanı ve tedaviye ulaşmalarını sağladığı gibi, yanlış tedavinin getireceği pek çok olumsuz sonuçları da engelleyecektir.

## KAYNAKLAR

1. Bernal B, Altman N. Evidence-based medicine: Neuroimaging of seizures. *Neuroimaging Clin N Am.* 2003;13:211-24.
2. 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.
3. Arıkanoğlu A. Epileptik nöbet ve psödonöbet ayırıcı tanısı. *Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi* 2011;2(3):330-34.

4. Bell GS, Sander JW. The epidemiology of epilepsy: the size of the problem. *Seizure* 2001;16:165-70.
5. Yeni SN. Epilepsi epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics* 2008;1(2):9-16.
6. Bittencourt PR, Adamolekun B, Bharucha N, et al. epilepsy in the tropics; *Epidemiology, socioeconomic risk factors and etiology. Epilepsia* 1996;37:1121-27.
7. Çakıl D, İnanır S, Baykan H, Aygün H, Kozan R. Epilepsi ayırıcı tanısında psikojenik non-epileptik nöbetler. *Göztepe Tıp Dergisi* 2013;28(1):41-7.
8. Başoğlu M. Epileptik Nöbetlerde sınıflama. *Epilepsiler. Akal Ofset İzmir* 2001;2:38-40.
9. Verotti A, Pavone P, Agostinelli S, Nanni G, Gobbi G. Psychogenic non-epileptic seizures: A diagnostic problem difficult to solve in clinical practice. *Archives of Neuropsychiatry* 2012;49:243-7.
10. Zincir SB, Yenel A, Semiz ÜB. Approach to patients with 'psychogenic non-epileptic seizures': A review düşünen adam. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2012;25:170-8.
11. Benbadis SR, Allen HW. An estimate of the prevalence of psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure* 2000;9(4):280-1.
12. Benbadis SR, O'Neill E, Tatum WO, Heriaud L. Outcome of prolonged video-EEG monitoring at a typical referral epilepsy center. *Epilepsia* 2004;45(9):1150-3.
13. Martin R, Burneo JG, Prasad A, Powell T, Faught E, Knowlton R. Frequency of epilepsy in patients with psychogenic seizures monitored by video-EEG. *Neurology* 2003;61(12):1791-2.
14. Benbadis SR, Allen HW. An estimate of the prevalence of psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure* 2000;9(4):280-1.
15. Martin R, Burneo JG, Prasad A, Powell T, Faught E, Knowlton R, et al. Frequency of epilepsy in patients with psychogenic seizures monitored by video-EEG. *Neurology* 2003;61(12):1791-2.
16. Bodde NM, Brooks JL, Baker GA, Boon PA, Hendriksen JG, Mulder OG, et al. Psychogenic non-epileptic seizures-definition, etiology, treatment and prognostic issues: a critical review. *Seizure* 2009;18(8):543-53.
17. Iriarte J, Parra J, Urrestarazu E, Kuyk J. Controversies in the diagnosis and management of psychogenic pseudoseizures. *Epilepsy Behav* 2003;4(3):354-9.
18. Benbadis SR, Agrawal V, Tatum WO. How many patients with psychogenic nonepileptic seizures also have epilepsy? *Neurology* 2001;57(5):915-7.
19. Benbadis SR, LaFrance WC Jr, Papandonatos GD. Interrater reliability of EEG-video monitoring. *Neurology* 2009;73:843-846.
20. Reuber M, Elger CE. Psychogenic nonepileptic seizures: review and update. *Epilepsy Behav* 2003;4:205-216.
21. Ioannis KA, Georgia D, Montouris B, Charitomeni PC, Marta SLD, Kimford J, et al. Patient and caregiver quality of life in psychogenic non-epileptic seizures compared to epileptic seizures. *Seizure* 2014;23:47-54.
22. Marc TS, Bruce K, Schefft JP, Hwa-Shain Y, Michael D. Privitera mood, personality, and health-related quality of life in epileptic and psychogenic seizure disorders. *Epilepsia* 2007;48(5):973-82.
23. Gilroy J. *Epilepsy in Basic Neurology*. Third Edition, Mc Graw-Hill Companies 2000;85-121.
24. Genç F, Yılmaz N, Biçer GY, Özen KH, Kurtuluş F, Yaman A, Temir ME. Psikojenik nonepileptik nöbetlerde induksiyonun tanı ve prognoz üzerine etkileri. *Epilepsi* 2013;19(3):114-20.
25. Carson AJ, Ringbauer B, MacKenzie L, Warlow C, Sharpe M. Neurological disease, emotional disorder and disability: they are related. A study of 300 consecutive new referrals to a neurology outpatient department. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000;68:202-6.
26. Oto M, Conway P, McGonigal A, Russell AJ, Duncan R. Gender differences in psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure* 2005;14:33-9.
27. Tütüncü R, Türkçapar MH. Pseudoepileptik nöbet tanısı alan konversiyon bozukluğu hastalarının bir yıllık izlem sonuçları. *Klinik Psikiyatri* 2003;6:76-9.
28. Bowman ES, Markand ON. Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. *Am J Psychiatry* 1996;153:57-63.
29. Abubakr A, Kablinger A, Caldito G. Psychogenic seizures: clinical features and psychological analysis. *Epilepsy Behav* 2003;4(3):241-5.
30. Brodie MJ, Kwan P. Staged approach to epilepsy management. *Neurology* 2002;58:2-8.
31. Lesser RP. Psychogenic seizures. *Neurology* 1996;46(12):1499-507.
32. 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.
33. Varlı K. Yalancı Epileptik Nöbetler. *Klinik Psikiyatri* 1999;2(2):101-4.
34. Chung SS, Gerber P, Kirilin KA. Ictal eye closure is a reliable indicator for psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology* 2006;66:1730-1.