

DİZZİNESS'İN NADİR BİR NEDENİ: NON-KONVULSİF STATUS EPİLEPTİKUS*Utku Oğan AKYILDIZ¹, Ali AKYOL¹***ÖZET**

Nonkonvulsif status epileptikus (NKSE); genellikle kongnitif fonksiyon bozukluğu yapan, nörolojik defisit oluşturan ve sıklıkla tedavi edilebilen, geri dönüşümlü klinik bir tabloyu tanımlar. Otuz yaşında, sağ el dominant, evi ve bir çocuk sahibi bayan hasta; geliş şikayeti 8 yıldır hemen hemen her ay menstruasyon döneminde, nadiren de mestrual dönem dışında ortaya çıkan dengesizlik hissi ve sersemlikti. EEG'de tüm tetkik süresince 3-4 Hz'lik bilateral, senkron, simetrik, diken, keskin dalgalar, diken- dalga paroksizmleri izlendi. Atak başlangıcında çekilen EEG elektrofizyolojik status epileptikus olarak rapor edildi. Olgumuz sıklıkla menstruasyon dönemlerinde ve nadiren de mens aralarında uzun süreli dizziness atakları tanımlayan bir NKSE olması nedeniyle ilginç bulunmuş ve dizziness ayırıcı tanısında da hatırlanması için sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: Non-konvulsif status epileptikus, dizziness, menstruasyon

A Rare Cause of Dizzinees: Non-convulsive Status Epilepticus**SUMMARY**

Non-convulsive status epilepticus (NCSE) defines, in general, a manifestation with cognitive dysfunction, neurological deficit and that is most often treatable and reversible. 30-year-old, right-hand dominant female patient with complaints feeling of imbalance and dizziness occurring during menstrual period almost every month and rarely out of menstrual period, was referred to clinic . In EEG, 3-4 Hz bilateral, synchronized, symmetric, spine, sharp waves and spine-wave paroxysms were observed during episodes. EEG, recorded at the beginning of episode, is reported as electrophysiological status epilepticus. Our patient with NCSE who described long-term dizziness episodes mostly during menstruation periods and rarely in between menstruation cycles; was considered as an interesting case and presented to keep in mind for differential diagnosis of dizziness.

Key words: Non-convulsive status epilepticus, dizziness, menstruation

Nonkonvulsif status epileptikus (NKSE); genellikle kongnitif fonksiyon bozukluğu yapan, nörolojik defisit oluşturan ve sıklıkla tedavi edilebilen, geri dönüşümlü klinik bir tabloyu tanımlar. 1930 ve 1940 yıllarında EEG'nin klinik kullanıma girmesi ile tanınmaya başlamıştır. Schwab 1950'lerde ilk kez nonkonvulsif status epileptikus tanımlamıştır¹. 1970'lerden sonra ise artık birçok nörolog NKSE tanısından haberdar olmuşlardır. Özellikle paroksizmal ve süregelen olaylarda kognisyon etkilenmiş ve metabolik tablo da normal ise NKSE tanısından kuşkulanan gerekmektedir.

OLGU SUNUMU

Otuz yaşında sağ elini kullanan bayan hasta 8 yıldır hemen hemen her ay menstruasyon döneminde, nadiren de mestrual dönem dışında ortaya çıkan dengesizlik hissi ve sersemlik şikayeti ile başvurdu. Bu şikayetleri sırasında sol eliyle yüzünün sol yarısına dokunma ihtiyacı hissetmekteydi. O dönemde etrafındaki kişileri duymasına rağmen güçlükle cevap verebiliyordu. Birçok farklı nöroloji kliniğinde incelenen olguya değişik medikal tedaviler (vestibülosüpresan ve nörotropik ve SSRI grubu antidepresan ilaçlar) uygulanmış. Ancak olgunun şikayetlerinde herhangi bir değişiklik olmamış. Hasta görüşmesinde de olgunun sersemlik ve dengesizlik şikayeti vardı. Emirlerle uymakta güçlük çekiyor,

konuşmada zorluk yaşıyordu. Ataklara bulantı, kusma, tinnitus, kulaklarda dolgunluk hissi eşlik etmiyordu. Dengesizlik şikayeti hareketle artış göstermiyordu. Hastanın herhangi bir ilaç kullanım, kafa travması, enfeksiyon ya da nöbet öyküsü yoktu. Aile öyküsünde de herhangi bir özellik taşıymıyordu.

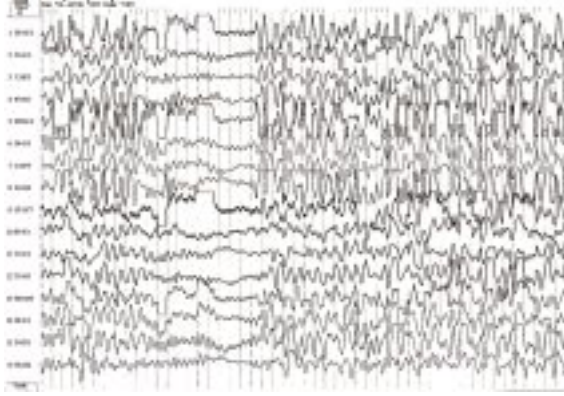
Fizik muayenesinde TA: 110/60mmHg, KN: 90/dk ve ateşi 36,6 C idi ve herhangi bir özellik göstermiyordu. Nörolojik incelemesinde konfüzyonel durumu mevcuttu. Yer, zaman ve kişi oryantasyonu normal idi. Konuşulanları anlamakta güçlük çekiyor, basit emirleri yerine getirmekte zorlanıyordu. Kranial sinir bakışı, motor ve duyuşal bakı, serebellar bakışı normal idi. Derin tendon refleksi her 4 ekstremitede canlı olarak saptandı. Patolojik refleksi yoktu.

Olgunun incelenen hemogram, biokimya, endokrinolojik parametreleri, EKG, PAAG ve Kranial MRG'si normal sınırlarda bulundu. Atak döneminde sol eli ile yüzünün sol yarısına dokunma öyküsü ve eklenen denge bozukluğu nedeniyle, vertiginöz epilepsi ayırıcı tanısı için istenen EEG'de tüm tetkik süresince 3-4 Hz'lik bilateral, senkron, simetrik, diken, keskin dalgalar, diken- dalga paroksizmleri izlendi (Şekil 1). Atak başlangıcında çekilen EEG elektrofizyolojik status epileptikus olarak rapor edildi.

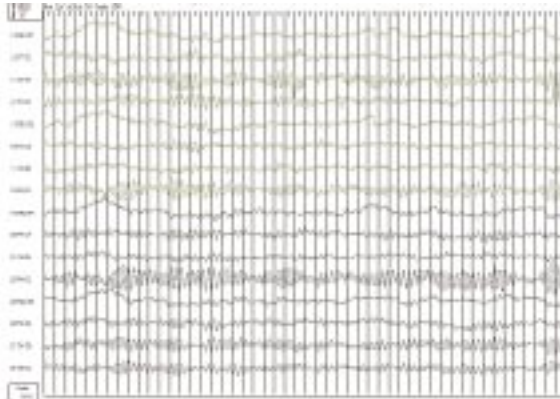
Olguya bebeğini emzirdiği için benzodiazepin ile süpresyon testi uygulanamadı. Oral olarak başlanan 1000mg/gün VPA'den sonraki ertesi günde olgunun şikayetlerinin tamamen geçtiği görüldü. Eskiden saatler, günlerce olan denge bozukluğu ve

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji AD, AYDIN, TÜRKİYE

konfüzyonel atakları, 4 yıldır yılda 2-3 kez kısa süreli ve hafif şiddette olmuştur. Son adet döneminde çekilen EEG grafisi de normal olarak değerlendirildi (Şekil 2).



Şekil 1. Bipolar montajda jeneralize 3,5-4 Hz diken yavaş dalga kompleks epileptik deşarjları izlenmekte.



Şekil 2. Kontrol EEG'de bipolar kayıtlarda normal trase görülmekte.

TARTIŞMA

Nonkonvulsif status epileptikus (NKSE), kliniğinde davranışlar ve mental durumda açıklanamayan bir değişiklik, konfüzyon, hatta komaya kadar varabilen ciddi uyku eğilimi gibi bulguların olduğu ve eş zamanlı EEG'de devamlı nöbet aktivitesinin eşlik ettiği ancak konvülsiyonların eşlik etmediği tablo olarak tanımlanır¹⁻³. İnsidansı 15-60/100000 yıl olarak değişebilmektedir^{2,3}.

İki major kategoriye ayrılabilir: Absans ve kompleks parsiyel. Absans SE'de EEG'de jeneralize diken ve yavaş dalga aktiviteli 3-Hz epileptik deşarjlar ile birlikte konfüzyon, gözkapığı myoklonusu ya da myoklonus gibi motor aktiviteler bulunur. Bazen jeneralize bir nöbet sonrası da başlayabilmektedir. Bu durumda sıklıkla daha kısa sürelidir. Kompleks parsiyel SE'un ise günümüze kadar absans SE göre daha nadir olduğu düşünülmektedir. Ancak son

zamanlarda yapılan çalışmalarda sıklığının daha fazla olduğu bildirilmektedir²⁻⁴. Belki de neden tanınmasındaki güçlük olabilmektedir. Cevap vermede güçlük, konfüzyon, psikojenik paternler ve dalgali kişilik özellikleri ile klinikte karşımıza çıkabilmektedir. Aynı zamanda oral ya da gestural otomatizmalar bulunabilir, absans statusundan genellikle daha uzun sürebilmektedir^{2,5}.

Tamı koymak için EEG şarttır. Özellikle EEG monitorizasyonu sırasında yapılacak IV benzodiazepinler ile EEG'de epileptik aktivitenin baskılanıp klinik tablonun düzelmesi tanıyı desteklemektedir^{2,6}. Oral ya da intravenöz başlanan VPA 1000mg/gün ile klinik tablo ve elektrofizyolojik bulgular ertesi günde düzelmeye göstermiştir⁷. Takip eden menstruasyon dönemlerinde yapılan EEG tetkiklerinde de herhangi bir epileptik aktivite gözlenmemiştir.

Menstruasyon, bir çok epileptik kadın için nöbetlerinin kümelendiği bir periyodu işaret eder. Seks hormonlarının nöronlar üzerindeki etkisi bilinmektedir. Östrojen epileptojenik etki gösterirken, progesteron antiepileptojenik etki göstermektedir. Menstruasyon döneminde, ovumun döllememesi sonucunda ani olarak kan progesteron düzeyindeki azalma epileptik nöbet eşiğini düşürmektedir. Progesteronun bu etkisi vücuttaki değişen sıvı dengesi ile ilişkilendirilmiştir⁸. Olgumuzda da klinik bulgular hemen her zaman menstruasyon dönemleri ile ilişkiliydi.

Olgumuzda; gerek o dönemde bebeğini emzirmesi, gerekse o dönemde yaşantısını idame ettirebilmesi nedeni ile benzodiazepin ile süpresyon testi uygulanmadı. Olgumuz sıklıkla menstruasyon dönemlerinde ve nadiren de mens aralarında uzun süreli dizziness atakları tanımlayan bir NKSE olması nedeniyle ilginç bulunmuş ve dizziness ayırıcı tanısında yer alan nedenlerin tartışılması amacıyla sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Schwab RS. A case of status epilepticus in petit mal. *Electroenceph Clin Neurophysiol* 1953;5:441-2.
2. Kaplan PW. Nonconvulsive status epilepticus. *Semin Neurol* 1996;16:33-40.
3. Kaplan PW. Nonconvulsive status epilepticus editorial. *Neurology* 2003;61:10356.
4. Agathonikou A, Panayiotopoulos Giannakodimos S, et al. Typical absence status in adults: diagnostic and syndromic considerations. *Epilepsia* 1988;39:1265-76.
5. Berkovic SF, Bladin PF. Absence status in adults. *Clin Exp Neurol* 1983;33:1545-52.
6. Treiman DM. Electroclinical features of status epilepticus. *J Clin Neurophysiol* 1995;12:343-62.
7. Kaplan PW. Intravenous valproate treatment of generalized nonconvulsive status epilepticus. *Clin Electroencephalogr* 1999;30:1-4.
8. O'Brien MD, Gilmour-White SK. Management of epilepsy in women. *Postgrad Med J*. 2005;81:278-85.

YAZIŞMA ADRESİ

*Utku Oğan AKYILDIZ
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Nöroloji
AD, AYDIN, TÜRKİYE*

E-Posta : *utkuogan@yahoo.com*

Geliş Tarihi : *23.04.2009*

Kabul Tarihi : *23.07.2009*