

# Doğu Karadeniz'de Status Epileptikus

Okan BÖLÜKBAŞI \*, M. ÖZMENOĞLU \*\*

## ÖZET

1991-1995 yılları arasında 26 olgu, status epileptikus (SE) tanısıyla izlendi. Olgular, hastane kaynaklı retrospektif bir çalışmaya alınarak, çalışma kriterlerine uyan 13 SE hastası incelenerek; SE etyolojisi, uygulanan tedavi ve prognoz yönünden değerlendirildi. Nöbetleri kırmada yoğun bakım hospitalizasyonu ve erken (Tereddütsüz) pentobarbital anestezisinin mortalite ve morbidite üzerinde etkili faktör olduğu sonucuna varıldı. En sık etyolojik neden, doktor kontrolünde ya da kontrolsüz (n=3) ilaç kesme (% 46) olarak saptandı.

Anahtar kelimeler: Status epileptikus, pentobarbital anestezisi, etyoloji

Düşünen Adam; 8 (2): 35-36

## SUMMARY

Between 1991-1995 period, 26 patients with status epilepticus were hospitalized. 13 SE patients were selected according to study criteria and evaluated with a hospital based retrospective study. Hospitalization in an intensive care unit and early pentobarbital anesthesia were found as the most important factors effecting the outcome. The most frequently seen factor in SE etiology was stopping the medication with or without (n=3) medical supervision.

Key words: Status epilepticus, pentobarbital anesthesia, etiology

## GİRİŞ

Status epileptikus (SE), sabit ve sürekli bir epileptik durum yaratmaya yetecek şiddette ardısıra gelen, sık gelen ya da uzanmış bir epileptik nöbetle karakterize bir durumdur. Çoğu yazara göre, tekrarlayan nöbetler bilinç bozukluğu ile birlikteyse, status epileptikus demek için yeterlidir. Sürekli olay bilinç değişikliği yapmadan otuz dakikadan fazla sürerse, bu da status epileptikus sayılabilir. Tonik-klonik status epileptikus, tıbbi bir acildir. Tekrarlayan tonik-klonik kasılmalar, beyin hasarı ve ölüme yol açabilir. Tedavinin amacı, sadece olayın davranışsal sonuçlarını halletmek değil, epileptik süreci de durdurmaktır. Konvulzif status, epileptiklerin % 1.3-16'sında görülmektedir (1).

## YÖNTEM ve GEREÇ

1 Ocak 1991-1 Ocak 1995 yılları arasında, kliniğimize 26 hasta status epileptikus tanısıyla yatırıldı. Bu olgulardan, doğduğu ve yaşadığı yer Doğu Karadeniz olan ve daha önceden epilepsi tanısıyla, epilepsi polikliniğimize izlenmekte olan 13 hasta, bir hastane kaynaklı retrospektif çalışmaya alındı. Hastanemiz, bölgedeki yegane tersiyer referans merkezi ve bölgedeki diğer hastaneler içinde epilepsi polikliniği ve yoğun bakımı olan tek merkezdir. Bu nedenle, bölgedeki SE olgularının çoğu, kliniğimize nakledilmektedir. Olguların, 10'u erkek, 3'ü kadın (n=13) ve yaş ortalaması 27.3'dü. Olgulardaki SE tipi, Gastaut klasifikasyonuna uygun olarak yapıldı (2). Olgular, nöbet tipi, etyoloji, tedavi, yoğun bakım

\* Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Nöroloji ABD, Trabzon

hospitalizasyonu, morbidite/mortalite, nöroradyolojik ve nörofizyolojik incelemeler yönünden incelendi. Nöroradyolojik ve nörofizyolojik incelemeler ile, rutin kan, idrar, kan gazları, BOS sonuçları ve antiepileptik ilaç serum düzeylerinin tüm olgularda çalışılmış olmasına dikkat edildi. 26 olgudan çalışma kriterlerine uygun olan 13'ü değerlendirildi.

## SONUÇLAR

Olgularda gözlenen, en sık status epileptikus tipi, konvulzif tonik-klonik status olarak saptandı. Bir olguda myoklonik, bir olguda parsiyel somatomotor, bir olguda da adversif parsiyel nöbet gözlemlendi. Etiyolojide saptanan nedenler, sıklık sırasına göre ilaç kesme ya da düzensiz kullanım (n=6), infeksiyon (n=3), idyopatik (n=3), travma (n=1) bulundu. Nöroradyolojik incelemeler, 4 olguda patolojik değişiklikler gösterirken, EEG tüm olgularda patolojiktir ve en sık görülen anomali, yaygın ve şiddetli proksimal dalga aktivitesiydi.

*Tedavide sıklık sırasına göre şu antiepileptikler kullanıldı:* Difenilhidantion, diazepam ve klonazepam. Bir olguda antiepileptiklere bağlı bradiaritmisi geliştiğinden, 6 gr/gün dozunda 3 gün immunglobulin ve diazepam verildi. Üç olguda trakeotomi ve iki olguda entübasyonlu solunum desteği gerekti. Tüm olgular, statüstan çıkana dek yoğun bakım ünitesinde izlendi. Ortalama yoğun bakım kalış süresi 15.7 gün ve toplam hastanede izlem süresi 14.7 gün bulundu. Tüm olgularda tama yakın nöbet kontrolü sağlandı ve hiç ölüm görülmedi.

## TARTIŞMA

Olgularımızda en sık gözlenen en sık SE tipi; konvulzif tonik-klonik tip oldu. Etiyolojide en sık neden de ilaç kesilmesi olarak saptandı. Bu durum literatür verileri ile uyumludur (3). Ayrıca kanımızca bölgede son yıllarda ortaya çıkan Bağımsız Devletler Topluluğu vatandaşı, lisansız ve tıbbi yeterlilikleri tartışmalı "kaçak" nörologların faaliyetleri olumsuz sonuçlara yol açmıştır. Bu şahıslar, iki hastada tedavinin kesilmesine neden olarak, bizzat SE etiolojisinde rol oynamışlardır. SE tedavisi, son 20 yıl içinde oldukça gelişmiş ve ilişkili olarak mortalite ve morbidite azalmıştır (4). Sonuçlarımız, bu saptamaları desteklemektedir. Etiyolojisine bakılmaksız-

Tablo 1. Olguların yaş ve cins özellikleri

	Olgu	Yaş ortalaması	Yaş aralığı
E	10	31.7	14-41
K	3	23	18-28
Toplam	13	27.3	

Tablo 2. Olgularda SE nedenleri

Olgu sayısı	Etiyoloji	Oran (n=13)
6	ilaç kesme, düzensiz kullanma	% 46
3	infeksiyon	% 23
3	saptanamadı	% 23
1	travma	% 7

zın nöbetlerin hızla kırılmaya çalışılması eylemi, prognozu o ölçüde iyi etkilemektedir. Amaç, ilk 1 saat içinde nöbetsel aktiviteye baskılayabilmektedir. En sık kullanılan ve önerilen üç antiepileptik; benzodiazepinler, feniton ve fenobarbitaldir. Biz dirençli olgularda, sıkı gözetim altında klonazepam devamlı infüzyonu da uyguluyoruz ve nöbetsel aktivitenin kırılmasında çok yararlı olduğunu gözlemliyoruz. Refrakter epilepsilerde, hiç beklemezsiniz, yukarıdaki ilaçların yükleme dozuna ek olarak pentobarbital anestezisi eklenmelidir (5).

Tüm olgularımız, bu prensiplere uygun tedavi edilmiştir. Mortalitenin sıfır ve morbiditenin düşük olmasını buna bağlıyoruz. İvedi nöbet tedavisinin yanısıra, yine aynı ivedilikle solunum desteği, kan basıncı regülasyonu, elektrolit dengesizliği, dehidrasyon, hiperpreksi ve asidozla savaşım son derece önemlidir. Bir olgumuzda gözlediğimiz gibi, antiepileptikler, hipotansiyon, aritmi ve solunum depresyonu yapabilir. Bu nedenle, hastaların nöbetler kırılana kadar moniterize edilmesi şarttır. Aksi halde mortalite ve morbidite kaçınılmaz ölçüde artacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Hauser WA: Status epilepticus. Etiology and neurological sequelae, *Adv Neurol* 34:3-14, 1983.
2. Gastaut H: Classification of status epilepticus. *Adv Neurol* 34:15-35, 1983.
3. Towne AR, Pellock JM, Ico D, DeLorenzo RJ: Determinants of mortality in status epilepticus. *Epilepsia* Jan-Feb; 35(1), p.27-34, 1994.
4. Jagoda A, Riggio S: Refractory status epilepticus in adults. *Ann Emerg Med* Nov; 22(11), p.1771, 1993.
5. Treatment of convulsive status epilepticus. Recommendations of the Epilepsy Foundation of America's Working Group on Status Epilepticus. *JAMA* Aug; 18, 270(7), p.854-9, 1993.