

# Epilepsi ve Askerlik

## Epilepsy and Military Service

Semai BEK\*, Zeki GÖKÇİL\*

\* Gülhane Askeri Tıp Akademisi Nöroloji Anabilim Dalı

### Özet

Yapılan çalışmalarda Türkiye’de epilepsi prevalansı 7-12.2/1000 olarak bulunmuştur. Ortalama prevalans 10/1000 olarak kabul edilirse 2000 yılı nüfus sayımına göre, askerlik çağında bulunan erkeklerin yaklaşık 115.000’i epilepsi hastasıdır. Erkekler için ülkemizde zorunlu olan askerlik hizmeti için epileptik hastalar hakkında Türk Silahlı Kuvvetleri (TSK) Sağlık Yeteneği Yönetmeliği (SYY)’ne göre karar verilmektedir. Askerliğe elverişli olanlar; sağlık yetenekleri bakımından hiçbir hastalık ve arızası bulunmayanlar ile hastalık ve arızaları, hastalık ve arızalar listesinin “A” dilimine girenlerdir. Askerliğe elverişli olmayanlar ise hastalık ve arızaları, hastalık ve arızalar listesinin “B ve D” dilimlerine girenlerdir. Epilepsiler, TSK SYY’nin 12. maddesi ile değerlendirilir.

### Summary

The prevalence of epilepsy was found 7-12.2 of 1,000 for Turkey. As the mean prevalence accepted is 10/1000, according to Turkish population census 2000, about 115.000 epilepsy patients are found in the military service age among men. Military convenience for epilepsy patients who are obliged to serve is determined according to Turkish Armed Forces Health Capability Ordinance (TAFHCO). Men having no disease or sequel; having disease or sequel included in the “A” category of disease and sequel list are considered “convenient for service”. “Not convenient for service” are the ones having diseases or sequels which are implicated in “B” or “D” categories. Epilepsies are interpreted in the 12th article of TAFHCO.

Türkiye Cumhuriyeti 1111 sayılı Askerlik Kanunu’na göre; “Türkiye Cumhuriyeti tebaası olan her erkek, işbu kanun mucibince askerlik yapmağa mecburdur” gereği askerlik görevi tüm ulus için kanuni bir zorunluluktur. Askerlik kanununun ilgili maddesi ile bu sorumluluk altında bulunan yaş grubu belirlenmiştir; “Askerlik çağı, her erkeğin esas nüfus kütüğünde yazılı olan yaşına göredir ve yirmi yaşına girdiği yıl Ocak ayının birinci gününden başlayarak 41 yaşına girdiği yıl Ocak ayının birinci gününde bitmek üzere 21 yıl sürer. Askerlik çağı; yoklama devri, muvazafılık ve yedek olmak üzere üç devreye ayrılır.”<sup>1</sup>

Devlet İstatistik Enstitüsü’nün 2000 yılı genel nüfus sayımına göre 67.8 milyon Türkiye Cumhuriyeti vatandaşının 34.3 milyonu erkektir. Erkek nüfusun %33.2’si 20-40 yaş arasında

olup yaklaşık olarak 2000 yılında askerlik çağında olan erkek sayısı 11.5 milyon kişidir.<sup>2</sup>

Yapılan çalışmalarda Türkiye’de epilepsi prevalansı 7-12.2/1000 olarak bulunmuştur.<sup>3-5</sup> Ortalama prevalans 10/1000 olarak kabul edilirse 2000 yılı nüfus sayımı esas alındığında, askerlik çağında bulunan erkeklerin yaklaşık 115.000’i epilepsi hastasıdır. Diğer yandan psikojenik non-epileptik nöbetlerin (PNEN) prevalansı ise yaklaşık 1/3000-1/50000 olarak değerlendirilmektedir.<sup>6</sup> Bu verilere göre yoklama dönemi sırasında her yıl askerlik hizmetini yapmak üzere başvuran yaklaşık 5000 epilepsi hastası ile 500-1000 arasında PNEN hastası vardır. Askerlik döneminde olası sekonder kazanç artışı da düşünüldüğünde PNEN hastalarının sayısı daha da yukarı çekilebilir.

Anahtar kelimeler: Epilepsi, askerlik, psikojenik nonepileptik nöbet, elektroensefalografi

Key words: Epilepsy, military service, psychogenic nonepileptic seizure, electroencephalography

Yayın kabul tarihi: 13.06.2007

Yoklama döneminde askerlik hizmetini yapmak üzere başvuran kişilere mutlak suretle herhangi bir hastalık veya yakınmalarının bulunup bulunmadığı yazılı olarak sorulur ve beyanları imza ile tasdik olunur. Sistemik muayenesi normal olanlarda beyan esas kabul edilir ve bu bireyler hastanelere sevk edilmez. Hastalık veya yakınmaları bulunan bireyler, askerlik hizmetini yapıp yapamayacaklarının değerlendirilmesi için asker hastanelerine sevk edilirler.<sup>1</sup> Halen Türk Silahlı Kuvvetleri (TSK) Sağlık Komutanlığı bünyesinde bulunan Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ankara ve İstanbul Haydarpaşa Eğitim Hastaneleri ile 39 perifer asker hastanesinin 23'ünde nöroloji servisi bulunmaktadır. Bayılma yakınması olan adaylar sevk zinciri gereği olarak öncelikle bu 23 merkeze sevk edilirler.

### **Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Yeteneği Yönetmeliği**

TSK' da görevli askeri ve sivil personel ile askerlik görevi ile yükümlü vatandaşların Silahlı Kuvvetlerdeki görevlere uyarlık bakımından sağlık yeteneklerinin tespiti ile barış ve savaşta yapılacak sağlık işlemleri TSK Sağlık Yeteneği Yönetmeliği (SYY) ile belirlenmiştir.<sup>7</sup> Bu yönetmeliğin 6. maddesine göre, "askerlik çağına giren yükümlüler, askerlik yoklamasında veya askeri hastanelerin sağlık kurullarında, askerliğe elverişli olanlar ve askerliğe elverişli olmayanlar olmak üzere gruplandırılır." Askerliğe elverişli olanlar; sağlık yetenekleri bakımından hiçbir hastalık ve arızası bulunmayanlar ile hastalık ve arızaları, hastalık ve arızalar listesinin "A" dilimine girenlerdir. Askerliğe elverişli olmayanlar ise hastalık ve arızaları, hastalık ve arızalar listesinin "B ve D" dilimlerine girenlerdir. Epilepsiler, TSK SYY'nin 12. maddesi ile değerlendirilir. Onikinci maddenin asker ve yükümlüler için kullanılan fıkralarına göre;

1. Epilepsiler dışında kalan sinir sisteminin hafif derecedeki paroksizmal hastalıkları ya da arızaları,
2. Klinik ve laboratuvar bulguları normal olup da, EEG'de belirgin bulgular (fokal veya jeneralize diken, keskin dalga, kompleksler, fokal veya jeneralize yavaş aktivite) gösterenler,
3. Son bir yıl içerisinde nöbeti olmayan, EEG'sinde spesifik anormalliği bulunmayan, ilaçla kontrol altında epilepsiler,

"A" diliminde değerlendirilirler ve "arızalı sağlam" statüsünde göreve alınırlar. Bu özellikteki personel aktif görevlerden ziyade daha geri hizmette görevlendirilmek üzere "komando

olamaz, ağır eğitim ve spor faaliyetlerinden muafiyeti ile askerliğe elverişlidir" kararı alırlar ve ilaç kullananların ilaç idamesi askerlik görevi süresince TSK tarafından sağlanır.

Yine 12. maddenin;

1. Seyrek gelen ilaçla kontrol edilebilen epilepsiler,
2. Klinik müşahade ile epilepsi nöbeti gözlenmeyen, ancak epilepsili olduğu, anamnez ve epilepsi nöbetleri geçirdiğini belirten klinik işaretler ile tıbbi dokümanlara dayanan, uzman tabibe kesin tanı veren, seyrek gelen epilepsiler, fıkraları "B" diliminde değerlendirilirler. Bu dilime göre; "Barışta askerliğe elverişli değildir, seferde görev yapar" kararı alırlar. Bu kapsamda değerlendirilen yükümlüler yalnızca yedek statüsünde bulunurlar ve seferberlik halinde silah altına alınırlar.

Onikinci maddenin "C" dilimi ile istirahat ve tedavi durumları ele alınır. Sivil yaşamında takip eden doktoru tarafından tanısı yeni konularak ilaç başlanmış hastalar ile ilaç kesim aşamasında bulunan yükümlülere (nörolojik muayenesi normal, serebral görüntülemesinde epilepsiye neden olabilecek patolojisi bulunmayan, en az 3 yıldır ilaç ile nöbetsiz olan ve EEG'de spesifik anormalliği olmayan) en fazla 3 yıla kadar sevk geciktirmesi uygulanarak son tıbbi durumları kesinlik kazanana kadar askerlik görevi ertelenebilir. "C" diliminden işlem gören yükümlülere takip eden yıllarda A, B ve D kararı almadıkça askerlik şubesi tarafından kesin işlem uygulanmaz.

"D" dilimi ise "barışta ve savaşta askerliğe elverişsizdir" kararını karşılamaktadır. Bu dilimde;

1. Klinik gözlem sonucunda ilgili uzman tarafından görülen tüm örnek epilepsiler,
2. Klinik observasyonla epilepsi nöbeti gözlenmeyen, ancak epilepsili olduğu, anamnez ve epilepsi nöbetleri geçirdiğini belirten klinik işaretler ile tıbbi dokümanlara dayanan, uzman tabibe kesin tanı veren, bütün örnek epilepsiler; fıkraları bulunmaktadır.

Yalnızca asker ve yükümlüler için kullanılan bölümlerin özetlendiği 12. madde değerlendirildiğinde, askeri nörolog kanunun kendisine verdiği görev gereği, bayılma yakınması olan yükümlünün öncelikle epilepsi hastası olup olmadığına ve eğer epilepsi hastası ise mevcut durumunun barışta veya savaşta askerlik görevini yapıp yapamayacağına karar vermek durumundadır. Bu kararı verirken tıbbi kanaatini belirtmeye ek olarak yasal ve vicdani sorumluluk da yüklenilmektedir.

## **Askerliğe Elverişlidir/Elverişli Değildir Kararının Verilmesi**

Genel nöroloji pratiği içerisinde epilepsi tanısı anamnez, muayene ve laboratuvar bulgularının bir arada değerlendirilmesi ile konulur. Her birinin tek tek tanı gücünün zayıf ve yanılma payının yüksek olduğu bilinen bir gerçektir. Nörolojik muayenesi normal olan yükümlüler için karar verilirken şüphesiz destekleyici belirteçlerin olması gerekmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yanlış tanı potansiyel problemdir.<sup>8</sup> Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde dahi epilepsi için yanlış tanı olasılığı vardır.<sup>9</sup> "Status epileptikus" tanısı ile refere edilen hastalarda bile %50'ye varan oranda epilepsi olmadığı saptanabilmektedir.<sup>10</sup> Yalnız anamnez özellikleri ile PNEN tanısında hasta anlatımına dayalı nöbet semiyolojisi %15-45 pozitif prediktif değer taşımaktadır.<sup>11</sup>

Laboratuvar bulguları tanıda kısmen faydalıdır. Serebral görüntüleme patolojisi bulunanlar, muayene bulgularının varlığı ve derecesine göre TSK SYY'nin 10. maddesi olan santral sinir sistemi patolojilerine göre işlem alırlar. Bayılma yakınması ile sevk edilen her yükümlüye rutin EEG çekimi yapılır. Tanı gücünün artırılması için rutin EEG çekimi sırasında standart olarak göz açma-kapama, hiperventilasyon ve intermittan fotik stimülasyon ve bazı olgularda uyku deprivasyonu uygulanır. Aktivasyon yöntemleri EEG kayıtlarının %11'inde spesifik bulgu verebilmektedir.<sup>12</sup> Epileptik nöbet ile PNEN ayırımında rutin EEG altın standart değildir ve anamnez de güvenilir bilgi vermeyebilir.<sup>13</sup>

Hastaların sivil yaşamlarında takip edildikleri merkezler tarafından düzenlenmiş ve düzenli takiplerini gösteren reçete, dosya, rapor ile günümüzde kameralı cep telefonları ile kaydedilebilecek nöbet görüntüleri vb. belgeler askeri hastanelerde görev yapan nöroloji uzmanlarına yol gösterici olmaktadır. Dikkat edilirse uzman tabibe kesin tanı veren tıbbi belgeler TSK SYY'ne göre işlem sırasında kullanılabilir. Maalesef ülke çapında tüm nörologların iş yükünün fazla olması nedeni ile kanuni işlem sırasında resmi evrak olarak gösterilebilecek nitelikte belge tanzimi her zaman mümkün olmamaktadır. Belgelerin kanuni olarak geçerliliğinin artabilmesi için hasta kimliğinin (mümkünse resimli), hekim kimliğinin (kaşe ve imza) ve tanılarının açık ve net olması gerekmektedir. Hastalar tarafından belge olarak sunulan evraklar arasında doktor ismi bulunmayan takip formları,

hekim kaşe ve imzası bulunmayan reçete nüshaları, yalnızca epilepsi tanı ve ilaç ismi yer alan ancak hastanın takibi, varsa nöbet gözlemi, seyri ve süresi hakkında bilgi içermeyen tek satırlık ilaç raporları kanunen yeterli belge olarak kabul görmeyebilmektedir. Belgeye dayalı işlemlerde tanıyı koyan veya ilaç raporu tanzim eden nöroloji uzmanları tanıyı koymuş olma sorumluluğunu yasal olarak taşımaktadırlar. Askeri hekim tarafından mevcut belgeler ile kişinin epilepsi hastası olduğu kanaatine vararak işlem yapıldığı taktirde kanuni sorumluluğun raporu tanzim eden sivil nöroloji uzmanına ait olduğu da akılda bulundurulmalıdır. Bu nedenle sivil nöroloji uzmanları gelecekte kanuni belge olarak kullanılabilen olan, askerlik ve öncesi çağda erkek hastalarına belge tanzimlerinde bu hususları gözönünde bulundurulmalıdır.

Elbette ki ülkemizin sağlık konusundaki yetersizlikleri nedeniyle birçok yükümlünün de hayatında ilk defa doktor muayenesine askerlik yoklaması sırasında gelmeleri ve hiçbir evraklarının bulunmaması da sık karşılaşılan durumlardır.

Bu bilgiler ışığında sorunu mercek altına yatırdığımızda; her yıl askerlik görevi için başvuran yükümlülerden ortalama 5000'i epilepsi, 500-2000'i ise PNEN hastasıdır. Sayılan bu yöntemler ve belgeler ile poliklinik şartlarında epilepsi-PNEN ayırımının yapılamadığı durumlarda GATA dışındaki 23 asker hastanesinde hastaların nöbet gözlemi amacıyla klinik yatışları yapılmaktadır. Bu hastaların ortalama yatış süresi 10-30 gün arasında değişmektedir. Yapılan çalışmada hastaların %75.5'inin ilk 10 gün içinde nöbet geçirdiği saptanmıştır.<sup>14</sup>

Bu hastaların yatırıldığı odalarda sabit/mobil kameralar ile nöbet kaydı amaçlanmakta olup nöbet geçiren hastaların görüntüleri kayıt altına alınıp arşivlenerek işlem yapılmaktadır. Yatırıldığı süre içerisinde nöbet kaydı yapılamayan hastalar Gülhane Askeri Tıp Akademisi(GATA) Nöroloji Anabilim Dalı'na sevk edilirler. Seçilmiş bu olgular video-EEG monitorizasyon için GATA Nöroloji Anabilim Dalı'nda yatırılırlar.

Video-EEG monitorizasyon PNEN ve epilepsi arasında ayırimda altın standart olarak kabul edilmektedir.<sup>15</sup> PNEN hastalarının kamera görüntüsü dışında nöbet geçirme eğilimlerinin olması, laboratuvar maliyeti ve personel istihdamı problemleri nedeniyle video-EEG monitorizasyonun yaygın olarak kullanılması her zaman mümkün olmamaktadır.<sup>6</sup>

Literatürde video-EEG monitorizasyon sırasında İV salin enjeksiyonu gibi provokatif testler denenmiştir. Ancak PNEN'i olan hastaların %9.4-22.6'sında provokasyon ile nöbet tetiklenebilmesi ve yanlış negatif sonuç elde edilebilmesi yanı sıra provokasyonun etik boyutu da tartışmalıdır.<sup>16</sup>

Video-EEG monitorizasyon için seçilmiş olgularda onam formu ile hastanın imzası alınarak ilaç kesimi yapılmaktadır. İlaç kesimi epilepsi için aktivasyon yöntemleri arasında yer almaktadır ve birçok çalışmada etkin olarak kullanılmıştır.<sup>17-23</sup> Diğer yöntemler ile kesin kanaat edinilememiş seçilmiş olgularda ilaç kesimi yapılarak video-EEG monitorizasyonda hedef; epilepsi ile PNEN ayrımının yapılması, epilepsi hastalarında anamnez ile nöbet tipi ayırlamayanların nöbet semiyolojisinin tekrar değerlendirilerek gerekirse ilaç seçimi ve cerrahi tedavi olasılığının gözden geçirilmesi, PNEN geçiren hastalarda gereksiz ilaç kullanımının engellenmesi ve yeni tedavi stratejisinin belirlenerek askerlik işlemi için kesin kararın verilmesidir.

Sivil nöroloji uzmanlarının zaman zaman eleştirilerine hedef olmakla beraber asker hastanesinde görev yapan nöroloji uzmanlarının amacı; tıbbi, yasal ve vicdani sorumluluk gerektiren bu görevi yerine getirmektir. Yüzde yüz özgüllük ve hassasiyet ile epilepsi ve PNEN ayrımını yapıp gereken tıbbi ve idari işlemi gerçekleştirmek gibi bir iddiada bulunulamaz, ancak bilimsel verilerin ışığında en doğrusunun yapılması hedeflenmektedir. Bu konuda özellikle epileptik nöbetler ile birlikte PNEN'leri de olan hastaların değerlendirmesinde güçlükler yaşanmaktadır.<sup>24</sup>

Bu yazıda, askerlik çağına gelmiş yükümlülere hangi işlemlerin yapıldığı açıklanmış, özellikle epileptik hastalarda daha doğru, hızlı ve güvenilir karar verebilmek için nöroloji uzmanlarının hangi konulara dikkat etmesi gerektiği belirtilmiştir.

## Referanslar

1. Türkiye Cumhuriyeti Askerlik Kanunu (Kanun Numarası : 1111, Kabul Tarihi : 21/6/1927, Yayımlandığı Resmi Gazete: Tarih: 12-17/7/1927 Sayı: 631-635, Yayımlandığı Düstur: Tertip: 3, Cilt : 8, Sayfa : 866)
2. 2000 Genel Nüfus Sayımı, Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri, Yayın Numarası 2759, Devlet İstatistik Enstitüsü, 2003, s140.
3. Karaagac N, Yeni SN, Senocak M, Bozluolcay M, Savrun FK, Ozdemir H et al. Prevalence of epilepsy in Silivri, a rural area of Turkey. *Epilepsia* 1999; 40: 637-42.
4. Aziz H, Guvener A, Akhtar SW, Hasan KZ. Comparative epidemiology of epilepsy in Pakistan and Turkey: population-based studies using identical protocols. *Epilepsia* 1997, 38: 716-22.
5. Calisir N, Bora I, Irgil E, Boz M. Prevalence of epilepsy in Bursa city center, an urban area of Turkey. *Epilepsia* 2006; 47: 1691-9.
6. Uluc K, Albakir M, Saygi S. The tendency to have psychogenic non-epileptic attacks out of camera view during long-term video-EEG monitoring. *Seizure* 2002; 11: 384-5.
7. Türk Silâhlı Kuvvetleri Sağlık Yeteneği Yönetmeliği (8/10/1986 tarihli ve 86/11092 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı.)
8. Hart YM, Sander JW, Johnson AL, Shorvon SD. National General Practice Study of Epilepsy: recurrence after a first seizure. *Lancet* 1990; 336: 1271-4.
9. Scheepers B, Clough P, Pickles C. The misdiagnosis of epilepsy: findings of a population study. *Seizure* 1998; 7: 403-406.
10. Howell SJ, Owen L, Chadwick DW. Pseudostatus epilepticus. *Q J Med* 1989; 71: 507-19.
11. Kotsopoulos IA, de Krom MC, Kessels FG, Lodder J, Troost J, Twellaar M et al. The diagnosis of epileptic and non-epileptic seizures. *Epilepsy Res* 2003; 57: 59-67.
12. Angus-Leppan H. Seizures and adverse events during routine scalp electroencephalography: a clinical and EEG analysis of 1000 records. *Clin Neurophysiol.* 2007;118: 22-30.
13. Muller T, Merschhemke M, Dehnicke C, Sanders M, Meencke HJ. Improving diagnostic procedure and treatment in patients with non-epileptic seizures (NES). *Seizure* 2002; 11: 85-9.
14. Gökçil Z, Odabaşı Z, Özdağ F, Tanrıdağ O, Vural O, Yardım M.: 204 Epileptik Hastada, Anamnez, Nöbet Tipleri ve EEG Bulgularının İncelenmesi. XXIX. Ulusal Nöroloji Kongresi, İstanbul, 1993.
15. Cuthill FM, Espie CA. Sensitivity and specificity of procedures for the differential diagnosis of epileptic and non-epileptic seizures: a systematic review. *Seizure* 2005; 14: 293-303.
16. Dericioglu N, Saygi S, Ciger A. The value of provocation methods in patients suspected of having non-epileptic seizures. *Seizure* 1999; 8: 152-6.
17. So EL, Fisch BJ. Drug withdrawal and other activating techniques. In: Engel JrJ, Pedley TA eds. *Epilepsy: a comprehensive textbook*. Vol 1 Philadelphia: Lippincott Raven Pres, 1997: pp 1021-7.
18. Marks DA, Katz A, Scheyer R, Spencer SS. Clinical and electrographic effects of acute anticonvulsant withdrawal in epileptic patients. *Neurology* 1991; 41: 508-12.

19. Spencer SS, Spencer DD, Williamson PD, Mattson RH. Ictal effects of anticonvulsant medication withdrawal in epileptic patients. *Epilepsia* 1981; 22: 297-307.
20. Yen DJ, Chen C, Shih YH, Guo YC, Liu LT, Yu HY et al. Antiepileptic drug withdrawal in patients with temporal lobe epilepsy undergoing presurgical video-EEG monitoring. *Epilepsia* 2001; 42: 251-5.
21. Zhou D, Wang Y, Hopp P, Kerling F, Kirchner A, Pauli E et al. Influence on ictal seizure semiology of rapid withdrawal of carbamazepine and valproate in monotherapy. *Epilepsia* 2002; 43: 386-93.
22. Rose AB, McCabe PH, Gilliam FG, Smith BJ, Boggs JG, Ficker DM et al. Consortium for Research in Epilepsy. Occurrence of seizure clusters and status epilepticus during inpatient video-EEG monitoring. *Neurology* 2003; 60: 975-78.
23. Turgut HM, Gökçil Z, Hamamcioğlu K, Odabaşı Z. Epileptik hastalarda ilaç kesimi sırasında relapsı tetikleyen faktörler. *Epilepsi* 2006; 12: 61-8.
24. Eroğlu E, Gökçil Z, Ulaş UH, Özdağ F, Demirkaya Ş, Vural O. Epilepsilerde tanı sorunları. *Gülhane Tıp Dergisi* 2000; 42: 378-82.