

İlk Epileptik Nöbetin Tanı ve Tedavisi: İtalyan Epilepsi Ligi Kılavuzu

Diagnosis and Treatment of the First Epileptic Seizure: Guidelines of the Italian League Against Epilepsy

Ettore BEGHI*, **Giovanni De MARIA****, **Giuseppe GOBBI*****, **Edvige VENESELLI******

* Department of Clinical Neurology, University of Milano Bicocca, Monza, and Institute "Mario Negri," Milan;

** Regional Epilepsy Centre, Azienda Spedali Civili, Brescia;

*** Division of Child Neuropsychiatry, Ospedale Maggiore, Bologna; and

**** Department of Neurosciences, Ophthalmology and Genetics, G. Gaslini Institute, Genova, Italy

Özet

İlk epileptik nöbetin tanı ve tedavisi farklı deneyimdeki doktorlar tarafından yapılır. Beklendiği şekilde tedavideki heterojen yaklaşımlar, ortak bir tedavi yaklaşımına ihtiyacı da açıklamaktadır. Bu kılavuz, İtalyan Epilepsi Ligi üyesi bir grup uzman tarafından kanıt dayalı tıp ilkelerine uygun olarak hazırlanmıştır. Nöbetin ortaya çıkma durumu, klinik belirtileri ve nöbet sonrası dönemle ilgili aktif sorgulama yapılarak, nöbetin kesin değerlendirmesi gereklidir. Bilinç kaybı olan nöbetlerde, siyanoz, hipersalivasyon, dil ısırma, nöbet sonrası oryantasyon bozukluğu özel bir tanısal değere sahiptir. Laboratuvar testleri ve toksikolojik tarama, sadece metabolik veya toksik ensefalopati düşündürülen durumların varlığında yapılmalıdır. Olaydan sonraki 10-20. dakikada saptanan, artmış prolaktin düzeyi genelize tonik-klonik veya parsiyel nöbetleri, psikojenik nonepileptik nöbetlerden ayırmada yardımcıdır. 6 aydan küçük bebekler hariç, BOS incelemesi sadece serebral infeksiyon şüphesi olduğunda önerilmektedir. Özellikle çocuklarda, nöbetten sonraki 24 saat içinde EEG yapılmalıdır. Uyanıklık sırasında EEG normal ise, uyku EEG'si önerilmektedir. Önemli bir yapısal lezyon şüphesinde ya da etiyoloji bilinmediğinde bilgisayarlı tomografi (BT) kesinlikle endikedir. Acilde magnetik rezonans görüntüleme (MRG) endike olmayabilir fakat tanıya yönelik araştırmada BT'ye tercih edilmelidir. Diğer tanısal testlerin (nöropsikolojik testler, ambulatuvar EEG, fonksiyonel MR görüntüleme, SPECT ve PET) ilave katkıları henüz bilinmemektedir. Bu testler vakaya göre değerlendirilerek kullanılabilir. Akut semptomatik bir nöbet durumunda nedene yönelik tedavi önerilmektedir. Nöbet, status epilepticus özellikleri taşımadığı sürece semptomatik tedavi savunulamaz. Anormal EEG ve görüntüleme verileri olan hastalarda, nöbet tekrarının soysal, emosyonel ve kişisel etkileri değerlendirdikten sonra uzun dönem tedavi düşünülmelidir.

Summary

The diagnosis and treatment of a first epileptic seizure are made by physicians with different types of expertise. Heterogeneous patterns of care are thus expected, which explain the need for shared patterns of care. These guidelines were developed by a group of experts from the Italian League against Epilepsy (LICE) in accordance with the requirements of evidence-based medicine. An accurate assessment of the seizure is required, with active questioning about circumstances of occurrence, clinical manifestations, and postictal symptoms. For seizures with loss of consciousness, the presence of cyanosis, hypersalivation, tongue biting, and postictal disorientation has a specific diagnostic value. Laboratory tests and toxicological screening should be performed only in the presence of circumstances suggesting a metabolic or toxic encephalopathy. Elevated prolactin levels 10–20 min. after the event help in differentiating generalized tonic-clonic or partial seizures from psychogenic nonepileptic seizures. Except for infants less than six months of age, CSF examination is recommended only when a cerebral infection is suspected. An EEG should be performed within 24 h. after a seizure, particularly in children. If the EEG is normal during wakefulness, a sleep EEG is recommended. A CT scan is strictly indicated when a severe structural lesion is suspected or when the etiology is unknown. MRI may not be indicated in the emergency room, but it should be preferred to CT as part of the diagnostic assessment. The added value of other diagnostic tools (neuropsychological tests, ambulatory EEG, functional MRI, SPECT, and PET) is as yet unknown. These tests may be used on a case-by-case basis. In the presence of an acute symptomatic seizure, treatment of the cause is recommended. Symptomatic therapy is not justified unless the seizure has the characteristics of status epilepticus. Long-term treatment may be considered in patients with abnormal EEG and imaging data and after consideration of the social, emotional, and personal implications of seizure relapse.

Anahtar kelimeler: İlk nöbet, tanı, tedavi, kılavuz, İtalyan Epilepsi Ligi.

Key words: First seizure, diagnosis, treatment, guidelines, Italian League Against Epilepsy.

Yayın kabul tarihi: 23.07.2007

Endüstrileşmiş ülkelere epilepsinin yıllık insidansı (24 saat veya daha uzun aralıklı, iki ya da daha fazla uyarı olmaksızın gelişen nöbet ile tanımlanır) 100.000'de 29-53 olgudur (Hauser et al., 1997). Oran, uyarı olmaksızın gelişen (unprovoked) izole nöbetler dahil edildiğinde, 73-86 olguya, akut semptomatik nöbetler (yani MSS'in akut sistemik, toksik veya metabolik hasarı ile yakın temporal ilişki içinde gelişen nöbetler) dahil edildiğinde ise 93-116 olguya yükselmektedir. (Annegers et al., 1995).

Bu temelde, İtalya'da (57.000.000 nüfus) yıllık beklenen olgu sayısı epilepsi için 17.000 – 30.000, uyarı olmaksızın gelişen izole nöbetler için 20.000 – 25.000 ve akut semptomatik nöbetler için 12.000 – 18.000'dir.

Bu yüksek sıklığın eşliğinde, epilepsi ve epileptik nöbetlerin tanı ve tedavisi primer, sekonder ve tersiyer sağlık kurumlarında çalışan nörologlar, çocuk nörologları, nöroşirürjiyenler, acil tıp doktorları genel pratisyenler ve çocuk doktorları tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu konuda görev alan doktor profiline çeşitliliği, tedavi yaklaşımlarının heterojen olmasına neden olabilir. Bu bağlamda, ilk epileptik nöbetini yaşayan bir hastada dile getirilen sorunlar, genel olarak bu durumun özellikleri ile tanımlanabilir:

- Epilepsi nöbetleri aynı hastada benzer özelliklerle yeniden oluşma eğilimi gösteren, herhangi bir yaşta ortaya çıkan ve olguların çoğunda önceden tahmin edilemeyen epizodik durumlardır;
- Nöbetler, hastayı çevresel risklerle karşı karşıya getirir. Otonomi ve sosyoekonomik verimliliğini sınırlar (ağır kişisel ve sosyal sonuçlara neden olarak) hatta nadiren yaşamı bile tehdit edebilirler;
- Nöbetler çeşitli farklı nedenlere bağlı gelişirler. Bazen altta yatan klinik bir duruma bağlı gelişebilirler ve bu durum düzeldiğinde kaybolabilirler;
- Birçok hastada, nöbetler uzun bir dönem boyunca, bazen hayat boyu devam etmeye eğilimlidirler. Kronik ilaç tedavisine gerek duyarlar ve bunlar her zaman etkili olmayabilir, belirgin yan etkilere yol açabilir ve özellikle yeni geliştirilmiş olanlar yüksek maliyete sahiptir;
- Nöbetler, çeşitli kişisel seçimleri (okul, mesleki aktiviteler, gebelik vb.) etkileyebilirler;
- Bazen nöbetler, tıbbi acil bir duruma yol açabilir ya da en azından böyle algılanarak, birçok sağlık çalışanının rol oynadığı acil müdahalelere neden olabilirler;
- Nöbetler, antiepileptik ilaçlarla etkileşime girebilecek ilaçlarla tedavi gerektiren hastalıkları olan kişilerde ortaya çıkabilirler.

İlk nöbetini geçiren hastalarda doğru tedavinin önemi açısından, İtalyan Epilepsi Ligi (LICE) bu hastaların tanı ve tedavisine yönelik tanısal bir kılavuz hazırlamak üzere bir çalışma grubu oluşturmuştur.

Yöntemler

Kılavuzda yer alan nöbet tipleri

Bu kılavuz, parsiyal nöbetleri (basit, kompleks ve sekonder jeneralize) ve jeneralize tonik ve/veya klonik nöbet tiplerini kapsamaktadır. Kılavuz, absans (petit mal), atonik ve miyoklonik nöbetleri kapsamamaktadır. Bu nöbetler daha çok tekrarladığında kolayca tanınırlar. Kılavuz ayrıca akut semptomatik nöbetleri de içermektedir. Kılavuzun amaçlarına yönelik olarak, 24 saat içinde gelişen iki ya da daha fazla nöbet, tek bir nöbet olarak tanımlanmıştır.

Literatür araştırması için prosedür

Bilimsel literatür, tersiyer kaynaklar (kılavuz veri bankaları), sekonder kaynaklar (Cochrane Kütüphanesi) ve primer kaynaklar (Medline) araştırılarak incelenmiştir. Medline taramasında, orijinal belgeler, çeşitli kombinasyonlarda aşağıdaki anahtar sözcükler kullanılarak kaydı çıkarılmıştır: epilepsi, epileptik nöbetler, konvülsiyonlar, ilk nöbet, nöro görüntüleme, elektroensefalogram (EEG), meta-analiz, tanı, tedavi. Her bir yayın için, önce özet incelenmiş, ilk nöbet tedavisine yönelik bir şey saptandığında, tüm yayın incelenmiştir. Uluslar arası Epilepsi Ligi, İskoç Disiplinlerarası Kılavuzu ve Amerikan Nöroloji Akademisi'nin Uygulama Parametrelerine ilişkin komisyon raporlarına özel bir önem verilmiştir. Lombardy ve Tuscany epilepsi merkezlerinin geliştirdiği son bölgesel kılavuzlar da ayrıca değerlendirilmiştir. Bu son iki kılavuzun yapısı, bu dökümanın geliştirilmesi ve sonuçlandırılmasında kalıp görevi görmüştür.

Kanıt düzeyleri ve önerilerin gücü

Bu kılavuz, kanıta dayalı tıp ilkeleri doğrultusunda (CeVEAS, 2000) hazırlanmıştır. Bu bağlamda, ilk epilepsi nöbeti geçiren bir hastada tanı ve tedavi basamakları yayınlanmış kanıtların düzeyi ile tanımlanmış ve kılavuza dahil edilen önerilerin gücü ile desteklenmiştir.

Yazarlar ve gelişim planı

Kılavuz, bu makalede isimleri yer alan uzman yazarlar tarafından hazırlanmıştır. Grup koordinatörü (EB), literatürün

sistemik derlemesini yapmış ve döküman taslağını hazırlamıştır. Grubun diğer üyeleri, anahtar kaynakların araştırılması ve dökümanın finalize edilmesinde yardımcı olmuştur. Daha sonra kılavuz, son inceleme ve onay için İtalyan Epilepsi Ligi (LICE) yönetim konseyine sunulmuştur.

Bu kılavuz, farklı tanısal ve terapötik yaklaşımlar ile acil tedaviyi, tanısal yaklaşımların planlanması ve izleyen tedaviden ayırmaya yönelik olarak, akut fazı (hastanın nöbet sırasında görülmesi) retrospektif (ya da amnestik) fazdan ayırarak ilk nöbetin tedavisini irdelemektedir. Her bir basamak için, tanısal ve terapötik prosedürler ilişkili kanıt düzeyi ve önerilerin gücü (her başlığın sonunda parentez içinde belirtilmiştir) beraber dikkate alınarak değerlendirilmiştir.

İlk Nöbetini Geçiren Bir Hastaya Akut Tanısal ve Terapötik Yaklaşım

Eğer ilk nöbet, tıbbi muayene sırasında gerçekleşirse sürenin değerlendirilmesi zorunludur. Eğer nöbet 20 dakikadan daha uzun sürerse status epilepticus tanısı dikkate alınmalıdır. Status epilepticusunun tedavisi kılavuzu da ayrıca yayınlanmıştır (Minicucci et al., 2006). Tüm diğer olgularda, doktor nöbetin

epileptik orijinli olduğundan emin olmak ve olayın izole olup olmadığını saptamak için, hastanın özgeçmişini ve yakın geçmişini (mümkünse görgü tanığı ile doğrudan görüşme ile) sorgulamalıdır. Nonepileptik olaylar nörolojik, psikiyatrik veya sistemik şeklinde kesin bir şekilde ayrılmalıdır. Nöbetin klinik özelliklerinin net tanımı ve nörolojik muayenenin sonuçları kadar, aşağıda da belirtildiği şekilde elektrofizyolojik, laboratuvar ve nörogörüntüleme testleri, nöbetin orijininin ve etyolojisinin tanımına yardımcıdır.

Altta yatan predispozan veya uyarıcı etkili klinik durum ile nöbet arasındaki döneme dayalı olarak nöbetler, uyarı olmaksızın (yeni presipitan faktörler olmaksızın) ya da uyarı sonucunda veya akut semptomatik (yeni akut sistemik, metabolik ya da toksik MSS hasarı ile yakın temporal ilişkiye bağlı oluşan) şekilde tanımlanır (Komisyon, 1993). Uyarı olmadan gelişen nöbetler ayrıca, progresyon göstermeyen spontan veya travmatik MSS hasarı (uzak semptomatik nöbetler) varlığında da oluşabilirler (Komisyon 1993). Uyarı olmaksızın ya da uyarı olan nöbetlerin ayrımı, antiepileptik tedaviye başlama kararına ve tedavi tipi ve süresine yönelik yaklaşımda önemlidir.

Tablo1: Kanıt düzeyleri ve önerilme gücü (*)

Kanıt düzeyleri
Düzye 1: Kanıt uygun dizayna sahip prospektif kohort çalışmalardan elde edilmiştir, ayrıca randomize klinik çalışmaların meta-analizlerinden ve en az bir randomize klinik çalışmadan elde edilen kanıtlar da içermektedir..
Düzye 2: Suboptimal düzeyine sahip kohort çalışmalar ya da vaka-kontrol çalışmalarından elde edilen kanıtlar, ayrıca en az bir kontrollü non-randomize çalışma ve en az bir diğer iyi dizayn edilmiş, yarı deneysel çalışmadan elde edilen kanıtlar da incelenir.
Düzye 3: Diğer gözlemsel, deneysel olmayan araştırmalardan elde edilen kanıtlar
Düzye 4: Uzman görüşlerinden (uzman komisyonları veya tek otorite pozisyonundaki uzmanlar) elde edilen kanıtlar. İyi kalitede çalışmaların yokluğunu gösterir.

Önerilerin gücü

Evre A. müdahale (tanısal ya da terapötik olsun) önerilmektedir çünkü etkili olduğu açıktır ya da etkisiz veya zarar verici olduğu için kullanılmamaktadır. Öneri kanıt düzeyi 1'e dayalıdır.

Evre B. müdahale olasılıkla etkili, etkisiz ya da zarar vericidir. Müdahale özel hasta gruplarına önerilebilir. Öneri kanıt düzeyi 2 ve 3'e dayanmaktadır.

Evre C. müdahale olasılıkla etkili, etkisiz ya da zarar vericidir. Müdahale önerilmeden ya da red edilmeden önce daha ayrıntılı bir inceleme gerektirmektedir. Bu kılavuzda yer alan,

(*) Kanıt düzeyi ve önerilerin gücü tanımları U.S. Agency for Health Care and Policy Research şemasına dayalı olarak sunulmuştur. Bu şemaya göre, her bir terapötik ve tanısal yaklaşım bilimsel kanıt düzeyine göre önerilmektedir. Her bir tanısal yaklaşım (örneğin bir laboratuvar testinin kullanımı) ön tanı hipotezini değiştirebilme yeteneği ile ölçülmektedir. Her bir terapötik yaklaşımın prognozu (yani nöbetlerin relaps gösterme eğilimi) değiştirebilme yeteneği ile ölçülmektedir. Bununla beraber kanıt düzeyleri ve önerilerin gücü arasındaki korelasyonlar esnek bir şekilde ve bireyin klinik, sosyal emosyonel ve kişisel durumu dikkate alınarak değerlendirilmelidir.

Kanıt düzeyleri ve önerilerin gücü tartışılan prosedürlerin her bir grubu için başlangıçta belirlenmiştir, farklı tanısal veya terapötik yaklaşımlar gerektiren diğer endikasyonlar metinde parantez içinde gösterilmiştir.

Hastanın öyküsü (kanıt düzeyi 3, öneri gücü B)

- Nöbetin klinik özellikleri
- Uyku/uyanıklılık siklusu
- Beraberindeki semptomlar/durumlar: ateş, enfeksiyon, travma, dehidratasyon, hipertansiyon
- Uyarıcı faktörler: uykusuz kalma, toksik maddeler, fotik stimülasyon, diğer çevresel uyarılar
- Komorbidite (önceki ya da güncel)
- Ailede epilepsi/nöbet öyküsü

Klinik muayene (kanıt düzeyi 3, önerilerin gücü B)

- Genel muayene
- Nörolojik muayene

Kanıt düzeyleri

Nöbete eşlik eden ya da izleyen bazı semptomlar hariç, öykü ya da klinik muayenenin değerini destekleyen yeterli kontrollü çalışma yoktur. Konvülsif bir nöbetin epileptik doğasının en belirgin işareti arasında siyanoz, daha düşük oranda da hipersalivasyon (nöbete eşlik eden), dil ısırma ve dezoryantasyon (nöbeti izleyen semptomlar) vardır (Hoefnagels et al., 1991).

Öneriler

Kontrollü çalışmalardan gelen kanıtların yokluğu, ilk nöbeti geçiren tüm bireylerde iyi bir klinik muayenenin (öykü alma, genel ve nörolojik muayene dahil) yapılmasına olan ihtiyacı ortadan kaldırmaz. Siyanoz, hipersalivasyon, dil ısırma ve nöbet sonrası dezoryantasyon açısından aktif sorgulama gereklidir.

Biyokimyasal/hematolojik testler (kanıt düzeyi 2, öneri gücü B)

- Tam kan sayımı
- Glukoz
- Üre
- Elektrolitler
- Kalsiyum
- Kreatinin
- ALT, AST
- Kreatinin kinaz/prolaktin
- İdrar tetkiki
- Toksikolojik testler (gerektiğinde)

Kanıt düzeyleri

Hiponatreminin (<125 mM/L) sıklıkla epileptik nöbet ile ilişkili olduğu 6 aylıktan küçük bebekler hariç, (Farrar et al., 1995), metabolik hastalıklar (hiperglisemi veya hipoglisemi, elektrolit bozuklukları vb) nöbet sonrası biyokimyasal/hematolojik test yapılan çocuk ve erişkinlerde nadiren saptanmaktadır (Turnbull et al., 1990) (kanıt düzeyleri 1 ve 2). Jeneralize tonik-klonik ya da kompleks parsiyel nöbetler ile psikojenik nonepileptik nöbetlerin ayrımı için yükselmiş serum prolaktini (bazal düzeyin 2 katı ya da >36 ng/mL) yüksek oranda kanıt sağlar (Chen et al., 2005) (kanıt düzeyi 1 ve 2). Prolaktin düzeyinde yükselme tilt-test ile indüklenen senkop sonrasında gözlenebilir (Chen et al., 2005) (kanıt düzeyi 2). Kreatin kinazın epileptik ve nonepileptik nöbetlerin ayrımında yardımcı olduğuna dair bulgu yoktur (kanıt düzeyi 3). Toksikolojik testler sadece ilaçların ve epileptojenik ajanların aşırı miktarda kullanımı ya da ilaç bağımlılığı gibi durumlardan sonra yararlı olabilmektedir (kanıt düzeyi 4).

Öneriler

Laboratuvar testleri sadece metabolik ensefalopatiyi düşündüren özellikle de muayene sırasında kalıcı bilinç bozukluğu olan hastalarda yapılmalıdır. Toksikolojik açıdan tarama ilaç ya da diğer toksik maddelerle karşılaşma şüphesi olduğunda endikedir. Şüpheli bir durumdan 10-20 dk. sonra saptanan artmış serum prolaktin düzeyi jeneralize tonik klonik veya kompleks parsiyel bir nöbet ile psikojenik nonepileptik nöbet ayrımında yardımcı olur.

Serum prolaktin düzeyi, epileptik nöbet ile senkopu birbirinden ayırt edemez. Kreatin kinaz epileptik ve nonepileptik nöbetleri ayırıcı tanıda bilgi sağlamaz.

Elektroensefalogram (EEG) (kanıt düzeyi 3, öneri gücü B)

Kanıt düzeyleri

Nöbetten sonraki ilk 24 saatte yapılan EEG epileptiform anomalilerin saptanmasında daha sonraki günlerde yapılacak EEG'den (King et al., 1998) (kanıt düzeyi 3) daha büyük şansa sahiptir. Tersine, nöbetten 24-48 saat sonra EEG'deki zemin aktivitesindeki yavaşlama geçici olabilir ve dikkatle değerlendirilmelidir.

Öneriler

Özellikle çocuklarda, nöbet sonrası ilk 24 saatte EEG yapılmalıdır.

Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BT) /Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) (kanıt düzeyi 2, öneri gücü B)

Kanıt düzeyleri

Yetişkinlerin yarısında (Russo and Goldstein, 1983) ve çocukların (Hirtz et al., 2000) üçte birinde anormallikler saptanabilmesine rağmen, nörogörüntülemenin sağladığı destek, kanıtlanmış epileptojenik beyin hasarı ve/veya kısmi nöbetleri olan hastalarda bile sınırlıdır (kanıt düzeyleri 1 ve 2). Acil serviste en azından çocuklarda MRG'nin BT taramaya üstün olduğuna dair kanıt yoktur (Ferry, 1992).

Öneriler

Acil serviste beyin BT tarama veya MRG taramasının kullanımı sadece spesifik incelemeler gerektiğinde endikedir. BT tarama yapısal bir lezyondan şüphelenildiğinde veya nöbet etyolojisi kolayca tanımlanamadığında kesinlikle endikedir.

Yapısal lezyonlar arasında post-travmatik komplikasyonlar, serebral hemoraji, beyin ödemi ve yer kaplayan lezyonlar gibi postiktal kayıplar ve/veya kalıcı bilinç bozukluğu düşündürebilen lezyonlar yer alan acil serviste, MRG bireysel bazda değerlendirilmesi gereken çok seçilmiş durumlar hariç endike değildir.

Beyin omurilik sıvısının (BOS) incelenmesi (kanıt düzeyi 2, öneri gücü B)

Kanıt düzeyleri

Yüksek sensitivite ve spesifitesi nedeniyle BOS incelemesi genellikle menenjal bulgular gösteren febril nöbet varlığında serebral infeksiyonu ekarte etmek için uygulanmaktadır (Anonymous, 1993). 6 aylıktan küçük, bilinç bozukluğu ve dikkati toplamada gecikmesi olan bebeklerde, meningeal iritasyon bulguları olmuştaysa da BOS anormal olabilir.

Tam tersine, ilk afebril nöbeti geçiren hastalarda BOS incelemesinin değeri hala kanıtlanmamıştır. (kanıt düzeyleri 2-3)

Öneriler

6 aylıktan küçük bebekler hariç BOS incelemesi sadece serebral infeksiyon şüphesi olan yetişkin ve çocuklarda önerilmektedir (Hirtz et al., 2000). BOS incelemesi artış olmaması durumunda genellikle kontrendikedir.

Tedavi (kanıt düzeyi 3, öneri gücü B)

Kanıt düzeyleri

İlk akut semptomatik nöbetin etyolojisinin tedavisinin düşük relaps riski olduğuna dair yeterli kontrol içeren çalışma kanıtı olmamasına rağmen, biyolojik olarak akla yatkındır. Bir randomize kontrollü (kanıt düzeyi 2) çalışmada (Solari et al., 1997) ilk uyarısız (unprovoked) jeneralize tonik klonik nöbetin benzodiazepinlerle tedavisi relaps riskinde belirgin azalma ile sonuçlanmıştır.

Öneriler

İlk akut semptomatik nöbetin varlığında (metabolik ensefalopeti, altta yatan tedavi edilebilir akut MSS hasarı) nedene yönelik tedavi önerilmektedir. İlk uyarı olmaksızın ortaya çıkan (unprovoked) nöbetin semptomatik tedavisi, nöbet status epileptikus özelliklerine sahip olmadıkça uygun değildir. Status epileptikus tedavisine yönelik kılavuz için Minicucci et al. (2006)'ya başvurunuz.

İlk Nöbet Öyküsü Olan Hastada Tanıya ve Tedaviye Yönelik Yaklaşım

Bir poliklinik ya da hastane medikal konsültasyonu sırasında gelişen bir ilk nöbet bildirildiğinde ve post-iktal faz geçti ise, hala epileptik – nonepileptik nöbet açısından ayırıcı tanıya gereksinim bulunmaktadır. Epileptik nöbet sözkonusu ise, akut semptomatik ve uyarı olmaksızın gelişen nöbet arasında ayırım yapılmalıdır.

İkinci durum açısından, nöbetin yapısal etyolojisine yönelik araştırma da yapılmalıdır. Kesin öykü kadar genel ve nörolojik muayene epileptik nöbetin düşündürecek semptom ve bulguların tanımlanması için gereklidir. Laboratuvar, elektrofizyolojik ve görüntüleme test sonuçları da uygun, nöbetin etyolojisini aramaya yönelik olarak istenmeli ve epileptik tedaviye başlama gereksinimi ile tedavi seçimi ve süresi açısından karar vermeye yönelik olmalıdır.

Hasta öyküsü (kanıt düzeyi 3, öneri gücü B)

- Nöbetin klinik özellikleri
- Uyku/uyanıklık siklusu
- Beraberindeki semptomlar/durumlar: ateş, infeksiyon, travma, dehidratasyon, hipertansiyon
- Uyarıcı faktörler, uyku bozukluğu, toksik bileşikler, ışık uyarısı, diğer çevresel uyarılar
- Komorbidite (önceki ve güncel)
- Epilepsi/nöbete yönelik aile öyküsü

Klinik muayene (kanıt düzeyi 3, öneri gücü B)

- Genel muayene
- Nörolojik muayene

Kanıt düzeyleri

Öykü ve klinik muayenenin değeri nöbete eşlik eden veya izleyen semptom ve bulgularla (yukarıda belirtilen) ilişkili 3. düzeyde kanıtlarla desteklenmiştir. Siyanoz ve hipersalisasyon (eşlik eden semptom ve bulgulardan ilk dil ısırma ve oryantasyon bozukluğu (nöbet sonrası tespit edilen semptom ve bulgulardandır). Nöbetin epileptikli doğasının geçerli göstergeleridir (Hoefnagels et al., 1991)

Öneriler

İyi kalitede yapılan çalışmalardan elde edilen kanıtlar olmamasına rağmen, doğru değerlendirme için öykü ile genel ve nörolojik muayeneye gereksinim bulunmaktadır. Nöbete tanık olan kişiyle görüşürken, siyanoz, hipersalisasyon, dil ısırma ve post-iktal oryantasyon bozukluğu dikkatle sorgulanmalıdır, böylece nöbetin epileptik kaynaklı olduğuna dair daha iyi kanıtlar elde edilebilir.

Biyokimyasal/hematolojik testler (Kanıt düzeyi 2, öneri gücü B)

Lütfen akut tanısal ve tedaviye yönelik yaklaşım bölümüne bakınız.

BOS incelemesi (kanıt düzeyi 2, öneri gücü B)

Lütfen akut tanısal ve tedaviye yönelik yaklaşım bölümüne bakınız.

EEG (kanıt düzeyi 1, öneri gücü A)

- Eğer uyanık iken çekilen standart EEG bilgi vermiyorsa, uyku EEG'si önerilir (kanıt düzeyi 2, öneri gücü B)

Kanıt düzeyleri

İlk epileptik nöbetini geçiren çocuklarda, EEG'de fokal yavaşlamalar veya epileptiform anomaliler yüksek relaps riskini ortaya koyar (Hirtz et al., 2000) (kanıt düzeyi 1). Çocuklarda, kriptojenik bir nöbetin varlığında, anormal EEG relaps riskini iki katına çıkarır (Shinnar et al., 1994) (kanıt düzeyi 1) yetişkinlerde, EEG'nin öngörü değeri daha az düşük bir kesinlik taşır. Uyku EEG'sinde, izlem sırasında anormallerin saptanması olasılığı artar (King et al., 1998; Schreiner ve Pohlman-Eden, 2003) ilk nöbeti geçiren hastalarda ambulatuvar EEG'nin değerine ilişkin veri yoktur.

Öneriler

EEG çocuklarda ve yetişkinlerde epileptik nöbetlerinde tanıya yönelik taramanın bir bölümüdür. Uyanıklık sırasındaki EEG normal ise, uyku EEG'si önerilmektedir. Epileptik orjinli olduğu şüpheli olan ilk nöbetlerini geçiren hastalarda ambulatuvar EEG'nin rolü gösterilememiştir.

BT / MRG (kanıt düzeyi 1, öneri gücü A)

Kanıt düzeyleri

Literatürde, epileptojenik durumların tanısında, BT ile kanıtlandığında MRG'nin daha yüksek duyarlılığa sahip olduğuna dair kesin bulgular mevcuttur (Hirtz et al., 2000) (kanıt düzeyleri 1 ve 2) Tersine, MRG relaps riskinin saptanması ve kriptojenik ve uzak semptomatik epilepsili hastaların tedavisinin yönlendirilmesi açısından yapısal beyin anormalliklerin saptanmasında zorunludur.

İdyopatik parsiyel epilepsi hastalarında tanıya yönelik kullanım ve prognostik değerlendirme açısından MRG'nin rolü daha azdır.

Öneriler

MRG, ilk kriptojenik veya uzak semptomatik nöbet geçirdiği şüphesi olan hastanın tanısal değerlendirmenin vazgeçilmez parçasıdır. MRG, BT'ye tercih edilmelidir fakat idyopatik parsiyel epilepsi tanısının varlığında gerekli değildir.

BT, MRG'nin kontrendike olduğu ya da yapılmayacağı hastalarda alternatif bir araçtır.

Diğer tanısal araçlar (kanıt düzeyi 4, öneri gücü C)

Kanıt düzeyleri

Literatürde, nöropsikolojik testler, fonksiyonel MRG, SPECT ve PET'nin ilk epileptik nöbetin ayırıcı tanısındaki değerine ilişkin belirgin bir kanıt yoktur.

Öneriler

Nörotirojik testler, fonksiyonel MRG, SPECT ve PET ilk epileptik nöbetini geçiren hastada genelde önerilmemektedir fakat vaka bazında kullanılabilirler.

Tedavi (kanıt düzeyi 1, öneri gücü A).

Kanıt düzeyleri

İlk nöbetin anti-epileptik ilaçlarla (AEİ) tedavisinin kararı, relaps riskiyle büyük oranda ilişkilidir. Bu risk vakadan vakaya değişmekle birlikte, en yüksek rekürans riski, anormal EEG bulguları olan ve beyin lezyonu saptanmış hastalarda ortaya çıkmaktadır (Berg ve Shinnar, 1991) (kanıt düzeyi 1). Genel olarak, rekürans riski ilk 12 ayda en yüksektir ve nöbetten sonraki 2 yılda neredeyse sifıra kadar düşmektedir (Beghi, 2003). Kanıt düzeyi 1 ve 2 olan çalışmalar, uyarısız gelişen ilk nöbetin tedavisinin izleyen iki yılda çocuklarda ve yetişkinlerde relaps riskini azalttığını, fakat uzun dönemdeki remisyon olasılığını etkilemediğini ortaya koymuştur (Musicco et al., 1997, Hirtz et al., 2003; Marson et al., 2005).

Öneriler

Uyarısız gelişen (unprovoked) ilk nöbetin anti-epileptik ilaçlarla (AEİ) ayırım gözetmeden tedavisi önerilmemektedir. Elektrofizyolojik olarak ya da görüntüleme testlerinin sonuçlarına göre, artmış relaps riski gösteren hastalarda (belirtildiği şekilde, özellikle yapısal MSS ve/veya EEG anomali varlığı) ve/veya tedavinin risk/yarar dengesi yarar yönünde olan hastalarda, nöbet relapsının ve tedavinin sosyal, emosyonel ve kişisel etkileri değerlendirildikten sonra tedavi uygulaması dikkate alınmalıdır. Tedavinin askıya alınması gerektiren bazı durumlar (örneğin gebelik) olabileceği gibi, risk taşıyan aktivite yapanlarda da tedavinin başlaması gerekebilir. Her iki durumda da hastanın karar sürecinde yer alması gereklidir. Tedaviyle ilişkili faktörler (ilaç seçimi, doz, ve tedavi süresi) rekürans nöbetleri olan hastalarla aynıdır ve bu konu, bu kılavuzun kapsamı dışındadır.

Referanslar

1. Beghi E. Prognosis of first seizure. In: Prognosis of Epilepsies. Jallon P (ed). John Libbey Eurotext, Paris, 2003; p 21-8.
2. Annegers JF, Hauser WA, Lee JR, Rocca WA. Incidence of acute symptomatic seizures in Rochester, Minnesota, 1935-1984. *Epilepsia* 1995; 36:327-33.
3. Anonymous. (1993) Practice parameters: lumbar puncture (summary statement). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 1993; 43:625-7.
4. Berg AT, Shinnar S. The risk of seizure recurrence following a first unprovoked seizure: A quantitative review. *Neurology* 1991; 41: 965-72.
5. CeVEAS (a cura di). Linee guida per il trattamento del tumore della mammella in provincia di Modena. Gruppo GLICO Azienda Ospedaliera e Azienda USL. Modena, 2000.
6. Chen DK, So YT, Fisher RS. Use of serum prolactin in diagnosing epileptic seizures. *Neurology* 2005; 65:668-75.
7. Commission on Epidemiology and Prognosis, International League Against Epilepsy. Guidelines for epidemiologic studies on epilepsy. *Epilepsia* 1993; 34: 592-96.
8. Farrar HC, Chande VT, Fitzpatrick DF, Shema SJ. Hyponatremia as the cause of seizures in infants: a retrospective analysis of incidence, severity, and clinical predictors. *Annals of Emergency Medicine* 1995; 26:42-8.
9. Ferry PC. Pediatric neurodiagnostic tests: a modern perspective. *Pediatrics in Review* 1992; 13:248-56.
10. Hauser WA. Incidence and prevalence. In: Engel J Jr, Pedley TA (eds) *Epilepsy: A Comprehensive Textbook*. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, pp. 47-57, 1997.
11. Hirtz D, Ashwal S, Berg A, Bettis D, Camfield C, Camfield P, Crumrine P, Elterman R, Schneider S, Shinnar S. Practice parameter: evaluating a first nonfebrile seizure in children: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology, the Child Neurology Society, and the American Epilepsy Society. *Neurology* 2000; 55:616-23.
12. Hirtz D, Berg A, Bettis D, Camfield C, Camfield P, Crumrine P, Gaillard WD, Schneider S, Shinnar S, Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology, Practice Committee of the Child Neurology Society. Practice parameter: treatment of the child with a first unprovoked seizure: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology* 2003; 60:166-75.
13. Hoefnagels WA, Padberg GW, Overweg J, van der Velde EA, Roos RA. Transient loss of consciousness: the value of the history for distinguishing seizure from syncope. *J Neurol* 1991; 238:39-43.
14. King MA, Newton MR, Jackson GD, Fitt GJ, Mitchell LA, Silvapulle MJ, Berkovic SF. Epileptology of the first-seizure presentation: a clinical, electroencephalographic, and magnetic resonance imaging study of 300 consecutive patients. *Lancet* 1998; 352: 1007-11.
15. Marson A, Jacoby A, Johnson A, Kim L, Gamble C, Chadwick D, Medical Research Council MESS Study Group. Immediate versus deferred antiepileptic drug treatment for early epilepsy and single seizures: a randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 365:2007-13.
16. Musicco M, Beghi E, Solari A, Viani F, for the First Seizure Trial Group (FIRST Group). Treatment of first tonic-clonic seizure does not improve the prognosis of epilepsy. *Neurology* 1997; 49:991-8.
17. Schreiner A, Pohlmann-Eden B. Value of the early electroencephalogram after a first unprovoked seizure. *Clinical Electroencephalography* 2003; 34:140-4.

18. Shinnar S, Kang H, Berg AT, Goldensohn ES, Hauser WA, Moshe SL. EEG abnormalities in children with a first unprovoked seizure. *Epilepsia* 1994; 35:471-6.
19. Solari A, Musicco M, Beghi E. Acute antiepileptic treatment at a first unprovoked tonic-clonic seizure and the risk of subsequent seizures. *Neurology* 1997; 48(suppl):A44-A45 (abstract P01.061).
20. Turnbull TL, Vanden Hoek TL, Howes DS, Eisner RF. Utility of laboratory studies in the emergency department patient with a new-onset seizure. *Ann Emerg Med* 1990; 19:373-7.
21. Anonymous. Practice parameter: neuroimaging in the emergency patient presenting with seizure (summary statement). American College of Emergency Physicians, American Academy of Neurology, American Association of Neurological Surgeons, American Society of Neuroradiology. *Ann Emerg Med* 1996; 28:114-8.
22. Pohlmann-Eden B, Beghi E, Camfield C, Camfield P. The first seizure and its management in adults and children. *BMJ* 2006; 332:339-42.