

Anamnezin Epileptik Nöbet ile Psikojenik Nöbeti Ayırmadaki Güvenilirliği

The Reliability of Anamnesis in Distinguishing between Epileptic Seizures and Psychogenic Seizures

Canan TOGAY-IŞIKAY, Aytaç YİĞİT, Bedriye ÖNCÜ, Coşkun ŞARMAN

Epilepsi 1999;5(2):70-74

Amaç: Epileptik nöbetlerin psikojenik nöbetlerden ayırt edilmesinde anamnestic ve davranışsal özelliklerin önemini belirlemek.

Hastalar ve Yöntemler: Yaşları 14-52 arasında değişen 44 hastaya, ilk olarak Epilepsi Polikliniğinde değerlendirildikten sonra, tanıları bilmeyen bir başka hekim tarafından nöbet anket formu uygulandı. Anket formunda hasta ve görgü tanığına sorulan sorularla epileptik ve psikojenik nöbetlerin özellikleri araştırıldı.

Bulgular: Otomatizma, idrar kaçırma, öyküde doğum travması ve/veya ateşli havale geçirme epileptik nöbet tanısı alanlarda anlamlı derecede sıklıkta. Psikojenik nöbet tanısı alanlarda ise baş dönmesi, göz kararması, uyuşma, karıncalanma gibi bulguların; çırpınma, kendisine ve etrafına zarar verme gibi hareketlerin anlamlı derecede daha sık olduğu görüldü ($p<0.05$).

Sonuç: Hasta ve yakınlarından alınan ayrıntılı bir anamnezin epileptik nöbetlerin psikojenik nöbetlerden ayırt edilmesinde önem taşıdığı sonucuna varıldı.

Anahtar Sözcükler: Tanı, ayırıcı; epilepsi/tanı; nöbet/tanı; klinik protokoller.

Objectives: To determine the diagnostic value of anamnestic and behavioral features of epileptic and psychogenic seizures.

Patients and Methods: Forty-four patients with ages ranging between 14 and 52 years were first evaluated by the epilepsy outpatient clinic and then were administered a seizure-questionnaire by a physician who was unaware of the diagnoses, targeting the anamnestic and clinical features of epileptic and psychogenic seizures.

Results: Automatism, urinary incontinence, antecedent birth trauma and/or febrile seizures were significantly frequent in patients with epileptic seizures, whereas dizziness, visual dimming, numbness, pins and needles, shaking, and causing self-inflicted injuries or injuries to other persons were significantly more common in patients with psychogenic seizures ($p<0.05$).

Conclusion: A detailed anamnesis obtained from patients and witnesses appears to be of significant value in distinguishing between epileptic and psychogenic seizures.

Key Words: Diagnosis, differential; epilepsy/diagnosis; seizures/diagnosis; clinical protocols.

Dergiye geliş tarihi: 04.12.1998 Yeniden yazılma isteği: 14.01.1999 Düzeltme: 18.08.1999 Yayın için kabul tarihi: 30.09.1999

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, (Togay-Işıkay) Asist. Dr., (Yiğit) Doç. Dr.; Psikiyatri Anabilim Dalı, (Öncü) Uzm. Dr., (Şarman) Prof. Dr.

İletişim adresi: Dr. Aytaç Yiğit, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı, 06100 Samanpazarı - Ankara.
Tel: 0312 - 310 33 33 / 2045 Faks: 0312 - 310 63 70 e-posta: isikay2@hotmail.com

Bilinç kaybı epizodları ile başvuran hastalarda cevaplanması gereken temel soru, olayın bir epileptik nöbet (EN) olup olmadığıdır. Bilinç kaybının epileptik olup olmadığının ayırt edilmesinde en önemli bilgileri hastadan ve bilinç kaybı sırasında yanında bulunan bir görgü tanısından elde edebiliriz. Ancak klinik bilgilerin yetersiz olduğu, görgü tanısına ulaşamadığı durumlarda ve bazı EN tiplerinde (frontal lob kaynaklı nöbetler gibi) epilepsi ayırıcı tanısı güçleşmektedir. EEG'nin de daha sık olarak normal olabildiği bu durumlarda ancak video-EEG monitörizasyonu ile kesin tanıya gidilebilir.

Video-EEG monitörizasyon çalışmaları, psikojenik nöbetlerin (PN) hiç de nadir olmadığını göstermiştir. Epilepsi polikliniklerine başvuran hastalarda PN prevalansının %5-20 olduğu tahmin edilmektedir.^[1] Çeşitli çalışmalarda PN'li hastaların %8-60'ında EN'lerin de varlığı bildirilmiştir. Bu oran çalışmaların çoğunda %10-25 arasında sınırlı kalmaktadır.^[2] Diğer taraftan, tedaviye dirençli epilepsi tanısıyla izlenen hastaların %8-20'sinde PN kayıtları yapılmıştır.^[3,4]

Epileptik olmayan hastalar yanlış tanı yüzünden yıllarca antiepileptik tedavi alabilmekte ve psikiyatrik tedavileri de gecikebilmektedir. Diğer yandan, atipik EN'leri olan hastalar da sık olarak PN tanısı alabildiklerinden, elektrofiz-

yolojik ve radyolojik incelemeleri gecikmekte ve bu yüzden tedavi şansından mahrum kalmaktadır. Doğru tanı ile, EN'si olan hastaların anti-epileptik tedavileri geciktirilmemiş ve PN'si olanlara da psikiyatrik medikasyon ve psikoterapi imkanları sağlanmış olur.^[5] Epileptik nöbet-psikojenik nöbet ayırıcı tanısında en güvenilir tetkik olan video-EEG monitörizasyonu ile hastaların nöbet tiplerini (PN ve/veya EN) belirleme ve gecikmeden uygun tedaviye başlama imkanı doğmuştur. Video-EEG monitörizasyonu ile iktal ve postiktal özelliklerin ayırıcı tanıda önemini belirlemeye yönelik yapılmış birçok çalışma vardır.^[1-3,6-13] Video-EEG monitörizasyonu, yüksek duyarlılığı ve özgüllüğüne rağmen, her hastaya uygulanması pratik olmayan, pahalı ve zahmetli bir tanı yöntemidir.^[5,14] Bu nedenle, hasta ve hasta yakınlarından alınan anamnestik bilgiler klinik pratikte büyük önem kazanmaktadır.^[3,7,15]

Bu çalışmada bilinç kaybı epizodları olan hastalarda, hasta ve nöbeti gören hasta yakınlarının verdiği klinik bilgilerin, EN ve PN için tanısal değerini araştırdık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmaya Epilepsi Polikliniği'ne "bilinç kaybı epizodları" yakınmasıyla ilk defa başvuran 14-52 yaş arası 44 hasta alındı. Bunların 37'si kadın, yedisi erkek idi; yaş ortalaması 25.7 idi. Hastalar öncelikle Epilepsi Polikliniği'nde, epilepsi konusunda tecrübeli bir uzman nörolog tarafından EN veya PN açısından değerlendirildi. Epileptik ve psikojenik olmayan diğer bilinç kaybı epizodları (kardiyak kökenli senkop, vazovagal senkop gibi) dışlandı. Sonra, hastalara tanılarını bilmeyen başka bir hekim tarafından nöbet anket formu uygulandı.^[5] Anket formunda hastaya ve görgü tanısına sorulan sorularla nöbetin özellikleri araştırıldı (EK I).

İstatistiksel değerlendirme ki-kare testi ile yapıldı.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 44 hastadan 30'u (%68.1) PN, 14'ü ise (%31.8) EN tanısı aldı.

Epileptik nöbet tanısı almış hastaların %28.6'sında otomatizma saptanırken, PN tanısı almış hastaların hiçbirinde otomatizmaya rastlanmadı. Otomatizması olan hastaların hepsi EN tanısı alırken, otomatizması olmayanların %75'i PN tanısı aldı. Hareketsizlik, tonik hareketler ve çirpınma, kendisine ve etrafına zarar verme gibi hareketler PN tanısı alan hastalarda daha sık bulundu (Tablo 1).

TABLO 1

Epileptik Nöbet İçin Anlamlı Özellikler

	Psikojenik	Epileptik	Toplam
Nöbet sırasında hareket (p<0.05)			
Hareket gözlenmedi	12	3	15
Tonik	10	3	13
Klonik veya tonik-klonik	3	3	6
Otomatizma	-	4	4
Diğer	5	1	6
Toplam	30	14	44
İdrar kaçırma (p<0.05)			
Yok	27	9	36
Var	3	5	8
Toplam	30	14	44
Doğum travması ve havale öyküsü (p<0.05)			
Yok	27	9	36
Var	3	5	8
Toplam	30	14	44

TABLO 2
Psikojenik Nöbet İçin Anlamlı Özellikler

	Psikojenik	Epileptik	Toplam
Baş dönmesi (p<0.05)			
Yok	13	11	24
Var	17	3	20
<i>Toplam</i>	30	14	44
Karınçalanma, uyuşma (p<0.05)			
Yok	17	14	31
Var	13	-	13
<i>Toplam</i>	30	14	44
Göz kararması (p<0.05)			
Yok	13	11	24
Var	17	3	20
<i>Toplam</i>	30	14	44

Psikojenik nöbetli hastaların %10'unda, EN geçiren hastaların ise %35.6'sında idrar kaçırma öyküsü vardı. Epileptik nöbet sıklığı, idrar kaçırması olan hastalarda %62.5, idrar kaçırması olmamış hastalarda %25 bulundu (Tablo 1).

Epileptik nöbetli hastaların %35.7'sinin özgeçmişinde doğum travması ve havale öyküsü varken, PN'li hastalarda bu oran %10'du. Özgeçmişinde adı geçen risk faktörlerini taşıyan hastaların %62.5'i, bu risk faktörlerini taşımayan hastaların ise %25'i EN tanısı aldı. Doğum travması ve ateşli havale öyküsü dışında, medikal öyküde ve soygeçmişte sorgulanan özelliklerden hiçbiri EN ve PN grupları için anlamlı bulunmadı (Tablo 1).

Bayılma öncesi hissedilen baş dönmesi, göz kararması, ekstremitelerde karınçalanma ve uyuşma yakınmalarına PN hastalarında anlamlı oranda sık rastlandı. Psikojenik nöbet geçiren hastaların %56.7'sinde baş dönmesi ve göz kararması vardı; EN tanılı hastalarda bu oran %21.4 idi. Baş dönmesi ve göz kararması olanların %85'ine PN, bu yakınmaları olmayanların ise %45.8'ine EN tanısı konmuştu. Epileptik nöbetli hastaların hiçbirinde ekstremitelerde karınçalanma, uyuşma yakınması yokken, PN olanların %43.8'inde karınçalanma ve uyuşma yakınması vardı. Bu yakınmaları olan hastaların hepsi PN tanısı alırken, bu yakınmaları taşımayan hastaların %45.8'i EN tanısı almıştı (Tablo 2).

Olaydan önce hissedilen bulantı, terleme, mi-

deden kalkan rahatsızlık hissi, olaydan önce uykusuz kalma, olaydan sonra hissedilen uyuklama, dezorientasyon, baş ağrısı, kas ağrıları, dil yaralanması ve diğer yaralanmalar ve nöbetler arasında tariflenen nefes darlığı, ağız kurumaması, çarpıntı yakınmaları açısından PN ile EN arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı.

Olayın günün hangi saatlerinde olduğu, ne kadar sürdüğü, olay sırasında hastanın ağızdan köpük gelip gelmediği ve yüzünün ne renk aldığı gibi sorulardan elde edilen yanıtlar hasta grupları arasında anlamlı bir ilişki göstermedi.

Olay sırasında hastanın çevreyle ilişkisinin kesilmesi, sonrasında olup bitenleri hatırlama ve etrafındakileri tanımayla ilgili yöneltilen sorulara verilen yanıtlar da, beklenenin aksine, hasta gruplarında anlamlı fark göstermedi.

TARTIŞMA

Hoefnagels ve ark.nın^[16] nöbet anket formu ile yaptıkları çalışmada, nöbet sırasında gözlenen yüzde morarma, ağızdan köpük gelmesi, dil ısırma ile nöbet sonrası dezoryantasyon ve kas ağrıları, EN tanısını destekler bulunmuştur. Çalışmamızda, EN'li hasta grubunda bu özelliklerden hiçbirine anlamlı oranda rastlanmamıştır.

Psikojenik nöbetlerden önce hiperventilasyon, baş dönmesi, göz kararması, ekstremitelerde pareteziler, nefes darlığı ve çarpıntı gibi yakınmalar dile getirilmektedir. Dikkatli bir anamnez alındığı takdirde bu semptomların EN'lerin aurasından ayırıcı tanısı kolaydır.^[7,13] Çalışmamızda baş dönmesi, göz kararması, ekstremitelerde uyuşma ve karınçalanma hissi gibi belirtiler PN grubunda anlamlı oranda fazla bulunmuştur. Nöbet öncesinde tariflenen bu subjektif yakınmaların hiperventilasyon sonucu geliştiği düşünülmektedir.^[7]

Bilinç kaybı epizodlarının her zaman PN veya EN olarak yorumlanması doğru değildir. Özellikle nöbet öncesinde baş dönmesi, ekstremitelerde karınçalanma-uyuşma, göz kararması, bulantı ve terleme hisseden hastalarda vazovagal senkop ve kardiyojenik senkop ayırıcı tanısı mutlaka yapılmalıdır.^[5,14,16] Çalışma grubumuzda, senkop, bu tip öncü semptomların bulunduğu hastaların taşıdıkları diğer özellikler de dikkate alınarak dışlanmıştır.

Tonik hareketler, tonik postür alma, hareket-sizlik ve tonus kaybı PN'yi destekleyen motor fenomenlerdir.^[13] Çalışmamızda, EN grubunda otomatizmalar, birçok çalışmayla uyumlu olarak sık görülürken, tonik-klonik veya klonik kasılmalar EN grubunda aynı ölçüde anlamlı bulun-

EK I – NÖBET ANKET FORMU^[16]

A) Hastaya yöneltilen sorular:

1. Olay sırasında çevreyle ilişkiniz kesildi mi?
2. Olay sırasında olan herhangi bir şeyi hatırlıyor musunuz?
3. Olaydan önce neler hissettiniz?
 - a) Bulantı
 - b) Baş dönmesi
 - c) Terleme
 - d) Ekstremitelerde karıncalanma, uyuşma
 - e) Göz kararması
 - f) Mideden kalkan rahatsızlık hissi
4. Olay olduğunda ne yapıyordunuz?
 - a) Oturuyordum
 - b) Ayaktaydım
 - c) Diğerleri
5. Olaydan sonra ne hissettiniz?
 - a) Uyuklama
 - b) Dezoryantasyon
 - c) Baş ağrısı
 - d) Kas ağrıları
 - e) Dilde yaralanma
 - f) İdrar kaçırma
 - g) Yaralanma
6. Olaydan önce uykusuz kalmış mıydınız?
7. Ne zaman oldu?
 - a) Sabah
 - b) Öğleden sonra
 - c) Akşam
 - d) Gece
 - e) Değişken
8. Nöbetler arasındaki semptomlar:
 - a) Nefes darlığı
 - b) Ağız kuruması
 - c) Çarpıntı
9. Medikal öykü:
 - a) Ailede epilepsi
 - b) Ailede psikososyal problemler
 - c) Kafa travması
 - d) Menenjit
 - e) Serebrovasküler hastalık
 - f) Sistemik hastalık
 - g) Ateşli havale
 - h) Doğum travması
 - i) Alkol, ilaç veya uyuşturucu madde kullanımı

B) Görgü tanığına yöneltilen sorular:

10. Olay sırasında hastayla ilişki kurabildiniz mi?
11. Olay sırasında neler gözlediniz?
 - a) Hareketsizlik
 - b) Tonik kasılma
 - c) Tonik-klonik kasılma
 - d) Otomatizma
 - e) Diğer (Çırpınma, kendisine/etrafına zarar verme gibi)
12. Olay sırasında hastanın yüzü nasıldı?
 - a) Normal
 - b) Soluk
 - c) Morarmış
13. Olay ne kadar sürdü?
 - a) <1 dakika
 - b) 1-5 dakika
 - c) >5 dakika
14. Olaydan sonra sizi hemen tanıdı mı?
15. Olaydan sonra nerEde olduğunu ve ne yaptığını hatırladı mı?

mamıştır.^[3-5] Hareketsizlik, tonik hareketler ve diğer hareketler başlığı altında toplanan çırpınma, kendine ve etrafa zarar verme gibi hareketler, literatürle uyumlu olarak, PN grubunda daha sık bulunmuştur.^[3,6,9,13,14] Çalışmamızda göze çarpan bir diğer özellik, görgü tanıklarının PN tanısı alan hastalardaki motor hareketleri tarif etmede güçlük çekmeleridir.

Motor hareketlerin fokal olduğu EN'lerde bi-

linç kaybı olmayabilir; ancak motor hareketler yaygın ise bilinç kaybı beklenmelidir. Yaygın motor hareketle birlikte bilincin korunmuş olması ise nöbetin PN olduğunu düşündürmelidir. Ancak bilateral motor harekete bilinç kaybının eşlik etmediği hastalarda frontal lob kaynaklı EN'ler dışlanmalıdır.^[17-19]

İdrar kaçırma, doğum travması ve ateşli havale EN'ye işaret eden özelliklerdir.^[5,6,9] Ancak

idrar kaçırma, her zaman EN'lerle birlikte görülen bir durum değildir; PN'lere de eşlik edebilir. Gaita kaçırmanın da bulunduğu durumlarda ise PN tanısının mutlaka şüpheyle karşılanması gerekir.^[9] Bu çalışmada idrar kaçırma sıklığı EN grubunda daha fazla bulunmakla birlikte, PN grubunda da idrar kaçırma bildiren üç hasta olmuştur. Hastaların hiçbirinden gaita kaçırma öyküsü alınmamıştır. Bunun epileptik hasta sayısının azlığıyla ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Bilinç kaybı epizodu, PN'lerde daha uzun sürme eğilimindedir; ancak bu özelliğin her hastada olması şart değildir. Kısa süreli ve EN gibi ani sonlanan PN'ler de vardır.^[14] Bu çalışmada da, görgü tanısından öğrenilen nöbetin süresi ayırıcı tanıda özellik göstermemiştir.

Bu çalışmada, bilinç kaybının taşıdığı özelliklerden çoğunun PN/EN ayırıcı tanısında yardımcı olmadığı görülmüştür. Bu özellikler arasında, EN'ye özgü olduğu düşünülen özellikler de -nöbetin kısa süreli olması, postiktal konfüzyon olması, hastanın ağzından köpük gelmesi, çevreyle ilişkisinin tamamen kesilmesi, tonik-klonik kasılmalar ve idrar inkontinansı- bulunmaktadır. Bu durum, hasta sayısının azlığından, EN'li hasta sayısının sınırlı olmasından ve hasta ve hasta yakınlarından yeterli ve güvenilir bilgi alınamamasından kaynaklanıyor olabilir. Anket formları doldurulurken, hasta ve yakınları nöbet sırasındaki motor hareketler, nöbetin süresi, hastanın nöbet sırasındaki ve sonrasındaki bilinç durumu ile ilgili soruları çok tereddütlü ve çelişkili yanıtlamışlardır. Bu durum, ailelerin sosyokültürel seviyeleriyle, hastaya ve hastalığa verilen önemle ve nöbetin ne kadar dikkatli izlendiğiyle ilişkili olarak değişmektedir.

Hasta sayımız sınırlı olduğundan, EN grubundaki hastalar nöbet tiplerine göre alt gruplara ayıramamış ve bu alt gruplar ile PN grubunun klinik özellikleri karşılaştırılamamıştır.

KAYNAKLAR

1. Shen W, Bowman ES, Markand ON. Presenting the diagnosis of pseudoseizure. *Neurology* 1990;40:756-9.
2. Devinsky O, Sanchez-Villasenor F, Vazquez B, et al. Clinical profile of patients with epileptic and nonepileptic seizures. *Neurology* 1996;46:1530-3.
3. Gates JR, Ramani V, Whalen S, Loewenson R. Ictal characteristics of pseudoseizures. *Arch Neurol* 1985;42:1183-7.
4. Krumholz A, Niedermeyer E. Psychogenic seizures: a clinical study with follow-up data. *Neurology* 1983;33:498-502.
5. Hoefnagels WA, Padberg GW, Overweg J, et al. Transient loss of consciousness: the value of the history for distinguishing seizure from syncope. *J Neurol* 1991;238:39-43.
6. Boon PA, Williamson PD. The diagnosis of pseudoseizures. *Clin Neurol Neurosurg* 1993;95:1-8.
7. Lesser RP. Psychogenic seizures. *Psychosomatics* 1986;27:823-9.
8. Özkara Ç, Dreifuss FE. Differential diagnosis in pseudoepileptic seizures. *Epilepsia* 1993;34:294-8.
9. Volow MR. Pseudoseizures: an overview. *South Med J* 1986;79:600-7.
10. Kanner AM, Stagno S, Kotagal P, Morris HH. Postictal psychiatric events during prolonged video-electroencephalographic monitoring studies. *Arch Neurol* 1996;53:258-63.
11. Meierkord H, Will B, Fish D, Shorvon S. The clinical features and prognosis of pseudoseizures diagnosed using video-EEG telemetry. *Neurology* 1991;41:1643-6.
12. Wilkus RJ, Dodrill CB, Thompson PM. Intensive EEG monitoring and psychological studies of patients with pseudoepileptic seizures. *Epilepsia* 1984;25:100-7.
13. Lesser RP. Psychogenic seizures. *Neurology* 1996;46:1499-507.
14. Leis AA, Ross MA, Summers AK. Psychogenic seizures: ictal characteristics and diagnostic pitfalls. *Neurology* 1992;42:95-9.
15. Lempert T, Schmidt D. Natural history and outcome of psychogenic seizures: a clinical study in 50 patients. *J Neurol* 1990;237:35-8.
16. Hoefnagels WA, Padberg GW, Overweg J, et al. Syncope or seizure? The diagnostic value of the EEG and hyperventilation test in transient loss of consciousness. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1991;54:953-6.
17. Kanner AM, Morris HH, Luders H, et al. Supplementary motor seizures mimicking pseudo-seizures: some clinical differences. *Neurology* 1990;40:1404-7.
18. Saygi S, Katz A, Marks DA, Spencer SS. Frontal lobe partial seizures and psychogenic seizures: comparison of clinical and ictal characteristics. *Neurology* 1992;42:1274-7.
19. Morris HH 3d, Dinner DS, Luders H, et al. Supplementary motor seizures: clinical and electroencephalographic findings. *Neurology* 1988;38:1075-82.