

İlaça Dirençli Psikomotor Nöbetli 15 Hastanın Temporal Lobektomi Sonrası İzlem Sonuçları

Post-Surgical Outcome of 15 Patients with Pharmacoresistant Psychomotor Seizures

Aytaç YİĞİT¹, Muhittin C. AKBOSTANCI¹, Nermin MUTLUER¹

Epilepsi 1996;2(3):146-148

Bu yazıda, ilaca dirençli psikomotor nöbetleri olan 15 hastanın (10 erkek, beş kadın) temporal lobektomi sonrası izlemine bildiriyoruz. Hastalarda nöbet başlama yaşı ortalama dokuz (2-28), ameliyat sırasındaki yaş ise ortalama 27 (9-40) idi. Cerrahi öncesi değerlendirilmede, ekstrakranyal ve sfenoidal elektrodlarla uzun süreli interiktal uyanklık ve uyku EEG'si ve kranyal MRG kullanıldı. Bütün hastalarda EEG, tek taraflı temporal epileptik odak göstermekteydi. Kranyal MRG'de, bir hastada kistik tümör (oligodendroglioma), bir hastada ensefalomalasi, bir hastada kistik gliyoz, beş hastada da hippokampal atrofi görüldü; yedi hastada ise MRG normaldi. Dokuz hastaya sağ, altı hastaya ise sol ön temporal lobektomi ve amigdalohippokampektomi yapıldı. Cerrahi sonrası izlem süresi ortalama 36 ay (20-48 ay) idi. Ameliyattan sonra en az 18 ay hiç nöbet geçirmeyen 12 hastanın ilaç tedavisi sonlandırıldı, üç hasta ise nöbet geçirmeye devam etti.

Anahtar Sözcükler: Temporal lob epilepsisi, temporal lobektomi.

Temporal lobektomi, ilaca dirençli temporal lob nöbetlerinin tedavisinde artık güvenli ve etkili bir seçenektir.¹ Ayrıca nöbetlerin başarılı tedavisi hem kognitif, psikososyal ve davranışsal bir iyileşme, hem de anti epileptik ilaç toksisitesinde azalma sağlayabilir.²

Cerrahi öncesinde epileptojenik bölgenin saptanmasında en güçlü inceleme yönteminin derinlik veya stereo-elektroensefalografi olduğu düşünülmektedir; fakat bu oldukça invaziv, pahalı ve zaman alıcı bir prosedürdür.³ Bununla birlikte, kranyal MRG, interiktal ve iktal elektroensefalografi (EEG), klinik nöbet özelliklerinin kaydı ve nöropsikolojik değerlendirme gibi noninvaziv incelemelerin tutarlı sonuçlarına dayanarak, tek taraflı mezotemporal epilepsi sendromu olan bir hasta grubu, intrakranyal EEG kaydı olmadan epilepsi cerrahisi için seçilebilir.⁴ İnteriktal EEG'de, öteki non-

In this study, we report the post-surgical follow-up of 15 patients (10 males, 5 females) with pharmacoresistant psychomotor seizures. The mean age at seizure onset was nine years (range 2-28 years), and the mean age at the time of operation was 27 years (range 9-40 years). Presurgical evaluations were made using longterm interictal waking and sleep EEGs with scalp and sphenoidal electrodes, and cranial MRI. All the patients had a unilateral temporal epileptic focus on EEG. Magnetic resonance imaging revealed a cystic tumor (n=1), encephalomalacy (n=1), cystic gliosis (n=1), and hippocampal atrophy (n=5). Findings of MRI were normal in seven patients. Nine patients underwent right, and six patients underwent left anterior temporal lobectomy with amygdalo-hippocampectomy. The mean duration of the postsurgical follow-up was 36 months (range 20-48 months). We discontinued the anti-epileptic medications in 12 patients who had no seizures for at least 18 months after the operation; the remaining three patients continued to have seizures.

Key Words: Temporal lobe epilepsy, temporal lobectomy.

invaziv cerrahi öncesi incelemelerle de uyuşan, iyi-ce lokalize bir odak saptanan seçilmiş hastalarda, daha fazla kayıtlama gerekmeden, başarılı bir temporal lobektomi yapılabilir.⁵

Bu bildiride, dirençli psikomotor nöbetleri olup, noninvaziv cerrahi öncesi değerlendirmelere dayanarak temporal lobektomi yapılan 15 hastanın uzun süreli izlem sonuçlarını sunuyoruz.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda 1990 yılında, ergen ve erişkin epileptik hastaların teşhis ve tedavisi amacıyla bir Epilepsi Polikliniği kurulmuştur. Polikliniğe 1990 ve 1994 yılları arasında 648 epileptik hasta başvurmuştur. Bunların 314'ünde (%48.4) lokalizasyonla ilişkili epilepsiler teşhis edilmiştir; bunların 102'si kriptojenik veya semptomatik temporal lob epilepsisidir.

En az beş yıldan beri, uygun dozlarda karbamazepin, fenitoin, fenobarbital veya valproik asit kul-

¹Ankara Üniversitesi, İbni Sina Hastanesi, Nöroloji ABD

landığı halde, ayda bir kezden çok psikomotor nöbet geçiren hastalar, ilaca dirençli ve cerrahi öncesi değerlendirme adayı olarak seçilmiştir. Cerrahi öncesi değerlendirmede, hastanın kendisi ve en az bir görgü tanığı tarafından nöbetlerin ayrıntılı tarifi, nörolojik ve psikiyatrik muayene, yüzeysel ve sfenoidal elektrodlarla interiktal uyanıklık ve uyku EEG'leri, ve kranyal MRG kullanılmıştır. EEG'de uyanıklık ve REM uykusu sırasında ön temporal bölgede lokalize, kesinlikle tek taraflı diken aktivitesine, ve MRG'de temporal bölge dışında ve karşı temporal bölgede anormallik olmamasına dayanarak, ön temporal lobektomi ve amigdalohippokampektomi için 15 hasta seçildi. Ameliyatlar fakültemiz Nöroşirürji Anabilim Dalı'nda gerçekleştirildi.⁶

BULGULAR

Tablo 1'de hastaların cerrahi öncesi özellikleri ve cerrahi sonrası izlem sonuçları görülmektedir.

On erkek ve beş kadın hasta ameliyat edildi. Hastalarda nöbet başlama yaşı ortalama dokuz (2-28 yaş), ameliyat sırasındaki yaş ortalama 27 (9-40 yaş), ve epilepsi süresi (nöbetlerin başlamasından ameliyata kadar) ortalama 16 yıl (5-30 yıl) idi. Psikiyatrik ve psikolojik değerlendirmede, beş hastada hafif derecede mental retardasyon saptandı. EEG'de temporal epileptik odak dokuz hastada sağda, altı hastada ise solda bulundu. MRG'de bir hastada kistik tümör (oligodendrogliom), bir hastada ensefalomalasi, bir hastada kistik gliyoz, beş hastada da hippokampal atrofi görüldü; yedi hastada ise MRG normal bulundu. Normal MRG ve hip-

pokampal atrofi olan hastalarda patolojik inceleme, mezial temporal sklerozla uyumlu idi. Cerrahi sonrası izlem süresi ortalama 36 ay (20-48 ay) idi. Sonuçları değerlendirmede Engel'in sınıflaması kullanıldı.⁷ Ameliyattan sonra 18-24 ay nöbet geçirmeyen 12 hastanın ilaç tedavisi sonlandırıldı (sınıf I: nöbetsiz), üç hastada ise nöbetler devam etti (sınıf IV: iyileşme yok, sık nöbetler). Hiçbir hasta, sınıf II (seyrek nöbetler) veya sınıf III (nöbetler devam eder, fakat belirgin iyileşme vardır) olarak değerlendirilmedi. İyileşmeyen üç hasta, zihinsel özürü idi ve bunlardan ikisinde izlem sırasında şizofreniform psikoz gelişti.

TARTIŞMA

Cerrahi öncesi invaziv kayıtlama olmadan yapılan epilepsi cerrahisi sonuçlarımız, diğer serilerin sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.^{4,8} Hastalarımızın %80'i, ameliyattan sonra en az 18 ayı nöbetsiz geçirmiştir. Bu sonuç, cerrahi sonrası prognozun kestirilmesinde, cerrahi öncesi değerlendirmede interiktal EEG'de tek taraflı odak bulunmasının önemini doğrulamaktadır.⁵

Nöbet geçirmeye devam eden hastalarımız, klinik nöbet özellikleri, cinsiyet, nöbet başlama yaşı, ameliyat sırasındaki yaş, epilepsi süresi, EEG'deki epileptik odak ve ameliyat tarafı, ve MRG bulguları açısından, nöbet geçirmeyen hastalardan farklı değildir. Hastalarımızda kötü sonucu öngören tek özellik, cerrahi öncesi psikiyatrik morbidite olarak görülmektedir. Başarısız sonuç, mental retardasyonla kendini gösteren yaygın beyin hasarıyla ilişkili olabilir.⁹ Epilepsi cerrahisinden sonra psikoz

TABLO 1
Hastaların Özellikleri ve Sonuçlar

No	Cins	Yaş (yıl)	Başlangıç yaşı (yıl)	Süre (yıl)	EEG odak	MRG	İzlem (ay)	Sonuç
1	E	24	2	22	Sağ	Normal	48	Nöbet var
2	K	29	16	13	Sağ	Kistik gliyoz	46	Nöbet var
3	E	19	9	10	Sağ	Hippokampal atrofi	45	Nöbet yok
4	K	25	9	16	Sağ	Normal	42	Nöbet yok
5	E	36	10	26	Sol	Normal	39	Nöbet yok
6	E	33	28	5	Sol	Hippokampal atrofi	38	Nöbet var
7	E	9	3	6	Sağ	Hippokampal atrofi	36	Nöbet yok
8	E	23	2	21	Sağ	Normal	36	Nöbet yok
9	E	23	16	7	Sağ	Normal	33	Nöbet yok
10	E	40	15	25	Sol	Hippokampal atrofi	33	Nöbet yok
11	E	34	4	30	Sol	Normal	32	Nöbet yok
12	K	30	5	25	Sağ	Hippokampal atrofi	30	Nöbet yok
13	K	27	4	23	Sol	Kistik tümör	28	Nöbet yok
14	K	38	22	16	Sol	Ensefalomalasi	27	Nöbet yok
15	E	20	10	10	Sağ	Normal	20	Nöbet yok

gelişmesi, hastaların %3.8-35.7'sinde bildirilmiştir.¹⁰ Bizim sonuçlarımıza göre, zihinsel özürlü bir hastada nöbet açısından kötü sonuç alınması, epilepsi cerrahisi sonrasında psikoz gelişmesini öngören bir veri gibi görünmektedir.

Sonuç olarak, temporal lobektomi, ilaca dirençli psikomotor nöbetleri olan hastaların uygun şekilde seçilmiş bir alt grubunda etkili bir tedavi yöntemidir; fakat zihinsel özürlü hastalarda başarısız sonuç alma ve cerrahi sonrası psikoz gelişme riski dikkate alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Wyler AR. Surgical treatment of temporal lobe epilepsy. *Neurosurgery Quarterly* 1992;1:214-32.
2. Dreifuss FE. Goals of surgery for epilepsy. In: Engel J, Jr., ed. *Surgical treatment of the epilepsies*. New York: Raven Press, 1987:31-49.
3. Avanzini G. Discussion of stereoelectroencephalography. *Acta Neurol Scand* 1994; (suppl)152:70-73.
4. Thadani VM, Williamson PD, Berger R, et al. Successful epilepsy surgery without intracranial EEG recording: criteria for patient selection. *Epilepsia* 1995;36:7-15.
5. Barry E, Sussman NM, O'Connor MJ, Harner RN. Pre-surgical electroencephalographic patterns and outcome from anterior temporal lobectomy. *Arch Neurol* 1992;49:21-27.
6. Erdem A, Yiğit A, Çağlar Ş, Yüceer N. İlaça dirençli temporal lob epilepsisinin cerrahi tedavisinde amigdalohippokampektomi. *Türk Nöroşirürji Dergisi* 1993;3:59-66.
7. Engel J, Jr. Outcome with respect to epileptic seizures. In: Engel J, Jr. ed. *Surgical treatment of the epilepsies*. New York: Raven Press, 1987:553-71.
8. Elwes RDC, Dunn G, Binnie CD, Polkey CE. Outcome following resective surgery for temporal lobe epilepsy: a prospective follow up study of 102 consecutive patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1991;54:949-52.
9. Andermann F. Identification of candidates for surgical treatment of epilepsy. In: Engel J, Jr. ed. *Surgical treatment of the epilepsies*. New York: Raven Press, 1987:51-70.
11. Trimble MR. Behavioral changes following temporal lobectomy, with special reference to psychosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1992;55:89-91.