

ABDOMİNAL EPİLEPSİ: BİR OLGU SUNUMU

ABDOMINAL EPILEPSY: A CASE REPORT

Hasan Armağan UYSAL¹

Neslihan EŞKUT²

¹Özel Medikal Park İzmir Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İzmir

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İzmir

Anahtar Sözcükler: Abdominal epilepsi, karın ağrısı, çocukluk

Keywords: Abdominal epilepsy, abdominal pain, childhood

Yazının alınma tarihi: 22.10.2018

Kabul tarihi: 18.04.2020

Online basım: 21.10.2020

ÖZ

Giriş: Abdominal epilepsi çocuklarda gastrointestinal şikayetlerin nadir bir sebebidir. Paroksizmal gastrointestinal yakınmalar, merkezi sinir sistemi bulguları, epileptik nöbete spesifik elektroensefalografi anormallikleri ve antiepileptik ilaçlara iyi yanıt alınması abdominal epilepsi tanısında temel unsurlardır.

Olgu: Bu yazıda karın ağrısı ve kusma şikayeti ile polikliniğe getirilen 14 yaşında erkek hastayı karın ağrısının ender sebeplerinden birisi olan abdominal epilepsi tanısı ile sunmayı amaçladık.

Sonuç: Tekrarlayan gastrointestinal şikayetlerin varlığında sistemik hastalıklara yönelik ileri incelemeler yapılmalı, eşlik eden nörolojik semptomlar sorgulanmalı ve elektroensefalografi yapılmalıdır.

SUMMARY

Introduction: Abdominal epilepsy is an rare cause of recurrent abdominal pain in children. Paroxysmal gastrointestinal complaints, symptoms of a central nervous system disturbance, electroencephalographic abnormalities which are specific for seizures and improvement with anticonvulsant drugs are basic factors for diagnosis of the abdominal epilepsy.

Case: In this paper, we aimed to present a 14-year-old male patient who admitted to our outpatient clinic with complaints of abdominal pain, vomiting with the diagnosis of abdominal epilepsy, which is one of the rare causes of abdominal pain.

Conclusion: In case of recurrent gastrointestinal complaints, further investigations of systemic diseases should be made, accompanying neurological symptoms should be questioned and electroencephalography should be performed.

GİRİŞ

Abdominal epilepsi, karın ağrısı ve diğer gastrointestinal bozukluklar ile karakterize paroksizmal, epizodik olarak ortaya çıkan ve nadir görülen bir hastalıktır. Genellikle çocukluk yaş grubunda görülmekle birlikte, erişkinlerde de bildirilen vakalar bulunmaktadır. Karın ağrısına yol açan diğer sis-

temik nedenlerin dışlanması sonrasında, elektroensefalografi (EEG) bozuklukları ve antiepileptik ilaçlarla semptomların düzelmesi ile tanı konulmaktadır (1). Etiyolojisinde kafa travmaları, beyin tümörleri, inme ve gelişimsel beyin hastalıkları bulunmasına rağmen çoğu vakada altta yatan bir neden bulunamamaktadır (2). Bu yazıda,

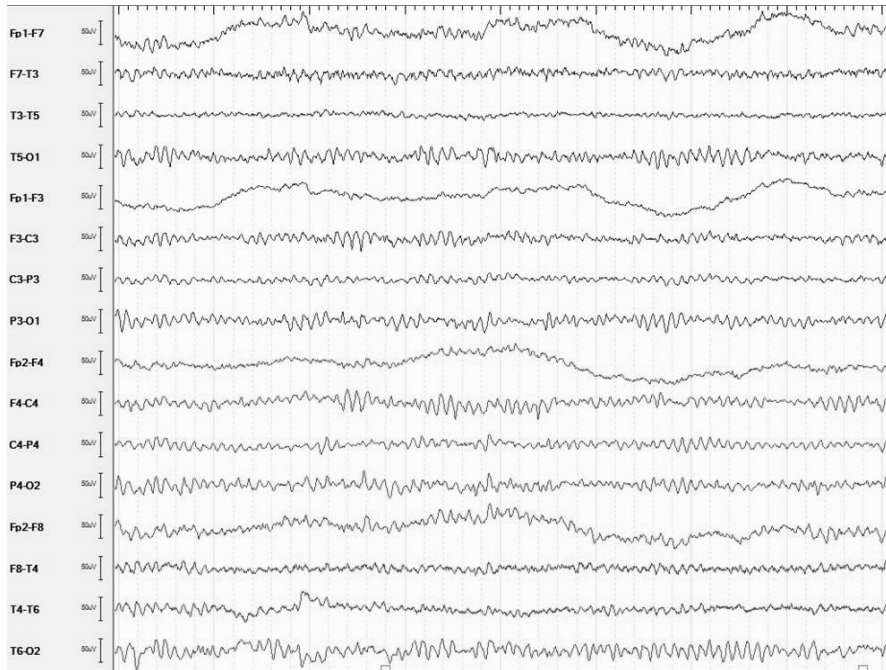
epizodik karın ağrısı ve kusma atakları olan aynı dönemlerde başağrısı ve dalgınlık yakınmaları ile başvuran ve anormal EEG bulguları saptanan abdominal epilepsili 14 yaşında bir erkek olgunun sunulması amaçlanmıştır.

OLGU

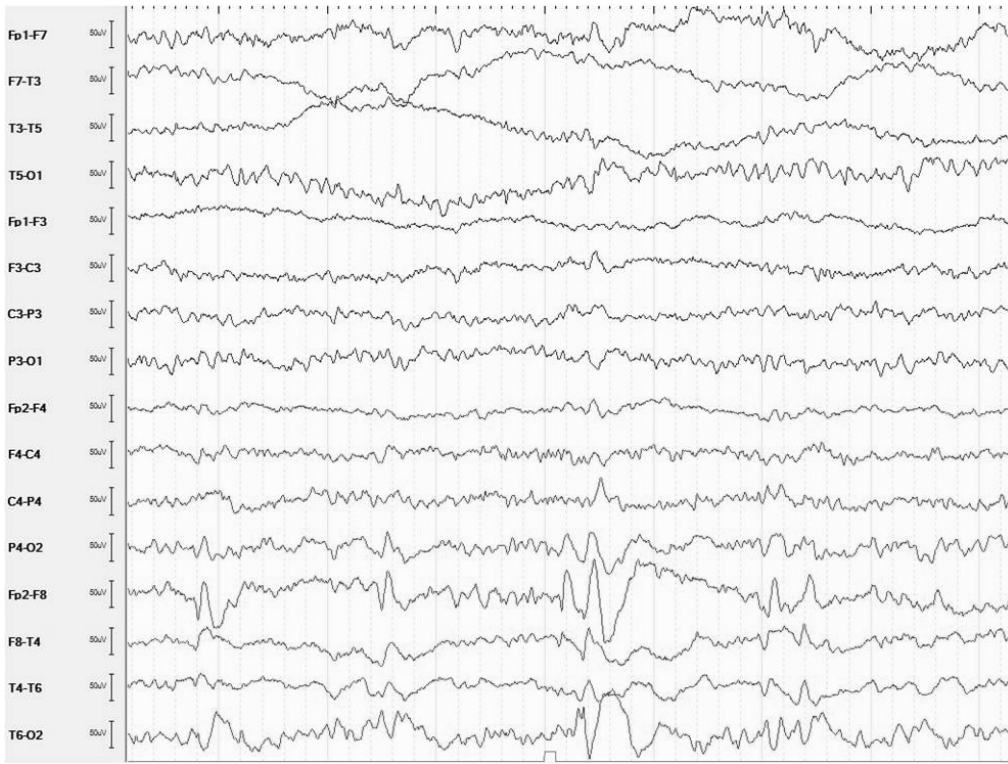
On dört yaşında sağ elini kullanan erkek hasta 4 yaşından itibaren yılda 4-5 defa tekrarlayan karın ağrısı, bulantı, kusma ve beraberinde olan baş ağrısı şikayetleri ile nöroloji polikliniğimize başvurdu. Karın ağrısı epigastrik bölgede lokalize olup yaklaşık 2-3 saat sürmekte ve kusma atakları ağrı olduğu zamanlarda ortaya çıkmakta idi. Baş ağrısı, karın ağrısının ardından başlayan, künt vasıflı, 3-4 saat kadar süren, yayılan, sıkıştırıcı ve parasetamole cevap veren bir karakterde idi. Bu şikayetlerin olduğu günlerde dalgınlığının ve saatler süren uyku halinin olduğu belirtildi.

Hastanın özgeçmişinde epileptik nöbet, sistemik hastalık, ilaç kullanımı ya da travma öyküsü yoktu. Soy geçmişinde teyzesinin oğlunda epilepsi hastalığının olduğu, antiepileptik tedavi kullandığı ve nöbetlerinin kontrol altında olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durumu iyi olup vital bulguları normaldi. Nörolojik muayene ve diğer sistem muayeneleri normaldi. Hastanın

hemogram, geniş biyokimyasal tetkikleri, hepatit belirteçleri, fibrinojen, eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein, antistreptolizin O antikor, tam idrar tahlili, idrar, gaita ve kan kültürleri ile kan periferik yayması normaldi. Ayrıca yapılan ayakta direk batın grafisi, batın ultrasonografisi, üst gastrointestinal endoskopik incelemesinde patoloji saptanmadı. Beyin tomografisi, kranial manyetik rezonans görüntülemesinde herhangi bir anormal bulgu saptanmadı. Dahiliye ve genel cerrahi uzmanları tarafından da değerlendirilen hastanın yapılan muayene ve tetkiklerde, tekrarlayan gastrointestinal yakınmalara yol açabilen, ailesel akdeniz ateşi, kurşun intoksikasyonu, orak hücre anemisi, irritabl barsak hastalığı gibi sistemik hastalıklar lehine bulgu saptanmadı. Tekrarlayan gastrointestinal şikayetlere eşlik eden dalgınlık, uykululuk şikayetleri de olması nedeniyle çekilen rutin EEG'si normaldi (Resim 1). Bununla birlikte uyku deprivasyonu ardından çekilen aktivasyonlu EEG'de sol temporal lobda bilateral paroksizmal keskin karakterde 4-5 Hz frekansında teta burstleri saptandı (Resim 2). Öykü ve EEG bulguları ile abdominal epilepsi tanısı konuldu. Valproik asit 500 mg/gün tedavisi başlandı, ilaç kan düzeyi kontrolü ardından 1000mg/gün dozu ile devam edildi. Hastanın bir yıllık izleminde tekrarlayan şikayeti olmadı.



Resim 1. Normal sınırlarda EEG bulguları izlenmektedir



Resim 2. Aktivasyonlu EEG: sol temporal lobda bilateral paroksizmal keskin karakterde 4-5 Hz frekansında teta burstleri izlenmektedir

TARTIŞMA

Abdominal epilepsi, karın ağrısı nedenleri içinde az rastlanan bir hastalık olup, paroksizmal, epizodik, abdominal ve periumbilikal ağrılar ile karakterizedir (3). Tanı sadece abdominal semptomlarla koyulmamalı epilepsi tanısı düşünülen hastalarda mutlaka başka tetkikler de yapılmalıdır. Çocukluk çağı migreni özellikle ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Gastrointestinal semptomları ve baş ağrısı olan hastalarda abdominal migren ve abdominal epilepsiyi ayırt etmek hastalıkların benzer semptomlara sahip olmaları nedeniyle zor olabilir. Ancak EEG gibi basit ve girişimsel olmayan bir tetkik bu iki hastalığı ayırt etmekte oldukça yararlıdır (4).

Hastalığın patofizyolojisi kanıtlanamamıştır ancak temporal lob nöbet aktivitesinin amigdaladan başladığı, temporal nöbeti olan hastalarda gastrointestinal semptomların olduğu, amigdala kaynaklı epileptik deşarjların vagus yoluyla semptomlara yol açabileceği belirtilmektedir. Kompleks parsiyel nöbetlerde epigastrik aura en yaygın uyarıcı semptomlar arasındadır (5).

Abdominal epilepside en sık görülen gastrointestinal semptomlar; karın ağrısı, bulantı, kusma, şişkinlik, ishal iken en sık görülen nörolojik bozukluklar; baş ağrısı, letarji ve konfüzyondur (6). Hastalığa kesin tanı koyulmadan önce ayrıntılı bir anamnez ve fizik muayene, karın ağrısı ve baş ağrısı yapabilecek çok çeşitli hastalıkların dışlanması için gerekli konsültasyonların yapılması şarttır. Hastamızda da tekrarlayan karın ağrısı, kusma atakları ve eşlik eden baş ağrısı ile letarji olarak yorumladığımız bilinç bozukluğu vardı.

Abdominal epilepsi için kriterlerden biri antiepileptik tedaviye yanıt alınmasıdır. Genel epilepsi tedavi prensipleri çerçevesinde tedaviye tek ilaç ile mümkün olan en düşük dozda başlanmalı ve klinik yanıtla göre doz ayarlanmalıdır. Literatürde antiepileptik seçimi ile ilgili kesin bir öneri yoktur. Sodyum valproat, okskarbazepin, karbamazepin kullanımı ile ilgili yayınlar vardır (4,10,11)

Olgumuz da on yıl boyunca birçok klinik tarafından muayene edilmiş, karın ağrısı etyoloji açısından çok çeşitli laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerine başvurulmuş ancak sonuç alınamamıştır. Literatürde de bu şekilde birçok konsültan

hekim görmüş ancak tanı alamamış hastalar mevcuttur. (8,9,10) Hastamıza da valproik asit 500 mg/gün başlanıp, kan düzeyi kontrolü ile doz artırılmıştır.

SONUÇ

Abdominal bölgede ağrı, bulantı, kusma, sinir sistemi bulguları; başağrısı, konfüzyon belirtileri olan çocuklarda ve nadiren görölse de erişkinlerde abdominal epilepsi ayırıcı tanıları arasında

mutlaka düşünölmelidir. EEG tanıda oldukça kritik rol oynamaktadır. Sistemik incelemeler yapıp, diğör nedenler ekarte edilmeli. Rutin EEG incelemesi hatta gerekir ise aktivasyonlu EEG incelemeleri yapılmalıdır.

Olgumuz nadir görölmesi, uzun süre tanı koyulamamış olması ve erişkin hastalarda epizodik karın ağrısı varlığında abdominal epilepsisinde ayırıcı tanıda yer alması gerektiğine dikkat çekmek için sunulma değer bulundu.

KAYNAKLAR

1. Zinkin NT, Peppercorn MA. Abdominal epilepsy. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2005;19(2):263-74.
2. Garcia-Herrero D, Fernandez Torre JL, Barrasa J, Calleja J, Pascual J. Abdominal epilepsy in an adolescent with bilateral perisylvian polymicrogyria. Epilepsia 1998; 39:1370-4
3. Franzon R C, Lopes C F, Schmutzler K M, Morais MI, Guerreiro MM. Recurrent abdominal pain: when should an epileptic seizure be suspected? Arq Neuropsiquiatr 2002;60(3A):628-30
4. Yunus Y, Sefer U, Dondu UU, Ismail O, Yusuf E. Abdominal epilepsy as an unusual cause of abdominal pain: a case report. Afr Health Sci 2016;16(31):877-9
5. Eschle D, Siegel AM, Wieser HG. Epilepsy with severe abdominal pain. Mayo Clin Proc 2002;77(12):1358-60
6. Mitchell WG, Greenwood RS, Messenheimer JA. Abdominal epilepsy: Cyclic vomiting as the major symptom of simple partial seizures. Arch Neurol 1983;40(4): 251- 2
7. Peppercorn MA, Herzog AG, Dichter MA, Mayman CI. Abdominal epilepsy :A cause of abdominal pain in adults. JAMA 1978;240(22): 2450-1.
8. Harshe DG, Harshe SD, Harshe GR, Harshe GG. Abdominal Epilepsy in an Adult: A Diagnosis Often Missed. J Clin Diagn Res. 2016 ;10(10): VD01-VD02.
9. Magon P. Abdominal epilepsy misdiagnosed as peptic ulcer pain. Indian J Pediatr. 2010;77(8):916
10. Kshirsagar VY, Nagarsenkar S, Ahmed M, et al. Abdominal epilepsy in chronic recurrent abdominal pain. J Pediatr Neurosci. 2012;7(3):163-66
11. Dutta SR, Hazarika I, Chakravarty BP. Abdominal epilepsy, an uncommon cause of recurrent abdominal pain: a brief report. Gut. 2007;56(3):439-41.

Sorumlu yazar

Hasan Armağan UYSAL (Uzm. Dr)
Özel Medikal Park İzmir Hastanesi, Nöroloji Kliniğı, İzmir
Tel:05555703045
e-posta:druysalarmagan@yahoo.com
ORCID:0000-0002-4867-304x

Neslihan EŞKUT(Uzm.Dr)ORCID: 0000-0003-1882-8992