

Konvülsiyon Geçiren Çocuğa Muayenehane Koşullarında Nöropediyatrik Yaklaşım

Selçuk Apak

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Nörolojisi BD, Prof.Dr.

Konvülsiyon nedeni ile çocuk doktoruna baş vuran bir çocuğa muayenehane koşullarında diğer hastalarda olduğu gibi, önce şikayet dinleme ile başlanır. Genelde anneler bazen de babalar bu görevi üstlenir. Hekim ilk iş olarak anne veya babayı sakin dinleme ile başlamalıdır. Aile olaydan etkilenmiş olup derdini dinleyen bir hekime ihtiyaç duyar. Kaba olarak belirtmek gerekir ki muayenehanede böyle bir şikayetle gelen çocuğun nörolojik muayenesi 30-35 dakika sürecektir bunun en az 20 dakikası anamnez almakla geçer. Geri kalan 5-10 dakika nörolojik muayene ve yapılması gereken laboratuvar tetkikleri organize etmekle geçer. Burada önemle belirtmek gerekir ki anamnez almanın en önemli kısmı konvülsiyon olayının anlatılmasıdır. Hekimin burada ayrıntılı sorması gereken durumlar şunlardır (Tablo 1). Muayeneyi üç ana bölüm olarak düşünebiliriz. A. Anamnez, B. Nörolojik muayene, C. Laboratuvar tetkikleri

Tablo 1: Konvülsiyon anamnezi

1. Hastanın yaşı
2. Nöbet uykuda mı, yoksa herhangi bir zamandamı geliyor?
3. Nöbetin tarifi, süresi
4. Nöbet bir epilepsi mi, değil mi?

1. Hastanın yaşı; Nöbet geçiren çocukların yaşı, nöbet türünün ayırt edilmesinde önemli rol oynar. Yenidoğan dönemi dışında hayatın ilk aylarında ve 2-3 yaşına kadar olan dönemde bazı konvülsiyon türleri sık olarak karşımıza çıkarlar. Bunların başında febril konvülsiyon ve West sendromu gelir. Prensipten her hekim muayenehanesine baş vuran bu yaş gurubu hastalarında ilk olarak bu iki tür nöbet türünü önce düşünmelidir. Tablo 2, 2 ay 3-4 yıl arası dönemde sık rastlanan konvülsiyon türlerini göstermektedir. Febril konvülsiyon ile gelen hastalarda aile anamnezi ihmal edilmemelidir.

Tablo 2: 2 ay - 4 yaş arası gelişen nöbet türleri

1. Febril konvülsiyon
2. West sendromu
3. Selim veya habis miyoklonik nöbetler
4. Doose-, Lennox-Gastaut-, Ohtahara sendromları
5. Ender Absans nöbetleri
6. Sınıflandırılmayan afebril nöbetler (Metabolik ?)
7. MSS hastalıkları sonucu gelişen nöbetler

Okul çocuğu döneminde karşımıza çıkabilecek nöbet türlerini Tablo 3 göstermektedir.

Tablo 3: Okul çağı dönemi konvülsiyonları

1. Absans nöbeti
2. Selim fokal nöbetler
3. Centro-Temporal odaklı epilepsi (Selim guruba girer)
4. Oksipital diken dalgalı epilepsi
5. Jüvenil miyokloni (Janz - Christian.S)
6. Doose sendromu, Landau - Kleffner Sendromu,
7. Foto-sensibl nöbet türleri
8. Ender türler (miksiyon, okuma, sıcak su ile bayılma)
9. Sınıflandırılmayan,
10. Sabah uyanınca gelen GM.

Bu grupta özellikle selim fokal nöbetlerin ve absans nöbetlerinin diğerlerine oranla daha sık görüldüğü bildirilir. Daha ileri yaşlarda jüvenil-adolesan döneminde beliren nöbetler Tablo 4'de gösterilmektedir.

Tablo 4: Jüvenil - adolesan dönemi nöbetleri

1. Jüvenil miyokloni
2. Absans türleri
3. Selim fokal nöbetler
4. Sabah uyanınca gelen GM

Bu grupta da sınıflandırılmayan nöbet türleri ve ender miksiyon epilepsisi ve diğerleri görülebilmektedir.

2. Nöbetin geliş zamanı: Nöbet türünü ayırt etmede önemli rol oynar. Genelde uykuda gelen nöbetler hemen her zaman fokal nöbetlerdir. Bir istisna hem uykuda hemde uyanık gelen nöbetlerdir. Bu tür nöbetler daha ziyade tedaviye dirençli nöbet türleri olup ha-

bis epilepsi veya bir nörolojik hastalık neden ile gelen nöbetlerdir. Bazı genetik nöbet türleri sabah uandıktan sonra gelen GM şeklinde beliren nöbetlerdir. Jüvenil miyokloni sabah banyoda oldukça sık görülür. Sebebi, uyanan hastanın banyoda floresan veya spot ışığı karşısında uyarılmasıdır. Foto sensibl guruba giren diğer türler TV önünde,renkli kareli kumaşa bakarken hatta güneş doğması veya batmasını seyrederken dahi nöbet uyarılabilir.

3. Nöbetin tarifi ve süresi: Genelde aileler nöbeti tarif etmede zorlanırlar. Kaba olarak olayın tonik mi, klonik mi, dalma mı gibi soru ve tariflerle öğrenilebilir. Miyokloniler sığrama,irkilme olarak belirtilir.Bu tür tarifler gelen nöbet türünün anlaşılmasında önemlidir. Örneğin absans epilepsileri ve psikomotor epilepsi tarifi benzer. Sadece süre burada ayırıcı tanı olabilir. Absans epilepsi nöbeti, absans status hariç hiçbir zaman 15-20 saniyeyi geçmez. Psikomotor epilepsi genelde 2-3 dakika sürer. Her iki nöbet türünde de dalgınlık, bazı el ayak hareketleri belirtilir. Centro-Temporal odaklı epilepside uykuda yüzde çarpılma, salya akma ve hırıltı sık olur ve aile bunu iyi belirtebilir. Çok ender gündüz gelen Centro-Temporal odaklı epilepsi nöbeti ayırıcı tanıda sorun yaratabilir. Tanıda EEG çok önemli rol oynar. Fokal epilepsiler genelde kısa sürer. Sadece bazı miyoklonik epilepsiler arka arkaya çok uzun sürebilir. Gelastik tür nöbetler daha ziyade diğer versiv veya dönme şeklinde gelen fokal nöbet türleri olabilir (volvüler epilepsi)

4. Non-epileptik nöbetler: Hayatın her döneminde hemen her zaman sadece uyanık iken gelebilen nöbet türleridir. Bu nöbet türlerinin epilepsiden ayırt edilmesi pediatriye ayrı önem taşır. Tablo 5, non epileptik nöbet türlerini gösterir.

Tablo 5: Non -epileptik nöbetler.

1. Katılma nöbeti
2. Gece korkuları
3. Çeşitli tikler (Tourette sendromu dahil)
4. Onani (Mastürbasyon)
5. Senkoplar (kardiak senkop dahil)
6. Selim paroksizmal vertigo
7. Daha ender gelen selim miyokloniler,psikojen nöbetler vd.
8. Ortostaz, mitral stenozu
9. Distoni, Spasmus nutans, narkolepsi, uyku felci vd.

Çocukluk çağı katılma nöbetleri en sık gelen nöbet türü olup sık epilepsi ile karıştırılır. Yenidoğan döneminde dahi katılma nöbetleri görülebilir. Psikojenik veya histerik nöbetler daha ileri yaşlarda karşımıza çıkarlar. Epileptik nöbeti non epileptik nöbetten ayırt etmede anamnez önemli rol oynar. Psikojenik veya histerik nöbetler hasta tek başına iken gelmezler, bu tür nöbetler daha ziyade ileri yaşlarda görülür.

Nörolojik Muayene: Erişkinlerden farklı olarak çocuğun nörolojik muayenesinde bunu yapmak isteyen hekimin belli bir stratejisi olması gerekir. Önce çocuğun korkusunun aşılması gerekir, buda zaman alır. Zamandan kazanmak için her hekim kendine uygun bir yöntem geliştirebilir. Bir örnek olarak tablo 6 gösterilebilir.

Tablo 6: Kişisel bir muayene stratejisi önerisi.

- Genel görünüm, anomaliler, nörokütan bulgular, dismorfik bulgular
- Kafatası inspeksiyonu (palpasyon, oskültasyon, baş çevresi)
- Mümkün olduğu kadar kafa çiftleri muayenesi
- Refleks muayenesi (piramidal, ekstrapiramidal, serebellar bulgular)
- Kas tonusu (hipotoni, hipertoni)
- Motilite, Postural durum
- Yapılabilirse duyu muayenesi, vejetatif sistem
- İstemsiz hareketler, miyokloni, fasikülasyon vb.
- Sosyal durum, konuşma, anlama, dikkat vb
- Laboratuvar (EEG MRI, elektrofizyolojik ve diğer tetkikler)

Süt çocuğunun nörolojik muayenesi hekimin postural ontogenezi iyi bilmesi ile başarılı olur. Refleks çekici bu dönemde pek fazla işe yaramaz. Konvülziyon ile gelen süt çocuğunda konvülziyon ile karışabilen fibrilasyon, fasikülasyon veya miyoklonileri tanımak gerekir. Bazı zararsız uyarılabilen miyokloni veya miyokimiler bu yaş döneminde hiçde az değildir. Fasial miyokimi ve miyoritmi sık olarak West sendromu ile karışabilmektedir.

Kafa çiftlerinin muayenesi zor ve kısmen başarılı olur. Süt çocuklarında koku uyarısı, ışık uyarısı (I inci, III üncü kafa çifti) kısmen mümkündür. V ve VII inci kafa çiftleri, kornea, emme, aksırma ve yüz buruşturma ile izlenebilir (Tablo 7).

Laboratuvar tetkikleri: İlk yapılması gereken tetkik kuşkusuz EEG tetkikidir. Normalde basit uyanıklık EEG si yeterli olabilir. Sonuç veremeyen hallerde veya Epilepsi konusunda bazı kuşkuların bulunması durumunda uykuda gelen nöbetlerde uyku EEG si gerekebilir. MRI fokal nöbetlerde rutin olarak istenebilir. Bulgu vermezse ve klinik olarak organik bulgu düşünülüyorsa daha ileri nöro-radiolojik tetkikler istenebilir. Basit bir konvülziyon olgusunda rutin olarak metabolik tetkikler. MRI, angio MR, PET ve diğer tetkikler hemen akla gelmemelidir.

Muayene sonunda hekimin kendine sorması gereken sorular şunlar olmalıdır.

- Konvülziyon ile gelen hastanın nöbeti bir epileptik nöbetmidir?
- Bu bir epilepsi hastası mıdır?
- Gelen nöbet fokal mi, generalize mi?
- Klinik ve EEG sonucu epilepsiyi kanıtlıyor mu?
- Tedavi yapılmalı mıdır? Yapılacak sa ilaç seçimi ne olmalıdır?
- Prognoz tayin edilebiliyor mu?
- EEG dışında diğer tanı yöntemleri gerekiyor mu?

Tablo 7: Süt Çocuklarında Kafa Çiftleri Muayenesi.		
	UYARI	CEVAP
I	Koku	Davranış belirtisi
II	Yüze renkli cisimler gösterme	Bakma, dikkat (göz dibi)
III	Işık uyarısı	Pupilla reaksiyonu
IV	Pasif baş hareketi	Taş bebek fenomeni
VI	Yüze renkli cisim gösterme	Takip etme
V	Hafif dokunma	Kornea refleksi
VII		Emme refleksi
		Aksırma
		Yüz buruşturma
VIII	Ses uyarısı	Davranış değiştirme
	Dönme hareketi	Gözlerde hareket
IX	Ağız uyarısı	Yutkunma, öğürme,
X		Bulantı belirtisi
XI	Sadece izleme	Başı çevirme
XII	Sadece izleme	Dilde hareket !
		Atrofi, fasikülasyon

Kaynaklar

1. Ertuğrul,S ve Aydın,M.Epileptik olmayan paroksizmal bozukluklar.Güncel Pediatri.2005,3 90-94.
2. Apak,S.Pediatric epileptoloji.Sanal Basımevi.1986.İstanbul.
3. Neyzi,O ve Ertuğrul,T.Pediatric. Cilt 2.S.1331-51.Nobel Tıp Kitapevi 2002.İstanbul.
4. Roger,Dravet,C.Bureau,M.Dreifuss,FE.Wolf,P.Epileptic Syndromes.Lohn Libby Eurotext.London-Paris 1985.
5. Ross,E.and Reynolds,E.Pediatric perspectşves on epilepsy.John Wiley and Sons 1985. London.
6. Zafeiriou,D.J.et al.Using Postural reactions as a screening test identify high-risk infants for CP. Brain and Develop.20.1998,307-11.
7. Lenn.NJ.Nonepileptic spells in children.Dev and Behav.Ped. 1981,2,(2) 54-62.
8. Guzetta,A et al.Neurological Examination in Healthy Term Infant Aged 3-10 Weeks.Biology of the Neonates Vol.87.No.3.2005.
9. Audenaert,D et al. A novel suceptibility at 2p24 for generalised epilepsy with febrile seizures plus.J.Med.Gen. 2005,42.947-52.
10. Dağoğlu,T.Neonatoloji.Nobel Tıp Kitapevi.2000, S.549-95.
11. Schmidt,D.Behandlung der Epilepsien.Georg Thieme Verlag.1984.Stuttgart-Newyork.
12. Apak.S. Gelişim Nörolojisi.İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü.Bayrak Matbaacılık 1989 İstanbul.
13. NIND-Ohtahara Syndrome.Information Page.National Institute of Neurological Disorders.http://www.ninds.nih.gov/disorders/ohtahara/ohtahara.