

Bir Olgu Nedeniyle Abdominal Epilepsi

Nebahat Taşdemir*, Yusuf Tamam*

ÖZET

Abdominal epilepsi, paroksizmal-epizodik abdominal ve periumbilikal ağrılar ile karakterize, bir epilepsi türüdür. Abdominal bölgede ağrı, bulantı, diare, sinir sistem bulguları; baş ağrısı, konfüzyon belirtileri olan çocuklarda ve nadiren görülse de erişkinlerde abdominal epilepsi ayırıcı tanı da mutlaka düşünülmeli, ve EEG gibi ayırıcı tanıya yönelik değerlendirme ve incelemelerin yapılmasına özen gösterilmelidir. Bu sunumda etiyolojik nedenini tespit edemediğimiz 9 yaşındaki abdominal epilepsisi olan bir olguyu sunarak literatür ve EEG bulguları eşliğinde tartışmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Epilepsi, Abdominal Epilepsy, Abdominal Ağrı

Abdominal Epilepsy: A Case Report

SUMMARY

Abdominal epilepsy is characterized by paroxysmal-episodic abdominal and periumbilical pain. In children and rarely in adult cases the symptoms of pain in abdominal area, vomiting, diarrhea, nervous system findings such as headache and confusion should alert the clinician regarding the possibility of abdominal epilepsy and direct the clinician towards an assessment with EEG for differential diagnosis. In this case report we presented and discussed a 9 year old patient with an idiopathic abdominal epilepsy diagnosis.

Key Words: Epilepsy, Abdominal Epilepsy, Abdominal Pain

GİRİŞ

İktal ağrı epilepsinin çok nadir bir semptomudur (1). Epileptik ağrı tek taraflı, lateral, periferik, sefalik veya abdomende olabilir. Ağrılı epileptik nöbetler parietal ve/veya temporal lobdan kaynaklanır. Abdominal epilepsi, paroksizmal-epizodik abdominal ve periumbilikal ağrılar ile karakterizedir. Erişkin ve adolesanlarda migrene benzer semptomlar ile kombine olabilir. Gelişimsel beyin hastalıkları muhtemel etyoloji olarak düşünülmelidir. Epilepsinin etyolojisinde pek çok neden mevcuttur. Genetik yatkınlık, epilepsi vakalarının çoğunda önemli bir nedendir. Kafa travmaları, beyin tümörleri ve strok epilepsinin diğer önemli nedenleri arasında sayılabilir. Epilepsi vakalarının yaklaşık yarısının nedeni ise tam olarak bilinmemektedir. Bu önemli epilepsi kategorisi idiyopatik olarak isimlendirilir (1-4).

Kliniğimizde az sayıda rastladığımız etiyolojik nedenini tespit edemediğimiz 9 yaşındaki abdominal epilepsi olduğu düşünülen bu vakayı literatür eşliğinde ve EEG birlikteliği ile tartışmayı amaçladık.

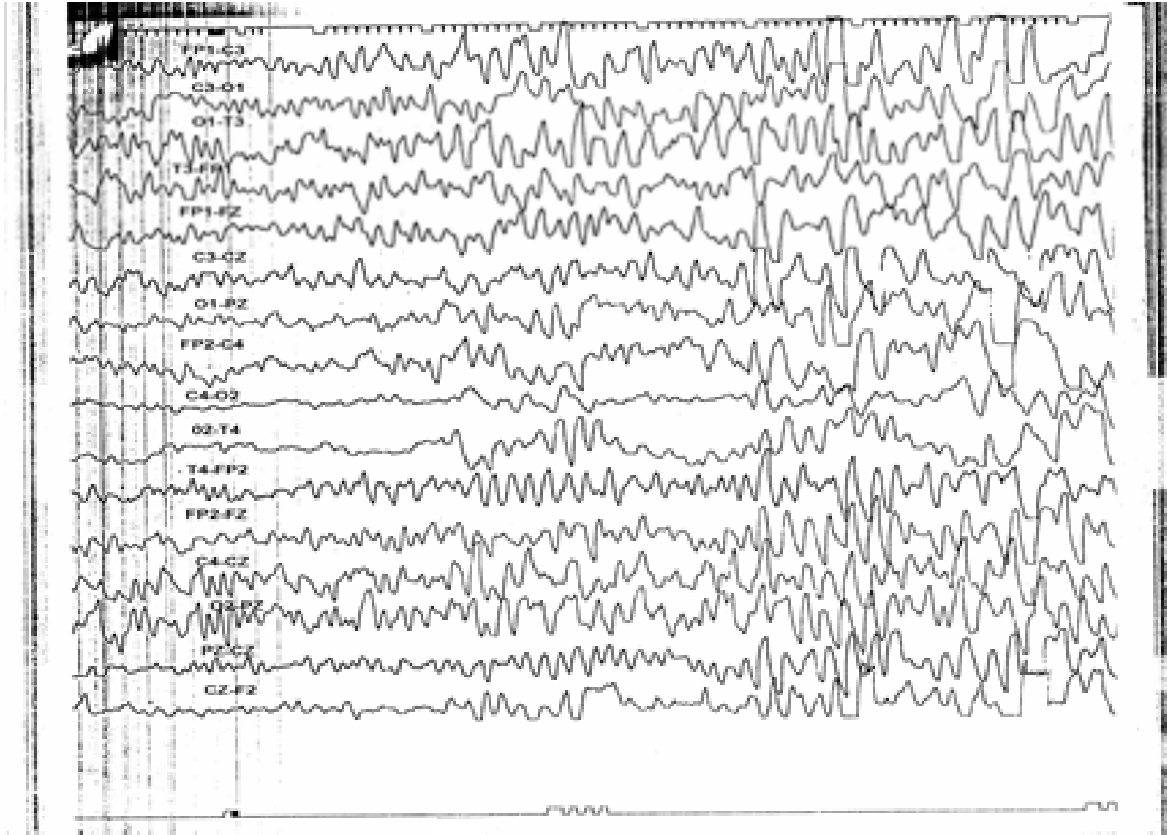
OLGU SUNUMU

Sağ el dominant 9 yaşında erkek hasta, son bir aydır periyodik olarak gelen şiddetli karın ağrısı, bulantı, kusma yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. Bunun yanı sıra hastanın zaman zaman sınıfta öğretmenin söylediklerini anlayamadığı, iki kez sınıfta aynı sırada 1 yıl boyunca birlikte oturduğu sınıf arkadaşını okul açılınca tanımadığı hissine kapıldığı öğrenildi. Özgeçmişinde, epileptik nöbet öyküsü yada bunun dışında ciddi bir sistemik hastalık öyküsü mevcut

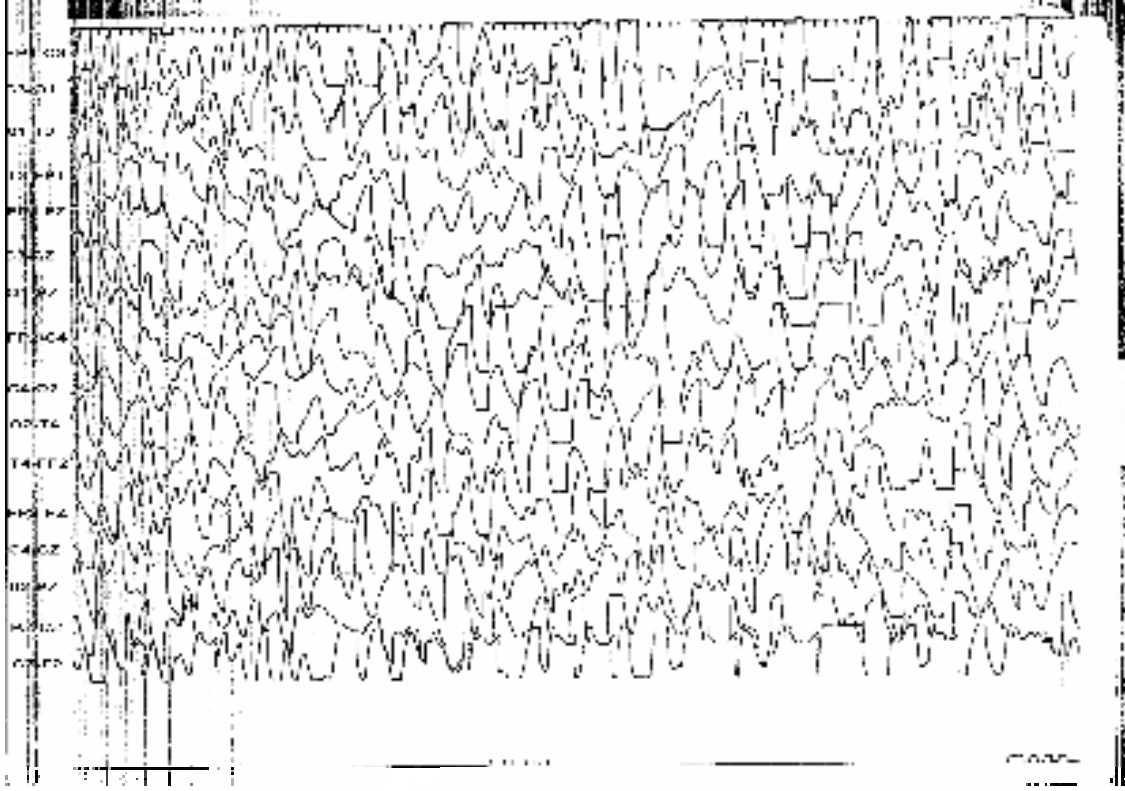
değildi. Soygeçmişinde; anne ve baba arasında akrabalık yoktu. Hastanın ailesinde de (teyzesinin iki oğlu) epilepsi öyküsü vardı. Kardeşlerinden biri 6 yaşında iken intrakranial tümör nedeniyle ölmüş. Annesi desmoit tümör nedeniyle yedi kez operasyon geçirmişti. Hasta daha önce başvurduğu çeşitli kurumlarda gastrointestinal yakınmalarına yönelik ampirik tedaviler (antasitler, H2 reseptör antagonistleri gibi) uygulandığı öğrenildi.

Hastanın ilk olarak abdominal ağrısının olası etyolojilerine yönelik olarak tetkiklerinin yapılması ve gastrointestinal ve diğer etyolojik faktörlerin dışlanması amaçlandı. Yapılan nörolojik ve sistemik muayenesi normaldi. Ailesel Akdeniz Ateşi etyolojisine yönelik yapılan fibrinojen düzeyi normal sınırlardaydı ((214 mg/dl N: 200-400 mg/dl). Sedimantasyon hızı 11 mm/saat idi. Batın ultrasonografi normal sınırlardaydı. Gaytada amip, parazit ve gizli kan yoktu. Organik asidemiler, mitokondrial hastalık bulgusu saptanmadı. Üriner sistem

enfeksiyonu ve intrakranial basınç artışı yönünden patoloji tespit edilemedi. Kranial Magnetik Rezonans görüntülemesi normaldi. Yapılan tüm incelemelerinde karın ağrısı etyolojisine yönelik gastrointestinal patoloji saptanmaması ve zaman zaman bilinç yitimi olması üzerine hastaya EEG çekildi. EEG' sinde; parietal bölgelerden kaynaklanan izole-keskin yavaş dalgaların yüksek voltajlı, 3 Hz lik diken dalga deşarjlarına dönüştüğü, ve bu deşarjların çekim boyunca 12-13 saniye devam ettiğini daha sonra ,normale yaklaşp, tekrar jeneralize deşarjlar halinde trase boyunca sürdüğü belirlendi (Şekil 1, Şekil 2). Bu bulgu ve belirtilere dayanılarak hastada abdominal epilepsi düşünüldü. Hastanın yaşı küçük olduğundan ve belirtilerin kısa bir zaman diliminde ortaya çıkması nedeniyle antiepileptik tedavi yerine izlenmesi ve ağrının kontrolü önerildi. 4 aylık izlem sürecinde hastanın sadece bir kez abdominal epileptik atağı oldu. Halen hastanın izlemi sürdürülmektedir.



Şekil 1. Hastanın EEG trasesi-1



Şekil 2. Hastanın EEG trasesi-2

TARTIŞMA

Kompleks parsiyel nöbetlerde epigastrik aura (“duygularda kabarma” ile birlikte veya olmadan) en yaygın uyarıcı semptomlar arasındadır. Bilinç değişiklikleri epilepsinin diğer bulguları arasındadır. Abdominal ağrı ve kusması olanlarda anormal EEG bulguları saptanabilir. Her ne kadar abdominal epilepsi ön tanısı sıklıkla düşünülse de, gastrointestinal sistem muayenesi normal olan, tekrarlayan abdominal ağrı ve kusma epizodları olan çocukların sadece küçük bir oranında abdominal epilepsi mevcuttur (5-7). Tanı sadece abdominal semptomlarla yapılmamalı, doğru kriterler uygulanmalıdır. Çocukluk çağı migreni özellikle ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Hastamızda da tekrarlayan abdominal ağrı ve kusma atakları başlangıçta abdominal migreni düşündürdü. Hastanın ailesinde migren öyküsü yoktu. Paroksizmal gelen periumblikal ağrısı yanısıra çekilen EEG sinde patolojik dalgalar tespit edildi. Bu durum bizi abdominal migren tanısından uzaklaştırdı.

Siklik kusma sendromu çocukluk çağı hastalıkları arasında % 1.9 oranında görülür. Tekrarlayan, ani, bulantı ile sınırlı epizotlar veya kusma, letarji ile birlikte çocukta solukluk, halsizlik ve sıkıntılı bir hal gelişir. Her atak bir kaç saatten birkaç güne kadar devam eder. Ataklar arasında ise hasta kendini tamamen iyi hisseder. Etyolojisi bilinmeyen bu durumun epilepsi ile bağlantısı olduğu, fizyolojik problemler, metabolik hastalıklar, otonomik disfonksiyon olduğu düşünülmüş, fakat bu tür hastaların büyük çoğunluğunda hiçbir tanı konulamamıştır. Pek çok araştırmacı, siklik kusma sendromunun migrenin bir eşdeğeri olabileceğini savunmuştur (4-8). Migren tanısı semptomlarına göre konur. Tanısal amaçlı bir klinik bulgu veya bir laboratuvar bulgusu yoktur. Ancak pizotifen, beta bloker, serotonin antagonistleri ve kalsiyum kanal blokerleri gibi antimigren tedaviye ve migrenin profilaktik tedavisine çok iyi yanıt vermiştir (4-7). Olgumuzun ebeveynleri dikkatle sorgulandığın



da bulantı ve kusmanın eşlik ettiği bir başağrısı tanımlamıyordu.

Epilepsinin abdominal semptomlarla ilişkisi araştırılmış, en önemli ilişkinin aura olduğu düşünülmüştür. Temporal lob epileptik nobetleri sıklıkla aura ile baslar. Aura çoğu kez göğüse doğru yükselen karışık gastrik bir rahatsızlık ve değişen şuur durumu olarak düşünülür (8-10).

Abdominal epilepsinin en sık görülen klinik bulguları abdominal bölgede ağrı, bulantı, şişkinlik hissi, diare, sinir sistem bulguları, baş ağrısı, konfüzyon ve senkoptur (11-13).

Abdominal semptomlar irritabl barsak sendromuna benzer özellikler gösterir. Ayırt edici özelliği abdominal epilepside atak boyunca şuurda değişiklikler ve ataktan sonra yorgunluk ve atak boyunca anormal EEG bulguları göstermesidir (1,8-10). Bu belirtilerin büyük bir kısmı hastamızda da bulunmaktaydı. Bu belirtilerden siklik kusmalar, basit parsiyel nobet olarak abdominal epilepsinin bir primer semptomudur. Abdominal epilepsiye sıklıkla çocukluk çağında tanı konur ve erişkinlere göre daha sık rastlanır (5,6,14-16). Bizim hastamız da henüz 9 yaşındaydı. Abdominal epilepsinin pediatrik hastalar arasında daha sık görülmekler birlikte, erişkinlerde de ortaya çıkabileceği akılda tutulmalıdır (14,16).

Abdominal epilepsinin patofizyolojisi açık değildir. Temporal lob nöbet aktivitesi amigdaldan ortaya çıkar. Bu nedenle temporal lob nöbetleri olan hastalarda gastrointestinal semptomların bulunması sürpriz değildir. Amigdaldan kaynaklanan epileptik boşalım vagusun dorsal motor nükleusu yoluyla barsak semptomlarına neden olabilir. Buna ilaveten amigdaldan barsakları aktive eden yol, hipotalamusun sempatik yoluyla da aktive edilerek oluşabilir (16). Diğer yandan abdominal epilepsinin başlangıç semptomlarının beyinden ortaya çıktığı hipotezi çok kesin bir biçimde ortaya konabilmiş değildir. Amigdala ile yoğun ilişkisi olan vagusun medullanın soliter nükleusundan barsaklara giden direk sensorial lifleri mevcuttur. Bu durum intestinal kontraksiyonlar boyunca da aktive olur (16,17). Diğer bir

deyişle nöbetler için tetikleyici faktör abdomende olabilir. Abdominal semptomların ve beyin nöbetlerinin abdominal epilepsi ile ilişkisini açıklayan kesin bir model yoktur. Ancak çok sayıda çalışmanın bu kompleks ilişkinin daha iyi anlaşılmasını sağlayacağı açıktır.

Abdominal epilepsi de tek nöbet sonrası tanı konulduğunda; tedavi nöbet hastayı rahatsız etmedikçe, nöbetler yoğun olarak tekrarlama riski taşımadıkça başlanmamalı, nöbet antiepileptik tedavi alma riskinden daha ciddi ise başlanmalıdır. Tedaviye başlama yönünde bir karar alındığında ise, epileptik tedaviye monoterapi olarak (sodyum valproat ya da karbamazepin) ve mümkün olan en düşük dozda başlanmalı, önemli bir yan etki oluşturmamış ve nöbeti durdurmuşsa devam edilmelidir (8). Aksi takdirde ise, abdominal ağrı nöbetleri kontrol edilmeli ve aralıklı olarak EEG kontrolü yapılmalıdır. Hastamızda ikinci tedavi seçeneğini kullanılarak antiepileptik ilaç tedavisine başlamamayı yeğledik. Ağrı nöbetleri ve EEG kontrolü ile hastayı izledik ve 4 aylık dönem boyunca hastada bir atak dışında başka bir atak gözlemedik.

Abdominal bölgede ağrı, bulantı, diare, sinir sistem bulguları; başağrısı, konfüzyon belirtileri olan çocuklarda ve nadiren de görülsede erişkinlerde abdominal epilepsi ayırıcı tanı da mutlaka düşünülmeli, ve EEG gibi ayırıcı tanıya yönelik değerlendirme ve incelemelerin yapılmasına özen gösterilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Scotinotis I, Stecker M, Deren JJ. Recurrent nausea as part of the spectrum of abdominal epilepsy. Dig Dis Sci 2000; 45:1238-40
2. Siegel AM, Williamson PD, Roberts DW, Thadani VM, Darcey TM. Localized pain associated with seizures originating in the parietal lobe, Epilepsia 1999; 40:845-55
3. Garcia-Herrero D, Fernandez Torre JL, Barrasa J, Calleja J, Pascual J. Abdominal epilepsy in an adolescent with bilateral perisylvian polymicrogyria. Epilepsia 1998; 9:1370-4



4. Pryszmont M. Abdominal migraine in adults. *Neurol Neurochir Pol* 1998; 32:395-9
5. Dignan F, Symon DNK, AbuArafeh I, Russell G. The prognosis of cyclical vomiting syndrome. *Arch Dis Child* 2001; 84:55-57
6. Gee S. On fitful or recurrent vomiting. *St Bartholomews Hospital Report* 1982; 18:1-6
7. Hamilton CKJ. Discussion on cyclical vomiting and allied periodic disorders of childhood. *Proc R Soc Med* 1951; 44:27.
8. Peppercorn MA, Herzog AG. The spectrum of abdominal epilepsy in adults. *Am J Gastroenterol* 1989; 84: 1294-1296.
9. Zarling EJ. Abdominal epilepsy: an unusual cause of recurrent abdominal pain. *Am J Gastroenterol* 1984; 79: 687-688
10. Bullard D. Diencephalic seizures responsiveness to bromocriptine and morphine. *Ann Neurol* 1987;21:609-611
11. Mitchell WG, Greenwood RS, Messenheimer JA. Abdominal epilepsy: Cyclic vomiting as the major symptom of simple partial seizures. *Arch Neurol* 1983; 40: 251-252.
12. Peppercorn MA, Herzog AG, Dichter MA, Mayman CI. Abdominal epilepsy :A cause of abdominal pain in adults. *JAMA* 1978; 40: 2450-2451.
13. Reimann, HA. Abdominal epilepsy and migraine. *JAMA* 1973; 224:128.
14. Singhi PD, Kaur S. Abdominal epilepsy misdiagnosed as psychogenic pain. *Postgraduate Med J*, 1988; 64:281-282.
15. Prensky AL. An approach to the child with paroxysmal phenomenon with emphasis on non epileptic disorders in: Dodson WE, Pellock JW eds. *Pediatric epilepsy: diagnosis and therapy*. New York: NY Demos Publication: 1992 .
16. Engel J, Timothy JR, Pedley A. *Epilepsy: A Comprehensive Textbook*. Vol 1. Lippincot –Raven, Chapter 48; 549-555.
17. Lieb JP, Walsh GO, Babb TL, Walter RD, Crandall PH. A comparison of EEG seizure pattern recorded with surface and depth electrodes in patients with temporal lobe epilepsy. *Epilepsia* 1976; 17:137-160

