

Karın Ağrısı ve Şuur Bozukluğu: Abdominal Epilepsili Olgu

Abdominal Pain and Confusion: A Case Report of Abdominal Epilepsy

Güven KUVANDIK,¹ Ali KARAKUŞ,¹ Mustafa ŞAHAN,¹ Oğuzhan ÖZCAN²



Ali Karakuş

¹Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Hatay;

²Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Hatay

Özet

Abdominal epilepsi, karın ağrısı bulantı ve kusma gibi gastrointestinal semptomların, letarji ve konvülsiyon gibi nörolojik bulguların sık görüldüğü, tekrarlayıcı, az görülen bir durumdur. Genellikle çocukluk yaş grubunda görülmeyle birlikte erişkinlerde de görülebilmektedir. Karın ağrısı yapan nedenlerin tanınması için ekarte edilmesinin ardından elektroensefalografi (EEG) ile değerlendirilerek tanı konmaktadır. Antiepileptiklerle semptomların düzelmesi tanıda önemlidir. On yedi yaşında kadın hasta aniden gelişen şuur bozukluğu nedeniyle acil servise getirildi. Hastanın genel durumu orta, şuuru konfüze, glaskow koma skalası (GKS): 11 (E: 2 M: 5 V: 4), tansiyonu 100/60 mmHg, nabızı 100/dk, solunumu 20/dk, ateşi 37.2 derece ve diğer fizik muayene bulguları doğaldı. Koma değerlendirmesine alınan hastanın ilk kan şekeri değeri 85 mg/dl ve serum amilaz, lipaz dahil acil kan parametreleri normaldi. Hastanın takipleri sırasında ikinci saatte şuuru tamamen açıldı. Karın ağrısı ayırıcı tanısı için istenilen incelemeleri de normaldi. Çekilen beyin tomografisinde anormallik saptanmazken EEG'sinde orta derecede aktif epileptiform anormalite ile uyumlu bulgular gösteren dalgalar tespit edildi. Levetirasetam tedavisi başlanan hastanın bir yıllık poliklinik kontrollerinde problem olmadı. Acil hekimleri karın ağrısı ve şuur bozukluğu olan hastalarda ayırıcı tanıda nadir görülen bir durum olan abdominal epilepsiyi düşünmelidir. Ayırıcı tanı amaçlı yapılan ilk incelemelerin ardından EEG ile hastalar değerlendirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Abdominal epilepsi; karın ağrısı; şuur bozukluğu.

Summary

Abdominal epilepsy is a recurrent and rare condition characterized by gastrointestinal symptoms such as abdominal pain, nausea, vomiting and neurological findings such as lethargy and convulsion. Although usually seen in childhood, it can also be seen in adults. After ruling out more common causes of abdominal pain, it is diagnosed with electroencephalography (EEG). The improvement of symptoms with antiepileptics is important in diagnosis. A 17-year-old woman was admitted to the emergency department with sudden loss of consciousness. On admission, general condition of the patient was moderate. The patient had confusion, and her other vital signs were as follows: Glasgow Coma Scale (GCS) at 11 (E: 2M: 5V: 4); arterial blood pressure, 100/60 mmHg; heart rate, 100 beats/min; respiration rate, 20 breaths/min and temperature, 37.2°C. Other physical examination findings were normal. First serum glucose level was 85 mg/dL. Serum amylase, lipase and other laboratory test results were within normal limits. After two hours of monitoring, her consciousness was completely opened. For differential diagnosis of abdominal pain, control results were normal. There was not any abnormal findings in computed tomography (CT) scans of brain. In EEG recordings, moderately active epileptiform abnormalities were detected. Levetirasetam medication was initiated. There were no problems observed during the one-year treatment period. Abdominal epilepsy is a rare condition that should be considered in patients presented with abdominal pain and confusion. After the initial tests performed for differential diagnosis of abdominal pain, patients should be evaluated with EEG.

Key words: Abdominal epilepsy; abdominal pain; confusion.

Geliş (Submitted): 17.06.2014

Kabul (Accepted): 03.01.2015

İletişim (Correspondence): Dr. Ali KARAKUŞ

e-posta (e-mail): drkarakus@yahoo.com



Giriş

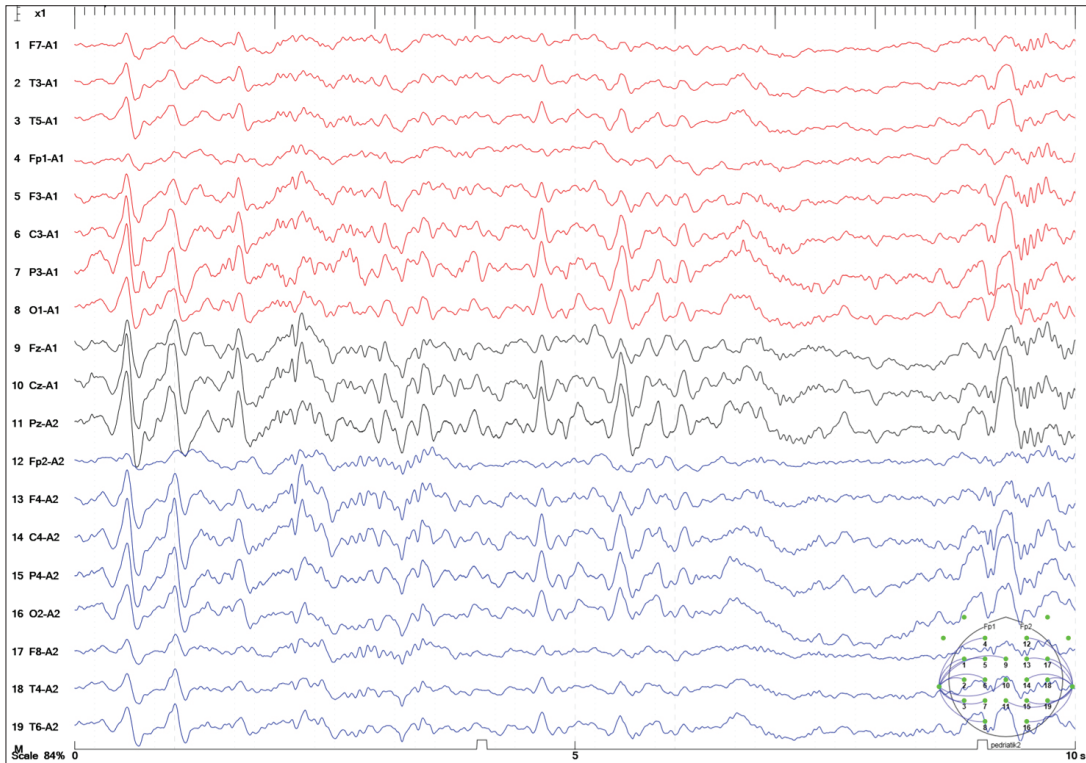
Abdominal epilepsi, karın ağrısı bulantı ve kusma gibi gastrointestinal semptomların ve letarji konvülsiyon gibi nörolojik bulguların sık görüldüğü, tekrarlayıcı, az görülen bir durumdur. Döngüsel kusma sendromu, periyodik sendrom, abdominal migren olarak da isimlendirilen bu hastalık migren öncülü kabul edilmektedir.^[1] Karın ağrısı ve bilinç değişikliğinin birlikteliği durumunda şüphelenilmelidir. Genellikle çocukluk yaş grubunda görülmekle birlikte erişkinlerde de görülebilmektedir. Karın ağrısı yapan nedenlerin tanısı olarak ekarte edilmesinin ardından elektroensefalografi (EEG) ile değerlendirilerek tanı konmaktadır. Antiepileptik tedavi sonrası şikayetlerin düzelmesi hastalığın tanısı için önemli bir ipucudur.^[2]

Olgu Sunumu

On yedi yaşında kadın hasta aniden gelişen şuur bozukluğu nedeniyle acil servise getirildi. Hastanın genel durumu orta, şuuru konfüze, Glasgow Koma Skalası (GKS): 11, tansiyonu 100/60 mmHg, nabızı 100/dk, solunumu 20/dk, ateşi 37.2 derece ve diğer fizik muayene bulguları doğaldı. Koma değerlendirmesine alınan hastanın ilk kan şekeri değeri 85

mg/dl ve diğer acil kan parametreleri normaldi. Hastanın özgeçmişinde üç yıldır düzensiz aralarla tekrarlayan (altıyedi ayda bir toplam sekiz adet) karın ağrısı, bulantı kusma şikâyeti vardı. Ağrının tüm karın bölgesinde kıvrandırıcı tarzda olduğu ve ağrıyla birlikte kişinin şuurunun kaybolduğu belirtildi. Soy geçmişinde kardeşinde de epilepsi olduğu öğrenildi.

Hastanın takipleri sırasında ikinci saatte şuuru tamamen açıldı. Karın ağrısı ayırıcı tanısı için istenilen kontrol hemogram, biyokimya, direkt karın grafisi, batin ultrasonografisi, tam idrar incelemesi değerleri normaldi. Çekilen beyin tomografi ve manyetik rezonans görüntülemelerinde anormallik saptanmadı. EEG'sinde orta derecede aktif epileptiform anormallite ile uyumlu bulgular gösteren dalgalar tespit edildi (Şekil 1). EEG yorumunda; Zemin aktivitesi 8-13 cyc/sn'lik parieto oksipital alfa ritminden oluşmuştur. Zemin aktivitesine sık olarak karışan belirgin lokalizasyon ve lateralizasyon vermeyen 5-7 cyc/sn'lik yavaş dalgalar, diken dalgalar ve diken dalga komplekslerinin bilateral senkron paroksizmal davranış gösterdiği belirtildi. Hastaya levitirasetam 500 mg 2x1/2 tablet tedavisi başlandı. Hastanın ilk 24 saatlik takibinde anormallik saptanmadı. Önerilerle taburcu edilen



Şekil 1. Orta derecede aktif epileptiform anormallite ile uyumlu bulgular gösteren elektroensefalografi.

hastanın bir yıllık poliklinik kontrollerinde problem olmayıp levitirasetam 1000 mg 3x1 tedavisine devam edildi.

Tartışma

Abdominal epilepsi literatürde döngüsel kusma sendromu, abdominal migren, periyodik sendrom olarak bilinen %50 olguda nedeni belli olmayan (genetik, hipotalamo pitüiter ve adrenal aksdaki bozukluk, psikolojik etmenler suçlanabilir) kusma atakları ile seyreden çocukluk çağı hastalığı olarak kabul edilmektedir.^[1,3] Hastalığın patofizyolojisi belirsiz olmamakla birlikte temporal lob nöbet aktivitesinin amigdaldan başladığı, temporal nöbeti olan hastalarda gastrointestinal semptomların olduğu, amigdala kaynaklı epileptik deşarjların vagus yoluyla semptomlara yol açabileceği belirtilmektedir.^[2] Yapılan olgu değerlendirmelerinde ortalama yaş değerleri 10-15 olduğu ve erişkinlerde azaldığı belirtilmiştir.^[1,4] Takip ettiğimiz olgunun literatürde az rastlanan erişkin dönemde görülmesi, bu yaş grubunda da hastalığın düşünülmesi gerektiğini akla getirmektedir.

Karın ağrısı dahili ve cerrahi birçok nedene bağlı olarak gelişebilir. Ayırıcı tanıda düşünülecek hastalıklara tanı koymak amaçlı anamnez ve fizik muayeneden başlayarak laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır. Ağrının karakteri sorgulama sırasında önemlidir. Genelde şiddetli, bıçak saplanır tarzda, periumblikal bölgede bazen tüm karında yaygın olabilmektedir. Kilo kaybı, ateş, ishal enflamatuvar bağırsak hastalığını ve kronik hastalıklar açısından sorgulanmalıdır. Fizik muayenede hassasiyet, rebonud ve defans gibi akut karın düşündürcek bulgular görülmeyebilir.^[5] Ateş ve lenfadenopati FMF gibi hastalıkları ekarte etmek için değerlendirilmelidir. Ayırıcı tanı amaçlı tam kan sayımı, periferik yayma, tam idrar tahlili, karaciğer-böbrek fonksiyon testleri, amilaz, lipaz, hepatit markerları, H. Pylori antijeni incelenmelidir. Batın ultrasonografisi ve diğer görüntüleme yöntemleri olan tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme düşünülmelidir. Bunlarla ağrı nedenleri ekarte edildikten sonra EEG değerlendirmesi yapılmalıdır. Bu da acil serviste tanı ve tedavinin gecikmesine neden olabilmektedir. Bu açıdan bu tarz hastalarda EEG ön planda

düşünülmesi gereken incelemeler içerisinde yer almalıdır. Belirtilen olguda da tanı araçları negatif olduğundan en son EEG planlanmış ve pozitif olarak değerlendirilmiştir.

Abdominal epilepside ataklar sırasında şuur değişikliği, konvülsiyon ve anormal EEG varlığı bildirilmiştir.^[5-7] Her karın ağrısı atağı sırasında santral bulgu gelişmeyebilir.^[6] Bu nedenle karın ağrısı ve diğer gastrointestinal bulgular tek başına bu hastalığın varlığını ayırıcı tanıda düşündürmelidir. Ancak bu semptomlara eşlik eden santral bulgu varlığında direkt kafa grafisi, kontrastsız beyin tomografisi, manyetik rezonans ve EEG gibi incelemelerle hastalar değerlendirilmelidir. Takip edilen olguda da ayırıcı tanı amaçlı yapılan incelemeler sonrası tanıya ulaşıldı.

Sonuç

Acil hekimleri karın ağrısı ve şuur bozukluğu olan hastalarda ayırıcı tanıda nadir görülen bir durum olan abdominal epilepsiyi düşünmelidir. Ayırıcı tanı amaçlı yapılan ilk incelemelerin ardından EEG ile hastalar değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

1. Tahiroğlu AY, Çelik GG, Avcı A, İncecik F. Döngüsel kusma sendromu tedavisinde olanzapin ve penisilin kullanımı: Bir olgu sunumu. Klinik Psikiyatri 2008;11(1):200-7.
2. Taşdemir N, Tamam Y. Bir olgu nedeniyle abdominal epilepsi. Dicle Tıp Dergisi 2005;32(1):31-5.
3. Fleisher DR, Gornowicz B, Adams K, Burch R, Feldman EJ. Cyclic Vomiting Syndrome in 41 adults: the illness, the patients, and problems of management. BMC Med 2005;3:20. [CrossRef](#)
4. Ayoola EA. The clinical profile of cyclic vomiting syndrome in a regional hospital, Saudi Arabia. Trop Gastroenterol 2005;26(3):126-8.
5. Aşan N, Ödemiş E, Uraş N, Kırmemiş O, Yılmaz AE, Türkay S. Abdominal epilepsi. www.yenitip.org/pdf/Makale. Erişim tarihi: 17.6.2014.
6. Eschle D, Siegel AM, Wieser HG. Epilepsy with severe abdominal pain. Mayo Clin Proc 2002;77(12):1358-60. [CrossRef](#)
7. Zinkin NT, Peppercorn MA. Abdominal epilepsy. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2005;19(2):263-74. [CrossRef](#)