

# İlk Semptomu Epileptik Nöbet Olan Multipl Skleroz: Olgu Sunumu

## Epileptic Seizure as First Presenting Symptom of Multiple Sclerosis: A Case Report

Belgin PETEK BALCI, Aytül MUTLU, Özlem ÇOKAR, Birgül BAŞTAN

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul



Dr. Belgin PETEK BALCI

### Özet

Epileptik nöbetler multipl skleroz (MS) hastalığının seyriinde görülebilmektedir. Ancak MS'nin ilk semptomunun nöbet olması son derece nadirdir. Bu yazıda ilk atağı epilepsi nöbetiyle ortaya çıkan 26 yaşında MS'li bir kadın sunulmaktadır. Hasta acile jeneralize tonik klonik nöbetle başvurdu. Nörolojik muayenede sağ hemiparezi bulguları ve hiperaktif derin tendon refleksi dışında özellik saptanmadı. Kranial manyetik rezonans görüntülemesinde periventriküler yerleşimli, çok sayıda milimetrik lezyon ve sol sentrum semiovalede 45x27 mm çaplı, yarım halka şeklinde kontrast tutan, kortikal, T2/FLAIR kesitlerde hiperintens lezyon izlendi. Beyin omurilik sıvısı incelemelerinde IgG indeksi yüksek, oligoklonal band (+) idi. Elektroensefalografide sol hemisfer fronto-temporal bölgede belirgin keskin dalga paroksizmleri gözlemlendi. Multipl skleroz tanısı konuldu ve pulse kortikosteroid verildi. Tekrarlayan nöbetleri nedeniyle hastaya antiepileptik tedavi başlandı. Nöbetler monoterapi ile kontrol altına alındı. Multipl sklerozlu hastaların nöbet geçirebildiği bilinmektedir. Nöbetle başvuran özellikle genç olgularda ayrıntılı tanıda multipl skleroz mutlaka akla getirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Epilepsi; multipl skleroz; nöbet.

### Summary

While epileptic seizures are seen in the course of multiple sclerosis, they are rarely the first symptom. The first epileptic seizure of a 26-year-old woman with multiple sclerosis is described in the present report. The patient presented to the emergency department with generalized tonic-clonic seizure. Neurologic examination was normal except for right-sided hemiparesis and hyperactive deep tendon reflexes. Cranial MRI revealed periventricular, multiple millimetric lesions and a 45x27-mm, semi-ring-enhanced, cortical, T2/FLAIR, hyperintense lesion in the centrum semiovale. IgG index was high, and oligoclonal band was positive in cerebrospinal fluid examination. Electroencephalography showed prominent fronto-temporal activity on the left side and sharp wave paroxysms. Multiple sclerosis was diagnosed, and pulse corticosteroid therapy was initiated. Due to recurrent seizures, antiepileptic drug was added to treatment; seizures were controlled with monotherapy. It is known that patients with multiple sclerosis experience seizures. Multiple sclerosis should be considered in the differential diagnosis of young patients presenting with seizures.

Keywords: Epilepsy; multiple sclerosis; seizure.

### Giriş

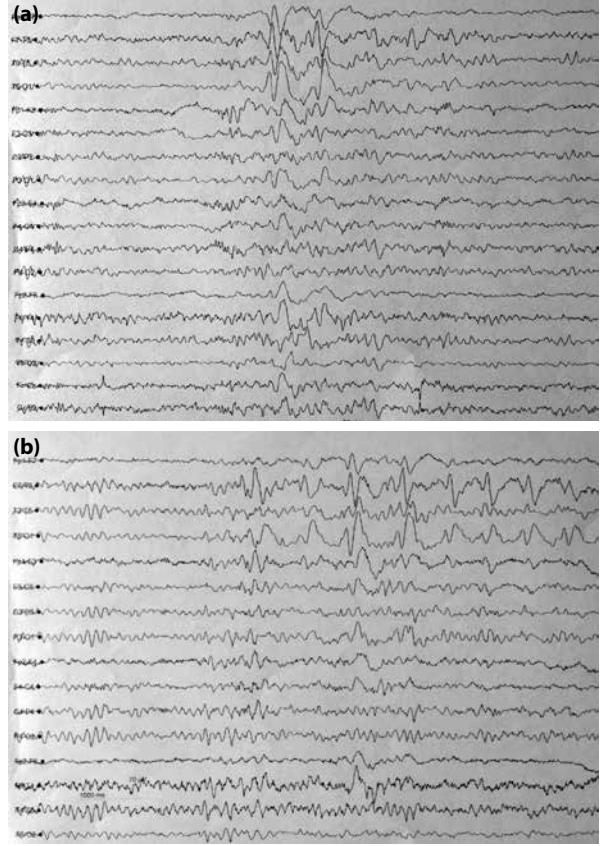
Multipl skleroz (MS), beyaz cevherin demiyelinizasyonu ile seyreden, çok zengin belirti ve bulguları olan, otoimmün kronik nörolojik bir hastalıktır. Multipl skleroz hastalığının seyriinde atak ya da atak dışı dönemlerde epileptik nöbet-

ler görülebilmektedir. Multipl sklerozda epileptik nöbetler seyrek görülse de genel popülasyondan fazladır.<sup>(1)</sup> Multipl skleroz hastalığının nöbetle başlaması ise daha da azdır. Bu yazıda nadir görülmesi nedeniyle ilk atağı epilepsi nöbetiyle ortaya çıkan bir MS hastası sunulmaktadır.

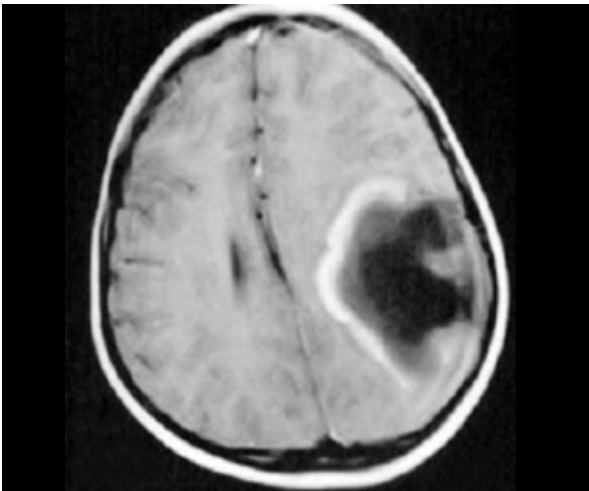


## Olgu Sunumu

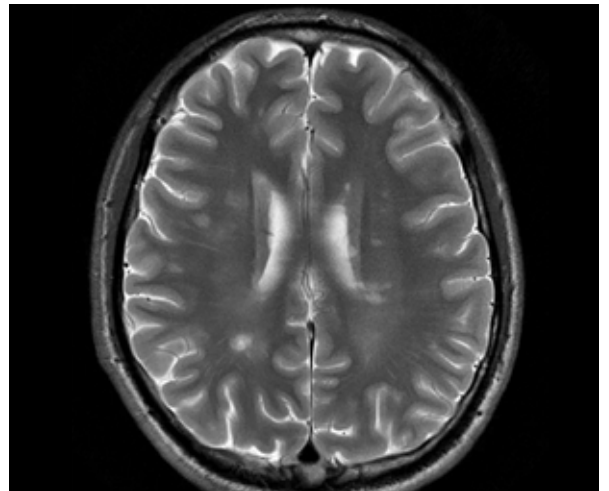
Yirmi altı yaşında kadın hasta, acil polikliniğimize jeneralize tonik klonik olarak tanımlanan nöbetle başvurdu. Fizik muayenede bir özellik yoktu. Nörolojik muayenede; kas gücü solda tam, sağda alt ve üst ekstremitede 4/5 düzeyinde, derin tendon refleksleri +++/+++, taban cildi refleksi sol lakayt, sağ dorsal kaçaklı idi. Romberg  $\pm$ , tandem iki-üç adımda bozuluyordu. Hastanın öz ve soygeçmişinde özellik yoktu. Rutin kan ve idrar incelemeleri, akciğer grafisi normaldi. Kraniyal bilgisayarlı tomografi (BT) normal idi. Kraniyal kontrastlı manyetik rezonans görüntüleme (MRG) periventriküler yerleşimli, çok sayıda milimetrik ve sol sentrum semiovaleden kortekse uzanan 45x27 mm çaplı T2 ve FLAIR kesitlerde hiperintens, kontrastlı kesitlerde yarım halka şeklinde kontrast tutan lezyon izlendi (Şekil 1). Beyin omurilik sıvısı (BOS) proteini 37 mg/dL idi, hücre yoktu, IgG indeksi 1.12, oligoklonal band (+) idi. Vaskülit markırları ve paterji testi negatif idi. Elektroensefalografide (EEG) sol hemisfer fronto-temporal bölgede belirgin olmakla birlikte yaygın epileptiform aktiviteler gözlemlendi (Şekil 2a, b). Hastada görüntüleme ve laboratuvar bulguları ile demiyelinizan hastalık düşünüldü, 10 gün pulse kortikosteroid ile tedavi edildi. Takipte sağdan başlayıp sekonder jeneralize tonik klonik nöbetleri tekrarlayan hastaya kontrol kraniyal MRG çekildi, tümefaktif lezyonun küçülmüş, ödemin kaybolmuş olduğu görüldü (Şekil 3). Hastaya antiepileptik tedavi (karbamazepin 200 mg tb 2x1) başlandı, nöbetleri kontrol altına alındı. Sekiz ay sonra ikinci MS atağını geçiren hastaya immünmo-



**Şekil 2.** Elektroensefalografi: (a) Hemisfer orta bölgeleri ve karşı hemisfer ön bölgelerine kısmi yayılımı olan fronto-temporal bölgede keskin-yavaş dalga aktivitesi. (b) Sol fronto-temporal bölgede diziler halinde gelen keskin dalga aktivitesi.



**Şekil 1.** Başvuruda çekilen kraniyal kontrastlı manyetik rezonans görüntüleme: Sol sentrum semiovaleden kortekse uzanan 45x27 mm çaplı, yarım halka şeklinde kontrast tutan lezyon.



**Şekil 3.** Başvurudan 57 gün sonra çekilen kontrol kraniyal manyetik rezonans görüntüleme: Multipl skleroz için tipik periventriküler lezyonlar (tümefaktif lezyon ve ödemi tama yakın düzelmiş).

dülatör tedavi başlandı, o dönemden beri 18 aydır ataksız takip edilmektedir.

## Tartışma

Multipl sklerozda, epileptik nöbetler çok sık görülmemekle birlikte genel popülasyondan fazladır.<sup>[1]</sup> Multipl skleroz ve epilepsi ilişkisi son yıllarda pek çok araştırmacının dikkatini çekmiş ve bu konuda yapılan araştırmalar sayesinde erişkinlerde MS-epilepsi birlikteliğinin, toplumda epilepsi görülme sıklığından üç-altı kat daha fazla olduğu ortaya konulmuştur.<sup>[1-4]</sup> Multipl sklerozun, epileptik nöbetle başlaması ise oldukça nadir görülür.<sup>[5]</sup> Multipl sklerozlu hastalardaki epilepsi nedenleri henüz tam olarak açıklığa kavuşturulamamıştır.<sup>[6]</sup> Beyinde fokal lezyonların epileptik nöbetler için nidus oluşturabildiği iyi bilinmesine rağmen MS'nin fokal lezyonlarının epilepsiye neden olabileceği konusundaki bilgiler oldukça azdır.<sup>[7]</sup> Bu konuda yapılan çalışmalarda, MS'de epileptik nöbetlerin ortaya çıkışı ile ilgili çeşitli nedenler öne sürülmüştür. Bunlar; kortikal ve subkortikal demiyelinizan plakların yarattığı hasar, reaktif gliozis, ödem ve Na+K+ATP-az enzim aktivitesine bağlı hasarlardır.

Epileptik nöbetler, en sık olarak MS tanısından dört-yedi yıl sonra görülmektedir.<sup>[8]</sup> Lebrun,<sup>[9]</sup> MS hastalarındaki epileptik nöbet sıklığının MS alevlenmeleri ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Multipl skleroz ataklarında ortaya çıkan epileptik nöbetler özel bir durum meydana getirir. Atağın sona ermesiyle çoğunlukla nöbetler kendini sınırlar ve hasta antiepileptik tedaviye ihtiyaç duymaz. Nadiren hastanın atağı düzelmiş olmasına rağmen nöbetler tekrarlayabilir ve ısrarcı olabilir, böyle durumlarda antiepileptik tedavi başlanmalıdır.

Epileptik nöbetin MS'nin ilk semptomu olması çok farklı oranlarda (%5.9-7.3) bildirilmiştir.<sup>[10,11]</sup> Bizim olgumuzda da, MS'nin ilk belirtisi epileptik nöbettir. Olgumuzun tümefaktif, korteksi de etkileyen büyükçe, ödemli, aktif MS plağının olması; epileptik nöbetin MS plağı kaynaklı olabileceğini düşündürdü. Burada, hem plağın direkt olarak yarattığı hasarın, hem de plağa bağlı ödem nedeniyle oluşan indirekt hasarların süreçte rol oynadığını ve epileptik nöbetin ortaya çıkmasına neden olduğunu düşündük. Ancak, olgumuzun takipler sırasında tümefaktif lezyon küçülmesine rağmen nöbetlerin bir süre sonra tekrarlaması, muhtemelen lezyon yerinde reaktif gliozise bağlı epileptojenik bir odak gelişmiş olabileceğini düşündürdü. Eğer, MS lezyonunun epileptik nöbet çıkardığı düşünülüyorsa lezyon lokalizasyonu ve nöbet arasında korelasyon olması beklenir. Bununla beraber,

şimdiye kadar yapılmış çalışmalar nöbet tipi ve lezyon lokalizasyonu ile ilgili veriler içermediğinden bu hipotezi doğrulamak mümkün olamamıştır.<sup>[9]</sup> Olgumuzun, MRG'de saptadığımız tümefaktif plağın lokalizasyonu ile EEG bulguları ve nöbeti arasında korelasyon mevcuttu. Bu da, nöbetin tümefaktif lezyona bağlı ortaya çıktığını destekleyen kuvvetli bir kanıttı.

Multipl skleroz hastalarında, hemen her tip nöbet görülebilir.<sup>[12]</sup> Olgumuz, ilk kez ortaya çıkan jeneralize nöbet ile acil servise başvurmuş, nöbet nedeni araştırılırken MS tanısı konulmuştur. Multipl sklerozda epileptik nöbetler atak sırasında ortaya çıkarsa, atağın sona ermesi/tedavisiyle kendini sınırlandırabileceği gibi tekrarlayabilir ve antiepileptik tedavi gerektirebilir. Olgumuzda, atak tedavisi sonrası izlemde tümefaktif lezyon küçülmüş, ödem kaybolmuş olmasına rağmen epilepsi nöbetleri tekrarlamış ve antiepileptik tedavi başlanmasına ihtiyaç duyulmuştur. Olgumuzun tekrarlayan nöbetleri, tümefaktif plak nedeniyle oluşan sekel gliotik dokuların epileptojenik bir odak geliştirmiş olabileceğini düşündürmektedir.

Sonuç olarak, MS hastalığında epileptik nöbetler seyrek olmasına rağmen toplumda daha fazla görülmektedir. Multipl skleroz, ilk klinik belirti olarak nöbetle başlayabilmektedir. Nöbetle başvuran özellikle genç, demiyelinizan tümefaktif lezyonlu olgularda ayırıcı tanıda MS de akla getirilmeli, MS ataklarının epileptik nöbet çıkartabileceği unutulmamalıdır.

## Kaynaklar

1. Poser CM, Brinar VV. Epilepsy and multiple sclerosis. *Epilepsy Behav* 2003;4(1):6-12. [CrossRef](#)
2. Nicoletti A, Sofia V, Biondi R, Lo Fermo S, Reggio E, Patti F, et al. Epilepsy and multiple sclerosis in Sicily: a population-based study. *Epilepsia* 2003;44(11):1445-8. [CrossRef](#)
3. Engelsen BA, Grønning M. Epileptic seizures in patients with multiple sclerosis. Is the prognosis of epilepsy underestimated? *Seizure* 1997;6(5):377-82. [CrossRef](#)
4. Olafsson E, Benedikz J, Hauser WA. Risk of epilepsy in patients with multiple sclerosis: a population-based study in Iceland. *Epilepsia* 1999;40(6):745-7. [CrossRef](#)
5. Garcia Asensio S, Guelbenzu S, Barrera R, López del Val J, Mazas L, Macho J. Epilepsy with normal CT: the MR contribution. [Article in Spanish] *Rev Neurol* 1995;23(124):1199-202. [Abstract]
6. Calabrese M, Grossi P, Favaretto A, Romualdi C, Atzori M, Rinaldi F, et al. Cortical pathology in multiple sclerosis patients with epilepsy: a 3 year longitudinal study. *J Neurol Neurosurg*

- Psychiatry 2012;83(1):49–54. [CrossRef](#)
7. Allen AN, Seminog OO, Goldacre MJ. Association between multiple sclerosis and epilepsy: large population-based record-linkage studies. *BMC Neurol* 2013;13:189. [CrossRef](#)
  8. Cendrowski W, Majkowski J. Epilepsy in multiple sclerosis. *J Neurol Sci* 1972;17(4):389–98. [CrossRef](#)
  9. Lebrun C. Epilepsy and multiple sclerosis. *Epileptic Disord* 2006;8(Suppl 1):55–8.
  10. Catenoix H, Marignier R, Rittleng C, Dufour M, Mauguière F, Confavreux C, et al. Multiple sclerosis and epileptic seizures. *Mult Scler* 2011;17(1):96–102. [CrossRef](#)
  11. Sponsler JL, Kendrick-Adey AC. Seizures as a manifestation of multiple sclerosis. *Epileptic Disord* 2011;13(4):401–10.
  12. Koch M, Uyttenboogaart M, Polman S, De Keyser J. Seizures in multiple sclerosis. *Epilepsia* 2008;49(6):948–53. [CrossRef](#)