

Nadir Bir Refleks Epilepsi Türü: Yemek Yeme Epilepsisi

A Rare Epilepsy Type: Eating Epilepsy

Zeynep ÖZÖZEN AYAS, Ayhan BÖLÜK

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Sakarya



Dr. Zeynep ÖZÖZEN AYAS

Özet

Yemek yeme epilepsisi nadir bir refleks epilepsi türüdür. Genetik faktörler, yiyecekler ve yemek alışkanlıkları önemlidir. Bu yazıda, özellikle katı ve yağlı yiyecekleri yeme sırasında tetiklenen basit parsiyel ve sekonder jeneralize tipte nöbetlerin olduğu 28 yaşındaki erkek hasta sunuldu. Nörolojik muayenesi ve laboratuvar testleri normal idi. Hastanın elektroensefalografisinde aktif epileptiform odak gözlenmezken, beyin manyetik rezonans görüntülemesinde sol parietalde ensefalomalazik alan saptandı. Hastanın nöbetleri uygun dozda okskarbazepin ve levitirasetam ile kontrol altına alındı. Son derece nadir bir refleks epilepsi türü olması nedeniyle olgumuz literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: Refleks epilepsi; tedavi; yemek yeme epilepsisi.

Summary

Eating epilepsy is a rare type of reflex epilepsy. Genetic factors, types of food, and eating habits are important. Presently described is case of a 28-year-old man with simple partial and secondary generalized epilepsy, provoked especially by fatty or starchy foods. Neurological examination and laboratory tests were normal. Active epileptiform discharges were not detected on electroencephalography; however, cranial magnetic resonance imaging revealed left parietal encephalomalacia. The patient's seizures were controlled with appropriate dosage of oxcarbazepine and levitiracetam. As this case is extremely rare type of reflex epilepsy, presentation is accompanied by review of the literature.

Keywords: Reflex epilepsy; treatment; eating epilepsy.

Giriş

Refleks epilepsiler, özel uyarılarla tetiklenen nöbetlerdir. Uyarılar dıştan olabileceği gibi hastanın kendi aktivitesiyle oluşabilmekte ya da mikst tip olabilmektedir. Yemek yeme ile ortaya çıkan nöbetler, refleks epilepsiler içerisinde nadir gözlenen nöbetler arasında yer almaktadır.^[1] Genetik faktörler, yiyecekler ve yemek alışkanlıkları önemlidir.^[1,2] En sık gözlenen nöbet tipi sekonder jeneralize olan parsiyel özellikle nöbetlerdir.^[1,3] Hastaların %50–70'inde monoterapi, %20–30'unda ise kombine tedavi ile nöbetler kontrol edilebilmektedir.^[4]

Bu yazıda, özellikle katı ve yağlı yiyecekleri yeme sırasında tetiklenen basit parsiyel ve sekonder jeneralize tipte nöbetlerin olduğu bir olgu sunuldu.

Olgu Sunumu

Yirmi sekiz yaşında erkek hasta, polikliniğine son üç aydır artan nöbet sıklığı nedeniyle başvurdu. Hastanın haftada iki–üç defa olan, bilinç kaybının olmadığı sağ elde titreme şeklinde basit parsiyel nöbeti ve üç ay önce olan sağ elde titremenin ardından tüm vücutta tonik klonik kasılması şeklinde olan sekonder jeneralize tonik klonik nöbeti (SJTK) mevcuttu. Hastanın öyküsünde nöbetler için farklı merkezlerde, farklı hekimler tarafından kısa süreli ve düzensiz takibi olduğu öğrenildi. Hastanın ayrıntılı öyküsünde ilk defa 16 yaşında iken sağ elde titreme şeklindeki basit parsiyel nöbet şikayeti için okskarbazepin (OXC) 300 mg başlanmış. Monoterapi ile 1.5 yıl nöbetsiz izlenen hastanın iki kez SJTK nöbeti olması üzerine OXC dozu 600 mg'a çıkılıp, sodyum valproat (Na-VPA) 500 mg eklenmiş.

Geliş (Submitted): 07.06.2016

Kabul (Accepted): 02.08.2016

İletişim (Correspondence): Dr. Zeynep ÖZÖZEN AYAS

e-posta (e-mail): zozozen@hotmail.com



Bu tedavi ile hastanın parsiyel nöbetlerinde artma gözlenince Na-VPA kesilip, levatirecetam (LEV) 500 mg eklenmiş. Bu tedavi ile bir yılda üç kez SJTK nöbeti olması üzerine dozu tedrici olarak arttırılarak LEV 2500 mg'a çıkılmış. OXC 600 mg ve LEV 2500 mg ile dört yıl boyunca SJTK nöbeti gözlenmezken 15 günde bir, parsiyel nöbetlerinin devam ettiği öğrenildi. Üç ay önce tekrar SJTK nöbeti olan ve fokal nöbetleri haftada üç defaya yükselen hasta tarafımıza başvurdu. Yapılan ayrıntılı anamnezinde yakınmaların özellikle katı ve yağlı yiyecekleri yerken ağızda değişik tat hissi ve yutkunma ardından, sağ elde titremenin ile başladığı öğrenildi. Eğer hasta yemek yemeyi sonlandırmazsa ardından ani gelişimli bilinç kaybının eşlik ettiği birkaç dakika süren tüm vücutta tonik klonik kasılma özelliğinde olduğu belirtildi. Postiktal konfüzyon ve sonrasında yaklaşık bir saat uyku isteği olduğu öğrenildi. Sadece iki kez yeme yeme aktivitesi dışında yolculuk ve uykusuzluğun ardından nöbet geçirdiği öğrenildi. Özgeçmişinde dört yaşındayken geçirilmiş febril konvülsiyon ve beş yaşındayken kafa travması öyküsü olan hastanın, soy geçmişinde herhangi bir özelliği yoktu. Hastanın nörolojik muayenesi normal olarak değerlendirildi. Rutin biyokimyasal laboratuvar değerlerinde vitamin B12 düşüklüğü (208 pg/ml) dışında anormallik saptanmadı. Beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemesinde sol parietal kortikal alanda ensefalomalazik alan tespit edildi (Şekil 1). İnteriktal elektroensefalografilerinde (EEG) aktif epileptiform aktivite gözlenmedi. Bu veriler doğrultusunda nöbet, yemek yeme ile tetiklenen, basit parsiyel ve SJTK özellikte epileptik nöbet olarak tanındı. Bu nedenle tedaviye OXC 900 mg ve LEV 3000 mg ile nöbetler tam olarak kontrol altına alındı. Ayrıca yiyecek ve yemek alışkanlıklarına dikkat ettiğinde nöbet tetiklenmelerinin sonlandığı gözlemlendi.

Tartışma

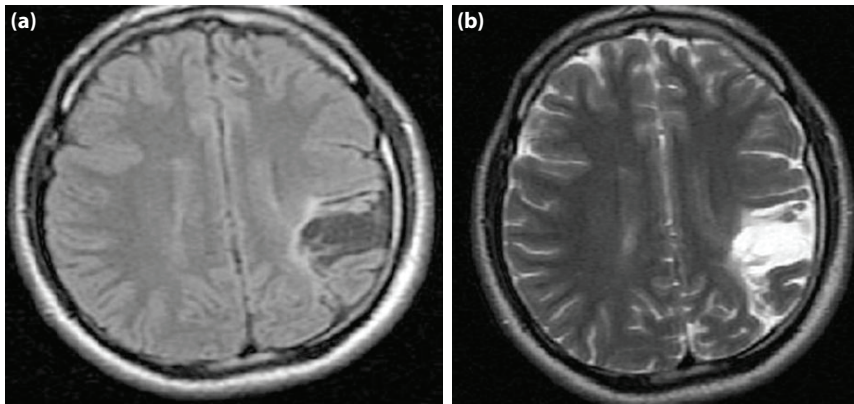
Yemek yeme epilepsisi (YYE) nadir bir refleks epilepsi türüdür. Etiyopatogenez tartışmalı olmakla birlikte genetik faktörler, yiyecekler ve yemek alışkanlıkları önemlidir.

Epilepsisi olanlarda prevalansı 1/1000–2000 olarak bulunmuştur, erkeklerde daha sık olduğu belirtilmiştir. Ancak Sri Lanka'da prevalansın daha yüksek olduğu bildirilmiştir.^[1] Bu olguların %7.1'inde ailede de YYE olduğu tanımlanmıştır.^[1] Araştırmacıların da belirttiği gibi bazı bölgelerde daha sık olmasının genetik faktörlerle ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Yemek yeme epilepsisi tanımlayan hastaların büyük bir çoğunluğunda nöbetler yemek yeme işlevi sırasında (%75), yemek yedikten sonra (%10.7) veya yemek yeme ve sonrasında (%14.3) gözlemlendiği vurgulanmıştır.^[1] Bizim hastamızda da yemek yeme işlevi başladıktan beş-on dakika sonrasında nöbetlerin başladığı saptanmıştır.

Genellikle özgeçmişte tetikleyici bir olay öyküsü vardır. Yemek yeme epilepsisi olan hastalarda spontan nöbetler de görülebilir. Hastamızın özgeçmişinde kafa travması, febril konvülsiyon öyküsü ve MRG'de sol parietalde ensefalomalazik alan tespit edildi. Ayrıntılı anamnezde sadece iki kez yemek yeme dışında yolculuk ve uykusuzluğun ardından SJTK nöbet öyküsü mevcuttu.

Nadir görülen bu nöbet tipinde patojenik mekanizmalar yeterince açıklanmamıştır. Olası mekanizmalar içinde gastrik distansiyon, çiğneme ve yutma işlemi, yemeklerin kimyasal kompozisyonu olası uyaranlar arasında sayılmaktadır.^[1,4] Bi-



Şekil 1. (a, b) Beyin manyetik rezonans görüntüleme sol parietalde ensefalomalazik alan.

zim hastamızda da özellikle katı ve yağlı gıdaları yutarken nöbetin tetiklendiği gözlemlendi. Yemek yeme işlevi ve katı gıda yutma işlevi devam ettikçe basit parsiyel nöbetin SJTK nöbete dönüştüğü, eğer yemek yeme işlevi kesilirse nöbetin basit parsiyel özellikte kaldığı belirlendi.

Yemek yeme epilepsisi genellikle fokal orijinli olup, sıklıkla kortikal malformasyonlu semptomatik epilepsilerle birliktedir.^[5,6] Muhtemel iki nöbet başlangıç alanı vardır. Birinci alan, gustatory korteks (insular, parietal ve frontal bölge) ile fronto-insulo-hipokampal ağ arasında uzanır ve temporal nöbetleri tetiklemektedir.^[7] İkinci alan ise frontal opercular alanı içerir, yemek yeme ile ilişkili proprioseptif ve/veya somatosensorial uyarının periyodik kasılmalara neden olduğu düşünülmektedir.^[5] Hastamızda da sol parietal kortikal alandaki ensefalomalazinin, birinci nöbet başlangıç alanı ile nöbetleri tetiklediği düşünülmüştür. En sık gözlenen nöbet tipi ise sekonder jeneralize olan parsiyel özellikte nöbetler olduğu bildirilmiştir.^[1,3] Basit parsiyel özellikte nöbet tanımlayan hastalarda iktal odağın suprasilviyan bölge olduğu ve bu hastalarda nöbetlerin proprioseptif ya da somatosensorial uyarımlarla da tetiklendiği belirlenmiştir.^[8] Bizim olgumuzda nöbet semiyolojisinin sıklıkla basit parsiyel ve daha az SJTK nöbetin olduğu gözlenmiştir. Elektroensefalografide aktif epileptiform aktivite saptanmadı.

Hastaların %50–70'inde nöbetlerin monoterapi ile kontrol edildiği raporlanmıştır. Olgumuza tanı konduktan sonra OXC başlanmış, iki kez SJTK nöbeti olması üzerine OXC dozu 600 mg'a çıkılıp, Na-VPA 500 mg eklenmiş. Ancak parsiyel nöbetlerinde artma gözlenince Na-VPA kesilip, LEV 500 mg eklenmiş. Farklı merkezler ve hekimler tarafından kısa süreli izlenen hastanın uzun süre düşük tedavi dozlarında izlendiği görüldü. En son OXC 900 mg, ve LEV 3000 mg kombinasyonu ile nöbetlerin tamamı kontrol altına alınabildi. Bunun dışında farklı tedavi seçenekleri uygulayan çalışmalar da olmuştur. Örneğin, Cukiert ve ark. bu olgularda vagal sinir stimülasyonu uygulamışlar ve olgularında %70–95 oranında nöbet kontrolü sağladıklarını bildirmişlerdir.^[9] Yiyeceğin içeriğine göre tetiklenen nöbetlerin daha çok temporal lobtan köken aldığı ve temporal lobektomi sonrası hastaların ¾'ünde nöbetlerin kontrol altına alındığı bildirilmiştir.^[10,11] Ancak perisilviyan bölgeden kaynaklanan nöbetlerde cerrahinin etkili olmadığı görülmüştür.^[11] Bizim hastamızda sol parietal alanda ensefalomalazik alan saptandı. Son derece nadir gözlenen bu nöbet tipinde doğru

tanı ve tedavi için ayrıntılı anamnezin önemli katkısı olduğu görülmüştür.

Hasta onayı: Hastadan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Çıkar çatışması (conflict of interest): Yoktur.

Yazar katkıları: Konsept: Z.Ö.A., A.B.; Tasarım: Z.Ö.A., A.B.; Veri toplama/değerlendirme: Z.Ö.A., A.B.; Analiz ve/veya yorumlama: Z.Ö.A., A.B.; Kaynak tarama: Z.Ö.A., A.B.; Yazım: Z.Ö.A., A.B.; Kritik değerlendirme: Z.Ö.A., A.B.

Kaynaklar

1. Seneviratne U, Seetha T, Pathirana R, Rajapakse P. High prevalence of eating epilepsy in Sri Lanka. *Seizure* 2003;12(8):604–5.
2. Senanayake N. 'Eating epilepsy'-a reappraisal. *Epilepsy Res* 1990;5(1):74–9. [CrossRef]
3. Loreto V, Nocerino C, Striano P, D'Aulos F, Boccella P, Striano S. Eating epilepsy. Heterogeneity of ictal semiology: the role of video-EEG monitoring. *Epileptic Disord* 2000;2(2):93–8.
4. Nagaraja D, Chand RP. Eating epilepsy. *Clin Neurol Neurosurg* 1984;86(2):95–9. [CrossRef]
5. Labate A, Colosimo E, Gambardella A, Leggio U, Ambrosio R, Loi M, et al. Reflex periodic spasms induced by eating. *Brain Dev* 2006;28(3):170–4. [CrossRef]
6. d'Orsi G, Demaio V, Minervini MG. Adult epileptic spasms: a clinical and video-polygraphic study. *Epileptic Disord* 2007;9(3):276–83.
7. Blauwblomme T, Kahane P, Minotti L, Grouiller F, Krainik A, Vercueil L, et al. Multimodal imaging reveals the role of γ activity in eating-reflex seizures. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2011;82(10):1171–3. [CrossRef]
8. Rémillard GM, Zifkin BG, Andermann F. Seizures induced by eating. *Adv Neurol* 1998;75:227–40.
9. Cukiert A, Mariani PP, Burattini JA, Cukiert CM, Forster C, Baise C, et al. Vagus nerve stimulation might have a unique effect in reflex eating seizures. *Epilepsia* 2010;51(2):301–3. [CrossRef]
10. Kishi T, Moriya M, Kimoto Y, Nishio Y, Tanaka T. Congenital bilateral perisylvian syndrome and eating epilepsy. *Eur Neurol* 1999;42(4):241–3. [CrossRef]
11. Rémillard GM, Andermann F, Zifkin BG, Oliver A, Rasmussen T. Eating epilepsy. A study of ten surgically treated patients suggests the presence of two separate syndromes. In: Beaumanoir A, Gastaut H, Naquet R, editors. *Reflex seizures and reflex epilepsies*. Geneva: Medicine and Hygiene; 1989. p. 289–300.