

# Maluliyet Belirlenmesi Amacıyla Hastanede Yatırılan Epilepsi Hastalarına Yaklaşım

## An Approach to Epilepsy Patients Admitted to Hospital for the Purpose of Disability Determination

Eser BULUŞ, Şükriye Feryal MENKÜ, Şakir DELİL, Çiğdem ÖZKARA, Seher Naz YENİ

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul



Şükriye Feryal Menkü

### Özet

**Amaç:** Bu geriye dönük çalışmada, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından, kliniğimize sevk edilen epilepsi hastalarının, özürülük oranlarının saptanması amacıyla en az 15 (ya da 21) gün yatırılarak gözlenmesi ile ilgili Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Kliniği'ndeki deneyimi paylaşmak, bu uygulamanın pratikliğini ve geçerliliğini sorgulamayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmada 2007-2014 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Kliniği'ne SGK tarafından maluliyet durumunun belirlenmesi amacıyla yatırılmak üzere sevk edilen ve servismizde yatırılarak izlenen 58 hastanın kayıtları geriye dönük olarak araştırılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya 58 hasta (10 kadın, 48 erkek) alındı. Dirençli epilepsisi olan hasta sayısı 18 (%33.3) idi. Yatış sırasında 27 olgu tanıklı nöbet geçirdi. Bu hastalardan 11'inin nöbeti psikojen olarak değerlendirildi. Sekiz olgunun nöbetine tanık olunamadı. Öykü, klinik, görüntüleme ve interiktal EEG değerlendirmeleri ile birlikte hastaların %65.5'i (n=38) epilepsi, %20.6'sı (n=12) nonepileptik psikojen nöbet (NEPN) ve epilepsi birlikteliği, %13.7'si (n=8) ise NEPN tanılarını aldı. Mental retarde olduğu bilinen 18 (%33.3) hasta malulen emekli olma hakkını elde etti. Mental retardasyonu olmadığı bilinen 36 hastadan 18'i (%33.3), dirençli epilepsi tanısı olduğu ve yeterli ve düzenli AEİ kullandığı için emeklilik hakkını elde etti.

**Sonuç:** Maluliyet belirlenmesi amacıyla, yatırılması istenen hastaların çoğu, iyi bir anamnez, ve kısa süreli video EEG monitorizasyonu ile yatırılmadan da özürülü raporu alabilir. Bu uygulamanın, zaman-yer açısından daha ekonomik, pratik ve geçerli bir davranış olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar sözcükler: Epilepsi; maluliyet.

### Summary

**Objectives:** In this retrospective study, it was aimed to share the experience gained in Cerrahpaşa Medical Faculty, Department of Neurology regarding a 15 (or 21)-day of observation of epilepsy patients referred by the Social Security Institution (SSI) in an attempt to identify their rate of disability and question the practicality and validity of this practice.

**Methods:** Fifty-eight patients, referred to our clinic and hospitalized for the purpose of determining the disability rate between 2007 and 2014, were retrospectively analyzed.

**Results:** Fifty-eight patients (10 female, 48 male) were included into our study. The number of patients with refractory epilepsy was 18 (33.3%). Twenty-seven cases had witnessed seizures during hospitalization and 11 of these patients were evaluated with psychogenic seizures. We were unable to witness seizures in eight cases. Of the fifty-eight patients, 65.5% of them (n=38) were diagnosed with epilepsy, 20.6% of them (n=12) were psychogenic non-epileptic seizures (PNES) and epilepsy association, 13.7% (n=8) of them were PNES with history, clinical, imaging and interictal EEG assessment. Eighteen of the patients (33.3%) who were known as mentally retarded acquired the right to disability. Eighteen of the 36 patients (33.3% of whose mental state was known) who were known not to be mentally retarded obtained the right to pension because they were diagnosed with drug-resistant epilepsy and were using adequate and regular AEDs.

**Conclusion:** Most of the patients referred for hospitalization for the purpose of determining the disability may be given the disability report only with a good history and short-term video EEG monitoring, without hospitalization. In our opinion, this type of practice might be a more economical, practical and valid behavior in terms of time and place.

Key words: Epilepsy; disability.

**Geliş (Submitted):** 13.02.2015

**Kabul (Accepted):** 25.02.2015

**İletişim (Correspondence):** Dr. Şükriye Feryal MENKÜ

**e-posta (e-mail):** sfmenku@hotmail.com



## Giriş

Epilepsi, toplum prevalansının 6-18/1000 olduğu, sık rastlanılan nörolojik hastalıklardan biridir.<sup>[1]</sup> Epilepsi hastalarının çoğunda, bir ya da ikili antiepileptik ilaç (AEİ) tedavisi ile nöbetler kontrol altına alınabilirken, hastaların %20'sinde uygun AEİ kullanımına karşın nöbetler kontrol altına alınmamaktadır.<sup>[2]</sup> Dirençli epilepsi, nöbet tipine uygun, tolere edilebilen iki antiepileptik ilacın (monoterapi veya kombine olarak) uygun doz ve sürede verilmesine karşın sürdürülebilir nöbetsizliğin sağlanamadığı durum olarak tanımlanır.<sup>[3]</sup> Kontrol altına alınamayan nöbetler, azalmış yaşam kalitesi, anksiyete ve duygudurum bozuklukları riskinde artış,<sup>[4]</sup> kognitif işlevlerde bozulma<sup>[5]</sup> ve erken ölüm riskinde artış<sup>[6]</sup> gibi pek çok komorbidite ile ilişkilidir. Mental retardasyon hem kadınlarda hem de erkeklerde epilepsiye sıklıkla eşlik etmekte ve özürllülüğe katkıda bulunmaktadır. Forsgren<sup>[7]</sup> ve Koul'da,<sup>[8]</sup> çalışmalarında epilepsiye eşlik eden mental retardasyonun dikkat çekici olduğunu belirtmektedirler. Tedaviye dirençli epilepsi hastaları öngörülemeyen nöbet tekrarları nedeniyle ve eşlik eden diğer komorbiditelere de bağlı olarak çoğu zaman çalışmamaktadır. Sosyal bir devlet, özürllülerin sağlık ve sosyal güvencelerini sağlamalı, hayatlarını iyi bir şekilde idame ettirmeleri için gerekli koşulları oluşturabilmelidir.

Bu nedenle ülkemizde, epilepsi hastaları Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından, özürllülük durumunun tespiti amacıyla, bir üniversite ya da eğitim araştırma hastanesi nöroloji kliniğine sevk edilmekte ve hastaların en az iki hafta süreyle yatırılarak izlenmesi istenmektedir. Bu hastaların sayısı hiç de az değildir. Yapılan çalışmalara göre ülkemizde epilepsi prevalansı 7-10.2/1000 olarak bulunmuştur.<sup>[9-11]</sup> Hastaların istenen süre boyunca yatırılması, yataklı tedavi hizmetinin aşırı yüklenmesine yol açarak emek, para ve zaman kaybına yol açmaktadır.

Bu geriye dönük çalışmada, SGK tarafından, epilepsi ön tanısı ile kliniğimize sevk edilen ve malulen emeklilik hakkının belirlenmesi amacıyla, en az iki hafta süreyle yatırılarak izlenmesi istenen hastaların, gerçekte ne kadarının epilepsi tanılı olduğunu ve malulen emeklilik hakkının verilebilmesi için bu gerekliliğin pratik bir yöntem olup olmadığını sorgulamayı amaçladık.

## Gereç ve Yöntem

Bu çalışmada 2007-2014 yılları arasında İstanbul Üniversite-

si Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Kliniği'ne SGK tarafından özürllülük durumunun belirlenmesi amacıyla yatırılmak üzere sevk edilen ve servisimizde yatırılarak izlenen 58 hastanın kayıtları geriye dönük olarak araştırıldı. Hastaların önemli bir kısmı sevk edilme gerekçelerine uygun olarak 15-21 gün ile yatırılmıştır. Ancak 17 hastada yatış süresi ile ilgili olarak bu tür bir talep olmadığı için yatış süresi 15 günden kısa olmuştur. Araştırma veri tabanı olarak Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı hasta dosya arşivi kullanıldı. Çalışmaya alınan hastaların demografik verileri, sevk edilme gerekçesi, ön tanı ve kesin tanıları, yatış süresi, nöbet sıklığı, yatış süresince nöbet gözlenme durumu, başvurudan önce ve yatış süresince kullandığı ilaç sayısı, bu ilaçların uygun doz ve süre ile kullanımı, mental durumu, elektroensefalografi (EEG) ve kraniyal görüntüleme incelemeleri (bilgisayarlı tomografi [BT] veya manyetik rezonans görüntüleme [MRG]) ile eşlik eden psikiyatrik komorbidite varlığı ve malulen emeklilik hakkının elde edilme durumu kaydedildi.

## Bulgular

Çalışmaya toplam 58 hasta (10 kadın, 48 erkek) alındı. Hastaların yaş ortalaması 38.03±9.82 (18-61) idi. Yıllara göre dağılıma baktığımızda bu oranın %20.6 (n=12) ile en yüksek 2014 yılında olduğu görüldü. Tüm hastalar epilepsi ön tanısı ile sevk edilirken, 51 (%87.94) hasta malulen emeklilik amacıyla, kalan yedi (%12.06) hasta ise adli olgu olduğu gerekçesiyle sevk edilmişti. Hastanede yatış süresi ortalama 14.9±4.25 (min.=7, maks.=29) gün idi. Hastaların %43.1'i (n=25) 15 gün, %15.5'i ise (n=9) 21 gün yatırılarak izlenmişti. Ortalama hastalık süresi 17.7±10.9 (min.=2, maks.=43) yıl idi.

Nöbet sıklığı açısından hastalar dört alt grupta incelendi. Olguların %17.2'si (n=10) her gün en az bir kez, %25.8'i (n=15) haftada birden fazla, %39.6'sı (n=23) ayda birden fazla ve %5.17'sinin ise (n=3) seyrek (ayda birden az) nöbet geçirdiği saptandı.

İlaç kullanım özellikleri irdelendiğinde, olguların tamamı, başvuru sırasında en az bir antiepileptik ilaç kullanmaktaydı. Hastaların %41.3'üne (n=24) monoterapi, geri kalan %58.6'sına (n=34) ise politerapi uygulandığı belirlendi. Kullanmakta olduğu ilaçların dozlarının etkinliğine bakıldığında %68.4'ünde (n=39) etkin dozda, %31.5'inde (n=18) ise yetersiz dozda kullanılmakta olduğu görüldü. Olguların %89.6'sı (n=52) düzenli, %10.3'ü (n=6) düzensiz AEİ kullanmaktaydı. Özgeçmişinde en az iki antiepileptik ilaç deneyen

ve dirençli epilepsi kabul edilen hastaların sayısı 18 (%33.3) idi.

Görüntüleme incelemelerine baktığımızda, hastaların %84.4'üne (n=49) kraniyal BT ya da MRG çekilmişti, olguların 23'ünde (%51.1) sekel ve ensefalomalazik değişiklikler saptandı. Kraniyal MRG, üç hastada mezial temporal skleroz (MTS) ile uyumlu olarak rapor edilirken, üç hastada ise MTS ve dual patoloji birlikteliğinin olduğu görüldü.

Biri hariç tüm hastalara 24 saat süreli video-EEG kaydı yapılmıştı. Elektroensefalografi incelemeleri 12 hastada (%21.8) normal iken, 33 hastada (%60) epileptiform anormallikler saptandı. Sadece temel aktivitede yavaşlama olan hasta sayısı ise 10 (%18.1) idi.

Psikiyatri birimi tarafından yapılan mental durum değerlendirmesinde sonucu bilinmeyen dört hasta hariç, kalan 54 hastanın 18'inde (%33.3) mental retardasyon (MR) saptandı. Değerlendirmesi yapılmış ve kaydedilmiş 21 hastadan 20'sinde (%95.2) ise psikiyatrik bir komorbiditenin eşlik ettiği belirlendi.

Yatış sırasında 27 olgu nöbet geçirmiş ve bu nöbete sağlık çalışanları tanık olabilmıştır. Bu hastalardan 11'inin nöbeti psikojen olarak değerlendirilmiştir. Sekiz olgunun nöbetine tanık olunamamıştır.

Epilepsi ön tanısı ile hastanemize sevk edilen hastalar, öykü, klinik, görüntüleme ve interiktal EEG değerlendirmeleri ile birlikte değerlendirildiğinde, %65.5'i (n=38) epilepsi, %20.6'sı (n=12) nonpileptik psikojen nöbet (NEPN) ve epilepsi birlikteliği, %13.7'si (n=8) ise NEPN olarak tanımlanan takip tanılarını aldı.

Malulen emeklilik hakkı elde edebilme açısından olgular değerlendirildi. Mental retarde olduğu bilinen 18 (%33.3) hasta malulen emekli olma hakkını elde etti. Mental retardasyonu olmadığı bilinen 36 hastadan 18'i (%33.3), dirençli epilepsi tanısı olduğu ve yeterli ve düzenli AEİ kullandığı için emeklilik hakkını elde etti.

## Tartışma

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun son yıllarda yaygın olarak yaptığı bir uygulama olarak, epilepsi hastalarının özür lülük (maluliyet) oranlarının saptanması amacıyla, bir dizi soru sorularak, hastaları en az 15 (ya da 21) gün yatırılarak gözlen-

mesi ile ilgili Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Kliniği'ndeki deneyimi paylaşmak istedik. Bu paylaşım üzerinden bu uygulamanın pratikliğini ve geçerliliğini de sorgulamayı amaçladık. Sosyal Güvenlik Kurumu sıklıkla şu sorulara yanıt aramaktadır;

- Hastanın epilepsi hastası olup olmadığı,
- Nöbetlerin uygun ilaçlarla ve yeterli dozlarda tedavi edilip edilmediği,
- Tedaviye rağmen nöbet sıklığı,
- Hastanede yatış sırasında nöbet gözlenip gözlenmediği.

Uygun ve yeterli tedavi altındaki epilepsi hastaları için 2007 yılında uygulamaya konan yeni özür lülük ölçütü kullanılır (Tablo 1). Eski ölçüt, nöbetlerin jeneralize ve parsiyel olmasını ve nöbet sayılarını temel alan bir ölçüt olduğu için eksik bulunan bir ölçüttü. Nöbetlerin ne sıklıkta meydana geldiği ve nöbet sırasında neler olduğu bilinemeyebilir. Ayrıca bu nöbetler iş gücü kaybına ve yaralanma ile sonuçlanan düşmelere de neden olabilir. Bu yeni özür lülük ölçütü nöbet sayılarından ziyade hastaların günlük yaşam aktivitelerini engelleme durumu ve hekimin yorumunu da değerlendirme olanağı sağlayan bir ölçüt olarak görülmektedir. Buna göre hastalara %5-90 arası bir özür lülük derecesi verilmektedir. Hastalığı nedeni ile %40 veya daha fazla iş gücü kaybına neden olacak ölçüde nöbet geçiren ya da hastalığın olumsuz etkilerine maruz kalmış olan epilepsi hastaları etkilenme şiddetlerine göre değişen oranlarda özür lülük kabul edilmektedir.<sup>[12]</sup> Eğer epilepsi hastasının birden fazla nöbet tipi varsa ya da epilepsiye eşlik eden birden çok sağlık problemi varsa o zaman özür lülük oranını saptamak için Balthazard Formülü kullanılmaktadır.<sup>[13]</sup>

Avrupa ülkelerinde ise özür lülük oranının (Proposed European Disability Rating Scale) değerlendirilmesinde, bilinç kaybı olup olmadığını ve nöbet sıklığını göz önüne alarak değerlendiren bir ölçüt kullanılmaktadır (Tablo 2). Buna göre hastalara %10-70 oranında bir özür lülük derecesi verilmektedir.<sup>[17]</sup>

Epilepsi tanısında anamnez, tartışmasız bir öneme sahiptir. İyi bir öykü ile çoğu hastada doğru tanı koymak mümkündür. Ancak çeşitli sebeplere bağlı olarak hatalı tanı farklı kaynaklarda %20-30 oranında bildirilmektedir.<sup>[14]</sup> Hastada nöbetin gözlenmesi tanı hatalarını azaltacak bir uygulamadır. Bu uygulamanın zorluğu ise nöbetlerin ne zaman ortaya çıkacağına belirsizliğidir. İki hafta hastane yatışı bu sorunu

**Tablo 1.** Epilepsi hastaları için 2007 yılı Ocak ayından itibaren kullanılmakta olan Özürülük Ölçütü

Epilepsi (uygun ve yeterli tedavi altında)	Oran (%)
1. Epilepsi olmayan ancak nöbet geçirme riski olanlar	5
2. Günlük aktiviteleri engellemeyen ancak gerçekleştirilmesini güçleştiren nöbetler	15
3. Bazı günlük aktiviteleri engelleyen nöbetler	
a) Seyrek	20
b) Sık	40
4. Günlük aktivitelerin korunma tedbirleri veya başkasının yardımıyla gerçekleştirilmesine izin veren sıklık ve sayıda nöbetler	65
5. Günlük aktiviteleri tamamen engelleyen şiddet ve sıklıkta kontrol edilemeyen nöbetler	90

**Tablo 2.** Avrupa Birliği ülkelerinde kullanılan Özürülük Değerlendirme Ölçeği

2a: Bilinç kaybının olduğu epilepsi (Jeneralize ve kompleks parsiyel epilepsi)	Oran (%)
Tolere edilebilen ilaç dozunda kontrol altında epilepsi nöbetler	10-15
Kontrol altına alınması güç, ilaç yan etkilerinin görüldüğü, sık nöbetler (ayda birkaç kez)	15-35
Uygun tedavi altında, kontrol edilemeyen, neredeyse her gün olan nöbetler	35-70
2b: Bilinç kaybının olmadığı epilepsi	
Nöbet tipi ve sıklığı açısından doğrulanmış, ilaç yan etkilerinin görüldüğü, basit ve parsiyel nöbetler	10-30

çözülebilir mi? Video EEG monitorizasyonu sırasında epilepsi hastalarının çoğunun nöbetleri gözlenebilmektedir. Ancak bu uygulamadaki en önemli fark, hastaların antiepileptik ilaçlarının kademeli olarak azaltılmasıdır. Halbuki, SGK tarafından sevk edilen bu grup hastada, hastanın kullanmakta olduğu tedaviye rağmen nöbetlerin varlığı sorgulandığı için AEİ'leri azaltmak söz konusu değildi. Gerçekten de, bu taramada, 58 hastadan 27'sinin yatış esnasında nöbet geçirdiği bildirilmektedir. Ancak bu hastaların 11 tanesi epileptik olmayan psikojen nöbetler geçirmişlerdi. Psikojen nöbetlerin telkinle kolayca ortaya çıkması, uygun ortamlarda ve tanık varlığında izlenebilmeleri daha kolaydır.<sup>[15]</sup> Aynı şey epilepsi hastalarında olmamıştır ve tanıklı izlenen epilepsi nöbeti sadece 16 hastada mümkün olabilmiştir. Hastaların öykü bilgilerine göre nöbet sıklığı açısından konuyu ele aldığımızda, üç hastanın ayda birden daha az sıklıkta nöbet geçirdiği, 23 hastanın ise aydan birden fazla nöbet geçirse de sıklığın haftada birden fazla olmadığı, yani 15 günlük yatışta nöbet gözleme olasılığımızın bu hastalarda düşük olduğu ortaya çıkmaktadır. Ayrıca, örneğin video EEG monitorizasyonu esnasında dirençli epilepsi hastalarının ilaçları azaltıldığı halde bazen nöbetleri geçici olarak azalmakta ve hatta durabilmektedir.<sup>[16]</sup> Bu nedenle tedavisi devam eden hastaların 15 günlük istirahat döneminde nöbetleri olmayabilir, eğer hastanede yattıkları oda sürekli video ile izlenmi-

yorsa rastgele bir zamanda gelişen nöbet, sağlık personeli tarafından görülemeyebilir (sekiz hastada nöbete tanık olunamamıştır). Sonuç olarak, hastaların %13.7'si NEPN olarak tanı almıştır. Nonpileptik psikojen nöbet tanılı olguların hastaneye yatırılmadan da, kısa süreli video EEG monitorizasyonu ile nöbetlerini izlemek mümkün olabilirdi (elbette öncelikle öyküyü iyi değerlendirip, NEPN'den şüphe edildiğinde). Diğer taraftan, 18 hasta mental retarde olduğu için zaten yatırılmadan da özürül raporu alabilirdi. Bu şekilde, 18 hasta mental retardasyon nedeniyle, sekiz hasta da NEPN nedeniyle yatırılmayabilirdi.

Önemli bir konu da epilepsi cerrahisidir. Dirençli epilepsi hastalarının bir kısmı epilepsi cerrahisine adaydır (üç olguda MTS). Bu hastaların cerrahi uygulama ile nöbetsizlik oranları temporal epilepside %60-90, ekstraparalel epilepside %45-66 arasında değişmektedir.<sup>[18,19]</sup> Başarılı bir epilepsi cerrahisi sonrasında, eşlik eden mental ve psikiyatrik bir sorun da yoksa, hastaların özürülük oranları düşecek, çalışabilir hale geleceklerdir. Ancak burada bildirilen olgular cerrahi tedaviyi reddetmişlerdir. Bu durumda, yeterli tedavi gördükleri tartışmaya açık bir konudur. Tıbbi tedavi yeterli süre ve dozda uygulanmış olsa bile, tedavi seçeneği sadece bununla sınırlandırılmaz. Ancak cerrahi uygulama geri dönüşü olmayan bir işlemdir ve hemiparezi, konuşma yetisinde

kayıp, görme alan defekti gibi riskleri vardır.<sup>[20,21]</sup> Bu noktada bir tıkanma söz konusu: Bir tarafta yüksek bir iyileşme oranı vadeden bir uygulama; ancak, yüksek olmasa da komplikasyon riskine sahip, ameliyat sonrası iyileşme (tam nöbetsizlik) özürülülük oranını ciddi bir şekilde düşürebilmekte, böylece kişinin çalışamaz halden çalışabilir hale geçmesine ve toplumda üretici sınıfa dahil olmasına sağlamaktadır. Bu çelişki bugüne kadar yeterince tartışılabilmiş değildir. Gündeme gelmesi gerekir.

Epilepsi hastalarının nöbet sıklığını belirlemede en önemli kaynak hastayı takip eden merkezlerin ve aile hekimlerinin verdiği bilgidir. Bu amaçla ilgili merkezlerden alınan raporlar, hastaların epilepsi nedeniyle acil başvuru kayıtları, nöbetlerin sıklığı ve şiddeti hakkında önemli ve güvenilir bilgilere ulaşmayı sağlayacaktır. Maluliyet belirlenmesi amacıyla, yatırılması istenen hastaların çoğu, iyi bir anamnez ve kısa süreli video EEG monitorizasyonu ile yatırılmadan da özürülü raporu alabilir. Bu uygulamanın, zaman ve yer açısından daha ekonomik, pratik ve geçerli bir davranış olabileceğini düşünmekteyiz.

## Kaynaklar

1. Yeni N. Epidemiology of Epilepsy. *Türkiye Klinikleri J Neurology Special Topics* 2008;1:9-16.
2. Picot MC, Baldy-Moulinier M, Daurès JP, Dujols P, Crespel A. The prevalence of epilepsy and pharmaco-resistant epilepsy in adults: a population-based study in a Western European country. *Epilepsia* 2008;49(7):1230-8. [CrossRef](#)
3. Kwan P, Arzimanoglou A, Berg AT, Brodie MJ, Allen Hauser W, Mathern G, et al. Definition of drug resistant epilepsy: consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies. *Epilepsia* 2010;51(6):1069-77. [CrossRef](#)
4. McCagh J, Fisk JE, Baker GA. Epilepsy, psychosocial and cognitive functioning. *Epilepsy Res* 2009;86(1):1-14. [CrossRef](#)
5. Berg AT, Zelko FA, Levy SR, Testa FM. Age at onset of epilepsy, pharmaco-resistance, and cognitive outcomes: a prospective cohort study. *Neurology* 2012;79(13):1384-91. [CrossRef](#)
6. Mohanraj R, Norrie J, Stephen LJ, Kelly K, Hitiris N, Brodie MJ. Mortality in adults with newly diagnosed and chronic epilepsy: a retrospective comparative study. *Lancet Neurol* 2006;5(6):481-7. [CrossRef](#)
7. Forsgren L. Prevalence of epilepsy in adults in northern Sweden. *Epilepsia* 1992;33(3):450-8. [CrossRef](#)
8. Koul R, Razdan S, Motta A. Prevalence and pattern of epilepsy (Lath/Mirgi/Laran) in rural Kashmir, India. *Epilepsia* 1988;29(2):116-22. [CrossRef](#)
9. Karaagaç N, Yeni SN, Senocak M, Bozluolçay M, Savrun FK, Özdemir H, et al. Prevalence of epilepsy in Silivri, a rural area of Turkey. *Epilepsia* 1999;40(5):637-42. [CrossRef](#)
10. Aziz H, Güvener A, Akhtar SW, Hasan KZ. Comparative epidemiology of epilepsy in Pakistan and Turkey: population-based studies using identical protocols. *Epilepsia* 1997;38(6):716-22.
11. Çalışır N, Bora I, Irgil E, Boz M. Prevalence of epilepsy in Bursa city center, an urban area of Turkey. *Epilepsia* 2006;47(10):1691-9.
12. 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu. 17.06.1949 tarih ve 7235 sayılı Resmî Gazete.
13. Birden fazla özürülülük olması durumunda özürülülük hesaplanması. Özürülülere Verilecek Olan Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik. Kurum ve Kuruluş yönetmeliği (Özürülüler İdaresi Başkanlığı) Resmî Gazete Tarihi: 06.02.1998 Sayısı: 10746.
14. Ferrie CD. Preventing misdiagnosis of epilepsy. *Arch Dis Child* 2006;91(3):206-9. [CrossRef](#)
15. Genç F, Yılmaz N, Gömceli BY, Özen KH, Kurtuluş F, Yaman A, et al. The diagnostic and prognostic value of induction methods in patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia* 2013;19(3):114-20. [CrossRef](#)
16. Henning O, Baftiu A, Johannessen SI, Landmark CJ. Withdrawal of antiepileptic drugs during presurgical video-EEG monitoring: an observational study for evaluation of current practice at a referral center for epilepsy. *Acta Neurol Scand* 2014;129(4):243-51. [CrossRef](#)
17. <http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/committees/juri/20031001/505310EN.pdf>.
18. Engel J Jr, Van Ness PC, Rasmussen TB, Ojemann L. Outcome with respect to epileptic seizures. In: Engel J Jr, editor. *Surgical treatment of the epilepsies*. 2nd ed. New York: Raven Press; 1993. p. 609-21.
19. Arruda F, Cendes F, Andermann F, Dubeau F, Villemure JG, Jones-Gotman M, et al. Mesial atrophy and outcome after amygdalohippocampectomy or temporal lobe removal. *Ann Neurol* 1996;40(3):446-50. [CrossRef](#)
20. Siegel AM, Cascino GD, Meyer FB, McClelland RL, So EL, Marsh WR, et al. Resective reoperation for failed epilepsy surgery: seizure outcome in 64 patients. *Neurology* 2004;63(12):2298-302.
21. González-Martínez JA, Srikiyvilakul T, Nair D, Bingaman WE. Long-term seizure outcome in reoperation after failure of epilepsy surgery. *Neurosurgery* 2007;60(5):873-80. [CrossRef](#)