



Epilepsi Tanısıyla Takip Edilen Hastada Atrioventriküler Blok *Atrioventricular Block in a Patient Followed Up with a Diagnosis of Epilepsy*

● Gülin Morkavuk¹, ● Güray Koç², ● Yalçın Gököğlan³, ● Hasan Kutsi Kabul³, ● Alev Leventoğlu¹, ● Zeki Gökçil⁴

¹Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara, Türkiye

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

⁴Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, KKTC

Anahtar Kelimeler: Video elektroensefalografi monitörizasyon, nöbet, atrioventriküler blok

Keywords: Video electroencephalographic monitoring, seizure, atrioventricular block

Sayın Editör,

Video-elektroensefalografi (EEG) monitörizasyon (VEM) standart kayıt süresinden daha uzun bir süre EEG ve video kaydı yapabilmeyi ifade eder. Bu süre en az 2 saat olmak kaydıyla saatler, günler, haftalar arasında değişkenlik göstermektedir. VEM'nin amacı; nöbetleri ve eş zamanlı EEG'leri incelemek, epilepsi nöbetlerini sınıflandırmak, epileptik olmayan nöbetleri ortaya çıkarmak ve şayet hasta cerrahi adayysa nöbet başlangıç alanını saptamaktır.

EEG çekiminde VEM ünitelerinde çoğunlukla elektrokardiyografi (EKG) elektrotları kullanılmaktadır. EKG elektrotlarının kullanımı ile EEG'de nabız artefaktının ayırt edilmesi ve hastalarda oluşabilecek aritmilerin tespit edilmesi kolaylaşmaktadır. Epilepsi hastalarında kardiyak aritmiler nadir değildir. Bunlar interiktal veya periiktal olabilir (1). Yapılan bazı çalışmalarda epileptik nöbet geçirdiği düşünülen olguların %25'inin kardiyak kökenli olaylara bağlı ataklarının olduğu savunulmaktadır (2). Nöbet benzeri kliniği olan birçok hastada ayrıntılı kardiyolojik değerlendirme yapılmadan ve destekleyici EEG bulgusu olmadan epilepsi tanısı konulduğu bilinmektedir. Kardiyojenik senkop gibi bu tür durumlarda atak sırasında EEG'de değişiklik olmamasına rağmen, EKG kaydında aritmilerin tespit edilmesi hastanın tanı ve tedavisini değiştirebilmektedir.

Kırk üç yaşında kadın hastanın ilk kez beş yıl önce gece uykusu sırasında aniden hırıltılı bir solunum ile ses çıkartarak, baş ve gözlerinin yukarıya devriye olduğu, 20-30 saniye süreli, bilinç kaybının eşlik ettiği nöbet aktivitesinin olduğu öğrenildi. Bu yakınmalarla başvurduğu hastanede epilepsi tanısı konarak lamotrijin tedavisine başlandığı, ancak nöbet kontrolü sağlanamaması nedeniyle daha sonra farklı ilaçların da kullanıldığı öğrenildi. Başlangıçta sıklığı ayda 2-3 kez olan bu nöbetlerinin sıklığında, kullandığı antiepileptik tedaviye rağmen artış olduğu ifade edildi. Hastanın nöbetlerinin bir kısmında önce iç sıkıntısı hissettiği, ardından fenalık hissederek bayıldığı, diğer bir kısmında ise bilincini kaybetmediği öğrenildi. Evde kaydedilen nöbet aktiviteleri izlendiğinde agonal solunumunun olduğu tespit edildi. Hasta epilepsi ayırıcı tanısı için VEM ünitesine yatırıldı. Yapılan nörolojik muayenesi normaldi. Yatışı sırasında 1000 mg/gün karbamazepin ve 2000 mg/gün levitirasetam kullanılmaktaydı. Hastanın kullanmakta olduğu ilaçların dozları azaltıldı. Kayıt sırasında fenalık hissi olarak tarif ettiği nöbetleri 7 kez kaydedildi. Bu nöbetler sırasında hastanın fenalık hissi olduğunu söyleyerek "geldi geldi" diye ataklarının başladığını ifade ettiği, yüzünde endişeli bir ifade olduğu, ancak bilincinin kaybolmadığı izlendi. O sırada kaydedilen EEG trasesinde artefaktlar dışında herhangi bir değişiklik gözlenmezken EKG'de atrioventriküler (AV) tam bloğa bağlı asistoli atağı olduğu farkedildi. Yaklaşık 10-12 saniye

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Gülin Morkavuk, Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Tel.: +90 312 204 42 32 E-posta: drgcmor@yahoo.com ORCID ID: orcid.org/0000-0001-7522-8585

Geliş Tarihi/Received: 14.04.2017 **Kabul Tarihi/Accepted:** 18.08.2017

©Telif Hakkı 2018 Türk Nöroloji Derneği

Türk Nöroloji Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.

süren asistoli atağı sonrası ritmin spontan olarak normal sinüs ritminde ancak bradikardik olarak geriye döndüğü izlendi. Asistoli atağında atriyum sistolüne bağlı p dalgası oluşuyor, fakat iletinin ventriküle iletilmemesine bağlı olarak QRS dalgası oluşmuyordu (Şekil 1). Bu bulgular üzerine hasta kardioloji bölümüne konsülte edilerek VEM kayıtları kardioloji uzmanlarınca da incelendi. Tüm kayıtlarda, hastanın fenalık hissettiği dönemlerde EKG trasesinde AV tam blok geliştiği saptandı. Kısa bir süre içerisinde spontan olarak normal sinüs ritmi geri geldiği için tam bir senkop atağı olmadığı, hastanın yaşadığı atakların intermittan atrioventriküler tam bloğa bağlı olarak geliştiği ifade edildi. Ek olarak EKO ve ritim Holter incelemeleri yapılarak detaylı kardiyojik muayenesi tamamlandı. Hastaya DDDR kalıcı kalp pili implantasyonu yapıldı. Bu arada levatirasetam 2000 mg/gün tedavisine devam edildi. Takılan kalp pili sonrasında hastanın nöbetleri tekrarlamadı.

Nöbet benzeri kliniği olan birçok hastada ayrıntılı kardiyak araştırma yapılmadan epilepsi tanısı ile ilaç başlanabildiği bilinmektedir. VEM bu durumda paroksizmal olayları epileptik nöbetlerden ayırmamızda önemli bir yol gösterici olmaktadır. Beş yıldır epilepsi tanısıyla izlenen hastamızda da VEM sayesinde AV tam blok tanısı konularak kalp pili takılmış ve hastanın bu sayede yaşantısına nöbetsiz devam edebilmesi sağlanmıştır.

Kardiyak kökenli senkopun ek sık nedeni ciddi sinüs bradikardisi (<40/dk), sinoatriyal blok veya >3 saniye sinüzal duraklama, AV tam blok, intermittan AV blok, devamlı ventriküler taşikardi gibi aritmilerdir. Aritmik nedenler dışında, aort kapak darlığı, hipertrofik kardiyomyopati, atriyal miksoma, pulmoner emboli, miyokard infarktüsü gibi kardiyovasküler hastalıklar da kardiyak outputun azalmasına neden olarak senkopa neden olabilirler. Kardiyak senkop tam AV bloğu olan ve kalp ritmi 40/dk veya altında olan hastalarda daha sık oluşur.



Şekil 1. Elektrokardiyografi (EKG) kaydında asistoli başlıyor, elektroensefalografi kaydında artefaktlar dışında değişiklik yok. EKG kaydında p dalga aktivitesi devam ediyor.

Uzun QT sendromu da epilepsi ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken senkop nedenlerinden biridir. Bu sendrom; EKG’de uzamış QT mesafesinin görüldüğü ventriküler aritmiler, ventriküler fibrilasyon ve torsades de pointes eğilim oluşturan klinik ve genetik olarak heterojen bir sendromdur (3,4). Ülkemizde yapılan bir çalışmada rutin EEG sırasında EKG kayıtlaması da yapılmış ve değerlendirilen 2136 kişiden 48’inde aritmi tespit edilmiştir. Bu 48 hastanın 5’inde ise uzun QT mesafesi saptanmıştır (5).

VEM; nöbetlerin sınıflandırılması, şayet hasta cerrahi adayı ise nöbet başlangıç alanını saptanması, non-epileptik nöbetlerin tespiti için kullanılan önemli bir tanı aracıdır. Özellikle epileptik olmayan nöbetlerin kesin tanısı için yeri çok önemlidir. Hastada nöbetin kesin tanısının konulması hastanın şikayetlerinin geçmesi yanında, kimi zaman ilaç yükünün azalmasını, kimi zaman da kardiyak patolojilerde olduğu gibi kalp pili takılarak hastanın hayatı riskinin tamamen ortadan kaldırabilmesini sağlamaktadır. Sonuç olarak, nöbet nedeniyle başvuran hastalarda, iyi bir anamnez, nörolojik muayene ve rutin EEG çekimi yanı sıra gerekli durumlarda hastaların VEM ünitelerine yönlendirilmeleri önem taşımaktadır.

Etik

Hasta Onayı: Çalışmamıza dahil edilen tüm hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkısı

Cerrahi ve Medikal Uygulama: G.M., G.K., H.K.K., Y.G., A.L., Z.G., Konsept: G.M., G.K., Dizayn: G.M., G.K., Veri Toplama veya İşleme: G.M., G.K., H.K.K., Y.G., Analiz veya Yorumlama: G.M., G.K., A.L., Z.G., Literatür Arama: G.M., G.K., Yazan: G.M.

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Rugg-Gunn FJ, Simister RJ, Squirrell M, Holdright DR, Duncan JS. Cardiac arrhythmias in focal epilepsy: a prospective longterm study. *Lancet* 2004;364:2212-2219.
2. Zaidi A, Clough P, Cooper P, Scheepers B, Fitzpatrick AP. Misdiagnosis of epilepsy: many seizure-like attacks have a cardiovascular cause. *J Am Coll Cardiol* 2000;36:181-184.
3. Hunter JD, Sharma P, Rathi S. Long QT syndrome. *Contin Educ Anaesth Crit Care Pain* 2008;8:67-70.
4. Rocamora R, Kurthen M, Lickfett L, Von Oertzen J, Elger CE. Cardiac asystole in epilepsy: clinical and neurophysiologic features. *Epilepsia* 2003;44:179-185.
5. Önder H, Tezer Fİ, Saygı S. Rutin EEG Kaydı Sırasında Eş Zamanlı EKG’nin Önemi. *Epilepsi* 2013;19:19-23.