

## ROLANDİK EPİLEPSİLERDE KLİNİK VE ELEKTROFİZYOLOJİK BULGULAR\*

Dr. OSMAN CİĞEROĞLU, Dr. MEFKURE ERAKSOY, Dr. AYŞEN GÖKYİĞİT

### ÖZET

Bu çalışmada, bir üniversite hastanesinin çocuk nörolojisi polikliniğinde 5 yıllık bir süre içinde Rolandik epilepsi tanısı alan 17 hastanın klinik ve elektrofizyolojik değerlendirmeleri yapılmıştır.

### SUMMARY

In this study, a retrospective clinical and electrophysiological review of 17 patients with Rolandic epilepsy admitted to the child neurology outpatient clinic of a university hospital in a 5 year period.

### GİRİŞ

Rolandik epilepsi (çocukluk çağına benign sentrotemporal dikenli epilepsisi) çocukluk çağına en sık rastlanan epileptik sendromlarından biridir (Royo ve ark., 1991). İlk kez 1597'de Marinus Rulandus tarafından klinik özellikleri tanımlanan bu epilepsi türü, epilepsi ve epileptik sendromların uluslararası sınıflamasına göre lokalizasyonla ilişkili (fokal, lokal, parsiyel) epilepsiler başlığı altında, yaşla ilişkili başlangıç gösteren idyopatik bir epileptik sendrom olarak tanımlanmıştır (Holmes, 1993).

Rolandik epilepsiye 15 yaşından küçük tüm epileptik çocukların %10-25'inde rastlandığı bildirilmektedir. Başlangıç yaşı 3 ile 13 arasında değişmekle birlikte, olguların büyük çoğunluğunda nöbetler 7-8 yaşlarında başlamaktadır. Olguların nörolojik ve kognitif muayeneleri normaldir. Tipik nöbet paterni, çoğunlukla uykuda ortaya çıkan hipersalivasyon, hırıltı sesi, ağız içinde tuhaf bir tat hissi, çene ve dilde kasılmalar gibi orofaringeal duyuşsal ve motor belirtilerle başlar. Bunlara konuşma durması, yüzün bir yarısında tonik, klonik veya tonikoklonik kasılmalar şeklinde motor fenomenler eklenir. Kasılmalar bazen aynı taraftaki kol ve bacağı da yayılabilir. Uyanıklıkta görülen nöbetlerde genellikle bilinç etkilenmez. Noktürnal nöbetlerde ise jeneralizasyon daha siktir. Nöbet frekansı çok değişik oranlarda bildirilmiştir. Literatürde olguların %15-20'sinin yalnızca tek

bir nöbet geçirdiği, %50-60'ının seyrek ve sporadik nöbetleri olduğu, %19'unun kümeler halinde sık nöbet periyodlarının olduğu ve %6'sının ise çok sık nöbet geçirdiği ifade edilmektedir. Tipik interiktal EEG paterni, olguların %60'ında tek yanlı olmak üzere sentrotemporal bölgede genellikle difazik bir dikenli izleyen yavaş dalga şeklindedir (Holmes, 1993; Yalçın, 1990).

### GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada 1990-1995 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi nöroloji anabilim dalı çocuk nörolojisi polikliniğine başvuran, klinik özellikler ve EEG bulguları ile Rolandik epilepsi tanısı alan 17 hastanın klinik ve elektrofizyolojik bulgularının retrospektif değerlendirmesi amaçlanmıştır.

Olguların yaş, cins, özgeçmiş ve soygeçmiş gibi demografik ve öykü özellikleri yanında nöbetlerin başlangıç yaşı, nöbet semptomatolojisi, nöbetlerin uykuyla ilişkisi, nöbet sıklığı, EEG bulguları ve uygulanan tedavi değerlendirilmiştir.

### BULGULAR

Değerlendirme sonuçları tablo 1'de görülmektedir. Olguların 11'i kız, 6'sı erkektir (K/E oranı = 1.83). Nöbetlerin başlangıç yaşı 3 ile 11 arasında değişmektedir (Ortalama = 7.06±2.28). Üç olguda minimal kafa travması, bir olguda ise febril konvülsiyon öyküsü mevcuttur. Bir olgunun babasının, bir olgunun ise kız kardeşinin epileptik olduğu ifade edilmiştir. Nöbet semptomatolojisi, 3 hastanın yalnızca

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı

\* 31. Türkiye Nöroloji Kongresinde (24-28 Eylül 1995, Kapadokya) sunulmuştur.

jeneralize nöbet geçirdiğinin belirtilmesi dışında, Rolandik epilepsi için tipik özellikler göstermektedir. Dokuz olguda nöbetler uykuda geçirilmekte iken 7 olgu uyanıkken, bir olgu ise hem uyku hem de uyanıklıkta nöbet geçirmektedir. Nöbet sıklığı oldukça değişkenlik göstermektedir. Tipik EEG paterni olan sentrotemporal yerleşimli diken ve diken-yavaş dalga kompleksleri 7 olguda (%41.2) iki yanlı, 6 olguda (% 35.2) sağ ve 4 olguda (%23.5) sol hemisferde yer almaktadır. Bir olgu hariç olguların tümü değişik dozlarda antiepileptik kullanılmaktadır.

## TARTIŞMA

Olgularımızın demografik özellikleri, olgu sayısının çok yüksek olmaması nedeniyle yeterli bir yorum yapmaya elverişli değildir; ancak yine de nöbetlerin ortalama başlangıç yaşının literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Üç olguda minimal kafa travması öyküsü olmakla birlikte klinik özellikler ve EEG bulguları Rolandik epilepsi için tipik olduğundan, bu hastalar da olgu grubuna dahil edilmiştir.

Rolandik epilepsinin genetik özellikleri son yıllarda pek çok araştırmacının ilgisini çekmiştir. Olgu grubumuzda yalnızca 2 hastanın birinci derece yakınlarında epilepsinin mevcut olduğu durumunda bu oranın artabileceği düşünülmüştür.

Nöbet semptomatolojisi, 3 olgunun yalnızca jeneralize konvülsiyon geçirdiğinin belirtilmesi dışında Rolandik epilepsi için karakteristik özellikler göstermektedir. Beklenildiği üzere hastaların büyük çoğunluğunda nöbetlerin uykuda geçirilmekte olduğu saptanmıştır.

Nöbet sıklığı her hasta için değişkenlik göstermektedir. Hastaların izlenme sürelerinin değişken ve genel olarak uzun süreli olmayışı nedeniyle bu konuda yorum yapmanın güç olduğu düşünülmüştür. Ancak hiç bir hastamızda klinik tablo tek bir nöbet

ile sınırlı kalmamıştır.

Olguların tümünün EEG paternleri, karakteristik sentrotemporal yerleşimli diken ve diken-yavaş dalga kompleksleri içermektedir; hastaların hiçbirinde ek bir EEG anomalisi gözlenmemiştir. Sentrotemporal yerleşimli dikenler olguların %41.2'sinde iki yanlı saptanmıştır.

Hastaların biri hariç tümü değişik dozlarda anti-epileptik kullanılmaktadır. Bir olgumuzun fenobarbital ve bir olgumuzun da fenobarbital + fenitoin kullanılması dışında diğer tüm olgular karbamazepin kullanılmaktadırlar. Rolandik epilepside ilaç kullanımı tartışmalı bir konudur. Kimi araştırmacılar sendromun benign natürü ve yalnızca bir kaç nöbet geçirdikten sonra tam iyileşme olasılığı bulunması nedeniyle antiepileptik tedavi başlamamayı önermektedirler (Shinnar ve ark., 1994). Ancak ülkemiz koşullarında bunun ne denli zor olduğu açıktır. Hasta aileleri, epilepsinin toplumumuzda olduğundan daha habisi ve tehlikeli bir hastalık olarak algılanmasının da getirdiği bir panik duygusu içinde hekime başvurmaktadır; bu nedenle de hasta ailesinin sosyokültürel düzeyine göre değişebilmekle birlikte-hekimin hem aileyi hem de kendisini "rahatlatılabilmek" amacıyla ilaç tedavisine başladığı izlenimi edinilmiştir.

## KAYNAKLAR

- Holmes G L. Benign focal epilepsies of childhood. *Epilepsia* 1993; 34 (Suppl. 3): S49-S61.
- Royo J, Bureau M, Genton P, Dravet C. Idiopathic partial epilepsies. In: *Comprehensive Epileptology*. Eds. Dan M, Gran L. Raven Press, New York 1991.
- Shinnar S, Berg A T, Moshe S L, Kang H, O'Dell C, Alemany M, Goldensohn E S, Hauser WA. Discontinuing antiepileptic drugs in children with epilepsy. *Ann Neurol* 1994; 35: 534-45.
- Yalçın D. Rolandik epilepsi: 44 olgunun klinik ve elektroensefalografik açıdan incelenmesi. Uzmanlık tezi, İstanbul 1990.