

EPİLEPSİ

Dr. Engin ÖZAKIN
Acil Tıp Uzmanı
Yunus Emre Devlet Hastanesi
Eskişehir

TANIM

- Serebral korteksin elektriksel aktivitesinin değişmesine bağlı oluşan paroksizmal olaylar
- Beynin inhibitör ve eksitör dengelerinin eksitasyon yönünde değişmesi



TANIM

Nöron ya da nöron gruplarının uyarılma disfonksiyonu sonucu bu uyarılmanın etki alanındaki nöron işlevlerinin kaybı ile ortaya çıkan :

- Düşünce
- Duygulanım
- Duyu
- Kas spazmı
- Şuur kaybı

gibi işlevsel aktivitelerinin biri ya da birden fazlasının bozulması hali

NÖBET

1. Epilepsi hastası
2. Yeni nöbet
3. *Konversiyon bozukluğu??*
4. Status epilepticus

HİKAYE

- Bilinen nöbet öyküsü?
- Olayı hatırlıyor mu?, Nöbet gerçek mi?
- Daha önceden benzer şikayetleri?
- Gören var mı?
- Süresi, şekli, sonrası??
- İnkontinans? Gözlerde kayma, ağızda köpürme

HİKAYE

- Evin durumu?
- Geçirilmiş hastalıkları?
- Enfeksiyon?
- Kardiyak hastalık hikayesi?
- Travma?
- İlaç alımı? Bağımlılığı?
- Alkol?

FİZİK MUAYENE

- Cervikal
- Kafa
- Dil
- Omuz

DİKKAT!!!

LAB

- İlaç düzeyi ?
- Glukoz
- Elektrolitler
- Hemogram

RADYOLOJİ

- Direk grafi
- BBT
- MRG

NÖBET

• **CT endikasyonu :**

- Bilinç değişikliği
- Yeni fokal defisit
- İlk nöbet
- Alkolizm
- Epilepsi paterninde değişiklik
- İmmünsüprese hastalıklar, HIV
- Yakın zamanda kafa travması
- Koagulopati, antikoagulan ilaç kullanımı

ACİL HEKİMİ

- Nöbeti sonlandırmak , komplikasyonları önlemek
- Havayolu
 - Airway ,Oral kavite temizliği,dişler
- Cervikal !!!
- Hastanın yaşamsal desteğini sağlamak
- Olası etyoloji tesbiti
- Yatış ve taburculuk kararı

1. BİLİNERN EPİLEPSİ

- Düşük ilaç düzeyi, en sık neden
- Şekli, postiktal periyot değişmiş ise ileri tetkik

1. BİLİNERN EPİLEPSİ

- **Diazem** 5 mg, total doz 20 mg
- **Fenitoin** 18 mg/kg SF 'de
 - Dekstroz ile uyumsuz
 - im verilmez (doku nekrozu)
 - KAH, blok dikkat!!!

2. YENİ NÖBET

- Elektrolit dengesizliği
Na, glukoz..., bhcG,
- Zehirlenme
- Menenjit
- Travma
- İntrakranial hadiseler

2. YENİ NÖBET

- Antiepileptik ilaç önerilmez
- Yatış:
 - Her türlü bilinç değişikliği
 - Ateş
 - Nörolojik bulgu

3. NÖBET-KONVERSİYON

Özellik	Nöbet	Konversiyon
Presipitan faktör	+/-	Stres
Deri rengi	Soluk, siyanoze	Normal
Başlangıç	Ani ve kısa süreli aura sonrası	Basamaklı
Solunum	Hırıltılı, sekresyonlu	Hiperventile
Kusma	Nadir	Yok
Motor aktivite	Tonik, tonik-klonik hızlı-küçük amplitüdlü hareketlerle başlar yavaş-geniş amplitüdlü hareketlerle sonlanır	Başı sağa sola sallama, dövmünme, kasılma
Muayeneye direnç	Post-iktal direnç yok	+ /Göz kapağı açtırmama

3. NÖBET-KONVERSİYON

Özellik	Nöbet	Konversiyon
Yaralanma/dil ısırma	Olabilir	Yok
Otonomik bulgular	+	-
KVS bulgular	Nadir	Yok
Postiktal konfüzyon	Sık	Ağlayarak uyanma

STATUS EPİLEPTİCUS

STATUS EPİLEPTİCUS

- Herhangi tipte bir epileptik nöbetin 30 dakikadan daha fazla devam etmesi,
- Nöbetlerin, aralarında nörolojik durumun düzelmesine olanak tanımayacak kadar sık olarak tekrarlaması hali olarak tanımlanmıştır

AKUT TEKRARLAYICI NÖBETLER

- Belirli bir süre içerisinde (tipik olarak çocuklarda saatler ve yetişkinlerde bir, iki gün) hastanın olağan nöbet sıklığından farklı bir şekilde nöbetlerin gruplaşarak tekrarlaması olarak tanımlanır.
- Zaman zaman status epileptikusa ilerleyebilirler.

AKUT TEKRARLAYICI NÖBETLER

Status epileptikustan farklı olarak:
Nöbetler arasında şuur ve nörolojik durum normale döner, ancak bu nöbetler de hastanın günlük hayatını ciddi ölçüde bozar

STATUS EPİLEPTİCUS

SE basit olarak 4 ana kategoriye ayrılabilir:

1. Jeneralize konvülsif SE
2. Basit parsiyel SE
3. Miyoklonik SE
4. Nonkonvülsif SE

STATUS EPİLEPTİCUS

3 gruba ayırarak inceleyebiliriz;

- **Birinci grup:** ilk nöbeti status epileptikus tablosu olanlar (% 35)
- **İkinci grup:** kronik epileptik olup herhangi bir aşamada statusa girenler (% 42)(Kronik epileptik hastaların ise %1-1.6'sı hastalığının herhangi bir aşamasında status tablosuna girebileceği bildirilmektedir.)
- **Üçüncü grup:** beyni etkileyen akut bir hadise geçiren ve buna bağlı (provoke) status epileptikus tablosuna giren hastalar (% 23)

ETYOLOJİ

SSS kaynaklı :

- Kafa travması
- Stroke
- Kitle
- Menenjit-ensefalit

ETYOLOJİ

Metabolik veya sistemik sebepler:

- Cerebral hipoperfüzyon
- Hiponatremi
- Hipoglisemi, hiperglisemi
- Hipertansif ensefalopati
- Üremik ensefalopati
- Hepatik ensefalopati
- Eklampsi
- Akut ilaç intoksikasyonu
- Alkol, ilaç çekilme
- Hipertermi

ETYOLOJİ

- Stroke (%25)
- Hasta-ilaç uyumsuzluğu (%19)
- İlaç-alkol zehirlenme, çekilme sendr(%12)
(BDZ, alkol, barbiturat çekilmeleri)
(kokain, opiat, etilen glikol, salisilat, antibiotik-penG zehirlenmeleri)
- Metabolik (%9)
- SSS enfeksiyonları (%8)
- SSS tümör(%6)
- Travma (%5)

OTONOMİK DEĞİŞİKLİKLER

- Taşiaritmi
- Hipertansiyon
- Apne
- Midriazis
- Hipersekresyon
- Terleme
- Hipertermi

Tedavi algoritması

Amaç mümkün olduğunca erken nöbeti sonlandırmak

- Ambulansta; iv diazepam %43, lorazepamda %59 acil servis kabulünde sonlanmış
- Alternatif yol: rektal diazepam
- Hastanede 5 dk içinde tedavi başla

ACİL SERVİS tedavi algoritması

DAKİKA	
0-5	Teşhis , ABC, iv yol, monitor, pulse oksimetre, kan tetkikleri , termoregulasyon
6-10	Thiamin, dx50, BDZ
10-20	Fenitoin
10-60	Valproat, fenobarbital, midazolam, propofol
>60	Pentobarbital

0-5 dakika algoritma

- Erken Teşhis
- ABC
 - Havayolu açılır
 - Solunum desteği; O2, %100 tercihen maske ile
 - Pulse oksimetre
 - Venöz yol
 - Monitörizasyon, vital bulgular
- Kan şekeri, Na, mg, Ca, BUN, kreatinin
- Tam kan sayımı, Kan kültürü, kan gazı
- İlaç düzeyi, Toksikoloji paneli
- EKG

ACİL SERVİS tedavi algoritması

DAKİKA	
0-5	Teşhis , ABC, iv yol, monitor, pulse oksimetre, kan tetkikleri , termoregulasyon
6-10	BDZ, Thiamin, Dx50,
10-20	Fenitoin
10-60	Valproat, fenobarbital, midazolam, propofol
>60	Pentobarbital

6-10 dakika algoritma

- **Diazepam** 5 mg iv (max:20 mg)
Rektal 2-5y: 0.5 mg/kg
6-11y : 0.3 mg/kg
erişkin: 0.2 mg/kg
- **Lorazepam** 0.1 mg/kg
- Tiamin 100 mg
- %50'lik dekstroz

Diazepam-Lorazepam

Diazepam

- BDZ reseptörlerine zayıf bağlanma
- İv verim sonrası pik etki 3-10 dk
- SSS ve KVS depresyonu

Lorazepam

- Kuvvetli bağlanır
- Daha kısa sürede etkir
- Entübasyon riski daha düşük
- Oda ısısında kararsız
- Daha uzun etkili

ACİL SERVİS tedavi algoritması

DAKİKA	
0-5	Teşhis , ABC, iv yol, monitor, pulse oksimetre, kan tetkikleri , termoregulasyon
6-10	Thiamin, dx50, BDZ
10-20	Fenitoin
10-60	Valproat, fenobarbital, midazolam, propofol
>60	Pentobarbital

10-20 dakika algoritma

- **Fenitoin:**
- 18 mg/kg iv (5-10 mg/kg tekrarlanabilir)
 - Max inf: 50 mg/dk
 - Etki başlaması : 10-30 dk
- **Dikkat!!!!**
 - Glukoz içeren sıvılarla verilmez
 - 2. ve 3. bloklarda kontrendike
 - Hipotansiyon ve aritmi için dikkat!!
 - Hepatotoksisite, pansitopeni

ACİL SERVİS tedavi algoritması

DAKİKA	
0-5	Teşhis , ABC, iv yol, monitor, pulse oksimetre, kan tetkikleri , termoregulasyon
6-10	Thiamin, dx50, BDZ
10-20	Fenitoin
10-60	valproat, fenobarbital, midazolam, propofol
>60	Pentobarbital

10-60 dakika algoritma

• Fenobarbital

- 100 mg/dk iv- toplam : 10 mg/kg
- Devam ederse 50 mg/dk
- Devam ederse 50 mg/dk total :30 mg/kg

Hipotansiyon, entubasyon !!!!

10-60 dakika algoritma

• Midazolam(dormicum)

- 0.2 mg/kg; nöbet durana kadar 5 dk ara ile 0.2-0,4 mg/kg tekrar(max doz: 2 mg/kg)
- İnfüzyon dozu: 0.1 mg/kg/saat

• Propofol(pofol)

- 1 mg/kg; nöbet durana kadar 3-5 dk ara ile 1-2 mg/kg tekrar (max doz: 10 mg/kg)
- İnfüzyon dozu: 2 mg/kg/saat

10-60 dakika algoritma

- Valproat: 30 mg/kg iv

60 dakika sonra algoritma

• Pentobarbital

- 5 mg/kg bolus, 5 dk ara ile 5 mg/kg tekrarlar (max doz: 25-50 mg/dk)
- İnfüzyon dozu: 1 mg/kg/saat

Diğer seçenekler

- Ketamin
- Thiopental
- İnhalasyon aneztezikleri
- Lidokain
- Verapamil
- Acetazolamid
- Steroid
- Plazmaferez
- ACTH
- Elektrokonvulsiv tedavi
- Transkranyal manyetik stimülasyon

Yoğun bakım

- SSS:Nörolojik defisit, bilinç bozukluğu
 - BBT: MRG; EEG
- KVS: Aritmi, Mİ
 - Monitorizasyon, EKG, troponin
- SS : Hipoksi, pulm. ödem, aspirasyon
 - Entubasyon, PA AC gr
- Ateş
 - LP, kan kültürü, antibiyotik
- METABOLİK :
 - Glukoz, Na, K, WBC,
- Renal :Rabdomiyoliz, myoglobülinuri , ATN

Prognoz

- SE'a bağlı ölüm oranı :% 7-20
- SE % 13 oranında tekrarlamaktadır.
- 1 saatten fazla ise mortalite %35
- 1 saatten kısa ise %3.7
- Tüm epilepsili olguların % 1-1,6 sı en az 1 kez SE tanımına uyan atak geçirmektedir.

TEŞEKKÜRLER