

Epilepsiye Bağlı Anksiyete Bozukluğu Olgusu



Dr. Gonca ÖZYURT¹, Dr. İbrahim ÖZTURA², Dr. Tunç ALKIN³, Dr. Ayşegül ÖZERDEM⁴

ÖZET

Epileptik hastalarda genel topluma ve diğer kronik hastalığı olanlara göre psikiyatrik bozukluklar daha sık görülmektedir. Psikiyatrik bozukluklar epilepsi ile birlikte olabileceği gibi; epilepsiye bağlı da olabilmektedir. Epilepsiye bağlı olarak duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, kişilik değişiklikleri, psikotik bozukluklar ortaya çıkabilir. Epilepsiye bağlı anksiyete bozukluğu; yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, fobik bozukluk şeklinde görülebilmektedir. Bu makalede epilepsiyle ilişkili olarak ortaya çıkmış ve antiepileptikle düzelen epilepsiyle ilişkili anksiyete bozukluğu olarak değerlendirilen kırk bir yaşında kadın olgu sunulmuştur. Olguda, epileptik aktiviteyle ilişkili olarak oluşan anksiyete bozukluğu tanımsal olarak daha çok yutma fobisi ve çoğul endişeler ile nitelendirilen bir yaygın anksiyete bozukluğu gibi ortaya çıkmıştır. Başlanan antiepileptik tedaviyle birlikte nöbetler durmuş ve anksiyete belirtileri de iki hafta içinde azalarak bitmiştir. İki yıllık izlemde iyilik hali sürmüştür. Olgu sunumunda, epilepsinin de anksiyete belirtilerine yol açabileceğine, şiddetli anksiyete ile giden durumlarda tedavi seçimi açısından alta yatan tıbbi durumun ayrıntı tanıda dikkatle ele alınması gerekliliğine vurgu yapılmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Epilepsi, anksiyete bozukluğu, antikonvulsanlar

GİRİŞ

Epilepsiyle birlikte görülen psikiyatrik hastalıkların sıklığına ilişkin bilgiler farklılık göstermekle birlikte anksiyete bozukluklarının %23-39, major depresyonun %16-20, distiminin %8 ve diğer psikiyatrik bozuklukların %9 oranında görüldüğü bildirilmiştir (Desai ve ark. 2010, Phabphal ve ark. 2007). Yapılan çalışmalarda epileptik hastalarda anksiyete bozukluğu, kadın olmak ve nöbet sıklığıyla ilişkili bulunurken;

SUMMARY

Anxiety Disorder Due to Epilepsy: A Case Report

Epileptic patients present with psychiatric disorders more frequently than the general population and patients with other chronic medical conditions. Psychiatric disorders can co-occur with epilepsy and can be caused by epilepsy. Personality changes, as well as psychosis, and mood or anxiety disorders can occur in association with epilepsy. Anxiety disorders due to epilepsy can manifest as generalized anxiety disorder, panic disorder, phobias, or obsessive-compulsive disorder. The risk of an anxiety disorder is higher in patients with focal epilepsy, especially those with temporal lobe epilepsy, but an anxiety disorder can also occur in patients with frontal lobe epilepsy or generalized tonic-clonic epilepsy. Herein we present a 41-year-old female patient with comorbid anxiety disorder and epilepsy that improved following initiation of antiepileptic medication.

The patient's EEG showed abnormalities, particularly in the frontal lobe. Epileptic activation-associated anxiety disorder presented as phobia of swallowing and the patient exhibited features of generalized anxiety disorder. Following initiation of antiepileptic medication, the seizures stopped and the symptoms of anxiety disappeared in two weeks. The patient was receiving psychotherapy once every 2 weeks. The patient remained asymptomatic during 2-years of follow-up. This case highlights the importance of differential diagnosis of underlying epilepsy in patients with acute severe anxiety and the efficacy of proper medical treatment, which was given in the presented case for the underlying pathology of anxiety.

Key Words: Epilepsy, anxiety disorder, anticonvulsants

depresyonun, travma ve nöbet sıklığı ile ilişkisiz olduğu gösterilmiştir. Hastanın yaşının, nöbet tipinin, evlilik durumunun, hastalık süresinin, iş durumu ve eğitim düzeyinin, ilaç kullanımı ve sosyoekonomik durumunun anksiyete bozukluğu ve depresyon için yordayıcı olmadığı saptanmıştır (Phabphal ve ark. 2007). Epilepsi hastalarında sağlıklı kontrollere göre obsesif kompulsif belirtiler, yaygın anksiyete belirtileri, panik atakları ve panik bozukluğu daha fazla görülmektedir (Beyenburg ve ark. 2005). Anksiyete bozukluğu riski fokal

Geliş Tarihi: 04.11.2012 - **Kabul Tarihi:** 28.07.2013

¹Aişi., Çocuk Psikiyatri AD., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak., ²Prof., Nöroloji AD., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak., ³Prof. Psikiyatri AD., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. ⁴Prof. Sinirbilimler AD., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. İzmir.

Dr. Gonca Özyurt, e-posta: gonca_engin@yahoo.com

epilepsilerde (özellikle temporal lob odaklı) daha yüksek olmakla birlikte frontal lob epilepsilerinde ve jeneralize epilepsilerde de anksiyete bozuklukları saptanmaktadır (Beyenburg ve ark. 2005). Tedaviye dirençli epilepsili hastalarda nöbet şiddeti ve sağ temporal odağın anksiyete ile ilişkili olabileceği bildirilmektedir (Scicutella 2001). Amigdala, temporal kökenli anksiyete belirtilerinin ve epileptik deşarjların oluşumunda önemli görünmektedir. Nöbet odağı ile aynı taraftaki amigdalalarında atrofi olan epilepsi hastalarının %50'sinden fazlasında iktal korku saptandığı, temporal lob epilepsisi ve iktal anksiyete semptomları olan hastaların amigdala hacimlerinde azalma olduğu bildirilmiştir (Beyenburg ve ark. 2005). Ancak nöbet sıklığı ve odağın lateralizasyonu ile anksiyete ilişkisi konusunda fikir birliği oluşmamıştır (Scicutella 2001). Bazı hastalardaki anksiyete, nöbetin tekrarlaması ve kontrolün yitirilmesi korkusuyla, nöbet sıklığının ise kişinin tehlike algısıyla (düşmek, ölmek) ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (Beyenburg ve ark. 2005).

Yaygın anksiyete bozukluğu belirtileri ve yutamama nedeniyle başvuran, belirtilerine yönelik uygun ilaç tedavisi başlanan, ilaç tedavisinin beşinci gününde jeneralize tonik klonik tarzda nöbet geçiren ve antikonvulzan tedavi ile anksiyete belirtileri ortadan kalkan bir olgu sunulmuştur.

OLGU

A; 1971 doğumlu, kadın, 10 yaşında kızı olan bir öğretmen. Katı besinleri yutamama, boğazında takılma hissi, sıkıntı hissi, geçirme yakınmalarıyla Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine Mayıs 2010'da başvurdu.

İlk yakınmaları Aralık 2009 tarihinde, 5 yıldır ayrı yaşadığı ancak her ay görüştüğü ve görüştüklerinde cinsel birlikteliği de içeren yakın ilişki yaşadığı eşinin boşanma davası açmasının ardından, ekmek ve pirinç unlu yiyeceklerin ağızda acı tat bırakması şeklinde başlamış. Hasta, iç hastalıkları bölümüne Ocak 2010'da başvurmuş. Belirtileri herhangi bir tıbbi nedenle açıklanamayan hasta psikiyatriye yönlendirilmiş ancak başvurmamış. Hasta eşinin ilk ayrılma kararı alması sonrası yaklaşık 2004 yılında üzüntü ve hayattan zevk almama yakınmaları ile Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvurmuş, hasta için sertralin tedavisi planlanmış ancak ilaç kullanmamış ve tekrar psikiyatriye de gitmemiş, bu durumla ilgili olarak geçen dönemde psikiyatriye gitmeye ihtiyaç duymadığını, herhangi bir psikiyatrik yakınması olmadığını dile getirdi.

Hastada boşanma sürecinin başlamasıyla belirginleşen kaygı artışı ve üzüntü nedeniyle Mart 2010 tarihinde yapılan psikiyatrik değerlendirmede major depresif dönem düşünülerek hastaya mirtazapin kullanması önerilmiş ancak hasta ilacı kullanmamış. Bunu izleyen üç ay içinde boğazında takılma hissi

nedeniyle iki kez acil servise başvurmuş, organik etiyoloji düşünülmemiş, psikiyatriye yönlendirilmiş. Haziran 2010'da katı besinleri yutamama, boğazında takılma hissi, sıkıntı hissi, geçirme belirtileriyle başvurduğu bir üniversite psikiyatri biriminde atipik ve psikotik özellikli major depresif dönem tanısı düşünülmüş, hastaneye yatışı yapılarak yutamama yakınmasıyla ilgili ileri incelemeler başlatılmış. Hasta üst gastrointestinal sistem (GİS) endoskopisi yapılmasını kabul etmemiş. Beyin manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) normalmiş. EEG çekimi yapılmış ve aktif jeneralize epileptiform deşarjlar olarak raporlanmış. Üç günün sonunda işine dönmek isteyerek taburcu olmuş. Bu süreçte yalnızca gerektiğinde lorazepam 1 mg kullanmış. Hasta ayaktan nörolojik açıdan izlenmeyi reddetmiş.

Yaklaşık on beş gün sonra aynı yakınmalarla birimize başvuran hasta yataklı birime ayırıcı tanı ve tedavi amacıyla yatırıldı. Yatışında yapılan psikiyatrik bakışında; bilinç açık, koopere; yer, zaman, kişi yönelimi tam; duygudurum ve duygulanım depresif ve anksiyöz; bellek olağan ve dikkat azalmış; yargılama, soyut düşünme ve gerçeği değerlendirme yerinde; algıda kötü tat hissi belirtmekteydi. Hastanın düşünce içeriğinde iyileşememe ve kızını kaybetme kaygıları ile değersizlik düşünceleri vardı. Psikomotor hareketlilik/huzursuzluk sergileyen hastanın uyku ve libidosu olağandı. Yutma gücünü nedeniyle besin alımı azalmıştı ve 2 ay içinde yaklaşık 7 kilogram zayıflamıştı. Fizik ve nörolojik bakışı olağandı. Hematolojik ve biyokimyasal incelemeleri normal sınırlar içindeydi. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) puanı 17 ve Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A) puanı 29 olarak saptandı. Katı besinleri yiyemediğini, yumuşak besinlerin bile boğazına takıldığını, yutamadığını belirtiyor, daha önce ağızda acı tat oluşma hissini tekrar yaşamaktan korkuyordu. Bunu olası bir zehirlenme ile ilişkilendiriyordu. Ancak bu düşünce sanrı niteliğinde değildi. Hastanın yatışının ilk haftasında yoğun kaygı içinde sürekli görüşme talebi vardı. Servisteki hastaların durumuyla onun yakınmaları benzemediği için taburcu olmak istiyordu. Servis kurallarına uymakta zorluk yaşıyor ve hemşirelerle kurallar konusunda tartışıyor. Hastane yemeklerini reddediyor, yutamayacağı için annesine sıvı yiyecekler yaptırıp getirmesini istiyor, annesinden ayrılmakta zorluk yaşıyordu. Durumu açıklayacak olası tıbbi nedenlerin dışlanması amacıyla bir dizi konsültasyon ve inceleme planlandı. Hasta Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı tarafından konsülte edildi. Endoskopi incelemesini kabul etmedi. İlaç yan etkilerine ve endoskopi gibi incelemelere yönelik belirgin korkusu vardı. Kendisine bir şey olacağından ve kızının yalnız kalacağından korkuyordu. Gün boyu süren anksiyetesi nedeniyle psikiyatrik görüşmelerde çok kısa kalabiliyordu. "Anksiyete bozukluğu, başka türlü adlandırılmayan" ön tanısıyla hastaya yatışının dördüncü gününde essitalopram damla 5 mg/gün dozunda başlandı ve ilaç başlandıktan beş gün sonra doz günde 10 mg'a yükseltildi. Anksiyetesine yönelik olarak günde toplam doz 3 mg'ı geçmeyecek biçimde ve

gerek görüldüğünde 1mg lorazepam kullanıyordu. Hastanın servis yatışının dokuzuncu gününde HAM-A puanı 31 idi.

Hastanın soy geçmişinde ailede herhangi bir ruhsal ya da nörolojik rahatsızlık ifade edilmedi, hastanın annesinin evhamlı biri olduğu alınan bilgilerdendi. Öz geçmişinde 2004 yılında tanı aldığı major depresyon tanısı dışında herhangi bir ruhsal ya da fiziksel hastalık belirtilmedi.

Essitalopram dozunun günde 10 mg'a yükseltildiği gün hasta yaklaşık 2 dakika süren jeneralize tonik klonik nöbet geçirdi. Hastaya 1000 mg/gün valproik asit solüsyon başlandı ve essitalopram kesildi. Nöbet geçirdiği gün hastanın anksiyetesi diğer günlere oranla çok daha fazlaydı. Haziran 2010'da ilk yattığı klinikte çekilen ve "aktif jeneralize epileptiform deşarjlar" olduğu rapor edilen EEG kayıtları hastanemizde yeniden değerlendirildi. Zemin ritmi iyi gelişmiş ve düzenlenmiş, göz açmaya reaktif alfa ritmi olduğu ve trase boyunca sık aralıklı olarak frontal bölgelerde daha yüksek amplitüdü kısa süreli jeneralize diken-dalga deşarjları ortaya çıktığı belirlendi ve frontal kökenli nöbet olarak değerlendirildi. Sonrasında başka nöbeti olmayan hastanın anksiyetesi valproat başlanmasından sonraki bir hafta içinde belirgin olarak azaldı ve HAM-A puanı 19'a geriledi. Hasta tüm katı besinleri yiyebilir hale geldi. Tanımlanan "ağızda acı tat duygusu" bir nöbet belirtisi olarak değerlendirildi. Anksiyetesini denetleyerek servis kurallarına uyabildi ve düzenli görüşmeler yapılabilirdi. 35 gün sonunda HAM-A puanı 11'e düştü. Olgunun yatışı süresince serum valproik asit düzeyi 80-100 µg/ml arasında olacak şekilde ilaç dozu ayarlandı.

Nöbet geçirdikten 4 hafta sonra taburcu edildi ve taburculuk sonrasında tedavisi valproik asit 750 mg/g olarak sürdürüldü. İki yıllık izleminde hiç epileptik nöbeti olmadı ve anksiyete belirtileri yinelemedi. Bu süreçte boşanma davası devam etti. Olguyla iki haftada bir düzenli görüşmeler yapıldı ve görüşmelerde iş yaşamı, sosyal yaşamı ve özel yaşamı değerlendirilmeye devam etti. Eski eşyle görüşebildi, çocuğunun durumunu onunla birlikte değerlendirdiler ve kızının sorumluluklarını onunla paylaşabildi.

TARTIŞMA

Katı hiçbir besin yiyemeyen, ağızda kötü tat hissi olacağına yönelik kaygıları belirgin olan, annesini yanından neredeyse hiç ayıramayan, işlevselliği belirgin olarak bozulmuş bu olguda hastaneye yatırılmasına neden olan şiddetli anksiyete ve fobik kaçınma belirtilerinin tümünün antiepileptik tedaviyle tam olarak düzelmesi, tablonun epileptik belirtilerle ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Özellikle hastanın belirttiği kötü tat duygusu çok nadir olarak karşılaşılan gustatuar (tatla ilgili) auralı nöbetleri akla getirmektedir (Chen ve ark. 2003). Haz verici veya tiksinti verici tat halüsinasyonları şeklinde olabilen bu nöbetlerde en çok metalik tat şeklinde tat hissi tarif edilmektedir (Acharya ve ark. 1998).

Epilepsiyle ilişkili anksiyetenin ortaya çıkışı birkaç biçimde olmaktadır. Periiktal anksiyete olarak adlandırılan ilk biçiminde, anksiyete nöbet öncesinde ya da bitiminden sonraki günler içinde görülür. Anksiyete bir kompleks parsiyel nöbetten saniyeler ya da dakikalar önce ortaya çıkabilir ve stereotipik olabilir. Ya da nöbetten birkaç dakikadan daha uzun bir süre önce ortaya çıkabilir ve stereotipik doğada olmayabilir. Bu durum daha çok irritabilite, duygusal labilite, depresif belirtiler ve saldırganlıkla karakterizedir (Beyenburg ve ark. 2005). Postiktal anksiyete nöbetin bitiminden hemen sonra, sıklıkla bilinçte sislenme ile birlikte. Genellikle postiktal disfori ve depresyonla ilişkilidir. Nadiren tek başına anksiyete de görülebilir. Postiktal dönemde saatler ya da günler süren korku ve anksiyete hali olabilir (Scicutella 2001).

İkinci epilepsi-anksiyete ilişki türü iktal anksiyetedir. Korku duygusu nöbetin bir parçasıdır. Korkunun tanımı bir gerginlik hissinden yoğun korku ve panik hissine dek değişir. Genellikle birkaç saniye ile iki dakika arasında sürer. Korku, diğer iktal belirtilerden farklı olarak basit parsiyel nöbetin tek belirtisi olarak ortaya çıkabileceği gibi kompleks parsiyel bir nöbetin aurası da olabilir (Scicutella 2001). Basit parsiyel bir nöbet sırasında korkuyla birlikte çarpıntı, epigastrik rahatsızlık, bulantı, solunum hızında artış, solgunluk ya da kızarma gibi otonomik belirtiler olabilir. Halüsinasyonlar, deja vu, jamais vu yaşantıları, depersonalizasyon ve derealizasyon görülebilir. Nöbet kompleks parsiyel nöbete dönüştüğünde anksiyeteye karşı amnezi gelişebilir. İktal anksiyete en sık temporal epilepsisi olanlarda (%5-20'sinde) izlenir. Korku hissi şeklinde 12 saat ve hatta 3 ay sürebilen kompleks parsiyel status epileptikus yaşayan olgular da tanımlanmıştır. Bu olgularda sağ temporal lobektomi sonrası anksiyete belirtileri ortadan kalkmıştır (McLachlan ve Blume 1980, Henriksen 1973). İktal anksiyete bozuklukları ciddi ayırıcı tanı sorunları yaratır. Yanlış panik atağı tanısı almış beş epilepsili hastada sağ temporal lobda yapısal lezyon görülmüştür (Sazgar ve ark. 2003). Bunun tersi de olabilmekte, panik bozukluğu hastaları epilepsi tanısı alabilmektedir.

Son olarak interiktal anksiyeteden söz edilmelidir. Birçok hastada anksiyete belirtileri interiktal dönemde görülür. Belirtiler, uyum reaksiyonu, nöbet geçirme fobisi, antiepileptik ilaçların yan etkisi ya da epilepsi cerrahisinin bir sonucu olarak ortaya çıkabilir. Nöbetlerin doğrudan sonucu değildir ve sıklıkla limbik sistem epilepsisi olan hastalarda görülür (Beyenburg ve ark. 2005). Hem hastane hem de toplum temelli epilepsi çalışmalarında interiktal anksiyete bozukluğu sıklığı %10-66 arasında saptanmıştır (Scicutella 2001).

Burada sunduğumuz hastanın anksiyetesi ve huzursuzluğu epileptik nöbet geçirdiği gün hastanedeki diğer günlerine oranla çok daha fazlaydı. Nöbet geçirdikten sonra yaklaşık bir saat süren şiddetli anksiyetesi oldu. İritabilitesi belirgindi ama saldırganlık boyutuna ulaşmamıştı. Ayrıca tabloya bilinç bulanıklığı eşlik etmemekteydi. Yaklaşık 1 ay önce çekilen

EEG'sinde epileptik aktivite olmasından ötürü hastanın sergilediği anksiyete tablosunun süregiden nöbetlere bağlı periiktal anksiyete tanımına uyduğu düşünülmüştür.

Epilepsi cerrahisi planlanan tedaviye dirençli epilepsi hastalarındaki anksiyete bozuklukları sıklığı %10-%44, birinci basamak epilepsi hastalarında ise %11'dir (Trimble ve Schmitz 2002, Koch-Stoecker 2002). Epilepsi hastalarında en sık yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) görülmektedir. Epileptik hastalarda YAB'nin genellikle kronik hastalıktan kaynaklanan psikososyal güçlükler ve epilepsinin öngörülemeyen seyri ile ilişkili olarak geliştiği düşünülmektedir (Özmen ve Tecer 2008). Epilepsi tanılı hastalarda panik atak geçirme sıklığının kontrollerine göre 6 kat fazla olduğu, panik atak nokta prevalansının ise %15-30 olduğu bildirilmiştir (Beyenburg ve ark. 2005). Panik bozukluğu ataklarla seyrettiğinden, paroksizmal belirtiler epilepsi atakları ile karıştırılabilir ve tanınmayabilir. Korku temporal lobdan kaynaklanan parsiyel nöbetlerde sık karşılaşılan bir özelliktir ve bazen panik ataklarından ayrımı güçtür. Temporal lob nöbeti aurası sırasında korku belirtisine görece sık (%10) rastlanır (Taylor ve Lochery 1987). Tüm anksiyete bozuklukları içinde panik atak, bir nöbet tarafından doğrudan üretilebilecek yegâne anksiyete belirtisidir. Epilepside fobik bozukluklar da siktir. En sık görülen fobiler, agorafobiye yol açan nöbet geçirme ya da ev dışında kazaya uğrama korkusu ya da sosyal fobiye yol açan sosyal utanma korkusudur (Beyenburg ve ark. 2005). Özellikle nöbetleri kontrol altına alınamayan hastalarda daha siktir. Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) da bir nöbetin çeşitli safhalarında ortaya çıkabilir. Obsesyonlar temporal lob epilepsisinde, az da olsa, epileptik auranın bir parçası olabilir (Beyenburg ve ark. 2005). Epilepsi cerrahisi ertesinde ilk kez OKB ortaya çıkan olgular vardır (Kulaksızoğlu ve ark. 2004). Topiramate kullanımını takip eden ilk hafta içerisinde OKB geliştiği de bildirilmiştir (Özkara ve ark. 2005). Bizim olgumuzda epileptik aktiviteye bağlı olarak oluşan anksiyete tablosu tanımsal olarak daha çok yutma fobisi biçiminde kendisini gösteren özgül fobiye ve çoğul endişeler ile karakterize bir YAB tablosuna uymaktadır. Bunlara ek olarak "sağlık anksiyetesi" de klinik tablonun bir parçasıydı.

KAYNAKLAR

- Acharya V, Acharya J, Lüders H (1998) Olfactory epileptic auras. *Neurology* 51:56-61.
- Beyenburg S, Mitchell AJ, Schmidt D ve ark. (2005) Anxiety in patients with epilepsy: Systematic review and suggestions for clinical management. *Epilepsy Behav* 7:161-71.
- Chen C, Shih Y, Yen D ve ark. (2003) Olfactory auras in patients with temporal lobe epilepsy. *Epilepsia* 44:257-60.
- Desai SD, Shukla G, Goyal V ve ark. (2010) Study of DSM-IV Axis I psychiatric disorders in patients with refractory complex partial seizures using a short structured clinical interview. *Epilepsy Behav* 19:301-5.
- Henriksen GF (1973) Status epilepticus partialis with fear as clinical expression. *Epilepsia* 14:39-46.

Epilepsiye eşlik eden anksiyete bozukluğu tedavisiz kalırsa nöbet sıklığı da artabilir. Epilepsili hastalarda anksiyetenin tedavisinde ilk adım, bilgilendirme ve destektir. Antiepileptik ilaçların bazıları hastalarda anksiyeteyi artırırken bazıları azaltır. Glutamaterjik etkisi baskın olan antiepileptiklerin aktivasyona neden olduğu ve kilo kaybı, anksiyetede artmaya yol açtığı; GABAerjik iletiyi artıran antiepileptik ilaçların (benzodiazepinler, barbituratlar, tiagabin, gabapentin vb.) ise sedasyon, bilişsel yavaşlama, kilo almanın yanı sıra anksiyetede azalmaya neden olduğu bildirilmiştir. Vigabatrin, tiagabin, gabapentin, pregabalin ve valproat anksiyete bozukluklarının tedavisinde etkilidir (Beyenburg ve ark. 2005). Bizim olgumuzda nöbetler ve buna bağlı oluşan anksiyete belirtileri valproata tam yanıt vermiştir.

Epilepsili hastalardaki anksiyete bozukluklarının tedavisinde ilk seçenek serotonin geri alım inhibitörleridir (SGİ). Bunun nedeni yan etkiler açısından avantajlı olması, ilaç-ilaç etkileşimlerine daha az neden olmaları, nöronal uyarılma üzerine etkilerinin az olması ve dolayısıyla nöbetleri tetikleme risklerinin az olmasıdır (Beyenburg ve ark. 2005, Scicutella 2001, Jackson ve Turkington 2005). Ancak bizim hastamızda SGİ ile anksiyete azalmamış, dahası doz arttırılmasından sonra nöbet ortaya çıkmıştır. SGİ başlamadan önce de kötü tat gibi bulguları olduğundan nöbet ilaca bağlı olarak değerlendirilmemiş, süregiden nöbetlerin jeneralize tonik klonik tarza dönüştüğü düşünülmüştür. Yine nöbet geçirdikten sonra anksiyete düzeyinde belirgin azalma olması, nöbetin SGİ ile ilişkili olmadığını düşündürmektedir. Benzodiazepinlerin hem anksiyolitik hem de antiepileptik etkilerinin olmasına rağmen uzun dönem kullanımda bağımlılık riski taşıdıkları unutulmamalıdır (Beyenburg ve ark. 2005, Scicutella 2001). Olguda ilk yatışta belirtilen EEG bulguları hızlıca nörolojik açıdan değerlendirilebilseydi belki de jeneralize tonik klonik nöbet geçirilmeden ilaç tedavisi başlanacak ve anksiyetesi de yatışacaktır. Sonuç olarak temporal ve frontal kökenli epilepsiler başta olmak üzere epilepsinin anksiyete belirtileri yaratabileceği akıld tutulmalıdır. Dolayısıyla iyi bir ayırıcı tanı çalışması yapılması doğru tedavi ve ilaç etkileşimleri açısından önemlidir.

- Jackson MJ, Turkington D (2005) Depression and anxiety in epilepsy. *J Neuro Neurosurg Psychiatry* 76:45-7.
- Koch-Stoecker S (2002) Psychiatric effects of surgery for temporal lobe epilepsy. Trimble M, Schmitz B, ed. Cambridge University Press 18:266-82.
- Kulaksızoğlu IB, Bebek N, Baykan B (2004) Obsessive-compulsive disorder after epilepsy surgery. *Epilepsy Behav* 5:113-8.
- McLachlan RS, Blume WT (1980) Isolated fear in complex partial status epilepticus. *Ann Neurol* 8:639-41.
- Özkara Ç, Özmen M, Erdoğan A ve ark. (2005) Case report: Topiramate related obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry* 20:78-9.
- Özmen M, Tecer Ö (2008) Epilepsi Hastalarında Anksiyete ve Depresyon. Epilepsi, İ Bora, SN Yeni, C Gürses (Ed), Nobel Tıp Kitapevleri, s. 707-17.
- Phabphal K, Sattawatcharawanich S, Sathirapunya P ve ark. (2007) Anxiety and depression in Thai epileptic patients. *J Med Assoc Thai* 90:2010-5.

Sazgar M, Carlen PL, Wennberg R (2003) Panic attack semiology in right temporal epilepsy. *Epileptic Disor* 5:93-100.

Scicutella A (2001) Anxiety disorders in epilepsy, *Psychiatric Issues in Epilepsy*, Ettinger AB, Kanner AM, ed. Lippincott Williams and Wilkins. 7:95-109.

Taylor DC, Lochery M (1987) Temporal lobe epilepsy;origin and significance of simple and complex auras. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 50:673-81.

Trimble MR, Schmitz B (2002) Introduction. *The Neuropsychiatry of Epilepsy*. Trimble M, Schmitz B, ed. Cambridge University Press; 1:3-17.

ŞİZOFRENİ DERNEKLERİ

RUH HEKİMLERİNİN İLGİ ve DESTEĞİNİ BEKLİYOR

Şizofreni Dernekleri Federasyonu

Mareşal Fevzi Çakmak sokak 39/6 Beşevler-Ankara
Tel. 0312 213 39 60 - 0312 212 11 12
e-posta: sizderfed@yahoo.com.tr

Ankara Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği

Mareşal Fevzi Çakmak sokak 39/6 Beşevler -Ankara
Tel. 0312 213 39 60 - 0312 212 11 12
e-posta: sizofrenihyd@yahoo.com

Şizofreni Gönüllüleri ve Dayanışma Derneği

Ethemefendi Cad. Fırın Sok., Can Apt. No: 5/5, Erenköy, İSTANBUL
Tel. 0216 363 77 26 • Faks. 0216 302 19 94
www.sizofrenigonulluleri.org
e-mail: bilgi@sizofrenigonulluleri.org

Şizofreni Dostları Derneği

Lamartin Cad., 23/4, Talimhane, Taksim, İSTANBUL
Tel. 0212 256 36 61 • Faks. 0212 256 53 91

İzmit Bizimbahçe Şizofreni Yakınları Dayanışma Derneği

Yenimahalle, KOCAELİ
Tel. 0262 226 69 54

Şizofreni Dayanışma Derneği

1469 Sok. Alsancak, Konak, İZMİR
Tel. 0232 465 05 15

Şizofreni Gönüllüleri Derneği

Ferhuniye Cad., No:1, KONYA
Tel. 0332 350 89 00

Şizofreni ile Yaşam Derneği

Tunca Mah. İzmir Cad. No: 172/2, Karaköy, MANİSA
Tel: 0 236 239 64 71

Ankara Şizofreni ile Yaşamayı Öğrenme ve Destekleme Derneği (AŞ-DER)

Bayındır 1 Sokak Fazıl Bey İş Merkezi No 15/16 Kızılay, ANKARA
Tel: 0312 432 57 87 • Faks: 0312 475 62 98

Şizofreni ve Benzeri Bozukluklar Dayanışma Derneği

Tel: 0532 283 25 85 • Tel: 0224 452 66 66, Bursa