

Disfajinin eşlik ettiği epilepsi: Olgu sunumu

Epilepsy associated with dysphagia: A case report

✉ Ayberk SELEK¹, ✉ Melike ARSLAN², ✉ Necati BALAMTEKİN²

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, ¹Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Çocuk Gastroenterolojisi Bilim Dalı, Ankara

Disfaji, yutma güçlüğü olup organik ve psikiyatrik pek çok durumla ilişkili bir semptomdur; besin alımını etkileyerek hem büyümeyi hem de gelişmeyi etkiler. Epilepsili hastalarda psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığının arttığı, bazı hastaların epilepsi tanısından önce psikiyatrik bozukluklarla hastaneye getirildikleri/başvurdukları iyi bilinmektedir. Bu nöropsikiyatrik bozukluklarda, en önemli semptomlardan biri disfaji olup özellikle frontal lob epilepsilerinde hastalığın ilk bulgusu olabilmektedir. Bu makalede disfaji ve kilo kaybı ile getirilip izlemde epilepsi tanısı alan 11 yaşında bir erkek hasta sunulmuş ve literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Disfaji, yutma korkusu, kilo kaybı, epilepsi

Dysphagia is difficulty in swallowing and is a symptom associated with many organic and psychiatric conditions, affecting both food intake and thus both growth and development. Incidence of psychiatric disorders increase in patients with epilepsy, and some patients are brought to medical attention with psychiatric disorders even before they are diagnosed with epilepsy. Dysphagia is the one of the most important symptoms in these neuropsychiatric disorders and may be the first sign of the disease especially in patients with frontal lobe epilepsy. Here we present an 11-year-old male patient admitted with dysphagia and weight loss, and eventually diagnosed with epilepsy during follow-up.

Key words: Dysphagia, swallowingphobia, weight loss, epilepsy

GİRİŞ

Disfaji, yutkunma sırasında besin alımının güvenliğinin, etkinliğinin veya yeterliliğinin bozulmasıdır. Araştırmalar, genel popülasyondaki çocukların yaklaşık %1'inin yutma güçlüğü yaşadığını göstermektedir, ancak bazı klinik popülasyonlarda insidans çok daha yüksektir (örneğin serebral palsi, travmatik beyin hasarı ve hava yolu malformasyonları olan çocuklar) (1). Yutma eylemi, nöral refleksler arasındaki koordinasyonu içeren karmaşık bir eylemdir. Nöral veya anatomik gelişimdeki bir anormallik yutma disfonksiyonuna veya disfajiye yol açabilir. Disfajiye neden olan hastalığın zamanında saptanıp tedavi edilememesi durumunda, disfaji ciddi morbiditeye neden olabileceği gibi mortaliteyle de sonlanabilir (2).

Epilepsi, kortikal nöronlardaki anormal ve aşırı elektriksel deşarjlar nedeniyle ortaya çıkan ani tekrarlayıcı nöbetler ile karakterize bir santral sinir sistemi hastalığıdır. Epilepsili hastalarda psikiyatrik hastalıklar ve davranış bozuklukları sıklığında artış olduğu iyi bilinmektedir (3,4). Epilepsiye eşlik eden psikiyatrik bozukluklar epilepsi tanısı almadan önce başlayabilir, eş zamanlı olarak görülebilir veya epilepsi tanısı aldıktan sonra başlayabilir (5). Zihinsel yetersizlik epilepsili kişilerde yaygındır ve sıklıkla çocukluk

çağında başlar. Alfstad ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, epilepsili çocuklarda psikiyatrik komorbidite için risk faktörleri, erkek cinsiyeti ve nöbet başlangıcındaki genç yaş olarak bulunmuştur (6).

Bu makalede disfaji ve kilo kaybı ile getirilip izlemde epilepsi tanısı alan 11 yaşında bir erkek hasta sunulmuş ve literatür eşliğinde tartışılmıştır. Hastanın ailesinden bildirilmiş onam formu alınmıştır.

OLGU SUNUMU

On bir yaşında erkek hasta, 6 aydır olan yutma güçlüğü ve kilo kaybı nedeni ile çocuk polikliniğimize getirildi. Disfaji şikayetinin yaklaşık 6 ay önce katı gıdalarla başlayıp daha sonra yarı katı gıdalarla devam ettiği, son 2 aydır partiküllü olan çorba dahi içemediği ve bu süreçte 7 kg kaybettiği öğrenildi. Özgeçmişinde febril nöbet öyküsü, kafa travması öyküsü yoktu. Soy geçmişi sorgulandığında anne-baba arasında akrabalık yoktu, ailede epilepsi öyküsü veya bilinen bir nöropsikiyatrik hastalık öyküsü de bulunmamaktaydı. Hasta etiyolojiye yönelik incelemeler, tedavi ve izlem amacıyla hastaneye yatırıldı.

İletişim: Melike ARSLAN

S. B. Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenterolojisi Bilim Dalı
Etilik, Ankara

E-mail: melikearslan190@gmail.com

Selek A, Arslan M, Balamtekin N. Epilepsy associated with dysphagia: A case report. *The Turkish Journal of Academic Gastroenterology* 2020;19:94-97. DOI: 10.17941/agt.730670

Geliş Tarihi: 01.05.2020 • **Kabul Tarihi:** 24.08.2020

Fizik muayenesinde vücut ağırlığı 32 kg (10-25 persentil), boyu 137 cm (10-25 persentil) idi. Son altı ayda 7 kg kaybı mevcuttu. Motor gelişim basamakları ve diğer sistem muayeneleri normaldi. Okul başarısı orta seviyede idi. Laboratuvar incelemelerinde; hemogloblin: 13.9 mg/dl, beyaz küre: 7100/mm³, trombosit: 366000/mm³, glukoz: 79 mg/dl, üre: 27 mg/dl, kreatinin: 0.6 mg/dl, ürik asit: 3.8 mg/dl, kalsiyum: 9.9 mg/dl, sodyum: 137 mg/dl, potasyum: 3.82 mg/dl, total kolesterol: 141 mg/dl, HDL kolesterol: 57 mg/dl, trigliserid: 53 mg/dl, C-reaktif protein: 0.21 mg/dl olarak normal sınırlarda ölçüldü. Direkt batin grafisi, yan servikal grafi ve abdominal ultrasonografi normaldi. Baryumlu özofagus pasaj grafisinde patoloji saptanmayan hastaya manometrik inceleme yapıldı ve üst-alt özofageal sfinkter fonksiyonları ile özofagus peristaltizmi normal saptandı. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde patolojik bulgu saptanmayan hastada disfaji etyolojisine yönelik, proksimal, orta ve distal özofagustan toplam 3 adet biyopsi örneği alındı. Histopatolojik inceleme sonuçları normal özofagus mukozası olarak bulundu. İntrakraniyal nedenleri araştırmak için yapılan beyin magnetik rezonans görüntüleme normaldi.

Disfajiyi açıklayacak organik patoloji saptanmayan hastanın psikiyatrik muayenesinde, yutma güçlüğünün nefesiz kalma ve ölüm korkusu nedeniyle olduğu; bu şikayetleri nedeni ile yemek yiyemediği belirlenerek 20 mg/gün dozunda fluoksetin tedavisi başlandı. Hasta bu tedavi ve enteral besin desteği ile ayaktan izleme alındı. Taburculuk sonrası 4. günde banyo sırasında şiddetli baş dönmesi ve kısa süreli hafıza kaybı olması nedeniyle tekrar çocuk polikliniğimize getirildi. Kardiyolojik muayenesi doğal olan hastanın elektrokardiyografisi (EKG) ve ekokardiyogramı normal saptandı. Ayrıntılı nörolojik muayenesi normal bulundu. Elektroensefalogramda (EEG) uykuda, frontal bölgelerde belirgin jeneralize multipl diken dalgalar ile karakterize anormallik saptandı. Hastanın nöbeti, Uluslararası Epilepsi Birliği [International League against Epilepsy (ILAE)] 2017 sınıflamasına göre, fokal başlangıçlı nonmotor nöbet olarak sınıflandırıldı; etiyolojik olarak sebebi bilinmeyen epilepsi başlığı altında tanımlandı. Hastaya 25 mg/kg/g dozunda levitiresetam tedavisi başlandı.

Hastanın disfaji, kilo kaybı ve baş dönmesi gibi şikayetleri antiepileptik ve psikiyatrik tedavi ile geriledi. Hasta tedavinin ikinci ayının sonunda yakınmalarının başlamasından önceki vücut ağırlığına ulaştı. Hastamızın halen ilgili branşlarca ayaktan izlemine devam edilmektedir.

TARTIŞMA

Yutma hareketi istemli ve istemsiz mekanizmaları içeren oral, faringeal ve özofageal olmak üzere üç ana evreden

oluşur. Oral yolla alınan besinler tükürük ile işleme girdikten sonra bolus haline gelerek istemli olarak farinkse gönderilir. Böylece faringeal evre tetiklenmiş olur. Nazofarinks yumuşak damak tarafından kapatılır, gerçek ve yalancı vokal kordlar kapanır ve faringeal konstriktör kaslar kasılarak besin bolusunu özofagusa iter (7). Üst özofageal sfinkter eş zamanlı olarak gevşer ve besin bolusu peristaltik hareketlerle mideye iletilmiş olur. Disfaji ise yutma mekanizmasını etkileyen koordinasyon bozukluğu, zayıflık veya obstrüksiyon nedeniyle oluşan anormal yutma olarak ifade edilir. Katı gıdalara karşı yutma güçlüğü olduğu zaman mekanik veya obstrüksif nedenleri, katı ve/veya sıvı gıdalara karşı yutma güçlüğü olduğu zaman daha çok nörolojik nedenleri düşündürmektedir (8). Disfajinin tıbbi nedenlerini, nöromüsküler bozukluklar, sindirim kanalının anatomik anormallikleri, genetik anormallikler ve emme/yutma/solunum koordinasyonunu etkileyen diğer bozukluklar oluşturur (2). Hastamızda önce katı gıdalarla başlayıp daha sonra yarı katı gıdalarla devam eden yutma güçlüğü mevcuttu ve yapılan incelemeler sonucunda herhangi bir organik bozukluk saptanmadı.

Epilepsi tanılı çocuk ve adolesanlarda ruhsal bozuklukların sık görüldüğü bilinmektedir (3,4). Toplum temelli bir çalışmada psikiyatrik bozukluk insidansı, komplike olmayan epilepsili çocuklarda %29, nörolojik hastalık dışında kronik hastalığı olan çocuklarda %12 ve genel popülasyonda %6.6 bulunmuştur (9). Modern tıptaki gelişmelerle beraber, depresyon ve anksiyetenin yaygın olduğu fakat sıklıkla tanınmadan kaldığı giderek daha iyi anlaşılacaktır (4). Yetişkin ve pediatrik popülasyonlarda bir bireyin epilepsi olduğundan şüphelenildiğinde dikkate alınması gereken noktalardan biri psikojenik nonepileptik nöbetler gibi epilepsiyi taklit eden paroksizmal nonepileptik olaylardır. Psikojenik nonepileptik nöbetler, epileptik nöbetlere benzer şekilde ortaya çıkan ancak epilepsi ile ilişkili elektrofizyolojik değişikliklerin eşlik etmediği bilinç veya davranışta gözlenebilir ani paroksizmal değişiklikleri içerir ve psikojenik bir neden için güçlü şüphe veya pozitif kanıt vardır (10). Hastamızın anksiyete bulgularından sonra ilk belirgin nöbet ortaya çıkmış, interiktal EEG'de epileptiform bozukluk saptanarak psikojenik nonepileptik nöbetten uzaklaşmıştır.

Otonomik semptomlar ve belirtiler, fokal nöbetin başlangıcındaki baskın semptomu temsil edebilir, bu da nöbetin fokal başlangıçlı otonomik nöbet olarak sınıflandırılmasına yol açar. ILAE, otonomik nöbetleri motor başlangıçlı olmayan yeni bir fokal nöbet olarak sınıflandırmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre, fokal otonomik nöbetler, gastrointestinal hisler, sıcaklık veya soğukluk hissi, kızarma, piloereksiyon (tüylerin diken diken olması), çarpıntı, so-

lunum değişiklikleri veya diğer otonomik etkilerle ortaya çıkabilir. Otonomik nöbetlerde görülebilen gastrointestinal semptomlar; epigastrik aura, iktal öğürme-kusma, iktal hipersalivasyon, iktal dışkılama dürtüsünü içermektedir (11). Hastamızda nöbetleri öncesinde başlayan disfaji şikayeti, anksiyete ilişkili olarak yorumlandı. Hastanın fluoksetin tedavisi sonrası disfaji yakınmasının kaybolması ve nöbetine disfajinin eşlik etmemesi ile otonomik nöbet dışlandı.

Refleks epilepsi, belirli bir duyuşsal dış uyarana bağlı olarak, daima veya zaman zaman gelişen epilepsi nöbetleri ile seyreden epilepsi sendromlarını tanımlamaktadır. Refleks nöbetleri tetikleyen başlıca uyaranlar; görsel, somatosensoryel, proprioseptif uyaranlar, müzik, yeme ve sıcak sudur. Sıcak su epilepsisi, özgün bir dış uyaran olan "sıcak su ile yıkanma" sırasında ortaya çıkan bilinç kaybının eşlik ettiği parsiyel nöbetlerle şekillenen refleks epilepsi türüdür. En sık erkek çocuklarda rastlanır, iyi seyirlidir, aylar ya da yıllar içinde remisyon beklenebilir (12). Hastamızın ilk belirgin nöbeti, banyo sırasında şiddetli baş dönmesi ve kısa süreli hafıza kaybı şeklinde olduğu için bunun rastlantısal mı yoksa refleks epilepsi mi olduğu izleminde değerlendirilecektir.

Epileptik nöbetler temporal, parietal, oksipital ve frontal lob kaynaklı olabilir. Fokal epilepsisi olan hastalarda, özellikle temporal lob epilepsisi olanlarda anksiyete bozukluğu riski daha yüksektir, ancak frontal lob epilepsisi veya jeneralize tonik-klonik nöbetleri olan hastalarda da anksiyete bozukluğu ortaya çıkabilir (13). Literatürde antiepileptik ilaç tedavisine başlandıktan sonra düzelen anksiyete bozukluğu ve epilepsi eştanısı olan erişkin bir kadın hasta sunulmaktadır. Bu hastanın EEG'si, özellikle frontal lobda anormallikler göstermiştir ve epileptik aktivasyona bağlı anksiyete bozukluğu, yutma fobisi olarak kliniğe yansımıştır. Antiepileptik ilaç tedavisine başladıktan sonra hastanın nöbetleri durmuş ve anksiyete belirtileri iki hafta içinde kaybolmuştur. Frontal lob kaynaklı nöbetler, yutma korkusunun eşlik ettiği disfaji gibi şaşırtıcı bulgularla da

ortaya çıkabilir (13). Bizim hastamızda da EEG'de frontal bölgelerde hakim epileptiform değarjlar saptanmış olup literatürde bildirildiği gibi yutma korkusuna bağlı olarak gelişen disfaji ve disfajiye ikincil oluşan kilo kaybı şikayetleri bulunmaktaydı. Disfaji ve kilo kaybı şikayetlerini takiben ilk belirgin nöbetini geçiren ve EEG'de epileptiform değişikliklerin eşlik ettiği hastamızın tetkik, tedavi ve izlemi, epilepsi tanısı öncesi psikiyatrik bozukluğa bağlı gelişen yutma güçlüğü olduğunu ve epilepsiye disfajinin eşlik ettiğini düşündürmektedir.

Levetirasetam (LEV) çocuk ve erişkin hastalarda parsiyel başlangıçlı nöbetlerde, idiyopatik ya da semptomatik jeneralize nöbetlerde etkili olan bir antiepileptik ilaçtır. Güvenilir bir ilaç profiline ve farmakokinetik özelliklere sahip olması ve karaciğer metabolizmasının az olması nedeniyle ilaç etkileşimlerinin düşük olması, LEV'in yaygın bir şekilde kullanılmasını sağlamıştır. Bununla birlikte psikiyatrik yan etkilere neden olabilmektedir. Literatürde LEV tedavisi sırasında psikotik belirtiler yaşayan olgulardan bahsedilmekte ve LEV kullanımına bağlı olarak psikoz ortaya çıkma oranının %1-1.4 arasında değiştiği bildirilmektedir. Mula ve arkadaşları epilepsi ve öğrenme bozukluğu nedeniyle LEV kullanan 118 hastanın izlemini yapmış ve 15 hastada (%12.7) affektif bozukluk, agresif davranışlar, emosyonel değişkenlik ve ajitasyon ve öfke gibi kişilik değişikliklerinin izlendiği psikiyatrik yan etkiler ortaya çıktığını belirtmişlerdir (14). Hastamızın LEV tedavisi ile nöbetleri kontrol altına alındı ve anksiyete bozukluğu komorbiditesi de bulunmasına rağmen takiplerinde herhangi bir psikiyatrik yan etkiye rastlanmadı.

Sonuç olarak disfajinin nedenlerinden birisinin epilepsi olduğu akılda tutulmalıdır. Disfaji nedeniyle getirilen ve organik bir sebep saptanamayan olgularda, disfajinin özellikle frontal lob kaynaklı epilepsinin prezentasyon bulgusu olabileceği bilinmeli, hastalar bu yönden de gecikme olmadan dikkatlice incelenmelidirler.

"Tüm yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler."

KAYNAKLAR

1. Dodrill P, Gosa MM. Pediatric dysphagia: physiology, assessment, and management. *Ann Nutr Metab* 2015;66(Suppl 5):24-31.
2. Kakodkar K, Schroeder JW Jr. Pediatric dysphagia. *Pediatr Clin North Am* 2013;60:969-77.
3. McDermott S, Mani S, Krishnaswamy S. A population based analysis of specific behavior problems associated with childhood seizures. *J Epilepsy* 1995;8:110-8.
4. Maat A, van Vliet HJ, Henselmans JM, Brands AM. Anxiety disorders and epilepsy: not unknown, but sometimes unexpected. A case study. *Tijdschr Psychiatr* 2006;48:745-8.
5. Swinkels WAM, Kuyk J, Van Dyck, Spinhoven P. Psychiatric comorbidity in epilepsy. *Epilepsy Behav* 2005;7:37-50.
6. Alfstad KA, Torgersen H, Van Ro B, et al. Psychiatric comorbidity in children and youth with epilepsy: An association with executive dysfunction? *Epilepsy Behav* 2016;56:88-94.
7. Ertekin C, Palmer JB. Physiology and electromyography of swallowing and its disorders. *Suppl Clin Neurophysiol* 2000;53:148-54.
8. Garg BP. Dysphagia in children: an overview. *Semin Pediatr Neurol* 2003;10:252-4.

9. Ott D, Siddarth P, Gurbani S, et al. Behavioral disorders in pediatric epilepsy: unmet psychiatric need. *Epilepsia* 2003;44:591-7.
10. Reilly C, Menlove L, Fenton V, Das KB. Psychogenic nonepileptic seizures in children: a review. *Epilepsia* 2013;54:1715-24.
11. Baumgartner C, Koren J, Britto-Arias M, Schmidt S, Pirker S. Epidemiology and pathophysiology of autonomic seizures: a systematic review. *Clin Auton Res* 2019;29:137-50.
12. Panayiotopoulos CP. The epilepsies. Seizures, syndromes and management. Reflex seizures and reflex epilepsies. 1st ed. Oxfordshire: Bladon Medical Publishing, 2005;449-96.
13. Özyurt G, Öztura İ, Alkın T, Özerdem A. Anxiety disorder due to epilepsy: a case report. *Türk Psikiyatri Derg* 2015;26:71-5.
14. Erdoğan S, Aslan S, Yüksel N. Levetirasetam kullanımı ile ilişkili psikotik bozukluk: İki olgu sunumu. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2009;19:420-2.