

# Frontal Lob Epilepsisinde Görülen Psikiyatrik Semptomatoloji: Olgu Sunumu

Dr. Nahit Motavallı Mukaddes<sup>1</sup>, Dr. Sumru Bilge<sup>2</sup>, Dr. Özgür Polvan<sup>3</sup>

## ÖZET:

FRONTAL LOB EPILEPSİSİNDE GÖRÜLEN PSİKİYATRİK SEMPTOMATOLOJİ: OLGU SUNUMU

Frontal lob epilepsisi primer olarak uykuda başlayan garip, stereotipik davranışlar, amaçlı gibi algılanan şiddet eylemleri ile seyreden ve aniden sonlanan bir klinik tablo sergilemektedir. Klinik tablonun söz edilen belirtilerle seyretmesi sıklıkla psödo-nöbet ve uyku bozuklukları ile karışmasına yol açmaktadır. Bu yazıda iki olguda saptanan frontal lob epilepsisi olgusu sunulmaktadır.

**Anahtar cümleler:** frontal lob epilepsisi, psikiyatrik belirtiler

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 1999; 9: 222-226.

## SUMMARY:

PSYCHIATRIC SYMPTOMATOLOGY IN FRONTAL LOBE EPILEPSY: CASE REPORT.

Frontal lobe epilepsy presents itself with a primarily sleep induced onset characterized with bizarre stereotyped behaviors, accompanied by aggressive outburst which are perceived to be purposeful and ends abruptly. The above mentioned clinical features commonly cause diagnostic confusion with pseudo-seizures and parasomnias. In this article, two cases with frontal lobe epilepsy will be presented.

**Key words:** frontal lobe epilepsy, psychiatric symptoms

Bull Clin Psychopharmacol 1999; 9: 222-226.

Hakkındaki ilk çalışmaların 50 yıl öncesi bildirilmesine rağmen, frontal lob epilepsisi, uzun süre epilepsi sınıflandırma sistemlerinde yer alamamıştır. 1975 yılında epilepsi ile ilgili uluslararası çalışmalarda, kompleks parsiyel epilepsinin alt grupları arasında ismi bile geçmezken, 1987 yılında temporal lob epilepsisi ile ilgili ise yine binlerce çalışma sunan A.B.D.'deki epilepsi grubu, frontal lob epilepsisi ile ilgili sadece bir kaç çalışma sunmuştur (1). Frontal epileptik nöbetlerin gerçek sıklığı tam olarak bilinmemekle birlikte, cerrahi girişime ihtiyaç gösteren dirençli vakaların %30'unda saptandığı bildirilmiştir (1).

Tanı koyulmasındaki güçlükler son 15 yıllık literatüre yansımış olup, gerek iktal ve interiktal fenomenolojisi ve çabuk yayılım göstermesine bağlı olarak sergilediği polimorf klinik özellikler, gerek EEG bulgularının yorumlanmasındaki farklılıklar, frontal lob epilepsisi ile ilgili çalışmaların sayısındaki kısıtlılığı açıklamaktadır.

Klinik özellikleri genellikle geceleri ve uyku sırasında ani olarak ortaya çıkan ve ani olarak sonlanan garip motor hareketleri (aksiyal-pelvik torsiyon, bimanuel-bipedal hareketler), garip postür ve vokali-

zasyonları (bağırma ve küfür etme gibi), yarı amaçlı, şiddet eylemlerini içerir (2, 3). Nöbetlerin aurası psikosensoriyel, psikoafektif ve psikokognitif ve vegetatif bulguları içerebilir (4). Oral ve fasyal klonik jerkler, frontal nöbetlerin başlangıcında sıklıkla bulunur. Gözlerde ve başta tonik deviasyon, ayrıca başta ve gövdede aksiyal tonik kasılmalar siktir. Normal davranışın aniden kesilmesini izleyen "arrest reaction" olarak adlandırılan, gözlerin açılarak etrafa şaşkın bir şekilde bakma siktir. Bu tabloya "hareketsiz bakış" (motionless stare) adı da verilmektedir. Jest benzeri, basit, tekrarlayıcı verbal/oro-alimenter otomatizmalar bulunabilir. Ani motor ajitasyon, çevreye yönelik agresif davranışlar, beraberinde ağlama, bağırma, korkma şeklinde yoğun emosyonel tablolar da görülmektedir. İktal cinsel davranışlar sık olmakla birlikte görülebilir. Absans, psödoabsans binlinçte kısa, izole değişikliklerin görülmesi nadir değildir. Stereotipik özellikler taşıyan nöbetler kısa sürer ancak kümeler halinde peşpeşe gelebilir. Frontal epilepsi nöbetlerinde, status gelişme riskinin yüksek olduğu ve uzamış konfüzyon epizodlarının olabileceği bildirilmektedir (6).

Klinik tablodaki birçok özellik nedeniyle frontal

<sup>1</sup> Çocuk Psikiyatrisi Doçenti, <sup>2</sup> Çocuk Psikiyatrisi Uzmanı, <sup>3</sup> Çocuk Psikiyatrisi Profesörü ve Anabilim Dalı Başkanı, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, ÇAPA- İstanbul.

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Doç.Dr. Nahit Motavallı Mukaddes İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, ÇAPA-İstanbul.

nöbetler, psikiyatrik bozukluklarla sıklıkla karıştırılmaktadırlar. Çocuklarda, uykuda görülen, ağlama ve korku gibi yoğun emosyonların eşlik ettiği otonom hiperaktivite nedeniyle gece terörüyle, nöbet sırasında planlı olarak algılanabilen şiddet eylemleri ve nöbet aralarında da agresif davranışların sürmesi nedeniyle davranım bozukluğuyla, ani kesilmesi ve garip motor hareketleri nedeniyle konversif nöbetlerle ve interiktal dönemlerde sürebilen bizar davranışlar ve uzamış konfüzyon durumları nedeniyle de psikotik bozukluklar ile karıştırılabilmektedir (5, 6).

Bu sunumda hiperaktivite ve uyku bozukluğu ile kliniğimize başvuran 2, 5 yaşında bir erkek çocukta, ayrıca davranım bozukluğu ve bizar davranış ön tanısı ile kliniğimize başvuran 12 yaşındaki 2 olgu anlatılarak bu olgularda saptanan frontal lob epilepsisinin fenomenolojisi ve psikiyatrik bozukluklarla ayrıncı tanısı tartışılacaktır.

### OLGU1:

İkibuçuk yaşında erkek çocuk, 33 yaşında ilkökul mezunu mobilyacı baba ile 32 yaşında da hemşire annenin ikinci çocuğu. Annesi ile birlikte kliniğimize gelen çocuk kliniğinden hiperaktivite-uyku bozukluğu ön tanısı ile gönderilmiştir.

Annedin edinilen bilgiye göre kliniğimize başvuru tarihinden 15 gün evvel sabaha doğru ağlayarak uyandığı, yanına yaklaşip sakinleştirmek istenildiği takdirde çevredekilere saldırdığı, onları tırmaladığı, daha sonra mutfağa gidip bıçak alarak yatağa dönüp tekrar uyuduğu, sabah uyandığında bunları hatırlamadığı, bu fenomenlerin hep ani başlayış ani bitişi olduğu, sabahları uyandığında olup bitenleri hatırlayamadığı şeklindedir.

Bu problemin ortaya çıkmasından önce olgunun 5 gün süre ile ateşli bir hastalık geçirdiği ve üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı konularak antibiyotik tedavisine başlandığı ancak kısa süre sonra hastada aşırı ajitasyon ve saldırganlığın başlaması ile enfesalit, metabolik ensefalit ilaç entoksikasyonu ön tanısı ile hospitalize edildiği, anlaşılmıştır. Hastanede yapılan incelemelerden EEG, kranial tomografi ve metabolik incelemelerde bir patoloji saptanmadığı, ancak akciğer grafisinde sağ para-kardiak infiltrasyon saptanarak, bronkopnömoni tanısı ile devam edilmek üzere hastaneden taburcu edildiği öğrenilmiştir.

Ateşinin yüksek olduğu dönemde başlayan ajitasyon ve konfüzyonun ateş düştükten sonra gerilediği ancak sabaha karşı uykudan uyanıp tekrarlayıcı

garip, şiddet içerikli davranışların başlaması üzerine, bu sebeple kliniğimize gönderildiği ifade edilmiştir.

Olgu, psikiyatrik görüşmede hırçın, kısıtlı kooperasyon kuran, negativist, odadaki eşyaya yıkıcı davranan bir tablo sergilemekte idi. Annenin ifadesine göre planlanmamış bir hamilelik sonucu normal doğum ile dünyaya geldiği, 3 ay anne sütü aldığı, tuvalet eğitimini 1,5 yaşında (gece ve gündüz) edindiği, psikomotor gelişimin normal olduğu ilk 3 ay annenin bakım verdiği, o dönemden sonra 1,5 yaşına kadar babaannenin bakım sunduğu, doğduğu günden beri aile ortamında babanın sık sık anneye yönelik fiziksel şiddet kullandığı, 6 ay önce anne-babanın ayrıldığı ve şu anda olgunun annesi, teyzesi ve ağabeyi ile yaşadığı, babanın yurt dışına gitmesi sebebi ile görüşemediği öğrenilmiştir.

Özgeçmişinde anlamlı bir özellik saptanmamış, soy geçmişinde ise babada alkol kötüye kullanımı ve öfke kontrolünde güçlük, ayrıca babanın ailesinde fiziksel şiddet kullanımının yaygın olduğu öğrenilmiştir. Anne başvuru sırasında depresyon ön tanısı ile tedaviye alınmıştır.

Yapılan incelemelerde rutin EEG iki kez normal bulunmuştur. Yapılan tüm gece uyku EEG sinde sol frontal bölgede orta ve yüksek amplitüdümlü faz karşılaşması yapan keskin ve zaman zaman diken aktiviteleri saptanarak, tarif edilen bu aktivitelerin zaman zaman komşu hemisfer bölgeye yansıdığı görüldüğü belirtilmiştir. EEG bulguları ışığında frontal lob epilepsisi ön tanısı desteklenmiş ve böylece karbamazepin 400mg/gün tedaviye başlanmıştır.

Tedavinin üçüncü gününden itibaren nöbetler ortadan kalkmış, ancak gündüz saatlerinde olan hırçınlık ve şiddet eğilimi sürmüştür. Çocuğun şiddet eğilimi ve hırçınlığını azaltmaya yönelik anne terapötik eğitsel bir programa alınmış bu yaklaşım ile gündüz saatlerinde ortaya çıkan hırçınlıklar da azalmıştır.

### OLGU2:

12 yaşında erkek çocuk, 42 yaşındaki lise mezunu esnaf olan baba ile 36 yaşındaki okur-yazar olmayan annenin üçüncü çocuğu. Ailenin 16 yaşındaki büyük oğlu sağlıklı, ikinci oğlu 5 aylıkken ailenin bilmediği bir nedenden vefat etmiş.

Çocuk Psikiyatrisi acil polikliniğimize annesi ve babası ile gelen hastada 3-4 gündür aşırı korku hali ile başlayan, gözlerini bir noktaya dikip bakma sonrasında etrafa saldırma, bağırma, ayaklarıyla pedal

çevirme hareketi yapma ve elleriyle üstünü başını çekiştirme nöbetlerinin olduğu belirtilmiştir. Bu atakların iki dakika kadar sürdüğü ve özellikle geceleri peşpeşe olduğu ifade edilmektedir.

Aileden alınan bilgilere göre: 3 ay önce durgunluk, derslere ilgisizlik dalgınlık gibi fazla dikkati çekmeyen belirtileri olan hastada son bir aydır durgunluğun artması, unutkanlıkların başlaması, içe kapanmanın belirginleşmesi üzerine aile bir üniversite hastanesine başvurmuş, bu dönemde arkadaşlarını, öğretmenlerini tanımadığı, aile bireylerinin isimlerini hatırlamadığı (sorulan sorulara "bilmem" şeklinde cevap verdiği) ve şaşkın ve hareketsiz bir şekilde etrafa baktığı dönemler olmaya başlamıştır. Olgu bu atakların dışındaki dönemde fiziksel ihtiyaçlarını normal olarak karşılayabiliyor.

İlk başvurdukları klinikte, ensefalit gibi organik tablolar düşünülerek yapılan tetkiklerde kan biyokimyası, hemogramı, kan laktat, piruvat, amonyak ve seruloplazmin düzeyleri normal sınırlarda bulunmuştur. İnce tabaka kromatografisi ile yapılan kalitatif aminoasit tayininde bir özellik saptanmamıştır. Lomber ponksiyonda BOS' ta lenfosit 3/mm<sup>3</sup>, polimorf (-), eritrosit 50/mm<sup>3</sup>, şeker 47 mg/dl (kan şekeri 85 mg/dl), pandy (-) olarak belirlenmiştir. Hem kan, hem de BOS kızamık IgM ve IgG'leri (-) olarak saptanmış. Nörolojik muayenesi ve göz dibi muayenesi olağan; uyanıklık EEG'si ve MRI incelemeleri de normal sınırlarda bulunmuştur. Hastaya spontan gece uykusu sırasında yapılan poligrafik uyku EEG' sinde uykunun başlaması ile birlikte sağ frontal bölgede zaman zaman faz karşılaşması yapan keskin ve yavaş dalga aktivitesi ve bu patolojik aktiviteden bağımsız daha seyrek olarak tekrarlayan, sol temporal bölgede faz karşılaşması yapan keskin dalga aktivitesi izlenmiştir. Tarif edilen patolojik aktiviteler REM dışındaki tüm uyku fazlarında görülmüştür. Uyku öncesi sakin uyanıklık döneminde hemisferlerde 6-7 Hertz frekansında yaygın yavaş dalga aktivitesi izlenmiştir. Uykunun tonik ve fazik elemanlarının gerek sayısal gerekse şekilsel özelliklerinde herhangi bir patoloji saptanmamıştır. Bu dönemde olguya 600 mg/gün valproat başlanmış ve tedavinin sürdüğü 20 günlük dönemin sonrasında, olgunun tedaviye cevap vermemesi ve ek olarak, ailenin öfke krizi olarak adlandırdığı özellikle geceleri aniden başlayan küfür etme, sonrasında ellerini yumruk gibi sıkma, ve yere yüzükoyun yatarak yere vurma, bacaklarıyla pedal çevirme hareketi yapma, başını çevirerek tek bir noktaya bakma ve etrafına saldırma gibi semptomların

eklenmesi üzerine kliniğimizde değerlendirilmek üzere gönderilmiştir. Dönem dönem sevişmeye benzeyen hareketlerin ve masturbasyon hareketlerinin de tabloya eklendiği ve nöbetler sona erdiğinde olgunun şaşkın bir şekilde etrafına baktığı belirtilmiştir. Bu nöbetlerin dışında olgunun daha agresif davrandığı, kendi kendine konuştuğu ve tükürdüğü aile tarafından ifade edilmiştir.

Kliniğimizde yapılan psikiyatrik görüşmelerde klinik seyirdeki dalgalanmalar fark edilmiş ve ailenin ifadesi ile uyumlu olarak olguda bazı günler durgunluk ve az konuşmanın ön planda olduğu, bazı günler ise iritabilite ve agresif, negativist davranışların hakim olduğu gözlenmiştir. Yapılan ilk görüşmede yerinde oturmakta güçlük çeken, kooperasyona güçlük çeken, negativist, sorulara genellikle "bilmem" şeklinde ya da anlamsız, tek kelimelik cevaplar veren olguda, yer, zaman oryantasyonu bozuk, kişi oryantasyonu tamdı. Affekti iritabl olup, anlık ve kısa süreli belleği bozuktur. Olgunun negativist tutumu, iritabilitesi ve kolayca başlayan agresif davranışları nedeniyle düşünce içeriği, algı bozukluğu ve soyut düşünce değerlendirilemedi.

Olgunun gelişim öyküsünde, sağlıklı bir hamilelik sonrasında zamanında doğum ile dünyaya gelmiş olduğu, 24 ay anne sütü aldığı, 12 aylık yürümeye ve tek kelimelerle konuşmaya başladığı, tuvalet eğitimini 18 aylıkken tamamladığı, 10 yaşına kadar enüresiz nokturnasının olduğu ve suçüçeği dışında bir hastalık geçirmediği öğrenilmiştir. Soy geçmişinde de önemli bir özelliğe rastlanmamıştır. Belirtilerinin başladığı döneme kadar aile ve arkadaş çevresinde uyumlu, ders başarısı normal sınırlarda olan, sakin bir çocuk olarak tanımlandığı, premorbid kişilik özellikleri bulunmaktadır.

Kliniğimizde yapılan organizite testlerinde, Benton testinde 8 hata puanı, Bender-Gestalt testinde ise 4 hata puanı almıştır.

Hastanın klinik özellikleri göz önüne alındığında Frontal lob epilepsisi düşünülerek ve valproat tedavisinden yarar görmediği düşünülerek karbamazepin 600 mg/gün tedavisine başlanmıştır. Tedavi başladığı bir haftalık dönemden itibaren tarif edilen nöbetlerin sayısında azalmalar olduğu, olgunun çevresiyle daha koopere hale geldiği, unutkanlıklarının azaldığı, sokağa çıkıp kısa süreli de olsa arkadaşlarıyla oynamaya, ailesinin söylediklerini yapmaya başladığı, ve agresif davranışlarında azalma olduğu saptanmıştır.

**TARTIŞMA:**

Sunduğumuz olgular gerek psikiyatrik gerekse nörolojik tablolarla kanşma riski olan olgulardır. Birinci olgu bugüne dek rapor edilmiş en küçük yaş frontal lob epilepsi olgusudur. Konu ile ilgili literatür gözden geçirildiğinde frontal lob epilepsisinin başlangıç yaşı ortalama 7.5 - 12 ve en küçük yaşta-ki olgu 4 yaşındadır (5).

Birinci olguda tanı koyma sürecinde parasomnia ile ayırıcı tanıda zorluklar yaşanmıştır. Otonom overaktivitelerin varlığı ağlama, amaçlı gibi algılanan davranışlara rastlanmakta, ancak bu olguda bu patternin stereotipik niteliği ve şiddet içerikli olması ayrıca uykunun ilk 1/3 bölümünde görülmemesi tanının frontal lob epilepsi lehine düşünülmesini sağlamıştır.

Montagna (1992) uyku ile ilgili epileptik fenomenleri bir spektrumda ele alarak:

- Nokturnal paroksizmal distoni (yanı amaçlı aktivite, ajitasyon, distonik postür ile NREM de görülme),
- Epizodik nokturnal uyumsuzluk (uyku sırasında bilinçsiz konuşma, bağırma ve şiddet eğilimi)
- Paroksizmal uyanmalar (kısa süreli nokturnal paroksizmal distoni)'den söz etmiştir, yaptığı çalışmada bu tabloların EEG, klinik açıdan frontal lob epilepsisinden farklı olmadığı yönündedir. Bu olgunun ayırıcı tanısında psikojen nöbetler de gözden geçirildi, ancak olgunun yaşının küçük olması, nöbet süresinin kısalığı, sürekli nokturnal başlangıç ve stereotipik patern frontal lob lehine olduğu düşünülmüştür.

Saygı ve ark. (1992) 11 frontal lob epilepsili olgu ile 12 psikojenik nöbet geçiren olguyu karşılaştıran çalışmalarında en önemli ayırt edici özellik olarak iktal vokalizasyon ve stereotiplerden söz etmiştir (5).

Birinci olgunun gündüz saatlerinde gösterdiği hırçınlık ve öfkenin interiktal dönem belirtisi mi, yoksa ailede yaygın olarak görülen şiddetle baş etmek için hastanın agresörle identifikasyonuna mı bağlı olduğunu ayırt etmek pek kolay değildir.

Antiepileptik ilacın gündüz saatlerinde hırçınlığı, öfkeyi azaltmaması, aile ortamında, anne çocuk ilişkisinde değişiklikler, çocuğun öfke deşarjına yönelik ona sunulan uygun fırsatların artması ile bu belirtilerin azalması, gündüz söz konusu olan belirtilerin ağırlıklı olarak psişik kaynaklı olabileceğini düşündürmektedir.

İkinci olgu ele alındığında; başlangıç devresinde-

ki 3 aylık dönemde görülen dalgınlık, derslere ilgisizlik, durgunluk, unutkanlık belirtilerini, bir tarafta ensefalopati gibi organik bir bozukluk, diğer tarafta da psikotik bozukluğun prodrom dönemi olarak düşünmek mümkündür. Ancak yapılan organik incelemelerin ensefalopatiji ekarte ettiği sunumda belirtilmiştir. İlerleyen süreç içinde, bu belirtilere epizodik olarak ilave olan öfke krizleri, küfür etme, ellerini yumruk gibi sıkma, ayakları ile pedal çevirme, sevişme ve masturbasyon hareketleri, buna ek olarak uyku EEG'sinde tesbit edilen bulgular, psikotik süreçten ziyade frontal lob epilepsisini düşündürmektedir. Başlangıç döneminde görülen apati, donukluk, durgunluk, dalgınlık gibi belirtiler, uzamış konfüzyon hali olarak değerlendirilmektedir. Williamson, parsiyel kompleks statusun en sık frontal lob kaynaklı olduğunu belirtirken, Broglun ve arkadaşları da frontal lob nöbetlerinde status riskinin daha yüksek olduğundan ve uzamış konfüzyon dönemlerinden söz etmektedirler (7). Nöbet sırasında görülen otomatizmaların temporal lob epilepsisindekilerden ayırt edilmesi gereklidir. Uzun süre bu özelliklerin sadece temporal lob epilepsisinde görüldüğü sanılmaktaydı, ancak Panfield ve Jasper, temporal ve frontal nöbetlerde görülen otomatizmaların kanşabilirliğinden ve ayırt etmede, frontal nöbetlerin yanı istemli aktiviteleri ve daha kompleks stereotipleri gösterme eğiliminin fazlalığını belirterek, ayırıcı tanıya gitmede yardımcı olacağını bildirmişlerdir (7). Ayrıca şiddet eylemleri, ajitasyon, agresivite, pedal çevirme, oto-agresif ve heteroagresif eylemler gibi jestlere dayalı motor otomatizmalar frontal lob epilepsisini daha çok düşündürmekte olup, cinsel davranışları ise hem temporal hem de frontal lob nöbetlerini düşündürmektedir. Bu güne kadar frontal lob epilepsisi tanısı alan 4 olguda masturbasyon, pelvik hareketler ve müstehcen sözler gibi cinsel davranışlardan söz edilmiştir. Olguda görülen nöbetlerin de sıklıkla gece ortaya çıkması frontal lob epilepsisi lehinedir.

Sonuç olarak her iki olgunun gösterdiği klinik özellikler ve uyku EEG'si bulguları frontal lob epilepsisi tanısını kesinleştirmektedir. Her iki olgunun gösterdiği renkli psikiyatrik semptomatoloji, çocuk psikiyatrisi olgularının incelenmesinde çoğul etyolojik kaynakların göz ardı edilmemesi gerektiği ve bu bağlamda multidisipliner bir ekip tarafından ele alınması gerektiğini düşündürmektedir.

## Kaynaklar:

1. Williamson P.D: Frontal lob seizures Problems of diagnosis and classification Adv. Neurol 1992; 57 : 289-309
2. Montagna-P: Nocturnal paroxysmal distonia and nocturnal wandering Neurology 1992 jul 42 (7) suppl 61-7
3. Meierkord-H, Fish-DR; Smith-SJ; SCOTT CA; Shorvon SD; Marsden-CD: İs nocturnal paroxysmal distonia afam of frontal lob epilepsy? Mov-Disord 1992 7 (1) 36-42
4. Goodman-R.: Brain Disorders child and Adolescent Psychiatry, Third edition ced: Rutter M., Taylor E., Hersov L. Blackwell science Ltd. 1994, 172-191
5. Saygi S., Katz A., Marks D.A., Spencer S.S.: Frontal lob partial seizures and psychogenic seizures: Neurology 1992, 42: 1274-1277
6. Skuse D.: Feeding Sleeping Disorders Child and Adolescent Psychiatry III edition (ed: Rutter M., Taylor E., Hersov L.) Blackwell scientific Ltd. 1994, 467-490
7. Holzer JC and Bear MB.: Psychiatric consideration in patients with epilepsy; differences between temporal and frontal lobe epilepsies. The Comprehensive Textbook, Evaluation and treatment of Epilepsy. Schachter SC and Scheuer DL (ed) Academic press UK. 1997, 133-135