Değerli Meslektaşım,

.Epilepsi ve migren çalışmamız tüm Türkiye’de çok merkezli bir çalışma olarak planlanmıştır.

.Çalışmaya katılmak için ekte gönderdiğimiz anket ve formları (Baş ağrısı sorgu anketi ve Epilepsi bilgi formu, erişkin ve çocuk için depresyon ölçeği, onam formu ) ayrıntılı şekilde doldurmanız gerekmektedir.

.Çalışmaya gönderdiğiniz vakalar bilimsel komite tarafından değerlendirilerek, varsa eksik kalan veya farklı düşünülen noktaların uniformite açısından düzenlenmesi rica edilecektir.

.Ekte EEG örneği olmayan, kesin tanı konamamış olgular çalışmaya dahil edilemeyebilir.

.Aşağıda çalışmaya alınacak hastalar için hazırladığımız epilepsi tanı kriterlerini de bulacaksınız.

Bu tanı kriterleri hazırlanırken, aynı zamanda çalışmaya hasta alırken sizlerin başvurmanız gereken bir rehber olması amacı da dikkate alınmıştır.

Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Epilepsi ve Migren Çalışma Grubu

**1.ÇOCUKLUK ÇAĞI ABSANS EPİLEPSİSİ**

**Dışlama kriterleri:**

1. 4 yaşından erken ya da 10 yaşından geç başlaması beklenmez
2. Absanslara belirgin miyoklonik jerklerin eşlik etmesi beklenmez
   1. (Hafif bir göz kapağı miyoklonisi başlangıçta eşlik edebilir, ancak trunkal miyokloni, ektremite miyoklonisi, perioral miyokloni ve belirgin göz kapağı miyoklonisi beklenmez)
3. Nöbet esnasında bilincin tam korunması beklenmez
4. Nöbetleri ışık ya da diğer sensoriyel uyaranlar tetikleyebilmekle beraber tutarlılığı fazla beklenen bir özellik değildir.
5. EEG de saptanan iktal 3-4 Hz diken dalga deşarjları genelde 4 sn’den uzun sürer.

**Dahil etme kriterleri:**

1. 4-10 yaş arasında, gün içinde çok sıklıkta absans nöbetlerinin görülmesi (EEG kanıtı ile)
2. Normal sınırlarda nörolojik durum ve gelişim özellikleri gösteren klinik tablo
3. Nöbetler genelde 4-20 sn arasında sürer ve farkındalığın kaybedildiği absans tipi nöbetlere, otomatizmalar, ve diğer minör motor bulgular eşlik edebilir
4. İktal EEG de 3 Hz ve üstü tipik yüksek amplitüdlü senkron jeneralize diken (ve nadiren multipl diken)-yavaş dalga deşarjları izlenir, hiperventilasyonla uyarılması tipiktir.

**2. JUVENİL ABSANS EPİLEPSİ**

Dışlama kriterleri:

1. Perioral miyoklonus ya da belirgin göz kapağı miyoklonusu ile gelen ya da ekstremitelerde veya trunkal atmalar ile giden absans nöbetlerinin olması

EEG’ye göre;

1. Düzensiz belirgin aritmik, jeneralize diken ve çoklu diken-yavaş dalga aktivitelerinin görülmesi
2. Deşarjların her birinin birbirinden farklı elektriksel özellikte olması
3. Dört sn.’den daha kısa süreli anlık deşarjların sık görülmesi

Dahil etme kriterleri:

1. Farkındalığın değiştiği ve kaybolduğu absans nöbetlerinin olması, jeneralize tonik klonik nöbetlerin çok sık eşlikçi olurken, daha geri planda olarak da miyoklonik nöbetlerin beraberinde görülebilmesi (juvenil miyoklonik epilepsiden farklı olarak vakalarda %100 miyokloni görülmesi beklenmez ve JME deki gibi nöbetler sirkadiyen dağılım göstermez dominanat nöbet tipi değildir)
2. Çocukluk çağı absans epilepsiden daha seyrek absans nöbeti izlenir ama genelde günlük sıklıktadır
3. Yaş olarak 8-20 yaşlar ama en sık 9-13 yaşlar arasında görülür
4. İktal ve interiktal EEG de 3-4 Hz, diken, çoklu diken ve yavaş dalga deşarj kompleksleri vardır; farkındalığın değiştiği, bazen otomatizmaların da eklendiği absans nöbetleri eşlik eder, tedavi ile EEG normal görünebilir (ama öncesinde EEG bulgusu kesin tanı için gereklidir) .
5. EEG de fotik uyarı ile jeneralize epileptiform deşarjlar ve absans nöbetleri görülebilir.
6. Özet olarak nöbetler çocukluk çağı absans epilepsisine benzemekle birlikte, daha ileri yaşta başlama eğilimi gösterir ve daha seyrek ve uzun süreli nöbet görülür.

**3. JUVENİL MİYOKLONİK EPİLEPSİ**

1. 8 ila 25 yaşları arasında başlar.

**Dahil etme kriterleri**

1. Sıklıkla sabah uyandıktan sonraki 30-60 dakika içinde ortaya çıkan miyoklonik nöbetlerle karakterizedir. Miyoklonik status sık görülür (Myoklonik status varsa diğer nöbet kısmında belirtiniz 30 dk üstü)
2. Jeneralize tonik-klonik nöbetler sıktır, öncesinde miyoklonik atmalar olur.
3. Absans nöbetleri, vakaların üçte birinde görülür, sıklıkla 3 saniyeden kısadır, ÇÇAE ve JAE’ye göre bilinç daha az etkilenir.

**Dışlama kriterleri**

1. Diğer tüm epilepsi nöbet tiplerinin olması tanıyı dışlar. (fokal aura hariç JME de görsel başta olduğu bilinmektedir. Varsa diğer nöbet kısmına belirtiniz.

**EEG**

1.Zemin aktivitesi normaldir. Tüm IGE sedromları için (ÇÇAE de oksipital ritmik intermitan delta hariç)

2.İnteriktal: 3-6 Hz frekansında jeneralize diken dalga ve multidiken dalga aktivitesi görülür.

a. Fokal ya da multi fokal fragmante diken dalga aktivitesi üçte bir hastada görülür ancak tek bir bölgede süreklilik göstermesi beklenmez.

b. 2,5 Hz’den düşük frekansta yavaş diken dalga aktivitesi görülmez.

d.Işığa duyarlılık 1/3 veya daha yüksek oranda hastada görülür.

e.Hipervantilasyon sırasında jeneralize diken dalga aktivitesi gelişebilir.

f. Uyku deprivasyonu ile EEG anomalileri artabilir.

3.İktal EEG: Miyoklonilere eşlik eden hızlı jeneralize diken dalga aktivitesi izlenir.

Kraniyal MRI normaldir.

Ayırıcı tanı

1. Juvenil absans epilepsi: Ön planda miyoklonik nöbetlerin olması JAE tanısını dışlar
2. Göz kapağı miyoklonisi : Göz kapaklarında, ritmik, >4 hz frekansında miyokloniler, gözlerde yukarı deviyasyon başın ekstansiyonu ile karakterize nöbetler görülür. (*JME de olabilir belirtiniz)*
3. Miyoklonik absanslı epilepsi : Üst ekstremitelerde 3 Hz miyoklonik jerkler ve senkron tonik abduksiyon görülür.
4. Bilinen epileptiform doğada yapısal beyin anormalliği: Miyoklonik ya da jeneralize tonik klonik nöbetlere eşlik eden fokal özellikler olması. (kuşku halinde MRG örneği değerlendirmeye alınabilir)
5. Progresif miyoklonik epilepsi: Kognitif etkilenme ve EEG’de zemin aktivitesinde yavaşlama görülür.

**4. SENTRO-TEMPORAL DİKENLİ SELİM ÇOCUKLUK ÇAĞI EPİLEPSİSİ (Selim ‘Benign’ Rolandik Epilepsi/ BRE)**

**Dışlama Kriterleri**

1. 18 aylıktan önce başlayan nöbetler
2. Nöropsikolojik gelişimin normal olmaması
3. Kranyal görüntülemede epileptik kökeni düşündüren bir lezyonun olması

**Dahil Etme Kriterleri**

1. 2-13 yaş arası başlayan nöbetler (En sık 9 yaş)
2. Normal nöropsikolojik değerlendirme
3. Yanak içleri, diş etleri ve dudakları içeren duysal bulgularla başlayıp şuur etkilenmesi olmadan aynı bölgelere lokalize motor bulgular ile devam eden nöbetler. (Motor bulgular farenks ve larenks kaslarına da yayılarak dizartri, konuşmanın kesilmesi ve salya akması şeklinde ortaya çıkabilir.)
4. %80 oranda uykuda ortaya çıkan nöbetler
5. Tüm nöbet birkaç dakika sürer, bazen fokal başlayıp bilateral tonik-klonik hale dönüşme görülebilir.

**EEG**

1. Normal temel biyoelektrik aktivite
2. İnteriktal EEG tetkikinde unilateral veya bilateral sentro-temporal bölgelerde diken aktivitesi

(Bu aktivite kısa aralıklar ile tekrarlar, izole ya da diziler halinde gelebilir. Bazen yüksek amplitüdlü bifazik keskin-yavaş dalgalar şeklinde ortaya çıkar. )

1. İnteriktal dönemde tanımlanan bu deşarjların uykuya dalış sırasında ve uyku sırasında morfolojik özelliklerini koruyarak artış göstermesi
2. (Hastaların % 30’unda EEG bulguları sadece uyku sırasında kaydedilebilir.)

**5. OKSİPİTAL PAROKSİZMLİ ÇOCUKLUK ÇAĞI EPİLEPSİLERİ (OPÇE)**

**Dışlama Kriterleri**

1. 15 aylıktan önce başlayan nöbetler
2. Nöropsikolojik gelişimin normal olmaması

**Dahil Etme Kriterleri**

Klinik özelliklerine göre OPÇE; iki ayrı tip olarak sınıflandırılır:

**Erken başlangıçlı tip ( Panayiotopoulos Tipi ) :**

1. Nöbet başlangıç yaşı: 1-10 yaş arası (3-7 yaş en sık)
2. Özellikle gece uykuda gelen nöbetler
3. Seyrek nöbet (%30 tek nöbet)
4. Nöbet özelliği: tonik göz (%80) ve baş deviasyonu (% 35), kusma. Göz deviasyonu ile birlikte uzun süreli bilinç etkilenmesi.
5. Otonom bulgular tipiktir ve süre uzundur
6. Fokal epileptik status sık (% 44) ; bu hastaların yaklaşık %20’sinde sekonder jeneralizasyon görülmesi
7. Nöbetlerin en geç 12 yaşında sona ermesi.

**Geç başlangıçlı tip ( Gastaut Tipi ):**

1. Nöbet başlangıç yaşı: 8-10 yaş arası
2. Diürnal nöbetler.
3. Nöbet özelliği: görsel semptomlar ve bunu izleyen farkındalığın etkilendiği motor (klonik, hemiklonik) fokal nöbetler.
4. Görsel semptomlu nöbetler:
   1. Negatif fenomenli olanlar: Amoroz, hemianopsi
   2. Pozitif fenomenli olanlar:
      1. Elemanter görsel figür görme (ışık çakması)
      2. Kompleks görsel figür görme (renkli top, kelebek görme)
      3. Görsel illüzyon (makropsi, mikropsi)
5. Post- iktal başağrısının sık görülmesi.
6. Prognozun erken başlangıçlı tip kadar iyi olmaması.

**EEG**

1. İnteriktal EEG’de normal temel biyoelektrik aktivite zemininde, oksipital ve posterotemporo-oksipital bölgelerde yüksek amplitüdlü düzenli diken-dalga paroksizmleri. (Hemisferlerin arka bölgelerinde izlenen tipik EEG bulgusuyla birlikte sentro-temporal dikenler (%40) ve jeneralize diken dalga paroksizmleri de kaydedilebilir).
2. Fixation-off sensitivitesi hastaların 20-90’nında görülebilir.
3. Hiperventilasyon ve aralıklı ışık uyaranının etkisiz olması tipiktir
4. Hastaların yaklaşık %20’sinde uykuda paroksizmlerde artma
5. İktal EEG’de uni/bilateral oksipital bölgelerden kaynaklanan deşarjlar

**6.JENERALİZE TONİK KLONİK NÖBETLERLE GİDEN EPİLEPSİ**

1. Uyku deprivasyonu, alkol ve yorgunlukla provoke olan jeneralize tonik klonik nöbetlerle karakterizedir.
2. En sık 11-23 (5-40) yaşlarında görülür.

**Dahil etme kriteri**

Jeneralize tonik klonik nöbetler sıklıkla uyanmadan sonra 1-2 saat içinde ya da uykuda olur

**Dışlama kriteri**

Diğer tüm nöbetlerinin olması tanıyı dışlar

**EEG**

Zemin aktivitesi normaldir.

**İnteriktal**

Jeneralize diken dalga veya multidiken dalga aktivitesi görülür. Hastaların %50’sinde sadece uykuda bu anomali olur.

#### Aktivasyon

Fotik stimulasyonda ışığa duyarlılık olabilir.

Uyku kaydında anomaliler artabilir.

#### İktal

Jeneralize hızlı ritmik diken ve yavaş dalga aktivitesi ve postiktal yaygın yavaş dalga aktivitesi görülür.

**7.SINIFLANDIRILAMAYAN JENERALİZE EPİLEPSİLER**