

İlaç tedavisine dirençli epilepsi hastalarında cerrahi önemli bir seçenek olabilir

Beyin cerrahisi için yeni bir uygulama alanı: Epilepsi cerrahisi

Türkiye’de sayıları 750 bini bulan epilepsi hastalarının yaklaşık %30’u ilaç tedavisinden fayda görmüyor. Bu güne kadar etkili şekilde tedavi edilemeyen bu hastalar için artık yeni bir tedavi seçeneği var. Beyin ve Sinir Cerrahisi Uzmanı Prof. Dr. Ersin Erdoğan ve arkadaşları tarafından Türkiye’de on yıldan uzun bir süredir uygulanan epileptik beyin cerrahisi bu hastalar için oldukça başarılı sonuçlar veriyor. Bilimkurgu filmlerindeki operasyonları andıran bir sahnede gerçekleştirilen uygulamalarda multidisiplinel bir ekip tüm gelişmiş yöntemleri bir arada kullanarak hastalara müdahale ediyor. Cerrahi için oldukça yeni sayılan bu uygulama dünyada da ancak sınırlı sayıdaki merkezde yapılırken Prof. Dr. Erdoğan ve arkadaşları çok sayıda önemli başarıya imza atmış durumdadır. Prof. Dr. Erdoğan ile epilepsi tedavisinde beyin cerrahisinin geleceğini konuşurken insan beynin labirentlerinde küçük bir yolculuğa çıktık.

Epilepsi tedavisinde cerrahinin nasıl bir işleve sahip olduğu konusunda genel bir değerlendirme yapabilir misiniz?
Prof. Dr. Erdoğan: Epilepsi halk arasında sara diye bilinen, nöbetlerle kendini gösteren kronik bir hastalıktır. Nöbet ise beyindeki hücrelerin anormal elektriksel aktivitesi sonucu olan bir klinik tablodur. Epilepsiyi nöbet tablosuna göre ikiye ayırabiliriz:



Genel nöbetler ve fokal ya da odaksal nöbetler. Genel nöbetler, her iki ekstremitenin, kol ve bacakların kasılması, ağzından salya gelmesi, idrarını kaçırması ile kendini gösteren bir tablodur. Fokal nöbetleri ikiye ayırabiliriz: Kompleks parsiyal nöbetler ve basit parsiyal nöbetler. Basit parsiyal nöbetlerde sadece küçük bir hareket olabilir ve sonra durur. Hasta o anla ilgili her şeyi hatırlar. Kompleks parsiyal nöbetlerde ise sağa sola laf söyleme, ağzını şapırdatma ya da elde istemsiz hareketler gibi daha çok psikiyatrik bir rahatsızlık gibi görünen belirtiler oluşur. Ama burada hasta kendini fark etmez. Özellikle epilepsinin cerrahi tedavisinde bizim için önemli olan fokal nöbetlerdir. Çünkü fokal nöbetler bir odaktan kaynaklandığı için müdahale etmek ve çıkarmak daha faydalıdır. Bazı fokal nöbetlerin bütün beyni etkileyerek sara tarzı nöbetlere dönüşme ihtimali de var. Eğer fokal nöbet ilaca dirençli ise o zaman cerrahi müdahale düşünülmelidir. Burada ilaca direnç durumunu şöyle tarif

edebiliriz; Primer kullanılan anti epileptik ilaçların hasta üzerinde 2 yıl süreyle, yüksek dozda ve değişik kombinasyonlarda kullanılmasına rağmen nöbetin devam etmesi ve sonuç elde edilememesi durumudur.

Ülkemizde epilepsi cerrahisi için 250 bin aday hasta var
Türkiye’de yaklaşık 750 bin civarında epilepsi hastası olduğu tahmin ediliyor. Ve her yıl bu rakama yaklaşık 30 bin yeni epilepsi hastası ekleniyor. Bu hastalığa ilk müdahale nöroloji uzmanları tarafından ilaç tedavisi ile yapılıyor. İlaçlarla genellikle hastaların %70’i tedavi oluyor. Fakat % 30’luk bir hasta grubu bahsettiğimiz gibi ilaca dirençlidir. Bu grubun tedavisinde ise epilepsi cerrahisi uygulamak için biz devreye giriyoruz. Epilepsi cerrahisi kesinlikle multidisiplinel bir grup çalışması gerektirir. Biz yaklaşık 10 yıldır oluşturduğumuz kapsamlı bir grupla çalışma yapıyoruz. Grubumuzda iki pediatrik nörolog, bir yetişkin nörolog, bir radyolog ve bir de psikologumuz var. Yeni gelen hastalara yönelik olarak kapsamlı şekilde olguları tartışıyoruz ve bu sadece belli bir kısmına cerrahi uygulama yapabiliyoruz.

Hasta seçimini hangi kriterlere göre yapıyorsunuz?

Prof. Dr. Erdoğan: Bize farklı şekillerde yönlendirilen bu hastaların hepsine non-invaziv testler dedikimiz, MR, EEG ve diğer nükleer tıp testlerini yapıyoruz. Bunların hepsi ağrısız tanı yöntemleridir. Ardından eğer hastaya epilepsi tanısını koymuşsak, hastada EEG monitörizasyonu yapılıyor. Bu uygulama epilepsi cerrahisinin olmazsa olmazıdır. EEG monitörizasyonunda hasta yatarken en az 3 nöbetini görmek istiyoruz. Bu 3 nöbette hem EEG kaydı hem de video kaydı yapıyoruz. EEG kaydı, nöbet esnasında elektriksel aktivitenin beynin hangi lobundan kaynaklandığını görmek açısından çok önemlidir. Video kaydı ise nöbetin semiyolojisi

dediğimiz hastanın hareketlerini gözlemleyebilmemiz açısından önem taşır. Hastalığın nereden kaynaklandığını o hareketlere göre tespit edebiliyoruz.

Aday hasta seçimi kapsamlı bir değerlendirme gerektirir

Özellikle MR çekilen hastalarda beyinde bir lezyon varsa ve EEG orayı gösteriyorsa bu hasta cerrahi adaydır. Epilepsi cerrahisi anlamında sıkıntılı bir grup da var. Hastanın nöbetleri sağ frontal kısımdan kaynaklanıyor, çok sık nöbet geçiriyor, orada herhangi bir lezyon yok, o zaman invaziv yöntemler uyguluyoruz. Burada invaziv olarak hastanın kafa kemiğini açıyoruz, beynini ortaya koyuyoruz, elektrotları oraya yerleştiriyoruz. Ardından tekrar beyin zarını kapatıyoruz, kabloyu dışarı alıp cildi yerine koyuyoruz ve hastayı videoya bağlıyoruz. Hem EEG hem de video aynı anda görülüyor. Bu hastalarda tam kaynağı bulabileceğimiz lokalize bir odaklanma söz konusu oluyor ve takılan elektroda göre odağı tam olarak tespit edebiliyoruz. MR görüntüleme normal görünen hastalarda yapabileceğiniz çok da bir şey yok. İlaça dirençli bir şekilde bunları tedavi etmek zorunda kalıyorsunuz ama hasta için de ekip için de meşakkatli bir durum söz konusu oluyor.

Cerrahinin tüm olanakları kullanılıyor

Daha sonra bu kısım eğer çıkarılabilecek bir bölgeyse, çıkardığımızda hastaya bir zarar



vermeyecekse çıkarıyoruz, değilse o zaman oranın ne olduğunu, hangi fonksiyona sahip olduğunu anlamak için, aynı seansta, hastanın elektrotları dururken belli bir cihazdan elektrotlara tek tek elektrik vererek tarama yapıyoruz. Çıkaracağımız bölge konuşma merkezindeyse orayı çıkaramıyoruz. O zaman diğer yöntemlere başvuruyoruz. Disconnective cerrahi dediğimiz, beynin birbirine olan bağlantısını kesmeye yönelik işlemler yapılabilir. Mesela konuşma merkezinin hemen yanındaki korteksi keserek, kortekse doğru elektriksel iletimin yayılmasını önleyici çizimler yapıyoruz. Ama bu işlem çıkartma kadar başarılı sonuçlar vermeyebiliyor. Başarı % 30-40 civarında oluyor. Eğer her hangi bir odak yoksa, beynin her tarafından kaynaklanıyorsa, o zaman da Vagal sinir stimülasyonu denilen pil koyma işlemi yapıyoruz.

Vagal Sinir Stimülasyonu ile beyne elektriksel müdahale

Boyunda yapılan 2.5 cm’lik kesi ile elektrotlar sol vagus sinirine yerleştiriliyor. Cilt altından elektrot köprücük kemiğinin altına uzatılıyor, pil oraya bir cep açılıp yerleştiriliyor, pil ve elektrot birbirine bağlanıyor. 15 gün sonra pil ve elektrot açılıyor ve çalışmaya başlıyor. Bu tedaviyle hastaların % 50 ila 70’idne nöbetlerde azalma sağlanıyor. Bu uygulamayı on yıldan fazla bir süredir yapıyoruz. Zaten dünyadaki

geçmişi de 1997’e kadar gidiyor. Ama bu yöntem istediğimiz bir yöntem değil. Biz aslında tamamen kurtulmaya yönelik bir cerrahi yapmak isteriz ama bu olmazsa da yapacak bir şey yok. Bunları takmak durumundayız. Bu yöntemin şöyle bir özelliği var, koyulan pil 5 dakikada bir 30 saniye kadar uyarı yapıyor. Bu esnada oluşabilecek nöbetleri engelleyebildiği gibi, daha önce ya da daha sonrasında olabilecek nöbetleri de biraz azaltabiliyor.

Nöbetlere manüel müdahale

Burada ilginç başka bir nokta daha var; hastanın koluna saate çok benzeyen bir miknatis koyuluyor. Bazı hastalar nöbetin geldiğini hissediyor, biz buna aura diyoruz- onu hissettiği zaman pili uyararak nöbeti durdurabiliyor ya da nöbetin süresini ve şiddetini azaltabiliyor. Yaklaşık 10 bin nöbet üzerinde yapılan bir çalışmada, bu uygulamanın nöbetleri % 86 oranında durdurduğu saptanmıştır. Bu Türkiye’de de uygulanıyor.

Nörologların değerlendirme kriteri açısından baktığımızda size gönderilmesi gereken en iyi aday hastalar kimlerdir?

Prof. Dr. Erdoğan: Eğer MR’da lezyon varsa, EEG’de orayı gösteriyorsa ve hasta ilaç tedavisiyle kontrol altına alınmıyorsa fazla beklememek gerekir. Bu tür cerrahileri ne kadar erken yaparsanız, hasta üzerinde başarı şansınız o kadar yüksek olur. Bu nedenle lezyonlu olgularda ya da bazı sendromlarda hasta ilaca dirençliyse beklemenin anlamı yok. Çünkü özellikle Meziyal temporal skleroz MTS denilen hastalıkta ilaçla tedavi olgusu % 2-3 civarındayken, cerrahi başarı %80’lere yakın sonuç veriyor. İşte bu yüzden MTS’li hastalarda epilepsi cerrahisini özellikle vurgulamak gerekiyor. Bu tür hastalarda da çok fazla zaman kaybetmemek gerekiyor.

