



27 ULUSAL
ÇOCUK
NÖROLOJİSİ
KONGRESİ
29 Nisan - 3 Mayıs 2026
Concorde Luxury Resort & Convention & Spa - KKTC



Çocukluk Çağı Tik Bozukluklarında Elektroensefalografi Bulguları:

Klinik ve Ailesel Özelliklerle İlişkisi

Kadir Buğra Sarı, Cemile Büşra Ölçülü, Emek Uyur, Bilgihan Bıkmazer, Fatma Duygu Öztürk Önsal, Tuğçe Kurtaraner, Miraç Berfu Tokuş Ülgen, Zeynep Züleyha Tek Sadık, Nilüfer Eldeş Hacıfazlıoğlu

*Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk Nöroloji Kliniği*

Sunum Planı

1

Giriş

2

Yöntem

3

Bulgular

4

Tartışma

5

Sonuç

GİRİŞ

- Tik bozuklukları çocukluk çağının en sık görülen hareket bozukluklarıdır.
- Ani, hızlı, tekrarlayıcı, ritmik olmayan motor hareketler ve vokalizasyonlarla karakterizedir.
- Non-epileptik nörolojik durum olarak sınıflandırılmaktadır.

Black, D. W., & Grant, J. E, DSM-5® guidebook: the essential companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Pub.,2014

- Sağlıklı çocukların yaklaşık %20'sinde geçici tikler izlenebilir.

Scahill L, et al.. The Prevalence of Tic Disorders and Clinical Characteristics in Children. J Obsessive Compuls Relat Disord. 2014 .

- Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Özgül Öğrenme Güçlüğü, Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), Otizm Spektrum Bozukluğu(OSB), Anksiyete Bozukluğu ve Depresyon eşlik edebilir.

Mol Debes NM. Co-morbid disorders in Tourette syndrome. Behav Neurol.,2013

GİRİŞ

- Tiklere benzer şekilde, nöbetler de ani başlangıçlı, epizodik, tekrarlayıcı ve ritmik hareketlerdir.
- Her iki bozukluğun da beyin sapından kortekse uzanan regülasyon mekanizmalarındaki gelişimsel anomalilerde kesiştiği düşünülmektedir.

Segawa, M. Neurophysiology of Tourette's syndrome: pathophysiological considerations. Brain and Development, 2003

- Tik bozukluğu olan çocuklarda epilepsi, epilepsili çocuklarda da tik bozukluğu riski belirgin biçimde artmaktadır.
- Epilepsili çocuklarda tik bozukluklarının prevalansı (%1,7) genel pediatrik popülasyondan (%0,3–1) yüksektir.

Weng WC, et al. Increased risks of tic disorders in children with epilepsy: A nation-wide population-based case-control study in Taiwan. Res Dev Disabil. 2016.

- Tik bozukluğu olan çocuklarda da epilepsi prevalansı (%0,6-6,7) genel pediatrik popülasyondan (%0,3-0,7) yüksektir.

Cowan, L. D. The epidemiology of the epilepsies in children. Mental retardation and developmental disabilities research reviews, 2002

Park EG, Kim YH. Clinical features and neuropsychiatric comorbidities in pediatric patients with tic disorders: a retrospective chart review study from South Korea, BMC Psychiatry. 2021

Xiang Y et al.. Clinical characteristics and pharmacotherapy choices in children newly diagnosed with tic disorders in China: a retrospective cohort study. BMJ Paediatr Open. 2025

- Tik bozukluğu olan hastalarda EEG anormalliği gelişimini öngörebilecek klinik belirteçler yeterince tanımlanmamıştır.

Çalışmamızın amacı; tik yakınması ile başvuran çocuklarda demografik, klinik ve elektrofizyolojik özellikleri değerlendirmek ve bu hasta grubunda EEG anormalliğini öngören klinik faktörleri belirlemektir.

YÖNTEM

- 2020-2026 yılları arasında SBÜ Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nöroloji Polikliniğine tik yakınması ile başvuran toplam 133 çocuk hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi.
- **Dahil edilme kriterleri**
 - Motor ve/veya vokal tikleri olan çocuklar
 - Daha önce epilepsi nöbeti geçirmemiş olan çocuklar
- **Dışlanma kriterleri**
 - Daha önce epilepsi tanısı almış olan hastalar
- Başvuru öncesi epilepsi tanısı olan 12 hasta çalışmaya dahil edilmedi.
- Hastaların hastane kayıt sistemi ve dosyaları incelenerek klinik bulguları (cinsiyet, doğum tarihi ve doğum haftası, tik semptomlarının başlangıç yaşı ve polikliniğe başvuru yaşı, ailede tik bozukluğu ve/veya epilepsi öyküsü, psikiyatrik komorbidite) Elektroensefalografi (EEG) ve beyin Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) bulguları incelendi.

F95.0 Geçici Tik Bozukluğu
F95.1 Kronik Motor veya Vokal Tik Bozukluğu
F95.2 Kombine Vokal ve Çoklu Motor Tikler (Tourette Sendromu)
F95.8 Diğer Tik Bozuklukları
F95.9 Belirtilmemiş Tik Bozukluğu

YÖNTEM

- Tikler motor, **vokal ve motor + vokal olacak şekilde 3 gruba** ayrıldı. (n=121)
- DSM V kriterlerine göre **Tourette sendromu, Geçici tik bozukluğu ve Kronik tik bozukluğu** ayrımı yapıldı.
- EEG çekimleri 18 kanallı dijital Nihon Kohden cihazı ile tam uyanıklık ve uyku döngüsünü içerecek şekilde gerçekleştirildi. Saçlı deri yüzeyinde Uluslararası 10-20 sistemine göre yerleştirilmiş 19 skalp elektrodu kullanılarak bilgisayarlı EEG kayıtları elde edildi. Rutin aktivasyon prosedürleri olarak hiperventilasyon ve yaşa uygun frekanslarda aralıklı fotik stimülasyon uygulanmıştı.
- Psikiyatrik komorbidite olarak Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), Uyku Bozukluğu, Öğrenme Güçlüğü incelendi.
- Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi IBM SPSS Statistics 31.0.2.0 ile yapıldı. Veriler ortalama $\pm$ standart sapma olarak ifade edildi. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro–Wilk testi ile değerlendirildi. Kategorik değişkenlerde Fisher's exact test (iki yönlü) tercih edildi. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında, Mann–Whitney U testi kullanıldı. Tüm analizlerde iki yönlü p değeri hesaplandı ve $p<0,05$ istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

Tanı Ölçütleri

Not: *Tik; ani, hızlı, yineleyici, ritmik olmayan motor hareket ya da ses çıkarmadır.*

Tourette Bozukluğu**307.23 (F95.2)**

- A. Hastalık süresince bir dönem, hem birden çok motor hem de bir ya da birden çok vokal tik bulunmuştur; ancak eş zamanlı olmaları gerekmez.
- B. Tikler sıklık açısından azalıp çoğalabilir, ancak ilk tik başlangıcından bu yana 1 yıldan daha uzun süre devam etmiştir.
- C. Başlangıç 18 yaşından öncedir.
- D. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kokain) fizyolojik etkilerine ya da başka bir sağlık durumuna (örn. Huntington hastalığı, viral ensefalit sonrası) bağlanamaz.

Süregiden (Kronik) Motor ya da Vokal Tik Bozukluğu**307.22 (F95.1)**

- A. Hastalık süresince tek ya da birden çok motor veya vokal tik bulunmuştur, ancak motor ve vokal tikler bir arada bulunmamıştır.
- B. Tikler sıklık açısından azalıp çoğalabilir, ancak ilk tik başlangıcından bu yana 1 yıldan daha uzun süre devam etmiştir.
- C. Başlangıç 18 yaşından öncedir.
- D. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kokain) fizyolojik etkilerine ya da başka bir sağlık durumuna (örn. Huntington hastalığı, viral ensefalit sonrası) bağlanamaz.
- E. Tourette bozukluğu için tanı ölçütleri hiçbir zaman karşılanmamıştır.

Şunu belirtiniz:

Yalnızca motor tiklerle giden

Yalnızca vokal tiklerle giden

Geçici Tik Bozukluğu**307.21 (F95.0)**

- A. Tek ya da birden çok motor ve/veya vokal tik bulunur.
- B. Tikler, ilk tik başlangıcından bu yana 1 yıldan daha kısa süredir vardır.
- C. Başlangıç 18 yaşından öncedir.
- D. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kokain) fizyolojik etkilerine ya da başka bir sağlık durumuna (örn. Huntington hastalığı, viral ensefalit sonrası) bağlanamaz.
- E. Tourette bozukluğu ya da süregiden (kronik) motor veya vokal tik bozukluğu için tanı ölçütleri hiçbir zaman karşılanmamıştır.

Tablo 1. Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri

Cinsiyet n(%)	Erkek	94 (%77,7)
	Kız	27 (%22,3)
Yaş (Ort $\pm$ SS) (min-max)	Tik başlangıç yaşı	7,5 $\pm$ 3,1 yıl (1 -17)
	Başvuru yaşı	8,6 $\pm$ 3,0 yıl (1 -17)
Doğum Haftası n (%)	Miad ($\geq$ 37 GH),	115 (%95)
	Prematüre (<37 GH)	6 (%5)
Tik Semptomu n (%)	Motor tik	103 (%85,1)
	Motor + vokal tik	13 (%10,7)
	Vokal tik	5 (%4,1)
Tanı Grubu n (%)	Geçici tik bozukluğu	60 (%49,6)
	Kronik tik bozukluğu	51 (%42,1)
	Tourette sendromu	10 (%8,3)
Aile Öyküsü n (%)	Ailede tik bozukluğu	14 (%11,5)
	Ailede epilepsi	13 (%10,7)
	Ailede tik bozukluğu + epilepsi	1 (%0,08)
Psikiyatrik Komorbidite n (%)	DEHB	22 (%18,2)
	OKB	1 (%0,8)
	Özgül öğrenme güçlüğü	1 (%0,8)
	Uyku terörü	1 (%0,8)
	Toplam	5 (%20,7)
Ortalama Takip Süresi (Ort $\pm$ SS) (min-max)	36,2 $\pm$ 14,8 ay (6 - 65)	

BULGULAR

Tablo 2. Kraniyal Görüntüleme İncelemeleri ve Elektroensefalografi Bulguları

Anormal MRG Bulgusu		n (%)
Periventriküler T2/FLAIR hiperintens odak		1 (%0,8)
Ventriküler genişleme / asimetri		1 (%0,8)
Mega sisterna magna		1 (%0,8)
Araknoid kist		1 (%0,8)
Genişlemiş perivasküler boşluk		1 (%0,8)
Hidrosefali		1 (%0,8)
Korpus kallozum agenezisi		1 (%0,8)
EEG Bulgusu		n (%)
Normal EEG		90 (%89,1)
Anormal EEG	Fokal	9 (%81,8)*
	Jeneralize	2 (%18,2)*
Toplam Hasta Sayısı n (%)		121 (%100)
EEG çekilen olgu n (%)		101 (%83,5)
EEG çekilen olgular arasında EEG anormalliği n (%)		11 (%10,9)
Kohortta epilepsi sıklığı n (%)		7 (%5,8)

EEG: elektroensefalografi; MRG: manyetik rezonans görüntüleme.

* Anormal EEG içindeki yüzde.

BULGULAR

Tablo 3. Demografik ve Laboratuvar Verilerin EEG Anormalliği İle İlişkisi

		EEG anormal n (%)	EEG normal n (%)	p*	
Cinsiyet				1,000	
Erkek (n=79)		9 (11,4)	70 (88,6)		
Kadın (n=22)		2 (9,1)	20 (90,9)		
Doğum haftası				1,000	
Miad (n=96)		11 (11,5)	85 (88,5)		
Premature (n=5)		0 (0,0)	5 (100,0)		
Tik semptom tipi				0,720	
Motor (n=87)		9 (10,3)	78 (89,7)		
Motor ve vokal (n=11)		2 (18,2)	9 (81,8)		
Vokal (n=3)		0 (0,0)	3 (100,0)		
DEHB komorbiditesi				0,115	
Var (n=20)		0 (0,0)	20 (100,0)		
Yok (n=81)		11 (13,6)	70 (86,4)		
Kraniyal MRG (n=82)**				0,589	
Anormal (n=7)		0 (0,0)	7 (100,0)		
Normal (n=75)		10 (13,3)	65 (86,7)		
		EEG anormal Medyan (IQR), n	EEG normal Medyan (IQR), n	p***	
Başlangıç yaşı (yıl)		8,0 (6,0–9,5), 11	7,0 (5,2–10,0), 90	0,610	
Başvuru yaşı (yıl)		9,0 (8,0–10,5), 11	9,0 (6,0–11,0), 90	0,500	
Semptom–başvuru gecikmesi (yıl)		1,0 (0,0–2,5), 11	1,0 (0,0–1,8), 90	0,922	
				OR	P*
Ailede tik öyküsü, n(%)	Var	3 (30,0)	7 (70,0)	4,45	0,076
	Yok	8 (8,8)	83 (91,2)		
Ailede epilepsi öyküsü n (%)	Var	6 (46,2)	7 (53,8)	14,23	0,0004
	Yok	5 (5,7)	83 (94,3)	-	

*Fisher's exact test (iki yönlü).

**Kraniyal MRG incelemesi yapılmamış 19 hasta bu analizden dışlanmıştır; analiz 82 hasta üzerinden gerçekleştirilmiştir.

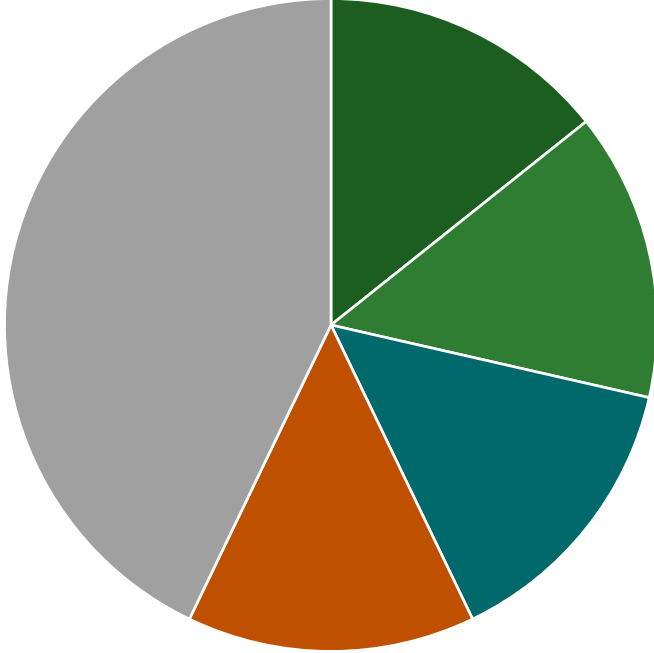
***Mann-Whitney U testi (iki yönlü). IQR: çeyrekler arası aralık (25.–75. persentil).

EEG incelemesi yapılmamış hastalar bu istatistiğe dahil edilmemiştir.

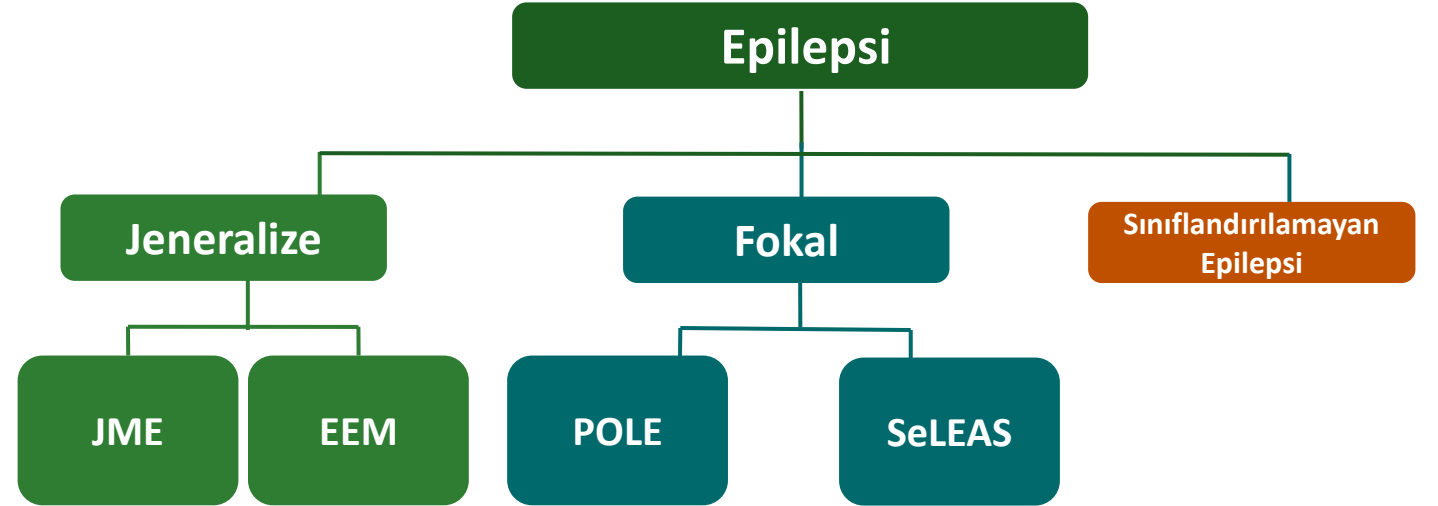
OR: Odds ratio. Her alt kategori için sayı ve grup içi yüzde (n, %) verilmiştir.

BULGULAR

Epilepsi Tanı Dağılımı (n=7)



- EEM (n=1)
- JME (n=1)
- POLE (n=1)
- SeLEAS (n=1)
- Sınıflandırılmayan Epilepsi(n=3)



JME: Juvenil Miyoklonik Epilepsi

EEM: Göz Kapağı Miyoklonisi ile Birlikte Epilepsi,

POLE: İdiyopatik Fotosensitif Oksipital Lob Epilepsisi,

SeLEAS: Kendini Sınırlayan Otonomik Nöbetlerle Seyreden Epilepsi

TARTIŞMA

- Uluslararası literatürde tik başlangıç yaşı **4–6 yıldır.**

A. Y. Yilmaz and J. Jankovic, "Epidemiology of Tourette Syndrome," Brain Sciences ,2025

- Ülkemizde ise Tourette dışı olgularda **7.1±2.7 yıl**, Tourette sendromu tanılı olgularda **7.7±2.7 yıl** olarak bildirilmiştir.

P. Çam Ray ve ark., Sociodemographic and clinical characteristics of childhood tic disorders, BMC Pediatr. 2023

- Çalışmamızda ortalama başlangıç yaşı **7,5 ± 3,1 yıl ✓**

- Semptom–başvuru arası süre: **1,1 yıl** → Literatürde **1–8 yıl** olarak bildirilmiştir. ✓

E. G. Park and Y. H. Kim, Clinical features and neuropsychiatric comorbidities in pediatric patients with tic disorders: a retrospective chart review study from South Korea, BMC Psychiatry 2021

Freeman RD et al. An international perspective on Tourette syndrome: selected findings from 3,500 individuals in 22 countries. Dev Med Child Neurol. 2000

Wand R et al. Tourette syndrome: issues in diagnosis. Neurosci Biobehav Rev. 1992

- E/K oranı: **3,48:1** → Literatürde **2:1–4:1** olarak bildirilmiştir. ✓

Garcia-Delgar B et al. Tic disorders in children and adolescents: does the clinical presentation differ in males and females? A report by the EMTICS group. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2022.

Knight, Tristan, et al. Prevalence of tic disorders: a systematic review and meta-analysis., Pediatric neurology, 2012

- Motor tik, tik bozukluklarının en sık görülen alt tipidir (**%70–90**).

Knight, Tristan, et al. Prevalence of tic disorders: a systematic review and meta-analysis., Pediatric neurology, 2012

- Çalışmamızda motor tik semptomu ile başvuran hasta oranı **%95 ✓**

- Çalışmamızda alt tip dağılımı: Geçici **%49,6 (n=60)** · Kronik **%42,1 (n=51)** · Tourette **%8,3 (n=10) ✓**

- Literatür: Geçici **%50–60** · Kronik **%30–40** · Tourette **%5–10**

C. Yang, et al.,Guo, The prevalence of tic disorders for children in China: A systematic review and meta-analysis,, Medicine (United States), 2016

TARTIŞMA

- Sağlıklı çocuklarda EEG anormalliği %1.1-8,7'dir.

G. B. Cavazzuti, L. Cappella, and A. Nalin, Longitudinal Study of Epileptiform EEG Patterns in Normal Children, Epilepsia, 1980

- Literatürde, tik bozukluğu olan hastalarda EEG'de deşarj oranı %5-7.4. Tourette Sendromu tanılı hastalarda interiktal EEG anormalliği %12-55 olarak bildirilmiştir.

I. Matoth, et al., Overuse of EEG in the evaluation of common neurologic conditions, Pediatr. Neurol., 2002

D. Bergen, C. M. Tanner, and R. Wilson, The electroencephalogram in Tourette syndrome, Ann. Neurol., 1982

Z. B. Semerci, "Neurological soft signs and EEG findings in children and adolescents with Gilles de la Tourette syndrome.," Turk. J. Pediatr., 2000

G. Glaze, J. D. Frost, and J. Jankovic, Sleep in gilles de la tourette's syndrome: Disorder of arousal, Neurology, 1983

- Çalışmamızda EEG anormalliği %10.9 (11/101) bulundu. Tourette sendromu tanısı alan 9 hastanın 2'sinde EEG anormalliği görüldü(%20). ✓

- EEG incelemesi normal ve anormal olan hastalar karşılaştırıldığında başlangıç yaşı, başvuru yaşı, cinsiyet, doğum haftası, tik semptomu, DEHB komorbiditesi varlığı, anormal kranial MRG bulguları, ailede tik öyküsü açısından farklılık saptanmadı.

- EEG anormallikleri tik tipinden bağımsız olup; epileptiform deşarjlar tiklerle senkronize değildir ve klinik alt tipler (motor/vokal) ile anlamlı ilişki göstermez

T. Knight, T. Steeves, L. Day, M. Lowerison, N. Jette, and T. Pringsheim, Prevalence of Tic Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis, Pediatr. Neurol., 2012

- Tik bozukluklarında EEG anormalliklerinin demografik ya da temel klinik değişkenlerle öngörülemediği bildirilmiştir.

T. Pringsheim et al., Practice guideline recommendations summary: Treatment of tics in people with Tourette syndrome and chronic tic disorders, Neurology, 2019

V. Roessner et al., European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders—version 2.0. Part III: pharmacological treatment, European Child & Adolescent Psychiatry 2021

A. E. Cavanna, Tourette's and Other Tic Disorders, A Transdiagnostic Approach to Obsessions, Compulsions and Related Phenomena, 2019

TARTIŞMA

- Rutin nörogörüntüleme tik bozukluğunda önerilmez; geç başlangıç, ilerleyici seyir veya atipik bulgularda MRG endikasyonu vardır.
- Tik bozukluğunda MRG anormallikleri genellikle nonspesifik ve klinik olarak anlamsızdır.
R. Kurlan and D. Shprecher, Tourette Syndrome and Other Tic Disorders, Uncommon Causes of Movement Disorders, 2023
- Çalışmamızda MRG anormal: 7 hasta (%5,8) → Tüm bulgular nonspesifik/insidental ✓

TARTIŞMA

- Ailede epilepsi öyküsü olan hastalarda EEG anormalliği anlamlı oranda daha fazla **(OR=14,2; p<0,001)**
- Ailesel kortikal hipereksitabilite veya ortak genetik yatkınlık bu ilişkiyi açıklayabilir.

S. Beniczky et al., Updated classification of epileptic seizures: Position paper of the International League Against Epilepsy, Epilepsia, 2025

L. C. Wong et al., Increased risk of epilepsy in children with Tourette syndrome: A population-based case-control study, Res. Dev. Disabil., 2016

W. C. Weng et al., Increased risks of tic disorders in children with epilepsy: A nation-wide population-based case-control study in Taiwan, Res. Dev. Disabil., 2016

- **Bu bulgu, ailede epilepsi öyküsünün EEG anormalliği için önemli bir risk faktörü olduğunu göstermekte; altta yatan mekanizmaların ileri çalışmalarla araştırılması gerekmektedir.**

TARTIŞMA

- Tik bozukluğu ve epilepsi; anormal kortiko-bazal gangliyon devre bağlantıları ve dopaminerjik işlev bozukluğu aracılığıyla ortak patofizyolojik zemin paylaşır.
- Epilepsili çocuklarda tik bozukluğu riski ~8,7 kat artar → İlişki çift yönlüdür.

W. C. Weng et al., Increased risks of tic disorders in children with epilepsy: A nation-wide population-based case-control study in Taiwan, Res. Dev. Disabil., 2016

- Miyoklonik ve fotosensitif epilepsi, tik bozukluğunu taklit edebilir; yanlış tanı riski göz önünde bulundurulmalıdır.

*N. K. Sethi, D. Labar, and J. Torgovnick, Myoclonic epilepsy masquerading as a tic disorder, Clin. Neurol. Neurosurg., 2007,
K. Longardner et al., Photosensitive Epilepsy Syndromes Mimicking Motor Tics, Mov. Disord. Clin. Pract., 2020.*

F. Burlo, E. Barbi, M. Carrozzini, and C. Zanusi, "Case report: A relevant misdiagnosis: Photosensitive epilepsy mimicking a blinking tic, Front. Pediatr., 2022

- 1 hastaya **Göz Kapağı Miyoklonisi ile Birlikte Epilepsi (EEM)**, 1 hastaya **İdiyopatik Fotosensitif Oksipital Lob Epilepsisi (POLE)**, 1 hastaya **Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME)** , 1 hastaya **Kendini Sınırlayan Otonomik Nöbetlerle Seyreden Epilepsi (SeLEAS)** tanısı kondu.

- Fokal başlangıçlı epilepsisi olan 3 hastaya sendrom sınıflaması yapılamadı.
- Tik semptomuyla başvuranlarda epilepsi tanısı alma oranı: %1–2 (literatür) → Kohortumuzda %5,8

*E. Cavanna and S. Seri, Tourette's syndrome, BMJ, 2013
G. Erenberg, R. P. Cruse, and A. David Rothner, "The natural history of Tourette syndrome: a follow-up study," Ann. Neurol., 1987*

- EEG kaydı olan 101 hastanın 11'inde (%10,9) anormallik; 7'sine epilepsi tanısı konuldu.
- Oranımızın yüksekliği, 3. basamak merkezimize atipik/şüpheli semptomlu hastaların yönlendirilmesiyle açıklanmaktadır.

TARTIŞMA

- Tik bozukluğunda DEHB komorbidite oranı %17–68 olarak bildirilmektedir.

E. Cravedi et al. Tourette syndrome and other neurodevelopmental disorders: a comprehensive review, Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2017

- Sağlıklı çocuklarda DEHB yaygınlığı: %5,29–7,1

G. V. Polanczyk et al., "ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis," Int. J. Epidemiol 2014

- Çalışmamızda DEHB oranı: %18,2 → Genel popülasyondan yüksek
- Ortak frontostriatal devre disfonksiyonu ve dopaminerjik mekanizma, yüksek komorbiditeyi açıklamaktadır.

TARTIŞMA

Sınırlılıklar

- Çalışmanın retrospektif tasarımı
- EEG değerlendirmesinin yalnızca interiktal kayıtlarla sınırlı olması

Güçlü Yönler

- Görece geniş pediatrik kohort (n=121)
- Uzun dönem izlem (6 yıl) → epilepsi gelişiminin gösterilebilmesi
- EEG anormalliği ile klinik prediktörlerin analiz edilmesi

SONUÇ

- Tik semptomuyla başvuran çocuklarda **EEG anormalliği normal popölasyona göre sık** görölmemekte olup, EEG çekilen 101 hastanın %10,9'unda saptanmıştır.
- **Ailede epilepsi öyküsü varlığında EEG anormalliği anlamlı derecede daha sık** gözlemlenmektedir.
- Bu nedenle klinisyen, tik nedeni ile başvuran hastalarda ailede epilepsi öyküsü ile birlikte motor fenomeni ayrıntılı olarak sorgulamalıdır.
- Klinik olarak epilepsi şüphesi ve ailede epilepsi öyküsü varlığında EEG incelemesi yapılabilir.



Beni dinlediğiniz için teşekkür ederim...