

## Laporan Kasus

# Post ictal psikosis berulang pada penderita epilepsi

## Recurrent post ictal psychosis in epilepsy patient

Shinta Kusumawati<sup>1</sup>, Rima Zakiyah<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Departemen Neurologi FK Unisma Malang , <sup>2</sup> Departemen Radiologi FK Unisma Malang

### Abstract

Post ictal psychosis (PIP) is a type of psychosis as a chronic complication of chronic epilepsy. Postictal psychosis is characterized by lucid intervals and episodes of psychosis occur within 7 days after seizure. Reported by a 23-year-old man who was consulted to a neurology department with psychosis accompanied by previous seizure history. Of heteroanamnesa obtained awareness of the consciousness changed since 6 hours before entering the hospital and history of seizures of whole body 2 days earlier, similar complaints occurred 2 and 3 years ago. Physical examination and normal neurological status, psychiatric status acquired consciousness changed, impaired thinking process, decreased will and psychomotor increased. EEG results show abnormal 3. Psychosis improved within 5 days MRS. PIP can be prevented during a controlled seizure, but recurrent PIPs are at risk of becoming Schizophrenia Like Psychosis of epilepsy.

**Key words:** post ictal psychosis, seizure, psychosis, lucid interval

### Abstrak

*Post ictal psychosis* (PIP) merupakan jenis psikosis sebagai komplikasi epilepsi kronik yang bersifat *reversible*. *Postictal psychosis* ditandai adanya *lucid interval* dan episode psikosis terjadi dalam 7 hari setelah kejang. Dilaporkan laki-laki usia 23 tahun yang dikonsulkan ke bagian neurologi dengan psikosis disertai riwayat kejang sebelumnya. dari heteroanamnesa didapatkan keluhan kesadaran berubah sejak 6 jam sebelum masuk rumah sakit dan riwayat kejang seluruh tubuh 2 hari sebelumnya, keluhan serupa terjadi 2 dan 3 tahun yang lalu. Pemeriksaan fisik dan status neurologi normal, status psikiatri didapatkan kesadaran berubah, gangguan proses berfikir, kemauan menurun dan psikomotor meningkat. Hasil EEG menunjukkan abnormal 3. Psikosis membaik dalam 5 hari MRS. PIP dapat dicegah selama kejang terkontrol, tetapi PIP yang berulang beresiko menjadi SLPE (*Schizophrenia Like Psychosis of epilepsy*).

**Kata kunci:** post ictal psikosis, kejang, psikosis, lucid interval

## PENDAHULUAN

*Post ictal psychosis* (PIP) adalah kondisi psikosis yang terjadi dalam satu minggu setelah serangan kejang. PIP merupakan salah satu komplikasi epilepsi

yang jarang terjadi. Komplikasi epilepsi yang berkaitan dengan psikosis (POE) antara lain, *ictal psikosis*, *post ictal psikosis* dan *interictal psikosis*. Menurut Kanner dkk, berdasarkan suatu studi pada pasien rawat

inap yang dilakukan *monitoring video-electroencephalographic* (V-EEG) menunjukkan 6,4% pasien dengan PIP. Prevalensi PIP sulit diukur, tetapi dalam suatu penelitian pada lebih dari 100 pasien rawat jalan dengan *partial epilepsi* resisten terapi, prevalensi yang mengalami keluhan PIP sekitar 7%.<sup>1,2</sup>

Hubungan antara epilepsi dan psikosis masih kontroversi. Beberapa studi menunjukkan adanya hubungan positif antara psikosis dan epilepsi, terutama pasien dengan TLE (*Temporal Lobe Epilepsy*).<sup>5</sup> Faktor resiko utama terjadinya PIP pada pasien epilepsi antara lain lamanya epilepsi, kejang lobus temporal, epilepsi berulang, tipe kejang multiple, politerapi, dan tingkat kepatuhan yang rendah.<sup>6</sup> Diagnosa *postictal psychosis* ditegakkan berdasarkan evaluasi gejala klinis (terutama jumlah kejang), kadar plasma obat antiepilepsi (OAE) dan electroencephalogram (EEG).<sup>6</sup> *Postictal psychosis* ditandai adanya *lucid interval* yang berlangsung sampai 72 jam setelah terjadi serangan kejang yang diikuti terjadinya psikosis yang berlangsung kurang dari 1minggu setelah kejang dan jarang lebih dari 2 minggu<sup>4</sup>. Sampai saat ini belum ada standar diagnosa pasti *postictal psychosis*, sehingga membuat diagnosa PIP sulit. Karena kasus ini jarang ditemukan,

ditunjang dengan adanya kesulitan saat awal mendiagnosis penyakit dengan manifestasi klinis yang bervariasi, maka diharapkan dengan laporan kasus ini dapat memberikan wacana dan pengalaman baru di bidang neurologi.

## KASUS

Seorang laki-laki usia 23 tahun masuk rumah sakit dengan keluhan bicara melantur. Saat awal masuk rumah sakit pasien dirawat sejawat psikiatri dengan keluhan kesadaran berubah. Pada hetero anamnesis didapatkan adanya kesadaran berubah menjadi tertawa sendiri, bicara melantur, gelisah dan suka keluar rumah tanpa tujuan sejak 6 jam SMRS. Pasien dikonsulkan ke bagian neurologi karena didapatkan adanya riwayat kejang. Adanya riwayat kejang seluruh tubuh sebanyak 13x, kejang pertama 4 hr sebelum masuk rumah sakit (SMRS) frekuensi 7x, kejang terakhir 2 hari SMRS frekuensi kejang 3x terjadi dengan tipe kejang yang sama, mata melirik keatas. Kejang terjadi sekitar 10 sampai 15 menit. Saat kejang pasien tidak sadar dan setelah kejang pasien tertidur. Setelah sadar pasien masih bisa bicara normal dan berperilaku normal sampai keesokan harinya. Keluhan serupa dialami pasien pada tiga dan dua tahun yang lalu. Tidak didapatkan

riwayat keluhan panas , sakit kepala , muntah , lemah setengah badan , maupun bicara pelo. Riwayat terapi terakhir, kutoin 2x1 tablet, vitamin B6 2x1, Haldol 2x 0,75 mg. Obat di minum rutin tiap hari, tetapi sejak 1 hari SMRS pasien tidak minum obat karena habis.

Riwayat penyakit dahulu: sejak umur 3 tahun pasien sering kali step (kejang demam), umur 5 tahun pasien pernah jatuh dari pohon setinggi 2 meter. Pada umur 9 tahun pasien mulai kejang seluruh tubuh selama 5 sampai 10 menit dengan frekuensi 2-3x/minggu. Riwayat keluarga tidak ada anggota keluarga dengan keluhan penyakit yang serupa atau yang mengalami gangguan jiwa. Riwayat Psikososial: Pasien pendiam jarang bergaul dengan teman-temannya. Riwayat kelahiran : Lahir spontan , usia kehamilan cukup bulan, berat badan lahir 4 kg dan tumbuh kembang normal.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan tingkat kesadaran kuantitatif normal dengan GCS 456. Pada pemeriksaan status neurologi normal, tidak ditemukan deficit neurologis fokal. Pada status psikiatri saat pasien MRS didapatkan kesadaran berubah, dengan adanya gangguan daya ingat dan proses berfikir, kemauan menurun dan psikomotor meningkat. Pada pemeriksaan laboratorium darah lengkap, gula darah

sewaktu dan elektrolit didapatkan hasil normal. Pada foto rontgen thorax didapatkan gambaran paru dan jantung normal. Hasil pemeriksaan elektroencephalografi (EEG) (Gambar 1) didapatkan hasil abnormal III dalam kondisi pasien sadar, *background slow, continuous slow activity, dan sharp wave multifocal*, dengan kesimpulan hasil EEG abnormal yang menyokong gambaran bangkitan epileptogenik maupun encephalopathy diffuse sedang (*brain damage*). Hasil *Computed Tomography Scanning* (CT Scan) kepala tidak ditemukan kelainan. Pada hasil pemeriksaan pasien selama MRS didapatkan tingkat kesadaran kuantitatif dan status psikiatri lainnya kembali normal pada hari keenam MRS.



Gambar1. Hasil EEG Abnormal III.

Pasien mendapat terapi obat anti epilepsi berupa fenitoin 100 mg dan carbamazepine 200mg dengan frekuensi 3x sehari . Obat

anti psikotik diberikan haloperidol 1,5 mg dengan frekuensi 2x sehari selama 6 hari.

## DISKUSI

*Post ictal psychosis* (PIP) adalah episode psikosis yang terjadi dalam satu minggu setelah serangan kejang.<sup>1</sup> *Post ictal psychosis* merupakan bagian *Psychosis of epilepsy* (POE), sekelompok gangguan psikosis yang berkaitan dengan kejang epilepsi. Esquiro pada tahun 1838 menggambarkan postictal sebagai kemarahan yang berlangsung beberapa jam atau beberapa hari. Satu abad kemudian Logdail and Toone memperkenalkan kriteria diagnosis PIP.<sup>2</sup> Epilepsi adalah kelainan otak yang ditandai dengan bangkitan epilepsi yang terus menerus dengan konsekuensi neurobiologis, kognitif, psikologis dan sosial. Bangkitan epilepsi adalah terjadinya tanda/gejala yang bersifat sesaat akibat aktivitas neuronal yang abnormal dan berlebihan di otak. Psikosis adalah gangguan psikiatri yang ditandai adanya delusi, halusinasi, bicara atau berfikir yang tidak tersusun, atau sikap katatonik. PIP merupakan komplikasi kejang yang ditandai adanya halusinasi visual dan auditorik, delusi, paranoia, perubahan afek dan agresif<sup>2,3</sup>

PIP terjadi sekitar 25% dari kasus *Psychosis of epilepsy* (POE). Prevalensi PIP sulit diukur, tetapi dalam suatu penelitian pada lebih dari 100 pasien rawat jalan dengan partial epilepsi resisten terapi, prevalensi yang mengalami keluhan PIP sekitar 7%.<sup>1,2</sup> PIP merupakan komplikasi dari epilepsi kronis yang hampir dijumpai pada usia dewasa dengan rata-rata usia 32-35 tahun, kejadian pertama rata-rata 15-25 tahun setelah onset epilepsi.<sup>2</sup> PIP yang berulang terjadi 12% sampai 50% pasien dan biasanya berkembang menjadi interictal psikosis<sup>2</sup>. Pada kasus ini pasien sudah menderita epilepsy sejak usia 9 tahun yang ditandai adanya kejang berulang 2-3x/minggu.

Mekanisme patogenesis terjadinya PIP masih belum dimengerti. Hal ini dimungkinkan, neuron menjadi lelah (*exhausted*) setelah serangan kejang, kemampuan neuron membawa aksi potensial tidak menurun setelah kejang.<sup>1</sup> PIP berkaitan dengan epileptogenic network bilateral dan pengaruh genetic yang menyebabkan kejang dan psikosis. Penyebab resiko PIP termasuk ensefalitis dan trauma kepala yang dapat menyebabkan kondisi patologi bilateral sehingga menyebabkan penurunan intelegensia, bilateral interictal epileptiform activity, slowing pada EEG. Kejang yang

menyebabkan cetusan seizure terus menerus kedua hemisfer beresiko terjadinya PIP. Berdasarkan studi metabolik selama terjadinya PIP menunjukkan hipermetabolisme pada kedua lobus temporal dan frontal, lobus frontal dan temporal ipsilateral atau area temporal lateral. Pada pasien epilepsi, withdrawal benzodiazepine dapat menyebabkan delirium dan psikosis. Hiperaktivitas kortikal menetap pada pasien dengan disfungsi serebri bilateral dan adanya predisposisi genetik penyakit psikiatri dapat menimbulkan psikosis.<sup>2</sup>

Faktor resiko *post ictal psychosis* (PIP) antara lain adanya serangkaian kejang (cluster seizure), insomnia dalam 1 minggu terutama dalam 1-3 hari, epilepsi dengan durasi > 10 tahun, generalized tonic-clonic seizures atau complex partial secondarily generalized, riwayat PIP sebelumnya, riwayat rawat inap karena gangguan psikiatri atau riwayat psikosis, bilateral independent seizure foci (terutama temporal), riwayat trauma otak atau encephalitis, fungsi intelektual rendah, dan pada pasien dengan epilepsi kronik dengan faktor resiko diatas<sup>1</sup>. Pada kasus ini resiko terjadinya PIP karena pasien sudah menderita epilepsi selama 14 tahun dan

adanya riwayat dua kali kejadian PIP sebelumnya.

*Post ictal psychosis* (PIP) biasanya terjadi setelah serangan serangkaian kejang atau exacerbasi kejang yang berkaitan dengan withdrawal obat anti epilepsi. Antara kejang terakhir dan terjadinya psikosis ada periode tanpa psikosis (*non psychotic periode*) dengan rentang waktu beberapa jam atau beberapa hari. Berdasarkan studi oleh Kanner dkk periode non psikotik tersebut berlangsung 12-72 jam dan 1 minggu berdasarkan Logsdail dan Toone.<sup>3,5</sup> Perbedaan PIP dengan psikosis klasik adalah adanya riwayat kejang sebelumnya dan ada batasan waktu keluhan yang timbul.<sup>3</sup> Pasien pada kasus ini didiagnosa PIP karena adanya gejala psikosis yang terjadi reversible yang berlangsung selama 5 hari setelah terjadinya kejang berulang 4 hari sebelum timbulnya gejala psikosis yang sesuai dengan kriteria diagnosis PIP menurut Logsdail dan Toone. Logsdail dan Toone melaporkan adanya peningkatan spike dan sharp wave bilateral atau right sided, juga slow wave pada EEG selama episode *postictal psychosis*.<sup>2,3</sup> Berdasarkan studi oleh Logsdail dan Toone menunjukkan adanya abnormalitas *computerized tomography* pada 5 dari 14 pasien.<sup>5</sup> Kasus ini hasil EEG menunjukkan abnormal yang menyokong gambaran

bangkitan epileptogenik maupun encephalopathy diffuse sedang (*brain damage*). Hasil *Computed Tomography Scanning* (CT Scan) kepala tidak ditemukan kelainan.

Pasien dengan PIP seringkali didiagnosa sebagai psikosis, maka perlu dibedakan PIP dengan jenis psikosis lainnya antara lain *ictal psychosis* dimana gejala psikosis terjadi saat serangan kejang selama beberapa menit sampai beberapa jam, *alternative psychosis* dimana gejala psikosis terjadi saat kejang menurun yang dapat berlangsung selama beberapa minggu atau bulan, *interictal psychosis* dimana psikosis terjadi tidak berhubungan kejang termasuk psikosis berkaitan antikejang, psikosis setelah pembedahan epilepsi dan *interictal kronis psikosis* yang menyerupai skizofrenia, *chronic schizophrenia like psychosis* dimana gejala psikosis timbul tanpa adanya riwayat kejang sebelumnya.<sup>4,6</sup>

PIP dapat sembuh sendiri selama kejang terkontrol, sehingga terapi suportif penting, tetapi bila psikosis cukup berat maka perlu pemberian terapi farmakologi, biasanya berespon dengan pemberian benzodiazepine atau antipsikosis atipikal dosis rendah<sup>4</sup>. Selama MRS pasien tidak kejang dengan pemberian obat anti kejang

fenitoin dan carbamazepin dan psikosis membaik dalam 5 hari dengan pemberian obat antipsikotik haloperidol . Secara teori PIP bisa dicegah selama kejang terkontrol, tetapi bila PIP berulang dapat berkembang menjadi CIP ( *Chronic Interictal Psychosis*). CIP menyerupai skizofrenia atau yang juga disebut *Schizophrenia like psychosis of epilepsy* (SLPE)<sup>4</sup>.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Morrow, EM et al, 2006. Postictal psychosis: presymptomatic risk factors and need for further investigation of genetic and pharmacotherapy.  
<http://creativecommons.org/licenses/by/02>
2. Devinsky, Orrin. 2008. Postictal psychosis: Common, Dangerous and Treatable. *Epilepsy Currents*, Vol. 8, No. 2 (March/April) 2008 pp. 31–34
3. Sachdev, Perminder S. 2007. Alternating and Postictal Psychosis: Review and a Unifying Hypothesis. At: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/content/full/33/4/1029>
4. Weisholtz DS, Dworetzky BA .2014. *Epilepsy and Psychosis*. *J Neurol Disord Stroke* 2(3): 1069.
5. Stagno, Susan. Postictal psychosis. In: *Epileptic Seizure Pathophysiology and Clinical Semiology*. Pg: 663-665.

6. Tugendraft et al. 2005. Guideline for recognition and treatment of the psychosis associated with epilepsy at:  
[www.actaneurologica.be/acta/download/2005-1/02-Tugendraft.pdf](http://www.actaneurologica.be/acta/download/2005-1/02-Tugendraft.pdf)