



# FEBRİL KONVÜLSİYON

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

**Merkez sinir sistemi enfeksiyonu dışı** nedenlerle oluşan, ateş eşliğinde ortaya çıkan nöbettir. Çocukluk çağı nöbetlerinin en sık olanıdır, insidansı %2-4'tür. Sıklıkla 6 ay-5 yaş arası çocuklarda, en sık 18-22 aylar arasında görülür. Etyolojide genetik geçişin rolü düşünülmektedir.

### Tanı

Nöbet bilinç kaybı, gözlerde kayma, dudaklarda morarma, apne, vücudun tümü ya da bir bölümünde tonik klonik kasılma, idrar ve/veya dışkı kaçırma şeklinde ortaya çıkabilir.

Nöbet öncesi, sırası ya da sonrasında 38,5 °C veya üstünde ateş vardır.

Febril konvülsiyon genellikle kısa sürer; çoğu zaman 3 dakikadan kısadır ve hasta hekime ulaştığında nöbet bitmiştir. Hastaların 1/4'inde ateşin ilk bulgusu febril konvülsiyon olabilir.

Onbeş dakikadan kısa süren, 24 saat içinde yinelenmeyen, jeneralize tipte febril konvülsiyonlar, 'basit febril konvülsiyon' olarak nitelenir. İlk kez geçirilen basit febril konvülsiyonda tanı için kan sayımı, biyokimyasal testler, EEG ve kraniyal görüntüleme gerekmez.

İlk febril konvülsiyonda, hasta 12 aydan küçükse, normal bilinç durumuna nöbet ertesinde kısa sürede dönememişse veya nöbet komplike ise, merkez sinir sistemi enfeksiyonu olasılığı mutlaka dışlanmalıdır (Akut Menenjit rehberine bkz. Sayfa 167)

Ayrıca ateşsiz nöbet öyküsü varsa hasta epilepsi yönünden araştırılmalıdır.

### Komplike febril konvülsiyon

- Konvülsiyonun 15 dakikadan uzun sürmesi
- Konvülsiyonun fokal olması
- Yirmi dört saat içinde birden çok konvülsiyon olması
- Hastanın 6 aydan küçük veya 5 yaştan büyük olması

**Nöbet tekrarında risk faktörleri**

- İlk febril konvülsiyonun bir yaştan altında geçirilmesi ya da komplike tipte olması
- Birinci derece yakınlarda epilepsi ya da febril konvülsiyon öyküsü
- Sık enfeksiyon geçirme
- Nöromotor gelişimin geri olması
- Konvülsiyonun ateş hafif yüksekken (40°C'nin altında) ortaya çıkması
- Ateş yükselmesiyle konvülsiyon arasındaki sürenin 2 saatten kısa olması

Febril konvülsiyonun her üç çocuktan birinde tekrarlama riski vardır. Tekrarlama oranı, risk faktörü yoksa %10'ken, risk faktörü sayısı üç ve üstündeyse %100'e çıkabilir.

**Tedavi**

Amaç ateşin düşürülmesi, konvülsiyon sürüyorsa durdurulması, ateşe yol açan enfeksiyon odağının bulunarak uygun tedavi verilmesidir.

Hasta getirildiğinde konvülsiyon sona ermiş, hasta 12 ayın üstünde ve genel durumu iyi, febril konvülsiyon basitse, hasta ateşi düşürülüp, nedene yönelik tedavi planlanıp, aileye gerekli bilgiler verilerek evine gönderilebilir.

**Ateş kontrolü**

- Giysiler çıkarılır, çocuk ince bir giysi ile bırakılır.
- Oda sıcaklığı 18-20°C'ye ayarlanır.
- Koltuk altı ateşi 38°C'nin üstündeyse;
  - *Parasetamol* : 10-15 mg/kg/doz, 4-6 saatte bir ağızdan veya rektal ya da
  - *Ibuprofen* : 5-10 mg/kg/doz, 6 saatte bir ağızdan verilir.
- **Soğuk kompres, soğuk duş, alkol uygulaması yapılmamalıdır.** Ilık suyla duş yaptırılabilir.

**Konvülsiyon sürüyorsa veya gözlem sırasında yeni konvülsiyon başlamışsa**

- Hasta düz bir zemine yan yatırılır.
- Hava yolunun açıklığı kontrol edilir
- Ağız açık ise 'airway' konur.
- %100 oksijen verilir.
- Rektal *diazepam* uygulanır: Mümkünse rektal form kullanılır; yoksa, aynı doz ampul formu beslenme sondası ile rektal yoldan uygulanır. Sonda 5 cm boyunda kesilip yarısı rektuma yerleştirilir:
  - 1 ay-5 yaş : 0,2-0,5 mg/kg/doz, en çok 5 mg/doz
  - 5 yaş üstünde : 0,2-0,5 mg/kg/doz, en çok 10 mg/doz

**Profilaksi**

Tekrarlayan komplike febril konvülsiyonda ya da risk faktörü sayısı 3 veya daha çoksa bir uzmana danışılarak;

1. Aralıklı (intermitan) profilaksi uygulanabilir.
  - Ateşli hastalığın ilk 2 gününde rektal (ya da ağızdan) *diazepam* 0,5 mg/kg/gün, 2 dozda  
ya da
  - Nöbetin durdurulması ve uzun süren nöbetlerin engellenmesi amacıyla rektal *diazepam*
2. Devamlı profilaksi uygulanabilir.
  - *Fenobarbital* : 5 mg/kg/gün, 2 dozda, ağızdan  
ya da
  - *Sodyum valproat* : 20-30 mg/kg/gün, 2-3 dozda, ağızdan

**Sevk**

- İlk febril konvülsiyon 12 ayın altında geçirilmişse
- İlk nöbet komplike febril konvülsiyonsa
- Mental retardasyon, mikrosefali veya normal olmayan nörolojik bulgular varsa
- Ateşsiz konvülsiyonlar varsa
- Epilepsi veya intrakraniyal patoloji düşünülüyorsa hasta sevk edilmelidir.

**Aileye bilgi ve uyarılar**

- Febril konvülsiyonda genetik yatkınlık olabileceği
- Febril konvülsiyonun epileptik bir nöbet olmadığı
- Üç yaştan sonra tekrarlama riskinin düşük olduğu
- Kısa süreli febril konvülsiyonun beyin hasarı yapmadığı
- Aşı uygulamasının risk taşımadığı
- Ateşin derecesi izlenmesi ve ateş kontrolünün sağlanması gerektiği,
- Febril konvülsiyonun  $\frac{1}{3}$  oranda tekrarlayabileceği ve böyle durumlarda:
  - Hastanın düz bir zeminde yan yatırılması
  - Hastayı tutarak konvülsiyonu durdurmaya çalışılmaması
  - Kasılmalar sırasında çene, kol ve bacakları açmaya uğraşılması
  - Ağızdan hiçbir şey verilmemesi
  - Soğan veya başka bir maddenin koklatılması
  - Hastanın üstüne soğuk su dökülmemesi, ancak ılık su ile duş yaptırılabilceği aileye anlatılır.

**Kaynaklar**

1. Rosman NP. Febril Seizures. Pellock JM, Dodson WE, Bourgeois BFD, ed. Pediatric Epilepsy. New York: Demos, 2001:163-72.
2. Knudsen FU. Febrile Seizures: Treatment and Outcome. Brain Dev 1996;18:438-49.
3. Stenklyft PH, Carmona M. Febrile seizures. Emerg Med Clin North Am 1994;12:989-99.
4. Fukuyama Y, Seki T, Ohtsuka C, Miura H, Hara M. Practical Guidelines for Physicians in the Management of febrile seizures. Brain Dev 1996;18:479-84.
5. American Academy of Pediatrics Provisional Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Febrile Seizures. Practice Parameter: the Neurodiagnostic Evaluation of the Child with A First Simple Febrile seizure. Pediatrics 1996;97:769-72.
6. Rantala H, Tarkka R, Uhari M. A Meta-analytic Review of the Preventive Treatment of Recurrences of Febrile Seizures. J Pediatr 1997;131:922-5.
7. Gal P, Reed MD. Medications. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, ed. Nelson Textbook of Pediatrics, 16th ed. Philadelphia: Saunders, 2000:2235-304.