



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı

Çocuk Polikliniği  
Olgu Sunumu

2 Eylül 2016 Cuma

İnt. Dr. Şeyma Bayram

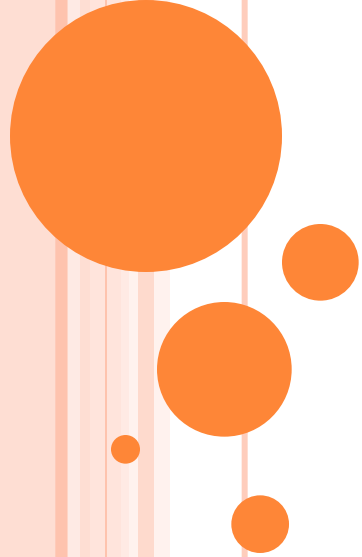
KOCAELI ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
ANABİLİM DALI

GENEL POLIKLINİK  
OLGU SUNUMU  
02.09.2016

INT.DR.ŞEYMA BAYRAM



**2 YAŞ ,11 AYLık ERKEK HASTA**



- Hastanın şikayeti :ateş,titreme,kasılma
- Öykü: 39.0 °C ateşi,üşüme,titreme ve 2 dakika süren bayılması olmuş.Bayılması ilk defa olup 1 kez olmuş, gözlerini bir noktaya dikme,tüm vucutta kasılma şeklindeymiş. Ağzından köpük gelmemiş ,bu şikayetlerle dış merkeze başvuran hastaya boğaz enfeksiyonu nedeniyle antibiyotik tedavisi başlanmıştır.



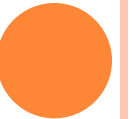
## ÖZGEÇMİŞ:

- Prenatal:Annenin 3.gebeliği. Gebeliđi boyunca düzenli doktor kontrolü var. Takiplerinde bir patoloji saptanmamış..
- Natal:Miadında,normal doğum,3100 gram.
- Postnatal:küvez bakım ihtiyacı olmamış,ikter,siyanoz olmamış
- Beslenme:6 ay sadece anne sütüyle beslenmiş.



## ÖZGEÇMİŞ:

- Büyüme gelişme:12 aylıkken yürümüş. 6.ayda ilk dişini çıkarmış.3 aylıkken başını dik tutmuş,6 aylıkken desteksiz oturmuş, anne baba demeye 12 aylıkken başlamış.
- Geçirilmiş hastalık: yok.
- Kullandığı ilaç: yok.
- Aşılar: Aşıları Tam.
- Alerji: Özellik yok.



## SOYGEÇMİŞ:

- Anne:38 yaşında sağ,sağlıklı
- Baba:40 yaşında sağ,astım bronşiale
- 1.çocuk:14 yaşında kız sağ,sağlıklı
- 2.çocuk:12 yaşında erkek sağ,sağlıklı
- 3.çocuk:hastamız
- Anne baba arasında akrabalık yok.
- Ailede nöbet öyküsü yok.



## FIZIK MUAYENE:

- Ateş: 36.5°C
- Nabız: 110/dk
- Sol. Sayısı: 24/dk
- TA: 90/50 mmHg
- bcg skarı pozitif

Boy:92 cm 13p

Kilo:15 kg 52p

Baş çevresi:50 cm 42p





- Genel durumu iyi
- Cilt turgor tonus doğal.Peteşi,purpura, ekimoz yok.Hipopigmente leke yok
- Işık refleksi alınıyor.Gözlerin her yöne hareketi doğal.
- Boyunda kitle,LAP yok
- Orofarinks ve tonsillerdoğal



## FIZIK MUAYENE:

- Solunum sesleri doğal.Ral,ronküs,ek ses yok.
- Batın normal bombelikte,defans,rebaund yok.
- Genel durum iyi,bilinci açık, koopere, çevre ile ilgiliydi.Derin tendon refleksleri alınıyor, patolojik refleks yok,menengial irritasyon bulgusu yok.



ÖN TANILAR?



## PLAN:

- 1) Hastanın 5 yaş altında olması
  - 2) 24 saat içinde nöbetin tekrarlamaması
  - 3) Nöbetin 15 dkdan kısa sürmesi
  - 4) Nöbetinin fokal bulgu içermemesi
  - 5) Ateş odağının santral sinir sistemi dışı nedenlere bağlı olması(üsy) nedeni ile hastada basit febril konvulsiyon düşünüldü.
- Hastaya febril konvulsiyon ile ilgili bilgiler verildi.

- 3 dk dan uzun süren febril konvulsiyonları için Rektal diazem reçete edildi.



# Genel Bilgiler ve Tanım

- Febril konvülziyonlar, çocukluk çağı konvülziyonlarının en sık nedenidir. Erkek çocuklarda biraz daha sık görölmektedir.
- Febril nöbetlerin prognozu genellikle çok iyidir ama sepsis veya bakteriyel menenjit gibi altta yatan ciddi bir enfeksiyöz hastalığa da işaret olabilir.



# BUGÜN FEBRİL KONVÜLZİYON İÇİN KABUL EDİLEN KRİTERLER

1. Konvülziyon 38 derece'nin üzerinde bir ateş ile olmalıdır.
2. Çocuk 6 yaşından küçük olmalıdır, 6aydan büyük olmalıdır.
3. Santral sinir sistemi enfeksiyonu veya enflamasyonu olmamalıdır.
4. Konvülziyona neden olabilecek akut sistemik metabolik bir bozukluk olmamalıdır.
5. Önceden afebril nöbet öyküsü olmamalıdır.

- Konvülziyon eşiğinin düşük olduğu, enfeksiyonlara eğilimin daha yüksek olduğu erken çocukluk yaşlarında (6 ay-6 yaş) sık görölmekte olup 18-22 ay-larda pik yapmaktadır.



- Nöbet sıklıkla ateşin hızla yükseldiği dönemde olmaktadır. Nöbetler genellikle ateşli hastalığın ilk gününde ortaya çıkmaktadır;
- %44 ilk saat içerisinde görülmektedir;
- % 90 olguda nöbet üç yaşından önce görülmektedir;
- Nöbetler çoğu kez 5 dakika sürmekte % 5 olguda 30 dakikayı geçmektedir.





# ETIYOLOJİ

- Febril konvülziyonların nedeni halen tam olarak bilinmemektedir. En sık üzerinde durulan nedenler;
  - 1. Enfeksiyonlar
  - 2. immünizasyon
  - 3. Predispozan faktörler
  - 4. Genetik yatkınlık
  - 5. Hipokampal lezyonlardır.



# ENFEKSIYONLAR

- Febril konvülziyonlar hem viral hem de bakteriyel enfeksiyonlar sırasında olmakla birlikte en sık viral bir üst solunum yolu enfeksiyonu ile birlikte meydana gelmektedir.
- Ayrıca *Shigella* spp'nin neden olduğu ciddi gastroenteritler de önemli nedenler arasındadır.



# İMMUNİZASYON

- Febril konvülziyon riski; difteri, tetanoz, boğmaca (DTP) ve kızamık, kızamıkçık, kabakulak(MMR) aşıları sonrası önemli oranda artış göstermektedir. DTP nin yapıldığı gün, MMR den 8-14 gün sonra konvülziyon riski artmaktadır. Aşıların nöbet tekrarında ise bir risk oluşturmadıkları saptanmıştır.



# GENETİK

- Febril konvülziyonun etiopatogenezinde en önemli faktörün bu gün için genetik yatkınlık olduğu kabul edilmektedir.
- Hastaların % 24 ü febril konvülziyonlu birinci derece akrabaya sahiptir. Sadece % 20 inde aile hikayesi yoktur.
- Febril konvülziyonlu çocukların % 10-20 sinde kardeşlerinde febril konvülziyon görülmektedir.



# FEBRİL KONVÜLSİYONLAR

## KLİNİK ÖZELLİKLER-1

- Basit ve kompleks olarak iki tipte görülür.
- **BASİT**
  - 15 dk'dan kısa
  - 24 saat içinde 1 kez
  - Tüm vücutta
- **KOMPLEKS**
  - 15 dk'dan uzun
  - 24 saat içinde >1 kez
  - Bölgesel

%85

%15

- İlk nöbet uzunsa; tekrarlayan nöbetler de uzun sürer.



# FEBRİL KONVÜLSİYONLAR

## TANI-TETKİKLER

- İyi bir öykü alınmalı, ayrıntılı nörolojik inceleme yapılmalı.
- Ateş odağının tesbiti için; kan sayımı, kan biyokimyası, idrar tetkiki, boğaz kültürü yapılabilir.
- EEG şart değildir.
- Bir yaşın altında ilk FK'da, klinisyenin gerekli gördüğü durumlarda LP yapılmalıdır (mutlak değil!).
- Bakteriyel menenjitli çocukların %18-80'inde nöbet görülür. Bunların %13-16'sının ilk bulgusu nöbet olabilir.
- Uzamış FK'larda MRG yapılır.



# FEBRİL KONVÜLSİYONLAR YÖNETİM

- Rekürrens için risk faktörleri yoksa tedavi başlanmaz.
- Nöbet sırasında ailenin ne yapacağı anlatılmalı
  - sakin olunmalı,
  - çocuk yan yatırılmalı,
  - nöbet bitinceye kadar yanında durulmalı,
  - sıkı tutulmamalı,
  - üzerine su dökülmemeli,
  - yüzüne kolonya sürülmemeli
- Öncelikle ateşi düşürülmeli.
- Nöbet bitince ağızdan bol sıvı ve ateş düşürücü verilir.



# PROGNOZ

Febril konvülsiyon genellikle selim bir hastalık olup prognoz iyidir.

Komplike FK'lu hastaların çok az bir kısmında uzun süreli takipte minimal piramidal bulgular, serebellar ataksi, dispraksi, geç konuşma gibi nörolojik sekeller saptanmıştır.





## ○ FEBRİL KONVULSIYONDA REKÜRRENS

- ❖ Febril konvulsiyon geçiren çocukların %30- 40 ında FK tekrarlar.
- ❖ FK da tekrarlama riskini arttıran faktörler:
  - 1)Nöbetin 1 yaş altında başlaması
  - 2)Aile öyküsü
  - 3)FK sırasında ateşin düşük derecede olması
  - 4)Nöbet öncesinde ateşin kısa sürmesi(<1saat)
  - 5)İlk 24 saat içerisinde birden fazla nöbet olması



- Risk faktörü sayısı arttıkça tekrarlama riski de artar. Risk sayısı 1-2 ise % 25-30 , 3 den fazla risk faktörü varsa % 50-60 tekrarlar. Risk faktörü olmayanlarda bu oran % 14 dür.
- Rekürrensin % 75 i ilk 1 yılda, % 90 ı ilk 2 yılda görülür.
- Kompleks FK ile rekürrens arasında ilişki gösterilememiştir. Ancak ilk FK uzun sürerse tekrarladığında da uzun sürmektedir



# FEBRİL KONVULSİYONDA EPİLEPSİ GELİŞİMİ

- ▣ Tek basit FK sı olan çocuklarda epilepsiye dönüşme riski çok düşük ve genel popülasyondan farklı değildir (%0.5), ancak risk faktörleri arttıkça bu oran % 2-10 a kadar çıkabilmektedir.

## A. Kesin risk faktörleri

- 1.Nörogelişimsel bozukluk
- 2.Kompleks FK
- 3.Ailede epilepsi öyküsü
- 4.Ateşin süresi (kısa sürmesi)

## B. Olası risk faktörleri

Birden fazla Kompleks FK

- ▣ Epilepsi gelişmesinde FK sayısı değil risk sayısı önemlidir.



Ateşli nöbet ile epilepsi arasındaki bağlantı komplekstir. Buna örnek:

- ❖ Epilepsi sendromunun ateşli nöbetle başlamasıdır. Buna en iyi örnek 6 ay civarı infantta Febril Status Epileptikus ile prezente olan infantın ciddi myoklonik epilepsisidir .( **Dravet Sendromu**)
- ❖ Febril konvulsiyondan sonra eğer epilepsi gelişmişse generalize, absans, kompleks parsiyel tipte nöbetler görülebilir.



## AYIRICI TANISI

- ▣ santral sinir sistemi enfeksiyonu
- ▣ eksojen veya endojen toksinler,
- ▣ intrakraniyel yapısal anomaliler,
- ▣ metabolik sorunlar,
- ▣ dehidratasyon ve elektrolit bozuklukları
- ▣ Tropikal ülkelerde ise serebral olan ve olmayan **malarya** hastalığında göz önüne alınmalıdır .



# TEDAVİ

- FK da tedavi yaklaşımının amacı akut konvulsiyonu durdurmak, rekürrensi önlemek, epilepsi riskini azaltmak ve aileyi bilgilendirerek ateş fobisini azaltmaktır.



# TEDAVİ

- ▣ Akut dönemde nöbeti kontrol altına almak kadar altta yatan hastalığa bağlı ateşi düşürmek de önemlidir.
- ▣ Hastaya sırt üstü konumda boyun hafif ekstansiyonda olacak şekilde pozisyon verilmeli; airway, nasal kanül, oksijen maskesi gibi araçlar kullanarak gerekirse oksijen verilmelidir.
- ▣ Nöbet anında IV yoldan verilen **benzodiazepinler** acil durumlarda ilk tercih edilen ilaçlardır. Ancak küçük çocuklarda IV girişimin genellikle başarısız olduğu düşünüldüğünde **likid diazepam (DZP) içeren rektal tüpler** güvenli, etkili ve mantıklı bir alternatiftir.
- ▣ Acil tedavide rektal diazepam 0.3-0.5 mg/kg dozunda; iv diazepam 0,2-0,3 mg/kg dozunda yapılır.



- Profilaksi amacı ile kullanılan **antiepileptik ilaçlar** epilepsi gelişme riskini azaltmazlar, sadece febril nöbetin tekrarlama riskini azaltırlar ve de kullanıldıkları sürece etkilidirler. Devamlı profilaksi için tercih edilen ilaçlar; **fenobarbital** (2 yaş altında) ve **sodyum valproattır** (2 yaş üstü).
- Fenobarbital 4-5 mg/ kg /gün verilir, hiperaktivite ve öğrenme güçlüğü gibi yan etkileri vardır. Diğer ilaç sodyum valproat 20-30mg/ kg/ gün verilir, hepatotoksisite, pankreatit ve hematolojik yan etkileri vardır.





- Ateş düşürücü ilaçların hastalığın erken döneminde verilmesinin febril konvülziyon riskini azaltıp azaltmadığı hakkında tartışma halen sürmektedir.



- Kaynakça:
- İnt. Dr. Gözde Ercan Pediatri Olgu Sunumu



o Dinlediđiniz için teŝekkürler...

