

Febril Konvülsiyonlar

Çocukluk yaşlarında ateşli bir hastalık sırasında görülen havaleye Febril Konvülsiyon denir. Febril konvülsiyonların görülme yaşı 5 ay-6 yaş olarak verilir. Tepe noktası ise 2-3 yaştır. M.S.S.nin iltihabi hastalıklarında (Menenjit, ansefalit) görülen konvülsiyonlar bu gruba girmezler. 5 aydan küçük veya 6 yaşından büyük çocuklarda da febril konvülsiyonlar görülebilir. Ancak bu durumlarda diğer nedenlerden konvülsiyon görülebilme olanağı arttığı için, tedavi ve ayırıcı tanıda daha dikkatli olmak gerekir. Febril konvülsiyonlarda erkek/kız oranı: 1,2/1 olarak verilir. Hastalığın morbiditesi %3-5 arasındadır. (Epilepside binde 4)

Febril konvülsiyonlarda, havale ateş yükselirken veya düşerken olabilir. Bazı çocuklar 38.5 derece ateşle konvülsiyon geçirebilir ve aynı çocuk 40 derece ateşle konvülsiyon geçirmeyebilir. Bazı hastalıklarda febril konvülsiyonlar daha sık olur. Örneğin nörotrop virus hastalıklarında (Kızamık, viralotit, viral gastroenterit v.b.) febril konvülsiyon daha sık görülür. **ETYO-PATOGENEZ:** (Tablo-1)

YAŞ: Daha evvelde belirtildiği gibi hastalık yaş ile sıkı bir ilişki gösterir. Ancak 2-3 aylık bebekte febril konvülsiyon olabileceği gibi 8-10 yaşındaki çocuklarda da görülebildiği bildirilir.

GENETİK DURUM: Diğer bir özellikte febril konvülsiyonların genetik durumudur. Genetik eğilim % 25-35 arası verilir. Febril konvülsiyonlu çocukların sağlam kardeşlerinde sık olarak EEG bulguları saptanır. (Teta ritmi, diken dalga ve fotosensibilite)

SEREBRAL LEZYONLAR: Buda gebelik, doğum, doğum sonrası olaylardan kaynaklanabilir. Örneğin riskli gebelikler, doğum travması gibi. Böyle durumlarda, aniden yükselen ateş infeksiyöz-toksik etken oluşturabilir.

Doç. Dr. Selçuk APAK, Uz. Dr. Meral ÖZMEN, Dr. Emine BELGEN

İstanbul Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıklar, Ana Bilim Dalı Gelişim Nörolojisi Bilim Dalı

SEMPTOMATOLOJİ: Hızla yükselen ateş sırasında en sık olarak generalize tonik-klonik grand-mal tipi konvülsiyon izlenir. Böyle bir konvülsiyonun görünüşü grandmalden ayırt edilemez. Tonik febril konvülsiyon nisbeten enderdir. Ve bunun görünüşü grand-mal'in görünüşünden farklıdır. Burada tonik başlayan konvülsiyon kronik şekilde dönmez ve bu şekilde devam eder. Bundan sonra ender olarak fokal konvülsiyonlar görülebilir. Yani, burada vücudun bir bölgesinin (kol veya bacak) veya yarısının konvülsiyonu söz konusudur. (Hemikonvülsiyon) Fokal konvülsiyonlarda, başta versiv tipte biryana dönme olabilir. Bütün konvülsiyon sırasında fokal belirtiler olabileceği gibi, bunlar konvülsiyonun sonuna doğru da çikabilir.

Febril konvülsiyonlar genellikle 5-15 dak. sürerler. 30-60 dak. sürenleri bildirildiği gibi, birgün içinde 3-4 defa gelenleri de vardır. Ender olarak status şeklinde görülebilir. Konvülsiyondan sonra yorgun olan hasta saatlerce uyur. Bazen hasta günlerce kendinde olmayabilir. Konvülsiyonlardan sonra genellikle nörolojik bulgu yoktur. Fokal bulgu verenlerde parezi gelişebilir. Fakat bu, çok defa birkaç gün içinde kaybolur.

PROGNOZ: Febril konvülsiyonların prognozu genellikle iyidir. Konvülsiyonlar, % 95 vakada 5-6 yaşına kadar kaybolur. Ancak bazı durumlarda prognozu etkileyebilecek risk faktörleri vardır. Prognozu etkileyebilecek risk faktörleri, çeşitli yazarlar tarafından değişik olarak bildirilir. (Nelson, Miyake, Doose)

Tablo 1:
ETYAPATOGENEZ

- YAŞ
- GENETİK DURUM
- SEREBRAL LEZYONLAR

Tablo 2: PROGNOZUN CİDDİ OLDUĞUNU GÖSTEREN KRİTERLER

- 1) Ailede epilepsi olması
- 2) Daha evvelden mevcut olan serebral lezyon belirtisi
- 3) İlk febril konvülsiyonun 1 yaşından evvel veya 4 yaşından sonra olması
- 4) Konvülsiyon sırasında fokal bulgu (Fokal başlayış, traf belirtisi, nörolojik bulgu, hemiparezi)
- 5) Aynı infeksiyon sırasında konvülsiyonların tekrarı.
- 6) Konvülsiyonun 15 dak.dan uzun sürmesi.
- 7) Toplam olarak 3 defadan fazla tekrarlayan febril konvülsiyon
- 8) EEG.de devamlı değişiklikler (Odak, hipersenkron eğilim, teta ritmi)

F

febril konvülsiyonlar ateşin yükselmesi ya da düşmesinde görülebilir. Bazı hastalıklarda daha sık karşımıza çıkar. Çoğu kez, generalize tonik-klonik, grand-mal tipli olur. Prognoz genellikle iyidir.

Doose'ye göre aşağıdaki kriterlerden bir veya birkaçının bulunması halinde febril konvülsiyonların prognozunun ciddi olabileceği düşünülür. Böyle durumlarda % 4 vakada afebril-kronik konvülsiyonların belirebileceği söylenir.

- 1) Ailede epilepsi olması (Tablo-2)
- 2) Daha evvelden mevcut olan bir serebral lezyon belirtisi.
- 3) İlk febril konvülsiyonun 1 yaşından evvel veya 4 yaşından sonra görülmesi.
- 4) Konvülsiyon sırasında fokal belirtisi. (Fokal başlayış, taraf belirtisi, nörolojik bulgu, hemiparezi)
- 5) Aynı infeksiyon sırasında konvülsiyonların tekrarı.
- 6) Konvülsiyonun 15 dakikadan uzun sürmesi.
- 7) Toplam olarak 3 defadan fazla tekrarlayan febril konvülsiyonlar.
- 8) EEG. de devamlı değişiklikler. (Odak, hipersenkron eğilim, teta ritmi).

Bu faktörlerden bir veya birkaçının bulunduğu hallerde **KOMPLİKE FEBRİL KONVÜLSİYON** söz konusudur. Bu durumda kronik afebril konvülsiyonların gelişmesi oldukça sık görülür. Özellikle fokal bulgu veren febril konvülsiyonların prognostik yönden çok ciddi olduğunu vurgulamakta yarar vardır. Eskiden bu gibi durumlarda bir HHE sendromu söz konusu denirdi. (Hemikonvülsiyon-Hemipleji-Epilepsi) zaman zaman etkilendiği ve çocuklarda psiko-sosyal gelişimin bozulabileceği çocuk hekimleri tarafından iyi bilinir.

Epilepsi ile allerji arasındaki ilişki bir çok yazar tarafından

bildirilmiştir. Son yıllarda allerji ile febril konvülsiyonlar arasında da bir ilişki olduğu ileri sürülmektedir. (Fukuyama) Febril konvülsiyonlu çocuklarda ve onların akrabalarında 1. tip allerjiye ait semptomların daha sık görüldüğü bildirilmektedir. (Fukuyama) Yani febril konvülsiyonlu çocuklarda allerji ensidansının yüksek oluşu söz konusudur. (Hara, M)

EEG ve FEBRİL KONVÜLSİYON: Akut konvülsiyon sırasında çekilen EEG.de klasik epilepsi bulgusu olan dikenler ve multifokal diken dalgalar izlenebilir.

Post-iktal dönemde genel değişiklikler tabloya hakimdir. Bu tablo ilk 10 gün içinde normale döner. Fokal febril konvülsiyonlarda EEG kontr-lateral bölgede odak gösterebilir. Hatta generalize febril konvülsiyonlarda bile EEG de fokal bulgu izlenebilir. Febril konvülsiyonlarda bu nedenle klinik endikasyon yoksa EEG 10-12 gün sonra istenir. Bu şekilde çekilen EEG.de ritmik teta dalgalarının belirmesi konvülsiyon eğilimi olarak alınır. Böyle EEG gösteren çocuklarda sonraları kalıcı diken dalga belirtileri olabilir. Ancak klinik yönden bir özellik yoksa ve EEG bulguları zamanla daha belirgin olmazsa bu bulgunun prognostik değeri pek yoktur.

TEDAVİ: İktal lezyonunu önlemek için tedavinin çabuk yapılması gerekir. (Tablo 3)

- 1) Ateş tedavisi (Aspirin, parasetamol, soğuk tatbikatı)
- 2) Derhal İ.V. Clonazepam (Rivotril 0,5-2mg İ.V. yavaşça konvülsiyon durana kadar.)
- 3) Veya Diazepam (Diazem, Valium, 3-10mg İ.V. yavaşça

Tablo 3:
FEBRİL KONVÜLSİYONLARDA TEDAVİ

- 1) Ateş tedavisi (Aspirin, parasetamol, soğuk tatbikatı)
- 2) Derhal İV. Clonazepam (Rivotril 0,5-2 mgIV yava=ça konvülsiyon durana kadar)
- 3) Dizapem (Diazem, Valium, 3-10 mgIV. yavaşça konvülsiyon durana kadar.)
- 4) Damar bulunamıyorsa
 - a) Diazem eriyiği (Diazem=Desitin Rectal Tube) rektal verilebilir. Yurdumuzda henüz yoktur.
 - b) Veya Diazem ampul 2cc. lik enjektöre çekilir, rektal verilebilir.
 - c) Veya % 10 luk chloral-hydrate eriyiği rektal verilebilir.

Tablo 4: FEBRİL KONVÜLSİYONLARDA UZUN SÜRELİ TEDAVİ KRİTERLERİ

- 1) Konvülsiyonun 15 dak. dan uzun sürdüğü hallerde
- 2) Aynı infeksiyon sırasında, bir günde 3 defadan fazla konvülsiyon görülmüşse
- 3) Konvülsiyon sırasında fokal bulgu saptanıyorsa
- 4) Tablo 2.deki faktörlerden en az iki tanesinin bir arada bulunduğu durumlarda

toplum ve hekim

konvülsiyon durana kadar.)

4) Damar bulunamıyorsa,

a) Diazem eriyiği (Diazem-Desitin Rectal Tube) rektal verilebilir. Yurdumuzda henüz yoktur.

b) Veya Diazem ampul 2cc.lık enjektöre çekilir, rektal verilebilir.

c) Veya % 10 luk chloral-hydrate eriyiği rektal verilebilir.

Bu şekilde tedavi ile % 90 konvülsiyon önenebilir. Çok uzun sürmüş konvülsiyonlar klinikte status gibi tedavi edilir.

PROFLAKSİ: Basit febril konvülsiyonlarda uzun süre tedavi gerekmez. Sadece ateşli hastalık sırasında ateş tedavisi yeterlidir. Ancak her konvülsiyondan 10-14 gün sonra EEG kontrolü uygun olur. Komplike febril konvülsiyonlarda ise uzun süre tedavi gerekebilir. Ancak bunlarda da uzun süre tedavinin gerekmediği durumlar olabilir.

Uzun süreli tedavi endikasyonunu biz şu hallerde uyguluyoruz: (Tablo 4)

1) Konvülsiyonun 15 dak.dan uzun sürdüğü hallerde.

2) Aynı infeksiyon sırasında, bir günde 3 defadan fazla konvülsiyon görülmüşse.

3) Konvülsiyon sırasında fokal bulgu saptanıyorsa.

4) Tablo 2. deki faktörlerden en az iki tanesinin bir arada bulunduğu durumlarda.

Uzun süre tedaviye başlamadan önce hastanın aile durumunun iyi bilinmesi gerekir. Ailenin oturduğu yer (en yakın hastaneye uzaklığı) de bazen uzun süre tedavi endikasyonu olabilir. Örneğin kırsal bölgede yaşayan ailenin konvülsiyon esnasında hemen doktor bulma olanağının olmaması gibi. Uzun süre tedavide kullanılacak ilaç tercih sırasına göre fenobarbital veya onun türevleridir. (Primidon, Barbexoclon) Son yıllarda valproat preparatları da (Orfiril, Ergenyl) uzun süre tedavide kullanılmaktadır. Yurdumuzda bulunmadığı için biz fenobarbital veya türevlerini kullanıyoruz. Tedavide doz tayini hastadan hastaya değişir. Genellikle kan düzeyinin 15 mikrogram/ml.nin üstüne çıkmamasına çalışılır. Bu düzey 3-5 mg/kg/gün yeterli olabilir. Barbexoclon (Maliasin)un 25 ve 110 mg.lık draje şekli vardır. 3-4 yaşına kadar 2-3 defa 25 mg/gün, 4-7 yaşına kadar 75-100 mg/gün kadar yeterli olabilir. Difenilhidantoinin febril konvülsiyonlarda hiçbir etkisi yoktur. İlaç tedavisi sırasında kullanılan ilaçların yan etkileri unutulmamalıdır. (Tablo 6)

Tablo 5:

KONVÜLSİYON SIRASINDA KULLANILAN İLAÇLAR VE DOZLARI

	Süt Çocuğu	Küçük Çocuk	Okul Çocuğu
Kloralhyrat-Rectiol 0,6 gr/3 ml.	100mg/kg(1/2-2rect)	2-4 Rect.	2-3-5 Rect.
Klonazepam İV. 1 mg/2 ml.	0,5-1 mg.	0,5-1-2 mg.	1-2-3 mg.
Diazepam İV. 10 mg/2 ml. (Valium) 10 mg/2 ml. (Diazem)	5 mg	5-10 mg.	10-20 mg.
Fenobarbital İM. (Luminal amp) 200 mg/ml.	50-100 mg 6-15 mg/kg	100-150 mg 10 mg/kg	200-300 mg. 7,5 mg/kg.

Tablo 6:

UZUN SURELİ TEDAVİDE KULLANILAN ANTİKONVÜLSİF İLAÇLARIN YAN ETKİLERİ.

FENOBARBİTAL (Luminal)	Hipnotik etki, paradoks etki (Huzursuzluk)
PRİMİDON (Mysolin)	Hipnotik etki, etkisi
BARBEXOCLON (Maliasin)	Huzursuzluk
VALPROAT prearat. (Ergenly, Orfiril)	Karaciğerde toksik etki, bulantı, saç dökülmesi

KAYNAKLAR:

- 1) Doose, H. Zerebrale Anfalle in Kindesalter Desitin Werke. Carl Klinke GmbH./Hamburg 7. suflage 1983
- 2) Fukuyama, Y. Allergy in Febrile Seizures. Brain and Development vo.6/1 65 (1984)
- 3) Hara, M. Allergy in Febril Seizures Brain and Development vol. 5/3 (1983)