



KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI SERVİS OLGU SUNUMU

Dr. Öğr. Gör. Mesut Güngör
Arş. Gör. Dr. Ayşe Nihan USLAN
08.04.2022



- 13 aylık kız hasta
- Yakınma: Ateş, gözlerde yukarı kayma, vücutta kasılma

HIKAYE

Bir gece öncesinde ateşı olan hastanın parasetamol ile ateşı gerilemiş. Aralıklı ateşı devam eden hastanın ateşı 39 derece ölçülmüş. Sonrasında gözlerinde yukarıya doğru kayma olmuş, çenesini açamamış ve tüm vücudu kasılmış. Hastanın bu şikayetleri 3 dakikadan kısa sürmüştü ve ilk kez başına gelmişti. Acil servisimize başvurusunda ateş yakınması devam etmişti.

Özgeçmiş:

Miadında 3000 gr NSVY ile doğum öyküsü mevcut.

Postnatal takibinde ydybü yatışı olmamış. Sarılık geçirmemiş.

Bilinen hastalığı yokmuş ve düzenli bir ilacı kullanmıyor.

Aşıları takvime uygun yapılmış.

Soygeçmiş:

Anne: 23 yaş sağ ve sağlıklı

Baba: 28 yaş sağ ve sağlıklı

1.Çocuk: hastamız

Ailenin akraba evliliği öyküsü yok, bilinen hastalığı yok.

Fizik Muayene

- Ateş: 39,4 C KTA: 154/dk SS: 40/dk TA: 90/50 Sao2:97
- Ağırlık: 11 kg Boy: 80 cm VKİ: 17,19 kg/m²

- Genel durumu iyi, bilinci açık, çevreyle ilgili
- Cilt turgor ve tonusu doğal. Peteşi/purpurik döküntü yok. Café au lait lekesi yok.
- IR +/- . Göz hareketleri doğal. OF hafif hiperemik, tonsilleri doğal.
- Baş/boyun doğal görünümde, lenfadenopati yok. Fontanel normal bombelikte.
- Her iki akciğer solunuma eş katılıyor, ral ve ronküs yok.
- Batın bombeliği doğal. Hassasiyet/defans yok. HSM -
- Nörolojik muayenesinde göz takibi doğal, kraniyal sinir muayenesi normal. Derin tendon refleksleri alınıyor, patolojik refleksi yok. Başını tutuyor, ayakta durabiliyor, tek kelime ile konuşuyor.
- Meninks irritasyon bulgusu yok.
- Genitoüriner görünüm doğal.

Laboratuvar deęerleri

- Açlık Kan řekeri- 105,5 mg/dL
- Ürea - 25,1 mg/dL
- BUN (Kan üre azotu) - 11,73 mg/dL
- Kreatinin - 0,27 mg/dL
- AST (SGOT) - 38,4 U/L
- ALT (SGPT) - 13,7 U/L
- ALP (Alkalen Fosfataz) - 347 U/L
- LDH - 330 U/L
- Total Protein- 66,2 g/L
- Albumin - 45,8 g/L
- Düzeltilmiş Sodyum - 136,1 mmol/L
- Potasyum (K) - 4,46 mmol/L
- Klor (Cl) - 102 mmol/L
- Düzeltilmiş Kalsiyum - 8,98 mg/dL
- Magnezyum (Mg) - 3,04 mg/dL
- Fosfor (P) - 5,92 mg/dL
- Ürik asit - 4 mg/dL
- CRP - 2,38 mg/L
- WBC (Lökosit) - $9,52 \times 10^3/\mu\text{L}$
- NEU (Nötrofil Sayısı) - $5,360 \times 10^3/\mu\text{L}$
- LYM (Lenfosit Sayısı) - $2,430 \times 10^3/\mu\text{L}$
- HGB (Hemoglobin) - 11,00 g/dL
- MCV - 72,50 fL
- PLT (Trombosit) - $318 \times 10^3/\mu\text{L}$
- İdrar tetkiki: Hasta numune vermeyi reddetmiştir.



- Tanısal yaklaşımınız nasıl olur?

Febril Konvülziyon

Febril konvülziyonlar, çocukluk çağındaki en sık konvülsif olay olup tüm çocukların % 2.5'inde görülür. 12-18. ayda pik yapmaktadır.

Febril konvülziyon tanımı için;

- Konvülziyon, 38 derece üzerinde ateş ile birlikte olmalı
- Hasta 6 ay ile 5 yaş arasında olmalı
- Tanımlı santral sistem enfeksiyonu/enflamasyonu olmamalı
- Önceden geçirilmiş afebril nöbet öyküsü olmamalı
- Eşlik eden akut sistemik metabolik bozukluk olmamalı

- Nöbetlerin erken yaşta başlaması,
- 1. derecedeki akrabalarda febril konvülziyon hikayesi olması,
- Rekürren febril konvülziyonların oluşumu ve nöbetlerin düşük dereceli ateşler ile meydana gelmesi çocuklardaki rekürrens riskini artırır.
- Ailede epilepsi hikayesi olması, gelişimsel nörolojik anormallik bulunması ve nöbetlerin düşük dereceli ateşler ile meydana gelmesi ve tekrarlaması febril konvülziyonlu çocuklarda epilepsi gelişimi için riskli faktörleridir.
- Çoğu çocukta prognoz oldukça iyidir.

- Fokal başlangıçlı (tek ekstremitede veya vücudun bir tarafında başlayan), 15 dakikadan uzun süren veya 24 saat içinde tekrarlayan febril nöbetler, komplike febril nöbet olarak tanımlanır.
- Basit febril nöbetler daha sık gözlenir. Çoğu basit nöbet 5 dakikadan kısa sürdüğü için basit-kompleks ayrımı yapmada 10 dk cut-off kabul edilebilir. Nöbet süresine ilişkin bu tanımların 5. dakikada tedavi verilmesi ile (diazepam) doğru şekilde yapılamayacağı akılda tutulmalıdır.

Etiyoloji

- Gelişmekte olan sinir sisteminin yüksek ateşe uygunsuz yanıtı
- Viral enfeksiyon
- Yakın zamanda immunizasyon/aşılama
- Genetik mutasyon varlığı
- Ailede febril konvulziyon öyküsü
- Hipokampal anomali (malrotasyon..) (nadir)
- Prenatal nikotin maruziyeti, demir eksikliği, alerjik rinit/atopi yatkınlığı

- Febril konvülziyon daha sıklıkla viral enfeksiyon sonrasında görülebilir. Özellikle yüksek ateşin eşlik ettiği HHV-6 ve influenza enfeksiyonunda risk daha da artmıştır.
- En sık rastlanan enfeksiyon etkeni HHV-6'dır, ilk kez geçirilen febril konvülziyon olgularında 1/3'ünde izole edilmiştir.
- Ayrıca adenovirus, RSV, HSV ve HHV-7 de febril konvülsif vakalardan izole edilmiştir.

- Difteri, tetanoz,boğmaca, kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşıları sonrasında febril konvülziyon olabilir.
- DTp aşısını olduğu gün ayrıca KKK aşısı olduktan 8-14 gün sonra febril konvülziyon geçirme riski artmıştır.
- Aşılama sonrasında nöbet rekürrensinde artış gözlemlenmemiştir.

- %24 vakada ailede febril konvülziyon öyküsü bulunmaktadır.
- SCN1A, SCN1B, SCN9A genlerinde mutasyon febril konvülziyon ile ilişkilidir.

Febril konvülziyon ile başvuran bir hastada

- Ayrıntılı öykü alınmalıdır, nörolojik olarak tam incelenmelidir.
- Nörolojik muayene bulgusu yoksa EEG istenmez. Febril status epilepticusda ise çekilmelidir.
- Ateş odağı açısından tetkik edilmelidir. (kan sayımı, biyokimya, idrar ve boğaz kültürü)
- İlk kez febril konvülziyon geçiren hastada lomber ponksiyon(LP) nörolojik muayene doğal ise endike değildir. Menenjit/ensefalite yönelik klinik bulgu varsa, Hib veya pnömokok aşısı yapılmadıysa, antibiyotik alıyorken olduysa, febril status epilepticus durumunda lomber ponksiyon(LP) endikedir.
- Komplike (uzamış) febril konvülziyon tanılı hastada beyin MR çekilebilir.

Rekürrens için risk faktörleri

- Majör kriterler:
 - <12 ay başlangıç
 - 24 saati aşan süredir devam eden ateş
 - <38 C ateş
- Minör Kriterler: Ailede ateşli nöbet öyküsü, epilepsi öyküsü, komplike febril konvülziyon, erkek cinsiyet, hiponatremi
- Risk faktörü yoksa %12 oranında tekrarlar ve var olan risk faktörünün sayısı arttıkça tekrarlama riski de artmaktadır.

- Rekürrens için risk faktörü olmayan hastalarda tedavi başlanmaz.
- Tekrar nöbet olduğu takdirde aile hastayı yan pozisyonda sıkı tutup travmatize olmadan nöbetin sonlanmasını beklemelidir.
- Öncelikle ateşi düşürülmelidir. 3 dakikayı aşan nöbet süresinde hemen acil servise başvurmalıdır.

- Nörogelişimsel bozukluk, komplike febril konvülziyon, ailede epilepsi öyküsü, ateşin uzamış süresi gibi faktörler ne kadar fazla ise epilepsi tanısı alma ihtimali de o kadar fazladır.
- Dravet sendromunda, ateşli nöbetler başlayıp genelde 6. ayda ciddi miyoklonik nöbetler ortaya çıkar. Febril konvülziyondan sonra nöbet jeneralize veya kompleks parsiyel devam edebilir.

Tedavi

- Amaç ateş kontrolü ve akut konvülziyonu durdurmak ile beraber rekürrensi azaltıp epileptik sendrom gelişimini önlemektir.
- Akut olarak:
 - Lateral postürde boyuna ektansiyon pozisyonu verilmelidir ve oksijen desteği başlanmalıdır.
 - 5 dakikayı aşan nöbette, varsa iv yoldan veya rektal yol ile benzodiazepin verilmelidir.
 - 0,3-0,5 mg/kg rektal diazepam*
 - 0,2-0,3 mg/kg iv diazepam*
- 2. doz verilebilir. Nöbet devam ettiği takdirde 20 mg/kg fenitoin yüklemesi yapılır.

- Basit febril konvülziyonda tedavi verilmemektedir.
- Eğer ilk nöbeti 12. aydan daha erken ise, komplike FK ise, ailede FK öyküsü varsa, nöromotor gelişim geri ise, 3 den fazla tekrarlamışsa profilaktik tedavi başlanmalıdır.
- Ateşli dönemde aralıklı tedavi olarak parasetamol, ateşli iken 0,5 mg/kg rektal diazepam günde 3 kez veya po klobazam uygulanabilir.
- Devamlı (idame) tedavide;
 - 2 yaş altında fenobarbital (4-5 mg/kg/g)
 - 2 yaş üstünde valproik asit (30 mg/kg/gün)
tercih edilmelidir.

- Kendi hastamızda 6-8 saatlik gözleminde tekrar nöbeti olmamış. Ateşi bir kez yükselmiş. Nöbet tekrarı durumunda önerilerde bulunulup evde izlemine devam etmek üzere taburcu edilmiş.

Teşekkür ederim