



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD.

Çocuk Nöroloji Bilim Dalı
Olgu Sunumu
6 Ocak 2021 Çarşamba



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Çocuk Nöroloji
Olgu Sunumu

06.01.2021

Int.Dr.ABDULKADİR BACAK

HASTAMIZ;
2 yaş 5 aylık erkek hasta

Hastanın yakınması; ateş, üşüme, titreme, kasılma

ÖYKÜ

- * 25.12.2020 tarihinde hastanın 39.0 °C ateşi, üşüme, titreme ve 2 dakika süren bayılması olmuş.
- * Bayılma sırasında gözlerini bir noktaya dikme, tüm bedende kasılma şeklinde nöbeti olmuş
- * Ağzından köpük gelmemiş .
- * Bu yakınmalarla başka bir sağlık merkezinde değerlendirilen hastaya boğaz enfeksiyonu tanısıyla suprax (sefiksim) tedavisi başlanılmış.
- * Nöbet sonrası (beyinde hasar olup olmadığını değerlendirmek için) değerlendirme için tarafımıza yönlendirilmiş.

ÖZGEÇMİŞ

- * Doğum öncesi :Annenin 2.gebeliği. Gebeliği boyunca düzenli doktor kontrolü var. Takiplerinde bir patoloji saptanmamış.Gebelik sırasında annenin enfeksiyon,sigara,alkol kullanımı öyküsü yok.
- * Doğum :Miadında,normal doğum,3100 gram.
- * Doğum sonrası: Küvez bakım ihtiyacı olmamış, ikter, siyanoz olmamış
- * Beslenme: Altı ay sadece anne sütüyle beslenmiş. Altıncı ayda anne sütü kesilmiş.

ÖZGEÇMİŞ

- * Büyüme gelişme:
 - * Yürüme 12 aylık
 - * İlk diş 6 aylık
 - * başını dik tutma 3 aylık,
 - * desteksiz oturma 6 aylık
 - * anne baba demeye 12 aylık.
- * Geçirilmiş hastalık: Yok.
- * Kullandığı ilaç: Yok.
- * Aşılar: Aşıları tam.
- * Alerji: Özellik yok.

SOY-GEÇMİŞ

- * Anne:38 yaşında sağ, sağlıklı
- * Baba:40 yaşında sağ, sağlıklı
- * 1.çocuk: 14 yaşında kız sağ, sağlıklı
- * 2.çocuk:Hastamız
- * Anne baba arasında akrabalık yok.
- * Ailede nöbet öyküsü yok.
- * Ailede febril konvülziyon öyküsü yok.

Fizik Bakı

- * Ateş: 36.5°C
- * Nabız: 110/dk
- * Solunum Sayısı: 24/dk
- * Kan basıncı: 90/50 mmHg
- * bcg skarı pozitif

Boy:92 cm 13p

Kilo:15 kg 52p

Baş cevresi:50 cm 42p

- 
- * Genel durumu iyi, bilinci uyanık, çevreyle ilgili
 - * Cilt turgor tonus doğal.
 - * Peteşi, purpura, ekimoz yok.
 - * Işık refleksi alınıyor. Gözlerin her yöne hareketi doğal.
 - * Boyunda kitle ya da LAP yok
 - * Orofarinks ve tonsiller doğal

Fizik muayene:

- * Solunum sesleri doğal.Ral,ronküs,ek ses yok.
- * Batın normal bombelikte,defans,rebaund yok.
- * Derin tendon refleksleri alınıyor, patolojik refleks yok.
- * Menengial irritasyon bulgusu yok.

Ön tanılar?

Plan

- 1) Hastanın 5 yaş altında olması
- 2) 24 saat içinde nöbetin tekrarlamaması
- 3) Nöbetin 15 dk'dan kısa sürmesi
- 4) Nöbetinin fokal bulgu içermemesi
- 5) Ateş odağının santral sinir sistemi dışı nedenlere bağlı olması(üsye) nedeniyle hastada basit febril konvülziyon 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 görülmektedir.
- Febril nöbetlerin prognozu genellikle çok iyidir ama sepsis veya bakteriyel menenjit gibi altta yatan ciddi bir enfeksiyon hastalığına da işaret olabilir.

Bugün febril konvülziyon için kabul edilen kriterler

1. Konvülziyon 38 derece'nin üzerinde bir ateş ile olmalıdır.
2. 6 ay-60 ay arasında olmalıdır.
3. Santral sinir sistemi enfeksiyonu veya enflamasyonu olmamalıdır.
4. Konvülziyona neden olabilecek akut sistemik metabolik bir bozukluk olmamalıdır.
5. Önceden ateşsiz nöbet öyküsü olmamalıdır.

- * Konvülziyon eşiğinin düşük olduğu, enfeksiyonlara eğilimin daha yüksek olduğu erken çocukluk yaşlarında (6 ay-5 yaş) sık görölmekte olup 18-22 aylarda sıklığı artmaktadır.

- 
- * 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 dakikadan kısa sürmekte % 5 olguda 30 dakikayı geçmektedir.

Etiyoloji

- * Febril konvülsiyonların 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 virüs hem de bakteri enfeksiyonları sırasında olmakla birlikte en sık virüs nedeni bir üst solunum yolu enfeksiyonu ile birlikte meydana gelmektedir.
- En sık rastlanan virüs enfeksiyonları Human herpes virus 6 enfeksiyonlarıdır; ilk febril konvülziyon olgularının üçte birinden sorumludurlar.
- Ayrıca *Shigella* spp'nin neden olduğu ciddi gastroenteritler de önemli nedenler arasındadır.

İmmunizasyon

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

Genetik

- Febril konvülziyonun etiyopatogenezinde en önemli faktörün bu gün için genetik yatkınlık olduğu kabul edilmektedir.
- Febril konvülsiyonlarla ilişkili genler: SCN1A, SCN1B, SCN9A
- Hastaların % 24 ü febril konvülziyonlu birinci derece akrabaya sahiptir.
- Febril konvülziyonlu çocukların % 10-20 sinde kardeşlerinde febril konvülziyon görülmektedir.

Febril Konvülsiyonlar

Klinik özellikler-1

○ Basit ve kompleks olarak iki tipte görülür.

* BASİT FK

- * Nöbet süresi 15 dk'dan kısa
- * 24 saat içinde tekrarlamayan
- * Tüm vücutta

%85

* KOMPLEKS FK

- * 15 dk'dan uzun
- * 24 saat içinde >1 kez
- * Bölgesel

%15

○ İlk nöbet uzunsa; tekrarlayan nöbetler de uzun sürer.

Febril Konvülsiyonlar

Tanı-tetkikler

- * İyi bir öykü alınmalı, ayrıntılı nörolojik inceleme yapılmalı.
- * Ateş odağının saptanması için; kan sayımı, kan biyokimyası(kalsiyum, fosfor, magnezyum), idrar tetkiki, boğaz kültürü yapılabilir.
- * Nörolojik muayene doğalsa EEG şart değildir.
- * **Bir yaştan 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.

Febril Konvülsiyonlar Yönetim

- * 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 KONVULSİYONDA REKÜRRENS

- ❖ Febril konvulsiyon geçiren çocukların %30- 40 ında FK tekrarlar.
- ❖ FK da tekrarlama riskini arttıran major faktörler:
 - * 1)Nöbetin 1 yaş altında başlaması
 - * 2)Ateş süresi <24 saat
 - * 3)Ateş 38-39 c
- * Minör faktörler:
 - * 1)Ailede FK öyküsü
 - * 2)Ailede epilepsi öyküsü
 - * 3)Kompleks febril konvülsiyon
 - * 4)Erkek cinsiyet
 - * 5)Düşük serum Na düzeyi

- 
- * Risk faktörü sayısı arttıkça tekrarlama riski de artar.
 - * Risk faktörü yoksa tekrarlama riski %12,
 - * Risk sayısı 1 ise % 25-50, 2 ise %50-59, 3 veya daha fazla risk faktörü varsa %73-100
 - * **Yineleyen nöbetlerin % 75 i ilk 1 yılda**, % 90 ı ilk 2 yılda görülür.
 - * İlk 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 (<1saat)

B. Olası risk faktörleri

Birden fazla Kompleks FK

- **Epilepsi gelişmesinde FK sayısı değil risk sayısı önemlidir.**

Ateşli nöbet ile epilepsi arasındaki bağlantı komplekstir. Buna 2 örnek:

- ❖ Epilepsi sendromunun ateşli nöbetle başlamasıdır. Buna en iyi örnek 6 ay civarı bebekte Febril Status Epileptikus ile ortaya çıkan infantın ciddi myoklonik epilepsisidir .(**Dravet Sendromu**)
- ❖ 5 yaşına kadar ateşli nöbetlerin devam etmesi arada ateşsiz nöbetlerin de görülebildiği “ **Febril konvulsiyon Plus** ” dır. Bu çocuklarda epilepsi mevcuttur ve FK tanısına uymaz.

Febril konvulsiyondan sonra eğer epilepsi gelişmişse generalize, absans, kompleks parsiyel tipte nöbetler görülebilir.

Ayırıcı Tanı

- ▣ 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.

1)AKUT TEDAVİ

2)PROFİLAKTİK(koruyucu) TEDAVİ

AKUT 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.**

PROFİLAKTİK TEDAVİ

- ▣ Basit FK da profilaksi önerilmemektedir.
- ▣ Aşağıdaki risk faktörlerinden 2 ya da daha fazlası varsa profilaksi önerilebilir.
 - a) İlk FK un 1 yaş altında geçirilmesi
 - b) Kompleks FK özelliği gösterenler(uzun ve fokal nöbet gibi)
 - c) Ailede FK öyküsü
 - d) Öncesinde nörolojik bulgu ya da nöromotor gelişim geriliği
 - e) Sık tekrarlama (3 den fazla)

FK da profilaktik tedavi 2 şekilde yapılmaktadır:

- 1) Ateş sırasında kısa süreli intermittan tedavi
- 2) Uzun süreli profilaktik tedavi (ort.2 yıl)

1.İntermittan Tedavi

- a) Antipiretikler:çoğunlukla parasetamol10-15mg/kg/doz 4-6 dozda kullanılmaktadır.
- b) İntermittan Diazepam profilaksisi: Ateşli dönemlerde rektal ateş 38,50C'nin üzerinde ise uygulamaya başlanması önerilmektedir. Rektal diazepam 8 saatte bir tekrarlamak üzere 0.5mg/kg dozunda uygulanmaktadır
- c) İntermittan oral klobazam profilaksisi.

- 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 düşücü ilaçların hastalığın erken döneminde verilmesinin febril konvülziyon riskini azaltmadığı gösterilmiştir.
 - * Demir eksikliği anemisi FK riskini artırdığından taranmalı ve varsa tedavi edilmelidir.



* Dinlediğiniz için teşekkürler...