



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Genel Pediatri

Olgu Sunumu

13 Haziran 2019

Dr. Murat Sağlam

İnt.Dr.Onur Ozan Arslan



- ▶ 2 yıl 9 aylık erkek hasta
- ▶ **Şikayet** : ateş sonrası nöbet geçirme

- ▶ Bir hafta önce sabah 39°C'ye varan ateş yüksekliği halsizlik yorgunluk burun akıntısı olan hasta bu şikayetle dış merkeze başvurmuş.
- ▶ Hastaya viral ÜSYE düşünülmüş ve ateş düşürücü tedavisi ve öneriler ile evine gönderilmiş.

- Hasta ateş çıkmasından yaklaşık 8 saat sonra evinde gözlerini sabit bir noktaya dikme, vücudunda kasılma ve beyazlaşma şeklinde bilinç kaybının da eşlik ettiği yaklaşık 3 dk süren nöbet geçirmiş.

- ▶ 112 aracılığı ile dış merkeze götürülmüş ambulans evlerine ulaşmadan önce nöbeti geçmiş. Dış merkez de rutinleri alınmış 6 saat gözlemlenmiş daha sonra ç.nöroloji kontrolü önerilerek taburcu edilmiş.

Özgeçmiş

- **Prenatal:** Annenin 1 gebeliği. Gebeliği boyunca düzenli doktor kontrolü ve ultrasonografi kontrolü var
- **Natal:** 38 haftalık, sezaryenle, 3350 gr olarak doğmuş.
- **Postnatal:** Doğar doğmaz ağlamış. Küvez bakımı almamış. İkter, siyanoz öyküsü yok.
- **Beslenme:** İlk 6 ay yalnızca anne sütü almış. Daha sonra ek gıdalara geçilmiş.
- **Büyüme-gelişme:** Yaşına uygun.
- **Aşılar:** Sağlık ocağı aşıları tam

Soygeçmiş

- ▶ **Anne:** 38 yaşında, lise mezunu, ev hanımı, sağ-sağlıklı
- ▶ **Baba:** 42 yaşında, üniversite mezunu, memur, sağ- sağlıklı
- ▶ Anne ve baba arasında akrabalık yok.
- ▶ **1. çocuk: hastamız**
- ▶
- ▶ Baba ve amcasında çocukluk döneminde ateşli nöbet geçirme öyküsü mevcut.

Fizik Muayene

- ▶ Ateş: 36.8 °C
- ▶ Nabız: 112/dk
- ▶ Sol. Sayısı: 36/dk
- ▶ TA: 70/40 mmHg

Boy: 95 cm (50–75 p)

Kilo: 1500 gr (50 – 75 p)

- ▶ **Genel durum:** İyi.
- ▶ **Cilt:** Turgor, tonus doğal. Ödem, ikter, siyanoz, peteşi, purpura, pigmentasyon bozukluğu yok.
- ▶ **Baş boyun:** Saç ve saçlı deri doğal. Kafa yapısı simetrik. Boyunda kitle ve LAP yok.
- ▶ **Gözler:** Işık refleksi bilateral mevcut. Pupiller izokorik. Konjonktivalar ve skleralar doğal. Göz kürelerin her yöne hareketi doğal.
- ▶ **Kulak-burun- boğaz:** Bilateral kulak zarları doğal. Burun tıkanıklığı, akıntısı yok. Orofarenks ve tonsiller hafif hiperemik.
- ▶ **Kardiyovasküler:** S1, S2 doğal. S3 yok. Üfürüm yok. AFN her iki alt ekstremitede alınıyor. Kalp tepe atımı 5. interkostal aralıkta.

- ▶ **Solunum sistemi:** Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor. Toraks deformitesi yok. Retraksiyon yok. Dinlemekle ral, ronküs, ekspiryum uzunluğu yok.
- ▶ **Gastrointestinal sistem:** Batın normal bombelikte. Barsak sesleri doğal. Palpasyonla defans, rebound yok. Hepatomegali ve splenomegali yok. Traube alanı açık.
- ▶ **Genitoüriner sistem:** Haricen erkek. Anomali yok. Testisler bilateral skrotumda.
- ▶ **Nöromüsküler sistem:** Bilinç açık. Koopere, oryante, çevreyle ilgili. Emme, yakalama ve moro refleksleri canlı. Meningeal irritasyon bulguları negatif. Babinski, klonus negatif. Kranial sinir muayeneleri doğal.
- ▶ **Ekstremiteler:** Kas kitlesi ve tonusu doğal. Deformite yok.

Ön Tanınız

FEBRİL NÖBETLER

Febril konvulsiyon çocuklarda en yaygın görülen yaşa bağımlı, ateşle ortaya çıkan durumdur.

- ▶ Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği (ILAE) tarafından “ 1 aydan büyük çocuklarda öncesinde tanımlanmış bir neden olmayan ve diğer semptomatik nöbet kriterlerine uymayan , merkezi sinir sistemi enfeksiyonu bulunmayan ateşli hastalıkla ilişkili nöbetler “ olarak tanımlanmıştır.
- ▶ Amerikan Pediatri Akademisi tarafından ise “6–60 ay arası , intrakranial enfeksiyon, metabolik bozukluk veya afebril nöbet öyküsü olmayan ateşli çocuklarda gelişen nöbetler” olarak tanımlamıştır.

- ▶ 5 yaş altındaki çocuklarda %2–5, en sık 2 yaş civarında görülür.
- ▶ FK ateşin başlangıç evresinde daha sık görülür. Bir çalışmada nöbet öncesi ateş süresi nöbetin ilk yılda tekrarlama riski ile ilişkili bulunmuştur. Ateşin başlangıcından sonraki ilk 1 saatte nöbet geçirenlerin %44ünde , 1–24 saat arasında geçirenlerin %23ünde , 24 saatten sonra geçirenlerin %13ünde FK ‘un tekrarladığı saptanmıştır.

- Genellikle generalize ve konvulsif karakterde olmasına rağmen olguların %5inde **gözlerde kayma, atoni veya siyanoz** şeklinde konvulsif olmayan bulgular görülebilir.

- ▶ **Febril status epileptikus** 30 dk veya daha uzun süren bir nöbet veya arada tam olarak düzelme olmadan 30 dk içinde tekrarlayan seri nöbetler olarak tanımlanır.

Nöbet Özelliklerine Göre Febril Konvulsiyon Tipleri

	Basit FK	Komplike FK
Tip	Jeneralize	Fokal
Süre	10–15 dakikadan kısa sürer.	10–15 dakikadan uzun sürer.
Sayı	Ateşli hastalık sırasında tek FK.	Ateşli hastalık sırasında birden fazla FK

ETİYOPATOGENEZ

- ▶ FK patogenezi tam aydınlatılamamış olmakla birlikte belli yaş aralığında bulunan çocuklarda ateşle birlikte konvulsiyona duyarlılık artmaktadır.
- ▶ Yaş faktörünün etkisi tam olarak bilinmemesine karşın bu yaşlarda uyarıcı ve baskılayıcı nörotransmitterler arasındaki dengenin henüz olgunlaşmadığı ve duyarlı olan çocuklarda ateşin etkisi ile konvulsiyonların ortaya çıktığı yönündedir.
- ▶ Hayvan deneylerinde de hipokampüste ısının yükselmesiyle epileptik aktivitenin ortaya çıktığı görülmüştür.

- Son çalışmalarda sitokinlerin FK patogenezinde rolü üzerinde durulmaktadır. Enflamasyon sırasında IL-1 B, TNF gibi proenflamatuvar sitokinlerin nöron uyarılabilirliğini ve nöronlar arası sinaptik iletimi artırdığı ve FK oluşumunu kolaylaştırdığı ileri sürölmektedir.

- ▶ Üst solunum yolu viral enfeksiyonları,
- ▶ 6. hastalık,
- ▶ Akut otitis media en sık FK nedenleridir.

- ▶ Son yıllarda HHV6 ve HHV7 enfeksiyonları ile birlikte FK sıklıkla bildirilmektedir.

- ▶ Serum demir düşüklüğünün konvulsiyon eşiğini düşürdüğü , ateşin bu etkiyi daha da artırdığı düşünülmektedir.

- ▶ Ailede FK öyküsü kesin risk faktörüdür.

- ▶ Genetik geçiş řekli tam olarak bilinmemekle birlikte genomda FK ile ilişkili bölgeler gösterilmiřtir.
- ▶ Bunlardan ikisi, FEB1 ve FEB2 kromozom 8 ve 19p üzerindedir.

Değerlendirme

- ▶ Tanı öykü ve fizik muayene ile konur. Öyküsü tipik ve fizik muayenesi normal olan hastalarda kan testleri gerekli değildir.
- ▶ İlk kez FK geçiren çocuklarda **lomber ponksiyon**, menenjit düşündüren bulgular varsa yapılmalıdır.
- ▶ Amerikan Pediatri Akademisi 12 ayın altında olan çocuklarda LP yapılmasını önermektedir.
- ▶ Ayrıca ilk komplike FK ise , nöbet sonrası letarjisi devam ediyorsa , önceden antibiyotik almışsa , ilk FK nöbeti 5 yaşından sonra olmuşsa LP yapılması önerilir.

- ▶ İlk basit FK'dan sonra rutin radyolojik görüntüleme yöntemlerine gerek yoktur.
- ▶ Ancak klinik duruma bağlı olarak tekrarlayan komplike FK'larda fokal nöbet ile birlikte veya postiktal nörolojik defisit olanlarda, yapısal lezyonlardan şüphe edildiğinde **tomografi ve MR** görüntüleme kullanılabilir.

- Febril konvulsiyonlu çocuklarda EEG sıklıkla çekilmekle birlikte tanısal değeri sınırlıdır ve FK'a özgü bir EEG bulgusu yoktur. Rutin olarak yapılması önerilmez.

Prognoz

- ▶ Sıklıkla iyi seyirlidir.
- ▶ Doğumdan 5 yaşına kadar takip edilen hastalarda FK geçiren ve geçirmeyenler arasında (nörolojik anormalliği olanlar dışlandıktan sonra) davranış, boy,baş çevresi, zeka testlerinde farklılık saptanmamıştır.
- ▶ İlk FK sonrası çocukların 1 /3 ünde nöbet tekrarlar. Tekrarlama açısından en önemli risk faktörleri aile öyküsü ve ilk nöbetin 18 aydan önce geçirilmiş olmasıdır.

- ▶ Tek basit FK sonrası epilepsiye dönüşüm riski genel toplum ortalamalarından farklı değildir.
- ▶ Epilepsi için risk faktörleri ilk nöbetin komplike özellikte olması ve nörogelişimsel anormallik içermesidir.
- ▶ Meziyal temporal sklerozlu temporal lob epilepsisi saptanan hastaların çocukluk dönemlerinde uzamış FK öyküsü saptanmıştır.

Yaklaşım

- ▶ Akut FK tedavisi
- ▶ Profilaksi
- ▶ Aile eğitimi

Akut FK tedavisi

- ▶ **Benzodiazepinler ilk tercih:**
- ▶ iv diazepam (0,2–0,3 mg/kg/doz) veya
- ▶ im, rektal, burun içi yollarla diazepam veya midaolam (0,2–0,7 mg/kg/doz) verilebilir.

- ▶ Ateş düşürücü ilaçlar veya ılık su uygulamasıyla ateş düşürülmeli, ateşe bağlı dehidratasyon önlenmeli.

- ▶ Uzun süren ve durdurulamayan nöbetlerde status epileptikus tedavisi uygulanabilir.
- ▶ FSE her ne kadar 30 dk veya daha uzun süren nöbet olarak tanımlansa da 5 dkdan uzun süren nöbetlerin statusa dönüşme eğilimi olduğu akılda tutulmalı ve gerekli tedavilerin uygun zamanda ve yeterli dozda kullanılması gerekmektedir.

- ▶ Basit FK'da koruyucu ilaç başlanması önerilmemektedir.
- ▶ Aile FK hakkında bilgilendirilmelidir. Nöbet anında yapılması gerekenler ve ateş kontrolü anlatılmalı ve aile kaygısı giderilmeye çalışılmalıdır.

- ▶ Literatürde oldukça tartışmalı olmakla birlikte:
- ▶ Nörolojik gelişme geriliği olan,
- ▶ komplike ve tekrarlayan FK geçiren ,
- ▶ ailede epilepsi öyküsü olan ,
- ▶ ilk FK'unu 1 yaş altında geçiren veya
- ▶ 24 saat içinde çok sayıda FK öyküsü olan hastalara nöbet engelleyici ilaçlar önerilebilir.

Koruyucu Tedavi

- ▶ 1) Uzun süreli nöbet önleyici ilaç kullanımı FK tekrarını azaltabilir ancak epilepsi gelişimini önlemez.
- ▶ Fenobarbital 5 mg/kg/gün ya da
- ▶ Valproik asit 20 mg/kg/gün 2 dozda kullanılabilir.

- ▶ 2) Ateşli dönemlerde uygulanan aralıklı tedavide ateş sırasında ilk 24–48 saatte oral veya rektal diazepam verilebilir.
- ▶ Rektal diazepam ebeveynin kaygılı olduğu , hastaneden uzakta olan çocuklarda FK'un uzamasını engellemek amacıyla uygulanabilir.

