



1995-2000 YILLARI ARASINDA KLİNİĞİMİZDE YATARAK İZLENEN FEBRİL KONVULSIYONLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Figen TEMEL¹, Sedat ÖKTEM², Neslihan ÇİÇEK¹, Yasemin AKIN³, Ayça VİTRİNEL⁴, Gülnur TOKUÇ⁵

Febril konvülsiyon nedeniyle 1995-2000 tarihleri arasında Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yatarak tedavi gören ve yaşları 6 ay-5 yaş arasında olan 45 hasta bu çalışmaya dahil edildi. Hastalar; etyoloji, ateş ortalaması, atak sayısı, aynı günde geçirdikleri konvülsiyon sayısı, konvülsiyon süresi, doğum tartısı, anemi varlığı ve komplike olup olmadığı açısından değerlendirildi. Hastalar etyoloji açısından değerlendirildiğinde hastaların 13'ünde(%29) bronkopnömoni, 10'unda(%22) AGE, 7'sinde(% 16) ÜSYE, 4'ünde(% 9) ÜSYE+bronkopnömoni, 2'sinde(%4.5) AOM, 2'sinde(%4.5) AGE+ÜSYE, 2'sinde(%4.5) ÜSYE+AOM, 2'sinde(%4.5) tonsillit, birinde(%2) sepsis, birinde(%2) AGE+bronkopnömoni saptandı. Hastaların ortalama ateşi 39.06C⁰ idi. Hastalar ortalama 1.78 atak geçirmiş ve ortalama doğum ağırlıkları 3226 gr. olan çocuklardı. 34 hasta aynı günde bir kez, 11 hasta birden fazla ,ortalama 3.54 atak geçirmişti. 30 dk. ve üstü konvülsiyon geçiren hastalar tüm hastaların %20 sini oluşturmaktaydı. Anemi saptanan 22 vakanın 10'unun hastalık grubu demir eksikliği ile uyumlu olarak değerlendirildi. Vakaların 29 tanesi komplike olarak değerlendirildi.

Anahtar Kelimeler: Konvülsiyon, Febril, Etiyoloji

RETROSPECTIVE EVALUATION OF FEBRILE CONVULSIONS FOLLOWED IN OUR CLINIC BETWEEN 1995-2000

45 patients aged between 6 months to 5 years who were admitted to Dr. Lütfi Kırdar Kartal Training and Research Hospital Pediatrics Clinic were included in this study. Patients were evaluated for etiology, the degree of fever, attack number, the number of febrile convulsions in same day, convulsion time, birth weight, anemia and the presence of complex febrile convulsion. 13(29%) patients were found to have bronchopneumonia, 10(22%) acute gastroenteritis, 7(16%) upper airway infection, 4(9%) upper airway infection + bronchopneumonia, 2(4.5%) acute otitis media, 2(4.5%) acute gastroenteritis + upper airway infection, 2(4.5%) upper airway infection + acute otitis media, 2(4.5%) tonsillitis, one(2%) sepsis, one (2%) acute gastroenteritis + bronchopneumonia. Average fever degree was 39.06C⁰. Average attack number was 1.78 and the average birth weight was 3226 gr. 34 patients had one attack, 11 patients had more than one attack in same day. Rate of patients with convulsions lasting more than 30 minutes, was 20%. 10 of 22 patients with anemia were found to be iron deficiency anemia. 29 patients were found to have complex febrile convulsion.

Key Words: Convulsion, Febrile, Etiology

Febril konvülsiyon çok eskiden beri bilinen ve çocukluk çağında sıklıkla 5 ay-5 yaş arasında MSS enfeksiyonuna ve elektrolit denge bozukluğuna bağlı olmadan gelişen, ateşle birlikte ortaya çıkan bir durumdur. Febril konvülsiyonlar çocukluk çağı konvülsiyonlarının çoğunu oluşturmaları yanı sıra sonrasında epilepsi geliştirme risklerinden dolayı da önemlidirler. Febril konvülsiyon sonrası epilepsi gelişme riski %1-5 arasında değişmektedir. Bu riskin artışında aile hikayesi, komplike olup olmadığı, nörogelişimsel gerilik ve konvülsiyon öncesi ateşin kısa olması rol oynar. Febril konvülsiyonlar, sonrasında afebril konvülsiyon ve rekürrensler gelişebilmesi nedeniyle duyarlılık gösterilmesi gereken bir durumdur^{1,2}.

Bizim çalışmamızda 1995-2000 tarihleri arasında kliniğimizde yatarak tedavi gören ve yaşları 6 ay-5 yaş arasında olan febril konvülsiyon tanısı almış 45 olgu tarandı. Bu hastaları, yaş, cinsiyet, ateş ortalaması, konvülsiyon sayısı ve süresi, ateş nedenleri, anemi varlığı ve aile anamnezi açısından değerlendirmek amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

1995-2000 tarihleri arasında Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde interne edilerek tedavi gören ve daha önce sağlıklı olduğu bilinen 6 ay-5 yaş arası 45 hasta çocuk araştırmamız kapsamına alındı.

Afebril konvülsiyon, serebral palsy, mental retardasyon gibi nörogelişimsel bozukluk gösteren hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çocuklar cinsiyet, ateş etyolojisi, ateş ortalaması, atak sayısı ve süresi, ortalama doğum tartısı, komplike olup olmadığı ve anemi birlikteliği konularında incelendi. Ateş olarak 38C⁰ nin üzeri ateşler kabul edildi. 15 dakikadan uzun süren, 24 saat içinde veya aynı hastalık seyri esnasında tekrarlayan ve fokal özellik gösteren konvülsiyonlar komplike olarak değerlendirildi. Hastalarda aile anamnezi de sorgulandı.

BULGULAR

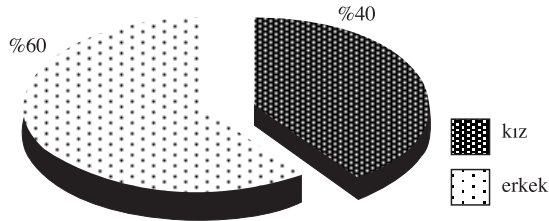
1995-2000 tarihleri arasında Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği'nde febril konvülsiyon nedeniyle yatarak tedavi gören 45 hasta değerlendirildi. Febril konvülsiyon nedeniyle başvuran hastaların yaşları 6 ay-5 yaş arasındaydı.

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği ¹Asistanı, ³Şef Yardımcısı, ⁴Şefi,Doç. 2.Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği ²Asistanı, ⁵Şefi,Doç.

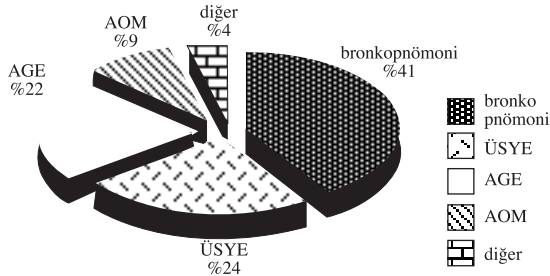
Hastalarımızın 27'si(%60) erkek, 18'i(%40) kızdı (Şekil 1). Erkek/kız oranı 1.5/1 olarak saptandı. Ateş yüksekliği 38.1C° ile 40.3C° arasında değişmekteydi. Çocukların konvülsiyon geçirdikleri andaki ateş ortalaması 39.06C° olarak bulundu. Konvülsiyon geçiren çocukların pik yaşı 24 aylık idi.

Değerlendirilen 45 hastanın 29 vakası komplike olarak saptandı(%64). Komplike vakaların 17'si(%59) erkek, 12'si(%41) kızdı. Hastaların 34 tanesi (%75.5) aynı günde veya hastalıkta bir kez konvülsiyon geçirmiş vakalardı. 11 vakada (%24.5) ise aynı gün veya hastalık içinde birden fazla atak söz konusuydu. Bunlarda atak ortalaması 3.54 olarak hesaplandı.

Olgularımız ateş nedenleri açısından değerlendirildiğinde sonuçları şöyleydi: Bronkopnömoni 18(%41), üst solunum yolu enfeksiyonu 11(%24), akut gastroenterit 10(%22), akut otitis media 4(%9), akut otitis media ve akut gastroenterit 1(%2) ve sepsis 1(%2) (Şekil 2).



Şekil 1. Febril konvülsiyon olgularında erkek/kız oranı.



Şekil 2. Febril konvülsiyonlarda ateş etyolojisi.

Çalışmaya alınan vakaların 12 ay altında olanların hepsine ve endikasyonu olan diğer vakalara lomber ponksiyon yapıp MSS enfeksiyonu olan olgular çalışma dışı bırakılmıştır. Yine gastroenterite bağlı elektrolit denge bozukluğu olan vakalar çalışmaya alınmamıştır. Konvülsiyon süresi açısından 23 vaka süreyi net belirleyemiyordu. 13 vaka (%28) 1-30 dk. arasında ve 9 vaka (%20) 30 dk. üzerinde olarak değerlendirildi. 30 dk. üzeri konvülsiyon geçirenlerin 6 tanesi erkek (%66.6) ve 3 tanesi (%33.3) kızdı. Hastaların tamamı değerlendirildiğinde ortalama atak sayısı 1.78 olarak bulundu. Bu çocukların 8 tanesinde (%18) aile anamnezi pozitif olarak alındı. Bunların 3 tanesi(%37) 1.dereceden akraba, 5 tanesi (%63) 2.dereceden akrabaydı. Aile hikayesi pozitif olan olguların iki tanesinde (%25) ilk atak ve 6 tanesinde (%75) birden fazla atak söz konusuydu. Aile hikayesi pozitif olan olgularda atak ortalaması 4 olarak

saptandı.

Vakalar anemi varlığı açısından değerlendirildiğinde Hb değerleri 10gr/dl altında olan 22 vakanın (%48) 10 tanesi demir eksikliği anemisiyle uyumlu olarak saptandı (tüm vakaların %22'si). 14 vakanın Hb değerleri 10-12gr/dl arasındaydı. Demir eksikliği ile uyumlu bulunan vakaların 7'si erkek (%70), 3'ü kız (%30) idi.

TARTIŞMA

Febril konvülsiyonlar çocukluk çağında MSS dışı ateşli hastalıkların seyri esnasında görebildiğimiz ateşle birlikte gelişen konvülsiyonlardır. Febril konvülsiyonun sıklığı çeşitli çalışmalarla %2-5 arasında olarak gösterilmiştir. Ülkemizde bu oran %5.5 olarak bildirilmiştir.

Febril konvülsiyon, genellikle 5 ay-5 yaş arasında görülür. Çalışmamız kapsamına bu yaş grubu olgular alındı. Literatürlerde, başlangıç yaşı açısından 1-3 yaş arası çocukların risk taşıdığı belirtilmiş olup bizim çalışmamız sonuçlarına göre yaş ortalaması 24 ay olarak saptanmıştır. Bu, Jones ve arkadaşlarının³ 1991 yılında yaptıkları çalışmanın sonucuyla aynıdır. Febril konvülsiyonlar(FK), erkek çocuklarda kızlardan biraz daha fazla görülür. Erkek /kız oranı 1.2-1.5/1 oranındadır. Bu oran Nelson⁴ ve arkadaşlarının⁵ çalışmasında 1.2/1, Özmen ve arkadaşlarının⁵ ülkemizde yaptığı çalışmada 1.3/1 olarak rapor edilmiştir. Bizim vakalarımızda da bu değerlere yakın olarak 1.5/1 civarında belirledik.

Febril konvülsiyon demek için kabul edilen en düşük ateş sınırı 38C° dir. Hastalarımızdan alınan en düşük ateş (rektal) 38.1C°, saptanan en yüksek ateş 40.3C° olup ateş ortalaması 39.06C° olarak hesaplanmıştır. Bu kadar yüksek olmasının nedeni hastaların yatarak tedavi görmesine bağlandı. Yapılan çalışmalarda bu değerler 38.5C°, 37.5C° ve üzeri ve 39C° olarak bildirilmiştir. Vitrinel ve arkadaşları⁶ 1994 yılında yaptıkları çalışmada bu değeri 39C° olarak bulmuşlardır.

Febril konvülsiyonlar basit ve komplike olarak iki grupta sınıflandırılabilir. Basit olanlar 10-15 dk. dan kısa ve generalizedir. Genellikle bir hastalık seyri esnasında veya 24 saatte bir kezden fazla geçirilen, fokal özellik gösteren, 15 dk. üzeri süren ve postiktal nörolojik bulgu (örn. Todd's paralizi) gösteren olgular komplike olarak nitelendirilir. Bizim çalışmamız interne edilen hastaları kapsadığından vakaların %64'ü (29 vaka) komplike olgulardı. Bu vakaların %59'unu erkekler, %41'ini kızlar oluşturmaktaydı. Bu hastalarda ortalama atak sayısı 3.54 olarak saptandı. Lee¹ ve arkadaşlarının¹ çalışmasında komplike vakaların oranı %27 olup bizim çalışmamızdaki farklılığın nedeni yine hastaların interne edilen olgular olmasına bağlanmıştır.



Febril konvülsiyonların %70-80'inin ÜSYE sonrasında geliştiği bildirilmiştir. Bunun dışında otitis media, gastroenterit, ekzentema subitum ve üriner enfeksiyonlar da FK nedeni olabilmektedir. Vitrinel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ÜSYE olguların %72'si olarak bildirilmiştir. Bizdeki değerlendirmede ise vakaların %41'ini oluşturan bronkopnömoni en sık neden olarak saptandı. Bunu %24 ile ÜSYE olguları izledi. Bu da ÜSYE ile gelen basit febril konvülsiyonların müşahade sonucunu gösterildiğine dayandırılmıştır.

Febril konvülsiyonlarda genetik eğilim çok önemlidir. Çalışmalara göre FK olan kişilerin çocuklarında risk %10 olarak saptandığından anamneze bu açıdan dikkat edildi. Çalışmamızda vakaların %18'inde aile anamnezi pozitif olarak bulundu. Bunların 3 tanesi (%37) 1.dereceden ve 5 tanesi (%63) 2.dereceden akrabaydı. Aile hikayesi pozitif olan vakaların %75'inde birden fazla atak söz konusuydu ve ortalama atak sayısı 4 olarak belirlendi. Yapılan çalışmalarda Van Esch ve arkadaşları⁷ aile hikayesi pozitif olan olgularda rekürrens riskinin %27-52 olduğunu göstermişlerdir. Rekürrens oranı yaşla, konvülsiyonun komplike olması ile ve özellikle 1.dereceden akrabalarında konvülsiyon öyküsü bulunmasıyla artar. Tüm vakalar için ortalama atak sayısı 1.78 olarak saptanmıştır.

Taradığımız 45 vakanın anemi açısından değerlendirilmesinde Hb değerleri 10gr/dl altında olan 22 vakanın 10 tanesi (tüm olguların %22, anemik olanların %45'i) demir eksikliği anemisi ile uyumlu bulundu. Bunlarda erkek/kız oranı 2.3/1 idi. Kobrinsky ve

arkadaşlarının⁸ yaptığı çalışmada saptadığı demir eksikliğinin febril nöbete karşı koruyucu olduğu şeklindeki sonuç konusunda bizim çalışmamızda net bir karara varılamamıştır. Demir eksikliği nöbet eşliğini azaltmakta mıdır? Bunun cevabı henüz verilmemiştir. Biz de çalışmayı ilerleterek bunu gözlemlemeyi amaçlıyoruz.

KAYNAKLAR

1. Haslem RHA. The Nervous System:Febrile Seizures. In:Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM(eds.). Nelson Textbook of Pediatrics, 15th edition, W.B. Saunders Company, Philadelphia 2000; 602(3):1818-1819.
2. Weig SG. Febrile Seizures. In:Burg FD, Ingelfinger JR, Wald ER, Polin RA(Eds). Gellis and Kagan's Current Pediatric Therapy. 16th edition, W.B. Saunders Company, Philadelphia 1999; 5:482-483.
3. Jones LP, Kea V. Urinary tract infection in febrile convulsions. Arch Dis Child 1991;66:1287.
4. Nelson B. Prognosis in children with febrile seizures. Pediatrics 1978; 61:720-727.
5. Özmen M, Hızlı T, Çalışkan M ve ark. Febril Konvülsiyon:170 vakada EEG ve klinik özellikler. 38. Milli Pediatri Özet Kitabı, 1994.
6. Duman S, Vitrinel A, Karatoprak N, Çorbacıoğlu D. Febril Konvülsiyonların Değerlendirilmesi. Haydarpaşa Numune Hastanesi Tıp Dergisi 1994;34:206.
7. Van Esh A, Steyerberg EW, Berger MY, Offringa M, Derksen-Lubsen G, Habbema JD. Arch Dis Child 1994;70 :395-399.
8. Kobrinsky NL, Yeger JV, Cheang MS, Yatscoff RW, Tenenbein J Child Neurol 1995;10:105.