

KONVÜLZİYONLU ÇOCUĞA YAKLAŞIM

Beyindeki bir sinir dokusundan aşırı elektriksel impulsların çıkması nedeniyle beyin fonksiyonlarında ani ve geçici bir değişiklik meydana gelmesidir. Konvülsiyon bir tanı değil semptom, bulgudur. Konvülsiyonlar genel popülasyonun %5' inde ve 20 yaş altındaki kişilerin %2' sinde görülür. Konvülsiyonlar febril ve afebril olmak üzere ikiye ayrılır.

FEBRİL KONVÜLZİYONLAR

Febril konvülsiyon 6 ay ile 6 yaş arası, daha öncede nörolojik bir anomalisi olmayan çocuklarda beraberinde santral sinir sistemi enfeksiyonu ve elektrolit bozukluğu olmaksızın ateş ile tetiklenen konvülsiyon olarak tanımlamaktadır. Bu yaş aralığının alt sınırının bir aya kadar indiği de yakın zamanda bildirilmiştir. Febril konvülsiyonlar ensık 17-24 aylar arasında ortaya çıkar. Erkeklerde insidansı kızlardan biraz daha yüksektir. Febril konvülsiyon geçiren çocukların aile bireylerinde de aynı öykü olabilir (%25-40). Bunun yanı sıra febril konvülsiyon geçiren çocuklarda, ileride tekrar konvülsiyon görülme olasılığı %30-40 daha fazladır. Febril konvülsiyonları çoğu kısa süreli, generalize, tonik klonik nadiren parsiyel nöbetler şeklindedir. Çoğunlukla bir kaç dakikada kendiliğinden durur. Nadiren parsiyel başlayıp generalize olabilir. Febril konvülsiyonlar basit ve kompleks olmak üzere ikiye ayrılırlar: Basit febril konvülsiyonlar generalize tonik- klonik 10 dakikadan kısa süren, 24 saat içinde tekrarlamayan kendiliğinden düzelen nöbettir. (%80-85) Kompleks febril konvülsiyon ise fokal başlangıçlı veya nöbet esnasında fokal komponenti olan, 10-15 dakikadan uzun süren, 24 saat içerisinde veya aynı ateşli hastalık süresince tekrarlayan nöbet şeklindedir. Nöbet sonrası nörolojik defisitler görülebilir. (%15-20) Kompleks febril konvülsiyon geçiren çocuklarda tekrarlayan febril konvülsiyon görülme olasılığı yüksektir ve basit febril konvülsiyon geçiren hastalara göre daha büyük oranda epilepsi gelişme ihtimali vardır. Febril status epileptikus 30 dakikadan uzun süren ya da 30 dakika içinde arka arkaya tekrarlayan bilincin açılmadığı ateşli konvülsiyon olarak tanımlanır. Febril konvülsiyonlu çocukların %5' inde febril status epileptikus görülür.

Febril konvülsiyon için risk faktörleri arasında birinci derece akrabalarda febril konvülsiyon öyküsünün bulunması en iyi tanımlanmış risk faktörüdür. Febril konvülsiyon geçiren kardeş öyküsü olan vakaların %10-45 inde nöbet geçirme riski bulunmaktadır. Özellikle annedeki kronik hastalıklar epilepsi, tirotoksikoz, hipertansiyon, annenin sigara

kullanımı, alkol kullanımı febril konvülziyon riskini artırmaktadır. Birçok çalışmada prematüre doğum, yoğun bakım ünitesinden gecikmiş taburculuk ve gelişme geriliği ile febril konvülziyon arasında bir ilişki olduğu bulunmuştur. İnsan Herpes Virus tip 6 gibi bir çok viral ve bakteriyel enfeksiyon febril konvülziyon gelişme riskini artırır. Üst solunum yolu enfeksiyonları, otitis media, tonsilit, idrar yolu enfeksiyonları seyri esnasında febril konvülziyon sıkça görülmektedir. Aşı sonrasında da febril konvülziyon görülebilir. Özellikle DBT aşısını takiben 48 saat içinde görülen febril konvülziyon sıklığı asellüler boğmaca aşısının rutin kullanıma girmesiyle azalmıştır.

İlk yaş içinde geçirilen nöbet %90dan daha yüksek oranda 2 yıl içinde tekrarlamaktadır. Düşük ateşle geçirilmiş nöbeti olanlarda ve bir ateşli hastalık sırasında birden fazla nöbet geçirilmesi durumlarında febril konvülziyonun tekrarlama riski daha yüksektir. Ateşin süresi de konvülziyonun tekrarlamasını arttıran bir faktördür.

Febril konvülziyon geçiren çocukların ileride epilepsi hastası olma olasılığı takip süresine bağlı olarak değişebilmekle birlikte genel popülasyonda beklenenden 2-10 kat yüksektir ve %2- %7 arasında seyretmektedir. Altta yatan nörolojik gelişim bozukluğu olmadığı sürece basit febril konvülziyon sonrasında provake olmayan tek afebril nöbet geçirme olasılığı ise genel popülasyondaki kadar febril konvülziyonları izleyen afebril nöbetlerin çoğu kısa süreli jeneralize tonik – klonik nöbetlerdir ve genellikle selim seyirlidir. Ve bir veya birkaç afebril nöbet geçirdikten sonra nispeten kısa sürede remisyona girerler.

Febril konvülziyonları takip eden afebril nöbetlere yakalanma riskinin en yüksek olduğu dönem ilk nöbetten sonraki birkaç aydır. Risk faktörleri

- ✓ 15 dakikadan uzun süren febril nöbetler
- ✓ Parsiyel nöbetler
- ✓ Aynı gün içinde çok sayıda geçirilen nöbetler
- ✓ Nörolojik ve gelişimsel gerilik
- ✓ Nöbetlerin erken yaşta özellikle bir yaşından önce başlaması
- ✓ Çok sayıda febril nöbet geçirme
- ✓ EEG de epileptik aktivitenin olması ve ailede birinci derece akrabalarda epilepsi öyküsünün olmasıdır.

AFEBRİL KONVÜLZİYON

Çocukluk çağında birçok neden afebril konvülziyon ile sonuçlanabilir. Hipoglisemi, hipokalsemi, hipomagnesemi, hiponatremi, hipernatremi, üremi, konjenital metabolik hastalıklar ve piridoksin eksikliği gibi metabolik ve nutrisyonel nedenler, MSS infeksiyonları, kafa travmaları, nörokutanöz sendromlar, bazı ilaçlar (aminofilin, antihistaminikler, fenotiyazin, amfetaminler...), bakteriyel toksinler (tetanoz, salmonella, shigella), kurşun zehirlenmesi, doğumsal serebral malformasyonlar ve serebral sekeller, beynin tümör ve tümörleri ve dejeneratif hastalıkları iyi bilinen konvülziyon nedenleridir . Ancak çoğu zaman neden saptanamayabilir. Afebril konvülziyonların tekrarladığı durumlar, epilepsi yönünden araştırılmalıdır.

Yenidoğan döneminde de konvülziyonlar sıkça görülebilmektedir. Bu dönemdeki konvülziyonlar ayrı olarak ele alınmalıdır. Doğumu izleyen ilk üç gün erken, üç günden sonra görülen konvülziyonlar da yenidoğanın geç konvülziyonları olarak adlandırılır. Perinatal asfeksi, doğum travmaları, kafa içi kanaması, hipoglisemi, hiponatremi, hipernatremi, konjenital anomaliler Erken konvülziyon nedenleridir. Geç konvülziyon nedenleri ise geç hipokalsemi, enfeksiyonlar, doğumsal metabolik hastalıklar, MSS'nin dejeneratif hastalıkları ve kernikterus olarak bilinmektedir. Yenidoğan dönemindeki konvülziyonlar, değişik lokalizasyon ve şekillerde görülen kasılmalardır. Solunum durması şeklinde veya hafif göz kayması, göz kırpma, çiğneme, dil çıkarma, yüzme hareketleri, aşırı tükrük sekresyonu gibi olağandışı ve periyodik davranışlar şeklinde gözlenebilir. Tonik veya klonik kasılmalar şeklinde olabilir, Genellikle bir ekstremitede belirir ve yayılma görülmez.

Konvülziyon geçiren hastaya yaklaşım

Hava yolu açıklığı sağlanır. Sekresyonlar varsa aspire edilerek maske veya kanülle oksijen verilir. Damar yolu açılarak order edilen antikonvülzif tedavi uygulanır ve konvülziyonun durdurulması amaçlanır. Bu amaçla Diazepam (iv 0,2-0,5 mg/kg), Klonazepam (iv 0,02-0,05 mg/kg) Rektal Diazepam (iv 0,5 mg/kg), İntranasal midazolam (0,2 mg/kg/doz) kullanılır. Vital bulguları monitorize edilir. Ateş eşlik ediyorsa düşürülür (rektal parasetamol, ılık uygulama veya ateş düşürülemiyorsa iv parasetamol). Oral antipiretikler hastanın bilinci açıldıktan sonra verilmelidir. Sıvı ve elektrolit dengesini korumak ve beyin beslenmesini sağlamak için IV perfüzyon sürdürülür. Ağızdan besleme yapılmaz.

Konvülziyon, tipi, süresi başlangıç zaman ve sıklığı yönünden dikkatle izlenir. Tedavi etkinliği kontrol edilir, kaydedilir ve nedene yönelik girişimlerde bulunulur. Enfeksiyon varsa order edilen antibiyotikler düzenli olarak verilir. Metabolik konvülziyon ise nedene uygun tedavisi yapılır. Doğum travması sonucu gelişen veya kafa içi basıncının arttığı durumlarda baş elevasyonu yapılır.

HEMŞİRELİK BAKIMI

Çocuğun geçirdiği her bir nöbetin özelliklerinin ve ilaca tepkisinin gözlenmesi ve kaydedilmesi hemşirenin sorumluluğudur. Nöbeti başlatan olaylar, nöbetin süresi, nöbet sırasında ve sonrasında çocuğun davranışları ve vücut hareketleri dikkatle gözlenmeli ve kaydedilmelidir. Rapor için gereken özellikler :

I. Nöbetten önce :

- Çocuk huzursuz ya da sakin miydi ?
- Çocuk ne yapıyordu ?
- Nöbetin ilk belirtisi neydi ?

II. Nöbet sırasında :

- Nöbet ne zaman başladı? Ani hareket veya seyirme var mıydı ? Nöbet vücudun diğer kısımlarına yayıldı mı?
- Çocuğun vücudunun pozisyonu nasıldı? Değişti mi?
- Çocuğun solunum şekli ve rengi nasıldı?
- Göz hareketleri ve pupillerde değişiklik oldu mu?
- İdrar ve gaita inkontinansı oldu mu ?
- Nöbet ne kadar sürdü ?

III. Nöbetten sonra :

- Çocuğun konuşmasında değişiklikler oldu mu ?
- Çocuk tüm ekstremitelerinin hareket ettirebiliyor muydu ?

- Refleksleri normal miydi ?
- Çocuk vücudunun herhangi bir bölgesine ilişkin olağan dışı bir duygudan şikâyet etti mi ?
- Çocuk korkulu ya da irrite miydi ?

AİLE EĞİTİMİ

Hasta stabil olduktan sonra aileye eğitim verilir. Konvülziyonun nedeni, tanı ve tedavisi ile ilgili girişimler açıklanır. Aile duygusal yönden desteklenir ve suçluluk duygusu azaltılmaya çalışılır. Çocuğa ve ebeveynlere nöbetin fizyolojisi anlayabilecekleri şekilde anlatılır. Ebeveynlerin neyi gözleyecekleri ve ne tür güvenlik önlemleri alacakları konusunda bilgiye gereksinimleri vardır. Aileye, sakın olmaları gerektiği, nöbetin bir kez başlayınca durdurulamayacağı anlatılır. Nöbet sırasında çocuğu yalnız bırakmamaları ve nöbet geçirirken çocuğu ayağa kaldırmamaları gerektiği anlatılır. Eğer çocuk ayakta duruyor ya da sandalyede oturuyorsa nazikçe yere yatırmaları gerektiği ve boynunun çevresindeki giysileri gevşetmeleri söylenir..Çocuğu güvenli bir yere solunum yolu açık kalacak şekilde sırt üstü, başı yana çevrilerek yatırılması söylenir.112' yi aramaları ve çocuğun ağzını zorla açmaya ya da ağzına herhangi bir şey sokmaya çalışmamaları konusunda uyarılır. Herhangi bir şey, ilaç dahil içirmemeleri söylenir. Başını sert objelere çarpmaması için önlem alması gerektiği anlatılır. Yatağın kenarlarını desteklemeleri ve çocuk nöbet geçirirken nöbeti durdurmak maksadıyla çocuğu fiziksel olarak kısıtlamalarının yanlış olduğu bunun çocuğa daha çok zarar verebileceği açıklanır. Nöbeti gözlemleyerek sağlık çalışanlarının beklemeleri söylenir.

Kaynaklar

- 1- American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvment. Practise parameter : long-term treatment of the child with simple febrile seizure. Pediatrics 1999; 103: 1307-9.
- 2- Saltık S. “Pediatrik Aciller Sempozyumu” İ.Ü Cerrahpaşa Üniversitesi 2001
- 3- Kale G. “Febril Konvülziyon.” Katkı Pediatri Dergisi. Çocuk Acil ve Yoğun Bakım 2. Ankara 2008; 767-775
- 4- Dağoğlu T. ve Ovalı F. “ Yenidoğan Konvülziyonları ” Neonatoloji kitabı. 2007; 635-649
- 5- Törüner E. ve Büyükgönenç L. “Febril Konvülziyonları” Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları Kitabı. 2012; 676-690
- 6- Çavuşoğlu H. “Nörolojik Sorunu Olan Çocuk ve Hemşirelik Bakımı” Çocuk Sağlığı Hemşireliği Kitabı. Ankara.1994; 325-361
- 7- “Yenidoğan Konvülziyonları” Yenidoğan Kurs Kitapçığı Ankara 2010; 269-270

8- “Yenidoğan Konvüziyonları ve Hemşirelik Bakımı” A.Ü. Açıköğretim Fakültesi Sağlık Personeli Önlisans Eğitimi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Kitabı 1996; 87-89

9- Graves R. and Oehler K. Baylor Family Medicine Residency Program 2012; 150-152

10- Erdaladal S. “İlk Kez Afebril Konvülziyon Geçiren Çocuklarda Etiyolojik ve Prognostik Faktörler. Uzmanlık Tezi.” Sağlık Bakanlığı Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2008

11-American Academy of Pediatrics.Febrile seizures: Clinical practice guideline for the long term management of the child with simple febrile seizures. Pediatrics 2008; 121: 1281-1286.