

Acil Serviste Konvulziyonla Gelen Hastaya Yaklaşım

Yard. Doç.Dr. Okşan Derinöz

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D., Çocuk Acil Birimi

Nöbet, nöronların anormal ve aşırı derecede elektriksel deşarjın klinik yansıması olarak ortaya çıkan bir durumdur. Nöbetler süt çocukluğundan ergenliğe kadar geniş bir yelpazede görülmektedir. Çocukların %4-10'unda görülür ve tüm acil servis başvurularının %1'idir. Üç yaş altındaki çocuklarda nöbet insidansı yüksektir, yaş arttıkça insidans azalır. Tanı ve tedavi; yaş, eşlik eden nörolojik anormallikler ve altta yatan akut hastalığa göre değişkenlik gösterir. Dikkatli alınmış öykü ve iyi bir fizik muayene, etiyolojik nedenlerin ayırıcı tanısını yapmak ve tedaviyi yönlendirmek için önemlidir.

Çocukların ilk nöbetlerinde olası enfeksiyonlar, nörolojik/gelişimsel nedenler, kafa travması ve metabolik bozukluklar gibi birçok etiyolojik neden vardır.

İlk nöbetle gelen hastanın değerlendirilmesinde öyküde ilk sorulacak soru, ateşin olup olmadığıdır? Nöbetle gelen hastanın acil servis stabilizasyonu için uygulanan basamaklar aynı olsa da, tanının konulması ve etiyolojik nedenlerin ayırıcı tanısının belirlenmesinde ateş önemlidir. Eğer hasta ateşe bağlı nöbet geçirmiş ise, hastada ateş yüksekliğine neden olan enfeksiyon odağı bulunmalı ve tedavi edilmelidir. Ateşli nöbetler, çocukluk çağında en sık görülen konvulsif bozukluklardır. İki yaşında pik yapmak üzere çocukların % 3-5'inde 5 yaşından önce ateşli nöbet görülmektedir. Ateşli nöbetler, bilinen bir nöbet veya kafa içi enfeksiyon bulgusu olmayan 6 ay-5 yaş arası çocuklarda görülür. Bu nöbetlerin %80'ini basittir, komplikasyon oranı azdır, kısa ve uzun dönem prognozu iyidir. Kompleks ateşli nöbetler daha az görülür, fokal nöbetlerdir. Bu nöbet tipi olan çocuklarda tekrarlayan ateşli nöbet ve epilepsi gelişme riski daha fazladır. Tanıda öykü ve fizik muayene önemlidir. Basit ateşli nöbetlerde rutin tanısal değerlendirme gerekli değildir. Daha önce antibiyotik tedavisi alan, fokal nöbeti olan, nöbeti hastalıktan birkaç gün sonra ortaya çıkan hastalarda menenjit ve ciddi bakteriyel enfeksiyonlar mutlaka dışlanmalıdır. Ateşli nöbetlerde EEG'nin yeri yoktur. Görüntüleme yöntemleri, fokal nöbetler, fokal nörolojik bulgular, kafa travması olan ve nöbet sonrası bilinci açılmayan olgular için kullanılmalıdır. Tedavide enfeksiyon odağının bulunması ve tedavisi esastır. Basit ateşli nöbetlerin tedavisinde antikonvulzanların yeri yoktur.

İlk nöbet ile gelen hastada ateş öyküsü yok ise; afebril/ateşsiz nöbet yaklaşımı uygulanmalıdır. İyi bir öykü almak şarttır. İyi bir öykü, nöbet tipi hakkında bilgi verirken katılma nöbeti, apne ile birlikte olan gastroözefagial reflü, vazovagal senkop, aritmi ve pseudonöbet gibi nöbet dışı paroksizmal olayların ayırımı yapılabilir. Altı ayın üzerindeki çocuklarda rutin laboratuvar tetkikleri gerekli değildir. Kusma/daire, zehirlenme öyküsü varsa tetkikler yapılmalıdır. Altı aydan küçük çocuklarda hiponatremi ve hipokalsemi nöbet nedeni olabilir. Hipoglisemi her yaşta nöbet nedeni olabildiğinden bakılmalıdır. Afebril nöbeti olan her hastaya lomber ponksiyon (LP) yapılması gereksizdir. Hastanın bilinç değişikliği ve meningeal irritasyon bulguları varsa, menenjit ve ensefalitin dışlanması için LP yapılması gerekir. Yeni başlayan nöbeti olan bir çocukta nörolojik takip, nöbet dışı nedenlerin ayırıcı tanısı, nöbet tipi

veya epilepsi sendromunu belirlemek ve nöbet tekrar riskinin belirlenmesinde EEG yararlı olabilir. Acil Serviste ilk değerlendirmede genel durumu iyi olan bir çocukta EEG gerekli değildir. Ayrıca Amerikan Nöroloji Akademisi, Çocuk Nöroloji Derneği ve Amerikan Epilepsi Derneği ilk afebril nöbette görüntüleme önermemektedir. Acil görüntüleme, uzun süre devam eden postiktal fokal defisitleri olan veya nöbetten saatler geçmesine rağmen bilinci açılmayan olgular için önerilmektedir. Travmatik nöbetler ayrı bir gruptur ve görüntüleme gerektirir.

Acil servise nöbet geçirme yakınması ile getirilen hastaların çoğunun nöbeti, hastaneye başvurmadan önce durmuştur ve acil tedavi gerektirmez. Hasta nöbet geçirerek acil servise getiriliyorsa, nöbeti durdurmak için ilk tercih edilecek antikonvulzan benzodiazepinler olmalıdır. Benzodiazepinler hızlı etkili ve güçlüdür, hastane dışında ve acil serviste kolaylıkla kullanılabilir. Ancak acil servise aktif nöbetle gelen her hasta status epilepticus (SE) olarak kabul edilmelidir. SE, kararlı veya dirençli bir epileptik durum oluşturacak düzeyde nöbetin uzun sürmesi veya tekrarlaması olarak tanımlanmaktadır. Nöbete ne kadar erken müdahale edilirse durdurulması da o kadar kolay olur. SE ile ilişkili hastalık ve ölüm çoğunlukla hipoksi ve onun komplikasyonlarına bağlıdır. Tedavideki en önemli unsur sistemik ve serebral hipoksiyi önlemek, buna yönelik resussitatif önlemleri almaktır. Benzodiazepinler ilk kullanılacak ilaçlardır. İlk benzodiazepin uygulamasının ardından nöbet aktivitesi 5-10 dakika daha devam ediyorsa, ikinci bir doz benzodiazepin verilmelidir. Bir veya iki kez uygun dozda benzodiazepin ve fenitoin veya fenobarbital yüklenmesine rağmen nöbet devam ediyorsa dirençli SE olarak kabul edilmelidir. Bu hastaların çoğunda paralizasyon, entübasyon ve mekanik ventilasyon gereklidir. Bu hastaların yoğun bakım şartlarında izlemi gereklidir.

Sonuç olarak, acil servise ilk kez nöbet geçirme yakınması ile gelen/getirilen hastalarda öykü ve fizik muayene çok önemlidir. Hastanın yaşı, ateşin varlığı, nöbet tipi, fizik ve nörolojik muayene bulguları, kafa travması öyküsü hastanın değerlendirilmesinde önemlidir. Ayrıca, hastanın anormal öykü ve fizik inceleme bulguları yoksa rutin laboratuvar tetkiklerinin yapılmasına ve görüntüleme yöntemlerinin kullanılmasına gerek yoktur.

Kaynaklar:

- 1) Chen C, Chang Y, Wu H. New-onset Seizures in Pediatric Emergency. *Pediatr Neonatol.* 2010;51(2):103-111.
- 2) Isaacman DJ, Trainor JL, Rothrock SG. Central Nervous System. *APLS: The Pediatric Emergency Resource.* 4th edition. In: American Academy of Pediatrics and American College of Emergency Physician. 2007.pp:146-185.
- 3) Friedman MJ, Sharieff GQ. Seizures in children. *Pediatr Clin North Am.* 2006;53:257-77.